

O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
PSIXIATRIYA VA NARKOLOGIYA KAFEDRASI

Ashurov Zarifjon Sharifovich

PSIXIATRIYA VA NARKOLOGIYADA HAMSHIRALIK ISHI

5510700 - "Oliy hamshiralik ishi"

Toshkent 2019

Psixiatriya va narkologiyada hamshiralik ishi.

Z.Sh.Ashurov

Ushbu darslikliki hamshiralik ishi yoʻnalishining “psixiatriya va narkologiyada hamshiralik ishi” fanining oʻquv dasturiga muvofiq yaratilgan. Unda oʻquv predmetining maqsadi, vazifalari, psixiatriyaning ahloqiy, xuquqiy va tibbiy jihatlari, psixiatrik yordam va ekspertizaning tashqil etilishi, asosiy psixopatologik simptomlarning klinik koʻrinishlari, asosiy psixopatologik buzilishlarning klinik koʻrinishlari, xususiy psixiatriya hamda ruxiy bemorlarning parvarishi xos jihatlari bayon qilingan.

Ushbu darslikdan oliy taʼlimning bakalavriat bosqichi talabalari, magistrantlar, klinik ordinatorlar va ilmiy izlanuvchilar foydalanishlari mumkin.

5510700 - "Oliy hamshiralik ishi"

Retsenzentlar: **Alimov U.X.** - professor, Toshkent Vrachlar Malaka Oshirish Instituti, Psixiatriya va psixoterapiya kafedrasini mudiri
Rahimbaeva G.S. – professor , TTA Nevrologiya kafedrasini mudiri .

MUNDARIJA

MUNDARIJA.....	3
KIRISH.....	5
1-BO`LIM UMUMIY PSIXIATRIYA	
1-BOB. PSIXIATRYANING AHLOQIY, XUQUQIY VA TIBBIY JIHATLARI	8
2-bob PSIXIATRIK YORDAM VA EKSPERTIZANING TASHQILETILISHI	18
3-bob ASOSIY PSIXOPATOLOGIK SIMPTOMLARNING KLINIK KO`RINISHLARI.....	34
4-bob. ASOSIY PSIXOPATOLOGIK BUZILISHLARNING KLINIK KO`RINISHLARI.....	52
2-BO`LIM XUSUSIY PSIXIATRIYA	
1-bob. INFEKTSION VA SOMATIK KASALLIKLARDAGI RUXIY BUZILISHLAR.....	72
2-BOB. QARILIK YOSHIDAGI RUXIY BUZILISHLAR.....	86
3-BOB. EPILEPSIYA.....	93
4-BOB SHIZOFRENIYA.....	100
5-BOB MANIAKAL-DEPRESSIV PSIXOZ.....	121
6-BOB AQLIY ZAIFLIK (OLIGOFRENIYA).....	125
7-BOB. SHAXS BUZILISHLARI.....	137
8-BOB NEVROZLAR VA REAKTIV PSIXOZLAR.....	145
9-BOB PSIXIATRIK VA NARKOLOGIK YORDAMNI TASHQILLASHTIRISH.....	152
10-BOB NARKOLOGIYA.....	162
PRAKTIKUM.....	171
VAZIYATLI MASALALAR.....	188
ILOVA	
Atamalar lug'ati.....	202
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.....	215

KIRISH

Psixiatriya insonning ruhiy faoliyatidagi o`zgarishlarni, ularni oldini olish va davolash masalalarini o`rganadi. "Psixiatriya" atamasi, aslida, grekcha "psixe" - ruh va "iatre" - "davolayman" so`zlaridan tuzilgan bo`lib, tana va ruhni alohida davolash va o`rganish mumkin deb hisoblangan davrlardan buyon qo`llaniladi.

Ruhiy kasalliklar boshqa xastaliklar singari, insoniyat paydo bo`lganidan buen mavjud.

Psixiatriya fan sifatida XVIII asr ohirlarida, psixiatriya bo`yicha dastlabki ilmiy ishlar paydo bo`lgan va ruhiy kasalliklar bosh miya kasalliklari sifatida qarala boshlagan vaqtdan rivojlana boshladi. Psixiatriyaning fan sifatida rivojlanishiga F. Pinel', J. Ýskiol', Ý. Bleyler, Ý. Krepelin, A. Mayer, I.P. Pavlov, I.M. Sechenov, I. M. Balinskiy, I. P. Merjeevskiy, V.M. Bexterev, S. S. Korsakov, V.X. Kandinskiy, V. P. Serbskiy, P. V. Gannushkin, I. V. Kashenko, shuningdek vatanimizning Abu Ali Ibn Sino, Kannabix Yu.V., Preobrajenskiy S.A., Trapeznikov A.V., Blinovskiy Yu.A., Blankfeld A.E., Afanas'ev D.V., Detengoff F.F., Alimov X.A kabi fan namoyondalari o`zlarining katta xissalarini qo`shganlar.

Psixiatriya - jamiyatdagi xukmron mafkuraviy qarashlar o`z ta`sirini o`tkazuvchi fan hisoblanadi.

Ohirgi ikki yuz yil davomida psixiatriya fan sifatida sezilarli rivojlandi. Psixiatriyaning taraqqiyoti natijasida uning alohida tarmoqlari shakllandi: bolalar yoshidagi ruhiy buzilishlarni o`rganuvchi - bolalar psixiatriyasi; harbiy psixiatriya ekspertizasi masalalarini o`rganuvchi - harbiy psixiatriya; sud psixiatriya ekspertizasi muammolari, ruhiy bemorlarning shuursizlik va aqli norasolik masalalari bilan shug`ullanuvchi sud psixiatriyasi; ruhiy buzilishlarda mehnatga layoqatlilik, nogironlarni ishga joylashtirish masalalarini o`rganuvchi-mehnat psixiatriya ekspertizasi; kasallanishlardagi statistik tadqiqotlarni amalga oshiruvchi psixiatriya yordami va ruhiy kasalliklarni oldini olish bilan shug`ullanuvchi

tashqiliy psixiatriya; ruhiy kasalliklarning oldini olish va aholining ruhiy sog'ligini mustaxkamlash masalalarini o'rganish bilan shug'ullanadigan - psixogigiena.

Psixiatriya ruhiy kasalliklarning simptomlarini, ularning asosiy sabablarini, umumiy kelib chiqish sharoitlarini o'rganuvchi - umumiy psixopatologiya va alohida ruhiy kasalliklar ustida izlanuvchi-xususiy psixiatriyaga bo'linadi. Psixiatriyaning vazifalari juda xilma-xil: patogenezning murakkab mexanizmlari ustida izlanish; ruhiy va unga chegaradosh kasalliklar simptomotologiyasi, sabablarini aniqlash; u yoki bu patologik ko'rinishlar orasidagi o'zaro tipik bog'liqliklarni o'rnatish; kasallik oqibatlarini aniqlash, davolash va profilaktika usullarini qayta ishlash va mukammallashtirish.

Jamiyatning hamshiralik ishida mutaxassislar tayorlashning ko'p darajali tizimini yaratish zaruriyati to'g'risidagi ijtimoiy talablari oliy hamshira ta'limotining rivojlanishiga sabab bo'lmoqda. Oliy ma'lumotli hamshiralarga bo'lgan extiyoj kuchaydi - yaqin kelajakda ayrim lavozimlar, masalan, katta tibbiyot hamshirasi lavozimini faqat oliy ma'lumotli hamshira egallashi mumkin. Tibbiyot hamshirasining tashqilotchi sifatidagi mavqei ham sezilarli o'sdi, bunga sabab tibbiyot yordamining yangi shakllari rivojlanmoqda: hamshiralik parvarishi uylari, xospislar, oilaviy shifokor amaliyotchisi va x.k. Shuning uchun o'quv jarayoni hamshiralik tashhisini qo'yish, hamshiralik faoliyatini, qabul qilingandan boshlab toki statsionardan chiqqunga qadar hamshiralik kuzatuvini amalga oshirish, hamshiralik faoliyatini boshqarish va nazorat qilishni o'rgatishga yo'naltirilgan bo'lishi kerak. Bunda alohida fanlar bo'yicha olinayotgan bilimlar psixolog-pedagogik va administrativ-boshqaruv ko'nikma, mahoratlarining shakllanishi bilan umumlashishi zarur.

Oliy ma'lumotli hamshira barcha tibbiy jamoadagi o'zaro munosabatlarning asosi hisoblanadi. U shifokorning barcha tavsiyalarini amalga oshiradi va davolash-tashhisot jarayonini bajarilishini tashqillashtiradi. Oliy ma'lumotli hamshira shifokorning bosh yordamchisi, davolash-tashhisot jarayonining ijro

etuvchisi hisoblanib, u individual-shahsiy yondashuv, deontologiya tamoyillari, psixoprofilaktika, kommunikatsiya bo'yicha bilim, ko'nikma, mahoratlarni o'rta va kichik tibbiyot xodimlari ishiga tadbiiq etishi zarur. Oliy ma'lumotli hamshira tibbiyotning barcha yo'nalishlarida va ayniqsa, psixiatriyada, kasalliklarning rivojlanishida ruhiy omilning ahamiyatga ega ekanligini tushunishi kerak. Psixiatriya va tibbiy psixologiya bo'yicha fundamental bilimlariga asoslanib, katta hamshira tibbiyot xodimlarini xo'latlari va so'zlariga e'tiborli, qat'iy va sabrli, xamdard va tez yordam ko'rsatish, o'zini boshqarish va ishonchni yo'qotmaslik, o'z vazifalarini mahorat bilan bajarish, bemor va uning qarindoshlari bilan aloqa o'rnatish qobiliyatini egallashlariga ko'mak berishi lozim.

Psixiatriya muassasalarida o'rta tibbiyot xodimi katta ahamiyatga ega. Chunki bo'limda tibbiyot hamshiralarning ishi yomon tashqillashirilgan bo'lsa, yangi davo usullari, dori vositalar to'la shifobaxsh xususiyatga ega bo'lmaydi. Sababi, bemorlar aynan ular bilan kup vaqtni birga utkazadilar, bo'limdagi tartib, parvarish, kuzatuvular bilan bog'liq.

Ruhiy kasalliklar shifoxonasidagi katta tibbiyot hamshirasining rolining muhimligini baholash juda qiyin. U bo'limdagi kichik va o'rta tibbiyot xodimlarining barcha ishlarini nazorat qiladi, ular bilan doimiy instruktaj va o'quv ishlarini olib boradi. SHifokorlar tavsiyalarini hamshiralalar tomonidan amalga oshirilishi, bemorlar parvarishi bo'yicha tadbirlarning sifatli bajarilishi, hamshiralik bayonnomalarini to'g'ri to'ldirilishi, bemordagi asosiy muammolarni aniqlash va ularni samarali o'z vaqtida xal etish, ovqatlanish bloki, dori vositalarni saqlashda sanitar holatga qat'iy rioya qilishlarini doimo tekshirib boradi.

Yuqoridagilarni e'tiborga olganda, psixiatriyada oliy ma'lumotli hamshiraning malaka va mahorati katta ahamiyatga ega ekanligi tushunarli bo'ladi.

Katta hhamshira, bo'limda uzluksiz normal ish sharoitini yaratib, o'zining xulqi, tartibililigi, intizomi, korrektiligi, takti bilan o'rta va kichik tibbiyot xodimlariga o'rnak bo'lishi lozim.

Shunday qilib, oliy ma`lumotli hamshira faoliyati o`zining ko`p qirraligi, majburiyatlar doirasining kengligi bilan ajralib turadi, uning shahsiy sifatlari, professionalizmi va kvalifikatsiyasiga bo`ladigan yuqori talablarga javob berishi kerak.

Oliy ma`lumotli hamshira fakulteti ta`limotining asosiy vazifasi -hamshiralik ishi mutaxassislarini tayyorlashda ko`p darajali tizimni shakllantirishdir. O`quv dasturlarida nafaqat bemorlarni "parvarishlash" va "kuzatuv" kabi bo`limlarni o`qitishga vaqt ajratilishi, balki psixologo-pedagogik va administrativ-boshqaruv fanlariga ham etarlicha diqqatni qaratish zarur. Fakul'tet bitiruvchisi davolash-tashhisot jarayonida hamshiralik ishini tashqillashtirishi va tibbiyot xodimlarini zamonaviy talablarga mos ravishda, hamshiralik tashhisini qo`yish, bayonnomalarni yuritishga o`rgatishi va Xendersonning kontseptual modelini qo`llab, bemorning xayot sifatini yaxshilash uchun uning fundamental extiyojlarini qondirishga yordam berishi lozim.

1-BO`LIM

UMUMIY PSIXIATRIYA

1-BOB.

PSIXATRYANING AHLOQIY, XUQUQIY VA TIBBIY JIHATLARI

PSIXIATRIYANING AHLOQIY JIHATLARI

Psixiatriyada professional etika - bu psixiatrik yordamni taqdim etishning xususiyatlarini inobatga oluvchi tibbiy etikaning bir qismidir. Psixiatriya faoliyatining axloqiy tamoyillari va me'yorlarini anglashga ehtiyoj, psixiatrik aralashuvdan zarar etkazish xavfi bilan bog'liq bo'lgan inson psixologiyasiga ta'sir ko'rsatishning ortib borishi va shifokorning bemor va jamiyatga bo'lgan axloqiy mas'uliyatining ortib borishi bilan belgilanadi.

Psixiatriya etikasining asosiy vazifalari:

1. Ruxiy nogiron kishilarga jamiyatning bag'rikengligini oshirish.
2. Psixiatrik yordam ko'rsatishda, tibbiy zaruriyat bilan belgilanadigan darajada, majburiy cheklovlarni imkon qadar kamaytirish (bu o'z navbatida inson xuquqlariga xurmat kafolati sifatida xizmat qiladi).
3. Tibbiy xodim va bemor o'rtasida, muayyan klinik xolatni xisobga olgan holda, bemorning manfaatlarini ro'yobga chiqarishga yordam beradigan eng maqbul aloqani o'rnatish.
4. Fuqarolarning sog'lig'i, xayoti, xavfsizligi va farovonligi darajasiga qarab bemor va jamiyat manfaatlari o'rtasida muvozanatni saqlash.

Psixiatriya amaliyoti professional hamjamiyat (ichidan) va jamiyat (tashqaridan) tomonidan axloqiy tartibga solinadi.

1994 yilda psixiatr kasbiy etik Kodeksi qabul qilindi. U Halqaro professional jamoalar tomonidan qabul qilingan axloqiy me'yorlarga asoslangan. Kodeks asosiy axloqiy me'yorlar, normalar va qoidalarni belgilaydi. Asosiy axloqiy tamoyillar quyidagilardir:

- avtonomlik printsiplari - bemorning shaxsini xurmat qilish, mustaqil va ixtiyoriy tanlash xuquqini tan olish;

- zarar etkazmaslik printsiipi - bemorga nafaqat bevosita, balki bilvosita zarar etkazmaslikni nazarda tutadi;

- mehrlilik printsiipi - bemorning manfaatlariga xizmat qilish tibbiy xodimlarning burchidir;

- haqqoniylik printsiipi - birinchi navbatda sog'liqni saqlash resurslarining taqsimlanishi.

Axloqiy qoidalar yanada aniq axloqiy me'yorlar uchun asos bo`lib xizmat qiladi:

- xaqqoniylik - shifokorning xam, bemorning xam xaqiqatni gapirish vazifasini nazarda tutadi;

- daxlsizlik - bemorning rozilgisiz shaxsiy (oilaviy) hayotiga kirib borishga yo`l qo`yilmasligi, bemorning erkin bo`lishiga to`squinlik qiladigan sharoitlarda xam shaxsiy xayotiga bo`lgan xuquqning saqlanishini nazarda tutadi;

- konfidentsiallik - ekspertiza natijalari bo`yicha tibbiy ko`rikdan olingan ma'lumot bemorning ruxsatisiz boshqa shaxslarga oshkor qilinmasligini nazarda tutadi;

-kompetentlik - tibbiyot xodimining soxasiga oid maxsus bilimlarga va ko`nikmalarga ega bshlishi talab etiladi.

Axloqiy me'yorlar va normalarning asosi bo`lib psixiatrik yordam ko`rsatish bo`yicha professional axloqiy me'zonlari hisoblanadi. Ular amalda muxim muammolarni xal qilishda yordam beradi: psixiatriya aralashuvi xozirgi paytda zarur bo`ladimi yoki yo`qmi, qanday sharlitda yordam ko`rsatilishi kerak (ambulator yoki statsionar), bemorning salomatligi xaqida unga qay tarzda xabardor qilish kerak, bemorning davolanish haqida mustaqil qarorlar qabul qilish qobiliyatini qanday baxolash kerak va boshqalar.

Psixiatrning kasbiy etika qoidalarida insonning axloqiy erkinligiga, uning xuquq va qonuniy manfaatlariga xurmat ko`rsatish nafaqat davolash bosqichida, balki o`quv jarayonida xam mavjudligiga urg'u beriladi. Bemorni ta'lim jarayoniga o`quv ob`ekti sifatida jalb qilish, uning maxfiylik, konfidentsiallik huquqlarini cheklaydi. Bemorni bunday maqsadda jalb qilinishida uning o`z ixtiyori bilan

roziligi majburiydir. O`quv jarayonining vazifalarini xal qilishda g'amxo`rlik qilayotgan o`qituvchilar va talabalar bemorga o`z roziligi uchun minnatdorchilik bildirishlari kerak. Bemorni o`quv jarayonida ishtirok etishining ixtiyoriy roziligidan tashqari, quyidagi omillar ham muhim: tibbiy maxfiylikni tashqil etuvchi axborotdan minimal foydalanish, o`qituvchining muloxazaligi va ehtiyotkorligi, talabalarning malakali mutaxassis pozitsiyasida bo`lishi.

Psixiatriyaning xuquqiy jihatlari

Jamiyat va psixiatriya o`rtasidagi munosabatlar quyidagilarni: ruxiy kasallar bilan, psixiatrlar bilan, psixiatriya muassasalari shifokorlari bilan munosabatlarni o`z ichiga oladi. Ular axloq me`yorlari, qarorlar, qonunlar va boshqa me`yoriy xujjatlarda yoki qonun xujjatlarida belgilangan printsiplar bilan boshqarilishi mumkin.

Psixiatriya to`g`risidagi har qanday qonun to`rtta asosiy vazifani xal qilishga qaratilgan: 1) psixiatrik yordamini ko`rsatishda fuqarolarning xayotiga asossiz aralashish xuquqlari va qonuniy manfaatlarini himoya qilish; 2) ruxiy kasalligi bo`lgan shaxslarni psixiatrik tashxis natijasida, jamiyatda asossiz kamsitilishlaridan himoya qilish; 3) jamiyatni ruxiy kasalliklikdan aziyat chekadigan shaxslarning xavfli xarakterlaridan himoya qilish; 4) psixiatrik yordam bilan shug`ullanadigan shifokorlarni, tibbiy xodimlarni va boshqa mutaxassislarni himoya qilish, xavfli va og`ir mexnat sharoitida ishlaydigan xodimlarga imtiyozlar berish, shuningdek, psixiatrik yordam bilan bog`liq qarorlar qabul qilishda psixiatrning mustaqilligini ta`minlash.

Ruxiy bemorlarga oid birinchi qonuni 150 yil oldin Frantsiyada qabul qilingan.

O`zbekistonda ruxiy bemorlarga oid birinchi qonuniy choralar ... yilda qabul qilingan.

Sovet davrida psixiatriya ko`p yillar davomida davlat organlari qarorlari va siyosiy qarashlar asosida, boshqaruv organlarining qaror va framonlariga mutanosib ravishda ortodoksal psixiatriyaning rivojlanishi uchun sharoit yaratgan

xolda, rivojlandi. Faqatgina ... yilda O`zbekiston Respublikasining "Psixiatrik yordam va fuqarolarning xuquqlarini kafolatlash to`g`risida"gi qonuni qabul qilingandan so`ng, jamiyat va psixiatriya o`rtasidagi munosabatlarda inqilobiy o`zgarishlar sodir bo`ldi deyish mumkin. Ushbu qonun fuqarolarning, psixiatrlar va xamshiralarning qonuniy xuquqlarini tartibga soladi, shuningdek ushbu qonunni buzganlik uchun javobgarlikni talab qiladi: ma`muriy, intizomiy, fuqarolik va xatto jinoiy, masalan, bemorni ruxiy kasalliklar shifoxonasiga noqonuniy va asossiz yotkizganlik uchun.

Ushbu qonun O`zbekistonda psixiatrik yordam ko`rsatishning asosiy xuquqiy printsiplari va tartibini belgilaydi: psixiatrik yordamga murojaatning ixtiyoriyligi (4-modda), ruxiy kasalligi bo`lgan shaxslarning xuquqlari (5, 11, 12, 37-moddalar), psixiatrik ekspertiza o`tkazish uchun asoslar (23, 24), dispanser kuzatuvi (27-modda), psixiatriya shifoxonasida yotish (28, 29, 83), majburlov choralarini qo`llash (13-modda).

Qonunda bemorning insoniy qadr-qimmati buzilishining oldini olish uchun uning xurmati saqlanishi va insoniy munosabatlariga bo`lgan xuquqi kafolatlanadi; bemor o`z huquqlari haqida, mavjud ruxiy kasallik va uni davolashda qo`llaniladigan usullar haqida ma`lumot olish xuquqiga ega. Bemor ma`lum dori-darmonlar va davolash usullaridan foydalanishga rozi bo`lishi yoki rad etishga xaqlidir. SHuningdek, bemor davolanishni umuman rad qilish yoki uni xar qanday bosqichda to`xtatish xuquqiga ega. Biroq, u o`ziga yoki boshqalarga xavf tug`diradigan muayyan ruxiy xolati tufayli, qonun uning muayyan xuquqlarni cheklanishini inobatga oladi. Kasalxonaga yotqizish majburiy ravishda amalga oshirilgan xollarda, bemor jaroxat va travmalarni istisno qiluvchi, eng kam darajada cheklovchi, extiyot choralarini tanlash xuquqiga ega. Bemor karavotga mato bo`laklari, kamar yordamida qo`lining bilak kaft bo`g`inlar va oyoqning to`piq usti sohasidan fiksatsiya qilinishi mumkin.

Psixiatrik shifoxonada shaxsni majburiy kasalxonaga yotqizish masalasi faqat sud tomonidan xal qilinadi. Kasalxonaga yotqizilganligi to`g`risida yozma rozilik mavjud bo`lmaganda, bemor 72 soatdan ortiq bo`lmagan vaqt davomida

psixiatriya muassasasida qolishi mumkin va uzoqroq muddatda turishga ruxsat sudya tomonidan berilishi kerak.

Qonun psixiatr tomonidan davolanish, kuzatuv va davolanishning tibbiy maxfiylikni saqlashni kafolatlaydi (8, 9-moddalar). Tibbiy maxfiylikni saqlash majburiyati psixiatrik muassasaning barcha xodimlari uchun, shu jumladan, xamshiralar, sanitarlar, farmatsevtlar, psixologlar, o`qituvchilar, xaydovchilar, oshxona ishchilariga ham amal qiladi. Favqulodda xolatlarda davlat organlariga (tergov va sudga) ularning so`rovnomasiga binoan tibbiy maxfiylik mavjud bo`lgan axborotni taqdim etishga ruxsat etiladi.

Psixiatriyaning xuquqiy tomonlariga taluqli turli xil ekspertiza tekshiruv turlari mavjud: sud, harbiy-tibbiy, mexnat.

Psixiatriyaning tibbiy jihatlari

Zamonaviy psixiatriya faqat kam miqdordagi ruxiy kasalliklarda va buzilishlarda etiologiya (sabab) si ma`lum bo`lganligi bilan ajralib turadi. Bundan tashqari, ruxiy kasalliklar boshqa kasalliklardan sifat jihatidan farq qiladi, Chunki ularning strukturasiga kiruvchi kasallik jarayonining umumiy qonuniyatlari va insonning shaxsiy, o`ziga xos xususiyatlari chambarchas bog`liq. Intellektning rivojlanish darajasi, xotira xususiyatlari, emotsionallik muhim ahamiyatga ega. Ruxiyatning yoshga oid xususiyatlari ham muhim rol` o`ynaydi. Xatto biror narsaga moyillik va qiziqishlar ham ruxiy kasallikning klinik ko`rinishini o`zgartirishi mumkin. Xar qanday, xatto eng murakkab psixopatologik simptomlarda ham, umuminsoniy kechinmalarni payqash mumkin. SHu sababli, ruxiy bemor bilan ishlashda dini, etnik va madaniy xususiyatlari, turmush sharoiti, ijtimoiy maqomi, suxbatlashish joyi va vaqti kabi omillarni ham hisobga olish kerak.

Barcha ruxiy kasalliklarni ikki guruxga bo`lish mumkin: ruxiy jarayonlar (kasallikning o`zi) va ruxiy xolat.

Ruxiy jarayonlarga rivojlanish, o`zgarish, dinamik (psixoz, nevroz, nevrozsimon xolatlar) tendentsiyaga ega kasalliklarni kiritish mumkin.

Ruxiy xolatlarga ma`lum davr ichida o`zgarmaydigan xolatlar kiritilib, bunda normal ruxiy faoliyati yo`qolishi (oligofreniya, dementsiya, psixopatiyalar) aniqlanadi.

Ruxiy faoliyatning buzilishi ruxiy jarayonlarda xam, ruxiy xolatlarda xam kuzatiladi.

Ruxiy kasalliklar turli belgilar bo`yichasniqlanadi:

Darajasi (registri) bo`yicha uch guruh ruxiy buzilishlar mavjud:

1) **psixotik** (psixozlar) – ruxiyatning chuqur dezintegratsiyasi, ruxiy reaksiyalarning noadekvatligi bilan ajralib turadi. Psixozning formal belgilari – vasvasa va gallyutsinatsiya hisoblanadi;

2) **nopsixotik** (nevroz, nevrozsimon, psixopatik) – ruxiy reaksiyalar mantiqan reallikka mos, ammo darajasi va chastotasi bo`yicha mos kelmaydigan buzilishlardir. Bemorda o`z xolatiga tanqidiy munosabat saqlangan bo`ladi, lekin o`z xatti-xarakatlarini tartibga solish qobiliyati cheklangan;

3) **intellekt pasayish xolati** (oligofreniya, dementsiya).

Etiologiyasiga ko`ra, quyidagi ruxiy kasalliklar guruhlari ajratiladi:

1) **endogen** – patogenezi ichki, genetik jihatdan aniqlangan mexanizmlar bilan bog`liq bo`lgan xromosoma, nasliy yoki irsiy kasalliklar. Bularga shizofreniya va manikal-depressiv psixoz kiradi;

2) **ekzogen** – tashqi muxit omillari ta`siridan kelib chiqadigan va organizm bilan o`zaro ta`sirlashishi natijasida uning zaralanishiga olib keladigan kasalliklar. Misol uchun, miya shikastlanishi natijasida kelib chiquvchi kasalliklar, entsefalit, alkogolizm, giyoxvandlik;

3) **psixogen** - etiologik omil sifatida mikrosotsial kelishmovchiliklar, psixotravmalar bo`lib keluvchi kasalliklar. Bularga nevroz va reaktiv psixoz kiradi;

4) **somatogen** (simptomatik) – ruxiy buzilishning sababi sifatida, tananing ichki muxitini o`zgartiruvchi va bu muxit miya uchun patogen bo`lib, uning faoliyatida turli xil o`zgarishlarni keltirib chiqaradigan, somatik kasalliklar hisoblanadi. Ko`p xollarda simptomatik buzilishlar endokrinopatiyalar, kardiovaskulyar va yuqumli kasalliklar, onkologik jarayonlarga bog`liq.

Kasallikning kechishi bo`yicha quyidagi turlari farqlanadi:

1) uzluksiz kechuvchi, o`z navbatida, quyidagicha bo`linishi mumkin:

- **proгредиant** (rivojlanib boruvchi),

- **statsionar** (barqaror, dinamikada o`zgarmas),

- **regredient**(ruxiy salomatlikni asta-sekin yaxshilanishi va tiklash bilan kechuvchi);

2) xurujsimon, fazali,retsdivlanuvchi, rekurrent, va xurujsimon progradient xarakterga ega bo`lishi mumkin.

Fazali kechishda ruxiy kasallik xurujlari to`liq ruxiy sog`ayish davrlari bilan almashinib turadi. Fazali kechishga misol qilib manikal-depressiv psixozni keltirish mumkin.

Kasallikning **retsdivlanishi** deganda, kasallikning asosiy simptomlari fonida, davriy ravishda qo`shimcha simptomlar bilan kechuvchi kasallikning qaytalanishi (retsdivi) muntazam ravishda ro`y berishi tushuniladi. Misol tariqasida alkogol ovozli gallyutsinozini keltirish mumkin.

Kasallikning **rekurrent** kechishi, psixopatologik xurujlarning remissiyalar — bemor xolatining qisman yaxshilanishi bilan davriy ravishda almashinib turishi tushuniladi.

Kasallikning **xurujsimon-proгредиant** kechishi, kasallik xurujlari remissiyalar bilan almashinib turishi bilan xarakterlanadi, ammo, bunda kasallik to`xtovsiz rivojlanib boradi. Kasallik kechishining so`nggi ikki tipi shizofreniya uchun xos.

Ruxiy kasalliklarning statistik hisob-kitobi, nozologik va sindromal printsiplarga asoslangan, Halqaro kasalliklarni tasniflash o`ninchi qayta nashri (HKT-10) tamoyillariga ko`ra amalga oshiriladi. U quyidagi bo`limlarga ega:

1. Organik, jumladan simptomatik, ruxiy buzilishlar.

2. Psixoaktiv moddalarni qabul qilish bilan bog`liq ruxiy va xulq-atvor buzilishlari.

3. SHizofreniya, shizotipik va vasvasali buzilishlar.

4. Kayfiyat buzilishlari (affektiv buzilishlar).

5. Stress bilan bog'liq, nevrotik va somatoform kasalliklar.
6. Fiziologik buzilishlar va fizik omillar bilan bog'liq hulq-atvor buzilishi sindromlari.
7. Etuk yoshdagi shaxs va hulq-atvor buzilishlari.
8. Aqliy zaiflik.
9. Psixologik (ruxiy) rivojlanishning buzilishi.
10. Odatda bolalik va o'smirlilik davrida boshlanadigan emotsional buzilishlar va hulq-atvor buzilishlari.

Ruxiy kasalliklarning **oqibati** quyidagilar bo'lishi mumkin: to'liq sog'ayish, qoldiq simptomlar saqlangan xolda qisman sog'ayish, xolatning barqarorlashishi, ruxiy xolatning chuqur defekti, o'lim.

Ruxiy kasalliklar diagnostikasining asosibo'lib klinik tekshiruv hisoblanadi. Bemorni so'rov qilish, sub'ektiv (bemordan) va ob'ektiv (qarindoshlar, xodimlar, qo'shnilar) ma'lumotlarni to'plash, bemorning xatti-xarakatini monitoring qilishdan iborat. Bemorni kuzatish bosqichi to'g'ri tashxis qo'yish uchun ayniqsa muximdir. Va bu bosqichda bemor bilan doimiy ravishda birga bo'ladigan, shifokordan farqli ravishda, xamshiraning roli muhim. Uning vazifasi, bemorning ruxiy xolatidagi xar qanday o'zgarishlarni shifokorga xabar qilish, tibbiy xujjatlarga tegishli yozuvlarni kiritishdir.

Ruxiy kasalliklar tashxisida klinik tekshiruvdan tashqari qo'shimcha tadqiqot usullari — nevrologik, somatik, biokimyoviy, eksperimental — psixologik, elektrofiziologik (EEG, REG, PEG, KTG, YAMR, PET) va boshqalar qo'llaniladi. Ular tashxisni aniqlashtirishga qaratilgan va ikkinchi darajali ahamiyatga ega.

Ruxiy kasalliklarga chalinganlarni davolash tamoyillari psixiatriyaning axloqiy va xuquqiy me'yorlariga rioya etishga asoslangan. Ular davolashning ixtiyoriyligini, davolash usullarini tanlash va uni rad etish, bemorning (yoki uning manfaatlarini ifodalovchi shaxs) kasalxonaga yotqizilishiga yozma roziligi majburiylik, maxfiylik ta'minlanishini o'z ichiga oladi. O'zbekiston Respublikasi qonunlari va unga muvofiq ravishda bemorni majburiy ravishda kasalxonaga yotqizishga yo'l qo'yilmaydi.

Ruxiy kasalliklarni **davolash usullari** ikkita katta guruhga bo`linadi: biologik va psixologik.

Biologik usullarga bosh miya va umuman tanadagi fiziologik va biokimyoviy jarayonlarga bevosita ta'sir qiluvchi usullarni o`z ichiga oladi. Ularni dori-darmonlari, elektrokonvulsiv va insulinkomatoz terapiya, fizioterapiya, shuningdek, tartib rejimi va dieta tashqil etadi.

Biologik usullardan medikamentozterapiya eng ommaviysi xisoblanadi. Uning negizini psixotrop dori vositalarini qo`llash tashqil etadi. Psixotrop dorilar quyidagi guruxlargabo`linadi: 1) neyroleptiklar (aminazin, triflazin, galoperidol), 2) trankvilizatorlar (fenazepam, diazepam, nitrazepam va boshqalar), 3)antidepressantlar (amitriptilin, imipramin, auroriks, lerivon), 4) psixostimulyatorlar (kofein, sidnokarb), 5) normotimiklar (litiy karbonat, kontemamol).

Davolashning **psixologik**usullari ruxiy kasallikka chalingan bemorlar tanasidagi fiziologik va biokimyoviy mexanizmlarni normallashtirishga olib keladi. Bunga ko`plab psixoterapiya turlari kiradi. **Psixoterapiya**tushunchasi, kasallik alomatlarini bartaraf etish maqsadida, bemor ruxiyatiga psixologik vositalar yordamida ta'sir qilish va unda real borliqqa, hamda o`ziga nisbatan munosabatni o`zgartirishga qaratilgan resurslarni o`z ichiga oladi.

Tibbiy deontologiya asoslarini tashqil etadigan psixoterapevtik yondashuv usullarini xar bir tibbiy xodim egallagan bo`lishi kerak.

Maxsus usullar psixoterapevt-shifokorlar tomonidan qo`llaniladi. Xozirgi vaqtda turli xil psixoterapiya usullari va texnikalari mavjud. eng mashxurlarigaratsional psixoterapiya, suggestiv psixoterapiya usullari (kodlash, gipnoz), autogen trenirovka, psixoanaliz, transaktsion taxlil, geshtal'tterapiyasi, gurux psixoterapiyasi, neyro-lingvistik qayta dasturlash (NLP) va boshqalar.

Ruxiy kasallarni davolash va rehabilitatsiya qilishda **mehnat terapiyasi** muxim rol o`ynaydi. Bandlik muxiti juda ko`p ruxiy buzilishlarga ijobiy ta'sir

ko`rsatadi. Bemorlarni foydali ijtimoiy faoliyatga jalb qilish maqsadida psixonevrologik dispanserlar va internatlarda mehnat ustaxonalari tashqil etiladi.

O`z-o`zini nazorat qilish uchun savollar va vazifalar

1. Psixiatriyaning xuquqiy jihatlarini qanday qoidalarga asoslanadi?
2. Ruxiy kasallik qanday belgilar asosida tasniflanadi?
3. Ruxiy kasallarni davolash tamoyillarini aytib bering.
4. Psicotik va nopsixotik darajadagi buzilishlar o`rtasidagi farq nima?
5. Ruxiy jarayoni ruxiy xolatdan qanday farq qiladi?

2-BOB

PSIXIATRIK YORDAM VA EKSPERTIZANING TASHQILETILISHI PSIXATRIYADA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Zamonaviy psixiatrik va narkologik xizmatlarni tashqil etish tizimi quyidagilarni o`z ichiga oladi:

1) psixiatriya muassasalari, shu jumladan: a) nostatsionar yordamni taminlaydigan psixonevrologik dispanserlar; b) statsionar yordam ko`rsatadigan ruxiy kasalliklar shifoxonalari;

2) narkologik muassasalar, jumladan, narkologik kabinetlar, dispanserlar (ambulatoriya xizmatlari) va psixiatrik kasalxonalaridagi narkologiya bo`limlari (statsionar yordam).

Asosiy psixiatrik va narkologik yordam muassasalar bilan bir qatorda, maxsus bo`linmalar ham bor: bolalar va o`smir yoshidagi bemorlarga yordam ko`rsatuvchi psixonevrologik va narkologik kabinetlar, kunduzgi statsionarlar, tez tibbiy yordam psixiatrik brigadalari, ekspert psixiatrik komissiyasi tizimlari (sud-tibbiy psixiatriya, xarbiy, mexnat).

PSIXIATRIK YORDAM

Aholiga psixiatrik yordam sog`liqni saqlash, ijtimoiy ta`minot, xalq ta`limi, korxonalar va idoralarning tibbiy-sanitariya bo`limlari tomonidan ta`minlanadi. SHu maqsadda ruxiy bemorlar uchun ambulatoriya va statsionar yordam tashqil etilgan.

Shifoxonadan tashqari (ambulator) psixiatrik yordami viloyat, shahar, tumanlardagi psixiatrik dispanserlarda tashqil etilgan. Dispanserlarning asosiy vazifasi aholiga davolash va diagnostik yordam ko`rsatish, ijtimoiy gigienik, reabilitatsiya chora-tadbirlarini o`tkazish, shuningdek, ruxiy xastalikka chalingan shaxslarni davolash va ularni doimiy nazorat qilish, talab etilganda esa

gospitalizatsiya qilishdan iborat. Dispanser xizmatining asosiy vazifalariga, ruhiy bemorlarga ijtimoiy-gigienik, ijtimoiy-kundalik va huquqiy yordam ko`rsatish ham kiradi. Bundan tashqari, klinikalarda maxsus xonalar mavjud: bolalar, o`smirlar, psixoterapevtik, protsedura xonalari va boshqalar ajratilgan. Psixonevrologik dispanser shuningdek, sud psixiatriyasi, mehnat va xarbiy ekspertizalarni olib boradi.

Psixiatrik shifoxonalarda bemorlar tegishli davolash uchun mehnat terapiyasi ustaxonalari, kunduzgi stasionarlar tashqil qilinadi, va natijada ular ijtimoiy foydali ishlarda ishtirok etadilar, yangi kasbiy ko`nikmalarni egallaydilar. Turli xil mehnat turlari bemorning faolligini oshiradi, uning ruhiy xolatini turg'un ravishda yaxshilanishiga yordam beradi, ijtimoiy va ruhiy adaptatsiyasini engillashtiradi.

Dispanserlarda davolanish uchun shizofreniya, maniakal-depressiv psixoz, epilepsiya bilan kasallangan, psixorganik buzilishlar, hamda asab faoliyatida chegaraviy ruhiy buzilishlar mavjud bo`lgan bemorlar yo`naltiradi.

Psixonevrologik dispanserlar axoliga ko`rsatilayotgan psixiatrik yordam xolatini taxlil qiladi va psixiatrik xizmatni rivojlantirish rejlarini tuzadi. Dispanserlar ruhiy bemorlarga bepul malakali psixonevrologik yordam ko`rsatish, ularga vasiylik qilish, ularni nogironlar uyiga joylashtirish va sog'aygan taqdirda ularni ishga joylashtirish masalalarini hal etadi. Bundan tashqari, mehnat qilish qobiliyatini muqim yo`qotgan bemorlarning ijtimoiy foydali ishlarga jalb qilish bilan shug'ullanadi.

Psixonevrologik dispanserning faoliyati hududlilik printsipli asosida amalga oshiriladi, ya`ni shaxarning ma'lum bir tumani uchun, ushbu viloyat axolisi uchun zarur psixiatrik yordam ko`rsatadigan psixiatr shifokor tayinlanadi. Biroq, bemor shuningdek, o`z xoxishiga ko`ra istagan psixiatrni tanlash xuquqiga ega.

Tuman (rayon) psixiatrlari ruhiy kasallikka chalingan kattalar va bolalarga ixtisoslashgan yordam ko`rsatadilar, aholi orasida psixoprofilaktik tadbirlarni olib borishadi, ularni nazorat qiladi va tegishli davoni tayinlaydi. Bundan tashqari, tuman psixiatrlari ruhiy kasallikka chalingan bemorlarning rehabilitatsiyasi va

readaptatsiyasiga bog'liq masalalar bilan shug'ullanadilar, ularning vaqtinchalik nogironligi ekspertizasini amalga oshiradilar, ruxiy bemorlarning xavfli xarakterlariga yo'l qo'ymaslik bo'yicha profilaktik chora-tadbirlarni ishlab chiqadi, barcha tuman tibbiyot muassasalariga konsul'tativ yordam ko'rsatadilar.

Tuman psixiatrlari bilan birgalikda ishlaydigan tibbiyot hamshirasi davo tayinlamalarini bajaradi, ruxiy bemorlarni uyida, ish joyi bo'yicha patronajni amalga oshiradi, reabilitatsiya chora-tadbirlarini tashqil qilishda shifokorga yordam beradi, kerakli tibbiy xujjatlarni va statistik hisoblarni yuritadi.

Statsionar psixiatrik yordamini yaxshilash maqsadida, endi uni bemorning yashash joyiga yaqinlashtirishga xarakter qilinmoqda. Buning uchun aholi zich joylashgan punktlarda psixiatrik shifoxonalar quriladi va qishloq joylardagi statsionarlarda psixiatriya bo'limlari ochiladi. Statsionar psixiatrik yordamning detsentralizatsiyasi shifoxonalar va shifoxonadan tashqari xizmatlarning uzluksizligi ta'minlash, kasallikning kelib chiqishi va qayta kasalxonaga yotqizilishi sabablarini taxlil qilish, reabilitatsiya tadbirlarini ishlab chiqish va bemorlarning ijtimoiy xavfli xarakterlarining oldini olish uchun qulay shart-sharoitlar yaratadi.

Xar bir shifoxona, uning bo'limlari ma'lum bir xudud aholisiga xizmat ko'rsatadi va psixonevrologik dispanserlar bilan yaqin aloqada bo'ladi. Bemorni davolashning ushbu uslubi xududiy brigada deb ataladi.

So'nggi vaqtlarda ruxiy kasalliklar shifoxonalaridagi aralash bo'limlar bilan bir qatorda narkologik, geratrik, sud-psixiatriya, nevrozlar bo'limi, bolalar, reabilitatsiya bo'linmalari va boshqalar tashqil etish talab etilmoqda. Bunday profilaktik bo'limlarni yaratish zarurati turli xil ruxiy kasalliklarning xususiyatlari va bemorlarning turli toifalari (nevroz, alkogolizm, qo'zg'alish psixoz bo'lgan bemorlar) o'ziga xos xususiyatlar bilan belgilanadi. Ixtisoslashtirilgan bo'limlarga qabul qilinganda, hududiylik printsipiga rioya qilinmaydi.

Bemorlarni shifoxonaga viloyat psixiatrlari, shuningdek, tez yordam guruxi yuboradilar. Zarur bo'lganda, bemorni qarindoshlari kasalxonaga olib kelishlari mumkin.

Bemorni shoshilinch sabablarga ko`ra kasalxonaga yotqizish ayniqsa muximdir (bemorning ijtimoiy xavfli harakati). Bunday xolatlarda siz **shoshilinch tibbiy psixiatriya** guruxini chaqirishingiz kerak. Bunday brigadalar shaxar tez tibbiy yordam stanttsiyasi, psixiatriya shifoxonasi yoki xududiy tibbiyot birlashma tarkibida bo`lishi mumkin. Brigada psixiatr va maxsus maxsus ko`nikmalarga ega bo`lgan ikki nafar xamshirani o`z ichiga oladi. Agar qiyinchilik tug`ilsa (masalan, kasal yashirinishga urinishi), milittsiya yordamiga murojat qilish joizdir. SHoshilinch sabablarga ko`ra shifoxonaga yotqizilgan bemor birinchi kun davomida shifokorlar komissiyasi tomonidan tekshiriladi, u kasallik tarixida psixiatriya shifoxonasida va tegishli davolanishda zarurat borligi xaqida asosli xulosa chiqaradi.

Chegaraviy ruxiy buzilishlar bo`lgan, hamda turli darajadagi alkohol mastligidagi shaxslarni shoshilinch shifoxonaga yotqizish mumkin emas.

Psixiatrik ekspertiza

Psixiatrik ekspertiza barcha turdagi tibbiy ko`riklarning eng qiyin turlaridan hisoblanadi. Bizda sud psixiatriyasi, xarbiy va mehnat psixiatrik ekspertizasi mavjud.

Sud-psixiatriya ekspertizasi ekspertiza o`tkazish uchun yuborilgan shaxsning ruxiy kasalligi mavjudligini yoki yo`qligini aniqlaydi. Bunday xollarda zamonaviy psixiatriya nuqtai nazaridan va amaldagi qonunchilik asosida fuqarolarning, shu jumladan sud-psixiatriya ekspertizasi o`tkazilishi lozim bo`lgan fuqarolarning jamoaviy va shaxsiy manfaatlarini himoya qilishga ko`maklashish muhim ahamiyatga ega.

Ekspertiza jarayonida sud-psixiatriya komissiyalari ikkita mezonni belgilaydi – tibbiy va yuridik, va shu asosda sud qarori chiqariladi.

Tibbiy mezonni belgilashda, shaxsning nojo`ya xatti-harakatni amalga oshirishdan avval, yoki undan keyin ruxiy buzilish bor yo`qligini aniqlash muhim ahamiyatga ega.

Xuquqiy mezon es-xushi joyidaligi yoki joyida emasligi xolatini aniqlaydidi. Es-xushi joyidaligi faqat jinoyat sodir etilgan vaqtga nisbatan belgilanadi va ayblanuvchi "o`sha davrda o`z xarakatlariga javob bera olardimi yoki o`zini boshqarish imkoniga ega bo`lganmi" kabi jihatlarni aniqlaydi. SHuning uchun, tibbiy mezon kasallikning tashxisini qo`yish uchun mo`ljallangan bo`lsa, huquqiy mezon sud-psixiatrik baho berib, u ruxiy kasallik shaxsning xatti-harakatlarining adekvatligiga qanday va qay darajada ta`sir qilishi mumkinligini aniqlaydi.

Jinoyat vaqtida es-xushi joyida bo`lmagan shaxs, jinoiy javobgarlikka tortilmaydi.

Fuqarolik ishlari bo`yicha sud-psixiatriya ekspertizasi shaxslarning to`g`ri fikrlash qobiliyatiga ega yoki ega emasligini ham aniqlaydi. Yoshga to`lganidan keyin aqliy qobiliyati joyida bo`lgan fuqaro o`z mol-mulkini to`g`ri tasarruf qilishi, uni berish, sotish, meros huquqiga ega bo`lishi mumkin. Aqliy qobiliyatsiz, kasal bemor harakatlarini to`g`ri baholay olmaydi. Unga vasiy tayinlanadi, va bemorga taaluqli barcha kelishuvlar vasiylik qiluvchi shaxs tomonidan amalga oshiriladi. Agar bemor sog`aysa, sud ilgari aqliy qobiliyati buzilgan deb topilgan qarorni bekor qilishi va shaxsning xuquqiy imkoniyatlarini tiklash to`g`risida qaror qabul qilishi mumkin. Fuqarolik qonunchiligi, shuningdek surunkali alkogolizm yoki giyoxvandlikka chalingan shaxslarning aqliy qobiliyatlariga oid cheklovlar joriy etishi mumkin. Bunday xolatlarda sud bemorlarning mulkiy bitimlarini nazorat qiluvchi ishonchli shaxsni tayinladi.

Ijtimoiy xavfli xatti-harakatlarni sodir etgan ruxiy kasallar maxsus yoki umumiy profildagi psixiatrik shifoxonalarga majburay davolanish uchun yuborilishi mumkin.

Harbiy ekspertiza ambulatoriya sharoitida ham, statsionarda ham o`tkazilishi mumkin. Uning maqsadi - ruxiy kasallarni aniqlash va ularning qurolli kuchlarda xizmat qilishning oldini olish. O`tmishda kuzatilgan ruxiybuzilishlar, shuningdek, tekshiruv vaqtida aniqlangan ruxiy kasalliklar, har bir xolatda malakali psixiatrikning diqqat bilan tekshiruvini talab qiladi. ekspertizani xarbiy-

tibbiy komissiya amalga oshiradi, u o`z ishida tegishli buyruqlarga asoslanadi. Ruxiy kasalliklar aniqlangan shaxslar istiqomat qilish joyi bo`yicha kuzatuv va davolanish uchun yuboriladi.

Harbiy chaqiriq yoshidagi shaxslarni, shuningdek xarbiy o`quv yurtlariga kiruvchi shaxslarni tekshirish ham harbiy tibbiy komissiya vazifasiga kiradi. Kamdan kam xollarda, xarbiy xizmatchilar va xarbiy xizmatga taaluqli shaxslar ruxiy salomatligiga oid muammolar yuzaga kelganda ko`rikdan o`tkaziladi.

Tibbiy muassasaning yoki psixiatrning xulosasi yakuniy xulosa sifatida qaralmaydi, ammo xarbiy tibbiy komissiyaning shaxsni xarbiy xizmatga layoqatli yoki layoqatli emasligi to`g`risida qaror chiqarish uchun xizmat qiladi.

Mehnat ekspertizasi mehnat qilish qobiliyati darajasi masalasi ko`rib chiqilayotgan xollarda amalga oshiriladi. Mehnat qilish qobiliyati qisman va to`liq, vaqtinchalik va doimiy bo`lishi mumkin (uzoq). Agar bemor oddiy ishni qila olmasa va engil ish sharoitlarini ta`minlashi kerak bo`lsa, qisman mehnat qilish qobiliyati yo`qotilgan deb belgilanadi. To`liq mehnat qilish qobiliyati bemorni mavjud kasallik bilan bog`liq har qanday ishdan ozod qilishni ta`minlaydi. Vaqtinchalik mehnat qobiliyati yo`qotilgan xolatlarida shifokor bemorga vaqtinchalik tegishli tibbiy ma`lumotnoma beradi.

Psixiatrriyada xamshiralik ishi

Ruxiy va somatik kasalliklar orasida katta farqlar mavjud. SHuning uchun bemorlar va ularning qarindoshlari ko`pincha ruxiy kasalliklar borligidan uyaladilar, ular psixiatrga murojaat qilganliklarini yashirishadi. Ko`pincha boshqalar, xatto tibbiy xodimlar, ruxiy kasalliklarga duchor bo`lgan odamlarga nogto`g`ri qarashadi: xaddan tashqari ehtiyotkorlik bilan (xatto qo`rquvda), achinish bilan yoki mensimaslik bilan munosabatda bo`ladilar. Bunday munosabat hamshira ishining barcha bosqichlarida to`siqlar paydo qiladi.

Ruxiy kasallarning xolati boshqalar tomonidan faqat kasallik sifatida qabul qilingandagina yaxshi va sifatli yordam ko`rsatiladi. Bemorlarga davolanish zarurligini to`g`ri anglashga yordam beradi.

Tibbiyot muassasi xodimlari bemorning shaxsini, uning ehtiyojlari, istaklari va qo`rquvlarini faqat kasallik tashxisi bilan bog`liq deya hisoblamasliklari kerak. Bemorning to`laqonli parvarishi bemorning shaxsiyatini, kasallikni, kasbini, oilasini, munosabatlarini va boshqalarni qamrab oladi. Ruxiy kasal kishi - bu faqat g`amxo`rlik qilinadigan ob`ekt emas. Bemorni sog`lig`ini tiklashga intilishini ta`minlab berish - bu parvarishning asosiy vazifasidir. Bu ma`noda, faqat zaruriy tibbiy protseduralarni amalga oshirish kerakligini emas, balki ko`proq narsani anglatadi: bemorga hamroh bo`lish, tushuntirish, uning e`tiborini sog`ayishga bo`lgan umidga ishontirish va boshqalar.

Bemorning parvarish jarayonlari quyidagi bosqichlarda amalga oshiriladi: axborot to`plash, muammo va resurslarni aniqlash, parvarish qilish maqsadlarini aniqlash, parvarish qilishni rejalashtirish, parvarishni amalga oshirish va natijalarni baholash. Davolanish samaradorligini baholash, bemorning ahvoriga oid ma`lumotlar natijalariga asoslanadi va uni nazorat qilish va parvarish jarayoniga zarur o`zgartirishlar kiritish imkonini beradi.

Bemor va parvarish qiluvchi o`rtasida o`zaro xamkorlik yuqori sifatli parvarish kafolatidir. Bunday munosabat faqatgina bemor va uning qaramog`ida bo`lgan shaxs o`rtasida ishonchni o`rnatish orqali erishiladi. SHuning uchun hamshira oson aloqaga kira olish qobiliyatiga ega bo`lishi kerak, tibbiy psixologiya ko`nikmalari va ayrim shaxsiy fazilatlariga ega bo`lishi kerak: bemorni shaxs sifatida hurmat qilish, unga nisbatan simpatiya, sabrlilik va boshqalar.

Bemorda davolanish uchun zarur bo`lgan ishonch uchta shart asosida kelib chiqadi: 1) hamshira o`zini xaqiqiy shaxs sifatida namoyon qilsa; 2) bemorni qanday bo`lsa, shundayligicha, baho bermasdan qabul qilsa; 3) bemorga qiziqish bildiradi va uni tushunishga harakat qiladi.

Bemor hech qachon hech kimga aytmagan muhim ma`lumotni hamshiraga bildirgan xollarda, muammolar kelib chiqishi mumkin. Bunday xolatda hamshiralar bemorga bunday favqulodda munosabatlarga yo`l qo`yilmasligini tushuntirishlari kerak. Bemorni suhbat mazmunini mustaqil ravishda shifokorga

etkazish yoki mutaxassisga ma`lumot etkazish uchun ruxsat so`rashga bemorni o`rgatish kerak.

Ruxiy bemorlarda tez-tez ular bilan aloqa qilish imkoni bo`lmagan xolatlar yuzaga keladi. Bunday xolatlarda, bemorni majburiy ravishda ushlab turish, fiksatsiya qilish, neyroleptiklarni qo`llagan xolda "farmakologik cheklov" ni qo`llash tiqiqlanadi.

Muammoni kuch ishlatish bilan xal qilishga to`g`ri kelgan har bir xolatdan so`ng, bo`lib o`tgan xodisani bemor bilan muhokama qilish kerak, tajvuzkor xatti-harakatlarning kelib chiqsh sabablarini aniqlashga harakat qilish kerak.

Hamshiralik ishining beshta bosqichiga ko`ra, hamshira bemorning parvarishi jarayoni borasida qaror qabul qilish va muammolarni xal qilish uchun ma`lum sxemaga ega. Tibbiyot hamshirasining tashxisi — uning ishining ajralmas qismi hisoblanadi. Quyida psixiatrik bemorlar uchun hamshiralik tashxislarining mumkin bo`lgan shakllari keltirilgan. Ulardan ba`zilari aralashuvi misollar kitobning amaliyot qismida berilgan.

Shimoliy Amerika Hamshiralari Diagnostik Ittifoqi

(NANDA) 1992 y. tomonidan qabul qilingan hamshiralik tashxislari

(qisqartirilgan ro`yxat)

Adaptatsiya buzilishlari

Noumidlik

Kuchsizlik

Og`riq

Surunkali og`riq

Gaz almashinuvi buzilishi

Gipertermiya

Gipotermiya

Yutinish buzilishi

Intellekt tanqisligi (aniqlashtirilsin)

Suyuqlik xajmi defitsiti

Idrok buzilishi: ko`rish, eshitish, ta`m bilish, taktil, hid bilish
Individual psixofiziologik adaptatsiya buzilishi
Tanlovni amalga oshirishdagi muammolar
Ota-ona vazifasini bajarishdagi muammolar
Tibbiy xizmat, o`zgargan
Jinsiy funktsiyaning buzilish
Fikrlash jarayonlari, o`zgargan
Yordam ko`rsatish vazifasini bajarish bilan bog`liq muammolar
Shaxsiy anglashning buzilishi
Jinsiy faoliyatning buzilishi
O`z-o`zini baxolashning pastligi (vaziyat bo`yicha past, surunkali past)
O`zini taxlil qilish, o`z-o`zini kuzitish va anglash qobiliyatining buzilishi
Uyquning formasini buzilishi
Tana tasvirini (sxemasining) buzilishi
Zo`ravonlik, yuqori xavf: o`ziga yoki boshqalarga qaratilgan
O`z-o`ziga yordam berishning buzilishi: (gigiena, kiyim-kechak, parvarish, oziq-ovqat, xojatxona)
Faollikni ko`tara olmaslik
Ovqatlanig rejimiga rioya qilmaslik (oziq-ovqat, dorilar)
Verbal aloqa buzilishi
Zaharlanish, yuqori xavf
Samarasiz inkor etish
Oziqlanish o`zgarishi: organizm talabiga qaraganda kamroq (ko`proq) miqdorda
Jaroxatlanish, yuqori xavf
Shikastlanishdan keyingi reaksiya
Psixologik himoya
Ma`naviy ruxiy kechinmalar soxasidagi psixotravma
Qayg`u reaksiyasi, patologik
Ijtimoiy izolyatsiya
Zo`rlash natijisida yuzaga kelgan psixotravma bilan bog`liq sindrom

Ijtimoiy munosabatlar, buzilgan

Qo`rquv

Atrof muhit o`zgarishi sababli yuzaga kelgan stress sindromi

Travma, yuqori xavf

Xavotir, (darajisini aniqlashtiring)

Charchoq

Jismoniy harakat, buzilgan

O`z o`ziga zarar etkazish, yuqori xavf

Ruxiy bemorlar parvarishining xususiyatlari

Ruxiy bemorlardagi kasalliklarning tabiati, ularning xatti-harakatlari, ularning atrof-muhitni va atrofidagi kishilarni anglashi, shu jumladan tibbiyot xodimlarining ham, o`ziga xos xususiyatlariga ega. Shu nuqtai nazardan, tibbiyot hamshirasining bu kabi bemorlar bilan bevosita ishlashning asosiy tamoyillariga ega bo`lishi kerak.

Kasalxonada navbatchilikdagi xamshira ishining xususiyatlari. Ruxiy kasalliklar shifoxonasidagi bemorlar ko`p vaqtini tibbiyot hamshirasi yonida o`tkazadi, shu sababli bemorlarni davolashning va parvarishning sifati ko`p jihatdan, o`rta tibbiyot xodimlarining ishni qanday tashqil etishiga bevosita bog`liq.

Tibbiyot hamshirasi navbatchilikni boshlashdan avval, bo`lim daftarida bemorlarni ro`yxat bo`yicha tekshirib olishlari, yangi kelgan bemorlarni tanib olishi, yangi bemorlarning xatti-harakatlari, ularni parvarishlash, kuzatish bo`yicha qo`shimcha ma`lumotlar xaqida navbatchilikni topshirayotgan hamshiradan yoki shifokordan ma`lumot olishi kerak. Tegishli ravishda, bo`limdagi bemorlarning xolatidagi o`zgarishlar, shifokorning bekor qilgan yoki yangi tavsiya qilgan muolajalari, nazorat rejimidagi o`zgarishlar bilan tanishib chiqishi kerak. U har bir bemorning nima qilayotganligini, o`z o`rnida ekanligiga

shaxsan ishonch hosil qilishi kerak. Qattiq va kuchaytirilgan kuzatuv ostida boʻlgan bemorlarga alohida eʼtibor beriladi. Oʻz navbatida, navbatchilik vaqtida, hamshira doimo bemorlar orasida boʻlishi, oʻz xonasiga faqat dori-darmonga yoki kundalikni toʻldirish uchun kirishi mumkin.

Bemorlarni kuzatish kundaligi xujjat hisoblanadi va hamshira uni toʻgʻri toʻldira olishi kerak.

- Birinchi navbatda, yangi kelgan bemorlar qayd qilinadi.
- Keyin kuchaytirilgan nazoratdagi bemorlar (har bir xolatining batafsil tavsifi).
- Soʻngra insulinkomatoz terapiyasida boʻlgan bemorlar (gipoglikemiya darajasi va xolati kuzatiladi).
- Soʻngra, xatti-harakatlari, ruxiy va jismoniy xolatida oʻzgarishitufayli xodimlarning eʼtiborini jalb qilgan bemorlarni taʼriflanadi.
- Psixotrop preparatlarni qabul qilgan bemorlar.
- Ovqatlanishdan bosh tortgan bemorlar.
- Bemorlarning bir-biriga va xodimlarga xujum qilgan barcha xolatlar tavsiflanadi.

Bemor bilan muloqot qilishda ovozini koʻtarmaslik, biror narsani bajarishga buyruq berish, ularning iltimoslarini eʼtiborsiz qoldirish kerak emas. Bemorlarga nisbatan qoʻpol, nafsoniyatiga tegadigan munosabat ularda tajovuzkor harakatlarni, qochishga urinishni, oʻz joniga qasd qilish xolatlarini yuzaga chiqarishi mumkin. Bemorlar bilan boshqa bemorlarning xolati va xulq-atvorini muhokama qilishdan, ularning davolanishi va rejimi toʻgʻrisida oʻz nuqtai nazarlarini ifoda etishdan qochish kerak. Bemorlarning xatti-harakatlarini tartibga solish zarurati boʻlsa, buni ehtiyotkorlik bilan va toʻgʻri bajarish zarur. Bemor bilan suhbat mavzusi faqatgina davolanish masalalariga tegishli boʻlib, ularning tinchlantirishga, xavotirlarini kamaytirishga qaratilgan boʻlishi kerak. Tibbiy personal bir-birlari bilan pichirlashsa, guruh boʻlib toʻplanishib shivirlashib gaplashsalar, tortishsalar, gallyutsinatsiyalar, vasvasali buzilishlar boʻlgan bemorlarda, ushbu xolatlarni kuchaytirishi mumkin.

Tibbiyot hamshirasi, kichik tibbiyot xodimlari qatʼiy tibbiyot xalatida, tibbiy qalpoqchada boʻlishlari kerak. Koʻzga tashlanuvchi taqinchoqlar va zargarlik

buyumlari, ko`zga tashlanuvchi soch turmaklari, yorqin makiyaj va bemorlarning diqqatini tortadigan barcha narsalar ruxsat etilmaydi. Xaltning cho`ntaklarida o`tkir kesuvchi narsalar, bo`lim kalitlari, dori-darmon saqlanadigan xonalarning kalitlari bo`lmasligi kerak. Kalitning yo`qolishi, ularni topish uchun shoshilinch chora-tadbirlarni qo`llashni talab qiladi, Chunki u bemorlarning qochishiga sharoit yaratishi mumkin. Kalit yo`qolishi haqida bo`lim katta hamshirasi, davolovchi (navbatchi) shifokorga xabar beriladi.

Bemorlarni qabul qilib olingandan so`ng, sayrdan qaytgach, ishchi ustaxonalarda ishlashdan qaytgandan so`ng, qarindoshlari bilan uchrashuvdan so`ng, ularni tekshirib ko`rish kerak, shikast etkazuvchi buyum sifatida ishlatilishi mumkin bo`lgan har qanday buyumlarni olib qo`yish kerak. Tashrif buyuruvchilar qoldirgan narsalar ham tekshirilishi kerak bo`ladi.

Tibbiy manipulyatsiyalar (dorilarni tarqatish, in`ektsiya, boshqa protseduralar) belgilangan vaqtda shifokorning retsepti bo`yicha amalga oshiriladi. Bemorlarning tabletkalarni qabul qilishlarini kuzatib borish kerak. Dori-darmonlarni qabul qilinishini nazoratsiz qoldirishga yo`l qo`yilmaydi, shuning uchun dori-darmonlarni bemorlar faqat hamshiraning oldida qabul qilishadi.

Nazorat turlari. Psixiatriya bo`limlarida asosan uchta nazorat turi qo`llaniladi. Ruxiy xolati bemorning o`ziga yoki atrofdagilarga xavf tug`diradigan bemorlarga *qat`iy nazorat* belgilanadi. Bular agressiv xatti-harakatlar qiluvchi, delirioz xolatidagi, gallyutsinator-vasvasali buzilishlar bo`lgan, o`z joniga qasd qilish, shifoxonadan qochishtendentsiyasiga ega bo`lgan bemorlardir. Nazora turi davolovchi shifokor tomonidan belgilanadi. Bunday bemorlarni yotadigan palatada sutkalik tibbiy nazorat posti o`rnatiladi, palata chiroqlari doimo yonib turadi, xonada krovatlardan boshqa narsalar bo`lmasligi kerak. Bemorlar palatadan faqat nazorat ostida chiqishlari mumkin. Bemorlarning xatti-harakatidagi har qanday o`zgarishlar shifokorga darhol xabar qilinadi.

Kuchaytirilgan nazorat kasallikning namoyon bo`lish xususiyatlarini aniqlashtirish kerak bo`lgan xolatlarda (xurujlarning, uyqu, kayfiyat, muloqot qilish xarakteri va boshqalar) tayinlanadi. Kuchaytirilgan kuzatuvga

insulinkomatoz terapiyasi, elektrokonvulsiv va atropinkomatoz terapiyasi, katta miqdorda psixotrop preparatlar qabul qilgan va somatik zaif bemorlarga ham talab etiladi. U umumiy palatalarda amalga oshiriladi.

O`zlariga va boshqalarga xavf tug'dirmaydigan bemorlarga *umumiy nazorat* tayinlanadi. Ular bo`limda erkin harakat qilishlari, sayrga chiqishlari, turli mehnat jarayonlariga jalb qilinishlari mumkin.

Nazorat rejimini tayinlash uchun davolovchi shifokor javobgardir. Hamshira nazorat rejimini mustaqil ravishda o`zgartirish xuquqiga ega emas, bemorning xatti-harakati keskin o`zgargan va qat`iy nazorat talab qilinadigan xolatlar bundan mustasno. Ammo bunday xollarda shifokorga darxol xabar berish kerak.

O`z joniga qasd qilish harakatlarining oldini olish. Ko`pincha, o`z joniga qasd qilishga urinishlar depressiyaga uchragan bemorlarda, imperativ ("ovozlar" o`zini o`ldirishni, derazadan sakrashni va xokazolarni buyuradilar) xarakterga ega vasvasali va gallyutsinatsiyasi bo`lgan bemorlarda kuzatiladi. Hamshiralalar bunday niyatli barcha bemorlar haqida xabardor bo`lishlari, bemorlarning gap-so`zlariga e`tiborli bo`lishlari, arqonlar, iplar, kesuvchi narsalarni, dori-darmonlarni olishlariga urinishlariga yo`l qo`ymasliklari kerak. Bunday bemorlar qarovsiz qoldirilmasligi kerak. Agar urinishlar amalga oshirilsa, favqulodda yordamni (sun`iy nafas olish, bilvosita yurak massaji, qon ketishni to`xtatish, oshqozon-ichakni yuvish) ko`rsatish choralar ko`rish va shifokorga xabar berish kerak.

Bemorlarning ovqatlanishdan bosh tortishi. Bemor har xil sabablarga ko`ra ovqatdan bosh tortishi mumkin. Ulardan ba`zilari oziq-ovqat zaxarlangan (gallyutsinator-vasvasali buzilishlar) deb o`ylashlari mumkin, depressiyaga chalingan bemorlar yashashni istamaganligi sababli ovqat emaydilar, isteriklarda ovqatlanishdan bosh tortishi e`tiborni jalb qilishga qaratilgan bo`ladi. Ayrim xolatlardagina bemorlar norozilik protesti tufayli ovqat eyishni rad etishadi. Ongi buzilgan bemorlar (sopor, koma xolatidagi va boshqalar), katatonik sindrom xolatidagi bemorlar mustaqil ravishda ovqatlanmaydilar.

Barcha xolatlarda, birinchi navbatda, ovqatlanishdan bosh tortish sabablarini aniqlash kerak. Ba`zi xolatlarda psixoterapevtik usullar, ishontirish va

tushuntirishlar samarali bo`ladi. Ishtaxani ochish uchun kam miqdorda insulin (4-8 TB) teri ostiga qo`llash mumkin. (Agar bemor shundan keyin ham ovqatlanmasa, gipoglikemiyaning oldini olish maqsadida tomir ichiga glyukoza kiritiladi).

Katatonik stupor xolatida kofein-barbamil dezsinsibilizatsiyasi qo`llaniladi. Vena ichiga sekin-asta 5-8 ml barbamilning 5% eritmasi va 1-2 ml kofeinning 10% eritmasi yuboriladi. SHundan keyin bemorlar 15-20 daqiqaga bo`shashadilar va ularni ovqatlantirish imkoni paydo bo`ladi.

Agar bemorni ovqatlantirishga urinishlar 3-4 kun davomida muvaffaqiyatsiz bo`lsa, sun`iy, ya`ni zond orqali ovqatlantiriladi yoki parenteral usulda vena ichiga oziqlantiruvchi eritmalar (glyukoza, oqsillar gidalizati, yog`lar) yuboriladi.

