



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

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

# XUSUSIY PSIXIATRIYA

616.89  
X.94

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

*ABDULLAEVA V.K., SHARIPOVA F. K.,  
BABARAXIMOVA S. B., ISKANDAROVA J. M.*

**XUSUSIY PSIXIATRIYA**

O'zbekiston Respublikasi Oliy va O'rta Maxsus Ta'lim Vazirligi  
tomonidan o'quv qo'llanma sifatida tavsiya etilgan



Toshkent – 2015

КБК: 82.11(5 У36) 4.

A-35.

УДК: 616.89(075)

Ushbu o'quv qo'llanma Tibbiyot oliy o'quv yurtlari V kurs talabalari uchun Psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi fanidan 5510200 - "Pediatriya ishi" yo'nalishi bo'yicha O'zbekiston Respublikasi Oliy va O'rta maxsus ta'lim vazirligi tomonidan 2014 yil 3 martdagi 79 – sonli buyrug'i asosida tasdiqlangan.

## KIRISH

Psixiatriya - ruhiy kasalliklarning kelib chiqishi, patogenezi, klinik ko'rinishi, kechish xususiyatlarining o'rganadigan va ularning oldini olish, davolash va reabilitasiya 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 ahamiyat kasb etadi.

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

## ***I – BOB. OLIGOFRENIYALAR***

Oligofreniyalar - 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 progredientiz patologik holatlardagi kasallikdir.

### ***OLIGOFRENIYANING 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 progredientizligining 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 differentsiyalangan turidan ajratib turuvchi differentsiyallanmagan turiga kiritish mumkin. Aqliy zaiflikni keltirib chiqaradigan nasliy omillar bir xil emas, shunday aniq bir qoida o'rnatilganki, bunda aqliy zaiflikning chuqur darajasi nasllikning retsessiv tipida uchraydi, shuning bilan birga aqliy zaiflikning chuqur emas darajasi nasliy omillarning dominant va poligen tipida uchraydi.

Aqliy zaiflikning ko'pchilik autosom retsessiv turlari patogenezida moddalar almashuvi bo'zish (oqsil, yog', uglevod) katta rol o'ynaydigan metabolik kasallik hisoblanadi. Bunga fenilketonuriya, galaktozemiya kiradi.

Aqliy zaiflikning dominant naslga berilishida oila ichida klinik belgilarining o'zhashliklari kuzatiladi, bunga bir qator oilaviy-nasliy turlari kiradi, misol: Marfan sindromi va hokazo.

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 shuni aniqlik, 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 gepatit, 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 AVO 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.

**PATOGENEZI.** Patogenetik omillarning orasida vaqt omili, ya'ni rivojlanib borayotgan miyaning jarohatlanishi buladigan ontogeneznining davri katta ahamiyatga ega. Bosh miyaning javob reaksiyasi ko'pincha organizmning morfologik va funksional rivojlanishi va etilishi darajasiga bog'liq va har ontogenetik davrga tegishlidir. Aqliy zaiflikning 75% ichki rivojlanish davrida miyaning jarohatlanishidan kelib chiqadi.

Talxamer va Gotler barcha nuqsonli rivojlanishlarni quyidagicha bo'lishni taklif etgan.

1. Gametopatiya, ya'ni urug'lanishga qadar hujayralarning jinsiy jarohatlanishi bilan bog'liq nuqsonlar.
2. Blastopatiya – blastogenez davrida (homiladorning 4 haftasiga qadar) homilaning jarohatlanishi tufayli bo'ladi.
3. Embriopatiya – embriogenez davrida, ya'ni homiladorlikning 4 haftasidan 4 oyiga qadar bo'ladigan nuqsonlar.
4. Fetopatiya – homiladorlikning 4 oyidan oxirigacha homilaning jarohatlanishi natijasida hosil bo'ladigan nuqsonlar.

Aqliy zaiflikning klinik ko'rinishlari ko'pincha ontogeneznining erta yoki kechki prenatal, natal yoki postnatal davrlarida miya jarohatlanganda og'ir o'tadi. Blastogenez davrida shikastlanganda urug'ning nobud bo'lishiga yoki bo'lmasa butun organizmning yoki ko'p organ va sistemalarning rivojlanishining buzilishi kuzatiladi. Embrional rivojlanish davrida kuchli organogenez bo'lganligi sababli patogen omillar faqat miyada emas, boshqa organlarda ham nuqsonlar

keltirib chiqaradi. Embriogenezda hosil bo'lgan ko'pchilik nuqsonlar va displaziyalar, embrionning sezuvchanligi mexanizmining to'liq etilishmaganligi sababli ko'pincha spetsifik bo'lmaydi. Bu davrda ekzogen omillarning ta'sirida genetik jihatdan o'xshash va ularning fenokopiyasi bo'lgan tug'ma nuqsonlar va displaziyalar kelib chiqadi. Lekin xromosoma aberratsiyasi bilan bog'liq embriopatiyalarning patogenezi murakkab bo'ladi. Kelib chiqishi har xil embriopatiyalarda spetsifik bo'lmagan belgilar bilan bir qatorda organizmdagi oqsil va fermentlar sintezi buzilishiga olib keladigan genotipdagi o'zgarishlar sababli hosil bo'ladigan spetsifik morfologik va bioximik belgilar namoyon bo'ladi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida (fetogenez etapida) hamma organlarning rivojlanishi to'xtab funktsional sistemalarning integratsiya va differentsiyasi kuchli kuzatilishi sababli qo'pol nuqsonlar va displaziyalar kuzatilmaydi, faqat funktsional buzilishlar kuzatiladi. Ammo bosh miya bundan istisnodir, chunki bu davrda uning murakkab strukturalari rivojlanadi, shuning uchun funktsional va morfologik o'zgarishlar kuzatiladi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida, ayniqsa, oxirida homilaning markaziy asab sistemasining intervatsiya va vaskulyarizatsiyasi rivojlanishi va immunologik sistemasining etuklig'i tufayli patogen omillar ta'siriga homilada javob reaksiyasi hosil bo'ladi. Shu sababli bosh miya va miya qavatlarida lokal yallig'lanish jarayonlari o'choqli nekrozlar, chandiklar va boshqa chegaralangan jarohatlar hosil bo'lishi mumkin. Fetal davrida miya strukturasiga ko'p patogen agentlarining tropizm boshlanadi. Shu tufayli homiladorlikning kech davrida hosil bo'ladigan to'liq tug'ma nuqsonlar ko'pincha miyaning kech rivojlanadigan strukturalari rivojlanmaydi va bir tekis jarohatlanmaydi. Klinikada bu asoratli va atipik deb atalmish aqliy zaiflikka tegishli har xil qo'shimcha psixopatologik o'zgarishlarga ega, bir tekis bo'lmagan intellektual defekt ko'rinishida bo'ladi.

Homiladorlikning keyingi davrlarida perinatal davrida etilishgan neyronlarning O<sub>2</sub> 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 gangliylar 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 funktsiyalarga bog'liqligi oligofreniyaga xosdir.

Postnatal davrida ekzogen omillar natijasida hosil bo'lgan oligofreniyaning turlari rezidual ensefalopatiyaga kiradi. Oligofreniyaning 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. Oligofreniyada bosh miyadagi patomorfologik o'zgarishlar aniq darajada patogenetik jarayonlarni ko'rsatadi. Embriopatiyalarning og'ir turlarida quyidagi morfologik o'zgarishlar aniqlangan: bosh miyaning 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).

Parenximatoz to'qimalarning tez rivojlanishi hisobidan bo'ladigan miya gipertrofiyasi kam uchraydi. Ko'pincha qorinchalarning rivojlanmasligi va ularning kengayishi kuzatiladi. Gidrosefaliyada

epindimaning qavarishi bilan qon tomirlarning kistozilar o'zgarishi va gipervaskulyarizatsiyasi kuzatiladi.

Xromosoma embriopatiyasida miya ayrilarining rivojlanishi etarli emas, miya qorinchalarining kichik hajmi kuzatiladi. Ayrim vaqtlarda ganglioz hujaylarining joylashuvchining noto'g'riligi va kam sonda bo'lishi uchraydi. Embriopatiyalarda har xil organ va sistemalarning kombinirlangan nuqsonlari, ko'p tug'ma nogironlik va displaziya uchraydi. Embriopatiyalarning ayrim turlarida, ko'pincha xromosomal turida, ichki sekretiya bezlarida: gipofiz, qalqonsimon, jinsiy va buyrak usti bezlarida o'zgarishlar kuzatiladi. Infeksiya va jarohat tufayli kelib chiqadigan oligofreniyada, miya moddasida chandiqli o'zgarishlar, kistalar va bo'shliqlar aniqlangan (parentsefaliya). Kistozlar o'zgarishlar miyada va miya qavatlarida joylashishi va yarimsharlarning relifini o'zgartirib, miya strukturasi siljishiga olib kelishi mumkin. Mikroskopik tekshiruvlarda mielinizatsiya jarayonining buzilishi, oq va kulrang moddalarning anomal tuzilishi va xujayra strukturasi rivojlanishining etarli emasligi aniqlangan.

**TASNIFI.** Ko'pchilik tasniflarda guruhga bo'lishining asosiy mezon 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 oligofreniyalarni etiologik omil ta'sir qilish vaqtida qarab 3 guruhga bo'lgan.

**I. Endogen tabiatdagi oligofreniya (ota-onalarning generativ hujayralarining jarohatlanishi bilan bog'liq):**

a) Daun kasalligi; b) haqiqiy mikrotsefaliya; v) oligofreniyaning moddalar almashuvining nasliy buzilish bilan bog'liq enzimopatik turlari, buning ichiga fenilpirovinoq, galaktozemiya, sukrazuriya bilan bog'liq va boshqa enzimopatik oligofreniyalar kiradi; g) oligofreniyaning aqliy zaifligining suyak sistemasi va teri rivojlanishi

buzilishi bilan qo'shib kelishi bilan o'tadigan klinik formalari (dizostozik, kserodermik oligofreniya).

**II. Embrio va fetopatiyalar:** a) homiladorlik vaqtida onasining qizamik bilan kasalligi bilan bog'liq oligofreniya (rubeoler embriopatiya); b) gripp-parotit, infeksiyali gepatit, tsitomegaliya viruslari keltirib chiqaradigan oligofreniya; v) toksoplazmoz va listeroz tufayli bo'ladigan oligofreniya; g) tug'ma sifilis asosida hosil bo'ladigan oligofreniya; d) onadagi gormonal buzilishlar va toksik omillar (endo va ekzotoksik agentlar) tufayli kelib chiqadigan oligofreniyaning klinik turlari; e) chaqaloqlardagi gemolitik kasallik sababli hosil bo'ladigan oligofreniya.

**III. Tug'ish vaqtda va erta bolalikda ta'sir qiluvchi har xil zararlar sababli kesib chiqadigan oligofreniya:** a) tug'ma jarohat va asfiksiya bilan bog'liq oligofreniya; b) postnatal davrda bosh miya jarohati tufayli kelib chiqadigan oligofreniya; v) erta bolalikda boshidan kechirgan ensefalit, meningoensefalit va meningitlar sababli hosil bo'ladigan oligofreniya.

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

**KLINIKA.** Oligofreniyaning klinikasi psixologik belgilarning darajasi va xususiyati bo'yicha har xil bo'ladi. Lekin klinikasining har xilligiga qaramasdan, oligofreniyaning hamma turlariga tegishli umumiy "yaderli" belgilar xam kuzatiladi. Ular yagona patologik mexanizmga ega, ya'ni psixikaning ontogenezning buzilishi bilan kelib chiqadi. Oligofreniyadagi 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) oligofreniya rivojlanishining etishmovchiligi faqat intellektga emas, psixikagada tegishli;

2) psixik rivojlanishning etishmovchiligida I -o'rinda bilim olish, tanish, fikrlash qobiliyatining etishmovchiligi yotadi. Yosh bolalarda va oligofreniyaning 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.

Oligofreniya 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. Oligofreniyada 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. Oligofreniya 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. Oligofreniyada 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. Oligofreniyaning ayrim turlarida, ko'pincha asoratli gidrotsefaliya turida atipik so'zlashuv rivojlanadi. Oligofrenlarning hissiy- irodaviy faoliyati o'ziga xos xususiyatlarga ega. Bularada oddiy emotsiyalar saqlangan, murakkab emotsiyalar esa, asosan xulq-atvorga 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'shashgan, 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.

Oligofreniyaning ko'p uchrab turadigan belgilariga harakat sferasining to'la rivojlanmaslik belgilari kiradi, bunda dastlab lokomotor funksiyalarning 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.

