

VELILYAYEVA A.S, XAYATOV R.B, ALKAROV R.B.

PSIXIATRIYA VA NARKOLOGIYA

umumiy psixopatologiya



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS
TA'LIM VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

Velilyayeva A.S, Xayatov R.B, Alkarov R.B.



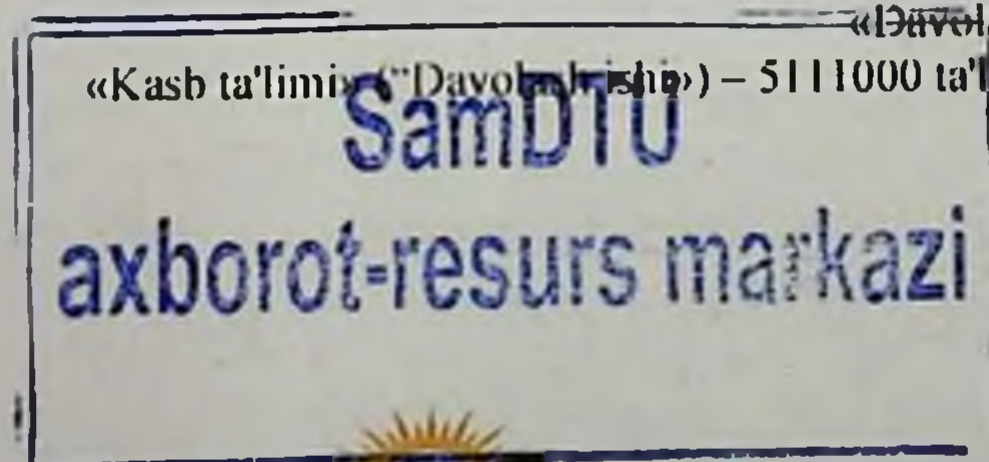
PSIXIATRIYA VA NARKOLOGIYA
(umumiy psixopatologiya)

O'quv qo'llanma

Bilim sohasi – «Ijtimoiy ta'minot va sog'liqni saqlash» - 500000
Ta'lim sohasi – «Sog'liqni saqlash» - 510000

«Davolash ishi» – 5510100

«Kasb ta'limi» ("Davolash ishi") – 5111000 ta'lim yo'nalishi uchun



2024

UO'K 616.89 (075.8)

KBK 56.14ya73

V 40

Velilyayeva A.S., Xayatov R.B., Alkarov R.B.

Psixiatriya va narkologiya. Umumiy psixopatologiya [Matn] : o'quv qollanma /
A.S. Velilyayeva, R.B. Xayatov, R.B. Alkarov. – Samarqand: Samarqand, 2024. – 148 b.

Tuzuvchilar:

- Velilyayeva A.S.** - SamDTU psixiatriya, tibbiy psixologiya va narkologiya kafedrası mudiri
- Xayatov R.B.** - SamDTU psixiatriya, tibbiy psixologiya va narkologiya kafedrası assistenti
- Alkarov R.B.** - SamDTU psixiatriya, tibbiy psixologiya va narkologiya kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

- Abdullaeva V.K.** - ToshPMI psixiatiya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- Ochilov U.U.** - SamDTU DKTF psixiatriya kursi mudiri PhD, dotsent.

Zamonaviy tibbiyotning ulkan yutuqlariga qaramasdan psixiatriyadagi patologiyalar hamon jiddiy tibbiy-ijtimoiy muammo bo'lib qolmoqda. Ular surunkali ruhiy kasallik bo'lib, insonning ruhiy salomatligini zararlaydi. Yer yuzida yuz herayotgan tabiiy ofatlar, ekologik fojialar, qashshoqlik, ijtimoiy o'zgarishlar ruhiy kasalliklarning ko'payib ketishiga olib kelmoqda. Dunyodagi barcha mamlakatlar qatori, O'zbekistonda ham aholi o'rtasida ruhiy kasalliklar bilan kasallanishning ko'payishi, kasallikning tez rivojlanadigan va og'ir turlari qayd etilmoqda.

O'quv qo'llanma tibbiyot oliygohlarida tahsil olayotgan davolash va kash ta'limi fakultetlari talahalari hamda psixiatriya yo'nalishi bo'yicha tahsil olayotgan klinik ordinatorlar va magistr'larga foydalanish uchun tavsiya etiladi. O'quv qo'llanma SamDTU ilmiy kengashi tomonidan 27 dekabr 2023 yil 5-son yig'ilishida ko'rib chiqildi.

ISBN 978-9910-771-53-8

© Velilyayeva A.S., Xayatov R.B., Alkarov R.B. 2024 y
© Samarqand 2024 y

MUNDARIJA

SO'Z BOSHI	5
KIRISH	6
I – BOB. PSIXIATRIYA VA NARKOLOGIYA PREDMETI VA VAZIFALARI. PSIXIATRIK YORDAM HAQIDAGI QONUN VA UNI AMALGA OSHIRISH.	7
1.1. Psixiatriyaning asosiy bo'limlari.....	10
1.2. Klinik tashxis.....	14
1.3. Salomatlikning aksi	18
II – bob. SEZGI, IDROK. SEZGI VA IDROKNING BUZILISHI.	24
2.1. Illyuziyalar	26
2.2. Gallyutsinatsiyalar	27
2.3. Psixosensor buzilishlari	34
III – bob. FIKRLASH. FIKRLASH PATOLOGIYASI.	41
3.1. Aqliy operatsiyalarning asosiy turlari	42
3.2. Fikrlash tadqiqotlari	43
3.3 Fikrlash patologiyasi	45
3.4. Assotsiativ jarayonning buzilishi	49
IV – BOB. XOTIRA, DIQQAT, INTELLEKT. XOTIRA, DIQQAT, INTELLEKT PATOLOGIYASI.	56
4.1. Xotira buzilishi	61
4.2. Diqqat. Diqqatning buzilishi.	63
4.3. Intellektning buzilishlari.....	66
V – BOB. HISSIYOT. IRODA. MAYL. HISSIY- IRODAVIY VA MOTOR SOHASINING BUZILISHI	74
5.1. Hissiyot buzilishlari.....	76
5.2. Hissiy buzilish sindromlari.....	79
5.3. Irodaviy buzilishlar.....	86

VI – BOB. HAKARAT. HAKARAT BUZILISHLARI.....	94
6.1. Hakarat buzilishi sindromlari	94
6.2. Psixomotor buzilishlar	94
6.3. Nutq buzilishi.....	98
VII – BOB. ONG. ONG PATOLOGIIYASI.	101
7.1. Ong buzilish mezonlari	102
7.2. Ongni yo`qolish sindromlari.....	105
7.3. Ongni xiralashtirish sindromlari (Jadval 1).....	106
O`ZBEKISTON RESPUBLIKASINING QONUNI PSIXIATRIYA YORDAMI TO`G`RISIDA.....	117
ADABIYOTLAR	146

SO'Z BOSHI

O'quv qo'llanma SamDTU psixiatriya, tibbiy psixologiya va narkologiya kafedrası xodimlari A. S. Velilyayeva, R. B. Hayatov va R. B. Alkarov tomonidan tayyorlangan. O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan tasdiqlangan oliy ta'lim standartlari talablariga muvofiq qilib o'quv qo'llanma tayyorlangan. Qo'llanma tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalarini o'qitish dasturi uchun zarur ma'lumotlarni o'z ichiga oladi. Qo'llanmada umumiy psixopatologiyaning eng muhim bo'limlari yoritilgan, xususan, psixiatriyaning rivojlanish tarixi, O'zbekistonda aholiga psixiatriya yordamini tashkil etish, semiotika, patopsixologik alomatlar va ruhiy kasalliklar sindromlari, psixiatriyada klinik tadqiqotlar, psixiatriyada diagnostika va deontologiya masalalari batafsil ko'rsatib o'tilgan. Har bir bobda klinik misollar, nazorat savollari va tavsiya etilgan adabiyotlar ro'yxati keltirilgan. Darslik tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalarini uchun mo'ljallangan, bakalavrlarni tayyorlash yo'nalishlari bo'yicha: 5510100 davolash ishi va 5111000 kasb ta'limi (5111000 Davolash ishi).

KIRISH

Hozirgi kunga qadar bir necha asrlar davomida psixiatriya fan yoki san'atmi degan munozaralar davom etmoqda. Birinchi nuqtai nazar foydasiga ruhiy kasalliklar uchun biologik terapiya (xususan, psixofarmakologiya), ruhiy kasalliklar epidemiologiyasi va genetikasi, shuningdek miyaning funksional morfologiyasiga erishish mumkin. Ikkinchi nuqtai nazami qo'llab-quvvatlash terapiya ta'siri va diagnostika sifatining shifokoming shaxsiyatiga bog'liqligi bilan tasdiqlanadi, bu ayniqsa bemorga psixoterapevtik ta'sir ko'rsatishda seziladi. Psixiatriyada qo'llaniladigan yagona umumiy nazariya evolyutsiyadir. U genetika, biokimyo, psixoanaliz va psixologiya, ekologiya va epidemiologiya ma'lumotlarini, shuningdek klinik ma'lumotlarni birlashtiradi. Ushbu nazariyaga ko'ra, asosiy ruhiy kasalliklar evolyutsiyada paydo bo'lgan moslashuv shakllari bo'lib, ma'lum bir genetik asosga ega bo'ladi, ushbu shakllarning chastotasi patologiyaning tashuvchisi bo'lgan shaxslarning tanlangan afzalliklari bilan qo'llab — quvvatlanadi. Psixozlarning asosini tashkil etuvchi asosiy adaptiv reaksiyalar shizofreniyaning biologik asosi bo'lib xizmat qiluvchi qattiqlashuv-parvoz reaksiyasi, paroksizmal reaksiya epilepsiya bazasi va affektiv buzilishlar biologiyasining asosini tashkil etuvchi hissiy reaksiyalardir. Barcha odamlar bu reaksiyalarga moyil, ammo reaksiyalar chegarasi hamma uchun farq qiladi. Katta psixozlar (shizofreniya, epilepsiya va affektiv kasalliklar) o'z kombinatsiyalarida psixozlarning barcha xilma-xilligini yaratadi, xuddi ularning kombinatsiyalarida ular bilan bog'liq bo'lgan shaxsiy xususiyatlar shaxsiy turlarning barcha xilma-xilligini yaratadi.

I – BOB. PSIXIATRIYA VA NARKOLOGIYA PREDMETI VA VAZIFALARI. PSIXIATRIK YORDAM HAQIDAGI QONUN VA UNI AMALGA OSHIRISH.

Psixiatriya – (grekcha soʻzdan olingan boʻlib, *psyche*- “ruh, jon”, *iatreia* – davolash) tibbiy ilmiy bilimlarning va vrachlik amaliy mahoratining katta qismini oʻzida mujassamlashtiradi, ruhiy holat bilan bogʻliq kasallikni boshdan kechirgan yoki jamiyat hayotiga moslashishga qiynaladigan patsientlarga yordam koʻrsatish uchun kerakli bilimlarni oʻz ichiga oladi. Klinik meditsina doirasi oʻlaroq ruhiy kasalliklarning kelib chiqishi, sababi, rivojlanish mexanizmi, davolash yoʻllarini, profilaktika va bemorlarga yordam koʻrsatishni tashkil qilish va psixiatriyani ijtimoiy nuqtai nazardan oʻrganadi.

Umumiy sixopatologiya – ruhiy kasalliklarning semiotikasi - turli ruhiy kasalliklarda yuzaga keluvchi buzilishlar kurinishlarini urganadi (masalan, gallyutsinatsiya, vasvasa, xotira buzilishlari). **Xususiy psixiatriya** – aloxida ruhiy kasalliklarni urganadi.

Ruhiy kasalliklar – bosh miya kasalliklari ruhiy faoliyatning turli xil buzilishlaridan kelib chiqadi. Ulardan biri butun organizmda almashinuvning buzilishi, ichki organlar faoliyati va endokrin sistemasining buzilishidir. Bunday oʻzgarishlar va koʻpgina ichki kasalliklar doim ham psixik kasalliklarni kltirib chiqarmaydi. Ular psixik faoliyat doirasidagi maʼlum bir patologiya bilan birga kelishi kerak. Bundan kelib chiqib, psixik va somatik buzilishlar patogenetik va klinik birlikka ega boʻladi. Shuning uchun psixiatriyaning asosiy bilimlari faqatgina bu sohaning oʻz mutaxassislari uchun emas. Psixiatriya sohasida yetarli bilimlarga ega boʻlmasdan turib yaxshi mutaxassis boʻlish mumkin emas.

Ruhiy buzilish – (XKT-10 boʻyicha) – koʻp hollarda ruhiy qiynalish olib kelgan shaxsiyat ishlashiga toʻsqinlik qiladigan maʼlum klinik simptomlar gruppasi yoki xulq-atvor belgilari yigʻindisi.

Bu buzilishlar *produktiv* (vasvasa, gallutsunatsiya, depressiya, katatonik buzilish) va *negativ* (psixik faoliyating pasayishi yoki zaiflashishi) boʻlishi mumkin, shuningdek, *shaxsiyatning umumiy buzilishi* koʻrinishida namoyon boʻlishi mumkin.

Barcha ruhiy kasalliklar, shu jumladan, somatogen yuzaga keladigan ruhiy buzilishlar: psixotik, nevrotik, psixopatik xarakterga ega.

Ruhiy buzilish xarakteri haqida emas, ruhiy buzilish darajasi haqida gapirsak to'g'riroq bo'ladi.

Ruhiy buzilishning psixotik darajasi – shunday holatki, kasal o'ziga, atrofdagi buyumlarga, tashqi hodisalarning unga va uning holatiga nisbatan munosabatini noadekvat baholaydi, psixik reaksiyalar buzilishi, fe'l-atvor va psixika qurilishing buzilishi bilan birga kechadi. Ruhiy faoliyat buzilishining psixotik darajasi bilan **psixoz** o'rtasida ko'pincha tenglik belgisi qo'yiladi. Psixoz jumlasida ostida psixika buzilishini, butunligicha kelib chiqishini yoki ko'pincha fe'l-atvor buzilishi bilan real hayotga noadekvat javob qaytarish, psixik faoliyat turli tomonlari o'zgarishini tushunish mumkin. Odatda normal psixika holatlari bo'lmagan xususiyatlar paydo bo'ladi (gallutsunatsiya, vasvasa, psixomotor va affektiv buzilishlar.)

Ruhiy faoliyatning nevrotik buzilish darajasi tashqi hodisalar bilan munosabatining buzilishidan kelib chiqmaydi, o'z holatiga to'g'ri baho berish, to'g'ri xulq-atvor saqlanib qolishi bilan xarakterlanadi, mavjud buzilishlar vegetativ doirada bo'ladi, sensomotor va affektiv ko'rinishda namoyon bo'ladi. A. A. Portnov bu buzilishga ixtiyorsiz adaptatsiyaning buzilishi deya ta'rif bergan.

Ruhiy faoliyatning psixopatik buzilish darajasi turg'un disgarmon shaxsiyat, atrof-muhitga haddan tashqari affektivlik va atrof-muhitni affektiv baholash bilan kechadigan adaptatsiya buzilishlari bilan xarakterlanadi. Ruhiy faoliyatning psixotik darajasi bemorning butun hayoti davomida mavjud bo'lishi yoki og'ir kasalliklar bilan birga kelishi mumkin, shaxsning anomal rivojlanishida ham paydo bo'lishi mumkin. Og'ir psixotik kasalliklar (psixozlar) nopsixotik kasalliklarga nisbatan kam uchraydi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, psixozlar barcha ruhiy kasalliklarning atigi 20%ini tashkil qiladi. Ko'pincha, kasallikning boshlanishida ruhiy buzilishlar vegetativ va somatik alomatlar bilan namoyon bo'ladi, shuning uchun bemorlar birinchi navbatda umumiy amaliyot shifokoriga murojaat qilishadi. Ma'lumki, psixik travmalar somatik jarayonlarga salbiy ta'sir ko'rsatadi, uyquni buzadi, ishtahani yomonlashtiradi, organizmning kasallikka chidamliligi va qarshiligini pasaytiradi. Biroq hissiy yuksalish ostida, odatda, somatik kasalliklarning pasayishi

kuzatiladi. Masalan, Ulug' vatan urushi davrida vatanparvarlik tuyg'ulari ostida.

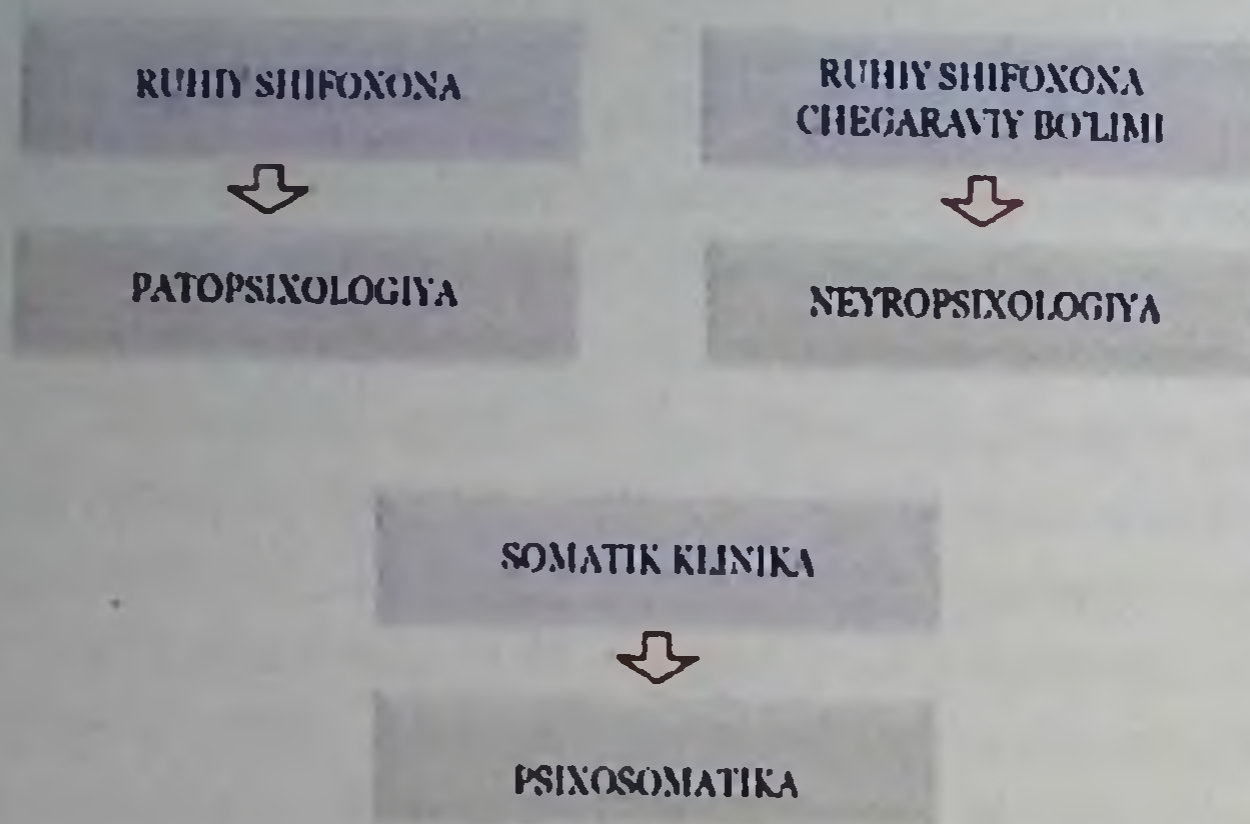
Ruhiy kasalliklar rivojlanishing dastlabki bosqichlarida somatik buzilishlar ruhiy buzilishlarga qaraganda tez-tez namoyon bo'ladi.

Umumiy amaliyot shifokorlariga nafaqat psixik kasallikning boshlang'ich davridagi bemorlar, balki vegetativ buzilish ustun bo'gan *nopsixotik shaklidagi* bemorlar ham murojaat qilishlari mumkin. Psixotik kasalliklardan farqli ravishda nopsixotik buzilishlarni V.A. Gilyarovskiy *chegaraviy* deb aytib o'tdi. P.B. Gannushkin esa *kichik psixiatriya* deb atashni afzal ko'rdi. B.A. Gilyarovskiyning fikricha, chegaraviy psixiatriya ruhiy kasallik va ruhiy sog'lik o'rtasida joylashadi yoki psixik va somatik kasallik o'rtasidagi chegarada joylashadi deb hisoblagan. O.V. Kerbikov chegaraviy psixiatriya, nevrozlar va psixopatiyalar shakllari orasida aniq chegaralar yo'qligini, ular orasida juda ko'p o'tish davri va aralash holatlar borligini yozgan. Psixik buzilishlar va chegaraviy guruhlar o'rtasida aniq chegaralar yo'q. Bu umumiy amaliyot shifokorlari uchun katta diagnostik qiyinchiliklar tug'diradi, ular ruhiy buzilishlarni aniqlashlari, uni baholashlari va bemorga yordam ko'rsatishlari uchun tegishli bilimlarga ega bo'lishi kerak.

Psixiatriyaning vazifalari

1. Ruhiy kasalliklarning diagnostikasi.
2. Etiologiyasi va patogenezi, klinikasi, ruhiy kasalliklar kechishini va ular bilan chegaradosh kasalliklarni (komorbid) o'rganish, kasallikning natijasini (prognozni) belgilaydigan ayrim patologik ko'rinishlarining o'zaro bog'liqligini aniqlash.
3. Ruhiy kasalliklar epidemiologiyasini o'rganish.
4. Ruhiy kasalliklarga chalingan bemorlarni davolash usullarini ishlab chiqish.
5. Ruhiy kasalliklarga chalingan bemorlarni reabilitatsiya qilish usullarini ishlab chiqish.
6. Ruhiy kasalliklarning profilaktik choralarini ishlab chiqish.
7. Aholiga psixiatriya yordamini (Rasm 1) tashkil etish tuzilmasini ishlab chiqish.
8. Psixiatriyaning ijtimoiy jihatlarini tashkil etish va hal qilish.

PSIXIATRIK YORDAM



Rasm 1. Psixiatrik yordam

Narkologiya – (grekcha soʻzdan olingan boʻlib, $\nu\alpha\rho\kappa\eta$ – “dong qotish, uyqu”, $\lambda\acute{o}\gamma\omicron\varsigma$ – “taʼlimot”) narkomaniyaning kelib chiqishi, toksikomaniya va alkogolizm, ularga tashxis qoʻyish metodlarini, davolash va profilaktikasini oʻranadigan tibbiy bilimlar va vrachlik mahoratini oʻzida mujassamlashtiradi.

Narkologiya predmeti boʻlib psixoaktiv moddalarni notibbiy yoʻl bilan isteʼmol qilish natijasida kelib chiqqan patologik holatlar hisoblanadi. Narkologiya klinik psixiatriyaning bir qismini tashkil qiladi, alohida mutaxassislik va ilmiy fan sifatida ajralib turadi.

1.1. Psixiatriyaning asosiy boʻlimlari

1. **Umumiy psixopatologiya** – ruhiy kasalliklar namoyon boʻlishining asosiy qonuniyatlarini, psixopatologik buzilishlarning asosida yotadigan etiologok va patogenetik faktorlarni oʻrganadi.

2. **Xususiy psixitriya** – maʼlum ruhiy kasalliklarning klinikasi, dinamikasi, natijalarini oʻrganadi.

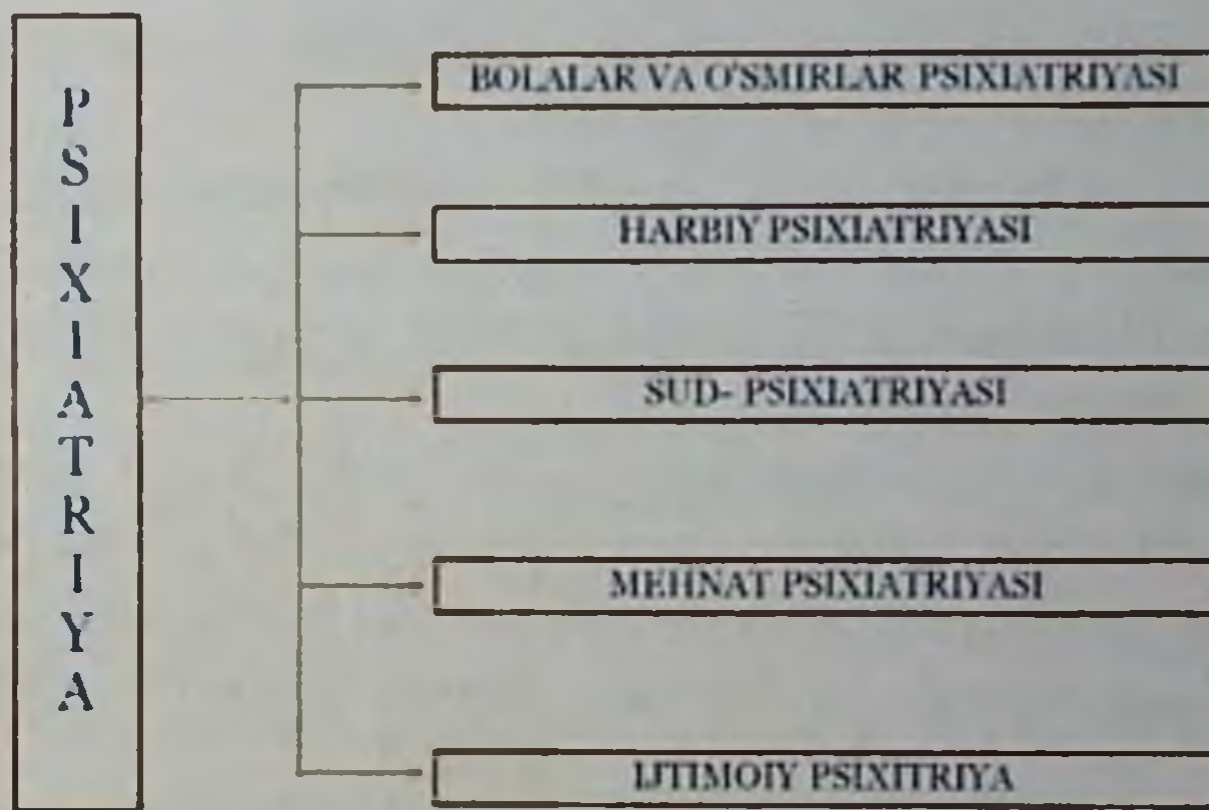
3. **Tashkiliy psixiatriya.**

Sud- psixiatriyasi sud-psixitriya ekspertizasi asoslarini ishlab chiqadi (aql-idrok va muomala layoqati masalalarini hal qiladi). Majburiy tibbiy choralami tashkil etish va ruhiy kasal bemorlarning ijtimoiy xavfli harakatlarini oldini olish muammosini hal qiladi.

Bolalar va o'smirlar psixiatriyasi turli yoshdagi ruhiy buzilishlarning xususiyatlarini o'rganadi (bolalar psixiatriyasi, o'smirlik, evolutsion, kech yoshdagi psixiatriya – gerontologik).

Ijtimoiy psixiatriya psixik kasalliklarning paydo bo'lishi, kechikishi, davolash va oldini olishda ijtimoiy omillarning rolini o'rganishga va ruhiy salomatlik yordamini tashkil etishning ilmiy asoslarini ishlab chiqishga qaratilgan. (Rasm 2)

PSIXIATRIYA BO'LIMLARI



Rasm 2. Psixiatriya bo'limlari

Narkolgiya spirtli ichimliklar va boshqa psixoaktiv moddalarning odam holatiga ta'sirini o'rganadi. Alkogolizm, giyohvandlik va uning diagnostikasi, davolash va profilaktikasini o'z ichiga oladi. Yaqinda g'arb mamlakatlarida bu sohaga ixtisoslashgan vrachlarni «*addiksiyonistlar*» deb atash boshlandi.

Transkulturniy psixiatriya turli millatlar, madaniyatlar va ijtimoiy tizimlar orasidagi ruhiy kasalliklarning xususiyatlari va ruhiy salomatlik darajasini qiyosiy o'rganishga bag'ishlangan.

Ortopsichiatriya (chegaraviy psichiatriyapsichiatriya), psixologiya va boshqa tibbiy va ijtimoiy fanlarning xulq-atvor buzilishlarini o'rganish va davolashga yondashuvlarini birlashtiradi. Bolalarda bu buzilishlarning oldini olishga qaratilgan profilaktik chora - tadbirlarga alohida e'tibor qaratiladi (somatopsichiatriya, psixosomatika).

Biologik psixiatriya - ruhiy kasalliklar rivojlanishining biologik (neyrofizyologik, biokimyoviy, immunologik va boshqalar) mexanizmlarini va davolashning dorivor va boshqa biologik usullari ta'sirini o'rganishning nazariy sohasi.

Seksologiya - bu shahvoniylik, insonning jinsiy xulq-atvori, fiziologiyasi va psixoseksual rivojlanishining barcha ko'rinishini o'rganadigan tibbiyot bo'limi. Seksologiya normal jinsiylik va jinsiy funksiyalarning og'ishi yoki buzilishi tushunchasini shakllantiradi.

Suitsidologiya - o'z joniga qasd qilish va undan oldin sodir bo'ladigan xatti-harakatlarning sabablarini o'rganish va choralarini ishlab chiqish.

Harbiy psixiatriya urush psixopatologiyasini va harbiy psixiatriya ekspertizasini o'tkazish tartibini o'rganadi.

Ekologik psixiatriya atrof-muhit omillarining aqliy faoliyatga ta'sirini o'rganadi.

Psixofarmakoterapiya psixotrop dorilar ta'sirini ishlab chiqish va o'rganish bilan shug'ullanadi.

Psixoterapiya - psixikaga va psixika orqali inson tanasiga ta'sir qilishning turli tizimlari (usullari, nazariyalari). Bu ko'pincha odamni turli muammolardan (emotsional, shaxsiy, ijtimoiy va boshqalar) xalos etishga qaratilgan faoliyat sifatida ta'riflanadi. Bunda spetsialist psixoterapevt bilan patsient o'rtasida chuqur aloqa o'rnatiladi.

Psixiatriya boshqa ilmiy fanlar bilan chambarchas bog'liq:

- falsafa (falsafaning asosiy savoli - materiya yoki ongning ustuvorligi);
- psixologiya ("normal" va "kasal" aqliy faoliyatning nisbati, mantiq qonunlari va ularning sinishi, aqliy zaiflik va demensiya, mazmunli va mazmunli bo'lmagan javob);
- yurisprudensiya (sud-psixiatriya jihatlar);
- biologiya fanlari (anatomiya, fiziologiya, biokimyoviy, patofiziologiya, patologik anatomiya va boshqalar);
- boshqa tibbiy fanlar (terapiya, nevrologiya va boshqalar).
- Psixiatriya umumiy tibbiyotning bir qismidir, uning ba'zi sohalari somatik kasalliklar (somatopsixiatriya) va somatik kasalliklarning psixik sabablarini (psixosomatika) o'rganadi. (Rasm 3)



Rasm 3. Psixiatriyaning boshqa fanlar bilan aloqasi

Ruhiy buzilishlarning etiologiyasi va patogenezi

Ruhiy kasalliklarning quyidagi turlari, ularni keltirib chiqaradigan asosiy sabablar mezoniga qarab ajratiladi:

- etiologiyasi hali aniqlanmagan endogen ruhiy kasallik (shizofreniya, epilepsiya, affektiv kasalliklar va boshqalar);
- ekzogen ruhiy kasalliklar (somatogen, yuqumli, travmatik);
- psixogeniyalar (reaktiv psixozlar, nevrozlar);
- aqliy rivojlanish patologiyasi (shaxsiyat buzilishi, oligofreniya).

Ruhiy kasallikning etiologik omillari:

- *endogen* (ko'pincha irsiy moyillik, irsiy anomaliyalar, konstitutsiyaviy yetishmovchilik);
- *ekzogen* (infektsiyalar, intoksikatsiya, travmatik miya shikastlanishi, ruhiy travma).

Ruhiy kasallikning patogenezi o'rganayotganda, «*premorbid*» kabi tushunchani hisobga olish kerak. Bu organizmning individual xususiyatlari, irsiyat, yoshi, jinsi, biologik fazasi, o'tmishdagi kasalliklarning qoldiq ta'siri. Premorbid xususiyatlar kasallikning rivojlanishiga yordam beradi yoki uning oldini oladi, klinik xususiyatlari va kasallikning borishida o'z izini qoldiradi.

1.2. Klinik tashxis

Kasalliklarning tabiatiga tabiiy-ilmiy qarashga o'rgangan tibbiyot talabasi uchun bunday ob'ekt bilan ishlash g'ayrioddiy, chunki ruh moddiy dunyoga tegishli emas. Buni ma'lum fizik, kimyoviy va biologik usullar bilan tekshirish mumkin emas. Odamlar ruh haqida bilishlari mumkin bo'lgan narsa bu ularning g'oyalari, tushunchalari, nazariyalari bo'lib, ular sog'lom va kasal odamlarning xulq -atvoriga ko'proq yoki kamroq mos keladi.

Agar biologiya va anatomiyada olimlarning qarashlarida ko'plab qarama -qarshiliklar bo'lsa, to'g'ridan to'g'ri kuzatish yo'li bilan hal qilinishi mumkin (otopsi, gistologik namunalarni tahlil qilish, Magnit yordamida olingan rentgen nurlari va tasvirlar rezonans tomografiya (MRT)), ruh haqidagi fanda har xil qarashlardan qochish qiyin. Axir "ruh" va "ong" tushunchalarining o'zi -inson xulq -atvorini tartibga soluvchi jarayonlarni belgilash va bu xatti -harakatni ichki ma'no bilan to'ldirish uchun inson ongi tomonidan yaratilgan mavhum toifadir.

Zamonaviy tadqiqotchi bunga shubha qilmaydi ruhiy holat, asosan, miyaning ishi bilan belgilanadi.

Shu ma'noda, psixiatriya boshqa miya fanlari bilan ma'lum aloqa nuqtalariga ega: fiziologiya va nevrologiya.

Nevrologiya butun asab tizimining kasalliklarini, shu jumladan, miya va orqa miya kasalliklarini, ularning yo'llarini, periferik nervlarning shikastlanishini va avtonom asab tizimini o'rganadi. Nevrologni alohida qiziqtiradigan narsa miyaning ayrim qismlari funksiyalarining yo'qolishi yoki buzilishini ifodalaydi. Va organlarga impuls o'tkazuvchanligining buzilishi. Shu sababli nevrologiyada topikal diagnostikaga alohida e'tibor qaratiladi. Nevrologlardan farqli o'laroq, psixiatrlar va psixologlar odatda kuzatilgan psixik buzilishni miyaning ma'lum qismlari bilan bog'lamaydilar. Tajriba shuni ko'rsatadiki, kasalliklarning asosiy namoyon bo'lishi ruhlar (gallyutsinatsiyalar, vasvasa, depraessiya va boshqalar) butun miya ishi, ko'pincha boshqa sezgi organlari va tana a'zolari bilan birgalikdagi ishi hisoblanadi. Shunday qilib, qo'rquv nafaqat neyronlarning faoliyati noamin tizimi, balki yuz mushaklarining qisqarishi kuchaygan yurak urishi, yuz va kaftlarda ter, butun vujudda titroq bilan kechadi.

Ruhiy buzilishlarni aniq lokalizatsiyalashga bo'lgan har qanday urinish inson miyasining bir qismi soddalashtirishga olib keladi, lekin ruhiy kasalliklar haqida noto'g'ri tushuncha beradi.

Ko'p ruhiy kasalliklar miya va neyronlarning tuzilishi shikastlanishi bilan bog'liq emas, funksional o'zgarishlar bilan bog'liq. Ko'pincha kasallik asosida patsientning shaxsiy tajribasi va tarbiya shart-sharoitlari yotadi.

Bu shuni anglatadiki, hatto miya va neyronlarning ishlashiga ta'sir qilish, biologik usullardan foydalanish (psixotrop dorilar, elektrotexnika), (EKT) va boshqalar) odamning individual tajribasini o'zgartira olmaydi, uning shaxsiyati va asosiy e'tiqodini tubdan o'zgartira olmaydi. Tibbiy aralashuv odamni haqiqatni idrok qilishga va tushunishga xalaqit beradigan hodisalardan qutqarishga imkon beradi.

Agar psixikani asboblari yordamida tekshirish mumkin bo'lmasa, qanday qilib tashxis qo'yish mumkin? Psixiatrlar bu muammoni juda oddiy hal qilishadi: ular o'z xulosalarini bemorning gaplari, uning yuz ifodalari va harakatlariga asoslaydilar. Bunday xulosani obyektiv va ilmiy asoslangan deb hisoblash mumkinmi? Tajriba buning mumkinligini ko'rsatadi. Psixiatriyaning butun tarixi ruhiy kasalliklarning rivojlanishi ma'lum bir qonuniyatlarga muvofiq sodir bo'lishini tasdiqlaydi.

Kasallik belgilari tasodifiy tartibda emas, tipik tartibda joylashadilar. Takrorlanadigan kombinatsiyalar – sindromlar deb ataladi. Shu sababli batafsil sindromlarning tavsifi, ularni tayyorgarlik jarayonida puxta o'rganish shifokorga aniq tashxis qo'yish va to'g'ri tanlash uchun kalit bo'ladi. So'nggi o'n yilliklarning ruhiy kasalliklarni davolashdagi yutuqlar bu fikrni tasdiqlaydi.

Sog'lom odamlarning harakatlari va qarashlari juda xilma –xildir, ko'pincha tushunmovchilik, nizolar, o'zaro ayblovlar sabablariga aylanadi. Suhbatdosh bilan kelishmovchilik ko'pincha odamda tushunmovchilikning sababi ruhiy kasallik bo'lgan degan taxminni keltirib chiqaradi. Kasallikning bu ko'rinishi butunlay subyektiv va ko'p hollarda noto'g'ri. Ruhiy salomatlik va patologiyaning obyektiv mezonlari ham bo'lishi mumkinmi? Psixiatrlar ularning mavjudligiga aminlar. Biroq bu mezonlarga asoslanganda, ularning ma'nosini yangi tushunib, ehtiyotkorlik bilan foydalanish kerak. (Rasm 4)

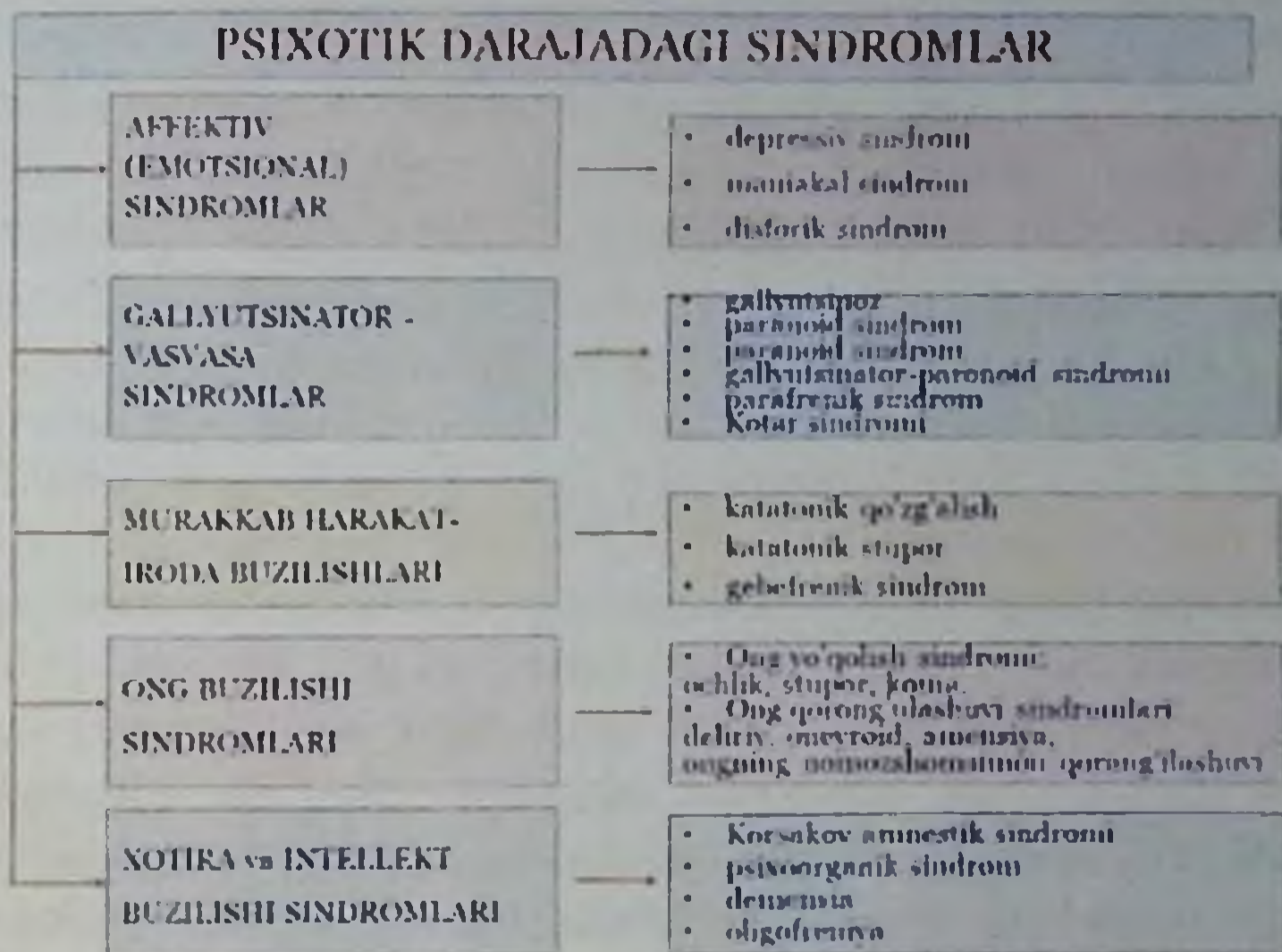


Rasm 4. Sindromlarning turlari

Masalan, ruhiy buzilishlar haqida gap ketganda, ular ko'pincha "norma" tushunchasi bilan solishtiriladi. Tipik hollar norma deb ataladi. Shu bilan birga, har xil vaziyatlarda odamlar uchun turli xil holatlar, odatda, xotirjamlik, qo'rquv yoki zavqlanishni his qilishi mumkin sog'lom odam ham xavfdan qochishi, ham uni xafa qilgan odamni ta'qib qilishi yoki vazminlikni saqlashi mumkin.

Aql misolida me'yor tushunchasini eng aniq ko'rsatish mumkin. Aql -idrok rivojlanishining o'rtacha statistik darajasi intellektual indeksiga (IQ - Intelligence Quotient) to'g'ri keladi, bu 100% deb qaraladi. Sog'lom odamlarning aksariyati IQ ko'rsatkichlariga ega, ular 90 dan 110% gacha. 70 dan 80% gacha bo'lgan qiymatlar odatiy emas, ular juda kam uchraydi va normal diapazondan tashqaridadir. Biroq bu ko'rsatkichlarni patologiya mezoni sifatida tan olish mumkin emas, chunki bunday aqlli odamlar boy tajriba, mehnatsevarlik va qat'iyatlilik bilan aql yetishmasligining o'rnini bosa oladi.

Normadan chetga chiqish *anomaliya* deb ataladi. Bu tushuncha odamning xulq -atvori va ichki tajribalarida o'ziga xoslik yo'qligini ko'rsatadi. Biroq, anomaliyaning o'zi kasallik belgisi emas. Shunday qilib, yuqori IQ (120% dan yuqori) kamdan kam uchraydi va shuning uchun uni normal deb bo'lmaydi (Rasm 5). Shu bilan birga, bunday anomaliya odamni hech qanday tashvishga solmaydi. Aqlli odamlar hayotda juda muvaffaqiyatli bo'lishadi, ular turli vaziyatlarga qanday moslashishni bilishadi, ya'ni mutlaqo sog'lom.



Rasm 5. Psixotik darajadagi sindromlar

Ko'plab inson iste'dodlari kamdan -kam uchraydigan xatti - harakatlarning atipik shakllari, maxsus qobiliyatlari bilan bog'liq. Shunday qilib, ijodiy odamlar ko'pincha ichki xayolotlami, xayolparastlikni (eidetizm) o'ngida boshdan kechirishga qodir. Ko'p sportchilarda tipik yuqori agressivlik bor, bu ularga musobaqalarda ustunlikni qo'lga kiritish imkonini beradi. Shuni tan olish kerakki, anomaliya qanchalik aniq bo'lsa, patologiyaning paydo bo'lishi ehtimoli shunchalik yuqori bo'ladi. Masalan, aqlning keskin pasayishida (IQ 70%dan past) odam boshqalardan shunchalik farq qiladiki, u sog'lik tushunchasiga mos kelmaydi. Masalan, odamning ehtiyotkorligi, tozalikni saqlash istagi - bularni g'ayritabiiy deb hisoblash mumkin emas. Biroq, ba'zida odamlar qo'llarni shunchalik ko'p yuvganidan ularda ishga, o'qishga va dam olishga vaqtlari qolmaydi. Shunday qilib, oddiy odamning tozalikka bo'lgan ehtiyoji natijasida dezadaptatsiya shakllanib boradi, ya'ni bu sog'liqning buzilishidir.

Salomatlik – JSSVga ko'ra jismoniy va psixologik farovonlik, o'zgaruvchan ijtimoiy sharoitlarga moslashish (adaptatsiya), to'siqlar va qiyinchiliklarga dosh berish, hayotini saqlab qolish va kuchini tiklash. Salomatlikning obyektiv belgilari nafaqat shikoyatlar va noxush tuyg'ularning yo'qligi, hamda barqaror ijtimoiy mavqe ham hisoblanadi. Ayniqsa, mustahkam oila, shaxsning ~~o'zi oilasini moddiy qo'llab~~

SamDTU

axborot-resurs markazi

quvvatlash uchun yetarli bo'lgan professional maqomga, ta'lim olish, boshqalar bilan (qo'shnilar, xodimlar, qo'l ostidagilar va menejerlar, do'stlar, begonalar) birga yashashga alohida e'tibor qaratish lozim. Ko'pchilik shifokorlar shunga duch kelishganki, normal kabi ko'rinadigan xatti-harakatlarning shakllanib borishi bilan kasallik yuzaga kelgan.

1.3. Salomatlikning aksi

Salomatlikning aksi - bu patologiya (buzilish). Patologiyaning belgisi normadan chetga chiqish emas, balki mavjud sharoitlarga moslasha olmaslik deb hisoblanishi kerak. Buzilish tashxisi shifokorning subyektiv fikriga emas, balki past adaptatsiyaning obyektiv belgilariga asoslanadi. Bu ishlay olmaslik, o'zini va yaqinlarining ehtiyojlarini qondirish, bemorning o'zi va atrofidagilarning hayoti, salomatligi va farovonligiga jiddiy tahdid soladigan xatti-harakatlar, ular bilan hal qilinmaydigan nizolarni keltirib chiqaradigan harakatlar va boshqalar. Jamiyatdan asossiz yakkalanish, boshqa odamlar bilan muloqotga kirishishga qiynalish. Buzilish vaqtinchalik yoki doimiy bo'lishi mumkin. Qisqa muddat buzilishlar ba'zida tibbiy aralashuvni talab qilmaydi. Shunday qilib, bir marta uxlashga qiynalganda uyqu dorilarni qabul qilish mumkin va bunga kasallik belgisi deb qarash kerak emas. Doimiy xulq-atvor buzilishi noto'g'ri tarbiya natijasida bo'lishi mumkin. Shaxsiyatning shakllanishi davrida salbiy biologik va psixologik omillar ta'sir qilgan bo'lishi mumkin.

Patologik belgilar (psixopatiya) bu holat odamda adaptasiyaga to'sqinlik qiladi, lekin ular shaxsiyat to'liq shakllanganidan keyin rivojlana olmaydi, ularni davolab bo'lmaydi. Va bunday buzilish kasallik sifatida tasniflanmaydi.