Katatonik stupordagi bemorlarni parvarishlashning o`ziga xos xususiyatlari. Bunday bemorlar doimiy kuzatuvdagipalatalarda bo`lishi kerak. Xodimlar va boshqa bemorlar uchun xavf, shu yumladan tayovuzkor, agressiv xarakatlarni amalga oshirishlari mumkinligidir. Negativizm tufayli bu bemorlar xodimlar va boshqa bemorlar bilan muloqot qilmaydi, shikoyat qilmaydi, vaqtlarini asosan to`shakda o`tkazadi. Shu sababli, hamshira navbatchilikni qabul qilayotganda, bemorning so`nggi sutkadagi xatti-harakatlarini bilib olishlari kerak, yotoq yaralar rivojlanmayotganligini tekshirishi, in`ektsiya joylarida qattiqlashish bor yo`qligini, og`iz va burun bo`shliqlarini ko`rikdan o`tkazishi, to`shagini va kiyim kechaklarini ko`zdan kechtrmog`i kerak bo`ladi. Bemor muntazam ravishda yuvintirib turish, og`iz bo`shlig`iga gigienik ishlov berish,choyshablarini va ichki kiyimlarini almashtirib turish talab etiladi.

Ichaklarning va qovuqning bo`shanish xolatini nazorat qilib turish, zarurat bo`lganda, kateterizatsiya qilish, tozalovchi klizma qilish, yotoq yaralarning, pnevmoniyaning oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlarni amalga oshirish kerak.

Insulin-komatozli terapiyadagi bemorlarni kuzatish va parvalishlashning o`ziga xos xususiyatlari. Bo`limda insulin terapiyasini amalga oshirish uchun, odatda maxsus o`qitilgan "insulin" hamshirasi talab qilinadi. Uning vazifalari quyidagilardan iborat: buyurilgan insulinning dozasini boshqarish va uni bemorga

in`ektsiya qilish, gipoglikemik xolat rivojlanishini nazorat qilish, gipoglikemiya bartaraf qilish va bemorni nazorat qilib borish.

Terapevtik gipoglikemiya xolatida 4 bosqich mavjud:

- 1) uyqusizlik va vegetativ alomatlar (insulin in`ektsiyasidan 1-2 soatdan keyin);
- 2) uyqu yoki karaxtlik xolati (in`ektsiyadan 2-3 soat o`tib);
- 3) soporning boshlanishi (3-4 soatdan keyin);
- 4) sopor-komatoz bosqich.

Ushbu bosqichlar asta-sekin bir-biriga o`tadi. Ba`zida koma barcha bosqichlarni chetlab o`tib darhol boshlanadi. Ayrim xollarda psixomotor qo`zg`alish paydo bo`lib, vaqt va makonga orientirovkaning buzilishi, o`z harakatlariga tanqid yo`qolishi mumkin. Komatoz-soporoz bosqichi yuzaga kelganda, hamshira bemorning komatoz xolatida bo`lish muddatini belgilagan (5 dan 50 minutgacha) shifokorga ma`lum qiladi. Gipoglikemiya to`xtatish uchun 40% glyukoza eritmasi tomir ichiga kiritiladi va 200 gramm shakar suvda eritilib bemorga ichiriladi. Vena ichiga yuborish mumkin bo`lmasa, glyukoza yoki shirin choy oshqozon zondi orqali berilishi mumkin. Insulin terapiyasi seansi tugaganidan so`ng, bemorga yuqori kaloriyalitaomlar berilishi kerak. Asosiyseansdan keyin ham, istalgan vaqtda takrorlanuvchi spontan gipoglikemiya rivojlanishi mumkin. Ko`pincha, ular bemorning yomon ovqatlanishidan kelib chiqadi. SHuning uchun navbatchi hamshiragipoglikemik xolatning belgilarini (zaiflik, terlash, karaxtlik, ochlik xissi, taxikardiya) bilishi kerak va agar bemorda uning belgilari kuzatilsa, uning rivojlanishinig oldini olish profilaktik chora-tadbirlarini amalga oshirishi, shuningdek, shifokorga xabar berishi va kuzatuv jurnaliga tegishli yozuvni kiritishi kerak.

Bemorlarni sayr qildirish, bemorlarning qarindoshlari bilan uchrashishi. Shifokor tomonidan to`plangan, sayr qilishga ruxsat berilgan bemorlar ro`yxati shifokor tomonidan tuziladi. Bemorlarning sayri maxsus ajratilgan joylarda o`tkaziladi, ularning qochish ehtimoli istisno qilinadigan yoki sezilarli darajada cheklaydigan, bemorga va bemorning atrofidaogilarga xavfli

bo`lgan narsalarni olish yoki berishning oldini olish choralari ko`riladi. Sayr vaqtida bemorlar bilan birga bo`lgan hamshira ularning familiyalarini bilishi, sayrga chiqishga ruxsat berilgan shaxslarning ro`yxatini tekshirishi kerak. Bundan tashqari, hamshira bemorlarning xatti-harakatni, kimlar bilan muloqot qilayotganligini, ularning ruxiy va somatik xolatlarini nazorat qilib borishi kerak. Sayrdan qaytishda barcha bemorlar qaytganligini tekshirish zarurdir.

O`z-o`zini nazorat qilish uchun savollar va vazifalar

1. Psixiatriya xizmati qanday tashqil etilgan?
2. Ruxiy bemorni uning roziligisiz psixiatrik statsionarga yotqizish uchun nima asos bo`ladi?
3. Qanday ekspertiza turlarini bilasiz?
4. Ruxiy bemorlar parvarishiga oid qanday chihatlarni eslab qoldingiz?
5. Katotonik stupor xolatidagi bemorlar parvarishining o`ziga xos xususiyatlarini gapirib bering?
6. Psixiatrik statsionarda qanday nazorat turlari joriy qilinadi?
- 7 «Insulin» hamshirasining vazifalariga nimalar kiradi?
8. Kofein-barbamilli sensibilizatsiya nima maqsadda amalga oshiriladi?
9. Hamshira kuzatuv jurnaliga qanday ma`lumotlarni kiritib boradi?
10. Psixiatriyada hamshirilik ishining xususiyatlari nimalardan iborat?

3-BOB

ASOSIY PSIXOPATOLOGIKSIMPTOMLARNING KLINIK KO`RINISHLARI

Insonning ruxiy faoliyati, normada, turli jarayonlarning: sezgi va anglash (idrok), xotira, fikrlash, emotsiyalar, iroda, diqqat birgalikda ishlashi bilan namoyon bo`ladi. Bemorning ruxiy xolatini (statusini) taxlil qilayotganda, bu jarayonlar o`rganib chiqiladi va tavsiflanadi. Ularning kuchayishi, zaiflashishi yoki buzilish ruxiy buzilish yoki kasallikning mavjudligini ko`rsatadi.

Sezgi soxasining buzishilishi (idrok sferasi)

Sezgi soxasi bosqichlari — sezgi, idrok, tasavvur.

Sezgi - bu organlardagi retseptorlariga to`g`ridan-to`g`ri ta`sir etuvchi narsalar va xodisalarning o`ziga xos xususiyatlarini aks ettirishning eng oddiy ruxiy jarayonidir.

Idrok (so`zning tor ma`nosida) — analizator retseptorlariga bevosita ta`siri natijasida ob`ektlar va xodisalarning to`liq aks etishi bilan kechadigan ruxiy jarayon.

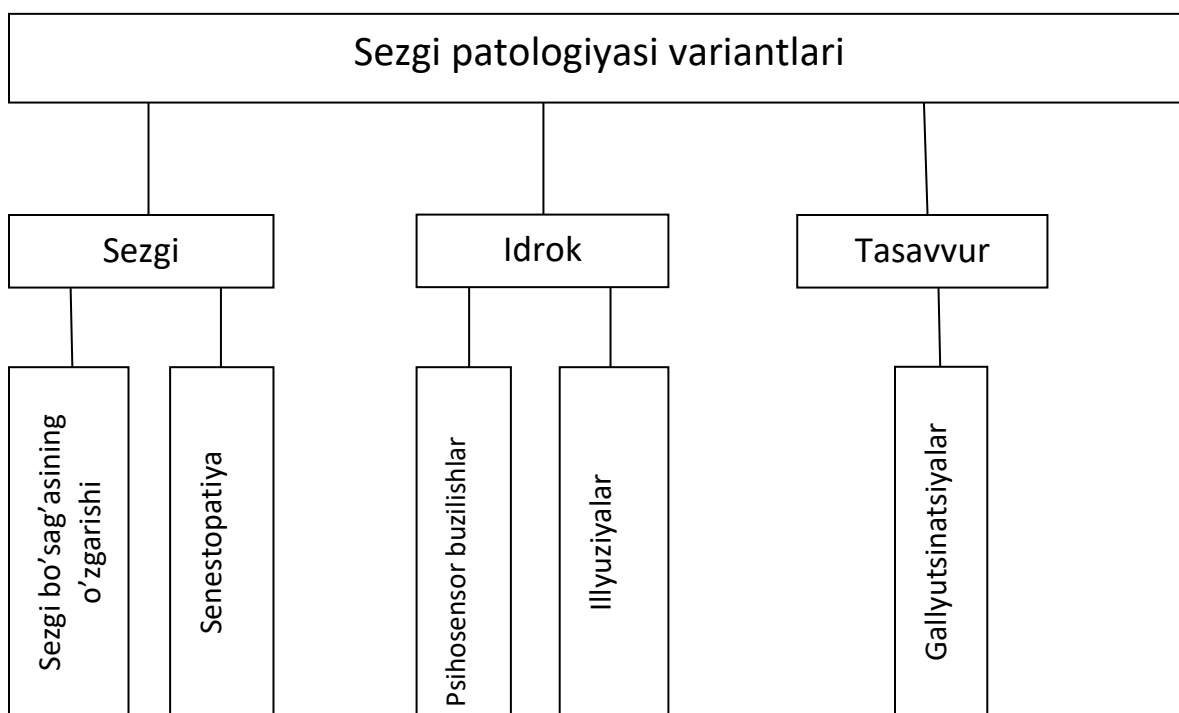
Tasavvur — oldingi idrok qilinganlarning izlari, ob`ektning o`zi yo`qligida inson ongida paydo bo`ladigan tasavvurlar. Ular insonning ruxiy ijodkorligi natijasi sifatida e`tirof etiladi.

Sezgi buzilishlari ikki xil tipda bo`ladi: sezgi bo`sag`asining o`zgaririshi (pasayishi, ko`tarilish) va senestopatiyalar.

Sezgi bo`sag`asining pasayishi normal yoki kuchsiz ta`sirlovchilarga duch kelgan sezuvchanlikning keskin ortib ketishi — **ruxiy giperesteziya** bilan namoyon bo`ladi. U nevroitik sindromlar, abstinentsiya, ayrim moddalar (opiat, gashish, tsiklodol va boshqalar) o`tkir intoksikatsiyasida kuzatiladi.

Sezgi bo`sag`asining ortishi ikki xil variantga ega.

Ruxiy gipesteziya — faol stimulyaiyalarga sezuvchanlik darajasining sezilarli pasayishi. Bemor uchun atrofidagi dunyo rang-barangligi, yorqinligi, jarngdorligi, tiniqligi yo`qoladi. Ushbu xolat karaxtlikda, depressiya xolatida, spirtli va giyohvand moddalar bilan zaxarlanganda kuzatiladi.



Ruxiy anesteziya - bu anatomik va fiziologik jihatdan o`zgarmagan xolda bir yoki bir necha analizatorlarning butunlay sezgini xis qilmasligi: ruxiy ko`rlik, karlik, ta`m sezgisining yo`qolishi va hokazolar. Sopor va komada, isterik nevroitik sindromlarda paydo bo`ladi.

Senestopatiya - bu organlarda patologiya bo`lmagan xolda, tananing turli qismlarida va ichki organlarda noaniq, yoqimsiz, azoblovchi xis-tuyg'ular. Bemorlar ularni "yondirish", "tortish", "qichishish", "to`qilish" va boshqalar sifatida ta`riflashi mumkin. Ular nevroitik sindromlarda, niqoblangan depressiyalarda, paranoid va psixorganik sindromlarda uchraydi.

Idrok patologiyasi psixosensor buzilishlarni va illyuziyalarni o`z ichiga oladi.

Psixosensorbuzilishlar — ob`ektни tanib olishni saqlab qolgan xolda, uni buzib idrok etish. O`z tanasining sxemasi, o`z-o`zini (depersonalizatsiya) va atrofidagi dunyoni (derealizatsiya) anglashning buzilishi bilan namoyon bo`ladi.

Derealizatsiya - bu atrofdagi borliqni, ob`ektlarning shakli va xajmi, masofa va vaqtni anglashning buzilishidir. YAngi joy bemorga xuddi tanishdek, avvaldan biladigandek, odatiy joylar esa xuddi notanish, birinchi marta ko`rayotgandek tuyuladi. Atrofdagi buyumlarkichraytirilganday (mikropsiya) yoki, aksincha kattalashganday (makropsiya) ko`rinishi mumkin.

Depersonalizatsiya – inson o`z shaxsini butunligicha, yoki ayrim xislatlarini, shuningdek tananing ayrim qismlarini noto`g`ri, buzib idrok qilishidir. Bemorga tanasining ayrim qismlari odatiy shakli, o`lchami yoki joylashuvi o`zgarganday xis etadi.

Illyuziyalar - sub`ektiv obraz xaqiqiy ob`ektga mos kelmaydigan noto`g`ri idrok etish. Qo`rqinchli vaziyatlarda: qo`rquv, xavotir, depressiya, ekstaz kabilarda paydo bo`ladigan affektiv illyuziyalar farqlanadi. Ularning mazmuni ko`pincha etakchi ta`sir etuvchi omil bilan bog`liq. SHunday qilib, qo`rquv fonida oddiy ob`ektlar qo`rqinchli ko`rinishda qabul qilinadi, zaif tovush baland eshitiladi. Verbal (eshitish) illyuziyalarda boshqalarning so`zlari, tovushlar noto`g`ri talqin qilinadi. Vizual, ko`ruv illyuziyalarda (pareydiliyalar) soyaningqimirlashi, sovuqdagi muz naqshlari, bulutlar, daraxtlarning shoxlari va hokazolarfantastik obrazlar ko`rinishadi idrok qilinadi. Illyuziya ruxiy kasallikning absolyut belgisi hisoblanmaydi, Chunki sog`lom odamlarda ham uchrashi mumkin.

Tasavvur patologiyasigagallyutsinatsiyalar — hissiy yorqin tasavvurlarning patologik jarayon hisobiga haqiqiy ob`ektlar va xodisalar (xayoliy idrok) darajasiga etkazilgan, aql bovar qilmaydigan g`oyalar kiradi.

Analizatorlar bo`yicha gallyutsinatsiyalarning tasniflanishi: ko`ruv, eshituv, hid, ta`m, taktil. Ular oddiy va murakkab bo`lishi mumkin.

Oddiy ko`ruv gallyutsinatsiyalari (fotopsiyalar) yorug`lik, uchqunlar, rangli dog`lar ko`rinishida namoyon bo`lishi mumkin. Murakkab ko`ruv gallyutsinatsiyalarida esa bemorlar hayvonlar, xasharotlar, odamlar, yorqin

sahnasimon ko`rinishlar (panoramik gallyutsinatsiyalar) ko`radi. Ular oq-qora (alkogol oq alahlashida) yoki rangli (epilepsiyada) bo`lishi mumkin.

Oddiy eshitish gallyutsinatsiyalari (akoazmalar) noaniq tovushlar, shitirlash, shovqin, taqirlash kabilar bilan namoyon bo`ladi. Murakkab eshitish gallyutsinatsiyalarida bemorlar musiqa, qo`shiqlar, xayqiriqlar, ovozlarni eshitadilar, ko`pincha bu ovozlarni ularning xatti-harakatlarini qoralaydilar, munosabat bildiradilar yoki biror narsaga undaydilar.

Xid va ta`m gallyutsinatsiyalarida, bemorlar noxush xidlarni (zaxarli gazlar, aynigan tuxum, qon xidi) xis qiladilar, ovqat ta`msiz, zaxarlangandek va hokazo tuyuladi.

Taktil gallyutsinatsiyalarda teriga yoki teri ostiga buyumlar, hayvonlar, o`rgimchak ini, xasharotlar va x.k. teginaytganday tuyuladi.

Gallyutsinatsiyalar, shuningdek, chin va soxtaga (psevdogallyutsinatsiyalar) bo`linadi.

Chin gallyutsinatsiyalarda gallyutsinator atrof-muxitda yuz berayotgan voqealar realdek qabul qilinadi va haqiqiydek xis qilinadi. Bemor, boshqalari xam xuddi shu narsani ko`rib turganiga, eshitayotganiga ishonadi. Bemorning xatti-harakatlari odatda gallyutsinatsiya mazmuniga mos keladi. U ovozlarga quloq solishi yoki quloqlarini yopib olishi (eshitish gallyutsinatsiyalarida), mavjud bo`lmagan ta`qibchidan yashirinishga yoki qochishga urinshi mumkin.

Psevdogallyutsinatsiyalarda gallyutsinator obrazlar tashqi olamda paydo bo`lmaydi, balki bemorning ichida (boshida, ko`kragida, qorinida va hokazo) tasavvur qilinadi. Ular haqiqiydek ko`rinishda emas, balki boshqa bir kuchlar tomonidan amalga oshirilayotganlik xissi bilan birga keladi.

Gallyutsinatsiyalar barcha pozitiv psixopatologik sindromlar (psixotik formalar) tarkibida uchraydi.

Xotira buzilishlari

Xotira — xayotiy tajribani aks ettirish va to`plashning ruxiy jarayonidir. Uning asosiy funksiyalari - bu xotirani saqlash (fiksatsiya), esda saqlash, esga olish.

Qisqa muddatli, uzoq muddatli va operativ xotira farq qilinadi. Bundan tashqari, ko`rish, eshitish, motor, xissiy va mantiqiy xotiralar ham mavjud.

Xotiraningmiqdoriy va sifat jihatdan buzilishlari ajratiladi. Miqdoriy buzilishlarga (dismneziya) gipermneziya, gipomneziya va amneziya kiradi.

Gipermneziya —xotiraningixtiyorsiz ravishda qayta tiklash qobiliyatining kuchayishi. Maniakalxolatlarda, yuqumli kasalliklarda, narkotik intoksikatsiyasida uchraydi.

Gipomneziya — xotiraning zaiflashishi, kuchsizlanishi. Muayyan xodisalarni, faktlarni yoki ularning ba`zi qismlarini eslash, yodda saqlab qolish, ushlab turish, qayta eslash qobiliyati buziladi. Sana, nomlar, atamalar va sonlarni eslashning susayishi gipomneziyaningengil darajada namoyon bo`ladi. Nevotik buzilishlarda, psikoorganik sindromda uchraydi.

Amneziya — xotiradan muayyan vaqtning to`liq yo`qotilishidir. Ong buzilishi yoki miyaning chuqur organik shikastlanishi natijasida kuzatilgan.

Bir nechta amneziya turlari farqlanadi.

Retrograd amneziya — kasallikning o`tkir davridan oldingi voqealar xotiradan yo`qolishi xisoblanadi. Xotiradan o`chgan vaqtning davomiyligi turlicha (bir necha daqiqadan bir necha kungacha, xaftalar, oylar, yillar) bo`lishi mumkin.

Anterograd amneziyas - kasallik yoki shikastlanishdan boshlangandan keyin sodir bo`lgan voqealarning xotiradan o`chishi.

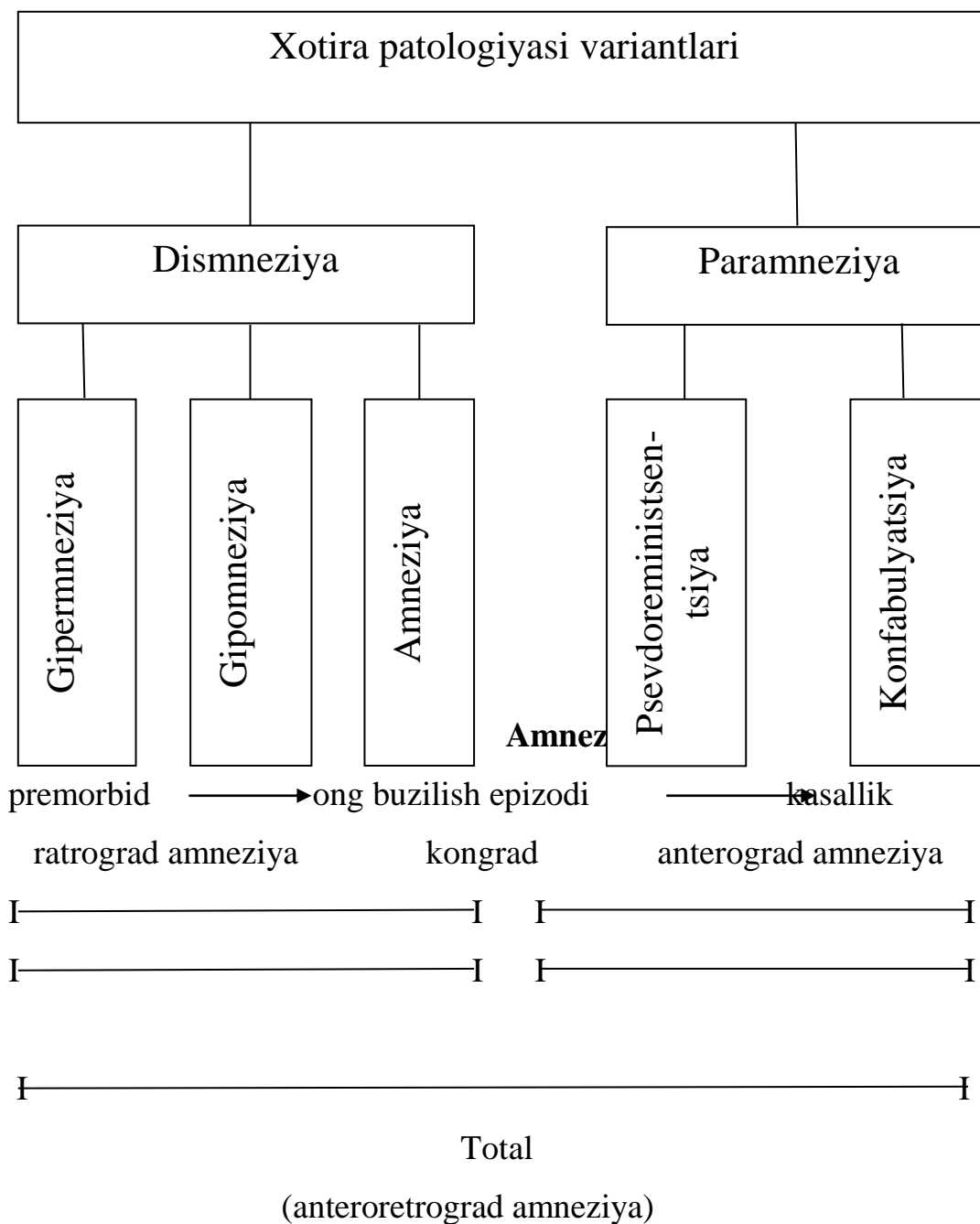
Kongrad amneziya - kasallikning o`tkir davridagi voqealarning xotiradan o`chishi (ong buzilish davri).

Agar kasallikning o`tkir davrida, oldingi yoni keyin sodir bo`lgan xodisalar xotiradan tushib qolsa, *total*, to`liq amneziya tushuniladi.

Fiksatsion amneziya hozirgi voqea-hodisalarni eslab qolishning o`tkir zaiflashuv yoki eslab qololmasligi bilan namoyon bo`ladi (sxemaga qarang).

Xotiraning sifat jihatdan buzilishlari - paramneziyalar, yoki soxta xotiralar. Ularga psevdoreministsentsiya va konfabulyatsiya kiradi.

Bemorning o'tmishda xaqiqatan ham ro'y bergan xodisalar bilan xotira bo'shliqlarini to'ldirilishi — *psevdoreministsentsiya* deb ataladi. Ular nisbatan



turg'un, bemorlar tomonidan takror-takror gapirilib turiladi. Masalan, shifoxonada bir necha kundan beri yotganligiga qaramay, bemor kecha poezdda boshqa shaharga borganini da`vo qiladi, aslida rostdan ham bo`lgan, ammo bundan bir necha yil avval bo`lgan.

Konfabulyatsiya - xotira bo`shliqlarini o`ylab topilgan, odatda, aslida sodir bo`lmagan xayratlanarli xodisalar bilan to`ldirish.

Paramneziya qarilik yoshi dementsiyasi, yuqumli kasalliklar, alkohol psixozlariga xosdir. Ular Korsakov amnestik sindromi tarkibiga kiradi, bunda, yana fiksatsion amneziya ham kuzatiladi.

Fikrlash patologiyasi

Fikrlash — ob`ektlar va xodisalarning asosiy jihatlarini va ularning ichki o`zaro munosabatlarini umumlashtirilgan xolda aks ettiriladigan ruxiy jarayondir. Insonning fikrlashi nutqsiz bo`lmaydi va o`z mantiqiy shakllariga ega: tushunchalar, mulohazalar, xulosalar va b.

Fikrlashning uch turi mavjud: ko`rinish-harakatli, obrazdi va abstrakt-mantiqiy (mavxum). Fikrlash intellektning asosiy tarkibiy qismi hisoblanadi.

Fikrlash patologiyasining simptomlari ikki guruhga bo`linadi: mazmun jihatdan buzilishi va shakli buzilishi.

Fikrlash shaklining buzilishi uning tempining, harakatchanligining, maqsadga yo`nalganligi va nutqning grammatik tuzilishining buzish bilan ifodalanadi.

Fikrlash tempining buzilishi uning tezlashuvi va sekinlashuvi bilan namoyon bo`ladi.

Fikrlashning tezlashishi - vaqt birligida assotsiatsiyalar miqdorining ko`payishi. Tasavvurlar, tushunchalar, g`oyalarning tez almashinishi, hamda yuqori chalquvchanlik bilan kechuvchi ko`p gapirishlik kuzatiladi. Fikrlash yuzaki, samarasiz bo`ladi. Tezlashishining eng yuqori darajasiga misol, fikrlar sakrashi

(tasodifan nigohi tushgan predmetlarga qarab, nutq mavzusining uzluksiz o`zgarib turishi) bo`ladi. Fikrlash tezlashishi maniakal xolatga xosdir.

Fikrlashning sekinlashishi — vaqt birligida assotsiatsiyalar miqdorining kamayishidir. Bu xolatda, bemor savollarga tez javob berish qobiliyatini yo`qotadi, nutqi sekinlashgan, monoton bo`ladi. Bu depressiv xolatlarda, asteniya va shizofreniyada kuzatiladi.

Fikrlash harakatchanligining buzilishi ezmalik (batafsillik) va qovushqoqligi bilan namoyon bo`ladi. **ezma (batafsil) fikrlash** — xaddan tashqari detallashtirish, kam ahamiyatli narsalarga to`xtalib, muhimni ikkinchi darajalidan ajrata olmaslik, muntazam ravishda mayda-chuydalarga qadalib qolib, so`ngra asosiy fikr mavzusiga qaytishdir. Bunday fikrlash labirint fikrlash ham deb ataladi.

Fikrlashning qovushqoqligi – ezmalikning eng so`nggi chegarasidir. Bunda batafsillik fikrning asosiy yo`nalishini shunchalik buzib yuboradiki, natijada uni tushunarsiz qilib qo`yadi va fikrlash samarasiz bo`lib qoladi. Bemorlar suhbatning asosiy yo`nalishini saqlab qolish qobiliyatini yo`qotadi, mustaqil ravishda suhbat mavzusiga qayta olmaydilar, keraksiz assotsiatsiyalardan qutula olmaydilar.

Ushbu buzilishlar epilepsiya, psixooorganik sindromda kuzatiladi.

Fikrlashning maqsadga muvofiqligining buzilishi rezonyorlik, amorflik va tuturuqsizlik bilan namoyon bo`ladi.

Rezonyorlik - quruq safsatobozlik, maxmadonalik, yangi fikrning yo`qligi bilan tavsiflanadi. Odatda ularning tarkibi — oddiy axloqiy so`zlar, ma`naviy xaqiqatlar, ma`lum iboralardir.

Amorflik – tushunchalarning noaniq qo`llanilishi, natijada grammatik jihatdan to`g`ri tuzilgan nutq mavhum, mujmal, yuzaki qabul qilinadi. Natijada, bu fikr atrofdagilarga tushunarsiz bo`lib qoladi. Rezonyorlik va amorflik o`rtasidagi farqli jihat shundaki, birinchi xolatda bemor "nega" gapirayotganligi, ikkinchisida esa "nima haqida" gapirayotganligi tushunarsiz bo`ladi.

Fikrlashning uzuq-yuluqligi — individual xulosalar, qarorlar, tushunchalar orasidagi mantiqiy bog`liqlikning yo`qligi. Buning natijasida, bemorning nutqi tartibli ko`rinsada, uning ma`nosini anglab bo`lmaydi. Fikrlash uzuq-yuluqligi

og'ir darajasida nutqning grammatik tuzilishi ham buzilgan bo'lishi mumkin. Ushbu nutqda tasodifiy so'zlar, jumlar bo'lagi, "so'zlar savati" kuzatiladi.

Ko'pincha bu simptomlar shizofreniyada kuzatiladi.

Nutqning grammatik tuzilishining buzilishi **fikrlashning uzoq-yuluqligidan** dalolat beradi. Bemorning nutqi tugallanmagan jumlar, alohida so'zlar va iboralarni o'z ichiga oladi. Tashqi tomondan, u tuturuqsizlikni eslatadi, ammo undan farqli o'laroq, fikrlashning uzoq-yuluqligi ongning xaralashuvi fonida kuzatiladi.

Fikrlashning mazmuni bo'yicha buzilishi vasvasa g'oyalar, o'ta qimmatli g'oyalar va shilqim fikrlar bilan namoyon bo'ladi.

Vasvasa g'oyalar — atrofdagi xaqiqiy faktlarni kasallik negizida buzilgan xolda baholash, noto'g'ri qaror chiqarish va mulohaza yuritish, hamda bularning bari taxrirlanmasligi (bemorning fikrini, qarorini, muloxazasini o'zgartirib bo'lmaslik). Vasvasa ruxiy kasalliklarning asosiy simptomlaridan biri bo'lib hisoblanadi va ko'pchilik psixotik sindromlar tarkibiga kiradi.

Tarkibiga ko'ra, vasvasa g'oyalarining to'rtta asosiy shakllari mavjud: 1) o'ziga past baho berish bilan kechadigan; 2) o'ziga ortiqcha baho berish bilan kechadigan; 3) ta'qib vasvasasi; 4) aralash vasvasa shakllari.

O'ziga past baho berish bilan kechadigan vasvasa o'zida mavjud bo'lgan kamchiliklarni bo'rttirib yoki umuman yo'q nuqsonlarni bor deb hisoblash bilan xarakterlanadi.

Aybdorlik (gunohkorlik) vasvasasi bemorlarning qilgan "ulkan xatolari" tufayli oila a'zolarining, atrofidagi olamning halokatga uchraganligi va boshqa salbiy oqibatlariga olib kelganligini takidlash bilan namoyon bo'ladi.

O'zini kamsitish vasvasasi — bemor o'zining imkonsiziligiga ishonishi, o'zida mavjud bo'lmagan salbiy ma'naviy, intellektual va jismoniy nuqsonlar borligini ta'kidlash.

Ipoxondrik vasvasa — bemor o'zida tuzalmas kasallik borligiga patologik darajada ishonish. Bemor o'zida kasallikning barcha belgilarini topadi, turli shifokorlarga murojaat qiladi, uni yaxshilab tekshirib, davolashlarini so'raydi.

O`ziga ortiqcha baho berish bilan kechadigan — o`z shaxsiyatining haqiqiy xususiyatlarini bo`rttirish ko`rsatish bilan tavsiflanadi. Ushbu guruhga quyidagilar kiradi:

— *ixtirochilik yoki kashfiyotchilik vasvasasi* — bemor genial ixtiro yoki kashfiyot qilganligiga ishonchi komil bo`ladi;

— *buyukligi vasvasasi* - bu o`z qadr-qimmatining va imkoniyatlarining patologik ortiqcha baholashidir. Bemor o`zini buyuk shoir, rassom, qo`mondon deb hisoblashi mumkin;

— *boylik vasvasasi* - bemor o`zida xayoliy boylik, qimmatbaho narsalar borligiga ishonchdir;

— *sevgi vasvasasi* - bemorning ayrim kishilar unga oshiq bo`lganligiga, sevishiga ishonishi.

Ta`qib vasvasasida bemor tashqi kuchlar tomonidan unga taxdid yoki zarar etkazilishi ehtimoli borligiga, uni kuzatishayotganligiga ishonish. Ushbu forma quyidagilarni o`z ichiga oladi:

- *ta`sir vasvasasi* — bemorning gipnoz, radiatsiya, kosmik nur va boshqalar ta`siri ostida bo`lgan patologik ishonchi;

- *zarar etkazish vasvasasi* — atrofdagi odamlarning bemorga moddiy zarar etkazganligiga ishonch (bemorga tegishli narsalarni almashtirib yoki buzib qo`yish, oziq-ovqat maxsulotlarini o`g`irlash va boshqalar);

- *munosabat vasvasasi* — atrofdagi odamlar bemorga gumon va shubha, dushmanlik bilan munosabatda ekanligi, uning manfaatlariga zid xarakterlar qilishiga ishonch;

— *rashk vasvasasi* — bemor jinsiy xamkori xiyonat qilayotganligiga ishonadi. Bemor xiyonat dalillarni topishga harakat qiladi, xaqiqiy faktlarni noto`g`ritalqin qiladi.

Vasvasaning aralash formalari ta`qib vasvasasining o`ziga yuqori yoki past baho berish birgalikda kelishi bilan ajralib turadi.

O`ta qimmatli g`oyalar mantiqan asoslangan, bemor uchun alohida ahamiyatga ega bo`lgan, emotsional boy bo`lgan g`oyalar. Ko`pincha ular inson

dunyoqarashining ajralmas qismi hisoblanadi. Bemor o'zining haqligiga to'liq ishonchi komil va uni xar qanday yo'l bilan isbotlashga harakat qiladi. Vasvasadan farqli o'laroq, o'ta qimmatli g'oyalar real asosga ega. Bemor ishoni ishontirish yoki vaziyatni o'zgartirish orqali ulardagi g'oyalarning dolzarbligini zaiflashtirishi yoki yo'q qilishi mumkin. O'ta qimmatli g'oyalar mustaqil ravishda aktsentuantlarda va psixopatik shaxslarda uchrashi mumkin.

Shilqim fikrlar — bemorning ixtiyoriga bog'liq bo'lmagan fikrlarning majburiy ko'rinishda paydo bo'lishi. Bu fikrlar turg'un xarakterga ega, bemor ularni tanqidiy baxolasa ham ulardan qutulish mumkin va ulardan qutulishni istaydi. Quyidagi turlari farqlanadi:

— *shilqim shubxa* (bemor doimo harakatlarining to'g'riligi va oxirigacha etkazganligiga ishonchi komil emas, yakuniy qaror qabul qila olmaydi);

— *shilqim abstrakt fikrlar* — samarasiz, soxta donishmandlik yoki "aqliy saqich";

— *kontrast fikrlar* — ularning mazmuni insonning axloqiy va ma'naviy-etik tamoyillariga zid keladi, bu esa bemorda azob-uqubatlarni keltirib chiqaradi (masalan, yaqin kishisiga o'lim tilash);

— *shilqim xotira* — ko'pincha uyalish va afsuslanish bilan kechuvchi, ayni damda umuman noo'rin bo'lgan hayotidagi voqealarni qayta xotiralash, miyadan ketmasligi.

Shilqim fikrlar shilqim xolatlarining o'ziga xos variantidir, va bularga shilqim qo'rquvlarni (fobiyalarni) va shilqim mayllobsessiv istaklarni o'z ichiga oladi. SHilqim xolatlar nevrozlarga xosdir.

Emotsional sfera buzilishlari

Emotsiya - bu shaxsning real borliqqa va o'ziga nisbatan sub`ektiv munosabatini aks ettiruvchi ruxiy jarayon. Ular asosan insonlarning xulq-atvorida, intellektual faoliyatida va o'zlarining extiyojlarini qondirishda namoyon bo'ladi va asab-ruxiy jarayonlarning tonusini belgilab beradi. emotsional xolatlarining asosiy

xarakteristikalari quyidagilardan iborat: ob`ektga yoki xodisaga ijobiy, salbiy, ikki yoqlama va noaniq munosabat.

Insonning emotsional xolati tuyg'ular, kayfiyat, ehtiros, affekt va emotsional stressli xolatlar bilan namoyon bo`ladi.

Kayfiyat — uzoq muddatli, nisbatan barqaror umumiy xissiy xolat bo`lib, insonlarning ayrim individual ruxiy jarayonlarini va xulq-atvorini ifodalaydi.

Affekt - bu qisqa muddatli, yorqin pantomimik va vegetativ ko`rinishlar bilan birga keluvchi kuchli emotsional reaksiya, va bunda bemor o`z xatti-harakatlarini nazorat qilishi susayishi bilan kechadi.

Emotsional buzilishlarningsimptomlari turli-tuman va ko`p. Ular produktiv va negativ turlariga bo`linadi. Produktiv emotsional buzilishlarga gipotimiya, gipertimiya, paratimiya va emotsiya dinamikasi buzilishlari kiradi.

Gipotimiya — kayfiyat pasayishi, tushkunligik. Quyidagi xis-tuyg'ular va affektlar bilan namoyon bo`ladi.

Qayg'u - bu g'amginlik, ruxiy tushkunlik ustunligi, barcha ruxiy jarayonlarning susayishi bilan kechadigan xolat. Agar qayg'u yurak soxasida azoblovchi hislar bilan birga kuzatilsa, u vital deb ataladi.

Xavotir — ichki hayajon, xalovatsizlik, ko`krak soxasidagi siqilish va taranglik bilan ifodalangan xissiy xolat. YAqinlashib kelayotgan falokatni his qilish yoki kutish bilan birgalikda kechadi.

Dovdirash — noqulaylik va ilojsizlik hissi bilan kechuvchi o`garuvchan xissiy xolat.

Qo`rquv - bu insonning kelajagi va hayoti, xavfsizligi uchun qayg'uradigan hissiy xolat.

Gipotimiyadepressiv, nevroitik va affektiv-vasvasa sindromlari tirkibiga kiradi.

Gipertimiya - ko`tarinki kayfiyat. Quyidagi emotsional xolatlar bilan namoyon bo`ladi.

Eyforiya – sababsiz quvonch, xushchaqchalik, baxtiyorlik hissi, harakat faoliyati kuchayishi bilan kechadi. Maniakal sindrom, alkogol mastlik va narkotik vositalar intoksikatsiyasida kuzatiladi.

Xushko`ngillik (ko`ngilxushlik, xushkayfiyat) - bu ko`ngil xotirjamligi, harakat qilishga xoxish bo`lmasligi bilan kechuvchi beparvorlik. Qarilik yoshidagi aqliy zaiflik, bosh miyaning atrofik jarayonlariga xosdir.

Jahldorlik — jizzakilik, badjahllik, tajovuzkorlikka moyillik bilan kechuvchi atrofidagilardan norozilikning eng yuqori darajasi, buzg'unchi xatti-harakatlarga moyillik. Jahldorlikning g'amgin kayfiyat bilan kelishi *disforiya* deyiladi. U epilepsiyaga xosdir.

Paratimiyalarga ambivalentlik va emotsional noadekvatlik kiradi.

Ambivalentlik — bir vaqtning o`zida ikki qarama-qarshi tuyg'ularning mavjudligi, bir xil voqea, ob`ektning emotsional baholashdagi qarama-qarshiliklar.

Emotsional noadekvatlik - bu xissiy reaksiya va uni keltirib chiqargan sabab o`rtasidagi nomuvofiqlik. Masalan, yaqin kishining o`limi haqidagi xabardan so`ng qax-qax otib kulish.

Xissiyot dinamikasining buzilishi emotsional labillik va ko`ngil bo`shlik bilan namoyon bo`ladi.

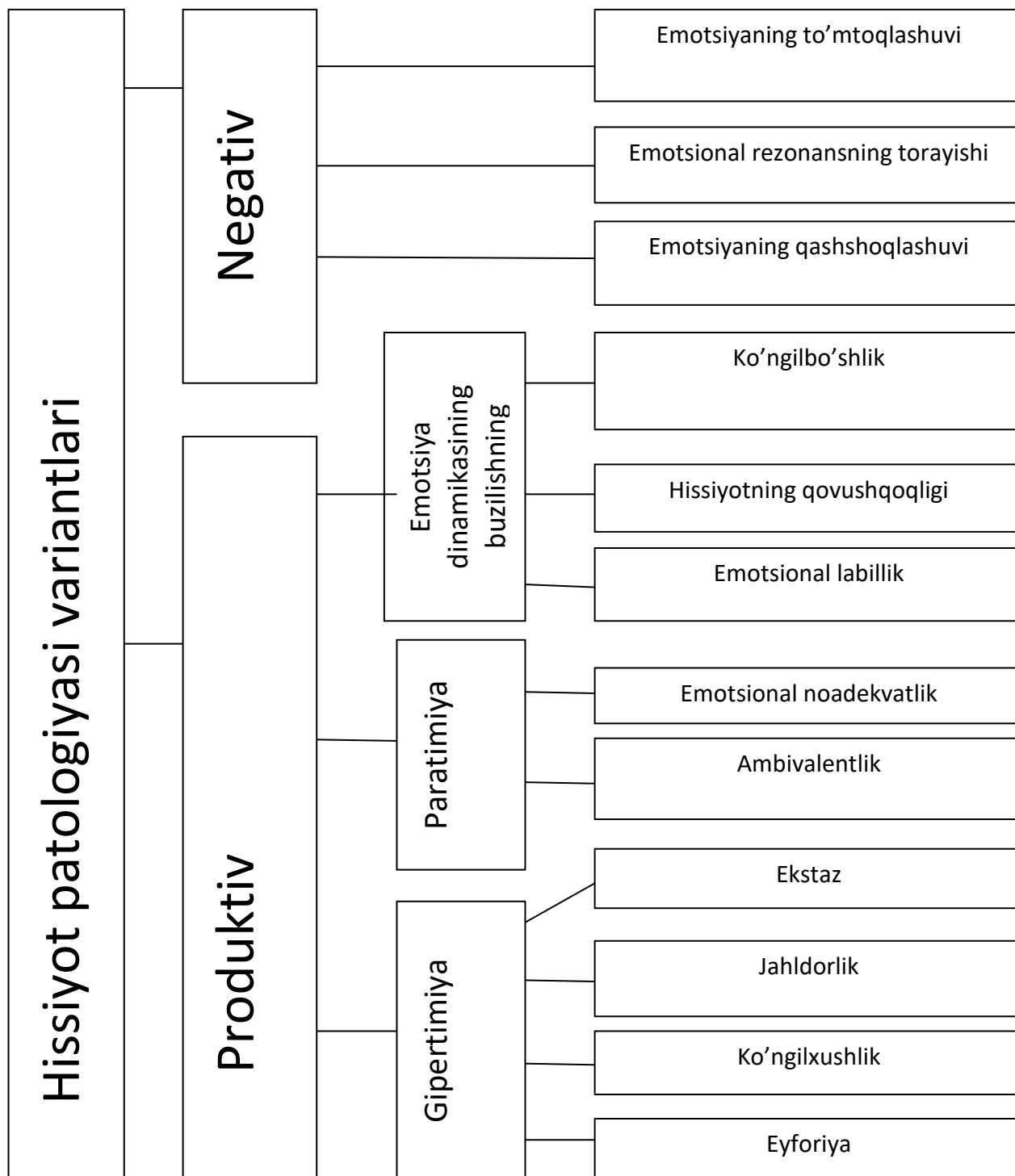
emotsional labillik (harakatchanlik, beqarorlik) — sababsiz ro`y beradigan, hissiyotning tez-tez o`zgaruvchanligidir. Bemorlar osongina kulgidan yig'iga, quvonchdan qayg'uga o`tadi.

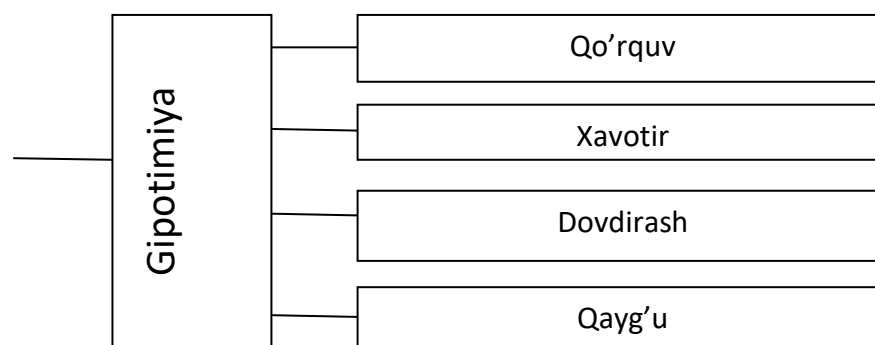
Ko`ngil bo`shlik - emotsional kechinmalarni, axamiyatsiz sabablarda ham boshqara olmaslik. Ko`pincha yig'loqlilik bilan namoyon bo`ladi. Misol uchun, bemor badiy dabiyot o`qiganda, radioeshittirish dasturni tinglaganda yig'lashga tushadi.

Ushbu simptomlar nevroitik va psixorganik sindromlarga xosdir.

Negativ buzilishlarga emotsional to`mtloqlik — xissizlik, befarqlik, bo`shliqlik (“hissiyotlar paralichi”). Bemorni hech narsahayajonlantirmaydi, tashvishlantirmaydi, qiziqitirmaydi. U mutlaqo faoliyatsiz bo`ladi, yolg'izlikka intiladi.

Emotsional xolatlarni tartibga solish miyaning ichki tuzilmalari (talamus, gipotalamus, gippokamp, bodomsimon tuzilma va boshqalar) funktsiyasi bilan bog'liq. Ushbu tuzilmalardagi travma, zaxarlanish, o'smalar, qon aylanishining buzilishi kabi o'zgarishlar yuqoridagi xissiy buzilishlarga olib kelishi mumkin.





Diqqat patologiyasi

Diqqat — insonning atrofidagi voqea xodisalarga va tanasida sodir boʻlgan jarayonlarga ruxiy faoliyatning qaratilishi. Passiv va faol diqqat mavjud.

Passiv (ixtiyorsiz) diqqatning negizida tananing atrof-muhit signallariga nisbatan taxminiy javobidir. Faol (ixtiyoriy) diqqat — insonning aqliy faoliyati muayyan vazifani xal qilishga, maqsadga erishishga qaratilgan boʻladi.

Diqqat patologiyasiga parishonxotirlik, uning tez toliqishi, tez chalgʻuvchanligi va diqqatni bir obʻektdan ikkinchisiga qaratishning qiyinlashishi bilan namoyon boʻladi.

Parishonxotirlik – ixtiyoriy ravishda diqqatni maʼlum faoliyat turiga qaratish va uni ushlab turish qobiliyatining buzilishi. Bunda diqqat noturgʻun boʻlib qoladi.

Diqqatning toliquvchanligi — diqqatni avvaliga biror narsaga jamlay olish qobiliyati saqlangan, keyin esa ish jarayonida diqqatni jamlash asta-sekinlik bilan zaiflashib borishidir. Natijada, bu gʻayratli boʻlish, ish bilan mashgʻul boʻlish, uning samaradorligi keskin kamayib boradi.

Diqqatning chalgʻuvchanligi — uning patologik harakatchanligi. Bu samaradorlik keskin kamayib borayotgan faoliyatning tezda, asossiz boshqa faoliyat turiga almashinishi orqali namoyon boʻladi.

Diqqatning yopishqoqligi - patologik fiksatsiya, bir obʻektdan ikkinchisiga oʻtish qiyinlashuvi.

Diqqatning buzilishi deyarli barcha psixopatologik sindromlarda yuzaga keladi. Ayniqsa, nevrotik buzilishlar, aqliy zaifliklarda koʻp uchraydi.

Ixtiyoriy faoliyat sferasining buzilishi

Iroda — ma'lum bir maqsadga erishish, yuzaga keladigan to'siqlarni bartaraf etishga qaratilgan ruxiy faoliyatdir.

Iroda buzilishlari quyidagilarni o'z ichiga oladi: 1) irodaviy faoliyatning zaiflashuvi (gipobuliya) yoki uning butunlay yo'qolishi (abuliya); 2) irodaviy faoliyatning patologik kuchayishi (giperbuliya); 3) irodaviy faoliyatning aynishi (parabuliyalar).

Irodaviy faoliyatning aynishi va mayllar buzilishining ko'plab variantlari mavjud:

- dromomaniya — daydilikka bo'lgan yuqori mayl;
- piromaniya — o't qo'yishga, olovga yuqori mayl;
- kleptomaniya — boyish maqsadiga qaratilmagan, asosan maydachuydalarni, o'g'rilikka mayl;
- gomitsidomaniya — odamlarni sababsiz o'ldirishga mayl;
- suitsidomaniya — o'z joniga qasd qilishga mayl;
- dipsomaniya — vaqti-vaqti bilan spirtli ichimliklarni suiste'mol qilish istagining kuchayishi, mayzadalik;
- koprofagiya — eb bo'lmaydigan, ayniqsa, najasni eyishga mayl;
- jinsiy perverziyalar — shaxvoniy istaklar buzilishining turli shakllari (sadizm, mazoxizm, fetishizm, gomoseksuallik, transvestizm, eksgibitsionizm, nekrofiliya va boshqalar).

Irodaviy faoliyat buzilishlari, ayniqsa psixopatiya va shizofreniya uchun xosdir.

Ong buzilishlari

Ong — ob'ektiv reallikni aks ettirishning eng yuqori shakli. U tashqi dunyo va o'zlikni to'g'ri idrok etishni va bilishni ta'minlaydi, insonning atrof muxitga moslashishiga yordam beradi va uning ehtiyojlariga muvofiq o'zgartirishga imkon beradi.

Ong buzilishibilan bog'lik kasalliklarning umumiy belgilari K. Yaspers (1911) tomonidan tasvirlangan:

1. Bemor haqiqiy reallikdan ajralib qoladi. Real dunyo, unda yuz berayotgan xodisalar tartibsiz, fragmentlar ko`rinishida, yoki umuman idrok qilinmaydi.

2. Bemor makonda, vaziyatda, vaqtda, atrofidagi odamlarda, o`z shaxsiyatida to`g`ri mo`ljol olmaydi.

3. Bemorning fikrlashi keskin buzilgan, nutqi vaziyatga mos kelmaydigan, nomuvofiq bo`lib qoladi.

4. Xotiraning turli xil buzilishlari aniqlanadi. Ong buzilishi xolatidan chiqib ketganidan so`ng, bemorning xotiralari to`liq emas, fragmentar bo`ladi yoki umuman xotirasi yo`qoladi (kongrad amneziya).

Ong buzilishlari —*ongning o`chishi*(nopsixotik, ongning noprduktiv buzilishi)va *ongning xiralashishi* (ongning psixotik, ongning produktiv buzilishlari) kabi turlariga bo`linadi.

Ongning o`chishiga karaxtlik, sopor va koma kiradi.

Ongning o`chishi intoksikatsiyalarda, yuqumli kasalliklarda, bosh miyada qon aylanishining buzilishlarida va bosh miya jarohatlarida uchraydi.

Ong xiralashishiga oneyroid, deliriy, amentsiya, ongning namozshomsimon va boshqa ong buzilishlari kiritiladi. Ular asosiy psixopatologik sindromlarda ko`rib chiqiladi (Ong buzilishi sindromlariga qarang).

O`z-o`zini nazorat qilish uchun savollar va vazifalar

1. Siz qanday ruxiy jarayonlarni bilasiz?
2. Idrok buzilishining qanday turlarini bilasiz?
3. CHin va soxta gallyutsinatsiyalar o`rtasidagi farq nima?
4. Vasvasa nima?
5. Vasvasa g`oyalar va o`ta qimmatli g`oyalar o`rtasidagi farq nima?
6. Qanday xotira buzilishlarini bilasiz?
7. Qanday emotsional buzilishlarni bilasiz?
8. Iroda buzilishlariga nimalar kiradi?
9. Qanday diqqat buzilishlarini bilasiz?
10. Ongning noproduktiv (nopsixotik) buzilishlariga nimalar kiradi?

4-BOB

ASOSIY PSIXOPATOLOGIK BUZILISHLARNING KLINIK KO`RINISHLARI

Ruxiy kasalliklar, boshqa barcha kasalliklar kabi, o`ziga xos belgilari — simptomlariga ega. U yoki bu belgi xech qachon izolyatsiyalangan xolda namoyon bo`lmaydi. Kasallikning o`ziga xos belgilarining majmuasi, umumiy patogenezi va namoyon bo`lish tabiati birlashib *sindromni* tashqil etadi. Sindrom ruxiy kasallikning sifat jihatdan xususiyatlarini va uning og`irlik darajasini belgilaydi. Psixiatriya amaliyotida sindromal tashxisga ko`proq e`tibor qaratiladi, Chunki ruxiy kasalliklarda simptomlarning keng polimorfizmi kuzatiladi. Sindromning ta`rifi kasallikning turli ko`rinishlarini tizimlashtirishga, tartibga solishga yordam beradi. Sindromal yondoshuv HKK-10 asosini tashqil etadi.

U yoki bu eng asosiy ruxiy faoliyat sferalarining zaralanishiga qarab, sindromlar nevrotik va nevrozsimon, ong buzilishi sindromlari, vasvasa, affektiv va irodaviy faoliyat buzilishlari, psixorganik sindromlar va boshqalarga bo`linadi.

Nevrotik va nevrozsimon sindromlar

Ushbu guruxga astenik sindrom, shilqim xolatlar sindromlari (obsessiv, fobik), ipoxondrik va isterik sindromlar kiradi.

Astenik sindrom - bu asab-ruxiy zaiflik xolatidir. U asta-sekinlik bilan, oz-ozdan rivojlanadi. Birinchi navbatda, ko`pincha tez toliqish, emotsional beqarorlik, jizzakilik, diqqatning toliqishi paydo bo`ladi, va buning natijasida – mehnat samaradorligi pasayishiga olib keladi. Keyinchalik, passivlik, befarqlik, atrofdagi narsa va hodisalarni noaniq idrok etish paydo bo`lishi mumkin.

Astenik sindromli bemorlar yorqin nur, baland tovushlar, kuchli xidlar, teginishlarga (giperesteziya) toqat qilmaydilar. Kun davomida doimiy uyquchanlik xolatini, kechasi esa doimiy uyqusizlik boshdan kechirishadi. Ortiqcha terlash, ish kunining oxirida yoki ertalabki soatlardagi bosh og'rig'i, yurak soxasidagi noxush hislar, zo`riqish hissi bezovta qiladi. Bemorlar ob-havo o`zgarishlariga toqat qilolmaydilar.

Barcha ruxiy kasalliklar astenik sindromdan boshlanadi, u xar qanday somatik kasalliklarga xamroh bo`ladi va og'ir yuqumli kasalliklardan tiklanish davrida kuzatilishi mumkin. Astenik sindrom - astenik nevrozning moxiyati hisoblanadi (nevrasteniya).

Obsessiv sindromlar

Obsessiv sindromda birinchi planga shilqim fikrlar, shubhalar, xotiralar, rituallar, mayllar va harakatlar kabi simptomlar oldinga chiqadi. Bemor o`zining xolatini tanqidiy baholaydi, ammo ko`pincha ularni engib o`ta olmaydi, va shifokordan yordam berishini so`raydi. Ba`zan katta intilish hisobiga, vaqtincha og'riqli xolatdan xalos bo`lishni yoki uning dolzarbligini kamaytirishga erishadi.

Fobik sindrom turli xil shilqim qo`rquvlar bilan namoyon bo`ladi. Misol uchun, nozofobiya, - biror-bir kasallik (kardiofobiya, kantserofobiya, sifilofobiya) bilan kasallanishdan, klaustrofobiya – yopiq joylardan qo`rqish, agarofobiya - ochiq joylardan qo`rqish, tanatofobiya – o`limdan qo`rqish va hokazo. Bu qo`rquvlar, odatda, bema`niligiga qaramay, bemorlarning ongiga kirib boradi va ulardan qutilishga urinishlariga qaramasdan saqlanib qolaveradi.

Turli xil shilqim xolatlar nevrozlarda, psixopatiyalarda, shizofreniyada va emotsional stressli xolatlarda uchraydi.

Ipoxondrik sindrom bemorning o`z sog'lig'idan doimiy tashvishlanishi, og'ir, tuzalmaydigan kasallik borligiga ishonishi bilan namoyon bo`ladi. Bu juda azoblovchi xolat bo`lib, bemorning turli ichki a`zolaridan yoki tanasining ayrim qismlaridan (senestopatiyalar) kelib chiqadi. Keyinchalik ipoxondrik o`ta qimmatli g'oya paydo bo`ladi. Bemorlar ko`pincha turli soxadagi shifokorlarga murojaat

qilishadi, ular chuqur tibbiy tekshiruvdan o`tkazishlarini talab qilishadi, lekin ularda, odatda hech qanday somatik patologiya aniqlanmaydi. Keyinchalik, bemorlar yordam ololmagach, shifokorlarni befarqlikda va xatto unga zarar keltirganliklarida ayblashadi, o`zlarini xavfli infetsiyalarning manbai deb hisoblashadi, hatto sexrlangan, gipnozlashtirilgan (ipoxondrik vasvasa) deb da'vo qiladilar.

Ipoxondrik sindrom sekin kechuvchi shizofreniyada, psixopatiyalarda va depressiv xolatlarda uchraydi.

Isterik sindromlar namoyon bo`lishi bo`yicha turli-tumandir. Ular beshta asosiy individual kombinatsiyalashgan komponentni o`z ichiga oladi: ruxiy, vegeto-vitseral, harakat, sensor va nutq buzilishlari. Isterik simptomlarga egotsentrizm, namoyon bo`lish darajasi va paydo bo`lishining vaziyatga bog`liqligi, ataylab qilinayotganday, namoyishkorlik, ta`sirchanligi, o`ziningkasallik xolatidan qandaydir foyda olishi mumkinligi (isterik xurujlarning shartli yoqimlilik yoki ularni istash) bilan tavsiflanadi.

Isterik sindromlar nevrozlarda, psixopatiyalarda yuzaga keladi.

Ong buzilishi sindromlari

Har qanday ruxiy kasallik ongning buzilishi bilan birga kuzatiladi deyish mumkin, Chunki bemor tashqi olamni to`g`ri aks ettira olmaydi. Biroq, klinik nuqtai nazardan, bemor makonga, vaqtga, o`z shaxsiga nisbatan mo`ljalni yo`qotganda, to`liq yoki qisman xotira buzilishlari aniqlanganda, ongi buzilgan deb hisoblanadi.

Ong inson ruhining eng oliy va murakkab qismi bo`lgani uchun uning ko`p qirralari va qatlamlari bor, uning ustki, tepa hamda pastki, tub-qatlamlari bo`ladi. Ongning *ustki qatlamining* tarkibi deyarli o`zgaruvchan bo`lib, o`z-o`zini sezish hissiyoti va atrof-muhitni hamda undagi bor ma`lumotlar hamda shu vaqt ichida kishilar oldiga qo`ygan maqsad-vazifalarga muvofiq kechayotgan voqealarga bog`liq bo`ladi. Ongning *pastki qatlamida* insonning hayoti davomida to`plangan, ammo uzoq vaqt ishlatilmaydigan ma`lumotlar, taassurotlar zahira sifatida va

xotiraga bog'langan holda chuqur o`rin oladi. Ong buzilishining jiddiy turlari hamma ruhiy kasallik turlarida uchramaydi, aksincha, ularning ayrim turlaridagina kuzatiladi.

Ongning buzilish turlari xilma-xil bo`ladi. Ularning *engilroq* va *og'irroq* kechadigan turlari bor. Birinchi turiga depersonalizatsiya bilan derealizatsiya xolatlari kiradi. Bunda kasallikning o`tkir va qo`pol belgilari kuzatilmasligi bilan bir qatorda o`z-o`zini va atrof-muhitni tahlil etish qobiliyatlari ham nisbatan buzilmaydi. Aksincha, ong buzilishining jiddiy turlarida eng avvalo o`z-o`zini anglash qobiliyati bemorlarda yo`qolib, vaqtga, makonga va sodir bo`layotgan voqea-hodisalarga nisbatan tahlil etib tushunish qobiliyati yo`qoladi hamda har xil psixopatologik belgi va alomatlar kuzatiladi.

Ongning buzilishi nopsixotik, noproduktiv (o`chishi) va psixotik, ya`ni produktiv (xiralashishi) xarakterga ega bo`lishi mumkin. Agar ong o`chishi (karaxtlik, sopor, koma) somatik klinikalarda keng tarqalgan bo`lsa, psixiatrlar ongning xiralashishi bilan bog`liq bo`lgan kasalliklar bilan shug`ullanadi. Ularga deliriy, amentsiya, oneyroid, ongning namozshomsimon buzilishlari kiradi.

Karaxtlik —ongning eng engil nopsixotik buzilishidir. Bu vaqtga va makongamo`ljial olishning buzilishi, ammo o`z shaxsiga mo`ljalning saqlanishi bilan namoyon bo`ladi. Oqibatda bemor ongiga etib boruvchi axborot oqimini sezilarli darajada kamayadi. Tashqi ko`rinishi, qiyofasi jonsiz, ma`nosiz bo`lib, uyquda yotgan kishilarni eslatadi. Tashqi muhitning ta`sirini sezish qobiliyati sezilarli pasayadi. Bemor bilan og`zaki muloqot qilish mumkin, lekin juda xam qiyin. Masalan, bemorga past ovoz bilan murojaat qilinganda umuman javob qaytarmasligi mumkin, agar unga baland ovoz bilan gapirilsa, uzoq pauzadan keyin adekvat javobni olishi mumkin. Atrof-muhitni anglash qobiliyati o`ta susayadi, kasalxonada yotganliklarini tasdiqlashlari mumkin, lekin bu erga qachon va qanday qilib kelib qolganliklari haqidagi ma`lumotlarni olib bo`lmaydi. Ularning ongi his-tuyg`ulardan va fikr-mulohazalardan holi bo`lib qoladi, qashshoqlashgan ongidagi fikrlash jarayoni o`ta sekinlashadi.

Karaxtlikning engilroq turini ongning *obnubilyatsiyasi* deyiladi. Bemorning hamma reaksiyalari sekinlashadi, e`tibor bilan fikrning tarqoqlik alomatlari borligi uchun hozirjavoblik yo`qoladi, savolning mazmunini tushunmaganliklari uchun javoblari xatolarga to`la bo`ladi.

Sopor — nisbatan chuqurroq darajadagi ong o`chishi. Mo`ljal olishning barcha turlari buziladi, og`zaki muloqot qilish imkoni bo`lmaydi. YUz-ko`zlari qizargan yoki oqargan bo`ladi, ter bosgan, nafas olishi qiyinlashib, yurak urishi tezlashgan bo`ladi. Bu ahvoldan chiqqanda bemor o`zining holatini butunlay esdan chiqarib yuboradi. Himoya reflekslari (korneal, qayt qilish, yutish, yo`tal), og`riqqa va manipulyatsiyalarga reaksiyalar saqlanib qoladi. Tos sohasi organlari nazorati buzilgan bo`lishi mumkin.

Koma — ongning butunlay o`chishi. Har qanday tashqi stimullarga reaksiyalarning yo`qolishi, reflekslarning susayishi, mushaklar tonusining o`zgarishi, yurak va nafas olish tizimlarining turlicha buzilishlari bilan xarakterlanadi. Bu holat epilepsiyada, qandli diabet kasalligida, mexanik yoki elektrotravmada, spirtli ichimliklardan zaharlanganda, uremiya kasalliklarida hamda psixiatriya amaliyotida insulin bilan davolash jarayoilarida uchraydi.

Ong buzilishining ikkinchi guruhiga (*psixotik turi*) *deliriy, oneyroid, amentsiya* va ongning *namozshomsimon(g`ira-shira, sumerik)* buzilishi kiradi.

Ong buzilishining og`ir turlarining klinik manzarasi uchun umumiy belgilarning xosligidan tashqari, yana ikkita alomat tez-tez uchrab turadi. Ulardan biri *sarosimalik*, ikkinchisi — *gipermetamorfoz* belgisidir.

Sarosimalik holatida bemorlarning tashqi ko`rinishi bezovta, ko`zlari va qarashlari besaramjon, gap-so`zlarida ma`no bo`lmaydi, gapirib turib, birdan to`xtab kolishadi. Bemorlar o`zlarida va hayollarida bo`layotgan ichki kechinmalarini yoki atrofda bo`layotgan hodisalarni tushuna olmaydilar, xavotirlangan, hayratda bo`ladilar. Bu hol gipermetamorfoz bilan qo`shilib keladi. Bunda bemorning diqqat-e`tiborini jalb etish mumkin, lekin ularning e`tibori bir narsaga tezda ko`chib ko`chib yuradi. Xonaga biror kishi kirsam, xonaning eshigi ochilib yopilsa yoki gaplashib turgan shifokor u yoki bu yoqqa qarasa —

shularning hammasi bemor e`tiborini o`ziga tortadi. Bir oz fursatga gapini to`xtatib, e`tiborini yana boshqa narsalarga karatadi. Gipermamorfoza sarosimalik xolatining tarkibida yuqorida aytilgan, unga xos bo`lgan boshqa belgilari bilan uchraydi. Sarosimalik holati esa o`z navbatida faqat ongning og`ir buzilishlarigagina xos bo`lmasdan, balki hamma o`tkir boshlanadigan psixotik sindromlarning tarkibida ham uchraydi.

Ong buzilishining jiddiy turlari yuqorida qayd etilgan kasallarda ko`proq uchraydi va ular quyidagi nomlar bilan ataladi: deliriy, oneyroid, amentsiya hamda sumerik xolatlar. Ular nemis, rus va boshqa millat olimlari tomonidan atroflicha o`rganilgan. Ammo XX asrning boshlarida yashagan atoqli nemis olimi YAspers ularning hammasiga xos psixopatologik belgilarini to`la va chuqur o`rgangan. Uning fikricha, ong buzilishi qanday turi bo`lishiga qaramasdan ularning hammasida asosan to`rtta alomatlar uchraydi:

1. Bemor bilan atrof-muhit (atrofidagi odamlarga, vaqtga, makonga mo`ljal olish) o`rtasidagi muomala, muloqot buziladi. Tashqi dunyo idrok etilmaydi, u to`la-to`kis anglashilmaydi yoki o`zgargan, qo`rqinchli va mantiqsiz idrok etiladi. Bu belgi yolg`iz holda katatoniya, apatiya yoki aqliy zaiflik sindromlari tarkibida ham uchraydi.

2. Kasallarda vaqtga, makonga (turgan joylariga) va kishilarga bo`lgan mo`ljal olish (orientirovka) o`zgaradi yoki butunlay buzilgan bo`lishi mumkin. Hozirgi kunni, oyni, yilni, turgan joylarini va atrofdagi yaqin kishilarini anglay olishmaydi (dezorientirovka). Bu belgi ham xotira jiddiyroq buzilganida, asteniya sindromining og`irroq turida va yuqorida aytilganidek apatiya holatida ham kuzatiladi.

3. Fikrlash qobiliyati o`zgaradi, buziladi (inkogerentlik). Mulohaza yuritishda fikrlarning ketma-ketligi, mantiqiy jarayoni buziladi. Tahlil qilish, umumlashtirib to`g`ri mazmunli xulosa chiqarish imkoniyatlari yo`qoladi. Bemorlar nutqida va so`zlaganlarida «uzuq-yuluqlik» seziladi. YA`ni ularning gaplarida mantiq yo`qolishi bilan birga grammatik qoidalarga ham amal qilinmaydi. Mutaxassis har qancha e`tibor bilan ularning nutqini tahlil qilishiga urinmasin, ularning fikrini

tushunib bo`lmaydi. Bu belgi ham shizofreniya o`tkir boshlanganida, sensor afaziyada va maniyaning og`ir turida kuzatiladi.

4. Bemorlarda mo`ljall olish (orientirovka) buzilganligi hamda tashqi muhit ta`siri bosh miyada to`g`ri aks etilmaganligi natijasida kechayotgan tashqi voqealar va ichki patologik kechinmalarning hammasi ularning xotiralarida saqlanib qolmaydi. Bemor og`ir ahvoldan chiqqandan so`ng ularning hammasini o`z xotiralarida saqlab olib, so`ngra to`la ravishda gapirib bera olmaydi, ya`ni ularda *amneziya* holati namoyon bo`ladi. Bu so`nggi belgi ham alohida xotiraning buzilishi natijasida kelib chiqadi, Korsakov sindromida ham uchraydi. Demak, ongning jiddiy buzilish turlarini aniqlaganda yuqorida, ko`rsatilgan hamma belgilarning mujassamlashgan holatlari mavjud bo`lishi shart, Chunki ularning har biri alohida yoki bir-ikkitasi birgalikda boshqa sindromlar tarkibida ham uchrashi mumkin.