Oligofreniya 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.

Imbetsillik – 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'zgarganda o'zgacha 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'zlashtira olmaydi. Debillarda hissiyot, iroda va shaxsiyati imbetsillarga nisbatan rivojlangan bo'ladi. Debillik ikki: torpid va erektill turiga bo'linadi. Debillarning o'zini erkin tutishi 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.

Oligofreniya kasallari somatikasida jismoniy rivojlanmaslik, diskineziya va displaziya belgilar kuzatiladi. Ular esa patogen omilni ta'sir qilgan vaqtini aniqlashda yordam beradi, ularning qo'shilib kelishi oligofreniyaning 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'zolarning 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. Oligofreniyada nevrologik belgilar asosan rezidual turda bo'ladi, enzimopatiyalarda esa nevrologik buzilishlar og'ir o'tadi.

Oligofreniyaning psixik rivojlanmaslik ayrim turlarida silliq bo'lmaydi va bu asosiy belgi hisoblanadi. Shunga asosan oligofreniya ikkita: atipik va asoratli turlarga bo'linadi. Atipik turida psixik defekt bir tekis bo'lmaydi, bu goho qandaydir psixik funktsiya bir taraf lama rivojlanishida, goho esa partial psixik tula rivojlanmaslik belgilarida ko'rinadi. Asoratli turlarida oligofreniyaga xos bo'lmagan qo'shimcha psixologik sindromlar kuzatiladi. Atipik oligofreniya 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 progredient 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. Oligofreniyaning dinamikasi yana ko'p narsalar intellektual va umumiy psixik defektning darajasi bilan, oligofreniyaning klinik formasi bilan, kasal yoshi va yana emlash choralari 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 oligofreniyaning asoratli turida dekompensatsiya turida uchraydi. Dekompensatsiya genezida likvorodinamika va tomirlar etishmovchiligi, yana endokrin – gumoral siljishlar katta rol o'ynaydi.

### ***OLIGOFRENIYANING AYRIM TURLARI***

1) **Haqiqiy oligofreniya** – 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 yoylar 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.

W 1696

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.

**Lozens – Muna – Barde – Bilya kasalligi** – nasliy oligofreniyaning 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 oligofreniya** – 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 oligofreniya – homilaning spesifik jarohatlanishi sababli hosil bo'ladi. Aqliy zaiflik belgilari juda erta bilinadi, bundan tashqari epilepsiya, psixopatiyaga 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 qiyshayishi kuzatiladi. Laboratoriya tekshirish natijalari katta ahamiyatga ega, bunda qon va orqa miya suyugligida spetsifik o'zgarishlar kuzatiladi.

**Toksoplazmoz** sababli kelib chiqqan oligofreniya – bosh miya va ko'zdagi yallig'lanish jarayonlari sababli kelib chiqadigan tug'ma nuqsondir.

Aqliy zaiflik bilan birga ko'zdagi kasalliklar (xoreoretinit, koloboma, mikroftalmiya, katarakta) gidrotsefaliya talvasa xuruji

kuzatiladi. Yana bosh suyagi deformatsiyasi yuz skeleti assimetriyasi, quloq, tanglay, tishlarning joylashishi noto'g'ri bo'ladi. Ichki a'zolar jarohatlangan bo'ladi. Psixik to'la rivojlanmaslik og'ir imbetsillikdan, idiotiyagacha boradi.

**Gipotireoid oligofreniya – (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.

**Gemolitik kasallik sababli kelib chiqadigan oligofreniya –** ona va bola qonining to'g'ri kelmasligi sababli bo'ladi. Natijada bola eritrotsitlarining gemoiizi va giperbilirubinemiya kelib chiqadi, bu esa miya po'stlog'i va bazal gangliylarining jarohatiga olib keladi. Uch simptom xos: ekstrapiramid harakat buzilishi, karlik, aqliy zaiflik kiradi.

**Gidrotsefaliya sababli kelib chiqadigan oligofreniya –** 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 oligofreniyalar – 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 oligofreniyada 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. Oligofreniyani 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. Oligofreniyaning 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.

## **II-BOB. PSIXOPATIYALAR PATOXARAKTEROLOGIK REAKSIYALAR VA RIVOJLANISHLAR**

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

Psixopatiya 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. Psixopatiyalarda atrofdagilar 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 psixopatiya – 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.

Psixopatiyaning quyidagi turlari farqlanadi:

**Qo'zg'aluvchan psixopatiya** – 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 atrofdagilarga juda talabchan bo'ladilar, ularning fikri bilan hisoblashmaydilar. Bu o'z navbatida bemor holatining og'irlashishiga olib kelishi mumkin.

**Tormozlanuvchi psixopatiya.** Bu guruhda astenik, psixoastenik va shizoid psixopatiyalari kiritilgan.

**Astenik psixopatiya** – 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 psixopatiya** – 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 atrofdagi kishilar bilan muloqatga kirishishda qiynaladilar.

**Shizoid psixopatiya** – kamgaplik, odamoviylik, real voqeyelikdan yiroqlashib qolganlik bilan tavsiflanadi. Ular atrofdagi kishilar, otanasi bilan qiyin til topishadilar. Bolaligida hech kimga aralashmaydilar, bir o'zlari o'ynaydilar, o'zlari bilan ovora bo'ladilar. Shizoid psixopatlar atrofdagilarga, shu jumladan yaqinlariga befarq bo'ladilar. Atrofdagilar bilan rasmiy, sovuq muomala bo'ladilar.

**Isterik psixopatiya** – bemorning hatti-harakatlarning soxtaligi, tannozlik, huddi sahnalashtirilgandek, ba'zi bir xususiyatlarini oshirib ko'rsatishi bilan ifodalanadi. Atrofdagilarni e'tibor markazida bo'lish uchun ular har qanday imkoniyatlarini ishlatadilar, bachkana qiynadilar, xursand va xafa bo'lishi namoyishkorona bo'ladi.

**Paranoyyal psixopatiya** – bir mavzudagi o'ta qimmatli g'oyalar (rashq, kashfiyot qilish) hosil bo'lishiga moyilligi bilan ifodalanadi. Ularda ishonchsizlik, gumonsirash, o'zlariga ortiqcha bino qo'yish, o'z manfaatlarini ko'zlab ish tutish, o'z fikrlarini o'tkazishda qat'iyatlilik

belgilari kuzatiladi. Ularning qiziqish va intilishlariga javob bermaydigan har qanday narsa e'tibordan chetda qoladi.

### ***XARAKTEROLOGIK VA PATOXARAKTEROLOGIK REAKTSIYALAR***

#### **Umumiy tushuncha**

**Xarakterologik reaksiya** - bu ma'lum mikromuxitda va sharoit bilan bog'liq bulgan bola yoki usmirning 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 usmirning xulkining turli xil uzgarishlarida namoyon buladi va nevrotik (somatovegetativ) buzilishlar bilan birga ijtimoiy-psixologik dezadaptatsiyaga olib keladi.

**ETIOLOGIYA.** Uzoq muddat ta'sir kiluvchi turli xil salbiy omillar: oiladagi mojarolar, notugri 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.
- v) Kompensatsiya reaksiyasi.
- g) Giperkompensatsiya reaksiyasi.
- d) Emansipatsiya reaksiyasi.
- ye) Tengdoshlari bilan guruxlanish reaksiyasi.
- j) Xobbi (kizikishlar) reaksiyasi.
- z) Seksual (jinsiy) perverziyalar.

#### **OPPOZITSIYA (NOROZILIK) REAKTSIYASI**

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 buladi. 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 buladi: 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 usmirning kuyidagi xulk buzilishlari kurinishida namoyon buladi: kuloksizlik, kupollik, urishkoklik. Bu buzilishlar yakkol vegetativ komponent bilan birga kechadi (yuzning kizarishi, terlash, taxikardiya) va bolaning uzgargan affektiv xolati uzoq muddat saklanadi. 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 buladi.

Bosh miyaning rezidual-organik buzilishlari yoki shakllanib kelayotgan psixopatiyasi bulgan bola va usmirda affektiv razryad juda kuchli bulganda aktiv norozilik reaksiyasi umumiy xarakat kuzgalishi («xarakat buroni») va onning 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, aldanchilik, 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 kaygurur 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 utishi bilan buvisiga, xolasiga va onasiga nisbatan kurs gap kaytaradigan bulib koldi, bir necha marta 5 yashar xolavachasiga kul kutardi. Maktabda xam uzini tutishi salbiy tomonga uzgardi: ukituvchilarga gap kaytaradigan, gap kutara olmaydigan, suroksiz sinfdan chikib ketish odatga aylandi. Darslarni uzlashtirishi pasayib ketdi. Ayrim xollarda navbatdagi janjaldan keyin uyan chikib ketib, uzok vakt kaytib kelmaydigan buldi. Uykusi buzildi, uykusida gapiradigan, kichkiradigan, kup yiglaydigan bulib koldi.

**Passiv norozilik reaksiyasiga** ovkatdan bosh tortish, uyan ketib kolish, mutizm, suitsidal xarakatlar 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.

Mutizmning 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.; Kaganskaya L.A., 1974) va xarakteridagi tormozlanuvchi xususiyatlarini ustunligi mutizmi kelib chikishida katta axamiyatga ega.

Elektiv mutizmda 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. Uzok muddat davom etgan mutizm xollarida shaxsning patologik shakllanishi kuzatiladi. Bunda isteroid tormozlanuvchi va psevdoshizoid shaxs xususiyatlari shakllanadi va kuchayadi.

Uyan ketib kolish kabi passiv norozilik reaksiyalari asosan maktab yoshidagi (pubertat) ugil bolalarda kuzatiladi. Bu reaksiya kupincha uydagi bulayotgan janjallarga, pedagogning noxak muomalasiga javoban paydo buladi. Noxush salbiy sharoitni caklanishi, notugri tarbiya kupincha ketib kolishlarni kaytarilishiga olib keladi. Vakt utishi 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 buladi.

Suitsidal xulk asosan pubertat oldi va pubertat davrlarda kuzatiladi. Suitsidal xulkning sabablari: noxak jazo, taxkirlash, yomon baxo olishdir. Bunda usmirning kechinmalari uta kimmatli tusda buladi, u bu kechinmalarining sababchisidan uch olish niyatida buladi. Bu kechinmalar yerkin obrazli xayollar (fantaziyalar) bilan birga kechadi. Bu fantaziyalarda bola va usmir uzini ulgan ota-onasini, pedagoglarni

esa tavha kilayotgandek tassavur kiladi. Suitsidal xulk yoki fakat xayol va tassavurlarda yoki suitsidal xarakatda namoyon buladi. Suitsidal xarakatlada kizlar turli dorilar, xasharotlarga karshi vositalar bilan uzini zaxarlashga urinadilar. Ugil bolalarda esa uzini osishga urinishlar uchraydi. Kupincha bunday xarakatlar ayanchli tugamaydi.

Shunday kilib suitsidal xarakatni keltirib chikargan sabab bilan bola yoki usmirning xulki orasida nomutanosiblik buladi. Uzini uldirish hakidagi fikr tusatdan miyaga uradi va avvaldan uylanib kelinmaydi. Ular uz joniga yolgizlikda tanxo suikasd kilishadi va bu xarakatdankeyin kilmishlaridan uyalishadi vauniatrodagilardan yashirishga urinishadi.

Bogcha yoshidagi bolalarda passiv norozilik reaksiyalari – enurez va enkoprez - «bioaffektiv reaksiyalar» kurinishida kuzatiladi. Bu reaksiyalarda albatta xulk-atvor buzilishlari: negativizm - talablarni bajarishdan bosh tortish bulishi shart. Stenik ujar affektiv kuzgaluvchan bolalarda актив norozilik reaksiyalari tortinchok, uziga ishonmagan, jur'atsiz, infantil, somatik zaif bolalarda esa passiv reaksiyalar ustun turadi.

### **IMITATSIYA REAKTSIYASI**

Imitatsiya reaksiyasi – bu bola yoki usmirning atrodagilarning, 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 kattarok 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.

## **KOMPENSATSIYA VA GIPERKOMPENSATSIYA REAKTSIYALARI**

Kompensatsiya va giperkompensatsiya 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 obru-e'tiborni kozonishdir. Bu kurinishdagi reaksiyalar kupincha emotsional deprivatsiya xolatlarida (yetim bolalarda, tulik bulmagan oilada va bolaga e'tibor yetishmaganda) yoki jismoniy nuksoni, chuzilgan nevrotik buzilishlari, masalan enurez, duduklanishi bor bolalarda uchraydi

### **EMANSIPATSIYA REAKTSIYASI**

Emansipatsiya reaksiyasi - usmirning uta mustakillikka, ota-onasining karamogidan chikishiga intilishi. Bunda usmir xamma narsani uzicha, ota-onasining maslaxatlariga zid, kattalar urnatgan koidalarga buysunmasdan, ularni turmush tarzini tankid kilgan xolda amalga oshirishga urinadi. Ayrim xollarda usmirlar uydan chikib ketadilar, boshka shaxarga kuchib ketadilar, usha yerda ishga joylashadilar yoki daydidilar.

