

**Н. И. ХОДЖАЕВА,
А. У. ШОЮСУПОВА**

ПСИХИАТРИЯ

дарслик

**ТИББИЁТ ИНСТИТУТЛАРИ
ТАЛАБАЛАРИ УЧУН**

**Тўлдирилган ва қайта ишланган
иккинчи нашр**

**Тошкент 2011
«Мехридарё» МЧЖ**

УДК:616.89(075)

ББК 56.14я73

56.14

X-69

Ходжаева Назира Исламовна, Шоюсупова Акида Усмановна. Психиатрия: Тиббиёт институтлари талабалари учун. Дарслик. -Т.:Меҳридарё, 2011. -432 б.

Тошкент тиббиёт академияси. Психиатрия ва наркологиya кафедраси.

Муаллифлар:

Ходжаева Назира Исламовна - тиббиёт фанлари доктори, профессор, кафедра мудири.

Шоюсупова Акида Усмановна - тиббиёт фанлари номзоди.

Тақризчилар:

Алимов У.Х. - тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Магзумова Ш.Ш. - тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Дарсликда руҳий 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, шифокор-психиатрлар ҳам фойдаланишлари мумкин.

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

ISBN 978-9943-351-18-9

№678-5478/2011.

Иккинчи нашрга сўз боши

Психиатрия соҳасига оид ўзбек тилидаги илк китобнинг биринчи нашри чоп этилганига 15 йилдан ошди. Бу йиллар ичида, психиатрик ёрдамни ташкиллаштириш бўйича сезиларли ўзгаришлар бўлди. «Психиатрик ёрдам тўғрисидаги» қонун фаолроқ ижро этила бошлади. Ўзбекистон Республика Жиноят Кодекси ва Фуқаролик Кодексларида суд-тиббиёт экспертизасини ўтказиш бўйича, ва ҳарбий-тиббий экспертизани ўтказиш бўйича касалликлар янги рўйхати бўйича бандлар пайдо бўлди.

Психиатрик амалиётда янги психотроп препаратлар яратилиб кенг қўлланила бошлади.

Дарсликнинг ҳар бир бўлимига тестлар ва вазиятли масалалар қўшилди. Бу эса китобни Умумий амалиёт шифокори учун қимматли китобга айлантиради. Психопатологик синдромларнинг баъзи характеристикалари 10га классификация халқаро таснифи мос ҳолда аниқлаштирилган. 10-Халқаро касалликлар таснифининг мутаносиблик жадвали келтирилган. Муаллифлар томонидан ананавий психиатриядаги клинико-нозологик кўринишлар ва КХТ-10да кўрсатилган руҳий бузилишларнинг мос келувчилари мутаносиблиги кўрсатилган.

Дарсликдаги баъзи боблар қайта ёзилган, баъзилари тўлдирилган. Жумладан хотира бузилишларига оид қисмлар қайта ёзиб чиқилди, психосексуал бузилишлар бобига қўшимчалар киритилди. Китобдан ҳозирги вақтда тақиқланган даво усуллари олиб ташланиб, янги усул ва дори воситалари киритилган. Дарсликда берилган ахборот ҳажми тиббиёт институтлари ва университетлари тиббиёт факультетларининг талабаларини ўқитиш дастурига мувофиқлаштирилган.

КИРИШ

Психиатрия — тиббиёт фанининг руҳий касалликларнинг пайдо бўлиш сабаблари, белгилари, кечиш хусусиятларини ўрганадиган ва уларнинг олдини олиш, даволаш ва бемор одам руҳий қобилятини тиклаш усулларини ишлаб чиқишга йўналтирилган соҳасидир.

Руҳий касалликлар — бу бош мия касалликларидир, деган тушунча билан бир қаторда руҳий ўзгаришлар — бутун организмдаги ўзгаришларга боғлиқ, деган тушунча ҳам мавжуддир. Лекин психозлар — бош мия касалликлари, деган фикр аксарият ҳолларда етакчи ўринда туради.

Психиатрия ҳам бошқа клиник фанлар каби пропедевтик психиатрия, умумий психопатология ва хусусий психиатрияга бўлиб ўрганилади. Пропедевтик психиатрияда бош мия анатомияси, гистологияси, гистохимияси, генетика асослари ўрганилади. Умумий психопатология руҳий касалликларнинг симптом ва синдромларини, уларнинг бирин кетин пайдо бўлиши ва ривожланиши, руҳий касалликлар кечишидаги умумий қонуниятлар, руҳий ўзгаришларни келиб чиқиш механизмлари ва руҳий касалликлар — таснифини ўрганади. Хусусий психиатрияда айнан бир руҳий касалликка хос клиника, диагностика ва даволаш ўрганилади.

Руҳий жараён, 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 узоқ вақтгача сақланиб қолган. Руҳий касалликларга «давоси йўқ дард» деб қараганлар ва бу фикр психиатрияни иккинчи даражага тушириб қўйган эди.

Шунга қарамай, руҳий касалликларни ўрганиш кўпгина олимларни ўзига жалб қилди, чунки психозлар фақатгина тиббий эмас, балки умумий фалсафий аҳамиятга молик муаммадир, бунда инсоннинг энг олий функциялари (масалан, онг) ўзгаради ҳамда руҳан касалланган киши жамиятнинг тўлақонли аъзоси бўла олмайди. Шу туфайли руҳий бузилишларга аҳамият бермаслик мумкин эмас. Ҳар бир шифокор, тиббиётнинг қайси соҳасида ишлашидан қатъи назар, беморга фақат касал бўлган организм сифатида эмас, балки тирик инсон, шахс сифатида қараши лозим. Бунинг учун ҳар бир шифокор психиатриядан

яхши хабардор бўлиши лозим, чунки руҳий бузилишлари бўлган беморларнинг кўп қисми биринчи навбатда тиббиётнинг бошқа мутахассисларига, айниқса терапевтларга, невропатологларга муурожаат қиладилар.

Психопатология - психиатриянинг бир бўлими бўлиб, инсоннинг ўзини касалликка хос тутишини, қайғуришини, ижтимоий биологик ва руҳий ҳолатининг муносабатларини белгилайди. Руҳий касалликларнинг клиникаси, ташхиси даволаш чораларини ва профилактикасини билиш учун умумий психопатология катта аҳамиятга эга.

Умумий психопатология орқали қабул қилиш, сезги, идрок, тафаккур, хотира, диққат, ақл, ҳиссиёт, ҳаракат, майл, ирода, онг бузилишларининг симптом ва синдромлари ҳақида талабалар етарли даражада билимга эга бўлишлари лозим.

Дарсликнинг асосий мақсади тиббиёт институтларининг талабаларига руҳий касалликлар симптоматологиясини, даволаш усулларини ўргатишдан иборат. Китобдан ёш психиатр-шифокорлар ҳам ўз амалий фаолиятларида фойдаланишлари мумкин.

I-ҚИСМ ПСИХИАТРИЯ ПРОПЕДЕВТИКАСИ

1-БОБ ПСИХИАТРИЯНИНГ РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ

Психиатрия тарихи, тиббиёт тарихи каби ўз манбалари билан асрлар қаърига кириб боради. Руҳий касалликлар барча касалликлар каби одамзод пайдо бўлган даврдан буён мавжуд. Руҳий касалликлар ҳақидаги дастлабки маълумотлар Миср папирус ёзувларида, Хитой ва Ҳинд муқаддас китобларида, Инжилда ва Хитой, Ҳинд, Уссурия ва Бобилда, Миср ва Яҳуд (эрамиздан минг йиллар аввал) тиббиётига доир ҳамда антик Юнон ва Рум тиббиётига тегишли манбаларда (эрамиздан бир неча юз йиллар аввалги) келтирилган. Қадимий тиббиётда эрамиздан аввалги тўпланган тажрибаларни ҳар томонлама ва чуқур ўрганган машҳур олим Буқрот (Гиппократ) (460—377 йй.) жамлади ва умумлаштирди. Унинг яшаган ва ижод қилган даври қадимги юнон маданиятининг энг гуллаган даврига тўғри келди. У буюк юнон файласуфи ва мутафаккири Демокрит таъсирида бўлган. Олим соматик ва руҳий касалликларни тушуниш асосига материалистик тушунчани қўйди.

Буқротнинг руҳий касалликларга материалистик ёндошувини қуйидаги сўзларидан англасак бўлади: «Роҳат қилиш, хурсандчилик, кулгу, бошқа томондан эса қайғу, ғам, норозилик ва шикоятлар миядан чиқади. Мия туфайли биз ақлсизланамиз ва васвасага тушамиз, бизни ташвиш ва қўрқув ёхуд кечаси, ёхуд кундузи тутади». Буқрот одамнинг мижози ҳақидаги ғояни илгари сурди ва 4 хил мижозни фарқлади: сангвиник, флегматик, холерик, меланхолик. Мижознинг бу таснифи бугунги кунда ҳам ўз аҳамиятини йўқотгани йўқ. Буқрот томонидан касалликларнинг барча кўриниш ва кечинмаларини аниқлаб ўрганиш касалликларни ажратишга олиб келди. У «меланхолия ва манияни» биларди, туғруқдан, тутқаноқ ва ўткир иситмалашдан сўнг келиб чиқадиган руҳий касалликларни биларди, «истерия ва ичиш васвасаси» симптомлари унга маълум эди.

Алоҳида симптомлардан эшитиш галлюцинацияси, ғам-ғусса ҳисси ҳолатларини биларди (Шюле Г.). Буқротнинг алоҳида касалликларни ажратиши эмпирик ва тасвирлашдан иборат эди. Буқротдан кейин руҳиёт соҳасида кўзга кўринган шифокорлар Герофио ва Эразистратлар (Александри мактаби), Цельс, Аретей, Аврелий ва машҳур Гале (қадимий Рум мактаби) иш олиб бордилар. Руҳиётнинг тарихи Буқротдан Жолинус (Гален) гача тараққиёти 500 йилни ўз ичига олади.

Рухият ҳақидаги фаннинг тараққиёти. Қадимги антик тиббиёт даврида руҳий касалликлар моҳиятини тушунишда оддий теологик қарашлардан, теологик схоластикадан ташқари тушунчаларга ҳам биринчи қадам қўйилган ва руҳий касалликларга ёрдам бериш элементлари пайдо бўлган эди. X—XI асрга келиб қадимий Шарқ табиблари, хусусан Абу Али ибн Сино (Авиценна) руҳий касалликларни ўрганишга катта ҳисса қўшибгина қолмай, ҳатто Марвда бундай беморлар учун шифохона очди. XII асрга келиб руҳий беморлар учун шифохона Бағдодда, Қуддусда, Дамашқда ҳам очилди.

Ўрта асрлардаги инқироз туфайли юзага келган узоқ вақт турғунликдан кейин XVIII—XIX асрларга келиб руҳий касалликлар ҳақидаги янги фанни ривожлантириш босқичи бошланди. Бу босқич машҳур француз шифокорлари Ф.Пинел ва Ж. Конноли босқичи дейлади ва улар беморларни сақлаш ва парваришланишнинг янги усуллари қўлладилар. Пинелнинг тиббиётдаги улкан хизмати шундан иборатки, у ўша давр учун дадил ҳаракат қилиб, руҳий касалликлардан занжирни олдирди. Ф. Пинел (1745—1826й.) руҳий 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—1840й.) катта хизмат қилди. Унинг «Руҳий беморлардаги галлюцинациялар ҳақида» номли илмий иши диққатга сазовордир. У биринчилардан бўлиб иллюзия билан галлюцинация ўртасидаги тафовутларни аниқлади ва Франция руҳий касалликлар муассасалари фаолиятида бир қатор янгиликларни амалга оширди.

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

Англияда Ф.Пинел ишларини Ж.Конолли (1794—1866й.) давом эттирди. У руҳий беморларни ҳар қандай сиқувдан ҳоли қилишга қатъий даъват этиб, шу ҳақда «Руҳий касалликни механиқ сиқилишларсиз даволаш» китобини ёзди. Германияда Вильгельм Гризенгер (1817—1868й.) ҳақли равишда немис илмий психиатриясининг асосчиси ҳисобланади. 1845 йилда В.Гризенгер ўзининг «Руҳий касалликлар патологияси ва даволаш» деб номланган ўқув қўлланмасини ёзади ва у тез орада

тилига таржима қилинди. В.Гризенгер руҳий беморларга ёрдам кўрсатишни ташкил қилишга катта қизиқиш билдирди ва Конолли ғояларининг тарафдори эканлигини кўрсатди.

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

Немис психиатри К.Вернике (1848—1905йй.) ҳам Т.Мейнерт сингари психозларни анатомик-физиологик ўрганиш билан машғул бўлди. У ўзигача кам ўрганилган алкоғолли галлюциноз, ўтқир геморрагик полиэнцефалит (алкоғолизмга учраган беморларда кузатиладиган), унинг номи билан аталган (пресбиофрения — қариллик психозининг бир кўриниши) касалликларни тавсифлади.

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

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

Психиатриянинг тараққиёти учун етук немис психиатри Эмил Крепелин (1856—1926йй.) катта ҳисса қўшди. Мейнерт ва

Верникедан фарқли ўлароқ Э.Крепелин психозларнинг анатомик ўрганилишига эмас, балки руҳий касалликларнинг кечиши ва якунига кўпроқ аҳамият берди. Руҳий касалликларнинг синчиклаб ўрганилган клиникаси ва якунига караб, Э.Крепелин ўзига ҳукм суриб келаётган синдромологик систематика ўрнига нозологик таснифни таклиф этди. Э.Крепелин томонидан нозологик таснифнинг қўлланиши психиатрияни умумий тиббиётга яқинлаштирди ва психиатрия касалхоналарига касалларни умумсоматик текшириш, даволаш принципларини киритишга ундади.

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

Э.Крепелиннинг эрта ақли пастлик ҳақидаги таълимоти машҳур Швейцария психиатри Э. Блейлер (1911й.) томонидан ривожлантирилди. Тахминан шу даврдан бошлаб немис психиатриясида руҳий касалликнинг келиб чиқишини (патогенез) изоҳлайдиган 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 З.Фрейд таълимоти катта таъсир кўрсатди. У психиатрияда руҳий анализи (психоанализ) қўллади. З.Фрейд таълимоти Оврупода ва айниқса АҚШда кенг тарқалди. З.Фрейд назарияси бўйича одамнинг ахлоқи зиддиятла аниқланади, атрофдагиларнинг ақлий баҳолари киши 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 амалда мавжуд бўлолмайди, у онг ости ҳолат билан сиқиб чиқарилади ва ташувчи унинг мазмунини билмайди. Қизиқишни сиқиб чиқариш асосан оғриқли симптомларда ёки

туш кўрганда бўлади. Оламни даволаш, уни оғриқли ҳолатлардан халос этиш учун, унинг яширин қизиқишларини билиш лозим. Бунинг учун симптомнинг нимаданлигини билиш лозим. Психоанализ ана шу муаммо билан шуғулланади.

Россияда руҳий беморларга инсонпарварлик билан муносабатда бўлишарди, уялмаслик тизимининг асосий йўналишлари тезда кенг кўламда эътироф этилди. Кўпгина ақлидан озганлар «хузур-ҳаловатдаги кишилар» (демона) деган ном билан аталардилар. Россияда нисбатан эртароқ руҳий бузилишлар билан жафо чекувчиларга беморлар деб қарай бошладилар. Биринчи руҳий шифохоналар Россияда ташкил топган эди. 1776й. Новгородда, Ригада, Москвада, 1779й. эса Петербургда Обухов касалхонаси очилди. Россияда илмий психиатрия бўйича биринчи қадамлар П. П. Малиновский, И. М. Балинский, И. П. Мержеевский номлари билан боғлиқдир.

И. М. Балинский ва унинг шогирди И. П. Мержеевскийлар Петербург руҳий касалликлар мактабига асос солганлар. И. М. Балинский 1857йил. Россияда биринчи бўлиб тиббиёт-жарроҳлик академиясида психиатрия шубасини ташкил этди ва бошқарди. Бу мактаб ишлари материалистик дунёқараши ва биологик йўналиши билан ажралиб турарди.

И. М. Балинскийдан ишни қабул қилган И. П. Мержеевский (1838—1908йй.) Петербург клиникасида илмий ишларни қизғин ривожлантирди. И. П. Мержеевский ва шогирдларининг илмий ишлари психиатрияни умумий соматик тиббиёт билан янада яқинлаштирди. 1893й. И. П. Мержеевский истеъфога чиққандан сўнг ўрнига В. М. Бехтерев (1857—1927йй.) тайинланди. В. М. Бехтерев бош мия анатомияси ва физиологияси соҳасида иш олиб борган йирик мутахассисдир. У 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— 1889йй.) фаолияти амалий ва илмий ишни қўшиб олиб боришнинг ёрқин намунасидир. Олимнинг «Псевдогаллюцинациялар ҳақида»ги асарини дунё олимлари тан олган. Россияда психиатриянинг тараққиётида ва Москва психиатрлар мактабини яратишда С. С. Корсаков (1854—1900йй.) катта рол ўйнади. 1887йилдан бошлаб Москвада психиатриядан мустақил курс сифатида маърузалар ўқиладиган бўлди. Ҳозир Москвада С. С. Корсаков номида-

ги клиника ишлаб турибди. Корсаков психиатрияда нозологик йўналиш лозимлиги ҳақида уқдириб ўтган эди. Халқаро психиатрия Анжуманида (1857й.) у тасвирлаган полиневротик алкоголь (амнестик) психоз «Корсаков касаллиги» деб номланди. У руҳий касалликлар учун конституционал тузилишнинг аҳамиятини кўрсатиб берди. Бу ишларни С. А. Суханов ва П.Б.Ганушкин давом эттирдилар. Корсаковнинг шогирди В. П. Сербский суд психиатрияси бўйича кататониялар ҳақидаги илмий ишларга асос солди.

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

И. П. Павлов, И. М. Сеченов ишларини ривожлантирди. 1901йил. бош мия фаолиятини, 1918йил. эса руҳий касалликларни ўргана бошлади. И. П. Павлов олий нерв фаолияти тўғрисида таълимот яратди ва психиатриянинг ҳақиқий физиологик ва патофизиологик йўналишларини очиб берди. Унинг психоз ва невроз соҳасидаги ишларини А. М. Иванов-Смоленский, К. М. Биков, Л. А. Орбели, М. К. Петрова, Н. И. Красногорский, В. П. Протопоповлар давом эттирдилар. Кейинчалик рус ва хориж илм-фани илғор ғояларини қўллашга, амалга оширишга катта имкониятлар очилди.

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

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

Психиатрия тараққиёти даврида амалий ва назарий масалаларни тадқиқ этадиган 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 илмгоҳларда психиатрия кафедраларини бошқардилар.

Собиқ иттифоқ психиатрлари шизофренияни, маниакал-депрессив психоз чегара ҳолатларини 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 реадaptация (Г. А. Гейер, Д. Е. Мелехов, М. М. Кабаков) масалалари ўртага қўйилди.

Руҳий касалликларнинг таснифи билан боғлиқ бўлган масалаларни ечиш кейинги ўн йилликка келиб синдромология ва нозология синтези томон ҳаракат билан боғлиқдир.

Бу соҳада А. В. Снежневский мактабининг ишлари диққатга сазовор. Руҳий касалликларни ўрганишдаги динамик кузатишлар касаллик ривожланиши жараёнида аниқланган бир қатор синдромларни яратишга имкон берди. Шунинг билан бирга руҳий касалликларнинг синдромли ва нозологик таснифи яратилди.

Кейинги 60 йилда руҳий касалликларни жиддий даволашга эришилди. Инсулинтерапия, электротитратгич (ЭСТ) билан даволаш усуллари топилди. Бу даволаш усулларида аста-секин мутлақо янги бўлган психоморфологик дорилар билан даволашга ўтилди. Литий тузларини қўллаш руҳий бузилишларнинг олдини олишга имкон яратди. Даволашнинг янги усуллари руҳий касалликларни ва уларнинг кечишини ўзгартириб юборди (терапевтик патоморфоз) ҳамда уларнинг патогенезини алоҳида ўрганишга имкон яратди.

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

ЎЗБЕКИСТОНДА ПСИХИАТРИЯНИНГ РАВНАҚИ

Ўзбекистонда психиатрия фани ривожланишига 1920й. юз берган жуда улкан тарихий воқеа— Ўрта Осие Давлат Дорилфунунинг очилиши туртки бўлди. 1920й. дорилфунунинг тиббиёт куллиётида психиатрия кафедрасининг очилиши нафақат Ўзбекистонда, балки Ўрта Осие республикалари ва Қозоғистоннинг барча шаҳарларида психиатрия илмининг равақ топишига имкон берди.

Психиатрия хизмати фаолиятининг чуқур таҳлил этилиши, республика тиббиёт олий ўқув даргоҳлари ва муассасаларида мутахассислар тайёрлаш ҳамда назарий ва амалий йўналишлар бўйича муайян ишланмаларнинг амалга оширилишига йўл очди.

Тошкент тиббиёт институтининг 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.

Республика психиатриясининг асосчилари — профессор Ю. В. Каннабих, доцент Л. В. Анциферов, кейинроқ профессор Ф. Ф. Детенгоф психиатрия хизматининг ташкилотчиларини ва юқори малакали мутахассисларини тарбиялаб етказдилар.

Психиатрия кафедрасининг дастлабки мудирини Ю. В. Каннабих кафедрага бироз муддат раҳбарлик қилди. Шундан кейин кафедранинг доцент С. А. Преображенский бошқарди, у билан бирга яна учта илмий ходим ишлади.

Кафедранинг илмий фаолияти маҳаллий турмуш шарт-шароитлари билан боғлиқ психозларни тадқиқ этишга қаратилган эди: бу—гиёҳвандлик полюдизм, шунингдек безгакнинг психозлар пайдо бўлиши ва кечишига таъсирини ўрганиш кабилардир. Бундан ташқари, Туркистоннинг тоғли жойларида болалар нуқсонларининг келиб чиқиш муаммолари, хусусан кретинизм омиллари ўрганилди.

Республикада психиатрия ёрдами ташкил этиш бўйича доцент Л. В. Анциферов ташаббускор бўлиб чиқди. Доцент Преображенский дан сўнг у Тошкент тиббиёт институтининг психиатрия кафедрасининг бошқаради ва айни кезде 1921йилдан бошлаб умрининг охирига қадар (1934й.) ўлка психиатрия шифохонасига ҳам раҳбарлик 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 уйғотди.

1940—1972йилар мобайнида Тошкент тиббиёт институтининг психиатрия кафедрасига Москвадан келган профессор Ф. Ф. Детенгоф мудирлик қилди. У психиатриядаги муаммоларнинг кенг доирасига—эпидемик энцефалитдаги руҳий ўзгаришларга, грипп асоратига боғлиқ бўлган психозларга, юқумли, туғруқдан кейинги шизофренизм кўринишидаги психозларнинг ўзига хос хусусиятларига бағишланган асарлари билан машҳур бўлган. Профессор Ф. Ф. Детенгоф психозларнинг соматик (организмга оид) асосларини ўрганишга, руҳий касалликка учраган беморларни даволаш тажрибасига, ўлка касалликлари (безгакдаги руҳий бузилишлар, маҳаллий энцефалитлар, заҳарланиш, бруцеллёз) масалаларига катта эътибор берди. Иккинчи жаҳон уруши йилларида кафедра жамоасининг диққат-эътибори ҳарбий даврга — жароҳатланиш ва реактив ҳолатга боғлиқ бўлган руҳий ўзгаришларга қаратилди. Жароҳатланиш оқибатидаги 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. Маҳаллий миллат вакилларида етишиб чиққан шифокорлар ва илмий ходимлар — тиббиёт фанлари номзодлари доцентлар Н. А. Орипов, М. Ф. Фуломов, А. А. Абдураҳимов, 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. Абдураҳимовларнинг илмий тадқиқотлари 30-йиллардан кейинги ўлка касалликлари: безгак лейшманиоз, бруцеллёз, пеллагра ва ҳоказолардаги руҳий ўзгаришлар масалаларига бағишланган эди. М. Ф. Фуломовнинг номзодлик диссертацияси ва монографияси қутуриш касаллиги ҳақидаги адабиётга муҳим ҳисса бўлиб қўшилди. Ю. А. Блиновскийнинг жигарнинг заҳарланишини йўқотиш вазифаси, тутқаноқнинг пайдо бўлиш ва ривожланишидаги висцеро-кортикал омиллар тўғрисидаги ўтказган қизиқарли тадқиқотлари пировардида докторлик диссертацияси юзага келди.

Сўнгги йилликларда эса Тошкент Давлат Тиббиёт институтининг психиатрия кафедрасини 1973йилдан буён бошқариб келаётган профессор Х. А. Алимов раҳбарлигида шизофрения ва нарколегия муаммолари бўйича муҳим тадқиқотлар олиб борилди.

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

Алкоголизмга доир ҳар томонлама олиб борилаётган клиник патогенетик эпидемиологик тадқиқотлар замонавий методлар ёрдамида амалга оширилмоқда. Текширишлар бу касалликнинг клиникасини, патогенезини, меҳнатга мослашуви, ремиссияси ва қайталанишига қарши даволашга оид муҳим қонуниятларини очиқ берди. Бу ва бошқа тадқиқотлар профессор Х. А. Алимовнинг раҳбарлиги остида 5 монографияга ва қатор диссертацияларнинг тайёрланишига асос бўлди. Профессор Ш. А. Муртолибов, ҳамда тиббиёт фанлари докторлари Н. И. Ходжаева, Б. П. Қайюмов, профессор Б. А. Тошматов, тиббиёт фанлари номзодлари И. Х. Монасипова, А. А. Асқаров, Г. Р. Рустамов, И. А. Слободской, А. П. Орипов, Д. Ф. Фуломов, А. А. Зильберштейн, Ф. З. Фафуров, М. Х. Халилов, Л. К. Морозова ва бошқалар профессор Х. А. Алимов раҳбарлиги остида номзодлик ва докторлик диссертацияларини ёқлашга муваффақ бўлдилар. 1997-2007й. Б.А. Тошматов 1-чи Тошкент Давлат институти психиатрия ва тиббий психология кафедрасида раҳбарлик қилган.

1-чи ва 2-чи Тиббиёт институтлари бирлашиб, Тошкент Тиббиёт Академияси пайдо бўлгач психиатрия кафедралари бириктирилиб унга кафедрада тиббиёт фанлари доктори профессор Н.И.Ходжаева мудирлик қилиб келмоқда. Ҳозирги кунда кафедрада профессор т.ф.д. Ш.Ш. Магзумова, ассистент т.ф.н. Ашуров З.Ш., ассистент т.ф.н. Ш.Х. Султанов ва бошқалар ишлаб келмоқдалар.

Самарқанд тиббиёт институти психиатрия кафедраси (кафедра мудирлиги профессор Х. А. Аминов) ва унинг жамоаси шизофрения ва томирларга боғлиқ психозлар муаммоларини ишлаб чиқишда фаол иштирок қилмоқдалар.

Андижон тиббиёт институти психиатрия кафедрасида (кафедра мудирлиги М. Л. Аграновский) шизофрения, алкоголизм ва

гиёҳвандликларнинг клиник ижтимоий-меҳнат, эпидемиологик ва бошқа жиҳатлари ўрганилмоқда. Тошкент шифокорлар малакасини ошириш институти психиатрия ва психотерапия кафедраси (кафедра мудирини профессор У.Х. Алимов) сурункали алкоғолизм ва алкоғолли психозларнинг клиник-ижтимоий муаммоларини, бошқа руҳий хасталиклар билан қиёсий асосларини эпидемиологик текшириш натижалари бўйича ўрганишга ўз диққатини қаратган. Профессор У.Х. Алимов раҳбарлигида докторлик ва номзодлик диссертациялари тайёрланган ва давом этмоқда. Тошкент шифокорлар малакасини ошириш институти психиатрия ва психотерапия кафедрасида профессор С.З.Ешимбетова Ўзбекистон психиатрияси раванқига ўзининг улкан хиссасини қўшиб келмоқда.

ТошМОИ кафедраси қошида наркология кафедраси ташкил этилган (2001й.), кафедра мудирасини профессор т.ф.д. Л.А. Турсунходжаева.

1972йил Тошкент педиатрия тиббиёт институтида психиатрия кафедраси ташкил этилган эди. Унга яқин йилларга қадар тиббиёт фанлари доктори Т. И. Исмоилов мудирлик қилган. Ҳозирини вақтда кафедрада доцент, т.ф.н., Абдуллаева В.С. раҳбарлик қилмоқда.

Кафедра жамоасини профессор Т. И. Исмоилов раҳбарлиги остида болалар психиатриясини ривожлантиришда, олий малакали мутахассисларни тайёрлашда ўзларининг сезиларли хиссаларини қўшган.

Дастлабки йилларда кафедрада клиник-иммунологик боғларни ўрганиш ва аутоиммун ҳолатлар кўрсаткичларини психопатологик синдромларнинг оғирлик шкалаларига боғлиқлигини аниқлаш ўтказилди. Кейинчалик эса кафедра илмий текшириш ишлари миқёсини кенгайтириб «Она ва бола» тизимида ўзаро муносабат масалаларига ўтиб, туғруқдан кейинги даврда ривожланувчи шизофрениани клиник катанамнестиқ ўрганиш каби долзарб муаммоларини қамраб олди. Шунингдек Ш. Р. Сулаймонов томонидан «Ижтимоий депривация ва наслиқ омилнинг мактабгача ёшда бўлган болаларнинг руҳий дигнозогенезига таъсири» деган мавзуси ишланмоқда. «Ўз-ўзини ёқишнинг эпидемиологик ва ижтимоий демографик асослари» деган илмий-мавзу (асс. М. А. Нуриддинова) Қашқадарё вилояти материаллари асосида кандидатлик диссертациясига асос бўлди. Янги мавзу «Ижтимоий депривация шароитида тарбия-

ланаётган болалардаги психопатологик тузилмалар бузилиши ва руҳий дизонтогенез алоҳидаликлари»га бағишланган ишлар бошланди. «Болалар ва ўсмирларда алкоголизм ва токсикоманиянинг клиник-эпидемиологик асослари» мавзусини ўрганиш (т.ф.н. доц. О. Н. Елисеев томонидан) давом этмоқда. Кафедранинг илмий-текшириш ишлари нафақат назарий, балки болалар психиатриясининг амалий, етилган масалаларига ҳам бағишлангандир.

Тошкент Тиббиёт Академияда (ректор - академик Ш.И.Каримов) психиатрия ва наркология кафедрасида руҳий ва наркологик муаммолари бўйича илмий ишлар олиб борилмоқда, илмий-педагогик кадрлар тайёрланмоқда, шуларни қаторида тиббиёт фанлари номзодлари З.Ш.Ашуров, Н.Н.Брянцева, У.Кучкаров, А.Т.Шамсиев, Ш.Х.Султонов.

Ўзбекистонда психиатрия хизматини ташкил этиш соҳасида муҳим ютуқларга эришилди. Ҳозир бизда олти психиатрия кафедралари мавжуд бўлиб, уларда психиатрия ва наркологиянинг долзарб муаммоларини ҳал қилиш билан шуғулланилмоқда, психиатр ва нарколог шифокорларнинг малакаси оширилмоқда, руҳий беморларга малакали ёрдам кўрсатувчи етук мутахассислар тайёрланмоқда.

Бу серқирра фаолиятда айниқса Тошкент шаҳар клиник психиатрия шифохонаси (бош шифокор, тиббиёт фанлари номзоди Х. Н. Ҳусанхўжаев) ва Республика клиник психиатрия шифохонасининг(бош шифокор, тиббиёт фанлари номзоди доцент Ф.Б. Абдулқосимов) 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, руҳий беморлар орасида диспансерлар томонидан ўтказиладиган чора-тадбирлар анча яхшиланди. Шифохонадан ташқари хизматга эътибор берилмоқда. Чунки замонавий психиатрияда руҳий беморлар профилактикасига, қайта тиклаш ва қайта мослаштириш масалаларига кенг эътибор берилмоқда.

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

Руҳий касалликларнинг келиб чиқиши, ривожланиши, кечиши ва якуни уни келтириб чиқарган сабаб, муҳитнинг турли зарарли таъсиротлари, ташқи (экзоген) ва ички (эндоген) омилларнинг ўзаро муносабатига боғлиқдир. Шундай қилиб, руҳий хасталикларнинг сабаблари ички ва ташқи омилларга бўлинар экан.

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

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

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

Ташқи муҳитнинг юқорида санаб ўтилган зарарлари, ҳолатлар баъзан руҳий касалликларнинг сабаби, бошқа ҳолатларда келиб чиқишга шароит яратувчи ёки унинг кечиши оғирлашувига ёрдам бериши мумкин.

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

Руҳий 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 қўзғовчилари организмга тушганда баъзилари албатта касаллик қўзғайди (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 руҳий ўзгаришларсиз ўтади, деган саволга жавоб топиш қийин. Руҳий жароҳатга нисбатан ҳам шундай ҳол рўй беради, яъни бир ҳолатда ўтувчи, бошқасида сурункали психоз, учинчисида эса ҳеч қандай ўзгариш пайдо қилмайди.

Касалликнинг сабаби ўзига хос усулда таъсиротни қабул қила оладиган организмнинг касаллик чақирувчи 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 гап борганда руҳий касалликнинг насл суриши эмас, балки унга наслий мойиллик ҳақида фикр юритиш керак. Наслий мойиллик одам яшаб турган муҳит шароитларига боғлиқдир.

Насл сурувчи касалликлар орасида руҳий касалликлар катта ўрин тутаяди. Буларга шизофрения, маниакал-депрессив психоз, эпилепсия ва бошқаларни мисол қилиб келтириш мумкин. Бир ва икки тухумли эгизаклар оиласида руҳий хасталикни ўрганишда, хусусан шизофрениaning ривожланишида генетик омилнинг муҳим аҳамияти борлиги аниқланди. Шунинг билан бирга наслий мойиллик вужудга келишида қўшимча зарарлар ҳам маълум аҳамиятга эга. Руҳий касалликларнинг келиб чиқишида она қорнида эмбрион ва ҳомиланинг зарарланиши ҳам маълум аҳамиятга эгадир. Ҳомиладорлик даврида онадаги хасталиклар (инфекцион, алкогол интоксикацияси, соматик, эндокрин ва бошқа касалликлар), ҳомиладорлик токсикози, жисмоний ва руҳий жароҳатлар, туғиш вақтидаги касалликлар ҳомиланинг ҳолатига таъсир кўрсатиб, у ёки бу руҳий ўзгаришлар ёки касалликларни пайдо қилиши мумкин. 20 — 30 ёшлилар орасида шизофрения энг кўп учрайди, ўрта ва катта ёшда анчагина камаяди. Жинснинг таъсири, айниқса қариллик инволюци-

он, томирлар, алкоголизм, алкогольли ва жароҳат психозларида, бангиликда, маниакал-депрессив психозларда яққол билинади. Қариллик бошланишида, қарилликда маниакал-депрессив психозлар аёлларда кўпроқ учрайди. Ижтимоий ҳаёт тарзи билан боғлиқ бўлган алкоголизм психозлари, бангилик, жароҳат; томирлар, захм психозлари эркакларда кўпроқ учраши табиийдир. Шизофренияга келганда эркаклар ва аёллар барабар касалландилар.

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 ривожидавомида сабаб ва оқибатларини аниқлаш жуда қийин бўлади (И. В. Давидовский).

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

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

Патогенези. Касалликнинг тараққий қилиш механизми. Бошқача қилиб айтганда нозологик бирлик (юнонча — патос касаллик). Мустақил руҳий касаллик бир хил сабаб таъсиридан, бир хил тараққиёт механизмларидан иборат касалликлар ҳосиласидан тузилган. Бир сабабдан пайдо бўладиган касалликларнинг ривожланиш механизми турлича бўлса, нозологик мустақил касалликка киритилмайди. Этиологияси жиҳатидан бир хил, нозологик жиҳатидан ҳар турли бўлган касалликларга захм психози, орқа миянинг қуриши, ривожланувчи фалажликларни киритиш мумкин. Бу барча касалликлар захм инфекцияси туфайли вужудга келсада, аммо уларнинг патогенези ўзгача ва буларни нозологик турли касалликлар деб қаралади. Оқ васваса, алкогольли галлюциноз, алкогольдан рашк васвасаси, Корсаков психози ҳақида 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 жароҳати, заҳарланишлар, тана касалликлари хизмат қилиши мумкин. Аммо алоҳида олинган на сабаб, на патогенез нозологик шакл моҳиятини очиб беролмайди. Нозологик шаклда этиология ва патогенез бирликда бўлади.

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

Руҳий касалликларнинг кечиши ва якуни. Руҳий касалликларнинг кечиши ҳар хил бўлади. Психозларнинг бир қисми ўткир бошланади ва ўтувчан-транзитор характерга эга. Кўпинча булар экзоген (интоксикациялар, инфекция, бош мия жароҳати, тутқаноқ ва бошқалар) психозлардан алаҳлаш ҳолатлари, хусусан оқ васваса, алкоғолли алаҳсираш, онгнинг хиралашуви, онейроид, кататоник синдромлардир. Ўткир кечадиган руҳий синдром ва касалликларнинг давомийлиги минут, соат, кун ва кам ҳолларда— ҳафталаб давом этади. Руҳий 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, алкоғолли параноидлар (рашк васвасаси) ва сурункали галлюцинозлар учун хосдир.

Руҳий касалликлар кечиши бўйича прогредиентли ва гредиентсизларга бўлинади. Касаллик прогредиентли усулда кечса касаллик ҳолати аста-секин ёмонлашиб, оғирлашиб, доимий майибликка олиб боради. Миянинг органик касалликлари (кексалик психози, айниқса мия жароҳатидан кейин пайдо бўлган захм психозлари, томир психозлари, айниқса мияга қон қўйилгандан сўнг ва бошқалар), алкоғолизм, нашавандлик шизофрения, тутқаноқ ва бошқалар ақлсизликка олиб келади. Касаллик чегараларида прогредиент даражалари турлича бўлиши мумкин. Масалан, оз прогредиентлисига рекуррент шизофрения, қўпол прогредиентлисига ёмон кечувчи, ўсмирларда бўладиган касалликни киритиш мумкин.

Руҳий касалликларнинг кечиши узлуксиз ёки хуружсимон бўлиши мумкин. Узлуксиз давом этганда касаллик кечиши даврий бўлиб (қайталанувчи) ўткирлашуви (қайтиши), бўшашуви кузатилади, аммо касалликдан тўла фориг бўлиш кузатилмайди.

Хуружсимон кечганда руҳий касаллик касаллик белгилари бир неча кунлар давом этадиган ёруғ кунлар интермиссия (амалий соғломлик ҳолати) билан узилиб 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 ҳолатидан тўлиқ чиқа олмайди ва етишмаётган белгилар касаллик хуружи ошиши билан кўпаяди. Касалликнинг транзитор ўтувчи тури кўпинча ўткир, экзоген (оқ васваса, инфекция алаҳлаш) психозларда кўринади.

Шундай қилиб, прогноз бўйича транзитор (ўтувчан) ва циркуляр турлари осонроқ кечади. Касаллик кечишида маълум ўзгаришлар бўлиши мумкинлигини таъкидлаш лозим. Масалан, транзитор кўринишидаги кечиши, циркуляр интермиттирловчи ёки, аксинча, узоқ йиллар узлуксиз давом этадиган хуружсимон ва ремиттирловчи ҳарактерга ўтиши 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 тузалиш ёки соғайиш бўлиши мумкин. Тўла тузалганда қолдиқ бузилишлар давомли қолиши мумкин, улар руҳий оламнинг турли даражада сусайишларидан (доимий астенизация, психопатизация, ҳис-ҳаяжоннинг сусайишларидан) иборатдир. Прогредиентли кечадиган касалликларнинг фаоллиги, сўнгра патологик ҳолат анчагина ифодаланган қолдиқлар бўлади.

Булар органик тутқаноқ ёки шизофреник ақлий сусайиш ҳолатида бўлиши мумкин. Руҳий касалликдан ўлиш жуда кам учрайдиган ҳолдир.

Текшириш усули

Клиник текшириш усули руҳий касаллик ташхисини қўйишда 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 киради.

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

Баъзи ҳолларда бемор қариндош-уруғларидаги (шажарасидаги) руҳий касалликлар ҳақида, болалик давридаги бирор бир аҳамиятга эга бўлган ҳолатларни, бош мия жароҳатлари, тутқаноқ тутиш, эс-ҳушини йўқотиб қўйиш ҳолатлари ҳақида маълумотларга эга бўлмаслиги мумкин.

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

Беморнинг ҳаёти тўғрисида маълумотларни йиғиб олиш жараёнида 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 суиқасд қилганлик, ўзини ғалати тутадиган, ақли заиф, тутқаноғи бор шахслар, кашандалар, ичкиликбоз, турли хил соматик касалликларга алоқадор шахслар бор-йўқлигини аниқлаш лозим.

Мазкур касалликнинг қандай бошланганлигини сўзлаб бераётганда касаллик қандай (тўсатдан, 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 билан, даволашга) аҳамият бериш керак. Беморнинг қайси вақтдан бошлаб психиатр назоратида бўлганлигини ва даволашнинг якунини ойдинлаштириш зарур. Агар бемор касалхона қошида даволанган бўлса, унда у қачон, қаерда бўлса, қандай

дорилар, қандай миқдорда, қанча вақт давомида олинганлигини аниқлаш лозим. Кўшимча сўраб-суриштириш орқали бемор руҳий касалликка йўлиқиши муносабати билан унинг ҳолати меҳнат ва турмуш шароитига қандай таъсир этганлиги, олдин ногиронликда бўлган-бўлмаганлиги тўғрисидаги маълумотлар аниқланади.

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

Руҳий ҳолат

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

Шу билан бир қаторда унга шифокорнинг шахсий фикри-ни акс эттирувчи атама ва мулоҳазаларни киритиш керак. 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 қобилиятининг ва ақлнинг сусайиши беморнинг юқорида келтирилган бир қатор қобилиятларини ҳам сусайтиради: айтайлик у касалхонадалигини биледи-ю, лекин қайси биридалигини айтолмайди. Бемор алаҳсираши мумкин, масалан, у ўзини касалхонада эмас, балки қамоқхонада, шифокорни — терговчи, касаллик варақасини тўлдиришни эса тергов иши олиб борилаяпти, деб тушунади. Баъзи ҳолларда 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 атроф - мухитдаги воқеа - ходисаларни қабул қилиш қобилиятининг сусайиши баён этилади. Врач ўзига керак бўлган маълумотларни беморни сўраб-суриштириш орқали олади: қулоққа эшитилаётган овозлар, улар нима ҳақида гапиришади, уларнинг буйруқ бериши, кимга тегишлилиги, нечталиги ва ҳоказо.

Беморнинг фикр юритиш қобилияти ҳам юқоридаги каби батафсил равишда таърифланади: фикр юритиш суръати, жараённинг 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 бузилган ҳолда бемор саволларга маълум бир кетма-кетликда ва аниқликда жавоб бериш қобилиятидан маҳрум бўлади. Шунинг билан бирга беморга маълум бир ахборотни эслаб қолиш учун, ёхуд кинофильм, ўқилган китобнинг маъносини сўзлаб бериш илтимос қилинади. Шу билан бир қаторда беморнинг билим савияси, унинг жамиятдаги ўрни — маълумотига мос келиш-келмаслиги аниқланади. Бундан ташқари, беморга расмга қараб сўзлаш, арифметик масалалар каби топшириқлар берилади ва бунинг асосида онгининг савияси, унинг тавсифи 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 билан оғриган касаллар, юрак ўпка касалликларида, оғир миокард инфаркти ҳолатида, ривожланган паралич касалларининг ақли заифлиги ҳолатида, 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 хавfli ҳаракатларнинг эҳтимоли кўрсатилиши керак. Кўрсаткичларнинг охирида беморнинг ўз ҳолатини танқидий баҳолаши ва келажак билан боғлиқ бўлган орзулари кўрсатилади.

Соматик ҳолат. Бу ҳолат тўла равишда соматик касалхонада текширилади.

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

Амалий психологик текширув. Ҳозирги вақтда кўплаб руҳий фаолиятнинг барча томоийллариини ўрганиш тестлари, инсоннинг шахсий ва умумий кўрсаткичлариини аниқлаш усуллари ишлаб чиқилган. Бундай текширишлар аналитик усулда патопсихология тажрибахоналарида олиб борилиб, улар жуда

мураккаб ва кўп вақт талаб қилади, шу билан бирга амалий психологик текширишларнинг нисбатан содда усуллари ҳам кўплаб шифокор-руҳшунослар томонидан қўлланади. Улар беморни касалхона шароитида текшириш учун хилма-хил амалий руҳшунослик усулларини қўлламоқдалар ва олинган маълумотларни беморнинг касаллик тарихи варақасига қайд қиладилар. Ҳар ҳолда беморнинг ҳолатини баҳолашда ҳал қилувчи сўз шифокорга боғлиқдир. Патопсихологик тестлар эса тажрибахонада олинган барча бошқа маълумотлар билан бир қаторда, фақат қўшимча восита сифатида қўлланилади.

Лаборатория текширувлари

Руҳий касалликлар ташхисида қоннинг умумий ва клиник таҳлилини, сийдик таҳлилини ўтказиш мажбурий ҳисобланади. Кейинчалик бу таҳлиллар 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 зарур. Бундан ташқари, баъзи таҳлилларда руҳий хасталик билан боғлиқ бўлган ва уни таърифлайдиган ўзгаришлар топилади.

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

Прогрессив фалаж учун эозинопения хосдир. 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 солиштирама оғирлиги ошиши, қонда эса эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши, лейкоцитоз, нейтрофилларининг токсик донадорлиги кузатилади.

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

Эпилепсияга чалинган беморларда ҳар бир хуруждан сўнг қонда лейкоцитар реакцияни, сийдикда — оқсил ва қанд 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 қанчалик қўшилганлигига боғлиқ бўлади. Масалан: ҳаракати, асабийлашган ҳар қандай беморда, касалликнинг нозологик шаклига боғлиқ бўлмаган ҳолда қонда — гипергликемия, катехоламинларнинг 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 миқдори ва учглицерид кўрсаткичи ўзгаради. Қон ва сийдикнинг биокимёвий ўзгариши соматик, инфекцион ва интоксикацион психозларга ҳам хос бўлади. Модда алмашинувининг баъзи бир туғма оғир ўзгаришларини олигофрениянинг баъзи бир фенилкетонурия, лейкоцитоз каби шаклларида учратиш мумкин.

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 миқдори 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 суюқлиги люмбал пункция орқали олинади. Люмбал пункция III ва IV ёки IV ва V бел умуртқа суяклари орқасида қилинади. Шу жойда мия пардаси орқа мия суюқлиги билан тўлган халтача ҳосил қилади. Пункция пайтида беморда

кўнгилай айниш, қўсиш юз бериши мумкин, шунинг учун пункцияни овқатдан олдин қилиш керак. Пункция вақтида бемор ўтирган ҳолатда бўлиши керак.

Меъёрда орқа мия суюқлиги рангсиз, тиниқ ва томчилар билан оқиб чиқади. Бош мия босими кўтарилганда орқа мия суюқлиги тирқираб оқади, босим камайганда эса сийрак томчилар билан оқади. Орқа мия босими ўтирган ҳолдаги 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 суюқлигининг қизғиш ранги кейинги порцияларда камаяди, ликвор тиндирилганда ёки чўктирилганда эритроцитлар идиш тубига чўқади ва ликворнинг тиниқлиги тикланади. Лекин мияга қон қўйилганда бундай ҳолни кўриб бўлмайди. Менингитда мия ўсмасида 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, рН 7,4—7,8, цитоз 1 мкл да 0—5 та ҳужайра (асосан лимфоцитлар), қанд моддаси миқдори 2,22—3,33 ммоль/л, оқсил 0,16—0,3 г/л, альбуминларнинг глобулинларга нисбати 1:1. Нонне-Аппельтнинг чўкма глобулин реакцияси учрамайди.

Гидроцефалия билан огриган 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. Улар 1 мкл да 150 тадан бир неча минггача бўлади.

Кўпинча орқа мия суюқлигида касаллик чақирувчиларини кўриш мумкин. М-н; стафилококкларни, асл стрептококкларни, менингококкларни, пневмококкларни, оқиш спирохеталарни, цистоцеркоз пуфақларини. Хавфли ўсмаси бор беморларда ликворда ўсма ҳужайраларини топиш мумкин.

Орқа мия суюқлигида қанд моддаси миқдори камайса, бу мия пардалари яллиғланиш жараёнининг қанчалик ўткирлигини

кўрсатади. Оқсил моддаси миқдорининг камайиши ёки глобулинларнинг устунлиги кўрсатилади. Оқсил устунлиги сабаби турлича бўлган церебрал патологияда кузатилади: ўсмалярда, 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 қон ва орқа мия суюқлигида серологик реакциялар кам натижа беради, баъзида адашиш мумкин. Бундай тортишувли вақтларда янги, мураккаб замонавий реакцияларни қилиб кўриш керак: иммунофлюоресценция трено-немаларнинг иммобилизацияси реакцияси. Бош мия захмида иммунофлюоресценция реакцияси 95—100% гача тўғри натижа беради, трепонемаларнинг иммобилизация реакцияси эса 99—100% гача тўғри натижа беради.

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

Руҳий текшириш усули асосан иккига бўлинади.

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

Шаҳсни текшириш усули.

Руҳий жараён ҳолатини аниқлашда диққатни текшириш жуда муҳим маълумотлар беради. Унинг фаоллиги, ҳажми, миқдори, ўтиш қобиляти (переключаемость) асосий белгилар ҳисобланади ва руҳий фаолиятнинг у ёки бу бузилишларида ягона кўрсаткичлар бўлиб қолади. Руҳий бузилишларнинг барчасида диққатни текшириш ўз аксини топган ва буни энг қулай ҳисобланган корректор синамаси орқали текширилади. Бунда беморга тасодифан равишда алфавит ҳарфларидан тузилган бир текис 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 текширишнинг энг самарали усули ҳисобланади.

Диққатнинг ўзгарувчанлигини текшириш учун кўпинча Горбовнинг 2 рангли жадвалидан фойдаланилади. Жадвалда 1 дан 25 гача бўлган сонлар қора рангда, 1 дан 24 гача сонлар эса

қизил рангда тартибсиз, аралаштириб берилган бўлади. Бемордан 1 та қора рангдаги сонни кўпайиб бориш томонига, битта қизил рангдагини камайиб бориш тартиби бўйича навбатманавбат излаш талаб этилади.

Ҳозирги вақтда диққатни текшириш учун қолган тестдаги 4 турли рангдаги геометрик шаклдаги карточкаларни ранг бўйича, кейин шакли бўйича тез саралаш талаб этилади.

Хотирани текшириш учун кўп ҳолларда 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 рақамларни тўғри ва тескарасига ёздириш усули ҳам қўлланилади.

Воситали эслаб қолиш қобилиятини текшириш учун Леонтьев усули қўлланилади. Бунда беморга ҳар бир ёдланаётган сўзнинг маъносига қараб стандарт тўпلامдан расм танлаш таклиф 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 таклиф этилган сўзни ўзича «чизиби олиши» лозим бўлади. 40—60 дақиқадан сўнг ўша расм ёки сўз ҳақида тушунча бериши керак. Ассоциатив жараёнлардаги кичик ўзгаришлар танланаётган сиймолар орқали сўзлаб бериш қобилияти бузилганлигидан далолат беради.

Ассоциатив жараённи текширишда, шунингдек оддий ассоциатив тажриба (тажриба ўтказувчининг айтган ҳар бир сўздан кейин иложи борица ҳар қандай 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. Фикрлаш, шунингдек мулоқот қобилияти, чалғитиш, хаёл қилишни текшириш усули билан ҳам аниқланиши мумкин. Бу усуллар буюмлар таснифига асосланган. Масалан: беморга 70 та турли буюм ва ҳайвонларнинг расми акс эттирилган суратлар берилади. У бу суратларни ўзининг чиқарган хулосаси бўйича саралаш керак. 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 ташқари, мақолларни 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 нақшлари 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 ташқари Векслернинг комплекс синамаси ишлатилади. Унинг мақсади фикрлаш қобилияти, санаш ориентациялари, эслаб қолиш қобилияти, диққат даражаси, сўз жамғармаси, конструктив фикрлаш, шунингдек қисмлардан ҳодисаларнинг кетма-кетлигини таҳлил қила олиш қобилиятини текширишдан иборат. Юқорида кўрсатилган руҳий жараёнлар текширилгандан сўнг мана шу мажмуага асосланиб беморнинг ақлий фаолиятини балларда миқдорий баҳолаш мумкин.

Шахсни текширишда турли усуллардан фойдаланилади — 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») бўлади. Сўровлар шахснинг у ёки бу томонини очиш учун ва унга миқдорий баҳо бериш учун қўлланилади.

Айзенк сўрови кенг 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 (ММРІ) шахснинг клиник профили, унинг асосий руҳий хасталик хусусиятларининг нисбати ва устунлигини: ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, эркаклик-аёллик параноид, психоастения, шизофрения, гипомания, ижтимоий интраверсиясини аниқлашга имкон

беради. Бу асосий 10 та шкаладан ташқари, сўровда қўшимча саволлар мавжуд. Саволлар ҳаммаси бўлиб 200 тадан кўпдир. (Эпилепсия, алкоголизм, шахс, ўз-ўзини текшириш, шизофрения келажаги ва бошқалар). Улардан баъзилари, масалан, Тейлор — ҳаяжон шкаласи мустақил сўров сифатида қўлланилади.

Шунингдек прожектив ва ярим прожектив синамалар ҳам ишлатилади. Бунда кам тизимланган 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 мутахассислар унинг ҳолати, мақсади, кечинмаларига баҳо беришади. Роршах синамаси Юта стандарт сиёҳ доғидан иборат. Бемор у ёки бу доғнинг нимага ўхшашлигини айтиши керак Жавоблар доғнинг детали, ранги, шакли ҳақиқатдан ҳам бирор нарсага ўхшаганлигига қараб мураккаб тизим бўйича баҳоланади. Натижада синалувчининг интеллектуал (ақлий), руҳий хатолик хусусиятлари тўғрисида бирор хулосага келинади.

Розенцвейгнинг фрустрация синамаси 24 та аниқ жадвал ҳолат акс эттирилган расмдан иборат. Унда қатнашувчи шахс гапиради (матн ёзиб қўйилган), бошқаси жавоб беради (синалувчи матнни иложи борида тезроқ ўйлаб топиши керак). Бу синама синалувчининг реакцияси кўриниши ва унинг мураккаб ҳолатларда йўналишини, у ёки бу талабини қондиришга кўра 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 ҳаётини 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, айниқса шахс синамаларини самарали ташкил этиш махсус тайёргарлик ва юқори малакали, профессионал, моҳир тажриба ўтказувчини талаб қилади.

Рухий касалликларда беморларни текшириш мавзусига оид саволлар:

1. Суҳбатни қай тарзда бошлаш керак?
2. Суҳбат тузишда маълум қолипга қатъий амал қилиш муҳимми?
3. Саволлар қай тарзда берилиши керак?
4. Суҳбат пайтида ҳазилнинг роли қанақа?
5. Биринчи суҳбатни якунлашнинг энг яхши усули қанақа?
6. Суицидал хоҳиш қай тарзда баҳоланади?
7. Рухий касалликларни текширишда объектив анамнез кимдан йиғилади?
8. Рухий касалликларни текширишда субектив анамнез кимдан йиғилади?

Рухий касалликларда беморларни текшириш мавзусига оид тест саволлари:

1. Рухий бузилиши бўлган бемор билан ишлашни бошлашда шифокор томонидан қўлланиладиган текшириш усули:
 - *объектив маълумотларини олиш;
 - *профессионал сўров ва кўрув;
 - *клинико-динамик кузатув;стандартлаштирилган баҳолаш шкалалари:
ЭЭГ, КТ, ЯМР, бош суяги рентгенографияси;
Лаборатория анализлари.
2. Психиатрик стационарга ётқизиш учун кўрсатмалар:
 - *агрессияга мойил бўлган маниакал ҳолат;
 - *руҳий беморнинг жамиятга қарши хатти-ҳаракатлари неврозлар;туғма ақлли заифлик:
 - *суицидал фикрлар ва ҳаракатлар;олигофренсимон дефектли.
3. Психиатрик стационарга ётқизиш учун кўрсатмалар:
 - *агрессияга мойил бўлмаган маниакал ҳолат овқатдан заҳарланиш васвасаси, овқатдан бош тортиш;неврозлар;
 - туғма ақли заифлик.
 - * императив галлюцинациялар;
 - * кататоник ступор.
4. Қайси касалликларда овқатдан бош тортиш кузатилади:

- *анорексия;
- *депрессив синдром;
- *кататоник ступор;
- маниакал синдром;
- гебефреник синдром;
- псевдодеменция.

5. Қуйидаги ҳолатларнинг қайси бирида социал хавfli ва суицидал хулқ кузатилади:

- деменция;
- *патологик аффект;
- кўнгли бўшлиқ;
- *ажитирланган депрессия;
- апатико-абулик ҳолат;
- *дисфория хуружи;

6. Шошилинч госпитализация учун кўрсатмалардан бири:

- *ажитирланган депрессия;
- психорганик синдром;
- *кататоник қўзғалиш;
- обсессив синдром;
- олигофрения имбециллик даражасида.

РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАРНИНГ ЭТИОПАТОГЕНЕТИК ТАСНИФИ

- * Даражаси бўйича
- * Этиологияси (сабаби) бўйича
- * Кечиши бўйича

Даражаси бўйича

- Психотик (психозлар) бузилишлар — руҳиятнинг қўпол (дезинтеграцияси) бузилиши, руҳият реакцияларнинг ноадекватлиги билан характерланади. Васваса, галюцинациялар, психомотор қўзғалишлар психоз аломатлари ҳисобланади.

- Психотик бўлмаган (невротик, неврозсимон, психопатсимон) — бу функционал, қайтар бўзилишлар бўлиб бунда руҳий реакциялар ҳақиқатга мазмун бўйича мос бўлиб, аммо кучи ва частотаси бўйича мос келмайди.

- Ақли пастлик ҳолатлари (олигофрения, деменция)

Этиологияси (сабаби) бўйича

- Эндоген — хромосом касаллик наслий касаллик ёки касалликка наслий мойилликлар, уларнинг патогенези ички, генетик механизмларга боғлиқ бўлган ноаниқ этиологияли руҳий 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 руҳий шикастланишлар ҳисобланади.

- Соматоген (симптоматик) — бунда руҳий касаллик сабаби соматик касаллик ҳисобланади. Соматик касаллик организм ички муҳитини ўзгартиради ва бу муҳит мия учун патоген бўлиб унинг турли хил бузилишларига олиб келади.

- Дизонтогенезиялар (олигофрения ва психопатиялар) — бузилиш онтогенез жараёнида шаклланади.

Кечиши бўйича

- Узлуксиз
- Хуружсимон
- Рецидивланувчи (қайталанувчи)
- Рекуррент

- *Хуружсимон — проградиент*
- **Узлуксиз** кечишида касаллик доимо мавжуд бўлади:
- *Проградиент* (зўрайиб борувчи),
- *Стационар* (стабил, динамикасиз),
- *Регредиент* (секин-аста енгиллашиши ва руҳий саломатликнинг тикланиши билан);

· **Хуружсимон**

- *Фазали* кечиши — руҳий касаллик хуружлари тўлиқ руҳий соғлик даврлари билан алмашилиб туради.

Биполяр психотик бузилишлар.

- *Рецидивли* (қайталанувчи) кечиши — асосий симптоматика ва ўтказилаётган терапия фонида даврий равишда хуружлар пайдо бўлиб, улар қўшимча симптомлар қўшилиши билан кечеди.

Алкогол галюцинози.

- *Рекуррент* кечиши — даврий пайдо бўлаётган, кўринарли психопатологик хуружларнинг — ремиссиялар, яъни вақтинча аҳволининг тўлиқ яхшиланиш даврлари билан кечиши.

Шизофрениядаги рекуррент хуружлар.

- *Хуружсимон - проградиент (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 ХАЛҚАРО ТАСНИФИ (КХТ-10)

1) *Органик руҳий бузилишлар.*

Бу бузилишларнинг ривожланиши бош миядаги морфологик бузилишлар билан боғлиқ: кекса ёшдаги деменсия (ақлий заифлик, БМЖ асорати, мия томирлари атеросклерози).

2) *Психоактив воситалар истеъмоли билан боғлиқ руҳий бузилишлар.*

Алкогол, опиоидлар, кокаин, галюциногенлар, учувчан эригивчилар, тинчлантирувчи ёки ухлатувчи дори воситалар, тамаки ва бошқа психофаол моддалар истеъмол қилиш оқибатидаги бузилишлар. Бузилишлар яққоллиги қамрови жуда кенг (ўткир заҳарланишдан тортиб ақлий заифликкача) бўлиши мумкин.

3) *Шизофрения, шизотипик ва васваса бузилишлар.*

Бу гуруҳга шизофрения қаторида унга ҳам клиник, ҳам ирсий яқин бўлган, нисбатан тинчроқ кечадиган бузилишлар киради.

4) *Кайфият бузилишлари.*

Оғирлиги ва кечиши турлича бўлган маниакал ва депрессив бузилишлар

5) *Стрессга боғлиқ невротик бузилишлар ва саматоформ бузилишлар.*

Бу гуруҳга анъанавий невротик бузилишлар (билан бирга) қаторида стрессга бўлган ўткир реакция, жарохатдан кейинги стрессли бузилишлар (ТКСБ), адаптация бузилишлари ҳам киради.

Саматоформ (тана касалликларисимон) бузилишлар қаторига танадаги бузилишларнинг субъектив белгилари билан кечувчи, аммо объектив текширув усуллари ёрдамида текширганда ўзгариш кузатилмайдиган турли - туман бузилишлар киради.

6) *ахлоқ бузилишлари (физиологик ва физик омиллар билан боғлиқ бўлган бузилишлар).*

Ўз ичига овқатланиш бузилишлари (асаб анорекцияси ва асаб булемияси), уйқу ва жинсий функция (агар улар қайсидир бошқа касаллик билан боғлиқ бўлса), туғруқдан кейинги руҳий 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-майл бузилишлари (агар улар бошқа руҳий касалликдан келиб чиқмаган бўлса), ҳамда жинсий (первизия) хулқ-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 бузилиши ёки шахснинг ақлий қолоқлик билан боғлиқ бўлмаган бузилишлари киради.

10) *Болалик ва ўсмирлик даврида бошланадиган эмоционал ва хулқ-атвор бузилишлари.*

Буларга болалик даврига хос хулқ-атвор ва эмоционал бузилишлар ҳамда (тикоз) ҳаракат бузилишларининг баъзи турлари, дудуқланиш, энурез киради.

11) *Аниқлик киритилмаган руҳий бузилишлар*

Бунга 1) -10) пунктларга кирмайдиган руҳий бузилишлар киради.

КХТ- 9 ВА КХТ-10 ОРАСИДАГИ ФАРҚЛАР

Фарқи

КХТ-10 – бу МКБ-9 нинг мантиқий давоми.

КХТ-10 тузилиш структураси асосига синдроматик тамойил қўйилган

КХТ-9 4та блок , 3 белгили рукнлардан иборат

КХТ-10 11та блок 3 белгили рукнлар

Блоклар, рукнлар, кичик рукнларга кенг изоҳ берилган

Фарқи

• Бир қатор рукнлар учун 4 белгили даражада қўшимча градиациялар назарда тутилган, у етакчи симптом ёки синдромни, кечиш типи ва шу кабиларни ажратишга имкон беради.

• Хулқ - атвор бузилишлари кенг ва батафсилроқ кўрсатилган.

• Глоссарий турли мактабларнинг психиатрлари томонидан ишлатиладиган тушунча-атамали апаратини мувофиқлаштиришга қулай шароитлар яратади.

• Ташхисларнинг асосий қисми соғлиқни сақлаш тизимининг ихтисослаштирилган маҳаллий психиатрик (наркологик) иншоотларида аниқлаштириш киритишни талаб этади.

• Турли мамлакатлар мутахассислари учун мураккаб эмас, ва уни қўллаб диагностик асослашларда консенсусга эришиш мумкин.

• КХТ-10 нинг клиник тавсифи ва ташхисий қўлланмалари 22 тилга таржима қилинган.

КХТ- 10 ДАГИ ЯНГИЛИКЛАР

1. Алкогол ва бошқа моддаларни суистеъмол қилиш каби бузилишларни тоифалаш усули ўзгарган.

3- белгили кодни суистеъмол қилинадиган модда учун, 4- белги бу моддани суистеъмол қилиш туфайли келиб чиққан синдромни англатиш учун ишлатилади.

2. Шизофреник бузилишларга кирувчи кодлар гуруҳига қўшимчалар киритилди.

(Шизотипик бузилишлар ва шизофрениядан кейинги депрессия, ўткир психотик бузилишлар гуруҳи ажратиб чиқарилган, “шизофрения” атамасини турли типда кечувчи ва унга таъсир қилувчи сабабларга (генетик, физик, ижтимоий ва маданий) боғлиқ равишда яқунланувчи синдром сифатида қабул қилиш таклиф қилинган.

3. Физиологик дисфункция ва гормонал ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган хулқ-атвор синдромлари бирлаштирилган ва оқилона ташкил қилинган. Бу гуруҳ бузилишлар таснифи улар ҳақидаги янги маълумотларга, ҳамда соматик касалхоналар ва интоксикацион психиатриянинг ўсиб бораётган эҳтиёжларига мослаб кенгайтирилган.

4. Ўз ичига агрессив бузилишларни олувчи тоифалар ўзгарган.

Депрессив бузилишларнинг таснифи қайта гуруҳланган ва депрессия, мания, биполяр бузилишларни қамровчи тоифалар турғун аффектив бузилишларга киритилган. Рекуррент қисқа вақтли депрессив бузилишни ва аралаш хавотирли-депрессив бузилишларни кодлаш учун янги тоифалар қўшилган.

5. Неврастения ташхиси махсус кодга эга

6. Маданий-специфик бузилишлар – бошқа маданиятларга кўра бир маданиятда пайдо бўладиган ҳолатларни ёритиш учун ишлатиладиган атама.

7. Шахс бузилишлари гуруҳига янги тоифалар қўшилган (қимор ўйинларга патологик мойиллик)

8. Таснифнинг болалардаги руҳий бузилишларга оид қисмларига кўплаб ўзгартиришлар киритилган.

Руҳий касалликлар таснифи бўйича назорат саволлари.

1. Руҳий касалликларнинг қандай таснифларини биласиз?

2. Руҳий касалликларнинг этиопатогенетик таснифи нимага асосланган?

3. Касалликларнинг этиологияси бўйича таснифи қандай?

4. Руҳий касалликларнинг этиопатогенетик таснифида кечиши бўйича қандай таснифланади?

5. КХТ – 9 ва КХТ – 10 орасидаги фарқлар қандай?

6. ДСМ – 4 таснифи нимага асосланган?

7. КХТ – 10 да руҳий касалликлар қандай бўлинган?

8. КХТ таснифининг бош тамойили қандай?

II-ҚИСМ УМУМИЙ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

5-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 ташқи дунёда бевосита ҳиссий мўлжалини таъминлайди. Ҳис қилиш билим ва тафаккурнинг муҳим босқичидир ва доимо у ёки бу даражада фикрлаш, хотира, диққат билан боғлиқдир. Агар инсон сезги орқали ўзини ўраб турган нарса, воқеа, ҳодисаларнинг алоҳида белгиларини онгда акс эттирса, идрок этиш орқали уларни бутунлигича, барча хусусиятлари билан биргаликда яхлит қабул қилади. Лекин шунга асосланиб, идрокни сезгилар йиғиндиси деб бўлмайди.

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 боғлиқ бўлиб, маълум бир мақсадсиз, ҳеч қандай ирода кучи сарф қилинмасдан юзага келади. Ихтиёрий идрок эса олдиндан белгиланган бирор мақсад асосида амалга ошади. Ихтиёрий идрок одамдан доимо иродавий эътибор беришни талаб қилади, ҳар қандай ихтиёрий идрокда ирода иштирок этади.

Руҳшуносликда 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. Буларга идрокнинг тезлиги, тўлалиги, аниқлиги ва тўғрилиги киради. Турли руҳий касалликларда ана шу сифатларнинг у ёки бу даражада ўзгарганлигини ёки бузилганлигини кўрамиз. Бу гуруҳга сезиш, ҳис қилиш, тасаввур қилишнинг ҳар хил бузилишлари билан тавсифланадиган белгилар йиғиндиси киради. Буларнинг ҳосил бўлишида кўн ҳолларда абстракт билишнинг (фикрлаш, таҳлил қилиш, танқид) бузилиши иштирок этади, лекин билишнинг сезги асослари бузилишида қўйидаги аломатлар катта рол ўйнайди.

Гиперестезия — меъёр ҳолатларда мўътадил бўлган ташқи кўзғалишларни қабул қилишнинг ошиб кетиши. Одатдаги

ёруғлик кўзни камаштиради. Атрофдаги предметлар (буюмлар) кўзга яққол ташланади. Товушлар қулоқни қар қиладигандек, эшик ёпилишидаги товуш худди ўқ 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 гира-ширалиги ҳолати ривожланишида намоён бўлади.

Гипестезия — гиперестезияга қарама-қарши бўлган жараён-дир. Ташқи қўзғалишларни қабул қилишнинг сусайиши билан тавсифланади. Атроф-муҳит худди тумандагидек ноаниқ буюмлар рангсиз, ноаниқ шаклда бўлиб қолади. Овозлар бўғиқлашади, атрофдаги товушлар жарангдорлигини йўқотади ва фарқсиз бўлиб қолади. Ҳаммаси ҳаракатсиз қотиб қолгандек туюлади.

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

А. С. Чистович таъбири бўйича гиперестезия иккинчи сигнал системаси сақланган ҳолда 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 бўлмайдиган ҳар хил нохуш сезилар. Булар худди куйиш, босим, тирнаш, қўйилиш каби сезилади. Сенестопатияларнинг юзага чиқишини Л. А. Орбели экстрарецепторларнинг сошлаш ва босиб турувчи таъсири натижасида интрарецептив тизимнинг тормозланиши билан тушунтиради.

Идрок этишнинг бузилишлари бугунги кунда қўйидагича таснифланади:

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

Галлюцинациялар деб, реал мавжуд бўлмаган объектларни идрок этишга айтилади.

Галлюцинациялар объектив борлиқдан ташқарида шаклланувчи ва ўз-ўзидан пайдо бўлувчи объектив мавжудлик хусусиятини олган тасаввурлардир.

Галлюцинациялар инсон онгида бирорта тасаввурнинг доминантлиги натижасида келиб чиқувчи ҳақиқий таъсиротнинг сохта ички образга айланиши туфайли юзага келади. Шунинг учун галлюцинациялар ўз-ўзидан келиб чиқувчи, ҳиссийлик касб этувчи реал борлиққа кўчирилган ва шу туфайли ҳақиқийлик, объектив мавжудлик хусусиятини олган тасаввурлар деб ҳисобланади. Гольдштейн фикрича, галлюцинациялар аввал идрок этилган нарсаларни шу идрокка боғлиқ бўлган янги ташқи таъсирларсиз ҳиссий равишда бошдан кечиришдир. Сезги органларига қараб, кўриш, эшитиш, ҳид ва таъм билиш, умумий сезги галлюцинациялари фарқланади.

Физиологик нуқтаи назардан галлюцинациялар бош мия пўстлоғида инерт қўзғалишларининг патологик ўчоқлари ҳосил бўлиши натижасида юзага келади. Пўстлоқ ҳужайралари шундай куч билан қўзғаладики, улар реал таъсирловчи қўзғалишларга мос келади. Ташқи ва ички агентлардан таъсирлар қабул қиладиган ҳужайралардаги инерт қўзғалишлар ўчоғи концентрацияси кўрув, тактил, висцерал галлюцинациялар юзага чиқишига ёрдам беради.

В. А. Гиляровский электроэнцефалографик текширувларга асосланиб галлюцинация ҳосил бўлишида иштирок этувчи инерт қўзғалиш ўчоқлари бош мия пўстлоғининг умумий тормозланиши фониде юзага чиқади, деган хулосага келган.

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

- 1) адреналиннинг парчаланиши.
- 2) серотониннинг парчаланиши.

Кўриш галлюцинациялари. Энг оддий кўриш 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 экранда кўринаётганидек туюлади. Экстракомпил галлюцинацияларда образлар беморнинг кўриш майдонидан ташқарида, ёнида, орқасида пайдо бўлиши мумкин.

Эшитиш галлюцинациялари. Жаранг, бонг, ўқ овози ва шунга ўхшашлар киради. Эшитиш галлюцинациялари интенсивлигига қараб секин, баланд, гаранг қилувчи бўлиши мумкин. Улар тепадан, пастдан, у ёки бу томондан, баъзи ҳолатларда узоқдан, баъзида эса яқиндан эшитилади.

Вербал галлюцинациялар фарқсиз, таҳдид солувчи, жаҳлдор бўлиши мумкин. Овоз доимо бир хил, баъзида битта сўзни такрорлаши, исми ва отасининг исмини айтиши, баъзида узундан-узун монолог, баъзи ҳолларда 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 ташқари, шарҳловчи ва императив галлюцинациялар бўлиши мумкин. Шарҳловчи галлюцинацияларда товуш ёки бир неча товушлар беморнинг ҳар бир қилган ишини шарҳлайди 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, ўлдиришни 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 ҳидлар сезади, камдан-кам ҳолларда хушбуй ҳид келади.

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

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

Висцерал галлюцинацияларда бемор тана бўшлиқларида, кўпинча қоринда бегона нарсалар мавжудлигини ҳис қилади. Висцерал ва тактил галлюцинацияларни сенестопатиядан фарқлаш лозим. Аввало сенестопатиялар предметсиз оғир ҳислардир.

Псевдогаллюцинациялар (сохта галлюцинациялар) — булар ҳам чин галлюцинациялардай ихтиёрсиз вужудга келадиган кўринишлар, товушлар, ҳидлар ва бошқалардир. Уларнинг чин галлюцинациялардан фарқи беморлар овозлар, образлар ҳақида айниқса кўп гапирадилар. Бемор уларни реал борлиқ билан тенглаштирмайди, борлиқдан ташқарида қабул қилади ва улар ясама хусусиятга эга бўлиб, кимлар томонидандир «солиб қўйилгандек» бўлади. Сохта галлюцинациялар чин галлюцинациялар сингари сезиш аъзолари бўйича бўлинади.

Кўриш сохта галлюцинациялари - атайлаб кўрсатиладиган кўринишлар, тасвирлардир. Улар шаклсиз ёки аниқ шаклли, рангсиз ёки рангли, бир ёки бир неча шахсли саҳналаштирилган кўринишларга ўхшаш бўлади. Уларнинг мазмуни кўрқинчли, ҳақоратли, эротик ва шунга ўхшаш бўлиб, баъзан улар беморга тегишли бўлмайди ва бемор уларга бефарқ бўлади. Кўриш сохта галлюцинациялари беморнинг ҳуши сақланган ҳолда пайдо бўлади.

Эшитиш сохта галлюцинациялари - «қилинган», ички, хаёлий товушлардир. Товушлар кимсасиз, эркак ёки аёлники, таниш ёки нотаниш бўлиши мумкин. Мазмуни ҳам турлича: дўқ-пўписа, буйруқ, маслаҳат ва шунга ўхшаш бўлади.

Сезги, висцерал, таъм, ҳид билиш сохта галлюцинациялари - шу тарздаги чин галлюцинациялардан фарқ қилиб, бу хилдаги галлюцинацияларга атайин «қилинганлик» туйғуси хосдир: «қилинган» ҳидлар, таъм (таъм ўзгариши, қорин бўшлиғига тушиб қолган жисмлар).

Фикр ҳаракати галлюцинациялари.

Бемор ўз хоҳишидан ташқари ташқи таъсир натижасида қилинган ҳаракатни сезади. Баъзида тил ҳаракати билан сўзларни айтиши кузатилади.

Функционал галлюцинациялар - ўткир интоксикацион психозлар ва ўткир бошланувчи шизофрениянинг бошланғич симптомлари ҳисобланади. Функционал галлюцинациялар реал қитиқловчи манба асосида пайдо бўлади ва шу реал қитиқловчи манба йўқолгунча сақланади. Иллюзиядан фарқи функционал галлюцинацияларга реал (объект) манба қўшилмайди, реал манба билан биргаликда пайдо бўлади. Масалан: автомашина моторининг шовқини асосида бемор овоз эшитади, беморни кўрқитувчи автомашина юриб кетиб шовқини эшитилмай қолиши билан бир вақтнинг ўзида галлюцинация ҳам йўқолади.

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

Гипнопомпик галлюцинациялар - гипногагик галлюцинациялардан фарқи-улар уйқудан уйғониш пайтида пайдо бўлади. Гипногагик ва гипнопомпик галлюцинациялар ҳар хиллиги билан ажралади. Бир ҳолатда бемор предметлар, ҳайвонлар, одамларни фантастик образларни кўради (кўриш гипногагик ёки эшитиш, ҳид билиш, тактил гипнопомпик галлюцинациялар), бошқа ҳолатда товуш пайдо бўлиши (эшитиш гипногагик ёки гипнопомпик галлюцинациялар ҳар хил ҳидларни сезиш), хид билиш гипногагик ёки гипнопомпик галлюцинациялари (бегона қўлларнинг тананинг ҳар хил қисмида таъсири -тактил гипногагик ёки гипнопомпик галлюцинациялар).

Булар соғлом одамда чарчаганида пайдо бўлиши мумкин. Гипногагик ва гипнопомпик галлюцинациялар баъзи ҳолларда интоксикацион ва инфекцияцион психозларнинг бошланғич даври бўлиши мумкинлигига қарамадан, беморда психотик ҳолат деб баҳолашга асос бўлолмайди.



Муҳитни иллюзор (хаёлий) идрок этиш.

Сингдирувчи галлюцинациялар - улар галлюцинатор тайёрланиш ҳолатида юзага келади. Кўпроқ учрайдиган турлари қуйидагилар:

Липман симптоми - бемор уйғоқ вақтида кўзлари бекилган ҳолатда кўз олмасига босим таъсирида кўриш галлюцинациялари пайдо бўлиши мумкин.

Рейхард симптоми - бемор тоза қоғозда чизилган расмни кўради ёки аслида йўқ матнни ўқийди.

Ашаффенбург симптоми - бемор ўчирилган телефон орқали гаплашиши мумкин.

Баъзи ҳолларда беморлар галлюцинатор ташвишларини яширади. Бу ҳолда галлюцинацияларнинг объектив белгилари шифокорга ёрдам беради. Масалан: бемор эшитиш галлюцинацияси билан товушга қулоқ солади, товушга жавоб беради ёки ёмон, нохуш товушни эшитмаслик мақсадида қулоғини пахта, қоғоз, пластилин, лой билан бекитади.

Ҳид билиш галлюцинациясида бемор бурнини қўли билан бекитади. Кўриш галлюцинацияларида кўзи билан йўқ предметни кузатади ёки кўзини бекитади. Оғиз ютиниш галлюцинацияларида оғиз бўшлиғидан номаълум жисмни ҳар доим йўқ нарсани олиб ташлайди (ип, соч ва ҳокозолар), оғзини сув билан чайқайди, доим тупуради, тилини чиқаради, тилидан йўқ предметни олади.

ИЛЛЮЗИЯЛАР

Иллюзия бу реал мавжуд объектни нотўғри, бузуқ ҳолда идрок этишдир. Идрок этилаётган нарса, воқеа-ҳодисаларнинг мавжудлиги билан иллюзиялар галлюцинациялардан фарқ қилади. Худди галлюцинациялар каби иллюзиялар ҳам сезги аъзолари бўйича эшитиш, кўриш, сезги, ҳид ва таъм билан иш иллюзияларига бўлинади.

Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, иллюзиялар меъёрда ҳам учраб туради. Бунга табний иллюзиялар мисол бўлади. Стакандаги чойга солинган қошиқ худди сингандек кўринади. Бунини албатта, оптика қонуни бўйича тушунтириб бериш мумкин.

Руҳий касалликларда аффектив, вербал, парейдолик иллюзиялар учраб туради.

Аффектив иллюзиялар қўрқув, хавотирга, тушкунликка тушган беморларда учрайди. Бунда осифлик турган кийим бекиниб олган қотилга ўхшаб кўринади. Ошхонада эшитилаётган идиш-товоқлар жаранги беморни ўлдириш учун тайёрланаётган қурол овози бўлиб эшитилади.

Вербал иллюзияларда атрофдаги одамлар суҳбатининг маъноси бузуқ мазмунда идрок этилади. Бу иллюзиялар қаттиқ қўрқув, ваҳима ҳолатида ҳар нарсага шубҳа билан қарайдиган беморларда учрайди. Бунда атрофдагиларнинг беморга тегишли бўлмаган суҳбатларида беморга оид фитна, гийбатлар эшитилиши мумкин.

Парейдолик иллюзиялар аффектнинг туб ўзгаришисиз, руҳий фаолият гасайган ҳолатларида учрайди. Мазмуни бўйича фантастик ва тасвирий қиёфали бўлади. Девордаги, гиламдаги нақшлар, девор ёриқлари беморнинг кўзига гаройиб, қўрқинчли мавжудотлар, баҳайбат 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 ташқи реал таъсир натижасида юзага келади ва унга қўшилмаган ҳолда таъсир тугагунча давом этади.

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

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

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

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

Дереализация—ўраб турган борлиқни буюмлар шакли, оралиқ масофа ва вақтга нисбатдан идрок этишнинг бузилиши. Бу ҳолатда беморга олам ўзгариб қолгандек узоқлашгандек туюлади, атроф ноаниқ, тушунарсиз, парда билан ўралгандек кўринади, атрофдаги мавжудотнинг ҳақиқийлигига шухба туғилади. Баъзида беморга ўзи яшаб турган атрофдаги одамлар бегонадек кўринади ёки аксинча, бегона жой, бегона одамлар худди танишдек, авваллари ҳам кўргандек туюлади. Дереализация депрессив ҳолатларда ва шизофренияда, эпилепсияда кузатилади .

Идрок бузилиши мавзусига оид вазиятли масалалар

1. Бемор М., 41 ёшда, 15 йилдан бери спиртли ичимлик ичиб келади. 2 ҳафталик даврий ичишдан кейин ҳолсизлик, тахикардия, терлаш, оғиз қуриши, безовталиқ пайдо бўлган. Кечқурун шовқин, тақиллаш, эшик ортидан “**товуш**” эшитган, товушлар у ҳақида гапирган, уни устидан кулган, айблаган. Бемор бетоқат, қўрқув сезади. Вақтга, жойга ва ўз шахсига ориентир сақланган. Сизнинг ташҳисингиз, тактикангиз, бу ҳолатнинг оқибати қандай?

2. Бемор Т., 34 ёшда. Руҳий касалхонага такроран тушяпти. Онасининг сўзича ўзидан — ўзи гапиреди, стол тагига чойшабга бекинади, қулоқларини бекитади. Шифокор билан суҳбатлашганда ҳар томонга қарайди, суҳбатлашишдан тўхтаб нимагадир қулоқ тутади. Қуйида санаб ўтилган симптомларнинг қайси бири беморда кузатилади?

*А. Эшитиш галлюцинацияси

Б. Вербал иллюзиялар.

В. Сенестопатия.

Г. Кўриш галлюцинацияси.

Д. Парейдолиялар.

3. Бемор З. 38 ёшда. Бошини ичидан товушлар уни барча

ҳаракатини бошқаради. Фикрларини бошига соладиган товушлар келади. Бу товушлар коинотдан келишини сезади. Коинотдан унга таъсир этиб унинг энергиясини олишини айтади.

Бу ерда идрок бузилишининг қайси тури мавжуд?

Қайси синдром?

А. Котар синдроми.

Б. Параноял синдром.

В. Параноид синдром.

Г. Парафрен синдроми.

Д. Кандинский-Клерамбо синдроми.

Е. Псевдогаллюцинациялар.

4. Беморнинг қўшниси беморга маълум масофадан лазер аппарати билан унга таъсир қилишини айтади. Ҳар доим унга организми ичидан келадиган товушлар уни миллий хавфсизлик хизмати (МХХ) ходими этиб тайинлашганлигини айтиб туради. Кўчада юрганида қўшнилар унинг фикрини билиб туради ва фикрини бошқаради. Ўзида ғайритабiiй қобилият борлигига ишониб, бўлимда ўзини мусбат биотоклари билан беморларни даволашга ҳаракат қилади. Ички товушлар унга хабар беради. “Сен шу беморни даволай оласан, даволашга кириш”.

1)Етакчи синдром, психопатогик симтомларни кўрсатинг.

2)Қандай руҳий касалликларда кузатилади. Руҳий автоматизм турлари.

3)Чин ва сохта галлюцинация тоифаси.

Мавзуга оид саволлар

1. Галлюцинация нима?

2. Галлюцинацияларнинг патогенезини тушунтиринг?

3. Галлюцинациялар кимларда ва қайси вақтда учрайди?

4. Галлюцинация турларини санаб беринг.

5. Чин галлюцинацияларнинг клиник хусусиятларини кўрсатинг?

6. Сохта галлюцияналар клиник хусусиятларини кўрсатинг?

7. Психосенсор бузилишларга кирувчи бузилишни кўрсатинг?

8. Иллюзия нима ?

9. Иллюзия турларини кўрсатинг?

10. Галлюцинацияларнинг объектив белгиларига нималар киаради?

11. Метаморфопсиялар деганда нимани тушунаси?
12. Деперсонализация нима?
13. Дерезализация нима?

Идрок бузилишлари бўйича тест саволлари

1. Чин галлюцинацияларнинг клиник хусусиятларини кўрсатинг:

- *реал образлар билан ўхшашлик;
- зўравонлик ва уюштирилганлик ҳисси билан ўхшашлик;
- *бемор танасидан ташқари, атрофида, рецепторларни сезиш чегарасида проекцияланади;
- *беморнинг хулқ-атвори галлюцинатор образлар мазмунига мос келади;
- *сезги анализаторлари сферасида проекцияланади: тана ичида ёки оптик горизонтдан узоқда;
- бемор ишонадики, галлюцинатор образлар атрофдагилар томонидан идрок қилинади.

2. Сохта галлюцияналар клиник хусусиятларини кўрсатинг: реал образлар билан ўхшашлик;

- *зўравонлик ва уюштирилганлик ҳисси билан ўхшашлик;
- *бемор танасидан ташқари, атрофида, рецепторларни сезиш чегарасида проекцияланади;
- *сезги анализаторлари сферасида проекцияланади: тана ичида;
- *кўпроқ эндоген психозларда учрайди;
- *кўпинча васваса билан бирга кечади.

3. Психосенсор бузилишларига қирувчи бузилишни кўрсатинг:

- *макропсия;
- *сенестопатия;
- *микропсия;
- *метаморфопсия;
- *парестезия;
- *парамнезия.

4. Иллюзия хилини кўрсатинг:

- *физик;
- *сенестопатия;
- *вербал;

- *парейдолик;
- *парестезия;
- *парамнезии.

5. Иллюзияларга хос:

- *ёлғон, хато идрок этиш;
- *танқидий муносабат;
- *алмашинган ҳолдаги идрок;
- *буюмлар шакли ва ҳажмини бузилган ҳолда идрок этиш;
- *реал объектнинг бўлиши;
- *ихтиёрига кўра юзага келиши;
- *кўпинча қўрқув ҳолатида юзага келади.

6-БОБ ХОТИРА ВА УНИНГ БУЗИЛИШИ

Хотира — бу бизнинг онгимиздаги ҳаётӣ тажриба, билим ва воқелиқларимизнинг акс этиши, қисқа ва узоқ вақт сақланишидир.

Хотира руҳий ҳолатнинг асосий ва мураккаб қисмини ташкил этади. Маълумки, одам туғилган соатидан то сўнгги нафасигача доимий ташқи муҳитнинг таъсирида бўлади. Кузатишлардан олинган, ўқилган ва эшитилган маълумотлар ёки киши ўзи шоҳид бўлган ҳар хил ҳодисалар одамнинг онгида маълумот сифатида сақланиб қолади. Шу сақланиб қолган маълумотларнинг ҳаммаси хотира деб аталади.

Хотира шартли равишда уч қисмга бўлинади:

1. Эслаб қолиш (фиксация).
2. Уларни узоқ муддат ичида сақлаш (ретенция) қобилияти.
3. Қайтадан эшлаш, ёдга олиш (репродукция).

Хотиранинг бу хусусиятлари вақтга боғлиқ бўлади, яъни таъсуротларни ёдлаб олиш, сақлаб қолиш ва уларни зарур вақтида қайтадан тиклаш жараёнлари маълум бир тартибда вақтга нисбатан кетма-кетлик билан ва мантиқ қоидаларига амал этилган ҳолда кечади. Хотиранинг яна бир бошқа сифати шундан иборатки, инсон ҳаёти учун зарур бўлмаган маълумотлар қисқа муддат ичида (баъзан тез кунда, баъзан секин-аста) эсдан чиқарилади. Аммо бу маълумотлар хотирадан ўчмаган ҳолда кишилар онгининг тубида сақланиб туради.

Хотирада сақлаш инсоннинг эсаги таъсуротларини қайта айта олиш қобилияти (репродукцияси)га боғлиқ бўлади. Эсаги таъсуротларни айта олиш қобилияти (репродукция) 2 хил бўлади.

1) бевосита — тўғри:

2) билвосита — логик (мантиқан).

Тўғри репродукция яна такрорланаётган факт ва кўринишларни билиш билан боғлиқ масалан, қачонлардир кўрган тасвир ва қиёфаларни эшлаш.

Логик репродукция қандайдир бир фактни эшлаш асосида ётувчи ҳар хил ассоциатив боғланишларни татбиқ қилишдан иборат. Бу факт шу кўринишга нотўғри муносабатда бўлади. Масалан, «имтиҳон» деган сўз инсонда ўқиш фаолияти билан боғлиқ бўлган кўп ассоциацияларни чақиритиши мумкин.

Хотирага боғлиқ бўлган ҳамма хусусиятлар болалар туғилиб, нутқи ривож топганидан бошлаб то ўсмирлик (12-14 ёшлар) даврига қадар яхши ривожланиб боради.

Сўнгра унга нисбатан секинроқ бўлса ҳам унинг ривожини 22-25 ёшларгача давом этади. Одам бу ёшда ҳар томонлама камол топади. 45-50 ёшдан бошлаб хотира руҳий соғлом кишиларда ҳам аста-секин пасаяди.

Шахснинг ёлғиз ўзига хос хусусиятлари унинг тарбияси ва бошқа омилларга қараб, хотирани кўрув, эшитув, ҳаракат ёки аралаш турларга ажратиш мумкин. Кейинги пайтларда хотирани қисқа муддатли ва узоқ муддатли турлари устида ҳам мулоҳазалар юритилапти.

1) қисқа вақтли хотира (бунда хотирада ташқи таъсиротларнинг излари товуш манбалари содир бўлгунча туради, сўнгра ўчиб кетади).

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

Ундан ташқари, хотирани тақлид қилиш (механик) ва мантиқий (логик) туркумларга ҳам бўладилар. Механик тури кўпроқ ёш болалик даврига тўғри келиши керак. Чунки сўз ва гапнинг мазмунини тушунмасдан туриб болалар тақлид этиш қобилиятига асосланиб хотирани ривожлантиришлари мумкин. Бундай аломатлар туғма ақли норасолиги бўлган беморларда ҳам узоқ вақтгача кузатилиши мумкин.

Маълумотларни ўзлаштириш ва умуман хотиранинг сифатлари уларнинг қизиқарли бўлишига боғлиқ, мустақкамлиги эса машққа ва қайтадан эслаб туришга боғлиқ. Хотиранинг сифати одамнинг тарбия топаётган муҳитига, оиланинг маданият-савиясига, одамларнинг кайфиятига, касбига, соғлиғига ва бошқа омилларга ҳам боғлиқдир.

Хотиранинг бузилиши натижасида уч туркум аломатлар кузатилади:

1. Дисмнестик.
2. Амнестик.
3. Парамнестик ҳолатлар.

Хотиранинг бузилиши натижасида кузатиладиган ҳар хил белги ва аломатлар қуйидаги 2-жадвалда келтирилган.

Дисмнестик тур	Амнестик тури	Парамнестик тури
1.Пасайиши (гипоамнезия) 2.Ўткирланиши (гиперамнезия)	Ретроград антероград Фиксацион прогрессив кечиккан нотўлиқ (чекланган) Тўлиқ	1.Конфабуляция а)алмашиниш (заместительная) б)фантастик 2.Криптоамнестик а)ассоциатив б)диссоциатив 3.экмнестик

Корсаков психози	Корсаков синдроми
Полиневрит Антероретроград амнезия фиксацион амнезия Конфабуляция (сохтареминесценция) Дезориентировка (фиксацион амнезия натижасида)	полиневритдан бошқа ҳамма белгилари кузатилади.

ДИСМНЕЗИЯ деб, хотира пасайишининг қўйидаги турларига айтилади — эсда сақлаш қобилиятининг пасайиши, қабул қилиш ва татбиқ этиш қобилиятининг пасайиши. Хотиранинг пасайиши руҳий 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 маълумотларни татбиқ қилишнинг қийинлашуви кузатилади.

Дисмнестик бузилиш турларида хотиранинг сусайиш ёки кучайиш белгилари учрайди. Хотиранинг пасайиш ҳолатларида маълумотларни ўзлаштириш, сақлаб қолиш ва ёддан билиш қобилиятлари алоҳида-алоҳида ёки уларнинг ҳаммаси ялписига сусайиши мумкин. Бундай ҳолатлар ўта ақли заифлик синдромларининг ҳамма турларида учрайди. Фақат шизофрения таркибида учрайдиган ақли заифлик бундан мустасно.

Хотиранинг кучайиш ҳолатлари баъзи бир беморларда кузатилиб, кўпроқ одам онгидаги аниқ ва туйғу-хислатларга ўта боғланган маълумотлар ёдга тушади. Мисол учун бу ҳол маниакал ҳамда паранойял синдромлари таркибида кузатилади. Баъ-

зан интоксикацион ёки инфекцион касаллик натижасида кузатиладиган делирий ҳолатида ҳам бутунлай эсдан чиқиб кетган воқеалар ёдга тушиши мумкин.

АМНЕЗИЯ. Амнезия—хотиранинг йўқолиши.

Амнезия-хотирада сақланиши керак бўлган ҳодисаларнинг эсдан чиқиб қолиши натижасида беморларнинг онгида “оқ доғлар” (бўшлиқлар) пайдо бўлади. Улар асосий хусусиятларига қараб ретроград, антероград, антероретроград, фиксацион, прогрессив, кечиккан, тўла ва чекланган турларга бўлинади.

Жиддий хасталикларнинг бошланиши билан кузатиладиган онгнинг бузилишигача дастлабки даврда беморлар ҳали ҳушини йўқотмасдан олдин ўз бошидан кечирган воқеаларнинг маълум муддат ичидагисини (бир неча минутлар ёки соатлар) хотирадан тушириб қолдирадilar. Бу белги, яъни хотиранинг бузилиши *ретроград* амнезия деб аталади. Демак, ретроград амнезияда касаллар онгининг бузилишигача бўлган воқеалар, ҳодисаларнинг ҳаммаси уларнинг эсидан чиқиб қолади. Бундай ҳодисалар дақиқалар, соатлар ёки бир неча кунлар ичида юз берган бўлиши мумкин.

Антероград амнезия — бу беморнинг ҳушсизлик ҳолатидан кейинги ёки бирор руҳий бузилишлардан кейинги воқеаларни эслай олмаслигидир. Бундай эслай олмаслик ретроград амнезиядек соатлаб давом этиши мумкин. Баъзи ҳолларда бир неча кун ва ҳафталарга чўзилиши мумкин. Бу вақт ичида бўлган воқеалар бемор хотирасидан изсиз йўқолади.

Антероград амнезияда - беморларда онгнинг бузилишидан ёки бошқа бир ўткир психоз ҳолатлардан чиқиб, ҳуши тиклангандан кейин бўлиб ўтган ҳодисалар эслаб қолинмайди. Бу ҳолат бир неча дақиқа ёки бир неча соатлар давом этиши мумкин. Қизиғи шундаки, касаллардаги бу ҳолатнинг давом этишига қарамасдан улар шу даврда хатти-ҳаракатлари тўғри бўлади, эс-ҳушлари бутун бўлиб, атрофдагилар билан мантиқли муомалادا бўладилар. Шу билан бирга ўткир касаллик ҳолатидан тузалганларидан сўнг шу давр ичида бўлиб ўтган ҳодисаларнинг ҳаммаси хотирадан унутилади.

Антероретроград амнезия—бу ретроград ва антероград амнезияларнинг биргаликда кузатилишидир. Антероретроград амнезия -фақат онгнинг бузилиш давригача эмас, ундан кейинги бўлиб ўтган ҳамма воқеалар беморларнинг эсида сақланмайди. Амнезиянинг бундай турлари интоксикацион, инфекцион пси-

хозларда ва онг бузилишининг ҳар хил турлари намоён бўладиган экзогеник ва органик касалликларда учрайди.

Фиксацион амнезия - ҳозирги вақтдаги воқеаларни хотирада сақлаш ва эслашнинг йўқолиши. Фиксацион амнезия Корсаков синдромининг асосий белгиси ҳисобланади. Бу беморларда эслаш қобилияти йўқолиши натижасида вақтни ва атрофдаги одамларни нотўғри англайдилар (дезориентировка). Улар ўзини даволовчи шифокорини, эрталабки нонуштасини эсламайдилар. Бир киши билан бир кунда бир неча маротаба нотаниш одамни кўргандек саломлашиши мумкин.

Фиксацион амнезияда кундалик воқеаларни, таъсуротларни кўрган ва кечирган маълумотларнинг ҳеч қайси бири эсда сақланиб қолмайди. Кишиларнинг қиёфасини, исмларини, шу билан бирга вақтга ва турган жойларига бўлган хотиралар ҳам сақланмайди.

Беморлар шифохонадаги ходимларнинг ёки ўзлари ётган хонадаги касалларнинг исмларини эсларидан чиқариб қўядилар. Улар билан қисқа муддат ичида бир неча марта кўришганларига қарамасдан ҳар сафар биринчи марта кўришган кишидек қуюқ саломлашишади ва бир неча марта номларини айтилганига қарамасдан ҳар сафар исми-шарифларини эсда сақлаб туролмайдилар.

Кундалик таъсуротлар ёдда сақланмагани учун уларда атроф-муҳитга, борлиққа ва вақтга бўлган ҳушёрлик-аниқлик (мўлжал) тўлиқ равишда йўқолади. Шунинг учун кишилар билан ҳар сафар кўришганларида худди ҳозир-бугун биринчи маротаба учрашиб саломлашибгина қолмасдан, шифохонага қачон келганларини ҳам эсдан чиқариб юборишади. Узоқ муддат ичида даволаниб турган касалдан қачон бу ерга келдингиз, деб сўрашса- «Мен кеча ёки илгари куни келдим» -деб жавоб беради. Бўлимнинг ичида юриб бир неча ой даволанганларига қарамай, ўзларининг палаталарини қидириб топиша олмайди, адашиб юришади.

Фиксацион амнезия Корсаков психози номи билан юригиладиган синдромларда кузатилади ва уларнинг асосий белгиларидан бири ҳисобланади. Бундай ҳолат шизофрения билан маниакал-депрессив психозлардан ташқари, кўпчилик экзоген ва органик хасталикларда учраши мумкин.

Прогрессивланувчи(ривожланиб борувчи) амнезияда эслаб қолиш қобилияти йўқолиши билан бир вақтда хотира бойли-

ги секин-аста камайиб боради, хотирадаги бор захира шу даражагача қашшоқлашадики, бундай беморлар кўзгуга қараб ўзларининг кимлигини эслай олмайдилар. Ўзларини худди болалик ёки ўсмирлик даврда юргандек ҳис этадилар. Бу ҳолат экмнезия деб ҳам аталади - «ўтмишдаги ҳаёт» - бу белги парамнестик бузилишлар натижасида юзага келадиган аломатлар қаторида кўрилади. Бунда бемор биринчи навбатда яқин орада бўлган воқеаларни эсдан чиқаради. Кейинчалик аста-секин ўтмишдаги воқеалар ҳам эсдан чиқади.

Бу ҳолатда аввал, биринчи навбатда хотирадаги янги, кейинги вақтда олдинги йилларда ўзлаштирилган воқеалар йўқолади (ўчади). Ёшликда, ундан кейинги йилларда ўзлаштирилган ва доимий қайтариб турилган маълумотлар хотирада узоқ вақт сақланиб туради. Янги қабул қилинган, аммо қимматли воқеалар тез эсдан чиқиб қолади. Беморларда хотиранинг шу тартибда ўзгаришини Рибо (француз олими) қонуни деб юритилади.

Шуни ҳам эсда тутиш лозимки, ҳаракат ва хулқ-атвор орқали олинган таассуротлар, одат, хотира, ўзини тутиш билан боғлиқ хатти-ҳаракатлар касалликнинг оғирлигига ва жиддийлигига қарамасдан узоқ вақт сақланиб қолади. Улар кишилар ҳаётида тез-тез қайтарилари, шунинг учун ҳам хотиранинг захирасида мустаҳкам ўрин эгаллайди. Кўп татбиқ қилинган маълумотлар муҳим барқарор табиатга эга бўлади.

Юқорида эслатиб ўтилгандек, амнезияларнинг тўлиқ, нотўлиқ ҳамда кечиккан турлари бўлади. **Тўлиқ** хилида касаллик вақтидаги объектив ва беморда кузатилган ҳар хил патологик кечинмаларни бемор ҳуши ўзига қайтгандан сўнг эслай олмайди, уларнинг ҳаммаси унинг бутунлай эсидан чиқади. Бундай белги айрим бир-бирига ўхшаш онгнинг бузилиши синдромларини фарқлаш учун зарурдир. Амнезиянинг тўлиқ тури сумерик ҳамда амнестик синдромларга хосдир. Амнезиянинг **нотўлиқ** хилида касалнинг бошидан ўтказган кечинмалари ҳамда ташқи муҳитдан олинган таассуротларининг бир қисми уларнинг хотираларида сақланиб қолади ва ҳушларига келганларидан сўнг, ўшаларни эслаб гапириб беришади.

Амнезиянинг нотўлиқ тури делирий ва онейроид синдромларида кузатилади.

Беморлар делирий ҳолатидан чиққандан сўнг, атроф-муҳитга доир таассуротлар билан патологик кечинмалар тўғрисидаги маълумотларни эслаб гапиради, аммо улар «узук-юлуқ» ҳолда,

яъни нотўлиқ маълумотлардан иборат бўлади. Онейроиддан чиққан касаллар атроф-муҳитга тегишли хотираларни бутунлай эсдан чиқариб юборадилар. Лекин улар субъектив дунёсидаги кузатилган хаёлий воқеаларни ва ҳодисаларни тўла ва муфассал гапириб берадилар.

ПАРАМНЕЗИЯ — бу сохта хотира бўлиб, унинг уч тури тафовут қилинади: Парамнестик хотиранинг бузилишига конфабуляция криптоамнезия ва юқорида қайд этилган экмнезиялар киради. Буларнинг ҳаммасини сохталаштирилган хотира деса ҳам бўлади.

1) конфабуляция — бу хотиранинг шундай бузилиш шаклики, бунда хотирадаги ахборотнинг унутилган жойи уйдирма ва фантастик воқеалар билан тўлдирилади;

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

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

Хотира бузилиши бош мия пўстлогининг қўзғалиш функциясининг сусайиши натижасида келиб чиқади.

Конфабуляциялар икки хил турда учрайди.