Deliriy — bemorning idrok sferasida yorqin buzilishlar mavjudligi bilan tavsiflanadi. Odatda, taxdidli harakterga ega vizual gallyutsinatsiyalar ustunlik qiladi. Gallyutsinatsiyalar saxnasimon, panoramik yoki bo`lmasa, faqat bir xil, vaqti-vaqti paydo bo`luvchi va vaqtinchalik bo`lishi mumkin. Bemorlar makonga, vaqtga mo`ljall ololmaydi; o`z shaxsiga nisbatan mo`ljall olish saqlanib qoladi. Xatti-harakatlari gallyutsinatsiyalar mazmuniga mos keladi. Bemor juda xayajonlangan bo`lishi, xayoliy ta`qibchidan qochiishi, ularga xujum qilishi mumkin. Bunday bemorlarda bir qarashda qo`rquv kuzatilsa, bir qarashda yig`lash, bezovtalanish va ba`zan esa ko`ngilxushlik aniqlanadi. Ularning so`zlari tushunarsiz, tartibsiz, nigohlarida xavotir bo`ladi.

Ongning delirioz buzilish ko`pincha kechqurun va tunda kuchayadi. Kunduzgi paytda, bemorning xolati birmuncha yaxshilanadi, savollarga to`g`ri javob beradi, atrofida gilarni taniydi va kasalligi bilan bog`liq kechinmalarini tanqidiy baholaydi. Deliriy davridagi xotiralar qisman saqlanib qoladi.

Deliriy sindromi ikkita atipik shaklda namoyon bo`lishi mumkin.

Mussitirlangan deliriy (ingl. *mussitation* — shivirlamoq, valdiramoq) — bemorlarning qo`zg`alishi to`shak chegarasidan chiqmaydi. Ular doimo

tushunarsiz narsalarni pichirlashadi, valdiraydi, bir xil, stereotipik harakatlarni bajarishadi, kiyimidagi xayoliy changni qoqishadi, ko`rpasini tortib oladi.

Professional deliriy — kasbiy ko`nikmalarni aks ettiruvchi gallyutsinatsiyalar oqimi bilan ajralib turadi. Bunday bemorlarda psixomotor qo`zg`alish kasbiga oid, avtomatlashgan harakatlarni amalga oshirish shaklida namoyon bo`ladi. Misol uchun, buxgalter «chytoda hisob-kitob qiladi», kotiba «mashinkasida matn yozadi» va boshqalar. Deliriyning bu turi ham ilgari xiliga o`xshash bosh miyaning og`ir organik kasalliklarida va jiddiy somatik bemorlarda uchraydi.

Deliriyning atipik shakllari ong buzilishining eng og`ir turlari qatoriga kiradi va ko`pincha sopor, komaga o`tadi.

Deliriy dorilar intoksikatsiyasida (antidepressantlar, stimulyatorlar, atropin), alkogolizm, giyoxvandlik va toksikomaniyada, infeksiyon va ba`zi bir somatik kasalliklarda uchraydi.

Amentsiya (lotin. *amentia* - bema`nilik) ongning o`tkir xiralashishi, bemorning o`zini yo`qotishi bilan namoyon bo`ladi. Amentiv xolatning asosiy belgisi - atrofida sodir bo`layotganlarni (fikrlashning sintez qilish funksiyasining buzilishi) taxlil qilish qobiliyati saqlangan xolda, umumlashtirish qobiliyatining yo`qolishidir. Bemor atrof-muxitni qisman idrok etadi, uning alohida qismlarini taxlil qiladi, lekin ularni birlashtira olmaydi, o`zaro aloqani topolmaydi. Dastlabki bosqichda diqqat (diqqatning chalg`uvchanligi, toliquvchanligi) keskin buzilgan, hissiyotning labilligi, bexalovatlik kuzatiladi. Nutq uzuq-yuluq, yuz ifodasida ko`pincha ajablanish bshladi.

Bunday bemorlarda mo`ljal olishning barcha turlari buzilgan bo`ladi. Amentsiya xolatidan chiqib ketgandan so`ng, to`liq amneziya kuzatiladi. Amentiv sindromning cho`qqisida harakat qo`zg`alishi, ko`pincha to`shak chegarasidan tashqariga chiqmaydigan xaotik, tartibsiz xatti-harakatlar qiladi. Kechqurun va tungi payt vaqti-vaqti bilan gallyutsinatsiyalar va vasvasaviy buzilishlar paydo bo`ladi. Bir vaqtning o`zida uyqusizlik, ruxiy va jismoniy toliqish, tana vaznining keskin kamayishi aniqlanadi.

Ba`zan katatoniyaga xos belgi (katatonik qo`zg`alish) alomatlari ham kuzatilishi mumkin yoki amentsiya deliriyga o`tishi mumkin, bunday hollarda deliriyga xos belgilar paydo bo`ladi. Katatoniyadan farqi shundaki, katatoniya hech qachon deliriyga o`tmaydi. Amentsiyada ko`proq somatik buzilishlar kuzatiladi va muddati haftaga va oylarga cho`zilishi mumkin.

Amentsiya, asosan og`ir somatik va yuqumli kasalliklarda, tug`ruqdan keyingi davrdagi sepsisda kuzatiladi.

Ongning oneyroid (tushsimon) buzilishi (yunon., *oneiros* -tush ko`rish) fantastik ko`ruv gullyutsinatsiyalari, psevdogallyutsinatsiyalar va illyuziyalar oqimi bilan tavsiflanadi. Bemorlarning tashqi ko`rinishi ikki xil manzara bilan ifodalanadi. Bemorlar esdan og`gan yoki sehrlangandek, biror narsaga mahliyo bo`lgandek ko`rinadilar. Ba`zan bezovta bo`lib, ba`zan esa o`rinda qo`zg`almasdan, savollarga javob bermasdan yotaverishadi. Ammo tashqi ko`rinishdan shunday kuzatishga qaramasdan bemorlar ichki kechinmalarga juda ham boy bo`ladilar. Ularning ongi fantastik hayollarga to`la bo`ladi. U hayollar tashqi muhitning ta`siri natijasida paydo bo`lgan tasavvurlar bilan g`ayri tabiiy holda qo`shilib, bemorlar ongida g`alati ruhiy holatni yuzaga keltiradi. Ularning ko`lami keng va bir-biriga o`zaro bog`langan va birin-ketin tasavvurdan o`tadi. SHu bilan birga dahshatli tush ko`rgani singari ular fojiali ko`rinishda bo`lishi ham mumkin. Bemorlarda o`z shaxsiga mo`ljal olish qobiliyatining buzilishi ong buzilishining boshqa turlariga qaraganda kuchliroq zarar ko`radi. Misol uchun deliriyini boshdan kechirayotgan bemorda o`zligini anglash qisman saqlangan bo`lsa, oneyroid holatini boshidan kechirayotgan bemorning o`zini anglash qobiliyati buzilganligi uchun uning ongida fantastik hayollar, hamda tashqimuhit ta`sirida yuzaga kelayotgan har xil tasavvurlar aralashib, dahshatli va keng ko`lamdagi kechinmalarga aylanadi va bemorning o`zi shunday voqealar va ajoyib hodisalarda bevosita ishtirok etadi. U qaxramon sifatida bosh rolni o`ynaydi.

Bemorlar deliriy xolatidan chiqqandan so`ng kasallik vaqtida boshidan kechirgan ko`ruv gallyutsinatsiyalardan ba`zi bir manzaralarni va atrof-muhit to`g`risidagi xotiralaridan ba`zi bir qismlarini eslashlari mumkin. Oneyroidni

boshidan kechirgan bemor atrof-muhit to`g`risida hech narsani eslay olmaydi. Ammo o`zlarining hayollaridan kechgan hamma voqealarni to`la-to`kis yodda saqlab, ular to`g`risida mufassal so`z yuritishlari mumkin.

A. V. Snejnevskiyning ta`biri bo`yicha deliriyga rang-barang, har xil illyuziya bilan ko`ruv gallyutsinatsiyalari, oneyroidga — hayoliy fantastik, keng ko`lamli ichki kechinmalar, amentsiyaga esa inkogerentlik bilan sarosimalik holatlari xosdir.

Ongning namozshomsimon (sumerik) buzilishi. Ong buzilishining bu turini yuqorida aytilgan turlar singari osonlikcha ta`riflab bo`lmaydi. Bu masalaga tadqiqotchilar ikki xil nuqtai nazardan yondoshadilar. Birinchi guruh olimlar kishilarni qorong`ilik tushgan(g`ira-shira)da ko`rish qobiliyati pasaygani singari bemorlar ongida ham shunga o`xshash holat kuzatiladi degan fikrni ilgari surishadi. Kun qorayganda uzoq-yaqinni aniq-ravshan ko`rish qobiliyati o`zgargani singari bemorlarda o`zgargan ong bilan muhitni, butun borliqni hamda shu vaqt ichida kechayotgan voqealarni idrok etish va tahlil qilish qobiliyatlari buzilgan bo`ladi.

Boshqa olimlar esa ong buzilishining bu turini o`zgaruvchan, bir-biriga o`xshamaydigan har xil (al`ternativ) holatlarda namoyon bo`ladi deb taxmin qiladilar. Ong tiniqligining uzluksizligi vaqti-vaqti bilan kutilmaganda buzilib, yana o`z sog`lom holatiga qaytib turadi. Bu holat bemorlarda to`satdan boshlanib tez o`tib ketishi, ba`zan esa bir necha soatlar yoki kunlar davom etishi ham mumkin. Nogahon ong o`zgarib bemorlar boshqacha holatga tushib qoladilar. Kasallarning tashqi ko`rinishi besaramjon, bezovta, g`azabli bo`ladi. SHunga qaramay, ularning xatti-harakatlarida g`ayritabiiylik bo`lmaydi, lekin ularga turli ovozlar eshitilib, har xil ko`ruv gallyutsinatsiyalari namoyon bo`ladi. ehtirosli vavasalar (zaxarlanish, kuzatuv, ta`qib qilish, tazyiq o`tkazish yoki biror bir vosita orqali ular shaxsiga ta`sir etish hollari) kuzatiladi. Ong buzilishining bu turi klinik manzarasi jihatidan har xil kechishi mumkin. Ba`zan ehtirosli vasvasalar ko`proq kuzatilib klinikasida asosiy joyni egallasa, uning *vasvasalitari*, g`ayri tabiiy hamda xavfli xatti-harakatlar bilan g`azabli affekt qo`shilib kelsa, uning *qo`zg`aluvchan*

(*ajitirlangan*) turi va ba`zan psixoproduktiv belgilar bilan kuzatilishiga qaramasdan bemorlar o`zlarini qaerda ekanliklarini, atrofdagi kishilarning kimligini bila oladilar va shuning uchun ham ong sumerik buzilishining bu turini *orientatsiya qilinadigan(orientirli)shakli* deb qabul qilingan.

Umuman bemorlar ongining o`zgarish turlariga qaramay, ular hushlariga kelgandan so`ng ularning ishtirokida patologik ruhiy kechinmalar natijasida sodir etilgan ko`ngilsiz xatti-harakatlar, voqealarga bemorlarning munosabati o`zgargan bo`ladi, ya`ni sodir etilgan xavfli xatti-harakatlarni ular emas, boshqa kishilar tomonidan uyushtirilgandek tuyuladi.

Odatda, bemorlar sumerik holatdan chiqqanda amneziyaning to`liq turi kuzatiladi. Ya`ni bemorlarning xotirasida hech narsa saqlanmaydi. Lekin ba`zi bir kasallar tekshirilganda sumerik holatdan chiqishi bilan uzuq-yuluq bo`lsa ham, patologik kechinmalardan ba`zi bir voqealarni so`zlab berishadi. Bu hol ruhan sog`lom kishilarda dahshatli tushdan so`ng ma`lum vaqt uning ta`sirida bo`lib, so`ngra kundalik voqealar ta`sirida ularni yoddan chiqarib yuborgandek bo`ladi. Bemorlarda ham shunga o`xshash hol kuzatiladi va qisqamuddat o`tgandan so`ng to`liq amneziya holati namoyon bo`ladi. Bu manzarani mug`ombirlikka yo`yib bo`lmaydi, Chunki bu kasallarda uchrashi mumkin bo`lgan belgilarning biridir. Bu alomat *kechikkan (retard) amneziya* deb ataladi. Bu belgini bemorlar xavfli xatti-harakati natijasida jinoyat sodir etib, ularning ruhiy sog`lomligini aniqlash uchun sud-psixiatriya ekspertizasiga yuborilganda katta ahamiyatga ega bo`ladi. Klassik variant bilan bir qatorda avtomatizm bilan birga kechuvchi, ongning sumerik buzilishliri mavjud:

- *ambulatoriya avtomatizmi* - murakkab harakatlarning bir yoki bir nechta qismini ma`nosiz, maqsadsiz takrorlash (yozish vaqtida bir harfni qayta-qayta yozish, bir joyda to`xtovsiz aylanish va xokazo.

- *trans* - bemor tashqaridan qaraganda, tartibli va maqsadli harakatlar qilishi bilan o`zini namoyon qiladi: bir shahardan boshqa shaharga borishi, ko`chalarda yurib, xuddi sog`lom odamdek taassurot qoldirishi mumkin. Ammo, bu xolatdan

chiqishda to'liq amneziya qayd etiladi. Trans bir necha daqiqa, soat va xatto kunlar davom etadi;

- *fuga* - avtomatik harakatlanish. U birdaniga maqsadsiz orqa-oldinga yugirish, qayoqqadir ketib qolish bilan namoyon bo'ladi. Fuga qisqa vaqt davom etadi.

Ongning sumerik buzilishi faqat kunduzi emas, balki kechasi ham sodir bo'ladi. Ularning uyqu vaqtida paydo bo'lishi uyquda yurish (lunatizm, somnambulizm) deyiladi.

Ongning barcha sumerik buzilishlari epilepsiyada va epileptik sindrom bilan kechuvchi bosh miyaning organik kasalliklarida, reaktiv va isterik psixozlarda uchraydi.

Vasvasa sindromlari

Vasvasa sindromlariga quyidagi buzilishlar kiradi.

Paranoyal sindrom sistemalashgan vasvasa g'oyalar mavjudligi bilan ayrilib turadi, uning mazmuni ko'pincha xaqiqiy voqealarni aks ettiradi. Bemor fikrlarining tabiati monotematik xususiyatga ega bo'lib, u bitta mantiqiy xatoga asoslangan. Uning barcha diqqat-e'tibori, faoliyati o'z fikrlarini isbotlashga, kasallik asosida yuzaga kelgan qoyalarni amalga oshirishga qaratilgan bo'ladi. Atrofidagi haqiqiy reallik bir taraflama, o'zining vasvasaviy fikrlariga asoslangan xolda talqin qilinadi. Vasvasa g'oyalarining paydo bo'lishidan oldin, bemorlarda, odatda tashvishlanish, xavotir, ehtiyotkorlik, shubxalanish kuzatiladi. Bemorlar vasvasa g'oyalarida o'zlarining kechinmalari sababini topgach, engillik his qiladilar. Bunday xolatda, hatto noaniq, taxminiy fikr va g'oyalarlar bemor nuqtai nazarida ravshanlashadi (vasvasaning kristallanishi). Ular xatto ko'chada, uyda, ishda "josuslar va kontrrazvedkachilar" ularni kuzatishayotganini, "xotinning xiyonatini" va h. oldindan qanday qilib tushunishmaganligiga xayron bo'lishadi. Bunda gallyutsinator buzilishlar kuzatilmaydi. Xotira va intellekt buzilmaydi. Og'riqli xis-tuyg'ularni batafsil, hissiy boyitilgan xolda, uzoq vaqt ifoda etishadi. Tarkibiga ko'ra ular turlicha bo'lishi mumkin: islohotchilik, kashfiyotchilik, rashk, munosabat vasvasalari va boshqalar.

Paranoyal sindrom shizofreniyada, reaktiv psixozlarda, patologik shaxs rivojlanishlarida, paranoid tipidagi psixopatlarda kuzatilishi mumkin.

Paranoid sindrom (Kandinskiy-Klerambo sindromi) politematik g'oyalar bilan ifodalanadi (munosabat, ta'qib, ta'sir va boshqa vasvasalar). Vasvasavif g'oyalar gallyutsinatsiyalar va psevdogallyutsinatsiyalar, xissiy taranglik va vasvasaviy qo'zg'alish bilan birga keladi. Sindrom tarkibiga ko'pincha, yot, o'zgalar tomonidan singdirilgan fikrlar hissi bilan namoyon bo'luvchi ruxiy avtomatizm kiradi. Bemorning fikrlari baland ovozda eshitilayotgandek va boshqalar tomonidan eshitilib (fikrlar ochiqligi simptomi) turgandek tuyuladi. Ba'zan fikr yuritish jarayoni bemorning ixtiyoriga bog'liq bo'lmagan xolda, majburiy singdirilayotgan fikrlarning (majburiy nutq simptomi) nutqida namoyon bo'lishi bilan birga keladi. Bundan tashqari, bemorlar, unga turli asbob-uskunalar yordamida "uzatilayotgan" ovozlarni (erkak, ayol, bolalarning), shovqinni, qichqiriqlarni eshitadi.

Paranoid sindrom shizofreniya, alkogolizm, epileptik, reaktiv psixozlar klinikasi tarkibida uchraydi.

Parafren sindrom juda ham murakkab va katta sindromlar qatoriga kiradi. Kasallikning kechishiga qarab, parafren sindrom ikki turga ajratiladi: *o'tkir* va *surunkali* o'tadigan turlari. Keyingi xili shizofreniyaning uzluksiz kechadigan turi — gallyutsinator-paranoid sindromlaridan so'ng paydo bo'ladi. Bunda, bemor o'zini buyuk deb his qilishdan tashqari, meni kuzatishayapti, menga qandaydir kuch bilan ta'sir etishmoqda degan mulohazalarni aytishadi. Affektiv o'zgarish bilan birga Kandinskiy sindromiga xos hamma belgilari va haqiqiy gallyutsinatsiyalar hamda monotematik vasvasa ham bo'lishi mumkin.

Parafren sindromning o'tkir kechadigan turi ham ko'pincha shizofreniyaning shu bilan kechadigan turining tarkibida uchraydi. Uning simptomlari maniakal affekt hamda o'zining buyukligini izhor qiladigan va ehtirosli vasvasalarda namoyon bo'ladi.

Parafren sindrom shizofreniya, progressivlanuvchi falajlik, alkogol va organik psixozlarda kuzatiladi.

Gallyutsinator sindromnishartli ravishda vasvasaviy buzilishlar guruhiga kiritish mumkin. Oldingi sindromlardan farqli o`laroq, gallyutsinozdabirinchi planga vasvasava g`oyalar emas, balki intensiv ravishda eshituv, ko`ruv, hid, taktil gallyutsinatsiyalar chiqadi. Bemorlarning ongi formal ravishda saqlangan, ular atrof-muhitga, vaqtga mo`ljal oladilar. Gallyutsinatsiyalar mazmuniga qarab, bemorlar ta`qib qilish, zaharlash, rashk va boshqa turdagi vasvasa g`oyalarni bayon etishadi. Odatda, ko`pincha verbal gallyutsinozuchrab, bemorlar o`zlarining harakatlariga sharx beruvchi, ularga buyruq beruvchi ovozlarni eshitadi. Gallyutsinatsiyalar kechki payt va tunda kuchayadi. Ba`zan bemorlar ularga tanqidiy qaraydilar, ammo idrok aldovlari ta`siri ostida noadekvat va tajovuzkor harakatlar qiladilar.

Gallyutsinoz bir necha oy va xatto yillar davomida, ham o`tkir va surunkali tarzda kechishi mumkin. U shizofreniya, alkogolizm, miya sifilisida, epilepsiya kasalliklarida psixotik buzilishlar variantlaridan biri bo`lib keladi.

Hissiyot (affektiv) buzilishlar sindromlari

Hissiy (affektiv) sindromlar depressiv va maniakal simptomakomplekslar majmualari bilan ifodalanib, ularning har biri his-tuyg`ular, iroda va fikrlash buzilishlaridan tashqil topgan simptomlar uchligidan iborat.

Depressiv sindrom tushkun kayfiyat (gipotimiya), fikrlash jarayonining sekinlashishi va irodaviy faoliyatning tormozlanishi (gipobuliya) bilan xarakterlanadi. Bemorlar og`riqli (vital) qayg`uni xis qilishadi, atrofidagi olam xiralashgan, tund idrok etiladi. O`tmish, hozirgi kun va kelajak ularga qiziqarsiz, umidsiz, quvonchsiz ko`rinadi. Ular odatda professional va odatiy uy yumushlarini bajarishga qodir bo`lmay qoladilar. Bemorlar boshlari egilgan xolatda, tana xolatini uzoq vaqt o`zgartirmasdan yoki hech kim bilan gaplashmasdan yotoqda yotishadi. Yuz ifodasida azoblanish, qayg`u ifodalangan bo`ladi. Ovozlari past, nutqi sekin, monoton bo`ladi. YAqinlariga nisbatan tuyg`ular zaiflashgan yoki umuman yo`qolgan bo`lishi mumkin.

Bemor ushbu xolatni tanqidiy baxolab, yurak sohasidagi yoqimsiz, og'ir hislardan, qalbi og'rishidan azoblanishadi. Ba`zan o`zini ayblash vasvasalari paydo bo`lishi mumkin; butun umri qator xatolardan, noto`g`ri qilingan ishlardan, xafagarchiliklardan, baxtsizliklardan iborat bo`lgan deb hisoblashadi. Ko`pincha o`z joniga qasd qilish fikrlari va xatti-harakatlar kuzatiladi.

Manikal sindromga ko`tarinki kayfiyat (eyforiya), iroda va harakat faoliyatining oshishi, fikrlash jarayonlarining tezlashishi bilan ajralib turadi. Maniakal xolat diqqatning o`ta chalg`uvchanligi, betashvishlik, xushchaqchqlik, optimizm, yuzaki fikrlash bilan ifodalanadi. Xotira, odatda kuchaygan bo`ladi. Bemorlar ko`p gapirishadi, ba`zan o`zlari to`qigan sh`erlarni o`qishadi, raqsga tushishadi, jinsiy mayllari tormozlangan bo`ladi. Manikal sindromning o`ziga xos jihatlaridan biri shuki, ba`zan buyuklik vasvasasi darajasiga etuvchi, bemor o`z shaxsini ortiqcha baholash kuzatiladi. Bu xolat, bemorlar o`zlarini buyuk insonlar, taniqli olimlar va davlat raxbarlari sifatida tasavvur qilish istagi bilan namoyon bo`ladi. Diqqatning noturg`unligi va fikrlash jarayonlarining tezlashishi tufayli, atrofdagilarga bemorlarning nutqi tushunarsiz, gaplari bir-biriga bog`liq emasdek ko`rinadi. Biroq, diqqat bilan kuzatilsa, iboralar orasidagi mantiqiy aloqani anglash mumkin. Fikrlashning tezlashishi bemorlarda bir fikrni tugallamasdan turib boshqa fikrni bayon qilishga o`tib ketishi (fikrlar sakrashi) bilan namoyon bo`ladi.

Ushbu sindromlar maniakal-depressiv psixozda, shizofreniyada, yuqumli kasalliklar va intoksikatsiyada rivojlanadi.

Disforik sindrom aralash affektiv sindromlar kiritiladi. U g`amgin-tund kayfiyat, qo`rquv, xavotir, jaxldorlik va jizzakilik bilan namoyon bo`ladi. Irodaviy faoliyatning faolligi (giperbuliya) ning kuchayishi bilan bir qatorda, etakchi affekt tayovuzkorlik va suiqasdga yo`nalgan harakatlar, kelishmovchilik, atrofdagilarning jig`iga tegish bilan ifodalanishi mumkin. Disforiya epilepsiyada, bosh miya organik buzilishlarida kuzatiladi.

Harakat-iroda faoliyati buzilishlari sindromlari

Harakat-iroda faoliyatibuzishlari sindromlari **katatonik sindromni** o`z ichiga oladi. U ikki xil variantda namoyon bo`ladi: katatonik qo`zg`alish va katatonik stupor.

Katatonik qo`zg`alish stereotipik harakatlar, ularning maqsadsizligi, tasodifiyligi, g`ayrioddiyligi bilan ifodalanadi. SHu bilan birga, kutilmagan xolda asossiz impul`siv harakatlar yuz berishi mumkin. Bemorlar birdan sakrab turishadi, qayoqqadir chopishadi, boshqalarga xujum qilishadi, ba`zi xollarda haddan tashqari g`azab, tajovuzkorlik namoyon qilishi, qisqa vaqtdan keyin tinchlanishi mumkin.

Katatonik sindromga aks-sado simptomlari (exo simptomlar) xos:

- exolaliya – eshitilgan jummalarni stereotipik takrorlash;
- exopraksiya – atrofida ko`rgan harakatlarni takrorlash;
- exomimiya - suxbatdoshning yuz ifodasini ixtiyorsiz takrorlash.

Katatonik stupor harakatsizlik va mutizm (gaplashishdan voz kechish, jimlik) bilan tavsiflanadi. Ba`zan bu xolat bemor tanasini istalgan xolatga keltirsak, u uzoq vaqt mana shu xolatda qotib turishi mumkin bo`lgan mumsimon qayishqoqlik bilan namoyon bo`ladi.

Ko`pincha katatonik stupor quyidagilar bilan kuzatiladi:

— *havo yostig`i simptomi* (agar bemor boshining ostidan yostiq olib tashlansa, uning boshi xavoda qotib turadi va bu uzoq vaqt davom etishi mumkin;

— *xartum simptomi* (oldinga cho`chchaytirilgan lablar);

— *kapyushon (yopinchiq) simptomi* (bemor yuzini ochiq qoldirgan xolda, boshiga kiyimini tortib olishi);

— *aktiv va passiv negativizmsimptomi*. Aktiv negativlik, bemorlarning qo`yilgan talablarga qarama-qarshi harakat qilishlari bilan ifodalanadi. Misol uchun, bemorga siz tomonga yuzlanishini so`rasangiz, u sizga orqasini o`giradi. Passiv negativlikda bemor faqat talab va talablarni bajarmaydi. Negativizm odatda bemorlarning ovqatlanishdan voz kechishi bilan namoyon bo`ladi.

Bundan tashqari, mushaklar tarangligining ortib borishi, ayniqsa eguvchi mushaklar, bilan namoyon bo`luvchi stupor kuzatilishi mumkin. SHu sababli bemor uzoq vaqt qoladigan embrion pozasida bo`ladi.

Katatonik sindrom bemor ongi saqlangan xolda (*lyutsid katatoniya*) va ongning oneyroid buzilishlari bilan (*oneyroid katatoniya*) kechishi mumkin. Birinchi xolda, stupor, mutizm, negativizm bo`lishiga qaramasdan, bemor atrofidagi hamma narsani sezadi va stupor xolatidan chiqqanidan keyin eshitgan va ko`rgan narsalari haqida gapirib berishi mumkin. Oneyroid katatoniyalarda katatonik qo`zg`alish masxarabozlik, nutqning uzuq-yuluqligi va tushsimon kechinmalar bilan kuzatiladi.

Katatonik sindrom shizofreniyaning muhim belgisi hisoblanadi. SHuningdek, u involyutsion, reaktiv va epileptik psixozlarda ham uchraydi.

Irodaviy faoliyat buzilishi sindromlariga apatiko-abulik sindrom kirib, unda apatiya (befarqlik) va abuliya (irodaning yo`qolishi) bosqichma-bosqich rivojlanishi bilan ajralib turadi. Bunday bemorlar faolsiz, atrofidagi insonlarga, yaqinlariga befarq bo`lib, atrofida sodir bo`layotgan voqealarga qiziqish bildirmaydi. Ularda kelajakka oid rejalar, atrofidagi sodir bo`layotgan voqeahodisalarni anglashga intilish, qarindoshlari, oilasi va o`zlariga g`amxo`rlik qilish bo`lmaydi. Jahldorlik reaksiyalari, ochlik hissi, jinsiy faoliyat uzoqroq vaqt davomida saqlanib turadi.

Apatiko-abulik sindrom shizofreniya klinik manzarasi, travmadan keyingi davrlarga, bosh miya o`sma kasalliklariga xosdir.

Intellektual-mnestik buzilishlar sindromlari

Ushbu simptomokomplekslarga Korsakov sindromi, dementiv sindromi va oligofreniya sindromlari kiradi.

Korsakov amnestik sindromida hozirgi vaqtda sodir bo`layotgan voqeahodisalarga xotira buzilishi (fiksatsion amneziya) birinchi o`rinda turadi. O`tgan yillardagi faktlar odatda bemorning xotirasida saqlangan xolda, ayni paytdagi olingan ma`lumotlar bemor xotirasida saqlanmaydi. Bemorlarga yaqindagina

uchrashgan kishilarni eslay olmaydilar, o`zlarining palatalarini topolmaydilar, sana, yil fasllarini, o`zlarining qaerda ekanliklarini eslay olmaydilar. Hozir eshitgan so`zlarni yoki yaqinda o`qigan matnni eslab, uning mazmunini aytib bera olmaydilar. Bemorlar yo`qolgan xotira o`rnini turli o`ylab topilgan, eshitgan hodisalar yoki o`tmishdagi voqealar (konfabulyatsiya, psevdoreminisentsiya) bilan to`ldiradi.

Bunday bemorlar kam harakatlik, tez charchash, asabiylanuvchanlik bilan ajralib turadi. Ularda intellektual faoliyatning chuqur o`zgarishlari kuzatilmaydi, Chunki xotirasida avvvval olgan bilimlari, tajriba va kasbiy ko`nikmalari xotirasida saqlangan bo`ladi.

Korsakov sindromi alkogolizmida, qarilik yoshidagi psixozlarda, bosh miya travmalarida kuzatiladi.

Dementsiya (orttirilgan aqliy zaiflik) aqliy faoliyatning, intellektning turg'un pasayishi bilan namoyon bo`ladi. U bosh miya po`stloq qismidagi atrofik jarayonlar (Altsgeymer, Pik kasalligi) natijasida, epilepsiyaning so`nggi bosqichlarida, shizofreniyaning og'ir kechuvchi shakllarida, og'ir bosh miya jarohatlarida, neyroinfektsiya va boshqalarda kuzatiladi. Dementsiya total (to`liq) va lakunar (qisman) bo`lishi mumkin.

Total dementsiyada o`zining xolatiga tanqidning umuman bo`lmasligi bilan bir qatorda, yangi bilim va ko`nikmalarni egallash qobiliyati buziladi. Ularning xulosalari va mulohaza yuritishlari tartibsiz, yuzaki bo`lib, xotirasi, axloqiy va ma`naviy me`yorlari chuqur buzilgan bo`ladi. Instinktiv mayllari tormozlashgan bo`ladi: giperseksuallik, ochko`zlik, beparvolik fonida umumiy ahloq qoidalariga bo`ysinmaslik paydo bo`ladi. Kasbiy ko`nikmalar biroz uzoqroq muddat saqlanib turadi. Kundalik hayotda bemorlar yordamga va g'amxo`rlikka muxtoj bo`lishadi.

Total dementsiya progressivlanuvchi paralichda, senil psixozlarda kuzatiladi.

Lakunar dementsiya aqliy faoliyatning ayrim, xotira, diqqat kabi soxalari buzilishi bilan namoyon bo`ladi. Ishlab chiqarish jarayonida bemorlar aqliy qobiliyatining pasayishi kuzatiladi, ular bu xolatni tanqidiy baholaydi va ko`pincha

tibbiy yordamga murojaat qiladi. Birinchi navbatda, ular hisob-kitob qilish, sana, ismlar, ayni paytdagi voqealarni eslab qolish qobiliyatini yo`qotishadi. Faol diqqat tezda toliqadi, jizzakilik, affektiv reaksiyalarga moyillik paydo bo`lishiga olib keladi.

Lakunar dementsiya bosh miya qon tomirlari aterosklerozida, gipertoniya kasalligida, bosh miya o`smalari va sifilisida uchraydi.

Og`ir xolatlarda dementsiya rivojlanib borishi mumkin. Uning yakuniy bosqichi *ruxiy marazm* - aqliy faoliyatning to`liq parchalanishi, boshqalar bilan muloqot qilish qobiliyatining yo`qolishi, har qanday faoliyatga istak va qiziqishlarning to`liq yo`qolishi bilan tugaydi. Bunday xolat, odatda, umumiy marazm belgilari – jismonan umumiy xolsizlanish, trofik o`zgarishlar, yotoq yaralar paydo bo`lishi bilan birga kuzatiladi.

Oligofreniya sindromi (tug`ma aqliy zaiflik) homilaning prenatal davrida yoki bola hayotining dastlabki uch yilida bosh miya shikastlanishi natijasida aqliy rivojlanishning ortda qolishi bilan xarakterlanadi. Oligofreniya turli xil sabablarga asoslangan bo`lib, bularga nasliy kasalliklar (xromosoma anomaliyalari, rezus mos kelmaslik, metabolik buzilishlar) va ekzogen (infektsiyalar, turli xil intoksikatsiyalar, shikastlanishlar) omillar kiradi. Oligofreniyaning klinik ko`rinishi tegishli bobda bayon qilingan.

Psixorganik sindrom

Psixorganik sindrom shikastlanishlar, infeksiyon, intoksikatsion omillar va qon tomir patologiyalari sababli bosh miyadagi organik shikastlanishlar natijasida kelib chiqadigan turg`un nevrologik va psixopatologik simptomatlarning qo`shilib kelishi bilan ajralib turadi.

Etakchi simptomlari — turli xil emotsional buzilishlar (jizzakilik, emotsional labillik, ko`ngil bo`shlik, eyforiya, apatiya); diqqatning buzilishi (diqqatning tez toliqishi, chalg`uvchanligi, bir ob`ektdan ikkinchi ob`ektga diqqatni ko`chirishning qiyinlashishi); xotira buzilishi va tafakkur harakatchanligining tafsilotlarga beriluvchanligidan tortib qovushqoqligigacha bo`lgan buzilishlar; iroda buzilishlari

(tashabbuskorlik va faollikning zaiflashishi, qiziqish doirasini pasayishi) hisoblanadi. Bundan tashqari, mehnat qilish samaradorligi, mustaqillik, ijtimoiy va biologik adaptatsiya pasayib, psixopatsimon xatti-harakatlar kuzatiladi. Infektsion kasalliklarga, iqlim va meteorologik omillarning ta'sirlariga (atmosfera bosimi, namlik, havo harorati va boshqalar) va psixotravmatik vaziyatlar beriluvchanlik kuchayadi. Bemorlar yuqori sezuvchanligi, ta'sirchanligi, xissiy zaifligi bilan ajralib turadi. O`ta qimmatli g`oyalarga (ixtirochilik, ipoxondrik) moyillik yoki fobik xolatlar paydo bo`ladi. Vegetovitseral belgilar (arterial bosim o`ynashlari, nafas ritmining buzilishlari, ko`p terlash, silliq tolali mushaklarning spazmlari va boshqalar) tez-tez uchraydi.

O`z-o`zini nazorat qilish uchun savollar va vazifalar

1. Ruxiy faoliyat buzilishining asosiy sindromlarini sanab o`ting.
2. Bemor va uning atrofidagilarga gallyutsinator-vasvasali buzilishlar qanday xavf tug`diradi?
3. Depressiv sindrom nima va u bemor uchun qanday xavf tug`diradi?
4. Qanday ong buzilishlari atrofdagi insonlarga xavf tug`diradi?
5. Maniakal sindromga qanday belgilar kiradi?
6. Negativizm bemor uchun nimasi bilan xavfli hisoblanadi?
7. Harakat-iroda buzilishi sindromlarini sanab o`ting.
8. Astenik sindrom nima?

2-BO`LIM

XUSUSIYPSIXIATRIYA

1-BOB

INFEKTSION VA SOMATIK KASALLIKLARDAGI RUXIY BUZILISHLAR (simptomatik psixozlar)

Ichki organlar va tizimlarning patologiyasi bilan bog'liq ruxiy kasalliklar psixiatriyaning bir qismini tashqil etadi, bu ayniqsa boshqa mutaxassisliklar shifokorlari uchun muhimdir. Xar qanday yuqumli va somatik kasalliklarda markaziy asab tizimi patologik jarayonga jalb qilinishi mumkin. Bu ruxiy kasallikning turli belgilari bilan namoyon bo`ladi. Somatogeniyaning umumiy belgilari: somatik kasallikning mavjudligi, tanadagi va ruxiy kasalliklar o`rtasidagi vaqtning sezilarli aloqasi.

Yuqumli kasalliklarda ko`pincha bevosita psixozlardagiga nisbatan ruhiy faoliyatning engil darajadagi buzilishlari kuzatiladi. Bu holatlar shunga dalolat beradiki, etiologik omildan tashqari (u yoki bu infektsiyaning hususiyatlari), infeksiyon psixozlarning kelib chiqishida kasallik jarayoni rivojlanayotgan sharoitlar ham katta ahamiyatga ega. Somatik zaiflashgan, surunkali intoksikatsiyalar, bosh miya travmalari bilan kasallangan bemorlarda infeksiyon psixozlar ko`proq yuzaga keladi. Infeksiyon psixozlar ayniqsa bolalarda ko`p

rivojlanadi. Shuningdek, nasliy omillar, konstitutsiya katta ahamiyatga ega. Yuqumli kasalliklarda ruhiy faoliyatning buzilishlari xam mikroorganizmlarning (bakteriyalar, viruslar) markaziy asab tizimiga bevosita ta`siri, hamda ular hayot faoliyati davomida ajratgan toksinlarning bosh miyaga ta`siri bilan belgilanadi. Ruhiy buzilishlarning rivojlanishi asosiy kasallikning (revmatizm, pnevmoniya, tif) asorati hisoblanadi. Infektsion psixozlar simptomatik deb nomlanadi. Bunda ko`pincha somatik buzilishlarning chuqurligi va ruhiy buzilishlarning yaqqolligi o`rtasidagi uzviy bog`liqlikni aniqlash mumkin. Masalan, shunisi yaxshi ma`lumki, antibiotiklar va boshqa zamonaviy antibakterial vositalarning qo`llanilishi ruhiy faoliyatdagi simptomatik buzilishlar rivojlanishi hollarini sezilarli darajada kamaytirdi.

Ko`pdan beri ma`lumki, turli yuqumli kasalliklarda ruhiy faoliyatning buzilishlari o`xshash klinik belgilarga ega. Bu psixozlarni tavsiflovchi nisbatan tor doiradagi sindromlar, odatda “ekzogen turdagi reaksiyalar” deb nomlanadi. Barcha infektsion psixozlar uchun asteniya bo`lishi xos bo`lib, u asta-sekin faollikning pasayishi, qo`zg`aluvchan holsizlik, yig`loqilikning paydo bo`lishi bilan namoyon bo`ladi. Shularning zahirida keyinchalik karaxtlik shaklidagi ong buzilishi kelib chiqishi mumkin. Bemorlarda atrofdagilarga mo`ljal olish qiyinlashadi, barcha qo`zgatuvchilar uchun qo`zg`alish busag`asi sezilarli ko`tariladi. Bemorlarning nutqi bog`liqsiz bo`lib boradi. Ular yarim uyqu holatidagi insonlarni eslatadilar. Muloqot turg`un bo`lmaydi. Tafakkur sur`ati sekinlashgan, assotsiatsiyalar qiyinchilik bilan hosil bo`ladi. Karaxtlik davri haqida odatda xotiralar qolmaydi. Bemorning ahvoli og`irlashganda karaxtlik soporga, komaga o`tishi va hatto o`lim bilan yakunlanishi mumkin.

Eng ko`p hollarda infektsion psixozlar, ayniqsa bolalik va yoshlik davrida, delirioz sindrom belgilari bilan kechadi. bu holatlarda alohida diqqatni qo`zg`alishni bartaraf etishga qaratish lozim, Chunki u mavjud astenik fonni yanada chuqurlashtirib, barcha somatik va ruhiy faoliyatlarning keskin toliqishiga olib keladi. Kasallik og`ir kechganda ong xiralashuvi soporli, keyin esa komatoz

belgilar qo`shilishi bilan davom etib, kuchayib borayotgan nafas-yurak etishmovchiligi natijasida o`lim bilan tugashi mumkin. Nisbatan ko`p uchraydigan hollarda, bir necha soat yoki kunlar o`tgach, deliriy ortga chekinadi, ammo yana uzoq vaqt davomida yaqqol asteniya bir-biri bilan bog`lanmagan vasvasa g`oyalari bilan saqlanib qoladi. Bu holatlar rezidual (qoldiq) vasvasa deb nomlanib, asteniya bartaraf etilgandan so`ng unga nisbatan tanqidiy munosabat paydo bo`ladi. Infektsion deliriy klinikasi bilan kechuvchi psixozlar, odatda yaxshi natija bilan tugab, bemor butunlay sog`ayib ketadi.

Yuqumli kasalliklarda kuzatiluvchi boshqa buzilish - bu amentiv sindromdir. U odatda somatik kasallikning keksalik yoshida, organizmning himoya kuchlari asta sekin kamayib, o`ta toliqqanda kasallik cho`zilgan holda, yomon sifatli kechganda kuzatiladi. Amentiv holatning davomiyligi xaftalab, ba`zida oylar bilan o`lchanadi. Odatda keyinchalik ong xiralashgan davridagi xotiralardan hech nima qolmaydi. Umuman olganda, amentsiya klinikasi bilan kechuvchi infektsion psixozlarning oqibatlari yomon hisoblanadi.

Agar kasallik somatik buzilishlar sababli o`lim bilan tugamasa, keyinchalik ko`p yoki oz namoyon bo`luvchi psixoorganik o`zgarishlar yuzaga keladi.

Ba`zi hollarda o`tkir infektsion psixozlarda ongning namozshomsimon xiralashuvi rivojlanib, gallyutsinator-paranoid turda kechadi. Namozshomsimon holatlar bir necha kungacha davom etishi mumkin. Ular to`satdan, odatda uyqudan so`ng tugaydi. Bemorlarda to`liq amneziya kuzatiladi.

Yuqorida ko`rsatilgan ong buzilishi sindromlari eng ko`p hollarda o`tkir infektsion psixozlarda uchraydi, va ular orqaga qaytish davrida postinfektsion holatlar deb nomlangan bosqichdan o`tadi. Rekonvalestsentsiya davrida bu bemorlarda postinfektsion asteniya kuzatiladi. Kamroq holatlarda qisqa vaqtli retrograd yoki anterograd amneziya shaklida xotira buzilishlari rivojlanadi.

Ba`zi yuqumli kasalliklar cho`zilgan va surunkali tus olishi mumkin. Bunday holatlarda bemor ongida ozgina yaxshilanish bo`lishi bilan kasallik klinikasi boshqa nisbatan engil sindromlar bilan almashinadi. Ba`zida eng boshidan boshlab cho`zilgan psixozlar yuzaga kelib, ong buzilishlarisiz kechadi.

Bunday infeksiyon psixozlarda kasallik klinikasi ancha polimorfdir. Ba`zi holatlarda kayfiyatning depressiv o`zgaruvchanligi qayg`u hissi, yig`loqilik, munosabat, zaharlash vasvasa g`oyalari bilan oldingi o`ringa chiqadi; boshqa holatlarda - paranoid buzilishlar illyuzor va gallyutsinator idrok buzilishlari, ta`qib va ta`sir vasvasasi bilan kechadi. Bu buzilishlarning umumiy belgilari astenik fonning yaqqolligi, qo`zg`aluvchan holsizlik, ipoxondrik buzilishlar bilan belgilanadi.

Cho`zilgan infeksiyon psixozlarning oqibati turli darajada namoyon bo`lgan Korsakov va psixorganik sindrom bilan tugashi mumkin. Bu holatlar bosh miyaning diffuz organik zararlanishi haqida dalolat beradi va ortga qaytmas hisoblanadi. eng ko`p holatlarda ular kalla ichi infeksiyalarida (meningitlar, entsefalitlar) yoki tserebral zararlanishlar bilan asoratlangan umumiy infeksiyalarda kuzatiladi.

Tibbiy xodim nafaqat infeksiyon psixozlarning umumiy hususiyatlarini, balki ulardan ba`zi birlarining klinikasi uchun hos bo`lgan maxsus belgilarini ham bilmog`i lozim.

Quturish. Prodromal davri kasallangan xayvon tishlaganidan 3-8 hafta o`tgach boshlanib, ko`z oldi tinishi, tajanglik va bezovtalik bilan namoyon bo`ladi. Kasallikning boshlanish davri uchun barcha qo`zg`atuvchilarga sezuvchanlikning keskin oshib ketishi xos. Kayfiyat pasayadi, havotir va sababsiz qo`rquv paydo bo`ladi. Keyinchalik tutqanoqlar, spazmlar paydo bo`lib, tashqi ta`sirlar (kuchli yorug`lik, keskin tovushlar, turli hidlar) natijasida yuzaga keladi. SHuningdek, gidrofobiya yoki "suvdan qo`rqish"- suv ichishga harakat qilganda xiqildok va qizilo`ngach mushaklarining spazmlari kuzatiladi. Kasallik rivojlanish cho`qqisida, tonik va kloni tutqanoqlar bilan bir qatorda, ongning namozshomsimon hiralashuvi yaqqol psixomotor qo`zg`alish, agressivlik, impul`siv harakatlar bilan kechadi. Motorikaning buzilishi kasallikning terminal – paralitik bosqichi uchun ham xos bo`lib, bemorning ongi tinik holatida kechadi.

Pnevmoniyalar. eng ko`p psixozlar holatlari krupoz pnevmoniyada uchraydi. Odatda bemorlarning ruhiy holati kechqurun va tunda yomonlashadi.

Mo`ljalning buzilishi, gallyutsinatsiyalar kuzatilib, bemorlar qaergadir qochishga intiladilar, ularni derazaga, eshikka “tortadi”. Og’ir holatlarda delirioz ong buzilishlari kunduz kuni ham bo`lishi mumkin. Engil holatlarda ko`pincha gallyutsinator buzilishlar, delirioz sindromning abortiv shakllari uchraydi.

Alkogol suiste`mol qiluvchi shaxslarda, pnevmoniyalar natijasidagi psixozlar og’ir kechadi.

Epidemik yoki letargik entsefalit. Kasallik 2 bosqichda kechadi. O`tkir davrida (o`ziga xos nevrologik simptomlardan tashqari) delirioz yoki delirioz-amentiv holatlar havotir, ayniqsa tungi vaqtda keskin qo`zg`alish, tipik uyqu buzilishlari kuzatiladi. Keyinchalik, ba`zida davomli remissiyadan so`ng kasallik II bosqichga o`tib, u parkinsonizm belgilari bilan namoyon bo`ladi. Bemorlarda nutq, motorikaning sekinlashuvi, amimiya kuzatiladi. Bularning fonida turli giperkinezlar: oyoq-qo`llar tremori, tutqanoqli tirishishlar, impul`siv harakatlar kuzatiladi. Odatda psixosensor buzilishlar rivojlanib, psixopatsimon shaxs o`zgarishlari kuchayib boradi. YUqoridagi epidemik entsefalitning klinik hususiyatlari bosh miyaning pustloq osti hosilalarini qaytmas tarzda zararlanishi bilan bog`liq. Ba`zida bu bemorlarda epileptiform tutqanoqlar yuzaga keladi.

Bemorlar qat`iy nazorat va alohida parvarishga muhtojdirlar. Vasvasa kechinmalari va gallyutsinatsiyalar ta`siri ostida bemorlar o`zlariga jarohat etkazishlari, derazadan sakrashlari mumkin. Ular, odatda ovqatdan bosh tortadilar va tezda ozib ketadilar. Bunday bemorlarni parvarish qilishda kichik tibbiy xodimning butun sutka davomida kuzatuvini tashqil qilish lozim.

ZAHM KASALLIGIDA RUHIY FAOLIYAT BUZILISHLARI

Zahm infeksiyasida barcha a`zolar, shu jumladan bosh miya ham zararlanishi mumkin. Uning ikkita shakli ajratilib, ular, bir hil qo`zg`atuvchi tomonidan keltirib chiqarilsa ham, o`zining yuzaga kelish vaqti, hamda klinik belgilari bilan bir-biridan ancha farq qiladi. Bular: 1) bosh miya zahmi; 2) progressiv falajlik hisoblanadi.

Bosh miya zahmi neyrolyuesning eng erta shakli bo`lib, odatda kasallik yuqtirilishidan 3-5 yil o`tib, etarli maxsus davolash o`tkazilmaganda yoki butunlay davolanmaganda rivojlanadi. U bosh miya qon tomirlari, uning pardalarining birlamchi zararlanishi, bosh miya moddasida gummalar hosil bo`lishi bilan kechadi.

Bosh miya pardalarining sifilitik yallig`lanishida meningitlar, meningoentsefalitlar rivojlanadi. Qon tomirlar zararlanganda ularning devorlarida patologik o`zgarishlar (yumshash o`choqlari, qon quyilishlari, yorilishlar) paydo bo`lib, ularning natijasida bosh miya to`qimasining qon bilan ta`minlanishi buziladi. Ba`zida insul`tlar kuzatiladi.

Zahm sistemali kasallik hisoblanadi, shuning uchun bosh miya zahm kasalligida ruhiy faoliyat buzilishlari bilan bir qatorda, nevrologik va umumsomatik buzilishlar kuzatiladi. O`ziga xos nevrologik simptomlar jumlasiga doimiy bosh og`rig`i, bosh aylanishi, qusish, turli o`choqli belgilar: Argayl – Robertson sindromi (akkomodatsiya va konvergentsiya reaksiyalari saqlangan holda qorachiqlarning yorug`likka reaksiyasi yo`qolishi), anizokoriya, qovoqlar ptozi, g`ilaylik, eshituv qobiliyatining pasayishi kiradi. SHuningdek, agnoziya, apraksiya, mono- va gemiplegiyalar kuzatilishi mumkin.

Somatik simptomatika turli a`zolar: jigar, aorta (sifilitik aortit) va boshqalarning zahm bilan zararlanishi bilan belgilanadi.

Psixopatologik buzilishlar kasallik shakllari va kechishining turli variantlarida nevrozsimon buzilishlar (emotsional noturg`unlik, toliquvchanlik, yuzaki uyqu va x.z.), gallyutsinator-paranoid belgilar, ong patologiyalari, psixoorganik sindrom belgilari bilan namoyon bo`ladi.

Sifilitik meningit o`tkir osti va surunkali kechishi mumkin, ammo o`tkir shakllari asosiy o`rinni egallaydi. Keskin ko`tarilgan tana harorati fonida bosh miya pardalarining qo`zg`alganligi simptomlari kuzatiladi (ensa mushaklari rigidligi, Kernig simptomi va x.z.). Umumiy tserebral belgilari: bosh og`rig`i, bosh aylanishi, ko`ngil aynishi, qusish bilan namoyon bo`ladi. SHuningdek, o`choqli nevrologik simptomatika kuzatilishi mumkin. Og`ir holatlarda kasallikning erta

bosqichlaridayok karaxtlik va boshqa ong buzilishi shakllari – delirioz, delirioz-amentiv, oneyroid holatlar rivojlanadi. Kasallik o`tkir kechganda likvorda Vasserman sinamasi odatda musbat bo`ladi. Kasallikning surunkali kechuida yuqoridagi simptomlar unchalik yaqqol namoyon bo`lmaydi.

Gallyutsinator-paranoid shakli uchun nasta-sekin rivojlanish hos. Nevrologik simptomatika bilan bir qatorda, idrok va tafakkur buzilishlari kuzatiladi. Odatda eshituv gallyutsinatsiyalari kuzatilib, nohush mazmunga ega, monotematik tavsifli, neyroleptiklar bilan qiyin davolanadi. Vasvasa g`oyalari ko`pincha ta`qib, ta`sir, kam hollarda boshqa mazmunli (o`zini ayblash, buyuklik va x.z.) bo`ladi.

Tug`ma zahm kasallangan ota-onalardan tug`ilgan bolalarda kuzatiladi. Kasallikning xuddi kattalardagi kabi klinik shakllari uchraydi. Ammo ko`pincha homilaning ona qornida zararlanishida kasallik klinikasida turli a`zolarining, shu jumladan bosh miyaning rivojlanishdan ortda qolishi simptomlari oldingi o`ringa chiqadi. Tug`ma zahmning o`ziga xos somatik belgilari bo`lib, egarsimon burun, kala suyaklari, boldir suyaklari shaklining o`zgarishi, tishlarning noto`g`ri o`sishi kuzatiladi. Bosh miyaning rivojlanmay qolishi turli darajadagi aqliy zaifliklar bilan namoyon bo`ladi, asab tizimining o`choqli zararlanishi simptomlari kuzatiladi.

Davolash maxsus zahmga qarshi dori vositalari, shuningdek, penitsillin bilan o`tkaziladi. Penitsillinning kursli miqdori – 10000000 ED. Biyoxinol (vismut preparati) mushak ichiga 2 ml.dan kun ora yoki 3 ml.dan har 3 kunda yuboriladi. Preparat qabul qilinishidan oldin qizdirilib, chayqatiladi. Bitta davolash kursiga – 50 ml. to`g`ri keladi. Novarsenol aynan yuborilishidan oldin tayyorlanadi, vena ichiga juda sekin jo`natiladi, dori miqdori asta-sekin oshirib boriladi: 0,15 dan 0,6 g.gacha (erkaklar uchun) va 0,45 g. (ayollar uchun). Bitta kursga – 4,5 – 5 g. dori moddasi to`g`ri keladi. Vismut preparatlari tayinlanganda og`iz bo`shlig`i holatini nazorat qilish lozim, Chunki bunda stomatitlar rivojlanishi mumkin. Buyraklarda kuzatilishi mumkin bo`lgan extimoliy asoratlar munosabati bilan siydik takroriy tekshirilib turiladi.

Maxsus davolashdan tashqari, bir vaqtning o'zida umumquvvatlovchi davolash o'tkaziladi.

Progressiv falajlik zahm bilan kasallanish ko'rsatkichlarining keskin pasayishi va faol davolash tadbirlari joriy etilishi munosabati bilan bu kasallik hozirda kam uchraydi. Kasallik ancha kech – zahm yuqtirilganidan 10-15 yil o'tib, rivojlanadi. Agar bosh miya zahm kasalligida qon tomirlar va bosh miya pardalari birlamchi zararlansa, progressiv falajlikda asosan bosh miya parenximasi birlamchi zararlanadi. Kasallik klinikasida bosh miya pardalari va qon tomirlarida yallig'lanish jarayonlari kuzatilsada, asab to'qimalarining (xujayra va tolalar) degenerativ, atrofik o'zgarishlari oldingi o'ringa chiqadi. Progressiv falajlik ko'pincha erkaklarda kuzatilib, u bilan odatda 40-50 yoshlardagi kishilar kasallanadi. Kasallikning kelib chiqishida moyillik yaratuvchi omillar: surunkali alkohol intoksikatsiyasi, infeksiyalar, bosh miya travmalari katta o'rin tutadi. Ko'pincha zahm kasalligidan davolanishdan qochib yurgan yoki ohirigacha davolanmagan shaxslar kasallanadi.

Progressiv falajlikning klinik belgilari o'ziga xos hususiyatlarga ega. Ruhiy faoliyatning u yoki bu buzilishlari ustunlik qilishiga karab, kasallikning 4 ta shakli ajratiladi: oddiy (dement), maniakal (ekspansiv), depressiv va ajitirlangan. Barcha shakllari uchun umumiy belgi, bu – ruhiyatning progressiyalanuvchi parchalanishi, o'sib boruvchi aqliy zaiflikdir.

Progressiv falajlik kechishida 3ta bosqich ajratiladi. Birinchi – nevrastenik (nevrosimon) bosqich uchun o'ta toliquvchanlik, mehnatga qiziqishning pasayib borishi, o'sib boruvchi xolsizlik, uyqu buzilishlari, bosh og'riqlari hosdir. SHu bosqichning o'zida maxsus shaxs o'zgarishlari paydo bo'ladi. Bemorlar o'zlarini to'xtatolmaydigan, tsinik, maqtanchok, palapartish bo'lib qoladilar. To'g'ri tashhis qo'yish uchun qon va likvorni tahlili, musbat Argayl-Robertson sindromi, pay reflekslarining oshishi (ikkala tomonda)ni aniqlash yordam beradi.

Avj olish davrida shaxs o'zgarishlari o'sib boradi, u yoki bu produktiv psixopatologik simptomatika kuzatiladi; boshqa tarafdin, organik aqliy zaiflik belgilari to'xtovsiz o'sib boradi.

Oddiy (dement) shaklida atrofdagilarga butun qiziqishlarning yo`qolishi, faoliyatsizlik, beg`amlilik, tanqidning yo`qolishi kuzatiladi. Oldingi o`ringa total dementsiyaning yaqqol klinikasi chiqadi.

Ekspansiv (maniakal) shaklida maniakal holat fonida tuturuqsiz buyuklik vasvasalari kuzatiladi. Bemorlar o`zlarining “buyuk sarkarda ekanliklari, tugamaydigan boyliklarga egaliklari, yuzlab xotinlari borligi va x.z.” kabi g`oyalarni e`tirof etadilar. Ular qo`zg`aluvchan, ko`p gapiradilar, eyforik holatda, o`zlarini lentalar, kog`oz parchalari bilan bezatadilar, va ularni – medallar, ordenlar deb nomlaydilar. SHu bilan bir qatorda tsiniklik, seksual maylni boshqarolmaslik, masofani saqlashning yo`qolishi kuzatiladi. Ba`zida qisqa vaqtli g`azab uchqunlari, qo`zg`aluvchanlik paydo bo`ladi. ekspansiv shakli nisbatan kam uchraydi.

Depressiv shakli depressiv sindrom bilan namoyon bo`ladi. SHuningdek, pasaygan kayfiyat fonida rivojlangan vasvasa g`oyalari ham o`zining tuturuqsizligi bilan ajralib turadi. Bemorlar o`zlarining “ichki a`zolari chirib ketganligi», ular «allaqachon o`lganliklarini» (nigilistik vasvasa) e`tirof etadilar. Ba`zida sindromning affektiv komponentlari: qayg`u, qo`rquv, havotir ko`proq namoyon bo`ladi. Ammo, hatto bu holatlarda ham o`sib boruvchi intellektual zaiflashuv belgilari yaqqol ko`rinadi.

Ajitirlangan shaklida keskin psixomotor qo`zg`alish, ko`pincha xiralashgan ong zamirida kechadi. Bemorlar joylarida yota olmaydilar, ularning nutqlari bog`liqsiz, hatti-harakatlari impul`siv bo`ladi. Katatonik stupor simptomlari, ovqatdan bosh tortish kuzatilishi mumkin. Kasallikning bu shaklining kechishi yomon sifatli bo`lib, tezda o`limga olib keladi.

Progressiv falajlikning barcha shakllarida III bosqichda marazm – oxirgi darajadagi ruhiy va jismoniy degradatsiya belgilari kuzatiladi.

Marazm bosqichi. Bemorlar doim to`shakda yotadilar. Ularda tafakkur, nutqning parchalanishi, oddiy ko`nikmalarning yo`qolishi kuzatiladi. Bemorlar o`zlariga-o`zlari xizmat ko`rsata olmay qoladilar. Vegetativ funktsiyalar buziladi. Bemorlarda trofik yaralar, yotok yaralar, suyaklarning sinuvchanligi kelib chiqadi. Patologik reflekslar paydo bo`ladi, tos a`zolarining faoliyatlari buziladi – bemorlar

siydik va axlat ushlay olmaydilar. SHu sababli bemorlar alohida ahamiyatga muxtojdirlar. Bemorlarning ovqatlanishlari, ichaklarning faoliyatini nazorat qilish, gigienik muolajalar o`tkazish muhimdir.

Bemorlarni to`shakda ag`darilganda extiyot bo`lish, ularni yiqilish va lat eyishlardan saqlash lozim.

Davolash. Progressiv falajlik bezgakdan emlashlar bilan davolanadi. Mushak ichiga (kurak ostiga) 3-7 ml. uch kun bezgak bilan kasallangan bemorning kasallik huruji avj olish davrida olingan qoni yuboriladi. Agar emlash 4 hafta davomida kasallik yuqishiga olib kelmasa, u takrorlanadi. 8-12 ta isitmali hurujlardan keyin bezgakni xinin yoki akrixin bilan davolanadi va maxsus terapiya tayinlanadi.

SOMATOGEN RUHIY BUZILISHLAR

Ko`pchilik somatik kasalliklar u yoki bu darajada namoyon bo`lgan ruhiy buzilishlar bilan birga kechadi. Ularning og`irligi somatik kasallikning hususiyatlari, uning bosqichi, kechishining davomiyligi, bemorning yoshi va shaxsining hususiyatlariga bog`liq. eng ko`p hollarda ular nevrosimon buzilishlar bilan namoyon bo`lib, asosan astenik doiradagi, havotir, tajanglik, tez charchash, bosh og`riqlari va boshq. bilan kechadi.

Somatik kasalliklar surunkali kechib, modda almashinuvining og`ir buzilishlari, yaqqol intoksikatsiya, turli a`zo va tizimlarda kuchayib boruvchi funksional etishmovchiliklar bilan birga kuzatilganda, ancha chuqur bo`lgan psixopatsimon buzilishlar, shuningdek, psixozlar rivojlanadi. Psixozlar o`tkir, asosan ong buzilishi holatlari shaklida (karaxtlik, deliriy, amentsiya), va surunkali – kasallik klinikasida gallyutsinator-paranoid, depressiv-paranoid buzilishlar bo`lishi bilan kechadi. Ba`zi xollarda Korsakov va psixorganik sindromlar kuzatilishi mumkin.

Yurak qon-tomir tizimi kasalliklari boʻlgan bemorlarda asosan affektiv buzilishlar: havotir, qoʻrquv, kayfiyat pasayishi kuzatiladi. Odatda ularning ruhiy holati ertalab yaxshi boʻlib, kechqurunga borib yomonlashadi. Yurak faoliyati dekompenatsiyasi rivojlanganda va yurak-qon tomir etishmovchiligi oʻsib borganda gallyutsinatsiyalar, baʼzida esa ong buzilishlari kuzatilishi mumkin. Somatik holat yaxshilanishi bilan odatda barcha ruhiy buzilish holatlari oʻtib ketadi.

Buyrak kasalliklariga astenik belgilar, bosh ogʻriqlari, koʻngil behuzur boʻlishi, bosh aylanishi hos boʻladi. Yaqqol ruhiy buzilishlar ogʻir intoksikatsiya bilan kuzatiluvchi surunkali buyrak etishmovchiligi rivojlanganda kuzatiladi. Uremiyada uyqu buzilishlari (kunduzi uyquchanlik va kechasi uyqusizlik), epileptiform tutqanoqlar, karaxtlik, delirioz va amentiv ong buzilishlari kuzatiladi. Bunday simptomatikaning paydo boʻlishi shoshilinch gemodializ oʻtkazish zaruratiga ishora qiladi.

Surunkali *meʼda-ichak trakti kasalliklari* boʻlgan shaxslarda yuqori qoʻzgʻaluvchanlik, tajanglik, toliquvchanlik kuzatiladi. Bolalarda gijja invaziyasi natijasida kelib chiqqan intoksikatsiyalarda, hushdan ketish holatlari, epileptiform tutqanoqlar kuzatilishi mumkin.

Bazedov kasalligi uchun oʻta qoʻzgʻaluvchanlik, keskin giperesteziya, kayfiyatning oʻzgaruvchanligi hosdir. Yuqori faollik bilan bir qatorda, sezilarli toliquvchanlik, tafakkurning noproduktivligi kuzatiladi. Yaqqol autointoksikatsiyada gallyutsinator-paranoid, katatonik buzilishlar, ong buzilishi holatlari yuzaga kelishi mumkin.

Miksedema. Bu kasallikda bemorlar boʻshashgan, apatik, faoliyatsiz boʻlib qoladilar. Ularda atrof-muhitga boʻlgan qiziqish yoʻqoladi, kayfiyat pasayadi. Kasallik ogʻir kechganda delirioz va ongning namozshomsimon hiralashuvlari, epileptiform tutqanoqlar, katatonik simptomlar kuzatiladi.

Davolash somatogen ruhiy buzilishlarda birinchi o`rinda asosiy somatik kasallikni davolashga qaratilmog`i darkor. Havotir va ruhiy taranglik holatini bartaraf qilishda kichik miqdorda trankvilizatorlarni qo`llash tavsiya etiladi. Delirioz, namozshomsimon, maniakal qo`zg`alish holatlarida simptomatik tarzda neyroleptiklar qo`llaniladi. SHular bilan bir qatorda dezintoksikatsion va umumquvvatlovchi davolash o`tkaziladi.

BOSH MIYA TRAVMALARIDA RUHIY BUZILISHLAR

Bosh miya travmalari eng ko`p uchraydigan patologiya shakllaridan biri bo`lib, turmushda, ishlab chiqarishda, transportda, sportda, urush vaqtlarida uchrashi mumkin. Bosh miya travmatik zararlanishida ruhiy buzilishlarning hususiyatlari, ularning og`irligi travma mexanizmi, asorat beruvchi omillarning mavjudligi, jabrlanuvchining individual hususiyatlari, travmatik kasallik kechishining bosqichi bilan belgilanadi. Ochiq va yopiq turdagi bosh miya jarohatlari ajratiladi.

Yopiq travmalar kommotsiyalar (bosh miya chaykalishi) va kontuziyalar (lat eyishi)ga bo`linadi. Birinchi holatda umumiy belgilar ustunlik qiladi va bu bosh miya moddasining diffuz zararlanishi bilan bog`liq, ikkinchi holatda – lokal, bosh miyaning ma`lum sohasining zararlanishi bilan bog`liq bo`ladi. Travmatik kasallikning kechishida boshlang`ich, o`tkir, kechki va uzoqlashgan davrlari ajratiladi.

Jarohatning og`irligiga karab *boshlang`ich davrda* chuqurligi va davomiyligiga ko`ra turlicha ong yo`qolishi darajalari – engil karaxtlikdan komagacha kuzatiladi. Odatda umumiy miya simptomlari (bosh aylanishi, ko`ngil aynishi, qusish), turli vegetativ, somatik buzilishlar (narusheniya nafas, yurak faoliyati buzilishlari, kollaptoid holatlar va x.z.) oldingi o`rinni egallaydi. Boshlang`ich davr eng og`ir bosqich hisoblanadi. Letal oqibatlar odatda ana shu bosqichda kuzatiladi.

O`tkir davrida bemorlarning ongi asta-sekin tiniqlashadi, ammo yana uzoq vaqt ular tormozlangan, bo`shashgan, uyquchan bo`lib qoladilar. Ba`zida retrograd va anterograd amneziya belgilari kuzatiladi. Ong yo`qolishi holati uning boshqa buzilishlari bilan almashinishi mumkin, va shunda bu bosqichda deliriy, ongning namozshomsimon qorong`ilashuvi, kam holda amentsiya, oneyroid kuzatiladi. SHuni hisobga olish zarurki, bunday bemorlar alohida kuzatuv va parvarishga muhtoj bo`ladilar, Chunki ularning bu davrdagi noadekvat hatti-harakatlari ularning o`zlari va atrofdagilarga havf tug`dirishi mumkin.

Kechki davrda tserebral asteniya fonida tashqi omillar ta`siri ostida isteroform va epileptiform tutqanoq hurujlari, ongning namozshomsimon qorong`ilashuvlari, isterik va depressiv holatlar kuzatilishi mumkin. Nevrologik simptomatika asta-sekin regressga uchraydi yoki zararlanish o`chog`iga mos tarzda organizatsiyalashadi.

Uzoqlashgan asoratlar davrida bemorlarda nevrozsimon simptomatika kuzatiladi. Ular yuqori qo`zg`aluvchilikni namoyon qiladilar, tez charchaydilar, turli hidlar, tovushlarni ko`tara olmaydilar. Ish qobiliyatlari, diqqatni jamlash qobiliyati, xotira pasayadi. Ko`pincha uyqu buzilishlari, doimiy bosh og`rig`i, bosh aylanishi, quloqlarda shovqin, tilda va oyoq-qo`llarda tremor kuzatiladi. Keyinchalik ba`zi bemorlarda bu belgilar fonida tutqanoq hurujlari, gallyutsinatsiyalar, vasvasa, yaqqol affektiv buzilishlar bilan kechuvchi psixotik holatlar yuzaga keladi. Bosh miya to`qimasining sezilarli zararlanishi bilan sodir bo`lgan lat eyishlarda, uzoqlashgan asoratlar davrida bemorning intellektual qobiliyatlari, xotirasi keskin pasayishi mumkin. Bu holat travmatik aqliy zaiflik deb nomlanadi.

Ochiq bosh miya travmalarida umuman patologik buzilishlarning analogik dinamikasi kuzatiladi. Agar ochiq travma bosh miya moddasining kesib o`tuvchi zararlanishi bilan (bosh miya qattiq pardasining butunligi buzilishi bilan) kuzatilsa, kasallikning kechishi miya ichi infeksiyasi bilan asoratlanishi mumkin. Meningitlar, menigoentsefalitlar, bosh miya abstsesslari shaklidagi asoratlar odatda

shu zaxoti yuzaga kelmaydi, balki o`tkir, yoki hatto kechki davrda rivojlanadi. Bunda deliriy yoki amentsiya klinikasi bilan kechuvchi psixozlar kuzatiladi.

