

ABDULLAYEVA V.K., SHARIPOVA P.K.,
BABARAXIMOVA S.B., ISKANDAROVA J.M.

PSIXIATRIYA

Toshkent 2018

616.89-008

A 15

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA
MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI

ABDULLAYEVA V.K., SHARIPOVA P.K.,
BABARAXIMOVA S.B., ISKANDAROVA J.M.

«PSIXIATRIYA»

Pediatriya ishi – 5510200 ta'lim yo'nalishi uchun

O'quv qo'llanma

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2018 yil
“15” avgustdagi “718” – sonli buyrug'iga asosan nashr etishga ruxsat berildi.

Ro'yxatga olish raqami 718-051



278876

UO'K 616.89-07-08

KBK 56.14

A 15

Abdullayeva, Vasila Karimbekovna.

Psixiatriya [Matn] | V. K. Abdullayeva. – Toshkent : Nurfayz nashriyoti, 2018. - 241 b

ISBN 978-9943-5284-2-0

“Psixiatriya” o’quv qo’llanmasiga annotatsiya. Ushbu o’quv qo’llanma 241 bet, 2 bo’lim, 16 bob, vaziyatli masalalar, testlar, nazorat savollari, glossariy va asosiy hamda qo’shimcha adabiyotlarni o’z ichiga oluvchi ilovadan iborat. Bilim sohasi – ijtimoiy ta’minot va sog’liqni saqlash – 500000. Ta’lim sohasi – sog’liqni saqlash – 510000. Bakalavriat yo’nalishi – pediatriya ishi – 5510200.

UO'K 616.89-07-08

KBK 56.14

ISBN 978-9943-5284-2-0

© V. K. Abdullayeva.

© NURFAYZ NASHRIYOTI,

Toshkent 2018 y.

KIRISH

Psixiatriya - ruhiy kasalliklarning kelib chiqishi, patogenezi, klinik ko'rinishi, kechish xususiyatlarining o'rganadigan va ularning oldini olish, davolash va rehabilitasiya usullarini ishlab chiqadigan tibbiyot fanidir. Psixiatriya umumiy psixopatologiya va xususiy psixiatriyaga bo'linadi. Xususiy psixiatriya ruhiy kasalliklarning simptom va sindromlarini, ularning rivojlanishi, kechishida umumiy qonuniyatlar va tasnifini o'rganadi. Ruhiy kasalliklarni aniqlashda va bemorning ruhiy holatini to'g'ri baholab, uning oqibatlari, shaxs xususiyatlari, kasallikning kechish jarayoni haqida ma'lum bir xulosaga kelish uchun katta axamiyat kasb etadi.

Ruhiy kasalliklarning klinikasi, tashxisoti, davolash choralari va profilaktikasini bilish katta axamiyatga egadir. Ruhiy kasalliklarning simptom va sindromlari haqida talabalar yetarli darajada bilimga ega bo'lishlari lozim.

I BO'LIM. UMUMIY PSIXOPATOLOGIYA

1-BOB. HARAKAT, IRODA VA MAYL BUZILISHLARI

Ta'rif. *Harakat buzilishlar guruhini* harakat akti va faoliyat buzilishi tashkil qiladi. Harakat buzilishlari yakka holda - simptom yoki boshqa psixopatologik holatlar bilan birga, sindrom ko'rinishida kechishi mumkin. Harakat buzilishlari stupor, harakatsizlik, nutq va harakat qo'zg'alishlariga ajratiladi.

Iroda – Instinktiv faoliyat bo'lib, maqsadli faoliyatga intilish, maqsadga erishish yo'lidagi ongli harakat hisoblanadi. *irodaviy faollik* shaxsning tashqi faoliyatida o'z ifodasini topadi.

Maylni ba'zida instinkt deb ham ataydilar. Oziq-ovqatga oid (bulimiya-oziquqlanish instinktini kuchayishi, anoreksiya-oziquqlanishni kamayishi yoki yo'qolishi, koprofagiya-axlat yeyish), jinsiy (pasayish, oshishi, parafiliya), o'zini saqlash (himoyalash) instinkti, agonistik instinktlar, shu jumladan xavfsiz boshpana topish, o'z shajarasini saqlab qolish, qulay sharoitda yashash, o'z hududini asrash va tadqiqot instinktlarining buzilishlari tafovut etiladi.

Tarixi, norma va evolyutsiyasi. Insonda biologik ehtiyojlar bilan bir qatorda, odatda boshqa ehtiyojlardan ustun turuvchi shaxsiy insoniy (ijtimoiy) ehtiyojlar ham mavjuddir. Ehtiyoj – bu “muhtojlik” hisoblanib, usiz organizm normal ravishda rivojlana va faoliyat yurita olmaydi. Epikur (eramizdan avvalgi III-IV asr) birinchilardan bo'lib insoniy ehtiyojlarni tasniflagan. Epikur ehtiyojlarni uch guruhga ajratgan:

- 1) Tabiiy va zaruriy (suyuqlik ichishga bo'lgan ehtiyoj);
- 2) Tabiiy, ammo zaruriy bo'lmagan (jinsiy mayl);
- 3) Tabiiy bo'lmagan, zaruriy bo'lmagan emas (mashhurlik xohishi, patologik kuchaygan talablar – ehtirosalar).

A.Maslou fikricha, insonning hayotiy ehtiyojlarni qondirmasdan turib, potensial imkoniyatlarini yuzaga chiqarib bo'lmaydi (taomda, uyquda va shunga o'xshashlar). Muallif ierarxik ta'limotni asoslab berishga, turli darajadagi ehtiyojlarni qoliplashga, eng “ibtidoiy” ehtiyojlardan tortib to juda “nozik” ehtiyojlargacha tasniflashga harakat qilgan. *A.Maslouning* ehtiyojlar “Piramidasi” quyidagicha:

1. Fiziologik ehtiyojni (taom iste'mol qilish, suv ichish va b.) qondirmasdan turib, boshqa hech narsaga undab bo'lmaydi. (oziq-ovqat instinkti).

2. Jinsiy ehtiyoj (naslni davom ettirish instinkti).

3. Xavfzlikka, himoyalanganlikka, o'zi va o'z yaqinlari uchun ertangi kunga ishonch ehtiyoji (o'zini saqlash instinkti).

4. Yaxshi munosabatga ehtiyoj (sevish, jamoada sen bilan hisoblashadigan yoqimli bo'lish va b.).

5. O'zini o'zi hurmat qilish, jamiyatdagi o'z o'rmini belgilab olishga ehtiyoj (ishda o'zini tasdiqlab olish xohishi).

6. Unumli faoliyat orqali ehtiyojni qondirish, bunda, unumli faoliyat insonni jamiyat va insoniyatga, boshqa odamlarga foyda keltirish xususiyatiga ega ijodiy shaxsga aylantiradi.

V.Frankl (1991) hayot mazmunini bilishga intilishni faqat insonga xos xususiyat deb hisoblaydi. Usiz inson gapiruvchi hayvondekdir. Mavjudlik ma'nosining muammosi rivojlangan mamlakatlarda anchagina dolzarb bo'lib qoldi. Ko'p sonli insonlar yashashdan ma'no yo'qligi hissini sezadilar. Ayniqsa, bizning davr uchun dolzarb bo'lgan muammolar, narkomaniya va alkoholizm, aqli zaiflik, agressiya, pornoindustriya va boshqalar bu bilan bog'liqdir.

Frustrasiya ehtiyoji inson salomatligi va hayoti uchun xavfli va jiddiy asoratlarni keltirib chiqaradi. Masalan, uyqudan mahrum bo'lishlik to'rtinchi-beshinchi sutkalarda psixoz yuzaga keladi. Mahrum bo'lishning og'irliligi va xarakteri ko'p hollarda asabiy ko'chish oqibati ekanligi ahamiyatlidir. Tasavvur etiluvchi xavf, realga nisbatan kam emasdir.

Irodaviy akt ehtiyojning dolzarbligini manbaiga ega. Irodaviy jarayondagi birinchi bosqichda sub'ektiv ravishda biror-bir e'tiborli va zarur narsaning yetishmasligining g'ira-shira hissi seziluvchi jarayondir. Mazkur bosqichda ehtiyoj ob'ekti tan olinmagan. Irodaviy aktning ikkinchi bosqichi sababning vujudga kelishi hisoblanadi – ehtiyoj tarkibini tan olish, kerak ekanligini tushunish. Irodaviy aktning uchinchi bosqichida sabablar kurashi yuzaga keladi. Iloji bo'lganlarning hammasi mazkur momentda faoliyatning shunday yo'nalishini tanlaydiki, bunda ehtiyojning zarurrog'i adekvatdir. Bundan tashqari, maqsadga erishishning shunday xususiyati aniqlanadiki, bunda individumning normativ tasavvurlariga javob beradi. Irodaviy jarayonning to'rtinchi bosqichida ta'sir rejasini ishlab chiqiladi va ta'sir qarori qabul qilinadi (irodaviy kuch amalga oshiriladi). Beshinchi bosqich bu ko'zlangan rejani

amalga oshirish, real va o'zgaruvchan vaziyatli yo'naltirilgan maqsadda tashqi faoliyat hisoblanadi.

Irodaviy faoliyatga taalluqli ba'zi terminlarga qisqa aniqliklar keltiramiz (J.Godfrua, 1992):

- Motivasiya – xulqni aniqlovchi turli faktorlar yig'indisi.
- Xohish – ehtiyojni sub'ektiv xis etish, shu jumladan biologik.
- Sabab – individum o'z faoliyatida foydalaniluvchi sabablarni ta'riflash, faxmlash.
- Istak – maqsad, uning uchun harakat qilinadi. Haqiqiy maqsad, harakat amalga oshirilgandan keyin aniq qilib qo'yiladi.
- Mayl – aniq harakatga yetaklovchi ichki holat.
- Impuls – qisqa muddatli instinktni dinamik ko'rinishi, tug'ma talab.

Tadqiqot uslublari. Harakat (verbal bo'lmagan xulq) va irodaviy faollikning asosiy tadqiqot uslublari etiologiya va refleksologiya uslublari. Etiologiya uslubi kommunikasiya kanallari bo'yicha etogrammaniya yozib borishdan iborat, bularga vizual, alfaktor, audial, taktil, ijtimoiy kanallar kiradi. Vizual kanal mimika, poza, ishora, manipulyasiyalar dinamikasi yozuvi ob'ektivizirlanadi; audial – audiografik va sonografik; ijtimoiy kanal – guruh va jamoa a'zolari orasidagi aloqa tizimi, masalan, sovg'a qilish, almashinish, agressivlikni namoyon etish, dominantlik; alfaktorli – feromonlarni o'rganish; taktil - chastotasi bilan, boshqalar va o'ziga ta'sir zonasi. Kanallar parallel ravishda partitura singari yozilishi mumkin, ammo alohida qayd etilishi ham mumkin.

Simptom va sindromlar

Harakat buzilishlari

Psixomotor buzilishlar sababsiz, o'ylamasdan, giperkinezga yaqin harakat va ta'sirlar, shu jumladan harakatsiz holatlar bilan namoyon bo'ladi.

Negativizm – ma'nosiz vaziyat talablariga qarshi harakat, shu jumladan, faoliyatga shaxsiy mayl ("ichki negativizm", ambivalentlik). Faol negativizmga qayta adekvat harakatlar bajariladi. Passiv negativizmga maqsadli harakatlar bajarish rad etish kuzatiladi. Negativizm motorli aktlar bilangina emas, balki nutqda ham kuzatilishi mumkin. Bemor shunday deydi: "Bugun dushanba emas, beshinchi fevral emas. Men kasalxonada yotganim yo'q, men kasal emasman. Yo'q, men sog'lom emasman. Mening erim yo'q. U bor edi, suzib chiqmadi, u yo'q edi, ammo u suzib chiqdi, uni oti Ivan emas...". Negativistik bemorlar

kontaktga yomon kirishadilar, savollarga umuman javob bermasliklari mumkin, umuman gaplashmasliklari mumkin – mutizm. Suhbat vaqtida, boshqa tarafga qarab olib o'tiradilar, yerga qaraydilar, suhbatdoshga qaramaydilar, etishlarini g'irchillatadilar, ketishga harakat qiladilar. Negativizm generalizlangan va elektivli, tanlovli bo'lishi mumkin. Total (generalizlangan) variantda negativizm atrofda hamмага va turli vaziyatlarga tarqalishi mumkin. Elektivli negativizm alohida odamlar muomalasida ifodalangan va vaziyatning tor doirasi bilan bog'langan. Negativizm ta'kidlanishicha, tashqi ta'sirligina bo'lmay, balki ichki impuls ham bo'lishi mumkin. Demak, katatonik bemor tufukni yuta olmaydi, ham tufay olmaydi va u og'izni to'ldirib boradi – Osipov psevdoptializm simptomi. Negativizm normada bolalarda 3-4 yoshda kuzatiladi – fiziologik negativizm. Oxirgisi avtonomiyani, "o'zlikni" shaxsiyat, o'zini o'zi anglashning rivojida muhim bosqich belgisining paydo bo'lishini ko'rsatadi. Negativizm yetuk shaxslarga xos, yuqori ishonch hosil qiladi, turli kasallik holatlarida birga bo'ladi. Katatoniklarda, boshqa bemorlardan farqli, motivasiyadan mahrum etilgan.

Avtomatik bo'ysunish (Leongard prokineziyasi) – hamma talablarga so'zsiz bo'ysunish, yoqimsiz yoki nomaqbul bo'lsa ham. Katatoniklarda uchraydi. Bo'ysunishning nisbatan yengil formalari yuqori ishontirish, konformlikka taalluqli.

Exopraksiya – ihtiyorsiz, ba'zida atrofda gilar harakatlarni, ta'sirlarni ko'p marotaba takrorlashi.

Stereotipiya – xulqda g bir xillik. Masalan, bemor doimo bir xil xolatda bo'ladi, bir xil harakatlarni bajaradi, palatada aniq bir joyni egallaydi, biror bir harakatni bir necha marotaba ketma-ket takrorlaydi (harakatga soluvchi interasiyalar). Nutq stereotipida Bemor kundan-kunga o'zgarishsiz intonasiya bilan bitta yoki bir necha jumlani, boshqa hech narsa gapirmay takrorlayveradi. Masalan, vrachdan so'raydi: "Siz o'zingizni qanday his etmoqdasiz?"

Akineziya – istakda chetdan harakat xususiyati saqlangan holda, erkin harakatlarni to'xtatish natijasida harakatsizlik.

Stupor – harakatsizlik, dong qotib qolish. Stuporning quyidagi ko'rinishlarini farqlaydilar: katatonik – harakatsizlik, mutizm va mushak tonusining oshishini qamrab oladi; depressiv ("qorong'u dong qotib qolish") - depressiya bilan bog'liq harakatga soluvchi tormozlanish; psixogenli - shokli psixik travma harakatiga javoban yuzaga keluvchi harakatsizlik; gallyusinatorli – imperativ gallyusinasiyalar ta'siri ostida rivojlanuvchi harakatsizlik; vasvasali

– xulqning vasvasa formasi hisoblanuvchi, dong qotib qolish; ekstatik – yuqori ekstatik affektda yuzaga keluvchi harakatsizlik; maniakal – maniakal holatda harakatli tormozlanish; ekzogenli – miyaning striopallidari bo‘limida toksik yoki infeksiyon shikast natijasida yuzaga keluvchi xarakatsiz holat, masalan, post- yoki metensefalitik stupor; apatik – peshona shikastida, cho‘zilgan simptomatik psixozlarda, kaxeksiya, bosh miya travmalarida, progressiv paralichda, shizofreniya da kuzatiladigan to‘la befarqlik bilan kechuvchi asptontan holat. Arodeksiya (e‘tiborning to‘liq tushib qolishi, faol singari ixtiyorsiz ravishda) holati bilan apatik mo‘ljal buzilishi o‘rin tutadi. Ong buzilmaydi. Apallik sindromi – katta yarim shar po‘stlog‘i o‘chishi va tana mexanizmi faollik ustunligi natijasida yuzaga keluvchi harakatsizlik. Tasvirlash va termin E.Krechmerna taalluqli. Aprozeksiya - emosiyonal reaksiyaning yo‘qligi, erkin harakatlarning tushib qolishi, ong qorong‘ilashuvida ongni tashkil qiluvchilarning yo‘qligida psixik aktlarning yo‘qligi xarakterlidir. Qariyalar va o‘rta yoshdagilarda, bosh miya travmalarida, qon quyulishida, o‘smirlarda, intoksikasiyalarda bosh miyasining yallig‘lanish kasalliklarida atrofik progressirlashda ta‘riflangan.

Parakineziya (parapraksiya) – manerlik, qutqaruv, harakat va ta‘sir o‘xshovsisligi. Bemorlar aftini bujmaytiradilar, buzilgan til bilan gapiradilar, g‘ayritabiiy holatni egallaydilar, o‘zgacha yuradilar (masalan, faqat tovonda), boshqacha obrazda qandaydir harakatlarni bajaradilar (masalan, bosh kiyim qo‘l bilan olinadi, faqat tizza ostidan qo‘lni cho‘zib). Harakat va ishning buzilgan formulasi mazkur holatda neokineziya xarakteriga ega. Bolalik davrida kuzatilgan xaraklantiruvchi yangidan hosil bo‘lgan (bolalar erta autizm sindromi) parakineziyaning psixologik asosini fantaziya qilishning juda erta formasini hosil qiladi – murakkab patologik o‘yinli fantaziyalardan ilgari xaraklantiruvchi fantaziya.

Shilqim harakatlar va rituallar – istakka qarshi bajariluvchi, ularni ushlab qolish kuchlariga qarshi harakatlar. Bunga ba‘zi yomon odatlar kiradi (tirnoqlarni etishlash, barmoqni so‘rish); afsun ma‘noga ega, ammo saqlab turuvchi tanqid ostidagi harakatlar.

Harakat buzilish guruhiga shartli ravishda **paroksizmal psixomotor buzilishlarni** ham kiritish mumkin, ular ong buzilishiga ham taalluqli.

Elementar odatiy harakatlar – ongsiz ravishda qo‘llarni ishqalashda, chapak chalishda, sakrashda, o‘yinga tushganda paydo bo‘ladi.

Oral avtomatizmlar – yo‘tish, chaynash, cho‘pillatish va so‘rish harakatlarida, yuqori so‘lak ajralishi bilan birga kechuvchi qisqa muddatli xurujlar namoyon bo‘ladi. Uyquda va ongning xira buzilishlarida yuzaga keladi.

Rotatorli avtomatizmlar – bemor tomonidan bir yo‘nalishda o‘z o‘qi atrofida aylanma harakatlarning bajarilishi.

Psixomotor qo‘zg‘alish – har xil turlari kuzatilgan: depressiv – (melanxolik raptus) qiynoqli, chidab bo‘lmaydigan qayg‘u, ilojsiz umidsizlik bilan bog‘liq holat; vahimali iztirob – vahima va affektiv kuchlanishli holat bilan bog‘liq sababsiz xarakat notinchligi; maniakal – maniakal holatlarga xos bo‘lgan xarakat faollikning oshishi; gallyusinator va vasvasali gallyusinasiya va vasvasaga asoslangan; epileptiformli chuqur disforiya xuruji ekstatik affekt yoki ongning g‘ira-shiralashuvi bilan bog‘liq; eretik va gebefrenik – aqli zaif bemorlarda psixoz vaqtidagi buziluvchi epizodlar, agressiyav yoki autoagressiyav harakatlardir; psixogen – affektiv – shakli reaksiyalarda kuzatiluvchi vahimali asabiylashish; harakatlantiruvchini ajratadilar – ongning xiralashuv holati (deliriy, amensiya); nutqni harakatlantiruvchi – ko‘p gapirishning oshganligi, maniakal bemorlarning nutq bosimi; katatonik – motorli va nutqli stereotip parakineziya, impulsiv, reaktiv, ko‘rinmas va e‘tiborli shizofreniyadagi harakatlardan ilgari harakatlantiruvchi qo‘zg‘alishi.

Psixomotor qo‘zg‘alish holatining klinik-patogenetik sistematikasi mavjud. Unga A.V.Snejevskiyning (1960) unumli psixopatologik sindromlarning og‘irlik shkalasi asos bo‘lishi mumkin. Bunga binoan qo‘zg‘alishning bir qancha holatlari, buzilishlar asosidagi aks etuvchi og‘irliklar quyidagilar bo‘lishi mumkin:

- senestopatik xurujlar bilan bog‘langan (notinchlik, nafas olishning tezlashuvi, tez-tez yutinish harakatlari, noilojlik va doimo o‘zgaruvchan holat, tananing turli qismlarini ishqalash, uqalash, qo‘llar bilan har tomonga silkitish va boshqa sensopatiyaning ob‘ektiv belgilari);

- affektiv shakllar – raptusning asabiylashgan va melanxolik formalari, oligofrenlarning maniakal, eretik asabiylashishi; disforik holatda epileptik bemorlarning asabiylashishi, psixogen;

- ipoxondrik raptus, jazavali bemorlar qo‘zg‘alishi, o‘tkir depresonalizlangan krizlar vaqtidagi qo‘zg‘alish, vahima oqib kelgan vaqtda va ritual harakatlarda anakastli bemorlarning qo‘zg‘alish;

- vasvasali;

- gallyusinatorli;

- katatonik;
- chalkash ongdagi holat.

Bu prinsip bo'yicha stupor holatlar ham tartiblanishi mumkin.

Psixomotor qo'zg'alish rivojlanishida uchta asosiy daraja belgilanishi mumkin:

- shaxsiyatning yo'nalishiga binoan bemorning ko'tarinki faolligi (qo'zg'alishni psixotik bo'lmagan varianti). Bunday qo'zg'alishni yuqori chegarasida faoliyat orientasiyasining tez almashinuvi paydo bo'ladi, buning natijasida o'zini yo'qoish paydo bo'ladi;

- bemorning og'ir psixomotor qo'zg'alish holatida soxta tasavvurlar bilan yo'naltiriladi yoki umuman sababga ega bo'lmaydi (gallyusinator-vasvasaviy, katatonik);

- qo'zg'alishning oxirgi darajasi ruhiy energiyasi, maydalanishi, fikrlash, harakat, so'zlar oqimi xaosi, ong to'qimasining bo'linib ketishi aksini ko'rsatadi. Keyinchalik qo'zg'alish giperkinetik xarakterga ega bo'ladi – bu oddiy harakatlar va tovushlarning tartibsiz almashinishidir, masalan, amensiyada.

Bolalar psixiatrik amaliyotida **giperdinamik sindrom** uchraydi (giperfaollik sindromi). Uning asosiy belgilari: umumiy notinchlik, tez achiqlanish, bir joyda o'tira olmaslik, ortiqcha harakatlarning ko'pligi, faol e'tiborning **kuchsizlanganligi**, qiliqlarning impulsivligi. Oilaviy va maktab adaptasiyasi keskin buziladi. Giperdinamiya holati bolaning normal intellektual rivojlanishiga ta'sir etadi. **Giperdinamik sindrom** nutqning tutilishi, qovushmaslik, mahsus ko'nikmalarning (o'qish, hisoblash va b.) rivojining orqada qolishi, giperkinez singari rivojlanishning orqada qolishi deb belgilanadi.

Iroda buzilishlari

Abuliya – faoliyatga intilishning yo'qligi, passivlik, aspontanlik, adinamiya. Abuliya turli patologik jarayonlarda kuzatiladi. Shu jumladan, abuliya shizofreniya uchun xarakterli (“energetik potensialni yo'qoetish”, “dinamik bo'shliq”, “struktur deformasiya”), uning oddiy formasi va chuqur psixik deffekt holatlarida yaxshi ifodalangan bo'lib, organik psixik buzilishlarda ham uchrashi mumkin. Abuliyada adinamiya, spesifik peshona fenomeni sifatida (“singan pero sindromi”) K.Kleist tomonidan birinchi marta 1934 yilda ajratilgan va harakatga intilishning etishmasligi va butunlay yo'qligidan iboratdir. Bunda yuzaga keluvchi diapazon etarli darajada keng: fikrlash va nutqning etishmasligidan to'liq harakatsizlik – akineziyagacha. K.Beringer (1934) peshona shikastida spontan faollikning e'tiborli tormozlanishi tashqi

ta'sirlarga ta'sirlilikning saqlanib qolishi bilan mos keladi, deb ko'rsatgan. W.Klages (1954) ko'rsatishicha, diensefal shikasti bilan bog'liq asponanlik, peshonadan farqli, fiziologik charchoqning ifodasi hisoblanadi va fikrlashning buzilishi bilan o'tmaydi. Ba'zida bemorlar statusini aniqlashda faollikning kuchsizlanishi depressiyasi kuzatiladi ("adinamik depressiya"). Oxirgi holatda faollikning tushib ketishi faktini tushunish, kasallik ko'rinishi sifatida, shu jumladan bemorning bu holatni engib o'tishiga intilishi xarakterlidir. Adinamik depressiyada, bemorlarning xabarlariga ko'ra, irodaviy kuchlanish xususiyati ham pasayadi. Ular nima qilishni biladilar, harakat zaruriyatini tushunadilar, ammo uni amalga oshirishga o'zlarida kuch topa olmaydilar.

Harakat uchun impulslarning kuchsizlanishi yoki bo'shligi (sodda tilda "yalqovlik") **gipobuliya** termini bilan aniqlanadi. Faollikning pasayish darajasi turlicha bo'lishi mumkin – e'tiborsizdan, ko'proq sub'ektiv kechuvchi, asponanlik bilan chegaraviygacha. Gipo- va abuliya – nozologik spesifikadan mahrum bo'lgan buzilish. Turli psixik va somatik kasalliklarda, shaxs buzilishida, bosh miyasining organik shikastlari natijasida, narkomaniyada uchraydi.

Gipodinamiya va asteniya singari o'xshash tushunchalarni chegaralash kerak. Klinik rejada ular ko'pincha aralash ma'noda bo'ladilar: asteniya ko'pincha gipodinamiya bilan birga keladi. Ammo, bunaqa hamma vaqt ham bo'lavermaydi. Asteniyaning giperstenik variantida, masalan, faollikning kuchsizlanishi kuzatilmaydi. Latentlik holati yuqori holdan toyishda birga kechmaydi. Bundan kelib chiqadiki, ko'rsatilgan tushunchalar (ularga taalluqli bo'lgan klinik ko'rinish) ularning tashqi mos kelishida identik hisoblanmaydi.

Giperbuliya – faoliyatga ko'pincha o'zgaruvchan mayllarning turli xilligining ko'pligi faolligining ortiqchaligi holati, shu jumladan maqsadga darhol erishishga impulsiv erishishdir. Tabiiy mayl harakatga soladi. Maqsadlarni birini ikkinchisi ortidan tez almashtirish, vaziyatli reaksiyalarni ko'pligi faoliyatni kam mahsuldor qilib qo'yadi. Qisman engil holatlardagina mahsuldorlik faolligini oshirish ko'tarilishi mumkin. Faollikni shiddatli oshishida haotik psixomotor asabiylashish holati yuzaga keladi.

Yoshi katta bemorlarda giperbuliya Maniakal holatlarda, turli kasalliklarda, psixik asabiylashishda kuzatiladi. Bolalar psixopatologiyasida giperdinamik sindrom markaziy asab tizimining organik shikasti asoratlari – rezidual -organik asab-psixik buzilishlar bilan bog'laydilar. Bundan tashqari u epilepsiyada, surunkali epidemik ensefalitdan shizofreniyada, aqliy zaiflikda,

nevrotik buzilishlarda, shu jumladan Kramer-Pollnov (bu erda u doimiy zo'rllovchi harakatlar va oshib boruvchi demensiya bilan hamoxangdir) sindromi strukturasi ta'riflangan. 1,5 dan 15 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi, ayniqsa ko'proq maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda boshida va oxiridagi yoshda ayniqsa aniq uchraydi (Kovalev, 1979).

Parabuliya – xulq patologiyasi sabablarini shakllanishi mexanizmining buzilishidan kelib chiqadi. Sabab bunda shakllanmay, ichki tabiiy ehtiyojning adekvat bo'lmagan holatidir. Xulqidagi chetlashish turlicha bo'lishi mumkin: impulsiv, reaktiv, bema'ni va katotonik bemorlarning prozektik xarakati. Xulqning aniq sabablari bu erda yo'q, bu ma'nosiz harakatlar (Kerbikov, 1949). Ularga fikrlash patologiyasi bilan bog'langan va paragnomen termini bilan belgilangan "g'alati harakatlar" yaqinlashadi (Brzezicki, 1950). Shunday qilib, bemor mushukni ikkiga arralaydi, chunki "bo'linish – tabiat qonuni".

Mazmunning so'zli formulasida "nutqli kuzatish" mavjud, harakatning verbal soyasi. Bemor buni amalga oshirishi uchun uni nima majbur etdi, aniqlashning imkoni yo'q, chunki bu harakatlar aldovli qabul va vasvasa bilan asoslangan va nutq xulqining psixotik motivasiyasidan kelib chiqadi. Oxirgisi shunga asoslanganki, bunda bemor real o'rniga undagi o'zining kasal "Men" ni qabul qiladi. Vasvasali ta'qibda "qutqariladi" yoki tashlanadi, unga aniq bir narsa havf solayotganligidan emas, balki unga bu tuyuladi.

Maylning buzilishi

Maylning buzilishlarni impulsiv xarakterli va instinktlarni buzilishi bo'yicha farqlaydilar.

Impulsiv xarakterdagi maylning buzilishi

Qarshiliksiz realizasiya qilinuvchi va keyinchalik kritik bahosiz, ongli maqsadni rad etishga yo'naltirilgandir. Impulsiv mayl huruj ko'rinishida yuzaga keladi, engilmas, bir necha soat, kun davom etadi, ba'zida tez-tez takrorlanadi. Huruj vaqtida Bemor odatda mayl bilan egallab olingan bo'ladi, uning "men" idan identifikatsionlanadi. Shaxsiyatning sog'lom qismi mayli tormozlangan, qandaydir uzoq, begona deb eslanadi, agarda umuman eslansa. Kasallik holatidan chiqishda maylni baholash o'zgaradi – endi u begona shaxsiyat kabi qabul qilinadi, qandaydir begona, unga mansubmasdek. Bu erda biz ikkilangan shaxsiyat fenomeni bilan uchrashamiz. Bir individumda ikkita qutb shaxsiyati

mavjuddek, ular faqat galma-galdan ta'sir etadilar. Ular antagonizmi natijasi bu impulsiv mayl xuruji boshidagi sabablar kurashi hisoblanadi.

Impulsiv xarakterdagi maylning buzilishi soniga dipsomaniya, dromomaniya, piromaniya, kleptomaniya, mifomaniya, koprolaliya, giperseksual xurujlar kiritiladi; beriluvchan ("gembliŋ") va kompyuter o'yinlari ("ludomaniya") ga mayl.

Dipsomaniya – mastlikka impulsiv mayl; vaqti-vaqti bilan va og'ir qaytariluvchi surunkasiga ichish. Surunkasiga ichish boshlanishi kayfiyatning autoxton surilishi bilan bog'liq. Surunkasiga ichishdan chiqishda ko'pincha keng ko'lamda xotirani yo'qoetish bilan namoyon bo'ladi, chunki vaqtning e'tiborli qismini Bemor chuqur mastlikda o'tkazadi. Ehtimol, amneziya siqib chiqarish xarakat mexanizmiga egadir. Surunkali ichish o'z holicha kupirlanadi. Dipsomaniya epsilon – dipsomanik alkogolizm singari ba'zi kasalliklar (siklotimiya, Maniakal – depressiyav psixozi, epilepsiya) simptomi sifatida baholanadi (Jellinek, 1962; Korolenko, 1973). Kamdan-kam hollarda uchraydi, bemorning hayoti davomida 1-2 marotaba.

Dromomaniya (poriomaniya, vagobandaj) – vaqti vaqti bilan yuzaga keluvchi o'zini tuta olmaydigan joyni o'zgartirishga, darbadar kezishga, daydilikka mayllik. Ketib qolish va daydilik sindromi ko'pincha aqli zaiflikda, nevrozlarda, shaxsiyatning buzilishida uchraydi.

Dromomaniya soxta va haqiqiy bo'ladi. Soxta dromomaniya ko'pincha bolalar va o'smirlarda uchraydi, yashash joyini o'zgartirish engib bo'lmaydigan impulsiv mayl yo'qligi bilan farqlanadi. Ota-onalari bilan konflikt vaziyatlardan uydanda ketib qolish hollarida qat'iy norozilik, qarshilik reaksiyasi ko'rinishida namoyon bo'lishi mumkin, yoki bo'lmasa, ular biror-bir guruh a'zolaridan biriga qo'shilib olib, birdamlik hissi ostida u bilan birga daydilik qiladi.

Haqiqiy dromomaniya shash joyining o'zgartirishga engib bo'lmaydigan impulsiv maylning mavjudligi bilan xarakterlanadi. Ko'rsatilgan sindromning dinamikasida aniq bosqichilik mavjuddir. Birinchi, reaktivli bosqich vaziyatga asoslangan uydanda ketib qolish bilan ifodalanadi. Ikkinchi bosqich odatiy, qayd etilgan ketib qolish bilan xarakterlanadi; bunday ketib qolishlarning paydo bo'lishi patologik oshgan mayl bilan tushuntiriladi. Uchinchi bosqichda ketib qolish va daydilik engib bo'lmaydigan, impulsiv bo'lib qoladi (Ivanova, 1972).

Piromaniya – engib bo'lmaydigan va sababsiz yondirishga moyillik, ular yomonlik, zarar keltirish maqsadisiz amalga oshiriladi. Aqli zaiflik, shaxs buzilishida uchraydi.

Kleptomaniya – vaqti-vaqti bilan va to‘satdan maqsadsiz o‘g‘rilik qilishga ehtiros. O‘g‘rilangan narsalar, odatda kleptomanga kerak emas va katta qiymatga ega bo‘lmaydi, ko‘pincha keyinchalik tashlab yuboriladi. O‘g‘rilik ochiqdan-ochiq amalga oshiriladi, o‘g‘rilikda amalga oshiriladigan ehtiyot choralari ko‘rilmadan bajariladi, shu sababdan darhol bajargan shaxs aniqlanadi.

Mayl buzilishining bu uch turi o‘zining kelib chiqishi bo‘yicha arxiatik instinktlardan, genetik bizga etib kelgan rudimental meros ibtidoiy tuzumdan iborat deb hisoblanadi, yashash uchun yaxshi joy izlab inson ko‘chib yuradigan hayot tarziga majbur bo‘lganda; isitish va egulik tayyorlash uchun, gulxanlar yoqish; yig‘ish bilan shug‘ullanish, ya‘ni mazkur vaqtda u uchun kerak bo‘lmagan buyumlarni yig‘ish, keyinchalik ulardan yoy uchun o‘q uchini, baliq to‘tish uchun qarmoq, ichish uchun idish va b. tayyorlashda foydalangan.

Mifomaniya – aldovga engib bo‘lmaydigan talab, atrofdagilar mistifikasiyasi. Kleptomanlarga xos, mifomanlar foyda maqsadini ko‘zlamaydilar, bundan tashqari o‘z hulqi bilan o‘z reputasiyalariga putur etkazadilar. Ularni ko‘proq boshqalarni chalg‘ietish xohishi qiziqitirmaydi, harakatning o‘zi, yanglish voqealarni to‘qib chiqarish jarayonigina ularga huzur bag‘ishlaydi. Psixologik rejada mazkur faoliyat sababning maqsadga o‘tishini illyustirlaydi - mazkur holatda yangi hosila mexanizmi patologik talabdir (A.N.Leontyev).

Koprolaliya – nutqda beadab haqoratni qo‘llashga engib bo‘lmas intilish. O‘zining kelib chiqishi bo‘yicha haqorat yoki invektiv leksika so‘zlar magiyasi bilan bog‘liq. Beadab jinsiy simvolikasi so‘kish so‘zlari qadimiy madaniy aloqadan boshlanib, genitaliyalargachadir. So‘kish so‘zlari bu ma‘noda arxiatik an‘analarni davomi hisoblanadi. Boshlang‘ich ma‘nosini yo‘qotib, ular oldingi psixologik ma‘noni saqlab qolganlar: ko‘pgina urishayotganlar buni “engillashish” maqsadida bajaradilar. Bemorlarda avval chetlab o‘tiluvchi so‘kish so‘zlarining paydo bo‘lishi, shaxsiyatning regressiyasi haqida guvohlik beradi. Dissosial buzilishli shaxslar uchun xarakterli, Jil de La Turetto sindromida, hamma o‘tkir psixozlarda paydo bo‘lishi mumkin.

Katta yoshli geteroseksuallarda uchraydigan, ko‘pgina seksual buzilishlardan ko‘p uchraydiganlarini qayd etamiz – bu jinsiy aloqaning kuchayishi va libido.

Nimfomaniya (ayollarda), **satiriazis** (erkaklarda) – impulsiv ravishda erotik maylning oshishi, qoniqish hissisiz jinsiy partnerlarni doimiy

almashtirishga ehtiros. Bunday hurujlar vaqtida seksual faollik tiyib bo'lmaydigan va tartibsiz partnerga nisbatan zo'raki ta'sir bilan amalga oshiriluvchi xarakterga ega bo'ladi. Jinsiy aloqa, biroq intensiv maylni pasaytirmaydi, qondirilish olib kelmaydi. Jinsiy maylning yuqori intensivligi fiziologik buzilish mavjud bo'lmagan holatda chetlanish hisoblanmaydi. Ko'p hollarda, nifomaniya va satiriazis, seksual qimmatli dominirlanish - "erotomaniya" uchraydi. Seksuallik odatda unga e'tibor konsentriyasining me'yor buzilishidadir. Normada u o'z maqsadi bo'lmay, yaqinlashish vositasi, sevgi aloqasining ifodasi hisoblanadi. Erkaklarda to'qinlanish fazasiga ereksiyaning yuz bermasligi, ayollarda esa - vaginizmdir. Erkaklarda orgazm fazasiga - vaqtdan oldin va tormozlangan ejakulyasiya, ayollarda esa - birlamchi va vaziyatli anorgazmiya.

Impotensiya - o'z-o'zidan libidoning yo'qligi, yoki intromissiya uchun etarli bo'lgan (moyliqqa kirish), erkaklarda qondirilish sifati ereksiya erishishi va davomiyligining yo'qligi. Impotensiyaning asosiy sabablaridan biri partnerlarning kuchlanishli shaxsiyat orasidagi aloqalar hisoblanadi. O'zini past baholash, koitusning o'tmishdagi salbiy tajribasi, ishonmaslik, seksning fiziologik aspektlariga e'tiborning markazlashuvi ma'noga ega. Psixiatrik amaliyotda astenik, depressiyav, ipoxondrik va boshqa kasallik holatlarida kuzatiladi.

Muddatidan oldin ejakulyasiya - oxirgisi shunchalik vaqti keladiki, bunda partner ayol orgazmga erisha olmaydi, garchi u bunga qodir bo'lsa ham. Fiziologik jihatdan ham (yuqori asab-psixik asabiylashish), shu tariqa psixologik sabablarga ko'ra ham (masalan, jinsiy akti tez tugaetishni talab etish sharoitidagi erta seksual tajriba) yuzaga keladi. Ejakulyasiyaning tutilib qolishi - jinsiy akt vaqtida ejakulyasiyaga qobili tsizligi namoyon bo'lishi ham impotensiyaga sabab bo'lishi mumkin.

Vaginizm - qo'shilish vaqtidagi moyliq mushaklarining va tos tubining spastik qisqarish sindromi. Kuchli og'riq va moyliqqa kirishning siqilishi natijasida jinsiy aktning ilojisi bo'lmaydi. Vaginizm sabablari qo'rquv, partner havfsizligiga ishonmaslik, ginekologik kasalliklar, shikast va og'riqli maniypulyasiyalar (operasiya, instrumental tekshiruv va b.), travmatik seksual inisiasiya hisoblanadi. Puritan an'alarida tarbiyalash aniq ma'noga ega bo'lib, bunda jinsiy hayotga salbiy munosabat bildiriladi (jirkanish, qoralash).

Psixologik disporeuniya - jinsiy aloqa vaqtida jinsiy a'zolarida og'riq, odatda ayollarda biror-bir aniq fiziologik sabablarsiz yuzaga keladi.

Anorgazmiya – ayol hech qanagangi vaziyatlarda ham orgazmga erisha olmasligida yoki avval unga erishganligi sababli koital aktga xususiyatini yo'qotganligida namoyon bo'ladi. Anorgazmiyaning paydo bo'lishi seksual-salbiy tarbiya, partnerda jinsiy buzilishlar, shaxsiyat orasidagi aloqaning buzilishi bilan bog'liq. Soxta anorgazmiya sindromida orgazm klitorni samarali stimulyasiyasida erishish mumkin. Yuqorida qayd etilgan jinsiy buzilishlar nevrotik, shu jumladan nevrozga o'xshash va somatik va psixik kasalliklardagi organik buzilishlar bilan asoslangan.

Instinktiv mayl buzilishlari

Tug'ma maylning - jinsiy, ovqatlanish, o'zini saqlash instinkti, ota-ona instinkti - turli xil buzilishlari uchraydi.

Jinsiy maylning buzilishlari juda ham turlichadir.

Gomoseksualizm – bir nomli jins shaxsiga jinsiy mayl orientasiyasi. Gomoseksualizmning kelib chiqishi tug'ma yoki jinsiy identifikasiya buzilishida ijtimoiy ta'sir natijasida yuzaga kelishi bilan bog'liq. Mustahkam jinsiy o'ziga o'xshashligi bolaning 2 yoshidan tuziladi. Qisman kamdan-kam hollarda tug'ma gomoseksualizm bolalikdan namoyon bo'lishi quyidagi xususiyatlarda birga kechadi: o'yinlar, boshqa jinsli tengdoshlariga intilish, o'z jinsi kiyimlarini kiyishdan bosh tortish, psixologik va ijtimoiy rollarni tanlash xarakteri. Eng birinchi romantik hissiyotlar aniq gomoseksual orientasiyaga ega, shu tariqa sevishning oxirgi holatigacha. Geteroseksual kontaktlarga to'la befarqlikni yoki engib bo'lmaydigan jirkanih namoyon etadi. Ko'p hollarda gomoseksual orientasiya libido tug'ma bo'lmaydi, turli sabablar ta'siri ostida shakllanadi: onaning giper himoyasi, boshqa jinsdagi ota-ona bilan aloqaning yomonligi, artistik muhit, ajralish (ozodlikdan mahrum bo'lish, internat va b.), omadsiz geteroseksual kontaktlarning qaytarilish qo'rquvi va b. O'z jinsidagi shaxslarga ijtimoiy rejada o'xshashlik, psixologik aloqada ko'pgina gomoseksualistlar qarama-qarshi jinsiy narsali kishilarda o'zshashlik aniqlaniladi. Seksual inversiya adekvat ijtimoiy va psixologik identifikasiya bilan birga muvofiq kelishi mumkin. Seksual orientasiya ko'pincha ikkilangan bo'ladi - biseksualizm. Gomoseksualizm latent yoki berkingan bo'lishi mumkin, bunda turli psixologik muammolar tug'ilishi mumkin. Jamiyatning madaniy an'analariga qarshi bo'lsa, shaxsiy gomoerotik tendensiyalar tan olinmaydi, chunki psixologik himoya mexanizmlari bilan blokirlanadi (repressiya, siqib chiqarish). Ongli darajada bu gemofobiya bilan ifodalanishi mumkin – gomoseksualizmga nafrat va unga bog'liqlarga ham.

278876

Ayollar gomoseksualizmi sapfizm, tribadiya, lesbiysk sevgisi; erkaklar - uranizm termini bilan belgilangan. Gomoerotik mayllik yoshi katta erkaklarga - aidrofiliya, o'smirlarga - efebofiliya, ayollarda ham taalluqli ravishda ginekofiliya va kerofiliya. Seksual inversiya bolalarga nisbatan gomoseksual pedofiliya deb ataladi. Gomoseksual kontaktlarda faol partner - bu pedikator, passivi (bolabozlik aktlarida) - patikus yoki kinede. Gomoseksual kontaktlarning ko'proq tarqalgan varianti o'zaro mastrubasiya - partnerlar tomonidan bir-birining genitaliyalarini maniyapulyasiyasi.

Seksual kamchilik katta yoshdagi aholining 2-5% tashkil qiladi. Bu songa biseksual orientatsiyali kishilar kirmaydi.

Gomoseksualizm kasallik bo'lmay, xulqning devianli yoki chetlashuvchi formasiga taalluqli. Psixik buzilishlarda, ko'pincha, psixologik himoya to'sig'ini buzuvchi latent gomoseksualizm aniq maniyafestli bo'lib qolishi mumkin.

Sadizm - jinsiy partnerga jismoniy og'riq keltirishga intilish, seksual qo'zg'alish maqsadidagi ahloqiy azob. Sadistlarga hos bo'lgan mayl seksual fantaziyalar bilan chegaralanishi mumkin. Ba'zi hollarda boshqa jinsiy chetlashish bilan ifodalanadi (gomoseksualizm, pedofiliya va shunga o'xshashlar).

Sadizm ostida jinsiy partner ustidan to'la hokimlik, uni shu darajada egallashki, bunda unga og'riq va kamsietish etkazish darajasidagi intilish tushuniladi.

Mazoxizm - jinsiy partnerdan chiquvchi va shaxvoniy qo'zg'alish va orgazmga etishda og'riq yoki qiynoq xissiga talab.

Fetishizm - jinsiy maylning tananing alohida qismiga yoki tualet predmetlariga yo'naltirilganligi. Ularning kuzatishlari shaxvoniy asabiylashishning asosiy sharoiti hisoblanadi. Koitus mastrubasiya bilan almastirilsa, majburiy bo'lmaydi. Fetishizmning zamonaviy turli xilligi shishirilgan qo'g'irchoqlar bilan birga yashash, sun'iy jinsiy a'zolardan foydalanishdan iborat. Jinsiy fetishizmlar ekskrementlar, a'zolar, hid, soch, oyoq kiyim, partner terisining rangi va ko'pgina boshqalar bo'lishi mumkin. Shaxvoniy his maqsadida boshqa odamlarni intim sahnalarini kuzatish yoki ko'zgduda shaxsiy jinsiy aktlarini kuzatish - **vuayerizm** hizmat qilishi mumkin.

Pigmalionizm - jinsiy maylning haykalga yoki tananing tasviriga yo'naltirilgani, shaxvoniy asabiylashish maqsadida ularni kuzatish.

Narsissizm - yoki patologik autoerotizm - o'z tanasini kuzatishda jinsiy suqlanishning paydo bo'lishi. ~~Kong qarrovli~~ tushunchada patologik



(bog'langan) autoerotizmga partnerning ishtirokisiz, turli usullar yordami bilan o'z shaxvatini uyg'otish kiradi.

Oralizm – chetlashish, bunda orgazm faqatgina genitaliyini partner tomonidan lablar yoki til bilan qitiqlash natijasida erishiladi.

Analizm – buzilish, bunda orgazm to'g'ri ichakni mexanik stimulyasiyasi yordamida, ya'ni anal koitus yo'li bilan erishiladi.

Transeksualizm – buzilish, bunda individuum o'z tanasini biologik jinsga taalluqlikni qabul qila olmaydi, shu jumladan jinsiy a'zodan ijtimoiy rolni. Bu bilan o'z tanasiga nisbatan nafrat, o'z anatomik va pasportli jinsini o'zgartirish, qarama-qarshi jins kiyimlarini kiyishga talab bilan bog'liq. Shahvoniy mayl gomoerotik orientasiyaga ega, lekin ko'pgina transeksuallar uchun jinsiy hayot katta ma'noga ega bo'lishi mumkin.

Transeksualizm haqiqiy va yolg'ondakam bo'ladi. Haqiqiy bolaligidan boshqa jinsga biologik taalluqligini his etish, bunda hech qanday psixik buzilishlarsiz bo'lishi bilan farqlanadi, yolg'ondakam transeksualizm esa – biologik jinsini vasvasa kasallik sabablari bo'yicha, almashtirish xohishi, ko'pincha shizofreniya doirasidagina bo'ladi.

Transvestizm (onizm, metatropizm) ostida quyidagi chetlashish tushuniladi, bunda jinsiy qoniqish biologik tegishlilik hissisiz boshqa jinsning kiyimlarini kiyib olishda erishiladi.

Vampirizm – shahvoniy qoniqish partner qoni ta'mi asosida yuzaga keladi (jinsiy aloqa vaqtida yoki undan oldin etishlash natijasida qon ajraladi).

Seksual ob'ektni ajrata olmaslik sindromi – polideviatli jinsiy buzilish, ko'pgina turli shahvoniy buzilishlar kombinasi si ko'rinishida.

Boshqa jinsiy buzilishlar ham kuzatiladi: **pedofiliya** – bolalarga jinsiy mayillik, **gerontofiliya** – qarilik yoshidagilarga, **nekrofilia** – o'liklarga, **zoofiliya** – hayvonlarga, inest yoki qon aralashuvi – qondosh qarindoshlarga (qarindoshlikning to'rtinchi darajasigacha); **eksgibisionizm** – boshqa jins kishisi oldida jinsiy a'zolari yalang'ochlashga intilish; **frotterizm** – tiqilinchda partner tanasiga genitaliyani ishlaqash yo'li bilan orgazmga etish; **pirolagniya** – jinsiy qoniqish maqsadida olovni kuzatish; **koprofeliya** – partner oldida beadab so'kinish (yoki telefon orqali), keyingi shahvoniy maqsadlar sadizm turlari hisoblanadi; **plyuralizm** – guruhii seks. Seksual orgiyalarda, masalan, ayol kishi bir vaqtning o'zida ikki yoki hattoki jinsiy kontaktlarning uch turini amalga oshiradi: genital, anal va oral-genital (minet). Jinsiy perverziy ro'yhati bu erda keltirilganlar bilan chegaralanmaydi. Shu tariqa ta'kidlash kerakki, ko'p

holatlarda perverziy turlari o'zaro mos bo'ladi, mana masalan, gomoseksualizm transvestizm bilan, narsissizm bilan va xokazo.

Ovqatlanish maylining buzilishi

Bulimiya – taomga maylning oshishi, g'aroyib ochko'zlik, och qolish hissining oshganligi va to'yinmaslik. Ko'p hollarda arqoq-gipofizar patologiya simptomi ko'pgina endokrin kasalliklari sifatida namoyon bo'ladi. Klyayn-Levin sindromida yuqori uyquchanlik hurujlari bilan hamohan bo'ladi. Shu tariqa psixik buzilishlarda uchraydi: katatonik buzilishli Bemorlarda, progressiv paralichda, chuqur aqli zaiflikda. Oziq-ovqatni haddan tashqari ko'p qabul qilish psixogenli omillar bilan asoslangan bo'lishi mumkin – taom, oziq-ovqat bo'lmagan boshqa ehtiyojlarni qondirish uslubi bo'lib qoladi. Masalan, emosiyaonal kuchlanishni, norozilikni yo'qotish maqsadida, ko'ngilni yozish, chalg'ish, o'ziga ishonchni his etish uchun, huzur-halovat olish uchun, atrofdegilarga o'z ustunligini ko'rsatish uchun. Mazkur tipning oziq-ovqat intoksikasiya si semizlik tarqalganlik sababidir.

Anoreksiya – ochlik hissining yo'qolganligi. Simmonds sindromida, Shien sindromida, ba'zi bir endokrin kasalliklarda uchraydi. Ko'p hollarda psixik kasalliklarda uchraydi – psixik anoreksiya. Masalan, o'tkir psixotik holatlar, depressiyada, katatonik holatda. Aokogolli anoreksiya – mastlikda ochlik hissining yo'qolishi va alkogolizmli bemorlarda abstinensiya. Pubertat yoshda, ko'pincha qiz bolalarda, asabiy anoreksiya uchraydi – boshlanishida maqsadli ovqatdan o'zini tiyish, keyinchalik esa ochlik hissining pasayishi, ovqatdan jirkanish kuzatiladi. Emosiyaonal anoreksiya – taomga tanlovli munosabat, bolalikda majburlab edirish sababli, ba'zi bir oziq-ovqat mahsulotlarini ko'tara olmaslik.

Polifagiya – oziq-ovqat mahsulotlariga kirmaydiganlarni eyishga intilish. Masalan, bir necha yillar mobaynida Bemor oxak, qum, qizil g'ishtning bo'lagini, kul egan. Buni ovqatdan oldin kuniga bir necha marotaba takrorlaydi. Bemor shunday qilishga majbur, bo'lmasam uning ayetishicha, u ovqat eya olmas ekan. Fiziologik sharoitda polifagiya homiladorlarda, shu jumladan bolalarda ham kuzatiladi. Sharq va Afrika mamlakatlarida oziq-ovqat mahsuloti sifatida, hattoki delikates sifatida loyning ayrim sortlarini qo'llaydilar, bu patologiya bermaydi. Polifagiya shizofreniyada, progressiv paralichda, og'ir aqli zaiflikda uchraydi. Iste'mol qilinmaydigan predmetlar narkomanlar tomonidan ba'zida narkotik o'rtniga, depressiyav Bemor tomonidan etiladi – suisidal

maqsadda, Myunxauzen sinromli bemorlarda esa, vrachni adashtirish va operasiyaga olib kirilishi uchun.

Koprofagiya – najasni eyishga intilish, masalan axlat, yuvindi, musor va b.

Parareksiya – oziq-ovqatga nisbatan o'ta qiymatli yoki vasvasali oziq-ovqat injiqliklari. Bemorlar, masalan, biror bir narsani: quritilgan non, shokolad, mevalar, kompot, jigardan tayyorlangan taom yoki maxsus, g'aroyib parxezni ixtiro qilish bilan ovqatlanishni afzal ko'radilar. Oziq-ovqat injiqliklari g'alati, o'ng'aysiz, noqulay xarakterga ega bo'lishi mumkin. Ya'ni, shizofreniyali bemor "kaliy tuzlariga, mol oqsiliga ehtiyoj" sezadi, vaqti-vaqti bilan ko'p hajmda "uglevodlar va kalsiy preparatlarini" iste'mol qilishga o'tadi, yoki bo'lmasam sulidan tayyorlangan bo'tqadan boshqa narsa emaydi.

Polidipsiya – qondirib bo'lmaydigan chanqoq. Asosan endokrin kasalliklarda, mejutochno-gipofizar patologiya larda uchraydi. Kamdan-kam hollarda psixogen asoslangan polidipsiya turida qayd etiladi. Suvni ko'p iste'mol qilish Maniakal holatlarga, depressiyaga xos bo'lib, aksincha, oligodipsiya aniqlanadi.

Havfsizlik instinkti (o'zini-o'zi saqlash) buzilishiga agressiya va suisidal xulq kiradi.

Agressiya – haqiqiy yoki sohta xavf o'chog'ini bartaraf etishga qaratilgan xulq. Keng ma'nodagi agressiya – bu maqsadga erishish uchun to'siqlarni engib o'tetishga qaratilgan shaxsiyatning shakllanishi: tirishqoqlik, qat'iylik, qattqlik. Agressiya pantomik yoki ekspressiv (havf soluvchi holat), affektiv (g'azab, achchiqlanish), verbal (so'zli taxdid), impulsiv (buzuvchi harakatlar), dushman (maqsadli zarar etkazish), instrumental (boshqa maqsadlarga erishish vositasi hisoblanadi), indusirlangan (to'dada, dushman obraziga ishontrilgan) bo'lishi mumkin. Agressiya shaxsiy insoniy ko'rinishlar darajasida zo'rlash, tabiatni buzish sabablariga jirkanish, nafrat bilan ifodalanadi. Agressiv tendensiyalar psixiatrik Bemorlarda sog'lom individumlarga nisbatan bir xilda uchraydi. Agressivlikni ko'ngil kasallanishining birlamchi, biologik simptomi deb hisoblab bo'lmaydi. Bemorlarning aggressiv harakatlarining ko'p qismi reaktiv bo'lib, shaxsiyatni premorbid ko'rinishlarini ifodalaydi. Agressivlik psixoanalitik pozisiyalardan kattalarning zo'rlashiga javoban bolalikdan boshlab shakllanadi (yo'rgaklash, erkinlikni bosish, majburlash, jazolash). Agressiyani bosish nevrozga olib keladi. Agressiya korreksiyasi ijtimoiy maqbul o'zanni o'zgartirish yo'li bilan amalga oshirilishi mumkin. Agarda bolalarning aggressiv

impulsleri bostirilsa, ijtimoiylashtirilmasa, n holda katta yoshli kishida agressiya o'zining birinchi paydo bo'lgan, arxiaik ko'rinishida saqlanib qoladi.

O'zini-o'zi o'ldirish (suisid) – o'ziga yo'naltirilgan agressiya, austoagressiya. O'zini-o'zi o'ldirishning mavjud bo'lgan ko'p qirrali formalari turli: ijtimoiy, psixologik, biologik sabablarga ko'ra, insonni o'ziga nisbatan munosabatida ko'rinadi. O'zini-o'zi o'ldirishning ba'zi ko'rinishlarini keltiramiz:

1. *Institusional o'zini-o'zi o'ldirish* – repressiv, jamiyatning etik farmoyishi yoki kosmogonik tasavvurni aks ettiruvchi sabablar bo'yicha amalga oshiriladi (masalan, budda dinidagi kishilarning o'zini-o'zi yondirishi).

2. *Idolota'zim qilish* – o'smirlarning gurug' bo'lib o'zini-o'zi o'ldirishi. Odatga ko'ra ayol jinsidagi fonatik o'smirlar mazkur akti o'z sanamlariga bo'lgan sevgini bo'lisha olmaslik natijasida amalga oshiradilar.

3. *Natijaviy o'zini-o'zi o'ldirish* – inson, qiynoqli yoki sharmandali o'lim bilan yaqinda o'lishini bilgan yoki hato o'ylash natijasida o'zini-o'zi o'ldiradi.

4. *Viktimli o'zini-o'zi o'ldirish* - hayotini tugashiga intiluvchi inson, qurbon bo'lish uchun, ongli ravishda havfli va hatarli ishlarga yoki konflikt vazilarga bog'lanadi.

5. *Altruistik o'zini-o'zi o'ldirish* – boshqalarni qutqarib qolish uchun ihtiyoriy o'lim. V.Frankl altruistik sabablarni suicidal deb hisoblamagan, chunki ko'p holarda o'zini-o'zi o'ldirish shaxsiy xarakter mayli bilan amalga oshiriladi.

6. *Platonik o'zini-o'zi o'ldirish* - fikr yuritish orqali amalga oshiriladi, masalan, o'zini haqligini isbotlash uchun, o'z inshonchidan kechmaslik xohishi (Sokrat o'limi).

7. *Indusirlangan o'zini-o'zi o'ldirish* – tashqi ishontirish ta'siri ostida yoki ongli yopiq formalari bilan maniyapul si si asosida amalga oshiriladi.

8. *O'z hayotini qadrsizlash yoki qiymatini tushunmaslik* faktlari aks ettiruvchi o'zini-o'zi o'ldirish. Masalan, bolalar o'yinida o'zini-o'zi o'ldirish.

9. *Sokrat ko'rinishidagi o'zini-o'zi o'ldirish* – jismoniy va ko'ngildagi chidab bo'lmaydigan og'riq huruji vaqtida o'z hayotiga suiqasd qilish.

10. *Namoyishkorona o'zini-o'zi o'ldirish* – o'z mardligini namoyish etish sifatida, boshqa hollarda bu noumidlik, ba'zida oxirgi yordam so'rash ko'rinishida bajariladi. Atrofdagilarga bosim vositasi sifatida ham foydalaniladi (suisidal shantaj).

11. *Hayot obrazidek, o'zini-o'zi o'ldirish.* Ayniqsa ko'p tarqalgan shakllaridan autodestruktiv xulq alkoholizm, narkomaniya hisoblanadi, uning yuzaga kelishida o'zini-o'zi yo'q qilishga uzaytirilgan dastur qo'yiladi.

O'zini-o'zi o'ldirishning yuqorida qayd etilgan turlari hech qanday psixik patologiya bilan bog'liq bo'lmaydi, ya'ni ularni amalga oshiruvchi kishilar ruhiy kasalliklardan jabrlanmagan bo'ladi. Ruhiy bemorlarda o'zini-o'zi o'ldirish turli psixik buzilishlar bilan bog'liq bo'ladi. Xarakteriga bog'liq holda quyidagi suisidal xulqning klinik variantlari mavjud bo'lishi mumkin:

1. *Impulsiv o'zini-o'zi o'ldirish* - to'satdan, sababsiz va psixologik tushuntirib bo'lmaydigan. Suisidal akt mazkur vaziyatda yuzaga keluvchi, hohlagan uslub bilan g'ayri ihtiyoрий ravishda bajariladi. Ya'ni, agarda qo'ziga pichoq ko'rinsa, yurak yoki bo'yinga urilishi kuzatiladi; zaharli substansiya qo'rinsa, undan foydalaniladi; ko'prik ustidagi g'oya, bemor o'ylamasdan suvga o'zini tashlaydi, ko'chada – mashina tagiga; to'satdan qo'lga tushgan lezviye bilan tomir kesiladi va b. Tirik qolgan Bemorlar, hursandchilik ham, tirik qolganlariga hafagarchilikni ham bildirmaydilar, o'z omadsizliklaridan hafa ham bo'lmaydilar, va umuman nima bo'lganligini tayinli tushuntira olmaydilar. Suisidal impulslar chaqmoq singari, oldindan aytib bo'lmaydigan, vaqti-vaqti bilan taqrorlanishi mumkin. O'zini-o'zi o'ldirishning mazkur tipi katatonik Bemorlarda kuzatilgan.

2. *Epileptiformli o'zini-o'zi o'ldirish* – suisidal harakat, epileptiform asabiylashish holatida bajariladi. Tirik qolgan Bemorlarda suisid haqidagi xotira saqlanib qolmaydi.

3. *Gallyusinatorli o'zini-o'zi o'ldirish* – suisidal ma'nodagi imperativ gallyusinasiyalar bilan asoslangan. Ba'zida aldovli qabul Bemorda ilojisi yo'q vazi t haqida tasavvur paydo bo'ladi (saxna ko'rinishidagi eshituv va analogik tipdagi qo'ruv gallyusinasiyalari), ya'ni bunda bemorda o'z hayotiga suiqastdan boshqa yaxshi tanlov qolmaydi. Ba'zida ovozlar “narigi dunyoda” yangi, yaxshi hayotni va'da beradi va Bemor suisid yo'li bilan u erga o'etishga rozi bo'ladi.

4. *Vasvasali o'zini-o'zi o'ldirish* – ko'pincha ta'qib qilish vasvasai va o'sha hayoliy vazi tning ko'proq shartlashganligi, bunda Bemorning qaror qilishiga eng yaxshi natija, o'zini-o'zi o'ldirish hisoblanadi. Suisidlar o'limli kasallik vasvasai, qayta tug'ilish vasvasai (o'lim orqali Bemor, yuqori sifatli, boshqa bo'lib, qayta tug'ilish), depersonalizasiya sababli vasvasali (o'zini o'ldirgan buyuk shaxsiyat identifikasiyasi) Bemorlarda uchraydi.

5. *Depressiv o'zini-o'zi o'ldirish* – ko'rinishi bo'yicha, tez-tez uchraydi. Gunoh, o'zini ayblash, ma'noni yo'qotishga achinish g'oyalari bilan bog'liq. "Kengaytirilgan" o'zini-o'zi o'ldirish ehtimoli bor – boshida Bemor yaqinlarini o'ldiradi, ularni og'ir qiynoq kutmoqda deb hisoblaydi va yaxshisi o'lim qabul qilish, bo'imasam chidab bo'lmaydigan azoblarga qolishadi. Yaqinlarning o'limidan so'ng, u ikkilanishsiz o'zini ham o'ldiradi. Depressiyav Bemorlar ko'p hollarda suisidli maqsadlarini berkitadilar, chunki buni chuqur shaxsiy ishlari deb hisoblaydilar, shu jumladan atrofda g'illarning qarshiligidan saqlanish uchun. O'zini-o'zi o'ldirish erta tongda bajarilishi mumkin, bu vaqtda depressiya ayniqsa og'ir bo'lishi mumkin, yoki sutkaning boshqa vaqtida agarda mos keluvchi vaziyat yaratilsa. O'zini-o'zi o'ldirishning shunday usullarini afzal ko'radilarki, bunda tirik qolishga umid bo'lmaydi. Shunday qilib, boshini temirchilar pressi ostiga qo'yib, bemor o'zini-o'zi o'ldirdi. Boshqa Bemor, harakat qilish bilan, ikkala qo'lidagi turli joylardagi tomirlarni kesib, bo'yinturuq venalarini ham shunday qilib, undan so'ng esa sochiq bilan o'zini bo'g'gan. Yoki Bemor o'zini-o'zi o'ldirishga harakat qilib, tayganing ichiga kirib, o'zini yondirib borish uchun daraxt tagida gulxan yoqqan. Bunday g'alati o'zini-o'zi o'ldirishlar shizofreniyali bemorlar depressiya sini ko'rsatishi mumkin.

6. *Nevrotik o'zini-o'zi o'ldirish* – psixik buzilishli nevroitik darajadagi sezishda aks ttadi (shaxsiyatning isterik buzilishi va b.). Agarda suisidal kontekstda asab anoreksiya sini ko'rib chiqsak, u holda bu nevroitik o'zini-o'zi o'ldirishda model bo'lishi mumkin edi. Nevrotik buzilishning boshqa hamma holatlarida suisid tendensiyalar, ko'p holatlarda bo'lsa ham, odatda ambivalent va taqqoslanganda kamdan kam holatlarda amalga oshiriladi. Isteriyada ko'pincha butaforli o'zini-o'zi o'ldirish harakati kuzatiladi.

7. *Reaktivli o'zini-o'zi o'ldirish* – haqiqiy yoki faqat tuyuladigan psixotravmatik vaziyatga depressiyav reaksiya bilan bog'liq bo'ladi. Ya'ni, o'zini-o'zi o'ldirish ba'zida psixik kasallikni tushunib etgandan so'ng amalga oshiriladi. Ko'p hollarda affekt holatida psixopatik shaxsiyatli asabiylashgan tipda autoagressiyav harakat yuzaga keladi. Mastlik (alkogol, barbiturli) suisidli impulslarni amalga oshirishni engillashtiruvchi e'tiborli faktordir.

8. *O'ziga shikast yetkazish* (o'zining biror a'zosini qasddan jarohatlash), autodestruktiv xulqning bir turi sifatida. Sog'lom sub'ektlardagina emas (diniy sabablarga ko'ra g'ururdan tushish maqsadida o'zini-o'zi qiynash – flagellantizm, g'arazli o'ylar sababli o'zining biror a'zosini qasddan

jarohatlash), balki psixik kasallanganlarda ham uchraydi. Ya'ni, depersonalizatsiyali bemor (jismoniy anesteziyasi) "o'zini his etish uchun" pechda ikki qo'lining kaftini kuydirgan. Shaxsiyat buzilishi kuzatuvchi Bemorlarda, o'zining biror a'zosini qasddan jarohatlashga sababsiz mayl uchraydi. Bizga ma'lum bo'lishicha, shizofreniyali bemor, ozgina bo'lsa ham erkin harakat ehtimolidan foydalangan holatda quloq pardasiga shikast etkazgan, ikkala ko'z olmasi enukleasiyasini o'tkazgan, tomirlarni ochishga harakat qilgan, burun yo'llarini, genitaliyini shikastlashga harakat qilgan.

Ta'kidlash zarurki, suisidal hulq psixik buzilishning birlamchi simptomi emasdir. Oxirgisi, balki, suisidga turtki bo'lishi mumkin, uni amalga oshirishini engillashtirishi mumkin, lekin u asosiy sabab bo'la olmaydi.

2-BOB. HISSIYOT VA AFFEKTIV FAOLLIYATNING BUZILISHI

Ta'rif. Hissiyot – atrof olam yoki boshqa odamning o'zgarishiga organizmning reaksiyasini ifodalovchi ruhiy holat. Hissiyot patologiyasi kayfiyatning pasayishida – depressiyada, ko'tarilishida – maniya, shu jumladan disforiyalarda, ekstazda, moriyada, vahimada, affektni tuta olmaslik, emosiyaonal labillikda namoyon bo'ladi.

Tarixi, norma va evolyusiyasi. Hulq va idrok etish sub'ektiv tashvish toretish bilan kechadi. Ularni biz xis, kayfiyatning o'zgarishi yoki emosiya deb ataymiz. Emosional javob his muammosini muhokama qilishda aniqlaniladi. Hisning hamma madaniyatlarida o'xshash ko'rinishlar identifikatsionlanadi, masalan, g'azab, nafrat, sevgi, hasad, rashk, qo'rquv, yomon kayfiyat. Bu diqqat-e'tiborga loyiq, chunki emosiyalarni biz bir xilda tan olamiz. Bunda biz emosiyalarga o'z-o'zidan o'rganmaymiz, ammo konkret ob'ektga sevgi va nafratni o'rganamiz. Boshqalarga o'z sezgimiz haqida gapira olishimiz va ular tmonidan tushunishimiz, bu emosiyalar asosida biologik bazis mavjudligidir.

Emosiyalar visserolimbik tizim tashkiliy va tizimli neyronal to'ri bilan bog'langan. Shuning uchun funktsiyaonal operatsiyalar haqidagi ma'lumotlarni bu darajada olish testlarga javobdan kelib chiqadi, bu ma'lumotlar emosiyalarni aniq xulq bilan aloqasini aniqlash imkonini beradi. (R.Plutchik, C.E.Izard).

Sub'ektiv tashvish tortish miyada bioximik jarayonlar bilan asoslangan. Ijtimoiy ta'sir serebral kimyoviy jarayonlarni faollashtiradi va bu emosiyalarda namoyon bo'ladi. Jilmayishni idrok etishda serebral kimyoviy jarayon butunlay faollashadi, bu do'stona kayfiyatni keltirib chiqaradi va javoban iljayish paydo bo'ladi. Bu yig'i uchun ham to'g'ridir, bu yig'i yoki achinishni keltiradi. Ijtimoiy signallar, yuz ifodasi va vokalizatsiya kabilar, kimyoviy jarayonlarni qamrab oladi va bizlarni bir xildagi emosiyalarni izhor etishni va ijtimoiy partner singari belgilarni namoyon etishga majbur etadi. M.R.Liobowitz sevgining kimyoviy miya haqidagi qiziqarli qator fikrlarini nashr ettirgan.

Emosiyalar sub'ektiv tashvish tortish bo'lib, o'z emosiyalarini nazorat qilishning mavjudligi, spetsifik ko'rinishli harakatlar bilan kechishini ko'rsatadi (mushak xarakatlari). Biz individual emosiyalar uchun tipik bo'lgan fiziologik reaksiyalarni yozib olishimiz mumkin. Shu tariqa turli madaniyatlar chegarasida sub'ektiv ko'rinishli boshqa odamlarning bahosi natijasini yig'ish mumkin va ularning o'xshashligini sezish mumkin. Qo'r kar soqov bolalarda Emosiyalar oddiy bolalar singari bo'ladi, ular ifodasi tug'ma hisoblanadi (I.Eibl-Eibesfeldt).

Ababiyot tilida emosiya metaforik foydalaniladi, ularning klassifikatsiyasi butun olamda g'azabga, g'am, qo'rquv, xursandchilik, ajablanish, jirkanishda saqlanib qoladi.

Vaqt oralg'idagi emosiya yig'indisi **kayfiyat** deb ataladi. Emosiyaning yorqin ifodasi aniq verbal komponenti bilan **affekt** deb ataladi. Turli milliy guruhlarda emosional ifoda va his turlicha ifodalanadi, lekin fundamental emosiya hammadan ham bir xildir. Ya'ni, yaponiyalikning kulgusi xursandchilik bilan bog'liq bo'lmasdan, muloyimlik va hurmat belgisini namoyish etish bo'lishi mumkin.

Tadqiqot uslublari. Emosional holat emosional aks inversiya uslublari yordamida tekshiriladi, ular shaxsiy emosiya va ularni boshqalarda tushunish hususiyati imkonini beradi. Vahima darajasi Spilberger va Teylor uslublari yordamida o'rganiladi, kayfiyatni baholashni SAN so'rovnomasi orqali bajariladi, depressiya darajasi esa Gamilton uslubi va MADRS shkalasi bilan amalga oshiriladi.

Simptom va sindromlar. Emosiya patologiyasi **kayfiyatning pasayishi** – **depressiyada** ifodalanadi, kayfiyatning pasayishi, harakat faolligining pasayishi, fikrlash va nutqning sekinlashishidan iborat. Aniqroq gapiriladigan bo'lsa, depressivli sindromga gipotimiya, fikrlashning tormozlanganlik va harakatning tormozlanishi kiradi.

