

UO'K 60.011.665.6/7(075.8)
BBK 33.36

KIRISH

Shadmanova L.Sh. // "Involyusion psixozlar" O'quv qo'llanma // «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» MCHJ Toshkent – 2022, 109 – bet.

Tuzuvchilar: Shadmanova L.Sh. – TTA psixiatriya va narkologiya kafedrası t.f.n., dotsent..

Tuzuvchilar: Sultanov Sh.X. – TDSI № 3 – terapevtik yo'nalishlar kafedrası mudiri, t.f.d..

Xodjaeva N.I. – TTA psixiatriya va narkologiya kafedrası professori, t.f.d.

O'quv qo'llanmaning asosiy maqsadi tibbiyot institutlari involyusion ruhiy kasalliklar simptomatologiyasini, klinik turlari va kechishini, ularni davolash usullarini o'rgatishdan iborat. O'quv qo'llanmadan bakalavr talabalar, magistrantlar, klinik ordinatorlar va yosh psixiatr-narkolog shifokorlar o'z amaliy faoliyatlarida foydalanishlari mumkin.



ISBN 978-9943-8564-3-1

© Shadmanova L.Sh.

© «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» MCHJ. 2022

Psixiatriya insonning ruhiy faoliyatidagi o'zgarishlarni, ularni oldini olish va davolash masalalarini o'rganadi. «Psixiatriya» atamasi, aslida, grekcha «psixе» – ruh va «iatre» – «davolayman» so'zlaridan tuzilgan bo'lib, tana va ruhni alohida davolash va o'rganish mumkin deb hisoblangan davrlardan buen qo'llaniladi.

Ruhiy kasalliklar boshqa xastaliklar singari, insoniyat paydo bo'lganidan buen mavjud. Psixiatriya fan sifatida XVIII asr ohirlarida, psixiatriya bo'yicha dastlabki ilmiy ishlar paydo bo'lgan va ruhiy kasalliklar bosh miya kasalliklari sifatida qarala boshlagan vaqtdan rivojlana boshladi. Psixiatriyaning fan sifatida rivojlanishiga F. Pinel, J Eskiro, E. Bleyler, E. Krepelin, A. Mayer, I.P. Pavlov, I.M. Sechenov, I. M. Balinskiy, I. P. Merjevskiy, V.M. Bexterev, S. S. Korsakov, V.X. Kandinskiy, V. P. Serbskiy, P. V. Gannushkin, I. V. Kaunenko, shuningdek vatanimizning Abu Ali Ibn Sino, Kannabix YU.V., Preobrajenskiy S.A., Trapeznikov A.V., Blinovskiy YU.A., Blankfeld A.E., Afanasev D.V., Detengoff F.F., Alimov X.A kabi fan namoyondalari o'zlarining katta xissalarini qo'shganlar.

Psixiatriya – jamiyatdagi xukmron mafkuraviy qarashlar o'z ta'sirini o'tkazuvchi fan hisoblanadi. Ohirgi ikki yuz yil davomida psixiatriya fan sifatida sezilarli rivojlandi. Psixiatriyaning taraqqiyoti natijasida uning alohida tarmoqlari shaqllandi: bolalar yoshidagi ruhiy buzilishlarni o'rganuvchi – bolalar psixiatriyasi; harbiy psixiatriya ekspertizasi masalalarini o'rganuvchi – harbiy psixiatriya; sud psixiatriya ekspertizasi muammolari, ruhiy bemorlarning shuursizlik va aqli norasolik masalalari bilan shug'ullanuvchi sud psixiatriyasi; ruhiy buzilishlarda mehnatga layoqatlilik, nogironlarni ishga joylashtirish masalalarini o'rganuvchi-mehnat psixiatriya ekspertizasi; kasallanishlardagi statistik tadqiqotlarni amalga oshiruvchi psixiatriya yordami va ruhiy kasalliklarni oldini olish bilan shug'ullanuvchi tashkiliy psixiatriya; ruhiy kasalliklarning oldini olish va aholining ruhiy sog'lig'ini mustaxkamlash masalalarini o'rganish bilan shug'ullanadigan – psixogigiena.

Psixiatriya ruhiy kasalliklarning simptomlarini, ularning asosiy sabablarini, umumiy kelib chiqish sharoitlarini o'rganuvchi – umumiy psixopatologiya va alohida ruhiy kasalliklar ustida izlanuvchi-xususiy psixiatriyaga bo'linadi. Psixiatriyaning vazifalari juda xilma-xil:

32. Samuel, W. Better cognitive and Psychopathologie response to donepezil in patients prospectively diagnosed as dementia with Lewy bodies: a preliminary study / W. Samuel, M. Caligiuri, D. Galasko, et al// Internatianaal Journal Geriatric Psychiatry. - 2000. - № 15. - P. 794-802.
33. Tariot, P. N. Long-term use of quetiapine in elderly patients with psychotic disorders / P. N. Tariot, C. Salzman, P. P. Yeung et al // Clinical Therapeutics. - 2000. - № 22. - P. 1068-1084.

MUNDARIJA

KIRISH.....	3
I BOB. PSIXIATRIYA YORDAMINI TASHKILLASHTIRISH	5
II BOB. RUHIY KASALLIKLARDA BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI	8
2. 1. KLINIK TEKSHIRISH USULI.....	8
2. 2. PARAKLINIK TEKSHIRUVLARNI QO‘LLASH.....	17
2. 3. BEMORNING RUHIY HOLATINI ERTTISH	22
III BOB. INVOLYUSION DAVRDAGI RUHIY BUZILISHLAR.....	26
3. 1. KLIMAKS BILAN BOG‘LIQ RUHIY BUZILISHLAR.....	26
INVOL YUTSION MELANXOLIYA	27
3.3. INVOL YUTSION PARANOID.....	30
3.4. QARILIK PSIXOZLARI	31
3.4. QARILIK AQLIY ZAIFLIGI (SENIL DEMENSIYA).....	36
IV. INVOLYUSION DAVRDAGI RUHIY BUZILISHLARINI DAVOLASH USSULARI	61
4.1. NOMEDIKAMENTOZ DAVO	61
4. 2. MEDIKAMENTOZ DAVO	61
4. 2. RUHIY DAVOLASH (PSIXOTERAPIYA).....	89
ADABIYOTLAR:	105

SHADMANOVA L.SH.

INVOLYUSION PSIXOZLAR

O'quv qo'llama

Bosh muharrir

O.Kozlova

Badiiy muharrir

J.Hamdamov

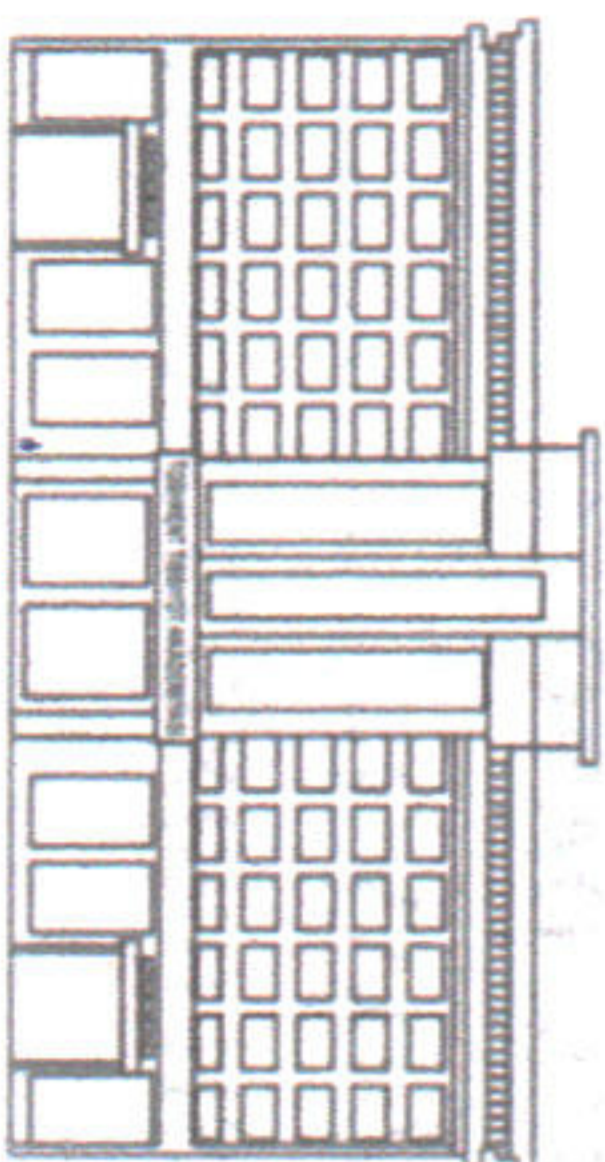
Kompyuterda saxifalovchi

S.Sultanova

NASH.lits. AA № 8798

«TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» MCHJ

Toshkent shahri, Olmazor tumani, Shifokorlar, 21



TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI

Объем – 5,65 а.л. Тираж – 50. Формат 60x84. 1/16. Заказ № 1800-2022.

Отпечатано «ТИББИЙОТ НАШРИЙОТИ МАТБАА УЙИ» МЧЖ

100109, Ул. Шифокорлар 21, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: fo-tma@mail.ru
№ СВИДЕТЕЛЬСТВА: 7716

SHADMANOVA L.SH.

INVOLYUSION PSIXOZLAR

O'QUV QO'LLANMA



TOSHKENT - 2022

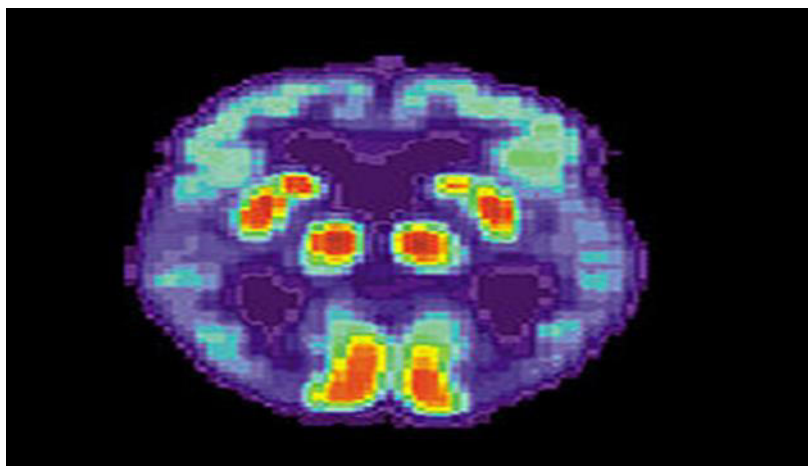
**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**

SHADMANOVA L.SH.

« INVOLYUSION PSIXOZLAR »

O'QUV QO'LLANMA

(Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari uchun)



Toshkent

UO'K: 359-510

Tuzuvchilar:

Shadmanova L.Sh.– TTA psixiatriya va narkologiya kafedrası t.f.n., dotsent.

Taqrizchilar:

Sultanov Sh.X. – TDSI № 3 – terapevtik yo'nalishlar kafedrası mudiri, t.f.d.

Xodjaeva N.I. – TTA psixiatriya va narkologiya kafedrası professori, t.f.d.

O'quv qo'llanmaning asosiy maqsadi tibbiyot institutlari involyusion ruhiy kasalliklar simptomatologiyasini, klinik turlari va kechishini, ularni davolash usullarini o'rgatishdan iborat. O'quv qo'llanmadan bakalavr talabalar, magistratrlar, klinik ordinatorlar va yosh psixiatr-narkolog shifokorlar o'z amaliy faoliyatlarida foydalanishlari mumkin.

KIRISH

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

Ruhiy kasalliklar boshqa xastaliklar singari, insoniyat paydo bo'lganidan buen mavjud. Psixiatriya fan sifatida XVIII asr ohirlarida, psixiatriya bo'yicha dastlabki ilmiy ishlar paydo bo'lgan va ruhiy kasalliklar bosh miya kasalliklari sifatida qarala boshlagan vaqtdan rivojlana boshladi. Psixiatriyaning fan sifatida rivojlanishiga F. Pinel, J Eskirol, E. Bleyler, E. Krepelin, A. Mayer, I.P. Pavlov, I.M. Sechenov, I. M. Balinskiy, I. P. Merjeevskiy, V.M. Bexterev, S. S. Korsakov, V.X. Kandinskiy, V. P. Serbskiy, P. V. Gannushkin, I. V. Kamenko, shuningdek vatanimizning Abu Ali Ibn Sino, Kannabix YU.V., Preobrajenskiy S.A., Trapeznikov A.V., Blinovskiy YU.A., Blankfeld A.E., Afanasev D.V., Detengoff F.F., Alimov X.A kabi fan namoyondalari o'zlarining katta xissalarini qo'shganlar.

Psixiatriya – jamiyatdagi xukmron mafkuraviy qarashlar o'z ta'sirini o'tkazuvchi fan hisoblanadi. Ohirgi ikki yuz yil davomida psixiatriya fan sifatida sezilarli rivojlandi. Psixiatriyaning taraqqiyoti natijasida uning alohida tarmoqlari shaqllandi: bolalar yoshidagi ruhiy buzilishlarni o'rganuvchi – bolalar psixiatriyasi; harbiy psixiatriya ekspertizasi masalalarini o'rganuvchi – harbiy psixiatriya; sud psixiatriya ekspertizasi muammolari, ruhiy bemorlarning shuursizlik va aqli norasolik masalalari bilan shug'ullanuvchi sud psixiatriyasi; ruhiy buzilishlarda mehnatga layoqatlilik, nogironlarni ishga joylashtirish masalalarini o'rganuvchi-mehnat psixiatriya ekspertizasi; kasallanishlardagi statistik tadqiqotlarni amalga oshiruvchi psixiatriya yordami va ruhiy kasalliklarni oldini olish bilan shug'ullanuvchi tashkiliy psixiatriya; ruhiy kasalliklarning oldini olish va aholining ruhiy sog'lig'ini mustaxkamlash masalalarini o'rganish bilan shug'ullanadigan – psixogigiena.

Psixiatriya ruhiy kasalliklarning simptomlarini, ularning asosiy sabablarini, umumiy kelib chiqish sharoitlarini o'rganuvchi – umumiy psixopatologiya va alohida

ruhiy kasalliklar ustida izlanuvchi-xususiy psixiatriyaga bo‘linadi. Psixiatriyaning vazifalari juda xilma-xil: patogenezning murakkab mexanizmlari ustida izlanish; ruhiy va unga chegaradosh kasalliklar simptomotologiyasi, sabablarini aniqlash; u yoki bu patologik ko‘rinishlar orasidagi o‘zaro tipik bog‘liqliklarni o‘rnatish; kasallik oqibatlarini aniqlash, davolash va profilaktika usullarini qayta ishlash va mukammallashtirish.

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

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

I . PSIXIATRIYA YORDAMINI TASHKILLASHTIRISH

Barcha psixonevrologik yordam statsionardan tashqari va psixiatrik kasalxonadagi statsionar yordamga bo‘linadi. Kasalxonadan tashqari yordam psixonevrologik dispanserlar, psixiatrik kasalxonalarning dispanser bo‘limlari, umumsomatik poliklinikalarda va shifoxonalardagi kabinetlarda amalga oshiriladi. Yirik shaxar va xar bir tumanlarda psixonevrologik dispanser mavjud. Tuman xududlariga shu dispanserning xududiy psixiatrlari hizmat ko‘rsatadi. Psixonevrologik dispanserlarga

bemorlar poliklinika va boshqa muassasa shifokorlari tomonidan yuboriladi. Psixonevrologik dispanser faoliyatining asosiy bo‘limlari bo‘lib quyidagilar hisoblanadi:

1. Davolash-profilaktika ishi,
2. Bemorlarga ijtimoiy-xuquqiy yordam ko‘rsatish,
3. Axoli urtasida psixogigienik va sanitar-okartuv ishlarini tashkillashtirish.