Davolash. O`tkir davrda bemorga to`liq tinchlik holatini ta`minlash zarur. Albatta qat`iy yotok tartibi bo`lishi lozim. Degidratatsion terapiya tavsiya qilinadi. Ochiq travmalarda – antibiotiklar qo`llaniladi. Qo`zg`alish holatida xloralgidrat klizmalarda, o`tkir travmatik psixozalarda – neyroleptiklar (aminazin, galoperidol) tayinlanishi zarur. Bemorlar bosh miya travmalarining uzoqlashgan davrida jismoniy va emotsional zo`riqishdan o`zlarini extiyot qilishlari kerak. Alkogol iste`mol qilish qat`iy ta`kiklanadi. Uning hatto kichik miqdorlari ham patologik reaksiyalar chaqirishi mumkin. Vaqti-vaqti bilan degidratatsion terapiya kurslari (vena ichiga 25% magniy sul`fat eritmasi – 5 ml 40% glyukoza eritmasi– 10 ml bilan, diakarb 0,25 g.dan kuniga 2-3 maxal). YUqori qo`zg`aluvchanlik kuzatilganda trankvilizatorlar tayinlanadi.

O`z-o`zini nazorat qilish uchun savollar va vazifalar

1. Simptomatik psixoz nima?
2. Miya sifilisiga qanday ruxiy o`zgartirishlar xos?
3. Postravmatik psixozning o`ziga xos xususiyatlari qanday?

2-BOB.

QARILIK YOSHIDAGI RUXIY BUZILISHLAR

Qariyalarning ruxiy faolligi bir nechta xususiyatlarga ega. Qarilik davridagi ruxiy buzilishlarni gerontologik psixiatriya — mustaqil fan sifatida ajratilgan. Qariyalardagi ruxiy kasalliklarni ikki asosiy guruhga bo`lish mumkin: presenil va senil yoshdagi ruxiy o`zgarishlar. Presenil yoshdagi ruxiy buzilishlar 45-65 yoshda kuzatiladi va ular o`z navbatida involyutsion psixozlarga va involyutsion dementsiyaga (yoki miyaning atrofik o`zgarishlari) bo`lingan. Senil psixozlar 65-70 yoshdan keyin boshlanadi.

Keksayish – tabiiy jarayondir. Har bir inson tug`iladi, o`sadi, rivojlanadi, etuklik yoshiga etadi, so`ngra aks taraqqiyot (involyutsiya) deb nomlangan jarayon – qarilik oldi va qarilik davri boshlanadi. Keksayish jarayoni organizm faoliyatida murakkab o`zgarishlarga, uning turli omillarga sezgirligining ortishiga olib keladi, umumiy reaktivlik pasayadi, insonning atrof-muhitga moslashuvi qiyinlashadi. Keksa odamning ruhiyati ham o`zgaradi. Bu yoshga hos o`zgarishlar fiziologik, tabiiy bo`lsada, ular shunga olib keladiki, qarilik oldi va qarilik yoshida tez-tez kasallanib turadilar va bu kasalliklar havfliroq kechadilar, ko`proq hollarda o`limga olib keladilar.

Keksalik yoshi barcha ruhiy kasalliklarning yuzaga kelishi va namoyon bo`lish hususiyatlariga ta`sir ko`rsatadi. SHizofreniya, maniakal-depressiv psixoz, yuqumli, intoksikatsion, travmatik va boshqa psixozlar qarilik oldi va qarilik yoshidagi bemorlarda namoyon bo`lishi va kechishida qator o`ziga hosliklarga ega. SHuning uchun ular davolashda ham alohida yondoshuvni talab qiladi. Ammo turli sababli ruhiy faoliyat buzilishlari (intoksikatsion, infeksiyon va boshq.) dan tashqari, kechki yoshda ilk va takroriy yuzaga keluvchi, yana bir o`ziga hos, «qarilik oldi va qarilik psixozlari» deb nomlanuvchi kasalliklar mavjud. Bular shunday psixotik holatlarki, ularning kelib chiqishida keksayish jarayoni va u bilan bog`liq insonning murakkab somatik va ruhiy o`zgarishlari asosiy o`rinni egallaydi.

Qarilik oldi va qarilik psixozlariga ham kelib chiqishi, ham namoyon bo`lishi bilan qon tomir psixozlari, ya`ni ruhiy faoliyatning kelib chiqishi bosh miya qon tomirlarining aterosklerozi va gipertoniya kasalligi bilan bog`liq bo`lgan buzilishlari yaqin turadi. Qon tomir, presenil (qarilik oldi, involyutsion) va senil (qarilik) psixozlari ikkita katta guruhga bo`linadi.

Birinchisi – bu aqliy zaiflikka olib keluvchi jarayonlar guruhi bo`lib, ularda keksayish jarayoni va bosh miyada qon aylanishi buzilishi munosabati miyaning oziqlanishi va unda modda almashinuvi buziladi, miya moddasining atrofiyasi yuzaga keladi, va uning natijasi sifatida, asta sekin rivojlanuvchi aqliy zaiflik (dementsiya) yuzaga keladi, xotira yomonlashadi, aqliy qobiliyat pasayadi, bemorning shaxsi o`zgaradi. Yillar utishi bilan aqliy zaiflik o`sib boradi va bemor ruhiy faoliyatining butunlay parchalanishi yuz beradi.

Ikkinchi guruh – bu kechki yoshdagi funktsional psixozlar guruhi deb nomlanadi. Bu nom bilan depressiv yoki vasvasali simptom-kompleks bilan, bemorlarda keksayish oldi va keksalik davri yoki bosh miyada qon aylanishi buzilishlari munosabati bilan yuzaga keluvchi vaqtinchalik psixotik holatlar nomlanadi. Bunday psixotik holatlar butunlay ortga qaytar jarayon bo`lib, o`tib ketishi mumkin. Ammo ko`pincha bu kechki yoshdagi funktsional psixozlar ko`p yoki oz darajada namoyon bo`lgan dementsiya zahirida yuzaga keladi, va

depressiv yoki vasvasali holat o`tib ketganidan so`ng bu bemorlarda ko`p yoki oz namoyon bo`lgan aqliy zaiflik belgilari oldinga chiqadi. Qon tomir, qarilik oldi va qarilik psixozlari uzaro juda ko`p umumiyliklarga ega bo`lsada, ammo bu kechki yoshdagi psixoz shakllarining har birini ba`zi o`ziga hosliklar ajratib turadi.

Qon tomir psixozlari haqida gap ketganda, asosan tserebral ateroskleroz va gipertoniya kasalligida yuzaga keluvchi ruhiy faoliyat buzilishlari nazarda tutiladi. Bosh miya qon tomirlarining boshqa turdagi zararlanishlari (endoarteriitlar, trombangitlar, essentsial gipotoniya va boshq.) ham bosh miyada qon aylanishini buzadilar va asab-ruhiy buzilishlarga olib keladilar, ammo ular kam uchraydilar. Tahmin qilinishicha, tserebral ateroskleroz sababli kelib chiqqan bosh miyada qon aylanishini yomonlashuvi, miya moddasining oziqlanishini buzilishiga, uning atrofiyasi va faoliyati buzilishiga olib keladi. TSerebral aterosklerozning boshlang`ich shakllarida bemor toliquvchanlik, tajanglik, jismoniy va aqliy ish kobliyatining pasayishi, bosh og`rig`i, uyquning yomonlashuvi va x.z.larga olib keladi. Bunday shikoyatlar nevrozli, nevrasteniya bemorlarda ham bo`lishini hisobga olib, tserebral aterosklerozning bu bosqichi nevrozsimon, psevdonevrasteniya bosqich deb nomlanadi. Kasallikning keyingi rivojlanishida arteriosklerotik aqliy zaiflik uchun xos bo`lgan simptomlar yanada ko`proq ko`zga tashlanadi. Bemorlar ko`ngli bo`sh bo`lib qoladilar, o`z hissiyotlarini boshqara olmaydilar, arzimagan sabablar bilan yig`laydilar, kuladilar, bo`lar-bo`lmasga hayajonlanadilar, asabiylashadilar, xotiralari sezilarli darajada yomonlashadi. Ayniqsa ko`pincha bemorlar ularga shu vaqtda zarur bo`lib qolgan familiyalar, jismlar, telefon raqamlarini eslay olmaydilar, so`ng ularni kerak bo`lmay qolganidan so`ng eslaydilar. Umuman, bosh miya qon tomir kasalliklari bo`lgan bemorlar uchun «simptomlarning lipillab yonishi», ya`ni kasallikning u yoki bu belgilarining namoyon bo`lish intensivligini o`zgaruvchanligi hosdir. Kasallik progressida aqliy zaiflik o`sib borib, turg`unlashadi (doimiy holatga keladi). Agar tserebral aterosklerozli yoki gipertoniya kasalligi bo`lgan bemorlarda insul`t (bosh miyaga qon quyilishi yoki uni yumshashi) yuzaga kelsa, kasallikning o`tkir davrida ong buzilishi kuzatiladi (karaxtlik, delirioz holat va boshq.), keyinchalik umumiy

dementsiya zamirida bosh miyadagi zararlanish o`chog`iga qarab lokal-psixopatologik belgilar (afaziya, agnoziya, apraksiya) oldingi o`ringa chiqadi. Funktsional (vaqtinchalik) psixotik holatlardan qon tomir psixozlari uchun havotirli-depressiv va havotir-vasvasali sindromlar xos. Patologik tserebral qon tomir jarayoni qanchalik o`tkir kechsa, bemorda havotir va qo`rquv shunchalik kuchli namoyon bo`ladi. Oldiniga bemorning o`zi qo`rquv qaerdan paydo bo`lganligi, o`zi nimadan qo`rqayotganligini tushunmaydi, ammo keyinchalik o`z kechinmalarini talqin qila boshlaydi, qandaydir «havf»ni topadi, havotirli-depressiv va havotirli-vasvasali sindromlar yuzaga keladi. Qo`rquv bartaraf etilganda barcha psixotik simptomokompleks odatda tezda yo`qoladi. Qon tomir psixozlarida ruhiy faoliyat buzilishlari bilan bir qatorda shuningdek nevrologik, yurak-qon tomir va boshqa somatik buzilishlar kuzatiladi.

Presenil psixozlar. Qarilik oldi davrida (55-65 yoshlar) asosan ikkita aqliy zaiflikka olib keluvchi jarayonlar kuzatiladi: Al'tsgeymer kasalligi va Pik kasalligi. Bu kasalliklar o`z nomlarini ularni birinchi bo`lib yoritib bergan olimlar familiyalaridan olgan. Bu kasalliklarning sabablari hozirgacha anik emas. Nasliy omil ma`lum ahamiyatga ega. Al'tsgeymer kasalligi odatda 55-65 yoshda boshlanadi va asosan ayollarda kuzatiladi. Alohida ko`zga tashlanarli sabablarsiz bemorlarda xotira pasaya boshlaydi, atrofga dezorientirovka (mo`ljal olishning buzilishi), vahimaga beriluvchanlik, nutq buzilishlari (afaziya) paydo bo`ladi. Bemorlarda uzoq vaqtgacha o`z kasalligiga tanqidiy munosabat saqlanib qoladi, ular o`zlarining ruhiy kamchiliklariga shikoyat qiladilar, yordam so`raydilar. Astasekin aqliy zaiflik belgilari ortib boradi, va 10-12 yil davomida bemorlar halok bo`ladilar. Odatda bemorlarda biron-bir yaqqol namoyon bo`lgan nevrologik yoki somatik buzilishlar kuzatilmaydi. Bosh miyani yorib ko`rilganda bu kasalliklar uchun hos bo`lgan o`zgarishlarni aniqlash mumkin.

Pik kasalligi xuddi Al'tsgeymer kasalligidagi kabi yoshda boshlanadi, ammo bunda kasallik bo`shashganlik, apatiya, barcha narsalarga qiziqishning so`nishi, faoliyatsizlik bilan boshlanib, bularga tez vaqt ichida nutq buzilishlari, yoki sababsiz kayfiyat ko`tarilishi va sergaplik, ahloksiz hazillar ko`shilib, keyinchalik

soʻz boyligining kamayishi ham paydo boʻladi. Vaqt oʻtishi bilan yuqoridagi simptomlar zahirida xotira pasayishi va umumiy aqliy zaiflik belgilari yuzaga keladi. 8-10 yil davomida bemorlar halok boʻladilar. Presenil dementsiyalarni davolash uchun hozirda biron-bir samarali vosita mavjud emas.

Presenil funktsional psixozlar ichida involyutsion depressiya va involyutsion paranoid ajratiladi. Bu erta involyutsion (klimakterik) psixozlar odatda 45-55-yoshlarda boshlanib, erkaklarga nisbatan ayollarda koʻpincha uchraydi. Oʻz klinikasiga koʻra involyutsion depressiya koʻp jihatdan quyida keltirilgan maniakal-depressiv psixozdagi depressiyaga oʻxshashdir, ammo koʻp jihatdan unday farqlanadi. Involyutsion depressiyada sezilarli darajada koʻproq havotir va qoʻrquv belgilari namoyon boʻlib, koʻproq hollarda ipoxondrik va vasvasa gʻoyalari kuzatiladi. Koʻpincha involyutsion depressiyada Kotar sindromi deb nomlanuvchi patologiya kuzatilib, unda bemorlar, ularning ichki aʼzolari qurib bitganligi, ovqat qaergadir toʻkilayotganligi, yuraklari yoʻkligi va x.z.larga shikoyat qiladilar. Involyutsion vasvasa oʻzining “kichik masshtabi”, “kichik qamrovliligi” bilan ajralib turadi, bunda gap, qoʻshnilari yoki birga yashayotgan yaqinlari ularning ovqatiga nimadir qoʻshayotganligi, uni zaharlashmochiligi, uni taʼqib qilishayotganligi, buyumlariga zarar etkazishayotganligi va x.z.lar haqida ketadi. Involyutsion psixozlar choʻzilgan tarzda kechishga moyil, ammo ularni davolash mumkin. Kechki yoshda koʻp hollarda parafrenik vasvasa deb nomlangan buzilishlar kuzatiladi, ammo bu kasallikni koʻpchilik psixiatrlar shizofreniya turlari qatoriga kiritadilar.

Senil psixozlar. Keksalik davrida (70-90 yoshda), presenil yoshdagi kabi, turli sababli (ekzogen, psixogen, endogen)birlamchi yoki takroriy ruhiy faoliyat buzilishlari kuzatilishi mumkin. Tabiiyki, keksalik yoshida bu kasalliklar oʻzgacha namoyon boʻladi va kechadi, ammo, umuman ularda shu yoki boshqa kasalliklar uchun hos boʻlgan klinik hususiyatlar kuzatiladi. Bu ruhiy kasalliklardan tashqari keksalik yoshida xususan qarilik psixozlari, yaʼni jismoniy va ruhiy keksayish omillari bilan bogʻliq ruhiy faoliyat buzilishlari kuzatiladi. Qarilik (senil)

psixozlarida, qon tomir va presenil psixozlardagiga nisbatan yanada ko`proq, o`sb boruvchi aqliy zaiflik belgilari – qarilik aqliy zaifligi rivojlanadi.

Qarilik aqliy zaifligi (senil dementsiya) odatda 70 yoshdan keyin rivojlanib, o`sb boruvchi xotira pasayishlari, aqliy qobiliyatlarning pasayib ketishi va bemor shaxsining o`zgarishi bilan hususiyatlidir. Bunday bemorlar fazoga va vaqtga mo`ljalni yo`qotadilar, xonalarda maqsadsiz daydib yuradilar, qog'oz parchalari va boshqa keraksiz buyumlarni to`playdilar, vahimaga tushadilar, qaerlargadir otlanadilar, palapartish bo`lib ketadilar. Ba`zida ular o`tmishdagi hayotlari va faoliyatlaridan rangdor xotiralar paydo bo`lib, bu holda ular faol va o`zlarining o`tmishdagi kasblari va mutaxassisliklariga ko`ra, ba`zilari “boshqarma majlisiga”, ba`zilari “bemorlarni ko`rikdan o`tkazishga” otlanadilar, ba`zilar “otlarni sug'ora boshlaydilar” va x.z. Bu holatda ular real borliqni etarlicha aniq idrok etolmaydilar, balki yashab o`tilgan kechinmalar bilan yashaydilar. Bu holatlar “qarilik deliriysi” deb nomlanadi. Ular uzoq davom etmaydi va bemor o`z holatiga qaytadi. Qarilik aqliy zaifligi bo`lgan ba`zi bemorlarda kasallik holatida keskin xotira buzilishlari va kayfichoqlik holati oldingi o`ringa chiqadi. Bu holatlarda qarilik dementsiyasining alohida shakli – presbiofreniya haqida gap ketadi. Qarilik aqliy zaifligi bo`lgan bir qism bemorlarda dementsiyaning asosiy belgilariga, qo`shimcha zararli omillar ta`siri ostida, boshqa ruhiyat buzilishlari – ong buzilishlari, gallyutsinatsiyalar, vasvasa g`oyalari qo`shiladi.

Qarilik aqliy zaifligi asosan qarilik davridagi modda almashinuvi jarayonlarining o`zgarishlari ta`siri ostida bosh miya moddasining parchalanishi, hajmining kamayishi (atrofiyasi) sababli kelib chiqadi. Bosh miyadagi o`zgarishlar va aqliy zaiflik darajasi o`rtasida ma`lum mutanosiblik (korrelyatsiya) mavjud, ammo barcha holatlarda ham bunday korrelyatsiya kuzatilavermaydi. SHulardan kelib chiqqan holda, yoshga hos bosh miya atrofiyasidan tashqari senil dementsiya yuzaga kelishi uchun yana ma`lum bir qo`shimcha zararli omillar bo`lishi talab etiladi. Patologoanatomik tekshiruvda bosh miya yorib ko`rilganda bu bemorlarda ular uchun hos bo`lgan o`zgarishlar aniqlanadi.

Yuqorida keltirilgandek, qarilik psixozlari faqat senil dementsiyaga kelib taqalmaydi. Keksalik ma`lum sharoitlarda vaqtinchalik depressiv va vasvasali simptomokomplekslar bilan kechuvchi psixotik holatlarning sababi bo`lib kelishi mumkin. Ular o`zining kelib chiqishi bo`yicha yuqorida ko`rsatilgan qarilik oldi psixozlari bilan o`xshash bo`lishi mumkin, ammo ba`zi o`ziga hos xususiyatlarga ega.

Qon tomir, qarilik oldi va qarilik psixozlarini davolashda eng avvalo va ko`proq bemorlarning umumiy somatik holatlariga e`tibor bermok zarur. Bu turdagi barcha bemorlarga umum quvvatlovchi va tinchlantiruvchi vositalar, modda almashinuvini yaxshilovchi va yurak-qon tomir tizimini mustahkamlovchi vositalar (vitamin komplekslari, fosfor va temir preparatlari, qon tomir kengaytiruvchi vositalar va boshq.) tavsiya etiladi. Bemorlarda depressiv yoki vasvasali holatlar mavjud bo`lganda kichik miqdorlarda psixotrop vositalar (antidepressantlar, neyroleptiklar) tavsiya etiladi. Cho`zilgan depressiv holatlarda hatto chuqur keksalik yoshida ham, bemorni tegishli tayyorgarlikdan o`tkazilganidan so`ng elektroshok usuli qo`llanilishi mumkin.

Agar bemorlarda kechki yoshda o`sib boruvchi aqliy zaiflik oldingi o`ringa chiqsa, umumquvvatlovchi vositalarni qo`llash bilan bir qatorda, bemorlar bilan pasayib borayotgan ruhiy faoliyati uchun mashqlar (xotira, diqqat, intellekt, nutq va boshq. uchun) o`tkazish tavsiya etiladi.

O`z-o`zini nazorat qilish uchun savollar va vazifalar

1. Psixozlar qanday yoshda rivojlanadi?
2. Presenil davrida bosh miyada qandayatrofik jarayonlar kuzatiladi?
3. Involutsion depressiyadagi bemorlar parvarishining o`ziga xos xususiyati nima?
4. Senil dementsiyaning asosiybelgilari nima?

3-BOB.

EPILEPSIYA

Epilepsiya bu (yunoncha, *epilepsia* – ushlab olaman, xujum qilish) — talvasa xurujlari, ruxiy oʻzgarishlar va shaxsning oʻziga xos oʻzgarishlari bilan kechuvchi, surunkali progressivlanuvchi kasallik. "Epilepsiya" atamasi, XI asrda Ibn Sino tomonidan kiritilgan. Ungacha esa ushbu kasallik "yiqituvchi", "muqaddas" (diniy tabiatga ega, tez-tez uchraydigan psixopatologik koʻrinishlar tufayli), "oyparastlik" (tunda yurish — lunatizm tufayli) deb atalgan.

Epilepsiya rivojlanishi asosida ikki hil omillarning birgalikdagi taʼsiri yotadi: bosh miyada oʻta kuchli neyron razryadlari manbasi boʻlgan oʻchoqning boʻlishi va bosh miyaning gipersinxronizatsiyaga moyilligi – bu bosh miyaning butunlay yoki uning katta qismini patologik faollikka qoʻshilishiga sabab boʻladi. epileptik oʻchoq bosh miyaning organik zararlanishi natijasida koʻpincha neyronlarning halok boʻlishi (bosh miyaning jarohatlari, ayniqsa tugʻruq travmalari, qon tomir kasalliklari, oʻsmalar va x.z.) va ularning glial toʻqima bilan almashinuvi natijasida hosil boʻladi. Bosh miyaning gipersinxronizatsiyaga moyilligi oʻta kuchli neyron razryadlari oʻchoqlarida yuzaga kelib, nasliy moyillikni uzatilishi bilan bogʻliq genetik sababli boʻlishi mumkin. epilepsiya

kelib chiqishi haqidagi zamonaviy qarashlarning to'g'riligini isbotlashda quyidagi ma'lumotlar hizmat qiladi. Bosh miyada zararlanish o'chog'ining bo'lishini o'zi epilepsiya yuzaga kelishi uchun etarli emas: tug'ruq travmasi yoki keyingi hayoti davomida bosh miya travmalari o'tkazgan, bosh miya aterosklerozi, o'smalari va boshqa organik kasalliklari bo'lgan shaxslar guruhida, epilepsiya faqat ma'lum foiz guruhlarda rivojlanadi (10 dan 34% gacha). Boshqa tomondan, epilepsiyaning aholi orasidagiga nisbatan bemor qarindoshlari orasida ko'p uchrashi isbotlangan. Bundan shunday xulosa kelib chiqadiki, kasallik albatta nasliy moyillikning qo'shimcha zararli ta'sirlar bilan birgalikda kuzatilishi oqibatida rivojlanadi. Shulardan kelib chiqqan xolda, epilepsiyaning ko'pchilik tadqiqotchilari bu kasallikni umumiy tarzda simptomatik (bosh miya organik zararlanishi bilan bog'liq) va genuin (nasliy kelib chikkan) turlariga buluvchi tasnifni rad etadilar.

Epilepsiya ancha keng tarqalgan kasalliklar qatoriga kiradi: turli mamlakatlarda u xar 1000 aholiga 5-8 kishidan to'g'ri keladi.

Epileptik tutqanoqlar. epileptik tutqanoqlar eng yaqqol, ko'zga tashlanuvchi belgilar hisoblanadi, ammo, avval e'tirof etilganidek, ular kasallikning yagona belgilari emas. epilepsiyada tutqanoqlar juda turli-tuman bo'lib, bu epileptik o'choqning bosh miyadagi lokalizatsiyasi va unda patologik bioelektrik faollikning tarqalish masshtabi bilan bog'liq. Birinchidan, epilepsiya hurujlarlarini tutqanoqli va tutqanoqsiz hurujlarga ajratiladi, va ular, tadqiqotlar natijasiga ko'ra, deyarli bir hil miqdorda uchraydi. Bundan tashqari, tutqanoqli hurujlar ham, tutqanoqsizlari ham generalizatsiyalashgan va fokal (partzial) bo'lishi mumkin. Generalizatsiyalashgan tutqanoqlar uchun ong yo'qolishi va tutqanoq hurujida tananing barcha qismlari qatnashuvi xos. Fokal epileptik tutqanoqlar vaqtida ong saqlanadi va tutqanoqda faqat tananing ma'lum qismlari yoki alohida vegetativ va ruhiy funksiyalar qatnashadi.

Generalizatsiyalashgan epileptik tutqanoqlar. Ularning eng odatdagi shakliga tonik-klonik epileptik tutqanoq (avvallari u katta tutqanoq deb nomlangan) kiradi.

Tutqanoq boshlanishidan avval «darakchilar» – turli ruhiy, baʼzida esa somatik hususiyatli buzilishlar kuzatilib, ular bemorda tutqanoqdan bir necha soat va hatto bir necha kun avval yuzaga kelishi mumkin.

Tutqanoqning oʻzi odatda auradan boshlanadi (“shamol esishi, purkash”). Aura – qisqa vaqtli holat boʻlib, sekundlab davom etadi va klinik belgilari juda hilma-hil boʻladi. Bemorda sensor aura turli patologik sezgilar (chumoli oʻrmalashi, jimirlash va x.z.), illyuziya va gallyutsinatsiyalar shaklida; ruhiy aura qoʻrquv, havotir yoki ekstaz shaklidagi kechinmalar; vegetativ – vazomotor, dispeptik va boshqa vegetativ buzilishlar bilan namoyon boʻladi. Keyingi vaqt ichida ong yoʻqolishi yuz beradi va bemor yiqiladi. Yiqilish koʻpincha qichqiriq, jiddiy jarohatlar olish, nohush hodisalar (yuqoridan, suvga, olovga yiqilish va x.z.) bilan yuz beradi. Avvaliga tonik tutqanoqlar boshlanib, 20-40 sekund davom etadi. Barcha mushaklar keskin qisqarish holatida boʻladi. Nafas harakatlari toʻxtab qoladi, asfiksiya rivojlanadi, bemorning yuzi koʻkimsimon rangga kiradi. Keyinchalik klonik tutqanoqlar boshlanib, oyoq-qoʻl mushaklarining ritmik qisqarishlari bilan kechadi. Nafas harakatlari tiklanadi. Qorachiqlar kengayadi, pay reflekslari chaqirilmaydi. Ixtiyorsiz siydik va axlat ajralishi kuzatiladi. Klonik tutqanoqlar 1-2 minut davom etadi. Asta-sekin ular toʻxtaydi va bemor chuqur uyquga ketadi. Bemor uygonganidan soʻng tutqanoqlar haqida xotiralar kolmaydi, ammo umumiy uringanlik hissiga koʻra bemor oʻzi bilan nima yuz berganligini bilib oladi. epilepsiyada tutqanoqlar turli chastota bilan yuz berishi mumkin – yiliga 1-2 martadan kuniga bir necha martagacha. Agar ular ketma-ket yuz berib, ular oraligidagi bemorning xushi tiklanadigan tanaffuslar qisqa boʻlsa, bu holat tutqanoqlar seriyasi deb nomlanadi. Agar tutqanoqlar orasida bemor xushiga kelmasa, bu holat epileptik status deb nomlanadi. Bu holat bosh miyaning rivojlanib boruvchi shishi bilan kechadi va zarur tadbirlar koʻrilmaganda oʻlim bilan tugashi mumkinligi uchun ham havflidir.

Generalizatsiyalashgan tutqanoq hurujlari faqat tonik yoki faqat klonik buzishi mumkin; bu tutqanoq shakllari bolalik yoshida uchraydi.

Generalizatsiyalashgan tutqanoqsiz epileptik hurujlar *absanslar* (eski nomi – kichik tutqanoqlar) deb nomlanadi. Absanslar (frantsuzchadan *absence* – ongning yo`qligi) oddiy va murakkab bo`lishi mumkin. Oddiy absans uchun qisqa vaqt – 2-15 sekund davom etish hos bo`lib – ong yo`qoladi, bemor bir nuqtaga tiqilgan holda qotib qolgandek ko`rinadi, tutqanoq to`xtagandan so`ng esa o`z ishini davom ettiraveradi. Murakkab absanslarda qisqa vaqtli ong yo`qolishiga qo`shimcha tarzda umumiy tonusning yo`qolishi (atonik absans) – bunda bemor o`tirib qoladi yoki, asta sekin yiqiladi, ba`zida esa tanasini orqaga tashlab, ko`zlarini yuqoriga qaratadi (gipertonik absans), yoki vegetativ buzilishlar (vegetativ absans) kiradi.

Fokal epileptik tutqanoqlar. Fokal epileptik tutqanoq hurujlari, shuningdek Jekson tutqanoqlari deb nomlanib (uni yozib qoldirgan muallif nomi bilan), tananing biron soxasida yoki tananing yarmisida (kul, oyoq, chaynov, ko`z harakatlantiruvchi mushaklar va x.z.) tonik yoki klonik tutqanoqlar shaklida kechadi. Tutqanoqlar vaqtida ong saqlanadi.

Fokal tutqanoqsiz epileptik hurujlarga sezgi buzilishli tutqanoqlar – tananing ma`lum qismida qisqa vaqtli sezgi buzilishlari; vegetativ – tananing turli sohalarida qisqa vaqtli ter ajralishining kuchayishi yoki qon tomir reaksiyalarining o`zgarishi; ruhiy – qisqa vaqtli paroksizmal gallyutsinator, psixosensor buzilishlar kiradi.

Vaqtinchalik ruhiy buzilishlar. Bu epilepsiya uchun xos bo`lgan ikkinchi guruh buzilishlardir. Ularga disforiyalar, ongning namozshomsimon buzilishlari va cho`zilgan epileptik psixozlar kiradi.

Disforiyalar soatlab, ba`zida kunlab davom etadi va sababsiz qahr g`azabli-qayg`uli kayfiyat hurujlaridan iborat bo`ladi. Bu davrlarda bemorlarning kayfiyatlari buzuq, qovoqlari solingan, tajang, agressiv hatti-harakatlarga moyil va bunda ular uchun arzimagan sababning o`zi kifoya bo`ladi. Disforiyalarda ong odatda buzilmagan, amneziya kuzatilmaydi.

Epilepsiyada namozshomsimon holatlar ambulator avtomatizmlar shaklida (somnambulizm, trans) yoki gallyutsinator-vasvasa variantida o`tishi mumkin.

Somnambulizm (lunatizm) ko`pincha bolalik yoshida boshlanadi va uyquda yurish bilan namoyon bo`ladi. Ongning namozshomsimon buzilishlari uyqu vaqtida yuz beradi. Bemor o`rnidan turib, turli hil, ba`zida murakkab harakatlarni bajaradi, so`ng joyiga yotib, uyquga ketadi, ertalab o`zi bilan nima yuz berganini eslay olmaydi.

Trans uyg`oqlik vaqtida yuz beradi. Bemorning hatti-harakatlari atrofdagilarda hech qanday noto`g`ridek ta`surot qoldirmaydi. O`zining hatti-harakatlari uchun javob bermagan holda, ular yuzlab kilometr uzoqlikka ketishlari, ammo bunda o`zlarini butunlay vaziyatga mos tarzda tutishlari, savollarga to`g`ri javob berishlari, maqsadga qaratilgan harakatlarni bajarishlari mumkin va x.z. Translar qanday to`satdan boshlangan bo`lsa, shunday tugaydi va keyinchalik bemorlarda xech qanday xotiralar kolmaydi. Translarning davomiyligi turlicha – bir necha soatdan bir necha kun, hatto xaftalargacha.

Gallyutsinator-vasvasali shakli namozshomsimon holatning bu shakli epilepsiyada shu bilan o`ziga hoski, toraygan ong fonida bemorlarda gallyutsinator va vasvasali buzilishlar kuzatilib, bemorlarning hulq-atvori va hatti-harakatini belgilaydi. Ko`ruv gallyutsinator obrazlar tahdid soluvchi tavsifga ega bo`lib, ko`pincha to`q qizil ranglarda; vasvasa g`oyalari – ta`qib g`oyalari guruhidan iborat. Bemorlarda qo`rquv va dahshat hissi rivojlanadi, ko`pincha qahr-g`azabli qo`zg`alish paydo bo`ladi, va atrofdagilarga nisbatan agressiv harakatlarga olib keladi. Bu holatlarda bemorlar zulmkor va shu bilan birga ma`nosiz jinoyatlar sodir etishi mumkin. Shuning uchun ular o`zi va atrofdagilar uchun katta havf tug`diradi va qat`iy nazorat ostida bo`lishlari lozim. Ko`pincha namozshomsimon ong buzilishlari uyqu bilan tugaydi, keyinchalik esa butunlay amneziya yuz beradi va bemorlar uz hatti-harakatlari haqida xech nimani gapirib bera olmaydilar.

Ba`zida epilepsiyada gallyutsinator-paranoid, depressiv, paranoyal sindrom klinikasi bilan cho`zilgan psixotik holatlar kuzatiladi. Bu holatlar *epileptik psixozlar* deb nomlanadi.

Epilepsiya uchun xos bo`lgan uchinchi guruh buzilishlarga, surunkali ruhiyat o`zgarishlari: epileptik shaxs o`zgarishi va epileptik aqliy zaiflik kiradi.

Epileptik shaxs o`zgarishi patologik tartibsevarlik, pedantizmning paydo bo`lishi bilan namoyon bo`ladi. Bunday bemorlarning tafakkurida bir detallarda to`xtalib qolish, rigidlik, o`ta batafsillik, nutqlarida - shirinsuxanlik, kichraytirib-erkalovchi qo`shimchalarga moyillik kuzatiladi. Bemorlarning atrofdagilar bilan bunday o`ta shirinsu`z va mehribon muomalasi aslida faqatgina saqlovchanlik, qasoskorlik, portlovchanlikni yashiruvchi niqobdir. Ular ikkiyuzlamachi, ayyor va zulmkor bo`ladilar. Bemorlarning oliy ahloqiy qoidalarni targ`ib qilishga bo`lgan intilishlari, ularning o`zlari bularga amal qilishlarini bildirmaydi, aksincha, - bunday fikrlar ortida bemorlarning kamchiliklari niqoblangan bo`ladi.

Epileptik aqliy zaiflik uchun shu xoski, yuqorida keltirilgan shaxs o`zgarishlari fonida tafakkurning o`ta batafsilligi o`sib boradi, ruhiy jarayonlarning kechish sur`ati keskin sekinlashadi. Xotira yomonlashadi, bemorlar yangi axborotlarni qiyinchilik bilan o`zlashtiradilar. So`z boyligi kamayadi, bemorning barcha qiziqishlari kasallikka qaratiladi. Bemorlar egotsentrik bo`lib boradilar. Odatda bu o`zgarishlarning barchasiga tanqidiy munosabat yo`qoladi.

Davolash. Epilepsiyani davolashning asosiy qoidalari bu qat`iy individualizatsiya, davomiylik, uzluksizlikdir. eng samarali dori vositalari har bir alohida holatda individual tanlanishiga to`g`ri keladi, bu qoida dorining miqdorini tanlashga ham tegishli. Miqdorni oshirish yoki kamaytirish asta-sekin amalga oshirilishi zarur. Bu qoidaning buzilishi kasallikning o`tkirlashuviga, hatto epileptik status rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Asosan epileptik tutqanoqlarning xar-xil turlarini davolashda samarali bo`lgan dori vositalari qo`llaniladi (fenobarbital, difenin, benzonal, suksilep, finlepsin va boshq.). Agar kasallik klinikasi polimorf bo`lsa, epilepsiyaga qarshi dori vositalarning kombinatsiyasi qo`llaniladi. epilepsiyaga qarshi ta`sirli bir necha dori vositalari aralashmalari ham tavsiya etilgan (Vorob`ev, Sereyskiy aralashmasi va boshq.).

Namozshomsimon holatlarni bartaraf etishda aminazin tutqanoqqa qarshi vositalar bilan bir vaqtda qo`llaniladi, affektiv buzilishlarda trankvilizatorlar tavsiya etiladi. epileptik statusni davolashda oxirgi vaqtlarda seduksen (vena ichiga) samarali qo`llanilmokda.

Epilepsiyaning fokal shakllarida oxirgi yillarda epilepsiyaning davolashning jarrohlik usullari keng qo'llanilmokda. Ba'zi hollarda ular yaxshi natijalar beradi.

O'rta tibbiy xodimning epilepsiyali bemorlarni parvarishlash va kuzatishni ta'minlashdagi o'rni katta. Tutqanoq huruji vaqtida qo'shimcha jarohatlar, tilni tishlab olish, asfiksiyani oldini olish chora-tadbirlarini ko'rish zarur. Ongning namozshomsimon buzilishlari bo'lgan bemorlar batafsil va qat'iy nazoratga muhtoj bo'ladilar. SHifokor bo'lmagan vaqtda tibbiy xodimlar tomonidan kuzatilgan tutqanoqlarni anik yoritib berish, batafsil yozib olish va kuzatuv kundaligida bemorlarning hatti-harakatlarini bir boshdan ko'rsatib o'tish katta ahamiyatga ega.

Epilepsiyali bemorlarni ovqatlantirishni tashqil etishda, suyaklik va osh tuzi iste'mol qilishni chegaralashni esdan chiqarmaslik lozim. Alkogoli ichimliklarni iste'mol qilish qat'iy ta'qiqlanadi. Imkoniyatga karab bemorlarni mehnat faoliyatiga jalb etish, ammo bunda harakatlanuvchi mexanizmlar, yuqori haroratli moslamalar yaqinida, transportda va x.z.larda ishlashi ta'qiqlanishi zarur.

O'z-o'zini nazorat qilish uchun savollar va vazifalar

1. Katta tutqanoqlar qanday namoyon bo'ladi?
2. Tutqanoq davrida qanday yordam ko'rsatiladi?
3. epileptik status nima?
4. epileptik tutqanoqning ruxiy ekvivalentlarini sanab o'ting.
5. epileptik xarakter xususiyatlarini sanab o'ting.
6. epilepsiya bilan kasallangan bemor atrofdagilarga qanday xavf tug'dirishi mumkin?

4-BOB.

SHIZOFRENIYA

Shizofreniya (yunoncha, *schizo* - bo`linish, parchalanish, *phren*- aqli, ong) bu - surunkali tarzda xurujsimon shaklida yoki uzluksiz ravishda kechadigan va o`ziga xos shaxs o`zgarishiga olib keladigan endogen ruhiy kasallikdir. Kasallik katta ijtimoiy ahamiyatga ega, Chunki u asosan aholining mehnatgalayoqatliqismini tashqil etuvchi yoshdagi (18-35 yoshdagilar) qatlamidako`proquchraydi.

Kasallik odatda, yoshlik davrida yuzaga keladi. Kasallikning sabablari hozirgi vaqtgacha anik emas. Patologik nasliy moyillik katta ahamiyatga ega. Tashqi zararli omillar kasallik rivojlanishiga turtki bo`lishi mumkin. Kasallik erkaklar ayollar orasida bir hil ko`plikda uchraydi. SHizofreniyani aholi o`rtasida tarqalishi 0,3%dan 0,5% gacha boradi. Kasallik tashhisoti asosan klinik mezonlarga asoslanishini hisobga olib, shizofreniyani chegaralari haqidagi yagona fikr mavjud emas. Ba`zi tadqiqotlar bu tushuncha chegaralarini kengaytirib, unga

kasallik shakllarini ham kiritib yuborsa, boshqalari, aksincha, shizofreniya chegarasiga faqat tipik (yadroli) psixozlarni kiritib, bu tushunchani toraytiradi. Ba`zi mualliflar, shizofreniya tashhisi faqat bu kasallik uchun etarlicha maxsus bo`lgan asosiy fundamental buzilishlar bo`lganda qo`yilishi mumkinligi fikriga qo`shiladilar. SHizofreniyaning asosiy simptomlariga quyidagilar kiradi:

- *autizm* – ruhiy faoliyatning ham yo`nalganligi, mazmuni, ham oxirgi natijalari bo`yicha ichki sabablar bilan bog`langanligi. Bemorlar real borliq bilan muloqotlarini yo`qotadilar, undan uzoqlashadilar, o`z kechinmalarining g`aroyib, sog`lom inson uchun tushunarsiz bo`lgan dunyosiga kirib ketadilar. Shu sababli ular o`z dustlari, yaqin tanishlarini yo`qotadilar, odamovi, muloqotga kam kirishuvchan bo`lib qoladilar;

- *parchalanish* – ruhiyat birligining yo`qolishi – bu simptom orqali kasallikning «shizofreniya» nomi kelib chikkan. Ruhiy faoliyatning bir butunligi yo`qoladi. Hatti harakatlar, hissiyot reaksiyalarining real vaziyatga adekvatligi, ruhiy jarayonlarning parallelligi yo`qoladi. Bemorlar ko`pincha o`z intilishlari, harakatlarini tushuntirib berolmaydilar yoki sog`lom inson nuqtai nazarida tuturuqsiz bo`lgan dalillarni keltiradilar. Ularning hulq-atvorlari mantiqiy jihatdan ichki qarama-qarshiliklarga ega va bu bemorning o`zidan boshqa hammaga bilinib turadi;

- *hissiyot-iroda buzilishlari*, o`z rivojlanishlarining yuqori darajalarida apatiko-abulik sindrom shaklida namoyon bo`ladi. Bemorlar tashabbussiz, faoliyatsiz bo`lib boradilar, atrof-muhitga bo`lgan har qanday qiziqishlarini yo`qotadilar.

Qo`shimcha simptomlar (vasvasa g`oyalari, gallyutsinatsiyalar, katatonik buzilishlar) kasallikning klinik shakllarini belgilaydi.

Oddiy shakli odatda o`smirlik yoshida, to`satdan boshlanadi. Kasallik deyarli uzluksiz kechib, nisbatan qisqa vaqt ichida shizofrenik nuqsonga olib keladi, hech qanday tashqi sabablar bo`lmasada, o`spirin bola lanj, kamfaol bo`lib boradi, o`qishga, sevimli mashg`ulotlariga bo`lgan qiziqishi yo`qolib boradi, o`zi bilan o`zi bo`lib qoladi. Uning hulq-atvorida gayritabiiylik paydo bo`lib, unda

palapartishlik, yaqinlari va dustlari bilan munosabatlarida qo`polliklar paydo bo`ladi. Avvallari ota-onasiga iliq munosabatda bo`lgan bemor, endi to`ng munosabatda, oilasi hayoti bilan qiziqmay kuyadi. Shu davrning o`zida daydilikka moyillik asotsial hatti-harakatlar kuzatilishi mumkin. Bemorlarda ularga avvallari hos bo`lmagan qiziqishlar paydo bo`lishi mumkin. Etarli bilimlar va tayyorgarlikka ega bo`lmagan xolda, ular butun boshlari bilan turli murakkab muammolarni o`rganishga kirishadilar («metafizik intoksikatsiya»), amalda esa bu odatda olamning kelib chiqishi, o`ylab chiqarilgan falsafiy tuzilmalar va x.z.lar haqidagi rezoner fikr yuritishlar doirasidan tashqariga chiqmaydi. Ko`pincha fikrlarning «qalqib chiqishlari» va «uzilib qolishlari», alohida gallyutsinatsiyalar, bir biri bilan bog`lanmagan ta`qib, ta`sir vasvasa g`oyalari, ipoxondrik kechinmalar kuzatiladi. Asta-sekin yuqoridagi buzilishlar chuqurlashib boradi. Bemorlar butunlay hech nima bilan qiziqmay kuyadilar. Ular kun buyi to`shakda, boshlarini ko`rpa bilan berkitib olib yotadilar, o`z-o`zlariga xizmat qilmay kuyadilar, yuvinmaydilar, gigienaga rioya qilmaydilar. Hissiyot-iroda nuqsoni, bemorning rasmiy qobiliyatlari nisbatan saqlangan bo`lsada, borgan sari yaqqol namoyon bo`lib boradi.

Gebefrenik shakli shuningdek kasallikning yomon sifatli turlari qatoriga kiradi va odatda yanada erta yoshda boshlanib, uzluksiz kechadi. Kasallikning klinikasiga asosan hissiy noadekvatlik va hulq-atvor buzilishlari xosdir. Bemorda masharabozlarcha hatti-harakatlar, aftini burishtirish, bachkanalik hislatlari paydo bo`ladi. Ular qiyshanglaydilar, baland ovozda xoxolab kuladilar, ashula aytadilar. Ba`zida bog`liqsiz nutq, umbaloq oshish, agressiv hatti-harakatlar bilan kechuvchi psixomotor qo`zg`alish yuzaga kelishi mumkin. Ba`zida esa bemor kayfiyatida noproduktiv eyforiya ustunlik qiladi. Hissiet-iroda buzilishlari chuqurlashib borishi bilan tezda aqliy zaiflik rivojlanadi.

Katatonik shakli – avvalgi ikkita turiga nisbatan kechroq, 20-25 eshda rivojlanadi. U katatonik sindromning qo`shimcha simptomatikasi bilan belgilanadi. Kasallik asta-sekin yoki o`tkir boshlanishi mumkin, kechishi – ko`pincha uzluksiz-progredientdir. Kasallik o`tkir boshlanganda to`liq salomatlik fonida, to`satdan

stuporoz belgilar yoki katatonik qo`zg`alish holati bilan manifestatsiya beradi. Bemor to`shakda yotgan yoki o`tirgan holatida, tana holatini o`zgartirmasdan, to`xtovsiz gapiradi. Unda so`zlarni qaytarilishi, bog`liqsiz nutq, neologizmlar bilan belgilanuvchi nutq stereotipiyalari kuzatiladi. Bir-biri bilan bog`lanmagan vasvasa g`oyalari, gallyutsinator buzilishlar, impul`siv harakatlar kasallik klinikasida o`rin egallashi mumkin. Gallyutsinatsiyalar kuzatilganda bemor quloqlarini berkitadi, ovqatni hidlaydilar, boshlarini ko`rpa bilan burkab oladilar. Boshqa holatlarda nutq qo`zg`alishsiz harakat bezovtaligi mutizm, stereotipiyalar, exopraksiyalar ustunlik qiladi. Stuporoz holatlar rivojlanganda bemorlar harakatsiz to`shakda yotadilar, ba`zida boshlarini yostiqdan ko`taradilar («havo yostig`i» simptomi) yoki eng g`ayritabiiy, noqulay pozalarda qotib qoladilar (katalepsiya simptomi). Stupor holati butunlay keskin tarzda katatonik qo`zg`alish holati bilan almashinishi yoki uning aksi bo`lishi mumkin, bu esa bunday bemorlarni nazorat qilishni tashqil etishda albatta e`tiborga olinishi kerak.

Katatonik sindrom oneyroid ong xiralashuvi fonida kechishi mumkin, bu esa kasallikning nisbatan yaxshi oqibatini belgilaydi. Aksincha, katatonik simptomatikaning paranoid kechinmalar bilan kechayotgan jarayonga qo`shilishi (ikkilamchi katatoniya), prognostik jihatdan yomon sifatli hisoblanadi. Katatonik shakli odatda apatik aqliy zaiflik bilan tugaydi.

Paranoid shakli ko`pincha etuk yoshda boshlanadi, ammo ertarok ham yuzaga kelishi mumkin. U hurujsimon yoki uzluksiz kechishi mumkin. Kasallik klinikasining markaziy simptomini vasvasa g`oyalari tashqil etib, ular o`tkir yoki asta-sekinlik bilan shakllanadi. Odatda kasallik ancha sistemalashgan paranoyal munosabat, rashk, ixtirochilik, ba`zida ipoxondrik vasvasalari bilan boshlanadi. Keyinchalik paranoyal sindrom o`zining butunligini yo`qotib, parchalanadi. Tafakkurning shaqliy buzilishlari o`sib boradi. Bemorlarning fikrlarida tashqi mantiqiylik yo`qoladi, rezonerlik, tafakkur bo`laklanganligi, simvolik shaklanganligi belgilari paydo bo`ladi. Sindrom affektiv buzilishlar, turli gallyutsinatsiyalar qo`shilishi hisobiga murakkablashadi. eshituv gallyutsinatsiyalari paranoid shizofreniya uchun eng hususiyatli belgidir, ammo

hidlov va ko`ruv gallyutsinatsiyalari ham uchrashi mumkin. Ular ruhiy avtomatizm belgilari, ta`qib va ta`sir vasvasalari bilan bir qatorda jarayon rivojlanishining bu bosqichi uchun ko`proq hos bo`lgan Kandinskiy-Klerambo sindromi tarkibiga kiradilar. Kasallik uzoq davom etganda, vasvasa buzilishlari dinamikasi odatda tuturuqsiz buyuklik va ta`qib vasvasalari bilan kuzatiluvchi parafrenik sindrom shakllanishi bilan tugaydi. SHu bilan bir qatorda asta-sekin shizofrenik shaxs o`zgarishi, hissiyot-iroda nuqsoni, intellektual zaiflashuv belgilari o`sib boradi. Kasallik ayniqsa o`smirlik yoshida boshlanganda oqibati yomon tugaydi.

Kasallikning yuqorida keltirilgan to`rtta shaklining ajratilishi ma`lum darajada shartlidir. SHizofreniyada, har qanday bir butun kasallikdagi kabi, turli qo`shimcha simptomatikalar kombinatsiyasi kuzatilishi mumkin. Faqat asosiy buzilishlarga kasallikning barcha shakllarida o`zgarmasdan qoladi.

Bu qonuniyat yuqorida keltirilgan kasallik kechishi variantlariga ham tegishlidir. Barcha holatlarda ham shizofreniya surunkali, progredient kasallik bo`lsada, shizofrenik shaxs nuqsoni kasallik davomida tez yoki ancha sekinlik bilan rivojlanishi mumkin. Kasallikning asosiy kechish turlarini bilish har bir konkret holatda individual prognozni aniqlashga yordam beradi.

Hozirgi vaqtda shizofreniyaning quyidagi shakllari ajratiladi:

- 1) uzluksiz kechuvchi yoki progredient turi, bunda kasallik spontan remissiyalarga moyil emas va tuxtovsiz progressiyalanib, shaxs nuqsoni rivojlanishi bilan tugaydi;
- 2) hurujsimon (shubsimon), kasallikka remissiya oraliqlari kuzatilishi xos bo`lib, ularda kasallik rivojlanishi tezligi ancha sekinlashadi, ammo xar bir huruj rivojlanishi bilan shaxs o`zgarishi, shizofrenik nuqsonning yanada sezilarli o`sib borishi kuzatiladi;
- 3) rekkurent (davriy) turi ayniqsa boshlanishida, kasallikdan to`liq chiqish holatlari bilan almashinuvchi qisqa vaqtli psixotik hurujlar shaklida kechadi. Kasallik kechishining bu shaklida shaxs o`zgarishining o`sib borishi nisbatan sekin kechadi. Kasallik klinikasida esa u yaqqol affektiv buzilishlar (maniakal, depressiv sindrom, havotir, qo`rquv), ong buzilishlari (oneyroid sindrom), obrazli, fantastik vasvasa, katatonik buzilishlar xos.

Erkak kishilar shizofreniyaning bu turi bilan 3-4 marta ko'proq kasallanadi. Bu bemorlar kasallik boshlanishiga kadar bo'lgan xususiyatlari bilan diqqatni jalb etadi. Ular asosan mijozlarining sillikligi ("namunali bolalar", e. Krepelin buyicha) eki dizontogenez belgilar, ya`ni akli ozlikka xos nuksonning mavjudligi bilan tavsiflanadi.

Kasallikning darakchi (initsial) davri bemor ruxiy maxsuldorligining kamayishi, emotsional o'zgarishlar va o'smirlik davrining aloxida o'zgarishi bilan tavsiflanadi. Bu esa bemor xatti xarakatining butunlay o'zgarishida namoyon bo'ladi. Uning avvalgi kizikishlari yo'qoladi, jonliligi, kizikkonligi kamayadi, emotsional hayoti kashshoklashib, mulokotga extieji susayadi. Jumladan, oilaning ichki munosabatlari bemorning kupolligi, toshbagirligi, eng yakin kishilari bo'lgan ota onalarga xuddi dushmanlarcha qarashi tufayli buziladi. Ruxiy maxsuldorlikning kamayishi esa bemorning kup vaqt davomidagi mexnatiga karamay yangilikni kiyin uzlashtirishida namoyon bo'ladi. SHu bilan bir qatorda o'smirlik davriga xos kizikishlarning "aloxida" buzilgan turlari paydo bo'ladi, ya`ni galati real hayotdan ajralgan, bema`ni va bemaxsul, autistik tavsifga ega kizikishlar yuzaga keladi ("metafizik eki falsafiy zaxarlanishi "). Falsafa bilan shugullanish, keraksiz buyumlarni yigish, kulgili darajada din bilan kizikish shular jumlasidandir. Umuman bu turdagi shizofreniyaning boshlanish davri shizofreniyaning oddiy turiga juda o'xshash bo'ladi.

Kasallikning yanada rivojlanishi natijasida uning keyingi shakllanish davri boshlanadi. "Katta psixoz" uz ichiga affektiv, vasvasa g'oyalari, gallyutsinator, soxta gallyutsinator buzilishlarni, ruxiy avtomatizm xodisalarini, kataton gebefrenik va katatonik buzilishlarni uz ichiga oladi. Psixopatologik buzilishlar rivojlanishining umumiy konuni saklanib kolishiga karamasdan ular tuzilishining sindromalogik yakunlanganlikdan xolis. Agarda "lyutsid" katatoniya balogat eshidagi shizofreniyaning ikkinchi xil kurinishi bulsa, uchinchi vasvasa g'oyalari va galyutsinator buzilishlarga tula xili xisoblanadi. Gebefren buzilishlar esa balogat eshidagi shizofreniyaning xavfli katatoniya xodisalarida uchraydi.

Lyutsid katatoniyasida es-xushning saklanib kolishi, katatonik buzilishlarning vasvasa g'oyalari va gallyutsinator kechinmalar bilan birgalikda davom etishi kuzatiladi. Xozir katatonik buzilishlarning ayrim belgilari-xarakatlarning kovushmaganligi, bemor xatti xarakatlarida "jinnisimonlikning" paydo bo'lishi, vaqti-vaqti bilan esa katatonik kelib chikishga ega impul'siv kuzgalishlar uchraydi. Umuman, lyutsid katatoniyaning klinik kurinishi katatonik buzilishlar xamda tartibsiz ta'qib qilish va zaxarlanish vasvasa g'oyalari ruxiy avtomatizm va soxta gallyutsinatsiyalar, uzuk-yuluk parafren kushimchalardan iborat. Qisqa vaqtdan (1-2yil) so'ng bemor axvoli yaxshilanishi mumkin. Bu oxirgi xolat kataton-paranoidga mansub.

Xavfli shizofreniyaning vasvasaviy (paranoid) xilining shakllanish psixozida vasvasali sindromlar asosiy urinni egallaydi: paranoyal sindromidan, to paranoid va yakunlanmagan parafren sindromigacha uchraydi. Ammo katatonik kushimchalar va kataton-gebefren buzilishlar xam uchrab turishi mumkin. Kasallik namoyish bo'lgandan 2-4yil utgach, bu xoldagi shizofreniyaning oxirgi xolati bo'lmish "jinnisimonlik" belgilari, "vaysaki", "kilikli" akli zaiflik rivojlanadi.

PARANOID SHIZOFRENIYA. Ko'pincha 20-25 yoshdan keyin asta sekin rivojlanadi va aloxida yopishqoq, shilkim xodisalar, ipoxondriya, bekaror vasvasa g'oyalarining (munosabat, rashk va boshk.) mavjudligi bilan tavsiflanadi. SHu davrdan boshlab shaxs o'zgarishi-uning odamoviligi paydo bo'lib, affektiv egiluvchanligi yo'qoladi. Tashqi kurinishlaridan ular juda ishonchsiz, xar narsadan xadiksiraydigan bo'lib koladilar. Boshlang'ich davr 5-6 yildan 20 yilgacha davom etishi mumkin. Shuning uchun xam bemorlar kup vaqt psixiatrlar kuzatuvidan chetda koladilar.

Paranoid shizofreniyaning shakllanish davri vasvasa g'oyalari va gallyutsinator-vasvasa sindromining paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Kasallik boshlangan bosqichning klinik manzarasida yuqorida aytilgan u eki bu sindromning bo'lishiga karab, paranoid shizofreniyaning gallyutsinator eki vasvasaviy manzaralari kuzatiladi. Kasallikning boshlanish davrida paranoyal

buzilishlar bulsa, unda vasvasaviy, nevrozsimon va psixopatsimon buzilishlar kupchilikni tashqil kilsa, gallyutsinator turini kutish to'g'ri bo'ladi.

Vasvasaviy kurinishida sindromlarning rivojlanish konuniyati V. Man'yan tomonidan ezib qoldirilgan surunkali vasvasa bosqichlarining rivojlanishiga to'g'ri keladi. Odatdagi xollarda xamda kasallik rivojlanishiga moyillik bildirgan xollarda gallyutsinatsiyalar va ruxiy avtomatizmlarning tartiblashgan vasvasa g'oyalari kushilib kelishi kutilmaydi. Paranoyal sindrom uz navbatida paranoid vasvasa g'oyalari (Kandinskiy-Klerambo sindromi) bilan urin almashinadi. Keyinchalik esa fantastik mazmunga ega bo'lgan parafren sindromi vujudga keladi. Ba'zi xollarda jaraen kasallikning u eki bu bosqichida to'xtab koladi. Vasvasali shizofreniya boshlang'ich davrining kurinishi kasallikning keyingi kurinishlarini belgilaydi va shu bilan birga kasallikning rivojlanish darajasini kursatadi. Jumladan, kasallikning boshlang'ich davrida paranoyal buzilishlar kanchalik kup bulsa, kasallikning paranoid va parafren bosqichlarida vasvasa g'oyalarining tartiblashuvi uchun shunchalik kuchli asos yaratiladi, ruxiy avtomatizmlarning rivojlanishiga ixtiej kamayadi.

Paranoid shizofreniyaning vasvasaviy kurinishiga oid og'ir xollarda shaxs o'zgarishi va psixopatsimon buzilishlar tartibsiz vasvasa g'oyalari dan ilgari keladi. Bu xolda gallyutsinator-paranoid xolat polimorfizmlik xususiyatiga ega bo'ladi, jismoniy ta'sir vasvasa g'oyalari, turli xil avtomatizmlar bilan bir qatorda soxta gallyutsinatsiyalar xam urin oladi. Ko'pincha gayritabiiy (fantastik) mazmunga ega vasvasa g'oyalari va vasvasaviy shaxssizlanish (depersonalizatsiya), ikkilamchi katatonik xolatlar birga keladi. Bu esa kasallikning ogirlashganidan dalolat beradi.

Paranoid shizofreniyaning gallyutsinator turli kasallik boshlanganidan chamasi bir yildan so'ng rivojlanadi. Turli xil mazmunli tartibsiz vasvasa g'oyalari, eshitish illyuziyalari xamda oddiy gallyutsinatsiyalar kasallikdan oldin boshlanishi mumkin. SHundan so'ng monolog, dialog, buyurish mazmuniga ega xakikiy eshitish gallyutsinatsiyalari yuzaga keladi. Bemor fikri, xatti-xarakatlarini izoxlovchi "tovushlar" xakikiy gallyutsinatsiyalarning soxta gallyutsinatsiyalarga utish jarayoni da paydo bo'ladi. Shu paytdan boshlab,

kasallikning klinik kurinishida soxta gallyutsinatsiyalarga boy Kandinskiy-Klerambo sindromi asosiy urinni egallaydi. Kasallik turidan kat'iy nazar bu sindrom doimo o'ziga xos umumiy rivojlanish konuni asosida rivojlanadi. eshitish soxta gallyutsinatsiyalari paranoid shizofreniyaning gallyutsinator kurinishining uzagini tashqil qiladi. Vasvasa g'oyalarining mazmuni butunlay "tovushlar" mazmuniga to'g'ri keladi. Bu davr 8-10 yillar davom etadi va kasallikning keyingi rivojlanishidan fantastik vasvasa g'oyalariga boy bo'lgan gallyutsinator parafreniyaning rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Ikkilamchi kelib chikishga ega katatonik buzilishlar juda kamdan-kam uchraydi. Paranoid shizofreniyaning bu turi vasvasali kurinishidan nisbatan engilrok utadi.

Paranoyal shizofreniya -sekin-asta zo'rayib boradigan talkin qilish vasvasa g'oyalarining mavjud bo'lishi bilan ifodalanadi. Kasallikkacha bo'lgan davrda bu bemorlar o'zlarining talabchan, qaysar, gipersotsial ekanliklari bilan ajralib turadi. Kasallik odatda 30 yoshgacha bo'lgan davrda, ba'zan esa o'smirlik davrda rivojlanadi. Kasallikning boshlang'ich davridagi vasvasa g'oyalari o'ta qimmatli vasvasaga o'xshash bo'ladi, ya'ni fikrlar haqiqatga juda yaqin kelib, kundalik hayotdagi vaziyatga mos keladi. Psixozning keyingi davri nixoyatda sekin o'tib, 10-15 yilni tashqil qiladi. Bu davrda vasvasa g'oyalarining kengayishi va tartiblashuvi kuzatiladi. Tartiblashga paranoyal vasvasa g'oyalari ko'p vaqt mobaynida kasallik asosini tashqil qiladi. Vasvasa g'oyasining mazmunidan affekt ta'rifi kelib chiqadi, ya'ni yuqori kayfiyat vasvasa g'oyalarining ekspansiv turlari bo'lmish ijodkorlik, kashfiyotchilik vasvasa g'oyalari o'rin olganda uchrasa, past kayfiyat esa sensitiv, ipoxondrik mazmundagi vasvasa g'oyalari kelganda yuzaga keladi.

Kasallik bir qadar jadal rivojlanganda vasvasa g'oyalarining tartiblashuvi, kengayishi ketidan tartibli ta'qib qilish vasvasa g'oyalari paydo bo'lishi kuzatiladi. Bu xolda murakkab vasvasa g'oyalari tuzumi o'zining haqiqatga yaqinlik xususiyatini yo'qotadi. Vasvasa mazmuni real hayotdan yiroqlashadi, bo'lmag'ur mazmunga ega bo'la boshlaydi. Bemor xulqi taranglashib, unda ishonchsizlik paydo bo'ladi. Uning xatti-xarakati vasvasa g'oyalariga mos keladi.

V.Man'yan aytishicha, xatti-xarakterlar quyidagi uch yo'nalishda rivojlanadi-migratsiya (bir joydan ikkinchi joyga ko'chish), ximoya, xujum ("ta'qiblangan ta'qibchilar"). Jumladan, bemorlar vasvasa mazmuniga asosan tez-tez yashash, ish joylarini o'zgartirib turadilar. Keyingi esa "ta'qibchilardan" o'z-o'zlarini himoya qilish maqsadida qurollanadilar, iste'moldagi oziq-ovqatlarni zaxarsiz ekanliklariga ishonch xosil qilish maqsadida tekshiradilar, uydan ko'chaga chiqmaydilar. Ba'zilar esa, ta'qibchilarga qarshi faol kurash olib boradilar: prokuratura bo'limlariga murojaat qiladilar, jinoyatchilarni fosh qilish maqsadida turli xil muassasalarga xat yozadilar. Agarda vasvasa g'oyalari yagona mazmunga moyillik bildirmasa, u xolda kasallikning keyingi bosqichlarida (o'n yillardan so'ng) paranoyal vasvasa g'oyalari susayadi, uning parchalanib ketishi ro'y beradi. Shaxsning o'zgarishi, ya'ni uning odamoviligi, autizm (voqelikning uzoqlashishi, muloqot faoliyatining buzilishi, xis-tuyg'u kechinmalarining qashshoqlashishi), g'alatiligi, qiliklarining o'ziga xos bo'lishi, energetik potentsialining kamayishi yuz beradi. Paranoyal shizofreniya faqatgina uzluksiz oqimga ega bo'lmay, balki uning o'tkir paranoya deb atalgan xurujlar shaklida oqimi xam mavjud. Xar xolda kasallik oqimining qanday bo'lishidan kat'iy nazar, uning ko'p yillik rivojlanishiga qaramay, bemorlarda aqliy pasayish yuz bermaydi.

Sust kechadigan shizofreniya. Avvallari bu kasallik psixotik formalarning tugallanmagan ko'rinishi yoki endogen jarayonning "yarim yo'lda to'xtab qolgan" bosqichi sifatida ta'riflanar edi. Ammo oxirgi yillarda mavjud tadqiqotlarga ko'ra, sekin rivojlanadigan yoki sust kechadigan shizofreniya kasallikning bir bosqichi bo'lmasdan, balki uning mustaqil turi ekanligi aniqlandi. Kasallikning boshlanishi bemor yoshining birinchi 20-yilligiga to'g'ri keladi. Sust kechadigan shizofreniyaning rivojlanish qonuni latent rivojlanish bosqichi, faol rivojlanish bosqichi (uzluksiz kechadigan, xurujlar yoki xurujlar seriyasi xilidagi), pozitiv buzilishlar reduktsiyasi bilan tafsiflanadigan turgunlik davrining mavjudligi bilan belgilanadi.

Sust kechadigan shizofreniyaning latent bosqichida aqliy va sotsial pasayish belgilari mutlaqo kuzatilmaydi. Ijobiy belgilar psixopatik va affektiv buzilishlar bilan xamda reaktiv o'zgaruvchanlik xodisasi majmuidan iborat.

Sust rivojlanadigan shizofreniyaning klinik sistematikasi uning asosiy belgisi bo'lmish butun oqimi mobaynida bir turdagi psixopatologik buzilishlarning ko'pchiligini tashqil qilishi asos qilib olingan. Jumladan, sust rivojlanuvchi shizofreniyaning quyidagi ko'rinishlari mavjud.

Yopishqoqlik belgisi bilan boradigan sust rivojlanishdagi shizofreniya. Kasallik ko'pincha mijoziga bezovtalanish, xadixsirash kabi xususiyatlarga xos kishilarda, psixastenik va sensitiv shizoidlarda rivojlanadi. Turg'un yopishqoqlik belgisi paydo bo'lguncha 10-15 yil qadar o'qtin-o'qtin qo'rquv xollari vujudga keladi (latent bosqich). Kasallikning faol davrida etakchi o'rinni egallovchi yopishqoq buzilishlar hayotning ikkinchi 10-yilligida paydo bo'ladi. Kasallik ko'p yillarga cho'zilib, u davriy ravishda qaytarilib turuvchi xurujlar tarzida yoki sust uzluksiz rivojlanishlar tarzida kechadi. Kasallikning sust uzluksiz oqimiga psixopatologik ko'rinishning monoformligi, "monosimptomligi" xosdir. Yillar mobaynida yopishqoq buzilishlarning kengayishi oqibatida kasallik belgilari aniq bilinadi. Yopishqoqlik belgilari borgan sari sustlashib, bir xillashib, avvalgi affektiv rang-baranglikni yo'qota boradi. Yopishqoqliklarning mazmuni xam tobora o'rinsiz bo'lib, ularning tashqi psixologik tushunarlilikni yo'qolib boraveradi. Yopishqoqliklarga qarshi kurash xam yil sayin kamayib ketaveradi. Kasallik bir necha yillarga cho'zilib ketadi, bunda shaxs o'zgarishi chuqurlashadi. Shizofreniyaning bu turida salbiy belgilar kasallikning oxirgi bosqichlaridagina namoyon bo'ladi va P. Jane tomonidan yozib qoldirilgan yopishqoqliklar bilan kechadigan konstitutsional psixopatiyaga juda o'xshab ketadi.

Depersonalizatsiya bilan kechadigan sust rivojlanuvchi shizofreniya. Bu xildagi shizofreniyaning latent davri o'smirlik davriga to'g'ri keladi. Bu davrda vegetativ buzilishlar bilan bir qatorda nevroitik depersonalizatsiya (shaxssizlanish) xodisasi, tsiklotimsimon affektiv buzilishlar uchraydi. Bemor "xissiy" bilishning

yo'qolganligidan shikoyat qiladi. Atrofni aniq, ochiq qabul qilish yo'qoladi, borliq bemor kishini qiziqitirmaydi. O'z xatti xarakatlari bemorga sun'iydek tuyuladi. Sekin-asta bemor o'zining avvalgidan o'zgacha bo'lib qolganligini sezadi: uning ruxiy "Men"ligi, o'zligi o'zgaradi, ya'ni uning xissiyoti, fikrlari o'zgarandek tuyuladi, ruxiy jarayonlarning engil oqimi yo'qoladi. Shaxssizlanish kabi buzilishlar aniqlikdan maxrum bo'lib, o'zining psixopatologik buzilishi jixatidan shizofreniyaga xos negativ o'zgarishlarga yaqinlashib ketadi. Emotsional o'zgarishlar asosida bemorning o'z "Men"ining noto'liq ekanligi, sezish xissi yotadi. Shu bilan bir qatorda bemorning muloqotga layoqatligi xam qiyinlashadi.