Sub'ektiv shaxsiy bechorahollik "qayg'uli hissislik" (anaesthesia psychica dolorosa) hissida ifodalanadi. Depressiyalarda o'zi haqidagi tasavvur o'zgaradi (depressiv depersonalizatsiya), olamda kerak emaslik va tashlab ketilganlikni his etish, u yoqimsiz va kul rang, qiziqarsizdir (depressiv derelizatsiya). Suisidal tendensiyalar va o'zini-o'zi ayiblash g'oyalari kuzatilishi mumkin, ular juda og'ir depressiyalar haqida belgi beradi. Somatik simptomlarga (Protopopov sindromi) bradikardiya, midriaz, ich qotishi, tana og'irligi va ishtahaning kamayishi, erta involyusiya, libidoning pasayishi, ayollarda menstrual siklning buzilishi, tirnoqlar sinishining oshishi va sochlarning to'kilishi taalluqli. Depressiyani quyidagi kognitiv yopiq aylana qo'llab quvvatlaydi: "men hech narsa qila olmayapman" – "mening energiyam tushib bormoqda" – "men foydasizman" – "men yaqinlarim oldida ayibdorman, chunki men ularga yordam bera olmayapman" – depressiyaning kuchayishi.

Depressiv sindromning ko'pincha turli variantlari mavjud.

Oddiy depressiya depressiv sindromga hos bo'lgan obligat buzilishlar bilan xarakterlanadi.

Adinamik depressiya kuchsizlik, holsizlik, gipodinamiklik, istak va xohishning yo'qligi, atrofga e'tiborsizlik bilan kechadi.

Ajirtirlangan depressiya – kasallik ko'rinishida vahima hissi bilan harakatning asabiylashganligi kuzatiladi. Bemorlar o'zlariga joy topa olmaydilar, u erdan bu erga yuradilar, ingraydilar, noto'g'ri xulqlari uchun o'zlarini ayblaydilar, zudlik bilan qatl etishlarini talab qiladilar.

Anestetik depressiya – depressiya ko'rinishida psixik anesteziya, xissiz og'riq kuzatiladi. Bemorlar yaqinlariga nisbatan his-tuyg'uni yo'qotganliklaridan g'am va hursandchilik emosiyalarining yo'qligidan shikoyat qiladilar.

Astenik depressiya yuqori darajadagi charchash va og'irlab ketish, asabiylashgan holsizlik, giperesteziya ko'rinishidagi astenik buzilishlar bilan birga kechadi.

Vital depressiya chuqur zerikish va hafagarchilik, hayotga qiziqish va xohishning yo'qolishi, ko'pincha suisidal hayollar bilan birga kechuvchi xislari bilan o'tadi.

Ironik yoki jilmaygan depressiya. Depressiyaning ob'ektiv belgilariga qaramay, bemor yuzida jilmayish bo'lishi mumkin, u o'z ahvolini ironirlashga harakat qiladi. Havfli holat hisoblanadi, chunki vrachlar ironik depressiya orqasidagi suisidal tendensiyaning ko'ra olmasliklari mumkin. U yana hira yoki berkingan depressiya deb atalishi mumkin.

Disforik depressiya. Tez achchiqlanishlik, ming'illash, atrofdagilarga va o'z kayfiyatiga ta'sir etuvchi qayg'u va qoniqmaslik hissi, qahr-g'azabga atrofdagilar va o'ziga qarshi agressiya ga beriluvchanlik xarakterlidir.

Stuporozli depressiya. To'liq harakatsizlikkacha, massiv harakat tormozlanishi bilan kechadi.

Kayfiyatning ko'tarilishi – maniya, kayfiyatning o'zgarishi motorli faollikning ko'tarilishi, g'oyalarning sakrashi (fuga idearum) fikrlar tempining oshishi, mehnat qobiliyati va seksual faollikning oshishi, uyquda talabning pasayishi va ishtahaning oshishi bilan karakterlanadi. Obrazli qilib aytganda, Maniakal sindrom uchun triada xarakterli: gipertimiya, nutq va fikrlashning tezlashuvi, harakat faolligining oshishi. Bundan tashqari diqqat-e'tiborning turg'un bo'lmasligi va chetga tortish, gipermeziya, ishga layoqatni, ishtahani, seksual faollikni oshishi kuzatilishi mumkin. Bemorlar giperproduktivlikni sezadilar, o'zlaridagi ajoyib xususiyatlarni ochishda, buyuklik fikrlari ko'rinishidagi shaxsiyatni qayta baholash ularga hosdir. Maniakal holatlar uchun

uyquning buzilishi, taxikardiya, gipersalivasiya, ayollarda menstrual sikl buzilishi ham xarakterlidir.

Maniakal sindromning bir qancha variantlari mavjud.

Quvnoq maniya hushchaqchaq va g'am-tashvishdan holi kayfiyatni his etish bilan kechuvchi ekzaltirlanish bilan o'tadi.

G'azabli maniya. Tez achchiqlanishlik, asossiz ayblash, g'azablanish ko'p uchraydi. Ba'zi bir mutaxassislar g'azablanish Maniakal holatning qayta rivojlanish bosqichi yoki belgisi hisoblanadi, deb taxmin qiladilar.

Chalkash maniya. Tezlashgan assosiativ jarayon bilan ajralib turadi, bu bilan fikrlash va nutqning uzilishiga erishish mumkin.

Unumsiz maniya. Kayfiyat ko'tarilgan, ammo assosiativ jarayonning uncha katta bo'lmagan tezlashishida faoliyatga intilish yo'q.

Ahmoqona maniya gebefrenik komponentlar bilan kechadi, ba'zida esa intellektual bo'lmagan holatda.

Murakkab maniya – boshqa psixopatologik sindromlar simptomlari bilan maniyaning hamohangligi, masalan, alahsirash g'oyalari, gallyusinasiyalar, oneyroidlar, katatonik buzilishlar va boshqalar bilan.

Depressiya va maniyalar affektiv buzilishlar uchun xosdir.

Disforiya – g'amgin-darg'azab kayfiyat, butun atrofga norozilik hissi bilan motivirlanmagan zulm va tez achchiqlanish holatlari. Bemorlarda disforik buzilish ba'zida yaqinlarga va atrofda notanishlarga yo'naltirilgan agressiv harakatlarga olib kelishi mumkin. Disforiya organik buzilishlar, epilepsiya va abstinent holatlar uchun xarakterlidir.

Eyforiya – adekvat bo'lmagan ko'tarinki kayfiyat holatidir, tinchlik, to'liq mamnunlik, passiv hursandlik hissi, ko'pincha faol harakatlar bilan kechadi, ular engillashgan kechinmalarni xarakterlaydi. Psixofaol vositalarni qabul qilishda xarakterli. Agarda eyforiyada maqsadli faollik bo'lmasa va ahmoqlik komponenti mavjud bo'lsa, u holda u moriya deb ataladi, u aqliy zaiflikda va bosh mi dagi peshona zarbasida xarakterlidir.

Ekstaz – tana chegarasidan chiqish va atrofda birlashish tasavvurida ko'tarilgan, yuqori kayfiyat, masalan, tabiat bilan, kosmos bilan va b. Ekstaz bu orgazm ekvivalentidir. Shu tariqa u epileptik paroksizning o'ziga hos tipi singari hamda ongning neyroid buzilishlaridagi simptom singari va opiatli narkomaniyada gall sinogenlar va boshqalar bilan o'tkir narkotik mastlik holatiga abstinensiya holatidan o'tishdagi his singari uchrashi mumkin ("kelish" xolati).

Vahima – harakat faolligining oshishi, ba’zida esa tremor, palpatsiya, qaltirash (ko’pincha kindik oldidagi joyda), taxikardiya, arterial bosimning oshishi bilan o’zini yo’qotib qo’yish holati. Kelajakka proeksiyali tanish va notanish yoqimsizliklarni yaqinlashib kelishini his etish xarakterlidir. Ko’pincha depressiya bilan kechadi, ammo alohida vahimali buzilishlar chegarasida uchraydi, ular generalizlanib, sarosimaga aylanadi.

Vahimani quyidagi kognitiv qo’llab quvvatlaydi: “yurak tez-tez urmoqda – to’xtab qolishi mumkin» - “menda huruj xohlagan vaqtda yuzaga kelishi mumkin” – “huruj natijasida o’lib qolaman” – vahimaning kuchayishi va stereotip aylananing qaytarilishi.

Qo’rquv – ichki kuchlanish hissi, insonning hayoti o’zi va yaqinlari uchun sog’lig’i yoki ijtimoiy tinchligiga bo’layotgan havf ta’sirini sezish. Normada qo’rquv shunday vaziyatda yuzaga keladiki, bunda real taxdid havfsizlik individumi yoki uning yaqinlariga bo’ladi. Biroq, qo’rquv somatogen singari psixik kelib chiqishga ega bo’ladi.

Og’riq qo’rquvining paydo bo’lishi ko’p hollarda vaziyatni baholash xususiyatiga ham bog’liq. Adekvat bo’lmagan baholash qo’rquvni asossiz holatda yuzaga keltirishi mumkin (o’zini baholashni pastligi, tajribaning yetarli emasligi, bola yoshidagiligi, psixik kasallanish). Ko’pincha oshirib yuborilgan yoki yuqori qiymatli qo’rquv uchraydi. Qo’rquvning namoyon bo’lishi ko’p qirralidir, ammo asosiysi bu ikkita formadir: asabiylashgan holat va tormozlanganlik. Asabiylashgan holat yuqori qo’rquvda vaximali qochish ko’rinishida, tormozlanganlikda stupor darajasiga etishdir. Qo’rquv formalardan biri ipoxondriyadir – sog’liq uchun qo’rquv. Ipoxondriyaning quyidagi gradasiyalari chegaralangan bo’lishi mumkin: o’lim qo’rquvi; jismoniy sog’liq uchun qo’rquv; psixik sog’liq uchun qo’rquv; tashqi ko’rinish uchun qo’rquv. Vahima va qo’rquv sog’lom sub’ektlarda ham, psixik buzilishlarning hamma turlarida uchrashi mumkin.

Affektni tuta olmaslik – hulqini nazorat qila olmaslik, u emosiya lar bilan birga kechadi, ko’pincha kuchsiz alam stimulgiga nisbatan agressiyavlikda ifodalanadi. Organik buzilishlar va ba’zi shaxsiyat anomaliyalariga xarakterli.

Emosional labillik – kayfiyatning tez o’zgarishi, mehr ko’z yoshlarining tez paydo bo’lishi, tez achchiqlanish. Qon-tomir buzilishlari uchun tipikdir. Emosional sovuqlik haqida ham gapiriladi – befarqlik, birga qayg’urish hususiyatining yo’qligi, parishonlik, boshqa odamlar va hattoki oila a’zolarining emosiyalariga formal reaksiya.

3-BOB. IDROK BUZILISHLARI

Ta'rif. Idrok bu buyum va ko'rinishlarni sub'ektiv ruhiy aksi bo'lib, his etish orqali, obrazlarni ifodasi, ularning tasavvur bilan to'ldirilishi bilan namoyon bo'ladi. Idroknining quyidagi patologik o'zgarish guruhlarini ajratadilar: illyuziya, gallyusinasiya (haqiqiy va psevdogallyusinasiya), psixosensor buzilishlar, agnoziya. Ekstrasensor persepsiya va psixosensor buzilish fenomenlari idrok, tasavvur va ongni o'zida qamrab olgan o'ziga xos buzilish guruhlarini tashkil etadilar. Psixosensor buzilishlar depersonalizatsiya va derealizatsiyani qo'shadilar. Tasavvur patologiyasiga patologik fantaziya kiritiladi.

Tarix, norma va evolyusiyasi. Idrok etish jarayoni elementar his etishdan boshlanib, ob'ekt obrazida yoki ko'rinishida sintezlanadi, buyumlighi bilan, ya'ni aniqligi, butunligi, konstantligi, qat'iyligi bilan ajralib turadi, qabul qilingan ob'ektning aniq sinf predmetiga talluqligi hususi tini bildiradi. Idrok etish asosiy xususiyati geshtalt-psixologiya sining asoschisi M.Wertheimer tomonidan to'liq ifoda etilgan. Uning tomonidan figura va fanni idrok etish nisbatining ma'nosi tasvirlab berilgan. Idrok izlanishlarida eng ko'p xissa qo'shgan psixofizika (Weber-Fechner-Stivens qonunlari) bo'lib, u his etish ostonasi bilan stimuly kuchi orasidagi bog'liqlikni, shu jumladan idrok etish adaptatsiyasi jarayonlarini o'rgandi. Idrok etish fiziologiyasi izlanishlarining asoschisi H.Helmholts hisoblanadi. Setchatka bilan assosirlangan vizual idrok etish, miya resepsiyasi ajratiladi; audial, kortil a'zolar bilan bog'lanadi; olfaktorli – olfaktorli epiteliy bilan; ta'mni sezish – ta'mni sezish to'qimalari; taktil – teri reseptorlari bilan; kinestetik – mushak, pay, bo'g'im xaltalari reseptorlari bilan; vestibulyar – yarim aylana kanallari bilan; shu jumladan og'riq ham, ularga haddan tashqari ta'sir natijasida u hojlagan reseptorlar bilan bog'langan bo'lishi mumkin.

Qiyofaning tashkil topishi darajasida qayta kodirlash – bir sensor tizmdan boshqasiga belgilarni o'tkazish kelib chiqadi. Bu o'tkazishlarni sub'ektiv semantika psixologiyasi o'rganadi, uning asoschisi E.Yu.Artemyeva. O'tkazishlar shu bilan sezilarlik, biz, masalan, formani rangi, hidi, taktil sezgi – ta'm yoki ovozni assosirlaymiz, va shu tariqa o'tkazish verbal bo'lmagan-verballi deb ataladi.

Sensor omillarni cheklashda – deprivatsiyada – hattoki psixik sog'lom shaxslarda ham 24 soatdan so'ng quyidagilar kuzatiladi. Boshida qo'rquv, vahima, kayfiyatning pasayishi yuzaga keladi; keyin atrofnii qabul qilish

o'zgaradi, u katta yoki kichik bo'lib tu ladi, harakat koordinasiyasi buziladi va vaqtni his etish o'zgaradi (kunlar yillardek uzayadi), uyqu ritmi bedorlik transformirlanadi; undan so'ng fikrlash va tana sxemasi buzilganligi kuzatiladi, keyin – illyuziya va gallyusinasiyalar. Keyingi deprevasiyada vasvasa va somatik buzilishlar hosil bo'lishi mumkin, odam o'zidan-o'zi “aqlidan oza boshlaydi”. Sun'iy sensor deprivasiyasida, masalan, mahsus digrevasion vannalarda, parapsixologikni eslatuvchi idrok etish fenomeni yuzaga keladi. Masalan, odam qo'shni ko'chada joylashgan avtomashina eshigining ochilganligini eshitishi mumkin. Evolyusiya natijasida odam ba'zi bir reseptiv tizimlarni yo'qotdi, lekin, yopiq holatda ular ongsiz darajada mavjud, ularga magnitosepsiya kiradi, ular baliq va qushlarda ko'proq ifodalangan. Magnitosepsiya sababli Yerning magnit maydonida orientasiya olish va migrasiyadan keyin uyga qaytib kelish amalga oshiriladi. Idrok etishning asosiy qonunlari quyidagilar:

Idrokning xususiyatlaridan biri biz tomondan chiroyli va e'tiborni tortuvchi (attractive) va chiroyli bo'lmagan (aversiv)ga ajratiladi. Har bitta sensor jarayonlarda attrfaol va oversin stimullar mavjud bo'lib, ular quyidagilarga bo'linadi: umumbiologik – masalan, shirin maza hammaga yoqimli bo'lib tu ladi, achchiq esa – yoqimsiz; etnogenetik – masalan, ba'zi xalqlar rang va ta'mni idrok etishda etnik xususiyatlarga ega, masalan, pigmeylar tish pastasining xidiga ko'ngil aynishi bilan e'tibor beradilar; va individual. Umumbiologik e'tiborni jalb etish – e'tiborni jalb etmaydigan ko'rinishni omon qolishi uchun qancha stimullar bilan bog'liq.

Olamni buzilgan idrok etish (illyuzor) shu tariqa biologik qonunlar bilan asoslangan, masalan, suvga qo'yilgan jismga qarab turib, suv sathidan singan ekanligini ko'rishimiz, jismni suvdan olayotganda u oldinga qarab butunligicha fiksirlanadi, bu baliq to'tishda e'tiborli (Poggendorf illyuziyasi). Burchakda joylashgan ob'ekt, burchakdan uzoqda joylashganga nisbatan katta bo'lib ko'rinadi (Dansio illyuziyasi). Bu illyuziya sababli qo'rquv vaqtida “burchakka berkinish xulqi”, mahluqni qo'rqitishga xos bo'lib, bunda vizual idrok etish jismning hajmini oshiradi. Biz harakatdagi bulut va oyni ko'rganimizda, bizga oy harakat qilayotgandek tu ladi, fon esa xarakatsizdek. Bu adaptasiya shu tariqa evolyusion asoslangan, chunki primat sifatida biz adaptirlanganmiz, fon figuraga nisbatan emas, tabiat fonida figura harakatlanadi. Myuller-Lyuer illyuziyalari insonni insonga nisbatan to'g'ridan to'g'ri idrok etishi: agarda kuzatib turilgan

insoning qo'llari ko'tarilgan bo'lsa, elkalari tushirilgan insonga nisbatan, ularning bo'yi bir xil bo'lsa ham, u balandroq ko'rinadi.

Tadqiqot uslubi. Idrok etishning izlanish uslublari o'rganilayotgan modalliklarga bog'liqdir. Vizual idrok etishni o'rganishda uning o'tkirligi, rang ko'rliqi tadqiqot qilinadi, masalan, shu tariqa dal tonizm aniqlaniladi, formaniya, perspektivani, jism harakatini idrok etish, e'tibordan chiqarimaslik va tanish va notanish jismlarni idrok etish. Audiografik eshitish izlanishda balandlik, tembr shovqini, shu jumladan signalning yo'nalishini idrok etish ajralib turadi. Olfaktorli va ta'mli jarayon tadqiqotlarida feromonlar, ta'mli qochish va ta'm ko'rliqi reaksiyalari o'rganiladi. Taktil sezgirlikni o'rganish temperaturaga, bosim, anesteziya, parodoksal sezgi, gipersezgi reaksiya larini aniqlash imkonini beradi.

Verbal bo'lmagan-verbalmas (og'zaki bo'lmagan) ko'chirishlarning xususiyatlari psixosemantika uslublari yordamida o'rganiladi.

Simptom va sindromlar. Psixopatologiya da his etishning buzilishi aniqlanadi, bularga quyidagilar kiradi: giperesteziya, giposteziya, anesteziya, paresteziya va senestopatiya, shu jumladan fantom-simptom.

Giperesteziya – sezuvchanlikning buzilishi, kuchli yorug'lik, ovoz, hidni qabul qilishda namoyon bo'ladi. Somatik kasallanishlar va somatik kasalliklarga xos. Paresteziya qon ta'minoti va invervasiya xususiyatlari bilan ajralib, senestopati dan farqlanadi.

Senestopatiya – tanada kompleks odatiy bo'lmagan xistar, joyni o'zgarishi, quyilish, oqib o'etishni his etish. Ko'pincha, baland-parvoz va odatiy bo'lmagan metaforik tilda, masalan, Bemorlar miya ichida qitiqlash bo'layotganligini, su qlik tomoqdan jinsiy a'zolarga oqib kelayotganligini, hiqildoqning cho'zilgani yoki qisilgani haqida gapiradilar.

Fantom-sindrom qo'l-oyoqlarni yo'qotgan shaxslarda qayd etiladi. Bemor yo'qotgan oyoq yoki qo'lini ortiqcha sezib, yo'qotgan oyoq-ko'llarda og'riq yoki harakatni his etadi. Ko'pincha bunday hislar o'ziga kelganda va uyquda yuzaga kelib, bunda Bemor o'zini yo'qotgan oyoq-qo'llari bilan ko'radi.

Idrok etishning asosiy buzilishlaridan biri bu illyuziya va gallyusinasiyalardir. Bu ko'rinishlar haqida bemorlar gapirishni xohlamaydilar yoki berkitadilar.

Idrok etishning buzilishi bilvosita belgilari quyidagilar:

- insonning o'zi bilan o'zi gaplashishi (yolg'izlikda yoki boshqalar orasida);

- asossiz va to'satdan atrofdegilarga nisbatan munosabatning o'zgarishi;

- nutqda yangi so'zlarning paydo bo'lishi (neologizmlar);

- mimik grimasalar;

- yolg'izlikka intilish, ko'ngilning o'zgaruvchanligi;

- chaynash mushaklari va ko'krak-elka-sossevid mushaklarining qisqarishi;

- yarim ochiq og'izda orbital qismning kuchlanishi;

- suhbat chog'ida to'satdan yonga qarash;

- mimika, holat va imo-ishora dissosiasiyasi;

- qisman harakatsiz mimikada qo'qqisdan maqsadsiz imo-ishora.

Illyuziyalar – real mavjud bo'lgan ob'ektlarni noto'g'ri idrok etish. Masalan, tushayotgan suvning ovozida (real mavjud bo'lgan stimul) “tovush” eshitaladi (illyuzion obraz). Illyuziyalarning asosiy xarakteristikalari quyidagilar:

- ob'ekt yoki ko'rinishning mavjudligi, u hato qabul qilinadi, masalan, vizual, audial yoki boshqa sensor obraz;

- ko'rinishning sensor xarakteri, ya'ni idrok etishning konkret modallik bilan bog'liqligi;

- ob'ektni buzilgan bahosi;

- buzilgan hissiyotni realdek baholash;

- omonat va qisqa muddatli illyuziyaon obraz xarakteri;

- fikrlash yoki boshqa modelliklarni jalb etish bilan baholash natijasida illyuziyaning yo'qolishi, masalan, vizual illyuziya da ob'ektga teginish illyuzion idrok etishni yo'qotadi.

Illyuziya murakkabligi jihatidan elementar, oddiy, murakkab, panoramik va par ydoliklarga bo'linadi, bularga obrazlarni misol qilsa bo'ladi, ularni bulutlar shaklida yoki gilam chizmasida ko'rish mumkin. Sezgi organlari bo'yicha ular quyidagicha bo'linadi: taktil, ko'rish, vizual, al faktor, shietish, proprioseptiv va kinestetik.

Illyuziyani yuzaga kelish sabablariga ko'ra ular quyidagicha bo'linadi: muhitning ob'ektiv xususiyatlariga asoslangan fizik, masalan, yorug'likning sinishi yoki ovozning aksi xususiyatlariga asoslangan; fiziologik, periferik analizatorlarga bog'liq, masalan yorishib turuvchi “galo” illyuziyasi - glaukoma bilan kasallanganlar oldida yoritkichni yoritib turish; psixik, ya'ni biror-bir

insonni kuetish bilan bog'liq, biz to'satdan adashib uni olomon ichida ko'rib qolamiz; eydetik, tasavvur bilan bog'liq bo'lgan.

Illyuziya lar nevrotik buzilishlar uchun ham xarakterlidir, shu jumladan ong buzilishining I bosqich rivojlanishida, masalan, deliriy. Ba'zi bir illyuziya lar o'ziga xos stress sharoitli muhitda psixik sog'lomlarda yuzaga keladi. Masalan, kosmonavt Armstrong Oyga qo'nganida, orqasidan ergashuvchini sezgan, bu illyuzion idrok etish bilan bog'liq bo'lgan kosmik g'altakning tebranuvchi antenasi edi.

Gallyusinasiya – ob'ekt yoki sensor obrazni idrok etish, u real ob'ektni mavjudligisiz yuzaga keladi, ammo ishonchli ravishda ob'ekt mavjuddek kuzatiladi. “Gallyusinasiya” termini J.-E.D.Esquirol tomonidan 1838 yilda kirgizilgan. Murakkablik darajasi bo'yicha ular elementlarga, ko'proq epilepsiya uchun tipikdir. Ularga uzoqdan eshutiluvchi oddiy tovushlar guvullagan ozov, jarang, shitir-shitir, paravoz gudogi (akofen yoki akoazmlar), ko'z yumuq holatda, ko'z olmalarini ustidan bosish bilan erishish mumkin bo'lgan (fosfenlar yoki fotopsi lar) yorug'lik yog'dusi yoki oddiy yorug'lik sochuvchi figuralar, chirish yoki yoqimli hidlar, masalan parfyumeriya yoki taom (parosmiyalar) kiradi.

Oddiy gallyusinasiyalar miyaning organik shikastida tipikdir. Masalan, Bemor chap yarim pallaning ensa qismidagi lokal shikastlarda tugallangan va predmetli baliqning, inson yuzining yoki osig'liq boltaning obrazini aniq joyda yoki bo'shliqda kuzatishi mumkin, masalan, stol ustida yotibdi (Sharl-Bonn gallyusinasiyasi). Bemor hasharotlarni teri ostida yoki tananing aniq qismida yurib ketayotganligini sezishi mumkin, bu miya oyoqchalarining organik shikastiga xarakterlidir (Lermitning pedunkulyar gallyusinozi).

Murakkab gallyusinator obrazlar dinamik ko'rinishlarni eslatadi. Masalan, eshitalayotgan ovoz atrofidagi voqeani kommentirlashi, ko'rinayotgan obraz harakat qilishi, kulishi yoki yig'lashi mumkin.

Sezgi organlari bo'yicha gallyusinasiya lar illyuziya singari bo'linadi. Yuzaga kelish sharoitlari bo'yicha gallyusinasiyalar, uxlab qolishga xos (gipnagogik), bu odatda ketma-ketlikdagi obrazlar bo'lib, filmdagi kadrlarni eslatadi, va gipnopompik gallyusinasiyalar, uyg'onish vaqtida qayd etiladi.

Gallyusinasiyalar shu tariqa bo'shliqdagi yuzaga kelishi bo'yicha haqiqiy gallyusinasiya va psevdogallyusinasiya ga bo'linadi. Haqiqiy gallyusinasiyalar haqiqiy fazoda presirlanadi, masalan, ovozlar ko'chadan yoki xonadan eshitaladi, obraz Bemorning yonginasida seziladi. Haqiqiy eshutiluvchi

gallyusinasiyalar tavsiflanishi (“ovozlar” Bemor xulqini tushuntiradi), imperativ (“ovozlar” biror bir narsa qilishga undaydi), dialogli (“ovozlar” bir biri bilan gaplashadi), haqoratlovchi, taxdid qiluvchi bo‘lishi mumkin. Bir yoki bir necha kishiga xos bo‘lishi mumkin, erkak, ayol yoki bola, tanish va notanish, aniq va noaniq bo‘lishi mumkin. Haqiqiy ko‘rinuvchi gallyusinasiyalarda obrazlarning predmetligi shu darajada yuqoriki, Bemor ular bilan huddi tirik odamlar singari muloqot qiladi, bundan tashqari, Bemor atrofdagilar ham bu obrazlarni ko‘rayotirlar deb ishonadi. Haqiqiy gallyusinasiya lar ko‘proq kechkurun yuzaga keladi, bu asosan ko‘rish gallyusinasiyalariga taalluqlidir.

Psevdogallyusinasiyalarda ko‘rinuvchi obrazlar shaffof va moddiy emas, ular fikrlash bilan bog‘liq bo‘lib, aniq maqsadni assosirlaydi. Bunday aloqani V.Xlebnikov “fikir-formasi” deb aniqlagan. Psevdogallyusinator obrazlar psixikaga zo‘rlik bilan kirib boradi, shu sababdan, Bemor tomonidan begona ixtiyor, energiya yoki kuch ta’siri deb tushuntiriladi. Bunda huddi bemor tovushi bilan gapirilayotgandek, uning nutq apparatini boshqarilayotgandek tuyuladi, va bu bilan aytilayotgan fikrlar insonga taalluqli emasdek ko‘rinadi (Seglning nutq harakat gallyusinasiyalari). Ular shu tariqa boshqaruv fikrlari bilan, bunda kayfiyat begona kuch bilan bog‘langan bo‘lib, u tanani harakatlar, hayollar va niyatlar bilan boshqaradi. Bu ko‘rinish psixik avtomatizm deb ataladi. Eshituv psevdogallyusinasiyalari haqiqiy singari mazmuniga ko‘ra imperativ yoki buyruqli, tavsiflanuvchi, havf soluvchi, haqorat qiluvchi bo‘lishi mumkin, bir yoki bir necha kishiga mansub bo‘lishi, erkak, ayol va bola, tanish va notanish, aniq va noaniq bo‘lishi mumkin.

Eshitish psevdogallyusinasiya lari hayoldagi bo‘shliqda proeksirlanadi, masalan, ovozlari yaxshilab berkitilgan boshqa xonadon shitilishi, hattoki boshqa planetalardan yoki tanadan chiqishi mumkin. Ko‘p hollarda ular boshning ichidan chiqishi yoki fikrga qarshi holatda eshutilishi mumkin. Psevdogallyusinatorli predmet obrazlari tana ichida somatik gallyusinasiya deb ataladi. Bu aniq kechinma, ko‘p hollarda yuqorin ichida harakatdagi yot jism bolada, hayvonda yoki mexanizmida mujassam bo‘ladi. Ichki obraz Bemor bilan almashinuvchi psevdogallyusinatorli hayollar bilan band bo‘lishi mumkin. Psevdogall sinirlanish ko‘proq shizofreniya ga xosdir.

Psixosensor buzilishlar ba’zida ong va idrok orasidagi oraliq buzilish deb hisoblanadi. Psixosensor buzilishlarda idrok etish jarayonining o‘zi buzilishi yuzaga kelmaydi, ong individumida olingan informatsiya ning sintezi jarayonida uzilish yuz beradi deb taxmin qilinadi. Bularga depersonalizatsiya va derealizatsiya

li kechinmalar kiradi, shu jumladan mazkur bobda ta'rif qilingan o'ziga xos sindromlar kiradi.

Depersonalizasiya (o'z ongining buzilishi) quyidagi simptomlarda ko'rinadi:

1. "Men" ning o'zgarishi, transformasiyaning o'ziga xos sezilishi, ko'proq negativ, o'z shaxsiyati, jinni bo'lib qolishdan qo'rqish, o'zini keraksiz bo'lib qolishidan ko'rqish, hayot ma'nosining yo'qligi va xoxishning yo'qolganligi. Bu holatlar affektiv buzilishlar va ba'zi nevrozlarga xosdir.

2. "Men"ning maydalanishi, shizofreniya va dissosiativ buzilishlar uchun tipik, o'zida ikki yoki ko'proq shaxsiyatlarining mujassamlanishi, ularning har biri o'zining niyati va xohishi mavjud.

3. Shaxsiy tana sxemasini o'zgartirish (autometamorfopsiya), oyoq-qo'llar uzunligini anomal qabul qilish, qo'l-oyoqlarni uzaytirish yoki qisqartirish, yuz, bosh, tana, qo'l-oyoq formasini o'zgartirish. Mazkur holatlar organik buzilishlarda yoki xolinolitik intoksikasiya da kuzatilishi mumkin.

Derealizasiya quyidagi o'zgarishlarda ko'rinadi:

1. Rangda, masalan, depressiyada olam kul rang yoki ko'k ranglar aralashgan bo'lib ko'rinishi mumkin, bular rassom ijodida yaqqol seziladi, masalan, E.Munk, u depressiya davrida ko'proq qora, ko'k va yashil ranglardan foydalangan. Yorqin ranglardan foydalanish, ko'proq maniakal holatdagi Bemorlarda kuzatiladi, ular atropin singari preparatlarni qabul qilgan bo'ladi. Qizil va sariq ranglarni yoki yong'inni qo'llash, g'ira-shira epileptik holatlarga tipikdir.

2. Forma va o'lchamda: atrofdegilar kattalashishi yoki kichrayishi ("Alisa g'aroyibotlar olamida sindromi"da makropsiya yoki mikropsiya), yaqinlashishi yoki uzoqlashishi, doimo transformirlanishi (metamorfopsiya) mumkin. Bemor o'ng tarafni chapdek, yoki teskarisiga qabul qilishi mumkin ("Alisa ko'zgular olamida sindromi"). Holatning bu turi psixofaol vositalar bilan intoksikasiya da xarakterli bo'lib, bosh miya organik shikastlanishiga xosdir.

3. Sur'at va vaqtda: atrof tez o'zgaruvchan, huddi kinodagi kadr singari ("kinematograf sindromi" maniakal holatlarda yoki psixostimulyatorlar bilan intoksikatsiyada) yoki, teskarisiga, cho'zilgandek ko'rinishi (depressiyada yoki psixodelerik narkotik vositalar bilan intoksikatsiyada) sezilishi mumkin. Ba'zi bir holatlar, oylar tez o'tib ketayotgandek, boshqasida – tunlar uzayib ketgandek ko'rinadi. Bemorlar, bir xil qaytariluvchi syujetlarni ko'rayotganligini sezadilar. Hamma qayd etilgan xislar, emosionallik bilan

bog'liqdir, masalan, yaxshi kayfiyatda vaqt tez o'tayotgandek, yomonda esa – sekindek tuyuladi.

Psixosensor buzilishlarga, ba'zi bir holatlar ham, epilepsiyaga xos bo'lgan holatlar kiradi – “avval ko'rgan” (fr. “deja vu”); “avval eshitgan” (fr. “deja entendu”); “hech qachon ko'rmagan” (fr. “jamais vu”); “xech qachon eshitmagan” (fr. “jamais entendu”), ular “avval sezib ko'rgan va o'zida his etgan” xislarga umuman yaqindir. “Avval ko'rgan (eshitgan)” simptomida Bemor yangi joy haqida unga tanishdek va yangi eshitgan informatsiyasi taalluqli ravishda tanishdekligini gapiradi. U buni avval tushida ko'rgandek, xudi tushi ilohiydek interprimerlaydi.

“Hech qachon ko'rmagan (eshitmagan)” simptomda Bemor avval tanish bo'lgan joy yoki informatsiya unga umuman noma'lum ekanligini, begonaligini ta'kidlaydi.

Ekstrasensor persepsiyaning bir qancha fenomenlari, ba'zi vaqtda parapsixologik yoki psixoenergetik deb ataluvchi, aslida esa idrok etishning buzilishi natijasida yuzaga keladi. Ularni ba'zi bir stimullarga ostona osti hissiyotlari bilan bog'liq bo'lgan shunga o'xshash fenomenlardan ajratish darkor. Masalan, tekstni yopiq ko'z bilan o'qishda barmoq uchidagi “issiqlik” ko'rish bilan tushuntirish mumkin, bu esa taktil iliqlik sezgisidir, qo'ldagi iliqlik tashqi turli ranglarni sezishi bilan bog'liq, yana shu tariqa boshqa odamning hulqini ongsiz idrok etish asosida mimikasini oldindan his etish, masalan, agressiv aksi dan oldin. Ekstrasensor persepsiya fenomenlariga quyidagilarni kiritish mumkin:

a) Oldindan ko'ra-bilish (telesteziya) – yo'qolgan fizik ob'ektlar yoki xodisalarni kuzatib turgandek idrok etish. Bu holatda Bemor o'ziga xos holatda, u yoki boshqa odam juda ham uzoq masofada o'zini qanday tutayotganligini aytib beradi.

b) Prekognisiya yoki retrokognisiya – kelgusida bo'ladigan xodisalarni yoki eslab bo'lmaydigan avval bo'lib o'tgan xodisalarni oldindan aytib berish yoki oldindan his etish. Ya'ni Bemor avval nima bo'lganini bilgan holatda, kelgusida yuz beradigan holatlarni aytib beradi.

v) Autoskopiya – boshqa odamni, jonzotni yoki tanasining biror qismi (fantom)ning gallyusinatorli tashvishlanishi, ko'zgudagi aks sifatida qabul qilinishi mumkin. Bu ko'rinish rangsiz, tanasiz, Bemorning yoki boshqa odamning hatti harakatlarini takrorlashi mumkin, masalan, yaqinda vafot etgan qarindoshni.

g) Qo'lni qo'yish yoki aurani ko'rib chiqish bilan ekstrasensorli diagnostika. Kaftlarni boshqa odamga tekkizmasdan turib yaqinlashtirib va palpasiyada shakli his etiladi va hattoki rangi, huddi shunday sezgilar bosh atrofi ko'rib chiqilganda "yorug'langanda" paydo bo'ladi.

d) Astroproeksiya va psixosferali kontakt – tananing tashqarisida joylashgan (ko'pincha Koinotda) narsa haqida vizual tasavvur. Bunda psixoenergetik ta'sir spirallarda, iplarda, harakatlanuvchi ob'ektlarda, yorug'lik sharlarida va boshqalarda qayd etiladi. Ko'pincha ongning oneyroidli buzilishlarida va psixofaol vositalar bilan, ya'ni gallyusinogenlar zaharlanganda uchraydi.

e) Telepatiya – fikrlarni uzoqdan turib o'qish, favqulotda xodisa; ko'pincha shizofreniyada "ochiq fikrlar simptomi"da va Kandinskiy-Klerambo sindromida uchraydi.

j) Telekinez – iroda kuchi yordamida buyumlarni qo'zg'atish. Favqulotda xodisa, fokusning ephilligiga asoslangan, yoki atrofdagi kuzatuvchilarni yuqori ishortirish va ularning induktivlanishi bilan bog'liq.

Shuni aytish kerakki, yuqorida aytilgan ekstrasensor persepsiya favqulotda xodisalari hali ilmiy tadqiqot bosqichida bo'lib, haqiqiyiligining absolyut va ilmiy asoslanganligi vaqtdan oldin tasdiqlanishiga olib kelmoqda.

Eydetik idrok etish patologik bo'lishi mumkin, masalan, sensitivli shaxslarda ba'zi bir psixotexniklar ta'siri ostida, ya'ni, meditasiyada, tasavvur qilinuvchi ob'ekt ko'z oldida uzoq vaqtgacha gallyusinatorli yoki psevdogallyusinatorli bo'lib ko'rinishi mumkin. Psixopatologik buzilishli bolalarda vizual tasavvurlar ifoda etilgan bo'lib, ular patologik fantaziyaga qo'shilib ketadi. Bola yoki o'smir fantaziyali boshqa olamni ko'radi, unda sahiy yoki johil sexrgarlar joylashgan bo'lib, ular bilan yolg'izlikda muloqotda bo'ladi, patologik (vasvasa singari) fantaziyada bu olam haqiqatni surib chiqaradi yoki uni aylantiradi. Bu holatlarda fantaziyalar o'zgaruvchan bo'lishdan to'xtaydi, ammo sovuq xarakterga aylanadi.

Ko'pincha gallyusinator buzilishlarga gallyusinatorli, deliriozli, amentivli, oneyroidli, gallyusinator-paranoidli sindromlar, yana Kandinskiy-Klerambo sindromi kiritiladi. **Gallyusinatorli sindromlar** uchun (gallyusinozlar) ongning o'zgarishi va idrok etishning interpretasion buzilishi xarakterli bo'lmay, gallyusinasiyalar biror-bir boshqa sferada yuzaga keladi (vizual, eshitish, hid sezuvchi, taktil). Gallyusinatorli sindromlar ekzogendagi singari, endogen buzilishlarda ham uchraydi.

Gallyusinator-paranoidli shunday sindrom hisoblanadiki, bunda Bemor o'zining gallyusinator obrazlarini, masalan, kuzatishi yoki unga nisbatan alohida munosabati bilan tushuntiradi, ammo shunday bo'lishi mumkinki, bu sindromlarda birlamchi bo'lib alahsirash bo'lsa, gallyusinasiya lar keyinroq yuzaga keladi.

Kandinskiy-Klerambo sindromi – o'z ichiga eshitish psevdogallyusinatorli kechinmalarni psixik boshqaruv (avtomatizm) fikrlar, xoxish, harakat va emosiyalar, alahsirash interpretasiyalari, ko'proq ta'sirli alahsirash formalarini oladi. G'arb psixiatriyasida shizofreniyadagi birinchi rang sindromlariga taalluqlidir.

4-BOB. TAFAKKUR BUZILISHLARI

Ta'rif. Fikrlash – atrofdagi olam ko'rinishining shakllanishi jarayoni va uni tanish, ijodiyotni keltirib chiqarish. Fikrlash patologiya si tempiga, strukturasisiga, ma'nosiga qarab buzilishlarga bo'linadi.

Tarixi, norma va evolyusiyasi. Inson haqida mulohaza qilish uning hulqini kuzatishga va nutqi analiziga asoslangan. Olingan ma'lumotlarga asoslanib, insonning ichki olamiga atrofdagi olam qanchalik taalluqli (adekvat) ekanligini ayetish mumkin. Ichki olam va uni tanish jarayonining o'zi fikrlash jarayonining maqsadini tashkil etadi. Demak, bu olam ong demakdir, ya'ni fikrlash (tanish) – onging vujudga kelish jarayonidir.

Shuni ta'kidlash zarurki, insonning o'sishi jarayonida, uning fikrlashi bir necha rivojlanish bosqichlarini bosib o'tadi: yaqqol-ta'sirli, aniq-ko'rinishli va abstrakt-mantiqiy. Har bir bosqich o'zining spesifik hususiyatiga ega, masalan, yaqqol-ta'sirli bosqichni o'tayotganda bola kattalarga va tengdoshlariga taqlid qilib o'qiydi. Keyin fikrlash aniq-ko'rinishli bosqichni o'tayotib shakllanadi va faqat etuk shakllangan shaxs abstrakt-mantiqiy ko'rinishdagi fikrlash hususi tiga ega bo'ladi.

Bunday fikr yuritish ketma-ketlik jarayoni sifatida taqdim etilishi mumkin, har bitta avvalgi mulohazada keyingisi bilan mantiqan bog'langan, ya'ni ular orasida mantiq o'rnatiladi, u quyidagi sxemada bo'ladi: "Agarda ..., unda". Bunday yondashuvda uchinchi, berkingan ma'no ikkita aniqlik o'rtasida mavjud emas. Masalan, agarda sovuq bo'lsa, u holatda, palto kiyish kerak. Biroq, fikrlash jarayonida uchinchi element motivasiya bo'lishi mumkin. Chiniqayotgan inson, harorat pasayishida paltoni kiyib olmaydi. Bundan tashqari, unda guruhli (ijtimoiy) tasavvur bo'lishi mumkin, past harorat nima va shunga o'xshash harorat bilan aloqa bo'yicha shaxsiy tajriba mavjud bo'lishi mumkin. Bolaga taqiqlashsa ham ko'lmaklarni oyoq yalang bosib yuribdi, chunki, bu unga yoqadi. Bundan ko'rinib turibdiki, individual va ijtimoiy sabablar (maqsadli), tushungan shakllanishi bilan fikrlashni mantiq jarayoniga va nutq bilan bog'liq jarayonlarga bo'lishimiz mumkin. Shunisi aniqki, fikrlash jarayonida aniq aytilmagan ongli ravishdan tashqari ongsiz jarayon ham mavjud bo'lib, u nutq strukturasisiga namoyon bo'ladi. Mantiqan qaraganda fikrlash jarayoni analiz, sintez, muloqot, aniqlash va abstraktlash (chalg'ietish)dan iborat. Biroq mantiq rasmiy, balki metaforik, ya'ni she'riy bo'lishi mumkin. Biz biror narsadan voz kechishimiz mumkin, chunki zararli, lekin intuitiv ravishda

yoqmaganligi uchun ham uning zararliligi tajribada asoslanmay, e'tiborli so'z bilan asoslangandir. Bunday mantiq mifologik deyiladi, yoki arxiatik. Qiz bola, yaxshi ko'rgan yigiti unga hiyonat qilganda, uning rasmini yirtayotganda, ya'ni mantiqan ma'noda odam rasmi tushirilgan bir bo'lak qog'ozni, insonni o'ziga hech qanday aloqasi bo'lmagan, uning ko'rinishini simvolik tarzda yo'qotadi. Inson va uning ko'rinishi, yoki uning predmeti, yoki odamning bo'laklari (masalan sochi), bu metafologik fikrlashda identifikatsionlanadi. Morfologik (arxiatik, she'riy) fikrlashning boshqa qonunlari binar oppozitsiyalardir, ya'ni tiplarni qarama-qarshi qo'yish yaxshilik-yomonlik, hayot-o'lim, ilohiy-dunyoviy, ertaklarga xos-ayollarga xos. Yana bir belgilardan biri etiologizm, u insonni fikr yuritishga olib keladi: "Bu narsa nima sababdan men bilan yuz berdi", lekin unga juda yaxshi tushunarli, analogik holat bir necha marotaba boshqalarda takrorlangan. Mifologik fikrlashda idrok etish, his etish va fikrini izxor etish bo'linmaydigan birlik, bu ayniqsa, bolalarda seziladi, ular nimani ko'rsa yoki his etishsa to'xtamasdan gapiradilar. Mifologik fikrlash yoki kattalarda shoir va rassomlarda xarakterlidir, biroq psixopatologiyada nazorat qilinuvchi spontan jarayon ko'rinishida namoyon bo'ladi. Fikrlash jarayoni o'qish natijasida shakllanadi. Tolman hisoblashicha, bu kognitiv zanjirning shakllanishi sababli yuzaga keladi, Keller ko'rsatishicha to'satdan esiga tushib qolish, yoki "intuitiv yorib chiqish" – "insayt". Banduraga binoan, bunday ta'lim imitatsiya va qaytarish jarayonida yuzaga keladi. I.P.Pavlovga binoan, fikrlash jarayoni shartli va shartsiz reflekslar fiziologiyasini tasvirlaydi. Bixevioristlar bu ta'rifni operant ta'lim konsepsiyasida rivojlantirishdi. Tirdikega binoan, fikrlash hulqni aksi hisoblanadi, u sinash va hatolar tizimi bilan bog'liq bo'lib, o'tmishda jazo samarasining fiksasi sidir. Skinner shunday ta'lim operantlarini ajratdiki, bular bid'at, shaxsiy reflektiv xulq, xulq modifikatsiyasi, ta'lim bilan bog'liq yangi xulq ko'rinishining shakllanishidir. Xulq va fikrlash pozitiv yoki negativ (negativ qo'llab quvvatlash formalaridan biri bu jazodir) qo'llab quvvatlash natijasida maqsadlarni shakllantiradi. Shunday qilib, fikrlash jarayoni qo'llab quvvatlash va jazo ro'yhatiga asoslanib shakllanishi mumkin. Pozitiv qo'llab-quvvatlashga, fikrlashning aniq sxemalariga va shakllanishiga ta'sir etuvchilarga quyidagilar kiradi: taom, suv, seks, sovg'a, pul, ijtimoiy statusning oshishi. Pozitiv qo'llab quvvatlash qo'llab quvvatlashga yordam beruvchi xulqning fiksatsiyasiga ta'sir tadi, masalan, "yaxshi" xulq, buning uchun sovg'a talab etiladi. Shu tariqa, kognitiv zanjirlar vujudga keladi, yoki xulq, ular mukofotlanadi, yoki ijtimoiy ma'qul. Negativ

qo'llab-quvvatlash qorong'ilik, jazirama, sovuq, kaltak, "ijtimoiy ko'rinishni yo'qotish", og'riq, tanqid, ochlik yoki omadsizlik (yo'qotish) natijasida yuzaga keladi. Negativ qo'llab-quvvatlash tizimi yordamida inson jazoga olib keluvchi fikrlash yo'lidan chetlashadi. Ijtimoiy motivasiya jarayoni madaniyatga avtoritar shaxsiyat ta'siri, ijtimoiy qo'llab-quvvatlash talabga bog'liq bo'ladi. U urug'lar va jamiyatning nufuzli qiymatiga intilishiga asoslangan bo'lib, qiyinchiliklarni engib o'tish strategiyasidan iborat. Asosiy fikrlovchi jarayon bu tushunchalarning shakllanishi (simvollar), mulohaza va hulosa chiqarishdir. Oddiy tushunchalar – narsa yoki ko'rinishning haqiqiy belgilari, kompleks tushunchalar predmetdan mavhumiylikni – simvolizatsiya ni taxmin etadi. Masalan, qon oddiy tushuncha sifatida aniq fiziologik suqlik bo'lib assosirlanadi, biroq kompleks tushuncha sifatida yaqinlikni, "qondoshlik"ni bildiradi. Taalluqli ravishda, qonning rangi simvolik tarzda urug'i ko'rsatiladi - "aslzoda". Ramzlarni ifoda etish manbai bu psixopatologiya, tush ko'rish, fantaziya, esdan chiqarish, pisanda va hatolar.

Mulohaza – fikrlashni vujudga keltiruvchi tushunchalarni taqqoslash jarayonidir. Bu taqqoslash quyidagi tiplar bo'yicha yuzaga keladi: pozitiv - negativ tushuncha, oddiy – kompleks tushuncha, tanish – notanish. Mantiqiy ta'sirlar seri si asosida xulosa chiqarish shakllanadi (gipoteza), u amaliyotda rad qilinadi yoki tasdiqlanadi.

Tadqiqot uslublari. Fikrlashning tadqiqot uslublari til strukturasi o'rganish kiradi, chunki fikrlash ko'rinishining asosiy muhiti hisoblanadi. Zamonaviy psixolingvistikada tadqiqot semantikasi (ma'no) mulohaza sintaktik analiz (taklif strukturasi o'rganish), morfli analiz (ma'no birligini o'rganish), monologik va dialogik nutq analizini, shu jumladan fonematik analiz, ya'ni uning emosional tarkibini ko'rsatuvchi nutqning bazis tovushlarini o'rganish ajratib ko'rsatiladi. Nutq tempi fikrlash tezligini namoyish etadi, biroq shuni yodda tutish kerakki, nutq tezligini taqqoslashning yagona asbobi, shu tariqa uning ma'nosi singari, fikrlash vrachning o'zinikidir. Fikrlash jarayonini kechishi va darajasini o'rganish "son qatori qonunlari", aloqalar soni testi, tugallanmagan gaplar, syujetli rasmlarni tushunish, rad etish va hosil qilish testlari, shu jumladan Ebbingauzen sinamasi uslubi yordamida amalga oshiriladi. Fikrlashning ongsiz konstruktsiyalarini aniqlash va simvolizatsiya jarayonlari tektogramma va assosiativ eksperiment uslublari yordamida o'rganiladi.

Simptomlar va sindromlar. Fikrlash buzilishining quyidagi variantlari ajratib ko'rsatilgan: temp bo'yicha, ma'nosi bo'yicha, forma yoki strukturasi bo'yicha.

Tezligi bo'yicha fikrlashning buzilishi

Fikrlashning tezlashuvi nutq tempi tezlashuvi, fikrning sakrashi bilan xarakterlanib, tempning ma'noli ravishda kuchayishi natijasida aytilishga ulgura olmaydilar (fuga idearum). Ko'p holatlarda fikr produktiv harakterga ega bo'lib, yuqori ijodiy faollik bilan assosirlanadi. Bu simptom vasvasa va gipomaniya larga xarakterlidir.

Fikrlashning sekinlashuvi - assosiasiya soni kamayishi va nutq tempining sekinlashuvidir, ular so'zlarni tanlab olishning qiyinlashuvi va katta tushunchalar va hulosalar vujudga kelishi bilan kechadi. Depressiya, astenik simptomlar uchun xarakterli bo'lib, ongning minimal buzilishlarida ham namoyon bo'ladi.

Mentizm – fikrlarning oqib kelishi, bunda u zo'raki xarakterga ega bo'ladi. Odatda bunday fikrlar turli rejali bo'lib, ular bayon tilmasligi mumkin.

Shperrung (nem.) – fikrlarning "tiqilib qolishi", fikrning uzilib qolishi, bunda to'satdan bo'shliq, jim bo'lib qolish sifatida Bemor tomonidan qabul qilinadi. Shperrung va mentizm shizofreniya va shizotipik buzilishlarga ko'proq xarakterlidir.

Ma'nosiga ko'ra fikrlashning buzilishi

Ularga affektiv fikrlash, egosentrik fikrlash, paranoid, obsessiv va o'ta qimmatli g'oyalari kiradi.

Affektiv yoki emosional bo'lgan fikrlash emosional bo'lgan tasavvurni atrofda gildardan fikrlashni yuqori bog'liqligi, fikrlashning tez reaksiyasi va undan ajratib bo'lmaydigan turli, ko'p hollarda e'tiborsiz stimullar (affektiv doimiy bo'lmagan) emosional jarayonlar fikrlashga aylanishi bilan xarakterlanadi. Affektiv fikrlash kayfiyatning buzilishidan jabr chekuvchi Bemorlar uchun xarakterli (depressiv yoki maniakal fikrlash). Affektiv fikrlashda mulohaza va tasavvur tizimining to'laligicha etakchi kayfiyat bo'lib aniqlanadi.

Egosentrik fikrlash – bunda fikrlash tipi narsistik ideallarda, shu jumladan o'z shaxsiyatiga foydali yoki zararli hamma mulohaza va ko'rinishlarda fiksatsiya qilingan. Qolganlari, shu jumladan ijtimoiy ko'rinishlar qayd etiladi. Bunday fikrlash tipi ko'pincha shaxsiyatning buzilishili insonlarda

shakllanadi, shu jumladan alkogolizm va narkomaniyalarda ham. Shu vaqtning o'zida bola yoshidagilar uchun egosentrik shakllar normativ bo'lishi mumkin.

Paranoid fikrlash – bu fikrlash tipi asosida vasvasa g'oyasi yotadi, ular shubhalanish, ishonmaslik, regidlik bilan hamohangdir. Vasvasa g'oyasi – hato hulosa chiqarish, kasallik asosida yuzaga keladi va korreksiyaga berilmaydi. Vasvasalar birlamchi bo'lishi mumkin, o'ziga xos, bemorning o'zigagina tushunarli bo'lgan mantiqning shakllanishi natijasida yuzaga keladi, yoki ikkilamchi, kayfiyatning o'zgarishi, ko'tarilgan yoki tushgan, gallyusinasiyalarga bog'liq bo'ladi. Vasvasa g'oyasidan tashqari paranoid fikrlash strukturasi vasvasaga o'xshash fantaziya ham kiradi, u ko'proq bolalarda uchraydi.

Vasvasa g'oyasi qaytadan ishontirishga bo'ysunmaydi va ularga bemorning o'zi tomonidan tanqid bo'lmaydi. Kognitiv aloqalar, alahsirashni qayta aloqa prinsipi bo'yicha mavjudligini qo'llab-quvvatlovchidir, ular quyidagi ko'rinishda bo'ladi.

Boshqalarga nisbatan ishonchsizlik vujudga keladi: «Men, unchalik do'stona emasman, shu tariqa, boshqa odamlar shu sababli meni chetlab o'tadilar, shekilli. Men tushunaman, ular nima sababdan bunday qilishadi, lekin bu boshqalarga ishonchsizlikning oshishiga olib keladi».

Vasvasani K.Conrad bo'yicha vujudga kelish bosqichlari quyidagilar:

1) trema – vasvasani oldindan sezish, vahima, yangi mantiqiy zanjirni vujudga kelish negizini aniqlash;

2) apofena – geshtalt vasvasasini vujudga kelishi – vasvasa g'oyasining hosil bo'lishi, uning kristallizasiyasi, ba'zida to'satdan ravshanlashishi;

3) apokalipsis - terapiya yoki affektiv kambag'allashuvi natijasida vasvasa tizimining bo'linishi.

Vasvasani hosil bo'lishi mexanizmi bo'yicha birlamchi – bosqichma-bosqich mantiq qurilishi va interpretasiyasi bilan bog'liq, ikkilamchi – to'liq ko'rinishlarning shakllanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin, masalan, o'zgaruvchan kayfiyat yoki gallyusinasiya lar ta'siri ostida; va indusirlangan – bunda respient, kelgusida sog'lom inson sifatida, vasvasa tizimi, ruhiy kasal odam induktorini hosil qiladi.

Tizimlashtirish darajasi bo'yicha vasvasa fragmentar va tizimlashtirilgan bo'lishi mumkin.

Adekvat bo'lmagan vasvasa tizimi bo'yicha vasvasa kechinmasi sindromi paranoyal, paranoid va parafren bo'lishi mumkin.

Paranoyal sindrom monotematik tizimlashtirilgan vasvasa va o'ta qimmatli g'oyaning mavjudligi bilan xarakterlanadi, ko'rincha maishiy xarakterli va adekvat bo'lmagan ma'noga ega bo'ladi. Paranoyal sindrom yuqori ma'suliyatli faollik va vaziyatga bog'liq fikrlash, gallyusinasiyasiz illyuziya va sezilarli affektiv buzilishlar ko'rinishida sog'lom ongda kechadi. Bular rashk, sudlashish va boshqa vasvasa g'olari bo'lishi mumkin.

Paranoidli sindrom tizimli yoki tizimli bo'lmagan vasvasa fikrli politematik xarakterdagi va adekvat bo'lmagan kontekstga egaligi bilan xarakterlanadi. Ko'pincha gallyusinasiya va affektiv buzilishlar bilan birgalikda bo'ladi. Bunga muloqotning alahsirash fikrlari jismoniy ta'rif, kuzatib borish kiradi.

Parafrenik sindrom vasvasa fikrlarining mavjudligi bilan xarakterlanadi, biroq bu fikrlar fantastik ma'noga egadir, masalan, ulug'lik alahsirash fikri, o'ziga xos missiya, ilohiy kelib chiqish, dunyoning halokati, jahonning qayta qurilishi va b. Uchta sindromning hammasi o'z holida uchrashi mumkin, va shizofreniya doirasida progredient jarayoni bosqichi bo'lishi ham mumkin.

Ma'nosiga ko'ra vasvasa fikrlari turli variantlarda katta hajmda bo'ladi, biroq ko'p uchraydiganlardagina to'xtalib o'tamiz.

Munosabat vasvasasi. Atrofdagilar bemorni sezadilar, unga e'tibor bilan qaraydilar, o'z xulqlari bilan uning o'ziga xosligiga urg'u beradilar. U e'tibor markazida bo'lib, avval unga e'tiborli bo'lmagan, oddiy bo'lgan atrofdagi holatni tushuntiradi. Masalan, u mashinalar nomerini bog'laydi, o'tib ketayotganlarning e'tiborini, to'satdan tushirib borilgan buyumlar, unga taalluqli bo'lgan. unga qarata aytilgan so'zlarni pisanda sifatida qabul qiladi.

Ta'qib vasvasasi – bemor hisoblashicha, uning orqasidan kuzatib yurishibdi, isbotlovchi ko'pgina izlarni topmoqda, berkitilgan apparatlarni topadi, kuzatuvchilar doirasi sekin asta kengayib borayotganligini sezadi. Uning ta'kidlashicha ta'qibchilar uni maxsus apparatlar bilan nurlantiradilar yoki gipnoz orqali ta'sir etmoqdalar, uning fikrlarini, kayfiyatini va xoxishini boshqaradilar. Vasvasa ta'qibning bu varianti vasvasa ta'siri deb ham belgilangan. Ta'qib etish tizimiga zaharlash fikri ham kiritilishi mumkin. Bemor, uning ovqatiga zahar qo'shishmoqda, havoni zaharlashayotgandek yoki bu mlarni avval zaharlab, keyin almashtirib qo'yayotgandek hisoblaydi. Shu tariqa tranzitiv vasvasa ham ehtimoli bo'lib, bunda Bemor o'zi ularga qarshi agressiyani qo'llab, ta'qib qiluvchilarni ta'qib qilishni boshlaydi.

Ulug'lik vasvasasi, unda haddan tashqari kuchning oshganligi, ilohiy kelib chiqish, katta boylik, ilm sohasidagi, san'atdagi, siyosatdagi haddan tashqari yutuqlar, taklif etayotgan islohatlarning haddan tashqari qiymatligi asosida, E.Kraepelin ulug'lik fikrini (parafren fikri) ekspansiv parafreniyaga bo'lgan, bunda yuksaklik yuqori (ekspansiv) kayfiyat natijasi bo'lib; konfabul tor parafreniyaga, bunda Bemor o'ziga mahsus oq xizmatlarni qo'shib qo'yadi, ammo bu holatda avval o'tgan real voqealarni unutib, vasvasa fantaziyalari bilan almashtiradi; tizimli parafreniyani, bunda mantiqiy qurish natijalari sifatida shakllanadi; shu jumladan, gallyusinator parafreniyani, bu esa o'ziga xosligi bilan tushuntiriladi, ya'ni ovozlar yoki boshqa gallyusinator ko'rinishlar tomonidan "aytib berilgan".

Rashk vasvasasi – turmushdagi hiyonatga ishonishdan iborat, bunda dalillar, ko'pincha, be'maniyaligi bilan ajralib turadi. Masalan, Bemor, uning partneri devor orqali jinsiy aloqa qilayotganligini ta'kidlaydi.

Sevgi vasvasasi sub'ektiv, asdoydil ishonganligida ifodalanadi, ya'ni u siyosiy arbobga kino yulduzi yoki vrach, ko'pincha ginekolog sevgi ob'ekti hisoblanadi. Ko'rsatilgan yuz ko'pincha ta'qib qilinadi va javobiy xisga zo'rlanadi.

Aybdorlik vasvasasi – odatda pasaygan kayfiyat fonida shakllanadi. Bemor shunga ishonganki, bunda u yaqinlari va jamiyat oldida o'z hatti harakati bilan aybdor bo'lib, uni sud va jazo kutayotir.

Ipxondrik vasvasasi – Bemor o'zining somatik xislarini peresteziya, senostopatiyani tuzalmaydigan kasallikning ko'rinishidek, masalan – SPID, saraton kasalligidek sharxlaydi. Tekshiruvni talab etadi, o'limini kutadi.

Nigilistik vasvasa (Kotar vasvasasi) – ulkanlik va inkor etish fikrlari bilan depressiv yoki ipxondrik fantasiyaga ega. Bunda Bemor, unda ichki tomonning yo'qligi, ular "chirib" ketgan, analogik jarayonlar atrofida ham yuz beradi – butun olam o'lgan yoki turli ajralish bosqichlaridadir.

Saxnalashtirilgan vasvasa – o'rab turuvchi hamma voqealar, teatrdagidek maxsus ravishda uyushtirish ko'rinishida ifodalanadi, ya'ni personal va Bemor bo'limda, aslida esa – maxsus xizmat xodimidek kiyinib olib, Bemor xulqi sahnalashtiriladi, u televidenie orqali namoyish etiladi.

O'xshash vasvasa (Kapgra vasvasasi) ijobiy va salbiyning mavjudligiga ishonchdan iborat, ya'ni shaxsiyatning, o'xshashning yomon tomonlarini birlashtirishdir, bunda u uncha e'tiborli bo'lmagan masofada bo'lishi mumkin, va Bemor bilan gallyusinator yoki simvolik konstruksiyalar yordamida

bogʻlangan boʻlishi mumkin. Bu vasvasa varianti doirasida Fregoli simptomi ham uchraydi, u italyan komigi nomi bilan atalgan, u bir aktyorli teatrdam hamma rollarni ijro etgan. Bu holatda bemorga, bir odamning oʻzi grim yordamida tashqi qiyofasini oʻzgartirib turli qiyofalarda namoyon boʻlayotgandek koʻrinadi.

Manixey vasvasasi – bemor, butun olam va oʻzi yaxshilik va yomonlikning – xudo va shaytonning kurash arenasi, deb hisoblaydi. Bu tizm bir birini rad etuvchi psevdogallyusinasiyalar bilan tasdiqlanishi mumkin, yaʼni ovozlari bilan, odamning ruhini egallash uchun ular bir biri bilan baxslashadilar.

Dismorfoptik vasvasa yoki dismorfomaniya (dismorfofobiya) – bemor, koʻproq oʻsmir, shunga ishonganki, uning yuz formasi oʻzgartirilgan, tana anomaliyasi mavjud (koʻproq oyoq, genitaliy), anomaliyalarni xirurgik davolashni talab etadi.

Mukkasidan ketish vasvasasi – shundan iboratki, bunda bemor oʻzini hayvonga aylanib qolgandek his etadi, masalan, boʻriga (likantropiya), ayiqqa (Lokis sindromi), qonxoʻr yoki jonsiz narsaga.

Vasvasaning hamma shakllari mifologik konstruksiyalari bilan oʻxshashlikka ega (mifologemlar), ular arxiatik rivoyatlarda, epos, mif, afsonalarda, tush va fantaziya syujetlarida birlashadi. Masalan, mukkasidan ketish fikri koʻpincha xalqlarning folklyorida mavjuddir: qiz bola – Xitoyda boshqa tusga kirgan tulki, yosh yigit (vervulf) – britaniya xalqida boʻri tusiga kirgan, qurbaqa – malika – rus folklorida. Koʻp uchraydigan vasvasa syujetlari va afsonalariga kiruvchi taʼqiq va uning buzilishlari, kurash, gʻalaba, kelib chiqish tarixidagi taʼqib va qutulib qolish, ikkinchi tugʻilishda, shu jumladan, ajoyib, oʻlim, taqdir. Bunga, taʼsir etuvchi odam zararkunanda, tortiq qiluvchi, yordamchi sexrgar, joʻnatuvchi va qahramon, shu jumladan yolgʻondakam kahramon rolini oʻynaydi. Shu jumladan vasvasa fikrlari oʻz davrining turli voqealarini tasvirlashi mumkin, masalan, XX asrning 90-yillari boshida koʻpgina bemorlar oʻzlarining vasvasa kechinmalariga Kashpirovskiy d-ra koʻshganlar, hozirgi vaqtda esa – voqealar, jahon moliya krizisi bilan bogʻliq.

Paranoid fikrlash shizofreniya, paranoid buzilishlar va indusir vasvasali buzilishlar xarakterli, shu jumladan organik vasvasali buzilishlar. Bolalarda vasvasaning ekvivalenti vasvasaga oʻxshash fantaziyalar va yuqori qimmatli qoʻrquv hisoblanadi.

Vasvasaga oʻxshash fantaziyalarda bola fantastik oʻylab topilgan olam haqida gapiradi, va u reallikni almashtirib haqiqatda mavjud ekanligiga

ishonadi. Bu olamda sahiy va yovuz personallar, agressiya va sevgi mavjuddir. U ham, vasvasa singari tanqidga uyramaydi, ammo fantaziya singari juda o'zgaruvchan. Yuqori qiymatli qo'rquv bu mlarga nisbatan extiyotlikda ifodalanadi, ular o'z holicha bunday fobik komponentga ega emas. Masalan, bola xonadagi burchakdan, ota-onasining tana qismlaridan, isitish batareyasidan, fortochkadan qo'rqishi mumkin. Vasvasaning to'liq ko'rinishi bolalarda 9 yoshdan so'ng ko'proq uchrashi mumkin.

Obsessiv fikrlash stereotip qaytariluvchi fikrlashlar, tasavvur etish, eslash, xarakat, qo'rquv, diniy marosimlar bilan xarakterlanadi, ular Bemor xohishidan tashqari, ko'pincha vahima fonida yuzaga keladi. Biroq, vasvasadan va yuqori qiymatli fikrdan farqli to'liq tanqid mavjud. Miyadan chiqmaydigan fikrlar qaytariluvchi xotira, ikkilanishlarda ifodalanishi mumkin, masalan, eshitilgan musiqa, haqorat, bog'lanib qolgan ikkilanish va chiroq, gaz, dazmol, suv, eshikni yopilganligini qayta tekshirish. Miyadan chiqmaydigan mayl shu tariqa miyadan chiqmaydigan fikrlar bilan kechadi, ular impulsiv bajarilishi mumkin, masalan, miyadan chiqmaydigan o'g'rilik (kleptomaniya), o't qo'yish (piromaniya), o'zini o'ldirish (suisidomaniya). Miyadan chiqmaydigan farklar fobiyaga olib kelishi mumkin, ya'ni miyadan chiqmaydigan qo'rquv, masalan, odam bor joydan va ochiq joydan (agorafobiya) qo'rqish, yopiq fazo (klastrofobiya), bulg'anish (shizofobiya), aniq kasallikni yuqtirish qo'rquvi (nozofobiya) va hattoki qo'rquvdagi qo'rqish (fobofobiya). Qo'rquvni engish turli diniy marosimlar bilan amalga oshiriladi.

Obsessiv fikrlash obsessiv-kompulsiv buzilishlar, anankastli va vahimali shaxsiyat buzilishlari uchun xarakterli.

O'ta qimmatli fikrlash yuqori qimmatli fikrlashni, yoki emosional bo'lgan fikrlashni o'z ichiga oladi, ular su'bekt o'ziga xos e'tiborli ma'noga ega. Ayrim stenik shaxsiyatlarda rivojlanadi, ulardan halos bo'lish hissi va xohishi bo'lmaydi, ammo psixik hayotida dominirlanadi, hamma qolgan sabab va tanbehnlarni siqib chiqarib tashlaydi. O'ta qimmatli hosilalar namunasi bu jahonning revolyusion transformasiya, kashfiyot fikri, shu jumladan doimiy dvigatel, yoshlik eliksiri, falsafa toshining kashf etilganligi; cheksiz sonli psixotexnika yordamidagi jismoniy va ahloqiy barkamollik fikri; sudda ishni ko'rish yordamida aniq shaxsga qarshi sudlashish va kurash fikri; shu jumladan kolleksiya yig'ish bo'yicha o'ta qimmatli g'oyalar, buning uchun Bemor qolgan butun umrini shu predmetni yig'ishga bag'ishlaydi.

O'ta qimmatli fikrlash paranoyal buzilishli shaxslar uchun xarakterlidir.

Tuzilmasi bo'yicha fikrlashning buzilishi

- mantiqiy tizm buzilishi, fikrlashning ravonligi va bog'liqligining o'zgarishiga bo'linishi mumkin.

Mantiqiy tizm bo'yicha fikrlashning o'zgarishi

Mantiqiy tizm bo'yicha fikrlashning o'zgarishi paralogik, prelogik, autistik, simvolik, ambivalent, formalizlovchi, identifikatsion va konkret-vazifaga bo'linadi. Fikrlash tipining har biri shaxsiy mantiqqa asoslangan.

Paralogik fikrlash – taqqoslab bo'lmaydigan vaziyatlar, xodisalar, holatlarning birlashishi; zid fikrlarni obrazlarni ihtiyorsiz bir tushunchani boshqasi bilan almashtirish yordamida birlashishi. Assosiativ aloqalarning hosil bo'lishi va qurilish jarayonining o'zi buziladi, bunda bemorlar o'zining kasallik mintaqasidan kelib chiqib, o'zining xulosalarini beradi. Masalan, bemor vrachga uni uch kundan so'ng psixiatrik kasalxonadan chiqarishlarini, chunki “oyna tashqarisidagi qarg'a uch marotaba qag'illadi” deyishi mumkin. Shizofreniya uchun xarakterli.

Prelogik fikrlash – yuqorida biz tomondan bayon etilgan mifopoetik fikrlash ekvivalenti. Psixopatologiyada bunday fikrlash sehrgarlik, mistika, psixoenergetika, diniy bid'at, masxarabozlik fikri obraz va ifoda yordamida to'lg'azilishi bilan karakterlanadi. Butun olam poetik, mantiqiy his ramzlarida tushunilishi mumkin va intuitiv tasavvurlardan kelib chiqib tushuntiriladi. Bemor shunga ishonganki, tabiat yoki shaxsiy hissiyotlar belgilari asosida emas, balki u o'zini shunday to'tishi kerak. Bunday fikrlash regressiv deb hisoblanishi mumkin, chunki u bola fikrlashini eslatadi. Shunday qilib, qadimiy xalqlarga xarakterli bo'lgan prelogik fikrlash arxiatik mantiqni ishlatadi. O'tkir xissiy vasvasaga shaxsiyatning isterik buzilishlariga xarakterli bo'lib, ko'proq aqliy zaiflikda uchraydi.

Autistik fikrlash – Bemorning shaxsiy fantaziyalar olamiga berilib ketish, bunda simvolik formada to'liq qiymatga ega bo'lmagan komplekslar kompensirlanadi. Tashqi sovuqqonlikda, reallikdan parishonlik, befarqlik, boy, g'alati va ba'zida Bemorning fantastik ichki olami hayratda qoldiradi. Bu fantaziyalarning bir qismi vizualizlangan tasavvur bilan birga kechadi, ular Bemorning ijodiy mahsulini to'ldiradi, chuqur falsafiy ma'no bilan to'ldirilishi mumkin. Shunday qilib, shaxsiyatning rangsiz sahnalari orqasida ruhiy hayotning dabdabali ziyofatlari ro'y beradi. Boshqa vaqtlarda esa emosional holatning o'zgarishida Bemor-autistlar o'zining ijodiy fantaziya sini ochiq namoyon etishi mumkin. Bu holat “autizm teskarisiga” deb belgilanadi. Autist-

bolada qisman boy fantaziya lar, va hattoki ba'zi bir ilm sohasida yuqori natijalar, masalan falsafa, astronomiya, moddiy aloqani, qarashni, koordinirlanmagan motorli va dvigatelli stereotiplarni chetlab o'tib niqoblanadi. Autistlardan biri simvolik tarzda o'z olamini tasvirladi: "o'z ijodiyoti aylanasi bilan tashqaridan ko'rimsiz bo'lib qolish". Autistik fikrlash fantaziya mantiqda quriladi, ongsiz individual motivasi dan kelib chiqqan holda tushunarli bo'lib, stressga yuqori sezgirlikning o'ziga xos ko'rinishidir. Shuning uchun autistik olamning o'ziga xos qochishi hisoblanadi. Shizofreniya, shaxsiyatning shizotipik va shizoid buzilishlari uchun xarakterli, ammo aksentuasiyalarda, ya'ni psixik sog'lomlarda uchrashi mumkin.