Dispanserda bemorlar keraqli davolash-profilaktika yordamini uy va ambulator sharoitda olishlari mumkin. Dispanser ishining oddiy poliklinikalar ishidan asosiy farqi, dispanserga murojaat qilgan insonda u yoki bu ruhiy kasallik belgilari aniqlansa, uning faol ro‘yhatga olinishidir. Xozirgi vaqtda quyidagi dinamik kuzatuv guruxlari ajratiladi:

I gurux – tez-tez gospitalizatsiya qilinuvchi bemorlar guruxi.

II gurux – kasallik qo‘zg‘alishlari va dekompensatsiyalari ambulator bartaraf etiladigan bemorlar guruxi.

III gurux – profilaktik davolanishdagi bemorlar guruxi.

IV gurux – kechiktirib bo‘lmaydigan ijtimoiy-reabilitatsion tadbirlarga muhtoj bemorlar guruxi.

V gurux – epizodik nazoratga va kuzatuvga muhtoj bemorlar guruxi.

Bemorlarni to‘laqonli davolanishi va reabilitatsiyasi uchun shaxar psixonevrologik dispanserlarida davolash-ishlab chiqarish ustaxonalari va kunduzgi statsionarlar tashkil qilinayapti.

Davolash-ishlab chiqarish ustaxonalari vazifalariga kiradi: bemorga davolovchi ta’sir maqsadida turli xil mehnat turlarini qo‘llash, uning ruhiy va jismoniy tonusini oshirish; turg‘un remissiyalarga erishish uchun kulay sharoitlar yaratish va keyingi ruhiy, ijtimoiy degradatsiyaning oldini olish; mehnatga layoqatlilik darajasi bo‘yicha bemorlarni yangi kasb egallash maqsadida xunarga o‘qitish, ijtimoiy ta’minlash muassasalari yoki korxonalarda yangi kasb egallashlariga va mehnat davosi kursi yakunlangandan so‘ng, bemorlarning ishga joylashishlariga ko‘mak berish.

Kunduzgi statsionarga kasallikning boshlangich davridagi va surunkali kasalliklarning xuruji vaqtidagi, ijtimoiy xavfsiz bemorlar, shuningdek u, yanada chuqurroq buzilishlarni oldini olish maqsadida yotkiziladi.

Statsionar psixiatriya yordami, kasalxonadan tashqaridagi kabi, qat'iy xududiy tartibda amalga oshiriladi. Bemorlar ruhiy kasalxonaga xududiy psixiatrlar. Tez yordam hizmatining navbatchi psixiatrlari, agar ular bulmasa poliklinika shifokorlari yullanmasi bo'yicha qabul qilinadi. Yullanmada bemorning holati, anamnestik ma'lumotlar va tahminiy tashhis ko'rsatilishi kerak. Ruhiy bemorning atrofdagilar yoki o'ziga nisbatan xavfliligi aniq bo'lganda, sog'liqni saqlash xodimlari qarindoshlar roziligisiz kechiktirib bulmaydigan psixiatrik yordam tartibida bemorni psixiatrik statsionarga joylashtirish xuquqiga ega. Gospitalizatsiyaga ko'rsatma bo'lib, bemorning jamiyat uchun xavfliligi hisoblanadi. U bemor kasalligining quyidagi o'zigi xos xususiyatlari bilan namoyon bo'ladi: o'tkir psixotik holat natijasidagi noto'g'ri xulq (agressiv harakatlarga moyil bo'lgan tajovuzkor harakatlar, gallyusinatsiyalar, vasvasa g'oyalar, ruhiy avtomatizm sindromi, ong buzilishi sindromi, patologik impulsivlik, disforiya, sistemalashgan vasvasa sindromlari, agar ular bemorning jamiyat uchun xavfli xulqini belgilasa, alohida shahs, muassasa, idoralarga bo'lgan noto'g'ri tajovuzkor xulqni belgilovchi ipoxondrik vasvasa holatlari, suitsidal harakatlar bilan kechuvchi depressiv holatlar, umumiy tartibni buzilishiga yoki tajovuzkor harakatlarga sabab bo'luvchi maniakal yoki gipomaniakal holatlar, psixopatik shahslardagi o'tkir psixotik holatlar, bosh miya organik shikastlanishlaridagi koldik asoratli bemorlar va oligofrenlarda kuzatiladigan qo'zg'aluvchanlik, agressiya va uz shahsi va atrofdagilar uchun xavfli harakatlar.

Ruhiy bemorlar ekspertizasi. Ruhiy buzilishlar bemorning jamiyatdagi urnini o'zgartiradi. Kator xollarda u uz holatini tushunolmay koladi, o'zining ijtimoiy majburiyatlarini bajara olmay koladi, fukarolik xuquqlaridan foydalanish imkoniyati va sodir etgan harakatlari uchun javobgarlik xissini yo'qotadi. Ruhiy kasallikning yuzaga kelishi ish qobiliyatining yo'qolishiga olib kelishi mumkin, og'irroq holatlarda bemorlar yordamga muhtoj bo'lib, o'zlarining eng oddiy maishiy extiyojlarini xam qondira olmaydilar.

Kasallik jarayonida bo'layotgan o'zgarishlar natijasida bir qator ijtimoiy, xuquqiy, ishlab chiqarish va boshqa muammolar kelib chiqadi.

Mehnat ekspertizasi: mehnat ekspertizasi masalalarini xal qilish shifokorlar maslaxat komissiyasi (VKK) shifokorlik mehnat ekspertizasi komissiyasi (VTEK) tomonidan amalga oshiriladi.

Ruhiy buzilishlar faol davolanishga qaramasdan, uzoq chuziluvchan yoki qaytmas xarakterga ega bo'lsa va kasbiy mehnatni bajarishga to'sqinlik qilsa, buning natijasida mehnat qobiliyati turg'un yo'qotilsa, bemorni nogironlikga o'tkazish to'g'risidagi qaror qabul qilinadi.

III gurux nogironlariga qisman mehnat qobiliyatini yo'qotgan, ish kunini qisqartirish bilan mehnat faoliyati xajmini kamaytirishga yoki kam malakali ishga o'tkazishga muhtoj shahslar kiritiladi. To'liq, turg'un bo'lgan mehnat qobiliyatini yo'qotish II gurux nogironligi kabi baholanadi, agar bemor doimiy parvarish yoki kuzatuvga muhtoj bo'lsa, u I gurux nogironi deb hisoblanadi.

Sud-psixiatriya ekspertizasi: qonunbuzarliklar sodir qilgan ruhiy kasallardagi shuurlilik yoki shuursizlik masalalarini xal qiladi. Agar tekshiriluvchi shuursiz deb topilsa, unga nisbatan tibbiy xarakterdagi choralar (majburiy davolash) qo'llaniladi. Bu choralar uning ruhiy holatini yaxshilashga va uning xavfli harakatlarining takrorlanishidan jamiyatni himoyalashga yo'naltiriladi. SHunday qilib, tibbiy chora-tadbirlar ijtimoiy himoya choralari maqomiga ega bo'ladi.

Fuqarolik jarayonida sud-psixiatriya ekspertizasi aqlirasoligini aniqlash uchun tayinlanadi. Ruhiy kasallik yoki aqli pastlik natijasida o'z ishlarini yuritishga qodir emas va mulkini boshqara olmaydigan shahslar noaqliraso deb hisoblanadi. Noaqliraso bemorlarga vasiylar tayinlanadi.

II. RUHIY KASALLIKLARDA BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI

2. 1. KLINIK TEKSHIRISH USULI

Klinik tekshirish usuli ruhiy kasallik tashxisini qo'yishda asosiy usullardan biri bo'lib xizmat qiladi. Tekshirish tarkibiga bemor to'g'risidagi pasport ma'lumotlari, bemorning shikoyatlari, mazkur kasallik anamnezi, somatik va nevrologik tekshiruv, ruhiy holat tekshiruvi va yor-birodarlarini ham mazkur kasallik haqida so'rab surishtirish lozimdir.

Bemorning eslab qolish qobiliyati, fikrlash qobiliyati sustlashganda, alahlaganda, dissimulyatsiya holatida bemor kasallik to'g'risida aniq va tamomila yetarli ma'lumotlar (sub'ektiv anamnez) bera olmaydi.

Ba'zi hollarda bemor qarindosh-urug'lardagi (shajarasidagi) ruhiy kasalliklar haqida, bolalik davridagi biror bir ahamiyatga ega bo'lgan hollarni, bosh miya jarohatlari, tutqanoq tutish, es-hushini yo'qotib qo'yish hollari haqida ma'lumotlarga ega bo'lmasligi mumkin.

Yuqorida keltirilgan barcha sharoitlarda bemorning qarindosh-urug'i, yor-birodarlari, qo'ni-qo'shnilarini so'rab surishtirish, ya'ni ob'ektiv anamnez yig'ish tavsiya etiladi. Ob'ektiv anamnez bemor ishtirokisiz yig'ilishi lozim.

Bemorning xayoti to'g'risida ma'lumotlarni yig'ib olish jarayonida birinchi navbatda irsiyatning nobopligiga — ota-ona, qarindosh-urug'ning ruhiy sog'ligini aniqlab olishga ahamiyat berish kerak. Naslda qayd etilgan ruhiy kasallikning barchasi ta'riflab berilmog'i lozim. Bundan tashqari, o'z hayotiga suiqasdlik qilgan, o'zini g'alati tutadigan, aqli zaif, tutqanog'i bor shaxslar, kashandalar, ichkilikbozlik turli xil somatik kasalliklarga aloqador shaxslar bor-yo'qligini aniqlash lozim.

Mazkur kasallikning qanday boshlanganligini so'zlab berayotganda kasallik qanday (to'satdan, asta-sekin) boshlanganligi, kasallikning boshlangan vaqti va joyi, shuningdek uning sabablari (bemorning o'z fikriga ko'ra), birinchi alomatlari, zo'rayishi, kechishini belgilash, turmush tarzi o'zgarishlarining ta'sirini, qilingan davoga (o'z-o'zini davolash, vrach maslahati bilan, davolashga) ahamiyat berish kerak. Bemorning qaysi vaqtdan boshlab psixiatr nazoratida bo'lganligini va davolashning yakunini oydinlashtirish zarur. Agar bemor kasalxonada qoshida davolangan bo'lsa, unda u qachon, qayerda bo'lsa, qanday dorilar, qanday miqdorda, qancha vaqt davomida olinganligini aniqlash lozim. Ko'shimcha so'rab-surishtirish orqali bemor ruhiy kasallikka yo'liqishi munosabati bilan uning holati mehnat va turmush sharoitiga qanday ta'sir etganligi, oldin nogironlikda bo'lish-bo'lmasligi to'g'risidagi ma'lumotlar aniqlanadi.

Ruhiy kasalliklar kasalxonasiga qayta tushgan bemorlar uchun har bir bemorning kasalxonada yotishi to'g'risida qo'shimcha ma'lumotlar olinadi.

Ruhiy holat

Kasallik varaqasidagi bu holat ma'lum bir tartibda bayon etiladi. Ta'rif chizma bo'yicha belgilangan savollarga javob sifatida emas, balki kengaytirilgan rejali ravishda bemorni va undagi ruhiy kasallikni ta'riflash lozim.

Shu bilan bir qatorda vrachning shaxsiy fikrini aks ettiruvchi atama va mulohazalarni kiritish ksrak. Masalan: bemorda shilqim g'oyalar borligi aniqlanadi, «bemor alahsiraydi» va hokazo. Yuqoridagi holatlar to'liq yozma ravishda beriladi.

So'ngra bemorning o'z shaxsini qayerda va qay vaqtdaligini aniqlay olish qobiliyati tekshiriladi. Eslab qolish qobiliyatini va aqlning susayishi bemorning yuqorida keltirilgan qobiliyatlarini susaytiradi: kasalxonadaligini biladiyu, lekin qaysi biridaligini aytolmaydi. Bemor alahsirashi mumkin, masalan, u o'zini kasalxonada emas, balki qamoqhonada, shifokorni — tergovchi, kasallik varaqasini to'ldirishni esa tergov ishi olib borilayapti deb tushunadi. Ba'zi xollarda esa bemor ikki xil tushunchaga boradi. Bemor ongining susayishida u o'zini qayerda va qaysi vaqtdaligini anglab olish qobiliyatining yo'qolishi eng muhim ko'rsatkichlardan biri bo'lib xizmat qiladi.

So'ng qabul qilish qobiliyatining susayishi bayon etiladi. Vrach o'ziga kerak bo'lgan ma'lumotlarni bemorni so'rab-surishtirish orqali oladi: quloqqa eshitilayotgan ovozlar, ular nima haqida gapirishadi, ularning buyruq berishi, kimga tegishligigi, nechtaligi va hokazo.

Bemorning fikr yuritish qobiliyati ham yuqoridagi kabi batafsil ravishda ta'riflanadi: fikr yuritish sur'ati, jarayonining buzilishi — qimmatli g'oyalar, alahsirash.

Keyin bemorning eslab qolish qobiliyatini tekshirish xulosalari keltiriladi. Vrach tomonidan anamnez yozib borilganda, savollarga bemor tomonidan berilgan javoblarga qarab uning eslab qolish qobiliyati qay darajadaligini aniqlash mumkin. Eslab qolish qobiliyati buzilgan holda bemor savollarga ma'lum bir ketma-ketlikda va aniqlikda javob berish qobiliyatidan mahrum bo'ladi. Shuning bilan birga bemorga ma'lum bir axborotni eslab qolish uchun, yoxud kinofil'm, o'qilgan kitobning ma'nosini so'zlab berish iltimos qilinadi. Shu bilan bir qatorda bemorning bilim saviyasi, uning jamiyatdagi o'rni — ma'lumotiga mos kelish-kelmasligi aniqlanadi. Bundan tashqari, bemorga rasmga qarab so'zlash, arifmetik masalalar kabi

topshiriklar beriladi va buning asosida ongining saviyasi, uning tavsifining darajasi aniqlanadi.

Bemor tuyg‘usi batafsil ravishda bayon etiladi: kayfiyati, ta’sirlanishi va boshqa tuyg‘ular paydo bo‘lishi va hokazolar. Tuyg‘ularning soni, barqarorligi, ustun keladigan fe‘l-atvori, sharoitga bemorning jismoniy va umumiy ruhiy holatiga mosligi belgilanadi. Bemor tuyg‘ulari ko‘tarinki holatda bo‘lsa kayfiyati ham ko‘tariladi. Bu narsa kaxeksiya (silosip) bilan og‘rigan kasallar, yurak o‘pka kasalliklarida, og‘ir miokard infarqti holatida, rivojlangan paralich kasallarining aqli zaifligi holatida, ichkilikbozlikning uchinchi darajasida kuzatiladi.

Ongli ravishdagi harakatlar o‘zgarishi bemorning faol va loqayd e’tibori, istaqlari, harakati, xulqiga tegishli va ular bilan bog‘liq imo-ishora, so‘zsiz harakat bemorning tashqi ko‘rinishini tekshirish paytida bemorning o‘zini tutishi, bo‘limdagi xulqi, odamlar bilan munosabatga kirish darajasi, jamoaga xavfli harakatlarning ehtimoli ko‘rsatilishi kerak. Ko‘rsatkichlarning oxirida bemorning o‘z holatini tanqidiy baholashi va kelajak bilan bog‘liq bo‘lgan orzulari ko‘rsatiladi.

Somatik holat. Bu holat to‘la ravishda somatik kasalxonada tekshiriladi.

Nevrologik holat. Bu holat ham to‘la ravishda nevrologik kasalxonada tekshiriladi.