### **TENGDOHLARI BILAN GURUXLANISH REAKTSIYASI**

Tengdoshlari bilan guruxlanish reaksiyasi usmir ugil bolalarga xos. Usmirlar asotsial guruxlarga birlashadilar. Bunday guruxlarda uzining sardori va ijrochilari buladi, ma'lum konun-koidalar urnatiladi. Bu guruxdagi usmirlarda asosan ijtimoiy-pedagogik karovsizlik kayd etiladi.



## XOBBI (KIZIKISHLAR) REAKTSIYASI

Xobbi (uta kimmatli kizikishlar) reaksiyasi turli xil kurinishlarda buladi: informativ-kommunikativ kizikishlar (yangi ma'lumotlarni olishga kizikish), egotsentrik kizikishlar, xammaning diqqat markazida bulishiga intilish (turli xil sport va badiiy-xavaskorlik chikishlarda katnashish, chet tillari adabiyot va tarixi bilan kizikish); yigishga (tuplashga) kizikish (turli kolleksiyalar tuplash), intellektual-estetik kizikishlar (biror bir faoliyat bilan chukur shugullanish), azart uyinlar. Bunday uta ortikcha kizikishlar xulk buzilishlariga olib keladi va ijtimoiy dezadaptatsiyaga sabab buladi: usmirlar ukishga bormay kuyadi, asotsial shaxslar bilan yakindan mulokotda bula boshlaydilar, mayda ugirliklar va konunbuzarchiliklar sodir kiladilar.

## SEKSUAL (JINSIY) PERVERZIYALAR

Seksual (jinsiy) mayl shakllanishi bilan boglik xulk buzilishlari kuyidagilar: usmirlardagi masturbatsiyalar, erta va tartibsiz jinsiy alokalar, utkinchi gomoseksual xarakteratlar. Ular asosida yukori lekin shu bilan birga xali differensiyalanmagan jinsiy mayl yotadi.

Patoxarakterologik reaksiyalar - chegaradosh xolatlarining orkaga kaytadigan shakllaridir. Lekin bu xolatlarga xos xulk buzilishlari kaytarilgan sari shaxsning patologik rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

## PATOKARAKTEROLOGIK RIVOJLANISHLAR

**Patoxarakterologik rivojlanish** deb surunkali ruxiyatga ta'sir kiluvchi mikrosotsial sharoit va notugri tarbiya bilan boglik bulgan psixogen patoxarakterologik shaxs shakllanishiga aytiladi. Patoxarakterologik rivojlanishlarda ikki psixogen mexanizm mavjud: shaxsiy reaksiyalarining (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 kilish.

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 utavosiyluk 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 psixopatiyalarda 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 trunkvilizatorlar (seduksen, elenium va boshka benzodiazepinlar) tarkibida brom valeriana bor sedativ miksturalar kushish lozim.

### III-BOB. NEVROZLAR. REAKTIV PSIXOZLAR

«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: nevrasteniyasi, 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'qalishi, 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, uyqusi 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 (sholligi), 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 kasallikka 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'rnanib 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'shib 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'rnanib 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'rnanib qoladi. Shilqim gumonlarda bemor dazmol simini rozetkadan oldimi-yo'qmi, o'z ishimni 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 chalinib qolishdan qo'rqish, *lissofobiya* – 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 alomatlarining 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).

*Ongning isterik sumerik buzilishida* bosh miya qobig'i funksiyalari to'liq to'xtamaydi. Ongning 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* – aldamchi 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'unsoz buyuklik, boylik 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, oddiyliigi, obrazliliigi, 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. Psixogen paranoidlar turlariga urush davri paranoiidi, temir yo'l paranoiidi, qamoq paranoiidi, 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 xarakterda bo'ladi. Bu holatlar kichik yoshdagi bolalarga xos bo'ladi.

Bolalardagi somatovegetativ va harakatning nevroitik 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.

**PATOGENEZ.** Sistemali nevrozlar patogenezini hali to'liq o'rganilmagan. Nevrozlar rivojlanishini umumiy patofiziologik mexanizmlar sistemali nevrozlar rivojlanishini tushuntirib berishda ahamiyatga egadir. Buning sababi sistemali buzilish (monosimptom) doimo kuchli ifodalangan ikkinchi plandagi umumnevroitik buzilishlar (bezovtalik qo'rquv holati emotsional taranglik affektiv labillik astenik komponentlar) bilan birga kechadi.

Sistemali nevrozlarni yuzaga kelishini tushuntirishda asosiy muammo u yoki bu funksional tizim buzilishlarini kelib chiqishini tanlanishi bo'lib hisoblanadi.

Bu tanlanish jarayoni bir necha mexanizmlar bilan tushuntiriladi:

1. U yoki bu funksional tizimdagi orttirilgan yoki tug'ma holdagi buzilishga bo'lgan moyillik bo'lishi.

2. Affekt holatini u yoki bu faoliyatda yuzaga keluvchi patologik shartli reflektor aloqani ular orasida yuzaga kelishi ya'ni ma'lum bir tizim yoki a'zoni shu affekt vaqtida kuchli zo'riqishda bo'lishi yotadi. Masalan: taxikardiya himoya harakatlari.

3. Emotsional taranglik holati bo'lib bunda affektiv taranglik ma'lum bir faoliyatga e'tiborni yo'naltirilishi bilan davom etib shu faoliyatini dezavtomatsiyalashga olib keladi deb tushuntiradilar. **Masalan:** kutish nevrozi, duduqlanish nevrozi.

Demak, sistemali nevrozlar psixogen omillar ta'sirida organizmni u yoki bu holatiga qarab istalgan darajada ma'lum bir funksional tizimdagi o'zgarishlarni yuzaga chiqishga olib kelishi mumkin.

#### **BOLALARDAGI NEVROZLARNING KLINIK SISTEMATIKASI**

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 enurez, 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 nevrotik buzilishlar (qo'rquv, kayfiyat o'zgaruvchanligi, uyqu buzilishi, tiklar, enurez) bilan birga kechadi. Dinamikasi turlicha bo'lishi mumkin. Kuchli reaksiyalarda o'tkir nevrotik reaksiya bilan kechsa uzoq davom etuvchi psixogen omillar ta'sirida prenevrotik, 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 nevrotik 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. Artikulyatsiya mushaklarining tonik-klonik talvasalari boshidan kuchli bo'lib, odatda

hech qanday psixotravmatik omillar so'ralganda aniqlanmaydi. Bemorlar bu holatdan uyalmaydi, ularda logofobiya kuzatilmaydi, tiklar, enurez va boshqa serebrastenik va tarqoq nevrologik simptomlar bilan birga kechadi. Dinamika nisbatan monoton holdagi nutq bilan kechadi.

**NEVROTİK 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'l o'ynaydi. Tiklar asosan himoya refleksi hisobiga yuzaga kelib, nevrotik 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 nevrotik buzilishlar: kayfiyat o'zgaruvchanligi, yig'loqilik, 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 NEVROTIK 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 paradoksal 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'loqlilik 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 2 ta 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: Nevrosimon enurez somatik genezli enurez va bolalarda passiv norozilik reaksiyasida yuzaga keluvchi enurezdan farqlash lozim. Bundan tashqari epilepsiya urologik va endokrin kasalliklarda uchraydigan enurezdan farqlash kerak bo'ladi.

**NEVROTİK 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'loqilik bilan birga kuzatilishi mumkin. Bola bu holatda uyalganida qattiq aziyat chekadi.

**Differensial tashhis.** Oligofreniya, shizofreniya, bosh miyaning organik kasalliklari, to'g'ri ichak anomaliyalari (megakolon) dan farqlash kerak bo'ladi.

**Davolash prinsiplari.** Davolash ishlari nevrotik 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 nevrotik 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.



**PROFILAKTIKA.** Profilaktik tadbirlarni o'tkazish - kattalar o'rtasida tushuntirish ishlarini olib borish, bolalarni ruhiy rivojlanishini kuzatib borish, o'z vaqtida tez va to'g'ri davolash prinsiplarini qo'llashdan iborat bo'ladi.

#### **IV-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. Agar yana ustiga-ustak alkogol ichsa mastlikning og'ir shakli, hatto yurak faoliyatini izdan chiqaradigan narkotik holat kelib chiqishi mumkin. Mastlikning og'irlik darajasi yoki davomiyligi nafaqat ichiladigan alkogol miqdoriga, balki organizm chidamligiga ham bog'liq. Markaziy nerv tuzilmasi etishmovchiligi bor kimsalarda mastlikning og'ir shakli o'tadi. Mastlik bemorning klinik ko'rinishlari, nafas chiqarayotgan havodagi va qon tarkibidagi alkogolga qarab tahlil qilinadi. Mastlik holatida qonunni buzgan shaxs qanday og'ir holatda bo'lsin aybdor hisoblanadi.

**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 suiist'emol 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 —narkomaniq bosqich.

3-bosqich —entsefalopatik 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 kanday 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. Ichkilikbozlikning ertasi kuni bemor mastlik holatidagi xatti-harakatlarining ba'zi qismlarini xotirlay olmaydi, ya'ni perforatsion amneziya belgilari yoki alkogol palimpsesti deb yuritiladigan alomat 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 alomatlari 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 reflekslar, gallyutsinozlar va hatto tutqanoqlar kuzatilishi mumkin.

Bayon etilgan abstinent sindromi bevosita oq alahlash holatiga o'tishi mumkin, deliriy guyo abstinentsiyadan kelib chiqadi. Og'ir abstinent sindromi bor bemorni kasalxonaga yotqizish va qat'iy nazorat qilish zarur, chunki vahima, o'z aybini his qilish, munosabat g'oyalari bemorning o'z-o'zini o'ldirishgacha olib borishi mumkin. Bemor kayf qilishi yoki mastlik holatida bo'lishi uchun emas, abstinent holati boshlanib qolishidan qo'rqqan holda va ahvolini engillashtirish uchun har soatda takror-takror va oz-ozdan ichkilik qabul qilishi zarur bo'lib qoladi. Bemor to'xtovsiz, kunlab mast holatida bo'ladi, mastlik esa tez-tez amnestik shaklga aylanadi. Bemorlarda ruhiy tubanlashish ro'y beradi, ijtimoiy o'sish to'xtaydi, jumladan xizmat pog'onasida orqaga kaytish kuzatiladi, qiziqishlari yo'qoladi, ijodiy faollik susayadi va butunlai yo'qoladi. Asta-sekin oilaga, mehnatga qiziqish susayadi. 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 munosabatning 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 (entsefalopatik) 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 narkomaniyalarda uchramaydi. Alkogolga toqat qila olmaslik (intolerantlik) ayniqsa uzluksiz ichish jarayonida yaqqol bilinadi. Uzluksiz ichishning kundan-kunga osha borishi shunga olib

horadiki, 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.

**Alkogol psixozlar** alkogolizmning II va III bosqichlarida rivojlanadi. Etiologiyasi va patogenezi to'liq o'rganilmagan. Alkogol 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 alkogol 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 alkogol 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. Alkogol psixozlari turlari: alkogol deliriy (oq alahlash); alkogol gallyutsinozi; vasvasaviy alkogol psixozlari; alkogol entsefalopatiyalari

### **Alkogolli deliriy (oq alahlash)**

Oq alahlash kasalligi surunkali alkogolizm 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 alkogolizmning o'rta bosqichida moddalar

almashinuvining buzilishi va unga ta'siri natijasida vujudga keladi. Alkogol 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 alkogol mikdorining 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 atrofdagilarga 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 to'plarini olib tashlash kabi harakatlar paydo bo'ladi. Kasallik davom

etishi natijasida asta-sekin sopor va koma holatiga o'tishi kuzatilib, o'lim bilan tugashi mumkin.

### **Alkogol gallyutsinozi**

Alkogol 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.

### **Alkogol vasvasali psixozlari**

Alkogol 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 sakrash mumkin. Kechki paytda delirioz belgilari va eshitish gallyutsinatsiyalari paydo bo'lishi mumkin. Psixoz bir sutkadan bir necha kun yoki haftagacha davom etishi mumkin.