Kasallik ma'lum dinamika bilan tavsiflanadigan patologik jarayondir. Ruhiy kasalligi bo'lgan odamlarning anamnezidan kelib chiqqan holda, kasallik boshlanishidan oldin ular atrof-muhit bilan juda yaxshi moslashgan. Kasallikning boshlanishi jamiyat bilan muloqot qilish qobiliyatining tub o'zgarishi bilan xarakterlanadi. Keyinchalik bu qobiliyat qayta tiklanishi mumkin. Bemorlarning boshqa qismida salbiy dinamika simptomlarning o'sishi, yoki davriy rivojlanishi bilan qayd etiladi. O'tkir ruhiy kasalliklarda salbiy xulq-atvor faqat kasallik davrida namoyon bo'ladi. Qayta tiklash - bu nafaqat qobiliyatni to'liq tiklash, odatiy hayotiy vaziyatlarga moslashish, balki stressga qarshi turishni

anglatadi. *Moslashuvning buzilishi*. Odamlarda tez -tez savol tug'iladi: Normal odam ruhiy kasallik bilan xastalanadimi? Shubhasiz, ko'p miqdordagi salbiy omillar (haddan tashqari hissiy stress, kuchli intoksikatsiya, miya shikastlanishi) hech qanday anomaliyaga ega bo'lmagan odamda ham psixik kasallikni keltirib chiqarishi mumkin. (Rasm 6) Shu bilan birga, odamda mavjud bo'lgan yashirin anomaliyalar adaptatsiyaga hech qanday ta'sir ko'rsatmaydi. Ular kutilmagan hollarda surunkali ruhiy xastalikning kelib chiqishiga sabab bo'ladi. masalan, tashqi muhit omillari yoki stress ta'sirida ham yuzaga keladi. Mavjud anomaliyalar adaptatsiyaning buzilishi ehtimolini oshiradi.

Norma - odatiy, eng yuqori chastotali, ayni populyatsiyadagi ko'p odamlarda uchraydigan xulq-atvor shakli, fikrlash va emotsional ta'sirlanish shakllari.

Anomaliya - ma'lum bir odatiy qolipga solib bo'lmaydigan kamdan kam uchraydigan xulq-atvor shakli, odamning turli yo'nalishda moslashishini ta'minlaydi (og'irlashtiradi yoki yaxshilaydi).

Salomatlik - bu real hayotga moslashishini ta'minlaydigan, hayot faoliyati va tinchligini saqlashni ta'minlaydigan xulq -atvor ko'rinishi (odatiy yoki anomal).



Rasm 6. Psixotik darajadagi sindromlar

Patologiya (buzilish) - vaqtincha yoki doimiy psixologik salomatlikning yetishmasligi, noadaptiv xulq-atvor shakli, fikrlash va emotsional ta'sirlanishning noadaptiv shakli.

Kasallik - bu sog'liq fonida yuzaga keladigan patologik jarayon, xarakterli dinamikaga va natijaga ega (tiklanish, defekt shakllanishi, o'lim va b.)

Psixiatriya diagnostikasi. Kasallikni imkon qadar aniq topish jarayoni, natijada tashxis qo'yiladi. Ruhiy kasallik tashxisida yetakchi usul klinik bosqich bo'lib qoladi, u quyidagi bosqichlarga bo'linadi.

1. Alomatlarning aniqlanish va klassifikatsiyalash.
2. Ulardagi bog'liqlikni aniqlash va sindromlarni klassifikatsiyalash
3. Patogenetik qonuniyatlar va premorbid xususiyatlar asosida sindromlarning rivojlanish dinamikasini baholash.
4. Dastlabki tashxis qo'yish.
5. Differensial diagnostika.
6. Individual tashxisni shakllantirish.
7. Tasnif talablariga (klinik va diagnostik mezonlarga) muvofiq tashxis qo'yish.

Psixiatriya tekshiruvi – umumiy tibbiy ko'rikning bir qismidir. Boshqa tibbiy yo'nalishlarda bo'lgani kabi ayni maqsadga yo'nalgan:

- 1) bemorning (yoki uning qarindoshlari, do'stlari, hamkasblari) tibbiy yordam so'rashining sababini bilib oling;
- 2) bemor bilan ishonchli munosabatlarni yarating va shu bilan davolanish jarayonida u bilan o'zaro aloqaga asos soling;
- 3) tashxis va davolash rejasini tuzish;
- 4) bemor va uning qarindoshlariga fikrlaringiz haqida ayting

Psixiatriya tekshiruvlari ochiq suhbat uchun qulay bo'lgan tinch va qulay muhitda o'tkaziladi. Bemorning ishonchini qozonish uchun tajriba va o'ziga ishonch kerak, lekin tekshiruvning haqiqiy shartlari ko'pincha idealdan uzoqdir. Shovqinli shoshilinch tez yordam xonasida yoki umumiy xonada yuzma -yuz gaplashish qiyin bo'lishi mumkin, hatto chalg'itadigan narsalar minimal bo'lsa ham (deraza pardalari chizilgan va hokazo). Va shunga qaramay, har doim bemorga qiziqish, hamdardlik, uni tushunish va yordam berish istagini ko'rsatish kerak. Bemordan biroz (lekin kichikroq) masofada o'tirish kerak, uning ko'zlariga qarash mumkin. Suhbatdoshning og'zaki bo'lmagan reaksiyalari va xatti-harakatlarini kuzatish juda muhim (yuzidagi bo'yoq, ko'z yosh). Ba'zida ayrim ma'lumotlarni yozish kerak bo'ladi (suhbatni aniqroq takrorlash uchun), lekin suhbatni to'xtatmaslik uchun buni iloji boricha tez va kamdan kam hollarda bajarish kerak. Qulay usul - bu maxsus shaklga yozuvlar yozish. Psixiatrik diagnostikaning keyingi bosqichlari uchun ma'lumot to'plash jarayoni psixiatrik intervyu deb ataladi.

SAVOLLAR

1. Ruhiy buzilishlarning etiologiyasi va patogenezini haqida ma'lumot bering.
2. Psixiatriya bo'limlarini sanab bering.
3. Psixiatriya boshqa ilmiy fanlar bilan chambarchas bog'liqligida nima bilasiz?
4. Salomatlikning aksi deganda nimani tushinasiz?
5. Psixotik buzilishlarni tavsiflang?
6. Nevrotik buzilishlarni tavsiflang?

TESTLAR

1. Endogen ruhiy kasalliklar uchun xos:

Irsiyat

Sanoat toksik moddalari

Intoksikatsiya

Giyohvandlik

2. Endogen ruhiy kasalliklar uchun tegishli:

Odamning konstitutsional xususiyatlari

Sanoat toksik moddalari

Intoksikatsiya

Giyohvandlik

3. Ekzogen ruhiy kasalliklar uchun xos:

Sanoat toksik moddalari

Yosh

Jins

Irsiyat

4. Psixogen kasalliklarga qaysi kasalliklar kiradi

Nevroz

Alkogolizm

Giyohvandlik

Toksikomaniya

5. Ruhiy rivojlanish patologiyasiga qaysi kasalliklar kiradi

Psixopatiya fel atvor anomaliyasi

Alkogolizm

Giyohvandlik

Toksikomaniya

6. Birlamchi psixoprofilaktika bu....

Sog'lom odamlarning kontingentida ruhiy kasalliklarning oldini olishga qaratilgan

Kasallikni erta aniqlash va davolashni, ruhiy kasalliklarning qaytalanishini yoki kuchayishining oldini olish nogironlikning oldini olishga qaratilgan.

Bemorlar sonini nazorat qiladi.

7. Ikkilamchi psixoprofilaktika bu....

Kasallikni erta aniqlash va davolashni, ruhiy kasalliklarning qaytalanishini yoki kuchayishini oldini olish

Sog'lom odamlarning kontingentida ruhiy kasalliklarning oldini olishga qaratilgan

Nogironlikning oldini olishga qaratilgan

Bemorlar sonini nazorat qiladi.

8. Uchinchi darajali psixoprofilaktika bu....

Nogironlikning oldini olishga qaratilgan

Kasallikni erta aniqlash va davolashni, ruhiy kasalliklarning qaytalanishini yoki kuchayishining oldini olish

Sog'lom odamlarning kontingentida ruhiy kasalliklarning oldini olishga qaratilgan

Bemorlar sonini nazorat qiladi.

9. Shulte jadvali yordamida nima tekshiriladi?

Diqqat

Iroda

Fikrlash

Hissiyot

10. Bemor tomonidan eshitilgan iboraning oxirgi so'zini takrorlash atamasi qanday ataladi?

Exolaliya

Psevremisentsiya

Exopraksiya

Inkogeretsiya

VAZIYATLI MASALALAR

1. Yigit 15 yoshda, uni xulq-atvori buzuvchiligi sababli o'smirlar psixiatriga murojat qilishgan: u asabiylashdi, maktabni tashlab ketdi, vaqtini kun bo'yi o'yin mashinalari yonida o'tkazdi. Ota-onalar ajrashish haqida tasodifan gapirishayotganini eshitganidan, tez-tez yuz beradigan oilaviy mojarolardan so'ng xulq buzilish xususiyati sezilarli darajada oshdi. Qanday terapiyadan foydalanish kerak?

Psixoterapiya (oilaviy, individual)

Xulq-atvor

Antipsikotik

Insulin –komatoz

2. Shifokorga 30 yoshli ayol uyqusizlik, kayfiyat pasayishi, ish qobiliyati, xotira pasayishi, ishtaha, atrof-muhitga qiziqish yo'qligi, hayz sikli kechiktirilganligi haqida shikoyat qilinadi. Anchagina vazn yo'qotib, qabulga yegilgina kiyingan holda keldi. Umumiy amaliyot shifokori taktikasi qanday?

Depressiyadan shubha qilib, anamnezi yig'iladi va uning o'z joniga qasd qilish fikrlari borligi aniqlanadi, agar u bo'lsa, kasalxonaga yotqiziladi.

Tekshiruv uchun ginekologga murojaat qilinadi.

Antidepressantlar va trankvilizatorlar buyuriladi.

Psixositimulyatorlar tavsiya qilinadi.

II – BOB. SEZGI, IDROK. SEZGI VA IDROKNING BUZILISHI.

Sezgi-bu ruhiy faoliyatning bir turi bo'lib, u ob'ektlar va hodisalarga to'g'ridan to'g'ri ta'sir qilish bilan bevosita ta'sir qiladi va bu ob'ektlar va hodisalarning faqat individual xususiyatlarini aks ettiradi. Masalan, faqat ob'ektning rangi yoki konsistensiyasi yoki biron bir hodisaning tovushi va boshqalar qabul qilinadi.

Idrok-bu bizning his-tuyg'ularimizga bevosita ta'sir qiladigan dunyodagi hodisalar yoki narsalarning yaxlit aksidir (odam gulni umuman sezadi, uning rangi va shaklini ko'radi, barglarini hidlaydi) (Rasm 7).

In'ikosning xususiyatlaridan biri bu ma'lumotni to'g'ridan-to'g'ri darajada ushlab turishga imkon beradigan tasvirdir.

Ilgari qabul qilingan hodisalar va narsalarning tasvirlarini o'zboshimchalik bilan jonlantirish qobiliyati sifatida, faqat g'oyalar insonga bilimlarni saqlashni ta'minlamaydi. Bilimlarni saqlash birinchi navbatda xotira funksiyasidir.

Assotsatsiya (lat. associatio-ulanish)-bu oldingi tajribaga asoslangan oldindan o'rnatilgan munosabatlar, bunda ongda paydo bo'lgan bitta vakillik ba'zi belgilar (o'xshashlik, yaqinlik, qarama-qarshilik va boshqalar) bilan boshqasini keltirib chiqaradi.



Rasm 7. Idrok patologiyasi

Sezgi va idrokning buzilishi Sezgilar, hislar va tasavvurlar hissiy idrok bilan bog'liq. Sezgining bir turi og'riqdir.

Algeziyu - og'riq hissi buzilishi. Agar bunday alomat bo'lsa, har qanday nevrologik patologiyani istisno qilish kerak.

Anesteziya - sezgining yo'qolishi. Sezgilarning yo'qolishi, bu ikkala alohida eksteroretseptorlarga (taktil sezgirlikning yo'qolishi, ko'pincha tananing ayrim qismlarida, bir yoki ikkala tomondan ko'rish yoki eshitishning yo'qolishi) va bir vaqtning o'zida bir nechta (masalan, eshitish va ko'rish qobiliyatini yo'qotish). Ko'pincha isterik xususiyatga ega bo'lgan bunday patologiya bilan eng to'liq obyektiv tekshiruv, birinchi navbatda nevrologik tekshiruv zarur (teri behushligi bilan, masalan, sezgilarni yo'qotish joylari innervatsiya zonalariga to'g'ri kelmaydi), shuningdek boshqa maxsus tekshirish usullari.

Gipesteziya - tashqi stimullarga sezgining pasayishi. Tovushlar tovushsiz qabul qilinadi, go'yo "surdinka ostida", yorug'lik xira ko'rinadi, ranglar qandaydir xira, o'chirilgan ("hamma narsa atrofida kulrang va lampochka juda zaif porlaydi").

Giperesteziya - har ikkala analizatorga tegishli bo'lgan eksteroreseptorlar tomonidan keskinlashtirilgan, kuchaytirilgan hissiy idrok (oddiy hidlarni o'tkir idrok etish - *giperosmiya*; oddiy tovushlarga nisbatan murosasizlik - *giperakuziya* va boshqalar) va ularning kombinatsiyasi (masalan, yorug'lik ham, tovush ham juda kuchli ko'rinadi).

Misol: 34 yoshli bemor, dizayner, bir yil davomida juda mashaqqatli, dam olmasdan ishlaganidan so'ng, u har qanday tashqi ogohlantirishlarga toqat qilmasligini ta'kidlay boshladi: "ko'ylak yoqasi bosiladi, yorqin nur g'azablantiradi, transportdagi oddiy suhbat shu qadar bezovta qiladiki, men tez-tez to'xtashimdan oldin biroz tinchlanish uchun ketaman".

Hissiy bilishning buzilishi bilan bog'liq kasalliklar senestopatiyalar (lat. *sensus-chune to*, Sezgi + yunoncha. *patos*-kasallik, azob).

Senestopatiyalar - tananing turli qismlarida yoki ichki organlarda paydo bo'ladigan yoqimsiz, ba'zan esa juda og'riqli, bosim, yonish, burish, siqilish hissi ko'rinishidagi patologik hislar, hech qanday somatik patologiya bilan bog'liq emas.

Sinesteziya - hissiy idrokning o'ziga xos xususiyatlari, ya'ni bitta analizatorga yo'naltirilgan tashqi stimul bir vaqtning o'zida boshqa yoki bir nechta analizatorlardan javob beradi.

Misol: Taniqli frantsuz shoiri Bodler "birlashish" da hidlar, tovushlar va ranglarni ("xushbo'y hid yashil va tovushli") his qildi, garchi u o'sha paytda faqat hidni his qilgan bo'lsa ham. Boshqa taniqli frantsuz

shoiri-Artur Rimbaud-unli harflar ma'lum ranglarga bo'yalgan: "a" - qora, "e" - oq, "o" - ko'k va boshqalar.

Sinesteziya patologiya bo'lishi shart emas, ular odatda - iqtidorli musiqachilar, shoirlar, rassomlar orasida paydo bo'lishi mumkin. Ular psixotomimetik vositalar ta'sirida vaqtinchalik patologiya sifatida paydo bo'lishi mumkin.

2.1. Illyuziyalar

Illuziyalar - bu haqiqiy hodisalar yoki narsalar inson tomonidan o'zgartirilgan, buzilgan, noto'g'ri shaklda qabul qilinadigan idrokning buzilishi. Xayoliy idrok, shuningdek, buzilgan idrok ma'lum bir sezgi organining yetishmasligi yoki fizika qonunlaridan birining namoyon bo'lishi bilan bog'liq bo'lsa, to'liq ruhiy salomatlik fonida sodir bo'lishi mumkin.

Misol: *Bir stakan choy ichidagi qoshiq singan ko'rinadi, bu haqda R. Dekart yana shunday dedi: «mening ko'zim uni sindiradi, ongim esa to'g'rilaydi».*

E'tiborsizlik xayollari ham ajralib turadi (Jaspers K.), sog'lom odam juda muhim narsaga e'tiborni qaratganda, atrofni noto'g'ri qabul qilishi mumkin.

Aqliy faoliyatning buzilishi bilan bog'liq illuziyalar quyidagilarga bo'linadi:

- affektiv (affektogen)
- verbal
- pareydolik

Affektiv (affektogen) illuziyalar kuchli tuyg'u, kuchli qo'rquv, haddan tashqari asabiy taranglik kabi ta'sir ta'sirida paydo bo'ladi.

Misol: *Bunday keskin holatda, odam shaffof pardani noto'g'ri skeletning tebranishi sifatida qabul qiladi, ilgichdagi palto dahshatli Maxluqqa o'xshaydi, stulning orqa qismidagi galstuk — sudraluvchi ilonga o'xshaydi va hokazo.*

Verbal illyuziyalar (lat. verbalis-og'zaki, ovozli) ular so'zlarning ma'nosini, boshqalarning nutqlarini noto'g'ri idrok etishda, bemor uchun neytral suhbat o'rniga atrofdagilarni eshitganda (bu odatda kuchli qo'rquv fonida ham sodir bo'ladi), unga tegishli deb taxmin qilingan ayblovlar, tahdidlar, la'natlar ehitgankigini idrok qoladi.

Pareydolik illyuziyalar (yunon. para-yaqin, taxminan + eidoles-tasvir)-haqiqatan ham mavjud bo'lgan tasvirlar o'zgartirilgan, odatda g'alati-fantastik shaklda qabul qilinadigan idrokning buzilishi.

Misol: *Devor qog'ozidagi naqsh ulkan qurbaqa, Pol chiroqining soyasi — qandaydir dahshatli kaltakesakning boshi, gilamdagi naqshlar-go'zal, ilgari ko'rilmagan manzara, bulutlarning konturlari - go'zal odamlar guruhi sifatida qabul qilinadi.*

Illyuziyalar sezgi organlariga bo'linadi:

- taktil
- ko'rish
- eshitish
- xushbo'y hid

Ammo ko'pincha ko'rish va eshitish ajralib turadi. Qisqa vaqt ichida ular tashvish, kuchli kutish va kuchli hayajon holatida bo'lgan sog'lom odamlarda paydo bo'lishi mumkin.

Istisno sifatida, Pareidolik illuziyalar sog'lom odamlarda, ayniqsa iqtidorli rassomlarda uchraydi, masalan Leonardo da Vinchi mashg'ulotlar bilan bu "tasavvur qilish qobiliyatini" kuchaytirdi va boshqa rassomlarni ham xuddi shunday qilishga chaqirdi ("rasm haqida risola").

Ammo, ular psixozning boshlanish ehtimolidir, kasallik, ko'pincha intoksikatsiya yoki yuqumli kasalliklar haqida signal berishadi.

2.2. Gallyutsinatsiyalar

Gallyutsinatsiyalar - aqliy faoliyatning buzilishi tufayli odam haqiqatda mavjud bo'lmagan narsani ko'rganda, eshitganda, his qilganda idrokning buzilishi. Bu ob'ektsiz idrok deb aytiladi (Rasm 8).

Gallyutsinatsiyalarga fizika qonunlariga asoslangan saroblarni — hodisalarni kiritish mumkin emas. Xayollarga o'xshab, gallyutsinatsiyalar hissiyotlarga bo'linadi:

- eshitish
- ko'rish
- xushbo'y hid
- ta'm bilish

• taktil va boshqal ko'pincha visseral va mushak gallyutsinatsiyalarini o'z ichiga olgan umumiy hissiy gallyutsinatsiyalar.

Kombinatsiyalangan gallyutsinatsiyalar ham bo'lishi mumkin

Misol:

➤ *Bemor ilonni ko'radi, uning xirillashini eshitadi va sovuq teginishini his qiladi.*

Barcha gallyutsinatsiyalar, ular ko'rish, eshitish yoki boshqa his-tuyg'ularni aldash bilan bog'liqmi, quyidagicha bo'linadidi:

- haqiqiy
- psevdogallyutsinatsiyalar

Chin (haqiqiy) gallyutsinatsiyalar har doim tashqi tomondan proeksiyalanadi, haqiqiy, aniq mavjud muhit bilan bog'liq. Ko'pincha bemorlarda ularning haqiqiy mavjudligiga shubha tug'dirmaydi, shuningdek yorqin va haqiqiy narsalar kabi gallyutsinatsiya uchun tabiiydir. Haqiqiy gallyutsinatsiyalar ba'zida bemorlar tomonidan haqiqatan ham mavjud bo'lgan narsalar va hodisalarga qaraganda yanada aniqroq qabul qilinadi.



Rasm 8. Gallyutsinatsiyalar

Misol: «Ovoz» haqiqiy devor tufayli eshitiladi; "shayton" dumini silkitib, haqiqiy stulga o'tiradi, oyoqlarini dumi bilan to'qadi va hokazo. Soxta (psevdogallyutsinatsiyalar) haqiqiylardan ko'ra ko'proq quyidagi o'ziga xos xususiyatlar bilan tavsiflanadi:

- ko'pincha ular bemorning tanasi ichida, asosan uning boshida proeksiyalanadi ("ovoz" boshning ichida eshitiladi, bemor boshning ichida unga yozilgan odobsiz so'zlar bilan tashrif qog'ozini ko'radi va hokazo);

- agar psevdogallusinator kasalliklar ham o'z tanasidan tashqarida prognoz qilingan bo'lsa (bu juda kam uchraydi), unda ular haqiqiy gallyutsinatsiyalarga xos bo'lgan obyektiv voqelik xususiyatidan mahrum bo'lib, haqiqiy vaziyat bilan mutlaqo bog'liq emas. Bundan tashqari, gallyutsinatsiya paytida bu holat, go'yo ku-da-keyin yo'qoladi, bemor bu vaqtda faqat gal-lucinator tasvirini sezadi;

- psevdogallusinatsiyalarning paydo bo'lishi, bemorda ularning haqiqatiga shubha tug'dirmasdan, har doim bu ovozlari yoki vahiylarning bajarilganligi, moslashuvchanligi, yo'naltirilganligi hissi bilan birga keladi.

Psevdogallusinatsiyalar, xususan, **Kandinskiy—Klerambo** sindromining ajralmas qismi bo'lib, u ham ta'sir qilish xayollarini o'z ichiga oladi, shuning uchun

Misol: Bemorlar "ko'rish" ni "maxsus qurilmalar yordamida", "ovozlar to'g'ridan-to'g'ri tranzistorlar bilan boshga olib borishiga" ishonishadi.

V. Kandinskiy tomonidan birinchi marta tasvirlangan psevdogallusinatsiyalar g'oyalarga o'xshaydi, lekin V. Kandinning o'zi ta'kidlaganidek, ulardan quyidagi xususiyatlar bilan farq qiladi: 1) inson irodasidan mustaqillik

2) obsesyon, zo'ravonlik;

3) psevdogallusinator tasvirlarning to'liqligi, dizayni.

Eshitish gallyutsinatsiyalari ko'pincha bemorlarning ba'zi so'zlar, nutqlar, suhbatlar (fonemalar), shuningdek individual tovushlar yoki shovqinlarni (akoazmalar) patologik idrok etishida namoyon bo'ladi.

Ovozli (verbal) gallyutsinatsiyalar mazmuni jihatidan juda xilma-xil bo'lishi mumkin:

Misol: narsalar chaqiradi deb ataladigan (bemor o'z ismini yoki familiyasini chaqiradigan ovozni "eshitadi") butun iboralarga yoki hatto bir yoki bir nechta ovoz bilan aytilgan uzun nutqlarga qadar.

Bemorlarning ahvoli uchun eng xavfli imperativ gallyutsinatsiyalar bo'lib, ularning mazmuni imperativ xarakterga ega. Bunday «buyruqlar» gallyutsinatsiya qiluvchi odamning aqliy faoliyati patologiyasining natijasi bo'lganligi sababli, bunday og'riqli tajribaga ega bemorlar o'zlari uchun ham, boshqalar uchun ham juda xavfli bo'lishi mumkin va shuning uchun alohida nazorat va g'amxo'rlikka muhtoj.

Misol:

➤ Bemor jim turish, kimnidir urish yoki o'ldirish, o'ziga zarar etkazish huyrug'ini eshitadi. Tahdidli gallyutsinatsiyalar bemor uchun ham juda yoqimsiz, chunki u o'z manzilida tahdidlarni eshitadi, kamroq — unga yaqin odamlarga: ular uni «so'yishni», «osib qo'yishni», «balkondan tashlashni» va boshqalarni eshitadilar.

Eshitish gallyutsinatsiyalariga, shuningdek, bemor nima deb o'ylasa ham, nima qilsa ham "nutq eshitganda" sharhlar kiradi.

Misol:

➤ 46 yoshli bemor, kashi bo'yicha ko'p yillar davomida spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilgan skornyak, unga "o'tish joyi berilmagan" "ovozlar" haqida shikoyat qila boshladi: "endi u terilarni tikmoqda, ammo yomon, qo'llari titrayapti", "dam olishga qaror qildim", "aroq olishga bordim", "qanday yaxshi terini o'g'irladim" va boshqalar.

Antagonistik (qarama-qarshi) gallyutsinatsiyalar bemor ikki guruh "ovozlar" yoki ikkita "ovozlar" ni (ba'zan biri o'ngda, ikkinchisi chapda) qarama-qarshi ma'noda eshitishi bilan ifodalanadi (

Misol: «Endi u bilan muomala qilaylik». - «Yo'q, kuting, u unchalik yomon emas»; «kutish uchun hech narsa yo'q, bolta bering». - «Tegmang, u o'z taxtasida».

Ko'ruv gallyutsinatsiyalar bo'lishi mumkin:

- Elementar (zigzaglar, uchqunlar, tutun, olov shaklida - fotopsiyalar deb ataladi);

- Narsalik (bemor ko'pincha mavjud bo'lmagan hayvonlarni yoki odamlarni (shu jumladan u bilgan yoki bilganlarni), hayvonlarni, hasharotlarni, qushlarni (*zoopsiyalarni*), narsalarni yoki ba'zan inson tanasining qismlarini va boshqalarni ko'rganda obyektiv bo'ladi.

Ba'zan bu butun sahnalar, panoramalar, masalan, jang maydoni, ko'plab yugurish, egilish, jang shaytonlari (panoramik, filmga o'xshash) bo'lgan jahannam bo'lishi mumkin. "Vizyonlar" oddiy o'lchamlarda, juda kichik odamlar, hayvonlar, narsalar va boshqalar shaklida bo'lishi mumkin. (liliput gallyutsinatsiyalari) yoki juda katta, hatto ulkan (makroskopik, Gulliver gallyutsinatsiyalari) shaklida.

Ba'zi hollarda, bemor o'zini, o'z qiyofasini ko'rishi mumkin (*Doppelganger gallyutsinatsiyalari* yoki *avtoskopik*).

Ba'zida bemor orqasida, ko'zdan tashqarida biror narsani "ko'radi" (*ekstrakampin gallyutsinatsiyalar*).

Xushbo'y gallyutsinatsiyalar ko'pincha yoqimsiz hidlarni xayoliy idrok etishdir (bemor chirigan go'sht, yonish, yonish, zahar, oziq - ovqat hidini sezadi), kamroq - umuman notanish hid, hatto kamroq-yoqimli narsaning hidi. Ko'pincha, xushbo'y gallyutsinatsiyalar bilan og'rigan bemorlar ovqatdan bosh tortishadi, chunki ular "oziq-ovqat uchun zaharli moddalar qo'yiladi" yoki "chirigan inson go'shti bilan oziqlanadi".

Taktil gallyutsinatsiyalar tanaga teginish, yonish yoki sovuqlik (*termal gallyutsinatsiyalar*), ushlab hissi (*haptik gallyutsinatsiyalar*), tanada qandaydir suyuqlik paydo bo'lishi (*gigrik gallyutsinatsiyalar*), hasharotlar tanasi bo'ylab emaklash hissi bilan ifodalanadi. Bemor o'zini tishlayotgandek, qitiqlayotgandek, tirmalgandek his qilishi mumkin.

Visseral gallyutsinatsiyalar- o'z tanasida ba'zi narsalar, hayvonlar, qurtlar mavjudligini his qilish ("qurbaqa oshqozonda o'tiradi", "qovuqda Tadpoles ko'payadi", "yurakda xanjar uriladi").

Gipnagogik gallyutsinatsiyalar- odatda uxlab qolishdan oldin kechqurun, ko'zlari yopiq holda paydo bo'ladigan idrokning vizual aldovlari (ularning nomi yunon tilidan olingan. hypnos-uyqu), bu ularni haqiqiy gallyutsinatsiyalarga qaraganda psevdo-gallyutsinatsiyalar bilan ko'proq bog'liq qiladi (haqiqiy muhit bilan hech qanday bog'liqlik yo'q). Ushbu gallyutsinatsiyalar bitta, ko'p, sahnaga o'xshash, ba'zan kaleydoskopik bo'lishi mumkin ("mening ko'zlarimda qandaydir kaleydoskop bor", "endi o'z televizorim bor"). Bemor ba'zi yuzlarni, jilmayishni, tilini ko'rsatishni, ko'z qisishni, yirtqich hayvonlarni, g'alati o'simliklarni ko'radi.

Gipnopompik gallyutsinatsiyalar - uyg'onish paytida paydo bo'lishi mumkin. Yopiq ko'zlar bilan ham yuzaga keladigan bunday gallyutsinatsiyalar gipnopompik deb ataladi.

Funksional gallyutsinatsiyalar - bu hissiyotlarga ta'sir qiladigan va faqat uning harakati davomida paydo bo'ladigan stimulyonida yuzaga keladigan narsalar. V. A. Gilyarovskiy tomonidan tasvirlangan klassik Misol:

Misol:

➤ Bemor, suv oqishi bilanoq, so'zlarni eshitdi: "uyga boring, Nadenka". Kranni burish paytida eshitish gallyutsinatsiyalari ham yo'qoldi. Vizual, taktil va boshqa gallyutsinatsiyalar ham paydo bo'lishi mumkin. Funksional gallyutsinatsiyalar haqiqiy stimulyonning mavjudligi bilan haqiqiy gallyutsinatsiyalardan farq qiladi, garchi ular mutlaqo boshqa tarkibga ega bo'lsa va illuziyalardan - ular haqiqiy stimulyonga

parallel ravishda qabul qilinadigan narsalar bilan ajralib turadi (u ba'zi "ovozlar", "vahiyalar" ga aylanmaydi va hokazo).

Taklif qilingan va qo'zg'atilgan gallyutsinatsiyalar. Hissiyotlarning gallyutsinatsion aldovlari gipnoz seansi paytida, masalan, atirgul hidini sezganda, o'zidan "o'ralgan" arqonni tushirganda ilhomlantirilishi mumkin. Gallyutsinatsiyaga ma'lum tayyorgarlik bilan, gallyutsinatsiyalar paydo bo'lishi mumkin va bu his-tuyg'ular o'z-o'zidan paydo bo'lmaganda (masalan, agar odam deliryumni, ayniqsa spirtli ichimliklarni boshdan kechirgan bo'lsa).

Lipmanning simptomi - bemorning ko'z qovoqlarini engil bosib, vizual gallyutsinatsiyalarni keltirib chiqarish, ba'zida bosimga tegishli taklif qo'shilishi kerak.

Bo'sh varaqning simptomi (Reyxardt simptomi) shundan iboratki, bemorga bo'sh oq qog'ozni diqqat bilan ko'rib chiqish va u erda ko'rganlarini aytib berish tavsiya etiladi.

Ashaffenburg simptomi - bemorga o'chirilgan telefon orqali gaplashish taklif etiladi; shunday qilib, eshitish gallyutsinatsiyalariga tayyorlik tekshiriladi. Oxirgi ikkita alomatni tekshirishda siz taklifga murojaat qilishingiz mumkin, masalan: "qarang, bu rasim haqida qanday fikrdasiz? Bu it sizga qanday yoqadi? Bu ayol ovozi sizga telefonda nima deydi?»

Induktsiya qilingan gallyutsinatsiyalar - Vaqti-vaqti bilan taklif qilingan gallyutsinatsiyalar (qoida tariqasida, vizual) induktsiya qilingan xarakterga ega bo'lishi mumkin: sog'lom, ammo ta'sirchan, histerik xususiyatlarga ega bo'lgan odam bemorga ergashib, xususiyatni, farishtalarni, ba'zi uchib ketadigan narsalarni va boshqalarni "ko'rishi" mumkin. bemorlarda bo'lgani kabi aniqlik, tasvir, yorqinliksiz

Gallyutsinatsiyalar og'riqli buzilishning alomatidir (garchi ba'zida qisqa muddatli bo'lsa ham, masalan, psixotomimetik vositalar ta'sirida). Ammo ba'zida, yuqorida aytib o'tilganidek, kamdan-kam hollarda, ular sog'lom (gipnozda ilhomlantirilgan, induktsiya qilingan) yoki ko'rish organlari patologiyasida (katarakt, retinaning ajralishi va boshqalar) va eshitishda paydo bo'lishi mumkin. Bular Charlz Bonne tipidagi gallyutsinatsiyalar deb ataladi — 17-asr tabiatshunosi, katarakt bilan og'rigan 89 yoshli bobosida hayvonlar va qushlar ko'rinishidagi gallyutsinatsiyalarni kuzatgan. Shu bilan birga, gallyutsinatsiyalar ko'pincha elementar (yorug'lik chaqnashlari, zigzaglar, ko'p rangli dog'lar,

barglarning shovqini, tushayotgan suv va boshqalar), ammo ular yorqin, majoziy eshitish yoki vizual hislar shaklida bo'lishi mumkin.

Misol:

➤ *Ko'rish qobiliyatini yo'qotgan 72 yoshli bemor (ikki tomonlama katarakt), unda xotiraning ozgina pasayishidan tashqari hech qanday ruhiy kasalliklar aniqlanmagan, muvaffaqiyatsiz operatsiyadan so'ng u devorda ba'zi odamlarni, asosan ayollarni ko'rishini aytdi. Keyin bu odamlar " devordan chiqib, haqiqiy narsaga aylanishdi. Keyin qizlardan birining qo'lida kichkina it paydo bo'ldi. Bir muncha vaqt hech kim yo'q edi, keyin oq echki paydo bo'ldi." Kelajakda bemor ba'zan bu echkini "ko'rdi" va atrofdagilardan nega to'satdan uyda echki borligini so'radi. Bemorda boshqa ruhiy patologiya yo'q edi. Boshqa ko'zda muvaffaqiyatli operatsiyadan bir oy o'tgach, gal-lyusinatsiyalar butunlay yo'q bo'lib ketdi va kuzatuv davomida (5 yil) bemorda xotiraning pasayishidan boshqa ruhiy patologiya aniqlanmadi.*

Ko'rish va eshitish patologiyasi bo'lgan odamlarda gallyutsinatsiyalar ehtimolini tan olgan holda, batafsil anamnezni (ilgari ko'z kasalligi paytida qaytalanishi sodir bo'lgan kasallikning mavjudligi) to'plash, hozirgi paytda ruhiy holatni to'liq tekshirish va katamnestic kuzatuvni o'tkazish kerak, chunki katarakt, eshitish qobiliyatining pasayishi va boshqa kasalliklar qarilikda aniqlanadi. ushbu davrga xos bo'lgan ruhiy kasallik. Gallyutsinatsiyalarning obyektiv belgilarini, ularning ba'zilarining xavfli tabiatini (masalan, imperativ gallyutsinatsiyalar), ruhiy kasallarga xos bo'lgan og'riqli tajribalarini yashirish istagini (dissimulyatsiya) bilish va hisobga olish juda muhimdir. Ko'pincha umumiy kirish imkoniyati, bemor bilan aloqa qila olmaslik shifokorni uning xatti-harakatlarini, yuz ifodalarini, imo-ishoralarini, pantomimalarini diqqat bilan kuzatishga majbur qiladi. Masalan, bemorlar quloqlarini yoki burunlarini tiqishlari, biror narsani diqqat bilan tinglashlari, atroflariga tupurishlari, ovqatni hidlashlari, biror narsa aytishlari, yashirishlari, tajovuzkor, tushkun, sarosimaga tushishlari va h. k. O'tkir psixozlarda vizual gallyutsinatsiyalar ustunlik qilib, uzoq vaqt davom etishida kasallikning tabiati ham muhimdir.

Misol:

➤ Uzoq vaqt davomida spirtli ichimliklarni iste'mol qilgan 35 yoshli bemor M. pnevmoniyadan so'ng qo'rquvni boshdan kechira boshladi, yomon va bezovta uxlay boshladi. Kechqurun u xavotir bilan xotinini chaqirib, Pol chiroqining soyasiga ishora qilib, "bu xunuk yuzni

devordan olib tashlashni"so'radi. Keyinchalik u qalin, juda uzun dumli kalamushni ko'rdi, u to'satdan to'xtab qoldi va" jirkanch xirillagan ovoz bilan "so'radi:" nima, tugatdim?». Kechga yaqin men yana kalamushlarni ko'rdim, to'satdan stolga sakrab tushdim, "bu jonzotlarni qo'rqitish uchun"telefonimni erga tashlamoqchi bo'ldim. Qabulxonada stasionizatsiya qilinganida, yuzi va qo'llarini his qilib, jahl bilan dedi: "bunday klinika va o'rgimchaklar tarqalib ketdi, butun yuzim o'rgimchak to'ri bilan qoplandi".

Gallyutsinator sindromi (*gallyutsinoz*) - 1-2 haftadan (o'tkir gallyutsinoz) bir necha yilgacha (surunkali gallyutsinoz) davom etadigan aniq ong fonida mo'l-ko'l gallyutsinatsiyalar (og'zaki, vizual, taktil) oqimi gallyutsinoz affektiv kasalliklar (tashvish, qo'rquv) bilan birga bo'lishi mumkin, shuningdek xayolparast g'oyalar gallyutsinozlar alkogolizm, shizofreniya, epilepsiya, miyaning organik lezyonlari, shu jumladan sifilitik etiologiya.

2.3. Psixosensor buzilishlari

Derealizatsiya-idrok dunyosini begonalashtirish (K. Yaspers), atrofdagi voqelikni idrok etish (idrok etish) buzilishi, bunda ilgari tanish bo'lgan hodisalar va ob'ektlarni, tirik mavjudotlarni, fazoviy munosabatlarni idrok etish ularning o'zgaruvchanligi, begonalashishi, g'ayritabiiyligi, haqiqiy emasligi hissi bilan birga boshlanadi. Shu bilan birga, bemorlar ko'pincha atrofdagi hamma narsa qanday o'zgarganligini aniqlash qiyin. Shuning uchun ular o'zlarining g'ayrioddiy tajribalarini tasvirlashda quyidagi so'zlarni ishlatadilar: "go'yo", "kabi", "ba'zi uzoq va uzoq uylar", "go'yo hamma narsa qandaydir tumanga tushib qolgandek", "daraxtlar chizilgan kabi, garchi men men ularning haqiqiy ekanligini bilaman", "atrofdagi hamma narsa o'lik", "hamma narsa va bu kabi emas, go'yo men bularning barchasini tushimda ko'rgandek", "men hamma narsani qalin, bulutli oynadan ko'rayapman", "tovushlar go'yo qulog'im paxta momig'i bilan yopilgandek jim bo'lib chiqadi", "hamma narsa tuman plyonkasi orqali qabul qilinadi" va boshqalar.

Atrof-muhitni derealizatsiya qilish hissi bir vaqtning o'zida bir nechta analizatorlarga (vizual, eshitish, teginish, ta'm va boshqa taassurotlarning o'zgarishi) va ulardan biriga (asosan vizual yoki eshitish) tegishli bo'lishi mumkin: bemor teginish orqali qaysi narsaga tegishini aniqlay olmaydi — yog'och yoki temir; ovqatning ta'mini ajrata olmaydi ("hammasi o't kabi").

Derealizatsiya paytida idrokning buzilishi fazoviy munosabatlarga ham tegishli bo'lishi mumkin ("hamma narsa biron bir joyga surilib, qandaydir tekis bo'lib qoldi, go'yo chizilgan") va vaqtni idrok etishning o'zgarishi ("vaqt juda sekin oqadi", "u to'xtab qolganday tuyuldi "yoki aksincha," bu qisqa vaqt ichida men o'zimni asrlar o'tib ketdi").

Aniq derealizatsiya hodisalari bilan voqelik hissi yo'qolishi mumkin: bemor bugun ovqatlanganmi yoki yo'qmi, onasi bilan uchrashganmi yoki umuman bor-yo'qligini bilmaydi, uy sharoitini tasavvur qila olmaydi va hokazo.

Derealizatsiya ko'pincha depersonalizatsiya bilan, ayniqsa avtodepersonalizatsiya shaklida birlashtiriladi.

Tegishli derealizatsiya hodisalari quyidagi alomatlar hisoblanadi:

- allaqachon ko'rilgan (deja vu);
- allaqachon boshdan kechirgan (deja vecu);
- allaqachon sinovdan o'tgan (deja eprouve);
- allaqachon eshitilgan (deja entendu) yoki aksincha,
- hech qachon ko'rilmagan (jamais vu).

Ushbu tajribalar shundan iboratki, notanish, mutlaqo yangi muhit odatda bir lahzaga tanish bo'lib tuyuladi, allaqachon ko'rilgan, boshdan kechirgan va boshqalarning nutqlari bir vaqtlar eshitilgan. Ushbu tajribalardan farqli o'laroq, bu sodir bo'ladi (shuningdek, juda qisqa muddatli), tanish vaziyat mutlaqo begona, notanish, hech qachon ko'rilmagan ko'rinadi.

Ushbu alomatlar sog'lom odamlarda, ayniqsa charchoq, uyqusizlik, haddan tashqari kuchlanish bilan bog'liq holda juda keng tarqalgan.

Derealizatsiya hissi tajribasi sog'lom odamlarda ham paydo bo'lishi mumkin (xuddi shu sharoitda va qisqa vaqt ichida), garchi ular ko'pincha ruhiy kasalliklarda uchraydi. Sog'lom odamlarda derealizatsiya buzilishlaridan (shuningdek, ortiqcha ish bilan), ba'zida bunday tabiatning qisqa muddatli buzilishlari qayd etiladi, bu erda tanish joy 180° ga teskari ko'rinadi (ya'ni, odam chapga yoki o'ngga borishni darhol tushunmaydi), bu odatda ko'chada, transportdan chiqishda, metroda va hokazo.

Tana sxemasining buzilishi tananing yoki uning alohida qismlarining kattaligi va shakli, ularning joylashishi yoki butun tananing holati to'g'risida odatiy g'oyalarni buzish bilan ifodalanadi. Masalan, bemorga uning boshi ulkan bo'lib, nafaqat yostiqqa, balki umuman xonaga ham sig'maydi, oyoqlari to'g'ridan-to'g'ri boshidan boshlanadi va

tanasi g'oyib bo'ldi. Boshqasi uning qo'li haddan tashqari kattalashganini his qiladi — "u shunchaki pudga aylandi", o'zi "kichkina yoki aksincha, ulkan bo'lib qoladi, "lilliputlar mamlakatidagi Gulliver singari", "qo'llari cho'zilgan", "oyoqlari ikkiga bo'lingan va kamida to'rttasi bor", "bosh ajratilgan yoki tanasi" va boshqalar. Ko'rish nazorati ostida o'z tanasining yoki uning alohida qismlarining shakli, hajmi va holati haqidagi bu o'zgargan g'oyalar, qoida tariqasida, yo'qoladi, bemor o'z tanasini odatdagi, tanish shaklda ko'radi, lekin ko'zlarini yumib turing, chunki bosh yana kattalashadi va hokazo.

Tana sxemasining buzilishi ko'pincha *metamorfopsiyalar* (yunonca *meta*-keyin, uchun, orqali + *morphe* -shakl). bilan birga keladi - atrofdagi predmetlarning shaklini buzilgan holatda idrok etish

Misol:

➤ *Shkaf bemorga egri ko'rinadi, stulning oyoqlari zigzag shaklida, deraza rombik shaklga ega.*

➤ *Bundan tashqari, atrofdagi narsalarning buzilgan idroki, ular bemorga ularning tabiiy miqdoridan (mikropsiya, makropsiya) kamroq yoki kattaroq ko'rinishi, ularning soni ko'payishi (poliopsiya), ular harakat qilishadi (optik allesteziya), bemorga tushadi, unga bosiladi, ho'ronli harakatda (optik ho'ron) ho'ladi.*

Ba'zan qo'pol ravishda o'zgartirilgan shaklda nafaqat ob'ektlarning kattaligi va shakli, balki fazoviy munosabatlar ham qabul qilinadi: bemorga xonaning devorlari bir-biriga yaqinlashib, qulab tushadi, ustiga tushadi yoki aksincha, bir-biridan ajralib turadi, zamin to'lqinga aylanadi, bo'shliq yorilib ketganday tuyuladi.

Metamorfopsiyalar va ular bilan bog'liq alomatlar illyuziyalardan idrokning yetarliligi bilan farq qiladi (bemor stulni ko'rayotganini biladi, garchi u stul o'miga ulkan o'rgimchak emas, balki egri oyoqlari bilan bo'lsa ham, bu xayoliy idrokda bo'lishi mumkin). Ular gallyutsinatsiyalardan farq qiladi, chunki buzilgan shaklda bemor haqiqatda mavjud bo'lmagan narsalarni emas, balki haqiqiy mavjud narsalarni sezadi.

Sezgi, idrok va vakillik buzilishlarining qiyosiy yosh xususiyatlari.

Sezgilar, hislar, g'oyalar patologiyasining xususiyatlari nafaqat kasallikning tabiati, klinik shakli, o'tkirligi va bosqichiga, balki bemorning yoshiga (bola, o'spirin, yetuk) ham bog'liq. O'smirlik davrida idrokning buzilishi deyarli yetuklarnikidan farq qilmaydi.

Bolalik va o'spirinlik davrida sezgi va idrok buzilishlarini eng puxta o'rganish G. E. Suxareva tomonidan amalga oshirildi.

Senestopatiyalar 5-7 yoshdagi bolalarda paydo bo'lishi mumkin, ko'pincha ular qorin bo'shlig'i organlari hududida proektsiyalanadi (garchi ular boshqa lokalizatsiyaga ega bo'lsa ham), odatda qisqa muddatli epizodlar shaklida paydo bo'ladi. Bola odatda aniq ta'riflay olmaydigan qorin bo'shlig'idagi bunday qisqa muddatli, ammo yoqimsiz histuyg'ularning takrorlanishi bolalik davrida boshlangan epilepsiyaning birinchi belgisi bo'lishi mumkin (Uspenskaya M. A.).

Misol:

7 yoshli qiz tez-tez, ba'zan kuniga bir necha marta onasiga bir xil shikoyatlarni taqdim etdi: "mening qornimdagi narsa og'riyapti". To'liq somatik tekshiruv hech qanday patologiyani aniqlamadi va 2 yildan so'ng qiz odatda epileptik alomatlarga ega bo'ldi. O'smirlarda senestopatiya ko'rinishidagi patologik hislar yanada rivojlangan, kattalardagi shunga o'xshash kasalliklarga o'xshaydi. Yorqinligi, bolalarni idrok etish obrazi, bolalardagi ikkinchi signal tizimining rivojlanmaganligi sababli, illuziyalar "haqiqat ko'pincha xayoliy bilan chambarchas bog'liq" bo'lganda ham normal bo'lishi mumkin. Yosh bolalar xayolotga moyillik, haqiqiy narsalarni jonlantirish yoki boshqacha idrok etish, ularga o'ziga xos xususiyatlarni berish qobiliyati bilan ajralib turadi ("quyosh tirik, u osmon bo'ylab yuradi", "divan- bu mashina, biz hozir janubga boramiz" va boshqalar), lekin shu bilan birga emas haqiqatdan uzing. Patologik xayol bilan bola butunlay haqiqiy dunyodan ajralib chiqadi, u o'zining og'riqli xayollarida yashaydi. Bundan tashqari, bolalarda qo'rquv (affektogen illuziyalar) fonida yoki intoksikatsiya va infeksiyalar paytida, ongning deliryum buzilishi bilan yuzaga keladigan patologiya sifatida haqiqiy illuziyalar bo'lishi mumkin. Qizil olovning og'ir shaklini boshdan kechirgan 5 yoshli qiz, yuqori haroratda, xonada hali tozalanmagan Rojdestvo daraxtini ko'rsatib so'radi: "bu Gorynichni olib tashlang, uni haydab yuboring".