Ipxondrik va senestopatik buzilishlar bilan kechadigan shizofreniya. Bemorlar bir necha yillar mobaynida butun tanalaridagi og'riqdan, bo'shanglik, lanjlikdan shikoyat qiladilar. Bundan tashqari, salga charchab qolishlaridan, "mazalarining" yo'qligidan noliydilar. Ko'pgina xollarda somatik buzilishlardan dalolat beruvchi xastalik belgilari interkurrent kasalliklardan, ogir jismoniy mexnatdan so'ng zo'rayadi. Bunday bemorlar uzoq yillar mobaynida ko'plab mutaxassislar qaramog'ida, kuzatuv ostida bo'ladilar. Faqatgina aniq bilangan ruxiy buzilishlarga shifokor e'tiborini o'ziga jalb qiladi. Shizofreniyaning bu turidagi affektiv buzilishlar disforik ko'rinishdagi noaniq monoton depressiyalardan tashkil topgan.

Kasallikning faollashuv davrida, ya'ni uning zo'rayishi tufayli xastalik belgilari o'zgaradi. Bemor o'ziga extimol qilgan kasallikka nimalar taallukli deb bilsa, shu narsaga "epishib" koladi, uz-uzini kuzatuvchilik xususiyati xam paydo bo'ladi. Kasallikning zo'rayib ketishi davrida depressiya bilan bir qatorda, xayajon, o'limdan qo'rqish, chuqur vegetativ buzilishlar xam yuzaga keladi. Bemorlar xatti-xarakati namoyishkorona bo'lib, ko'pgina xollarda tez yordam ko'rsatilishiga qaratilgan. Bemorlar badanida g'ayrioddiy sezgilarning paydo bo'lganligini qayd qiladilar. Masalan, go'yo gavdasining turli qismlarida qizish xissi (senestopatiyalar) borligini aytadilar. Kasallik jarayonining turg'unlik davrida shaxsning psixopatsimon o'zgarishi birinchi o'rinda turadi. Unga yakkaxonlik, bag'ritoshlik, qaysarlik, emotsional qashshoqlashuv xos bo'ladi.

Agar kasallikning klinik ko'rinishida senestopatik buzilishlar ko'proq kuzatilsa, u xolda xastalik jarayoni qayta rivojlanishga ega bo'lib, unda negativ belgilar birinchi o'ringa chiqadi. Bunda odamovilik, ruxiy faollik, uning maxsuldorligining kamayishi kuzatiladi. Kasallikning butun oqimi mobaynida kuzatiladigan senestopatik sezgilar xilma-xil, o'zgaruvchan, ba'zan esa bachkana bo'lib, fantastik mazmunga xam ega bo'lishi mumkin. Bu xildagi kechinmalar ba'zi xollarda bemorning butun hayoti mobaynida uchrashi mumkin.

Isteriyaga o'xshash ko'rinishdagi shizofreniya- asosan shizoid va isterik mijozli kishilarda uchraydi. Kasallik boshlangan davrni aniq ko'rsatib berish qiyin, ammo uning manifestatsiyasi 18-20 yoshlarga to'g'ri keladi. Kasallikning boshlang'ich davrida bemorlarda xayoliy narsalarni borliqda mavjud deb qarashga moyillik paydo bo'ladi. Ularda atrofdagi kishilarni kutilmagan uydirmalar bilan xayratga solish extiyoji uyg'onadi. Xususiyl isterik belgilar xisoblangan puerillik, giperkinezlar, afoniya kuzatiladi. Xastalik jarayonining faol davrida affektiv buzilishlar kuchayadi. Ular autoxton ravishda, ya'ni psixogen omillar qatnashuvisiz vujudga keladi. Keyinchalik kasallik foviylalar, yopishqoq xislar, dag'al psixopatik buzilishlarning qo'shilishi oqibatida murakkablashadi. Ammo shuni aytib o'tish kerakki, isterik buzilishlar shaxsning xaqiqiy autizatsiyasi, etlashuvi, uning ruxiy faolligining pasayganligi, uzuq-yuluq munosabat vasvasa g'oyalari, rudimental gallyutsinatsiyalarni berkitib turuvchi shunchaki pardadir. Ko'p yillik oqimdan so'ng shaxsda dag'al nuqson paydo bo'ladi, uning xayotga moslashuvi susayadi.

Rekurrent (davriy) shizofreniya . Shizofeniyaning bu turi o'z klinik ko'rinishi va kechishi xam shizofreniyaga, xam affektiv psixozlarga xos bo'lgan belgilarni mujassamlashtirgan. Nisbatan yaxshi kechishi, aniq affektiv buzilishlarning borligi uni maniakal depressiv psixoziga yaqinlatirsa, klinik xuruj ko'rinishidagi shizofreniyaga xos (dissotsiativ) buzilishlarning mavjudligi esa uni shizofeniyaning aloxida bir turi affektiv xurujlaridan tortib, to xushining buzilishi bilan boradigan katatonik xurujlar tarzda kasallikning qaytarilishi rekurrent shizofeniyaning asosiy xususiyatidir. Shizofeniyaning bu turi bilan ayollar

xastalanadi. Kasallikning tiklanish davri. Kasallikning uchinchi (tiklanish, tuzatish yoki kechki davri) 1-2 oydan bir yilgacha davom etib, kasallikning o'tkir davri belgilari yo'qola boshlaydi, ba'zan esa batamom yo'qolib ketadi. Agar kasallik og'irroq kechsa, asteniya, o'qtin-o'qtin tutuvchi xolatlar, psixorganik xolatlar, Korsakov sindromi va xushining namozshomsimon buzilishi kuzatiladi.

Kasallik initsial davrining davomlilikigi turlicha (xaftalar, oylar, yillar) bo'lib, umumsomatik buzilishlar, affektiv to'lqinlanishlar yoki somatopsixik depersonalizatsiya bilan davom etadi. Kasallikning manifest davri bemorning o'smirlik yoshiga to'g'ri keladi va affektiv, affektiv-vasvasaviy va xush buzilishi sindromlari tarzida bo'ladi. Rekurrent shizofreniya xurujlariga sindromal ikkinchi sindrom bilan o'rin almashinib turadi. Qaytalangan xurujlar o'z klinik ko'rinishi jihatidan o'zidan oldingi xuruj bilan bir xil bo'lishi mumkin. Lekin ko'pincha uzilishi jihatidan o'zidan oldingi xurujga o'xshash bo'lmagan xurujlar vujudga keladi.

Oneyroidli katatoniya - rekurrent shizofreniyaning asosiy turidir. U aniq, ketma-ket keladigan bosqichlarda rivojlanadi ("Oneyroid sindromi", bo'limiga qarang). Agar xushning oneyroid buzilishiga tezda orqaga qaytsa, affektiv buzilishlar ulardan farqli o'laroq uzoq vaqt saqlanib turadi. Ko'pincha tuturiqsiz depressiya, gipomaniya kuzatiladi. Bemorning kasallikka, uning o'tkir davriga tanqidiy qarashi asta-sekin shakllanadi, ya'ni xurujdan so'nggi davrda qoldiq vasvasa g'oyalarining bo'lishi kuzatiladi. Oneyroidli qoldiq vasvasa g'oyalarining bo'lishi kuzatiladi. Oneyroidli katatoniya xuruji qisqa vaqt davom etadi. Undan so'ng xavfsiz remissiya vujudga keladi.

Xurujning affektiv turi (tsirkulyar shizofreniya) - rekurrent shizofreniyaning affektiv xurujlari bipolyar tavsifga ega bo'lib, depressiya yoki maniyaning aniq cho'zilgan belgilari bilan ifodalanadi. Bu ikki davr biri ikkinchisi bilan o'rin almashinib kuzatiladi. Depressiyaning chuqurligi va tuzilishi turlicha bo'lishi mumkin. Maniakal xolat esa unchalik xilma-xil bo'lmaydi. Affektiv buzilishlar aralash yoki atipik tavsifga ega bo'lib, juda o'zgaruvchan bo'ladi. Kasallik xurujining qutbli turida kasallik manifestatsiyasidan so'ng uzoq vaqt (yillar)

davomida, uzluksiz, remissiyasiz, tuzilishi jixatidan turli xil (affektiv, affektiv-vasvasali) bo'lgan xurujlarning o'rin almashinuvi bilan boradi. Bu ko'pincha o'smirlarda kuzatiladi va kasallikning ogir xoli xisoblanadi. Bunday xollarda rekurrent shizofreniyaning monopolyar xuruji xam mavjud.

Depressiv-paranoid (monopolyar) turida xuruj asta-sekin rivojlanadi. Unga inertlik xos bo'lib, affektiv-vasvasaviy buzilishlar faqatgina depressiv buzilish bilan ifodalanadi. Bemorlarda ko'pincha xayajonli depressiya, xayajonli affekt, qo'rquv, yuqori darajadagi suitsidal xavf paydo bo'lishi extimol. Kasallikning initsial davrida kun bo'yi kayfiyatning to'lqinlanishi melanxolik kelib chiqishga ega bo'lgan shaxssizlanishi, xayajon bilan birlalikda keluvchi o'z-o'zini kamsitish, munosabat vasvasa g'oyalarning bo'lishi kutiladi. Xurujning manifest davrida o'z-o'zini ayblash vasvasa g'oyalari paydo bo'ladi, bemor uyqusi buziladi, raptus xolati yuzaga keladi. Kasallik belgilari atrofdagi barcha narsalarni vasvasaviy kechinmalarning obrazlashuvi kutiladi, ya'ni ular fantastik (gayrioddiy) mazmunga ega bo'lib, aloxida olingan katatonik buzilishlar, ruxiy avtomatizm, jismoniy ta'sir vasvasa g'oyasi paydo bo'ladi. Xurujning avjida saxnalashtirish vasvasa g'oyasi, egizaklar illyuziyasi, Kotar sindromi (melanxolik parafreniya) rivojlanadi. Yuqorida ko'rsatilagnidek, kamdan-kam xollarda xushning oneyroidli korong'ilashuvi kuzatiladi.

Keng tarqalgan asosiy xurujlardan tashqari, bir necha kundan 2 xaftagacha davom etuvchi tranzitor (o'tkinchi) xurujlar xam mavjud. Bu xildagi xurujlar "asosiy" xurujlardan oldin kelishi yoki umuman rekurrent shizofreniya shunday tranzitor xurujlar shaklida kechishi mumkin. Shunday qilib, tranzitor xurujning katatonik-oneyroid, depressiv-paranoid, o'tkir paranoid xolatlari mavjud. Tranzitor xurujlar ko'pincha ambulator, noaniq, ammo uzoq vaqt davomida affektiv fazalar asosida rivojlanadi.

Febril shizofreniya. Rekurrent shizofreniyaning bir ko'rinishi xisoblanadi. Ba'zi mualliflar (A.S.Tiganov va boshq.) febril xurujlarni (amentiform xuruj, febril katatoniya) xurujli rivojlanishdagi shizofreniyaga taalluqli deb xisoblaydilar. Febril katatoniya xuruji juda kam uchraydi. Oldiniga xuruj davriy

(yoki xurujli rivojlanishdagi) shizofreniya rivojlanish qonuniyatlari asosida boradi. Febril xurujning avjida katatonik ko'zg'alish o'zgarib, chalkashish yoki inkogerentsiya xodisalari bilan boradigan amentivsimon ko'rinishni egallaydi. Ko'pgina xollarda kasallikning birinchi xuruji febril xuruj sifatida kuzatiladi. Xuruj boshlanishi bilan tana xarorati kutarilib, katatonik xolatda juda oshib ketadi. Bemorning umumsomatik xolati chuqur zaxarlanishga xos buzilishlarga mos keladi. Tana xarorati pasaygandan so'ng xurujning qayta rivojlanishi kuzatiladi. Bunda kasallikning klinik ko'rinishi va kechishi rekurrent (eki xurujli rivojlanishdagi) shizofreniya xos bo'ladi. Febril katatoniyani organizmning gipertoksik javobi deb qaraladi va shizofreniyaning asoratli xili deb xisoblanadi.

Xurujli rivojlanishdagi (shubsimon) shizofreniya -kasallikning uzluksiz kechishiga xos bo'lgan, aniq tuzilgan xurujlar xolidagi sindromlar bog'likligidan iborat. Uzluksiz va rekurrent shizofreniyaning oralig'ida joylashgan, klinik jixatdan mustaqil, o'ziga xos xususiyatlarga ega kasallikdir, shizofreniyaning bu turi faqatgina xuruj emas, balki xurujlar orasidagi xolatning xilma-xilligi bilan tavsiflanadi, xuruj tavsifiga va rivojlanish darajasiga ko'ra, xurujli rivojlanishdagi shizofreniyaning 1) xavfli; 2) rivojlanuvchi; 3) shizoaffektivva; 4) kam rivojlanishdagi turlari ajratiladi.

Xurujli rivojlanishdagi shizofreniyaning xavfli turi. Kasallik xurujli rivojlanishdagi shizofreniyaning boshqa turlariga qaraganda erta boshlanadi (11-15 yoshda) va klinik ko'rinishi jixatdan uzliksiz kechishga ega bo'lgan o'smirlarning xavfli shizofreniyasiga yaqin keladi. Initsial buzilishlar bemor ruxiy faolligini pasayishi, o'zlashtirish jarayoning susayib ketishi, avvalgi qiziqishlarning kamayishi, odamovilik, kamgaplik, yotsirash, faoliyatsizlikning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bu bosqichda aloxida olingan katatonik belgilar, yopishqoq xarakter, paranoyal, dismorfofobik, shaxssizlanish kabi buzilishlar kuzatiladi. Ammo bu buzilishlar beqaror va noto'lik bo'ladi. Affektiv buzilishlar juda katta axamiyatga ega bo'lib, maylni tutolmaslik xam kuzatilishi mumkin.

Xurujning manifestatsiyasi xam erta (2-3 yildan so'ng) yuz beradi. Uning klinikasi affektiv, vasvasa kechinmalari, katatonik buzilishlardan tashkil topgan.

Ko'pgina xollarda masxarabozlik, stereotip faoliyat, buyuklik vasvasa g'oyalari aralash atipik maniya uchrashi mumkin. Keyinchalik tentaklik qo'zgalishi, stereotipiyalar, impul'sivlik, bir xildagi xarakat qo'zgalishlari vujudga keladi.

Xuruj tarkibida dipressiya uchrasa, u g'amginlik xissidan ustun keluvchi ideator (fikriy) va xarakat susayishi bilan kechadigan dismorfobik buzilishlar bilan belgilanadi. Bu xolat substuporoz xolatga juda yaqin keladi.

Katatonik va kataton-gebefrenik xurujlar tarkibida affektiv buzilishlardan tashqari, gallyutsinator-vasvasaviy belgilar qatnashadi. Bular jumlasiga ta'qib qilish, ta'sir, boshqa kelib chiqishga mansublik vasvasa g'oyalari, keng yoyilmagan saxnalashtirish vasvasa g'oyalari, buyruq tarzidan soxta galyutsinatsiyalar kiradi. Xurujlar juda og'ir va uzoq davom etadi, xatto birinchi xurujdan so'ng shizofrenik nuqson rivojlanadi. Kasallikning sokinlik davri uzoq davom etmaydi, uning tarkibida katatonik buzilish qoldiqlari o'rin oladi. Keyingi xurujlarda katatonik belgilar kuchayib boradi, affektiv buzilishlar atipik, noaniq bo'lib, disforiyalarga yaqin keladi.

Ikki yoki uch xurujdan so'ng bemorlarning hayotga moslashishlari qiyinlashib, nogironlik vujudga keladi. Shuni aytib o'tish kerakki, shizofreniyaning bu turi uzluksiz "yader" shizofreniyasidan bir yoki bir necha xurujlardan so'ng kasallik rivojlanishidan to'xtashi va sokinlik davrining vujudga kelishi bilan farq qiladi.

Xurujli rivojlanishdagi shizofreniyaning rivojlanuvchi turi. Xurujli rivojlanishdagi shizofreniyaning bu turi tarkibiga sindrom tuzilishi jixatidan "remittir" kechadigan paranoid shizofreniyaga to'g'ri keladi, ya'ni vasvasa kechimalari affektiv buzilishlar ustidan xukmronlik qiladi.

O'TKIR PARANOYAL XURUJ-vasvasa g'oyalari bezovta bo'lish, xavfsirash kabi affektiv buzilishlar sababli paydo bo'ladi. Vasvasa g'oyalari talkin qilish (interpretativ), anik tavsifga ega bo'lib, keyinchalik esa sodir bulayotgan va hayotda bo'lib o'tgan voqealar ta'siri asosida bu vasvasa g'oyalari ko'payib boradi. Vasvasa g'oyalari ta'luqli bo'lmagan vaziyatlarda bemor xatti-xarakati o'zgarishsiz qoladi. Ularni soglom kishilardan ajratish qiyin. Bunday xolat 2-3 oydan 1-2 yilgacha cho'ziladi. Shundan keyin bemor axvoli

ogirlashib, qo'rquv, bezovtalik paydo bo'ladi. Keng eyilmagan aloxida ma'no berish vasvasa g'oyalari, tartiblashgan saxnalashtirilgan vasvasa g'oyalari, aloxida olingan illyuzor buzilishlar vujudga keladi. Kasallikning zurayishi davri uzok davom etmaydi. U bosilgandan so'ng kasallikning klinik manzarasida depressiv affekti asosiy urinni egalaydi. Bemorda odamovilik, gamginlik, utgan vasvasa g'oyalariga ega yuzaki tankid paydo bo'ladi. Birinchi xurujdan keyinroq bemorda shizofreniyaga xos nuksonni aniklash mumkin.

O'tkir gallyutsinator xurujning asosiy kismini gallyutsinoz tashqil qiladi. Bu kechinma xayajon, aloxida olingan rashk qilish, ta'qib qilish vasvasa g'oyalari kasallikning boshlang'ich bosqichlaridaek verbal illyuziyalar, chakiriklar, birov nutkiga vasvasa nuktai nazaridan talkin berishda namoyon bo'ladi. Sodda chin gallyutsinatsiyalardan soxta gallyutsinatsiyalar rivojlanadi. O'tkir rivojlanuvchi xuruj verbal gallyutsinoz bilan boradigan o'tkir paranoid kurinishda rivojlanadi. Affektiv (depressiv) buzilishlar xuruj tarkibida xam, undan keyin xam uchrashi mumkin. O'tkir gallyutsinozlardan keyin bemorlarda utgan kechinmalarga tuliksiz tankid paydo bo'ladi. Ularda utgan kechinmalarga tuliksiz tankid paydo bo'ladi. Ularda sezilarli darajadagi shaxsiy o'zgarish va gallyutsinator belgi kolidiklari mavjud.

O'tkir paranoid xuruj (Kandinskiy-Klerambo sindorimining o'tkir kurinishi)-talkin qilish, jismoniy ta'sir qilish vasvasa g'oyalari asosida vujudga keluvchi ruxiy avtomatizmlardan tashqil topgan. Bu xuruj tarkibida affektiv buzilishlar

xam bo'lib, ular bemor kayfiyatining kutarinkiligida, maxmadonaligida eki aksincha, kayfiyatning pastligida namoyon bo'ladi. Agarda xurujning asosiy kismini soxta gallyutsinatsiya tashqil kilsa, u xolda vasvasa g'oyalari mazmuni tamoman ularga to'g'ri

keladi. Umuman bu sindrom (o'tkir Kandinskiy-Klerambo sindromi) xurujli rivojlanishdagi shizofreniyada birinchi xuruj sifatida kamdn-kam uchraydi. U ko'pincha paranoyal sindromdan keyin keladi.

O'tkir parafren xuruj -bu xildagi xuruj ko'pincha rivojlanishdagi shubsimon shizofreniya tarkibida uchraydi va avval boshlab paranoid xilidagi xurujlarnig o'zgarishidan yuzaga keladi. O'tkir parafren xuruj ruxiy faoliyatning chukur shikastlanganligidan dalolat beradi. SHuni aytib utish kerakki, bemorlarning bolalik, o'smirlik eshida, ya'ni xastalikning manifestgacha bo'lgan davrida ko'pincha shaxsiy surilishlar uchraydi. Bemorlarning kasallik tarixida shizofreniyaga xos nuksonning paydo bo'lishi va kupayishi bilan boradigan ambulator xurujlarning urin olganligi aniklanadi.

SHizoaffektiv shubsimon shizofreniya. SHubsimon shizofreniyaning bu turi tarkibiga kiruvchi xurujlar tuzilishi jixatidan xuddi rivojlanishdagi shizofreniyaga o'xshash, ya'ni o'tkir paronoid, gallyutsinator, gallyutsinator-vasvasaviy, parafren sindromlaridan tashqil topgan. Ammo shu bilan bir qatorda affektiv buzilishlar etakchi urinni egallaydi. Rivojlanishdagi shizofreniyadan farqli ularok, shizofreniyaning bu turi uzluksiz turiga karaganda uning rekurrent xiliga yanikrok turadi.

SHizofreniyaning affektiv-paranoid xurujida chukur effektiv uzilishlar (depressiya, maniya) kam tartiblashgan talkin qilish vasvasa g'oyalari bilan birgalikda keladi. Xuruj davomida bemorlardagi vasvasaviy kayfiyat belgilari sezilib turadi. Xurujning avjida vasvasa g'oyalari kengayib, atrofni vasvasaviy qabul qilish belgilari paydo bo'ladi. Vasvasa g'oyalarining obrazligi, xissiyligi ortib boradi. Xuruj maniakal kutbga ega bo'lgan takdirida esa reformatorlik, kashfietchilik g'oyalari asosiy urinni egallaydi. Bunda bemorlar dargazab, kuzgoluvchan bo'lib koladilar. Xuruj shu bosqichda to'xtab kolishi xam, aksari kasallikning keyingi rivojida milanxolik suratga ega gayri tabiiy-tushsimon ("kuknori xael") o'tkir parafreniyaga xam aylanishi mumkin. Xurujning orkaga kaytish jarayoni karama-qarshi tartibda tsiklotimsimon affektiv tulkinlanish orkali boradi.

Affektiv gallyutsinator xuruj gallyutsinozli depressiyadan iborat. Depressiya ancha chukur darajaga ega bo'lib, qo'rquv, xaejon, uz-uzini yukotib kuyish bilan

ifodalanadi. CHin verbal (eshitish) gallyutsinatsiyalari depressiv mazmunga ega bo'ladi.

Vasvasa g'oyalari gallyutsinatsiya mazmunidan kelib chiqadi. Ammo aloxida ma'no berish, saxnalashtirish g'oyalari xam kuzatilishi mumkin. Xuruj avjida gayritabiiy mazmunga ega gallyutsinatsiyalarga boy, shu bilan birga aloxida olingan katatonik belgilarni uz ichiga oluvchi depressiv-paranoid xolat yuzaga kelishi mumkin. Xuruj klinik kurinishining asosini gallyutsinoz va gallyutsinatsiya mazmunidan kelib chikuvchi vasvasa g'oyalari tashqil qiladi.

Kandinskiy-Klerambo o'tkir sindromi xam shubsimon shizofreniyaning shizoaffektiv turida depressiya eki maniya asosida yuzaga keladi. Jismoniy ta'sir vasvasa g'oyalari ijobiy, salbiy va aralash tavsifi kup jixatdan affekt tavsifiga boglik bo'ladi. Vasvasa g'oyalarining kengayishi eki gayritabiiy tus olishi natijasida xuruj gayritabiiy eki gallyutsinator-fantastik parafreniya tusini oladi. Ammo xurujning klinik manzarasi odatdagidek kechishi xam mumkin, ya'ni bunda xurujning parafren shakl o'zgarishi kuzatilmaydi. Xurujning orkaga kaytishi xam afektning xar xil kutbli tulkinlanishi bilan boradigan affektiv bosqich orkali kechadi. Ba`zan kasallikning osoyishtalik davrida xam ruxiy avtomatizm sindromining qoldiqlari, bemorlarda odamovilikning chukurlashuvi, ular ruxiy faolligining susayishi, tankidning kamayishi kuzatiladi.

SHubsimon shizofreniyaning shizoaffektiv turi okimiga xos xususiyatlardan biri shuki, bunda manifest davrda birinchi xurujdan ancha ilgari ambulator buzilishlar kuzatilishi mumkin. Bemor balogat davriga etganida unda mijozning engil o'zgarishi, keyinchalik kamgap bo'lib kolishi, noziklashib ketishi mumkin. Umuman aytganda shubsimon shizofreniyaning bu turida okibit emon bulmaydi.

Kam rivojlanishdagi (sust) shubsimon shizofreniya tuzilishi jixatidan murakkab bo'lmagan affektiv va affektiv-vasvasaviy xurujlardan iborat. Uning ko'pgina utkinchi kurinishlari mavjud. Kasallik xuruj eki ketma-ket keladigan xurujlar tuplamidan boshlanishi, keyinchalik esa uzluksiz rivojlanishi mumkin. Avvalo kasallikning uzluksiz, sust kechishi sababli yuzaga keluvchi tsiklotimsimon fazalar sifatidagi xurujlar keyinchalik shubsimon shizofreniya

xurijlariga juda yaqin kelib koladi. Kasallik klinik kurinishining murakkablashuvi munosabat g'oyalari, gallyutsinatsiyalar xisobigamurakkablashuvi evaziga xamda ular ketidan keladigan negativ o'zgarishlar xisobiga amalga oshadi. Bir xurijli kam rivojlanuvchi shizofreniya urin olganda shubsimon okim konuniyatlari yana xam yakkol kurinadi. Bu xollarda xuruj biror esh krizida rivojlanadi va o'zining davomlilikigi va undan juda sekinlik bilan chikishining, xuruj psixologik kurinishining bemor eshiga boglikligi bilan ifodalanadi.

O'smirlik davrida vujudga keladigan xurujlarning klinik kurinishi bushang-adinamik eki ipoxondrik depressiyadan iborat bo'lib, fikirlash kobilyatining buzilishi, senestopatik, depersonalizatsionbuzilishlardan tashqil topgan. Etuklik davrida kamrivojlanishdagi shizofreniya affektiv buzilishlar, psixofatik vaparoyanal buzilishlarga boy bo'ladi.

Kasallik natijasi ko'pchilik holatlarda avvallari «shizofrenik aqliy zaiflik» deb nomlanuvchi *shizofrenik nuqsonning* rivojlanishi bilan tugaydi. Ammo bu to'g'ri ma'nodagi aqliy zaiflik emas: shizofreniyada odatda, xotira zarar ko'rmaydi, bemorning so'z boyligi kamaymaydi, kasbiy ko'nikmalari yo'qolmaydi. Kasallikning eng muhim hususiyati – bemor qiziqishlarining autistik yo'nalishda qayta orientatsiyalanishi, real dunyodan uzoqlashuv, butunlay befarqlik va faoliyatsizlik, barcha atrof borliqqa nisbatan tashabbusizlik (apatiko-abulik sindrom) holatlaridir. Kasallik rivojlanishi bilan bu (asosiy) simptomatika yanada yaqqolrok namoyon bo'lib boradi, qo'shimcha simptomlar esa kamayib boradi, reduksiyanib, yo'qolib ketadi. Ammo hatto chuqur namoyon bo'lgan shaxs nuqsoni ham, amalda qaytar hisoblanadi. Adabiyotlarda, shizofrenik jarayonning ko'p yillik yomon sifatli kechishida bemorlarda shaxsning chuqur hissiyot-iroda o'zgarishlari rivojlanganda xam psixozdan to'liq chiqish holatlari kuzatilgan.

Davolash. SHizofreniya progredient kasallik bo'lsada, o'z vaqtida boshlanib, to'g'ri o'tkazilgan davolash ko'p holatlarda yaxshi natijalar beradi. U nafaqat kasallik progressiyasini sezilarli darajada sekinlashtiradi, balki ba'zida jarayon

rivojlanishini to'xtatishi ham mumkin. Zamonaviy psixiatriya arsenalida katta miqdordagi psixotrop dori vositalari bo'lib, ular bir tomondan, qo'zg'alish holati, vasvasa, gallyutsinator buzilishlarni samarali davolash imkonini bersa, boshqa tomondan apatik, abulik buzilishlarni kompensatsiya qiladi. Hozirgi vaqtgacha elektrotitratish va insulin shok terapiyasi usullari o'z ahamiyatini yo'qotmagan. SHizofrenik psixozlarni davolashning muhim hususiyati – bu remissiyalar vaqtida yangi retsidivlarni oldini olish maqsadida qo'llab turuvchi terapiya o'tkazish zaruratidir. Buning uchun odatda neyroleptik dori vositalarining kichik miqdorlari qo'llaniladi. Farmakologik terapiya ham statsionar, ham ambulator davolash sharoitlarida albatta bemorni ijtimoiy, mehnat, oilaviy redaptatsiya, reabilitatsiyasiga yo'naltirilgan kompleks psixoterapiya tadbirlari bilan birga qo'llanilishi zarur.

O'z-o'zini nazorat qilish uchun savollar va vazifalar

1. SHizofreniyaning asosiy belgilari nima?
2. Siz shizofreniyaning qaysi shakllarini eslab qoldingiz?
- 3 SHizofreniya jarayonining o'ziga xos xususiyati nimadan iborat?
4. SHizofreniya qaysi davrida ayniqsa extiyotkor bo'lishni talab qiladi?

5-bob

MANIAKAL-DEPRESSIV PSIXOZ

Maniakal-depressiv psixoz — endogen ruxiy kasallik bo`lib, depressiya va maniakal xurujlarning (bosqichlar) almashinib turishi va alohida yorqin intervallar (intermissiya) hamda to`liq ruxiy sog`ayish bilan kechadi. O`tkazilgan xurujlarning og`irligi va miqdoridan qat`iy nazar, shaxs o`zgarishi kuzatilmaydi.

Uning boshqa nomlari tsirkulyar psixoz, MDP, tsiklofreniya, tsiklotimiyadir.

Maniakal-depressiv psixozning og`ir shakli "*tsiklofreniya*" deb ataladi. Engil, yumshoq kechadigan shakli - *tsiklotimiyadir*.

"Maniakal-depressiv psixoz" atamasi 1889 yilda E. Krepelin tomonidan kiritilgan. "TSiklotimiya" atamasi birinchi marta K. Kal`baum tomonidan qo`llangan.

Kasallik xar qanday yoshda boshlanishi mumkin, lekin eng ko`p o`rta va keksa yoshdagilarda (30-60 yosh) uchraydi. Ayollar erkaklarga qaraganda maniakal-depressiv psixoz bilan ikki baravar ko`p kasallanadilar.

Ushbu kasallikning *etiologiyasi va patogenezi* oxirigacha o`rganilganmagan. Nasliy omillar muhim rol` o`ynashi taxmin qilinadi. Buning

tasdig'i, maniakal-depressiv psixoz bilan og'riqan bemorlar bor oilalarda kasallikning uchrash chastotasi yuqori bo'lishi hisoblanadi. MDP ning rivojlanishida endokrin buzilishlarning roli xaqida fikrlar xam ilgari suriladi. Tug'ruq, menopauza, xayz tsikli buzishilishi bilan bog'liq xolatlar bo'lgan ayollarda kuzatiladi. Bundan tashqari, miyadagi gipotalamik qismning disfunktsiyasi bilan bog'liq degan fikrlar ham mavjud.

Maniakal-depressiv psixoz affektiv psixozlar jumlasiga kiradi. Bu kasallikning klinikasi navbatma-navbat keluvchi maniakal va depressiv fazalarning (ba`zida faqat maniakal yoki faqat depressiv fazalar) kuzatilishi, fazalar orasida yorug'lik oraliqlari (intermissiyalar) bo'lishi va bemorlarda shaxs o'zgarishlarining bo'lmasligi bilan hususiyatlidir. Kasallik hurujlarining davomiyligi turlicha bo'lishi mumkin –2 oydan 10 oygacha.

Maniakal-depressiv psixoz dominant yo'l bilan o'tuvchi nasliy kasalliklar jumlasiga kiradi.

Maniakal-depressiv psixozning **maniakal fazasi** uchun quyidagi simptomlar triadasi: kayfiyatning ko'tarinkiligi, fikrlash tempining tezlashuvi va harakat qo'zg'alishi xos. Bemorlar jonlangan, bir joyda o'tira olmaydilar, doim atrofdagilarga turli takliflar, savollar bilan murojat qiladilar, juda sergap bo'ladilar. Hayotlari (hatto psixiatriya bo'limii sharoitida ham) ularga juda guzaldek, yon-atrofnii pushti ranglarda ko'radilar. Bemorlarning hulq-atvori bir rejali maqsadga qaratilmagan. Ular har qanday ishga kirishib ketadilar, har kimga o'z hizmatlarini taklif etadilar, ammo hech nimani ohirigacha etkazmaydilar. Ularga o'ta chalg'uvchanlik hos. Bemorlarda o'z qobiliyatlari, imkoniyatlarini yuqori baholash, hatto buyuklik vasvasa g'oyalari rivojlanishigacha olib kelishi mumkin (ixtirochilik, isloxotchilik, daholik). SHu munosabat bilan bemorlar turli idoralarga o'z loyihalari bilan murojat qiladilar, o'zlarini yuqori qobiliyatli daholar deb hisoblaydilar, teatr, adabiyot soxasida o'zlarini namoyon etishga harakat qiladilar. Bemorlarda seksual qo'zg'aluvchanlik kuzatiladi. Kayfiyatning bunday nosog'lom buzilishlari shu bilan namoyon bo'ladiki, bemorlarning o'z tashqi ko'rinishlari, qiyinishlariga ham munosabatlari o'zgaradi – haddan ortiq

bo`yanadilar, bachkanalikkacha boradigan rangdor liboslar kiyib, ko`plab taqinchoqlarni ilib oladilar. Tafakkur tempining tezlashuvi sababli maniakal bemorlarda so`zlashuv nutqining tezlashuvi kuzatiladi. Hosil bo`lgan assotsiatsiyalar yuzaki bo`ladi. Bemorlar ko`pincha hosil bo`lgan fikrlarini gapirib berishga ulgurolmaydilar. Ular baland ovozda, ko`p gapiradilar, shuning uchun tovushlari xirillab qoladi. YAqqol hissiy noadekvatliklariga qaramay, bemorlarning e`tirozlari ba`zida aqlli, yumorlari ta`sirchan bo`ladi. Ba`zi holatlarda maniya jahldorlik, qo`zg`aluvchanlik affekti bilan kechadi (qahr-g`azabli maniya). Maniakal holatdagi bemorlarda o`z nosog`lom holatlariga nisbatan tanqid odatda yo`qoladi.

Maniakal fazada somatik belgilardan taxikardiya, uyqusizlik, dismenoreya kuzatilishi mumkin. Ishtahalari odatda ko`tarilgan, ammo bemorlar ko`pincha sezilarli darajada vaznlarini yo`qotadilar.

Depressiv faza maniakal-depressiv psixozda quyidagi simptomlar triadasi: pasaygan kayfiyat, tafakkur tempining sekinlashuvi va harakat tormozlanishi bilan kechadi. Kayfiyatning pasayishi tushkunlik, qayg`u, havotir bilan kuzatilishi mumkin. Bemorlarning tana holati, yuzi, xaddan tashqari tushkunlik holatini namoyon qiladi: elkalari tushgan, qayg`uli mimika, qotib qolgan nigoxlar. Bemorlar past tovushda gapiradilar, savollarga zo`rg`a, bir so`z bilan javob beradilar, ba`zida mutizm kuzatiladi. Harakatlari yaqqol sekinlashgan. Ba`zi holatlarda bemorlarda o`z yaqinlari va qarindoshlariga munosabatlari o`zgaradi, ular avvalgidek kuchli emotsional kechinmalarni his qilish imkoniyatlarini yo`qotadilar va bunday hissiz bo`lib qolganliklaridan qattiq qayg`uradilar (og`riqli hissizlik). Pasaygan kayfiyat ta`siri ostida bemor o`z yashab o`tgan hayotini boshqa ranglarda qayta ko`rib chiqadi, o`zining o`tmishda qilgan hatti-harakatlarini keragidan ortiq baholaydi. Bemorlarga tuyuladiki, ular hayotlarida yaxshi ishlamaganlar, atrofdagilarga nisbatan o`zlarini noma`kul tutganlar, ular xech narsaga yaramas kishilar va atrofdagilarga faqat baxtsizlik keltiradilar. O`zini kamsitish, ayblash va gunohkorlik vasvasa g`oyalari ta`siri ostida bemorlarda ko`pincha o`z jonlariga qasd qilish haqidagi fikrlar paydo bo`ladi (suitsidal fikrlar),

va ular ko`pincha haqiqatda amalga oshiriladi. Bemorlar kasalxona sharoitlarida ham suitsidal harakatlar qilishlari mumkin, shuning uchun ular qat`iy nazorat ostida bo`lishlari zarur.

YUqorida keltirilgan maniakal-depressiv psixozning depressiv fazasidagi bemorlarda kasallik belgilari ertalabki soatlarda maksimal darajada rivojlanadi, kechga borib esa ularning ahvoli nisbatan yaxshilanadi.

SHuningdek, depressiyalarda ba`zi somatik buzilishlar, tez-tez kuzatilishi hosdir. Ularda ishtaxaning yo`qolishi, tana vaznining kamayishi, uyqu, menstrual tsiklning buzilishlari kuzatiladi.

Ba`zida depressiya rivojlanish cho`qqisida motor tormozlanish holati havotirli qo`zg`alish holati bilan almashinadi, bunda bemorlar qo`rquvda xona bo`ylab tipirchilab, yordamga chaqiradilar, qo`llarini qayiltiradilar, boshlarini devorga uradilar. Bu holat uchun keskin namoyon bo`lgan havotir xos bo`lib, ular o`zlari yoki ularning qarindoshlari bilan dahshatli xodisa sodir bo`ladi deb hisoblaydilar. Bunda bemorlar o`zlariga og`ir jarohatlar etkazishlari, o`z jonlariga qasd qilishlari mumkin. Bunday holatlar «qayg`u portlashlari» (raptus melancholicus) deb nomlanadi va ayniqsa havfli hisoblanadi.

Keksalik yoshida depressiya klinikasida ipoxondrik mazmundagi vasvasa g`oyalari ustunligi bilan kechishi mumkin. Bemorlar o`zlarining ichki a`zolari chirib ketganligi, yuraklari to`xtab qolganligi, miyalari qurib qolganligi, ovqat o`tmayotganligi va x.z.larni e`tirof etadilar. Bu holatlarda depressiv-ipoxondrik sindrom haqida gap ketadi.

Tipik maniakal va depressiv fazalardan tashqari, maniakal-depressiv psixoz klinikasida **aralash holatlar** deb nomlangan holatlar kuzatilib, ularda bir vaqtning o`zida ham maniakal, ham depressiv triada simptomlarini ko`rish mumkin. eng katta amaliy ahamiyatga depressiv kayfiyat va nutq tormozlanishining motor qo`zg`alish bilan birgalikda rivojlanishi (ajitatsiyalangan depressiya) ega bo`lib, bu holat ayniqsa suitsidal fikrlarning amalga oshishi bilan havflidir. SHuningdek, boshqa aralash holatlar ham kuzatilishi mumkin.

Kasallikning kechishi yorug'lik oraliqlari davrlarining bo'lishi bilan hususiyatli bo'lib, ular psixotik hurujlarni bir-biridan ajratib turadi. Boshqa endogen psixozlardan farq qilib, bu erda shaxs nuqsoni deyarli rivojlanmaydi.

Ba'zi holatlarda, maniakal-depressiv psixoz hissiyot fonining yaqqol bo'lmagan o'zgarishlari bilan juda engil shaklda kechganda tsiklotimiya deb nomlanadi.

Davolash. Maniakal holatdagi bemorlarga litiy karbonat, shuningdek, neyroleptiklar (aminazin, galoperidol va boshq.) tayinlanadi. Depressiv fazadagi psixozni davolashda antidepressantlar (amitriptilin, melipramin) qo'llaniladi. Havotirli va ajitatsiyalangan depressiyani davolashda shuningdek, elektrotitratish terapiyasi qo'llaniladi. Keyingi hurujlarni profilaktika qilish maqsadida oxirgi vaqtlarda litiy karbonat yuqori samara bermokda.

Bemorlarni parvarishlash va nazorat qilish katta ahamiyatga ega. Depressiv bemorlarni suitsidal fikrlari, o'zlariga jarohat etkazishga moyilliklari bo'lishi sababli o'zlari uchun juda havfli bo'lishini esdan chiqarmaslik zarur. Qahrg'azabli maniya holatida ba'zida agressiv hatti-harakatlar kuzatilishi mumkin. Bemorlarning ovqatlanishini nazorat qilish, ayniqsa depressiyalarda muhim, ular ishtaxalari yo'qolganliklari sababli, yoki o'zlarini ayblash g'oyalari bilan ko'pincha ovqatdan bosh tortadilar. Bu holatlarda sun'iy ovqatlantirishga o'tish zarur. SHuningdek, depressiv bemorlarning kabziyatga moyilliklarini yodda tutgan holda, ichaklar faoliyatini yaxshilash uchun, surgi dorilar, tozalovchi klizmalar tayinlanadi.

O'z-o'zini nazorat qilish uchun savollar va vazifalar

1. Maniakal-depressiv psixozning qanday turlarini bilasiz?
2. Depressiya davri nimasi bilan xavfli?
3. Maniakal fazaning asosiy belgilari qanday?
4. Depressiyaga chalingan bemorlarni parvarish qilishning qanday xususiyatlari bor?

6-bob
Aqliy zaiflik
(Oligofreniya)

Oligofreniya – tugʻma yoki umrning dastlabki 3 yilida rivojlangan dementsiya boʻlib, bu intellekt defekti ustunlik qilishi bilan kechuvchi va ijtimoiy adaptatsiyaning buzilishi bilan kechuvchi umumiy aqliy rivojlanishning ortda qolishidir.

Intellekt lotincha soʻz (intellectus) idrok qilish, tushunish, fikrlash demakdir. Bu murakkab ruxiy faoliyat, fikrlash, xotira, diqqat-eʼtibor va boshqa ruxiy tomonlari bilan bevosita bogʻlangan boʻladi. Tom maʼnoda kishi ongida tuplangan bilim va tajribalarini amaliyotda xamda uz bilimini boyitishda zarur omildir.

Aql murakkab ruxiy faoliyat boʻlgani uchun uni xar xil kasallik natijasida kelib chiqadigan belgi va xolatlari xam turlicha boʻladi. Qabul kilingan anʼanalar buyicha bunda kuzatiladigan murakkab alomatlarining tushunilishi oson boʻlishi uchun dastlab ularni ikki katta guruxga bulingan: birinchisi-oligofreniya-tugma akl norasoligi (etishmovchiligi), ikkinchisi esa-dementsiya (slaboumie) orttirilgan akl zaifligidir. Ikala xolat aklning patologiyasi natijasida kelib chikishiga karamasdan ular bir-birlaridan ancha farklanadi. Quyida bularning ichki turlari bilan tanishamiz:

Aql buzilishi (intellekt patologiyasi)

Oligofreniya turlari	Dementsiya
(tugma aql norasoligi)	(orttirilgan aql zaifligi)
differentsiallashtirilgan	1. Cheklangan turi
differentsiallashtirilmagan	(dismnestik uchokli,
xakikiy-oddiy	lakunar dementsiya)
(oddiy)	2. Tula (umumiy) turi
asoratli	(global, total dementsiya)
torpid (tormozlangan)	
qo`zgaluvchan	(vozbudimiy)
debillik	
engil darajali	
o`rtacha og`irlikdagi daraja	
og`ir darajali	
Imbetsillik	
Idiotiya	

Tugma aql norasoligi onalarning xomiladorlik davri boshlanishidan ko`z yorishigacha va bundan keyingi bir-ikki yil ichidagi, ya`ni ko`krak yoshidagi xayoti ichida xar xil sabablari atroflicha va chukur o`rganilayapti. Ota-onalarning spirtli ichimliklarni iste`mol qilishi, onalarning ekstragenital patologiyasi, onalarning xomilaga boglik bo`lgan xastaliklari, farzand tugilishi davridagi jaraenlar (bola boshining shikastlanishi, kindik uralib bolaning bugilib kolishi va tugilgandan keyingi bir kancha muddat ichida bolaning xar xil kasalliklari) natijasida kelib chikishi xam mumkin. Keyingi yillarda bu kasallikning xromosomalar patologiyasiga boglangan turlari xam ma`lum. SHuningdek tugilgan bolalar organizmida modda almashinish jarayoni buzilish natijasida sodir bo`ladigan dismetabolik turlari xam ma`lumdir. Dizostazik kasalligi asosan suyaklarda modda almashinuvi jarayoni buziladigan irsiy kasallik xisoblanadi. Kserodermik-xomila vaqtida A vitamini etishmasligi natijasida kelib chiqadigan

turi va nixoyat fenilpirouzum kislota turi. Bunda aminokislotalardan fenilalanish oksidlanishi oxirgi nuqtaga etmaydi (tirozin degan modda xosil bulmaydi). Urtalikdagi maxsul-fenilpirouzum kislotasi yigilib badanni zaxarlay boshlaydi. Undan tashkari, tirozinning etishmasligi kalkonsimon bezning gormon ishlab chikarish faoliyatiga xamda pigmentlarning modda almashinish jarayoni ga salbiy ta`sir kursatadi.

Keyingi yillarda shu keltirilgan ma`lumotlarga karab tugma akl norasolik kasalligi ilmiy adabietda bir kancha sinf va turkumlarga bulingan. Amalda esa eski tasnifga kura ular uch kismga bulinadi. Bolalarda ruxiy rivojlanish kamolotga etmasdan akl, idrok, xotira va fikrlash kobiliyati xar xil darajada usmay koladi. Undan tashkari, ko`pincha bunday bolalarda xar xil darajada jismoniy etishmovchilik va nuksonlar uchraydi. Kursatilgan bu ruxiy va jismoniy etishmoyachilik xolatiga va asosan aklning rivojlanish darajasiga kura uch turga bulinadi: debil, imbetsil va idiotlar.

Idiot, tugma telbalik turida aklning uta zaifligidan va nutkning yukligidan tashkari, ularda bir kancha jismoniy kamchiliklar uchraydi. Bu xildagi bemorlar o`zlarini idora kilolmaydilar. SHuning uchun ular albatta yakin kishilari eki maxsus davolash muassasalari xizmatlarining nazorati va parvarishiga muxtoj bo`ladilar.

Imbetsil turida xam jismoniy kamchiliklar bo`lishi bilan birga bemorlarda atrof-muxit to`g`risida bir oz tasavvur va tushunchalar bo`ladi. Nutk uncha rivojlanmagan bulsa xam, ularda ma`lum lugat boyligi bo`lib, o`zlarini idora qilish odoblariga urganish mumkin.

Debillar bir tomondan imbetsillar bilan chegaralanib, boshka tomondan hayotda kunt bilan ukib, urganib kuch-gayrat bilan ruxan soglom kishilar darajasigacha mukobillashib ketishlari mumkin. SHuning uchun xam ular uz navbatida uch turga: engil, urta va ogirroq turkumlarga bulinadi. Respublikamiz mustakillikka erishgani tufayli ularning engil turlari xarbiy xizmatidan ozod etiladi.

Ilgari esa, ularning akliy kamchiliklari borligiga karamasdan, kushinning kurilish kismlarida xizmat qilishlari majburiy edi. Oligofreniyani keltirib chikaruvchi sabablarning anik eki noanikligiga karab, ular ikki turga: kasallik sabablari aniq (differentiallasgan) tur va kasallik sabablari noaniq (nedifferentiallasgan) turga bo`linadi.

Oligofreniya bilan og`rigan bemorlar mijoziga (temperamentiga) ko`ra yana ikki turga bo`linadi: torpid va qo`zg`aluvchan shakllari. Bular klinik belgi va xususiyatlariga qarab yana ikki guruhga bo`linadi: oddiy-haqiqiy va asoratli turlari. Birinchi turning klinikasi asosan va tom ma`noda aqli norasolikkagina xos belgi-alomatlar bilan chegaralanadi. Ikkinchisi asoratli turining klinik manzarasida esa oddiy oligofreniyaga xos belgi-alomatlaridan tashqari, xomila va tug`ilish davrida uchragan organik kasalliklarga xos qoldiq nishonlar va notipik alomatlar-gidrotsefaliya, endokrin tizimning buzilishi natijasida kuzatiladigan hollar bilan birga qarab chiqiladi.

Yuqorida ko`rsatilgandek, ular etilogik jihatdan har xil sabablarga bog`langan bo`ladi, ammo shunga qaramasdan oligofreniyalarga ikkita muxim belgi xosdir. Birinchi- ularning ruxiy rivojlanishi kamolatga etmasdan to`xtab qoladi va asosan ularning klinik manzarasida aql etishmovchilik belgilari ustunlik qiladi. Ikkinchi belgisi ularda protsessual kasallikning salbiy tomonga qarab (yuo`nalishi-rivojlanishi) kuzatilmaydi.

Jahon sog`liqni saqlash tashkilotning 1954 yildagi ma`lumotiga ko`ra oligofreniya kasalligi keng ko`lamda uchraydi va bu kasallik aholining 1-3 foizini tashkil etadi. Engil turlari ularning .: foizini tashkil etadi.

Etiologik nuqtai nazardan hamda ta`sir etish davriga qarab ularni guruhga bo`lish mumkin; 1)naslga bog`liq hamda degenerativ hujayralarning zararlanishi natijasida, 2)xomiladorlik davrida va xomilaga salbiy ta`sir etuvchi omillar, 3)perinatal va postnatal davrda salbiy ta`sir etuvchi sabablar natijasida paydo bo`lishi mumkin.

Etiologik omillarning keng ko`lamda o`rganilishiga qaramay, oligofreniya kasalligining ko`p sabablari (50-90foizi) yaxshi o`rganilgan emas. Shuning uchun

ham etiologiyasi-o`rganilgan qismini differentsiatsiyalangan turi va o`rganilmagan qismini nodifferentsiatsiyalanmagan turlari deb yuritiladi.

Xastalikning klinik manzarasi har xil bo'lishiga qaramasdan ularga xos umumiy belgi -alomatlar kuzatiladi. Ruxiy rivojlanishning to'xtalishi faqatgina aqlning norasoligi bilan chegaralanib qolmasdan balki aql-idrok, tafakkur, nutq, e'tibor, xotira, ehtiros, iroda va hatti-harakatlarning sifatiga salbiy ta'siri natijasida hamma xislat-xususiyatlar buziladi. Ammo ulardan ham ko`proq va tezroq kishilarga ontogenetik tomondan ishtirok, insonning qimmatli fazilatlari bo'lmish tafakkur va nutq buziladi. Evolyutsiya nuqtai nazaridan qadimiy xislat-xususiyatlar -oddiyroq funktsiyalar va instinklar bemorlarda nisbatan saqlangan bo'ladi. Ular voqealar va hodisalarni kuzatib, chuqur tahlil etib va umumlashtirib to'g'ri xulosalar chiqarish qobiliyatiga ega bo'lmaydilar. Bilim doirasi tor, mulohazalari engil, sayoz va o'ta sodda bo'ladi. Bu kamchilik ularning diqqat-e'tiboriga, aql-xushiga, idrok etish qobiliyatiga, xotiralarining sifatiga ham ta'sir etadi. Ularda o'z-o'ziga va atrof-muxitga bo'lgan tanqid ham pasayadi. Bemorlarda faqatgina ruxiy rivojlanish to'xtab qolmasdan, balki jismoniy kamchiliklar ham ko'pincha kuzatiladi (mikrotsefaliya, Daun kasalligiga xos tashqiko`rinish va boshqalar shular jumlasidandir). Jismoniy kamchiliklarning (poroki razvitya) dag'al nuqsonlar, ko'zga tashlanadigan belgilari bolaning xomilalik davrida zararli omillarning ta'siri bo'lganda hamda xromosom apparatining patologiyasi natijasida ham kuzatiladi.

Idiotiya bilan imbettsilliklar oligofreniyaning og'ir shakli bo'lgani uchun ularni aniqlash jarayoni oson kechadi. Lekin debillikni aniqlash ancha murakkabdir, chunki uning ba'zi bir turlarini ruxan sog'lom bolalardan farqlab olish ancha qiyin bo'ladi.

Debillik - oligofreniyaning engil darajasi. Hayotiy va ijtimoiy masalalar yuzasidan qaraganda, yuqorida ko`rsatilgandek, 3 turga bo`linadi: o'ta engil, engil va og'ir xillari.

Debillikning o'ta engil turida aql-idrokda, xotira bilan tafakkur qobiliyatlarida kuzatilgan kamchiliklar sezilarli darajada bo'lmaydi. Bemorlar

aniq masalalarni hal qilishlari mumkin bo'lsa ham, keng va chuqur ko'lamli voqealar, xodisalar, muammolarni mustaqil tahlil etib to'g'ri xulosalar chiqarishga ojizlik qiladilar. Ammo tafakkurni umumlashtirish (abstraktsiya) qobiliyati etishmasligiga qaramay, ular aniq fikrlash hisobiga maxsus maktab dasturlarini o'zlashtirishlari mumkin hamda amaliy va ijtimoiy tajribalar orttirib, hayotning o'zgarib turadigan talablariga ma'lum darajada moslanishlari mumkin. Ularning tuyg'u-irodalarida ham etishmovchilik, ta'sirchanlik, o'ta ishonishlik, soddalik hamda fe'l-atvorlarida qurslik belgilari kuzatiladi. Maxsus maktablarni muvaffaqiyat bilan tugatib mashq orqali u yoki bu hunarni o'rganib ham olishida, oila qurib ma'lum darajada hayotga moslashib ham ketadilar.

Debillikning o'rta turida aql etishmovchiligi sezilarli darajada namoyon bo'ladi. Fikrni umumlashtirish qobiliyati sayozroq bo'ladi, aniq ma'lumotlarni uzlashtirgan holda mantiqiy anglash qobiliyati deyarli bo'lmaydi. Yangiliklarni o'zlashtirishda qiziqish bo'lmaydi, sustkashlik namoyon bo'ladi. Aniq fikrlashda va tafakkurlash qobiliyatida sekinlik, nafaollik bo'lgani uchun unumli natija kuzatilmaydi. Aql etishmovchiligi ularning irodalari-yu hatti-harakatlaridagi kuzatiladigan nuqsonlar bilan ko'shib keladi. Tuyg'u-xissiyotlarida rang-baranglik, iliqlik bo'lmaydi. Uzini-uzi nazorat qilish va atrof-muxitga bo'lgan tankid, xusherlik sezilmaydi. Kursatilgan kamchiliklar ukish jaraeniga va kasb egallashlarida ularga salbiy ta'sir kursatadi. SHuning uchun xam ularni kasb tanlashda malakali mexnatga kobiliyatlari etishmasligi mumkin.

Urta darajali debillikda fikrlash jaraenida mavxum va chukur muloxaza yuritish kobiliyatlari deyarli bulmaydi. Fakatgina anik vokealarnigina idrok eta oladilar. Ukishga kobiliyatlari sust, zexni past bo'ladi. Uncha murakkab bulmagan ma'lumotlarni kup martaba kaytarilgandagina tushunib olishlari mumkin.

Xatti-xarakatlarida ravonlikning yukligi, xulklaridagi dagallik xamda zexnlarining uta pastligi u eki bu kasbni egallashlariga tuskinlik qiladi. Ular fakatgina ixtisoslashgan muassasalarda eki mexnat bilan davolanish ustaxonalarida uncha murakkab bulmagan mexnatgagina urganishlari mumkin.

Akl etishmovchiligi darajalari ikki xil usul bilan aniklanadi; birinchisi- patopsixologik metod, ikkinchisi-psixometrik metodlar. Kupchilik shifoxonalarda birinchi xil metod maxsus mutaxassislar-patopsixologlar erdamida bemorning xolatiga karab aniklanadi. Psikometrik metod xam patopsixologlar tomonidan kullaniladi va asosan mikdoriy (kolichestvenniy) yul bilan akl darajasi aniklanadi. Jaxon soglikni saklash tashkilotining psixogigiena masalalari buyicha ma`lumotiga karaganda, akl kursatkichi (IQ) oligofreniya bilan ogrigan kasalliklarda quyidagicha bo`ladi: engil xilida IQ=50-70, urta turida IQ=35-50, o`tkir (rezko virajennaya) xilida IQ=20-35, chukur (glubokaya) turida IQ=20. Debillikning o`ziga nisbatan olinsa bu kursatkichlar quyidagicha bo`ladi: debillikning engil turi 68-76, urtachasi 60-67, ogir turi 52-60 (bu keyingi ma`lumot rus muallifi A.YU.Panasyukning asari buyicha berilgan).

Debillikning engil turlaripedagogik tomondan tarbiyalab aklni rivojlantirish uchun kullaniladigan dori-darmonlarni tavsiya etish mumkin. Psikofarmakologik moddalardan nootropalar kullansa, reabilitatsiya usullari bilan pedagog-defektolog xamkorligidagi chora-tadbirlar kungildagidek natijalar berishi mumkin.

Akl buzilishining orttirilgan turi -akli zaif kishilarni kamolotga etkazish eki odamlarning keyingi hayotlarida xar xil irsiy va tashqi muxitda uchraydigan salbiy ta`sirlar (intoksikatsiya, infektsiya, somatik, organik kasalliklar) natijasida yuzaga chiqadigan turlaridan xisoblanadi. Ruschada slaboumie va lotin so`zidan olingan tushuncha- dementsiya(de-yuk, mens-akl, muloxaza) deb yuritiladi. Akli zaiflik-umuman idrok etish, muloxaza yurgizishning-tuygu-xissieti va odam xulkinging kashshoklashishi demakdir.

Akli zaiflik xolati xakida mutaxassislarda ikki xil karash mavjud. Ba`zi bir gurux maulliflarning fikricha, bunday xolatda asosan aklning uzigina zarar kuradi, xolos, shuning uchun bunga fakat xar xil xolatlarda, xastaliklarda uchraydigan bir xil xolat deb karalishi mumkin. Bu masalaga boshkacha, kengrok nuktai nazardan karaydiganlar xam kam emas. Ularning fikricha, orttirilgan akli zaiflikda bemorlarning ruxiy faoliyatida jiddiyrok va kengrok ruxiy buzilishlar kuzatilib, shaxsning deyarli xamma tomonlari o`zgaradi va manfiy (negativ) belgilar bilan

namoyon bo'ladi. Fikrlash kobilyati, xotira, tuygu va xissiet xamda tanqidiy muloxazalarning xammasi o'zgaradi, susayadi, saezlanadi. Kishilarning shaxsi, xulki, ruxi ularni tanib bulmadigan darajada uzgarib ketadi.

SHuni xam esdan chikarmaslik kerakki, inson shaxsida kuzatiladigan o'zgarishlarning darajasi turlicha bo'ladi va ularning xammasini uta akli zaiflik katoriga kushaverish ba`zan xatoliklarga olib borishi mumkin. SHaxsning o'zgarish (snijenie lichnosti) darajalarining xaddan tashkarisidagina-uta darajada uzgarganligi akli zaifldik katoriga kiritilishi mumkin. Ularning engil, urta turlari aloxida xolatlar (sindromlar) sifatida karaladi. Keyingi akli zaiflik darajasiga etmagan turlarining farki shundaki, ular yuqorida kursatilgan shaxsda ma`lum darajadagi o'zgarishlar mavjudligiga karamay, kundalik, amaliy hayotga moslanish kobilyatlari saklanib koladi. Ular ko'pincha o'zlarining muammolarini mustakil echishga kodir bo'ladilar va mas`uliyatni xis etib, amaliy masalalarni to'g'ri xal kila oladilar.

SHaxsda bo'lgan o'zgarishlarning ogirroq turlari akli zaiflik darajasigacha etib borsa, bu xolatni xam shular katoriga kiritish mumkin, deydi A.V.Snejnevskiy. SHuning uchun orttililgan akli zaiflik shizofreniyada, epilepsiyada va boshka turdagi organik kasallarda, u orttirilgan akli zaiflikni turkumlashda nozologik printsiplarga asoslanish kerak degan to'g'ri g'oyani oldinga surgan.

Aslida esa, ilgari akli zaiflikni aloxida turlarga ajratilganda psixologik xususiyatlariga karab farklangan. Xamma kasalliklarda uchraydiganlarini urganib ikki sinfga bo'lgan edilar. Tula akli zaiflik (total'noe, globarnoe, diffuznoe slaboumie) va notula (cheklangan, uchokli) akli zaiflik (dismnesticheskoe, lakunarnoe, ochagovoe slaboumie).

Akli zaiflikning tula turida shaxs ruxiy xolatining deyarli xamma tomonlari zararlangan bo'ladi. Inson shaxsining o'zligini va atrofni anglash xususiyatlari (yadro lichnosti) aniklovchi tomonlari shunday uzgarib ketadiki, uni yaxshi biladigan va taniydigan kishilar bila olmaydilar. Akli zaiflikning bu turi, xususan karilikda, bosh miya pustlogining atrofik o'zgarishlari natijasida kelib chiqadigan xastalikning birida va zaxm kasalligining markaziy nerv

sistemasini zararlashi natijasida uchraydigan progressiv falajlik degan kasallarda namoyon bo'ladi.

Akli zaiflikning notula turida kasallar tajang, tez-tez sababsiz asabiylanadigan, kayfiyati o'zgaruvchan, jaxolatli, xotirasi ancha susaygan va ijodiy kobiliyati so'ng an bo'ladi. Lekin shaxsning uz-o'ziga tankidi, uning o'ziga xos xislat-xususiyatlari (yadro lichnosti) ma'lum darajada saklanib qolgan bo'ladi. Bunday xolat intoksikatsion (ichkilikbozlikda), organik (bosh miya shikastlanganda, miya kon tomirlari) kasalliklarda uchraydi.

Endi bu erda biz umuman psixopatologiya va akli zaiflik kasalliklariga oid bo'lgan bir koidani eslatmokchimiz. Belgi-alomatlar (simptom)lar va xolat (sindrom)lar turlicha bo'ladi. SHulardan ba`zi birlarini manfiy nishonlar-pozitiv simptomlar deb yuritiladi. Manfiy belgilar ko'pincha xastalikning keyingi davrlarida yuzaga kelib, deyarli uzok vaqt kasallik manzarasida saklanuvchi, ya`ni tuzalmaydigan emon oqibatdan darak beruvchi alomatlardir. Bu ruxiy xislat-xususiyatlarda xotira, akl va tafakkurdardagi nuksonlar, etishmovchilikning bo'lishi demakdir. Gayrat, tashabbus susayib, hayotga bo'lgan kizikishning yukligi, bilim doirasi chegaralanib ijodiy imkoniyatlarning sunishi va hayotning uzgarib turadigan talablariga javob bera olmasdan hayotning ortida kolib ketishdir.

Ijobiy belgalar o'zining utkinchilik va o'zgaruvchanlik xususiyatlari bilan ajralib turadi, shuning uchun xam kasalliklarning yaxshi oqibat bilan tugallanishi mumkinligi to'g'risida darak beruvchi alomatlardir.

Kasallikning turi va kechish davrlariga karab pozitiv va negativ belgilarning birligi ma'lum muvozanatda bo'ladi. Ularning kasallik klinakasidagi xarakati va tutgan urnining salmogiga karab bemorning takdiriga boglik bir kancha masalalarning echimini aytib berish mumkin. Yuqorida aytilganidek, ksalliklar ko'pincha pozitiv (o'zgaruvchan) belgilar va xolatlar bilan boglanadi va salbiy (negativ) alomatlar klinik manzaralarda sekin-asta keyinchalik yuzaga chiqadi. Kasallik xolati va uning kanday kechishini chukur taxlil etish asosida akli zaiflik alomatlari kachondan boshlanganligini anik bilish mumkin. Utkinchi belgilar

uzgarib kamaya boshlashi bilan kasallik xolatida nuksonli belgilar paydo bo'lib, sekin-asta uz urnini egallay boshlaydi.

Akli zaiflik shizofreniyaning oddiy kechadigan, yangi zamonoviy turlarida surunkali kechadigan turida xam uchraydi. Nuksonli belgilar sekin-asta uzok vaqt ichida namoyon bo'ladi. Kasallik boshlangandan so'ng xam bu belgilar sezilmasligi mumkin. Bu xolat ko'pincha uspirinlik davrida boshlanib, oldin ularning xulk-lari bilinar-bilinmas o'zgaradi, ota-onalari bilan muomalada dagallik, qaysarlik, ujarlik xolatlari paydo bo'ladi, turli baxonalar bilan maktabdagi darslarga kirmaydilar, avval kizikishlari bo'lmagan ikir-chikir narsalarga e'tibor bera boshladilar. Xatto kechalari uxlamay ilgari ular begona bo'lgan soxalarga-musika, falsafa, fizika, san`at va boshka masalalar bilan shugillana boshlaydilar. SHu tarzda ruxiy o'zgarishlar, ayniksa tuygu-xissieti, fikr-muloxazalari, ijodiy kobiliyati va hayotga bo'lgan kizikishlari sunib, shizofreniyaga xos o'zgarishlar kelib chiqadi. Bu urinda yana shuni xam aytish zarurki, shizofreniyada xar doim xam tom ma`noda akli zaiflik kelib chikavermaydi, shaxsda kuzatiladigan nuksonlar darajasi xar xil bo'ladi. Akli zaiflik kuzatilgan takdirda xam uning asosiy belgilarini aniklab, ajratib olish mumkin. Minkovskiy degan olim kasalliklarda " hayot mazmuni" yo'qoladi deydi, boshkalari "atrof-muxitga bo'lgan kizikish kamayadi" desa, nemis olimi Konrad kuch-gayrat, tashabbus va xafsala yo'qoladi deydilar. P.B.Gannushkin bemorlardagi tuygu-xissietga oid bo'lgan xislatlardagi iliklik, uning kengligi, rang-barangligi va erkinligi, nafis va nozikliklari uzgarib-uzgarib dagallashadi, shisha singari sinuvchan bo'lib koladi, deydi. Umuman olganda, shizofreniya kasalligida va uning deyarli xamma turlarining keyingi bosqichida asosan tuygu-xissiet, iroda va tafakkurda sezilarli darajadagi o'zgarishlar natijasida shu xastalikkagina xos protsessual belgi-alomatlar uchraydi. Misol uchun odatda ruxan soglom kishilarda bilish jarayoni anik tasavvurdan abstrakt tushunchasiga yunaladi, xam u bilan umumlashib, boyib yana anik tasavvurga kaytadi va shunday kilib, bizda to'g'ri, mantiqiy tushunchalar, muloxazalar va xulosalar paydo bo'ladi. SHizofreniya kasalligida esa aniklik tasavvuri abstrakt tushuncha bilan birlashgandan so'ng orkaga

kaytmaydi, ularning fikrlash jarayoni zanjirida shu xalka tushib koladi. SHuning uchun xam ularning mavxum tushuncha va xulosalari bir eklama bo'lib tula bulmaydi, tafakkurning bu xil buzilishi rezonerlik(maxmadonalik) deb ataladi.

O`z-o`zini nazorat qilish uchun savollar va vazifalar

1. Oligofreniya paydo bo`lishiga qanday etiologik omillar ta`sir ko`rsatadi?
2. Oligofreniya oqirlik darajasiga ko`ra qanday turlarga ajratiladi?
3. Og'ir aqliy zaiflik bo`lgan kasallarni parvarishlashning xususiyatlari nimada?

7-BOB.

SHaxs buzilishlari

Psixopatiya deganda inson fe`l atvorining shunday tug'ma va orttirilgan disgarmonik shakllanishi tushuniladiki, bu holat shaxsga uni o`rab to`rgan ijtimoiy muhitda yaxshi moslasha olishiga halal beradi. Bunday fe`l-atvor anomaliyasi, qat`iy aytganda, kasallik hisoblanmasada, bemorning o`ziga qiyinchilik tug'dirib, uning qarindoshlari va atrofdagilarga ko`plab muammolar keltirib chiqaradi. Psixopatiyalarning kelib chiqishi va rivojlanishida har doim ma`lum nasliy (tug'ma) belgilar va noqulay tashqi muhit sharoitlari, noto`g'ri tarbiya, atrofdagilarning nojuya o`rnak ko`rsatishlari katta o`rin tutadi. Ba`zi hollarda ko`proq tug'ma buzilishlar va konstitutsional moyilliklar yaqqolrok namoyon bo`lsa, boshqa holatlarda – noqulay ijtimoiy muhit va hayot qiyinchiliklari yaqqolrok ko`zga tashlanadi.

Inson fe`l-atvorining psixopatik hususiyatlari odatda uning butun hayoti davomida saqlanib qoladi, bolalik davridan keksalikkacha davom etib, odatda keksalik davrida bu belgilar bir oz kamayadi. Psixopatik belgilarning yaqqollik darajasi turlicha bo`lib, engil - me`erdagi fe`l-atvordan qiyin farqlanuvchi darajadan tortib, keskin namoyon bo`lgan – ularni ruhiy kasallik belgilaridan qiyoslab olishni qiyinlashtiradigan darajagacha etadi. SHuni yodda tutish zarurki,

psixopatiya turli patologik nevrotik va psixotik reaksiyalarning yuzaga kelishida qulay omil bo`lib xizmat qiladi. SHu bilan birga, psixopatik belgilarning o`zi ba`zida kamayib – kompensatsiya yuzaga kelishi, ya`ni inson hayotda qoniqarli darajada moslasha olishiga olib kelsa, boshqa hollarda bu belgilar o`tkirlashib – dekompensatsiya yuzaga keladi va bu holatda inson bemor deb hisoblanib, ambulatoriya va hatto statsionar sharoitida davolanish va dispanser nazoratida turishga muhtoj bo`ladi.