Alkogol rashq vasvasalari — birlamchi rashk vasvasasi bilan ifodalanadi. Asosan erkaklarda uchraydi. Bemor umr yo'idoshini kuzata boshlaydi va undagi arzimas 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.

## Alkogol entsefalopatiyalari

**Gaye-Vernike entsefalopatiyasi.** Kasallik alkogol deliriydan keyin uyquchanliq, toliqqanlik, eshitishiing pasayishi kabi belgilar bilan yuzaga chiqadi. Ruhiiy buzilishlar bilan bir qatorda ataksiya, nistagm va ko'rish jarayonlarining buzilishi mumkin. Kasallik ko'pincha o'lim bilan tugaydi.

**Korsakov psixozi** 1887 yili S.S.Korsakov tomonidan alkogolning polinevritik psixozi 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. Ruhiiy 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.

## V-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 14.03.2002 y).

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, tevarakatrofning ta'siri, oiladagi salbiy kelishmovchiliklar), shaxsning konstitutsional omillari, psixologik holatlar (qiziquvchanlik, kayfsafoga 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 impulsini o'tkazuvchanligini o'zgartiradi va buzadi. Giyohvandlikning ayrim turlarining klinik ko'rinishlari, ularning rivojlanishi avvalo shu moddalar va ularni suiste'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 boskich** - 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 boskich** - 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 boskich 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), nembital, xloralgidrat, barbital natriy).
- Amfetamin iste'mol qiluvchi giyohvandligi: fenamin, fenatin, efedrin.
- Gallyutsinogenlar giyohvandligi: LSD

- Efedron giyohvandligi.
- Polinarkomaniya.
- Psixofarmakologik moddalarni iste'mol etish bilan o'tadigan toksikomaniya (trankvilizatorlar, antidepressantlar, neyroleptiklar)
- Psixostimulyatorlar toksikomaniyasi (tsentidrin, kofein).
- Tsiklodol 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 tushsimon 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 af'yunga 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 yoqimli 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. Afyunmandlik 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 heroin 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 kannobinoidlarga 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'zbilarmonlik, 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.

**Gallyutsinogenlar 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'rishi, 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 (tsentidrin, kofein, atsifin, sidnokarb, sidnofen va boshqalar) suiste'mol qilganda vujudga keladi. Bu moddalar qabul qilganda tetiklashish, kuchga to'lish, engillanish kabi holatlar paydo bo'ladi. Bu holat oz vaqtdan so'ng bo'shashishlik, 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, gallyutsinator-vasvasaviy psixozlar, ko'rish,

eshitish, sezish gallyutsinatsiyalar 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 gallyutsinatsiyalari 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'imlarda 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'shashish, 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 chiziq 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 hatti-harakatlar 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, alkogol xidi kelmay turib sarxushlik holati bo'lishi, xarakat sekinlashuvi, ta'sirchanlik, tajanglik, uydan narsalar va pullarning yo'qolishi.

**Giyoxvandlikning asoratlari.** 1. Giyohvandlik iqtisodiy asoratlari: katta pul sarflanishi, barcha daromadlarning yo'qolishi, uydagi buyumlarni sotib yo'qotishi, ishdan haydalishi, odamlardan qarz olishi, oilasidan ajralishi. 2. Ijtimoiy-siyosiy asoratlari: davlatga qarshi

oqimlarga, diniy ekstremizmga, terroristik oqimlarga qo'shib ketishi. 3. Yuridik asoratlari: jinoyiy ishlar sodir qiladi, o'g'rilik, bosqinchilik, odam o'ldirish, terrorchilik va boshqa jinoyatlar. 4. Tibbiy asoratlari: 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

**Giyoxvandlikni davolash printsiplari:** anonim (yashirincha), ixtiyoriy, majburiy. Kasallik 3 bosqichda davolanadi: dastlabki bosqich - dezintoksikatsiya, 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: elektrouyqu, 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 xisoblanadi.

## **VI-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
Simptomatik ruhiy buzilishlar (somatogen va umumiy infeksiyalarda)	O'tkir simptomatik psixozlar
Intrakranial - miya to'qimasida infeksiyon agent joylashganda	Protragirlangan sindromlar (Vik sindromlari)
	Cho'zilgan yoki surunkali ruhiy buzilishlar

Ruhiy buzilishlarga turli yuqumli kasalliklar sabab bo'ladi. Odatda bakterial infeksiyalar psixiatrlarni 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 himoyalanuvchi 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 stasionarga tushgandan so'ng qo'yiladi. Qorin tifining bu turi og'ir kechadi, ba'zan o'lim bilan tugaydi. O'tkir davrida haroratli deliriy 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 postinfeksiyon holsizlik kuzatiladi.

**Gepatit.** Turlicha ruhiy buzilishlar bilan kechishi mumkin: kuchli quvvatsizlanuvchi asteno-adinamik sindrom, yig'loqilik, qo'zg'aluvchanlik, o'tib ketuvchi noturg'un 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. Grippda 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'lishi mumkin. Shizofrensimon klinik kechishi ham kuzatiladi. Grippozi 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. Grippozi psixozlar bolalarga xos ong buzilishi sindromi ko'rinishida kechish ustun bo'ladi. Deliriy yaqqol 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 grippozi psixoz kattalardan farq qilib, yaxshi sifatli kechuvchi va asosan grippning febril bosqichida kelib chiqadi.

**Pnevmoniya.** Pnevmoniyada haroratli deliriy kuzatilishi, astenik holatlar, karaxtlik stupor, maniakal holatlar qo'rinishida bo'lishi mumkin. Kruppozi 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'loqilik 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'rigan 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'rigan 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 ertablari 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 infektsiyaning erta belgisi asteniyadir: 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 holatning 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 tserebrostenik kechuvi to'g'ri davolanganda ko'pincha sog'ayish bilan tugaydi. Lekin, yaxshi natija ba'zan noto'g'ri bo'lishi mumkin. Yangi infektsiya ta'sirida (gripp, angina) yoki maktabdagi yuklamalar natijasida yana sog'liqni yomonlashuviga olib keladi. Bunday bemorlarda retsidiv kechuvchi nevrotik 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

agressivdirlar. 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 retsidiv 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 ippoxondrik, 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 infektsiya tufayli kelib chiqqan psixozlardan farqli infeksiyaning o'ziga bog'liq bo'lmaydi, davomiyligi 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 asoratlarda patogenezida likvorodinamik buzilishlar katta rol o'ynashini hisobga olgan holda, sistematik degidratatsion terapiya o'tkazishni, yod preparatlari bilan suriluvchi davolash, shuningdek yallig'lanish protsessiga qarshi antibiotiklar beriladi. Fizioterapiya ham yaxshi natija beradi. O'smirlar o'rtasida mehnat qilish kabi davolash choralarini o'tkaziladi.

**Quturish.** Yuqumli kasalliklar o'rtasida alohida o'rin tutadi. Asab tizimini zararlaydi, og'ir kechib o'limga olib keladi. Inkubatsion davr 2 – 10 haftagacha davom etadi. Ba'zan kasallik ancha kech bemorni hayvon 1 yil oldin tishlagandan so'ng ham kuzatilishi mumkin. Prodromal davrda davomiy yoki juda qisqa muddatli bo'lib, kayfiyatning depressiv ko'rinishida bo'ladi. Qabul qilish anomaliyasi kuzatiladi. Bemorlarda qo'rquv xissi, qo'zg'aluvchanlik, notinch va depressiv reaksiyalar kuzatiladi. Tishlangan joyda og'riq. Muhim diagnostik tomoni so'lak oqishi va terlash kuchayadi. Keyinroq qo'zg'alish davri kuzatiladi. Bunda bemorlar baqiradilar, o'zlarini

qo'yarga joy topolmaydilar, tishlaydilar, tirnaydilar. Ushbu vaqtda quturishga xarakterli simptomlar kuzatiladi: gidro va aerofobiya. Kasallikning bu bosqichida es-hushni yo'qolishining delirioz turi bo'yicha yaqqol gallyutsinatsiya bilan va kuchli qo'zg'alishlar kuzatiladi. Kasallik davom etib og'riqli spazmlar va tutqanoqlar falajlik bilan almashadi. «Yomon alomatli halovat» paydo bo'lib o'lim yaqinlikdan dalolat beradi, toki bemor o'limigacha es-hush saqlanib turadi. Quturish davosi noeffektiv asosiy diqqat kasallik profilaktikasiga qaratilgan bo'lishi kerak. (Paster bo'yicha emlash).

**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 karaxtlik va delirioz notinchlikda bo'ladilar. Boshqa hollarda es-hushi buzilishi bo'lmaydi, lekin bemorlar noaktiv hech qanday atrofqa qiziqishsizlik bilan kechadi. Bunday bemorlar o'rinda harakatsiz, shirga 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 bulemya ham kuzatish mumkin. Sil meningiti o'tkazgan bolalarda ruhiy orqada qolish va rezidual organik buzilishlari bilan kechishi mumkin.

**Epidemik entsefalit.** Kasallikni Avstriya olimi Ekonomo o'rganib chiqqan. Qo'zg'atuvchisi hali aniqlanmagan. Kasallik asosan yoshlik davriga to'g'ri keladi. Epidemik entsefalitda patologik o'zgarish, asosan postloq 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 parkinsonizm 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 xarakterini 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 xarakterli harakatlar (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 infeksiyasiga 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. Bolalardar 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'rishi, aylanishi, tananing turli joylarida og'riq, uyqusizlik, umumiy holsizlik, xotira ish faoliyatining pasayishi kuzatiladi. Kasallikka vaqtida davo ko'rilsa 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 zaxmning birlamchi belgilari bolaning birinchi yillarida paydo bo'ladi. Xarakterli somatik belgilari: yangi tug'ilgan bolaning burnidan yiringli va qonli shilliqlar oqimi, lablarning yorilishi, teri rangi kir kulrang bo'shashgan, sochlar va qoshlar to'kilgan, jigar va taloq kattalashgan, kattaroq bolalarda - Gutchinson uchligi: a) yuqori tishlarda yarim oysimon chuqurchalar; b) keratit; v) otit, shuningdek, bosh suyagi va burunda turli xildagi deformatsiyalar kuzatiladi. Bunday bolalarda erta bolalik davrida qo'zg'atuvchanlik hollari, emotsional noturg'unlik yoki o'ta holsizlanish, passivlik ko'zatiladi. Ba'zan kasallik 7-12 yoshlarda aniqlanadi. Bu vaqtgacha esa kasallik latent bo'lib, sog'lom boladek ko'riladi ammo aqliy rivojlanishdan orqada koladi, va xulq o'zgarishi kuzatiladi.

Keyinchalik jarayon turli shaklni olishi mumkin - cho'ziluvchan, sekin kechishi, katastrofik og'ir yoki rimitirlanuvchi avj olishi infeksiya yoki jarohat bilan bog'liq bo'ladi.

Sifilitik meningit va meningoentsefalit asosan erta bolalik davrida boshlanadi va aniq manzarada kechadi. Og'ir holatlarda yoki davolanmaganda o'zidan og'ir asoratlar qoldiradi, falajlik, epilepsiyasimon tutqanoqlar, sifilitik gidrotsefaliya - bular og'ir aqliy zaiflikka olib keladi.

Bolalardagi tug'ma zaxm klinikasi asosiy simptomlaridan biri epileptik tutqanoqdir.

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 falaj** – 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 nevrasteniya 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, atrofdagilar 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 infeksiya 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 aldamchi,

uyalaridan qochib ketadigan odat chiqaradilar. Shunday vaziyatda ot-onalar shifokorga murojaat etadilar.

Yuvenil 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 jarohatlaridan 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 konfabulyatsiya 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 tserebrosteniya, entsefalopatiya, aqli zaiflik, psixoz.

Jarohatdan keyingi tserebrosteniya – 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'zgariganda, 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 alkogol ichimliklariga berilishi moyilligi yuqori bo'ladi. Entsefalopatiya bilan bemorlar nogironlikka chiqadilar.

Miya jarohatining yana bir og'ir turi bu dementsiyadir. Klinik ko'rinishi – holsizlik, 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 simptomokomplekslar uchrab tsirkulyar psixoz klinikasini eslatadi.

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 tserebrasteniya 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'shshish, faolligni 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 oqibatlariga 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 infeksiyon kasallik bilan og'risa yashin klinik belgi berib og'ir oqibatlariga 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'iyan 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 davolash olib boriladi. Sernokisliy magneziy va glyukoza eritmasi quyuladi.