Idrok patologiyasiga oid bolalik davrining o'ziga xos xususiyati ertak va multfilmlarning turli qahramonlarini tez-tez "ko'rish" dir. Bu nafaqat xayollarga, balki gallyutsinatsiyalarga ham tegishli. Bolalar "Baba yaga", "sher xonning dahshatli yo'lbarisi", "yovuz sehrgar "va boshqalarni" ko'rishadi". yana bir xususiyat- namoyon bo'ladi. Bu idrokning vizual aldovlarining ustunligi (hatto shizofreniya bilan ham,

kattalardagi ushbu kasallikdan farqli o'laroq, asosan eshitish gallyutsinatsiyalari bilan).

Bolalar va o'spirinlarda psevdogallyutsinatsiyalar bo'lishi mumkin va ko'pincha gipnagogik shaklida bo'ladi. Ikkinchisi ko'pincha kasallik fonida, ayniqsa, oneiroid (shizofreniya, infeksiyalar, shu jumladan intrakranial; intoksikatsiya) shaklida ongning xiralashishi bilan yuzaga keladi.

To'shakda yotgan 3 yoshli qiz to'satdan sakrab tushdi va o'zini mushtlari bilan boshiga ura boshladi, yig'ladi va baqirdi: "yana bu dahshatli amakilar boshida, men ularni haydab yuborolmayman".

Gipnagogik shaklida psevdogallyutsinatsiyalar bolalar va o'spirinlarda hech qanday psixozsiz paydo bo'lishi mumkin, ammo hissiy labillik, ta'sirchanlik, taklifning oshishi kabi xususiyatlar mavjud bo'lganda.

Tana sxemasi va metamorfopsiyaning buzilishi ko'rinishidagi sezgi sintezining buzilishi bolalarda (odatda 6-7 yoshdan keyin) turli xil etiologiyalarning organik miya shikastlanishi bilan sodir bo'ladi.

SAVOLLAR

1. Sezgi turlarini sanab bering
2. Idrok xususiyatlarini sanab bering.
3. Illyuziya turlarini sanab bering.
4. Gallyutsinatsiya turlarini sanab bering.
5. Psixosensor buzulishlarga nimalar kiradi?
6. Psevdogallyutsinatsiyalar uchraydigan kasalliklarni sanab bering.

TESTLAR

1. **Gallyutsinatsiyalarlar illyuziyalar va psixosensor buzilishlardan farqlanib :**

Real ob'ektsiz idrok qilish

Yolg'on, xato idrok qilish

Hajm va shaklni buzilgan xolda idrok etish

Qachonlardir ko'rilgan, «qachonlardir eshitilgan» shaqlda idrok etish

2. **Soxta gallyutsinatsiyalarlar xos bo'lgan kasallik:**

Shizofreniya

Bosh miya jarohati

Oh, alahlash

Organik psixoz

3. Tananing turli joyida sababsiz paydo bo'ladigan kuydirish, sanchilish, ag'darilish kabi yoqimsiz holat bu

Senestopatiyalar

Taktil gallyutsinatsiyalarlar

Illyuziyalar

Vissepal gallyutsinatsiyalarlar

4. Derealizasiyaga xos:

Atpof muhitni buzilgan holda idrok etish

Taktil gallyutsinatsiyalarlar

Illyuziyalar

Vissepal gallyutsinatsiyalarlar

5. Bemop o'zining ichki a'zolarida yod narsalarni idrok etyapti.

Simptomni toping

Vissepal gallyutsinatsiyalarlar

Ko'ruv gallyutsinatsiyalarlar

Gipnogagik gallyutsinatsiyalarlar

Gipnopompik gallyutsinatsiyalarlar

6. Chin gallyutsinatsiyalarlar xos emas

Shizofreniyaga

Bosh miya o'smalariga

Peaktiv psixozlarga

Alkogol psixozlarga

7. Bemorda atrofni fantastik va g'aroib ravishda idrok etish bu qanday patalogiya

Papeydoliya

Giposteziya

Senestopatiya

Papasteziya

8. Gallyutsinatsiyalarlardan farqli o'laroq, illyuziyalar

Peal ob'ektni almashtipib qo'ygandek soxta idrok etish

Ruhiy buzilish simptomi hisoblanadi

Xotira buzilishiga kiradi

Atrof-muhitni noto'g'ri idrok qilishdir

9. Biror ob'ektsiz idrok etish-bu

Gallyutsinatsiyalar

Illyuziya

Pareydoliya
Senestopatiya

10. Tashqi taasurotlarga sezgirlikning pasayishi quyidagicha nomlanadi

Giposteziya
Giperesteziya
Anesteziya
Agnoziya

VAZIYATLI MASALALAR

1. Bemor V., 28 yoshda, o'z his-tuyg'ulario'zgarganligidan va yoqimsiz hissiyotlarni boshdan kechirishdan shikoyat qiladi. U atrofdagi narsalami soxta deb biladi, odamlar unga ikki o'lchovli "karton" kabi ko'rinadi. Bemorga o'zining ahvolini boshqalarga tushuntirish qiyin, u o'zini haqiqatan ham mavjud deb hisoblamaydi. Ruhiy kasallikni aniqlang.

Derealizatsiya va depersonalizatsiya

Soxta gallyutsinatsiyalar

Haqiqiy gallyutsinatsiyalar

Puerilizm

2. Bemor bo'limda yotipti, u bilan suhbat paytida uning devor orqasida hamma narsani ko'rayotgaligi haqida «ichki ovoz» kelayotganini aytadi. Bu qanday simptom?

Soxta gallyutsinatsiyalar

Pareidolik illuziyalar

Senestopatiya

Parakinesiya

III – BOB. FIKRLASH. FIKRLASH PATOLOGIYASI.

Fikrlash-bu inson ongida obyektlar va hodisalarning umumiy xususiyatlarini, shuningdek ular o'rtasidagi aloqa va munosabatlarni aks ettirish jarayoni.

Fikrlash davomida inson hodisalarni va ular orasidagi bog'liqlikni bevosita bilish uchun ularning yashiringan ichki xususiyatlarni o'rganadi. Fikrlash voqeylikni umumlashtirilgan bilish vositasi bo'lib xizmat qiladi, bu insonga hayotiy bilimlarni rivojlantirishning oldingi amaliyoti asosida o'rnatilgan dunyo obyektlari va hodisalarining umumiy qonuniyatlari va aloqalaridan foydalanishga imkon beradi.

Kognitiv jarayonlarning sezgi, idrok, tafakkurga bo'linishi ma'lum darajada shartlidir, chunki allaqachon sezish va idrok etish jarayonida obyektни anglash uchun zarur bo'lgan muhim xususiyatlarni tanlash va umumlashtirish muhim jarayondir. Mantiqli idrok, semantik xotira har qanday idrok va xotira jarayonining eng muhim xususiyatidir.

Shuningdek insonning fikrlash qobiliyatini har doim ham nutq bilan aniqlab bo'lmaydi, chunki ko'p hollarda uning anglash, idrok etish funksiyasi nutqda namoyon bo'lmasligi mumkin.

Nutq kommunikativ, ijtimoiy ahamiyatga ega hodisadir. U tarixiy rivojlanish jarayonida tafakkur bilan birga paydo bo'lgan degan qarashlar mavjud. Nutq insoniyatni boshqa tirik mavjudotlardan ajratib turuvchi vositalardan biridir. Uning yordamida kishilik jamiyati paydo bo'lgan davrdan boshlab to bugungi kunga qadar sodir bo'lgan tarixiy jarayonlar, hayotiy tajribalar, ilmiy, nazariy bilimlar sohibiga aylandik. Nutq va fikrlashning o'zaro bog'liq ekanligiga qaratilgan bir qator nazariyalar uning mavhumlik darajasini sezilarli tarzda qisqartirdi, sababi so'zlar tabiatan voqelikni umumlashtirgan shaklda nutqda aks ettiriladi.

Insonning tafakkuri nafaqat atrofdagi hodisalarni bilish jarayonida, balki maqsadga muvofiq harakat qilish holatida ham namoyon bo'ladi. Fikrlash jarayoni-bu shaxsning butun borliqdagi obyektlarni, har qanday hodisani anglashga qaratilgan faol, maqsadli jarayon. Binobarin, fikrlashning ehtiyojlar, motivlar, munosabatlar, hissiyotlar bilan bog'liqligini ta'kidlash muhimdir.

S. Y. Rubenshteynning fikriga ko'ra: " Motivlar masalasi bu mohiyatan u yoki bu fikrlash jarayoni kelib chiqadigan manbalar masalasi ", - hisoblanadi.

Intellect-o'rganilgan bilim, tajriba va ularni keyinchalik to'plash va aqliy faoliyatda foydalanish qobiliyatini o'z ichiga oladi. Aql va fikrlash bir-biri bilan chambarchas bog'liq, ammo bir xil emas. Fikrlash aqlning faol funksiyasidir.

Tahlil va sintez, hukm, xulosa aqliy operatsiyalarning mustaqil toifalardir, ammo intellektual imkoniyatlar, tajriba va bilim asosida amalga oshiriladi.

3.1. Aqliy operatsiyalarning asosiy turlari

Har qanday aqliy faoliyat quyidagi aqliy operatsiyalar yordamida amalga oshiriladi: analiz va sintez, taqqoslash, umumlashtirish, tasniflash, mavhumlashtirish va konkretlashtirish.

Analiz-butunni qismlarga aqliy ajratish, obyektlar yoki hodisalarning aqliy parchalanishi, ularning qismlari, xususiyatlari, xususiyatlarini ajratib ko'rsatishdir.

Sintez-bu analizning teskari shakli bo'lib, qismlar, xususiyatlar, harakatlar obyektlar va hodisalarning aqliy birikmasi.

Analiz va sintez bir-biri bilan uzviy bog'liqdir. Bilimning dialektikasi shundan iboratki, barcha qarama-qarshiliklar uchun analiz va sintez yagona jarayonni tashkil qiladi.

Dunyodagi narsalar va hodisalari o'rtasida aloqalarni o'rnatish uchun ularni bir-biri bilan taqqoslash kerak. Taqqoslash jarayoni yordamida obyektlarining o'xshashligi va farqi aniqlanadi. Bunday holda, taqqoslash har doim umumlashtirish bilan bog'liq, chunki, qoida tariqasida, umumiy jihatga ega bo'lgan hodisalar taqqoslanadi.

Umumlashtirish-bu obyektlar va hodisalarni ular uchun umumiy bo'lgan xususiyatlarni ta'kidlash asosida bir-biri bilan birlashtirishdir. Agar umumlashtirish muhim xususiyatlarni ajratib ko'rsatish asosida qurilgan bo'lsa, unda bu tushunchalarni shakllantirish zaruligini ifodalaydi.

Taqqoslash obyektlar yoki hodisalardagi o'xshashlik yoki farqni ko'rsatib o'tish bo'lsa, umumlashtirish jarayonlari odamga narsa va atrof-muhit hodisalarini birlashtirish imkonini beradi.

Taqqoslash va umumlashtirish jarayonlari asosida hamda obyektlarni tadqiqotning umumiy maqsadidan kelib chiqadigan qarashga mos keluvchi ma'lum tasnifiy, alohida guruhlar va kichik guruhlariga ajratishdir.

Obyektlar va hodisalarni umumlashtirish jarayonida odam faqat ularning umumiy xususiyatlari haqida o'ylaydi, ular orasidagi farqlardan chalg'iydi. Ushbu aqliy operatsiya abstraksiya deb ataladi. Abstraksiya miyaning sof ichki mahsuli hisoblanmaydi, u reallikdagi hodisalar xususiyatini u yoki bu tarzda aks ettirishning hosilasidir.

Abstraksiyadan farqli o'laroq, konkretizatsiya umumiy, mavhum xususiyatlar va xususiyatlardan ma'lum bir voqelikka, hissiy tajribaga o'tishga imkon beradi. Konkretlashtirish fikrlashning ushbu haqiqatdan ajralishiga to'sqinlik qiladi (maqol va maqollarning majoziy ma'nosi). Fikrlash jarayoni esa hissiy bilim ma'lumotlarini umumlashtirish natijasida hosil bo'lgan tushunchalar bilan ishlashga asoslangan.

Konseptsiya-bu o'xshash obyektlar yoki hodisalar guruhining umumiy va muhim xususiyatlarini fikrlashda aks ettirish. Tushunchalar vizual tasvirlar shaklida taqdim etilishi mumkin emas. Tushunchalar so'zlar bilan belgilanadi. Haqiqiy obyektlar va hodisalar o'rtasidagi munosabatlarni aks ettiruvchi aniq tushunchalar hamda ularning mavhum xususiyatlarini aks ettiradigan tushunchalar mavjud.

Hukmlar-bu atrofdagi dunyo obyektlari va hodisalari yoki ularning belgilari o'rtasidagi munosabatlarni tasdiqlaydigan yoki rad etadigan bayonotlardir.

Xulosalar-bu yangi hukmning bir yoki bir nechta hukmlarining xulosasi. Xulosalarning ikkita asosiy turi mavjud: induksiya va deduksiya.

Induksiya - bu aniq, alohida holatlar, xulosa esa umumiy holat bo'lgan xulosa.

Deduksiya-bu umumiy qoidalar asosida muayyan holatlar to'g'risida xulosalar chiqariladigan xulosa.

3.2. Fikrlash tadqiqotlari

Psixologiyada quyidagi usullar qo'llaniladi:

1) *Obyektlarni tasniflash* - umumlashtirish va mavhumlashtirish jarayonlarini o'rganish uchun xulosalar ketma-ketligini, xotira xususiyatlarini, hisobot va diqqatning barqarorligini, ularning yutuqlari va kamchilikliklarini tahlil qilishga imkon beradi (K. Goldshteyn). Mavzuning barcha harakatlari yozib olinadi va guruh nomi haqida so'raladi. Keyin "guruhni iloji boricha kichikroq qilish uchun guruhni

guruh bilan bog'lash"so'raladi. Keyin yozuvlar bilan protokol tahlil qilinadi.

2) *Obyektlarni istisno qilish* - ushbu uslub bemorlarning analitik va sintetik faoliyatini o'rganish uchun mo'ljallangan, fikrlashning mantiqiy asoslanishiga talablar qo'yadi.

Kartochkalar-4 ta obyekt chizilgan vazifalar ortib borayotgan qiyinchilik tartibida taqdim etiladi. Ko'rsatma:"3 ta obyekt bir-biriga o'xshash, ularni bitta nom bilan atash mumkin, ammo 4-chi ularga mos kelmaydi, uni chiqarib tashlash kerak." Mavzuning tushuntirishlari protokolga yoziladi.

3) *Vygotskiy-Zaxarov usuli* - tadqiqot tushunchalarni mustaqil ravishda shakllantirish qobiliyatini o'rganadi. Sizga "Bik", "tsev", "gur", "lag" yozuvlari bilan turli xil shakl, o'lcham, rangdagi yog'och shakllar to'plami kerak. Ko'rsatmalar:"raqamlarni turlarga ajratish".

4) *Muhim xususiyatlar* - metodologiya bemorning hukmlarining mantiqiyligini, bir xil turdagi muammolarning uzoq qatorini yechishda fikrlash uslubining yo'nalishi va barqarorligini saqlash qobiliyatini ochib beradi.

Bosilgan matnli shakllar berilgan:

Bog' (o'simliklar, bog'bon, it, panjara, er).

O'yin (kartalar, o'yinchilar, jarimalar, jazo, qoidalar).

Shahar (avtomobil, bino, olomon, ko'cha, velosiped).

5) *Oddiy va murakkab o'xshashliklar.*

Oddiy:	Ot - toychoq Sigir - buzoq	Murakkab:	Echki - podasi Dengiz - okean
	Yomgir - soyabon Qish - sovuq		Qasos - o't qo'yish Bob - roman

Ko'rsatma:"turli xil aloqa prinsipiga ega bo'lgan 7 juft so'z berilgan: qarama-qarshi tushunchalar, sabab-oqibat munosabatlari, miqdoriy farq va boshqalar, quyidagi 18 juftlikdan aloqa prinsipiga o'xshashlarni tanlash kerak."

6) *Tushunchalarni taqqoslash.* Taqqoslanishi kerak bo'lgan 8-10 juft so'zlar to'plami, unda turli darajadagi umumiylik tushunchalari, shuningdek mutlaqo beqiyos tushunchalar mavjud.

Ko'rsatma: "Bu tushunchalar qanday o'xshash va qanday farq qiladi?"

Bundan tashqari, quyidagi usullar qo'llaniladi:

- Maqollar, metaforalar, iboralarning nisbati.
- Matnda yetishmayotgan iboralarni to'ldirish.
- Sujet rasmlarini tushuntirish.
- Voqealar ketma-ketligini o'rnatish.
- 60 so'zning nomi (Jungning assotsiativ tajribasi). - Javob

uyushmasi.

- Qarama-qarshiliklar.
- O'quv tajribasi.
- Raqamlarning tasnifi.

7) *Piktogramma*. A. R. Luriya tomonidan taklif qilingan ushbu usul bilvosita yodlashning bir variantidir, ammo, avvalambor, u bemorlar uyushmalarining tabiatini tahlil qilish uchun qo'llaniladi.

Ko'rsatma: "siz 12-16 so'z va iboralarni eslab qolishingiz kerak, uning vizual xotirasini tekshirish uchun berilgan so'zni eslab qolishga yordam beradigan biror narsa chizishingiz kerak. Rasmning sifati muhim emas."

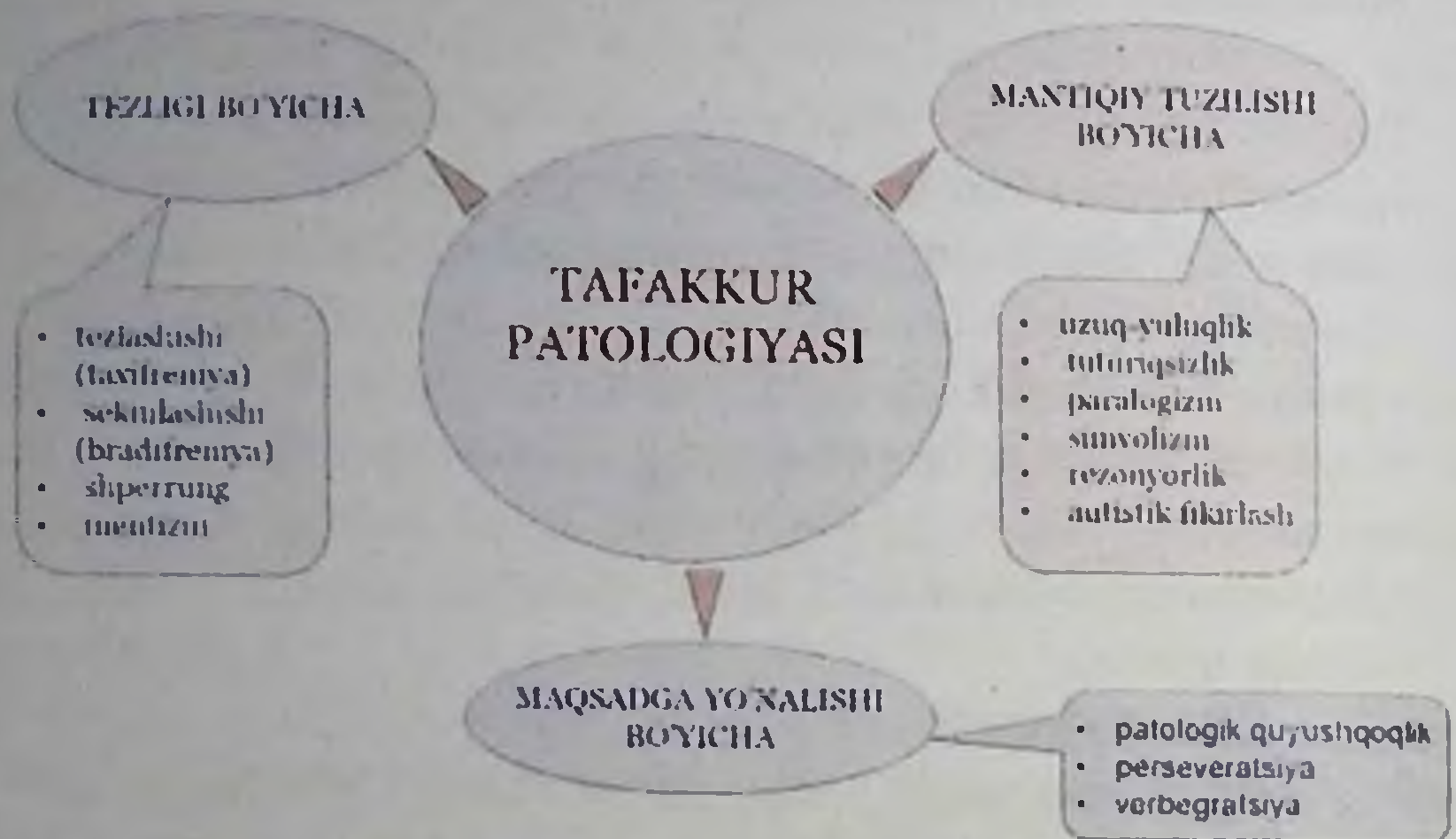
V. X. Kandinskiy shunday degan: "psixologiya - bu umuman ruh haqidagi fan, psixiatriya-bu ruhiy buzilishlar haqidagi fan. Psixiatrlarning sog'lom ruh haqidagi xulosalari o'zgarmasdir va psixiatr uchun ilmiy psixologiyaning umumiy xulosalarini bilish majburiydir.

Psixologik eksperimentda funksional faoliyat buzilishlarini o'rganiladi. Kognitiv jarayonlarni o'rganishda tajriba bemorning ma'lum aqliy operatsiyalari qanday parchalanishini, yangi aloqalarni olish jarayoni qanday o'zgarishini, o'tgan tajribada shakllangan eski aloqalar tizimidan foydalanish qobiliyati qanday shaklda buzilishini ko'rsatishi kerak.

3.3 Fikrlash patologiyasi

Psixopatologiyada fikrlash buzilishlarini tasniflashning bir necha turlari mavjud (Rasm 9):

- ↓ shakli bo'yicha,
- ↓ tarkibi bo'yicha,
- ↓ assotsiativ jarayonning tezligi
- ↓ maqsadli.



Rasm 9. Tafakkur patologiyasi

Zeigarnik tasnifi bo'yicha fikrlashning buzilishi:

I tip-fikrlashning operatsion tomonini buzish (umumlashtirish darajasining yyetishmasligi yoki pasayishi yoki umumlashtirish jarayonining buzilishi).

II tip-aqliy faoliyat dinamikasining buzilishi (fikrlashning mantiqiy tizimining buzilishi - labillik, inertlik, fikrlashning nomuvofiqligi).

III tur-fikrlashning motivatsion tarkibiy qismining buzilishi (xilma-xillik, rezonans).

IV tur-tanqidiy fikrlashning buzilishi.

1. Fikrlashning operatsion tomonini buzish.

Umumlashtirish darajasini pasaytirish haqida gap ketganda, umumiy xususiyatlar bilan ishlash narsalar o'rtasida aniq aloqalarni o'rnatish bilan almashtiriladi.

Umumlashtirish darajasi pasaygan bemorlarning odatiy qarorlari bu bemorlar tomonidan hosil bo'lgan 3 ta javob guruhidir:

1) aniq-obyektlarni biron bir sinfga tayinlash aniq belgilar asosida amalga oshirilganda (masalan, buyumlar yasalgan material).

2) aniq vaziyat-umumlashtirish faqat ma'lum bir vaziyatda muhim bo'lgan narsalarning o'ziga xos xususiyatlari asosida amalga oshirilganda ("shifokor, bola va termometr - tibbiyot", "belkuraklar, aravalar va axlatlarni olib tashlash).

3) nol - umumlashtirish obyektlarning xususiyatlari yoki funksiyalarining oddiy ro'yxati bilan almashtirilganda, garchi guruhni

to'g'ri shakllantirish mumkin bo'lsa ("samolyot" - "ular osmonda uchishadi", "kema" - "ular suvda suzishadi" va boshqalar).

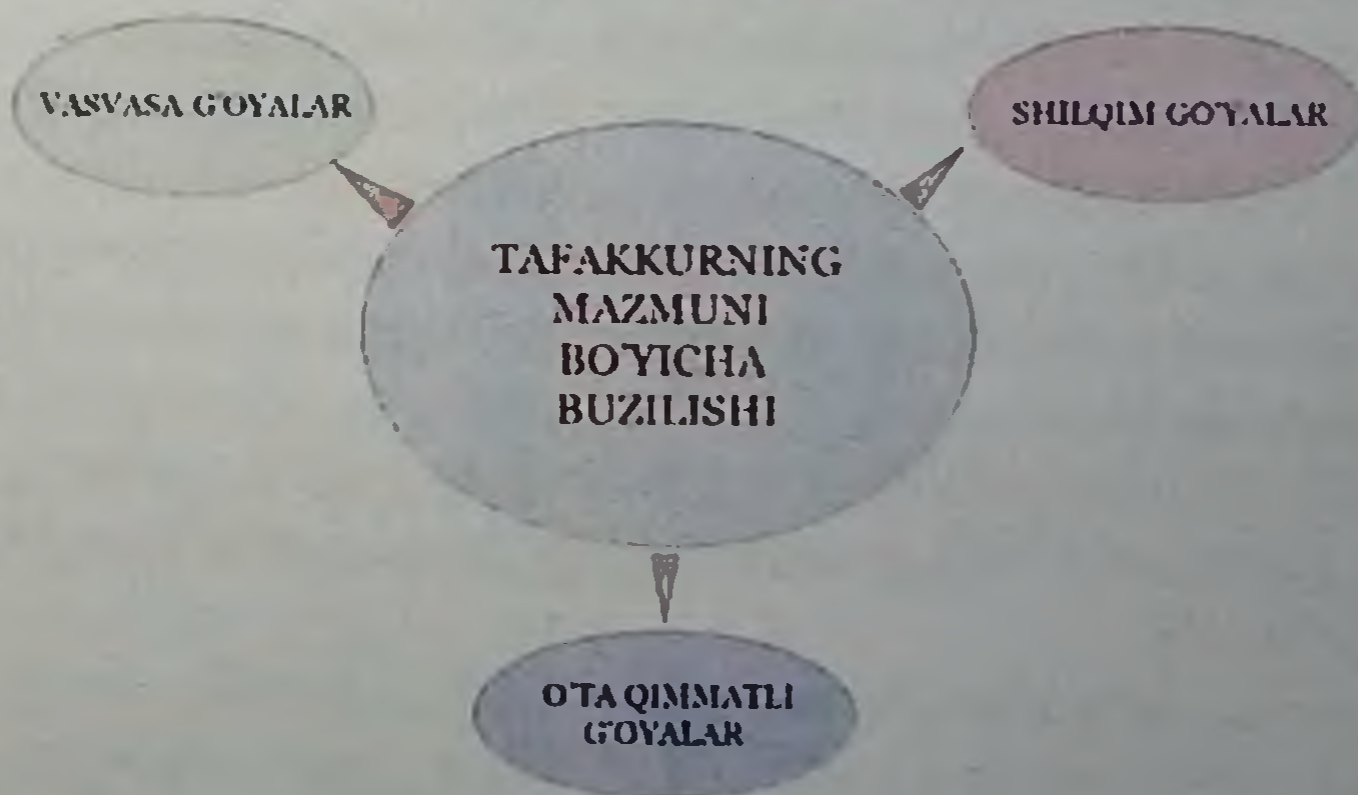
Umumlashtirish darajasi pasaygan bemorlar majoziy ma'no va konvensiyani tushunmaydilar, obyektlarning muhim xususiyatlarini ajrata olmaydilar, ular orasidagi o'zaro munosabatlarni ochib berolmaydilar.

Klinikada bu buzilishlar turli xil etiologiyalarning organik miya shikastlanishi bo'lgan bemorlarda aniqlanadi.

Umumlashtirish paytida bemorlar muhim-aniq yoki muhim - mavhum emas, balki hodisalarning tasodifiy aloqalarini aks ettiradi. Ularning umumlashtirilishi obyektlarning rasmiy tasodifiy yoki yashirin xususiyatlariga asoslanadi. Bemorlarda o'tmishdagi tajriba asosida xotiradan ma'lumotlarni yangilashning buzilishi aniqlandi. Sog'lom odamda umumlashtirilgan tushunchani shakllantirishda obyektlarning o'tmishdagi tajribalarida eng muhim bo'lgan umumiy xususiyatlari dolzarb bo'lib qoladi, ahamiyatsiz, ehtimol bo'lmagan narsalar esa "yashirin" bo'lib qoladi ("Quyosh tabiiy yorug'lik va bu sun'iy. Quyosh tashqarida va bu uyda (xususan). Quyosh boshqa fizik - kimyoviy tarkib (latent)").

Agar ushbu yechim bemorning barcha haraktlariga singib ketgan bo'lsa, unda biz shizofreniya uchun xos bo'lgan yashirin belgilarni yangilash va umumlashtirish jarayonining buzilishi uchun barqaror tendensiyalar haqida gapirishimiz mumkin.

II. Aqliy faoliyat dinamikasini buzish.



Rasm 10. Taffakurning mazmun bo'yicha buzilishi

Fikrlashning labilligi-yetarli va yetarli bo'lmagan qarorlar almashinuvi, hukmlar yuzaki, uyushmalar tartibsiz, e'tibor chalg'ituvchi (qon tomir kasalliklari, manik holatlar) bo'lishi.

Inertlik-sekin rivojlanish, ishning sekin sur'ati, qat'iylik, stereotipga intilish, to'liqlik, qat'iyatlilik, qiyin o'tish (epilepsiya, organik miya kasalligi) jarayonidir (Rasm 10).

Fikrlashning mantiqiyligi-hukmlar ketma-ketligi, yetarli darajada umumlashtirish va mavhumlik bilan barqaror sabab-oqibat munosabatlari.

Torayishlarning nomuvofiqligi-vazifani bajarish usulining beqarorligi, intellektual vazifalarni hal qilishda hukmlarning yetarliligi aniq vaziyatli qarorlar bilan almashtiriladi. Chalg'itadigan narsalar tufayli bemorlar qarorlarini bir yo'nalishda ushlab turolmaydilar.

III. Fikrlashning motivatsion tarkibiy qismini buzish.

Inson fikri faol bo'lishi kerak, ichki yoki tashqi motivlar bilan harakatga keltirilishi kerak. Motivatsiyay yetishmasligi fikrlashning maqsadga muvofiqligini yo'qotishiga, yuzaki va tugallanmagan hukmlarga olib keladi. Yo'naltirilmagan fikrlashning turlari mavjud: rezonansli, turli xil fikrlash.

Turli xil-mavzu bo'yicha hukmlar turli tekislikdagi bemorlarda uchraydi.

IV. Tanqidiy fikrlashning buzilishi.

Maqsadni amalga oshirish jarayonida uning taxminlari qayerda to'g'ri, qaerda noto'g'ri ekanligini tushunish va natijada o'z harakatlarini tuzatish kerak (yetarli darajada o'zini o'zi baholash, o'z-o'zini tuzatish).

Inson tafakkurining individual xususiyatlari.

Boshqa aqliy jarayonlar singari, odamlarning aqliy faoliyati ham turli xil fikrlash fazilatlarini bilan namoyon bo'ladigan sezilarli individual farqlar bilan ajralib turadi.

Fikrlashning mustaqilligi-bu odamning tashqi yordamga murojaat qilmasdan yangi vazifalarni ilgari surish, kerakli echimlar va javoblarni topish qobiliyati.

Aqlning kengligi- keng ufqda, ko'p qirrali qiziquvchanlikda faoliyatning turli sohalarini qamrab oladigan insonning bilim faoliyatida namoyon bo'ladi.

Aqlning chuqurligi- eng murakkab masalalarning mohiyatiga kirib borish qobiliyati, hodisalar va hodisalarning paydo bo'lish sabablarini

tushunish uchun sabablarni tushunish, ularning keyingi rivojlanishini oldindan bilish.

Aqlning moslashuvchanligi- bu o'tmishdagi tajribalardan fikr erkinligi.

Aqlning tezligi- bu odamning qiyin vaziyatni tezda anglash, tezda o'ylash va to'g'ri qaror qabul qilish qobiliyati

Aqlning tanqidiyligi- bu odamning o'z va boshqa odamlarning fikrlarini obyektiv baholash, barcha pozitsiyalar va xulosalarni sinchkovlik bilan tekshirish qobiliyati.

Fikrlash turlari.

Biror kishi turli darajadagi umumlashma bilan o'ylashi, idrok, vakillik yoki tushunchalarga ko'proq yoki kamroq darajada tayanishi mumkin.

I tur-predmet shaklida-idrok yoki taqdimotga asoslanadi.

II tur-predmet-samarali-obyektlar bo'yicha amaliy harakatlar bilan bog'liq.

III tur-mavhum-to'g'ridan-to'g'ri ko'rinishdan mahrum bo'lgan tushunchalar bilan fikrlash.

3.4. Assotsiativ jarayonning buzilishi

Bu ruhiy kasalliklarning har qanday namoyon bo'lishi bilan sodir bo'ladi. Assotsiativ jarayon shaklining buzilishi temp, harakatchanlik, fikrlash va grammatik tuzilishning buzilishi bilan ifodalanadi (Rasm 11).

Fikrlash tezligining buzilishi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1) Fikrlashning tezlashishi - vaqt birligiga birlashmalar sonining ko'payishi, ularning paydo bo'lishi osonlashadi. Doimiy ravishda paydo bo'ladigan fikrlar, hukmlar, xulosalar tasodifiy aloqalar tufayli yuzaki bo'lib qoladi. Shu bilan birga, fikrlash maqsadga muvofiq bo'lib qoladi, ammo mavhum g'oyalarga nisbatan obrazli g'oyalarning ustunligi bilan juda chalg'itadi. Aniq holatlarda fikrlashning tezlashishi g'oyalarning jadallashish darajasining oshishiga sabab bo'ladi, bunday hollarda nutq nomuvofiq ko'rinadi.

2) Fikrlashning sekinlashishi - assotsiativ jarayonning sekinlashishi bilan tavsiflanadi. Bemorlar "boshidagi bo'shliq", "intellektual salohiyatning pasayishi" haqida shikoyat qiladilar. Savollarga biroz muddatdan keyin qisqacha javob beriladi. Bu es fikrlashning maqsadga muvofiqligini saqlanib qoladi, lekin u avvalgi teranligini yo'qotadi,

qashshoqlashadi, assotsiativ jarayonni kamaytiradi, fikrlash samaradorligini pasaytiradi.

3) Sperung - fikrning uzilishi, uyushmalarning uzilishi - fikr tugashidan oldin keskin uzilishidir. Qisqa pauzadan so'ng, mavzu nima haqida gapirayotganini, nima demoqchi ekanligini eslay oladi (fikrni yo'qotish).

4) Mentizm - fikrlar oqimi, bemorning xohish-irodasidan mustaqil, fikrlar oqimining og'riqli hissi bilan birga keladigan fikrlar oqimi.

5) Fikrlashning patologik holati - asosiy narsani ikkinchi darajali, muhimini ahamiyatsiz narsadan ajratish qobiliyatini yo'qotish bilan yon assotsiatsiyalarga yopishib qolgan holda aniq tafsilotlar. Natijada, fikrlash samarasiz bo'ladi. Bunday fikrlash labirint deb ataladi.

Fikrlash harakatchanligining buzilishi quyidagilarni ham o'z ichiga oladi: tafsilotlar-fikrlash jarayoniga ikkinchi darajali tafsilotlarni doimiy ravishda jalb qilish, bu mantiq va maqsadga muvofiqlikni buzmaydi.

Fikrlashning yopishqoqligi-bu tafsilot fikrning asosiy yo'nalishini buzadigan, uni tushunarsiz va fikrlashni samarasiz qiladigan o'ta aniqlik darajasi.

Bu qattqlik, inertlik, torpidlik fikrlashning namoyon bo'lishidir. Epilepsiya, psixorganik sindrom, Paranoyal sindromda qayd etilgan.

6) Fikrlashning qat'iyligi - patologik tiqilib qolish, bir xil fikrni takrorlash. Assotsiativ jarayonning umumiy keskin qiyinchiliklari fonida uzoq vaqt davomida bitta fikr, vakillik ustunlik qiladi.

7) Verbigeratsiya - nutq stereotipi - bir xil so'zlar yoki iboralarning ma'nosiz, ko'pincha ritmik takrorlanishidir.

8) Fikrlashning uzilishi - uning grammatik tuzilishi saqlanib qolganda fikrning alohida tarkibiy qismlari o'rtasida mantiqiy aloqaning yo'qligi. Masalan, bemor shunday deydi: "Sizning qiziquvchanligingizni bilish va o'z nuqtai nazaringizni to'liq baham ko'rish orqali men eng yaqin peshtaxta darajasiga tushishim mumkin edi. Ikkala holatda ham bu to'g'ri bo'lar edi, chunki siz faqat bitta barmog'ingiz bilan osmonga kira olmaysiz."

Bunday hollarda nutq o'zining aloqa xususiyatlarini yo'qotadi, faqat tashqi shaklni saqlab, odamlar o'rtasidagi aloqa vositasi bo'lishni to'xtatadi.

9) Fikrlashning nomuvofiqligi - shuning natijasida nutqning grammatik tuzilishi yo'qoladi, hattoki birinchi aytilgan so'z ikkinchisiga

munosib bo'lmaydi. Nutqdan ko'zlangan ma'no topilmaydi, chunki unda mantiqiy munosiblik. Belgilangan nomuvofiqlik darajasi inkogerrensiya deb ataladi, bu ongning buzilishi bilan sodir bo'ladi. Fikrlashning uzilishi va nomuvofiqligi psixotik holatning og'irligini yoki ruhiy surunkali kasalliklarning chuqurligini ("shizofreniya") ko'rsatadi.

10) Paralogik fikrlash-gaplardagi mantiqiy aloqalar saqlanib qolgan, ammo "egri" mantiq haqiqatga to'g'ri kelmaydi. Fikrlashning bir qatoridan yon tomonga siljish sodir bo'ladi, fikrlash samaradorligi pasayadi ("burilishlar bilan" fikrlash - verschroben). Masalan: "men shizofreniya bilan kasallanganman, chunki bolaligimda ozgina guruchli bo'tqa iste'mol qilganman", "men uxlashni xohlayman va shuning uchun menga musiqa o'rgating".

11) Rezonans - ma'nosiz donolik, bo'sh fikrlash, fikrlashning maqsadga muvofiqligini buzish. Suhbatda, savolga aniq javob o'rniga, ahamiyatsiz masala bo'yicha uzoq janjallar beriladi. Odatda ularning mazmuni oddiy axloqiy ta'limotlar, axloqiy haqiqatlar, ma'lum so'zlar bo'ladi. Nutq grammatik jihatdan to'g'ri tuzilgan, ammo samarasiz, iboralar, kirish so'zlari bilan to'ldirilgan. Bunday fikrlash aniq emas, chunki u tajribaga tayanmaydi va umumlashtirish yo'qligi sababli mavhumlikka taalluqli emas. Masalan, "siz o'zingizni kasal deb hisoblaysizmi?" javob quyidagicha: "bu kasallikning holatini qanday tushunishga bog'liq, chunki kasallik mavjud bo'lish shaklidir va mavjud bo'lish yashashni anglatadi, ya'ni kasallik bir xil hayotdir. Kasallikdagi azob - uqubatlar qanchalik ko'p bo'lsa, hayot hissi shunchalik keskin bo'ladi. Men hech qanday azob chekmayman. Shuning uchun men nafaqat kasal emasman, balki deyarli tirik emasman. Mening hayotim tananing buzilmaydigan fiziologik xususiyatlariga bog'liq."

12) Simvolik fikrlash-oddiy so'zlar yoki hodisalarga faqat bitta bemor uchun muhim bo'lgan maxsus ma'no beriladi. Simvolizm, shuningdek, umumiy qabul qilingan g'oyalar, qarashlar, urf-odatlar, xurofotlarni aks ettirganda normal fikrlashga xosdir. Masalan, davlatchilik ramzlari-gerb, bayroq; matematik va jismoniy belgilar, fandagi belgilar, to'y yoki dafn marosimlari, "qora mushuk" yoki "yog'ochni taqillatish" va boshqalar. Ammo patologiya bilan belgilar faqat bemor uchun semantik yukni ko'taradi: "plastinkadagi mevalar soni" - xotin aldayotganining isboti, "kesib o'tgan qoshiq va vilka" - qo'shni dushman qo'lida o'lim belgisi va boshqalar.

13) Autistik fikrlash - ichki ehtiyojlar, g'oyalar bilan ishlaydigan, haqiqatdan ajralgan, shaxsiy ichki tajribalariga singib ketgan fikrlash. Shunday qilib, divanda yotgan bemor o'z tasavvurida yangi davlat quradi, subyektlarni boshqaradi, yangi qonunlarni joriy qiladi, janglarda g'alaba qozonadi, uyda vayronagarchilik va axloqsizlik bo'lsa, onasi otasining dafn marosimidan keyin kasal bo'lib qoladi va hokazo.

Shuning uchun rezonans, simvolizm, paralogizm va autistik fikrlash shizofreniya jarayoniga eng xosdir. Shizofreniyada fikrlashda assotsiativ faoliyat patologiyalari mavjud, masalan:

Mentizm (fikrlar oqimi) Kandinskiy-Klerambo sindromining aqliy avtomatizmlarining mafkuraviy, assotsiativ tarkibiy qismiga xosdir;

Patologik holat paranoid shizofreniya uchun xosdir;

Shperrung - tiqilib qolish, fikrlashning uzilishi yoki nomuvofiqligi o'tkir shizofreniya xurujiga yoki surunkali jarayonning uzoq davriga xosdir.

Epilepsiya va miyaning qo'pol organik lezyonlari uchun patologik holat, tafsilotlar, yopishqoqlik, qattiqlik eng xarakterlidir.

Manik-depressiv psixoz uchun fikrlashning tezlashishi yoki sekinlashishi eng xarakterlidir. Ular affektiv sindromlarning majburiy tarkibiy qismidir.

Psixopatiyalar rezonansli fikrlash moyilligi bilan ajralib turadi, ammo psixopatiyadagi shizofreniyadan farqli o'laroq, rezonans funktsional yukni ko'taradi, ya'ni "shartli ravishda foydali", bo'lmagan yoki aytmoqchi bo'lmagan narsani yashirish, o'ziga xoslik bilan e'tiborni jalb qilish va h.k. Ko'pgina kasalliklar aqliy faoliyatni buzadi. Xotira, e'tibor, ong, iroda, hissiy-idrok sohasi va shaxsiyat tuzilishi o'zgarishi mumkin. Ammo, qoida tariqasida, bemorlarning intellektual faoliyati ko'pincha buziladi. Hislar va g'oyalar mazmuniga asoslanib, fikrlash ularni taqqoslaydi va tahlil qiladi, munosabatlarni aniqlaydi va hodisaning mohiyatiga kiradi. Binobarin, kelajakdagi shifokorni tayyorlashda fikrlash tuzilishi, me'yor va patologiya chegaralarini bilish zarur. Shifokor, fikrlash darajasi, yoshi va individual xususiyatlarini hisobga olgan holda, bemorga yondashuvni topishi, uning intellektual imkoniyatlariga muvofiq "kasallikning ichki rasmini" to'g'ri tuzishga yordam berishi, shifokor bemorning so'zlari va harakatlariga munosabatini oldindan bilishi kerak.

MAZMUNI BO'YICHA FIKIRLASH BUZILISHLARI



Rasm 11. Vasvasa g'oyalalar

SAVOLLAR

1. «Tafakkur» tushunchasiga psixologik ta'rif bering.
2. Tafakkurning asosiy sinflarini sanab o'ring.
3. Patologik g'oyalarni qaysi turlarini bilasiz?
4. Tafakkur buzilishi sindromini sanab bering.

TESTLAR

1. Tafakkur buzilishiga ta'lluqli

Autistik tafakkur

Illyuziya

Amneziya

Debillik

2. Tafakkur buzilishini ko'rsating

Fikr uzukligi

Illyuziya

Amneziya

Debillik

3. "Bemor tomonidan eshitilgan iboraning oxirgi so'zini takrorlash" atamasi qanday ataladi?

Exolaliya
Psevremisentsiya
Exopraksiya
Inkogeretsiya

4. Rezonerlik nimaning buzilishiga kiradi?

Fikrlash
Xotira
Ong
Hissiyot

5. Kandinskiy-Klerambo sindromida nima kuzatiladi?

Ruhiy avtomatizm
Deliriy
Retrograt xotira buzilishi
Shperung

6. Tafakkurning tezlashishi (taxifreniya) quyidagilardan qaysi birida uchraydi?

Maniakal sindromi
Depressiv sindrom
Epilepsiya
Obsessiv-kompulsiv buzulish

7. Fikrlashning sekinlashishi (bradifreniya) quyidagilardan qaysi birida uchraydi?

Depressiv sindrom
Epilepsiya
Maniakal sindrom
Obsessiv-kompulsiv buzulish

8. Aqliy faoliyatning vaqti-vaqti bilan bloklanishi qanday ataladi?

Shperung
Exolaliya
Perseveratsiya
Mentizm

19. Ambivalentlik nima degani?

Bir vaqtning o'zida bir narsaga bir nechta qarama-qarshi hissiy munosabatlarning bo'lishi

G'azab, asabiylashish, tajovuz
Yuqori kayfiyatdan ruhiy tushkunlikka tez o'tish
Yopishqoq fikr

20. "Ixtiyorsiz, majburiy, maqsadsiz fikrlar oqimining kuchayishi" nima deyiladi?

Mentizm

Perseviratsiya

Verbigeratsiya

Shiperng

VAZIYATLI MASALALAR

1. 38 yoshlibemor oxirgi o'n kun ichida "atrofimizdagi odamlarning so'zlarini va individual iboralarini doimiy ravishda takrorlash" kuzatiladi. Ushbu o'zgarish qanday ruhiy o'zgarish deyiladi?

Exolaliya

Persiviratsiya

Exopraksiya

Inkogrensiya

2. Bemor L., 34 yoshda, ruhiy kasalliklar bo'limida manik - depressiv psixoz tashxisi qo'yilgan, hozir tushkunlik davrida. Bemor yopiq, zarurat tug'ilganda boshqalar bilan muloqot qiladi, xavotirli, o'zini barcha gunohlarda ayblaydi. MDPning depressive bosqichida qanday vasvasa kuzatilmoqda?

O'z-o'zini ayblash

Ipoxondriya

Kotar vasvasasi

Paranoid

IV – BOB. XOTIRA, DIQQAT, INTELEKT. XOTIRA, DIQQAT, INTELEKT PATOLOGIYASI.

XOTIRA

Xotira-bu avvalgi tajribalarni yodlash, saqlash, keyinchalik takrorlash va ilgari qabul qilingan, boshdan kechirgan yoki qilingan narsalarni tan olishdan iborat bo'lgan aksdir.

Xotira psixikaning eng muhim xususiyatlaridan biridir. Aqliy faoliyatning har qanday shakli xotiraga tayanadi. I. M. Sechenov xotirani "ruhiy hayotning asosiy sa'y-harakatlari", "aqliy rivojlanishning asosi" deb hisoblagan.

Xotiraning fiziologik asosi shartli reflekslar tizimidir. Xotira-bu miya funksiyasi hisoblandi. Unda miyaning barcha bo'limlari, shuningdek subkortikal shakllanishlar, miyadagi barcha aloqa tizimlari ishtirok etadi. Xotira analizatorlar va nutq bilan chambarchas bog'liq (Rasm 12). Klinisyenlar tomonidan to'plangan tajriba tufayli miyaning vaqtinchalik loblari xotirasi uchun katta ahamiyatga ega ekanligi shubhasiz ko'rinadi.

Vaqtinchalik aloqalarni saqlab qolish va keyinchalik jonlantirish qobiliyati xotiraning zarur fiziologik asosidir. Xotira assotsiativdir. Birlashmalar o'xshashlik va kontrast bilan ajralib turadi.