Amaliy psixologik tekshiruv

Hozirgi vaqtda ruhiy faoliyatning barcha tomoilarini o‘rganish testlari, insonning shaxsiy va umumiy ko‘rsatkichlarini aniqlash usullari ko‘p darajada ishlab chiqilgan. Bunday tekshirishlar analitik usulda patopsixologiya tajribagohlarida olib borilib, ular juda murakkab va ko‘p vaqt talab qiladi, shu bilan amaliy psixologik tekshirishlarning nisbatan sodda usullari ko‘plab shifokor-ruxshunoslar tomonidan qo‘llanadi. Ular bemorni kasalxona sharoitida tekshirish uchun xilma-xil amaliy ruxshunoslik usullarini qo‘llamokdalar va olingan ma’lumotlarni bemorning kasallik tarixi varaqasiga qayd qiladilar. Har holda bemorning holatini baxolashda hal qiluvchi so‘z shifokorga bog‘liq patopsixologik testlar esa tajribagoxda olingan barcha boshqa ma’lumotlar bilan bir qatorda faqat qo‘shimcha vosita sifatida qo‘llaniladi.

Laboratoriya tekshiruvlari

Ruhiy kasalliklar tashxisida qonning umumiy va klinik analizini, siydik analizini o‘tkazish majburiy hisoblanadi. Keyinchalik bu analizlar har bir kasallikning o‘ziga

xos xususiyatlariga qarab vaqti-vaqti bilan yoki tizimli ravishda o'tkazilib turiladi. Bu o'z navbatida ruhiy kasallikni faol davolash jarayonida har bir bemorning somatik holatini baholash uchun zarur. Bundan tashqari, ba'zi analizlarda ruhiy xastalik bilan bog'liq bo'lgan va uni ta'riflaydigan o'zgarishlar topiladi.

Somatogen infeksiyon, intoksikatsion psixozlarda ko'pincha leykotsitoz, eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi, neytrofiliya va qon formulasining chap tomonga siljishi, allergik reaksiyalarda eozinofiliya, surunkali yallig'lanish jarayonlarida esa limfotsitoz kuzatiladi.

Juda ko'p ruhiy kasalliklarda qon va siydikda biokimyoviy o'zgarishlar sodir bo'ladi. Bunday o'zgarishlarning tavsifi va intensivligi har bir nozologik shaklning o'ziga xos xususiyatlarigagina emas, balki ularning sindromli ko'rinishlariga, ruhiy o'zgarishlarning kuchliligiga, bemorning ruhan tushkunligi yoki asabiylashganligiga va kasallik jarayoniga boshqa a'zo va tizimlarning qanchalik ko'shilganligiga bog'liq bo'ladi. Masalan: harakati asabiylashgan har qanday bemorda, kasallikning nozologik shakliga bog'liq bo'lmagan holda qonda — giperglikemiya, ketaxol aminlarning va kortikosteroidlarning ko'tarilganligini ko'rish mumkin. Maniakal-depressiv psixoz xurujining boshlanish paytida modda almashinuvining oshuvi, xurujlar o'rtasida pasayishini va qonda diabetga xos o'zgarishlarni kuzatsa bo'ladi.

Alkogolizmida jigar namunalari o'zgaradi, serebral aterosklerozda qon tarkibida xolesterin miqdori va uchglitserid ko'rsatkichi o'zgaradi.

Qon va siydikning biokimyoviy o'zgarishi somatik, infeksiyon va intoksikatsion psixozlarga ham xos bo'ladi. Modda almashinuvining ba'zi bir tug'ma og'ir o'zgarishlarini oligofreniyaning ba'zi bir shakllarida uchratish mumkin: fenilketonuriyada, leykotsitozda.

Biokimyoviy tekshirishni amalga oshirish faol davolashning ba'zi bir turlari uchun ham zarur. Masalan, insulkomatoz terapiyasini o'tkazish vaqtida glyukozaga nisbatan organizmning barqarorligi tekshiriladi.

Agar qonda litiyning miqdori 0,8—1,0 mmol' dan oshsa organizm yomon holatga tushib qolishi mumkin.

Qonning serologik tekshiruvlari — asosan zaxmni aniqlab beradigan reaksiyalarga — Vasserman, Zaks— Vitebskiy, qon reaksiyalariga taalluqli bo'ladi.

Miya suyuqligini tekshirish

Miyada organik xastalik bor deb gumon qilinganda orqa miya suyuqligi tekshiriladi.

Orqa miya suyuqligi lyumbal punksiya orqali olinadi. Lyumbal punksiya III va IV yoki IV va V bel umurtqa suyaklari orqasida qilinadi. Shu joyda miya pardasi orqa miya suyuqligi bilam to'lgan xaltacha hosil qiladi. Punksiya paytida bemorda ko'ngil aynish, qusish yuz berishi mumkin, shuning uchun punksiyani ovqatdan oldin qilish kerak. Punksiya vaqqida bemor o'tirgan holatda bo'lishi kerak.

Me'yorda orqa miya suyuqligi rangsiz, tiniq va tomchilar bilan oqib chiqadi. Bosh miya bosimi ko'tarilganda orqa miya suyuqligi tirqirab oqadi, bosim kamayganda esa siyrak tomchilar bilan oqadi. Orqa miya bosimi o'tirgan xoldagi bemorda 240—300 mm suv ustuniga, yotgan holdagi bemorda 120—200 mm suv ustuniga teng bo'ladi. Agar orqa miya suyuqligiga qon aralashgan bo'lsa, likvorning rangi qizg'ish tus oladi va tindirilganda o'zgarmaydi. Qon aralashmasi punksiya qilinganda teri tomirlarining jarohatlanishi natijasida ham hosil bo'lishi mumkin. Bunday holda orqa miya suyuqligining qizg'ish rangi keyingi porsiyalarda kamayadi, likvor tindirilganda yoki cho'ktirilganda eritrotsitlar idish tubiga cho'kadi va likvorning tiniqligi tiklanadi. Lekin miyaga qon qo'yilganda bunday holni ko'rib bo'lmaydi. Meningitda miya o'smasida shish yorilgan hollarda likvor xira bo'ladi, unda fibrin tolalarini uchratish mumkin.

Endi me'yorda lyumbal punksiya yordamida olingan likvorning holati qanday bo'lishi haqida ma'lumot beramiz: nisbiy zichligi 1,005—1,008, ishqoriy reaksiyasi — kuchsiz bo'ladi, rN 7,4—7,8, sitozi 1 mkl da 0—5 ta hujayra (asosan limfotsitlar), qand moddasi miqdori 2,22—3,33 mmol/l, oqsil 0,16—0,3 g/l, al'buminlarning globo'linlarga nisbati I : 1. Nonne-Appel'tning cho'kma globo'lin reaksiyasi uchramaydi.

Gidrotsefaliya bilan og'rikan bemorlarda likvorning nisbiy zichligi kamayadi. Bosh miya va uning pardalari yallig'langanda sitozi ko'payadi. 1 mkl da 10—100 ta hujayragacha bo'lgan sitozi limfotsitlar bilan birga surunkali xastaliklar uchun xos bo'ladi. Masalan, araxnoidit yoki neyrozaxm uchun. O'tkir yiringli meningit uchun polinuklearlarning to'planishi kuzatiladi. 1 mkl da 150 tadan bir necha minggacha bo'ladi.

Ko‘pincha orqa miya suyuqligida kasallik chaqiruvchilarini ko‘rish mumkin. M-n; stafilokokklarini, asl streptokokklarni, meningokokklarni, pnevmokokklarni, oqish spiroxetalarni, sistotserkoz pufaqlarini. Xavfli o‘smasi bor bemorlarda likvorda o‘sma xujayralarini topish mumkin.

Orqa miya suyuqligida qand modda miqdori kamaysa, bu miya pardalari yallig‘lanish jarayonining qanchalik o‘tkiriligini ko‘rsatadi. Oqsil modda miqdorining kamayishi yoki globo‘linlarning ustunligi ko‘rsatiladi. Oqsil ustunligi sababi turlicha bo‘lgan serebral patologiyada kuzatiladi: o‘smalarda, ensefalitlarda, meningitda, araxnoiditlarda, zaxm kasalligida.

Vasserman reaksiyasi progressiv falajda (4+) kuchli ravishda ijobiy kuzatiladi. Shu jumladan boshqa serologik reaksiyalar ham: Zaks-Vitebskiy, Kan reaksiyalari. Zaxm kasalligiga uchragan bemorlarda qon va orqa miya suyuqligida serologik reaksiyalar kam natija beradi, ba’zida adashish mumkin. Bunday tortishuvli vaqtlarda yangi, murakkab zamonaviy reaksiyalarni qilib ko‘rish kerak: immunoflyuorensensiya trenonemalarning immobilizatsiyasi reaksiyasi. Bosh miya zaxmida immunoflyuorensensiya reaksiyasi 95—100% gacha to‘g‘ri natija beradi, treponemalarning immobilizatsiya reaksiyasi esa 99—100% gacha to‘g‘ri natija beradi.

Lekin oxirgi reaksiya antibiotiklar va zaxmga qarshi boshqa dori-darmonlar bekor qilingandan keyin (2 xaftadan so‘ng) qo‘yiladi.

Ruhiy tekshirish usuli asosan ikkiga bo‘linadi.

Ruhiy jarayonlarni (qabul qilish, hissiyot, diqqat, xotira, fikrlash va boshqalar) tekshirish usuli.

Shaxsni tekshirish usuli

Yuqoridagi bo‘linish shartli ravishda bo‘lsa-da, bu usullarni qo‘llash bir necha faoliyatlar holatini yoki shaxsni tekshirishga imkoniyat beradi. Ruhiiy shifoxonada qabul qilish va hissiyotni tajribada tekshirish uchun, bosh miya organik jarohatlaridagi ruhiy buzilishlarni endogen psixozlar, qarilikdagi aqliy zaiflikdan farqlash tashhisini o‘tkazish uchun neyropsixologik sinamalar o‘tkaziladi. Ko‘ruv gnozisi va sezgi-hislarni tekshirish uchun turli xil testlardan foydalaniladi.

Ruhiy jarayon holatini aniqlashda diqqatni tekshirish juda muhim ma'lumotlar beradi. Uning faolligi, hajmi, miqdori, o'tish qobiliyati (pereklyuchayemost') asosiy belgilar hisoblanadi va ruhiy faoliyatning u yoki bu buzilishlarida yagona ko'rsatkichlar bo'lib qoladi. Ruhiy buzilishlarning barchasida diqqatni tekshirish o'z aksini topgan va buni eng qulay hisoblangan korrektor sinamasi orqali tekshiriladi. Bunda bemorga tasodifan ravishda alfavit harflaridan tuzilgan bir tekis harflar ko'rsatiladi. Undan bu harflarni iloji boricha tez va diqqat bilan ko'rib chiqish talab etiladi. Bemor o'ziga berilgan harflarni o'chirishi kerak bo'ladi. Shuningdek Shul'te jadvalidan 1 dan 25 gacha ko'payib boruvchi sonlar orasidan keraqli sonni tez topib ko'rsatishi diqqatni tekshirish usullarining effektiv usuli hisoblanadi.

Diqqatning o'zgaruvchanligini tekshirish uchun ko'pincha Gorbovning 2 rangli jadvalidan foydalaniladi. Jadvalda 1 dan 25 gacha bo'lgan sonlar qora rangda, 1 dan 24 gacha esa qizil rangda tartibsiz, aralashtirib berilgan bo'ladi. Bemordan 1 ta qora rangdagi sonni ko'payib borish tomoniga, bitta qizil rangdagini kamayib borish tartibi bo'yicha navbatma-navbat izlash talab etiladi.

Hozirgi vaqtda diqqatni tekshirish uchun qolgan testdagi 4 turli rangdagi geometrik shakldagi kartochkalarni rang bo'yicha, keyin shakli bo'yicha tez saralashdan iborat.

Xotirani tekshirish uchun ko'p xollarda 10 ta so'zni yodlash usuli ko'p qo'llaniladi. Bemorga 5 marta 10 ta bir-biri bilan aloqasi bo'lmagan so'zlar ko'rsatiladi. Har bir ko'rsatilgandan so'ng bemor eslab qolgan so'zlarini qaytarishi kerak. Me'yorda odam 10 ta so'zni 2—3 marta takror ko'rsatganda eslab qoladi. Shuningdek raqamlarni to'g'ri va teskarisiga yozdirish usuli ham qo'llaniladi.

Vositali eslab qolish qobiliyatini tekshirish uchun Leont'ev usuli qo'llaniladi. Bemorga har bir yodlanayotgan so'zning ma'nosiga qarab standart to'plamdan rasm tanlash taqlif etiladi. So'ngra u yoki bu rasmni ko'rsatganda bemor shu rasm bilan bog'liq bo'lgan so'zni eslashi lozim. Ushbu usul A. R. Luriya ta'rificha, piktografiya nomini olgan. Bu usul bilan nafaqat eslab qolish va ko'rish xotirasi, balki assotsiativ jarayonlarni tekshirish ham mumkin. Bunda bemor eslab qolish uchun taqlif etilgan so'zni o'zicha «chizib olishi» kerak bo'ladi. 40—60 daqiqadan so'ng o'sha rasm yoki so'z haqida tushuncha berishi kerak. Assotsiativ jarayonlardagi kichik o'zgarishlar tanlanayotgan siymolar orqali so'zlab berish qobiliyati buzilganligidan dalolat beradi.

Assotsiativ jarayonini tekshirishda shuningdek oddiy assotsiativ tajriba (tajriba o'tkazuvchining aytgan har bir so'zidan keyin iloji boricha har qanday so'zni aytishi): 68 ta so'zni aytish (atrofdagi predmetlardan tashqari 60 ta har xil so'zni tez aytib berish), qarama-qarshi ma'nosini aytish (qarama-qarshi usuli) qo'llaniladi.

Assotsiatsiyalarni tekshirish usuli fikrlashni tekshirishda ham qo'llaniladi. Fikrlashni, shuningdek muloqot qobiliyati, chalg'itish, xayol qilishni tekshirish usuli bilan ham aniqlash mumkin. Bu usullar buyumlar tasnifiga asoslangan. Masalan: bemorga 70 ta turli buyum va hayvonlarning rasmi aks ettirilgan suratlar beriladi. U bu suratlarni o'zining chiqargan xulosasi bo'yicha saralashi kerak. Shuningdek 4 ta buyumdan 1 ta ortiqchasini chiqarib tashlash yoki 4 ta so'zdan 1 ta to'g'ri kelmaydigan so'zni olib tashlash usuli qo'llaniladi. Asosiy xususiyatlarni tanlay bilish usuli ham qo'llaniladi. Bunda bemor berilgan so'zining asosiy xususiyatini aks ettiruvchi qavs ichidagi 5 ta xususiyati orasidan 2 tasini aytib berishi kerak. Bundan tashqari, maqollarni anglash, oddiy va murakkab o'xshashliklar, butun shakl yasash va qismlarga ajratish, Raven sinamasi va boshqa usullar qo'llaniladi.

Konstruktiv fikr yuritishni tekshirish uchun «Link kubi» usuli (har biri 3 xil rangga bo'yalgan 27 ta kubikdan yashil rangli kubik yig'ish) va «Koss kubi» (4, 9 va 16 alohida naqsh berilgan kubikdan nakshlari to'g'ri kelishi bo'yicha shakl yasash) usullari ham ishlatiladi.

Aqlni (intellekt) tekshirish uchun nisbatan ko'p qo'llaniladigan tuzilma sifatida ruhiy faoliyatning ko'p tomonlarini qamrab yotuvchi fikr yuritishni tekshirishga qaratilgan sinamalardan tashqari Vekslerning kompleks sinamasi ishlatiladn. Uning maqsadi fikrlash qobiliyati, sanash oriyentatsiyalari, eslab qolish qobiliyati, diqqat darajasi, so'z jamg'armasi, konstruktiv fikrlash, shuningdek qismlardan xodisalarning ketma-ketligini taqlid qila olish qobiliyatini tekshirishdan iborat. Yuqorida ko'rsatilgan ruhiy jarayonlar tekshirilgandan so'ng bemorning aqliy faoliyatini ballarda miqdoriy baholash imkoniyatini mana shu majmuaga asoslanib qo'yiladi.