Simvolik fikrlash Bemorning o'ziga tushunarli bo'lgan simvollarni produsirlanishi bilan xarakterlanadi, ular favqulotda baland-parvoz va o'ylab topilgan so'zlar bilan (neonologizm) ifodalangan bo'lishi mumkin. Ya'ni, masalan, Bemorlardan biri so'zlarni shunday tushuntiradi: "sifilis" – "jismoniy kuchli" "tuberkulez" so'zini esa – "juda yaxshi ko'rganimni olaman". Boshqacha aytganda, oddiy murakkab tushuncha (simvol) madaniyat (kollektiv ongsiz), diniy kinoya, ma'naviy guruhlar hususiyatidan kelib chiqib izohlanishi mumkin, bunda simvolik mulohaza shaxsiy chuqur ongsiz yoki o'tmishdagi tajriba asosida izohlanadi. Shizofreniya uchun xarakterli.

Fikrlashning ambivalentligi (ambitendentlik) – psixik faoliyatda antogonistik (qarama-qarshi) tendensiyaning mavjudligi, fikr, intilish, niyat, bemorning harakati qarama-qarshi ikkilanganlikda ko'rinadi, bu esa xulqning adekvat emasligidan dalolat beradi. Ambivalent fikrlashning klassik misolini mashhur trilogiya "Uzuklar hukmdori" dan personaj Smegul namoyish etgan, bunda u o'zining yomon yarmi – uning o'zini ichida yashovchi Gorum bilan kurashishga majbur bo'lgan. Yoki, masalan, bemor o'z onasini ayovsiz kaltaklaydi, ammo buni shu bilan tushuntiradiki, u "uni juda qattiq yaxshi ko'radi". Shizofreniya va shaxsiyatning buzilishida xarakterli.

Formalizlovchi fikrlash shu tariqa u ham byurokratik deb nomlanishi mumkin. Bunday Bemorlarning kognitiv hayoti qonunlari, reglamentlar va sxemalar bilan tuldirilgan bo'lib, ular odatda ijtimoiy atrofdan olinadi yoki tarbi bilan bog'liqdir. Bu sxemalardan tashqari chiqishning ilojisi yo'q, agarda reallik ularga taalluqli bo'lmasa, u holda bunday shaxsiyatlarda vahima, e'tiroz yoki nasihatga intilish yuzaga keladi. Ma'nosi bo'yicha yaqin bo'lgan formalizlovchi fikrlash rigid fikrlash qiymatiga ega, bunda sub'ekt o'z nuqtai nazarini o'zgartirmaydi, hattoki navbatdagi zaruratda buni qilishda va qiyinchilik bilan

bir ma'noli konstruksiyadan boshqasiga o'tishda ham. Shaxsiyatning buzilishi va organik buzilishlar uchun xarakterli.

Identifirsirlovchi fikrlash shu bilan harakterlanadiki, bunda inson o'z fikrlashida ma'no, ifoda va tushunchalardan foydalanadi, aslida uning o'ziga taalluqli emas, boshqalarga, ko'pincha avtoritar, dominant shaxslarga taalluqlidir. Mazkur fikrlash identifikasiya loyiha mexanizmi bilan bog'langan. Bog'liq va dissosial buzilishli shaxslar uchun xarakterli.

Konkret vaziyatli fikrlash tushunib bo'lmaydigan murakkab ma'naviy ta'rif va aniq izohlash abstrakt tushunchasini xarakterlaydi. Sodda so'zli formalarda rasmiy va aniq mantiq bilan ifodalanadi. Masalan, savolga – siz bu matalni qanday tushunasiz “Olma olma daraxti tagiga tushadi”? Bemor javob beradi “Olmalar har doim daraxt tagiga tushadi”. Aqli zaif va demensiya uchun xarakterli.

Ravonligi bo'yicha fikrlashning o'zgarishi

Fikrlashda amorflik va yoyilib ketganlik gapning ayrim qismlarini ma'nosi bo'yicha o'zaro bog'liklikda ifodalanadi va hattoki alohida gaplarda aytilgan umumiy ma'noda chetlashishida ham. Aytilganni umumiy ma'nosini ifodalay olmay yoki savolga to'g'ri javob beraolmay Bemor “suzmoqda”, yoki “yoyilib ketmoqda”dek taassurot uyg'otadi. Shaxsiyatning shizoid buzilishi va aksentuasiya uchun xarakterli.

Nasihatgo'y fikrlash savolga to'g'ridan-to'g'ri javob berishdan ko'ra, masala bo'yicha, samarasi bilimdonlik qilish, faylasufona fikr yuritishda, muhokamalar ifodalanadi. Shunday qilib, bir Bemorning xotini o'z eri haqida shunday deydi: “U shunday aqilliki, ba'zida uni nima haqida gapirayotganligini butunlay tushunib bo'lmaydi, ammo uni hamma ham hurmat qilavermaydi, faqat aqillilargina, umuman esa, u bilan u bu narsalar, xalqaro krizis, masalan moda, kino haqida gaplashib o'tirishni yaxshi ko'raman”. Shizotipik buzilishlar, shizofreniya, algokolizm uchun xarakterli.

Batafsil fikrlash detallashtirish, alohida detallarda tutilib qolish bilan xarakterlanadi. Bemor oddiy savolga javob berayotganda ham, mayda tafsilotlarga chuqurlashishga harakat qiladi, kerak bo'lmagan ikr-chikirlarda tutilib qoladi, asosiy ma'noni ikkinchi darajalidan ajrata olmaydi. epilepsiya, organik buzilishlar uchun xarakterli.

Qiyin harakatli (torpidlik, harakatsizlik, giluvchanlik) fikrlash – fikrlarning ketma-ketligida qiyinchilikning ifodalanishi. Bemorlar savolni

tushunib olishlari uchun katta kuch sarflaydilar, ammo, gapirishni boshlab, qiyinchilik bilan boshqa mavzuga o'tadilar yoki to'xtab qoladilar. Bunday bemorlarning fikrlash jarayoni va butun psixik faolligini ko'mir to'ldirilgan vagonlarni slatadi. Bemorlarning nutqi va harakati torpedli bo'lib qoladi. Epilepsiya, organik psixik buzilishlar uchun xarakterli.

Rigidli yoki egilmaydigan fikrlash biror bir yangi narsani tan olish va tushunishni qiyinligini ifodalab, o'jarlik bilan xarakterlanadi. Agarda bu yangi taklif uning uchun foydali bo'lsa ham, yoki bu ma'noviy formulirovka foydali ma'lumotga ega bo'lsa ham, o'z fikrini o'zgartirishdan bosh tortib, bemor o'z nuqtai nazarida qat'iyat bilan turib oladi. Rigid fikrlash kognitiv yoki bilish xususiyatining pasayishi bilan kechadi, ko'pincha boshlang'ich demensiya bilan hamohang bo'ladi va yoshi kattalarda uchraydigan qon-tomir patologiya lariga xosdir, ammo epilepsiyada ham, shaxsiyatning buzilishi, aqli zaiflikda ham uchraydi.

Bog'lanishga ko'ra fikrlashning o'zgarishi

Tematik sirg'anish suhbat mavzusining to'satdan o'zgarishi va aytilayotganlar orasida bog'lanishning yo'qligi bilan xarakterlanadi. Masalan, "Sizning nechta bolangiz bor?" savoliga, Bemor shunday javob beradi: "Mening ikki farzandim bor ... ertalabdan ko'proq yeb qo'ydim shekilli". Tematik sirg'anish fikrlash va nutqning o'ziga xos strukturasi belgilaridan biri – shizofreniya, bunda alohida gaplar orasida paralogik aloqaning ehtimoli bor. Yuqorida keltirilgan misolda, jumladan ko'rsatilgan aloqa bolalar bilan, ertalab ular rad etgan ovqatni Bemorning o'zi eb qo'rganligi bilan aniqlanadi.

Uzib tashlangan fikrlash – bunda bemor jumalarni to'g'ri quradi, ammo mantiqiy bog'liqlik ular orasida mavjud emas.

Inkogerent fikrlash (aloqasiz) – bunday fikrlashda gapdagi alohidagi so'zlar orasida bog'liqlik bo'lmaydi, ko'pincha bir so'zni takrorlash yuzaga keladi (perseverasiya).

Verbigerasiya – fikrlashning buzilishi, so'zlar orasidagi bog'lanishgina buzilib qolmasdan, balki bo'g'inlar orasida ham, Bemor alohida tovush va bo'g'inlarni stereotip talaffuz etishi mumkin. Fikrlashning uzib tashlanganlikning turli darajalari shizofreniya uchun xarakterli.

Nutq stereotiplari alohida so'zlarning qaytarilishi ko'rinishida ifodalanishi mumkin, shu tariqa ibora yoki gap. Bemorlar bir voqeani, latifalarni bir necha marotaba takrorlab, gapirib berishi mumkin. ("gramafon plastinka"

simptomi). Ba’zida tik turadigan aylanmalar o’chib qolish bilan kechadi, masalan, Bemor quyidagi iborani aytadi: “Bosh og’rig’i ba’zida meni bezovta qiladi. Bosh og’rig’i ba’zida meni... Bosh og’rig’i meni... Bosh og’rig’i... Bosh...”. Nutq stereotiplari shizofreniya va demensiya uchun xarakterli.

5-BOB. XOTIRA, DIQQAT, INTELLEKT BUZILISHLARI

Ta'rif. Xotira – informasiyalarni eslab qolish va to'plash (fiksasiya), ushlab qolish (retensiya) va qayta tiklash jarayoni. Dismneziyalar ajratiladi: gipermeziy, gipomeziy, amneziya, siqib chiqarish ko'rinishi; va paramneziya: konfabulyasiyalar, psevdoreminissensiyalar, kriptomeziyalar, exomeziyalar, palimpsestlar.

Diqqat – ob'ektga va faollikka yo'nalganlik va to'planganlik darajasi. Diqqat patologiya sig'a turg'un emasligi, sekinlashgan o'zgarish, konsentrasiyaning etarli emasligi, diqqatning defisiti kiradi.

Tarixi, norma va evolyusiyasi. Xotira faollikning jarayoni o'rganish va qayta o'rganish xususiyatlari bilan bog'liq. U yangi informasiyalarni qabul qilish, ularni yig'ish, saqlab qolish va yangilashdan iborat. Xotiraning bu xususiyatlari butun tirik va tirik bo'lmagan tabiat uchun xarakterlidir. Xotira bu olamida madaniyda informatsiya tashuvchilarda, jumladan kitob va kompyuterda akkumulirlangan. Xotiraning o'lchov birligi bo'lib, bir bit (8 bit = 1 bayt) qabul qilingan, u 2 turdagi informatsiyani qabul qilishi mumkin: "xa" (1) va "yo'q" (0). XXI asrning boshlaridagi shaxsiy kompyuterlar 20 Gbayt ga teng informatsiyani qabul qiladilar. Xotiraning biologik ma'nosi bo'yicha qisqa muddatli va uzoq muddatli bo'linadi. Uzoq muddatli xotira DNK strukturasi qayd etiladi, qisqa muddatli esa – RNK strukturasi. Xotiraning miyaviy tashkiloti Papes aylanasiga bog'liq. Papes aylanasiga retikulyar formasiya, mindalin va septuma qobiq, gippokamp, gipotamus va talamus orasidagi qayta aloqa kiradi. Taalluqli ravishda, diqqat-e'tiborning buzilishi asosan retikulyar formasiya bilan, xotiraning buzilishi – qobiq, gippokamp bilan bog'liq. Morfologik substrat sifatidagi neyronal "iz" akson-aksonli aloqa bilan taqdim etilgan, shu jumladan neyron tanalari orasidagi bog'liqlik bilan, ularning soni o'rganish natijasida olib boradi. Neyromorfologik va neyrofunksiyaonal ko'rinishning izni engramma deyiladi, u bir lahzada aks ettirishning (imprinting) ekstremal natijasida hosil bo'lishi mumkin. Bu ko'rinish K.Lorenz tomonidan birinchi bo'lib ochilgan, uning ta'kidlashicha, endigina tug'ilgan g'oz bolasi birinchi ko'ringan obrazni ota-onasidek qabul qiladi. Sut emizuvchilarda esa bolani qadrdondek tez qabul qilish oksitosinga xos bo'lib, u tug'ishning oxirgi bosqichida matkaning qisilishi natijasida ishlab chiqiladi. Senson xotira ajratiladi, u vizual taktill, olfaktor va audial obrazlarni eslab qolish bilan bog'liq. Qisqa muddatli xotira uzoq muddatli translyasiya qilinadi, unga qaytarish

jarayonlari, eslab qolishning emosional e'tibori, shu jumladan boshqa ko'rinishlar orasidagi eslab qolingan pozitsiyalar yordam beradi.

Tadqiqot uslublari. Xotira va diqqat-e'tiborni o'rganish uslublari 10 ta so'zni eslab qolish, Shulte jadvali bo'yicha diqqat-e'tiborni baholash, korrektur sinov va E.Kraepelin bo'yicha hisob, Nyunsberger uslubi, shu jumladan pektografik uslub kiradi.

Simptom va sindromlar. Xotiraning buzilishida xotiraning miqdoriy buzilishi yoki **dismneziya va sifatli – paramneziya** ajratiladi.

Dismneziya

Gipermneziya o'tib ketgan xotiralarni ixtiyorsiz ravishda oqib kelishi eslab qolishning yuqori xususiyati, informatsiyani uzoq vaqt saqlab qolinishi va buni tiklash bilan xarakterlanadi. Gipermneziya ba'zi bir paroksizmal buzilishlar, psixofaol vositalar bilan intoksikasiya, gipomaniya uchun xarakterli. Monosimptom singari ular psixik sog'lom shaxslarda ham, chunonchi, bunday gipermneziya S.Rixterda bo'lgan, u bir necha yillardan so'ng chiqishlar olib borilgan mashina qanday ko'inishda bo'lgan, chiqishlarda partituraning varaqlab turgan bolaning qo'llari qanday bo'lganligini yodda tutgan.

Gipomneziya – eslab qolishning saqlab qolish va tiklashning qiyinlashuvi bilan xotiraning kuchsizlanishi. Astenik holatlar, depressiya, organik buzilishlar uchun xarakterli.

Amneziya – xotira fragmentlarining tushib qolishi.

Emosional e'tiborli travmatik xodisalarni xarakterlovchi dissosiativ amneziya ajratiladi, u ongsiz ravishda travmatik voqealar haqida eslashning haqiqiy xotira xususiyati singari ekstremal siqib chiqarish holati sifatida namoyon bo'ladi. Eslashning tiklanishi bu holatda psixanalitik jarayonda yoki gipnozda yuz beradi.

Retrogradli amneziya – xodisalarga, ilgari bo'lgan travmalarga, ko'proq miya-chanoqda xotiraning tushib qolishi. Anterogradli amneziya – ilgari stressdan keyin yoki miya-chanoq travmalaridan keyingi xodisalarning xotiradan tushib qolishi. Anteroretrogradli amneziya – travma vaqtida va tramadan so'ng bo'lib o'tgan xodisalarning xotiradan tushib qolishi.

Fiksatsion amneziya – hozirgi vaqtdagi xodisalarni esdan chiqarish.

Progressiv ravishda amneziya hozirgidan avvalgiga xotira buzilishining ketma-ketligini xarakterlaydi, bunda hozirgi vaqtdagi yoki yaqin o'tmishdagi xodisalarga nisbatan uzoq o'tmish xodisalari yaxshiroq eslanadi. Hozirgidan o'tmishga xotirani yo'qotish qonuni Ribbo qonuni bilan belgilanadi. Shunday

qilib, bosh miyaning, shu jumladan Alsgeymer kasalligi va qon-tomir demensiyasida ko'pgina organik atrofik buzilishlarda xotiraning buzilishi yuzaga keladi. Xotira izlarini tiklashning buzilishi nutqning buzilishi natijasida yuzaga kelishi mumkin, bu holatlarda Bemor predmetni ayta olmasligi mumkin, chunki u uning nomini nima uchun kerakligini eslay olmasligi mumkin (amnestik afaziya).

"Aytgichi bu nima?" Kalit ko'rsatiladi.

"Bu... bilmayman, nimagadir eslay olmayapman".

"Bu bilan nima qilinadi?"

"Bunday qilinadi (qo'li bilan buraydi) - yopishadi yoki ochishadi".

"Bunisi nima?" Soat ko'rsatiladi.

"Bu... bilmayman. Unga qarab vaqtini bilishadi shekilli".

"Bu nima?" Ruchka ko'rsatiladi.

"Bu qandaydir pribor".

(Alsgeymer kasalligi bor bemor bilan vrach suhbatidan parcha).

Bundan tashqari, xotiraning tiklanishining buzilishi predmetni tanimasligi natijasida (sensorafaziya) yoki mo'ljallangan (maqsad) predmet yoki ko'rinishlarni tanishning buzilishi yuzaga kelishi mumkin. Sensor va amnestik afaziyalar miyaning lokal o'choqli organik shikastlanishida xarakterli, semantik esa – shizofreniya uchun. Biroq, odatiy hayotda psixopatologik fenomen analoglari mavjud, masalan, biz shunday predmetlardan foydalanishimiz, uni tuzuvchilar mo'ljallagan maqsadlaridan tashqari boshqa maqsadlarda ham foydalanishimiz mumkin.

Paramneziyalar

Paramneziyalar – eslashning buzilgan ko'rinishini sifatli jarayoni. Quyidagilar paramneziyalarga kiradi:

Konfabulyasiyalar – xotiradan tushib qolgan uchastkalarini fantaziya yoki fantastik vasvasa tuzilmalar bilan almashtirish (konfabul tor vasvasa). Bu holatlarda Bemor ilgari qilgan qahramonliklari, tuqlari, boyliklari yoki jino tlari haqida gapirib beradi.

Pseudoreminissensiyalar – Bemor bilan real ravishda yuz bergan, ilgari boshqa uchastka fragmentlari bilan xotiraning buzilgan uchastkalarini almashtirish. Ko'rsatilgan eslash sanada chalkashlikni slatadi.

Fiksasion amneziyani, anteroretrograd amneziya konfabulyasilar va pseudoreminissensiyalar bilan hamohangligi travmatik etiologiyaning **amnestik sindromi (Korsakov sindromi)** uchun tipikdir.

Kriptomneziyalar – buzilgan xotira uchastkalarini boshqalardan, adabiyotlardan, televizordan va boshqalardan olingan ma'lumotlar bilan almashtirish. Ba'zida bunday ko'rinishlar ihtiyorsiz plagiat deb ataladi. Organik buzilishlar uchun xarakterli.

Exomneziyalar – hozir yuz berayotganni ilgari boshlangandek his etish, hozirgi vaqtda davom etib, davom etadi yoki kelajakda tugaydi. Odatda bunday holatlarga yuqori qiymatli e'tibor beriladi. Organik buzilishlar va shizofreniya, jumladan, ilgariги vasvasa interpretasi si uchun xarakterli.

Palimpsestlar – ko'rsatilgan simptomni ikki xil tasvirlash mavjud. Ulardan biri alkogolli mastlikda qisqa muddatli xotiraning tushib qolishi deb nomlanadi. Boshqasi palimpsest aniqlik bir vaqtda ikkita bir xil eslashni tiklanishi, bunda bir vaqtning o'ziga to'g'ri kelib, Bemor ikkilanadi, ulardan qaysi biri ahamiyatli va real. Psixofaol vositalar bilan intoksikasiya larda ongli ravishda buzilishlarda qayd etiladi.

Diqqat-e'tiborni buzilishi

Diqqat-e'tibor – ob'ekt va faoliyatga yo'naltirish va diqqatni jamlash darajasi. Diqqat-e'tibor patologiyasiga quyidagilar taalluqlidir.

Diqqat-e'tiborning chidamliligi yoki chalg'iganligi, diqqat-e'tibor fiksasiyasining tez o'zgaruvchanligi, chalg'ishi, biror bir ishda uzoq muddat diqqatni jamlay olmaslik bilan xarakterlanadi. Butun psixik faoliyatda tezlashgan jarayon kuchi fiksasiya va konsentrasiyasi qiyinlashgan. Bolalarda tormozlanish sindromi gebefren sindrom va gipoManiakal xolatlar uchun tipikdir.

Diqqat-e'tibor o'zgarishining sekinlashuvi, ko'proq organiklarda va epilepsiya bilan kasallangan bemorlarda qayd etiladi. Bemor tanlangan mavzudan yoki faoliyat turidan chetlasha olmaydi va diqqatni boshqa biror bir narsaga jalb eta olmaydi, tutilib qoladi, qayta va qayta ilgariги masalaga qaytaveradi.

Ishdan chiqish yoki diqqat-e'tibor konsentrasiyasining yetarli emasligi, astenik xolatlar va charchash, ongning minimal buzilishlari uchun xarakterli. Bemor tez charchaydi va bu kuch bilan biror bir faoliyatni bajara olmaydi. Diqqat-e'tibor "suzuvchi" xarakterga ega, davomiy fiksasiya va konsentrasiya qiyinlashgan, u xulqning hususi tlarida ko'rinadi (hayolning tarqoqligi, esdan chiqib qolishi).

INTELLEKTNING BUZILISHI

Ta'rif. Intellekt – integrativ psixik funksiya, tanish xususiyatini, bilim darajasini va ularni qo'llash xususiyatini o'z ichiga oladi. Intellektning buzilishi orasida aqliy zaiflik va demensiya ajratiladi, ular diffuz va lakunarlariga bo'linadi, shu jumladan rivojlanishni tutilib qolishi va defektlardir.

Tarixi, norma va evolusiyasi. Intellekt – bu harakatdagi fikrlash. Psixika adaptasi sida to'liq xususiyatni ifodalaydi va individning yashash quroli hisoblanadi. Hayvonlarda aql idroki darajasi masalani xal etish xususiyatiga qarab aniqlanadi, masalan labirintni o'etish tezligiga qarab. Intellektual xususiyatlar va muhitga reaksiya ba'zi bir konstitusional ko'rinishlar va displaziyalar bilan markirlanadi, masalan, xromosomli anomaliyalarda morfologik ko'rinishlar ma'lum. Intellektning operativ imkoni tlari materiya va urug'lanish momentiga otaning qayetishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Intellekt darajasini ba'zida tug'ish vaqtida onaning yoshi bilan ham bog'laydilar, chunki 35 yoshdan keyin tuxum xujayra mutagenezi oshadi, shu sababdan, ko'p hollarda Daun sindromi uchraydi.

Miyaning shikastlanishining yuqori ehtimoli yo'ldoshni ajralishi, homilaning tushishi natijasida, tug'ish vaqtida miyaning shikasti yuz beradi. Ona va bolaning erta anomal aloqasi, ayniqsa separasiya va deprivasiya, rivojlanishni orqada qolishiga olib keladi, ular qayd qilinishi mumkin (Spitz). Ta'lim struktura va tizimi berkingan intellektual xusust larni bosishi yoki stimullashi mumkin.

Bir qator kishilar o'ziga xos intellektual xususiyatlarga ega bo'lib, kichik yoshdan ma'lumdir. Ch.Lombroso hisoblashicha, geniylarning ko'pchiligi degenerat va psixik kasaldirlar, biroq 150 yildan so'ng V.P.Efroimson ko'rsatishicha, intellekt genetikasi unumli psixopatologiya bilan nisbatan bog'liqdir. Intellektning universal modeli operasion daraja, unumdorlik va ma'noni o'z ichiga qamrab oladi. Operativ daraja hotira, fikrlash, konvergensiya xususiyati va g'oyalar divergensiyasi, diqqatni chetga tortish o'tkazishdan (abstrgirlash) iborat. Intellektning unumdorligi g'oyalarni urug'larga, sinflarga, tizm, aloqalarga birlashtirish xususiyatidan iboratdir. Intellekt ma'nosi verbal (so'zlar zapasi va ulardan foydalanish), verbal bo'lmagan (xulq strategiyalari va ularni qo'llash), simvolik va semantik bo'lishi mumkin. Ko'pgina izlanuvchilar, intellektning asosiy tuzuvchisi yumor hissi va o'zini ustida kinoya xususiyatidir. Maksimal intellektual darajaga etish darajasi, agar unga shaxsiyat xususiyatlari, muhit ta'siri yoki somatik buzilishlar halaqit bermasa o'rta 40-50 yoshlarga

to'g'ri keladi. Biroq intellektni sekin asta egallash va yo'qotish ketma-ketligi darajasi genetik aqliy xususiyatlarga bog'liq. Ya'ni, esi pastlar sekin asta aqlliroq va tezroq yanada aqli pastroq bo'la boshlaydi, aqllilar esa tez aqli bo'ladilar, aqli pastlik esa 60 yoshdan so'ng sekin asta yuzaga keladi. E'tiborli darajada intellekt uzluksiz ta'lim, somatik salomatlik, zararli odatlardan voz kechish bilan qo'llab turiladi. To'g'ri, bu hamma vaqt ham amaliyotda tasdiqlanmaydi, mana, masalan, yuqori intellektni saqlagan holda, U.Cherrchill ancha vaqtgacha sigara chekishni davom ettirgan va kon'yakdan voz kechmagan. Ginnes rekordlar kitobiga asosan IQ maksimal kattalikni erkaklar emas, ayollar ko'rsatgan.

Tadqiqot uslublari. Intellektning asosiy tadqiqot uslubi intellektuallik koeffisientini hisoblashdir, bunda testirlash asosida va intellektual koeffisient – IQni aniqlash yo'li bilan amalga oshiriladi. Vekslek uslubi bo'yicha (IQ) koeffisient aqliy yoshni (individuum ma'lumotlari, to'g'ri javoblar soni) xronologik yoshga (mazkur yosh uchun xarakterli bo'lgan, to'g'ri javoblar o'rtacha soni) va 100 ko'paytirish bilan hisoblanadi.

Shunga qaramay, intellektuallikka testlar madaniyat va etniklik spesifikasiya e'tiborga olinishi kerak. Shunday etnik guruhlar mavjudki, bunda abstrakt bilimlar qadrlanmaydi, balki baholashda o'zining amaliy tomoniga suyanadilar, shuning uchun ularning vakillari past koeffisientlarni ko'rsatadilar, aslida esa, adaptasiyada, ayniqsa muhitning sensor sharoitida ular anchagina yuqori bo'lishi mumkin.

Simptom va sindromlar. Intellekt patologiyasida aqliy zaiflik va demensiya ajratiladi, u diffuz va lakunarlarga bo'linadi, shu jumladan rivojlanishning orqada qolishi va defektlar.

Aqliy zaiflikni demensiyadan farqi shundaki, u avvaldan etishmaslikni namoyon qilsa, demensiya – bu orttirilgan holatdir. Kritik nuqta 3 yosh hisoblanadi. Agarda bola bu yoshgacha o'z hususi tlarini sarflab bo'lsa, u holda u aqli zaif hisoblanadi, agarda undan keyin bo'lsa – demensiya bilan og'rigan hisoblanadi. Aqliy zaiflikning sabablari genetik va orttirilganga farqlanadi. Genetik sabablar orasida genli va xromosomal anomalialar, mutasiyalar mavjuddir, ular modda almashinishiga olib keladi. Muhitli sabablar orasida teratogenli ta'sir, shu jumladan genetik faktorlarni genetik apparatga, tug'ish vaqtidagi shikast, va hayotining birinchi 3 yilligida orttirilgan kasalliklar kiradi. Aqliy zaiflikning bulinishi va uning klinikasi taalluqli bo'limlarda tavsiflangan. Aqliy zaiflik uchun, ba'zi bir almashinuv jarayonlaridan tashqari,

simptomatikani o'sishi xarakterli bo'lmay, mahsus ta'lim natijasida qandaydir bir o'sish xosdir.

Demensiya xotira, fikrlash, ta'lim, irodaviy faollik sferasi ortirilgan kognitiv defisitda ifodalanadi. Agarda intellektning o'zgarishi bitta funksiyaga taalluqli bo'lsa, masalan xotira, u holda lakunar haqida gapiriladi, ya'ni aqli zaiflikning o'chog'i, u atrofik demensiya uchun xarakterlidir, masalan, Alsgeymer kasalligi. Agarda u sekin asta pasayish yoki hamma (bir qancha) funksiyalarning tushishiga taalluqli bo'lsa – diffuzli aqli zaiflik, ya'ni total demensiya, u ko'proq multiinfarkt demensiyalarda qayd etiladi. Biroq demensiyaning bu ikki tipi bir-biriga o'tadi, shuning uchun shu haqda aytish mumkinki, ko'pchilik demensiyalar o'choqdan diffuzga, dinamikada rivojlanadi. Demensiyalar ko'pincha progredientli (kelib tushuvchi) xarakterga ega bo'lib, ular ko'p hollarda qaytarilmasdirlar.

Intellekt rivojlanishining orqada qolishi yoki ijtimoiy-pedagogik qarovsizlik muhitning spesifik sharoiti bilan o'zaro bog'langandir, masalan, psixik kasal ota-onalarning farzandini tarbi lash, izolyasiya, normal ta'limdan mahrum bo'lish, masalan, iqtisodiy qiyinchiliklar natijasida. Biroq aqli zaiflik va demensiya dan farqli rivishda, tutib turilganda to'g'ri ta'lim natijasida intellekt "planka"ni tez yig'ib olish, shu jumladan real hayotga adaptasiga yaxshi xususiyatlar qayd tiladi.

Shizofreniyada funksional aqli zaiflik qayd etiladi. (Emosional iroda defekti), u quyidagilarda ifodalanadi: faolliyatsizlik va yangi bilimlarni chetlab o'tishga qaramay, sovuqlik va hayol qochganlik, Bemorlar fantaziya va og'riqli kechinmalarni produsirlash xususiyatiga egadirlar.

6-BOB. ONG BUZILISHLARI

Ta'rif. Psixiatriyada ong diqqat-e'tiborni jamlash va o'zini, vaqtni, o'z shaxsiyatini (Men) mo'ljal olish xususiyati sifatida aniqlanadi. Ongning miqdoriy va sifatli buzilishlari ajratiladi. Miqdoriy buzilishlarga obnibulyasiya, karaxtlik, sopor va koma kiradi. Sifatli buzilishlar deliriy, oneyroid, amensiya, ongning shomsimon buzilishlaridan iboratdir. Ong buzilishlarining alohida holatlari: patologik mastlik, patologik affekt, ongning o'ziga xos etnik o'zgarishlari ("amok", "lou", "koro" va b.). Ko'p shaxslilik buzilishlarda ko'plikdagi ong ham ko'rsatiladi.

Tarixi, norma va evolyusiyasi. XIX asrda ong bilim va tajribalarning umumiyligi ko'rinishi sifatida aniqlangan (ong – birgalikdagi bilim). Biroq Geraklit ta'kidlashicha, ongni jo'shqin daryoga o'xshaetish kerak, bunda inson shu daryoda suzadi va suzib chiqib, atrofda qirg'oqda nima bo'layotganligini belgilab olishi mumkin, ammo ozgina vaqt o'tib, u yana suv tagiga kiradi, va bunda uning uchun qirg'oq mavjud emasdir. S.S.Korsakov fikricha, ong faol ta'rifni – "Men" ni tashqi olamga munosabatini belgilaydi. Hozirgi vaqtgacha ongning 200 ga yaqin ta'riflari mavjud, shuning uchun uning modellari haqidagina gapirish mumkin.

W.James fikriga ko'ra, ong 4 ta xususiyatga ega:

1. Ongning har bir holati shaxsiy ong bo'lagi bo'lishga intiladi.
2. Shaxsiy ong chegaralarida uning holati o'zgaruvchandir.
3. Turli shaxsiy ong suzishning uzluksiz ketma-ketligini ifodalaydi.
4. "Ba'zi ob'ektlarni ishtiyoq bilan qabul qiladi, boshqalarini rad etadi, va umuman, har doim ular orasida tanlov olib boradi".

Ongning rivojlanishi ontogenez va madaniyat tarixida yuzaga keladi, ongni o'rganish esa, psixologik qurol sifatida madaniyat predmeti va belgisi ko'rsatikichining vosita ifodasi orqali amalga oshiriladi.

"Umumiy psixopatologiya"da K.Jaspers ta'kidlaganki, "ong bu sahna bo'lib, e'tibor projektori bilan yoritiluvchi, ba'zan kuchli, ba'zan kuchsiz, undan alohida ruhiy ko'rinishlar o'tadi".

Bundan tushuniladiki, ong diqqatni bir joyga jamlash sababli mavjud bo'lib, agarda projektor shu yorug'lik kuchda bir ob'ektga yo'naltirilsa (qisilgan ong), hamma psixik holat chekka chegaralari qorong'ilikda qoladi, agarda u keng bo'lsa – ko'pgina psixik holatlar sezilarli, ammo ular tarqoq e'tibor zonasida bo'ladi. Y.K.Jaspers ong, birinchidan - psixik hayotning haqiqiy

tajribasi; ikkinchidan – sub’ekt va ob’ektning dikotomi sidir; uchinchidan – ongli ravishda shaxsiy “Men”ni bilish.

Biologik nuqtai nazardan, insonning ongiga filogenezning hamma bosqichlari reptiliy ongidan (miyaning stvoli) tortib, to qushlar va sut emizuvchilar (po’stloq ostidagi tizm) va primatlar (qobiq) ongiga kiritilgan. Ontogenezdagi mo’ljal olish quyidagi bosqichlarda rivojlanadi: joyda mo’ljal olish – o’z shaxsiyatida mo’ljal olish (Men). “Men” ning shakllanish ko’rsatkichi o’z tanasiga bo’lgan qiziqish hisoblanadi.

Tadqiqot uslubi. Ongning psixiatrik modeli etarli darajada sodda – u ongni o’zida, vaqtda va fazoda mo’ljal olishga tenglashtiradi. O’zida mo’ljal olish ongda “Men”, tana, interpersonal (shaxsiy) va elementlarni proektsiyalash, vaqtda mo’ljal olishlar kalendar xarakterga ega bo’lib, fazoda mo’ljal olish esa – rasman territorialdir. Inson kim ekanligini, kim bilan muloqotda bo’lishini, u bugungi kun sanasini va joyini ayta olishi kerak. Agarda u buni tahminan qilsa, bunda ongning torayganligi haqida aytish mumkin. Agarda biror narsani to’g’ri aytib berolmasa – dezorientasiya haqida aytish mumkin. Diqqat- e’tibor xususiyatlarini aniqlash uchun, diqqatning passivlik darajasini aniq qabul qilishning mavjudligini (Bemor kuzatib yoki eshitib turadi, qaytadan so’raydi), eslab qolish va eslash darajasining kuchsizlanishi, fikrlashning buzilishi, mulohaza qilish va hulosa chiqarishning pasayishini aniqlash e’tiborlidir. Ongning minimal buzilishidagi nutqda esa takrorlanishni (perseverasiya), savolarning takrorlanishini (exolaliya), so’zlar orasidagi masofaning uzayishini, “xa”, “mana”, “shunaqa” tipdagi so’zlar sonining ortishi, so’zlarning oxirigacha aytmaslik hollari kuzatiladi.

Simptom va sindromlar. Ong qorong’ilashuvining klinik belgilarini birinchi bo’lib K.Jaspers ifodalagan bo’lib, olim bunga quyidagilarni kiritgan:

- a) real olamga befarqlik;
- b) joyga, vaqtda, atrofdagi odamlarda va holatlarda mo’ljal olishni buzilishi;
- v) bog’lanishsiz ko’rinishdagi fikrlash jarayonining buzilishi;
- g) bo’layotgan xodisalarga xotira fiksasion funksiyasining pasayishi.

1-jadval

Ong buzilishi sindromlarining qiyosiy tavsifi

Sindrom	Shaxsiyat	Mo’ljal olish	Holatdan chiqqandan
---------	-----------	---------------	---------------------

		Vaqtga	Joyiga	keyingi amneziya
Deliriy	+	-	-	-
Oneyroid	-	-	-	+
Shomsimon buzilish	+	+	+	+
Amensiya	-	-	-	+

Izoh: - mo'ljall olish yo'q / amneziya yo'q; + mo'ljall mavjud; + taxminiy mo'ljall / qisman amneziya .

Ongni miqdoriy va sifatli buzilishlarga bo'lishadi. Miqdoriy buzilishlarga obnubilyasiya, gangish, sopor va komalar kiradi. Sifatli buzilishlarga deliriy, oneyroid, amensiya, ongning shomsimon buzilishlari, ambulator avtomatizm kabi buzilishlar kiradi. Ongning o'ziga xos holatlari psixosensor buzilishlarni o'z ichiga oladi. Ongning ayrim holatlari: patologik mastlik, patologik affekt, psixodelik vositalarni qabul qilgandan keyingi yoki o'ziga xos diniy yondashuv ("amok", "lou", "koro" va b.) natijasida yuzaga keluvchi ongning o'ziga xos etnik o'zgarishlari (ongning kengayishi). Ko'plikdagi ongni ham ajratadilar, bunda ko'p shaxsiyatli buzilishlar va avvalgi "Men" amneziyasiz, radikal o'zgarishlarsiz xarakterlanuvchi "Men" dagi, ikkinchi hayot sindromidir.

Obnubilyasiya (lot. "obnubilis" – bulut), sekinlashish, tormozlanish, kam produktirlash, masalalarni fikrlashning, umuman vaziyatlarning qiyinlashuvi) bilan kechuvchi ongning engil karaxtlik darajasi. Ongning karaxtlik holati, bemor adekvat bo'lib qolganda holatning ravshanlashishi bilan almashishi, havo bulutli bo'lganda bulutli osmonda quyoshning paydo bo'lishini eslatadi.

Gangish ("raush") ilgari somnolensiya ("somnolentio" – uyquchanlik), bunda Bemor savollarga sekin javob beradi, ba'zida yarim yopiq ko'z bilan, u tormozlangan va uyquchan bo'ladi. Bu ong buzilishiga diqqatning passivligi, qabul qilishning aniqmasligi, xotira va eslashning kuchsizlanishi, fikrlashning buzilishi, muhokama qilish, hulosa chiqarish xususiyatining pasayishi. Eyforiya

va xovliqmalikning mavjudligi. Holatning shu turini M.O.Gurevich onging dezintegrasiyasi deb atagan edi. Ba'zida ular fiziologik uxlab qolish jarayonini eslatadi.

Sopor – onging keyingi buzilish holatlari. Dezorientasiya, mahkam ushlaydigan va har turli harakatlar, g'uldirovchi nutqli, koordinirlanmagan harakatlar bilan karakterlanadi. Bunda og'riqni sezish, qorachig'li, kon'yuktival va korneal reflekslar saqlangan bo'ladi.

Koma – onging butunlay yo'qolishi. Mushak atoniyasi, arefleksiya, qorachiq reaksiyasining mavjud emasligi, midriaz bilan xarakterlanadi. Ongning miqdoriy buzilishlari ekzogen buzilishlarga kiritiladi va qon-tomir buzilishlarda, og'ir intoksikasyada, endokrin buzilishlarda, epilepsiyada (epileptik koma), miya qobig'i jarohatlaridan keyin va o'lishning terminal bosqichida (vegetativ koma) qayd etiladi.

Komadan chiqish ko'pincha uyquga o'xshash (oneyroid) holatlarni eslatuvchi tanadan tashqari kechinmalar orqali karakterlanadi.

Deliriy (deliriozli sindrom) joyda va vaqtda mo'ljal olishning buzilishi bilan karakterlanadi. bunda qo'rqinchli ko'rinish va eshitish gallyusinasiyalar kuzatiladi. O'zining shaxsiyatidagi mo'ljal saqlanib qoladi, vaqt va joyga mo'ljalolish buziladi. Gallyusinasiyalar ko'proq zooptik yoki demonikdir (ayniqsa ko'proq hasharotlar, reptiliyalar, uy yoki yovvoyi hayvonlar, afsonaviy mahluq, shaytonlar, vampirlar va b.). Bemorning xulqi gallyusinator obrazlar ifodasi orqali aniqlanadi. Deliriydan chiqqandan so'ng amneziya kuzatiladi. Busindrom organik buzilishlar va intoksikasiyalarda uchraydi, ekzogen sindrom hisoblanadi.

Amensiya (amentivli sindrom) to'liq dezorientasiya, nutqning bog'lanishsizligi, yig'ma harakatlar va amensiyadan chiqishdagi to'liq amneziya bilan karakterlanadi. Deliriy amensiyaga o'tishida birinchi simptomlardan biri, bu valdirash va yig'ma harakatdir (amentiv sindrom bosqichida mussitirlovchi deliriy belgilari). Bu sindrom organik buzilishlar va intoksikasiyalarda uchraydi, shu jumladan ekzogen sindromga taalluqli.

Oneyroid (oneyroidli sindrom) – onging tushsimon singari buzilishi bo'lib, bunda to'liq dezorientasiya, to'g'ri ma'nodagi kosmik, fantastik yoki ertak gallyusinasiyalari ko'rinadi. Oneyroiddan chiqish amneziyasiz. Katatonik shizofreniyaga karakterli bo'lib, ba'zida psixofaol vositali intoksikasiyalarda va epilepsiyalarda uchraydi. Endogen sindrom hisoblanadi.

Ambulator avtomatizm avtomatik harakatlar va to'liq amneziya bilan kechadigan ongning buzilishidir. Agarda bunday harakatlar asabiylashish bilan kechsa, ammo bir qancha sekundgina davom etsa (yugurib o'tish, eshikni qattiq yopish), bunda gap fuga haqida, agarda uzoq vaqt davom etsa (bir necha kun), bunda trans haqida gap boradi. Ambulator avtomatizm strukturasiga somnabulizm (lunatizm) yoki uyquda yurish kiradi. Bunda bemorlar uyqu holatida etarli darajada og'ir va maqsadli harakatlarni bajarishi mumkin. Epilepsiyada, organik ruhiy buzilishlarda uchraydi va talvasasiz paroksizmal buzilishlar strukturasiga kiradi.

Ogning o'ziga xos holatlari derealizasiya, depersonalizasiya ko'rinishidagi psixosensor buzilishlarni o'z ichiga oladi, va bunga qabul qilishning buzilishini o'zida mujassam etgan umumiy psixopatologiya bo'linmasi ham kiradi.

Ogning alohida holatlari patologik mastlikni, patologik affektini, patologik prosonik holat va "qisqa tutashuv" reaksiyasini o'z ichiga oladi. Mazkur holatlar odatda, organik to'liq bo'lmagan asosga, ta'sir etuvchi omillarning ichki va tashqi kuchlariga, masalan keksa yosh, shaxsiy xususiyatlar, haddan tashqari charchash, uyquga to'yimaslik, to'yib ovqat emaslik, somatik buzilishlar va boshqalarda yuzaga keladi.

Patologik mastlik – ogning buzilgan holati bo'lib, alkoholni minimal dozada qabul qilinganda qayd etiladi, va agressiya yoki keyinchalik amneziya bilan boshqa asoslanmagan harakatlar bilan kechadi.

Patologik affekt – qisqa muddatli psixotik holatni mujassam etadi, uning yuzaga kelishi psixotravmatik omillarga bog'liq bo'lib, 3 ta bosqichga ega: salbiy kechinmalar kumulyatsiyasi, portlash bosqichi va ishdan chiqish. Ogning xiralashuvi asoslanmagan agressiya yoki autoagressiya, amneziya, ba'zida keyingi uyqu bilan kechadi.

Patologik prosonik holat va "qisqa tutashuv" reaksiyasi unga farqi bo'lmagan klinik analogik ko'rinishida yuzaki o'tadi. Patologik prosonik holat ogning xiralashuvi "uyqu bilan mastlik"ka o'xshash ta'sir ostida yuzaga keladi, bunda yarim uyg'ongan inson qo'rqinchi tushlar qoldig'i ta'sirida bo'ladi. "Qisqa tutashuv" reaksiyasida buning yuzaga kelishida bosh rolni nevroitik vaziyatning uzayishi, portlash bosqichi esa, patologik affektdan farqli ravishda, "to'lgan kosadagi oxirgi tomchi" mexanizmi asosida juda tez yuzaga keladi.

II BO'LIM. XUSUSIY PSIXIATRIYA

7-BOB. AQLIY ZAIFLIK.

Aqliy zaiflik - psixiatriyada eng dolzarb muammolarning biri bo'lgan, etiologiya, patogenezi va klinik ko'rinishi har xil bo'lgan, umumiy belgisi - erta yoshda tug'ma yoki orttirilgan umumiy ruhiy rivojlanmaslik, ko'pincha aqliy qobiliyatning etishmovchiligi bo'lgan progredientsiz patologik holatlardagi kasallikdir.

Aqliy zaiflikning asosiy mezonlariga quyidagilar kiradi:

1. Aqliy zaiflikning o'zgacha psixopatologik strukturasi va abstrakt fikrlashning sustligi, intellekt va emotsional sferada qo'pol o'zgarishlar bo'lmasligi.
2. Intellektual yetishmovchilikning progredientsizligining sababi – ontogenetik rivojlanishining buzilishi.
3. Individning sust ruhiy rivojlanishi.
4. Qo'shimcha mezonlari: bolalik davrida ijtimoiy sharoitga moslashishini buzilishi, ayniqsa maktabda o'quv dasturini o'zlashtira olmasligi.

Epidemiologiyasi. Aqliy zaiflik dunyoda keng tarqalgan (1–3%). Keyingi yillarda aqliy zaiflikning sonining bir qancha o'sganligi kuzatilmoqda. Buning sababi tibbiyot yutuqlari tufayli tug'ma nuqsonlar va MNS nuqsonlari bilan tug'ilgan bolalarning tirik qolishlari va umumiy yashash davomiyligining o'sishidir. Bir qator mualliflarning tasdiqlashicha, aqliy zaiflik bilan ko'pincha o'g'il bolalar aziyat chekadi.

Etiologiyasi. Aqliy zaiflikning etiologik omillarning ta'sir qilish vaqtiga qarab 3–ta asosiy guruhga bo'linadi:

- 1) Nasliy, ya'ni generativ hujayralarning jarohatlanishi bilan bog'liq guruh.
- 2) ichki rivojlanish davrida, ya'ni homilaga ta'sir etishi bilan bog'liq guruh.
- 3) perinatal davr va 3 yoshgacha bo'lgan davr.

Aqliy zaiflikning barcha etiologik omillarni yana endogen va ekzogen ta'sirlar tufayli kelib chiqadigan guruhlariga bo'lish mumkin. Aqliy zaiflikning etiologiyasini aniqlashdagi muvafaqqiyatlarga qaramasdan, ko'p hollarda noaniq qoladi.

Aqliy zaiflikni etiologiya va klinikasi aniq bo'lgan differensiyalangan turidan ajratib turuvchi differensiyallanmagan turiga kiritish mumkin. Aqliy zaiflikni keltirib chiqaradigan nasliy omillar bir xil emas, shunday aniq bir qoida o'rnatilganki, bunda aqliy zaiflikning chuqur darajasi nasllikning resessiv tipida uchraydi, shuning bilan birga aqliy zaiflikning chuqur emas darajasi nasliy omillarning dominant va poligen tipida uchraydi.

Aqliy zaiflikning etiologiyasi xromosomadagi patologiyasi katta ahamiyati ega. Tashqi muhitning ayrim noqulay sharoitlarida xromosomalar jarohatlanadi, natijada anomal xromosoma kompleksiga ega zigota hosil bo'ladi.

Insonning xromosoma kompleksining sonining yoki strukturasi o'zgarishi aqliy zaiflikning kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Yana shunisi aniqki, ionli radiatsiya, ko'p kimyoviy moddalar, ayrim dorilar, metabolizmning endogen buzilishi, organizmning qarishi, virus infeksiyalari va tashqi muhitning boshqa omillari ham mutagen qobiliyatga egadir. Aqliy zaiflikning etiologik omillarining boshqa guruhi homiladorlik vaqtida ona organizmi orqali homilaga ta'sir etuvchi, bolaning postnatal davridagi 1-yilida bosh miyani jarohatlaydigan endogen zararlar tashkil etadi.

Miyaning rivojlanmay qolishi va tug'ma aqliy zaiflikning genezida internatal gipoksiya va tug'ma jarohatlar ahamiyatga ega.

Homiladorlik paytida onadagi qon va buyrak kasalliklari, endokrinopatiyalar, va yurak-qon tomir etishmovchiligi singari og'ir surunkali kasalliklar ham homilaning rivojlanishining buzilishiga olib keladi.

Asfiksiya va tug'ma jarohatlarning rivojlanishiga olib keladigan omilarga quyidagilar kiradi: toksikozlar va homilaning vaqtdan o'tib ketishi, homilaning

noto'g'ri joylashishi, klinik tor chanoq, tez yoki uzoq tug'ishlar, kindik tomirdagi qon aylanishning buzilishi. Ona qornida rivojlanish davrida homila miyasi rivojlanishining buzilishiga olib keladigan patogen omillarning ichida infeksiya katta rol o'ynaydi. Onaning infeksiya kasalliklarining homilaga patogen ta'sir etishi, viruslar platsenta orqali homila qoniga o'tishi bilan bog'liqdir. Homila uchun neyrotrop ta'sirga ega bo'lgan, qizamiq, qizilcha, gripp, infeksiyon hepatit, listerioz, tsitomegaliya kabi virusli infeksiyalar eng xavfli hisoblanadi. Aqliy zaiflikning hosil bo'lishida toksoplazmozlarning roli haqida ham juda ko'p ma'lumotlar bor. Ota-onalardagi zaxm kasalligi ham sabab bo'lishi mumkin. Lekin so'nggi o'n yillikda aqliy zaiflikning lyutik turlari kam uchramoqda.

Aqliy zaiflikning genezida homiladorlik vaqtida onasi qabul qilgan ayrim dori moddalari (antibiotiklar, sulfanilamid, bartituratlar) va homila tushuruvchi dorilar xam katta ahamiyatga ega. Aqliy zaiflikning kelib chiqishida ota-onalardagi xronik alkogolizm ham ahamiyatga ega. Hozirgi vaqtda homilaning alkogol sindromi aniqlangan. Postnatal davrda aqliy zaiflikning etiologik omillari sifatida neyroinfeksiyalar (meningit, ensefalit, meningoensefalit) distrofik kasalliklar, og'ir zaharlanish, umrining birinchi yilida boshidan kechirgan boshqa kasalliklarga qaraladi. Aqliy zaiflikning keltirib chiqaruvchi ekzogen omillarga ona bola qonining rezus-faktor va AB0 omili bo'yicha immunologik to'g'ri kelmasligi kiradi. Chet el adabiyotlarida aqliy zaiflikning hosil bo'lishida va ijtimoiy omillarning etiologik roli keng tahlil qilingan. Ijtimoiy-kultural deprivasiya, ayniqsa, bola umrining birinchi yilida ruhiy rivojlanishning buzilishiga olib keladi. Bu bolalar «maugli». Shunday qilib aqliy zaiflikning etiologiyasi juda ham har xildir. Aqliy rivojlanishdan ortda qolish, nasliy, endogen – organik va mikro-ijtimoiy muhit omillar sababli kelib chiqadi.

Kasallik bir tarafdin shu omillarning birining ta'siri natijasida, boshqa tarafdin esa ko'p patogen zararlarning o'zaro ta'siri natijasida hosil bo'ladi.

Aqliy zaiflikni emlash va oldin olishda asosiy etiologik omilni ajratish juda ham muhimdir.

Homiladorlikning keyingi davrlarida perinatal davrida etilishgan neyronlarning O_2 etishmovchiligiga sezuvchanligi yuqori bo'lganligi sababli ko'pincha umumiy patogenetik omil - gipoksiya hisoblanadi. Gipoksiya sababli bosh miya tomirlari kapillyar turlari rivojlanishi va mielinizatsiya jarayonlari buzilishlari kuzatiladi. Gipoksiya, homilaning zaharlanishi, tug'ishdagi asfiksiya va yana tug'ishdagi mexanik jarohatlar miya ichida qon quyilishlarga olib kelishi mumkin. Og'ir paytlarda faqat miya po'stlog'i emas, po'stloq osti gangliyalar ham jarohatlanadi. Ichki rivojlanish davrida va postnatal davrida bo'lib o'tgan ensefalit va meningitlar ham bosh miyada o'choqlar hosil qilib jarohatlash mumkin. Lekin bu davrlarda olgan ozgina chegaralangan morfologik jarohat ham butun miyaning o'sishini to'xtatib qo'yadi va birinchi navbatda bolaning 1 yoshgacha spetsializatsiya va differentsiatsiya jarayonlar davom etadigan miya po'stlog'i jarohatlanadi. Miya po'stlog'i tuzilishining buzilishi, ayniqsa peshona va chakka bo'limlarning buzilishi, ko'pincha analitik - sintetik funksiyalarga bog'liqligi aqliy zaiflikka xosdir.

Postnatal davrida ekzogen omillar natijasida hosil bo'lgan aqliy zaiflikning turlari rezidual ensefalopatiyaga kiradi. Aqliy zaiflikning enzimopatik turlaridagi bioximik buzilishlarning hosil bo'lish mexanizmi asosida organizmdagi ayrim moddalarning almashinuvini boshqaruvchi va ferment sintezi buzilishi bilan o'tuvchi gen mutatsiyasi yotadi. Moddalar almashinuvi bilan bog'liq nasliy kasalliklar tug'ilishi bilanoq yoki umrini birinchi oyida tuzatiladi. Ularning 50% aqliy rivojlanishining buzilishi bilan o'tadi. Bunday kasalliklari intellektual deffektning yashirin rivojlanish mexanizmi hali ham ma'lum emas. Aqliy zaiflikda bosh miyadagi patomorfologik o'zgarishlar aniq darajada patogenetik jarayonlarni ko'rsatadi. Embriopatiyalarning og'ir turlarida quyidagi morfologik o'zgarishlar

aniqlangan: bosh miyanig og'irligi va kichik hajmi, ayrim bo'limlarning ayniqsa peshona bo'limini to'liq rivojlanmasligi.

Shu bilan bir qatorda miya po'stlog'idagi pushtalarning bo'lmasligi, miya oq moddasining rivojlanmay qolishi (agiriya), pushtalarning sonining yoki ularning kuchli bukilishi (mikrogiriya).

Tasnifi

Ko'pchilik tasniflarda guruhga bo'lishining asosiy mezoni sifatida intellektual defektning darajasi hisoblanadi.

Eng ko'p tarqalgan tasniflardan biri Suxareva tasnifidir, buning asosida patogen ta'sirlarning sifati va jarohatlanish vaqti yotadi. Suxareva barcha aqliy zaifliklarni etiologik omil ta'sir qilish vaqtida qarab 3 guruhga bo'lgan.

I. Endogen tabiatdagi aqliy zaiflik (ota-onalarning generativ hujayralarining jarohatlanishi bilan bog'liq)

a) Daun kasalligi

b) haqiqiy mikrotsefaliya

d) aqliy zaiflikning moddalar almashuvining nasliy buzilish bilan bog'liq enzimopatik turlari, buning ichiga fenilpirovinograd, galaktozemiya, sukrazuriya bilan bog'liq va boshqa enzimopatik aqliy zaifliklar kiradi.

e) aqliy zaiflikning aqliy zaifligining suyak sistemasi va teri rivojlanishi buzilishi bilan qo'shilib kelishi bilan o'tadigan klinik formalari (dizostozik, kserodermik aqliy zaiflik).

II. Embrio va fetopatiyalar:

a) homiladorlik vaqtida onasining qizamik bilan kasalligi bilan bog'liq aqliy zaiflik (rubeoler embriopatiya).

b) gripp-parotit, infeksiyali gepatit, tsitomegaliya viruslari keltirib chiqaradigan aqliy zaiflik

d) toksoplazmoz va listeroz tufayli bo'ladigan aqliy zaiflik g) tug'ma sifilis asosida hosil bo'ladigan aqliy zaiflik.

e) onadagi gormonal buzilishlar va toksik omillar (endo va ekzotoksik agentlar) tufayli kelib chiqadigan aqliy zaiflikning klinik turlari

f) chaqaloqlardagi gemolitik kasallik sababli hosil bo'ladigan aqliy zaiflik.

III. Tug'ish vaqtida va erta bolalikda ta'sir qiluvchi har xil zararlar sababli kesib chiqadigan aqliy zaiflik

a) tug'ma jarohat va asfiksiya bilan bog'liq aqliy zaiflik

b) postnatal davrda bosh miya jarohati tufayli kelib chiqadigan aqliy zaiflik

d) erta bolalikda boshidan kechirgan ensefalit, meningoensefalit va meningitlar sababli hosil bo'ladigan aqliy zaiflik.

Bu guruhlar bilan bir qatorda Suxareva aqliy zaiflikning atipik turini ajratgan, bularga gidrosefaliya, bosh miyaning rivojlanishining lokal deffekt, endokrin buzilishi bilan bog'liq aqliy zaifliklar.

Klinika

Aqliy zaiflikning klinikasi psixologik belgilarning darajasi va xususiyati bo'yicha har xil bo'ladi. Lekin klinikasining har xilligiga qaramasdan, aqliy zaiflikning hamma turlariga tegishli umumiy "yaderli" belgilar xam kuzatiladi. Ular yagona patologik mexanizmga ega, ya'ni psixikaning ontogeneznining buzilishi bilan kelib chiqadi. Aqliy zaiflikdagi psixik to'la rivojlanishining etishmovchiligi ikkita asosiy biogenetik qonuniyatga asoslangan. Bir tarafdin patogen omillarining erta ta'sir etganda rivojlanishning buzilishi oz differentsiyalangan, ko'p yoki kam tarqalganligi tufayli bo'lsa, ikkinchidan, patogen omil ta'sir qilgan paytda ham rivojlanib ulgurmangan, yosh va kuchli

rivojlanayotgan miyaning jarohatlanishi tufaylidir. Bu ikkita psixologik ko'rinishda bo'ladi:

1) aqliy zaiflik rivojlanishining etishmovchiligi faqat intellektga emas, psixikagada tegishli.

2) psixik rivojlanishning etishmovchiligida 1 -o'rinda bilim olish, tanish, fikrlash qobiliyatining etishmovchiligi yotadi. Yosh bolalarda va aqliy zaiflikning og'ir darajasida fikrlashning etishmovchiligi ko'pincha abstrakt tanish funksiyasining turlar rivojlanmasligi ko'rinishida bo'ladi. Bir yoshgacha psixik to'la rivojlanmaslik asosan bolaning affektli - erkin sfera va motorikasining etishmovchiligi, ko'rish va eshitish reflekslarining rivojlanishi vaqtining sekinlashishi, harakatining kech rivojlanishi, atrofidagilarga, onasiga, o'yinchoqlarga kech emotsional sezishi, so'lg'inlik va uyquchanlikning hosil bo'lishi bilan tushuntiriladi. 2-3 yoshlarda esa intellektual etishmovchilik bolaning xulq-atvori, o'ynash qobiliyati bilan aniqlanadi, ya'ni bola o'z-o'ziga xizmat qilish mashqlarini sekin o'zlashtiradi, sog' bolalardagidek atrofidagi narsalarga va voqealarga qiziqishlar bo'lmaydi. Ularning o'yinlari asosan oddiy manikurirlangan bo'ladi, o'yindagi oddiy talablarni ham tushunmaydi, boshqa bolalar bilan muomalasi past bo'ladi, kam harakat qiladi.

Maktabgacha bo'lgan yoshda intellektual o'yinlariga, harakat ko'p talab qiladigan o'yinlarga qiziqish umuman bo'lmaydi. Bunaqa bolalar o'yinda o'zi bosh bo'lib boshqara olmaydilar, faqat birovning qilgan ishini qaytaradi.

Aqliy zaiflik bilan kasallangan bolalarda sezish va qabul qilish faqat susayib qolmasdan, etishmovchiligi ham kuzatiladi. Ko'rish, eshitish, kinestetik va boshqa qabul qilishlarning susayishi va qisqarishi tufayli muhitda yo'llanishining buzilishi, dunyodagi haqiqiy ob'ektlar bilan bog'lanishi, ularni bir-biridan ajratish qobiliyati buziladi. Aqliy zaiflikda qabul qilish aktivligi sust bo'ladi, bunday kasallar tinglashni, qarashni, ayrim narsalarni tanlashni bilmaydilar, natijada haqiqiy narsalarning har hil xususiyatlarini etarli darajada

qabul qilolmaydi. Bu esa maqsadga muvofiq erkin diqqatning buzilishi bilan bog'liqdir. Aqliy zaiflik bilan kasallangan bolalarda eslab qolish jarayonining susayishi bo'ladi. Ayniqsa, logik izma-iz eslab qolish buziladi, lekin mexanik xotira saqlangan bo'ladi. Qabul qilingan narsalarni yaxshi tushunmagani uchun, kasallar narsalarning faqat tashqi belgilarini eslab qoladi-da, lekin ichki logik ma'nolarini eslab qolish juda qiyin bo'ladi. Aqliy zaiflikda psixik to'la rivojlanmaslikning asosida so'zlashuvning buzilishi o'rin o'tadi. Bolaning gapirishi oddiy bo'lib, rivojlanishdan ortda qolgan bo'ladi. Aqliy zaiflikning og'ir darajasida umumiy so'zlashuvning belgilari, engil darajasida esa so'zlashuvning fonetik va grammatik nuqsonlari kuzatiladi. Sust va faol so'z boyligi orasida nomutanosiblik kuzatiladi. Faol so'zlashuv kam darajada bo'lib, qo'shimchalar etarli bo'lmaydi. Kasallar aytadigan so'zlarning ma'nosi aniq emas, asosan muloqot vositasi sifatida so'z ko'llanilmaydi. So'zlashuvning grammatik qatori sekin shakllanadi, gap tuzish bo'lsa bir tarafdama, oddiy bo'ladi, kasal o'zining fikrini aytishga qiynaladi, o'qigan narsasini tushuntirolmaydi, o'qish va yozish mashqlarini o'zlashtira olmaydi. Aqliy zaiflikning ayrim turlarida, ko'pincha asoratli gidrotsefaliya turida atipik so'zlashuv rivojlanadi. Oligofrenlarning hissiy-irodaviy faoliyati o'ziga xos xususiyatlarga ega. Bular da oddiy emotsiyalar saqlangan, murakkab emotsiyalar esa, asosan xulq-atvoriga tegishli to'liq rivojlanmagan bo'ladi. Emotsiyalarning rivojlanganligining darajasi intellektning nuqsonining darajasi va psixik komponentlarning etishmovchiligi bilan o'lchanadi.

Oligofrenlar o'zicha mustaqil bir ishga bosh bo'lib ishlay olmaydi. Oligofren bolalarning ish qobiliyati temperamentga ham bog'liq: eretik tipda ko'p xarakatchan, bir joyda o'tirolmaydi, shoshqaloq va boshqa narsaga tez diqqat qaratadi, torpid tipda esa so'lg'in, bo'shshagan, ishyoqmas bo'ladi. Engil aqliy zaiflikda bemorlar etarli darajada faol bo'ladi va oddiy ishlarni o'zlashtira oladi, hayotda uchraydigan har xil sharoitlarga moslasha oladi. Lekin bari bir

fikrlash qobiliyatining etarli darajada rivojlanmaganligi ularning erkin his qilishiga halaqit beradi.

Aqliy zaiflikning ko'p uchrab turadigan belgilariga harakat sferasining to'la rivojlanmaslik belgilari kiradi, bunda dastlab lokomotor funktsiyalarning rivojlanish tenglining susayishi va kechikishi kuzatiladi. Bolalarning harakati ham bir tekis bo'lmaydi, qo'l bilan harakat qilish, yuz harakati ham etarli rivojlanmaydi. Markaziy asab sistemasining lokal organik jarohatlanishida harakatning qo'pol va og'ir buzilishi kuzatiladi.

Aqliy zaiflik aqliy zaiflik darajasi bo'yicha quyidagi turlarga bo'linadi: idiotiya, imbetsillik va debillik. Idiotiya – eng og'ir turi bo'lib, bunda so'zlashuv va fikrlash qobiliyati umuman bo'lmaydi, nazorat va parvarish talab qiladi. Kasallarda oddiy qo'zg'atuvchilarga javob reaksiyasi bo'lmaydi, idrok qilish to'la rivojlanmaydi, diqqat umuman bo'lmaydi. Nutq rivojlanmagan, faqat oddiy va so'zlarning bo'g'inlari bilan cheklangan bo'ladi, unga qaratilgan so'zlarni tushunmaydi. Ko'pincha ular ovqatni chaynay olmaydi va yuta olmaydilar, faqat suyuq ovqatlar bilan ovqatlanadi. Kasallar o'z-o'ziga xizmat qila olmaydilar. Ularning emotsiyalari oddiy bo'lib, bir narsadan qoniqqani yoki qoniqmaganini baqirib-chaqirib bildiradilar. Ular serjahl bo'ladi, o'zlarini tishlab, tirnab, urishlari mumkin, ular qo'lga tushgan narsani chaynashlari, so'rishlari mumkin. Bemorlar jismoniy rivojlanishdan ham ortda qoladi.

Idiotiyaning engil turlari ham uchraydi.

Imbetsilik – aqliy zaiflikning o'rta darajasi hisoblanadi. Idiotiyaga qaraganda so'zlashuv va boshqa psixik funktsiyalar rivojlangan bo'ladi, ammo ular mehnatga yaramaydilar, faqat o'z-o'ziga xizmat qilishi mumkin. Imbetsillarning nutqi rivojlanmagan va grammatikani umuman o'zlashtira olmaydilar. Ular faqat sodda so'zlarni talaffuz qilishlari mumkin. So'zlar zahirasi 200-300 so'zdan iborat. Imbetsillarda statik va lokomotor funktsiyalar juda kech rivojlanadi, o'zlari kiyinishni, ovqat eyishni, umuman o'ziga xizmat

qilishni eplay oladilar. Ularda mexanik xotira va sust diqqat tufayli oddiy bilimlarni o'zlashtirishi mumkin. Ayrim bemorlar sanashni, harflarni, oddiy ishlarni masalan: yig'ishtirish, kir yuvish, idish yuvishni o'zlashtira oladilar. Hissiyotlari kam rivojlangan, oddiy bo'ladi. Ular sharoit o'zgartirganda o'zgartirgacha negativ reaksiya ko'rsatadi. Idiotiyaga qaraganda ularning shaxsi nisbatan rivojlangan bo'ladi, ular tez xafa bo'lib qoladi, o'zining kamchiliklaridan uyaladi, koyiganni yoki yoqtirganni biladilar. Kasal bolalar doim nazoratga muhtojdir. Imbetsillar tez ishonuvchan va boshqalarga o'xshashga moyil bo'ladi. Imbetsillik ikkiga bo'linadi: 1) yaqqol darajadagi aqliy zaiflik 2) o'rta darajadagi aqliy zaiflik.

Debillik – aqliy zaiflikning engil formasi. Debillar o'qish qobiliyatiga ega, oson ishlarni ishlay oladi, sotsial sharoitga ko'nikishishi mumkin. Engil debillikni normadagi psixikaning past chegarasi bilan ajratish qiyin. Debillarning imbetsildan farqi shundaki, so'zlashuv yuqori rivojlangan bo'ladi, xulq-atvori ham adekvatli va erkin bo'ladi, bu esa fikrlashning sustligini bilintirmay turadi. Bunga sabab, mexanik xotira va eliklashdir. Lekin kuzatishlarga nisbatan debillarda abstrakt fikrlash sust bo'ladi. Oddiy ishdan murakkabroqqa o'tish ular uchun qiyin. Debillar imbetsillardan farqli maktabda ta'lim olishi mumkin, ammo o'qishda o'zicha mustaqil hech narsa qilolmaydi. Debil bemorlar aniq bilimni o'zlashtira olishi mumkin, lekin nazariy bilimlarni o'zlashtirolmaydi. Debillarda hissiyot, iroda va shaxsiyati imbetsillarga nisbatan rivojlangan bo'ladi. Debillik ikki: torpid va erektil turiga bo'linadi. Debillarning o'zini erkin to'tishi past bo'ladi, o'zining qiziqishlarini tiya olmaydi, qilgan ishlarni etarli o'ylay olmaydi, o'ta ishonuvchan bo'ladi. Lekin, bunga qaramasdan debillar hayotga yaxshi moslasha oladilar. Rivojlanishdan orqada qolish boshidayoq bilinadi, ya'ni kech yuradi, kech gapiradi. Yillar o'tishi bilan engil debillikda bu narsalar kamdan-kam bilinadi. Ko'pchilik amaliyot

shifokorlar va defektologlar psixik rivojlanishning orqada qolishi tempi va diapazoniga qarab, engil, o'rta va og'ir turlarga bo'ladi.

Aqliy zaiflik kasallari somatikasida jismoniy rivojlanmaslik, diskineziya va displaziya belgilar kuzatiladi. Ular esa patogen omilni ta'sir qilgan vaqtini aniqlashda yordam beradi, ularning qo'shilib kelishi aqliy zaiflikning differentsiyalangan turlarini keltirib chiqaradi (Daun, gidrotsefaliya). Kasallar jismoniy rivojlanishi yoshiga mos kelmaydi, tana va qo'l-oyoqlar proporsional bo'lmaydi, umurtqa pog'onasi qiyshaygan bo'ladi, tserebral-endokrin etishmovchiligi belgilari (semirish, jinsiy a'zolarining rivojlanmasligi, ikkinchi jinsiy belgilarning hosil bo'lish vaqtining buzilishi) kuzatiladi.

Nevrologik statusida o'zgarishlar bo'lmaydi, ammo aniq bir darajada markaziy asab sistemasining jarohatlanishini ko'rsatadi. Embriopatiyalarda eng asosiy simptom mushak gipotoniyasidir. Ona qornida va tug'ilgan so'nggi endogen – organik jarohatlar bo'lsa - organik nevrologik simptomlar: falaj, epileptiform hurujlari va dientsefal buzilishlar kuzatiladi. Aqliy zaiflikda nevrologik belgilar asosan rezidual turda bo'ladi, enzimopatiyalarda esa nevrologik buzilishlar og'ir o'tadi.

Aqliy zaiflikning psixik rivojlanmaslik ayrim turlarida silliq bo'lmaydi va bu asosiy belgi hisoblanadi. Shunga asosan oligrofeniya ikkita: atipik va asoratli turlarga bo'linadi. Atipik turida psixik defekt bir tekis bo'lmaydi, bu goho qandaydir psixik funktsiya bir taraflama rivojlanishida, goho esa partsial psixik tula rivojlanmaslik belgilarida ko'rinadi. Asoratli turlarida aqliy zaiflikka xos bo'lmagan qo'shimcha psixologik sindromlar kuzatiladi. Atipik aqliy zaiflik ko'pincha gidrotsefaliyada kuzatiladi. Bu kasallar yaxshi mexanik xotiraga ega, so'z zahirasi boy va grammatika to'g'ri rivojlangan bo'ladi, lekin ko'p gapiradi.

Atipik formasida ko'rish va eshitish agnoziyasi, apraksiyasi, agrafiya va aleksiyasi kuzatiladi. Chap yarimsharning premotor sohasida past bo'limi jarohatlansa, gapirish funktsiyasi ya'ni yozish va o'qish kech shakllanadi.

Dinamikasi – kompensatsiya jarayoni va o'sib rivojlanish evolyutsiyasiga bog'liq. Dinamikani bu turi progredientsez deb ataladi. Ko'p kasallarda yosh evolyutsiyasi va emlash choralari ta'siri natijasida ayrim kasallik belgilarining masalan: harakatning susayishi, impulsivlik, negativizmning qayta rivojlanishi kuzatiladi. O'qishni bitirgandan so'ng ko'pchilik debil o'smirlar o'ziga kasb tanglashga va ularga moslashishi mumkin. Aqliy zaiflikning dinamikasi yana ko'p narsalar intellektual va umumiy psixik defektning darajasi bilan, aqliy zaiflikning klinik formasi bilan, kasal yoshi va yana emlash choralarini o'z vaqtida boshlash bilan qo'shimcha patogen omillarnig yo'qligi bilan bog'liq bo'ladi. Ijobiy dinamika kasalning xissiy-irodaviy faoliyatiga bog'liq. Salbiy dinamika aqliy zaiflikning asoratli turida dekompensatsiya turida uchraydi. Dekompensatsiya genezida likvorodinamika va tomirlar etishmovchiligi, yana endokrin – gumoral siljishlar katta rol o'ynaydi.