Rasm 12. Xotira turlari

Assotsiatsiyalarni shakllantirish orqali ma'lumot olish jarayonida yodlash sodir bo'ladi, bu beixtiyor bo'lishi mumkin. Majburiy yodlashga kuchli tuyg'u (quvonch, qo'rquv, jirkanish va boshqalar) yordam beradi. Ushbu yodlash usuli ma'lum bir ijobiy ma'noga ega, u bilimlarni o'zlashtirishning dastlabki davrida xotira asosida qurilgan.

Bizning hayotimiz va faoliyatimizdagi asosiy rol, ammo yodlashning har qanday shakliga tegishli.

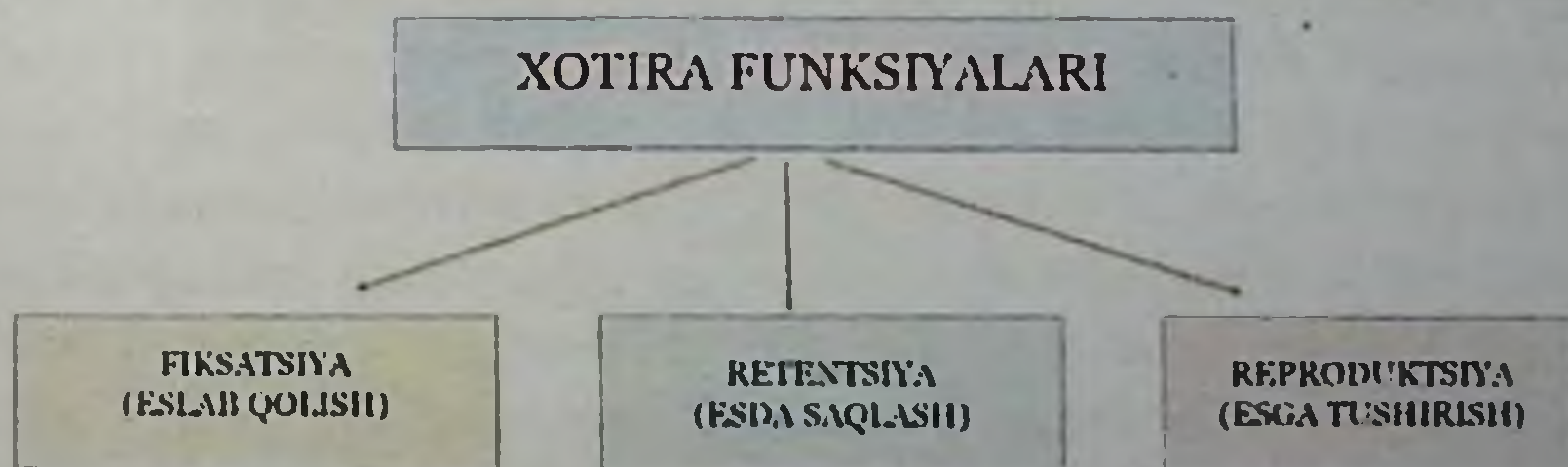
Yodlash.

Ixtiyoriy yodlashning eng xarakterli xususiyati, ixtiyoriy harakatdan tashqari, muammoni hal qiladigan motivning majburiy mavjudligi bilan ifodalandi (Rasm 12). Ixtiyoriy yodlash uchun quyidagi usullardan foydalaniladi:

- ✦ mexanik
- ✦ semantik

Mexanik yodlash sifat jihatidan semantik jihatdan past: u unchalik mukammal emas, mexanik usul yordamida yodlash semantik usul yordamida yodlashga qaraganda qiyinroq jarayondir. Agar material tushunarsiz bo'lsa yoki uni o'zlashtirish istagi bo'lmasa, odamlar mexanik yodlashga murojaat qilishadi. Afzallik onga ma'lumot kiritishning semantik usuliga berilishi kerak. Semantik yodlash bilan materialni analitik va sintetik tahlil qilish zarurati aniq namoyon bo'ladi.

Eslab qolish jarayonida RNK katta rol o'ynaydi. Uning to'rtta asosidan birining bog'lanishining elektr impulsi ta'sirida zaiflashishi uni hujayra fondidan boshqa oqsil bilan almashtirishga va bitta asos bilan farq qiladigan yangi RNKlarning paydo bo'lishiga va shu bilan birga yangi oqsilning sinteziga yordam beradi.



Rasm 13. Xotira funksiyalari

Yangi sintez qilingan oqsil o'zgartirilgan RNK hosil bo'lgan bir xil impulslarga javob berish qobiliyatiga ega. Proteinning dissotsiatsiyasi natijasida tirnash xususiyati paydo bo'lganda, mediator sintetik apparatga chiqariladi, bu yerda asab hujayrasi neyron zanjirining keyingi hujayrasi bilan aloqa qiladi.

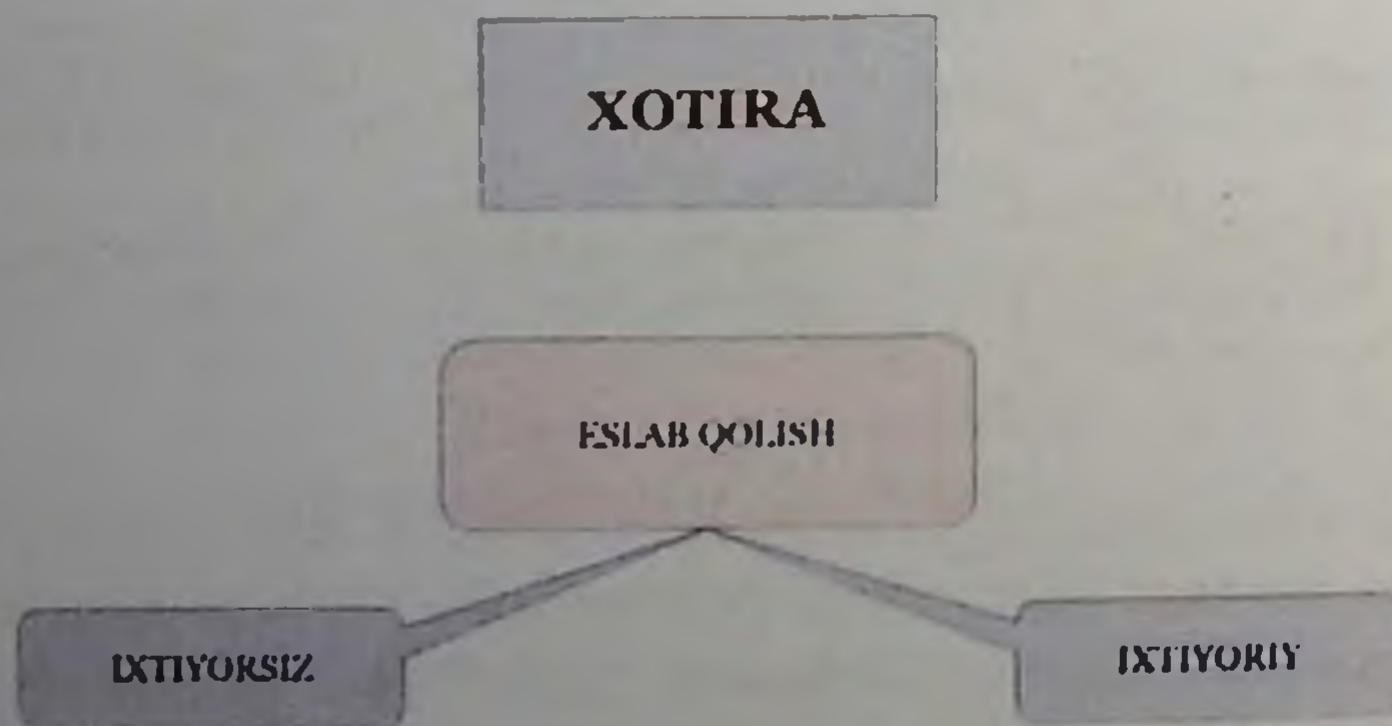
Majburiy yodlashning fiziologik asosi asosan birinchi, ixtiyoriy - ikkinchi signal tizimi darajasida vaqtinchalik aloqalarni shakllantirishdir.

Xotiraning keyingi bosqichi-bu odam eslab qolgan narsalarni saqlash-bu saqlash qisqa muddatli va uzoq muddatli bo'lishi mumkin. Qisqa muddatli xotira - ma'lumotni bir necha soniyadan 1-2 kungacha saqlashga xizmat qiladi, uzoq muddatli xotira esa uni ko'p oylar va yillar davomida saqlaydi. Mexanik qisqa muddatli xotira hozirgi hayot va ishdan miyaga kiradigan ma'lumotlarni tanlash jarayonlari uchun katta ahamiyatga ega. Ushbu ma'lumotlarni qisqa vaqt ichida eslab qolish, olingan ma'lumotlardan uzoq vaqt davomida xotirada saqlanishi kerak bo'lgan narsani tanlashga imkon beradi.

Ushbu fiziologik tanlov mexanizmi bo'lmasa, uzoq muddatli xotira doimiy ravishda kiruvchi ma'lumotlar bilan to'lib-toshgan bo'lar edi, bu esa Markaziy asab tizimining tez charchashiga olib keladi.

Ba'zi odamlarning xotirasida raqamlar, familiyalar, ismlar va boshqalar yomonroq saqlanadi. Buning sababi shundaki, bu holda yodlash deyarli mexanik usulda bo'ladi, shuning uchun unchalik barqaror emas va umumiy ismlarni, ayniqsa tushunchalarni yodlashda yanada kuchli semantik aloqalar mavjud (Rasm 14). Agar kuchli his-tuyg'ular va faol intilishlar bunga hissa qo'shsa, unda material xotirada yaxshiroq saqlanadi.

Yodlash paytida barcha ikkinchi darajali narsalar xotiradan chiqib ketadi. Muhim narsa yanada bardoshli bo'lib chiqadi, to'liqroq va uzoqroq davom etadi.



Rasm 14. Xotira funksiyalari

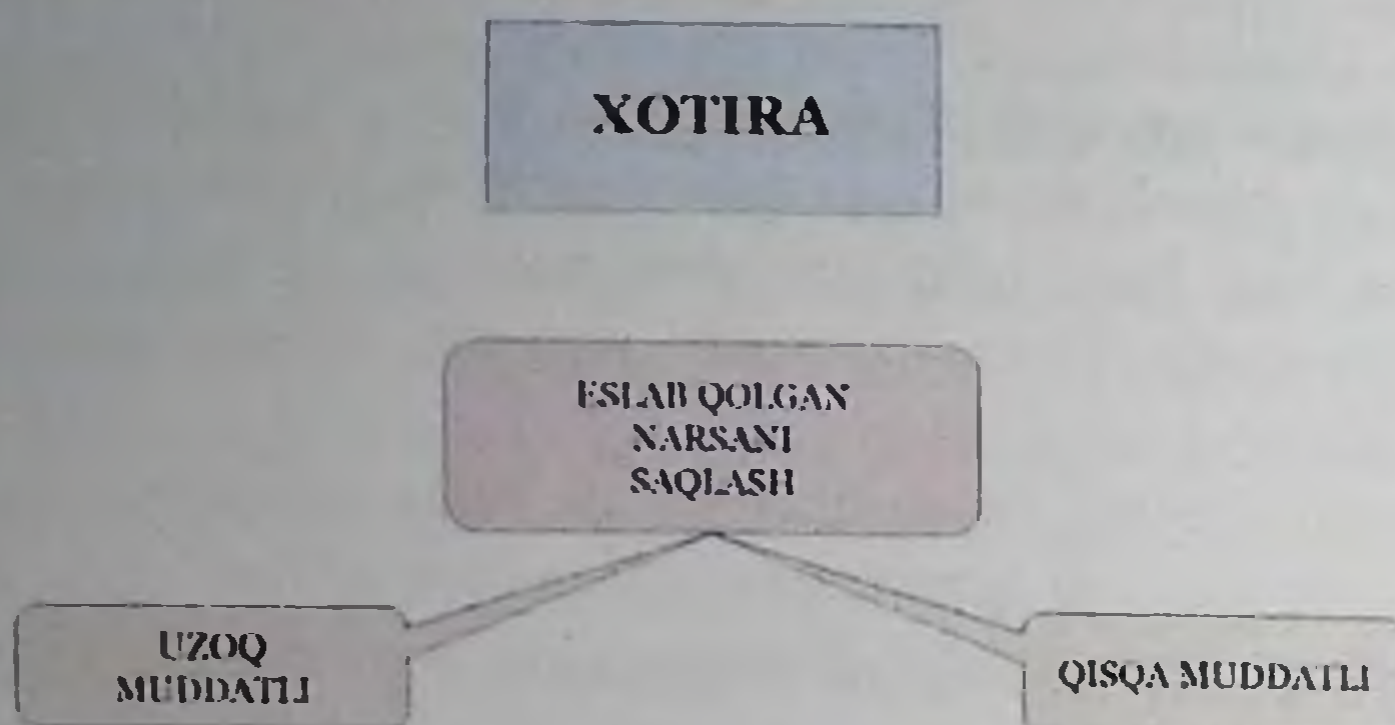
Atrofdagi dunyoning obyektlari, tasvirlari va hodisalari bilan o'zaro ta'sirdan keyin miyada deyarli har doim izlar borligi, materialning tizimsiz takrorlanishi bilan ham, unutilgan narsa xotirada osongina tiklanishi va mustahkamlanganda hayot davomida saqlanib qolishi mumkinligidan dalolat beradi.

Xotiraga saqlash jarayoni fikrlash bilan chambarchas bog'liq, o'rganilayotgan material tizimlashtiriladi, asosiy e'tibor unga qaratiladi, jarayon tahlil va sintez tegishli xulosalar va umumlashmalar bilan amalga oshiriladi.

Qayta ishlab chiqarish, xotiraning uchinchi bosqichi sifatida, haqiqatni aks ettirganda inson miyasida qolgan izlarni faollashtirish jarayoniga asoslanadi. Insonning munosabatiga, muayyan vaziyatning ehtiyojlariga mos keladigan narsa takrorlanadi. Yaxshi mustahkamlangan ma'lumot uzoq muddatli xotiradan joy oladi. Ko'paytirish qobiliyati tananing holatiga, xususan, psixikaga bog'liq bo'ladi.

Xotirani rivojlantirishda ikkinchi signal tizimi katta rol o'ynaydi. Ko'paytirish jarayoniga charchoq holatlari va turli xil chalg'itadigan narsalar ta'sir qiladi. Gipnoz bilan ko'payish ancha to'liq amalga oshiriladi.

Yodlash singari, ko'payish ham ixtiyoriy, ham beixtiyor bo'lishi bilan farqlanadi. Majburiy reproduksiyaga nisbatan ahamiyatsiz fakt, narsalar (yorug'lik, ba'zi tovushlar, shunga o'xshash vaziyatlar va boshqalar) yordam berishi mumkin. Beixtiyor ko'payish bilan tasodifan jonlantirilgan uyushmalardan biri, u yoki bu tarzda u bilan bog'langan boshqa aloqalar zanjirini tortadi. O'zboshimchalik bilan ko'payish inson hayotida asosiy ahamiyatga ega. Bunday holda, ma'lum bir ixtiyoriy harakatlar majmui majburiydir. Yengilligi, tezligi, aniqligi bir qator omillar bilan chambarchas bog'liq: yodlashning semantik usuli qo'llanilganmi, material tizimlashtirilganmi, ijobiy his-tuyg'ular mavjudmi va hokazo. Fikrlash jarayonining yakuniy natijalari va murakkab aqliy operatsiyalarning tugashi bo'lgan hukmlar va xulosalarning tabiati (chuqurligi, kengligi, mustaqilligi, haqiqatga muvofiqligi darajasi) bilan insonning aql-idrokini baholash mumkin (Rasm 15).



Rasm 15. Xotira funksiyalari

Xotiraning eng muhim fazilatlari yodlash tezligi, o'rganilgan hajm, saqlash kuchi, takrorlanishning aniqligi va ularning shakllanishiga tayyorlikdir. Yoshi bilan qoida tariqasida, xotiraning zaiflashishi kuzatiladi va bu yodlash tezligining pasayishi va ma'lum bir ob'ektga e'tibor qaratish qobiliyatining pasayishi tufayli sodir bo'ladi.

Xotiraning majoziy va og'zaki-mantiqiy turlari mavjud. Birinchisi ko'pincha san'at arboblarda kuzatilishi mumkin (Rasm 16). Semantik xotira olimlarga xosdir. Ushbu xotira turlarining kombinatsiyasi eng keng tarqalgan.



Rasm 16. Xotira funksiyalari

Xotiraning o'ziga xos shakli insonning muayyan tajribalari bilan bog'liq bo'lgan hissiy xotiradir. Xotiraning boshqa turlari orasida vizual, eshitish, hidlash, teginish, ta'mni ta'kidlash mumkin. Maxsus tur- bu vosita xotirasi (Rasm 17). U balerinalar va murakkab jismoniy harakatlarni bajaradigan odamlar orasida yuqori darajadagi

mukammallikka erishadi. Ushbu turdagi xotirasiz maqsadli faoliyat umuman mumkin emas. Ro'yxatda keltirilgan xotira turlari har bir odamda ma'lum darajada mavjud.



Rasm 17. Xotira funksiyalari

4.1. Xotira buzilishi

Turli xil kasalliklarda xotiraning alohida tarkibiy qismlari azoblanishi mumkin: yodlash, ushlab turish, ko'paytirish. Eng ko'p uchraydigan kasalliklar gipomnesiya (zaiflashish), amneziya (prolaps) va paramneziya (xotira xatolari). Bundan tashqari, giperamneziya mumkin - yodlash qobiliyatining oshishi.

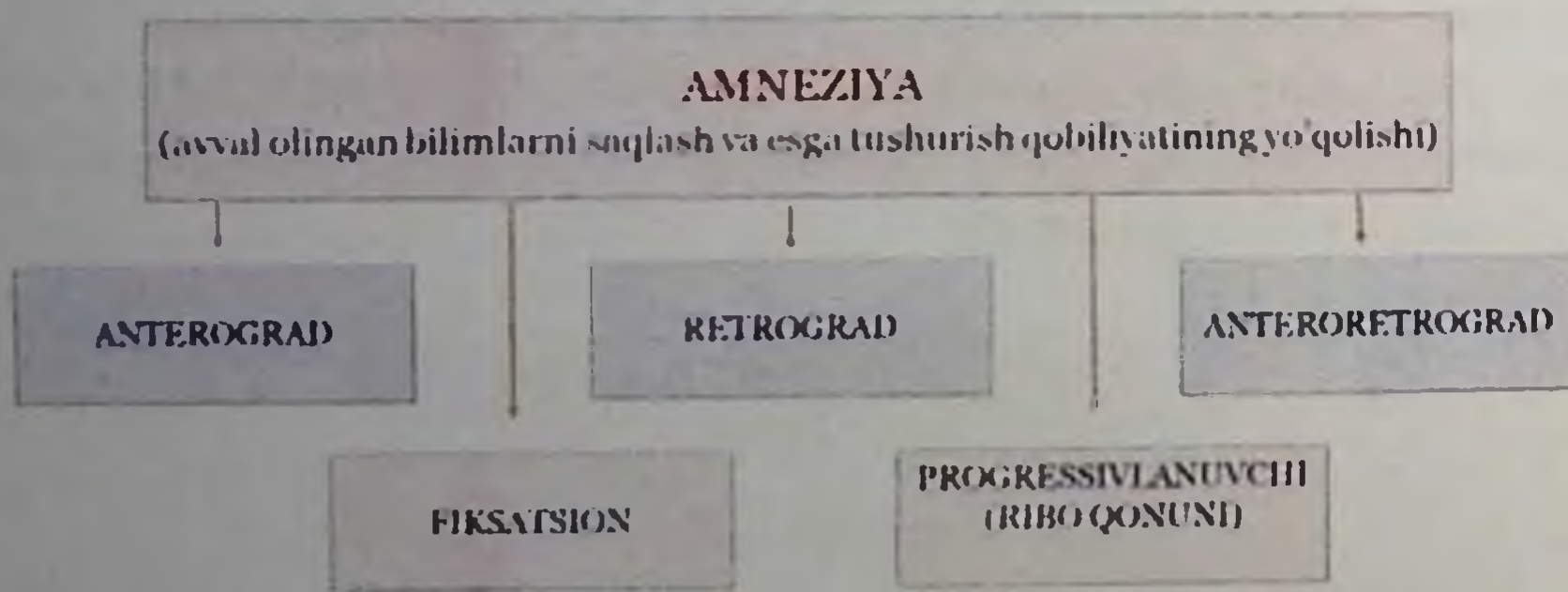


Gipermnesiya har doim ham og'riqli xotira buzilishi deb tasniflanmasligi kerak. *Gipermneziya* ba'zan o'qituvchi yoki psixolog tomonidan suggestopedik intensiv o'rganish sharoitida xotirani optimallashtirish maqsadida o'zboshimchalik bilan yaratiladi. *Gipermneziya* manik-depressiv psixozda manik qo'zg'alish holatida va shizofreniyada manik holatda bo'lgan bemorlarda kuzatiladi.

Gipomneziya og'ir kasalliklar natijasida ortiqcha ish paytida yuzaga keladigan astenik sharoitlarda uchraydi. Sog'ayish bilan xotira tiklanadi. Keksa yoshda, og'ir miya aterosklerozi va distrofik kasalliklar bilan ushbu davrda sodir bo'layotgan voqealarni eslab qolish va saqlash keskin yomonlashadi. Aksincha, uzoq o'tmishdagi voqealar xotirada saqlanadi.

To'liq amneziya (vaqt o'tishi bilan sodir bo'ladigan voqealar xotirasidan chiqib ketish) keksa psixozlarda, miyaning og'ir shikastlanishlarida, uglerod oksidi bilan zaharlanishda va boshqalarda kuzatiladi. Retrograd amneziya, kasallik, travma va boshqalardan oldingi voqealar xotirasi yo'qolganda va kasallikdan keyin nima bo'lganini unutganda antegrad mavjud.

Rus psixiatriyasining asoschilaridan biri S. S. Korsakov surunkali alkogolizm



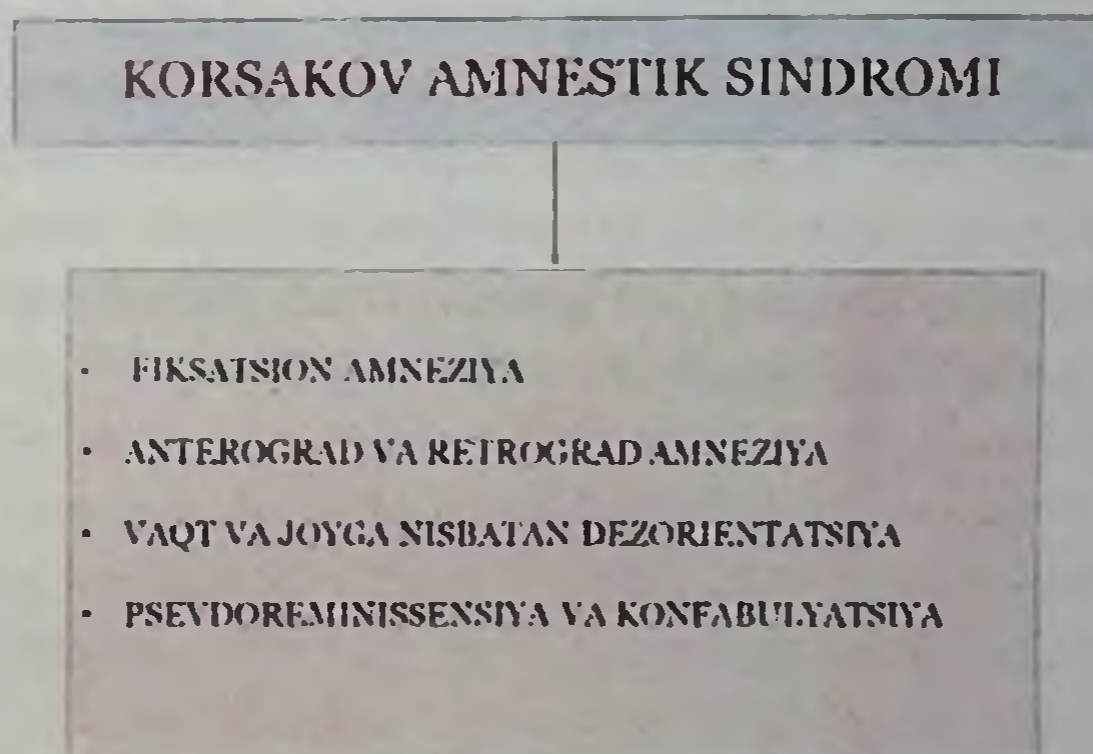
Rasm 18. Amneziya turlari

bilan yuzaga keladigan va uning sharafiga Korsakov psixozini deb nomlangan psixozni tasvirlab berdi. U ta'riflagan boshqa kasalliklarda uchraydigan simptom kompleksi Korsakov sindromi deb ataladi. Korsakov psixozini bilan hozirgi voqealarni eslab qolish yomonlashadi. Bemor bugun u bilan kim suhbatlashganini, qarindoshlari unga tashrif buyurganini, nonushta paytida nima yeganini eslay olmaydi, unga doimiy xizmat ko'rsatadigan tibbiyot xodimlarining ismlarini bilmaydi.

Ko'paytirish buzilishlariga paramneziya-konfabulyatsiya va psevdominisensiya kiradi.

Konfabulyatsiyalarda xotira bo'shliqlari haqiqatda sodir bo'lmagan voqealar va faktlar bilan almashtiriladi va bu bemorlarni aldash, yo'ldan ozdirish istagidan tashqari sodir bo'ladi. Ushbu turdagi xotira patologiyasi Korsakov psixozining (Rasm 19) rivojlanishi bilan alkogolizm bilan og'riqan bemorlarda, shuningdek, miyaning frontal loblari shikastlangan keksa psixoz bilan og'riqan bemorlarda kuzatilishi mumkin.

Psevdoeminissensiyalar (xotiraning buzilishi) konfabulyatsiyalardan ko'proq barqarorlik bilan farq qiladi va hozirgi kabi bemorlar uzoq o'tmishda bo'lgan voqealar haqida gapirishadi, ehtimol, ularni tushida ko'rishgan yoki bemorlarning hayotida hech qachon bo'lmagan. Ushbu og'riqli kasalliklar ko'pincha keksa psixozli bemorlarda kuzatiladi.



Rasm 19. Korsakov amnestik sidromi

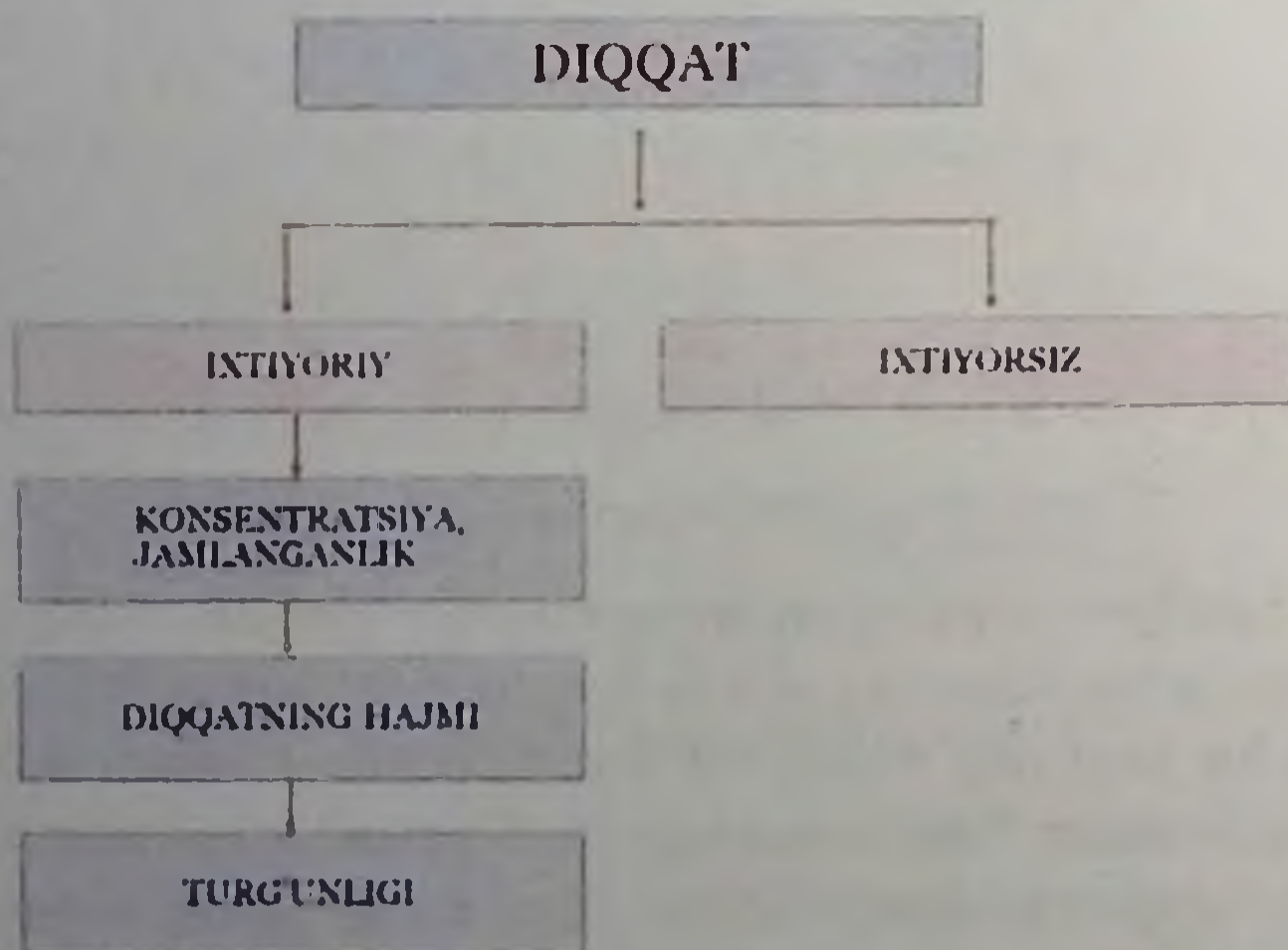
4.2. Diqqat. Diqqatning buzilishi.

Inson tashqi va ichki dunyoning ko'plab stimullarining doimiy ta'siri ostida, ammo u bir vaqtning o'zida barcha ogohlantirishlarga javob bera olmaydi va bir vaqtning o'zida bir nechta turli xil muammolarni hal qila olmaydi. Insonning har qanday faoliyatining, har qanday aqliy jarayonning eng muhim shartlari bu faoliyatning zarur yo'nalishi, torayishi yoki cheklanishi, idrokning aniqligi va aniqligi oshishi bilan belgilanadi. Aqliy faoliyatning ma'lum bir yo'nalishi, inson ongi ob'ektlar va hodisalarni tanlab idrok etishga e'tibor deyiladi.

Diqqatning fiziologik asosi miya yarim sharlar po'stlog'ining ma'lum sohalarida qo'zg'alishning kontsentratsiyasidir, po'stloqning boshqa sohaları esa sustlashgan holatidadir (I.P.Pavlov).

Ixtiyoriy va beixtiyor e'tiborni farqlash odatiy holdir (Rasm 20). Ongning yo'nalishi va kontsentratsiyasi insonning ixtiyoriy harakati bilan bog'liq bo'lmagan hollarda majburiy e'tibor haqida gapirish kerak. Bunday e'tiborning paydo bo'lishida insonning odatlari, stimurning insonning ichki holatiga mos kelishi, biror narsani doimiy kutish va boshqalar rol o'ynaydi. Majburiy e'tibor shartsiz indikativ refleksiga asoslangan bo'lib, u yangi paydo bo'lgan stimurga javob berishga doimiy tayyorlikda namoyon bo'ladi.

Ixtiyoriy e'tibor insonning ixtiyoriy harakati bilan bog'liq va ongli ravishda qo'yilgan maqsad bilan bog'liq. Ixtiyoriy e'tiborning fiziologik asosi miya yarim sharlarining ma'lum funksional tizimlarida qo'zg'alishning kontsentratsiyasi bo'lib, ular odamlar uchun atrofdagi dunyoning eng muhim hodisalariga mos keladi. Shuning uchun bu tizimlar optimal qo'zg'aluvchanlik qobiliyatiga ega. Shuning uchun bu yo'nalishda harakat qiladigan har qanday zaif stimur ushbu tizimlarni qo'zg'atadi, bu faol e'tibor shaklida namoyon bo'ladi.



Rasm 20. Diqqatning turlari

Inson hayotida hal qiluvchi rol ixtiyoriy e'tiborga tegishli. Shu munosabat bilan uni o'rganish va o'qitishga alohida ahamiyat beriladi.

Erta yoshdagi odamda maktab va unda bo'lish bilan bog'liq mashg'ulotlar ixtiyoriy e'tiborni rivojlantirishda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Voyaga yetgan odamning e'tibori shaxs bilan birgalikda rivojlanadi va yaxshilanadi. Bu erda mehnat katta ahamiyatga ega. Sport sog'lom odamda e'tiborni rivojlantirish va mustahkamlashga va bemorlarda uni tiklashga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Diqqatning eng muhim xususiyatlari orasida kontsentratsiya yoki uning cheklangan ob'ektlar doirasiga kontsentratsiyasi ajralib turadi. Ushbu ob'ektlarning soni diqqat hajmini aniqlaydi. Diqqatning kontsentratsiyasi va hajmi ham shaxsning xususiyatlariga, ham diqqat yo'naltirilgan faoliyatning xususiyatiga va uning ob'ektiga bog'liq. Kasallik turli sabablarga ko'ra diqqatni jamlash qobiliyatini pasaytirishi mumkin: astenizatsiya, miya hujayralarining zaifligi, faollikning funksional pasayishi. Bu ko'pincha ba'zi somatik kasalliklarda kuzatiladi.

Diqqatning o'ziga xos xususiyati uning barqarorligi, ya'ni ma'lum bir ob'ektga uzoq vaqt diqqatni jamlash qobiliyatidir. Amallar qanchalik monoton bo'lsa, harakatga kiritilgan narsalar, bu harakat ko'proq e'tibor talab qiladi. Atrof muhitda, odamning fikrlari va tajribalarida, uning tanasida (og'riq va boshqalar) chalg'itadigan patogenlar qancha kam bo'lsa, diqqatning barqarorligi shunchalik oson saqlanadi. Shu munosabat bilan, ish qizg'in e'tiborni talab qiladigan korxonalarda psixo-gigiyena maqsadida har qanday chalg'itadigan narsalarni yo'q qilish kerak.

Diqqatning zaiflashishi beparvolikda namoyon bo'ladi.

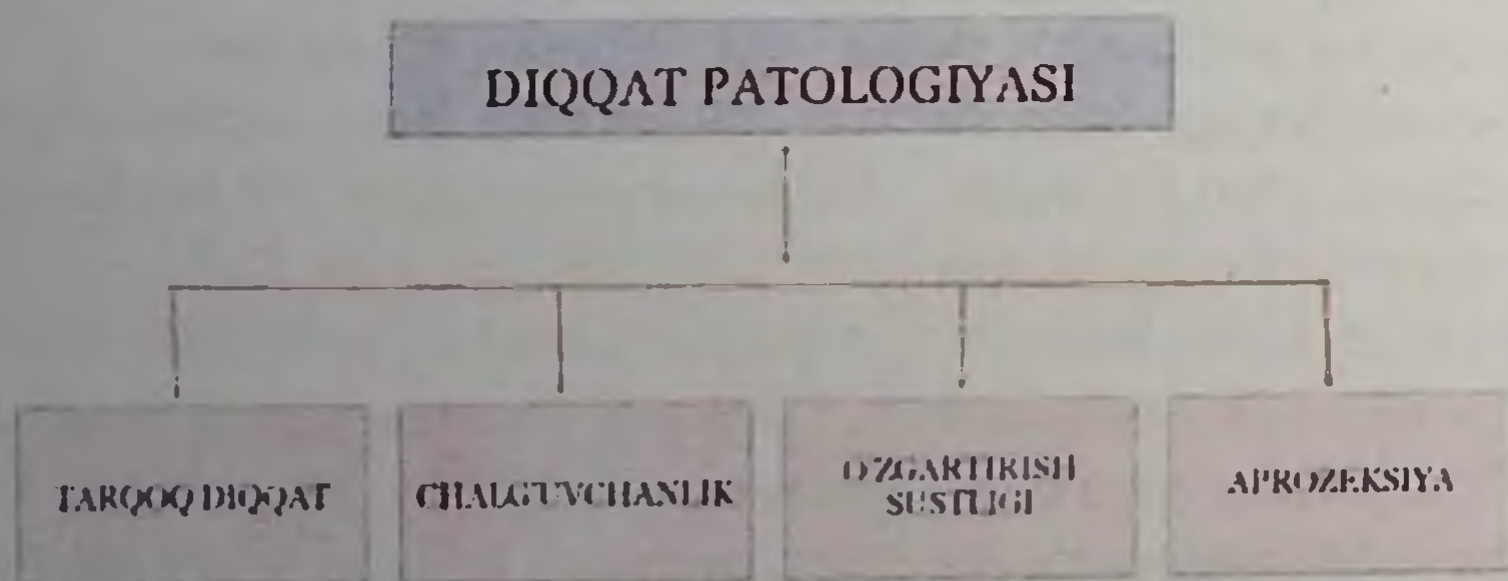
E'tiborsizlikning birinchi turi diqqatning past intensivligi bilan belgilanadigan chalg'itishdir. Astenizatsiyalangan bemorlarda ham yoshga e'tiborsizlikning bu turi.

E'tiborsizlikning ikkinchi turi yuqori intensivlik va ichki e'tiborning qiyin o'zgarishi bilan belgilanadi. Ushbu tur har qanday g'oyaga berilib ketgan, o'z tajribalariga e'tibor qaratgan odamlarda qayd etiladi. Og'riqli holatda, bu juda qimmat va obsesyonlarga ega bo'lgan shaxslarga xosdir. Diqqatni almashtirish qobiliyatining o'ziga xos buzilishi miyaning frontal loblarining organik jarayoni bilan mahalliy shikastlanishlar bilan kuzatiladi. Bunday bemorlarda paydo bo'lgan harakat diqqatni yangi harakatga o'tkazish qiyinligi (diqqatning o'zgarishi) natijasida bir necha bor takrorlanadi. Qarama-qarshi holatlar, shuningdek, diqqatni almashtirish qobiliyati patologik jihatdan kuchayganda kuzatiladi. Bu manik bemorlarda kuzatiladi.

E'tiborsizlikning uchinchi turi nafaqat diqqatni jamlashning juda zaif intensivligi, balki uning zaif o'zgarishi bilan ham belgilanadi. Diqqatning bunday o'zgarishi keksa yoshda, miya aterosklerozida, kislorod ochligi sharoitida kuzatiladi.

Diqqatning buzilishi

Ixtiyoriy faoliyatning namoyon bo'lishi idrok ob'ektlariga diqqatni jamlash qobiliyatini o'z ichiga oladi. Konsentratsiya passiv bo'lishi mumkin (uning asosi shartsiz tadqiqot refleksi " nima?!" va faol, faqat odamga xos va odam ongli ravishda ma'lum hodisalarga e'tibor qaratishi, o'chirilishi, boshqa hodisalar va hodisalardan chalg'itishi bilan ifodalanadi (Rasm 21). Diqqatning buzilishi chalg'itishda namoyon bo'ladi, odam kerakli ob'ektga e'tibor qarata olmaydi, faol e'tibor zaiflashadi va passiv ustunlik qiladi. Depressiya paytida diqqatni jalb qilish, diqqatni jalb qilish kuzatiladi. Bemorlar boshqa voqealarga o'tolmaydilar, barcha fikrlar, xotiralar baxtsizlikka (agar biz reaktiv depressiya haqida gapiradigan bo'lsak) va ularning qayg'uli tajribalariga qaratilgan. Diqqatning kamayishi organik kasalliklar va astenik sharoitlarda kuzatiladi. Diqqatning pasayishi bilan bemorlar suhbat boshida savollarga to'g'ri javob berishadi, so'ngra charchash kuchayishi bilan javoblar samarasiz bo'ladi. Bu yuz 7 yoki 17 dan olib qo'yilganda aniq ko'rinadi.



Rasm 21. Diqqat patologiyasi

4.3. Intellektning buzilishlari

Intellekt - bu mustaqil aqliy funktsiya emas, balki insonning qobiliyatlari va potentsial imkoniyatlarini aks ettiruvchi barcha bilim jarayonlarining umumiy natijasidir. Aql-idrok tushunchasi, shuningdek, insonning ijodiy o'zini o'zi anglashi va ijtimoiy foydali faoliyati imkoniyatini ham o'z ichiga oladi.

Fikrlash qobiliyatlari haqida gapirganda, ular ko'pincha bu aqlni anglatadi. Biroq, bu sinonim emas. Aql-idrok o'z ichiga olgan bilim, tajriba va ularni keyinchalik va aqliy faoliyatda foydalanish qobiliyatini o'z ichiga oladi. Insonning intellektual fazilatlari uning qiziqishlari doirasi, bilim hajmi bilan belgilanadi. Fikrlash aqlning faol funksiyasidir va mantiq qonunlariga muvofiq yaxshilanadi. Tahlil, sintez, taqqoslash, hukm qilish va xulosa qilish kabi aqliy operatsiyalar mustaqil toifalardir, ammo intellektual qobiliyat, tajriba va bilim asosida amalga oshiriladi. Fikrlash-bu harakatdagi aql.

Aqlning zaruriy shartlariga ma'lumotni idrok etish, to'plash, saqlash, shuningdek olingan tajribani tahlil qilishni ta'minlaydigan aqliy jarayonlar kiradi-xotira, fikrlash, nutq faoliyati funksiyalari, bu ko'pincha intellektual baho berishga imkon beradi.

Aql-idrok darajasini miqdoriy baholash usullaridan biri bu IQ testi (intellektual indeks) bo'lib, u umumiy xabardorlik, vaziyatni tushunish, arifmetik qobiliyat, xotira, lug'at, mavhum fikrlashning rivojlanish darajasi va boshqalarni aks ettiradi.

IQ ko'rsatkichlari 100% dan yuqori bo'lib, yuqori aql va ilg'or rivojlanishni ko'rsatadi.

✚ 70 dan 90% gacha bo'lgan oraliqda past intellektga mos keladigan chegara holatlari mavjud, ammo ular patologik deb hisoblanmaydi.

✚ 70% dan past ko'rsatkichlar intellektual rivojlanmaganligidan dalolat beradi.

Shu bilan birga, psixometrik ekanligini ta'kidlash kerak sinov juda rasmiy protsedurani anglatadi.

Suhbat davomida shifokor bemorning intellektual sohasining holati to'g'risida batafsilroq fikrlarni tuzishi mumkin. Bunday holda, siz inson shaxsiyatining turli tomonlariga e'tibor berishingiz, shuningdek dissimulyatsion xatti-harakatlarning imkoniyatlarini hisobga olishingiz kerak. Qachon demensiyaning ayrim shakllarida bemorlar yetarli so'z boyligiga ega bo'lishlari va amaliy ko'nikmalarni saqlab qolishlari mumkin, shuning uchun aniq vaziyatli mavzularda suhbatda mavhum fikrlash buzilishlarini o'tkazib yuborish va umuman bemorning ahvolini noto'g'ri baholash mumkin.

Bir qator kasalliklarda demensiyaning rivojlanishi praksis buzilishi bilan kechishi mumkin, shuning uchun bemorning ahvolini umuman baholashda xulq-atvor stereotiplari va motor qobiliyatlariga e'tibor berish

kerak: artikulyatsiya, yozish qobiliyati, eng oddiy raqamlarni tasvirlash, kundalik narsalardan foydalanish qobiliyati.

Intellektning buzilishi *tug'ma* va *orttirilgan* bo'lishi mumkin (Rasm 22). Tug'ma aqliy rivojlanishdan orqada qolish - oligofreniya.

Oligofreniya - hayotning birinchi yillarida yuzaga keladigan psixikaning rivojlanmaganligi yoki aqliy rivojlanishning turli darajalaridir. Asab tizimining aksariyat funksiyalarining shakllanishi norma darajasiga yetib bormaydi va hayot faoliyati va moslashish uchun muhim bo'lgan ko'plab funksiyalar umuman shakllanmaydi. Shu bilan birga, oligofreniya bilan intellektual nuqsonning progressiv o'sishi yo'q. Aksincha, evolyutsion rivojlanish jarayonida hayotiy tajriba va tegishli xulq-atvor ko'nikmalarini to'plash mumkin, moslashuv va olingan bilimlardan foydalanish qobiliyatini yaxshilashdir.

Oligofreniyaning uchta darajasi mavjud: dibellik, imbetsilik va idyot.

↓ **debillik**-bu tug'ma aqliy rivojlanishning eng yengil darajasi bo'lib, u hukm va xulosalarning ibtidoiyligi, ma'lum bir fikrlashning mavhum fikrlashdan ustunligi bilan tavsiflanadi. Shu bilan birga, hissiyotlarning yetarli darajada farqlanmaganligi aniqlanadi. Imkoniyatlar ta'lim kamayadi, ijtimoiy moslashuv buziladi. Lug'at yuzlab so'zlar bilan o'lchanadi.

↓ **imbetsilik**-bu aqliy zaiflikning o'rtacha darajasi bo'lib, unda nafaqat mavhum, balki aniq fikrlash ham buziladi. Uning mahsuldorligi keskin pasayadi, so'z boyligi o'nlab so'zlar bilan cheklangan, nutq tilga bog'langan. Bemorlarni o'qitish mumkin emas, chunki ular faqat boshlang'ich ko'nikmalarni egallashga qodir o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish. Ijtimoiy moslashuv keskin kamaydi.

↓ **idiot**-oligofreniyaning eng chuqur darajasi. Bu nutqning deyarli to'liq yetishmasligi bilan tavsiflanadi, o'z-o'ziga xizmat qilish qobiliyatlari yo'q, bemorlarning aqliy hayoti eng oddiy hayotiy ehtiyojlarni qondirish bilan cheklanadi (vegetativ mavjudlik). Bemorlarda ibtidoiy hissiy reaksiyalar bo'lishi mumkin (yig'lash, baqirish), ba'zida tajovuzkorlik. Ahmoqlikdagi demensiya ko'pincha ichki organlarning nuqsonlari va tashqi anomaliyalar (yuz, oyoq-qo'llar va boshqalar) bilan birlashtiriladi. Umumiy yetishmovchilik tufayli bemorlar kamdan-kam hollarda balog'at yoshiga qadar yashaydilar.

Orttirilgan aqliy rivojlanishdan orqada qolish (demensiya).

Demensiya - klinik xususiyatlarga, psixopatologik tuzilishga, shuningdek, paydo bo'lgan kasallikning xususiyatiga qarab bir necha shakllarga bo'linadi. Shunday qilib, masalan, miya aterosklerozida yoki gipertenziya demensiya qisman bo'lishi mumkin va shikast miya shikastlanishi yoki birlamchi atrofik jarayonlar bilan u odatda to'liq bo'ladi.

Demensiya belgilariga to'plangan bilimlarning yo'qolishi, aqliy faoliyat samaradorligining pasayishi, shaxsiyatning o'zgarishi kiradi, ba'zida bemorlar o'z-o'ziga xizmat qila olmaydigan darajaga yetadi, ularning asosiy ehtiyojlarini qondiradi.

Klinik ko'rinishlarga ko'ra: lakunar va umumiy(diffuz) demensiya ajralib turadi.