Hozirda psixopatiyalarning ko`pgina turli tasniflari tuzilgan. Psixopatiyalarda fe`l-atvorning u yoki bu belgilarini miqdor jihatdan o`tkirlashuvi va kuchayishi bilan bog`liq nizom bilan tushuntiruvchi psixiatrlar, psixopatiyalarni guruhlariga bo`lganda, ularni butunlay inson fe`l-atvorining tasnifiga yaqinlashtirib qo`yadilar. Ammo hozirgi vaqtda fe`l-atvorlarning ma`kul tasnifi tuzilmagan, Chunki inson fe`l-atvorlarining cheksiz miqdordagi turlarini bir tartibga solish va ularni guruhlar va kichik guruhlariga bo`lib chiqish juda qiyin. Inson fe`l-atvorlarini va shaxs turlarini guruhlariga bo`lishga ba`zi bir zamonaviy intilishlar haqida yuqorida gapirib o`tdik. SHuni aytib o`tish lozimki, «me`eriy fe`l-atvor» tushunchasi – shartli tushunchadir. Xar qanday insonning shaxs va fe`l-atvori tizimida doimo ba`zi bir belgilar, ayniqsa aktsentlashgan, boshqa belgilarga qaraganda keskinrok namoyon bo`lgan belgilar mavjud va ayniqsa psixopatiyalar yaqqol namoyon bo`lmagan va shaxs ijtimoiy muhitda oz bo`lsada, moslasha oladigan holatlarda, me`erdagi va patologik (psixopatik) hulq-atvor o`rtasida aniq chegara o`tkazish juda qiyin. Bunday nisbiy, yaqqol namoyon bo`lmagan psixopatiyalarda fe`l-atvorning asosiy salbiy belgilarini ko`rsatgan holda, quyidagicha: patologik yolg`onchilar, o`g`rilikka moyil kishilar (kleptomanlar), daydib yurishga moyil (dromomanlar), reformatorlikka, shubhalanuvchanlikka moyil kishilar va boshqalarga ajratiladi. Psixopatiyalarning nisbatan og`ir shakllarini ko`rib chiqqan mualliflar, ularni psixozlarning etarli namoyon bo`lmagan shakllari sifatida baholab, ularni psixozlarning klinik shakllariga mos tarzda guruhlariga bo`lishga harakat qilganlar (shizofreniya, tsiklofreniya,

epilepsiya, isteriya, psixasteniyaya). SHu munosabat bilan psixopatiyalar quyidagi guruhlarga bo`lingan: 1) shizoid, 2) tsikloid, 3) isterik va psixoastenik.

Psixiatriya klinik amaliyotida, nisbatan engilrok yoki og`irrok psixopat bemorlar bilan ishlaganda, ko`pincha aynan shu tasnifdan foydalaniladi. SHuni aytib utish lozimki, yaqqol ekzogen (tashqi sababli) tabiatli (infektsion, travmatik va x.z.) ruhiy faoliyat buzilishlari bo`lgan ko`pchilik bemorlarda ruhiy buzilishlar klinikasi kasallikning ma`lum davrida yoki uning butun davomiyligi mobaynida psixopatiyalarni eslatadi. Bu holatlarda shaxsning organik psixopatizatsiyasi yoki psixopatsimon sindrom haqida gap ketadi.

Psixopatiyalarning alohida shakllarining qisqa tavsifini keltirib o`tamiz. *SHizoid psixopatlar* uchun odamovilik, kam muloqotga kirishuv hos bo`lib, ular atrofdagilar bilan muloqot o`rnatishlari qiyin, ularda nozikko`ngillik, shu bilan birga atrofdagilarga sovuqqonlik, real borliqqa bo`lgan qiziqish past, ular ko`proq o`zlarining ichki dunyolari, xayolotlari va fikrlari bilan yashaydilar. SHuning uchun ularning hatti-harakatlari ko`pincha anik yo`nalishga ega emas, hulq-atvorlari g`alati, g`aroyib bo`lib ko`rinadi. SHuni aytib o`tish zarurki, shizoid fe`l-atvorlarning ma`lum turlari mavjud bo`lib, ular orasida sovuqqon egoist-pedantlarni, badiiy faoliyatga beriluvchan xayolparast shaxslar, xayolparast-reformatorlar va x.z.larni ajratish mumkin. SHizoid doiradagi psixopatlarni birlashtiruvchi asosiy belgi – bu ularning disgarmonikligi, aqliy qobiliyat va hissiyot, iroda o`rtasidagi etarli proportsiyaning yukligi, ya`ni shaxs bir butunligining buzilishi kuzatiladi.

TSikloid psixopatlar – bu buzilgan, muvozanatsiz hissiy hayotga ega bo`lgan kishilardir. Ularning ba`zi birlarida pasaygan (gipotim) kayfiyat foni ustun bo`lib, ular dunyoni qorong`ulik bosgan holda ko`radilar, o`zlarini omadsiz deb hisoblab, o`z kamiliklarini oshirib ko`rsatadilar, butun hayotlari depressiya, qayg`u, pessimizm belgilari bilan o`tadi, ularni barcha qayg`uli va qorong`ulik bosgan muammolar diqqatlarini tortadi. SHu bilan birga ular ko`makdosh, boshqalar qayg`usini baham ko`ruvchi kishilar bo`lib, ma`lum darajada muloqotni sevadilar. Bunday fe`l atvordan asosan bemorning o`zi qiyinchilik ko`radi, depressiya

nisbatan yaqqolrok namoyon bo`lganda esa, o`z joniga qasd qilish fikrlari paydo bo`lishi mumkin.

Boshqa kishilarda ko`tarinki (gipertim) kayfiyat foni ustunlik qilib, ular hayotni yorqin ranglarda ko`radilar, barcha narsaga tez qiziqib ketib, tezda ko`ngilari soviydi, faoliyatlarida sayozlikka yo`l qo`yadilar, doimiy, turg'un mehnatga qodir emaslar, hissiyotga beriluvchan va sergap bo`ladilar. Bu belgilar yaqqol namoyon bo`lmaganda, bunday shaxslar «yo`zidan nur yogilib turuvchi» kishilar bo`lib, ko`pincha jamoada markaziy o`rinni egallaydi. YUqoridagi fe`l-atvor belgilari nisbatan yaqqolrok namoyon bo`lganda esa, bunday kishilar qo`zg'aluvchan bo`lib qoladilar, hech qanday e`tirozlarni qabul qilmaydilar, o`z qarindoshlari va yaqinlari bilan yashay olmaydilar, jamoat bilan kelisha olmaydilar. Bu gipoaniakal holat bilan yaqin bo`lib hisoblanadi.

Uchinchi toifa kishilarda davriy (tsiklik) kayfiyatning o`zgarishi gipotim holatdan gipertimgacha tebranishi bilan kechadi va bunday kayfiyat almashinuvlari ba`zi kishilarda qandaydir ichki, noaniq sabablarga ko`ra yuz beradi – bu holatlarda tsiklotimiya haqida gap ketadi, boshqa kishilarda kayfiyat o`zgarishlarida tashqi noqulay omillar sezilarli ahamiyat kasb etadi. Bu xollarda reaktiv labil tsikloidlar haqida gap ketadi.

TSiklotimik shaxslarning butun hayoti davomida bir pasaygan, bir ko`tarinki kayfiyat holatlari navbat bilan almashinib o`tadi va bu ularga hayot va mehnat faoliyatida turg'un moslashuvlariga halaqit beradi.

Epileptoid psixopatlar – bu qo`zg'aluvchan, portlovchi, jahldor odamlar bo`lib, ular odatda zulmkorlikka, qasoskorlikka moyil, o`zlarining insonlar bilan munosabatlarida ular qo`pol, ham turmushda, ham mehnatda fe`l-atvorlari og'ir kishilardir. Ularning fikr va hissiyotlari qovushqoq, irodalari esa faqat bir tomonlama yo`nalgandir. SHu bilan birga epileptoid shaxslar tashqi tomondan juda to`g'risuz, hatto keragidan ortiq shirinsuhan bo`lib, ular «oliy maqsadlar», oliy idealar, insoniyatga muxabbat haqida gapirishni yoktiradilar. Og'ir epileptoid shaxslar ko`pincha antisotsial harakatlar, og'ir jinoyatlar qilishga moyil bo`ladilar.

Isterik psixopatlar uchun atrofdagilarning diqqatini o`ziga karatish, o`zlarini namoyishga qo`yish, atrofdagilarda taasurotlar qoldirishga intilish xosdir: ularda atrofdagilarga tanilish, ajralib turish ishtiyoqi kuchli bo`ladi. Isterik shaxs hammadan ko`proq o`zini atrofdagilar zerikarli, hamma qatori deb bilishlaridan qo`rqadi. Bu isterik psixopat shaxs fe`l-atvorining asosiy belgilari uning butun harakatlarida shubhasiz o`z aksini topadi. Bu shaxslarga notabiiylik, namoyishkorlik, riyokorlik, teatrallik xos. «Aslidagiga nisbatan kattarok» ko`rinishga intilish ularda yolg`onchilikka, uydirma va fantaziyalarga olib keladi va ular bunga atrofdagilarni ishontirishga harakat qiladilar, ba`zida esa ular bu uydirmalar va fantaziyalarga o`zlari ham ishonib ketadilar va bu uydirmalarni ishonch bilan, tabiiydek qilib gapirib beradilar; bu holatlar «fantastik psevdologiyalar» deb nomlanadi. Isterik shaxslar, odatda o`ta ishonuvchan va o`zlarini ishontiruvchan bo`ladilar. Ularga nisbatan osonlik bilan turli nosog`lom holatlarga ishontirish mumkin, hatto ishontirish yo`li bilan oyoq qo`llarida falajliklar chaqirish mumkin, ular o`zlari ham o`zlariga turli odatdan tashqari holatlarni ishontirishlari, hatto «ishontirilgan xomiladorlik» holatini chaqirishlari mumkin. Nima bo`lganda ham boshqalardan ajralib turishga bo`lgan chanqoqlik ba`zida o`zini ishontirish yo`li bilan chaqirilgan nosog`lom holatlarga olib kelishi mumkin (juda yuqori tana harorati, tuxtatib bo`lmas qusish va x.z.). Atrofdagilarda taasurot qoldirishga, etarli asos bo`lmagan holda o`z shaxsiga yuqori baxo berishga bo`lgan intilish isterik shaxslarni oilada, mehnatda kelishmovchiliklariga olib keladi, shuning uchun ular bir muassasada kamdan-kam hollarda uzoq ishlaydilar, ish joylarini tez-tez almashtiradilar. Ular hayot qiyinchiliklarini engib o`tishda qiynaladilar va hatto ozgina mashaqqatlar ham ularda panik reaksiyalar chaqiradi – ular yig`laydilar, baqiradilar, qo`llarini sindiradilar va x.z. Bu reaksiya yaqqol namoyon bo`lganda «isterik tutqanoq» deb nomlanadi.

Psixopatiyalarning *psixastenik* guruhiga juda qo`rqoq, uyatchan, hayajonlanuvchan, havotirlanuvchan va o`ziga ishonchsiz, ta`sirlanuvchan va nozik, tez toliquvchan kishilar kiradi. Isterik shaxslardan farqli ularok, psixastenik shaxslar odatda, ta`sirchan, to`g`risuz va halol, boshqalarni hurmat qiluvchi, ammo

o`zlariga nisbatan talabchan kishilardir. Ular doim o`zlarining qilmishlari va qarorlarining to`g`riliga, harakatlarining adolatligiga shubhalar qilib, o`zlarini qiynab yuradilar. O`zlarini tanqid qilish, ayb kidirish ularning faoliyatlariga halaqit beradi. Ularni ko`pincha vijdon azobi, qo`rquvlar, havotirlar qiynaydi. Ba`zida bu havotirlar va qo`rquvlar ko`pincha o`z tanalaridagi turli sezgilarga, o`z organizmining me`erda ishlashiga qaratilgan bo`ladi. Bunday psixopat shaxslar ipoxondriklar deb nomlanadi. Ba`zida bu shaxslarda oldingi o`ringa holsizlik va toliquvchanlik chiqadi. Psixastenik psixopatiya fonida turli «yopishqoq holatlar» oson rivojlanadi: yopishqoq fikrlar, qo`rquvlar (fobiyalar), harakatlar.

Psixopatiyalarga shuningdek, ko`pchilik insonlarda uchrovchi jinsiy hayotdagi maylning aynishlari (perverziyalar) bilan kechuvchi buzilishlar ham kiradi. Perverzion psixopatiyalar guruhi tarkibi turlichadir. Ularning kelib chiqishida, boshqa psixopatiyalardagi kabi, tug`ma omillar bilan bir qatorda, tashqi ta`sirlar ham katta ahamiyatga ega. Jinsiy mayl aynishining nisbatan ko`p uchraydigan shakli – o`z jinsi vakillariga bo`lgan jinsiy mayl (gomoseksualizm)dir. U ko`pincha erkaklarda uchraydi (besokolbozlik, pederastiya). Ba`zi pederast shaxslar o`z anomaliyalarini sharmandali, hatto fojiali deb qabul qiladilar. Qat`iy gomoseksual shaxslar bilan bir qatorda biseksual shaxslar ham mavjud bo`lib, ularda ham o`z jinsi vakilari, ham qarama-qarshi jins vakillariga nisbatan jinsiy mayl rivojlangan. Gomoseksual psixopatlar orasida transversitlar ham uchrab, ularda qarama-qarshi jins vakillarining kiyimlarini kiyishga bo`lgan extiros mavjud: erkaklar ayollar kiyimini kiysa, ayollar erkaklar kiyimini kiyishni ma`kul ko`radi. Ba`zi psixopat shaxslarda xayvonlarga nisbatan jinsiy mayl hosil bo`ladi (sodomiya). Qarama-qarshi jins vakillari oldida jinsiy a`zolarini yalang`ochlashga bo`lgan intilish ekskibitsionizm deb nomlanadi. Sadizm deganda jinsiy sherigiga og`riq etkazish, ko`pincha jismoniy, kam hollarda ruhiy azob etkazishga bo`lgan patologik mayl tushuniladi. Buning teskarisi bo`lib, jinsiy sherigi tomonidan og`riq va xo`rlashlarni his qilishga bo`lgan intilish va mayl – mazoxizm deb nomlanadi. Jinsiy maylni extiros ob`eki bilan bevosita yoki bilvosita bog`liq bo`lgan alohida buyumlar (kiyim, dastrumol va x.z.)ga ko`chishi, fetishizm deb nomlanadi. YOsh

bolalarga boʻlgan patologik mayl, va uning bolalar tanasini jarohatlash bilan kechishi pedofiliya deb nomlanadi; qariyalarga nisbatan jinsiy mayl – gerontofiliya; murdalarga nisbatan jinsiy mayl kuzatilishi – nekrofilia deb nomlanadi. YUqorida keltirilgan jinsiy mayl buzilishlari bilan tanishib chiqish avvalo, sud psixiatrlari va yuristlar uchun muhim, ammo boshqa tibbiy xodimlar ham ular haqida tasavvurlarga ega boʻlishlari zarur. SHuni aytib oʻtish kerakki, yuqoridagi psixopatiya shakllari kam holatlarda yakka holda, izolyatsiyalangan shaklda uchraydi. Koʻpincha feʼl-atvorning murakkab tizimli aralash anomaliyalari uchraydi va bu holda qaysi shakldagi psixopatiya haqida gap ketayotganligini aniqlash qiyin kechadi.

Asosan maʼlum bir psixopatik shaxsga tegishli boʻlgan psixopatik feʼl-atvor belgilarining namoyon boʻlishi, ham ichki, ham tashqi taʼsirlar natijasida baʼzida bu belgilar kamaysa, baʼzida oʻtkirlashadi. Qator holatlarda uzoq davomli noqulay hayot sharoitlarida psixopatik feʼl-atvor belgilari boʻlgan shaxs oʻzining notoʻgʻri hissiyotlari, fikrlari, intilishlarini quvvatlash uchun ozuqa topgandek boʻladi, yaʼni shaxsning patologik rivojlanishi yuzaga keladi. Bu holatlarda gap nafaqat feʼl-atvor anomaliyasi, balki ruhiy kasallik haqida ketadi, Chunki oʻz shaxsini yuqori baholashga moyilligi boʻlgan shaxslarda buyuklik vasvasasi, rashkchi shaxslarda rashk vasvasasi va x.z.lar rivojlanishi mumkin. Bunday shaxsning patologik rivojlanishlari oʻta noqulay hayot sharoitlarida faqat psixopat shaxslarda emas, balki oʻtmishda bosh miya organik jarohati oʻtkazgan shaxslarda ham rivojlanishi mumkin.

SHaxsning patologik rivojlanishida, baʼzi bemorlarda vasvasa butunlay bemorni yutib yuboradi va sistemalashadi: bemor oʻzini taʼqib kilayotgan odamlarni va nima uchun taʼqib qilayotganliklarini «aniq biladi»; u «himoyalana» boshlaydi, turli yuqoridagi idoralarga shikoyat qiladi, aslida yoʻq boʻlgan taʼqibchilarga nisbatan chora koʻrishlarini talab qiladi va x.z. Bemorni aqliy qobiliyati pasaygan boʻlsada, uni hech qanday yoʻl bilan notoʻgʻri fikridan qaytarib boʻlmaydi: vasvasa sistemasiga bogʻliq boʻlmagan barcha muammolarda bemor ongining aniqligini saqlab qoladi, maʼlum darajada produktiv mehnat qilishi

mumkin. Bunday bemorlar paranoiklar, kasallik esa paranoyya deb nomlanadi. Paranoiklar orasida nisbatan ko`p hollarda alohida turdagi bemorlar uchraydi va ular «yozuvchilar», kverulyantlar deb nomlanadi. Bu shaxslar ko`p yillar davomida etarli asos bo`lmagan holda, o`zlarining fikricha buzilgan adolatni tiklash uchun chekinmasdan «kurashadilar». Ular turli idoralarga ko`plab shikoyatlar va arizalar yozadilar, ularning iltimoslariga ko`ra turli komissiyalar tuziladi, ammo ular hech qachon ko`rilgan chora-tadbirlardan qonikmaydilar va «kurash»ni davom ettiradilar. Ko`pincha «yozuvchilik» aslida bo`lmagan ixtirochilik munosabati bilan ham yuzaga keladi. Paranoyaning kechishi surunkalidir.

O`z-o`zini nazorat qilish uchun savollar va vazifalar

1. "YAdroviy" psixopatiyalardan qaysilarini bilasiz?
2. "CHegaraviy" psixopatiya nima?
3. Psixopatiyalarning qaysi turlari ijtimoiy xavfli xatti-harakat bilan birga keladi?
4. Xarakter aktsentuatsiyasi nimani anglatadi? Uning psixopatiyadan qanday farqi bor?

8-bob

NEVROLAR VA REAKTIV PSIXOZLAR

(psixogen kasalliklar)

NEVROZLAR

Reaktiv psixozlar kabi, nevrozlar psixogen kasalliklar hisoblanadi. Ular kuchi va o`tkirligi kam bo`lgan ruhiy jarohatlovchi vaziyatning uzoq vaqt ta`siri natijasida rivojlanadi. Bu holatlarda, odatda, oilaviy-maishiy, ishlab chiqarishdagi kelishmovchiliklar haqida gap ketib, ular hatto har doim ham bemor tomonidan ruhiy jarohatlovchi omil sifatida qabul qilinmaydi. Ruhiy faoliyat buzilishlari chuqurligi nevrozlarda nisbatan kam uchraydi – bu erda tafakkur, idrok va ongning chuqur buzilishlari kuzatilmaydi, atrofdagilarga va o`z holatiga tanqidiy munosabat saqlanib qoladi. Nevrozlar ko`pincha konfliktli vaziyatning somatik kasalliklar, qattiq toliqish, boshqa qo`shimcha zararli omillar bilan birgalikda yuzaga kelib, ular, kasallikning bevosita sababi bo`lmasada, katta patogenetik ahamiyatga ega.

SHuningdek, ba`zi tug`ma konstitutsion hususiyatlar muhim ahamiyat kasb etadi va ular bir qator shaxslarda nevroitik reaksiyalarning juda ko`p uchrashi, og`irligi va davomiyligini belgilaydi. Nevrozning klinikasida asosan vegetativ, somatik va affektiv buzilishlar namoyon bo`lib, ular yaqqol hulq-atvor buzilishlarini keltirib chiqarmaydi va ularni nisbatan osonlik bilan davolash mumkin. Ba`zi holatlarda, ruhiy jarohatlovchi vaziyat yillab davom etganda, nevroz shaxsning nevroitik rivojlanishiga o`tishi mumkin.

Nevrozlar nevrasteniya, isteriya va YOpishqoq holatlar nevroziga ajratiladi.

Nevrasteniya ko`pincha tez toliquvchanlikka moyil, kayfiyati noturg'un bo`lgan shaxslarda rivojlanadi. Bu hususiyatlar bu shaxslarda oddiy holatlarda ham kuzatiladi. Ruhiy jarohatlovchi vaziyat ta`siri ostida ularda astenik sindrom shaklidagi nevroitik reaksiya yuzaga keladi. Ish qobiliyatining pasayishi, bosh og`rig`i, ishtaxa pasayishi, tunlari uyqusizlik va kunduz kuni holsizlik uyquchanlik kuzatiladi. Bemorlarda diqqatning kontsentratsiyasi buziladi. Ular tez xafa buluvchan, sabrsiz, ipoxondrik bo`lib qoladilar. Turli vegetativ buzilishlar kuzatiladi: arterial bosimning o`zgaruvchanligi, taxikardiya, ko`p terlash, tremor, ko`pincha jinsiy faoliyatning buzilishi kuzatiladi. Tez toliquvchanlik sababli qo`zg`alish busag`asi yuqori ko`tariladi. Bemorlar qo`zg`aluvchan bo`lib boradilar (“qo`zg`aluvchan holsizlik”), oson qo`zg`aluvchan, kayfiyatlari keskin o`zgarishlarga moyil bo`ladilar. Bu holatda nevrasteniyaning giperstenik shakli haqida gap ketadi. Agar kasallik klinikasida oldingi o`ringa tez toliquvchanlik, apatiya, bo`shashganlik chiqib qolsa - bu gipostenik shakli deyiladi.

Nevrasteniyani davolash bemorda konfliktli vaziyatga nisbatan adekvat munosabat hosil qilish maqsadida psixoterapevtik yondoshuv, va simptomatik ta`sirlar birgalikda o`tkazilishi zarur. Bemorga uzoq davomli hordiq zarur, yashash sharoitni o`zgartirish tavsiya etiladi. Bemorni o`z kuchiga ishonishiga erishish, ijtimoiy, oilaviy muammolarini oqilona hal qilish yo`llarini topishga yordam berish muhimdir. Medikamentoz vositalardan trankvilizatorlar, ba`zida uyquni me`erga solish uchun – uyqu dorilar qo`llaniladi. Vitaminoterapiya, turli umumquvvatlovchi fizioterapevtik muolajalar ko`rsatma bo`la oladi.

Isteriya ko`pincha ruhiy jarohatlovchi vaziyatga reaksiya sifatida isterik psixopatik fe`l-atvor belgilari bo`lgan shaxslarda rivojlanadi, ammo patologik xarakterologik hususiyatlari bo`lmagan shaxslarda ham rivojlanishi mumkin. Nevrozning bu turi ko`pincha ayollarda uchraydi. Isteriyaning klinik belgilari juda polimorf, shuning uchun u «buyuk riyokor» nomini olgan. Isterik kelib chiqishga ega bo`lgan buzilishlar – og`riqlar, falajliklar, qusish holatlari, spazmlar, ko`rlik, karlik, tutqanoqlar va boshq. – tashqi ko`rinishi bilan boshqa somatik va ruhiy kasalliklarning simptomlaridan kam farqlanishi mumkin. Ammo, bemorlarni batafsil tekshirish vaqtida, ularda hech qanday organik buzilishlar aniqlanmaydi. Ba`zida ruhiy jarohatlovchi vaziyat mazmunining u yoki bu isterik belgilar bilan bog`liqligini ko`rish mumkin, ayniqsa kasallik simptomi bemor kechinmalarining simvolik namoyon bo`lishi bilan bog`liq bo`lganda (masalan, isterik ko`rlik umr yo`ldoshining hiyonatiga reaksiya sifatida, bemor buni o`z ko`zi bilan ko`rganda) kuzatiladi. Lokal buzilishlarga bog`liq bo`lmagan holda isteriyali barcha bemorlar fe`l-atvorida kayfiyatning o`zgaruvchanligi, affektlarga moyillik, teatrallik, namoyishkorlik hos. Ular har qanday vositalar: o`z tashqi ko`rinishlari, so`zlashishda o`zini tutishlari, nigohlari, odatlari bilan o`zlarini atrofdagilar diqqat markaziga qo`yishga intiladilar. SHuningdek o`zlarini yuqori baholashlari, boshqalarga o`xshamasliklarini ko`z-ko`z qilish, egoizm hosdir. SHu bilan birga bemorlar o`ta ishonuvchan, taqlid qilishga moyildirlar.

Ko`pincha isteriyada tutqanoq hurujlari kuzatiladi va ular epileptik tutqanoqlarni eslatadi. Ammo, bu kasallikning boshqa belgilari kabi, epileptik tutqanoqlardan farqlanib, konfliktli vaziyat bilan bog`liq holda yoki bemorga uni eslatilganda yuzaga keladi. Bemorlar o`z hatti-harakatlarini ma`lum darajada idora etish qobiliyatlarini saqlab qoladilar. Ular yiqilganda o`zlariga epileptik tutqanoqlardagiga nisbatan kamroq jarohat etkazadilar; tutqanoq komponentining yaqqolliigi, davomiyligi atrofdagilarning unga e`tibor berishi bilan bog`liq bo`ladi. Unga achinuvchi odamlar oldida tutqanoq uzoqroq davom etadi va aksincha.

Kasallikning bu hususiyatlari shu bilan tushuntiriladiki, bu erda ongning butunlay yo`qolishi sodir bo`lmaydi. SHu sabab bilan bemorlarda pay va ko`z (shu

qatorida qorachiq) reflekslari saqlangan. Bemorlarda har doim ham epileptik tutqanoqlarga hos bo'lgan tonik va klonik tirishishlarning yaqqol ketma-ketligi kuzatilavermaydi. Bemorlarning harakatlari xaotik yoki simvolik ma'noga ega – ular kiyimlarini yirtadilar, yo'zlarini tirnaydilar yoki «ehtirosli pozalar»ni egallaydilar, qo'llarini qayiltiradilar va x.z. Isterik tutqanoqdan so'ng qisman xotiralar saqlanib qolishi mumkin. Tutqanoqlarning davomiyligi nisbatan uzoq. O'rta tibbiy xodimning muhim vazifasi - tutqanoq hurujlanini kuzatuv kundaligida batafsil va anik yozib borilishi zarur.

Isterik nevrozni davolashda markaziy o'rinni psixoterapiya egallaydi va u bemorni real hayot sharoitlariga adaptatsiyasiga yo'naltirilgan bo'ladi. shuni yodda tutish kerakki, isteriya – bu kasallik, va shuning uchun bemorning o'ziga xos hususiyatlari bilan bog'liq mazah qilish, tajang munosabat kabilarni yaxshi munosabat, og'ir bosiqlik va qat'iylik bilan engib o'tish lozim. O'ta e'tiborlilik va mehribonlik ham tavsiya etilmaydi. Farmakologik vositalardan trankvilizatorlar ko'p qo'llaniladi.

YO'pishqoq holatlar nevrozi ko'pincha psixastenik fe'l-atvor belgilari bo'lganda rivojlanadi, ammo anomal fe'l-atvor hususiyatlariga ega bo'lmagan kishilarda ham uchrashi mumkin. U juda hilma-hil YO'pishqoq belgilar – shubhalar, havotirlar, fikrlar, qo'rquvlar, harakatlar va boshqalar bilan namoyon bo'ladi. Ko'pincha qo'rquvlar (fobiyalar) uchraydi: rak bilan kasallanib qolishdan qo'rqish (kantserofobiya), sifilisdan (sifilofobiya), yurak kasalliklaridan o'lishdan (kardiofobiya), ochiq va yopiq joylardan, balandlikdan, o'tkir jismlardan qo'rqish holatlari va x.z. Fobiyalar ruhiy jarohatlovchi kechinmalar ta'siri ostida yuzaga keladi va keyinchalik bemor ongida fiksatsiyalanadi. Analogik vaziyatning qaytarilishi va hatto u haqida eslatish xam yopishqoq qo'rquvlarni qaytalanishiga olib kelishi mumkin. Odatda ular, yaqqol vegetativ buzilishlar: ko'p terlash, tremor, giperemiya, yurak ritmining buzilishi bilan kechadi. Kasallikka tanqid saqlangan xolda, bemorlar odatda o'z qo'rquvlarining asossiz ekanligini tushunadilar, ammo u haqida o'ylamaslikka o'zlarini majbur qila olmaydilar. Boshqa fikrlar va mashg'ulotlarga chalg'ish ularga ma'lum darajada engillik

beradi. YOpishqoq holatlar nevrozi rivojlanish jarayonida bemorlar shakliga ko`ra turlicha rituallar ishlab chiqadi va ular o`ziga hos himoya reaksiyalari vazifasini bajaradi. Ko`pincha tashqi tomondan ular tuturuqsiz va ma`nosiz harakatlardak ko`rinadi. Masalan, binodan chiqish oldidagi qo`rquvni engish uchun, bemor devor buylab bir necha marta bitta oyoqda sakrashi va orqasi bilan eshikdan chiqishi (uning fikricha) zarur. Ko`pincha yopishqoq raqamlarni, xarflar, derazalarni, piyoda yo`lovchilarni sanash va x.z.lar uchraydi.

YOpishqoq holatlar nevrozining davomiyligi turlicha bo`ladi: bir necha oydan bir necha yilgacha.

Davolash kasallik uzoq davom etganda oson kechmaydi. Psixoterapiya katta o`rin egallaydi. Davolashda nafaqat bemorda hozirgi vaqtdagi dekompensatsiya sabablarini aniqlash, shuningdek, o`tmishda nosog`lom fiksatsiya bo`lib o`tgan (ba`zida bolalikda), ammo hozir yoddan chiqib ketgan ruhiy jarohatlovchi vaziyatni aniqlashga harakat qilish ham muhimdir. Bemorga umumquvvatlovchi davolash va fizioterapiya, trankvilizatorlar (elenium, seduksen va boshq.) tavsiya etiladi.

REAKTIV PSIXOZLAR

Reaktiv psixozlar ko`pincha zaif turdagi asab tizimli shaxslarda o`ta kuchli ekstraordinar ruhiy jarohatlovchi omillar (yaqin kishisining o`limi, bemorning yoki uning yaqin qarindoshlarining hayoti havf ostida qolishi va x.z.) ta`siri ostida yuzaga keladi. Reaktiv psixozlarning klinikasi idrok, hissiyot, tafakkur, ong, doiralarining yaqqol buzilishlari, qo`pol hulq-atvor buzilishlari bo`lishi bilan hususiyatlidir. Bemorlarning reaksiyasi yuzaga kelgan vaziyatga nisbatan noadekvat bo`lib, tanqid yo`qoladi. endogen psixozlar bilan farqli tarzda reaktiv psixozlarning oqibati nisbatan yaxshi va odatda jarayon ortga qaytishga moyil, ammo ba`zi holatlarda, ruhiy jarohatlovchi vaziyat bemor uchun alohida ahamiyatga ega bo`lganda va uni uzoq vaqt davomida bartaraf etishning iloji bo`lmaganda, reaktiv holatlar cho`zilgan shaklda kechadi. Reaktiv psixozlarning bir necha shakli ajratiladi.

Affektiv-shok reaksiyalari to'satdan yuzaga kelgan va juda kuchli ruhiy jarohatlovchi omillar (er kimirlashi, o't ketishi, suv bosishi, transport haloqati va x.z.) natijasida, kuchli stressli vaziyatlarda yuzaga keladi. Ular reaktiv qo'zg'alish shaklida kechib, ong maydoni torayishi, panik qo'rquv, ma'nosiz hatti-harakatlar bilan kuzatiladi va bemorning jon saqlashiga halal beradi, yoki reaktiv stupor shaklida: soqovlik, qotib qolish, harakatsizlik, kabi javob reaksiyasining noadekvat shakllari ko'rinishida kechadi. Natijada bu holatdagi bemorlarda odatda amneziya kuzatiladi.

Reaktiv depressiya bemorning o'tkazilgan qayg'u-tashvish, baxtsizlik, yo'qotishlarga javoban tushkunlik, keskin pasaygan kayfiyat yuzaga kelishi bilan namoyon bo'ladi. Bemorlar tormozlangan, muloqotga qiyin kirishadilar. Mimikalari, nutq reaksiyalari faqat kasallik holati rivojlanishiga sababchi bo'lgan vaziyatlar eslatilganda jonlanadi. Boshqa hamma vaqt bemorlar bo'lib o'tgan voqealar haqidagi azobli o'ylarga tolgan bo'ladilar. Ko'pincha hech qanday asos bo'lmasada, ular o'zlarini bo'lib o'tgan voqealarda aybdor hisoblab, o'z hatti harakatlarini jinoiy deb baholaydilar. O'zini ayblash, o'zini kamsitish vasvasa g'oyalari sababli o'z joniga qasd qilish haqidagi fikrlar yuzaga kelishi va ular ba'zida amalga oshishi mumkin. Boshqa holatlarda bemorlar doim og'ir jazoga munosib ekanliklari haqida gapiradilar, ovqatdan qat'iy bosh tortadilar. Ko'pincha reaktiv depressiyada ko'ruv yoki eshituv gallyutsinatsiyalari kuzatilib, ularning mazmuni ruhiy jarohatlovchi vaziyat bilan uzviy bog'langan bo'ladi. Ba'zida depressiv kechinmalar shunchalik chuqurlashib ketadiki, bemorlar o'z qayg'ularini yig'i bilan engillashtira olmay qoladilar. Boshqa sababli depressiyalardan farqlanib, reaktiv depressiyada kasallik belgilarining barcha mazmuni psixologik jihatdan tushunarli, ularning yaqqollik darajasi esa jarohatlovchi vaziyatning o'tkirligi bilan belgilanadi va u bartaraf etilganda bemorning ahvoli asta-sekin yaxshilana boshlaydi.

Reaktiv paranoid konfliktli vaziyat, janjal, asossiz shubhalanishga javoban vasvasa reaksiyasidan iborat bo'lib, ko'pincha munosabat, ta'qib vasvasasi rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi. Bemorlarda qo'rquv, havotir, atrofdagilarga

ishonchsizlik hissi paydo bo`ladi. Bu vaziyatda odatda o`tkir tarzda vasvasali fikrlar paydo bo`lib, bemorlar ularni ta`qib qilishayotganligi, kuzatishayotganligi, ularni zaharlab, o`ldirishmochiligi va x.z. haqida gapiradilar. Aslida yuk bo`lgan ta`qibchilar o`rnida, odatda, real konfliktli vaziyatga ma`lum darajada aloqador bo`lgan shaxslar ko`riladilar. Ba`zida sindrom tizimida, ta`qib vasvasa g`oyalari bilan bir qatorda, idrok buzilishlari nohush, tahdid soluvchi illyuziyalar va gallyutsinatsiyalar shaklida namoyon bo`ladi. Reaktiv paranoidlarda shuningdek, nosog`lom kechinmalarning dinamikasi, mazmuni va yaqqolligi, va ruhiy jarohatlovchi vaziyatning hususiyatlari o`rtasida uzviy bog`liqlik aniqlanadi. Patologik g`oyalar natijasida qo`zg`algan bemorlar o`zlarini o`ta noadekvat tutishlari, o`z hatti-harakatlari bilan ba`zida ham atrofdagilarga, ham o`zlariga katta havf tug`dirishlari mumkin.

Primitiv isterik reaksiyalar bemorning ozodligi yoki hayotiga havf soluvchi vaziyatlar (qamoq nazoratiga olinganda, hukm chiqarilganda va x.z.)da yuzaga keladi. Bu erda ko`pincha *isterik ong buzilishlari* orientirovka buzilishi, vaziyatni tushunishni aynishi (ba`zida asl haqiqatga to`g`ri qarama-qarshi) kuzatiladi. Primitiv isterik reaksiyalarning boshqa shakli *pseudodementsiya* (yolg`on aqliy zaiflik) bo`lib, bunda bemorlar ko`pincha simulyantlar kabi ta`surot qoldiradilar, ularning hatti-harakatlari, javoblari, yuz tuzilishlari juda soxta tuturuqsiz bo`ladi. Bemorlar oyoqlarini keng yoyib yuradilar, devorlarga tayanadilar, ko`zlarini qisadilar, qoshlarini keradilar. Oddiy savollarga ular eng tuturuqsiz javoblar beradilar. Haqiqiy dementsiyadan bu holat o`zining ortga qaytarligi bilan ajralib turadi. *Puerilizmda* bemorlar, ular uchun qiyin bo`lgan vaziyatni esdan chiqargandek yoki ataylab inkor qilgandek, o`zlarini beg`am va masxarabozlarcha, bolalar kabi tutadilar. Ular qo`g`irchoq o`ynaydilar, arqon sakraydilar, chapak chaladilar. Ularning nutqi shakli va mazmuniga ko`ra ham bolalarnikini eslatadi. Ko`pincha puerilizm pseudodement hulq-atvor bilan birgalikda kechadi.

Reaktiv holatlarni davolash birinchi o`rinda ruhiy jarohatlovchi vaziyatni (agar buni imkoni bo`lsa) bartaraf etish yoki unga bemorning munosabatini

psixoterapevtik va medikamentoz ta`sir o`tkazish orqali o`zgartirishga qaratiladi. Atrofdagilarning tushunish bilan munosabat bildirishi, bemor qiziqishlari, diqqatining boshqa narsalarga qaratilishi katta ahamiyatga ega. Simptomatik maqsadlarda turli psixofarmakologik vositalar qo`llaniladi.

O`z-o`zini nazorat qilish uchun savollar va vazifalar

- 1.Nevrozning ta`rifini bering.
- 2.Nevrozning asosiy shakllariga nimalar kiradi?
3. Bolalarda nevrotik buzilishlarning xususiyatlari qanday?
- 4.Nevrozni davolashning o`ziga xos xususiyalari nimadan iborat?
5. Siz qanday reaktiv psixozlarni bilasiz?

9-BOB

PSIXIATRIK VA NARKOLOGIK YORDAMNI

TASHQILLASHTIRISH

Psixiatriyaning asosiy maqsadi—ruhiy kasalliklarning oldini olish, davolash hamda ruhiy yordamni tashqil etishdir.

Ruhiy yordamni tashqil etish masalalari insoniyat oldida turgan dolzarb muammolardan biridir. Gap shundaki, ko`pgina ruhiy kasalliklar surunkali davom etadi va bemorlarni uzoq vaqt va tez-tez kuzatib turishga to`g`ri keladi. Hozirgi zamonaviy davolash va bemorlarni parvarish qilishda erishilgan muvaffaqiyatlar tufayli bemorlarning umri o`zaymokda. SHuning uchun yil sayin ruhiy kasallarning soni otmoqda, shu bilan birga, aholi zich joylashgan joylarda ularni davolash va ishga joylashtirishda katta kiyinchiliklar vujudga kelmokda.

Hozirgi vaqtda ruhiy yordaminng eng dolzarb vazifalari qo`yidagilar: aholimning ruhiy sog`lomligini o`rganish, davolash-profilaktika chora-tadbirlarini aniq tashqil etish va shu bilan birga ruhiy kasalliklarning vaqtida oldini olish va bemorlarni ijtimoiy tiklash (reabilitatsiya qilish) hamda ishga moslashtirish

choralarini ko`rish demakdir. Hozirgi vaqtda bizning davlatimizda hozirgi zamon ruhiy va narkologik xizmatni tashqil etish qo`yidagilarni o`z ichiga oladi:

- 1) psixiatriya (ruhiyat) muassasalari, bo`larga:
 - a) shifoxonalardan tashqari yordam ko`rsatuvchi ruhiy nevrologik dispanserlar;
 - b) ruhiy shifoxonalar;
- 2) narkologik muassasalar—narkologik dispanser va narkologik shifoxona bo`limi va boshqa ko`rinishdagi muassasalar.

PSIXIATRIK (RUHIY) YORDAM

Ruhiy (psixiatrik) yordam — sog`liqni saqlash muassasalari, ijtimoiy ta`minot, xalq ta`limi, korxonalarining tibbiy-sanitariya bo`limlari tomonidan amalga oshiriladi. Bu maqsadda ruhiy bemorlarga shifoxonalardan tashqari (ambulatoriya)da va shifoxonada yordam tashqil etilgan.

SHifoxonadan tashqari psixiatrik ruhiy yordam

Ruhiy bemorlarga shifoxonadan tashqarida, ya`ni ruhiy asab kasalliklari dispanserida yordam ko`rsatiladi. Ruhiiy bemorlarning anchagina qismi doimo shifoxonada bo`lishga muhtoj emas. SHuning uchun shifoxonadan tashqaridagi yordam muammosiga alohida e`tibor kerak bo`ladi.

Ruhiy asab kasalliklari dispanserlari viloyatlarda, shaharlarda, tumanlararo va tumanlarda tashqil etilgan bo`ladi. Bu ruhiy yordam majmuasida birinchi bo`g`indir. Ruhiiy asab kasalliklari dispanserlarining faoliyatlari turlichadir. Dispanserlarning asosiy vazifasi aholiga qo`yidagi:

- 1) davolash, kasalliklarning oldini olishga yordam berish;
- 2) ijtimoiy reabilitatsiya va readaptatsiya tadbirlarini o`tkazish;
- 3) kasallikni hisobga olishni o`tkazishdan iboratdir.

1) ruhiy asab kasalliklari dispanserlarining davolash-tashxis qo`yish ishlari. Ruhiiy kasalliklarning ko`p shakl va bosqichlari shifoxonada majburiy yotqizishni talab qilmaydi. Bu bemorlar tibbiy yordamni dispanserda oladilar. Disianserda ishlar bo`limlarga bo`lish nuktai nazaridan tashqil etilgan. Bo`lim ruhiy shifokori

zimmasiga hisobda turuvchi bemorlarni birlamchi tekshirishdan o`tkazish, tashxis qo`yish va ambulator davolash o`tkazish va ularni doimo nazoratda tutish vazifalari kiradi. Bundan tashqari, shifoxonada davolanib chiqqandan so`ng, organizmni quvvatlab turuvchi dorilar bilan davolash davom ettiriladi, bu maqsadda ruhiy farmakologik davolash preparatlaridan keng foydalaniladi. Dispanserga kela olmaydigan bemorlarga shifokor va hamshira tomonidan yordam kasalning uyida ko`rsatiladi.

Dispanserlar ma`lum shifoxonalar bilan bog`liqdip. Bu esa davolashning davomiyligini, bemor ustidan io`a kasallikning rivoji yoki inqirozi ustidan nazorat o`rnatishga imkon tug`diradi.

Bo`limlarda yordam berish usulidan tashqari, dispanserlarda moslashtirilgan (kabinet) honalar bor. Ruhiy davolash xonalarida nevrozli, ruhiy ta`siroqli, psixopatik dekompensatsiyali va turli funktsional bemorlar qabul qilinadi. Davolash tadbirlari o`tkazilgan xonada in`ektsiya va boshqa tadbirlar uchun etarli asbob-anjomlar bordir. Bo`lardan tashqari, fiziodavolash, klinik tashxis tajribaxonalari mavjuddir. Logopediya xonasida nutqi buzilganlar davolanadi. Ba`zi dispanserlarda kundo`zgi yoki tungi ayrim shifoxonalar mavjuddir. Davolash-mehnat ustaxonalarida bemorlar ish bilan mashg`ul bo`ladilar va o`z vaqtida davolanadilar. Kunduzgi bemorlar bepul ovqat bilan ta`minlanadilar.

Davolash tadbirlari va mehnat jarayonlari shifokor va instruktor rahbarligida olib boriladi.

Qishloq joylarida ham shifoxonadan tashqari yordam shu nuqtai nazardan olib boriladi. Ruhiy davolovchi shifokori yo`q tumanlarda kasallarga dispanser shifokorlari tomonidan maslahat berish tartibida yordam ko`rsatiladi, davriy ko`rib kuzatish, asab kasalliklari shifokoriga yoki davolovchi shifokorga topshiriladi. Agar lozim bo`lsa bemorlar tegishli tuman, shahar, viloyat, o`lka va jumhuriyat shifoxonalariga yo`qlanadilar.

2) ijtimoiy yordam — reabilitatsiya va readaptatsiya chora-tadbirlarini o`tkazish. Dispanserlar nafaqat davolash-tashxis ishlarini o`tkazadi, balki bemorni jamiyatning foydali a`zosi sifatida saqlab qolishni maqsad qilib kuyadi.

Bemorlarni reabilitatsiya qilish eng avvalo qaytadan ijtimoiy hayotda bemorning shaxsiy holatini, individual va jamiyatdagi qiymatini tiklashdan bemorni birinchidan, o'zining ko'z o'ngida o'zligini tanitish, ikkinchidan jamiyat ko'z o'ngida bemor holatini tiklashdan iboratdir.

Dispanserlarning reabilitatsiya qilish bo'limi bemorlarni ish bilan ta'minlash, ularga huquqiy yordam, oila, uy sharoitlarini yaxshilashda yordamlashish, korxonadagi va boshqa tortishuvga sabab bo'lgan masalalarni echishda yordamlashish, bolalarni bolalar muassasalariga joylash, bemor ustidan g'amxo'rlik qilish, ularga lozim bo'lsa tekinga, navbatsiz uy olishga yordam berish, to'zalgandan so'ng ishga yoki mayib va majruhlar uyiga joylashtirish bilan shug'ullanadi. Agar bemorlarda mehnat qilish qobiliyati saqlangan bo'lsa, ularni jamiyatga foyda keltiruvchi ishlarga joylashtirish masalasi hal qilinadi. Reabilitatsiya rejalarini muvaffaqiyatli amalga oshirishda shifoxonadan tashqari ruhiy yordam majmuasi bo'lishi shartdir. Shifoxonadan chiqqan ruhiy bemorni reabilitatsiya qilish vazifalari qo'yidagilardan iborat bo'lishi kerak: kasal-likning qayta zurayishining oldini olish, rezidual holatlarni korrektsiyalash va ishga joylashuviga yordam berishdir. Ana shu maqsadda shifoxonadan tashqari ruhiy kasallarga yordam berish muassasalari yaratilgan edi. Bu muassasalar soni taraqqiy etgan shaharlarda yil sayin ortib bormokda, bular: ruhiyasab dispanserlari va xonalari, kunduzgi va tungi shifoxonalarning turli shakllari, shifoxonadan chiqqandan so'ng dam oladigan markazlar, ruhiy sog'lomlashtirish markazlari, davolash ustaxonalaridan, sanoat korxonalarining maxsus tsexlaridan, mehnat profilaktoriylaridan, pansionatlardan, ruhiy bemorlar uchun klublardan iboratdir.

Bu muassasalar orasida bizning mamlakatimizda psixonevrologik dispanserlar etakchi o'ringa ega va bu tuzilmaga ruhiy bemorlarni reabilitatsiya qilishning boshqa bo'g'inlari ham kiradi. Davolash-mehnat ustaxonalari: kundo'zgi va tungi shifoxonalar va boshqalar. Kundo'zgi va tungi shifoxonalarning asosiy afzalligi shundan iboratki, bemorlar davolanish davrida hayotiy jarayondan ajralmaydi va shifoxonada yotib qolish xavfi bo'lmaydi. Kunduzgi va tungi shifoxonada yotib davolanish va yordamning boshqa oraliq

shakllarining borligi keng aholi ommasini ruhiy kasallarga to'g'ri munosabatda bo'lishlarini ta'minlaydi.

Ruhiy kasallarni reabilitatsiya qilish avvalo ularni ijtimoiy hayotga kaytarishdan, bemorni individual va jamiyatda qadrini tiklashdan, shaxsiyatini tiklashdan iboratdir, birinchi holatda o'z ko'z o'ngida, ikkiichi holatda esa uni jamoat ko'z o'ngida tiklashdir.

Reabilitatsiyaning dastlabki bosqichi—qayta tiklash davosi (boshlang'ich davr) ruhiy nuqson hosil bo'lishining oldini olish, bemorning mayib-majruh bo'lishiga yo'q kuymasliq kasalxonada yotib chiqqan degan hodisalarning oldini olish, ijtimoiy aloqalarni tiklashdir. Qayta tiklash davolash bosqichida davolashning biologik usuli bilan (medikament bilan davolashni ham qo'llaganda) turli ruhiy ijtimoiy ta'sirlar (muhit bilan, bandlik bilan, biror narsa bilan ruhiy davolash, fizik usullar bilan davolash, jismoniy tarbiya va h.q.) qo'shib olib boriladi.

Reabilitatsiyaning ikkinchi bosqichi qayta adaptatsiyadir. Buning vazifasi tashqi muhit sharoitlariga moslashish va moslashishini qayta tiklashdir. Bu bosqichda ruhiy ijtimoiy ta'sirotlar etakchi o'ringa o'tadi. Bularga mehnat bilan davolash lozim bo'lsa, yangi kasb o'rgatish, pedagogik (tarbiyaviy) ishlar, nafaqat bemor, balki ularning qarindoshlari bilan ham ruhiy davolash ishlarini olib borish kiradi. Ruhiy kasalxonalarda uzoq davolangan bemorlarni qaytadan ijtimoiy hayotga kaytarish, yashashga o'rgatish, ishlarga o'rgatish, odamlarga muomala qilishga o'rgatish katta ahamiyatga ega. Bu bir guruh odamlar yoki oila a'zolari bilan munosabatda bo'lish yo'qi bilan amalga oshiriladi. Asosiy maqsadga erishish uchun davolash, jismoniy tarbiya ishlariga e'tibor berish — madaniy tadbirlar o'tkazish davolashda yordamchi omillar hisoblanadi.

Reabilitatsiyaning ikkilamchi bosqichi asosan kasb-hunarinn almashtirish bilan tarbiyalanadi. Bu boslichda biologik davolash va bemorni quvvatlantirib turish, yoki kasallik bir oz zo'rayganda ruhiy ta'sir qiluvchi dorilar berishdan iborat bo'ladi.

Reabilitatsiyaning uchinchi bosqichi — reabilitatsiyaning asl ma`nosiga to`g`ri keladi. Bu bemorni individual va jamiyatdagi qadrini: atrofdagi haqiqatga, ya`ni kasal bo`lgunga qadar bo`lgan holatini huquqiy tiklashdir. Bu masalani echishning asosiy omili ijtimoiy tadbirlardir. Birinchi o`rinda atrofdagilarning, oila a`zolarining bemorlarga to`g`ri munosabatda bo`lishini uyushtirish kerak. Bu bosqichda klub ishlari ham yaxshi yordam beradi, ish bilan chalg`ish turli tomoshalar bilan qo`shib olib boriladi. Bu bosqichda reabilitatsiya shifo-xonadan tashqi sharoitlarda (uy mehnati, davolovchi-mehnat ustaxonalarida, sanoat korxonalarining ijtimoiy tsexlarida va odatdagi sanoat korxonalarining o`zida) olib boriladi.

Reabilitatsiyaning maqsadi ma`lum holatlarda o`zgarib borishi mumkin, bu holat qanday bemor bilan ish olib borilayotganiga bog`liq.

Tibbiy omillarga bog`lab reabilitatsiyaning imkoniyatlarini hisobga olish kerak bo`ladi (jinsi, yoshi, kasallikning klinik alohidaliklari), muhit va shaxs bog`liqligi (qiziqishi yo`nalishlari, oila bor yoki yo`qligi, tarbiya, ishlarga xohish sarmoya bilan ta`minlashganligini) va hokazolar.

Turli ruhiy xastaliklar — shizofreniya, tutqanoq, oligofreniya, nevroz, alkoholizm va boshqalarda reabilitatsiya o`ziga xos xususiyatlarga ega. Masalan, oligofreniyada ruhiy ijtimoiy omillarga e`tibor qilinadi va ular orasida tibbiy pedagogik va mehnat bilan ta`sir qilish etakchi ahamiyatga egadir.

Tug`ma aqli zaiflikda, ertangi tutqanoqlarda, aqlsizlik bilan kechadigan turida adaptatsiya qilish, ya`ni bemorni muhitga moslashtirish haqida gap ketsa to`g`ri bo`ladi, moslashuvchanligini qayta tiklash maqsadga muvofiq emasdir. Nevrozli bemorlarning reabilitatsiya rejasi shunday tuzilishi lozimki, birinchi navbatda kasallikni kamsitish yoki oshiqcha baholashdan saqlanish lozimdir (B. D. Karvasarskiy, 1980).

Alkoholizmga uchragan bemorlarda reabilitatsiyada jamoat oldida bo`lishiga e`tibor berish kerak.

Reabilitatsiyaning aniq maqsadlari ko`pgina omillar bilan bog`liq bo`lib, turlicha bo`lishi mumkin. Maqsad soddaroq bo`lganda, masalan, shifoxonada yoki

uy sharoitlarida kasalga parvarishni kamaytirishga qaratilgan bo`lishi (yosh ulg`ayishi bilan bog`liq bo`lgan es pasayishda, shizofreniyaning oxirigi bosqichlarida) mumkin. Boshqa holatlarda reabilitatsiyaning maqsadi jiddiy, bemor kasbini o`zgartirish, unga mos ish topish, xayotga moslashtirish va h.q bo`lishi mumkin. Nihoyat, agar kasallikni qaytarish qat`iy bo`lgani holda maqsad o`zining avvalgi ishiga qaytarishga yoki o`qishini davom ettirishga qaratilgan bo`lmog`i lozim.

Dispanserlar tarqibida ijtimoiy yordam va huquqiy xonalar mavjud bo`lib, u erda yuridik ma`lumotli mutaxassislar ishlaydilar. Huquqiy xona xodimlari kasallarning ishlari bo`yicha sudlarda himoya qiladilar. YUqorida ko`rsatilgan reabilitatsiya va readaptatsiya xizmatlaridan tashqari, dispanser ularni vaqtinchalik ishga yaroqsizligini tekshirib aniqlab beradi, harbiy va sud ruhiy ekspertizasini o`tkazadi, xavfli ruhiy bemorlarni jamoatga zarari tegishining oldini olish choralarini ishlab chiqadi, tumandagi barcha umumtibbiy muassasalarga maslahat yordamini beradi.

Tez ruhiy (ambulator) yordamni tashqil etish. Ruhiy kasallarda ko`pincha paido bo`luvchi turlicha shakldagi ruhiy-harakat qo`zg`olishlar (ongning o`zgarishi bilan kuzatiladigan ruhiyat o`zgarishlari, depressiyalar, ayniqsa o`z joniga kasd qilish bilan kuzatiladigan tutqanoq holati, ruhiyati o`zgarishga moyillarda effektiv portlash va boshqalar) ruhiy shifokorning tez erdamiga muhtoj bo`ladi. SHunday holatlarda ruhiy yordamni dispanserning navbatchi shifokori, yirik shaharlarda mutaxassislashgan tez yordam brigadalarini chaqirish bilan amalga oshiriladi.

Kasallikning hisobi va qayta tiklashni ruhiy asab dispanserlarining tashqiliy-uslub xonalari amalga oshiradi. Ularning vazifasiga ruhiy kasallarni aniqlash, kuzatish va davolash, ruhiy kasallarni hisobga olib borish va qayta tiklash, hozirgi zamon fan yutuqlarini ruhiyat amaliyotiga tatbiq etish, ruhiy gigiena va ruhiy profilaktika ishlarini olib borish kiradi. Bundan tashqari, ruhiy-asab dispanserlari aholiga asab-nevrologik yordam ko`rsatishni muhokama qiladi, ruhiy xizmatni yanada rivojlantirish rejalarini tuzadi. Tashqiliy ilmiy-amaliy

konferentsiyalar o'tkazadi, ruhiy xizmat to'g'risida umumiy hisobotlar to'zadi va so'rovnomalarga javob beradi.

Tuman psixiatri bemorlar orasida ruhiy profilaktika ishlarini olib boradi, ruhiy kasallarni aniqlaydi, ularni doimo kuzatib boradi, davolaydi, ruhiy bemorlarning jamoaga xavfli harakatlarining oldini oluvchi chora-tadbirlarini ishlab chiqadi. Barcha ruhiy bemorlar hisobga olinadi va tuzalsa yoki tumandan boshqa yokka ko'chib ketsa dispanser psixiatr-shifokorlar tomonidan hisobdan chiqariladi.

SHifoxonadan tashqari yordam qishloq joylarda shahar tumanlarida bo'lgani kabi usullarda olib boriladi. Agar shifokor-psixiatr bulmasa bemorlarni qishloq uchastka shifokori kuzatadi. Bemorlarning uslubiy boshqarilishi yoki ularga maslahatlar viloyat ruhiy-asab dispanseri tomonidan olib boriladi.

Statsionar ruhiy yordam

Ruhiy bemorlarni statsionarda davolash uchun asosiy muassasa ruhiy shifoxonadir. Bundan tashqari, ruhiy bemorlarga statsionar yordam ruhiy-asab dispanserlarida ko'rsatiladi. U erga bemorlarni tashxis qo'yish va aniqlash maqsadlarida hamda ruhiy bemorlikning boshlang'ich shakllari va chegara holatlaridagi bemorlar yotkiziladi.

Ruhiy shifoxona

Ruhiy shifoxona ruhiy bemorlarni statsionar davolovchi asosiy davolash muassasasidir. SHifoxona qo'yidagi: bemorlarni qabul qiluvchi qabul qilish bo'limi va turli yo'nalishdagi davolash bo'limlaridan iboratdir. Bemorlarni bo'limlarga to'g'ri taqsimlash muhim ahamiyatga egadir. Ruhiy yordam bemorlarning turlariga bog'liq bo'ladi. Turli ruhiy kasalliklar bir xil sharoit va davolash holatlarida saqlanuvchi aralash bo'limlar bilan birgalikda mo'taxassislashgan: somatik, yuqumli, qariyalar, bolalar, chegara holatlari, sudpsixiatriya, reabilitatsion (kunduzga va tungi statsionarlar, davolovchi mehnat ustaxonalari), shahardan tashqaridagi va boshqa bo'limlar mavjuddir. Bundan tashqari, ruhiy yordam so'nggi vaqtlarda tashqil etilgan umumiy somatik shifoxonalarning ruhiy nevrologik bo'limlarida . Bu bo'limlarda asosan chegara

holatlaridagi, engil yoki boshlanish bosqichidagi ruhiy bemorlar davolanadilar. Har bir ruhiy dispanserlardagi ruhiy statsionarlar, umumiy somatik shifoxonadagi ruhiy kasallar bo`limlarining o`ziga biriktirilgan xizmat qo`rsatish tumanlari bo`ladi va shu tumanlardan bemorlar shu statsionarlarga yo`qlanadi. Bunday bemorlarning ma`lum bir hududlarga bo`linishi bemorlarni davolashda davomiylikni ta'minlaydi. Bir qator ruhiy shifoxonalarda va bo`limlarda ish olib borish ochiq eshiklar tizimi kabi, ya'ni ruhiy bemorlarning ahvoli umum somatik shifoxonalarning holatlari bilan tenglashtiriladi.

Tiklash davosi o`tkazish uchun ruhiy shifoxonalarda davolash-mehnat ustaxonalari mavjuddir. Davolash-mehnat ustaxonalaridagi asosiy vazifa, bemorligi tufayli yo`qotgan yoki saqlanib qolgan ishlash qobiliyati ni tiklashdan iboratdir. Reabilitatsiya jarayonida bemorlar ish jarayonida soddaroq ishdan murakkabrogiga o`tkazib boriladi. Ustaxonalarda odatda qog'oz maxsulotlari, duradgorchilik, tikish-bichish, turl-i detallarni yig'ish, tugmachi "tsexi, asbob-uskuna tsexi, bolalarning archa uyinchog'ini yasovchi tsexlar mavjuddir.

Mehnat bilan davolash ruhiy bemorlarga mehnat qilish va kasb adaptatsiisini vujudga keltiradi. Bemorlarning mehnatiga haq to`lanadi. Bemorlar bu ustaxonalardan ishni uyiga ham olib ketishi mumkin. Usta-xonaning o`zida ishlovchilar uchun bepul ovqat va dori-darmonlar bilan davolash tashqil etiladi. Davolash mehnat ustaxonalari vazifasiga shifoxona bo`limlarining ichida ham mehnat bilan davolanishni tashqil etish kiradi. Mehnatning turi va har bir bemor uchun davolovchi shifokor yoki mehnat bilan davolovchi maxsus shifokor tomonidan belgilanadi. Ruhiy shifoxonalarda bemorlarni har tomonlama tskshtirish uchun barcha sharoitlar mavjuddir. Bu esa aniq tashxis qo`yish uchun va uning holatini to`g`ri baholash uchun keraqli sharoitni vujudga keltiradi. Buning uchun turlicha tajribagohlar (klinik-bioximiyaviy, funktsional diagnostika, elektroentsefalografiya, rentgen kabineti, terapevt, nevropatolog, ko`z shifokori, jarroh gineqolog, stomatolog, psixolog, gipnoterapiya) maxsus kabinetlari mavjuddir. Bo`limlarda davolash tadbirlarini o`tkazish xonalari, dorilarni taksimlash xonalari, maxsus davolash usul-larini o`tkazuvchi xonalar (insulin bilan davolash, eST, uyqu

bilan davolash, ruhiy davo, gipnoz bilan davolash, seksopatologik) mavjuddir. Bundan tashqari, gipnoterapiya (vanna, dush) va mehnat bilan davolash ustaxonalari bordir.

Bo`lim ichidagi kabinetlardan tashqari, umumiy shifoxonaning turli bo`limlari: fizioterapiya, gidroterapiya bo`limlari, uqalash xonalari mavjuddir.

CHegara holatlaridagi (nevrozlar, psixopatiyalar, reaktiv holat) bemorlar davolanadigan bo`limlarda kun tartibi va rejasi umum somatik shifoxonasining bo`limlarinikidan farq qilmaydi. Bo`limda dam olish xonalari va bemorlarning qarindoshlari bilan suhbat qilish imkoni bor xonalar hamda madaniy mashg`ulotlar xonasi, kutubxona, zangori ekran, radio eshitish xonalari, har bir bo`limda sport maydonchasi bor, sayr qilish uchun bogg` bordir. Bo`limlarda turli rasmlarning bo`lishi, gilam yoki poloslar va jihozlarning bo`lishi katta ahamiyatga ega. Bolalar bo`limlarida uyinchoqlar, bolalar maydonchalari, o`quv va nutqini to`g`rilash xonalari bo`ladi.

Ruhiy kasallarni statsionar davolash uchun ruhiy-asab dispanserlari yoki poliklinikalarning ruhiy shifokori yoki maxsus ruhiy shifokorlar jamoasi tomonidan olib boriladi.

SHifoxonaga yo`qlash bemorni yoki ularning qarindoshlari roziligiga qarab bo`ladi. Agar bemor ijtimoiy xavfli bo`lsa shifoxonaga bemor qarindosh-urug`larining rozilgisiz — shifokorlar komissiyasi tavsiyasi bilan yuborish mumkin. Xukuqni bo`zgan ruhiy bemorlarni, sud ularni o`zini bilmaydigan holatda deb hukm chiqarsa, sud ularni majburiy davolash uchun yo`qlaydi. Tez yotqizishga majbur bo`lgan bemorlarni, jamoat uchun xavfli bo`lgan kasallar birinchi kun davomida xay`at shifokori tomoiidan qarab chiqiladi, unga lozim bo`lgan davo va tartib kasallik tarixnomasiga yozib qo`yiladi.

SHifoxonadan chiqarish bo`lim boshlig`ining roziligi bilan davolovchi shifokor tomonidan amalga oshiriladi. Ketuvchi bemorga kasallik tarixnomasidan ko`chirma epikriz (xulosa) yozilishi joizdir. Unda kasallikning kechishi, davolanish davri, qanday davo utkazilganligi, keyingi davolash tadbirlari, ish bo`yicha tavsiyalar yozilgan bo`ladi. Bemor turadigan joyidagi ruhiy asab

dispanseriga bu tarixnomadan ko`chirma yuboriladi. Bu bilan davomiylik (ruhiy dispanserga bu tarixnomadan ko`chirma yuboriladi) yordam nuqtai nazari amalga oshiriladi.

Ruhiy yordamning eng muxim qismlaridan biri ijtimoiy ta`minot vazirligi qaramog`idagi ruhiy-majruh bemorlar internatidir. Bunday maskanlarga davolanishga muhtoj tug`ma ruhiy bemorlar va hech kimi yo`q ruhiy bemorlar olinadi.

10-BOB

NARKOLOGIYA

Etil spirti bilan o`tkir va surunkali zaharlanish bilan bog`liq ruhiy buzilishlar.

Alkogol kuchli xujayra zaharli moddasi bo`lib, barcha a`zolar va to`qimalarda patologik o`zgarishlarni chaqirishi mumkin, ammo u markaziy asab tizimiga nisbatan alohida kuchli toksik ta`sirga ega. Hatto organizmga kichik miqdorlarda alkogol yuborilganda ham, asab va ruhiy jarayonlarning kechishida sezilarli buzilishlarni kuzatish mumkin. Ichki tormozlanish zaiflashadi, o`zini idora qilish, o`z holatiga tanqid pasayadi. Nutq tezlashadi, harakat koordinatsiyasi buziladi. Ba`zida insonda mastlik holatida kuch kelib qo`shilishi hissi kuzatilib, ish qobiliyati oshgandek bo`ladi. SHu bilan birga, sub`ektiv hissiyotlarga qaramay, eksperimental tekshiruv har doim hatto kichik miqdorda alkogol qabul qilganda ham ish qobiliyatining pasayishini ko`rsatadi. Nisbatan katta miqdorlarda yaqqol psixomotor qo`zg`alishlar noadekvat hatti-harakatlar bilan, ong buzilishlari atrofdagilarga mo`ljalning buzilishi bilan kuzatiladi. Og`ir mastlikda chuqur karaxtlik holati yuzaga keladi, ba`zida esa sopor, koma rivojlanib, o`lim bilan tugashi mumkin.

Patologik mastlik kichik miqdordagi alkoholqabul qilgandan keyin o`tkir yuzaga keluvchi ongning namozshomsimon qorong`ilashuvi shaklidagi, vasvasa, gallyutsinatsiyalar, og`ir qo`zg`alish holati bilan kechuvchi ruhiy faoliyatning buzilishi bilan belgilanadi. Bemorlar bu holatda juda havfli bo`lib, agressiv harakatlar, zulmkor, ma`nosiz jinoyatlar sodir qilishlari mumkin. Patologik mastlik bir necha minutdan bir necha soatgacha davom etadi. U odatda chuqur uyqu va keyinchalik to`liq amneziya bilan tugaydi. Patologik mastlik psixopat shaxslarda, bosh miya travmalari o`tkazgan, epilepsiyali bemorlarda uchraydi. Patologik mastlik holatida qonunbuzarliklar qilgan shaxs, bu holatda o`zi uchun javob bera olmaydigan, ya`ni **shuursiz** hisoblanadi va jinoiy javobgarlikka tortilmaydi.

Alkogolizm alkogolni ko`p iste`mol qilish natijasida unga patologik mayl paydo bo`lishibilan tavsiflanadi. Kasallikning **I** bosqichida bu qaramlik faqat ruhiy bo`ladi. Bemorlar, o`zlariga javob berolmagan holda, har qanday imkoniyatdan, patologik maylni qondirish uchun foydalanadilar, atrofdagilar ko`z o`ngida o`zlarining mastliklarini turli vaziyatlar bilan oqlashga harakat qilsalarda, ichish uchun baxona qidiradilar. Bu bosqichda tanqidning pasayishi kuzatiladi – inson, alkogolizm bilan kasallanib ulgurganidan so`ng, o`z hatti-harakatlarini avvalgidek nazorat qila olishiga, har qachon ham ichishni to`xtata olishiga hali ham qattiq ishonadi va nima bo`lganda ham o`zini bemor deb hisoblamaydi. Bu – havfli kasallik, Chunki alkogolizmni davolash **I** bosqichida eng samaralidir. Kasallik rivojlanib borishi bilan alkogolga talab ortib boradi. Asta-sekin tolerantlik o`sib boradi (alkogolni ko`tara olish). Bir o`tirishlik miqdorlari ko`payib boradi. **II** bosqichda doimiy alkogol iste`mol qilish natijasida moddalar almashinuvi qayta o`zgaradi. Bemor organizmida ma`lum miqdordagi spirtning mavjud bo`lishi modda almashinuvi jarayonlari uchun zarur holatga aylanadi. Bu bosqichda alkogolga qaramlik endi jismoniy tavsifga o`tadi. Agar bemor organizmiga doimiy tarzda alkogolning navbatdagi miqdori kelib tushmasa, *abstinent sindrom* belgilari bilan namoyon bo`luvchi nosog`lom reaktsiya yuzaga keladi. Odatda mastlikdan keyingi kuni ertalab tushkunlik, havotir, uringanlik hissi, umumiy holsizlik kuzatiladi. SHuningdek, bosh og`rig`i, ko`p terlash, taxikardiya, qo`llarda tremor

paydo bo`ladi. Tunki vaqtda uyqusizlik, dahshatli tushlar bemorni bezovta qiladi. Abstinentsiya holatida ko`pincha yurak faoliyatining buzilishi, tutqanoq hurujlari kuzatiladi. YAqqol abstinent sindrom darajasi turlicha bo`ladi, ammo xar qanday holatda ham navbatdagi alkogol miqdorini qabul qilish abstinent holatni sezilarli kamaytiradi yoki butunlay bartaraf etadi. Ko`pincha og`ir abstinentsiya fonida alkogol psixozlari rivojlanadi. **II** bosqichda alkogolga tolerantlik eng yuqori darajaga etadi.