Биринчиси- одатий, яъни фиксацион амнезия натижасида пайдо бўладиган хотирадаги бўшлиқни ҳақиқий бўлиб ўтган ёки бўлиши мумкин бўлмаган ҳодисалар билан тўлдирилган ҳолатдир. Узоқ вақт ичида шифохонада даволанётган бемор, масалан, куни кеча сафардан келгани, у ерда бўлган воқеалар, ўзининг танишларини кўргани, баъзи бир идораларга кириб хизматга зарур топшириқларни бажарганини айтади. Конфабуляциянинг бу турини сохтареминесценция ҳам деб аташади. Бу ҳолат фиксацион амнезия ва бошқа аломатлар билан Корсаков психозида ва унинг номи билан аталадиган синдромлар таркибида ҳам кузатилади.

Конфабуляциянинг **хаёлий-фантастик** тури ҳам учраб туради. Беморлар уларнинг иштирокида қизиқ, ғалати ва улуввор ҳодисалар бўлганини, катта мансабли амалдорлар билан суҳбатлашгани ёки уларнинг севганларидан гоҳ қимматли

совғалар олганини, антиқа масалалар устида ихтиро этганини ишонч билан тасдиқлайдилар. Бу ҳолат парафрения синдроми билан оғриган беморларда кузатилади. Фантастик конфабуляцияни конфабулятор чалкашлик ажратиш лозим. Касалларнинг гапида мантиқан ва грамматик боғланиш йўқолади, атрофдагиларни ўзининг яқин кишиларидек қабул қилади, ўзини шифохонада эмас, бошқа жойда ёки қамоқда деб ҳисоблайди. Даволовчи шифокорни гоҳ, қариндошим, гоҳ касбдошим бўлса керак, деб тушунади (нотаниш одамларни ижобий кишилар деб узига ўхшатиб танишдек қабул қилиш симптоми). Уларнинг назарида ташқи муҳит ва атрофдаги кишилар доим ўзгариб ҳар хил қиёфада ва мазмунда туюлаверадилар.

Баъзан бегона шахсларни ўзларининг қариндошларидек қабул қилдилар (салбий, ёмон одамга узини ўхшатиш симптоми).

Криptomнезия -касалларда ўзидаги бор маълумот билан ўзгага тегишли ҳодисалар, воқеаларни ажратиш қобилиятининг бузилишидир. Касаллар ўзлари кўрган, ўқиган ва эшитган воқеаларни бегонадек бошқа кишиларга хос (менга тегишли эмас) деб тушунишади. Бу бегона хотира диссоциатив хотира (бегоналашган хотира) ҳисобланади. Аксинча, бошқа бир вақтда тушида кўрган, ўқилган ёки эшитилган, бошқа бировларга тегишли маълумотлар беморга худди ўзиникидан туюлади, бу ўзлаштирилган хотира ҳисобланади. Бу ҳолатлар хотиранинг бузилиши билан таърифланадиган ҳамда ўткир васвасаларда учрайдиган синдромлар таркибида кузатилади.

Хотиранинг бузилиши натижасида кузатиладиган ва юқорида келтирилган руҳий касалликларнинг ҳар хил турларида учрайдиган аломатлардан ташқари, баъзи бир мураккаб белгиларда таркиб топган ҳолатлар ҳам бўлади. Шулардан энг муҳими **Корсаков синдроми**дир. Бу ҳолат юқорида келтирилганидек, узлуксиз кечадиган ичкиликбозлик натижасида келиб чиқади. Бу касаллик таркибида полиневрит белгиси билан қўшилиб, биринчи марта С.С.Корсаков томонидан *полиневритик психоз* номи билан юритилиб, илмий жиҳатдан асосланган эди. Кейинги изланишлар шуни кўрсатдики, бу ҳолат полиневрит белгисиз интоксикация, инфекция ва кенг миқёсдаги органик касалликларнинг ҳаммасида ҳам учраши мумкин экан. Бу синдромга қуйидаги аломатлар хосдир. Ретроантероград ва фиксацион амнезиялар, конфабуляция (сохтареминесценция), бунда вақтга, маконга ва кишиларга бўлган муносабат сохталашади, бутунлай йўқолади.

Жаҳон психиатрларининг анжуманида полиневритик психозни Корсаковнинг номи билан аталиши, сурункали ичкилик-бозликда учрайдиган турлари эса Корсаков синдроми номини олганлиги эълон қилинди.

Корсаков синдроми (амнестик синдром):

- ҳозирги вақтдаги хотиранинг бузилиши (фиксацион амнезия);

- турган жойини чалғитиш;

- конфабулятор бузилишлар йиғиндисидан иборат.

Корсаков синдроми алкоголизмда, бош мия жароҳатларидан кейин, ўткир гипоксия (осиш, газ билан заҳарланиш) ҳолатларида учрайди.

Корсаков синдромли бемор намоёйиши.

Бемор Г., 30 ёшда, авлодларида руҳий касалликни рад этади. Болалигида қизамиқ, ангина, грипп касалликларини ўтказган. Яхши ўсган, маълумоти 10-синф, яхши ўқиган. Фельи доим тинч, юмшоқ, уятчан, зийрак бўлган. Мактабни битиргандан кейин университетнинг кечки физика математика бўлимида ўқиган ва омбор мудири бўлиб ишлаган. Ўқиш ва иш енгил берилган, қийинчилик сезмаган. Спиртли ичимликларни вақти-вақти билан истеъмол қилган. Кейинчалик алкогольга мойиллик, хоҳиш пайдо бўлган. Шу сабабли оилада жанжал бўлиб турган. Шундай кунларнинг бирида, маст ҳолатда оилавий жанжал сабабли ўз жонига қасд қилган, ипдан ечиб олинган. 2 кун реанимация бўлимида эс-ҳуши йўқ ҳолатда сақланган. Комадан чиққандан кейин, безовта бўлган, ўзини нотўғри тутган, адашиш ҳолати кузатилган, ўзининг нарсаларини қўшни кроватдан қидирган, атрофдаги одамларни билмаган, ҳар томонга югурмоқчи бўлган. Бу ҳолат бир неча соат давом этган. Уйқудан кейин эс-ҳуши ўзига келган, бўшашиб, бепарқ бўлиб қолган. Саволларга дарров жавоб беролмаган, бўлиб ўтган воқеани эслолмаган. Шу ҳолатда бемор руҳий касалхонага кўчирилган. Касалхонага келган куни беморнинг, бўйнида странгуляцион тугун изи кўринган. Бемор камқувват, камҳаракат, мустақил ҳеч нарсага қизиқмаган. Ўзини бўлимдалигини билмайди, ўзини кроватини тополмайди, ёрдамга муҳтож. Суҳбат вақтида тезда ҳолдан тояди. Саволларга бир неча марта қайтаргандан кейин жавоб беради. Ўзи ҳақида қисқа анамнестик маълумот беради, охириги вақтлардаги воқеалар вақтини адашади. Хотирасида қўпол бузилишлар аниқланади, асосан ҳозирги вақтда охириги 2 йиллик ҳаётдан ҳеч нарса айтолмайди. Қаердалигини ва атрофдаги одамларни билмайди.

Ҳозирги кунни, ойни, йилни айтолмайди. Ўзининг кроватини, даволовчи шифокорини эслолмайди. Суҳбат пайтида бир неча маротаба бир хил савол билан мурожаат қилади. Бир одам билан бир неча маротаба саломлашади. Баъзан хотирасидан йўқолган ходиса ўрнини, узоқ йиллик воқеалар билан тўлдиришга ҳаракат қилади. Бир ойга яқин касалхонага ётганига қарамай, бир неча кун олдин Киевдан келганини тасдиқлайди. Онаси касалхонага келмаган бўлса ҳам, ҳозир онаси билан суҳбатлашганини айтади. Уйланганлиги 3 ойлик боласи борлиги, университетда ўқиши бутунлай хотирасидан йўқолган. Ҳатто қаерда ишлагани, қандай ишни бажарганини ҳам билмайди. Ўз жонига суиқасд қилганини ҳам эсламайди. Ўзини бемор ҳисобламайди. Баъзида жаҳлдор бўлиб, уйга жавоб беришини сўрайди, ишга кеч қолаётганини айтади. Лекин тезда тинчланади, ҳеч нарсага қизиқмайдиган, бефарқ бўлиб қолади. Кўп вақт тўшагида ётади, ҳеч ким билан гаплашмайди.

Психоорганик синдром (органик психосиндром).

Бу ҳолат Вальтер-Бюэль учлиги билан характерланади ёки ифодаланади:

1. эслаш қобилиятининг пасайиши;
2. ташқи ходисаларни тушунолмаслиги;
3. аффектнн тутиб туролмаслиги;

1. Психоорганик синдром ҳолатида эслаш қобилияти ҳамма жиҳатдан ёдда сақлаш, ретенция (қабул қилинган ахборотларни хотирада сақлаб қолиш) ва репродукция (хотирада сақлаб қолган ахборотларни керакли пайтда эслаб олиш) у ёки бу даражада бузилади.

2. Беморлар диққатининг ҳажми чекланиб, уларнинг теваарак-атрофни аниқлаш қобилиятлари ёмонлашади. Аввалига беморлар турган жойини, атрофидаги воқеалар ва ходисаларни билиши қийинлашади. Агар уларнинг ҳолатлари оғирлашса, улар ўз шахсларида ҳам адашадилар. Беморнинг ақлий фаолияти ҳам бузилади: муҳокама ва хулосалаш даражалари, беморнинг атрофни ва ўз шахсини тўғри талқин қилиш қобилияти пасаяди. Мураккаб вазиятларни тушуниб етиш имкони бутунлай йўқолади. Беморнинг фикрлаши ортиқча тафсилотларга бой бўлиб, фикрларнинг асосий мазмунини ажратиб ололмайди. Бемор нутқининг сўз бойлиги қашшоқлашади.

3. Аффектив бузилишлар аффектнн тутиб туролмаслиги,

кўнгил бўшликнинг юқори даражаси билан ифодаланади. Кайфиятнинг тез-тез ўзгариб туриши, арзимаган сабабга пасайиши ёки ошиб кетиши. Аффект беморнинг ҳатти ҳаракатларини ўз таъсирига олади, бу бемор томонидан қонуннинг бузилишларга олиб бориши мумкин.

Психоорганик синдром кетма-кет келувчи бир неча босқичларга ўтади. Психоорганик синдромнинг ҳар хил клиник турлари деб ҳам аталади.

Астеник тури - тез жисмоний ва руҳий чарчашлик, толиқиш, жаҳлдорлик гиперестезия каби белгилар, аффектни тутиб туролмаслиги кам намоён бўлади.

Эксплозив тури - бу ҳолат жаҳлдорлик, ўзини тута олмаслик, кўнгил бўшлик, дисмнестик бузилишларнинг енгил даражалари билан ифодаланади.

Эйфорик тури. Кайфият кўтарилишининг эйфория ҳолатигача бўлган ўзгаришлар кузатилади. Беморларда беғамлик, ўзига нисбатан танқиднинг пасайиши, дисмнезия, интилишларнинг тўхтай олмаслиги учрайди. Бирдан пайдо бўладиган ғазаб аффекти тезда ожизликка, йиғлоқиликка айланиши ҳам кузатилади.

Апатик тури - қизиқиш доирасининг торайиши, атрофдаги ҳодисаларга бефарқлик, дисмнестик бузилишлар билан ифодаланади. Психоорганик синдром бош мия жароҳатининг узоқ вақт ўтган даврида, қон томир ва бош миянинг бошқа органик касалликларида учрайди (инсульт, ўсма).

Хотира бузилиши мавзусига оид вазиятли масалалар

1. Бемор касалхонада бўлиб туриб, ҳозирги вақтда ўзини курортда дам олаётган деб ҳисоблайди. Ташқарида қор ёғаётган бўлса ҳам куз фасли деб айтади. Даволовчи шифокорининг исмини ва ҳозирги кунни эслаёлмайди. Кечаги кунда бемор нима билан шуғулланганини сўраганда, оиласи билан балиқ овига бориб, катта кит балигини овлаганини ва уни 3 миллион сўмга сотганини айтади. Ўзини ва болаларини ёшини нотўғри айтади. Оёқларида ҳолсизлик ва оғриқдан шикоят қилади. Обьектив кўрик вақтида оёқ ва қўлларининг дистал қисмида (қўлқоп ва пайпоқ шаклида) сезгилар кескин пасайган, терисида трофик ўзгаришлар кузатилади.

- 1) Етакчи синдром;
- 2) Хотира бузилиш турлари;
- 3) Қандай касалликларда учрайди;

4) Қўшимча текшириш усуллари;

5) Меҳнат қобилияти.

2. Бемор кунларни, саналарни билмайди, йил ва ойни нотўғри айтади. Касалхонада қачон тушганини эслай олмайди. Ўз тўшагини тополмайди, лекин ўтмишдаги воқеаларни ёшлик йилларини яхши эслайди.

Саволлар:

1. Етакчи синдром;

А) Парафрен синдром;

Б) Маниакал синдром;

В) Аментив синдром;

Г) Корсаков синдром.

2. Хотира бузилиш турлари;

3. Қандай касалликларда учрайди;

4. Ташхисни тасдиқлаш учун ўтказиладиган текшириш усуллари;

5. Даволаш чоралари.

Мавзу бўйича саволлар.

1. Хотира компонентлари нима?

2. Хотиранинг миқдорий бузилишларига нималар киради?

3. Хотиранинг сифат бузилишларига нималар киради?

4. Ретроград амнезия деганда нимани тушунасиз?

5. Антероград амнезия деганда нимани тушунасиз?

6. Конфабуляция нима?

7. Сохтаременисценция деганда нимани тушунасиз?

8. Криптомнезия нима?

9. Корсаков синдроми қайси касалликларда учрайди?

10. Корсаков синдромига нималар киради?

Хотира бузилишлари мавзуси бўйича тест саволлари

1. Корсаков синдроми учун қуйидаги симптомлар хос:

*конфабуляция, сохтаременисценция;

*пиромания;

*фиксацион амнезия;

*дисфория;

*ретроград амнезия;

2. Парамнезия турлари:

*стационар амнезия;

*конфабуляциялар;

*ривожланиш амнезия;

*сохтареминесценция;

*фиксацион амнезия;

*криптомнезия.

3. Корсаков синдромида амнезиянинг қайси тури учрайди:

*кучайиб боровчи;

*антероград;

*ретроград;

*тўла амнезия;

*фиксацион;

4. Амнезия қуйидаги ҳолларда кузатилади:

*бош мия органик патология;

*катта тутқаноқ;

*маниакал депрессив психоз;

*шизофрения;

*невроз.

*онг бузилишларида.

5. Корсаков психозига хос:

*галлюцинация ва васваса;

*парамнезиялар;

*амбулатор автоматизмлар;

*вақтга нисбатан адашиш;

*неврологик бузилишлар (полиневрит);

*фиксацион амнезия.

7-БОБ ФИКРЛАШ ВА УНИНГ БУЗИЛИШИ

Фикрлаш — индивиднинг билиш фаолиятидаги муҳим жараён бўлиб, атрофдаги борлиқнинг инсон онгида акс этишининг олий шакли ҳисобланади. Ҳис қилиш, тасаввур, идрок қилиш, билиш жараёнининг бошланғич босқичидир. Предметларнинг хоссалари ҳақидаги билимларни умумлаштириш тушунчаси фикрлашнинг асоси ҳисобланади.

Фикрлаш жараёни анализ (таҳлил) ва синтез, таққослаш, солиштириш, кўз ўнгига келтириш ва аниқлаштириш, умумлаштириш, кейин эса тушунчанинг шаклланишига ўтиш босқичларидан ташкил топган. Фикрлашнинг моддий асоси — сўз ҳисобланади. Ҳар бир сўз маълум бир тушунчани билдиради: масалан, аниқ (стол) ёки хаёлий (босқич). Фикрлаш субстратининг ёпиқ ёки хаёлий тушунчалар билан мос келиши қўйидагича фарқланади, яъни аниқ — тасвирий фикрлаш, хаёлан — мантиқан фикрлаш. Охириги хусусият нутқи 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. Меъёردа бир ассоциацияга хос бўлган ассоциациянинг жонланишига олиб келади (масалан, оқ-қора, иссиқ-совуқ). Булар ёрдамида бизнинг фикрларимиз узвий боғланиш ва мантиқли бўлади.

Бош мия катта ярим шарлари пўстлоғининг фаолияти фикрлашнинг физиологик асоси ҳисобланади. Бу фаолият сигнал системаларининг ўзаро таъминланиши орқали юзага келишини Павлов ва унинг шогирдлари кўрсатиб берган эди.

Руҳий беморларда фикрлашнинг бузилиши турли-тумандир. Фикрлаш хасталиги қўйидаги кўринишларда бўлиши мумкин: ассоциациялар кечиш суръатининг бузилиши, баъзи фикрлар орасидаги боғланишнинг тартиб ва мақсадга йўналтириш жиҳатидан йўқолиши, ҳукм чиқариш ва хулоса қилиш хусусиятларининг бузилиши.

Фикрлашнинг тезлик жиҳатидан бузил иши

Фикрлашнинг тезлашиши кўп сонли фикрлар кечишининг тезлашиб кетиши, баъзан эса фикрларнинг сакраш даражасигача («пулемёт» нутқи) етиш билан тавсифланади. Тўхтовсиз пайдо бўлувчи ўйлар фикрлар, хулосалар юзаки ва қўққисдан пайдо бўлади. Беморнинг чалғувчанлиги кўзга шундай ташланиб

туради, у бир мавзудан иккинчи мавзуга енгил кўчиб, бирор фикрни охирига етказа олмайди. Фикрлаш бузилишининг бу тури маниакал ҳолатлар, 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 оралиқдан кейин, бир хил ва паст товуш билан жавоб беришади. Бу патологик фикрлаш турли депрессив ҳолларда: 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 қисқа муддатда узилиб қолиши ҳам кузатилади. Тўхталишлар вақтида фикрлаш умуман бўлмайди. Бу ҳолат асосан шизофренияда кузатилади.

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

Фикрлашнинг тартиб ва мазмун жиҳатидан бузилиши

Фикрлар тутуруқсизлиги — бу нутқнинг грамматик шакли сақлангани ҳолда тушунчалар орасида ментизм ва мазмун жиҳатдан боғланишнинг йўқлигидир. Бунда беморлар фикри ва нутқи тутуруқсиз бўлиб, гаплар орасида боғланиш бўлмайди. Агар нутқнинг грамматик шакли ҳам бузилса, нутқ 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» гапга айланади.

«Тутуруқсиз» фикрли бемор хати- «Ўзбекистон ҳозирча Исфара ҳукмдорлигида яшамоқда. Мен учун тўлдирилган касаллик тарихи бланкаларини РСФСР га мос келувчи ягона Индия мустақил руҳий эгасига келтиришингизни сўрайман. Ер шари дунёси. Нуғай тили мусулмон майлиси «Рухлантирувчи коми-

тет». Нуғай... фахчи... Душанбега жўнаб кетувчи командировкага ўзига ишонган... мусулмон Асан Аджи, менинг тартибли, кузатувчи муҳтож... Валентина ўз тутишини ВКП(б)га хабар берман... Ер шари интралитетлари онаси Худо, мен туғилганман. 15 йил муқаддам сабабсиз ишдан бўшатилган, командировкани оқлаш Микоян ҳаким Италия, Қрим, РСФСР.”

Фикрларнинг тугуруқсизлиги шизофренияда учрайди.

Резонёрлик — қуруқ маҳмаданалик гўё ўзини донишманд деб ҳисоблаш. Бунда мақсадсиз, маъносиз, тартибсиз фикрлаш кузатилади.

Бу ҳолат шизофренияда, психопатиянинг шизоид шаклида учрайди.

Аутизм — реал борлиқдан узилган ҳолда ҳеч ким билан мулоқот қилмасдан, ўзининг руҳий кечинмаларига берилиб кетиш. Шизофрения касаллигига хос.

Фикр амбивалентлиги—бир вақтнинг ўзида қарама-қарши, 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, ҳозир ҳам, келажакда ҳам умуман йўқ». Бу патологик фикрлаш шизофренияда учрайди.

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

Қуюшқоқлик — 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, қуюшқоқ аниқ жавоблар ўрнига жавобга алоқаси бўлмаган тафсилотларга тўхталиб жавоб берадилар. Фикрлашнинг бу шаклда бузилиши эпилепсия ва бош миянинг органик касалликларида, эпилептоид психопатияда учрайди.

Боғланишсиз фикрлаш (инкогеренция) — фикрлашнинг бу бузилиши онгнинг бузилиши туфайли атроф борлиқни боғланиш ва ўзаро муносабатларда идрок қилиш хусусиятининг йўқолиши билан тавсифланади. Беморлар нутқи тартибсиз ва мазмунсиз қисқа сўз ва гаплардан ташкил топган бўлади. Бу ҳолат оғир ке-

чувчи экзоген-органик психозлар (инфекцион, интоксикацион, соматоген) да, онгнинг аментив бузилишларида учрайди.

Персеверация — бир фикр ва хулосага қайта-қайта келиш натижасида юзага келадиган патологик фикрлаш. Оғир ҳолларда 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 билан кечувчи бош миянинг органик касалликларида церебрал атеросклероз, гипертония касаллиги, инсультлардан кейин, бош мия ўсмалари, қарилик ақл пастлигида учрайди.

Фикрлашнинг мазмун жиҳатдан бузилиши

Ўта қимматли ғоялар — бирон аниқ далил билан боғлиқ ҳолда вужудга келувчи, аҳамияти катта бўлмаган хулоса, фикр, ғоя ва тасаввурларни бемор ўзи учун жуда катта аҳамиятли деб билади. Бу фикрлар узоқ вақт бошқа фикрлардан устун туради ва беморнинг юриш-туришини аниқлаб беради. Масалан, ҳақиқатдан ҳам шеър ёзувчи киши ўзини истеъдодли шоир деб билади ва ўзини шундай тутаяди. Атрофдагилар уни тан олмасликларини ёмон ниятлилар, кўролмаслик деб тушунади. Ўзининг ягоналиги ҳақидаги бундай ўта қимматли ғоялар бошқа қобилиятли одамларда, яъни мусиқа чалувчи, илмий иш қилувчиларда ўзига ортиқ баҳо бериш натижасида ҳам келиб чиқади. Жисмонан етишмовчиликда ўта қимматли ғоялар ҳам бўлиши мумкин. Ҳақиқатан ҳам хафа бўлган одам бошқа нарса ҳақида ўйлай олмайди, унинг барча фикр ва диққати мана шу воқеага қаратилган бўлади.

Бундай одам энди хафа қилмайдиган, ҳатто яхши ниятли бошқа ҳаракатларни ҳам ёмон қабул қилади. Бундай одамларда ўз-ўзига танқид 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 боғлиқ ёвузликлар қилиш ўта қимматли ғоялардир.

Ўта қимматли ғоялар васваса ғояларидан хулосада яққол хатоларнинг йўқлиги, реакцияларнинг аниқ ҳодисаларга боғлиқлиги, 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 оралиқ ҳолат 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 боғлиқ бўлган устувор ғояларидан фарқлаш керак. Масалан, иш вақтида доимо уйдаги касал отасини ўйлаш. Фикрлашнинг мазмун жиҳатидан бузилиши — субдепрессив ҳолларда учрайди.

Шилқим (миядан кетмайдиган) фикрлар. Бемор нотўғрилигини билгани ҳолда уни хаёлидан чиқариб ташлашга қанчалик уринмасин, барибир, унинг онгида ирода ва хоҳишига боғлиқ бўлмаган ҳолда вужудга келувчи фикрлардир. Шилқим (ёпишқоқ) фикрларнинг таркиби бир хил, баъзан қўққисдан; баъзан жуда оддий нарсалар: куй, шеърдан парча, рақамлар, мақол, бирор сўз мияда ўтириб қолади. Бемор уларга танқидий муносабатда бўлади. Шилқим фикрлардан ташқари, шилқим ҳодисалар ҳам бўлади, бунга фобиялар, иккиланишлар, эса олишлар, интилиш, қизиқиш, ҳаракатлар, урф-одатлар киради. Бу ҳолатлар якка ҳолда ёки биргаликда келиши мумкин.

Шилқим фикрлар чалғувчан, тасвири, сезгили бўлишинг мумкин. Чалғувчан шилқим фикрлар донишмандликда вужудга келиб, тўхтовсиз ва кераксиз ўйлар, шилқим эслашлар билан тавсифланади. Масалан: бемор тўхтовсиз, ўз хоҳишига қарши ҳаётининг ва дунёнинг пайдо бўлиши ёки нима учун одамда учта эмас, балки иккита қўл борлиги ҳақида ўйлайди.

Чалғувчан шилқим фикрлар индифферентлик беморнинг ўз кечинмаларига бефарқ қараши билан тавсифланади.

Шилқим сонлар, фикрлар беморнинг ўз хоҳишига қарши ўйлар рақамини, автобуслар рақамини, деразалар сонини, ўтирғичлар сонини санаш, мияда мураккаб санок операцияларини бажаришга ҳаракат қилиши билан ифодаланади. Эсланадиган шилқим фикрларда эса бемор ўз хоҳишига қарши ўтмишни, ўтган одамлар исмини, нарсалар номини эшлашга киришиб кетади.

Тавсифли, сезгили шилқим фикрларда ўтмишдаги нохуш воқеаларни енгиб бўлмайдиган даражада қайта эслаш ва бу воқеалар оғир ҳиссиёт кечинмалари: уят сезгиси, шарманда-

гарчилик ҳисси билан давом этади. Бу гуруҳга кам учрайдиган антипатия (ёмон кўриб қолиш) ҳисси ҳам киради. Антипатияда одам ўз хоҳишига қарши яқин кишисидан айниб қолади.

Чалғувчан шилқим фикрлардан фарқли ўлароқ тасвирили ва сезгили шилқим фикрлар таркиби бўйича ва қийновчи аффектив кечинмалар билан давом этади. Шилқим фикрлар таркиби ва туридан қатъи назар, шилқим қўрқувлар (фобиялар) билан бирга келиши мумкин. Бу кечинмалардан бемор қутула олмайди. Энг кўп учрайдиган фобияларга: юрак касали билан оғришдан қўрқиш-кардиофобия, рак билан касалланишдан қўрқиш-канцерофобия, захмдан қўрқиш-сифилисофобия, ОИТСофобия-ОИТС касаллигидан қўрқиш, танафобия-ўлимдан қўрқиш, уйдан чиқишдан қўрқиш, кўчадан ўтишдан қўрқиш-агорафобия, ёпиқ хоналардан қўрқиш-клаустрофобия, баланд жойдан қўрқиш-чинсофобия, ойнинг 13-кунидан қўрқиш -три-скайдекафобия ва бошқалар киради. Фобияларнинг жуда кўп шакллари бор (улар 350 тагача).

Тасаввурли шилқимликларга — иккиланиш ва эҳтиёткорлик киради. Иккиланиш шилқим фикрлари — бу бажарилган ишнинг охирига етказилганликдан иккиланиш. Бунда беморлар эшикни қулфлаганликлари, дазмолни ўчирганликларини қайта-қайта текширадилар, бу текширишлар уларни қониқтирмайди ва улар яна текширадилар.

Шилқим эҳтиёткорликда беморлар аввал ўз-ўзидан бажариб юрган ишларини, одатдаги физиологик ишларни бажара оламанми ёки йўқми? деб қўрқишади. Бир неча йил ўқиган маъруза матнини унутиб қўйишдан қўрқиш, овқатни ютишдаги эҳтиёткорлик, эркакларнинг жинсий алоқа вақтида эрекция бўлмаслигидан қўрқиши («куёвлар неврози») шулар қаторига киради.

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

Асосан шилқимлик неврозлар, шилқим ҳолат неврозлари,

соматик касалликлар: юрак-томирлар, ошқозон-ичак йўли касалликларида, сил, қандли диабет, хавфли ўсма касалликларининг неврозсимон ҳолати учун хосдир. Шунингдек шилқим ҳолатлар шизофрения, эпилепсия, турли депрессив ҳолатлар, экзоген органик психозларда учрайди.

Васваса ғоялар — касаллик натижасида вужудга келувчи ҳақиқатдан йироқ хаёллар, нотўғри ўйлаш ва хулоса чиқариш ҳолати ҳисобланиб, уларни тўғрилаб ва ишонтириб бўлмайди. Васвасада атроф-муҳитга баҳо бериш бузилади, лекин бунини беморга тушунтириб бўлмайди. 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 библи олиш мумкин: оилада якка қиз, тиббиёт институтида яхши ўқийди. Ҳеч қандай асоссиз ота-оналарининг унга муносабати ўзгарганини айтди. Онаси ва отаси уни заҳарлаб ўлдириш ниятида вақти-вақтида овқатига хлорофос сепиб ўлдиришмоқчи бўлишган. Натижада қиз ошқозон яраси ва гепатит касаллигига чалинганини, бу касалликлар ракка айланганини ҳамда яқин вақтлар ичида ёмон она ўзининг дунёдаги якка орзуси унинг ўлимига етишишини айтади. У уйдаги овқатларни емай қўйган. Бу хаёлларнинг ҳақиқатга мос келмаслигига қарамасдан у ота-онасига ҳеч ишонмайди.

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

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

Васваса ғоялар — руҳий касаллик белгисидир.

Руҳий касаллик аломатини соғлом одамларда учрайдиган хато хулосалар ва фикрлардан фарқлаш керак. Масалан, шайтон ва руҳлар, жинларга ишониш ҳоллари. Бу ҳоллар одамларда илмнинг етишмаслиги ва шу муҳитнинг кўп йиллар давомидаги таъсири натижасида пайдо бўлган. Бу ҳолатларнинг асл мо-

хиятини, халқнинг маданий даражасини кўтариш йўли билан англатиш мумкин. Васваса гоёлари эса тушунтириб бўлмаслик билан тавсифланади. Улар касаллик асосида пайдо бўлиб, фақат хасталик жараёни тўхташи билан йўқолади. Васваса гоёларнинг умум қабул қилинган тавсифи йўқ.

Васваса гоёлар таркиби, мазмуни, механизми, аҳамияти, динамикаси ва оқибати бўйича турли-тумандир. Таркиби бўйича қўйидаги васвасалар фарқланади: муносабат, таъқиб 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 ўрталарида васваса таркибини — шайтон, жин, жодугар, сеҳрлашлар, кейинчалик — шаманизм, гипноз, телепатия, ҳозирги вақтда эса — биотоклар, атом энергияси, изотоп, коинот нурлари, ўзга сайёраликлар ташкил қилади. Шу муносабат билан илгариги (1871 й.) олимларнинг: «Бузилишлар ҳар доим одамга даврнинг озми-кўпми таъсирдан келиб чиқади» — деган фикри тўғридир.

Муносабат васвасаси - васваса тизими ташкил топишининг бошланғич босқичида кузатилади. Беморга атрофдаги одамлар (оғайнилари, ўртоқлари, бегоналар) унга нисбатан муносабатини ўзгартиргандек туюлади. Унинг хаёлида ёмон ниятли одамлар унга қарши ёмон нарсалар уюштираётгандек бўлади. Унинг устидан кулиб, ёмон ниятли, газабли кўзлар билан қарашаётгандек бўлади. Бемор ўз яқинларига шубҳа ва ишончсизлик билан қарай бошлайди. Касаллик ривожланиши билан васвасанинг бошқа кўринишлари, яъни таъқиб қилиш васвасаси пайдо бўлади. Бемор таъқиб объекти, уни бир ёки бир гуруҳ одамлар (қўшнилари, оғайнилари, дўстлари, бегоналар) ёки бутун ташкилот ҳатто чет эл разведкачилари таъқиб қилаётгандек бўлади. Бемор уни ҳар доим таъқиб қилишаётганига иймони комил ва таъқиб қилишдан мақсад уни ва яқинларини ўлдириш, ишдан бўшатиш, институтдан ҳайдаш деб билади. У ўзининг таъқиб қилувчиларини кўчада, жамоатда, иш жойида, транспортда уларнинг мимикасидан, ҳаракатларидан ва сўзлашларидан билади.

Таъсир қилиш васвасаси (руҳий ва жисмоний заҳарлаш) кўп ҳолларда таъқиб васвасаси билан келади. Бемор унга таъқиб қилувчилар руҳан ва жисмонан, гипноз, телепатия, экстрасенс, магнетизм, космик рентген ва лазер нурлари, электр токи, изо-

тоғлар ва бошқалар билан таъсир қилаётганини айтади. Энг янги аппаратларни қўллаб унинг овқатига заҳар солиб, хоналарини газлаб радиоактив воситалар билан нурлантириб, кучли жавҳарлар билан куйдириб ўлдирмоқчи эканлигини айтади. Ташқи таъсир кўп тизимлар ва аъзоларни, асосан бош мия ва сийдик-таносил аъзолар фаолиятини бузишга йўналтирилган деб тушунишади.

Махсус аҳамиятли васваса ғоялар - бунда бемор кундалик, одатдагидек воқеаларга махсус мазмун беради. Масалан, даволовчи шифокор беморга унинг ўлим кунини яқинлигини билиб қора кўйлак кийганлиги, кулдонда чекилган сигаретни қолдириш (хоч шаклида) унинг ўлиши ва кўмилишини англатади, деб тушунади.

Саҳналаштириш васвасаси (интерметаморфозлар) Бемор атрофдаги муҳит доим ўзгараётганини, маълум (сценарий) бўйича кино олинаётганини таъкидлайди. Икки ёқлама ўйин, 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 ўйлайди. Бегона одамларни яқин кишилари, лекин бегоналардек гримланган ёки тескариси, қариндош ва танишларини — бегоналар, лекин танишлардек гримланган деб тушунади. Ижобий ёки салбий эгизаклар — эгизаклик васвасаси аломати (Капгра синдроми), яъни атрофдагиларни ёлғон таниш синдроми.

Ўз-ўзини айблаш, гуноҳкор деб билиш ва ўзини-ўзи йўқотиш васвасаси ҳар доим депрессив ҳолат фониде келиб чиқади. Бунда бемор ўзини жиноятчи, гуноҳкор, ўз оиласи, жамоаси, жамият олдида гуноҳкор деб билади ва бунинг учун ўзини жазоланишга, қийноқларга ва ўлимга лойиқ деб тан олади. Суицидал уринишларга майл (ўзини ўлдириш) кузатилади.

Улуғлик, бойлик васвасаси — кўтаринки кайфият фониде шаклланади. Бемор ўзини энг буюк улуғ ва бутун дунё устидан ҳукмрон 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, ҳеч туганмас ва ўлмас бойлик олтин, қимматбаҳо буюмлар эгаси, мультимиллионерларни ўз олдида қашшоқ, 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 ихти- рочилик 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 чизи- шади. Тан олинишига эришиш учун давлат ташкилотлари ва халқаро ташкилотларга мурожаат қиладилар.

Ипохондрик васваса—депрессив ва субдепрессив ҳолат фо- нида вужудга келади. Ипохондрик васвасада беморлар ўзларини оғир касал (рак, ОИТС, захм)га чалинган деб билдилар. Ўзларича бу касаллик белгиларини топиб, тез орада ўлишини айтишади. Кетма-кет текширувлардан ўтишади, жавобларнинг салбий чиқиши (Вассерман реакциясининг 16 марта манфийли- ги) уларни қониқтирмайди.

Нигилистик васвасада беморлар ўзларининг барча ички аъзолари сезилиб турганлигини, юрак урмаётганлиги, ўпкалар нафас олмаётганлиги, ошқозон-ичак йўли атрофияланганли- гини, ўзи ўлганлигини, тирик мурда эканлигини бошқаларга тушунтирмоқчи бўладилар. Баъзи аъзолари йўқлигига ёки мия- си музлаб қолганлиги каби шикоятларни айтади.

Бир беморга «Сен ўлганмисан?» — деб сўрашса, «Мен ўлганман, лекин менинг тилим валдираяпти» — деб жавоб бер- ган. Касаллик ривожланганда фантастик тавсифга эга бўлади, яъни бемор фақат у эмас, балки бутун дунё ўлганлигини таъкид- лайди — **Котар васвасаси**.

Ипохондрик васвасага **жисмонан етишмовчилик васваса- си** яқин. Бу васваса болалик ёшлик даврига хос бўлиб, бемор- лар ўзининг кўринишини бадбашаралашгандек, қулоқ, бурун, лунж ва кўз шакллари ўзгариб, нохуш бўлиб қолгандек ҳис қилишади. Баъзан беморлар танасининг, (Гулливердек), қўл, оёқ кўкрак қафасининг узунлашиб кетганини, беўхшов қоматли эканликларини таъкидлашади. Иккинчи гуруҳ беморлар эса сассиқ ҳидлар тарқатаётгандек (оғиз ва ичидан) бўлишади. Шу- нинг учун ҳамма ундан қочаётгандек туюлади, бунда муноса- бат васвасаси келиб чиқади: кайфиятлари тушкун, кечинмала- рини бекитиш ҳаракатида бўлишади. Бир гуруҳдаги беморлар ўзларидаги камчилик-нуқсонларни жарроҳлардан тўғрилашни талаб қиладилар. **Ўғирланиш ва зарар етказиш васвасаси** — бе- мор уни ўғирлаб, унга катта зарар етказишганини айтади. Бе- мор 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 қариллик ақли пастлиги ва церебрал атеросклерозда учрайди.

Рашк васвасаси (умр йўлдоши бевафолиги). Соғлом одам одатдаги рашкидан фарқли ўлароқ касаллар ҳеч қандай сабабсиз ҳамма нарсадан бевафолик исботини топишга ҳаракат қилишади. Кўпроқ сурункали алкоголизмда учрайди.

Индучирланган васваса — оға-инилар ёки васваса касаллиги билан оғриган шахс билан узоқ 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.

Васвасанинг асосий 2 тури мавжуд: бирламчи (интерпретатив, параноял, системалашган). Иккиламчи васваса - образли ҳиссиётли.

1. **БИРЛАМЧИ ВАСВАСА** - ташқи олам, ички сезгиларда содир бўлган факт ва ҳодисаларга хасталик оқибатида нотўғри баҳо бериш, талқин қилиш асосида юзага келадиган хасталик белгиси ҳисобланади. Бирламчи васваса жараёнида оқилона, мантиқий билиш хусусияти, яъни нарса ва воқеаларни ички алоқаларини қайд этиш хусусияти шикастланади, ҳиссий билиш жараёни эса ўзгаришсиз қолади ёки бирмунча камроқ зарарланади. Бирламчи васваса қуйидаги айрим хусусиятларга эга:

Бошқа турдаги психопатологик ўзгаришларга боғлиқ бўлмаслиги, нисбатан мустақил бўлиши. Бирламчи васваса ғояларининг шаклланишида бошқа хил кечинмалар, яъни аффектив, иллюзор, галлюцинатор бузилишларнинг мутлоқо учрасмаслиги ёки уларнинг ниҳоятда кичик ўрин эгаллаши аҳамиятлидир.

Бирламчи васваса ғоялар талқин васвасаси деб ҳам аталади (интерпретатив). Бемор ташқи воқеалар хилма-хиллиги ичидан фақатгина ўз васваса ғоялари мазмунига тегишли бўлган далилларни танлаб олган ҳолда талқин қилиш билан машғул бўлади. Шу жиҳатдан ҳам мулоҳаза қобилиятининг бузилиши кузатилади. Ҳиссий билиш қобилияти зарар кўрмайди. Васваса ғоялари мазмунига тааллуқли бўлмаган барча ҳодиса ва нарса бемор томонидан тўғри талқин топади.

Бирламчи васваса ғоялари мазмуни алоҳида олинган оддий маъноли тавсифга эга мазмуни жиҳатдан бирламчи васва-

са ғоялари хилма-хил бўлиши мумкин (ихтирочилик ғоялари, рашк, иғвогарчилик, кузатувчанлик, олий табақага эга бўлган оиладан келиб чиқиш ғоялари, ипохондрик, маъшуқлик (севги) ғоялари, эротик ғоялар, зиён етказиш ғоялари, ўғирлик, қашшоқланиш ғоялари). Бирламчи васваса ғоялари асосида ётган фикр, мулоҳаза ва хулосалар бемор томонидан чуқур ва ҳар томонлама ишлаб чиқилган.

Беморнинг бутун вужуди ва ҳаёт турмуши шу ривожланиб, такомиллашиб бораётган бирламчи васваса асосида ётади.

Бирламчи васваса ғоялари ўзининг барқарорлиги, ривожланиб бориш хусусиятига эга эканлиги билан тавсифланади. Даволаш чоралари бу васваса ғояларига қор қилмайди.

II. ҲИССИЙ (сезги) –ИККИЛАМЧИ ВАСВАСА— асосан сезги хусусиятининг бузилиши билан кечади. Унинг таркибига: қабул қилишнинг бузилиши, галлюцинация (депрессия, қўрқув), онгнинг бузилиши (делирий) киради. Васваса ғоялари бу ҳолда фрагментар, конкрет тасаввурли ваҳима, қўрқув билан давом этади. Иккиламчи васваса мазмуни бўйича ҳар хил (ўзини айблаш, гуноҳкорлик, ипохондрик, нигилистик ва бошқалар) бўлади. Иккиламчи тасаввурли васвасалар ўтқир экзоген психозлар, шизофрениянинг ўтқир ва ўртача ўтқир бошланишида, инволюцион ва томирли психозларда учрайди.

У ўзининг эркинлиги, эмоционал жиҳатдан тўйимлилиги, ўзгарувчанлиги, пластиклиги билан ажралиб туради. Бу билиш жараёнининг ҳиссий томонининг бузилишидан далолат беради. Бу васваса турини сезги васвасаси, (*образли*) васваса деб ҳам атаймиз (К.Ясперс). Чунки, бу ҳолда атроф-муҳит, унда содир бўлаётган барча воқеаларни, бемор дарҳол васвасавий қабул қилади, яъни васвасавий дерезализация содир бўлади. Шу билан бир қаторда бемор атрофида реал шароитда содир бўлаётган барча воқеликлар айнан беморнинг фараз қилиш жараёнини ўзгариши яъни унинг ички фантастик образлар, хаёллар, фантазиялар билан тўлдириб кўрсатилади. Шунинг учун ҳам бу васваса тури образли васваса, хаёлий васваса деб аталади.

Ҳиссий васвасанинг бирламчи интерпретатив васвасадан асосий фарқловчи белгилари қуйидагилардан иборат.

Унинг бошқа хил психопатологик кечинмаларга узвий боғлиқлиги аффектив (жазава), галлюцинатор, ҳушнинг бузилиши кабилар. Шунинг учун ҳам ҳиссий васваса иккиламчи васваса деб ҳам аталади. Бундай аталишининг сабаби бу васваса турининг юқорида қайд этилган психопатологик кечинмалар билан

мураккаб синдром ичида боғлиқлигина эмас, балки бошқа хил психопатологик кечинмалар натижасида юзага келишидадир.

Ҳиссий васваса ғоялари ўзининг кўринишлиги (кўргазмалилиги), образлилиги, ишонарлилиги билан ажралиб туради. Ҳиссий васваса ғоялари бемор руҳида тайёр ҳолда, яъни би-роқ бир таҳлил ва шубҳасиз пайдо бўлади ва шу хислати билан би-рламчи васваса ғояларидан фарқ қилади.

Ҳиссий васваса ғоялари тизимлашишга мойилли-гининг йўқлиги билан ҳам тавсифланади. Васваса ғояларининг бу хилида бирламчи васваса ғояларига хос бир-бирига боғлиқ бўлган исбот ва далилларнинг, мантиқнинг аниқ бир тизими мавжуд бўлмайди.

Кўп мавзулилиги, яъни маъно жиҳатидан бир хил, баъзан ноаниқ бўлган ҳолда яхши шаклланмаган васваса ғоялари бемор онгида ноаниқ образлар орқали ўрнашиб олади. Ҳиссий васваса ғояларига фантастик (ғайриоддий) кўринишга айланишга мой-иллик холи эмас. Касалликнинг ўткирлашуви, чуқурлашуви на-тижасида конкрет хусусиятига эга бўлган ҳиссий васваса ғоялари ўрнини ғайриоддий васваса ғоялари эгаллаши кузатилади. Бу ҳолларда васваса ғоялари жаҳон, коинот миқёсида бўлиб, бемор бу кечинмаларда марказий ўринни эгаллайди (буюклилик вас-васа ғояси, мегаломаник васваса ғояси).

Васваса ғоялари шунингдек тизимлашган ва тизимлаш-маган турларга бўлинади. Тизимлашмаган васваса бўлак-бўлак боғланмаган, узуқ-юлуқ тавсифга эга бўлиб, алдамчи сезгилар: иллюзия, галлюцинациялардан келиб чиқади. Васвасанинг бу тури руҳий касалликларнинг бошланишида учрайди. Касаллик ривожланиши билан, маълум бир вақт ўтгандан кейин васва-са ғоялари тизимга тушади, яъни васвасада ҳамма нарса ўзаро боғланган ва тушунарли қарашлар тизими шаклланади. Шунинг учун агар касаллик тизимлашган васваса кўринишида вужуд-га желса, касаллик анча аввал бошланганлиги ҳақида хулоса чиқариш мумкин.

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

Паранойял васвасада—бирламчи интерпретатив васваса до-минант бўлиб, аниқ онгда келиб чиқади. Бунда атрофдаги аниқ воқеалар, далиллар бир томонлама мушоҳада (интерпретация) қил инади ва енгил ҳукм, тасдиқлар бўлмайди. Паранойял синд-

ром шизофрения, параноид психопатия, шахсининг 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 (таъқиблаш, таъсир қилиш, заҳарлаш, ипохондрик ва бошқалар) галлюцинация ва иллюзиялар билан қўшилуvidан иборатдир. Бундан ташқари, васвасанинг бу турида Кандинский — Клерамбонинг психик автоматизм ҳодисаси ҳам бор.

Параноид синдром бир қанча руҳий касалликлар: шизофрения, эпилепсия, экзоген психоз, экзоген органик психоз билан бирга келади.

Баъзи руҳий 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, таъқиб, таъсир қилиш, руҳий автоматизм — фантастик васвасаларидан иборат. Кўтаринки кайфият билан кечади. Парафрен синдром баъзан ўткир ва кўпинча сурункали бўлиши мумкин. Васваса ғоялари баъзан фантастик конфабул яциялар билан қўшилиб келиши мумкин. Бунда беморлар ўзларини бутун дунё армияларининг қўмондони, 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, ҳозирги вақтдаги ва ўтмишдаги ернинг қимирлашларини уларнинг Ер билан қилган манипуляциялари (қўллари) натижасидир, деб таъкидлашади. Парафрен синдром шизофрениaning сўнгги босқичида, экзоген ҳамда экзоген-органик психозларда учрайди.

Кандинский-Клерамбо руҳий автоматизм синдроми.

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

Руҳий автоматизм синдроми мураккаб аломатлар мажмуаси бўлиб, марказий патология ўз-ўзига тааллуқли, ўз руҳий фаолиятлари: фикрлаш, сезиш, ҳаракат фаолиятларининг Бегонала-

шуви ёки бутунлай йўқолиши ҳисобланади. Бунда организмга доимий равишда ташқи куч таъсир қилиб туриш ҳисси пайдо бўлади. Шу билан бирга таъқиб, таъсир қилиш сохтагаллюцинация васваса ғоялари ҳам бўлади.

Рухий автоматизм синдромининг 3 та асосий тури бор:

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

1. Ассоциатив (идеатор) автоматизм — фикрлаш жараёнларига ташқаридан таъсир ҳисси, бемор фикрига, иродасига қарши, мажбуран, доимий қандайдир куч таъсирида унинг фикрларини бошқаради ва бошига бегона фикрлар солиб қўяди, унинг фикрларини тезлаштиради, фикрларни секинлаштиради (ментизм), фикрларини олиб ўқийди (очиқлик симптоми), унинг фикрларини эшиттиради, мажбуран фикрларини узади, фикрларини қай тареди, сохтагаллюцинациялар учрайди.

2. Сенестопатик (сенсор, сезги) автоматизм — ички аъзоларда ташқи куч таъсирида чақирилган нохуш оғриқ ҳиссининг пайдо бўлиши билан тавсифланади. Беморлар куйиш, совуқлиқ буралиш, тирналиш, тортишиш ҳисларини сезади. Бундан ташқари, беморларда таъқибчилар жинсий қўзғалиш 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, қурқув ёки бефарқликка олиб келади.

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

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

«Фикрлаш бузилишининг патогенетик механизми ҳозиргача етарли даражада аниқланмаган. Фикрлашнинг бузилишини психоморфологик биологик-эволюцион нуқтаи назарлардан талқин қилишга уринишлар бўлган.

Фикрлаш бузилиши мавзусига оид вазиятли масалалар

1. Бемор Д., 36 ёшда. Тез ёрдам машинасида олиб келинган. Қабулда: кўшнилари унга датчик орқали таъсир қилиб, уни ҳаракатлари ва фикрларини бошқараётганлигини, унинг фикри агрофдагиларга маълум эканлиги, бошини ичида уни бошқараётган эркак кишининг товушини эшитганини айтади.

Тахминий ташхис.

Шифокор тактикаси.

2. Бемор 25 ёшда. Суҳбат чоғида ҳар хил саволларга бир хилда жавоб қайтаради. Масалан, «Сизнинг фамилиянгиз? – Зайцев. Исмингиз? – Зайцев. Сиз неча ёшдасиз? – Зайцев» ва ҳоказо. Беморда фикрлашнинг қайси турдаги бузилиши кузатиляпти?

А. Боғлиқсиз фикрлаш.

Б. Фикрлаш муфассаллигининг бузилиши.

В. Персеверация.

Г. Фикрлашнинг тезлашуви

Д. Тутруқсиз фикрлаш.

3. Бемор С. 40 ёшда. Қизининг айтишича, ўзини турли хилдаги жиноятларда айблади, хусусан, инфарктдан яқин да ўлган қариндошининг ўлимига. Уни кечиришларини зориқиб сўрайди. У ўзини ёмонлигини ва худбинлигини тасдиқлаб, ҳамма ундан жабрланаётганлигини айтади.

Беморда аффектив васвасанинг қайси тури кузатилмоқда?

Келиб чиқадиган асоратлар?

4. Бемор унга ҳар томондан хавф борлигини айтиб, уни атрофида тўхтаётганлар тасодифан тўхталамаётганлигини, балки душманларига қандайдир белги бераётганлиги, ўзларининг шерикларига уни йўқотишга тайёр эканлиги ҳақида сигнал бераётганлигини айтади.

Беморда васваса ғояларининг қайси тури кузатилмоқда?

Сизнинг синдромологик ташҳисингиз?

5. Бемор С. 32 ёшда бир неча йиллардан буён эпилепсия касаллиги билан оғрийди. Тутқаноқ частотаси бир ҳафтада 2-3 марта. Охириги пайтларда хулқ - атвори ўзгарган: жаҳли тез, қайсар, ўта саранжом. Фикрлаши тўмтоқ, икир-чикир кераксиз сўзларга кўп тўхталади.

Бемор ҳолатини қандай тушунса бўлади?

Фикрлаш бузилиши мавзусига оид саволлар.

1. Таффакур нима ?

2. Таффакур бузилишларига нималар киради?

3. Ипохондрик васваса клиникаси қандай?
4. Шизофренияга хос бўлган фикрлаш бузилишларини айтинг.
5. Персеверация нима?
6. Шперрунг нима?
7. Резонерлик нима ?
8. Тафаккурнинг патологик батафсиллик кўринишидаги бузилиши қайси касалликда кўпроқ учрайди.
9. Ёпишқоқ шилқим шубҳалар қандай шахсларда ва қайси ҳолатларда учрайди?
10. Васваса синдромларини санаб беринг?
11. Кандинский - Клерамбо синдромини айтиб беринг.
12. Таъсир васвасаси ҳақида гапириб беринг.
13. Патологик ўта қиммат ғояларнинг васваса синдромларидан фарқи нимада?
14. Темпи бўйича фикрлаш бузилишларига нималар киради?
15. Мазмуни бўйича фикрлаш бузилишларига нималар киради?
16. Тизимлашганлик даражаси бўйича васваса турлари?
17. Тузилиши бўйича фикрлаш бузилишлари қандай бўлинади? Мантиқийлигининг бузилиши.
18. Фикрлашнинг бир маромдалиги ва боғлиқлигининг бузилиши?
19. Шилқим ҳолатларга нималар киради?
20. Паралогик фикрлаш қандай бўлади?

Фикрлаш бузилиши мавзусига оид тест саволлари

1. Таффакур бузилишларига хос:
 - *шперрунг;
 - *персеверация;
 - *криптомнезия;
 - *каталепсия;
 - *резонерлик;
 - *гипомнезия.
2. Ипохондрик васвасада бемор шундай деб ҳисоблайди:
 - *унда оғир касаллик;
 - *уни ўғирлашмокчи;
 - *у жиноятчи;
 - *уни заҳарлашмокчи;
 - *унинг касаллигини ҳеч ким тушуна олмайди.
3. Шизофренияга хос бўлган фикрлаш бузилишини кўрсатинг:

- *персеверация;
- *символизм;
- *аутизм;
- *куюшқоқлик;
- *резонерлик.

4. Ёпишқоқ шубҳалар учун қуйидагилар хос:

* уларнинг носогломлигини тушуниш, уларга танқидий муносабат;

*беморнинг ихтиёридан ташқари юзага келади;
ташқи кучлар таъсирида юзага келади;

*бир марта текширилгандан сўнг беморнинг тинчланиши;
тўғри ва аниқ бажарилганлигига шубҳаланиш;
хаёл, шубҳаларни бошқара олиш қобилияти.

5. Фикрлашнинг патологик батафсиллиги қуйидаги касалларда кузатилади:

- *эпилепсия;
- *бош мия органик патология;
- оддий шизофрения;
- гебефреник шизофрения;
- кататоник шизофрения;
- * бош мия жароҳатида.

6. Васваса қуйидаги бузилишда асосланган:

- *патологик заминда асослаш;
- * танқид йўқ;
- борлиқни логик билиш;
- борлиқни талқин этиш;
- объектив вазиятнинг тизимлашиши;
- * беихтиёр юзага келади.

7. Кандинский - Клерамбо синдроми учун хос:

- *таъсир васвасаси;
- *псевдогаллюцинация;
- псевдоремениценция;
- *руҳий автоматизмлар;
- каталепсия;
- трансамбулатор автоматизм.

8. Патологик батафсиллик қайси нозологияда кузатилади:

- тотал деменция;
- шизофреник;
- олигофрения;
- *эпилепсия;
- *бош мия жароҳати асоратлари;
- *бош мия органик патологиясида.

Ҳиссиёт доирасининг бузилиши

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

Ҳиссиёт руҳий ҳаётда бош миянинг функционал ҳолатини оширувчи омил ҳисобланиб, инсон фаолиятини рағбатлантиришда катта ўрин эгаллайди. Руҳий фаолиятда ҳиссиётнинг аҳамиятини Ч. Дарвин ишонarli даражада таърифлаб берган. Ч. Дарвиннинг «Ҳайвон ва одамлардаги сезги» деб номланган асарида баён этилган фикрига кўра ҳиссиёт фаолиятга тайёргарликда катта аҳамият касб этади. Ҳимоя ёки ҳамлага тайёрланиб турган одам ва ҳайвон маълум бир ҳолатни эгаллайди: бунда у ёки бу фаолият турига организмнинг барча фаолиятлари мослашади. Америкалик физиолог В. Кеннов «Ҳиссиёт физиологияси» номли асарида қўрқув ва ғазаб ҳиссиёти қонга адреналиннинг кўп тушиши билан кечишини кўрсатди. Маълумки, гипердреналинемия симпатик тизимни қўзғатади ва у инсон фаоллигини оширади. Канадалик Ганс Селе кучли ҳиссиётда буйрак усти беши ва гипофиз инкретор фаолиятининг ўзгаришини таъкидлаб ўтган. Панец томонидан илгари сурилган ҳиссиёт назарияси эмоционал фаолиятда бирламчи ўринни лимбик тизимга беради. Унинг фикрича, кортикал ҳиссиёт жараёнлари гиппокамп, гипоталамус ва таламусларда келиб чиқади (Панец доираси). Ҳиссиёт назарияси бўйича Мак-Лин ва Гельгорн текширишлари ҳиссиётнинг келиб чиқишида лимбик тизим (висцераллия), яъни гипоталамус ҳамда ретикуляр формациянинг бош мия пўстлоқ-пўстлоқ ости тузилмалари фаолиятида бирламчи ўрин эгаллашини кўрсатиб беради. Гипоталамуснинг қўзғалувчанлиги ҳамда унда симпатик ва парасимпатик нерв тизими марказларининг борлиги ҳиссиётнинг келиб чиқиш сабабини тушунтириб беради. Юқоридаги ҳолат ҳар қандай ҳиссиёт реакцияси пульснинг тезлашиши, артериал босимнинг ўзгариши, нафас олиш сонининг ўзгариши, юзнинг қизариши ёки оқариши, ғазабнинг кучайи-

ши, ичак фаолиятининг бузилиши («айиқ касаллиги»), терлаш ёки қуруқлик, биокимёвий кўрсаткичлариинг ўзгариши билан бирга кечиш сабабини ҳам тушунтириб беради.

Кўп сонли тажрибавий текширишлар, ҳиссиётнинг физиологик мазмунини очиб берди. Ҳайвонларда лимбик тизим баъзи анатомик тузилмаларни, яъни *Corpus amygdaloidea, septum* ни рағбатлаш ва бузиш тажрибалари ҳиссиёт ва ҳаракат реакцияларининг ўзгаришини тасдиқлади. *Corpus amygdaloidea*-ни стимуллаш агрессив реакцияларининг (бошқа ҳайвонларга ташланиш), ҳаракат фаоллигининг жонланишини, тўсиқни рағбатлантириш эса ҳиссиёт ва ҳаракат реакцияларининг секинлашиши келтириб чиқаради.

Corpus amygdaloidea ни парчалаш узоқ вақтгача ҳаракат таъсирланишларнинг йўқолишига, тўсиқни парчалаш эса ҳиссий таъсирланишнинг бирдан кучайишига олиб келади. Ҳиссиётлар ҳаётнинг холис қонуниятига сифатида, жонзот ҳаётида мослашувчи омил сифатида мураккаб эволюцион йўлни босиб ўтди. Туб ва олий ҳиссиётлар фарқланади. Туб ҳиссиётга ҳайвонлар ҳиссиёти билан умумий бўлган овқат ейиш, ухлаш, сув ичиш, жинсий майл билан боғлиқ ҳиссиётлар киради.

Олий ҳиссиётларга эса фақат одамларгагина хос бўлган юқори даражада такомиллашган ҳиссиётлар киради. Олий ҳиссиётлар инсоннинг иқтисодий, эстетик, этик, интеллектуал эҳтиёжларини қондириш ёки қондира олмасликка боғлиқ ҳиссиётдир. Бошқа шахслар орасидаги этик ҳиссиётлар жамиятнинг даражаси билан узвий боғлиқдир. Эстетик ҳислар деганда биз гўзалликни идрок қилиш, ундан завқланиш, яратишда уларга интилишни тушунамиз. Интеллектуал ҳислар — бу одамнинг ақлий фаолияти билан боғлиқ бўлган ҳислардир. Шундай қилиб, олий ҳислар инсоннинг руҳий ҳолатини белгилайди.

Сезги, ҳис доираси бой ва турли-тумандир. Сезгининг турли-туманлиги унинг кўплаб таърифлалари мавжудлигини ҳам англатади. Масалан: кутилаётган хавф турли хил чегарага эга, яъни қўрқиш, хавфсираш, бадбинлик ёки норозилик белгиси турли таърифга эга, яъни нафратланиш, ғазаб.

Ҳиссий ҳолатлар ўз кучи, давомийлиги, тезлигига эга, яъни одатдаги хурсандчилик ўта хурсандлик, чуқур севги, юзаки севги ва ҳоказолар.

Ҳиссиёт дунёси ҳам жуда кенг ва турли-тумандир. Шунингдек яна ижобий ва салбий ҳиссиётлар фарқланади. Ижобий ҳиссиётга ёқимли кечинмалар, шодлик, хурсандлик, ҳузур қилиш, салбий ҳиссиётга хафалик, ғазабланиш, ғам, қаҳр киради.

Инсон ҳиссиётида қўйидагилар фарқланади.

Кайфият — унчалик кучли бўлмаган, лекин узоқ вақт давом этадиган барқа рор хиссий ҳолат бўлиб, ҳеч қандай патологиясиз соғлом одамда кўтарилиши ёки пасайиши мумкин. Соғлом одам кайфиятининг ўзгариб туриши ҳам антероцептив, ҳам экстероцептив таъсирларга: ўқишдаги, хаётдаги, хизматдаги ютуқларга боғлиқ бўлади.

Кучли даражадаги хиссий ўзгаришлар аффект дейилади.

Аффектлар — тўсатдан пайдо бўлиб, қисқа муддат давом этувчи, лекин анча жадал хиссиётдир. Қаҳр, ғазаб, ажабланиш, хурсандчилик аффектлари бўлиши мумкин.

Патологик аффект — психик фаолиятнинг қисқа муддатли бузилиши бўлиб, сабабсиз ёки адекват бўлмаган сабаб туфайли юзага келувчи жўшқин хиссий 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 жароҳати бўлган, эпилепсия билан хасталанган шахслар, алкогольлар, гиёҳвандлар берилувчан бўлади. Эмоционал бузилишлар — руҳий хасталикда катта ўрин эгаллаб, жуда турли-тумандир. Хиссий бузилишлар ҳам касаллик бошланиши, ҳам ривожланиши босқичида учраб, хавф, қўрқув аффекти, кайфиятининг пасайиши, депрессия ва кўтаринки кайфият кўринишида намоён бўлади. Хиссий бузилишлар руҳий касалликлар клиникасида асосий синдром кўринишида (маниакал-депрессив синдром) ёки бошқа психопатологик руҳий хасталик синдромлари (депрессив-параноид синдром, эйфория ва эсипастлик) билан бирга кечиши мумкин.

Қўрқув— клиник синдром бўлиб, келаётган хавфни кутиш ва асабий таранглик ҳолатидир. Қўрқув аффекти невроз билан оғриган беморларга хос (танатофобия — ўлимдан қўрқиш, алиентофобия — ақлдан озишдан қўрқиш, лиссофобия — қутуришдан қўрқиш, канцерофобия — ўсмалардан қўрқиш, сифилофобия — захмдан қўрқиш).

Жуда кучли қўрқув аффекти — алаҳлашдир. Болаларда кечки қўрқув аффекти борлиги кузатилади.

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

Тушқун (паст) кайфият — депрессив синдромга хос. Тушқун кайфият билан кечадилар депрессив синдром билан қўшилиб келади. Соматик касалликларда, невроз, реактив психозларда кузатилади.

Дисфория — гамгин эзилган кайфиятли ҳолат бўлиб, таъсирчанлик ўзидан норозилик атрофдагилардан норозилик ва таъжовузкорлик белгилари билан намоён бўлади.

Қалби сустлилик — эмоционал нотурғун, сезги доирасида беқарорлик ҳолатидир. Бу ҳолатда арзимаган сабабга кўра кўнгилнинг бўшаши кузатилади. Церебрал атеросклероз, соматоген астения, сурункали ичкиликбозликнинг инволюцион даврида намоён бўлади.

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

Апатия—ҳиссийбефарқликҳолати, барчанарсаваҳодисаларга бефарқлик. Апатия — баъзида бутунлай ҳаракатсизлик билан бирга кечади (абулия). Патоабулик синдром шизофренида, қарилек эсипастлигида ва мия ўсмасида юз беради.

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



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 ўлаётган беморга мос кел- масада, руҳий хасталик белгиси сифатида кузатилади. Эйфория, шунингдек, алкоголь ва гиёҳлардан маст бўлишга ҳам хосдир. Патологияда, яъни депрессив ва маниакал синдромда эйфория жуда яққол юзага чиқади.

Депрессив синдром (синоними меланхолия, депрессия). Уч- лик белги билан тавсифланади:

1. Хафақонлик, ҳорғинлик, тушкун кайфият.
2. Фикрлашнинг кескин сустлашуви.
3. Ҳаракатларнинг секинлашиши.

Кайфиятнинг сустлашуви турли даражада: ғамгинлик ҳиссидан тортиб то жуда чуқур ғам, ҳатто юрак соҳасида оғриқ сезиш даражасигача бўлиши мумкин. Фикрлашнинг секинла- шуви, товушнинг пастлашуви ва сўзлашнинг секинлаши- ши, саволларга жавобнинг маълум танаффусдан кейин бўлиши, хотиранинг сусайиши, фикрлашнинг ожизлиги билан намо- ён бўлади. Бемор ҳаракатлари сусайган, баъзан эса бутунлай тўхтаган бўлиб, бемор ётади, ўз-ўзини бошқара олмайди, қотиб қолади ва тўлиқ ҳаракатсизлик— депрессив ступор юзага кела- ди. Уларга депрессив мимика ва ҳолатда: эгилган қомат, елкалар осилган, юзнинг таъзияли кўриниши билан тавсифланади. Бутун атроф муҳит ва келажакни улар иложсиз, истиқболсиз деб тушу- надилар. Депрессив ҳолатлар кўпинча алаҳлаш фикрлари (ўзини айблаш, ўзини ўлдириш) билан кечади. Энг кўп ҳолларда ўз жо- нига қасд қилиш ўйлари — суцидиал ўйлар учрайди. Бу ҳолат жуда барқарор бўлиб, доимий назоратни талаб қилади. Ғамгин кайфиятнинг ошиши натижасида махсус ҳолат, яъни қийновчи қотиллик ҳамма сезгиларнинг йўқолиши, ички бўм-бўшлик ҳиссига олиб келади. Бу ҳолат руҳий қалб анестезияси дейила- ди. Бунда беморлар тошдай қотиб, фикрлай олмасликларидан шикоят қиладилар. Бу хасталикнинг мазмуни шундан иборат- ки, беморлар ғам чекишни йўқотиб, оғир бефарқликдан шикоят қиладилар ва ўзларига аввал хос бўлган куйиниш, ҳаяжонланиш ҳиссларининг йўқолганлиги ҳақида қайғуришади. Уларда ўз яқин кишиларининг ғам-алам ва хурсандчиликларига сиртдан қараш ҳеч қандай ҳис уйғотмайди. Бундай беморлар бу ҳолатнинг ўз касалликлари билан боғлиқ эканлигини яхши тушунишади.

Хафақонлик ҳолати тез орада жуда юқори даражага етиши мумкин, бунда беморларда ҳаракат бузилишлари: ваҳима, қўрқув, ўзини у ёқдан бу ёққа уриш, инграш, ўз қўлларини синдириш вужудга келади. Беморлар оғир сезгилар: бахтсизлик, фалокат, яқинларининг ўлими, ағдар-тўнтарларни сезгандай бўлишади. Бу ҳолларга депрессив аффектнинг портлаши — меланхолик рантус дейилади. Бундай ҳолларда беморлар тез-тез суицидал уринишлар қилишади. Депрессиянинг бу шакли инволюцион ва томир психозларида учрайди. Депрессив ҳолатларга кун давомида депрессиянинг ўзгариб туриши, кечга яқин кайфият ва аҳволнинг бироз яхшиланиши хос.

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

Депрессив ҳолат бошқа психопатологик бузилишлар:

— алаҳлаш фикрлари, автоматизм синдроми, депрессив алаҳлаш синдроми, депрессив галлюцинатор-синдром, депрессив кататоник синдром билан бирга кечиши мумкин. Баъзан суст кайфият субдепрессия даражасида кечади. Бундан ташқари, қўйидаги ҳоллар: 1) адинамик депрессия — ҳаёт тонусининг пасайиши билан тавсифланувчи; 2) ингровчи депрессия — таъсирчанлик, норозилик; 3) неврастенник депрессия — неврастенник ва истерик бузилишлар; 4) ананкастик депрессия — ақлга сиғмайдиган фикрлар, эслашлар, қўрқув; 5) ёш улуғланишига хос депрессия — кўнгли бўш бўлиб қолувчи; 6) сенестопатик депрессия — енгил депрессиялар ҳам бўлади.

Ниқобланган, яширин депрессия. Бундай ҳолат барқарор бош оғриғи, юрак соҳасидаги оғриқлар, ошқозон-ичак йўли фаолиятининг бузилишлари, тананинг турли соҳаларида нохуш сезгилар, уйқунинг бузилиши, эркакларда жинсий ожизлик, аёлларда — фригидлик, артериал босимнинг ўзгариши, бронхиал спазм, диэнцефал пароксизм белгилари билан намоён бўлади. Бунда суст кайфият — субдепрессия кўринишида бўлиб, бу ҳолат юқоридаги соматовегетатив хасталиклар билан ниқобланади. Бу ҳолатларни ҳақиқий соматик касалликлар йўқлиги, антидепрессантлар билан даволашнинг таъсирчанлигига асосланиб депрессив синдромга киритамиз.

Маниакал синдромга—учта психопатологик аломатлар киради: 1) кўтаринки — қувноқ кайфият; 2) фикрлаш ва нутқнинг тезлашуви; 3) ҳаракат кўзгаллишлари.

Кайфиятнинг юқорилиги қувноқлик, кўнгил равшанлиги, ўзини жуда яхши ҳис қилиш, бахтлилик, куч-қувватининг меъеридан ортиқлиги ҳисларида намоён бўлади. Ушбу ҳолатдаги беморларнинг кўтаринки кайфиятини ҳеч ким пасайтира олмайди.

Маниакал аффект диққатнинг ўзгарувчанлиги, фикр бўлинувчанлиги, баъзан газабли мания билан тавсифланади. Беморларнинг барча кечинмалари камалак тусларига бўялган, беморлар ташвиш ва муаммоларсиз, ўтган қайғулари унутилган, ҳозирги нохуш воқеалар қабул қилинмайди, келажаги фақат порлоқ намоён бўлади, ҳеч қачон қуёш ботиши ҳақида ўйламайдилар. Улар жонланган мимика, тез ҳаракатлари, ўткир «ақлли» нутқи туфайли ўз ёшига қараганда ёш кўринишади. Бунининг юзларининг қизарганлиги, кўзларининг чақнаб туриши, доимий очиқ чеҳрали юзлари тасдиқлайди. Беморлар ўз ҳолати ва қобилиятига керагидан ортиқ баҳо берадилар, гўёки улар дунёда энг гўзал аёл, уларни барча эркеклар севишади, кўп четдиларини билишади. Фикрлаш ва нутқнинг тезлашуви «пулемётдан отилаётгандек нутқ» тинмай тез ва қаттиқ гапиришга, бир фикрни тугатмай бошқасига ўтиб кетишига олиб келади. Нутқ жуда чалкаш бўлади, яъни ҳазил, цитата, ўзи тўқиган шеърлар, ноўрин кулиш, ўйинга тушиш билан узилиб қолади.

Ҳаракат қўзғалувчанлигининг кучайuvi қўйидагиларда: мимиканинги жонлилиги, ҳаракатларнинг тез ва узлуксизлиги, қилиқ ва ҳолатларининг ўзига хослиги, бир жойда ўтира олмаслиги, ҳолатларини тез ўзгартириб туриш, жойидан сакраб туриш, барча ишларга аралашиб кетишларда юзага чиқади. Ҳаракат фаоллиги жуда ошиши мумкин ва маълум мақсадга қаратилганлиги 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 психопатологик бузилишлар билан бирга келганида қуйидаги шакллари билан фарқланади: 1) қувноқ мания — юқори оптимистик кайфият, бунда нутқ ва ҳаракат қўзғалувчанлиги бир оз кўтарилган бўлади; 2) газабли мания — юқори кайфият газаб билан бирга келади; 3) самарасиз мания — юқори кайфият, ҳаракат қўзғалувчанлиги кўтарилган бўлиб, фаолиятга интилиш бўлмайди; 4) алаҳлаш манияси — кўтарилган кайфият, алаҳлаш (болалардек масхарабозлик ҳисси) билан бирга келади.

Классик маниакал синдром маниакал депрессив психознинг маниакал босқичига хос бўлиб, шизофрения, экзоген-органик психозларда учрайди.

Ирода ва ҳаракат доирасининг бузилиши

Инсоннинг ўз олдига қўйган мақсадига эришишига қаратилган фаолияти ирода деб юритилади. Инсон ҳаёти давомида нафақат ташқи муҳитни қабул қилади, у ёки бу туйғуни ҳис қилади, балки дунёни ўз ўй, сезги, хоҳиш ва талабларига мослаштироқчи бўлади. Ирода инсон яшаб турган, муҳит, фаолиятида онгли ва бир мақсадга йўналтирилган, бошланган ишни қийинчилик ва тўсиқларга қарамай охиригача етказиш хусусиятида намоён бўлади.

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

Хорижий мамлакат руҳшунос ва файласуфлари — идеалистлар ирода эркинлиги принципини кўтариб чиқишди. Улар ирода жараёнларининг детерминантланмаганлиги ва ироданинг ташқи муҳит ва иқтисодий муҳит таъсирларига боғлиқ эмаслигини таъкидлашди.

3. Фрейд фикрига кўра ташқи таъсирловчилар эмас, балки қизиқишлар одам хатти-ҳаракатининг асоси ҳисобланади. Материалистик дунёқараш намоёндалари иродани психик фаолиятнинг бир қисми деб, уни детерминантланган ва ташқи дунё қонунларига бўйсунди, дейишади. Детерминизм ҳолати Сеченов ишларида ўз физиологик асосини топди. Сеченов фикри бўйича одам ҳаракатлари хаёллар, сезгилар, талаблар, хоҳишлар билан аниқланади. Одам ҳаёти давомида ирода қобиляти ҳаётни қабул қилиш, вазият, ҳаёт шароитлари таъсирида шаклланади. Кейинчалик детерминизм принципи, аниқроғи сабабсиз ҳаракат йўқ, деган нуқтаи назар И. П. Павлов томонидан илмий жиҳатдан асослаб берилди.

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

Унинг таълимотига кўра инсоннинг барча фаолиятини учта

ҳаракат шакли 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 қуйидаги қисмлар бор: а) мақсадга эришишга бўлган эҳтиёжларнинг уйғониши; б) мақсад келиб чиқишининг сабаблари; в) мақсадни 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, қариллик психози, церебрал атеросклероз, инсультдан сўнгги ҳолатлар, ривожланувчи фалажлик, бош мия жароҳатида, мия ўсмаларида кузатилади.

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

Майлнинг бузилиши

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

Майлнинг бузилишлари қуйидагиларда юзага чиқади:

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

Майлнинг сусайиши: кўп ҳолларда руҳият клиникаларида ўз-ўзини сақлаб қолиш инстинкти бўлган овқатланишга майлнинг сусайиши кузатилади. Хасталик ичида кўп ҳолларда иштаҳанинг сусайиши ёки овқатдан бутунлай бош тортиш ҳоллари бўлади (анорексия). Узоқ вақт овқатдан бош тортиш ёмон оқибатларларга олиб келади ва унинг сабаблари турлитумандир. Баъзи беморларда бу ҳол иштаҳанинг йўқолиши, очлик ҳиссининг қисман ёки батамом йўқолиши сабабли бўлса, бошқаларда бу ҳол қўрқув, эшитув, таъм билиш галлюцинациялари билан боғлиқ бўлади. Беморларнинг овқатланмаслигига

сабаб, улар овқатдан чириган, мурда ҳиди, бемаза, чанқатувчи таъм сезгандек бўлади. Баъзи беморлар эса овқатланиш пайтида тақиқловчи товуш эшитишади ва бу буйруқ галлюцинациялар таъсирида овқатланишдан узоқ вақт бош тортишади. Алаҳлаш важларига кўра овқатдан бош тортиш катта аҳамиятга эга бўлиб, бунда беморларнинг овқатланмасликларига сабаб, улар ўзларини «қаттиқ гуноҳкор», «овқатланишга», «давлат нонини текинхўрларча ейишга ҳаққи йўқ»—дейишади. Агар овқатланишса—болалари очликдан ўлишади, деб ўйлашади. Заҳарланиш кўрқуви бўлган беморлар овқатдан заҳарланишдан кўрқиб, ейишмайди. Психопатлар эса овқатдан бош тортишни шифокор ва қариндошларидан хафа бўлганлигига норозилик деб билдилар. Кататоник беморларнинг овқатдан бош тортиши асосида салбийлик ётади. Асаб анорексияси ҳам бўлиб, у етилган қизларда семириб кетишдан кўрқиш туфайли келиб чиқади. Анорексия билан оғриган беморларда бу ҳолат кахексиягача, қайтмас ўзгаришлар, эндокрин бузилишларга, модда алмашинувнинг чуқур бузилишига олиб келиши мумкин. Бундай беморларни тезда шифохоналарга ётқизиш керак. Овқатдан бош тортиш депрессив ҳоллар, кататоник синдром, шизофренияда, оғир соматик касалликларда, неврозларда учрайди. Майлнинг сусайиши бирдан юқори даражасида суицидал хаёлларга (ўз-ўзини ўлдириш) олиб келади. Суицидал майллар ўз-ўзини айблаш, ўз-ўзини йўқотиш (бундай беморлар яшашга ҳаққимиз йўқ деб ҳисоблашади), рашк қилиш (ўз севгилисини ўлдиради), таъқиб қилиш (бемор таъқиб қилувчилар қўлида ўлгандан кўра, ўзини-ўзи ўлдиришни афзал деб билади), делириоз ҳолат, галлюцинацияларда (товушлар "ўзингни ўлдир" деб буюришади) намоён бўлади. Суицидал тенденцияларнинг борлиги, беморни дарҳол госпитализация қилишни талаб қилади ва улар устидан қаттиқ назорат олиб бориш керак. Суицидал фикрлар маниакал-депрессив психоз, шизофрения, эпилепсия, экзоген органик психозларда кузатилади.

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

Майлнинг кучайиши — иштаҳанинг патологик кучайиши полифагия, булимия, чанқаш ҳиссининг кучайиши —полидипсия, жинсий майлнинг кучайиши—гиперсексуаллик ҳоллари маниакал ҳолатлар, соматик касалликлар, қандли диабет, бош мия

органик касалликлари-энцефалит, менингит, бош мия ўсмаси, қариликдаги эсипастликда кузатилади.

Майлнинг айниши — ўзини асраш инстинктининг айниши, ўз-ўзига жароҳат етказиш, масалан терисини куйдириш, пичоқ билан жароҳатлаш, жинсий олатни михлаш, қулоқни кесиб ташлаш, темир буюмларни ютиш кабиларда намоён бўлади. Овқат майлнинг айниши — еб бўлмайдиган овқатларни, масалан: хом гўшт, макарон, кўмир, тупроқни ейишда намоён бўлади. Жинсий майлнинг айнишига гиперсексуализм, мазохизм, садизм, педофилия, геронтофилия, некрофилия ва бошқалар киради. Махсус гуруҳ майл айнишларига импульсив майл айнишлари кириб, бунда жуда кучли енгиб бўлмайдиган майл пайдо бўлади. Пиромания — ўт ёқишга интилиш, клептомания — ўғриликка бўлган эҳтирос, дромомания — дайдиликка эҳтирос. Бунда бемор ўз оиласи, шаҳри, ишини ташлаб бир жойдан иккинчи жойга кўчади. Дипсомания — алкоғолга бўлган кучли майл. Майл айниши қандай тез бошланса, шунча тез яқунланади. Ичишлар орасидаги ораликда алкоғолга майл йўқолади ва бемор ҳушёрлик билан ҳаёт кечирилади. Майл айнишлари психопатиянинг баъзи шакллари, бош мия органик касалликлари (энцефалит, менингит, мия ўсмалари) ва бошқа касалликларга хос.

Ҳаракатнинг бузилишлари

Ҳаракат бузилишлари гуруҳини ҳаракат акти ва фаолиятнинг бузилиши ташкил қилади. Ҳаракат бузилишлари якка ҳолда — аломат ёки бошқа психопатологик ҳолатлар билан бирга — синдром кўринишида кечиши мумкин.

Ҳаракат бузилишлари ступор кўринишида — ҳаракатсизлик нутқ ва ҳаракат кўзғалишларига ажратилади.

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

Ступорнинг қуйидаги турлари бор:

1. Кататоник 2. Психоген, 3. Депрессив, 4. Истерик.

1. **Кататоник ступорга** — ҳаракатсизлик мушак тонусининг

ошиши, нутқдан воз кечиш — мутизм хосдир. Бундай беморлар бир ҳолатда узоқ вақт қолиб кетишади, ступор негативизм билан давом этади. Кататоник ступор — кататоник синдром структурасига кириб, шизофрения, экзоген, эндоген—органик психозларда учрайди.

2. Психоген ступор — ҳам соғлом, ҳам аффлектор карахтлик реакцияларида, беморга руҳий жароҳат берувчи ҳолларда: фалокат, табиий офат, яқин кишисининг тўсатдан ўлимидан келиб чиқади. Кўриниши: бемор тўсатдан ўлиб қолади, тўлиқ ҳаракатсизлик кузатилади, беморга руҳий жароҳат қандай ҳолатида таъсир этса, шу ҳолатида қотиб қолади.

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

3. Депрессив ступор—депрессиянинг авж палласида вужудга келиб, ҳаракат ва нутқ тормозланишига олиб келади. Депрессив ступор депрессив ҳолатнинг юксалиши бўйича аста-секин вужудга келади, бунда бемор кун бўйи ётади, саволларга бутунлай жавоб бермайди, овқатланишдан бош тортади, юзи ғамгин, кўзлари қуруқ, қомати эгилган, елкалари осилган, юзи рангпар ёки заҳил 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 тўлиқ ҳаракатсизлик вужудга келади. Беморнинг юзи таранглашган, ғамгин, кўзларида ёш, нотўлиқ мутизм, баъзи саволларга жавоб олса бўлади. Онгнинг чуқур бузилиши юз бермайди, вазиятни ҳис 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 кўрлик, карлик, гунглик) касалликка ўзини уриш ва шу йўл билан муаммони ҳал қилишга интилади. Ступор тугагандан кейин ҳеч қандай из қолмайди.

Ҳаракат қўзғалишлари

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

1. Бу нутқ қўзғалиши бўлиши мумкин, нутқ эса баъзи ҳолларда тушунарли, баъзиларида эса умуман тушуниб бўлмайдиган бўлади.

2. Қўзғалиш соф ҳаракатли бўлиши ҳам мумкин. Бунда беморлар тинимсиз сакрайди, буралади, ўйнайди.

3. Қўзғалиш ҳам нутқий, ҳам ҳаракатли бўлади (психомотор қўзғалиш), бунда нутқий безовталиқ ҳаракат безовталиги билан бирга кечади. Қўзғалувчанлик тажовузкор тавсифга эга бўлиши ҳам мумкин, бунда беморлар уй жиҳозларини синдиради, чойшабларни йиртади, бошқа бемор ва тиббий ходимларни уради. Қўзғалиш тажовузсиз ҳам кечиши мумкин.

Психомотор қўзғалишлар кўп ҳолларда психопатологик бузилишлар: аффектив, галлюцинатор, алаҳлаш, онгнинг сусайиши, эсипастлик билан бирга кечади. Психомотор қўзғалишларнинг қуйидаги турлари фарқланади: маниакал-кататоник, гебефреник, галлюцинатор-алаҳлашли, психопатик, истерик, психоген, эпилептик қўзғалишлар. 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 қўзғалишдан иборат.

Кататоник ступор—тўлиқ ҳаракатсизлик, бунда беморлар бир хил, кўпинча ноқулай ҳолатда: бир оёғида туриб, қўлини кўтарган ҳолда қотиб қолишади. Беморлар бошини ёстиққа тегишмай ётиши — «ҳаво ёстиғи аломати», ҳомила ҳолатини эгаллаши мумкин. Ступор тўлиқ 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 қаршилик қилишдан иборатдир. Баъзан беморлар талабга тесқари жавоб ва қарама-қарши ҳаракатлар қилишади, масалан "кўзингизни очинг" дейилса, қаттиқ юмиб олишади, шифокор олдига чақирса, ундан йироқлашади. Бушанг негативизмда бемор ўзига мурожаатларнинг биронтасига ҳам жавоб бермайди. Кататоник ступорда баъзан «мум эгилувчанлиги» аломати учрайди, бунда бемор қайси ҳолатга қўйилса, шу ҳолатда тураверади, Кататоник ступорга мушак тонусининг ошиб кетиши хосдир.

Кататоник қўзғалиш—бир хил сўз ва ҳаракатларни қайта-қайта такрорлаш билан кечадиган ҳаракат қўзғалиши ҳолатидир.

Қўзғалиш бирдан импульсив бошланиб тартибсиз, маъносиз, бир мақсадга қаратилмаган тавсифга эга бўлади. Беморлар бир хил, стереотипни ва импульсив ҳаракатлар қилишади. Ўз-ўзидан атрофдагилар гапини такрорлашади—эхолалия, уларнинг ҳаракатларини қайтаришади—эхопроксия. Беморлар нутқи узук-юлуқ бўлиб, бир хил сўзлар ва гапларни қайта такрорлашади. Беморлар мимикаси мос эмаслиги билан тавсифланади. Кататоник синдром онгнинг бузилиши билан бирга келиши мумкин — бу *онейроид кататония* дейилади. Аниқ онг ҳолатида кечувчи кататония *люцид кататония* дейилади. Кататоник синдром шизофрения, экзоген—органик психозда, мия ўсмаларида учрайди.

Маниакал қўзғалиш—фаолиятга ингилишнинг кучайиши, унинг тугалланмаганлиги, кайфиятнинг кўтаринкилиги, 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 охирига етказмай бошқасига ўтиб кетишади, ўзлари тўқиган шеърларни ўқишади ва ўйинга тушишади, сексуал жиҳатдан суюқ бўлиб, аёллар билан тез танишиб олади ва тез-тез жинсий алоқалар қилади. Улар ўз имкониятларига керагидан ортиқ баҳо берадилар. Ўзларини катта бойлик ва кашфиётлар эгасидек тутишади. Маниакал қўзғалишлар маниакал-депрессив синдромнинг маниакал фазасида, шизофренияда, интоксикацияда (акрихин, наша), юкумли касалликда (грипп) учрайди.

Гебефреник қўзғалишлар—ҳаракат ва нутқ қўзғалишлари, ақлсизлик, болалардек ҳолат, ортиқча аффект билан кечиши ҳисобланади. Ҳаракат қўзғалишлари аҳмоқлик, ҳар хил қилиқлар, тилини кўрсатиш, эхолалия, эхопраксия, ҳазиллашиш қилиқлари билан бирга келади. Бундай беморнинг кайфияти беқарор — ё жуда қувноқ, сабабсиз кулади, башарасини бужмайтиради, гулдираб бирдан жиддий, тажовузкор бўлиб қолади. Нутқи узук-юлуқ сўзларни қўшиб гапиради, неологизм билан давом этиши мумкин. Баъзи ҳолларда гебефреник синдром тузилмасига нотурғун галлюцинация, алаҳлаш ва кататоник бузилишлар кириши мумкин. Гебефреник синдром ёш ўсмирларга хос. Шизофрения, бош мия жароҳати, интоксикацион психозда учрайди.

Галлюцинатор-алаҳлашли қўзғалишлар

Бу қўзғалишлар асосан ҳаракат қўзғалишлари бўлиб, нутқ қўзғалишлари бунга қўшимча бўлади. *Тажовуз галлюцинация ва алаҳлаш хаёллари*, таъқиб қилиш, рашк таъсирида ривожланиб, бунда беморлар ўз-ўзини қутқаришга уринишлари, қочиш, ҳимояланиш, баъзи сўзларни бақариб, атрофдагиларга ташланиш ҳаракатларини қилишади. Қўзғалиш онгнинг бузилиши билан кечиб, субкоматоз делирий, онейроид, аменция ҳолидаги беморларда ва онгнинг хиралашиш ҳолларида учрайди. Вазиятга баҳо беришнинг бузилиши туфайли беморлар қўзғалган, қаёққадир қочмоқчи, қўрқувда ойнадан ўзини ташламоқчи бўлади, атрофдагиларга ташланишади ёки ўзини қутқаришади, кийимларини йиртишади. Беморларнинг ўзини тутиши онгнинг — тафаккурининг бузилиш даражаси ва ҳолатига боғлиқ.

Эпилептик қўзғалиш—онгнинг қоронғилашиши - хиралашиши ва дисфория билан боғланган. Қўзғалиш жаҳлдор-ғазабли аффект билан кечиб, бунда беморлар тажовузкор ва бузғунчи бўлиб, атрофдагиларни ўлдириш даражасига ҳам етади.

Психоген қўзғалиш—қўққисдан кучли руҳий таъсирлар: фалокат, ҳаётда хавfli ҳолат, яқин кишисининг ўлими, мол-мулкни йўқотиш, портлаш натижасида келиб чиқади. Ҳаракат қўзғалишлари аффектив торайган онг фонида вужудга келади, бундай одам атроф-муҳитга мўлжалини йўқотади, қўрқув гирдобига тушиб қочади, йўлларни танламайди, куйиш ва жароҳатланишда оғриқ сезмайди, мотивацияланмаган оддий, бетартиб ҳаракат бажаради, ёниб кетаётган уйда қолган одамдек бўлиб қолади. Очиқ турган эшикни тополмай деворга муштлаб уради. Бу ҳолатлар бир неча минутдан бир неча соатгача давом этиб, тугагандан кейин сезиларли амнезия бўлади.

Ҳиссиёт, ирода, майл бузилишлари мавзусига оид вазиятли масалалар

1. Бемор Д., 19 ёшда, тез кийимларини ечиб ташлайди, импульсив, стереотип-хаотик ҳаракатларни қилади. Эхололия, эхопраксия, тафаккур боғлиқсиз, доимий ҳаракат қилиб ўтиради. Психомотор қўзғалиш турини кўрсатинг!

А. Психоген.

Б. Маниакал.

В. Психопатсимон.

*Г. Кататоник.

Д. Гебефреник.

2. 19 ёшли талабанинг онаси ўсма касаллиги сабабли дунё-

дан ўтди. Шундан буён у ўзини онасининг ўлимида айблайди, тез-тез йиғлайди, ўқишдан бош тортади, яшашни хоҳламайди, кайфияти паст, уйқуси бузилган, иштаҳаси йўқ. Юзининг кўриниши ғамгин. Синдром турини кўрсатинг!

*А.Реактив депрессия.

Б. Маниакал.

В. Психопатсимон.

Г. Кататоник.

Д. Гебефреник.

3. Бемор 24 ёшда. 2 кундан буён эмбрион ҳолатида ётади, ҳаракатсиз, саволларга жавоб бермайди, атрофдагиларга бефарқ, овқатдан бош тортади, сийдик ва ахлат ажралиши ихтиёрсиз, тўшакда.

Сизнинг синдромологик ташхисингиз ва тактикангиз.

4. Бемор 38 ёшда, ҳайдовчи, автоҳалокатга учраган. Касалхонада 3 ҳафтадан буён даволанади. Бемор ҳозиргина уйдан келгани, кеча эса рейсдан қайтиб ўртоқлари билан ресторанда овқатланганини айтади. Беморда хотира бузилишининг қайси тури юз берган?

Ҳиссиёт, ирода, майл бузилишлари бўйича тест саволлари

1. Депрессив синдром учун хос:

* тафаккур жараёнларининг секинлашуви;
руҳий ривожланишнинг ортда қолиши;
жисмоний ривожланишнинг секинлашуви;
идрок бузилишлари;

*кайфиятнинг пасайиши;

*физик иш қобилиятини пасайиши.

2. 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.

3. Кататоник синдром ўз ичига қуйидаги симптомларни олади:

* капюшон симптоми;

*хартум симптоми;

прогрессивланувчи амнезия;

сохтареминесценция;

*эмбрион ҳолати;

Липман симптоми.

4. Кататоник синдромга хос:

*эмбрион ҳолати;

*каталепсия;

конфабуляция;

*негативизм;

обсессия;

эйфория.

5. Кататоник қўзғалишдаги бемор нутқида кузатилади:

патетиклик ва демонстративлик;

*вербигерация;

*персеверация;

резонерлик;

* эхололия;

апатия.

9-БОБ ОНГ БУЗИЛИШЛАРИ

Онг — ҳақиқий борлиқни, воқелиқни мияда акс эттиришнинг юқори даражаси бўлиб, у шахснинг теварак-атрофдаги нарсаларни, ҳозирги ва ўтмиш 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 шахсларга ҳамда ўзининг шахсига нисбага мўлжаллини тўғри олиш ва фаол фаолиятига тайёр туриш демакдир. Онг — жамият меҳнат фаолияти натижасида пайдо бўлган, ҳақиқий мавжуд воқелиқни инсон миясида акс этилишининг олий туридир.

Онг руҳий жараённинг ҳамма томонлари билан чамбарчас боғлангандир. Онг фаолиятининг амалга оширилиши бош миянинг энг қулай қўзғалишини талаб этади. Онг ўзгаришларининг ҳар қандай турида албатта бош мияда физиологик жараёнларнинг бузилиши ётади.

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. Буларни машхур психиатр олим Ясперс тизимлаштирган ва қўйидагича изоҳлаган:

1. Атроф - муҳитдан, ташқи оламдан маҳрумлик. Бунда бемор томонидан атрофдаги барча нарсалар аниқ идрок этилмайди ёки батамом идрок этишнинг иложи бўлмайди. Баъзи ҳолларда аниқ воқелиқнинг акси боғланмаган, узуқ-юлуқ кичик бўлақлар ҳолида учраши мумкин.

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

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

4. Атрофда бўлаётган воқеаларни эслаш қийинлашади. Эсхушнинг кирар-чиқар ҳолати кузатилиб, бемор воқеаларни қисман эслайди ёки умуман эслай олмайди. Қисман ёки тўлиқ амнезия бўлади.

Эс-ҳушнинг ёки онгнинг бузилиш ҳолатини аниқлаш учун

биз беморда шу тўртта белгини у ёки бу даражада кузатишимиз шартдир. Беморда биргина ёки иккита аломатнинг мавжудлиги онгнинг бузилиш ҳолатини кўрсатмайди.

Онгнинг йўқолиши ёки ўчиши миянинг устун тизимларининг жароҳатланиши билан вужудга келади. Онгнинг ўчиши дезинтеграция бўлмай, аксинча, онгнинг тушиб қолиши: қисман ёки тўлиқ онгсизлик ҳолатидир, ammo патологик натижасиз (яъни галлюцинация, васваса ғояларисиз) бўлади.

Онг бузилишининг психотик шакллари ёки дезинтеграцияси— бу мия пўстлогининг бўлаклари ўртасидаги боғларнинг мураккаб бузилиши бўлиб, патологик натижа (яъни васваса ғоялари, идрок бузилишлари, алаҳлаш, хулқ-атворининг бузилишлари) билан кечади.

Эс-ҳушнинг бузилиш синдромлари қуйидаги тасниф бўйича ўрганилади:

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

Буларга: қулоқ битиш ҳолати, обнубуляция, сомноленция, сопор, кома ҳолатлари киради.

II. Онг бузилишининг психотик шакллари ёки онгнинг хиралашуви.

Буларга: делирий, аменция, онейроид, эснинг кирар-чиқар ёки онгнинг номозшомсимон хиралашуви, транс, амбулатор автоматизмлар, сомнамбулизм киради.

I. Онг бузилишининг нопсихотик шакллари

1. Обнубуляция (лотинча—булут сўзидан олинган) — онгнинг енгил ёки қисман бузилиши. Онг бир неча дақиқа ёки сония 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 юкумли касалликларда, бош мия жароҳатларининг ўткир босқичларида учраши мумкин.

2. Сомнолемция (уйқу босиш). Бу ҳолат анча узоқ (соатлаб, баъзан кунлаб) давом этади. Бунда мўлжал олиш бузилмайди, баланд товуш билан саволлар бериб беморнинг диққатини оширишимиз ва саволимизга хос қисқа жавоб олишимиз мумкин. Кўпинча нейротроп заҳарланиш — ичкиликдан, транквилизатор ва ҳоказолардан заҳарланиш асосида вужудга келади.

3. Карахтлиқ — анча оғирроқ ҳолат. Бундай ҳолатдаги беморлар ланж, шашти пастроқ бўладилар, ўзларига берилган саволларга дарҳол жавоб бера олмайдилар, уларнинг фаҳми паст, хотираси заифлашган бўлади. Карахтлиқ турли даражада ифодаланани ва гипергликемия ҳолатида, зотилжам касаллигида, перитонитда, нейроинфекцияларда, камқонлик, терлама касалликларида кузатилади.

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

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

II. Онг бузилишнинг психотик шакллари

I. Делирий ёки делириоз синдроми.

Онгнинг бузилишлари фонида идрок этишнинг ёрқин бузилишлари (галлюцинациялар ва иллюзиялар) пайдо бўлганда, шунингдек ваҳима ва қўрқиш сифатида ҳиссий (эмоционал) бузилишлар юзага келганда онгнинг делириоз бузилиши ҳақида сўз боради. Бунда беморларда ўз шахсига нисбатан мўлжалини сақлаган ҳолда жойга, маконга ва атроф-шароитга мўлжалнинг бузилиши кузатилади. Шунингдек, кўриш ва эшитишга доир жуда кўп галлюцинацияларнинг пайдо бўлиши типик ҳодиса бўлиб, улар одатда қўрқиш хусусиятга эга бўлади. Парейдологик иллюзиялар ва саҳнасимон кўриш галлюцинациялари ушбу ҳолатга хосдир. Атрофда содир бўлаётган воқеалар узук-юлуқ ноаниқ идрок этилади, кучли психомотор ҳаракат қўзғалишлари вужудга келади. Кўп ҳолларда иккиламчи ҳиссий образли, галлюцинацияларга мос равишда васваса гоёлар пайдо бўлади. Натижада бемор хавотирланиб ўзини ҳимоя қилишга, чопиб қутулиб қолишга интилади, баъзи ҳолларда атрофдагиларга хавф тудиради. 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 туйнукларни», яъни беморларда

қисқа муддатли ёки енгил ҳолларда кундузги онгнинг равшанлашувини кузатамиз. Бунда бемор атрофдагиларни танийди, саволларга тўғри жавоб беради, танқидий мулоҳаза юритади. Кечқурун ва кечаси эса онгнинг хиралашуви кучаяди.

Беморлар касаллик ҳолатидан чиққанларидан кейин бошдан кечирганларини қисман, узуқ-юлуқ ҳолда эслаб қоладилар. Алкоголизмда учрайдиган делирийни биз алкоголь делирийси ёки оқ алаҳлаш (васваса) касаллиғи деймиз. Бундан ташқари, делирий ҳолати баъзи юқумли касалликларда ҳарорат баланд бўлганда учраши мумкин ва кам ҳолларда бош мия шикастланишининг ўткир даврида кузатилади.

Делирийнинг оғир ўтадиган икки турини тафовут этамиз. Буларга мусситирловчи ёки валдировчи ва касб делирийси киради.

Валдировчи делирийда беморда ташқи таъсиротга реакция бўлмайди, тўшакнинг ўзида қўзғалиш 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 қўзғалишлари кўпроқ ўрин тутаяди. Мўлжалга олишнинг бузилиши жуда чуқур бўлади. Қўзғалиш асосан беморнинг касби билан алоқадор бўлган одатий ҳаракатлар тарзида кечади. Масалан: ошпаз пичоқлар билан ишлаётгандек, дурадгор болға ёки арра билан ишлаётгандек, ҳайдовчи машинани бошқараётгандек ҳаракатларни бажаради. Қўзғалиш баъзи ҳолларда касб билан боғлиқ бўлган айрим сўзларни такрорлаш билан ёки унсиз ҳаракатлар билан давом этиши мумкин.

2. Аменция (аментив ҳолат)

Бундай ҳолат оғир ва узоқ вақт давом этадиган касалликларда, юқумли касалликлар, септикопиемия, кучли заҳарланишлар натижасида юзага келади. Бемор теварак-атрофини, вақтни ва ўз-ўзини билмай қолади. Бемор теварак-атрофдаги нарсаларни англолмай қолади, фикрлаши узуқ-юлуқ боғланмаган (инкогеренция) ҳолда нималарнидир шивирлайди ёки бақиради, баъзи ҳолларда персеверацияни кузатишимиз мумкин. Аменцияда делирийдан фарқли ўлароқ қўзғалиш 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 кейин 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 беморнинг жойни, вақтни ва ўз шахсини нотўлиқ кўпинча икки хил тушуниши билан тавсифланади. Бемор гўё уйқусимон тахайюлот - хаёллар оламига тушиб қолгандек бўлади: ўзини бошқа сайёраларда, коинот кемаларида, экзотик боғ-роғларда юргандек сезади. Баъзилари эса денгиз урушларини, оламшумул жанггоҳларни бошқараётгандек ҳис қиладилар. Учинчилари эса эрамиздан олдинги жониворлар орасида юргандек, жаҳаннамга ёки жаннатга тушиб қолгандек бўладилар. Тўртинчилари охир замонни, қиёмат қойимни кузатаётгандек, вулқонларнинг отилишини, миллионлаб одамларнинг ўлаётганини, планеталараро 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 фарқли ўлароқ ўз шахсининг мўлжали бузилади, бемор ўзини бошқа шахсга айланиб қолганлигини ёки фантастик кечинмаларга мос равишда шахснинг ўзгарганлигини 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 гамгин, гоҳ «сехрлаб қўйилгандек» 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 номерини 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 иккиланиш 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 шифокор қиёфасида

(бир одамнинг ўзи), масалан таъқиб қилувчи беморнинг олди-га 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 кўринишлари ҳақида яхши ҳикоя қилиб берадилар. Онейроид оғир эндоген психозларда, баъзи бир юқумли касалликларда учраб туради.

4. Эс-ҳушнинг ғира-ширалик ҳолати (Онгнинг номозшомсимон хиралашуви) (сумерик ҳолат).

Бу ҳолат кутилмаганда, тўсатдан пайдо бўлиб, одатда узоқ вақт давом этмайди, шуниингдек тўсатдан тўхташи мумкин. Шуни ҳисобга олган ҳолда транзитор, тез ўтиб кетувчи ҳолат деб ҳам юритилади. Бу синдром учун атроф-муҳитга, кишиларга мўлжал олишининг чуқур бузилиши, галлюциноз ва ўткир ҳиссий васваса, қўрқув, ғазаб ва алам аффектлари, шафқатсиз ҳаракатлар кўзғалишининг ривожланиши билан ёки ташқаридан қараганда тўғри ҳаракатлар бажарилаётгандек кўринган ҳолатлар хосдир.

Кучли аффект, васваса ва галлюцинациялар таъсирида бемор тўсатдан 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 бузиши, 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 ўлароқ 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 амбулатор 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 кўчаларни кесиб ўтишлари, шаҳар транспортда юришлари, оддий саволларга жавоб беришлари мумкин. Уларни гангиб қолганларга ёки ўзининг хаёллари билан чуқур банд бўлган кишиларга ўхшатиш мумкин.

Амбулатор автоматизмнинг узоқ вақт-бир неча соатдан то бир неча кунларгача давом этадиган турини "транс" деб атаймиз. Бунда беморлар мақсадсиз узоқ 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 қисқа, 1—2 дақиқа давом этадиган амбулатор автоматизм — "фуглар" деб аталади. Фуг сўзи чопиш маъносини билдиради. Бунда бемор бирданига ўзига-ўзи ҳисобот бера олмай, атрофдагиларни англамай қаёққадир чопади ёки бир жойда айланади. Бу ҳолат тугаб бемор ўзига келганда у билан қандай воқеа рўй берганини, нима учун атрофдагилар унга эътибор бериб қолишганини тушунолмайди.