Shaxsni tekshirishda turli usullardan foydalaniladi — oddiy standart so'rovlardan tortib to murakkab projektiv sinamalargacha. So'rovlar savol yoki tasdiq ko'rinishida bo'lib, bir xil ma'noli javoblardan, 2—3 ko'rinishli javoblardan 1 ta to'g'ri javobni

topishga asoslangan («ha-yo‘q», «to‘g‘ri-to‘g‘rimas-to‘g‘riroq»). So‘rovlar shaxsning u yoki bu tomonini ochish uchun va unga miqdoriy baho berish uchun qo‘llaniladi.

Ayzenk so‘rovi ko‘proq tarqalgan bo‘lib, u shaxsning individual qo‘zg‘olish va tormozlanish balansini (intravert-ekstravert), neyrotizm darajasi — emotsional turg‘unlik yoki noturg‘unlik va nosamimiylik darajasini aniqlash imkonini beradi.

Miniyesot kun fazali shaxs so‘rovi (MMR1) shaxsning klinik profili, uning asosiy ruhiy xastalik xususiyatlarining nisbati va ustunligini: ipoxondriya, depressiya, isteriya, psixopatiya, erkaklik-ayollik paranoid, psixoasteniya, shizofreniya, gipomaniya, ijtimoiy intraversiyasini aniqlashga imkon beradi. Bu asosiy 10 ta shkaladan tashqari, so‘rovda qo‘shimcha savollar mavjud. Hammasi bo‘lib 200 tadan ko‘pdir. (epilepsiya, alkogolizm, shaxs, o‘z-o‘zini tekshirish, shizofreniya kelajagi va boshqalar). Ulardan ba‘zilari, masalan, Teylor — xayajon shkalasi mustaqil so‘rov sifatida qo‘llaniladi.

Psixopatiyaning yoki shaxs aksentuatsiyasining ustunlik darajasi va tipini aniqlash uchun Lichkovning xastalikni tavsiflash tashxisining so‘rovi o‘tkaziladi (XTT).

Katellning 16 faktorli so‘rovi chegara holat klinikasining, shaxsning bir qator tug‘ma (konstitutsional) va orttirilgan o‘ziga xosligini aniqlash uchun ishlatiladi.

Shuningdek projektiv va yarim projektiv sinamalar ham ishlatiladi. Bunda kam tizimlangan rangli kvadratlar (ma‘nosi muayyan bo‘lmagan tasvirlar) sinaluvchi shaxsning o‘ziga xos xususiyatlarini ochishda yordam beradi. Mavzu (appersepsiya) sinamasi shular jumlasidandir, MAC ko‘p mazmunli rasmlar, ko‘p fikrlashni talab etadi. Shunga qarab bemor qanday hikoya qilishi, kimni qahramon qilishi, qanaqa mulohaza yuritishi, zamon kelishiklarini qanaqa ishlatish tartibi (o‘tgan, hozir, kelasi zamon)ga qarab malakali mutaxassislar uning holati, maqsadi, kechinmalariga baxo berishadi.

Rorshax sinamasi Yuta standart siyoh dog‘idan iborat. Bemor u yoki bu dog‘ning nimaga o‘xshashligini aytishi keraq Javoblar dog‘ning detali, rangi, shakli haqiqatdan ham biror narsaga o‘xshaganligiga qarab murakkab tizim bo‘yicha baholanadi. Natijada sinaluvchnning intellektual (aqliy), ruhiy xatolik xususiyatlari to‘g‘risida biror xulosaga kelinadi.

Rozensveygning frustratsiya sinamasi 24 ta aniq jadval holat aks ettirilgan rasmdan iborat. Unda qatnashuvchi shaxs gapiradi (matn yozib qo'yilgan), boshqasi javob beradi (sinaluvchi matnni iloji boricha tezroq o'ylab topishi kerak). Bu sinama sinaluvchining reaksiyasi ko'rinishi va uning murakkab holatlarda yo'nalishini, u yoki bu talabini qondirishga ko'ra aniqlashga yordam beradi (frustratsiya). Olingan natijalarga asoslanib shaxsning ijtimoiy moslashganligining darajasi aniqlanadi.

«Tugallanmagan jumlar» sinamasi 60 ta boshlangan iboradan iborat bo'lib, ularni tez oxiriga yetkazish kerak. Bu sinama yordamida shaxsning xayotiy munosabatlarga dunyoqarashi to'g'risida, uning kelishuvchanligi, kelishmovchiliklarning yonini olishi to'g'risida ma'lumot olinadi va natijada uning aqliy (intellektual) rivojlanganlik darajasi to'g'risida biror xulosaga kelinadi.

Barcha ruhiy sinamalarni qo'llash va asosan shaxs sinamalarini o'tkazish uchun maxsus tayyorgarlik va yuqori malakali, professional, mohir tajriba o'tkazuvchini talab qiladi.

2. 2. Paraklinik tekshiruvlarni qo'llash

Ruhiy jarayonlar holati xaqidagi kimmatli ma'lumotlarni **paraklinik tekshiruvlarni qo'llash** beradi. Bemorning aqliy ish qobiliyati diqqatning holati bilan chambarchas bog'liq. Diqqat barcha psixologik tekshiruv uslublarida namoyon bo'ladi, lekin uni korrektor sinama orkali mukammalroq tekshirish mumkin. Bu usulda tekshiriluvchiga imkoni boricha tezroq diqqat bilan turli xarflardan tuzilgan yaxlit matnni ko'rib chiqish buyuriladi. SHulte jadvalidan 1 dan 25 gacha bo'lgan raqamlarni qidirish usuli xam ancha samaralidir. Ko'pincha diqqatning kuchuvchanligi, toliquvchanligi, taqsimlanuvchanligini tekshirish uchun ikki xil rangli jadvaldan foydalaniladi.

Xotirani tekshirish uchun 10 ta so'zni yodlash usuli qo'llaniladi: tekshiriluvchiga 10 ta o'zaro bog'lanmagan oddiy so'zlarni yodlash tavsiya qilinadi. Meyorda inson 10 ta so'zni Leontev usuli qo'llaniladi. Tekshiriluvchiga xar bir so'zni eslab qolish uchun, kartochkalarning standart to'plamidan ma'nosiga mos rasmni tanlash tavsiya etiladi. So'ngra u yoki bu rasm ko'rsatilganda tekshiriluvchi shunga mos so'zni eslashi kerak. Bu usul A.R.Luria tomonidan «piktogramma usuli» nomi

bilan o'zgartirilgan; bu usul faqat xotirani emas, balki assotsiativ jarayonlarni tekshirish uchun xam qo'llaniladi. Bu usulda tekshiriluvchiga yodlash uchun berilgan so'zga qisqacha tasvir chizish taqlif etiladi, bunda 40-60 daqiqadan so'ng, u rasmga qarab yodlash uchun berilgan so'zni eslashi zarur. Assotsiativ jarayondagi kichik o'zgarishlar so'zlarga mos obrazlar tanlashga va eslab qolishning samaradorligiga ta'sir etishi mumkin.

Tafakkurni tekshirishda oddiy assotsiativ eksperiment (eksperimentator tomonidan o'qilayotgan xar bir so'zga, iloji boricha tezrok boshqa istalgan suzni aytish) yoki 60 ta turli so'zlarni tezroq aytish usuli, qarama-qarshiliklar usuli va x.

Tafakkurni umumiyashtirish, ajratish, takkoshlash, mavhumlashtirish xususiyatlarini o'rganish usullari orqali xam tekshirish mumkin. Bu usullarga tushunchalarni tasniflash, 4-ortiqcha narsani chiqarish, maqol va metaforalar ma'nosini tushuntirish, oddiy va murakkab analogiyalar, xodisalar ketma-ketligi usullari va x.lar kiradi.

Konstruktiv tafakkurni tekshirish uchun, «Link kublari», «Koss kubchalari», usullari ishlatiladi (4, 9, 16 ta kubiklardan o'sib boruvchi qiyinlikda shaqlar yasash talab etiladi).

Intellektni o'zida ruhiy faoliyatning barcha tomonlarini qamrab olgani uchun uni tekshirishda tafakkurni tekshirish uchun muljallangan usullardan tashqari, Vekslerning kompleks testi qo'llaniladi. Bu usulda bemorning faxm-farosati, hisoblash qobiliyati, xotira xususiyatlari, diqqat darajasi, Suz boyligi, konstruktiv tafakkuri, shuningdek, qismlardan sintezlash qobiliyati, xodisalar ketma-ketligini logik tuzish xususiyatlari o'rganiladi. Bu test yuqorida aytib o'tilgan ruhiy faoliyatni tekshirishda qo'llaniladigan barcha usullarni o'z ichiga oladi, lekin alohida kurinishlar bo'yicha mikdoriy ballar emas, balki IQ kompleksi «intellekt koeffitsienti»ni olishga imkon beradi.

SHahsni o'rganishda turli usullardan-oddiy standartlashgan so'rovnomalardan tortib murakkab proeksion testlargacha foydalaniladi. So'rovnomalar savollar yoki tasdiklar yigimidan iborat bo'lib, 2 yoki 3 xil javob variantidan bittasini tanlash imkoniyatini beradi («to'g'ri», «noto'g'ri», «o'rtacha»). Ayzenk so'rovnomasi keng tarqalgan bo'lib, tekshiriluvchining neyrotizm darajasi, emotsional turg'un-

noturg'unlik, samimiylik (yolg'onchilik) darajasi, qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlari individual balansi asosida (introvert-ekstrovert) shaqllangan shahs tipini aniqlash imkoniyatini beradi.

Minnesota ko'p profilli shahs testi (MMRI) shahsning asosiy psixopatologik xususiyatlari – ipoxondriya, depressiya, isteriya, psixoasteniya, qat'iylik – mayinlik, psixopatiya, paranoyya, shizofreniya, gipomaniya, ijtimoiy introversiya – ustunligini va mutanosibligini ko'rsatuvchi 10 ta asosiy shkalalardan iborat bo'lib, shahsning klinik profilini tuzishga imkon beradi. So'rovnomadagi 10 ta asosiy shkalalardan tashqari, qo'shimchalari xam bor, xammasi bo'lib 200 dan ortiq (alkogolizm, epilepsiya, shahsning kuchliligi darajasi, o'zini nazorat qilish, shizofreniyani prognozi va x.).

Shahs aksentuatsiyasi yoki psixopatiyasi tipini va yaqqolliigi darajasini aniqlash uchun Lichko patoxarakterologik so'rovnomasi, yoki Ketelning 16 faktorli so'rovnomasi qo'llaniladi, u shahsning tug'ma yoki orttirilgan xususiyatlarini aniqlashga yordam beradi. Bundan tashqari, proeksion testlar xam ishlatiladi, bunda kam strukturali rangli shaqllar tekshiriluvchining shahs xususiyatlarini o'zida go'yoki aks ettiradi. Mavzuli appersepsiya testi (MAT) syujetli bir qancha rasmlardan iborat bo'lib, ularni turlicha talqin qilish mumkin. Tekshiriluvchining bu rasmlar bo'yicha tuzayotgan xikoyalari – kimni qahramon etib tanlaydi, konfliktlarni qanday tasvirlaydi – bo'yicha eksperimentator uning emotsioanl holati, muammolari, xissiy ta'sirlanish xususiyatlarini baholaydi. Rorshax testida (10 ta siyoh dog'i), Rozensveyg frustratsiya testi (konflikt holati tasvirlangan 32 ta rasmlar). Barcha psixologik testlarni qo'llash eksperimentatordan mahsus tayyorgarlik va yuqori professional malaka talab qiladi.

Oliy ma'lumotli hamshira psixiatriyada qo'llanuvchi barcha **laborator-instrumental** tekshiruv usullari xaqida tasavvurga ega bo'lishi lozim va EEG, REG, ExoEG, kalla qutisi Ro grafiyasi, KT mutaxassislari ma'lumotlarini adekvat baholay olishi kerak.

Elektroensefalografiya – miya biotoklarini qayd etish – miyaning organik patologiyasida, epilepsiyali bemorlarni tekshirishda juda zarur. Tekshiruv natijalari nafaqat po'stloq va pustloq osti tizimlarining bioelektrik faolligining buzilishini, balki jarayonning joylashuvini xam aniqlaydi.

Reoensefalografiya usuli xam keng qo'llaniladi. Elektr toki ta'siriga miya to'qimalarini qarshiligini qayd etish usulidir. Miya to'qimalarini qarshiligi qon bilan ta'minlanishga bog'liq. SHuning uchun miyada qon aylanish buzilganda REG ko'rsatkichlari xam o'zgaradi. Bu tekshiruv usuli tomirlar patologiyasi yaqqol rivojlangan holatlarda (ateroskleroz, gipertoniya, insult va x.k.) tavsiya etiladi. Exoensefalografiya miyaning ultratovush tekshiruviga asoslangan.

Bu usulda bosh miya tizimlarining yonga siljishini ultratovush lokalizatsiyasi bo'yicha aniqlanadi. Masalan: u yoki bu yarim sharda xajmli jarayon bo'lganda, aks etayotgan signallarning kattaligi shikastlangan tomondan ko'proq bo'ladi. Atrofik jarayonlarda esa pasayadi. Bosh miya qutisi rentgenografiyasi yordamida miya qutisi anomaliyasi, miya usmalari, miya qutisi ichki bosimining oshishi, yot moddalar borligini aniqlash mumkin.


Ohirgi vaqtlarda kompyuter tomografiyasi usuli keng tarqala boshladi. Uning yordamida miya to'qimasi zichligi qavatma-qavat qayd etiladi. Bu usul miyaning organik buzilishlari (jarohatlar, o'smalar va x.k.)ni tashhisotida samaralidir, shu bilan birga nerv tizimining funksional buzilishlarida xali etarlicha sinovdan o'tmagan.

Klinik amaliyotga radioaktiv izotoplarni qo'llash orqali pozitron-emission tomografiyani tadbiq etilishi diqqatga sazovor. SHuningdek, pnevmoensefalografiya va x.k. usullar xam qo'llaniladi.

Lekin, bemorda xaqiqatan xam ruhiy kasallik borligini aniqlash uchun kompleks tekshiruvlarning barcha ma'lumotlarini analiz qilish zarur va bular ichida etakchi usul bo'lib, klinik kuzatuv va professional surishtiruv hisoblanadi.

RUHIY STATUSNI TEKSHIRISH VA YORITISH

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

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

--	--

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

2. 3. BEMORNING RUHIY HOLATINI ERITISH (RUHIY STATUS)

1. Emotsional-iroda sohasi

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

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

Shifokor (hamshira) yoniga faqat chaqirik (o'z xoxishi) bo'yicha keladi. Psixiatriya kasalxonasida etganidan kayg'uda (emas).

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

Jestikulyasiya: faol (sust, yo'q). Bemor tormozlashgan, kam harakat.

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

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

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

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

2. Ongni aniqligi

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

Bemorda tilni tishlash, og'izdan ko'pik chiqishi, ixtiersiz siydik ajralishi, tutqanoqlar bilan kecha(may)digan, tez-tez yuzaga kel(may)adigan, xush yo'qolishi(siz) xurujlar(talvasalar) kuzatiladi. O'zini bemor (emas) deb hisoblaydi.

3. Sezgi, idrok

Bemor ko'zlari (ichki nigoh bilan) bilan kuzatayotgan kurinishlarga ahamiyat beraditmechaet videniya, (vnutrennim vzorom), joylashgan o'rni(lari)ni ko'rsata ola(may)di, ular yorqin(emas), tirikday(tanasiz va shaffof) ko'rinadi, tovushlar chiqara(may)di, gapira(may)di. Bemor ularni ko'pincha ertalab (kechkurun, kunduzi, tunda) kuradi. Bemor tashqari (ichkari)dan ovozlarni eshitadi, ular imperativ (maslaxat beruvchi, dustona, sharxlovchi) xarakterga ega.

Bemor odatdagi xidlarni qanaqadir boshqacha, odatdan tashqari sezayotganligiga aniqladi. U oddiy ovqatning o'z ta'mini o'zgartirayotganligini seza boshladi, ta'mni xis qilishi ovqatlanishga bog'liq (emas).

Bemor terisida (qorni ichida, boshida) yot tanachalarni xis etmokda.

