

**ЎЗБЕКИСТОН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

Маъруза матни

МАВЗУ: ОНГНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ

Проф. САЛОМОВА Х.Ю.

САМАРҚАНД-2016

ОНГНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ

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

Онг руҳий жараённинг ҳамма томонлари билан ҳамбарчас боғлангандир. Онг фаолиятининг амалга оширилиши бош миянинг энг қулай қўзғалишини талаб этади. Онг ўзгаришларининг ҳар қандай 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 тарқалмаслиги, 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 махрумлик Бунда атрофдаги барча нарсалар аниқ идрок этилмайди ёки батамом идрок этишнинг иложи бўлмайди. Баъзи ҳолларда аниқ воқеликнинг акси боғланмаган, ўзук-юлуқ кичик бўлақлар ҳолида учраши мумкин.

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

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

4. Атрофда бўлаётган воқеаларни эшлаш қийинлашади. Эс-хушнинг кирар-чиқар ҳолати кузатилиб воқеаларни қисман эслайди ёки умуман эслай олмайди. Қисман ёки тулик амнезия бўлади.

Эс-хушнинг ёки онгнинг бузилиш ҳолатини аниқлаш учун биз шу тўртта 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 қолиши: қисман ёки тулик онгсизлик ҳолатидир, аммо патологик маҳсулсиз (яъни галлюцинация, васваса ғоялари) бўлади.

Онг бузилишининг психотик шакллари ёки дезинтеграцияси—бу мия пустлогининг бўлақлари ўртасидаги боғларнинг мураккаб бузилиши бўлиб, патологик маҳсулот (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 тулик ҳолда тўхташи.

Бўларга: кулоқ битиш ҳолати, 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 сўздан олиган) — онгнинг енгил ёки қисман бузилиши. Онг бир неча дақиқа ёки минут давомида худди хиралашгандай, енгил булут билан қоплангандай бўлади. Бу ҳолатда вақти-вақти билан онгнинг равшанлашувини, кайфиятнинг у ёки бу томонга (эйфория ёки кўзгалувчанлик) ўзгариши кузатилади. Обнубуляцияни вақтида аниқлаш жуда муҳимдир, чунки у интоксикациянинг кучайиб бораётганлигини кўрсатади. Заҳарланишларда, оғир юқумли касалликларда, бош мия жароҳатларининг ўткир босқичларида учраши мумкин.

2. Сомнолемция (уйку босиш). Бу ҳолат 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 — ичкиликда, транквилизатор ва ҳоказолардан заҳарланиш асосида вужудга келади.

3. (Қарахтлик) **Кулоқ битиши** — анча оғирроқ ҳолат. Беморлар ланж, шашти пастрок бўладилар, ўзларига берилган саволларга дарҳол жавоб бера олмайдилар, уларнинг фаҳми паст, хотираси заифлашган бўлади. Қарахтлик **Кулоқ битиши** турли даражада ифодаланади ва гипергликемия

ҳолатида, зотилжам касаллигида, перитонитда, нейроинфекцияларда, камқонлик терлама касалликларида учрайди.

4. Сопор (сопороз хушсизлик) ёки субгалатоз ҳолат — кулоқ битишининг юқори даражаси. Бунда бемор ҳаракатсиз бўлиб қолади. Оғриққа жавоб бериш, кўз қорачиғининг ёруғгика реакция бериши, конъюнктивал ва корнеал рефлекслардан ташқари, бошқа рефлексларга жавоб реакциялари бўлмайди. Бу ҳолат оғир кечган юкумли касалликларда, захарланишларда, оғир кечган юкумли касалликларнинг декомпенсация ҳолатида кузатилади.

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

II. Онг бузилишнинг психотик шакллари

1. Делирий ёки делириоз синдроми.

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 мўлжаллини 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 кўрқиш тавсифига эга бўлади. Парейдологик иллюзиялар ва сахнасимон куриш галлюцинациялари тавсифлидир. Атрофда содир бўлаётган воқеалар ўзук-юлуқ ноаниқ идрок этилади, кучли психомотор ҳаракат кўзғалишлари вужудга келади. Кўп ҳолларда икқиламчи ҳиссий образли, галлюцинацияларга мос равишда васваса ғоялар пайдо бўлади. Натижада бемор хаво-тирланиб ўзини ҳимоя қилишга, чопиб кутулиб қолишга интилади, баъзи ҳолларда атрофдагиларга хавф туғдиради. Делирийда онгнинг «мен»и сақланиб қолади, шунинг учун бемор ўз онгида содир бўлаётган драматик воқеаларнинг марказида бўлади ва бу воқеалар беморга қаратилган бўлади. Делирий ҳолатида биз «люцид туйнуқларни», яъни беморларда қисқа муддатли ёки енгил ҳолларда кундўзги онгнинг равшанлашувини кузатамиз. Бунда бемор атрофдагиларни танқиди, саволларга тўғри жавоб беради, танкидий мулоҳаза юритади. Кечкурун ва кечаси эса онгнинг хиралашуви кучаяди.