Абсанс — бу дақиқанинг бир неча улуши давомида рўй берадиган онгнинг тўхташи ёки «ўчиб қолиши»дир. Бунда беморлар тўсатдан маъносиз нигоҳ билан, фикрини йўқотиб қўйгандек жимиб қоладилар. Агарда у бирор иш билан машғул бўлиб тўрганда рўй берса, уларнинг қўлларидан ускунанинг тушиб кетгани, овқатланиш вақтида қошиқнинг тушиб кетгани кузатилади.

Амбулатор автоматизмга кирувчи яна бир ҳолат - сомнамбулизмдир. Сомнамбулизмда қисман, тўлиқ бўлмаган уйғониш кузатилади. Бунда одамнинг худди ҳаракатлари уйғонгану, онги уйғонмагандек таъсирот қолдиради. Беморлар тўшакдан туриб хонада юрадилар, уйдан чиқиб кетишлари мумкин. Уларнинг хатти-ҳаракатлари онг билан бошқарилмайди, мақсадсиз ҳаракатлар бўлади.

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

Онг бузилишлари мавзусига оид вазиятли масалалар

1. Бемор Д., 38 ёшда, милиция ходимлари томонидан руҳий касалликлар диспансерига келтирилган. Бемор ташландиқ қурилишда ҳаракатсиз ўтирган ҳолатда топилган. Саволларга жавоб бермаган, кўрсатмаларни пассив бажарган. Бу тормозланиш, атроф-муҳитга бефарқлик яна 10 кун давом этди. Бу ҳолатдан чиққандан сўнг ойда яшовчилар томонидан ўғирлаб кетилганлигини, улар билан ўтмишга сафар қилганлигини, пирамидалар қурилишида қатнашганлигини, динозаврлар ўлимида қатнашганлигини айтади.

Тахминий ташҳис қўйинг!

*А. Онейроид синдром.

Б. Эс-хушнинг суммерик қорнгилашуви.

В. Галлюцинатор синдром.

Г. Реактив депрессия.

Д. Кататоник ступор.

2. Бемор аёл туғиш пайтида кўп қон йўқотади. Жисмонан жуда ожиз. Тўшак доирасидан чиқмайдиган ҳаракат безовталиги кузатилади. Атрофни англаши йўқолади. Мурожаатни тушунмайди. Довдираган, ваҳимада, такрорий мақсадсиз ҳаракатлар қилади: тўшагини тортади, чойшабни силайди. Фикрлари аниқ эмас. Нутқи бир-бирига мазмунан боғланмаган сўзлардан иборат.

1. Синдромни белгиланг.

А) Корсаков синдроми.

*Б) Аментив синдром.

В) депрессив синдром.

Г) Психоорганик синдром.

2. Психопатологик синдромлар.

3. Тўлиқ ташҳис.

4. Қайси соматик касалларда кўпроқ учрайди?

5. Даволаш.

3. Бемор кўз олдидан фазовий жанглар, сайёралар тўқнашуви ўтмоқда. Атроф - муҳитни англаши икки хилда. Ҳаракатсиз, мушаклар тонуси баланд. Юзида қўрқув аломатлари.

1) Синдромни аниқланг.

А) Делирий.

Б) Аменция.

В) Онгнинг хиралиги.

*Г) Онейроид.

2) Психопатологик симптомлар.

3) Қандай касалликларда учрайди?

4) Бошқа онг бузилиш синдромларидан асосий фарқи қандай?

5) Касаллик ташҳисига асосан даволаш чоралари қандай бўлади?

Мавзуга оид саволлар.

1. Онг нима?

2. Онг бузилишининг нопсихотик шаклларига нималар киради?

3. Онг бузилишининг психотик шаклларига нималар киради?

4. Делерий деганда нимани тушунасиз?
5. Делерий қайси касалликларда учрайди?
6. Онейроид ҳолатида беморнинг ҳолати қанақа бўлади?
7. Онейроид қайси касалликларга хос?
8. Аменция деганда нимани тушунасиз?
9. Онгни номозшомсимон бузилиши нима?
10. Лунатизм нима?

Онг бузилишлари мавзусига оид тест саволлари

1. Онейроиддан фарқ қилиб делирийга хос:
 - *галлюцинацияга хос равишда ўзини туттиши;
 - фантастик галлюцинациялар;
 - таъсирли, образли васваса;
 - вақт ва маконга нисбатан мўлжални ололмаслик;
 - *реал воқеага нисбатан амнезия;
 - *шахсиятига нисбатан мўлжалнинг сақланиши;
4. Делирийга хос бўлган симптомни кўрсатинг:
 - дисфория;
 - уйқу бузилиши;
 - *маконга ва вақтга нисбатан сохта мўлжал;
 - *кўрув галлюцинацияларининг кўпайиши;
 - *ўткир ҳиссий ва образли васваса;
 - каталепсия.
2. Психотик онг бузилишига киради:
 - *намозшомсимон бузилиш;
 - обнубуляция;
 - *аменция;
 - сопор;
 - *делирий;
 - кома.
3. Онгнинг номозшомсимон бузилиши синдромига киради:
 - *тўла амнезия;
 - реал оламдан узилиш;
 - *вақт ва жойда мўлжални йўқотиш;
 - сохтагаллюцинациялар;
 - фикрлаш жараёнининг бузилиши;
4. Онгнинг сопороз бузилишига хос:
 - вақтга нисбатан мўлжални йўқотиш;
 - *шахсга нисбатан мўлжал ола билиш;

мулоқотдан маҳрумлик;
маконга нисбатан мўлжални йўқотиш;
*кучли қўзғатувчига ҳаракат ва мимика реакциясининг сақланганлиги;

*рефлекслар сақланганлиги.

5. Делириоз синдромга киради:

субступор ҳолати;

*қўрув галлюцинациялари;

сохтагаллюцинациялар;

*таъқиб, таъсир васвасаси;

*қўрқув, ваҳима аффекти;

вақтга ва жойга нисбатан мўлжални олиш.

6. Аменцияда учрайди:

довдираш;

*тафаккурнинг боғлиқсизлиги;

сохта галлюцинациялар;

*мўлжалнинг бузилиши;

чин галлюцинациялар;

*тўла амнезия.

7. Делирий белгиларига киради:

эйфория;

*иллюзиялар ва галлюцинациялар;

*қўрқув ва ваҳима;

каталепсия;

*тўлқинсимон кечиши;

*психомотор қўзғалиш.

8. Онгнинг онейроид бузилишига хос:

*атроф-муҳитга нисбатан мўлжал бузилиши;

психомотор қўзғалиш;

*ўз-ўзини англашнинг бузилиши;

чин зоопатик галлюцинациялар;

*фантастик характердаги кечинмаларнинг мавжудлиги;

вақтни идрок этишнинг бузилиши.

9. Онгнинг намозшомсимон хиралашувида учрайди:

гипермнезия;

*дезориентировка;

*ўткир бошланиши;

*транзиторлик;

*қўрқув, қаҳр-ғазаб, ваҳима аффектлари;

шилқим-ёпишқоқ фикрлар.

Руҳий касалликлар ҳам организмнинг бошқа хасталиклари каби муайян симптом (аломат)ларга эгадир. Ҳар қандай касаллик аниқлаш белгисидан бошланади. Аммо фақат аниқланган аломатларига қараб касалликни ташҳис қилиш мумкин эмас. Алоҳида аломат ташҳис аҳамиятига фақатгина бошқа белгилар билан биргаликдагина (синдром) аҳамиятга эга бўлади. Синдромлар ўз ҳолича маълум бир касаллик учун махсус бўлмай, кўпгина руҳий 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 руҳий касаллик учун маълум бир синдромлар ҳосил, улар ҳар бир касаллик учун маълум бир тартибда ўзгаради ва алмашинади. Бир синдромни бошқа бир синдромлар устидан устуворлиги, пайдо бўлиш тартиби, ҳар бир руҳий касаллик учун одатда етарлича қатъий саналади. Бу эса алоҳида руҳий касалликларни нозологик бирлик сифатида аниқлашга имкон беради.

Руҳий касалликлар фанига «аломатлар мажмуаси» атамаси 1863 йилда кататонияни изоҳлаш мақсадида машҳур психиатр Кальбаум томонидан киритилган. Аммо то шу пайтгача руҳий хасталик синдромларини қониқтирувчи тизимлаштириш нуқтаи назари ишлаб чиқилмаган.

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

Касалликларнинг кечиш алоҳидаликларига қараб тасниф қилишга уринишлар бўлди (ширкуляр, резидуал, бошланғич ёки невротик ва бошқа синдромлар). Баъзи муаллифлар катта ва кичик оддий ва мураккаб, умумий, хусусий ва бошқа синдромларни фарқлайдилар. Кичик оддий руҳий хасталик синдромларда руҳий бузилишларнинг даражаси юқори бўлмаган

бузилишлари ўзи қайталувчандир, касалликдан сўнг шахсият сақланган ҳолда қолади. Кичик оддий синдромлар билан беморларда невроз ва психопатиялар намоён бўлади. Катта, мураккаб руҳий хасталик синдромларида турли аломат ва синдромларнинг мураккаблашуви ва қўшилуда бемор шахсияти ўзгаради. Булар бош миянинг органик касалликларида кузатилади. Д. Жексон (1864) биринчи бўлиб синдромларнинг клиник кўриниши қарама-қарши бўлган ижобий ва салбий бузилишлардан иборатлигини айтган. Агар негатив бузилишлар—ҳис ҳаяжон — хоҳиш бузилишлари, шахсиятнинг руҳиятидан чекиниши ақлсизлик — касаллик жараёни билан чақирилган бўлса, тўғри, ижобий бузилишлар галлюцинатор — васваса, аффектив, кататоник ва бошқалар ўзгармаган нерв хужайралари фаолиятининг натижасидир. Ҳар бир руҳий касаллик, айниқса у мураккаблашувга мойил бўлса, икки қатор руҳий бузилишлардан ташкил топади. Тор маънода олганда психоз аломатларидан ва психозга ҳамроҳ бўлувчи касаллик пировардига қараб чуқурлашадиган шахсиятнинг ўзгаришидан (негатив бузилишларидан) ташкил топган бўлади. Ҳар бир синдром ижобий (позитив) ва салбий (негатив) ўтувчан ёки доимий аломатларнинг биргалигидан иборатдир. Шунинг учун позитив ва негатив бузилишларни қарама-қарши қўйиб бўлмайди. Позитив ва негатив бузилишлар нафақат ўзаро чирмашиб кетади, балки уларнинг бир қатор умумийлиги ҳам бордир: улар қайтувчан бўлиши мумкин, муаллақ туриши ва ривожланиши мумкин; нисбатан оддий ва мураккаб бўлиши мумкин.

Қўйида руҳий фаолиятнинг босқичма-босқич чекинишини тавсифловчи маълум бир тартибда руҳий патологик энг енгил синдромлардан бошлаб, борган сари жиддийроқ, оғирроқ кечувчи синдромларгача келтирилади.

НЕВРОТИК СИНДРОМЛАР

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

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

Ўта чарчаш ҳолати астенияда иш саморадорлигининг пасайиши билан, айниқса амалий меҳнатнинг ва эшлаш қобилиятининг пасайиши кузатилади, ўз-ўзини бошқариши сусаяди, таъсирчан, сабрсиз: тутоқувчан бўлиб қолади, кайфият эзилганлик ҳолатидан хавотир, йиғи-сигигача ўзгариб тура-

ди. Уйқуси юзаки, хавотирли тушлар кўради, тез-тез уйғонади, кундузи мудраб юради. Кўпинча гиперестезия кузатилади ёруғ чироқни, ўткир ҳид, баланд товушларни кўтара олмайди.

Беморлар бош оғриғидан, ҳаётий жараёнларда ва амалий меҳнатда унинг кучайишидан шикоят қиладилар.

Неврастенияга ҳамма вақт вегетатив ўзгаришлар ҳамроҳ бўлади. Кўпинча юрак-қон томирлар тизими томонидан фаолият ўзгаришлари (қон босимининг тебраниши, тахикардия, пульснинг ўйновчанлиги, юрак соҳасида нохуш сезгилар, тана меъёрий ҳароратда бўлса ҳам исиб ёки совиб кетиши, кучли тер ажратиши ва бошқалар) кузатилади. Диспепсия ҳолатлари ҳам (ич суриши, қабзият, ел ҳосил бўлишининг кўпайиши, иштаҳанинг пасайиши, вазнини йўқотиши, тушлари ўзгариши) кузатилади. Эракларда кўпинча жинсий майл сусаяди, аёлларда ҳайз бузилиб, жинсий совуқлик пайло бўлади. Агар неврастения кўринишида тутақиб кетиш, таъсирчанлик, сабрсизлик, ички кучланиш, ўзини тутиб туролмаслик қолиб келса, гиперстепик неврастеник дейилади. Бошқа ҳолатда кўп чарчашлик, ялтоқланиш, иш қобилиятининг пасайиши, иш самарадорлигининг пасайиши кузатилса, гипостеник неврастения дейилади. Неврастеник (астеник) синдромда кўпинча руҳияти ўзгаради. Психоген ҳосил бўлган неврастенияларда заҳарланишлардан, бош миянинг органик касалликларидан тузалаётганида учрайди.

Истерик синдром

Руҳий, вегетатив ҳаракат ва сезги бузилишларининг аломатлари мажмуасидан иборатдир. Ҳиссиётларни кучли намоён қилувчи, тез ўзгарувчан симпатия ва антипатия, мимика, намоийшкорона ҳаракатлар, сунъийлик кузатилади. Нутқ образли, айтилаётган фактлар ошириб кўрсатилади, кўпинча ўйлаб чиқарилган бўлади (хоҳиш ҳақиқатга айлантириб гапирилади). Беморлар ишонувчан ва ўз-ўзини ишантирувчан бўлади. Кўпинча қўзғалувчанлик қичқириқ, йиғи-сиги, қўлларини шақилатиш, юзни у ёки бу гуруҳ мушаклари кичиши ва бутун тананинг диффуз титраши, кийимларни йиртиши, сочларини юлиши, ўзидан кетиши, тутқаноқлар кузатилади.

Шу билан бирга, шундай руҳий алоҳидликлар билан бирга, турлича табиати бўйича фаолият бузилишлари: ҳаракат парези, оёқ-қўлларнинг фалажи, гиперкинез, анестезиялар, гиперестезиялар, кўрлик, карлик, соқовлик, мутизм ва бошқалар аниқланиши мумкин.



Истерия доирасидаги психопатия (кўкрак қисми терисида суицидал ҳаракатдан сўнг қолган из).

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

Обсессив (миядан кетмайдиган, шилқим) синдром

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



Юрак соҳасида нохуш сезги ҳис қилаётган бемор ўз пульсини текширмоқда.

Ипохондрик синдром

Касал бўлиб қолиш ҳақида қаттиқ хавотирланиш билан намоён бўлади. Бемор ҳар хил ҳиссиётларга ўз хаёлини жалб этади (сенестопатия).

Беморларнинг феъл-атворида ўз соғлиғига ўта диққат-этибор қилиши кўзга ташланади, беморлар тушкунликка тушган, хавотирланадиган бўлиб қолади, турли мутахассисларга мурожаат қилади, ўзини кўп текширтиради. Шунга ўхшаш синдром оғир касалликлардан тузалиш даврида, хусусан шизофренияда, циркуляр депрессияда, бош миянинг экзоген органик шикастланишларида бўлиши мумкин. Ипохондрик синдром пайдо бўлиши руҳий табиатга боғлиқ бўлиб, руҳий кечинмалардан кейин, хусусан ятрогения натижасида бўлиши мумкин.

ПСИХОПАТИК СИНДРОМЛАР

Ҳаяжон — ирода, хоҳиш доирасида руҳий дисгармония сифатида намоён бўлади. Бунда интеллектуал-мнестик фаолият сақланган ҳолда шахсиятнинг патологияси бўлиб ташқи таъсиротга мувофиқ бўлмаган реакциялар юзага келади. Психопатик синдромлар ирсий келиб чиққан бўлиб, туғма ёки руҳий таъсирот ва шунга ўхшаш ҳолатларда (психопатизация), шизофре-

нияда, бош миянинг соматик касалликларида пайдо бўлиши мумкин.

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

Депрессив синдром (синоними депрессия, меланхолия)

Тушкунлик кайфиятидан, тафаккур сусайишидан ва ҳаракатнинг секинлашувидан иборат (депрессив учлик). Беморлар эзилиб, қийналиб ҳам чекадилар, уларда кўпинча руҳий эзилиш билан бирга юрак соҳасида оғирлик ҳам сезилади. Тафаккур ва нутқнинг секинлашуви, оҳиста, секин гапириш билан намоён бўлади. Саволларга беморлар қийинчилик билан жавоб беради. Кайфияти тушкунлигидан шикоят қилади, дардини иложсиз деб ҳисоблайди, келажагига ишонмайди. Ўз-ўзини айбланиш васвасаси тутиб қолади, ўзини айбдор ҳисоблайди, бутун умрини хатоликлар ва нотўғри ҳаракатлар мажмуаси, деб баҳолайди. Беморлар суицидал ҳаракатлар қилиши мумкин. Беморларнинг ҳаракати сустлашган, бир хил, ғарибона кўринишда ўтириши мумкин, боши қуйи солинган ёки узоқ 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 (депрессив ступор) баъзи ҳолларда бирдан меланхолияга айланиши мумкин. Депрессив синдром учун сезиларли соматик бузилишлар ҳосилдир. Булар уйқу бузилиши, иштаҳа бузилиши (анорексиягача боради), ошқозон-ичак йўллари фаолиятининг бузилиши, беморнинг сезиларли даражада озиб кетиши, эндокрин фаолиятининг бузилишидан иборат.

Баён қилинган типик депрессиялардан ташқари, унинг бошқа кўринишлари ҳам фарқ қилинади: руҳий анестезия—ҳиссиётни ва яқинларига муҳаббатни йўқотиш билан кечувчи анестетик депрессия, бўшанглик, бефарқлик: ҳиссий тонуснинг пасайиши, адинамик депрессия, ҳам-ташвишли депрессия, хавотирлик, қўрқув билан, оғир ҳолларда кучли қўзғолиш—ҳаракат ва инграш билан давом этадиган синдром, доимий шикоят билан кечувчи индовчи синдром, ҳаммадан норозилик, ўжарлик, ўқрайиш билан кечувчи, кажбахс депрессия, ўзини туюлмастик билан кечувчи, йиғи-сиғининг устунлиги билан

кечувчи йиғлоқилик, депрессия: депрессив-параноид синдром бу ўта мураккаб бўлиб, депрессия, қўрқув, хавотирлик фонид, 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 узоқ давом этувчи бош оғриғи, юрак-қон томирлар тизимига шикоят (юрак соҳасида нохуш сезгидан юрак пароксизми, юрак ритмининг бузилишидан қон босимининг ўзгаришигача боради).



Баландликдан қўрқиш.

Ошқозон-ичак йўллари фаолиятининг бузилиши — иштаҳанинг сусайиши, қабзият, оғриқлар, метеоризм ҳамда диэнцефал синдром ва бронхиал спазмлар, баданнинг турли хил қисмларида оғриқлар (тиш оғриғи, бош оғриғи, бел оғриғи ва ҳоказолар). Жуда кўп ҳолларда уйқу бузилиши, уйқусизлик, эндокрин бузилишлар, эркакларда импотенция кузатилади. Шундай беморлар текширилганда органик ўзгаришлар кузатилмайди, ҳатто улар ўзларини узоқ вақт соматик ва невроло-

гик касал деб юрадилар ва уларга қарши узоқ 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 қувноқ бўладилар, ғам-ташвиш қилмайдилар, тез алоқага киришадилар, улар тез-тез, қаттиқ, кўпинча тўхтамасдан гапирадилар. Ҳар қандай ташқи 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, манманлик, бойлик васвасасигача бориш, бемор ўзларини машҳур қўмондон, актёр, шоир, бадавлат одамлар деб ҳисоблайдилар. Маниакал ҳолат бир қатор ҳолларда таъсирчанлик, ғазаб билан кузатилади — ғазабли мания янада мураккаб маниялар кўринишида қайд қилинади: маниакал аффект ўткир ҳиссий 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 миyaning органик ўзгаришларида, юқумли касалликларда учрайди.

Галлюцинатор — васваса (параноид) синдромлар

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

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

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

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



Эшитув галлюцинацияли беморнинг кўриниши.

Вербал (эшитув) галлюцинози — эшитув (вербал) ёки сохтагаллюцинация бўлиб, монолог, диалог, кўпчиликнинг товуши, «товушлар хори» сифатида эшитилади. Товушлар мазмуни кўпинча қўрқитиш, сўкиниш, беморни ҳақоратлашдан иборат бўлади. Товушлар девор ортидан, йўлакдан, эшик орқасидан, болаҳонадан эшитилади ва ҳоказо. Эшитув сохтагаллюцинози шизофренияга хосдир.

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

Соматик психозлар томир касалликларида, юқумли касалликларда, заҳарланишларда учрайди.

Тактил галлюциноз (Экбомнинг дерматоз васваса си, 1938),

Берс Конрад (1954) галлюцинози тери сезгиси ўзгариши вас-
васаси. Қариллик олди даврида пайдо бўлиб, бемор баданида
ҳашаротлар, бит, чувалчанг, қўнғиз, кана юргандек ҳис қилади
ёки майда шиша, қум ботишини тери ёки тери остида ҳис
қилади.



Ҳидлов галлюцинацияли беморнинг мимикаси.

Ҳидлов галлюцинози кўпинча тактил ёки муносабат вас-
васаси билан қўшилган ҳолда учрайди, беморлар сўзлаётганда
кўпинча ўздан ёқимсиз ҳид келаётганини сезади.

Параноял синдром—бирламчи тизимлашган интерпретатив
васвасанинг устунлиги билан тавсифланади (атроф ҳақиқатини,
ҳужжатларини васвасали тушунтириш). Мазмуни бўйича—рашк,
эротик, кашфиётчилик, кузатиб юриш васвасаларидан иборат.
Галлюцинациялар, неврогаллюцинациялар ва руҳий автоматизм
ҳолатларида учрайди. Бунда беморларнинг онги тиниқ бўлади.
Параноял синдром шизофрениянинг дастлабки босқичлари па-
раноял психопатия ва алкоголь параноидлар учун хосдир.

Кечиши бўйича ўткир ва сурункали параноял синдромлар
фарқланади.

Ўткир параноял синдром — кўпинча интерпретатив бўлиб,
бирдан пайдо бўлади, хавотирли кайфият, қўрқув, баъзан экстаз
элементлари фонидан бирдан ярқ этиб намоён 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 сохтагаллюцинациялар ва руҳий автоматик (Кандинский— Клерамбо) синдромлари қўшилади. Галлюцинатор-васваса синдроми таркибида васваса ёки галлюцинациянинг етакчилигига кўра унинг 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 тизимлаштирилган васваса билан тавсифланиб, сезиларли аффектив бузилишларсиз кечади.

Руҳий автоматизм (Кандинский — Клерамбо синдроми, ташқи таъсирот синдроми, таъсир синдроми, кириб бориш синдроми, бегоналаниш синдроми, қўлга олиш синдроми)— ўзининг илк тушунчасидан бегоналаниш ёки йўқотиш, ўзининг руҳий кечинмалари жараёнларидан бегоналаниш (тафаккур, сезги ҳиссиётларидан ва ташқи кучнинг таъсиротини сезиш билан қўшилади. Жисмоний, руҳий таъсирот ва кузатиб юриш васвасалари билан кузатилади. Бу синдром ҳақида биринчи марта 1885 й. 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 бегона фикрларнинг кириши, унинг фикрларини ўқиши, бошқариши, ихтиёрсиз образларнинг тошиб келиши — ментизм, ўзгаларнинг ясалган, тузилган фикрларини солиб қўйилиши, фикрларни олиб қўйиш, зўрлаб беморни кўпинча энг интим-яширин фикрларини ўқиш, хусусий ёки ясалган фикрларнинг жаранглаши (фикрлар акс-садоси) кузатилади. Хаёлий, 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 сохтагаллюцинацияси пайдо бўлганлиги ҳақида дарак беради. Эшитув билан бирга кўрув ва бошқа сохтагаллюцинациялар пайдо бўлиши мумкин. Сохтагаллюцинациялар Кандинский—Клерамбо синдромининг асосий бузилишларидир.

Сенсор автоматизм (сенестопатик). Беморлар махсус мақсадда, ташқи таъсирдан бўлаяпти, деб ўйлайдиган — жисмоний таъсир, бунда 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, куйдириш, совуқ жинсий қўзғалиш, иштаҳани бузиш—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. Уларнинг ташқи таъсир остида, бошқанинг хоҳишига кўра қўллари кўтарилади, бошлари бурилади, чопишга мажбур бўлади ёки баъзида тескарисини, ҳаракатсиз жим туришга ва ҳоказоларга мажбур қилинади, деб ишонадилар. Бунга нутқ ҳаракати сохтагаллюцинацияси, ясалган нутқ акти, «лаб ва тилларнинг буюрилган ҳаракати, мажбурлаб, зўрлаб, эшитарли қилиб сўз ва гапни гапириш (бошида — хаёлан) ҳам киради (Сегла, 1895й., 1914й.).

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

Руҳий автоматизм синдроми шизофренияда, эпидемик энцефалитда, руҳий 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 таъқиб қилиш ва таъсирот васвасасининг, улугворлик, руҳий автоматизмнинг барча турлари ва фантастик конфабуляциялар билан қўшилувидан иборатдир. Васваса ғоялари ўта бемаънилиги билан ажралиб туради. Бемор ўзида

коинотни бошқариш ҳокимияти бор деб, ўзини дунёвий қудрати ҳақида, худолариинг худосиман деб, Ерни эгасиман деб ўйлайди, табиат қонунларини ўзгартираман, деб ваъда беради, минтақани тубдан ўзгартираман ва ҳоказо дейди. Юқори ва кўтаринки кайфият асосида ўта лоф, муболағалар тўқийди—коинот қўйнида 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, руҳий фаолиятнинг оғир бузилишларига тўғри келади. Парафрен синдромнинг ривожланиши касалликнинг оғирлашувидан дарак беради. Руҳий касалликлар 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, алкоғоллизм, захм, қариллик психозларида учрайди.

ҲАРАКАТ БУЗИЛИШИ СИНДРОМЛАРИ

Ҳаракат синдромлари ступор (ҳаракатсизлик) қўзғолиш ёки уларнинг алмашилиши билан намоён бўлади.

Ступор — психомотор фаолиятнинг турли томонларини моторикаси (ҳаракатини), фикрлашни ва нутқнинг тормозланиш шаклидаги руҳий патологик бузилишларидир. Беморлар ступор ҳолатида узоқ вақт ўтирган, ётган ёки турган 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.

Руҳий патологик бузилишларга боғлиқ бўлган ҳолда ступорга ва нозологик мансублигига, ступорнинг ҳосил бўлишига қараб унинг қуйидаги 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 ҳам руҳий хасталик ҳолати бўлиб, руҳий фаолиятнинг турли томонларини, биринчи навбатда нутқни: фикрлаш, моторика (ҳаракат)нинг тезлашуви ва кучайишидан иборатдир.

Нутқ ҳаракати қўзғалганда беморларнинг нутқи, ҳаракати ва фаолияти тезлашади, мимикаси ва ифодаси жонланади, улар турли ҳаракатларни бажаради. Беморлар нафақат қаттиқ гапиради, балки қичқиради, ҳаракатлари бўлинувчан ва тез-тез бўлади, фаолияти ва ахлоқ - одоби бетартиб ва мазмунсиз бўлади. Қўзғалиш кучайган сари — нутқи боғлиқсиз, алоҳида-алоҳида сўзлардан, оддий товушлардан иборат бўлиб қолади; Ҳаракат қўзғалиши импульсив, бетартиб, мазмунсиз бўлади, баъзида улар ҳайвонларга тақлид қилиб қичқирадилар, акиллайдилар, тўрт оёқлаб юрадилар ва ҳоказо (регресс белгилари пайдо бўлади).

Психомотор қўзғалиш нисбатан камроқ ҳолларда бир ўзи клиник кўринишни ташкил этади. Одатда у турли руҳий патологик бузилишлар: аффектив, васваса, галлюцинатор, онгнинг хиралашув ҳолатлари, ақлсизлик билан қўшилади. Шунинг учун руҳий мотор қўзғолишнинг тавсифини аниқлаганда қайси бир руҳий патологик ҳолат таркибида пайдо бўлишига қараб ихтисослаштирилади. Шундай қилиб, маниакал қўзғалиш, депрессияларда ҳосил бўладиган қўзғолиш, кататоник гебефренли, васвасали, галлюцинатор онгнинг бузилишларидаги руҳий патологик, истерик қўзғолишлар фарқланади.

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

Кататоник синдром (кататония)

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

Кататоник ступор — ҳаракатсизлик ва мутизм (жимлик) билан намоён бўлади. Беморлар ступор ҳолатда ҳаракатсиздирлар, узоқ вақт (соатлар, кунлар) ўтирадилар, ётадилар ёки ҳолатини ўзгартирмасдан турадилар. Саволларга жавоб бермайдилар (мутизм). Кўпинча улар мустақил овқатланмайдилар, уларни кийинтирилаётганда, овқатлантирилаётганда қаршилик кўрсатадилар, тиббий муолажа тадбирларига салбий нуқтаи назардан қарайдилар. Бундай касаллар шифокорнинг мурожаатига юзини қарама-қарши томонга буриб олади, кўзингни кўрай, деса қовоғини юмиб олади. Бундай салбий ҳаракат фаол бўлиб, пассив негативизмга қарама-қаршидир. Пассив салбий негативизмда беморлар қаршилик кўрсатмасаларда, қилгин деган таклифни бажармайдилар.



Люцидли кататонияда «ҳаво ёстиғи» симптоми.

Кататоник ступор кўринишида 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 букилган ҳолда ва баъзан беморлар устиларига халат ёки чойшабни ёпиб юзларини очиб ўтирадилар— капишон симптоми (1936). Кўпинча Хартум симптоми бўлади — лабларини чуччайтириб,

ҳаво ёстиғида (Дюре симптоми), боши ёстиқдан кўтарилган ҳолда соатлаб ва ундан узоқроқ 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 узоқ вақт қолади.

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

Кататоник қўзғолиш ступорни алмаштириши мумкин ёки ступорсиз ўзи ривожланиши мумкин. Кататоник қўзғолишда бемор сергап бўлиб кетади, доимо бир хил — стереотип узлуксиз ҳаракат қилади—қилиқлари табиий эмас, маъносиз, кетмакет эмас, бирдан ёки кўпинча ўхшаш ҳаракат, атрофдагиларнинг ҳаракат ҳолатларини қайтаради, эхопраксия кузатилади. Қўзғолиш кучайган сари нутқ боғланмаган, беморлар бир сўзни ва сўзлар йиғиндисини қайтараверади—эхопалилалия, яъни нутққа сирпаниш, сирпанчиқ нутқ юзага келади. Қўзғолишнинг чўққисида беморлар негатив ҳолатга мойил, импульсив ҳолатда бўладилар — бирдан ўзгалар билан олиша бошлайдилар, қўлга тушган нарсаларни синдира кетадилар, одамларга ҳужум қиладилар, кийимларини йирта бошлайдилар, ўзини-ўзи жароҳатлайди, ҳамма нарсага қаршилик кўрсатадилар. Кататоник қўзғолиш турли аффектив қўзғолишлар — экстаз, жаҳл, ғазаб, вақти-вақти билан сукут ва бепарқлик аралаш кузатилади.

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

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



Гебефреник масхарабозлик

Гебефреник синдром — ҳаракат ва нутқ қўзғалишлари эса пастлик ва ўзгарувчан аффекти билан қўшилади. Бундай беморларнинг қувонч, масхарабозлик ва ноўрин, кўпинча қўпол, эротик мазмундаги ҳазилларига атрофда ҳеч ким кулмайди. Беморлар аниқлашга ҳаракат қилиб сўроқлайдилар, афтини буриштирадилар, қийшанглайдилар, ўмболоқ ошадилар, сўкинадилар, ўзини аҳмоқона туттиши, хулқ одоби — импульсив антисоциал ишлар билан кузатилади. Гебефреник синдром таркибида кататоник симптомлар (кататоник — гебефреник синдром) ҳосил бўлиши мумкин, камроқ ҳолда — муаллақ бўлмаган галлюцинатор ва васваса бузилишлар учрайди. Гебефреник синдром кўпинча ёшларда шизофренияда, камроқ ҳолда экзоген органик психозларда (жароҳат, заҳарланиш) учрайди.

ОНГ БУЗИЛИШИ СИНДРОМЛАРИ

Онгнинг бузилиши (хиралашуви) да беморда нафақат атроф реал дунё интиқосининг бузилиши, юз беради, балки ички боғлар (абстракт билиш) ҳамда ташқи (сезги ҳиссиёти) бевосита предмет ва ҳодисаларни акс эттириши ҳам бузилади. Онгнинг бузилиш белгисига кўра беморнинг ўз шахсига нисбатан мўлжали ҳам бузилади, у ташқи дунёга аланглайди, вазиятни (вақт, жойини) баҳолай олмайди, борлиқ дунёдан юз ўгиради,

атрофлагиларни қабул қила-олмайди, тафаккури ноаниқ ва тарқоқ онгнинг қисман ёки тўлиқсиз хиралашув даври ҳақида тўлиқ эслолмайди.

Онг бузилишининг бошланишида қўйидаги синдромлар фарқланади. Онгнинг қарахт бўлиш ҳолатининг уч даражаси фарқланади. Қисқа вақт давом этувчи онгнинг қарахтлиги обнубуляция (юнонча *pubis* — булут) дейилади. Бунда ташқи таъсиротни қабул қилиш бир оз қийинлашади, онг худди булут ёки тутун билан ўралгандек бўлиб туради.

Қарахтлиқ — онгнинг сезиларли даражада бузилиши ташқи таъсиротларни қабул қилиш чегараси қисқаради. Бунда 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. Оғриқ таъсиротига жавоб реакцияси сусайган бўлади. Онгнинг бузилиши янада ривожланса қарахтлиқ — сопороз ёки коматоз ҳолатга ўтади.

Сопор — онг (эс-хушни) бузилишининг чуқурроқ даражаси бўлиб, бунда беморнинг атрофга ва ўз шахсига мўлжали тўла йўқолади. Беморлар гўёки ухлаётгандек кўзини юмиб ётади, шартсиз (қорачиқ корнеал пайлар, ютиш) рефлекслари сақланиб қолади.

Кома (коматоз ҳолат) — онгнинг (эс-хушнинг) тўла йўқолиши, ҳар қандай мўлжалнинг тўла йўқлиги билан, ички аъзолар фаолиятининг бузилиши билан тавсифланади. Сопордан фарқли ўлароқ комада ташқи таъсиротга жавоб тўла йўқолади. Организм барча фаолиятларининг кескин сусайиши фониди ютиш, кичик чанок аъзоларининг фаолияти бузилади, нафас аритмияси, коллаптоид ҳолат, руҳий мотор қўзғалиш, тутқаноқсимон ҳаракатлар, ступорлар пайдо бўлади. Сопор ва кома организмнинг асаб ёки соматик касаллигидан дарак беради.

Юқорида кўрсатилган ҳолатлар (алкогол, гиёҳвандлик, токсикомания, саноатда, қишлоқ хўжалик ва бошқа заҳарланишларда), модда алмашинувининг бузилишларида (уремия, диабет), жигар етишмовчилигида, бош-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 тарзда пайдо бўладиган бузилиши бўлиб, саҳналаштирилган, аниқ, кўпинча қўрқитувчи, асосан

кўрув ҳамда эшитув ва сезув галлюцинациялари бўлиб, сезгилардаги қўзғолиш ва қўрқув билан давом этади. Бунда беморнинг онг, эс-ҳуши бузилган, ўз шахсини тўғри англасада макон ва замонга мўлжали тўғри бўлмайди. Беморлар галлюцинатор образларига фаол жавоб беради. Улар қўрқинчликлардан, ҳужум қилаётган ажойиботлардан ўзларини ҳимоя қиладилар, баъзан кўринган нарсаларга ҳужум қиладилар, баъзан қўрқиб безорилардан қочиб кетадилар, ҳайвон, ҳашаротлардан ҳимояланиш учун қочадилар ёки қулоқларини беркитиб оладилар. Буйруқона қўрқитув қатъийлиги доимий эмас. Делирий одатда аниқ онгли, эс-ҳушли кунлар билан бўлиниб туради. Кечга яқин ва кечаси делирий кучаяди.

Баён этилган типик делирийдан ташқари, онгнинг атипик делириоз бузилишлари ҳам учраши мумкин: мусситорлашган делирий—сезиларли ҳаракат қўзғалишларисиз кечади; бундай беморлар доимо нималарнидир пичирлайдидар, атрофга мўлжал олиши яхши эмас, бир хил маъносиз ҳаракат қиладилар, ўриндиқда 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, ҳафталаргача давом этади. Делирий тамом бўлгач қисман амнезия бўлади.

Онгнинг онейроид бузилиши

(Юнонча—*oneiros* туш кўриш), онейроид туш кўриш, фантастик қоронғилашиш васвасаси. Туш каби аниқ саҳналаштирилган фантастик галлюцинацияларни ташиб келиши, бунда бемор худди 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 саҳналаштирилгандек туюлади ва шу билан ажралиб туради. Беморлар кўпинча атрофдан тўла ажралганларида, атрофдагиларга нисбатан мўлжаллари бузилган ва ўзини касаллик дунёсига чўмган, ёхуд мўлжали иккиланган

ҳолда бўладилар, яъни ҳам реал, ҳам патологик ҳолатларни акс эттиради. Беморлар шу ҳолда планеталараро саёҳатлар қилади. Марс аҳолисини ичида бўлади, улар билан курашиш ҳақида келишувлар олиб боради, тарихий борлиқ ичида кезиб юрадилар, жаннат ёки жаҳаннамга тушадилар, онейроиддан чиққандан сўнг бошидан кечганларини икир-чикирларигача тўла ёзадилар. Онейроидда беморнинг 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 органик касаллик ва бошқа ҳолатларда учрайди.

Онгнинг аментив бузилиши

Аменция (юнонча amentia — кучсизлик) — клиник жиҳатдан барча турдаги мўлжалнинг бузилиши билан тавсифланади. Атроф-муҳит — бемор томонидан парчаланган ҳолда, бўлак-бўлак ҳолда қабул қилинади. Бунда беморлар 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 билан алмашинади, кайфияти беқарор, ўзгариб турувчи, иложсиз ҳолатда бўлади. Узуқ-юлуқ галлюцинациялар бўлиши мумкин. Ҳафталаб давом этувчи аменция тўла амнезия билан тугайди. Аменция оғир, юқумли соматик касалликлар учун хосдир, хусусан туғруқдан кейинги сепсис ривожланишида учрайди.

Онгнинг номозшомсимон қоронғилашуви

Онгнинг қоронғилашуви (хиралашуви, кирарли-чиқарли бўлиши)нинг бошланиши ва тугаши тўсатдан бўлади. Бунда мўлжалнинг чуқур бузилиши кузатилади, беморнинг 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 тартибли бўлиши мумкин. Улар уйларида чикадилар, адашиб юрадилар, шаҳар транспортдан фойдаданган ҳолда уйдан узоққа кетиб қолиши мумкин. Атрофдагиларга худди соғлом одамдек туюлиши мумкин. Бундай ҳолатнинг давом этиши тўла амнезия билан кузатилади. Эс-ҳуши — онгининг бундай кирарли-чиқарли бўлиши шизофрениянинг оддий шакли сифатида, галлюцинация, вас-

васа билан кузатилувчи газаб, гам-қайғу ва қўрқув аффекти қўзғолиши билан кечувчи «психотик» шаклидан фарқланади. Психопатологик бузилиш (галлюцинация, васваса, кучли газаб 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, қўлига тушган ҳамма нарсани сабабсиз бузиши мумкин. Эснинг кирди-чиқди бўлиб бузилиш ҳуружи кўпинча бирдан тўхтайтиди, сўнгра чуқур уйқу ва тўла амнезия кузатилади. Онгнинг кирарли-чиқарли бузилиши турларига амбулатор ҳам автоматизм ҳам киради. Бунда бемор бирдан онгини, эс-ҳушини йўқотади ва ташқи кўринишидан мақсадга мувофик ҳаракат ва ишлар қила бошлайди. Амбулатор автоматизм давомийлиги (соат кун, ҳафталаб) давом этиб, бу орада бемор ўзга шахарларга ташқи кўринишидан рисоладагидек одоб билан бориб келиши ва буни мутлақо унутиши мумкин бу— транс дейилади. Ёш ва ўсмирларнинг уйқусида пайдо бўлувчи амбулатор автоматизм — сомнамбулизм уйқуда юриш — лунатизм дейилади. Онгнинг кирарли-чиқарли бузилишлари эпилепсияда: бош миянинг органик касалликларида (мия ўсмаси, менинго-энцефалитларда, бош мия жароҳатларида ва бошқалар) учрайди.

Тутқаноқлар

Тутқаноқлар (пароксизмлар, қалтираш ҳолатлари). Тутқаноқлар онгнинг бирдан бошланувчи қисқа вақт бузилиши бўлиб, тўла онгсизланишгача боровчи бадан қалтираши; титраш билан кузатилувчи ҳолатдир. Тутқаноқларнинг қўйидаги шакллари фарқланади. Катта эпилептик тутқаноқ (Grand mal). Генераллашган: тонико-клоник, титраш тутқаноғи. Кўп ҳолатларда аура (бўрон) бошланади. Бемор тўсатдан онгини йўқотади, худди чалиб юборилгандек бирдан йиқилади, бунда ноаниқ, ғайриохангли қичқириқ бўлади. Кўпинча бемор йиқилаётганда жиддий жароҳат (эти узилиши, суяк синиши, куйиш) олиши мумкин. Тутқаноқ барча мушакларнинг қисқариш фазаси билан бошланади беморнинг, қўл-оёқлари чўзила бошлайди, жағлар юмилади, сиқилади. Тишларини ғижирлатади, тили ва лунжини тишлаб олиши мумкин. Нафаси тўхтайтиди, юзи оқаради, кейин кўкаради, кўзлари орқага тортиб кетади, қорачиги 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 қизаради. Клоник титраш 2—3 дақиқа давом этади. Титроқ аста-секин сўнади, коматоз ҳолати аста-секин сопороз ҳолатига ва уйқуга ўтиб кетади. Тутқаноқнинг барча даври (аурадан ташқари) тўла эсдан чиқади.

Кичик эпилептик тутқаноқ (*Petit mal*) худди катта-сидек бемор онгининг тўсатдан бузилиши, эси йўқолиши билан бошланади. Аммо катта тутқаноқдан фарқли ўлароқ бунда у йиқилмайди, чунки бу чутқолоқ давомийлиги жуда қисқа (сониялар). 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 чўққисидан бутун танага тарқалаётганидагина йўқолади.

Нарколептик тутқаноқ— бирдан бошланади, бемор тўхтатиб бўлмайдиган уйқуга 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 қанча суюк синганда ағанагандек кутилмаган бир таъсирот (қўрқитиш, тўсатдан ёруғ нур, товуш) натижасида мушак тонусининг тўсатдан сусайиши натижасида ағанаб тушади. Онги сақланади, амнезия бўлмайди.

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

Хотира—эслашнинг бузилиши уни барча учала 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 узоқ сақланади. Интеллектнинг бузилишини унинг мушоҳадасини саёзлашганидан (олинган маълумотларга тушуниш қобилиятининг сусайиши турли хил алтернатив фактларни солиштириш ва фаолият учун аниқ режанинг йўқлиги) ва хулоса қилиш (муносабат ва алоқа

ўрнатишни) бузилишидан билиш мумкин. Бунда беморнинг ўзига ва атрофдагиларга танқидий баҳо бериши саёзлашади.

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

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

Руҳий - органик синдром

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

1. Аста-секин ривож топиб тугайди (Пик касаллиги, хорейси, қарилик ақсизлиги).

2. Стационар (бош-мия жароҳати, менингоэнцефалопатиялар).

3. Узоқ вақт ремиссиялар билан—булар одатда даволаниш натижасида кузатилади (ўсиб борувчи фалаж, бош мия ўсмалари ва бошқалар).

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

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

Руҳий - органик синдромнинг сабаблари кўп: улар мия томирларининг касалликлари (бош-мия жароҳатлари, инсультлар), ўткир бошланадиган заҳарланишлар (алкогол, гиёҳвандлик оғир - металллар, 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. Бу ҳақда биринчи бўлиб С. С. Корсаков томонидан 1887 й. «Алкогол фалажи ҳақида» номли докторлик диссертациясида ёзилаган. Корсаков синдроми руҳий - органик синдромнинг эслашнинг бузилиши билан кузатиладиган идеал хилдир.

Корсаков синдромида асосан кундалик, яқин ўтмишдаги воқеаларни эслашнинг фиксацион амнезияси кўзга ташланади. Бемор ўша заҳоти (бир неча сониядан сўнг) нафақат отини, балки гаплашган одамнинг ташқи қиёфаси ва кўринишини унутиб қўяди, шифокор айтган кўп маълумотлар ва тавсияларни унутади (шифокорнинг фамилиясини, бўлимнинг номини, болаларининг отини ва ёшини, уй манзилини эсидан чиқариб қўяди). Доимо эсидан чиқариш 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 интеллект ҳамда қўзғалиш фаоллиги сусайган бўлса ҳам шахмат ўйнай 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 ақли пастлик (деменция) ва интеллектнинг туғма бузилиши ақлсизлик (олигофрения) га бўлинади.

Деменция (ақлипастлик) — интеллектнинг бўшашиши бўлиб, бунда янги билим ва одатларни ўрганиш, маълумот олиш

тушунчаси ва ақлий хулоса қилиш бузилади, беморнинг ўзига ва атрофига танқидий нуқтаи назардан қараши сусаяди. Аввалги ўрганган билим ва тажрибалари у ёки бу даражада пасая бошлайди, йўқолади. Юқоридаги ўзгаришлар жиддий сусаяди.

Асосий касалликнинг тавсифига қараб ақлсизлик юқори — олий интеллектуал фаолиятга тегмайди (анализ ва синтез хусусиятлари), балки интеллектнинг анчагина оддийроқ функцияларига, хусусан эшлашга, ҳисоблашга, диққатга, мушоҳада, шахсият, ўз ҳолатига танқиди ва одоби узоқ вақт сақланиб қолади. Бундай беморлар шифокор ёрдамида фаол интиладилар, одатдаги касбга тегишли бўлган фаолиятлари ҳам узоқ вақт сақланади. Ўчоғли ақлипаствлик бош мия томирларининг касаллигида (церебрал атеросклероз), хафақон касаллигида, мия захмида учрайди.



Тинимсиз қўл ювиш симптоми

Тўла (тотал, диффуз) ақлипаствлик— интеллектнинг қўполлашиши, солиштириш хусусияти, умумлаш, жамлаш, оддий ва мураккаб вазиятларни синтезлаш, ўзининг ҳолати ва ахлоқига танқидий баҳонинг сусайиши, шахсий хусусиятларининг сайқалланиши билан тавсифланади. Бунда беморнинг ўзини тутиши кўпинча аҳмоқона бўлиб қолади, одамгарчилик асосларига тўғри келмайди, қизиқишлари ортиб кетади, бундай беморлар эйфория фонида ўзларини хурсанд тутадилар, сергап, гиперсексуал, ҳеч нарса ёқмайдиган бўлиб қоладилар, кучайиб борувчи фалаж ва қариллик ақли паствлигида учрайди.

Олигофрения— **ақсизлик** (интеллектнинг туғма бузилиши) — асосий руҳий вазифаларни, биринчи ўринда интеллект ривожининг етишмовчилиги билан тавсифланади.

Ақлий етишмовчилик даражасига қараб идиотия: имбециллик ва дебиллик фарқланади.

Идиотия — ақсизликнинг энг чуқур даражаси бўлиб, кўпинча жисмоний нуқсон билан, кар-соқовлик, кўрлик, фалаж ёки қалтираш билан кузатилади. Нутқи деярли ривож топмайди, интеллект ва энг оддий одатлар ишланмайди, улар атрофдагиларни ва яқинларини бир-биридан ажрата олмайдилар.

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

Дебиллик — олигофрениянинг энгил даражаси. Интеллект ўзгариш даражасига етмаган, тафаккури тор, мулоқоти, абстракт тафаккур фаолияти қийинлашган. Бир қисм дебилларда механик эшлаш қониқарли даражада, улар у ёки бу билимни ўрганадилар, аммо уни амалий фаолиятга тадбиқ қила билмайдилар. Бир қисм дебиллар ўрта мактабни синфдан-синфга қолиб бўлса ҳам тугатадилар.

Улар материални тушунмасалар ҳам ёллаб оладилар.

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

Психопатологик синдромлар мавзусига оид вазиятли масалалар

1. Бемор С., 32 ёшда, кучли бош оғриғи, нохуш сезги “миянинг тўлиши”, бошга нимадир қуйилиб, тортишиб, буралади ва қуйишиш юзага келиши каби шикоятлар билан мурожаат қилди. Узоқ давр мобайнида шифокорларда даволанди, лекин натижаси кам.

Тахминий синдромологик ташхис.

Зарур бўлган қандай текширишларни ўтказиш мумкин?

2. Бемор У., 46 ёшда, 27 ёшдан бери руҳий касал. Бир неча марта руҳий касалликлар шифохонасида даволанган, II гуруҳ

ногирони, қари онаси билан яшайди, охирги йилда туман поли-
клинिकासига ўзини “буюк доҳий” ҳисоблаб ҳамкорлик қилишни
тақлиф қилади. Бутун дунёдаги беморларни даволаш учун
телеэфирда вақт беришларини талаб қилади. Ўзини юқори
тутиб, “ибн Сино ғояларининг давомчисиман”, деб ҳисоблайди.

Синдромни аниқланг!

А. Парафрен

Б. Параноял.

В. Параноид.

Г. Галлюцинатор-параноид синдром.

Д. Котар синдроми.

3. Бемор З., 40 ёшда, психиатрия касалхонасида тутқаноқ
хуружларининг кўпайганлиги сабабли даволанмоқда. Кечқурун
бирданига санитаркага “сен мени ўдирмоқчимисан” деб ташлан-
ган, бақира бошлаган, қочишга уринган, йўлидаги тўсиқларни
аниқлай олмаган. Бошқа беморни урган, уни ушлаб укол
килишгандан кейин ухлаб қолган.

Ҳолатни аниқланг. Шифокор тактикаси.

4. Бемор 19 ёшда, талаба. Имтиҳон топшира олмаганлиги-
дан сўнг юрак тез уриши, АБ гоҳ кўтарилиб гоҳ тушиши, тана
вазнининг ошишига шикоят қилади. Терапевт ва эндокрино-
лог ҳеч қандай патология аниқлай олмади. Ҳеч ким кайфият
пасайиши ва ҳаракат тормозланишига эътибор бермади. Ўзини
ўлдиришга ҳаракат қилди.

Тахминий ташҳис. Шифокор тактикаси.

Психопатологик синдромлар мавзусига оид саволлар.

1. Невротик синдромнинг турларини айтинг.
2. Истерик невроздаги истерик тутқаноқ эпилепсия касал-
лигидаги тутқаноқдан қандай фарқ қилади?
3. Маниакал синдромнинг триадаси нима?
4. Депрессив синдром триадаси қандай бўлади?
5. Ажитирланган депрессия нима?
6. Ҳазабли манияда беморнинг клиникаси қанақа бўлади?
7. Делерий синдроми қанақа касалликларда кузатилади?
8. Алкоголли психозда қайси синдром кўп учрайди?
9. Каталепсия нима ва у қайси синдромда кузатилади?
10. Кандинский-Клерамбо синдроми компонентлари
қандай?
11. Корсаков синдроми қайси касалликларда учрайди?
12. Психоорганик синдром таркибига нималар кириди?

Психопатологик синдромлар мавзусига оид тест саволлар.

1. Қуйида кўрсатилган касалликларнинг қайсиларида депрессив синдром учрайди?

*рекуррент шизофрения;

*МДП;

идиотия даражасидаги олигофрения;

бош мия органик касалликлари;

прогрессив фалажлик IV босқичи, маразм.

2. Мания турларига киради:

ажитация;

*қувноқ мания;

*қаҳр-ғазабли мания;

масхарабоз мория;

*Хавотирли мания;

апатико-абулик.

3. Маниакал синдромга хос :

*эйфория;

*тафаккур тезлашуви;

гипермнезия;

конфабуляция;

*персеверация;

дистимия.

4. Кататоник синдром ўз ичига қуйидаги симптомларни олади:

*капюшон симптоми;

*хартум симптоми;

прогрессияланувчи амнезия;

сохтареминесценция;

*эмбрион ҳолатни;

Липман симптоми.

5. Кататоник қўзғалишдаги бемор нутқида қуйидагилар кузатилади:

*патетиклик ва демонстративлик;

*вербигерация;

*персеверация;

резонерлик;

*эхолалия;

апатия.

6. Люцид кататонияни онейроид кататониядан фарқи:

*тиниқ онг фониди кечади;

*ступор ва мумсимон эгилувчанлик кузатилади;
фантастик тушсимон тасаввурларнинг оқиб келиши кузатилади;

вақт, жойга ва ўз шахсига нисбатан мўлжални йўқотиш кузатилади;

*мўлжални олиш сақланган бўлади.

7. Онг бузилишлари кузатиловчи синдромларни кўрсатинг:

астеник;

*онейроид;

ипохондрик;

*онгнинг номозшомсимон қоронғилашуви;

апатико-абулик;

*аменция.

РУҲИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ КИМЁВИЙ УСУЛИ

Психофармакологик препаратларнинг таснифи

Психотроп моддаларнинг жуда кўп таснифлари мавжуд.

Психофармакологик препаратлар, шу дориларнинг асосий клиник самародорлигига қараб таснифланади. Бу тасниф психофармакологик дориларнинг 6 та синфини ўз ичига олади:

- 1) нейролептиклар;
- 2) антидепрессантлар (тимоаналептиклар);
- 3) транквилизаторлар;
- 4) психостимуляторлар;
- 5) ноотроп дори воситалар (нейрометаболик таъсирли препаратлар);
- 6) нормотимиклар (аффект стабилизаторлари).
- 7) антиконвульсантлар (тутқаноққа қарши дори воситалар)

НЕЙРОЛЕПТИКЛАР

1. Нейролептик моддалар асосий хоссалари бўйича бир хил эмас ва улар қўйидагиларга бўлинади: А) тинчлантирувчи хос-саси кўпроқ бўлган нейролептиклар; Б) антипсихотик таъсири устун бўлган нейролептиклар; В) хулқ —атворни тўғриловчи нейролептиклар.

А) Тормозловчи хоссага эга нейролептикларга қўйидагилар киради:

Аминазин (Хлорпромазин) — энг кучли нейролептик моддалардан бири. Янги моддалар ишлаб чиқарилганига қарамасдан, ҳозирга қадар руҳий касалликларни даволашда кенг қўлланилади. Асосан ўткир психомотор қўзғалишларда 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 кунига 400—600 мг гача орттириш тавсия этилади.

Аминазин апато-абулик синдромга, аутизмга таъсир этмайди. Бундай касалларга буюрилса, уларнинг ҳолатлари ёмонлашади. Аминазинни кататоник ступор ҳолатида, руҳий ҳолатнинг тор-мозланган вақтида қўллаш ман этилади.

Тизерцин, нозанин (Левомепромазин) - тинчлантирувчи хосса-сасига кўра аминазиндан устун туради: яхши ухлатиш эффек-тини беради. Аминазиндан фарқли томони депрессив ҳолатни кучайтормайди. Тизерцин турли кўринишлардаги қўзғалишларда ишлатилади. Асосан ҳавотирли депрессив, маниакал, ўткир галлюцинатор-алаҳлаш ва онейроид— кататоник синдромларда яхши натижа беради. Антипсихотик хоссаси аминазинга нисба-тан кучсизроқ. Аминазин каби миқдорларда қўлланилади.

Тирален (Метилпромазин, алимомозин)—психотроп хосса-си 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 галлюцинатор алаҳлаш, астено- ва депрессив-ипохондрик ўзгаришларда тавсия этилади. Кунига 25—50 мг дан то 200—400 мг гача миқдорда ичиш ва мушакка юбориш мумкин.

Хлорпротексен — психотроп хоссасига кўра тизерцинга ўхшаш, лекин уйқу чақирини хоссаси анча кам. Турли келиб чиқишга эга бўлган психомотор қўзғалишларда, ҳавотирли-депрессия ҳолатларида қўлланилади. Галлюцинатор алаҳлаш синдромларида ижобий натижа беради. У аминазинга нисбатан кам заҳарли, шунинг учун соматик кучсиз бемор ва қариялардаги руҳий ўзгаришларда, алкоголь делирийсида қўлланилади. Миқдори кунига 50-100 мг дан 200—400 мг гача.

Лепонекс, Азалептин (Клозапин) — психотроп хоссаси-га кўра аминазин, тизерцин, хлорпротексинга ўхшайди, лекин кимёвий тузилиши ва фармакологик хоссаси бўйича фарқ қилади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган моддаларга мослашиш нати-жасида юз берадиган резистентлик ҳодисаларида яхши таъсир кўрсатади. Аминазиндан депрессив хоссаси йўқлиги ва тизер-цин, хлорпротексинга ўхшаб тимоана-лептик таркибий қисмига эга эмаслиги билан фарқ қилади. Лепонекс кўшимча экстра-пирамид ўзгаришлар келтириб чиқармайди. Аминазинга кўра кам эффектли. Узоқ ишлатилганда агранулоцитоз келтириб чиқаради. Шунинг учун бу дори қўлланганда қон таркиби доим назорат остида бўлиши керак. Миқдори ва қўллаш усуллари юқоридаги моддаларга ўхшаш.

Б) Асосан антипсихотик таъсирли нейролептиклар. Бу гуруҳ моддалар продуктив психотик аломатларни бартараф этади. Бу гуруҳ дориларининг баъзилари ўзида кучли антипсихотик ва седатив эффектни мужассамлаштирган. Бошқа бирлари фаол-

лаштирувчи, тормозни бўшаштирувчи таъсирга эга. Бу гуруҳ нейрорептикларига айниқса неврологик ноҳўя таъсирлар хос.

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 самара беради. Экстрапирамид ўзгаришларда ҳам қўлланилади. Даволаш 5—10 мг дан терапевтик миқдорда кунига 90—120 мг гача етказилади.

Трифтазин, Стелазин (Трифлуоперазин) Васваса ва галлюцинацияга таъсири бўйича галоперидолдан бир оз сустроқ. Кам дозаларда бироз активлантирувчи эффектга эга бўлиб, шизофренияли беморларнинг чуқур бўлмаган сустапатик ҳолатларида ишлатилади. — Ёрқин антипсихотик таъсир кўрсатиб 40 мг гача миқдорда фаолловчи ва 40—60 мг да эса тормозловчи эффект беради. Шизофренияни даволашда яхши натижа беради. Параноял, парафрен, кататоник синдромларда ва руҳий автоматизмларда қўлланилади. Кам миқдорда неврозсимон ва психопатсимон 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 миқдори 5—10 мг, юқориси 60—80 мг.

Френолон — бошқа моддаларга қараганда кучли активловчи хоссага эга, енгил антипсихотик эффект беради. Апато-абулик, кататоник ва гебефрен синдромларда тавсия қилинади. Миқдори суткасига 5—10 мг дан 100—120 мг гача.

Галоперидол—трифтазинга нисбатан анча кучли таъсирга эга, галлюцинация ва алаҳлаш, касалликнинг сурункали кўринишларида қўлланилади. Фаолловчи хоссага эга, ланжлик, тормозланиш, бепарволик келтириб чиқармайди. 1/3 беморларда пароксизмал экстрапирамид ўзгаришларни келтириб чиқаради. Кунига 1,5—3мг. дан 20—30мг. гача тавсия этилади. Препаратнинг узоқ таъсир қилувчи шакли бор — Галоперидол деканоат. 2-4 ҳафтада 1 марта мушак орасига юборилади.

Трифлуоперадол, триперидол (Триседил) мажептилга ўхшаш кучли антипсихотик моддалар қаторига кириди. Бу моддалар ўзида галоперидол ва мажептил хоссаларини мужассамлаштирган. У кучли алаҳлаш синдромида ижобий натижа кўрсатади. Хавфли шизофренияда кузатиладиган кататоник ва гебефреник қўзғалишларни тўхтатади. Миқдори 0,5 мг дан 10—15 мг гача.

Риспаксол, респидон, нопрения, сидорекс (Рисперидон) вас-васага қарши, галлюцинацияга қарши, антикататоник самараларга эга. Салбий бузилишларга (фаолликнинг камайиши, эмоционал қашшоқлашув, аутизм) ижобий таъсир қилувчи препаратлар қаторига киради. Салбий нейрорептик эффектлари кам учрайди.

Фармакологик таъсири Психозга қарши дори воситаси (нейрорептик). Шунингдек тинчлантирувчи, қусишга қарши, гипотермик таъсир ҳам қилади.

Рисперидон-селектив моноаминергик антогонист, серотонин 5-НТ2-ва камроқ допамин D2-рецепторларига юқори ўхшашликка эга. Антипсихотик таъсири мезолимбик ва мезокортиқал системаларнинг допаминли D2-рецепторларнинг блокадаси билан боғлиқ. Седатив (тинчлантирувчи) таъсири мия устунни ретикуляр формацияси адренорепторларининг блокадаси билан боғлиқ; қусишга қарши таъсири қусиш маркази триггер зонаси допаминли D2-рецепторларини блокадаси билан боғлиқ; гипотермик таъсири – гипоталамуснинг допаминергик рецепторлари билан боғлиқ. Рисперидон шизофрениянинг продуктив аломатларини (васваса, галлюцинациялар), агрессивликни, автоматизмни камайтиради. Классик нейрорептикларга нисбатан кам даражада ҳаракат активлигини пасайтиради ва кам даражада каталепсияни индуцирлайди. Марказий антагонизмда серотонин ва допаминга бўлган. *Кўрсатмалар:* препарат қўллашга қуйидагилар кўрсатма ҳисобланади:

- Ўткир ва сурункали шизофрения ва бошқа продуктив ҳамда салбий аломатли бузилишлар. Турли руҳий касалликлардаги аффектив бузилишлар. Деменцияли пациентларда агрессия симптомлари пайдо бўлганда (қаҳр ғазаб, жисмоний зўравонлик хуружларида), фаолияти бузилганида (қўзғалиш, васваса) ёки психотик симптомларда. 15 ёшдан бошлаб болаларда хулқ-атвор бузилишларида ва катта ёшдаги интеллектуал даражаси пасайган, ёки ақлий ривожланиши ушланиб қолган беморларда, агар клиникада деструктив (бузгунчи) хулқ-атвор (агрессия, импульсивлик, аутоагрессия) устунлик қилиши билан кечса, манияни даволашда кайфиятни тургунлаштириш учун. Биполяр бузилишларда (ёрдамчи даволаш воситаси сифатида) қўлланилади

Қўллаш режими: -*Катталарга* препаратни қуйидаги схема бўйича бериледи: 1- кун 1 мг.дан кунига 2 маҳал; 2- кун- 2 мг.дан кунига 2 маҳал; 3 – кун 3 мг. дан кунига 2 маҳал. Узоқ муддатли даво учун миқдорини индивидуал белгиланади, бу

миқдор одатда 2-4 мг. дан кунига икки маҳалга тўғри келади. Қари ёшдаги беморларга препаратни 0,5 мг дан кунига 2 маҳал, берилиб аста-секин 1-2 мг.дан кунига 2 маҳал миқдоригача ошириб борилади. Болалар ва 15 ёшдан кичик ўсмирларда нопрения препаратининг қўлланилиши хавфсизлиги ва самарадорлиги бўйича маълумотлар етарли эмас. Жигар ва буйрак вазибалари бузилган беморларга бошланғич миқдори 0,5 мг дан кунига 2 маҳални ташкил қилади. Миқдори танлашни индивидуал юри-тиш керак бўлиб, кунига икки марта ичилганда бир марталик миқдорни секин-аста (0,5 мг.дан) ошириб 1-2 мг.га ча ошириб танланади.

Ножўя таъсирлари: МНС ва периферик нерв тизим томонидан:

Хавотирли ҳолат, кўришнинг бузилиши, бош айланиши, уйқучанлик, гиперкинезия, экстрапирамидал симптомлар, Паркинсон касаллиги, диққат бузилиши.

Миқдори ошиб кетганда: Белгилари: уйқучанлик, седатив таъсирининг пайдо бўлиши, тахикардия, артериал гипотензия, экстрапирамид симптомлар. Рисперидон миқдорга боғлиқ бўлган ҳолда плазмада пролактин концентрациясини ошириши мумкин(галакторея, гинекомастия, менструал циклнинг бузилиши, аменорея). *Даволаш:* Беморни етарли кислород билан таъминлаб бериш зарур, зарурат бўлса – СЎВ, ошқозонни ювиш (интубациядан кейин, агар бемор ҳушсиз ҳолатда ётган бўлса) активланган кўмир, ич юргизувчи воситалар бериш, юрак-томир тизимини назорати зарур, узоқ давомли ЭКГ мониторинги қилиш керак (аритмия бўлиши мумкин).

Доривор ўзаро таъсири: Цитохром Р450 изоферментининг ингибиторлари рисперидон метаболизмни 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 таъсирини сусайтириши мумкин. Бирга қўлланилганда карбозепин рисперидон клиренсини оширади.

Зипрекс (Оланзапин) галлюцинатор-васвасали аломатли ўткир ва сурункали психозларда қўлланилади. Шизофрениядаги салбий бузилишларни енгиллаштиради. Препаратнинг устун

томони — нейролепсиянинг ва бошқа ножўя таъсирларнинг деярли бўлмаслигидир. Кунлик миқдори 5–20 мг.

Флюанксол (Флупентиксол)—миқдорга боғлиқ самарали препарат. Таблетка ва капсула ҳолатида чиқарилади. Кам миқдорларда (3 мг гача) антидепрессив ва хавотирга қарши самарага эга. Ўрта миқдорларда (3–40 мг) аниқ антидефицитар, дезингибирловчи самарага эга. Шизофренияда салбий бузилишларни даволашда қўлланилади. Юқори миқдорларда (40–150 мг) зўр антипсихотик самара кўрсатади. Бошқа нейролептикларга резистентлик бўлганда яхши қабул қилинади. Кунлик миқдори — 1–150 мг. Препаратнинг депонирланган шакли қўлланилади.

Флупентиксол деканоат. Мушак орасига 2–3 ҳафта интервал билан юборилади.

Клопиксол (Зуклопентиксол) — ўта кучли умумий ва танланган антипсихотик самарага эга, ўтиб кетувчи седатив таъсири бор. Фақат ўткир ҳолатларни бартараф этиш учун махсус яратилган (инъекциядан кейин фаоллигини 72 соатгача сақлаб туради) ноёб Зуклопентиксол ацетат (клопиксол - акуфаз) формаси бор.

Деполанган шакли — **Зуклопентиксол деканоат** — мушак орасига 2–4 ҳафтада бир марта инъекция қилинади.

Этаперазин (трилафон) — трифтазинга ўхшаш бўлади. Муҳим хоссаси танловчи антипсихотик таъсирдир, активловчи эффектга эга. Бу модда галлюцинатор алаҳлашларда яхши натижа беради. Даволаш миқдори 5–10 мг дан 50–80 мг гача етказилади.

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 энгил фаолловчи таъсир беради ва беморлар хулқини тартибга солади. Узоқ муддат таъсир қиладиган психотроп моддалар қўллаш керак бўлган шизофрениянинг сурункали кўринишларида ишлатилади. 1–2 мл дан мушакка юбориб, миқдорини секин-аста 10–14 кунда бир марта орттирилади.

Дроперидол тез, интенсив, бироқ қисқа таъсирга эга. Асосий самаралари: седатив, антипсихотик, миорелаксацион, гипотензив, қусишга қарши самаралари бор. Аналгетикларнинг таъсирини кучайтиради. Психиатрияда кам (асосан психомотор кўзғалишни бартараф этиш учун) қўлланилади. Асосан анестезиологияда премедикация воситаси сифатида, ҳамда нейролептаналгезия ва оғриқсизлантириш бирга қўлланилганда ишлати-

лади. Мушак орасига, тери остига ва вена ичига юборилади. Бир марталиқ миқдори — 2,5 мг, кунлиқ миқдори 7,5 мг гача.

Эглонил (Сульпирид) 50 мг Фармакологик таъсири
Антипсихотик препарат (нейролептик). Аралашган бензамидлар гуруҳидан «атирик» нейролептикларга киради. Ўртача нейролептик активлиқ билан бирга, стимулловчи ва тимоаналептик (антидепрессив) таъсирга эга. Юмшоқ антипсихотик эффектни антипсихотик ва фаоллаштирувчи самаралар билан мужассамлаштиради. Апатия ва ҳолсизлиқ билан кечувчи галлюцинатор-васвасали ва депрессив-васвасали ҳолатларни комплекс даволашда ишлатилади. Кўпинча гастроэнтерологияда меъда яра касаллигани даволашда (бошқа даво усуллари билан биргаликда) ишлатилади. Камдан —кам ҳолларда нейролепсия чақиради. Инъекцион шакли бор. Кунлиқ миқдори 100 мгдан 1000 мг гача бўлади. Нейролептик самараси антидопаминергик таъсири билан боғлиқ. МНСда сульпирид асосан лимбик тизимнинг допаминергик рецепторларини блоклайди, неостриатум тизимига таъсири сезиларсиз даражада бўлади.

Кўрсатмалар Монотерапия сифатида ёки бошқа психотроп дорилар билан биргаликда :

- Ўткир ва сурункали шизофрения;
- Ўткир делириоз ҳолатлар;
- Турли этиологияли депрессиялар;
- Катта ёшдаги пациентларда невроз ва безовталиқлар, одатий даво усуллари самарасиз бўлганда (капсула учун);
- Хулқ-атворнинг — харакатнинг оғир бузилишларида (ажитация, аъзоларига зарар етказувчанлиқ, стереотиплиқ) б ёшдан катта болаларда, айниқса аутизм синдроми билан бирга кечганда қўлланилади.

Семап (пенфлюридол)—кўрсатилган моддалардан фарқли таблетка кўринишида истеъмол қилинади. Антипсихотик ва фаолловчи хоссага эга, енгил ухлатиш таъсирини беради. 7 кунда 1 марта 20 мг дан 100 мг гача ичиш тавсия қилинади. Узоқ таъсир қилиш хоссаси модданинг секин парчаланишидан келиб чиқади.

Флушпирилин—7 кунгача таъсир қиладиган модда. Ёрқин антипсихотик ва фаолловчи хоссага эга. Шизофрения гуруҳига кирувчи ўткир ва сурункали психозларда, шу билан бирга касаллиқ қайталанишининг олдини олишда қўлланилади. Ҳафтасига 1 марта 5—10 мг дан мушакка юборилади. Бу модда юборилган жойда секин сўриладиган микрокристалл суспензия (аралашма) ҳолида сақланади.

В) хулқ —атвори тўғриловчи нейрелептиклар

Бу гуруҳга клиник самаралари орасида биринчи ўринда асосан қўзғалувчан ва истерик доирадаги хулқ - атвор бузилишларини тўлиқ ёки қисман бартараф этувчи препаратлар киради. Ёритувчанлик, намойишкороналик, тажовузкор тенденциялар, хоҳишларининг тормозланиши сусайишини камайтиради. Антипсихотик хусусиятлари нисбатан кучсиз. Онда — сонда нейрелепсия чақириши мумкин.

Перидазин (Неулептил). Асосан қўзғалувчанликни, жаҳлдор агрессивликни, овқат ейишнинг бузилишини, ҳаракат қўзғалувчанликни камайтириш ва бартараф этиш учун қўлланилади. Педиатрияда болалар ва ўсмирлар психиатриясида кўп қўлланилади. Капсула ва томчилар кўринишида чиқарилади. Кунлик миқдори 20- 60 мг.

Сонапакс, меллерил (Тиоридазин). Хулқ — атвор бузилишига коррекцияловчи таъсир қилишидан ташқари ўртача антипсихотик, седатив, ва руҳиятни фаоллаштирувчи хусусиятларга эга. Клиникаси турлича бўлган субпсихотик, психопатик ва невротик бузилишларда ижобий натижа беради. Хавотирланиб, қўрқиш хиссиётларини камайтиради ва ҳиссий бетайинликни йўқотади. Беморларда ипохондрик фикрлар бўлганда фойдалидир. Бошқа нейрелептикларни кўтара олмайдиган беморларга тавсия этилади. Юқори миқдорида кўп қўлланилса ретинопатия юзага келиши мумкин.

Кунлик миқдори 50 мг дан 500 мг гача. Даволаш кунига 25—50 мг дан бошлаб 600—800 мг гача етказилади.

Меллирил ретард (тиоридазин-ретард) кун мобайнида қонда парчаланмай тўпланади. 200 мг дан таблетка ҳолида ишлаб чиқарилади. Сонапакс қўлланиладиган ҳолларда ишлатиш мумкин.

Нейрелептик дориларнинг корректорлари

Циклодол — нейрелептик синдромни камайтириш учун бериледи, таблетка 2 мг кўринишида чиқарилади.

АНТИДЕПРЕССАНТЛАР

Антидепрессантлар (тимоаналептиклар) депрессив ҳолатни йўқотиш ва бир вақтнинг ўзида стимулловчи ва тинчлантирувчи таъсирга эга.

Антидепрессантлар клиник таъсири хусусиятларига қараб 3 гуруҳга ажратилади: **1) Стимулловчи антидепрессантлар;**

2) *Тинчлантирувчи антидепрессантлар*; 3) *Балансланган таъсир кўрсатувчи антидепрессантлар*.

1) *Стимулловчи антидепрессантлар* — мелипрамин (имизин, имипрамин, тофранил) кўринишида руҳий амалиётда кенг тарқалган. Маниакал-депрессив психозлар доирасида аниқ депрессив ҳолларда қўлланилади. Клиник манзарасида алаҳлаш, галлюцинация, қўркиш, 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 миқдорда (куннинг биринчи ярмида) ичиш ёки мушакка юбориш тавсия қилинади. Бир ой ичида даволаш яхши натижа бермаса, у бошқа моддалар билан ўзгартирилади.

Портал (*Portal*), Флуоксетин(прозак, проден).

-турли этиологияли ва оғирлик даражадаги депрессив бузилишлар; -обсессив-компульсив ўзгаришлар (ҳамда узоқ давом этувчи терапия);-нерв булимияси.

Курсатмалари имипраминдагидек. Бу дори воситасини қўллаётганда суицидал тенденцияларнинг кучайиш хавфи бўлганлиги учун руҳий симптомларга эътиборлироқ бўлиш лозим. Одатда суткасига бир маҳал эрталаб қўлланилади. Стандарт кунлик миқдори — 20 мг. Баъзан у 60 мг гача оширилади.

МАО (моноаминоксидаза) ингибиторлари стимулловчи таъсирга эга бўлган антидепрессантлар гуруҳини 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 мг. дан бошлаб 150—200 мг. гача етказилади.

Ниламид, ниамид (Нуредал) — кам заҳарли, ammo 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, стено-

кардия кучайишини камайтиради, миқдори ипразидга ўхшаш.

Трансамин (парнат) — стимулловчи хоссага эга бўлган анти-депрессант. Ланжлик, тормозланиш, ташаббускорликнинг пасайиши билан кечадиган субдепрессив ҳолатларда қўлланилади. Терапевтик миқдорда соматоген депрессияларда муваффақиятли қўлланиб келмоқда. Турли шизофрения кўринишларида нейролептиклар 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 шизофрениaning турлича дефектларида тормозловчи бўлиб ҳизмат қилади. Моддани беморларга нейролептиклар билан бирга қўллаш мумкин. Бошқа антидепрессант паст стимулловчилар билан келишмайди. Миқдори трансаминга ўхшаш.

2) **Тинчлантирувчи антидепрессантлар** кўп моддаларни ўз ичига олади. **Амитриптилин (триптизол)** — антидепрессив таъсир билан бирга ёрқин тинчлантирувчи самара беради. Ёрқин анти-депрессантлар қаторига киради Ҳаяжонли-депрессив ҳолатларда, шизофрениада қўлланиш тавсия этилади. Миқдори 25—50 мг. дан секии кўпайтирилиб, кунига 150—200 мг. га етказилади. Мураккаб психопатологик синдромларда нейролептик транквилизаторлар билан бирга тавсия этилади.

Феварин (Флувоксамин) Антидепрессив фаоллиги бўйича амитриптилиндан бироз қолади, аммо организмга яхши қабул қилинади.

-депрессияларни даволаш ва профилактикаси;-обсессив синдром белгиларни даволашда қўлланилади; Кунлик миқдори 100-300 мг.

Тианептин (коаксил)

хавотирга қарши таъсирли антидепрессант. Депрессиянинг турли клиник вариантларида қўлланилади. Препаратни соматик заифлашган беморлар ҳам яхши кўтаради. Кунига 37,5 мг бўлган стандарт миқдорида қўлланилади.

Леривон (миансерин)-аниқ седатив таъсирли юмшоқ анти-депрессант. Геронтологик психиатрияда кенг қўлланилади. Кўпинча бир маҳал, кечга қўлланилади. Кунлик миқдори 30 — 150 мг.

Фтораизин-мўътадил антидепрессив ва аниқ тинчлантирувчи хоссага эга. Бошланғич миқдори 50—75 мл дан, охириги

кунига 300 мг гача. Ўткир ва ўртача ўткир хавотирли-депрессив ҳолларда қўлланилади. Даволаш усули амитриптилиндан фарқ қилмайди.

Азафен — типик кичик антидепрессант ҳисобланади. Асо-сан нопсихотик депрессияни амбулатор даволашда қўлланилади. Фторацизинга нисбатан кучсиз антидепрессив хоссага эга. Тинч-лантирувчи хоссаси кам. Невротик ва неврозсимон ҳолатларда, айниқса астенодепрессив синдромларда қўлланилади. Даволаш 25—50 мг дан бошланиб 150—200 мг гача миқдорини ошириш билан олиб борилади. Кунлик миқдори 75 - 300 мг.

Оксилидин — кучсиз антидепрессант, кам тинчлантирув-чи хоссага эга. Руҳий ўзгаришларнинг чегарасида бўладиган депрессив беморларда, миянинг томир ва органик етишмовчи-лигида тавсия этилади. Бошланғич миқдори 20—30 мг, охиригиси кунига 300—500 мг.

Деприм (*Hypericum Perforatum*) Далагой экстракти 60 мг. Седатив фитопрепарат, анксиолитик ва антидепрессив таъсир кўрсатади. Далагойнинг асосий актив воситалари — гиперинин, сохта гиперинин, гиперфорин ва флавоноидлар — марказий ва вегетатив нерв системасининг функционал ҳолатини яхши-лайди. Деприм кайфиятни яхшилайди, уйқуни мейёрлаштира-ди, руҳий ва жисмоний фаолликни оширади. Кўрсатмалар: Кай-фият пасайиши; Хавотир билан кечувчи енгил ва ўрта даража оғирликдаги депрессив ҳолатлар (шулар қаторида климакте-рик синдром билан боғлиқлари ҳам); Ҳаво алмашишига юқори сезувчанлик; Миқдори тартиби 12 ёшдан катта болаларга қўллаш режими.

3)Балансланган таъсирли антидепрессантлар

Бу гуруҳ препаратларида асосий тимоаналептик самараси балансланган хавотирга Қарши ва руҳий стимулловчи таъсир-ларни ўзида мужассамлаштиради.

Кломипрамин (анафранил) тимоаналептик таъсири бўйича имипрамин ва амитриптилиндан қолишмайди. Турли чуқурликдаги ва турли клиник хусусиятли депрессияларни даволашда кенг қўлланилади, ҳамда хавотир-қўрқувли ёпишқоқ-(шилқим) — компулсив бузилишларни даволашда кенг қўлланилади. Таблетка кўринишида, мушак орасига ва вена ичига томчилаб юбориш тавсия этилади. Кунлик миқдори 75-300 мг.

Рексетин (Paroxetine)

фармакологик таъсири: Антидепрессант. МНСда серотониннинг қайта нейролал ушланишини ингибирлайди. Химиявий тузилиши бўйича пароксетин 3 циклик, тетрациклик ва бошқа антидепрессантлардан ажралиб туради. Ҳайвонларда ўтказилган текширувлар пароксетиннинг норадреналин ва допаминнинг қайта ушланишига таъсири сушт эканлигини кўрсатди.

Пароксетин М-холинорецепторларга(сушт антихолинергик таъсирга эга), α^1 , α^2 - ва β -адренорецепторларга, ҳамда допамин (D2) 5НТ№-симон, 5НТХ- симон ва гистаминли НН№-рецепторларга паст аффинитетга эга.

Кўрсатмалар: - Турли этиологияли депрессияларни даволаш ва рецидивга қарши терапия (шу қаторда хавотир билан кечаётганларини ҳам); - Обсессив-компульсив бузилишларни даволаш ва рецидивга қарши терапия (ёпишқоқлик, шилқимлик синдромини); - Хавотирли бузилишларни даволаш ва рецидивга қарши терапия(агорафобия ҳам); - Социофобия синдромини даволаш; - Жароҳатдан кейинги стрессли бузилишларни даволаш.

- *Коаксил (Tianeptine)* трициклик ҳосилаларига кирувчи антидепрессант. Кайфият бузилишларига таъсирга кўра седатив ва стимуловчи антидепрессантлар ўртасида жойлашган. Коаксил қўлланилганда соматик симптомларнинг камайиши кузатилади (шу жумладан эпигастрал соҳадаги оғриқлар, кўнгил айнаиши, бош оғриши, бош айланиши, юрак тез уриб кетиши, иссиқ оқим ҳисси ва мушаклардаги оғриқларнинг камайиши ҳам). Коаксил сурункали алкоголизмли беморларда постабстинент ҳолатдаги беморларда хулқ - атворни нормаллаштиради, ва характер бузилишларига ижобий таъсир қилади.

Кўрсатмалар -депрессив ҳолатларини даволаш.

Қарши кўрсатмалар – МАО ингибиторлари билан бирга қўллаш.

15 ёшгача бўлган болаларда ва ўсмирларда қўлланилмайди.

Пиразидол — кенг спектрли антидепрессант. Хавотирли ва тормозланган депрессияларда нейролептиклар билан бирга қўлланилади. Даволаш 25—50 мг дан бошланиб, аста-секин миқдорини кунига 300 мг гача кўпайтирилиб борилади. Невротик ва реактив депрессияларда камайтирилган миқдорда қўлланилади.

Циталопрам (ципрамил) — тимоаналептик таъсир кучи

бўйича имипрамин ва анафранилдан бир оз қолишади. Ва шу билан бирга жиддий ноҳўя таъсирлар ва асоратлар чақиради. Депрессиянинг турли клиник вариантларида, хавотир ва шилқим ҳолатларда қўлланилади. Кунлик миқдори 50- 200 мг.

Стимулатон (Сертралин, Золофт, Мисол) – 3- авлод анти-депрессанти. Серотонин қайта ушланишининг селектив ингибитори ҳисобланади. Антидепрессив самараси седациясиз юзага чиқади. Мускаринли, адренергик, серотонин ва ГАМК-эргик рецепторлар блокадасига олиб келмайди. Кардиотоксик таъсири йўқ. Антидепрессив таъсири классик антидепрессантлар билан бир хил.

Кунига бир маҳал қўлланилади.

Венлаксор, велаксин (венлафаксин) – тўртинчи авлод, балансланган таъсирли антидепрессантга киради. Фенилэтиламин ҳосиласи. Хавотирга қарши самарага ҳам эга, венлафаксин ва унинг актив метаболити – ортодезметилвенлафаксин МНС адренергик ва серотонинэргик синапсларда серотонин ва норадреналиннинг қайта ушланишини ингибирлайди, камроқ даражада дофаминэргик синапсларда дофаминнинг қайта ушланишини ингибирлайди.

Қўллашга кўрсатмалар: Турли хил депрессияларда, шу жумладан хавотир ҳисси билан кечувчи депрессияларда ҳам ишлатилади. Депрессияда тавсия этиладиган суткалик дозаси 75 мг. Кўпчилик ҳолларда самараси секин аста юзага чиқади. Препарат дозасини ошириш мумкин.

Обсессив-компульсив бузилишларда (ёпишқоқлик-шилқимлик синдроми) бошланғич миқдори 37,5 мг ни ташкил этади. Кунлик миқдори ҳафтасига терапевтик самарага эришилгангача оширилиши мумкин; максимал кунлик миқдори одатда 150 мг ни ташкил этади, бироқ 300 мг/кунидан ошмаслиги керак.

Хавотирли бузилишларда тавсия этиладиган терапевтик миқдори 37,5 мг/сут. Даволашни кичик миқдордан (37,5 мг/сут) бошлаб ҳафтасига терапевтик самарага эришилгангача оширилиши мумкин.

ТРАНКВИЛИЗАТОРЛАР

Транквилизаторлар нейролептикларга яқин бўлиб, таъсирлари жиҳатидан бир-бирига ўхшамайди.

Тинчлантирувчи хоссага эга бўлган транквилизаторларга мепротан (мепробомат, андаксин), амизил (бенактизин), элениум (либриум, нанотан), оксазепам (тазепам, адумран), нитрозепа

(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 нейрорептиклардан бирмунча фарқ қилади, биринчидан уларнинг атипсихотик таъсири (хоссаси) кучсизроқ; иккинчидан, транквилизаторлар билан даволанганда экстрапирамид ва нейровегетатив ўзгаришлар кузатилмайди; учинчидан, транквилизаторлар танага майин тинчлантирувчи таъсир қилиб, ёқимли бўшашиш ва яхши кайфият таъсирини намоён қилади.

Транквилизаторлар тизими ва препаратларнинг асосий клиник характеристикаси. Клиник таъсирининг хусуси ятларига кура транквилизаторларнинг 3 гуруҳи ажратилади:

- *Седатив таъсири устун бўлган транквилизаторлар;*
- *Кундузги транквилизаторлар;*
- *Ухлатувчи таъсири кучли бўлган транквилизаторлар;*

Седатив таъсири устун бўлган транквилизаторлар

Бу гуруҳ препаратлари кучли седатив, хавотирга қарши, антифобик ва миорелаксантлик хусусиятлари билан фарқланади.

Феназепам — кучли транквилизатор — седатиклардан бири-дир. Турли невротик ва неврозсимон бузилишларда қўлланилади, бироқ хавотир ва фобияларни даволашда анча кенг қўлланилади. Таблетка ва инъекцион шаклларда чиқарилади. Кунлик миқдори 1,5 — 4 мг.

Ксанакс (Алпразолам). Фаол анксиолитик ва антифобик транквилизатор. Ёрқин антидепрессив эффекти бор. Седатив хусусиятлари кучли эмас. Қўллашга асосий кўрсатмалар - пароксизмал ва турғун хавотир, обсессив ва фобик бузилишлар, ҳаракат тормозланишисиз чуқур бўлмаган депрессиялар. Кунлик миқдори - 1 — 4 мг.

Лоразепам — терапевтик самарасининг хусусиятларига ва қўллашга кўрсатмаларига кўра феназепамларга яқин. Кунлик миқдори - 2-5 мг.

Антелепсин (Клоназепам) яққол седатив, хавотирга қарши, антифобик хусусиятларга эга. Транквилизаторлар орасида тутқаноққа қарши самараси энг кучли ҳисобланади. Хавотирли — фобик бузилишларни даволашда, вегетатив - томир кризла-

рини даволашда, эпилепсияни даволашда ва эпилептиформ хуружларни даволашда қўлланилади. Кунлик миқдори 4-8 мг.

Реланиум, сибазон, седуксен (диазепам) – Ўзида транквилизаторларнинг барча клиник самараларини меъерий мужассам қилган дори воситасидир. Бироз антидепрессив эффектга эга. Турли клиник бирикма ва этиологияли нопсихотик бузилишларда кенг қўлланилади. Таблетка ва инъекцион шаклларда чиқарилади (мушак орасига, вена ичига оқим билан, ва вена ичига томчилаб юборилади). Инъекцион диазепам ўткир хавотирли-фобик, хавотирли-депрессив бузилишларда қўлланилади. Диазепамни вена ичига оқим билан юбориш – эпилептик статусни бартараф этишнинг энг самарали усуллари-дан бири ҳисобланади. Мушак орасига инъекция қилиш психомотор қўзғалишни даволашда мақсадида қўлланилади (айниқса нейролептикларни қўллашга қарши кўрсатмалар бўлса). Кунлик миқдори 15 - 30 мг.

Нозепам, тазепам (Оксазепам). Транквилизирловчи хусусияти бошқа препаратларга нисбатан пастроқ намоён бўлган. Таъсир хусусиятларига кўра кундузги транквилизаторларга яқин. Асосан амбулатор амалиётда қўлланилади. Кунлик миқдори – 20 – 40 мг.

Sedavum (Sedavit) Седатив таъсирга эга бўлган фитопрепарат

- неврастения ва неврастеник реакциялар(қуйидаги ҳолатлар билан кечганда: қўрқув, асабийлашиш, хавотирлик, чарчаш, хотира бузилишлари) -мигрень;

-дерматозлар, тери қичишиши билан кечганда(экзема ва бошқалар)

- уйқусизликнинг энгил шаклларида қўлланилади.

Persen (Persen)

-утиб кетувчи нерв таранглик симптомларини камайтириш мақсадида (хавотирлик, юқори қўзғалувчанлик) - уйқунинг вақтинча бузилишида фойда беради.

Sanval (Sanval)

-уйқусизлик (аномал, транзитор, сурункали)да яхши самара беради.

Atarax (Hidroxyzine) Гидроксизин гидрохлорид

Фармакологик таъсири. Анксиолитик, пиперазин ҳосиласи. Ўргача анксиолитик фаолликка ва кучли намоён бўлган седатив таъсирга эга. Бу седатив таъсири субкортикал таркибларга таъсир қилиши билан боғлиқ.

Кундузги транквилизаторлар

Бу гуруҳ препаратлари юмшоқ седатив таъсирга эга. Уйқу чақирувчи ва миорелактив хусусиятлари деярли йўқ.

Грандаксин (Тофизопам) вегетатив нерв системасини стабилловчи таъсир кўрсатади, хавотирнинг соматик симптомларини йўқотади, умумий анксиолитик самарага эга, холсизлик ва кундузги уйқучанликни деярли чақирмайди. Астения, холсизлик ёки хавотир билан кечувчи невротик ва неврозсимон бузилишларда, вегетодистонияда қўлланилади. Кунлик миқдори – 150 - 300 мг.

Мазепам, рудотель (Медазепам). Бироз седатив таъсир кўрсатади. Кундузги уйқучанлик ва мушак холсизлиги чақирмайди. Кўпроқ амбулатор шароитда қўлланилади. Айниқса ишлаётган беморларга, ёш болалар ва қарияларда кўп ишлатилади. Кунлик миқдори – 10 - 30 мг.

Адаптол (мебикар) — кундузги транквилизатор-адаптоген бўлиб кучли вегетостабилловчи, анксиолитик, стресс-протектив, ноотроп, оғриқга қарши, гипоксияга қарши, шокга қарши, иммуномодулятор хусусиятларга эга.

Организмнинг табиий метаболитларига яқин. Унинг асоси мочевианинг иккита метилланган фрагментларидан иборат. Оғиз орқали қабул қилганда адаптолнинг концентрацияси 30 дақиқадан кейин максимал даражага етиб 4 соат давомида юқори концентрацияда сақланиб туради. Препарат метаболизмга учрамай сутка давомида бутунлай сийдик билан чиқарилади. Адаптол анксиолитик таъсир кўрсатади, ухлатувчи ва наркотик воситаларнинг эффектини кучайтиради. Тинчлантирувчи самараси миорелаксация ва координация бузилиши каби ноҳўя таъсирларсиз юзага чиқади. Адаптол тўғридан тўғри ухлатувчи таъсир кўрсатмаган холда уйқуни бузилишини регуляция қилади. Препарат алкоголь ва никотин абстиненциясини йўқотади, бар-тараф этади.

Кўрсатмалар: неврозлар ва неврозсимон ҳолатлар (хавотир, қўрқув, эмоционал лабиллик, юқори таъсирчанлик билан намоён бўлган бузилишлар), нейролептиклар ва бензодиазепин қаторидаги транквилизаторлар ноҳўя таъсирларини камайтириш мақсадида, ёпиқ бош, мия жароҳатларидан кейинги пароксизмларни даволаш учун, инсултдан кейинги беморларни реабилитация қилиш мақсадларида ишлатилади.

Ноофен (фенибут)- атипик транквилизатор. Фармакологик хусусиятлари: тинчлантирувчи таъсир кўрсатади, тарангликни, хавотир, қўрқув, эмоционал лабилликни, йиғлоқиликни камайтиради, уйқуни меъёрлаштиради. Ноофеннинг фаоллаштирувчи таъсири (қизиқишларнинг жонланиши, фаолликнинг ошиши, ўйин фаолиятига интилиш ўйғотиш, астенияни камайтириш ва бошқалар.) айниқса болалар ва қарияларда яққол намоён бўлади. Ноофен антигипоксик таъсирга эга, хотирани яхшилайди, миyaning зарарли таъсирларга чидамлилигини оширади. Ноофеннинг таъсир механизми асосида унинг ГАМК – эргик жараёнларга таъсири, ҳамда ўзининг тузилиши жиҳатидан нейрофаол моноамин бета-фенилэтамин (хавотирли ҳолатларни нейрорхимик бошқарилишида иштирок этади) эканлиги ётади. Препарат нистагманинг латент даврини оширади, унинг давомийлиги ва яққоллигини камайтиради. Эпилепсияга қарши яхши таъсир кўрсатади.

Уйқу чақирувчи самараси устун бўлган транквилизаторлар.

Уқорида санаб ўтилган седатик транквилизаторларнинг барчаси у ёки бу даражада уйқу чақирувчи хусусиятга эга (асосан уларнинг хавотирга қарши хусусиятлари ҳисобига) ва уйқу бузилишларида қўлланилиши мумкин. Баъзи транквилизаторлар учун уйқу чақирувчи таъсир асосий ҳисобланади. Бу препаратлар асосан диссомник бузилишларда қўлланилади. Уларни 10 – 15 кундан ошувчи муддатга қўллаш тавсия этилмайди.

Эуноктин, радедорм (нитразепам) кучли уйқу чақирувчи таъсир кўрсатади: Уйқуга кетишни кучайтиради, уйқу чуқурлиги ва давомийлигини оширади. Баъзан эрталабки ҳолсизлик ва уйқучанлик кўринишидаги «оқибатлари» учрайди. Миқдори 5-10 мг, кечга ичилади.

Дормикум (Мидазолам) бу препаратлар ҳам кучли уйқу чақирувчи самарага эга. Қўллашга кўрсатмалар нитразепамга ўхшаган. Инъекцион формаси бор.

Мушак ва вена ичига инъекция кўринишида, хирургияда премедикация мақсадида ишлатилади. Кечасига 7,5 – 15 мг. миқдорида ишлатилади.

Рогипнол (флунитразепам) – қисқа муддат таъсирли ухлатувчи. Айниқса уйқуга кетишнинг бузилишида кўрсатилган. Эрталаб холсизлик, уйқучанлик чақирмайди. Миқдори кунга 1-2 мг. кечаси ичилади.

Сомнол (Гриндекс), Зопиклон, Имован – транквилизаторларга қардош(яқин) дори воситаси, нисбатан қисқа уйқу чақирувчи таъсирли препарат. Зопиклоннинг асоратлари чиқмайди. Миқдори – 7,5 – 15 мг, кечга ичилади.

Анданте (zaleplon)

Пиразол-пиримидин типдаги уйқу чақирувчи препарат. Катталар учун тавсия этиладиган миқдори 10 мг кунга, кечаси ухлашдан олдин ёки ухлай олмаётганлигини сезгандан кейин ичилади.

Қўллашга кўрсатмалар: – уйқу бузилишининг оғир шакллари-ҳаддан ташқари чарчашга олиб келса, иш фаолияти бузилиши юз берганда.

– ҳар кунги активлик пасайишида тавсия этилади.

ПСИХОСТИМУЛЯТОРЛАР (НЕЙРОНАЛЕПТИК МОДДАЛАР)

Психостимуляторларнинг асосий клиник таъсирига руҳий функцияларнинг стимуляцияси, фаоллашиши киради. Ланжлик, тормозланиш билан кечадиган чегарали ҳолатларда қўлланилади. Баъзи ҳолларда тунги сийдик тутолмаслик, тутқаноқнинг кичик турларида яхши эффект беради. Шизофреник беморларга ишлатилганда касалликни кучайтириб юборади. Бошланғич миқдори 5 мг дан 60—80 мг гача.

Психостимуляторлар тетиклик даражасини оширади, билиш фаолияти (диққат, хотира, фикрлаш) кўрсаткичларини вақтинча оширади, руҳий ва ҳаракат тезлигини оширади, ақлий ва жисмоний иш қобилиятини оширади. Бироз антидепрессив самарага эга. Соғлом одамларда бу дорилар умумий ҳиссиётни ва кайфиятни бироз кўтариши, ва кайфиятга эйфорик жило бериши мумкин.

Қўллашга кўрсатмалар: турли сабабли ўртача астеник ҳолатлар, кундузги уйқучанлик, суст апатик ҳолатларда (шу қаторда психотроп воситалар қўлланилиши натижасида келиб чиққан) субступороз ҳолатлар, нарколепсияда қўлланилади.

Ножўя таъсирлари, асоратлари ва қариши кўрсатмалари: Психостимуляторлар васваса ва галлюцинацияларни, хавотирни, келтириб чиқариши тунги уйқу ёмонлашиши мумкин. Уйқучанлик, чалғувчанлик, таъсирчанлик, жойида ўтира олмаслик каби парадоксал реакциялар бўлиши мумкин. Бундан ташқари бу гуруҳ препаратлари артериал қон босимини ошириши, иштаҳани бўғиши мумкин.

Узоқ муддат қўлланилганда шу гуруҳнинг барча препаратлари руҳий ва жисмоний қарамлик чақириши мумкин. Шу

сабабли бу препаратларни қўллаш муддати 3-4 ҳафтадан ошмаслиги керак. Эрталаб ёки кундузи берилади, баъзан эса фақат эрталаб берилади.

Психостимуляторларни қўллашга қарши кўрсатмалар алкоголизм, бошқа токсикомания ва гиёҳвандлик, эпилепсия, нутқ-ҳаракат қўзғалиши, продуктив психотик аломатлар, руҳий-жисмоний чарчаш, уйқусизлик, гипертония касаллиги, церебрал ва умумий атеросклероз, стенокардия, гепертиреозда берилади.

Кофеин. Одатда психостимуляторлар қаторига киритилади, ҳозирги кунда мустақил аҳамиятга эга эмас. Кофеиннинг паст дозалари баъзи мураккаб аналгезияловчи ва тутқаноққа қарши дорилар аралашмаси таркибига кирази. Кўпинча клиник амалиётда сиднокарб қўлланилади.

Сиднокарб — яққол психостимулловчи хусусиятли ва организм томонидан нормал қабул қилинадиган хусусиятларга эга. Кунлик миқдори — 10 — 50 мг.

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. Миқдори кунига 5—10 мг. дан 60—80 мг. гача қилиб белгиланади.

Меридил (риталин, центедрин) нисбатан кам қўлланилади. Кунлик миқдори 10 — 30 мг.

НООТРОПЛАР

Ноотроплар — метаболик таъсир кўрсатувчи дори моддалар. МНС нинг модда алмашинувида жараёнларни меъёрлаштириш учун қўлланилади. Бош миянинг жароҳатли ва юқумли шикастланишларида, атеросклероз ва инсультдан кейинги ҳолатларда ишлатилади.

Аминалон — (гаммолон) — гамма аминокислота ёки жавҳари. Бош мия тўқималарининг метаболик жараёнларида қўлланилади. Таблеткада (0,25—1,5 г) истеъмол қилинади.

Энцефабол (пиридитол) — витамин В₆ асосида синтезланган модда. Миядаги модда алмашинувини яхшилайдиган фаолловчи хоссага эга. Лимбик тизимини фаолловчи, қувват алмашинувини яхшиловчи, психомотор фаолликни оширувчи хусусиятга эга. Органик келиб чиқишига эга бўлган астено-депрессив ҳолатларда қўлланилади. Миқдори кунига 0,1—0,2 г.

Ноотропил (пирацетам) — катта ярим шарлар пўстоғидаги оксидланиш жараёнларини фаоллаш хоссасига эга. Фаҳми, нутқни, ақлий қобилиятни яхшилаиди. Турли кўринишлардаги психоорганик синдромларда, алкоголь абстиненцияларида қўлланилади. Кунлик миқдори — 2,4 — 8,0 г. Мия қон айланишининг бузилишларида, комаларда, ўткир интоксикацияларда пирацетам парентерал, в/и томчилаб 20 мг кунига қўллаш мумкин.

Седатив эффектли ноотроплар. Психостимулловчи таъсир қилувчи ноотроплардан фарқли, седатив эффектли ноотроплар бироз тутқаноққа қарши таъсирга эга. Эпилепсияни даволашда қўлланилади. Буларга:

Пантогам (кунлик миқдори 1,5 — 3,0 г);

Фенибут (0,5 — 1,5г);

Пикамилон (0,1 — 0,2г) каби дорилар киреди.

Фенотропил (Phenotropil) - турли этиологияли МНС касалликлари; -невротик ҳолатлар: ҳолсизлик, психомотор активлик пасайиши, диққат бузилиши, хотира пасайиши белгилари билан кечса; -ўқиш жараёнларининг бузилишлари; - енгил ва ўрта оғирликдаги депрессиялар; -психоорганик синдромлар, интеллектуал-мнестик ва апатико- абулик симптомлар билан бирга кечганда; - шизофренияда апатик синдром; -тутқаноқ ҳолатлари; - гипоксия профилактикаси, стрессга мослашишни кучайтириш, экстремал ҳолатларда организм функционал ҳолатини коррекциялаш, ақлий ва жисмоний фаолиятни кучайтириш, кунда биоритмни коррекциялаш, «уйқу-тетиклик» даврини регуляция қилиш; - сурункали алкоголизм (астения симптомларини, интеллектуал мнестик ўзгаришларни ва депрессия симптомларини камайитириш мақсадида)да қўлланилади.

Фезам (Phexam)

Қўллашга кўрсатмалар -бош мия қон томирларида қон айланишининг бузилиши(бош мия қон томирларини атеросклерози, тикланиш давридаги ишемик инсультлар, бош мия жароҳатларидан сўнг) - хотира бузилишлари, когнитив функция ва диққат бузилишлари -турли генездаги энцефалопатиялар -турли генездаги лабиринтопатиялар (бош айланиши, қулоқда шовқин, нистагм, кўнгил айнаш, қайт қилиш) - Меньер синдроми - кинетозлар профилактикаси

- мигрень профилактикаси - ақлий фаолият паст бўлган болаларда ўқитиш жараёни ва хотирани яхшилаш мақсадида кенг қўлланилади.

Церебролизин — нейронлар ўсиш факторига аналогик бўлган нейротрофик фаолликка эга ягона нейротрофиктор ҳисобланади.

Церебролизин бу — таркибида керакли аминокислоталар сақловчи мия моддасининг гидролизати(сув иштирокида парчаланиш маҳсулоти) ҳисобланади.

Фармакологик таъсири. Мия тўқимасида модда алмашинувини яхшилайти. Церебролизин ўзида мия метаболизмининг асосий бўғини бўлмиш биологик фаол аминокислоталар ва пептидларни сақлайди. Гематоэнцефалик тўсиқдан ўтиб, хужайра ичи алмашинувини бошқаради, ва синапс ўтказувчанлигини оширади. Шу сабабли уни юборганда аэроб энергетик метаболизм самарадорлиги ошади, хужайра ичи оқсил синтези яхшиланади, лактацидознинг салбий таъсири камайтилади. Бу самара трансинапстик ўтказувни ошириш самараси билан биргаликда препаратнинг нейротрофик таъсири таъминлайди, яъни нейронларнинг гипоксия шароитларида ва бошқа шикастловчи шароитларга чидамлилигини оширади.