Atrofdagi narsalar bemorga o'zgargan (g'alati, o'zigi o'xshamagan, o'zidan uzoq (yaqin) masofada joylashgan) dek tuyulayapti.

Bemor vaqti-vaqti bilan o'z tanasining katta(kichik)lashganligini xis etadi. U shahsiy fikr, xislarini begonaligini sezadi. O'zi bilan sodir bo'laetgan xodisalarni, guyoki tashqaridan kuzatadi.

1. Tafakkur

Bemor o'zida quyulib kelayotgan fikrlarni boshqarish qiyin bo'lgan holatni xis etadi (to'satdan fikrlar buzilishi yuzaga keladi).

Bemorni noxush fikrlar (intilishlar, tushlar, xotiralar) bezovta qiladi, ulardan xalos bo'lishni istaydi, lekin uddasidan chiqa olmaydi. O'z irodasiga qarshi nimanidar qilish yoki aytish xaqida fikrlar paydo bo'ladi.

Bemor qorong'ulik (balandlik, ochik joylar, chegaralanganmakonlar, o'tkir buyum, o'lim, og'ir kasallik, yolgizlik) dan qo'rqadilar. Ularda tumonat odamlar ichida noqulaylik xissi yuzaga keladi.

Bemorga tuyuladiki, (ishonishicha, tahminicha), uni kuzatishayapti (ta'qib qilishayapti), uning sezishicha, xayoti xavf ostida (unga nisbatan til biriktirilgan), kimlardir unga ta'sir kilayapti. Uylashicha, uni tunashmoqchi (zaxarlashmoqchi, kvartirasiga egalik qilishmokchi). Hisoblashicha, fikrlarni masofadan o'qish (ulkan xokimiyat, buyuklik, o'lmaslik, katta boylik, katta ilmiy kashfietlar ixtiro qilish) kabi g'ayrioddiy qobiliyatlarga ega, o'zini g'ayritabiiy inson deb hisoblaydi.

Bemor xotini (eri)ni hiyonatkorlikda gumon qiladi. Uning sezishicha, atrofdagi kechayotgan barcha voqealar kimlar tomonidandir tashkillashtirilgan, u doimo atrofdagilarning diqqat markazida, atrofdagilar uning barcha kamchiliklarini biladilar. Bemor o'zini yomon harakatlar, jinoyatlar sodir etganlikda ayblaydi, o'zini ma'naviy majrux ekanligiga ishonadi.

Uning ishonishicha, ogir kasallik (davolab bo'lmaydigan yoki uyatli) kasallik bilan xastalangan, uning tanasida atrofdagilarning kuziga tashlanadigan majruxlik mavjud. Uning uylashicha, notanish odamlar dushmanlik maqsadida qarindoshlari (tanishlari) qiyofasiga kirib olishgan.

Bemor tuturuqsiz umumlashtirishlarga, natijasiz donishmandlikka moyil

5. Intellekt, xotira

Bemor xozirgi sanani ayta olmaydi, kasalxonadan qachondan buyon etganligini, xozir qaerdaligini, nonushtaga nima iste'mol qilganligini so'zlay ola(may)di, shifokor ismini eslay ola(may)di.

Arifmetik misollarni (uzoq vaqt mobaynida) xal qila ola(maydi), makol va topishmoklarning ko'chma ma'nosini tushuna(may)di, boshqa mamlakatlar nomini bil(may)adi.

III. INVOLYUSION DAVRDAGI RUHIY BUZILISHLAR

Yoshlik davrdagi va yosh o'tib qolgandagi ruhiy kasalliklardan tashqari, psixozlarning faqat yoshi ulug'lashgan davrda uchraydigan ayrim turdari mavjud. Bu yosh shartli ikkita davrga ajratiladi: qarilik oldi yoki presenil — 45—60 yosh va qarilik

yoki senil—65 va undan yuqori yosh. Yoshi ulug‘ davr ruhiy kasalliklarini sxematik ravishda qo‘yidagicha ajratish mumkin:

1. Klimakterik davr bilan bog‘liq ruhiy buzilishlar.
2. Involyutsion yoki presenil psixozlar, involyutsion melanxoliya, presenil paranoid.
3. Qariliq senil psixozlari, senil dementsiya, Al‘-sigejmer kasalligi va bosh miya tizimining atrofik kasalliklari, Pik kasalligi va boshqalar.

Oxirgi guruhga etiologik va nozologik jihatdan bir xil bo‘lmagan, lekin umumiy o‘xshashlik belgisi bo‘yicha birlashtirilgan kasalliklar kiradi: bu kasalliklarning barchasiga astasekinlik bilan, doimiy progrediyent kechish xos bo‘lib, bunda kasallik jarayopi chuqur aqli pastlik bilan yakunlanadi.

Yoshi ulug‘ davr psixozlari psixiatriyaning ega murakkab muammolaridan biri hisoblanadi. Hozirga qadar bu kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi va tasnifiga oid masalalar yetarlicha ko‘rib chiqilmagan va yechilmagan.

3. 1. Klimaks bilan bog‘liq ruhiy buzilishlar

Klimaks — bu ichki sekretiya bezlari faoliyatining yoshga xos o‘zgarishlari bilan bog‘liq fiziologii jarayon bo‘lib, jinsiy bezlar faoliyatining o‘zgarishi uning asosida yotadi. Bu o‘tish davri erkaklarda ham, ayollarda ham kuzatiladi, biroq ayollarda klimaks belgilari juda aniq yuzaga chiqadi, chunki bu jarayon o‘rtacha 45—50 yoshlarda yuz beradigan ovarial faoliyatning to‘xtashi bilan bevosita bog‘liqdir.

Klimakterik alomat majmui xilma-xilligi bilan ajralib turadi, bunda har xil somatik belgilar bilan bir qatorda asab-ruhiy buzilishlar ham uchraydi.

Asab-ruhiy buzilish belgilari menopauzadan 1—2 oy oldin, ba‘zan oradan 2—3 va undan ko‘p yillar o‘tgach yuzaga chiqishi mumkin. Bu buzilishlar psixozlar emas, balki vaqtinchalik nevrotik reaksiyalardir va ular affektiv beqarorlik, yuqori qo‘zg‘aluvchanlik va xavfsirash alomatlari bilan yuzaga chiqadi. Bu davrda reaktiv-depressiv va ipoxondrik reaksiyalar paydo bo‘lishiga moyillik kuzatiladi, ayniqsa klimaks vegetativ-somatik o‘zgarishlar miyaga ko‘p qon kelishi, bosh aylanishi, yurak tez urib ketishi, xushdan ketish hollari va boshqalar bilan kechganda shunday bo‘ladi. O‘ta yuqori affektiv labillik va rsaktivlik har xil isterik hollarni keltirib chiqaradi, bu T. A. Geyer, O. Bumke kabi ba‘zi mualliflarga kasallikning alohida shakli — involyutsion isteriyani ajratishga asos bo‘ldi. Psixikaning qo‘pol buzilishlari uzoq

davom qiluvchi depressiyalar odatda ruhiy dunyoqarashida oldindan qandaydir buzilishlar, psixopatiyalar, tabiati jihatidan shaxsning muvozanatlashmaganligi mavjud bo'lgan ayollarda uchraydi.

Klimaks davridagi depressiyada tushkunlikdan tashqari bezovtalik, asabiylashish holatlari xam uchraydi. Klimakterik sindromni davolashda antidepressantlar – ayniqsa xavotirga qarshi ta'sirga xam ega bo'lgan antidepressant vositalar (venlaksor) ishlatiladi.

Nevrotik buzilishlarni davolashda sedativ va neyroleptik moddalar, uyqu buzilishga qarshi dori vositalar (somnia(zopiclonum),) buyuriladi. Barcha xollarda psixoterapiyaning turli xil usullari tavsiya qilinadi.

Klimaks davri tugashi bilan asab-ruhiy o'zgarishlar ham susayib, keyinchalik asta-sekin yo'q bo'lib ketadi. Birok klimaks davrining asorati bo'lib turli kasalliklar(Gipertoniya kasalligi, depressiya, osteoxondroz...) yuzaga chikmasligi uchun bu davrda insonning ruhiy salomatligiga e'tibor karatish va nevroitik buzilishlarning oldini olish maqsadida ruhiy maslaxatlar berish maqsadga muvofik.

3.2. INVOLYUTSION MELANXOLIYA

Kasallik ko'proq ayollarda 50—60 yoshlarda boshlanadi. Hozirgi vaqtgacha kasallik etiologiyasi va patogenezi to'liq aniqlanmagan. Lekin organizmdagi involyutsion o'zgarishlar asosida kelib chiqadigan endogen-toksik jarayonning ahamiyati shubhasizdir va u psixoz rivojlanishida asosiy hal qiluvchi omil hisoblanadi. Moyillik yaratuvchi omillar — bu har xil psixogeniya va somatogeniyalardir.

Involutsion melanholiyaning asosiy sindromi tashvishli — qayg'uli depressiya bo'lib, u ko'pincha o'z-o'zini ayblash, o'z-o'zini o'ldirish va ipoxondrik vasvasa g'oyalarning qo'shilishi bilan uchraydi.

Klinik ko'rinishi. Kasallikning boshlang'ich belgilari noo'rin bezovtaliq o'zini yo'qotib qo'yish, juda sust kayfiyat fonidagi noaniq qo'rquv sifatida namoyon bo'ladi. Klimaksning rivojlanishi har xil. Ba'zi hollarda tashvishli notinchlikning asta-sekin kuchayishi kuzatiladi, keyinchalik u o'zgarmasdan uzoq vaqt bir xil darajada turadi; boshqa hollarda tashvishli qo'zg'olish alomatlari o'ta tez rivojlanadi va odatda idrok

qilish buzilishlari va vasvasa g'oyalar qo'shilishi tufayli murakkablashib ketadi. Vasvasa g'oyalar xissiyotlarni fantastik shaklda aks ettiradi. Kotar vasvasasi: «...Organizm tirikligicha parchalanib ketmoqda... Oilam o'ldi... Mening aybim tufayli ommaviy fojealar yuz bermoqda... Quto'lishning hech qanday yo'li yo'k. Yagona yo'l — haqqoniy qasos» va hokazo.

Bemorlar doimo bezovta harakatda bo'ladilar, bu vaqgi-vaqti bilan ajiatatsiyaga o'tuvchi o'ralashib qolishda iamoyon bo'ladi. Ular palatada u yoqdan bu yoqqa yurishadi, o'zlarini timdalashadi, o'z sochlarini yulishadi. Bemorlar nutqi shikoyatlarini hadeb bir xil jumlar orqali kaytaraverish bilan tavsiflanadi. Vaqt o'tishi bilan notinch harakatlar tormozlanish bilan almashinishi mumkin, biroq bunda tashvishli — qayg'uli zo'riqish kamaymaydi. Betinchlik tashqi sharoitlar o'zgartirilganda, boshqa palata yoki bo'limga o'tkazilganda yanada kuchayadi. Idrok qilishning buzilishlari ko'pincha verbal illyuziyalari bilan namoyon bo'ladi: atrofdagilarning suhbatida o'ziga karatilgan ayblashlar eshitiladi, nazarida uni kamsitishadi, urishishadi. Il-lyuziyalarning vasvasalar bilan ifodalanadigan boshqa shakllari ham uchraydi: ko'rishga kelgan qarindoshlari o'zgarib ketgan; ular boshqacha ko'rinishadi, yuzlarida kasallik alomatlari: balki, bular qarindoshlari qiyofasidagi umuman boshqa odamlar. Ko'pincha ipoxondrik vasvasa uchraydi: bemorlar o'zlarini zaxm bilan kasallangan, rak bilan kasallangan deb hisoblaydilar. Ovqat hazm qilish yo'qlarining og'ir zararlanishidan shikoyat qiladilar. Ovqat hazm bo'lmayapti, ichaqlarim atrofiyaga uchrab ketayapti va boshqalar.

Kasallikning somatik belgilari kam tavsifli. Faqat ozib ketish va bevaqt qarib ketish kuzatiladi. Ba'zi hollarda kasallik o'ta shiddatli kechadi, u shiddatli darajaga yetuvchi ajiotaj qo'zg'olish bilan yuzaga chiqadi. Bunda ajiatatsiya davrlari oneyroid tipidagi ong xiralashish elementlari mavjud bo'lgach, o'zini yo'qotib qo'yish davrlari bilan almashinib turadi. Bemorlar fojeaviy darajada tez quvvatsizlanadilar va ozadilar. Keyinchalik harakat qo'zg'olishlari negativizm simptomlari bo'lgan, katatonik stuporni eslatuvchi stuporoz holatga o'tib ketishi mumkin. Bemorlar befoyda bo'lgan qarshilik kursatadilar, ovqatni tuflab yuboradilar, uzuq-yuluq jumalarni stereotipik ravishda qaytaraveradilar. Ba'zi mualliflar bunday holatlarni presenil psixozning alohida shakliga ajratadilar va uni «xavfli presenil psixoz», Krepelin kasalligi, «kech

katatoniya» deb ataydilar. Lekin bir tomondan bunday holatlarga involyutsion melanxoliyaning og‘ir kechuvchi variantlari sifatida ham qarasa bo‘ladi.

Kechishi. Involyutsion melanxoliya ko‘p oylar, hatto ko‘p yillar uzoq davom etishi bilan tavsiflanadi. Klimaks oqibatlari turlicha. Butunlay sog‘ayib ketish ham mumkin, lekin kasallik ko‘pincha bir xildagi tushkun kayfiyat holatidagi umumiy aktivlikning pasayishi bilan kechadigan turg‘un astenik ko‘rinishdagi asorat qoldiradi. Shiddatli kechuvchi xavfli ko‘rinishlari rivojlanib boradigap umumiy quvvatsizlik bilan kechadigan hollarda o‘lim bilan tugaydi.

Patologik anatomiyasi. Og‘ir kechuvchi involyutsion melanxoliyada asosan ichki sekretiya bezlarinnig zararlanishi bilan o‘tadigan umumiy distrofiya kuzatiladi. Odatda bosh miya po‘stlog‘ining peshona-miya sohasining kuchsizroq atrofiyasi aniqlanadi. Patomorfologik jihatdan esa markaziy nerv tizimidagi toksiqologik o‘zgarishlar aniqlanadi.

Farqlash tashxisi. Involyutsion melanxoliyaning boshlanishida farqlash tashxisida qiyinchiliklar tug‘ilishi mumkin, chunki yosh o‘tib qolganda har xil depressiv holatlar ham tashvishlanish va harakat notinchliklari alomatlari bilan kechadi. Maniakal-depressiv psixozdan involyutsion melanxoliyani quyidagi belgilar ajratib turadi: oldin sirkulyar xurujlarning kuzatilmaganligi, kasallik manzarasida tashvish va qo‘rquvning ustun turishi. Tomir kasalliklari tufayli kelib chiqadigan depressiyalardan involyutsion melanxoliya to‘lqinsimon kechishining yo‘qligi, psixotik holatning tomir tonusiga bog‘liq emasligi bilan farqlanadi.

Davolash. Hozirgi vaqtda neyroleptik moddalarni, atipik neyroleptiklar (rispaksol, kvetilept, nopreniya, zipreks, zifort)

aminazin va hokazolarni antidepressantlar imizin, melipramin va boshqalar bilan birga qo‘llash katta foyda bermoqda. Og‘ir ajiotaj holatlarda simptomatik vosita sifatida opiy preparatlari tavsiya qilinadi, ularning dozalari dastlab oshirib boriladi, keyin asta-sekin kamaytiriladi. Neyroleptiklarni o‘z vaqtida qo‘llash o‘limning keskin kamayishiga olib keladi. Qayd etib o‘tilgan dori preparatlariga nisbatan rezistentlik mavjud bo‘lgan hollarda «elektrotitrash» bilan davolash qo‘llaniladi. Bemorlarda suitsidal harakatlarga moyillik borligini hisobga olib tezda shifoxo-naga yotqizish keraq

3.3. INVOLYUTION PARANOID

Bu shakli boshqachasiga involyutsion paranoid, involyutsion parafreniya yoki presentil Ziyen vasvasasi deyiladi.