Беморлар касаллик ҳолатидан чиққанларидан кейин бошдан кечирганларини қисман, ўзук-юлуқ ҳолда эслаб қоладилар. Алкоголизмда учрайдиган делирийни биз алкоголь делирийси ёки оқ ахлаш 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 қиради.

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 Қараганда ҳаракат кўзғалишлари кўпроқ ўрин тўтади. Мўлжалга олишнинг бузилиши жуда чуқур бўлади. Кўзғалиш асосан беморнинг касби билан алоқадор бўлган одатий ҳаракатлар тарзида кечади. Масалан: ошпаз пичоқлар билан ишлаётгандек дурадгор болға ёки арра билан ишлаётган-дек хайдовчи машинани бошқараётгандек ҳаракатларни бажаради. Кўзғалиш баъзи ҳолларда касб билан боғлиқ бўлган айрим сўзларни такрорлаш билан ёки унсиз ҳаракатлар билан давом этиши мумкин.

2. Аменция (аментив ҳолат)

Бунда и ҳолат оғир ва ўзоқ вақт давом этадиган касалликларда, юкумли касалликлар, септикопиемия, кучли захарланишлар матижасида юзага келади. Бемор атрофии, вақт ва ўз-ўзини билмай қолади. Бемор теварак-атрофдаги нарсаларни англолмай қолади, нулей, фикрлаши ўзук-юлуқ боғланмаган (инкогеренция) ҳолда 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 кейини ёки ўзи мустақил учраши мумкин.

Аменция ҳолатидан чиққандан кейин беморнинг 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 уйкусимон 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 урушларнинг гувоҳи бўладилар. Бунда фантастик воқеалар бир-бири билан боғланган ҳолда бўлади.

Онейроид ҳолати ҳар доим сохта галлюцинациялар ҳосил бўлиши билан кечади.

Онейроид ҳолатида, делирий ҳолатидан фарми ўлароқ ўз шахсининг мўлжали бузилади, бемор ўзини бошқа шахсга айланиб қолганлигини ёки фантастик кечинмаларга мос равишда шахсининг ўзгарганлигини ҳис этади. Агар делирийда беморнинг юриш-туриши галлюцинациялар ва васвасаларга мос келса, онейроидда бемор ҳаракатсиз, кам ҳаракат ёки бир хилда, маъносиз ҳаракат кўзғалишида 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, айна вақтда ўз номи ва палатасининг номсрини айтиши мумкин, бу икки хил фикр юритишдир. Бундан ташқари, беморда шундай ҳолат бўлиши мумкинки, у атрофдаги бегона одамларни худди яқин танишлардек ёки яқин одамларини бегоналардек худди уларнинг қиёфаларини олгандек идрок этиши мумкин, буни Капгар аломати ёки ижобий ва салбий икқиланиш аломати деб аталади. Баъзида эса грим билан ҳар гал ўзининг қиёфасини ўзгартирган ҳолда бир гал онасининг қиёфасида, бошқа бир гал дўстининг қиёфасида, бошқа бир гал эса врач қиёфасида (бир одамнинг ўзи), масалан таъкиб қилувчи беморнинг олдига келаётгандек туюлиши мумкин. Буни Фреголи аломати ёки ижобий икқиланиш 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 юкумли касалликларда учраб туради.

4. Эс-хушининг гира-ширалик ҳолати (сумерик ҳолат).

Бу ҳолат кутилмаганда, тўсатдан пайдо бўлиб, одатда ўзоқ вақт давом этмайди, шуниингдек тусатдан тухташи мумкин, шуни ҳисобга олган ҳолда транзитор, тез утиб кетувчи ҳолат деб ҳам юритилади. Бу синдром учун атроф-муҳитга, кишиларга мўлжал олишнинг чуқур бузилиши, галлюциноз ва ўткир хиссий васваса, кўрқув, ғазаб ва алам аффектлари, шафқатсиз ҳаракатлар кўзғалишининг ривожланиши билан ёки ташқаридан қараганда тўғри ҳаракатлар бажарилаётгандек кўринган ҳолатлар ҳосилдир.

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

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

Бу ҳолатда 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 ҳолат васвасасиз, галлюцинациясиз ва аффектив ўзгаришларсиз кечса, буни амбўлатор автоматизм ҳолати деб юритилади. Бу ҳолатда беморлар автоматлашган хатти-ҳаракатлар туфайли ўзлари тушунмаган ҳолда шаҳарнинг қарама-қарши томонига бориб қоладилар. Бу онгсиз сайр вақтида улар механик 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 ўзоқ вақт-бир неча соатдан то бир неча кунларгача давом этадиган тўрини транс деб атаймиз. Бунда беморлар мақсадсиз ўзоқ жойларга, ҳатто поездларга ўтириб бошқа шаҳарларга сафарлар қилиши мумкин. Бу ҳолат тугагач бемор қандай 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 маъноси билдиради. Бунда бемор бирданига ўзига-ўзи ҳисобот бера олмай, атрофдагиларни англамай каёқадир чопади ёки бир жойда айланади. Бу ҳолат тугаб бемор ўзига

келганда у билан кандай воқеа руй берганини, нима учун атрофдагилар унга эътибор бериб қолишганини тушунолмайди.