Церебролизин ксилород ва глюкозанинг утилизациясини кучайтиради, АТФ синтезини стимуляция қилади, калцийнинг хужайра ичига ортиқча кириш жараёнини камайтиради, шунингдек унинг антиоксидант ва нейротрофик таъсир кўрсатиши аниқланган. Мазкур препаратнинг антиоксидант ва нейротрофик самараси қуйидагига боғлиқ:

Церебролизин таркибида нерв ўсиш жараёнларини стимуловчи воситалар бўлиб, у нейрон цитоскелетини бузилишдан сақлаб, унинг тузилишини турғунлаштиради ва шу орқали шикастланган синапсларни тиклайди, янгиларининг пайдо бўлишига олиб келади. Бу хусусиятларининг бари церебролизиннинг ажойиб таркиби туфайли (унда бир қатор ута ноёб аминокислоталар, витаминлар, нейромодулятор эффектли кичик-молекуляр воситалар, мавжуд) бўлиб улар гематоэнцефалитик тўсиқдан осон ўтади ва нерв хужайраларининг морфологик ва функционал ҳолатига бевосита таъсир қилади. Препарат бош мияга органоспецифик мультимодал таъсир кўрсатади, яъни метаболит бошқарувни, нейротрофикцияни, функционал нейромодуляцияни ва нейротрофик фаолликни таъминлайди.

Қўллашга кўрсатмалар: Марказий нерв системаси функцияси бузилиши билан кечувчи касалликлар (энцефалит), мияда қон айланишининг бузилиши, бош миядаги операциялар, болаларда ақлий ривожланишдан орқанда қолиш,

хотира пасайиши ва паришонхотирлик билан кечувчи психиатрик касалликлар(психоорганик синдром, қариллик психозлари, бош миянинг атрофик касалликлари) ва бошқаларда кенг қўлланилади.

Қўллаш усули ва миқдориси: Оптимал самарага эришиш учун касаллик характерига мос дозаларда ва юбориш усулини тўғри танлаб қўллаш керак бўлади. Бош миянинг органик, метаболик ва нейродегенератив касалликларида 10-50 мл/кун дан 20 кунлик курслар билан қўлланилади.

Жароҳатли мия шикастларида 5-30 мл /кун 20-30 кун. Альцгеймер касаллигида ва қон томир деменциясида 10-50 мл /кун миқдор билан 20-30 кунлик курслар асосида қабул қилинади.

Болаларда церебрал фалаж, ақлий ривожланишдан ортда қолиш, аутизм, гиперактивлик билан кечувчи диққат дефицити синдроми ҳолатларида 0,1-0,3 мл /1кг тана вазнига/кунига миқдорда ҳисоблаб қўлланилади.

Психоорганик синдромда 10-30 мл/кун 20 кун мобайнида қўлланилади.

Кучли ва давомий самарага эришиш учун церебролизин билан такрорий даво курсларини йилда 2-3 маҳал қўллаш зарур. Вена ичига қўллаганда 10 мл ва ундан ошиқ кунлик миқдорларни 100-200 мл физиологик эритмада эритиб 60-90 мин давомида томчилаб юборилади. Психиатрияда церебролизин психоорганик муваффақиятли билан қўлланилмоқда. Вена ичига оқим билан 5-10 мл юборилади. Даволаш курси учун 20-25 инъекция етарли бўлади. Унинг қўлланилиши турли генезли деменция (орттирилган ақли заифлик)ларда руҳий фаолият дефектини компенсация қилишнинг энг самарали усуллари-дан бири ҳисобланади. Препаратни томчилаб вена ичига 10-20 мл миқдорини 100-250 мл изотоник эритмада эритиб юбориш (даволаш курси 20-30 инъекция) орқали хотира ва диққат бузилишининг вақтинчалик қайтарилишига(регрессига), кундалик ҳаётий фаоллик кўрсаткичларини яхшилашга эришилади. Шу сабабли деменцияда церебролизинни такрорий курслар билан ишлатилиши кўрсатилган. Эндоген депрессияда антидепрессантларга резистентлик кузатилаганда церебролизинни 10-15 марта вена ичига юборилгандан сўнг (5 мл.дан) беморларнинг аҳволи яхшиланиши кузатилади. Электротитраш ва инсулин-шок терапияси сеансларидан кейин органик ўзгаришлар пайдо бўлишининг олдини олиш мақсадида ва беморнинг руҳий фаол-

лигини ошириш мақсадида церебролизин 3-5 марта вена ичига томчилаб (10-15 мл препарат 100-250 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасида) юборилганидан сўнг беморларнинг руҳий фаолиги тикланади. Ақлий қолоқ болаларга препаратни мушак орасига 1-2 мл ҳар куни 1 ой давомида қўлланилади. Шундай курсларни йилига 2-3 мартаба такрорлаш мумкин. Руҳий дефектнинг ўртача намоён бўлган ҳолатларида унинг қўлланилиши маъқулроқ ҳисобланади.

Ножўя таъсирлари: Иссиқлик ҳисси, камдан-кам ҳолларда тана хароратининг кўтарилиши ёки пасайиши.

Қарши кўрсатмалари: Хомиладорлик, буйрак функциясининг оғир бузилишлари, аллергияк диатезлар. Аминокислоталар эритмаси билан бирга қўллаб бўлмайди.

Чиқарилиш шакли: 5%ли эритмаси 1 мл ва 5 мл лик ампулада. Қуруқ жойда сақлаш керак.

Милдронат -бош мия органик ўзгаришларидаги когнитив бузилишлар (бош мия жароҳатлари асоратлари ва невротик ўзгаришлар)

-экстрапирамид гиперкинезлар (миоклонус-эпилепсия, Гентингтон хорейси, гепатолентикуляр дегенерация, Паркинсон касаллиги) ва нейролептиклар қабул қилгандан сўнг экстарпирамидал синдром корректори сифатида (гиперкинетик ва акинетик);

-психоэмоционал зўриқиш, ақлий ва жисмоний иш қобилиятининг пасайиши, диққатни жамлашни енгиллаштириш ва хотира жараёнини кучайтириш учун кенг қўлланилади.

Оксибрал (Vincamine)

Ретард капсулалари. 1та капсулада 30 мг винкамин бор.

Фармакологик таъсири: Ўсимликлардан тайёрланган дори воситаси. Мия томирларига селектив, томирни регуляция қилувчи таъсир қилади.

Кўрсатмалари: Церебрал бузилишлар (хотира бузилиши, интеллектуал ва диққат бузилишлари, диабетик ангиопатия, мия қон томирларининг атеросклеротик ўзгаришлари, бош мия жароҳати, ўткир мия қон айланиши бузилишидан кейинги ҳолатлар, гипертоник энцефалопатия) - мия қон айланиши бузилиши -эшитиш патологияси томирли этиологияли -кўришнинг ўзгариши томирли этиологияли -психик ўзгаришлар (хиссиёт бузилишлари, вақт ва жойни билиш ўзгариши)да қўлланилади.

НОРМОТИМИКЛАР (АФФЕКТ СТАБИЛИЗАТОРЛАРИ)

Кейинги вақтда руҳий даволашда литий тузларини 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 боғлиқ бўлмайди, аксинча, маниакал ҳолатнинг ўзи пасайиши оқибатига боғлиқ бўлиб, беморнинг кайфияти секин-аста яхшиланади, фикрлаш қобилияти тикланади. Литийнинг бу хоссалари уларни нормотимиклар номини олишга хос бўлди. Бу модда маниакал-депрессив психоз фазаларининг қайталанишида яхши фойда беради. Депрессив ҳолларда бирмунча камроқ даволаш эффектини беради. Шизофрения, тутқаноқ, органик ўзгаришлар, психопатия билан оғриган беморларни комплекс даволашда литий билан даволашнинг 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 миқдори икки марта камайтирилади. Литий тузлари билан даволаганда қондаги литий миқдори доим назорат остида бўлиши керак. Плазмада унинг миқдори 0,6—0,8 ммоль дан ошмаслиги керак.

Литий билан даволашдан олдин бемор яхшилаб кўриклан ўтказилади. Буйрак қон-томир тизимлари ишининг бузилиши, ошқозон-ичак касалликларининг зўрайиши, ҳомиладорликда литий тузларини қўллаш ман қилинади. Шуни ҳисобга олиш керакки, қарияларда катаракта бўлса, литий уни кучайтириб юбориши мумкин. Литий билан даволашнинг биринчи кунларида беморларда уйқучанлик, чарчаб қолиш, умумий ҳолсизлаиш, диспептик ўзгаришлар кўринадиган бўлса, кейинчалик аллергик реакциялар, экстрасистолиялар, гиперкинезия, вегетатив нерв ва эндокрин тизимлари ишининг ўзгариши намоён бўлади. Биринчи ҳолда модда миқдори секин кўпайтириб борилади, бир неча кундан сўнг бу ҳоллар йўқолади. Кейинги кўринишлар модда миқдорини камайтириш кераклигидан дарак беради.

Ламиктал (ламогтриджин): Асосан депрессив фазадаги биполяр бузилишларда (18 ёшдан ката бўлган беморларга) қўлланилади.

Финлепсин (карбамазепин)

Маниакал ва депрессив ҳолатларида финлепсин (карбамазепин) қўллаш яхши натижа беради. У профилактик литийсимон таъсирга эга. Ушбу препарат 300 дан 1400 мг гача миқдорда 3—4 марта қабул қилинади. Даволаш кунига 100 мг дан бериб, терапевтик миқдорга етгунча секин-аста кўпайтириб бориш билан олиб борилади. Финлепсин нейролептик ва антидепрессантлар билан бирга қўлланилиши мумкин.

ТУТҚАНОҚҚА ҚАРШИ ДОРИ ВОСИТАЛАР

Эпилепсияга қарши дори воситалар — эпилепсия билан оғриган беморларда тутқаноқ хуружлари ривожланишининг олдини олади.

Охирги йилларда қўзғалаётган нейронлар глутаматни утилизация қилиши аниқланган, яни глутаматэргик ҳисобланади. Глутаматэргик рецепторларнинг уч тури мавжуд, уларнинг орасида NMDA подтипи (селектив синтетик агонист — N-метил-D-аспарат) ҳам бор.

NMDA рецепторлари ион каналларининг рецепторлари ҳисобланади, ва глутамат билан қўзғалганида Na^+ ва Ca^{2+} ионларининг хужайрага киришини ошириб нейрон фаоллигини оширади. Фенитоин, ламотриджин ва фенобарбитал қўзғалаётган нейронлардан глутаматнинг чиқишини ингибирлайди, ва шу орқали эпилептик ўчоқ фаоллашувининг олдини олади.

Вальпроат кислота ва баъзи бошқа эпилепсияга қарши дори воситалар замонавий қарашларга кўра NMDA-рецепторларнинг антагонистлари ҳисобланади. Улар глутаматнинг NMDA-рецепторлари билан муносабатига қаршилик қилади.

ГАМК ингибирловчи нейронларнинг транзиттери ҳисобланади. Шунинг учун ГАМК эргик ўтказувни кучайиши (Ингибирловчи нейронлар фаоллигининг ошиши) эпилептик ўчоқ нейронлари стабилизациясининг яна бир йўли ҳисобланади.

Бензодиазепинлар ва фенобарбитал ГАМК_A -рецепторлар комплекси билан ўзаро таъсир қилади. Бунда юзага келувчи ГАМК_A -рецепторнинг аллостерик ўзгаришлари унинг ГАМК рецепторига сезгирлигини оширади ва нейронга хлор ионларининг янада кўп киришига олиб келиб, деполяризация ривожланишига қаршилик қилади.

Прогабид тўғридан - тўғри ГАМК-миметик бўлиб, ГАМК_A -рецепторларни бевосита қўзғатиб юқорида кўрсатилган дорилардек самара беради.

Тиагабиннинг эпилепсияга қарши сараси синаптик ёриқда ГАМКнинг қайта ушланишини бевосита блокадаси туфайли юзага чиқади. Синаптик ёриқда бу тормозловчи медиаторнинг стабиллашуви, медиаторнинг эпилептик ўчоқ нейронларининг ГАМК_A-рецепторлари билан ўзаро таъсири потенцирланиши ва бу рецепторлар қўзғалувчанлигини ингибирловчи таъсир кўпайиши билан кечади. Вигабатрин – ГАМК – трансминазанинг ингибиторидир – ГАМК катаболизмини блоклайди ва унинг ингибирловчи нерв хўжайралар охирларидаги миқдорини оширади.

Сўнгги йилларда ГАМК эргик нейронларда ГАМК даражасини оширишнинг ГАМКнинг метаболизмини тўхтатиб ошириш эмас, балки ГАМК га айланувчи модда – глутаматнинг утилизацияси (сўрилиши, ишлатилиши)ни ошириш орқали кўпайтириш имконияти пайдо бўлди. Гебапентин ГАМК ҳосил бўлишини кўпайтирувчи хусусиятга эга. Унинг эпилепсияга қарши таъсир механизми ҳам калий ионлари учун каналчани бевосита очиб бериши билан боғлиқ.

Тормозловчи ва фаолловчи медиатор системаларини модуляциясидан ташқари эпилепсияга қарши самара нейронларнинг ион каналларига тўғридан тўғри таъсир натижасида ҳам бўлиши мумкин.

Карбамазепин, вальпроатлар ва фенитоин потенциалга боғлиқ натрий ва кальций каналларининг инактивациясини ўзгартиради, шу орқали электрик потенциалнинг тарқалишини чеклайди. Этосуксимид Т-типтаги кальций каналларини блоклайди.

Шундай қилиб эпилепсияга қарши турли таъсир механизмга эга воситаларнинг замонавий арсенали шифокорга адекват фармакотерапия ўтказиш имкониятини яратади. Эпилепсияга қарши дори воситасини танлаш асосан тутқаноқлар характерида(генераллашган ёки парциал, ҳуш йўқолишсиз ёки ҳушини йўқотиш билан) қараб танланади. Бундан ташқари касаллик бошланган ёш, хуружлар тезлиги, неврологик симптомлар мавжудлиги, интеллект ҳолати ва бошқа омиллар этиборга олинади. Дори воситаларнинг узоқ қўлланилишини ҳисобга олган ҳолда унинг токсиклиги ва ноҳўя таъсирлар пайдо бўлиш эҳтимоллигини баҳолашга алоҳида этибор қаратилади.

Карбамазепиннинг таъсири асосида унинг бензодиазепин рецепторларига ва калций каналларига таъсири ётади. Бу таъ-

сир кидлинг-самара(сакраш самара)ни (таъсир бўсагадан паст бўлган сигналлар аффектив фаза ривожланишига олиб келиши) бартароф этишга олиб келади.

Бензонал (бензобарбитал). Эпилепсияга қарши восита. Қўлланилганда уйқучанлик чақирмайди. МНС га тормозловчи GABA-эргик таъсирни(айниқса таламусда, мия устунининг кўтарилувчи фаолланувчи ретикуляр формациясига) оширади. Нерв толалари мембранасининг натрий ионларига ўтказувчанлигини камайтириб, импульсларнинг эпилептик фаоллик ўчоғидан атрофга тарқалишини камайтиради. Самараси оғиз орқали ичилгандан 20-60 дақиқа ўтиб юзага чиқади.

Қўллашга кўрсатмалар: Турли генезли эпилепсия, генераллашган ва парциал тутқаноқларда тавсия этилади.

Гексамидин (примидон) Примидон тутқаноққа қарши восита, барбитуратларга оид. Сушт намоеън бўлган ухлатувчи таъсир кўрсатади.

Кўрсатмалар: Асосан ката тутқаноқ хуружлари билан намоеън бўлувчи турли генезли эпилепсия учун тавсия этилади. Ўчоқли, миоклоник, акинетик тутқаноқ хуружларида самараси кам. **Миқдорлаш тартиби:** бир марталик миқдор 125 мг бир маҳал(овқатдан сўнг)дан бошлаб кейин ҳар 3 кунда кунлик миқдор катталарда 250 мг дан, ва 9 ёшгача бўлган болаларда 125 мг дан керақли натижага эришгунга қадар ошириб борилади. Катталар учун максимал кунлик миқдор – 1,5г, болалар учун – 1г (2 маҳал ичишга).

Депакин, Конвулекс (Валпроат натрий) Тутқаноққа қарши дори воситаси бўлиб, марказий миорелаксация берувчи ва седатив таъсирга эга. Эпилепсиянинг барча турларида тутқаноққа қарши таъсир кўрсатади. Нафақат тимостабилловчи самара, балки, антимианикал таъсирга ҳам эга. Аффектив бузилиш рецидивларининг олдини олиш учун 0,6-1,4г кунлик миқдор қўлланилади.

Ножўя таъсирлари-диспепсия, уйқучанлик, тери аллергияси кўринишида бўлиши мумкин. Камдан кам ҳолларда жигар ва ошқозон ости беши функцияларининг бузилиши ва қон ивишининг бузилиши кузатилади.

Карбамазепин (мелепсин, финлепсин, тегретол)

Эпилепсияга қарши восита бўлиб, трициклик иммуностилбен ҳосиласидир. Ўртача антимианикал антипсихотик таъсир, ҳамда нейроген оғриқларда оғриқсизлантирувчи таъсир кўрсатади.

Кўрсатмалар: Эпилепсия. Катта, ўчоқли, аралаш, эпилептик тутқаноқларда тавсия этилади. Асосан нейроген генезли оғриқ синдроми (шу қаторда уч шоҳли нервнинг эссенциал невралгияси, тарқоқ склерозда, эссенциал глоссофарингеал невралгия) қўлланилади. Алкогол абстиненцияси синдромида хуружлар профилактикасида, аффектив ва шизоаффектив психозлар профилактикаси, оғриқ синдромли диабетик невропатия, марказий генезли қандсиз диабет, нейрогормонал табиатли полиурия ва полидипсияда самарали. Максимал миқдори: оғиз орқали қабул қилинганда катталарга ва 15 ёшдан ката ўсмирларга — 1.2 г/кунига, болаларга — 1г. кунига.

Қарши кўрсатмалар: AV- блокада, ўтказилган миелодепрессия, анамнезида ўтиб кетувчи (перемежающая) порфирияда тавсия этилмайди, бир вақтнинг ўзиде MAO ингибиторлари ва литий препаратлари билан биргаликда қўллаш мумкин эмас. Карбамазепинга ўта сезувчанлик кузатилади.

Ламиктал (ламотриджин): парциал ва генераллашган тутқаноқ хуружлари (катталар ва болалардаги тонико-клоник тутқаноқ ҳам). Леннокс-Гасто синдромидеги тутқаноқлар (катталар ва болаларда). Асосан депрессив фазадаги биполяр бузилишлар (18 ёшдан ката бўлган пациентларга). Абсанслар. Болалар ва катталардаги рефрактер депрессияларда қўлланилади.

Суксилеп, пикнолепсин (этосуксимид). Тутқаноққа қарши, миорелаксант ва оғриқ қолдиручи таъсирларга эга.

Бош мия пўстлоғининг ҳаракат (мотор) зоналарида синаптик ўтказишни камайтиради (йўқотади), тутқаноқ бўсағасини оширади. Эпилепсиянинг кичик хуружлари, эпилепсиясимон хуружлар частотасини камайтиради, пароксизмал электроэнцефалографик фаолликни тўхтатади (абсансдаги ҳуш бузилишлари шу ҳолатга боғлиқ). Шунингдек миоклоник хуружларда ҳам яхши самара беради.

Қўлланилиши. Кичик эпилептик тутқаноқлар: пикнолептик абсанслар, мураккаб ва атипик титроқли тутқаноқлар, миоклонико-астатик кичик тутқаноқлар (petit mal), ўсмирлар миоклоник тутқаноқлари (импульсив кичик тутқаноқлар)да самараси катта.

Клоназепам. Бензодиазепин гуруҳига кирувчи тутқаноққа қарши дори воситаси. Яққол тутқаноққа қарши, ҳамда марказий миорелаксант, анксиолитик, седатив ва ухлатувчи таъсирлари бор.

Кўрсатмалар: I- қатор воситаси — эпилепсия (катталар,

кўкрак ва кичик ёшдаги болалар): типик абсанслар (Леннокс-Гасто синдроми), орқага ташловчи тортишишлар, атоник тутқаноқ хуружлари учун тавсия этилади.

РУҲИЙ ДАВОЛАШ (ПСИХОТЕРАПИЯ)

Руҳий касалликларни даволашда турли усуллар билан бир қаторда руҳий даволаш ҳам муҳим аҳамиятга эга (юнонча *psyche* жон — руҳ, *therapeia* даволаш). Руҳий даволаш тушунчаси шифокорнинг беморга руҳий таъсир этишидан иборатдир. Руҳий даволашни махсус усулларидан ташқари, бу усулга беморга ижобий таъсир этувчи даволаш омилларининг мажмуаси, шифокорнинг даволаш фаолияти (пациентга унинг касаллиги қандайлигини таърифлаши), уни руҳан қувватлантириши ва калбида тузалишига умид учкунларини ёқиши ҳам киради.

Халқ табобатида руҳан шифо жуда қадимдан бошлаб қўлланилади. Қадимги юнон ва Миср сарой табиблари бу борада ишонтириш, ҳаттоки гипноздан фойдаланар эдилар. Гиппократ бир қатор руҳий шифо асосларини шакллантирган эди: «Уни (яъни беморни) керак бўлганда дўстона яхши сўз билан қувватлаб қўйиш лозим, керак бўлганда унинг талабларини жиддий ва қатъий қайтариб, бошқа ҳолатда беморни муҳаббат билан оқилона тинчлантириш зарур бўлади».

Абу Али ибн Сино руҳий-асаб бузилишларининг чегара характериға эғалигини руҳан табиати борлигини ёзди, бу олимнинг руҳан даволаш усулларини ишлаб чиқишиға олиб келди ва ўз асарида бунга катта ўрин берди. Абу Али ибн Сино ўзининг даволаш амалиётида руҳий даволашнинг турли шаклларида кенг фойдаланди.

Ибн Сино қўллаган руҳий шифо усуллари ва шакллари кўп омилларға боғлиқ ҳолда турлича эди. Руҳий бузилишларнинг шаклиға қараб Абу Али ибн Сино, руҳий даволашнинг тўғриловчи, тушунтирувчи, ишонтирувчи, қувватловчи, таъсирланиш, гипнозға ўхшаш уйқу ҳолатларини, яъни ҳозирги замон тиббиётида қўлланиладиган деярли барча руҳий шифо усулларини қўллаган. Ибн Сино руҳий шифо ўтказаётганида беморлар билан суҳбатға жиддий эътибор берган, бунда у баъзи касалларға «талабчан ва жиддий», бошқаларға юмшоқроқ муомала қилишни талаб этади.

Руҳий даволашға Ибн Сино кенг ўрин берганини, оғир беморнинг сигирға айланиши васвасаси тутганда, руҳий даволаш билан амалий соғайиб кетганлик воқеасининг баёнидан кўриниб турибди.

Америкалик психотерапевт М. Шефи «1000 йил бурунги воқеалар» мақоласида шу воқеани баён этади. 1155 йилга тегишли Низомий қулёмаларида руҳий даволаш билан даволанган 12 беморнинг ҳолатини баён этади. Айниқса шарқнинг машҳур файласуфи ва табиби Абу Али ибн Сино (Авиценна) касали алоҳида қизиқиш туғдиради.

Меланхолия—сигирга айланиш васвасаси билан оғриган ва овқат ейишдан қайтган, озиб-тўзиб кетган, депрессив ҳолатдаги, ўзини-ўзи ўлдириш 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 қулёмза манбаларида Ибн Сино қандай қилиб сигирга айланиб қолган ва овқат емаётган руҳий беморни даволагани ҳақидаги маълумотлар 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 сўйиш учун ниҳоятда 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 қобилиятидан 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 чиқмаган ва у ҳар бир беморни муваффақиятли равишда қўллаган.

Ибн Сино руҳий шифога бевосита атроф - муҳит, бемор учун, масалан, «яқинларининг беморга муносабатини», қариндош, дўст, қўшнилариинг муносабатини ёқимли, ижобий таъсир этишини жуда яхши билган. Беморнинг руҳияти учун атрофдагиларнинг ғамхўрларча, диққат билан муносабати, тетиклантирувчи, қувватлантирувчи, чин кўнгилдан бўлган муносабати

тузалишга ишонч ва умидлантирувчи ҳаракатлари, самимийлиги, ширин суҳбатлари ижобий таъсир этишини таъкидлаган. Ибн Сино руҳий таъсиротдан мақсад кайфиятни яхшилаш, уйқуни тиклаш, ёлғондан хаёлотига келганларни йўқотиш ва беморнинг бардошини ва ҳаракатларини мустаҳкамлашга қаратилиши керак, деб ҳисоблайди. Масалан, меланхолия ва бошқа касалликларни даволашда Ибн Сино шундай беморларни оғир хаёллардан чалғитиш зарурлигини уқтиради, уларни оғир хаёлдан чалғитишнинг ўзи беморлар учун асосий даволашдир ва бемор олдида унга хайрихоҳ, суюкли ва қувноқ хушчақчақ дўстлари бўлсин дейди.

Пировардида Ибн Сино, эътиборни чалғитувчи тадбирларга беморни хурсанд қилишни киритади. Баъзи одамларни қўшиқ ва мусиқа тинчлантиради, баъзиларини эса фақат кучайтиради. Шундай даволаш турларига бир шаҳардан иккинчи шаҳарга кўчиш, бир минтақадан иккинчи минтақага кўчиш, бир ҳолатни бошқа ҳолатга алмаштиришларни ҳам кириттиш жоиз. Ибн Синонинг руҳий даволаш тавсияларида уйқусизликни даволаш кенг ўрин тутади, бунда шу нарса диққатни тортадики, у ҳозирги замон тушунчасидаги гипноз билан даволашга яқин руҳий даво тадбирларини ҳам қўллаган. У беморларни ухлатиш учун қуйидаги усулларни қўллаган, ухлатувчи таъсирлар қаторига ёқимли, нозик, секин ритмли қўшиқни эшитишни тавсия қилган. У қўшиқ сўзлари беморни ҳаяжонга 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 олдида кўп чироқларни ёқиб қўйишни, товушни бироз баландлатиб гапиришни, оёқ-қўлини бироз тортиб турувчи боғ билан боғлаб энгил тортиб қўйишни, уларни тез ечиб юбориш мумкин бўлишини, ўзини-ўзи ухлаётган ҳолга солиб ётишни, кўзини юмиб ётишни, қачон мудрай бошласа, чироқларни ўчириб, товушларни пасайтириш, 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 энгил айлантирувчи дори ичиб юбориши ва овқатланиши лозим бўлади, шунда бемор тезда ухлайди» —деб тавсия қилади.

Ибн Сино беморлар учун режалар мажмуасини ишлаб чиққан. У беморларга нисбатан беморлиги даврини ва тавсифини, гигиена талабларини ҳисобга олган ҳолда ўзига мос режа ишлаш лозим дейди. У ички ва ташқи кийимларнинг тоза бўлишига, сув ва таомни ҳамда гигиена тadbирларини ўз вақтида ўтказишга, дам олиш ва машғулотни тўғри алмаштиришга, очиқ ҳавода уларни ҳаяжонлантирмайдиган сайр қилдиришга эътиборни тортади. Бунда Ибн Сино беморлик даври ва тавсифини ҳисобга олган ҳолда бу чора тadbирларни жиддий равишда индивидуаллаштиришни талаб этади. Баъзи руҳий касалликларда кузатиладиган озиш ҳолатларида, хусусан у: «Баданни тўғри келадиган озиқлар билан семиртириш чораларини кўриш керак», деб ёзади.

Руҳий ва бадан касалликларини даволаш чора-tadbирларида Ибн Сино физиотерапевтик тadbирларни, гидротерапияни (иссиқ сув манбаларида чўмилишни, ҳаммом, қизитиш, артиниш, иситиш), уқалаш, балчиқ билан даволаш, минтақаларни алмаштиришларгача тавсия этган. Ибн Синонинг тиббиётдаги алоҳида хизмати ва даволаш муолажа мажмуасидаги катта кашфиёти меҳнат билан даволашнинг ижобий таъсирини кўрсатганлигидир. Бекорчилик шахсни қашшоқлашишига ва тубанлашишига, касалликнинг чуқурлашувига олиб келади, дейди у. Ибн Сино меҳнатни беморнинг соғлигини сақлашда ва тиклашда руҳий даволаш аҳамиятини юқори баҳолайди ва меҳнат воситасида даволашни тартиб этади.

Юқоридагилардан кўриниб турибдики, руҳий ва соматик касалликларда руҳий даволашнинг таъсири ва имкониятлари 1000 йил аввал Ибн Сино томонидан самарали аниқланган ва қўлланган эди. Бунда олимнинг касалликнинг сабабига таъсир этишга, даволашнинг мос усулини танлашга, кенг миқёсда беморга ёрдам бермоқ керақлигига 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. Бу соҳадаги шифокор ўта сабрчидамли, зийрак, меҳрибон, шафқатли, ғамхўр, фан ва маданият масалаларида билимдон, зиёли бўлиши керак.

Руҳий даволаш маданиятида шифокор нафақат ўзи гапира билиши, балки моҳирона равишда даволаш суҳбатини

ўрнатиши, беморни очиқ суҳбатга торта билиши, унинг ишончини қозона билиши даркорки, бемор ўз шифокори тимсолида унинг машаққатларига шерик, маслаҳат гўйини кўрсин. Шифокорнинг мажбуриятига бемор билан шифокор ўртасидаги руҳий тўсиқни ола билиш, беморнинг ишончига кириб, унга хушмуомала қила олиш ҳам киради. Шифокор нафақат бемор унинг руҳиятини тетиклатиши, балки биринчи учрашувдаёқ давонинг муваффақиятли ва ишончли бўлиш сезгисини ўтказиши керак. Шифокор ўзининг муносабати орқали бемор билан яқин алоқа ўрнатиши лозим, гап-сўзлари билан унда даволашга кайфият ва ишончни туғдириши керак.

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 уйғотиши ва ҳар қандай усуллар билан ўз касаллиги билан курашда уни фаоллаштирмақ лозимдир. Бемор билан суҳбатда шифокор носамимий, бир қолипдаги, расмий муносабатлардан четланиши лозим». Ҳар қандай ёлғон, сунъий, ҳақиқатдан йироқ нарсадаин қочиш лозим. Шифокор ва бемор орасидаги муносабат ҳар гал беморнинг индивидуал хусусиятларига, шахсиятининг алоҳидаликларига ва руҳиятига ва шифокорнинг одобига боғлиқ бўлади. 1843 йилда Манчестрлик шифокор хирург Бреднинг гипнозга бағишланган китоби нашр этилган (бинобарин гипноз атамасини фанга у киритган). Бред гипноздан жарроҳлик операцияларини оғриқсизлантиришда фойдаланади. Илмий жиҳатдан руҳий даволаш XIX асрда ривож топди. Француз шифокори Бернгейм, Шарко, Рише ва бошқалар гипноз воқелигини ўргана бошладилар.

Гипнозни илмий ишлаб чиқиш билан гипноздан ташқари руҳий даволаш усуллари — беморни уйғоқ вақтида ишонтириш, тўғри, аниқ қилиб тушунтириш ва ишонтириш (Дюбуа, Деверин ва бошқалар), Россияда руҳий даволанишни шакллантиришда А. А. Татарскийнинг (1890) хизматлари катта бўлди. Бу олим Москва дорилфунунида I босқич талабаларига психология ва руҳий даволаш курсини ташкил қилган ва жаҳон фанига руҳий даволашни биринчилардан бўлиб татбиқ этган эди.

В. М. Бехтерев ҳозирда ҳам кенг қўлланадиган руҳий даволаш учлигини ишлаб чиқди. (бир гуруҳ сеанси: рационал суҳбат, жамоа гипнози, ўзини-ўзи ишонтириш). В. М. Бехтеревнинг шоғирд ва издошлари унинг илмий меросини ривожлан-

тирдилар ва ўзига хос психиатрия мактабини яратдилар. П. Б. Ганнушкин психиатр муваффақиятли фаолият юритиши учун у суҳбатлашишни билиши керак, – дейди. Психотерапиянинг ривожини учун шунингдек, 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 ҳам катта ҳисса қўшдилар.

Хорижда руҳий муолажа З. Фрейд томонидан ишлаб чиқилган. З. Фрейд руҳий муҳокама қилишни тузишда онгли ва онгсизлик антагонизмидан, ақлустидан индуктив қўзғалишлар доминант келишига таянади. Касаллик ҳолати сексуал ва тажовузкор майл таъсири каби тушунтирилади. З. Фрейд руҳий даволашни беморнинг онгига бу қизиқишини алоҳида усуллар билан етказиш деб билади, беморнинг тушларига таъбир айтиш, уни тушқунликдан чиқариш лозимки, улар беморни невротик аломатлардан озод этиб, тузалишга олиб келиши керак. Руҳий даволаш табиатини тушунтириш И. П. Павлов ва унинг шо-гирдлари ишига асосланади. Ушбу олим гипнозни қисман уйқу деб, унинг асосида хужайралардаги тормозланиш ётади деб тушунтиради. Бунда «навбатчи кўриқчи» пунктида (шифокорнинг бемор билан сўз орқали алоқасида гипноз ҳолида турганида одам организми томонидан) турли реакциялар чақирилиши мумкин.

Амалиётда руҳий даволаш бевосита ва билвосита руҳий даволашларга бўлинади. Беморга билвосита руҳий таъсири шифохонадаги шароит, бу ернинг ички тартиби, беморга хизматчиларнинг муомаласи ва муносабати кўрсатади. Бўлимнинг иш режаси, уялтиришнинг йўқлиги, энг оддий қулайликлар борлиги, беморларнинг бандлиги (даволаш тadbирларидан бошқа, гимнастика, меҳнат билан даволаш, саёҳат, яқинлари билан учрашуви ҳам) катта аҳамиятга эга. Буларнинг ҳаммаси беморга нафақат руҳий даволаш муҳитини вужудга келтиради, балки унга тинчлантирувчи таъсир этади ҳам эҳтиёткорликни юмшатади, ҳавотирданишни йўқотади ва бемор ҳаётини фаоллашти-ради.

Бевосита руҳий даволаш сўз билан таъсир этиб амалга оши-рилади, бу логотерапия дейилади.

Ҳозирги вақтда тўғридан-тўғри руҳий даволашда қуйидаги асосий усуллар қўлланилади:

1. Рационал руҳий даволаш;
2. Суггестив руҳий даволаш, гипнотик уйқу ва уйғоқ ҳолда ишонтириш;

3. Жамоа ва гуруҳли руҳий даволаш;

4. Аутоген машқ қилдириш.

РАЦИОНАЛ ПСИХОТЕРАПИЯ (РУҲИЙ ДАВОЛАШ)

Руҳий даволашнинг бошқа усуллари ҳам қўлланилади: масалан мусиқа билан даволаш, тушунтириш ва ишонтириш билан руҳий даволашлар шулар жумласидандир.

Тушунтириш ва ишонтириш билан руҳий даволашлар. Рационал, тўғри, мақсадга мувофиқ руҳий даволаш бемор ва шифокор орасида диалог — савол-жавоб шаклида бўлади. Бундай суҳбатлашишдан мақсад бемордаги ўзкасаллиги ҳақидаги нотўғри тасаввурларни йўқотишдир. Руҳий даволаш беморнинг онгига, тафаккурига ва хулосалар якунига йўналтирилгандир. Шифокор ва бемор ўртасидаги муваффақиятли муносабат муҳим шартлардан бири, улар орасида тўғри муносабат ўта муҳимдир. Бу эса беморнинг индивидуал хусусиятлари ва руҳияти билан шифокорнинг одоби ва шахсига боғлиқдир. Шифокор билан бемор яқин, сирдош бўлиши керак, шифокор ўзининг гапи, ўзини тутиши билан беморда давога ишонч ва ўзига ҳурмат уйғотиши керак. Шундан сўнг бемор ўз касаллиги билан оқилона курашга фаол кириша олади.

Рационал руҳий даволаш беморни синчиклаб, соматик текширишни тақозо этади. Бунда унинг касаллиги белгилари органик функционал бузилиш эканлигини исботлаш лозим.

Ҳар қандай шифокор беморга тушунарли қилиб унинг онгига етадиган шаклда суҳбат ўтказиш билан рационал руҳий даволашни бошлайди. Шундай суҳбат давомида шифокор бемор учун тушунарли тарзда касалликнинг пайдо бўлиш сабабларини, унинг таснифини баён этиши ва қандай қилиб даволаниш кераклигини 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. Ишонтиришининг рационал руҳий даволашдан фарқи шундаки, у тўғридан-тўғри таъсир қилмай, балки беморга ҳаяжон воситасида таъсир этади ва беморнинг ишонувчанлиги ва буйсунувчанлиги қанча юқори бўлса, даволаш шунча кўзга кўринарли бўлади.

Суггестив (ишонтириш) даволаш уйғоқ ва гипнотик уйқу ҳолатида ўтказилади.

Ишонтириш (суггестия)нинг уйғоқ ҳолатдагисини индивидуал ва жамоа бўлиб ўтказиш мумкин. Ҳушёр ҳолдаги ишонтириш комил ишонч билан ва шифокорнинг таъкидлаши билан, экспресс ҳолатда, буйруқ оҳанглари билан амалга оширилади. Ишонтиришни дори-дармон билан, физиотерапевтик даволаш усуллари билан қўшиб олиб бориш ҳам мумкин. Беморга дори-дармон ичиш ва бошқа тadbирларни қўллаш ижобий натижа беришини тушунтириш лозим.

Суггестия уйғоқ ҳолда ўтказилганда, бемор аввало қулай ҳолатда ўтириб олиши керак, у кўзини юмиб диққат билан шифокорни эшитиши ва ўз хаёллари билан ташқи таъсир этувчиларга чалғимаслиги лозимдир. Ишонтириш сеанси 20—30 дақиқа давом этади. Қайта сеанслар ҳам фойдалидир.

Бунда руҳий даволовчининг мимикаси, нутқи, тушунтирувчи ҳаракатлари катта аҳамият касб этади. Таъсир этиш кўпинча ишонтириш билан қўшилиб олиб борилади. Даво муваффақияти кўпинча беморнинг шифокор сўзига қай даражада диққат билан қулоқ солишига боғлиқ бўлади.

Гипнотик уйқу ҳолатида ишонтириш (суггезия). Гипноз — беморни гипноз уйқусига солиш бўлиб, бунда даволовчи ишонтириш таъсирини кучайтиради ва шу йўл билан даволаш қувватини оширади. Бунда асосан беморнинг ишонувчанлигидан фойдаланилади.

Гипнотик ишонтириш ўтказилаётганда бемор ишонувчанлигининг аҳамияти ва уни даволовчи самарали Голейлрнинг «гипнозланган» одам, одатдаги ҳолатда жуда ҳам бўш бўлган сезги таъсирларини уйғоқ одамга нисбатан жуда яхши қабул қилади, деган гапини тасдиқлайди.

Руҳий даволаш олдиндан беморга гипнознинг моҳияти ва мақсадини тушунтириб, унинг хавфсирашини йўқотиши керак, аввало шифокор беморнинг гипнозга мойиллигини синаб кўриш зарур. Гипнотик ишонтириш уч босқичдан иборат: 1) беморни 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 усулларида сўз ёрдамида ишон-

тиришдан кўпроқ фойдаланилади ёки сўзлаш асносида унинг нигоҳи ялтироқ нарсага қаратилади. Гипнозлаш учун, сўздан ташқари кучсиз монотон таъсирдан фойдаланиш мумкин (метроном тақиллаши, қўнғироқ товуши, хира чироқнинг тебраниши ва бошқалар) ҳамда бир хил тартибда бемор терисининг тактил силаниши таъсирида бемор гипнотик уйқу ҳолатига тушади. Шифокор эса сўз орқали у билан алоқани сақлаб қолади. Беморга кўзини юмиб диққат билан ухлаш ва шифокорни эшитиш тақдиф 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 эъгибор соғломлик, тетиклантиришга, ишончга қаратилади. Кейинги сеансларда маълум йўналиш олиниб беморни қийнаётган ташвишларини йўқотишга ўтилади ва уни касаллик тезда барҳам топишига ишонтирилади.

Сеанс охирида бемор ўзини яхши ҳис қилаётганлиги, роҳатланиб дам олганлиги, уйқуга тўйганлигига ишонтирилади. Гипнотик уйқудан чиқиш шифокор буйруғи билан бўлади ва у беморнинг уйғонишини бошқариб туради.

Сеанс охирида шифокор гипноздан чиқариш шаклини гапирди ва шу вақтда беморга мушакларидаги ҳорғинликнинг оғирлашгани (ҳаракатсизлиги) йўқолганлигини 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 янада яхши бўлади. Гипнозни қўллаш имкониятлари кенг жаҳон тиббий адабиётида одамлар ўртасида гипнозга тушиш мойиллиги 60— 90%, эканлига гипнозни нафақат алоҳида-алоҳида, балки гуруҳ-гуруҳ қилиб ҳам ўтказиш мумкинлиги ёзилди. Жамоа ёки гуруҳли гипноз билан даволаш В. М. Бехтерев томонидан тақдиф қилинган. Бунинг учун беморни танлаб олиш катта аҳамиятга эга. Гуруҳга битта-иккита гипнозга яхши берилувчанларни қўшиш мақсадга мувофиқдир, чунки жамоа бўлиб гипноз билан даволанаётганда беморларнинг ишонувчанлиги ўзаро индукция орқали кучаяди.

Гипноз билан даволашда нохуш асорат бўшашишлик, чарчоқлик, бўшанглик аҳён-аҳёнда ўзидан кетиш, истерик

хуруж, гипнозга ўрганиш кабилар бўлиши мумкин. Гипноз билан даволашга чегара ҳолатдаги руҳий бузиллишлар (неврозлар, бош миянинг экзоген органик касалликларида), руҳий соматик касалликлар (экзема касалликларида), хафақон, юракнинг ишемик касаллиги, алкоголизм, гиёҳвандлик алгик ва агрипоник синдромлар яхши берилади.

Гипнотик уйқуда ишонтиришни қоронғироқ хонада шовқиндан ҳолироқ жойда, бемор қулай ҳолатга ўрнашиб олганда ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Жамоа ва гуруҳли руҳий даволаш. Бу усулда руҳий даволовчи шифокор беморлардан даволаш гуруҳини тузади ва беморларни бир-бирига даволовчи таъсиротидан фойдаланади. Жамоа бўлиб руҳий даволаш ўтказишда турлича мақсад қўйилади: беморларни фаоллаштириш, тушунтириш, тинчлантириш, хаёлини бошқа ёққа жалб қилиш ва ҳоказо. Улар сони бўйича турлича гетероген, турли касалликлар билан оғриган ва гомоген, таркиби бўйича бир жинсли ёки аралаш бўлиши мумкин. Баъзи бир беморлар туркумини (алкоголик психопатларни) бир жамоа қилиб, ўзаро бир шароитда даво ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Гуруҳ билан машғулот ўтказаетганда типик касаллик: аноним муҳокама қилинади (отини айтмасдан), тарбияланади, сабр—чидам 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 беморларнинг саломатлигини тиклаш учун ҳам қўлланилади. Буни беморнинг қариндошлари билан ёки гуруҳ қилиб (қариндош ва беморларни) ўтказиш мумкин.

Руҳий даволашни одатда шифокор ва беморнинг бевосита иштирокида ҳам ёки радио, телевидение, магнитофон, грампластинка ёрдамида ўтказиш ҳам мумкин. Руҳий даволашнинг бу шакллари катта гуруҳ одамлар билан ишлаш учун керак. Ушбу услубнинг камчилиги унда қайтувчи мулоқотнинг йўқлигидир (бемор — шифокор).

Аутоген машқ қилиш

Ўз-ўзини ишонтиришдан кўзланадиган мақсад ўзини бўшаштириб, тинчлантириб ўз хоҳиши билан организмнинг бузилган вегетатив ва соматик фаолиятини бошқаришдир.

Классик ўзини-ўзи бошқариш усули Шульц томонидан таклиф қилинган (1932). Бу ўзаро бошқариладиган ҳолат ва сезгиларни ишлаб чиқаришдан, яъни бемор томонидан 6 та машқни ўзлаштиришдан иборатдир. Булар қуйидагилардир: мушакларни бўшаштириш, ошқозон устки қисмида ва оёқ-қўлларда илиқлик сезишни чақириш, юрак фаолиятини бошқариш, нафасни бошқариш ва вазминликни сезишдир. Булар ҳаммаси хаёлда махсус танланган сўз шаклларини қайтариш билан бажарилади. Ҳар бир машқ 5—10 дақиқадан кунига 3 марта ўтказилади. Аутоген машқнинг тўла курси 12 ҳафта давом этади. Ўз-ўзини ишонтириш босқичини бошқаришни ва текширишни шифокор олиб боради. Аутоген ўз-ўзини машқ қилиш якка-якка ёки жамоа қилиб олиб борилади.

Аутоген машқ қилиш келиб чиққиши турлига кўпгина касалликларда учрайдиган неврозларда, бронхиал астмада, хафақон касаллигининг бошланғич босқичларида, юракнинг ишемик касалликларида, эндоартеритда. Рейно касаллигида ҳиссий зўриқишларни олиб ташлайди ёки юмшатади. Бунда хавотирли ҳавфсирашлар, субдепрессив ҳолатлар йўқолиши мумкин ёки кучсизланади. Организмнинг янги ва турлича имкониятлари очилади ва у беморга таъсирини чуқурлаштиради ва бойитади. Санъат ва мусиқадан, хусусан сўз ёрдамисиз даволаш ҳам руҳиятда яхши кайфият ҳосил қилиш, у беморга ёрдам беради.

ПСИХИАТРИК (РУҲИЙ) ВА НАРКОЛОГИК ЁРДАМНИ УЮШТИРИШ

Психиатриянинг асосий мақсади—руҳий касалликларнинг олдини олиш, руҳий беморларни даволаш ҳамда руҳий ёрдамни ташкил этишдир.

Руҳий ёрдамни ташкил этиш масалалари инсоният олдида турган долзарб муаммолардан биридир. Гап шундаки, кўпгина руҳий касалликлар сурункали давом этади ва бу дардга галинган беморларни узоқ вақт ва тез-тез кузатиб туришга тўғри келади. Бугунги кунда замонавий даволаш ва беморларни парвариш қилишда эришилган муваффақиятлар туфайли беморларнинг умри ўзаймоқда. Шунинг учун йил сайин руҳий касалликларнинг сони ортмоқда, шу билан бирга, аҳоли зич жойлашган жойларда уларни даволаш ва ишга жойлаштиришда катта қийинчиликлар вужудга келмоқда.

Ҳозирги вақтда руҳий ёрдамнинг энг долзарб вазифалари қўйидагилардан иборатдир: аҳолининг 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. Бизнинг мамлакатимизда руҳий ва наркологик хизматни ташкил этиш қўйидагиларни ўз ичига олади:

1) психиатрия (руҳият) муассасалари, буларга:

а) шифохоналардан ташқари ёрдам кўрсатувчи руҳий неврологик диспансерлар;

б) руҳий шифохоналар;

2) наркологик муассасалар—наркологик диспансер ва наркологик шифохона бўлими ва бошқа кўринишдаги муассасалар киритилади.

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 ҳам ёрдам ташкил этилган.

Шифохонадан ташқари психиатрик руҳий ёрдам

Руҳий беморларга шифохонадан ташқарида, 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 ташкил этилган бўлади. Улар руҳий ёрдам мажмуасидаги биринчи бўғиндир юртимиздаги руҳий асаб касалликлари диспансерларининг фаолиятлари турличадир. Диспансерларнинг асосий вазифаси аҳолига қўйидаги ишларда ёрдамлашиш яъни:

1) даволаш, касалликларнинг олдини олишга ёрдам бериш;

2) ижтимоий реабилитация ва реадaptация тадбирларини ўтказиш;

3) касалликни ҳисобга олишни ўтказишдан иборатдир.

1) руҳий асаб касалликлари диспансерларининг даволаш-ташхис қўйиш ишлари. Руҳий касалликларнинг кўп шакл ва босқичлари шифохонада мажбурий ётқизишни талаб қилмайди. Аксарият беморлар тиббий ёрдамни диспансерда оладилар. Дис-

пансерда ишлар бўлимларга бўлиш нуқтаи назаридан ташкил 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. Ушбу мақсадда руҳий фармакологик даволаш препаратларидан кенг фойдаланилади. Диспансерга кела олмайдиган беморларга шифокор ва ҳамшира томонидан ёрдам беморнинг уйида кўрсатилади.

Диспансерлар маълум шифохоналар билан боғлиқдир. Бу эса даволашнинг давомийлигини, бемор устидан ҳамда касалликнинг ривожига ёки инқирози устидан назорат ўрнатишга имкон туғдиради.

Бўлимларда ёрдам бериш усулидан ташқари, диспансерларда мослаштирилган хоналар бор. Руҳий даволаш хоналарида неврозли, руҳий таъсиротли, психопатик декомпенсацияли ва турли функционал беморлар қабул қилинади. Даволаш тadbирлари ўтказилган хонада инъекция ва бошқа тadbирлар учун етарли асбоб-анжомлар мавжуд. Булардан ташқари, физиодаволаш, клиник ташхис тажрибахоналари ишлаб турибди. Логопедия хонасида нутқи бузилганлар даволанади. Баъзи диспансерларда кундузги ёки тунги шифохоналар бор. Даволаш-меҳнат устаноналарида беморлар иш билан машғул бўладилар ва ўз вақтида даволанадилар. Кундузги беморлар бепул овқат билан таъминланадилар.

Даволаш тadbирлари ва меҳнат жараёнлари шифокор ва йўриқчилар 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, республика шифохоналарига йўлланадилар.

2) ижтимоий ёрдам — реабилитация ва реадaptация чоратadbирларини ўтказиш. Диспансерлар нафақат даволаш-ташхис ишларини ўтказиш, балки беморни жамиятнинг фойдали аъзоси сифатида сақлаб қолишни ҳам мақсад қилиб куяди.

Беморларни реабилитация қилиш энг аввало қайтадан ижтимоий ҳаётда беморнинг шахсий ҳолатини, индивидуал ва жамиятдаги кийматини тиклашдан иборатдир. Яъни М.М.

Кабанов 1971, 1985й. бемор биринчидан, ўзининг кўз ўнгида ўзлигини танитиши, иккинчидан жамият кўз ўнгида бемор ҳолатини тиклаши зарур.

Диспансерларнинг реабилитация бўлими беморларни иш билан таъминлаш, уларга ҳуқуқий ёрдам бериш, оила, уй шароитларини яхшилашда қўмаклашиш, корхонадаги ва бошқа тортишувга сабаб бўлган масалаларни ечишда, болаларини болалар муассасаларига жойлаш, бемор устидан ғамхўрлик қилиш, уларга лозим бўлса текинга, навбатсиз уй олишга ёрдам бериш, тузалгандан сўнг ишга ёки майиб ва мажруҳлар уйига жойлаштириш билан шуғулланади. Агар беморларда меҳнат қилиш қобилияти сақланган бўлса, уларни жамиятга фойда келтирувчи ишларга жойлаштириш масаласи ҳал қилинади. Реабилитация режаларини муваффақиятли амалга оширишда шифохонадан ташқари руҳий ёрдам мажмуаси ҳам бўлиши шарт. Шифохонадан чиққан руҳий беморни реабилитация қилиш вазифалари кўйидагилардан иборат бўлиши керак: касалликнинг қайта зўрайишининг олдини олиш, резидуал ҳолатларни коррекциялаш ва беморнинг ишга жойлашувига ёрдам беришдир. Ана шу мақсадда шифохонадан ташқари руҳий касалларга ёрдам бериш муассасалари яратилган эди. Бу муассасалар сони тараққий этган шаҳарларда йил сайин ортиб бормоқда, булар: руҳий асаб 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: кундузги ва тунги шифохоналар ва бошқалар. Кундузги ва тунги шифохоналарнинг асосий афзаллиги шундан иборатки, буларда беморлар даволаниш даврида ҳаётий жараёндан ажралмайди ва шифохонада ётиб қолиш хавфи бўлмайди. Кундузги ва тунги шифохонада ётиб даволаниш ва ёрдамнинг бошқа оралиқ шакллари кенг аҳоли оммасининг руҳий касалларга тўғри муносабатда бўлишларини таъминлайди.

Беморларнинг реабилитацияси тиббий касбий ва ижтимоий реабилитацияга бўлинади. М.М.Кабанов томонидан 1963й. руҳий кассалларни реабилитация қилишнинг 3-та босқичи тақлиф этилган.

Реабилитациянинг дастлабки босқичи—қайта тиклаш давоси (бошланғич давр) руҳий нуқсон ҳосил бўлишининг олдини олиш, беморнинг майиб-мажруҳ бўлишига йўл қўймаслики 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 ҳоказолар) қўшиб олиб борилади.

Реабилитациянинг иккинчи босқичи қайта адаптациядир. Бунинг вазифаси ташқи муҳит шароитларига беморни мослаштириш 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 узоқ даволанган беморларни яна ижтимоий ҳаётга қайтариш, яшашга, ишларга ўргатиш, одамларга муомала қилишга ўргатиш катта аҳамиятга эга. Бу бир гуруҳ одамлар ёки оила аъзолари билан муносабатда бўлиш йўли билан амалга оширилади. Асосий мақсадга эришиш учун даволаш ўта муҳимдар, жисмоний тарбия ишларига эътибор бериш — маданий тадбирлар ўтказиш даволашда ёрдамчи омиллар ҳисобланади.

Реабилитациянинг иккиламчи босқичи асосан беморнинг касб-ҳунарини алмаштиришни назарда тутлади. Бу босқичда биологик даволаш ва беморни қувватлантириб туриш, ёки касаллик бир оз зўрайганда унга руҳий таъсир қилувчи дорилар беришдан иборат бўлади.

Реабилитациянинг учинчи босқичи — реабилитациянинг асл маъносини ифодалайди. Бу босқич-беморни индивидуал ва жамиятдаги қадрини: атрофдаги воқеаликни, 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 шифохонадан 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 омиллардан келиб чиқиб, реабилитациянинг имкониятларини ҳисобга олиш керак бўлади (жинси, ёши, касалликнинг клиник хусусиятлари), муҳит ва шахс муносабатлари (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 руҳий касалликларда адаптация қилиш, яъни беморни муҳитга мослаштириш етакчи бўлади. Неврозли беморларнинг реабилитация режаси шундай тузилиши лозимки, бунда биринчи навбатда касалликни камситиш ёки ошиқча баҳолашдан сақланиш лозимдир (Б. Д. Карвасарский, 1980).

Алкоголизмга учраган беморларнинг реабилитацияси жамоат олдида бўлишига эътибор бериш керак.

Реабилитациянинг аниқ мақсадлари бир қатор омиллар билан боғлиқ бўлади. Мақсад соддароқ бўлганда, масалан, шифохонада ёки уй шароитларида касалга парваришни камайтиришга қаратилган бўлиши (ёш улғайиши билан боғлиқ бўлган эс пасайишида, шизофрениянинг охириги босқичларида) мумкин. Бошқа ҳолатларда реабилитациянинг мақсади жиддий, бемор касбини ўзгартириш, унга мос иш топиш, ҳаётга мослаштириш ва ҳоказолар бўлиши мумкин. Ниҳоят, агар касалликнинг тузалиши қатъий бўлгани ҳолда мақсад беморни ўзининг аввалги ишига қайтаришга ёки ўқишини давом эттиришга қаратилган бўлмоғи лозим.

Диспансерлар таркибида ижтимоий ёрдам ва ҳуқуқий хоналар мавжуд бўлиб, у ерда юридик маълумотли мутахассислар ишлайдилар. Ҳуқуқий хона ходимлари беморларнинг ишлари бўйича судларда иштирок қилдилар. Юқорида кўрсатилган реабилитация ва реадатация хизматларидан ташқари, диспансер уларни вақтинчалик ишга яроқсизлигини текшириб, аниқлаб беради, ҳарбий ва суд руҳий экспертизасини ўтказди, хавфли руҳий беморларнинг жамоатга зарари тегишининг олдини олиш чораларини ишлаб чиқади, тумандаги барча умумтиббий муассасаларга маслаҳат ёрдамини беради.

Тез руҳий (амбулатор) ёрдамни ташкил этиш. Руҳий беморларда кўпинча пайдо бўлувчи турлича шаклдаги руҳий-ҳаракат қўзғалишлар (онгнинг ўзгариши билан кузатиладиган руҳият ўзгаришлари, депрессиялар, айниқса ўз жонига қасд қилиш билан кузатиладиган тутқаноқ ҳолати, руҳияти ўзгаришга мойилларда эффектив портлаш ва бошқалар) руҳий шифокорнинг тез ёрдамига муҳтож бўлади. Шундай ҳолатларда руҳий ёрдамни диспансернинг навбатчи шифокори, йирик шаҳарларда ихтисослашган тез ёрдам бригадаларини чақириш билан амалга оширилади.

Касалликнинг ҳисоби ва беморларни қайта тиклашни руҳий асаб диспансерларининг ташкилий-услуг хоналари амалга оширади. Уларнинг вазифасига руҳий беморларни аниқлаш, кузатиш ва даволаш, руҳий беморларни 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 кўрсатади, руҳий хизматни янада ривожлантириш режаларини тузади. Ташкилий илмий-амалий конференциялар ўтказилади, руҳий хизмат тўғрисида умумий ҳисоботлар тузади ва сўровномаларга жавоб беради.

Туман психиатри беморлар орасида руҳий профилактика ишларини олиб боради, руҳий касалларни аниқлайди, уларни доимо кузатиб боради, даволайди, руҳий беморларнинг жамоага хавfli ҳаракатларининг олдини олувчи чора-тадбирларни ишлаб чиқади. Барча руҳий беморлар ҳисобга олинади ва тузалса ёки тумандан бошқа ёққа кўчиб кетса диспансер психиатр-шифокорлар томонидан ҳисобдан чиқарилади.

Шифохонадан ташқари ёрдам қишлоқ жойларда шаҳар туманларида бўлгани каби усулларда олиб борилади. Агар шифокор-психиатр бўлмаса 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 ташхис қўйиш 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 қуйидаги: беморларни қабул қилувчи қабул қилиш бўлими ва турли йўналишдаги даволаш бўлимларидан иборат бўлади. Беморларни бўлимларга тўғри тақсимлаш муҳим аҳамиятга эгадир. Руҳий ёрдам беморларнинг турларига боғлиқ бўлади. Турли руҳий касалликлар бир хил шароит ва даволаш ҳолатларида сақланувчи аралаш бўлимлар билан биргаликда ихтисослашган: соматик, юқумли, қариялар, болалар, чегара ҳолатлари, судпсихиатрия, реабилитацион (кундузга ва тунги стационарлар, даволовчи меҳнат устахоналари), шаҳардан ташқаридаги ва бошқа бўлимлар мавжуддир. Бундан ташқари, сўнги вақтларда умумий соматик шифохоналарнинг руҳий неврологик бўлимларида руҳий ердам ташкил этилган. Бу бўлимларда асосан чегара ҳолатларидаги, энгил 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 йўлланади. Бундай беморларнинг маълум бир ҳудудларга бўлиниши беморларни даволашда давомийликни таъминлайди. Бир қатор руҳий шифохоналарда ва бўлимларда иш олиб бориш очиқ эшиклар тизими каби, яъни руҳий беморларнинг аҳволи умум соматик шифохоналарнинг ҳолатлари билан тенглаштирилади.

Тиклаш давоси ўтказиш учун руҳий шифохоналарда даволаш-меҳнат устахоналари мавжуддир. Даволаш-меҳнат устахоналаридаги асосий вазифа, беморларнинг беморлиги туфайли йўқотган ёки сақланиб қолган ишлаш қобилиятини тиклашдан иборатдир. Реабилитация жараёнида беморлар иш жараёнида соддароқ ишдан мураккаброғига ўтказиб борилади. Устахоналарда одатда қоғоз маҳсулотлари, дурадгорчилик, тикиш-бичиш, турли деталарни йиғиш, асбоб-ускуна цехи, болаларнинг арча уйинчоғини ясовчи цехлар мавжуд бўлади.

Меҳнат билан даволаш руҳий беморларга меҳнат қилиш ва касб адаптациясини вужудга келтиради. Беморларнинг меҳнатига ҳақ тўланади. Беморлар бу устахоналардан ишни уйига ҳам олиб кетиши мумкин. Уста-хонанинг ўзида ишловчилар учун бепул овқат ва дори-дармонлар билан даволаш ташкил этилади. Даволаш меҳнат устахоналари вазифасига шифохона бўлимларининг ичида ҳам меҳнат билан даволанишни ташкил этиш киради. Меҳнатнинг тури ҳар бир бемор учун даво-

ловчи шифокор ёки меҳнат билан даволовчи махсус шифокор томонидан белгиланади. Руҳий шифохоналарда беморларни ҳар томонлама текшириш учун барча шароитлар мавжуддир. Бу эса аниқ ташхис қўйиш учун ва беморнинг ҳолатини тўғри баҳолаш учун керакли шароитни вужудга келтиради. Бунинг учун турли лабаротория (клиник-биохимиявий, функционал диагностика, электроэнцефалография, рентген кабинети, терапевт, невропатолог, кўз шифокори, жарроҳ гинеколог, стоматолог, психолог, гипнотерапия) махсус кабинетлар мавжуддир. Бўлимларда даволаш тадбирларини ўтказиш хоналари, дориларни тақсимлаш хоналари, махсус даволаш усулларини ўтказувчи хоналар (инсулин билан даволаш, ЭСТ, уйқу билан даволаш, руҳий даво, гипноз билан даволаш, сексопатологик) мавжуддир. Бундан ташқари, гипнотерапия (ванна, душ) ва меҳнат билан даволаш устахоналари бор.

Бўлим ичидаги кабинетлардан ташқари, умумий шифохонанинг турли бўлимлари: физиотерапия, гидротерапия бўлимлари, уқалаш хоналари доимий фаолият юритади.

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, телевизор, радио эшитиш хоналари, ҳар бир бўлимда спорт майдончаси бор. Сайр қилиш учун боғ барпо этилган. Бўлимларда турли расмларнинг, гилам ёки палослар ва зарур жиҳозларнинг бўлиши катта аҳамиятга эга. Болалар бўлимларида уйинчоқлар, болалар майдончалари, болаларнинг ўқув ва нутқини тўғрилаш хоналари ташкил этилади.

Руҳий беморларни стационар даволаш ишлари руҳий-асаб диспансерлари ёки поликлиникаларнинг руҳий шифокори ёки махсус руҳий шифокорлар жамоаси томонидан олиб борилади.

Шифохонага йўллаш беморнинг ёки уларнинг қариндошлари розилигига қараб бўлади. Агар бемор ижтимоий хавфли бўлса шифохонага бемор қариндош-уруғларининг розилигисиз — шифокорлар комиссияси тавсияси билан юборилиши мумкин. Ҳуқуқни бузган руҳий беморларга, суд "улар ўзини билмайдиган руҳий ҳолатда" деб ҳукм чиқарса, суд уларни мажбурий даволаш учун йўллайди. Тез ётқизилиши зарур бўлган, жамоат учун хавфли бўлган беморлар биринчи кун давомида ҳайъат шифокори томонидан қараб чиқилади, унга лозим бўлган даво ва тартиб касаллик тарихномасига ёзиб қўйилади.

Шифохонадан чиқариш бўлим бошлигининг розилиги билан даволовчи шифокор томонидан амалга оширилади. Кетувчи беморга касаллик тарихномасидан кўчирма эпикриз (хулоса) ёзилиши жоиздир. Унда касалликнинг кечиши, даволаниш даври, беморга қандай даво қўлланилганлиги, кейинги даволаш тadbирлари, иш бўйича тавсиялар ёзилган бўлади. Бемор турадиган жойидаги руҳий асаб диспансерига бу касаллик фарихидан кўчирма юборилади.

Руҳий ёрдамнинг энг муҳим 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 тизимидан наркологик ёрдам ажратилди.

Шифохонадан ташқари наркологик ёрдам ихтисослашган диспансерда ўтказилади. Диспансер вазифасига алкоголизм, наркомания, токсикоманияга мубтало бўлаётганларни аниқлаш ва алкоголик бўлиб қолган беморларни ҳисобга олиш, бу ҳасталикларни даволаш ва олдини олиш ҳамда уларга ижтимоий ёрдам бериш масалалари киради. Диспансер саноат корхоналарида, муассасаларда, ётоқхоналарда, мактабларда, МКХУЮ 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 усуллари пи ўрланади. 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 профилакторийлар ташкил этилган. Сурункали алкоголизмга учраган, гиёҳвандларни, токсикоманларни шифохонага ётқизиб даволаш зарур. Наркодиспансерларда биринчи ва қайта тушувчилар учун алоҳида бўлимлар ва алкоголли психоз ҳолатлари учун алоҳида шароит яратилиши лозим.

Алкоголизм дардига мубгало бўлганларни мажбурий равишда даволаш — меҳнат профилакторийсига ётқизиш мумкин. Даволаш фойда бермаса, алкоголизм қайталаниб турса, бу мажбурий даволашга кўрсатма ҳисобланади. Даволаш муддати 2 йилгача. Бемор муваффақиятли даволангач, ўзини намунали тутиб юрса ва ижтимоий меҳнатда ўзини кўрсатса, ўша шифокорлар комиссияси қарор қилиб уни муддатидан аввал мажбурий даволашдан озод қилишлари мумкин.

Наркологик диспансерларда ва шифохоналарда ёрдамчи бўлимлар, клиник ва биохимиявий лабораториялар, функционал ташхис хонаси, рентген хонаси, физиотерапия хонаси, терапевт, невропатолог, кўз шифокори, психолог, гипнотерапия хоналари ва мастлик даражасини аниқлаш хоналари ташкил этилади.

Шифохонадан ташқари руҳий ёрдам умумий поликлиника кўмаги билан яқин алоқада ишлайди. Шу мақсадда умумий поликлиникада психиатр-терапевт хонаси очилиши мақсадга мувофиқдир. Бу эса умумий ва руҳий беморларини мослаштиришга ёрдам беради.

Психиатрияда даволаш усуллари мавзусига оид вазиятли масалалар.

1. Бемор К., 46 ёшда, автоҳалокат натижасида 2 йил олдин бир неча маротаба жарроҳлик муолажаси ўтказалган. Узоқ вақт оғриқ сезган, уйқу бўлмаган, шу сабабли транквилизатор ва барбитуратлардан ичиб юрган. Асосий касаллик яхши бўлишига қарамасдан **транквилизаторлар** миқдори ошиб борган. Охириги вақтда кечқурун 8-10 та рагипнол ва 5-6 та димедролдан кейин ухлаган. Ҳолатни аниқланг. Шифокор хатоларини айтинг!

2. Бемор 18 ёшда. Чала туғилиб жисмоний ва руҳий ўсишдан орқада қолган. 3,5 ёшлигида биринчи маротаба 3-6 дақиқа давом этувчи тутқаноқ хуружлари кузатилган. 10 ёшидан бошлаб тутқаноқлар кўпайган ва мушаклар ҳолсизлиги кузатилган. 6 ёшдан гапира бошлаган. Тутқаноқ вақтида: эс-ҳуши йўқолиб, мушаклар тортишуви ва ихтиёрсиз сийдик чиқиши кузатилади, тутқаноқ 5-15 дақиқа давом этади ва кейинчалик уйқуда ўтади, тутқаноқлардан кейин амнезия ҳолати. Фикрлари секинлашган, ёпишқоқ, жаҳлдор, инжик, эзма. Билим даражаси паст. Фақат оддий жисмоний меҳнатга қобилиятли. Ҳозирги вақт воқеаларни эслаши пасайган.

А) Ташхисни аниқланг.

- 1) Эпилепсия касаллиги шахс ўзгариши билан;
- 2) Психопатия, истерик тури;

- 3) Бош мия органик касаллигидан кейинги ақли пастлик;
 - 4) Джексон тутқаноғи.
- Б) Тутқаноққа қарши дори:
- 1) Карбамазепин;
 - 2) Диакарб;
 - 3) Тизерцин;
 - 4) Феназепам.

Мавзуга оид саволлар.

1. Психотроп дори воситаларини 7 та ғуруҳи қайсилар?
2. Типик нейролептиклар деганда нимани тушунасиз?
3. Атипик нейролептиклар деганда нимани тушунасиз?
4. Нейролептикларнинг ноҳўя таъсирлари ҳақида сўзлаб беринг.
5. Экстрапирамид бузилишларга нималар киради?
6. Эрта дискенизия нима?
7. Акатизия деганда нимани тушунасиз?
8. Кечки дискенизия неча йилдан сўнг ривожланади?
9. Эпилепсияни даволашда қайси препаратлар қўлланади?
10. Ўткир психозли беморларга психотерапия утказиш мумкинми?

Психиатрияда даволаш усуллари, психиатрик ва наркологик ёрдамни ташкиллаштириш мавзуси бўйича тест саволлари.

Психиатрияда даволаш усуллари

1. Антидепрессантларни кўрсатинг:

*Амитриптилин;

*Депресс;

Аминазин;

Галоперидол;

Трифтазин;

*Мелипрамин.

2. Нейролептик синдром қайси дориларда ривожланади ?

*Галоперидол;

*Трифтазин;

Феназепам;

*Азалептол;

Нозепам.

3. Нейролептик турлари:

*Галоперидол;

*Трифтазин;

Феназепам;

Альпрозолам;

Нозепам;

*Тизерцин.

4. Ноотропларни кўрсатинг:

*Пирацетам;

Диазепам;

Альпрозолам;

Нозепам;

*Ноофен;

*Нейромидин.

Психиатрик ва наркологик ёрдамни ташкиллаштириш

1. Психиатрик стационарга ётқизиш учун кўрсатмалар:
агрессияга мойил бўлмаган маниакал ҳолат;

*овқатдан заҳарланиш васвасаси, овқатдан бош тортиш
неврозлар;

туғма ақли заифлик

*императив галлюцинациялар;

*кататоник ступор.

2. Қайси касалликларда овқатдан бош тортиш кузатилади?

*анорексия;

*депрессив синдром;

кататоник ступор;

маниакал синдром;

гебефреник синдром;

сохтадеменция.

3. Қуйидаги ҳолатларнинг қайси бирида социал хавfli ва су-
ицидал хулқ кузатилади ?

деменция;

*патологик аффект;

кўнгли бўшлик;

*ажитирланган депрессия;

апатико-абулик ҳолат;

*дисфория хуружи.

4. Шошилинч госпитализация учун кўрсатмалардан
бирини топинг:

*ажитирланган депрессия;

психоорганик синдром;

*кататоник қўзғалиш;

обсессив синдром;

апатико абулик синдром;

олигофрения, имбециллик даражасида.

I. Адлия-руҳий касалликлар экспертизаси

Тиббий экспертизалар орасида энг керакли ва қийин тармоқ — бу руҳий касалликлар экспертизасидир. Жамики давлатлар қонунчилигида руҳий касалларнинг жамиятдаги ўрни, фуқаролик ҳуқуқлари, жиний жавобгарликлари ва гувоҳлик қоидаларининг меъёрлари берилган.

«Қадрсизлик» деган тушунча руҳий касалларнинг жамиятдаги ўрнини аниқлаб берадиган асосий юридик тушунчадир.

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 асосий ва муҳим масала уларни жиний жавобгарликка тортиш ёки тортмасликдир. Бунда содир этилган жиноят ва беморнинг 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, масала, шизофрения, кучайиб борувчи фалаж, тутқаноқ ва ҳоказо киради. Руҳий фаолиятнинг вақтинчалик бузилишларига сумерик ҳолат, ҳар хил патологик аффектларни киритиш мумкии. Бироқ санаб ўтилган бирор-бир бузилишлар бемор 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 утказиш мажбур.

Адлия-руҳий касаллик экспертизасининг вазифалари қуйидагилардан иборат:

1. Жиний жавобгарликка тортилаётган, қўлга олинган шахснинг ҳолатини аниқлаш ва қилиниши керак бўлган тиббий талбирлар ҳақида хулоса тайёрлаш.

2. Топшириқни бажармаётган даврдаги руҳий бузилишлар

белгилари топилганда шахснинг руҳий ҳолатини аниқлаш ва ушбу шахс устидан ўтказилиши керак бўлган тиббий тадбирлар ҳақида хулоса бериш.

3. Талаб қилинган пайтда жабрланувчи ва гувоҳларнинг руҳий ҳолатини аниқлаш.

4. Суд фуқаролик жараёнида, агар шахснинг руҳий саломатлигига шубҳа туғилса қобилятсизлиги ҳақида хулоса бериш.

Фақат олий тиббий маълумотга эга бўлган шифокор-психиатр адлия-руҳий касаллик эксперти мутахассиси бўлиши мумкин. Амалиётда ҳар қандай ҳолатда ҳам экспертиза қидирув органлари ёки суднинг таклифи билан амалга оширилади. Текшириладиган шахснинг ҳолатига қараб экспертиза касалхона ёки амбулаторияда, судда, изқувар иштирокида ўтказилади. Руҳий саломатлиги, ақли қочганлиги ёки қобилятсизлиги 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 кўрсатилади. Иккинчи — 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 бирор аъзо келишмаса ўз фикрини ёзма бериши мумкин. Бу хил тиббий тадбирларга қуйидагилар қиради:

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 рухий беморнинг жамиятга бўлган хавфига қараб белгиланади. Мажбурий даволанишга юборилган ҳар қандай бемор ҳар 6 ойда саломатлигини текширтириб туриши шарт.

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 (узоқ вақтли). Бу хил бўлиниш амалиётда катта аҳамиятга эга бўлса-да, лекин улар нисбий характерда, 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 яроқсизлик дейилади. Буни даволовчи шифокор белгилайди. Агар узоқ вақтга зарурат бўлса, ВКК белгилайди. Агар бемор белгиланган ишни тўлиқ бажаролмай, бошқа ишга вақтинча ўтказилса, бу вақтинчалик ишга яроқсизлик дейилади. Меҳнат қобилиятининг турғун бузилиши эса саломатлигига путур етганда ёки касаллиги сурункали шаклга ўтса ва вақти-вақти билан хуружлаб турса юзага келади. Амалиётда меҳнат қобилиятининг турғун бузилишининг икки кўриниши фарқланади: 1) меҳнат қобилиятининг тўлиқ йўқолиши, 2) тўлиқсиз меҳнат қобилияти. Буларнинг ҳар иккиси ҳам ногиронликка олиб боради.

Ногиронликнинг уч гуруҳи фарқланади: I гуруҳ меҳнат қобилиятини тўлиқ йўқотган ва доимий ёрдамга ва назоратга муҳтож кишилар. II гуруҳ бирор касб меҳнагига нисбатан меҳнат қобилиятини тўлиқ йўқотган, оддий ишлаб чиқариш шароитида иш бажаролмайдиган кишилар. III гуруҳ оддий ишлаб чиқариш шароитида ўз касбини тизимли бажаролмайдиган, лекин қолган меҳнат қобилиятини енгил ишларга сарф эта оладиган кишилардир.

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. Мазкур гуруҳларга меҳнат қобилияти

пасайган, сурункали касаллиги бўлган беморлар (ногиронлар эмас) киради. Булар ишлаб чиқариш шароити ўзгарган ёки бошқа ишга ўтказилган бўлишлари керак. Бироқ улар ногиронлик пенсиясига чиқмайдилар ва уларнинг саломатлиги экспертизада кўрсатилади. Уларга ишнинг турини шифокор маслаҳати комиссияси (ВКК) аниқлаб беради.

Юқорида санаб ўтилган барча меҳнатга яроқсизлик турлари ва шакллари бирор руҳий касалликлар муассасасида экспертиза орқали тасдиқланади. 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 шаклидагилар (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, унга I гуруҳ ногиронлиги белгиланади. Оғир шизофрения билан оғриётган I гуруҳ ногирони қайта текширувда аҳволи яхшилангани аниқланса, II ёки III гуруҳ ногиронлигига ўтказилади. Ўз вақтида даволанса, кучайиб борувчи фалаж ташхиси қўйилган шахс ҳам ишга кайтиши ёки ногиронлик гуруҳи ўзгартирилиши мумкин.

Мия-суяк жароҳатидан кейин руҳий бузилиш билан асоратланганларга ҳам вақтинчалик ногиронлик белгиланади. Ногиронлик гуруҳларига ажратишда агар шубҳа туғилса, албатта, беморнинг ижтимоий аҳволи ҳисобга олинади. Қолаверса, ҳамма руҳий бузилишларда ҳам меҳнат қобилияти тўлиқ йўқолмайди. Шунинг учун буларда вақтинчалик меҳнат қобилияти йўқолишини унутмаслик керак. Шундай бузилишларга неврозлар, ҳар хил реактив ҳолатлар ёки асаб тизимларининг жароҳатланиши киради. Агар экспертиза бундай ҳолларда беморни меҳнат ва дам олишини ташкил этишга даъват қила олса, бу унинг катта ютуғи бўлади.

III Ҳарбий-руҳий касаллик экспертизаси

Бу экспертиза ҳарбий хизматга 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, касалликнинг характери ва даражаси, ҳарбий хизматга чақирилгунча бўлган меҳнат қобилияти ёки хизматдаги даври ўрганилади.

Ҳарбий хизматга чақирилувчи ўзини соғлом ёки носоғ хисоблашидан қатъий назар умумий тиббий кўриқдан ўтишга мажбурдир. Шундан кейин ундаги субъектив шикоятлар, лаборатория маълумотларига ҳам қаралиб, унинг соғлиғига баҳо берилadi.

Ҳарбий хизматга чақирилаётган шахс томонидан кўрсатилган ҳар қандай сўровнома ва материаллар уни ҳарбий хизматдан озод қилишга етарли эмас.

Агар текширув ўтказаетган шифокор ҳарбий хизматга чақирилувчининг соғлиғини баҳолаётганда қийналиб қолса, у бирор даволаш муассасасига мурожаат этади. Бунда мурожаатнинг аниқ муддати кўрсатилади. Даволаш муассасаларининг ва мутахассис шифокорнинг билдирган фикрлари ҳарбий хизматга чақирилувчилар комиссияси учун ҳал қилиш овозига эга эмас, балки йигитнинг ҳарбий хизматга яроқли ёки яроқсизлигини аниқлашда материал ҳисобланади, холос.

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.

7) Даволаш муассасасига келган сана.

2. Текшириш ўтказилган вақтдаги шикоятлари.

3. Оилавий аҳволи.

Беморнинг ота-онаси, қариндошлари ҳақидаги маълумотлар: ота-онасининг ёши, касби, улар орасидаги фарқ, турмуш қурган йиллари, болалари, ўлик туғилганлари, тушиб қолганлари.

Оилада ёки қариндошлари орасидаги асаб ва руҳий касалликлар, шунингдек шизофрения, тутқаноқ, ақлипастик, сурункали ичувчи, гиёҳвандлик, ўз-ўзини ўлдириш, уларнинг таснифлари. Иложи бўлса шажара тузинг!

4. Беморнинг ўзи ҳақида (шахсий анамнез). Оилада нечанчи фарзанд ҳисобланади. Онда 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, қизилча, бўғма, уйқучанлик, тунги қўрқиш, тунда юриш, сийиб қўйиш, тутқаноқ, сиқилиш, бош оғриғи).

2) Мактаб ёши ва ўсмирлик ҳаёти:

Неча баҳога ўқиган, унинг хулқи, мактабга, бирор фанга муносабати, кўриш, эшитиш ва сезиш аъзоларига боғлиқ бўлган хотираси.

Қандай тарбияланган? (қаттиққўл, юмшоқ, очик-кўнгил). Оилавий муҳит. Ўртоқлари ва қариндошлари билан бўлган муносабати. Уйдан кетиб қолган вақтлари. Мактаб ёшида беморнинг асаб тизимига оғирроқ таъсир (жисмоний ҳаракат, органик касалликлар, қўрқиш) бўлганми?

3) Балоғат ёши:

Меҳнат фаолияти (меҳнат қобилияти, танлаган касби ва унга бўлган муносабати, мутахассислиги бўйича ишлаяптими, ўқияптими? Ҳарбий хизмат сафидаги хизмати (қачон, қаерда, қанча, касал бўлган?)

Жамоат ишларига бўлган қизиқишлари, ҳаётдаги ўрни. Ташқи таъсирларга сезувчанлиги, одамларга бўлган муносабати қандай? Ўз ташвишларини бошқалар билан ўртоқлашадими? Одамларга бўлган ишонувчанлиги қай даражада? Қандай машғулотларга қизиқади, маъруза қилишни, чиқишлар уюштиришни ҳамда бадий ҳаваскорлик тўғарақларига қатнашишни ёқтирадими? Қийинчиликларни қандай енгади? Мақсадига бўлган интилишлари (юқори, ўртача, умуман йўқ) қай даражада.

Муаммоларни қийинчиликларсиз енгандими ёки иккиланиш аломатлари бўладими? Истаги ва интилишларини керак пайтида яшира оладими? Уришиш, қичқирриш, йиғлаш, гапга қулоқ солмаслик хуружлари бўладими?

Бир муҳитдан бошқасига қандай мослашади? Масалан, касалликдан сўнг иш бошлаши (тез, секин, қийинчилик билан) қандай? Кайфияти (доимий, ўзгарувчан, тез ўрганувчан) ўзгаришларига таъсир қиладиган сабаб ва уларга қарши курашиши қай даражада?

Балоғат ёшига ёки климактерик даврга ўтиш бемор характери ни ўзгартирадими? Гиёҳвандлик ва спиртли ичимликларга бўлган муносабати қандай? Чекадими ва чекса қанча чекади?

Оилавий ва жинсий ҳаёти.

Жинсий ҳаётининг ўзига хослиги (эрта ёки кеч бошланиши, интенсивлиги, жинсий совуқлик, гиперсексуаллик, қониқмаслик, онанизм, жинсий жиноят)? Ҳайз цикли, аборт, туғишлар, бола тушиб қолишлар.

Ҳайз кўриш даври руҳий ҳолатига таъсир қиладими?

Эри (хотини), ота-онаси, болалари билан ўзаро муносабати. Асаб тизимини сусайтирадиган омиллар (контузия, мия чайқалиши, жароҳат, умумий касалликлар, руҳий касалликлар), булар ўсмирлигида кузатилган (ёки йўқ)ми?

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 тизими (неврологиядан амалий машғулотларда қабул қилинган услубда). Кўриш, эшитиш, мувозанат сезгилари. Кўз симптомлари: қорачиқнинг ёруғликни сезиши, конвергенция, аккомодация. Бош мия асаб толалари, ҳаракати, ҳаракатчан, кам ҳаракатчан, мувозанати.

Рефлекслар: пай, тери, бўғим. Дермографизм, сезувчанлиги, оғриқ, тактил, чуқур, мускул. Нутқ бузилишлари, фонация, артикуляция, дудуқланиш, афазия.

3. Руҳий ҳолати. Беморнинг умумий табиати ва хатти-ҳаракатлари. Ташқи кўриниши: самимий, фарқсиз, қўпол, ўзини катта олиш кузатиладими?

6) Онги.

Вақтни, турган жойни, ўзини, атрофдагиларни ва воқеа-ҳодисаларни сезиш қобилияти. Онг бузилиши синдромлари (сопор, кома, делирий ҳолати, аменция).

1) Идрок (ҳис этиш).

Ихтиёрсиз идрок (иллюзия, галлюцинация, сохтагаллюцинация, 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 йўқ хаёллар, тасаввурлар. Васваса ҳолати. Васваса турлари, уларни тизимлаштириш, турғунлаштириш. Ихтиёрсиз идрок билан васвасага ўхшаш хаёл ўртасидаги боғлиқлик.

3) Хотира ва интеллект.

Ўтиб кетган ва яқин вақтлардаги воқеа-ҳодисаларнинг хотирада сақланиши. Мактабда, касбга оид ҳамда ижтимоий-сиёсий воқеаларнинг хотираларда сақланиши. Эслаб қолишнинг бузилиши. Гиппомнезия, амнезия, ретроград ва антеград амнезия, конфабуляция. Сўз бойлиги ва тасаввури. Билимнинг маълумот даражасига ва фикрлаш қобилиятига боғлиқлиги. Туғма ва ҳаёт давомида орттирилган ақлипастлик.

4) Ҳиссиёт олами.

Кайфияти: тўғри, тетик, хафа, ачинарли, айёр, тез ўзгарувчан, фарқсиз, хурсанд, кўтаринки, эйфорик, маниакал. Кайфият турғунлиги: кучсиз ҳиссиёт, турғун бўлмаган ҳиссиёт, ҳиссий қўполлик, парадоксал ҳиссиёт.

5) Эркинлик ва ҳаракатчанлиги.

Қизиқишлари (ўйинга, бошқаришга, меҳнатга, ўқишга ва суҳбатлашишга). Қизиқишларнинг турғунлиги ва ҳажми, жинсий ҳаётга бўлган қизиқишлари, овқатга муносабати, ўз-ўзини ўлдириш, гиёҳвандлик хуружлари. Тутуруқсиз жинсий алоқалар. Болаларга хос одатлар, девоналик, жимиб қолиш, ступор, негативизм, гапга чечанлик, ҳаракатчанлик.

6) Лаборатория маълумотлари.

Сийдиқ, қон, орқа мия суюқлиги ва бошқа текширишлар хулосаси. Биохимиявий, серологик, электрофизиологик ва бошқа кузатишлар маълумотлари.

7) Клиник ташхисини асослаш.

Анамнез маълумотлари, тиббий кузатишлар ва асбоблар билан текшириш хулосалари умумлаштирилади. Асосий психопатологик синдром аниқланади.

8) Қиёсий ташхис.

Ушбу касаллик этиологияси ва патогенези. Касаллик тарихи маълумотларига асосланиб мумкин бўлган этиологияни ва патогенез омилларини кўрсатинг. Патофизиологик механизмини тўлалигича ёзинг. Агар касаллик аниқ патологоанатомик кўринишга эга бўлса, уни тавсифлаб беринг.

9) Давоси.

Бу ерда касаллик этиологияси ва патогенезини ҳисобга олган ҳолда даволаш услубини кўрсатинг.

10) Кундалик.

11) Меҳнат, ҳарбий ва суд экспертизалари.

12) Оқибат (келажакдаги ҳолати ҳақидаги фикр).

13) Эпикриз (хулоса).

Анамнез ва клиник кўринишлари умумлаштирилади. Психопатологик ҳолати динамикаси кўрсатилади ҳамда бемор олган муолажа, унга берилган меҳнат ҳақидаги тақлифлар қисқа баён этилади.

Руҳий касалликлар экспертизаси мавзусига оид саволлар

1. Адлия-руҳий касаллик экспертизасининг вазифалари?

2. Руҳий фаолиятнинг вақтинчалик бузилишларига қандай ҳолатларни киритиш мумкин?

4. Адлия-руҳий касалликлар экспертизаси маълумотлари қандай кўринишида тўлдирилади?

5. Мажбурий даво қачон ва қандай қилиб тўхтатилади?

6. Меҳнат экспертизаси нимага керак?

7. Ногиронликнинг нечта гуруҳи фарқланади?

8. Ҳарбий-руҳий касаллик экспертизаси нима ва у нима мақсадда ким томонидан ўтказилади?

9. Даволаш муассасаларининг ва у мутахассис шифокорнинг билдирган фикрлари ҳарбий хизматга қақирилувчилар комиссияси учун ҳал қилиш овозига эга бўладими?

Руҳий касалликлар экспертизаси мавзусига оид тестлар

1. Адлия-руҳий касаллик эксперти лавозимида ким ишлаши мумкин?

А) Фақат олий тиббий маълумотга эга бўлган шифокор-психиатр;

Б) Фақат олий тиббий маълумотга эга бўлган (УАШ) умумий амалиёт шифокори;

С) Тиббий маълумоти бўлмаган малакали психолог;

Д) Юрист.

2. Суд фуқаролик жараёнида, агар шахснинг руҳий саломатлигига шубҳа туғилса унинг қобилиятсизлиги ёки саломатлиги ҳақида хулоса кимдан олинади?

- А) Адлия руҳий касалликлар экспертидан;
- Б) Тез ёрдам шифокоридан;
- С) Беморнинг оилавий шифокоридан;
- Д) Исталган шифокордан олса бўлади.

3. Адлия-руҳий касаллик экспертизаси ишларини бошлаш учун кимнинг тақлифи керак?

- А) Адлия-руҳий касаллик экспертиза қидирув органлари ёки суднинг тақлифи билан амалга оширилади;
- Б) Жабрланувчи таклифининг ўзи етарли;
- С) Шифокор хоҳиши билан ҳеч қандай ҳужжатсиз бошласа бўлади;
- Д) Психиатрия кафедраси ходимининг.

4. Ногиронлик гуруҳлари нимага асосан ва ким томонидан белгиланади?

- А) Ногиронлик гуруҳлари тиббий-меҳнат экспертиза ҳайъати хулосасига биноан ижтимоий таъминот бўлимларида аниқланади;
- Б) Шифокор хулосасига биноан ижтимоий таъминот бўлимларида аниқланади;
- С) Шифокор психиатр хулосасига асосан шу шифокорнинг ўзи томонидан белгиланади;
- Д) Ижтимоий таъминот бўлимлари хулосасига асосан тиббий меҳнат экспертизаси ҳайъати томонидан белгиланади.

5. Агар бемор бирор руҳий бузилиш билан доимий ёрдамга муҳтож бўлса, нечинчи гуруҳ ногиронлиги белгиланади?

- А) I гуруҳ ногиронлиги белгиланади;
- Б) II гуруҳ ногиронлиги белгиланади;
- С) III гуруҳ ногиронлиги белгиланади;
- Д) ногиронлик белгиланмайди.

6. Оғир шизофрения билан оғриётган I гуруҳ ногирони қайта текширувда аҳволи яхшилангани ва ўзини парвариш қилиш қобилияти тиклангани аниқланса нима қилинади?

- А) II ёки III гуруҳ ногиронлигига ўтказилади;
- Б) Барибир I- гуруҳ ногиронлигида қолдирилади;
- С) Бутунлай ногиронликдан чиқариб юборилади;
- Д) Муддатсиз ногиронлик тайинланади.

III—ҚИСМ ХУСУСИЙ ПСИХИАТРИЯ

13-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 дунё қарашнинг узоқ вақт ўтгандан сўнг рўёбга чиқадиган бузилишлари ҳам маълум.

Шикастланиш натижасида руҳияти бузилган беморлар психоневрологик диспансерлар ҳисобидаги беморларнинг тахминан 8% ини ва психоневрологик касалхоналарда даволанган беморларнинг 4% ини ташкил этади: Бошнинг механик шикастланишлари 12% ҳолларда кузатилади.

Нерв-руҳий бузилишларнинг манзаралари бош миЯ пўстлогининг қайси соҳаси ва қай даражада зарарланишига боғлиқ бўлади.

Одатда бош зарарланиши учун хос бўлган миЯ чайқалиши ва лат ейиши билан бир қаторда ўтувчан жароҳатланиши натижасида миЯ моддасининг зарарланиши кузатилади. Бу очиқ шикастланиши бўлиб, бунда миЯ эзилиши (компрессия), ёрилиб миЯ моддаси оқиб 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 айрим беморлардагина бош скелети шикастлангандан сўнг онг бузилиши дарров бошланмайди, балки бир неча дақиқа, айримларида эса бир неча соатлардан кейин бошланади. Бундай ҳолларда албатта миЯ чайқалиши тўғрисида сўз юритиб бўлмайди. Тўғрироғи, бундай ҳодисалар қон 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 дақиқалар билан ўлчанади, бироқ, коматоз ҳолатнинг бир неча соатлаб ва ҳатто кунлаб давом этиш ҳодисалари ҳам маълум. Бундай ҳолат қанчалик узоқ давом этса, миЯнинг оғир чайқалиши билан бир вақтда унинг конвекситат ёки базал сатҳи юзасининг зарарланиши, яъни коммоциянинг контузияга қўшилиб

келгани тўғрисида маълумотлар шунчалик кўп бўлади. Коматоз ёки сопороз ҳолатнинг асосий аломатлари ташқи таъсиротларга ҳар турдаги реакцияларнинг йўқлиги ёки жуда чегаралангани ҳисобланади. Кома мавжуд бўлганда чимчилаш ҳам, бирор нарса санчиш ҳам беморда жавоб реакциясини пайдо қилмайди. Агар бу сопор бўлса, оғриқ таъсиротиغا жавобан суст ҳимоя-муҳофаза реакцияси пайдо бўлади.

Шикастланишдан келиб чиқадиган церебрал шок ҳолатидаги беморларнинг умумий кўриниши ўзига хосдир. Улар одатда мушаклари тўла бўшашган (комадаги) ҳолатда ётадилар ёки (сопорда) мақсадсиз бетартиб ҳаракатлар қиладилар. Терининг ранги қочгани ва намлиги ҳам церебрал шокнинг ўзига хос аломатлари ҳисобига киради. Бу ҳолатда пульс тез, дақиқасига 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. Аксарият ҳолларда бемор аҳволининг 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 тезда чиқиб 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. Баъзи ҳолларда бемор қусади. Объектив текширилганда вестибуляр бузилишлар, конвергенциянинг сустлиги, анизокория ва бошқа неврологик симптомлар аниқланади. Одатда беморларнинг ташқи таъсиротлар, тақиллаш, шовқин, ёруғ нур, оғриқ таъсиротларига сезгир бўлиши қайд қилинади. Руҳиятда коматоз ҳолатдан чиқиш пайтида бемор хотирасининг сустлиги, диққатининг тезда чалғиши, фикр юритишининг қийинлашиши, кайфиятининг бесабаб бузилиб, шўх эйфориядан ваҳима қилишгача ва ҳатто тушкунликкача ўтадиган

ўзгаришлари қайд қилинади. Мия чайқалишига алоқадор бўлган бу барча ҳолатлар аста-секин босилади ва 2-ҳафтанинг охирига бориб бутунлай йўқолиб кетади. Бироқ коматоз ҳолатдан чиқишнинг бошқача йўли бўлиши ҳам мумкин. Баъзи ҳолларда довдираш (кома ёки сопор) ҳолати ўтиб кетиши биланоқ онгнинг делириоз ёки делириоз-онейрик аломатлари юзага келади. Беморлар атрофдагиларни танимайдилар, макон ва замонда мўлжални тўғри олмайдилар, ўз хатти-ҳаракатларини назорат эта олмайдилар. Бу бузилишларни ҳамиша делирийга ёки аменцияга таълуқли дейиш тўғри бўлмайди, айти бир вақтнинг ўзида иккала синдромнинг ҳам белгилари кўринади, 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, бироқ шикастлангандан сўнг делирийнинг чўзилиб кетиш ҳам ҳодисалари ҳам маълум (2 ҳафтагача).

Баъзи ҳолларда шикастланишдан келиб чиқадиган ўткир психоз эс-ҳушнинг ўзига хос кирарли-чиқарли бўлиш аломатлари билан тавсифланади. Касаллик манзарасида жойда ва шахсларда мўлжал қилишнинг бузилиши, баъзан ҳужум ёки ҳимоя туридаги кўрқув ва бекордан-бекорга ваҳимага тушиш билан ҳаракат қўзғалишлари биринчи ўринга чиқади. Баъзан эс-ҳушнинг кирарли-чиқарли бўлиш ҳолати кўпинча бирор билинарли руҳий бузилишларсиз шикастланиш натижасидаги шокдан чиққан беморларда пайдо бўлади. Бунга имкон яратувчи қатор шароитлар, хусусан беморни транспортда бошқа даволаш масканига олиб бориш ёрдам беради. Мана шунинг учун ҳам бош скелетининг очик 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 тикилиб қарамайдилар. Беморлар билан суҳбат кўрганда берилаётган саволларнинг улар онгига етиб бормаётгани, берилаётган маслаҳатларнинг қулоғига кирмаётгани, уларда макон ва вақтда мўлжал қилишнинг кескин бузилганини билиб олса бўлади.

Бош скелети шикастланишида руҳиятнинг қаттиқ бузилишининг оғир турларидан бири жароҳатли Корсаков синдроми ҳисобланади, у баъзан делириоз-аментив синдром ва довдираш синдроми билан алмашинади. Корсаков синдромининг типик аломатларига хотирлаш қобилятининг бузилиши, вақт ва маконда мўлжал қилишнинг бузилиши ҳамда идрок этишнинг очиқ алданиши киради. Одатда бундай беморларда ретроград амнезия ҳам кузатилади, бироқ унинг даражаси ҳамиша ҳам шикастланишнинг оғир-енгиллигига мос келавермайди. Умуман олганда эса, Корсаков синдроми ҳамиша ҳам миянинг оғир шикастланиб, зарарланишнинг натижаси ҳисобланади. Агар алкогольли Корсаков синдроми учун табиати ёрқин конфабуляциялар типик бўлса, унинг жароҳат негизда соҳа реминесценциялари, биринчи ўринга чиқади. Беморлар ҳеч қандай янги нарсани идрок этмайдилар, фақат вақтдаги хотираларни чалкаштириб юборадилар. Кўпчилик ҳолларда Корсаков синдроми 3—4 ой давомида барҳам топади, бироқ бош скелети очиқ шикастланиб, мия моддаси бутунлиги бузилганда амнестик бузилишлар анча узоқ вақтгача сақланиб қолиши мумкин.

Шикастланишлардаги нерв-руҳий сферанинг ўткир бузилишларига уруш йилларида кўп учрайдиган сурдомутизм-гаранглик — гунгликни киритадилар. Патологиянинг бу турини одатда ҳаво контузиясига боғланади. Бироқ 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, уни ҳаво контузиясининг натижаси деб қарашга ҳали асос бермайди. Ҳаво контузияси қўйидаги шикастланиш компонентларини: ҳаво зарб тўлқини, портлаш натижасида бир лаҳзада пайдо бўладиган ҳаво 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 узоқ давом этиши, коммоциялардан кўра контузияга хосдир. Етган ши-

кастнинг табиати тўғрисидаги саволга беморлар психоген ҳолатдан чиқаётганида жавоб бериши 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 асосан мотор соҳаси зарарланиши билан контузия бўлганда зарарланган ўчоқнинг қарама-қарши томонида тегишли мушак гуруҳларида таъсирланиш ёки бўшашиш ҳодисалари пайдо бўлади. Тепа ва энса соҳаларининг зарарланишида психосенсор бузилишлар, гемипарезислар, оптик агнозия кузатилади ва ҳоказо. Ўз-ўзидан маълумки, миянинг ўчоқли зарарланиши билан рўй берган бирор мураккаб руҳий бузилиш тўғрисида гапирарэканмиз, функцияни муайян бир анатомик соҳага қўшмаймиз. Гап бу ерда мия бирор соҳасининг жараёнга кўпроқ тортилиши тўғрисида кетмоқда, бунда унинг ҳаммаси шикаст етказувчи омил билан зарарланиши ҳисобга олинади.

Мия шикастланганидан сўнг узоқ 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 бузувчи 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 ушбу касаллакка хос алломатларда етакчи ҳисобланади. Бундан ташқари, беморлар-

нинг боши тинмай ёки ўқтин-ўқтин оғриydi, 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 намоён бўлади. Масалан, совуқда одам терлайди, иссиқда эса тери қуруқлашади.

Жароҳатли церебростения аломатлари, агар беморга ўз вақтида дам берилса ва зарур даволаш ўтказилса, сусаяди ва ҳатто бутунлай йўқолиб кетади. Бироқ ёмон шароитларда улар илгаридек салга янгидан пайдо бўлиши мумкин. Ликвординамик бузилишлар, клиник манзаранинг шаклланишида муҳим аҳамиятга эга, шунинг учун дегидратацион даволаш, ликвор маҳсулотини камайтирувчи ва орқа мия босимини пасайтирувчи воситалар, шифобахш таъсир кўрсатади.

Асосий церебростеник синдром заминда қатор бошқа функционал ўзгаришлар пайдо бўлиши мумкин: ипохондрик фикрлар, тинмай қўрқиш, баъзи ҳодисаларда, аксинча, ланжлик, апатия пайдо бўлади. Баъзи церебростения зўрайганда вестибуляр бузилишлар, уйқунинг бузилиши ва бошқалар биринчи ўринга чиқади. Бу жароҳатли церебростения кўринишининг келиб чиқишида фақат кишининг индивидуал хусусиятлари ва шикастланишидан олдинги табиати рол уйнамайди, балки бемор ҳаётининг шароити ҳам муҳим рол ўйнайди.

Кундалик клиник тажриба шуни кўрсатадики, психопатиянинг турларига, чунончи астеник ва истерик турларига мубтало бўлган одамлар орасида амнезиядан болалигида шикастланганлари ҳам учрайди. Ўз-ўзидан тушунарлики, травматик омил таъсири остида ўзгарган марказий нерв тизимининг реактивлиги, чунончи унинг салга бузиладиган бўлиб қолиши, ҳар хил кузатишларга чидамсизлиги психопатиянинг шаклланишига мойиллик туғдиради. Маълумки, жароҳатли церебростения билан оғриган болалар ўқишда яхши ўзлаштира олмайдилар ва ўсишда

тенгдошларидан орқада қоладилар. Болаларнинг ўз номукам-маллиги ҳақида ўйлаши баъзи ҳолларда уларни газаблантиради ва ҳулқнинг бузилишига олиб келади, бошқа ҳолларда эса ўзига ишончсизлигини кучайтириб, ўларни ҳаддан ортиқ тортинчоқ қилиб қўяди, натижада бундай болалар тарбиялаш шароити ёмон бўлганда психопатик шахслар сафини тўлдирувчи асосий заҳира бўлиб қолади.

Жароҳатли энцефалопатия (церебронатия). 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 кузатилади. 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 чизиқдан четга чиқиши анча барқарорлик билан кузатилади. Рўй-рост билинадиган неврологик аломатлар билан бир қаторда вестибуляр аппаратнинг сустлиги (у калориметрик йўл билан санаб кўрилганда ёки Баранов курсисида айлантирилганида аниқланади), вегетатив иннервациянинг асимметрияси қайд қилиниши мумкин ва ҳоказо.

Жароҳатли энцефалопатиянинг кенг тарқалган 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 тутқаноқлар типигаги талвасали пароксизмал билан бир қаторда дисфория хуружлари ва эс-хушнинг кирарли-чиқарли ҳолатлари эпизодлари бўлиши мумкин. Қатор муаллифлар баён этган болалардаги ҳамда катталардаги органик типдаги даврий психозлар кўпинча миянинг жароҳатли зарарланишига алоқадор бўлади.

Жароҳатли энцефалопатиянинг яна бир кенг тарқалган кўриниши унинг психосенсор тури ҳисобланади. Бунга вестибуляр бузилишлар осон пайдо бўладиган ҳодисалар ҳам кирарди. Бундай беморлар транспортда тез кетаётганда, кинода, гав-

да ҳолатини ўзгартирганда бош айланишидан доимо шикоят қиладилар. Бош айланишидан ташқари, кўпгина беморларда метаморфопсиялар ва гавда схемасининг бузилишини кузатиш мумкин. Ўзининг пайдо бўлишига кўра эпидемик энцефалитнинг сурункали босқичини эслатадиган жароҳатли паркинсонизм ҳодисалари маълум. Бу турнинг клиник манзарасида амиостанизм бузилишлар билан бир қаторда хиралик, зўрмазўраки кулиш ва йиғлаш каби аломатлар кузатилади.