Aqliy zaiflikning ayrim turlari

1) **Haqiqiy aqliy zaiflik** – nasliy bo'ladi va mikrotsefaliyada kam uchraydi. Bosh suyagining hajmi kichikligidan boshqa, kichik bosh suyagi va normal bo'y orasidagi disproportsiya, yuzga nisbatan bosh suyagi yaxshi rivojlanmagan bo'ladi, past peshona, qosh usti yo'ylar haddan tashqari rivojlangan bo'ladi. Intellektual etishmovchilik idiotiya yoki og'ir imbetsillikka to'g'ri keladi. Bunga qaramasdan emotsional rivojlangan, o'ta ishonuvchan, jahldor bo'ladi.

Fenilketonuriya – fenilalanin almashuvchi buzilishi hisobidan bo'ladi va naslga retsessiv tipda beriladi.

Aqliy zaiflik bilan birga depigmentatsiya, ya'ni albinizmdan sochlarning va ko'z rangli pardasining ochiq rangda bo'lishi va 30% talsava xurujlari kuzatiladi. Bosh suyagining miya bo'limi sust rivojlangan bo'ladi. Ayrim

kasallarda epikant, gipertelorizm kuzatiladi, ulardan o'zgacha hid chiqib turadi. Kasallarda yana pitekoid poza va o'ng'aysiz yurish, koordinirlanmagan harakat, stereotipiya, atetoid va xoreoga o'xshash giperkinezlar kuzatiladi. Mushak tonusi o'zgargan bo'ladi. Psixik to'la rivojlanmaslik belgilari go'daklik yoshida bilinadi. 1 yosh davomida aqliy zaiflik kuchayishi mumkin, lekin 4-8 yoshda bir maromda bo'ladi.

Galaktozemiya, fruktozuriya va sukrozuriya - bular uglevod almashuvi enzimopatiyalariga kiradi, naslga retsessiv tipda bermadi. Klinikasida ich ketish, gipotrofiya va boshqa og'ir somatik kasalliklar kuzatiladi. Psixik to'la rivojlanmaslik kuchli rivojlangan bo'lib, talvasa xurujlari bilan o'tadi.

Gargoilizm (mukopolisaxaridoz, dizostoz) – jigar, taloq va suyak retikuloendoteliy hujayralari mukopolisaxaridlarning to'planishi tufayli kelib chiqadi. 1 yoshgacha aqliy zaiflik sekin rivojlanadi, bu modda almashuv buzilganda bosh miya hujayralarining jarohatlanishi bilan bog'liq.

Araxnodaktiliya (Marfan sindromi). Naslga dominant beradigan, kam uchraydigan nuqson hisoblanadi. Kasallarning tashqi ko'rinishi kuyidagicha bo'ladi: bo'yi uzun, ozg'in, oyoq-qo'llari uzun va ingichka. Skelet nuqsonlari yurak qon tomir sistemasi va ko'z nuqsonlari bilan birga keladi. Aqliy zaiflik-og'ir darajadan engil darajagacha, ayrim vaqtda umuman bo'lmaydi. Kasallik patogenezi asosida kollagen va elastin tolalarining tuzilishining buzilishi va birikma to'qimalarning jarohatlanishi yotadi.

Lorens – Muna – Barde – Bilya kasalligi – nasliy aqliy zaiflikning kam turi bo'lib, 5 asosiy simptomi gipogenitalizm semirish, ko'z kasalliklari, sindaktiliya yoki polidaktiliya va aqliy zaiflik kuzatiladi.

Daun kasalligi – xromosoma nuqsonlari sababli kelib chiqadi, bunda 21-xromosoma ortiqcha bo'ladi. Chaqaloqlar orasida 1:600 dan 1:900 gacha uchraydi. Onasining yoshi qancha katta bo'lsa, shuncha bolaning kasallik bilan tug'ilishi kuzatilgan. Bolalar kalta bo'yli, oyoq-qo'l kalta, tanasi uzun, barmoqlari kalta. Bosh suyagi kichkina, tishlari yaxshi o'smagan, kariozli, tanglayi yuqori joylashgan bo'ladi. Yuqorigi jag' rivojlanmagan, pastki jag' oldiga chiqib turadi. Tili katta, ko'ndalang yoriqlar bo'ladi. Quloqlari kichkina, sochlari quruq, terisi quruq, dag'al bo'ladi. Chaqaloqlarning rangi pardasida depigmentatsiya kuzatiladi, kaftida atipik joylashgan chiziqlar bo'ladi, jinsiy organlar va ikkinchi jinsiy belgilar rivojlanmagan bo'ladi. Motorikasi o'ng'aysiz, ovmi, og'iz yarmi ochiq holda bo'ladi. Aqliy zaiflikning 75% inbetsillikka, 70% idiotiyaga va 50% debillikka kiradi.

Shereshevskiy – Terner sindromi bilan faqat ayollar kasallanadi. Bunda bir X xromosoma etishmaydi natijada jinsiy xromopatin ham bo'lmaydi. Kasallarga jinsiy infantilizm, displaziya, bo'yi pastlik, kalta bo'yin xosdir. Quloqlari past joylashgan. Ko'pincha yurak-qon tomir sistemasi nuqsonlari kuzatiladi. Aqliy zaiflik har xil darajada bo'lmaydi.

Klaynfelter sindromi – erkaklar kasallanadi, bunda xromosomalar soni ortiqcha bo'ladi. Klinikasida gipogenitalizm, tuxumdonlar atrofiyasi, ikkinchi jinsiy belgilar rivojlanmagan bo'ladi. Kasallar baland bo'yli, evnuxoid proporsiyada bo'ladi, ginekomastiya va naslsizlik kuzatiladi. Aqliy zaiflik aniq rivojlangan bo'ladi, ammo engil debillik darajasida turadi.

Rubeolyar aqliy zaiflik – virusli embriopatiya bo'lib, onasining homiladorlik paytida qizilcha bilan kasallanganligi sababli homilani virus jarohatlaydi. Embriinning jarohatlanishi virusning homiladorlikning qaysi davrida ta'sir qilganiga bog'liq. Aqliy zaiflik bilan birga uch simptom: ko'z,

yurak-qon tomir sistemasi va eshitish apparati tug'ma nuqsonlari xos. Ayrim kasallarda tish defektlari, jismoniy to'la rivojlanmaslik, skeleti va jinsiy organlarning tug'ma nuqsonlari kuzatiladi.

Tug'ma sifilis sababli kelib chiqadigan aqliy zaiflik – homilaning spesifik jarohatlanishi sababli hosil bo'ladi. Aqliy zaiflik belgilari juda erta bilinadi, bundan tashqari epilepsiya, shaxs buzilishiga o'xshash va astenik simptomlar kuzatiladi. Rezidual nevrologik simptomlar, keratit, otit, rinitlar, ichki a'zolar va suyak jarohatlanishi bemorlarda kuzatiladi. Har xil displaziya, masalan, bosh suyagi deformatsiyasi, tishlarning formasi, yuqori tanglay, egarsimon burun, oyoq-qo'llarning qiyyashayishi kuzatiladi. Laboratoriya tekshirish natijalari katta ahamiyatga ega, bunda qon va orqa miya suyuqligida spetsifik o'zgarishlar kuzatiladi.

Gipotireoid aqliy zaiflik – (kretinizm) – aqliy zaiflikning eng ko'p uchraydigan va endokrin buzilishi sababli kelib chiqadigan, tug'ma gipotireoz hisoblanadi. Endemik kretinizm sindromi turlari ham uchraydi – bu tug'ma gipotireoz bo'lib, suvdagi yodning etishmovchiligi va qalqonsimon bez gormonining sintezi buzilishi sababli kelib chiqadi. Yana bir turi gipotireozning bu miksedema – tug'ma yoki ortirilgan bo'ladi. Buning asosida qalqonsimon bez atrofiyasi va embrional nuqsonlar yotadi.

Endemik kretinizm va tug'ma miksedema klinikasi juda o'xshash va tireoidin etishmovchiligi bilan bog'liq. Endemik kretinizm asosiy belgisi-jismoniy va psixik rivojlanishi kechikadi. Psixik turi rivojlanmaslik engil debillikdan og'ir idiotiyagacha bo'ladi. Birinchi navbatda endokrin buzilishlar kuzatiladi. Jinsiy a'zolar rivojlanmagan bo'ladi. Qalqonsimon bez kompensator gipertrofiyasi sababli kichiklashishi yoki kattalashishi mumkin. Kasalning tashqi ko'rinishi quyidagicha: braxitsefaliya, past peshona, kichik burun, tishlarning

noto'g'ri rivojlanishi, quloq deformatsiyasi, qo'li erkin, tishi katta, og'ziga sig'maydigan sochlari quruq, ovozi past bo'ladi.

Gidrotsefaliya sababli kelib chiqadigan aqliy zaiflik – bosh miyaning og'ir sariq suv kosasida kuzatiladi. Aqliy zaiflik engil darajadan og'ir darajasigacha bo'ladi. Mexanik xotira tufayli ma'nosini zaxirasi ko'p bo'ladi, gapiradi, eyforiyada yuradi, jonkuyar bo'ladi. Ko'pincha talvasa xuruji kuzatiladi. Kasalning o'ziga xos tashqi ko'rinishga ega: bosh suyagi katta, peshona oldiga chiqqan, yuz uchburchak turda bo'ladi. Falajliklar, ko'rish nervi atrofiyasi va eshitish nervi jarohatlanadi. Bolalar serebral falaji kelib chiqadigan aqliy zaifliklar – 60% uchraydi, har xil darajada bo'ladi. Kasallar jizzaki, emotsional va giperesteziya, tez charchashadi.

Oligofren bemorlarni emlash va oldini olish choralari: spesifik, simptomatik va korreksiyalashga bo'linadi.

Agar aqliy zaiflikda jarayon belgilari faol yoki asorati bo'lsa, bisillin va boshqa antibiotiklar qo'llaniladi. Toksoplazmozni emlashda sulfanilamidlarni xloridin bilan birga qo'llanadi. Miya infeksiyalarida spesifik terapiya (antibiotik va sulfanilamidlar) qo'llaniladi. Aqliy zaiflikni simptomatik emlash boshqa kasallardan farq qilmaydi.

Korreksiyalash choralarida 1) oligofrenopedagogika, 2) mehnatga o'rganish – kasbga moslashish.

Oldini olish – hozirgi paytda genetikani rivojlanishi sababli ancha kengaydi. Aqliy zaiflikning oldin olishda homiladorlik davrida spesifik, toksoplazmozning oldini olish kerak. Chaqaloqlar jarohatlanishi va infeksiyalarning oldini olish kerak.

Kasallarga yordam poliklinikalarda, psixonevrologik dispanserlarda va ruhiy kasalliklar shifoxonalarida beriladi.

8-BOB. SHAXS BUZILISHI. PATOXARAKTEROLOGIK

REAKSIYALAR VA RIVOJLANISHLAR

Shaxs buzilishi – bu turg'un tug'ma yoki orttirilgan shaxs buzilishlari. Bunda intellekt buzilmaydi. Shaxs atrofdegilar, jamoa bilan chiqishishi qiyin bo'lib, jamiyatning talablariga moslasha olmaydi.

Shaxs buzilishi rivojlanishiga bosh miya organik kasalliklari, bosh miya jarohatlari, irsiy omillar, tarbiyadagi nuqsonlar sabab bo'lishi mumkin.

Psixopatlar o'z fikr doirasi, temperamenti, fe'l-hulq-atvori bilan ajralib turadi. Shaxs buzilishida atrofdegilar bilan munosabat buzilishi oshib boradi va ijtimoiy dezadaptatsiya – jamiyat oila sharoitlariga moslashishni buzilishi rivojlanadi. Bu shaxs o'zgarishlari turli darajada namoyon bo'ladi: yengil o'zgarishlardan to chuqur ruhiy buzilishlarigacha. Shu bilan birga Shaxs buzilishi – ruhiy kasallik deb emas, balki chegaradosh holat va shaxs shakllanishining noto'g'ri rivojlanishi deb qarash lozim. Shundan kelib chiqqan holda, shaxs xususiyatlarining ruhiy buzilish belgilari hayot davomida shakllanadi.

Shaxs buzilishining quyidagi turlari farqlanadi:

Qo'zg'aluvchan shaxs buzilishi – kuchli darajadagi hissiy qo'zg'aluvchanlik, injiqlik, jahldorlik bilan tavsiflanadi. Bu holatda ta'sirlovchi kuch va unga javob reaksiyasi bir-biriga mos kelmaydi. Bunday kishilar faqat o'z manfaatini ko'zlovchi shaxslar bo'lib, ularga urishqoqlik, chiqishmovchilik, doimo ustun chiqishlik, arazgo'ylik xosdir. Ular atrofdegilarga juda talabchan bo'ladilar, ularning fikri bilan hisoblashmaydilar. Bu o'z navbatida bemor holatining og'irlashishiga olib kelishi mumkin.

Tormozlanuvchi shaxs buzilishi. Bu guruhda astenik, psixoastenik va shizoid shaxs buzilishlari kiritilgan.

Astenik shaxs buzilishi – tajanglik, o‘ta ta’sirchanlik, sezuvchanlik, ruhiy charchoqlik bilan tavsiflanadi. Bunday shaxslar o‘zlarini boshqalardan kam sanaydilar, o‘zlariga past baho beradilar va shuning uchun tez ranjib ketadilar. Ular doimo bezovtalanib, hayajon bilan kelajakdagi qiyinchiliklarni qarshi oladilar. Yangi va notanish sharoitda o‘zlarini noqulay sezadilar. Asteniklar kuchli ta’sirlarga (shovqin, baland tovush) o‘ta chidamsiz bo‘ladilar.

Psixoastenik shaxs buzilishi – hayajonli ishonchsizlik, ikqilanish, serhavotirlik belgilari bilan kechadigan shaxs buzilishlari. Bemor o‘z harakatlarini ko‘p tahlil qiladi, o‘z-o‘zini baholash susaygan, kamdan-kam hollarda o‘zidan rozi bo‘ladi. qiyinchiliklarni yengib keta oladimi yo‘qmi, shular haqida o‘ylaydi. Bemorni atrofdaagi kishilar bilan muloqatga kirishishda qiynaladilar.

Shizoid shaxs buzilishi – kamgaplik, odamoviylik, real voqeyelikdan yiroqlashib qolganlik bilan tavsiflanadi. Ular atrofdaagi kishilar, ota-onasi bilan qiyin til topishadilar. Bolaligida hech kimga aralashmaydilar, bir o‘zlari o‘ynaydilar, o‘zlari bilan ovora bo‘ladilar. Shizoid psixopatlar atrofdaagilarga, shu jumladan yaqinlariga befarq bo‘ladilar. Atrofdaagilar bilan rasmiy, sovuq muomala bo‘ladilar.

Isterik shaxs buzilishi – bemorning hatti-harakatlarning soxtaligi, tannozlik, huddi sahnalashtirilgandek, ba’zi bir xususiyatlarini oshirib ko‘rsatishi bilan ifodalanadi. Atrofdaagilarni e’tibor markazida bo‘lish uchun ular har qanday imkoniyatlarini ishlatadilar, bachkana qiyinadilar, xursand va xafa bo‘lishi namoyishkorona bo‘ladi.

Paranoyyal shaxs buzilishi – bir mavzudagi oʻta qimmatli gʻoyalar (rashq, kashfiyot qilish) hosil boʻlishiga moyilligi bilan ifodalanadi. Ularda ishonchsizlik, gumonsirash, oʻzlariga ortiqcha bino qoʻyish, oʻz manfaatlarini koʻzlab ish toʻtish, oʻz fikrlarini oʻtkazishda qatʼiyatlilik belgilari kuzatiladi. Ularning qiziqish va intilishlariga javob bermaydigan har qanday narsa eʼtibordan chetda qoladi.

XARAKTEROLOGIK VA PATOXARAKTEROLOGIK REAKSIYALAR

Umumiy tushuncha

Xarakterologik reaksiya - bu maʼlum mikromuxitda va sharoit bilan bogʻlik bulgan bola yoki usmirming utkinchi xulk-atvor uzgarishlariga aytiladi. Bu xulk-atvor uzgarishlari anik psixologik yunalgan bulib ijtimoiy dezadaptatsiyaga va somatik funksiyalarning buzilishlariga olib kelmaydi

Patoxarakterologik reaksiya - bu psixogen shaxs reaksiyasi bulib, bola yoki usmirming xulkining turli xil uzgarishlarida namoyon boʻladi va nevroitik (somatovegetativ) buzilishlar bilan birga ijtimoiy-psixologik dezadaptatsiyaga olib keladi.

Etiologiya

Uzok muddat taʼsir kiluvchi turli xil salbiy omillar: oiladagi mojarolar, notugʻri tarbiya, emotsional deprivatsiya, bolalar muassasidagi tarbiyachi va ukituvchilarning pedagogikaga zid bulgan xatti-xarakatlari bu buzilishlarga sabab bulishi mumkin.

Bola yoki usmirda psixopatik shaxs xususiyatlarini rezidual-organik yetishmovchiligini mavjudligi xam muxim axamiyatga ega.Tashki omillardan

patoxarakterologik reaksiyalarning shakllanishida salbiy mikroijtimoiy-psixologik muxit va pedagogik karovsizlik katta rol uynaydi.

Patogenezi urganilmagan.

Patoxarakterologik reaksiyalar tasnifi

- a) Norozilik (oppozitsiya) reaksiyasi.
- b) Imitatsiya reaksiyasi.
- d) Kompensatsiya reaksiyasi.
- e) Giperkompensatsiya reaksiyasi.
- f) Emansipatsiya reaksiyasi.
- j) Tengdoshlari bilan guruxlanish reaksiyasi.
- h) Xobbi (qiziqishlar) reaksiyasi.
- i) Seksual (jinsiy) perverziyalar.

OPPOZISIYA (NOROZILIK) REAKSIYASI

Kelib chikish sabablaridan: ota-ona orasidagi kelishmovchiliklar, ularning bolaga lokaydligi, oilada ikkinchi farzand dunega kelishi, bolaning xamiyatiga teguvchi yoki uni xakoratlovchi jazolarni kullash, maktab ukishini uzlashtira olmaslikni kursatish mumkin. Bu reaksiya eng kup uchraydi va xulkning turli xil buzilishlari kurinishida namoyon bo'ladi. Ular asosida affektiv kechinmalar yotadi. Bu kechinmalar shaxs uchun sub'yektiv (uta kimmatli) axamiyatga ega: yakinlarining munosabati bilan konikmaslik, kamsitilishi, noxak xafa kilishganidan azob chekish.

Norozilik reaksiyasi ikki xil bo'ladi: aktiv norozilik reaksiyasi va passiv norozilik reaksiyasi.

Aktiv norozilik reaksiyasi turli xil psixologik kiyinchiliklarga (notugri tarbiya kurinishiga, kurkitishlarga, emotsional deprivatsiyaga, bolalar jamoasidagi kelishmovchiliklarga) bola yoki usmirming kuyidagi xulk

buzilishlari kurinishida namoyon bo'ladi: kuloksizlik, kupollik, urishkoklik. Bu buzilishlar yakkol vegetativ komponent bilan birga kechadi (yuzning kizarishi, terlash, taxikardiya) va bolaning uzgargan affektiv xolati uzok muddat saqlanadi. Bu xulk buzilishlari odat tusiga kirib kolishi va kaytarilish xususiyatiga egadir. Bunday xolatlar fakat bolani xafa kilgan shaxslarga nisbatan emas balki barcha kattalarga karatilgan va turli sharoitlarda namoyon bo'ladi.

Bosh miyaning rezidual-organik buzilishlari yoki shakllanib kelayotgan shaxs buzilishi bo'lgan bola va usmirda affektiv razryad juda kuchli bulganda aktiv norozilik reaksiyasi umumiy xarakat kuzgalishi («xarakat buroni») va ongning affektiv torayishi bilan birga kechadi. Fransuz olimlari (Michaux L.; Duche D. et al., 1958) Aktiv norozilik reaksiyalarning kuyidagi kurinishlarini: kaxr-gazabli nojuya kiliklar, atayin teskari kilishga intilish, ugrilik, aldamchilik, xayvonlarni azoblash, zararkunandachilikni «psevdoperseverativ xulk» deb nomlashgan.

Aktiv norozilik reaksiyasining «psevdoperseverativ xulk» bilan kechadigan shakllariga misol:

Lobar M. 13 yosh. Ilk bolaligidan arazchan, xaddan ziyod uzini ayaydigan edi. Otasiz usganidan juda kaygurar edi. Ugay otasini yaxshi kabul kilib avvaliga uni ota deb ataydi. Lekin ugay otasi kizga kupol muomalada bulib uzining ugliga kuprok e'tiborda buldi. Kiz indamas, odamoviy, ugay otasiga kupol muomala kiladigan bulib koldi. Keyinchalik bora-bora ugay otasi bilan umuman gaplashmay kuydi, urni kelganda xar safar otasining ugayligini yuziga soldi. Ugay otasiga va uning ugliga zararkunandaliklar kila boshladi. Singlli bulganligini sovukkonlik bilan kutib oldi va unga e'tiborsiz buldi. Vakt o'tishi bilan buvisiga, xolasiga va onasiga nisbatan kurs gap kaytaradigan bulib koldi, bir necha marta 5 yashar xolavachasiga kul kutardi. Maktabda xam uzini to'tishi salbiy tomonga uzgardi: ukituvchilarga gap kaytaradigan, gap kutara

olmaydigan, suroksiz sinfdan chikib ketish odatga aylandi. Darslarni uzlashtirishi pasayib ketdi. Ayrim xollarda navbatdagi janjaldan keyin uydin chikib ketib, uzok vakt kaytib kelmaydigan buldi. Uyquasi buzildi, uyqusida gapiradigan, kichkiradigan, kup yiglaydigan bulib koldi.

Passiv norozilik reaksiyasiga ovkatdan bosh tortish, uydin ketib kolish, mutizm, suitsidal xarakterlar va bir kator somatovegetativ funksiyalarning buzilishi (ayniksa kusish, enurez, enkoprez) xos. Yukorida keltirilgan buzilishlar albatta kuyidagi xulk uzgarishlari bilan birga kechadi: injiklik, odamoviylik, atrofdagilarga munosabatni salbiy tomonga uzgarishi, ular bilan bulgan emotsional yakinlikni yukolishi.

Mutizمنىng kupincha elektiv (saylangan) shakli uchraydi. Passiv norozilik reaksiyasining bu kurinishi asosan bogcha va kichik maktab yoshidagi bolalarda (9 yoshdan kichik) kuzatiladi. Kizlarda ugil bolalarga nisbatan ikki barobar kuprok uchraydi. Nutk funksiyasining yetishmovchiligi rezidual serebral-organik buzilishlar (KirichenkoYe.N..KaganskayaL.A.1974) va xarakteridagi tormozlanuvchi xususiyatlarini ustunligi mutizمنى kelib chikishida katta axamiyatga ega.

Elektiv mutizmnda bola nutkdan foydalanmaydi va bolaning noxush kechinmalariga sabab bulgan shaxs bilan suz mulokotidan bosh tortadi (masalan, ota yoki onasi, bogchadagi tarbiyachi, maktabdagi ukituvchisi va xokazo). Shu bilan birga bola uz tengdoshlari bilan va boshka kattalar bilan bolaning ruxiyatiga salbiy ta'sir kilmaydigan sharoitda bemalol gaplashadi. Mutizm nisbatan kiska muddatli va chuziluvchan (2-3 yilgacha va undan xam uzok) bulishi mumkin. Uzoq muddat davom etgan mutizm xollarida shaxsning patologik shakllanishi kuzatiladi. Bunda isteroid tormozlanuvchi va psevdoshizoid shaxs xususiyatlari shakllanadi va kuchayadi.

Uydin ketib kolish kabi passiv norozilik reaksiyalari asosan maktab yoshidagi (pubertat) ugil bolalarda kuzatiladi. Bu reaksiya kupincha uydagi

bo'layotgan janjallarga, pedagogning noxak muomalasiga javoban paydo bo'ladi. Noxush salbiy sharoitni caklanishi, notugri tarbiya kupincha ketib kolishlarni kaytarilishiga olib keladi. Vakt o'tishi bilan «xulk stereotipligining fiksatsiyasi» yuzaga keladi va buning natijasida ketib kolishlar odat tusiga kiradi va arzimagan sabablar tufayli kaytarilaveradi Bunday noxush dinamikaga aksentuatsion xususiyatlar, rezidual serebral-organik yetishmovchilik, pubertat davrini disgarmonik kechishi sabab bo'ladi.

IMITASIYA REAKSIYASI

Imitasiya reaksiyasi – bu bola yoki usmirning atrofdaqilarning, ayniksa bola uchun xurmatli bulgan shaxsning, yurish-turishiga, kiyinishiga, turmush tarziga taklid kilishidir. Bolalar kupincha ota-onasining yoki tarbiyachisining fe'l-atvoriga taklid kiladi. Usmirlik davrida esa uzidan yoshi kattarak bulgan, ayniksa liderlik (boshchilik) xususiyatlariga ega bulgan usmirga yoki bolaning xayolida kamchiliklari bulmagan (ideal) insonga taklid kilishga urinadi. Imitatsiya reaksiyasi asotsial xulk-atvorning kelib chikishiga sababchi bulishi mumkin (daydilik, mayda ugirliklar, zararli odatlar: tamaki chekish, spirtli ichimliklarni, narkotik moddalarni iste'mol kilish, tartibbuzarliklarni keltirib chikarish). Bu ijtimoiy-salbiy reaksiyalar kupincha emotsional-irodaviy turgunsiz va xarakterida geboid xususiyatlar bulgan bola yoki usmirda kuprok kuzatiladi.

KOMPENSASIYA VA GIPERKOMPENSASIYA REAKSIYALARI

Kompensasiya va giperkompensasiya reaksiyalarida bola yoki usmir uzidagi zaif tomonlarini uzgargan xulki orkali yashirishga urinadi. Bu uzgargan xulkning kurinishlari turlicha, ularga kompensator xomxayollar (jur'atsiz jismonan zaif bola uz xayollarida uzini mard jasur jangchi yoki kosmonavt deb tassavur kiladi), kompensator uyinlar (ota-onasi uta zolim bulgan bola uzidan kichik yoshdagi bolalar bilan uynashni xushkuradi, ularni uziga buysundirishga, buyruk berishga xarakat kiladi), maktab intizomini buzish kabi kurinishlar kiradi. Bolaning bunday xulk uzgarishlarining sababi yetishmayotgan obrue'tiborni kozonishdir. Bu kurinishdagi reaksiyalar kupincha emotsional deprivatsiya xolatlarida (yetim bolalarda, tulik bulmagan oilada va bolaga e'tibor yetishmaganda) yoki jismoniy nuksoni, chuzilgan nevroitik buzilishlari, masalan enurez, duduklanishi bor bolalarda uchraydi

EMANSIPASIYA REAKSIYASI

Emansipasiya reaksiyasi - usmirning o'ta mustaqillikka, ota-onasining qaramog'idan chiqishiga intilishi. Bunda o'smir xamma narsani o'zicha, ota-onasining maslaxatlariga zid, kattalar o'rnatgan qoidalarga bo'sunmasdan, ularni turmush tarzini tanqid qilgan holda amalga oshirishga urinadi. Ayrim kollarda o'smirlar uydan chiqib ketadilar, boshqa shaxarga ko'chib ketadilar, o'sha yerda ishga joylashadilar yoki daydidilar.

TENGDOHLARI BILAN GURUXLANISH REAKSIYASI

Tengdoshlari bilan guruxlanish reaksiyasi o'smir o'gil bolalarga xos. O'smirlar asotsial guruhlarga birlashadilar. Bunday guruxlarda o'zining sardori

va ijrochilari bo'ladi, ma'lum qonun-qoidalar o'rnatiladi. Bu guruxdagi o'smirlarda asosan ijtimoiy-pedagogik qarovsizlik qayd etiladi.

XOBBI (QIZIQISHLAR) REAKSIYASI

Xobbi (o'ta qimmatli qiziqishlar) reaksiyasi turli xil ko'rinishlarda bo'ladi: informativ-kommunikativ qiziqishlar (yangi ma'lumotlarni olishga qiziqish), egosentrik qiziqishlar, hammaning diqqat markazida bo'lishiga intilish (turli xil sport va badiiy-xavaskorlik chiqishlarda qatnashish, chet tillari adabiyot va tarixi bilan qiziqish); yig'ishga (tuplashga) qiziqish (turli kolleksiyalar to'plash), intellektual-estetik qiziqishlar (biror bir faoliyat bilan chuqur shug'ullanish), azart uyinlar. Bunday o'ta ortiqcha qiziqishlar xulq buzilishlariga olib keladi va ijtimoiy dezadaptasiyaga sabab bo'ladi: o'smirlar o'qishga bormay qo'yadi, asosial shaxslar bilan yaqindan muloqotda bo'la boshlaydilar, mayda o'g'irliklar va qonunbuzarchiliklar sodir qiladilar.

SEKSUAL (JINSIY) PERVERZIYALAR

Seksual (jinsiy) mayl shakllanishi bilan bog'liq xulq buzilishlari quyidagilar: o'smirlardagi masturbasiyalar, erta va tartibsiz jinsiy aloqalar, o'tkinchi gomoseksual xarakterlar. Ular asosida yuqori lekin shu bilan birga xali differensiyalanmagan jinsiy mayl yotadi.

Patoxarakterologik reaksiyalar - chegaradosh xolatlarning orqaga qaytadigan shakllaridir. Lekin bu xolatlariga xos xulq buzilishlari qaytarilgan sari shaxsning patologik rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

PATOXARAKTEROLOGIK RIVOJLANISHLAR

Patoxarakterologik rivojlanish deb surunkali ruhiyatga ta'sir qiluvchi mikrososial sharoit va noto'g'ri tarbiya bilan bog'liq bo'lgan psixogen patoxarakterologik shaxs shakllanishiga aytiladi. Patoxarakterologik rivojlanishlarda ikki psixogen mexanizm mavjud: shaxsiy reaksiyalarning (norozilik, giperkompensatsiya, imitatsiya va boshka xarakterologik va patoxarakterologik reaksiyalar), salbiy ta'sirlarga javoban paydo bulishi va mustaxkamlanishi, xarakterining salbiy tomonlarini (kizikkonlik, chidamsizlik, tortinchoklik), notugri tarbiya bilan tugridan-tugri stimulyatsiya qilish.

Patoxarakterologik rivojlanishlarning kuyidagi variantlari farklanadi: affektiv-kuzgaluvchan, tormozlanuvchan, isteroid, turgunsiz. Patoxarakterologik reaksiyalarni *tashxis kilishda* albatta buzilgan xulk bilan ruxiyatga salbiy ta'sir kilgan omillar orasida bogliglik urnatish shart. A.YE.Lichko fikricha, aksentuant usmirlarda patoxarakterologik reaksiyalar kuprok uchraydi. Emansipatsiya reaksiyasiga utavosiylik muxitda tarbiyalangan gipertim usmirlar moyildirlar. Guruxlanish reaksiyasi esa turgunsiz gipertim va konform usmirlarda kuzatiladi. Intellektual-estetik kizikishlar kuprok shizoid aksentuantlar kuprok moyil.

Differensial tashxisni shizofreniyadagi rezidual-organik yetishmovchilikdagi psixopatsimon sindromlar bilan shakllanib kelayetgan shaxs buzilishlarda kuzatiladigan xulk buzilishlari bilan utkazish kerak.

PROFILAKTIKA

Birinchi navbatda bola usayotgan va tarbiyalanayotgan mikromuxitni oilaviy munosobatlarni aniklash zarur.

Ikkinchidan oilaga psixoterapevtik ta'sir (oilaviy psixoterapiya) utkazish

kerak. Bu oilaning xar bir a'zosi bilan bir necha marta maxsus suxbatlar utkazilishi bilan amalga oshiriladi. Suxbatlar oilaviy munosobatlarni yaxshilashga, notugri tarbiya okibatlarini bartaraf kilishga karatilgan.

Uchinchidan, bola va usmir bilan ratsional psixoterapiya va davopedagogik korreksiya olib borish zarur..

Patoxarakterologik reaksiyalar tarkibidagi emotsional va somatovegetativ buzilishlar bulganligi uchun davolashga trankvilizatorlar (seduksen, elenium va boshka benzodiazepinlar) tarkibida brom valeriana bor sedativ miksturalar kushish lozim

9-BOB. PSIXOGENIYALAR

Psixogeniyalar nevroz va reaktiv psixozlarni o'z ichiga oladi. «Nevroz» tushunchasi tibbiyotga 1776 yilda shotland vrachi V.Kollen tomonidan kiritilgan. U bu xastalikni funksional xususiyatga ega ekanligini ta'kidlab, bosh miya tuzilishida organik o'zgarishlar bo'lmasligini bayon qildi.

Nevrozlar funksional-qaytish xususiyatiga ega bo'lgan xastalik bo'lib, ruhiyatga shikastlovchi omillar (ko'pincha turmushning bo'lmasligi va kamroq hollarda og'ir ruhiy ta'sirotlar)ga shaxsning reaksiyasidir. Nevrozlar kelib chiqishiga turli omillar sabab bo'ladi. Bu omillar qatoriga irsiy omillar, stress, ruhiy jarohatlar, tarbiyadagi kamchiliklar, mehnat faoliyatining o'zgarishi natijasida bemorning yangi sharoitga ko'nikishi qiyin bo'lishi kabilar kiritiladi. Ko'pincha nevroz belgilari asta-sekin, kamroq hollarda to'satdan paydo bo'ladi. Bemorlar o'z kasalliklariga to'g'ri va tanqidiy qaray oladilar, ongi saqlanib qoladi va o'z-o'zini boshqara oladilar. Nevrozlarning quyidagi turlari farqlanadi: nevrasteniya, isterik nevrozlar va miyadan ketmaydigan holatlar (obsessiv) nevrozlar.

Nevrasteniya (astenik nevroz) – asabiy va ruhiy zaiflik holati bo'lib, hayot yoki ish faoliyati sharoitlariga moslasha olmaslik natijasida kelib chiqadi.

Bu kasallik mutlaqo sog'lom kishilarda qattiq charchash, zo'riqish oqibatida kelib chiqishi mumkin. Nevrasteniyaning klinik ko'rinishida quyidagi belgilar kuzatiladi: qo'zg'aluvchanlik, bezovtalik, ortiqcha ta'sirchanlik, kayfiyatni o'zgaruvchanligi, uyqu va ishtahaning yo'qolishi, bosh og'rishi, bosh aylanishi, yurak sohasida nohush og'riqlar va sezgilar, oshqozon sohasidagi og'riqlar, ko'ngil aynashi, qusish kabi belgilari kuzatiladi. Bemor mehnat qobiliyatining pasayishiga, xotiraning susayishiga, tez-tez toliqib, ishga yaroqsiz bo'lib qolishiga olib keladi. Bemor o'z diqqat-e'tiborini jamlay olmaydi, uyquasi buziladi, tez qizib ketadi, asabiylashadi yoki umuman hamma narsaga befarq bo'lib qoladi. Tashqi ta'sirlarga – ovoz, yorug'lik, shovqindan qattiq ta'sirlanib, ichki a'zolarida nohush og'riq his qiladi. Doimo kayfiyati tushkun bo'ladi. Kunduzi bemorlarni mudroq bosadi, kechalari esa chuqur toliqib uxlay olmaydi va tez-tez uyg'onib turadi. Nevrasteniyaning davomiyligi turlichadir, u bir necha oydan bir necha yilgacha davom etadi. Nevrasteniya giperstenik va gipostenik turlariga bo'linadi. *Giperstenik turi* uchun betoqat bo'lish, asabiylashish, arzimagan narsadan qattiq ta'sirlanish, diqqatni buzilishi kabi belgilariga xosdir. *Gipostenik turi* uchun mehnat qobiliyatining pasayishi, jismoniy va ruhiy faollikning susayishi, toliqish, apatiya, uyquchanlik belgilari xos bo'ladi.

Isterik nevroz — psixogen va funksional tabiatdagi kasallikdir. Isterik nevrozda harakat, sezuvchanlik va somato-vegetativ sohaning funksional o'zgarishlari kuzatiladi. Bu kasallik alomatlarini paydo bo'lishi ruhiy omillar bilan bog'liq, ammo shularga mos holda organik o'zgarishlar yo'qligi aniqlanadi. Shuningdek, isterik nevroz bemorlar o'z xohishini amalga oshira olmaganida boshlanib qoladi. Isterik nevrozning klinik ko'rinishidagi ruhiy buzilishlarning yorqinligi, tomoshago'yiligini ko'satish uchun qilayotganligi ko'rinib turadi, bemor qaysi kasallikni bilsa, o'shanga o'xshash alomatlar namoyon bo'lishi bilan tavsiflanadi.

Harakat buzilishlari isterik tutqanoqlar, ixtiyorsiz harakatlar (giperkinezlar), isterik tutqanoqlar, oyoq va qo'llar parezi va falaji (sholli), astaziya-abaziya - yotgan joyida harakat qila olgani holda turib yura olmasligi kabi ko'rinishlarda bo'ladi. Sezuvchanlikning buzilishi isterik ko'rlik, isterik karlik, giposteziya, gipersteziya, paresteziyalar shaklida bo'ladi. Somato-vegetativ buzilishlari quyidagicha bo'ladi: oshqozon-ichak faoliyatining buzilishi: isterik ko'ngil aynashi, ishtaha yo'qligi (anoreksiya), oshqozon og'rishi, isterik qabziyat yoki ich ketishi; yurak sohasida og'riqlar, yurakning tez urishi va boshqalar. Tomog'iga bir narsa tiqilgandek bo'lishi bu kasalikka xosdir. Affektiv buzilishlar o'ynoqi hayajon bilan tavsiflanadi, bemor kayfiyati tez o'zgaradi. Xotira va tafakkuri aniq, obrazli hodisalarni tashqi tomondan aks ettiradi. Bu holat ko'pincha rahm-shafqatning susayishi, odobsizlik bilan qo'shilib ketadi, bemorlar atrofdagilarning diqqat-e'tiborini o'ziga qaratmoqchi bo'ladi.

Miyadan ketmaydigan holatlar (obsessiv, shilqim, yopishqoq holatlar) nevrozi ham ruhiy jarohatlanish natijasida paydo bo'ladi. Kasallik belgilarida miyaga o'rtnashib qolgan fikrlar (obsessiyalar), yopishqoq qo'rquvlar (fobiyalar) va yopishqoq mayl va harakatlar (kompul'siyalar) asosiy o'rinni egallaydi. Nevroz klinikasida bu holatlar ko'pincha qo'shilib keladi.

Barcha yopishqoq holatlar uchun umumiy belgi shundan iboratki, bu holatlar bemorning xohishiga qarshi paydo bo'ladi va u bundan qutula olmaydi. Sog'lom odamlarda ba'zan bo'lib qoladigan yopishqoq holatlar (masalan, biror so'zni «o'zidan-o'zi» qaytaraverish) birmuncha vaqtdan keyin birdan yo'qoladi. Bemor esa bu holatlarga tanqidiy qaray oladi, lekin miyaga o'rtnashib qolgan narsalarni zo'rlab chiqara olmaydi. Miyadan ketmaydigan fikrlar esdaliklar, gumonlar ko'rinishida bo'lishi mumkin, qandaydir fikr, maqol, so'z, ismlar va hokazolar uzoq vaqt bemor ongida o'rtnashib qoladi. Shilqim gumonlarda bemor dazmol simini rozetkadan oldimi-yo'qmi, o'z ishinni to'g'ri bajardimi-yo'qmi

va boshqa ishlarni bajarayotganda o'ziga ishonmaydi. Yopishqoq hisobda bemorlar ko'chadagi binolar, derazalar, qavatlar, zinapoyalarni takrorlab sanaydilar yoki xayollarida turli sonlarni qo'shadilar, ayiradilar va H.k. Fobiyalar o'z mazmuniga ko'ra turli bo'ladi: *kardiofobiya* – yurak kasalligiga chalilib qolishdan qo'rqish, *lissiofobiya* – ruhiy kasallik bilan og'rib qolishdan qo'rqish, *agarofobiya* – ochiq, keng maydonlarda yolg'iz qolishdan qo'rqish, *klaustrofobiya* – yopiq bino, qorong'i xonalardan qo'rqish, *mizofobiya* – o'ziga infeksiya yuqib qolishdan qo'rqish va hokazo. Fobiyalar ayrim bemorlarda yakka holda uchrasa, boshqa bemorlarda ikkinchi turdagi qo'rquvlar yoki boshqa vegetativ holatlar bilan kechadi. Bemor irim-sirimga beriluvchan bo'lib qoladi va turli harakatlar qiladi. Irim-sirim harakatlari bemor uchun himoya vazifasini o'taydi. Masalan, yuqumli kasalliklar bilan og'rib qolishdan qutulish uchun bemorlar qo'lini to'xtovsiz yuvadilar, uylarini bir necha marta dezinfeksiya qiladilar yoki bemor zinapoyadan tushayotib, birinchi ikki pog'onadan sakrab o'tib, kun yaxshi o'tishini ta'minlaganday bo'ladi.

Nevrozlar asosan sog'ayish bilan tugaydi. Nevrozning so'nishi asta-sekin bo'lishi mumkin.

Reaktiv psixozlar

Reaktiv psixoz – og'ir ruhiy jarohat yoki ko'ngilsiz hodisaga javoban vujudga keladigan patologik jarayon. Reaktiv psixozlar nevrozlarga nisbatan qisqaroq, alomatlari og'irroq, kuchli psixomotor va affektiv buzilishlar, vasvasa, gallyutsinatsiyalar, isterik buzilishlar va ongning buzilishi bilan tavsiflanadi. Reaktiv psixoz holatidagi bemorlarning o'z holatini tanqidiy baholash yo'qoladi, o'zining qilgan harkatlarini bilmay qoladi. Shu bilan birga reaktiv psixozlarga alomatlarning qaytaruvchanligi xos bo'ladi.

Reaktiv psixozlarga quyidagi sabablar olib keladi: hayot uchun havfli bo'lgan vaziyat, yaqin kishisidan ajralib qolish, tabiiy ofat, xizmatdagi kelishmovchilik va boshqalar. Bu psixozlarni rivojlanishi shaxsning

konstitutsional tuzilishi (psixopatik shaxslarda), boshidan kechirgan kasalliklari, yoshi, aqliy rivojlanishi bilan bog'liqdir. Ruhiy jarohat tugashi bilan odatda ruhiy buzilishlar o'tib ketadi.

Reaktiv psixozning klinik turlaridan affektiv-shok reaksiyalari, isterik psixozlar, reaktiv depressiyalar va psixogen paranoidlar farqlanadi.

Affektiv-shok reaksiyalari to'satdan sodir bo'lgan, o'ta kuchli tabiiy ofatdan yuzaga keladi. Affektiv-shok reaksiyalari giper- va gipokinetik turlariga bo'linadi. Giperkinetik turida bemorlar maqsad yo'nalishini yo'qotadi, vahima va qo'rquvga tushadi. Ular bema'ni harakatlar qiladi, turgan joylariga mo'ljal yo'qoladi. Bu turdagi qo'zg'alish 15-25 daqiqa davom etadi. Gipokinetik turida bemor stupor holatiga tushib, butunlay harakatsiz bo'lib qoladi va gapira olmasligi (mutizm) mumkin. Bemor bir joyda qotib qoladi, atrofdagi hodisalarga befarq bo'lib, bir nuqtaga qarab turadi. Stupor bir necha soatdan 2-3 kungacha davom etishi mumkin. Psixoz vaqtidagi bemor kechinmalari xotirasida saqlanmaydi.

Isterik psixozlar bir mexanizm bo'yicha vujudga keladi va klinik ko'rinishi bo'yicha turli bo'ladi (ongning isterik sumerik buzilishi, soxta demensiya (pseudodemensiya), puerilizm, vasvasasimon fantaziya alomatlari, isterik stupor).

Ogning isterik sumerik buzilishida bosh miya qobig'i funksiyalari to'liq to'xtamaydi. Ogning torayishi, joyga mo'ljalni buzilishi, jarohatlanuvchi vaziyatni aks etuvchi ko'rinish gallyutsinatsiyalar kuzatiladi. Psixoz davridagi hodisalar xotirada saqlanmaydi. Bemorning harakatlari namoyishkorona bo'lib: kulgi, yig'i, qo'shiq aytish birdaniga tutqanoqlarga o'tishi, bemorning g'amgin holatda qotib qolishini qisqa vaqt davom etuvchi qo'zg'alishga o'tishi kuzatiladi. Bu holat 1-2 haftagacha davom etishi mumkin.

Pseudodemensiya – aldanchi tuyuladigan aql zaifligidir. Yolg'on aql zaifligi ong torayganida paydo bo'lib, oddiy bilimlarni yo'qotish, savollarga

noto'g'ri javob berish, noto'g'ri harakatlar qilish bilan tavsiflanadi. Yolg'on aql zaifligi bir necha kundan bir necha oygacha davom etishi mumkin. Ongning isterik sumerik buzilishi va psedodemensiya uyg'unlashishi bilan kechadigan holat *Ganzer sindromi* deb yuritiladi.

Puerilizm – isterik reaksiya turlaridan biri bo'lib, ongning isterik torayishi bilan birga yosh bolalarga xos xulq-atvorning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bemorlarda yosh bolalar nutqi, harakati, his-tuyg'u reaksiyalari kuzatiladi.

Vasvasasimon fantaziyali isterik sindromiga tizimlashmagan, turg'unsiz buyuklik, boyluk vasvasa g'oyalarga xosdir. Fantaziyalar mazmuni juda o'zgaruvchan bo'lib, tashqi holatga bog'liq bo'ladi.

Isterik stupor holatida ruhiy va harakat jarayonlarining to'xtashi, mutizm, ongning isterik torayishi kuzatiladi. Bemorlarda kuchli siqilish, jahldorlik, tushkunlik holatlari paydo bo'ladi.

Reaktiv depressiyalar umidsizlik, ishonchsizlik, xafagarchilik, vegetativ buzilishlar va uyqusizlik bilan tavsiflanadi. Bemor hayolida faqat sodir bo'lgan baxtsizlik bo'ladi. Bemor o'z holatiga tanqid bilan qaraydi. Bemor ko'pincha o'z holatini paydo bo'lishida bo'lgan hodisaga tegishli odamlarni ayblaydi. Reaktiv depressiyaning namoyon bo'lishi real borliq hodisalariga bog'liq bo'ladi. Reaktiv depressiya odatda 2-3 oy davom etadi, lekin uzoq vaqt ham davom etishi mumkin.

Psixogen paranoid – o'zining soddaligi, oddiyligi, obrazliligi, hissiy kechinmalarga boyligi, affektlar (qo'rquv, hayajon) ning mavjudligi bilan tavsiflanadi. Shu bilan birga ta'qib qilish, munosabat vasvasa g'oyalari paydo bo'ladi. Ularning mazmuni ruhiy jarohat keltirib chiqargan vaziyatga to'g'ri keladi. Ko'rish va eshitish gallyutsinatsiyalari ham uchrashi mumkin. Psikogen paranoidlar turlariga urush davri paranoidi, temir yo'l paranoidi, qamoq paranoidi, induksiyalangan vasvasalar kiradi.

BOLALARDAGI MONOSIMPTOMATIK NEVROZLAR

Umumiy tushuncha

Bolalardagi nevrozlar kattalar nevrozidan farq qilib ulardagi reaktiv holatlar, elementar somatovegetativ va harakat buzilishlari ruhiy buzilishlarga qaraganda ko'p uchraydi Bolalardagi ruhiy buzilishlar asosan emotsional karakterda bo'ladi. Bu holatlar kichik yoshdagi bolalarga xos bo'ladi.

Bolalardagi somatovegetativ va harakatning nevrotik buzilishlariga nisbatan izolyatsiyalangan yoki dominant holda bo'lib, klinik kechuvida yetakchi o'rinni egallaydi Shuning uchun bolalardagi nevrozlarni monosimptomatik nevrozlar deyiladi (Simson T.P., Suxareva G.E.). Ular sistemali nevrozlarga (Apter I.A., Myasihev V.N.) ma'no jihatdan mos keladi. Bunda biron bir a'zo va sistemalar faoliyatini buzilishi nevroz klinikasida yetakchi o'rinni egallaydi.

Ba'zi olimlar bolalardagi nevrozlarning sistemali deb atalishini noto'g'ri deb hisoblaydilar. Ular bu nomni umumiy nevrozlarning patogenetik mexanizmiga to'g'ri kelmaydi deb hisoblaydilar. Lekin «monosimptomatik yoki sistemali nevroz» terminini taklif etgan olimlar buni shunday tushuntiradilar: bolalardagi nevrozlarda kuzatiladigan u yoki bu somatik sistemali buzilishlari klinikada yetakchi o'rinni egallashi bilan birga bu kasallik oliy nerv tizimidagi buzilishlar bilan davom etadi shuning uchun bolalardagi nevrozlarni umumiy nevrozlar patogenezini bir qatori sifatida qarash mumkin va bu hech qanday noto'g'ri tushuncha bo'lmaydi deyiladi.

Etiologiya

Nevrozlar bu psixogen kasallik bo'lgani uchun ularni kelib chiqishiga u yoki bu turdagi ruhiy kechinmalar stress holatlari yotadi. Bolalarda nevrozga sabab bo'luvchi omillarni o'ziga xos xususiyati shundan iboratki bu ruhiy ta'sirotlar asosan qisqa muddatli va kuchli ta'sir etuvchi omillardir, ya'ni nevrozlar bolalarda ko'proq qo'rquv bilan davom etuvchi shok va subshok

xarakterdagi ruhiy travmalar kamroq holda va asosan o‘smirlarda uzoq davom etuvchi ruhiy travmaga olib keluvchi holatlar hisoblanadi. Substrat omillar zamin omillar: nevropatik va rezidual serebral–organik yetishmovchiliklar bo‘lib ularni kelib chiqish asosida anti- peri- va erta postnatal davrdagi bosh miyaning organik buzilishiga olib keluvchi omillar yotadi.

BOLALARDAGI TIZIMLI NEVROZLARNING KLINIKASI

1. Psixomotor buzilishlar bilan kechuvchi nevrozlar - *nevrotik duduqlanish ya’ni logonevroz*.

2. Qo‘rquv natijasida yuzaga keluvchi ongning affektiv torayishi bilan paydo bo‘ladigan nevrozlar - *nevrotik tiklar, uyquning nevrotik buzilishi*.

3. Vegetativ buzilishlar bilan ifodalanuvchi nevrozlar - *nevrotik anoreksiya, nevrotik emurez, nevrotik enkoprez*.

4. Astenik va nevrastenik buzilishlar bilan kuzatiladigan nevrozlar (ko‘proq o‘smirlarda).

Nevrotik duduqlanish (logonevroz)

Nutq vaqtida ishtirok etuvchi mushaklarni tirishishi bilan kuzatiladigan va nutq ritmi, tempi, to‘kisligi o‘zgarishiga olib keladigan nevrotik buzilish holatidir. Qisqa muddatli duduqlanish 4%, nisbatan turg‘un duduqlanish 1% tashkil etadi. O‘g‘il bolalarda qizlarga qaraganda ko‘proq kuzatiladi. Nisbati 2:1 dan 10:1 gacha bo‘lishi mumkin. Bu holat odatda 2-3 yoshdan boshlab, ya’ni nutq shakllana boshlanishidan kuzatiladi.

Logonevroz o‘tkir va o‘tkir osti ruhiy jarohatlar natijasida kelib chiqadi. Logonevroz rivojlanishi asosida «fastsio-bukko-lingval dispraksiya» yotadi, ya’ni affekt holatida motor avtomatizm kuchli rivojlanib nutq aktida ishtirok etuvchi mushaklar talvasasiga olib keladi. Bunda nozik harakatlar koordinatsiyasi buziladi. Tanlanishi esa tug‘ma yoki orttirilgan moyilligiga bog‘liq bo‘lishi bilan tushuntiriladi.

Klinik ko‘rinishi

Duduqlanish sindromi bilan kechib kasallik boshida nafas olish vokal mushaklarini tonik talvasasi va asta-sekin jarayonga artikulyatsiya mushaklarida tonik-klonik talvasalar paydo bo‘lishi bilan kechadi. Shuningdek nutq buzilishi bilan birga yuz bo‘yin oyoq-qo‘l mushaklarida qo‘shimcha o‘ziga xos harakatlar paydo bo‘lishi mumkin.

Bir necha oy yoki 1-2 yilda bolada nutq defekti yuzaga keladi va logofobiya rivojlanadi. Nevrotik duduqlanishga intensivlik doimiy bo‘lmaslik xos bo‘ladi, ya’ni kuchli duduqlanish hatto gapiraolmaslik holati, bemalol nutq so‘zlash bilan almashib turishi kuzatiladi. Duduqlanish odatda emotsional taranglik holatida kuchayadi. Nevrotik duduqlanish boshqa nevroitik buzilishlar (qo‘rquv, kayfiyat o‘zgaruvchanligi, uyqu buzilishi, tiklar, enurez) bilan birga kechadi. Dinamikasi turlicha bo‘lishi mumkin. Kuchli reaksiyalarda o‘tkir nevroitik reaksiya bilan kechsa uzoq davom etuvchi psixogen omillar ta’sirida prenevroitik, ya’ni vaqti-vaqti bilan kechadigan duduqlanish kuzatilishi mumkin. Kechuvi to‘lqinsimon xarakterda bo‘ladi. Asosan 15-17 yoshlarda duduqlanish kuchayadi, bunga logofobiya sabab bo‘ladi. Hattoki shaxsning nevroitik shakllanishiga sabab bo‘lishi mumkin. Bu holatni nevrozsimon duduqlanishdan farqlash kerak. Bu duduqlanish organik va somatogen buzilishdan kelib chiqib asta-sekin nutq rivojlanishini susayishi holida namoyon bo‘ladi.

Nevrotik tiklar

Bular turli-tuman avtomatizatsiyalashgan odatiy elementar harakatlar (ko‘zni piri-pirashi, peshonani tirishtirish, burun qanotlarini tirishishi, labni yalash, yelka qisish, oyoq-qo‘l va tana bilan har-xil harakatlar qilish) hamda yo‘talib qo‘yaverish, har-xil tovushlar chiqarish bo‘lib, ular biron bir himoya harakati holida yuzaga kelib, keyin fiksatsiyalanib qoladilar. Nevrotik tiklar bolalar orasida keng tarqalgan bo‘lib, asosan 7-12 yoshdagi bolalarda ko‘p

uchraydi. Tiklar asosan pubertat davrida ko'payadi. Kuchli va uzoq davom etuvchi psixotravmatik faktorlar ro'li o'ynaydi. Tiklar asosan himoya refleksi hisobiga yuzaga kelib, nevroitik buzilish asosida saqlanib qoladi.

Klinik ko'rinishi

Odatda yuz, bo'yin, yelka kamaridagi harakatlar kuzatiladi. Tiklar bo'ladi. Kasallik davomida joylashishi ko'p marta o'zgarib boradi. Vaqt o'tib borishi bilan tiklar psixopatologik shilqim holatga o'tishi mumkin. Subyektiv bolalar tiklarni kasallik emas, balki odat deb hisoblaydilar. Tiklar omil ta'sir etgan vaqtda yoki bir muncha keyin paydo bo'lishi mumkin. Ba'zida tiklar 3-4 haftadan so'ng yo'qolib qolishi mumkin. Lekin ko'pincha ular saqlanib qoladilar. Tiklar boshqa nevroitik buzilishlar: kayfiyat o'zgaruvchanligi, yig'loqlilik, qo'zg'aluvchanlik, epizodik qo'rquvlar, astenik simptomlar bilan birga kechadi. Statistika ko'ra tiklar 30%da sog'ayishi, 36%da yaxshilanishi va 34% kasallik tuzalmasligi yoki yomonlashuviga olib kelishi aniqlangan. Nevrotik tiklarni nevrozsimon tiklardan va organik giperkinezlardan farqlash kerak.

Nevrozsimon tiklar stereotipik monoton holda bo'lib, psixorganik sindrom va o'choqli nevrologik belgilar bilan birga kechadi.

Organik giperkinezlarda (xoreya) himoya xarakterga ega bo'lmagan bir guruh mushaklar ishtirokida harakatlar bilan ta'riflanib, ixtiyoriy ravishda bemorga bo'ysunmaydi.

Uyquning nevroitik buzilishi

Bolalar va o'smirlar orasida keng tarqalganiga qaramasdan kam o'rganilgan. Bunga ham psixotravmatik omillar hamda organik-nevropatik buzilishlar sabab bo'ladi. Asosan uyqudan oldin bo'ladigan jarohatlar muhim ahamiyatga ega. Patogenezida paradoks uyqu sikllarining davomiyligini kamayishi yotadi, bola uyg'onishiga yaqin bo'lgan holatda bo'lib, lekin darajasi past bo'ladi.

Klinik ko'rinishi

Bu buzilishlar tez uxlab qolish, kechalari tez uyg'onib ketish, tungi qo'rquvlar, uyqu holatida yurish va gapirish bilan kechadi. Mudroq bosishi 1-2 soat bo'lib uni har-xil qo'rquvlar bilan kechishi patologik odatiy xatti-harakatlar shilqim harakatlar bilan birga kuzatiladi. Yosh bolalar asosan kechalari birdaniga uyg'onib ketishi ko'p uchraydi. Bola bemalol uyg'onib 1-2 soat o'ynab o'tirishi keyin yana uyquga ketishi kuzatiladi. Tungi qo'rquvlar yosh bolalar va maktabgacha bo'lgan bolalar orasida ko'p uchraydi. Shuningdek somnambulizm va uyqusida gapirishi holati kuzatilib mazmunan tushda bo'layotgan voqealarni ifodalaydi. Bu holatlarni epilepsiyada yuz beradigan uyquning paroksizmal buzilishi bilan solishtirish kerak. Bunda jarayon birdan boshlanib birdan to'xtaydi.

Nevrotik anoreksiya

Bolalar orasida keng tarqalgan holat bo'lib bolalarning ovqatga nisbatan bo'lgan buzilish xatti-harakatlari bilan kechadi. Asosan yosh bolalar va maktabgacha bo'lgan o'rtasida uchrab turadi. Uni kelib chiqishida ham psixotravmatik faktorlar sabab bo'ladi hamda vegetativ regulyatsiyaning buzilishi bilan bog'liq bo'lgan nevropatik holatlar sabab bo'ladi. Patogenezida ovqatlanish markazida salbiy omil ta'sirida yuzaga kelgan qo'zg'alish o'chog'i yotadi. Natijada bolada ovqatga nisbatan salbiy munosabat shakllanadi.

Klinik ko'rinishi

Bola ovqatni yegisi kelmaydi, ovqatga nisbatan tanlash kuchayadi, ovqatlanishga xohishsiz o'tiradi. Ko'pincha ovqat yeganda qusish sodir bo'ladi. Injiqlik yig'loqilik bilan birga kuzatiladi. Bu ko'pincha qo'rquv bilan kuzatiluvchi psixotravmatik omillar va ortiqcha erkalatilgan bolalardagi nevropatik holatlarda paydo bo'ladi.

Bu holatni bolalarda har-xil somatik va infeksiyon kasalliklardan so'ng paydo bo'ladigan astenik-somatogen anoreksiyadan farqlash kerak bo'ladi.

Nevrotik enurez

Enurez - bu beixtiyor, asosan tungi vaqtda siydik ajratish holati. 4 yoshdan keyin bu holat kuzatilsa buni patologik enurez deyiladi. Bolalar orasida 10% o'g'il bolalarda 12% qizlarda 7% uchraydi. Maktab yoshdagilarda 4% uchraydi, o'smirlarda juda kam qayd etiladi. Enurezning 2ta etiologik turi farqlanadi:

1. Nevrotik enurez-psixotravma hisobiga yuzaga keladi.
2. Nevrozsimon enurez-bosh miyaning organik buzilishida uchraydi.

Enurez yuzaga kelish vaqtiga qarab ikki xil bo'ladi:

1. Birlamchi enurez - ilk bolalik davrida kuzatilib bunda bola yetarlicha ko'nikmaga ega bo'lmaydi.
2. Ikkilamchi enurez - bola yetarlicha ko'nikmaga ega bo'lgandan so'ng kuzatiladi.

Enurezning kelib chiqishi yana nevropatik holatlarda va irsiy bo'lishi mumkin. Patogenezida: bosh miyaning siydik ajratishni regulyatsiya qiluvchi markazida turg'un qo'zg'alish o'chog'i paydo bo'lib, natijada vistseral analizatorning faoliyati buziladi hamda nevrozsimon enurezda yetarlicha rivojlanmagan siydik ajratishni regulyatsiya qiluvchi markazning shikastlanishi sabab bo'ladi. Shuningdek oxirgi ma'lumotlarga ko'ra enurezga uyqu mexanizmlarini buzilishi ham sabab bo'lishi aniqlangan.

Klinik ko'rinishi

Nevrotik enurezning kechishi asosan bolani atrofidagi emotsional muhitga bog'liq bo'ladi. Psixotravmatik omillar ta'siri oshib borsa enurez ham kuchayadi va aksincha. Xarakterida bezovtalik, qo'rqish, o'ziga ishonmaslik, o'ziga past baho berish kabi xususiyatlar bo'ladi. Enurez boshqa nevrotik buzilishlar: emotsional labillik, qo'zg'aluvchanlik, injiqlik, yig'loqilik, uyqu buzilishi, tiklar, qo'rquvlar bilan birga kechadi.

Enurezning 2ta klinik varianti bor:

1. O'tkir enurez yuzaga kelib monosimptom kechadi, siyib qo'yish 1-2 haftada 1 marta bo'ladi. Ko'pincha 1-3 oydan so'ng sog'ayish bilan tug'aydi. Ba'zilar bu hol davom etib nevrotik reaksiya klinik-psixopatologik holatga o'tadi. Siyib qo'yish kuchayib haftasiga 2-3 marta bo'ladi va boshqa nevrotik buzilishlar qo'shiladi.

2. Surunkali enurez psixotravma natijasida paydo bo'ladi. Turli polimorf nevrotik buzilishlar enurezdan bir necha oy oldin paydo bo'ladi. Boshida siyib qo'yish oyiga 1-2 marta bo'lsa, 4-8 oydan so'ng ko'payib haftasiga 4-6 martagacha kuzatiladi.

Enurez bolaning ruhiy rivojlanishiga salbiy ta'sir etib subdepressiv o'zgarishlarga patoxarakterologik reaksiyalarga, hattoki shaxsning nevrotik shakllanishiga olib keladi.

Differensial tashhis: Nevrozsimon enurez somatik genzli enurez va bolalarda passiv norozilik reaksiyasida yuzaga keluvchi enurezdan farqlash lozim. Bundan tashqari epilepsiya urologik va endokrin kasalliklarda uchraydigan enurezdan farqlash kerak bo'ladi.

Nevrotik enkoprez

Enkoprez - bu to'g'ri ichakda va anal sfinkterida hech qanday anomaliya bo'lmagan holatda beixtiyor axlat ajratib yuborish holatidir. Enurezga qaraganda 10 marta kam uchraydi. Ayniqsa 7-8 yoshda ko'p uchraydi: o'g'il bolalarda qizlarga ko'ra ko'p uchraydi 3:1 yoki 10:1 nisbatda bo'ladi.

Patogenezi o'rganilmagan.

Klinik ko'rinishi

Enkoprez hojat chiqarish ko'nikmalariga ega bo'lgan bolalarda kuzatilsa patologik hisoblanadi. Bunda kunduz kunlari ozgina axlat ajratish ba'zan ko'p bo'lishi kuzatilib bola defekatsiyaga hojat sezmaydi beixtiyor sodir bo'ladi. Enkoprez bolaga salbiy ta'sir qilib kayfiyat pasayishi qo'zg'aluvchanlik

yig'loqlilik bilan birga kuzatilishi mumkin. Bola bu holatda uyalganida qattiq aziyat chekadi.

Differensial tashhis

Aqliy zaiflik, shizofreniya, bosh miyaning organik kasalliklari, to'g'ri ichak anomaliyalari (megakolon) dan farqlash kerak bo'ladi.

Davolash asoslari

Davolash ishlari nevroitik buzilishlarda kompleks olib borilishi lozim.

1. Psixoterapiya - adekvat psixoterapevtik tadbirlarni qo'llash orqali amalga oshirish kerak.

Psixogen faktorlar ta'sirini yo'qotish oilada va oila a'zolari o'rtasida oilaviy psixoterapiya o'tkazish va korreksion-pedagogik ishlarni olib borish kerak. Bemor bolaga unga mos tadbirlarni qo'llash ayniqsa ba'zi holatlarda guruhli psixoterapiya yaxshi samara beradi. Gipnotik ishontirish autotrening o'tkazish kerak.

2. Medikamentoz davolash:

Maxsus rejim o'rnatish va unga qattiq rioya qilishni nazorat qilib borish orqali nevroitik buzilishlarni davolanadi.

Davolashni effektivligida spazmolitiklar, vitaminlar, degidratatsion preparatlar, sedativ moddalar, trankvilizatorlar, desensibilizatorlar qo'llaniladi.

3. Fizioterapevtik muolajalar o'tkazish yaxshi foyda beradi.

4. Dietoterapiya va LFK mashqlarini o'tkazish kerak.

5. Odatda kasallikning vaqtiga bog'liq bo'ladi. Davolash qanchalik erta boshlansa davolash shunchalik effektiv bo'ladi.

10-BOB. Alkogolizm. Alkogol psixozlar.

O'tkir alkogolli intoksikasiya. Alkogol — umumhujayraviy zahar sifatida so'rilib, markaziy nerv tizimiga ta'sir etadi. Shuning natijasida oliy nerv faoliyati ishdan chiqadi. Dastlab to'xtash jarayoni zararlangani uchun qo'zg'alish jarayoni ustivorlik qilsa, bora-bora uning o'zi ham faoliyat ko'rsatmay qo'yadi. Mast odam sergap, xushchaqchaq, tanqidsiz va bo'lar-bo'lmasga ham kuladigan, o'z muvozanatini yo'qotgan holatda bo'ladi. Spirtli ichimlikdan oz miqdorda ichganda, go'yo kuch-quvvati ko'paygandek tuyuladi, lekin ularning ruhi, mehnat qobiliyati tushib ketadi. Birinchi o'rinda kuzatiladigan buzilishlarga motorika — to'g'ri va aniq muvozanatning buzilishlari, jinsiy maylning susayishi, sezgining tez ishdan chiqishi kiradi. Bu holatda ular tez o'zgarib (bir kulsa, bir yig'laydi) turadi. Bu o'zgarishlar: taxikardiya, gipergidroz, vazomotor reaksiyalar (qizarish, oqarish), ba'zan ko'ngil aynishi va qusish kabi qator somatik buzilishlar bilan boradi.

Alkogolizmga ijtimoiy ma'noda— spirtli ichimliklarni ko'p iste'mol qilish hamda buning oqibatida shaxsning yurish-turishi, mehnat faoliyati, turmushi buzilishiga olib keladigan holat deb qarash mumkin. Alkogolizmga tibbiyot nuqtai nazaridan qaraladigan bo'lsa, bu — spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish natijasida alkogolga ruhiy va jismoniy qaramlik holatiga tushish bilan, alkogol ichishga engib bo'lmas darajada istak bo'lishi bilan kechadigan kasallikdir.

Etiopatogenezi. Alkogolizm rivojlanishida ijtimoiy, psixologik va biologik omillar qatnashadi. Shaxs ma'lumoti, oilaviy ahvoli, moddiy ta'minoti, jamiyatdagi o'rni va boshqalar ijtimoiy omillar guruhiga kiritiladi. Psixologik omillarga insonni "hayotdagi qiyinchiliklardan qochish", quvonch kayfiyat kabi intilishlari kiradi. Biologik omillar deganda irsiy moyillik, modda almashinuvining buzilishi va boshqalar tushuniladi.

Alkogolizm rivojlanish va kechish davrida ma'lum dinamikaga ega va 3 bosqichga bo'linadi:

1-bosqich—nevrastenik bosqich.

2-bosqich —narkomanik bosqich.

3-bosqich —ensefalopatik bosqich.

Birinchi (nevrastenik) bosqich. 1-bosqichning asosiy alomati alkogolga tolerantlikning, ya'ni chidamlilikning asta-sekin, uzluksiz oshib borishi hisoblanadi. Alkogolni uzoq vaqt davomida tez-tez ichib turish odamda zaharlanishning belgilarisiz alkogolning kattagina dozalarini ichish qobiliyatini paydo qiladi. Maishiy manfaatparastlikdagi alkogoldan zaharlanishga xos bo'lgan himoya kuchi refleksining yo'qolishi alkogolizmning birinchi bosqichi boshlanganligidan dalolat beradi. Organizmning alkogolga asta-sekin o'rganishi natijasida spirtli ichimlik avvalgi ichganida bemorga keraklicha mastlik holatini, eyforiyani bermaydi, shuning uchun bemor avvaliga qaraganda ko'proq alkogol iste'mol qilishga harakat qiladi. Bundan tashqari, bemorda ichkilik ichish marosimlaridan avval jonlanish, hayajonga tushish, kayfiyatning ko'tarilishi va bu marosimlarga bo'lgan har qanday to'siqlarni olib tashlash kabi xatti-harakatlar kuzatiladi. Oldinda turgan ichkilik ichish haqidagi xayollar bemorni xizmat majburiyatlaridan va kundalik ishlaridan chalg'itadi. Bu alomat alkogol iste'mol qilishdan oldin hosil bo'lgani uchun birlamchi yoki ruhiy qaramlik alomati deb yuritilishi mumkin. Alkogolning boshlang'ich bosqichida bemor asta-sekin ichki sabablar hukmi ostida bo'lib qoladi. Natijada alkogolga intilish miyadan ketmaydigan istak sifatidagi maylga aylanib qoladi. Bu istakni hamisha ham engib bo'lmay qoladi, unda o'z-o'zini idora qilish qobiliyati yo'qoladi. U ichilayotgan alkogolning miqdorini nazorat qila olmay qoladi, buning natijasida juda qattiq mast bo'lib qolgunicha ichaveradi. Ichqilikbozlikning ertasi kuni bemor mastlik holatidagi xatti-harakatlarining ba'zi qismlarini xotirlay olmaydi, ya'ni perforatsion amneziya belgilari yoki alkogol palimpsesti deb yuritiladigan

alamat paydo bo'ladi. Alkogolizmning birinchi bosqichi 1 yildan 4—6 yilgacha davom etadi va har bir alohida holda bemorning yoshiga, shaxs xususiyatlariga, fe'l-atvoriga, maishiy ichkilikbozlik davrining davomiyligiga bog'liq bo'ladi,

Ikkinchi (narkomanik) bosqich. Bu bosqich 50 foizdan ortiq bemorlarda 26—36 yoshlar orasida rivojlanadi. Alkogolizmning ikkinchi bosqichi alkogol abstinent sindromining paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Birinchi bosqich alomatlarini yuqolib ketmaydi, ular kuchayishi yoki ko'rinishi o'zgarishi mumkin. Birinchi bosqichdan ikkinchisiga o'tish asta-sekin bo'ladi. Bu bosqichda alkogolga tolerantlikning yanada oshishi kuzatiladi, u eng baland darajaga etadi. Alkogol iste'mol qilishi butunlay ichki sabablarga bog'liq bo'lib qoladi, bemor ichkilikdan o'zini tiya olmay qoladi. Psixologik engib bo'lmaydigan istak bilan bir qatorda alkogolga jismoniy qaramlik paydo bo'ladi. Alkogol metabolizmning muhim tarkibiy qismi bo'lib qoladi, bu ichkilik ichishni to'xtatib qo'yilganda yuzaga chiqadi. Bunda abstinent sindrom yoki alkogol ochligi sindromi hosil bo'ladi. Bu somatovegetativ, nevrologik va ruhiy alomatlardan tashkil topgan alomatlar majmui deb ham yuritiladi. Bu sindrom quyidagi alomatlar bilan namoyon bo'ladi. Umumiy tremor, til, qovoqlarning titrashi, behollik, terlash, ko'ngil aynishi, ich qotishi, ishtaha yo'qligi, bosh og'rishi, vahimali tushlar ko'rish, uyqusizlik kuzatiladi. Munosabat, vasvasa g'oyalari bo'lishi mumkin. Abstinent sindromining og'ir hollarida bemor kechasi deyarli uxlamaydi, ko'zini yumib yotganda ham shaklsiz mayda narsalarni, ba'zan ko'rqinchli, fantastik mahluqlarni ko'radi. Psixosensor buzilishlar — chuqurlikka tushib ketayotganday bo'lishi mumkin. Ba'zi og'ir hollarda patologik refleklar, gallyutsinozlar va hatto tutqanoqlar kuzatilishi mumkin.