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

## **VII-BOB: REZIDUAL ORGANIK ASAB-RUHIY BUZILISHLAR**

Rezidual-organik asab-ruhiy buzilishlar etiologiyasida homiladorlik vaqtida rivojlanayotgan bosh miyaga turli omillarni zararlovchi 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 asosanib, 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 oligofreniya sindromlari.

## II. Entsefalopatik turlari

1. Serebrastenik sindromlar.
2. Nevrosimon sindromlar:

- a) depressiv-distimik;
- b) nevrosimon qo'rquvlar sindromi;
- v) senestopotik-ipoxondrik;
- g) isteroform sindromi;
- d) sistemali motor va somatovegetativ buzilishlar.

### 3. Psixopatosimon sindromlar:

- a) affektiv qo'zgalishlarning kuchayishi sindromi;
- b) ruhiy noturg'unlik 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-Qo'shing 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. O'smirlardagi davriy psixozlar.

## III. Aralash turlari

### 1. Bolalar serebral falaji (BTSF)

1. Atipik rezidual oligofreniyalar.
2. 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 simptomlar 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 unutish shaklida kuzatiladi.

Tipik astenik holatlarda affektiv buzilishlar yaqqol namoyon bo'ladi: jarohatdan keyingi serebrosteniyadan 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 befoyda 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 moyillik 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 (50mg/kuniga), velaksin (37,5mg/kuniga) qo'llaniladi. Depressiv-distimik holatlarda qo'rquvlarni yo'qotish maqsadida prosul'pin (eglonil 50mg/kuniga) ham tavsiya etiladi. Aniq ifodalanmagan qo'rquvlarda ataraks(12,5-25mg/kuniga) yoki neurolni(0,25mg/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 nootroplar 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.

Terapevtik kompleksida davo badantarbiya mashg'ulotlari va musiqiy ritmikani tashkillashtirish foydali. Hatti-harakatlar buzilishlarda, ayniqsa, tiklarda, sport bilan shug'ullanish ahamiyatli. Psixopatsimon buzilishlarni davolashda mehnatterapiyani qo'llash katta ahamiyatga egadir.

Rezidual-organik asab-ruhiy buzilishlarni davolashda psixoterapiyani qo'llash tavsiya etiladi. Masalan, nevrozsimon buzilishlarda individual va guruhli psixoterapiya tavsiya etiladi.

Barcha turdagi rezidual-organik asab-ruhiy buzilishlarni davolashda terapevtik pedagogika muhim ahamiyatga ega. Bosh miyaning turli sistemalarning patologiyasi bor bolalar sistematik mashg'ulotlar (logopediya, davolash badantarbiya, ritmika va hokazo)ga muxtojdir.

## VIII-BOB. EPILEPSIYA

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.

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

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

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

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

F80.3-Landau-Kleffner sindromi(MKB 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 epilepsiyani oldini olish bolalarda uchraydigan epilepsiya kasalligining oldini olish va profilaktik 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 infektsiyalar va hokozalar ham tutqanoq tutishiga sabab bo'lishi mumkin."

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

Tutqanoq tutishi, 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.

Birinci 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.

#### **Epilepsiya va epileptik sindromlarni xalqaro tasnifi (1989, Nyu-Deli)**

#### **1. Maxsus ixtisoslashgan shakllari (o'choqli, fokal, lokal, partsial)**

Idiopatik (yoshga bog'liq bo'lgan debyutlar);

Simptomatik (tanish etiologiyali va verifitsirlangan morfologik buzilishlar);

Kriptogenli.

#### **2. Epilepsiyani generallashtirgan shakllari**

**2.1.** Idiopatik (yoshga bog'liq bo'lgan debyutlar);

**2.2.** Kriptogen va/yoki simptomatik;

**2.3.** Simptomatik.

**3.** Epilepsiya shakllari, aniq tasnif kerak bo'lmagan xuddi partsial yoki generalashgan.

**4.** Maxsus sindromlar.

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 omadlisidir.

Hamma turli ko'rinishdagi epilepsiya orasida ta'sirchan yirik tutqanoq tutish (grandmal). Oldindan xabar berilish belgilari. Yirik tutqanoq tutishdan 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 tutishdan 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 xarakterlidir, 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 tutishi 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 simptomatik polimorfizm ko'pdir.

Absans tutqanoq hurujining oddiyroq ko'rinishdir. 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 ojiz 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'yidagilar 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 (chaynash, 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, atrofdagi 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 aytilib 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, xotiraning holatni 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. Bolalarda 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 atrofga 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'rqinchli 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 himoyaladilar, 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 rivojlanitiradi.

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 qarasalalar 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 bironta 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 ojizlanish qo'shiladi. U xotira yomonlashganligi, intellektual qobiliyatlilik kamayishda ifodalanadi.

Logik fikrlash qobiiyati kamayadi, fikrlash konkretlanadi. Professional tajriba va qiziqish kamayadi.

Epilepsiya bilan og'rigan 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 gavdasini silkitib turadi.

Alohida ta'kidlash kerakki, epilepsiya bilan kasallangan bolalarning ba'zilarida asabiylashish oshgan, egoizm kuchaygan, atrofda qilarni 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 epilepsiyaning 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. Epilepsiyaning 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 epilepsiyaning dastlabki alomatlarini aniqlashga imkon beradi. Epilepsiyaning 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'rinishdagi 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 ojiz 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 xuruj-qorinda og'riq paydo bo'lishi ba'zida opekular fenomen bilan bog'liq bo'ladi. Bu gohida nevropatiya, glistnoy 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 xurujning 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 infektisiyasi 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 tutish 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'shshishi 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'shshadi.

Isterik behushlikda quyidagi belgilar ahamiyatga ega, atrofda gilarning 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, infeksiya 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, avloddan-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, avloddan-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 % jiyanlar o'rtasida bo'ladi.

Alkogoli avloddan-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 sifilisdan 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.

Zararianish 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.

Patogenezi 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 patogenezi 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.

Kreyndlarning 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 dori-darmonlarni 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 xiralanish holatida, kichik va aralash xurujlarda qo'llaniladi.

Tegretol (Shveytsariya) 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 mehnat miya faoliyatini yaxshilaydi, kasalga qarshi kurashishda yordam beradi.

## ***IX-BOB. SHIZOFRENIYA***

Shizofreniya kasalligi o'sib boruvchi (proгредиyent) 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 mehnat qobiliyatini 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 xaqida 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 kontseptsiyasini maquladi. Bu kontseptsiyasiga 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**

HKT-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. Uzlaksiz shizofreniya**

##### **O'ta progredientli shizofreniya (xavfli)**

paranoid shizofreniya  
katatonik shizofreniya  
gebefrenik shizofreniya  
oddiy shizofreniya

##### **O'rtacha progredientli shizofreniya**

past progredientli shizofreniya  
nevrosimon 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 ochiqqligi** – fikrlarni masofadan eshtilish hisi.

**Begonalik hisi** – fikrlar, harakatlar tashqaridan kelishi va bemorga begonalik hisi.

**Tashqaridan boshqarilish** - fikrlar, sezgilar va xarakterlar qandaydir tashqi ta'sirlarga bog'langanligi va ularga bo'y sinish hisi.

**Vasvasaviy idrok etish** - real sezgilarni yolg'on ta'savvurlar bilan aralashtirib janjallar qilish.

**Eshitish gallyutsinatsiyalari** - boshni ichidan eshitiladigan 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 ochiqqligi.

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'rinishiga *sxizis* (intrapsixik ataksiya) kiradi. *Sxizis* deb ruhiyatni parchalanganligi, dezintegratsiyasi, aralash-quralashligi tushuniladi. Masalan, xotira o'zgarmaydi, lekin fikrlash va nutqni uzuq-yuluq tarzidagi og'ir buzilishi kuzatiladi. Ruhiyatni 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 autizmga kiritish mumkin. Yana bir shizofreniyaga xos qaytmas emotsional o'zgarish *apatiyadir*. Apatiya ba'zan ko'ngil bo'shlik, nozik hissiyotlar bilan qo'shilib kelishi mumkin. *Mayl buzilishlari* shizofreniya bilan og'rigan bemorlar uchun xosdir. Bemorlarda istaklarni pasayishi xato abuliyaga ham kuzatilishi mumkin. Bemor bekordan bekorga yuradi, chekadi, oddiy biologik talablarni qondiradi. Ba'zan istaklar pasaysada kasbiy faollik saqlanib qoladi. Ayrim hollarda apatiya va abuliyaga birlashib ketadi. Apatiko-abulik sindrom paydo bo'ladi. Shizofreniya bilan kasallangan bemorlarda kupincha parabuliyaga, 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 unuman 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: paranoyal, Kandinskiy-Klerambo, parafren. Kamdan kam hollarda gallyutsinoz uchraydi.

Katatonik va gebefrenik buzilishlar faqat shizofreniya uchun xosdir. Maniya va depressiya shizofreniya bilan og'rigan bemorlarda uchrashi mumkin. Maniya atipik ko'rinishda bo'lib bemorlar jahldor, darg'azab, ahmoqnamo bo'ladi. Depressiya endogen karakterda 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 karakterlanadi. Kasallikni progredientlik darajasi juda keng bo'lib xavfli va sust kechishi mumkin psixopatologik simptomatikani kuchayishi va susayishi davrlari 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 karakterlanadi. 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'ayritabiy 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'shilib turishi mumkin. O'ta progredientli shizofreniya bilan og'riqan bemorlarda vasvasa g'oyalari rivojlanishida paranoyyal, 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: paranoyyal, 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.

Paranoyyal 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. Ruhiy avtomatizm va tasirlanish vasvasa g'oyalari paydo bo'ladi, oxir oqibatda Kandinskiy-Klerambo sindromi shakllanadi.

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 shizofaziylar 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 subpsixotik formasi bo'lib nisbatan ijobiy kechadi. Shaxsni defitsitar o'zgarishlari juda sekin boradi va shizofrenik aql pastlikga xech qachon etib bormaydi. Nopsixotik va subpsixotik 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 atvorni 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'oyalari, gallyutsinatsiyalar, ruhiy avtomatizmlar kuzatilishi mumkin. Produktiv simptomlar ustunligiga qarab progredientli shizofreniyani nevrozsimon va psixopatsimon turlari farqlanadi.

Ba'zi bemorlarda shaxsni negativ 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 haftadan 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 funktsional 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'qqisida 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 vaqtni 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 paranoyal, 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 karakterlanadi.

Defekt holatlar esa oligofreniyaga 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 muamolarni, hayot, vaqt, odamlar haqida o'ylay boshlaydi. O'zini quyvon 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 alomatlarini hisoblanadi. Ota-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

atrofdagilar 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 uzoq-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 uzoq-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, vahima, 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, ikkilanchi 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 xolikolitlar 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, rehabilitatsiyaga 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'laganda dofamin retseptorlarini sezuvchanligi oshib ketishi va psixotik simptomlarni qaytalanishim mumkin. Hozirgi paytda bunday ta'sirlardan xoli bo'lgan atipik neyroleptiklar (rospiridon, 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'llanganda 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 blklanishi 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 dozadini 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.

**Qullab-quvvatlovchi davolash va neyroleptiklarni to'xtatish.** O'tkir davrni 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 kuzatuv 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 qilmaydi 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, rehabilitatsiya, psixoterapiya, ruhiy yordam ko'rsatuvchi muasasalarni kechayu kunduz ishlashi bemorlar ahvolini yaxshilanishiga va mustaqil hayot kechirishiga imkon beradi.

**Profilaktika.** Hozirgi kunda shizofreniyani birlamchi 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 defektning shakllanishini sekinlashtirish va to'xtatish) uzoq muddat ambulator farmakoterapiya, psixoterapiya va ijtimoiy – rehabilitatsiya choralaridan iboratdir.

## *X-BOB: MANIAKAL-DEPRESSIV PSIXOZ*

Maniakal-depressiv psixoz (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.

Maniakal-depressiv psixoz (MDP) yorqin ifodalangan turlarni (siklofreniya) hamda yumshoq ifodalangan turlarni (siklotimiya) o'z ichiga oladi.

Maniakal-depressiv psixozning Hozirgi ko'rinishi nemis ruhiyotchi olimi E. Krepelin (1899, 1913 y.) tasvirlagan. Ungacha bo'lgan davrda Gippokrat (Buqrot) fikricha alohida maniya va melankoliya 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. Maniakal-depressiv psixozni 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 — bosqichliligini) va pirovard-natijani (shaxsiyat uchun so'nggida nuqson hosil bo'lmasligini) sinchkovlik bilan solishtirib ko'rdi.