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

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

ОНГ БУЗИЛИШИ СИНДРОМЛАРИ

Онгнинг бузилиши (хиралашуви) унда атроф реал дунё инъикосининг бузилиши, балки ички боғлар (абстракт билиш) ҳамда ташқи (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 туликсиз хиралашув даври ҳақида тўлиқ эслолмайди.

Онг бузилишининг бошланишида қўйдаги синдромлар фарқланади. Онгнинг гарант бўлиш ҳолатини уч даражаси фарқланади. Қисқа вақт давом этувчи онгнинг гаранглигй обнубуляция (юнонча pubis — булут) дейилади. Бунда ташқи 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, қўпинча 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 Иллюзор (хаёлий) идрок этиш.

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

Юқорида кўрсатилган ҳолатлар (алкогол, наркоманлик токсикомания, саноатда, кишлок ҳўжалик ва бошқа захарланишларда), модда алмашинувининг бузилишларида (уремия, диабет), жигар етишмовчилигида, калла-мия жароҳатларида, мия ўсмаларида, бош мия томирларнинг бошқа органик касалликларида учрайди.

Делириоз ҳолат (делирий)

Юнонча *delirium*—ақлсиз, онгнинг қоронғилашуви кўп учрайдиган шаклдир.

Делирий — онгнинг ўткир пайдо бўладиган бузилиши бўлиб, сахналаштирилган, аниқ, кўпинча қўрқитувчи, асосан кўрув ҳамда эшитув ва сезув галлюцинациялари бўлиб, сезгиларли қўзғолиш ва қўрқув сезгилари билан давом этади. Беморнинг онг, эс-хуши бузилган, ўз шахсини тўғри англаса-да макон ва замонга мўлжали тўғри бўлмайди. Беморлар галлюцинатор образларига фаол жавоб беради. Улар қўрқинчликлардан, хужум қилаётган ажойиботлардан ўзларини ҳимоя қиладилар, баъзан кўринган нарсаларга хужум қиладилар, баъзан қўрқиб безорилардан қочиб кетадилар, ҳайвон, ҳашаротлардан ҳимояланиш учун ҳам қочадилар ёки кулоқларини беркитиб оладилар. Буйруқона қўрқитув қатъийлиги доимий эмас. Делирий одатда амик онгли, эс-хушли 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 юрак 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 чиқаётгандек сахналаштирилгандек 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 ҳолатларни акс эттиради. Беморлар шу ҳолда планеталараро саёхатлар 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 металкоғол симптоматик томирли психозларда, тутқаноқда, экзоген органик касаллик ва бошқа ҳолатларда учрайди.

Онгнинг аменция 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 талаффузи) 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 туғруқдан кейинги сепсис ривожланишида учрайди.

Онгнинг номозшомсимон қоронғилашуви

Онгнинг қоронғилашуви (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 уйларида чикадилар, адашиб юрадилар, шаҳар транспортдан фойдаданган ҳолда уйдан ўзоққа кетиб қолиши мумкин. Атрофдагиларга худди соғлом одамдек туюлиши мумкин. Бундай ҳолатнинг давом этиши мумкин ва тўла амнезия билан кузатилади. Эс-хуши — онгининг бундай кирарли-чиқарли бўлишини шизофрениянинг оддий шакли деб, галлюцинация, васваса билан кузатилувчи ғзаб, ғам-қайғу ва кўркув аффекти кўзғолиши билан кечувчи «психотик» шаклидан фарқланади. Психопатологик бузилиш (галлюцинация, васваса, кучли ғзаб 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 уйку ва тўла амнезия кузатилади. Онгнинг кирарли-чиқарли бузилиши турларига амбулатор автоматизм киради. Бунда бирдан онгини, эс-хушини йўқотади ва бемор ташқи кўринишидан мақсадга мувофиқ ҳаракат ва ишлар қила бошлайди. Амбулатор 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 жароҳатларида ва б.) учрайди.

Тутқаноқлар

Тутқаноқлар (пароксизмлар, қалтираш ҳолатлари). Тутқаноқлар онгнинг бирдан бошланувчи қисқа вақт бузилиши бўлиб, тула онгсизлаишгача борувчи бадан қалтираши; титраш билан кузатилувчи ҳолатдир. Тутқаноқларнинг қўйидаги шакллари фарқланади. Катта эпилептик тутқаноқ (*Grand mal*). Генераллашган: тонико-клоник, титраш тутқаноғи. Кўп ҳолатларда аура (бурон) бошланади. Бемор тўсатдан онгни йўқотади, худди чалиб юборилгандек бирдан йиқилади, бунда ноаниқ, ғайриохангли кичкирик бўлади. Кўпинча бемор йиқилаётганда жиддий жароҳат (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 текширмоқда.