Жароҳатли энцефалопатия шахс психопатик тузилишининг ривожланишига мойиллик туғдирадиган замин ҳисобланади. Атроф-муҳитнинг шароити ёмон бўлганда психопатияга ўхшаш маълум ҳолат пайдо бўлади, серзардалик, ғазабланиш, қизиқишларнинг чегараланиб, жуда рўй-рост эгоцентризмга етиш, аччиғланиш ва тажовузкорлик унинг асосий аломатларига киради. Психопатиянинг бу хилда ривожланиши кўпинча болаликда шикастланганда юз беради.

Шикастланган шахсларнинг алкоғолли ичимликларни кўп ичишга мойил бўлиши қадим-қадимдан яхши маълум. Бунинг сабаби, асосан ички тормозланиш механизмларининг бўшашиши ва шу туфайли ортиқча таъсирчанлик ва итоаткор бўлиб қолишдадир. Алкоғолизмга мубтало бўлган бундай кишилар одамлар орасида бўлганда соғлом кишиларга қараганда алкоғолни мунтазам равишда ичишга тез ўрганадилар. Бунда уларнинг алкоғол таъсирига жуда сезгир бўлишини ҳисобга олиш керак, улар алкоғолни нисбатан катта бўлмаган миқдорда ичганда ҳам маст бўлиб қоладилар. Бунда алкоғолли деградациянинг таъсири травматик церебростения ва энцефалопатиянинг комаларини чуқурлаштиради ҳамда беморларни аксарият ҳолларда ногирон қилиб куяди.

Жароҳатли деменция. Мия зарарланишидан узоқ вақт ўтгандан сўнг юзага келадиган оқибатларининг энг оғир тури деменция ҳисобланади. Унинг ривожланиши ҳамиша ҳам бошдан кечирилган шикастларнинг оғирлигига алоқадор бўлавермайди, бироқ кўпчилик, ҳолларда, шубҳасиз, мия моддасининг кенг кўламда зарарланишига боғлиқ бўлади. Жароҳатли деменциянинг клиник манзарасида беҳоллик, дангасалик, лоқайдлик ёки, аксинча, сал нарсдан таъсирланиш, импульсивлик, жоҳиллик ҳолатлари юзага чиқади. Бунда хотиранинг баъзан Корсаков синдроми турида жуда рўйи-рост бузилиши кўп учрайди. 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 асосан онгнинг делириоз синдром типигаги 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 ҳафтагача) ва бош миянинг органик зарарланиши аломатлари мавжуд бўлиши ҳисобланади.

Патологик анатомияси ва патогенези. Бош суягининг очиқ ва ёпиқ шикастланишларида патологик анатомия ва патогенетик механизмлар бир хил бўлмайди. Бош суягининг очиқ шикастланиши кўпинча мия моддасига яраловчи нарса (ўқ снряд парчаси), шунингдек бош суяги парчаси кириши туфайли пайдо бўлади. Ёпиқ шикастланишларда эса бош суяклари зарарланмайди, бунда ё мия чайқалади ёки бош мия суягига урилади, шикастланишнинг ҳар иккала турида ҳам, ўткир даврида умумий мия жароҳати аломатлари кузатилади. Кейинчалик калла суягининг очиқ шикастланишида фақат мия моддасининг бевосита зарарланишига алоқадор ҳодисалар эмас, балки инфекция табиатдаги асоратларга ҳам алоқадор ҳодисалар юзага чиқади. Бош суяк қопқоғи бутунлигининг бузилиши инфекция учун йўл очиб беради, бунинг натижасида, одатда йирингли менингоэнцефалитлар ривожланади. Бош суягининг компрессия ва контузия типигаги ёпиқ шикастларидан асосан бош мия III қоринчаси зонасига зарар етади. Бош мия III қоринчасининг кенгайганлиги, унинг деворларида нутқадек-нуқтадек геморрагиялар борлиги орқала микроскопик аниқланади. Мия қаттиқ лат еган ҳолларда мия моддасига кўп қон қуйилиши мумкин. Гистологик текширишда, одатда қон томирларда рўйи-рост ўзгаришлар кўрилади: капиллярлар ва прекапиллярлар спиралсимон ва пармасимон кўринишга киради, айрим жойларда томирлар конвалюта топилди. Периваскуляр геморрагик айлана қон шаклли элементларининг инфилтрацияси билан, шунингдек мия моддасининг ич-ичида эритроцитлар бўлиши билан очиқ-ойдин юзага чиқади. Агар мия чайқалишида бу нуқтадек-

нуқтадек геморрагиялар асосан бош мия III 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 қуйилишлар содир бўлади. Бу томир бузилишлари бевосита шикастланиш орқасидан келадиган ўткир босқичга хосдир. Кейинчалик улар жойига келиб қолади ва мия ганглиоз элементларидаги бузилишлар, ҳужайраларнинг кучли шишиши, кариорексис ва плазмолизлар биринчи ўринга чиқади.

Бош суякнинг очиқ шикастланишларида нерв тўқималарининг механик бузилишлари ва қон қуйилишлари 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 йўли орқали бош мия III қоринчасига борадиган ташқи ликвор у ерда ликворнинг қарши 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 пўстлоғида ёйилган қўриқловчи тормозланиш ҳодисаси юзага келади ва илгари ишланиб чиққан шартли рефлектор алоқалар йўқолиб кетади. Кейинчалик, бу ҳолат баргараф этилгандан сўнг шартли рефлектор фаолият тикланади, бироқ ички тормозланиш аломатларининг бўшашиши кузатилади.

Мия моддасидаги жароҳат чандиги мия атрофидаги нормал қисмларнинг доимий механик қўзғатувчиси ҳисобланади. Локал талваса тутқаноғи (Жексон эпилепсияси) асосида ётадиган қўзғалишнинг вақти-вақти билан юзага чиқиб туриши ана шунга боғлиқдир.

Даволаш ва профилактикаси. Жароҳатли бузилишнинг ўткир давридаги асосий тадбир беморларга камида уч ҳафта мобайнида тўла ором бериш ҳисобланади. Бирор жойга элтадиган транспортдан фойдаланиш зарур, чунки йўлдаги ҳар қандай қўшимча кучланиш (силкиниш, туртки)лар ликвординамик бузилишларнинг кучайишига имкон туғдириб, бош суяги

ичида қон қўйилишига олиб келади ва ўткир шикастланиш психозини пайдо қилиши мумкин. Шикастланишдан сўнгги биринчи 30—40 дақиқа ичида беморнинг бошига музли 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 магний сульфат, кальций хлорид, адреналинни ўткир даврда бериш тавсия этилмайди. Бу дориларни қўллашга зарурат туғилганда юрак воситаларини тайинлаш керак. Бош суягининг очиқ шикастланишида бемор доимо 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 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 бўлсада шовқинсуронли шароитдаги ишдан тинч ишга ўтказилса, касалликнинг бошланиб келаётган зўрайишининг олдини олиш мумкин. Мия шикастланишининг узоқ оқибатлари бор шахсларга меҳнат, дам олиш ва овқатланишнинг қатъий режимини тайинлаш зарур. Беморлар ортиқча зўриқмасликлари, ишдан ташқари вақтда ишламасликлари, дам олишлари ва бўш вақтларидан тўғри фойдаланишлари лозим. Энцефалопатия ривожланишининг олдини олиш ва тўхтатиш учун церебролизин катта дозаларда 10 мл в/и оқим билан 1 ой давомида, витаминлар, ва бошқа ноотроплар қўлланилиши лозим.

Шифокор беморларга қуёшда ортиқча исиб кетиш, ҳадеб 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 шифокор 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 алкогольли ичимликлар ичиш, тамаки чекишни мутлақо ман этиш керак.

Вегетатив бузилишларни кетказиш учун антидепрессантлардан венлаксор (хавотирга қарши таъсирга эга). Продуктив психопродуктив аломатлар ва қўзғалиш кузатилганда - нейролептиклар (риспаксол) Соғайиш даврида умумқувватлантирувчи терапия, ноотроп воситалар(церебролизин, ноофен, луцетам) витаминлар, қўзғалиш бўлса — нейролептиклар (риспаксол, нопрения, галоперидол, аминазин) қўлланилади.

Церебрастения зўрайганда амбулатория шароитида умум мустақамловчи терапия курсини ўтказиш керак, масалан, глюкозани аскорбин кислота билан венага юбориш лозим. Ноотроплардан кўпроқ қон томирларга таъсир килмайдиганларини бериш керак (церебролизин). Сомнол, атаракс препаратлардан фойдаланиш 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.

Бош ичи босими кўтарилишга алоқадор бўлган кучли бош оғриқларда орқа мияни пункция қилиш билан бир қаторда, ош тузининг гипертоник эритмаларини, глюкоза, уротропинни венага юбориш фойдали. Бош оғриши бош суяк ичидаги босимнинг пасайишига алоқадор бўлган шундай ҳолларда физиологик эритмани тери остига юбориш йўли билан яхши натижага эришиш мумкин.

Эпилептик тутқаноқлар билан кечадиган энцефалопатияда тутқаноққа қарши даволаш тахминан эпилепсия давосида қабул қилинган усул билан ўтказилиши керак (вальпроат препаратлари, депакин, карбамазепин).

Бош мия шикастланишларида руҳий бузилишлар мавзуси бўйича вазиятли масалалар

1. Бемор Н. 38 ёш. 2 йил аввал бош мия жароҳатини олган, бир неча кун ҳушсиз ётган, бош мия трепанацияси ўтказилган. Шифохонадан чиққандан сўнг паришонхотир бўлиб қолган, хотираси пасайган, ишлай олмайди, амалий кўникмалар йўқолган, палапартиш, мўлжални йўқотган, ўзини танқидий баҳолаш қобилияти йўқ.

Синдромал ташхис.

Бу синдром қайси касалликларда учрайди?

Асосий ва қўшимча текшириш усуллари қайсилари?

Бу синдромни симптомларини санаб беринг.
УАШ тактикаси;
Жавоблар;
Психоорганик синдром;
Бош мия органик касалликлари, нейросифилис;
Клинико-катамнестик текширув, ЭЭГ, бош суяги
R-графияси, ЭХО-ЭГ, ликворни текширув, патопсихологик
текширув;

Ташқи ва ички муҳитга мослашув бузилиши, аффект-
ни тутиб тураолмаслик, хотиранинг бўлаётган воқеаларга
фиксация(ушлаб қолиш) функциясининг пасайиши, диққат,
фикрлаш бузилиши;

Руҳий касалликлар касалхонасига жўнатиш;

2. Бемор К., 37 ёшда, 10 йилдан олдин бош мия жароҳатини
олиб ҳушини йўқотган, невропатологга кўриниб даволанган,
охирги йилларда иш жойида ишлай олмаган, жаҳли тез, тезда
уришиб кетади, хотини билан ажралган, оғир ишларни бажара
олмайди, кучли таъсирчан, ғазабли реакция қилади. Ўткир
руҳий бузилишлар кузатилмайди. Ҳолатни аниқланг! Шифокор
тактикаси.

3. Бемор Е., 43 ёшда, 5 йил олдин автоҳалокатга учраб, оғир
бош мия жароҳати олган. Охирги вақтларда бирдан хотираси
пасайган, бош оғриғига шикоят қилади, даврий равишда ғазабли
реакциялар қилади, ойига бир марта тутқаноқ тутади. Тахминий
ташхис. Зарур бўлган текшириш усулларини айтинг.

Бош мия шикастланишларида руҳий бузилишлар мавзуси бўйича саволлар мажмуаси.

1. Бош мия шикастланишларининг қандай кўринишларини
биласиз?

2. Бош мия шикастланишидан келиб чиқадиган ўткир пси-
хозларда онгнинг қандай кўринишдаги бузилиши кузатилади?

3. Бош мия шикастланишидан келиб чиқадиган команинг
ва спорнинг давомлилиги қандай ва у нимага боғлиқ бўлади?

4. Бош мия шикастланишидан келиб чиқадиган ўткир пси-
хозлар клиникаси қандай намоён бўлади?

5. Жароҳатли Корсаков синдроми қандай ҳолларда ривожла-
нади ва қандай намоён бўлади?

6. Сурдомутизм—гаранглик — гунглик нима, у қандай
ҳолларда келиб чиқади?

7. Постконтузион психозлар оқибат натижалари қандай
бўлади?

8. Мия шикастланишининг узоқ вақт ўтгандан сўнг юзага келадиган оқибатларига нималар киради?

9. Жароҳатли церебралестения аломатлари нималар, улар қайси ҳолларда юзага келади, қандай кечади, даволаш чоралари?

10. Болалигида шикастланиб жароҳатли церебралестения ўтказган болаларда қайси тур психопатиялар кузатилади?

Бош мия шикастланишларида руҳий бузилишлар мавзусига оид тест саволлар

1. Турли бош мия жароҳатларида (инсулт, БМЖ) қуйидаги таффакур бузилишлари кузатилади:

- *персеверациялар;
- резонерлик;
- *вербигерация;
- символизм;
- аутиклик.

2. Бош миянинг травматик зарарланиши клиникасида қуйидагилар кузатилади:

- *астеник синдром;
- Ясперс учлиги;
- *Корсаков синдроми;
- Ганзер синдроми;
- *тутқаноқ.

3. Бош мия травмасининг узоқлашган даври учун қуйидагилар хос:

- коматоз ҳолатлар;
- *неврозсимон синдром;
- *психопатсимон синдром;
- посттравматик делирий;
- *деменция;
- қулоқ битиши.

4. Бош мия органик касалларга хос бўлган онгнинг бузилиши:

- *намозшомсимон ҳолат;
- *онейроид;
- *аментив;
- караҳтлик;
- *делириоз.

14-БОБ АЛКОГОЛИЗМ ВА АЛКОГОЛ ПСИХОЗЛАРИ

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 суиистеъмол қилиш натижасида алкогольга руҳий ва жисмоний қарамлик ҳолатига тушиш билан, алкоголь 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 босқич.

2-босқич — барқ уриш ёки наркоманик босқич.

3-босқич — сўнгги ёки энцефалопатик босқич.

Биринчи босқич

1- босқичнинг асосий аломати алкогольга толерантликнинг, яъни чидамлиликнинг аста-секин, узлуксиз ошиб бориши ҳисобланади. Алкоголни узоқ вақт давомида тез-тез ичиб туриш одамда заҳарланишнинг белгиларисиз алкогольнинг каттагина дозаларини ичиш қобилиятини пайдо қилади. Маиший манфаатпарастликдаги алкогольдан заҳарланишга хос бўлган ҳимоя кучи рефлексининг йўқолиши алкогольизмнинг биринчи босқичи бошланганлигидан далолат беради. Организмнинг алкогольга аста-секин ўрганиши натижасида спиртли ичимлик аввалги ичганида беморга кераклича мастлик ҳолатини, эйфорияни бермайди, шунинг учун бемор аввалгига қараганда кўпроқ алкоголь истеъмол қилишга ҳаракат қилади. Бундан ташқари, беморда ичкилик ичиш маросимларидан аввал жонланиш, ҳаяжонга тушиш, кайфиятнинг кўтарилиши ва бу маросимларга бўлган ҳар қандай тўсиқларни олиб ташлаш каби хатти-ҳаракатлар кузатилади. Олдинда турган ичкилик ичиш ҳақидаги хаёллар беморни хизмат мажбуриятларидан ва кундалик ишларидан чалғитади. Бу аломат алкоголь истеъмол қилишдан олдин ҳосил бўлгани учун бирламчи ёки руҳий қарамлик (ружу қўйиш) аломати деб юритилиши мумкин. Алкоголнинг бошланғич босқичида бемор аста-секин ички сабаблар ҳукми остида бўлиб қолади. Натижада алкогольга интилиш миядан кетмайдиган истак сифатидаги майлга айланиб қолади.

Бу истакни ҳамиша ҳам енгиб бўлмай қолади, унда ўз-ўзини идора қилиш қобилияти йўқолади. Бемор ичилаётган алкогольнинг миқдорини назорат қила олмай қолади, бунинг натижа-сида жуда қаттиқ маст бўлиб қолгунича ичаверади. Мастлик ҳолатидаги бундай ичкиликка интилишнинг кучайиши, ёки ружу қўйилиши иккиламчи интилиш, ёки маст ҳолдаги ружу қўйиш деб юритилади.

Ичкиликбозликнинг эртаси куни бемор мастлик ҳолатидаги хатти-ҳаракатларининг баъзи қисмларини хотирлай олмайди, яъни перфорацион амнезия белгилари ёки алкоголь полимисести деб юритиладиган аломат пайдо бўлади.

Алкоголизмнинг биринчи босқичи 1 йилдан тортиб бир неча йилларгача (4—6 йилгача) чўзилиши мумкин ва ҳар бир алоҳида ҳолда беморнинг ёшига, шахс хусусиятларига, феъл-атвориға, маиший ичкиликбозлик даврининг давомийлигига боғлиқ бўлади.

Иккинчи - ўрта босқич

Бу босқич учун алкоголь токсикоманияси аломатларининг тўлиқ ривожланиши тавсифлидир. Иккинчи босқич 50 фоиздан ортиқ беморларда 26—36 ёшлар орасида ривожланади. Алкоголизмнинг иккинчи босқичига ўтиш алкоголь абстинент синдромининг пайдо бўлиши билан тавсифланади. Биринчи босқич аломатлари йўқолиб кетмайди, улар кучайиши ёки кўриниши ўзгариши мумкин. Биринчи босқичдан иккичисига ўтиш аста-секин бўлади. Бу босқичда алкогольга толерантликнинг янада ошиши кузатилади, у энг баланд даражага етади. Беморнинг алкоголь истеъмол қилиши бутунлай ички сабабларга боғлиқ бўлиб қолади, бемор ичкиликдан ўзини тия олмай қолади. Психологик енгиб бўлмайдиган истак билан бир қаторда алкогольга жисмоний ружу қўйиш пайдо бўлади. Алкогол мета-болизмнинг муҳим таркибий қисми бўлиб қолади, бу ичкилик ичишни тўхтатиб қўйилганда юзага чиқади. Бунда абстинент синдром ёки алкоголь очлиги синдроми ҳосил бўлади. Бу соматовегетатив, неврологик ва психик аломатлардан ташкил топган аломатлар мажмуи деб ҳам юритилади. Бу синдромни беморлар газак қилиш — бош оғриғини ичиш йўли билан кайтаришлари мумкин. Бу синдром қуйидаги аломатлар билан намоён бўлади. Умумий тремор, айниқса қўлларни олға узатилганда бармоқлар, тил, қовоқларнинг титраши, беҳоллиқ терлаш, кўнгил айни-ши, 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 кўрқинчли башараларни, фантастик махлуқларни 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(васваса) ҳолатига ўтиши мумкин, делирий гуё абстиненциядан келиб чиқади. Оғир абстинент синдроми бор беморни касалхонага ётқизиш ва қатъий назорат қилиш зарур, чунки ваҳима, ўз айбини ҳис қилиш, ўзгаларнинг муносабатни ғоялари беморнинг ўз-ўзини ўлдиришигача олиб бориши мумкин. Бемор энди алкогольни 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 кўрққан 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 рўй беради, ижтимоий ўсиш тўхтайдди, жумладан хизмат поғонасида орқага қайтиш кузатилади, қизиқишлари йўқолади, ижодий фаоллик сусаяди ва бутунлай йўқолади. Бемор ўта таъсирчан бўлиб қолади, салга ёмон таъсирга берилади. Аста-секин оилага, меҳнатга қизиқиш сусаяди. Яқин одамларнинг панд-насиҳатлари, ишда интизомий танбеҳ берилиши, врачларнинг кўрсатмалари узоққа 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. Характерда олатда мақтанчоклик, ўринсиз қўпол ҳазил қилиш каби ўзгаришлар пайдо бўлади. Интеллектнинг пасайиши ўз хулқига танқидий муносабатнинг пасайиши билан намоён бўлади. Бу беҳаёлик, беандишалик, ўринсиз қилиқлар

қилиш билан юзага чиқади. Бу алкоголь юмори деб аталади. Хотиранинг яққол сусайганлигини кузатиш мумкин. Юқорида баён этилган рухий ўзгаришлар алкоголь деградацияси деб аталади.

Учинчи — сўнги босқич

Алкоголизмнинг учинчи босқичга ўтиши ривожланиб бораётган токсик энцефалопатия билан боғлиқ бўлган янги аломатларнинг ҳосил бўлиши билан рўй беради. Бу босқичнинг энг асосий аломати алкогольга бўлган толерантликнинг пасайишидир. Бу аломат наркоманияда учрамайди. Алкоголга тоқат қила олмаслик (интолерантлик) айниқса узлуксиз ичиш жараёнида яққол билинади. Узлуксиз ичишнинг кундан-кунга оша бориши шунга олиб борадики, 5—7-куни бемор деярли бутунлай спиртли ичимликларни ичмай қўяди ва шу билан узлуксиз ичиш тўхтайдди. Қатор ҳолларда илгариги дозани кўтара олмаслик узлуксиз ичишнинг биринчи кунларидаёқ сезилиши мумкин. Ўзлуксиз ичиш даврий табиат касб этади. Ўзлуксиз ичишнинг охириги 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 қўйи даражаларга, ҳатто органик эси пастликкача этади.

Соматик бузилишлар жуда ҳам турли-туман бўлиб, бунда сурункали гастритлар, меъда яраси касалликлари, панкреатитлар, жигар циррозлари, миокардиодистрофиялар, нафас йўллари касалликлари ва бошқалар учрайди.

Оддий мастлик. Оддий мастлик организмга алкоголь 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 устуворлик 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 миқдорда 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 айланиши ва қусиш каби қатор соматик бузилишлар билан боради. Агар яна устига-устак алкоголь ичса мастликнинг оғир шакли, ҳатто юрак фаолиятини издан чиқарадиган наркотик ҳолат келиб чиқиши мумкин. Мастликнинг оғирлик даражаси ёки давомийлиги нафақат ичиладиган алкоголь миқдорига, 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 алкогольга қараб таҳлил қилинади. Мастлик ҳолатида конунни бузган шахс қандай оғир ҳолатда бўлсин айбдор саналади.

Патологик мастлик. Ичкиликдан 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 бузилиши кўққисдан юзага келади. Бундан ташқари, унинг пайдо бўлиши ичилган алкоголь миқдорига боғлиқ эмас. Мастнинг ҳаракатларида ҳам қўполлик, ваҳшийлик ва қўзғалувчанликни кузатиш мумкин. Буларда ҳам бошқа эс-ҳушнинг пасайиш ҳолатларидаги сингари ҳар хил васваса турлари, эшитув ва кўрув галлюцинациялари ва ташқи оламдан узилиш 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-йўғи бир неча соат давом этиб, шахсда уйқуга кетиш билан тугалланади. Бўлиб ўтганларни 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.

Алкогол галлюцинози

Алкогол психозининг бу тури ҳам узоқ давом этаётган сурункали алкоголизмдан келиб чиқади. Бу оқ алаҳлашга (вас-

васа) 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 энгил.

Касаллик давомийлиги 1—3 ҳафта, бироқ бир неча йиллаб эшитув галлюцинацияси билан азоблайдиган сурункали шаклига ҳам ўтиши мумкин. Бундай ҳолларда бемор «овозларга» ўрганиб қолади ва шифокорга ҳазил тариқасида гапириб беради.

Давоси. Даволашда хусусан антиалкогол даводан ташқари, галлюцинацияга қарши эффекти бўлган психотроп дорилар (риспаксол, нопрениа).

Корсаков психози. Бу касаллик 1887 йили С. С. Корсаков томонидан алкогольнинг полиневритик психози сифатида баён этилган. Касаллик полиневрит кўринишлари билан борадиган Корсаков амнестик синдроми шаклидаги руҳий бузилишлар билан тавсифланади. Клиник манзарасида хотиранинг бузилиши биринчи ўринга чиқади. Бунда беморнинг 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, қач он, қайси куни касалхонага келганини, ҳатто нима еганини ҳам эслаб олмайди.

Касаллик бошида беморнинг кайфияти талабчан, қўрқувчан, кей инроқ эса апатия, бўшашган ва интеллект пасайган бўлади. Корсаков психозига яна полиневрит ҳам хосдир, лекин бунда унинг ифодаланиш даражаси ҳар хил бўлади.

Корсаков психози кўп йиллардан бери спиртли ичимлик ичадиган 50—60 ёшли кишилар орасида кўпроқ учрайди. Кўпинча касаллик секин-аста ривожланиб боради, баъзан эса оқ алаҳлашдан (васваса) 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. Шунинг учун унутмаслик керакки, Корсаков психози билан Корсаков синдроми (инфекция, заҳарланиш, жароҳат,

мия ўсмаси касалликларида учрайди) бир-биридан кескин фарқ қилади.

Энцефалопатик психозларнинг патогенези оғир делирий патогенези билан ўхшаш бўлади. В гуруҳ витаминлари танқислигига алоҳида эътибор берилади.

Даволаш. Косаков психозини даволашда шу витаминлар ва ноотроп воситалар қўлланилади. Мушак орасига В гуруҳ витаминларнинг катта миқдорини юбориш тавсия қилинади. Улардан витамин В₁ ва никотин кислотаси бўлиши шарт. Ноотроплардан церебролизин, фенотропил, ноофен, луцетам, яхши самара беради. 10-50 мл Церебролизин 100–200 мл физиологик эритмада эритилиб вена ичига томчилаб кунига бир маҳалдан 20-30 кун мобайнида юборилади.

Экспертиза

Корсаков психозиди, сурункали алкоголь галюцинозида, сурункали параноидда, иш қобилияти йўқолади ва беморнинг ногиронлигини аниқлаш керак бўлади. Барча психозларда ижтимоий хавфли ҳаракатлар қилинганда муомалага яроқсиз беморлар мажбурий давога муҳтож деб топилади. Бунда илгари делирий ҳолатини экспертиза қилганда атайлаб илгари бошидан ўтказган аломатларини такрорлаши мумкинлигини (метасимуляция) эътиборга олиш лозим.

Алкогол сохта фалажлиги

Бу гуруҳ кам учрайди. Бу хил беморларда интеллект пасайган, хотира йўқолган ва васваса ҳамда кайфи-чоғлик билан сохта далажлиги аломатлари юзага чиқади.

Руҳий бузилишлар билан бир қаторда нутқнинг ва тгай рефлексларининг бузилиши кузатилади.

Қатор муаллифларнинг ёзишича, алкоголь сохта далажлиги Корсаков фалажлигининг фаол кўринишидир. Бунда ошиб борувчи фалажликдан фарқли ўлароқ серологик реакция манфийдир.

Гайне-вернике сохтаэнцефалити

Касаллик оқ (васваса) алаҳлашдан кейин уйқучанлик толиққанлик, эшитишининг 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 в ақтларда

Корсаков психози, сохта фалажлик ва Гайне-Вернике сохтаэнцефалити алкоголь энцефалопатияси деган бир гуруҳга киритилади. Бўларнинг патогенезида ўхшаш томонлари бўлиб, барчаси учун сурункали алкоголь заҳарланишини келтириб чиқарадиган В ва РР витаминларнинг етишмовчилиги хос.

Энцефалопатик психозларнинг патогенези оғир делирий патогенези билан ўхшаш бўлади. Гайне-Вернике энцефалопатияси учун мия ўзагида, айниқса сўргичсимон ўсимталарда кўплаб нуқтали қон қуйилишлар хос.

Даволаш. Ўткир энцефалопатияда даволаш дезинтоксикация, гомеостасни ушлаб туриш чораларига, юрак ва нафас фаолиятини ушлаб туришга қаратилади. Мушак орасига В гуруҳ витаминларнинг катта миқдорини юбориш тавсия қилинади. Шунингдек ноотроплар берилади, шу жумладан Церебролизин 10-30 мл в/и 20 кун мобайнида берилади.

Алкоголдан (паранояси) рашк васвасаси

Бу касалликда сурункали алкогольнинг ўрнини аста-секин рашк васвасаси эгаллайди. Дастлаб рашк ҳақидаги ғоялар мастлик ҳолида яхшилик асосида бўлса, кейинроқ доимий ва ёмонлик асосида бўлади. Бемор умр йўлдошини 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 ичкиликни ташласа, аҳволи яхшилана бошлайди. Бундай беморлар нейролептик (аминазин, стелазин) дорилар билан даволанади. Алкогол психози билан оғриётган беморлар айбдор саналмайди ва даволанишга юборилади.

Даволаш. Антиалкогол даводан ташқари васвасани антипсихотик дорилар билан камайтиришга қаратилган (риспаксол, трифтазин, этаперазин, галоперидол, мажептил) воситалар билан ҳам даволаш мумкин.

Алкогол параноиди (таъқиб васвасаси)

Таъқиб васвасаси И. В. Стрельчук томонидан 1949 йилда таърифлаб берилган. Бундай беморга уйқусизлик, хавотир ва қўрқув фонида уни кимлардир отиб ўлдиришмоқчи, уй подъездидан сўйиб кетимоқчидек, кўчада мошинада босиб кетмоқчидек туюла бошлайди. Улар барча таниш ва нотаниш одамлардан, ва илгари зиддиятли муносабатларда бўлган таниш одамлардан қўрқишади. Васваса туфайли турли иллюзиялар келиб

чиқади, масалан у рўпарадан келаётган одамнинг шишиб турган чўнтагини кўриб тўппончанинг шаклини топади, кимнингдир қўлида ярақлаган металл буюмни пичоқ каби кўради. Ўзгаларнинг ўзаро гапирган гапларини ўзига тегишли деб ўйлади ва нотўғри талқин қилади. Баъзида уларга таҳдидлар эшитилади. Васвасага мос ўзини тутати.

Уйда улар ҳамма эшик ва деразаларни қулфлаб олади. Нотаниш жойларга қочишда нажот кутади (“васваса дрейфи”), яширинади ёки ҳимоя истаб милиция ходимларига мурожат қилади. Бироқ “таъқиб қилаётганлар”га нисбатан агрессия намён қилиши кам кузатилади.

Психоз бир неча кундан 2-3 ҳафтагача давом этади. Агар васваса ойлаб чўзилса, унда васваса шубҳалари танланувчан бўлади. Шубҳалар кўпроқ илгари ёмон муносабатда бўлган одамларга қаратилган бўлади, ва уларнинг ёвуз ниятларида маълум сабаб борлигини кўрсатади.

Алкогол параноиди алкоголь қўзғатиб юборган шизофрениянинг параноид хуружидан фарқлаш зарур, чунки алкоголь таъқиб васвасаси бошқа васваса турлари (таъсир қилиш, инсценировка ва шу кабилар) билан қўшилиб кечмайди.

Даволаш. Қўрқув ва хавотир бўлганда нейролептиклардан риспаксол, нопрениа, оланзапин қўлланилади. Депрессия кушилганда -антидепрессантлардан венлаксор 75 мг /кунига - эрталаб, 37,5 мг кечаси 37,5 мг берилади.

Оқ алаҳлаш (алкогол делирийси) Delirium tremens

Оқ алаҳлаш(васваса) касаллиги сурункали алкоголизм оқибатида вужудга келадиган оғир дард бўлиб, клиник кўриниши руҳий, неврологик ва соматик ўзгаришлар билан кечади. Оқ алаҳлаш бир неча йил давомида ривожланиб дастлабки белгилари алкоголизмнинг ўрта босқичида моддалар алмашинувиининг бузилиши натижасида вужудга келади. Алкогол истеъмол қилишни кескин тўхтатишга сабабчи омиллар (ўпка яллиғланиши, юқумли касалликлар) қўшилиши оқ алаҳлаш касаллиги вужудга келишида муҳим омил ҳисобланади. Организмда алкоголь миқдорининг камайиши абстинент синдромини вужудга келтириб, аста-секин соматик ва неврологик белгилар қўшилиши касалликнинг дастлабки белгилари ҳисобланади. Уйқусизлик ва аста-сек ин 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 гоёлари 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 хавfli 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). Узоқ вақт давом этган уйқудан сўнг беморда психоз ҳолати сусаяди ва ўз шахсига нисбатан таиқидий муносабат пайдо бўла бошлайди. Алаҳлашнинг кучайиши натижасида бемордаги ҳаракат қўзғалишлари 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-секин сопор ва кома ҳолатига ўтиши кузатилиб, ўлим билан туғаши мумкин.

Агар соғайиш кузатилса, бир неча кундан сўнг алаҳлаш абортив (сусайган) ҳолатда такрорланиши мумкин. Беморда руҳий ўзгаришлардан ташқари, неврологик аломатлар, соматик аломатлар (асосан қон томир тизими патологияси, терида айниқса юзда гиперемия, тахикардия, тана ҳарорати 39даражага кўтарилади) кузатилади. Паренхиматоз аъзолар — жигар, буйрак фаолиятининг бузилишлари руй беради. Ушбу кесаликнинг асоратлари гепатит, зотилжам, панкреатит ва ҳоказолар.

Этиологияси ва патогенези. Этиологияси ва патогенези тўлиқ ўрганилмаган. Алкогол маҳсулотлари таъсиридаги заҳарланиш устувор омил ҳисобланади. Натижада мия тўқималари органик ўзгаришларга учрайди ва қўшимча омиллар таъсирида (жароҳат,

юқумли касалликлар) алкоголь делирийсини вужудга келтиради. Айниқса жигар фаолиятининг бузилиши (дезинтоксикацион, оқсил, ёғ ва пигмент алмашинуви) касаллик ривожланиши учун асос ҳисобланади. Жигар ферменти алкоголь дегидроксидаза фаоллигининг сусайиши ацетальдегид йиғилишига сабаб бўлади. Бу ҳолат умумий моддалар алмашинувининг бузилиши, тўсиқ фаолиятининг бузилиши, гипо ва авитаминоз вужудга келиши оқибатида алкоголь психози ривожланади. Бош миядаги патоморфологик ўзгаришлар сурункали энцефалит ва ўткир қон томир ўзгаришлари (қон томирлар ўтказувчанлигининг ошиши ёки қон томир некрози) натижасида нейронларнинг иккиламчи дистрофиясига ва некротик ўзгаришларга олиб келади.

Таққослаш ташхиси ўтказиш асосан алкоголь галлюцинози ва бошқа интоксикациялар, ўткир жароҳат психозлари, ўткир ва сурункали панкреатит, психозлар билан олиб борилади.

Ўткир алкоголь токсикозидан асосий фарқи томони макон ва замондаги мўлжални нотўғри идрок қилиши, тасаввур галлюцинацияларининг бўлишидир. Ўткир алкоголь токсикозида онг равшан бўлиб, вербал галлюцинациялар кузатилиб, ушбу касаллик соматовегетатив белгилар йўқлиги билан тавсифланади.

Даволаш.

1. Дезинтоксикацион.
2. Витаминотерапия.
3. Антипсихотик.
4. Дегидратацион.
5. Десенсибилизацияцион.
6. Симптоматик юрак-қон томирлар тизими фаолиятини кучайтириш.
7. Гемодиализ, гемосорбция.

Алкоголь делирийсини даволаш: психотроп дорилар, дезинтоксикацияни, метаболизмни ва сув-туз мувозанатини нормаллаштирувчи, юрак ва нафас фаолияти бузилишини тикловчи, юқори гипертермияни йўқотувчи дорилар билан амалга оширилади. Психотроп воситалардан: респаксол, нопрения психомотор қўзғалиш ва галлюцинацияларни йўқотади. Аминазин ва тизерцин коллапс юзага келтириши мумкинлиги учун хавфли.

Дезинтоксикация мақсадида гемосорбция, вена ичига томчилаб, реополиглюкинни, глюкозанинг 5%ли эритмасини 5-10 мл аскорбин кислотаси билан бирга юборилади. Тиол препаратларини (унитиол, натрий тиосульфати) изотоник эритмани

қўллаш мумкин. Юрак фаолияти панангин ва коргликон билан қўллаб турилади. В гуруҳ витаминларининг катта миқдори тавсия этилади. Даволаш одатда маҳсулаштирилган интенсив даволаш палаталарида ўтказилади. Мияда метаболик жараёнларни тиклаш мақсадида церебролизин кунига 10-30 мл 10-20 кунга буюрилади.

Алкоголизм мавзусига оид вазиятли масалалар

1. Тез ёрдам билан қабул бўлимига бемор олиб келинган. Ҳеч ким билан мулоқатга киришмайди. Кимлар биландир гаплашади. Тўсатдан туриб, ойнанинг панжарасига қараб отилди, уни олиб туширишгандан сўнг чанглари аригандек бўлди. Сўқиниб кетди, вақт ва маконга нисбатан мўлжали бузилган, шахсига нисбатан мўлжални тўғри олади. Уйдагиларнинг айтишига қараганда, охириги 2 ҳафта мобайнида фақат спиртли ичимлик ичган, 3 кундан бери ичмаяпти.

Сизнинг тахминий ташхисингиз.

Асосий текшириш усуллари.

Бу синдромнинг симптомларини санаб беринг.

УАШ тактикаси ва даволаш.

Жавоблар:

- * Алкоголи делирий;
- * ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, қон ва сийдикнинг биохимик анализи;
- * Иллюзия ва саҳнасимон галлюцинация, шахсга мўлжал сақланган. Вақт ва маконга нисбатан бузилган;
- * Руҳий касалликлар касалхонасига жўнатиш.

2. Бемор П. 37 ёш. Жарроҳлик бўлимига пичоқ жароҳатидан сўнг келиб тушган. 20 йил мобайнида муттасил спиртли ичимлик истеъмол қилган. Операциядан сўнг 4 кун ухламаган, атрофдагиларни танимайди, хотинини ўйнаши билан биргаликда қидирмоқда, галлюцинациялар кузатиляпти, айтишича ўз уйда ўтирибди, психомотор қўзғалишда ойнадан ўзини ташлаб юборди.

. синдромал ташхис.

. асосий текшириш усуллари.

. бу синдромнинг симптомларини санаб беринг.

. УАШ тактикаси ва даволаш.

Жавоблар:

Алкогол делирийси;

Клинико-катамнестик, қон ва пешобнинг биохимик таҳлили, патопсихологик текширув, экспресс - тестлар;

Васваса, галлюцинациялар.

Руҳий касалликлар касалхонасига стационар даволашга юбориш.

Алкоголизм ва алкоголь психозлари мавзусига оид саволлар.

1. Алкоголизм бўйича наслий мойиллик кузатиладими?

2. Алкогол интоксикациясининг аломатлари ва симптомлари қандай бўлади?

3. Алкогол тўхтатилиш синдромининг симптомлари ва кечиш вақтлари қандайлигини айтинг?

4. Алкогол тўхтатилиш синдромидаги тутқаноқ синдромлари нима?

5. Алкогол тўхтатилиш синдроми қандай даволанади?

6. Алкогол абстинент синдромида тутқаноқ (тортишиш, судороги) қандай даволанади?

7. Сурункали алкоголь истеъмол қилишнинг соматик асоратларини айтинг?

8. Тамаки чекиш ичкиликбозлик билан қандай боғланган?

9. Шифокор қандай йўл билан беморда алкоголь билан боғлиқ муаммолар борлигини аниқлаши мумкин?

10. Лаборатория тестлари ёрдамида алкогольни суистеъмол қилишни ёки алкогольга қарамликни ташхислаш мумкинми?

Алкоголизм мавзусига оид тест саволлари:

1. Алкогол делирийсига хос:

* кўрув галлюцинациялари;

* фиксацион амнезия;

* психомотор қўзғалиш;

* парейдолиялар;

шилқим ғоялар;

эйфория.

2. Сурункали алкоголизмнинг биринчи босқичига хос:

компульсив майл, жисмоний буйсуниш;

мастлик даражасининг ўзгариши;

* қайт қилиш рефлексининг йўқолиши;

деменция;

* палимпсест;

талваса синдроми.

3. Алкогол делирийси учун хос:

ёрқин диний мазмундаги галлюцинациялар;

* кечки вақтдаги оқ-қора рангдаги микро-зоопсиялар;

кечинмаларига нисбатан тўлиқ амнезия;

* алкоголь абстиненцияси фонида пайдо бўлиши;

* интеркуррент касаллик фонида;

* қисман амнезия.

4. Корсаков психози учун хос:

* жинсий майл бузилишлари;

* идрок бузилишлари;

* тафаккур бузилишлари ва артралгия;

* спиртли ичимликка нисбатан толерантликнинг

ўзгариши;

* хотира бузилишлари;

* полиневропатия;

* интеллект пасайиши.

5 Алкогол абстинент синдромига хос:

* кайфият ва уйқу бузилиши;

* астеник бузилишлар;

* вазомотор-вегетатив бузилишлар;

* иллюзиялар ва галлюцинациялар;

* диспептик бузилишлар;

* эйфория.

15-БОБ ГИЁХВАНДЛИК ВА ТОКСИКОМАНИЯ

Гиёҳвандлик ва токсикомания руҳий фаол моддаларни, шу жумладан наркотик моддаларни суиистеъмол қилиш натижасида юзага келадиган сурункали заҳарланишдир. Беморлар шундай моддаларни истеъмол қилишга руҳу қўйганлиги, шу моддаларга руҳий ва жисмоний қарам бўлиб қолганлиги, нейротропик моддаларга толерантлиги кучайиб бориши натижасида улар миқдорини аста-секин кўпайтириб бориши, шу билан бирга руҳий касалланиш туфайли шахснинг инқирозга учрашига олиб боровчи 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 заҳарли доривор моддаларни, ва бошқа руҳиятни ўзгартирувчи моддаларни суиистеъмол қилишдан юзага келадиган касалликдир.

Лекин шундай моддалар ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилинса, унда бу моддалар ҳам наркотик дорилар ва касалликлар руйхатига киритилади, улар суиистеъмол қилинса, гиёҳвандлик деб аталади.

Гиёҳвандликнинг клиник кўринишлари.

Гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш инсоният тарихида кўп йиллардан буён маълум. Опий(афюн) Ҳиндистондан Жануби Шарқий Осиёга кириб келди. Европа давлатларида ҳам аста—секин афюн пайдо бўла бошлади.

Наркотик модда сифатида опий (афюн) Ироқ, Покистон, Ҳиндистон, Миср ва Осиё мамлакатларида айниқса кенг тарқалди. Олдинида опий ва унинг препаратлари тинчлантирувчи таъсирга эгалигидан жуда кам миқдорда, фақат тиббиётда ишлатилиб келинди. Сўнгра уни суиистеъмол қилиш натижасида аста-секин наркомания пайдо була бошлади. Гиёҳвандлик эпидемияси Европа мамлакатларида ўтган асрнинг 50–нчи йиллари охири 60–нчи йилларининг бошларида, Осиё мамлакатларидан анча йиллар олдин бошланган. 80 йилларга келиб заҳарли

токсик моддаларни суистеъмол қилиш кенг тарқалган. Ҳар бир минтақага хос гиёҳванд модда истеъмол қилинган.

Ўрта Осиёда, Қозоғистонда, Кавказда, Жанубий Украинада, Узоқ Шарқда-ёввойи кукнор ва наша ўсимликлари кўп усган. Шу сабабли бу жойларда гашиш ва сунъий опий (героин), препаратларини истеъмол қилиш ривожланган. Айрим мамлакатлар аҳолисининг ҳар кунги истеъмоли кофе, кокаин бўлганлиги учун бу минтақа аҳолиси, ёшлари кофеин, кокаин суистеъмол қилган. Охири йиллардан бошлаб Марказий Осиё мамлакатларида гиёҳванд моддалардан асосан героин тарқалиши кўпайиб борди. Бунинг оқибатида гиёҳванд моддаларни инъекция йўли билан қабул қилиш кўпайди.

Бу хавfli касаллик ОИТС(ОИВ) инфекциясининг тарқалишига сабаб бўлди. Гиёҳвандлик ва токсикоманиянинг тарқалганлиги эвазига дунёда наркотик моддаларни қабул қилувчиларнинг сони борган сари ошиб борапти. Россияда гиёҳвандларнинг сони 269 мингдан ортиқ бўлса Ўзбекистон Республикасида 20 мингдан кўп шахслар наркотик моддалар қабул қиладилар. ("Даракчи" газетаси 14.03.2002й).

Гиёҳвандлик, яъни наркомания дейилганда наркотик моддаларни сурункасига истеъмол қилиш, унга мойил, ҳатто тобе бўлиб қолиш, наркотик модда бўлмаганда эса киши организмидаги оғир руҳий, жисмоний, маънавий ўзгаришлар, ижтимоий тушунлик билан кузатиладиган касаллик тушунилади.

Гиёҳвандлик ва токсикоманиянинг келиб чиқишида ижтимоий (нотўғри тарбия, теварак-атрофнинг таъсири, оиладаги салбий аҳоли жанжал ва келишмовчиликлар), шахснинг конституционал омиллари, психологик ҳолатлар (қизиқувчанлик, кайф-сафога интилиш, қийинчиликдан қочиш), наркотик талаб қилувчи соматик касалликлар, муҳим аҳамият касб этади.

Ҳозирги тадқиқотлар шуни тасдиқлайдики, организмда бирорта хужайра тўқимаси йўқки, гиёҳванд модда унга токсик таъсир кўрсатмаса. У оқсил, углевод, ёғ синтезига қатнашади, фермент метаболизмини бузади, тўқима ядросининг митохондриясига таъсир қилади, мембраналар ўтказувчанлигини бузади, нерв импульсларининг ўтказувчанлигини ўзгартиради ва бузади.

Гиёҳвандлик айрим турларининг клиник кўринишлари, уларнинг ривожланиши аввало шу моддалар ва уларни суистеъмол қилишдан келиб чиқадиган касалликлар

билан боғлиқдир. Аммо уларнинг умумий аломатлари борки, гиёҳвандликнинг барча турлари ана шу асосда бирлашади.

Наркотикларни истеъмол қилгандан сўнг, одатда, 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 аксинча ланжлик, ҳаракат мувофиқлигининг бузилиши, қадам ташлашнинг ўзгарувчанлиги билан намоён бўлади. Баъзида баджаҳллик, жиззакилик тажовузкорлик кузатилади. Тери қопламнининг қизариши ёки рангпарлиги, кўзнинг хиралашуви ва корачиқларнинг кенгайиши кузатилиши мумкин. Гиёҳвандлик ва токсикоманияга хос тана реактивлигининг ўзгаришидан юзага келадиган, доривор ва бошқа моддаларга бўлган руҳий ва жисмоний қарамлик, толерантликнинг ўзгариши умумий аломатлар ҳисобланади.

Руҳий қарамлик — наркотик таъсир ёки руҳий келишмовчилик ҳолатини йўқотиш мақсадида наркотик моддаларни истеъмол қилишга интилишдир. Гиёҳвандлик моддаларини истеъмол қилишга интилишнинг ривожланишига кўп омиллар сабаб бўлади. Бу омилларнинг асосийси моддаларнинг наркогенлик хоссасидир. Энг кучли наркотик хусусиятга — кокаин, ундан камроқ — наша ва мия нерв тизими ишини кучайтирувчи моддалар эга бўлади.

Жисмоний қарамлик — жисмоний ва руҳий ўзгаришлар кўринишида юзага келадиган наркотик моддаларни сурункали истеъмол қилиш натижасидаги оғриқли ҳолатдир. Бу ҳолат моддаларни истеъмол қилмагандан ёки уларнинг антагонистларини истеъмол қилишдан юзага келади. Бу ҳолат наркотик моддаларнинг навбатдаги миқдорини бериш билан бартараф этилади.

Толерантликнинг ўзгариши — олдинги психофармакологик таъсирни юзага келтириш учун наркотик моддаларни янада қўпроқ миқдори талаб қилиниши натижасида наркотик моддаларга кўникишдир.

Гиёҳвандлар тиббиёт соҳасида қўлланиладиган наркотик моддалар миқдоридан 5—10 марта ортиқ миқдорда истеъмол қиладилар.

1)-босқич - наркотик моддага руҳий мойиллик (обсессия) пайдо бўлиши, ҳимоя жараёнларининг йўқолиши, наркотик

моддаларга чидамликнинг ошиши, уларнинг физиологик таъсири сақланган ҳолда мунтазам қабул қилиниши билан ифодаланади. (1-бошланғич босқич, *адаптация босқичи* ҳам дейиш мумкин). 2)-босқич - бу босқич абстиненция (хумор синдроми), наркотик моддага енгиб бўлмас даражадаги ҳирс қўйиш, унга бўлган чидамликнинг юқори даражага етиши, наркотик моддалар таъсирининг ўзгариши (кўпинча ўзгарувчанликка олиб келувчи таъсири), шахс ўзгаришларининг пайдо бўлиши билан кузатилади. (2-босқич сурункали босқич, *жисмоний қарамлик юзага келишининг тугалланиши* ҳам дейилади).

3)-босқич - бунда наркотик моддаларга чидамлик пасаяди, уларнинг таъсири факат «тетиклаштириш» даражасига етиши, шунинг учун беморларда наркотик моддаларсиз «яшай олмаслик» хусусиятларининг пайдо бўлиши кузатилади. Бундан ташқари хумор синдроми оғирлашиб, чўзилиб бориши, руҳий, соматик, оғир ижтимоий оқибатлар келиб чиқиши билан ифодаланади. (3-босқич *охирги босқич* ҳам дейилади).

Гиёҳвандликдаги абстиненциянинг ҳар бир тури ўзига ҳос хусусиятларига эга бўлади. Бу хусусиятлар асосида улар дифференциал ташхис қилинади. Одатда бу жуда оғир азоб берувчи руҳий ва жисмоний ўзгаришлардир. Гиёҳвандликнинг бошланғич босқичларида шахс ўзгаришлари кузатилади. Гиёҳвандлик ва токсикоманиянинг қуйидаги турлари маълум:

1)Наша истеъмол қилувчи бангилар (нашавандлар);

2)Кўкнор (опий группаси) истеъмол қилувчи бангилар (героин, кўкнор, морфий): опий , промедол, кодеин;

3)Кокаин қабул қилувчи бангилик (кокаиномания);

4)Уйқу келтирувчи наркотик моддалар истеъмол қилувчи бангилик (барбитуромания). Буларга фенобарбитал (амитал), нембутал,хлоралгидрат, барбитал натрий кабилар киради;

5) Амфетамин истеъмол қилувчи наркомания: (фенамин, фенатин, эфедрин);

6)Галлюцинацияга сабаб бўладиган моддалар истеъмол қилиш наркоманияси: (лизергин кислотаси ва бошқалар);

7) Эфедрон наркоманияси;

8)Икки ёки ундан ортиқ наркотик модда истеъмол қиладиган бангилик полинаркомания;

9)Психофармакология моддаларини истеъмол этиш билан ўтадиган токсикомания (транквилизаторлар, антидепрессантлар);

10) Руҳий ҳолатни тетиклаштирувчи моддалар истеъмоли билан, ўтадиган токсикомания (центедрин, кофеин);

11) Цикладолни суиистеъмол қилиш натижасида келиб чиқувчи токсикомания (цикладол, паркопан, артан, ромпаркин);

12) Корхоналарда кимёвий моддаларни ҳидлаш туфайли келиб чиқадиган токсикоманиялар (бензин, буёқ ва лак эритувчилар);

13) Никотиномания (тамаки, нос).

Опий (афюн) гиёҳвандлиги

Афюнмандликда-афюн ва унинг бирикмалари (морфин, промедол, героин, опий, кодеин, кодтерпин ва бошқалар) тери остига, томирга, ичиш ёки чекиш пайтида ҳаво орқали организмга юборилади.

Афюнни бир марта қабул қилган кишида кўтаринки кайфият, роҳатбахш «ором» сезгиси, ижобий мазмунга эга бўлган ўзгарувчан тасаввур ва тушсимон хомхаёлларнинг пайдо бўлиши кузатилади. Фикрлаш, сўзлаш ва баъзида ҳаракатлар тезлашади. Ташқи таъсиротнинг кучи сусаяди ёки йўқолади. Наркотик моддаларни доимий қабул қилиш, юқорида кўрсатилган кўтаринки кайфият ҳолати афюнга ҳирс қўйишга, тез орада руҳий ва жисмоний қарамликка олиб келади. Опийнинг кимёвий хосиласи-героин бўлиб, героинли гиёҳвандликка кишилар 1-2 мартаба инъекция қилганларидаёқ ўрганиб, унга тобе бўлиб қоладилар. Инъекциядан сўнг танага ёқимли иссиқлик югуради, қўл ва оёқлар оғирлашади, бўшанглик пайдо бўлиб 2-3 дақиқалик ором пайдо бўлади. Кайфият кўтарилиб, жуда ёқимли уйқуга сабаб бўлади. Бу ҳолат 8 соат давом этади. Гиёҳванд героинни тез-тез қабул қилиб. Организмни сурункали заҳарлай бошлайди. Гиёҳванд терисининг ранги қорамтир ерсимон бўлади. 1-ой давомида руҳий қарамлик шаклланади. Эйфория ҳолати 4 соатга қисқаради, толерантлик ортиб боради ва гиёҳвандда 1,5-2 ой мобайнида жисмоний қарамлик ривожланади.

Афюнмандлик касаллигининг кечишида афюнга чидамликнинг ошиши, уни истеъмол қилиш бирданига тўхтатиб қўйилганда хуморнинг пайдо бўлиши асосий ўринни эгаллайди. Хумор ҳолати 15-20 соатдан сўнг беморнинг тез-тез эснаши, йўтал пайдо бўлиши, кўзи ёшланиши, юрак уриши ва нафас олишининг тезлашиб кетиши, титроқнинг пайдо бўлиши, бадан увишиши, кўз қорачиғининг кенгайиб кетиши, оёқ-қўл мушакларининг тортишиши, ич суриши билан тавсифланади. Бемор хумор тутган пайтда жуда тажанг, қўзғалувчан, жаҳлдор бўлиб

афюнга чексиз мойиллик сезади ва бу борада қонунбузарликка ҳам қўл уриши мумкин.

Касаллик оқибатида 2-4 кундан кейин беморларнинг аҳволи аста-секин оғирлашади, уларнинг умумий қўполлашуви, дунёқарашининг торайиши кузатилади. Бундан ташқари, бемор ички аъзоларининг фаолияти ҳам бузилади. Афюномант кишининг ташқи кўриниши ҳам ўзиги хос бўлиб, тери қаватининг ниҳоятда қуриб кетиши ва қорайиб, ерсимон рангга кириши кузатилади. Шуниндек бадан терисининг қорайиб кетиши, кўз қорачиғининг торайиб кетиши, вегетатив бузилишларнинг мавжудлиги қайд этилади.

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. Опий таъсирида беморларда фикрлаш, сўзлаш тезлашади. Хаёл суриш, роҳатланиш, вақтихушлик кўринишидаги кайфиятнинг кўтарилиши юз беради. Баъзида ҳаракатларининг тезлашуви юз бериши мумкин. Лекин бу ҳолатнинг маълум мақсади бўлмайди. Наркотик моддаларнинг керакли миқдорини олиш учун қилинган йўналиш бундан мустасно. Моддаларни доимий истеъмол қилиш тез орада руҳий ва жисмоний қарамликка олиб келади. Гиёҳванд учун наркотик истеъмол қилиш барча истаклардан устун туради.

Морфинга бўлган толерантлик жуда тез ҳосил бўлади, бир неча ҳафтадаёқ биринчи миқдордан анча кўпроқ модда истеъмол қилишга ўрганиб қолинади.

Беморларда морфин каби опий ҳосилаларини сурункали истеъмол қилиш натижасида ўз ишига, атрофдагиларга қизиқиш йўқолади, умумий қизиқиш доираси ҳам кескин тораяди. Беморлар қўпол, худбин бўлиб қоладилар. Уларнинг хулқи асоциал бўлиб қолади. Беморлар ўзларини барча ишга қодир деб ҳисоблайдилар, ҳатто наркотик моддалар топиш ҳаракатида ҳеч нарсадан қайтмайдилар.

Абстинент синдром — аввалига кучсизланиш, кўз ёшланиши, қорачиқнинг 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 гиёҳвандлигидаги абстиненциянинг руҳий кўриниши безовталаниш, 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 оғриқ 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 оғриқлар, уйқусизлик безовта қилиб туради.

Наша моддаларини истеъмол қилишдан келиб чиқадиган гиёҳвандлик

Наркотик моддаларнинг ушбу гуруҳига нашанинг турли навларидан олинадиган сақичсимон моддалар- марихуана, анаша, банг, хусус, харас киритилади. Наша таркибидаги ароматик альдегид каннабинол бошланғич таъсир кучига эгадир. Наша чайнаб, чекиб, ичимлик шаклида қабул қилинади. Наша чекилганда эйфория, борлиқни ранго—ранг қабул қилиш, фикрлашнинг тезлашиши, ҳирсий хусусиятларнинг кучайиши пайдо бўлади. Бундан ташқари, психосенсор ўзгаришлар, иллюзиялар (кичик ариқ худди катта дарёга ўхшаб, секин овозлар гумбирлашдек, шовқиндек туюлиши), деперсонализациялар (ўз тана аъзоларини инкор этиш), учрайди. Мастликнинг кечки даврлари фикрлашнинг боғланмаганлиги, бачканалик, кулгили ҳолатлар, ташналик, лоқайдлик билан тугайди. Нашага ўрганиб қолиш секин ривожланади. Хуморлик ҳолати юмшоқроқ бўлиб, соматовегетатив ўзгаришлар ва беҳоллик, депрессия, дисфория истерия ҳолатлари билан намоён бўлади. Наша ҳалдан ташқари кўп қабул қилинганда психозлар (ҳушнинг намозшомсимон, делириоз бузилиши, эпилепсияга ўхшаган тутқаноқлар, беҳушлик) пайдо бўлади.

Беморларда ўткир хумор психозлари - делирий, намозшомсимон хуш ўзгариши, кўрқинч, безовталиқ билан кечадиган ва чўзилган эндоформ психозлар учрайди.

Нашавандликдаги шахс ўзгариши психопатсимон ҳолатлар, маиший бузиқлик ва ақл идрокнинг камайиши шаклида кузатилади.

Наша — канопнинг турли навларидан олинган модда. У чекиш ёки ичиш йўли билан истеъмол қилинади. Канопнинг руҳий фаол хоссага эга бўлиши ундаги каннобиноидларга боғлиқ. Наша билан ўткир заҳарланишнинг клиник кўриниши — ҳушдан кетиш кўринишидаги онгнинг ўзгариши, телбаном

хулқли, бесабаб кулувчи, ассоциациянинг тезлашуви ва шу каби белгилар юз беради.

Каноп моддаларини доимий истеъмол қилишдан камгаплик, камқувватлик ва шахснинг инқирозга учраши кучаяди, шахс ўз хусусиятларини йўқотади.

Бемор терисининг қизариши ёки рангпарлик, қўз шох пардасининг қонга тўлиши, терлаш, сўлак оқиши кузатилади, сурункали заҳарланишнинг сўнгги босқичи кўриниши шизофренияга ўхшаш бўлади.

Кокаин наркоманияси.

Кокаин-Жанубий Америкада ўсадиган кока номли ўсимлик баргидан тайёрланиб, алколоидлар туркумидаги модда ҳисобланади. Бангилар кокаинни истеъмол қилганларида, уларда фикрлаш қобилятининг кучайиши, сергаплик, ҳаракатчанлик билан ўтадиган эйфория ҳолати кузатилади. Оқибат натижада уларда дармонсизлик, жаҳлдорлик, мушаклар бўшашуви ва титроқ ҳолатлари аниқланади. Касалликнинг биринчи йилларидаёқ беморларда кўрслик, ўзбилармонлик, майдагаплик, жаҳлдорлик, ўзига қарамаслик ҳолатлари билан кечадиган чуқур шахс ўзгаришлари ривожланади. Агар кокаин сурункасига истеъмол қилинса бемор ҳолатида психозлар келиб чиқади.

Барбитуромания.

Барбитуромания (уйқу келтирувчи моддалар истеъмоли наркоманияси) кўпинча алкоголизм, афюн наркоманиясига учраган беморларда ёки кўп вақт уйқусизликдан қийналаётган кишиларда учрайди.

Касалликнинг ривожланиши бошқа наркоманиялардаги каби, хумор ҳолатлари огир кечиб, кучли астения, уйқусизлик, хавотирланиш, мушаклар учиши, ич кетиш ҳолатлари билан ифодаланади. Хуморнинг 4-5 кунларида беморларда тутқаноқлар, хумор психозлари (делирий,галлюциноз) кузатилиши мумкин.

Касалликнинг ривожланиши бошқа наркоманиялардаги каби барбитуратлар узоқ вақт истеъмол этилганда беморларда сурункали эйфория, жаҳлдорлик, дисфория, паришонхотирлик, 4-5 йилдан сўнг органик деменция, хотира ва ақл-идрокнинг сусайиши билан неврологик ўзгаришлар кузатилади.

Рухий ҳолатни қўзғатувчан моддалар истеъмоли наркоманияси.

(Амфетаминлар-фенамин,фенатин, эфедрин). Бу моддалар қабул қилганда гиёхвандларда кучга тўлиш, жушқинланиш, ҳаракатлар кучайиши билан ўтадиган эйфория пайдо бўлади.

Хумор узоқ уйқусизлик, уз-ўзини айблаш билан кечадиган депрессия ҳолати, суиқасд қилиш каби ўзгаришлар билан ифодаланади. Кўпинча ҳушнинг бузилиши, қўзғалувчанлик билан кечадиган психозлар, баъзан эса таъқиб ва муносабат васвасалари, эшитиш, кўриш ва сезиш галлюцинациялари каби ўзгаришлар ҳам юз бериши кузатилади.

Галлюциногенлар келтириб чиқарувчи моддалар истеъмоли наркоманиялари.

(Лизергин кислотаси ва бошқалар.) Бу моддаларга киши тез ўрганиб қолади. Беморларда депрессия маниакал ҳолат, делирий, галлюцинатор-васваса ва деперсонализация ҳолатлари кузатилади.

Токсикоманиянинг клиник кўриниши. Токсикомания-наркотик моддалар руйхатига кирмаган табиий ва сунъий заҳарловчи моддаларни истеъмол қилиш натижасида юз берадиган вақтинчалик ёки сурункали заҳарланиш ҳолатидир. Токсикоманияни келтириб чиқарувчи моддаларнинг асосийси психотроп моддалардир. Транквилизаторлар, паркинсонизмда қўлланиладиган моддалар, антидепрессантлар, руҳий ҳолатни тетиклаштирувчи дорилар (центедрин, кофеин), корхоналарда ва саноатда ишлатиладиган кимёвий моддаларни ҳидлаш натижасида ҳам токсикоманиянинг ўткир ва сурункали заҳарланиш белгилари намоён бўлади. Токсикоманиядаги ўткир заҳарланишда 4 та босқич фарқланади:

- 1)эйфория;
- 2)онгнинг ўзгариши;
- 3)галлюцинация;
- 4)ҳолатдан чиқиш босқичлари.

Сурункали заҳарланишда психоорганик синдром белгилари намоён бўлади.

Токсикоманларда ҳам худди наркоманлардаги сингари шу моддаларга мойиллик ва чидамлилиكنинг ошиши, хумор ҳолатининг пайдо бўлиши кузатилади.

Психофармакологик моддаларни истеъмол этиш билан ўтадиган токсикоманиялар.

Беморлар ўз ҳолатларини яхшиловчи ҳар қандай психофармакологик моддаларга ўрганиб қолишлари мумкин. Бу ҳолат кўпинча психотроп (транквилизаторлар, антидепрессантлар) моддалар билан узоқ даволашда ёки психопатик шахсларда, неврозларда, руҳий касалликлардаги ипохондрик ҳолатдаги

беморларда кузатилади. Ҳозирги вақтгача психофармакологик моддаларга мойиллик белгилари ҳақида умумий фикрлар йўқ. Лекин кўпгина тажрибалар шуни кўрсатадики, «юмшоқ» нейролептикларга жисмоний мойиллик ривожланганда бош оғриши, беҳушлик ҳолатлари, юрак уриши тезлашиши, титроқ босиши, эпилепсиясимон тутқаноқлар, психоз ҳолатлари кузатилади.

Кўпинча бензодиазепам туркумидаги психотроп моддаларга (хлордиазепоксид, диазепам, нозепам, нитрозепама, лоразепам, тазепам) ҳам мойиллик бўлиши мумкин. Шу моддалар узоқ вақт истеъмол этилганда уларга чидамлилик ошади, хумор (қўрқув, уйқусизлик, безовталиқ, кўп терлаш, титроқ) ҳолатлари пайдо бўлади, бу эса жисмоний мойиллик, вегетатив ўзгаришлар ҳолида антидепрессантлар суиистеъмол қилган пайтда ҳам юз беради.

Психофармакологик моддаларни сурункали истеъмол этишда токсикоманларга хос шахс ўзгаришлари аста-секин ривожланиб боради. Бу шахс ўзгаришлари бефарқлик, мужмаллик, ўзини тута билмаслик, жаҳлдорлик, кайфиятнинг ўзгарувчанлиги, қизиқишларининг фақат даволашга қаратилганлиги билан кузатилади.

Рухий ҳолатни тетиклаштирувчи моддалар истеъмоли билан ўтадиган токсикоманиялар

Бу ҳолдаги токсикоманиялар наркотик моддалар рўйхатига киритилмаган мия фаолиятини тетиклаштирувчи моддалар (центидрин, кофеин, ацифин, сиднокарб, синднофен ва бошқалар) суиистеъмол қилиганда вужудга келади. Бу моддалар қабул қилинганда тетиклашиш, кучга тўлиш, енгилланиш каби ҳолатлар пайдо бўлади. Бу ҳолат оз вақтдан сўнг бўшашиш, тушкунлик, бош оғриғи, бадан қақшаши билан тугалланади. Беморлар ана шу моддаларни такрор қабул қилишга мажбур бўладилар, бу эса токсикоманияга олиб келади. Тетиклаштирувчи моддаларга ўрганиб қолиш, кўпинча психопатик (ўз-ўзига ишонмаган, иккиланувчи, кўпинча уйқучанликка, тез чарчашга берилган) шахсларда учрайди. Беморлар бу моддаларни истеъмол қилишни бирдан тўхтатганда ҳуш бузилиши (делирий) ва қўзғалиш ҳолатлари пайдо бўлиши, бундан ташқари, васвасали, галлюцинатор-васвасали психозлар, кўриш, эшитиш, сезиш галлюцинациялари бўлиб, баъзан эса гипомания, экстаз ҳолатлари кузатилиши мумкин.

Бу токсикомания жуда аччиқ чой анчадан бери ичиб

юрилганда вужудга келади. Касалликка олиб келадиган модда чойдаги кофеин алкалоидларидир.

Циклодолни суинистеъмол қилиш натижасидаги токсикомания

Паркинсонизмга қарши ишлатиладиган дори-дармонлар (циклодол, артан, ромпаркин, паркопан) оз-оздан эмас, 2-4 марта кўпроқ дозада қабул қилинганда эйфория, мастлик ёки галлюцинацияларга сабаб бўлиши каби ҳолатлар юзага келади. Бу моддалар истеъмоли миқдори ошиб кетганда қўрқинчли аниқ кўриш галлюцинациялари (ургимчаклар, майда ҳайвонлар, қўнғизлар) билан кечадиган делирийлар ёки овоз эшитиш галлюцинациялари кузатилади. Бундан ташқари, ўткир сезиш, таъқиб, муносабат, таъсир этиш васвасалари, қўзғалувчанлик билан ўтадиган психозлар келиб чиқиши мумкин.

Орадан 1-1,5 йил ўтгач касалликнинг сурункали даври бошланади. Чидамлилик 30-40 таблеткага етади. Хумор ҳолати қўл ва тана титраши, мушакларда оғриқ, тортишиш, бўғимларда ва умуртқа поғонасида оғриқ пайдо бўлиши, юрак уришининг бузилиши, хавфсираш, қўрқиш тариқасида рўй беради.

Касалликнинг кечки даврида руҳий ва жисмоний мойиллик оғирлашиб, органик турдаги ақл камайиши кузатилади.

Корхоналарда ва кимёвий моддаларни хидлаш туфайли келиб чиқадиган токсикомания.

Бу туркумдаги моддалар бензин, буёқ ва лак эритувчилари, доғ кеткизувчи моддалар, кимёвий елимлар ҳисобланади. Улар асосан оғиздан, бурун орқали хидлаш йўли билан нафасга олинади. Ўткир захарланишда (мастликда) эйфория ҳолати пайдо бўлиб, у ранг-баранг, саҳнасимон, фантастик мазмунли галлюцинациялар билан ифодаланади. Беморларда шахс хусусиятларининг ўзгариши, нотўғри хатти-харакатлар пайдо була бошлайди.

Улар бу моддаларни 2-3 кун истеъмол этмасалар, юрак уриши, қон босими бузилади, қўл титраши, қовоқ учиши, тана шишуви пайдо бўлади, безовталиқ, ташвишланиш, 5-7 кунга бориб депрессия, апатия, бўшашиш, астения учрайди.

Касаллик ривожланганда беморларда шахс ўзгаришлари курина бошлайди. Улар аффектив ўзгарувчанлик, дисфориялар, ғазабланиш, бағритошлиқ, ҳужумкорлик, ақл-идрокнинг чуқур ўзгаришлари кўзатилади. Беморлар тез орада ишга яроқсиз бўлиб қоладилар, саёк юрадилар, қонунбузар ишлар қиладилар.

Гиёҳвандлик ташхиси диагностикаси.

Гиёҳвандлик ташхиси диагностикаси бир оз қийин бўлиб, бунга беморларнинг гиёҳванд моддаларни қабул қилишини яшириши сабаб бўлади. Гиёҳвандлик ташхисиди қўйидаги аниқ мезонларга алоҳида эътибор бериш зарур: қариндошларнинг маълумотлари, яъни беморнинг у ёки бу турдаги гиёҳванд моддасини истеъмол қилаётганини улардан аниқлаб олиш, бемор танасиди инъекциядан кейинги доғлар, чандиқлар ёки абцесслар борлиги, беморни ёпиқ жойда сақлаганда гиёҳванд модда қабул қилишга имконият бўлмаганда хуморлик синдромининг пайдо бўлиши, гиёҳванд моддаларни сурункасига истеъмол қилиш натижасиди ички аъзолардаги ва асаб тизимидаги ўзгаришлар. Сўлак, қон ва сийдикда гиёҳванд моддалар ва уларнинг метаболитлари топилиши.

Опийли гиёҳвандликда қондаги АЛТ ва липидлар миқдори ошади, фосфолипидлар миқдори эса камади. Барбитуроманияда ГГТ(глутамилтрансфераза), АЛТ миқдори ошади. Учувчи органик моддалар токсикоманиясиди қонда креатинфосфокиназа пайдо бўлади.

Гиёҳванд моддалар қабулини аниқлашнинг экспресс-тест усули ҳам бўлиб, уни уй шароитида ҳам гиёҳванд деб гумонқилинаётган одамда қўллаб, аниқласа бўлади. Бунга асосан махсус тайёрланган қоғозни гиёҳванд сийдигига 5 сония туширамиз. 5 дақиқадан сўнг қоғозга эътибор қаратамиз, агар 2-та қизил-қўнғир чизиқ пайдо бўлса ҳаммаси жойида, гиёҳванд модда йўқ, агар 1-та чизиқ пайдо бўлса сийдикда гиёҳванд модда бор. Қоғозда чизиқ пайдо бўлмаса тест нотўғри ўтказилган бўлади.

Гиёҳвандлик диагностикасиди бемордаги баъзи белгилар, ҳолатлар ва хатти-ҳаракатлар ҳам катта аҳамият касб этади. Буларга қўйидагилар кирази: ҳаво иссишига қарамай узун энгли кийим кийиш, қўл панжасининг шиши, тишларининг қорайиши ва сарғайиши, синиши, сузлашувининг ғалатилиги, алкоғол ҳиди келмай туриб, сархушлик ҳолати бўлиши, ҳаракат секинлашуви, таъсирчанлик, тажанглик, уйдан нарсалар ва пулларнинг йўқолиши.

Гиёҳвандликнинг асоратлари

Иқтисодий асоратлар: катта пул сарфланиши, барча даромадларнинг йўқолиши, уйдаги буюмларни сотиб йўқотиши, ишдан ҳайдалиши, одамлардан қарз олиши, оиласидан ажралиши.

2. Ижтимоий-сиёсий асоратлар: давлатга қарши оқимларга, диний экстремизмга, террористик оқимларга қўшилиб кетиши.

3. Юридик асоратлари: жиноий ишлар содир қилади, ўғрилик, босқинчилик, қотиллик, терроризм ва бошқа жиноятлардан.

4. Тиббий асоратлар: гиёҳванд моддалар бутун организмга ва марказий нерв системасига, руҳиятга таъсир кўрсатиб, чуқур даражадаги шахс ўзгаришларига олиб келади. Гиёҳванд моддаларнинг инъекция йўли ва бошқа йўллар билан қабул қилиниши гиёҳвандларда жинсий майлнинг бузилишига сабаб бўлади, ОИТС билан касалланиш даражаси ортади. Маълумотларга кўра ОИТС касаллигига чалинганларнинг 80 % дан кўпини гиёҳвандлар ташкил қилади. Шу сабабли ҳам гиёҳвандлик ва ОИТС XXI-аср вабоси ҳисобланади

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 келинди. XVI асрнинг охирига келиб тамаки чекиш Ғарбий 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 наркотикдир.

Тарқалиши. Маълумотларга кўра умуман олганда, 60% эркалар, 20% аёллар, яъни ер юзи аҳолисининг 40% кашандалардир. Сигарета Хитойда энг кўп чекилади, кейин, АҚШ, МДҲ таркибига кирувчи мамлакатлар, Япония, Бразилия, Германия, Буюк Британия, Италия, Франция туради.

Этиологияси ва патогенези. Тамаки тутуни тарқибига 7000 га яқин моддалар киради. Шулар ичида энг зарарли ва заҳарлиси никотиндир. Қушлар учун никотинда ҳўлланган таёқчани унинг тумшугига яқинлаштириш, қуёнлар учун 1/4 томчи, одам учун 2—3 томчи ўлим дозаси бўлиб ҳисобланади. Тамаки тутуни тарқибидида шунингдек яна 40 дан ортиқ типик канцерогенлар ва 12 ҳил рак ривожланишига шароит яратувчи моддалар мавжуд. Тамаки тутунида радиоактив қўрғошин, висмут, калий, ярим емирилиш даври 138 кунга тенг бўлган радиоактив полоний сақланади. Аниқланишича, кашандаларда чекмайдиган-

ларга нисбатан 45 ёшдан 64 ёшгача сийдик пуфаги раки 3 марта, ҳиқ илдоқ раки 6 марта, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати раки 10 марта, қизилўнғач раки 11 марта, ўпка раки 12—14 марта кўп учраган. Сурункали тамаки интоксикацияси таъсирида эндокрин безлар фаолияти бузилади, бу эса импотенция, бепуштлиқ, қандли диабет ва бошқа эндокрин касалликларга олиб келади. Кислород танқис бўлган, никотин ва бошқа тамаки заҳарлари билан тўйинган қон томирлар сиқилишига, бу эса ўз навбатида атеросклероз, юрак ишемик касалликлари (ИБС), миокард инфаркти, облитерацияловчи эндартеритларга олиб келиши мумкин. Тамаки тутунининг токсик компонентлари мия пўстлоғи цитоархитектоникасига ўта зарарли таъсир кўрсатади ва бунинг натижасида кишида 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 кўриш мумкин. Шунинг учун ҳам чекувчи 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 қуйидагича: ўртоқларининг таъсири — 16,8%, қизиқувчанлик — 13,2%, катталарга ухшаш 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 чекилганда тамаки кишида нохуш сезгиларни чақиради, бу томоқ қичишиши, кўнгил айнаши, кайт қилиш ва бошқалар, лекин чекиш давом эттирилaversa, 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:

1- бошланғич босқичи: мунтазам тавсифга эга, кишини чекишга тортаверади ва борган сари кўп миқдорда тамаки чекади. Чекиш иш қобилиятини ошираётгандек, яхшилаётгандек, ўзини яхши ҳис қилаётгандек туйғулар пайдо қилади. Шундай қилиб, руҳий қарамлик ривожланади. Жисмоний қарамлик юз бермайди. Никотинга толерантлик ошиб боради. Соматик неврологик ва руҳий ўзгаришлар юз бермайди. Босқичнинг давомийлиги 3—5 йил.

2- сурункали босқичи: толерантлик жуда баланд бўлиб, чекиладиган сигарета миқдори кунига 20—40 тани ташкил қилади. Чекиш шилқим фикр хусусиятига эга бўлиб қолади. Жисмоний майл элементлари эргалабки йўтал, дискомфортлик ҳисси, доимий чекиш истагида намоён бўлади. Соматик ўзгаришлар — бу бронхит, гастрит, юрак соҳасида нохуш ҳислар, қон босимининг ўзгарувчанлигидир. Неврозсимон аломатлар— энгил, тезда ўтиб кетадиган бўлиб, нохуш сезгилар, «бошда оғирлик», уйқу бузилиши, тез жаҳл чиқиши, иш қобилиятининг пасайиши билан намоён бўлади.

Босқичнинг давомийлиги 5 йилдан 15—20 йилгача.

3- сўнгги босқич: никотинга нисбатан толерантлик тушиб кетади, никотиннинг юқори дозалари дискомфорт ҳолат юзга келтиради. Руҳий майл деярли бўлмайди. Чекиш автоматик равишда содир бўлади. Жисмоний майл унчалик чуқур бўлмаган абстиненция кўринишида: бошда оғирлик ҳиссий, кучли бош оғриғи, иштаҳа пасайиши, вегетатив дискомфорт ҳолати содир бўлади. Оч қоринга чекиш ҳоҳиши пайдо бўлади ва кашанда тунлари уйғонади. Мунтазам равишда юрак ва қон томир фаолиятининг ўзгаришлари, рак ва рак олди ҳолатлари кузатилади. Шунингек ривожланган неврастения кўзга ташланади.

Даволаш. Чекмасликка ўргатиш амбулатор шароитда, қатъий чекишни ташлаш ҳоҳиши бўлганда олиб борилади. Кашандалик босқичидан келиб чиққан ҳолда ҳар томонлама чоралар ўтказилади. Бу чора-тадбирлар қуйидагилардан 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, маърифий-санитария тамакининг соғлиққа зарарли таъсирини тушунтиришни талаб қилади.

Гиёҳвандлик ва токсикоманияни даволаш ва олдини олиш

Гиёҳвандликни даволаш принциплари.

1. Аноним (яширинча);

2. Ихтиерий;

3. Мажбурий.

Касаллик 3 босқичда даволанади:

1) Дастлабки босқич-дезинтоксикация, умумий мустаҳкамлаш ва тетиклаштириш усуллари наркотик модда қабули тўхтатилиши билан олиб борилади.

2) Асосий босқич-наркотик моддаларга қарши қаратилган самарали усулларни қўллаш.

3) Тутиб турувчи даво.

Транквилизаторлар (тазепам, нозепам), хавотирли депрессияга қарши седатив антидепрессантлар (феварин, золофт, пароксетин, стимулатон, флуоксетин) .

Наркотик хумор ҳолатида пироген таъсирига эга бўлган-пирогенал. Безовталик, уйқусизлик, қўзғалувчанлик кузатилганда атипик нейролептиклар респаксол, нопрения, респедон, ва классик нейролептик аминазин, тизерцин, галоперидол қўлланилади. Детоксикация мақсадида физиологик эритмада В ва С гуруҳдаги витаминлар, тиосульфат натрий, баралгин, панангин, лазикс юборилади.

Уйқуни яхшилаш мақсадида сомнол, реланиум, атаракс, санвал берилади. Гиёҳванд моддага нисбатан патологик мойилликни йўқотиш учун атипик нейролептиклар респаксол, нопрения, респедон қўллаймиз. Опиатлар билан ўткир заҳарланганда уларнинг антогонистлари налорфин ёки налтрексон 0,5%-3-5 мл вена ичига юборилади.

Қўшимча ёрдамчи даволаш воситалари: электро уйқу, психотерапия, бемор оёқларини иссиқ сувда ушлаб туриш, массаж кабиларни қўллаш мумкин.

Гиёҳвандлик билан касалланган беморлар даволанаётган вақтда ишга лаёқатсизлик варақаси берилади, бошқа пайтда иш қобилияти сақланган бўлади. Улар ҳарбий хизматга лаёқатсиз ҳисобланади.

Наркомания мавзусига оид вазиятли масалалар

1. Бемор Д., 17 ёшда, охири ойлар давомида одамови, елғончи бўлиб қолган, тезда озиб кетган. Уйга кеч келади. Наркотиклар истеъмол қилиши қабулхонада сезилган. Кечга яқин

бирданига ранги оқариб, кўп терлаган, тумов, ич кетиши, оёқ мушакларида оғриқлар кузатилган. Синдромал ташхис қўйинг? Тахминий ташхисингиз? УАШ тактикаси?

2. Бемор 46 ёшда, 1 йил олдин автоҳалокат туфайли қайта жарроҳлик аралашуви ўтказган, узоқ вақт оғриқ, уйқусизлик бўлган, шу сабабли транквилизаторлар ва барбитуратлар қабул қилган. Асосий касаллик яхшиланишига қарамай, транквилизаторлар миқдори ошиб бормоқда. Охирги вақтларда ухлаш учун 8-1 таблетка рогипнол ва 5-6 таблетка димедрол қабул қиладиган бўлди. Синдромал ташхис қўйинг? Тахминий ташхисингиз? УАШ тактикаси?

Наркомания ва токсикомания мавзусига оид амалий кўникмалар

Абстинент синдромни даволашда қадамба-қадам амалий кўникмалари.

Тадбир:

- Қўзғалиш ва агрессия мавжудлигида ушлаб туриш, кроватга ёки замбилга фиксация;
- Транквилизаторлар: атаракс, диазепам, рогипнол, феназепам, нитразепам;
- Дезинтоксикация: 9% натрий хлорид эритмаси, 5% глюкоза эритмаси, гемодез, реополиглюкин, пешоб ҳайдовчи дори воситалар;
- Симптоматик воситалар: юрак гликозидлари, антиаритмик воситалар, аналептиклар, гормонлар: преднизолон, дексаметазон;
- Наркотик аналептиклар: налтрексон, налоксон;
- Бўғимларда оғриқ бўлса носпецифик яллиғланишга қарши воситалар: бутадиион, реопирин, натрий диклофенаки;
- Натрий оксibuтирати 15- мл в/и секин аста;
- Ихтисослашган наркологик стационарга йўналтириш.
- Натижа.

Пав га мойилликнинг объектив аломатлари - беморларни кўздан кечиришда УАШ учун қадамба —қадам амалий кўникмалар.

Мақсад:

Бажариладиган босқичлар;

Тадбир:

- Склера инъекцияси;
- Бармоқлар тремори, тил тремори;
- Жигарнинг катталашиши;

- Юз терисида томирлар расмининг кучайиши;
- Алкогол ҳиди;
- Қорачиқларнинг кенгайиши, инъекция излари («чуқурчалар», «йўлчалар», веналарнинг йўқолиши), бурун шиллиқ қаватининг таъсирланганлиги;
- Қон, сийдик, ювиндиларни токсикологик текшириш, экспресс-диагностика;
- натижа.

Наркомания ва токсикомания мавзуси бўйича саволлар мажмуаси

1. Гиёҳвандлик ташхиси. Руҳий қарамлик синдроми. Симптомлари.
2. ПАВга қарамлик синдроми бўлган касалликларнинг диагностик мезонларини айтинг;
3. ПАВга қарамлик синдроми бўлган касалликлар клиникасининг дифференциал-диагностик хусусиятлари ва асоратларини санаб беринг;
4. Мазкур бузилишлардаги шошилиш психиатрик ёрдам ва даволашнинг асосий принципларини айтинг.
5. Жисмоний қарамлик синдроми. Симптомлари.
6. МКБ-1 бўйича гиёҳвандлик турлари қандай ?
7. Ўзбекистонда кўп учровчи гиёҳвандлик турларини санаб беринг.
8. Наша, тушунчаси, Ўзбекистонда таркалганлиги. Ўткир захарланиш, клиникаси. Ташхисоти. Даволаш. Қарамлик профилактикаси.
9. Наша гиёҳвандлигида қарамликнинг шаклланиши, сабаблари.
10. Клиникаси. Ташхисоти. Абстиненция. Даволаш.
11. Наша ҳақида «кириш», наркотик моддаси сифатида тушунча.
12. Психозларнинг клиникаси. Ташхисоти. Кечишининг хусусиятлари. Даволаш. Психозлар профилактикаси.
13. Кокаин, тушунчаси, суистеъмол қилиш шакллари.
14. Кокаин гиёҳвандлигининг клиникаси. Ташхисоти. Абстиненция. Кечишининг хусусияти. Даволаш. Профилактика.
15. Морфин гуруҳидаги препаратларни қабул қилиш билан боғлиқ гиёҳвандлик. Клиникаси, ташхисоти, даволаш.
16. Опий ва опий препаратлари.

17. Опи́й гиёхвандлигининг клиникаси. Ташхисоти. Абстиненция. Кечишининг хусусияти. Даволаш. Профилактика.

18. Героин ҳақида тушунча. Героин гиёхвандлигининг тарқалганлиги. Клиникаси. Ташхисоти. Абстиненция. Кечишининг хусусияти. Даволаш. Профилактика.

19. Наркоманияларда учровчи психозлар.

20. Психостимуляторлар, гуруҳлари.

21. Ўткир заҳарланиш. Сурункали заҳарланиш. Абстиненция. Кечиши. Даволаш.

22. Уйқу дорилари. Ўткир заҳарланиш. Сурункали заҳарланиш. Абстиненция. Кечиши. Даволаш.

Наркомания мавзусига оид тест саволлари

1. Опи́йли наркоманияда абстинент синдромига хос:

кўз ёшланиши, ринорея;

оғиз қуриши, ич қотиши;

иштаҳа кучайиши, полидипсия;

анализаторларнинг таъсир бўсағасинг ортиши;

кунгил айниш, қайт қилиш, мушакларда оғриқ;

ич кетиши, кўп терлаш;

2. Опи́й гуруҳига кирадиган препарат:

омнопон;

дроперидол;

морфий;

промедол;

фентанил;

каннабинол;

3. Наркоманиянинг асосий белгиларига қуйдагилар киради:

абстинент синдроми;

руҳий ва жисмоний қарамлик;

онг тўхташи синдроми;

ганзер синдроми;

наркотик моддага толерантликнинг ўзгариши;

интоксикациянинг клиник кўринишининг ўзгариши.

ЗАҲАРЛАНИШГА ОИД РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР (ДОРИВОР МОДДАЛАР, ОВҚАТ ВА САНОАТ МАҲСУЛОТЛАРИ ТАЪСИРИДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН РУҲИЙ ЎЗГАРИШЛАР)

Сўнгги йилларда доришунослик, кимё, саноат ишлаб чиқариши ривожланишининг кучайиши натижасида баъзи моддалардан заҳарланиш ва унинг таъсирида келиб чиқувчи руҳий ўзгаришларнинг келиб чиқишини ўрганиш жуда муҳим.

Заҳарланишдаги руҳий ўзгаришлар алоҳида кўринишга эга бўлмай, балки неврологик ва соматик ўзгаришлар билан бирга юз беради. Кўпинча бундай моддаларни қонда, сийдикда ва мия суюқлигида топиш мумкин. Заҳарли моддаларнинг доимий таъсири натижасида тананинг шу заҳарга таъсири кучаяди ва кам миқдори таъсир қилганда вужудга келадиган патологик реакция шу модданинг ўзи бўлмаса ҳам давом этади.

Бир марта кўп миқдордаги моддадан заҳарланишда онгнинг демирил ўзгариши кузатилади. Бу ҳолат атропин, тетраэтил, қўрғошин, бензин каби моддалардан заҳарланишда кузатилади.

Гипоксия келтириб чиқарувчи моддалар билан кучли заҳарланганда 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 қайд этилади.

Руҳий ҳолатга тегишли бўлмаган астеник, невротик, депрессив ва ипохондрик синдромлар қайд этилади.

Заҳарланиш оқибатида юзага келган психозларни даволаш асосан заҳар таъсирини йўқотиш ва унга қарши усуллари қўллаш, патогенетик даволаш усуллари билан олиб борилади. Заҳарланиш оқибатида киши организмда баъзи дориларга таъсирчанлик кучаяди, шунинг учун дориларни эҳтиётлик билан ишлатиш зарур. Қўзғалиш ва делирий бўлганда нейролептикларни (айниқса аминазин, галоперидол, тизерцинларни) қўлламаган маъқул. Ис гази билан заҳарланганда нейролептикларни умуман қўллаш таъқиқланади. Делирий, онейроид, психомотор қўзғалишларни яхшиси транквилизаторлар билан йўқотишга ҳаракат қилганимиз маъқул, масалан реланиум, феназепам қўйиш орқали). Худди шу каби, интоксикацион параноид ва манияларни даволаганда ҳам транквилизаторлар-

дан бошлаш керак, ва фақатгина интенсив дезинтоксикациядан сўнггина, эҳтиёж бўлса нейролептикларга ўтса бўлади.

Неврозсимон ва психоорганик бузилишларда транквилизаторлар, ноотроплар (церебролизин, фенотропил, ноофен, луцетам) ва энгил стимуляторлар (сиднокарб, лимон ўти дамламаси, женьшен дамламаси, заманиха дамламаси, аралія, стрекулия, левзей, родиало, элеутерококк экстракти ва бошқалар)ни биргаликда қўшиб ишлатиш тавсия қилинади. Дезинтоксикациянинг ва умумқувватловчи даво қайта курслар билан қўлланилади. Сурункали параноид психозлар параноид шизофренияни даволагандек даволанади.

Даволашда яна заҳарларнинг антидотлари, таъсирчанликка қарши моддалар ҳам қўлланилади. Инсулинни оз миқдорда қўллаш мумкин.

Заҳарланишда 1 г гача миқдорда унитиол ичирилади ёки бир неча кун 5% ли эритмадан 10 мл миқдорда мушакларга юборилади.

Сурункали дорилардан келиб чиққан депрессияларни даволашда антидепрессантлар фақатгина шундай ҳолдагина қўлланиладики, агар уни чақирган дорини бошқаси билан алмаштириш мумкин бўлмаса (масалан, резерпинли препаратларни — клофелин билан). Унда аминазинга ёки галоперидолга мелипрамин, амитриптилин, анафранил, золофт, рекситин, паксиллар қўшиш керак бўлади.

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 доимий санитария назорати ўтказиш, заҳарланишни дастлабки босқичларидаёқ, аниқлаш, организмга заҳар таъсирини камайтиришдан иборатдир.

Ишлаб чиқаришда, заҳарланишнинг олдини олиш меҳнат гигиенаси ва токсик воситаларнинг меъёрий дозаларини ишлаб чиқишдан ва назорат қилишдан иборат. Турмушда ишлатиладиган заҳарли воситалар (масалан инсектицидлар) дан фойдаланиш йўриқномаларига қатъий амал қилган ҳолда бўлиши керак.

Инттоксикацион психозларнинг аксарияти аддиктив хулқ—атвор бўлганда (наркотикларни, галлюциногенларни ва телба қилувчи воситаларни қабул қилганда) келиб чиқади. Бу ҳолда

профилактик чоралар наркомания ва токсикоманиянинг олдини олиш чораларидан иборат.

Заҳарланиш психозлари ҳар хил заҳарли моддалардан ўткир ёки сурункали заҳарланиш натижасида келиб чиқади. Бундай заҳарли моддалар жуда кўп, бунда уларнинг кўпчилиги организмга кичик миқдорда ёки бир марта юборилганда ҳеч қандай зарар етказмайди, бироқ катта миқдорда ёки узоқ вақт давомида қўлланилганда оғир оқибатларга олиб келиши мумкин.

Кейинги вақтларда заҳарли моддаларни қўллаш одат тусига кириб бормоқда. Алкогол ана шундай энг кўп тарқалган моддалардан биридир.

Заҳарланиш психозлари, шунингдек касбга хос (тетраэтил қўрғошин, антифриз, симоб, маргимуш, фосфор, органик 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.

Таниқли психиатр олим Бонгеффернинг 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 яна бир олим Крепелин инфекцион психозларнинг заҳарланиш психозларидан етакчи психотик синдромининг табиати ва структураси билан фарқ қилишига аҳамият берган. Инфекцион делирий онгнинг қаттиқ бузилиши, лекин галлюцинатор кечинмалар тизимига сифмайдиган ўзуқ-юлуқ кечинмалар билан боради, заҳарланиш делирийси эса онгнинг унча бузилмаслиги ва бемор ўрганиб қолган мавзудаги тасаввурий галлюцинациялар билан кечади.

Ўткир юқумли касалликлардаги руҳий бузилишлар.

Ҳар хил юқумли касалликлар ҳам беморда руҳий ўзгаришларга сабаб бўлиши мумкин. Инфекцион касалликларда руҳий ўзгаришларнинг бир гуруҳи—симптоматик инфекцион психозлар асосан умумий юқумли касалликларда пайдо бўлади. Бу руҳий ўзгаришлар у ёки бу инфекцион касаллик аломати ҳисобланади. 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.

Юқумли касалликлардаги руҳий бузилишлар турлитуманлиги билан ажралиб туради. Ушбу юқумли инфекциялар марказий нерв тизимига қаттиқ таъсир қилиб, миёда ўткир руҳий бузилишларни — психозларни келтириб чиқаради. Инфекция миёни заҳарлаганда, «интракраниал инфекция» деб номланган касаллик вужудга келади. Инфекция психозлари асосида онг бузилиши синдромлари: галлюциноз, астеник ва қарсоқовлик синдромлари каби экзоген турдаги реакцияларга кирадиган ҳар хил психопатологик жараёнлар намоён бўлади.

УМУМИЙ ВА ИНТРАКРАНИАЛ ИНФЕКЦИЯЛИ 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 кетган 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 касалликнинг турлари ўзидан кейин асорат қолдирмайди ва ўтиб кетади.

Делирий — айниқса болалар ва ёшлар орасида учрайдиган, организмга тушган инфекцияга 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 аксарият ҳоларда бир қатор органларида оғриқ сезади. Беморда иккиланиш белгиси, яъни унинг ёнида доим ўз акси юргандек сезилади.

Делирий бир неча кундан кейин ўтиб кетади, бироқ ўтган кунларининг маълум қисми ёнида 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 жараёндр. Бунда онгнинг бўзилиши, қўққисдан пайдо бўладиган психомотор кўзғалишлар, галлюцинациялар, боғлиқсиз майллар ва ўзини йўқотиб қўйиш ҳоллари бўлиши мумкин. Бундай ҳолатдаги бемор тартибсиз, мақсадсиз ҳаракатлар қилиши мумкин, унинг узоқларга қочиб кетгиси, деразадан ўзини ташлагиси келади. Бу хил беморларни назорат остига олмақ жоиздир. Улар овқат емайдилар ва натижада тез озиб кетадилар. Баъзан клиник тарздаги аменция делирий билан алмашилиб туриши мумкин.

Инфекцион психозлар астения билан алмашилиб туриши натижасида бемор кўп йиғлайдиган, бўшашган, товуш ва ёруғликка чидамсиз бўлиб қолади.

Чўзилиб кетган психозлар. Қатор умумий юқумли касалликлар ёмон вазиятларда чўзилиб кетиши ёки сурункали кечишга айланиб қолиши мумкин. Бу хил беморларда намоён бўладиган руҳий бузилишлар, касаллик бошиданок оралиқ синдромлар билан ўтади. Юқорида айтиб ўтилганидек психознинг бу шакли ҳам қайтар жараёндр. Улар узоқ астениялар билан тугайди. Бу психозларнинг клиник манзараси ҳам ўзгарувчандир. Муносабат васвасаси, заҳарланиш ҳамда депрессия васваса ҳолати, ўзини улуғлаш тафаккури, сергаплик, кайфи чоғлик яъни маниакал-эйфорик ҳолат билан алмашинади. Кейинчалик кузатув, ипохондрик васвасалар, галлюцинация билан алмашилиши пайдо бўлади. Конфабуляция бу ҳолатда ҳам учрайди. Бу шаклдаги барча психопатологик бузилишлар сезгирлиги пасайган астеник синдромлар ҳамда депрессив-ипохондрик бузилишлар билан биргаликда кечади.

Қайтмас руҳий бузилишлар бу хил патологик жараёнлар асосида Корсаков ва психопатологик синдромлар клиник манзараси билан юзага чиқадиган асоратлар бош миянинг органик зарарланиши билан ифодаланади. Булар қайтмас табиатга эга бўлиб, бош миянинг зарарланиши билан кечадиган умумий ёки интракраниал инфекциялардир.

Қатор юқумли касалликлар ташхисида маълум аҳамият касб этган руҳий бузилишлар ўзига хос томонларга эга. Баъзи юқумли касалликларда руҳий бузилишлар кўпроқ, масалан, тошмали терламада, безгак касаллигида, баъзиларида камроқ ёки умуман бўлмайди. Мисол тариқасида безгак ва бошқа қатор юқумли касалликлардаги руҳий бузилишларни келтирамиз.

Бу касалликнинг оғир шаклларида бири тропик безгакдир. **Plazmodium falciporum** 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 қўққисдан ҳушидан кетиб қолади. Баъзан бу хил ҳолларда қуёш уриши ёки инфаркт ҳақида фикр юритилади. Бундан ташқари, бемор иссиғи доим ҳам кўтарилавермайди. Улар бир неча соат ичида ўлишлари мумкин. Кўпроқ коматоз ҳолатида бемор иссиғи чиқиши, боши оғриши, бўшашиши, мускулларида оғриқ, иштаҳасининг йўқолиши ёки фақат қаттиқ бош оғриши мумкин. Кома кўпроқ делирийдан кейин, баъзан эса тутқаноқ хуружидан кейин пайдо бўлади. Церебрал безгак кўринишларидан бири тиришиш синдромларидир. Бу касалликни ташхислашда энса мускулининг қотиш белгилари асосий ҳисобланади. Клиник манзараси кўз мускулларининг фалажлиги, моноплегия, гемиплегия, ҳаракат уйғунлигининг бузилиши, гиперкинез ва бош мия суяги нервлари зарарланиш аломатлари билан тўлдирилади.

Коматоз шаклининг оқибати анча мураккабдир. Бундан ташқари, церебрал безгакда аменция ҳам келиб чиқиши мумкин. Безгак психозлари бир неча кун ва ҳатто ҳафталаб давом этади.

Скарлатина(қизилча)даги руҳий бузилишлар таснифи касаллик шакллари ва кечишига боғлиқ. Касаллик энгил шаклининг

иккинчи куниёқ уйқучанлик, бушашганлик, ёмон кайфият кабиларни ўз ичига олган астеник аломатлар келиб чиқади. Болаларда учрайдиган ўрта ва оғир шакллариининг 3-4- кунларида эса ташқи оламдан узилиб қолиш ҳам кўшилади. Беморлар саволларга қийналиб тушунишади ва қисқа танаффусдан сўнг жавоб бера олмайдилар. Тез ўқилган гапларни эслаб қолмайдилар ва тез чарчаб қоладилар. Скарлатина(қизилча)нинг оғир шаклларида делирий ва онейроид кўринишлардаги психозлар келиб чиқади. Бунда, психоз тез-тез кайфиятнинг ўзгариши билан, тўлқинсимон кечадиган бўлади. Камқувват, тез-тез оғриб турадиган касалманд болаларда қизилчанинг атипик шакли 4—5 ҳафтада юзага келади. Клиник манзарасида вақти-вақти билан кучайиб турувчи галлюцинация билан онейроид психозлар кўпроқ учрайди. Галлюцинация фантазия таъзида бўлиб, бемор фаолиятсиз бўлади ва психоз астеник ҳолат билан тугайди. Болаларда астеник бузилишлар қизилчадан кейин невротик реакцияларнинг ҳосил бўлишида алоҳида ўрин тутади. Қизилчанинг заҳарланиши, тошмали шакллари бош миянинг энцефалит ва менингит кўринишидаги, органик заҳарланишдаги каби асоратларни келтириб чиқариши мумкин. Бундай ҳолатларда тутқаноқсимон синдромлар, хотиранинг пасайиши, бемор шахсиятида ўзгаришларни кузатиш мумкин. Мия шишиши билан кечадиган қизилчанинг заҳарланиш шаклида кома юз бериши мумкин. Тошмали шакли эса касалликнинг 3—5 ҳафтасида гемиполгия ва мия қон томирларининг эмболияси билан асоратланиши мумкин. Кўпинча қизилчадаги руҳий бузилишлар охири яхшилик билан туга йди.

Инфекцион руҳий бузилишлар бош мия органик касалликлари билан қиёсланади.

Сарамасда (рожа) руҳий бузилишлар кам учрайди. Булар ҳам ўткир, яъни транзитор ва чўзилган, қайтмас психозларга бўлинади. Руҳий бузилишларнинг клиник манзараси инфекциянинг кечиш жараёни, умумий соматик ва маҳаллий кўринишлар даражаси ҳамда йирингли инфекциянинг жойлашган ўрнига боғлиқ.

Касалликнинг ўткир кечишида абортив кўринишдаги транзитор психозлар кузатилади. Сарамасниинг чўзилган кечишида аментив ҳолат юзага келади. Бу синдром қисқа вақтли эйфория билан гиперманиакал ҳолатдан кейин содир бўлади. Касалликнинг 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 эса кататоформ ҳолат мавжуд бўлади.

Сарамаснинг оқибати у қадар хавдли эмас. Инфекцион психозларнинг сарамас турида шизофрения, маниакал-депрессив психозларга яқин тарзда кечади.

Тошмали тиф

Касалликнинг бошланишида астеник кўринишлар, ҳолсизлик, беҳузурлик, 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 эшитув галлюцинациялари билан тавсифланади. Мураккаб галлюцинатор кечинмалар эса саҳнасимон манзара билан тавсифланади. Беморлар тасаввуридаги душманларидан қутилиш учун қочишга, деразалардан сакрашга, ўзига тан жароҳати етказишга ҳаракат қиладилар.

Кўпинча ипохондрик васвасалар танада ҳар хил сезгилар билан кечади. Тошмали тифда В. А. Беляровский таъбирича «шахснинг иккиланиш васвасаси» кузатилади. Бунда беморнинг хаёлида, ўрнида яна кимдир ётгандек туюлади. Ўша кимдир бемор билан боғланган ёки шахсан ўзидек туюлади. Ваъзида унинг танасида янги қисмлар пайдо бўлгандек туюлади ва бу янги қисмлар ёқимсиз ва оғриқли сезгига эга бўлади. Бу касалликда вестибуляр бузилиш кузатилади ва ҳаракат, тушиш ва учиш сезгилари юз беради. Бемор ҳароратининг кўтарилиши даврида онгнинг чуқур бузилиши натижасида ўсиб борувчи адинамия юзага келади. Инфекциядан кейинги 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 кўрсатгандек, катта бойлик эгаси деб ҳисоблайдилар. Бу ҳолатга улар танқид билан қарайдилар, лекин ўзларининг касал эканликларини билишади. Баъзи беморларда тузалиш даврида бирданига делирий ёки аментив ҳолат, баъзида менингиал кўринишлар, булбар аломатлар, дизартрия ва фонациянинг бузилиши кузатилади. Бу кўринишлар комага ва ўлимга олиб келади.

Қорин тифи ва паратифлар

Бошланғич даврида беморларда мушкунлик, пассивлик, фикрий тормозланиш кузатилади. Баъзида ҳарорат кўтарилгунча бемор шахсиятининг ўзгариши маниакал қўзғалиш типи билан кечади. Бундай беморга ташхисни руҳий «касалликлар шифохонасида» қўйилади. Қорин тифининг бу шакли жуда оғир кечади, баъзан ўлим билан тугайди. Ўткир даврида иситмали делирий кузатилади. Бу аментив ҳолат ҳисобланади.

Тузалиш даврида баъзида резидуал васваса, кўпинча эса инфекциядан кейинги ҳолсизликнинг оғир шакллари ривожланади. Худди тошмали тиф сингари беморлар мадорсиз, қўзғалувчан бўлади. Баъзан эйфория, амнестик синдром кузатилади.