Surunkali alkogol intoksikatsiyasi, odatda, bemorlarda sezilarli shaxs o`zgarishlariga olib keladi va bu **I** bosqichdan boshlanib, **III** bosqichda o`zining maksimal rivojlanish cho`qqisiga etadi. O`ziga hos alkogol degradatsiyasi rivojlanib, uning uchun yolg`onchilik, qo`pollik, tsinizm, iroda, xotira buzilishlari, ish qobiliyatining pasayishi, antisotsial hulq-atvor kuzatilishi hos. Alkogolizmda ko`pincha shuningdek, ichki a`zolarning og`ir zararlanishlari kuzatiladi. Jigarda ortga qaytmas o`zgarishlar (alkogol tsirrozlari), me`da-ichak traktida (gastritlar, oshkozon va o`n ikki barmoq ichak yaralari) yuzaga keladi, yurak (miokard distrofiyasi), o`pka, jinsiy a`zolar zarar ko`radi – alkogolizmning eng ko`p uchraydigan simptomi impotentsiya rivojlanadi. Jigar faoliyatining buzilishlari natijasida **III** bosqichda tolerantlik pasayadi. Bemorlar uncha ko`p bo`lmagan alkogol miqdoridan ham mast bo`la boshlaydilar. Bu bosqichda ko`pincha tserebral buzilishlar, tutqanoq hurujlari, falajliklar rivojlanadi. Alkogol suiste`mol qiluvchilar orasida o`lim ko`rsatkichi o`rtacha o`lim ko`rsatkichidan 3 marta yuqori.

Ko`pincha alkogolizm kechishida mayzadaliklar (yovuz mastliklar, zapoylar) kuzatiladi. Bemorlar, og`irlashib borayotgan abstinentsiya bilan boshqa usullarda kurasha olmaganliklari sababli, kundan-kunga takror va takror alkogol qabul qilishga majbur bo`ladilar. Ular ishlarini tashlaydilar, oxirgi sarmoyalarini ichib ko`yadilar, o`zlarining va birovlarining buyumlarini sotadilar, jinoyatlar sodir qilishlari mumkin. «Mayzadaliklar» paydo bo`lishi alkogolizmning **II** bosqichi uchun hosdir. Ular bir necha sutkadan xaftalargacha davom etishi mumkin. «Mayzadalik» holatidan bemorlar odatda o`zlari mustaqil chiqa olmaydilar. Bu

holatlarda ularni psixiatriya yoki narkologiya stasionarlariga gospitalizatsiya qilish lozim.

Ba`zida «mayzadalik»li mastlik mayl buzilishlarining bir shakli sifatida kuzatiladi. Odatda bemorlar spirtli ichimliklarga moyilligi bo`lmagan hollarda va hatto aksincha undan jirkanish paydo bo`lganda xam, bu holat alkogolga engib bo`lmas moyillik davrlari bilan navbatma-navbat almashinib turadi va bu to`xtatib bo`lmas ichkilikbozlikka olib keladi. Bunday nisbatan kam uchraydigan holatlar **dipsomaniya** deb nomlanadi.

Davolash alkogolizmnda kompleks bo`lmog`i zarur. YAxshi natijaga erishish uchun nasos bo`lib, bemorning davolanish zarurligini tushunishi hizmat qiladi va bunday tushunishga odatda tanqidiy munosabatning va kasallikni anglashning yo`qligi to`sqinlik qiladi. Davolashga negativ munosabatni engish maqsadida turli psixoterapiya usullari qo`llaniladi. Bunday ma`noda jamiyatning pozitsiyasi – bemor ishlayotgan muassasa, korxonada, bemor oila a`zolarining pozitsiyasi, o`rta tibbiy xodim qatnashuvi lozim bo`lgan sanitar yorituv ishlari katta ahamiyat kasb etadi.

Davolashda avvaliga dezintoksikatsion terapiya kursi (vena ichiga glyukoza eritmasi, vitaminoterapiya, teri ostiga kislorod in`ektsiyasi, terapevtik miqdorda insulin va x.z.) qo`llaniladi. Davolashning ikkinchi bosqichida bemorga alkogolga salbiy shartli refleks hosil qiluvchi vositalarning biri, ko`pincha apomorfina qo`llaniladi. Davolash usuli quyidagicha: bemorga teri ostiga 0,25-0,3 ml yangi tayyorlangan apomorfina sul`fat eritmasi yuboriladi. In`ektsiyadan bir necha daqiqa o`tgach, so`lak oqishi boshlanadi, ko`ngli ayniydi. Bemorga araq yoki boshqa u doim iste`mol qiladigan alkogoli ichimlik hidlab ko`rishga beriladi. Ko`ngil aynishi kuchayganda 30-50 g. araq ichishga beriladi, shundan so`ng odatda qusish boshlanadi. Bunday seanslar har kuni yoki kun ora, eng yaxshisi guruhli usulda o`tkaziladi. Alkogolga salbiy shartli refleks hosil qilish uchun, odatda 15-20 muolaja etarli. Keyinchalik vaqti-vaqti bilan seanslarni ambulator sharoitda takrorlab turish tavsiya etiladi. SHuningdek, antabus terapiyasi usuli qo`llaniladi. Antabus, yoki teturam, og`iz orqali ichishga 0,5-1 g. dan har kuni tayinlanadi.

Bemor oldindan batafsil tekshiriladi. Antabus alkoholni organizmda kuchli xujayra zaharli moddasi bo'lgan va og'ir psixosomatik reaksiya chaqiruvchi atsetal'degid bosqichida parchalanishini to'xtatadi. Davolashning birinchi haftalarida bemorga 1-2 marta alkohol-antabus sinamasi (razryadka) o'tkaziladi va shu maqsadda 30-50 g. araq ichish taklif etiladi. Alkohol qabul qilinganidan 15-20 min. o'tgach, arterial bosimning pasayishi, taxikardiya, yuzning giperemiyasi, hansirash, qo'rquv hissi kabi reaksiyalar yuzaga keladi. Sinamalar xaftasiga 1-2 marta o'tkaziladi. 2-3ta razryadkalardan so'ng bemor kasalxonadan chiqariladi va qo'llab turuvchi davolash tayinlanadi. Antabusni kundalik qabul qilish keyinchalik bemor qarindoshlari va dispanser shifokori tomonidan nazorat qilinishi shart. Organizmning alkoholga doimiy sensibilizatsiyasi va uni qabul qilish asoratlaridan qo'rquv bemorni spirtli ichimliklar iste'mol qilishdan saqlab turadi. Alkoholizmni davolashning barcha bosqichlarida faol tarzda psixoterapiya o'tkazilib, uning maqsadi shaxsning hayotiy qadriyatlarga munosabatini qayta ko'rish, yangi qiziqishlarni hosil qilishdan iborat. SHuningdek, gipnoterapiya usuli qo'llanilib, bunda bemorga gipnoz yo'li bilan alkoholga nisbatan jirkanish hissi ishontiriladi.

Alkoholizmli bemorlarda o'tkir va surunkali alkohol psixozlari kuzatilishi mumkin.

Alkohol deliriyasi (yoki oq alahlash) kundalik psixiatriya amaliyotida eng ko'p uchraydi. U abstinentsiya holatida, odatda alkohol iste'mol qilingandan 12-48 soat o'tgach rivojlanadi. Psixoz o'tkir – kechkurun, tungi vaqtda yoki tongga yaqin rivojlanadi. Klinikasida birinchi o'ringa rangdor ko'ruv gallyutsinatsiyalari chiqib, ong buzilishi va atrof muhitga mo'ljalning yo'qolishi fonida rivojlanadi. Bemor o'zini boshqa vaziyatda ko'radi, uni qo'rquvchan xayvonlar, odamlar, shaytonlar, fantastik mahluklarning jismlari o'rab oladi. Gallyutsinatsiyalarda mayda xayvonlarning obrazlari, hashorotlar, kalamushlar, ilonlar, o'rgimchaklar, suvaraklar, kanalar va x.z.lar ko'pincha kuzatiladi. Ko'ruv gallyutsinatsiyalari bemor uchun real jismlarning barcha hususiyatlariga ega va odatda eshituv, taktil, hidlov gallyutsinatsiyalari bilan birga kechadi. Qo'rquv va havotir kuzatiladi. Bemor qo'zg'algan, ta'qibchilar va qaroqchilardan qochib qutulishga harakat

qiladi, himoyalanaadi, berkinadi, yiqiladi. Bu holatda u o`zi va atrofdagilar uchun juda havfli, shuning uchun bemorni nazorat qilish, psixiatriya statsionariga transportirovka qilish va parvarishlashda bu holatlar e`tiborga olinishi lozim. Psixopatologik buzilishlardan tashqari, qator o`ziga xos somatonevrologik buzilishlar: til va qo`llarda tremor, yuzda giperemiya, tana haroratining ko`tarilishi, taxikardiya, polinevritlar kuzatiladi. O`pka-yurak etishmovchiligi belgilari rivojlanishi mumkin va bu o`lim bilan tugashi extimoli bor. Oq alahlash huruji odatda 3-4 kun davom etadi va ko`pincha uzoq davomli uyqu bilan tugaydi. Keyinchalik psixozdavri haqida palapartish xotiralar qoladi.

Davolash. Alkogol deliriysi bilan og`rig`an bemor psixiatriya statsionariga joylashtirilishi zarur. Agar oq alahlash huruji somatik kasalxona bemorida yuzaga kelsa va bemorning ahvoliga kura uni somatika bo`limidan ko`chirishning imkoni bo`lmasa, butun sutka davomida kuzatuvni tashqil qilish va davolashni shu joyda o`tkazish lozim. Bemorga trankvilizatorlar (seduksen in`ektsiyalarda va boshq.) tayinlanadi. Keskin qo`zg`alish bo`lganda, bemorning somatik holati imkon berganda, neyroleptiklar – galoperidol va boshq. qo`llaniladi (vena ichiga, tomchilab). SHu bilan birga, dezintoksikatsion vositalar, katta miqdorda ayniqsa V kompleksi vitaminlari yuboriladi. Albatta yurak faoliyatini yaxshilovchi vositalar (korglikon, kordiamin) tayinlanadi.

Alkogol gallyutsinozi o`tkir, hamda surunkali kechishi mumkin. Klinikasida markaziy simptomlari bu eshituv gallyutsinatsiyalaridir. Bemor o`zini qarg`ayotgan, haqoratlayotgan tovushlarni eshitadi, ular qasd olish, o`ldirish bilan tahdid soladilar. SHunday gallyutsinatsiyalar bemorning ongini butunlay egallab olganligi uchun, ular ostida bemor o`zini noto`g`ri tutishi, agressiv, suitsidal, tuturuqsiz harakatlar qilishi mumkin. Ayniqsa imperativ mazmundagi gallyutsinatsiyalar alohida havf tug`diradi. Ba`zida bemorlarda ikkilamchi ta`qib va munosabat vasvasa g`oyalari rivojlanadi. Bunda bemorning ongi saqlanib qoladi. Psixoz o`tkir kechganda u bir necha kundan bir necha xaftagacha davom etadi. *Surunkali alkogol gallyutsinozi* uchun cho`zilgan kechish xos. Ko`pincha bemorlar patologik buzilishlarga rasmiy tanqidni saqlab qoladilar. Ammo bu ular

tomonidan havfli harakatlarni, ayniqsa imperativ gallyutsinatsiyalar bo`lganda sodir etmaydilar deb aytib bo`lmaydi.

1887 yilda tanikli rus psixiatri S.S.Korsakov tomonidan birinchi marta surunkali alkogol psixozi yozib qoldirilgan bo`lib, bunda o`ziga hos xotira buzilishlari (amnestik sindrom) polinevrit belgilari bilan qo`shilib keladi. Bemorlar bo`lib o`tgan xodisalarni esda olib qololmaydilar, hozirgina o`qigan, eshitgan, ko`rganlarini shu zahoti esdan chiqarib qo`yadilar. SHu sababli ular, o`zlarining qaerdaliklarini, atrofdagilar kimligini bilmaydilar, bugungi kun, oyni aytib berolmaydilar – joyga va vaqtga amnestik dezorientirovka kuzatiladi. O`tmishda bo`lgan xodisalarga nisbatan xotira asosan saqlanadi. Ammo ko`pincha bemorlarning o`tmish haqidagi xotiralari uylab chiqarilgan yoki haqiqatsimon (psevdo-reminisentsiyalar), yoki fantastik (konfabulyatsiyalar) hususiyatga ega bo`ladi. Bu psixoz uni aniqlagan muallif nomi bo`yicha, **Korsakov psixozi** deb nomlanadi.

SHuningdek **vasvasali alkogolpsixozlari** odatda surunkali kechadi. *Alkogoli rashk vasvasasi* boshqa psixoz turlariga qaraganda ko`proq uchraydi. Bemorlar umr yo`ldoshlarining hiyonatkorligiga ishochlari komil. Ularning patologik faoliyati “isbot-dalillar” yig`ish va aybini bo`yniga oldirishga intilish bilan bog`liq bo`ladi. Ular o`z xotinlarini ta`qib qiladilar, ishdan kutib oladilar, tekshiruvlar o`tkazadilar. Ichko`ylakdagi dog`lar, tanadagi ko`karishlar, tez-tez bo`luvchi telefon ko`ng`iroqlari va x.z.lar vasvasa mavzusida talqin qilinadi. Odatda alkogolli rashk vasvasasi sistemalashgan bo`ladi. bemorlarning hulq-atvori qo`pol tarzda noadekvat bo`ladi. Ular ishga ketayotib, xotinlarini qamab qo`yadilar, ulardan «aybini bo`yniga olishini talab qilib», kaltaklaydilar, ularga «vafodorlik belbog`ini» taqib qo`yadilar. Ba`zida xotinlarining taxminiy jazmanlariga hujum qiladilar. Alkogolli rashk vasvasasi kelib chiqishida jinsiy faoliyatning buzilishi katta o`rin tutadi: pasaygan potentsiya fonida alkogol ta`sirida jinsiy maylning ortishi kuzatiladi.

Boshqa turdagi toksikomaniyalar

Etil spirtidan tashqari, qator boshqa moddalar o`rganish, ruju qo`yish, ruhiy va jismoniy qaramlik chaqirishi mumkin. Keng ma`noda ular narkotiklar, ularni suiste`mol qiluvchi shaxslar esa – narkomanlar (giyoxvandlar) deb nomlanadi. Uyqu dorilari (barbamil, nembotal, noksiron va boshq.), stimulyatorlar (fenamin, tsentedrin, sidnofen, sidnokarb va x.z.) va boshqa dori vositalarini uzoq vaqt iste`mol qilinganda patologik ruju qo`yish rivojlanishi mumkin. Narkotiklar ham enteral, ham parenteral yo`lar bilan qabul qilinadi. Gashish (hind nashasi, anasha, marixuana) odatda tamaki bilan aralashtirib chekish yo`li bilan iste`mol qilinadi. Ko`pincha psixopatik shaxslar narkomanlarga aylanadilar. Narkotik vositalarni qabul qilish kayfiyat ko`tarilishi, kayfichoklik hissi, ko`tarinki xursandlik holatini chaqiradi. Ammo doimiy iste`mol qilinganda bu ta`sirga faqat narkotik vositani qabul miqdorini oshirgandagina erishish mumkin bo`ladi. Asta-sekin modda almashinuvi o`zgaradi. Uning yangi darajasini ta`minlab turish uchun bemor organizmida narkotik modda doimiy mavjud bo`lishi zarur. SHunday qilib, ruhiy qaramlik jismoniy qaramlikka o`tadi, bu esa giyoxvandni narkotik moddani yana va yana qabul qilishga majbur qiladi. Iste`mol qilishning vaqtinchalik to`xtatilishi abstinent reaksiyani chaqirib, bu asosiy belgilari bilan alkogolizmdagi abstinent (xumor) sindromini eslatadi, ammo nisbatan og`irrok o`tadi. Bosh og`rig`i, xolsizlik, ich ketishi, qusish, tushkun kayfiyat, tajanglik, yig`loqilik kuzatiladi. Bu holatlarda giyoxvand hamma narsaga tayyor bo`lib, narkotik moddani topish uchun hatto jinoyat sodir etishi mumkin. Ko`pincha giyoxvandlarda intoksikatsiya natijasida oneyroid, delirioz, gallyutsinator-paranoid klinikali psixozlar rivojlanadi. Suitsidal harakatlar sodir etilishi mumkin. Uzoq vaqt narkotik moda qabul qilish, ohir oqibatda, albatta ruhiy, jismoniy va ijtimoiy degradatsiyaga olib keladi.

Tibbiy xodim doim shuni yodda tutishi lozimki, ba`zi dori vositalarini uzoq vaqt davomida qo`llaganda ma`lum extiyotkorlikka amal qilish kerak. Qaramlik rivojlanishi holatlarini oldini olish maqsadida, bir xil dori vositasi bilan davolaganda tanaffuslar qilib turish, zarurat bo`lmaganda bemorning hoxishiga

ko`ra dori miqdorini oshiravermaslik; davolash jarayonida analogik ta`sirli, ammo turlicha dori vositalarini qo`llash lozim. O`rta tibbiy xodim hech qachon bemorlarning narkomanik moyilliklarini quvvatlamasliklari, shifokor tayinlamagan dori vositalarini bermasliklari kerak. Davolash muassasasining har bir bo`linmasida narkotik moddalarni saqlash, tarqatish va qo`llashda qat`iy nazorat tashqil qilingan bo`lishi zarur.

Davolash narkomaniyalarda yopiq bo`lim sharoitlarida qat`iy nazorat ostida o`tkazilishi lozim. Bo`limda narkotik moddani uzatilishining har qanday imkoniyatlari bartaraf etilishi zarur. SHu maqsadda o`rta tibbiy xodim giyoxvand bemorni qarindoshlari, «do`stlari» bilan uchrashuvlarini alohida nazorat ostiga olishi kerak. Bir bemorlar ikkinchisiga dori vositalarini bermasliklarini ham kuzatib turish zarur. Tibbiy hamshira diqqat bilan bemorlarga keltirilgan oziq-ovqatlar, tamaki maxsulotlarini tekshirishi zarur. Davolash kompleks tarzda o`tkazilishi lozim. Psixoterapiya katta ahamiyatga ega bo`lib, uning maqsadi bemorning hayotiy yo`nalishini o`zgartirishdir. Faol dezintoksikatsion terapiya bemorning somatik holati, abstinentsiya og`irligiga qarab, odatdagi narkotikni bosqichli yoki keskin bekor qilinishi fonida o`tkaziladi. Umumquvvatlovchi davolash – vena ichiga glyukoza, insulin, kal`tsiy xlor eritmasi, vitaminlar, uyqu bilan davolash maqsadga muvofikdir.

O`z-o`zini nazorat qilish uchun savollar va vazifalar


1. Alkogol intoksikatsiyasi darajasinima bilan aniqlanadi?
2. Patologik mastlikning ehtimoliy sabablarini sanab o`ting.
3. Ma`lum alkogol psixozlarini sanab bering.
4. Abstinentsiya nima?

PRAKTIKUM

Ruhiy statusni tekshirish va yoritish

Tekshiruv usullaridan biri – ekspress-usul 10 daqiqadan ko`p vaqtni olmaydi (agar bemorda yuqori chalg'uvchanlik holati kuzatilmasa) va ayrim vaqtlarda, kam tizimlashgan yondashuvda ahamiyatsiz qolgan ruhiy buzilishlarni aniqlashga imkon beradi. Gospitalizatsiya qilingan bemorlardagi organiq va ruhiy buzilishlarga nisbatan uning mahsusligi 82%, sezgirligi 87% ni tashqil qiladi.

Vazifa	Maksimal ball
Orientatsiya	
Bemordan	5
Uning xozirda qayorda ekanligini aytishini iltimos qiling (etaj,uy raqami, muassasa, shaxar)	5
Darhol esga olish	

Bemordan bir-biri bilan bog'langan uchta buyum nomini aytishni, keyin ularni takrorlashni so`rang	3
Bemordan ketma-ket 100 sonidan 7 raqamini ayirishni so`rang (besh marta ayirish etarli) Boshqa usuli – so`zni teskarisiga aytish	5
Kechiktirilgan yodga tushirish	
Bemordan tez yodga tushirish vaqtidagi uchta buyum nomini takrorlashni iltimos qiling	3
Nutq va praksis	
Bemorga qalam va qo'l soatini ko`rsatib, ularning nomini so`rang	2
Bemordan quyidagilarni takrorlashni surang: Na "xa", na "yo`q", na "yoki"	1
Uchta ketma-ketlikdagi harakatlarni bajarishni surang: (masalan, qog'ozni olib, uni ikkiga buklash, polga qo`yish)	3
YOzma instruktsiyani bajarishni iltimos qiling (masalan, "Ko`zingizni yuming")	1
Bemordan istalgan qisqacha jumlani uylab, yozib berishni iltimos qiling	1
Bemordan shu rasmni chizishni surang	1
	

Natija: umumiy maksimal ball - 30. Agar ball 24 dan kam bo`lsa, deliriy yoki dementsiya haqida ehtimolini ko`rsatadi; 18 dan 23 gacha engil yoki o`rta buzilishlar, 17dan kami esa og'ir buzilishlar.

Bemorning ruhiy holatini eritish

(ruhiy status)

1. emotsional-iroda sohasi

Tashqi ko`rinish: bemorning tashqi ko`rinishi irkit, (ozoda, soqoli olingan), sochlari kir (toza), taral(ma)gan. Kiyinishi orasta (jamiyat meyorlariga mos, urf bo`yicha).

Xulqi: bo`limda (kam) mulokatchan, samimiy, jahldor, konfliktniy, shubhachi, ko`proq etadi (yulakda sayr qiladi, televizor ko`radi).

SHifokor (hamshira) yoniga faqat chaqirik (o`z xoxishi) bo`yicha keladi.

Psixiatriya kasalxonasida etganidan kayg`uda (emas).

Mimika: kamaygan (jonli). YUz ifodasi quvnoq (g`amgin, qovog`i soliq, jahldor, uychan).

Jestikulyatsiya: faol (sust, yo`q). Bemor tormozlashgan, kam harakat.

Muloqot. Unga qaratilgan nutqga sekin (tez) e`tibor beradi. Produktiv muloqotga kirish(may)adi. Savollarga ma`no(siz)li bo`yicha javob kaytara(may)di, kam (ser) gap.

Nutq: baland (past, normal) ovozda, nutq tezligi oshgan (sekinlashgan, normal). (No)aniq gapiradi, tez (qiyinchilik bilan) bir mavzudan boshqasiga kuchadi.

Kayfiyat: bemor o`z holatiga nisbatan befarq (emotsional turg`un, kuchli xayajonlangan). Bemor havotirda, nimadandir qo`rqadi, qo`zg`aluvchan (tormozlangan). Atrofdagilarga e`tibor qil(may)adi.

Bemor depressiv holatda (patologik ko`tarinki kayfiyatda, normal ko`tarinki kayfiyatda).

2. Ongni aniqligi

Bemorning vaqt, makon va o`z shahsi, atrofdagi kishilarga nisbatan mo`ljali buzil(ma)gan. Bemor komatoz holatda (karaxt, soporoz holatda). Bemorda deliriy, oneyroid, ongning namozshomsimon qorong`ulashuvi, amentsiya (isterik talvasa, «isitmalash vasvasasi», «ok alaxlash»).

Bemorda tilni tishlash, og'izdan ko'pik chiqishi, ixtiersiz siydik ajralishi, tutqanoqlar bilan kecha(may)digan, tez-tez yuzaga kel(may)adigan, xush yo`qolishi(siz) xurujlar(talvasalar) kuzatiladi. O`zini bemor (emas) deb hisoblaydi.

3. Sezgi, idrok

Bemor ko`zlari (ichki nigoh bilan) bilan kuzatayotgan kurinishlarga ahamiyat beraditmechaet videniya, (vnutrennim vzorom), joylashgan o`rni(lari)ni ko`rsata ola(may)di, ular yorqin(emas), tirikday(tanasiz va shaffof) ko`rinadi, tovushlar chiqara(may)di, gapira(may)di. Bemor ularni ko`pincha ertalab (kechkurun, kunduzi, tunda) kuradi. Bemor tashqari (ichkari)dan ovozlarni eshitadi, ular imperativ (maslaxat beruvchi, dustona, sharxlovchi) xarakterga ega.

Bemor odatdagi xidlarni qanaqadir boshqacha, odatdan tashqari sezayotganligiga aniqladi. U oddiy ovqatning o`z ta`mini o`zgartirayotganligini seza boshladi, ta`mni xis qilishi ovqatlanishga bog`liq (emas).

Bemor terisida (qorni ichida, boshida) yot tanachalarni xis etmokda. Atrofdagi narsalar bemorga o`zgargan (g`alati, o`zigi o`xshamagan, o`zidan uzoq (yaqin) masofada joylashgan) dek tuyulayapti.

Bemor vaqti-vaqti bilan o`z tanasining katta(kichik)lashganligini xis etadi. U shahsiy fikr, xislarini begonaligini sezadi. O`zi bilan sodir bo`laetgan xodisalarni, guyoki tashqaridan kuzatadi.

1. Tafakkur

Bemor o`zida quyulib kelayotgan fikrlarni boshqarish qiyin bo`lgan holatni xis etadi (to`satdan fikrlar buzilishi yuzaga keladi).

Bemorni noxush fikrlar (intilishlar, tushlar, xotiralar) bezovta qiladi, ulardan xalos bo`lishni istaydi, lekin uddasidan chiqa olmaydi. O`z irodasiga qarshi nimanidar qilish yoki aytish xaqida fikrlar paydo bo`ladi.

Bemor qorong`ulik (balandlik, ochik joylar, chegaralanganmakonlar, o`tkir buyum, o`lim, og`ir kasallik, yolgizlik) dan qo`rqadilar. Ularda tumonat odamlar ichida noqulaylik xissi yuzaga keladi.

Bemorga tuyuladiki, (ishonishicha, tahminicha), uni kuzatishayapti (ta`qib qilishayapti), uning sezishicha, xayoti xavf ostida (unga nisbatan til birlashtirilgan),

kimlardir unga ta`sir kilayapti. Uylashicha, uni tunashmoqchi (zaxarlashmoqchi, kvartirasiga egalik qilishmoqchi). Hisoblashicha, fikrlarni masofadan o`qish (ulkan xokimiyat, buyuklik, o`lmaslik, katta boylik, katta ilmiy kashfiyotlar ixtiro qilish) kabi g`ayrioddiy qobiliyatlarga ega, o`zini g`ayritabiiy inson deb hisoblaydi.

Bemor xotini (eri)ni hiyonatkorlikda gumon qiladi. Uning sezishicha, atrofdagi kechayotgan barcha voqealar kimlar tomonidandir tashqillashtirilgan, u doimo atrofdagilarning diqqat markazida, atrofdagilar uning barcha kamchiliklarini biladilar.

Bemor o`zini yomon harakatlar, jinoyatlar sodir etganlikda ayblaydi, o`zini ma`naviy majrux ekanligiga ishonadi.

Uning ishonishicha, ogir kasallik (davolab bo`lmaydigan yoki uyatli) kasallik bilan xastalangan, uning tanasida atrofdagilarning ko`ziga tashlanadigan majruxlik mavjud.

Uning uylashicha, notanish odamlar dushmanlik maqsadida qarindoshlari (tanishlari) qiyofasiga kirib olishgan.

Bemor tuturuqsiz umumlashtirishlarga, natijasiz donishmandlikka moyil

5. Intellekt, xotira

Bemor xozirgi sanani ayta olmaydi, kasalxonadan qachondan buyon etganligini, xozir qaerdaligini, nonushtaga nima iste`mol qilganligini so`zlay ola(may)di, shifokor ismini eslay ola(may)di.

Arifmetik misollarni (uzoq vaqt mobaynida) xal qila ola(maydi), makol va topishmoklarning ko`chma ma`nosini tushuna(may)di, boshqa mamlakatlar nomini bil(may)adi.

SHoshilinch holatlarda

birinchi yordam ko`rsatish algoritmlari.

1. Tutanoq talvasasi.

Hamshiraga kechktirib bo`lmas yordamni ko`rsatishni boshlashga undaydigan quyidagi ma`lumot: ongni yo`qligi, og`izdan ko`pik kelsa, tonik va klonik tutilish.

1. Agar bemor yo'ziga qarab eqilgan bo'lsa, asfiksiyani oldini olish maqsadida, uni ag'darish kerak.

2. Agar tutilish ovqatlanish vaqtida vujudga kelgan bo'lsa, asfiksiyani oldini olish uchun, og'zidan ovqat qoldiqlarini olib tashlash kerak.

3. Boshi shikastlanmasligi uchun, uni tagiga yastiq yoki yumshoq o'yinchoqlar qo'yish lozim.

4. Solagi erkin oqib tushishi uchun boshini biron bir tarafga buri shva shikastlardan saqlagan holda ushlab turish kerak.

5. Havodan erkin nafas olishi uchun ko'ylagining yoqasini echish, kamarini bo'shatish lozim.

6. Bemor tilini tishlab olmasligi uchun, og'ziga jag' tishlari orasiga rezinali naycha yoki doka Bilan bir-necha qavat oralgan temirli shpatel' qo'yish krak, agar bular bo'lmasa, unda bog'langan rumolni ishlatsa bo'lsa.

7. SHifokorni chaqirish kerak.

2. epileptik status.

Xamshiraga epileptik statusni aniqlashda ko'maklashuvchi ma'lumot: ketma-ket kechuvchi tutqanoq talvasalari talvasalar orasida ongni tiniqlashishini yo'qligi.

1. SHifokorni chaqirish kerak.

2. Provesti meropriyatiya po standartu «Tutqanoq talvasasi» standartu bo'yicha yordam ko'rsatish lozim.

3. Talvasalar o'rtasidagi vaqt mobaynida, mexanik asfiksiyani oldini olish maqsadida tilini yutib yuborishini bartaraf etish yoki qayt qilish oqibatidan, so'lakdan tozalash kerak.

4. SHprints va ninalar tayyorlash.

5. Kerak bo'lsa, shifokor yo'q bo'lsa, 10 ml 40% glyukozada eritilgan 4ml – 0,5% sudksen eritmasini asta sekinlik bilan qon-tomirga yuborish kerak (talvasalar o'rtasida).

6. Tomir ichiga 10ml 25% magniy sul'fatini yuborish.

7. Tomir ichiga litik aralashmani:

- promedol 2%- 1 ml eritmasini,
- anal'gin 25%- 2 ml eritmasini,
- dimedrol 1%- 2 ml eritmasini,
- novokain 0,5% - 2 ml eritmasini.

3. Ongning delirioz buzilishi

Deliriyni payqashga ko`maklashuvchi ma`lumot: qo`rquv, qo`rqoqlikni paydo bo`lishi, gallyutsinatsiyalar ob`ektiv belgilari, atrifiga noto`g`ri orientir olish.

1. Bemorni kuzatish palatasiga o`tkazish.
2. SHifokorni chaqirish.
3. Lozim bo`lsa, shifokor bilan kelishilgan holda, qochishni, tajavuskorlikni, o`ziga shikast etqizishni oldini olish maqsadida, maxanik siquvga olish (stesneniya) choralarini qo`llash.
4. SHprints va ninalar tayyorlash.
5. Kerak bo`lsa, shifokor yo`q bo`lsa – tomir ichiga 2ml 2,5% tizertsin - sutkaga 2 maxal.
6. Kordiamin 1,0 teri ostiga sutkaga 1 maxal.

TURLI PSIXIK BUZILISHLARDA HAMSHIRALIK PARVARISHLASH

Gallyutsinator va vasvasalali bemorlarni parvarishlash

Gallyutsinator va vasvali bemorlar tibbiy xodimlar tomonidan katta e`tiborga loyiqdir. Bunaqa bemorlar ko`pincha o`zi uchun xam atrofdagilar uchun ham xavfli bo`lishlari mumkin (ayniqsa imperativ gallyutsinatsiyalari bor bemorlar, shuningdek bemorning vasvasasiga boshqa bemorlar va tibbiy hodimlardan birontasi qo`shilib ketsa).

Bemor yo`q ovzlarni eshitishi mumkin, yani eshituv gallyutstnatsiyalari vujudga kelishi kelishi mumkin. Bunda bemorga bu ovozlari tuyulgandek emas, aksincha rostan eshitayotgan bo`ladi. ovzlar ko`pincha yoqimsiz (tahdid qiladigan, xaqoratlovchi) bo`lishi mumkin. Bu ovozlari ta`sirida, agar ular buyursalar, bemor

atrofdagi kimnidir urib yuborishi mumkin, yoki o`ziga biron ziyon etqizishlari mumkin. Ovzlar ta`sirida bemorlar ovqtdan bosh tortishlari mumkin, savollarga javob bermasliklari mumkin, o`z joniga suyuqast qilishlari mumkin. Bemorda gallyutsinatsiyalar mavjudligini bilvosita belgidan bilish mumkin. Gallyutsinatsiyasi bor bemor nimanidir pichillab gapirishi mumkin, o`zi bilan o`zi gaplashishi mumkin, atrofga shubhalanib qarshi mumkin, sababsiz irshaishi mumkin, suxbat vaqtida birdan jim bo`lib qolishi mumkin, berilgan savolni qayta-qayta so`rashi mumkin, mos kelmaydigan javoblar beradi.

Vasvali g`oyalar (ta`sir, ta`qib, o`zini ayblash, munosabat va boshq.) bemor uchun og`ir kechinmalar sababi bo`lishi mumkin, bu esa uni xarakatlarida namoyon bo`ladi.

Ba`zida, bemor o`z vasvali g`oyalarini gapirmaydi, «ovozlar» mavjudligi xaqida gapirmaydi, aksincha ularni tibbiy xodimlardan berkitishga xarakat qiladi. Ammo bunaqa bemorlarning xatti-xarakatlarida, ba`zi gaplarida, ovozida gumosirashlik yoki dushmanlik, yashirayotgan o`z joniga suyuqast qilishga intilishi aks etadi.

Bemorda vasvasa borligini, u xech qanday izoh bermaydigan, alohida bir va shubxali gaplaridan, uning ba`zilarda ajab tovur ko`rinishga ega bo`lib turib qilayotgan kesatishlaridan va e`tiroz, xodimlarga nisbatan dushmancha qarashdan, ovqatdan bosh tortishdan, bilish mumkin.

Bemorlarda gallyutsinatsiya va vasvasa borligiga shubxa qilinsa, hamshira bunaqa bemorlar bilan, iloji boricha ishonchlilik munosabatlarini o`rnatishga xarakat qilish kerak, vash u bilan birga rasmiylikka yo`l qo`ymaslik kerak. Bunaqa bemor bilan gap talashish, uni gaplari manosizligini ta`kidlab qayta ko`nidirishga xarakat qilish mumkin emas, Chunki bemorning fikri o`zgarmaydi, tibbiy xodim esa unga teskari bo`lib qoladi. SHuning bilan birga bemorga unining kechinmalarini tushungandek yon bosish xam kerak emas. Bemor bilan suhbatlashganda, uni tushunishyatganini fikri xurmatga loyiqligini, lekin uning fikri yagona to`g`ri fikr emasligini ko`rsatish lozim.

Psixomotor qo'zg'algan bemorlarni parvarishlash

Qo'zg'algan bemorlarga katta e'tibor berish lozim. Qo'zg'alish shizofreniyada uchrashi mumkin (katatonik va gebefrenik qo'zg'alish), maniakal'no-depressiv psixozda, turli etiologiyali delirioz va amentiv xolatlarda.

Agar bemor qattiq bezovtalanish va qo'zg'alish holatiga tushishni boshlasa, avvalom bor parvarishlovchi xodimlar tunchlikni va o'zini nazorat qila olishni saqlashlari lozim. Bemorni yumshoq ovutishga, fikrlarini boshqa tarafga yo'naltirishga xarakat qilish kerak. Ba'zilarida, bemorga yordam berishi mumkin bo'lgan, umuman bezovta qilmaslik kerak. Bunda, bemor o'ziga va atrofdagilarga ziyon etkazmsaligiga qarab turush kerak. Agarda bemor qattiq qo'zg'alib ketsa (masalan eshikka va derazaga qarab intilmoqda, atrofdagilarga xujum qilyapti), shifokor tavsiyasiga ko'ra hamshiralar uni yotog'ida ushlab turishadi.

Odatda, bemorni yotog'ida to dorilar qilinmaguncha ushlab turishadi. Hamshira nafaqat qo'zg'algan bemorning yotog'da ushlab turish usullarini bilish lozim, balki ularni farroshlarga ko'rsata olishi va kerak bo'lsa, ularni boshqara olishi kerak. Bemorning qo'zg'alishing kuchliligiga qarab, uni yotog'ida ushlab turush uchun 1-2 farrosh kerak bo'ladi, ba'zilarida buning uchun 3-4, 5 farrosh kerak bo'ladi. Bemor qattiq qo'zg'alganda, uni yotoqqa orqasi bilan yotqiziladi, oyoqlari va qo'llari to'g'ri bo'lishi kerak. Yotoqning ikkala tarafidan ikkitadan farrosh turib oladi. Ikkitasi qo'lini, elka va kaftini maxkamlab ushlab turadi, ikkitasi soni bilan boldirini. Farroshlardan biri oyoqqlarin, boshqasi esa qo'llarini – chap qo'l o'ng ustiga ko'yib qovushtirib ushlab turadi. Agar bemor qo'zg'alish vaqtida kallasi bilan urish yoki tishlashga xarakat qilsa, yana bir odam uning kalasini ushlab lozim. Uning uchun farrosh yotoqni bosh tarafiga turib olib peshonasini sochiq bilan o'rab, kallasini yostiqqa bosib turadi. Ushlab turish vaqtida bemorga og'riq etkazib bo'lmaydi, shuning uchun uni ushlaganda choyshab yoki ko'rpa bilan ushlab kerak. Bemorning qorniga yoki ko'kragiga bosish mumkin emas, Chunki qovurg'alari sinib qattiq og'rishi mumkin.

Agarda qattiq qo'zg'alagan bemor biron-bir narsa bilan dag'-dag'a qilib o'ziga yaqin yolatmasa, uni yoniga adiyolni ochiq xolda ko'tarib olib yaqinlashib

kelib, tezda yopib olish kerak. Bundan so`ng darov yotoqqa yotqizib, yuqorida etib o`tilgan usul bilan ushlab turash kerak.

Qo`zg`alagan bemorni bir xonadan boshqa xonaga o`tzizayotganda xam uni to`g`ri ushlab turish lozim. Bu uchun qo`zg`alishnig kuchliligiga qarab va bemorning kuchiga qarab bir-nechta usul mavjud. Agar bemorni bitta farrosh olib borayotgan bo`lsa, u bemor yoniga orqa tarafidan kelib qollarini xoch-ma-xoch qilib yonida ketishi lozmi. Bemor qarshilik ko`rsatishi mumkin: chiqib ketmoqchi bo`ladi, kallasi bilan urmoqchi bo`ladi. Bu narsalarni oldini olish maqsadida chalishtirilgan qo`llarni ko`tarish kerak, bu bilan elka va kallani xarakatlari chegaralanadi. Qo`zg`alish yuqori darajada bo`lganda bemorni ikkita farrosh olib boradi. Bu xolda xar bir farrosh bemorning bir qo`lidan, kafti va elkasidan (tirsak bo`g`inidan yuqoriroq), qo`llarini ushlab qo`llarini yon tomonga tortiladi.

Depressiyasi bor bemorlarga parvarishning o`ziga xosliklari

Depressiyasi bor bemorlarga parvarishning o`ziga xosligi birinchi navbatda o`z joniga suyuqastqilishdan saqlab qolishdir. Bunaqa bemorni na kunduzi, na kechasi bir qoldirish mumkin, boshibi bilan adiyol bilan yopinib olishga yo`l qoymaslik kerak, xojatga, xommomga bir o`zini chiqarib bo`lmaydi va x.k. Bemorni (xonada yo`q vaqtida) xavfli narsalar (siniqlar, temirchalar, arqonchalar, iplar, dorilar va boshq.) yo`qligiga amin bo`lish uchun uni kiyimini tekshirish kerak. Bemor dorini albatta hamshirani oldida qabul qilish kerak, dorilarni berkitib to`plab suyuqast maqsadida ishlatmasligi uchun; shuningdek uni kiyimi tekshirish kerak – xavfli buyumlar bo`lmasliklari uchun.

Bemorning ahvoli anchayin yahshilanishiga qaramasdan, xushyorlikni susaytirish to`g`ri kelmaydi. Bunaqa bemor, ahvoli yahshilangan vaqtda, aksincha o`ziga xavfliroq bo`lib qolishi mumkin. endi uni kuchi suyuqastni amalga oshirishga etarli darajaga etdi – Chunki ahvoli og`irroq bo`lgan vaqtda uni amalga oshiraolmasdi.

G`amgin depressiyali bemorlar o`ziga e`tibor bermaydilar, Chunki ularga aloxida bir parvarish kerak: kiyinishiga, cho`milishga, taranishga va o`rnini

yig'ishtirishga yordamlashish kerak, ovqatini eyishini nazorat qilish kerak, buning uchun esa ko`pincha ularni uzoq vaqt davomida sabr bilan yumshoq ko`ndirish kerak bo`ladi. SHuningdek ularni ko`pincha sayr qilshga xam ko`ndiriga keladi. Ularning kechinmaliriga xurmat bilan tushinib ovuntirish kerak.

Depressiv kasallar o`z ichiga kirib ketgan, ovozi chiqmaydi. Ular suhbat boshlay olmaydilar. Ular suhbatga kirishib ketishga qiynaladilar. Ularning gaplari sekin, past ovozlidir. Bu bemorlar kamxarakat, va shuning uchun xam ularni bironta ishga majburlab bo`lmaydi. Agar bemorda dilini ochishga e`xtiyoj yuzaga kelsa, va u o`zi tibbiy xodimlarga murojat qilsa, u holda unga e`tibor bilan eshitib dalada berish lozim. Depressiyasi bor bemorlar oldida turli begona gaplar gapirish mumkin emas, Chunki ularni bemorlar boqacha ma`noda tushunishlari mumkin.

Xavotirli depressiyasi bor bemorlar o`ziga joy topa olmaydilar, bulimda u yoqdan bu yoqqa bezovtalanib yuradi, ingrashadi (ajitirlanagan depressiya). Ularga alohida nazorat kerak, Chunki ular suyuqastga intiladilar, ko`pincha xayotdan ko`z yumishlariga yordam berishni so`rashadi. Bunday hollarda bemorlani ushlab turush kerak. Darxol navbatchi shifokorga bemorning ahvoli haqida ma`lumot berish kerak.

**Jismonan zaiflashgan, katatonik va depressiv stupor bilan bogliq
harakatsizlik, og'ir bosh miya organik zararlanishi va ovqatdan bosh tortish
holatlari bo`lgan bemorlarni parvarishlash.**

Odatda bo`limda, katatonik va depressiv stupor holatida bo`lgan, og'ir organik bosh miya jarohtlari va valajliklar yoki chuqur aqliy zaifliklari bilan kuzatilgan, jismonan holsizlangan va boshka parvarishga muhtoj bemorlar bo`lishi mumkin. Ular ko`pincha mustaqil ovqatlana olmaydilar; bunday bemorlarni qo`l bilan ovqatlantirish va chanqog'ini qondirish zarur bo`ladi. Jismonan holsizlangan bemorlarga, shuningdek, yutinish jarayoni buzilgan bemorlarga asosan suyuq ovqatlar, kichik miqdorlarda, shoshilmasdan beriligshi lozim, Chunki bemorlar qalqib kentishlari mumkin. Bemorlar kiyimlari va o`rin-to`shaklarining tozaligini ham nazorat qilish zarur. SHu maqsadda vaqti-vaqti bilan bemorlarga tuvakni

ko`rsatish zarur. Ichaklarni tozalash uchun tozalovchi klizmalar o`tkaziladi. Turishga ijozati bo`lgan bemorlarni, xojatxonaga kuzatib borish zarur. Siydik tutilib qolgan holatlarda (ko`pincha bu katatonik bemorlarda kuzatiladi) uni kateter yordamida chiqariladi. Bemorlarning teri qoplamalari diqqat bilan (xaftasiga 1-2 marta) ko`rib chiqilishi lozim, Chunki ularda yotoq yaralar va bichilishlar yuzaga keladi. Dumg`aza va dumbalar sohalariga alohida ahamiyat berish lozim. YOtoq yaralarning birinchi belgilari – terining turg`un qizargan soxlari paydo bo`lganda – bemorni rezina doiraga yotqizish, terini doimiy tarzda kamfora spirti bilan artib turish lozim. Ayniqsa bemor ovqatlanmasa va suyuqlik ichmasa, balki uni zond orqali ovqatlantirilganda, uning og`iz bo`shlig`ini yuvib turish zarur. Bemor sochlarinig tozaligini nazorat qilish lozim (yaxshisi kalta qilib qirqish kerak).

Ovqatdan bosh tortuvchi bemorlar tibbiy xodimlarning ko`p ahamiyatini jalb etadi. Bemorning ovqatdan bosh tortishi, birinchidan, uning ahvoli og`irlinini ko`rsatsa, ikkinchidan bemorning to`g`ri oziqlanishini buzadi, bu esa uning ahvolini yanada og`irlashtiradi, va uchinchidan, uni parvarishlashni qiyinlashtiradi, Chunki bunda alohida tadbirlarni ko`rishga to`g`ri keladi va bularni bemor o`ziga nisbatan jismoniy kuch ishlatilishi deb biladi.

Ba`zida bemor har qanday ovqat va suyuqlikdan butunlay bosh tortishi va yoki bemor ovqat emasligi, ammo suyuqlik ichishi, yoki u faqat alohida turdagi ovqatlarni talab qilishi mumkin (masalan, faqat non va choy ichadi), boshqa turdagi ovqatlardan esa qat`iyan bosh tortadi; ba`zida bemor kasalxona ovqatini emasligi, faqat uydan olib kelingan ovqatlarni eyishi mumkin. Tibbiy xodim bularning `archasini qayd etishi lozim.

Ovqatdan bosh tortish turli sabablarga ko`ra kelib chiqadi: katatonik stupor yoki aksincha, katatonik qo`zg`alish, negativizm, vaksvasa g`oyalari (zaharlash, o`zini ayblash), bemorga ovqat eyishni ta`qiqlovchi imperativ gallyutsinatsiyalar. Har bir alohida holatlarda ovqatdan bosh tortish sabablarini aniqlashga harakat qilish lozim. Agar bemor ovqat zaharlangan deb hisoblaganligi uchun ovqat dan bosh tortsa, bu holatlarda unga ovqatga «zahar» tega olmaydigan ovqatlar,

masalan, po`chog`i archilmagan tuxum taklif qilinadi. Bu holatlarda bemorning ko`zi oldida tibbiy xodimning o`zi ovqatni tatib ko`rishi, ba`zida bemorni ovkatni eyishiga olib keladi. Depressiv holatlardagi bemorlarga agar ular ovqat esalar, tezroq tuzalib, tezroq kasalxonadan chiqarilishlarini aytish mumkin.

Negativizmدا bemorni ko`ndirishga barcha urinishlar odatda foydasiz. Xatto buning aksi bo`lishi: qancha bemorning fikrini o`zgartirishga urinishsa, u shuncha aks ta`sir ko`rsatishi mumkin. Bunday holatlarda bemorning oldida ovqatni qoldirib, bironta so`z demay, chiqib ketish zarur. O`ziga e`tibor berishmayotganligiga amin bo`lganidan so`ng , bemor ovqat eya boshlaydi. Ko`pincha och qoringa 10-15 ED insulin tayinlanishi, bemorlarda ochlik hissini chaqiradi yoki bemorlarda amital-kofeinli qo`zg`atish chaqirib, so`ngra ovqatlanitirish mumkin.

Alohida holatlarda bemorlar faqat birorta tibbiy hodim yoki qarindoshlaridan biriga o`zlarini ovqatlantirishlarini ishonadilar.

Agarda barcha ko`rilgan choralar samara belmasa, bemorni sun`iy – zond orqali ovqatlantirishga to`g`ri keladi. Buning uchun bemorni kushetkaga orqasi bilan yotqiziladi. Agar bemor qarshilik ko`rsatsa, uni ikkita farrosh ushlab turadi. Zondni uchini vazelin yoki glitserin bilan yaxshilab suritiladi va burun orqali kiritiladi. Odatda zond qiyinchiliklarsiz burundan dumoqqa, o`tdan qizil o`ngachga o`tadi va oshqozonga tushadi; buning uchun zond 50 sm uzunligka kiritiladi. Zond dumoqdan o`tayotgan paytda bemorda reflektor qayt qilish xarakterlari chaqirilishi mumkin. Bu paytda qisqa muddatga nafas to`xtab qolishi mumkin, bemor qizarib ketadi, kuchanadi. Bunaqa holatlarga bemorga og`zini ochib burun orqali nafas olishi va yutinishi kerakligi kerakligi etiladi. Nafas olish qiyinglashganda, yuz ko`karganda, qo`zg`alish kuchayganda zondni darxol olib tashlash kerak, chushki bu zond traxeyadaligidan darak beradi. Agra zondni burun orqali kiritishni ilojisi bo`lmasa (burun to`sig`i qiyshaganda, poliplar bo`lganda), bu holda uni og`iz bo`shlig`i orqali kiritish kerak, ammo bemor zondni tishi bilan tishlab olmasligi uchun, avva og`iz kengaytiradigan asbobdan foydalanish lozim.

Epilepsiyasi bor bemorlarni parvarishlash

Epilepsiyasi bor bemorlarni parvarishlashganda, fe'l-atvorini o'ziga xosliklarini tufayli boshqa bemorlar bilan tez-tez janjalashib turishlarin esda tutish kerak. Hamshira bemorni o'z vaqtida chalg'itish, tinchlantirish lozim. Lekin bemor serjaxil, zo'riqqanligicha qolsa darxol shifokor ma'lumot berish lozim. bemorda bir necha soat yoki kun davom etishi mumkin bo'lgan disforiyada, unga tez-tez murojat qilish, biron-bir mashg'ulotka jalb qilishga xarakat qilish mumkin emas, Chunki bemor bu paytda o'tta jahldor va jizzaki bo'ladi. YAxshisi unga to'liq tinchlik kerak.

1,5-3 daqiqa davom etuvchi tutqanoq huruji davomida, bemor to'satdan hushidan ketadi va yiqiladi. Bemorni tundagi tutqanoq hurujlari vaqtidagi lat eyishlardan extiyot qilish maqsadida, uni past krovatga yotqiziladi. Tutqanoq vaqtida erkaklarda darxol ko'ylak va shimlari tugmalarini echish, ayollarda yubkalarini echish, bemorni yuzini yuqoriga qaratib yotqizish zarur. Agar bemor tutqanoq vaqtida yiqilib, talvasada erga o'zini urayotgan bo'lsa, uning boshi tagiga darxol yostiq qo'yilishi lozim.

Tutqanoq vaqtida bemorning yonida bo'lish zarur, Chunki huruj vaqtida lat eyishlar va jarohatlanishlarning oldini olish kerak, bunda bemorni ushlab turish kerak emas.

Bemor tutqanoq huruji vaqtida tilini tishlab olmasligi uchun, hamshira uni yon tomoniga yotqizishi, oziq tishlari orasiga, doka bilan o'ralgan qoshiq kirg'azishi zarur. Koshiqni oldingi tishlar orasiga kiritish mumkin emas, Chunki ular tutqanoq vaqtida sinib ketishi mumkin. Koshiq o'rnida sochiqning tugun qilib bog'langan burchagidan foydalanish mumkin. Agar tutqanoq bemor ovqatlanayotgan vaqtda boshlangan bo'lsa, hamshira shu zahoti uning og'iz bo'shlig'ini tozalashi lozim, Chunki bemor tiqilib qolib, bo'g'ilib o'lib qolishi mumkin.

Tutqanoq huruji tugganidan so'ng, bemor to'shakka yotqiziladi. Agar tutqanoq vaqtida bemorda siydik ajralgan bo'lsa, choyshabni almashtirish zarur.

Tibbiy hamshiraning insulinoterapiya

o`tkazish vaqtidagi vazifalari

Insulinoterapiya asosan shizofreniyali bemorlarga tayinlanadi. Avvaliga bemorlarning somatik xolati batafsil tekshiriladi. Sil kasalligi, yurak-qon tomir va buyrak, jigar kasalliklari, endokrin kasalliklar qarshi ko`rsatma bo`lib hisoblanadi. Davolash shu muolaja uchun maxsus ajratilgan xonada o`tkaziladi va shifokor hamda hamshira tomonidan o`tkaziladi.

Insulin in`ektsiyalari ertalab, och qoringa o`tkaziladi. Birinchi in`ektsiya 4ED insulindan boshlanadi. Keyin har kuni 4-8 EDdan ko`paytirib boriladi. Insulin yuborilgandan so`ng bemorlarda gipoglikemiya rivojlanadi, uning chuqurligi kiritilgan insulinning miqdoriga bog`liq. Davolashning boshlang`ich bosqichlarida kichik miqdordagi insulin yuborilganidan so`ng bemorlarda holsizlik, bo`shashganlik holati yuzaga keladi. Bemorlarda ochlik va chanqoq hissi paydo bo`ladi. Dori miqdori oshib borilishi bilan bu simptomatikaga ongning karaxtligi xolati qo`shiladi.

Davolashning ikkinchi bosqichida kiritilayotgan insulin miqdori o`sib borishi bilan, ongning yo`qolishi darajasi o`sib boradi: karaxtlik xolati soporga o`tadi. Bu holatda bemor bilan muloqot o`rnatish mumkin emas. Pay reflekslari yo`qoladi, patologik reflekslar paydo bo`ladi, bemorlar og`riq qo`zg`atuvchilariga javob bermaydilar, shu bilan birga psixomotor qo`zg`alish yuzaga kelishi mumkinligi sababli, bemor fiksatsiya qilinishi kerak.

Davolashning uchinchi bosqichida insulin miqdorini kundalik ortib borishi bilan bemorlarda, sopor va koma o`rtasidagi oraliq holat rivojlanadi: muloqot yo`qoladi, pay va teri, shuningdek, patologik reflekslar chaqirilmaydi, faqat qorachiqlarning yorug`likka zaif reaksiyasi saqlanib qoladi.

Etarli miqdordagi komatoz holatlarga erishilgandan so`ng, insulin miqdorlari har kuni 10 – 14 ED dan tortib, butunlay bekor qilingungacha kamaytiriladi.

Insulinoterapiyaga tayyorlash davrida va uni o`tkazishda bemorning somatik va ruhiy holatini ayniqsa batafsil nazorat qilish kerak bo`ladi. Somatik

holat nazorat qilinayotganda yuqumli kasalliklar yoki yallig'lanish jarayonlari rivojlanishini bildiruvchi belgilarga alohida ahamiyat qaratish zarur, Chunki ular insulinoterapiya o'tkazilishiga vaqtinchalik qarshi ko'rsatma bo'ladilar. Bemorlarning shikoyatlariga diqqat bilan munosabatda bo'lish, tana haroratini muntazam o'lchash va teri qoplamalarini ko'rib chiqish o'z vaqtida aniqlash uchun muhimdir. Insulinoterapiya kursi davomida davolash boshlanishidan avval va ma'lum oraliq muddatlarda kondagi qand miqdorini tekshirish o'tkaziladi. Tibbiyot hamshirasi bu muolajalarni aniq va o'z vaqtida bajarilishini nazorat qilishi lozim. Bemorning kiyimlari va choyshablarini muntazam tarzda almashtirish, bemorlar tomondan sonitar-gigiena qoidalariga amal qilinishi haqida albatta qayg'urish zarur bo'ladi.

Tibbiyot hamshirasi bemor venalarining joylashuvini oldindan o'rganib chiqishi, ulardan gipoglikemik holatlarni bartaraf etishda vena ichiga glyukoza eritmalarini quyish uchun foydalanishga imkon beradi.

Insulinoterapiya seansi vaqtida hamshira diqqat bilan gipoglikemiya rivojlanishi dinamikasini nazorat qilishi va uning belgilari paydo bo'lishini (vegetativ reaksiyalar, karaxtlik) qayd etishi lozim. Gipoglikemik holat chuqurlashuvi shifokorning bemor yonida doim bo'lishini talab qiladi.

Gipoglikemik holatni bartaraf etilishi shifokorning ko'rsatmasiga binoan insulinoterapiyaga javobgar bo'lgan hashira tomonidan o'tkaziladi. Bemorlar gipoglikemik holatdan chiqqanda, qandli sharbatni iste'mol qilganidan va ovqatlanganidan so'ng, o'z xonalariga o'tkaziladi.

Insulinoterapiyani asoratlari.

- *Tutqanoq xurujlari*, epilepsiyaning toniko-klonik xurujlarini eslatuvchi, alohida choralarni talab etadi. Xuruj tugagandan so'ng gipoglikemik holat bartaraf etiladi. Gipoglikemiya vaqtida tutqanoq xurujlarini paydo bo'lishi qarama-qarshi ko'rsatma bo'lmaydi
- *CHO'zilib ketgan koma* odiiy usul bilan gipoglikemiya holatidan chiqarib bo'lmaydigan holatni tashqil etadi. Bunaqa holatlarda tomir ichiga kofeinni (10% - 1.0-2.0), glyukozani (40%-20.0) eritmalari, ba'zi hollarda xatto

ko`proq miqdorda, 5% glyukoza eritmasi vena ichiga, zarurat bo`lganda kortikosteroidlar kiritiladi.

- *Qaytalanuvchi komalar* insulin komaning bartaraf etilganidang so`ng bir necha soatdan keyin rivojlanishi mumkin. Bunaqa hollarda bemorlarda yana gipoglikemik holatning belgilari paydo bo`lishi mumkin. Bunda esa tezda navbatchi shifokorni chaqirish va kechikib turmay oddiy gipoglikemik koma singari bartaraf etish kerak.

Elektrotutqanok terapiyasini o`tkazish vaqtida hamshiralarning vazifalari

ETT uchun asosiy ko`rsatma depressiv holatlar bo`lishi mumkin, agarda:

- o`ta xavotirlik bilan qo`shilsa
- suitsidal xarakter bilan birgalikda bo`lsa
- cho`zilgan depressiyalarda antidepressantlar bilan davolaganda natija bo`lmasa.

ETT tayyorlash davrida, o`z vaqtida mutaxassislarni maslahati, rentgenografiya, qon va siydik tahlillari qilinganligini nazorat qilish lozim. xam tayyorlash, xam keyinchalik davrlarda istmani kuniga 2 mahal o`lchash, xar kuni arterial qon bosimni o`lchash lozim, qon va siydik tahlillari esa haftasiga 1 marotaba o`tkazish kerak.

ETT seansi o`tkaziladigan kuni, bemorlar ovqatlanmasligiga, seans oldidan esa ichak va qovuqni bo`shatilganligiga nazorat qilinishi. Tishlarning holatini bilish, tutqanoq hurujlari vaqtida ular orasiga rezina valik yoki shpatel' qo`yish uchun, og'iz bo`shlig'ini ham ko`zdan kechirish lozim; echiluvchi protezlar og'iz bo`shlig'idan olib qo`yiladi. Bemorlar tor bo`lmagan, va oson echiladigan liboslarga kiyingan bo`lishi. Ayollarga xayz vaqtida eTT o`tkazilmaydi.

Ehtimolli asoratlar:

Miorelaksantlarni qo'llanmaganda, suyaklar chiqishi, (xususan pastki jag') va naysimon suyaklarni sinishi yoki umurtqa pog'onasini kompression sinishi kuzatilishi mumkin.

ETT o'tkazish uchun qarshi ko'rsatmalar: isitmali kasalliklar, yuraq qon tomir tizimi kasalliklari, glaukoma, bosh miyaning organik kasalliklari.

ETT o'tkaziladigan xonada quyidagi asboblar bo'lish kerak: og'iz tutqich, tiltuqich, adapter bilan laringoskop, intubatsion naychalar, bundan tashqari sun'iy nafas olish apparati, tonometr, qusiq massalarni yig'ish idishi. Dori vositalari: adrenalin, kordiamin, kofein, eritmalari bo'lgan ampulalar.

O'TILGAN MAVZULARGA OID VAZIYATLI MASALALAR

Masala 1

Bemor K., 32 eshda, zavod ishchisi. Xarakteri bo'yicha jizzaki, qaysar, mijg'ov (qo'limda yaracha chiqsa, darov shifokorni oldiga chopaman, ekzemamasmikin!). Anamnezida – ginekologik kasalligi tufayli uzoq vaqt mutaxassislarda davolangan. Bir kuni, tashqi jinsiy a'zolarining tasodifan ifloslanishi natijasida, bemorda sifilis bilan zararlanganligi xaqida fikr paydo buldi. Butun tanasi bo'ylab og'riq, xolsizlikni sezgan. Unga tili parchalanayotgan, burni yiringlagandek, terisida qizil toshmalar paydo bo'lib, ularni faqat «juda o'tkir ko'z», bilan ko'rish mumkinday tuyuladi. Venerik kasalliklar bo'yicha adabiyotlarni o'qidi va o'zida sifilisning barcha simptomlarini topdi. Venerolog-shifokor bemorni izchil tekshirib, bu tashhisni umuman rad etdi. SHunda bemor uzida «latent sifilis», bor degan xulosaga keldi. Bu xaqda do'stlarini, «ularga yuqtirmaslik uchun», ogoxlantirdi. eridan alohidalanib, o'zining kiyim va idishlarini soatlab qaynata boshladi. Bemorga kasal emasligini tushuntirish bexuda. Bemor o'zining «kasal ekanligiga», to'liq ishonadi va xayotini o'zini o'ldirish bilan yakunlamoqchi.

Uning shubhalarining asossiz ekanligi xaqidagi shifokor va qarindoshlarining barcha e`tirozlariga bemor ishonmayapti, xatto ularning mohiyatini tushunishga harakat qilmayapti. Sindromni aniqlang.

Masala 2

Bemor YA., 52 yoshda, injener.Xonaga kat`iyat bilan tez qadam tashlab kirdi.Taklifni kutmasdan o`tirib oldi va darxol tashabbusni o`z qo`liga olib, kasalligi xaqida gapira ketdi. ensa sohasidagi noxush xislar (og`riq emas)ga shikoyat qila boshladi, ayrim vaqtlarda boshida nimaningdir «kuyilishini» xis etadi. Bemorning xikoyasidan ma`lum bo`lishicha, u o`zida kasallikning birinchi belgilarini ikki yil avval sezgan. SHu davr mobaynida ko`p shifokorlar tekshiruvidan o`tgan, lekin ular bu shahsdan kasallik topmaganlar yoki katta ahamiyatga ega bo`lmagan kasallik buzilishlarini (buyin osteoxondrozining engil kurinishlari) aniqlaganlar. Bir necha marotaba professorlar konsul`tatsiyasida bo`lgan, Moskvaga qatnagan. O`zida qandaydir,shifokorlar aniqlay olmagan og`ir kasallik, balki – miya o`smasi, borligiga qattik ishongan. SHifokorlarning barcha e`tirozlari, ko`p marotalab o`tkazilgan analiz tekshiruvlarining manfiy natijalari, yuqori malakali mutaxassislarning maslaxatlarini inkor etib, tibbiyot darsliklari va monografiyalaridan o`zining kasalligiga «o`xshash» xastaliklar klinik ko`rinishlaridan dalillar keltiradi. SHuningdek, ayrim shifokorlar konsul`tatsiya o`tkazganlarida, o`sma tashhisini qo`ymagan bo`lmasalar xam, nimanidir yashirgandek extiyotkorlik bilan gapirganliklarini eslaydi. SHifokorlar o`z vaqtida og`ir kasallikni aniqlay olmagan va bemorga endi yordam berib bulmaydigan holatlarda kasallik tashhisi qo`yilgan ko`plab holatlar ediga tushmokda. Bularning xammasi to`g`risida jushib gapirmokda, shifokorning so`zini bo`lib, «kasalligi» xaqidagi barcha yangi dalillarni keltirmokda. Bemor bilan suhbat, shifokorning boshqa bemorlar xam kutayotgani to`g`risidagi ogoxlantirishiga karamasdan, bir soatdan ko`p vaqtni egalladi.

Sindromni aniqlang.

Masala 3

Bemor P., 32 yoshda, musika o`qituvchisi. Xarakteri bo`yicha ta`sirchan, mijg`ov, injiq. Atrofdagilarning diqqat markazida bo`lishni yoqtiradi, dustlar davrasida quvnoq, guruxning «jonlanturuvchisi», lekin oilada jizzaki, chiqisha olmaydigan va rashqchi. Kasallik og`ir asoratlar bilan kechgan ikkinchi tug`rukdan so`ng boshlandi. Bolaning parvarishi ko`p kuchni olardi. erining qarindoshlari bilan bo`lgan tortishuvdan so`ng kayfiyati buzildi, yig`ladi, o`zining yashagisi kelmayotgani xaqida to`lqinlanib gapirdi. Bir vaqtning o`zida miyasida saraton bilan xastalanganligi to`g`risida fikr paydo bo`ldi. O`zining qornida tarqalib yaralar xosil qilayotgan o`smani aniq va ravshan tasavvur qildi. Bu fikrlaridan o`zi xam qo`rqib ketib, ularni esidan chiqarishga xarakat qildi, lekin bu fikrlar uning miyasidan ketmay qoldi, qo`rquv va havotir chaqirdi. SHifokor terapevtga murojaat qildi, ammo u ichki a`zolardan xech qanday kasallik belgilarini topa olmadi. Bir qancha vaqtga bemor tinchlandi, lekin tez orada og`ir azoblarda o`lishi mumkinligi to`g`risidagi fikr yana paydo bo`ldi. Og`ir kasallik, o`lim xaqidagi miyasidan ketmaydigan fikrlarga shikoyat qiladi. SHifokor-psixiatr qabulida xayajonlanmoqda, yig`lab, unga yordam berishlarini suramoqda. O`zining havotirlari asossiz ekanligini tushunadi, ammo ulardan qutula olmayapti. «Aqldan ozishdan», butun umrga psixiatriya kasalxonasida qolishdan qo`rqadi.

Sindromni aniqlang.

Masala 4

Bemor 36 yosh, o`qituvchi, peshona va ensa sohasidagi doimiy bosh og`rig`i, quloqlardagi pul`satsiyalovchi og`riq, ko`zdagi qorong`ilashuv, yurak sohasidagi og`riq, yuqori ta`sirchanlik, charchash, ish qobiliyatining pasayishi, uyqu buzilishlari(uyqusi yuzaki, teztez uygonib ketish bilan), sutkasiga 2-3 soatdan kup uxlamaslik, uzoq vaqtgacha uxlay olmaslik kabi shikoyatlar bilan shifoxonaga keldi. Bemor bezovta, kayfiyati pasaygan, tushkun, ichki bezovtalikni xis etadi, o`zining kuchiga ishonmaydi, jur`atsiz, yig`loqi. Ayrim vaqtlarda bemorda to`satdan ko`z oldi qorong`ulashib bosh aylanishi, xushdan ketish, xushsizlik

holati, tez o`tib ketuvchi karaxtlik bilan namoyon buluvchi xurujlar kuzatiladi. YUzaga kelgan bu holat bir necha soatgacha saqlanadi, keyin o`tib ketadi, ko`z tubida arteriyalar spazmi saqlanadi. AB ko`pincha 160-170/70-80gacha ko`tariladi va tranzitor xarakterga ega.

Sindromni aniqlang.