Klinik manzarasi. Kasallik tiniq ong va tashqi tomondan o'zgarmagan hulq-atvor fonida asta-sekin rivojlanadigan vasvasa bilan tavsiflanadi. Vasvasa tuzilmasi va uning fabulasi juda o'ziga xosdir. Vasvasa konsepsiyasiga kishilarning tor doirasi kiradi: qo'shnilar, tanishlar ularga ataylab noxushliklar keltirib chiqarishda ayblanadilar. Vasvasalar odatda tor doiradagi xo'jalik munosabatlaridan, arzimmas ginaxonliqdan chetga chiqmaydi. Avval bemorlarning da'volari atrofdagilar tomopidan haqqoniydek qabul qilinadi, biroq vaqt o'tishi bilan ularning patologik asosi ko'zga tashlanib qoladi. Bemorlarning nazarida kushnilari ularning narsalarini bo'zayotgani, kalitlar va maxsus vositalardan foydalanib yashirincha uyga kirayotgani, ovqatlariga axlat solib ketayotgani, devorlarda tirqish ochib u yerdan gaz yuborayotganiga va boshqa xavfli ishlar qilishiga ishonchlari komil. Kechalari qo'shnilarinikida yig'inlar uyushtiriladi, u yerga shubhali shaxslar keladi. Bularning hammasi moddiy ziyon yetkazish, sog'ligiga zarar qilish yoki xonasidan siqib chiqarish uchun ataylab qilinadi. Ba'zan hidlov gallyutsinatsiyalari, eshituv verbal illyuziyalari sifatidagi idrok qilish buzilishlari uchraydi. Shuningdek somatik bo'zilishlar bilan bog'langan holda tana sezgilarini vasvasali qabul qilish kuzatiladi, yurak urishi, gazdan zaharlanish oqibati va hokazolar. Vasvasalar rashk g'oyalari asosida rivojlanishi ham mumkin. Muhitni, yashash joyini o'zgartirilganda bemorlar bir oz tinchlanishadi, biroq keyinchalik oldingi vasvasa fikrlar yana qayta boshlanadi. Bemorlar o'z og'riqli kechinma va g'oyalarini ximoya qilishda o'ta faolliklari bilan ajralib turadilar. Ular eshiklariga ko'plab qulflar o'rnatadilar, doimo kuzatishlar uyushtiradilar, sud organlariga shikoyatlar bilan murojaat qiladilar, militsiyaga boradilar. Bunda depressiya kuzatilmaydi. Aksincha, affektiv sozlanganlik astenik belgilar bilan, vasvasa g'oyalarining o'ta tashvishlilik yuzaga chiqadi

Kasallik surunkali kechadi. Somatik hollarida o'zgarishlar kuzatilmaydi.

Farqlash tashxisi. Farqlash tashxisidagi kiyynchilik doimo involyutsion paranoidni kech shizofreniyadan ajratish bilan bog'liq. Tashxisdagi asosiy belgilar bu bemorlarning hissiy o'zgarmaganligi, kasallik manzarasida ruhiy avtomatizm

alomatlarining yoʻqligidir. Qarilik yoshidagi bunday psixozlarga baʼzi mualliflar tomonidan qarilik paranoyasi deb qaraladi.

Davolash. Statsionar sharoitida olib boriladi va aminazin yoki boshqa neyroleptiklarning sutkasiga 800—1000 mg dozalarini qoʻllashdan iborat. Kasalxonadan chiqqach bemorlar bu dorilarni kichik dozalarda qabul qilib yurishlari kerak. Neyroleptik vositalar bilan davolanish natijasida vasvasa simptomatikasi odatda susayadi va affektiv harakterini yoʻqotadi.

3.4. QARILIK PSIXOZLARI

Qon tomir genezli psixozlari

Qon tomir psixozlari haqida gap ketganda, asosan serebral ateroskleroz va gipertoniya kasalligida yuzaga keluvchi ruhiy faoliyat buzilishlari nazarda tutiladi. Bosh miya qon tomirlarining boshqa turdagi zararlanishlari (endoarteriitlar, trombangitlar, essensial gipotoniya va boshq.) ham bosh miyada qon aylanishini buzadilar va asab-ruhiy buzilishlarga olib keladilar, ammo ular kam uchraydilar.

Tahmin qilinishicha, serebral ateroskleroz sababli kelib chiqqan bosh miyada qon aylanishini yomonlashuvi, miya moddasining oziqlanishini buzilishiga, uning atrofiyasi va faoliyati buzilishiga olib keladi.

Serebral aterosklerozning boshlangʻich shakllarida bemor toliquvchanlik, tajanglik, jismoniy va aqliy ish kobliyatining pasayishi, bosh ogʻrigʻi, uyquning yomonlashuvi va x.z.larga olib keladi. Bunday shikoyatlar nevrozli, nevrasteniyali bemorlarda ham boʻlishini hisobga olib, serebral aterosklerozning bu bosqichi nevrozsimon, psevdonevrastenik bosqich deb nomlanadi.

Kasallikning keyingi rivojlanishida arteriosklerotik aqliy zaiflik uchun xos boʻlgan simptomlar yanada koʻproq koʻzga tashlanadi. Bemorlar koʻngli boʻsh boʻlib qoladilar, oʻz hissiyotlarini boshqara olmaydilar, arzimagan sabablar bilan yigʻalaydilar, kuladilar, boʻlar-boʻlmasga hayajonlanadilar, asabiylashadilar, xotiralari sezilarli darajada yomonlashadi. Ayniqsa koʻpincha bemorlar ularga shu vaqtda zarur boʻlib qolgan familiyalar, jismlar, telefon raqamlarini eslay olmaydilar, soʻng ularni kerak boʻlmay qolganidan soʻng eslaydilar.

Umuman, bosh miya qon tomir kasalliklari boʻlgan bemorlar uchun «simptomlarning lipillab yonishi», yaʼni kasallikning u yoki bu belgilarining namoyon

bo‘lish intensivligini o‘zgaruvchanligi hosdir. Kasallik progressida aqliy zaiflik o‘sib borib, turg‘unlashadi (doimiy holatga keladi).

Agar serebral aterosklerozli yoki gipertoniya kasalligi bo‘lgan bemorlarda insult (bosh miyaga qon quyilishi yoki uni yumshashi) yuzaga kelsa, kasallikning o‘tkir davrida ong buzilishi kuzatiladi (karaxtlik, delirioz holat va boshq.), keyinchalik umumiy demensiya zamirida bosh miyadagi zararlanish o‘chog‘iga qarab lokal-psixopatologik belgilar (afaziya, agnoziya, apraksiya) oldingi o‘ringa chiqadi. Funktsional (vaqtinchalik) psixotik holatlardan qon tomir psixozlari uchun havotirli-depressiv va havotir-vasvasali sindromlar xos.

Patologik serebral qon tomir jarayoni qanchalik o‘tkir kechsa, bemorda havotir va qo‘rquv shunchalik kuchli namoyon bo‘ladi. Oldiniga bemorning o‘zi qo‘rquv qaerdan paydo bo‘lganligi, o‘zi nimadan qo‘rqayotganligini tushunmaydi, ammo keyinchalik o‘z kechinmalarini talqin qila boshlaydi, qandaydir «havf»ni topadi, havotirli-depressiv va havotirli-vasvasali sindromlar yuzaga keladi. Qo‘rquv bartaraf etilganda barcha psixotik simptomokompleks odatda tezda yo‘qoladi. Qon tomir psixozlarida ruhiy faoliyat buzilishlari bilan bir qatorda shuningdek nevrologik, yurak-qon tomir va boshqa somatik buzilishlar kuzatiladi.

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

Pik kasalligi xuddi Alsgeymer kasalligidagi kabi yoshda boshlanadi, ammo bunda kasallik bo'shashganlik, apatiya, barcha narsalarga qiziqishning so'nishi, faoliyatsizlik bilan boshlanib, bularga tez vaqt ichida nutq buzilishlari, yoki sababsiz kayfiyat ko'tarilishi va sergaplik, ahloksiz hazillar ko'shilib, keyinchalik so'z boyligining kamayishi ham paydo bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan yuqoridagi simptomlar zamirida xotira pasayishi va umumiy aqliy zaiflik belgilari yuzaga keladi. 8-10 yil davomida bemorlar halok bo'ladilar. Presenil demensiyalarni davolash uchun hozirda biron-bir samarali vosita mavjud emas.

Presenil funksional psixozlar ichida involyusion depressiya va involyusion paranoid ajratiladi. Bu erta involyusion (klimakterik) psixozlar odatda 45-55-yoshlarda boshlanib, erkaklarga nisbatan ayollarda ko'pincha uchraydi. O'z klinikasiga ko'ra involyusion depressiya ko'p jihatdan quyida keltirilgan maniakal-depressiv psixozdagi depressiyaga o'xshashdir, ammo ko'p jihatdan unday farqlanadi. Involyusion depressiyada sezilarli darajada ko'proq havotir va qo'rquv belgilari namoyon bo'lib, ko'proq hollarda ipoxondrik va vasvasa g'oyalari kuzatiladi. Ko'pincha involyusion depressiyada Kotar sindromi deb nomlanuvchi patologiya kuzatilib, unda bemorlar, ularning ichki a'zolari qurib bitganligi, ovqat qaergadir to'kilayotganligi, yuraklari yo'kligi va x.z.larga shikoyat qiladilar. Involyusion vasvasa o'zining "kichik masshtabi", "kichik qamrovliligi" bilan ajralib turadi, bunda gap, qo'shnilar yoki birga yashayotgan yaqinlari ularning ovqatiga nimadir qo'shayotganligi, uni zaharlashmochiligi, uni ta'qib qilishayotganligi, buyumlariga zarar etkazishayotganligi va x.z.lar haqida ketadi. Involyusion psixozlar cho'zilgan tarzda kechishga moyil, ammo ularni davolash mumkin. Kechki yoshda ko'p hollarda parafrenik vasvasa deb nomlangan buzilishlar kuzatiladi, ammo bu kasallikni ko'pchilik psixiatrlar shizofreniya turlari qatoriga kiritadilar.

Senil psixozlar. Keksalik davrida (70-90 yoshda), presenil yoshdagi kabi, turli sababli (ekzogen, psixogen, endogen)birlamchi yoki takroriy ruhiy faoliyat buzilishlari kuzatilishi mumkin. Tabiiyki, keksalik yoshida bu kasalliklar o'zgacha namoyon bo'ladi va kechadi, ammo, umuman ularda shu yoki boshqa kasalliklar uchun hos bo'lgan klinik hususiyatlar kuzatiladi. Bu ruhiy kasalliklardan tashqari keksalik yoshida xususan qarilik psixozlari, ya'ni jismoniy va ruhiy keksayish omillari bilan

bog‘liq ruhiy faoliyat buzilishlari kuzatiladi. Qarilik (senil) psixozlarida, qon tomir va presenil psixozlardagiga nisbatan yanada ko‘proq, o‘sib boruvchi aqliy zaiflik belgilari – qarilik aqliy zaifligi rivojlanadi.

Qarilik psixoz — senil dementsiya. Kasallik keksa yoshda, odatda, 70—80 yoshlar orasida boshlanadi. Qarilik psixozining asosida asosan bosh miya katta yarim sharlari po‘stlog‘ining rivojlanib boruvchi yoki progrediya atrofik jarayoni yotadi. Bu jarayon miya parenximasining qarilikdagi fiziologik involyutsiyasi emas, balki patologik o‘zgarishlarning oqibatidir. Shunday qilib, senil dementsiya — bu psixikaning yoshga bog‘liq o‘zgarishlarining kuchayishidan sifat jihatdan farq qiluvchi holatdir.

Qarilik psixoziga olib keluvchi sabablar yaxshi o‘rganilmagan. Ba‘zi mualliflarning fikricha bunda nasliy omillarning ahamiyati bor.

Klinik manzarasi. Qarilik psixozining klinik manzarasi kuchayib boruvchi aqliy zaiflik, qonuniy ravishda kuchayib boruvchi xotira susayishi va keyinchalik barcha ruhiy jarayonlarning yemiriliyuidan iborat.

Kasallik asta-sekin rivojlanadi. Boshlang‘ich simptomlari ko‘pincha unutuvchanlik, karakterli belgilarning o‘zgarishidan iborat bo‘ladi. Keyinchalik harakterning sifat jihatidan o‘zgacha belgilari paydo bo‘ladi, psixopatiyasimon o‘zgarishlar ruy beradi. Bemorlar shubhalanuvchan, qo‘rs, ezma bo‘lib qoladilar: bolalarga xos ishonuvchanlik bilan bir qatorda hech tushunmaydigan kaysarlik tavsiflidir. O‘zidagi o‘zgarishlarga tanqidiy qarash butunlay qolmaydi. Qiziqish doirasi keskin torayadi. Ular bahillik talablarini qondirishga intilish bilangina chegaralanadilar, vegetativ turmush tarziga o‘tib oladilar. Bunda ko‘pincha mayllar tormozlanmaydigan bo‘lib qoladi va bu holat ko‘pgina yengiltak, hatto jinoiy harakatlarga olib kelishi mumkin. Pullarni befoyda sarflash kuzatiladi. Xotira keskin buziladi, voqealar qanchalik yangi bo‘lsa, shunchalik tez unutiladi — Ribo qonuni. Shuning uchun bemorlar hayoti o‘tmish voqealar doirasida kechadi. Uzoq davrlardagi voqealar, lavhalar ularning fikrlarining asosiy mavzusi bo‘lib qoladi. Doimo bir xil narsalarni qaytaradilar va har gal bu ular uchun yangidek bo‘lib hisoblanadi. O‘rgangan sharoitlarda bir amallab mo‘ljal qiladilar, lekin yaigi joyda o‘zlarini butunlay yo‘qotib qo‘yadilar. Bora-bora xotira butunlay yo‘qoladi. Bemorlar nevaralarining, bolalarining ismlarini, o‘zining yoshi va familiyasini unutib yuboradilar. Qarindoshlarga va o‘z

yaqinlariga bo'lgan bog'liqlik hissini yo'qotadilar, ularni taimaydilar, ba'zan kachonlardir o'lib ketgan kishilar bilan adashtiradilar.

Kasallikning klinik ko'rinishlari har xil, shuning uchun qarilik psixozining turli shakllari ajratiladi. Yuqorida bayon etilgan holat oddiy shakli uchun tavsiflidir. Ba'zi hollarda dementsiyadan tashqari birinchi qatorga affektiv buzilishlar chiqadi, u doimiy g'amgin kayfiyat, xayotdan sovush ko'rinishida bo'ladi.

Bunday depressiyalar ipoxondrik vasvasa g'oyalar bilan kuzatiladi va ko'pincha tuzilishi jihatdan o'ta g'alatiligi bilan ajralib turadi... «Oshqozonim, ichagim allaqachon yo'k.. Ichimdagi hamma narsa qurib, chirib ketdi...» — Kotar vasvasasi.

Amnesetik adomatlar majmuasi bilan dementsiya fonida kambag'allashish yoki o'g'ri tushish vasvasa g'oyalari kuzatiladi. Bemorlar bezovta, o'ta shubhalanuvchan bo'lib qolishadi, narsalarini doimo burchak-burchaqlarga bekitib yuradilar va hammani o'g'rilikda ayblaydilar. Bunday bemorlarga tungi bezovtalik xosdir. Ular kunduz kuni uyqusiragan, shashti past, tunda esa xonalar buylab kekadilar, qo'shnilarning eshiklarini taqillatadilar, nimanidir izlaydilar; bu vaqtda ezmalik bilan so'kinadilar va uni o'z joyga yotkizishlariga qarshilik qiladilar. Amnestik mo'ljal buzilishi keskin notinchlik xurujlari, o'ralashib qolish, mazmun jihatdan juda sayoz gallyutsinatsiyalar, qarilik deliriysi degan nom bilan yuritiladi.