ри чўзила бошлайди, жағлар юмилади, сиқилади. Тишларини ғижирлатади, тили ва лунжини тишлаб олиши мумкин. Нафаси тўхтайдди, 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 уйкуга 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 эсан чикади, Жексон тутқаноқлари (қисман эпилептик тутқаноқлар) кўз соққасини бир томонлама, бошни, танани бир томонга қараб тоник ва клоник титрашлар хуружидир. Хуруж кўпинча аниқ онгли ҳолатда ривожланади, онг фақат титроқнинг чўққисида бутун танага тарқалаётганидагина йўқолади.

Нарколептик тутқаноқ— бирдан бошланади, бемор тўхтатиб бўлмайдиган уйкуга тушади. У бирдан энг ноқулай жойда бўлса ҳам, ноқулай ҳолатда ҳам ухлаб қолади. Унинг уйқуси жой танламайди. Юриб туриб, овқат еяётганда, ишлаб туриб қотиб ухлаб қолади.

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

Рухий органик синдром (органик-рухий 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 қобилятининг 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 бепарқлик ва бошқалар пайдо бўлади. Нутқида сўзлар камбағаллиги кузатилади. кўпинча ёрдамчи сўзларан фойдаланади, тайёр сўзлар йиғиндисидан фойдаланади, беморлар гаплашганда асосий бош мавзунини 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 таъсирчанлик тутоқиб кетиш ёки ғазабланиш (калла-мия жароҳатларида, мия захмида) учрайди.

Рухий органик синдром

Рухий органик синдром бошланиш даврида бемор учун товушининг тавсифли бўлган хусусиятлари ўткирлашади— рухий 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. Рухий органик синдром асосан аста-секин зимдан бошланади ва кўп тўрға бўлинмайди. Унинг кечиши турличадир.

1. Аста-секин ривож тониб тугайди (Пик касаллиги, хорейси, 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, рухий органик синдром охири босқичларида умумий рухий ихтиёрсизлик билан, беъманилик билан, тасаввурнинг сусайиши билан, эсининг камайиши билан, аффектларни боса олмаслиги билан (кўнгил бўшлиги), Вальтер-Бюсел учлиги билан тавсифланади.

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

Рухий органик синдромнинг сабаблари кўп: мия томирларининг касалликлари (калла-мия жароҳатлари, инсультлар), ўткир бошланадиган захарланишлар (алкогол, гиёҳвандлик оғир - металллар, қўрғошин ва бошқалар, ис газини), 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 рухий органик синдромнинг элашнинг бузилиши билан кузатиладиган идеал хилидир.

Корсаков синдромида асосан кундалик, яқин ўтмишдаги воқеаларни элашнинг фиксацион амнезияси кўзга ташланади. Бемор ўша заҳоти (бир неча сониядан сўнг) нафақат отини, балки гапиришган одамнинг 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 кўзғолиш фаоллиги сусайган бўлса ҳам шахмат уйнай олади.

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

Интеллектуал етишмовчилик синдроми — интеллектнинг етишмовчилик синдроми ҳаётда олинган ақлпаствлик (деменция) ва интеллектнинг туғма бузилиши ақлсизлик (олигофрения) га бўлинади.

Деменция (ақлпаствлик) — 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 ақлқаслик 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 қолган из).



11-расм. Ҳидлов галлюцинацияли беморнинг мимикаси.

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

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

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

Ақлий етишмовчилик даражасига қараб идиотия: имбециллик ва дебиллик фарқланади.

Идиотия — ақлсизликнинг энг чуқур даражаси бўлиб, кўпинча жисмоний нуқсон билан, карсоқовлик кўрлик 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 захираси 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 қисм дебилларда механик эслаш кониқарли 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 — инэнцфалия, мия чурралари, микроцефалия ва бошқалар, генетик (наслий-оилавий олигофрения шакллари) дисферментлар, хромосома касалликлари (Даун касаллиги ва бошқалар), жажлланишлар, авитаминозлар, туғилиш жароҳатлари ва ҳоказолар сабаб бўлади.

РУҲИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ АСОСИЙ ПСИХОПАТОЛОГИК СИНДРОМЛАРИ

Рухий касалликлар ҳам организмнинг бошқа хасталиклари каби симптом (аломат)ларга эгадир. Ҳар қандай 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 синдромларнинг ўзигина эмас, балки уларнинг тавсифидир, яъни синдромларнинг шаклланиши, мураккаблашуви — қайтиши, уларнинг алмашинувидир.

Синдромлардан ва уларнинг навбатлашиб алмашинувидан касалликнинг клиник кўриниши ва тараққиёти шаклланади. Ҳар қандай рухий 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 рухий касаллик учун одатда етарлича қатъий саманади. Бу эса алоҳида рухий касалликларни нозологик birlik сифатида аниқлашга имкон беради.