Yaqin odamlarning nasihatlari, ishda intizomiy tanbeh berilishi, vrachlarning ko'rsatmalari o'zoqqa bormaydi. Bemorlar o'zlariga nisbatan tanqidiy fikr yuritmaydilar, ichkilikka berilganliklarini qandaydir tashqi

sabablarga: do'stlar bilan uchrashishga, do'stlarni kuzatishga, havoning sovuqligiga, charchoqlikka, xotin bilan urishishga, ishdagi ko'ngilsizlikka, quvonchli voqealar, ichkilik bilan o'tadigan marosimlar va boshqalarga bog'lab o'zlarini oqlashga o'rinadilar. Harakterida maqtanchoklik, o'rinsiz qo'pol hazil qilish kabi o'zgarishlar paydo bo'ladi. Intellektning pasayishi o'z hulqiga tanqidiy munosabating pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Bu behayolik, beandishalik, o'rinsiz qiliqlar qilish bilan yuzaga chiqadi. Bu alkogol yumori deb ataladi. Xotiraning yaqqol susayganligini kuzatish mumkin. Yuqorida bayon etilgan ruhiy o'zgarishlarni alkogol degradatsiyasi deb ataladi.

Uchinchi (ensefalopatik) bosqich. Alkogolizmning uchinchi bosqichga o'tishi rivojlanib borayotgan toksik entsefalopatiya bilan bog'liq bo'lgan yangi alomatlarining hosil bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bu bosqichning asosiy alomati alkogolga bo'lgan tolerantlikning pasayishidir. Bu alomat narkomanialarda uchramaydi. Alkogolga toqat qila olmaslik (intolerantlik) ayniqsa uzluksiz ichish jarayonida yaqqol bilinadi. Uzluksiz ichishning kundan-kunga osha borishi shunga olib boradiki, 5—7-kuni bemor deyarli butunlay spirtli ichimliklarni ichmay qo'yadi va shu bilan uzluksiz ichish to'xtaydi. Qator hollarda ilgari dozani ko'tara olmaslik uzluksiz ichishning birinchi kunlaridayoq sezilishi mumkin. Uzluksiz ichish davriy tabiat kashf etadi. Uzluksiz ichishning oxirgi kunlarida bemor faqat abstinent sindromini engillashtirishni ko'zda tutadi, lekin intolerantlik sababli, o'zini og'ir narkotik mastlikkacha olib boradi. Davriy yoki uzluksiz ichish bemor jismoniy ahvolining og'irlashishi, yurak urishining susayishi, dispeptik buzilishlar bilan tugaydi. Shaxs darajasining susayishi yanada chuqurlashadi, hatto organik esi pastlikkacha etadi. Somatik buzilishlar juda ham turli-tuman bo'lib, surunkali gastritlar, me'da yarasi kasalliklari, pankreatitlar, jigar tsirrozlari, miokardiodistrofiyalar, nafas yo'llari kasalliklari va boshqalar uchraydi.

Alkohol psixozlar alkoholizmning II va III bosqichlarida rivojlanadi. Etiologiyasi va patogenezini to'liq o'rganilmagan. Alkohol mahsulotlari ta'siridagi zaharlanish ustivor omil hisoblanadi. Natijada miya to'qimalari organik o'zgarishlarga uchraydi. Ayniqsa jigar faoliyatining buzilishi (dezintoksikatsion, oqsil, yog' va pigment almashinuvi) kasallik rivojlanishi uchun asos hisoblanadi. Jigar fermenti alkohol degidroksidaza faolligining susayishi atsetaldegid yig'ilishiga sabab bo'ladi. Bu holat umumiy moddalar almashinuvining buzilishi, to'siq faoliyatining buzilishi, gipo- va avitaminoz vujudga kelishi oqibatida alkohol psixoz rivojlanadi. Bosh miyadagi patomorfologik o'zgarishlar surunkali entsefalit va o'tkir qon tomir o'zgarishlari (qon tomirlar utkazuvchanligining oshishi yoki qon tomir nekrozi) natijasida neyronlarning ikkilamchi distrofiyasiga va nekrotik o'zgarishlarga olib keladi.

Alkohol psixozlari turlari:

1. alkohol deliriy (oq alahlash)
2. alkohol gallyutsinozi
3. vasavasiviy alkohol psixozlari
4. alkohol entsefalopatiyalari

Alkoholli deliriy (oq alahlash)

Oq alahlash kasalligi surunkali alkoholizm oqibatida vujudga keladigan og'ir kasallik bo'lib, klinik ko'rinishi ruhiy, nevrologik va somatik o'zgarishlar bilan kechadi. Oq alahlash bir necha yil davomida rivojlanib dastlabki belgilari alkoholizmning o'rta bosqichida moddalar almashinuvining buzilishi va unga ta'siri natijasida vujudga keladi. Alkohol iste'mol qilishni keskin to'xtatishga sababchi omillar (o'pka yallig'lanishi, yukumli kasalliklar) qo'shilishi oq alahlash kasalligi vujudga kelishida muhim omil hisoblanadi. Organizmda alkohol miqdorining kamayishi abstinent sindromini vujudga keltirib, asta-sekin somatik va nevrologik belgilar qo'shilishi kasallikning dastlabki belgilari

hisoblanadi. Uyqusizlik va asta-sekin ko'ruv va eshituv illyuziyalari (alahlash), sahna gallyutsinatsiyalari qo'shiladi va bemorda qo'rquv kuchayadi. Kasallikning boshlanish chog'ida Lippman alomati muhim ahamiyat kasb etadi. Bemorning yumuq ko'zlariga barmoq bilan sekin bosilganda turli obrazlar paydo bo'ladi, masalan, bemorga tashlanayotgan it obrazi ko'rinsa, bunda qo'rquv, sarosima holati kuzatiladi. Bemorlar toza kog'ozda har xil yozuvlar ko'radilar (Reyxard belgisi), uzib qo'yilgan telefonda gaplashadilar (Ashaffenburg belgisi). Gallyutsinatsiyalar paydo bo'lishi bilan bemorda hissiyot o'zgarishlari kuchli namoyon bo'la boshlaydi. Bemorning yuzida jonlanish paydo bo'lib, bu holat gallyutsinatsiyaga mos holatni namoyon qiladi. Vasvasa g'oyalari vujudga keladi. Ongining buzilishi sababli bemor makon va zamoni to'g'ri idrok qila olmaydi, bemor vokzal yoki ish joyidaman deb o'ylaydi, atrofidagilarni ham kasbdoshi deb hisoblaydi, o'zini o'tgan kun, hafta, oy, yillarda yurganday his qiladi. O'z shaxsi haqidagi tasavvurlari buzilmaydi, lekin o'ziga nisbatan tanqidiy qarashi yo'qoladi. Gallyutsinatsiyalarga mos ravishda turli harakatlar qiladi (qayoqqadir yugurishga, o'zini nimalardandir himoya qilishga intiladi). Bu vaqtda bemor atrofidagilarga xavfli bo'lib, turli jinoyatlar sodir qilishi mumkin. Psixoz holati o'rtacha 3—4 kun davom etadi. Psixopatologik simptomlarning susayishi va bemorning sog'ayishidan darak beruvchi holat uyqu hisoblanadi (tabiiy va preparatlar yordamida). O'zoq vaqt davom etgan uyqudan so'ng bemorda psixoz holati susayadi va o'z shaxsiga nisbatan tanqidiy munosabat paydo bo'la boshlaydi. Alahlashning kuchayishi natijasida bemordagi harakat ko'zg'alishlari to'shakda chegaralanib, taktil gallyutsinatsiyalar paydo bo'ladi. Badanidan turli hasharotlarni olib tashlash, og'zidan soch tolalarini olib tashlash kabi harakatlar paydo bo'ladi. Kasallik davom etishi natijasida asta-sekii sopor va koma holatiga o'tishi kuzatilib, o'lim bilan tugashi mumkip.

Alkohol gallyusinozi

Alkohol psixozining bu turi ham uzoq davom etayotgan surunkali alkogolizmdan kelib chiqadi. Bu oq alahlashga qaraganda kamroq uchraydi. Klinik manzarasida gallyutsinator vasvasaga o'xshash eshituv gallyutsinatsiyasi kuzatiladi. Ongini, muvozanatini yo'qotmagan somatik buzilishlar ham uchraydi. Bemor uni jarimalash uchun rejalashayotgan harakatlarida ayb topayotgan, ustidan kulayotgan juda ko'p «ovozlar»ni eshitadi. Ularning ahvoli oq alahlashga qaraganda ancha engil. Kasallik davomiyligi 1—3 hafta, biroq bir necha yillab eshituv gallyutsinatsiyasi bilan azoblaydigan surunkali shakliga ham o'tishi mumkin. Bunday hollarda bemor «ovozlarga» o'rganib qoladi va shifokorga hazil tariqasida gapirib beradi.

Alkohol vasvasali psixozlari

Alkohol paranoidda bemorda birdaniga jismoniy yo'qotish havfi borligiga iqrorlik paydo bo'ladi. Vasvasa g'oyalari siymoli bo'lib, bezovtalanish, hayajon, keskin qo'rqinch, harakat qo'zg'aluvchanligi va kutilmagan xatti-harakatlar bilan namoyon bo'ladi. Bemorga yaqinidagi har qanday inson ta'qibchi bo'lib tuyulaveradi. Ko'rish va eshitish illyuziyalari paydo bo'ladi. Bemor sarosimada o'ziga jismoniy shikast etkazishlari, transport vositasidan sakrashi mumkin. Kechki paytda delirioz belgilari va eshitish gallyutsinatsiyalari paydo bo'lishi mumkin. Psixoz bir sutkadan bir necha kun yoki haftagacha davom etishi mumkin.

Alkohol rashq vasvasalari – birlamchi rashk vasvasasi bilan ifodalanadi. Asosan erkaklarda uchraydi. Bemor umr yo'ldoshini kuzata boshlaydi va undagi arziyas o'zgarishlarga ham yomon ko'z bilan qaraydi. Aybini bo'yniga qo'yish uchun uradi. Bemorni go'yo xotini zaharlab, boshqa birov bilan qochib ketadigandek tuyulaveradi.

Alkohol ensefalopatiyalari

Gaye-Vernike ensefalopatiyasi. Kasallik alkohol deliriydan keyin uyquchanliq, toliqqanlik, eshitishiing pasayishi kabi belgilar bilan yuzaga

chiqadi. Ruhiy buzilishlar bilan bir qatorda ataksiya, nistagm va ko'rish jarayonlarining buzilishi mumkin. Kasallik ko'pincha o'lim bilan tugaydi.

Korsakov psixoz 1887 yili S.S.Korsakov tomonidan alkogolning polinevritik psixoz sifatida bayon etilgan. Kasallik polinevrit ko'rinishlari bilan boradigan Korsakov amnestik sindromi shaklidagi ruhiy buzilishlar bilan tavsiflanadi. Klinik manzarasida xotiraning buzilishi birinchi o'ringa chiqadi. Eslab qolish va eslash qobiliyati butunlay ishdan chiqadi. Bemor atrofidagi voqealarni tushunib etsa-da, tez unutib qo'yadi. Buning asosiy sababi muvozanatning buzilishidir. Bemor qanday qilib, qachon, qaysi kuni kasalxonaga kelganini, hatto nima eganini ham eslay olmaydi. Korsakov psixoziga yana polinevrit tavsiflidir, lekin ifodalanish darajasi har xil bo'ladi.

Alkogol psevdoparalichi (soxta falajligi). Bu guruh kam uchraydi. Bu xil bemorlarda intellekt pasaygan, xotira buzilishi va vasvasa hamda kayfi-chog'lik bilan psevdoparalich sindromlari yuzaga chiqadi. Ruhiy buzilishlar bilan bir qatorda nutqning va pay reflekslarining buzilishi kuzatiladi.

Davolash. Alkogolizm 3 bosqichda davolanadi. I bosqichda zaharsizlantirish (dezintoksikatsiya), umumiy davolash va chiqintirish usullari qo'llaniladi. Tomir ichiga 40% li 20,0 ml glyukoza bilan 5% li askorbin kislota 15 martagacha yuboriladi. Vitaminlar ko'p miqdorda ishlatish tavsiya etiladi. II bosqichda davolash kasallikka, ichkilikka moyillikni bartaraf etish va ichkiliksiz hayot kechirish usullarini qo'llanishdan iborat. Asosan psixoterapiya usullaridan foydalaniladi. III bosqich - davolash natijalarini barqaror qilish, kasallik qaytalanishining oldini olish usullaridir. Umuman sog'lomlashtiruvchi davo, fizioterapiya, shuningdek igna bilan davolash usullari qo'llaniladi.

11-BOB. GIYOHVANDLIK. TOKSIKOMANIYALAR

Giyohvandlik va toksikomaniya ruhiy faol moddalarni, shu jumladan narkotik moddalarni suiste'mol qilish natijasida yuzaga keladigan surunkali zaharlanishdir. Bemorlar shunday moddalarni iste'mol qilishga huruj qo'yganligi, shu moddalarga ruhiy va jismoniy qaram bo'lib qolganligi, neyrotropik moddalarga tolerantligi kuchayib borishi natijasida ular miqdorini asta-sekin ko'paytirib borishi, shu bilan birga ruhiy kasallanish tufayli shaxsning inqirozga uchrashiga olib boruvchi hususiyatlari bilan tavsiflanadi. Giyohvandlik va toksikomaniya asosida ruhiy faol moddalarning neyrokimyoviy jarayoniga ta'sir qilishi natijasida ruhiy va jismoniy qaramlikni yuzaga keltiradigan patogenetik mexanizm yotadi. Shu bilan birga bu kasalliklar orasida klinik va yuridik-huquqiy nuqtai nazardan ma'lum tafovutlar bor.

Giyohvandlikka narkotik moddalar jumlasiga kiruvchi dorilar yoki boshqa moddalarni suiste'mol qilish natijasida yuzaga keladigan kasalliklar kiradi. Toksikomaniya — narkotik moddalar ro'yxatiga kirmaydigan dorivor moddalarni suiste'mol qilishdan yuzaga keladigan kasallikdir. Lekin shunday moddalarni haddan tashqari ko'p iste'mol qilinsa, unda bu moddalar ham narkotik dorilar va kasalliklar ro'yhatiga kiritiladi, ularni suiste'mol qilinsa, giyohvandlik deb ataladi.

Giyohvandlikning klinik ko'rinishlari. Giyohvand moddalarni iste'mol qilish ko'p yillardan ma'lum. Opiy Xindistondan Sharqiy Janubiy Osiyoga kirib keldi. Evropa davlatlarida ham asta sekin opiy paydo bo'la boshladi. Narkotik modda sifatida opiy Iroq, Pokiston, Xindiston, Misr va Osiyo mamlakatlarida ayniqsa keng tarqaldi. Oldiniga opiy va uning preparatlari tinchlantiruvchi ta'siri borligidan juda kam miqdorda faqat tibbiyotda ishlatilib kelindi. So'ngra uni suiste'mol qilish natijasida asta-sekin giyohvandlik paydo bo'la boshladi. Giyohvandlik epidemiyasi Evropa mamlakatlarida 50 yillarning oxiri 60

yillarning boshlarida, Osiyo mamlakatlaridan ancha yillar oldin boshlangan. 80 yillarga kelib zaharli toksik moddalarni suiste'mol qilish keng tarqalgan. Xar bir Mintaqaga xos giyohvand modda iste'mol qilingan.

O'rta Osiyoda, Qozog'istonda, Kavkazda, Janubiy Ukrainada, uzoq Sharqda-yovvoyi ko'knor va kanop o'simliklari ko'p o'sgan. Shu sababli bu joylarda gashish va sun'iy opiy (geroin) preparatlarini iste'mol qilish rivojlangan. Ayrim mamlakatlar aholisi xar kungi iste'moli kofe, kokain bo'lganligi uchun bu mintaqa aholisi yoshlari kofein, kokain suiste'mol qilgan. Oxirgi yillardan boshlab Markaziy Osiyo mamlakatlarida giyohvand moddalardan asosan geroin tarqalishi ko'payib bordi. Buning oqibatida giyohvand moddalarni in'eksiya yo'li bilan qabul qilish ko'paydi.

Bu havfli kasallik OITS(OIV) infeksiyasini tarqalishiga sabab bo'ldi. Giyohvandlik va toksikomaniyani tarqalganligi uncha aniq bo'lmasa ham dunyoda narkotik moddalarni qabul qiluvchilarning soni oshib borayapti. Rossiyada narkomanlarning soni 269 mingdan ortiq bo'lsa O'zbekiston Respublikasida 20 mingdan ko'p shaxslar narkotik moddalar qabul qiladilar. (Darakchi 14.03.2002y).

Giyohvandlik, ya'ni narkomaniya deyilganda narkotik moddalarni surunkasiga iste'mol qilish, unga moyil bo'lib qolish, narkotik modda bo'lmaganda esa og'ir ruhiy, jismoniy, ma'naviy o'zgarishlar, ijtimoiy tushkunlik bilan kuzatiladigan kasallik. Giyohvandlik va toksikomaniyaning kelib chiqishida ijtimoiy (noto'g'ri tarbiya, tevarak-atrofning ta'siri, oiladagi salbiy kelishmovchiliklar), shaxsning konstitutsional omillari, psixologik holatlar (qiziquvchanlik, kayf-safoga intilish, qiyinchilikdan qochish), narkotik talab qiluvchi somatik kasalliklar, muhim ahamiyat kasb etadi.

Hozirgi tekshiruvchilar shuni tasdiqlaydiki, organizmda birorta hujayra to'qimasi yo'qki giyohvand modda unga toksik ta'sir ko'rsatmasa. U oqsil, uglevod, yog' sinteziga qatnashadi, ferment metabolizmini buzadi, to'qima

yadrosining mitoxondriyasiga ta'sir qiladi, membranalar o'tkazuvchanligini buzadi, nerv impulslarini o'tkazuvchanligini o'zgartiradi va buzadi. Giyohvandlikning ayrim turlarining klinik ko'rinishlari, ularning rivojlanishi avvalo shu moddalar va ularni suiiste'mol qilishdan kelib chiqadigan kasalliklar bilan bog'liq. Ammo ularning umumiy alomatlari borki, giyohvandlikning barcha turlari ana shu asosda birlashadi.

Narkotiklarni iste'mol qilgandan so'ng, qoidaga ko'ra, giyohvandlikning barcha turlarida kuzatiladigan umumiy alomatlar bilan tavsiflanadigan narkotik sarxushlik holati yuzaga keladi. Narkotik sarxushlikning klinik ko'rinishi yuqori kayfiyat (ba'zida beg'amlik, hayolparastlik), ko'p kulish, telbalik, diqqat chalg'ishi, fikrlash qobiliyatining tezlashuvi, harakatning tezlashuvi yoki unga qarama-qarshi lanjlik, harakat muvofiqligining bo'zilishi, qadam tashlashning o'zgaruvchanligi bilan namoyon bo'ladi. Ba'zida badjahillik, jizzakilik tajovuzkorlik kuzatiladi. Teri qoplaminig qizarishi yoki rangparligi, ko'zning xiralashuvi va ularning kengayishi kuzatilishi mumkin. Giyohvandlik va toksikomaniyaga xos tana reaktivligining o'zgarishidan yuzaga keladigan, dorivor va boshqa moddalarga bo'lgan ruhiy va jismoniy qaramlik, tolerantlikning o'zgarishi umumiy alomatlar asosida yotadi.

Ruhiy qaramlik narkotik ta'sir yoki ruhiy kelishmovchilik holatini yo'qotish maqsadida moddalarni iste'mol qilishga intilishdir. Giyohvandlik moddalarini iste'mol qilishga intilishning rivojlanish tezligiga ko'p omillar sabab bo'ladi. Bu omillarning asosiysi moddalarning narkogenlik hossasi hisoblanadi. Eng kuchli narkotik xususiyatga kokain, undan kamroq nasha va markaziy asab tizimi (MAT) ishini kuchaytiruvchi moddalar ega bo'ladi. Jismoniy qaramlik jismoniy va ruhiy o'zgarishlar ko'rinishida yuzaga keladigan narkotik moddalarni surunkali iste'mol qilish natijasidagi dardchil holatdir. Bu holat moddalarni iste'mol qilmagandan yoki ularni antagonistlarini iste'mol qilishdan yuzaga keladi. Bu holat narkotik moddalarning navbatdagi miqdorini

berish bilan bartaraf etiladi. Tolerantlikning o'zgarishi oldingi psixofarmakologik ta'sirni yuzaga keltirish uchun narkotik moddalarni yanada qo'proq miqdori talab qilinishi natijasida narkotik moddalarga ko'nikishdir. Giyohvandlar tibbiyot sohasida qo'llaniladigan narkotik moddalar miqdoridan 5—10 marta ortiq miqdorda iste'mol qiladilar.

I bosqich - narkotik moddaga ruhiy moyillik (obsessiya) paydo bo'lishi himoya jarayonlarining yo'qolishi, narkotik moddalarga chidamlilikning oshishi, ularning fiziologik ta'siri saqlangan holda muntazam qabul qilinishi bilan ifodalanadi. (I boshlang'ich bosqich, adaptatsiya bosqichi ham deyish mumkin).

II bosqich - bu bosqich abstinentsiya (humor sindromi), narkotik moddaga engib bo'lmas darajadagi xirs qo'yish, unga bo'lgan chidamlilikning yuqori darajaga etishi, narkotik moddalar ta'sirining o'zgarishi (ko'pincha qo'zg'aluvchanlikka olib keluvchi ta'siri), shaxs o'zgarishlarining paydo bo'lishi bilan kuzatiladi. (II bosqich surunkali bosqich, jismoniy qaramlik yuzaga kelishini tugallanishi ham deyiladi).

III bosqich - bunga narkotik moddalarga chidamlilik pasayadi, ularning ta'siri faqat «tetiklashtirish» darajasiga etishi, shuning uchun bemorlarda narkotik moddalarsiz «yashay olmaslik», hususiyatlarining paydo bo'lishi kuzatiladi. Bundan tashqari xumor sindromi og'irlashib, cho'zilib borishi, ruhiy, somatik, og'ir ijtimoiy oqibatlar kelib chiqishi bilan ifodalanadi. (III bosqich oxirgi bosqich ham deyiladi).

Giyohvandlikdagi abstinentsiyaning xar bir turida o'ziga xos xususiyatlariga ega bo'ladi. Bu xususiyatlar asosida ular differentsial tashxis qilinadi. Odatda bu juda og'ir azob beruvchi ruhiy va jismoniy o'zgarishlardir. Giyohvandlikning boshlang'ich bosqichlarida shaxsning o'zgarishlari kuzatiladi.

Giyohvandlik va toksikomaniyani quyidagi turlari ma'lum:

- **Nasha giyohvandligi**

- Opiy giyoxvandligi (ko'knor, morfinizm, heroinizm): opiy, promedol, kodein.
- Kokain giyoxvandligi
- Barbituromaniya (fenobarbital (amital), nembotal, xloralgidrat, barbital natriy).
- Amfetamin iste'mol qiluvchi giyohvandligi: fenamin, fenatin, efedrin.
- Gallyusinogenlar giyohvandligi: LSD
- Efedrin giyohvandligi.
- Polinarkomaniya.
- Psixofarmakologik moddalarni iste'mol etish bilan o'tadigan toksikomaniya (trankvilizatorlar, antidepressantlar, neyroleptiklar)
- Psixostimulyatorlar toksikomaniyasi (tsentidrin, kofein).
- Siklodol toksikomaniyasi (parkopan, artan, romparkin).
- Uchuvchan organik moddalar toksikomaniyasi (benzin, bo'yoq va lak erituvchilari).
- Nikotinomaniya (tamaki, nos)

Opiy (afyun) giyohvandligi. Afyunmandlik-afyun va uning birikmalari (morfin, promedol, heroin, opiy, kodein, kodterpin va boshqalar) teri ostiga, tomirga, ichish yoki chekish paytida xavo orkali organizmga yuboriladi. Afyunni bir marta qabul qilgan kishida ko'tarinki kayfiyat, rohatbaxsh «tinchlik» sezgisi, ijobiy mazmunga ega bo'lgan o'zgaruvchan tasavvur va tushimon xayollarning paydo bo'lishi kuzatiladi. Fikrlash, so'zlash va ba'zida harakatlar tezlashadi. Tashqi ta'sirotning kuchi susayadi yoki yo'qoladi. Narkotik moddalarning doimiy qabul qilish, yuqorida ko'rsatilgan ko'tarinki kayfiyat holati afyunga xirs qo'yishga, tez orada ruhiy va jismoniy qaramlikka olib keladi. Opiyning kimyoviy xosilasi - heroin bo'lib, heroinli giyoxvandlikka kishilar 1-2 marotaba in'eksiya qilganlaridayok o'rganib, unga tobe bo'lib qoladilar. In'ektsiyadan so'ng tanaga yuqimli issiqlik yuguradi, qo'l va oyoqlar

og'irlashadi, bo'shshish paydo bo'lib 2-3 daqiqalik tinchlik paydo bo'ladi. Kayfiyat ko'tarilib, juda yoqimli uyquga sabab bo'ladi. Bu holat 8 soat davom etadi. Giyoxvand geroinni tez-tez qabul qila boshlaydi. Organizmni surunkali zaharlay boshlaydi. Giyoxvand terisining rangi qoramtir ersimon bo'ladi. 1-oy davomida ruhiy qaramlik shakllanadi. Eyforiya holati 4 soatga qisqaradi, tolerantlik ortib boradi va 1,5-2 oy mobaynida jismoniy qaramlik rivojlanadi. Af'yunmandlik kasalligining kechishida af'yunga chidamlilikning oshishi, uni iste'mol qilishni birdaniga to'xtatib qo'yishganda xumorning paydo bo'lishi asosiy o'rinni egallaydi. Xumor holati 15-20 soatdan so'ng bemorning tez-tez esnashi, yo'tal paydo bo'lishi, ko'zi yoshlanishi, yurak urishi va nafas olishning tezlashib ketishi, titroqning paydo, badan uvishishi, ko'z qorachig'ini kengayib ketishi, oyoq-qo'l mushaklarining tortishishi, ich surishi bilan tavsiflanadi. Bemor xumor tutgan paytda juda tajang, qo'zg'aluvchan, jaxldor bo'lib af'yunga cheksiz moyillik sezadi va bu borada konun buzarlikka ham kul urishi mumkin. Kasallik okibatida 2-4 kundan keyin bemorlarning axvoli asta-sekin og'irlashadi, uning umumiy qo'pollashuvi, dunyoqarashining torayishi kuzatiladi. Bundan tashqari, bemor ichki a'zolarining faoliyati ham bo'ziladi. Af'yunmand kishining tashqi ko'rinishi ham o'ziga xos bo'lib teri qavatining nihoyatda qurib ketishi va qorayib, ersimon rangga kirishi. Yuzlarida paydo bo'lishi. Badan terisining korayib ketishi, kuz qorachig'ining torayib ketishi, vegetativ buzilishlarning mavjudligi bilan tavsiflanadi. Opiyning hosilasi morfin hisoblanib, u og'riqsizlantirishda ishlatiladi. Morfin, promedol yoki geroin teri ostiga va tomirga yuboriladi, opiy ichiladi va tomirga yuboriladi yoki chekish paytida havo orqali kiradi. Bemorlarda fikrlash, so'zlash tezlashadi. Xayol surish, rohatlanish, vaqtixushlik ko'rinishidagi kayfiyatning ko'tarilishi yuz beradi. Ba'zida harakatlari tezlashuvi mumkin. Lekin bu holatning ma'lum maqsadi bo'lmaydi. Narkotik moddalarning kerakli miqdorini olish uchun qilingan yo'nalish bundan istisno. Moddalarni doimiy iste'mol qilish tez orada

ruhiy va jismoniy qaramlikka olib keladi. Narkotik iste'mol qilish barcha istaklardan ustun turadi. Morfinga bo'lgan tolerantlik juda tez hosil bo'ladi, bir necha haftadayoq birinchi miqdordan ancha ko'proq modda iste'mol qilishga o'rganib qolinadi. Bemorlarda morfin kabi opiy xosilalarini surunkali iste'mol qilish natijasida o'z ishiga, atrofdagilarga qiziqish yo'qoladi, qiziqish doirasi keskin torayadi. Bemorlar qo'pol, hudbin bo'lib qoladilar. Ularning hulqi asotsial bo'lib qoladi. Bemorlar barcha ishga qodir bo'lib qoladilar, hatto narkotik moddalar topish harakatida xech narsadan qaytmaydilar. Abstinent sindrom — avvaliga kuchsizlanish, ko'z yoshlanishi, qorachiqning torayishi va titrash bilan tavsiflanadi. Ma'lum vaqtdan so'ng(15—20 soat) titrash, qorachiqning kengayishi kuzatiladi. Bemorda tumov, aksirish, yo'talish, ko'z yoshlanishi va terlash kuzatiladi. Ichak harakati tezlashadi. Opiy giyoxvandligidagi abstinentsiyaning ruhiy qo'rinishi bezovtalanish, kuchli tarqoq og'riq, yurak urishi va nafas olish tezlashuvi, arterial bosim ko'tarilishi bilan tavsiflanadi. Keyinroq (2—3 kundan keyin) ko'rsatilgan alomatlar kuchayib, ularga mushak og'riqlari, kuchli uyqusizlik qo'shiladi. Bemor tanasida, asosan bo'g'imlarida, belda, qorinning pastki qismida kuchli og'rik sezadi. Bu simptomlar 3-4 kundan so'ng juda kuchayadi. Bemorning ahvoli og'irlashadi, ishtahasi yo'qoladi, qayt qilishi, ich ketishi kuzatiladi. 4-5 kunlardan so'ng bu alomatlar yo'qoladi. Lekin 1-2 oy ichida ba'zi-ba'zida bo'g'imlardagi og'riklar, uyqusizlik bezovta qilib turadi.

Nasha moddalar giyohvandligi. Narkotik moddalarning ushbu guruxiga nashaning turli navlaridan olinadigan sakichsimon moddalar- marixuana, anasha, bang, xusus, xaras kiritiladi. Nasha tarkibidagi aromatik aldegid kannabinol boshlang'ich ta'sir kuchiga egadir. Nasha chaynab, chekib, ichimlik shaklida qabul qilinadi. Nasha chekilganda eyforiya, borliqni rangbarang qabul qilish, fikrlashning tezlashishi, xirsiy xususiyatlarning kuchayishi paydo bo'ladi. Bundan tashqari, psixosensor o'zgarishlar, illyuziyalar (kichik ariq xuddi katta

daryoga o'xshab, sekin ovozlari gumbirlashdek, shovqindek tuyulishi), depersonalizatsiyalar (o'z tana a'zolari inkor etish) uchraydi. Mastlikning kechki davrlarida fikrlashning bog'lanmaganligi, bachkanalik, kulgili holatlar, tashnalik, loqaydlik bilan tugaydi. Nashaga o'rganib qolish sekin rivojlanadi. Xumorlik holati yumshoqroq bo'lib, somatovegetativ o'zgarishlar va bexollik, depressiya, disforiya, isteriya holatlari bilan namoyon bo'ladi. Nasha xaddan tashqari ko'p qabul qilinganda psixozlar (hushning namoshshomsimon, delirioz buzilishi, epilepsiyaga o'xshagan tutqanoqlar, bexushlik) paydo bo'ladi. Bemorlarda o'tkir psixozlar - deliriy, namoshshomsimon ong buzilishi, qo'rqinch, bezovtalik bilan kechadigan va cho'zilgan endoform psixozlar uchraydi. Nasha giyohvandligidagi shaxs o'zgarishi psixopatsimon holatlar, maishiy buziklik va aql idrokning kamayishi shaklida kuzatiladi. Nasha kanopning turli navlaridan olingan modda. Uni chekish yoki ichish yo'qi bilan iste'mol qilinadi. Kanopning ruhiy faol xossaga ega bo'lishi undagi kannabinoidlarga bog'liq Nasha bilan o'tkir zaharlanishning klinik ko'rinishi hushdan ketish ko'rinishidagi ongning o'zgarishi, telbanoma hulqli, besabab kuluvchi, assotsiatsiyaning tezlashuvi va shu kabi belgilardir. Kanop moddalarini doimiy iste'mol qilishdan kamgaplik kamkuvvatlik va shaxsning inqirozga uchrashi kuchayadi, shaxs o'z xususiyatlarini yo'qotadi. Bemor terisining qizarishi yoki rangparlik, shox pardaning qonga to'lishi, terlash, so'lak oqish kuzatiladi. Nasha bilan surunkali zaharlanishning sunggi boskichi ko'rinishi shizofreniyaga o'xshash bo'ladi.

Kokain giyohvandligi. Kokain-Janubiy Amerikada o'sadigan koka nomli o'simlik bargidan tayyorlanib, alkaloidlar turkumidagi modda xisoblanadi. Bangilar kokainni iste'mol qilganlarida, ularda fikrlash qobiliyatining kuchayishi, sergaplik, harakatchanlik bilan o'tadigan eyforiya holati kuzatiladi. Oqibat natijada ularda darmonsizlik, jaxldorlik, mushaklar bo'shashuvi va titroq holatlari aniqlanadi. Kasallikning birinchi yillaridayok bemorlarda qo'rslik,

o'zbiarmonlik, maydagaplik, jaxldorlik, o'ziga qaramaslik holatlari bilan kechadigan chuqur shaxs o'zgarishlari rivojlanadi. Agar kokain surunkasiga iste'mol qilinsa psixozlar kelib chiqadi.

Barbituromaniya. Barbituromaniya (uxlatadigan moddalar iste'moli giyohvandligi). Ko'pincha alkogolizm, af'yun giyohvandligida uchragan bemorlarda yoki ko'p vaqt uyqusizlikdan qiynalayotgan kishilarda uchraydi. Oxirgi ko'rsatilgan holatdagi shaxslarda barbituratlarning uyqu keltiruvchi miqdori ko'payib boradi, bu esa eyforiya holatiga olib keladi. Ana shu eyforiya holati bemorlarni barbituratlarga o'rgatib qo'yadi. Kasallikning rivojlanishi boshqa narkomaniyalardagi kabi, xumor holatlari og'ir kechib, kuchli asteniya, uyqusizlik, xavotirlanish mushaklar uchishi, ich ketish holatlari bilan ifodalanadi. Xumorning 4-5 kunlarida bemorlarda tutqanoqlar, psixozlar (deliriy, gallyutsinoz) kuzatilishi mumkin. Kasallikning rivojlanishi boshqa narkomaniyalardagi kabi barbituratlar uzoq vaqt iste'mol etilganda bemorlarda surunkali eyforiya, jaxldorlik, disforiya, parishonxotirlik, 4-5 yildan so'ng organik dementsiya, xotira va aql-idrokning susayishi bilan nevrologik o'zgarishlar (talaffuz buzilishi, titroq, muvozanat yo'qolishi) kuzatiladi.

Psixostimulyatorlar giyohvandligi (amfetaminlar - fenamin, fenatin, efedrin). Bu moddalar qabul qilganda kuchga to'lish, jo'shqinlanish, harakatlar kuchayishi bilan o'tadigan eyforiya paydo bo'ladi. Xumor uzoq uyqusizlik, o'z-o'zini ayblash bilan o'tadigan depressiya holati, suikasd qilish kabi o'zgarishlar bilan ifodalanadi. Ko'pincha hushning buzilishi, qo'zg'aluvchanlik bilan o'tadigan psixozlar, ba'zan esa ta'qib va munosabat vasvasalari, eshitish, ko'rish va sezish gallyutsinatsiyalari kabi o'zgarishlar kuzatiladi.

Gallyusinogenlar giyohvandligi (LSD va boshqalar). Bu moddalarga tez o'rganib qoladi. Bemorlarda depressiya yoki maniakal holat, deliriy, gallyutsinator-vasvasali va depersonalizatsiya holatlari kuzatiladi.

Toksikomaniyalarning klinik ko'rinishi. Toksikomaniya-narkotik moddalar ro'yxatiga kirmagan tabiiy va sun'iy zaharlovchi moddalarni iste'mol qilish natijasida yuz beradigan vaqtinchalik yoki surunkali zaharlanish holati. Toksikomaniyani keltirib chiqaruvchi moddalarning asosiysi psixotrop moddalardir. Trankvilizatorlar, parkinsonizmda qo'llaniladigan moddalar, antidepressantlar, ruxiy holatni tetiklashtiruvchi dorilar (tsentedrin, kofein), korxonalarda va sanoatda ishlatiladigan kimeviy moddalarni xidlash natijasida toksikomaniyaning o'tkir va surunkali zaharlanish belgilari namoyon bo'ladi. Toksikomaniyaning o'tkir zaharlanishda 4 ta bosqich farqlanadi: eyforiya, ongning uzgarishi, gallyutsinatsiyalar, holatdan chiqish bosqichlari. Surunkali zaharlanishda psixorganik sindrom belgilari namoyon bo'ladi. Toksikomaniyalarda ham xuddi narkomaniyalardagi singari shu moddalarga moyillik va chidamlilikning oshishi, xumor holatining paydo bo'lishi kuzatiladi.

Psixofarmakologik moddalarni iste'mol etish bilan o'tadigan toksikomaniyalar. Bemorlar o'z holatlarini yaxshilovchi har qanday psixofarmakologik moddalarga o'rganib qolishlari mumkin. Bu holat ko'pincha psixotrop (trankvilizatorlar, antidepressantlar) moddalar bilan uzoq davolashda yoki psixopatik shaxslarda, nevrozlarda, ipoxondrik holatdagi bemorlarda kuzatiladi. Hozirgi vaqtgacha psixofarmakologik moddalarga moyillik belgilari haqida umumiy fikrlar yo'q. Lekin ko'pgina tajribalar shuni ko'rsatadiki, neyroleptiklarga jismoniy moyillik rivojlanganda bosh og'rish, bexushlik holatlari, yurak urishi tezlashishi, titroq bosishi, tutqanoqlar, psixoz holatlari kuzatiladi. Ko'pincha benzodiazepam turkumidagi psixotrop moddalarga (xlordiazepoksid, diazepam, nozepam, nitrozepam, lorazepam, tazepam) ham moyillik bo'lishi mumkin. Shu moddalar uzoq vaqt iste'mol etilganda ularga chidamlilik oshadi, xumor (qo'rquv, uyqusizlik, bezovtalik, ko'p terlash, titroq) holatlari paydo bo'ladi, bu esa jismoniy moyillik, vegetativ o'zgarishlar paydo bo'lishiga olib keladi. Psixofarmakologik moddalarni surunkali iste'mol etishda

toksikomaniyalarga xos shaxs o'zgarishlari asta-sekin rivojlanib boradi. Bu shaxs o'zgarishlari befarqlik, mujmallik, o'zini tuta bilmaslik, jahldorlik, kayfiyatning o'zgaruvchanligi, qiziqishlari faqat davolashga qaratilganligi bilan kuzatiladi.

Psixostimulyatorlar toksikomaniyalari. Bu toksikomaniyalar narkotik moddalar ro'yxatiga kiritilmagan miya faoliyatini tetiklashtiruvchi moddalar (sentidrin, kofein, atsifin, sidnokarb, sidnofen va boshqalar) suiste'mol qilganda vujudga keladi. Bu moddalar qabul qilganda tetiklashish, kuchga to'lish, yengillanish kabi holatlar paydo bo'ladi. Bu holat oz vaqtdan so'ng bo'shshishlik, tushkunlik, bosh og'rig'i, badan qaqshashi bilan tugallanadi. Bemorlar ana shu moddalarni takror qabul qilishga majbur bo'ladilar, bu esa toksikomaniyaga olib keladi. Tetiklashtiruvchi moddalarga o'rganib qolish, ko'pincha psixopatik (o'z-o'ziga ishonmagan, ikkilanuvchi, ko'pincha uyquchanlikka, tez charchashga berilgan) shaxslarda uchraydi. Bemorlar bu moddalarni iste'mol qilishni birdan to'xtatganda ong buzilishi (deliriy) va qo'zg'alish holatlari paydo bo'lishi, bundan tashqari, vasvasaviy, gallyusinator-vasvasaviy psixozlar, ko'rish, eshitish, sezish gallyusinatsiyalar bo'lib, gipomaniya, ekstaz holatlari kuzatilishi mumkin.

Siklodol toksikomaniyasi. Parkinsonizmga qarshi ishlatiladigan dori-darmonlar (siklodol, artan, romparkin, parkopan) oz-ozdan emas, 2-4 marta ko'prok dozada qabul kilinganda eyforiya mastlik yoki gallyutsinatsiyalarga sabab bo'lishi kabi holatlar yuzaga keladi. Bu moddalar iste'moli miqdori oshib ketganda qo'rqinchli aniq ko'rish gallyutsinatsiyalari (o'rgimchaklar, mayda xayvonlar, qo'ng'izlar) bilan kechadigan deliriy yoki ovoz eshitish gallyusinatsiyalari kuzatiladi. Bundan tashqari, o'tkir sezish, ta'qib, munosabat, ta'sir etish vasvasalari qo'zg'aluvchanlik bilan o'tadigan psixozlar kelib chiqishi mumkin. Oradan 1-1,5 yil o'tgach kasallikning surunkali davri boshlanadi. Chidamlilik 30-40 tabletkaga etadi. Xumor holati qo'l va tana titrashi,

mushaklarda og'riq, tortishish, bo'g'implarda va umurtqa pog'onasida og'riq paydo bo'lishi, yurak urishining buzilishi, havfsirash, qo'rqish kuzatiladi. Kasallikning kechki davrida ruhiy va jismoniy moyillik og'irlashib, organik turdagi aql pasayishi kuzatiladi.

Uchuvchan organik moddalar toksikomaniyasi. Bu turkumdagi moddalar benzin, bo'yoq va lak erituvchilari, dog' ketkizuvchi moddalar, kimyoviy elimlar hisoblanadi. Ular asosan og'iz, burun orqali hidlash yo'li bilan nafasga olinadi. O'tkir zaharlanishda (mastlikda) eyforiya holati paydo bo'lib, u rang barang, sahnasimon, fantastik mazmunli gallyutsinatsiyalar bilan ifodalanadi. Bemorlarda shaxs xususiyatlarining o'zgarishi, noto'g'ri xatti-harakatlar paydo bo'la boshlaydi. Ular bu moddalarni 2-3 kun iste'mol etmasalar, yurak urishi, qon bosimi buziladi, qo'l titrashi, tana shishi paydo bo'ladi, bezovtalik, tashvishlanish, 5-7 kunga borib depressiya, apatiya, bo'shshish, asteniya uchraydi. Kasallik rivojlanganda bemorlarda shaxs o'zgarishlari ko'rina boshlaydi. Ular affektiv o'zgaruvchanlik, disforiyalar, g'azablanish, bag'ritoshlik, xujumkorlik, aql-idrokning chuqur o'zgarishlari kuzatiladi. Bemorlar tez orada ishga yaroqsiz bo'lib qoladilar, qonunbuzarliklar qiladilar.

Giyohvandlikning diagnostikasi. Giyohvandlikning diagnostikasi bir oz kiyin bo'lib bunga bemorlarning giyoxvand moddalarni qabul qilishini yashirishi sabab bo'ladi. Giyohvandlik diagnostikasida quyidagi aniq mezonlarga alohida e'tibor berish zarur: qarindoshlarning ma'lumotlari, ya'ni bemorning u yoki bu turdagi giyoxvand moddasini iste'mol qilayotganini ulardan aniqlab olish, bemor tanasida in'ektsiyadan keyingi dog'lar, chandiklar yoki abtesslar borligi, bemorni giyoxvand modda qabul qilishga imkoniyat bo'lmaganda xumorlik sindromining paydo bo'lishi, giyoxvand moddalarni surunkasiga iste'mol qilish natijasida ichki a'zoldagi va asab tizimidagi o'zgarishlar. So'lak, qon va siydikda giyoxvand moddalar va ularning

metabolitlarining topilishi. Opiyli giyoxvandlikda qondagi ALT va lipidlar miqdori oshadi, fosfolipidlar miqdori kamayadi. Barbituromaniyada GGT (glutamiltransferaza), ALT miqdori oshadi. Uchuvchan organik moddalar toksikomaniyasida qonda kreatinfosfokinaza paydo bo'ladi. Giyoxvand moddalar qabulini aniqlashning ekspress-test usuli ham bo'lib, uni uy sharoitida ham giyoxvand deb gumonsirayotgan odamda qo'llab aniqlasa bo'ladi. Bunga asosan maxsus tayyorlangan qog'ozni giyoxvand siydigiga 5 soniya tushiramiz. So'ng qog'ozga e'tibor qaratamiz, agar 2-ta qizil-ko'ngir chiziq paydo bo'lsa giyoxvand modda yo'q, agar 1-ta chizik paydo bo'lsa siydikda giyoxvand modda bor. Qog'ozda chiziq paydo bo'lmasa test noto'g'ri o'tqazilgan bo'ladi. Giyohvandlik diagnostikasida bemordagi ba'zi belgilar, holatlar va hattiharakatlar ham katta ahamiyat kasb etadi. Bularga quyidagilar kiradi: xavo issishiga qaramay uzun engli kiyim kiyish, qo'l panjasining shishi, tishlarining qorayishi va sarg'ayishi, sinishi, so'zlashuvining g'alatiligi, alkohol xidi kelmay turib sarxushlik holati bo'lishi, xarakat sekinlashuvi, ta'sirchanlik, tajanglik, uydan narsalar va pullarning yo'qolishi.

Giyohvandlikning asoratlari. 1. Giyohvandlik iqtisodiy asoratlar: katta pul sarflanishi, barcha daromadlarning yo'qolishi, uydagi buyumlarni sotib yo'qotishi, ishdan haydalishi, odamlardan qarz olishi, oilasidan ajralishi. 2. Ijtimoiy-siyosiy asoratlar: davlatga qarshi oqimlarga, diniy ekstremizmga, terroristik oqimlarga qo'shilib ketishi. 3. Yuridik asoratlari: jinoiy ishlar sodir qiladi, o'g'rilik, bosqinchilik, odam o'ldirish, terrorchilik va boshqa jinoyatlar. 4. Tibbiy asoratlar: giyohvand moddalar butun organizmga va markaziy nerv sistemasiga, ruhiyatga ta'sir ko'rsatib, chuqur darajadagi shaxs o'zgarishlariga olib keladi. Giyohvand moddalarni in'ektsiya yo'li va boshqa yo'llar bilan qabul kilinishi giyoxvandlarda jinsiy maylning buzilishiga sabab bo'ladi, OITS bilan kasallanish darajasi ortadi. Ma'lumotlarga ko'ra OITS kasalligiga

chalinganlarning 80 % dan ko'pini giyoxvandlar tashkil qiladi. Shu sababli ham giyohvandlik va OITS XXI asr vabosi hisoblanadi

Giyohvandlikni davolash asoslari: anonim (yashirincha), ixtiyoriy, majburiy. Kasallik 3 bosqichda davolanadi: dastlabki bosqich - dezintoksikasiya, umumiy mustahkamlash va tetiklashtirish usullari, narkotik modda qabuli to'xtatilishi bilan olib boriladi; asosiy bosqich-narkotik moddalarga qarshi qaratilgan samarali usullarni qo'llash; qo'llab-quvvatlovchi terapiya. Opiatlar bilan o'tkir zaharlanganda ularning antagonistlari nalorfin yoki naltrekson 0,5%-3-5 ml vena ichiga yuboramiz. Qo'shimcha yordamchi davolash vositalari: elektrolyt, psixoterapiya, oyoqlarini issiq suvda ushlab turish, massaj kabilar qo'llash mumkin. Giyoxvandlik bilan kasallangan bemorlar davolanayotgan vaqtda ishga layokatsizlik varakasi beriladi, boshqa paytda ish qobiliyati saqlangan bo'ladi. Harbiy xizmatga layoqatsiz hisoblanadi.

12-BOB. EKZOGEN TA'SIRLAR NATIJASIDA KUZATILADIGAN RUHIY BUZILISHLAR

Ekzogen ruhiy buzilishlarni epidemiologiyasi. YuNISEF ma'lumoti bo'yicha ruhiy buzilishlarning psixoz ko'rinishida tarqalganligi, o'tkazgan barcha og'ir infeksiyon kasalliklarni (shu jumladan o'ta xavfli infeksiyalar) orasida 27,6% infeksiyon kasalliklar bilan bog'liqligi tashkil qiladi. Hamma o'tkazgan jarohatlar orasida 12%ni bosh miya jarohatlaridir. Shunga e'tibor berish kerakki, bosh miya jarohati olganlarda psixotik buzilishlar 0,1%dan 0,3%gacha uchraydi.

Ekzogen ruhiy buzilishlarning tasnifi

Patomorfologik belgisi bo'yicha	Klinik-dinamik ko'rsatkichlari bo'yicha
1. Simptomatik ruhiy buzilishlar (somatogen va umumiy infeksiyalarda) 2. Intrakranial - miya to'qimasida infeksiyon agent joylashganda	1. O'tkir simptomatik psixozlar 2. Protragirlangan sindromlar (Vik sindromlari) 3. Cho'zilgan yoki surunkali ruhiy buzilishlar

Ruhiy buzilishlarga turli yuqumli kasalliklar sabab bo'ladi. Odatda bakterial infeksiyalar psixiatriklarni kam qiziqtirgan, chunki ular juda jadal kechib, kam ahamiyatga ega bo'lgan ruhiy buzilishlarni keltirib chiqargan. Ko'pchilik yuqumli kasalliklarda antibiotiklar bilan davolash aniq tashhis qo'yish hollarda kasallik kechishi va simptomlari tubdan o'zgaradi. Masalan, ba'zi yuqumli kasalliklarda psixopatologik buzilishlar yuqori bo'lib, shizofreniyaga shubha tug'diradi. Yuqumli kasalliklar tufayli kelib ruhiy buzilishlar turlicha bo'lib infeksiya tabiatiga MNSning javob xususiyatiga va qaerda joylashishiga bog'liqdir. Ba'zi xollarda asosiy o'rinda toksinlar bilan

zaharlanish bo'lsa, boshqa hollarda esa yallig'lanish ustun bo'ladi va ensefalitga sabab bo'ladi.

Yarim sharlar po'stlog'i bosh miyaning reaktiv qismi bo'lib, infeksiyaga diffuz tarqalish bilan himoyalانuvchi qonuniyatga binoan infeksiya, intoksikasiya umuman barcha ekzogen ta'sirlarga javob beradi va shu xususiyat tashqi ta'sirga nisbatan o'tkir ruhiy reaksiyaga o'xshashib ketadi. Birinchilar qatorida ushbu klinik xususiyatni kuzatgan nemets psixiatri Bongeffer (1908 – 1917) xususan yuqumli va intoksikatsion psixozlar ko'pincha quyidagi sindromlar bilan kechishini kuzatgan: deliriy, amentsiya, ongning shomsimon xiralashuvi, karaxtlik, gallyutsinoz, Korsakov simptomokompleksi, epileptiform harakat qo'zg'alishi, psevdofalajlar. Bu barcha sindromlarni Bongeffer ekzogen tipdagi reaksiya yoki bosh miyaning nospetsifik javob reaksiyasi deb xisoblagan.

O'tkir yuqumli kasalliklardagi ruhiy buzilishlar

Qorin tifi va paratiflar. Kasallikning boshlanish davri holsizlik, tormozlanish bilan xarakterlanadi. Ba'zan harorat ko'tarilishidan oldin maniakal qo'zg'aluvchi tipli initsial deliriy qo'rinishida bo'lishi mumkin. Bunday bemorlarga qorin tifi tashhisi psixiatrik statsionarga tushgandan so'ng qo'yiladi. Qorin tifining bu turi og'ir kechadi, ba'zan o'lim bilan tugaydi. O'tkir davrida haroratli deliriyini kuzatish mumkin. Qorin tifi uchun amentiv holat xarakterli bo'lib, ko'pincha kasallikning kechki davrida ko'rish mumkin. Tuzalish davriga yaqin rezidual vasvasa, ba'zan esa og'ir shaklida postinfeksion holsizlik kuzatiladi.

Gepatit. Turlicha ruhiy buzilishlar bilan kechishi mumkin: kuchli quvvatsizlanuvchi asteno–adinamik sindrom, yig'loqlik, qo'zg'aluvchanlik, o'tib ketuvchi noturg'ua vasvasalar bilan. O'tkir distrofik ruhiy qo'zg'alish rivojlanib, komatoz holat bilan almashinishi mumkin.

Gripp. Ko'pchilik hollarda gripp asorat qoldirmaydi. O'tkir harorat davri o'tgandan so'ng ko'p yoki kam namoyon bo'luvchi va davomli astenik holatni kuzatish mumkin. Ma'lum vaqtdan so'ng kuzatiluvchi gripp asorati kam kuzatilib, asosan astenik ba'zan asteno-depressiv sindrom qo'rinishida bo'lishi mumkin. Gripdda yaqqol ruhiy buzilishlar kam kuzatilib, polimorf xarakterga ega. Ba'zi holatlarda esa maniakal ko'rinish ustun bo'ladi. Uzoq muddatli psixozlar (bir necha oygacha) rivojlanishi mumkin. Ular cho'zilgan amentiv holatlar yoki depressiya qo'rinishida bo'iishi mumkin. Shizofrensimon klinik kechishi ham kuzatiladi. Grippez ensefalit o'tkir davrida ong buzilishi kuzatilsa, kasallikdan so'ng esa uning rezidual psixopatologik simptomatikasi va organik tip bo'yicha shaxs o'zgarishini ko'rish mumkin. Grippez psixozlar bolalarga xos ong buzilishi sindromi ko'rinishida kechish ustun bo'ladi. Deliriy yaqqoi illyuziya, elementar ko'ruv gallyutsinatsiya va abortiv kechishi bilan xarakterlanadi. Psixopatologik simptomatika labillik bilan farqlanadi va qator xollarda quyidagi dinamik klinika bilan kechadi. Kasallikning birinchi kunida delirioz, oneyroid va abortiv gipomaniakal holatlar, keyinroq esa ongning amentiv buzilishini ko'rish mumkin. Bolalarda uchraydigan grippez psixoz kattalardan farq qilib, yaxshi sifatli kechuvchi va asosan grippling febril bosqichida kelib chiqadi.

Pnevmoniya. Pnevmoniyada haroratli deliriy kuzatilishi, astenik holatlar, karaxlik stupor, maniakal holatlar qo'rinishida bo'lishi mumkin. Kruppez pnevmoniyada psixoz kasallik boshida va krizis davrida deliriy ko'rinishida kechadi.

Bolalar yuqumli kasalliklari

Qizamiq. Bolalar infeksiyasidagi psixozlarning simptomatik shakllari kam uchraydi. Qizamiqning inkubatsion davrida yig'loqlilik va uyquchanlik kuzatiladi. Toshma toshish davrida gallyutsinatsiyalar bilan birga ongning

delirioz buzilishlari kuzatilishi mumkin. Bolalarda vasvasa o'yin ko'rinishida bo'ladi.

Qizamiq entsefalit bilan asoratlanadi va polimorf neurologik o'zgarishlar kuzatiladi - entsefalit bilan og'rikan bolalarning 0,1 – 0,4% i og'ir ruhiy holat bilan kechadi. Qizamiq entsefalitning rezidual davrida epileptiform sindrom, intellektual faoliyat buzilishi, psixopatsimon harakatlar va asteno-nevrotik holatlar kuzatilishi mumkin.

Skarlatinaning og'ir kechuvchi septik turlarida karaxtlik va delirioz sindrom kuzatiladi. Kasallikning birinchi kunida odatda qo'zg'alish bo'lsa, keyingi kunlarda esa uyquchanlik va so'nish bilan almashinadi.

Bo'g'ma ruhiy buzilishlar qizamiq va skarlatinadan xam kamroq uchraydi. Adabiyotlarda yozilishicha qisqa muddatli qo'zg'aluvchi deliriy va meningizm kabi holatlar bo'lib, bir necha soat yoki kun davom etishi mumkin.

Dizenteriyada psixozlar juda kam uchraydi. Erta yoshdagi bolalarda toksik dizenteriya asosan komatoz holat va talvasa reaksiyasi bilan kechsa, o'smirlarda esa emotsional buzilishli oneyroid holatlar bo'ladi.

Rekonvalesentsiya bosqichida jismoniy va ruhiy rivojlanishning ortda qolishi, tutqanoqlar kuzatilishi mumkin. Kasallikning o'tkir davrida delirioz holatni qisqa muddatli epizodik va rudimentar holda deb hisoblash mumkin. Bolalarda odatda yaqqol deliriy rivojlanmaydi va faqatgina delirioz oldi holat ya'ni giperesteziya, tashqi ta'sirotda javobning pasayishi bilan, qo'rqinchli tush, illyuziyalar, gipnogogik gallyutsinatsiyalar, qo'rquv hxrujlari va boshqalar bo'ladi.

Revmatizm. Eng ko'p uchraydigan surunkali yuqumli allergik kasallikdir. Revmatizm bilan og'rikan bolalarning 75% ini 15 yoshgacha bolalar tashkil qiladi. Ushbu yoshdagi bolalarda ko'pincha neyrorevmatizmning xoreya ko'rinishida bo'lishi xarakterlidir. Neyrorevmatizm kattalarda kechganda

serebral qon tomir buzilishlar ko'rinishida bo'lsa, bolalarda esa ensefalit rivojlanishi mumkin. Psixozlar neyrorevmatizmning turli shakllarida kuzatilishi mumkin. Revmatik psixoz kattalarda ham bolalarda ham depressiv sindrom asosiy o'rin egallaydi. Katatonik xarakterga ega bo'lgan yaqqol stuporoz holat asosan xoreik psixozlarda kuzatiladi. G'amginlik, vahima va qo'rquv xurujlari paroksizmal holda yuzaga kelib, ba'zan o'z-o'ziga su'iqasd qilish fikr va harakatlar paydo bo'ladi. Xurujlar etablari odatda og'ir kechadi. Ba'zi bemorlarda revmatik psixozda depressiv holatdan tashqari gallyutsinator va vasvasa sindromlari kuzatiladi. Og'ir xollarda psixoz klinikasi shiziform shaklida kechadi. Bolalardagi revmatik psixozlar ko'pincha 2 – 4 oy dan to 1 yilgacha davom etadi va sog'ayish bilan tugaydi. Revmatik infeksiyaning erta belgisi asteniya: holsizlik, tez charchash, qo'zg'aluvchanlik va x.k. Ota-onalar bolalarining injiqligi, yig'lokiligi, shovqin va yorug'likni ko'tara olmaydigan bo'lib qoladilar. Kayfiyati tushkun bo'ladi. Astenik holaning muhim belgilaridan intellektual ish qobiliyatining pasayishidir.

Boshqa variantlarda ko'pincha maktab yoshidagi bolalar klinikasida o'zini tuta bilishi buziladi. Bolalar maktab programmasini o'zlashtirishga qiynaladigan tez charchaydigan va etarlicha fikrlay olmaydilar. Ota-onalar so'ziga ko'ra bolalari o'jar, yig'loqi, baland tovushlar, kuchli yorug'likni ko'tara olmaydigan, kayfiyatlari esa tushkun va noturg'un bo'lib qoladilar.

Astenik holatning asosiy belgisi bo'lib, bemorlarda intellektual ish bajarish faoliyatining pasayishiga olib keladi. Boshqa xollarda maktab yoshidagi o'g'il bolalarda hulq atvorining buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Revmatik tserebrotstenik kechuvi to'g'ri davolanganda ko'pincha sog'ayish bilan tugaydi. Lekin, yaxshi natija ba'zan noto'g'ri bo'lishi mumkin. Yangi infeksiya ta'sirida (gripp, angina) yoki maktabdagi yuklanmalar natijasida yana sog'liqni yomonlashuviga olib keladi. Bunday bemorlarda retsidiv kechuvchi nevroitik reaksiya kuzatiladi (tungi qo'rquvlar, duduqlanish, anoreksiya). Kasallikning

kechki bosqichlarida va revmatizmning og'ir kechuvchan epilepsiyasimon sindrom kelib chiqadi.

Asab ruhiy buzilishlarning og'ir kechuvchi sindromlari, intellektual faoliyat va xulqning dag'al buzilishlari bilan. Revmatik entsefalit ko'rinishida kuzatish mumkin. Bemorlar tormozlangan, impulsiv hatto agressivdir. Odatda ularning diqqati va tashqi muhitni anglash buzilmagan bo'ladi. Bolalar o'qishi pasaygan, o'zlashtirishda muammolar va ularni tarbiyalashda qiyinchilik paydo bo'ladi. Bemorlarda shilqim harakatlar kuzatiladi. Ular soatlab bitta xarakatlarni yoki bitta so'zni takrorlayveradilar, majburiy kulgi va yig'i kuzatiladi.

Shunday qilib, revmatizmning o'tkir fazasida ruhiy holat o'tkir qisqa muddatli, epizodik uyqusimon xush buzilishi vasvasasi bilan kechishi mumkin. Engil kechganda esa depressiv astenik holatni ko'rish mumkin. To'xtovsiz retsiv va latent kechuvdagi psixozlar sekin-asta yoki o'tkir osti qo'rinishida bo'lib, shiziform simptomatikasiga o'xshab kechuvchi psixozlar kuzatilib, oqibati yomon.

Davosi: antirevmatik terapiya, antigistamin preparatlar, umumiy quvvatlovchi va psixotrop preparatlar beriladi.

Sil psixozlari kam uchraydi. Krepelin yuqumli kasalliklar oqibatida kelib chiqqan ruhiy holatlardan silga oxirgi o'rinni ajratgan. Sil psixozining klinikasi bolalar va o'smirlarda amentiv holat qo'rinishida kuzatiladi. Delirioz holat o'tkir infiltrativ holatda bo'ladi, shiziform simptomatikasi psixozlar o'pka silining engil kechuvda va mezoadenit kuzatiladi. Bosh miya silida esa epileptiform buzilishlar va karaxtlik holatini ko'rish mumkin.

Brutsellez kasalligida uchraydigan psixozlar. Kam uchraydi, asosan surunkali variantning latent shaklida kuzatiladi. Kasallikning boshlanishi davrida atipik kechadi, brutsellez tashhisi psixiatriya klinikasida aniqlanadi. Brutsellezning boshlang'ich davrida delirioz, amentiv, maniakal holatlar bo'lsa, ikkilamchi latentsiyada ipproxondrik, tserebrostenik, astenodepressiv katotonik.

Surunkali gollyutsinoz, epileptiform va amnestik buzilishlar kuzatiladi. Surunkali infeksiyalar tufayli kelib chiqqan psixozlar klinik kechuvi turlichadir: gallyutsinator – paranoid, katotonik, Kandinskiy – Klerambo sindromi. Psixozlar shizofreniyaning turli shoklariga o'xshab ketishi mumkin. Surunkali infeksiya tufayli kelib chiqqan psixozlardan farqli infeksiyaning o'ziga bog'liq bo'lmaydi, davomiyliigi va retsidiv kechuvchi va doim oqibati yaxshi bo'lmaydi. Miya infeksiyalariga bog'liq ruhiy buzilishlar. Bolalar kasalliklari o'rtasida turli etiologiyali ikkilamchi infeksiyalar katta o'rin tutadi. Qaysi infeksiya bo'lishidan qat'iy nazar bolalarda entsefalit chaqirishi mumkin. Ko'pincha entsefalit bilan asoratlanadigan infeksiyalar: gripp, pnevmoniya, qizamiq, tif, ba'zan dizenteriya, moleriya, difteriyalardir. Ikkilamchi infeksiyadan so'ng ruhiy buzilishlar quyidagi klinik xususiyatlarga ega: 1) es-hushni buzilishi bilan (karaxtlik, deliriy); 2) epileptiform tutqanoqlar: ikkilamchi infeksiya o'tkazgandan so'ng kelib chiqadigan rezidual o'zgarishlar: a) dement formalar; b) epileptiform holatlar; v) nevrostenik va psixopatsimon holat.

Kichik yoshdagi bolalarda ko'pincha dement sindromi, ruhiy orqada qolish va tutqanoq sindromlari katta rol o'ynaydi. Katta yoshdagi bolalarda esa engil formadagi rezidual buzilishlar va entsefalitlar bilan kechishi mumkin, odatda psixopatologik simptomatika turlichadir. Nevrologik simptomlar esa bo'lmasligi mumkin, Postinfeksion asoratlar patogenezida likvorodinamik buzilishlar katta rol o'ynashini hisobga olgan holda, sistematik degidratatsion terapiya o'tkazishni, yod preparatlari bilan suriluvchi davvo, shuningdek yallig'lanish protsessiga qarshi antibiotiklar beriladi. Fizioterapiya ham yaxshi natija beradi. O'smirlar o'rtasida mehnat qilish kabi davvo chorolari o'tkaziladi.

Sil meningiti. Amaliyotga streptomitsin kirib kelgandan so'ng sil meningiti o'limga olib keluvchi kasallik bo'lishidan to'xtaydi. Sil meningitining 1-simptomi bo'lib, kayfiyatning o'zgarishidir. Bola tez xafa bo'ladigan, yig'loqi, sabrsiz, o'jar yoki noaktiv bo'lib qoladi. Ba'zi bemorlar bir necha

hafta va hatto oylab, uyqusimon xarakterlik va delirioz notinchlikda bo'ladilar. Boshqa hollarda es-hushi buzilishi bo'lmaydi, lekin bemorlar noaktiv hech qanday atrofga qiziqishsizlik bilan kechadi. Bunday bemorlar o'rinda harakatsiz, shipga qarab ko'zlarini katta-katta ochib yotadilar. Gohida oniyroid buzilishlar, amnestik sindrom kuzatiladi. Bolalarda ko'pincha kayfichog'lik, xursandchilik va impulsiv harakatlar, shuningdek, og'ir va sababsiz qo'zg'alishlar ba'zan esa bulemiya ham kuzatish mumkin. Sil meningiti o'tkazgan bolalarda ruhiy orqada qolish va rezidual organik buzilishlari bilan kechishi mumkin.

Epidemik ensefalit. Kasallikni Avstriya olimi Ekonomo o'rganib chiqqan. Qo'zg'atuvchisi hali aniqlanmagan. Kasallik asosan yoshlik davriga to'g'ri keladi. Epidentsefalitda patologik o'zgarish, asosan po'stloq osti sohasiga to'g'ri keladi (degenerativ jarayon, qora modda va ko'ruv do'mbog'ida bo'ladi). Kasallik boshlanishi odatda darakchilar bilan boshlanadi: bosh og'rig'i, nevrologik og'riqlar, tez charchash. Ba'zan esa kasallik birdaniga boshlanadi. Sog'lom tanda meningial simptomlar delirioz buzilishlar bilan kechishi mumkin. O'tkir davrda ruhiy buzilishlar simptomatik psixozlarga o'xshaydi. Affektiv buzilishlar depressiv yoki gipomaniakal holatlar qo'rinishida bo'ladi. Epidentsefalitning muhim va doimiy simptomlaridan uyquning buzilishidir. Shuningdek, vestibulyar (nistagm, bosh aylanishi) va vegetativ (terlash, vazomotor o'yin, so'lak ajralishi, terlashi, polidipsiya) buzilishlar kuzatiladi. Nevrologik simptomlar ko'z harakatining buzilishi: diplopiya, ptoz, konvergentsiya buzilishi kabilar xarakterlidir. O'tkir davridan so'ng to'liq tuzalish ya'ni necha yilgacha bo'lishi mumkin keyinroq kasallik surunkali shaklga o'tadi. Ba'zan o'tkir davr bilinmasdan o'tib, surunkali shaklga o'tib simptomlari namoyon bo'lishi mumkin. Surunkali bosqichning klinik kechuvi turli nevrologik va psixopatologik simptomlar bilan kechadi. Nevrologik buzilishlar: konvergentsiya porezi, diplopiya, majburiy ko'z tikib turish, ko'ruv tutqanog'i (sudorogi vzora). Vegetativ buzilishlar: kuchli so'lak oqishi, terlash,

vazomotor buzilishlar, modda almashinuvi buzilishi tez ozib ketish yoki semirish bilan kuzatiladi. Suv-tuz va uglevod almashinuvi buziladi. Uyqu buzilishi turlicha bo'lishi mumkin. Ko'pincha uyqusirab yuradilar. Lekin uxlay olmaydilar. Ba'zida uxlash ritmi buziladi. Kunduzi uxlab, kechasi uyqusizlik kuzatiladi. Bu buzilish turi ko'prok entsefalitning surunkali kechuvida parkensonizm xarakterli niqobsimon bo'ladi. Mimikalari yo'q. Bemor xursandchilikni ham xafagarchilikni ham bir xilda yuz o'zgarishsiz qoladi. Harakatlar sekinlashgan (bradikineziya). Bir holatda uzoq muddat turaveradi. Yurish o'ziga xos: bemor hatto kam bukiladi. Birgalikda qo'llarning harakati bo'lmaydi. Propulsiya, retropulsiya, lateropulsiya kuzatiladi. Tipik holatlardan biri «tishli g'ildirak» simptomi – mushaklar gipertoniyasi, passiv harakatda kuchayishi, so'zlashi sekinlashgan monotonli, bolalarda turli giperkinezlarni ko'rish mumkin. Bolalarda nafas buzilishi, kattalarga nisbatan yaqqol namoyon bo'ladi. Nafas ritmi va chastotasi buziladi, nafas mushaklarining mioklpiyasi va nafasning tiksimon xarakatini kuzatish mumkin. Shundan oxirigi majburiy yo'tal, aksa urish, tuflash kiritish mumkin. Surunkali kechganda psixopatologik buzilish kattalar va bolalar aktivligi tezda pasayishi kuzatiladi. Bu bemorlarda tezda kuchsizlanishiga bog'liq holda ruhiy protsesslar ham sekinlashadi (fikrlash, diqqat faolligi, affektivlik). Kattalarda epidentsefalitda yaqqol aql zaiflik kuzatilmaydi. Bilim manbai, hotira zararlanmaydi, lekin tormozlanish (skovannost) hisobiga ma'lum bir qiyinchilik yaratadi. O'ziga xos psixopatologik belgilardan shilqim xarakatlar (kuchli yig'i, sanoqlar bir necha soat va kunlab davom etadi. Tipik klassik epidentsefalitdan tashqari atipik varianti ham uchraydi. Bunda nevrologik simptom va parkinsonizm yaqqol namoyon bo'lmaydi. Ancha kechroq bo'lishi mumkin. Gallyutsinator – paranoid va psixosensor shakllarida. Oxirgi o'n yillikda uchgan (stertie) va abortiv formalarda kuzatiladi (vestibulyar) epidentsefalit o'tkir bosqichi bolalarda psixopatologik simptomi asosiy o'rin tutmaydi. Boshqa bolalar infektsiyasiga

o'xshab ko'proq delirioz holatlar bilan kechadi. Ayniqsa, tungi deliriy xarakterlidir. Ancha og'ir hollarda so'z harakat qo'zg'alishini ko'rish mumkin. Bolalar to'xtamasdan harakatchan o'rinda yotarga joy topa olmaydilar, choyshablarini yirtadilar, baqiradilar. Shu hollarda xorenik giperkinez, tremor, va mioklenik buzilishlar bo'ladi. Bu shaklida yaqqol qo'zgalishlar bilan kechgani uchun oqibati og'irdir. Epidentsefalitning o'tkir kechuvida o'smirlarda klinika turlicha kechadi, ba'zan murakkab shizofreniyasimon sindromlarni ham ko'rish mumkin.

Bolalarda epidentsefalit o'tkir kechganda o'ziga xos bo'lib, intellektual faoliyatning tez pasayishi kuzatiladi. Bolalar arzimagan narsalarga e'tibor beradilar. Kasallik klinikasida shilqim fikrlar kasallanib qolishdan qo'rqish, shilqim hisob, rezonerlik va boshqa holatlar kuzatiladi. Shuningdek, shilqim harakatlarni tomoni tirnash va qichinish. Shunga qaramasdan bolalar o'zlariga og'ir va og'riqli jarohatlar etkazadilar va bunga qarshi o'zlarini boshqara olmaydilar. Bolalar impulsiv bo'lib qoladilar: tishlaydilar, tirnaydilar, nimjon bolalarni uradilar. Ular seksual qo'pol, ochiqchasiga onanizm bilan shug'ullanadilar. Bu bolalarga do'q, yaxshi gap va jazolash ta'sir qilmaydi. Ularda javobgarlik hissi ham yo'q. Intellekt qo'pol buziladi, agar kasallik erta bolalik davrida bo'lsa, epidentsefalit kechuvi ko'p qirrali engil abortiv formasi va og'ir o'tkir kechganda hatto o'limga olib keladi. Ushbu kasallikni o'tkazgandan so'ng katta bo'lmagan ruhiy buzilishlar bilan chegaralansa, og'ir kechganda esa kasallik tufayli bola yoki o'smir nogiron bo'lib, hayotga moslasha olmaydi. Agar bolalik davrida kasallik psixopatsimon kechsa, ancha og'ir hisoblanadi. Davosi: antibiotiklar, neyroleptiklar.