**Etiologiyasi va patogenezi.** Krepelin davridan boshlab maniakal-depressiv psixoz endogen kasalliklarga kiritiladi. Hozirgi davrda maniakal-depressiv psixoz 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. Maniakal-depressiv psixozning 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 maniakal-depressiv psixoz bilan kasallangan oilalarda bolalariga o'tish nisbatlari ham aniqlanmokda. Qarindoshlar O'rtasida qarindoshlik qanchalik yaqin bulsa, kasallikning rivojlanish xavfi shunchalik ko'payadi. MDP paydo bo'lishida, jinsi, gavda tuzilishini, shaxsning kasallikdan oldingi holati bilan aloqasi bo'lsa kerak — ayollar erkaklarga nisbatan ko'proq kasallanadi. MDP kasalligining 60—70% I ayollardir.

MDP 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. MDP ning normostenik yoki psixoastenik xususiyatli odamlarda ham paydo bo'lishi tasvirlantan. Tan olingan fikrlarga binoan, MDP 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.

MDP ning биохимический gipotezolari 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. MDP patogenezi o'rganish Keyingi yillarda osonlashgani psixotrop, xususan antidepressiv doridarmonlarning 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 axminlar tajriba yo'qi bilan tekshirishni va to'g'ridan-to'g'ri isbotni talab qiladi.

#### **Maniakal-depressiv psixozning klinik ko'rinishi va Kechishi.**

MDP Har kanday 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. MDP bilan ayollar erkaklarga qaraganda ko'proq kasallanadi (2 martagacha), ayollarniig ko'proq qismi kasallanishini barcha mualliflar tasdiqlaydilar. MDP ning tarqalishi haqida yagona fikr yo'q. E. Krepelin va uning zamondoshlarining ma'lumoti bo'yicha MDP ko'p uchraydigan kasallik bo'lib, bu ruhiy tashxis kasalliklarning 10—15% iga qo'yiladi va davolanadi. Keyingi 10 yillar davomida MDP tashxisini kamroq qo'ymoqdalar. M. Kinkelin (1954) ma'lumoti bo'yicha MDP Kasallar o'rtacha 50%, R. Koxen (1975) ma'lumoti bo'yicha MDP 3,5% ga to'g'ri keladi. MDP ning turli foizda uchrashi har xil ilmiy xodimlarning bu kasallik chegaralarini o'zicha tushunishi va tashxis qo'yish mahoratiga bog'liqdir.

MDP 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'nlari bo'ladi va hech qanday ma'lum tartibsiz kasalning butun hayotida qaytarilaveradi. MDP ning asosiy yetakchi klinik ko'rinishlaridan depressiv (melanxolik) va maniakal (maniya) sindromlari (bosqichlari)dir.

MDP kasallik ko'rinishlarining bosqichlari farqlansada, ular ko'pgina umumiy tomonlarga ega. Umumiyliги 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'shashadi, 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 tutishida bilinib qoladi. Bemorlikning bu bosqichida ilojsiz 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 nomi yo'q, ko'z pikipirratmaydi. Bemor o'zida Verogutta burmasi — ustki qovoq terisining salqilanib 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 ilojsiz 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 belgilardan 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 deyidilar.

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 melanxolik 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, ilajsiz qolganligi, tushkunligi yumshaydi.

Maniakal-depressiv psixozda 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.

Maniakal bosqichi. Maniakal fazaning asosiy klinik ko'rinishlari simptomlar uchligi bilan ifodalanadi: 1) kayfiyatning ko'tarinqiligi bilan; 2) tafakkurning tezligi bilan; 3) harakat qo'zg'olganligi bilan. Ular turli darajada ifodalangan bo'lishi mumkin.

Shunga binoan maniakal faza yengil gipomaniya, ifodalangan (Tipik sirkulyar maniya) va og'ir (ulug'vorlik vasvasasi) maniyalarga bo'linadi.

Maniakal faza boshlanish davrida o'zini ko'tarinki ruh, yaxshi va optimistik kayfiyatda dadil sezadi. Faoliyat ko'rsatishga ko'tarinki iptilish naydo bo'ladi, kasallar uy ishlarini, ishxonada, ham o'qishda osonlik bilan bajaradilar. Jamoalar to'zishga intiladi, unda xursandchilik qiladi, xazillashadi va askiya qiladi. Ko'tarinki kayfiyatga o'zini

ortiqcha baholash sabab bo'ladi. Ko'p kuch yo'oqtsa-da, charchash nimaligini bilmaydi, kam uxlaydi, ishtahasi chakki bo'lmaydi. Maniyaning keyingi fazasida sof maniakal fazada maniyaning barcha ko'rinishlari yaqqol ifodalangan bo'ladi. Yuqori ko'tarinki kayfiyat quvnoqlik chegarasidan chiqib ketadi. Kasallar doimo o'ta yaxshi kayfiyatda bo'ladi, juda xursand, qattiq kuladilar, yo'l-yo'lakay birdaniga ter to'kib ishlaydilar, o'zlari qoniqqan holda o'qiydilar, o'zlarini baxtiyor his qiladilar. Doimo ko'tarinki holda o'zlarini juda yetuk deb hisoblaydilar, o'zlariga mahliyo bo'lib qoladilar ular o'zlarini iste'dodli deb, chet tillardan bir nechtasini biladigan deb hisoblaydilar, birdaniga uchta institutga kirmoqchi bo'lib тайёргарлик ko'ra boshlaydilar, o'zlarini mashhur artist, qo'shiqchi, shoir deb biladilar, katta ilmiy yoki siyosiy muammolarni yecha oladigandek deb hisoblaydilar. Bu o'ta qimmatbaho g'oyalar ba'zida ulugg'vorlik vasvasasiga aylanadi, mavzuning bir xilligi bilan ajralib turadi va depressiya fazasiga o'xshab bemorlarning hulqini juda ham aniqlaydi. Maniakal sindromning tashqi ko'rinishlari ham yaqqol bo'ladi: tashqaridan jonli, xursand ko'rinadi, arzimagan narsaga qah-qaha otib kuladi, telbalarcha tez yugurib keladilar, ular bilan gaplashishlarini suraydilar, moda ketidan quvadilar, ko'zga tashlaiadigan 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 hardamlik na hatto chalg'itishgacha yetib boradi. Bunday holatlarda gapdan chalg'ish bo'ladi. Shifokorning savollariga to'g'ri javob bera boshlagani holda bemor shu zahotiyoy 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 ishni 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 atrofdagilarni holdan toydiradilar. 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 tutishlari 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 tannozlik 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 ҳолатдан chiqqanlaridan so'ng astenik holat сезадилар.

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.

3. G'azabli maniyalar — jahlining chiqib ketishi, g'azabnoklik bilan agressiv harakatlarga, bo'lar-bo'lmasga tirmoqdan kir qidirishga tushib qoladilar.

Ko'pincha maniakal-depressiv psixozda 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 maniakal-depressiv psixozlarning ko'rinishidir. Xuddi maniakal-depressiv psixozlardagi 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, maniakal-depressiv psixozning ifodalangan bosqichlariga aylanishi mumkin, bu esa kasallikning Maniakal-depressiv psixozga tegishli ekanligini tasdiqlaydi.

Maniakal-depressiv psixozdagi 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, uyquasi buziladi, qon bosimi o'zgaradi, terining tonusi tushadi, amenoreya va libido o'zgarishi ro'y beradi. Intermisyya 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 va natijasi.** Maniakal-depressiv psixozning kechishi turlicha bo'lishi mumkin. Kechish turi kasalik bosqichlari, soni, davomiyligi bilan belgilanadi. MDPning 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. MDP 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.

MDP 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 xae'rida bir yoki ikki kasallik davrini 10—20 yil oraliq bilan kechirishi mumkin. Bir holatda bosqichlar to'g'ri alma-shinadi va bir yilning bir faslida va vaqqida (ko'pincha bahor va ko'zda) kaytalanadi. Shu bilan birga maniakal-depressiv psixoz kechishida shunday davrlar ham bo'ladi, unda yorug' oraliq amaliy jihatdan bo'lmaydi va bosqichlar birining ketidan biri qaytarila beradi.

MDP 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, e'u 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 MDP 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 maniakal-depressiv psixozlarning 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. MDP ga xos bo'lmagan elementlar qo'shilishidai e'ku 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

klirik ko'rinishi rivojlanuncha orada atipik kechadi. Kechishi bo'yicha attik holat og'ir kechayotgan, Bosqichlarning oraliq davrida yerug' kunlar bo'lmaydigan, avalgi mualliflar bo'yicha Surunkali maniylar deb nomlanuvchi uzun fazali kasallik hisoblanadi. Bosqichlar atipiyasi psixopatologik alomat ko'rinishlariga vasvasa g'oyalari, gallyutsinatsiyalar, yopishqoq holatlarning qo'shilishidan bo'lib, MDP 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 хаэлий 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 ertalablari 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 .

**Farq qilish tashxisi** Tipik holatlarda MDP ni aniqlash kasallik holatlari uncha-muncha keskin bo'lsa, qiyinchilik tug'dirmaydi.

Bosqichlarning ko'rinishi variantlari ko'p bo'lishiga qaramasdan maniakl ёки depressiv-affektiv buzilshlar 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 MDP ni bir qator kasalliklardan ajratib olish anchagina qiyinchilik tug'diradi . Bular qatoriga affektiv davriy o'zgarishdar bilan (depressiya yoki Maniakal tuzilmali ) kechadigan shizofniya , involyutsion melanxoliya, Reaktiv depressiya, Ekzogen,infeksion ,intoksikatson 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). MDP ni davriy shizofreniyada chegaralashda shuni nazarda tutmoq kerakki, MDP 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 .MDP 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 MDP 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 MDP 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 depresiyaning 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 MDP ning yuqligini tasdiqlashga asos yaratadi

### Maniakal depressiv psixozning davolash prinsiplari

<b>Maniakal faza</b>	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 (600-1500mg/kun)
<b>Depressiv faza</b>	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. Intermisssiyalarda mehnat qobiliyati saqlanadi, bemorlar o'z ishlarini davom ettiradilar.

**Sud-ruhiyati ekspertizasi.** Bemorlar psixotik bosqichlarda jinoyijazolanuvchi ish ko'rsatadilar, o'zarmaydilar. MDP tashxisi qo'yilganda bemorlar harbiy xizmatni o'tashga yaroqsiz bo'ladi.

## 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, atrofdagi 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, uring ko'zdan vaqti-vaqtida yosh chiqib turibti. Boshi yostiقدan ko'tarilgan holda uzoqroq yotadi.

### Vazifa

1. Sindromal tashhis qo'ying.
2. Qaysi simptomlarga asoslangan qolda tashhis qo'yingiz?

### 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 arziyas 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.

#### Vazifa

1. Gap qaysi sindrom qaqida bormoqda?
2. Mazkur qolat prognozi qanday?

#### 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 tutishi 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 kuzatiladi?

Bu misolda gallyuciyanaciyaning qanday turi kuzatiladi?

Gallyucinaciyalarning imperativ harakterda ekanligini qaysi belgilar ifodalaydi?

#### Masala № 4

Bemor L., 35 yosh. Vrach bilan suqbat choqida shunday deydi: «Men doimo qo'rquv holatidaman o'z hayotimdan havotirdaman. Bir tomondan men aniq bilamanki, menga hech narsa bo'lmaydi, lekin bir vaktida o'ylaymanki mening qar qanday harakatim soqliqimga qarshi ta'sir ko'rsatishi mumkin. Ko'chadan ketayotganimda behosdan yo'l chetidagi narsalarni, uy, mashinalarni sanay boshlayman. Agar hammasini to'qri sanasam erkin qis qilib tinchlanaman. Agar sanashda yanglishsam qo'rquv boshlanadi va meni biror bahtsiz voqea kutmoqda deb qisoblayman. Biror ishni bajarib ko'rgandan keyin shu ishni to'qri qildimmi - yo'qmi degan gumon paydo bo'ladi. Men doim ikkilangan holatda yuraman, qech ish qila olmayman, o'z soqliqimdan qo'rquvda yuraman».

1. Sindromologik diaqnoz qo'yish.
2. qaysi simptomlarga asosan diaqnoz qo'yildi?

#### Masala № 5

Bemor P.,33 yoshda,bemor hirurgik bo'limda bosh miya jaroqati bilan davolanayotganda,hotiradagi o'tkir buzilish tufayli psihatrik shifohonaga o'tkazildi,bajonidil ismini ,famiyiasini ,kasbini,bolalarini ismini aytyapti shu vaqtning o'zida qaeda ekanligini ,bugungi sanani,nima eganini bilmaydi.O'zini davolovchi shifokorini ismini bilmaydi (qar kuni shu qaqa so'ralsa qam ) krovati qaeda turishini qam eslay olmaydi.Kecha nima bilan shuqullandingiz degan savolga, "zudlik bilan bitta proektni ko'rib chiqishga to'qri keldi" deyapti.Keyingi safar "kun bo'yi motociklni tuzatdim,nimagadir u yana ishlamay qoldi".