Кайталама тиф — бу юқумли касаллик ўта юқори хуруж билан кечади, баъзида маниакал кўринишли делирийни келтириб чиқаради. Яққол руҳий ўзгаришлар сезилмайди.

Боткин касаллиги. Бу касаллик кўплаб руҳий бузилишнинг астено-адинамик синдроми типдаги ўзгаришлар: мадорсизлик, таъсирчанлик, қўзғалувчанлик билан намоён бўлади. Коматоз ҳолатдаги ўткир дистрофияда қўзғалувчанлик, ўсиб борувчи беҳузурлик, тушкунлик, уйқучанлик ва қулоқ битиши кузатилади.

Грипп. Грипп вирусининг нейротроплигига ва касалликнинг эпидемик тарқалишига қарамасдан яққол руҳий бўзилишлар сезилмайди. Грипп касаллигида астеник симптомлар: мадорсизлик, адинамия, бош оғриғи, қўзғалунчанлик хосдир. Баъзида бу белгиларга уйқунинг ва тетикликнинг бузилиши (баъзида кундузги уйқучанлик) ёки сутканинг ҳамма вақтида уйқучанлик қўшилади.

Бу аломатлар 1—2 ҳафтада йўқолиб кетади. Камдан-кам ҳолларда руҳий бузилишлар юз беради, айниқса инфекциядан кейинги даврда яққол ва ранг-баранг бўлади. Астеник кўринишларга ҳиссий бузилишлар қўшилади. Кайфиятнинг умумий фони депрессив ҳолга ўтади, бунда ғамгинлик, қўрқув, ваҳима, ўз жонига қасдклишига оид фикрлар пайдо бўлади. Бошқа ҳолатларда кайфиятнинг умумий фони маниакал ҳолатга яқин бўлади. Яна аментив ҳолатлар: бирданига ҳаракат қўзғалиши, доимий бўлмаган эшитув ва кўриш галлюцинациялари, яққол шахснинг иккига ажралиши ва ўзини унутиши синдромлари билан кечади. Бу ўткир эпизодлар 2—3 кун давом

этади. Узоқ давом этувчи (бир неча ойгача) психозлар бўлиши мумкин. Улар астения фониди келиб чиқувчи чўзилган аментив ҳолат ёки йиғлоқилик кўринишлари билан характерланади. Грипп билан оғриган беморларда шизофренияга хос манзарани кузатиш мумкин. Агар гриппозли геморрагик энцефалит бўлса, руҳий бузилишларда онгнинг хираланиши, маҳсулотсиз симптоматика билан ёки қўрқув, кўрув ва эшитув галлюцинациялари билан кечади.

Охирги йилларда гриппнинг токсик шаклдаги асоратларига диэнцефал синдромнинг турли кўринишларини киритиш мумкин. Диэнцефал соҳадаги қон томирлар ўтказувчанлигининг ошиши токсинлар ва вирусларнинг кўпайиши 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, нейрорептиклар (аминазин, нозепам, галоперидол), ноотронлар (ноотропил, аминалон, пирацетам) ишлатилади.

Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми ОИТС

ОИТС — ўзига хос касаллик бўлганлиги учун ушбу касаллик хусусиятларини биология ва тиббиёт мутахассислари қатори психиатрлар ҳам чуқур ўрганиши керак бўлади. ОИТС да кузатиладиган руҳий бузилишлар турли-тумандир. Маълумки, ОИТС вируси марказий асаб 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 чиқишининг асосий сабабларидан бири беморнинг сиқилишидир. Бунда қўзғалувчанлик, ипохондрик сиқилиш, депрессия, қисқа вақтли реактив психозлар, параноид шизофренияга 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 бу ҳолатни, шизофренияга ўхшаш ўткир, параноид ва депрессив психозлар ҳамда турғун гипоманиакал ва маниакал ҳолатлар каби қатор эндоген касалликлар билан қиёсий ташхислаш керак бўлади.

Бунда васваса, галлюцинация, параноид, вербигерация ва бошқа симптомлар кузатилади.

Шу хил руҳий ҳолат ойлаб давом этади, кейин у миянинг зарарланишига ҳамда деменцияга ўтади. Агар беморнинг яқинларидан бири ОИТСдан вафот этгани бўлса, бемор ўз-ўзини ўлдиришга ҳаракат қилиб кўради.

Бу касалликда невротик депрессия нисбатан кам учрайди. Депрессия натижасида ёки мустақил равишда беморда обсессив-компульсив бузилишлар келиб чиқади. Бу бузилишлар беморни кўп соатлаб ўз танасида тошмалар ахтариши, ўлим ҳақида ўйлаши, касаллик юқиши мумкин бўлган жинсий алоқа ҳақида ўйлаши каби ҳолатларга олиб келади. Шунини ҳам ҳисобга олиш керакки, ОИТС нинг психопатологик симптомлари рақнинг терминал босқичидаги беморда кузатиладиган белгиларга жуда ўхшаб кетади.

Бу даволанмайдиган оғир касалликлар шароитида психопатологик ўзгаришларнинг универсаллигини яъна бир бор тасдиқлайди.

Касалликнинг қандай кечишига қараб 40% ҳолларда бош мия органик зарарланиши симптомлари, 80% ҳолларда оператив йўл билан диффуз энцефалопатияси тасдиқланади.

Бундай ҳолларда беморларнинг диққати аста-секин пасаяди ва у бўлиб ўтган воқеани тез унутади. Бир неча ҳафта ичида беморда ақли пастлик, онг бузилишлари, мутизм, сийдик-нажасни тута олмаслик ва кома юзага чиқади. Компьютер томографияда ҳар 10—13% ҳолларда церебрал атрофия аниқланади.

Шундай қилиб, ОИТС мураккаб, кам ўрганилган ва ҳозирча давосиз касалликдир. Бундай беморларда организмда жуда кўп аъзо ва тизимлар ўз фаолиятини бажармай қўяди. Айниқса, марказий асаб тизимидаги ўзгаришлар неврологик ва руҳий бузилишларга олиб келадики, натижада бемор ижтимоий ҳаётга меҳнатга ва руҳий мулоқотга ярқисиз бўлиб қолади.

СУРУНКАЛИ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

Ревматизм — бод касаллиги. Ревматизмда юзага келадиган асаб-руҳий бузилишлар клиникаси аксарият ҳолларда синдром ва психопатологик ўзгаришлардан ташкил топади. Синдромлар ревматизмнинг эрта ва анча енгил кечувчи шаклига хос бўлса, психопатологик ўзгаришлар эса ревматизмнинг кечки даврида, бош мияда морфологик ўзгаришлар аниқлангандан кейингина юзага келади.

Касалликнинг эрта даври учун неврозга ўхшаш ҳолат хосдир. Бунда ҳолсизлик, тушқунлик, тез чарчаш, иш қобилиятининг пасайиши ҳам юз беради. Ундан ташқари, жуда юқори қўзғалувчанлик, таъсирчанлик, йиғлоқилик каби белгилар ҳам юз беради. Мана шу ҳолат кўпинча болаларда ҳаракатнинг тартибсизлиги, ноаниқлиги ва уларнинг чалғиши билан қўшилиб келади. Аксарият ҳолларда уйқу бузилади, уйқу юзаки ва қисқа бўлиб қолади. Бемор тутуруқсиз, тартибсиз тушлар кўриб чиқади. Баъзан ухлашдан олдин иллюзияга ўхшаш ёлғон сезгиларни ҳис қилиш юз беради. Кўпинча «тана тузилишини», атроф муҳитни қабул қилиш бузилади, ундан ташқари вестибуляр бузилишлар, қўрқувлар юзага келади. Баъзан бу қўрқувлар ҳеч қандай аҳамиятга эга бўлмаса-да, баъзан беморнинг соғлигига, ҳатто ҳаётига хавф солади.

Кўпчилик касалларда бундай ҳолатлар анча бежавотир 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 қуйидаги депрессив, ступор ва аментив —делириозли синдромлар бирга келади. Бу ҳолатлар учун қўзғалишнинг ступор билан алмашиши, соматик ўзгаришлар жадаллиги билан психозларнинг ўткирлиги орасида аниқ боғлиқликнинг йўқлиги, ундан ташқари, унинг 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 ташқи оламни ва ўз танасини идрок қилишнинг бузилиши ҳам хосдир.

Сурункали равматик психозлар ўз ривожланишининг маълум бир bosқичларида шизофрения билан бирмунча ўхшаш томонларга эга. Бундай ҳолатларда ташхис қўйиш учун анамнез соматик ва лаборатория текшириш натижалари, касалликнинг ўзига хос кечиши, шизофренияга хос ҳиссий оламда ва фикр-

лашда ўзгаришларнинг йўқлиги ва органик жараёнларга хос тафаккурнинг бузилиши каби белгилар асосий рол уйнайди.

Касалликнинг ҳам ўткир, ҳам сурункали даврларида доим бош мия ва марказий нерв тизимида патологоанатомик ўзгаришлар учрайди. Ёш болаларда яллиғланишнинг инфилтратив таркиблиги, катта ёшдагиларда эса пролифератив таркиблиги устунлик қилади. Бош миёдаги яллиғланиш тугунчалари ревматизмда юрак мушакларидан топилган Ашофф гранулалари билан бир хилдир.

Баъзан касаллик қайталанувчи психоз типиди 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.

Бруцеллёз. Бу инфекция кучли нейротроп хусусиятга эга бўлиб, узоқ 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 қарахтлик кузатилади. Абсанс типидидаги хуружлар ўзига хос ҳисобланади. Унга тилнинг, қўлнинг оқариши, нутқнинг йўқолиши ҳарактерлидир. Кўпинча образли тушсимон безовталаниш пайдо бўлади:

Бруцеллёзли психозлар соматик аломатлар асосида юзага келади (қалтираш, жигар ва талоқнинг катталаниши, бўғим ва мушакларнинг 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 руҳий бузилишларни ҳам даволаш керак. Бунинг учун психотроп воситалардан фойдаланиш зарур. Қайси воситани, дори моддани танлаб олиш ва уни ишлатиш дозалари синдром ва белгиларнинг табиатига қараб белгиланади.

БОШ МИЯ ВА УНИНГ ПАРДАЛАРИ ИНФЕКЦИЯ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАНДА ЮЗ БЕРАДИГАН БУЗИЛИШЛАР

Қутуриш. Бу касаллик одатдан ташқари жуда оғир кечиши ва кўпинча ўлим билан тугаши туфайли нерв тизимини шикастловчи инфекциялар орасида алоҳида ўрин эгаллайди. Қутуришнинг яширин даври 2—10 ҳафта давом этади. Баъзан касаллик кечроқ, яъни қутурган 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.

Қўзғалиш 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. Суяқликнинг бирор бир тури ютқун мушакларининг оғриқли титрашига— сиқилишига олиб келади. Бундай хуружлар бошқа таъсирловчилар — совуқ ҳаво оқими, ёрқин ёруғлик, қаттиқ, кучли товушлар билан ҳам чакирилиши мумкин. Касалликнинг бу даврида онгнинг хиралашуши типигаги руҳий бузилишлар юз беради. Асосан аниқ галлюцинациялар билан васвасалар, делирий, кучли аффектив қўзғалишлар кузатилади, бемор ўзини ва кийимларини тишлайди, ўзига жароҳат етказиши ва атрофдаги кишиларга ташланиб қолиши мумкин. Касалликнинг кейинги даврида руҳий ўзгаришлар, қўзғалиш ва мушакларнинг спазми фалажлар (асосан оёқ фалажи) ва гапириш (нутқ)нинг бузилиши билан алмашади. Беморлар тинчланади, қалтирашлар йўқолиб, қийналмай сув ичади. Мана шундай «қаҳрли тинчланиш» (Н. М. Кроль) ўлим хабарчиси ҳисобланади. Ўлим 3—4 кундан кейин юрак етишмовчилиги белгиларининг кучайиб бориши билан юз беради. Баъзан жадал даволаш тадбирлари ёрдамида бемор умрини бир неча кунга чўзиш мумкин.

Бош миЯ бўлимларида яллиғланиш аломатлари кўринади, бош миЯ ва унинг пардаларида кучли гиперемия, геморрагия-

лар; бош мия тўқимасининг емирилиши, глиал ҳужайраларнинг пролиферацияси кузатилади, бу эса кўпинча 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 ҳай вон тишлаган одамларда ривожланиши мумкин.

Касалликни даволаш натижа бермайди. Асосий эйтибор касалликнинг олдини олишга қаратилади. Бунинг учун пастер эмлашларини иложи борида эрта бошлаш керак. Асосий профилактика тadbирларидан яна бири уй ҳайвонларини озода, тартибли сақлаш (қутурган ҳайвон ва итларни йўқотиш) ва кенг маърифий санитария 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 йўл билан бош мия пардаларига тушиши туфайли келиб чиқади. Бирламчи менингитга Вексельман менингококки чақирган церебрал менингит, ўткир лимфоцитар хориоменингит, Коксаки ва ЕСНО вируслари чақирган ўткир менингитлар киради.

Иккиламчи менингитлар сабаби бўйича (стафилакоккли, стрептококкли) ва бирламчи инфекцион жараённинг жойлашган ўрни бўйича фарқланади (отоген менингитлар).

Патогенези ҳар хил бўлишига қарамадан менингитда юзага келадиган руҳий бузилишларга менингиал аломатлар мажмуаси хосдир. Бу аломатлар мажмуаси доимо қаттиқ бош оғриши, овқат ейишга боғлиқ бўлмаган қусишлар, гиперкератоз кўринишлар, неврологик аломатлардан (Энса мушакларининг таранглашуви, Брудзинский аломатлари) иборатдир. 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 миқдори ошади, альбумин-глобулин коэффиценти

камаяди. Агар орқа мия суюқлиги типиклигича қолиб, плеоцитоз лимфоцитлар ҳисобига юз берса, серозли менингит дейилади. Йирингли менингитда орқа мия суюқлиги хира бўлиб, унда полинуклеарлар кўпчиликини ташкил қилади.

Рухий бузилишлар даражаси менингитнинг этиологияси ва кечиш даражасига боғлиқдир. Жуда оғир, тез кечувчи жараёнлар (асосан йирингли менингитлар) онгнинг чуқур бузилишлари, яъни сопор ва кома билан кечади; бирмунча енгил кечишда қулоқ битиши ҳолати кузатилади. Баъзи касалларда кучли ҳаракат қўзғалишлари, васваса, галлюцинациялар юз бериб, бу ҳолат тезда руҳиятнинг тушиб кетиши, ҳолсизлик ва адинамия билан алмашилиши мумкин.

Даволаш. Юқори дозаларда сульфаниламид препаратларини ва антибиотикларни қўллаш эпидемик цереброспинал ва иккиламчи йирингли менингитлар прогнозини бирмунча яхшилайдди. Замонавий ва тўғри даволаш туфайли бош миянинг турғун органик жароҳатланиш белгилари, шунингдек беморнинг жисмоний ва ақлий жиҳатдан ривожланишидан орқада қолиши кам учрамоқда. 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.

Сил менингити. Касаллик асосан руҳий беморларда учраб, ички аъзолар силининг асорати ҳисобланади. Касалликнинг продромал даври (5—21 кун) ўзига хос кечади. Унга бош оғриши, вегетатив бузилишлар, руҳий ўзгаришлар хосдир. Касалликнинг бошида тана ҳарорати субфебрил бўлиб, кейинчалик 38—40°C даражагача кўтарилади; бош оғриши кучаяди, қусиш, менингитал симптомлар пайдо бўлади; орқа мия суюқлиги ўзгариши мумкин (унинг босими ошади, фибрин толалари ва сил таёқчалари топилади).

Рухий бузилишлар продромал давридаёқ пайдо бўлади: ҳолсизлик 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 типигади бузилишлари учрай-

ди. Бунда беморларда ҳолсизлик ҳеч 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 қўрқув, қандайдир оғирлик ва ҳаракат қўзғалишлари билан бирга кечади. Ундан ташқари, тентакликка хос доимий хушчақчақлик, импульсив ҳаракатлар, хуружлар каби ҳолатлар кузатилади. Кома ҳолати ўдимга олиб келиши мумкин.

Тузалиш даврида эшлашнинг 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 ҳафтага бориб ўлим 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 қолиш 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, касалликнинг клиникаси инфекциянинг хусусиятларига ва унинг бош мияга танлаб таъсир қилишига боғлиқ бўлади. Бу касалликлар гуруҳида Экономо типига эпидемик энцефалитни ва мавсумий вирусли энцефалитлар — канали ва чивинли энцефалитларни кўриб чиқиш мумкин.

Эпидемик энцефалитлар. Эпидемик энцефалит пандемияси вақтида (1916—1922) касалликнинг бутун кўриниши, унинг айрим икир-чикирларигача Австрия олими Экономо ва унга боғлиқ бўлмаган ҳолда Россияда Я.М. Раймист ва А. М. Гаймановичлар томонидан тадқиқ этилган.

Касаллик қўзғатувчиси ҳалигача аниқланмаган. Касалликнинг кўпинча гриппдан кейин бошланиши сабабли унинг келиб чиқишида грипп вирусининг асосий ролни ўйнайди,

деган фикр бор эди. Лекин кейинчалик бу назария исботланмаган. Ҳозирги пайтда эпидемик энцефалитнинг кўзгатувчиси деб филтрланувчи номаълум вирус ҳисобланади. У ҳаво йўли орқали организмга тушади. Ҳозирги пайтда бу касалликнинг эпидемик тарқалиши кузатилмайди. Лекин спорадик ҳолда касалланиш ҳозир ҳам учрайди.

Патологик анатомияси. Касаллик марказий асаб тизими яллиғланиши билан кечиб, у асосан лимфоцитар инфильтрат ва мезоглиянинг пролиферацияси билан тавсифланади. Бу ўзгаришлар асосан экстрапирамид тизимининг турли даражаларида жойлашади: таргил танада, қора субстанцияда, қизил ядрога. Яллиғланиш жараёни ҳатто унинг сурункали даврида ҳам узлуксиз давом этади (паркинсонизм). Бош мия экстрапирамид тизимида яллиғланиш билан бирга дистрофик ўзгаришлар ҳам аниқланади. Қора субстанция хужайраларида пигмент камайиб, бу хужайралар ўлади. Натижада қора субстанция ўз рангини йўқотади.

Касалликнинг 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 баъзида ҳеч қандай клиник манзарасиз, алоҳида бир кўринишларсиз ҳам бошланиши мумкин. Мана шундай ҳолларда ташхис жуда кечикиб, касаллик сурункали эпидемик энцефалитга ўтгандан сўнг қўйилади. Бу прогнозни ва даволаш жараёнини қийинлаштириб юборади.

Касалликнинг ўткир бошланишида тана ҳарорати 37,5—37,8°C, ҳатто ундан ҳам юқори бўлиши мумкин, бундан гашқари, ҳолсизлик, қувватсизлик, бош оғриши, уйқучанлик ҳам кузатилади. Касалликнинг 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, хорейсимон 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 узоқ вақтгача касалликнинг бошланғич белгиси бўлиб қолиши мумкин. Баъзида дастлаб уйқунинг кунлик тартиби—формуласи

ўзгаради. Беморлар кундузи ухлаб, кечаси умуман ухлашмайди. Беморлар соатлаб чарчамасдан, уйқуга эҳтиёж, сезмасдан, кўзларини катта очган ҳолда ётадилар. Болалар ва ўсмирларда тунги уйқусизлик кўпинча умумий безовталиқ 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 қандай 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. Шунингдек онгнинг хиралашуви юз бериб, атрофдаги нарсаларни нотўғри тасаввур қилиш, гиперкинезларнинг кучайиши, кўрув галлюцинациялари хосдир (мусситирловчи делирий). Онгнинг янада чуқурроқ бузилишларида қўқув аффекти, юришга уриниш (ёки қочишга ўриниш), кўрув галлюцинацияларининг кучайиши қайд этилади.

Бу ҳолатда агар тремор бўлса, оқ алаҳлашни эслатади. Баъзан делирийдан сўнг апатик ёки апатико-абулик ҳолат юзга келади: бемор жуда ҳолсиз, апатик (бефарқ), бўлиб қолади атрофдаги нарсаларга унинг қизиқиши йўқолади. Янада оғир ҳолларда касбга оид васвасалар ривожланади, бемор автоматик равишда беихтиёр ҳаракатлар қилади, гинеркинезлар кучаяди, конфабуляция пайдо бўлади.

Касалликнинг ўткир даврида яна руҳий ўзгаришлардан бири — бу кайфиятнинг бузилишидир. Кайфиятнинг ўзгариши депрессив тарзда кечиб, беморда ҳеч нарсага қизиқмаслик, кам ҳаракат қилиш, ўз-ўзини ўлдириш хаёллари кузатилади. Ундан ташқари, гипоманиакал ва натижасиз қўзғалишлар юз бериши мумкин.

Инициал даври 2—3 ҳафтадан 2—3 ойгача давом этади. Бир пайтининг ўзида ўткир давр тўхташи билан руҳий бузилишлар ҳам йўқолади. Лекин бошқа ҳамма инфекцияларга хос, узоқ вақт

давомида инфекциядан сўнгги астения ҳолати вужудга келади. Постинфекцион астепияга ҳолсизлик, тез чарчаш, хотиранинг пасайиши, таъсирчанлик, йиғлоқлик, кўнгил бўшлиги каби белгилар киради. Ўткир даврда бемор узоқ йиллар давомида худди бутунлай соғайиб кетгандай юради. Кейин касалликнинг сурункали даври бошланади. Лекин, баъзида ўткир даври бево-сита 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 қолиши, вазомотор бузилишлар юзага келади. Кўпинча моддалар алмашинуви бузилади: беморлар жуда тез ориқлаб ёки тез семириб кетишн мумкин. Ундаш ташқари, организмдаги сув, туз ва углеводлар алмашинуви ҳам бузилади.

Эпидемик энцефалитнинг сурункали даври учун айниқса **паркинсонизм синдроми** хосдир (ригид-акинетик синдром). Бундай касалларнинг ташқи кўриниши алоҳида тарздадир: юзи ялтирайди, ёғли ва ниқобсимондир. Мимикаси йўқ. Бемор бирор нарсадан хафа ёки хурсанд бўлиши мумкин, лекин мимикаси бу ҳис-ҳаяжонни юзида акс эттирмайди, юзи қотиб қолганга ўхшайди. 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 мушакларнинг номутаносиб қисқариши, таранглашиши туфайли ҳаракат қилмоқчи бўлганида бемор олдинга, орқага ва ён томонга йиқилиши мумкин; пропульсия, ретропульсия, латеро-пульсия кузатилади. «Тишли гилдирак» номини олган феномен типик бўлиб, унда пассив ҳаракат мушаклар гипертониясининг ортишига олиб келади. Гапириш секинлашади гаплар, бир хил тонда, ҳис-ҳаяжонсиз; баъзан беморлар ярим сўзни айтиб, паузадан сўнг гапини давом эттиради. Айрим ҳолларда улар бир хил гап ёки ҳаракатни тўхтовсиз қайтаради.

Орқа мия суюқлигида қанд, оқсил, глобулин миқдори 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 кечади, бу ҳолат ҳамма руҳий жараёнларнинг — фикрлаш, диққат фаоллиги, аффективлик кучининг сусайишига олиб келади. Бундай беморлар ҳаддан ташқари секин юради, оғир ва танбал бўлиб қолади. Улар диққатни жамлаш ва тезлаштиришга қодир эмаслар. Фикрлаши сусайган, секин бир хил бўлиб, баъзан беморнинг идроки ҳисобига фикрлаш зўриққан 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 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 вариантларида неврологик аломатлар ва айнан паркинсонизм тез ва аниқ даражада юзага чиқмасдан, балки руҳий ҳолатлардан кейин, кечроқ юзага чиқиши мумкин. Касалликнинг бу шаклларини ўрганиш ва тавсифлашда бизнинг психиатрларимиз катта ҳисса қўшдилар. Узоқ йиллар давомида касалликнинг бу шакллари аниқланмасдан, натижада уларга нотўғри ташхис қўйиб келинган. Уларга қўйидагилар киради:

Галлюцинатор-параноид шаклида кўриш орқали ҳис қилишнинг бузилишларида — иллюзиялар, галлюцинациялар ҳамда гиппалогик галлюцинациялар юз беради. Баъзан улар таъқиб, таъсир, зарар етказиш ва ўз-ўзига муносабат васвасалари билан қўшилиб келади. Булар билан уйқусимон онейроид ҳолат ўртасида аниқ боғлиқлик 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 шаклида дастлаб алданувчи, ёлгон 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 ўлим) 20—30% гача, ўткир даврида эса ундан ҳам юқори бўлади эди. Кейинги йилларда фармакотерапиянинг ютуқлари ва паркинсонизмни жарроҳлик йўли билан даволаш туфайли оқибат анча яхшиланди.

Қиёсий ташхиси. Неврологик аломатлар яхши ривожланган бўлса, қиёсий ташхис қўйиш қийин эмас. Паркинсоник синдром билан кататоник синдром ўртасида маълум бир ўхшашлик бор. Бу эпидемик энцефалит билан шизофрениянинг кататоник шакли ўртасида қиёсий ташхис ўтказишни талаб қилади. Эпидемик энцефалит билан шизофрениянинг кататоник шакли фақат ташқи тарафдан қўйидаги белгилари билан бир-бирига ўхшайди.

Улар қўйидагилардир: васвасанинг, галлюцинация ва негативизмнинг йўқлиги, бемор билан мулоқотда бўла олиш, касалнинг ўз аҳволига танқидий баҳо бера олиши ва неврологик аломатларнинг мавжудлигидир. Эпидемик энцефалитда юзага келадиган васваса, галлюцинация, психопатологик аломатлар, зўриққан ва шилқим ҳаракатларни (тутуриқсиз) шизофрениянинг галлюцинатор параноид ва неврозсимон шакллари билан адаштириб юбориш мумкин. Эпидемик энцефалитда аутизм, фикрлашнинг бўлиниши, паралогизм — ҳиссиётнинг шизофреник ўзгариши, негативизм бўлмайди.

Ўсмирлик давридаги касалликни қиёсий ташхис қилиш жуда қийин, чунки бунда биринчи ўринга характернинг руҳий патологик ўзгариши билан тентаклик аломатлари чиқади. Ўзига хос анамнез ва неврологик аломатларнинг йўқлиги жараёндан кейинги дефект деган хулосага олиб келиши мумкин. Бундай ҳолларда ташхис қилиш текширув асосида қўйилади. Буларнинг 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, менингоэнцефалит шикастлар ва бош мия ўсмасидан) эпидемик энцефалит касалликнинг ўткир даври ва неврологик аломатлар (экстрапирамидал, кўзни ҳаракатлантирувчи, вегетатив, уйқунинг бузилиш аломатлари) мавжудлиги билан фарқ қилади.

Даволаш. Касалликнинг ўткир даврида даволаш асосан иситмани туширувчи, дезинтоксикацион терапия ва иккиламчи инфекциянинг олдини олиш мақсадида антибиотикларни қўлашдан иборат.

Касалликнинг сурункали даврини даволаш учун жуда кўп хилма-хил даволаш воситаларидан фойдаланилмоқда. Уларнинг кўпчилиги паркинсонизмни даволашда ёрдам беради. Уларга аргон, депоркин, бенодрин, кенадреин, мератран, мильтоун ва бошқалар кирази, улар кам заҳарли бўлгани учун йиллаб ишлатиш мумкин. Кўпгина беморларга бундай даволаш сезиларли энгиллик беради. Ушбу даволаш воситаларининг камчилиги шундаки, улар фақат аломатларгагина таъсир қилади. Агар дори воситалари беморга берилмаса, касаллик белгилари яна юзага чиқаверади. Кейинги йилларда паркинсонизм жарроҳлик йўли билан даволанмоқда — хемопаллидоктомия.

Эпидемик энцефалитнинг психотик шаклларида нейрорептик воситалар қўлланилади. Бу воситаларни анти-паркинсоник препаратлар билан қўшиб бериш яхши натижа беради, яъни руҳий ўзгаришлар интенсивлиги камайиб, ҳатто йўқолиб кетиши мумкин. Агар нейрорептиклар узоқ вақт қабул қилинса, паркинсон синдромига ўхшаш белгилар юзага келиши мумкин.

Касалликнинг психосенсор шаклида психосенсор, вестибуляр ва вегетатив бузилишлар аниқ юзага чиқса, респаксол препарати яхши натижа беради. У кунига 1-4 мг дан 8—12 ҳафта давомида қабул қилинади.

Канали (мавсумий, баҳор-ёзги) энцефалит.

Касаллик одатда май ойининг биринчи ярмидан бошлаб аниқланади (бу пайтда кана личинкадан етук шаклигача ўсади).

Патологик анатомияси. Канали энцефалит бош мия тўқимасининг яллиғланиши дистрофик ўзгариши билан характерланади. Ўзгаришлар тарқалган — диффуз бўлиб, бутун бош мия, кўпроқ орқа миянинг буйин-елка қалинлашган қисми зарарланади. Асосан олдинги шохнинг мотор ҳужайралари зарарланади, ўлади. Бу жараён кучли ривожланган яллиғланиш

реакцияси билан кечиб, натижада лимфоцитар инфилтрат ва яллиғланиш тугунчалари ҳосил бўлади. Дистрофик ва яллиғланиш жараёнлари касалликнинг сурункали даврида ҳам сўнмайди. 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 бузилиши асосан қулоқ битиши кўринишида, қисман эса сопор ёки кома кўринишида бўлади. Беморда тана ҳарорати кўтарилади, аниқ менингиал аломатлар, бош оғриши, оёқ ва қўл мушакларининг хасталаниши билан бир қаторда қўрқув, бсзовталиқ, баъзан эйфория ва делирий ҳолати кузатилади. Касалликнинг оғир шаклида 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 узоқ вақт сақланади.

Касалликнинг сурункали прогредиент кечиши органик кўринишидаги эси-пастликка, 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 пиллаларини 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 учиб даврига боғлиқ. Бу касаллик Японияда, Маньжурия, шунингдек Узоқ Шарқда учрайди.

Патологик анатомияси. Бош мия тўқимасининг шиши, гиперемияси ва микрогеморрагиялари билан тавсифланади. Патологик ўзгариш диффуз бўлиб, кўпроқ ўрта мия, пўстлоқ ости ҳосилалари, таламо-гипоталамик зона, алоҳида ҳолларда эса вароли кўприги ва ўзунчоқ мия шикастланади. Бош мия пўстлоғида бу жараёнлар ҳар хил интенсивликка эга: масалан,

пешона соҳасида бошқа соҳаларга нисбатан кучли жараён кечади (шикастланиш жараёни).

Клиник манзараси. Касаллик шиддатли, тез ўтади. Касалликнинг ўткир даврида тана ҳароратининг баландлиги, менингит, менинго-энцефалитлар билан бирга онг бузилишлари, ҳаракат қўзғалишлари ва мушаклар гипертонияси кузатилади. Мушаклар гипертонияси тезда гемипарезлар, мушаклар қувватсизлиги, атонияси билан алмашади. Инфекциядан кейинги астеник ҳолат узоқ сақланади.

Касалликнинг сурункали даврида фалажлар ва эсипастлик каби қолдиқ ҳолатлар юзага келади. Уларнинг фонида касаллик қайталаниши 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, қўзғалишларни тугатишдан (аминазин) ва гемипарезларга қарши курашишдан иборат. Даволаш қанча эрта бошланса, шунча яхши натижа беради. Профилактикаси чивинларга қарши курашиш ва жойларга махсус препаратлар билан ишлов беришдан иборат.

Юқумли касалликлар ва мия инфекцияларида руҳий бузилишлар мавзусига оид вазиятли масалалар

1. Бемор Л., 42 ёшда. Оилали, спиртли ичимликларни қабул қилмайди, 3 йил олдин **лептоменингит** билан оғриган. Ишхонада яхши касб эгаси. Соғлом даврида бирданига эс-ҳуши ноаниқлашиб, мўлжални йўқотиш юзага келган, автоматик ҳаракатлар (ечиниб, жойида айлана бошлаган) қилган, 1-2 дақиқа давом этган, кейинчалик амнезия юзага келган. Тахминий ташхис. Зарур бўлган параклиник текширувлариш айтинг?

2. Бемор В., 36 ёшда, геолог, уйланган, 2 та фарзанди бор. Вақти, вақти билан спиртли ичимликларни ичиб туради. Тез-тез Сибирь шаҳарларида дам олишда бўлади. 1 йил олдин **грипп** бўлиб, “оёқ”да ўтказган. Охири ойда камҳаракат, кечалари ухламайди, кундузи уйқучан, юзи гипомимик типда, мажбурий йиғлаш ва кулги хуружлари бўлган. Шифокорга меҳнат қобилиятининг сусайганлиги сабабли мурожаат қилган. Тахминий ташхис. Зарур бўлган текшириш усуллари.

Юқумли касалликлар ва мия инфекцияларида руҳий бузилишлар мавзусига оид саволлар мажмуи

1. Симптоматик инфекцион психозлар нима ва улар қачон юзага келади?
2. Интракраниал инфекция психозлари қайси юқумли касалликларда юзага келади?
3. Умумий ва интракраниал инфекцияли психозлар қандай шаклларда кечиши мумкин?
4. Умумий ва интракраниал инфекцияли психозларнинг қайси бири ўзидан кейин асорат қолдирмайди?
5. Инфекцион психозлар асосида қандай онг бузилиш синдромлари ётади?
6. Транзитор психозлар қандай синдромлар билан кечади?
7. Онгнинг бузилишсиз кечадиган чўзилиб кетган психозларда кўпинча қандай синдромлар кузатилади?
8. Инфекцион психозларда делирий кўпроқ кимларда учрайди ва қандай намоён бўлади?
9. Инфекцион психозларда аменция қандай намоён бўлади ва унинг қандай ўзига хос хусусиятлари бор?
10. Чўзилиб кетган психозлар кўпроқ қандай юқумли касалликларда ва уларнинг қандай кечишида кузатилади?
11. Чўзилиб кетган психозларнинг клиник манзараси қандай намоён бўлади?
12. Қайтмас руҳий бузилишлар миянинг қандай зарарланишларида кузатилади?

Бош миyanинг 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 йўлга қўйилган. Иккинчидан, ҳозирги замон даволаш усуллари натижасида бош миyanинг захмдан зарарланиши камайиб бормоқда. Бир хил этиологик келиб чиқишга эга бўлган бу иккита ҳар хил касаллик бир-биридан клиникаси ва прогнозига кўра тубдан фарқ қилади. Бош миyanинг захм натижасида шикастланиши захмдан даволанмаган ва даволаш охиригача олиб борилмаган кишиларда учрайди.

Бу патологиянинг юзага чиқишида қуйидаги қўшимча омиллар ҳам катнашади: шикастланишлар (жароҳат), заҳарланишлар (интоксикациялар), жумладан сурункали ичкиликбозлик, оғир соматик касалликлар ва бошқалар. Захм касаллигининг тарихи оқиш спирохеталарнинг ва инсон организмнинг ўзгаришларга қарши курашининг ҳамда мослашганлигининг яққол мисоли бўла олади.

Спирохета суяк емирувчи микроорганизмдан, бутун ички аъзолар ҳамда асаб тизимининг ишини бузувчи ашаддий душманга айланади.

Бош мия захми нейро захмнинг илк шакли бўлиб, оқиш спирохетадан зарарлангандан кейин 5—7 йил ўтгач юзага чиқади. Бош миyanинг эрта 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 қуйилишига олиб келади. Бош мия захмида руҳий бузилишлардан ташқари, неврологик ва соматик бузилишлар ҳам кузатилади. Неврологик симптомлар полиморф бўлади ва қуйидагиларни ўз ичига олади:

1) умумий мия аломатлари—бош айланиши, бош оғриғи, кўнгил айнаши, қусиш;

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 неврозсимон бузилишлар билан тавсифланади, (тез чарчаш, қўзғалувчанлик, диққат—этиборнинг пасайиши, агриппия ва бошқалар), ареактив (дистония, дисфория, эйфория), ҳиссий бўшанглик ва тафаккур бузилишлари (хотиранинг пасайиши, парциал ақлипастилик) билан камдамкам 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, кечишининг нотекислиги, баъзан тўлқинсимон, баъзан тез-тез оғирлашиш ва енгиллашиш юзага чиқиши хосдир. Мия пўстлоғининг сустлашуви тормозланиш жараёнларининг сусайишига олиб келади. Шунинг учун неврозсимон ва психопатсимон қуринишлар доимий бўлиб қолиши мумкин. Шундай қилиб, бош мия захмининг қуйидаги клиник турлари фарқланади.

Менингиал тури. Патологик жараён менингит ёки менингоэнцефалит кўринишида ўткир, ўртача ўткир ёки сурункали кўринишда кечиши мумкин. Ўткир даврида кучли бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айланиши, ҳароратнинг кўтарилиши (юқори даражаларгача) кузатилади. Шу ҳолатда типик менингиал белгилар (энса мушакларининг ригидлиги Кернинг симптоми, Брудзинский симптоми ва бошқалар) ни аниқлаш мумкин. Булардан ташқари, қулоқ битиши, алаҳлаш, қўрқув, қўзғалувчанлик, де-лирий ва эпилептик қалтирашларни кузатиш мумкин. Сурункали кечишда аломатлар редуцирланган, яширин бўлади. Беморларни озгина бош оғриғи безовта қилади, улар қўзғалувчан, эзилган, аффектив реакцияларга мойил бўлади. Қорачиқ бузи-

лишлари кузатилади. Вассерман реакцияси мия суюқлигида мусбат бўлади, қонда бу реакция манфий бўлиши ҳам мумкин. Мия суюқлигида энгил лейкоцитоз ва оқсиллар (глобулинлар) миқдори ошган бўлади. Колге реакцияси қонда 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 (беркилишига) ёки қон томири деворининг ёрилишига ва қон қуйилишига олиб келади. Касалликнинг клиник кўриниши кичик ёки катта қон томирларининг шикастланишига ҳамда бу жараён натижасида келиб чиққан ўчоқли бузилишлар сонига ва жойлашишига боғлиқ. 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, ақлипастик ҳам кучайиб боради. Тафаккурнинг заифлашуви хотиранинг ўсиб боровчи 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. Захмининг бу кўриниши менингоэнцефалит, гумма, эндоартритлар сабабли ривожланиши мумкин. Қалтироқ тутқаноқлари билан биргаликда кайфиятнинг дисфория кўринишида бузилиши, парциал ақли пастикнинг ҳам кучайиб бориши муҳим аҳамиятга эгадир. Неврологик аломатлар эпилептик ўчоқнинг жойлашишига қараб турлича бўлади.

Гуммоз тури. Клиник кўриниши гумманинг катталигига

ва жойлашишига боғлиқ 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 тури клиник кўринишида неврологик аломатлар билан бир қаторда васваса ҳамда галлюцинациялар бўлади. Галлюцинациялар асосан эшитиш галлюцинациялари (Плеут галлюцинози), кам ҳолларда кўриш галлюцинациялари тарзида бўлади. Беморнинг уларга муносабати баъзида танқидий бўлади. Одатда улар турғунлиги ва кам мавзулиги билан фарқланади. Васваса гоёлар (кўпинча таъқиб васвасаси) фабуласи оддийлиги билан тавсифланади ва беморнинг атрофдагилари билан боғлиқ. Эшитиш галлюцинациялари, таъқиб васвасаси, таъсир васвасаси, ўғрилиқ, рашк васвасалари, баъзида ўзини жиннича тутиши мия захмини шизофренияга ўхшаш қилиб қўяди. Захм бошқа ҳар қандай 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 бўшлиқ кузатилмайди. Мия захмида эса шизофренияга хос бўлмаган хотира бузилишлари, санашнинг бузилиши, қўзғалувчанлик, баъзида, қисман ўз касаллигига танқид кузатилади. Захмнинг шизофрениясимон тўрининг асосида токсик энцефалопатия ва 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 қоладилар, бемаъни қилиқ қилиши, эйфория, танқидий муносабатнинг камайиши ва ўзини гаройиб тутиши, шунингдек, баъзида буюклик васвасаси бўлиши ўсиб борувчи фалажликка шубҳа қилишга асос бўлади. Кўпинча беморларнинг кайфияти ўзгариб туради, баъзи беморларда депрессия ҳамда нохуш ипохондрик васваса устун туради.

Ривожланаётган ақлипастлик хотиранинг дағал бузилишлари кўринишида юзага чиқади. Хотиранинг бу бузилишлари атроф—муҳитда мўлжал олишнинг бузилиши даражасигача етади. Бу бузилиш ўз навбатида конфабуляция ва псевдоре-

минесценциялар билан биргаликда кузатилади. Ўсиб боровчи фалажликдан фарқли равишда ёлғон фалажликда рухий фаолият бузилишларининг нотекислиги кузатилади. Хотиранинг дағал бузилишларида бемор бирор нарса орқали хотирани сақлайди, ўз касаллигини буйнига олиши узоқ муддатгача сақланади, бу ҳолатларнинг кузатилиши ўсиб боровчи фалажликка хос бўлган, чуқур ақлипастлик ҳақида гапиришга йўл қўймайди.

Яхши ривожланган неврологик симптоматика, беморнинг гапириши ва дастхатининг ўзгариши ўсиб боровчи фалажлик билан касалланган беморларга хос бўлиб, ёлғон фалажликда кузатилмайди ва инкубацион даври жуда қисқа бўлади.

Ўсиб боровчи фалажликда яхши натижа бермайдиган махсус даволаш усули кўп ҳолларда ёлғон фалажлик аломатларини тўлиқ йўқотади.

Туғма захмнинг проградиент ва проградиент бўлмаган (деструктив ва дистрофик захм) турлари фарқланади.

Проградиент турида ривожланиш нуқсонлари билан бир қаторда (Гетчинсон 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 рухий бузилишлар ҳам қўшилади. Буларга эпилепсиясимон тутқаноқлар, инсультлар, фалажлар ва онг бузилишлари киради.

Туғма захмнинг морфологик асосини махсус менингоэнцефалитлар, эндартритлар, гуммалар ташкил қилади.

Бош мия захмининг серологик ташхиси Вассерман, Закс—Георгиев, Кан ва бошқа реакцияларнинг қон ва мия суюқлигида доимий мусбат бўлмаслиги сабабли қийинлашади. Бу реакциялар баъзида кескин мусбат, баъзида эса манфий ҳам бўлиши мумкин. Ланге реакцияси ҳамма вақт ҳам специфик бўла олмайди.

Даволаш. Мия захми 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. белгиланади. Бисмоверол курсга 20 мл мушаклар орасига 1 мл. дан кунора. Йод препаратлари ҳам қўлланиши мумкин. Пенициллин билан даволашда рухий ҳолат ўртача 3—4 ҳафтадан кейин яхшиланади.

Ўсиб 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 суюқлигининг 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 эътироф этган француз психиатри Бейл номи билан аталади. Мия захмининг ўсиб борувчи фалажликка ўтиши мумкин бўлишига қарамасдан ҳозирда у жуда кам учрайди.

Агар захм терининг камроқ ўзгаришлари билан кечса ва беморлар етарлича даволанмаса, 7—15 йилдан кейин улар кўринишидан соғлом бўлишига қарамасдан ўсиб борувчи фалажлик ривожланади. Ўсиб борувчи фалажликнинг сифилитик этиологияси ҳам клиник, ҳам лаборатория усуллари билан тасдиқланган.

Япон тадқиқотчиси Ногухи (1913й) ўсиб борувчи фалажлик билан касалланган беморларнинг миясидан оқиш трепонемаларни топган. Бироқ бу касалликнинг патогенези 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 буларнинг ҳеч бири ҳали тўлиқ тасдиқланмаган. Ўсиб борувчи фалажликнинг кечишида қуйидаги даврлар фарқланади:

1) бошланғич даври (неврастеник даври);

2) гуллаш даври;

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 ахлоқий нотўғри тутиши, умумий қабул қилинган ҳиссий меъёрлардан четлаши каби шахс ўзгаришлари билан кузатилади. Беморларда ўз-ўзига танқид билан қарашнинг

камайиши натижасида атрофдагилар билан муомала қилиши, уялвчанлиги ва олдин уларда 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 яъни тарқа уриб ривожланиш даврида тафаккурнинг сусайиши ва шахсият ўзгаришлари янада дағалроқ ва яққолроқ бўлиб қолади. Беморлар учун хотиранинг ёрқин бузилишлари, ўз аҳволига баҳо бериш хусусиятларининг йўқлиги хосдир.

Беморларнинг ўзини тутишида қўполлик, боғланганлик сексуал тормозланганлик кабилар устун туради. Уларнинг кайфияти кўтарилган (эйфория), ёрқин эмоционал лабиллик ҳолатида бўлади, камроқ ҳолларда депрессив кайфият бўлади. Ўсиб борувчи фалажликнинг баъзи турларида ўзини катта тутиш васваса гоёси кузатилади, камроқ ҳолларда таъқиб васвасаси ва ипохондрик васваса кузатилади. Аста-секин диффуз, тотал ҳарактерга эга бўлган ақлипастик ошиб боради.

Бу босқичда неврологик текшириш ўтказилганда Аргайл — Робертсон симптоми мусбат бўлади, миаз, мидриаз, анизокория, скандирлашган гапириш, бурун—лаб бурмаларининг асимметрияси, юзнинг салқиганлиги, тилнинг қийшайганлиги, риполяция, логалия, дастхатнинг бузилиши, аграматизмлар ҳам кузатилади. Булардан 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 яъни касалликнинг ривожланиши босқичида у ёки бу психопатологик синдромларнинг устун 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;
7. Атипик турлари

- а) табопаралич;
- б) лиссауер фалажлиги.

I. Демент тури (40—60% учрайди) апатия, ланжлик, яхши руҳият фонида тотал ақлипастикнинг ўсиб бориши билан тавсифланади. Беморлар секин-аста атрофдагилар билан алоқасини йўқотади, ланж, фаолиятсиз бўлиб қолади, ўзига-ўзи хизмат қилиш кўникмаларини йўқотади.

II. Эйфорик тури (20—30%) яхши эйфорик тотал деменция билан тавсифланади, 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 беморларга ўз касаллигига танқидий муносабат бўлмайди, ақлипастик 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 уринадилар.

V. Циркуляр тури жуда кам учрайди. Ўсиб борувчи деменция фонида депрессив ва маниакал синдромларнинг алмашиб туриши билан тавсифланади.

VI. Галлюцинатор-параноид тури (2—3%).

Эшитиш галлюцинациялари, сохтагаллюцинациялар, тизимлашган таъқиб, 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 суختаси) 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—узоқ кечувчи (10 йил ва ундан ортиқ) демент 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 демент тури кўринишида кечади. Ўз вақтида бошланган даволаш чоралари беморнинг ҳаётини 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. Инфекция қўшилиши натижасида организмнинг ареактивлиги сабабли ўлим юз беради.

Лаборатория текширишлари. Касалликнинг гуллаши яъни ривожланиши даврида қон ва орқа мия суюқлигида Вассерман реакцияси, оқиш трепонемаларни имобилизация қилиш реакцияси ва иммуно-флюоресценция реакциялари мусбат бўлади. Мия суюқлигида ҳужайралар сонининг ортиши (плеоцитоз) характерлидир. Глобулин реакциялари мусбат бўлади мия суюқлигидаги оксилларнинг умумий миқдори меъёрдан 2—3 баробар ошган бўлади.

Коллоид реакциялари (Лани реакцияси) орқа мия суюқлигида тавсифли 1-пробиркада максимал тушадиган паралитик эгри чизиқни кўрсатади.

Фарқловчи таъхис. 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 ўсмаларидан 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 қўйишга ёрдам беради.

Даволаш. Ҳозирги пайтда зўрайиб боровчи 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 орасидаги танаффус 15—60 кунгача бўлиши керак.

Прогнози. Зўрайиб боровчи фалажликни даволашда антибиотикларни қўллаш касалликнинг прогнозини яхшилади. Амалиёт шуни кўрсатадики, 20% беморларда яхши даволаш натижаси қайд этилади, улар ўзларининг олдинги фаолиятига қайтадилар. 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.

Бош мия захми ва ўсиб боровчи фалажликда руҳий бузилишлар мавзуси бўйича саволлар мажмуи:

1. Бош миянинг захмдан шикастланиши туфайли қанақа касалликлар келиб чиқади?

2. Мия захмидаги руҳий, неврологик ва соматик бузилишлар?

3. Мия захми патогенези, клиник турлари?

4. Мия захми менингиал турининг кечиш вариантлари?

5. Бош миянинг захми апоплексияга ўхшаган турининг клиник манзараси ва фарқловчи ташхиси?

6. Бош мия захмининг эпилепсиясимон тури қайси сабаблар туфайли ривожланиши мумкин?

7. Бош мия захмининг гуммоз тури қандай ҳолларда бош мия босимининг ошишига ва кўз тубининг ўзгаришига олиб келиши мумкин?

8. Мия захмининг галлюцинатор-параноид тури клиник манзараси, шизофрения билан дифференциал-диагностикасини айтинг.

9. Мия захми шизофрениясимон турининг асосида нима ётади?

10. Захм сохта фалажи клиник манзараси, ўсиб боровчи фалажлик билан дифференциал-диагностикаси, махсус даволаш усули ва унинг самарадорлиги ҳақида сўзлаб беринг.

Бош мия захми ва ўсиб борувчи фалажликда руҳий бузилишлар мавзусига оид тест саволлари:

1. Эйфория қуйидагилардан қайси бирига хос:

неврозлар;

наркомания;

*прогрессив фалажликка;

нейросифилисга;

Бош мианинг пешона — асос соҳаси ўсмаларига;

Реактив параноидга.

2. Прогрессив параличнинг асосий белгиси қуйидагилар:

* ялпи деменция;

* Аргайль —Робертсони синдроми;

* неврологик бузилишлар;

* соматик бузилишлар;

* лакунар деменция.

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

* прогрессив параличда;

* шизофренияда;

* кексаллик ақли заифлигида;

* маниакал-депрессив психозда;

* бош мия жароҳатида.

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. Узоқ даволанишни эшлаш, оиласидан ажралган ҳолда касалхонада узоқ ётишни ўйлаш беморга салбий таъсир этади. Вақт ўтиши билан беморда ҳаракат ва тафаккур тормозланишлари юзага келиши мумкин. Жаҳлдорлик, аффектив лабиллик пайдо бўлиши мумкин. Шунинг учун шифокорлар беморга унинг соғлигининг ҳозирги ҳолатини айтганда, тиббий ҳужжатларни берганда эҳтиёт бўлишлари керак.

Клиникаси. Симптоматик психозлар ўткир бошланиши ва узоқ давом этиши мумкин. Бунда онгнинг хиралашуви бўлмайди. Соматик касалликлар ривожланиши, яширин кечиб келаётган эндоген психозларнинг (шизофрения, маниакал депрессив психоз ва бошқалар) хуружга 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 даражасига боғлиқ. Ўткир юрак қон-томир етишмовчилигида аментив, делириоз ҳолатлар, қўрқинч, ваҳима, баъзида эйфория бўлади.

Миокард инфаркти.

Миокард инфарктининг дастлабки даврларида иллюзия, галлюцинация, аффектив бузилишлар, ўзига ва атрофдагиларга танқидий ёндашув йўқолиши юз беради. Баъзида маниакал ҳолат юзага келиб, бемор ҳатто ўзининг инфаркт бўлганлигини эсдан чиқаради. Миокард инфаркти ривожланиши 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 мушаклари 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) мсёрига қайтади.

Жигар, ошқозон-ичак йўллари касалликларида секинлик билан уйқусизлик таъсирчанлик, ҳиссий лабиллик, ипохондрия, канцерофобия ривожланади. Жигар касаллиги кайфиятнинг дисфорик бузилиши, гипногогик галлюцинация билан кузатилади. Жигар циррозида ривожланган клиник белгилар (сариклик, асцит, қон кетиши) билан бирга психик бузилишларда биринчи ўринга астеник бузилишлар, таъсирланувчанлик, ўзининг диққатини оширишга талаб юзага 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 оғриғи, кўп терлаш, нафас сиқиши, кўнгил айнаши, 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 аломатлар мажмуига бирлаштирилган. Баъзи ҳолатларда бу аломатлар мажмуи касалликининг 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 қўрув галлюцинациялари киради. Енгил астеник чалкаштириш фонида параноид ҳолат ривожланиши мумкин. Бунда улар ҳар хил васвасалар (кузатиш, заҳарланиш) ҳақида, овқатни рад этаётганини 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 таъсирида (эндокрин-диэнцефал ва эмоционал инстинкт дезрегуляцияси, микросоциал омиллар ва бошқалар) 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. Ҳақиқатан 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 и соматик касалликларга боғлиқ бўлмасдан, церебрал хасталик ва ҳам боғлиқ эканлигини кўрсатади.

Туғруқдан кейинги депрессия, туғруқдан 1,5—2 ойдан кейин юзага келади. Одатда уй шароитида туғруқхонадан чиққандан кейин бир неча кун ўтгандан кейин бошланади. Бунда кайфиятнинг тушиши, ҳаракат ва тафаккурнинг сусайиши, уйқусизлик, 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 ношудлиги ҳақида фикр пайдо бўлганлиги, бола кўра олмаслиги, болани парвариш қила олмаслигидан шикоят қилади. Оилани боқа олмасликдан қўрқиш, 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. Шунинг ҳам айтиб ўтиш керакки, туғруқдан кейинги депрессия, эндоген депрессиялар сингари чуқур бўлмайди. Бу ҳолатларда антидепрессантлар, транквилизаторларни қўллаш яхши натижа беради. Айниқса инсулинокоматоз даволаш, электро-титратиш билан даволаш мақсадга мувофиқдир.

Хавфли ўсмаларда депрессив параноид ҳолат, Котар васвасаси, Корсаков синдроми юзага келиши мумкин. Руҳий бузилишлар операциядан кейин ёки кахексия (озгинлик) ривожлангандан кейин бошланади. Рак билан касалланиш ёки унга шубҳа бўлишининг ўзи беморга руҳий таъсир этади. Бу реактив психознинг ривожланишига асос яратади. Онкологик беморлар-

да реактив ҳолатнинг клиник манзарасида безовталиқ-депрессив синдроми биринчи ўринга чиқади. Ипохондрик реакция, параноял ҳолат, таъсирчанлик пайдо бўлиши мумкин. Депрессив бузилишлар ваҳима, деперсонализация, дереализация билан кузатилади.

Операция оқибатининг яхши бўлиши, консерватив давонинг яхши натижа бериши, бу кўрсатилган бузилишларнинг барҳам топишига олиб келади. Беморнинг яхши натижаларга умид қилиши ҳам бузилишларнинг чекинишига олиб келади. Ўсманинг ривожланиши ва соматик ҳолатнинг оғирлашиши, айниқса ошқозон-ичак йўллари ракида безовталиқ депрессия фонидида нигилистик васваса, эшитиш ва тактил галлюцинация ривожланиши мумкин.

Мия ўсмаларидаги руҳий бузилишлар.

Мия усмаларининг клиник манзараси жуда ўзгарувчан бўлади. Бу ўсманинг жойлашган жойига, ўсиш тезлиги ва тавсифига боғлиқдир. Руҳий бузилишлар бош мия ўсмаларида кўшимча 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, epileptiform қўзғалишлар ва oneiroid ҳолатлар учрайди. Баъзан деперсонализация ва дереализация ҳолатлари кузатилади. Кекса ёшдаги кишиларда ўткир пароксизмал бузилишлар юқорида кўрсатилган аломатлар билан кузатилиши мумкин. Бундан ташқари, онгнинг ўзгариши асосида руҳий органик синдромлар учраши мумкин. Бундай ҳолларда хотиранинг кучайиб борувчи бузилиши, бошланишида фиксацион амнезия билан сохтареминесценция ва конфабуляциянинг, кейинчалик эса ретро ва антеград амнезиянинг ривожланиши қайд этилади. Шубилан бир вақтда қўзғал увчанлик ўзини тута олмаслик, ланжлик, бефарқлик, апатия кўринишида аффектив сферанинг ўзгариши кузатилиши мумкин. Бундай беморларда ўзига нисбатан танқидий муносабат камайган бўлади.

Юқорида айтиб ўтилганидек, руҳий бузилишлар клиникаси ўсманинг жойлашган ўрнига боғлиқ бўлади. Ўсма миянинг чекка бўлагидида жойлашганда рудиментар қўрув ва эшитув галлюцинациялари, камдан-кам ҳид ва таъм билиш галлюцинация-

лари содир бўлиши мумкин. Бундай бузилишлар ўсманинг тепа ва энса бўлимларида жойлашганида ҳам кузатилади. Ўсма миянинг пешона бўлагиди ривожланганида апато-абулик синдром билан хотиранинг бузилиши биринчи ўринга чиқади. Камроқ ҳолларда қарама-қарши аффектив бузилишлар, эйфорияга мойилликнинг тормозланиши содир бўлади. Бош миянинг ҳар хил жойлашган ўсмаларида, ривожланган ва абортив (Жексон диэнцефал) эпилептик талвасалар кузатилиши мумкин.

Қалтирашли талвасалар асосан миянинг органик ўзгаришларида учрайди. Мия ўсмаларини ташхис қилиш кўпгина қийинчиликлар туғдиради. Уни миянинг қон томир ва атрофик касалликларидан фарқлай олиш керак. Онгнинг ва бошқа руҳий кўринишдаги бузилишлар, кучли сиқувчи бош оғриқлари, эпилептик талвасалар бош мияда ўсма борлигидан далолат беради. Ташхис мақсадида кўз туби текширилади. Бунда кўрув нервнинг шиши ва атрофиясини кўриш мумкин. Орқа мия суюқлигида оксил ва ҳужайра элементларининг миқдори ошганлиги, орқа мия ичи босимининг ошганлиги, бош мия рентгенографияси, пнеumo- ва эхоэнцефалография маълумотлари мияда ўсма борлигини тасдиқлайди. Миядан ўсмалар жарроҳлик йўли билан олинади. Бундан ташқари, радио-терапия, дегидратацион терапия ва қалтирашга қарши терапия ўтказилади. Ўткир психоген бузилишларда, психомотор бузилишларда транквилизаторлар ва нейрорепаративлар қўлланилади.

Нефроген психозлар.

Нефроген психозлар астеник симптомокомплекс, делириоз ва аментив бузилишлар билан намоён бўлади. Астеник синдром бирор компонентнинг кўпроқ юзага келишига қараб уч турга ажратилади:

1. Астенодинамик;
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 кечиб, уремик команинг чуқурлашиши унинг кучайишига олиб келади. Беморлар саволларга қийналиб жавоб беради, уларнинг атроф-муҳитга мослашиши йўқолади. Фикрлашнинг

сусайиши, диққатнинг бузилганлиги кузатилади. Таш қаридан қараганда улар ланж, уйқусираган, бепарқ бўлиб кўринади.

Астеновегетатив тури кўпинча кома ҳолатидан чиққан беморларда кузатилади. Бу ҳолат 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 ҳолларда беморлар атроф-муҳитни хомуш ҳолатда қабул қилади, даволанишига ишонмайди, уйдагиларга ноқулайликлар туғдиради.

Делириоз синдром кўпинча кўп миқдорда 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 боғлиқлиги тавсифланади. Нефроген делирийдаги қўрув галлюцинациялари турли хил таъм билиш, сезги, ҳид билиш галлюцинациялари билан бирга намоён бўлади, лекин эпилепсия ва оқ алаҳдашларга нисбатан анча кам ривожланган бўлади. Аментив синдром нефроген захарланишда бошқа токсик — юқумли касалликлардаги 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 қўзғалувчанлик айрим ҳолларда ҳаракат стереотипи билан тавсифланадиган кататоник хавотирланиш, ноадекват агрессивлик ва кейинчалик булар ступор аментив ҳолатга ўтади. Ташқи кўринишидан тери қопламларининг оқиш-қўқимтир ранглиги, камдан-кам қизариши, юз ифодасининг ўткирлашиши кузатилади.

Эндокрин безлар фаолияти ўзгарганда юз берувчи руҳий бузилишлар. Эндокрин безлар фаолияти ўзгарганда кўйидаги психоэндокрин синдром ривожланади. Унинг клиник манзараси ўзига хос бўлмай, ўзгаришнинг тури ва тавсифига боғлиқдир. Бунинг ўзига хос томони шундаки, тизим фаолияти марказий асаб тизини томонидан бошқарилади ва бу жараёнга бош мианинг гипоталамус тузилмалари қўшилган бўлади. Эндокрин бузилишларда неврозга, психозга ўхшаш ва аффектив психопатологик синдромлар ривожланади. Неврозга ўхшаш алломатлар

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. Буларга ҳамиша ўз кучига ишонмаслик сезгиси қўшилиб келади. Бундан ташқари, шилқим кўрқув, гумонлар ривожланиши мумкин. Баъзи ҳолларда беморларда ўта чуқур кечинмалар кузатилиб, тиббий ходимлар, қариндошларининг уларга эътибор бермаслигидан шикоят қиладилар, атрофдагилардан кўпинча норози бўлиб юрадилар. Бундай ҳолатлар шифокорлардан янги даволаш усуллари ни қўллашни талаб қилади. Эндокрин бузилишдаги аффектив синдромларнинг клиник манзараси, депрессив ва гипоманиакал ҳолатлар кўринишида юзага чиқади. Депрессив бузилишлар астеник аломатлар мажмун 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 қайд этилади. 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 қўзғалувчанлик 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 бу бошқа бирор эндокрин бузилишда мазкур психопатологик белгиларнинг учрамаслигини билдирмайди. Кўпинча Базедов касаллигида қўзғалувчанлик ўзгарувчан кайфият, ҳаяжонланиш, йиғлоқлик белгилари кузатилади. Оғир ҳолатларда онг бузилиши синдромлари, васваса, галлюцинация ҳолатлари ривожланиши мумкин.

Микседема. Микседема билан касалланган беморларда депрессив ҳолат, онгнинг делирий ва қовоғи солинган ҳолатлари кузатилади.

Акромегалия ва Адиссон касаллиги. Акромегалия ва Адиссон касаллигида аста-секин ривожланувчи беҳоллик, кайфиятнинг пасайиши, оғир ҳолларда эса васваса ғоялари кузатилади.

Қандли диабет. Қандли диабетда турғун бўлмаган ҳиссиёт, кучли қўзғалувчанлик ва таъсирланувчанлик кузатилади, депрессив бузилишлар бўлиши мумкин, баъзида маниакал ёки делирий-параноид ҳолат, васваса ғоялари, галлюцинациялар билан кузатилади.

Юқорида кўрсатилган кучли қўзғалувчанлик диабет ик кома ривожланишига олиб келади.

Даволаш. Соматик касалликларда руҳий бузилишларнинг борлиги, уларни соматик касалхонанинг психиатрия бўлимига ётқизишга нисбий кўрсатма ҳисобланади. 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 қаратилган бўлиши лозим. Бундан ташқари, дезинтоксикацион терапия ҳамда руҳий бузилишлар синдромларининг хусусиятига қараб атипик нейрорегуляторлар (риспаксол, кветилепт, нопрениа, зипрекс, зифорт) берилди. Соғайиш даврида ноотроплар церебролизин, фенотропил, ноофен, луцетам, ноотропил, аминолон, пирацетам ва бошқа қўллаш мумкин.

Психиатрия амалиётида психотроп моддалар асосий терапевтик воситалар сифатида ишлатилса, симптоматик психозларда эса, қўшимча восита сифатида ишлатилади. Улар соматик касалликларнинг маълум босқичларида руҳсат этилади. Бу касалликнинг оғир-енгиллигига, ўткирлигига, клиник хусусияти ва ривожланиш босқичларига қараб бир неча кун, ҳафта ёки ой мобайнида бир марта берилди. Психотроп моддалар руҳий фаолиятни меъёрлаштириш билан бирга асосий соматик касалликни даволашда ҳам ёрдам беради.

«Соматик касалликларда учрайдиган руҳий бузилишлар» мавзуси бўйича вазиятли масала.

1. Бемор 21 ешда, хомилалдорлик пиелонефрит фониди,

кучли токсикоз билан кечган. Туғруқ вакуум-экстракция қўллаб ўтказилган. 3 кунда тана ҳарорати 38,2 , ўзининг боласини танимайди, шифокорлар келишиб олиб, унинг боласини ўлдириб, ўрнига бошқасини алмаштирган деб ҳисоблайди, суицидал ҳаракатлар қилган.

2. Бемор 36 ешда, уйланган, 2 та боласи бор, геолог. Аҳён— аҳёнда равишда алкоголь истеъмол қилади. Сибирнинг шимолӣ районларида тез-тез хизмат сафарида бўлади. 1 йил олдин гриппни оёқда ўтказган. Охирги ойда ҳолсиз, кечаси уйқусизлик, кундузи уйқучанлик, юзи гипомимик, ёғли, мажбурий йиғлаш ва кулгу хуружи. Меҳнат фаолияти пасайиши туфайли шифокорга муружаат қилган.

«Соматик касалликларда учрайдиган руҳий бузилишлар» мавзуси бўйича саволлар.

1. Соматик касалликларда руҳий бузилишларнинг этиопатогенези.

2. Соматик касалликларнинг ўткир даврида кўпроқ қандай психик бузилишлар учрайди?

3. Соматик касалликларнинг ўткир остки даврида кўпроқ қанақа руҳий бузилишлар учрайди?

4. Соматик касалликларда кўпроқ қанақа онг бузилишлари учрайди?

5. Соматик касалликларнинг турли ривожланиш даврларида эмоция бузилишлари?

6. Гипертиреозда қандай психик бузилишлар кузатилади?

7. Гипотиреозда қандай психик бузилишлар юз беради?

8. Қандли диабетдаги руҳий бузилишлар ҳақида айтиб беринг.

9. Соматик касалликлар этиопатогенезида психоген омилларни айтинг.

10. Соматик психозлар ва шизофрения дифференциал диагностикаси мезонлари ҳақида сўзлаб беринг.

Соматик касалликларда руҳий бузилишлар мавзусига оид тест саволлари.

1. Соматик касалликларда учрайдиган синдром:

* гебефрен;

* депрессив;

* онг бузилиши;

* кататоник;

* ипохондрик;

* астеник.

2. Гипотиреоз учун хос:

* рефлексларнинг жонланиши;

* рефлексларнинг пасайиши;

* қўзғалувчанлик;

* апатия;

* ментизм;

* гипермнезия.

3. Тиреотоксикозда юз берувчи руҳий ўзгаришлар:

* психопатосимон бузилишлар;

* қўзғалувчанлик;

* апатия;

* абулия;

* гипотимия.

4. Гипертиреоид бўқоқ учун хос:

* физик тормозланиш;

* агрессивлик;

* моториканинг ортиши;

* апатия;

* уйқу бузилишлари;

* психик тормозланиш.

Юрак касалликлари билан боғлиқ бўлган руҳий 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. Бироқ 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 кўрак қафаси жарроҳлиги соҳаси ривожланиши билан юрак операциясидан, айниқса митрал комиссуротомиядан кейинги руҳий бузилишлар учрамоқда.

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 инфаркти 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 ҳажми камаяди, умумий ва миЯ қон оқими бузилади. Натижада қон-томир етишмовчилиги юзага келиб, миЯ тўқималари етарли кислород ололмайди. Юзага келган гипоксия миЯни метаболик ўзгаришга олиб келади. Бундай ўзгаришлар аорта-каротид ва юрак чегарасидаги асаб рефлектор таъсирлардан ҳам келиб чиқиши мумкин. Баъзан миокард инфарктининг охириги босқичларида юракнинг ўлган тўқимаси — миомаляциясининг қонга сурилишидан зарарланиши устуворлик қилиши мумкин.

Юрак фаолиятининг бузилиши натижасида операциядан сўнг гипоксия бўлиши мумкин. Буни қон таркибидаги ҳаво миқдорини 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 ҳиссиёт бузилишлари шаклларида кузатилади. Кардиоген психоздаги энг хос белги қисқа муддатли ҳиссий ҳолатдаги қўрқувдир. Қўрқув оғриқ синдромлари ва юрак тож артерияларидаги ўзгаришлар ҳисобига юзага келади. Улимдан эзилиб қўрқиш миокард инфаркти бошланаётганда ва стенокардиядаги оғриқда содир бўладиган ҳолдир. Баъзан стенокардия хасталигининг оғриқсиз хуружларида асоссиз қўрқув кузатилиши мумкин. Сурункали, секин ривожланаётган юрак касалликларида психопатологик бузилишлар ҳиссиёт бузилишлари билан кам боғлиқ. Бунда асосан тушкунлик кайфичоғлик ёки тушкунлик ҳолларини кузатиш мумкин.

Беморнинг соматик аҳволи оғирлашиши туфайли тушкунлик кайфичоғлик билан алмашади. Бу ҳолатда беморлар ҳазилкаш, сергап, ҳушчақчақ бўлиши мумкин. Ва, аксинча, баъзан уларда кайфичоғликнинг тушкунликка ўтиш ҳолатини кузатиш мумкин. Масалан, миокард инфарктдан 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 атеросклерозга хос бўлган патологик белгилар намоён бўлади. Миокард инфаркти билан оғриётган беморлар руҳий фаолиятида ҳар хил бузилишларни учратиш мумкин.

МИЯ 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, унинг битта умумий ташқи белгиси — артерия девори ўзгариши (зичлашуви, бириктирувчи тўқиманинг ўсиши) намоён бўладиган ҳар хил нозологик бўлимларни ўз ичига олган йиғма номдир. Церебрал атеросклероз қатор асаб-руҳий ўзгаришлар билан кечади. Оғир кечаётганлари албатта ақли 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 қўзғалувчанлик, чарчаш, меҳнат қилиш қобилиятининг пасайиши кузатилади. Айниқса, ақлий иш қобилиятининг пасайиши эътиборлидир. Бемор фикри тарқоқ, тез чарчайдиган бўлиб қолади.

Бошланғич церебрал атеросклерозда ишончсизликнинг кучайиши, гумонсировчи, юзаки ўйловчи, хасис, бесабр, умуман К.Шнейдер таъбирича, «шахснинг масхараланиши»га ўхшаш кўриниш намоён бўладики, бу унинг ўзига хос томонларидир.

Касаллик ривожланиши билан беморнинг иш қобилияти ва хотираси пасаяди. Бундай беморлар нима қилмоқчи бўлганини, нимани қаерга қўйганини тез унутадилар. Айниқса улар ўтиб кетган воқеаларни, кун номларини эслаб қоладики, натижада у ўз ҳолатини танқидий баҳолайди. Баъзи ҳолларда кар-соқов синдромигача етиб боради. Яна «майли» ўзгарадики, беморлар ҳаракатчан бўлиб қоладилар.

Церебрал атеросклерознинг энг ўзига хос томони — беморнинг ўз ҳиссиётига берилувчан бўлиб қолишидир. Улар йиғлоқи, раҳмдил бўлиб қоладиларки, ҳатто мусиқа ва кинони йиглаб 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 ўзгаради.

Майл ва хотиранинг бузилиши, ҳиссиётга берилувчанлик

ва айниқса хатти-ҳаракатидаги ўзгаришлар атеросклероз, ақлсизликнинг юзага чиққанидан далолат беради.

Церебрал атеросклероз қарилликда содир бўлиши мумкин бўлган тутқаноқнинг сабабларидан бири бўлиши мумкин. Кўпинча руҳий тушкунликлар, баъзи ҳоллардагина кайфичоғлик (эйфория), тунлари эса кунлаб, соатлаб давом этадиган кўрув, эшитув, васваса галлюцинациялари содир бўлади. Кўп ҳолларда васвасанинг рашк муносабати, кузатиш, ипохондрия турлари, баъзан эса кашфиёт ва эротик васвасалар кузатилади.

Оғир атеросклерознинг яна бир ўзига хос 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 алмашилиб турадиган, аста-секин эснинг ўз ҳолига кайтиши билан борадиган чуқур даражадаги онгнинг туманлашиши кузатилади. Бу даврда сабрсизлик, шошқалоқлик, қўрқув, сўзлаш ва ҳаракат қўзғалувчанлиги, тиришиш ҳолатларини ҳам учратиш мумкин.

Қон қўйилишининг асоратларига нафақат неврологик касалликлар (фалажлик, 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 қуйилиши, қулоқда 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 зўриқиш ҳолати (диққат, қўрқув, шошқалоқлик), жинсий ва алкоголь эҳтиёжи, меъданинг тўлиб кетиши, қабзият 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) хосдир. Неврологик кузатишларда кўз қорачиғининг торайгани ва ёруғликка кам ҳаракати, қўл панжаларининг қалтираши, кичик ҳаракатлар мувозанати бузилгани ва пай рефлекслари ошганлиги аниқланади.

Соматик ўзгаришлар. Ички аъзолар (юррак аорта ва буйрак) ва периферик томирларда бириктирувчи тўқима ўсади, қон босими ортади, тахикардия, баъзан Чейн-Стокс нафас олиши содир бўлади.

Беморнинг ташқи кўриниши. Беморнинг ёши каттароқ териси сариқ, тўрсимон тери ости томирлари 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 мавжуд. Кенг тарқалган назариялардан бири қон билан айланиб юрадиган липидлар орқали томир деворлари инфилтратсияси юз бериши ҳақидаги инфилтратсион назариядир. Кейинги йилларда олиб борилган текширишларнинг кўрсатишича, липид инфилтрати 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 йили тўлқинсимон кечиш билан ўтади. Пироварддаги ҳолати нафақат зарарланиш даражаси, балки хасталик ўчоғи ўрнига ҳам боғлиқдир.

Давоси ва олдини олиш чоралари. Атеросклерознинг олдини олиш учун овқатланишни тўғри ташкил этиш билан бирга алкоголь, чекиш каби заҳарли моддалардан заҳарланишдан ўзини сақлаш, меҳнат ва дам олишни тўғри ташкил 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 қўлланилмоқда. 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 керак бўлади. Атеро-

склероз психозларида атипик нейролептиклар (риспаксол, кветилепт, нопрениа, зипрекс, зифорт.)

Дорилардан: риспаксол ,аминазин, нозепам, этапиразин. Транквилизаторлардан: мелпротон, либриум. Агар атеросклероз гипертония касаллиги билан бирга келса, гипотензив дорилар, ақли 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.

Бош мия томирли шикастларидаги хотира-тафаккур бузилишларини даволашда ҳозирги вақтда ноотроплар церебролизин, фенотропил, ноофен, луцетам, кенг қўлланилмоқда. Бу препаратларга пирацетам (ноо-тропил), пиритинол (энцефабол, пиридитол), акатинол, амиридинлар киради. Церебролизин ҳам қўлланилиб катта дозаларда узоқ муддат қўлланилса яхши самара беради. Бу барча дорилар ақли пастликнинг энгил ва ўрта даражаларида катта дозаларда ва узоқ муддат (4-6 ой) қўлланилади. Ноотропларда ножўя таъсир сифатида ўғирланиш синдроми юзага келиши мумкин. Церебролизинда бундай ножўя таъсир кузатилмайди.

Гипертония касаллигида руҳий бузилишлар.

Гипертония касаллиги кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, булар билан бошқа йўналишдаги шифокорлар қатори психиатрлар ҳам жуда кун тўқнашади. Касаллик этиологияси ва патогенези замонавий табобатнинг муҳим муаммоларидан биридир. Гипертония касаллиги ҳар хил зўриқишлар (жароҳатлар) таъсирида келиб чиқади. Бошқача қилиб айтганда, олий нерв фаолиятининг нейрогуморал механизм таъсирида бузилиши томирлар тонусини ўзгартирадики, натижада гипертония келиб чиқади. Бироқ томирлар тонусини ирсий омиллар, қарилик аломатлари, эндокрин силжишлар назариялар ҳам бор.

Симптоматологияси. Гипертония касаллигида церебрал бузилишлар бошқа хасталиклар қатори ўзига хос тавсифга эга. Улар энгил гипертоник кризисдан бошлаб то инсульт каби энг оғир зарарланишгача, мия қон айланиши бузилишлари кўринишида бўлади. Лекин, мия қон айланиши бузилишларидан ўладиганлар сони юрак хасталикларидан ўладиганлар сонидан кейин иккинчи ўринда туради.

Гипертония касаллиги учун кўп сонли неврологик бузилишлар билан бирга гипертония психозлари деб номланадиган руҳий бузилишлар ҳам ҳодир. Бу касалликдаги психопатологик кўринишлар касалликнинг ҳар қандай шакли ва босқичларида

учрайди. Шу билан бирга гипертония каеаллигининг руҳий бузилишлар тавсифи билан маълум нисбати бор. Масалан, неврозга ўхшаш аломатлар 1-босқичга, ақли пастлик 3-босқичга хосдир. Шунингдек, маниакал ҳолат, депрессив васваса, сохта-ступор синдромлари, сохтафалажлик статуси каби аралаш клиник кўринишларни учратиш мумкин.

Гипертония касалликлари билан оғриётган беморлар: сезгирликнинг ошиши, бош оғриги, уйқусизлик чарчаш ва бўшашиш, иш қобилиятининг пасайиши, кўнгли бўшлиқ ва тез хафа бўлувчанликдан шикоят қиладилар. Бир сўз билан айтганда, уларнинг кайфиятлари тушиб кетадики, баъзан танг аҳволда кўрсанг, баъзан эса нимадандир тоқати тоқ бўлаётгандек туюлади. Сабрсизлик кўпинча тўсатдан, тунлари бошланади. Шунингдек, гипертонияда учрайдиган кучли қўрқиш ҳоллари ҳам тўсатдан содир бўлади. Бу касалликка яна ипохондрик муносабат ва кузатув васвасалари, рашк, ўз-ўзини айблаш тафаккурлари; хотиранинг ҳар хил даражада пасайиши, деменция, ақлсизлик хосдир.

Давоси ва олдини олиш. Гипертония касаллигининг олдини олиш омилларига: оилавий муҳит, меҳнат ва дам олишни тўғри ташкил 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 ҳам ишлатиш мумкин.

Гипертоник кризис ҳолатида эуфиллин, дибазол, магнезий сульфат беришни унутмаслик керак.

Оқибати яхшилик билан тугашининг ягона йўли юқорида санаб ўтилган дорилар билан бирга руҳий даволар, парҳез овқатлар ва тўғри ташкил этилган турмуш тарзидан оқилона фойдаланмоқ жоиздир.

Гипотония касаллигидаги руҳий бузилишлар

Гипотония билан оғрийдиган беморларда бош айланиши, умумий беҳоллик, вазомотор бузилишлар ва ҳушидан кетиш ҳоллари каби белгилар билан гипотоник кризис юзага келиши мумкин. Кўпинча беморнинг бош оғриги, бош айланиши, қулоқда шовқин ҳосил бўлиши, умумий бўшашиш ва чарчаш каби шикоятлари ўз гавдасини горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга тезлик билан ўзгартирганда ҳосил бўлади.

Баъзи бир беморларда юқорида санаб ўтилган астеник аломатлар билан бирга депрессия белгилари ҳам кузатилади.

Давоси. Витаминотерапия (С ва В). В. Л. Филатов биостимуляторлари, ҳаёт илдизи (женьшен), хитой лимони, пантокрин, кофеин, тромб ҳосил бўлишига қарши антикогулянтлар қўллаш мумкин.

Гипотония касаллигида дорилар билан бирга физиотерапия, жисмоний машқ қилиш лозим, меҳнат ва дам одишни тўғри ва меъёрида ташкил этиш фойдалидир.

Юрак-томир касалликларидаги руҳий бузилишлар мавзусига оид вазиятли масалалар.

1. Бемор Г., 52 ёшда. 10 йил мобайнида гипертоник касаллик билан оғрийди, неврология бўлимида гипертоник кризис ва транзитор бош мия қон айланишининг бузилиши билан ётибди. Бўлимда вақт ва маконга нисбатан мўджалани йўқотган, ўз палатасини билмайди, даволовчи шифокорининг исмини билмайди, нонуштага нима еганлигини эслолмайди, ўз уйимдан, деб ҳисоблайди ва ишга бориш кераклигини айтмоқда.

Синдромал ташхис:

Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди?

Сизнинг тўлиқ тахминий ташхисингиз қандай?

Асосий текшириш усулларини айтинг.

Бу синдромнинг симптомларини санаб беринг

УАШ тактикаси ва даволаш усуллари қандай?

2. Бемор 52 ёшда 10 йил давомида гипертония касаллиги билан оғрийди. Гипертоник кризис ва бош миёда транзитор қон айланиши бузилиши билан неврология бўлимида ётибди. Бўлимда вақт ва жойга мулжалани йўқотган, ўз палатаси, даволовчи шифокорнинг исмини билмайди, эрталаб нима еганини эслолмайди, ўзини уйида деб биледи ва ишга бориши кераклигини айтади. Ўзига нисбатан танқидий муносабат сақланмаган.

Врач тактикаси қандай бўлиши лозимлигини айтнинг.

«Бош мия қон томир касалликларидаги руҳий бузилишлар» мавзуси бўйича саволлар.

1. Бош мия қон томир касалликларида руҳий бузилишларнинг патогенези.

2. Бош мия қон томир касалликларида даражаси бўйича руҳий бузилиш турлари.

3. Гипертоник касалликни 1 —босқичида қандай руҳий бузилиш симптомлари учрайди?

4. Бош мия қон томир касалликларининг 2 —босқичига хос руҳий бузилиш симптомларини кўрсатинг.

5. Бош мия қон томир касалликларининг 3 —босқичида руҳий бузилиш симптомлари.

6. Томир психозлари турларини кўрсатинг.

7. “Мия катастрофаларида” кўпинча қандай руҳий касалликлар учрайди?

8. Церебрал атеросклероз прогрессирланишида шахсда қандай ўзгаришлар руй беради?

9. Томирли деменция турини айтинг.

«Бош мия қон томир касалликларидаги руҳий бузилишлар» мавзусига оид тест саволлари.

1. Гипертония касаллиги I босқичи учун қуйидагилар хос:

* прогрессияланувчи деменция;

* неврозсимон синдром;

* психопатсимон синдром;

* ўткир параноид;

* аффектни бошқара олмаслик;

* амбулатор автоматизм.

2. Бош миянинг қон томир патологияси учун кўпроқ хос:

* кўнгибўшлик;

* гипомнезия;

амбивалентлик;

абулия;

мания.

3. Миокард инфарктининг ўткир даврида кузатилади:

* хавотир;

сохтареминесценция;

гебефрения;

* фобия;

* вегетатив бузилишлар;

* обнубиляция.

Ёшлик даврадаги ва ёш ўтиб қолгандаги руҳий касалликлардан ташқари, психозларнинг фақат ёши улуғлашган даврда учрайдиган айрим турлари ҳам мавжуд. Бу ёш мезонлари шартли иккита даврга ажратилади: **қарилик олди даври ёки пресенил — 45—60 ёш ва қарилик ёки сенил даври 65 ва ундан юқори ёш.** Ёши улуғ давр руҳий касалликларини схематик равишда қуйидагича ажратиш мумкин:

1. Климакс даври билан боғлиқ руҳий бузилишлар.

2. Инволюцион ёки пресенил психозлар, инволюцион меланхолия, пресенил параноид.

3. Қарилик сенил психозлари, сенил деменция, Альцгеймер 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 аста—секинлик билан, доимий прогредиент кечиш хос бўлиб, бунда касаллик жараёни чуқур ақлипастлик билан яқунланади.

Ёши улуғ давр психозлари психиатриянинг эаг мураккаб муаммоларидан бири ҳисобланади. Ҳозирга қадар бу касалликларнинг этиологияси, патогенези ва таснифига оид масалалар етарлича кўриб чиқилмаган ва ечилмаган.

Климакс билан боғлиқ руҳий бузилишлар

Климакс — бу ички секреция безлари фаолиятининг ёшга хос ўзгаришлари билан боғлиқ физиологик жараён бўлиб, унинг асосида жинсий безлар фаолиятининг ўзгариши 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 боғлиқдир.

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, ҳушдан кетиш ҳоллари ва бошқалар билан кечганда шундай бўлади. Ўта юқори аффектив лабиллик ва реактивлик ҳар хил истерик ҳолларни келтириб чиқаради, бу Т. А. Гейер, О. Бумке каби баъзи муаллифларга касалликнинг алоҳида шакли — инволюцион истерияни ажратишга асос бўлди. Психиканинг кўпол бузилишлари узоқ давом қилувчи депрессиялар одатда руҳий дунёқарашида олдиндан қандайдир бузилишлар, психопатиялар, табиати жиҳатидан шахснинг мувозанатлашмаганлиги мавжуд бўлган аёлларда учрайди.

Климакс давридаги депрессияда тушқунликдан ташқари безовталиқ, асабийлашиш ҳолатлари ҳам учрайди. Климактерик синдромни даволашда антидепрессантлар — айниқса хавотирга қарши таъсирга ҳам эга бўлган антидепрессант воситалар (венлаксор) ишлатилади.

Невротик бузилишларни даволашда седатив ва нейролептик моддалар, уйқу бузилишига қарши дори воситалар (СОМНОЛ(Zopiclonum)), буюрилади. Барча ҳолларда психотерапиянинг турли хил усуллари тавсия қилинади.

Климакс даври тугаши билан асаб-руҳий ўзгаришлар ҳам сусайиб, кейинчалик аста-секин йўқ бўлиб кетади. Бироқ климакс даврининг асорати бўлиб турли касалликлар (Гипертония касаллиги, депрессия, остеохондроз....) юзага чиқмаслиги учун бу даврда инсоннинг руҳий саломатлигига жиддий эътибор қаратиш ва невротик бузилишларнинг олдини олиш мақсадида руҳий маслаҳатлар бериш мақсадга мувофиқдир.

Инволюцион пресенил психозлар.

Инволюцион ёки пресенил психозлар клиник жиҳатдан кечиши бўйича ҳам, оқибати бўйича ҳам психознинг ҳар хил шакллари дидир. Улар инволюцион давр касалликларининг алоҳида шакллари сифатида Крепелин томонидан 1896 йилда ажратилган.

Ҳозирги вақтда пресенил психозлар клиник кўриниши ва кечишига қараб инволюцион меланхолия, инволюцион параноид ва пресенил психознинг хавfli 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 ривожланишида асосий ҳал қилувчи омил ҳисобланади. Мойиллик яратувчи омиллар — бу ҳар хил психогения ва соматогениялардир.

Инволюцион меланхолиянинг 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 фонидagi ноаниқ қўрқув сифатида намоён бўлади. Климакснинг ривожланиши ҳар хил. Баъзи ҳолларда ташвишли нотинчликнинг аста-секин кучайиши кузатилади, кейинчалик у ўзгармасдан узоқ вақт бир хил даражада туради; бошқа ҳолларда ташвишли қўзғалиш аломатлари ўта тез ривожланади ва одатда идрок қилиш бузилишлари ва васваса ғоялар қўшилиши туфайли мураккаблашиб кетади. Васваса ғоялар ҳиссиётларни фантастик шаклда акс эттиради. Котар васвасаси: «...Организм тириклигича парчаланиб кетмоқда... Оилам ўлди... Менинг айбим туфайли оммавий фожеалар юз бермоқда... Қутулишнинг ҳеч қандай йўли йўқ. Ягона йўл — ҳаққоний қасос» ва ҳоказо.

Беморлар доимо безовта ҳаракатда бўладилар, бу вақти-вақти билан пала—партишликка ўтувчи ўралашиб қолишда намоён бўлади. Бундай беморлар палатада у ёқдан бу ёққа юришади, ўзларини тимдалашади, ўз сочларини юлишади. Беморлар нутқи ўз шикоятларини ҳадеб бир хил жумлалар орқали кайтаравериш билан тавсифланади. Вақт ўтиши билан нотинч ҳаракатлар тормозланиш билан алмашилиши мумкин, бироқ бунда ташвишли — қайғули зўриқиш камаймайди. Безовталиқ ташқи шароитлар ўзгартирилганда, бемор бошқа палата ёки бўлимга ўтказилганда янада кучаяди. Идрок қилишнинг бузилишлари кўпинча вербал иллюзиялар билан намоён бўлади: беморга атрофдагиларнинг суҳбатида ўзига қаратилган айблашлар эшитилади, назарида уни камситишади, уришишади. Иллюзияларнинг 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 йўлларининг оғир зарарланишидан шикоят қиладилар. Овқат ҳазм бўлмаёпти, ичакларим атрофияга учраб кетаяпти ва бошқалар.

Касалликнинг соматик белгилари кам учрайди. Фақат озиб кетиш ва бевақт қариб кетиш кузатилади. Баъзи ҳолларда касаллик ўта шиддатли кечади, у юқори даражага етувчи пала—партиш қўзғалиш билан юзага чиқади. Бунда пала—партишлик даврлари онейроид типдаги онг хиралашиш элементлари мавжуд бўлгач, ўзини йўқотиб қўйиш даврлари билан алмашилиб туради. Беморлар фожеавий даражада тез қувватсизланадилар ва озадилар. Кейинчалик ҳаракат қўзғалишлари негативизм аломатлари бўлган, кататоник ступорни эслатувчи ступороз ҳолатга ўтиб кетиши мумкин. Беморлар ҳар нарсага қаршилиқ курсатадилар, овқатни туфлаб юборадилар, узуқ-юлуқ жумлаларни бир марамда 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 ҳолатларга инволюцион меланхолиянинг оғир кечувчи турлари 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 фаолликнинг пасайиши билан кечадиган турғун астеник кўринишдаги асорат қолдиради. Шиддатли кечувчи хавфли кўринишлари ривожланиб борадиган умумий қувватсизлик билан кечадиган ҳолларда ўлим билан тугайди.

Патологик анатомияси. Оғир кечувчи инволюцион меланхолияда асосан ички секреция безларининг 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.

Фарқлаш ташхиси. Инволюцион меланхолиянинг бошланишида фарқлаш ташхисида қийинчиликлар туғилиши мумкин, чунки ёш ўтиб қолганда деярли барча депрессив ҳолатлар ҳам ташвишланиш ва ҳаракат нотинчликлари аломатлари

билан кечачи. Маниакал-депрессив психоздан инволюцион меланхолияни қуйидаги 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, атипик нейролептиклар (риспаксол, кветилепт, нопрения, зипрекс, зифорт) аминазин ва ҳоказоларни, антидепрессантлар ими-зин, мелипрамин ва бошқалар билан бирга қўллаш катта фойда бермоқда. Оғир пала—партишлик ҳолатларида 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. Бундай беморларда суицидал ҳаракатларга мойиллик борлигини ҳисобга олиб, уларни тезда шифохонага ётқизиш керак.

Инволюцион параноид.

Касалликнинг бу шакли бошқачасига инволюцион параноид, инволюцион парафрения ёки пресенил Зиен васвасаси дейилади.

Клиник манзараси. Касаллик тиниқ онг ва ташқи томондан ўзгармаган хулқ-атвор фонида аста-секин ривожланадиган васваса билан тавсифланади. Васваса тузилмаси ва унинг фабуласи жуда ўзига хосдир. Васваса концепциясига кишиларнинг тор доираси киради: қўшнилари, танишлар уларга атайлаб нохушликлар келтириб чиқаришда айбланадилар. Васвасалар одатда тор доирадаги хўжалик муносабатларидан, арзимас гинахонлиқдан четга чиқмайди. Аввал беморларнинг даъволари атрофдагилар томонидан ҳаққонийдек қабул қилинади, бироқ вақт ўтиши билан уларнинг патологик асоси кўзга ташланиб қолади. Беморларнинг назарида қўшнилари уларнинг нарсаларини бузаётгани, 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-ни-кида йиғинлар уюштирилади, у ерга шубҳали шахслар келади.

Буларнинг 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 бузилишлар 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 оғриқли кечинма ва ғояларини ҳимоя 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 кийинчилик 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 **қарилик паранояси** деб қаралади.

Даволаш. Стационар шароитида олиб борилади ва аминазин ёки бошқа нейролептикларнинг суткасига 800—1000 мг миқдорини қўллашдан иборат. Касалхонадан чиққач беморлар бу дориларни кичик дозаларда қабул қилиб юришлари керак. Нейролептик воситалар билан даволаниш натижасида васваса аломатлари одатда сусаяди ва хуружли ҳарактерини йўқотади.

Инволюцион даврда учрайдиган руҳий бузилишлар мавзусига оид вазиятли масалалар

1. Бемор С.-60 ёшда. Овқат ейишдан бош тортяпти, ундан кутилиш ниятида хотини овқатига заҳар солиб қўйган деб уйлайди. Бир неча эркаклар билан юради дейди. Эшикни қулфлаб ўтиради.

Синдромал ташхис:

Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди?

Асосий ва қўшимча текшириш усуллари айтинг.

Бу синдромнинг симптомларини санаб беринг.

УАШ тактикаси.

2. Бемор М.-82 ёшида. Хотини билан 50 йилдан бери бирга яшайди. Кўзи яхши кўрмайди. Охириги пайтларда хотинини ҳаммадан рашк қилади. Ҳаттоки қўшнинг 4 ёшлик боласига ҳам рашк қилади. Кечкурун хотинини кроватга боғлаб қўяди, лекин айтишича хотини боғловни ечиб кечкурун эркакларни олдига бориб келади. Бунинг исботи боғловнинг ранги ўзгариб қолганлиги.

- синдромал ташхис:
- Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди?
- Асосий ва қўшимча текшириш усуллари айтинг.
- Бу синдромнинг аломатларини санаб беринг.
- УАШ тактикаси.

3. Бемор-57 ёшда, хотирасининг бирдан пасайиши, ҳолсизлик, кайфият ўзгариши, тез-тез бош оғриши билан гоҳида қусиш кузатилган. Қабулда бемор керакли сўзни топиб айтишга қийналади, санашда хато қилади, қўл панжалари тинч ҳолатда қалтирайди, Ромберг ҳолатида ўнг томонга оғади.

Тахминий ташхис, зарур текширишлар, шифокор тактикаси.

4. Бемор Г.-57 ёшда, ҳаяжонли-серташвиш, иппохондрик шикоятлар қилади, илгари ҳеч қандай ўзгариш кузатилмаган. Охириги пайтларда ўз ҳаёти ҳақида кўп ўйлайдиган бўлди. Ҳаётини омадсиз деб ҳисоблайди. Руҳий ҳолати: суҳбатлашиши хоҳишсиз, паст товушда бир тонда гаплашади, кайфияти паст, қайғули, хавфсирайди, безовта. Барча кулфатларга ўзини бош айбдор ҳисоблайди. “ Мен жирканчман, ифлосман, яшашга ҳаққим йўқ”, — дейди.

Сизнинг ташхисингиз?

А. МДП Б. Шизофрения, депрессив синдром.

В. Реактив депрессия. Г. Пик касаллиги;

Д. Инволюцион меланхолия.

Инволюцион давр руҳий бузилишлари мавзусига оид назорат саволлари.

1. Инволюцион ёшнинг хусусиятлари.

2. Қариллик олди ёшида учровчи функционал психозлар. Таърифи, таснифи.

3. Инволюцион даврда руҳий бузилишлар келиб чиқишида турли зарарли таъсирлар, наслий мойилликнинг роли.

4. Инволюцион ёшда руҳий бузилишлар ва психозларнинг клиник куриниши.

5. «Инволюцион ёш, инволюцион психозлар» тушунчалари.

6. Беморларнинг реадаптация ва реабилитацияси.

7. Гентингтон хорейси, этиопатогенези, клиникаси, ташхисоти, даволаш.

8. Паркинсон касаллиги, этиопатогенези, клиникаси, ташхисоти, даволаш.

9. Крейтцфельд касаллиги, этиопатогенези, клиникаси, ташхисоти, даволаш.

10. Психотерапия. Уй шароитида қўллаб турувчи даволаш. Бу гуруҳ руҳий беморларнинг ижтимоий-меҳнат реабилитацияси.

Инволюцион даврда учрайдиган руҳий бузилишлар мавзусига оид тест саволлари.

1. Қон томирли деменцияга хос:

кўрув галлюцинацияси;

*неврологик текширувда ўчоқли ўзгаришларнинг аниқланиши;

амбивалентлик;

*анамнезда цереброваскуляр бузилишлар борлиги;

ақли заифликнинг тоталлиги;

талваса.

2. Алыцгеймер касаллиги учун қуйидаги бузилишлар хос:

*хотира;

*эмоция;

*интеллект;

*идрок тафаккур.

3. Гентингтон касаллигидаги деменция учун қуйидагилар хос эмас:

*эпилептиформ тутқаноқлар;

*тафаккур, моториканинг секинлашуви;

*хореоформ ҳаракатлар, наслий мойиллик, апатия.

4. Қон томир деменцияси учун хос:

кўрув галлюцинация;

*ўчоқли ўзгаришларнинг бўлиши;

*когнитив функциялар бузилган;

анамнезда цереброваскуляр бузилишлар;

ўз ҳолатига танқид сақланган;

Қарилек психози — сенил деменция. Касаллик кекса ёшда, одатда, 70—80 ёшлар орасида бошланади. Қарилек психозининг асосида асосан бош мия катта ярим шарлари пўстлогининг ривожланиб борувчи ёки прогрессиент атрофик жараёни ётади. Бу жараён мия паренхимасининг қарилекдаги физиологик инволюцияси эмас, балки патологик ўзгаришларнинг оқибатидир. Шундай қилиб, сенил деменция — бу психиканинги ёшга боғлиқ ўзгаришлари кучайишидан сифат жиҳатдан фарқ қилувчи ҳолатдир.

Қарилек психозига олиб келувчи сабаблар яхши ўрганилмаган. Баъзи муаллифларнинг фикрича, бунда наслий омилларнинг аҳамияти бор.

Клиник манзараси. Қарилек психозининг клиник манзараси кучайиб борувчи ақлий заифлик, қонуний равишда кучайиб борувчи хотира сусайиши ва кейинчалик барча руҳий жараёнларнинг емирилишидан иборат.

Касаллик аста-секин ривожланади. Бошланғич аломатлари кўпинча унутувчанлик, характерли белгиларнинг ўзгаришидан иборат бўлади. Кейинчалик характернинг сифат жиҳатидан ўзгача белгилари пайдо бўлади, психопатиясимон ўзгаришлар руй беради. Беморлар шубҳаланувчан, кўрс, эма бўлиб қоладилар: болаларга хос ишонувчанлик билан бир қаторда ҳеч тушунмайдиган кайсарлик ушбу касаллика хосдир. Бундай беморларда ўзидаги ўзгаришларга танқидий қараш бутунлай йўқолади. Қизиқиш доираси кескин тораяди. Улар бахиллик талабларини қондиришга интилиш билангина чегараланадилар, вегетатив турмуш тарзига ўтиб оладилар. Бунда кўпинча майлар тормозланмайдиган бўлиб қолади ва бу ҳолат кўпгина енгилтак, ҳатто жинойи 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 қайтардилар ва ҳар гал бу улар учун янгидек бўлиб ҳисобланади. Ўрганган шароитларда бир амаллаб мўлжал қиладилар, лекин янги 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 танимайдилар, баъзан қачонлардир ўлиб кетган кишилар билан адаштирадилар.

Касалликнинг клиник кўринишлари ҳар хил, шунинг учун қарилик психозининг турли шакллари ажратилади. Юқорида баён этилган ҳолат оддий шакли учун хосдир. Баъзи ҳолларда деменциядан ташқари биринчи қаторга аффектив бузилишлар чиқади, у доимий ғамгин кайфият, ҳаётдан совуш кўринишида бўлади.

Бундай депрессиялар ипохондрик васвасали ғоялар билан кузатилади ва кўпинча тузилиши жиҳатдан ўта ғалатилиги билан ажралиб туради... «Ошқозоним, ичагим аллақачон йўқ.. Ичимдаги ҳамма нарса қуриб, чириб кетди...» — Котар васвасаси.

Амнестик аломатлар мажмуаси билан деменция фонида камбағаллашиш ёки ўғри тушиш васваса ғоялари кузатилади. Беморлар безовта, ўта шубҳаланувчан бўлиб қолишади, нарсаларини доимо бурчак-бурчакларга бекитиб юрадилар ва ҳаммани ўғрилиқда айблайдилар. Бундай беморларга тунги безовталик хосдир. Улар кундуз кунни уйқусираган, шашти паст, тунда эса хоналар бўйлаб кезадилар, қўшнилариинг эшикларини тақиллатадилар, ниманидир излайдилар; бу вақтда эзмалик билан сўкинадилар ва уларни ўз жойига ётқизишларига қаршилиқ қиладилар. Амнестик мўлжал бузилиши, кескин нотинчлик хуружлари, ўралашиб қолиш, мазмун жиҳатдан жуда саёз галлюцинациялар, қарилик делирийси деган ном билан юритилади.

Қарилик психозининг конфабулятор шакли ёки прес-биофрения олди касалликнинг алоҳида тури сифатида кўриб чиқилади. Бундай ҳолда амнестик аломат кучли конфабуляциялар билан бирга бўлади. Бу конфабуляцияларда олдин бўлиб ўтган воқеалар, олдинги касби ёки турмуш шароити билан боғлиқ уйлаб топилган воқеаларасосий ўрин эгаллайди. Масалан, олдин соатсоз бўлган беморшифокор билан суҳбатида шундай дейди: «Мен сизни жуда яхши эслайман, сиз яқинда менга Павел Буре маркали соатингизни тузатишга 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 тиришқоқлик ишбилармонлик билан

ажралиб туради. Қаёққадир кетмоқчи бўлиб чойшабларини тугун қилиб тугадилар, сочиқ билан пол ювадилар ёки нарсаларни тинмасдан у қўлларидан бу қўлларига оладилар. Масалан битта бемор бостирмадаги товуқ тухум қўйдимикан, деб нуқул каравоти тагига кираверганлиги кузатилган.

Делириоз ва конфабулятор шаклларни сенил деменциянинг атрофия ўчоғи ўзига хос жойлашган ёки қон томир ва умумсоматик ўзгаришлар қўшилган шаклларига тегишли деб қарашади.

Қарилик психозининг давомийлиги бир неча йиллар билан ўлчанади, бундай беморлар умумий маразм ҳолатида ўладилар.

Альгеймер касаллиги.

Қарилик ақлипастлигининг бошланғич шакли 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, экстрапирамедал мушаклар таранглиги, ушлаб олиш, хартум ва бошқа орал рефлекслари пайдо бўлади.

Патологик анатомияси. Қарилик психозига айниқса бош миёдаги морфологик ўзгаришлар жуда хосдир. Миёнинг умумий атрофияси кузатилади, хусусан пешона, чакка ва тепа қисмларининг пўстлоғида кўпроқ. Миё вазни ўртача ёш меъёридан анча паст бўлади. Каттиқ ва юмшоқ миё пардалари анча хиралашган ва қалинлашган: миё қоринчалари катталашган бўлади. Гистологик текширилганда кўпгина нерв хужайраларининг кучли дегенерацияси кузатилади, у пешона ва тепа-чакка қисмларининг миё пўстлоқ қаватининг учинчи ва тўртинчи қаватларида кўпроқ кўринади. Сақланиб қолган нерв хужайралари ёғ томчилари билан тўлган бўлади.

Қарилик психозининг энг асосий патогистологик белгиларига қуйидагилар киради:

1. Миёда сенил друз — нерв паренхимасининг некротик ўзгариш ўчоқларининг мавжудлиги. Улар бутун миё пўстлоқ қавати буйлаб тарқалган бўлади, лекин атрофик қисмлар кўпроқ 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 тўлқинсимон кечиш ва аффектив беқарорлик хос: кўпгина бузилишлар ўчоқли тавсифга ва тегишли неврологик аломатларга эга.

Альцгеймер касаллигини унинг бошланишида аниқлаш жуда қийин. Ақлий заифлик фониди ўчоқли аломатлар ва нутқ бузилиши бўлганда ривожланувчи фалаж ва мия ўсмаларидан ажратиш керак. Улардан фарқлаш: серологик реакциялар йўқлиги чуқур ақлий заифлик билан секин кечиши, апрактик бузилишлар ва афазиялардир.