Qarilik psixozining konfabulyator shakli yoki presbiofreniya oldi kasallikning alohida turi sifatida ko'rib chiqiladi. Bunday holda amnestik sindrom kuchli koifabulyatsiyalar bilan birga bo'ladi. Bu konfabulyatsiyalarda oldin bo'lib o'tgan voqealar, oldingi kasbi yoki turmush sharoiti bilan bog'liq uylab topilgan voqealar asosiy o'rin egallaydi. Masalan, oldin soatsoz bo'lgan bemor vrach bilan suhbatida shunday deydi: «Men sizni juda yaxshi eslayman, siz yaqinda menga Pavel Bure markali soatingizni to'zatishtga berdingiz.... Yirik firma, bunday soatdan aniqligini talab qilsa bo'ladi».

Bemorlar eyforik, harakatchan, bolalarcha tajang bo'ladilar. Atrofdagi hamma narsalar uning e'tiborini tortadi. Ular begonalar suhbatiga hech narsaga tushunmagan holda aralashadilar, boshqalarga berilgan savolga javob beradilar. Xulq-atvori o'ta o'ralashuvchanlik va tirishqoqlik ishbilarmonlik bilan ajralib turadi. Qayoqqadir ketmoqchi bo'lib choyshablarini tugun qilib tugadilar, sochiq bilan pol yuvadilar yoki

narsalarni tinmasdan u qo‘llaridan bu qo‘llariga oladilar. Bitta bemor bostirmadagi tovuq tuxum qo‘ydimikan deb nuqul karavoti tagiga kiraveradi.

Delirioz va konfabulyator shakllarii senil dementsiyaning atrofiya o‘chog‘i o‘ziga xos joylashgan yoki qon tomir va umumsomatik o‘zgarishlar qo‘shilgan shakllariga tegishli deb qarashadi.

Qarilik psixozining davomiyligi bir necha yillar bilan o‘lchanadi, bemorlar umumiy marazm holatida o‘ladilar.

3.4.QARILIK AQLIY ZAIFLIGI (SENIL DEMENSIYA)

Qarilik aqliy zaifligi (senil demensiya) odatda 70 yoshdan keyin rivojlanib, o‘sib boruvchi xotira pasayishlari, aqliy qobiliyatlarning pasayib ketishi va bemor shaxsining o‘zgarishi bilan hususiyatlidir. Bunday bemorlar fazoga va vaqtga mo‘ljalni yo‘qotadilar, xonalarda maqsadsiz daydib yuradilar, qog‘oz parchalari va boshqa keraksiz buyumlarni to‘playdilar, vahimaga tushadilar, qaerlargadir otlanadilar, palapartish bo‘lib ketadilar.

Ba’zida ularda o‘tmishdagi hayotlari va faoliyatlaridan rangdor xotiralar paydo bo‘lib, bu holda ular faol va o‘zlarining o‘tmishdagi kasblari va mutaxassisliklariga ko‘ra, ba’zilari “boshqarma majlisiga”, ba’zilari “bemorlarni ko‘rikdan o‘tkazishga” otlanadilar, ba’zilar “otlarni sug‘ora boshlaydilar” va x.z. Bu holatda ular real borliqni etarlicha aniq idrok etolmaydilar, balki yashab o‘tilgan kechinmalar bilan yashaydilar. Bu holatlar “qarilik deliriysi” deb nomlanadi.

Ular uzoq davom etmaydi va bemor o‘z holatiga qaytadi. Qarilik aqliy zaifligi bo‘lgan ba’zi bemorlarda kasallik holatida keskin xotira buzilishlari va kayfichoqlik holati oldingi o‘ringa chiqadi. Bu holatlarda qarilik demensiyasining alohida shakli – presbiofreniya haqida gap ketadi. Qarilik aqliy zaifligi bo‘lgan bir qism bemorlarda demensiyaning asosiy belgilariga, qo‘shimcha zararli omillar ta’siri ostida, boshqa ruhiyat buzilishlari – ong buzilishlari, gallyusinatsiyalar, vasvasa g‘oyalari qo‘shiladi.

Qarilik aqliy zaifligi asosan qarilik davridagi modda almashinuvi jarayonlarining o‘zgarishlari ta’siri ostida bosh miya moddasining parchalanishi, hajmining kamayishi (atrofiyasi) sababli kelib chikadi. Bosh miyadagi o‘zgarishlar va aqliy zaiflik darajasi o‘rtasida ma’lum mutanosiblik (korrelyasiya) mavjud, ammo barcha holatlarda ham bunday korrelyasiya kuzatilavermaydi. Shulardan kelib chiqqan holda, yoshga hos

bosh miya atrofiyasidan tashqari senil demensiya yuzaga kelishi uchun yana ma'lum bir qo'shimcha zararli omillar bo'lishi talab etiladi. Patologoanatomik tekshiruvda bosh miya yorib ko'rilganda bu bemorlarda ular uchun hos bo'lgan o'zgarishlar aniqlanadi.

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

Qon tomir, qarilik oldi va qarilik psixozlarini davolashda eng avvalo va ko'proq bemorlarning umumiy somatik holatlariga e'tibor bermok zarur. Bu turdagi barcha bemorlarga umum quvvatlovchi va tinchlantiruvchi vositalar, modda almashinuvini yaxshilovchi va yurak-qon tomir tizimini mustahkamlovchi vositalar (vitamin komplekslari, fosfor va temir preparatlari, qon tomir kengaytiruvchi vositalar va boshq.) tavsiya etiladi.

Bemorlarda depressiv yoki vasvasali holatlar mavjud bo'lganda kichik miqdorlarda psixotrop vositalar (antidepressantlar, neyroleptiklar) tavsiya etiladi. Cho'zilgan depressiv holatlarda hatto chuqur keksalik yoshida ham, bemorni tegishli tayyorgarlikdan o'tkazilganidan so'ng elektroshok usuli qo'llanilishi mumkin.

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

Karilik psixoz (sekin demensiyalar) Kasallik kupincha 70-80 eshgacha uchraydi. Senil demensiyaga bosh miya pustlogining progredient distrofiyasi sababchi buladi. Bu protsess tabiiy karish protsessi bulmay, patologik atrofiya tabiatiga ega. Shu sababli senil demensiya oddiy karilik eshidagi ruhiy uzgarishlardan aloxida turadi.

Senil demensiya sabablari xozirgacha aniklanmagan. Ayrim mualliflar bu kasallikning sababi irsiy beb xisoblashadi.

Klinik manzara. Karilik psixoz kuchayib boruvchi xotira buzilishlari bilan global akl zaiflikga olib keladi. Undan keyin butun ruhiy faoliyat parchalanadi. Kasallik

asta-sekin rivojlanadi. Kasallik boshida bemorlar xaelparishon, bir narsani tez unutar bulib kolishadi, shaxsga xos fazilatlar burtib chikadi. Keyinchalik bemorlarning felida psixokatsimon uzgarishlar ruy beradi. Bemorlar injik, lekin ishonuvchan bulib kolishadi. Uz axvoliga tankidiy nazar sololmaydilar. Bemorlarni uzini sodda talablaridan boshka xech narsa kiziktirmaydi, ular " vegetativ" xaet kechiradilar. Kupincha mayllar nazorat kilinmaydi, bemor engiltaklik kilishadi, ba'zan jinoiy xarakat sodir etishadi (esh bolalar bilan jinsiy alokaga xarakat kilishadi va x.k.)

Xotira Ribo konuni buyicha buziladi. Shuning uchun xam bemorlarni xaeti utgan xodisalar bilan kechaetgandek buladi. Ular doim utgan xodisalar tugrisida gapirib, fikr yuritadilar, eski xodisalarni yangnilik kabi kabul kilishadi. Tanish joyda bemorlar oz bulsa xam orientirovkani saklab, kolishadi, yangi joyda esa tulik adashganday bulib koladilar.

Asta-sekin xotira tulik parchalanib ketadi. Bemorlar bolalari, nabiralari ismlarini, xattoki uzining ismi familiyasi, manzilini unutishadi. Oila a'zolariga nisbatan tuygular kolmaydi, bemor ularni tanimaydi, ulib ketgan odamlar bilan adashtiradi. Kasallikning klinik kurinishlari turlicha. Oddiy shakli uchun yuqorida aytib utilgan klinik manzara xos.

Ayrim xollarda demensiyadan tashkari affektiv buzilishlar buladi. Bemorlar doim xumraygan, tushkin kayfiyatda bulib, tashki dunedan chetlashadilar. Bunday depressiyalarga inoxondrik vasvasa yuldosh buladi.

Vasvasa mazmuni uta bema'ni goyalarga tula buladi: oshkozonim yuk....., ichimda xamma narsa chirib, kirib ketgan...(kotar vasvasasi)

Amnestik simptomkompleksli demensiya bilan bir katorda kashshoklanish, ugri urish vasvasalari uchraydi. Bemorlar xammadan shubxanib narsalarini yashirishga tusshadilar. Yashirgan joyini uzi unutib, atrofdagilarni ugirlikda ayblashadi. Kunduzi ular lanj va uykuchan buladilar, kechasi esa yurib chikadilar, kushnilarga eshik kokib, nimalarnidir axtarib, vaysab, urishib yurishadi, joyiga etkisi kelmay, karshilik kursatadilar.

Amnestik dezorientirovka, keskin bezovtalik, sodda mazmunli gallyusinatsiyalar bilan kechadigan xolat karilar deliriyi deb ataladi. Karilik psixozining konfabulyator shakli eki presbiofreniya ilgari aloxida kasallik xisoblangan. Bunday xollarda

amnestik sindrom ko'p konfabulyatsiyalar bilan birga kechadi. Konfabulyatsiyalarda bemor utmishidagi xodisalar, uydirma gaplar uchraydi. Masalan ilgari soat ustasi bulgan bemor shifokorga shunday degan: " Men sizni juda yaxshi eslayman. Siz menga Pavel Bure markali soatingizni tuzatishga bergansiz. Bu juda mashxur firix, bunday soat albatta anik yurishi kerak".

Deliriyli va konfabulyatsiyali psixoz shaklini senil demensiyani aloxida ajratishadi. A.V.Snejnevskiy fikri buyicha bunda atrofiya aloxida lokalizatsiyaga ega eki atrofiyaga kon-tomir va somatika kasalliklari sherik buladi.

Karilik psixози bir necha yil davom etadi. Asta-sekin akl zaiflikga jismoniy keksayish, befarklik, xolsizlik, uykuchanlik kushilib boradi. Bemorlar marazm xolatida olamdan utadilar.

PIK KASALLIGI

Kasallik kupincha 50-60 eshlarda ba'zan 43-45 eshlarda boshlanadi. Pik kasalligi sistema-degeneratsiya jaraeni kasalliklari guruxiga kiruvchi aloxida kasallik xisoblanadi. Kasallik asosida bosh miyaning aloxida kismlaridagi atrofiya etadi. Bosh miyaning peshona kismida atrofiya kuchlirok buladi.

Klinik manzara. Aksariyat xollarda kasallikning boshlangich belgilari bulib ilgari bemor shaxsiga xos bulmagan fazilatlar va xulk-atvor paydo buladi. Shu bilan bir vaqtda fikrlash jaraeni susayib, tankid yukoladi. Atrof-muxitni tugri baxolash kobiliyati yukolib, faxm-farosat ayniydi. Bemor bulmagan kiliklar kiladi, uzi bilmagan xolda kupol xatolarga yul kuyadi.

Kasallik keyinchalik turli rivoj topishi mumkin, bu ko'proq atrofiya jaraenining lokalizatsiyasiga boglik. Kupincha atrofiya bosh miya pustlogining peshona kismida, konveksitat kismida, kuchli buladi. Bunday xolda faoliyatga intilish kamayadi, bemor lanj va befark bulib koladi. Bemorlar apatiya xolatida buladilar. Ixtieriy nukt yukolishi bu kasallikka xos, keyinchalik bemorlar xech narsani tushunmasdan fakat birovni suzlarini takrorlab koladilar. (exolamiya)

Atrofiya jaraeni peshona kismining bazal bulimlaridan boshlanganda bemor axmakona kiliklar kiladi, mayllari xarakat va nutklarini idora kilmaydi. (soxta falaj sindromi). Bemor uta shilkim bulib koladi. Pik kasalligiga bir turdagi xulk-nutk xos buladi. (tuxtab kolgan simptomlar). Masalan bemor xojaxonaga kirib suvni ochadi,

birok kulini yuvmasdan xonasiga kaytadi va bu xarakatni bir necha marta kaytaradi. Chukur ruhiy degradatsiyaga karamasdan bemorni somatik axvoli emon bulmaydi. ko'p yillar ichida xali mushaklar tonusi uzgarmaydi, ammo umuman olganda alsgeymer kasalligi bilan uxshashligi bor.

Kasallik asta-sekin, surunkali kechadi. Urtacha kechishi-8-10 yil. Kasallik ruhiy jaraenlarning tulik parchalanishi bilan yakunlanadi.

PSIXOORGANIK SINDROM

Intellekt patologiyasiga psixoorganik sindrom, enstefalopatiya, organik psixosindrom kiradi. U intellektual-mnestik susayish va hissiy-irodaviy buzilishlar belgilarining majmui bo'lib, bosh miyaning turli genezli (jarohat, tomirli, intoksikastion, infekstion va h.k.) organik zararlanishi bilan asoslanadi. Bu sindrom uchun xarakterli bo'lgan triada ajratilgan:

- Xotira susayishi
- Tushunish (anglash)ning qiyinlashuvi
- Affektzni tuta olmaslik.

Psixoorganik sindrom (organik psixosindrom).

Bu holat Valter-Byuel uchligi bilan xarakterlanadi yoki ifodalanadi:

1. eslash qobiliyatining pasayishi;

2. tashqi xodisalarni tushunolmasligi;

3. affektzni tutib turolmasligi;

1. Psixoorganik sindrom holatida eslash qobiliyati xamma jixatdan yodda saqlash, retenstiya (qabul qilingan axborotlarni xotirada saqlab qolish) va reprodukstiya (xotirada saqlab qolgan axborotlarni kerakli paytda eslab olish) u yoki bu darajada buziladi.

2. Bemorlar diqqatining xajmi cheklanib, ularning atrofni aniqlash qobiliyatlari yomonlashadi. Avvaliga bemorlar turgan joyni, atrofdagi voqealar va xodisalarni bilishi qiyinlashadi. Agar ularning holatlari og'irlashsa, ular o'z shaxslarida xam adashadilar. Bemorning aqliy faoliyati xam buziladi: muxokama va xulosalash darajalari, bemorning atrofni va o'z shaxsini to'g'ri talqin qilish qobiliyati pasayadi. Murakkab vaziyatlarni tushunib etish imkoni butunlay yo'qoladi. Bemorning fikrlashi ortiqcha tafsilotlarga boy bo'lib, fikrlarning asosiy mazmunini ajratib ololmaydi.

Bemor nutqining soʻz boyligi qashshoqlashadi.

3. Affektiv buzilishlar affektni tutib turolmasligi kungil boʻshliqning yuqori darajasi bilan ifodalanadi. Kayfiyatning tez-tez oʻzgarib turishi, arzimagan sababga pasayishi yoki oshib ketishi. Affekt bemorning xatti xarakatlarini oʻz taʼsiriga oladi, bu bemor tomonidan qonunni buzishlarga olib borishi mumkin.