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

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

Касалликларнинг кечиш алоҳидаликларига қараб тасниф қилишга ўринишлар бўлди. (циркуляр, резидуал, бошланғич ёки невротик ва бошқа синдромлар). Баъзи муаллифлар катта ва кичик оддий ва мураккаб, умумий, хусусий ва бошқа синдромларни фарқлайдилар. Кичик оддий рухий хасталик синдромларда рухий бузилишларнинг даражаси юқори бўлмаган бузилишлари ўзи кайталувчандир, касалликдан сўнг шахсият сақланган ҳолда қолади. Кичик оддий синдромлар билан беморларда невроз ва психопатиялар намоён бўлади. Катта, мураккаб рухий хасталик синдромларида турли аломат ва синдромларнинг мураккаблашуви ва қўшиливида бемор шахсияти ўзгаради, бўлар бош миёни 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 қақирилган бўлса, тўғри, ижобий бузилишлар галлюцинатор — васваса, аффектив, кататоник ва бошқалар ўзгармаган нерв хужайралари фаолиятининг натижасидир. Ҳар бир рухий касаллик айниқса у мураккаблашувга мойил бўлса, икки қатор рухий бузилишлардан ташқил топади. Тор маънода олганда психоз аломатларидан ва психозга ҳамроҳ бўлувчи касаллик пировадига 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 қуйиб булмайди. Позитив ва негатив бузилишлар нафақат ўзаро чирмашиб кетади, балки бир қатор умумийлиги ҳам бордир: кайтувчан бўлиши мумкин, муаллақ туриш ва ривожланиши мумкин; нисбатан оддий ва мураккаб бўлиши мумкин.

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

НЕВРОТИК СИНДРОМЛАР

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

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

Ўта чарчаш ҳолати астенияда ишнинг махсул-дорлигини камайиши билан, айниқса амий меҳнатпи ва хофизот кучини — эслаш қобилятини пасайиши кузатилади, ўз-ўзини осон қўлга олиши сусаяди, таъсирчан, сабрсиз: тутоқувчан бўлиб қолади, кайфият эзилганлик ҳолатидан — хавотир, йиғи-сиғигача ўзгариб туради. Уйқуси юзаки, хавотирли тушлар кўради, тез-тез уйғонади, кундузи мудраб юради. Кўпинча гиперестезия кузатилади—ёруғ чирокни, 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 томонида фаолият ўзгаришлари (қон босимининг тебраниши, тахикардия, пульсининг 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, таъсирчанлик сабрсизлик ички кучланиш, ўзини тутиб туролмаслик ғолиб келса, гиперстепик неврастеник дейилади. Бошқа ҳолатда кўп чарчашлик ялтоқланиш, иш кобилиятининг пасайиши, иш махсулдорлигини камайиши кузатилса, гипостеник неврастения дейилади. Неврастеник (астеник) синдромда кўпинча руҳияти ўзгаради. Психоген ҳосил 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, намоёишкорона ҳаракатлар, сунъийлик кузатилади. Нутқ образли, айтилаётган фактлар ошириб кўрсатилади, кўпинча уйлаб чиқарилган бўлади (хохиш хақиқатга айлантириб гапирилади). Беморлар ишонувчан ва ўз-ўзини ишонтирувчан бўлади. Кўпинча кўзғолувчанлик қичқирик йиғи-сиғи, қўлларини шақил-атиш, юзни у ёки бу гурух мушаклари қичиши ва бутун тананинг диффуз титраши, кийимларни йиртиши, сочларини юлиши, ўздан 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 органик касалликларда кузатилади.

Обсессив (миядан кетмайдиган) синдром

Шилқим синдромлар—турли хил шилқимлик билан намоён бўлади. Шилқим фикрлар эсдаликлари, ҳисоб-китоб, миянинг кўркув ва хавотир—фобиялар: юрак касаллигидан кўрқиш, захм ва бошқалардан кўрқиш, шилқим одатлар, кўпинча ҳаракат билан бўлади. Бемор ўзининг аҳволини, ноўрин гапларини тушунади, аммо ўзини енга олмайди ва шифокор ёрдамига муҳтождир. Шилқим ҳолатли синдромларда, психопатияда, шизофренияда, бош миянинг экзоген органик касалликларида учрайди.

Ипохондрик синдром

Касал бўлиб қолиш ҳақида каттик хавотирланиш билан намоён бўлади. Бемор ҳар хил ҳиссиётларга ўз ҳаёлини жалб этади (сенестонатия).

Беморларнинг феъл-атворида ўз соғлиғига ўта диққат-этибор қилиши кўзга ташланади, беморлар тушқунликка тушган, хавотирланадиган бўлиб қолади, 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 боғлиқ бўлиб, рухий кечинмалардан кейин, хусусан ятрогения натижасида бўлиши мумкин.

ПСИХОПАТИК СИНДРОМЛАР

Хаяжон — ирода, хоҳиш доирасида рухий 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 ҳолатларда (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 муаллақ шаклда депрессия ва маниакал синдромлар кўринишида намоён бўлади. Уларнинг ҳар бири ўзига хос учта симптомлар йиғиндисидан иборат.