✚ **lakunar demensiya** kognitiv faoliyatning faqat ayrim jihatlarini, birinchi navbatda xotira buzilishi bilan tavsiflanadi. Bu yangi bilimlarni o'zlashtirish qobiliyatini sezilarli darajada qiyinlashtiradi, ammo olingan kasbiy ko'nikmalar va xulq-atvor stereotiplar yetarlicha uzoq davom etishi mumkin. Shu sababli, ular odatda kundalik uy yumushlarini osonlikcha engishadi va ko'pincha intellektual jihatdan saqlanib qolgandek taassurot qoldiradilar. Ularning holatiga tanqidiy munosabat mavjudligi xarakterlidir - bemorlar eng muhim ma'lumotlarni yozib olishga harakat qilishadi, Cheat varaqlaridan foydalanadilar, ular o'zlarining qobiliyatsizligidan uyalishadi. Lakunar demensiyadagi hissiy o'zgarishlar labillik, ko'z yoshlarining ko'payishi, sentimentallik bilan tavsiflanadi. Umuman olganda, xarakterdagi o'zgarishlar uning asosiy, eng muhim xususiyatlariga ta'sir qilmaydi, bu ma'noda ular shaxsiyat yadrosining xavfsizligi haqida gapirishadi. Shunga qaramay, odatda hali ham ba'zi bir keskinlik, bemorlarda mavjud bo'lgan xarakterologik xususiyatlarning "sarosimasi" qayd etilgan: tejamkor qo'rqinchli, ishonchsiz - shubhali bo'lib qoladi. Demensiyaning bu turi miyaning qon tomir kasalliklari (miya aterosklerozi, gipertoniya) bilan eng keng tarqalgan, ammo boshqa kasalliklarda ham rivojlanishi mumkin.

✚ **umumiy (diffuz) demensiya** barcha kognitiv jarayonlarning nisbatan bir xil pasayishi bilan namoyon bo'ladi: fikrlash, xotira, e'tibor va boshqalar. Fikrlash buzilishi mantiqiy aloqalami shakllantirish, abstraktsiya qilishning mumkin emasligida namoyon bo'ladi. Bemor uchun mavjud bo'lgan tushunchalarni umumlashtirish darajasi keskin pasayadi, hukmlarning zaifligi aniqlanadi.



Rasm 22. Intellekt patologiyasi

Qisqa muddatli va uzoq muddatli xotiraning buzilishi asta-sekin o'sib boradi, faol e'tibor buziladi. Bemorlar berilgan savollarga e'tibor berishga qodir emaslar. Yuqori axloqiy his-tuyg'ularning pasayishi pastki qismlarni ochib beradi va instinktiv his-tuyg'ularni nazoratsiz qiladi. Ustun hissiy fon bo'lishi mumkin

kayfiyatli-asabiy, eyforik-xayrixoh yoki befarq. Juda tez bemorlar o'zlarining ahvoliga nisbatan tanqidni yo'qotadilar, hukmlar va harakatlar kulgili bo'ladi. Shaxsiy aqliy xususiyatlar, qiymat munosabatlari, xulq-atvor qobiliyatlari tezda yo'qoladi ("shaxsiyat yadrosi"ning parchalanishi). Umumiy demensiya qo'pol organik uchun xosdir.

Asosan miya yarim korteksiga ta'sir qiladigan jarayonlar. Bu degenerativ kasalliklar (Altsgeymer kasalligi, Pika, qarilik demensiyai), miya sifilisi (shu jumladan progressiv falaj bilan) bilan mumkin. Ba'zi hollarda mahalliy patologik jarayon (travma, miya shishi) shunga o'xshash natijaga olib keladi.

Epileptik (konsentrik) demensiyaning alohida ta'kidlash kerak. Ushbu turdagi demensiyaning o'ziga xos xususiyati bemorning manfaatlarini o'z shaxsiga va tana hayotiga bo'lgan ehtiyojlarga asta - sekin o'sib borishi, munosabatlarning egosentrikligi. Bemorlarning tafakkuri batafsil, qat'iy bo'lib qoladi, umumlashtirish, mavhumlashtirish qobiliyati pasayadi. U bemorning shaxsiy, xudbin manfaatlariga xizmat qilishga qaratilgan. Ushbu doiradan tashqarida bemorlar intellektual nochorlikni namoyon etadilar, bu ularni ijtimoiy hayotdan va ijtimoiy munosabatlar sohasidan qaytarib bo'lmaydigan darajada o'chiradi. Xotiraning buzilishi tanlab

olinadi, bemorlar odatda ular uchun alohida ahamiyatga ega bo'lgan voqealar va faktlarni yaxshi eslashadi (ismlar qabul qilingan dorilar, pensiya miqdori, shifokorlarning ismlari va boshqalar), ammo ular to'g'ridan-to'g'ri ularga tegishli emasligini umuman eslamaydilar. Shaxsiy o'zgarishlar pedantriya, shirinlik, despotizm va ba'zan tajovuzkor egosentrizm bilan birgalikda ikkiyuzlamachilik itoatkorligiga moyillik bilan tavsiflanadi. Ushbu demensiya asosan organik navlardan biridir va ko'pincha epileptik kasallikning so'nggi bosqichlarida rivojlanadi.

Demensiyaning eng og'ir turi-bu marasmus. Ushbu kontsepsiya nafaqat aqliy, balki jismoniy tanazzulning haddan tashqari darajasini ham o'z ichiga oladi, bu asosiy tanazzulning yo'q bo'lib ketishida namoyon bo'ladi.

Instinktlar (oziq-ovqat, o'zini himoya qilish). Bemorlar mutlaqo nochor bo'lib qoladilar, doimiy parvarishga muhtoj (ovqatlantirish, bosim yaralarini tiklash), ularning sifati ularning umr ko'rish davomiyligini belgilaydi. Marasmus Altsgeymer, Pik, senil demensiya, neyrosifilis kasalliklarining so'nggi bosqichlarida kuzatiladi.

SAVOLLAR

1. Xotira tushunchasini psixologik ta'riflab bering.
2. Korsakov sindromini simptomlarini sanab bering.
3. «Intellekt» tushunchasiga mazmun bering.
4. Intellektual patologiyaning tug'ma va orttirilgan variantlariga tavsif bering.
5. Tug'ma aqliy zaiflik darajalarini sanab bering
6. Demensiya turlarini sanab bering

TESTLAR

1. Amneziya turi

Fiksasion

Emosional

Oneyroid

Deliriy

2. Retrograd amneziya – bu...

Ong buzilishida oldingi voqialarni eslay olmaslik

Xozirgi voqialarni eslay olmaslik

Ong buzilishida keyingi voqialarni eslay olmaslik

Ilgarigi voqialarni eslay olmaslik

3. Chalg'ish bu:

Diqqatning o'ta harakatchanligi, bir mavzudan ikkinchi mavzuga o'tish tezlashuvi

Boshqa mavzuga o'tish jarayonining buzilishi yoki xasta fiksasiya

Diqqatni bir mavzu ustida uzoq saqlash qobiliyatining pasayishi

Mavzuning davomini yo'qotib quyish

4. Bemor kunlarni, sanalarni bilmaydi, yil va oyni noto'g'ri aytadi. Lekin o'tmishidagi voqialarni, yoshlik, yigitlik yillarini yaxshi eslaydi, bu qanday sindrom?

Korsakov sindrom

Amentiv sindrom

Parafren sindrom

Gallyusinoz

5. Gipermeziya bu:

Xotiraning patologik kuchayishi

Joriy xodisalarni eslab qolomaslik

Xotiraning yo'qolishi

Xotiraning keskin pasayishi

6. Intellekt patologiyasini ko'rsating

Debillik

Illyuziya

Vasvasa

Perseveratsiya

7. Intellekt patologiyasiga xos

Imbesillik

Illyuziya

Vasvasa

Perseveratsiya

8. Intellekt patologiyasiga tegishli

Idiotiya

Illyuziya

Vasvasa

Perseveratsiya

9. Amneziya bu nima?

Xotiraning yo'qolishi

Xotiraning pasayishi

Xotiraning kuchayishi

Kayfiyatning pasayishi

10. Gipomneziya bu nima?

Xotiraning pasayishi

Kayfiyat pasayishi

Xotiraning kuchayishi

Maqsadli faoliyatni susayishi

VAZIYATLI MASALA

1. Talaba qiz psixiatriya imtihonida bitta savolga javob topa olmadi, lekin imtihon oluvchining yordami bilan savollarga tezkor javob berdi. Qanday xotira buzilishi yuzaga kelgan?

Anekforiya

Paralogik fikrlash

Perseviratsiya

Mentizm

2. Bir oy davomida ruhiy kasalliklar shifoxonasida davolangan bemor P.ning aytishicha u kecha rafiqasi bilan teatrqa borgan, kechki ovqat tayyorlagan va nevaralari bilan o'ynagan. Bemorda qanday xotira buzilishi kuzatiladi?

Psevdoremisentsiya

Gipomneziya

Kriptomneziya

Gipermniziya

V – BOB. HISSIYOT. IRODA. MAYL. HISSIY- IRODAVIY VA MOTOR SOHASINING BUZILISHI.

Hissiyotlar (lat. emoveo, emotum-hayajonlanish, hayajonlanish) - shaxsning subyektiv rang-barang tajribalari ko'rinishidagi reaksiyalar, ular uchun ta'sir etuvchi stimulning ahamiyatini yoki o'z harakatlarining natijasini (zavq, norozilik) aks ettiradi.

P.K. Anoxinning yozishicha, hissiyotlar — tananing fiziologik holatlari bo'lib, ular aniq subyektiv rangga ega bo'lib, insonning barcha hissiyotlari va tajribalarini chuqur travmatik azob-uqubatlardan tortib quvonch va ijtimoiy hayotning yuqori shakllariga qadar qamrab oladi. Insonning sodir bo'layotgan voqealarga munosabati va uning nafsini qondirish hissiyotlarda ifodalanadi. Hissiyotlar ajralib turadi: epikritik/kortikal, faqat insonga xos, filogenetik jihatdan yoshroq (ular estetik, axloqiy); protopatik hissiyotlar, subkortikal, talamik, filogenetik jihatdan qadimgi, elementar (ochlik, chanqoqlik, jinsiy hissiyotni qondirish).

Ehtiyojlarni qondirishda paydo bo'ladigan ijobiy hissiyotlar mavjud-bu quvonch, animatsiya, qoniqish va shularni boshdan kechirish, maqsadga erishish qiyinligi, qayg'u, g'azab shular jumlasiga kiradi.

Hissiyotlar insonning eng qadimgi aqliy funksiyalaridir. Odam hayvonlardan ko'plab hissiy reaksiyalarni, ayniqsa instinktiv reaksiyalarni oldi. Hayvonlarda qo'rquv yoki g'azab reaksiyasini keltirib chiqaradigan turli vaziyatlar tufayli hissiy reaksiyalar paydo bo'ldi. Agar bu reaksiyalar hayvonning hayotiga tahdid bilan bog'liq bo'lsa, unda kurashga kirish yoki qochish kerak bo'ladi. Qo'rquvni boshdan kechirgan hayvon harakatga tayyorgarlik ko'rganligi sababli, evolyutsiya jarayonida ushbu faoliyatni ta'minlaydigan eng mos vegetativ reaksiyalar aniqlandi. Qo'rquvni jarayonida, odatda tanadagi qonning qayta taqsimlanishi, mushaklar, yurak, o'pka, miyada vazodilatatsiya, ularning teri va qorin bo'shlig'ida torayishi kuzatiladi. Bu muvaffaqiyatli qochish yoki kurashda kamroq qon yo'qotish imkonini beradi. Jangga kirishdan oldin yoki parvozdan oldin hayvon hali ham dushmanni qo'rqitishga harakat qiladi: u dahshatli pozalarni oladi, orqasini kamarlaydi, dumini ko'taradi, tishlarini tishlaydi. Bu vaqtda pilomotor reaksiya kuzatiladi, natijada hayvon kattalashadi. Qo'rquv hissi ta'siri ostida hayvon qondagi qand miqdori ortadi, qonning yopishqoqligi oshadi. Bu reaksiyalarning barchasi evolyutsiya jarayonida rivojlangan himoya reaksiyalardir.

Odamlarda bu vegetativ reaksiyalar maqsadga muvofiqligini yo'qotganiga qaramay, saqlanib qolmoqda, garchi ularning aksariyati ibtidoiy bo'lib qolgan. Shunday qilib, qo'rquvni boshdan kechirganda, odam terining rangparligini boshdan kechiradi, tanasi "g'oz terisi" bilan qoplanadi — bu pilomotor reaksiyaning rudimentidir.

Vegetativ reaksiyalarda, turli xil hissiy holatlarda, avtonom asab tizimining simpatik yoki parasempatik bo'limining ohangi ustun bo'lishi mumkin.

Hissiyotlar nafaqat vegetativ reaksiyalar, balki hayvonlarnikiga o'xshash ekspressiv harakatlar bilan ham birga keladi. Shunday qilib, itning og'ziga yeyilmaydigan narsa tushganda, odam achchiq dori ichganida yoki unga nojo'ya xatti-harakatlar haqida xabar berilganda va bezovtalik hissi paydo bo'lganda paydo bo'ladigan mimik reaksiyani kuzatish mumkin. Ekspressiv harakatlar tajribali hissiyotlarga mos kelishi mumkin, odam ularni Iroda kuchi bilan bostirishi mumkin. Ba'zi hollarda yuz ifodalari va ifodali harakatlar boshdan kechirgan hissiyotga mos kelmaydi, masalan, xafa bo'lganda odam tabassum qiladi.

Ta'sir-bu nafaqat hissiy reaksiya, balki barcha aqliy faoliyatning qo'zg'alishi bilan birga keladigan qisqa muddatli kuchli ruhiy hayajondir.

Ongning xiralashishi, avtomatizm va amneziya bilan birga bo'lmagan g'azab yoki quvonch kabi fiziologik ta'sir.

Astenik ta'sir - bu ruhiy tushkunlik, aqliy faoliyatning pasayishi, farovonlik va hayotiylik bilan kechadigan tez kamayib boruvchi ta'sir.

Stenik ta'sir - farovonlikning oshishi, aqliy faollik, o'z kuchini his qilish bilan tavsiflanadi.

Patologik ta'sir - intensiv, to'satdan ruhiy shikastlanishga javoban yuzaga keladigan va ongni o'simlik tajribalariga jamlashda, so'ngra affektiv oqindi bilan ifodalanadigan qisqa muddatli ruhiy kasallik, so'ngra umumiy yengillik, befarqlik va ko'pincha chuqur uyqu; qisman yoki to'liq amneziya bilan tavsiflanadi.

Ba'zi hollarda patologik ta'sirdan oldin uzoq davom etadigan psixotravmatik vaziyat yuzaga keladi va patologik ta'sirning o'zi qandaydir "oxirgi tomchi"ga reaksiya sifatida paydo bo'ladi. Kayfiyat ko'proq yoki kamroq uzoq davom etadigan hissiy holatni anglatadi.

Hissiyotlarning filogenezi quyidagi bosqichlar bilan tavsiflanadi:

I-bosqich-protoplazmatik (intruziv), bu bosqichda hissiyotlar to'qimalarning tirnash xususiyati o'zgarishi bilan ifodalanadi;

2 — bosqich-ehtiyojlar; ushbu davrda zavq tajribasining dastlabki belgilari paydo bo'ladi-norozilik;

3 — bosqich-ibtidoiy hissiyotlar deb ataladi; bularga organik xarakterdagi hissiyotlar kiradi; og'riq, g'azab, jinsiy hissiyot;

4-bosqich-mavhum hissiyotlar (axloqiy, intellektual, axloqiy, estetik).

Hissiyotlarning ontogenezida 4 bosqich mavjud.

Birinchi bosqich (yangi tug'ilgan chaqaloqlarda) instinktlarning ustunligi va birinchi navbatda o'z-o'zini himoya qilish instinkti (shu jumladan oziq-ovqat) bilan tavsiflanadi.

Ikkinchi bosqich-bu organik his qilish bosqichi. Uning asosi tashqi va interoreseptorlardan olingan ma'lumotlarni qayta ishlash va bolaning tajribalari bilan voqelik haqidagi beqaror majoziy g'oyalarning paydo bo'lishi: qoniqish — norozilik, yoqimli — yoqimsiz va boshqalar.

Uchinchi bosqich-3-4 yoshdan 12-14 yoshgacha bo'lgan epikrigik hissiyotlarning rivojlanishi. Rivojlanayotgan hissiyotlarning organik ehtiyojlar bilan aloqasi uzoq vaqt davomida ustunlik qiladi va 10-12 yoshdan boshlab hissiyotlar mustaqil aqliy ifodaga ega bo'ladi. Epikrigik hissiyotlarni takomillashtirish davom etmoqda, hissiy reaksiyalarda organik ehtiyojlar va istaklarni kortikal tuzatish ustunlik qila boshlaydi.

To'rtinchi bosqich-yuqori insoniy hissiyotlarni shakllantirish, ularning to'liq rivojlanishiga 20-22 yoshgacha erishiladi. Ushbu davrga kelib, hissiyotlar aqlga bo'ysunadi, boshqacha qilib aytganda, intellektual faoliyat bilan tuzatiladi. Ushbu davrda hissiyotlarning tashqi ko'rinishlarini, yuz reaksiyalari va ekspressiv harakatlarni bostirish mumkin bo'ladi.

5.1. Hissiyot buzilishlari

Hissiy buzilishlarning belgilari:

1. Hissiy javobning buzilishi.

Hissiy reaksiya-turli vaziyatlarga javoban yuzaga keladigan o'tkir hissiy reaksiyalar. Kayfiyatning o'zgarishidan farqli o'laroq, hissiy javob shakllari qisqa muddatli va har doim ham kayfiyatning asosiy foniga mos kelmaydi.

Hissiy buzilishlar tashqi hodisalarga hissiy javobning yetarli emasligi bilan tavsiflanadi. Mogugning hissiy reaksiyalari ularni keltirib chiqargan vaziyatning kuchi va zo'ravonligi, davomiyligi va ahamiyati jihatidan yetarli emas.

Eksplozivlik-hissiy qo'zg'aluvchanlikning kuchayishi, ta'sirning zo'ravon namoyon bo'lishiga moyillik, kuch jihatidan yetarli bo'lmagan reaksiya. G'azabning tajovuz bilan reaksiyasi kichik bir sababga ko'ra paydo bo'lishi mumkin.

Hissiy tiqilib qolish- paydo bo'lgan affektiv reaksiya uzoq vaqt davomida qayd etiladigan va fikrlar va xatti-harakatlarga ta'sir qiladigan holat. Tajribali xafagarchilik uzoq vaqt davomida "tiqilib qoladi" qasoskor odamda, u uchun hissiy jihatdan ahamiyatli bo'lgan ba'zi dogmalarni o'rgangan odam, o'zgargan vaziyatga qaramay, yangi munosabatlarni qabul qila olmaydi.

Ambivalentlik-bir vaqtning o'zida bir odamga nisbatan qarama-qarshi hissiyotlarning paydo bo'lishi.

Hissiyotlarni yo'qotish hissi-sodir bo'layotgan voqealarga javob berish qobiliyatini yo'qotish, og'riqli befarqlik, masalan, psixogen "hissiy falajlik" bilan namoyon bo'ladi.

2. Kayfiyat buzilishining belgilari

Kayfiyat ma'lum bir davr uchun ustun bo'lgan hissiy holat bo'lib, barcha aqliy faoliyatga ta'sir qiladi.

Kayfiyatning buzilishi ikkita variant bilan tavsiflanadi:

- ✚ kuchaytirilgan alomatlar
- ✚ hissiyotning zaiflashishi.

Hissiylikning kuchayishi bilan bog'liq kasalliklarga gipertimiya, eyforiya, gipotimiya, disforiya, tashvish, hissiy zaiflik kiradi.

Gipertimiya-quvnoqlik, yaxshi, hatto ajoyib jismoniy farovonlik, barcha muammolarni hal qilish qulayligi, o'z imkoniyatlarini qayta baholash bilan birga quvnoq kayfiyatning kuchayishi.

Eyforiya-xushmuomala, beparvo kayfiyat, sizning ahvolingizdan to'liq qoniqish tajribasi, sodir bo'layotgan voqealarni yetarlicha baholamaslik.

Gipotimiya-kayfiyatning pasayishi, tushkunlik, tushkunlik, umidsizlik tajribasi. E'tibor faqat salbiy voqealarga qaratiladi, hozirgi, o'tmish va kelajak qorong'u ranglarda qabul qilinadi.

Disforiya-bu o'ziga va boshqalarga nisbatan norozilik tajribasi bilan yomon kayfiyat. Ko'pincha g'azabning aniq ta'sirchan reaksiyalari, tajovuzkorlik bilan g'azablanish, o'z joniga qasd qilish tendentsiyalari bilan umidsizlik bilan birga keladi.

Havotir-ichki tashvish tajribasi, yoqimsizlik, baxtsizlik, falokatni kutish. Havotir hissi vosita tashvishi, vegetativ reaksiyalar bilan birga bo'lishi mumkin.

Hissiy buzilishlarda havotir, vahima paydo bo'lishi mumkin, bunda bemorlar shoshilib, o'zlariga joy topolmaydilar yoki falokatni kutib, dahshatga tushadilar

Hissiy zaiflik-labillik, kayfiyatning beqarorligi, kichik voqealar ta'siri ostida uning o'zgarishi. Bemorlarda ko'z yoshlari (zaiflik) paydo bo'lishi bilan sezgirlik, sentimentallik holatlari osongina paydo bo'lishi mumkin. Masalan, piyoda yurgan kashshoflarni ko'rib, odam mehr-oqibat ko'z yoshlarini ushlab turolmaydi.

Og'riqli ruhiy befarqlik (*anaesthesia psychica dolorosa*). Bemorlar insonning barcha hissiyotlarini, yaqinlariga bo'lgan muhabbatni, rahmshafqatni, sog'inchni yo'qotishni azob bilan boshdan kechirishadi. Ularning so'zlariga ko'ra, holati "tosh kabi daraxt kabi" bo'lib qoldi, bundan aziyat chekishadi. Ushbu alomatlarning barchasi hissiyotning ijobiy yoki salbiy bo'lishidan qat'iy nazar, hissiy holatning kuchayishini ko'rsatadi.

Hissiylikning pasayishi bilan kayfiyatning buzilishi befarqlik, hissiy monotonlik, hissiy qo'pollik, hissiy xiralik kabi holatlarni o'z ichiga oladi.

Apatiya (*apatia* nutqidan-befarqlik; sinonimlar: anor-miya, ashinormiya, og'riqli befarqlik) — hissiy sohaning buzilishi, o'ziga, atrofdagi odamlarga va voqealarga befarqlik, istakning yo'qligi, motivatsiya va to'liq harakatsizlik bilan namoyon bo'ladi. Bunday so'rishdagi bemorlar hech qanday qiziqish bildirmaydilar, men aytmayman, hech qanday istak, boshqalarga qiziqish yo'q, ular ko'pincha palatadagi qo'shnilarning ismini bilishmaydi, ular shifokorni davolashadi — xotiraning buzilishi tufayli emas, balki befarqlik tufaylidir. Yaqinlaringiz bilan uchrashuvlarda ular indamay sovg'alarni olib ketishadi.

Hissiy monotonlik-hissiy sovuqlik. Bemor hissiy ahamiyatidan qat'iy nazar, barcha voqealarga nisbatan bir tekis, sovuq munosabatda bo'ladi.

Hissiy qo'pollik. Bu eng nozik tabaqalashtirilgan hissiy reaksiyalarning yo'qolishida namoyon bo'ladi: noziklik, hamdardlik yo'qoladi, disinhibitsiyon, bezovtalik, marosimsizlik paydo bo'ladi bunday holatlar alkogolizm, shaxsning aterosklerotik o'zgarishi bilan kuzatilishi mumkin.

Hissiy yoki affektiv, ahmoqlik- bu hissiy reaksiya va aloqalarning zaifligi, hissiyotlarning pasayishi, hissiy sovuqlik, to'liq befarqlik va befarqlikka aylanib ketadigan buzilish, bunday bemorlar yaqinlariga befarq va sovuq, ota-onalarining kasalligi yoki o'limi ularga ta'sir qilmaydi, ba'zida qo'pol xudojo'y manfaatlar saqlanib qoladi

Kayfiyat va hissiy reaksiyalarning buzilishi yuz ifodalari va ekspressiv harakatlarning o'zgarishi bilan birga bo'lishi mumkin, ular hissiy holatning kuchi va zo'ravonligi jihatidan yetarli bo'lmasligi yoki boshdan kechirgan hissiyotlarga mos kelmasligi mumkin.

Gipermimiya-bu tez paydo bo'ladigan va yo'q bo'lib ketadigan ta'sirlarning rasmini aks ettiruvchi jonli, tez o'zgaruvchan yuz ifodalari bilan kechadigan kasallik. Yuz reaksiyalarining namoyon bo'lishi ko'pincha bo'rttirilgan, haddan tashqari zo'ravon va yorqin bo'ladi. Ekspressiv harakatlar kuchayadi, tezlashadi, tez o'zgaradi, ba'zi hollarda Maniakal qo'zg'alishga erishadi.

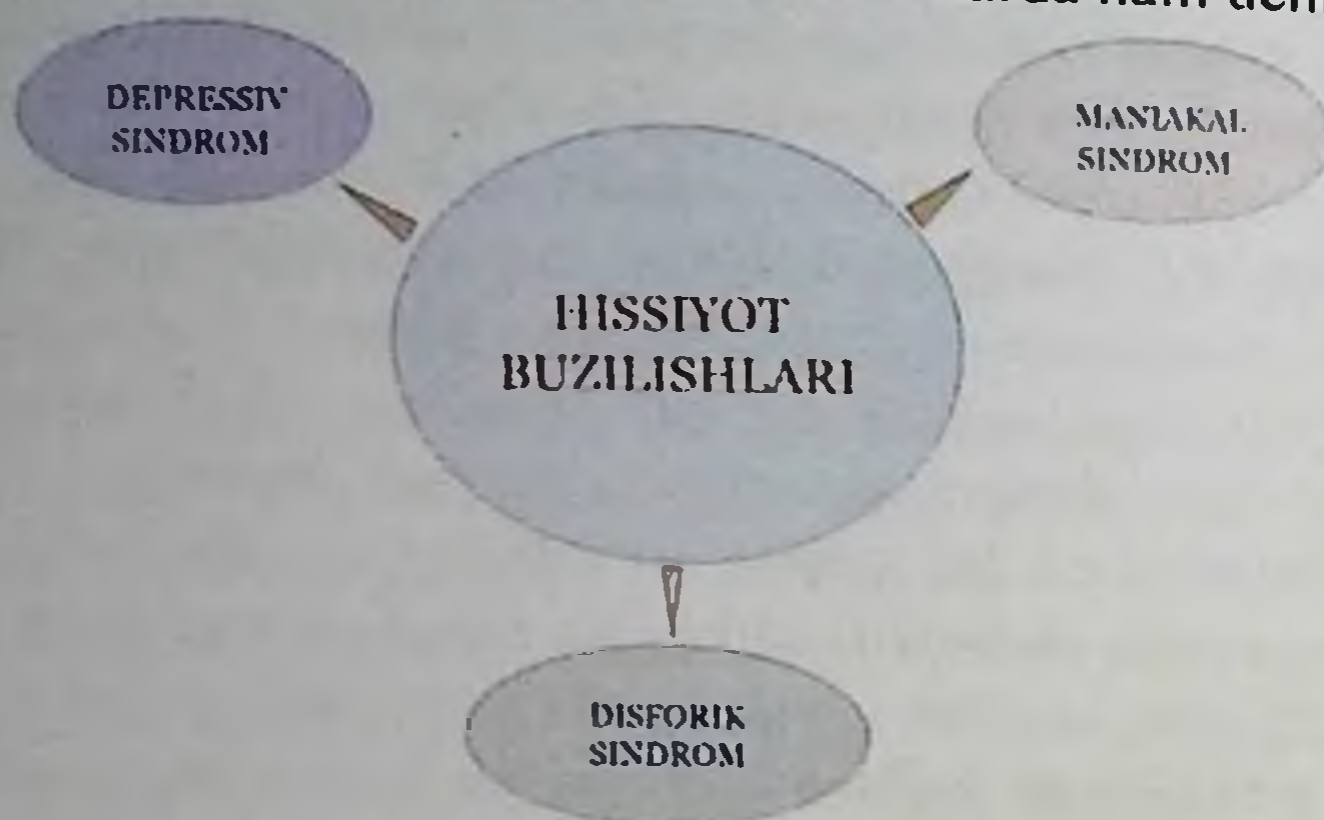
Gipomimiya-zaiflashuv, yuz ifodalarining qashshoqlashishi, qayg'u, umidsizlikning monoton muzlatilgan yuz ifodalari, depressiv holatlarga xosdir. Yuzda muzlatilgan motamli ifoda, lablar mahkam siqilgan, og'iz burchaklari tushirilgan, qoshlar siljigan, burmalar ular orasida yotadi. Veragutning burmasi xarakterlidir: ichki uchdan bir qismi chegarasidagi yuqori ko'z qovog'ining teri burmasi yuqoriga va orqaga tortiladi, shuning uchun kamon bu joyda burchakka aylanadi. Ekspressiv harakatlar zaiflashadi, sekinlashadi. Ba'zida jismoniy faollik butunlay yo'qoladi, bemorlar immobilizatsiya qilinadi, ammo yuz ifodalari qayg'uli bo'lib qoladi. Bu depressiv holatning shaklidir.

Paramimiya-vaziyatning yuz ifodalari va ifodali harakatlarining yetarli emasligi. Ba'zi hollarda, bu dafn marosimida tabassum, ko'z yoshlar va jilmayish, tantanali va yoqimli voqealar paytida yig'lash bilan ifodalanadi. Boshqa hollarda, yuz reaksiyalari hech qanday tajribaga mos kelmaydi-bu turli xil jirkanchliklar. Masalan, bemor ko'zlarini yumadi va og'zini ochadi, peshonasini burishtiradi, yonoqlarini shishiradi va hokazo.

5.2. Hissiy buzilish sindromlari

Ushbu sindromlar depressiv va maniakal sindromlarni o'z ichiga oladi, ular kayfiyat buzilishlari, harakat buzilishlari va assotsiativ jarayonlarning o'zgarishi bilan ajralib turadi (Rasm 23). Biroq, bu uchlik depressiv va maniakal holatlarning klinik ko'rinishini tugatmaydi. Diqqat, uyqu, ishtahaning buzilishi xarakterlidir. Vegetativ kasalliklar hissiy

endogen kasalliklarga xos bo'lib, avtonom asab tizimining simpatik ohangini oshirish belgilari bilan tavsiflanadi, depressiyalarda ko'proq ajralib turadi, ammo bu holat maniakal sindromlarda ham uchraydi.



Rasm 23. Hissiyot buzilishlari

1. Depressiv sindrom

Odatda depressiv sindrom depressiv uchlik bilan tavsiflanadi:

- ↓ gipotimiya, tushkun, qayg'uli, g'amgin kayfiyat,
- ↓ fikrlashning sekinlashuvi
- ↓ harakatning tormozlanishi.

Ushbu kasalliklarning zo'ravonligi boshqacha. Gipotimik kasalliklar doirasi juda katta - yengil tushkunlik, qayg'u, mahrumlikdan tortib to chuqur sog'inchgacha, bunda bemorlar og'irlik, ko'krak qafasi og'rig'i, umidsizlik, mavjudlikning foydasizligini boshdan kechirishadi. Hamma narsa qorong'u ranglarda - hozirgi, kelajak va o'tmishda qabul qilinadi. Ba'zi hollarda sog'inish nafaqat ruhiy og'riq sifatida, balki yurak sohasida, ko'krakda og'riq hissi sifatida ham qabul qilinadi.

Assotsiativ jarayondagi sekinlashuv fikrlashning qashshoqlashuvida namoyon bo'ladi, fikrlar kam, ular asta-sekin oqadi, yoqimsiz voqealarga zanjirlangan kasallik, o'zini ayblash g'oyalari paydo bo'ladi. Hech qanday yoqimli voqealar bu fikrlarning yo'nalishini o'zgartira olmaydi. Bunday bemorlarda savollarga javoblar bir bo'g'inli bo'lib, savol va javob o'rtasida ko'pincha uzoq pauzalar mavjud (Rasm 24).



Rasm 24. Depressiv sindromda bemorning mimikasi.

Harakatlar tormozlanishi va nutqning sekinlashuvida namoyon bo'ladi, nutq jim, sekin, yuz ifodalari qayg'uli, harakatlar bir xil, monoton, bemorlar uzoq vaqt davomida bir xil holatda qolishlari mumkin. Ba'zi hollarda, to'liq harakatsizlikka yetadi (depressiv stupor). Depressiya paytida himoya rolini o'ynashi mumkin. Depressiv bemorlar og'riqli holatni, umidsiz sog'inchni, mavjudlikning umidsizligini boshdan kechirib, o'z joniga qasd qilish fikrlarini bildiradilar. Bemorlar ko'pincha yashash juda qiyin, deb aytishadi, lekin biror narsa qilish, o'zlarini o'ldirish uchun kuch yo'q: "kimdir kelib, o'ldirsa, bu ajoyib bo'lar edi".

Ba'zida tormozlanish to'satdan qo'zg'alish hujumi, sog'inchli portlash bilan almashtiriladi (melanxolik raptus — raptus melancholicus). Bemor to'satdan sakrab chiqadi, boshini devorga uradi, yuzini tirnaydi, ko'zlarini yirtib tashlashi, og'zini yirtishi, o'ziga shikast etkazishi, boshini Oynani sindirib, derazadan uloqtirishi mumkin, bemorlar esa yurak bilan qichqiradi, qichqiradi. Agar bemor ushlab turishga muvaffaq bo'lsa, unda hujum susayadi va vosita inhibatsiyasi yana boshlanadi. Depressiya bilan kunlik tebranishlar ko'pincha kuzatiladi, ular endogen depressiyalarga xosdir. Erta tongda bemorlar umidsizlik, chuqur iztirob, umidsizlik holatini boshdan kechirishadi. Aynan shu soatlarda bemorlar o'zlari uchun ayniqsa xavflidir, o'z joniga qasd qilish ko'pincha aynan shu vaqtda sodir bo'ladi.

Depressiv sindrom o'z-o'zini ayblash, gunohkorlik, aybdorlik g'oyalari bilan tavsiflanadi, bu ham o'z joniga qasd qilish fikriga olib kelishi mumkin.

Depressiya paytida sog'inchni boshdan kechirish o'rniga, "hissiy befarqlik" holati paydo bo'lishi mumkin. Bemorlarning aytishicha, ular tashvishlanish qobiliyatini yo'qotdilar, his - hissiyotlarini yo'qotdilar: "mening bolalarim keladi va men ularga hech narsani his qilmayman, bu sog'inchdan ham yomonroq, sog'inish insondir, men esa toshga o'xshayman". Ushbu holat og'riqli ruhiy befarqlik (anaesthesia psychica dolorosa) va depressiya anestetik deb ataladi.

Depressiv sindrom odatda aniq vegetativ-somatik kasalliklar bilan birga keladi: taxikardiya, yurak sohasidagi yoqimsiz hislar, gipertenziya tendentsiyasi bilan apiepn bosimining o'zgarishi, oshqozon-ichak traktining buzilishi, ishtahani yo'qotish, tana vaznining pasayishi, endokrin kasalliklar. Ba'zi hollarda, bu somatovegetativ kasalliklar shunchalik aniq bo'lishi mumkinki, ular haqiqiy affektiv kasalliklarni maskalashadi.

Depressiya tarkibidagi turli xil tarkibiy qismlarning ustunligiga qarab, g'amgin, xavotirli, befarq depressiya va depressiv holatning boshqa variantlari ajralib turadi.

O. P. Vertogradov va V. M. Voloshin (1983) depressiya triadasining affektiv bo'g'inida uchta asosiy komponent ajratiladi:

↓ sog'inish

↓ ogohlantirish

↓ befarqlik

↓ Depressiv triadaning mafkuraviy va motor tarkibiy qismlarining buzilishi buzilishlarning ikkita varianti bilan ifodalanadi:

↓ tormozlash

↓ disinhubitsiya.

Ideator va motor buzilishlarining tabiati va zo'ravonlik darajasiga qarab, depressiv triadaning quyidagi variantlari dominant ta'sirga ajratiladi:

↓ uyg'un

↓ uyg'un bo'lmagan

↓ ajralgan

Diagnostik ahamiyatga ega bo'lgan, ayniqsa depressiya rivojlanishining dastlabki bosqichlarida namoyon bo'ladi. Depressiv sindromda o'zini ayblash g'oyalari ba'zida deliryumning og'irligiga yetadi.

Bemorlar o'zlarining jinoyatchilar ekanliklariga, o'tmishdagi barcha hayotlari gunohkor ekanliklariga, har doim xato va noloyiq xatti-harakatlarga yo'l qo'yganliklariga va endi ularni hisob-kitob qilishlariga amin bo'ladi.

Xavotirli depressiya. Bu muqarrar aniq baxtsizlikni og'riqli, og'riqli kutish bilan tavsiflanadi, monoton nutq va vosita qo'zg'alishi bilan birga keladi. Bemorlar tuzatib bo'lmaydigan narsa yuz berishi kerakligiga ishonishadi, ular aybdor bo'lishi mumkin. Bemorlar o'zlariga joy topolmaydilar, bo'lim bo'ylab yurishadi, doimiy ravishda xodimlarga savollar bilan murojaat qilishadi, o'tayotganlarga yopishib olishadi, yordam, o'lim so'rashadi, ularni tashqariga chiqarishni iltimos qilishadi. Ba'zi hollarda, vosita qo'zg'alishi g'azabga etadi, bemorlar shoshilib, qichqiradilar, nola qiladilar, yig'laydilar, individual so'zlarni baqiradilar va o'zlariga zarar etkazishlari mumkin. Ushbu holat "qo'zg'aluvchan depressiya" deb nomlanadi.

Apatik depressiya. Apatik yoki adinamik depressiya barcha impulslarning zaiflashishi bilan tavsiflanadi. Bunday holatda bo'lgan bemorlar sust, atrof-muhitga befarq, ularning holati va yaqinlarining ahvoriga befarq, istamay aloqa qilishadi, biron bir shikoyat bildirmaydilar, ko'pincha ularga tegmaslik istagi borligini aytishadi.

Niqoblangan depressiya. Niqoblangan depressiya (la-intravenöz, depressiyasiz depressiya) depressiv ekvivalentlar turiga ko'ra turli xil vosita, sezgir yoki vegetativ kasalliklarning ustunligi bilan tavsiflanadi. Ushbu depressiyaning klinik ko'rinishlari juda xilma-xildir. Ko'pincha yurak-qon tomir tizimi va ovqat hazm qilish tizimining buzilishi haqida turli xil shikoyatlar mavjud. Tananing boshqa joylariga tarqaladigan yurak, oshqozon, ichaklarda og'riq xurujlari mavjud. Ushbu kasalliklar ko'pincha uyqu va ishtahaning buzilishi bilan birga keladi. Depressiv kasalliklarning o'zi yetarlicha aniq emas va somatik shikoyatlar bilan maskalanadi. Depressiv ekvivalentlar depressiya rivojlanishining dastlabki bosqichi degan fikr mavjud. Ushbu holat ilgari niqoblangan depressiya bilan og'riq bemorlarda keyingi tipik depressiv hujumlarning kuzatuvlari bilan tasdiqlanadi.

Niqoblangan depressiya uchun:

1) bemor uzoq muddatli, o'jarlik bilan va samarasiz turli mutaxassisliklar shifokorlari tomonidan davolanadi;

2) turli xil tadqiqot usullarini qo'llashda konkretik somatik kasallik aniqlanmaydi;

3) jozibadorlik muvaffaqiyatsiz bo'lishiga qaramay, bemorlar o'jarlik bilan shifokorlarga tashrif buyurishni davom ettirmoqdalar (Morozov G. V.).

Depressiv ekvivalentlar. Depressiv ekvivalentlar deganda, Maniakal-depressiv psixozda depressiya xurujlarini almashtiradigan, asosan vegetativ xarakterdagi turli xil shikoyatlar va alomatlar bilan tavsiflangan vaqti-vaqti bilan yuzaga keladigan holatlar tushuniladi

2. Maniakal sindrom

Maniakal sindrom maniakal uchlik bilan tavsiflanadi:

- ↓ gipertimiya - ko'tarilgan quvonchli kayfiyat
- ↓ assotsiativ jarayonlarni tezlashtirish
- ↓ faoliyat istagi bilan vosita qo'zg'alishi

Ushbu buzilishlarning zo'ravonligi har xil, assotsiativ faoliyatning tezlashishi, assotsiativ faoliyatning ozgina yengilligidan "g'oyalarning sakrashi" gacha o'zgarishi mumkin. Faollikning oshishi tartibsiz qo'zg'alishga (chalkash maniya) erishishi mumkin. Kayfiyat nafaqat quvnoq bo'lishi mumkin, balki ba'zi hollarda g'azablangan ta'sir (g'azablangan maniya) ustunlik qiladi. Maniakal sindrom chalg'itishi bilan ajralib turadi, shuning uchun bemorlar boshlangan ishni oxiriga yetkaza olmaydilar, o'zlari haqida anamnestik ma'lumotlarni doimiy ravishda yetkaza olmaydilar. Bemor tinimsiz gapirsa va shifokor bilan bajonidil gaplashsa ham, bu suhbat samarasiz, chunki bemor turli xil tashqi hodisalar yoki undan kelib chiqadigan uyushmalar bilan chalg'itadi. Ushbu uyushmalar odatda yuzakidir.

Maniakal holatdagi bemorlar odatda somatik shikoyat qilmaydilar, ular nafaqat "ruhiy ko'tarilish" ni, balki jismoniy kuchning kuchayishini ham boshdan kechirishadi. Bunday holatda, azob chekuvchilar o'zlarining qobiliyatlari va imkoniyatlarini ortiqcha baholashga moyildirlar. Ayollar, yoshi kattaroq bo'lishiga qaramay, o'zlarining jozibali jozibalariga ishonishadi, barcha talabalar va shifokorlar ularga oshiq bo'lishlariga ishontirishadi. Bemorlar kiyimlarini bezashga, kosmetik vositalardan haddan tashqari foydalanishga, murakkab soch turmagi qilishga intilishadi. Maniakal holatda bo'lgan bemorlarda she'rlar yozish, rasm chizish, qo'shiq aytish, musiqa yozish qobiliyati namoyon bo'ladi. Odatda, ifoda qanchalik kam bo'lsa Maniakal holat, bu faoliyat shunchalik samarali bo'ladi.

Bunday bemorlarga ko'plab rejalarni amalga oshirish imkoniyatlari cheksiz ko'rinadi, ular hech qanday to'siqni sezmaydilar. O'z-o'zini

hurmat qilish hissi oshdi. Bemorlar katta kashfiyotlar kutayotganiga, ular jiddiy ijtimoiy muammolarni hal qilishda rol o'ynashi mumkinligiga ishonishadi. Imkoniyatlarni bunday qayta baholash keng deliriy darajasiga yetishi mumkin.

Bemorlarda nutq qo'zg'alishi kuzatiladi, ular ko'p. tez. baland ovozda gapirishadi. Kuchli nutq qo'zg'alishi bilan bir necha kundan keyin ovoz xirillaydi. Ba'zi hollarda bemorlar bu fikrni to'liq ifoda eta olmaydilar, aniq chalg'itish tufayli ular iboralarni kelishmaydi yoki faqat alohida so'zlarni baqirmaydi. Shu bilan birga, bemorlarning o'zlari ularning tili fikrlarga mos kelmasligini aytishadi.

Kamroq aniq nutq qo'zg'alishi bilan assotsiativ faoliyatning tezlashishi yozish paytida aniqlanadi, bemorlar iboralarni qo'shmaydilar yoki faqat alohida so'zlarni yozadilar. Bemorlarning tashqi ko'rinishi xarakterlidir, ular jonlantirilgan, yuz ko'pincha giperemik, yuz ifodalari jonli, harakatlar tez, ular bir joyda o'tirolmaydilar, turli xil narsalarni ushlaydilar, ammo ularning hech biri oxiriga yetkaza olmaydi. Ochko'zlik bilan iste'mol qilinadi, yomon chaynalgan ovqatni tezda yutib yuboradi.

Jinsiy istak kuchayishi mumkin, bemorlar osongina aloqa qilishadi, turmush qurishadi, asossiz va'dalar berishadi.

Maniakal-depressiv psixozdagi Maniakal sindrom odatda buyuklikning haqiqiy xayoliy g'oyalari paydo bo'lishi bilan birga kelmaydi, garchi bemorlar o'zlarining imkoniyatlarini va o'tgan hayotdagi rolini ortiqcha baholaydilar. Ushbu bayonotlar, qoida tariqasida, deliryum darajasiga yetib bormaydi, buyuklikning o'ta qimmatli g'oyalari xarakteriga egadir.

Maniakal sindromning bir nechta variantlari mavjud:

- ✚ maniakal-depressiv psixozga xos bo'lgan quvnoq maniya;
- ✚ samarasiz maniya, unda yuqori kayfiyat va vosita qo'zg'alishi faoliyatga intilish bilan birga bo'lmaydi;
- ✚ harakat va nutq qo'zg'alishi bilan ko'tarilgan kayfiyat odob-axloq, bolalik va kulgili hazillarga moyillik bilan birga keladigan ahmoqlik bilan maniya.

Moriya-kayfiyatni ko'tarishning qo'zg'aluvchanlik, ahmoqlik, tekis kulgili hazillar bilan kombinatsiyasi, ba'zida ongni yo'q qilish paytida topiladi. Ko'pincha frontal loblarning shikastlanishi bilan kuzatiladi.

Maniakal holatlarning yengil variantlari odatda **gipomaniya** deb ataladi.

5.3. Irodaviy buzilishlar

Iroda-insonning o'z faoliyatini ongli ravishda maqsadli boshqarish. Irodaviy faoliyat faqat insonga xosdir. Hayvonlarning xatti-harakatlari instinktlar va shartli refleks aloqalari bilan bog'liq. Ijtimoiy-tarixiy rivojlanish jarayonida inson atrof-muhitga moslashish shakllarini tabaqalashtirilgan shartli refleks reaksiyasi va instinktlarni o'zboshimchalik bilan boshqarish asosida shakllantirdi.

Irodaviy jarayonda quyidagi bosqichlar ajratiladi:

- ↓ maqsadga intilish, uni anglash va unga erishish istagi;
- ↓ maqsadga erishish uchun bir qator imkoniyatlarni anglash;
- ↓ motivlar va tanlovlar kurashi;
- ↓ mumkin bo'lgan qarorlardan birini qabul qilish;
- ↓ qabul qilingan qarorni amalga oshirish.

Motivatsion faoliyat xususiyatiga ega bo'lgan istaklar, motivlar, intilishlar to'plami motivatsion sohani tashkil etadi. Motivatsion sohaga turli xil motivlar (maylar, munosabat va boshqalar) asosida ongli (Irodaviy) va yetarli darajada ongli harakatlar kiradi.

Irodaviy buzilishlar faoliyat va maqsadni anglash motivlari darajasiga, ya'ni motivning shakllanishi, motivlarning shaxs va vaziyat xususiyatlariga muvofiqligi, shuningdek qaror qabul qilish, Irodaviy jarayonning barcha bosqichlarida tegishli xatti-harakatlarga tegishli bo'lishi mumkin.

Irodaviy buzilishlarning belgilari:

1. Irodaviy motivlarning buzilishi

Abuliya (yunon. bule-Iroda) yoki disbuliya-faoliyat uchun istaklar va motivlarning patologik yo'qligi. Abuliyadan keyin odatda adinamiya (yunon. adinamie-iktidarsizlik) - tana yoki organning motor faolligini kamaytirish yoki to'liq to'xtatish.

Abuliya turli patologik jarayonlarda, birinchi navbatda shizofreniya, turli frontal lezyonlar va depressiyalarda kuzatiladi. Irodaviy faoliyatning pasayishi quyi harakatlarning — avtomatlashtirilgan va instinktiv harakatlarning chiqarilishiga olib kelishi mumkin.

Gipobuliya- irodaviy faoliyatning pasayishi, motivlarning qashshoqligi, harakatsizlik, letargiya, vosita faolligining pasayishi, muloqot qilish istagi yo'qligi. Ushbu xususiyatlar ko'pincha depressiv holatlarda, shizofreniyada qayd etiladi. Diqqatning zaiflashishi,

fikrlashning zaiflashishi, nutqning sekinlashishi karlik holatlarida kuzatilishi mumkin.