Даволаш. Бу беморларни суицидал ҳаракатлар қилингандагина стационарга ётқизилади. Беморлар атрофдагилар учун ҳам хавфлидирлар, чунки улар касаллиги ва ўз ҳаракатларига баҳобера олмасликларитуфайли газжўмакларини очик ҳолда қоддиришади, олов ёқишлар уюштиришади.

Қўзғалиш ҳолларида нейролептиклар, аминазин 25- 100мг., атипик нейролептиклар (риспаксол, кветилепт, нопрения, зипрекс, зифорт.), юрак препаратлари қўлланилади. Беморларни қаттиқ тўшакда ушлаш мумкин эмас. Ётоқ яраларнинг олдини олиш мақсадида узоқ ётадиган беморларга терининг юмшоқ жойларини камфорали спирт билан артиб қўйиш лозим.

Даволашда транквилизатор ва нейролептиклар қўлланилганда эҳтиёт бўлиш керак, чунки уларда бу дорилардан заҳарланиш тез юзага келади. Одатда транквилизатор ва нейролептикларни ўткир психоз даврида минимал дозаларда қўллаш мумкин.

Асосий эътибор иккиламчи депривациянинг олдини олиш, когнитив дефицит билан курашиш воситалари, паркинсонизмга қарши ва томирга таъсир қилувчи дори воситаларга қаратилади.

Орқа мия суюқлиги босимини пасайтириш усуллари, гормонал дорилар билан даволаш сезиларли аҳамиятга эга.

Иккиламчи депривация муҳитни сезувчанлигини бойитиш — яъни қариндошларини беморни «қайтатдан ўқитиш» (ўргатиш) зарурлигига ишонттиришимиз керак. Эсдан чиқарилганни тинимсиз такрорланиши қондага айланиши керак, бемор-

нинг доимий бандлиги ва доимо мулоқотда бўлиш(бутун кунга режалаштириб бўлиб чиқилади) муҳим. Қариндошларида беморга қараб, парвариш қилиб юрганлиги таъсири оқибатида айбдорлик ҳисси пайдо бўлиши мумкин.

Когнитив дефицит билан курашиш ноотроплар (церебролизин, фенотропил, ноофен, луцетам, циннаризин пирацетам ва бошқалар) билан даволаш, ва холинестераза ингибиторлари билан даволаш киради. Бу дорилар доимо ва катта миқдор берилиши зарур. Мегавитаминли терапия (B_3 , B_{12} , B_2 , E витаминларнинг катта миқдори). Кавинтоннинг катта миқдори билан даврий даволаш томир компонентига таъсир қилади. Ликвор гипертензиясиникамайтиришда шунтлаш самарали ҳисобланади. Ноотроплардан катта миқдорда (церебролизин вена ичига кунига 10 мл. гача оқим билан, 10 мл. дан кўп бўлганда физиологик эритмада эритилиб томчилаб юборилади) қўлланилиши мақсадга мувофиқ.

Пик касаллиги. Бу хасталик кўпроқ кексалик олди касаллигидир, у 50—60 ёшларда юзага чиқади. Касаллик асосида бош мия айрим қисмларининг ривожланиб борувчи атрофияси ётади. Энг кўп пешона қисм 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 танқидий муносабат бўлмайди. Бемор нохуш хатти-ҳаракатлар қилишни бошлайди, ўз ишида қўпол хатоларга йўл қўяди. Беморлар апатик, пассив, ҳамма нарсаларга бефарқ бўлиб қолади. Беморларнинг нутқида эхохолия бўлади, яъни улар атрофдагилар гапларининг маъносини билмасдан қайтараверадилар. Пик касаллигига энг тавсифли белги, бу ҳаракатлар ва гапларининг бир хил кўринишда бўлишидир. Масалан, бемор ювиниш хонасига киради, кран жўмрагини бўраб, сувни оқизади, лекин қўлини ювмасдан яна палатага қайтиб киради ва бу ҳаракатни бир неча марта қайтаради. Беморларда нутқнинг бутунлай йўқолгунига 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 билан тавсифланади.

Патологик анатомияси. Касалликка тавсифли патологик -анатомик белги — бу «грек ёнғоғи» белгисидир, яъни пушта-лар жуда нозик ва эгатлар жуда кучли. Атрофия ривожлангандек бўлиб қолади, оқ модда ва пўстлоқ остига тарқалади. Альцгеймер касаллигидан фарқли ўлароқ сенилда друзлар бўлмайдди, фибриллаларнинг қайта шаклланиши кузатилмайди.

Қарилик психози бўйича вазиятли масалалар.

1. Бемор С.-65 ёшда. Овқат ейишдан бош тортяпти, айтишича агар бир бурда нон еса бутун дунё болалари оч қолади ва очликдан ўлади. Нафасини ушлаб туради, айтишича нафас олса миллиард бактериялар ажралиб чиқади ва бутун дунёни зарарлаши мумкин.

Сизнинг дастлабки ташхисингиз.

Жавоблар:

*Котар синдроми.

*Психиатрик стационарга даволанишга юбориш.

2. Бемор М.-78 ёшда, охирги вақтда хотирасининг тез пасайганлигини сезган, яқинларини танимайди, жойга ва вақтга мўлжал олиши мавжуд. У 25 ёшдаман деб ўз тўйига тайёрланади, ўзининг ўлиб кетган авлодларини чақиради. Кўчага чиқса уйига қайтиб кела олмайди, йўлни эсдан чиқаради. Сизнинг тахминий ташхисингиз. Шифокор тактикаси.

Қарилик психозлари мавзуси бўйича саволлар мажмуи:

1. Қарилик психози нима, унинг асосида қандай жараён ётади?

2. Қарилик психозининг қариликдаги физиологик инволюциядан фарқи нимада?

3. Қарилик психозининг клиник манзарасини айтиб беринг.

4. Альцгеймер касаллиги клиник манзараси, кечиши ва оқибати?

5. Қарилик психозининг энг тавсифли патогистологик белгиларига нималар киради?

6. Қарилик психозларининг дифференциал диагностикаси, даволашнинг ўзига хослиги?

7. Иккиламчи депривация муҳитни сезувчанлигини бойитиш дегани нимани англатади?

8. Когнитив дефицит билан курашиш қандай олиб борилади?

9. Пик касаллиги клиник манзараси, кечиш хусусияти ҳақида сўзлаб беринг.

10. Пик касаллигида тавсифли патологик-анатомик белгилар қандай?

Қариллик психозлари мавзусига оид тест саволлари:

1 Альцгеймер касаллигига хос:

- *хотира бузилиши;
- *идрок бузилиши;
- *ривожланиб бориши;
- ҳушнинг бузилиши;
- *фикрлаш бузилиши;
- *интеллект бузилиши.

3 қон томир деменцияси учун хос :

- кўрув галлюцинози;
- *ўчоқли ўзгаришларнинг бўлиши;
- *когнитив функциялар бузилган;
- *анамнезда цереброваскуляр бузилишлар;
- *ўз ҳолатига танқидий муносабат сақланган.

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 қандайдир бир сирли одамлар сифатида каралар эди. Бу касалликни «қутлуғ касаллик», «худолар томонидан берилган касаллик» деб ҳисоблар эдилар. Шундай вақтлар ҳам бўлганки, бу беморларга гўё «жин чалган», «шайтон йўлдан урган», ёки ичига шайтон кириб қолган қабилида қарар эдилар.

Қадимий юнон 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 тақсимланиши сабабли пайдо бўлишини айтган эди.

Тутқаноқ деган номни шарқнинг буюк табиби Абу Али ибн Сино берган бўлиб, у мазкур касалликни янада чуқурроқ ўрганишга муваффақ бўлди.

Ҳозирги замон тиббиёти epilepsia касаллигини ҳар томонлама ўрганган бўлиб, унинг сабаби, келиб чиқиш йўллари, кечиши ва даволаш ишларини муваффақиятли олиб бормоқда.

«Epilepsia» термини грекча «epilepvano» демакдир, у «тутаман» деган маънони билдиради ва касалликнинг яққол кўзга ташланадиган аломати — тутқаноқни ифодалайди.

Epilepsia — бош миянинг сурункали касаллиги бўлиб, пароксизмал равишда пайдо бўладиган турли хилдаги талвасали ва сенсор тутқаноқлар сифатидаги бузилишлар, шунингдек руҳиятнинг зўрайиб борадиган руҳий эзилиш эквивалентлари билан таърифланади. Epilepsianing 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. Epilepsianing доимий белгилари.

Epilepsianing 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. Булар 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 ташкил топади. Катта талвасалар бошланишидан бир неча дақиқа аввал беморларда уларнинг эсида қоладиган бирдан-бир ҳодиса — ауралар юз беради. Бунда бемор кўзига кўрқинчли 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 ҳеч 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 ҳодисалардан 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 этмасин улар бемор хотирасида мутлақо қолмайди. Катта талвасаларининг жуда кам қайталаниши (1 йилда 2 тадан то 12 тагача), камроқ қайталаниши (1 ойда 1 тадан 4 тагача), тез қайталаниши (1 ҳафтада 1 тадан 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 тўхтатиб қўйилиши 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 ўлароқ 3 та фазага бўлинмайди. Беморлар бунда ҳеч қачон йиқилиб туш-

майдилар. 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. Буларнинг ичида энг кўп учрайдиган хили—абсанс (йўқолиш) деб номланади. Бунда беморлар бир неча секунд давомида «қотиб» қоладилар — қилинаётган ишлари, юриши ва ҳоказолар шу вақт ичида бир зум тўхтаб қолади, сўнгра гуё ҳеч нарса бўлмагандек 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 аташади. Бу ҳолатларни билиш жуда катта аҳамият касб этади, чунки бунда беморлар ўзларини-ўзлари идора қилолмай қолиши ва атрофдагилар 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 алкоғолли 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.

Онгнинг (Эс-хушнинг) номозшомсимон қоронғилашуви ҳолати. Бу ҳолатда беморлар ҳаракат қилиш қобилиятини йўқотмайдилар, лекин атроф-муҳитга тўғри баҳо бера олмайдилар. Натижада руҳий жараёнлар бир-бири билан боғлиқ бўлмаган ҳолда тарқоқ ўтади. Бу ҳолатларда кайфиятнинг бузилиши, қўрқув аффекти, галлюцинациялар ва васвас ағоялар мужассамлашган бўлади. Шу тугайли бундай беморларнинг ҳаракатлари нотўғри, ўзлари учун ва атрофдагилар учун хавфли бўлиши мумкин (қўққисдан ташланишлари, одам ўлдирishлари, ёнғин чиқаришлари, ўзларини деразадан ташлаб юборишлари мумкин ва ҳоказолар). Онгнинг номозшомсимон хиралашуви 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 кузатилади. Онгнинг номозшомсимон хиралашувининг клиник кўринишларида 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 (алаҳсираш) 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 кетадилар ва ўзларига 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 буйруқ 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 қандай ўзгариш сезилмаслиги мумкин, фақат паришонхотир бўлиб кўринадилар. Бу ҳолатда беморлар узоқ масофаларга саёҳат қилишлари мумкин. Ўзларига келгач, қандай 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. Бизнинг 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.

Эпилептик ҳолат - кетма-кет келадиган кучли тутқаноқларнинг ривожланиши билан тавсифланади. Улар шунчалик кам вақт оралиғида қайтарилиб турадики, беморлар ҳатто бир пораксизмдан кейин ҳушларига келиб улгира олмайдилар. Бу ўта оғир ҳолат бўлиб, у шошилининг тиббий ёрдам кўрсатилишини талаб қилади. У бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин. Эпилептик ҳолат вақтида беморнинг томир уриши тезлашади, тана ҳарорати ошади, артериал босим пасайиб кетади, шунингдек терлаш каби чуқур самотавегетатив бузилишлар ҳам учрайди. Бемор қонида мочевина миқдори ошиб кетади. Бемор бош миянинг шишиб кетишидан ва гипоксиядан ўлиб қолиши ҳам мумкин.

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 ўзгаришлари (хулқ атвор бузилишлари)

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 шифокор, 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. Бундай беморларнинг жаҳли жуда тез чиқади, бу пайтда қалтис ва хавфли ҳаракатлар қилишлари мумкин: нарсаларни синдириб ташлаш, ёқиб юбориш, атрофдаги қишиларга улар ким бўлишидан қатъий назар, қўпол гапириш ёки ташланиш ва шу қабилар. Мана шу хатти-ҳаракатлари билан улар оила ва жамиятга анча қийинчиликлар туғдирадилар. Шуниси ҳам борки, худди ана шу беморлар бошқа бир вазиятларда ўта хушфёл, мулойим ва ширинсухан бўлиб кўринадилар. Улар ўз танишларига ўта хушомадгўй, ёқмайдиган ғамхўр, сермуҳаббат, итоатли бўлиб кўринадилар. Қарама-қарши аломатларга эга бўлган хулқ-атвор эпилепсия касаллиги учун жуда хосдир. Беморларнинг яна бир хусусиятлари ҳақида тўхтаб ўтиш жоиздир. Бу уларнинг руҳий фаолиятларининг инерт бўлиб қолиши билан боғлиқ бўлган белгилардир. Тутқаноқли касаллар бир сўзли, ўта қатъиятли ва баъзан кучли иродали бўлиб қолишлари ҳам мумкин. Улар ҳаддан ортиқ озодаликка, тартибга мойил бўлиб қоладилар. Масалан, ўз хоналаридаги тартиб доимо бир ҳолатда туриши шарт, акс ҳолда улар газабга келишлари мумкин.

Фикр-мулоҳаза бузилишлари. Руҳий фаолиятнинг инертлиги беморларнинг фикрлаш қобилиятига ҳам таъсир қилди. Уларнинг 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-секин 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 боради. Хотирадан беморга шу вақтларда у керак бўлмайдиган барча воқеалар йўқолиб кета бошлайди. Шундай пайт келадикки, улар ўқиган китобларини, севимли ёзувчиларини, сиёсий масалаларни, тарихий воқеаларни, ҳисоб-китобни бутунлай унутиб юборадилар. Уларнинг қизиқиши эса асосан ўзларига хос бўлган нарсаларгагина сақланиб қолади. Масалан, бемор ойлари номини 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. Баъзи бир ҳолларда эсипаст 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, гўдаклигидаги касалликлардан яна юқумли касаллик, заҳарланиши натижасида юзага келиши мумкин. Маълум маънода наслга ҳам боғлиқ томони бўлиши мумкин, бироқ ҳозирча бу аниқ, эмас. Шундай маълумотлар борки, наслдан касаллик эмас, балки уни келтириб чиқарадиган ҳолатлар ўтар экан. Масалан, модда алмашинувдаги 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 ўрганилганлиги 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 узвий боғлангандир. Шунинг учун В₆ тип авитаминози тортишиш (тутқаноқ)га олиб келса, глютамин кислота эса тортишишга қарши таъсир этади.

Шундай қилиб, тутқаноқда энергия ресурслари ва жараёни бузилса-да, асаб импульсларини ўтказиш жараёнига таъсир қиладиган метаболизмнинг бўзилиши катта аҳамиятга эга.

Патологик анатомияси. Тутқаноқ даврида ва айниқса тутқаноқ ҳолатида ўлган гўдак текширилганда мия бўкиши, шишиб кетганлиги, гиперемия, шунингдек миянинг баъзи бўлимларида қон қуйилишлари кузатилган. Юқоридаги ўткир бузилишлардан ташқари, икки йўналишдан 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 қайталаниб 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 онгнинг номозшомсимон хиралашувининг 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 ҳаёти учун ҳам хавфлидир. Бемор тутқаноқ ҳолатининг, тутқаноқ хуружи давридаги бахтсиз ҳодисанинг, дисфория вақтида ўз-ўзини ўлдиришидан ёки онгининг номозшомсимон хиралашувидан 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 хуружли тутқаноқ, балки тутқаноқдаги кайфиятга ўхшаш бемор онгининг номозшомсимон хиралашуви 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. Спазмофилиядаги 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 мияниинг юқумли заҳарланиш касалликлари, бош мия суяк жароҳатлари ва марказий нерв тизимининг бошқа органик заҳарланишларида юзага келадиган тортишиш синдромлари бу касалликларни тутқаноқ 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 боғлиқ омилларни (тортишиш синдромларининг юзага чиқиш вақти) ҳам ҳисобга олиш керак.

Даволаш. Хуруж пайтида УАШ врач тактикаси шулардан иборат:

- Давони миқдори ошиб бориш тартибида узоқ давом эттириш ва ҳеч қачон давони бирдан тўхтатмаслик лозим. Жойни атрофдагилардан бўшатиш.

- Жароҳатланишнинг олдини олиш (зарур бўлганда беморни текис жойга ётқизиш, ўткир, қаттиқ жисмларни олиб ташлаш, бош ва оёқлар остига юмшоқ нарсалар қўйиш).

- Бошни ён томонга ётқизиш (қусиқ массалари ва сўлак билан аспирациянинг олдини олиш).

- Тилни тишлаб олишнинг олдини олишда офизкенгайтиргичдан фойдаланиш (ёки газлама билан ўралган қаттиқ жисм).

- Суяк синишлари, мушак ва бўғимларнинг лат ейишларининг олдини олиш учун қўпол куч ишлатишдан ўзини тийиш.

- Эпилептик тутқаноқ ёки тутқаноқдан кейинги уйку дан сўнг бемор анамнезида эпилептик тутқаноқлар борлиги, уларнинг серияли тус олиш ва статусга ўтишга мойиллигини аниқлаш, мутахассис-шифокорга режали тарзда муурожаат қилишни тавсия этиш.

- Дегидратацион терапия (магний сульфат, лазикс, 40% глюкоза эритмаси ва ҳакозолар)

- Антиконвульсив таъсирли седатив транвилизаторлар (диазепам, валиум, седуксен, реланиум, дормикум, мидазолам).

- Зарур бўлганда симптоматик воситалар (юрак ва нафас аналептиклари: корглюкон, строфантин, лобелин, бемеGRID, адреналин, преднизолон ва ҳакозолар) беморни реанимация бўлимига етказиб бориш.

Эпилептик статус пайтида даволаш - кечиктириб бўлмас ёрдам тадбирларини талаб қилади. Седуксинни (4,0-12,0 мл) 20 мл. изотоник эритма ҳолида ёки 40% глюкоза сифатида вена орқали юбориб ишлатиш мумкин. Дори моддасини аста-секин (томчилаб) юбориш зарур.

Юрак, кон-томир ва нафас олиш фаолиятига алоҳида аҳамият бериш керак, яъни бош миянинг гипоксиясига ва шишиб кетишига қарши чоралар кўриш керак. Заруриятга қараб (1 г.) гексенал 5-10 мл магний сульфатнинг 20% ли эритмасини димедрол (1% 1-2 мл.) билан биргаликда, кофеин, кордиамин, строфантин, лобелин, цититон берилиши мумкин. Ацидозни йўқотиш мақсадида венага натрий гидрокарбанатнинг 4% эритмаси (150-400 мл) ҳолида томчилатиб юборилади. Тана ҳароратини пасайтириш мақсадида литик аралашма (аминазин, димедрол, анальгин, промедол) юборилиши, фонурит, лазикс каби диуретикларни қуйиш лозим. Орқа мия пункцияси охири тадбир бўлиб, 20 мл гача мия суюқлиги чиқарилиб ташланади. Аминазин эпилептик ҳолатининг фақатгина бошланғич босқичларида берилиши мумкин, акс ҳолда у бемор аҳволини оғирлаштириш мумкин.

Фармакотерапия. Эпилепсияга қарши препаратларнинг янги гуруҳи турли ҳил тутқаноқларда ишлатилади, булар вальпроатлар дейилади, вальпроат кислота унумлари ҳисобланади: конвулекс, депакин ва бошқалар. Бундан ташқари ламитор, карбамазепин, бензонал ҳам қўлланилади. Ножўя таъсирлари ошқозоничак тракти бузилишлари, аллергия реакциялар, қон ивувчанлигининг ёмонлашуви, жигар ва ошқозон ости бези функцияси бузилиши кўринишида бўлиши мумкин. Шунинг учун қон ивиш тизимини, ошқозон ости бези ва жигар фаолиятини текшириб туриш керак. Эпилепсияни даволаш учун бундан ташқари тутқаноққа қарши препаратлар В-гуруҳ витаминлари, никотин кислотаси билан бирга қўлланилади. Онгни номозшомсимон ҳолатида, эпилептик беморнинг хулқи қийин бўлганда (ғазабли реакцияга мойилликда) эпилепсияга қарши препаратлар билан бирга мушак орасига аминазин қилинади. Бунда қон босими тушиб кетмаслигини назорат қилиш керак. Кучли аффектив бузилишларда сибазон, хлосепид (хлордиазепоксид, элениум, либриум), феназепам, амитриптилин, тизерцин ва бошқалар қўлланилади. Эпилепсияни даволаш кам дозалардан бошланиб, аста-секин оширилади, бемор учун оптимал доза танланади. Беморга берилётган препарат бошқасига алмаштирилганда ҳам аста-секин дозаси оширилади. Агар даво эффе́ктив бўлса (пароксизмлар йўқолса) дозани камайтириш охириги тутқаноқдан кейин икки йилдан кам бўлмаган муддатда қилинади, давони тўлиқ тўхтатиш (жуда аста-секинлик билан) беш йилдан кам бўлмаган муддатда тўхтатилади. Эпилептик статусни бартараф этиш (хавфли ҳолат, тез тиббий ёрдам талаб этади) қўлни яхши фиксация қилган ҳолатда вена ичига диазепам (седуксен, реланиум) қилинади. Баъзи ҳолатларда мушак орасига гексенал юбориш яхши натижа беради. Гексенал фақат мактаб ёшидаги болаларга эпилептик статусни бартараф этишда қўлланилади. Гексенал жигар ва буйрак етишмовчилигида, иситма ҳолатларида, кислород етишмовчилигида қарши кўрсатма ҳисобланади. Баъзида бош суяги ичи босимини камайтириш учун қон чиқарилади ёки орқа мия канали пункция қилинади (яхши фиксация ҳолатида). Хуруж пайтида беморларни лат ейишдан (бошига ёстиқ қўйиш керак) ва тилини тишлаб олишдан (тишлар орасига шпатель ёки докага ўралган қошиқ қўйиш керак) ҳимоя қилиш керак. Баъзида (терапиядан ҳеч қанақа самара бўлмаганда ва эпилептик ўчоқ аниқ бўлганда) эпилептик ўчоқни хирургик йўл билан олиб ташлаш мумкин.

Онгнинг номозшомсимон хиралашувида 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 магnezий 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 ташкил этиш катта аҳамиятга эга. Булар учун 4 хил парҳез тавсия этилади:

1. Очлик, тузсиз, суюқлиги кам овқатлар ва кетоген-парҳез (оқсил ва карбонсуви кам бўлган овқат).

Беморлар овқатланганда қуйидаги қоидага риоя қилишлари керак:

1. Кам суюқлиқ ичиш билан биргаликда уларнинг таркибида туз ва аччиқлик бўлмаслиги керак.

2. Оқсил овқатларни, айниқса гўшти кам истеъмол қилишлари керак.

3. Аччиқ чой ва кофе, айниқса спиртли ичимликлар қатъиян ман этилади. Бундай беморлар ҳаракатланадиган механизмлар, тепаликда, олов ва сув ёнида бўлмасликлари керак.

Профилактикаси. Тутқаноқ чақирадиган сабаблар: миянинг юқумли касалликлари, жароҳатлар, айниқса тутқаноқ, давридаги жароҳатларнинг олдини олиш керак.

Тутқаноқ мавзусига оид вазиятли масалалар

1. Бемор 31 ёшда. Анамнезида йилига бир марта кузатиладиган тутқаноқ хуружлари бор, шифокорга мурожаат қилмаган, даволанмаган. Милиция ходимлари томонидан шаҳарнинг бошқа четидан ушланди. Шу давр давомида нима қилгани, у ерга қандай бориб қолганини эслай олмайди. Ушбу ҳолатни баҳоланг!

2. Бемор 30 ёшда. Руҳий касалхонага (такроран тушган) тутқаноқ хуружлари тезлашгани, суткасига 5 мартагача тутга-

ни сабабли такроран тушган. 9 йилдан буён касал. Онасининг айтиши касаллик бирдан бошланган, ҳеч бир сабабсиз. Бош мия жароҳати, юқумли касалликлар ва бошқа оғир соматик касалликларни инкор этди. Бўлимда 4 ҳафта давомида 7 марта катта **тутқаноқ** хуружи кузатилган. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

3. Бемор 25 ёшда, болалигиданоқ **тутқаноқ** хуружлари ойига 1-2 марта кузатилади. Онасининг маълумот беришига ўта саранжом, гиначи, қасоскор, тез қўзғалувчан, тез-тез гамгин, қаҳрли кайфият кузатилади. Фикрлаши секин, гапи-гапига қовушмайди, икир-чикир нарсаларга қўп тўхталади. Вақти-вақти билан **тутқаноқсиз** 1-2 сония давом этувчи ҳушнинг йўқолиши кузатилади. Ташхисланг!

4. Бемор С., 18 ёшда, ёшлигидан кам (йилида бир марта кечқурунлари) хуружли **тутқаноқ** касаллиги билан оғрийди. Ёзда иккинчи жaxon уруши ногирони, қари киши томонидан ноҳақ ҳақоратланган, уни кечира олмай узоқ вақт ўйлаб юрган. Ўша чолни манзилини аниқлаб, эрталаб барвақт, яширинча бир халта замбуруғларни юборган. Бу бемор ҳаракатларини қандай изоҳлайсиз?

Тутқаноқ мавзуси бўйича саволлар мажмуи:

1. Тутқаноқ касаллигида намоён бўладиган 2 гуруҳ белгилар қайсилар?

2. Эпилепсиянинг қисқа муддатли, вақти-вақти билан бўлиб ўтадиган белгиларига нималар киради?

3. Статус эпилептикус деб нимага айтилади?

4. Жексон тутқаноғи клиник манзарасидаги ўзига ҳос хусусият нимадан иборат?

5. Дипсоманиялар (ичкиликка муккасидан кетиш) ва дромомания (дайдиб юриш) билан оғриётган беморлар ва **тутқаноқ** касаллиги орасида қандай боғлиқлик бўлиши мумкин?

6. Онгнинг номозшомсимон қоронғилашуви ҳолатида амнезиянинг қандай тури учрайди?

7. Онгнинг номозшомсимон хиралашувининг клиник кўринишларидан бири сомнамбулизм ёки лунатизм кўпроқ кимларда учрайди?

8. Онгнинг делириоз (алаҳсираш) ҳолатида эпилепсияли беморлар эшитилган товушларга қандай муносабат билдиришади?

9. Эпилепсияли беморларда транс ҳолати қандай намоён бўлади?

10. Эпилепсиянинг доимий белгиларига нималар кирази?
11. Эпилепсияда хулқ атвор бузилишлари.
12. Эпилепсия этиологияси ва патогенези.
13. Эпилепсия касаллигининг кечиши ва оқибати.
14. Эпилепсиянинг дифференциал-диагностикаси.
15. Тутқаноқда дори-дармон билан даволаш.

Тутқаноқ мавзусига оид тест саволлари.

1. Катта тутқаноқларнинг фазаси:
 - * гипертимия;
 - * тоник талваса;
 - * клоник талваса;
 - * эйфория;
 - * апатия.

2. Тутқаноқ синдроми қайси холларда кўпроқ учрайди?
 - * алкоголизмнинг III босқичида;
 - * бош мия жарохатида;
 - * алкоголизмнинг I босқичида;
 - * маиший ичкиликбозликда;
 - * алкоголь мастликнинг ўрта даражасида.

3. Катта тутқаноқ хуружи таркибига қуйидагилар кирази:
 - * продром;
 - * тоник фаза;
 - * аура;
 - * клоник фаза;
 - * онгнинг сақланганлиги.

4. Тутқаноқ пароксизмлари турларига қуйидагилар кирази:
 - * grand mal;
 - * абсанс;
 - * тоник постурал тутқаноқлар;
 - * жексон тутқаноқлари;
 - * дисфориялар.

5. Қуйидагилардан қайси ҳолат эпилепсияда учрайди?
 - * хулқ-атвор ўзгариши, дисфориялар;
 - * психоэнергетик потенциалнинг пасайиши;
 - * гебефрения;
 - * онгнинг намозшомсимон хиралашуви;
 - * апатико абулик ҳолат.

6. Эпилепсия касаллиги учун энг кўпроқ қуйидагилар хос:

- * дисфория;
- * депрессия;
- * мания;
- * апатия;
- * руҳий анестезия;
- * онгнинг номозшомсимон бузилишлари.

7. Эпилепсияда беморни руҳий шифохонага ётқизиш кўрсатма:

- * дисфория;
- * эпилептик параноид;
- * ҳушнинг номозшомсимон бузилиши;
- * эпилептик ақли пастлик;
- * эпилептик статус;
- * эйфория.

8. Эпилепсия учун қуйидаги белгилар хос:

- * эзма тафаккур;
- * ҳушнинг йўқолиши билан кечувчи хуружлар;
- * дисфориялар;
- * гебефрения;
- * руҳий автоматизмлар;
- * символик, резонерли фикрлаш.

24-БОБ ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения—сабаблари номаълум бўлган, сурункали кечишга ва бемор руҳияти яхлитлигининг турли бузилишларига мойил касаллик ҳисобланади.

Шизофрения ривожланиб борса, фикрлашнинг бузилишига, ҳиссий реакцияларнинг камайишига, апатик ақл 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 ташкил қилади.

Шизофрения билан оғриган беморлар сонининг ошиб бориши, ушбу касалликнинг оғир кечиши, туфайли бу дарднинг ёмон оқибатлар билан тугалланишини қайд этиш мумкин.

Шизофрения кўпроқ ёшларда учрайдиган касалликдир, у кўп ҳолларда 20—25 ёшларда тез-тез учраб туради, бу касаллик узоқ кечиш хусусиятига эга бўлиб, инсоннинг ёши, меҳнатга яроқли даврини шикастловчи дарддир. Унинг ижтимоий аҳамияти шу билан тушунтирилади.

Бу жараёндан шизофрениянинг 3 та асосий аломати (белгиси) келиб чиқади: аутизм, руҳиятнинг ажралиши ва ҳиссий тўнглик.

Аутизм — бу ўхшаш кўринишни ҳосил қилувчи, турли шаклларда намоён бўладиган реал борлиқдан кетиш. Беморлар касаллик бошиданоқ атрофлагилардан ажраган, бўлади, улар 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 кўзойнақ кенг шляпа, узун соч, соқол.

Анча оғирроқ ҳолларда касаллар сабабсиз ўқиш ва ишни ташлайдилар, уйдан чиқмай қўядилар ва ҳатто кўп вақтни ўрнида ётиб ўтказадилар. Бошқа ҳолларда шаҳардан чиқиб кетиб, ўрмон, тоғ, ғорларга яширинадилар. Баъзи беморлар ўз

аутизмине компенсация қилиш учун иш жойини ва касбини ўзгартирадидлар.

Бундай беморларнинг фикрлаши ўзи билан ўзи бўлиб қолади, улар ўз хаёлотларида 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 учун асосий бўлган ва ташқи реал. Ажралиш бир неча турларга эга. Кўпинча амбивалентлик (сезгининг иккиланиши) ва амбицидентлик (характернинг иккиланиши) белгилари кўринишида намоён бўлади. Бундай ҳолларда бемор бир вақтда бир кишига ёки битта вақеа—ҳодисага 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 қайсисининг ўзича фикр юритаётганини пайқаши мумкин.

Оғирроқ ҳолларда беморлар ўзларининг иккита шахсга ажраганини, 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 гоёларига 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 юрадидлар, уларнинг фикрлаши ҳам мудроқ 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 аксарият беморлар атроф-муҳит, вақт ва шахсиятга тўлиқ ва тўғри мўлжал олади, аммо айрим ҳолларда «иккилама мўлжал» келиб чиқади, бунда бемор тўғри мўлжал олган ҳолда шу вақтнинг ўзида ўзининг ўзга шахс эканлигини таъкидлайди. Шизофрения касаллигида моторика,

мимика ва нутқ ўзига хос. Улар ҳаракати, ҳолати, юриши сунъий, ғайри-табiiй бўлиб қолади ва кеккайиб, гердаийб юрадилар. Уларнинг нутқида цитата, мураккаблашган ва ўта ақлли сўзлар ва гаплар кўпайиб кетади, ҳатто беморлар неологизмга, яъни икки-уч сўздан тузилган антиқа сўзлар тузишгача боради («грипп-поз» — гипноз таъсирида грипп келтириб чиқариш).

Беморлар ноўрин жилмайишади, кўлишади, қош кериб чимирилишади, пешонасида ҳукмронлик қотиб қолгандек бўлади, шу вақтда юзининг пастки қисмида мутлоқ маъносиз, ҳатто ниқобсимон қотиб қолиш кузатилади, қараши қаҳрли бўлади. Мимиканинг бундай ўзгариши парамимия дейилади ва руҳиятнинг ажралиши ҳамда ҳиссий тўнгликда намоён бўлади.

Шизофрения кечишига кўра ё узлуксиз ёки хуружли бўлади, бунда ҳар бир хуруждан сўнг ремиссия келади, сўнгра хуруж қайталаниши мумкин. Ҳар бир хуруждан кейин руҳиятда турғун нуқсон қолади.

Оддий шакли (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 қуйидаги ўзгаришлар кечади: яккаланиш, ота-онасига совуқ ёки ёмон муносабат, кутилмаган, импульсив, парадоксал қилмишлар, атрофдагиларга нисбатан негативизм, одатдаги ўрқувнинг 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 типидagi руҳият нуқсони ривожланади.

Гебефреник шакли (юнонча «гебефрения» — «ўсмирлик руҳияти») оддий шакл сингари асосан ўсмирлик даврида учрайди. Оддий шаклда учрайдиган белгилар билан бир қаторда бу ерда биринчи ўринда доимий аҳмоқлик ва тажовузкорлик туради. Улар ўзини масхарабозга ўхшаб тутиб, аҳмоқликлар қиладилар, ҳингиллайдилар, атрофдагиларга тегажоқлик қилиб, уларда майда кўнгилсизликлар келтириб чиқарадилар, кексаларни

мазах қилиб, устларидан куладилар. Бундай беморлар кўпинча бемеҳрлик намоён қилади ва жиннилик қилиб, ҳингиллаб қонли жиноятлар содир қилиши мумкин. Шизофрениянинг бу шакли кам учраб, ремиссиясиз, хавфли кечади, дарҳол ташхис қилинмайди (оддий шаклдаги сингари атрофдагилар уларга узоқ вақтгача тарбия кўрмаган ёки безори деб қарайдилар) ва оқибатда руҳиятнинг оғир нуқсони ривожланади.

Кататоник шакли. Шизофрениянинг илгари учраган бу шакли ҳозир анча кам учрайди. Бу шаклга руҳият бузилишининг мушак тонуси ўзгариши билан бирга кечиши хосдир.

Шизофрениянинг бу шакли турли ёшда учраши мумкин. Бунда беморларда кататоник ступор билан кататоник қўзғалишнинг алмашилини келиши кузатилади. Кататоник ступорда аутизм белгиси аниқ кўринади: бемор мушаклари тўлиқ қисқаришга учрайди ва шу сабабли у ўринда бир хил қотиб қолган (кўпроқ эмбрион ҳолатида) 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 қилдилар, бунда улар қаршилик қилиш тугул, ҳолатларини сунъий ўзгартирилганда шундай аҳволда жуда узоқ муддат туриб қолиши мумкин. «Дюгере ҳаво ёстиғи» симптоми беморнинг мустақил равишда бошини ўридан кўтарган ҳолда қотиб қолишида вужудга келади.

Кўп ҳолларда эхомимия (мимикани қайтариш), эхопраксия (ҳаракатни қайтариш) ва эхоталия (сўзларни қайтариш) симптомлари учрайди.

Кататоник ступор бир неча кунгача чўзилиши мумкин. Ступор ҳолатдан чиққан бемор билан суҳбатлашганда ступор ҳолатида беморлар атроф мўлжалини тўлиқ сақлаганликларини ва шу вақтда атрофда бўлган суҳбат ва воқеаларни яхши эслаб қолганлигини аниқлаш мумкин.

Кататоник шаклда онейроид синдром учрайди, бунда беморлар фантастик дунё оғушида бўладилар. Бундай ҳолларда улар суҳбатлашмайдилар, саволларга жавоб бермайдилар, ўринда узоқ ётадилар, ажабланган ҳолда атрофга боқиб, хаёлий саҳналарни 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 қўзғалишга ўтиши мумкин: беморлар жўшқин ва импульсив равишда ўриндан сакраб кетади ҳамда узлуксиз бир хил ҳаракатлар қилади, бу ҳаракатлар кетма-кет бир неча кун давомида чарчоқсиз давом этиши мумкин.

Беморлар билан суҳбатлашиб 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 нутқда қилиқдор бўладилар.

Кататоник шакл таркибида кам учрайдиган гипертоник 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 ўзгаришлар кузатилади. Беморларнинг умумий аҳволи жуда оғир, баъзан эса летал натижа ёки ўлим кататонияси кузатилиши мумкин.

Психофармакология эришган ютуқларга кўра, кататоник ступор ва кататоник қўзғалишни кўп ҳолларда даволаб яхши натижаларга эришилмоқда.

Параноид (ёки галлюцинатор параноид) шакл. Бу шизофрениянинг энг кўп тарқалган шакли бўлиб, кўпроқ 40—50 ёшлар орасида юзага чиқади. Унинг асосий симптоми васваса ҳисобланади.

Касаллик аста-секин ривожланади, лекин кўринишлари тўсатдан намоён бўлади. Васваса ғоялари пайдо бўлаётган беморда ривожланаётган ишончсизлик, эҳтиёткорлик, 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 таъқиб 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 уларни таъқиб қилишиётганлигини билдиришади ва шу сабабли психиатрия стационарларига 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 қайталанмайди, айрим оғир ҳолларда васваса ғоялари бутун умрга қолади.

Циркуляр шакли. Бу шакл маниакал ва депрессив хуружларнинг бирин-кетин келиши ёки ремиссия даврлари оралаб, турли муддатда алмашилиши билан кузатилади. Маниакал-депрессив 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 қобилиятини сақлаб қолади.

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 шизофрениасида эрта учрайдиган аломатлардан бири кутилмаганда қўрқувдир. Масалан, 11 ёшли бола ўзининг онасидаи қўрқадиган, қичқирадиган бўлиб қолади. Шунингдек уларда умуман беҳоллик, фаолликнинг пасайиши, ёшга тўғри келмайдиган фантазияга боғлиқ, турғун ҳаракат автоматизми, галлюцинатор ҳолатлар, соматик заҳарланиш симптомлари (безгак, исиги кўтарилади, 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 бўйича турлари.

Шизофрениянинг психопатологик белгилари серқирра бўлади, унинг клиник кўриниши аниқ патофизиологик механизм асосида маълум қонуниятларга бўйсунди.

Кечиши бўйича шизофренининг учта тури мавжуд:

1. Узлуксиз кучайиб борувчи;
2. Даврий;
3. Узилиб-узилиб кучайиб борувчи.

1. Шизофрениянинг узлуксиз кучайиб бориши билан кечиши кўпинча ёмон оқибат билан тугайди. Кўп беморларда умумий бўшашиш, эс-ҳушнинг, меҳнатга бўлган лаёқатининг йўқолиши, баъзан эса ташқи оламга бефарқлик, совуққонлик учрайди. Бу хил оқибатлар кўпроқ шизофрения ядроли тўрининг 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) жараёндан кейин бемор енгил ишлар билан шуғулланиши мумкин. Шахснинг ўзгаришлари қийинлик билан боради. Бироқ узилиб кучайиб борувчи шакли узлуксиз кучайиб борувчи кечишларидек доимо ҳам чуқур ўзгаришларга олиб бормади.

Шизофрениянинг даврий кечишида кататоник, баъзан депрессив параноид ва циркуляр шакллари юзага чиқади. Циркуляр психоз шаклидан бошқа барча шаклларида галлюцинация, васвасанинг кўп турларида руҳий 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 кўплигидан клиник кўринишлари ҳам оғирлашиб боради. Бу турда ҳам ҳис-ҳаяжоннинг 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 тааллуқлилиги ёки бошқа касаллик оқибати эканлиги, номаълум. Чунки шизофрения

оқибати кам ҳолларда ўлим билан тугайди. Шунда ҳам гипертония касаллиги оқибати бўлиши мумкин экан.

Макроскопик кузатишларда: барча ички аъзоларда тўлақонлилик, қалқонсимон безида склеротик ўзгаришлар, жинсий аъзолар гиперплазияси, юрак ўлчами кичрайиши, аортанинг торайиши, шунингдек жигар ва ўт қопи ўлчамининг кичрайиши, аортанинг торайиши, жигар ва буйракда ҳам ўзгаришлар кузатилади. Мия қоринчаси ва пўстлоғида макроскопик ўзгаришлар топилмайди.

Микроскопик кузатишларда: бош мия пўстлоғининг ганглиоз ҳужайраларида дистрофик, яъни бўкиш, шиш, ишемия ҳосил бўлиши, ёғ йиғилиш ҳоллари учрайди.

Гипертоник шизофрения макроскопик кузатишларида: мия қаватларининг тўлақонлилиги, мия моддасининг шишиши, оқ моддасида нуқтали қон қуйилиш ҳоллари учрайди. Микроскопик кузатишларида кўрув дўнглиги, ўзунчоқ мияда қон қуйилиши, томирлардаги қон ўтказувчанлигининг ошиши, дистрофик ўзгаришлар учрайди.

Ҳозирги даврда жаҳон адабиётида шизофрения патогенезига тўхталганда кўрув дўнглигида, гипоталамус ва ретикуляр формацияларда борадиган зарарланишга катта аҳамият берилмоқда.

Этиологияси ва патогенези. Кейинги йилларда тиббиёт фани кўлга киритган қатор муваффақиятлардан бири шизофрениянинг этиологияси ва патогенезини экспериментал ва клиник аниқлаш бўлди.

Этиологияси ҳақида тўхталганда шизофренияни чақирадиган сабабларни чегараламоқ керак. Чунки касалликнинг қўзғатувчиси ҳанузгача аниқланган эмас.

Шизофрениянинг юзага келишида ҳомиладорлик, туғиш ва туғилгандан кейинги даврда организмда борадиган физиологик ўзгаришлар, баъзи юқумли касалликлар, заҳарланиш, алкоғолизмнинг маълум ўрни бор.

Шизофрениянинг ирсий омиллар билан наслдан-наслга узатилиши клиник-статистик кузатишлар билан тасдиқланади. Бироқ, касалликнинг наслдан-наслга ўтиши, генларнинг ўзгариши туфайлими ёки қўшимча ташқи таъсир натижаси эканлиги ҳозирча номаълум. Лекин шизофрения билан оғриганлар ДНК сининг азотли бирикмаси соғлом одамниқидан фарқ қилиши тасдиқланган.

Шизофрения этиологиясини юқумли касалликлардан

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, Гиляровский, Сухарев) шизофрения ривожланишида аллергиянинг маълум аҳамияти борлигини айтиб ўтишган. 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 шизофрениани аутоаминотоксикоз билан тенглаштирган, бироқ ҳозиргача қандай аминокислот бириктирган модда оқсил модда эканлиги аниқ эмас. Букаино ароматик аминокислота деса, канадалик олим Гоффер адреналин дейди.

Ташхиси. Беморни текшираётганда руҳий ва соматик аҳволини касалликнинг ўзига хос кечиши билан ёритган ҳолда ва текширишлар тўлиқ ўтказилгандан кейингина шизофрения ташхисини қўйиш 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 турган ўткир психотик ҳолатларда шизофрения деб ташхис қўйишга шошилмаслик керак. Ўткир бошланган шизофрения психопатологик симптомлари тўлиқ ўзгаргандан кейин ташхисланади. Баъзан якунловчи ташхис фақат ўткир руҳий кўзғалишлар тўхтагандан кейин қўйилади. Чунки астеник аломатлари йўқлиги, диққатнинг бузилиши, жисмоний кувватсизлик юқумли касаллик эмас, балки шизофрениaning табиатига тўғри келади. Уларда тафаккурнинг бузилиши билан ҳис-ҳаяжон кўринишлари ва юриш-туришининг тўғри келмаслиги ҳам шизофрения деб ташхис қўйишга асос бўлади. Бундан ташқари, психотроп дорилар, нейрорептик ёки антидепрессантларни қўллаш билан баъзан психопатологик симптомларни аниқлаш мумкин. Чунки улар бу ерда галлюцинация, васваса ва бошқа бузилишларни кучайтирувчи индикаторлар бўлиб қолиши мумкин.

Оқибати. Ҳозирги пайтда беморнинг ҳолатини, ёшини, унга қилинган давони, касаллик бошланган вақтни, шаклини ҳисобга олган ҳолда касалликнинг яхши ёки ёмон оқибат билан тугагани ҳақида фикр юритиш мумкин. Шизофрения: кутилмаган (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 миқдори камая боради. Ремиссиясиз ўтадиган, ўсиб борувчи шизофрениaning ядро шакли (унга шизофрениaning гебефреник, кататоник ва оддий шакллари киради) кўпгина ҳолларда иш қобилиятини тўлиқ йўқотишга олиб келади. Охириги даврда шахда юзага келган етишмовчилик касалликнинг охириги ҳолати ёки оқибати деб қаралади. Шизофрениaning циркуляр, даврий, кататоник параноид шакллари яхши натижа билан тугайди. 50 ёшдан кейин шизофрения кўпинча сурункали кечишга ўтади, бироқ параноид шаклга нисбатан енгилроқдир. 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.

Шизофрения рубрикацияси, МКБ-10.

МКБ-10 га шизофрения «Шизофрения, шизотипик ва васвасали бузилишлар» бўлимига киритилади. Шизофрения чегараси анча торайган. Шизофрения бўлимчасига васвасали, кататоник, гебефреник, оддий формаси, дифференцияланмаган ва қолдиқ (шизофрениани бир ёки бир неча хуружларидан сўнг негатив симптоматика узоқ сақланади) киритилган. Шу билан бирга «бошқа типлари» ажратилган, «болалар типи», бу эрта бошланиб, олигофренсимон дефектли бўлади. Ташхисда шизофрениани кечиш варианты акс эттирилиши мумкин, аммо доимий эмас. Шизофрения суст кечувчи неврозсимон ва психопатсимон шакллари «Шизофрения» бўлимчасида ажратилган. Улар «шизотипик бузилишлар» сифатида ташхисланади, узоқ вақт нопсихотик бузилишлар шизофрения клиникасига ўхшайди, аммо шизофрениaning типик симптомлари бўлмайди (МКБ-10га мос равишда).

Қисқа муддатли (бир ойгача) галлюцинатор-васвасали, аффектив-васвасали психозлар кўп ёки оз даражада шизоф-

рениянинг клиник белгиларига хосдир. Булар МКБ-10да «шизофрения симптомли ўткир полиморф бузилишлар», «ўткир шизофрениясимон психик бузилишлар» ёки «шизоаффектив бузилишлар» алоҳида бўлимчаларида таснифланади. Бу психозларни давомийлиги бир ойдан ошганда «хуружсимон шизофрения»га ўзгартирилади. Бу тушунча эски ўзимизнинг таснифимиздаги даврий ёки шубсимон шизофрения моҳиятига мос келади.

Даволаш. Беморлар асосан касалхонада даволанишлари керак. Кейинги пайтларда янги психотроп дорилар пайдо бўлганлиги шизофрениянинг енгил шакллари касалхоналардан бошқа жойларда ҳам даволашга имкон беради. Бироқ, ҳар икки шароитда ҳам мажмуавий даволаш усули тавсия этилади. Бу усулга электротитратиш, руҳий даволаш, меҳнат ва дорилар билан даволаш усуллари киради. Буларнинг қайси биридан фойдаланиш бемордаги касалликнинг даражасига, шаклига боғлиқ.

1. Инсулинокоматоз даволаш усули М. Закель томонидан 1936 йилда таклиф қилинган, 3 даврдан иборат.

2. Коматоз фаза даври. Ҳар куни нонуштадан олдин ўсиб боровчи дозада (4, 6, 10, 14, 20) мушак орасига инсулин юборилади. Сўнгра узоқ ётиш керак. Бунининг таъсирида уйқусираш, кувватсизлик, юзнинг оқариши, терлаш, иссиқнинг пасайиши, пульснинг тезлашиши кузатилади. Қондаги қанд миқдори 10—8 мг.% га етганда (меъёр 120 мг%) кома олди ҳолати юзага чиқади.

3. Коматоз даврининг давоси. Мушаклар озмоз бўшашиши, хириллаб нафас олиш, пульснинг кучсизлиги, терлаш, сўлак ажралишининг қўпайиши беморнинг комага тушганидан дарак беради. Бу ҳолат 20—30 дақиқадан ошмаслиги керак. Кейин 40% ли 10—40 мл. глюкоза вена томирига юборилади. Бемор ўзини тутиб олганидан кейин 200 г. қанд эритиб ичирилади. Бир неча дақиқалардан кейин углеводга бой овқат берилади.

4. Инсулин миқдори камайтириладиган даври. Бу 1-2 ҳафта давом этади. Инсулин терапияси даврида қуйидаги асоратлар келиб чиқиши мумкин:

А. Чўзилиб кетган коматоз ҳолат. Бу глюкоза қуйиш билан баргараф 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 атипик нейрорептиклар (риспаксол, кветилепт, нопрения, зипрекс, зифорт.), типик нейрорептик (аминазин, трифтазин, пропазин, асетазин, галопиридол, резерпин) дорилар ишлатилади.

Агар касаллик сурункали кечишга ўтган бўлса, нейрорептиклар билан бирга комплекс даво олиб борилади. Циркуляр даврий шизофренияда нейрорептиклар билан бирга седатив антидепрессантлар (феварин, золофт, пароксетин, стимулатон, флуоксетин) стимуловчи антидепрессантлар (венлаксор, портал) (мелиорамин) стимуляторлар билан бирга берилади. Маниакал қўзғалишда эса нормотроплар қўшиб берилади.

III. 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 қўлланилмоқда. Бемор дорилар олиш билан бирга меҳнатга ҳам жалб этилади. Бу даво кўпроқ касалхонадан чиқарилгандан кейин қўлланилади.

Қайталаниш (рецидив)нинг олдини олиш. Қайталанишнинг сабабларидан қўйидагиларни кўрсатиш мумкин: даволашнинг етарли бўлмаганлиги, унинг тартиб билан олиб борилмаганлиги, вақтдан олдин тўхтатиб қўйилганлиги, касалхонадан чиққандан кейин руҳий таъсир этувчи воситалардан фойдаланишнинг давом эттирилмаганлиги. Булардан ташқари, қўшимча равишда қуйидаги 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 қайталанганда маълум бир аҳамиятга эга. Шулардан шизофрения қайталанишининг олдини олиш йўллари топиш мумкин. Психофармакологик, клиник ва ижтимоий психиатриянинг ҳозирги даражаси шифокорларга касалликларнинг қайта ривожланишини оғоҳлантириш 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 бузилиши, беморларнинг даволанишдан бош тортиши) билан таништириши хасталик қайталанишининг олдини олишга шароит яратади.

Шизофренияли беморларнинг ҳарбий экспертизаси. Касаллик қандай кечишидан ва ремиссия даражасидан катъий назар, беморлар ҳарбий хизматдан озод этилади ва хизмат қилиш учун ҳисобга олинмайди. Шу сабабли шизофрениyani аниқлаш анча қийин кечади, беморларнинг ҳарбий хизматга яроқсизлигини аниқлаш стационарда текширишлар билан аниқланиши керак.

Шизофрениянинг суд-психиатрик экспертизаси. Шизофрения кўп учраши ва хилма-хиллиги сабабли беморар кўп ҳолларда ҳуқуқбузарликка йўл қўйиши, жамиятга қарши хавфли ҳаракатлар қилиши мумкин. Бу ҳаракатлар васваса ва галлюцинациялар натижасида келиб чиқади. Кўп ҳолларда беморлар айбсиз ҳисобланади. 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 ҳуқуқларидан фойдалана олмайдиган, шахсида чуқур ўзгаришлар бўлган сурункали беморларга нисбатан васийлик қилиш туман, шаҳар ҳокимиятларига қарашли участка психиатрларига рухсат этилади. Бу масалалар патронаж ишларига лаёқатсизлик ҳолларида бажарилади.

Шизофрения мавзусига оид вазиятли масалалар

1-Масала. Бемор Н. 17 ёшда. Мактабга бормай қўйди, фақат кўзгуга қарайди. Айтишича бурни жуда хунук, ота онасидан пластик операция қилиб беришларини талаб қилмоқда, бўлмаса ўз жонига қасд қилишини айтди.

* *синдромал ташхис.*

* бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди?

* сизнинг тўлиқ тахминий ташхисингиз қандай?

* асосий текшириш усуллари.

* бу синдромнинг симптомларини санаб беринг.

* УАШ тактикаси ва даволаш.

Жавоблар:

* Шизофрения, бош мия органик касалликлари, психопатия;

* Дисморфомания;

* Патопсихологик текширув;

* Қўрқув, шилқим ва ўта қимматли ғоялар, тушкун кайфият, косметик операция ўтказишга мажбур қилиш.

* Наркологик касалхонага жўнатиш.

2-масала. Бемор М. 16 ёшда. Охирги ойлар давомида бошқариб бўлмаётти, уйдан чиқиб кетади, уйдагиларга нисбатан ғазабда, очиқ—соchiқ кийинади, сочини таги билан олиб ташлаб «зеленка»га буяб олган, касал бувасини жигига тегади, онасини уради, «циркадаги масхарабоз каби» юради.

* *синдромал ташхис.*

* сизнинг тўлиқ тахминий ташхисингиз.

* асосий текшириш усуллари.

* бу синдромнинг симптомларини санаб беринг.

* УАШ тактикаси ва даволаш.

3-масала. 32 ёшли бемор К.да катта дозаларда узоқ вақт давомида нейрорептиклар қабул қилиши натижасида мушаклар регидлиги, дистония, акенизия, тахикардия, КБ ошиши, гиперсаливация ва гипертермия ривожланди.

синдромал ташхис куйинг.

4-масала. Бемор Л.24 ёшда. 4 йилдан бери руҳий касал, 2 маротаба психиатрик касалхонада даволанган, уйда даволашни давом эттирмайди. Охирги бир неча кундан бери ҳаракатсиз, тўшакда ётибди, гапирмайди, овқат емайди. Мушаклар гипертонуси, энса мушакларининг регидлиги, ахлат ва пешоб ҳиди келмоқда.

синдромал ташхис.

бу синдромнинг симптомларини санаб беринг.

УАШ тактикаси.

Амалий кўникмалар

Қўзғалган беморнинг кузатувини ташкиллаштиришда ва уни шифохонага олиб боришда уш учун қадамба-қадам амалий кўникмалар.

Мақсад: Қўзғалган беморнинг назорати ва уни шифохонага олиб боришни ташкиллаштириш. Бажариладиган босқичлар.

Талбир:

• Беморни ушлаб туриш;

- Замбилга боғлаш (кенг фиксатор билан, қўл остидаги материаллар билан: чойшаб сочиқ);
- Махсус тез ёрдамни чақириш;
- М/о, в/итранквилизаторларни юбориш (диазепам, валиум, седуксен, реланиум, дормикум ва шу кабилар);
- Илгари ўтказилган терапия натижа бермаган тақдирда махсус тез ёрдам врачлари билан ҳамкорликда седатив нейрорептикларни (аминазин, галоперидол ва ҳоказолар) юбориш;
- Ревизия, беморни кўздан кечириш, ва хавфли буюмларни олиб қўйиш (қайиш, арқон ипчалар, пичоқ, соқололгич ва бошқалар)
- Қўполлик зўрлик ишлатмасдан, авайлаб беморни шифонага йўллаш.

Нейрорептик синдромни даволашда уш ҳаракатларининг қадамба-қадам амалий кўникмалари.

Мақсад: нейрорептик синдромни даволашда тезкор шифокор ёрдамини кўрсатиш. Бажариладиган босқичлар.

Тадбир:

- Кучли экстрапирамид бузилишлар бўлганда корректорлар: циклодол, паркопан, леводопа ва шу кабилараш эрта ва интенсив равишда қўллаш;
- Кофеин натрий бензоат эритмасини м/о, т/о юбориш;
- Корректорларнинг самарасизлигида миорелаксентлик таъсирга эга транквилизаторларни (диазепам, реланиум, седуксен, валиум ва а.х.к.) парентерал юбориш;
- Зарурат бўлганда дезинтоксикацион терапия: суюқликларни парентерал юбориш (9% натрий хлорид эритмаси, 5% глюкоза эритмаси, гемодез ва ш.ў), диуретик воситалар (форсированный диурез);
- ГОМК 1, мл в/и юбориш;
- Симптоматик терапия ўтказиш: нафас функцияси бузилганда-нафас аналептикларини юбориш (лобелин, цититон, коразол ва ҳ.к.), қоллапсга қарши – симпатомиметик дори воситаларини (адреналин, мезатон, кордиамин), гормонлар (преднизолон, гидрокортизон)ни парентерал юбориш;
- Давони коррекциялаш масаласини ҳал қилиш учун психиатр шифокорга юбориш.

«Шизофрения» мавзусига доир саволлар мажмуаси.

1. Шизофрениянинг кечиши ва шакллари.

2. Шизофрениянинг узлуксиз кечишида қанақа синдромлар кузатилади?
3. Шизофрениянинг гебефреник шаклига хос асосий симптомларни таърифлаб беринг.
4. Шизофрениянинг оддий шаклига қанақа симптомлар хос?
5. Шизофрениянинг параноид шаклига қанақа симптомлар характерли?
6. Кататоник турининг симптомларини санаб беринг.
7. Шизофренияга хос тафаккур бузилишлари.
8. Шизофренияда кузатиладиган эмоция бузилишлари.
9. Шизофренияга характерли идрок бузилишлари.
10. Шизофренияда учрайдиган негатив симптомларни айтинг.
11. Шизофренияда учрайдиган позитив симптомларни санаб беринг.
12. Нейролептик моддалар билан даволашдаги ноҳўя таъсирлар юзага келишини аниқлашда нималарга эътибор бериш лозим?
13. Ноҳўя таъсирлар юзага келганда қўлланувчи «корректорлар»ни айтинг.
14. Психотроп моддалар қўлланиш миқдорларини, уларни бир вақтда тайинлаганда мос келиши лозимлигини изоҳланг.
15. Психиатрияда генетик тадқиқотлар ўтказишнинг зарурияти.
16. Психофармакологик воситалар билан даволаш, инсулин шок ва электротитратиш терапияси.

Шизофрения мавзусига оид тест саволлари

1. Шизофрения турлари:
 - * Корсаков;
 - * Оддий;
 - * Гебефреник;
 - * Кататоник;
 - * Альцгеймер тури.
2. Қайси турдаги шизофрения учун ремиссия кўпроқ жос:
 - * узлуксиз ёмон сифатли;
 - * узлуксиз ўрта прогредиент;
 - * хуружсимон-прогредиент (шубсимон);
 - * циркуляр кечувчи.
3. Шизофреник жараён учун қандай эмоционал бузилишлар хос:
 - * бефарқлик;
 - * амбивалентлик;
 - * дисфория;
 - * ҳиссий ноадекватлик;
 - * ҳиссий нотурғунлик.
4. Гебефреник қўзғалиш қуйидагиларни ўз ичига олади:
 - * тутуруқсиз-масхарабоз хулқ-атвор;
 - * импульсивлик, ҳаракатлар нотабийлиги;
 - * нутқдаги патологик батафсиллик;
 - * апатия;
 - * абулия;
 - * агрессивлик.
5. Шизофреник нуқсон қуйидаги симптомлар шаклида намоён бўлади:
 - * апатия;
 - * эмоционал заифлашув;
 - * абулия;
 - * интеллектнинг органик турдаги бузилиши;
 - * аутизм;
 - * ироданинг ортиб кетиши.

Маниакал-депрессив психоз (циклофрения, циркуляр психоз, циклотимия) даврий кечадиган руҳий касаллик бўлиб, депрессив ва маниакал босқичлари ва уларнинг орасида тўла соғломлик даври — интермиссия билан алмашилиши кузатилади. Психознинг узоқ давом этишига ва кўп марта такрорланишига қарамасдан интермиссия даврида қандайдир руҳий ўзгаришлар ёки шахснинг этишмовчилик белгилари кузатилади.

Маниакал-депрессив психоз (МДП) ёрқин ифодаланган турларни (циклофрения) ҳамда енгил ифодаланган турларни (циклотимия) ўз ичига олади.

Маниакал-депрессив психознинг ҳозирги кўринишини немис психиатр-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 ўз даврида 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. Крепелин 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 сўнгида нуқсон ҳосил бўлмаслигини) синчковлик билан солиштириб кўрди.

Этиологияси ва патогенези. Крепелин давридан бошлаб маниакал-депрессив психоз эндоген касалликларга киритилди. Ҳозирги даврда маниакал-депрессив психоз касаллигининг сабаби ва ривожланиш механизми тўла аниқланмаган бўлса-да, касаллик тараққиётида иштирок этувчи бир қатор омилларга катта аҳамият берилди. Буларга бемор организмидаги биокимёвий ва бошқа биологик ўзгаришлар (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 тасдиғи бўлиб шу касалликнинг

эгизаклардан бирида учраса, иккинчисининг ҳам мой иллиги ёки касалланиши хизмат қилади.

Каллман (1957 й) маълумоти бўйича икки зиготали эгизакларда касалланиш хавфи 20—25% ни ташкил этса, монозиготали эгизакларда 66—96% ни ташкил этади. Яна ота-онаси маниакал-депрессив психоз билан касалланган оилаларда болаларига ўтиш нисбатлари ҳам аниқланмоқда. Қариндошлар ўртасида қариндошлик қанчалик яқин бўлса, 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 тасвирланган. Тан олинган фикрларга биноан, МДП гипоталамус нейронлар тизимида ва мия базал қисмининг бошқа бўлимларида синаптик узатилишнинг бузилиши билан боғлиқ бўлиб, бу бўлимларда асосий руҳий реакциялар уйғоқлик, 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 боғлиқ деб ҳисобланади. 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 доридармонларнинг даволаш механизмини ўрганиш орқали бироз енгиллашди. 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 имконини беради. Аммо барча тахминлар тажриба йўли билан текширишни ва тўғридан-тўғри исботни талаб қилади.

Маниакал-депрессив психознинг клиник кўриниши ва кечиши. МДП ҳар қандай 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), аёлларнинг 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 40 йиллар давомида МДП ташхисини камроқ қўймоқдалар. М. Кин келин (1954) маълумоти бўйича МДП касаллар ўртача 50%, Р. Кохен (1975) маълумоти бўйича МДП 3,5% га тўғри келади. МДП нинг турли фозида учраши ҳар хил илмий ходимларнинг бу касаллик чегараларини ўзича тушуниши ва ташхис қўйиш маҳоратига боғлиқдир.

МДП нинг асосий ва ўзига хос кўринишлари тушкунлик ва кўтаринки кайфият — депрессив ва маниакал босқичлардан иборат. Бу босқичлар орасида «ёруғ» оралиқ—интермиссия кунлари 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 ажратиш мумкин.

1. Кайфиятнинг бузилиши.
2. Фикрлаш тезлигининг бузилиши.
3. Нутқ-ҳаракат фаолиятининг ўзгаришлари.

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 даври беморнинг ўзини нохуш сезишдан бошланади, унинг барча кечинмаларида қайғули фон бўлиб, умумий ҳаётга қизиқиши сусаяди, астеник бузилиш кузатилади, қўли ишга бормади. Тушкун кайфият фонидан уйқу бузилади, иштаҳа сусаяди, иш қобилияти ва иш унумдорлиги камаяди. Бемор ланж бўлади, бўшашади, эрталаблари ўрнидан қийинчилик билан туради. Бемор ўз ишларини ташлаб қўяди, уй ва хизмат ишларини базўр бажаради, ўзига-ўзи қийинчилик билан қарайди ва «дангасаликдан» азоб чекади. Беморларнинг нохуш кайфиятлари барқарор бўлиб, хурсандчилик ва қувноқлик чекинади, атроф-муҳит кўзга қоронғу кўринади ва унга қизиқиш сусаяди. Бу босқичда субъектив бузилишлар кучаяди ва шу вақтнинг ўзиде депрессиянинг аломатлари суст бўлади ва бу касалликни аниқлашни қийинлаштиради.

Кейинчалик касаллик оғирлашиши билан депрессия кучаяди, ифода ўзига хос кўриниш олади, хасталик аниқ кўзга ташланади, бу беморнинг ўзини тутишида билиниб қолади. Касалликнинг бу босқичида бемор иложсиз қайғу-алам ҳолатига етади, серхавотир бўлиб қолади. Бемор учун бир лаҳзал ик бўлсада, қувонч ҳислари бегона (масалан, ҳатто қизи институтга кирса ҳам), доимо қалбиде жисмоний оғриқ 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 юзида Верагутта бурмаси — устки қовоқ терисининг салқиланиб қолиши, юзига қайғули кўриниш бериши кузатилади. Гавдаси букилган, қўллари ёнига осилган, бўшашган, атрофлагилар билан иши йўқ, қимирламай ётадилар ёки ўтирадилар. Диққатлари бир нуқтага тикилган — қайғули қадалган, ўзининг соғлиғини, келажагини, яқинларининг ҳолатларини жуда пессимистик гумон аралаш баҳола йди. Улар ҳозирга, келажакка ишончни йўқотадилар, қувончли онларни ҳеч сезмайдилар, ўзларини боши берк кўчага кириб қолгандай сезадилар, онгларида ўзлари иложсиз ҳолатга тушиб қолганликлари чиқмайди, ўзларини оилада, ҳаётда, хизматда мутлақо яроқсиз

деб сезадилар ва дарди бедаво деб баҳолайдилар, уларга келажак бутунлай азобли бўлиб туюлади.

Бундай беморлар ўзларини берк кўчага кириб қолгандай сезадилар ва ундан фақат бир йўл билан, яъни ўзини ўлдириб қутулиш мумкин, деб ҳисоблайдилар. Шунинг учун беморлар депрессия ҳолатида суицидал ҳаракатлари билан хавфлидилар. Ўзини-ўзи ўлдиришга қаратилган ҳаракат депрессияси ҳар қандай ҳолатда ифодаланиши мумкин. Баъзи ҳолларда ўзини-ўзи ҳалок қилиши тўсатдан импульсив бўлади, бошқа ҳолларда унга яхшилаб тайёрланади ва ўз режаси ҳақида ҳеч ким билан маслаҳатлашмайди. Ўз-ўзини ўлдириш ҳаракатлари, ҳаракат сустлашиши кам ифодаланган вақтларда депрессиянинг бошланиши ёки тугашига яқин вақтларда кўпроқ учрайди.

Депрессиянинг бундан кейинги чуқурлашуви, пировардида бузилгани васвасалар билан ўзини айблаш, гуноҳкорлик, ўзини камситиш, ипохондрик ҳолатлар билан кузатилади, бошқа беморларни ҳам ўзини-ўзи ўлдиришга ундайди. Эски, илгари даврда йўл қўйган хатоси беморлар онгида ўсиб, улғайиб катталашади, жиноят қилгандек туюлади. Энди қилғилигига албатта 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 беморларнинг ҳиссизликни бошидан оғир кечириши — анестетик депрессиядир. Беморлар бунда хурсандчиликни билмаймиз, тунда бефарқ бўлиб қолдик деб шикоят қиладилар. Яқинларига, болаларига самимийликни, одамийликни йўқотиб, худди юраксиз роботга ўхшаб қолдик, 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 юз беради. Бу турдаги депрессияда унинг атрофида ҳамма нарса хира, қотиб қолган, жон сиз бўлиб кўринади.

Баъзида беморлар депрессив мазмунли галлюцинациялар —

ўз болаларининг йиғисини, бақиринини, яқинларининг инграшини, мотам куй-қўшиқларини эшитилади. 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 ҳолат кузатилади. Баъзида беморлар 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. Бундай ҳолларда бемор билан мулоқот қилиш деярли мумкин эмас, касал ўрнида ётади ёки қимирламай ярим қайғули ёки қайғудан эзилган кўринишда, чуқур-чуқур ҳўрсиниб нафас олади. Териси, юзи оқарган, хира яшил-кулранг, кўз остида тўқроқ ҳалқалар, лабларининг четлари осилган ва лаблари қуруқ ёпишган, оғиздан очликда бўладиган ҳид чиқиб туради, афтида бурма ва ажинлари ўта сезиларли, беморлар шалвираган 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 беморнинг ўзини айблашига олиб келади. Ўзидан норози бўлади, хоҳиш, ирода, қизиқишлар пасайган, иштаҳа, чанқаш, шаҳвоний сезги йўқолади, ҳатто ўзини сақлаш инстинкти ҳам сусайиб кетади.

Депрессия фазасида кун буйи ўзини ҳис қилиши ва кайфияти ўзгариб туради. Айниқса эрталаблари ўзини ёмон ҳис қилади. Кечга яқин ҳолати бир оз яхшиланади, шложсиз қолганлиги, тушкунлиги юмшайди.

Маниакал-депрессив психозда ниқобланган депрессиялар юзага келиши мумкин. Бунда биринчи ўринга соматик шикоятлар, кардиалгиялар, гастралгиялар, кучли бош оғриқлари 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: 1) кайфиятнинг кўтаринкилиги билан; 2) тафаккурнинг тезлиги билан; 3) ҳаракат кўзгаганлиги билан. Улар турли даражада ифодаланган бўлиши мумкин.

Шунга биноан маниакал фаза енгил — гипомания, ифодаланган (типик циркуляр мания) ва оғир (улуғворлик васваси) манияларга бўлинади.

Маниакал фаза бошланиш даврида бемор ўзини кўтаринки руҳ, яхши ва оптимистик кайфиятда дадил сезади. Фаолият кўрсатишга кўтаринки интилиш пайдо бўлади, беморлар уй ишларини, ишхонада, ҳам ўқишда осонлик билан бажарадилар. Жамоалар тузишга интилади, унда хурсандчилик қилади, ҳазиллашади ва аския қилади. Кўтаринки кайфиятга ўзини ортиқча баҳолаш сабаб бўлади. Кўп куч йўқотса-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. Беморлар доимо ўта яхши кайфиятда бўлади, жуда хурсанд, қаттиқ куладилар, йўл-йўлакай 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 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 хулқини белгилаб беради. Маниакал синдромнинг ташқи кўринишлари ҳам яққол бўлади: бундай бемор ташқаридан жонли, хурсанд кўринади, арзимаган нарсага қаҳ-қаҳа отиб кулади, телбаларча тез югуриб келади, ўзлари билан гаплашишларини сўрайди, мода кетидан қувади, кўзга ташланадиган очиқ рангли кийим киядилар, тақинчоқларни яхши кўради, косметикани ўта кўп ишлатадилар.

Беғубор қувноқ кайфият баъзан одатдаги ҳожишларга тўсиқ пайдо бўлганда жаҳл чиқиши билан, ғазаб, тажовуз билан 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, ҳардам хаёллик ва ҳатто чалғитишгача етиб боради. Бундай ҳолатларда гапдан чалғиш бўлади. Шифокорнинг саволларига тўғри жавоб бера бошлагани ҳолда бемор шу заҳотиёқ саволдан миясида янги ҳосил бўлган фикрлар тўзонида чалғиб қолади. Беморлар ўзларини тута олмайдилар, қўзғалиб, тўхтамасдан бўғиқ товуш билан гапирадилар, ашула айтадилар, шеър ўқийдилар, сўзларни жуфтлаб айтишни яхши курадилар, шифокорларни, талабаларни, ходимларни кўтаринкиликда қутлайдилар, саломлашадилар, атрофда бўлаётган воқеаларни кўтаринки руҳ билан тушунтирадилар, бўлимдаги ҳар бир ишга аралашадилар, маслаҳат берадилар. Кўзғалганлик баъзида шиддатли тажовузгача бориб етади. Ҳаракат қўзғалувчанлиги ҳатто оғир ҳолатларда ҳам маънисиз, мақсадсиз бўлмайди, балки ҳамма вақт беморнинг бир фаолиятга интилгани ҳолда мақсадга мувофиқ бўлади. Бундай беморлар одатда ўта фаол, ҳаракатчан, чарчамас бўлади. 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» тикадилар, ҳаммага кўрсатма бериб, огоҳлантирадилар ва бу билан атрофдагиларни ҳолдан тойдирадилар. Эмоционал ҳолатга уларнинг ташқи кўриниши ҳам мос бўлади. Ўзларини тик ва дадил тутадилар, юзлари хурсанд, кўзлари ялтирайди, яноқлари қизарган, юз ҳаракатлари жонли ва ифодали, беморлар худди ёшаргандек ва руҳан тетик кўринадилар.

Маниакал беморлардаги ўзларини тутишнинг бузилиши гиперреактивлиги ва қизиқишларининг, айниқса шаҳвоний ҳиссиётларининг кучайишидандир. Беморларнинг иштаҳаси юқори бўлади, аммо улар ўзлари озиб кетадилар, кўпинча қўпол, шаҳвоний қилиқлар қилиб қўядилар, уятсизлик қиладилар, эротик мазмунда кўп гапирадилар. Аёллар таннозлик қиладилар, кўпинча хоҳиш билан ечинадилар, уларда исрофгарчиликка мойиллик пайдо бўлади, бундай бемор-

лар керак бўлмаган қимматбаҳо, нарсаларни сотиб оладилар, кўп пул сарф қиладилар, кўп йиллар давомида йиғанларини сочадилар, нарсалар уларнинг жаҳлини чиқаради, бесабаб ишдан бўшаб кетадилар, уйларини алмаштирадилар, бирдан оиласидан ажраб кетадилар, осонгина танишадилар, тасодифан жинсий алоқага мойил бўладилар, хасталик тузалаётганда эса жиддий тавба—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, бунда бемор ўз-ўзини ортиқча баҳолаб юборади ва ўзини ғоятда яхши ҳис қилади.

Экспансив манияларда, биринчи ўринга руҳий жараёнларнинг тезлашуви билан ўта қимматли ғоялар қўшилиши чиқиб, бундай беморларда фаолиятга интилиш намоён бўлади. Маниянинг бошқа белгилари сезлар-сезилмас ифодаланади.

3. Ғазабли маниялар — бунда беморлар жаҳлининг чиқиб кетиши, ғазабноклик билан агрессив ҳаракатлар кузатилади, ўлар бўлар-бўлмасга тирноқдан кир қидиришга тушиб қоладилар.

Кўпинча маниакал-депрессив психозда маниакал синдром депрессив синдромга қарама-қарши қўйилади. Айни вақтда, депрессив фаза энергетик қувватнинг камайиши билан, кайфият, руҳий жараёнларнинг тезлиги, ҳаётий лаззатлар, қўзғалиш, қизиқишларнинг сусайиши билан тавсифланади, маниакал босқичда эса уларнинг ўта кучайиши, вегетатив фаолият ва умумий жисмоний тонусларнинг ошиши кузатилади.

Циклотимия — енгилроқ кечувчи маниакал-депрессив психозларнинг кўринишидир. Худди маниакал-депрессив психозлардаги каби касаллик босқичлар шаклида (субдепрессив ва гипоманиакал намоён бўлади) уларнинг орасида сезиларни 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, бемор кайфиятининг сусайиши, ғамнок бўлиб қолиши, ҳаракат сусаймаганлиги 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 шогирдлари тадқиқотларидан 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: бунда беморда иштаҳа йўқолади, у озади, оғзи қуриydi, қабзият, юрагининг тез-тез уриши, қорачиғи кенгайиши, уйқуси бузилиши, қон босими ўзгариши кузатилади, терининг тонуси тушади, аменорея ва либидо ўзгариши рўй беради. Интермиссия бошлангунча вегето-соматик олам меъёрига келиб қолади.

Депрессия ҳолатида босқичнинг тезда тугашидан дарак берадиган яхши аломат — бу беморнинг семира бошлаши ҳисобланади, яъни унинг йўқотган вазни 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 кўпгина олиш тадқиқотчилар томонидан тан олинган.

Шуниндек МДП континуал (давомли) тарзда ҳам кечиши мумкин. Бунда депрессив ҳолат ёруғ оралиқсиз (интермиссиясиз) маниакал ҳолатга 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 6 ойгача давом этиши мумкин. Ёши улғайган кишиларда касалликнинг хуружлари узоқроқ 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 бўлиши ҳисобига вужудга келади.

Васваса, галлюцинация, онгнинг хиралашуви билан кечувчи депрессив фаза **фантастик меланхолия** дейилади.

Маниакал кўзғалиш 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 ҳаётида ўртача 7 босқични кечирар эканлар. Кўпинча бемор ҳаётида бир ёки икки касаллик даврини 10—20 йил оралиқ билан кечириши мумкин. Бир ҳолатда босқичлар тўғри алмашинади ва йилнинг бир фаслида ва вақтида (кўпинча баҳор ва кузда) қайталанadi. 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 бемор руҳий соғлигининг тўлатикланиши 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 яхши яқун топади. Депрессия ёки маниакал ҳолатлар оғир кечишига қарамасдан улар тўла қайтади ва ўзидан сўнг асорат қолдирмайди. Лекин, барибир, касаллик оқибати ҳақида эҳтиёт бўлиб гапирмоқ лозимдир. Чунки босқичлар қайтарилиб туради, ёш ошиб борган сайин давомлироқ ва оғирроқ кечади, баъзида мураккаб клиник кўринишлар кузатилади. Депрессия ҳолатида беморлар ўзига-ўзи суиқасд қилиб нобуд бўладилар. Барча руҳий беморлар орасида ўзига суиқасд қилувчи касалларнинг 11% ни МДП ташкил этади. (Р. Г. Липанов, 1970). Касалликнинг хуружлари депрессия ҳолатида овқат емасликлари, оғир тан жароҳатлари ҳосил бўлиши билан, айниқса қарияларда хавфлидир. Йўлдош бўлган касалликлар аҳволни янада мушкуллаштириши мумкин.

Кўпгина олимлар маниакал-депрессив психозларнинг атипик кўринишлари бор ёки йўқлигини ахтардилар. Атипик кўринишлар мавжудлигини преморбид касалликлар ва бошқа омилларга боғлайдилар.

Касалликнинг атипик кўриниши унинг клиник аломатларидан бири бўлиши мумкин. МДП га хос бўлмаган элементлар

қўшилишидан ёки бошқа руҳий касалликнинг белгиси бўлиши мумкин. Ўзга ҳолларда касаллик бошидан бошлаб атипик кечади, бу эса ташхиснинг тўғрилигига жиддий гумон туғдиради. Яна бошқа ҳолатларда ўзига хос клиник кўриниши ривожлангунча орада атипик кечади. Кечиши бўйича аттик ҳолат оғир кечаётган, босқичларнинг оралиқ даврида ёруғ кунлар бўлмайдиган, авалги муаллифлар бўйича сурункали маниялар деб номланувчи узун фазали касаллик ҳисобланади. Босқичлар атипияси психопатологик аломат кўринишларига — васваса ғоялари, галлюцинациялар, шилқим ҳолатларнинг қўшилишидан бўлиб, МДП клиникасини оғирлаштириб юборади .

Кўпинча қуйидаги 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 яқин келади. Ипохондрия ғояларининг мазмуни шундан иборатки, бунда бемор ўзининг соғлиғи ҳақида ўта қайғуради, баъзида ички аъзоларим йўқ деган даражагача боради, ўлиб қолишим мумкин эмас, абадий қийноққа маҳкум этилганман деган ғояларга бориб етади. Синдром янада ривожланса, бемор улуғворлик васвасига тушиб қолиши мумкин.

Галлюцинация, васваса, онгнинг саёзлашуви билан кузатиладиган депрессия хаёлий меланхолия дейилади. шилқим ғоялар пайдо бўлади ва бу оғир кечади. Кўпгина ҳолатларда шилқимлик контраст тавсифга эга бўлиб, бемор вазиятларига қарама — қарши бўлади ёки унинг руҳий кечинма ва дунёқарашларига тескари бўлади. Бир бемор қизини кўрса бўғиб қўйиши ёки унга пичоқ уришидан кўрқади. Чунки унда шундай хоҳиш доимий юзага келади. Шилқимлик ёпишқоқ хотиралар сифатида пайдо бўлиши, одатда, бемор учун ноқулай ёки юзаки воқеалар кўринишида бўлиб, ҳатто суицидал фикрлар ҳам бемор хаёлига келади. Бу ҳолат айниқса беморлар томонидан эрталаблари кучли қичима ҳосил қилади ва қечқурунга бориб биров камаяди. Шилқимликнинг пайдо бўлиши босқичларнинг клиник кўринишини оғирлаштиради, узоқ давом этишга мойиллик ва даволашга резистентлик (чидамлилики) пайдо қилади.

Фарқ қилиш ташхиси. Типик ҳолатларда МДП ни аниқлаш касаллик ҳолатлари унча-мунча кескин бўлса, қийинчилик туғдирмайди. Босқичларнинг кўриниш вариантлари кўп

бўлишига қарамасдан маниакал ёки депрессив-аффектив бузилишлар чегарасидан чиқмайди. Касалликнинг бошлашғич даври ташхис қўйишда кўп қийинчилик келтириб чиқаради. Бунда беморнинг 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 ўзгаришлар билан (депрессия ёки маниакал тузилмали) кечадиган шизофрения, инволюцион меланхолия, реактив депрессия, экзоген, инфекцион, интоксикацион 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 босқичида 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 шахсиятнинг касалликка хос ўзгаришлари аниқланади. Анамнезда кайфият ўзгариш даврининг бўлмаганлиги касалликнинг баъзан инволюцияга юз тутган даврида бошланиши, касаллик ҳолатида қўрқувнинг қўзғалувчанлик ва ўзига хос васваса билан бўлиши, касалликнинг чўзилиб кетиши, касаллик пировардида руҳий бўшангликка олиб келиши, инволюцион меланхолия белгиларини МДП нинг депрессион босқичидан ажратишга имкон беради. Реактив депрессия депрессив босқичдан фарқли ўлароқ, руҳан анча тушунарли реактив депрессия тузилмасида руҳий жароҳат вазияти аниқ ўз-ўзини қондиради. Депрессив учлик МДП депрессив босқичидаги каби ўзига хос кўринишга эга эмас. Циркуляр депрессия эндоген хасталик қонунияти бўйича ташқи муҳитга боғланмаган ҳолда кечади. Реактив депрессиянинг бутун кечиши руҳий жароҳат билан боғлиқ бўлади: агар жароҳат 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 тасдиқлашга асос яратади.

Даволаш ва профилактикаси. МДП бошланиши билан беморлар маниакал ҳолатларида ўзини нотўғри тутиши билан, депрессияда эса уларга хос бўлгани суицидал ҳарактлари бўлгани учун стационарга етқизиблиб, 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, тиббиёт ҳодимларининг сергаклиги пасайган бўлади.

Даволаш муолажалари касалликнинг клиник кўриниши билан боғлиқдир (депрессив ёки маниакал ҳолатига) ҳамда уларнинг ифодланганлиги ва клиник алоҳидалиги (типик босқич, хавотирли депрессия, васваса депрессияси, атипик босқич, чўзилиб кетган босқич ва бошқалар), беморнинг ёшини 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 нейрорептик тинчлантирувчи моддалар **атипик нейрорептиклар** (риспаксол, кветилепт, нопрения, зипрекс) тайинланади, маниакал қўзғалишни бўшаштириш учун седатив таъсири бор нейрорептиклар (хлорпротиксен, аминазин, тизерцин ёки галоперидол) берилади.

Галоперидолнинг ўртача кунлик миқдори 30 -60 мг., клопиксол – 2-10 мг., аминазин эса 300-600 мг., тизерцин 150- 300 мг. дир. Даволаш 2 -3 ой давом этади, нейрорептикнинг миқдори аста-секин ошириб борилади, даво эффеќтини литийни нг тузлари кўрсатади, уларни нейрорептиклар билан қўшиш мумкин.

Литий тузлари антидепрессив таъсирга эга эмас, ammo улар маниакал кўзгалиш белгиларини сусайтиради. Беморларнинг аҳволи одатда биринчи ҳафтада яхшиланади. Тайинлаш дозаси литийнинг қондаги миқдорига боғлиқ (1,0 - 1,5 кун).

Манияни ва депрессиюни даволашда кейинги вақтда қўлланилаётган (Wunderlich, A.Potal, 1983) карбамазепим, феллипсин, тегрекол 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. Депрессив босқичда етакчи белгига қараб, у ёки бу дори ҳам қўшимча белгиланади. Антидепрессантлар — тимолейцин кайфиятни кўтарувчи таъсир этади. Бундан ташқари, улар хавотирли ва тормозланганлик ҳолатига ҳам таъсир кўрсатади. Агар етакчи белги бўлиб ҳаётий қайғу, эзилганлик (классик депрессив учлик билан бўлиши) бўлса, тимолептик ва кайфиятни яхшиловчи, беморнинг ўзини яхши тутишини рағбатлантирувчи антидепрессантларни **стимуловчи антидепрессантлар (венлаксор, портал)** тайинлаш лозим. Миртел, пиразидол, мелипрамин, 100-300 мг. кунига, анафранил 100-200 мг. кунига, пиразидол 200-400 мг. кунига, бошланишидан 10 кун давомида даволаш, мушак ичига ёки венага томчи усулида, сўнгра ичишга бериш мақсадга мувофиқдир.

Антидепрессантларни бир вақтнинг ўзида МАД ингибиторлари билан тайинлаш мумкин эмас.

Моноаминооксидазол ингибитори (МАОИ) психомотор тормозланишни камайтиради ва ҳаётий тонусни оширади. Буларга импромазид (ипразид), ниаламид (неамид, нуридал), транилципромин (трансамин)лар киради. Баъзи мамлакатларда уларни қўллаш ман этилади. Чунки бир гуруҳ дорилар (бошқа антидепрессантлар, резерпин, гипертонияга қарши препаратлар, адреналин) билан ва бир қанча озиқ-овқатлар (пишлоқ ачитқи препаратлари билан, қизил вино, пиво) билан ҳам тўғри келмайди ва баъзан ўлим билан тугаши мумкин. Хавотирлик депрессияси васвасалари билан бўлганда седатив тинчлантирувчи таъсири бор антидепрессант — амитриптилин (типтизол), тизерцин, сополак, хлорпротексин — антидепрессив компонентли таъсири бор нейролептиклар билан қўшилиши мумкин. Стимулятор — антидепрессантлар тайинланмайди. Аниқ юзага чиққан хавотирли ҳолатларда 150 — 300 мг. миқдорда белгила-

нади. Амитриптилин одатда яхши таъсир этади ва бемор уни энгил 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). Антидепрессантни нейролептик ва антидепрессантлар билан қўшиш депрессив фазада уйқу бузилганлиги учун қўшилади. Уйқу жиддий бузилганда нитрозепама, 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 муваффақиятсиз кечса белгиланади. Кунора ёки ҳафтасига 2 марта, жами бўлиб 6-8 марта тайинланади.

Инсулинли кома чақирувчи миқдорда энди қўлланилапти. Инсулиннинг гипоглекемия чақирувчи дозалари (4-8 бирликдан 40-50 бирликгача), айниқса иштаҳаси йўқолиб, бемор озган ҳолатларда, унинг умумий аҳволини ва кайфиятни яхшилайдиган даражада қўллаш мумкин.

Уйқу депрессияси, андоген депрессив ҳолатларни даволаш учун қўлланилади. Бунда беморлар 24-48 соат давомида ухлатилмайди. Бу эса депрессив симптоматикани юмшатади. Бу усул билан даволаганда 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 кучайар экан, натижада бутун тун бўйи серотонин ошиқча бўлади деб хулоса қилинади. Уйқу депривацияси қилинганда сийдикда катехоламинлар экскрецияси кучайиши билан боғлиқ бўлиши ҳам мумкин.

Тажриба шуни кўрсатадики, антидепрессантларни қабул қилиш ҳам босқичлар қайтарилишининг олдини олмайди. Фақат давомли равишда литий тузлари билан даволаш билангина босқичларнинг қайтарилишининг олди олинади. Литий тузларига МДП нинг биполяр кечиши шаклларда, профилактик давога яхши берилади. Литий тузлари билан профилактик даволаш одатда депрессив фаза тугаши билан ёки интермиссия даврида 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 зардобиди (аввалига ҳар ҳафтада, сўнгра 2-3 ойда бир марта) унинг миқдори текшириб борилади. Депрессия пайдо бўлиб қолса, литий тузлари билан депрессия турига қараб антидепрессантларни қўшиб бориш керак.

Даволаш-профилактика тadbирларида руҳий даволаш алоҳида ўрин тутади, айниқса бунда бемор ва шифокор муносабатлари муҳим аҳамиятга эга.

Индивидуал ва гуруҳий даволаш, шу жумладан оилавий руҳий даволаш ҳам ўта муҳимдир. Руҳий даволаш қуйидагиларни ўз ичига олиши зарур: беморларни умуман тинчлантириш, чўзилган босқичнинг қайтиши борлигига ишонтириш беморнинг иккиланишини йўқотиш (оилада ва ишлаган жамоасида), касаллик туфайли бузилган ижтимоий ўрнини мустаҳкамлаш.

Яна тери остига кислород киритиш, сув ва физиотерапевтик тadbирлар белгиланади. Беморларнинг тана ҳароратларидан хабардор бўлиб, муттасил тажриба, текширишлар ўтказиб туриш лозим. Стационарда даволашда руҳияти яхшилانган беморни очиқ эшик тартибига ўтказиш мумкин, ҳатто касалхонадан ташқи шароитга мослашиши учун унга таътил берилса ҳам бўлади.

Меҳнат экспертизаси. Руҳияти бузилган босқичларда беморлар меҳнатга лаёқатиздирлар. Сурункали чўзилган хасталикда ёки босқичлар тез-тез бўлиб турганда беморлар ногиронликка чиқарилади. Интермиссияларда меҳнат қобилияти сақланади, беморлар ўз ишларини давом эттирадилар.

Суд-психиатрия экспертизаси. Беморлар психотик босқичларда жиной жазоланувчи иш кўрсатадилар, ўза рмайдилар. МДП ташхиси қўйилганда беморлар ҳарбий хизматни ўташга яроқсиз бўладилар.

Мааникал-депрессив психоз мавзуси бўйича вазиятли масалалар.

1. Бемор С.56 ёшда, 1,5-2 ставкали узоқ вақтли ишдан сўнг унда, ҳолсизлик, тушкун кайфият, иштаҳасизлик кузатилган ва ўзини касал деб ҳис килди. Назарида барча ички аъзолари оғриётгандек, жуда ҳам қўзғалувчан. Хавотирлари ошган. Тез

ёрдам шифокорнинг текширувида юз кўриниши хавотирли, қўзғалувчан, у ердан бу ерга юради, бошқа даволамасликларини илтимос қилади, ўлимига ҳам розилигини айтмоқда. Бу сўзларни бир неча маротаба такрорламоқда. Ойнадан ўзини ташлаб юбормоқчи бўлди.

Синдромал ташхис.

- * Бу синдром қайси 3-та касалликда учрайди?
- * Асосий текшириш усуллари.
- * Бу синдромнинг симптомларини санаб беринг.
- * УАШ тактикаси ?

2. 8 ёшли ўғил бола, ота-онаси ПНДга маслаҳатга ўғлининг тунги ғалати фаолиятига шикоят билан олиб келди. Кечаси бола туради, хонада мақсадсиз айланиб юради, стулда ётган буюмларни тахлайди, баъзида кўчага чиқади, чақирувга жавоб бермайди. Кейин ўрнига қайтади, эрталаб ўзининг тунги ҳолатини тушунтириб беролмайди. Беморда қандай ҳолат содир бўлади?

3. Бемор 36 ёшда, уйланган, 3-таболаси бор, геолог. Аҳён-аҳён равишда алкохол истеъмол қилади. Сибирнинг шимолий районларида тез-тез хизмат сафарида бўлади. 1 йил олдин гриппни оёқда ўтказган. Охириги ойда ҳолсиз, кечаси уйқусизлик, кундузи уйқучанлик, безовта қилади юзи гипомимик, ёгли, мажбурий йиғлаш ва кулгу ҳуружи кузатилади. Мехнат фаолияти пасайиши билан шифокорга мурожаат қилган.

Дастлабки ташхис. Зарур текширувлар.

Маниакал-депрессив психоз мавзуси бўйича саволлар мажмуи.

1. Маниакал-депрессив психоз нима, у қандай турларни ўз ичига олади?

2. Маниакал-депрессив психоз ҳақидаги илк маълумотлар ва унинг алоҳида нозологик бирлик сифатида шаклланиши .

3. Маниакал-депрессив психозларнинг этиология ва патогенези.

4. Маниакал-депрессив психознинг клиник кўриниши ва кечиши.

5. Маниакал-депрессив психозларда рўй берадиган рухий фаолият бузилишларининг 3-та катта гуруҳини кўрсатинг.

6. Депрессив фазанинг асосий клиник кўринишлари симптомлар учлиги?

7. Маниакал фазанинг асосий клиник кўринишлари симптомлар учлиги?

8. Маниакал-депрессив психознинг кечиши ва натижалари.

9. Маниакал-депрессив психозни даволаш ва профилактикаси.

10. Маниакал-депрессив психозда меҳнат экспертизаси ва суд-психиатрия экспертизаси.

Маниакал-депрессив психоз мавзуси бўйича тест саволлари.

1. Маниакал-депрессив психозга хос. Ортиқчасини топинг

A) эндоген касалликлар гуруҳига киради;

B) интермиссия вақтида барча психопатологик симптоматика редуқсияга учрайди;

C) негатив симптомлар ва кучли шахс ўзгаришлари юзага келмайди;

D) аффектив психозлар гуруҳига киради;

E) оғир кечиб шахс парчаланишига олиб келади.

2. МДПдаги типик депрессив хуружнинг давомийлиги қанча?

A) 2-6 ой;

B) 1-2 кун;

C) 2-6 ҳафта;

D) 1-2 йил;

E) 1-2 соат.

3. Anesthesia psychica dolorosa симптоми қайси касалликка хос?

A) МДП нинг депрессив фазасига;

B) Алкогол интоксикацияси белгиси;

C) Эпилепсияга хос;

D) Бундай симптом мавжуд эмас;

E) Шилқим ҳолатлар неврозида.

4. Anesthesia psychica dolorosa қўйидаги синдром ва касалтизи мида ривожланади:

A) депрессив синдром;

B) шизофрения;

C) маниакал синдром;

D) апатик синдром;

E) астеник синдром.

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 неврозларни 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 шифокори В.Коллен томонидан киритилган. У бу хасталикни функционал хусусиятга эга эканлигини таъкидлаб, бунда бош миёна структурасида органик ўзгаришлар бўлмаслигини баён қилди.

Неврозлар функционал-қайтиш хусусиятига эга бўлган хасталик бўлиб, руҳиятга шикастловчи омиллар (кўпинча оилавий 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, захарланганларда (алкоголизм), 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 ёшдаги одамлар учун кўпинча хосдир. Руҳий бузилишларнинг кўп учрайдиган тури невроздир. Ривожланган, тараққий этган капиталистик мамлакатларда неврозлар тахминан 5-15% тарқалган, яъни ҳар ўнинчи одам невроздир. Неврозларнинг мамлакатимизда тарқалиши ҳақидаги маълумот йўқ. Баъзи вилоятларда 2,0-2,5% (Н.Д.Лакосина, 1988), О.Р.Чатаева 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 касалланидилар. Неврозлар реактив психозлардан фарқли ўлароқ

ўрганиш- инъикос фаолиятининг бузилишига, киши руҳий фаолиятининг қўпол бузилишига олиб келмаса-да, бунда беморларнинг ҳаётий вазиятларга мослашуви ўзгаради. Беморлар ўз касалликларига тўғри ва танқидий қарай оладилар, уларнинг 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 психиатр шифокор Д.Ж.Бурд томонидан 1868 йилда тавсифланган. У неврастенияни асаб тизимининг ҳолдан тойиши, таассуротга чидамсизлик деб қарайди. Неврастенияда касаллик белгилари турли-тумандир.

✓Неврастениянинг клиник кўринишида асосий ўринни астеник синдром, сержаҳллик билан бирга кучайган қўзғавчанлик, ҳолдан тойиш, чарчашлик эгаллайди.

✓Неврастениянинг клиник кўринишида икки босқич фарқ қилинади: гиперстеник - кўпинча касаллик бошланишида кузатилади ва гипостеник. Уни бундай босқичларга бўлиш шартлидир, чунки касалликнинг ривожига ҳамма вақт ҳам босқичларни аниқлашга имкон бўлмайди. Неврознинг дастлабки гиперстеник фазаси тўла намоён бўлганда касалликнинг асосий белгилари қўзғалувчанлик ва таъсирчанлик, ўзини тутиб тура олмаслик, сабрсизлик, асабийлик, ички кучланишни сезиш, руҳий ва жисмоний чарчоқлик билан қўшилиб, 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 гичирлаши, соатнинг чиқиллаши, радио ва телевизор товуши, телефон қунғироғи, кичик, арзимаган тасодифий жанжал беморларда сезиларли аффектив реакция чақиради, бу шундай шиддатли бўладики, бемор ўзини тута олмайди, бақиради, оёқларини тапиллатади. Бундай реакция учун унинг лабиллиги, қисқа вақт бўлиши, тез ўтиши, сўнгра умумий бўшашиш, кўз ёши билан узоққа чўзилади. Абу Али Ибн Сино неврастениянинг бир қатор белгиларини келтиради: ортиқча таъсирчанлик, ўйноқи кайфият, уйқу ва иштаҳанинг йўқолиши, 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 ўзини—ўзи тута олмаса, агар бемор учун баланд товушлар, кучли ҳидлар ва ёрқин бўёқлар 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 жанжаллашиб қоладилар. Одатда улар ўзларини ёмон ҳис қилаётгани, жисмоний ва руҳий толиқиши, бўшашиб кетаётганлигини, одатдаги ишни удалай олмаётгани, тез-тез чарчаб қолиши, иш қобилиятининг ва унумнинг пасайгани, тинка—мадори қуриб кетаётгани, хотираси пасайиб, эслаш қобилияти сусайганлигидан шикоят қиладилар. Аммо бу бош миянинг органик касаллигида (церебрал атеросклероз, инсултдан кейинги ҳолат, бу 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 хосдир. Бу беморнинг узоқ вақт қийналиб ухлай олмаслиги, ҳаяжонли юза уйқуси, арзимаган шовқиндан ёки ўзининг уйқудаги ҳаракатидан 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 учрашини баён 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 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 безовталиқни келтириб чиқаради. Қатор ҳолларда кузатиладиган кучли бош оғриғи неврологик ва параклиник текширишлар қилинмаганда бош миянинг органик касалликлари (лептоменингит, бош мия ўсмалари, бош мия шикастланишлари) йўқмикан, деган гумонга олиб боради. Бундай беморлар узоқ вақт невропалогларга мурожаат этиб, уларнинг ҳисобида туради. Неврастенияли беморларни кўпинча организм бошқа тизимларининг — юрак-қон томир, ошқозон-ичак, эндокрин — жинсий тизимларнинг функционал ўзгаришлари безовта қилади. Беморлар кўпинча юрак соҳасидаги турли нохуш оғриқ сезгилар (юрак уриб кетишидан, чап қўлга узатувчи оғриқдан, нафас сиқиши, юракнинг нотекис уриб кетишидан ва ҳоказолар)дан аввалги муаллифларнинг “юрак неврози”дан шикоят қиладилар. Бу шикастлар юрак хасталига ёки юрак етишмовчилиги бормикан, деган гумон қилишга асос яратиб беради. Неврастения ташхиси қўйилган беморларни кўпинча ошқозон соҳасидаги оғриқлар, кўнгил айниши, қусиш ва бошқа диспептик издан чиқишлар безовта қилади-аввалги муаллифлар уни “ошқозон неврози” дегани ана шу ҳолатдир. Эндокрин тизими томонидан неврастенияли бемор аёлларга фригидлик, ҳайз цикли ва жинсий фаолиятнинг бошқа бузилишлари кузатилади. Эркакларда эса хоҳишнинг сусайиши, тез жинсий қўзғолиш ва эрекцияга эришиш ва шу билан бир қаторда беморда безовталиқ чақирувчи вақтидан аввал эвакуация бўлиши билан қўшилиб кетади. Бу безовталиқни ҳам алоҳида бир касаллик деб қарамаслик лозим, бу ҳам сексуал невроз «кўринишидир». Шундай симптомлар — белгилар невростения касаллигининг клиник кўринишида етакчи ўринга чиқиб қолиши ва у ёки бу аъзоларнинг неврозини ифодалаш мумкин. Бунда неврастениянинг одатдаги даволаш усуллари бу хасталиқнинг тузалишига олиб келади.

Кўпинча неврастенияда беморлар узоқ вақт давомида невро-

патологларда муваффақиятсиз даволаниб юрадилар. Терапевт, гастроэнтеролог, эндокринолог, урологларга борадилар. Неврастенияда беморлар ўзларининг касал эканликларини биладилар, баъзида уларда врачга аҳволини оғирроқ кўрсатиш хоҳишлари ҳам пайдо бўлиб туради. Шифокор билан самимий суҳбатда, мулоқотда унга ишонади ва уз аҳволини очиқ баён қилади, аммо атрофдагиларга касаллигини билдиргиси келмайди.

Неврастениянинг гипостеник фазаси кўринишларига жисмоний ҳамда интеллектуал толиқиш, бўшашиб кетиш ва тепкилагандек чарчаш белгилари киради. Бундай беморларнинг доимо кайфияти тушкун бўлади, бунга қўзғалиш, қизиқишнинг сусайиши, кундалик ишларга ҳафсаласизлик қўшилади. Кундузи беморларни мудроқ босади, улар 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, говуши паст, узи чарчаб — ҳориган, жабрланган, қаридек кўринади ва оза бошлайди.

Неврастениянинг давомийлиги турличадир, у бир неча ойдан бир неча йилгача давом этади. Бу эса руҳий шикастликнинг давомийлигига, чуқурлилийгига, хусусиятига, шахснинг тузилмасига, органик асоснинг бор-йўқлигига, соматик беморлик борлигига ва яна кўпгина омилларга боғлиқдир. Енгил ҳолатларда неврастения ўтувчан, кўпинча сурункалидир.

Истерик невроз

Истерик невроз - психоген ҳосил бўлган беморликдир, ҳаракат, сезги (сенсор) ва сомато-вегетатив соҳанинг функционал ўзгаришлари билан кузатилади.

Истерия кадим Юнонистонда ва бошқа мамлакатларда маълум эди (Платон, Гален, Гиппократ ишларида). Абу Али ибн Сино дунёга машҳур асари «Тиб қонунлари»да бу касалликнинг клиникасини, кечишини, этиопатогенезини жуда моҳирона баён қилган. Касалликнинг номи юнонча *globus hystericus* — бачадон сўзидан келиб чиққан бўлиб, уни бачадон касаллиги билан боғланган эди дейдилар, аммо эркаклар ҳам истерия билан касалланадилар. Истерия биринчи бўлиб Шарко томонидан 1868 йили руҳий касаллик сифатида талқин этилган ва у «буюк ёлғончи» деб номланади, негаки истероневротик аломатлар ғоят ҳилма-ҳил кўринишга эга бўлиб, улар нафақат руҳий, балки неврологик ва соматик касалликларни эслатади. Истерик

кўринишларни ўша вақтда сексуал ўзгаришлар билан боғлар эдилар. Пировардида эротик жанжалларнинг истерия келиб чиқаришда анчагина аҳамияти борлигини З.Фрейд ва унинг давомчилари ҳам кўрсатдилар.