Депрессив синдром (синоними депрессия, меланхолия)

Тушқунлик кайфиятидан, тафаккур сусайишидан ва ҳаракатнинг секинлашувидан иборат (депрессив учлик). Беморлар эзилиб, кийналиб ҳам чекадилар, уларда кўпинча рухий эзилиш билан бирга юрак соҳасида оғирлик ҳам сезилади. Тафаккур ва нутқнинг секинлашуви охишта, секин гапириш билан намоён бўлади, саволларга беморлар қийинчилик билан жавоб беради. Кайфияти тушқунлигидан шикоят қилади, уни иложсиз деб ҳисоблайди, келажагини кўролмайди. Ўз-ўзини айблаш васваси тутиб қолади, ўзини айбдор ҳисоблайди, бутун умрини хатоликлар ва нотўғри ҳаракатлар мажмуаси деб баҳолайди. Беморлар суицидал ҳаракатлар қилиши мумкин. Беморларнинг ҳаракати суётлашган, 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 кўнғир, кўзларида нам йўқ, лаблари пучайган, оғзидан очлик ҳиди келади. Депрессиянинг оғир ҳолларида тўлиқ ҳаракатсизлик (депрессив ступор) баъзи ҳолларда бирдан меланхолияга айланиши мумкин. Депрессив синдром учун сезиларли соматик бузилишлар ҳосилдир. Бўлар уйқу бузилиши, иштаҳа бузилиши (анорексиягача боради), ошқозоничак йўллари фаолитининг бузилиши, касалнинг сезиларли даражада озиб кетиши, эндокрин фаолиятининг бузилиши дан иборат.

Баён қилинган типик депрессиялардан ташқари, бошқа кўринишлари ҳам фарқ қилинади: рухий анестезия—ҳиссиётни ва яқинларига муҳаббатни йўқотиш билан кечувчи анестетик депрессия, бўшанглиқ бефарқлик: ҳиссий тонуснинг пасайиши, адинамик депрессия, ғам-ташвишли депрессия, хавотирлик кўркув билан, оғир ҳолларда кучли кўзғолиш — ҳаракат ва инг-раш билан давом этадиган синдром, доимий шикоят билан кечувчи индовчи синдром, ҳаммадан норозилик ужаллик уқрайиш билан кечувчи, кажбахс депрессия, ўзини тутолмаслик билан кечувчи, йиги-сигининг уступ-лиги билан кечувчи йиғлоқилиқ депрессия: депрессив-параноид синдром бунда мураккаб бўлиб, депрессия,

кўрқув, хавотирлик фонида, айбдорлик 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, юракқон томирлар тизимида 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 ҳолларда уйқу бузилиши, уйқусизлик эндокрин бўзилишлар, эркакларда импотенция кузатилади. Шундай беморлар текширилганда органик ўзгаришлар кузатилмайди, ҳатто улар ўзларини ўзоқ вақт сопаток ва неврологик касал деб юрадилар ва уларга қарши ўзоқ вақт натижасиз даволанадилар. Депрессив ҳолатлар ўзига хос шаклда маниакал-депрессив психозларда кузатилади ҳамда улар неврозлар, барча руҳий касалликлар учун хос бўлиб, руҳий 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 қандай 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 баҳолаш, имконига ортиқча баҳо бериш, манманлиқ бойлик васвасасигача бориш, бемор ўзларини машҳур кумондон, актер, шоир, бадавлат одамлар деб ҳисоблайдилар. Маниакал ҳолат бир қатор ҳолларда таъсирчанлиқ ғазаб билан кузатилади — ғазабли мания янада мураккаб маниялар кўринишида қайд 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 ҳолатнинг клиник кўринишида тўхтовсиз, яъни кетма-кет галлюцинацияларда 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 ҳолларда, кўрув, сезув ва хидлов галлюцинозлари фарқ қилинади.

Ўткир галлюцинозлар хавотирлик ва кўрқув аралаш нотинчлик 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 кўрkitиш, сўқиниш, беморни ҳакоратлашдан 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. Қарилик олди даврида пайдо бўлиб, бемор баданида хашаротлар, бит,

чувалчанг, кўнғиз, кана юргандек ҳис қилади ёки майда шиша, кум ботишини тери ёки тери остида ҳис қилади.

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

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

Кечиши бўйича ўткир ва сурункали параноял синдромлар фарқланади.