Giperbuliya- tez-tez o'zgarib turadigan faoliyatga bo'lgan talablarning ko'pligi tufayli faollikning oshishidir. Giperbuliya manik holatlarda, paranoyak sindromda kuzatiladi. Manik holatda, bemorlarning tez chalg'itishi, motivatsiyaning tez o'zgarishi tufayli samaradorlik odatda past bo'ladi. Paranoyal sindromda faoliyat bir tomonlama bo'lib, delusional motivlar tufayli yuzaga keladi.

Parabuliya-buzuqlik, irodaviy faoliyatning o'zgarishi, faoliyatni rag'batlantirish, amalga oshirish motivlari va maqsadlari bemorda mavjud bo'lgan psixopatologik alomatlar bilan bog'liq holda buzilgan: masalan, dahshatli xarakterdagi eshitish gallyutsinatsiyalari tajovuzkor faoliyatni rag'batlantiradi va hokazo.

2. Mayllarning buzilishi

Instinktiv haydovchilarni buzish. Instinktlar inson hayotida muhim rol o'ynaydi, yoshi bilan ular Irodaviy faoliyatni nazorat qilishadi. Instinktiv reaksiyaning buzilishi ko'pincha bolalar va o'spirinlarda kuzatiladi. Odatda oziq-ovqatga bo'lgan ishtiyoqning buzilishi, o'zini himoya qilish instinkti, jinsiy istaklarning buzilishi mavjud.

Oziq-ovqat haydovchilarining buzilishi. Bulimiya – oziq-ovqatga bo'lgan ishtiyoqning kuchayishi - (yunon tilidan. bus-Bull + hmos-ochlik, ochlik "bo'ri", kino-reksiya) - patologik, keskin kuchaygan ochlik hissi, ko'pincha umumiy zaiflik va qorin og'rig'i bilan birga keladi. Bu Giperinsulinizm va ruhiy kasalliklar, aqliy zaiflik, shizofreniyada nuqsonli holatlar bilan kuzatiladi.

Anoreksiya nervozasining ma'lum bir bosqichida, ovqatdan bosh tortish fonida, oziq-ovqatga haddan tashqari jalb qilish paydo bo'ladi, bu uning katta miqdorini iste'mol qilish bilan birga, keyinchalik qusishni keltirib chiqaradi. Bulimiya ba'zi hissiy stress holatlarida, ko'p miqdorda oziq-ovqat iste'mol qilish uni yengillashtirganda kuzatiladi.

Anoreksiya (an-zarracha, belgi yoki sifat yo'qligini bildiradi, + yunoncha. ogeh-ovqatlanish istagi, ishtaha) - yulodning hissiyotlarini yo'qotish, fiziologik ozuqaviy ehtiyoj mavjud bo'lganda ishtahaning yetishmasligidir. Balog'at yoshida, anoreksiya nervoza bilan, dastlab ovqatdan bosh tortish vazn yo'qotish uchun paydo bo'ladi, keyin ochlik hissi yo'qoladi va hatto ovqatdan nafratlanish paydo bo'ladi. Ochlik hissiyotsining yo'qolishi ruhiy kasalliklar bilan kuzatiladi: depressiya, katatonik stupa, og'ir spirtli ichimliklarni olib tashlash. Katta vazn

yo'qotish bilan anoreksiya simmonds va sheehan sindromlarida kuzatiladi.

Polidipsiya (yunon. polys-ko'p, dipsa-tashnalik) - suyuqlik iste'molining ko'payishi, endokrin kasalliklarda tez-tez uchraydigan cheksiz tashnalik, ammo psixogen polidipsiya holatlari tasvirlangan.

Paroreksiya yoki **pikasizm** (lat. pica-qirq), ishtahaning buzilishi, yeyilmaydigan moddalarga tarqaladi.

Koprofagiya (yunon. kopros — kal, fagos — yutuvchi), yoki skatofagiya (yunon. sin.), o'z najaslarini iste'mol qilish istagi.

O'z-o'zini himoya qilish instinktining buzilishi. Ushbu buzilishlar himoya reaksiyalarining kuchayishi, vahima reaksiyalariga tayyorlik va tayyorlikning oshishi, turli xil stimullar, ayniqsa og'riq ta'sirida qo'rquv bilan namoyon bo'lishi mumkin. O'z-o'zini himoya qilish refleksining zaiflashishi-haqiqiy xavf paydo bo'lganda reaksiyaning yo'qolishi, og'riqli tirnash xususiyati bilan, ruhiy kasalliklarda mudofaa refleksining buzilishi o'ziga zarar etkazish va o'z joniga qasd qilish xatti-harakatlarida namoyon bo'ladi.

Impulsiv maylar va impulsiv harakatlar

Impulsiv maylar-maqsadlarga erishish uchun yengib bo'lmaydigan maylar, haqiqiy vaziyatga mos kelmaydigan, qarshiliksiz va kurashsiz amalga oshiriladi, ammo keyinchalik tanqidiy baholash bilan yakunlanadi.

Impulsiv harakat-bir necha soniya yoki daqiqa davom etadigan to'satdan amalga oshiriladigan tezkor, g'ayratli harakat; aniq ruhiy buzuvchi belgisidir.

Dromomaniya (poriomaniya) — joylarni o'zgartirishga impulsiv jalb qilish. Dromomaniya odatda uydan qochish, sayr qilish va joylarni o'zgartirishga jalb qilish deb tushuniladi, bu turli xil ruhiy kasalliklarda kuzatiladi. Dromomaniya shakllanishida reaktiv bosqich ajralib turadi — ruhiy shikastlanish tufayli uydan birinchi chiqib ketish, keyin ketish odatiy holga aylanadi, har qanday kichik noqulay vaziyatga odatiy reaksiya paydo bo'ladi-uydan chiqib ketish.

Keyinchalik, uydan chiqib ketish beparvo, kutilmagan bo'lib, Impulsivlik xususiyatiga ega bo'ladi. Dromomaniya bolalik va o'spirinlik davrida eng keng tarqalgan, ammo bolalik davrida paydo bo'lgan dromomaniya kattalar erkaklar va ayollarda saqlanib qoladigan holatlar mavjud va ayol beparvolik paytida sog'lig'i xavf ostida bo'lgan yosh bolalarning mavjudligi bilan to'xtatilmaydi.

Dipsomaniya-ichkilikbozlikka jalb qilish, chidab bo'lmas, og'ir alkogolli ortiqcha narsalar bilan birga keladi. Jozibadorlik spirtli ichimliklar shunchalik kuchli bo'lishi mumkinki, unga nisbatan tanqidiy munosabatga qaramay, dastlab jozibani yengib bo'lmaydi. Bunday holatda bemorlar istalgan spirtli ichimliklarni olish uchun har xil nomaqbul xatti-harakatlarni, aldash, o'g'irlik, tajovuzni amalga oshiradilar. Ba'zi hollarda dipsomaniya xurujidan oldingi kayfiyat o'zgarishini aniqlash mumkin.

Piromaniya- o't qo'yishga jalb qilish, yengib bo'lmaydigan, g'ayratli, to'satdan paydo bo'lgan, ammo ongning o'zgarishi bilan birga bo'lmagan.

Kleptomaniya (yunon. klepto-o'g'irlash + maniya), yoki impulsiv o'g'irlik, o'g'irlikka g'ayratli jalb qilish.

Koprolaliya (yunon. kopros-kal + lalia-nutq) - haqoratli so'zlar va odobsiz qasamlarni impulsiv talaffuz qilish. Ushbu alomat Gilles De La Tourette kasalligida kuzatilishi mumkin.

Mifomaniya- yolg'onga qarshi kurash. Ba'zida bu e'tiborni jalb qilish uchun isterik shaxslarda kuzatiladi.

O'z joniga qasd qilish harakati — o'z joniga qasd qilishga urinishga qaratilgan individual harakatlar majmui.

3. Ixtiyoriy faoliyatning buzilishi

Ixtiyoriy faoliyatning buzilishi qaror qabul qilish darajasida va qarorni amalga oshirishga o'tish darajasida mumkin.

Obsessif shubhalar. Motivlar kurashidan so'ng, kinoga yoki do'stlariga boradigan bemor kinoga borishga qaror qiladi, ammo bu qarordan keyin shubhalar yana paydo bo'ladi va shu qadar cheksizdir. Qabul qilingan qarorning qat'iyiligi, o'zgargan vaziyatga muvofiq uni tuzatish va moslashuvchanlikning yo'qligini anglatadi. Ushbu xususiyatlar tufayli bemor qarorni amalga oshirishga o'tolmaydi, chunki vaziyat allaqachon o'zgargan va u vaziyatni hisobga olgan holda boshqa qaror qabul qila olmaydi. Bu qattiq epileptoid shaxslarda kuzatiladi.

"Qisqa tutashuv" turidagi faoliyat hissiy holatga javoban to'satdan paydo bo'ladi, xafagarchilik, qo'rquv, umidsizlik. Shu bilan birga, u maqsadga erishish imkoniyatlari va motivlar kurashi to'g'risida yetarli ma'lumotga ega bo'lmasdan amalga oshiriladi.

Psixomotor buzilishlar psixomotor kasalliklarning belgilari

Psixomotorizm deganda ongli ravishda boshqariladigan vosita harakatlarining umumiyliigi tushuniladi. Psixomotor kasalliklarning

alomatlari qiyinchilik, vosita harakatlarining sekinlashishi (gipokineziya) va to'liq harakatsizlik (akineziya) yoki vosita qo'zg'alishi belgilari yoki harakatlarning yetishmasligi bilan ifodalanishi mumkin.

Jismoniy faoliyatda qiyinchiliklarga duch keladigan alomatlar quyidagi kasalliklarni o'z ichiga oladi:

Katalepsiya, mumsimon moslashuvchanlik, bunda mushak tonusining fonida bemor uzoq vaqt davomida berilgan holatni saqlab qolish qobiliyatiga ega;

Mum moslashuvchanligining namoyon bo'lishi bilan bog'liq bo'lgan va bo'yin muskullarining kuchlanishida ifodalangan havo yostig'ining alomati, bemor boshini yostiq ustiga ko'targan holda muzlaydi;

Kaputning alomati, unda bemorlar harakatsiz yotishadi yoki o'tirishadi, boshiga ayol, choyshab yoki xalat tortib, yuzini ochiq qoldiradilar;

bemorning tanasining holati, holati, oyoq-qo'llarining holatidagi o'zgarishlarga qarshilik ko'rsatmasa, holatning passiv bo'ysunishi, katalepsiya bilan farqli o'laroq, mushaklarning ohanglari ko'tarilmaydi;

Negativizm, bemorning harakatlari va boshqalarning so'rovlariga g'ayratli qo'shilishi bilan tavsiflanadi. Passiv negativizm ajralib turadi, bu bemor unga murojaat qilgan iltimosni bajarmaganligi, yotoqdan ko'tarilishga urinayotganda mushaklarning kuchlanishiga qarshilik ko'rsatishi, faol negativizm bilan bemor kerakli harakatlarga qarama-qarshi harakatlarni amalga oshirishi bilan tavsiflanadi. Og'zini ochishni so'raganda, u salomlashish uchun qo'lini cho'zganda lablarini siqib, qo'lini orqasiga yashiradi. Bemor ovqat eyishni rad etadi, lekin plastinka olib tashlanganida, uni ushlab, tezda ovqat yeydi.

Mutizm (sukunat) - bemor savollarga javob bermaydigan va hatto belgilar bilan boshqalar bilan aloqa qilishga rozi ekanligini aniq ko'rsatmaydigan holatdir.

Xarakat qo'zg'alishi va harakatning yetarli emasligi belgilari quyidagilarni o'z ichiga oladi:

Stereotiplar- bir xil harakatlarning takroriy takrorlanishi;

Ekopraksiya- boshqalarning imo-ishoralari, harakatlari va pozalarini takrorlash;

Paramimiya- bemorning yuz ifodalarining harakatlar va tajribalarga mos kelmasligi;

Eholaliya- boshqalarning so'zlari va iboralarini takrorlash;

Verbigeratsiya- bir xil so'z va iboralarni takrorlash;

SAVOLLAR

1. Depressiv sindromlarni sanang.
2. Maniakal sindromlarni sanang.
3. Mayl buzilishlarni sanang
4. Eyfoyiya haqida ma'lumot bering
5. Endogen va ekzogen depressyalarni sanang.
6. Psixomotor buzilishlar haqida ma'lumot bering.

TESTLAR

1. Maniya bu:

Fikr va nutqning tezlashuvi, charchoq bilmaslik, mayllarning kuchayishi bilan namoyon bo'ladigan ko'tarinki kayfiyat

Nazari sovuqlik, qaxr-g'azab, juda tez jahl chiquvchi kayfiyat

Harakatsizlik va fikrlar sekinlashuvi bilan kechadigan yuqori kayfiyat

Paranoid

2. Harakatli depressiya bu:

Bezovtalik, notinchlik, hayajon, vahima, o'z-o'ziga shikoyat yetkazishga moyillik bilan kechuvchi tushkun kayfiyat

Keskin darmonsizlik, charchashlik, xoldan toyish va ta'sirchanlikning oshib ketishi bilan kechadigan tushkun kayfiyat

Beadab tasavvurlar va inkor vasvasalari bilan kechuvchi tushkun kayfiyat

Bekaror kayfiyat

3. Maniakal sindrom uchun xos bo'lgan somatovegetativ alomat:

Ishtaha kuchayishi

Shillik pardalar kurishi

Yurak urishi sekinlashuvi

Ishtaxa yo'qolishi

4. Iroda patologiyasini ko'rsating

Giperbuliya

Vasvasa

Anoreksiya

Shizofaziya

5. Zoofiliya nima?

Xayvonlarga jinsiy mayl

O'z jinsidagi odamlarga jinsiy mayl

Yosh bolalarga jinsiy mayl

Qari odamlarga jinsiy mayl

6. Gerontofiliya nima?

Qari odamlarga jinsiy mayl

Xayvonlarga jinsiy mayl

O'z jinsidagi odamlarga jinsiy mayl

Yosh bolalarga jinsiy mayl

7. Nekrofiliya nima?

Murdalarga jinsiy mayl

Xayvonlarga jinsiy mayl

O'z jinsidagi odamlarga jinsiy mayl

Yosh bolalarga jinsiy mayl

8. Dromomaniya nima?

Daydilikka moyillik

O'grilikka moyillik

Yolg'onchilikka moyillik

Aroq ichishga moyillik

9. Kleptomaniya nima?

O'grilikka moyillik

Tinimsiz aroq ichishga mayil

Daydilikka moyillik

Yolg'onchilikka moyillik

10. Klaustrofobiya nima?

Yopik binodan qo'rqish

Ayollardan qo'rqish

Suvdan qo'rqish

Xayvondan qo'rqish

VAZIYATLI MASALA

1. Bemor D. 2-3 soat uxlaydi, lekin charchamaydi. Kayfiyati ko'tarinki, baland ovozda kuylaydi. Har doim harakatda, bir joyda turmaydi. Shifokorni raqsga taklif qiladi. U o'zining yuqori darajadagi rasmiylar bilan "biznes" aloqalarini doimo ta'kidlab keladi. Psixopatologik sindromni aniqlang.

Maniakal sindrom

Depressiv sindrom

Paranoid sindrom

Ambivalentlik

2. 62 yoshli ayol so'nggi 3 oy ichida 12 kg yo'qotgan, anoreksiya, uyqusizlik, charchoq, yurak va oshqozonida og'riqlar topilgan. Depressiya uchun hech qanday sabab yo'q. Sog'lom. O'tkazilgan tadqiqotlar katta natija bermadi. Dastlabki tashxis?

Maskalangan depressiya

Qarilik demensiyasi

Miya shishi

Qon tomir ipoxondriyasi

VI – BOB. HARAKAT. HARAKAT BUZILISHLARI

6.1. Harakat buzilishi sindromlari

Harakatning buzilishi quyidagilar bilan ifodalanishi mumkin:

- ↓ stupor holatlari,
- ↓ harakat qo'zg'alishi,
- ↓ turli xil obsesif harakatlar,
- ↓ soqchilik.

6.2. Psixomotor buzilishlar

1. Stupor

Stupor-mutizm va tirnash xususiyati, shu jumladan og'riqqa zaiflashgan reaksiyalar bilan to'liq harakatsizlik. Stupor holatlarining turli xil variantlari mavjud:

- ↓ katatonik
- ↓ reaktiv
- ↓ depressiv

Eng ko'p kuzatiladigan **katatonik stupor** bo'lib, u katatonik sindromning namoyon bo'lishi sifatida rivojlanadi va passiv negativizm yoki mumsimon egiluvchanlik yoki (eng og'ir shaklda) o'tkir mushak gipertenziyasi bilan tavsiflanadi, bemorning oyoqlari bukilgan holatda bo'ladi (Rasm 25).



Rasm 25. Katatonik stupor

Ahmoqlikda bo'lgan bemorlar atrofidagilar bilan aloqa qilmaydi, sodir bo'layotgan voqealarga munosabat bildirmaydi, noqulaylik, shovqin, ho'l va iflos to'shakka befarq. Agar yong'in, zilzila yoki boshqa ekstremal hodisalar ro'y bersa, ular yaqinlashmasligi va befarq bo'lishi mumkin. Bemorlar odatda yolg'on gapirishadi, mushaklar taranglashadi.

Ko'pinma Hartum simptomi bo'ladi — lablarini chuchchaytirib, xavo yostigida (Dyure simptomi), boshi yostikdan ko'tarilgan holda soatlab va undan o'zoqroq ham yotadi (Rasm 26).



Rasm 26. Dyure simptomi

Bunday holatda og'riqqa hissiy va o'quvchi reaksiyasi yo'q. Bumke alomati-o'quvchilarning og'riqqa kengayishi-yo'q. Mum moslashuvchanligi bilan stupor ajralib turadi, unda mutizm va harakatsizlikdan tashqari, bemor uzoq vaqt davomida berilgan pozani saqlab qoladi, oyog'i yoki qo'li ko'tarilgan holda noqulay holatda muzlaydi. Pavlovning alomati ko'pincha kuzatiladi: bemor odatdagi ovoz bilan berilgan savollarga javob bermaydi, lekin pichirlagan nutqqa javob beradi. Kechasi bunday bemorlar o'rnidan turishlari, yurishlari, o'zlarini tartibga solishlari, ba'zida ovqatlanishlari va savollarga javob berishlari mumkin.

Negativistik stupor to'liq harakatsizlik va mutizm bilan bemorning holatini o'zgartirish, uni ko'tarish yoki ag'darish uchun qilingan har qanday urinish qarshilik yoki qarshilikka olib kelishi bilan tavsiflanadi. Bunday bemorni yotoqdan ko'tarish qiyin, lekin uni ko'tarib, uni yana yotqizish mumkin emas. Ofisga kirishga harakat qilganda, bemor qarshilik ko'rsatadi, stulga o'tirmaydi, lekin o'tirgan odam turmaydi, faol qarshilik ko'rsatadi. Ba'zan passiv negativizmga faol qo'shiladi. Agar shifokor unga qo'l uzatsa, u o'zini orqasiga yashiradi, uni olib ketmoqchi bo'lganida ovqatni ushlaydi, ochish so'roviga ko'zlarini yumadi, savol bilan murojaat qilganda shifokordan yuz o'giradi, o'girilib, shifokor ketayotganda gapirishga harakat qiladi va hokazo.

Mushaklar torporasi bilan stupor bemorlarning intrauterin holatida yotishi, mushaklar taranglashishi, ko'zlari yumilishi, lablari oldinga cho'zilishi (proboscis alomati) bilan tavsiflanadi. Bemorlar odatda

ovqatdan bosh tortadilar va naycha orqali ovqatlanishlari yoki amitalkofein disinhubitsiyasini o'tkazishlari va mushaklarning torpor namoyon bo'lishi kamaygan yoki yo'q bo'lib ketgan paytda ovqatlanishlari kerak. Submintaqaviy holatda harakatsizlik to'liq emas, mutizm davom etadi, ammo bemorlar ba'zan o'z-o'zidan bir nechta so'zlarni talaffuz qilishlari mumkin. Bunday bemorlar bo'lim bo'ylab asta-sekin harakatlanib, noqulay, badiiy pozalarda qotib qolishadi. Ovqatdan bosh tortish to'liq emas, bemorlar ko'pincha xodimlar va qarindoshlarini qo'lidan boqishlari mumkin.

Deyarli to'liq immobilizatsiya bilan depressiv ahmoqlik bilan bemorlar depressiv, azobli yuz ifodalari bilan ajralib turadi. Ular bilan aloqa qilish, bir so'zli javob olish mumkin. Tushkunlikka tushgan ahmoq bemorlar kamdan-kam hollarda yotoqda toza bo'lishadi. Bunday ahmoqlik to'satdan qo'zg'alishning o'tkir holati bilan almashtirilishi mumkin-melankolik raptus, unda bemorlar sakrab, o'zlariga zarar yetkazadilar, og'izlarini yirtib tashlashlari, ko'zlarini yirtib tashlashlari, boshlarini sindirishlari, kirlarini yirtib tashlashlari va yerga uvullashlari mumkin.

Depressiv stupor og'ir endogen depressiyalarda kuzatiladi.

Apatik stupor bilan bemorlar odatda orqa tomonda yotishadi, sodir bo'layotgan narsalarga javob bermaydilar, mushaklarning ohanglari pasayadi. Savollarga katta kechikish bilan bir bo'g'inli javob beriladi. Qarindoshlar bilan aloqa qilganda, reaksiya yetarli darajada hissiydir. Uyqu va ishtaha buziladi. Ular yotoqda tartibsiz. Apatik stupor uzoq davom etadigan simptomatik psixozlarda, Gaia-Vernik ensefalopatiyasida kuzatiladi.

Psixomotor qo'zg'alish- bu aqliy va motor faolligining sezilarli darajada oshishi bilan psixopatologik holat. Katatonik, gebefrenik, manik, impulsiv va boshqa qo'zg'alish variantlari mavjud.

Katatonik qo'zg'alish o'zini odobli, badiiy, muvofiqlashtirilmagan, ritmik, monoton takrorlanadigan harakatlar va so'zlashuv bilan namoyon qiladi. Bemorlarning xatti-harakatlari maqsadga muvofiq emas, impulsiv, monoton, boshqalarning harakatlarining takrorlanishi kuzatiladi (ekopraksiya). Yuz ifodalari hech qanday tajribaga mos kelmaydi, badiiy jilmayish qayd etilgan. Katatonik qo'zg'alish chalkash-patetik xarakterga ega bo'lishi mumkin, negativizm passiv bo'ysunish bilan almashtiriladi.

Iutsid katatoniyasi, unda katatonik qo'zg'alish boshqa psixopatologik alomatlar bilan birlashtiriladi: deliryum, gallyutsinatsiyalar, aqliy avtomatizmlar, ammo ongni xiralashtirmasdan;

Oneiroid katatoniya, ongning oneiroid xiralashishi bilan tavsiflanadi.

Xarakat qo'zg'alishi

Gebefrenik qo'zg'alish bema'ni xatti-harakatlar bilan namoyon bo'ladi (jilmayish, qichqiriq, baland ovozli kulgu va boshqalar). Bemorlar sakrashadi, boshqalarni masxara qilishadi, kulgili yoki bema'ni savollar bilan ularga yopishib olishadi, boshqalarni tortib olishadi, itarishadi, ba'zan erga minishadi. Kayfiyat tez-tez ko'tariladi, lekin quvnoqlik tezda yig'lash, beadablik bilan almashtirilishi mumkin. Nutq tezlashdi, unda ko'plab badiiy so'zlar, neologizmlar qo'llaniladi (Rasm 25).



Rasm 25. Gebefrenik qo'zg'alish

Manik qo'zg'alish kayfiyat va farovonlikning oshishi bilan namoyon bo'ladi, bu ifodali yuz ifodalari va imo-ishoralar, assotsiativ jarayonlar va nutqning tezlashishi, kuchaygan, ko'pincha tartibsiz faoliyat bilan tavsiflanadi. Bemorning har bir harakati maqsadga muvofiqdir.

ammo faoliyatga bo'lgan istaklar va chalg'itishlar tez o'zgarib turishi sababli, hech qanday harakat oxiriga yetkazilmaydi, shuning uchun bu holat xaotik qo'zg'alish taassurotini beradi. Nutq ham tezlashadi, g'oyalarning sakrashiga etadi.

6.3. Nutq buzilishi

Duduqlanish- nutqning ravonligini buzish bilan birga individual so'zlarni yoki tovushlarni talaffuz qilishda qiyinchilik.

Dizartriya- moylangan, qoqinadigan nutq. Tovushlarni to'g'ri ifodalashda qiyinchiliklar. Progressiv falaj bilan bemorning nutqi shunchalik noaniqki, ular uning "og'zida bo'tqa"borligini aytishadi. Dizartriyaning aniqlash uchun bemorga tilni burish taklif etiladi.

Dislaliya- til bilan bog'liq til- bu alohida tovushlarning noto'g'ri talaffuz qilinishi (o'tkazib yuborish, boshqa tovush bilan almashtirish yoki uni buzish) bilan tavsiflangan nutq buzilishi.

Oligofaziya-nutqning qashshoqlashishi, kichik so'z boyligi. Tutqanoqdan keyin epilepsiya bilan og'rigan bemorlarda oligofaziya kuzatilishi mumkin.

Logokloniya- so'zning alohida bo'g'inlarini spastik takroriy takrorlash.

Bradifaziya- nutqning sekinlashishi fikrlashning sekinlashishi bilan namoyon bo'lishi.

Afaziya - artikulyatsiya apparati va eshitish buzilishlari bo'lmagan taqdirda, miyaning dominant yarim sharining korteksining shikastlanishi tufayli boshqa birovning nutqini tushunish yoki o'z fikrlarini ifoda etish uchun so'z va iboralardan foydalanish qobiliyatining to'liq yoki qisman yo'qolishi bilan tavsiflangan nutqning buzilishi.

Parafaziya-nutqning noto'g'ri tuzilishi ko'rinishidagi afaziyaning namoyon bo'lishi (jumladagi so'zlar tartibini buzish, alohida so'zlar va tovushlarini ular bilan almashtirish).

Akatofaziya-nutqning buzilishi, tovush jihatidan o'xshash, ammo ma'noga mos bo'lmagan so'zlardan foydalanish.

Shizofaziya-buzilgan nutq, grammatik jihatdan to'g'ri tuzilgan jumlagacha o'ralgan alohida so'zlarning ma'nosiz to'plami.

Kriptolaliya-bemorlarga o'z tilini yoki maxsus shriftni yaratish.

Logoreya-bemorning nutqining to'xtatib bo'lmaydiganligi, uning tezligi va so'zlashuvchanligi bilan uyg'unlikda yoki qarama-qarshilikda uyushmalarning ustunligi bilan.

SAVOLLAR

1. Stupor nima
2. Nutq buzilishini sanang
3. Katatonik stupor haqida ma'lumot bering
4. Havo yostiqlik simptomi qaysi kasallikda uchraydi
5. Parafaziya nima?

TESTLAR

1. Stupor - bu

harakat buzilishi

fikrlash buzilishi

xotira buzilishi

sezuvchanlik buzilishi

2. Hayajonlanish, qiynassh va g'ayratsiz holatlar bilan ifodalanadi

bu holat deb ataladi

gebefrenik

manik

katatonik

epilepsiya

3. Ko'tarilgan kayfiyat va farovonlik bilan tavsiflangan qo'zg'alish

ifodali mimika va imo-ishoralar, tezashtirilgan nutq, faollikni oshishi

kuzatiladi

maniakal holatda

gebefrenik holatda

katatonik holatda

epilepsiyada

4. Mutizm - bu

bemor savollarga javob bermagan va hatto buni belgilari bilan aniq ko'rsatmagan holat u boshqalar bilan aloqada bo'lishga rozi bo'ladi

nutq tovushlarining buzilishi

kambag'al nutq, kichik lug'at

paralogik fikrlash

5. Bemorning atrofdagilardan so'z va iboralarni takrorlashi deyiladi

exolaliya

dislaliya
dizartriya
duduqlanish

VAZIYATLI MASALA

1. Bemor R., 19 yoshda. Uzoq vaqt davomida stupor holatida kasalxonada bo'lgan. Keyin to'satdan kuchli hayajonga tushdi. U kiyimlarini, ichki kiyimlarini tashlaydi, boshini sochiq bilan o'rab oladi. Yuz ifodasi qovog'ini chimiradi, boshqalarga unchalik ahamiyat bermaydi. U doimo boshini aylantiradi, g'alati tarzda egilib, kaftlarini ko'kragiga uradi, qo'shnisiga tupuradi. Bemor bularning barchasini indamay, bir so'z aytmasdan qiladi. Bemorning e'tiborini jalb qilish deyarli mumkin emas. Uni kiyintirishga, uni g'azab bilan ovqatlantirishga harakat qilganda, buyurtmachilarni o'zidan uzoqlashtiradi. Biroq men unga olib kelgan ovqatni ochko'zlik bilan yedim, avval kompotni go'shtli idish bilan aralashtirdim. Faqat galoperidolni kiritish orqali qo'zg'alishni to'xtatish mumkin edi. Simptom va sindromni aniqlang.

VII – BOB. ONG. ONG PATOLOGIYASI.

Ong - aks ettirishning eng yuqori shakli. Ong miya faoliyatining mahsulidir. Inson ongi tarixiy rivojlanish natijasida shakllanadi, u nafaqat sodir bo'layotgan voqealarni obyektiv dunyo bilan aks ettiradi, balki inson ehtiyojlarini qondirish uchun atrof-muhitni o'zgartirish usullarini yaratish uchun bilim zaxirasidan foydalanadi. Inson ongini shakllantirish uchun inson muhitining mavjudligi zarur. Ma'lumki, hayvonning uyida o'sgan bolalarda shakllangan inson ongi belgilari yo'q. S. S. Korsakov "ong" ni yozishni afzal ko'rди, shu bilan atrofdagi hodisalar haqidagi bilimlarning kombinatsiyasi va bu bilimlarning to'plangan insoniy tajriba va insonning gipoteza tuzish qobiliyati bilan o'zaro bog'liqligi, ya'ni kelajakdagi faoliyat natijalarini bashorat qilish.

Ongli faoliyat- bu shaxs uchun ham, jamiyat uchun ham vaziyatlarning barcha xususiyatlari va faoliyat oqibatlarini hisobga olgan holda obyektiv ahamiyatga ega bo'lgan bilim bilan amalga oshiriladigan faoliyat.

Avtomatlashtirilgan harakat-bu odamning ongli ravishda amalga oshirish qobiliyati. Avtomatlashtirish akti mashg'ulot paytida paydo bo'lgan asabiy jarayonlarning izlariga asoslanadi.

Ongsiz faoliyat deganda, odam yetarli darajada xabardor bo'lmaganda ongning bunday shakllari tushuniladi; uning faoliyatining vazifalari va oqibatlari.

O'quv jarayonida bir qator harakatlar va ko'nikmalar avtomatlashtiriladi va keyinchalik mexanik ravishda, o'ylamasdan amalga oshiriladi.

Ongni shakllantirish bosqichlari. Bolaning tug'ilishidan to balog'at yoshiga qadar ongni rivojlantirishda 5 daraja yoki bosqich ajratiladi (Ushakov G. K.):

- I- 1 yilgacha-hushyor ong;
- II- 1 yildan 3 yilgacha-predmetli ongi;
- III- 3 yoshdan 9 yoshgacha — individual ong;
- IV- 9 yoshdan 16 yoshgacha — jamoaviy ong;
- V- 5 — 16 yoshdan 22 yoshgacha-aks ettiruvchi, yuqori ijtimoiy, ijtimoiy ong.

Ongni shakllantirishning birinchi bosqichi eng qoniqarli vaziyatlarni tanlashning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bunday holda,

atrof — muhitga ongning birinchi elementlari, birinchi reaksiyalar kuzatiladi. Bola o'zi uchun eng yoqimli vaziyatni baholashi mumkin, masalan, onaning qo'lida bo'lish yoki tebranish paytida uxlab qolish va hokazo. Bu yoshda, bola boshqalar bilan aloqa qilmaydigan, onaning so'zlariga javob bermaydigan, uxlamasa ham, ko'zlari ochiq bo'lsa ham, bolaning yuz ifodalari to'liq qoniqishni ifodalaydi ("avtarkiya" O. P. Parte hammualliflar bilan).

Ongni (mavzuni) shakllantirishning ikkinchi bosqichida voqelikning bevosita taassurotlari asosiy rol o'ynaydi. Bolaning ongi ob'ektlar va hodisalar haqidagi g'oyalar bilan boyitiladi, bu g'oyalar hajmi bola yurishni boshlagan davrdan boshlab, nutqning paydo bo'lishi bilan umumlashtirish va chalg'itish, mavhumlik elementlari paydo bo'ladi. Ushbu bosqichda bola hali haqiqiy voqea va narsalarning o'tmish va kelajak bilan bog'liqligini anglamaydi, u faqat hozirgi paytda yashaydi. Ushbu bosqichda bola hali o'zini atrof-muhitdan ajratmaydi, uning nutqida hali "men"olmoshi yo'q.

Ongni shakllantirishning uchinchi bosqichida (individual) makon va vaqt haqidagi birinchi g'oyalar paydo bo'ladi, bu esa o'zini atrof-muhitdan ajratish, voqelikning boshqa ob'ektlaridan ajratish imkonini beradi. O'zining " men " ongi keyingi rivojlanishda yaxshilanadi va murakkablashadi.

Ongni shakllantirishning to'rtinchi bosqichi (kollektiv) voqelik ob'ektlari, o'zi haqida, jamoadagi eng oddiy munosabatlar haqida ko'proq tabaqalashtirilgan g'oyalarning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Ushbu davrda kosmik ob'ektlar, o'tmishdagi voqealar va hozirgi voqealar o'rtasidagi bog'liqlik haqidagi fikrlar aniq bo'ladi. O'rta maktabda o'qish o'spirinlarning ijtimoiy voqealarda ishtirok etishi va ularda ijtimoiy ong paydo bo'lishi bilan birga keladi.

Shakllanishning beshinchi bosqichida o'spirinning holati yangi fazilatlarga ega bo'lib, bu darajada olingan turli xil bilimlar baholanadi va haqiqiy voqealar bilan bog'liq. Ongning yetukligiga o'smirlik davrining oxiriga kelib 20-22 yoshgacha erishiladi.

7.1. Ong buzilish mezonlari

K. Yaspers (1923) ong buzilish sindromlarining belgilarini quyidagicha bayon qildi:

↓ atrofdagi borliqdan ajralish;

- ↓ orenterovkaning buzishi;
- ↓ ongning buzilgan davrida amneziya.

Atrofdagi dunyodan ajralish sodir bo'layotgan voqealarni idrok etish, analiz qilish, o'tmishdagi tajribadan foydalanish va tegishli xulosalar chiqarish qobiliyatini yo'qotish deb tushunilishi kerak, ya'ni sodir bo'layotgan voqealarni tahlil qilish va sintezini buzish demakdir (Rasm 27). Barcha ruhiy kasalliklar bilan atrof-muhitni idrok etish, ayniqsa, gallyutsinatsion va delusional kasalliklar holatlarida o'zgaradi. Biroq, buzilgan ongning holati, sodir bo'layotgan voqealarni aks ettirishning noaniqligi, parchalanishi, tartibsizligi va nomuvofiqligi bilan ajralib turadigan idrokning buzilishi bilan tavsiflanadi.

Buzilgan ong turli xil dezorientatsiya variantlari bilan tavsiflanadi.

Dezorientatsiya-atrof-muhit, vaqt va o'z shaxsiga nisbatan yo'nalishni buzish. Dezorientatsiya, ayniqsa vaqt va joyda, Korsakov sindromida kuzatiladi. Biroq, vaqt o'tishi bilan qo'pol dezorientatsiya bilan bir qatorda, bunday bemorlar vaziyatni nozik tahlil qilish, o'tmishdagi ma'lumotlar zaxiralaridan foydalanish va to'g'ri xulosalar chiqarish qobiliyatini aniqlashlari mumkin. Shunday qilib, Korsakov kasalligi va hozirgi voqealar uchun qo'pol xotira buzilishi bilan og'riqan bemor, "yilning qaysi vaqti?" deb javob berdi. Bu haqiqatga to'g'ri keldi. U yana tushuntirdi: "barglar butunlay gullab-yashnadi, lekin u hali ham yangi, bu may oyining oxirida sodir bo'ladi". Vaqt va joyda qo'pol dezorientatsiya bilan bemor nima bo'layotganini idrok etish, o'tgan tajribadan foydalanish va tegishli xulosalar chiqarish qobiliyatini saqlab qoladi, ya'ni tahlil va sintez buzilmaydi.

Amneziya umumiy bo'lishi mumkin va faqat muayyan holatlarga tegishli bo'lishi mumkin, masalan, bemor haqiqiy voqealarni eslay olmaydi, lekin deliriyda kuzatilganidek, ba'zi og'riqli tajribalarni eslaydi.

Buzilgan ongning holati haqida gapirish uchun bemorda K. Yaspers tomonidan qayd etilgan uchta belgini aniqlash kerak. Masalan, katatonik ahmoqlikda bo'lgan bemor, go'yo atrofdagi dunyodan ajralib qolgandek, sodir bo'layotgan voqealarga munosabat bildirmaydi, aloqa qilmaydi, savollarga javob bermaydi. Biroq, og'riqli holatdan chiqqandan so'ng, bunday bemor atrofda sodir bo'lgan voqealar haqida gapirib berishi mumkin, bu nafaqat idrok etish, eslash, balki sodir bo'layotgan voqealarni tahlil qilish qobiliyatini ochib beradi. Bu atrof-muhitdan ajralganiga qaramay, ong buzilmaganligini ko'rsatadi.



Rasm 27. Ong patologiyasi

Ongning xiralashish simptomlari

Buzilgan ongning asosiy belgilaridan biri bu atrofdagi dunyodan ajralishdir, bu birinchi navbatda sodir bo'layotgan voqealarni idrok etishdagi o'zgarishlarda namoyon bo'ladi, bu parchalanishda, voqealarni aks ettirishning nomuvofiqligida va hokazolarda namoyon bo'ladi buzilgan ong holatida vaqt va joyda dezorentatsiya mavjud. Ba'zida bemorlar faqat atrof-muhitning qo'pol belgilarini olishadi ("men shahardaman", "men kasalxonadaman"), ammo aniqroq yo'nalish buzilgan. Bemorlar vaziyatda yo'nalishni buzishi mumkin, ular vaziyatni baholash qobiliyatini yo'qotadilar, nima bo'layotganini tushunmaydilar.

Alohida:

- ✚ allopsixik dezorentatsiya; bu faqat atrof-muhitdagi yo'nalishni buzishda namoyon bo'ladi: boshqa shaxslarga nisbatan joy, vaqt;
- ✚ xotira buzilishi tufayli amnestik dezorentatsiya; autopsixik, bunda dezorentatsiya faqat o'z shaxsiga tegishli bo'lib, o'z yoshini, ismini, kasbini va boshqalarni nomlashning iloji yo'qligi bilan namoyon bo'ladi;
- ✚ xayolparast, atrof-muhit haqida yolg'on g'oyalar shaklida namoyon bo'ladi (sodir bo'layotgan hamma narsa bemorga tegishli maxsus ma'no bilan to'ldirilgan);
- ✚ somatopsixik, bunda dezorentatsiya o'z tanasi, uning qismlari va ichki organlariga tegishli.

Dezorentatsiyaning maxsus turi. Bemor bir vaqtning o'zida ikkita holatda bo'lganida, ikki tomonlama yo'nalish paydo bo'ladi.

U bu kasalxona ekanligiga amin va shu bilan birga u kasalxona emas, balki "kosmonavtlarni tayyorlash bo'yicha maxsus markaz "yoki" ongni o'zgartirish laboratoriyasi", "josuslarni o'qitish maktabi" va

boshqalar. Ikki tomonlama yo'nalish ijobiy va salbiy egizaklarning alomatlarini boshdan kechirish bilan birga keladi.

Anozognoziya-o'z kasalligini tan olmaslik yoki rad etish, o'z nuqsonini to'g'ri baholay olmaslik. Anozognoziya ko'pincha ruhiy kasalliklar va alkogolizmida tanqidni buzish alomatidir.

Hech qachon ko'rilmagan alomat bemor bir necha bor ko'rgan, yaxshi tanish bo'lgan, hech qachon ko'rilmagan, begona, birinchi marta ko'rilgan deb qabul qilishi bilan tavsiflanadi.

Allaqachon ko'rilgan alomat bilan bemor yangi, notanish hodisalar va yangi vaziyatlarni ilgari ko'rilgan tanish sifatida qabul qiladi. Notanish, notanish joyda, u bularning barchasi allaqachon tanish bo'lgan degan keskin tuyg'uga ega.

Chalkashlik (chalkashlik ta'siri) - bu o'tkir ma'nosizlik holati, sodir bo'layotgan voqealarni tushunishning mumkin emasligi yoki qiyinligi, vaziyatni anglay olmaslik, sodir bo'layotgan voqealarni izchil idrok etish, vaziyatni umuman anglash, nochorlik hissi tajribasi, o'z o'zgaruvchanligi, shu munosabat bilan hayratning ta'siri va yuz ifodalari.

Gipermetamorfoz-diqqat buzilishi, uni ob'ektlar va hodisalarga majburiy, qisqa muddatli jalb qilish shaklida, odatda sezilmaydi, o'tkir chalkashlik holati bilan birga keladi.

7.2. Ongni yo'qolish sindromlari

Ongni yo'qolish sindromlariga quyidagilar kiradi:

- ✚ karaxtlik
- ✚ sopor
- ✚ koma

Karlik ikkita asosiy xususiyat bilan tavsiflanadi: barcha stimullarga chegaraning oshishi va aqliy faoliyatning qashshoqlashishi. Shu munosabat bilan bemorlar faqat baland ovozda va qat'iyyat bilan berilgan savollarga javob berishadi. Javoblar odatda bir bo'g'inli, ammo to'g'ridir. Boshqa stimullar uchun chegara ko'tarildi: bemorlar shovqin, noqulay, ho'l to'shakdan shikoyat qilmaydilar, juda issiq isitish yostig'ini sezmaydilar va hokazo, boshqa noqulayliklarga javob bermaydilar.

Odatda, ular bunday bemorlarning yuz ifodasi soqov ekanligini ta'kidlashadi, u hech qanday his-tuyg'ularni ifoda etmaydi. Bemor bir bo'g'inli gapiradi, chunki aqliy faoliyat qashshoq, fikrlar va xotiralar kam, orzular yo'q, istaklar yo'q, harakatlar kam. Samarali psixopatologik alomatlar odatda aniqlanmaydi.

Qo'pol yo'nalish saqlanib qolgan, ammo ingichka va farqlangan buzilgan, ajablanish holatidan chiqqandan so'ng, bemorning xotirasida yuzaga kelgan vaziyatning alohida qismlari saqlanadi. Shunday qilib, ushbu holatni bartaraf etgandan so'ng, insulin komalari bilan davolash jarayonida hayratda qolgan bemor shifokorga: "esimda, siz mening oldimga keldingiz, nimadir so'radingiz, lekin nima esimda yo'q", dedi.

Obnubilatsiya (ongga parda) — bu hayratda qolishning engil darajasi. Bunday bemor engil mast bo'lgan odamga o'xshaydi. U biroz chalg'ituvchi e'tiborga ega, u to'g'ri javob berish uchun darhol to'plana olmaydi, hodisaning og'irligi qiyin va sekin, shuning uchun u yiqilmasdan javob berayotganga o'xshaydi. Kayfiyat biroz ko'tariladi. Obnubilyatsiya chuqurligi odatda o'zgarib turadi.

Karlik miyaning og'ir shikastlanishining belgisidir va intoksikatsiya, miya shikastlanishi va volumetrik jarayonlar (o'smalar, gummalar, kistalar) bilan kuzatiladi.

Sopor-bu karlikdan keyingi eng og'ir holat. Uning yordamida tashqi ta'sirlarga oddiy ruhiy reaksiyalar saqlanib qoladi: bemor in'ektsiya paytida qo'lini tortib oladi, baland ovozda ko'zlarini ochadi, boshini aylantiradi. U o'quvchi, ildiz va kon'yuktival reaksiyalarini davom ettiradi.

Koma aqliy faoliyatning to'liq yo'qolishi, barcha reflekslarning yo'qligi.

7.3. Ongni xiralashtirish sindromlari (Jadval 1)

Jadval 1.

Buzilgan ong sindromlarining qiyosiy xususiyatlari

Sindrom	Shahs	Mo'ljal Vaqt	Joy	Holatdan chiqqandan keyin amneziya
Deliriy	+	-	-	-
Oneyroid	-	-	-	+ -
Nomozshomsimon	+ -	+ -	+ -	+ -
Amensiya	-	-	-	+ -

Deliriy-ongning xayoliy-gallyutsinatsion xiralashishi. Bu qarama-qarshi karlik belgilari bilan tavsiflanadi: barcha ogohlantirishlarga chegaraning pasayishi, psixopatologik simptomlarning boyligi (qo'zg'alish bilan xayoliy gallyutsinator).

Ongning deliriy xiralashishining boshlanishi atrof-muhit idrokining o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi. Ilgari bemorga xalaqit bermagan stimullar ularni kuchliroq va bezovta qiluvchi deb qabul qila boshlaydi. Shunday qilib, somatogen intoksikatsiya bilan og'rigan bemor, masalan, pnevmoniyani hal qilishda, xodimlar koridorda juda baland ovoz bilan gaplashayotganidan shikoyat qila boshlaydi, ovqatni tarqatishda qoshiq va plastinkalarni qoqishadi, ko'chadan chiroq nuri unga xalaqit bera boshlaydi, to'shak juda qattiq ko'rinadi, zig'ir qo'pol va hokazo. Keyin uyqu buzilishi paydo bo'ladi, gipnagogik gallyutsinatsiyalar paydo bo'ladi, buning natijasida bemor uxlay olmaydi. Qorong'i fonda uxlab qolishdan oldin, u dahshatli yuzlar, tana qismlari, turli xil yirtqich hayvonlarni ko'radi. Bemor qo'rqib ko'zlarini ochadi, lekin yopilgandan so'ng yana dahshatli xaritalarni ko'radi. Ertalab bu qo'rquvlar haqiqiy emas va kulgili ko'rinadi, shuning uchun bemor bu haqda shifokorga aytib berishdan uyaladi.

Keyingi bosqichda, odatda kechqurun, pareydolik illyuziyalar paydo bo'ladi. Ispan soyasi o'yinida, devor qog'ozi naqshlarida, polda turli xil rasmlar ko'rinadi, ular harakatchan, tez-tez o'zgarib turadi va yorqin nurda yo'qoladi. Keyin ko'ruv gallyutsinatsiyalar paydo bo'ladi, ba'zida pareydolik illyuziyalarning davomi sifatida.

Shunday qilib, bemor gilam naqshlarida turli yo'nalishlarda bosh irg'aydigan mushukchalarning boshlarini ko'radi, keyin mushukchalar gilamdan "sakrab", "to'shakda yugurishni" boshlaydilar. Bu vaqtda bemor nafaqat ularni ko'radi, balki qo'llarini tirnoqlari bilan timalayotganini his qila boshlaydi, ya'ni taktil gallyutsinatsiyalar paydo bo'ladi.

Ko'ruv gallyutsinatsiyalar dastlab bitta, bo'lak, keyin ko'p, mikrooptik, sahnaga o'xshaydi. Ko'ruv gallyutsinatsiyalarga taktil va eshitish gallyutsinatsiyalari qo'shiladi. Bu gallyutsinatsiyalar haqiqatdir. Tanqidiy munosabat yo'q, gallyutsinatsion tasvirlar haqiqiy deb qabul qilinadi va bemorning xatti-harakati gallyutsinatsiyalarga mos keladi. Qo'rqinchli gallyutsinatsiyalar bilan bemor qo'rquvni boshdan kechiradi, qochib ketadi, kurashga kirishadi, befarq yoki "jozibali" bilan qiziqish bilan qaraydi, kuladi va hokazo. Yo'nalish noto'g'ri, bemor o'zini boshqa vaziyatda, boshqa shaharda, ichkilikbozlar bilan ishlashda, dushmanlar bilan o'ralgan va hokazo deb hisoblaydi.