Masala 5

Bemor V., 48 yosh, texnik-o`rmonchi. Daraxt ustunlarini o`lchash bilan shug`ullanayotib, urmon chekkasiga yaqinlashgan sari ularning diametrini o`zgarishiga e`tibor berdi. V., agar shu o`zgarishlarni ifodalovchi formula ishlab chiqilsa, eg`och xajmini o`lchashda bu formulani katta ahamiyatga ega bo`lishini uyladi. U o`z kuzatuvlarini davom ettirdi va ma`lum bir vaqtdan so`ng, keraqli formulani ishlab chiqdi. V. o`z ishlari va maqolalarini turli ilmiy jurnallarga junata boshladi, lekin ular tan olinmadi. Uning ishlariga yozilgan taqrizlarda, mavzuning dolzarbligi, ammo keltirilgan hisobotlar ishonchsiz, tekshiruvni talab qilishi ko`rsatiladi. Lekin V., qaysar va shu bilan birga, xaddan tashqari o`zini sevuvchi inson bo`lgani sababli, taqrizlarda ko`rsatilgan tushuntirishlardan qoniqmadi. Mutaxassislar bilan bo`lgan shahsiy uchrashuvlar xam, uni olgan ma`lumotlari xatoligiga ishontira olmadi. Bu xulosalarni noob`ektiv deb hisoblab, ko`plab sovet va partiya idoralariga «xaqiqatni tiklash» talabi bilan murojaat qila boshladi. Xat yozish ishlari bilan keng shugullanib kiruvchi va chikuvchi xujjatlar uchun ikkita papka tutdi. U opponetlarga bo`lgan javoblarida, o`zining fikrlariga norozi bo`lgan olimlarning so`zlaridan kichik noaniqliklarni qidirib, ular orqali noob`ektiv baholash, konservatizm, mas`uliyatdan qochish istagi dalillarini kurar edi. Ishdan bo`sh vaqtining xammasini V. xujjatlar tuzishga, o`zining xaqligini isbotlash uchun, yangi dalillar izlashga bag`ishlay boshladi. SHu sababli, u o`zining majburiyatlariga etarlicha e`tibor bermay qo`ydi, oila a`zolari, do`stlari bilan bo`lgan suhbatlarda doimo o`zining kashfieti masalasiga qaytardi, o`z noroziligini namoish etardi, xayajonlanardi, xar qanday e`tirozlardan xafa bo`lardi. Jizzaki bo`lib qoldi, yomon uxlay boshladi.

Sindromni aniqlang.

Masala 6

Bemor V., 18 yoshda, I guruh nogironi. Ko`p oylar davomida ahvoli o`zgarmay qolmoqda. Hech kim bilan gaplashmaydi, soatlab to`shakda bir xil tana holatini saqlagan holda yotadi, boshi yostiqdanda ko`tarilgan. Ba`zida o`rnidan turib, uzoq vaqt to`shagi oldida, bir hil tarzda og`irligini bir oyogidan ikkinchi oyog`iga o`tkazib turadi. Vaqti-vaqti bilan to`satdan sakrab tushadi, eshik oldiga yugurib keladi, ostonani o`pib, yana to`shakka kelib yotadi. YUzida ma`nosiz tabassum qotib qolgan, lablari oldinga cho`zilgan (xartum simptomi), teri qoplamalari yog`li, og`zidan so`lak ajralmoqda. Qo`l kaftlari va oyoqlarida tsianoz, akrotsianoz, gipergidroz. Bemor bilan muloqot o`rnatib bo`lmayapti, savolarga javob bermaydi, yon-atrofga alanglaydi, nimagadir kuladi. Bemorni ko`rib chiqishga, og`zini ochishga harakat qilinganda, qarshilik ko`rsatadi. Oyoq-qo`llarida mushaklar tonusi oshgan. Bemorni ovqatlantirish juda qiyin. Ovqatlantirayotganlarida yuzini o`girib, jag`ini qattiq yopib oladi. Ammo ba`zida, o`zi bilan o`zi qolganda, qo`liga qoshik olib, asta-sekin ovqat eyishni boshlaydi. Palapartish, peshobini va axlatini to`shakka bajaradi. Bemorni parvarishlash juda qiyin.

Sindromni aniqlang.

Masala 7

Bemor P., 37 esh, elektrotexnik, kasallikgacha yaxshi xotiraga ega bo`lgan, yaxshi o`qigan. YAngi sharoitga tushganda, yaxshi ko`nikkan. Serxarakat bo`lgan, jamoat ishlarida faol qatnashgan, jamoa tashqillashtirishni uddalagan. Sovet Armiyasi saflarida hizmat qilgan chog`ida, ikki marotaba kontuziyaga uchragan, xar safar 2-3 oy davolangan va o`z majburiyatlarini bajarishga qaytgan. Lekin ohirgi kontuziyadan so`ng og`ir holat rivojlanib, bosh og`rigi, tez charchash bezovta qila boshlagan. Tez orada hizmat safidan chiqariladi, ishga joylashishga

harakatkilgan, biroq bunga jizzakiligi tufayli kelib chiqqan kelishmovchiliklar xalaqit bergan. Ish joyini tez-tez o`zgartirib turishga to`g`ri kelgan. Psixiatriya kasalxonasida tekshiruvdan o`tkazilgan.

Ohirgi 5 yil davomida nogiron (2 gr.). Bosh og`rig`i, uyquning yomonlashuvi, urush sahnalari bo`lgan qo`rqinchli tushlar ko`rishga, xar qanday ishni bajarishga xalaqit beruvchi parishonxotirlikga, xaddan tashqari ta`sirchanlikga – «dunega qaragim kelmaydi, xama narsa asabiylashtiradi» shikoyat qiladi. Bemorda xar 3-4 oyda xushdan ketish talvasalari kuzatiladi.

Nevrologik tekshiruvda quyidagilar aniqlandi: burunlab burmalarining asimmetriyasi, til tashqariga chiqarilganda chapga egiladi, pay refleksleri yuqori, kengaygan zona bilan.

Ruhiy holatida asosiy buzilish bo`lib, emotsional noturg`unlik hisoblanadi: shovqin, baland ovozdagi suhbat vaqtida tez asabiylashadi, atrofdagilar bilan oson janjalga kirishadi, natijada bemorlar bilan bo`ladigan kelishmovchiliklardan qochadi. Mahsus tekshiruvlarda eslab qolish qobiliyatining pasayishi aniqlangan.

Sindromni aniqlang.

Masala 8

Bemor K., 28 yoshda, haydovchi. O`z kasalligi haqida quyidagilarni hikoya qiladi: «Bolalikda men qandaydir g`aroyib edim. Tengdoshlarim meni hurmat qilishmas, men ulardan qo`rqardim. Umuman, men hamma narsadan qo`rqar edim. Maktabning kichik sinflarida o`qiyotganligimda, doimo, mening onam o`lib qoladigandek tuyulardi. Agar men, onam piyolga choy quyib ulgurgunicha 10 gacha sanab ulgursam, onam tirik qoladilar, agar ulgurmasam - o`ladilar. Maktabga borganda doim, menga begona bolalar hujum qilishidan qo`rqardim. Portfelimni halqasini ichkariga qaratib ushlardim – bu mening tinchlik maqsadida ketayotganligimni va mushlashishni hojlamasligimni bildirar edi. Maktabda barcha bolalar o`tirib, o`qituvchini eshitishadi, men esa qandaydir betayin narsalar haqida o`ylayman. Masalan: agar eng yaxshi javob uchun 1 baxo qo`yishganda, eng yomon baxo esa 5 bo`lganida nima bo`lar edi. Bu fikrlarni

haydayman, o`qituvchini eshita boshlayman, keyin o`zim bilmagan holda chalg`ib ketaman. SHu sababli o`qishim qiyin kechdi, ota-onamni maktabga chaqirishar, mening diqqatsizligim uchun tanbex berishar edi. Ammo, harqalay, maktabni bitirib, harbiy hizmatni o`tay boshladim. U erda haydovchi mutaxassisligini oldim. Hammasi yaxshi ketayotgan edi, ammo oxirgi vaqtlarda qandaydir bema`ni fikrlar meni zabt eta boshladi: doimo mening buyumlarim simmetrik tarzda yotishini hoxlashimni o`ylayman. Uyda xotinim buning uchun tanbex beradi. Ishda mashinani ta`mirlash kerak, men esa ish bilan band bo`lmasdan, gayka kalitlarini simmetrik joylashtira boshlayman.

YAqinda shunday voqea yuz berdiki, hatto gapirishga uyalaman. Men maxalliy poezdda dalahovlimga ketayotgan edim. Yo`lda bekatda tushib, xojatxonga kirdim. Unitazda ikkita gugurt cho`pi yotardi. Xojatxonadan chiqdim, ammo to`satdan ortga qaytib, gugurt cho`plarini simmetrik joylashtirib chiqish fikri miyamga urib qoldi. Ortga qaytdim. Unitazga qo`l tiqish yoqimsiz ish edi, ammo men keta olmasdim. Hatto yuragim urib ketdi, va terga botib ketdim. Ammo o`zimni tuta olmadim, unitazga qo`limni tiqib gugurt cho`plarini to`g`rilab chiqdim. Poezdim esa bu vaqt ichida ketib koldi.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

Masala 9

Bemor P., 32 yoshda, musika o`qituvchisi. Fe`l-atvori bo`yicha ta`sirchan, injiq. Atrofdagilar diqqat markazida bo`lishni yoqtiradi, do`stlar davrasida o`zini quvnok tutadi, uni «davrani qizituvchi» deb nomlaydilar, ammo oilasida tajang, uzoq birga bo`lolmaydi, rashkchi. Kasallik og`ir kechib, asoratlar bergan ikkinchi tug`ruqdan so`ng boshlandi. Bemor uchun bolani parvarish qilish qiyin bo`ldi. erining qarindoshlari bilan janjaldan so`ng xafa bo`ldi, yig`ladi, yashashni hoxlamasligini affektatsiya bilan uqtiradi. SHu bilan birga xayolida o`zining saraton bilan kasallanganligi haqida fikr paydo bo`ldi. O`z qorni ichida yaralar

hosil qilib, tarqalayotgan o`smanni yaqqol va obrazli tarzda tasavvur qildi. Uzi shu fikrlardan qo`rqib ketdi, ularni haydashga harakat qildi, ammo bu fikrlar bemorga yopishib olib, uni havotir va qo`rquvga solib, ta`qib qila boshladi. Avvaliga shifokor terapevtga murojat etishdi va u ichki a`zolarida hech qanday kasallikni topa olmadi. Bemor bir qancha vaqtga tinchlandi, ammo tez kunda og`ir qiynoqlar bilan o`lishi mumkinligi haqidagi fikrlar yana bezovta qila boshladi. Og`ir kasallik va o`lim haqidagi yopishqoq fikrlar bezovta qilishiga shikoyat qiladi. SHifokor-psixiatr qabulida hayajonlangan, yig`laydi, yordam so`raydi. O`z havotirlarining asossizligini tushunadi, ammo ulardan qutula olmaydi. «Aqldan ozishdan», butun umrga psixiatriya kasalxonasida qolib ketishdan havotirlanadi.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

Masala 10

Bemor B., 28 yoshda, matematika o`qituvchisi, shifokorga vaqti-vaqti bilan bosh og`riqlari, ularning aqliy mehnat vaqtida kuchayishi, doimiy holsizlik va tez toliqishga shikoyatlar bilan murojaat qilgan. Odatdagi ishlarni bajarish bemorni zo`riqtirgan, ko`p iroda va jismoniy kuch talab qilgan. ertalab o`rindan turish, odatdagi ishlariga kirishib ketishga o`zini majbur qilish qiyin kechadi. Qo`liga kitob olib, yarim bet o`qigach, ko`zini mexanik tarzda qatorlar oralab yugurtirayotganini, fikr-hayoli esa uzoqlardaligini sezadi. Ish kunining ikkinchi yarmiga borib, «ishlab ketadi», miyasi nisbatan «tiniqlashadi», ammo kechga borib o`zini butunlay holdan toygan his qiladi. Oxirgi vaqtlarda tajang bo`lib qolgan, odatdagi bosiqigidan asar qolmagan. Dars vaqtida o`quvchisiga qo`pol tarzda baqirdi, so`ng qilgan ishidan ichida qattiq afsuslandi, uzoq vaqt tinchlana olmadi, bu ishining ehtimoliy nohush oqibatlarini tasavvur qilib ko`rdi. Uyda barcha narsalar uni kayfiyatini buzadi, besh yoshli qizining shovqinini ko`tara olmaydi. Bir marta uni urib yubordi va o`zi xafa bo`lib, yig`lamokdan beri bo`ldi, undan kechirim so`radi. Hatto o`z kiyimi ham tanasiga qattiq va qo`pol botadi:

«O`zimni menga janda kiygizib qo`yishgandek sezayapman» deydi bemor. SHifokor bilan suhbat vaqtida hayajonlanadi, qizarib ketadi, ovozi qaltiraydi, ko`zida yoshlar paydo bo`ladi. Bu holatdan uyalib, o`z hayajonini yashirishga harakat qiladi. Davolanishning bo`lajak natijalarini pessimistik baholashga moyil.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

Masala 11

Bemor ayol R., 48 yoshda, ishchi. Fe`l-atvori bo`yicha injik, o`ziga bino qo`ygan. Hayotning qiyin vaziyatlarida uyatchan, beqaror, turmush muammolariga moslashmagan. YAgona o`g`li harbiy xizmatga ketganidan so`ng bir o`zi qolgan. SHu vaqtdan beri turli shifokorlarda to`xtovsiz davolanadi. Psixiatriya stasionariga kelib tushgandan so`ng, ko`p vaqtini to`shakda yotib o`tkazadi. YUz tuzilishi qayg`uli, qo`llari holsiz yastanib yotibdi. SHifokorni ko`rganda ox tortadi, dodlaydi, boshini changalaydi, yig`laydi. Umumiy ahvoli og`irligiga shikoyat qiladi: «Butun tanam og`riyapti... Boshim yorilib ketayapti... Bir daqiqa ham uxlolmayapman...» va x.z. Hayajonlanganda qo`llari bilan keng qamrovli harakatlar qiladi. YUrganida gansiraklaydi, oyog`ini keng yozib oladi, atrofdagi narsalarga qo`llari bilan yopishadi. Stasionarda bo`lgan davr mobaynida ikki marta bemorda bir turdagi tutqanoqlar bo`lgan. To`shakda yotgan holda, u to`satdan bo`g`ik ovozda dodlay boshlagan, tipirchilagan, qo`llari bilan tomog`ini bug`gan. Savollarga javob bermagan, engil chimchilab ko`rilganda javob qaytarmagan. Qorachiqlarning yorug`likka reaksiyasini ko`rishga harakat qilinganda ko`zlarini olib qochgan. Pay reflekslari saqlangan va hatto kuchaygan. 30 minutlarcha davom etgan tutqanoq tugagandan so`ng, bemorda u haqida yarim-chala xotiralar saqlanib qolgan. Barcha davolash tadbirlariga nisbatan bemor salbiy munosabatda bo`lgan, unga hech narsa yordam bermasligiga ishontirishga harakat qilgan. O`zini butunlay mehnatga yaroqsiz deb hisoblaydi. SHifokordan harbiy chaqirik bo`limi orqali o`g`lini harbiy xizmatdan qaytarib

olib kelishlarini so`ragan. Bemorning fikr yuritishlari primitiv, mantiqsiz. Qiziqishlari doirasi kasalligi va turmush muammolari bilan chegaralanib qolgan.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

Masala 12

Bemor V., 53 yoshda, klinikaga birinchi marta 1959 y. kuzida kelib tushgan. Kasallik asta-sekin boshlangan. 10 yil avval bosh og`rig`i, boshida og`irlik, tinik emasligi hissi paydo bo`lgan. Bosh og`rig`i quloqlarida shovqin (chirildoq tovushi) bilan kechgan, keyinchalik oyoqlarida og`riqlar paydo bo`lgan, uyqusida dam olmaydi, uyqu vaqti qisqa, erta uyg`onib oladi. Keyinchalik xayol parishonlik, parishonxotirlik, sanalar, atamalar, tushunchalarni esga olishda qiynala boshladi. Qo`zg`aluvchan, o`zini ushlolmaydigan bo`lib koldi. So`nggi vaqtlarda ko`ngli bo`sh bo`lib qolgan, kutilmagan xursandchiliklarda osongina yig`lab yuboradi. Ruhiiy holati: hozirgi vaqtda o`z shaxsiga, atrof-muhitga mo`ljal olishi saqlangan, kayfiyati tushkun, o`z kasallik holatini tushunadi. Bo`lib o`tayotgan voqealarga nisbatan xotirasi juda yomon, oson yig`lab yuboradi va tezda tinchlanadi. Ko`pincha majburiy yig`i paydo bo`ladi.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

Masala 13

Bemor ayol L., 50 yoshda, klinikaga o`z joniga qasd qilganidan so`ng kelib tushgan. Kelganida bemor havotirga, qo`rquv, qayg`u, shubhalanuvchanlik, uyqusizlik, ishtaxasi yo`qligiga shikoyat qilgan. Anamnezidan ma`lumki, bemor sog`lom oilada tug`ilgan, baquvvat bola bo`lib o`sib rivojlangan, jismoniy mehnat bilan erta shug`ullana boshlagan. Maktabda kam o`qigan. Xayz ko`rishi 13 yoshdan, 37 yoshda xayz kelishi to`xtagan, 22 yoshda turmushga chiqqan. Virusli

gripp, dizenteriya bilan kasallangan, gipertoniya kasalligi bilan og'riydi. Uch yil avval, qo'shnisi bilan janjaldan so'ng qo'rquv, havotir his qila boshlagan, uyqusi buzilgan, erini ishdan bo'shatib yuborishlari va ular yashash uchun hech vaqosiz qolishlaridan qo'rqqan, o'zini o'ldirib ketishlaridan qo'rqqan. O'z eridan ko'p shubhalana boshlagan, uni boshqa ayol bilan aloqasi bor, o'zini eriga kerak emas, eri uni bo'g'ib o'ldiradi degan shubhalarga borgan. Uyidan qochib ketib, berkingan, ovqatdan bosh tortgan, keyin esa militsiyaga, eri uni o'ldirmoqchiligi haqida xabar qilgan, yordam so'ragan. Unga tuyulganki, uni qamoqqa tiqishmoqchi. O'zini o'ldirish uchun bir flakon sirka essentsiyasini ichib yuborgan. Ob'ektiv: organizmning holdan toyishi belgilari ko'rinib turibdi, AKB – 140-70. Ongi tiniq, mo'ljal olishi saqlangan, muloqotga kirishadi. YUz ifodasi havotirli, o'ta shubhalanuvchan. Havotir, qo'rquv, qayg'uni his qilmokda, to'xtovsiz yig'laydi va turli harakatlar qiladi. Aytishicha, uni tez kunda o'ldirishadi, uning qarindoshlari bilan nimadir yuz beradi. erini hiyonat qilganlikda shubha qiladi, eri undan qutulmokchi, shuning uchun kasalxonaga olib keldi. Bemorning aytishicha, barcha qarindoshlari eri bilan unga qarshi til biriktirishgan, u hech kimga kerak emas, endi uning uyi yo'k, uning ozgina umri qoldi. YUragi va oshkozoni sohasida og'riqlarga ko'plab shikoyatlar qiladi. Xotirasida buzilishlar yo'k, uyqusi va ishtaxasi yomonlashgan.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

Masala 14

Bemor ayol A., 1941 y. tugilgan. Nasliy kasalliklari avlodida yo'k. 5 yoshlik davrida bemorda xushning yo'qolishi, alohida guruh mushaklarda tirishishlar, yuzning keskin tsianozi bilan o'tuvchi holatlar kuzatilgan. Bunday holatlar yuzaga kelishi bilan aqliy rivojlanishdan ortda qola boshlagan, fe'l-atvori o'zgarib qolgan: o'ta tajang, injik bo'lib qolgan, ko'p yig'laydi. Keyinchalik, xushning yo'qolishi, tonik va klonik tutqanoqlar, tilni tishlab olish va ixtiyorsiz siydik

ajralishi bilan kechuvchi holatlar kuzatila boshlagan. Bunday holatlar oyda 2 - 3 marta bo`lib turgan. Hozirgi vaqtda ruhiy holati: Bemor o`ta harakatchan, vahimachi, qasoskor. Affekt holatlari uzoq davomli va qovushqoq. Vaqti-vaqti bilan qayg`uli qahr-g`azabli kayfiyat holatlari kuzatilib, ular to`satdan boshlanib, shunday to`satdan o`tib ketadi. Qolgan vaqtlarda bemor faqat o`zi bilan ovora. O`z salomatligiga ko`p diqqatini qaratadi, doim u haqida gapiradi, o`z buyumlariga bog`lanib qolgan. O`ta tartibsevar, punktual, shirinsuxan va mehribon. Nutqi sekinlashgan. Suxbat vaqtida o`ta batafsil, mayda mavzularda to`xtalib qoladi, so`zlarni qiyinchilik bilan tanlaydi, aynan bir xil iboralarni ko`p ko`llaydi.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

Masala 15

Bemor R., 24 yoshda, I guruh nogironi, ko`p yillar davomida psixiatriya kasalxonasida doimiy davolanadi. Bo`limda – butunlay faoliyatsiz, ko`p vaqtini hech nima bilan shug`ullanmay o`tkazadi, stulda bir nuqtaga tikilib o`tiradi. YUz ifodasi ma`nosiz, befarq, og`zi yarim ochiq. Ba`zida boshqa bemorlar taklifi bilan shaxmat o`ynashga o`tiradi, ammo qiziqishsiz o`ynaydi, doim yutqizadi, o`rnidan turib, joyiga qaytadi. Juda palapartish, usti-boshiga qaramaydi, faqat bo`lim xodimlarining talabi bilan yuvinadi. Onasi bilan uchrashuvga hoxlamaygina chiqadi. U bilan salomlashmasdan, tezda qo`lini sumkaga tiqadi, onasi keltirgan oziq-ovqatlarni oladi va bir oz boshini chayqab, o`z xonasiga qaytadi. Ochofatlik bilan, ko`p ovqat eydi, hamma narsani – nordon, shirin, sho`r narsalarni birvarakayiga og`ziga soladi. Bir kuni bemor psixiatriya bo`yicha ma`ruzaga, talabalarga namoyish qilish uchun olib kelingan. Butunlay befarq ko`rinishda kirib kelgan, hatto auditoriyaga qaramasdan, o`tirgan. Savollarga hoxlamay, bir so`z bilan javob beradi, bu vaqtda yon atrofga qaraydi. Mana bemor bilan suxbatdan parcha:

Professor: O`zingizni qanday his qilayapsiz? Sizni biron nima bezovta qilayaptimi?

Bemor: Yo`k, hech nima. Men soppa-sog`man.

Professor: Bo`lmasa nega kasalxonadasiz?

Bemor: Bilmayman... Davolash hali tugamadi.

Professor: Qanaqa davolash, agar siz sog`lom bo`lsangiz?

Bemor - jim bo`lib qoladi, savollarga javob bermaydi.

Professor: eshitishimcha, bir necha yil avval Siz uchinchi qavat oynasidan sakrab, oyog`ingizni sindirgansiz. Nega Siz bunday qildingiz?

Bemor: SHundoq... O`tkir hissiyotlarni hoxlab qoldim.

Professor: Siz ko`p yillardan beri kasalxonada yotibsiz. Uyga qaytishni, Biron-nima bilan shug`ullanishni hoxlamaysizmi?

Bemor: Yo`k, hoxlamayman. SHu erda qolaman.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

Masala 16

Bemor V., 18 yoshda, I guruh nogironi. Ko`p oylar davomida ahvoli o`zgarmay qolmoqda. Hech kim bilan gaplashmaydi, soatlab to`shakda bir xil tana holatini saqlagan holda yotadi, boshi yostiqdanda ko`tarilgan. Ba`zida o`rnidan turib, uzoq vaqt to`shagi oldida, bir hil tarzda og`irligini bir oyogidan ikkinchi oyog`iga o`tkazib turadi. Vaqti-vaqti bilan to`satdan sakrab tushadi, eshik oldiga yugurib keladi, ostonani o`pib, yana to`shakka kelib yotadi. YUzida ma`nosiz tabassum qotib qolgan, lablari oldinga cho`zilgan (xartum simptomi), teri qoplamalari yog`li, og`zidan so`lak ajralmoqda. Qo`l kaftlari va oyoqlarida tsianoz, akrotsianoz, gipergidroz. Bemor bilan muloqot o`rnatib bo`lmayapti, savollarga javob bermaydi, yon-atrofga alanglaydi, nimagadir kuladi. Bemorni ko`rib chiqishga, og`zini ochishga harakat qilinganda, qarshilik ko`rsatadi. Oyoq-

qo'llarida mushaklar tonusi oshgan. Bemorni ovqatlantirish juda qiyin. Ovqatlantirayotganlarida yuzini o'girib, jag'ini qattiq yopib oladi. Ammo ba'zida, o'zi bilan o'zi qolganda, qo'lga qoshik olib, asta-sekin ovqat eyishni boshlaydi. Palapartish, peshobini va axlatini to'shakka bajaradi. Bemorni parvarishlash juda qiyin.

Aniqlang:

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

Masala 17

Bemor kiz G., 14 yoshda, 8 sinf o'quvchisi, doimo kamgap, uyatchan. Oxirgi vaqtlarda bemor o'zini keskin va haddan tashqari erkin tuta boshladi. Maktabga bormay qo'ydi, bir necha marta tunda uyiga kelmadi, ko'chada begona kishilarga ko'zini qisa boshladi. Psixiatriya kasalxonasi bo'limida bolalar va o'smirlardan o'zini chetda tutadi. Ko'p vaqtini hech nima bilan shug'ulanmay o'tkazadi, ammo ba'zida, bir o'zi qolganida, raqsga tushadi, nimalarnidir hirgoyi qiladi. Jinsiy mayli oshib ketgan, boshqa bolalar, va ayniqsa o'g'il bolalar oldida to'shakka yotib olib, ko'ylagini ko'taradi va yalang'och oyoqlarini havoda o'ynatadi. Hamshiraning e'tirozlariga keskin javob beradi: «Nima qipti? Ich kiyimlarni tikib chiqarishdimi, demak uni hamma ko'rishi kerak». O'zini «Perepijkin familiyali Vil'gel'm-fotix» deb nomlaydi. Doim aftini burishtiradi, peshonasini tirishtiradi, ko'zini yumib, qoshini chimiradi. To'satdan, hech qanday sababsiz, ma'nosiz qattiq kula boshlaydi. Ota-onasi bilan uchrashuvda sovuq ko'rishadi, ters muomalada, tajang. O'ziga olib kelingan oziq-ovqatlarni eydi, shu bilan birga, boshqa bolalarning ovqatini tortib olishga harakat qiladi. SHifokor bilan suhbatda bemor dilini ochmaydi, savollarga rasmiy doirada, mavzudan chetlashib javob beradi. O'zini uyga qo'yib yuborishlarini so'raydi, o'zini ruhan sog'lom deb hisoblasada, kasalxonadan chiqarish haqida juda ham talab qilmaydi. Kasalxonada 2 oydan ko'proq davolanganligiga qaramay, yotqizilishi

sabablarini qidirmaydi. O`qishi qolib ketganligi bilan qayg`urmaydi: «Hech qisi yo`k, boshqa maktabga o`taman». Dugonalari bilan uchrashuvda hech qanday quvonish belgilarini namoyon qilmaydi.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

Masala 18

Bemor G., 39 yoshda, 2 guruh nogironi. Ruhiy kasalliklar shifoxonasiga 6-marta kelib tushishi: kasallik hurujlari o`xshash, «klishe» turida kechadi. Statsionarga kelib tushgan vaqtida muloqotga deyarli kirishmaydi. Ba`zida qo`zg`algan, sakraydi, baqiradi, ba`zida esa borliqdan ajralib qolganlikni namoyon qilgan holda dahliz bo`ylab maqsadsiz daydib yuradi, vaqti-vaqti bilan sababsiz kuladi. Uch kundan so`ng ahvoli sezilarli yaxshilandi, bemor o`zining kechinmalari haqida quyidagilarni so`zlab berdi: «Men kasalxonada yotganligimni tushunar edim, ammo bunga ahamiyat bermaganman, miyamga harhil fikrlar kelib, boshimda hammasi chalkashib ketdi.

Atrofimdagi barcha narsalar g`aroyib, fantastik bo`lib tuyulardi: stoldagi gullarni men marsdagi o`simliklar deb qabul qilardim, odamlarning yo`zlari shaffof zangori bo`lib, ular juda sekin, huddi havoda uchib yurishgandek to`lqinsimon suzib harakatlanishardi. O`zimni uchinchi marta davolayotgan shifokorimni, shu zahoti tanidim, ammo u menga sharpaga o`xshash, jismsiz, qo`llari o`rniga paypaslagichlar bordek bo`lib tuyular va men uning sovuq nafasini his qilar edim. To`shakka yotaman-u, shu zahoti fikrlarim bilan uzoqlarga uchib ketaman. Xayolimda Korinf ustunlari bo`lgan binolarni tasavvur qilaman, o`zimni esa qadimgi Rim liboslarida yurgan odamlar orasida afsonaviy shahar ichida yurgandek his qilaman. Uylar bo`m-bo`sh, kimsasizdek tuyulardi, hamma joyda haykallar ko`rinadi. Bular hammasi tushga o`xshaydi».

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.

3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

Masala 19

Bemor ayol, 40 yoshda, uy bekasi. Otasi qizilo`ngach saratonidan, onasi bosh miyaga qon quyilishidan vafot etganlar. Bolaligida qizamiq, bezgak bilan og`rig`an, 10 ta sinfni tugatgan, so`ng o`rmon texnik institutiga o`qishga kirgan, ammo urush boshlanishi munosabati bilan o`qishni qoldirgan. Kassir bo`lib ishlagan. 20 yoshda turmushga chiqqan, 4 marta homilador bo`lgan, ulardan 2 tasi tug`ruq va 2 tasi tibbiy abort bilan tugagan. Fe`l-atvori bo`yicha so`zamol, qat`iyatli, o`ziga bino ko`ygan va mag`rur. 30-yoshida, otasining o`limidan 3 hafta o`tgach, bemorda qayg`u kayfiyati yuzaga kelgan, uy ishlarini qiyinchilik bilan bajargan, hayotga qiziqishi yo`qolgan.

3 oydan so`ng kayfiyati yaxshilandi, yana faol, so`zamol bo`lib qoldi. Bunday holatlar bemorda ikki marta, 32 va 34 yoshlarda, jiddiy sabablarsiz yuz berdi. Qayg`u chuqur bo`lib, bemor hech kim bilan gaplashmadi, sekin harakatlanar edi. Ruhiy kasalliklar shifoxonasida davolanib, meliprapin qabul qildi. Hurujlar oraligidagi davrlarda o`zini sog`lom his qilgan, yaqinlari bemorning fe`l-atvorida biron-bir o`zgarishlarni payqashmadi. 40 yoshda kasalxonaga oxirgi kelib tushishidan avval o`zining hech nimaga arzimastligi haqida fikrlar paydo bo`ldi, bir necha marta o`z joniga qasd qilmokchi bo`ldi, ammo yaqinlari o`z vaqtida uning nimaga tayyorgarlik ko`rayotganligini paykab qolishdi.

Ongi saqlangan, bugungi sana, oy, yilni to`g`ri aytadi. YUzi qayg`uli, ko`zlari katta ochilgan, og`iz burchaklari pastga qaragan. Past monoton tovushda, to`xtalishlar bilan gapiradi, kamgap. To`shakdan hoxlamaygina turadi, sekinlik bilan yuradi. Qayg`u kayfiyatiga shikoyat qiladi.

Ishonchi komilki, hech qachon sog`aymaydi, butun umr azob chekadi, yaxshisi hozir o`lgani ma`kulrok. Kechga borib qayg`uli kayfiyat birmuncha yaxshilanadi, bemor atrofdagilar bilan so`zlasha boshlaydi.

Somatik va nevrologik holatida o`zgarishlar aniqlanmadi.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

Masala 20

Jarroxlik bo`limi fel'dsherini yaqin o`tgan kunlarda appenditsit bilan jarrohlik aralashuvi o`tkazilgan bemor yoniga chaqirishgan. Bemor qo`zg`algan, yuzida qo`rquv, ikkinchi qavatdan sakrashga harakat qiladi, hatti-harakatlariga ko`ra, gallyutsinatsiyalar kuzatilmokda.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

Masala 21

Bemorni notanish kishilar FAPga olib kelishdi. Bemor dovdiragan, atrofga alanglaydi, oyoq-qo`llarida og`riqqa shikoyat qiladi, qadam olishi o`zgargan, o`zi yashaydigan manzil nomini aytdi, ammo uyiga qanday borishni bilmaydi, fel'dsherga aytishicha, u bajarishi shart bo`lgan juda mas`uliyatli vazifa bilan jo`natilgan.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

Masala 22

Fukaro K. militsiya bo`limiga yordam so`rab murojat qilgan. Aytishicha, bir necha kun davomida kechkurunlari, uning qo`shnisi begona odamlar bilan unga tanbex berishadi, badmastlikda ayblashadi, o`ldirib ketish bilan tahdid qilishadi.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.

3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

ILOVA

ATAMALAR LUG'ATI

ADAPTATSIYA – biologiyada – atrof muhitiga organizmni tuzilishini va funktsiyalarini moslashishi, yashash sharoitlarini o`zgarishiga moslashishi. Inson adaptatsiyasi uning evoliyutsiyasi jarayonida shakllanadi va ichki muhitni doimiyliigi (gomeostazni) saqlanishiga yo`naltirilgan. Gomeostazis insoning ruhiyati holatiga ahamiyatli darajada bog`liq. Psixiatriyada psixik adaptatsiya – inson ruhiy faoliyatini atrof muhitga moslashishi, va professional (ishlash manosida) adaptatsiya farqlanadi – yani insonni ishlash faoliyatiga ko`maklashuvchi, ishlash va ishlab chiqarishning turli shart-sharoitlariga moslashishdir. Adaptatsiya – bu inson ruhiy faoliyatini meyer va patologiyasini chegaralash shartlaridan (kriterii) biri.

ADDIKTSIYA – deyarli o`zini boshqara olishsiz, biron bir moda yoki faoliyatga odatlangan psixologik yoki fiziologik bog`lanish ot veshestva (ili deyatel`nosti).

ADDIKTIV XULQ – xissiyotning rivojlanishi va qo`llashga yo`naltirilgan, biron bir moddalar iste`mol qilish bilan, yoki diqqatini ma`lum bir faoliyatga yo`naltirish bilan, ruhiy holatini suniy o`zgartirish, reallikdan chetlashishning shakllanishi, deviant (chetlashuvchi) xulqning bir shaklidir (Korolenko SP., Donskix T. A.).

BEMORNING XAVFSIZLIGI – tashqi va ichki xavf soluvchi omillardan xayot uchun muhim manfaatlarni himoyalanganlik holati.

GNOSEOLOGIYA – bilish faoliyati jarayonida, sub`ekt va ob`ektni o`zaro munosabatlarini, bilim va haqiqat munosabatlarini, insonning olamni bilish imkoniyatlarini, bilimning chin va haqqoniy mezonlari o`rganuvchi, bilish nazariyasi, falsafa bo`limidir.

GOMEOSTAZIS – bu dinamik muvozanat turi bo`lib, murakkab o`z-o`zini boshqaruvchi tizimlardan biri bo`lgan va tirik insonning organizm (inson salomatligi va xayoti), ko`rsatkichlarini me`eriy chegaralarda saqlab turish uchun alohida ahamiyatli tizimini qo`llab turishdan iboratdir.

INSONPARVARLIK – inson qadriyatlarini va huquqlarini, uning shaxs sifatidagi qadr-qimmatini hurmat qilishni, insonlar manfaati uchun qayg`urishni, ularni har tomonlama rivojlantirish, ular uchun qulay hayot sharoitlari yaratishni namoyon qiluvchi qarashlar yig`indisi.

QADR-QIMMAT – etika kategoriyasi, ahloqiy anglash tushunchasidir. SHaxsning qimmatini haqida tushunchani namoyon qiladi va insonning o`ziga va jamiyatning shu insonga bo`lgan ahloqiy munosabatlarini aks ettiradi. O`z qadr-qimmatini anglash, shaxsning o`zini nazorat qilish shakli bo`lib, unda insonning o`ziga bo`lgan talabi asos bo`lib xizmat qiladi. Dostoinstvo, vijdon bilan bir qatorda, insonga o`z burchini va boshqa insonlar va o`zi oldidagi javobgarligini anglashga yordam beradi.

SALOMATLIK – bu nafaqat kasalliklar va jismoniy nuqsonlarning bo`lmasligi, balki to`liq jismoniy, ruhiy va ijtimoiy farovonlik xolatidir (BDSST, 1946). «Salomatlik – shaxs va atrof muhitning adaptatsiya vositasida erishilgan dinamik uyg`unligidir».

XAYOT SIFATI – bemorning jismoniy, ruhiy, xissiy va ijtimoiy faoliyatining integral tavsifnomasi bo`lib, uning sub`ektiv idrokiga asoslangan. XS kontseptsiyasi uchun xos bo`lgan uch asosiy belgi ajratiladi:

1) Ko`p o`lchamlilik. XS inson xayot faoliyatining asosiy doiralar haqida ma`lumotlarni o`z ichiga oladi: fizikaviy, psixologik, ijtimoiy, ma`naviy va

iqtisodiy. XS, salomatlikka tegishli bo'lganda, kasallik bilan bog'liq bo'lgan tarkibiy qismlar bilan baholanadi va kasallikning va davolashning bemorni holatiga ta'sirini qiyoslagan holda aniqlash imkoniyatini beradi.

2) Vaqt davomida o'zgaruvchanligi. Bemorning XS uning qator enogen va ekzogen omillar natijasida kelib chiqqan holatiga bog'liq tarzda vaqt davomida o'zgaradi. XS haqidagi ma'lumotlar bemorning ahvoli haqida doimiy monitoring o'tkazish va zarur bo'lganda davolashni koorektsiyalash imkoniyatini beradi.

3.) Bemorning o'z holatini baholanishida qatnashishi. Bu XSning alohida muhim tarkibiy qismidir. XS baholash bemorning o'z tomonidan bajarilganda, uning umumiy holatini qimmatli va ishonchli ko'rsatkichi bo'lib hizmat qiladi. XS haqidagi ma'lumotlar, shifokor beradigan ananaviy tibbiy xulosa bilan bir qatorda, kasallikni to'liq va ob'ektiv tasvirini tuzish imkonini beradi.

TIBBIY YORDAM SIFATI – tibbiy texnologiyalar va ularning qo'llanilishi natijalari, tibbiy yordamning tibbiyotning zamonaviy yutuqlari darajalari, bemor talablari va Sog'liqni saqlash sohasidagi ijro etuvchi hokimiyat organlari tomonidan belgilangan tibbiy yordam sifati standartlari kabi xususiyatlar yig'indisidir.

KOMMUNIKATSIYA – kommunikatsiya keng ma'noda muloqot ma'nosida qo'llaniladi. Muloqot davomida insonlar shunga amin bo'ladilarki, ularni birlashtiradigan va ajratadigan, ularning farqi va o'ziga xosliklarini belgilovchi omillar mavjud. Kommunikatsiya bemor, uning qarindoshlari va hamshira o'rtasidagi ishonch va tushunish muhitini yaratadi. Muomala va muloqot qilishni bilish hamshira ishidagi muhim tarkibiy qismi bo'lib, uning mahoratining ko'rsatkichidir.

HAMSHIRALIK ISHINING KONTSEPTUAL MODELI – hamshiralik ishining falsafasiga asoslangan, 4-ta asosiy tushunchani o'z ichiga olgan tizim yoki asos:

- 1) bemor,
- 2) hamshiralik ishi,
- 3) atrof muhit,

4) salomatlik va uquv reja va amaliyot uchun qullanma tuzish bilan.

SHAXS – individni u yoki bu jamiyat yoki jamoatni aʼzosi sifatida tavsiflaydigan, nisbatan turgʻun ijtimoiy ahamiyatga ega xislatlar tizimi. SHaxs boʻlish, bu: birinchidan, manaviy prioritetlarni tavsiflaydigan, alohida bir xayotiy pozitsiyasini egallash, ikkinchidan, kerakli darajada uni anglash, va u uchun masʼul boʻlmoq, uchinchidan, uni oʻz ishlari bilan mustahkamlash. Statʼ lichnostʼyu oznachaet, vo-pervix, zanyatʼ opredelennuyu jiznennuyu pozitsiyu, prejde vsego opredelyayushuyu npravstvennie prioriteti, vo-vtorix, v dostatochnoy stepeni osoznatʼ ee i nesti za nee otvetstvennostʼ, v-tretʼix, utverjdatʼ ee svoimi postupkami (Bratusʼ B. S).

TIBBIY eTIKA – asosiy biotibbiy etika printsiplariga kiradi: avtonomiya, zarar qilmaslik, xaqoniylik va himmat. Avtomnomiya printsiipi: bemorni shaxsiyatini xurmat qilish, erkin tanlash va mustaqillik xuquqini tan olish. Siquvga olmaslik printsiipi: bemorga nafaqat toʻggʻridan-toʻgʻri atayin, balki bilvosita ham zarar qilmaslikdir. Himmat printsiipi tibbiy hodimlarni bemor manfaatlarini koʻzlagan holda ishlashdan iboratdir. Haqqoniylik printsiipi birinchi boʻlib sogʻliqni saqlash manbalarini taqsimlashga tegishli. Ahloq printsiipi alohida bir ahloqiy meyyorlar asosidir: haqqoniylik, gʻayrirasmiylik, mahfiylik va kompetentlik.

SHAFQAT – rahimdillik, insonsevarlik yuzasidan yordam berishga doimo tayyor boʻlish, shuningdek bu xislatlar bilan chaqirilgan, yordamning oʻzi.

MOTIV (BOIS, SABAB, ASOS) – insonning biron bir ehtiyojini qondirish uchun, anglangan istak. Insonning ehtiyojiga asoslangan. Bois: 1) subʼektning ehtiyojini qondirish va yoʻnalishini aniqlash maqsadida tashqi va ichki shartlarning birligi, 2) predmet uchun yoʻnaltirilgan faoliyat, 3) shaxsning oʻz xatti-harakatlarini tanlash asosida yotuvchi anglangan sabab.

MOTIVATSIYA (SABABLASH, ASOSLASH) – xulq-atvorni belgilovchi lomillar yigʻindisi. Xulq-atvorni boshqaruvining ichki, psixologik va fiziologik dinamik jarayoni.

NARKOMANIYALAR – giyoxvand dori-vositalari va giyoxvand moddalarga turg'un ruhiy va jismoniy qaramlikni, bu moddalar iste'moli to'xtatilganda abstinentsiya (bekor qilinishi sindromi) rivojlanishi bilan kechadigan, ularni doimiy, o'sib boruvchi miqdorlarda qabul qilish bo'lgan mayl bilan namoyon bo'luvchi kasalliklar guruxi. "Giyohvand moda yoki alkogolni takroriy iste'mol qilish natijasida chaqiriladigan davriy yoki surunkali zaxarlanish holati" (Brokxauz lug'ati). "Giyohvandlik – bu fahm farosatni bo'ysundirib oluvchi, ma'lum kechinmalar holatiga bo'lgan engib bo'lmas talabdir. Bunda u shaxsning erkin rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatib individning ijtimoiy aloqalarini va istiqbollarini buzadi". (Wanke).

ATROF MUHIT – inson faoliyati va tirik mavjudodlarga bevosita yoki bilvosita, darhol yoki uzoqlashgan davrda ta'sir kursata oluvchi fizik, kimyoviy, biologik tavsiflari, shuningdek ijtimoiy omillar yig'indisidir. xarakteristik, a takje sotsial'nix faktorov, sposobnix okazivat' pryamoe ili kosvennoe, nemedlennoe ili otdalennoe vozdeystvie na jivie sushestva i deyatel'nost' cheloveka.

BEMOR – tibbiy yordam olshi uchun murojat qilagan shaxs, kasalligi bor yoki yo'qligiga qaramasdan davolanayotgan shaxs. Kasal odamdan tashqari, hamshiralik jarayoni, bemor sifatida oila, insonlar guruxi, ijtimoiy guruxni, jamiyatni qismini, butun jamiyatni ko'rishi mumkin.

BEMOR HAQ-HUQUQLARI – qonun tomonidan belgilangan va davlat majburiy kuchi tomonidan himoyalangan, mumkin bo'lgan yordam so'ragan va davolanayotgan shaxsning talabalar va hatti-harakatlar modelining ro'yhati. Bemorning haq-huquqlari O'zbekiston Respublikasining «Psixiatrik yordam haqida»gi Qonunda belgilangan.

MUAMMO – hamshiralik jarayoniga qo'llaganda – tibbiy xodim tomonidan tashhislangan va yoki sog'liq bilan bog'liq hozirgi vaqtdagi vaziyatga nisbatan moslashish darajasini mos kelmasligini bemor tomonidan anglash, va barcha qo'llanilishi mumkin bo'lgan bilimlar va usullardan foydalanishda bu vaziyatda erishilgan eng yaxshi natijalar bilan nomutanosibli (Samoylenko V. V., CHernov V.N., 2000). Muammoni kim (tibbiy xodim yoki bemor) aniqlashiga

bog'liq ravishda, muammolar ob`ektiv va sub`ektiv turlarga bo`linadi. Ob`ektiv muammolar tibbiy bilimlarning qo`llanilishi bilan bog'liq bo`lib, bemor tomonidan anglanmasligi yoki pisand qilinmasligi mumkin va hamshira tomonidan tashhislanadi (oxirgi holatda ular ko`pincha potentsial kategoriyasiga tegishlidir). Masalan: «stress holatini nazorat qilish mexanizmlar samarasizligi», «suitsidal xarakatlarning yuqori xavfi», «oiladagi kommunikativ aloqalarning buzilishi» kabi muammolar va hokazolar malakali hamshiralik aralashuvini talab etadi, professional tibbiy xodimlar tomonidan oson tashhislanadi, lekin bemor tomonidan anglanmasligi mumkin. Bemorning sub`ektiv muammolari sezgilariga asoslangan bo`lib, kommunikatsiyalar va uzaro munosabatlarga bog'liq, bemorning uzi tomonidan belgilanadi. Bunday muammolarga, masalan, qo`rquv, tushkunlikga tushish va x.k.lar kiradi. Bemorning muammolari shuningdek, mavjud bo`lgan va potentsial (vaqt o`tishi bilan yuzaga chikuvchi) muammolarga bo`linadi. Kup xollarda bemorda bir qancha sog'lik bilan bog'langan muammolar bo`lgani sababli, hamshira ularni bir vaqtning o`zida xal qila olmaydi. SHuning uchun prioritetlar hisobga olib shu muammolarni ko`rib chiqadi. Prioritetlar birlamchi, oraliq va ikkilamchi singari tavsiflanadi. Bemorning muammolari xal qilinmagan taqdirda, ular unga zararli ta`sir qiladi, ahvolini sezilarli darajada yomonlashtiradi, va birlamchi prioritetga ega bo`ladi. Oraliq prioritetli bemorning muammolari kasallik ta`sirida ko`rinishini o`zgartirgan bemorning oddiy ehtiyojlariga tegishlidir. Ularni hal qilishni vaqt bo`yicha kechiktirish xavfli yoki ekstremal holatlarga olib kelmaydi. Ikkilamchi prioritetdagi muammolar – kasallik yoki uning oqibatiga to`g`ridan-to`g`ri taaluqli bo`lmagan bemorning ehtiyojlaridir (Gordon, 1987).

RUHIY ME`YOR – ruhiy me`er to`g`risidagi tushuncha bir ma`noli bo`lishi mumkin emas. U ko`p qirrali bo`lib, aniq bir jamiyatning madaniy, ijtimoiy, diniy va falsafiy dunyoqarashlariga to`g`ri keladi. Inson ruhiy faoliyatining ideal, umuman olganda, meyoriy shakli ham mavjud bo`lmaydi. Me`yoriy shaxs haqida gap ketganda, bir tomondan, «shaxs» va «individuallik» kabi ikki atamalarning birlashuvi va boshqa tomondan, «meyor» va «o`rtacha

o`lcham» kabi tushunchalarning birlashuvi ichki qarama-qarshiliklarga olib kelishini ko`p holatlarda esdan chiqarib qo`yadilar. «Shaxs» so`zi aynan sxema, me`yor va o`rtalikka xos bo`lgan individuallik va qarama-qarshilikni ko`rsatadi» (Gannushkin P.V.). Bu fikrni rivojlantirgan holda, boshqa taniqli psixiatr Zinov`evning yozishicha, psixiatriya «ruhiy salomatlik va ruhiy kasallik o`rtasidagi holatlarni o`rganish bilan shug`ullanishga majbur bo`lmoqda. Me`yor sohasi aslida, shubxasiz, nomeyo`riy bo`lgan holatlardan, faqat son jixatdan farqlanuvchi ko`p sonli mayda va yirik hodisalar bilan to`la...». Inson xulq-atvorida meyo`riy va patologik holatlarni ajratish, nazariy asoslanishga nisbatan ko`proq imperik tasvirlashga asoslanadi. Balki shuning uchun ham ruhiy me`yorni ta`riflanishida ham diniy-mistik, ham ochiq agnostitsistik tasavvurlarning ta`siri sezilib turadi.

Agnostitsizm turli kontseptsiyalarda o`z aksini topadi va bu kontseptsiyalar orasida «antipsixiatriya» yo`nalishi eng keng tarqalgan. U ruhiy bemorni o`zining «bemor» ijtimoiy rolini nokonform insonlar uchun tayyorlagan jamiyatning qurboni sifatida ko`radi. «Antipsixiatrlar»ning fikricha, ruhiy bemorlar yo`q va bo`lishi mumkin emas. Har qanday ruhiyat anomaliyalari insonning ijtimoiy me`yorlardan uzoqlashuvi usulidir. Antinozologizm, yo`nalish sifatida, ekzistentsializm falsafasi bilan chambarchas bog`langan. Ekzistentsialistlarning e`tirof etishicha, psixoz – bu kasallik emas, balki dunyoqarash bo`lib, har bir insonning sub`ektiv dunyosi, u bemor yoki sog`lom bo`lishiga qaramay, o`ziga xos bo`lib, dunyoga betakror darcha bo`lib hizmat qiladi va bu munosabatda kasallik va salomatlik o`rtasidagi farq mavjud bo`lmaydi. Kasallikdagi o`ziga xoslik va betakrorlikni mutlaqlashtirgan holda, ekzistentsializm nozologik tizimlashtirishda o`z aksini topuvchi barcha uchun umumiy holatni ko`rsatadi. Ilmiy nuqtai nazardan olganda, antinozologizm – aksililmiydir. Ammo uni gumanizm nuqtai nazaridan ko`rib chiqsak, u yaqqol gumanistik yo`nalishga ega ekanligini va bunda ruhiy me`yor va anomaliyalarni belgilashda ehtiyotkorlikni namoyon etayotganligini ko`rish qiyin emas. Bu ruhiy bemorlar ijtimoiy statusini, ularning jamiyat bilan ijtimoiy aloqalarini saqlagan holda ko`rib chiqish, ruhiy

bemorlarning hospitalizmi va stigmatizatsiyasi muammolarini ko`tarish, ruhiy kasallik bilan og`rigan shaxslarning yuridik haq-huquqlarini qonunga muvofiq rasmiylashtirish imkonini beradi. «Me`yoriylik yoki psixoz ikki shaxsiyatning mutanosibligi yoki nomutanosibligi darajasiga ko`ra tekshiriladi va bunda ulardan biri umumiy jamiyat kelishuviga ko`ra me`yoriy hisoblanadi» (Ronald Leng). O`z qarashlarini ilmiyligini da`vo qiluvchi tashhisotning asosiy qoidalari deb, bugungi kunda fenomenologik qoidalarni tushunish mumkin. Fenomenologik falsafa va Gusserl psixologiyasi falsafiy kontseptsiyalariga asoslangan holda, nemis psixiatrii, psixolog Karl Yaspers psixiatrik simptomlar va sindromlar tahliliga printsiplial jihatdan yangi yondoshuvni taklif etdi. Uning asosida «fenomen» tushunchasi yotadi. Fenomen deganda, har qanday individual bir butun ruhiy kechinma tushuniladi. Ilmiy tashhisiy doktrinaning yana bir qoidasi - bu «ruhiy me`yoriylik prezumptsiyasidir». Uning mazmuni shundaki, hech kim kasallik tashhisi qo`yilgungacha ruxiy bemor deb tan olinishi mumkin emas, yoki hech kim o`zida ruhiy kasallik tashxisini yo`qligini isbotlashga mas`ul emas. Me`er va patologiyani ajratilishi ijtimoiy-psixologik siljishlarning ro`yxatga olinishini nazarda tutib, bu siljishlar zamonaviy jamiyat uchun xos bo`lgan holatdir. Psixopatologik simptomlarning nisbiy qimmatliligi haqida etnopsixologik va transkultural tekshiruvlar ma`lumot berib, ular kasallik tizimini dunyoning turli hududlarida, turli millat va elatlarga mansub kishilarda o`rganadilar.

HAMSHIRALIK ISHI – «Hamshiralik ishi sog`liqni saqlash tizimining tarkibiy qismi bo`lib, o`z ichiga jismoniy va ruhiy kasalliklari, shuningdek, mehnatga yaroqsiz bo`lgan barcha yoshdagi guruhlar salomatligini mustahkamlash, kasalliklarni oldini olish, ijtimoiy yordam ko`rsatish va parvarishlash kabi vazifalardan iborat faoliyatni oladi. Bunday yordam tibbiyot hamshiralari tomonidan ham davolash, ham boshqa har qanday muassasalarda, shuningdek, uy sharoitida va bu yordamga talab bo`lgan hamma joyda ko`rsatiladi» (Halqaro hamshira ishi kengashining ta`rifi, Yangi Zelandiya, 1987y.). «Hamshira ishi – alohida kishilar, oilalar va aholi guruhlariga, ularning jismoniy, intellektual va ijtimoiy potentsialini ular yashash va ishlashga majbur

boʻlgan sharoitlarning qiyinligini hisobga olgan holda yordam koʻrsatishdir. Tibbiyot hamshirasi salomatlikni mustahkamlash va uni saqlash, shuningdek, kasalliklarni oldini olish vazifalarini amalga oshira olishi lozim. «Hamshira ishi oʻz ichiga shuningdek, kasallik va rehabilitatsiya davrida, hayotning jismoniy, intellektual va ijtimoiy tomonlarini salomatlikka, kasallik, mehnatga yaroqsizlik va oʻlimning kelib chiqishiga qanday taʼsir qilsa, shunday darajada qamrab olgan holda parvarishlashni rejalashtirish va amalga oshirishni oladi» (Ekspertlar Qoʻmitasi Jahon Sogʻliqni Saqlash tashqiloti, 1996y.).

HAMSHIRA TASHHISI – tibbiyot hamshirasi tomonidan maʼlum bir inson, oila yoki jamoada aniqlagan, salomatlik bilan bogʻliq boʻlgan buzilgan talablar, mavjud va potentsial muammolar, ularning sabablari va belgilarini aniqlash va rasman shakllantirishdir. «Hamshira tashhisi» – bemorning hamshira tomonidan oʻtkazilgan tekshiruv natijasida aniqlangan va hamshira tomonidan aralashuvni talab qiluvchi hozirgi yoki potentsial salomatligi holatidir» (Karlson. Kraft, Maktyure, 1982y.). «Hamshira tashhisi» - bu klinik tashhis boʻlib, professional hamshira tomonidan belgilanadi va bemor salomatligining mavjud yoki potentsial muammolarini tavsiflaydi, va ularni hamshira oʻzi olgan maʼlumoti va egallagan tajribalariga asoslanib, davolash huquqiga ega» (Gordon, 1976y.). Hamshira tashhisining PES-formati (Gordon, 1987) – bu tashhisning uchta mavjud tarkibiy qismidir: “R” – bu salomatlik bilan mavjud boʻlgan muammoni koʻrsatadi; “E” - muammoning etiologiyasini tashqil qiladi, “S” esa kasallik belgilari va simptomlari yigʻindisini tasvirlaydi (oʻziga xos belgilarni koʻrsatadi). Bu uchta tarkibiy qism bitta taʼrifga bogʻlovchi soʻzlar bilan birlashtiriladi. Amerika tibbiyot hamshiralari assotsiatsiyasi hamshira faoliyatiga quyidagi taʼrifni beradi: «Hamshira faoliyati insonning salomatlik bilan bogʻliq boʻlgan mavjud yoki ehtimoliy muammolariga reaksiyalariga hamshira tashhisini qoʻyish va davolashni amalga oshirishdan iborat» (1980 y.). Tibbiyot hamshirasi tashhisi – uning faoliyatining ajralmas qismi, analitik pogʻonasining tarkibiy qismidir.

HAMSHIRA TASHHISOTI – bemor, oila, jamoaning buzilgan ehtiyojlari, mavjud yoki potentsial muammolarini va ularning kelib chiqishi

sabablarini aniqlashdan iboratdir. Hamshira amaliyotining zamonaviy standarti talabiga ko`ra, har bir bemorga ko`rsatilgan yordam hamshiralik jarayoni va hamshira tashhisining metodologiyasiga asoslangan bo`lishi darkor.

HAMSHIRA KASALLIK TARIHI – tibbiy hujjat bo`lib, unda tibbiyot hamshirasining ishlari, u tomonidan bajarilgan hamshiralik jarayonining barcha beshta bosqichlarini bajarilishi qayd etiladi. Dunyoning ko`pchilik mamlakatlarida, shifokorlik kasallik tarihi bilan bir qatorda yuridik hujjat bo`lib hisoblanadi. Buyuk Britaniyada, hamshiralik kasallik tarixi shifokorlik kasallik tarixi bilan birgalikda saqlanadi va u barcha tibbiy xodimlar uchun ochiqdir. Gollandiyada, u alohida saqlanib, uni o`qish va undagi ma`lumotlardan foydalanish uchun shifokor hamshiradan ruxsat olishi lozim.

HAMSHIRA JARAYONI – zamonaviy hamshira ishidagi asosiy va ajralmas tushunchalardan biridir. Atama ilk marotaba AQShda Lidiya Xoll tomonidan 1955 yilda kiritilgan 1966 yilda V. Xenderson hamshira harakatini mustaqil faoliyat sifatida talqin qilib, hamshiralik jarayoni ilmiy usuldagi kabi bosqichlarning xuddi o`zidan o`tishini qayd etdi. Hamshiralik jarayonining maqsadlari: 1) bemorning parvarishga muxtojligini identifikatsiyalash; 2) parvarish va undan kutilayotgan maqsadlar yoki parvarish natijasini aniqlash; 3) bemor ehtiyojlarini qondirishga qaratilgan hamshira strategiyasini qo`llash; 4) hamshira parvarishining samaradorligini baholash. Hamshiralik jarayonining tashqiliy tizimi o`z ichiga 5 ta bosqichni oladi: tekshiruv, olingan ma`lumotlarni tahlili va hamshira tashhisini qo`yish, hamshiralik aralashuvini rejalashtirish, rejalashtirilgan ishlarni amalga oshirish, natijalarni baholash. Hamshira jarayoni - bu insonning atrof - muhitga adaptatsiyasini boshqarilishi va bemor, oila yoki ijtimoiy guruhning salomatlik bilan bog`liq bo`lgan fiziologik, psixologik hamda ijtimoiy ehtiyojlarini samarali tarzda qondirishning dinamik jarayonidir, ya`ni sog`liqni saqlash sohasi va ijtimoiy soha mutaxassisleri mul`tidistsiplinar jamoada ishlayotgan tibbiyot hamshirasi tomonidan tibbiy-ijtimoiy yordam ko`rsatilishidir. «U sog`liqni saqlash tizimi va umuman, jamiyatning zarur resurslarini mobilizatsiya qilinishini nazarda tutadi; u aralashuvning ehtiyojlarini, maqsadlari

va vazifalarini aniqlashni o'z ichiga oladi; birinchi o'rindaligi; hamshiralik yordami turi; jarayonning barcha ishtirokchilarining faol va manfaatli hamkorligida rejalashtiriladi va amalga oshiriladi va yakuniy natijada bemorning mavjud sharoitlarda eng yaxshi hayot sifatiga erishuviga yo'naltirilgan bo'ladi» (Lapotnikov V.A., Samoylenko V.V., Chernov V.P., 2000). «Bemorni parvarishlash qoidalari tibbiyot hamshirasi tomonidan bemorga hizmat ko'rsatishdagi o'z vazifalarini tashqil qilish va amalga oshirish usullaridan iboratdir» (Potter P. I Perri A., 1995y). «Hamshiralik jarayoni – bu alohida atama bo'lib, alohida insonlar, ularning oilalari yoki aholi guruhlari salomatligini himoya qilish tizimidagi hamshiralik aralashuvining o'ziga xos turlari tizimiga qo'llaniladi. Aynan u aniqlashning ilmiy usullarini qo'llanilishini nazarda tutadi (bemor/mijoz/oila yoki jamiyatning tibbiy-sanitar ehtiyojlari) va buning asosida hamshira parvarishi yo'li bilan eng samarador tarzda qoniqtirilishi mumkin bo'lgan usullari tanlab olinadi. Bu yerga shuningdek, mavjud ehtiyojlarni qondirish tadbirlarini rejalashtirish, parvarishni tashkil qilish va natijalarni baholash ham kiradi. Hamshiralar, sog'liqni saqlashdagi jamoaning boshqa a'zolari, hamshira xizmatidan foydalanuvchi insonlar yoki ularning guruhlari bilan hamkorlikda, vazifalarni, ularning muhimlik darajasini, zarur parvarish turini belgilaydilar va zaruriy resurslarni yo'naltiradilar. So'ngra ular bevosita yoki bilvosita hamshiralik yordamini ko'rsatadilar. Shundan so'ng ular olingan natijalarni baholaydilar. Natijalarni baholashda olingan ma'lumot, zarur o'zgartirishlar, hamshira parvarishining analogik vaziyatlaridagi keyingi aralashuvlaridagi zaruriy o'zgartirishlarning asosida yotishi darkor. Shunday qilib, hamshira ishi dinamik jarayonga, o'z-o'zini adaptatsiyalash va mukammallashtirish jarayoniga aylanadi» (Jaxon Sog'liqni saqlash tashqilotining Evropada hamshiralik ishi va akusherlik bo'yicha yo'naltirilgan dasturi).

STATSIONARNINGTERAPEVTIK MUHITI – psixiatriya rivojlanishining zamonaviy bosqichida «terapevtik muhit» tushunchasiga turli mualliflar tomonidan turlicha mazmun kiritiladi. Bu atamalarning turliligida ham aks etadi: “muhit bilan davolash”, “davolash muhiti”, “terapevtik jamiyat”. Ingliz

psixiatrlari Meyn va Djons tomonidan 1946- 48 yillarda taklif qilingan “terapevtik jamiyat” kontseptsiyasi keng ma`noda psixiatriya bo`limi uchun tashkiliy asos sifatida ko`rilishi mumkin va uning doirasida o`z ichiga ham medikamentoz, ham psixosotsial usullarni oluvchi biologik usul kabi davolashning eng turli usullari samarali qo`llanilishi mumkin. Reabilitatsiya va terapevtik muhitni tashkil qilinishini muvaffaqiyatli amalga oshirilishi bemorning o`zini ham davolash-tiklash jarayonida faol qatnashuvini talab qiladi. Bu holatda bemor nafaqat davolash ob`ekti sifatida, balki uning sub`ekti (hamkorlik qonuniyati) sifatida ham ishtirok etib, davolovchi shifokorlar, o`rta tibbiy xodimlar, boshqa mutaxassislar va bemorlar bilan murakkab o`zaro munosabatlar tizimiga kiritiladi. Bu o`zaro munosabatlar psixiatriya klinikasi sharoitida (somatik kasalxonadan farq qilib) nafaqat tibbiy xodimlarning shaxsiy sifatleri, bemorlar shaxsining saqlanib qolgan belgilari bilan, balki ularning psixopatologik hususiyatlari bilan ham belgilanadi. Muhit bilan davolashni guruhli psixoterapiyaga yaqin turuvchi sotsioterapevtik ta`sir o`tkazish usullaridan biri sifatida ta`riflash mumkin. Mikromuhit omillari, bemorning umumiy manfaatlari bilan chambarchas bog`liq bo`lgan jamoani tashkil qilish, ularga maksimal tarzda mustaqillik holatini berish, bo`limlarda o`z-o`ziga xizmat qilish va o`zini boshqarish qoidalarini joriy etish, tibbiy xodimlarning bemorlar bilan munosabatlaridagi keraksiz avtoritarligini bekor qilinishi muhim o`rin tutadi.

TOLERANTLIK (MUROSALILIK) – boshqa insonlarning fikrlari, odatlari yoki xulq-atvorlarini tan olish va hurmat qilish va uni amalda qo`llay olish qobiliyatidir (Vebster lug`ati). Boshqa insonlarga etarli asos bo`lmagan holatda salbiy baho berish bu – xurofotdir (G. Ollport). Diskriminatsiya xurofot va murosasizlikning oqibati bo`lib, u hulq-atvorning shunday shakliki, u barcha ishtirokchilar uchun ko`pincha ruhiy jihatdan zarar etkazishi mumkin: nafaqat diskriminatsiya qurboni uchun, balki diskriminatsiyani amalga oshirayotgan shaxs uchun ham. Murosasizlik asosan irqchilikda, antisemitizm, etnik xurofotlarda, gomofobiyalar (seksual o`ziga xosligi bo`lganlarga nisbatan nafrat) va jins diskriminatsiyasida namoyon bo`ladi.

XOLIZM – shaxsga jismoniy, ruhiy va ma`naviy tarkibiy qismlarining bir butunligi qoidasi bilan yondoshishni bildirish uchun qo`llaniladigan tushunchadir. Xolizm, metodologik qonuniyat sifatida, ilk marotaba Janubiy Afrika faylasufi YA. Smets tomonidan shakllantirilgan. Uning nazariyasining markaziy mohiyati «bir butunlik, uning tarkibiy qismlari yig`indisiga nisbatan kattaroqdir» formulasida o`z aksini topadi. Smets bir butunlikni o`z ichida ob`ektiv va sub`ektiv, moddiy va ideal sifatlarni sintezlaydigan falsafaning markaziy tushunchasi sifatida qabul qiladi. Uning namoyon bo`lishini, dunyoning sifatiy o`zgarishi davomida yangi va yangi ob`ektlarni (bir butunliklar) tug`diruvchi evolyutsiya jarayonida ko`rish mumkin: organik bir butunlikning oliy shakli bu – inson shaxsidir.

ADABIYOTLAR

1. Stavropol' sh. 2004 y. 15-16 oktyabr Xalqaro anjuman materiallari.
2. Portnov A. A., Fedotov D. D. Psixiatriya – M.: Meditsina, 1965.
3. Avrutskiy G. YA., Neduva A. A. Lechenie psixicheskix bol'nix.
4. Rukovodstvo dlya vrachey. - M.: Meditsina, 1988.
5. Bleyler E. Rukovodstvo po psixiatrii. – M.: Reprant, 1993.
6. Kandinskiy V.X. O psevdogallyutsinatsiyax. – M.:1952
7. Kaplan G. I., Sedok B. D. Klinicheskaya psixiatriya. – M.: Meditsina, 1994.
8. Gavenko V. A., Kojina A.M. i dr. Narkomaniya. O`quv qo`llanma. – Rostov-na-Donu: Feniks, 2003.
9. Bortnikova S. M. Zubaxina T. V. Sestrinskoe delo v nevropatologii i psixiatrii s kursom narkologii. – Rostov-na-Donu: Feniks, 2005.
10. Chudnovskiy B.C., Chistyakov N.F. Osnovi psixiatrii. – Rostov-na-Donu: Feniks, 2003.
11. Nagnibedova A. N., Nitruksa M. I. Skoraya psixiatricheskaya pomosh' na dogospital'nom etape. Rukovodstvo. – SPb.: 1998.
12. Samoxvalov V. P. Psixiatriya. O`quv qo`llanma. – Rostov-na-Donu: Feniks, 2004.
13. Lichko A.E. Psixopatii i aktsentuatsii xaraktera u podrostkov.-L.: 1983.
14. Taunsend Meri S. Sestrinskie diagnozi v psixiatricheskoy praktike. Qo`llanma. - Kiev: 1998.
15. S'yuzen Ritter. Rukovodstvo po sestrinskoy rabote v psixiatricheskoy klinike. – Kiev: 1997.

16. Spravochnik meditsinskoy sestri psixiatricheskoy kliniki, Omsk, 2003.
17. Spravochnik. Sestrinskoe delo. – Rostov-na-Donu: Feniks, 2005.
18. Chernov V.N. Sestrinskoe delo v psixiatrii s kursom narkologii. MGOUVUNMU Dasturi, 2003.
19. Kregmer E. Stroenie tela i xaraktera. – M.: Pedagogika, 1995.
20. Kregmer E. Meditsinskaya psixologiya. – Sankt-Peterburg: SOYuZ, 1998.
21. Shternberg E.Ya. Gerontologicheskaya psixiatriya. – M.: Meditsina, 1977.
22. Kannabix Yu.B. Istoriya psixiatrii. - M.:2002.
23. Babin S.Ya. Organizatsiya psixoterapevticheskoy pomoshi v obshepsixiatricheskom statsionare. Metodik qo`llanma. – Orenburg, 1998.
24. Mayer-Gross B. Klinicheskaya psixiatriya. – M.: Meditsina, 1967.
25. Snejnevskiy A.V. Shizofreniya. – M.: Meditsina, 1967.
26. Stolyarenko L.D. Osnovi psixologii. – Rostov-na-Donu: Feniks, 2005.
27. Shuvalov A.V. Spravochnik prakticheskogo vracha po psixiatrii, narkologii, seksopatologii. - M.: Sovetskiy sport, 2001.