Bosh miya zaxmidagi ruhiy buzilishlar. Neyrosifilis bu umumiy nom 2 ta kasallikni birlashishidan hosil bo'ladi va ikkalasi ham spiroxeta bilan zararlanishi hisobiga yuzaga keladi. Miya zaxmi klinikasi turlichadir. Miya po'stlog'i va tomirlarining o'choqli zararlanishiga bog'liqdir (spetsifik

endoarterit, meningit). Ular zaxmning erta shakliga tegishlidir. Kechki formalarida esa miya moddasi zararlanadi (gummalar). Miya zaxmining erta shakllaridan biri sifilitik nevrosteniyadir. Bunda bosh og'risi, aylanishi, tananing turli joylarida og'riq, uyqusizlik, umumiy holsizlik, xotira ish faoliyatining pasayishi kuzatiladi. Kasallikka vaqtida davo ko'rsa tuzalish bilan tugaydi.

Sifilitik meningit. Kasallik yuqqandan 1 yil ichida kuzatilishi mumkin. Simptomlari tez rivojlanadi. Birinchi o'ringa meningial belgilar yuzaga chiqadi. Es-hushi buzilishi, deliriy tutqanoqlar kuzatiladi.

Sifilitik soxta falajlik turli o'choqli o'zgarishlar bilan kechuvchi aqli zaiflikni tashkil etadi. Bundan tashqari gallyutsinatsiya va vasvasalar bilan kechishi mumkin. Progressiv falajdan farqli bu erda o'choqli simptomlar turg'un va shuningdek, qo'pol bo'ladi. Kechuvchi uzoq muddatli remissiya kuzatilishi mumkin. Spetsifik davo ba'zida yaxshi natijalarga olib keladi.

Tug'ma bosh miya zaxmi. Shuni ta'kidlab o'tish lozimki, kattalarda zaxm kasalligini kamayishi bilan tserebral zaxm bolalardagi bu tug'ma bo'lib juda kam holatlarda uchraydi.

Bolalar yoshida miya tug'ma zaxmi patologik jarayoni generallashgan umumiy infeksiya tipida kechadi. Asosan tug'ma zaxmda eng asosiy ahamiyatligi toksik omildir - spiroxetalar to'g'ridan-to'g'ri platsenta orqali o'tib, homilaga, infeksiyalangan organizm ya'ni onadan o'tgan toksinlar ta'sir qilib, homilaning almashinuv jarayonlarini buzib turli nuqsonlar kelib chiqishga sabab bo'ladi. Zaxm toksinlari nafaqat rivojlangan homilaga ta'sir etadi, balki onaning jinsiy xujayralariga ham ta'sir etadi, ularning zararlaydi.

Tug'ma zaxm natijasida bolada patologik xulq yuzaga kelishi mumkin. Buni 2 guruhga ajratish mumkin.

1 guruh aqliy tomondan qo'pol o'zgarishlarsiz, ammo mayllari oshadi.

2 guruhda emotsional doirasi kam rivojlangan. Birovga rahmdillik ko'rsata olmaydi. Hatto yaqin odamiga ham. Bunga xos xususiyat kamgaplik, birovga qo'shilmaslik.

Bolalardagi miya zaxmida gallyutsinatsiya va vasvasa kam holatlarda kuzatiladi. Bolalar yoshidagi nerv sistemasini kontinental klinikasiga xarakterli.

- Tug'ma zaxm somatik belgilarini ko'pligi
- Tug'ma psixikasini rivojlanmasligi.
- Miya zaxm variantini psixatsimon holatga o'tishi bilan.
- Psixotik shakllarini kamligi.
- Serologik diagnostika: Sezuvchan reaksiyalar RIT va RIF. Ko'pincha likvorda kuchsizgina pleotsitoz va oqsil miqdorini oshishi mumkin.

Miya zaxmini davosida kombinirlangan preparatlar qo'llaniladi, mishyak, simob, vismut, yod antibiotik, vitamin, sedativ, psixotrop moddalar bilan davolanadi.

Progressiv falajlik – bu diffuz spetsifik meningoentsefalit bo'lib, miya to'qimasida yallig'lanishini – destruktiv va atrofik o'zgarishlar bilan, progredient kechib global aqliy zaiflik o'sib jismoniy va ruhiy degradatsiya kuzatiladi. Kasallikni rivojlanishi zaxmning IY bosqichiga to'g'ri keladi. Oq spiroxeta bosh miyaning hujayralarda va hujayralararo bo'shliqlarida topiladi. Progressiv falaj kasalligining boshlanishida umumiy asabiylik simptomlari bilan boshlanadi, bir qancha oydan, yillargacha cho'ziladi. Bemorlar bosh og'rig'i, uyqusizlik, bo'shshishdan aziyat chekadilar. Bunday belgilarga ko'pincha nevrasteniy tashhisi qo'yiladi. Bu davrda shaxs o'zgarishlari kuzatiladi. Bemor har bir narsaga quloq soladigan bo'lib qoladi.

Kasallik avj olgan sari qiziqishlari kamayib boradi. Bemor uyda o'tirolmay qoladi, ko'proq spirtli ichimliklarga ruju qo'yadi, kam tanish odamlarga qimmatli sovg'alar beradi.

Birlamchi nevrologik buzilish belgilari harakat buzilishlari bilan kechadi. Bemorlarning husnixati o'zgaradi. Gapirishida o'zgarish, tushunarsiz nutq - dizatriya kuzatiladi. Xarakterli simptom Argayl-Robertsona. Miya zaxmidan farqli Vasserman reaksiyasi qonda va likvorda deyarli hamma bemorlarda musbat bo'ladi.

Kasallikning avj olish simptomatikasida organik total aqli zaiflik kuchayadi. Bemor sog' odamga xos bo'lmagan qiliqlar chiqara boshlaydi, atrofdegilar ruhiy kasalligi borligidan shubha qiladilar. Bemorning kayfiyati baland, erotichli, o'ziga ahamiyat bermaydi. Kasallik holatini tan olmaydi.

Klinik ko'rinish xususiyatlariga ko'ra progressiya falajni quyidagi turlarga ajratiladi.

Ko'pincha falajning dement turi bilan ishlashga to'g'ri keladi.

Xarakterli belgilari - umumiy holsizlik, his-tuyg'ulari va qiziqishlarini yo'qolishi bilan kechadi.

Eng xarakterligi ekspansiv va maniakal turidir. Buning belgisi kayfiyatning doim yuqoriligi va baland parvoz g'oyalarning aniq ko'rinishi.

Ajitirlangan turida doimiy tushunarsiz ko'zgalish holatlari kuzatiladi. Progressiv falajning 3-chi marazm davrida ruhiy holatning hamma tomonlarini tushishi kuzatiladi. Bu bosqichda bemor faqat ovqat haqida o'ylaydi. Ular juda haddan tashqari ochofat bo'lib qoladilar. Nutqi tushunarsiz bo'ladi.

Marazmning somatik belgilari – kaxeziya, yotok yaralari, suyaklar sinishi va og'ir nevrologik buzilishlar (insult, tutqanoq, falaj) o'lim ko'pincha infektsiya qo'shilganda yoki insult vaqtida keladi.

Progressiv falaj kam hollarda orttirilgan zaxm natijasida asosan tug'ma zaxmdan keyin kelib chiqadi.

12-15 yoshgacha bola normal rivojlanadi, so'ng o'z-o'zidan hech qanday sababsiz boshqalardan ham jismoniy, ham ruhiy holatda orqada qoladi. Asosan bola juda ahamiyatsiz, atrof muhitga qiziqishi yo'qoladi, maktab dasturini

o'zlashtira olmaydi, xulqi va xarakteri o'zgaradi: jahldor, yig'loqi, quloqsiz bo'lib qoladi. Bunday bolalar aidamchi, uylaridan qochib ketadigan odat chiqaradilar. Shunday vaziyatda ota-onalar shifokorga murojaat etadilar.

Youvenil progressiv falajning tipik ko'rinishi bu dementsiyadir.

Kasallikni kechishi davo olmagan bolada 5 yildan to 9-10 yilgacha. Davo olmaganlarni oqibati yomon yakunlanadi.

Davolash. Kombinirlangan 3 kunlik bezgak emlash bilan bir qatorda spetsifik davo.

Bosh miya jaroxatlaridagi ruhiy buzilish holatlari

Bosh miya jaroxatlaridan so'ng ruhiy buzilishlar bilan 8% bemorlar psixonevrologik dispanserda hisobda, 4% esa psixonevrologik shifoxonalarda davolanadilar. Bosh miyaga jarohat ta'sirining xarakteriga ko'ra:

- Ochiq jarohatlar miya qopqog'i butunligini buzilishi bilan.
- Yopiq jarohatlar miya qopqog'i butunligini buzilmasligi bilan.

Ochiq jarohatlar o'z navbatida miya teshib o'tuvchi miya kattik pardasini jarohatlab ichiga o'tmaydi.

Yopiq miya jarohatlari kommotsiya (chaycalish) va kontuziya (lat eyish)ga bo'linadi.

Miya jarohati tufayli ruhiy buzilishlar polimorfizmligi bilan ajraladi. Miya jarohati natijasida chuqur es-hush buzilishlari, ya'ni sopor va koma kelib chiqadi. Ba'zi bemorlarda jarohatlardan so'ng bir necha daqiqa va soatlarda keyin es-hush buzilishi mumkin. Sopor va koma holatlarini davomiyligi jarohatni qay daraja chuqurligi va uning likvor buzilishiga ta'siri bilan ajraladi. Komatoz va sopor holatining asosiy belgisi tashqi muhitga javobning chegaralanishidir. Bu holatdan chiqish tez yuzaga kelmaydi. Bemorga savol berilganda, ko'p marotaba bir voqeani so'zlab beraveradi. Bemor bosh og'rig'i, bosh aylanishi, bosh ichidagi shovqinga, og'irlikka, ko'ngil aynishiga shikoyat qiladi. Ruhiy holat tomonidan koma holatidan chiqqandan so'ng xotirani

pasayishi, fikr bir joyga jamlash qiyinlashadi, sababsiz kayfiyatni o'zgarishi quvnoq eyforik holatdan to tushkun kayfiyatga o'tishi. Sekin asta bu belgilar kamayib 2-chi haftaga borib yo'qolib ketadi. Ba'zi holatlarda komatoz holatdan chiqqandan so'ng deliriy yoki deliriy – oneyrik holatga hushi o'zgaradi. Orientatsiya buzilishidan tashqari gallyutsinatsiyalar kuzatiladi, to'satdan bemorda xavotir qo'rquv yuzaga keladi. Deliriyning davomiyligi 2-3 kun.

Miya jarohatida ruhiy buzilishning eng og'ir turi bu Korsakov sindromi. Darhol xushdan ketgandan so'ng paydo bo'lishi mumkin yoki deliriy – amentiv sindrom bilan almashinadi. Bemor tashqi muhitdagi munosabatlarni qabul qiladi, ammo hech qancha o'tmay esidan chiqarib yuboradi. Xotira ba'zan konfalyatsiya bilan to'ldiriladi. Ko'pincha bemorda retrograd amneziya aniqlanadi. Korsakov sindromi 3-4 oy ichida sekin asta yo'qolib boradi. Miya butunligi buzilgandagina xotira buzilishi uzoq vaqtga cho'ziladi.

Miya jarohatida asab-ruhiy buzilishlardan yana eng og'iri bu surdomutizm – kar va soqovlik. Bu patologiyani asosan havo kontuziyasi bilan bog'laydilar.

Miya jarohatlarining asoratlari – jarohatdan keyingi tserebriosteniya, entsefalopatiya, aqli zaiflik, psixoz.

Jarohatdan keyingi tserebriosteniya – nevrasteniya klinikasini namoyon etadi. Jarohatdan so'ng ancha yillar o'tib paydo bo'ladi. Asosiy shikoyatlari: tez charchash, holsizlik, qo'shimcha ishlarni berganda og'irlik tushishi hollari, bosh og'rig'i doimiy tarzda, ayniqsa ish vaqtida havo o'zgarganda, transportda yurganda kuchayadi. Bundan tashqari, giperesteziya, vegetativ innervatsiyani stabilligi. Shunga qo'shimcha holda ipoxondrik xayollar, yopishqoq xayollar, qo'rquv paydo bo'lishi mumkin.

Travmatik entsefalopatiya – o'tkazilgan kontuziya natijasida kelib chiqib MNS tomonidan chuqur o'choqli simptomlar borligi bilan tushuntiriladi.

Keng tarqalgan travmatik entsefalopatiyaning bir turi bu travmatik epilepsiya - epilepsiyasimon tutqanoqlar asosan miyani peshona pushtasining

motor va premotor zonalarini fokal zararlanishi natijasida yuzaga chiqadi. Epilepsiyadan farqi jarohatdan so'nggi epilepsiyada shaxs o'zgarishlari yuzaga kelib chiqmaydi. Travmatik entsefalopatiyadan so'ng shaxsning psixopatik o'zgarishiga olib keluvchi ildizdir. Bemorda besabab asabning o'ta yuzaligi «olovli jahl», qiziqishlarni chegaralanishi, aniq ko'zga tashlanuvchi egotsentrizm, agressivlik paydo bo'ladi. Bularda asosan alkogoi ichimliklariga berilishi moyilligi yuqori bo'ladi. Entsefalopatiya bilan bemorlar nogironlikka chiqadilar.

Miya jarohatining yana bir og'ir turi bu dementsiyadir. Klinik ko'rinishi – hoisizlik, bo'shshish, qiziqishlarini cheklanganligi, apatiya yoki o'ta jahldorlik, impulsivlik yuzaga chiqadi. Bunda amnestik buzilishlar yuzaga chiqadi. Jarayon chuqurlashgan sari o'z xatolarini ham bemor korreksiya qila olmaydi, aniq fikrlar mazmunini to'liq tushuna olmaydi.

Travmatik tserebrasteniya va entsefalopatiyasi bor bemorlarda epizodik holda travmatik psixozlar uchrab turadi, ba'zan maniakal va depressiv simptomkomplekslar uchrab tsirkulyar psixoz klinikasini eilatadi.

Bolalarda bosh miyani jarohati natijasida ruhiy rivojlanishidan orqada qolishi kuzatiladi. Shikastlanishini o'tkir darajasida bolalarda doimiy belgisi bu es-hushni buzilishi o'chib qolish tipi bo'yicha. Deliriy holati kam uchrab, asosan kechasi qisqa, rudimentar qo'rquv, gallyutsinatsiyalar bilan o'tadi. Amnestik sindrom ham rudimentar shaklda bo'ladi. Fiksatsion hotira pasayadi, retentsiya sust.

Jarohatning o'tkir davrida bolalarda tutqanoqlar kuzatilishi mumkin. Og'ir xollarda esa meningial simptomlar yuzaga chiqadi. Doim vegetativ funksiyalarni buzilishini kuzatishimiz mumkin, uyquning buzilishi, ishtahani pasayishi, profuz terlash, so'lak ajralishi, enurez. Ba'zan duduqlanish kuzatiladi.

Affektiv buzilishlardan (zerikish, doimiy kayfiyatini o'zgarishi tushkunlikdan to quvnoqlikka) bolalarda aniq bir o'rin egallaydi.

Ba'zan bolalarda ham kattalarniki singari asoratlar kuzatiladi.

Travmatik tserebrasteniyasi astenik holatdan farq qilib jarohatning o'tkir davrida o'zining turg'unligi bilan xarakterlanadi va ko'pincha boshqa sabablarga ko'ra kompensatsiyalanadi. Biror kasallik interkurrent bo'lsa, yoki hayotiy qiyinchiliklar kuzatilsa klinik belgilari o'z-o'zidan yuzaga chiqadi.

Travmatik entsefalopatiyada bir-biriga qarshi klinik simptomokompleks kuzatiladi.

- Apatiko-adinamik sindrom: apatiya, tez charchash, bo'shashish, faollikni pasayishi, harakat kamayishi;
- Giperdinamik sindromi - harakatning kuchayishi, kayfiyatning yuqoriligi. Bola doim sho'x, to'polonchi, baqiradi, yuguradi.
- Bolaning psixopatsimon hulqining o'zgarish sindromi - qo'pol, beshafqat, tilanchilik qilib yuradi, kayfiyati tushkun, intellekt pasaygan, maktabga qiziqish yo'qolgan. Bunday bolalar kollektiv bilan chiqisha olmaydi.

Ba'zan miya jarohati olgan bolalarda ruhiy buzilishlar jarohatdan 1 yil o'tgandan, ba'zan 2-5 yildan so'ng kuzatiladi. Epilepsiyasimon tutqanoqlardan tashqari isterik tutqanoqlar ham uchrab turadi.

Bosh miyani jarohatlanishdagi dinamikasi

Dinamikani tahlil qilishda ikki bir-biriga qarshi omillarni esga olishimiz zarur. Gipertenziyani kamayishi so'rilish natijasida og'riq belgilari pasayadi. Travmatik psixoz o'smir yoshlarda va bolalarda orqaga qaytish xususiyatiga ega. Bola xarakterining o'zgarishi va intellektual ish qobiliyatini yo'qotishi turg'un simptomlarga tegishli, ammo bu orqaga qaytish jarayoniga ega.

Oqibatlar yoki asorati kelib chiqishida bolaning yoshi ham ahamiyatga ega.

Etilmagan miyani ya'ni ontogenetik rivojlanishi to'liq yakunlanmaganda og'ir oqibatlarga olib keladi. Masalan: bola rivojlanishdan aqliy, jismoniy va ruhiy orqada coladi. Yoki teskarisi bolalik davridan o'tish paytida oqibati yaxshi kechishi mumkin sababi sog'lom miya keng kompensator xususiyatga ega. Ba'zan miyasidan shikast olgan bolada engil infeksion kasallik bilan og'risa yashin klinik belgi berib og'ir oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Davolash. O'tkir davrida yotoq rejimi kamida 3 hafta. Jarohatdan 30-40 daqiqa o'tgandan so'ng boshiga muz qo'yish va tozalovchi huqna o'tkazish. Dorilardan 40% uroneronin vena ichiga qilish. Tomir kengaytiruvchi, tomir toraytiruvchi, magneziy berish qat'iy man etiladi. Qo'zg'aluvchanlik holatlarda lyuminal, aminazin buyurish mumkin. Orqa miya punktsiyasi miya ichki bosimini tushirishga buyurish tavsiya etiladi. «Xaotik» davri o'tgandan so'ng sistematik davo olib boriladi. Semokisliy magneziiy va glyukoza eritmasi quyuladi.

Bemorlarni bu holatdan chiqandan so'ng chekish, alkogol iste'mol qilishi cheklanadi. Ahvoli yomonlashganda esa gipotenziv davo, umumiy quvvatlovchilar, so'rilishni kuchaytiruvchi dori vositalari tavsiya etiladi.

13-BOB. REZIDUAL ORGANIK ASAB-RUHIY BUZILISHLAR

Rezidual-organik asab-ruhiy buzilishlar etiologiyasida homiladorlik vaqtida rivojlanayotgan bosh miyaga turli omillarni zararlavchi ta'siri (infeksiya, intoksikatsiya, gipoksiya va boshqalar), tug'ruq vaqtidagi jarohatlar va bola asfiksiyasi, ona va bolaning immunologik to'g'ri kelmasligi, postnatal bosh miya infeksiyalar, jarohat va intoksikatsiyalar asosiy o'rin tutadi.

Patogenetik mezonga asoslanib, quyidagi rezidual-organik asab-ruhiy buzilishlar tasnifi qo'llaniladi.

Rezidual-organik asab-ruhiy buzilishlarning tasnifi (V.V. Kovalev bo'yicha)

I. Dizontogenetik turlari

1. Miyaning alohida tizimlar rivojlanishining buzilish sindromlari:

- a) nutq rivojlanishining buzilish sindromlari (umuman nutq rivojlanmagan, alaliya, rivojlanishning orqada qolishi va boshqalar);
- b) psixomotor rivojlanishning buzilish sindromlari (umumiy va nozik motorika rivojlanishining orqada qolishi);
- v) fazoviy tasavvurlar rivojlanishining buzilish sindromlari;
- g) «maktab bilimlar»ning rivojlanishining buzilish sindromlari (dizleksiya, dizgrafiya, diskal'kuliya);
- d) birlamchi enurez;

2. Ruhiy va ruhiy-jismoniy infantilizm sindromlari (garmonik va disgarmonik infantilizmlar G.E. Suxareva bo'yicha).

3. «Organik autizm» sindromi.

4. Rezidual aqliy zaiflik sindromlari.

II. Entsefalopatik turlari

1. Serebrastenik sindromlar.

2. Nevrozsimon sindromlar:

- a) depressiv-distimik;
- b) nevrozsimon qoʻrquvlar sindromi;
- v) senestopotik-ipoxondrik;
- g) isteroform sindromi;
- d) sistemali motor va somatovegetativ buzilishlar.

3. Psixopatosimon sindromlar:

- a) affektiv qoʻzgalishlarning kuchayishi sindromi;
- b) ruhiy noturgʻunlik sindromi;
- v) impul'siv-epileptoid sindrom;
- g) mayl buzilishi sindromi.

4. Dientsefal (gipotalamik) sindromlar:

- a) Sserebral-endokrin sindromlar - jinsiy yetilish buzilishlari; vaqtdan oldin jinsiy yetilish; Itsenko-Qoʻshing sindromi, adipozogenital distrofiyalar sindromi, serebral nanizm;
- b) vegetativ-qon tomir sindromlari;
- v) termoregulyatsiyaning buzilishi sindromi;
- g) asab-trofik buzilishlari sindromi;
- d) asab-mushak sindromlari.

5. Gidrotsefaliya sindromi.

6. Epileptiform sindromlar.

7. Rezidual-organik demensiya sindromlari.

8. Oʻsmirlardagi davriy psixozlar.

III. Aralash turlari

1. Bolalar serebral falaji (BTSF)

2. Atipik rezidual aqliy zaifliklar.

3. Giperdinamik sindrom.

Ko'p uchraydigan sindromlar:

Serebroastenik sindromlar

Bu holatda bemorda jizzakilik, darmonsizlik, tez charchash, ruhiy jarayonlarning taranglashishi kuzatiladi. Yana ayrim bemorlarda kuchaygan jizzakilik hamda «affektiv uchqun» tayyorgarligi namoyon bo'ladi. Astenik simtomlar ruhiyatning organik buzilishlari fonida namoyon bo'lishi serebrastenik holatga qator xususiyatlarni beradi. Masalan, diqqatning chalg'ishi, fikrlashning charchashi ifodalangan xarakterga ega bo'lib, uzoq vaqt ruhiy ish qobiliyatining susayishiga sabab bo'ladi. Ko'p hollarda xotiraning eslash va eslab qolish funksiyalari pasayishi, ayrim paytlarda, xususan, jarohatdan keyingi serebrasteniyada amnestik afaziyaning ma'lum elementlari alohida so'zlarni ham uno'tish shaklida kuzatiladi.

Tipik astenik holatlarda affektiv buzilishlar yaqqol namoyon bo'ladi: jarohatdan keyingi serebroasteniyadan keyingi jizzakilik affektiv «portlash» xarakterini, eksplozivlik, kayfiyatning distimik o'zgarishi- yig'loqilik, o'jarlik, norozilik, ayrim paytda disforik tarzda keltirib chiqaradi. Bosh miya jarohatidan keyin rivojlanuvchi serebrastenik holatda tovush va yorug'likka nisbatan giperesteziya aniqlanadi. Psixogen va somatogen buzilishardan farq qilib, sensor sintezning buzilishlari, tana tuzilishining qisman buzilishlari kuzatiladi.

Rezidual-organik serebrastenik holat tarkibida ifodalangan vegetativ regulyatsiyaning buzilishlari, serebrasteniyaga hamda diensefal sindromlarning birga kelishi kabi holatlar kuzatiladi. Bolalarda rezidual serebrastenik holatlarda nevrologik mikrosimptomatika, nozik motorikaning nuqsonlari, harakatlarning assimetrikligi - bir tomonlama harakatlar aniqlanadi. Bu komponentlar bolalarda bosh miyaning erta organik zararlanishi natijasida kelib chiqadi. Kalla suyagining rentgenogramma va pnevmoentsefalogrammasida turli o'zgarishlar aniqlanadi: kalla suyagi yo'lakchalarining qalinlashuvi,

chuqurchalarning hamda so'rg'ichsimon suyakning assimetriyasi, bosh miya qorinchalarining kengayishi.

Ba'zi bolalarda embrion davrida bosh miyaning organik buzilishlaridan keyin tuzilish displaziyalari yuz assimetriyasi ko'rinishida paydo bo'ladi. Bu guruh bolalarda «bigiz simptomi» namoyon bo'ladi (qo'l panjasi o'rta falangalarining uzunlashuvi va oxirgi falangalarning qisqarishi). Serebrasteniyada kunning ikkinchi yarmida kuchayib boruvchi bosh og'rishi, vestibulyar buzilishlar (bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, transportda o'zini yomon his qilishi) kabi holatlar ko'p uchraydi.

Nevrozsimon buzilishlar

Depressiv-distimik nevrozsimon holatlar har bir yoshda yetarlicha bo'lishini V.S.Aleshko ta'kidlab o'tgan. Maktab yoshgacha va maktab yoshidan kichik bolalarda kayfiyatning pasayishi o'jarlik, monoton yig'lashga moyillik hamda noma'lum qo'rquv bilan birga kechadi. Katta yoshdagi maktab bolalari hamda o'smirlarda ko'proq depressiv affekt notinchlik, ipoxondrik holatlar, norozilik va jizzakilik bilan birga kechadi.

O'smirlarda ba'zan o'zini kamsitish, hayotda befoйда yashayotganligi haqidagi o'tib ketuvchi xayollar ham uchraydi. Biroq, suitsidal holatlar ham kuzatiladi. Miya infeksiyalarida, depressiv-distimik holatlarda sensor sintezining epizodik buzilishlari uchraydi.

Nevrozsimon qo'rquvlar

Bolalarda bunday hurujlar davrida qo'l va oyoqlarining sovuq qotishi, yurak to'xtab qolishi, havo yetishmovchiligi hissi kuzatiladi. Shu bilan birga har xil vegetativ buzilishlar (bezgaksimon qaltirash, taxikardiya, qon bosimining oshishi, og'iz qurishi, tish qoplamlarining oqarishi, keyinchalik ko'zlarning qizarishi bilan birga xansirash) bo'lishi mumkin. Huruj yarim soat davom etib,

bemor siyib qo'yishi bilan tug'aydi. O'smir qizlarda ko'pincha, qo'rquvlar huruji davrida sensor sintezi buzilishi kuzatiladi (qiz bola qo'lini «oyogi» deydi). Shu bilan birga derealizatsiya va depersonalizatsiya («atrof qo'rqinchli bo'lib, go'yo tuman qoplagandek», «o'zini his qilmaslik», «o'zini muallaq sezadi», «tanasini paxtadek sezadi») kuzatiladi.

Nevrozsimon enurez

Rezidual-organik enurezni ikki turi ajratiladi: dizontogenetik va sistemali enurez. Nevrozsimon enurez asosida siydik ajralishini regulyatsiya qilish serebral mexanizmi turli bosh miya zararlanishlari ta'sirida rivojlanmanligi yotadi. Nevrozsimon enurez davomiyli kechadi, ko'pincha ko'p yillar davom etadi. Qo'zg'alish davrida kechki payt siyib qo'yish odatda somatik kasalliklar bilan bog'liq bo'ladi. Bundan tashqari, bu holat jismoniy toliqish natijasida ham bo'lishi mumkin.

Psixopatsimon sindromlar

Psixopatsimon sindromlar bolalar va o'smirlarda bosh miya organik zararlanishlari va postnatal buzilishlar natijasida rivojlanadi. Ularning asosini shaxsni emotsional irodaviy defekti bilan kechadigan ruhiy organik sindrom tashkil qiladi.

Psixopatsimon sindromlarga quyidagilar kiradi:

1. ruhiy noturg'unlik;
2. affektiv qo'zg'alishning ortishi;
3. impul'siv-epileptoid;
4. mayl buzilishi sindromi.

Ruhiy noturg'unlik sindromi yuqorida ko'rsatilgan klinik ko'rinishlar bilan bir qatorda o'ta ishonuvchanlik, yuqori kayfiyat, daydilikka, o'g'rilikka moyillik, o'smir yoshida esa spirtli ichimliklar, narkotik moddalar iste'mol qilish, erta jinsiy hayotni boshlashga moyillik kuzatiladi.

Affektiv qo'zg'alishning ortish sindromida kuchli qo'zg'alishlar, eksplozivlik, agressiv va tajovuz harakatlarga moyillik kuzatiladi.

Impul'siv-epileptoid sindromida bolalar va o'smirlarga kuchli qo'zg'alish va agressiv harakatlardan tashqari disforiyalar, harakatlarga davomiyli salbiy affekt, tajovuz harakatlarga moyilik kuzatiladi.

Mayl buzilish sindromida birinchi navbatda jinsiy maylni oshishi kuzatiladi. Shu munosabat bilan bunday o'smirlarning xulq-atvori va qiziqishlari jinsiy maylga qaratilgan. O'smir qizlar kosmetika bilan ko'p foydalanadilar, erkaklar bilan tanishishga intiladilar, ayrimlari 12-13 yoshdan boshlab jinsiy hayot olib boradilar. Ko'pincha qizlar asosan to'dalarga qo'shiladilar va chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qiladilar.

Giperdinamik sindrom

JSSJ ma'lumoti bo'yicha bu sindromning tarqalganligi 3-10%. Diqqat yetishmovchiligi va giperaktivsindrom ko'proq o'g'il bolalarda uchraydi, o'g'il va qiz bolalar orasida 4:1 nisbatda uchraydi. Sindrom 1.5 dan 15 gacha bo'lgan yoshda uchraydi, biroq maktabgacha yoshdagi bolalarda va maktab yoshi boshlanishi davridagi bolalarda ko'proq namoyon bo'ladi. Sindromning asosiy ko'rinishlari quyidagilar hisoblanadi: umumiy harakat jonsarakligi, hafsalasizlik, faol diqqatni bir joyga to'plash sustligi, tajovuzkorlik, negativizm, tajanglik. Maktab tartiblariga moslashishning buzilishi, husnixatni o'zlashtirishdagi qiyinchiliklar va makonni anglashning buzilishi.

DAVOLASH

Rezidual-organik asab-ruhiy buzilishlarida biologik terapiya asosida medikamentoz va fizioterapiya davo muolajalari sistemali davo-pedagogik chora-tadbirlar, mehnat terapiyasi va davo badantarbiya mashqlari bilan o'tkaziladi. Medikamentoz terapiya patogenetik va simptomatik usullarni o'z ichiga oladi. Patogenetik terapiyaning asosiy usullaridan degidratatsiya qo'llaniladi (magniy sul'fat in'ektsiyasi mushak orasiga, diakarb, laziks

in'yektsiyalarining kurs bo'yicha qabul qilish), so'riluvchi terapiya (aloe, bioxinol in'yektsiyasi kursi, shishasimon tana).

Ammo rezidual-organik asab-ruhiy buzilishlarni davolashda simptomatik davolash samarali bo'lib qolmoqda. Siptomatik davo rezidual-organik buzilishlarda kuzatiladigan simptomlarni yo'qotishga qaratilgan. Serebrastenik holatlarda davolash serebrastenik sindrom turiga qarab belgilanadi. Affektiv-giperdinamik holatlarda neyroleptiklarni uzoq vaqt qabul qilish ko'rsatiladi – sonapaks, neuleptil kuniga 10-20 mg dozasiida maktab yoshgacha va kichik maktab yoshidagi bolalarga va aminazin (kuniga 50 mggacha) – o'rta va katta yoshdagi maktab bolalari uchun. Asteno-adinamik va asteno-apatik holatlarda psixostimulyatorlar tavsiya qilinadi (nuredal, sidnokarb), ayrim trankvilizatorlar (trioksazin, tenoten) hamda vitaminlar B15, B12, prosul'pin .

Depressiv-distimik holatlarda trankvilizatorlardan ataraks va fenibut (noofen) qo'llaniladi. O'smirlarda aniq ifodalangan depressiyada antidepressantlar, ko'pincha, stimulaton (50Mr/kuniga), velaksin (37,5Mr/kuniga) qo'llaniladi. Depressiv-distimik holatlarda qo'rquvlarni yo'qotish maqsadida prosul'pin (eglonil 50Mr/kuniga) ham tavsiya etiladi. Aniq ifodalanmagan qo'rquvlarda ataraks(12,5-25Mr/kuniga) yoki neurolni(0,25Mr/kuniga) tavsiya etish mumkin.

Senestopatik-ipoxondrik holatlarda sonapaks 10-20 mg/kuniga qo'llaniladi. Trankvilizatorlardan seduksen, elenium, ataraks, adaptol, tenoten va kichik dozada ksanaks tavsiya etiladi.

Isteroform buzilishlarda aminazin tavsiya etiladi. Nevrozsimon turidagi buzilishlarni davolashda fenibut yoki noofen 250-500 mg/kuniga qo'llash ahamiyatlidir.

Nevrozsimon duduqlanishda mushak tonusini pasaytiruvchi preparatlar (lidokain 25-125 mg/kuniga), aminazin yoki melleril (kichik dozada), trankvilizatorlar (fenibut, noofen, ataraks) tavsiya etiladi.

Nevrozsimon enurezda nootropalar yoki antidepressantlar ahamiyatlidir (pantokal'sin, noofen, amitriptilin, triptizol, melipramin).

Nevrozsimon uyqu buzilishlarda somnol, andante va ayrim hollarda ataraks kechki mahal 12,5-25 mg dozada qabul qilinadi.

Rezidual-organik asab-ruhiy buzilishlarni kompleks davolashda medikamentoz terapiya bilan bir qatorda fizioterapiyaning ahamiyati katta. Masalan, tomirli bosh og'riqlari bilan kechadigan serebrastenik holatlarda Sherbak bo'yicha kal'siy va yod bilan birga gal'vanik yoqasi, uyqu buzilishi bilan kechadigan serebrastenik holatlarda – elektrouyqu, darsonval' nevrozsimon enurezda siydik pufagi sohasiga feradizatsiya, bel sohasiga atropin sul'fatli gal'vanizatsiya qo'llaniladi.

14-BOB. EPILEPSIYADA UCHRAYDIGAN RUHIY BUZILASHLAR

Epilepsiya – surunkali, ko'plab etiologik, asabiy- ruhiyati bilan bog'lik bo'lgan yagona patogenezi doirasidagi, ko'pincha bolalik va o'smirlik yoshida paydo bo'ladigan hamda paroksizmal talvasaga tushish, changak tortib qolish va ozmi – ko'pmi ko'rinishda shaxsda uchraydigan kasallikdir.

XKT-10 – epilepsiya G40-47.O'z ichiga oladi:

G40 – Epilepsiya (XKT 10 -5-bob" Nerv tizimi kasalligi");

G41- Epileptik status (XKT 10 -6-bob)

F02-F07-Epilepsiyada psixik buzilish (XKT 10 -5-bob"Psixik va xatti-harakat buzilishlari");

F80.3-Landau-Kleffner sindromi (XKT 10 -5-bob).

Epilepsiya bilan kasallanishning o'rtacha darajasi dunyoning turli mamlakatlari bo'yicha aniqlangan hisob – kitoblarga ko'ra aholi soniga nisbatdan har 1000 kishiga 5 holat to'g'ri keladi, umumiy bolalarga nisbatdan esa qachondir talvasaga tushgan, tutqanoq tutgan bolalar tahminan 4 marta ko'pdir (Kreyndler). Bu kasallikning boshlanishining 70-80 foizi bolalik va o'smirlik yoshiga to'g'ri keladi. Bolalikda paydo bo'lgan epilepsiya kattalarda uchraydigan, epilepsiya kasalligining kelib chikishiga asos bo'ladi. Kattalarda uchraydigan epilepsiyaning oldini olish bolalarda uchraydigan epilepsiya kasalligining oldini olish va proffilaktik ishlarni olib borishdan boshlanadi.

Bolalikda uchraydigan epilepsiyani davolash kattalardagi epilepsiyani to'la yo'qotolmasa ham, har holda ma'lum darajada chastotasini kamaytiradi, umumiy ma'lum bo'lganidek, epilepsiyani keltirib chiqarish holatlari kattalarda kamroq bo'ladi.

Shunday ekan, bolalardagi epilepsiya faqat tibbiyotdagina emas, balki ijtimoiy sohadagi muhim muomalardan hisoblanadi.

Epilepsiya klinikasini bilish, ayniqsa uning boshlanish darajasini aniqlash, nafaqat nevropatolog va psixiatr vrachlar, balki poliklinikada ishlovchi barcha

vrachlar bilishlari kerak, chunki epilepsiya bilan kasallangan bemorlar ko'pincha uning boshlanishi dastlabki ko'rinishi paydo bo'lganida uchastka vrachiga murojaat qiladilar.

Epilepsiyaning har xil ko'rinishlari masalasida turlicha fikrlar mavjud.

Ko'plar gendan, ya'ni avloddan, yoki essentsial epilepsiya, bunga tashqi holatning ta'siri bo'lmasa ham rivojlanadi, deyishadi. Demak, bunday ko'rinishda avloddan avlodga o'tishi mumkin, deb xisoblanadi.

Shu bilan bir qatorda etiologik faktorlarga bog'liq bo'lmagan holda miya faoliyatining buzilishi, meningit-entsefalit asorati va shikastlanish oqibatida va boshqa sabablarga ko'ra paydo bo'lishi mumkin. Xozirgi paytda avloddan-avlodga o'tish epilepsiyasi bilan simptomatik fokal epilepsiyani bir-biriga qat'iy qarama-qarshi quyishdagi tizim yo'qolib, ma'lum bir ko'rinish aniqlandi.

Bu ko'rinish S.N.Davidenkoning ta'riflashicha: "epilepsiyaning hamma ko'rinishlarini bir qatorga qo'yish mumkin, bir tomonidan faqat avloddan-avlodga o'tishdan paydo bo'lgan holatda, ikkinchi tomonda ommaviy, aniq ko'rinishdagi ekzogeniy holatdagini. Epilepsiya tushunchasi alohida kasallik sifatida o'z kuchida qoladi, klinik aniqlashning vazifasi esa generalizovan epilepsiyani fokal epilepsiyadan qat'iy ajratish emas, balki epilepsiyani ozmi-ko'pmi miqdordagi boshqa kasalliklardan, miyaning shishishi yoki qorin bo'shlig'idagi infeksiyalar va hokozalar ham tutqanoq to'tishiga sabab bo'lishi mumkin."

Epilepsiya nomi grekchadan olingan so'z bo'lib "epilepsus" ya'ni "qamrab olaman", - degani. Bu kasallikning asosiy belgisi tutqanoq to'tish eski ruscha nomlanishi "yiqilayotgan kasallik".

Tutqanoq to'tishi, talvasaga tushish epilepsiyaning patologik ko'rinishi bo'lsa ham, u birdan bir ko'rinishi emas, hatto u bu kasallikning shart yoki albatta bo'lishi lozim bo'lgan ko'rinishi emas.

Epilepsiyaning klinik paydo bo'lishini, davomiyligini xarakteriga ko'ra ikki guruhga ajratish mumkin.

Birinchi guruh – ayni bir vaqtda keskin paydo bo'lib, qisqa vaqt ichida bo'ladigan tutqanoq, ya'ni epileptik paroksizmlar.

Ikkinchi guruh – doimiy, ta'sirlaganda, zehn – farosat, kasalning shaxsiy holatlarida o'zgarish bo'lganida.

Har bir guruhni kasallik belgilariga ko'ra alohida ko'rib chiqamiz. Hozirgi paytda epileptik paroksizmning umumqabul qilingan klassifikatsiyasi yo'q.

Xalqaro epilepsiya birlashmasida qabul qilingan Vena klassifikatsiyasini ko'pgina olimlar e'tiroz qiladi. Biz hisoblaymizki, Lennoks (1960) tomonidan ishlab chiqilgan klassifikatsiya tajribada qo'llashda eng o'ng'ay va omadlidir.

Hamma turli ko'rinishdagi epilepsiya orasida ta'sirchan yirik tutqanoq to'tish (grandmal). Oldindan xabar berilish belgilari. Yirik tutqanoq to'tishdan oldin bir necha soat yoki kun oldin har xil ko'rinishda funktsional buzilish holatlari ko'rinishida oldindan xabar beriladi. Qon aylanish, nafas olish, uyqu, tanadagi moddalar almashuv yuqori bo'lishi, oshqozon buzilishi va oligouriya.

Ayniqsa, ruhiy holatdagi o'zgarishlarda ko'rinadi: kuchli bezovtalanish yoki hech narsaga aralashmaslik, qaltirash kayfiyati, ta'sirlanishning kuchayishi, hayratlanish, eksploziv va shiddatlilik.

Aura – epileptik yiqilishning boshlang'ich fazasi, hushdan ketish, bu haqda kasalda xotira qolishi mumkin va ta'riflay oladi. Bu faza juda qisqa vaqt ichida bo'ladi. Aura majburiy emas, lekin 60-70% holatda kuzatiladi. Auraning hamma aniq ko'rinishlarini birga-bir ko'rsatib o'tish imkoni yo'q. Ba'zi kasallar qorinda paydo bo'lgan kuchlanish, boshqalari hech qachon his kilmagan huzur – halovat (Dostoevskiyning, “Idiot”idagi ko'rsatilganidek). Aura murakkab ko'z, eshitish va boshqa gallyutsianator kechinmalar, gavdaning tuzilishidagi asabiylashish (favqulodda engillik yoki oriqlash va hokozalarga

ko'ra). Aura sifatida murakkab ruhiy zo'riqish holatida, ya'ni avvaldan ko'ringandan hayajonlanish yoki "hech qachon ko'rinmaganning takrorlanishidan tashvishlanib takrorlanish mumkin. Aura tutqanoq tutib yiqilish darajasida kuzatiladi, uning simptomlari tutqanoqning keingi bosqichlarida rivojlanmasligi mumkin. Aura epileptik o'choqni aniqlashda va tashhis qo'yishda ahamiyatga ega.

Auradan keyin tutqanoqning tonik fazasi keladi. U to'liq hushidan ketish, boshlang'ich qichqiriq, ya'ni tutqanoq to'tishdan oldin havo nafas yo'lini qisqatiradi. Kasal odatda, oldingi tomonga yiqiladi, ko'pincha jarohatlanadi, biron a'zosi sinadi yoki chiqadi. Bosh orqaga qayriladi, ko'z katta ochilgan, nazari harakatsiz. Gavdasi kuchlanishli, qo'l barmoqlari mushti tugilgan bo'ladi. Dastlabki oqarish tsianoz bilan almashadi.

Tonik faza 10-30 sekund davom etganidan keyin 1-2 minut klonik faza keladi. U gavda qismi va a'zolarining ketma-ket bukilib yoki yozilib turishi, nafas yo'lida xirillash va boshqa ko'rinishlarda bo'ladi.

Harakatdagi kuchlanish ko'pincha chuqur va og'ir nafas olish bilan yakunlanadi.

Tutqanoqli yiqilishdan keyin kasal odamda yana bir necha minut es-hushi tiniq bo'lmagan holatda bo'ladi. Ba'zi kasallar yiqilganidan so'ng o'ziga kelganidan keyin darhol turib o'zining ishini davom ettiradi, boshqalar esa 10-20 minut chuqur uyquga ketadi. Tutqanoq tutib yiqilgandan so'ng uning to'liq amneziasini boshlanadi.

Bolalarda generalizovan yirik tutqanoq epilepsiya formasida tez-tez uchrab turadi. Uch yoshgacha bo'lgan davrida huruj xarakterlikdir, gavdaning yarmini qamrab oladi, tonik fazani qamrab olgan holatda. Alohida ko'rinishdagi yana bir holati, bolaning boshi bir tomonga buriladi yoki butun gavdasi o'ng yoki chap tomonga qaragan bo'ladi.

Uch yoshdan katta bolalarda esa yirik qaltiroq kattalarda bo'ladigan hurujni eslatadi. Aura kattalarga qaraganda bolalarda kamroq bo'ladi. Bolalarda qaltiroq qichqirish bilan emas, ingranish, va hushdan ketishi bilan boshlanadi, undan keyin tonik faza keladi. Bu faza (odatda, uzoq davom etadi) tomirlarning intensiv tonik qisqarishi bilan xarakterlanadi. Bolalarda tonik fazadan klonik fazaga o'tish jarayoni aniq ifodalanmaydi. Klonik fazada tutqanoq to'tishi generalizovan holatida va ritmik xarakterda, ko'pincha lokalizatsiya boshlanishi ko'rinishiga ega. Epileptik huruj bir necha sekundga cho'ziladi, kamdan-kam bir necha minut bo'ladi.

Kichik tutqanoq (petit mal) katta tutqanoqqa o'xshagan tipik holatlardan ajratib turadi, lekin bunda simptomatlik polimorfizm ko'pdir.

Absans tutqanoq hurujining oddiyroq ko'rinishidir. U birdaniga qisqa vaqtda ko'rinadi (bir necha sekundgacha) va to'liq hushdan ketishiga olib keladi. Kasal soviydi, lekin yiqilmaydi, gavdani tutqanoq huruji boshlanishidan oldingi holatda tutib turadi. Huruj ba'zida avtomatik xususiyatda o'z ko'rinishda (masalan, kasal barmoqlarini harakatga keltiradi va labini qimirlatadi).

Absans huruji qanday tez boshlangan bo'lsa, shunday tez tuxtaydi. Kasal esa o'z faoliyatini hech narsa bo'lmagandek davom etiradi, u nima yuz berganini bilmaydi.

Absanslarning bunday ko'rinishi bolalar yoshida kichik hurujning tez takrorlanadigan ko'rinishi emas. Ko'pincha bolalarda kichik hurujlar guruhiga kiruvchi triada, deb nomlangan hurujlar uchraydi.

Bunga qo'yyidagilar kiradi:

a) Propulsiv kichik hurujlar. Absanslarga o'xshagan qisqa muddatli, xotirani butunlay yo'qotadi, ular turli harakatlanish ko'rinishida, gavdaning butunligicha yoki qisman olg'a intilishga olib keladi. Propulsiv hurujlar guruhini "salaamov", "yashin tezligida", "kivatel", va "astatik"ga ajratiladi.

Salaamov huruji oldidan bolaning boshi va gavdaning yuqori qismi sekin tonik hurujdek oldinga egiladi, tomirlar atrofga va yuqoriga harakatlanadi, yashin tezligidagi hurujdan intensivligi bilan farqlanadi. Shunday vaqtda harakatlanish tez va birdaniga yuz beradi. Yotganda bosh ko'tariladi, o'tirganda esa kutilmagan paytida oldinga egiladi.

Astatik yoki akinetik huruj oldidan kasal bir necha daqiqaga xushidan ketar ekan, tomirlari bo'shashadi, lekin tezlikda yana ko'tariladi.

Yuqorida ko'rsatib o'tilgan hurujlar bolalik yoshining ilk davriga to'g'ri keladi, ko'pincha bir yoshlarda yuz beradi. U yuqori chastotada xarakterlanadi.

b) Retropulsiv kichik hurujlar ko'pincha 6-7 yoshlarda bo'ladi, 16-17 yoshdan keyin ham uchraydi. Umumiy ko'rinishlari: yuqori chastotali (20 dan 100 gacha va undan ham yuqori, davomiyligi (2-4 daqiqa), asosiy belgilari (ko'z olmasi yuqoriga qaraydi, shu holatda ba'zan ritmik harakati vertikal yo'nalishida bo'ladi). Bosh tez-tez orqaga tashlanadi, gavda orqa tomonidan, yoki butun gavda orqadan harakatlanib, egiladi.

Hozirgi paytda ko'pgina mualliflar bunga piknolepsiyani qo'shadilar, absans hurujlar tipini, epileptik kasallikka qarshi davolashda o'zgarish yo'qligi, samara bermaganligi uchun ba'zan bemor tuzalishiga olib keladi.

v) Impulsiv (yoki mioklonik) kichik hurujlar asosan bolalik va o'smirlik rivojlanish davrida bo'ladi. Impulsiv huruj tashqi tomondan qaraganda kuchli qo'rquvdan birdaniga qaltirashni eslatadi. Bunday holatda qo'llar tez harakat bilan ochilib yopiladi, unda mavjud bo'lgan narsalar otilib ketadi. Agar kasal yiqilsa, yashin tezligida yiqilganidek, ko'pincha shu zahoti o'rnidan turadi. Odatda qator itarishlar ketma-ket keladi, ba'zan yangi holatda bo'ladi.

Mayda hurujlarning hamma ko'rinishlari og'riq qo'shilishi bilan murakkablashadi yoki kichikroq holatda (chaynalish, yutinish, ovoz chiqarish va boshqa oddiy harakatlarda).

Kichik hurujlar triadasining har bir shakli klinik ko'rinishda va oqimda o'z xususiyatiga ega. Propulsiv shaklda ko'proq qo'pol nevrologik buzilish va qisman psixikaning to'liq rivojlanmaganidan bo'ladi.

Mioklonik hurujda qo'pol asabiylik uchramaydi, lekin epilepsiya uchun xos bo'lgan xotirani yo'qotish va boshqalar yuzaga keladi.

Retropulsiv shakldagi kichik huruj ruhiyatdagi nohushlik ta'siri bilan ajralib turadi, bunda uzoq davom etgan kasallik natijasida shaxsning holatida o'zgarish bo'lishi mumkin. Qattiqroq chastota razryadlari, yuqorida ko'rsatib o'tilganidek, keng miqyosda bo'lishi mumkin.

Qattiqroq huruji ketma-ket kelgan paytda, hatto kichik to'xtashi bo'lganida ham hotirani yo'qotish to'xtamaydi. Epileptik status ko'p soatda, ba'zan esa bir necha kun davom etishi mumkin. Og'ir komatoz holati rivojlanadi, gavda harorati ko'tarilib 40 darajagacha etadi, siydikda oqsil paydo bo'ladi, yurak faoliyati buziladi.

Status davomida miyaning o'tkir shishi bo'ladi. Bo'larning barchasi bemor o'z vaqtida davolanmasa, hayoti uchun havflidir. Statusdan so'ng davolanish jarayoni og'ir kechadi, terapiya uncha samara bermaydi, ba'zan asablarning buzilishiga olib keladi.

Kichik hurujlar ham status shaklida bo'lishi mumkin.

Paroksizmal qaltiroqqa psixomotor va psixosensor hurujlar ham kiradi. Ular ososan lokalizatsiya epileptiyagen o'choqda aniqlanadi. Odatda psixomotor huruji xotiraning qorong'lashishi va keynchalik amneziyaga olib kelish xususiyatiga ega. Hulqning buzilish hech bir maqsadsiz harakatlanish stereotip xatti-harakat, masalan, kiyimlarni taxlab qo'yish, qo'lni artish, atrofdaagi jihozlarini maqsadsiz tartibga keltirish. Boshqa hollarda bolalar chapak chaladi, turli so'zlar aytadi, maqsadsiz kuladi, qaergadir borishni, yugurishni istaydi. Hurujning davomiyligi 1-3 minut.

Psixomotorli hurujda bemor gavdasini vertikal holatda aylantiradi. Vaqtincha chaynaladi, so'lak chiqishi, tamshanish, yutinish yuz beradi. Tashqaridan qaraganda, bemor ovqatning ta'mini tatib ko'rgandek ko'rinadi. Huruj hotiraning qorong'ilashishi ko'rinishida bo'ladi. Psixomotor huruji bolalarda tez-tez uchrab turadi.

Psixosensor huruj esa bolalarda kattalarga qaraganda kam uchraydi. Psixosensor paroksizm klinik ko'rinishiga aura, epigastral, kardinal va vistseral xususiyatlarda ruhiy kechinmalar kiradi.

Shuningdek, ba'zan bolalarda uchraydigan dientsefal epilepsiyani eslatib o'tmoq lozim. Dientsefal epileptik huruj vositalari avvalo turli hayajonlanish, yurak va nafas yo'llarining ritmi buzilishi, termoregulyatsiya, gipergidrozom, poliuriya va boshqalarning buzilishidan paydo bo'ladi. Huruj harakatdagi hayajonlaning majburiy qilish, yig'lash hamroxligida bulish mumkin. Bunday paytida xotira chukur buzilmaydi yoki umuman buzilmaydi. Epilepsiya bilan og'rigan bemorlarda aytib o'tilgan paroksizmal hayajonlanish bilan bir qatorda ruhiy ekvivalentlar ham kuzatilish mumkin. Bu turli jihatdan ruhiyatning hayajonga tushishi natijasida hurujlar o'rtalig'ida yuz beradi. Huruj ekvivalenti, deb shunga aytadilarki, u o'zining kutilmaganda tezligi, epizodikligi jihatidan qattiqroq hurujni eslatadi, ba'zan uni almashtirilgandek bo'ladi. Yosh bolalarda ular kattalarga qaraganda kam uchraydi. Psixik ekvivalentlarga disforiya, xotiraningholatni keradi.

Disforiya-xotiraning epileptik hayajonlanishi, u bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi. Bemor qo'pol, jirkanch, hayajonli, havotirli, kamdan -kam xafaqon , ipoxondrik shikoyatli va o'z joyiga qasd qilishga urinish holatlari kam bo'lsa, ham uchraydi. Gohida kayfiyati yuqori bo'lgan holda uchraydi. Ba'zida epilepsiya qo'rqish holatida xush o'zgargan tusda bo'ladi (o'jarlik qilish, surbetlik, qahrilik, odatdan tashqari harakatlanish, uyatsizlik). Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarda xotiraning xiralanishi holati turlicha

bo'ladi. Bolalarga va o'smirlarda xotiraning xiralashishi uyquda yurish va fug holatida tez-tez uchraydi.

Somnambulizm (uyquda yurish) bemor tunda turadi va uyg'onmasdan xonada yuradi, ba'zan xonadan chiqadi. Bir necha minutdan keyin bemor qaytib o'z o'ringa yotadi. Bemor o'zining holati harakatlarini boshqalardan eshitib bilib oladi.

Epileptik fug jarayonida bolalar birdaniga uydan chiqib ketadilar va tentirab yuradilar.

Tartibga solingan xiralashish holatida-transda bemorlar murakkab harakatlarni bajaradilar, tashqaridan qaraganda tartibli ko'rinadi, zarur bo'lmagan tomonga ketish, biron erga, ba'zan uzoq sayohatga jo'nab qaytish. Bemorlar ba'zi darajada atrofqa qarab, qaerdanligini belgilab oladi, shuning uchun ular atrofdagilarning diqqatini tortmaydilar. Xotira xiralashishi holatining boshqa va klinik ko'rinishda ruhiy hayajonlanish egallaydi. Gallyutsinatsiya xususiyatlari: o't, qo'rqish, birovga tashlanish, qo'rqinichli ko'rinishda bo'ladi. Bemorlar ba'zida favqulodda havfli ko'rinishda bo'lishi mumkin, gohida epilepsiya bilan kasallangan bemorlar xuddi shunday holatida eng og'ir jinoyatlarni sodir qiladilar. O'ldirish, yirtish va boshqa harakatlarga ingtiladilar. Bemorlar duch kelgan narsalar bilan himoyalana dilar, eshiklarni to'sadilar, stul bilan siltanadilar, derazaga chiqib oladilar. O'z joniga qasd qilishga harakat qilish hollari uchraydi. Ruhiy kechinmalarda vaqtida xususiyatlidir.

Paroksizmal, shuningdek, qisqa va o'tib ketadigan ruhiy holatda epilepsiya barcha ruhiy kechikmalarni chiqarib tashlamaydi. Bu kasallik ko'pincha hollarda ruhiy buzilishni rivojlantiradi.

Bu epilepsiya progredient kasallanish sifatida o'rganishga asos bo'ladi.

Epileptik jarayon dastlab xarakter yadrosiga tegmasligi mumkin, ruhiy holatlarini o'zgartiradi, qayg'urish va intilish reaksiya va xulq-atvorning o'zgarishida sekinlik va boshqalar. Bemorlar asta-sekin harakatlanish

qobiliyatini yo'qotadi, yuqoriga ko'tarilishda qiynaladi, oshirib gapirishga moyillik paydo bo'ladi, maydachi, pedantlik xususiyatga ega bo'ladi. Hayajonlanish oqibatida muloqatda egoizm, o'zining haq ekanligiga ishonch hosil qilish, yuqori taassurat va hayajonlanish, o'ch olish hamda shijoatlanish o'zining sog'ligi uchun ko'proq qayg'urish va umuman shaxsiy farovonlikni o'ylashi. Ko'pgina bemorlar kasallikning keyingi bosqichlarida o'zlarining yaqin qarindosh urug'larining vafotiga ajablanarli darajada unga qayg'urmaydilar. Bemorlar bunday paytda o'zlarining sog'ligiga diqqat bilan qarasarlar ham.

Bemorlik jarayonida payda bo'lgan alomatlar asta-sekinlik bilan avvalgi ruhiy kechinmalarni siqib chiqara boshlaydi. Bemorlar xarakteriga qarama - qarshilik xos, shu zahoti hisoblashish va g'azabga kelib, qo'pollik qilish hamda foydalanish. Epilepsiya bilan kasallangan bemorlar mayda-chuydaga katta e'tibor beradi. Bemorlar ko'pincha yovuz xotirali, shu bilan birga ozodalikni yaxshi ko'radilar, o'z jihozlariga o'rganib qolgan bo'ladilar. Ko'pincha, ular mehnatsevar bo'lishadi, ko'p vaqlarini birona murakkab bo'lmagan ishga sarflaydilar, hamma narsaning mayda-chuydasigacha e'tibor berishadi. Ayniqsa, epilepsiya vaqtida o'y-fikrlashdagi buzilishlar xususiyatlidir. Bemorning o'y-fikrlashdagi sekinlashadi, tor doirada bo'ladi. Epilepsiya bilan og'rigan bemor ko'p so'zlaydi, kerak bo'lmagan so'zlarni gapiradi, mayda-chuydaga to'xtaladi. Fikrlash tor doirada bo'lib, yangi fikrga o'tishi qiyin kechadi. Epileptiklarining nutq darajasi sekin, bir xil ba'zida tiniq, erkalovchi tusda bo'ladi. Bemor vrach bilan uzoq vaqt axamiyatsiz hodisalar to'g'risida suhbatlashadi, o'z fikr mulohazasini keyinchalik ifodalay olmaydi. Uy-fikri bo'yicha suhbat boshlasa, boshqa tomonga o'y-fikrini o'zgartirish qiyinroq bo'ladi. Affekt kumulyatsiyasiga moyillik seziladi.

Bemorlik davrida ko'rib o'tilgan xususiyatlar kuchayadi, unga xotiraning o'zlashtirish qo'shiladi. U xotira yomonlashganligi, intellektual qobiliyatlilik kamayishda ifodalanadi.

Logik fikrlash qobiliyati kamayadi, fikrlash konkretlanadi. Professional tajriba va qiziqish kamayadi.

Epilepsiya bilan og'riqan bolalarda hamisha ham aytib o'tilgan xususiyati, individual o'zgarishlar bo'lavermaydi. Bunday bolalarga 3-4 yoshda ko'prok yuqori motorik xususiyatlidir. Bolalarning ota-onasi so'ziga qaraganda "bir minut ham bir paytda o'tirolmaydi", intilish, qo'lga tushgan hamma narsani olishga urinish, ularga qiziqmaslik va faoliyatning natijasiga e'tiborsizlik ularning xususiyatiga xosdir.

Epileptik boladagi hayajonlanish tez xafa bo'lishida ko'rinadi, agressiv, o'ch oluvchanlik oddiy sabablardan kelib chikadi. Sabr qilmaslik, ozgina kechikish yuzasidan uning talabini qanoatlantirmaslik, agarda u keyinchalik amalga ohsa ham epileptik bolalarda ko'p uchraydi, natijada azoblanishiga, asossiz ravishda atrofdagilar bilan janjal chiqarishiga sabab bo'ladi.

Uning diqqatini boshqa tomonga yo'naltirish qiyin kechadi, bola uzoq vaqt bir nuqtaga tikilib qoladi, bir xil mashg'ulot bilan shug'ullanadi, muntazam gavgdasini silkitib turadi.

Alohida ta'kidlash kerakki, epilepsiya bilan kasallangan bolalarning ba'zilarida asabiylashish oshgan, egoizm kuchaygan, atrofdagilarni ta'siriga beriluvchan, erkalanuvchan yoki ortiqcha hotamtoylik xususiyatlari bo'ladi. Ba'zi bolalarda xulq-atvor belgilari kasallik davomida bir xil, ayrimlarida esa qarama-qarshi, biridan ikkinchisiga tez o'tishi kuzatiladi. Xulq-atvordagi buzilish bir xilda bo'lmasligi xarakterning epileptik tizimidagi rang-baranglikni o'z ichiga oladi.

Epilepsiya oldidan bo'ladigan simptomlarning xususiyatini ko'rib chiqamiz. Odatda, epilepsiyaning dastlabki simptomi qaltirash huruji. Bu fakat

bolalarning dastlabki yoshiga nisbatdan to'g'ridir, chunki bu yoshda epilepsiyani aniqlash qiyin, sub'ektiv shikoyat bo'lmaydi.

Maktab yoshidagi va maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda epilepsiyani boshlanish alomatlari o'rganilganida, epilepsiya qaltiroq huruji boshlanmasidan oldinroq paydo bo'ladi. Epilepsiyani tutqanoqsiz boshlang'ich davri bir necha oydan bir necha yilgacha cho'ziladi.

Kasallikni rivojlanishi jarayonidagi dastlabki bilinadi. Epilepsiyadan oldin uyqu buzilishi jihatlari shundan iboratki:

- a) odatdan tashqari yorug'lik
- b) qo'rqish affekti namoyon bo'lishi
- v) uyqu davomiyligining buzilishi, bezovtalanish
- g) tush ko'rishning cho'zilib ketishi
- d) ba'zida uyquni muddatidan o'tkazib yuborishga o'tish, xiralashish holati
- e) ko'rgan tushlari mazmuni xotirasida saqlanib qolishi
- j) shu va boshqa tushlari muntazam takrorlanaverishi.

Ko'rilgan tushlari boshqa hayajonli tushlar simptomi bilan uyg'unlashishi xarakterli belgilari (tushda gapirish, tushda yurish, yig'lash, kulish, tushda qichqirish) umumiy qaltirash, bosh aylanish, ayniqsa xotiraning o'zgarishi. Bularning har biri alohida holatda epilepsiya uchun o'ziga xos xususiyati emas, ammo ularning uyg'unligi epilepsiyani dastlabki alomatlarini aniqlashga imkon beradi. Epilepsiyani dastlabki davrida bosh og'rigi ko'pgina kasallarda paydo bo'ladi. Biroq, ko'pchilik kasallarda u intensiv emas va klinik ko'rinishda etakchi o'rin egallamaydi. Epilepsiya oldidan bosh og'rishining asosiy farqlanishi shundaki, progredientlik ko'rinishidagi belgilar aniqlanmaydi, umumiy jarayonda o'rin topgandek. Shuningdek, tungi bosh og'rig'i bo'lmaydi. Ba'zi bemorlarda bosh og'rig'i keyinchalik epileptik hurujdan xabar beruvchiga aylanadi.

Bolalarda epilepsiyaning boshlang'ich darajasi kattalarga qaraganda ikki marta ko'proq bo'ladi, vistsero-vegetativ paroksizm kuzatiladi, qisqa muddatli va o'z klinik holatda ajralib turadi. Gohida esa ular faqat vistseral simptom bilan chegaralanadi. Masalan, xotirada saqlanib qolgan umumiy muhitda birdaniga qayd qilish ehtiyoji paydo bo'ladi va shu zahoti yo'qoladi. Boshqa xolatlarda paroksizm xotiraning o'zgarishi bilan, qator vegetativ simptomlardan iborat bo'lib, gohida turli hayajonlanishdan: tonik qaltiroq yoki tomirlarning bo'shatib qolishi, bilmagan holda siyib qo'yish va boshqa holatlar. Bolalarda vistsero-vegetativ paroksizmning turli ko'rinishlari shundaki, abdominal xuruji-qorinda og'riq paydo bo'lishi ba'zida opekular fenomen bilan bog'liq bo'ladi. Bu gohida nevropatiya, giistnoy invaziya, ovqat toksikoinfeksiyasi, deb yangilishiladi. Ajralib turadigan belgilari:

- a) ular paydo bo'lishida paroksizmal xarakter
- b) ovqatlanishi va psixogen payti bilan bog'liq emasligi, yo'qligi
- v) qisqa muddatlik (bir necha daqiqa 1-2 minut)

Kattalarga qaraganda bolalarda generalizovan qaltiroq xuruji, tutqanoq ikki marta kam uchraydi va avval aytib o'tilgan holatlarda kechadi (tonik xarakterda, qisqa muddatli).

Kasallikning rivojlantirishini kuzatib, og'irlashish chastotasi va hurujlarning polimorfizmini aniqlash mumkin. Kasallik hamisha ham progredient holatda bo'lavermaydi. Ba'zi hollarda davolanish oqibatida tuzalib ketish mumkin.

Klinik xaritada oldingi o'rinda polimorfizm turadi. Boshlang'ich darajasida xuruji engil shakllari taqqoslanadi: uyquda paroksizmal hayajonlanish, bosh og'rig'i va boshqalar epilepsiya xuruji uchun katta tutqanoqlar oldida xarakterlik emas.

Kattalarda uchramaydigan tonik qaltirash va vistsero-vegetativ paroksizm, bolalardagi propulsiv retropulsiv xurujlar bosh miyasining tula shakllanmaganligi sabablidir.

Epilepsiya-jiddiy kasallik va tashxos hamisha gumanlidir. Epilepsiya vaqtida o'lim ko'pincha epileptik status jarayonida sodir bo'ladi, ayrish hollarda bemorlar hurujning o'zida bug'ilish va boshqa baxtsiz hodisalarda halok bo'lishadi. Kayfiyatning og'ir buzilishi, suitsidal urinishlarga olib kelishi ahamiyat kasb etadi. Kasallik oqibati va epileptik aqliy zaiflik ko'pgina mualliflar fikriga ko'ra 50% holatda kuzatiladi. Bolalikda boshlangan kasallik ko'pincha og'ir aqliy zaiflikka olib keladi.

Epilepsiyaning rivojlanishida alohida holatda qanday faktorlar ahamiyatli? Hozircha bu savolga to'liq javob berish qiyinroq.

Bolalarda turli paroksizmal holatlar kuzatiladi, qaysiki, ular epileptik xuruj sifatida xato tushunish mumkin. Ikkinchi tomondan epileptik xuruj tabiatan epileptik bo'lmagan paroksizm bilan anglashilmasligi mumkin. Epileptik xurujni shunday qilib quyidagi paroksizmal turlarga ajratishga to'g'ri keladi.

Spazmofiliya xuruji. Spazmofiliya mineral almashinishi buzilishi bilan bog'liq holda yuz beradi. Bolalarda 1,5 yoshdan 3 yoshgacha kuzatiladi. Asab tomirlari o'ynashi kuchayishi bilan xarakterlidir. Xuruj paytida qo'l panjalari "akusher qo'li" holatida, bosh egilgan, yuz tomirlari qimirlab turadi, og'izdan ko'pik keladi. Tajriba ko'rsatdiki, birinchi qaltiroq xuruji maktaboldi yoshida yuz beradi, keyinchalik epilepsiya xususiyati borligi bilinadi. Shu sababli ko'pincha uni spazmofil yanglishadilar. Spazmofil bilan epileptik xurujni ajraytib olishda esdan chiqarmaslik kerakki, birinchi marta xotirani yo'qotish uncha chuqur bo'lmaydi, yirik xurujga nisbatdan.

Spazmofil xuruj ayniqsa, ko'pincha qishning oxirida va bahorda uchraydi. Epileptik xuruj esa yil davomida yuz beradi.

Lixoradik qaltirash tana haroratining infeksiyon kasallik oqibatida tez ko'tarishidan paydo bo'ladi. Bu ba'zi qaltirashga moyillik bo'lgan bemor bolalarda uchraydi. Lixoradik xuruj ko'pincha hayotning birinchi yilida bo'ladi, ammo maktaboldi, gohida maktab yoshida ham yuz beradi. Bunday paytlarda epilepsiya tashhisini qo'yishga shoshilmaslik kerak.

Shuningdek, alimentar xurujni ham baholash lozim, u emizikli yoshdan keyingi bosqichgacha (4-5 yoshgacha) ichak infeksiyasi kasalligi bo'yicha davom etadi. Miya meningiti, meningoentsefalit, entsefalitlar ko'pincha simptomatik qaltirash xurujini keltirib chiqaradi, albatta buni epilepsiya, deb tushunmaslik kerak.

Boshini sarak-sarak qilish epileptik xuruj sifatida xato tushunilishi mumkin. Ushbu spazm bola boshini ko'tara boshlaganda sodir bo'ladi, shuningdek, boshini qimirlashish harakati, ko'z olmasi nistagmoid harakatlanishda bo'ladi. Bunday buzilish boshi vertikal holatda to'tish jarayonida ushlanib qolishda, deb e'tirof etiladi. Harakatlanishdan xotira buzilishi sodir bo'lmaydi, 2-3 yilgacha izsiz yo'qoladi.

Affektiv respirator qaltirash bolalarda maktabgacha bo'lgan yoshda uchraydi. Affektiv respirator qaltirash hayajonga tushish ta'sirida paydo bo'ladi, qandaydir qanoat hosil qilmasdan g'azablanish, qichqirish, yig'lashdan iborat bo'ladi. Bolaning nafasi to'xtaydi, yuzi oqaradi, muskullari tonik kuchlanadi, undan keyin harakatsizlanish, muskullar bo'shashishi yuz beradi, bu holat 1 minutgacha, ba'zida ko'prok davom etadi. Shundan keyin bemor bolaning xotirasi to'liq o'z holatiga qaytadi.

Epilepsiyaga qaraganda obmorok (behush bo'lish) uncha tez bo'lmaydi. Uning xarakterli tomoni yuz oqaradi, ter bosadi, tomirlar bo'shashadi.

Isterik behushlikda quyidagi belgilar ahamiyatga ega, atrofdagilarning diqqatini o'ziga tortadi. Ko'z yoshi, ingranish, teatral ko'rinish, kulish isterik jazava xarakterli, ammo epileptik ko'rinish emas. Tilni tishlash, isterik xurujda

siydikni ushlab qola olmaslik holatlari bo'ladi. Xotirani to'liq yo'qotish bo'lmaydi. Isterik xuruj epileptik xurujga qaraganda davomiydir.

Simptomatik epilepsiya. Qaltirash va qaltirashsiz epileptiformdagi xuruj ko'pgina organik miya buzilishi kasalligidan bo'ladi. Ular ko'pgina bosh miyaning shishishi, tug'ma va nasldan-naslga o'tish, asab tizimining buzilishi kongenital sifilis oqibatida, gipoglikemik krizis, uremiyadan bo'ladi.

Miyaning chegaralangan organik buzilishida xurujni aniqlash oddiy vazifa emas, hamma holatda ham vrach to'g'ri tashhis qo'yishi, ularning uyg'unligini aniqlash, anamnezi chuqur tahlil qilish, psixopatologik, nevrologik va somatik izlanishlar qilish hamda kasallik yo'nalishini hisobga olib borishi lozim. Shuni ham aytish lozimki, hozirgi paytda paraklinik usularni izlanish epilepsiyaning maxsus tomonlari to'g'risida bir muncha ma'lumot beradi. Shu bilan birga ba'zi kasalliklarni baholashda, epilepsiya bilan klinik o'xshashlikni aniqlashda qiyinchilik tug'iladi.

ETIOLOGIYA VA PATOGENEZ

Epilepsiya asosida hamisha bosh miya faoliyatidagi o'zgarishlar yotadi. Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarni nevrologik o'rganish, barcha klinik kasallanishni o'rganish, rentgenologik, elektroentsefalografik izlanishlar, nihoyat patologik ma'lumotlar miyaning epilepsiya vaqtida shikastlanish holatlarini aniqlashga yordam beradi.

Ko'pgina bolalarda bosh suyagi jarohatlangan bo'ladi, infektsiya oladi, miyaning shikastlanishiga olib keladigan boshqa holatlar yuz beradi, ammo hamisha epilepsiyaga olib kelavermaydi.

Ko'pincha bolalardagi asab sistemasi zararli hodisalarni yaxshi kechiradi, u to'liq sog'lom holatda qoladi.