Haqiqiy voqealar xotiralari parcha-parcha yoki umuman yo'q. Bemor kasalxonaga qanday kirganini, undan oldin nima bo'lganini, shifokor qanday kelganini, kasalxonaga qanday borganini eslay olmaydi,

lekin u o'zini himoya qilgan "banditlar" kvartiraga shoshilishganini eslaydi: u qochib ketgan. Gallyutsinatsiyalarni tanqid qilish asta-sekin tiklanadi.

Deliriy holatida, ong qisqa vaqt ichida aniq bo'lganda, engil bo'shliqlar bo'lishi mumkin. Bu ko'pincha ertalab yoki bemorning e'tiborini faol jalb qilish bilan, u bilan gaplashganda kuzatiladi. Yolg'iz qolganda, u yana gallyutsinatsiya qila boshlaydi.

Deliriy odatda uzoq muddatli uyqudan keyin (16-18 soat) yo'qoladi, ammo keyingi kechaga qadar gallyutsinatsiya tajribasining qaytalanishi mumkin.

Deliriyning bir nechta turlari mavjud: hal qilinmagan yoki abortiv, unda illuziyalar va gallyutsinatsiyalar kuzatiladi, ammo yo'nalish saqlanib qoladi, bu davrning davomiyligi bir necha soatgacha. Deliriyning eng og'ir variantlari-bu ongni chuqur xiralashtirish bilan birga musing (g'o'ldiradi) va professional. Musitatsion deliriyda tartibsiz, xaotik qo'zg'alish mavjud, odatda to'shakda, nutq nomuvofiq, individual so'zlar yoki heceler qichqirig'i bilan g'o'ldiradi. Ko'pincha ma'nosiz ushlar harakatlari mavjud, bemor kiyimlarini, choyshablarini silkitadi va "jingalak" qiladi.

Professional deliriy bilan bemorda Avtomatizatsiyalangan vosita harakatlari kuzatiladi: u mavjud bo'lmagan mixlarni uradi, rejalashtiradi, arralaydi va hokazo gallyutsinatsion tajribalar kamroq aniq va stereotipik.

Surunkali intoksikatsiya, yuqumli va somatik kasalliklar, kuyish kasalligi, travmatik miya shikastlanishi va boshqa organik miya kasalliklarida deliriy qorayish kuzatiladi. Psixopatologik ko'rinishlarning yorqinligiga qaramay, V. A. Gilyarovskiy bu saqlanib qolgan miyaga nisbatan reaksiya deb hisoblagan.

Oneyroid ongning xiralashishi (oneyroid, tushga o'xshash, tushga o'xshash).

Oneyroid-bu ma'lum bir ketma-ketlikda davom etadigan va bir butunlikni tashkil etadigan to'liq rasmlar ko'rinishidagi beixtiyor paydo bo'ladigan xayoliy xayolparast g'oyalar oqimi bilan ongning xiralashishi. Ushbu holat atrof-muhitdan qisman yoki to'liq ajralish, o'z-o'zini anglashning buzilishi, depressiv yoki manik ta'sir, katatoniya belgilari, atrofdagi voqealarga amneziya paytida tajribalar mazmunini ongda saqlash bilan birga keladi.

Agar deliriy holatida bemorning noto'g'ri xatti-harakatlarini payqash mumkin bo'lmasa, ongning oneyroid holati ko'pincha ko'rib chiqiladi.

chunki xayoliy tajribalar va bemorning xatti-harakatlari o'rtasida nomuvofiqlik mavjud.

Oneyroid rivojlanishining dastlabki bosqichlarida uyqu buzilishi, so'ngra dramatisatsiya deliriylari kuzatiladi: hamma narsa maxsus sozlangan deb qabul qilinadi, go'yo bemor uchun sahnalar maxsus ijro etilgandek. Ushbu davrda ikki tomonlama yo'nalish mavjud; bemor go'yo ikki dunyoda, ikkita tekislikda, haqiqiy vaziyatda va boshqa xayoliy hayotda yashaydi. Shu bilan birga, voqealar ongda g'alati tarzda bir-biriga bog'langan.

Bemor, bir tomondan, u kasalxonada ekanligini tushunadi, lekin boshqa tomondan, bu kasalxona emas, balki maxsus "kosmonavlarni tayyorlash markazi", kosmik stantsiya yoki boshqa g'ayrioddiy va hayoliy narsa deb o'ylashi mumkin. Bu vaqtda ijobiy va salbiy egizaklarning alomatlari kuzatiladi.

Shaxslar haqiqiy emas, balki bemor uchun alohida rol o'ynaydigan qobiq sifatida qabul qilinadi. Keyinchalik hayoliy delusional alomatlar o'sishni boshlaydi. Ko'pincha bemorlar o'zlarining mavjudligi va maqsadlarining eksklyuzivligiga ishonishadi: ular sayyorani, sivilizatsiyani qutqarish, yangi jamiyat yaratish, odamlarni xursand qilish, yerimizni dushmanlardan himoya qilish uchun mo'ljallangan, ba'zida ular o'zlarini yaxshilik va yomonlik o'rtasidagi kurashning markazida his qilishadi (Manixey bred). Bemorlar o'zlarini boshqa olamlarda, boshqa sayyoralarda, do'zaxda, jannatda ko'rishadi, vaqt mashinasi yordamida kelajakka yoki uzoq dunyoga olib boriladi. Fantastik haqiqiy voqealar bilan g'alati tarzda bog'langan. Shunday qilib, bemor o'zini Kolizey arenasida ko'radi, u yo'q qilinishi kerak bo'lgan qul, u qochib ketayotganini, tomoshabinlarning shovqini ostida ko'radi. Shu bilan birga, u armiya arenasida ajoyib oq otlarga minib yurganini, jangchilar chiroyli oltin zirh kiyganini va oq otda qo'shin boshida bemor joylashgan bo'lim boshlig'ini ko'radi. Bemorlarning xatti-harakatlari ularning tajribalariga mos kelmaydi. Bemorlar to'shakda sub-sovuq holatda yotishadi, ba'zida mumsimon moslashuvchanlik mavjud. Ba'zi bemorlar bo'lim bo'ylab "sehrlangan tabassum" bilan yurishadi, boshqalar bilan aloqa qilish odatiy holdir, javoblar ko'pincha bir bo'g'inli, ammo ba'zida ba'zi hayoliy tajribalarni aniqlash mumkin.

Shunday qilib, oneyroid atrofidagi dunyodan ajralib, hayoliy xayoliy tajribalarga, ikki tomonlama yo'nalishga, o'z missiyasining eksklyuzivligiga, bemorning tajribalari va xatti-harakatlarining nomuvofiqligiga ega.

Oneyroid bir necha hafta davom etishi mumkin. Bemorlarning xotirasida odatda hayoliy tajribalar saqlanib qoladi, haqiqiy voqealar haqida xotiralar ko'pincha yo'q yoki bemor alohida qismlarni eslaydi. Ba'zi hollarda kosmik parvozlar, urushlar, sayohatlar haqida beixtiyor hayoliy g'oyalar mavjud bo'lib, ular dezorentatsiya (yo'naltirilgan oneyroid) bilan birga kelmaydi.

Ongning oneyroid xiralashishi, qoida tariqasida, paroksizmal shizofreniya bilan va kamroq — boshqa kasalliklarda kuzatiladi.

Amensiya-ongning amentiv xiralashishi (lat. amensiya-jinnilik), chalkashlik va inkogerensiya (assotsiativ nomuvofiqlik) ta'siri bilan chalkashlik bilan tavsiflanadi va umuman sodir bo'layotgan voqealarni idrok eta olmaslik, ob'ektlar va hodisalar o'rtasidagi bog'liqlikni anglay olmaslik bilan namoyon bo'ladi. Bemorlar vaziyatning alohida qismlarini tushunishadi va ularni bir butunga bog'lay olmaydilar. E.A. Popovning so'zlariga ko'ra, amensiya holatida bo'lgan bemor — bu singan ko'zoynakli odam, ya'ni hamma narsa u tomonidan alohida-alohida qabul qilinadi. Bemorning nutqi bir-biriga mos kelmaydi, bemorlar ko'pincha oddiy xarakterga ega bo'lgan ma'nosiz so'zlar to'plamini talaffuz qiladilar, perseveratsiyalar kuzatiladi, xayoliy g'oyalar yo'q yoki parcha-parcha, ta'sir beqaror, xoreaga o'xshash giperkinezlar bilan xarakterli tartibsiz vosita qo'zg'alishi.

Birgalikda, vaqt va shaxsiyatning qo'pol dezorentatsiyasi mavjud. Bemorlar nafaqat qaerdaligini ayta olmaydilar, balki vaziyatni umuman baholaydilar. Amensiya davri haqida xotiralar yo'q.

Kechasi amensiya fonida deliriy tajribalarining paydo bo'lishi ongning ameniv xiralashishining ekzogen tabiati foydasiga guvohlik beradi

Amensiya og'ir surunkali somatik kasalliklarda, surunkali yara infeksiyasida, miyaning organik kasalliklarida, kamroq reaktiv psixoz va shizofreniyada kuzatiladi. Amensiya bir necha hafta va oy davom etishi mumkin.

Ongning nomozshomsimon xiralashishi. Bu ongning to'satdan paydo bo'lishi va to'satdan to'xtashi, so'ngra amneziya bo'lib, unda bemor ko'pincha gallyutsinatsiyalar, qo'rquv, umidsizlik, g'azabning zo'ravon ta'siri tufayli o'zaro bog'liq, izchil harakatlarni amalga oshirishi mumkin. Agar deliriyani ongning xayoliy-gallyutsinatsion xiralashishi, oneyroidni esa tushga o'xshash deb ta'riflash mumkin bo'lsa, unda ongni nomozshomsimon xiralashishi uchun bunday umumiy ta'rif yo'q. Biroq bu ongni tavsiflovchi belgilar mavjud: paydo bo'lish va to'xtashning paroksismalligi; avtomatlashtirilgan faoliyatning xavfsizligi; nomozshomsimon qorayish davrida to'liq amneziyadir.

Ambulator avtomatizmda ongning nomozshomsimon xiralashuv holati holati to'satdan paydo bo'ladi, ammo qo'pol dezorientatsiyaga qaramay, ta'sirlanganlar tartibli xatti-harakatlar qobiliyatini saqlab qolishlari mumkin. Bunday holatda bemor uydan chiqib ketishi mumkin va bir necha soatdan keyin u shaharning boshqa qismida yoki u bormoqchi bo'lmagan boshqa shaharda ekanligini bilib oladi. Shu bilan birga, u butun yo'l davomida yetarlicha harakat qildi, transportda sayohat qildi, chipta sotib oldi, savollarga javob berdi, ehtimol biroz tarqoq bo'lib tuyuldi, lekin xatti-harakati bilan e'tiborni jalb qilmadi.

Deliriy va gallyutsinatsiyalar mavjud bo'lganda, bemorning xatti-harakati o'ta xavfli bo'lib qoladi, chunki uning harakatlari psixopatologik alomatlar yoki g'azab yoki umidsizlik tajribasi bilan o'tkir affektiv holatlar tufayli yuzaga keladi.

Fuglar va translar ambulator avtomatizmining qisqa muddatli holatlaridir.

Absans (Frants. absence-yo'qligi) - ongning qisqa muddatli yo'qolishi yoki tushkunligi, so'ngra amneziya. Ongni o'chirish haqiqatan ham juda qisqa. Masalan, suhbat davomida bemor to'xtaydi va jim bo'ladi, ammo savol tug'iladi. "Sizga nima bo'ldi?" - u darhol javob beradi: "hech narsa" — va suhbatni davom ettiradi. Bemorning o'zi ko'pincha bu holatlarni sezmaydi yoki "uzilishlar" borligini aytadi

Absansning bir nechta turlari mavjud:

* atonik, mushaklarning ohangini yo'qotish va to'satdan tushish bilan tavsiflanadi;

* gipertonik-mushak tonusining oshishi bilan, bu odatda boshning kengayishi va ko'z qovoqlarini yuqoriga ko'tarish, ba'zan tananing egilishi bilan namoyon bo'ladi;

* subklinik-ongni to'liq yo'qotish bilan, enuretik — siydikni beixtiyor o'tkazib yuborish bilan.

Ongning nomazshomsimon xiralashuv holatlari va yo'qligi, shu jumladan epilepsiya, miyaning organik kasalliklarida kuzatiladi.

O'z-o'zini anglashning buzilishi

O'z-o'zini anglash-insonning o'zini obyektiv dunyodan ajratib turishi, bu shaxsiy o'ziga xoslik, o'ziga xoslik, "men"ning doimiyligi

O'z - o'zini anglash (ongning shaxsiy tomoni) nafaqat uning shaxsiyatini, balki uning tanasini va aqliy funksiyalarini barcha xilma-xilligida (fikrlar, his-tuyg'ular, istaklar, qiziqishlar va boshqalar) anglashdir. Shuningdek, dunyoga bo'lgan munosabatingiz, undagi faoliyatingiz to'g'risida xabardorlikni o'z ichiga oladi. O'z ishi jarayonida ba'zi qadriyatlarini yaratib, inson o'zini ushbu faoliyat ob'ektlaridan ajratib turadi.

O'z-o'zini anglash, "men" ning o'zi birligi hissi, uning doimiyligi bilan ajralib turadi, shunga qaramay, o'z fikrlari, xatti-harakatlari, tajribalarini tahlil qilish istagi, o'zini baholash, o'ziga tashqi tomondan qarash qobiliyati bilan birga keladi. O'z fikrlari, tajribalari, xatti-harakatlari, odatda shubha va tebranishlarga to'la bo'lgan analitik aks ettirish aks ettirish deb ataladi.

Ontogenez jarayonida o'z-o'zini anglash asta-sekin shakllanadi.

I. M. Sechenov" miya refleksleri"da o'z-o'zini anglashning shakllanishini quyidagicha tavsifladi:"...bolalik farovonligidan o'z — o'zini anglash voyaga yetganida tug'iladi, bu odamga o'z ongining harakatlariga tanqidiy munosabatda bo'lish imkoniyatini beradi, ya'ni uning ichki qismini tashqi tomondan sodir bo'layotgan barcha narsalardan ajratish, uni tahlil qilish va tashqi bilan taqqoslash (taqqoslash) - bir so'z bilan aytganda, o'z ongining harakatini o'rganishdir.

Allopsixik o'z-o'zini anglashni shakllantirish bosqichi (bolaning o'zini atrof-muhitdan ajratish qobiliyati) shartli ravishda nutqda "men"olmoshining paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Bu 3 yoshida sodir bo'ladi.

Somatopsixik o'z-o'zini anglashni shakllantirish bosqichi (uning jismoniy o'zini baholash qobiliyati) shartli ravishda bolaning o'zi va boshqalarga nisbatan o'ng va chap tomonlarini to'g'ri aniqlash qobiliyatidan boshlanadi. Bu odatda 6-7 yoshda paydo bo'ladi.

To'liq o'ziga xoslik, uning "men" ning doimiyligi (o'z-o'zini anglash) o'smirlik davrida shakllanadi.

12-14 yoshga kelib, o'spirin o'zining ruhiy o'zini baholash qobiliyatiga ega-autopsixik o'z-o'zini anglash shakllana boshlaydi. O'z-o'zini anglashni shakllantirish bosqichlarini bilish depersonalizatsiyani to'g'ri baholash uchun zarurdir.

Depersonalizatsiya

Depersonalizatsiya (lat. de-ajratish, o'chirish, bekor qilish va lat degan ma'noni anglatuvchi prefiks. persona-shaxs, shaxs) - o'z-o'zini anglashning buzilishi, o'zidan begonalashishda namoyon bo'ladi, deyiladi o'z "men" dan begonalashish hissi umuman shaxsga ham, individual aqliy va somatik funksiyalarga ham tegishli bo'lishi mumkin. Hayotiy depersonalizatsiya klinik jihatdan eng og'ir bo'lib, bemorda hayot hissi yo'qoladi: "men o'likga o'xshayman", "men yashayapmanmi yoki yo'qmi tushunmayman", "men umuman mavjud emasman".

Autopsixik depersonalizatsiya-aqliy funksiyani begonalashtirish, "men boshqa narsaga aylandim, buni his qilyapman, lekin tasvirlay olmayman", "bu men ham, men ham emas", "fikrlar tumandagidek", "fikrlar meniki emas", "men o'z nutqimni tashqaridan eshitaman", "men uxlashni xohlaymanmi yoki yo'qmi, tushunmayman", "men uxlaganimni yoki uxlamaganimni tushunmayman", "barcha his-tuyg'ular biron bir joyda g'oyib bo'ldi". Ba'zida begonalashish hissi bemorning hayotining ma'lum bir davriga va ehtimol uning butun o'tmishiga tegishli. Masalan, bemor shunday deydi: "Mening o'tmishim, bu mening o'tmishim emas".

Somatopsixik depersonalizatsiya-o'z tanasiga begona tuyg'u shaklida ifodalanadi, chunki uning alohida qismlari yoki hatto ularning yo'q bo'lib ketishi uchraydi. Ushbu turdagi depersonalizatsiya patologiyadan "tana sxemasining buzilishi" shaklida farqlanishi kerak.

Somatopsixik depersonalizatsiya bilan tananing nisbati yoki hajmining o'zgarishi hissi yo'q, bemorlar shunchaki uni (yoki uning qismlarini) sezmaydilar: "Mening oyoqlarim yo'qdek tuyuladi", "men bosh yostiqa yotganini bilaman, lekin u yo'qdek". Bemor to'yganmi yoki

ochmi, siyish yoki defekatsiya qilish istagi bor yoki yo'qligini tushunolmaydi. Masalan, kateterizatsiyadan keyin siydikni uzoq vaqt ushlab turadigan bemor hech qanday yengillikni boshdan kechirmadi, garchi taxminan 3 litr siydik chiqarildi.

Depersonalizatsiya ko'pincha derealizatsiya bilan birlashtiriladi, bu esa ba'zi mualliflarga ularni yagona depersonalizatsiya sindromiga birlashtirishga asos beradi, shu bilan birga derealizatsiyani allopsixik depersonalizatsiya deb ataydi. Ushbu pozitsiya tarixiy ildizlarga ega, chunki derealizatsiya dastlab depersonalizatsiya doirasida tasvirlangan.

Keyinchalik bunday identifikatsiyani oqlash qiyin edi, chunki derealizatsiya — idrokning buzilishi, depersonalizatsiya - o'z-o'zini anglash. Shuning uchun, bu ikkala hodisa mavjud bo'lganda, depersonalizatsiya - derealizatsiya sindromi haqida gapirish to'g'ri bo'ladi (Morozov V. M. va boshqalar).

Somatopsixik tabiatning alohida elementlari ko'rinishidagi depersonalizatsiya 8-10 yoshdagi bolalarda paydo bo'lishi mumkin, ammo odatdagi shaklda begonalashish hodisasi faqat o'spirinlikdan paydo bo'ladi.

Subyektiv ravishda depersonalizatsiya har doim bemorlar uchun yoqimsiz, og'riqli. U yoki bu shaklda u deyarli barcha kasalliklarda paydo bo'lishi mumkin, keyin uzoq vaqt mavjud bo'lib, keyin hujumlar bilan yuzaga keladi. Alohida epizodlar shaklida begonalashish fenomenini sog'lom odamlarda haddan tashqari kuchlanish, charchoq, hayajon, uyqusizlik tufayli paydo bo'lishi mumkin.

Imtihonlardan juda xavotirda bo'lgan va ketma-ket bir necha kecha deyarli uxlamagan 15 yoshli o'spirin to'satdan onasiga qo'rquv bilan dedi. "Mening oyoqlarim rad etildi, men ularni his qilmayman." To'shagiga o'tirgan ona juda uzoqda edi. Bir necha daqiqadan so'ng hammasi tugadi.

SAVOLLAR

1. Ongning psixotik buzilishini sanab bering
2. Ongning nopsixotik buzilishini gapirib bering.
3. Yapers bo'yicha ong buzilishini sanab bering
4. Ongning nomozshomsimon qorong'ilashuvi deganda nimani tushinasiz
5. Epilepsiyada ong qachon yo'qoladi

TESTLAR

1. Ong buzilishi alomatini ko'rsating:

Atrofni anglashning buzilishi
Atrofni anglashning saqlanishi
Konfabulyasiya
Paranoid

2. Bemor ko'z oldidan fazoviy janglar, sayyoralar to'qnashuvi o'tmoqda. Harakatsiz. Yuzida qo'rquv alomatlari bor, bu nima?

Oneyroid
Ongning xiraligi
Deliriy
Paranoid

3. Bemor ayolda soppa-sog 'yurgan paytida, kutilmaganda bir necha daqiqalik bema'ni xarakatlar bo'lishi kuzatiladi, atrofdagilarni tanimay qoladi, bu qanday xolat?

Ongning xiralik xolati
Karaxtlik
Korsakov sindromi
Paranoid

4. Ong buzilishiga xos:

Amensiya
Illyuziya
Maniya
Debillik

5. Ong buzilishiga tegishli:

Deliriy
Imbesillik
Maniya
Debillik

6. Ong buzilishiga kiradi:

Obnubilyasiya
Illyuziya
Maniya
Debillik

7. Koma xolatida quyidagi buzilish aniqlanadi:

Anesteziya
Gipersteziya
Senestopatiya

Paresteziya

8. Ongning nomozshomsimon xiralashuvi bilan harakat qo'zg'alishi va disforiyaning birga kechishi qanday nomlanadi?

Epilepsiya

Gallyutsinatsiya

Amensiya

Xoreatik

9. Psixotik ong buzilishlariga kiradi:

Oneyroid

Quloq bitishi

Koma

Sopor

10. Psixotik ong buzilishlariga xos:

Ongning nomoshshomsimon xiralashuvi

Quloq bitishi

Koma

Sopor

VAZIYATLI MASALA

1. Bosh miya jarohatini olgan bemor darhol hushini yo'qotdi. Shartli va shartsiz reflekslarning yo'qligi, yuzaki tez-tez nafas olish, shox pardaning refleksi saqlanib qolganligi aniqlandi. Dastlabki tasxis.

Koma

Post-travmatik ensefalopatiya

Obnubulyatsiya

Mentizm

2. Bemor ko'z oldidan fazoviy janglar, sayyoralar to'qnashuvi o'tmoqda. Harakatsiz. Yuzida qo'rquv alomatleri bor, bu nima?

Oneyroid

Ongning xiraligi

Deliriy

Paranoid

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASINING QONUNI PSIXIATRIYA YORDAMI TO'G'RISIDA

Qonunchilik palatasi tomonidan 2021-yil 3-martda qabul qilingan
Senat tomonidan 2021-yil 23-aprelda ma'qullangan

1-bob. Umumiy qoidalar

1-modda. Ushbu Qonunning maqsadi

Ushbu Qonunning maqsadi psixiatriya yordami ko'rsatish sohasidagi munosabatlarni tartibga solishdan iborat.

2-modda. Psixiatriya yordami to'g'risidagi qonunchilik

Psixiatriya yordami to'g'risidagi qonunchilik ushbu Qonun va boshqa qonunchilik hujjatlaridan iboratdir.

Agar O'zbekiston Respublikasining xalqaro shartnomasida O'zbekiston Respublikasining psixiatriya yordami to'g'risidagi qonunchiligida nazarda tutilganidan boshqacha qoidalar belgilangan bo'lsa, xalqaro shartnoma qoidalari qo'llaniladi.

3-modda. Asosiy tushunchalar

Ushbu Qonunda quyidagi asosiy tushunchalar qo'llaniladi:

ma'lumotlarni bilgan holda tibbiy aralashuvga ixtiyoriy ravishda rozilik berish — o'z sog'lig'ining holati, ruhiy holati buzilganligining xususiyati haqidagi hamda kasallik rivojlanishining ehtimoldagi prognozi, psixiatriya yordami ko'rsatish maqsadi, tartibi va davom etish muddati, tashxis qo'yish, davolash usullari hamda mazkur yordamni ko'rsatish jarayonida qo'llanilishi mumkin bo'lgan dori vositalari, ularning nojo'ya ta'sirlari haqida tushunarli tarzda taqdim etiladigan axborotni anglab yetishga layoqatli bo'lgan shaxs tomonidan yozma shaklda ifodalangan ixtiyoriy rozilik yoki uning qonuniy vakilining yozma roziligi;

psixiatriya yordami — shaxslarning ruhiy sog'lig'i holatini tekshiruvdan o'tkazishga, ruhiy holatning buzilishlarini profilaktika qilishga, ularga tashxis qo'yishga, ruhiy holati buzilgan shaxslarni davolash, parvarishlash va tibbiy-ijtimoiy jihatdan rehabilitatsiya qilishga qaratilgan maxsus tadbirlar majmui;

psixiatriya muassasasi — asosiy vazifasi psixiatriya yordami ko'rsatishdan iborat bo'lgan tibbiyot muassasasi;

ruhiy holatning buzilishi — shaxs ruhiy holatining O'zbekiston Respublikasida amalda bo'lgan Xalqaro kasalliklar tasnifiga muvofiq tan olingan o'zgarishi;

shifokor-psixiatrlar komissiyasi — sog'liqni saqlashni boshqarish organi tomonidan tuzilgan, psixiatriya yordami ko'rsatish bilan bog'liq masalalar yuzasidan kollegial ravishda qarorlar qabul qiluvchi uch nafar yoki undan ortiq shifokor-psixiatrdan iborat bo'lgan komissiya;

qonuniy vakillar — ota-onalar (farzandlikka oluvchilar), vasiylar yoki ruhiy holati buzilgan shaxslarning manfaatlarini ifoda etishga, ularga psixiatriya yordami ko'rsatishda ularning huquqlari, erkinliklari va qonuniy manfaatlari himoya qilinishini amalga oshirishga vakolatli bo'lgan boshqa shaxslar.

4-modda. Ushbu Qonunning qo'llanilish sohasi

Ushbu Qonunning amal qilishi O'zbekiston Respublikasi fuqarolariga psixiatriya yordami ko'rsatishda ularga nisbatan, shuningdek O'zbekiston Respublikasi hududida psixiatriya yordami ko'rsatishda ishtirok etuvchi yuridik va jismoniy shaxslarga nisbatan tatbiq etiladi.

O'zbekiston Respublikasi hududida turgan chet el fuqarolari va fuqaroligi bo'lmagan shaxslar o'zlariga psixiatriya yordami ko'rsatilishida ushbu Qonunda belgilangan barcha huquqlardan O'zbekiston Respublikasining fuqarolari bilan teng ravishda foydalanadi.

5-modda. Psixiatriya yordami ko'rsatishning asosiy prinsiplari

Psixiatriya yordami ko'rsatishning asosiy prinsiplari qonuniylik, ijtimoiy himoyalanganlik, insonparvarlik, inson huquqlari va erkinliklariga rioya etish, axborotning maxfiyligidan iboratdir.

6-modda. Psixiatriya yordami ko'rsatish va ijtimoiy himoya qilish kafolatlari

Davlat tomonidan quyidagilar kafolatlanadi:

davlat tibbiyot muassasalarida birlamchi tibbiy-sanitariya yordami, ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam, tez yordam, shu jumladan ixtisoslashtirilgan tibbiy tez yordam ko'rsatish chog'idagi bepul psixiatriya yordami;

qonunchilikka muvofiq barcha turdagi psixiatriya ekspertizalarini o'tkazish;

tibbiy-ijtimoiy ekspertiza komissiyasining tegishli xulosasi mavjud bo'lgan taqdirda, ruhiy holati buzilgan shaxslarga ijtimoiy-maishiy yordam ko'rsatish va ularni ishga joylashtirishga ko'maklashish;

ruhiy holati buzilgan shaxslarning vasiylik masalalarini hal qilish;

psixiatriya yordami ko'rsatuvchi tibbiyot muassasalarida, ruhiy holati buzilgan shaxslar uchun mo'ljallangan tibbiy-ijtimoiy muassasalarda huquqiy masalalar bo'yicha maslahatlar berish va yuridik yordamning boshqa turlari;

favqulodda vaziyatlar chog'idagi psixiatriya yordami.

Ruhiy holati buzilgan shaxslarni psixiatriya yordami bilan ta'minlash va ijtimoiy jihatdan himoya qilish uchun davlat:

psixiatriya yordami ko'rsatuvchi barcha turdagi muassasalarni, imkoniyati boricha, ruhiy holati buzilgan shaxslarning yashash joyida barpo etadi;

ruhiy holati buzilgan voyaga yetmagan shaxslarning davlat ixtisoslashtirilgan ta'lim muassasalarida, umumiy o'rta va o'rta maxsus ta'lim tashkilotlarida ta'lim olishini tashkil etadi;

ruhiy holati buzilgan shaxslarni rehabilitatsiya qilish va jamiyatga qayta integratsiya qilish maqsadida ular uchun moslashtirilgan ishlab chiqarish jarayonini tashkil etgan holda, psixiatriya muassasalari hududida mehnat terapiyasi, yangi kasb-hunarlarga o'qitish va ruhiy holati buzilgan shaxslarni, shu jumladan nogironligi bo'lgan shaxslarni ishga joylashtirish uchun davlat-xususiy sheriklik shartlari asosida davolash-ishlab chiqarish korxonalarini barpo etadi;

ruhiy holati buzilgan shaxslarni ishga joylashtiruvchi korxonalar, muassasalar va tashkilotlar uchun iqtisodiy rag'batlantirish (imtiyozlar, preferensiyalar berish va boshqalar) usullarini qo'llaydi;

ruhiy holati buzilgan shaxslarni ijtimoiy jihatdan himoya qilish uchun zarur bo'lgan boshqa choralarni ko'radi.

Ruhiy holati buzilgan shaxslarni ijtimoiy jihatdan himoya qilish davlat hokimiyati va boshqaruvi organlari, shuningdek fuqarolarning o'zini o'zi boshqarish organlari tomonidan qonunchilikka muvofiq ularga berilgan vakolatlar doirasida amalga oshiriladi.

Psixiatriya yordami ko'rsatishni moliyalashtirish "Sog'liqni saqlash" sohasiga ajratiladigan budget mablag'lari doirasida, psixiatriya yordami ko'rsatish uchun davlat tomonidan kafolatlangan hajmda

O'zbekiston Respublikasining Davlat budjeti mablag'lari hisobidan amalga oshiriladi.

7-modda. Psixiatriya yordami so'rab murojaat etishning ixtiyoriyligi

Psixiatriya yordami shaxs ixtiyoriy ravishda murojaat etgan va uning ma'lumotlarni bilgan holda tibbiy aralashuvga ixtiyoriy roziligi mavjud bo'lgan taqdirda ko'rsatiladi, bundan ushbu Qonunda nazarda tutilgan hollar mustasno.

Psixiatriya yordami voyaga yetmagan shaxsga ota-onasidan birining yoki boshqa qonuniy vakilining ma'lumotlarni bilgan holda tibbiy aralashuvga ixtiyoriy roziligi mavjud bo'lgan taqdirda, sud tomonidan muomalaga layoqatsiz deb topilgan shaxsga esa uning qonuniy vakilining ma'lumotlarni bilgan holda tibbiy aralashuvga ixtiyoriy roziligi mavjud bo'lgan taqdirda ko'rsatiladi.

8-modda. Ruhii holati buzilgan shaxslarning huquqlari

Ruhii holati buzilgan shaxslar O'zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasida, qonunlarida nazarda tutilgan fuqarolarning barcha huquqlari va erkinliklariga egadir.

Ruhii holati buzilgan shaxslar o'zlariga psixiatriya yordami ko'rsatilayotganda quyidagi huquqlarga ega bo'ladi:

o'z sha'ni va qadr-qimmatini kamsitilishini istisno etadigan tarzda hurmat bilan va insoniy munosabatda bo'linishini;

o'z huquqlari to'g'risidagi axborotni, shuningdek o'zining ruhiy holati inobatga olingan holda o'zida mavjud bo'lgan ruhiy holati buzilishining xususiyati va qo'llanilayotgan davolash usullari haqidagi axborotni o'zi uchun tushunarli shaklda, o'z vaqtida hamda to'liq olish;

psixiatriya yordamini eng kam cheklovli sharoitlarda, imkoni boricha, yashash joyida olish;

statsionar sharoitlarda psixiatriya yordami ko'rsatadigan tibbiyot muassasasida faqat psixiatriya yordami ko'rsatish uchun zarur bo'lgan muddat mobaynida bo'lish;

tibbiy ko'rsatmalar bo'yicha davolashning barcha turlaridan foydalanish (shu jumladan sanatoriy-kurortda davolanish);

psixiatriya yordamini sanitariya-gigiyena talablariga javob beradigan sharoitlarda olish;

profilaktika, tashxis qo'yish, davolash va tibbiy jihatdan reabilitatsiya qilish usullarining, dori vositalarining hamda tibbiy buyumlarning, maxsus shifobaxsh oziq-ovqat mahsulotlarining, ilmiy tadqiqotlarning yoki o'quvning sinovlar obyekt sifatida foydalanilishga, shuningdek foto-, video- yoki kinotasvirga olishga ma'lumotlarni bilgan holda ixtiyoriy ravishda rozilik berish yoki ularni rad etish, shu jumladan tibbiy aralashuvning istalgan bosqichida rad etish;

ushbu Qonun bilan tartibga solinadigan masalalar yuzasidan istalgan shifokor-psixiatrni shifokor-psixiatrlar komissiyasida ishlash uchun o'z roziligi bilan taklif etish;

advokatdan yoki qonuniy vakildan yordam olish.

Ruhiy holati buzilgan shaxslar o'ziga psixiatriya yordami ko'rsatilayotganida qonunchilikka muvofiq boshqa huquqlarga ham ega bo'lishi mumkin.

Ruhiy holati buzilgan shaxslarning huquqlari va erkinliklarini cheklashga faqat qonunda nazarda tutilgan hollarda yo'l qo'yiladi. Ruhii holati buzilgan shaxslarning huquqlari va erkinliklarini faqat psixiatriya tashxisiga, dispanser kuzatuvda, psixiatriya statsionarida yoxud tibbiy-ijtimoiy muassasada yoki davlat ixtisoslashtirilgan ta'lim muassasasida turganlik faktiga asoslanib cheklashga yo'l qo'yilmaydi, bundan qonunda nazarda tutilgan hollar mustasno.

Ruhiy holati buzilgan shaxslarning huquqlari va erkinliklarini qonunga xilof ravishda cheklaganlikda aybdor bo'lgan mansabdor shaxslar qonunga muvofiq javobgar bo'ladi.

9-modda. Kasbga doir faoliyatning va o'ta xavfli manba bilan bog'liq faoliyatning ayrim turlarini bajarishdagi cheklovlar

Majburiy psixiatriya tekshiruvdan o'tkazish natijalariga ko'ra shaxs ruhiy holati buzilganligi oqibatida kasbga doir faoliyatning va o'ta xavfli manba bilan bog'liq faoliyatning ayrim turlarini bajarishga vaqtincha (ko'pi bilan besh yil muddatga va keyin qayta tekshiruvdan o'tish huquqi bilan) yaroqsiz deb topilishi mumkin.

Shaxsni kasbga doir faoliyatning va o'ta xavfli manba bilan bog'liq faoliyatning ayrim turlarini bajarishga vaqtincha yaroqsiz deb topish to'g'risidagi qaror shaxsning ruhiy sog'lig'i holatini tibbiy qarshi ko'rsatmalar ro'yxatiga muvofiq baholash asosida shifokor-psixiatrlar

komissiyasi tomonidan qabul qilinadi va qaror ustidan sudga shikoyat qilinishi mumkin.

Kasbga doir faoliyatning va o'ta xavfli manba bilan bog'liq faoliyatning ayrim turlarini amalga oshirish uchun tibbiy qarshi ko'rsatmalar ro'yxati O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan tasdiqlanadi hamda to'plangan tajriba va ilmiy yutuqlar hisobga olingan holda vaqti-vaqti bilan qayta ko'rib chiqiladi.

10-modda. Psixiatriya yordami ko'rsatilayotgan shaxslarning huquqlarini va qonuniy manfaatlarini ifodalash

Shaxs psixiatriya yordami ko'rsatilayotganda o'z huquqlarini va qonuniy manfaatlarini himoya qilish uchun o'z xohishiga ko'ra vakilni taklif etishga haqli. Vakillikni rasmiylashtirish qonunchilikda belgilangan tartibda amalga oshiriladi.

Sud tomonidan muomalaga layoqatsiz deb topilgan shaxsga psixiatriya yordami ko'rsatishda uning huquqlarini va qonuniy manfaatlarini himoya qilishni vasiy, voyaga yetmagan shaxsning huquqlarini va qonuniy manfaatlarini himoya qilishni esa ota-onasidan biri yoki boshqa qonuniy vakili amalga oshiradi.

Shaxsga psixiatriya yordami ko'rsatishda uning huquqlarini va qonuniy manfaatlarini himoya qilishni bepul yuridik yordam tarzida advokat, shuningdek bepul yuridik yordam ko'rsatishga vakolatli bo'lgan boshqa shaxs amalga oshirishi mumkin.

Shaxslar o'ziga psixiatriya yordami ko'rsatilayotganda davlatning bepul yuridik yordam tizimi doirasida bepul yuridik yordam olish huquqiga egadir.

Psixiatriya muassasasi advokat taklif etish imkoniyatini ta'minlaydi, bundan ushbu Qonun 24-moddasining yettinchi qismida va 31-moddasida nazarda tutilgan hollar mustasno.

11-modda. Shaxsning ruhiy sog'lig'i holati to'g'risidagi ma'lumotlarni taqdim etish haqidagi talabni taqiqlash

Shaxs o'z huquqlari va erkinliklarini ro'yobga chiqarayotganda uning ruhiy sog'lig'ining holati to'g'risidagi ma'lumotlarni uchinchi shaxslar tomonidan taqdim etishni yoxud uning shifokor-psixiatr tekshiruvidan o'tishini talab qilish taqiqlanadi, bundan qonunda belgilangan hollar mustasno.

12-modda. Psixiatriya yordami ko'rsatishda shifokor sirini saqlash

Shaxsda ruhiy holatning buzilishi mavjudligi, u psixiatriya yordami uchun murojaat etganligi faktlari to'g'risidagi ma'lumotlar, shuningdek uning ruhiy sog'lig'ining holati haqidagi boshqa ma'lumotlar qonun bilan qo'riqlanadigan shifokor siri hisoblanadi.

Ruhiy holati buzilgan shaxsning huquqlarini va qonuniy manfaatlarini ro'yobga chiqarish uchun uning iltimosiga yoxud qonuniy vakilining iltimosiga binoan unga va uning qonuniy vakiliga mazkur shaxs ruhiy sog'lig'ining holati haqida hamda unga ko'rsatilgan psixiatriya yordami to'g'risida tushunarli shaklda va ruhiy holati buzilgan shaxsning ruhiy holatini hisobga olgan holda ma'lumotlar taqdim etiladi.

13-modda. Ruhiy holati buzilgan shaxslarga tashxis qo'yish, ularni davolash va rehabilitatsiya qilish

Ruhiy holatning buzilganligi tashxisi umume'tirof etilgan xalqaro standartlar va tasniflarga muvofiq qo'yiladi hamda shaxsning jamiyatda qabul qilingan axloqiy, madaniy, siyosiy va diniy qadriyatlarni rad etishiga yoxud uning ruhiy sog'lig'i holatiga bevosita bog'liq bo'lmagan boshqa sabablarga asoslanishi mumkin emas.

Ruhiy holati buzilgan shaxsga tashxis qo'yish, uni davolash va rehabilitatsiya qilish uchun qonunchilik bilan ruxsat etilgan usullar, shuningdek belgilangan tartibda ro'yxatdan o'tkazilgan dori vositalari hamda tibbiy buyumlar qo'llaniladi.

Tashxis qo'yish, davolash va rehabilitatsiya qilish usullari, shuningdek dori vositalari hamda tibbiy buyumlar xastalikning xususiyatiga muvofiq faqat tashxis qo'yish, davolash va rehabilitatsiya qilish maqsadida qo'llaniladi hamda ulardan ruhiy holati buzilgan shaxsni jazolash yoki boshqa maqsadlar uchun foydalanilmasligi kerak.

14-modda. Ma'lumotlarni bilgan holda tibbiy aralashuvga ixtiyoriy ravishda rozilik berish

Ruhiy holati buzilgan shaxsga nisbatan tibbiy aralashuv uning ma'lumotlarni bilgan holda ixtiyoriy roziligi mavjud bo'lganda amalga oshiriladi, bundan ushbu moddaning beshinchi qismida nazarda tutilgan hollar mustasno.

Shifokor-psixiatr ruhiy holati buzilgan shaxsga uning ruhiy holatining xususiyati, tavsiya etilayotgan davolashning maqsadi, usullari, shu jumladan muqobil usullari va davolashning davomiyligi haqida, shuningdek ehtimol tutilgan xavf, nojo'ya ta'sirlar va kutilayotgan natijalar to'g'risida tushunarli shaklda va uning ruhiy holatini hisobga olgan holda axborot taqdim etishi shart. Shifokor-psixiatr taqdim etilgan axborot to'g'risida tibbiy hujjatlarga yozib qo'yadi.

Voyaga yetmagan shaxsga nisbatan ma'lumotlarni bilgan holda tibbiy aralashuvga ixtiyoriy rozilikni ushbu moddaning ikkinchi qismida nazarda tutilgan ma'lumotlar shunday rozilikni beradigan shaxsga ma'lum qilinganidan keyin ota-onasidan biri yoki boshqa qonuniy vakili beradi, sud tomonidan muomalaga layoqatsiz deb topilgan shaxsga nisbatan esa uning qonuniy vakili rozilik beradi.

Sud tomonidan muomalaga layoqatsiz deb topilgan shaxsning qonuniy vakili ma'lumotlarni bilgan holda tibbiy aralashuvga ixtiyoriy ravishda rozilik berganligi haqida vasiylikdagi shaxsning yashash joyidagi vasiylik va homiylik organini xabardor qiladi.

Ruhiy holati buzilgan shaxsning yoki uning qonuniy vakilining ma'lumotlarni bilgan holda tibbiy aralashuvga ixtiyoriy rozilgisiz davolash faqat tibbiy yo'sindagi majburlov choralarini qo'llash chog'ida, shuningdek psixiatriya muassasasiga g'ayriixtiyoriy tartibda yotqizilganda amalga oshirilishi mumkin.

Ushbu moddaning beshinchi qismida ko'rsatilgan shaxslarga nisbatan ruhiy holat buzilishlarini davolash uchun asl holiga qaytarib bo'lmaydigan oqibatlarini keltirib chiqaradigan jarrohlik usullarini hamda boshqa usullarni qo'llashga, shuningdek ularda profilaktika, tashxis qo'yish, davolash va tibbiy rehabilitatsiya qilish usullari, tibbiyot uchun mo'ljallangan dori vositalari va buyumlari, maxsus shifobaxsh oziq-ovqat mahsulotlari sinovlarini o'tkazishga yo'l qo'yilmaydi.

15-modda. Davolanishni rad qilish

Ruhiy holati buzilgan shaxs, ruhiy holati buzilgan voyaga yetmagan shaxsning ota-onasidan biri yoki boshqa qonuniy vakili, sud tomonidan muomalaga layoqatsiz deb topilgan shaxsning qonuniy vakili taklif etilayotgan davolanishni rad qilish yoki uni tugatishni talab qilish huquqiga ega, bundan tibbiy yo'sindagi majburlov choralarini qo'llanilgan

yoxud psixiatriya muassasasiga g'ayriixtiyoriy tartibda yotqizilgan hollar mustasno.

Sud tomonidan muomalaga layoqatsiz deb topilgan shaxsning qonuniy vakili davolanishni rad qilish yoki uni tugatish to'g'risida davolanish rad etilgan yoxud tugatilgan kunning ertasidan kechiktirmay o'z vasiyligi ostidagi shaxsning yashash joyidagi vasiylik va homiylik organini xabardor qiladi.

Davolanishni rad etgan shaxsga yoki uning qonuniy vakiliga bunday rad etishning yoxud davolanishni tugatishning ehtimol tutilgan oqibatlari tushuntirilishi kerak. Davolanishni rad etish, rad etish kunida tibbiy hujjatga ehtimol tutilgan oqibatlar to'g'risidagi ma'lumotlar ko'rsatilgan holda yozib qo'yish orqali va davolanishni rad etgan shaxsning yoki uning qonuniy vakilining, shuningdek shifokor-psixiatrning imzosi bilan rasmiylashtiriladi.

16-modda. Tibbiy yo'sindagi majburlov choralari

Ruhiy holati buzilgan shaxslarga nisbatan tibbiy yo'sindagi majburlov choralari O'zbekiston Respublikasining Jinoyat, Jinoyat-protsessual va Jinoyat-ijroiya kodekslarida nazarda tutilgan asoslar bo'yicha hamda tartibda sudning qaroriga ko'ra qo'llaniladi.

Ruhiy holati buzilgan shaxslarga nisbatan tibbiy yo'sindagi majburlov choralari O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tizimining psixiatriya muassasalari tomonidan, ozodlikdan mahrum etish tarzidagi jazoga hukm qilingan shaxslarga nisbatan esa ichki ishlar organlarining jazoni o'tash joyidagi tibbiyot muassasalari tomonidan qo'llaniladi.

O'ziga nisbatan tibbiy yo'sindagi majburlov choralari qo'llanilgan O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tizimining psixiatriya muassasalarida turgan shaxslar psixiatriya statsionarida turgan ruhiy holati buzilgan shaxslarning huquqlaridan foydalanadi.

O'ziga nisbatan tibbiy yo'sindagi majburlov choralari qo'llanilgan O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tizimining psixiatriya muassasalarida turgan shaxslar mazkur muassasada bo'ladigan butun davrda mehnatga layoqatsiz deb topiladi va shifokor-psixiatr huzurida majburiy ambulatoriya kuzatuvda va davolanishda turgan

shaxslar bilan teng ravishda davlat ijtimoiy sug'urtasi bo'yicha nafaqa olish yoki umumiy asoslarda pensiya olish huquqiga ega.

17-modda. Sud-psixiatriya ekspertizasi

Jinoyat, fuqarolik ishlari va ma'muriy huquqbuzarliklar to'g'risidagi ishlar bo'yicha sud-psixiatriya ekspertizasi qonunchilikda nazarda tutilgan asoslarga ko'ra hamda tartibda amalga oshiriladi.

18-modda. Shaxsning harbiy xizmatga yaroqliligi to'g'risidagi masalani hal qilish chog'ida psixiatriya tekshiruvini o'tkazish

O'zbekiston Respublikasi Mudofaa vazirligining, O'zbekiston Respublikasi Milliy gvardiyasining, O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Davlat xavfsizlik xizmatining, O'zbekiston Respublikasi Davlat xavfsizlik xizmatining, O'zbekiston Respublikasi Ichki ishlar vazirligining harbiy xizmatchisi sifatida shaxsning, shu jumladan ichki ishlar organlari, O'zbekiston Respublikasi Favqulodda vaziyatlar vazirligi, xizmat faoliyati haqiqiy harbiy xizmatga tenglashtiriladigan boshqa vazirliklar va idoralarning boshliqlar hamda oddiy askarlar tarkibidan bo'lgan shaxslarning o'z ruhiy sog'lig'ining holatiga ko'ra harbiy xizmatga yaroqliligi to'g'risidagi masalani hal qilish chog'ida ambulator va statsionar sharoitlarda psixiatriya tekshiruvidan o'tkazish asoslari hamda tartibi ushbu Qonun hamda O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlarida tinchlik va urush davrida tibbiy ko'rikdan o'tkazish to'g'risidagi nizom bilan belgilanadi.

2-bob. Psixiatriya yordami ko'rsatuvchi muassasalar va shaxslar. Tibbiyot xodimlarining hamda boshqa mutaxassislarning huquq va majburiyatlari

19-modda. Psixiatriya yordami ko'rsatuvchi muassasalar

Psixiatriya yordamini psixiatriya muassasalari, davlat va xususiy tibbiyot muassasalari, ruhiy holati buzilgan shaxslar uchun mo'ljallangan tibbiy-ijtimoiy muassasalar ko'rsatadi.