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

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

Параноид-васвасали (галлюцинатор-параноид) синдромлар — кузатиш васвасасига жисмоний ва руҳий таъсиротлар, вербал галлюцинациялар, кўпинча псевдогаллюцинациялар ва руҳий автоматик (Кандинский— Клерамбо) синдромлари кўшилади. 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, кўркув, шалвираш фонидан 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 синдроми, таъсирот синдроми, кириб бориш синдроми, бегоналаниш синдроми, қўлга олиш синдроми) — ўзининг илк тушунчасидан бегоналаниш ёки йўқотиш, ўзининг руҳий кечинмалари жараёнларидан бегоналаниш (тафаккур, сезги ҳиссиётларидан ва ташки кучнинг таъсиротини сезиш билан кўшилади. 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) фикрларининг 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» ҳиссиётга айланиши, эшитув псевдогаллюцинацияси пайдо бўлганлиги ҳақида дарак беради. Эшитув билан бирга кўрув ва бошқа псевдогаллюцинациялар пайдо бўлиши мумкин. Псевдогаллюцинациялар Кандинский— Клерамбо синдроминанинг асосий бузилишларидир.

Сенсор автоматизм (сенестопатик). Махсус мақсадда, ташки таъсирдан бўлаяпти деб беморлар уйлайдиган — жисмоний таъсир, васваса деб номланувчи, асосан ички аъзоларда турли-туман нохуш, оғир оғриқлардан иборат ҳолат намоён бўлади. Беморлар уларнинг орқасидан кузатиб юрувчилар махсус равишда уларда босиш, чўзиш, қўйдириш, совуқ жинсий кўзгалиш, 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 кўяётганидек туюлади. Улар ташқи таъсир остида, бошқанинг хоҳишига кўра қўллари кўтарилади, каллалари бурилади, чопишга мажбур

бўлади ёки баъзида тескарисини, ҳаракатсиз жим туришга ва ҳоказоларга мажбур қилинади 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).

Рухий автоматизмнинг барча турлари тизимлашган кузатиб юриш ва таъбирот васвасалари билан бирга кузатилади.

Рухий автоматизм синдроми шизофренияда, эпидемик энцефалитда, рухий тутқаноқда учрайди. Унинг ўткир варианты жароҳат, алкоголь, томирли ва бошқа психозлар учун хосдир.

Парафрен синдром (парафрения, парафрен васваса, тасаввур васвасаси, фантазиофрения, фантастик-параноид синдром). Тизимлашган таъкиб қилиш ва таъсирот васвасасининг, улуғворлик рухий автоматизмнинг барча турлари ва фантастик конфабуляциялар билан кушилуvidан иборатдир. Васваса ғоялари ўта бемаъ-нилиги билан ажралиб туради. Бемор ўзида коинотни бошқариш ҳокимияти бор деб, ўзини дунёвий кудрати ҳақида, худоларининг 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, худолар 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, рухий фаолиятнинг оғир бузилишларига тўғри келади. Парафрен синдромнинг ривожланиши касалликнинг оғирлашуvidан дарак беради. Рухий 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, алкогольли, захм, қариллик 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 шаклидаги рухий патологич бузилишларидир. Беморлар ступор ҳолатида ўзоқ вақд утирган, ётган ёки тўрган ҳолда ҳаракатсиз қоладилар. Саволларга жавоб бермайди — мутизм, атрофда бўлаётганларга эътибор бермайди, ҳеч нарса сўрамайди, овқат емайди, ювинтириш, қийинтириш, овқатлантиришларга қаршилик кўрсатади, тиббий муолажа ишларига ёмон назар билан қарайди.

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

Рухий патологич бузилишларга боғлиқ бўлган ҳолда ступорга ва нозологич мансублигига, ступорнинг хосил бўлишига қараб 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) кўзғолиши рухий хасталик ҳолати бўлиб, рухий фаолиятнинг турли томонларини, биринчи навбатда нутқни: 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 қаттиқ гапиради, балки қичқиради, ҳаракатлари бўлинувчан ва тез-тез бўлади, фаолияти ва ахлоқодоби бетартиб ва мазмунсиз бўлади. Кўзғолиш кучайган сари — нутқи боғлиқсиз, алоҳида-алоҳида сўзлардан, оддий товушлардан иборат бўлиб қолади. Ҳаракат кўзғолиши импульсив, бетартиб, мазмунсиз бўлади, баъзида улар хайвонларга тақлид қилиб қичқирадилар, ақиллайдилар, тўрт оёқлаб юрадилар ва ҳоказо (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 ҳолатлари, ақлсизлик билан кушилади. Шунинг учун руҳий мотор кўзғолишнинг тавсифини анимаганда қайси бир руҳий патологик ҳолат таркибида пайдо бўлишига қараб ихтисослаштирилади. Шундай қилиб, маниакал кўзғолиш, депрессияларда ҳосил бўладиган кўзғолиш, кататоник гебефренли, васвасали, галлюцинатор онгни бузилишларидаги руҳий патологик истерик кўзғолишлар фарқланади.