Истерик невроз неврастения кўринишида ҳам пайдо бўлади, у руҳий шикастловчи вазиятга боғлиқ бўлади. ↓

Истерик невроз белгиларининг аҳамиятга молик сабабларидан бири бу касаллик аломатларининг руҳий омиллар билан боғлиқлиги, шуларга мос ҳолда органик ўзгаришларнинг йўқлиги ва истерик бузилишларни ўйга-ўзи сингдиришидadir. Истерик невроз аломатлари нафақат руҳий шикасталикда, шунингдек беморлар ўз хоҳишини амалга ошира олмаганида ҳам бошланиб қолади. Истерик невроз руҳий инфантилизи бор, ўзининг мустақил мушоҳадаси йўқ, эмоционал етилмаган, лабил, таъсирчан, ўзгаларнинг сўзларига берилувчан, руҳий шикаста аёлларда кўпроқ учрайди. Аммо, истерик невроз ўзгача табиатли шахсларда ҳам, масалан, тез қўзғалувчанларда ҳам ривожланиши мумкин.

Истерик неврознинг клиник кўриниши турлича полиморф ва ўзгарувчандир. Бунда бўладиган руҳий бузилишлар ёрқинлиги, 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 боғлиқ ва бемор қайси касалликни билса, ўшанга ўхшаш аломатлар намоён қилиши билан тавсифланади.

Невроз клиник кўринишини 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

- 1) ҳаракатли;
- 2) сенсор;
- 3) сомато-вегетатив.

Ҳаракат бузилишлари гиперкинез (титроқ, тортишиш, айрим аъзолар учиши, қалтираш), истерик тутқаноқ, оёқ ва қўллар парези ва фалажи (шоллиги), астазия-абазия - ётган жойида фаол ва пассив ҳаракат қила олгани ҳолда туриб юра олмаслиги каби кўринишларда бўлади. Шунга ўхшаш органик ўзгаришлардан фарқ қилиб, истерик гиперкинезлар ва фалажлар руҳий шикастликдан кейин бошланади, бунда кўпинча беморнинг кўриниши ўзгаради, ғайритабиий вазият ва бошқа истерик кўринишлар (томоғига тугунча тиқилиши), нутқининг бузилиши — мутизм кўриниши (истерик соқовлик), тутилиб қолиш,

товушининг йўқолиб қолиши, ўзидан кетиб қолиш ҳолатлари бемор диққатини бошқа нарсага бурса ёки даволаш бошланса, бўшашади ёки вақтинча йўқолади. 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, нохуш хабарга) пайдо бўлиб, турли белгилар билан, айниқса «аудитория» — одамлар бор жойда тутиб қолади. Истерик тутқаноқда бемор оҳиста йиқилади, йиқилаётган жойини танлайди (диван, ўриндиқ ва ҳоказо), жисмоний шикастланишдан ўзини сақлайди. Истерик тутқаноқ 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, бемор бунда баъзи сўзларни бақириб айтиб қўяди, йиғлайди, ўзини жуда эзилганга солади. Тутқаноқдан сўнг қисман амнезия бўлади, чунки истерияда онг тўла йўқолмайди. Эпилептик тутқаноқдан фарқ қилиб, истерик тутқаноқда оғзидан кўпик келмайди, патологик рефлекслар кузатилмайди, қорачиқларнинг ёруғликка, оғриққа реакцияси, ҳидлаш сезгилари истерик тутқаноқ тугаганда сақланиб қолади. Новшадил спиртнинг ҳиди ёрдамида баъзан тутқаноқни тўхтатиш мумкин, тоник ва клоник фазаларнинг алмашилиши қонуниятини бузилади.

Истерик тутқаноқлар эпилептик тутқаноқлардан давомлироқ бўлади ва бунда бадан деярли шикастланмайди. Объектив баҳо бериш асосларидан бири шуки, тутқаноқ вақтида бемор онги ўзида сақланади, бутунлай йўқолмайди.

Тутқаноқ билан бир қаторда «истериклар» учун йиғи ва кулгунинг алмашилиши характерлидир. Касаллик ифодаланган ҳолларда «кучли ҳўнграш» ва «хаҳолаш» даражасига этади.

Абу Али ибн Сино истерия — «буғилишга» алоҳида неврологик бирлик сифатида қараган. Олим ҳозирги замон истерик неврозини эслатувчи турли-туман касаллик ҳолатларини баён этган бўлиб, унинг фикрларига кўра касаллик унинг асосида Гипократ айтганидек, «бачадон ҳаракати» ётади деб қарайди. У истерия доирасидаги турли бузилишлар, «сиқилиш», титроқ номи билан ёзилган мушак гиперкинези, истерик тутқаноқлар, ҳушидан кетиш, летаргия, оғриқ сезишнинг бузилишлари, сома-

то вегетатив ўзгаришлар, ёлғон ҳомиладорлик ва бошқалар ҳақида ёзган. Истерия келиб чиқишида Абу Али ибн Сино «беваларнинг руҳий изтиробини», «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 ойларида кўпроқ намоён бўлади. Истерик тутқаноқда 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 ҳушдан 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 кўп қонуниятлари билан ўхшаса-да, ҳатто иккаласи тўсатдан бошланса-да, «бўғилиш» «ҳушдан кетишдан» фарқ қилади ва бунда фақат жуда оғир ҳолатлардагина бемор онгини йўқотиши мумкин.

«Бўғилиш» билан оғриган бемор тутқаноқдан сўнг ўзининг кома бўлганини қисман айтиб бера олади. Бу ҳозирги замон тушунчаси бўйича қисман амнезия дейилади. Ибн Сино истериянинг яна бошқа кўринишларини ҳам келтиради, масалан: «назариди 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 бузилишларида: «бўғилиш» сезгиси ва ҳаракат тўхтайдиган, товуш бўғилиб қолади, баъзан товуш йўқолиб қолади, «уйқуга кетади, ақли саёзлашади», «сохта ҳомиладорлик сезилади». Олимлар буни

«роҳа» дейишади, улар шундай ҳолатларнинг 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, чўчишдан, ғам-андудан, мусибатдан, баъзан ғазаб ва бошқалардан келиб чиқиши мумкин,— дейди.

✓Сезги 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, оёқ-қўлларида, қоринда оғриқ пайдо бўлади. Бундай беморларда кўпинча нотўғри жарроҳлик ташхисини қўйиш орқали ҳатто бўшлиқ операциялари ҳам қилинади (Мюнхаузен 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 йўллариининг 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 йўлларида ич суришни, қабзиятни, қусишни, юрак соҳасида оғриқни, юраги уриб кетишини, боши айланишини, оғришини, терининг оқариши ёки қизаришини чақиритиши 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 чиқишга) эга вегетатив ўзгаришларга бўшатиб бераяпти. Энди кўпроқ ҳолларда истерик неврозларда турли неврологик ва соматик касалликдан имитация бўлаяпти. Истерик кўринишлар кўпинча марказий асаб тизимининг 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 қариндошлари яхши биладилар.

Истерик руҳий шикасталик кўринишлари ҳис -ҳаяжонли кўринишда бўлиши билан диққатни ўзига жалб қилади ва беморлар ўзларининг бошидан кечирган оғир, қўрқинчли ҳодисаларини катта хоҳиш билан сўзлаб беришади. Аффектив бузилишлар ўйноқи ҳаяжон билан тавсифланади, бемор кайфияти тез ўзгаради, у кўз ёши қилади, унда кучли аффектив таъсиротларга мойиллик бўлади, у кўпинча хўнграб 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, бундай беморлар ҳамманинг диққатини ўзига қаратгиси келади.

Истерик реакциялар ҳар замонда пайдо бўлиб, қисқа вақт давом этиши ва даво чораларисиз тузалиши мумкин. Айрим ҳолларда истерик ҳолатлар узоқ давом этиши ҳам мумкин. Аммо истерик кўринишларнинг йўқолиши ҳали касалликнинг тузалиб кетишини билдирмайди. Қатор ҳолларда истерик ҳолат ўрнига бошқа асабий синдромлар (ипохондрик, фобик, невро-

стеник) ҳамда истерик неврозда шахснинг истерик тараққиётига трансформация бўлиши мумкин.

Шилқим (ёпишқоқ) ҳолатлар неврози

Француз руҳиятшунос олими П. Жане томонидан 1903 йилда ёпишқоқ ҳолатлар неврози «психостения» номи билан мустақил касаллик сифатида тасвирланган. Бу касалликка ташвиш — бадгумонлик характерли, у 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 (компульсия) 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» қайтаравериши бирмунча вақтдан сўнг бирдан йўқолади. Ёпишқоқ неврозли бемор эса бу ҳолатлар нохуш бўлса-да, унга танқидий қарай олади, аммо онгига кириб қолган нарсаларни зўрлаб чиқара олмайди. Ёпишқоқ фикрлар эслашлар, гумонлар кўринишида бўлиши ҳам мумкин. Уларнинг мазмуни турлича, баъзан жуда тасодифий, баъзида жуда бемаъни бўлади. Қандайдир фикр, мақол, алоҳида сўз, шеърий парчалар, исмлар ва ҳоказолар узоқ вақт (ойлаб, йиллаб) бемор онгида мустаҳкамланиб қолади.

Шилқим гумонларда бемор уйининг эшигини қулфладими ёки йўқми, газни ўчирдими ёки йўқми, дазмол симини розеткадан олдимми-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 санайвериш 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 тутати ва алоҳида гуруҳни ташкил қилади. Булардан кардиофобия — юрак касалликлари билан касалланишдан қўрқиш, канцерофобия — рак касалликларидан, сифилофобия — захмдан, меси-фобия — қутуришдан, танатофобия — ўлим ваҳимаси, иотофобия ОИТС дан қўрқиш ва ҳоказоларни кўрсатиб ўтиш лозим. Ёпишқоқ ҳолатлар кутиш неврози сифатида кўриниши мумкин (Э. Крепелин, 1915). Бунда беморларда кутиш неврози пайдо бўлади, уларни муваффақиятсизлик кутиб тургандек туюлади. Бу гуруҳдаги ёпишқоқлик физиологик фаолиятга (овқат ютиш, сийдик ажралиши, жинсий алоқа-куёвлар неврозига. (Абу Али ибн Сино) тегишли бўлиши мумкин. Бу кундалик иш фаолияти билан боғлиқ бўлиши мумкин (актёр саҳнага чиққанда ёки муסיқачи гижжак чалганда, ўйинчи эса ўйин тушаётганда, маърузачи маъруза пайтида янглишиб кетаман, деб ваҳима қилиши каби).

Шундай қилиб, кутиш неврозида бир қатор одатлар даражасидаги «ўз-ўзидан» уйламасдан бажариладиган ишлар «бузилади». Неврознинг пайдо бўлишига жуда арзимаган муваффақиятсизлик, тасодифан эшитилган бир оғиз ноўрин сўз сабаб бўлиши мумкин. Бу невроз кўпинча психоастеник шахсда кузатилади. Фобиянинг пайдо бўлиши кўпинча вегетатив белгилар билан ўтади: яъни беморнинг юраги уриб кетади, қон босими ўзгариб туради, кўз қорачиғи кенгайди, бемор терлаб кетади, юзи оқаради ёки қизаради, оғзи қуриб, қўллари титрай бошлайди.

Абу Али ибн Сино ҳам ўзига хос руҳият бузилишини баён қилган, уни ҳозирги замон тушунчалари бўйича психоастеник ва ёпишқоқ ҳолатлар неврози ва кутиш неврозининг варианты деб баҳолаш мумкин. Бунда бу касалларнинг «фойдасиз фикр-лашлари ва қўрқоқликка мойилликлари қўшилиб» меланхолия белгилари пайдо бўлиши таъкидланади. Ибн Сино кутиш неврозининг келиб чиқишини жуда моҳирона баён қилади. «Куёвлар неврози»да бемор жинсий алоқанинг муваффақиятсиз бўлишини хавотирланиб кутади. Масалан, ўзаро қўшилувчи келин-куёвларда муҳаббат бўлмаса, ёки куёв уялса, биринчи алоқа муваффақиятсизлик билан тугаган бўлса, бу ҳодиса қайтарилади деб, қўрқади.

Шилқим таъсиротлар (ритуаллар) одатда невроз кўринишида, алоҳида учрамайди. Улар одатда ёпишқоқ қўрқув ва гумонлар билан кўшилиб келади. Бунда беморлар қўрқувни енгиллатиш ёки ундан қутулишга ҳаракат қилишади, яъни ўз қўрқувларининг ноўринлигини англаб, унга қарши эҳтиёт ҳимоя ҳаракатларини қиладилар. Масалан, юқумли касалликлар (захм, сил, қутуриш ва бошқалар) билан оғриб қолишдан қутулиш учун беморлар қўлни тўхтовсиз ювадилар (ҳатто тери шилиниб кетади), уйларини кўп марта дезинфекция қиладилар, устбош ва ич кийимларини алмаштирадилар. Беморларга бундай ҳаракатлари бир оз тасалли беради; улар 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 кўшилиб кетади. Бу ёпишқоқликлар вазиятга нисбатан ва мазмунан зид бўлади, беморнинг маънавий йул-йўриқларига қарама-қаршидир, бегоналик ҳисси билан фарқ қилади. Бемор уларни жуда оғир ҳолда бошидан кечиради. Онасининг кўлида пичоқни кўрганида тўсатдан кўз ўнгида пичоқнинг учи боласининг кўзига санчилгандек кўришиб кетади, қиз бола товушини 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 қачон ноҳўя, жинойий хавфли ҳаракатлар ёки ҳатто ноўрин сўзни ҳам ишлатмайдилар ёки иш бажармайдилар, ўзларининг ёпишқоқ кечинмаларига танқидий қарайдилар.

Кўпинча абсессив синдром кучайганда ёпишқоқ, контраст компульсив ғоялар, қизиқишлар ва ҳаракатлар невроз кечилишига қўшилса, неврознинг кечилиши 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 узлук-

сиз давом этиши мумкин. Бунда невроз клиникасида мураккаб абсессив фобик бузилишлар касаллик юқишидан қўрқиш, ўтқир асбоблар, контраст ҳолатларни кўз олдига келтириш ҳолатлари намоён бўлиши мумкин. Неврозлар асосан соғайиш билан тугайди. Давомийлиги бир неча ҳафтадан бир неча ой, ҳатто йиллаб давом этади. Аммо неврозни чақирган нохуш вазият сақланиб қолган ҳолларда касаллик сурункали давом этади. Неврозларнинг сурункали чўзилишига соматик касалликлар сабаб бўлиши ҳам 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 бўлади. Неврозлар одатда нисбатан кучсиз, аммо узоқроқ ёки кўп марта таъсир қиладиган, кучли ҳаяжон чақирувчи таъсиротларда, ўзаро жанжаллар натижасида ва шу каби ҳолатларда келиб чиқади. Невроз ҳосил бўлишида кўпроқ патогенетик аҳамияти бўлган, ўзига хос воқеа сифатида келажакка ноаниқлик, хавф туғдираётган ёки қарама-қарши руҳдаги қарор қабул қилиш муҳим ўрин тутлади. Патоген аҳамиятга шу индивидуум учун қийин ва ҳал этиб бўлмайдиган 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, нохуш ҳолатлар, кечинмалар, болаликда кўп дард тортганлик, шифохоналарда узоқ муддат даволанганлик болаларда невроз пайдо бўлишига олиб келади деб кўрсатилади.

Ҳозирги вақтда руҳий жароҳатнинг 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, ҳаётининг тажрибасига, ижтимоий аҳволига ва организмнинг ҳолатига боғлиқдир.

Абу Али ибн Сино неврозларнинг кўпгина белгиларини тасвирлар экан, уларнинг келиб чиқиш сабабларини тўғри аниқланган. Олим шундай ҳолатларнинг сабаби руҳий шикаст билан бир қаторда бемор организмидаги касалликлар, кўп вақт оч қолиш, қон йўқотиш, у ёки бу, аъзо, айниқса бош миyanинг бўшлиги деб ҳисоблаган.

Ҳозирги вақтда неврозларнинг келиб чиқишини тавсифловчи бир неча таълимот бор. 1993—94 йилларда З.Фрейд томонидан асосланган йўналиш АҚШда, Фарбий Оврупо мамлакатларида кенг тарқалган. З.Фрейд таълимотига биноан невроз патогенези психоген шикастнинг характериға эмас, балки бемор сексуал оламининг руҳий шикастланишиға олиб келувчи кечинмалар билан қай даражада боғлиқлиғига, қизиқишлари, эрта ёшлиқда бўлган руҳий жароҳат ва ҳодисалар билан боғлиқ яширин комплекслар билан боғланишиға асосланади.

Бошқа олимларнинг конституционал таълимоти бўйича невротик бузилишларнинг келиб чиқишида наслий мойиллик асосий ўрин тутаяди, психоген шикастланиш ёрдамчи аҳамиятға эға дейилади. Ҳозирги вақтда бу дунёқараш—чегара ҳаракатларни текширишнинг кенгайиши билан, шахснинг автономлиги ташқи муҳит таъсириға берилмайди, деган тушунча ўз аҳамиятини йўқотди.

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 вужудға келиш вазиятини, таъсири ва ривожланишини тасвирлаб, келиб чиқиши руҳан бўлса-да, кўпгина ҳолларда у руҳияти шикаста шахсларда пайдо бўлади, дейди. В. А. Гиляровский (1973), неврозларда руҳий шикастланишға алоҳида эътибор қилиб, шахснинг тузилишида ўзгаришлар бузилиши шартлигини таъкидлайди. Руҳий шикаст кўпинча биринчи туртки аҳамиятини касб этади. Д. Ж. Бирд (1869) неврастенияни дастлабки марта таърифлаб, уни тез ўсаётган цивилизация билан боғлайди ва киши асаб тизими ҳаёт талаб қиладиган суръатға дош беролмайди ва чарчайди дейди. П. Д. Мобиус (1906) неврастенияда конституционал омил асосий аҳамиятға эға деб таъкидлайди. Шу иккала иқтисодий ва конституционал омил ҳозирги даврга қадар муҳокама этиб келинмоқда.

К. Е. Краснушкин (1960) тез иш битираман деб зўриқиш, чарчашни энгиш учун ҳаракат қилиш, кўпинча мажбуран ухла-

маслик организмнинг дам ололмаслигига, ички имкониятлари камайишига олиб келади, натижада асаб чарчаши оқибатида неврастенияни келтириб чиқаради, деб уқдиради.

Француз руҳиятшунослари (П. Жаннет, 1907, З. Д. Юпре, 1903 ва бошқалар) 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 ҳис-ҳаяжон, руҳий ва соматик фаолиятнинг барча жабҳаларига ёйилиши характерли деб ҳисоблайди ва улар касаллик белгиларига айланади ва ҳаяжон тўлқини омилларнинг бузилган ва кўпайтирилган ҳолда намоён бўлиши деб қарайди. Унинг фикрига кўра ҳар бир одамда кучли ҳаяжонланганда товуши йўқолиб қолиши, оёғи қийшайиб қолиши мумкин ва ҳоказо. Истерик шахсларда бутун руҳий фаолияти лабил — беқарор бўлгани учун бу бузилишлар жуда арзимаган сабаб билан келиб чиқиши ва осонгина ўрнашиб қолиши мумкин. Э. Крепелин руҳий фаолиятнинг бу алоҳида реакцияларини ҳимоя мослашувининг инстинктив шаклларида деб ҳисоблайди.

К. Бонгоффер (1921) хоҳиш назариясини тақлиф қилган бўлиб, унга кўра истерик унга кўра бузилишларда ҳамма вақт сунъий равишда, намоийшкорона кечинмаларни баён этувчи касал хоҳиши сезилади. Клиник кузатишлар истерик бузилишлар шахсни у кўтара олмайдиган ҳолатдан ҳимоя реакцияси эканлигини тасдиқлайди. Бу яна шу билан исботланадики, шифокор 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 ҳолатларнинг патофизиологик табиатини англаш асосларига замин яратганлар. Тиббиёт тарихида улар биринчи марта лаборатория 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.

Ташхиси. Кўпгина ҳолатларда неврозларни, психозларнинг психотик шаклларида осонгина ажратиб олса бўлади. Неврозларда ифодали руҳий бузилишлар, масалан, галлюцинациялар, васваса гоёлар, Кандинский — Клерамбо синдроми, интеллектуал мнестик, кататоник, аффектив ва бошқа синдромлар учрамайди. Касаллик психоз касалликлардан фарқли ўлароқ, невроз аломатларида ўз аксини топадиган руҳий шикастланиш вазияти билан боғлиқдир. Психозларга қараганда неврозли беморларнинг олоби тартибдир, неврозлар жамоат тартиби бузилишига, иқтисодий мослашувнинг бирданига узоқ вақт сусайишига олиб келмайди. Бунда беморлар ўз ҳолатига танқидий нуқтаи назардан қарайди, касаллик белгиларига ётсираш сезилади. Неврозли беморлар ўз хоҳишлари билан шифокорга мурожаат этадилар. Психозли беморларда атроф—муҳитни идрок қилиш ўзгаради, неврозда эса сезги сақланади. Аммо кўпинча неврозларнинг дифференциал ташхисида маълум қийинчиликларга дуч келинади. Бу неврозсимон невротик синдромлар деб номланган синдромлар туфайли бўлиб, бу патофизиологик бузилишларнинг энг кам махсус белгилари ҳисобланади ва улар ҳам руҳий (шизофрения, заҳарланиш, инфекция, органик психозларда), ҳам 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 бошқалар) касалликларда намоён бўлишидан олдин юзага чиқади. Бунда ҳам неврастеник ёпишқоқ ва истерик бузилишлар бўлади, аммо ташқи кўриниш руёбга чиқиб шизофрениянинг махсус аломатлари намоён булмасдан ривожланиши мумкин.

Юқорида келтирилган фикрларга асосан неврозсимон ҳолатларда уларни баҳолаш учун эҳтиёткорона иш тутмоқ лозим. Ташхисни аниқлаштириш учун кўпгина анамнестик маълумотлар, узоқ кузатиш, қунт билан соматик ва неврологик ҳамда лаборатор, рентгенологик, электрофизиологик текширишлар олиб бориш лозим бўлади. Ташхис қўйишда органик, инфекция, 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 тамойилларга 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, улар кўпинча шизофренияда кузатилади (А. В. Снежневский, 1970).

Ёпишқоқликнинг аста-секин тизимлашувида ёпишқоқликнинг мантиқан ишлар 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). Аж-ратиби 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, ўзгарувчан бўлади, пировардида яна ҳам кенгайиши мумкин.

Неврозлардаги фобиялар аниқ ва руҳий тушунарли бўлгани ҳолда шизофрениядаги қўрқув абстракт, турли-туман, кўпинча беъманидир. Сабабсиз, далилсиз қўрқув, ноаниқ хавотир натижасида ўткир хуруж пайдо бўлиши шизофрения ҳақида фикр юритишга 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 тизимга айланиб, монотон ва бир хил кўринишдаги қайғуришга айланиб, ҳар замонда бемор қотиб қолади. Невроз билан оғирган 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, зўриқишдан келиб чиққан ёпишқоқ, ҳолатлар неврозга нисбатан узоқ давом этмайди, беморни шикастлаётган вазиятлардан фориг қилинганида касаллик оңгил кечиши мумкин.

Агар клиник кўринишда гомоцид мойиллик билан кечувчи ёпишқоқ ҳолатларнинг хуруж сифатида бўлиши устунлик қилса (гомоцидомания—ўлдириш, ёпишқоқ фикр ҳосил бўлиши, доимо кўрқув 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 кўринишлари: истерик стигмаларнинг қўполлиги, ташқи ҳолат билан алоқа йўқлиги 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 йўқотишдан бошланади. Баъзида шунинг ўзи неврознинг кейинги ривожини тўхтатишга кифоя қилади. Кўпинча таъсирот таъсир доирасидан чиқариш, дам олиш, умум қувватловчи (витами́н, физиотерапевтик муолажалар ва бошқалар) дори-дармонлар ёрдамида амбулатория шароитининг ўзидаёқ муваффақиятли даволашга эришиш мумкин.

Руҳий шикаст берадиган вазиятни йўқ қилишнинг имкони бўлмаса, шу вазиятга беморга турли руҳий даволаш йўллари билан таъсир этиб, унинг вазиятга нисбатан 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 хавотирлик, кўрқув, 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 бошланувчи 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) ҳамда нейрелептиклар (стелезин, хлорпроксен, эглонил, лепонекс) кичик дозаларда яхши натижалар беради.

Неврастенияларда бошланғич босқичларида транквилизаторлар (седуксен, элениум, тазепам, эуноктин, фенозепам, мепрамат, триоксазин ва бошқалар) берилиб, сўнгра руҳий стимуляторлар берилиши (сиднокарб, синдофен) мақсадга мувофиқдир. Неврастениянинг гиперстеник босқичида элениум, седуксен, бромидлар, валериана эритмаси ва бошқалар тайинланади. Транквилизаторлар билан биргаликда антидепрессантлар (амитриптилин, пиразидол) ва нейрелептик дори-дармонлар (терален, меллерил) оз миқдорда 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 бошқалар), ноотроплар церебролизин, фенотропил, ноофен, луцетам, ноотронил, аминалондан фойдаланилади. Яна юмшоқ, таъсир этувчи руҳий фоллаштирувчи препаратлар, элеутерококк, хитой лимони спиртли эритмалари, алоэ, ФИБС, АТФ ва бошқалар қўлланилади.

Ёпишқоқ ҳолатлар неврозларида уч циклли антидепрессантларни транквилизаторлар билан қўшиб тайинлаш керак. Истерик невроз бошланишидаёқ нейрелептик фенотиазин қаторидаги теранин, сонапакс (меллерил), неупептил ва аминазин қўллаш мақсадга мувофиқдир (Н. Г. Шашкова, Т. С. Аванесова, 1983).

Неврозларнинг кўринишларидан бири уйқунинг жиддий бузилишида руҳий фармакологик гипнотик хусусиятли препаратлар (эуноктин ёки раведорм, фенозепам, пропазин, терален, хлорпроксен, сонапокс, меллерил) қўллаш тавсия қилинади.

Узоққа чўзилган невроз ҳолатларини даволашда беморларнинг препаратларга, ҳатто кучли руҳий троп препаратларга ўрганиб қолишини, индивидуал сезгирликни, касалликнинг клиник кўринишини ҳисобга олиш даркор. Шундай ҳолатларнинг клиник кўринишларида кўпинча аффектив бузилишлар етакчи бўлгани сабабли асосий невротик синдромга боғлиқ 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 ҳастиликнинг асосий белгиларига қараб индивидуал ҳолда қўлланилади. Неврозларда кўпгина ҳозирги замон руҳий даволаш услублари — бедорлик ва гипноз ҳолатларида шахсий ишонч суҳбатларидан то жамоа—гурӯх бўлиб ёки оилавий руҳий даволаш сеансларига ча 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 гурӯхлари билан ишлашда ўзини оқлаган. Буларнинг камчилиги бемордан шифокорга акс алоқанинг йўқлигидир. Руҳий терапия ўз олдида 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 ушбу муносабатларни мўътадиллаштиришга 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 ҳам аҳамияти катта. 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 энгил наркотик уйқу вақтида ишонтириш йули билан даволанади. Бунда барбамил, гексенал, пентотал киритилиб, ҳосил бўлган энгил наркотик уйқу вақтида руҳий терапия, ишонтириш, уқдириш 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 ҳам маълум даражада яхши натижалар беради.

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 ҳолатидаги беморларнинг ўз ҳолатини танқидий баҳолаши йўқолади, улар ўз қилиқларини билмай қолади. Шунга қарамадан реактив психозларда (психоген касалликлар —неврозлар орасида) аломатларнинг қайтиши кузатилади.

✓ Реактив психозларнинг энг кўп учрайдиган сабаби —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 (ўсмирларда, қарияларда), ақлий ривожига (ақли пастроқларда) боғлиқдир. Аммо, мутлақо соғлом одамда ҳам бу касаллик ривож топиши мумкин.

Ўткир реактив ҳолатлар (аффектив—шок реакциялар, кўрқув психозлари). Ўткир реактив ҳолатлар аффектив— шок реакциялари кўринишида кучли ҳаяжон, изтиробларда (ер қимирлаганда, сув тошганда, ўт кетганда, темир йўл фалокатлари, бомба портлаши), кўп одамлар тўпланган жойда кучли ҳаяжон, изтиробларда пайдо бўлади. Баъзида бирдан руй берган бахтсизликдан: яқин одамнинг ўлими, қимматбаҳо нарчасини йўқотиб қўйиши, ғам-ташвишга тушиши билан пайдо бўлиши мумкин. Аффектив — шок реакциялари клиник жиҳатдан қўзғалиш 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 ёқдан бу ёққа уришдан (фугиформ реакциялардан) иборат бўлади. Беморлар ташвиш, хавотирлик, кўрқинч, ваҳима, даҳшат сезадилар. Бу қўзғалиш қаттиқ қичқириш, йиғи, инграш ва ҳоказолар билан кузатилади. Беморлар онги торайганидан атрофга мўлжал ололмайдилар, ҳаёти учун хавфли ҳаракатлар қилишлари мумкин. Олов ёнаётганда деразадан ўзини ташлаб юбориши мумкин. Ҳаракат қўзғалишининг давомлилиги кўп бўлмай, 10—20 дақиқадан ошмайди.

Ҳаракатсизлик билан кечадиган аффектив — шок реакцияси нисбатан қисман ёки тўлиқ ҳаракатсизлик билан тавсифланади, кўпинча тўла ступор ёки мутизмгача (аффектоген ступор, «кичик ўлим», Кречмер бўйича, 1924) етади. Беморлар кўрқув аффекти қаерда юз берган бўлса, ўша ернинг ўзида кўрққан, ташқи дунёга алоқасиз ҳолда қотиб қолади. Ступорнинг давомийлиги бир неча дақиқадан бир неча соат, ҳатто оғирроқ турида 2—3 кун давом этиши мумкин. Психоз даврига хос бўлган кечинмалар эсдан чиқиб кетади.

Суд, қисман суд-тиббий амалиётида ўткир ҳолатда психоген асосли истерик психоз (Крепелин бўйича «қамоқ истерияси») пайдо бўлиши мумкин. Уларда онгнинг гира—шира бузилиши, бошдан кечирган нохуш кечинмалар асосида бошқариб бўлмайдиган намоёишкорона ҳаракатлар бошланади. Улар куладилар, баъзан йиғлайдилар, баъзан танг ҳолатда қотиб қоладилар, булар қисқа вақтли қўзғалиш билан алмашинади ва қалтираш хуружига ўтади, галлюцинациялар кўпинча кўрқув ёки эшитув ҳолида бўлиб, руҳий жароҳат вазиятини акс эттиради.

Бу ҳолатларга мураккаб психопатологик сохтадеменция, Ганзер синдроми ва нуэрилизмлар киради.

Сохтадеменция (Вернике, 1906) ушбу касалликка дучор булган бемор онги озгина торайган фонда оддий билим ёки малакани эсидан чиқариб қўяди. Улар саволларга нотўғри жавоб бера бошлайдилар, оддий масалаларни еча олмайдилар (бурни ўрнига қулоғини кўрсатади, қўлидаги бармоқларини санай олмайди, беморлар кўзларини олайтириб, аҳмоқона куладилар, атрофдагилардан уялмайдилар). Сохтадеменция онгнинг чуқур бузилиши билан ўтадиган бўлса, истерик ғира—шира онг бузилиши **Ганзер** синдроми дейилади (Ганзер, 1877). Бундай беморларда атроф ва вақтга мўлжал бўлмайди, улар атрофдагиларни танимайди, хулқи аҳмоқона бўлади. Ушбу касаллик қамоқ шароитида турган одамларда ривожланади.

Нуэрилизм—сохтадеменцияга яқин бўлган истерик реакциядир. Клиник жиҳатдан беморлар болаларнинг қилиқларини қиладилар. Беморлар ўзларини худди ёш болалардек тутадилар, болалартовушида гапирадилар, пичирлашади, қўғирчоқ ўйнайди, бошқа болаларга хос ўйинларни ўйнайди, овқатлантириб қўйишни сўрайдилар, қўлидан ушлаб юришни, конфет сўришни яхши кўрадилар, атрофдагиларга холача, тоғача деб мурожаат қиладилар. Бу таъсиротлар **пуэрл** деб номланади ва руҳий жароҳат таъсиrotи тугаганидан сўнг ўтиб кетади.

Чўзилган реактив психозлар

Чўзилган реактив психозлар ўткир шок реакцияларига нисбатан кўпинча узоқ давом этади, камроқ ҳолларда қисқа бўлсада кўп марта қайтарилган руҳий жароҳатдан сўнг ривожланади. Одатда руҳий психозлар руҳий жароҳатдан бир оз вақт ўтганидан сўнг ривожланади. Агар ўткир шок реакциялари фалокат, фожа, 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 бўлган ҳолатларга реактив депрессия ва реактив параноидни киритиш мумкин.

Реактив депрессия

Реактив психозлар ичида клиник кўринишида депрессив синдром ташкил этадиган тарқалган шаклларида бири-

дир. Психоген деирессиялар депрессиянинг тез-тез учрайдиган шаклидир. Ф. И. Иванова (1970) бўйича 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 муҳим аҳамиятга эгадир. Реактив депрессия клиникаси тушкунлик кайфиятидан, ҳаракат сусайганлигидан, билимсизлик, қўрқув, ишончсизлик, ўз қайғуларининг, алоҳидалигидан иборат бўлади. Ўз кечинмаларида бемор кўпроқ ўзидан кўра ўзгаларни айблайди. Бунда ўзини-ўзи айблаш камроқ учрайди. Оғирроқ ҳолатларда суицидал мойилликлар бўлиб ўтиши мумкин. Бемор учун бутун онгини, ақлини бўлиб ўтган руҳий жароҳат манбаига қаратилиши, бошидан кечиргани узоқ вақт ҳаёлидан кетмаслиги, бу муаммонинг фаоллиги сусаймаслиги хосдир. Шунинг учун одатда жим юрвчи беморлар кучли депрессив реакция беради, тўсатдан бўлган воқеа ҳақида эслатилса, у газабланган ҳолда узоқ вақт ўша мавзу ҳақида гапириши мумкин.

Беморларнинг барча диққати ўзлари учун фалокатли мавзуга қаратилган бўлади, бахтсизлик ҳодисасига такрор—такрор қайтадилар, бўлган воқеа айбдори устида ўта қимматли ғоялар айтилади. Беморларнинг уйқуси ва иштаҳаси бузилади (айниқса касалликнинг дастлабки кунларида), бундай беморлар кўпинча овқат ейишдан бош тортадилар.

Реактив депрессиянинг кечиши уни вужудга келтирган жароҳат тавсифига боғлиқ бўлиб, ҳафталаб ва ойлаб чўзилиши мумкин, аммо депрессия соғломлашиш билан тугайди. Дифференциал ташхис учун реактив бошланган эндоген ёки пресенил депрессия, ёки церебрал атеросклероз фонидида вужудга келган депрессия кейинчалик қайталаниши мумкин. Маниакал-депрессив синдромдаги ёки шизофрениядаги эндоген депрессиядан фарқли ўлароқ бу депрессияни «йиғлоқи» деб аташ мумкин, чунки жароҳатланган вазият ҳақида гап кетса, беморлар кўпинча йиғлайдилар. Эндоген депрессияга хос бўлган ҳаракат сустиги унча ифодаланмаган дифференциал ташхисда беморларнинг кечинмаларида жароҳатлайдигани 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 қисқа давом этади (бир ҳафтадан 1—2 ойгача) ва ўткир реактив параноид дейилади. Улар муносабат ва кузатиб юриш васвасалари билан тавсифланиб, уларнинг мазмуни жароҳатланган вазиятни инъикос этади, эшитув, кўрув галлюцинациялари ва қўрқув аффекти билан давом этади. Беморлар ноқулай вазият натижасида одамлар унга ёмон муносабатда бўлишяпти деб, ўйлайдилар, гуё унинг орқасидан таъқиб қилиб юраётгандек, унга ёмонликни раво кўраётгандек, кўчада нотаниш одамлар хавотирланиб қараётгандек худди бир-бирига белги бераётгандек туюлади. Эшитув ва қўрув галлюцинациялари мазмуни бўйича реактив параноид мавзусига бориб тақалади ва касалликнинг давом этиши жароҳат чақирган вазият тугашига боғлиқдир.

Реактив васваса психозларининг турларидан бири кар одамдаги муносабат ва таъқиб қилиш васвасасидир. Беморларга атрофдагилар унинг устидан кулаётгандек туюлади, нимадир ёмон фикр уйлаётгандек, унинг ҳуқуқини қисиб қўяётгандек, унинг иложсизлигидан фойдаланаётгандек туюлади.

Доимо руҳий касалликлар билан мулоқотда бўладиган одамларда ҳам 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 юқиши). Бу васвасанинг пайдо бўлиши, бундан ташқари, юққан одамда ишониш, чекланиш, интеллектуал етишмовчилик хусусиятлари борлигини намоён қилади. Индуцирланган тарзда юктирилган васваса кўпинча таъқиб қилиш тавсифига эга бўлади. Индуцирланган васваса кам учрайди ва одатда ушбу бемор руҳий касалдан ажратилганда изсиз йўқолиб кетади.

Реактив галлюциноз

Руҳий хасталикларнинг анчагина кам учрайдигани клиник кўринишида реактив галлюциноз тавсифи бўлган гал-

люцинациялар 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, ёки моҳияти дейилади (С. Г. Жислин, 1965, Ф. И. Иванов, 1970). Реактив галлюциноз патогенезида руҳий ёки жисмоний чарчаш билан боғлиқ бўлган астенизация ҳам иштирок этади. Булар чарчаш, аффектив зўриқиш, мажбурий уйқусизлик соматик касалликлар, бош мия жароҳатлари, заҳарланишлар, алкоголизм кабилардан 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 жароҳатлангирувчи вазиятни аниқлаш керак.

Терапевтик тактика психогениянинг клиник кўриниши, ўткирлиги ва алоҳидалиги билан боғлиқдир.

Ўткир психоген реакцияларда тез ёрдам кўрсатиш зарур. Ўткир психоз хуружини тўхтатиш учун нейролептик дори-дармон (аминазин, стелазин, галоперидол), атипик нейролептиклардан (риспаксол, кветилепт, нопрениа, зипрекс) ҳамда транквилизиаторлардан (седуксен, элениум, реланиум) тайинланади. Масалан, бирданига учта боласи ўлган ота ўлимдан бир оз вақт ўтгач болаларининг таъқиб товушини, йиғисини, инграшини, ёрдам ҳақидаги қичқирғини эшита бошлайди ва бу ҳолат кечасига кучаяди.

Темир йўл реактив параноидлари.

Узоқ вақт темир йўл саёҳатларида пайдо бўлади. Буларнинг ривожига руҳий ва жисмоний чарчаш, мунтазам овқат емаслик, узоқ вақт ухлмаслик, алкоголь ичиш, ҳаёт оддий оқимининг бузилиши каби мойиллик қиладиган омиллар аҳамиятга эга. Аммо асосий патоген бўлиб ўша вазият, темир йўл ҳолати ҳосил қилувчи вазият, ноаниқлик хотиржамликнинг бўлмаслиги хизмат қилади. Шундай вазиятда беморларда аффектив зўриқиш, гумонсирашлик, атрофда ўғрилар ўралашган деган фикр пайдо

бўлиб, улар ўзларини ёмон одамлар ўғирлаш ёки ўлдиришни ҳоҳлайдилар деб билади. Кўпинча бу қўрқувдан бемор вагондан сакраб тушиб қолади. Бунда улар "а ўз молларимни қолдириб жонимни омон сақладими" дейдилар.

Этиологияси ва патогенези. Реактив психозларнинг сири, у ёки бу руҳий жиҳатдан чиқарувчи таъсирот (ҳалокатлар, фожиалар, ҳарбий уруш ҳолатлари, хаёт учун нохуш бўлган оилавий ва хизматдаги жанжаллар, қамоққа олиш, қамаб қўйиш ва бошқалар) сабаб бўлади.

Реактив ҳолатларнинг шаклланиши учун беморнинг конституционал тузилиши, касалликдан олдинги ҳолати қўшимча омил бўлиб 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. Васиң, В. Е. Рожков, М. А. Рожкова, 1978). Сўнгра жароҳатга боғлиқ 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 миқёсда дори-дармон билан даволаш, физиотерапевтик тадбирлар, сувдан, даволаш гимнастикасидан ва бошқа воситалардан фойдаланиш лозим.

Реактив депрессияларда тимолитиклар, транквилизаторлар ва нейролеитиклар билан бирга тайинланади. Агар постреактив астениялар узок вақт қолса, умум қувватловчи дори-дармонлар, ноотроп гуруҳи дорилари (церебролизин, фенотропил, ноофен, луцетам) ҳамда кучайтирувчилар (сиднокарб, центедрин) қўлланилади.

Психотик ҳолатлар даволангач қайта тиклаш чора тадбирлари қўлланилади ва бемор олдидаги ижтимоий муаммоларни ҳал қилиш керак бўлади. Булар одатда диспансерларда, амбулатор назоратда турганда, кундузги стационарда бўлган даврда ўтказилади. Беморларнинг меҳнат жараёни ва иш меъёрини шифокор белгилайди.

Реактив психозлар асосан қайтади, одатда, беморларнинг руҳий саломатлиги тикланади ва улар меҳнатга лойиқ деб ҳисобланади.

Суд-психиатрия экспертизаси. Аввало реактив ҳолат ҳуқуқ бузилишидан аввал ёки кейин пайдо бўлганини ўрганиш, аниқлаш лозим. Агар ҳуқуқ бузиш 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 қилингандан сўнг пайдо бўлса, бемор стационарда даволашга юборилади ва соғайганидан сўнг у жинойий жавобгарликка тортилади.

Психоген касалликлар мавзусига оид вазиятли масалалар.

1. Бемор Н. 48 ёшда, уйланган. Алкогол истеъмол қилмайди. Автоҳалокатдан сўнг юз жаф суягида деформация қолди ва юзда чандиқ пайдо бўлди. Шу сабабли хавотирга тушиб, кечалари уйқуси бузилди. Тушкун. Айтишича, «яшашининг ҳожати йўқ», «ўлдирадиган укол қилишларини сўрамоқда»

Синдромли ташхис.

Бу синдромнинг симптомларини санаб беринг.

Жавоблар:

* Реактив депрессия;

* Тушкун кайфият, уйқу бузилиши, суицид хаёллар.

2. Бемор, К. 58 ёшда, характерида кўра кўнгилчан, инсофли ишчи. Текширув катта миқдорда камомад аниқлади, бемордан шубҳа қилишди, кейин бу хулоса нотўғрилиги аниқланди. Беморда хавотир пайдо бўлди, ўзини ўғридек ҳис қилишни бошлади. Назарида ҳамкасблари у тўғрисида пичирлашяптилар, гапларига қараганда бу нарса атайлаб уюштирилган. Жуда ҳам қўзғалувчан, ўзини ойнадан ташламоқчи бўлди.

* Тахминий ташхисингиз.

Бу синдромни барча симптомларини санаб беринг.

Жавоблар:

* Истерик психоз;

* Амнезия, психомотор қўзғалишлар ёки ступор, галлюцинация, онгнинг хиралашуви, фикр бузилишлари.

3. Бемор Р.-36 ёшда эрининг хиёнатидан сўнг кўчага чиқмай қўйди. Овқат ейишдан, гаплашишдан бош тортяпти, 10 кг га 398

озиб кетган, хайрлашув хатини ёзиб, димедрол ичиб токсикология бўлимига келиб тушган.

Синдромал ташхис.

Бу синдромнинг симптомларини санаб беринг.

Жавоблар:

* Реактив депрессия;

* Тушкун кайфият, фикр ва ҳаракат секинлиги.

Психоген касалликлар мавзусига оид амалий кўникмалар

1. УАШнинг невротик бузилишли беморларни профессионал сўровдан ўтказишдаги қадамба—қадам амалий кўникмалари.

Тадбир

- Профессионал кўрув ўз ичига беморнинг ташқи кўриниши, хулқ атвор ва бошқа новербал коммуникацияларни олади;
- Бемор ва унинг қариндошларидан маълумотлар йиғиш уларни бир бирдан алоҳида ҳолда ўтказилади;
- Сўров оддий ва босқичма—босқич саволлардан иборат бўлиб, улар орасида паузалар бўлиши лозим;
- Сўровнинг шакли хушмуомала тарзда, буюрувчи ва директив оҳангдан йироқ ва максимал хайрихоҳлик намоён қилган ҳолда ўтказилиши лозим;
- Сўров ўтказишда, ҳатто суҳбат қисқа бўлиши кутилганда ҳам шошилмаслик лозим;
- Сўровни ўтказишда шифокор раҳбарлик қилади;
- Жавобларни объективлаштириш учун шифокор уни ҳаётдаги мисоллар билан ойдинлаштиради;
- Сўровда биринчи саволлар очиқ тарзда, кейингилари ёпиқ шаклда, беморнинг нутқидаги сўз ва ибораларини қўллаган ҳолда ўтказилиши лозим;
- Беморнинг ҳолатини тушуниш босқичида шифокор «илҳомлантирувчи» саволлар бериб, беморнинг кўпроқ ишончини қозониши ва янада очиқроқ муомалага киришига эришмоғи лозим;
- Шифокор сўровни нисбатан оптимистик оҳангда тугатиши зарур.

2. Амалий кўникма. Мақсади: чегаравий патологияли беморнинг курацияси, бирламчи ташхис қўйиш, касаллик оғирлиги даражасини баҳолаш ва базис даволашни тайинлаш.

Босқичлар.

Тадбир

• Бемор кушеткага жойлаштирилади, шифокор ўнг томондан жойлашиб, унинг паспорт маълумотларини суриштиради.

• Шикоятларидан: хотиранинг пасайиши, депрессив фикрлар, бош оғриқлари, уйқусизлик, ёпишқоқ фикрлар, иш қобилиятининг пасайиши, қўрқувлар.

• Касаллик анамнезидан: давомли руҳий жароҳатловчи вазият.

• Ҳаёт анамнезидан: қониқарсиз ижтимоий турмуш шароитлари, тез—тез учровчи руҳий жароҳатлар, шамоллаш касалликлари.

• Умумий кўрикда: хавотирли ҳолат, аниқ онг фониди. Ҳолати фаол. Тери қопламаларининг оқарганлиги, оқ дермографизм. Кўп терлаш.

• Руҳий статус: хотира пасайишига шикоятлар, диққатнинг тарқоқлиги, ҳиссий лабиллик. Онги аниқ, обсессив-фобик бузилишлар, танқиднинг сақланганлиги, сенестопатиялар, руҳий астенизация.

• Дастлабки ташхис: беморни текширув режасини тузиш.

• ЭЭГ-бош мия органик зарарланиши белгиларининг бор ёки йўқлиги.

• Клиник ташхис қўйиш ва касаллик шаклини амалдаги таснифга мувофиқ аниқлаш билан уни асослаш.

• Эҳтимолий асоратлар: суицидал ҳаракатлар.

• Қийёсий ташхис ўтказиш: психопатиялар, бош мия органик касалликларидаги неврозсимон бузилишлар, суст кечувчи шизофрения.

• Базис даволаш:

• 1) даволовчи-аёвчи тартиб;

• 2) транквилизаторлар;

• 3) антидепрессантлар;

• 4) психотерапия;

• Профилактика: диспансер кузатуви.

Психоген касалликлар мавзусига оид саволлар мажмуаси.

1. Неврозларга таъриф беринг.

2. Невроз ривожланишининг асосий этиологик омилни айтинг.

3. Невроз ривожланишининг қўшимча омиллари нималардан иборат?

4. Невроз — бу функционал касалликми ёки органик касалликми?

5. Невроз клиник шакллари сананг.

6. Невростениянинг асосий синдроми қандай?

7. Психастеник неврознинг етакчи синдроми айтинг.

8. Ёпишқоқ ҳолатлар неврози, клиникаси. Ташхисоти.

9. Даволаш, психотерапия.

10. Беморларнинг реадaptацияси ва реабилитацияси.

11. Истерик невроз, клиникаси, турлари.

12. Истерик неврознинг етакчи синдроми.

13. Реактив психоз оқибатлари. Психотерапия — руҳий ва наркологик бузилишларни даволаш усули сифатида.

14. Психотерапевтик усуллар, турлари ва замонавий ёндашиш.

Психоген касалликлар мавзусига оид тест саволлари.

1. Неврастения учун қуйидаги симптомлар хос:

* тажанглик;

* конфабуляциялар;

* юзаки уйқу;

* гиперестезия;

* шилқим шубҳалар;

* психосенсор бузилишлар.

2. Шилқим ҳолатлар неврози учун қайси симптомлар хос:

* галлюцинациялар;

* гиперестезия;

* обсессия;

* васваса ғоялар;

* ритуаллар;

* қўрқув.

3. Обсессив синдромнинг асосий симптомлари:

* ёпишқоқ ғоялар (ҳаракатлар);

* ташқаридан бегоналарнинг фикрларини идрок этиш;

* беморнинг ҳолати унга қийинчилик туғдирмайди;

* галлюцинациялар бўлиши;

* кўпинча қўрқувлар билан кузатилиши;

* бемор учун оғир, узлуксиз «мотивлар кураши» ҳолати.

4. Социал фобиялар клиникаси:

* атрофда одамлар бўлганда одамларга аралашидан

қўрқиш;

* улим қўрқуви;

- * келажакдан қўрқиш;
 - * моддий йўқотишдан қўрқиш;
 - * атрофда одамлар бўлганда уялишдан қўрқиш;
 - * оммавий чиқишда қизаришдан қўрқиш.
6. Истерик невроз учун хос:
- * кўпинча аёлларда учрайди;
 - * сезги доирасининг бузилиши;
 - * вегетатив нерв тизими бузилишлари;
 - * шахсияти шизоид типли одамларда кўпроқ учрайди;
 - * кўпинча эркакларда учрайди.
8. Уйқу бузилишларига киради:
- * юзаки, хавотирли уйқу;
 - * даҳшатли тушлар;
 - * уйқуга кетишнинг кийинлашуви;
 - * онейроид;
 - * кечаси сийдик ушлай олмаслик;
 - * сопор.

Психопатиялар деганда шахс руҳий хусусиятларининг дисгармонияси ва унинг ташқи таъсиротларга номувофиқ реакциялари билан намоён бўлувчи хусусият — аномалиялари тушуналади. Ҳиссий-иродавий беқарорлик психоатик характернинг асосий белгиларидан бири сифатида зиддиятли вазиятларнинг осон келиб чиқишини таъминлайди. Бунда кўпинча интеллект юқори даражада сақланган бўлади. Шахсининг бундай хусусиятлари туфайли руҳий хасталикка чалинган бемор 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 таъкидлаб, пуштнинг патологияси ва ҳомиланинг 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 ўсмирлик даврларига тўғри келади ҳамда бу белгилар аниқ ва турғун эмас, боланинг атроф-муҳитга мослашиб кетишини ҳар доим ҳам қийинлаштирамайди. Психопатиянинг жуда ривожланган даражаси кўпинча жадал ривожланувчи пубертат даврига тўғри келади. Бироқ, жинсий балоғатга етиш даврида мавжуд психоатик 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 таъсирида келиб чиқади. Шикастловчи омил таъсирининг тарқалганлигига қараб руҳий беморларда 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 ватанпарварлиги юзага келувчи ижобий ҳислар психопатияларнинг клиник кўринишини юмшатади, бундай 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 ривожини 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: уларга 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.

Бироқ бунда психопатсимон белгилар шахс ҳиссиётининг янги белгилари сифатида юзага келади ва уларнинг ҳаракати асосий касаллик билан боғлиқ бўлади.

Кўпинча психопатияларни неврозлардан фарқлашга зарураг 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 бўлмаслигидир.

Психопатияни шунга ўхшаш жараёнлардан фарқ қилишда

шахснинг руҳий хасталик аломатларининг доимийлиги муҳим аҳамият касб этишини унутмаслик лозим.

Психопатия шакллари.

Кўзгалувчанлик. Кўзгалувчанлик гуруҳидаги руҳий хаста шахслар инжиқлик, ҳиссий кўзгалувчанлик, жаҳлдорлик таъсиротларга юқори тайёргарлиги билан тавсифланади. Шунинг учун уларни «бирдан тутақиб кетувчи» ёки эксплозив руҳий хасталар деб аталади. Арзимаган баҳонага уларда (ноадекват) вазиятга мос бўлмаган кучли жавоб реакцияси пайдо бўлади. Бу пайтда улар атрофдагиларга бақариб, ёмон сўзларни айтибгина қолмай, балки тўғридан-тўғри агрессив ҳаракатлар ҳам қиладилар, сиёҳдонни отиб юборадилар, стулни кўтариб югурадилар, бўғадилар, пичоқ билан ташланадилар ва ҳоказо. Кўзгалувчанлик хуружидаги руҳий бемор 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, бошқаларни эса айбдор деб биладилар.

Кўзгалувчанлик гуруҳидаги руҳий хаста шахслар ўз мақсадларига етиш учун мустақкам иродага эга бўладилар ва шу мақсад йўқида бирон тўсқинлик чиқса жаҳл билан яққол хуруж бошлайдилар. Бу хуруж касалларда бошқа бир баҳона сабабли бўлиши ҳам мумкин. Кўзгалувчанлик гуруҳидаги баъзи бир руҳий беморларда уларнинг одатдаги руҳий ҳолатларида сокинлик, фикрлаш ҳиссининг сустлиги ва майдагаплик хос бўлади. Психопатиянинг бу кўриниши баъзи тутқаноқ руҳий касалларнинг хусусиятлари билан ўхшашлиги туфайли эпиделтоид психопатия деб ном олган. Кўзгалувчанлик гуруҳидаги руҳий хаста шахсларга эгоцентризм «ҳақиқат» деган сўзнинг тагига етиш хусусияти хосдир. Буларга баъзи-баъзида кайфиятнинг бузилишлари ҳам хосдир. Бу ҳар хил баҳона, сабабларда депрессив реакциялар хоҳлаган нарчасини тез олмаган пайтда жаҳл 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 беморлар ўзларининг жаҳолатини кўрсатадилар: улар ўзини ўлдирмоқчи бўладилар ёки кўп ичкилик ичабошлайдилар.

Руҳий ҳолатлар ичида одатда асосан ичкиликка мойил беморларда дипсомания ҳолати тез-тез қайталаниб туради. Бу пайтда улар ичкилик ичадилар ва бу ичкилик хасталикнинг «портлаш» (жаҳолат) ҳолатини келтириб чиқаради. Бундай шахслар ичкиликдан ташқари наркотикларга ҳам берилувчан бўладилар.

Тормозланувчилар: тормозланувчи гуруҳидагилар яна 2-та кичик гуруҳга бўлинади:

1. Руҳий бушлиқ ҳолатига эга астеник.

2. Психоастеник руҳиятнинг мураккаб дисгармонияси. Астеник қўзғалувчанликдан фарқ қилиб астениклар руҳият хасталигида ҳаммадан кўра ўзлари кўпроқ азият чекадилар. Бунда й одамларнинг ўзларига нисбатан баҳолаши пасайган, улар ўзларини тўлақоили инсон деб ҳис қилмайдилар. Шу билан бирга камдан-кам ҳолларда ўзларини яхши кўрадилар. Улар руҳиятнинг ўзига хос томонларидан бири-таъсиротларни юқори даражада қабул қилишдир. Улар атрофдагиларнинг ҳулқидаги кичик хатолар ва хусусан қўполликлардан азият чекадилар, бевосита кучли таъсиротларни 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 нима қилишни билмай қоладилар ва ўзининг шу ҳолатидан хижолат бўладилар, ўзларини, нашуд ва тубан деб ҳис қиладилар. Улардан баъзилари ўзининг иккиланишларини яширмоқчи бўлади, лекин бунини 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. Таъсирчанлик ҳолсизликка олиб келади ва ўз-ўзини қойиш ва ўз-ўзини айблаш билан кечеди. Астениклар кўпинча асаб чарчашига мойил, астениклар ҳамиша ўзлари ўрганган ҳаёт шароитларини сақлашга уринадилар ва шу шароитдагина бирон иш қилиши, бирон нарса билан сермахсул шуғулланиши мумкин бўлади. Ўз шароитини ўзгартиришни ёқтирмайдилар ва яқинларидан шуни талаб қиладилар.

Психоастеникларнинг астениклар билан умумий томонлари кўп, шу сабабли уларни бир-биридан фарқ қилиш анча мушкул. Психоастениклар учун таъсирчанлик, қайсарлик ўз-ўзини баҳолашнинг пасайиши белгилари хосдир. Жане психоастениклар ҳақида «иккиланиш» ва «донишмандлик» 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 маятникдек гоҳ у томонга, гоҳ бу томонга тебраниб туради. Ҳар қандай фикрини ҳам қайта-қайта ўлчайди. Агар психоастеник янги қарор қабул қилган бўлса, унда яна янги нотинчлик бошланади ва унинг кутиб туришга тоқати бўлмайди, шу заҳотиёқ ҳаётга татбиқ қилишга уринади. Психоастеник ҳамма вақт бесамар ақлий иш билан банд бўлади. У ўз ҳаракатларини кўп таҳлил қилади. Нима қилганини, нима қилаётганини ёки қилмоқчи бўлганининг ҳаммасини мушоҳада қилади. Ҳамма айтган гапларини ўйлайди. Унинг ўзига ҳурмати 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 кўргандан кўра ўқиш ва эшитиш кўпроқ таъсирот қолдиради. Психоастеник кишилар шилқимликка, асосан шилқим гояларга мойил бўладилар.

Психоастеникларга астениклар каби ҳаётдаги алмашилишлар, кун тартибидаги кичик ўзгаришлар ҳам таъсир қилади. Бундай вақтларда уларнинг ўзига ишончсизлиги ниҳоятда ошиб кетади, улар тинмай иккиланадилар.

Қийинчиликларни енгиб кета оладими-йўқми, шулар ҳақида ўйлайдилар. Бездовталик психоастениклар учун шунчалик хоски, уларни «безовта иккиланувчилар» деб ҳам аташади. Олдида янги иш турган бўлса, яқин одами ишда ушланиб қолса, кутаётган хати вақтида келмаса, психоастеник ўзини қўйишга жой топа олмайди, бир-биридан қўрқинчли воқеаларни ўйлайди.

У ўзини соғлиги тўғрисида ҳам иккиланади: арзимаган сезгиларга, ҳаво етишмаслигига, чарчоқларга катта эъти-

бор 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. Фақат яқин кишиларигина, уларнинг бўшлигини, юмшоқ кўнгиллигини билиши мумкин. Ўзларининг тўла қонли эмасликларини билган ҳолда психоастениклар ҳаётидаги муваффақиятсизлигини ҳаёллар ва тахайюллар 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 гира-шира ҳолат бўлмасдан туриб психопатиялар кучли бўлиши мумкин. Бир вақтнинг ўзида психопатия бўлмасдан туриб ҳам истерик реакциялар келиб чиқиши мумкин.

Истериклар хулқидаги асосий жиҳат ҳиссиётдир. Ҳиссиётларнинг ташқи кўриниши кучли, шу билан бирга ўткинчи ва юзаки бўлади. Истерикларнинг завқланиши ва ҳафа бўлиши намойишкорона шаклларда ифодаланади—чапак чалиш, қаттиққулиш, кайғуга тушиб йиғлаш, лекин бу ҳиссиётлар чуқур ва доимий бўлмайди: агар бемор ҳозиргина ҳаётдан норози бўлиб турган бўлса, шу вақтнинг ўзидаёқ ҳаммани масала енгил қараганини, адашганини ва ҳозиргина ҳақиқий севгани тушунганига ишонтиради.

Истерикларнинг тавсифли белгиси эгоцентризм ва атрофдагиларнинг эътибор марказида бўлишдир. Бу эса баъзи муаллифларга психопатиянинг бу формасини бошқача «тан олинишни истовчилар» деб аташларига асос беради (К. Шнейдер).

Улардиққатбилан эшитадиган, қарайдиган, атроф—муҳитдан завқлантирадиган вазиятларда ўзини яхши ҳис қиладилар. Истерикларнинг хулқида, ташқи аффектида кўп намойишлар сингиб қолган. Улар атрофдагиларни қизиқтириш учун тўхтовсиз ёлғон нарса, воқеаларни ошириб гапирадилар, шу воқеаларда уларнинг ўзи гуё муҳим шахс бўлиб ҳисобланадилар, улар ўзларининг ғамгин кечинмаларини ва буюк ютуқлари ҳақида берилиб гапирадилар. Истериклар ўзлари тўқиган уйдирмала-

рига қизиқиб кетадилар. Булар ҳаммаси ёрқин тасаввур—ҳавойи хомхаёл натижасидир ва улар бу уйдирмаларига ишониб, шу воқеалар чиндан ҳам содир бўлгандек тасаввур қиладилар. Ёлғон гапириш истерикларнинг руҳий ҳолатида устун турувчи ўринни эгалласа, ундаган ҳар хил психопатик шахслар ҳақида боради. Юқорида айтилган атамаларни билдириш учун «патологик тўқима», «лақаб қўйиш», «мифоман» синонимлари таклиф қилинган.

Беморлардан бири 17 ёшдаги ўқувчи қизга мактабга бир кун ийидаги қуёнларни совға қилишини айтди. Бир неча кун мактабда қуёнлар учун бурчак ва қафаслар тайёрлашади, сўнг маълум бўлдики, унинг ийида ҳеч қандай қуён йўқ экан. Кейинги сафар у милицияга арз қилиб, унинг бобоси порнографик суратлар қоллекцияси билан шуғулланишини маълум қилди. Тегириув оқибатида маълум бўлдики, қизчанинг арзи уйлаб чиқарилган уйдирма экан. Бундай патологик уйдирмалардан бе морлар ҳайратда қолмайди, 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 ўлдиришга 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, маъна 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 ҳаётни бир томонлама тушунади, баъзи истериклар ҳиссиёт билан чулғаб олинади, бошқа нарсани сезмайди. Юқорида кўрсатилган психопатлар шакли (уйғотувчи астениклар, психоастениклар, истериклар) психиатрлар назорати остидаги психопатик шахсларнинг фақатгина 80% ини ташкил этади. Қолган қисми ушбу касалликнинг дифференциаллашган шакллари ҳисобланади. Бошқаларга қараганда кўпинча параноял руҳий хаста ва барқарор руҳий хаста шахслар гуруҳига киради. Параноял руҳий хаста шахслар касбга ишқибоз ва қимматбаҳо гоъли ҳарактерга эга. Параноял руҳий хасталик ҳамма шаклдаги руҳий хасталарда учрайди. Юқори гоъ паранатеал гуруҳидаги руҳий хастага узига хос тарзда бирикади. Бу бирикмалар: эгоцентризм—юқори баҳо, ишончсизлик, қисқа фикрли ва бир томонлама ўйлаш, қисқа пластикликлардан иборат.

Истериклар аксарият ҳолларда қайсар шахслар, баъзан қўпол бўладилар, ҳар бир имсонга ёмонликни раво кўрадилар, ўзларидан оғайнилари­нинг кўнглини қолдирадилар. Улар билан узоқ суҳбатлашиб бўлмайди. Уларда тўхтовсиз жанжаллашиш, душманларга қарши курашиш қобилияти ўта ривожланган. Тутуриқсиз руҳий хаста шахслар қизиққонлик хусусиятига эга. Улар мустақилликдан маҳрум ва фақат бировларнинг таъсироти остида бўладилар. Улар гумонли тўдага тез қўшилиб, уларнинг бошлигига тез буйин эгадилар, уларнинг сўзидан чиқмайдилар.

Патологик одамовилар (шизоид шахслар) одамларга ара­лашмаслиги, атроф-муҳитга бефарқлиги, фақат ўзи билан овралиги ажралиб туради. Одамовилик ҳар хил манбаларга эга ва шунинг учун психопатиялар алоҳида гуруҳ чегараланиши учун етарли ҳисобланмайди. Патологик одамовиларнинг бир қисми кўпроқ уятчан астеник шахслар бўлади, бир қисми эса шизофренияли беморларга ўхшаш бўлиши мумкин.

СЕКСУАЛ ПСИХОПАТИЯЛАР

Психосексуал бузилишлар ёки сексуал бузилишлар, психик бузилишлар гуруҳига кириб, жинсий идентификация бузилиши, парафилияни, сексуал дисфункцияни ўз ичига олади. Сексуал бузилишлар ўз ичига қалб ва танани - психологик ва физиологик омиллар орқали баланслаштиради. Шу соҳа мутухассислари ҳозирги кунда сексуал атамасини эмас, балки психосексуал атамасини татбиқ қилмоқдалар.

Жинсий шахс идентификация бузилиши - бу субъектнинг қайси жинсга тааллуқли эканлигини аниқлашидир (мен - эркак ёки мен - аёл). Жинсий шахс идентификацисини ижтимоий кўриниш бўлиб, бунда аёл ва эркак жинсий типининг ҳуқуқий кўриниши асосий роль ўйнайди.

Эротоманларда жинсий ҳаёт уларнинг эмоциясига боғлиқ ва ҳаётгий кўрсатмалар бўйича асосий аҳамиятга эга. Эротомания у ёки бу даражада деярли барча сексуал психопатларга хос, жинсий ҳаёт эса уларда бузилибгина қолмай, балки улар психикасида асосий жиҳатга айланиб қолган бўлади.

Сексуал масалаларга юқори даражада эътиборни жалб қилиш онанизмда ҳам кузатилади. Онанизм касаллик ҳисобланмайди, у ёмон одатга ки­ради ва у асосой ёмон ёшларда учра йди, бу уларда кейинчалик невроз ривожланишининг манбаи бўлиб қолади. Онанизм клиник хасталикнинг шакли бўлиб, жинсий қониқишнинг бу тури бошқа жинсдаги шахслар билан (аутоэротизм, нарцизм) яқинлик қилиш етарли бўлмаганда кузатилади.

Ҳозирги вақтда сексуал психопатиянинг нисбий генези туғма эмас, балки орттирилган патология эканлигини билиш ке рақ.

Транссексуализм - жинсий шахс идентификацисининг бузилиши. Бунинг асосида биологик жинснинг ва биологик шахс идентификациясининг бир-бирига мос келмаслиги ётади. Транссексуалист (яъни транссексуалист) ўзини ўз танасининг асири деб ҳисоблайди, яъни ўз жинсий хусусиятини ўз жинсига мос эмас деб билади. Кўпчилик транссексуалистлар эркак жинсига мансубдир, лекин ўзларини аёл деб ҳисоблайди ва ўзларини генеталиясини ва эркаклик хусусиятини жирканч деб ҳисоблайдилар. Улар шифокорларга жарроҳлик йўллари билан ўз таналарини аёлларникига ўхшатишни сўраб мурожаат қиладилар. Транссексуалистлар таркибининг 30% га яқининги аёллар ташкил қилади, яъни улар эркак бўлишни хоҳлашади. Транссексуалистлар кийинишда ҳам ўз жинсига қарама - қарши жинс кийимларини кийишни хоҳлашади.

Гомосексуализм - бу жинсий шахс идентификацисининг бузилиши деб қараларди.

Баъзи мутахассислар буни психик касаллик деб ҳисоблашмайди. Этиологияси ноаниқ. Олимларнинг аниқлашича, гомосексуализм ҳомила она қорнидалигидаёқ маълум бир программалар орқали мияга сингдирилади. Баъзи олимлар эса буни чапақайлик билан боғлайди. Шу хусусияти билан гомосексуалистлар, гетеросексуалистларга ўхшаш бўлади.

Парафилия (*лотинчадан таржима қилганда севги ёнида деган маънони беради*). Жинсий майл объектнинг ўзгариши деб ҳисобланади, бунда жинсий қўзғалиш бирор объект ёки предметга нисбатан қўзғатилади, гарчи у предметлар жинсий қўзғалиш чақирмаса ҳам. Парафилия кўпинча эркакларда кузатилади. Аёлларда бунинг садизм ва мазохизм турлари учрайди. Баъзида хоҳлаётган мавзуга нисбатан фантазияни кузатиш мумкин. Парафилия таркибига фетишизм, педофилия, трансвестизм, вуаеризм, жинсий мазохизм ва жинсий садизм киради.

Фетишизм - жонсиз объектларга нисбатан жинсий қўзғалишнинг юзага келишидир. Фетиш ўз партнёри билан жинсий алоқа қилиши мумкин. Фетиш кўпинча аёлларнинг ички кийими ва пойафзалидан жинсий қўзғалиш учун фойдаланади. Агар, фетиш партнёри билан жинсий алоқага киришган бўлса, бу фақатгина эротик қўзғалишни талаб қилади.

Трансвестизм - бу гетеросексуал эркекнинг аёл кийимларини кийиши орқали жинсий қўзғалиш ҳосил қилишидир. Бунда учқур жинсий қониқиш ҳиссини туяди. Шунга қарамасдан бундай бемор уларнинг турмуши бахтли кечиши мумкин, агарда турмуш уртоғи шу эркекни тушунса. Агарда турмуш уртоғи бундан нафратланса трансвестист эркек ўзини айбдор сезади ва уялади натижада ҳаёти ўлим билан тугаши мумкин.

Педофилия - бун вояга етмаганлар билан жинсий алоқа қилишидир. Педофиллар уз жинсига мансуб шахсларни танлашади, баъзи ҳолларда аксинча бўлиши мумкин. Гетеросексуал педофиллар 8-10 ёшли қизчаларни ёқтиришади. Гомосексуал педофиллар нисбатан каттарок ёшдаги болаларни ёқтиришади. Криминал жинсий актларнинг асосини ёш болаларни зўрлаш ташкил этади.

Эксгибиционизм—бошқа жинс олдида жинсий аъзоларини жамоага очиб кўрсатиш бўлиб, у аксарият ҳолларда онанизм билан кечади.

Бунда жинсий қўзғалиш нотаниш шахсларга нисбатан кузатилади. Жинс қоидаларни бузганлиги учун қулга олинган эркекларнинг 30% га яқинини — эксгибиционизм - ташкил этади.

Ҳар доим бунда жабрланувчилар аёллар ҳисобланишади.

Вуайеризм - бунда жинсий қўзғалиш ечинаётган кишига, жинсий алоқа қилаётган кимсаларга нисбатан уйғонади. Бундай бузилишни ўсмирлик даврида кузатишимиз мумкин. Лекин кўпчилик ўсмирлар бунга берилиб кетишмайди. Вуайеристлар кўпинча шундай воқеаларни кўришни хошлашади.

Сексуал мазохизм - кам учрайдиган ҳодиса бўлиб, жинсий алоқа қилаётган шахс ўзини жисмоний азоблашларини тастайди ёки шу нарсаларни реал қабул қилиш орқали жинсий қўзғалиш ҳосил қилади. Қачонки мазохистик кўринишлар кам тарқалган бўлса мазохистик фантазиялар юзага чиқади. Баъзида бу ҳолатлар ўлимга ҳам олиб келади.

Сексуал садизм - жинсий партнёрга нисбатан жисмоний ёки психологик азоб бериш орқали жинсий қўзғалиш ва оргазм юзага келишидир. Бундай индивидда ҳар доим фантазиялар аниқланади, шу йўл билан жинсий қониқиш ҳосил қилинади. Кўпчилик зўрловчилар садист ҳисобланмайди, лекин шундай садистлар борки, зўрланувчига нисбатан кучли азоб беришади. Натижада улар қотил -манъякларга айланишади, уларга фақат қўлида ўлган шахсийга жинсий қониқиш ҳиссини беради.

Жинсий алоқадан қониқиш хоҳишини юзага келишига боғлиқ бўлиб, унинг асосида жинсий алоқага тайёргарлик юзага келади. Тўлиқ кўзғалиш эркакларда эрекция билан, аёлларда оргазм ва қиннинг намланиши ва шишиши билан белгиланади. Сексуал дисфукция рефлектор сексуал циклнинг бузилиши билан боғлиқдир. Уларни асосида МНСдаги бузилишлар, ҳамда гормонал, қон томир бузилишлари ва неврологик бузилишлар ётади.

Сексуалдисфукция. Ҳаёт давомида юзага келиши (бирламчи) ёк и нормал фаолият даврида (иккиламчи) пайдо бўлиши мумкин. Улар умумий ва чегараланган (аниқ воқеада аниқ шахслар билан) бўлади. Бундан ташқари тотал ёки бўлакли бўлади. Дисфукциянинг психологик сабаблари: партнёрни кўра олмаслик; яқинликлдан қўрқиш; воқеага нисбатан бошқарувчанликни йўқотиш; ҳомиладорлик; айбдорлик ҳисси; оилавий келишмовчиликлар; ҳаётнинг стрессли воқеалари; қарилик ёки малакасизлик. Ушбу мавжуд омадсиз омиллардан кейин дисфукция ривожланади.

Жинсий мойилликнинг пасайиши - даврий ёки доимий сексуал фантазиялар йўқолиши ёки суслуги туфайли эркак ва аёл ўртасида юзага келади. Жинсий мойиллик - психосоматик жараён бўлиб, асосида бош мия фаолиятти ва ўз ичига сексуал мотивацияни олган психологик тузилмалар ётади. Бунинг сабаблари депрессия, оиладаги келишмовчиликлар гормонал факторалар ёки нейрхимик факторлар бўлиши мумкин. Бундан ташқари психостимулловчи препаратлар ёки гипотензив дори воситлари ҳам жинсий мойилликни сусайтиради. Бундай ножўя бузилишлар аёллар орасида кўп учрайди ва эркаклар ўртасида кам тарқалган.

Жинсий мойилликнинг бутунлай йўқотилиши жинсий ҳаётдан қочишга яъни доимий ёки даврий равишда жинсий актдан қочиш билан юзага келади. Агарда ёшликда жинсий травма олинган бўлса жинсий мойилликнинг йўқотилиши бутун умр давомида кузатилиши мумкин. Баъзи индивидларда жинсий алоқа пайтида жинсий алоқа билан боғлиқ кучли хавотир ва қўрқув юзага келади.

Жинсий кўзғалишнинг бузилиши асосан эркакларда (импотенция ёки эрекция дисфукцияси) нормал жинсий алоқадан ўзлари хоҳлагандай қониқиш олмаслик туфайли келиб чиқади. Бундай ҳолларда 25% эркаклар жинсий алоқани охиригача етказа олмайдилар. Бирламчи, бутун ҳаёт давомида юзага

келувчи жинсий кўзғалишнинг бузилиши, импотенция омиллари билан боғлиқ 50% га яқин иккиламчи бузилишлар психик омиллар билан боғлиқ- эрекциянинг бузилиши ситуацион, жой билан боғлиқ, танланган партнёр, субъектив ҳиссиётлар зарарланиши ёки ўзига баҳо беришнинг пасайиши билан боғлиқ ташқи омилларни асосан қандли диабетни ўз ичига олади. Импотенция қон босими паст эркакларда ва гипотензив дори воситалари ҳамда антидепрессантлар қабул килувчиларда кузатилиши мумкин.

Оргазм ва жинсий кўзғалишнинг пасайиши аёлларда қуйидаги психик омиллар - оилавий келишмовчиликлар эмоционал келишмовчиликлар, жинсий алоқани гуноҳ деб билиш туфайли юзага келади.

Оргазмнинг босим остидалиги кўпинча кам учровчи бузилиш ҳисобланади, сексотерапия амалиётида 5-10% ҳолатларда учрайди. Бундай бузилишларда интраванилар эякуляция юз бермайди.

Эякуляциянинг барвақтлиги кам учрайдиган ҳодиса бўлиб, эркакларда доимий ёки даврий эякуляция эркаклик жинсий аъзосини қинга кирган пайтида ёки кирмасидан олдин юз беради. Эякуляциянинг барвақтлиги ўсмирлар орасида кенг тарқалган, 15% ини катта ёшдаги эркаклар ташкил этади.

Диспареуния - жинсий алоқа пайтидаги оғриқ. Бу ҳолат эркаклар орасида кам учрайди, асосан аёллар орасида кенг тарқалган. Диспареуния психоген бўлиши мумкин, асосан кучли жисмоний сабаблар туфайли юзага келади. Баъзида махаллий, масалан туғруқ чандиқдари, яллиғланиш касалликлари, вагинит ва эндометриоз туфайли юзага келади. Агар оғриқ доимийлик касб этган бўлса, қин спазми (қин пастки қисми мускулларининг рефлексор қисқариши ёки вагинизм) эркаклик жинсий аъзоси қинга кириши пайтида ҳушсиз хоҳиш туфайли юзага келади.

Сексуал дисфункцияни даволаш. Терапия одатда турли хил кўринишларда ва бошқа психотерапевтик методлар орқали ўтказилади. Сабабчи бўлган патологик физик омилларни йўқотиш - коррекциялар усули ҳам қўлланилади. Дисфункция сабабини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга у психологикми ёки физиологикми? Баъзида иккала омил қўшилиб келади, натижада беморнинг жисмоний ҳолати ва психик ҳолатига мос равишда самарали терапия ўтказилиши шарт.

Психопатиялар мавзусига оид вазиятли масалалар:

1. Бемор 38 ёшда, яккаю-ягона қизининг ўлимидан сўнг овқат емайди ва ухламайди. Хайрлашув хатларини ёзади. Қизига етарли меҳр қўймаганликда ўзини айблади, қизининг овозини эшитади ва тимсолини кўради, унинг ўлимига ишонмайди, мазорга бориб, қизини қазиб олишни сўрайди. Қизининг ўлимини англагач, суицидал ҳаракатлар қилган. Асосий руҳий бузилишни кўрсатинг.

2. Бемор 27 ёшда, қайнонасининг танбеҳидан сўнг кучли йиғлаган, қўлида титрок “акушер кули”, юрагида оғриқлар пайдо бўлган. Тез ёрдам шифокори томонидан аналгин, димедрол инъекцияси (мушак ораси) қилингандан сўнг аҳволи яхшиланган. Руҳий бузилишни кўрсатинг.

3. Бемор 32 ёшда, уйланган, хусусий корхона бошлиғи, ревизия натижасида молиявий ҳужжатларда камчиликлар аниқланган, суд бўлиши мумкин. Бемор тўсатдан ўзини йўқотади, саволларга тушунмай жавоб беради, нутқида ёш болага хослик, ўзини ёш боладек тутаяди. Ҳотира ва ақлини йўқотган кишига ўхшайди. Руҳий бузилишни кўрсатинг.

4. Бемор С., 27 ёшда, турмушга чиқмаган, бухгалтер. Преморбид фонда ўз ишига масъулиятли, хавотирга берилувчан. Холасининг онкологик касалликдан вафот этишини оғир ўтказди. Озиб кетган, эпигастрия соҳасида оғриққа шикоят қилади, шифокорма-шифокор юради, текширувларда патология аниқланмайди, аҳволи оғирлашиб бормоқда. Ўзида рак касаллиги борлигига имони комил. Кечалари ухламайди, кайфияти тушган, фикрини ўзгартирмайди. Асосий руҳий бузилишни кўрсатинг.

“Психопатиялар. Шахс муаммолари.” мавзуси бўйича саволлар мажмуаси

1. Психопатия турларини санаб беринг.

2. “Психопатия” ташхисини қўйишнинг мезонларини кўрсатинг.

3. Шахс шаклланишига таъсир этувчи омиллар.

4. Акцентуациянинг психопатиядан фарқи нимада?

5. Шизоид турдаги психопатиянинг асосий белгиларини санаб беринг.

6. Психоастеник турдаги психопатиянинг асосий белгиларини санаб беринг.

7. Эпилептоид турдаги психопатиянинг асосий белгиларини санаб беринг.

8. Қўзғалувчан турдаги психопатиянинг асосий белгиларини санаб беринг.

9. Астеник турдаги психопатиянинг асосий белгиларини санаб беринг.

10. Истероид(истерикасимон) турдаги психопатиянинг асосий белгиларини санаб беринг.

11. Параноял турдаги психопатиянинг асосий белгиларини санаб беринг.

12. Нотурғун турдаги психопатиянинг асосий белгиларини санаб беринг.

Психопатиялар мавзусига оид тест саволлари

1. Психопатия бу:

- * идрок бузилиши;
- * динамик стабил кечувчи патологик ҳолат;
- * шахс аномалияси;
- * интеллект бузилиши;
- * алкоголь интоксикацияси натижасидаги бузилиш.

2. Психопатияга хос:

- * галлюцинация;
- * васваса;
- * хотира бузилиш;
- * шахс аномалияси;
- * характер патологик хусусиятининг ялпилиги.

3. Психопатиянинг нотурғун турига хос:

- * ишонувчанлик;
- * бўшанглик;
- * ирода бўшлиги;
- * аутизм;
- * ўта тартибсеварлик;
- * таъсирчанлик.

4. Психопатиянинг шизоид турига хос:

- * аскарликка интилиш;
- * сермулоҳазалик;
- * одамовилик;
- * тажанглик;
- * атрофдагилар билан мулоқатнинг қийинлиги;
- * интравертлик.

5. Психопатияга хос:
 - * ақл бузилиши;
 - * ҳис—туйғу соҳаси дисгармонияси;
 - * ирода соҳаси дисгармонияси;
 - * галлюцинациялар;
 - * ҳамма бузилишларнинг турғун бўлиши;
 - * адаптация бузилиши.
6. Психопатиянинг клиник белгиси:
 - * характер патологик хусусиятининг ялпилиги;
 - * фикрлашнинг қўпол бузилиши;
 - * меҳнат қобилиятининг бузилиши;
 - * деменция;
 - * дефект ривожланиши.
7. Психопатияга қандай бузилиш хос:
 - * васваса;
 - * хулқ бузилиши;
 - * идрок бузилишлари;
 - * хотира бузилиши;
 - * шахс аномалияси.
8. Психопатияга нима хос:
 - * галлюцинация;
 - * деменция;
 - * васваса;
 - * шахс аномалияси;
 - * характер патологик хусусиятининг ялпилиги.
9. Психопатия турига киради:
 - * невротик;
 - * қўзғалувчан;
 - * нотурғун;
 - * истерик;
 - * парафреник;
 - * параноид.

28-БОБ ОЛИГОФРЕНИЯ

Болалардаги хилма-хил руҳий-неврологик ўзгаришлар ичида туғма ақли заифлик—олигофрения (грекчадан—oligofrenus, ақли камлик, заифлик: oligo — кам, frenus — ақл). «Олигофрения» атамаси биринчи марта немис руҳшуноси Крепелин томонидан 1915 йилда таклиф этилган.

«Олигофрения» (туғма ақл заифлиги) тушунчасини «деменция» (бош мия жароҳати, энцефалит, тутқаноқ каби касалликлар туфайли орттирилган ақли заифлик) тушунчаси билан аралаштириб юбормаслик зарур. Олигофренияда зехннинг пастлиги (баъзи ҳолларда нафақат руҳий етишмовчилик, балки умуман тана аъзоларининг яхши ривожланмаганлиги) болаликда қайд этилади, деменцияда беморлар олдин мавжуд бўлган зехндан маҳрум 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. Бундай болалар асосан оғир жисмоний етишмовчилик билан туғилади. Ақли заифлик туфайли улар атроф-муҳитда мўлжал олмайдилар, ўз ота-оналарини танимайдилар, уларга нисбатан ҳеч қандай қизиқиш намоён қилмайдилар.

Идиотиянинг 2 та тури фарқланади: эретик ва торпид. Олигофрениянинг эретик идиотия турига мубтало бўлганлар доим ҳаяжонланган, дарғазаб, бақироқ бўладилар. Торпид турида улар, аксинча, тормозланган бўлиб, деярли доим уйқуда бўлади. Ташқи таъсирга ланж, суст жавоб берадилар. Бундай беморларни бирорта ҳунарга ўргатиш муваффақиятсизлик билан тугайди.

Имбециллик—ўртача даражадаги ақли заифлик ҳисобланади. Бу кўринишда нутқ ёмон ривожланган бўлади: фикрлаш жуда сийрак бўлиб сўз бойлиги 20—30 тадан 200—300 та гача сўзни ташкил 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 овқатланишни урганишлари, 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. Ташқи вазиятнинг ва шароитнинг ўзгариши имбецил беморларда саросималик ва ноиложликни келтириб чиқаради. Лекин уларнинг ҳиссиёти идиотияга нисбатан ривожланган бўлади. Имбециллар ўз қариндошларини танийдилар, уларга меҳрибон бўладилар, қўрқув нималигини биладилар, улар асоциал ҳаракатларга мойил бўлишлари, одамларга, жисмоний заиф болаларга, қариндошларга нисбатан тажовузкор бўлишлари мумкин.

Дебиллик—олигофрениянинг энгил кўриниши. Дебиллар етарлича сўз бойлигига эга бўладилар, улар махсус ёрдамчи мактабларни ёки бошланғич синфларни тамомлашлари, ўқиш, ёзишни ўрганишлари мумкин. Лекин уларнинг фикрида аниқлик, бир турлилик, кам унумлилик устун бўлади: абстракт фикрлаш ёмон ривожланган бўлади, бу эса мақолларнинг мазмунини тушунтириб бераётганларида, тушунчаларни умумлаштиришда, бош бўлақларни иккиламчи бўлақлардан 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 қатъийлик кузатилиши мумкин.

Ақли заифлик даражасига қараб яққол ривожланган, ўрта ва энгил дебиллик фарқланади. Охиргиси меъърий 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 зеҳни пастликнинг энгил туридир. Бунда бир хиллик, мулоҳазадаги янглишиш, атрофдаги воқеаларни англаш қобилияти бўлмаслиги, такаббурлик, эзмалик, кам маълум бўлган мавзу-

лар ҳақида мулоҳаза юритиш, нутқида тушунарсиз ибораларни қўллаш кайд қилинади.

Олигофрения турлари

Тугма ақли заифлик турлича клиник аломатлар кўринишида намоён бўлади ва турли хил этиология ва патогенез билан характерланади. Шунинг учун олигофрениянинг турлари кўпчилик белгиларга: клиник, рухий, морфологик, физиологик ва бошқа белгиларга асосланади. Бизнинг фикримизча, олигофрениянинг асосида уни келтириб чиқарувчи сабаблар ётган тури энг маъқулдир.

Олигофрения касаллиги мустақил нозологик birlik хисобланади. Унга ирсий тузилишнинг ўзгариши ва асосан ген мутациялари натижасида келиб чиқадиган ўзгаришлар сабаб бўлади.

Олигофрениянинг шундай тури борки, у ирсий омиллар билан боғлиқ бўлиб, улар ген патологиясидан юзага келгани каби, хромосомалар патологияси ҳамдир.

Биринчисига: микроцефалия, фенилкетонурия, галактоземия ва бошқалар мисол бўлади.

Микроцефалияга—бош суяги чокларининг барвақт битиши хосдир. Бош суягининг кичик ўлчамлари (кичкина бош) ривожланишининг кечикиши билан боғланади. Микроцефалларнинг пешона бўлаги кам ривожланган, катта ярим шарлар пўстлоғидаги эгатчалар ноаниқ бўлади. Ташқи кўринишидан шуни билиш мумкинки, бош суягининг юз қисми мия қисмидан устунроқ бўлади. Микроцефалларнинг зеҳни паст, ақли заифлиги идиотия ёки имбециллик даражасида бўлади.

Фенилкетонурияда олигофрениянинг энзимопатия турларидан бири юзага келади. У ферментлар етишмовчилигидан келиб чиқадиган модда алмашинувиининг ирсий ўзгаришларига асосланади. Касаллик 3—8 ойликда сочининг, кўз донадор пардасининг рангсизланиши (меланин етишмовчилигидан беморларда соч ва тери рангсиз, кўз кўкимтир бўлади), сийдик ва терга хос ҳид, экссудатив диатез билан бошланади. Касаллик этиологияси жигарда ҳосил бўлувчи оксидловчи фермент—фенилаланигидроксилаза фаоллигининг пасайиши туфайли фенилаланиннинг тирозинга айланишининг бузилиши билан боғлиқ. Шунинг учун беморларга ҳаётининг 1-ойидан бошлаб, 5—8 йил давомида фенилаланини бўлмаган махсус парҳез буюрилади. Боланинг овқатидан гўшт, балиқ, тухум, нон, печенье, қўзиқорин,

ёнгоқ пишлоқ умуман чиқариб ташланади. Парҳезда углеводлар, ёғлар бўлиши ва хилма-хил мева-сабзавотлардан ташкил топиши керак. Иложи борича она сути билан боқишни давом эттириш керак. Кўрсатилган парҳез билан даволаш зехн пасайишининг олдини олади. Даволанмаган ҳолларда ақли заифлик жуда чуқурлашиб кетади.

Ушбу касаллик ташхиси бола ҳаётининг 1-кунларида қонда фенилаланиннинг кўпайиб кетиши (1—2% ўрнига 60% гача ортиши) га ва феллии реакциясининг мусбатлиги (сийдик рангининг бир неча томчи темир хлорид қўшилганда яшил рангга кириши)га асосланади.

Танада галактозани 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 ақлипаст, баданлари яхши ривожланмаган, паст буйли бўладилар, қўл-оёқлари калта, териси юпқа, қуруқ бўлади. Уларда артериал гипотония, брадикардия, ичак атонияси кузатилади. Кретинизм қалқонсимон без гормонлари билан даволанади.

Хромосомалар касаллигига хромосомалар сонининг 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. «Лекин 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 сийрак майда, бурун кичкина, пучуқ, юқори лаб калин, юз қизил, бош ўлчамлари кичраган, энса қисми силлиқлашган, бармоқлари калта ва йўғон бўлади. Беморларда ўрта даражада ақли заифлик (имбециллик, дебилизм) 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 эркекларда учрайди. Бунда уларнинг хужайраларида одатдаги ХУхромосомалардан ташқари, ортиқча Х хромосома пайдо бўлади. Улар сони 1 та, 2 та ва ундан кўп бўлиши мумкин. Бундай беморларда баланд бўй, узун қўл-оёқлар, евнухоидизм, паст зеҳн, одатда, бепуштлиқ кузатилади. Лекин ақли заифлик даражаси ортиқча Х хромосомалар сонига боғлиқ эмас. Авлодида 5 та ортиқча 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 хужайрасида инсонларга хос 46 та Х хромосома ўрнига 45 та хромосома бўлади. Бундай касаллик билан оғриган аёлларда жинсий ривожланиш секин боради, уларга паст бўйлик 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, қизилча, сурункали инфекция ва бошқалар) натижасида юзага келадиган олигофрениялар тез-тез учрайди. Бунда ақли заифлик даражаси турлича: энгил дебилликдан то идиотиягача бўлиши мумкин. Резусга мос 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 қарлик билан бирга экстрапирамид ўзгаришлар ҳам юз беради. Терапевтик мақсадда бола туғилиши билан қонни алмаштириш керак.

Бола туғилишидаги жароҳатлар ёки илк ёшдаги бошдан кечирилган касалликлар натижасида юзага келадиган олигофрениялар ҳам экзоген хусусиятга эга. Улар туғилиши билан ёки ҳаётининг I-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 миyanинг яллиғланиш касалликлари ҳамда резус-келишмовчилик

ҳам бўлиши мумкин. Касалликнинг 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 йўллар билан келиб чиққан зеҳни пастлик турлари билан фарқлашга 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 нутқ нуқсони бор болаларда ҳам кузатилади. Махсус мактабларга бориш дастурларни яхши ўзлаштиришга ёрдам беради. Нутқда 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 педагогик 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 яхшиловчи ва нерв хужайраларининг етилишини тезлаштирувчи ноотроп моддалардан церебролизин, фенотропил, ноофен, луцетам, аминолон (гамма-

лон), ноотропил (пироцетам), пиридитол (энцефабол), пантогам каби дориларни қўллаш мумкин. Буларга қўшимча глютамин кислота ва В гуруҳига кирувчи витаминлар тавсия қилинади. Бош чалоғи ички босими ошганлигини кўрсатадиган белгилар кузатилганда, сувсизлантириш давоси олиб борилади. Психомотор қўзғалишларда транквилизаторлар (элениум, седуксен, мепробамат) ва нейролептик моддалар (аминазин, тизерцин, неулептил ва бошқлар) атипик нейролептиклардан (риспаксол, кветилепт, нопрения, зипрекс) 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 парваришlash ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Олигофрения мавзусига оид вазиятли масала.

Бемор К. 17 ёшда, кўп болали оилада 5-чи фарзанд бўлиб туғилган. Отаси спиртли ичимликлар истеъмол қилади. 2 ёшдан юрган ва 4 ёшдан гапирган. Ўқиш ва ёзишни билмайди, конкрет фикрлайди, мақол ва масалларни тушунмайди, гаплари тушунарсиз, сўз бойлиги 200—300 та гача сўзни ташкил этади. Хонани тозалаш, кир ювиш, мустақил овқатланишни билади. Синдромал ташхис?

Жавоб: Олигофрения, имбециллик даражаси.

Олигофрения мавзусига оид амалий кўникмалар.

Психоорганик ва интелект патологияси бор беморлар билан профессионал сўров ўтказиш бўйича УАШ кўникмаси.

Тадбир

- Профессионал кўрув ўз ичига беморнинг ташқи кўриниши, хулқ-атвор ва бошқа новербал коммуникацияларни олади;

- Бемор ва унинг қариндошларидан маълумотлар йиғиш уларни бир биридан алоҳида ҳолда ўтказилади.

- Сўров оддий ва босқичма-босқич саволлардан иборат бўлиб, орасида паузалар бўлиши лозим;

- Сўровнинг шакли хушмуомала тарзда, буюрувчи ва директив оҳангдан йироқ ва максимал хайрихоҳлик намоён қилган ҳолда ўтказилиши лозим;

• Сўров ўтказишда, ҳатто суҳбат қисқа бўлиши кутилганда ҳам шошилмаслик лозим;

Сўровни ўтказишда шифокор раҳбарлик қилади;

• Жавобларни объективлаштириш учун шифокор уни ҳаётдаги мисоллар билан конкретлаштиради;

• Сўровда биринчи саволлар очиқ тарзда, кейингилари ёпиқ шаклда, беморнинг нутқидаги сўз ва ибораларини қўллаган ҳолда ўтказилиши лозим;

• Беморнинг ҳолатини тушуниш босқичида шифокор «илҳомлантирувчи» саволлар бериб, беморнинг кўпроқ ишончини қозониши ва янада очиқроқ муомалага киришишига эришмоғи лозим;

• Шифокор сўровни нисбатан оптимистик оҳонгда тугатиши зарур.

Олигофрения мавзусига оид саволлар.

1. Олигофрения сабаблари.

2. Олигофрения даражалари.

3. Дебиллик даражасидаги олигофрения учун нима характерли?

4. Имбециллик даражасидаги олигофрения учун нима характерли?

5. Идиотия даражасидаги олигофрения учун нима характерли?

6. Қандай нозологияларда лакунар ақли заифлик учрайди?

7. Қандай нозологияларда тотал ақли заифлик учрайди?

8. Лакунар деменцияга хос жиҳатларни айтинг.

9. Тотал деменцияга хос жиҳатлар нималардан иборат?

10. Тотал деменциянинг сабаблари қанақа?

11. Лакунар деменциянинг сабаблари ва профилактикаси нималардан иборат?

Олигофрения мавзусига оид тест саволлари

1. Олигофрения даражалари:

* имбециллик;

* идиотия;

* шизофрения;

* МДП;

* кретинизм;

* дебиллик.

2. Идиотия бу:

- * чукур ақли пастлик;
- * ўрта даражадаги психик ривожланмаслик;
- * енгил психик ривожланмаслик;
- * ўзига хизмат қила олмайди;
- * примитив инстинктлар сақланган.

3. Дебиллик бу:

- * енгил психик ривожланмаслик;
- * чукур ақли пастлик;
- * ўрта даражадаги психик ривожланмаслик;
- * механиқ хотира сақланган;
- * оддий қўл меҳнاتини қилиши мумкин.

4. Олигофрениянинг хромосом касалликларда учраши:

- * Даун;
- * Клайнфелтер касаллиги;
- * туғма сифилис;
- * микроцефалия;
- * токсоплазмоз;
- * Шершевский -Тернер синдроми.

5. Идиотия шакллари:

- * эретик;
- * торпид;
- * оғир;
- * енгил;
- * барчаси нотўғри.

АДАБИЁТЛАР:

1. Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. Психический аспект геронтологии и гериатрии. — Л.: Медицина, 1969. -284б.
2. Авруцкий Г. Я. Неотложная помощь в психиатрии. Москва. Медицина 1979 й.
3. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: *Руководство для врачей. М: Медицина, 1988.
4. Александровский Ю.А. Пограничные нервно— психические расстройства: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1993.
5. Банщиков В.М., Короленко Ц.П., Давыдов И.В. Общая психопатология. М.: 1— й МММ им. И.М. Сеченова, 1971.
6. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. М.: Репринт, 1993.
7. Блейхер В.М. Расстройства мышления. Киев: Здоровье, 1983.
8. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж: МО ДЭК.
9. Болдырев А.И Эпилепсия у взрослых. М.: Медицина, 1984.
10. Васильченко Г. С. Общая сексопатология: Руководство для врачей, 1977.
11. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Тивак М.Е. Общая психопатология. Ростов н/Д.: Феникс, 1998.
12. Бухановский А.О., Кутлявин Ю.А. Литвак М.Е. Общая психопатология. 2003 г.
13. Гиляровский В. А. Психиатрия. М.— Л.: Гос. изд. биол. и мед. литры, 1954.
14. Годфруа Ж. Что такое психология. Т. 1— 2. М.: Мир, 1992.

15. Груле Г., Юнг К, Майер– Гросс В. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1967.
16. Гуревич М.О. Психиатрия. М.: Медгиз, 1949.
17. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н. Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга. М.: Медицина, 1977.
18. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия. М.: Медицина, 2000.
19. Жмуров В.А. Общая психопатология. Иркутск: Изд-во Иркутского университета, 1986.
20. Зейгарник В.В. Патопсихология. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986.
21. Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. М., 1952.
22. Каган В.Е. Аутизм у детей. Л.: Медицина, 1981.
23. Катан Г.И., Сэдок БД. Клиническая психиатрия. Т. 1,2. М.: Медицина, 1994.
24. Коркина М.В.ва бошқ. Психиатрия. М. 2006 й.
25. Кон И. Введение в сексологию. М.: Медицина, 1988.
26. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1979.
27. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985.
28. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1985.
29. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов НА. Ритмологические и экологические исследования психических заболеваний. Киев: Здоровье, 1985.
30. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А. Этология в психиатрии. Киев: Здоровье, 1990.
31. Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов. М., 1912—1920.

32. Кречмер Э. Строение тела и характер. М.: Педагогика, 1995.
33. Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев: Выща школа.
34. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983.
35. Меграбян А.А. Общая психопатология. М.: Медицина, 1972.
36. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: Оверлайд, 1994; Симферополь: Сонат, Версия КРАППП, 1998.
37. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: МедПресс, 1999.
38. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1– 2. М.: Медицина.
39. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. РСФСР— Бурлин, 1923.
40. Полищук И.А. Шизофрения. Киев: Здоровье, 1976.
41. Попов Ю.В., Буд В.Д. Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро, 1997.
42. Рыбальский М.И. Иллюзии и галлюцинации. Баку, 1983.
43. Самохвалов В.П. История души и эволюция помешательства. Сургут: Северный дом, 1995.
44. Самохвалов В.П., Мельников В.А., Коробов А.А. Психиатрия, психология, психотерапия, психоанализ: Конспект лекций. Симферополь: Сонат, 1996.
45. Самохвалов В.П. Психический мир будущего. Симферополь: КИТ, 1998.
46. Самохвалов В.П. Краткий курс психиатрии. Симферополь: Сонат, 2000.

47. Самохвалов В.П. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов. Симферополь: КИТ, 2002.
48. Самохвалов В.П. Психиатрия. Москва, Практика. 2007 г.
49. Сараджишвили П.М., Геладзе Т.Ш. Эпилепсия. М.: Медицина, 1977.
50. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1– 2. М.: Медицина.
51. Справочник по психиатрии. М.: Медицина, 1985.
52. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медгиз, 1974.
53. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. Т. 1– 2. М.: Медицина, 1999.
54. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973.
55. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. М.: Медицина, 1989.
56. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Роберте Д.Х., Хайман СЕ. Наркология. СПб.: Бином, Невский диалект, 1998.
57. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. СПб.: Лань, 1998.
58. Шейдер Р. Психиатрия. М.: Практика, 1998.
59. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977.
60. Энтин Г.М., Крылов Е.Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний Т. 1 – 2. М, 1994.
61. Эфроимсон В.П., Блюмина М.Г. Генетика олигофрении, психозов, эпилепсии. М.: Медицина, 1978.
62. Якубик А. Истерия: методология, теория, психопатология. М.: Медицина, 1982.
63. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997.

МУНДАРИЖА

Иккинчи нашрга сўз боши (кириш).....	3
Кириш.....	4
I–ҚИСМ ПСИХИАТРИЯ ПРОПЕДЕВТИКАСИ.....	6
1-БОБ Психиатриянинг ривожланиш тарихи.....	6
2-БОБ Руҳий касалликларнинг этиологияси ва патогенези.....	18
3-БОБ Руҳий касалликларда беморларни текшириш усуллари.....	23
4-БОБ Руҳий касалликларнинг таснифланиши.....	35
II–ҚИСМ УМУМИЙ ПСИХОПАТОЛОГИЯ.....	40
5-БОБ Идрок этишнинг бузилиши.....	40
6-БОБ Хотира ва унинг бузилиши.....	52
7-БОБ Фикрлаш ва унинг бузилиши.....	65
8-БОБ Ҳиссиёт ирода ва ҳаракат доирасининг бузилиши..	83
9-БОБ Онг бузилишлари.....	100
10-БОБ Руҳий касалликларнинг асосий психопатологик синдромлари.....	110
11-БОБ Психиатрияда даволаш усуллари, психиатрик ва наркологик ёрдамни ташкиллаштириш.....	139
12-БОБ Руҳий касаллар экспертизаси.....	190
III–ҚИСМ ХУСУСИЙ ПСИХИАТРИЯ.....	200
13-БОБ Бош мия шикастланишларида руҳий бузилишлар	200
14-БОБ Алкоголизм ва алкоголь психозлари.....	214
15-БОБ Гиёҳвандлик ва токсикомания.....	228
16-БОБ Заҳарланишга оид руҳий бузилишлар (доривор моддалар, овқат ва саноат маҳсулотлари таъсирида юзага келадиган руҳий ўзгаришлар).....	247
17-БОБ Юқумли касалликларда ва мия инфекцияларида кузатиладиган руҳий бузилишлар.....	250

18-БОБ	Бош мия захми ва ўсиб борувчи фалажликда руҳий бузилишлар.....	273
19-БОБ	Соматик касалликларда руҳий бузилишлар.....	284
20-БОБ	Юрак-томир ва мия томир касалликларида руҳий бузилишлар.....	295
21-БОБ	Инволюцион давр руҳий бузилишлари.....	304
22-БОБ	Қариллик психозлари.....	312
23-БОБ	Тутқаноқ (эпилепсия).....	319
24-БОБ	Шизофрения.....	334
25-БОБ	Маниакал-депрессив психоз.....	351
26-БОБ	Психоген касалликлар. (психогениялар).....	370
27-БОБ	Психопатиялар.....	403
28-БОБ	Олигофрения.....	418
	Адабиётлар.....	427
	Мундарижа.....	431

Психиатрия

Муҳаррир - М.Омонов.
Компютерда саҳифаловчи - В.Попов.
“Меҳридарё” МЧЖ

Босишга рухсат этилди: 4.05.2011. – Бичими: 60x84 ¹/₁₆
Шартли босма табоқ: 27 б.т.

Буюртма: № 13, Алади: 400 нусха.
Баҳоси келишилган нарҳда.
“Меҳридарё” МЧЖ босмаҳонада чоп этилган.
100005, Тошкент, Қўшқўприк кўчаси, 22.