1. Sindromal diaqnoz qo'ying.

2. Qo'yilgan diagnozni tasdiqlash uchun qanday qo'shimcha tekshirish usullari o'tkazish kerak?

### Masala № 6

Bemor M., 29 yoshda. Muloqatga qiyin kirishyapti. O'zini ism, familiyasini aytdi.

Suqbatda bezovta, qo'rquv bilan atrofqa 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 eshityaptgani uchun jaqli chiqyapti. Shifokor o'rniga 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'lyyapti. 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'yildi?

### 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. Aniq ranglarni ajratadi, shakllarni farklay olmaydi. Hamma bilan chikisha olmaydi, sabzavot va mevalarni farkiga bormaydi. Umumiy bilimi yoshiga mos emas. Fikrlash Aniq shaklda. Inttelekt va hotira pasaygan, hulki yomon tomonga uzgargan. Utkir ruhiy uzgarishlar bilan.

Klinik diagnoz quying. Nazologik, sindromalogik tavsiflang.

Aniq tashhis kuyish uchun qanday kushimcha kuriklar utkazilishi lozim?

Sizning taklifingizq

### 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, yakin 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 defikaciya va siydik ajralishi, ogzidan sulak ajralishi kuzatilgan. Tutkanok huruji 1,5 dakika davom

etib undan sung 2 soat uykuda yotgan. Uykudan sung holsizlik, bosh ogrishiga shikoyat qilgan. 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 qilgan. Somatik holati hech Qanday uzgarishsiz. Nevrologik holati ham hech 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 saklangan. 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

### 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 nuqtaga 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, noaniq

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 otildirdi, men baland toglarga chikdim, atrofimda hitoy uylarini eslatuvchi uylar, odamlar esa hitoy tilida gaplashardilar». U urmondan ketib borardi. Birdan kuz ungida odam kallasining 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 kuringanligidan, hammasini aytib berishni iloji yuq.

Savol:

1. Qanday sindrom haqida so'z borayapti?
2. Shizofreniyaning qaysi turiga xos?
3. Kasallik oqibati haqidagi fikringiz

### Masala № 10

Anamnezidan: bemor otasi kup mikdorda alkogol istemol kilardi. Tugrik erta suv ketishi va stimulyaciya bilan ogir kechgan. Uch yoshgacha kizalok koklyush, dizenteriya utkazgan. Kup marta shamollash kasalliklari bilan kasalangan. Injlik, kaysar bulib usgan. Bola 5 yoshu 8 oylik bulganda kechasi turib gapira boshlagan, kuz korachiklari ma'nosiz bulib, karatilgan nuqtaga 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, gazabl原因, 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 soxasidagi chap tomon akcenti aniq generalashgan pik-to'lqinlari kompleksi.

Klinik tashhis qo'yish

Qanday klinik va laborator instrumental tekshiruvlarga asoslanib tashxis quyasisiz?

Tekshirish va davolash rejasini tuzing

## TESTLAR

*Bitta to'g'ri javobni ko'rsating*

**1. Shikoyatlarni burtirib aytish kanday nomlanadi**

- a) aggravatsiya
- b) anozognoziya
- v) abstinentsiya
- g) amneziya
- d) tugri javob yuk

**2. «Piromaniya» nimani anglatadi**

- a) yongin kuyishga moillik
- b) ugrilikka moillik
- v) ichkilikka moillik
- g) tugri javob yuk.
- d) hamma javob tugri

**3. Kanday holatga turgun bulmagan, engil utuvchan diqqat karakterli**

- A) maniakal
- B) depressiv
- V) vasvasa
- G) astenik
- D) tugri javob yuk

**4. Depressiv bemorda nimadan havfsirashimiz lozim**

- a) autoagressiv harakatlaridan
- b) kleptomak harakatlaridan
- v) geteroagressiv harakatlaridan
- g) dromomanik harakatlaridan
- d) tugri javob yuk



**5. Depersonalizatsiyadagi asosiy kechinmalar**

- A) shahsdagi «men» iborasining uzgarishi
- B) munosabat goyalari
- V) kayguli affekt
- G) «tana shemasini» buzilishi
- D) tugri javob yuk

**6. Hotira buzilishini kriteriyalarini kursating**

- A) Real hayotdan uzoklashish
- B) dizorientirovka
- V) fikrlashni buzilishi
- G) hamma javob tugri
- D) tugri javob yuk

**7. Vasvasa kaysi tur buzilishiga kiritiladi**

- A) taffakur buzilishi
- B) idrok buzilishi
- V) hotira buzilishi
- G) ong buzilishi
- D) tugri javob yuk

**8. Sezgini yukligi kanday ataladi**

- A) anesteziya
- B) giposteziya
- V) senestopatiya
- G) gipersteziya
- D) tugri javob yuk

**9. Ob'ekt ulchamini tassavurda kattalashishi nima deb ataladi**

- A) makropsiya
- B) disforiya
- V) fotopsiya
- G) gipersteziya
- D) tugri javob yuk

**10. Patologik gamgin-jahildorlik affekti kanday aytaladi**

- a) disforiya
- b) maniya
- v) depressiya
- g) fobiya
- d) tugri javob yuk

**11. Noanik muhokama kilishga moillik kanday aytaladi**

- A) mahmadonalik
- B) «fikir sakrashi»
- V) ambivalentlik
- G) vasvasa
- D) tugri javob yuk

**12. Bemordagi yokimsiz, nohush sezgilar kanday nomlanadi**

- A) senestopatiya
- B) giposteziya
- V) gipersteziya
- G) anesteziya
- D) tugri javob yuk

**13. Usmirlarga kanday vasvasa goyalar hos**

- A) dismorfobik
- B) boshka shaklga utish
- V) rashk
- G) patologik fantaziyalar
- D) tugri javob yuk

**14. Bolalarga kanday vasvasa goyalar hos**

- A) «ota-onasidan begonasirash»
- B) kuzatish
- V) dismorfobik
- G) ahamiyatli
- D) tugri javob yuk

**15. Usmirlarga kaday vasvasa goyalar hos**

- A) dismorfobik
- B) boshka shaklga utish
- V) ahamiyatli
- G) fizik ta'sir kursatish
- D) tugri javob yuk

**16. Protopopov triadasiga kaysi simptomlar kiradi**

- A) midriaz, tahikardiya, spastik kolit
- B) tahikardiya, arterial bosimni ortishi
- V) disbakterioz, bradikardiya
- G) tugri javob yuk
- D) teri koplamlari kurkligi, arterial bosimni pasayishi

**17. Deliriy holatida muljal olishning kaysi turi saklangan buladi**

- A) uziga nisbatan muljal
- B) joydagi
- V) urab turuvchilarga nisbatan muljal
- G) sodir bulayotgan vokealarga
- D) vaktdagi muljal

**18. Uykuda gapirish kaysi guruh buzilishlariga kiritiladi**

- A) psihomotor
- B) vasvasa
- V) iroda
- G) gallyucinator
- D) affektiv

**19. Kaysi simptom Korsakovskiy sindrom tarkibiga kirmaydi**

- A) psevdogallyucinatsiya
- B) fiksatsion amneziya
- V) konfabulyatsiya
- G) retro-anterograd amneziya

D) tugri javob yuk

**20. Chin va sohta gallyucinatsiyalarni takkoshlash mezonlari**

- A) obrazlar proektsiyasi
- B) obrazlar tarkibi
- V) tankid darajasi
- G) adekvat kuzgatuvchini borligi
- D) tugri javob yuk

**21. Vasvasa va shilkin fikrlarni takkoshlashni asosiy mezonlari:**

- a) tankidiy darajasi
- b) turgunligi
- v) affektivligi
- g) fikr tarkibi
- d) tugri javob yuk

**22. Stuporni asosiy simptomi:**

- A) mutizm
- B) disforiya
- V) depressiya
- g) tugri javob yuk
- d) hamma javob tugri

**23. Deliriydagi gallyucinator kechinmalar hususiyati:**

- a) kurkinchilik tisdagi chin gallyucinatsiyalarning kuyilib kelishi
- b) uykusimon
- v) psevdogallyucinator harakterda bulishi
- g) kosmika bilan boglik harakterda
- d) tugri javob yuk

**24. Ilyuziyani farqlash belgisi:**

- a) real ob'ektni borligi
- b) fantastikligi
- v) tusatdan yuzaga kelishi

- g) tankidni yukligi
- d) yorkinligi

**25. Pseudogallyucinaciyalarni farkli belgilari**

- a) obrozni intraproekciyasi.
- b) obrazni ekstraproekciyasi.
- v) kurkinchilik hodisalarning borligi.
- g) buyruk ohangidagi gallyucinaciyalar.
- d) tugri javob yuk.

**26. Disforik bemorni uzini tutishi:**

- a) hamma narsaga agressiv yondashuv
- b) mulokatguylik
- v) produktiv faoliyat
- g) tugri javob yuk
- d) hamma javoblar tugri

**27. Kursatilgan kaysi holatlarda stupor rivojlanishi mumkin**

- A) depressiya
- b) deliriy
- v) demenciya
- g) debillik
- d) tugri javob yuk.

**28. Kuyidagi kursatilgan holatlarning kaysi biriga Kotar simptomi hos**

- A) maniakal
- B) delirioz
- V) komatoz
- G) soporoz
- D) narkotik

**29. Ruhiy kasalliklar shifohonasiga gospitalizaciya kilishga karshi kursatma:**

- a) ogir somatik kasalliklar
- b) ruhiy rivojlanishni chukur ortda kolishi
- v) nuksonli holat
- g) hamma javob tugri
- d) tugri javob yuk

**30. «Epik eshik» tartibi kaysi bemorlarga kullaniladi:**

- a) tugri javob yuk.
- b) psihopatiya
- v) oligofreniya
- g) remissii davridagi
- d) nevroz

**Bir yoki bir nechta to'qri javobni ko'rsating.**

**31. Chin gallyucinaciyalar uchun harakterli:**

- 1) Real ob'ektni noto'qri idrok etish
- 2) Real mavjud ob'ektsiz hosil bo'lishi
- 3) Tasavvurlarni ekstraproekciyasi
- 4) Ong buzilishi
- 5) Yuqoridagilarni hammasi

**32. Abuliyada bo'lmaydi:**

- 1) Mumsimon egiluvchanlik
- 2) Hohish, hafsalani yo'qolishi
- 3) To'liq befarqlik
- 4) Atrof-muhit bilan mulokatni yukolishi
- 5) Gapirishdan bosh tortish (mutizm)

**33. Ong hiralashuvida bo'lmaydi:**

- 1) Real borliqni ichki va tashqi bo'liqlarida to'qri aks etishi
- 2) Atrofdagi bo'layotgan voqealarni qiyin qabul qilish yoki umuman qabul qilmaslik
- 3) O'z-o'zini, vaqtni, atrofdagilarni anglashni buzilishi
- 4) Idrok etishni bo'liqsizligi, idrok etish qobiliyati qisman yoki umuman bo'lmasligi, ong hiralashishi vaqtida to'liq yoki qisman amneziya
- 5) Uyushtirilganlik hissiyoti

**34. Chin taktil gallyucinaciyalarda bo'ladi**

- a) Tana bo'ylab hasharotlar yurayotganligi hissi
- b) Tana yuzasida yot predmetlar paydo bo'lishi hissiyoti
- v) Teri ostida yot moddalar paydo bo'lishi hissiyoti
- g) To'qri jalob a) va v)
- d) To'qri javob yo'q

**35. Parafren sindrom quyidagilar bilan namoyon bo'ladi**

- a) ulug'lik, ta'kib kilish, ta'sir kilish, ruhiy avtomatizm holatlarining birga kechishi
- b) fikrlarning borlikka tugri kelishi
- v) bemor uchun tugriligi va ishontirib bulmasligi
- g) vasvasa fikrni yangi faktlar bilan kengayishi
- d) tugri a) i v)

**36. Depersonalizaciya 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

**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. Gallyucinator-paranoid sindromga hos:**

- 1) Ta'qib etish va ta'sir etish vasvasasi birga kelishi
- 2) Ruhiiy avtomatizm va psevdogallyucinaciyalar
- 3) Mazmuni bo'yicha turli bo'lgan ta'qib etish vasvasasi
- 4) To'qri javob a) va v)
- 5) To'qri javob yo'q