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

Кататоник синдром (кататония)

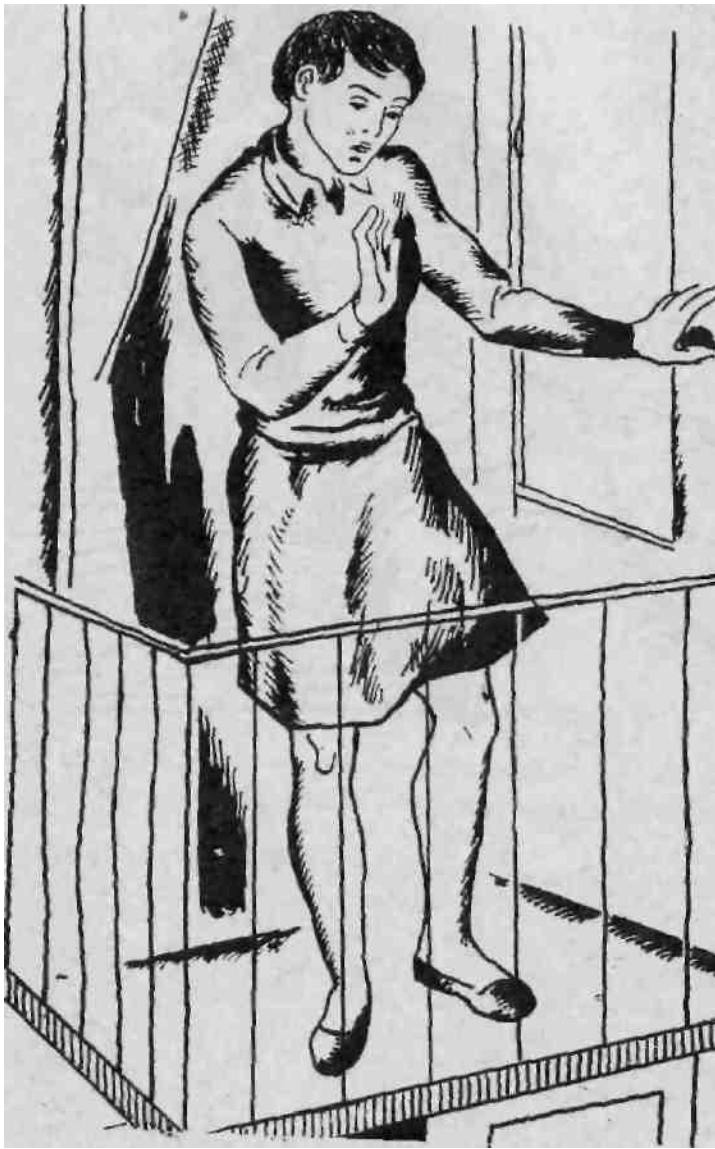
Икки қарама-қарши бузилишлардан — кататоник ступор ва кататоник кўзғолишдан иборат. «Кататония» атамаси ва унинг клиник кўриниши Кальбаум (1863, 1874) томонидан тасвирланган.

Кататоник ступор — ҳаракатсизлик ва мутизм (жимлик) билан намоён бўлади. Беморлар ступор ҳолатда ҳаракатсиздирлар, ўзоқ вақт (соатлар, куилар) ути-радилар, ётадилар ёки ҳолатини ўзгартирмасдан турадилар. Саволларга жавоб бермайдилар (мутизм). Кўпинча улар мустақил овқатланмайдилар, уларни қийинтирилаётганда, овқатлантирилаётганда қаршилик 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 қаршилик кўрсатмасаларда қилгин деган таклифни бажармайдилар. Кататоник ступор кўринишида



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

мушак тонусининг ошиши кузатилади. Ступорда беморлар доимо, ҳамиша эмбрионал ҳолатда ётадилар, ёнбошлаган ҳолда, тик турган бўлса, боши эгилган ҳолда, қўллари ёнида бўлади, ўтирган бўлса оёғи буқилган ҳолда ва баъзан беморлар устиларига ҳалат ёки чойшабни ёпиб юзларини очиб утирадилар— капишон симптоми (1936). Кўпинча Ҳартум симптоми бўлади — лабларини чуччайтириб, ҳаво ёстиғида (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 ҳолатига қандай ҳолат берсангиз — қўлини кўтариб, оёғини кўтариб, бошини бошқа томонга бурсангиз ўшандай ҳолда ўзоқ вақт қолади.



4-расм. Баландликдан кўрқиш.

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

Кататоник кўзғолиш ступорни алмаштириши мумкин ёки ступорсиз ўзи ривожланиши мумкин. Кататоник кўзғолишда 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. Кўзғолишнинг чўққисиди 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 қаршилиқ кўрсатадилар. Кататоник кўзғолиш турли аффектив кўзғолишлар — 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 кўзғолиш, хаёлпаршонлик ёки мумга ўхшаш ступорни ўз ичига олади.

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

Геберфреник синдром — ҳаракат ва нутқ кўзғолишлари эса пастлик ва ўзгарувчан аффекти билан кўшилади. Қувонч, масхарабозлик ва ноўрин, кўпинча кўпол, эротик мазмундаги касалларнинг ҳазилларига ҳеч ким атрофда кулмади. Беморлар аниқлашга ҳаракат қилиб суроклайдилар, 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.