Etiologiya kasalligi – aktual, ammo to'liq o'rganilmagan muommalardan biri. Afsuski, hozirgi paytda bolalardagi tutqanoq va epilepsiya sabablari ko'pgina, epilepsiya kategoriyasiga kirmaydigan, ma'lum bo'lmagan etiologik kasalliklar mavjudligi uchun aniqlanib etmadi. Ilmiy VOZ guruhi o'zining dokladida Lennoks ta'kidlaydiki, avlodan-avlodga o'tishi epilepsiya uchun ko'proq tegishlidir. Lennoks ta'rifiga kasalning qarindosh-urug'lar o'rtasida epilepsiya chastotasi 1,8 %, gendan o'tish esa 3,6 %. Lennoksning fikricha, ko'pgina kasallarda mavjud bo'lgan faktor genetik, avlodan-avlodga o'tganlik oqibatidir. Penfild va Erikson ham shunday fikrda qolgan. Konrad aniqlashicha epilepsiya bilan 6-8 % bola, 4 % aka-ukalar va singillar va 1-2 % jiyalar o'rtasida bo'ladi.

Alkogoli avlodan-avlodga o'tish hollari etarli o'rganilmagan. Ba'zi olimlar oilaviy anamnezda birinchi o'ringa alkogolizm qo'yadi. Ayniqsa, bayram va dam olish kunlari spirtli ichimliklari iste'mol qilish ko'p bo'ladi. Shuning uchun “yakshanba bolalari “ termini mavjud. Epilepsiya asosida miyaga zararli ta'sir ko'rsatilishi kasallik o'zgarishiga olib keladi. Buning zarari organizmda prenatal rivojlanish davrida, tug'ilish va keyingi bosqichlarda davom etadi.

Epilepsiya patogenezida kongenital kasallanish avvalari sifilidan ekanligini katta ahamiyat kasb etdi. Hozirgi paytda bunda kongenital toksoplazmaning roli aniqlandi.

Miyaning tuzilish paytidagi jarohatlanishi epilepsiyaning paydo bo'lishining bir sababidir.

Postnatal davrda epilepsiya ko'plab va rang-barang faktorlarini keltirib chiqaradi: miya infeksiyasi, bosh chanog'i jarohatlanishi.

Zararlanish qatoriga hozirgi paytda revmatizmni ham qo'shmoqdalar.

Ko'pgina hollarda kasallik paydo bo'lishini ikki va undan ortiq patogen faktorlarning uyg'unlashuvi va bolaga ta'sir qilishi bilan bog'liqdir.

Patogenez epilepsiyaning o'rganishda ko'pgina mualliflar anatomik ma'lumotlarga etakchi o'rin berdilar.

Epileptik huruj miyada tomirlarning buzilishi, tomirlardagi spazm tufayli hosil bo'lishidan, deb tushuniladi. Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarda modda almashinuvi buzilishi aniqlangan. Epileptik huruj alkoloz holatda bo'lganidan ham ko'rinadi. Murakkab epilepsiya patogenezini tushunarliroq bo'lmoqda, agarda masala I. P. Pavlovning reflektor teoriyasi bo'yicha olib ko'riladigan bo'lsa, I. P. Pavlovning fikricha, epileptogen o'chog'i hayajonlanish favqulodda uchlanish, birdan ko'tarilib ketish, davomiylik bilan xarakterlanadi.

Kreyndlerning fikriga ko'ra, epileptik kasallik uch faktordan iborat. Albatta, ko'pgina holatlarda bunday faktorlarni aniq ajrata olmaymiz.

Qo'shimcha faktorlarga lixoradik ahvol, charchash, qayg'urish, menstrual davr, uyqu, ba'zi medikamentlar, masalan, kamfora, kardiadol, alkogol, piramidon strixnining va hk.

Shunday qilib, epilepsiya butun organizmning faoliyatida rang-barang buzilish sodir bo'lishidan paydo bo'ladi.

Ta'kidlash kerakki, bunday kasallikni davolashda terapevtik davolash samara beradi, u organizmning barcha f'zolari faoliyatiga ta'sir qiladi.

Kasalni davolashda hamisha quyidagi printsiplarga amal qilish lozim:

1. Davolash uzoq vaqt uzluksiz bo'lishi. Xuruj to'xtashi bilan davolashni to'xtamaslik kerak. Oxirgisi uch yildan kam bo'lmasligi, ehtiyotlik bilan doridarmonlarni kamaytirish, terapiya bekor qilinguncha.
2. Ko'pchilik hollarda epileptikaga qarshi har xil preparatlarni qo'llash.
3. Har qaysi bemorga optimal dozirovkani, preparatlarni topish.
4. Epilepsiyaga qarshi dorilar hamma holatlarda modda almashuvi jarayoni yaxshilaydigan bo'lishi lozim (glyutaminlar, kislota, vitaminlar).

5. Epilepsiyani davolash bilan birga albatta, organizmdagi boshqa kasalliklarga e'tibor berish.

6. Har bir holatda ham yuqori natijalarga erishishning muhim sharti: bola hayoti rejimi, tarbiya, o'qitish va mehnat faoliyatini to'g'ri tashkil qilish.

Epilepsiyaga qarshi davolash usularini to'g'ri qo'llay bilish kerak.

Hozirgi paytda antiepileptik dori-darmonlar ko'p, ammo shundan eng muhim lyuminal hisoblanadi. Geksamedik turli qaltiroq xurujlarida qo'llaydilar. Uning ta'sirida ruhiy holat ham yaxshilanadi, bemorlar yumshaydi, xotirjam bo'ladilar.

Benzonal tutli hurujlarda qaltirashga qarshi ishlatiladi. Psixomotorli xurujda esa kam samara beradi.

Difenin yirik qaltiroq xurujlarda ishlatiladi.

Bura tonik qaltirashda qo'llaniladi.

Xlorakan homiladorlarga va bolalarga tavsiya qilinadi.

Kichik xurujlarda trimetin, piknolepsin, suksilep samaralidir.

Epilaktin xiralaniş holatida, kichik va aralash xurujlarda qo'llaniladi.

Tegretol (Shveysariya) psixomotor xurujida ayniqsa samaralidir.

Finlepsin tegretolga o'xshash, lekin ko'p ta'sirli emas.

Epilepsiya davolashda turli dorivor g'iyohlar qo'llaniladi (Sereysk, Vorobyov, Bexterev, Brodskiy va boshqalar).

Tajriba shuni ko'rsatadiki, Brodskiy miksturasi va aminazin yaxshi ta'sir ko'rsatadi (ayniqsa katta qaltirash xurujida). Epileptik status shoshilinch xolat, tez tibbiy yordam ko'rsatish lozim.

Harorat darajasi yuqori ko'tarilgan-antibiotiklar, yurak faoliyati buzilganida kordiamin, kofein, nafas yo'li buzilganida-lobelin.

Dori-darmonlarning faqat o'zi epilepsiyani davolashda to'liq samara bera olmaydi. Kasallikka qarshi kurashda bolaning to'g'ri hayot kechirish ahamiyatli. Bola ko'p vaqtini toza havoda o'tkazishi lozim. O'z vaqtida doimiy va etarli uyqu bo'lishi kerak. To'g'ri ovqatlantirish, ovqat to'yimli va vitaminlarga boy

bo'lmog'i lozim. O'tkir, tuzli ovqatlar to'g'ri kelmaydi. Spirtli ichimliklar ichmasligi kerak. Uyqu oldidan yuvintirish zarur. Quyosh nuridan saqlanish kerak. Jismoniy tarbiya bilan shug'ulanish, ko'p cho'zilmagan holatda. Tajriba ko'rsatadiki, hech qanday ma'lumot bilan shug'ullanmagan kishilarda epilepsiya ko'proq bo'ladi. Bola kasallikka qaramasdan maktab programmasini o'zlashtira olsa, maktabga boradi, sinfda og'ir kechikmalar, xuruj bo'lsa, vaqtincha to'xtatiladi, bu bolalar bog'chasiga ham tegishlidir. Katta epilepsiya bilan kasallangan o'smirlarni mehnatga jalb qilish vrach nazorati orqali bo'ladi. Har qanday foydali mexnat miya faoliyatini yaxshilaydi, kasalga qarshi kurashishda yordam beradi.

15-BOB. SHIZOFRENIYA.

Shizofreniya kasalligi o'sib boruvchi (progredient) ruxiy kasallik bo'lib irsiy moyilik asosida paydo bo'ladi va uzluksiz yoki xurujsimon kechadi, ruhiyat dezintegratsiyasi, autizm, emotsional qashshokqlanish va faollikni kamayishi kabi shaxs o'zgarishlariga olib keladi. Shizofreniya barcha ruhiy kasalliklar orasida keng tarqalganligi sababli aloxida o'rin tutadi, ko'pchilik hollarda salbiy dinamika, bemorlarda chuqur ruhiy nuqson va mexnat qobilyatini yo'qolishi bilan ajralib turadi.

Epidemiologiyasi. Ruxiy kasalliklar orasida eng ko'p uchraydigan kasallik hisoblanib psixonevrologik dispanser bemorlarini 1/5, ruhiy shifoxonalarni 2/3 qismini shizofreniya bilan kasallangan bemorlar tashkil etadi. Tekshiruvlar shuni ko'rsatadiki har bir 1000 kishiga 9-11 bemor to'g'ri keladi, ya'ni shizofreniya 0,9-1,1% tashkil etadi. Ko'pincha har 1000 kishiga 4-8 bemor hisobga olinadi. 12 yoshgacha bo'lgan bolalarda shizofreniya nisbatan kam uchraydi (0.17-0.14 har 1000 kishiga). Eng keng tarqalgan yosh 18-44 xisoblanadi (9-11 har 1000 kishiga).

Etiopatogenezi. Shizofreniyani kelib chiqishi haqida juda ko'p teoriya va gipotezalar bor. Yaqin vaqtgacha irsiy teoriya eng keng tarqalgan teoriya hisoblangan edi. Lekin hozirda ko'pchilik olimlar tomonidan rad etilmoqda. Noqulay sharoitlarda bosh miya po'stlog'idagi toliqish jarayonlari miyadagi fermentlar almashinuvi buzilishi avlodan avlodga berilishi mumkin va shunday qilib ularda himoya mexanizmlarini pasayishiga olib kelishi kasallik paydo bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin.

Ayrim shizofreniyani o'rganuvchi olimlar kasallikni sababi infeksiya deb aytsa ayrimlari viruslar deb aytadi.

Hozirda autointoksiatsion teoriya ko'pchilik olimlar tomonidan tan olinmoqda. Bu teoriyaga asosan kasallik organizmni tipologik, ontogenetik xususiyatlariga atrof muhit noqulay sharoitlari ta'siri natijasida kelib chiqadi.

Organizmga tashqaridan oqsil almashinuvini oxirigacha parchalanmagan maxsulotlari tushadi, ushbu maxsulotlar miya to'qimasida fermentativ jarayonlarni bloklaydi, miya kislorodni yaxshi o'zlashtira olmaydi va kasallik kelib chiqadi deb hisoblashadi. Bunda bo'ladigan kislorod ochligi markaziy nerv sistemasidagi neyrodinamik va morfologik o'zgarishlar tufayli bo'lib, shizofreniyada kuzatiladi.

Ruxshunos V.P.Protopopov shizofreniyani patogenezi xaqida I.P.Pavlov kontsepsiyasini maquladi. Bu kontsepsiyasiga ko'ra shizofreniya patogenezi asosida bosh miyada po'stlog' jarayonlarini pasayishi surunkali gipnotik holatlar borligi va ularni tarqalishi yotadi.

Shizofreniyani rivojlanish mexanizmi asosida hadan tashqari tormozlanish yotadi. Shizofreniyani ba'zi belgilari (mutizm, katatoniya, negativizm) bosh miyada hadan tashqari tormozlanish oqibati bo'lib, po'stlog' osti strukturalar po'stlog' boshqaruvidan chiqadi. Lekin shizofreniyani kelib chiqish mexanizmlari mana shular deb to'xtab bo'lmaydi, bu jarayonlar hali ohirigacha o'rganilmagan.

Shizofreniyaning tasnifi

XKT-10 shizofreniya "Shizofreniya, shizotipik va vasvasaviy buzilishlar" bo'limiga kiradi. Shizofreniyani kichik bo'limlari quydagilarni o'z ichiga oladi.

1. Paranoid shizofreniya (G' 20.0)
2. Gebefrenik shizofreniya (G' 20.1)
3. Katatonik shizofreniya (G' 20.2)
4. Diferentsialanmagan shizofreniya (G' 20.3)
5. Postshizofrenik depressiya (G' 20.4)
6. Qoldiq shizofreniya (G' 20.5)
7. Shizofreniyaning oddiy tipi (G' 20.6)
8. Shizofreniyani boshqa tipi (G' 20.8)
9. Aniqlanmagan shizofreniya (G' 20.9)

Shizofreniyani kechishi va turiga ko'ra tasnifi

1. Uzluksiz shizofreniya

O'ta progredientli shizofreniya (xavfli)

paranoid shizofreniya

katatonik shizofreniya

gebefrenik shizofreniya

oddiy shizofreniya

O'rtacha progredientli shizofreniya

Past progredientli shizofreniya

nevrozsimon shizofreniya

psixopatsimon shizofreniya

oddiy shizofreniya

2. Rekkurent shizofreniya

3. Xurujsimon progredientli shizofreniya

4. Shizofreniyani boshqa formalari

paranoyyal shizofreniya

febril shizofreniya

Shizofreniyaning psixopatologiyasi

Shizofreniyaning belgilari turlicha va o'ziga xosdir. E.Bleyler fikri bo'yicha shizofreniyada asosiy o'zgarishlar fikrlash va mayl-hissiyot doirasida kuzatiladi. Fikrlash buzilishlar: fikrlarni uzuq-yuluqligi, rezonyorlik, paralogik fikrlash, autizm, simvolik fikrlash, tushunchalarni qisqarishi, mentizm, perseveratsiya va boshqalar. Mayl-hissiyot doirasida kuzatiladigan buzilishlar: affektni aynishi, sovuqqonlik, paratimiya, hissiyotlar gipertrofiyasi, ambivalentlik, ambitendentlik, apatiya va abuliya. E.Bleyler boshqa ekzogen turdagi sindromlar (amneziya, amentsiya, deliriy, tutqanoq) ishtiroki yo'qligi va fikrlarni uzuq-yuluqligi, hissiyotni parchalanganligi, depersonalizatsiya, ruhiy avtomatizm, katatoniya, gallyutsinatsiyalar manifest ko'rinishda ko'rsatilgan

bo'lishi kerakligini aytadi. Kasallikni tashxisotida eng tan olingan birlamchi simptomlar K. Shneyder simptomlari hisoblanadi.

Shneyder bo'yicha shizofreniya birlamchi simptomlari

Fikrlar ochiqligi – fikrlarni masofadan eshtilish hisi.

Begonalik hisi – fikrlar, harakatlar tashqaridan kelishi va bemorga begonalik hisi.

Tashqaridan boshqarilish - fikrlar, sezgilar va xarakatlar qandaydir tashqi ta'sirlarga bog'langanligi va ularga bo'y sinish hisi.

Vasvasaviy idrok etish - real sezgilarni yolg'on ta'savvurlar bilan aralastirib janjallar qilish.

Eshitish gallyutsinatsiyalari - boshni ichidan eshtiladigan tovushlar bemor harakatlarini sharhlashi. Bemor qisqa va uzun so'zlarni shivirlashlarni past tovushdagi so'zlarni eshtishi mumkin.

Ikkilamchi belgilarga katatoniya va nutq, xissiyot va kechinmalarning patologik ekspressiyasi kiradi. Bu belgilarni ko'p qismi zamonaviy tasnifda xam ko'rsatib o'tilgan.

HKT-10 bo'yicha shizofreniya uchun quydagi belgilardan biri bo'lishi shart.

1. “Exo fikrlar” - o'z fikrlarini eshtilishi, boshqa fikrlar qo'shilishi yoki o'z fikrini chiqib ketishi, fikrlar ochiqligi.
2. Tashqaridan ta'sir etish vasvasasi. Motor, sensor, ideator avtomatizmlar, vasvasaviy idrok etish. Bu psixiatriyada Kandinskiy-Klerambo sindromi deb ataladi.
3. Sharhlovchi eshituv chin va soxta gallyutsinatsiyalari va somatik gallyutsinatsiyalar.
4. Madaniy va dunyoviy to'g'ri kelmaydigan vasvasa g'oyalari.

Shizofreniyani klinik ko'rinishlari negativ va produktiv belgilarga bo'linadi.

Negativ psixopatologik belgilar

Shizofreniyani fundamental negativ ko'inishiga *sxizis* (intrapsexik ataksiya) kiradi. Sxizis deb ruhiyatni parchalanganligi, dezintegratsiyasi, aralash-quralashligi tushuniladi. Masalan, xotira o'zgarmaydi, lekin fikrlash va nutqni uzuq-yuluq tarzda og'ir buzilishi kuzatiladi. Ruhniyatni parchalanganligini aniq belgisi nutqni uzuq-yuluqligidir. Bunda so'zni grammatik tuzilishi o'zgarmaydi faqat mantiqi, mazmuni o'zgarad. Shaxsni ikkilanishi, depersonalizatsiya, ambivalentlik va boshqalar kuzatiladi. Shizofreniyani yana bir asosi belgisi *autizimdir*. Bunda real borliq bilan aloqa kamayadi, bemor o'z dunyosiga berilib ketadi. Ba'zi hollarda bemorlar borliqdan to'liq ajralib qoladi. Ba'zan esa o'zini haddan ortiq analiz qilish bilan cheklanadi. Intraverziya va autoerotizimni ham autizimga kiritish mumkin. Yana bir shizofreniyaga xos qaytmas emotsional o'zgarish *apatiyadir*. Apatiya ba'zan ko'ngil bo'shlik, nozik hissiyotlar bilan qo'shib kelishi mumkin. *Mayl buzilishlari* shizofreniya bilan og'rigan bemorlar uchun xosdir. Bemorlarda istaklarni pasayishi xato abuliy ham kuzatilishi mumkin. Bemor bekordan bekorga yuradi, chekadi, oddiy biologik talablarni qondiradi. Ba'zan istaklar pasaysada kasbiy faollik saqlanib qoladi. Ayrim hollarda apatiya va abuliy birlashib ketadi. Apatiko-abulik sindrom paydo bo'ladi. Shizofreniya bilan kasallangan bemorlarda kupincha parabuliy, ambitendentlik, impulsivlik paydo bo'ladi.

Bemorlar fikrlashida turli hil o'zgarishlarni aniqlash mumkin. Birinchi o'rinda fikrlashni uzuq-yuluqligi, paralogik fikrlash, autistik fikrlash, simvolik fikrlash, amorf fikrlash, neologizmlar, bir fikrdan boshqasiga sakrash bo'ladi. Shuning bilan birga ba'zi bemorlarga abstrakt fikrlashni yuqori darajadali xosdir. Fikrlashni bunday xususiyatlari ba'zida bunday odamlarni kasbiy faoliyati davomida yuqori cho'qilarni zabt etishiga imkon beradi. Bunday odamlarga misol qilib Nyuton, Nitsshe, Gogol, Van Gog larni ko'rsatish

mumkin. Ko'pchilik bemorlarda xotiraning formal qobiliyatlari o'zgarmaydi. Xotirani pasayishi xotirani emotsional komponentlarini pasayishi bilan bog'liqdir. Yana bemorlarda mimika o'zgargan bo'ladi. Gipomimiya, paramimiya, amimiya kuzatiladi. Shizofreniya bilan og'rigan bemorlarni psixomotor faoliyatida ham o'zgarishlar kuzatiladi. Ularni harakatlari qo'pol, tajang, sog'lom odamlarga o'xshamaydigan bo'ladi. Bemorlarda boshqa odamlar bilan aloqa qilish buziladi. Ular odamlarga kam qo'shiladi, odamlar bilan tanlab muloqotda bo'ladi va ayrim hollarda ular odamlarga umuman qo'shilmaydi.

Produktiv psixopatologik belgilar.

Psixotik produktiv belgilar. Ko'pchilik bemorlarda vasvasa va gallyutsinatsiya uchraydi. Shizofreniyadagi vasvasa g'oyalar haqiqatga to'g'ri kelmaydigan, be'mani bo'ladi. Va ko'pincha bemorlarni hulq atvori bilan to'g'ri kelmaydi. Vasvasa g'oyalar turli tuman bo'lishi mumkin shuning bilan birga ba'zi vasvasa g'oyalar faqat shizofreniya bilan og'rigan bemorlarda uchraydi: refarmatorlik vasvasasi, ruxiy ta'sirlanish vasvasasi, muhim ahamiyatga ega bo'lish vasvasasi, kosmik vasvasasi, antagonistik vasvasasi, begona ota-onalar vasvasasi.

Idrok buzilishlarga psevdogallyutsinatsiya kiradi, psevdogallyutsinatsiya ko'pincha verbal, sharhlovchi, antagonistik tuzilishga ega bo'ladi. Boshqa sezgi buzilishlari nisbatan kam uchraydi.

Shizofreniyani klinik ko'rinishlari orasida ruhiy avtomatizmlar muhim rol o'ynaydi. Ayniqsa ideator avtomatizim ko'p uchraydi: fikrlar ochiqligi har-hil fikrlar paydo bo'lishi, fikrlarni uzulib qolishi, eho fikrlar, begona fikrlar, parallel fikrlar. Shizofreniya uchun barcha gallyutsinator-paranoid sindromlar xosdir: paranoyyal, Kandinskiy-Klerambo, parafren. Kamdan kam hollarda gallyutsinoz uchraydi.

Katatonik va gebefrenik buzilishlar faqat shizofreniya uchun xosdir. Maniya va depressiya shizofreniya bilan og'riqan bemorlarda uchrashi mumkin. Maniya atipik ko'rinishda bo'lib bemorlar jahidor, darg'azab, ahmoqnamo bo'ladi. Depressiya endogen harakterda bo'lib kayfiyat kun davomida o'zgarishi, faslga qarab o'zgarishi mumkin.

Nopsixotik produktiv belgilar. Shizofreniyada har-hil nevrozsimon va psixopatsimon o'zgarishlar kuzatilishi mumkin. Ba'zan ular o'ziga hos klinik ko'rinishda bo'ladi. Shizofrenik qo'rquvlar oddiy emasligi bema'niligi, qo'rquvni kuchayib borishi, rituallarga boyligi bilan ajralib turadi. Surunkali depersonalizatsiya shizofreniyaning autopsixik turida kuzatiladi.

Shizofreniyaga xos bo'lmagan psixopatologik sindromlarga barcha ong xiralashuvi sindromlari, psixorganik sindrom, epileptik sindrom, Korsakov sindrom, organik dementsiya hisoblanadi. Ong hiralashuvi sindromlari orasida faqat oneyroid shizofreniyaga xosdir.

Kasallik bosqichlari: boshlanish, manifest, remissiya, qayta psixoz defitsitar. 10% hollarda bemorlar o'zidan o'zi tuzalishi yoki uzoq muddatli remissiya kuzatilishi mumkin (10-yilgacha).

Shizofreniyaning kechishi bo'yicha turlari

Uzluksiz shizofreniya

Kasallik bu turi to'xtovsiz kechishi bilan harakterlanadi. Kasallikni progredientlik darajasi juda keng bo'lib xavfli va sust kechishi mumkin psixopatologik simptomatikani kuchayishi va susayishi davirlari kuzatilishi mumkin. Ammo to'liq remissiya kuzatilmaydi. Lekin juda ko'p yillar o'tishi bilan kasallik stabillashuvi bazan produktiv va negativ simptomlarni qisman reduksiyasi bo'lishi mumkin.

O'ta progredientli (xavfli turi) shizofreniya. Shizofreniya bilan kasallangan bemorlarni 5-8 % ni o'ta progredientli shizofreniya tashkil etadi. Odatda o'smirlik davrida boshlanadi. Kasallikni boshlanish davrida shaxsni

shizoidlashuvi, emotsional bir hillik, aktivlikni pasayishi, qiziqishlarni kamayishi, odamlar bilan muloqotni qiyinlashuvi, xulq atvorni g'ayri oddiyligi kuzatiladi. Keyin psixoz boshlanadi, turli produktiv ruxiy buzilishlar paydo bo'ladi va kuchayib boradi: katatonik, gebefrenik, gallyutsinator-paranoid. Shaxsni negativ o'zgarishlari ham paralel tarzda kuchayib boradi: apatiya, energetik potentsialni pasayishi, autizm. Kasallik klinikasi faqat polimorfizm, kasallik kechish darajasi bilan emas simptomlarni sindromal etilmaganligi bilan harakterlanadi. O'ta progredientli shizofreniyani katatonik gebefrenik, paranoid va oddiy formalari bor.

Katatonik shakli lyutsid katatoniya (ongni oneyroid buzilishsiz) ko'rinishida bo'lib substupor holatda bo'ladi va vaqti-vaqti bilan katatonik qo'zg'alish kuzatiladi. Ikkinchi o'rinda gallyutsinator-paranoid buzilishlar bo'ladi.

Gebefrenik shakli bema'ni ahmoqona hulq-atvor, eyforiya, qo'pol hazillar, g'ayritabiiy qiliqlar, aftni burushtirish, isliqi, qiyshanqi ko'rinishida bo'ladi. Vaqti-vaqti bilan katatonik va gallyutsinator-paranoid buzilishlar kuztilib turadi.

Paranoid shakliga tartiblashmagan vasvasa g'oyalar (kuzatish, ta'sirlanish, buyuklik) doimiy bo'lmagan verbal soxta gallyutsinatsiyalar, ruhiy avtomatizmlar xarakterli. Bu simptomlarga vaqti-vaqti bilan katatoniya qo'shib turishi mumkin. O'ta progredientli shizofreniya bilan og'rigan bemorlarda vasvasa g'oyalar rivojlanishida paranooyal, paranoid, parafren sindromlar ketma-ketligini kuzatib bo'lmaydi.

Oddiy shaklda negativ simptomlarni doimiy kuchayib borishi kuzatiladi. Emotsional qashshokqlashish, xafsalasizlik, nutqning uzuq-yuluqligi kuzatiladi. Og'ir apatiko-abulik sindrom shakllanadi. Katatonik va gallyutsinator-paranoid buzilishlar vaqtincha bo'lishi mumkin.

O'ta progredientli shizofreniyani dinamikasi fojiali bo'lib 2-5 yil ichida ohirgi bosqichiga etib keladi va o'ziga hos shizofrenik aql pastligi, emotsional

bo'shlik, nutqni qo'pol buzilishi, iroda va hulq-atvorni buzilishi paydo bo'ladi. Chuqur emotsional-irodaviy defekti paydo bo'ladi va qoldiq katatoniya, gallyutsinator-paranoid simptomlar kuzatilib turadi. Bu holatlar butun umr saqlanib qoladi.

O'rta progredientli paranoid shizofreniya. Ko'pincha 25-40 yoshda rivojlanadi. Kasallik juda sekin boshlanadi. Kasallikni initsial davri juda ko'p yilarni o'z ichiga oladi. Bu davrda bemorlarda qo'rquv, obsseziyalar, senestopatiyalar, challa-chulpa vasvasa g'oyalari paydo bo'ladi. Initsial davrning o'zida shaxsni negativ o'zgarishlari paydo bo'ladi. Keyin kasallikni manifest davri boshlanadi. Manifest davrni borishi odatda bir necha ketma-ket keladigan bosqichlardan iborat: paranoyal, paranoid, parafren. Ko'pincha yana bir bosqich kasallikni ohirgi bosqichi ajratiladi. Bu bosqichda gallyutsinator-paranoid buzilishlar yo'q bo'lib qo'pol ruhiy defekt paydo bo'ladi.

Paranoyal bosqichda doimiy yoki o'tkir bo'ladigan tartiblashgan vasvasa g'oyalari (rashk, kuzatilish, sudbozlik, kashfiyotchilik, isxotchilik) paydo bo'lib yillar davomida kuchayib boradi. Paranoid bosqichda verbal gallyutsinatsiyalar kuzatiladi. Verbal gallyutsinatsiyalar asta sekinlik bilan soxta gallyutsinatsiyalarga aylanadi. Ruhiiy avtomatizm va tasirlanish vasvasa g'oyalari paydo bo'ladi, oxir oqibatda Kandinskiy-Klerambe sindromi shakillanadi. Parafren bosqichda fantastik darajadagi buyuklik vasvasasi paydo bo'ladi.

Shaxsni negativ o'zgarishlari xam parallel tarzda kuchayib boradi. Ohirgi bosqichda negativ buzilishlar chuqur ruhi defekt darajasiga etib keladi. Gallyutsinator-vasvasa sindromlar o'z axamiyatini yo'qotadi va yo'q bo'lib ketadi. Paranoid shizofreniyani ohirgi davri apatiko-abulik simptomakompleks bilan xarakterlanadi. Gallyutsinator vasvasa qoldiq ko'rinishida qoladi va shizofaziya kuzatiladi. Ba'zi hollarda paranoid shizofreniya ijobiy tugashi

mumkin va kasallik parafren davrda to'xtashi mumkin. Unda shaxs o'zgarishlari juda kuchli bo'lmaydi.

Past progredientli (sust kechuvchi) shizofreniya. Barcha shizofreniya bilan kasallangan bemorlarni 17-35 % -ni kam progredientli shizofreniya tashkil etadi. Xurujsimon progredientli shizofreniyadan so'ng ikkinchi o'rini egallaydi. Bu shizofreniyani nopsixotik yoki subsixotik formasi bo'lib nisbatan ijobiy kechadi. Shaxsni defitsitar o'zgarishlari juda sekin boradi va shizofrenik aql pastlikga xech qachon etib bormaydi. Nopsixotik va subsixotik produktiv simptomlar juda sekin rivojlanadi.

Kasallikni boshlanish bosqichi shu darajada sekin va sezilarsiz bo'ladiki bu bosqichni qancha vaqt davom etishini aniq aytib bo'lmaydi. Ba'zi emotsional o'zgarishlar, aktivlikni pasayishi, xulq atvomi g'alati bo'lishi fikrlash va nutqni o'zgarishi juda sekinlik bilan boradi.

Nopsixotik (qo'rquv, shilqimlik, depersonalizatsiya) produktiv buzilishlar xam juda sekin rivojlanadi. Vaqti-vaqti bilin qoldiq vasvasa g'oyalar, gallyutsinatsiyalar, ruhiy avtomatizimlar kuzatilishi mumkin. Produktiv simptomlar ustunligiga qarab progredientli shizofreniyani nevrozsimon va psixopatsimon turlari farqlanadi.

Ba'zi bemorlarda shaxsni negatív o'zgarishlari birinchi o'ringa chiqishi produktiv simptomlar esa rudimentar xolda bo'lishi mumkin.

Rekurrent (davriy) shizofreniya

Shizofreniyani bu turi produktiv ruhiy buzilishlar xurujlari kurinishida kechadi va sust kechuvchi shizofreniyaga uxshab shaxsni chuqur bo'lmagan o'zgarishlariga olib keladi.

Rekurrent shizofreniya xurujlari turli strukturaga ega bo'ladi. Affektiv xurujlar turli darajadagi yoki maniya ko'rinishida bo'ladi. Affektiv-paranoid xurujlar ham ikki hil ko'rinishda bo'ladi: depressiv-paranoid, maniakal-paranoid. Kayfiyat buzilishlari ta'sirlanish, buyuklik, sahnalashtirilgan,

antagonistik vasvasalari, ruhiy avtomatizmlar, verbal soxta gallyutsinatsiyalar bilan keladi. Oneyroid – katatonik xurujlarda stupor yoki substupor katatonik qo'zg'alish epizodlari bilan ongni xiralashuvi orqali bo'ladi. Ba'zan rekurrent shizofreniya xurujlari bir necha kun davom etishi mumkin, ko'pincha bir necha xaftadan bir necha oygacha davom etadi. Xurujlar soni xam turlichadir. Ba'zi bemorlarda butun umri davomida bir marta xuruj bo'lsa, ba'zilarida bir nechta va ayrimlarida o'ntadan ortiq bo'lishi mumkin. Ayrim bemorlarda barcha xurujlar bir biriga o'xshash klinikaga ega. Ayrim bemorlarda esa klinikasi xar xil bo'lgan xurujlar kuzatiladi. Bunda oneyroid – katatonik xurujlar affektiv vasvasa xurujlari bilan almashinadi, ba'zan buni teskarisini kuzatish mumkin.

Rekurrent shizofreniyani maxsus turi tsirkulyar shizofreniya xam bor. Bunda faqat affektiv (maniakal va depressiv) xurujlar kuzatiladi. Rekurrent shizofreniyani bu turini dapressiv psixozdan ajratish juda qiyin.

Birinchi va ikkinchi xurujlardan so'ng shaxs o'zgarishlarini aniqlash qiyindir. Faqat keyingi bo'ladigan xurujlarda shaxsni engil negativ o'zgarishlarini aniqlash mumkin. Bunday shaxs o'zgarishlari har bir xurujdan so'ng kuchayib borishi mumkin, lekin chuqur ruhiy defekt darajasiga etib kelmaydi. Ba'zi bemorlarda bir ikki xurujdan so'ng uzoq davom etuvchi intermissiya kuzatilishi mumkin. Bu davrda o'tkazilgan psixozni hech qanday belgilari kuzatilmaydi. Bunday intermissiyalar deyarli sog'ayish deb hisoblanadi.

Klinikasi. Nozologik jixatdan qaraganda bunday o'zgarishlarni Rekurrent paranoid shizofreniyaga ham affektiv psixozlarni atipik variantiga ham kiritish mumkin.

Shizoaffektiv buzilishlar o'tkinchi endogen funksional buzilishlar bo'lib o'zidan so'ng hech qanday defekt qoldirmaydi va affektiv buzilishlar uzoq davom etadi. Xurujlar yuqori polimorfizm bilan ajralib turadi. Xurujlar strukturasi depressiv-paranoid va maniakal-paranoid ko'rinishida bo'ladi.

Depressiv-paranoid xurujlari kayfiyatni pasayishi bilan boshlanadi. Keyirchalik ularga o'z-o'zini ayblash, o'zini zaxarlash, tuzalmas kasalliklar (OITS, o'smalar) bilan og'rish vasvasalari qo'shiladi. Xurujlarni cho'qisida depressiv stupor yoki depressiv oneroid kuzatilishi mumkin. Shizofreniya uchun xarakterli birlamchi simptomlar (fikrlar ochiqligi, buyuruvchi eshituv gallyutsinatsiyalari) paydo bo'lishi mumkin. Butun olamni yo'q bo'lishi g'oyalari (Qotar vasvasasi, nigilistik vasvasa), umrbod gunohkorlik vasvasasi (Agasfer sindromi), ipohondrik vasvasa depressiya bilan tugashi mumkin.

Maniakal-paranoid xurujlar ekspansiv yoki maniakal affekt bilan boshlanadi. Uyquni kamayishi, to'htovsiz xursandlik, buyuklik g'oyalari, gipnotik g'oyalar bilan davom etadi. Fikrlar, xulq atvor va sezgiga har hil uskunalar bilan ta'sirlanish hisi paydo bo'ladi. Psixoz cho'qqisida kosmik tuzilishga ega oneyroid, magik vasvasa va vaqtini o'zgarishi hislari paydo bo'ladi. Psixozdan chiqish gipomaniya bilan boradi.

Aralash xurujlarda affektni o'zgarishi gipomaniakal va maniakaldan depressivgacha bo'lishi mumkin. Bunda ijobiy va salbiy kuchlarni kurashishi kuzatiladi, xamda ularga mos tarzda pozitiv va negativ eshituv gallyutsinatsiyalari kuzatiladi. Aralash xurujlarda depressiv-paranoid va maniakal-paranoid buzilishlar almashinib kelishi mumkin.

Psixozni davomiyligi ikki haftadan ortiqdir. Intermissiya davrida emotsional-irodaviy doirasida defekt kuzatilmaydi. Lekin o'tkir psixozdan so'ng ma'lum vaqtgacha shizofrenik yoki affektiv simptomlar saqlanib qolishi mumkin.

Xurujsimon progredientli (shubsimon) shizofreniya

Shubsimon shizofreniya shizofreniyani barcha turlari orasida eng ko'p uchraydigan turi hisoblanadi. Shubsimon shizofreniya asosida uzlusiz va davriy shizofreniyani aralashib kelishi yotadi. Kasallikni initsial davrida shizofreniya uchun xarakterli bo'lgan shaxsni negativ o'zgarishlari kuchayib boradi. Ayrim

hollarda produktiv simptomlar shilqimlik, depersonalizatsiya, o'ta yuqori g'oyalar ko'rinishida bo'ladi. Keyinchalik kasallikni manifest va xuruj davri keladi. Shubsimon shizofreniya xurujlari klinik har-hilligi bilan ajralib turadi. O'tkir paranooyal, o'tkir paranoid, katatono-gebefrenik, katatono-depressiv, depressiv gallyutsinator, depressiv, obsessiv va boshqa xurujlar kuzatiladi. Har bir xuruj shaxsni negativ o'zgarishlarini va produktiv buzilishlarini kuchayishi bilan boradi. Ayrim hollarda negativ o'zgarishlar va produktiv buzilishlar sekin boradi.

Shubsimon shizofreniyani progredientlik darajasi, ruhiy defekt paydo bo'lishi turli darajada bo'ladi. Ayrim hollarda yomon sifatli formaga o'xshash kechadi va shizofreniyaga xos aql pastligi paydo bo'ladi. Ba'zan esa sust kechuvchi shizofreniyaga o'xshash bo'ladi va shaxsni chuqur defekti kuzatilmaydi. Ko'pchilik hollarda shubsimon shizofreniya bu ikki variant orasidagi joyni egallaydi.

BOLALARDA VA O'SMIRLARDAGI

SHIZOFRENIYANING XUSUSIYATLARI

Shizofreniya bolalar va o'smirlarda kattalarga nisbatan kam uchraydi. Bolalar va o'smirlarda kasallikni boshlanishi bolalarni ruhiy rivojlanish jarayoni va endogen jarayonlarni qo'shilish hamda ontogenezni o'zgarishi bilan boradi.

Bolalar va qisman o'smirlar shizofreniyasi uchun klinik belgilarni rudimentarligi, bilinmasligi va etilmaganligi xosdir. Negativ simptomlar bolalarda emotsional kashshoklik va bo'shlik, faollikni pasayishi, autizm, ruhiy rivojlanishni har hil darajada ekanligi bilan harakterlanadi.

Deffekt holatlar esa aqliy zaiflikga o'xshash bo'ladi. Shizofreniya pubertat davrida boshlansa shaxsni negativ o'zgarishiga disgarmonik ruhiy infantilizm belgilari kiradi.

Produktiv simptomlarga diffuz sababsiz qo'rquv, harakatlarni tormozlanish sindromi, patologik xayolparastlik kiradi.

Bolalar va o'smirlar shizofreniyasini barcha ko'rinishlarini quydagi to'rtta psixopatologik guruhlariga birlashtirish mumkin.

1. *Patologik xayolparastlik.* Asosan maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi. Patologik xayolparastlik boshlanish davrida sog'lom bolalar xayolparastligidan deyarli farq qilmaydi. Lekin keyinchalik real hayotdan ajraladi, bola o'zini fantastik dunyosida yashay boshlaydi. O'zini fantastik dunyosida ularga hama narsa mumkin bo'ladi. Bola o'z olamidagi o'yinlar bilan yashaydi va real hayotga qarama-qarshi bo'ladi. Real hayotda amalga oshirib bo'lmaydigan hayollar bilan yashaydi. Kuch qudrat, yangi mamlakatlarni ochish haqida orzu qiladi. Kashfiyotchilikka qiziqishni boshlaydi, falsafa muamolarmi, hayot, vaqt, odamlar haqida o'ylay boshlaydi. O'zini quyon yoki ot deb hisoblay boshlaydi va oddiy ovqatlardan bosh tortadi hamda unga sabzi, o't, don berishlarini talab qilishni boshlaydi.

2. *Abuliya.* Maktab yoshidagi bolalarda abuliya nisbatan kuchli bo'ladi. Bola sust bo'ladi, oldin qiziqib qilgan ishlariga qiziqmay qo'yadi, atrofdagilarga tushunarsiz bo'lib qoladi. Uzoq muddatli bekorchi hayotga moyilik, ruhiy faoliyatni pasayishi, ish qobiliyatni keskin tushishi, surinkali charchashga o'xshaydi, lekin bular shizofreniyani birlamchi alomatlari hisoblanadi. Ot-onalar va pedagoglar ko'pincha abuliyani ayyorlik deb o'ylashadi. Aslida esa bu shizofrenik jarayonni boshlanishidir. Vaqt o'tishi bilan aktivlikni pasayishi kuchayib boradi, bola o'z majburiyatlarini bajarmay qo'yadi, hech narsaga qiziqmaydi, maqsadsiz uy ichida burchakdan-burchakga yuraveradi, soatlab yotadi, hech qanday xoxish va qiziqishlari bo'lmaydi. Mayl buzilishlari bilan birga aqlga sig'maydigan impulsiv harakatlar qilishi mumkin. O'zidan-o'zi baqirishi, kattalarni urib qolishi yoki begona odamni o'pishi, haqoratli so'zlarni aytishi mumkin. Bu holatlarga ko'pincha ipohondrik vasvasa g'oyalar,

ta'sirlanish vasvasasi va gallyutsinatsiyalar qo'shilishi mumkin. Ko'pchilik hollarda ular turg'un bo'lmaydi.

3. *Emotsional to'mtoqlik.* Bu shizofreniyaga xarakterli doimiy belgilaridan biridir. Emotsialarni doimiy so'nib borishi natijasida bola atrofdegilar bilan aloqa qila olmaydi, oldin qiziqqan narsalariga qiziqmay qo'yadi, yaqinlari va do'stlariga befarq bo'lib qoladi. Bola qo'pol, tap tortmas jaxli tez bo'ladi. Sal narsaga o'rishib ketadi, lekin kuchli ta'sirlarga hech qanday e'tibor qilmaydi. Bolani kechinmalari xiralashadi, hech narsaga qiziqmaydi, hech narsadan xursand va xafa bo'lmaydi, yig'lamaydi. Kasallik kuchayib borishi bilan hamma narsaga befarq va emotsional to'mtoq bo'lib qoladi.

4. *Fikrlashni uzuq-yuluqligi.* Shizofreniyani har qanday shakli uchun xarakterli belgidir. Keraksiz aqlli fikrlarni gapira boshlaydi, fikrlash real borliqdan ajralgan bo'ladi. Ayrim bolalar juda ko'p gapiradi, ayrimlari umuman gapirmay qo'yadi yoki ba'zi so'zlarni joylarini almashtirib takrorlab gapiradi. Ularni nutqida oddiy hayotda ishlatilmaydigan yangi so'zlar ko'payadi. Bunday bolalar yozuvi ham o'zgargan bo'ladi.

QARILIK DAVRIDAGI SHIZOFRENIYANING HUSUSIYATLARI

Shizofreniya 50 yoshdan so'ng kamdan-kam uchraydi. Shizofreniya formalari orasida paranoid shizofreniya ko'proq uchraydi. Kamdan kam hollarda xurujsimon shizofreniya uchraydi. Sust kechuvchi va yomon sifatli shizofreniya yoshi qarilarda deyarli kuzatilmaydi. Qarilik davrida shizofreniya uchun klinik belgilarni bilinar-bilinmasligi, belgilarni atipikligi va nisbatan salbiy kechishi xosdir.

Paranoid shizofreniya zarar etkazish, rashk, zaharlanish, ipoxondrik vasvasalar bilan boradi. Verbal gallyutsinatsiyaga hidlov va taktil gallyutsinatsiyalari qo'shilib ketadi. Ruhiiy avtomatizmlardan asosan senestopatik avtomatizmlar kuzatiladi.

Xurujsimon shizofreniya uchun uzoq cho'ziladigan vahima, vasvasa va ipoxondrik depressiyalar xosdir. Kamdan-kam hollarda atipik maniya kuzatiladi. Xurujlar orlig'ida affektiv buzilishlar, rezidual vasvasa g'oyalar kuzatiladi. Kech boshlangan shizofreniya chuqur ruxiy defektga olib kelmaydi. Shaxsni negativ o'zgarishlari yoshga xos ruhiyat o'zgarishlari soyasida bilinmaydi.

Tashxisot. Kasallikni tashxisoti asosiy produktiv simptomlarini aniqlanishiga asoslangandir. Produktiv belgilar negativ belgilarga qo'shilib keladi va boshqalar bilan munosabatlarini yo'qolishiga olib keladi. Produktiv belgilar orasida fikrlarga ta'sirlanish, harakatlarga ta'sirlanish, kayfiyatga ta'sirlanish belgilari, soxta eshitish gallyutsinatsiyalar, fikrlar ochiqligi, fikrlar uzuq-yuliqligi, katatonik harakat buzilishlari kuzatiladi. Negativ simptomlarga energetik potentsial reduksiyasi, sovuqlik, boshqalarga dushmanlik, boshqalar bilan, munosabatlarni yo'qolishi ijtimoiy pasayish xosdir. Psixopatologik tekshirishlar va irsiy moyilik borligi tashxisi yana birbor tasdiqlaydi.

SHIZOFRENIYANI DAVOLASH

Medikamentoz davolash. Shizofreniyani davolash va xurujlar profilaktikasida neyroleptiklar 40 yildan ko'proq vaqt davomida qo'llanib kelmoqda. Bu vaqt oralig'ida bu dori vositalarini samaradorligi ishonchli tarzda isbotlandi. Neyroleptiklar fikrlash buzilishlarini, vaxima, vasvasa, gallyutsinatsiya va boshqa shizofreniyani belgilarini yo'qotadi. Shuning bilan birga bu dori vositalari negativ simptomlarga har doim ham samara bermaydi.

Neyroleptiklarning ta'siri.

1. *Global antipsixotik ta'siri.* Psixozni turli ko'rinishlarini to'xtatish kasallikni progredientligini kamaytirish. Bunday ta'sirni shok metodlariga o'xshatish mumkin. Neyroleptiklarni bunday ta'siri emotsiotrop ta'sir bilan bog'liq bo'lib kuchli affektlarni (qo'rquv, vahima, ishonchsizlik, maniya, depressiya) kamaytirishga qaratilgan. Psixotik simptomlar (vasvasa, gallyutsinatsiya) bir necha kun yoki haftadan so'ng yo'qolib boradi. Psixozga qarshi ta'sir bilan birga nojo'ya ta'sirlar (rigidlik, ikkilamchi sedatatsiya) paydo bo'la boshlaydi. Neyroleptiklarni global antipsixotik ta'sirini ularni kamaytirishi bilan bog'lashadi.

2. *Birlamchi sedativ ta'siri.* Gallyutsinatsiyalar vasvasa yoki manikal qo'zg'algan bemorlarga tez tinchlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi. Psixomotor tormozlovchi ta'sirdan tashqari tashqari bradipsixizm, diqatni kamaytiruvchi, gipnotik, vigilitetni pasaytiruvchi ta'sir ham ko'rsatadi. Davolashning birinchi haftasi davomida bu simptomlar odatda kamayib boradi. Shuning bilan birga ayrim neyroleptiklar o'zgacha ta'sir ko'rsatishi mumkin. Bunday ta'sir preparat dozasi oshirilganda yoki xolikolitilar qo'llanganda kuzatiladi. Birlamchi yoki spetsefik bo'lmagan sedativ ta'sirni ikkilamchi spetsefik ta'sirdan farqlash kerak. Ikkilamchi sedatatsiya faqat neyroleptik terapiya uchun xos bo'lib, global antipsixotik ta'sirni bir qismi hisoblanadi. Ikkilamchi sedatatsiya affektiv indifferentsligi, emotsional reaksiyalarni neytralligi va uzoq payt qo'langanda

ham yo'qolmasligi bilan xarakterlanadi. Neyroleptiklarni bunday effekti tufayli nevrozsimon va psixopatsimon sindromlarda yaxshi samara beradi.

3. *Selektiv antipsixotik ta'siri.* Neyroleptiklarni alohida simptomlarga masalan, vasvasa, gallyutsinatsiya, fikrlash buzilishi, xulq-atvor buzilishiga ko'proq ta'sir etishi. Bu ta'sirlar ikkilamchi bo'lib, global antipsixotik va sedativ ta'sirdan so'ng paydo bo'ladi. Shuning uchun bu ta'sirni paydo bo'lishi uchun uzoq muddat neyroleptiklar qabul qilish lozim.

4. *Faollashtiruvchi ta'siri* (dezingibirlovchi, antiautistik). Bu ta'sir sekin paydo bo'lib boradi va katatonikbelgilarni, autistik buzilishlarni kamayishi bilan bog'liqdir. ruhan aktivlovchi ta'sir negativ simptomlar bor bemorlarda ayniqsa namoyon bo'ladi. Ularda apatik-abulik simptomlar nisbatan kamayadi. Bemorlarni initsiativligi oshadi, muloqotga kirishuvchanligi yaxshilanadi, psixoterapiya, reabilitatsiyaga kirishuvchanligi oshadi. Aktivlovchi ta'sir davolashni birinchi bosqichlarini o'zida bilina boshlaydi. Ayniqsa kuchli global antipsixotik ta'sirga ega neyroleptiklar qo'llanilganda. Bu ta'sir akataziya va tasikineziya bilan birga keladi. Hozirgi paytda dezingibirlovchi va antiaustik ta'siri birinchi o'rinda bo'lgan neyroleptiklar gurihi paydo bo'ladi. Masalan, sulpirid, karpipramin, amisulpirid, ritakserin, klokapramin. Ba'zi avtorlar antidefitsitlar ta'siri deb ham ko'rsatishadi. Dezingibirlovchi neyroleptiklarni uzoq muddat qo'llaganda dofamin retseptorlarini sezuvchanligi oshib ketishi va psixotik simptomlarni qaytalanishim mumkin. Hozirgi paytda bunday ta'sirlardan xoli bo'lgan atipik neyroleptiklar (rosperidon, seranvel, sertindol, olanzapin) paydo bo'ldi. Bunday neyroleptiklar antidefitsitar ta'sir bilan birga sezilarli darajada psixozga qarshi ta'sirga xam ega.

5. *Depressogen ta'siri.* Neyroleptiklarni uzoq muddat qo'llaganda o'ziga xos neyroleptik depressiya chaqirishi. Neyroleptikni turiga qarab depressiya depressiya ham xar xil bo'ladi. Sedativ neyroleptiklar ta'siri da sust apatik

depressiya kuyali antipsixotik neyroleptiklar ta'sirida geperventil depressiya paydo bo'ladi.

6. *Neyrotrop ta'siri.* Bu ta'sir ekstrapiramid nerv sistemasida dofamini bliklanishi bilan bog'liq bo'lib, turli nevrologik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. O'tkir paroksizmlardan to surunkali qaytmas o'zgarishlar ham kuzatilishi mumkin.

7. *Somatotrop ta'siri.* Neyroleptiklarni neyro-vegetativ va endokrin nojo'ya ta'siri hisoblanib, qon bosimini tushishi kuzatiladi. Neyroleptiklarni tanlashda asosiy e'tibor global antipsixotik va birlamchi sedativ ta'sirlarga qaratiladi.

Neyroleptiklarni qabul qilish tartibi. Neyroleptiklar va ularni dozasi tanlangandan so'ng ularni qabul qilish tartibi tuziladi. Davolashni 48-72 soatidan so'ng preparatni bir sutkada 4-5 marta qabul qilish shart emas. Organizmdan chiqib ketish davri katta bo'lgan neyroleptiklar katta dozada bir mahal berilishi mumkin. Bitta tabletkadan bir mahal kechki payt berish va doimiy neyroleptik dozasini oshirib borish bemor uchun ham tibbiyot xodimlari uchun ham qulay hisoblanadi. Shuning bilan birga dorini kechki payt qabul qilish dori vositalarini yaxshi o'zlashtirilishiga va nojo'ya ta'sirlarini kamayishiga olib keladi.

Qo'llab-quvvatlovchi davolash va neyroleptiklarni to'xtatish. O'tkir davmi o'tishi va bemor ahvolini yaxshilanishi bilan (2-12 hafta) neyroleptiklar dozasi bir necha hafta davomida kamaytirish lozim. Bemorlarni teng yarmida ushlab turuvchi davolash samarali hisoblanadi. Juda uzoq muddat neyroleptiklar qabul qilgan bemorlarga har haftada 1-3 kun dam berish mumkin. Neyroleptiklarni bunday to'xtatish og'ir oqibatlariga olib kelmaydi. Neyroleptiklarni to'xtatish to'g'risida xozircha aniq ko'rsatmalar yo'q. Ambulator bemorlarda neyroleptiklarni to'xtatish ko'pincha xurujlarni boshlanishiga olib keladi. Bemorda 6 oy davomida to'liq remissiya kuzatilsa yoki juda kichik ushlab turuvchi dozada bo'lsa, shifoxona sharoitida neyroleptiklarni to'xtatish mumkin.

Neyroleptiklar organizmdan juda sekin chiqib ketad va ularni to'xtatishdan so'ng bir hafta xatto bir necha oylardan so'ng kasallik qaytalanishi mumkin. Ushlab turuvchi dozani 30 % ga kamaytirib 6-8 oy kuzatiladi. Agar bemor ahvoli og'irlashmasa yana 30 % ga kamaytiriladi. Agar bemor doimiy kuzatuva bo'lsa, bemor axvoli yomonlashuvi belgilarini osson aniqlash mumkin va neyroleptiklar dozasini oshirib xurujlar oldini olish mumkin. Lekin ko'pchilik bemorlar dorilarni o'z vaqtida qabul qimaydi va bu xurujlarni tez-tez takrorlanishiga olib keladi. Shizofreniyani turg'un surunkali formalarida ikki yil davomida daimiy tarzda neyroleptiklar qabul qilish bemorlarni ijtimoiy xayotga moslashuviga olib kelishi mumkin. Atipik neyroleptiklarni bunday ta'siri haqida aniq ma'lumotlar yo'q. Shizofreniyani har qanday formasida neyroleptiklarni doimiy tarzda qabul qilish samarali ekanligi isbotlangan.

SHIZOFRENIYA BILAN OG'RIGAN BEMORLAR REABILITATSIYASI.

Shizofreniya bilan og'rigan bemorlar rehabilitatsiyasi bemorni shaxsiy, shaxslararo, kasbiy ko'nikmalarini tiklash va rivojlantirishga qaratilgan. Bemor xurujdan so'ng qanchalik mutaqil bo'la olishini xurujdan aniqlash juda muhim hisoblanadi. Agar bemorlarni oilasi va ish joiy bo'lsa rehabilitatsiya ishlari nisbatan samarali bo'ladi. Bemorni jamiyatda hayot kechirishi va ishtiroki ko'pincha jamiyatga bog'liq bo'ladi. Shaxslararo munosabatlarni tiklashda va rehabilitatsiyada psixoterapiyani o'rni juda katta hisoblanadi. Psixoterapiyani turli usullaridan foydalanib xurujga sabab bo'ladigan ichki va tashqi omillarni bartaraf etish mumkin. Bundan tashqari bu metodlar orqali ijtimoiy adaptatsiyani yaxshilaydi va bemor axvolini yomonlashtiruvchi sharoitlarni bartaraf etish imkonini beradi. Bemorga munosabat realistik tabiatda bo'lish

kerak. Bemorga qo'yiladigan talablar bemorni oldingi ahvolidagi talablardan farq qilishi kerak. Faqat kompleks yondashish, ya'ni dori darmonlar bilan davolash, reabilitatsiya, psixoterapiya, ruhiy yordam ko'rsatuvchi muassasalarni kechayu kunduz ishlashi bemorlar ahvolini yaxshilanishiga va mustaqil hayot kechirishiga imkon beradi.

Profilaktika. Hozirgi kunda shizofreniyani biriamchi profilaktika shizofreniyaga moyil ota-onalarga tibiy-genetik maslaxat berish va ularni farzandlarida shizofreniya bo'lishi mumkinligi haqida ogohlantirish bilan chegaralanadi. Agar ota yoki ona shizofreniya bilan kasallangan bo'lsa bolalarni kasallanish xavfi 14 % ni tashkil etadi. Agar ota-ona ham shizofreniya bilan kasallangan bo'lsa bu xavf 46 %ga etadi. Dizigot ekizaklarining birida shizofreniya rivolansa, ikkinchisida kasallikni rivojlanish xavfi 23%ni tashkil etadi. Agar egizaklar monozigot bo'lsa bu xavf 70 %ga etadi. Shizofreniyani ikkilamchi profilaktikasi (xurujlar va retsidivlar oldini olish) va uchlamchi profilaktikasi (ruhiy defektini shakllanishini sekinlashtirish va to'xtatish) uzoq muddat ambulator farmakoterapiya, psixoterapiya va ijtimoiy – reabilitatsiya choralaridan iboratdir.

16-BOB. BIPOLYAR AFFEKTIV BUZILISHLAR

Bipolyar affektiv buzilish (siklofreniya, sirkulyar psixoz, Siklotimiya) davriy kechadigan ruhiy kasallik bo'lib, depressiv va maniakal bosqichlari va ularning orasida to'la sog'lomlik davri — intermissiya bilan almashinishi kuzatiladi. Psixozning uzoq davom etishiga va ko'p marta takrorlanishiga qaramasdan intermissiya davrida qandaydir ruhiy o'zgarishlar yoki shaxsning yetishmovchilik belgilari kuzatiladi.

Bipolyar affektiv buzilish (BAB) yorqin ifodalangan turlarni (siklofreniya) hamda yumshoq ifodalangan turlarni (siklotimiya) o'z ichiga oladi.

Maniakal-depreseiv psixozning Hozirgi ko'rinishi nemis ruhiyotchi olimi E. Krepelin (1899, 1913 y.) tasvirlagan. Ungacha bo'lgan davrda Gippokrat (Buqrot) fikricha alohida maniya va melanholiya kabi mustaqil kasallik tushunchasi hukm surib kelardi. Fransuz olimlaridan Falre va Bayarje (1854 y.) ishlari diqqatga sazovordir. Ular sirkulyar deb ataluvchi va psixoz bosqich bilan kechuvchi maniakal va depressiv davrlarga bo'linuvchi kasallikni bayon etadilar. Bipolyar affektiv buzilishni alohida nozologik birlik sifatida ta'kidlash uchun E. Krepelin bir-biriga Klinik ko'rinishi qarama-qarshi bo'lgan holatlarni (depressiv va maniakal buzilishlarning ichki birligini), ularning kelib chiqishi va xususiyatlarini solishtirib (irsiy umumiy-ligini, oila foni o'xshashligini), kechishini (davriy — bosqichlilikini) va pirovard-natijani (shaxsiyat uchun so'nggida nuqson hosil bo'lmasligini) sinchkovlik bilan solishtirib ko'rdi.

Etiologiyasi va patogenezini. Krepelin davridan boshlab Bipolyar affektiv buzilish endogen kasalliklarga kiritiladi. Hozirgi davrda Bipolyar affektiv buzilish kasalligining sababi va rivojlanish mexanizmi to'la aniqlanmagan bo'lsa-da, kasallik taraqqiyotida ishtirok etuvchi bir qator omillarga katta ahamiyat beriladi. Bo'larga Bemor organizmidagi biokimyoviy va boshqa

biologik o'zgarishlar (katexolaminlar almashinuvidagi o'zgarishlar, mineral almashinuvi buzilishi, endokrin o'zgarishlarning ta'siri va boshqalar), irsiy tomonlari, Yoshi va jinsi hamda konstitutsional alohidaliklari shular jumlasidandir. Bipolyar affektiv buzilishning irsiy uzatilishi gumonlardan yiroqdir. Buning tasdiki bo'lib Shu Kasallikning egizaklardan birida uchrasa, ikkinchisining Ham moyilligi yoki kasallanishi xizmat qiladi.

Kallman (1957 y) ma'lumoti bo'yicha ikki zigotali egizaklarda kasallanish xavfi 20—25% ni tashqil etsa, monozigotali egizaklarda 66—96% ni tashkil etadi. Yana ota-onasi Bipolyar affektiv buzilish bilan kasallangan oilalarda bolalariga o'tish nisbatlari ham aniqlanmokda. Qarindoshlar O'rtasida karindoshlik qanchalik yaqin bulsa, kasallikning rivojlanish xavfi shunchalik ko'payadi. BAB paydo bo'lishida, jinsi, gavda tuzilishini, shaxsning kasallikdan oldingi holati bilan aloqasi bo'lsa kerak — ayollar erkaklarga nisbatan ko'proq kasallanadi. BAB kasalligining 60—70% I ayollardir.

BAB bo'lgan kasallarning ko'pchiligini diqqat bilan o'rganib, ularning gavda tuzilishi bo'yicha pakana ekanligi aniqlandi. Bemorlarning kasal bo'lishdan avvalgi holatlari aniqlandi. Bu odamlar affektiv tebranishlarga moyil. Kayfiyati sababsiz o'zgarib turadigan, ba'zan kayfiyati ko'tarilib, ba'zan tushib turadiganlardir. BAB ning normostenik yoki psixoastenik xususiyatli odamlarda ham paydo bo'lishi tasvirlantan. Tan olingan fikrlarga binoan, BAB gipotalamus neyronlar tizimida va miya bazal qismining boshqa ulimlarida sinaptik uzatilishning buzilishi bilan bog'lik bo'lib, bu bo'limlarda asosiy ruhiy reaksiyalar uyg'oklik, kayfiyat, affektlarning shakllanishi kuzatiladi.

BAB ning биокимёвий gipotezalari monoaminlar almashinuvining buzilishida steroid gormon va suv-elektrolit almashinuvining o'zgarishida deb taxmin qilinadi. Eng ko'p tarqalgani monoamin almashinuvi Katexolamin va indol aminlarning almashinuvi buzilishlari bilan bog'lik deb biladi. Katexolamin gipotezasining ma'nosi shundan iboratki, depressiya holatida miyada

noradrenalinning funksional yetishmovchiligi, miyada esa faollashuvi kuzatiladi. Buyrak usti bezi faoliyatining buzilishini o'rganish uchun deksametazon testidan foydalaniladi. Ko'pgina tekshiruvlarning natijasiga qaraganda endogen depressiyasi bor bemorlarning yarmidan ko'pida deksametazon testi patologik ekanligi aniqlangan. BAB patogenezini o'rganish Keyingi yillarda osonlashgani psixotrop, xususan antidepressiv dori-darmonlarning davolash mexanizmini o'rganish orqali biroz yengillashadi. Katexolaminlarning almashinuvini o'rganish affektiv buzilishlarda davolash mexanizmini o'rganish orqali amalga oshirilayapti. Litiy dezaminlash mahsulotlari va katexolaminlarni metillash orasidagi nisbatni o'zgartirar ekan. Bundan tashqari, litiy tomonidan chaqirilgan o'zgarishlar katexolaminlar almashinuvi buzilishi gipotezasi bilan suv-elektrolit almashinuvi buzilishlari orasidagi bog'liqlik borligini o'rganish imkonimi beradi. Ammo Barcha taxminlar tajriba yo'qi bilan tekshirishni va to'g'ridan-to'g'ri isbotni talab qiladi.

Bipolyar affektiv buzilishning klinik ko'rinishi va kechishi. BAB Har qanday yoshda — bolalardai to qari ёшдагиларда ham boshlanib qolishi mumkin. Epidemiologik ma'lumotlarga qaraganda Ko'pincha kasallik yetuk va keksaygan yoshda (40—50 yoshda) boshlanadi. Ammo Shunday tekshirishlarda kasallik avvalroq ambulator bosqichda xiraroq kechganligi kayfiyatning bosqichli o'zgarishlari e'tibordan chetda qolib ketadi. BAB bilan ayollar erkaklarga qaraganda ko'proq kasallanadi (2 martagacha), ayollarniig ko'proq qismi kasallanishini barcha mualliflar tasdiqlaydilar. BAB ning tarqalishi haqida yagona fikr yo'q. E. Krepelin va uning zamondoshlarining ma'lumoti bo'yicha BAB ko'p uchraydigan kasallik bo'lib, bu ruhiy tashxis kasalliklarning 10—15% iga qo'yiladi va davolanadi. Keyingi 10 yillar davomida BAB tashxisini kamroq qo'ymoqdalar. M. Kinkelin (1954) ma'lumoti bo'yicha BAB Kasallar o'rtacha 50%, R. Koxen (1975) ma'lumoti bo'yicha BAB 3,5% ga to'g'ri keladi.

BAB ning turli foizda uchrashi har xil ilmiy xodimlarning bu kasallik chegaralarini o'zicha tushunishi va tashxis qo'yish mahoratiga bog'liqdir.

BAB ning asosiy va o'ziga xos ko'rinishlari Tushkunlik va ko'tarinki kayfiyat — depressiv va maniakal bosqichlardan iborat. Bu Bosqichlar orasida «yorug'» oraliq—intermissiya ko'nrlari bo'ladi va hech qanday ma'lum tartibsiz kasalning butun hayotida qaytarilaveradi. BAB ning asosiy yetakchi klinik ko'rinishlaridan depressiv (melanxolik) va maniakal (maniya) sindromlari (bosqichlari)dir.

BAB kasallik ko'rinishlarining bosqichlari farqlansada, ular ko'pgina umumiy tomonlarga ega. Umumiyligi shundan iboratki, buzilishlar ruhiy faoliyatning bir xil va o'sha qismida kuzatiladi, ularni uchta katta guruhga jamlash mumkin.

1. Kayfiyatning buzilishi.
2. Fikrlash tezligining buzilishi.
3. Nutq-harakat faoliyatining o'zgarishlari.
4. **Depressiv bosqichi.** Depressiv bosqich uchta belgi bilan tavsiflanadi:
 1. Tushkunlik-qayg'uli kayfiyat bilan.
 2. Tafakkurning sustlashuvi bilan.
 3. Harakat sustligi bilan.

Depressiv holat ko'pincha asta-sekinlik bilan boshlanadi va kasallikning asosiy klinik ko'rinishi hisoblanadi.

Depressiyaning boshlang'ich davrida O'zini noxush sezishdan boshlanadi, barcha kechinmalarda qayg'uli fon bo'lib, umumiy hayotga qiziqish susayadi, astenik buzilish kuzatiladi, qo'li ishga bormaydi. Tushkun kayfiyat fonida uyqu buziladi, ishtaxa susayadi, ish qobiliyati va ish unumdorligi kamayadi. Lanj bo'ladi, bo'shshadi, ertablari urnidan qiyinchilik bilan turadi. Kasallar o'z ishlarini tashlab qo'yadilar, uy va xizmat ishlarini bazo'r bajaradilar, bemor o'ziga-o'zi qiyinchilik bilan qaraydi va «dangasalikdan» azob chekadi. Bemorlarning kayfiyatlari barqaror bo'lib, xursandchilik va quvnoqlik

chekinadi, atrof-muhit ko'zga qorong'u ko'rinadi va unga qiziqish susayadi. Bu bosqichda sub'yektiv buzilishlar kuchayadi va shu vaqtning o'zida depressiyaning alomatlari sust bo'ladi va kasallikni aniqlashni qiyinlashtiradi. Keyinchalik kasallik og'irlashishi bilan depressiya kuchayadi, ifoda o'ziga xos ko'rinishni oladi, xastalik aniq ko'zga tashlanadi, bu bemorning o'zini to'tishida bililib qoladi. Bemorlikning bu bosqichida ilojisiz qayg'u-alam holatiga yetadi, serxavotir bo'lib qoladi. Bemor uchun bir lahzalik bo'lsa-da, quvonch hislari begonadir (masalan, hatto qizi institutga kirsam ham), Doimo qalbida jismoniy og'rik sezadi, ko'pincha yuragi siqilayotganini, «yurak qayg'usini» sezadi. Depressiya bemor tashqi ko'rinishida aniq sezilib turadi, yuzida qayg'u qotib qolganday, harakatlari juda sustlashadi, ko'zlari quruq nami yo'q, ko'z pikipiratmaydi. Bemor o'zida Verogutta burmasi — ustki qovoq terisining salqilalanib qolishi, yuziga qayg'uli ko'rinishni berishi kuzatiladi. Gavdasi bukilgan, qo'llari yoniga osilgan, o'zlari bo'shashgan, atrofdagilar bilan ishi yo'q, qimirlamay yotadilar yoki utiradilar. Diqqatlari bir nuqtaga tiqilgan — qayg'uli qadalgan, o'zining sog'lig'ini, kelajagini, yaqinlarining holatlarini juda pessimistik gumon aralash baholaydi. Ular hozirga, kelajakka ishonchni yo'qotadilar, kuvonchli onlarni hech sezmaydilar, o'zlarini boshi berk ko'chaga kirib qolganday sezadilar, onglaridan o'zlari ilojisiz holatga tushib qolganliklari chiqmaydi, oilada, hayotda, xizmatda mutlaqo yaroqsiz deb sezadilar va o'zlarini dardi bedavo deb baholaydilar, kelajak butunlay azobli bo'lib tuyuladi.

Bemorlar o'zlarini berk ko'chaga kirib qolganday sezadilar va undan faqat bir iloj qilib o'zini o'ldirib qutulish mumkin, deb hisoblaydilar, shuning uchun bemorlar depressiya holatida suitsidal harakatlari bilan xavflidirlar. O'zini-o'zi uldirishga qaratilgan harakat depressiyasi har qanday holatda ifodalanishi mumkin. Ba'zi hollarda o'zini-o'zi xalok qilishi to'satdan impulsiv bo'ladi, boshqa hollarda unga yaxshilab tayyorlanadi va o'z rejasi haqida hech kim bilan maslahatlashmaydi. O'z-o'zini o'ldirish harakatlari, xarakat sustlashishi kam

ifodalangan vaqtlarda depressiyaning boshlanishi yoki tugashiga yaqin vaqtlarda ko'proq uchraydi.

Depressiyaning bundan keyingi chuqurlashuvi avval o'ta baholangan, pirovardida buzilgani vasvasalar bilan o'zini ayblash, gunohkorlik o'zini kamsitish, ipoxondrik holatlar bilan kuzatiladi, boshqa bemorlarni ham o'zini-o'zi uldirishga undaydi. Eski, ilgari davrda yo'q qo'ygan xatosi bemorlar ongida o'sib, ulg'ayib kattalashadi, jinoyat qilgandek tuyuladi. Endi qilgiligiga atayin jazolanishi kerak degan ishonch hosil bo'ladi. Shunday bemorlar atayin ovqatlanmaydilar, ovqatlanishga haqqim yo'q, deb hisoblaydilar, o'zlarini hayotga noloyiq deb hisoblab, boshqalar ularni halok qilishini talab qiladilar.

Depressiya fazasidagi bemorlar uchun xos bo'lgan belgilaridan biri hissizlikni boshidan og'ir kechirishi — anestetik depressiyadir. Bemorlar bunda xursandchilikni bilmaymiz, tunda befarq bo'lib qoldiq deb shikoyat qiladilar. Yaqinlariga, bolalariga samimiyligni, odamiyligni yo'qotib, Xuddi yuraksiz robotga o'xshab qoldiq deyдилar.

Ko'pincha depressiya xavotirlik (tashvishli depressiya) vahima, notinchlik bilan kechadi, bemorlar ingraydi, yig'laydi, qo'llarini qarsillatadi, o'zini qo'ygani joy topolmaydi, ko'pincha bu holatlar melankolik raptus holatiga yetib, vaqti-vaqti bilan o'zini-o'zi jarohatlashga va o'ldirishga harakat qiladi.

Ko'p hollarda atrofni va o'zini idrok qilish o'zgaradi, derealizatsiya va depersonalizatsiya bo'ladi. Bu turdagi depressiyada uning atrofida hamma narsa xira, qotib qolgan, jonsiz bo'lib ko'rinadi.

Ba'zida bemorlar depressiv mazmunli gallyutsinatsiyalar o'z bolalarining yig'isini, baqirig'ini, yaqinlarining ingrashini, motam kuy-qushiqlarini eshitadi. G'am-tashvish oshgan sari o'ziga mos fikrlashning susayishi oshib boradi. Bemorlar kamgap bo'lib qoladilar, savollarga sekin, kamgaplik bilan, bir so'z bilan, ko'p to'xtab-to'xtab, qayta-qayta iltimosdan so'ng javob beradilar. Chuqur depressiv holati kuzatiladi. Ba'zida kasallar kaltabinlik, esi

pastroqlikdan, esidan chiqarib qo'yish, fikrlashi sekinlashganligi, savollarga javob berishga fikr topolmasligi, boshining bo'm-bo'sh bo'lib qolganligidan shikoyat qiladilar.