**39. Gallyucinator-paranoid sindromga hos:**

1. Ta'qib etish va ta'sir etish vasvasasi birga kelishi
2. Ruhiiy avtomatizm va psevdogallyucinaciyalar
3. Mazmuni bo'yicha turli bo'lgan ta'qib etish vasvasasi
4. To'qri javob a) va v)
5. To'qri javob yo'q

**40. Hissiyotli (obrazli) vasvasa sindromida bo'lmaydi:**

- 1) Vasvasani ko'rgazmali-siyimli 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'lmasligi
- 5) Notugri fikrlarni dallilar bilan tasdiklash

**41. Gipnagogik gallyucinaciyalar paydo bo'ladi:**

- 1) Uyqonish vaqtida, o'z-o'zidan
- 2) Ko'zlar yumilganida
- 3) Qoronqu ko'ruv maydonida

4) Yuqoridagilarni hammasida

5) To'qri javob yo'q

**42. 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

**43. Chin taktil gallyucinatsiyalarda 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'qri javob a) va v)

5) To'qri 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'zgarmay turishi

5) Mutizm, negativizm

**45. Funktsional gallyucinatsiyalar 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)

5) To'qri javob yo'q

**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

**47. Chin gallyucinatsiyalar uchun harakterli:**

1. Real ob'ektni noto'qri idrok etish

2. Real mavjud ob'ektsiz hosil bo'lishi

3. Tasavvurlarni ekstraproektsiyasi

4. Ong buzilishi

5. Yuqoridagilarni hammasi

**48. Hissiyotli (obrazli) vasvasa sindromida bo'lmaydi:**

1. Vasvasani ko'rgazmali-siyimli 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'lmaligi

5. Notugri fikrlarni dallilar bilan tasdiklash

**49. Gallyucinator-paranoid sindromga hos:**

1. Ta'qib etish va ta'sir etish vasvasasi birga kelishi

2. Ruhiy avtomatizm va psevdogallyucinatsiyalar

3. Mazmuni bo'yicha turli bo'lgan ta'qib etish vasvasasi

4. To'qri javob a) va v)

5. To'qri javob yo'q

**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

### 51. Mutanosiblikni toping

*Tushuncha*

A. fikrlashning boqliqsizligi

B. fikrlashning batafsilligi

*Belgilar*

1. asociativ boqlarni hosil qilish qobiliyatini yo'qolishi
2. eski asociaciyalarni ustunligi tufayli yangilarini hosil bo'lishining sekinlashishi
3. munosabat va boqliqliklarda voqelikni aks ettirish qobiliyatini yo'qolishi
4. asosiyning ikkilamchidan ajrata bilish qobiliyatini yo'qolishi
5. umumlashtirish, analiz va sintez qilish qobiliyatini yo'qolishi

### 52. Mutanosiblikni aniqlang

tushuncha

A. karamlik

B. Sopor

belgilar

1. ruhiy reaksiyalarni sekinlashishi
2. muloqot bo'lmasligi
3. tormozlanish, uyquchanlik
4. faqatgina kuchli ta'sirlarga javob reaksiyalari saqlanishi
5. etarlicha bo'lmagan orientirovka
6. muloqotga javob reaksiyasi bo'lmasligi

### 53. Mutanosiblikni aniqlang

*Tushuncha*

A. fikrlash jarayonlarining tezlashishi

B. fikrlash jarayonlarining sekinlashishi

*Belgilar*

1. ma'lum bir vaqt oraliqida hosil bo'ladigan asociaciya miqdorini ko'payishi

2. fikrlarning yuzaki xarakteri

3. abstrakt qoyalar ustidan siymoli tushunchalarni ustun bo'lishi

4. asociaciya miqdorini kamayishi

5. tasavvur va fikrlarning bir hilligi

6. asosiy fikrni ikkilamchidan ajrata olish qiyinligi

### 54. Mutanosiblikni toping

*Buzilish*

1. idrok buzilishi

2. tafakkur buzilishi

3. hotira buzilishi

*Belgilar*

a) vasvasa

b) illyuziya

v) o'ta-qimmatli qoyalar

g) kriptomneziya

d) amneziya

e) gallyucinaciya

### 55. Mutanosiblikni toping

*Tushuncha*

1. giperamneziya

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

**56. Mutanosiblikni toping**

*Holat*

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

**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. Perseveraciya

**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 lokalizaciyasi o'zgaruvchan

4. lokalizaciyasi sezgi innervaciyasi zonalariga mos keladi

**60. Mutanosiblikni toping**

*Tushuncha*

1. Verbigeraciya

2. Ehopraksiya

*Tavsif*

a. atrofdagilarni harakatini, imo-ishoralarini 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. Oligofreniya. Asosiy klinik mezonlari. Darajalari
2. Oligofreniya va ikkilamchi psixologik orqada qolishni taqqoslash
3. Aqliy orqada qolganlarni reabilitatsiya prinsiplari
4. Shaxs aksentuatsiyasi
5. Psihopatiya. Asosiy klinik mezonlari. Klinik tavsif
6. Psihopatyalarni 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. Alkogolizm 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. Toksomanini klinik ko'rinishlari, ularning klinik belgilari
25. Kichik yoshdagilarda toksomanini vujudga kelishi va kechishining o'ziga hos xususiyatlari
26. Toksomaniya va narkomaniyada shaxsiy o'zgarishlari
27. Abstinentsiya sindromi (klinika, rivojlanish sharti,)
28. Toksomaniya va narkomaniyani reabilitatsiya prinsiplari
29. Intoksikatsiyali psixozlar
30. O'tkir ekzogen -organik psixozlarda umumiy qonuniy kechishi, yo'llari
31. Psihomatik buzilish
32. Neyrorevmatizm psixik buzilishlar

33. Somatik ekzogen - psixozlarda 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 terapevtik prinsiplar
43. Rekkurent shizofreniya
44. Bollarda shizofreniyaning klinikasi va kechishining o'ziga hos hususiyatlari
45. Maniakal-depressiv psixoz 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 psixonevrologik yordam
53. Kasalxonada 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 LUGATI

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 mayl; 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 inektiv 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 engib bo‘lmaydigan talab, atrofdagilar 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 genitaliyni partner tomonidan lablar yoki til bilan qitiqlash natijasida erishiladi.

16. **Pigmalionizm** – jinsiy maylning haykalga yoki tananing tasviriga yo‘naltirilgani, shaxvoniy asabiylashish maqsadida ularni kuzatish.

17. **Psixologik disporeuniya** – 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 maqsadsiz 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 prozektik xarakati.

20. **Exopraksiya** – ihtiyorsiz, ba‘zida atrofdagilarning harakatlarni, ta‘sirlarni ko‘p marotaba takrorlashi.

21. **Sadizm** – jinsiy partnerga jismoniy og‘riq keltirishga intilish, seksual qo‘zg‘alish maqsadidagi ahloqiy azob.

22. **Fetishizm** – jinsiy maylning tananing alohida qismiga yoki tualet predmetlariga yo‘naltirilganligi.

## ADABIYOTLAR

### Asosiy:

1. Olimov X.O., U.X.Olimov Psixiatriya klinikasining mukaddimasi Toshkent, 1997.
2. Xodjaeva N.I., Shayusupova A.U. Psixiatriya.- Tashkent, 1995.
3. Jarikov N.M. i dr. Psixiatriya.- M., 1989.
4. Korkina M.B., Tsivilko M.A., Marilov V.V., Kareeva M.A. Praktikum po psixiatrii. Moskva, 1986

### Qo'shimcha:

5. Detskaya psixiatriya. Pod red.Eydemillera E.G., Piter, 2005
6. Doklad VOZ po lekarstvennoy zavisimosti, Jeneva,2007.
7. Kovalev V.V. Psixiatriya detskogo vozrasta.- M., 1995.
8. Psixiatriya. Pod red.Sheydera R. Moskva, 1998.
9. Klinicheskaya psixiatriya. Pod red. Dmitrievoy T.B. Moskva, 1998.
10. Sovremennaya klinicheskaya psixiatriya. Popov Yu.V., Vid V.D. S-Peterburg, 2002.
11. Alimov U.X., Xarabara G.I., Abdulkasimov F.B. Klinicheskoe rukovodstvo: modeli diagnostiki i lecheniya psixicheskix i povedencheskix rasstroystv. Tashkent, 2003.
12. Kamenetskiy D.A. Nevrozologiya i psixoterapiya. Moskva,2001.
13. Lichko A.E. Podrostkovaya psixiatriya.- L., 1985.
14. Politika i plani v oblasti oxrani psixicheskogo zdorovya detey i podrostkov, VOZ, Jeneva, 2006.
15. Programma YuNISEF «Zdorove i razvitie molodeji». Obrazovatelnie programmi po oxrane zdorovya i profilaktike riskovannix form povedeniya, 2000.
16. Psixiatriyadan ma'lumotnoma. Pod red.Murtalibova Sh.A.- Tashkent, 1993.
17. Psixicheskoe zdorove v chrezvichaynix situatsiyax. VOZ, Jeneva, 2005

18. Pod red. Snejnevsogo A.V. Rukovodstvo po psixiatrii v 2-x tomax, M., 1983.

19. Rukovodstvo po psixiatrii v 2 tomax. Pod red. akad.RAMN Tiganova A.S.Moskva,2007

20. Rustanovich A.V., Shamrey V.K. Klinicheskaya psixiatriya (v sxemax, tablitsax i risunkax). Sankt-Peterburg, 2003.

21. Sartorius N. Ponimanie MKB-10. Klassifikatsiya psixicheskix rasstroystv. Kiev, 1997.

22. Spravochnoe posobie «Predotvrashchenie samoubiystv», VOZ, Jeneva, 2006.

23. Standarti diagnostiki i lecheniya psixicheskix zabolevaniy. Prikaz MZ RU №583 ot 04.12.05g.

24. Standarti diagnostiki i lecheniya narkologicheskix zabolevaniy. Prikaz MZ RU №433 ot 12.10.06g.

25. Xalilov M.X., Toshmatov B.A., Abdusattorov M.M. Psixiatriyada eng kup uchraydigan tibbiy atamalar va ayrim ruscha iboralarning kiskacha izoxli lugati. Samarkand, 2002.

26. Gext A.B. Mejdunarodniy kongress po epilepsii. Jurnal nevrologii i psixiatrii im. S. S. Korsakova, t.100. 3, 2000, str.6-11.

27. Buxanovskiy A.O., Kutyavin Yu.A., Tivak M.E. Obshaya psixopatologiya. Rostov n/D.: Feniks, 1998.

## MUNDARIJA

1. Kirish.....	4
2. Bob I. Oligofreniaylar.....	5
3. Bob II. Psixopatiaylar.....	23
4. Bob III. Nevrozlar. Reaktiv psixozlar.....	33
5. Bob IV. Alkogolizm. Alkogol psixozlar.....	48
6. Bob V. Giyohvandilik. Toksikomaniyalar.....	56
7. Bob VI. Ekzogen ta'sirlar natijasida kuzatiladigan ruhiy buzilishlar.....	69
8. Bob VII. Rezidual organik-asab-ruhiy buzilishlar.....	88
9. Bob VIII. Epilepsiya.....	96
10. Bob IX. Shizofreniya.....	116
11. Bob X. Maniakal-depressiv psixoz.....	135
12. Vaziyatli masalalar.....	150
13. Testlar.....	158
14. Nazorat savollari.....	173
15. Terminlar lug'ati.....	175
16. Adabiyotlar.....	177

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

ABDULLAEVA V.K., SHARIPOVA F. K.,  
BABARAXIMOVA S. B., ISKANDAROVA J. M.

## XUSUSIY PSIXIATRIYA

O'zbekiston Respublikasi Oliy va O'rta Maxsus Ta'lim Vazirligi  
tomonidan o'quv qo'llanma sifatida tavsiya etilgan

КБК: 82.11(5 У36) 4.

A-35.

УДК: 616.89(075)

Бичими 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Ризограф босма усули. Times гарнитураси.

Шартли босма табоги: 11,25. Адади 300. Буюртма № 30.

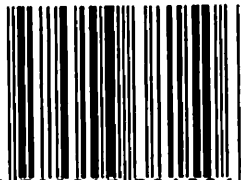
Баҳоси келишилган нарҳда.

«ЎзР Фанлар Академияси Асосий кутубхонаси» босмахонасида chop этилган.

Босмахона манзили: 100170, Тошкент ш., Зиелилар кўчаси, 13-уй.

© «Navro'z» нашриёти.

ISBN 978-9943-381-50-6



9 789943 381506