Ruhiy holatning buzilishiga tashxis qo'yish, uni davolash va rehabilitatsiya qilish bo'yicha xususiy tibbiyot muassasalari tomonidan ko'rsatiladigan xizmatlar ro'yxati O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan tasdiqlanadi.

Psixiatriya yordamining turlari yuridik shaxslarning ta'sis hujjatlarida ko'rsatiladi. Davlat va xususiy tibbiyot muassasalari, ruhiy holati buzilgan shaxslar uchun mo'ljallangan tibbiy-ijtimoiy muassasalar tomonidan ko'rsatiladigan psixiatriya yordamining turlari haqidagi axborot fuqarolar uchun ochiq bo'lishi kerak.

20-modda. Psixiatriya yordami ko'rsatish bo'yicha faoliyat bilan shug'ullanish huquqi

Maxsus oliy tibbiy ma'lumotga ega bo'lgan tibbiyot xodimlari (shifokor-psixiatr, tibbiy psixolog va psixoterapevt) psixiatriya yordami ko'rsatish bo'yicha shifokorlik faoliyati bilan shug'ullanish huquqiga ega. Psixiatriya yordami ko'rsatishda ishtirok etuvchi tibbiyot xodimlari va boshqa mutaxassislar ruhiy holati buzilgan shaxslar bilan ishlash uchun maxsus tayyorgarlikdan o'tishi kerak.

Yuridik shaxslarga "Psixiatriya yordami" ixtisosligi bo'yicha tibbiy faoliyatini amalga oshirish huquqi uchun litsenziyalar berish tartibi qonunchilikda belgilanadi.

Psixiatriya yordami ko'rsatishga ixtisoslashgan yuridik shaxslar tomonidan ko'rsatiladigan psixiatriya yordamining turlari ta'sis hujjatlarida yoki litsenziya talablari va shartlarida ko'rsatiladi.

21-modda. Tibbiyot xodimlarining hamda boshqa mutaxassislarning psixiatriya yordami ko'rsatish chog'idagi huquq va majburiyatlari

Ruhiy holatning buzilishi tashxisini qo'yish faqat shifokor-psixiatr tomonidan amalga oshiriladi.

G'ayriixtiyoriy tartibda psixiatriya yordami ko'rsatish zarurligi to'g'risida qaror qabul qilish yoxud bu masalani ko'rib chiqish uchun xulosa berish faqat shifokor-psixiatrlar komissiyasi tomonidan amalga oshiriladi.

Psixiatriya yordami ko'rsatishda ishtirok etayotgan tibbiyot xodimlarining va boshqa mutaxassislarning faoliyati kasbga oid odob-axloqqa asoslanadi hamda qonunga muvofiq amalga oshiriladi.

Boshqa ixtisoslikdagi shifokorning shaxsning ruhiy sog'lig'i holati to'g'risidagi xulosasi dastlabki xususiyatga ega bo'ladi hamda shaxsning huquqlarini va qonuniy manfaatlarini cheklash to'g'risidagi masalani hal qilish uchun, shuningdek ruhiy holati buzilgan shaxslar uchun qonunda nazarda tutilgan kafolatlarni unga berish uchun asos bo'lmaydi.

22-modda. Shifokor-psixiatrning psixiatriya yordami ko'rsatish chog'idagi mustaqilligi

Psixiatriya yordami ko'rsatish chog'ida shifokor-psixiatr o'z qarorlarini qabul qilishda mustaqil bo'lib, u faqat tibbiy ko'rsatuvlarga, shifokorlik burchiga va qonunga amal qiladi.

Shifokor-psixiatrlar komissiyasi qaroriga o'z fikri mos kelmagan shifokor-psixiatr o'zining xulosasini berishga haqli bo'lib, xulosa tibbiy hujjatlarga ilova qilinadi.

23-modda. Psixiatriya yordami ko'rsatishda ishtirok etuvchi tibbiyot xodimlariga va boshqa xodimlarga kafolatlar

Psixiatriya yordami ko'rsatishda ishtirok etuvchi tibbiyot xodimlari va boshqa xodimlar qonunchilikka muvofiq ish vaqtining qisqartirilgan davomiyligi, har yilgi qo'shimcha mehnat ta'tili olish, zararli va (yoki) xavfli mehnat sharoitlarida ishlaganlik uchun umumiy belgilangan yoshi kamaytirilgan holda pensiyaga chiqish huquqiga ega.

Psixiatriya yordami ko'rsatishda ishtirok etuvchi tibbiyot xodimlari va boshqa xodimlar ish vaqtining, har yilgi qo'shimcha mehnat ta'tilining

davomiyligi, umumiy belgilangan yosh kamaytirilgan holda pensiyaga chiqish tartibi, shuningdek ularning maxsus har oylik ustamasi miqdorlari O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan belgilanadi.

Psixiatriya yordami ko'rsatishda ishtirok etuvchi tibbiyot xodimlari va boshqa xodimlar ishlab chiqarishdagi baxtsiz hodisalardan hamda kasb kasalliklaridan qonunchilikda belgilangan tartibda davlat majburiy ijtimoiy sug'urtasi qilinishi lozim.

3-bob. Psixiatriya yordamining turlari va ularni ko'rsatish tartibi

24-modda. Psixiatriya tekshiruvidan o'tkazish

Psixiatriya tekshiruvidan o'tkazish tekshirilayotgan shaxsda ruhiy holati buzilishining mavjudligini, psixiatriya yordami ko'rsatishga bo'lgan zaruriyatni aniqlash, shuningdek bunday yordam turi haqidagi masalani hal qilish uchun amalga oshiriladi.

Psixiatriya tekshiruvi tekshirilayotgan shaxsning ma'lumotlarni bilgan holda tekshiruv o'tkazilishiga ixtiyoriy roziligi mavjud bo'lgan taqdirda amalga oshiriladi.

Voyaga yetmagan shaxsni psixiatriya tekshiruvidan o'tkazish ota-onasidan birining yoxud boshqa qonuniy vakilining ushbu tekshiruvni o'tkazishga ma'lumotlarni bilgan holda ixtiyoriy roziligi mavjud bo'lganda, sud tomonidan muomalaga layoqatsiz deb topilgan shaxsga nisbatan esa, bunday shaxs qonuniy vakilining ma'lumotlarni bilgan holda psixiatriya tekshiruvi o'tkazilishiga ixtiyoriy roziligi mavjud bo'lganda amalga oshiriladi.

Ota-onasidan biri rozi bo'lmagan yoxud ota-onasi yoki boshqa qonuniy vakili mavjud bo'lmagan taqdirda voyaga yetmagan shaxsni psixiatriya tekshiruvidan o'tkazish vasiylik va homiylik organining qaroriga binoan amalga oshiriladi, qaror ustidan sudga shikoyat qilinishi mumkin.

Sud tomonidan muomalaga layoqatsiz deb topilgan shaxsning qonuniy vakili vasiyligidagi shaxsni psixiatriya tekshiruvidan o'tkazish uchun ma'lumotlarni bilgan holda ixtiyoriy ravishda rozilik berganligi haqida vasiyligidagi shaxsning yashash joyidagi vasiylik va homiylik organini xabardor qiladi.

Psixiatriya tekshiruvini o'tkazuvchi shifokor-psixiatr tekshirilayotgan shaxsga va uning qonuniy vakiliga o'zini psixiatr sifatida tanishtirishi shart, bundan ushbu modda yettinchi qismining ikkinchi xatboshisida nazarda tutilgan hollar mustasno.

Mavjud ma'lumotlarga ko'ra, tekshirilayotgan shaxs unda og'ir ruhiy holatning quyidagilar bilan bog'liq buzilishi mavjud deb taxmin qilish uchun asos bo'ladigan harakatlarni sodir etgan hollarda, shaxsni psixiatriya tekshiruvidan o'tkazish ushbu shaxsning ma'lumotlarni bilgan

holdagi ixtiyoriy roziligisiz yoki qonuniy vakilning ma'lumotlarni bilgan holdagi ixtiyoriy roziligisiz amalga oshirilishi mumkin:

uning o'zi uchun yoki atrofdagilar uchun bevosita xavf solishi;

uning yordamga muhtojligi, ya'ni asosiy hayotiy ehtiyojlarini mustaqil ravishda qanoatlantirishga layoqatsizligi;

agar shaxs psixiatriya yordami ko'rsatilmasdan qoldirilgudek bo'lsa, ruhiy holati yomonlashuvi tufayli uning sog'lig'iga jiddiy zarar yetishi.

Agar tekshirilayotgan shaxs ushbu Qonun 28-moddasining birinchi qismida nazarda tutilgan asoslar bo'yicha dispanser kuzatuvda turgan bo'lsa, uni psixiatriya tekshiruvidan o'tkazish uning ma'lumotlarni bilgan holdagi ixtiyoriy roziligisiz yoki qonuniy vakilining ma'lumotlarni bilgan holdagi ixtiyoriy roziligisiz amalga oshirilishi mumkin.

Psixiatriya tekshiruvidan o'tkazishga oid ma'lumotlar va tekshirilayotgan shaxsning ruhiy sog'lig'i holati to'g'risidagi xulosa tibbiy hujjatlarda qayd etilib, ularda shifokor-psixiatrga murojaat qilish sabablari hamda tibbiy tavsiyalar ko'rsatiladi.

25-modda. Shaxsni o'zining roziligisiz yoki qonuniy vakilining roziligisiz psixiatriya tekshiruvidan o'tkazish tartibi

Ushbu Qonun 24-moddasining yettinchi qismi ikkinchi xatboshisida va sakkizinchi qismida nazarda tutilgan hollarda shaxsni psixiatriya tekshiruvidan o'tkazish to'g'risidagi qaror shifokor-psixiatr tomonidan ushbu shaxsning roziligisiz yoki qonuniy vakilining roziligisiz mustaqil ravishda, ushbu Qonunning 26-moddasida nazarda tutilgan tartibda qabul qilinadi.

Ushbu Qonun 24-moddasi yettinchi qismining uchinchi va to'rtinchi xatboshilarida nazarda tutilgan hollarda shaxsni o'zining roziligisiz yoki qonuniy vakilining roziligisiz psixiatriya tekshiruvidan o'tkazish to'g'risidagi qaror sud tomonidan chiqariladi.

26-modda. Shaxsni o'zining roziligisiz yoki qonuniy vakilining roziligisiz psixiatriya tekshiruvidan o'tkazish to'g'risida ariza berish va qaror qabul qilish tartibi

Shaxsni o'zining roziligisiz yoki qonuniy vakilining roziligisiz psixiatriya tekshiruvidan o'tkazish to'g'risidagi qaror shunday tekshiruv o'tkazish uchun ushbu Qonun 24-moddasining yettinchi qismida sanab

o'tilgan asoslar mavjudligi haqidagi ma'lumotlarni o'z ichiga olgan yozma arizaga binoan shifokor-psixiatr tomonidan qabul qilinadi, bundan ushbu Qonun 24-moddasining sakkizinchi qismida nazarda tutilgan hollar mustasno.

Yozma ariza psixiatriya tekshiruvidan o'tkazilishi lozim bo'lgan shaxsning qarindoshlari, har qanday tibbiy ixtisoslikdagi shifokor, mansabdor shaxslar va boshqa fuqarolar tomonidan berilishi mumkin.

Ushbu Qonun 24-moddasi yettinchi qismining ikkinchi xatboshisida nazarda tutilgan hollarda ariza og'zaki shaklda ham berilishi mumkin. Shaxsni psixiatriya tekshiruvidan o'tkazish to'g'risidagi qaror shifokor-psixiatr tomonidan darhol qabul qilinadi va tibbiy hujjatlarga yozib qo'yish orqali rasmiylashtiriladi.

Shaxs o'zi uchun yoki atrofida gilar uchun bevosita xavf tug'dirmagan taqdirda, psixiatriya tekshiruvi o'tkazish to'g'risidagi ariza yozma shaklda berilishi, shunday tekshiruv o'tkazish zarurligini asoslovchi batafsil ma'lumotlarni va shaxs yoki uning qonuniy vakili shifokor-psixiatrga murojaat etishni rad etganligiga doir ko'rsatmani o'z ichiga olgan bo'lishi kerak. Shifokor-psixiatr qaror qabul qilish uchun zarur bo'lgan qo'shimcha ma'lumotlarni so'rab olishga haqli. Arizada ushbu Qonun 24-moddasi yettinchi qismining uchinchi va to'rtinchi xatboshilarida nazarda tutilgan holatlar mavjudligi to'g'risida dalolat beruvchi ma'lumotlar mavjud emasligini aniqlab, shifokor-psixiatr psixiatriya tekshiruvi o'tkazishni yozma ravishda asoslantirilgan holda rad etadi.

Shaxsni o'zining roziligisiz yoki qonuniy vakilining roziligisiz psixiatriya tekshiruvidan o'tkazish to'g'risidagi ariza asosli bo'lganida shifokor-psixiatrning bunday tekshiruv o'tkazish zarurligi haqidagi yozma xulosasi, shuningdek shaxsni tekshiruvdan o'tkazish to'g'risidagi ariza va boshqa mavjud materiallar tegishli tibbiyot muassasasi tomonidan shaxsning yashash joyidagi sudga yuboriladi.

Sud psixiatriya tekshiruvi o'tkazish to'g'risidagi masalani barcha materiallar olingan paytdan e'tiboran qirq sakkiz soat ichida hal qiladi.

27-modda. Ambulatoriya sharoitlarida ko'rsatiladigan psixiatriya yordami

Ruhiy holati buzilgan shaxsga nisbatan tibbiy ko'rsatmalarga qarab ambulatoriya sharoitlarida profilaktika, tashxis qo'yish, davolash, tibbiy jihatdan rehabilitatsiya qilish va dispanser kuzatuvini amalga oshiriladi.

Ambulatoriya sharoitlaridagi psixiatriya yordami (bundan dispanser kuzatuvini mustasno) ruhiy holati buzilgan shaxs ushbu Qonunning 7-moddasiga muvofiq ixtiyoriy ravishda murojaat etganda ko'rsatiladi.

28-modda. Dispanser kuzatuvini

Dispanser kuzatuvini ruhiy holatning og'ir barqaror yoki tez-tez zo'rayib turuvchi kasallik belgilari bo'lgan surunkali va uzoq davom etadigan buzilishiga chalingan shaxsning roziligidan, shuningdek uning qonuniy vakilining roziligidan qat'i nazar, o'rnatilishi mumkin.

Dispanser kuzatuvini o'rnatish zarurligi haqidagi va uni tugatish to'g'risidagi qaror shifokor-psixiatrlar komissiyasi tomonidan qabul qilinadi.

Agar davolash-profilaktika muassasasi xizmat ko'rsatadigan hududda psixiatriya yordami bitta shifokor-psixiatr tomonidan ko'rsatilsa, dispanser kuzatuvini o'rnatish zarurligi to'g'risidagi qarorni u mustaqil ravishda uch oydan oshmagan muddatga qabul qiladi. Bu holda dispanser kuzatuvini o'rnatish zarurligi to'g'risidagi va uni tugatish haqidagi masala shifokor-psixiatrlar komissiyasi tomonidan uch oy ichida ko'rib chiqilishi kerak.

Shifokor-psixiatrlar komissiyasining asoslantirilgan qarori tibbiy hujjatlarga yozib qo'yish orqali va Dispanser kuzatuvida turgan ruhiy holati buzilgan shaxslarning yagona elektron reyestriga tegishli axborot kiritilgan holda rasmiylashtiriladi.

Dispanser kuzatuvini shaxs sog'ayib ketganda yoki uning ruhiy holati sezilarli va turg'un yaxshilanganda tugatiladi. Dispanser kuzatuvini tugatilganidan keyin ambulatoriya sharoitlaridagi psixiatriya yordami ushbu Qonunning 7-moddasida nazarda tutilgan asoslar bo'yicha va tartibda mazkur shaxsning iltimosiga ko'ra yoki roziligi bilan yoxud uning qonuniy vakilining iltimosiga ko'ra yoki roziligi bilan ko'rsatiladi.

Ruhiy holati buzilgan shaxsning ruhiy holati o'zgargan taqdirda, u ushbu Qonunning 24 va 25-moddalarida nazarda tutilgan asoslar bo'yicha

hamda tartibda o'zining roziligisiz yoki qonuniy vakilining roziligisiz tekshiruvdan o'tkazilishi mumkin. Bunday hollarda dispanser kuzatuv shifokor-psixiatrlar komissiyasining qaroriga binoan qaytadan o'rnatilishi mumkin.

29-modda. Dispanser kuzatuvda turgan ruhiy holati buzilgan shaxslarning yagona elektron reyestri

Dispanser kuzatuvda turgan ruhiy holati buzilgan shaxslarning yagona elektron reyestri (bundan buyon matnda Yagona reyestr deb yuritiladi) O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan yuritiladi.

Yagona reyestr ruhiy holati buzilgan shaxslar haqidagi quyidagi majburiy axborotni o'z ichiga oladi:

pasport ma'lumotlari (identifikatsiyalovchi ID-karta ma'lumotlari);

dispanser kuzatuv o'rnatilgan va tugatilgan sanalar;

psixiatriya muassasalarida bo'lish muddatlari;

berilgan dori vositalari, ko'rsatilgan ijtimoiy xizmatlar va taqdim etilgan imtiyozlar to'g'risidagi ma'lumotlar.

Yagona reyestr ruhiy holati buzilgan shaxslar haqidagi boshqa axborotni ham o'z ichiga olishi mumkin.

Yagona reyestrni yaratish, unga texnik xizmat ko'rsatish va muntazam ravishda yangilash bilan bog'liq xarajatlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining budjetdan tashqari manbalari hamda qonunchilikda taqiqlanmagan boshqa manbalar hisobidan qoplanadi.

Yagona reyestrda foydalanishga mazkur reyestrda axborotning maxfiyligi ta'minlangan holda, faqat O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan belgilanadigan shaxslarga ruxsat etiladi.

30-modda. Psixiatriya statsionariga yotqizish uchun asoslar

Psixiatriya statsionariga yotqizish uchun shaxsda ruhiy holatning buzilishi mavjudligi va shifokor-psixiatrning statsionar sharoitlarida tekshiruvdan o'tkazish yoki davolash to'g'risidagi qarori yoxud sudning qarori asos bo'ladi.

Qonunchilikda belgilangan hollarda va tartibda psixiatriya ekspertizasini o'tkazish zarurati ham psixiatriya statsionariga yotqizish uchun asos bo'lishi mumkin.

Shaxsni psixiatriya statsionariga yotqizish ixtiyoriy ravishda uning iltimosiga binoan yoki roziligi bilan amalga oshiriladi, bundan ushbu Qonunning 31-moddasida nazarda tutilgan hollar mustasno.

Voyaga yetmagan shaxsni psixiatriya statsionariga yotqizish uning ota-onasining yoki boshqa qonuniy vakilining iltimosiga binoan yoki roziligi bilan amalga oshiriladi. Ota-onasidan biri rozi bo'lmagan taqdirda yoxud ota-onasi yoki boshqa qonuniy vakili mavjud bo'lmaganda, voyaga yetmagan shaxsni psixiatriya statsionariga yotqizish vasiylik va homiylik organining qaroriga binoan amalga oshiriladi, bu qaror ustidan sudga shikoyat qilinishi mumkin.

Sud tomonidan muomalaga layoqatsiz deb topilgan shaxs uning qonuniy vakilining iltimosiga binoan yoki roziligi bilan psixiatriya statsionariga yotqiziladi.

Statsionarga yotqizishga rozilik tibbiy hujjatlarga yozib qo'yish orqali va ruhiy holati buzilgan shaxsning yoki uning qonuniy vakilining, shuningdek shifokor-psixiatrning imzosi bilan rasmiylashtiriladi.

31-modda. Psixiatriya statsionariga g'ayriixtiyoriy tartibda yotqizish uchun asoslar

Shaxsni g'ayriixtiyoriy tartibda psixiatriya statsionariga yotqizish sudning qaroriga ko'ra O'zbekiston Respublikasi Fuqarolik protsessual kodeksida belgilangan tartibda amalga oshiriladi.

Agar ruhiy holati buzilgan shaxsni faqat statsionar sharoitlarida tekshiruvdan o'tkazish yoki davolash mumkin bo'lsa, ruhiy holatning buzilishi esa og'ir hamda quyidagilar bilan bog'liq bo'lsa, bu shaxs o'zining roziligisiz yoki qonuniy vakilining roziligisiz sud qarori chiqarilmasidanoq psixiatriya statsionariga yotqizilishi mumkin:

uning o'zi uchun yoki atrofida qo'riqlanish uchun bevosita xavf solish ehtimoli;

uning yordamga muhtojligi, ya'ni asosiy hayotiy ehtiyojlarni mustaqil ravishda qanoatlantirishga layoqatsizligi;

agar shaxs psixiatriya yordami ko'rsatilmasdan qoldirilgudek bo'lsa, ruhiy holati yomonlashuvi tufayli uning sog'lig'iga jiddiy zarar yetishi.

32-modda. Psixiatriya yordami ko'rsatish chog'ida xavfsizlikni ta'minlash choralari

Statsionar sharoitlardagi psixiatriya yordami statsionarga yotqizilgan shaxsning va boshqa shaxslarning xavfsizligini ta'minlaydigan sharoitlarda, tibbiyot xodimlari tomonidan uning huquqlari hamda qonuniy manfaatlariga rioya etilgan holda amalga oshiriladi.

Psixiatriya statsionariga g'ayriixtiyoriy ravishda yotqizilganda va bu erda bo'lganda jismoniy siquvga olish va ajratib qo'yish choralari faqat shifokor-psixiatrning xulosasiga ko'ra, shaxsning o'zi uchun yoki boshqa shaxslar uchun bevosita xavf tug'diruvchi harakatlarini boshqa usullar bilan bartaraf etish mumkin bo'lmagan hollarda va davrda qo'llaniladi hamda tibbiyot xodimlarining doimiy nazorati ostida amalga oshiriladi. Jismoniy siquvga olish yoki ajratib qo'yish choralari qo'llash shakllari va vaqti haqida tibbiy hujjatlarga yozib qo'yiladi.

Ichki ishlar organlarining xodimlari statsionarga g'ayriixtiyoriy ravishda yotqizishni amalga oshirish chog'ida tibbiyot xodimlariga yordam ko'rsatishi hamda statsionarga yotqizilayotgan shaxs bilan muloqotda bo'lish va uni ko'zdan kechirish uchun xavfsiz sharoitlarni ta'minlashi shart.

Statsionarga yotqizilayotgan shaxsning atrofdagilar hayoti va sog'lig'iga xavf soluvchi harakatlarini bartaraf etish zarur bo'lgan hollarda, shuningdek statsionarga yotqizilishi lozim bo'lgan shaxsni qidirish hamda ushlab zarurati bo'lganda ichki ishlar organlarining xodimlari qonunchilikda belgilangan tartibda harakat qiladi.

33-modda. O'z qonuniy vakillarining iltimosiga binoan yoki roziligi bilan psixiatriya statsionariga yotqizilgan voyaga yetmagan shaxslarni va sud tomonidan muomalaga layoqatsiz deb topilgan shaxslarni tekshiruvdan o'tkazish

O'z qonuniy vakillarining iltimosiga binoan yoki roziligi bilan psixiatriya statsionariga yotqizilgan voyaga yetmagan shaxs va sud tomonidan muomalaga layoqatsiz deb topilgan shaxs ushbu Qonun 34-moddasining birinchi qismida nazarda tutilgan tartibda shifokor-psixiatrlar komissiyasi tomonidan majburiy tekshiruvdan o'tkazilishi lozim. Dastlabki olti oy ichida bu shaxslar statsionarda yotishni

uzaytirish to'g'risidagi masalani hal qilish uchun shifokor-psixiatrlar komissiyasi tomonidan har oyda kamida bir marta tekshiruvdan o'tkazilishi lozim.

Statsionarda yotish olti oydan ortiq uzaytirilgan taqdirda, ruhiy holati buzilgan shaxsni tekshiruvdan o'tkazish shifokor-psixiatrlar komissiyasi tomonidan olti oyda kamida bir marta amalga oshiriladi.

Shifokor-psixiatrlar komissiyasi yoki psixiatriya statsionari ma'muriyati voyaga yetmagan shaxsni yoki sud tomonidan muomalaga layoqatsiz deb topilgan shaxsni statsionarga yotqizishda yo'l qo'yilgan suiiste'molliklarni aniqlagan taqdirda, psixiatriya statsionari ma'muriyati bu haqda vasiylikdagi shaxsning turar joyidagi vasiylik va homiylik organini xabardor qiladi.

34-modda. Psixiatriya statsionariga g'ayriixtiyoriy tartibda yotqizilgan shaxslarni tekshiruvdan o'tkazish

Ushbu Qonunning 31-moddasida nazarda tutilgan asoslar bo'yicha psixiatriya statsionariga yotqizilgan ruhiy holati buzilgan shaxs shifokor-psixiatrlar komissiyasi tomonidan qirq sakkiz soatdan oshmagan muddatda majburiy tekshiruvdan o'tkazilishi lozim, komissiya statsionarga yotqizilganlikning asoslanganligi to'g'risida qaror qabul qiladi. Statsionarga yotqizish asossiz deb topilgan va statsionarga yotqizilgan shaxs psixiatriya statsionarida qolish istagini bildirmagan hollarda, u darhol statsionardan chiqarilishi lozim.

Agar ruhiy holati buzilgan shaxsni statsionarga yotqizish asosli deb topilsa, shaxsning u erda bundan buyon bo'lishi to'g'risidagi masalani hal qilish uchun shifokor-psixiatrlar komissiyasining xulosasi yigirma to'rt soat ichida psixiatriya statsionari joylashgan erdagi sudga yuboriladi.

Ruhiy holati buzilgan shaxsni psixiatriya statsionariga g'ayriixtiyoriy tartibda yotqizish to'g'risidagi ariza sudga shaxs yotgan psixiatriya statsionari tomonidan beriladi.

35-modda. Ruhii holati buzilgan shaxsni psixiatriya stasionariga g'ayriixtiyoriy tartibda yotqizish to'g'risidagi ariza yuzasidan sudning qarori

Sud ruhiy holati buzilgan shaxsni psixiatriya stasionariga g'ayriixtiyoriy tartibda yotqizish to'g'risidagi arizani mazmunan ko'rib chiqib, uni qanoatlantiradi yoki rad etadi.

O'ziga nisbatan qaror chiqarilgan shaxs, uning qonuniy vakili, psixiatriya stasionari rahbari sudning qarori ustidan shikoyat qilishi yoki prokuror protest keltirishi mumkin.

36-modda. Ruhii holati buzilgan shaxsning g'ayriixtiyoriy tartibda stasionarda yotishini uzaytirish

Ruhiy holati buzilgan shaxsning psixiatriya stasionarida g'ayriixtiyoriy tartibda bo'lishi faqat stasionarga yotqizish amalga oshirilgan asoslar saqlanib turgan vaqt mobaynidagina davom etadi.

Psixiatriya stasionariga g'ayriixtiyoriy tartibda yotqizilgan shaxs shifokor-psixiatrlar komissiyasi tomonidan stasionarda yotishni uzaytirish to'g'risidagi masalani hal qilish uchun dastlabki olti oy mobaynida har oyda kamida bir marta tekshiruvdan o'tkazilishi lozim.

Ruhiy holati buzilgan shaxs psixiatriya stasionariga g'ayriixtiyoriy tartibda yotqizilgan paytdan e'tiboran olti oy o'tgach shifokor-psixiatrlar komissiyasining stasionarda bunday yotishni uzaytirish zarurligi to'g'risidagi xulosasi psixiatriya stasionari ma'muriyati tomonidan psixiatriya stasionari joylashgan erdagi sudga yuboriladi. Sud stasionarda yotishni ushbu Qonunning 34 va 35-moddalarida nazarda tutilgan tartibda uzaytirishi mumkin.

Ruhiy holati buzilgan shaxsning psixiatriya stasionarida yotishi olti oydan ortiq muddatga uzaytirilganda shifokor-psixiatrlar komissiyasi tomonidan mazkur shaxsni tekshiruvdan o'tkazish olti oyda kamida bir marta amalga oshiriladi.

37-modda. Psixiatriya statsionarlarida turgan ruhiy holati buzilgan shaxslarning huquqlari

Ruhiy holati buzilgan shaxsga uni psixiatriya statsionariga yotqizish asoslari va maqsadlari, uning huquqlari hamda statsionarda o'rnatilgan qoidalar tushuntirilishi kerak, bu haqda tibbiy hujjatlarga yozib qo'yiladi.

Psixiatriya statsionarida davolanayotgan yoki tekshiruvdan o'tayotgan ruhiy holati buzilgan shaxslar:

tekshiruvdan o'tkazish, davolash, psixiatriya statsionaridan chiqarish va ushbu Qonun bilan berilgan huquqlarga rioya etish masalalari yuzasidan bevosita bosh shifokorga yoki bo'lim mudiriga murojaat etishga;

davlat hokimiyati va boshqaruvi organlariga arizalar, takliflar va shikoyatlar berishga;

advokat va din peshvosi bilan yolg'iz uchrashishga;

tibbiy qarshi ko'rsatmalar bo'lmaganda diniy rasm-rusumlarni bajarishga;

gazetalar va jurnallarga obuna bo'lishga;

agar ruhiy holati buzilgan shaxs o'n sakkiz yoshga to'lmagan bo'lsa, umumiy o'rta va o'rta maxsus ta'lim tashkilotlarining dasturi bo'yicha ta'lim olishga;

agar ruhiy holati buzilgan shaxs foydali mehnatda ishtirok etayotgan bo'lsa, mehnati uchun uning miqdori va sifatiga muvofiq boshqa fuqarolar bilan teng ravishda haq olishga;

yo'zishmalar olib borishga, posilkalar, banderollar va pul jo'natmalari olish va jo'natishga, telefonda foydalanishga, keluvchilarni qabul qilishga, eng zarur narsalarga ega bo'lish va ularni sotib olishga, o'z kiyim-kechagidan foydalanishga haqli. Bu huquqlar ruhiy holati buzilgan shaxsning va boshqa shaxslarning sog'lig'i yoki xavfsizligi manfaatlarini ko'zlab shifokor-psixiatorning tavsiyasiga ko'ra cheklanishi mumkin.

Gazetalar va jurnallarga yakka tartibda obuna bo'lish, telefonda so'zlashuvlar hamda boshqa pulli xizmatlar ruhiy holati buzilgan shaxslarning mablag'lari hisobidan amalga oshiriladi.

Psixiatriya statsionarida davolanayotgan yoki tekshiruvdan o'tayotgan ruhiy holati buzilgan shaxslar qonunchilikka muvofiq boshqa huquqlarga ham ega bo'lishi mumkin.

38-modda. Psixiatriya statsionari ma'muriyatining va tibbiyot xodimlarining majburiyatlari

Psixiatriya statsionarining ma'muriyati va tibbiyot xodimlari ruhiy holati buzilgan shaxslarning hamda ularning qonuniy vakillarining ushbu Qonunda nazarda tutilgan huquqlarini va qonuniy manfaatlarini amalga oshirish uchun shart-sharoitlar yaratishi, shu jumladan:

psixiatriya statsionariga davolanish yoki tekshiruvdan o'tish uchun yotqizilgan shaxslarni zarur tibbiy yordam bilan ta'minlashi;

ushbu Qonunning matni, mazkur psixiatriya statsionarining ichki tartib-qoidalari bilan, ruhiy holati buzilgan shaxslarning huquqlari va qonuniy manfaatlari buzilgan taqdirda murojaat etish mumkin bo'lgan davlat organlari hamda boshqa organlar, muassasalar, tashkilotlar va mansabdor shaxslarning manzillari hamda telefon raqamlari bilan tanishish imkoniyatini berishi;

ruhiy holati buzilgan shaxslarning yozishmalari, davlat hokimiyati va boshqaruvi organlariga arizalar, takliflar va shikoyatlar yo'llashi uchun shart-sharoitlar yaratishi;

ruhiy holati buzilgan shaxs psixiatriya statsionariga g'ayriixtiyoriy tartibda yotqizilgan paytdan e'tiboran yigirma to'rt soat ichida uning qonuniy vakilini, qarindoshlarini yoki uning ko'rsatmasiga ko'ra boshqa shaxsni xabardor qilish choralarini ko'rishi;

ruhiy holati buzilgan shaxsning sog'lig'i holatidagi o'zgarishlar va u bilan bog'liq favqulodda hodisalar haqida uning qonuniy vakilini yoki qarindoshlarini, shuningdek uning ko'rsatmasiga ko'ra boshqa shaxsni xabardor qilishi;

psixiatriya statsionarida turgan ruhiy holati buzilgan shaxslarning xavfsizligini ta'minlashi, posilkalar va olib kelingan narsalar tarkibini nazorat qilishi;

sud tomonidan muomalaga layoqatsiz deb topilgan, ammo qonuniy vakilga ega bo'lmagan ruhiy holati buzilgan shaxslarning qonuniy vakili vazifasini bajarishi shart.

Psixiatriya statsionari ma'muriyatining va tibbiyot xodimlarining zimmasida qonunchilikka muvofiq boshqa majburiyatlar ham bo'lishi mumkin.

39-modda. Ruhii holati buzilgan shaxsni psixiatriya statsionaridan chiqarish

Ruhii holati buzilgan shaxsni psixiatriya statsionaridan chiqarish u sog'ayib ketgan yoki uning ruhii holati yaxshilanib, bundan buyon statsionarda davolanishi talab etilmaydigan, shuningdek psixiatriya statsionariga yotqizish uchun asos bo'lgan tekshiruvdan o'tish yoki psixiatriya ekspertizasi nihoyasiga yetkazilgan taqdirda amalga oshiriladi.

Psixiatriya statsionariga davolanish uchun ixtiyoriy ravishda yotqizilgan ruhii holati buzilgan shaxsni chiqarish uning arizasiga, qonuniy vakilining arizasiga yoki davolovchi shifokor-psixiatrning qaroriga binoan amalga oshiriladi.

Psixiatriya statsionariga g'ayriixtiyoriy tartibda yotqizilgan ruhii holati buzilgan shaxsni chiqarish shifokor-psixiatrlar komissiyasining xulosasiga yoki sudning statsionarda yotishni uzaytirishni rad etish to'g'risidagi qaroriga binoan amalga oshiriladi.

Sudning qaroriga binoan o'ziga nisbatan tibbiy yo'sindagi majburlov choralari qo'llanilgan ruhii holati buzilgan shaxsni chiqarish faqat sudning qaroriga ko'ra amalga oshiriladi.

Psixiatriya statsionariga ixtiyoriy ravishda yotqizilgan ruhii holati buzilgan shaxsni chiqarish, agar g'ayriixtiyoriy tartibda yotqizish uchun ushbu Qonunning 31-moddasida nazarda tutilgan asoslar shifokor-psixiatrlar komissiyasi tomonidan aniqlanadigan bo'lsa, rad etilishi mumkin. Bunday holda psixiatriya statsionarida bo'lish, yotishni uzaytirish va statsionardan chiqarish masalalari ushbu Qonunning 34 — 36-moddalarida, shuningdek ushbu moddaning uchinchi qismida belgilangan tartibda hal etiladi.

40-modda. Ruhii holati buzilgan shaxslar uchun mo'ljallangan tibbiy-ijtimoiy muassasalarga joylashtirish asoslari va tartibi

Ruhii holati buzilgan shaxslar uchun mo'ljallangan tibbiy-ijtimoiy muassasalarga shaxslarni joylashtirish uchun ruhii holati buzilgan shaxsning arizasi, shifokor-psixiatr ishtirokidagi tibbiy komissiyaning xulosasi, voyaga yetmagan shaxs yoki sud tomonidan muomalaga layoqatsiz deb topilgan shaxs uchun esa vasiylik va homiylik organining mazkur tibbiy komissiyaning xulosasiga asosan qabul qilingan qarori asos bo'ladi.

Tibbiy komissiyaning xulosasi shaxsda ruhiy holatning uni ixtisoslashtirilmagan tibbiy-ijtimoiy muassasada turish imkoniyatidan mahrum etadigan tarzda buzilishi mavjudligi haqidagi, muomalaga layoqatli shaxsga nisbatan esa uni muomalaga layoqatsiz deb topish to'g'risidagi masalani sud oldiga qo'yish uchun asoslar mavjud emasligi haqidagi ma'lumotlarni ham o'z ichiga olishi kerak.

Vasiylik va homiylik organi ruhiy holati buzilgan shaxslar uchun mo'ljallangan tibbiy-ijtimoiy muassasalarga joylashtirilgan shaxslarning mulkiy manfaatlarini himoya qilish choralarini ko'rishi shart.

41-modda. Voyaga yetmagan shaxsni ruhiy holati buzilgan shaxslar uchun mo'ljallangan davlat ixtisoslashtirilgan ta'lim muassasalariga hamda tibbiy-ijtimoiy muassasalarga joylashtirish asoslari va tartibi

Voyaga yetmagan, ruhiy holati buzilgan shaxsni ruhiy holati buzilgan shaxslar uchun mo'ljallangan davlat ixtisoslashtirilgan ta'lim muassasalariga va tibbiy-ijtimoiy muassasalarga joylashtirish uchun uning ota-onasining yoki boshqa qonuniy vakilining arizasi hamda tibbiy-psixologik-pedagogik komissiyaning majburiy xulosasi asos bo'ladi.

Tibbiy-psixologik-pedagogik komissiyaning xulosasi voyaga yetmagan shaxsning davlat ixtisoslashtirilgan ta'lim muassasalarida moslashtirilgan ta'lim dasturini o'zlashtirishi mumkinligi va (yoki) zarurligi haqidagi ma'lumotlarni o'z ichiga olishi kerak.

42-modda. Ruhiy holati buzilgan shaxslar uchun mo'ljallangan davlat ixtisoslashtirilgan ta'lim muassasalarida yoki tibbiy-ijtimoiy muassasalarda turgan shaxslarning huquqlari hamda mazkur muassasalar ma'muriyatining va xodimlarining majburiyatlari

Ruhiy holati buzilgan shaxslar uchun mo'ljallangan davlat ixtisoslashtirilgan ta'lim muassasalarida yoki tibbiy-ijtimoiy muassasalarda turgan shaxslar ushbu Qonunning 37-moddasida nazarda tutilgan huquqlardan foydalanadi.

Ruhiy holati buzilgan shaxslar uchun mo'ljallangan davlat ixtisoslashtirilgan ta'lim muassasalari yoki tibbiy-ijtimoiy muassasalar ma'muriyati va xodimlarining ushbu muassasalarda turgan shaxslarning huquqlarini ro'yobga chiqarish uchun shart-sharoitlar yaratishga doir

majburiyatlari ushbu Qonunning 38-moddasida, shuningdek boshqa qonunchilikda belgilanadi.

Ruhiy holati buzilgan shaxslar uchun mo'ljallangan davlat ixtisoslashtirilgan ta'lim muassasalari yoki tibbiy-ijtimoiy muassasalar ushbu muassasalarda turgan shaxslarni bir yilda kamida bir marta tibbiy tekshiruvdan o'tkazishi shart. Tibbiy tekshiruv ushbu shaxslarning mazkur muassasalarda bundan buyon turishi to'g'risidagi, shuningdek ularning muomalaga layoqatsizligi haqidagi qarorlarni qayta ko'rib chiqish mumkinligi to'g'risidagi masalani hal etish maqsadida shifokor-psixiatr ishtirokidagi tibbiy komissiya tomonidan o'tkaziladi.

43-modda. Ruhiiy holati buzilgan shaxslarni ko'chirish va chiqarish asoslari

Ruhiy holati buzilgan shaxsni ruhiy holati buzilgan shaxslar uchun mo'ljallangan davlat ixtisoslashtirilgan ta'lim muassasasidan yoki tibbiy-ijtimoiy muassasadan umumiy turdagi xuddi shunday muassasaga ko'chirish uchun shifokor-psixiatr ishtirokidagi tibbiy komissiyaning mazkur shaxsda ushbu muassasada turish uchun tibbiy ko'rsatmalar mavjud emasligi haqidagi xulosasi asos bo'ladi.

Ruhiy holati buzilgan shaxsni ruhiy holati buzilgan shaxslar uchun mo'ljallangan davlat ixtisoslashtirilgan ta'lim muassasasidan yoki tibbiy-ijtimoiy muassasadan chiqarish:

shifokor-psixiatr ishtirokidagi tibbiy komissiyaning ruhiy holati buzilgan shaxs sog'lig'ining holatiga ko'ra mustaqil ravishda yashashga layoqatli ekanligi to'g'risidagi xulosasi mavjud bo'lgan taqdirda, ushbu shaxsning arizasiga binoan;

chiqarilayotgan voyaga yetmagan shaxsni parvarish qilish majburiyatini olayotgan uning ota-onasidan birining yoki boshqa qonuniy vakilining arizasiga binoan;

sud tomonidan muomalaga layoqatsiz deb topilgan shaxs qonuniy vakilining arizasi bo'yicha, basharti uning qonuniy vakili o'z vasiyligidagi shaxsni shaxsan parvarish qilish va (yoki) parvarish qilishni ta'minlash majburiyatini o'z zimmasiga olayotgan bo'lsa, amalga oshiriladi.

4-bob. Yakunlovchi qoidalar

44-modda. Nizolarni hal etish

Psixiatriya yordami ko'rsatish sohasidagi nizolar qonunchilikda belgilangan tartibda hal etiladi.

45-modda. Psixiatriya yordami to'g'risidagi qonunchilikni buzganlik uchun javobgarlik

Psixiatriya yordami to'g'risidagi qonunchilikni buzganlikda aybdor shaxslar belgilangan tartibda javobgar bo'ladi.

46-modda. O'zbekiston Respublikasining ayrim qonun hujjatlarini o'z kuchini yo'qotgan deb topish

Quyidagilar o'z kuchini yo'qotgan deb topilsin:

1) O'zbekiston Respublikasining 2000-yil 31-avgustda qabul qilingan "Psixiatriya yordami to'g'risida"gi 123-II-sonli Qonuni (O'zbekiston Respublikasi Oliy Majlisining Axborotnomasi, 2000-yil, № 7-8, 215-modda);

2) O'zbekiston Respublikasi Oliy Majlisining 2000-yil 31-avgustda qabul qilingan "Psixiatriya yordami to'g'risida"gi O'zbekiston Respublikasi Qonunini amalga kiritish haqida"gi 124-II-sonli Qarori (O'zbekiston Respublikasi Oliy Majlisining Axborotnomasi, 2000-yil, № 7-8, 216-modda);

3) O'zbekiston Respublikasining 2011-yil 21-dekabrda qabul qilingan "O'zbekiston Respublikasining ayrim qonun hujjatlariga o'zgartish va qo'shimchalar kiritish to'g'risida"gi O'RQ-311-sonli Qonunining (O'zbekiston Respublikasi Oliy Majlisi palatalarining Axborotnomasi, 2011-yil, № 12/2, 363-modda) 7-moddasi;

4) O'zbekiston Respublikasining 2019-yil 29-avgustda qabul qilingan "O'zbekiston Respublikasining ayrim qonun hujjatlariga jamoatchilik nazoratini kuchaytirishga qaratilgan o'zgartish va qo'shimchalar kiritish to'g'risida"gi O'RQ-559-sonli Qonunining (O'zbekiston Respublikasi Oliy Majlisi palatalarining Axborotnomasi, 2019-yil, № 8, 470-modda) 7-moddasi;

5) O'zbekiston Respublikasining 2019-yil 12-sentabrda qabul qilingan "Psixiatriya yordami ko'rsatish tizimi takomillashtirilishi munosabati bilan O'zbekiston Respublikasining ayrim qonun hujjatlariga o'zgartish va qo'shimchalar kiritish to'g'risida"gi O'RQ-567-sonli

Qonunining (O'zbekiston Respublikasi Oliy Majlisi palatalarining Axborotnomasi, 2019-yil, № 9, 592-modda) 8-moddasi.

47-modda. Ushbu Qonunning ijrosini, yetkazilishini, mohiyati va ahamiyati tushuntirilishini ta'minlash

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi va manfaatdor tashkilotlar ushbu Qonunning ijrosini, ijrochilarga yetkazilishini hamda mohiyati va ahamiyati aholi o'rtasida tushuntirilishini ta'minlasin.

48-modda. Qonunchilikni ushbu Qonunga muvofiqlashtirish

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi:

hukumat qarorlarini ushbu Qonunga muvofiqlashtirsin;

davlat boshqaruvi organlari ushbu Qonunga zid bo'lgan o'z normativ-huquqiy hujjatlarini qayta ko'rib chiqishlari va bekor qilishlarini ta'minlasin.

49-modda. Ushbu Qonunning kuchga kirishi

Ushbu Qonun rasmiy e'lon qilingan kundan e'tiboran uch oy o'tgach kuchga kiradi.

O'zbekiston Respublikasining Prezidenti Sh. MIRZIYOYEV

Toshkent sh.,

2021-yil 12-may,

O'RQ-690-son

ADABIYOTLAR

Asosiy adabiyotlar

1. Abdullaeva V.K., Sharipova F.K., Babaraximova S.B., Iskandarova J.M. Xususiy psixiatriya. O'quv qo'llanma. – Toshkent. Navro'z. 2015 y.
2. Xodjaeva N.I., Shoyusupova A.U. Psixiatriya: tibbiyot institutlari talabalari uchun. Darslik. – Toshkent. Mehridaryo. 2011 y.
3. Аграновский М.Л. Общая психология и психопатология. Учебное пособие. – Андижан. ОАО ANDIJON NASHRIYOTI. 2010 й.

Qo'shimcha adabiyotlar

4. Иванец, Н. Н. Психиатрия и медицинская психология: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с/
5. Лукацкий, М. А. Психология: учебник / М. А. Лукацкий, М. Е. Остренкова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 664 с.
6. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. - Психиатрия. Национальное руководство. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
7. Иванец, Н. Н. Наркология. Национальное руководство. Под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 704 с.
8. Иванец, Н.Н.; Тюльпин, Ю.Г.; Чирко, В.В. и др. Психиатрия и наркология
Издательство: М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 832 с.
9. Психиатрия и наркология: учебник / Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г, Чирко В.В., Кинкулькина М.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
10. Velilyaeva Alie Sabrievna [va boshq.]. Psixiatriya asoslari, o'quv qo'llanma. Samarkand, TIBBIYOT KO'ZGUSI, 2021. – 132 b.
11. Velilyaeva Alie Sabrievna [va boshq.]. Narkologiya asoslari, o'quv qo'llanma. Samarkand, TIBBIYOT KO'ZGUSI, 2021. – 110 b.
12. Velilyaeva Alie Sabrievna [va boshq.]. Suisidologiya asoslari, o'quv qo'llanma. Samarkand, TIBBIYOT KO'ZGUSI, 2021. – 128 b.
13. O'ZBEKISTON RESPUBLIKASINING PSIXIATRIYA YORDAMI TO'G'RISIDAGI QONUN <https://lex.uz/docs/-5422209>

Internet saytlari:

1. [www. ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz);
2. [www. lex.uz](http://www.lex.uz);
3. [www. bilim.uz](http://www.bilim.uz).
4. [www. s-psy.ru](http://www.s-psy.ru)
5. [www. psychiatry.ru](http://www.psychiatry.ru),
6. [www. medlibrary. ru](http://www.medlibrary.ru)
7. [www. medline. ru](http://www.medline.ru)

[OKOZ:

1. 14. 00.00.00 Sog'liqni saqlash. Jismoniy tarbiya. Sport. Turizm / 14.01.00.00 Sog'liqni saqlash / 14.01.03.00 Aholiga davolash-profilaktika yordami ko'rsatish / 14.01.03.04 Psixiatriya yordami va uni ko'rsatishda fuqarolarning huquqlari] [TSZ:

1. Ijtimoiy-madaniy masalalar / Sog'liqni saqlash. Sanitariyaga oid qonun hujjatlari]

Velilyayeva A.S, Xayatov R.B, Alkarov R.B.

PSIXIATRIYA VA NARKOLOGIYA
(umumiy psixopatologiya)

O'quv qo'llanma

Guvohnoma raqami: G/000213-2023

Nashriyot litsenziya raqami: 143413

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

Bosishga 27.12.2023 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 5

Bichimi 60x84^{1/16} “Times New Roman” garniturasida. 8,6 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 274/2024

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com