Harakatning sustlashuvi depressiya fazasining uchinchi belgisidir. Tuzukroq hollarda harakatlarning sekin va chaqqonmasligi bilan namoyon bo'ladi. Harakatni sezish yo'qoladi, bemorlar harakatni anglamasligidan shikoyat qiladilar. Depressiyaning oshishi bilan harakat aktlarining sekinlashuvi bog'liqligi shu darajagacha boradiki, natijada harakat to'la to'xtaydi va so'zlash ham to'xtaydi — yani depressiv stupor vujudga keladi. Shunday hollarda bemor bilan muloqot qilish deyarli mumkin emas, kasal o'rnida yetadi yoki qimirlamay yarim qayg'uli yoki qayg'udan kuchlangan ko'rinishda, chuqur-chuqur ho'rsinib nafas oladi. Terisi, yuzi oqargan, xira yashil-kulrang, ko'z ostida to'qrok halqalar, lablarining chetlari osilgan va lablari quruq yopishgan, og'izdan ochlikda bo'ladigan hid chiqib turadi, aftida burma va ajinlari o'ta sezilarli, bemorlar shalviralgan va qarimsiq ko'rinadi. Iroda faolligi depressiya holatida o'ta pastlashgan. Doim ikkilanadi, gumon qiladi, hech narsani hal qilolmaydi, juda dangasa bo'lib qolganga o'xshaydi. Kichik bir ishni ham zo'RG'a bajaradi. Bunday o'zgarishlar bemorda o'zini ayblashga olib keladi. O'zidan norozi bo'ladi, xohish, iroda, qiziqishlar pasaygan, ishtaha, chanqash, shahvoniy sezgi yo'qoladi, hatto o'zini saqlash instinkti ham susaygan.

Depressiya fazasida kun buyi o'zini xis qilishi va kayfiyati o'zgarib turadi. Ayniqsa ertalablari o'zini yomon his qiladi. Kechga yaqin holati bir oz yaxshilanadi, ilojsiz qolganligi, tushkunligi yumshaydi.

Bipolyar affektiv buzilishda niqoblangan depressiyalar yuzaga kelishi mumkin. Bunda birinchi o'ringa somatik shikoyatlar, kardialgiyalar, gastralgiyalar, kuchli bosh og'riklari chiqib, shu vaqtning o'zida depressiya belgilari bir ozgina kamayadi, ish qobiliyati susayadi. Bunday harakatlarni eng avvalo somatik kasalliklardan ajrata bilish lozim.

ochiq rangli kiyim kiyadilar, taqinchoqlarni yaxshi ko'radilar, kosmetikani o'ta ko'p ishlatadilar. Beg'ubor quvnoq kayfiyat ba'zan jahl chiqishi bilan, g'azab, tajovuz bilan odatdagi hohishlarga to'siq paydo bo'lganda almashinadi. Odatda bu holat tez o'tib ketadi.

Fikrlash jarayonining tezlashuvi gapdonlikda namoyon bo'ladi: bemorlar ko'p, baland ovozda va tez gapiradilar. Doimo ko'p gapirganlari uchun tovushlari bo'g'ilgan bo'ladi. Fikrlashning o'ta tezlashuvi, g'oyalarning sakrashi deb nomlanib, og'ir hollarda tashqi voqyealarga bog'liq bo'lib, xayol hardamlilik na hatto chalg'itishgacha yetib boradi. Bunday holatlarda gapdan chalg'ish bo'ladi. Shifokorning savollariga to'g'ri javob bera boshlagani holda bemor shu zahotiy oq savoldan chalg'ib qoladi va miyasida yangi hosil bo'lgan fikrlar to'zonida chalg'ib, qiziqib qoladi. Bemorlar o'zlarini to'ta olmaydilar, qo'zg'alib, to'xtamasdan bog'liq tovush bilan gapiradilar, ashula aytadilar, she'r o'qiydilar, so'zlarni juftlab aytishni yaxshi kuradilar, shifokorlarni, talabalarni, xodimlarni ko'tarinqilikda qutlaydilar, salomlashadilar, atrofda bo'layotgan voqyealarni ko'tarinki ruh bilan tushuntiradilar, bo'limdagi har bir ishga aralashadilar, maslahat beradilar, Qo'zg'alganlik ba'zida shiddatli tajovuzgacha borib yetadi. Harakat ko'zg'aluvchanligi hatto og'ir holatlarda ham ma'nisiz, maqsadsiz bo'lmaydi, balki hamma vaqt bemorning bir faoliyatga intilgani holda maqsadga muvofiq bo'ladi. Bemorlar odatda o'ta faol, harakatchan, charchamasdirlar. Shunga qaramasdan harakat faolligi harakatlarning tugamasligini bildiradi. Biror ishini bajarishga kirishar ekan, bemorlar tezda uni tashlab, yangisini boshlaydilar, boshlagan ishlarini oxirigacha yetkazmaydilar, qayerga borib qolsalar o'z atrofida to'polon va tartibsizlik chiqaradilar, hamma yoqqa «burnilarini» tiqadilar, hammaga ko'rsatma berib, ogohlantiradilar va bu bilan atrofdegilarni holdan toyrdiradilar. Emotsional holatga qarab tashqi ko'rinishi ham mos bo'ladi. O'zlarini tik va dadil tutadilar, yuzlari xursand,

ko'zlari yaltiraydi, yanoqlari qizargan, yuz harakatlari jonli va ifodali, bemorlar xuddi yoshargandek va ruhan tetik ko'rinadilar.

Maniakal bemorlarning o'zlarini to'tishlari buzilishi giperreaktivligi va qiziqishlarining, ayniqsa shahvoniy hissiyotlarinig kuchayishidandir. Bemorlarning ishtaxasi yuqori bo'ladi, ammo ular o'zlari ozib ketadilar, ko'pincha ko'pol shahvoniy qiliqlar qilib qo'yadilar, uyatsizlik qiladilar, erotik mazmunda ko'p gapiradilar. Ayollar tannoqlik qiladilar, ko'pincha xohish bilan yechinadilar, ko'pincha isrofgarchilikka moyillik paydo bo'ladi, bemorlar kerak bo'lmagan qimmatbaho, nokerak qimmat narsalarni sotib oladilar, ko'p pul sarf qiladilar, ko'p yillar davomida yig'ganlarini sochadilar, narsalar ularning jahlini chiqaradi, besabab ishdan bo'shab ketadilar, uylarini almashtiradilar, birdan ajrab ketadilar, osongina tanishadilar, tasodifan jinsiy aloqaga moyil bo'ladilar, xastalik tuzalayotganda ko'p jiddiy tazarru qiladilar. Maniakal holatdan chiqqanlaridan so'ng astenik holat sezadilar.

Maniyaning Atipik shakllari ham farqlanadi (bemorning xulqiga, psixopatik simptomlarining intensivligiga qarab). Quvnoq maniyalar eyforiya bilan kechadi, o'z-o'zini ortiqcha baholab yuboradi va o'zini g'oyatda yaxshi xis qiladi. Ekspansiv maniyalar, birinchi o'ringa ruhiy jarayonlarning tezlashuvi bilan o'ta qimmatli g'oyalar qo'shilishi chiqib, faoliyatga intilish namoyon bo'ladi. Maniyaning boshqa belgilari ozgina ifodalanadi.

G'azabli maniyalar — jahlining chiqib ketishi, g'azabnoklik bilan agressiv harakatlarga, bo'lar-bo'lmasga tirnoqdan kir qidirishga tushib qoladilar. Ko'pincha Bipolyar affektiv buzilishda maniakal sindromni depressiv sindromga qarama-qarshi qo'yiladi. Ayni vaqtda, depressiv faza energetik quvvatning kamayishi bilan, kayfiyat, ruhiy jarayonlarinig tezligi, hayotiy lazzatlar, qo'zg'olish, qiziqishlarningsusayishi bilan tavsiflanadi, maniakal bosqichda esa ularning o'ta kuchayishi, vegetativ faoliyat va umumiy jismoniy tonuslarning oshishi kuzatiladi.

Siklotimiya — yumshoqroq kechuvchi Bipolyar affektiv buzilishlarning ko‘rinishidir. Xuddi Bipolyar affektiv buzilishlardagi kabi kasallik bosqichlar shaklida (subdepressiv va gipomaniakal namoyon bo‘ladi) ularning orasida yaxshigina yorug‘ sog‘lom oraliq bo‘ladi, bu intermissiya deyiladi. Ba’zi holatlarda siklotimiya kayfiyatning bir oz o‘zgarishi bilan kechadi. Siklotimiya uchun holatlarning o‘zgarishi — bir tomondan o‘zini yaxshi his qilish, quvvat va ish qobiliyatining oshishi, boshqa tomondan, kayfiyatning susayishi, g‘amnok bo‘lib qolishi, harakat susaymagan holatdaligi bilan tavsiflanadi. Qisqa vaqt davom etadigan xurujlar shifoxonaga yotkizishni taqozo etmaydi, bemorlar tomonidan esa kayfiyatning o‘zgarib turishi deb baholanadi. Siklotimiya bemorlarda kasallik og‘irlashib, Bipolyar affektiv buzilishning ifodalangan bosqichlariga aylanishi mumkin, bu esa kasallikning Bipolyar affektiv buzilishga tegishli ekanligini tasdiqlaydi.

Bipolyar affektiv buzilishdagi somato-vegetativ o‘zgarishlar bosqichlar sifatida va xurujlar orasidagi davr bilan ta’riflanadi. V. T. Protopopov va uning xodimlari ishlaridan ma’lum bo‘ladiki, psixoz xuruji somatik o‘zgarishlardan boshlanadi, chunki somatik o‘zgarishlar ruhiy xastalik belgilaridan oldinroq namoyon bo‘ladi. Ham Maniakal, ham depressiv bosqichlarda somatovegetativ o‘zgarishlar bir xil ko‘rinishga ega bo‘ladi va bu simpatik nerv tizimi tonusi oshganligini ko‘rsatadi: ishtaha yo‘qoladi, ozadi, og‘zi quriydi, qabziyat bo‘ladi, yuragi tez-tez uradi, qorachig‘i kengayadi, uyqusi buziladi, qon bosimi o‘zgaradi, terining tonusi tushadi, amenoreya va libido o‘zgarishi ro‘y beradi. Intermissiya boshlanguncha vegeto-somatik olam me‘yeriga kelib qoladi.

Depressiya holatida bosqichning tezda tugashidan darak beradigan xushnud etuvchi alomat bu bemorni semira boshlashi hisoblanadi, ya’ni yo‘qotgan og‘irligi tiklana boshlaydi.

Kechishi. Bipolyar affektiv buzilishning kechishi turlicha bo‘lishi mumkin. Kechish turi kasalik bosqichlari, soni, davomiyligi bilan belgilanadi.

BABning bipolyar (depressiv va maniakal xurujlarning almashinuvi) va monopolyar (faqat depressiv yoki faqat maniakal xurujlar) shaklida kechishi ko'p tekshiruvchilar tomonidan tan olingan.

Kontinual (davomli) tarzda kechishi mumkin. Bunda depressiv holat yorug' oraliqsiz (intermissiyasiz) Maniakal xolatga o'tadi, xurujlar bir necha kundan yarim yilgacha davom etishi mumkin, ba'zida bir yil va undan ham ortiq davom etadi. O'rta yoshdagi bemorlarda xurujlar 2 oydan b oygacha davom etishi mumkin. Yoshi ulg'aygan kishilarda kasallikning xurujlari o'zoqroq davom etadi, yorug' kunlar qisqaradi. Bundan tashqari, bu yoshda kasallik o'ziga xos ko'rinishga ega bo'ladi, asosan Vasvasa g'oyalari kuzatib yurish, ipoxondrik holat (depressiv bosqichda) gallyutsinatsiyalar paydo bo'lish hisobiga vujudga keladi.

Vasvasa, gallyutsinatsiya, ongning xiralashuvi bilan kechuvchi depressiv faza fantastik melanholiya deyiladi. Maniakal qo'zg'olish cho'qqisida ongning xiralashuvi chalkash maniyalar haqida fikr yuritishga imkon beradi. BAB ning atipik ko'rinishlarini tushuntirishda bir qator holatlarga, konstitutsional omilga, aralash irsiyatga, hamroh bo'lgan somatik kasalliklarga, neyroendokrin buzilishlarga, gipertireozga va xafaqon kasalliklariga e'tibor beriladi.

BAB kechishining boshqa ko'rsatkichi intermissiyaning davomiyligi ham keng chegaralarda o'zgarib turadi. 1. Avgust va mualliflari bergan ma'lumotlarga qaraganda (1970) 54% hollarda bemorlar o'z xayotida o'rtacha 7 bosqichni kechirar ekanlar. Ko'pincha bemor хаётида bir yoki ikki kasallik davrini 10—20 yil oraliq bilan kechirishi mumkin. Bir holatda boskichlar to'g'ri almashtinadi va bir yilning bir faslida va vaqgida (ko'pincha bahor va ko'zda) kaytalanadi. Shu bilan birga Bipolyar affektiv buzilish kechishida shunday davrlar ham bo'ladiki, unda yorug' oraliq amaliy jihatdan bo'lmaydi va bosqichlar birining ketidan biri qaytarila beradi.

BAB uchun xurujlar orasida ruhiy sog'ligining to'la tiklanishi xos. Bemorlar psixozdan to'la chiqadi (sog'lomlashadi), Kasallikka qadar qanday bo'lsa, shunday bo'lib qoladi. Bunday holatlarni intermissiya deb nomlash qabul qilingan.

Har bir xuruj holatining oqibati yaxshidir. Depressiya yoki maniakal holatlar og'ir kechishiga qaramasdan ular to'la qaytadi va o'zidan so'ng asorat qoldirmaydi. Kasallikka nisbatan bir butun qilib olinganda oqibati haqida ehtiyot bo'lib gapirmoq lozimdir. Bosqichlar kaytarilib turadi, ёки oshib borgan sayin davomliroq va og'irroq kechadi, ba'zida murakkab klinik ko'rinishlar kuzatiladi. Depressiya holatida bemorlar o'ziga-o'zi suiqasd qilib o'ldiradilar. Barcha ruhiy bemorlar orasida o'ziga suiqasd qiluvchi BAB kasallar 11% ni tashqil etadi. (R. G. Lipanov, 1970). Kasallikning xurujlari depressiya holatida ovqat yemasliklari, og'ir tan jarohatlari hosil bo'lishi bilan, ayniqsa kariyalarda xavflidir. Yo'qdosh bo'lgan kasalliklar ahvolni yanada mushqo'illashtirishi mumkin.

Ko'pgina olimlar Bipolyar affektiv buzilishlarning Atipik ko'rinishlari borligini axtaradilar. Atipik ko'rinishlar bo'lishini premorbid kasalliklar va boshqa omillarga bog'laydilar.

Kasallikning atipik ko'rinishi uning klinik alomatlaridan biri bo'lishi mumkin. BAB ga xos bo'lmagan elementlar qo'shilishidai ёки boshqa ruhiy kasallikning belgisi bo'lishi mumkin. O'zga hollarda kasallik boshidan boshlab atipik kechadi, bu esa tashxisning to'g'riligiga jiddiy gumon tug'diradi. Yana boshqa holarda o'ziga xos klinik ko'rinishi rivojlanuncha orada atipik kechadi. Kechishi bo'yicha atik holat og'ir kechayotgan, Bosqichlarning oraliq davrida yerug' kunlar bo'lmaydigan, avalgi mualliflar bo'yicha Surunkali maniyalar deb nomlanuvchi uzun fazali kasallik hisoblanadi. Bosqichlar atipiyasi psixopatologik alomat ko'rinishlariga vasvasa g'oyalari, gallyutsinatsiyalar,

yopishqoq holatlarning qo‘shilishidan bo‘lib, BAB klinikasini og‘irlashtirib yuboradi.

Ko‘pincha qo‘yidagi atipik fazalar uchraydi. Senestoipoxondrik depressiya – depressiyaning tananing turli qismlarida uchraydigan senestopatik sezgilar bilan qo‘shilishi.

Klinik ko‘rinishi bo‘yicha bularga depressiv ipoxondrik-o‘ta qimmatli ipoxondriya shaklidagi depressiya yaqinlashib keladi. Ipoxondriya g‘oyalarining mazmuni shundan iboratki, bemor o‘zining sog‘lig‘i haqida o‘ta qayg‘uradi, ba‘zida ichki a‘zolari yuq degan darajagacha boradi, o‘lib qolishi mumkin emas, abadiy qiynoqqa mahkum etilgandek g‘oyalariga borib yetadi. Sindrom yanada rivojlansa, Kotar tomonidan tasvirlangan ulug‘vorlik vasvasiga tushib qolishi mumkin.

Gallyutsinatsiya, vasvasa ,ongning sayozlashuvi Bilan kuzatiladigan depressiya хаёлий melanxoliya deyiladi. Yopishqoqlik paydo bo‘ladi va bu og‘ir kechadi . Ko‘pgina hollarda yopishqoqlik kontrast tavsifga ega bo‘lib,bemor vaziyatlariga qarama–qarshi bo‘ladi yoki uning ruhiy kechinma va dunyoqarashlariga teskari bo‘ladi. Bir bemor o‘zi qo‘rqadi, qizini ko‘rsa bo‘g‘ib qo‘yishi yoki qiziga pichoq tig‘i Bilan urish xohishi paydo bo‘ladi .Yopishqoqlik yopishqoq esdaliklar sifatida paydo bo‘lishi, odatda ,bemor uchun noqulay yoki yuzaki voqyealar ko‘rinishida bo‘lib,xatto suitsidal fikrlar ham hayoliga keladi .Bu holat ayniqsa bmorlar tomonidan ertablari kuchli qichima hosil qiladi va qechqurunga borib biroz kamayadi. Yopishqoqlikning paydo bo‘lishi bosqichlarning klinik ko‘rinishini og‘irlashtiradi ,uzoq davom etishga moyillik va davolashga rezistentlik (chidamlilikni) paydo qiladi .

Qiyosiy tashxisi. Tipik holatlarda BAB ni aniqlash kasallik holatlari uncha-muncha keskin bo‘lsa, qiyinchilik tug‘dirmaydi. Bosqichlarning ko‘rinish variantlari ko‘p bo‘lishiga qaramasdan maniakl ёки depressiv-affektiv buzilishlar chegarasidan chiqmaydi. Kasallikning boshlashg‘ich davri tashxis qo‘yishda

ko'p qiyinchilik keltirib chiqaradi .Nasliy tomonlarini, gavda tuzilishini, kasallik boshlanishidan avvalgi holatini: yoshini ,jinsini va boshqa holatlarini hisobga olish kerak.Birinchi xuruj paydo bo'lganda BAB ni bir qator kasalliklardan ajratib olish anchagina qiyinchilik tug'diradi . Bular qatoriga affektiv davriy o'zgarishdar bilan (depressiya yoki Maniakal tuzilmali) kechadigan shizofrniya , involyutsion melanxoliya, Reaktiv depressiya, Ekzogen,infeksion, intoksikatsion psixozlar (tashqi organik psixozlar,serebral ateroskleroz,rivojlanuvchi falaj) va boshqalar kiradi. Bularni bilish g'oyat muhim chunki bunday holatlarda davriylikka moyillik kuzatiladi (organik davriy psixozlar). BAB ni davriy shizofreniyada chegaralashda shuni nazarda tutmoq kerakki, BAB xurujlari faqat affektiv patologiya bilan tugaydi, davriy Shizofreniya uchun esa xurujdan-xurujga qarab klinik ko'rinish murakkablashib, unga gallyutsinator vasvasa buzilishlari, ruhiy avtomatizm sindromi qo'shiladi. BAB ning depressiya bosqichidi kun bo'yi kayfiyat o'zgarishini hisobga olish kerak .Bu bosqichdan chiqishda shaxsiyat o'zgarmaydi va ruhiy holat to'la tiklanadi (intermissiyaga o'tish). Bu esa psixogen tashxisni osonlashtiradi, chunki shizofreniyada kun bo'yi kayfiyat o'zgarishi kutilmaydi va shaxsiyatni kasallikka xos o'zgarishlari aniqlanadi. Anamnezda kayfiyat o'zgarish davrining bo'lmaganligi kasallikning ba'zan involyutsiyaga yuz tutgan davrida boshlanishi ,kasallik holatida qo'rquvning qo'zg'aluvchanlik va o'ziga xos vasvasa bilan bo'lishi, kasallikning cho'zilib ketishi , kasallik pirovardida ruhiy bo'shanglikka olib kelishi, ya'ni involyutsion melanxoliya belgilarini BAB ning depression bosqichidan ajratishga imkon beradi .Reaktiv depressiya depressiv bosqichdan farqli ularoq, ruhan ancha tushshunarli reaktiv depressiya tuzilmasida ruhiy jarohat vaziyati aniq o'z-o'zini qondiradi. Depressiv uchlik BAB depressiv bos qichidagi kabi o'ziga xos ko'rinishga ega emas. Sirkulyar depressiya endogen xastalik qonuniyati bo'yicha tashqi muhitlarga bog'lanmagan holda kechadi. Reaktiv depresyaning butun kechishi ruhiy jarohat bilan bog'liq bo'ladi : agar

jarhoat hosil qilayotgan vaziyat yechilsa reaktiv depressiya tez tugaydi. Organik , infeksiyon va intoksikatsion psixozlarda buzilish davrlarining bo'lishi, ozish va tez charchash (organik astenizatsiya alomatlari, intellektual pasayish), eslash qobiliyatining susayishi, ruhiy faollikning kamayishi, muhokama va tanqidning susayishi va aqlning pasayishi , bosh miyaning o'choqli zararlanish belgilari, ya'ni ruhiy-organik ko'rinish bo'yicha o'zgarishi va ularning avj olishga moyilligi BAB ning yuqligini tasdiqlashga asos yaratadi

Bipolyar affektiv buzilishlarning davolash prinsiplari

Maniakal faza	Aminazin 0,025r (50-500 mg/k) Galoperidol 0,003 (8-15 mg/kun) Rezerpin 0,001 (0,5-1500 mg/kun) Litiy karbonat 0,3 (600-1500mr/kun)
Depressiv faza	Melipramin 0,025 (75 – 300 mg/kun) Amitriptillin 0,025 (150-300 mg/kun) Diazepam (seduksen) 0,005 (5%-15-30 mg/kun)

Mehnat ekspertizasi. Ruhiyati buzilgan bosqichlarda bemorlar mehnatga layoqatizdirlar. Surunkali cho'zilgan xastalikda yoki bosqichlar tez-tez bo'lib turganda bemorlarni nogironlikka chiqariladi. Intermissiyalarda mehnat qobiliyati saqlanadi, bemorlar o'z ishlarini davom ettiradilar.

Sud-psixiatrik ekspertizasi. Bemorlar psixotik bosqichlarda jinoiy jazolanuvchi ish ko'rsatadilar, o'zarmaydilar. BAB tashxisi qo'yilganda bemorlar harbiy xizmatni o'tashga yaroqsiz bo'ladilar.

VAZIYATLI MASALALAR

Masala 1

1. Bemor R., 18 yosh. Soatlab bir joyda uzoq, noqulay holatda qotib qoladi. Sekinlik bilan tomozlanish, xarakatsizlik oshib borgan. Kam xarakat bo'lib qolgan, shifokorga qarash so'ralganda qiyinchilik bilan qovoqini ko'tardi. Mimika kambaqal, bir joyda qotib qoladi, xarakatsiz. Savollarga javob bermaydi. Shifokor instrukciyasini sekin

, qiyinchilik bilan bajaryapti. Uzoq vaqt yotadi, holati o'zgarmay, katta ochilgan, yomilmaydigan, ko'zini bir nuqtaga qaratgan holatda; tovushlarga, atrofda o'zgarishlarga befarq. Umuman xarakatsiz, chuqur tormozlangan. xar qanday qolatga qarshilik ko'rsatadi. Mustaqil ovqat qabul qilmaydi. Cho'zilgan qo'l bir qolatda uzoq vaqt qotib turadi. Kechroq bemor bir holatda qotib qoladi. Shifokor bilan muloqatda, bemorni churq etmasligiga qaramasdan, uning ko'zdan vaqti-vaqtida yosh chiqib turibti. Boshi yostiqdan ko'tarilgan holda uzoqroq yotadi.

Vazifa

1. Sindromal tashhis qo'ying.
2. Qaysi simptomlarga asoslangan qolda tashhis qo'ydingizq

Vazifa bo'yicha javoblar

1. Katatonik stupor.
2. Negativizm, mutizm, havo yostiqi simptomi, katalepsiya.

Masala 2

Bemor T. 33 yoshda. qizi fojiali qalok bo'lganidan so'ng oqir hastalikka uchragan. qizining qichqirigini eshitganidan so'ng "mazasi qochgan: boshi aylanib, oyoqlari bo'shashib ketgan", o'zini huddi "tildan qolgandek" sezgan. Shundan keyin sodir bo'lgan voqealarni yahshi eslay olmaydi. Keyin soqinch,

yurak siqilishi kuchaya borgan. Uyda o'zini qo'yarga joy topolmay qolgan. Uyqusi buzilgan, ishtaqa yo'qolgan: deyarli uhlamagan va qech narsa emagan. Doim qizi to'qrisida o'ylagan. Ishlay olmagan, "qo'li ishga bormay qolgan", yordamchi ishlarni bajargan. Uhlay boshlagan, biroq uyqu yuzaki, daqshatli tushlar bilan kechgan. Tushlarning asosiy mazmuni - qizi, ruqiy jaroqatlovchi vaziyat bilan boqliq kechgan. qayotning arzimasi narsa ekanligi to'qrisidagi fikrlarni ayta boshlagan. Atrofdagilar uni qizining qalokatida aybdor deb qisoblaydi degan fikrda bo'lgan. qarakatlari sekinlashib qolgan, arang qarakat qilgan. Uni deyarli qech narsa tashvishga solmay, qizitirmay qo'ygan, tushkun kayfiyat saqlanib qolgan.

Yuz qiyofasi qamgin, qarakatlari sustlashgan, siqilgan, tushkun kayfiyatda. So'zlarni sekin, qiyinchilik bilan talaffuz qiladi, tez ter bosadi. Faqat sodir bo'lgan voqea to'qrisida o'ylaydi. O'zini qizining o'limida aybdor deb qisoblaydi. Kamgap, atrofdagilar bilan faol munosabatda emas, ko'pincha yiqilaydi.

1. Gap qaysi sindrom qaqida bormoqdaq
2. Mazkur qolat prognozi qandayq

Javob etaloni

1. Gap depressiv sindrom to'qrisida bormoqda, buni bemorning ob'ektiv qolati: cheqrasida aks etgan belgilar, qarakatlar sustligi, kayfiyat tushkunligi, depressiv alaqsirash tasdiqlaydi.
2. Ushbu qolat keskin, ruqiy jaroqatdan so'ng boshlangan. Agar ushbu bosqichda davolash choralari ko'rilmasa, kasallikning kechish jarayonida depressiya tuzilmasida yangi klinik sifatlar paydo bo'lishii, qo'shimcha simptomlar yuzaga kelishi, kasallik surunkali tus olishi mumkin. Yoki ohiri suigidga olib kelishi mumkin.

Masala 3

Bemor K, 50 yosh: 10 yildan buyon shizofreniya bilan bemor. Atrofdagilarni bemorning noadekvat hatti - qarakatlari o'ziga qaratdi: uyiga o't qo'yishga qarakat qilishi, uksus ichishi, televizorni sindirishi. Vrach qabulida o'zini to'tishi tinch, o'ziga ishonchli. Uydagi hatti - qarakatlari to'qrisida so'ralganda shunday javob berdi: «Ovozlar meni qiynab yubordi, mana 10 yildan buyon miyamning ichida o'tirib meni boshqarmoqda. Menga doim buyruq beradi, ba'zan o'z qornimga pichoq urishni buyuradi. Lekin men qar doim qam unga quloq solmayman, agar quloq solsam qozir men sizning oldingizda o'tirmagan bo'lar edim». Shuningdek yana «ovozlar uning hohishiga qarshi kimnidir urishni, nimanidir sindirishini buyurishga» shikoyat qiladi. Bemor ko'pchilik holatlarda ovozlarga bo'ysunmaydi, o'z holatiga qisman tanqidiy munosabat bilan qaraydi. Bu holatda idrok buzilishining qanday turi kuzatiladiq Bu misolda gallyutsinatsiyaning qanday turi kuzatiladiq

Gallyutsinatsiyalarning imperativ harakterda ekanligini qaysi belgilar ifodalaydiq

Javob etaloni.

1. Gallyutsinatsiyalar.
2. Sohta eshituv gallyutsinatsiyalari, ya'ni bemor aytadiki «ovozlar qiynab yubordi, mana 10 yildan buyon miyamning ichida o'tirib meni boshqaradi» - deydi.
3. Belgilari: «Ovozlar buyruq beradi, ba'zan o'z qornimga pichoq urishni, ba'zan televizorni sindirishni, chunki ovozlarga televizorda bo'layotgan mashinaning yurishi yoqmasi - deydi». Shuningdek, «ovozlar miyaning ichida uning hohishiga qarshi kimnidir urishni, nimanidir sindirishni buyurishini» aytadi.

Masala. 4

Bemor L. 35 yosh. Vrach bilan suqbat choqida shunday deydi: «Men doimo qoʻrquv holatidaman oʻz hayotimdan havotirdaman. Bir tomondan men aniq bilamanki, menga hech narsa boʻlmaydi, lekin bir vaktida oʻylaymanki mening qar qanday harakatim soqliqimga qarshi taʼsir koʻrsatishi mumkin. Koʻchadan ketayotganimda behosdan yoʻl chetidagi narsalarni, uy, mashinalarni sanay boshlayman. Agar hammasini toʻqri sanasam erkin qis qilib tinchlanaman. Agar sanashda yanglishsam qoʻrquv boshlanadi va meni biror bahtsiz voqea kutmoqda deb qisoblayman. Biror ishni bajarib koʻrgandan keyin shu ishni toʻqri qildimmi - yoʻqmi degan gumon paydo boʻladi. Men doim ikkilangan holatda yuraman, qech ish qila olmayman, oʻz soqliqimdan qoʻrquvda yuraman».

1. Sindromologik diaqnoz qoʻyish.
2. qaysi simptomlarga asosan diaqnoz qoʻyildi

Javob etaloni.

1. Obsessiv - fobik sindrom.
2. Ushbu bemorda boʻlgan yopishqoq moyiillik, oʻz soqliqidan qoʻrqib yurish hissi kuzatiladi. U oʻz kechinmalarining bemaʼni ekanligini biladi va undan qutilishga harakat qiladi.

Masala 5

Bemor P.,33 yoshda,bemor hirurgik boʻlimda bosh miya jaroqati bilan davolanayotganda,hotiradagi oʻtkir buzilish tufayli psihatrik shifohonaga oʻtkazildi,bajonidil ismini ,famiyasini ,kasbini,bolalarini ismini aytyapti shu vaqtning oʻzida qaerda ekanligini .bugungi sanani,nima eganini bilmaydi.Oʻzini davolovchi shifokorini ismini bilmaydi (qar kuni shu qaqda soʻralsa qam) krovati qaerda turishini qam eslay olmaydi.Kecha nima bilan shuqullandingiz degan savolga, “zudlik bilan bitta proektni koʻrib chiqishga toʻqri keldi”

deyapti. Keyingi safar "kun bo'yi motociklni tuzatdim, nimagadir u yana ishlamay qoldi".

1. Sindromal diagnoz qo'ying.

2. qo'yilgan diagnozni tasdiqlash uchun qanday qo'shimcha tekshirish usullari o'tkazish kerak.

Javob etaloni

1. Amnestik sindrom (Korsakov) travmatik etiologiyali.

2. Hotirani tekshirish uchun patopsihologik testlar (10ta so'zni yodlash, piktogramma).

Masala 6

Bemor M., 29yoshda. Muloqatga qiyin kirishyapti. O'zini ism, familiyasini aytdi. Suqbatda bezovta, qo'rquv bilan atrofga qarayapti, shifokorga hayrat bilan qarayapti. O'zini qabristonda deb qisoblyapti. Birdaniga sakradi va baqirdi "qonni tez arting, qizim qon

ketyapti". Keyin eshityapti va quloq solyapti, "quruvchilar" urushiyaptgannini. Telefonda hotini bilan gaplashyapti, yomon eshitilyaptgani uchun jaqli chiqyapti. Shifokor o'miga qandaydir

"Irina Vasil'evna" ni ko'riyapti. "Siz menni ushlyapsizmiq" deb baqiryapti. "E sen menga butilka

olib kel, qozir borsh berishadi va men ichaman" deb sanitarga baqiryapti. Siz qaerdasiz degan

qayta savolga "menni suv bilan cho'ktiryapsizmi?" deb so'rayapti. Men pivahonada ish joyimda

turibman deyapti". qo'lidan provodkani olishlarini so'rayapti. Bugun 24 sana, 14-oy deb

o'ylyapti.Noadekvat kulyapti.qandaydir Irina Vasil'evnani chaqiryapti."Mayda pashshani"

odeldan haydayapti.Shifokor siz shifohonadasiz deganiga ishonchsiz qarayapti."!Nima siz menga

zavod territoriyasida siz deyapsizmi,ana qor,yashiklar eshik ortiga tashlangan".Hayron qolib

baqiryapti:"Ana,ana men nima ko'ryapman - sichqon,ushla uni, qozir qochib ketadi".Uh tutib

oldim.Mana u kulrang ,kichkina,mana ikkinchisi bekindi,mana yana tutib olaman"."Tez

superfosfatni ol...specovkani menga uzatib yubor,ishlashga halaqit beriyapti "deb baqiryapti.

qamma yoqim titryapti,yopishqoq ter bosyapti.

1.Sindromal tashhis qo'ying.

2.qaysi klinik ma'lumotlarga ko'ra tashhis qo'yildiq

Javob etaloni:

1.Delirioz sindrom.

2.Klinik - psihopatologik tekshiruvlarga asoslanib.O'ziga mo'ljal saqlangan:ism,familiyasini

aytdi.qaerda ekanligini bilmaydi:bir qarasa qabristondaman,bir qarasa pivahonadaman,ish

joyidaman deyapti.Vaqtga nisbatan mo'ljal buzilgan:bugun 24chi sana,14 - oy deb qisoblyapti.

Bemor ko'ruv,eshituv,taktil gallyutsinatsiyalarni his qilyapti:"Mayda pashshani" odeldan

Haydayapti,sichqon ko'ziga ko'rinyapti,uni tutyapti.Bemorda hayoliy telefon simptomi

kuzatilyapti.

Masala 7

Bemor Javlon 6 yosh.

Anamnezda birinchi homiladorlikdan birinchi tugruk, homiladorlikning birinchi yarimi toksikoz bilan kechgan. Uz vaktida kindigiga uralib asfiksiya bilan tugilgan. Boshidan ruhiy va jismoniy rivojlanishda tengdoshlaridan orkada kolish bilan bilan usgan, ikki yoshda yura boshlagan. Birinchi suzini 2,5 yoshida gapirgan. Birinchi gaplarini tulik 4 yoshda gapira boshlagan. Ogir kasalliklar bilan kasallanmagan. Umuiy bogchaga borgan. Maktabgacha bulgan darslarni uzlashtirish kiyinlashgan.

Kurik paytida mulokatga kirishadi, anik ranglarni ajratadi, shakllarni farklay olmaydi. Hamma bilan chikisha olmaydi, sabzavot va mevalarni farkiga bormaydi. Umumiy bilimi yoshiga mos emas. Fikrlash anik shaklda. Inttelekt va hotira pasaygan, hulki yomon tomonga uzgargan. Utkir ruhiy uzgarishlar bilan. Klinik diagnoz kuying. Nazologik, sindromalogik tavsiflang.

Anik tashhis kuyish uchun qanday kushimcha kuriklar utkazilishi lozimq
Sizning taklifingizq

Javoblar etaloni

Aqliy zaiflik, debillikning ogir darajasi, giperdinamik sindromi.

Patopsiholog tekshiruvi, boshka ruhiy tekshirishlar utkazish

Tavsiya etiladi:

- 1) vaqti-vaqti bilan stimullovchi davolash
- 2) mahsus boqchaga va keyinchalik yordamchi maktabga o'tkazish
- 3) maqalliy psihonevrolog nazoratida turish.

Masala 8

Bemor A.V. 12 yosh. Kasalhonaga kuyidagi shikotyalar bilan keldi: hushni yukotish, butun tanadagi tutkanok huruji, holsizlik, bosh ogrigi.

Anamnezidan nasliy moyillik bor, yaqin amakisi epilepsiya kasalligi bilan ogrigan. Bola uz vaktida tugilgan. Tugruk chuzilgan. Akusherlik kiskichlarni kullash bilan kechgan. Uz yoshiga mos ravishda usib ulgaygan. Momilali, dustlari kup. Bolalar yukumli kasalliklaridan kizamik, kukyutal, suvchechak utkazgan. 10 yoshgacha tungi enurez bilan kasallangan. Maktabda urtacha ukiydi. Onasining suzi buyicha birinchi tutkanok huruji 8 yoshligida kuzatilib, hushdan ketish butun tana mushak guruhini titrashi, beihtiyor defikatsiya va siydik ajralishi, ogzidan sulak ajralishi kuzatilgan. Tutkanok huruji 1,5 dakika davom etib undan sung 2 soat uyquda yotgan. Uyqudan sung holsizlik, bosh ogrishiga shikoyat kilgan. Keyinchalik tutkanok hurujlar soni kupaya boshlagan. Yarim yilda 1 marttagacha, ohirgi yili bola hatti harakati sustlashgani, maktab dasturini uzlashtira olmayotganligi, urushkok, hech qanday sababsiz kayfiyati uzgarishi kuzatilgan. 8 yoshdan dispanser nazoratida turadi. Benzonal 0,025 grammdan 3 mahal kuniga kabul kiladi. Ohirgi yili tutkanok soni oshib, oyiga 1 marttagacha kuzatila boshladi. Shu munosabati bilan kasalhonaga murojat kilgan. Somatik holati hech qanday uzgarishsiz. Nevrologik holati ham kech qanday uchokli uzgarishsiz.

Ob'ektiv kuruv: tana tuzilishi tugri, suhbatga aktiv kirishadi. Vakt va joyga muljali uzgarishsiz. Fikrlash sekinlashgan, aytilgan topishmok va makolalarni ma'nosini tugri tushunadi. Maktab bilimlar zahirasi saqlangan. Tez jahli chikadi. Kushni palatadagi boshka bemorlar bilan tez-tez urushib turadi. Bulimda bulgan vaktida 2 martta hech qanday habarlarsiz tutkanok huruji kuzatildi. Tutkanok, hushni yukotilishi, sungra tonik va klonik faza kuzatildi. Bu fazada beihtiyor siydik ajralishi kuzatildi. Umumiy tutkanok davomiyligi 2 dakika. Hurujdan sung uhladi. Bulib utganlar tugrisida kim, nima tushunmadi.

Klinik tashhis kuyish

Qanday klinik va laborator instrumental tekshiruvlarga asoslanib tashhis kuyasiz
Tekshirish rejasini tuzing

Javob etaloni:

Bemor shikoyati: katta tarkalgan, hushni yukotish bilan kechuvchi tutkanok huruji, behtiyor defikatsiya, siydik ajralishi, ogizdan kupikni ajralishiga, hurujlar sonini oshib borishi, oyiga 1 marttagacha bulishiga asoslanib.

Anamnezidan nasliy moyillikka ega, amakisi epilepsiya bilan kasallangan. Boladagi tugrukni ogir kechkanligi, akusherlik kiskichini kullanganligi, 10 yoshgacha tungi enurez bilan ogriganligiga asoslanib, 8 yoshdan boshlab katta tarkalgan tutkanok huruji, hush yukotilishi bilan kechadi.

Ohirgi yillari bola sababsiz urushkok, agressiv, tez-tez kayfiyati uzgarishi kuzatila boshladi.

Patopsihologik tekshiruv: fikrlash sekinlashgan, ikkilamchi detallarga uzok vakt ushlanib koladi.

kuz tubini tekshiruv

kalla suyagi rentgenografiyasi

patopsiholog tekshiruvi

EEG

Masala 9

Bemor 22 yosh.Kasalhonadagi sungi 3 hafta ichidagi ahvoli kuyidagicha: yolgiz, hech kim bilan mulokotda bulmaydi. Kun davomida palataning burchagida utiradi, hech narsaga kizikishi yuk. Yuz tuzilishi kurimsiz, nigohi bir nuktaga karatilgan. Vakti-vakti bilan uz-uzidan kattik kuladi. Bemorni mulokotga tortish kiyinchilik tugdiradi, savollarga oddiy, kiska javob kaytaradi va yana oldingi holatiga kaytadi, bemor kaerda ekanligini, nechanchi sanaligini bilmaydi. Kuz oldida kizil va ok kiyimli odamlarni kuradi, noanik tushunarsiz suzlayotgan odamlarni kuradi. Uchinchi haftani ohiriga kelib bemor ahvoli bir muncha yahshilandi. Bemor suzicha «shu vaktgacha ertaklar olamida yashadim,

huddi dengiz buyida bulib, tulkinlar kirgok tomon otilardi, men baland tog'larga chikdim, atrofimda hitoy uylarini eslatuvchi uylar, odamlar esa hitoy tilida gaplashardilar». U urmondan ketib borardi. Birdan kuz ungida odam kallasinging eslatuvchi katta truba chikdi. Birdan u kuzlari yongan ilonga aylandi. Bu vaktta hech qanday kurkuv sezmadim, balki juda kizik edi. Bulib utganlar bemorga huddi tushdek tuyuladi. Shunchalik kup narsa kuringanligida, hammasini aytib berishni iloji yuk.

Savol:

Qanday sindrom hakida suz borayapti

Shizofreniyaning qaysi turiga hos

Kasallik okibati hakidagi fikringiz

Javob:

Ushbu misol oneroid sindrom kursatiladi

Oneroid sindrom shizofreniyaning kechuvli turiga hos

Kupincha yahshi sifatli

Masala 10

Anamnezidan: bemor otasi kup mikdorda alkogol istemo! kilardi. Tugrik erta suv ketishi va stimulyatsiya bilan ogir kechgan. Uch yoshgacha kizalok koklyush, dizenteriya utkazgan. Kup marta shamollash kasalliklari bilan kasallangan. Injik, kaysar bulib usgan. Bola 5 yoshu 8 oylik bulganda kechasi turib gapira boshlagan, kuz korachiklari ma'nosiz bulib, karatilgan nuktaga javob yukligi. Bunday tutkanoklar kaytalana boshlanadi, bir necha oydan sung kurinishini uzgartiradi: ung tomonlama klonik - tonik tutkanok huruji kurinishida kechdi. Haftasiga 2-3 marta kuzatilardi.

Shikoyati: haftasiga 1-2 marta kaytalanib turadigan tungi tutkanok hurujlariga, bola sababsiz kaysar, gazablangan, jahldor, ukishdan orkada kola boshladi.

Kuruvda: suhbatga yahshi kirishadi, fikrlash sekinlashgan, uz fikrlarini jamlashga kiynaladi, intelluktal urta meyonalik kuzatiladi. Maktabdagi bilimlar zahirasi etishmaydi. Kaysar va kupol.CHap kul mushak tonusi bir kancha yukori Laborator diagnostika usullari, ularning interpretatsiyasi.

Kalla suyagi R hech qanday uzgarishsiz.

EEGda Fonda o'tkir a-ritm,sekin to'lqinlar bilan qo'shilib keluvchi.Ensa soqasidagi chap tomon akcenti aniq generalashgan pik-to'lqinlari kompleksi.

Klinik tashhis qo'yish

qanday klinik va laborator instrumental tekshiruvlarga asoslanib tashhis kuyasiz

Tekshirish va davolash rejasini tuzing

TESTLAR

Bitta to'g'ri javobni ko'rsating

1. Shikoyatlarni burtirib aytish qanday nomlanadi

- a) aggravatsiya
- b) anozognoziya
- v) abstinenciya
- g) amneziya
- d) to'g'ri javob yuk. (a)

2. «Piromaniya» nimani anglatadiq

- a) yong'in kuyishga moyillik
- b) o'g'rilikka moillik
- v) ichkilikka moillik
- g) to'g'ri javob yuk.
- d) hamma javob to'g'ri (b)

3. Qanday holatga turgun bo'lmagan, yengil o'tuvchan diqqat harakterli

- A) maniakal
- B) depressiv
- V) vasvasa
- G) astenik
- D) to'g'ri javob yo'q

4. Depressiv bemorda nimadan havfsirashimiz lozim

- a) autoagressiv harakatlaridan
- b) kleptomak harakatlaridan
- v) geteroagresiv harakatlaridan

g) dromomanik harakatlaridan

d) to'g'ri javob yo'q (a)

5. Depersonalizatsiyadagi asosiy kechinmalar

A) shahsdagi «men» iborasining uzgarishi

B) munosabat goyalari

V) kayguli affekt

G) «tana shemasini» buzilishi

D) to'g'ri javob yo'q (a)

6. Hotira buzilishini kriteriyalarini kursating

A) Real hayotdan uzoklashish

B) dizorientirovka

V) fikrlashni buzilishi

G) hamma javob tugri

D) to'g'ri javob yo'q (g)

7. Vasvasa qaysi tur buzilishiga kiritiladi

A) taffakur buzilishi

B) idrok buzilishi

V) hotira buzilishi

G) ong buzilishi

D) to'g'ri javob yo'q (b)

8. Sezgini yukligi qanday ataladi

A) anesteziya

B) giposteziya

V) senestopatiya

G) gipersteziya

D) to'g'ri javob yo'q (a)

9. Ob'ekt ulchamini tassavurda kattalashishi nima deb ataladi

A) makropsiya

B) disforiya

V) fotopsiya

G) gipersteziya

D) to'g'ri javob yo'q (a)

10. Patologik gamgin-jahildorlik affekti qanday aytaladi

a) disforiya

b) maniya

v) depressiya

g) fobiya

d) to'g'ri javob yo'q (a)

11 . Noanik muhokama kilishga moillik qanday aytaladi

A) mahmadonalik

B) «fikir sakrashi»

V) ambivalentlik

G) vasvasa

D) to'g'ri javob yo'q (a)

36. Depersonalizatsiya sindromiga hos emas

1) SHahs o'z-o'zini bilishini saqlanishi

2) Ong buzilishi

- 3) SHahs o'z-o'zini bilishini o'zgarish, yo'qolish yoki ikkilanish hissi
- 4) SHahs o'z-o'zini anglashni buzilishi
- 5) shahs o'z ruhiy mohiyatidan uzoqlashishi (a,b)

37. . Paramnezialar - bu:

- a) yolg'on hotiralar
- b) o'tmishda bo'lib o'tgan voqealarni hozirgi vaqtga o'tkazish
- v) uyushtirilgan hotiralar
- g) fantastik tasavvurlar
- d) to'qri javob yo'q

38. Gallyutsinator-paranoid sindromga hos:

- 1) Ta'qib etish va ta'sir etish vasvasasi birga kelishi
- 2) Ruhiy avtomatizm va psevdogallyutsinatsiyalar
- 3) Mazmuni bo'yicha turli bo'lgan ta'qib etish vasvasasi
- 4) To'qri javob a) va v)
- 5) To'qri javob yo'q (a,b,v)

39. Gallyutsinator-paranoid sindromga hos:

- 6) Ta'qib etish va ta'sir etish vasvasasi birga kelishi
- 7) Ruhiy avtomatizm va psevdogallyutsinatsiyalar
- 8) Mazmuni bo'yicha turli bo'lgan ta'qib etish vasvasasi
- 9) To'qri javob a) va v)
- 10) To'qri javob yo'q

40. Hissiyotli (obrazli) vasvasa sindromida bo'lmaydi:

- 1) Vasvasani ko'rgazmali-siyomoli harakteri, mazmunsiz bo'lishi
- 2) Dalillarni, asoslarni ketma-ketlik tizimi bo'lishi

- 3) Hayolparast, fantastik mazmun ustun turishi
- 4) Vasvasaviy hayollarni fragmentar, noaniq, ketma-ket tizimga ega bo'lmashligi
- 5) Notugri fikrlarni dallilar bilan tasdiklash

41. Gipnagogik gallyutsinatsiyalar paydo bo'ladi:

- 1) Uyqonish vaqtida, o'z-o'zidan
- 2) Ko'zlar yumilganida
- 3) qoronqu ko'ruv maydonida
- 4) YUqoridagilarni hammasida

- 1) To'g'ri javob yo'q(b,v)

42. Depersonalizatsiya sindromiga hos emas

- 6) SHahs o'z-o'zini bilishini saqlanishi
- 7) Ong buzilishi
- 8) SHahs o'z-o'zini bilishini o'zgarish, yo'qolish yoki ikkilanish hissi
- 9) SHahs o'z-o'zini anglashni buzilishi
- 10) shahs o'z ruhiy mohiyatidan uzoqlashishi

43. Chin taktil gallyutsinatsiyalarda bo'ladi

- 1) Tana bo'ylab hasharotlar yurayotganligi hissi
- 2) Tana yuzasida yot predmetlar paydo bo'lishi hissiyoti
- 3) Teri ostida yot moddalar paydo bo'lishi hissiyoti
- 4) To'g'ri jalob a) va v)
- 5) To'g'ri javob yo'q

44. Katatonik stuporda bo'lmaydi:

- 1) Harakatsiz, amimik yuz tuzilishi
- 2) Kuchli depressiv affekt
- 3) Mushaklar tonusini pasayishi
- 4) Tana holatini uzoq vaqt o'zgartmay turishi
- 5) Mutizm, negativizm

45. Funkcional gallyutsinatsiyalar tavsiflanadi

- 1) Real mavjud qo'zqatuvchi ta'sirida paydo bo'lishi
- 2) Tashqi qo'zqatuvchi bilan, lekin uning mohiyati bilan qushilmasdan bo'lishi
- 3) Tashqi qo'zqatuvchi ta'siri tugagach yo'qolishi
- 4) To'qri javob a) va b)
- 11) To'qri javob yo'q (a,b,v)

46. SHarhlovchi (interpretativ) vasvasasida bo'lmaydi:

- 1) Voqelikda abstrakt bilishni buzilishi
- 2) Vasvasani sub'ektiv mantiq asosidagi dalillar tizimida tuzilishi
- 3) Vasvasani ko'rgazmali-siyimli harakteri, mazmunsiz bo'lishi
- 4) Vasvasa mazmuni bo'yicha uzluksiz ichki kechinmalar kechishi
- 5) Atrofdagi borliqni hissiy bilishni buzilishi (v,d)

47. Chin gallyutsinatsiyalar uchun harakterli:

- 6) Real ob'ektni noto'qri idrok etish
- 7) Real mavjud ob'ektsiz hosil bo'lishi
- 8) Tasavvurlarni ekstraproekciyasi
- 9) Ong buzilishi
- 10) yuqoridagilarni hammasi (b,v,g)

48. Hissiyotli (obrazli) vasvasa sindromida bo'lmaydi:

- 6) Vasvasani ko'rgazmali-siyimli harakteri, mazmunsiz bo'lishi
- 7) Dalillarni, asoslarni ketma-ketlik tizimi bo'lishi
- 8) Hayolparast, fantastik mazmun ustun turishi
- 9) Vasvasaviy hayollarni fragmentar, noaniq, ketma-ket tizimga ega bo'lmasligi
- 10) Notugri fikrlarni dallilar bilan tasdiklash (b,d)

49. Gallyutsinator-paranoid sindromga hos:

- 12) Ta'qib etish va ta'sir etish vasvasasi birga kelishi
- 13) Ruhiy avtomatizm va psevdogallyutsinatsiyalar
- 14) Mazmuni bo'yicha turli bo'lgan ta'qib etish vasvasasi
- 15) To'qri javob a) va v)
- 16) To'qri javob yo'q (a,b,v)

50. Katatonik stuporda quyidagilardan qaysi biri bo'lmaydi:

- 1) Harakatsizlik, amimiya
- 2) Kuchli depressiv affekt
- 3) Mushak tonusini pasayishi
- 4) Uzoq vaqt bir hil holatda turishi
- 5) Mutizm, negativizm(b,v)

51. Mutanosiblikni toping

Tushuncha

A. fikrlashning boqliqsizligi

B. fikrlashning batafsilligi

Belgilar

1. asociativ boqlarni hosil qilish qobiliyatini yo'qolishi

2. eski associatsiyalarni ustunligi tufayli yangilarini hosil bo'lishining sekinlashishi

3. munosabat va bo'liqliklarda voqelikni aks ettirish qobiliyatini yo'qolishi

4. asosiyning ikkilamchidan ajrata bilish qobiliyatini yo'qolishi

5. umumlashtirish, analiz va sintez qilish qobiliyatini yo'qolishi

1) A-1,2,3 B-4,5

2) A-2,3 B-1,4,5

3) A-1,3,5 B-2,4 +

4) A-2,4 B-1,3,5

5) A-2,3,5 B-1,4

52. Mutanosiblikni aniqlang

tushuncha

A. karahlik

B. Sopor

belgilar

1. ruhiy reaksiyalarni sekinlashishi

2. mulqot bo'lmasligi

3. tormozlanish, uyquchanlik

4. faqatgina kuchli ta'sirlarga javob reaksiyalari saqlanishi

5. etarlicha bo'lmagan orientirovka

6. muloqotga javob reaksiyasi bo'lmasligi

A-1,3,5 B-2,4,6

53 Mutanosiblikni aniqlang

Tushuncha

A. fikrlash jarayonlarining tezlashishi

B. fikrlash jarayonlarining sekinlashishi

belgilar

1. ma'lum bir vaqt oraliqida hosil bo'ladigan associatsiyalar miqdorini ko'payishi
2. fikrlarning yuzaki harakteri
3. abstrakt qoyalar ustidan siymoli tushunchalarni ustun bo'lishi
4. associatsiyalar miqdorini kamayishi
5. tasavvur va fikrlarning bir hilligi
6. asosiy fikrni ikkilamchidan ajrata olish qiyinligi

A-1,2,3 B-4,5,6

54. Mutanosiblikni toping

Buzilish

1. idrok buzilishi
2. tafakkur buzilishi
3. hotira buzilishi

belgilar

- a) vasvasa
- b) illyuziia
- v) o'ta-qimmatli qoyalar
- g) kriptomneziiyalar
- d) janneziya
- e) galiyursinatsiyalar

1-b,e 2-a,v 3-g,d

55. Mutanosiblikni toping

Tushuncha

1. gipermneziya
2. anterograd amneziya
3. retrograd amneziya

Tavsif

- a. kasallikdan oldin bo'lgan davr esdan chiqadi
- b. kasallik davrida o'tgan voqealarga hotira kuchayadi
- v. Hotiradagi bo'sh joylarni o'tmishda bo'lib o'tgan voqealar bilan to'ldirish
- g. Kasallikdan so'ng bo'lib o'tgan voqealarga nisbatan hotiraning susayishi
- d. hotiradagi bo'sh joylarni fantastik, bo'lmagan voqealar bilan to'ldirish

1-b 2-g 3-a

56 Mutanosiblikni toping

Ho'lat

- A. Maniakal
- B. Depressiv

Simptomlar

1. ko'tarinki kayfiyat
2. tormozlanish
3. chalquvchanlik
4. kayfiyatning pasayishi
5. fikrlarning sakrashi
6. o'z-o'zini ayblash qoyalari
7. uzini yukori baholash

A-1357 B-246

57. Mutanosiblikni aniqlang

Tushuncha

1. apatiya

2. emocional labillik

3. disforiya

Tavsif

a. ahmokona, begamlik va mayllarning kuchayishi bilan kechuvchi kayfiyatning patologik kutarinkiligi

b. ikki bir-biriga qarama-qarshi hissiyotlarni bir vaqtda bo'lishi

v. Kechinmalar bo'lmasligi, loqaydlik

g. sababsiz tusatdan kayfiyatning gamgin-gazabkorligi

d. serjahllik, yukori ta'sirchanlik va hissiyotlarning kuchayishi

58. Mutanosiblikni aniqlang

Tushuncha

A. Katatonik qo'zqalish

B. Katatonik stupor

+belgilar

1. tormozlanish

2. ehopraksiya

3. mumsimon egiluvchanlik

4. uzil-kesil fikrlash

5. aktiv yoki passiv negativizm

6. Perseveratsiya

A-246 B-135

59. Mutanosiblikni aniqlang

Buzilish

A. Senestopatiya

B. Paresteziya

Belgilar

1. tananing turli qismlarida hosil bo'ladigan noaniq, nohush hissiyotlar
2. tana yuzasida hosil bo'ladigan o'ziga hos, asossiz, polimorf hissiyotlar
3. bu hissiyotlarning harakteri va lokalizatsiyasi o'zgaruvchan
4. lokalizatsiyasi sezgi innervatsiyasi zonalariga mos keladi

60. Mutanosiblikni toping

Tushuncha

1. Verbigeratsiya
2. Ehopraksiya

Tavsif

- a. atrofdagilarni harakatini, imo-ishoralari qaytarish
- b. atrofdagilarni gap-so'zlarini qaytarish
- v. Bir-biriga o'hshash bir-hil gap-so'zlarni bema'no qaytarish
- g. Atrofdagilar yuz ifodasini (mimikasini) qaytarish

NAZORAT SAVOLLARI.

1. Aqliy zaiflik. Asosiy klinik mezonlari.Darajalari
2. Aqliy zaiflik va ikkilamchi psixologik orqada qolishni taqqoslash
3. Aqliy orqada qolganlarni reabilitatsiya prinsiplari
4. Shaxs aksentuatsiyasi
5. Psihopatiya. Asosiy klinik mezonlari. Klinik tavsif
6. Psihopatiyalarni tibbiy-sotsial reabilitatsiya prinsiplari
7. Patoxarakterologik rivojlanish. Uning vujudga kelish shartlari
8. Bolalar va o'smirlarda patoxarakterli reaksiya
9. Sohta va chin dromamaniyalar
- 10.Nevroz. Vujudga kelishining sharti va sabablari
- 11.Bolalar va o'smirlarda eng muhim psixotravmalovchi faktorlar
- 12.Psihogen anoreksiya
- 13.Umumiy nevrozlarni simptomatologiyasi
- 14.Monosimptomatik nevrozlarni simptomatologiyasi
- 15.Nevrologik buzilishlar terapiyasi va profilaktikasini asosiy prinsiplari
- 16.Isterik reaksiyada shifokor taktikasi
- 17.O'tkir reaktiv psixozlar
- 18.O'tkir alkogolli intoksikatsiya
- 19.Alkogolizm bosqichlarini klinik hususiyatlari
- 20.Alkogolizmda shaxsiy o'zgarishlarni o'ziga hos hususiyatlari
- 21.Alkogolli psixozlarni klinik ko'rinishlari
22. Alkogolizm reabilitatsiyasining asosiy prinsiplari
- 23.Narkomaniyani klinik ko'rinishlari , ularning klinik belgilari
- 24.Toksomaniyani klinik ko'rinishlari , ularning klinik belgilari
- 25.Kichik yoshdagilarda toksomaniyani vujudga kelishi va kechishining o'ziga hos xususiyatlari

26. Toksomaniya va narkomaniyada shahsiy o'zgarishlari
27. Abstinent sindromi (klinika, rivojlanish sharti,)
28. Toksomaniya va narkomaniyani reabilitatsiya prinsiplari
29. Intoksikatsiyali psihozlar
30. O'tkir ekzogen -organik psihozlarda umumiy qonuniy kechishi, yo'llari
31. Psihomatik buzilish
32. Nevrorevmatizmida psihik buzilishlar
33. Somatik ekzogen - psihozlarda terapiya va profilaktika prinsiplari
34. Epilepsiya (kasallikning umumiy ta'rif)
35. Epilepsiyada kuzatiladigan asosiy talvasali hurujlar
36. Epilepsiyada kuzatiladigan asosiy talvasasiz hurujlar.
37. Epilepsiyada o'ziga hos patologik o'zgarishlar
38. Epilepsiyali bemorlarda kasalxonada ichi va kasalxonadan tashqari terapiya prinsiplari
39. Epileptik statusda shifokor taktikasi
40. Shizofreniya (kasallikka umumiy ta'rif)
41. Shizofreniya simptomatologiyasi
42. Shizofreniya bilan og'riqan bemorlarda terapiyatek prinsiplar
43. Rekkurent shizofreniya
44. Bollarda shizofreniyaning klinikasi va kechishining o'ziga hos hususiyatlari
45. Maniakal-depressiv psihoz paydo bo'lishining klinikasi
46. Psixiatriyada kasalxonada ichi va kasalxonadan tashqari terapiya prinsiplari
47. Psixotrop vositalarning tasnif prinsiplari
48. Terapiyada psixotrop moddalardan bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlar
49. Psihomotor qo'zg'alishni to'xtatish
50. Psixiatriyada quvvatlovchi terapiyaning ko'rsatmasi va prinsiplari
51. Psixoterapiya (ta'rif, tushuncha, qo'llashga ko'rsatma)
52. Kasalxonadan tashqari psihonevrologik yordam

53. Kasalxona ichi polinevrologik yordamni o'ziga hos hususiyatlari
54. Psixiatrik ekspertizani ko'rinishlari. ko'rsatma va ishlash sharoitlari
55. Psixiatrik ekspertiza turlari. Ko'rsatma va ishlash prinsipi

Terminlar lug'ati.

1. **Abuliya** – faoliyatga intilishning yo'qligi, passivlik, asponanlik, adinamiya. Abuliya turli patologik jarayonlarda kuzatiladi.

2. **Akineziya** – istakda chetdan harakat xususiyati saqlangan holda, erkin harakatlarni to'xtatish natijasida harakatsizlik.

3. **Vaginizm** – qo'shilish vaqtidagi moyliq mushaklarining va tos tubining spastik qisqarish sindromi

4. **Dipsomaniya** – mastlikka impulsiv mayli; vaqti-vaqti bilan va og'ir qaytariluvchi surunkasiga ichish.

5. **Dromomaniya** (poriomaniya, vagobandaj) – vaqti vaqti bilan yuzaga keluvchi o'zini tuta olmaydigan joyni o'zgartirishga, darbadar kezishga, daydilikka mayllik

6. **Impotensiya** – o'z-o'zidan libidoning yo'qligi, yoki intromissiya uchun etarli bo'lgan (moyliqqa kirish). erkaklarda qondirilish sifati ereksiyaga erishishi va davomiyligining yo'qigi

7. **Instinktiv mayl buzilishlari** -Tug'ma maylning - jinsiy, ovqatlanish, o'zini saqlash instinkti, ota-ona instinkti - turli xil buzilishlari uchraydi.

8. **Koprolaliya** – nutqda beadab haqoratni qo'llashga engib bo'lmas intilish. O'zining kelib chiqishi bo'yicha haqorat yoki invektiv leksika so'zlar magiyasi bilan bog'liq

9. **Kleptomaniya** – vaqti-vaqti bilan va to'satdan maqsadsiz o'g'rilik qilishga ehtiros. O'g'rilangan narsalar, odatda kleptomanga kerak emas va katta qiymatga ega bo'lmaydi, ko'pincha keyinchalik tashlab yuboriladi.

10. Muddatidan oldin eyakulyasiya – oxirgisi shunchalik vaqtli keladiki, bunda partner ayol orgazmga erisha olmaydi, garchi u bunga qodir bo'lsa ham. Fiziologik jihatdan ham (yuqori asab-psixik asabiylashish), shu tariqa psixologik sabablarga ko'ra ham (masalan, jinsiy akti tez tugaetishni talab etish sharoitidagi erta seksual tajriba) yuzaga keladi.

11. Mazoxizm – jinsiy partnerdan chiquvchi va shaxvoniy qo'zg'alish va orgazmga etishda og'riq yoki qiynoq xissiga talab.

12. Mifomaniya – aldovga yengib bo'lmaydigan talab, atrofdegilar mistifikasiyasi.

13. Narsissizm – yoki patologik autoerotizm – o'z tanasini kuzatishda jinsiy suqlanishning paydo bo'lishi

14. Nimfomaniya (ayollarda), **satiriazis** (erkaklarda) – impulsiv ravishda erotik maylning oshishi, qoniqish hissisiz jinsiy partnerlarni doimiy almashtirishga ehtiros.

15. Oralizm – chetlashish, bunda orgazm faqatgina genitaliyini partner tomonidan lablar yoki til bilan qitiqlash natijasida erishiladi.

16. Pigmalionizm – jinsiy maylning haykalgacha yoki tananing tasviriga yo'naltirilgani, shaxvoniy asabiylashish maqsadida ularni kuzatish.

17. Psixologik dispareuniya – jinsiy aloqa vaqtida jinsiy a'zolarida og'riq, odatda ayollarda biror-bir aniq fiziologik sabablarsiz yuzaga keladi.

18. Piromaniya – engib bo'lmaydigan va sababsiz yondirishga moyillik, ular yomonlik, zarar keltirish maqsadisiz amalga oshiriladi.

19. Parabuliya – xulq patologiyasi sabablarini shakllanishi mexanizmining buzilishidan kelib chiqadi. Sabab bunda shakllanmay, ichki tabiiy ehtiyojning adekvat bo'lmagan holatidir. Xulqidagi chetlashish turlicha bo'lishi mumkin: impulsiv, reaktiv, bema'ni va katotonik bemorlarning prozeptik xarakati

20. **Exopraksiya** – ixtiyorsiz, baʼzida atrofda gilarning harakatlarni, taʼsirlarni koʻp marotaba takrorlashi.

21. **Sadizm** – jinsiy partnerga jismoniy ogʻriq keltirishga intilish, seksual qoʻzgʻalish maqsadidagi ahloqiy azob.

22. **Fetishizm** – jinsiy maylning tananing alohida qismiga yoki tualet predmetlariga yoʻnaltirilganligi.

Asosiy adabiyotlar:

1. Klinicheskie razbori v psixiatricheskoy praktike. / Pod red. Prof. A.G.Gofmanana - M.: medpress - inform, 2006. – 704 p.
2. Morozov B.M. Izbrannie trudi. – M.: Media medika, 2007. – 292 p.
3. Psixiatriya: nasionalnoe rukovodstvo / pod red. T.B. Dmitrievoy, B.H. Krasnova, H.G. Neznanova, B.Ya. Semke, A.C. Tiganova. – M.: GEOTAR – MeDIA, 2009. – 1000p
4. Racionalnaya farmakoterapiya v psixiatricheskoy praktike: rukovodstvo dlya praktikuyushi vrachey / Pod obshey red. Yu A. Aleksandrovskogo, N.G. Neznanova. — Moskva: Literra, 2014. — 1080 p.
5. Snejnevskiy A.V. Obshaya psixopatologiya: Kurs lekciy : ME Dpress informm, 2008. – 208p.
6. Standarti vedeniya bolnih. Klinicheskie rekomendatsii. IG. "Geotar-Media, 2008.
7. Shamdiyev E.C., Tursunhodjaeva L.A, «Psixoterapiya»-T.:2011.
8. Introductory textbook of psychiatry / Donald W. Black, Nancy C. Andreasen.— Sixth edition. 760 p..
9. Oxford Textbook of Psychiatry/Gelder M., Gath D., Mayou R. – Second edition. 300 p.

Qo'shimcha adabiyotlar:

10. Mirziyoyev Sh. M.M. – Kriticheskiy analiz, jestkaya disciplina i personalnaya otvetstvennost doljni stat povsednevnoy normoy v deyatelnosti kajdogo rukovoditelya, Toshkent, Uzbekiston”, 2017.
11. Mirziyoyev Sh. M.M. Erkin va farovon demokratik Uzbekiston davlatini birgalikda barpo etamiz. Toshkent, Uzbekiston”, NMIU, 2017. – 29 b.
12. Mirziyoyev Sh. M.M. Qonun ustunvorligi va inson manfaatlarini ta'manlash yurt taaraqiyoti va halq farovonligining garovi. , Uzbekiston”, 2017 NMIU, 2017. – 47 b.
13. Mirziyoyev Sh. M.M. Buyuk kelajagimizni mard va olijanob halqimiz bilan birga quramiz . Uzbekiston”, NMIU, 2017. – 485 b.
14. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 7 fevraldagi O'zbekiston Respublikasini yanada rivojlantirish bo'yicha harakatlar strategiyasi tugrisida gi P.F. – 4947 – sonly Farmoni. O'zbekiston Respublikasi qonun hujjatlari toplami, 2017 y., 6-son, 70-modda.
15. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 20 aprel, PQ-2909-son «Oliy ta'lim tizimini yanada rivojlantirish chora –tadbirlari to'grisida» gi qarori.

16. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 5 maydagi PQ -2955-sonli "2017/2018 o'quv yilida O'zbekiston Respublikasining oliy ta'lim muassasalariga o'qishga qabul qilish to'g'risida" gi qarori.
17. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 5 maydagi P.Q. - 2956 sonli "O'z mehribonlik bilan dalayshu reformirivaniyu sistemi medicinskogo obrazovaniya v Respublike Uzbekistan" gi qarori.
18. Alimov H.A., Alimov U.X., "Psihiatriya klinikasining muqaddimasi", Tashkent, 1997.
19. Murtalibov Sh. A. i ssoavtr. "Psihiatriya ma'lomotnoma" 1993.
20. Xodjaeva N.I., Shoyusupova A.I., «Psihiatriya», Tashkent, 2013.
21. Coeytaux A., Jallon P., Morabia A. Incidence of status epilepticus in French-speaking Switzerland: (EPISTAR). *Neurology* 2000;55:693–97.
22. Franken I.H., Hendriks V.M., Stam C.J., Van den Brink W. A role for dopamine in the processing of drug cues in heroin dependent patients // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 2004. – Vol. 14 (6). – P. 503–508.
23. Knake S., Rosenow F., Vescovi M. et al. Incidence of status epilepticus in adults in Germany: prospective, population-based study. *Epilepsia* 2001;42:714–18
24. Maher A.R., Maglione M., Bagley S. et al. Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: a systematic review and meta-analysis // *JAMA.* – 2011. – Vol. 306 (12). – P. 359—1369.
25. Mann K. Pharmacotherapy of alcohol dependence: a review of the clinical data // *CNS-Drugs.* – 2004. – Vol. 18 (8). – P. 485–504.
26. Wachtel S.R., Ortengren A., de Wit H. The effects of acute haloperidol or risperidone on subjective responses to methamphetamine in healthy volunteers // *Drug-Alcohol Depend.* – 2002. – Vol. 68 (1). – P. 23–33.
27. The Amerikan Psixhiatrik Publishing Textbook of Psixhiatriy, Sixth Edition, 1189p.2015
28. Edited by Robert E. Hales, M.B., M.B.A. Stuart C. Yudofsky, M.D., Laura Weiss Roberts, M.D., M.A.

Internet saytlari:

29. <http://www.medpsy.ru/>
30. <http://www.neuroleptic.ru>
31. <http://www.psvchiatr.ru/>
32. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
33. <http://psvchiatr.ru/>
34. <http://www.psvchiatrist.com/>
35. <http://www.rcpsych.ac.uk/>

MUNDARIJA

Kirish	3
BO'LIM I. UMUMIY PSIXOPATOLOGIYA	
Bob I. Psixomotor buzilishlar. Mayl, iroda buzilishlar	4
Bob II. Hissiyot faoliyat patologiyasi	25
Bob III. Idrok ilishlari	30
Bob IV. Tafakkur buzilishlari	40
Bob V. Xotira, diqqat, intellekt buzilishlari	54
Bob VI. Ong buzilishlari	61
BO'LIM II. XUSUSIY PSIXIATRIYA	
Bob I. Aqliy zaiflik.....	66
Bob II. Shaxs buzilishlari	82
Bob III. Nevrozlar. Reaktiv psixozlar	92
Bob IV. Alkogolizm. Alkogol psixozlar	106
Bob V. Giyohvandlik. Toksikomaniyalar	114
Bob VI. Ekzogen ta'sirlar natijasida kuzatiladigan ruhiy buzilishlar.....	128
Bob VII. Rezidual organik-asab-ruhiy buzilishlar.....	146
Bob VIII. Epilepsiya	154
Bob IX. Shizofreniya.....	174
Bob X. Bipolyar affektiv buzilishlar	195
Vaziyatli masalalar	211
Testlar	222
Nazorat savollari.....	234
Terminlar lug'ati.....	236
Adabiyotlar	239

**ABDULLAYEVA V.K., SHARIPOVA P.K.,
BABARAXIMOVA S.B., ISKANDAROVA J.M.**

«PSIXIATRIYA»

Muharrir: G. T. Normurodova
Mas'ul muharrir: V. Y. Eshmurodov
Texnik dizayner: L. N. Eshmurodova
Noshir: I. I. Baxodirov
Kompyuterda tayyorlovchi: S. U. Shodmonov

Bosishga 2018 yil 12- dekabrda ruxsat etildi.
Bichimi 84x108 ¹/₁₆. Ofset qog'oz.
«Times New Roman» garniturasida
Hajmi 11.17 sh.b.t. Adadi 50 nusxa
Buyurtma № 72

“NURFAYZ NASHRIYOT”
Nashriyot litsenziya raqami AJ № 298. 22.05.2017 yil.

MCHJ “MAXIMAL FORMAT” bosmaxonasida chop etildi

Toshkent sh. Chilonzor – 2, 56-37
e-mail: nurfayz_nashr@mail.ru

ISBN 978-9943-5284-2-0



9 789943 528420