Psixorganik sindrom ketma-ket keluvchi bir necha bosqichlarga oʻtadi. Psixorganik sindromning xar xil klinik turlari deb xam ataladi. Astenik turi - tez jismoniy va ruhiy charchashlik, toliqish, jaxldorlik giperesteziya kabi belgilar, affektni tutib turolmasligi kam namoyon boʻladi. Eksploziv turi - bu holat jaxldorlik, oʻzini tuta olmaslik, koʻngil boʻshlik, dismnestik buzilishlarning engil darajalari bilan ifodalanadi. Eyforik turi. Kayfiyat koʻtarilishining eyforiya holatigacha boʻlgan oʻzgarishlar kuzatiladi. Bemorlarda begʻamlilik, oʻzini tanqidning pasayishi, dismneziya, intilishlarning toʻxtay olmasligi uchraydi. Birdan paydo boʻladigan gʻazab affekti tezda ojizlikka, yigʻloqilikka aylanishi xam kuzatiladi. Apatik turi - qiziqish doirasining torayishi, atrofdagi xodisalarga befarqlik, dismnestik buzilishlar bilan ifodalanadi. Psixorganik sindrom bosh miya jaroxatining uzoq vaqt oʻtgan davrida, qon tomir va bosh miyaning boshqa organik kasalliklarida uchraydi (insult, oʻsma). Psixorganik sindrom klinikasida aqliy faoliyat tezligining susayishi, tafakkurning sekinlashuvi, anglashning qiyinlashuvi, uzoq vaqtli xotira saqlangan holda qisqa vaqtli xotira buzilishlari, shuningdek affektni tuta olmaslikning ustunligi bu sindromning dementiv tipini xarakterlaydi. Psixorganik sindrom klinikasida jizzakilikning, serjahillikning, distimicheski-disforicheski yoki eyforicheski belgilarning, nizolar chiqarishga moyillik sababli ijtimoiy xayotdagi qiyinchiliklar, intellekt va xotira saqlangan holda masuʼliyat hissini yoʻqotishning ustunlik qilishi xakteriologik tipni aniglatadi. Klinik amaliyotda koʻpincha psixorganik sindromning aralash dementiv-xakteriopatik varianti uchraydi

A. V. Snejnevskiy psixorganik sindromning koʻrsatib oʻtilgandek dementiv va xakteropatikka boʻlishni qoʻllab-quvvatlaydi. U psixorganik sindromga umumiy ammo, etarlicha batavsil xakteristika beradi. A. V. Snejnevskiy bu bemorlarning oʻta parishonxotirligi, idrokining hajmi va aniqligining kamayishi, tasavvur va anglashning siyraklashuvi, eslab qolishning susayishi va yaqin oʻtmishdagi baʼzi

reproduktiv jarayonlarning buzilishi, assostiativ jarayonlarning sekinlashuvi, affektning labilligi ba'zan eyforiyaning ustunligi bilan, boshqalarida esa depressiyalar, hoxish istaklarning susayishida o'rin egallashini ko'rsatib o'tadi. Bemorlar malohazalarining susayganligini sezadilar, uquvsiz bo'lib qoladilar, ijtimoiy adaptastiya qiyinlashadi, ularda o'z holatiga nisbatan tanqidning qisman bo'lishi yoki yo'qolishi kuzatiladi.

Psixorganik sindromning klinikasida bosh og'rig'i, bosh aylanishi, issiqni, hammomni va alkogolni ko'tara olmaslik, transportda yurganda o'zini yomon his qilish, meteoqaramlik kabi somatovegetativ buzilishlar ustunlik qilib, undan tashqari o'choqli sterebral simptomlar ham kuzatiladi (afaziya, agnoziya va h.k.).

Qator psixiatrlar psixorganik sindromni demenstiya deb hisoblashni haqli deb biladilar ayrim hollarda aqliy zaiflikning turli variantlarini psixorganik sindromning namoyon bo'lishi deb hisoblaydilar. Ko'pgina psixiatrlar esa «psixorganik sindrom» va «demenstiya»ni tenglashtirilishiga qarshi chiqib, psixorganik sindromni ijobiy kechish ehtimolini ko'rsatib, ruhiy faoliyatni to'liq tiklanishi yoki uni aql zaiflikka o'tib ketishi mumkinligini ta'kidlaydilar.

Oxirgi o'n yillikda psixorganik sindromning to'rtta klinik variantini o'ziga qamrab oluvchi tasnifi keng tarqaldi:

- 1) astenik - klinikasida turg'un ruhiy va jismoniy holsizlik, jizzakilik, intellektual produktivlikni susayishi va chuqur bo'lmagan mnestic buzilishlar bilan kechuvchi affektiv noturg'unlik ustunlik qiladi;
- 2) eksploziv – psixorganik sindromning bu variantini klinik ko'rinishida distimichesk-disforik buzilishlar, affektiv qo'zg'aluvchanlik, qiziqqonlik, agressivlik ustunlik qilib, ular o'zini va irodaviy boshqaruv hususiyatlarini susayishi bilan qo'shilib kelishi ehtimoli bo'lishiga qaramay, odatda intellektual mnestic susayish yaqqol namoyon bo'lmaydi.
- 3) eyforik – klinikasida beg'amlik asosida eyforiya, ishtahaning yuqoriligi, jinsiy mayilning susayishi, anglash va adaptastiyani qiyinlashuviga olib keluvchi affektni tuta olmaslik,

reprodukstiyaning nisbiy saqlangan holati va avvalgi o'rganilgan bilim ko'nikmalardan foydalana olish xususiyati saqlangan holda xotiraning susayishi;

- 4) apatik - psixorganik sindromning bu variantida faollikning tipik susayishi bafarqlik, qiziqishlar doirasining torayishi, tafakkurning susayishi, uquvsizlik, yaqqol mnestik buzilishlar xos.

B. N. Piven (1998) yuqorida sanab o'tilgan klinik turlarning o'rniga intellektual mnestik buzilishlar va o'zining xolatiga tanqidning saqlanganligiga ko'ra psixorganik sindromning strukturasi uchta bosqichga ajratishni taklif etdi. A. S.

Tiganovning fikricha psixorganik sindromning klinik variantlari ko'pincha uning bosqichlari hisoblanib, ruhiy faoliyatning chuqurligi va hajmini aks ettiradi, eyforik va apatik variantlari esa "total organik aql zaiflik tushunchasiga tengdir".

Erta bolalik davri ekzogen organik psixosindromi yoki miya minimal disfunktsiyasi ajratiladi. Bu sindrom haddandan tashqari harakatchanlik, diqqatni jamlanishining qiyinligi o'zini tuta olmaslik bilan bilan namoyon bo'luvchi xulq atvordagi tormozlanish bilan xarakterlanadi.

Bundan taqari xoreoform va atetosimon beo'xshov harakatlar kuzatilib, aniq harakat aktlarini bajarishning qiyinlashuvi, etarlicha aniq va adekvat bo'lgan idrokning bo'lmasligi ham aniqlanadi. Bu sindrom bilan kasallangan bemorlarda ruhiy xususan, aqliy rivojlanishning ortda qolishi yozishning (disgrafiya, disorfografiya), o'qishning (disleksiya) qiyinlashuvi bilan ham namoyon bo'ladi.

Miya minimal disfunktsiyasi sindromi prenatal, natal va erta postnatal davr (jarohatlar, infektsiyalar, intoksikatsiyalar, gipoksiya va h.k.) bosh miya organik patologiyasining asoratini ifodalaydi.

DEMENSTIYANING DIFFERENCIAL DIAGNOSTIKASI

Demenstiya – orttirilgan aqliy zaiflik. Total (globulyar, diffuz) va lakunar (o'choqli) turlarga ajratiladi.

Intellektual etishmovchilik sindromi — intellektning etishmovchilik sindromi hayotda olingan aql pastlik (demenstiya) va intellektning tug'ma buzilishi aqlsizlik (oligofreniya) ga bo'linadi.

Demenstiya (aqlpastlik) — intellektning bo'shashishi bo'lib, yangi bilim va odatlarni o'rganish, ma'lumot olish tushunchasi va aqliy xulosa qilish buziladi, o'ziga va atrofiga tanqidiy nuqtai nazardan qarashi susayadi. Avvalgi o'rgangan bilim va tajribalari u yoki bu darajada pasaya boshlaydi, yo'qoladi. Yuqoridagi o'zgarishlar jiddiy susayadi.

Asosiy kasallikni tavsifga qarab aqlsizlik yuqori — oliy intellektual faoliyatga tegmaydi (analiz va sintez xususiyatlari), balki intellektning anchagina oddiyroq funkstiyalariga, xususan eslashga, hisoblashga, diqqatga, mushohada, shaxsiyat, o'z holatiga tanqidi va odobi uzoq vaqt saqlanib qoladi.

Bunday bemorlar shifokor yordamida faol intiladilar, odatdagi kasbga tegishli bo'lgan faoliyatlari ham uzoq vaqt saqlanadi. O'chog'li aqlpastlik bosh miya tomirlarining kasalligida (sterebral ateroskleroz), xafaqon kasalligida, miya zaxmida uchraydi.

To'la (total, diffuz) aqlpastlik— intellektning qo'pollashishi, solishtirish xususiyati, umumlash, jamlash, oddiy va murakkab vaziyatlarni sintezlash, o'zining holati va ahloqiga tanqidiy bahoning susayishi, shaxsiy xususiyatlarining siyqalanishi bilan tavsiflanadi.

O'zini tutishi ko'pincha ahmoqona bo'lib qoladi, odamgarchilik asoslariga to'g'ri kelmaydi, qiziqishlari ortib ketadi, eyforiya fonida o'zlarini hursand tutadilar, sergap, giperseksual, hech narsa yoqmaydigan bo'lib qoladilar, kuchayib boruvchi falaj va qarilik aqli pastligiga uchraydi.

Total (to'liq) aqliy zaiflikda nafaqat intellektual qobiliyatning qo'pol buzilishi ,balki shahs parchalanishi ham kuzatiladi.Xotira keskin buziladi. Bemorlar o'zlarining faoliyatlaridagi avvalgi malakalaridan foydalana olmaydilar.

O'zlarining holatlariga tanqid bo'lmaydi, mas'uliyat va ahloqqa bo'lgan talabni farqlamaydilar. Global aqliy zaiflik qarilikdagi bosh miya og'ir jarohatlari, yaqqol sterebral sindrom va qaytalanuvchi insultlar bilan kechuvchi havfli gipertoniya kasalligi natijasida rivojlanishi mumkin.

Lakunar (qisman) aqliy zaiflikda intellekt qisman parchalanib boradi, xotiraning susayib borishi kuzatiladi. Bemorning o'z holatiga tanqidi saqlangan bo'ladi. Lakunar aqliy zaiflik sterebral aterosklerozda va qarilikdan oldingi davrdagi og'ir somatik kasalliklarda kuzatilishi mumkin.

Demenstiya (orttirilgan aqliy zaiflik)ning psixorganik sindromdan tubdan farqi kasallikdagi buzilishlarning psixotik darajasi hisoblanadi. Demenstiya – bu turg'un, deyarli ortga qaytmaydigan bosh miyaning organik shikastlanishi natijasida intellektning chuqur buzilishi, avval mavjud bo'lgan ijtimoiy adaptastiya hususiyatining buzilishga asos bo'luvchi ruhiyatning ruinizastiyasi (o'ta qarishi)dir.

Demenstiyada bemorlarda kognitiv buzilishlar, ijtimoiy adaptastiyaning qiyinlashuviga olib keluvchi ijtimoiy motivastiyalardagi ahloqiy boqaruvni buzilishi, yangi bilimlarning o'zlashtirilishi to'xtab turishi yoki butunlay yo'qolishi kuzatiladi.

Chuqur demenstiyalarda bemorning ruhiyati "ma'naviy uyushmaning ruinsimon (vayrona) harobasi"ni ifodalaydi. Shu bilan birga demenstiyaning psixopatologik tuzilmasi kasallikning nozologik shakli va demenstiyaga olib keluvchi jarayonning chuqurligiga bog'liq.

V. M. Bleyxer demenstiyaning taqqoslama fenomenal (noyob) sistematikasini taklif etdi:

- 1) negativ simptomlar bilan xarakterlanuvchi oddiy aqliy zaiflik;
- 2) intellektual-mnestik susayish bilan birga, negativ premorbid shaxs hususiyatlarining yoki yangi anomal fazilatlarining o'tkirlashuvi kuzatiladigan psixopatsimon aqliy zaiflik;
- 3) strukturasida gallyustinastiyalar va vasvasaning demenstiya bilan qo'shilib ketishi kuzatiladigan gallyustinator-paranoid aqliy zaiflik;
- 4) amnestik-paramnestik aqliy zaiflik (korsakov sindromi bilan);
- 5) paralitik va psevdoparalitik aqliy zaiflik;
- 6) o'choqli zaralanish belgilari nutq, gnozis va praksisning buzilishi bilan kuzatiladigan asemik aqliy zaiflik;
- 7) terminal marantik aqliy zaiflik.

Muallif u yoki bu ruhiy kasallik tufayli yuzaga keluvchi aqliy zaiflikning sanab o'tilgan fenomenal variantlari keyinchalik nozologik xususiyat qirralarini oladi.

Demenstiyani parstial va total turlarga bo'lish amaliy ahamiyatga ega va shartli xarakter kasb etadi. Demenstiyaning quyidagi turlari ajratiladi.

Epileptik demenstiya (“epilepsiyadagi aqliy zaiflik” desa to'g'riroq bo'ladi). Ruhij jarayonlarning susayishi bilan bir qatorda (torpidlik) tafakkur faoliyatining ham susayishi, fikrlarning patologik batafsilligi kuzatiladi. Fikrlarini qinchilik bilan, chalg'ib, noaniq, to'xtamlar va qaytarish bilan bayon etadilar. Shu sababli epilepsiya bilan kasallangan bemorlarning tafakkurini labirint deb ataydilar.

Xotira susayishi ayniqsa, o'ziga tegishli bo'lmagan voqealar bilan bog'liq bo'lganlariga susayadi. Leksikonning qashshoqlashuvi, nutqda yoqimli erkalovchi so'zlarning qo'llanilishini kamayishi - evfemizmlar, noaniq va ortiqcha so'zlar hamda iboralar. Nutqi cho'zilgan, kuy ohangida, quyilib keluvchi ma'lum bir (qolipdagi) gaplarning qaytarilishi, his hayajonli gaplar (undovli). Qiziqishlar doirasi va faoliyatga bo'lgan mayillarni o'z tinchligini o'ylash hisobiga cheklanishi (“konstentrik aqliy zaiflik”).

Xarakterologik qirralarning bo'rttirib ko'rsatilishining o'tkirlashuvi kuzatiladi. Muloyimlik-tilyog'lamalik, riyokorlikka; tashabbuskorlik - xizmatchilik, xizmatkorlikka; odoblilik laganbardorlikka; tartiblilik mayda pedantlikka; hamdardlilik sermulozamatlikka; o'zini xurmat qilish takabburlikka; tejamkorlik xasislikka va h.k. larga o'tadi. Bemorlar arazchi, ginachi, o'ch oluvchi, qiziqqon bo'lishlari mumkin. Ba'zan munofiqlik, taqvodorligini ko'z ko'z qilish, ikkiyuzlamachilik, xudojo'ylik rivojlanadi.

Paralitik demenstiya. Avj olib boruvchi paralich(shollik)da kuzatiladi. Diqqat, xotira, tafakkurning chuqur buzilishi bilan xarakterlanadi. Ta'sirchanlik oshadi. Xulqi dastlab engiltabiat, keyinchalik bema'ni bo'lib qoladi. Kayfiyat yuqori bo'lishi, eyforiya kuzatilishi mumkin. Individual shaxs xususiyatlari yo'qolib, ruhiy parchalanish yuzaga keladi.

Travmatik (jarohat) aqliy zaiflik. Travmatik demenstiyaning namoyon bo'lishi va klinik xususiyati bosh miya jarohatining zararlangan sohasi va chuqurligiga ko'ra aks etadi. Bosh miyaning peshona – bazal sohasinig zararlanishi ko'pincha psevdoparalitik sindrom, moriya ko'rinishida namoyon bo'ladi. Peshona sohasining frontal qismini zararlanishida apatiya, aspontanlik, akineziya, tafakkur foaliyatining

susayishi kuzatiladi. Chakka bo'lagining zararlanishida epileptik degradastiyani eslatuvchi buzilishlar yuzaga kelib, bunga nutq, nutqiy tafakkurning buzilishi xos. Miya ustuni zararlanganda esa mayillar, affektning tormozlanishi, torpidlik kuzatilib, biroq qarama-qarshi holatlar ham yuzaga kelishi mumkin: affektiv qo'zg'alish, mayillarning ortishi, impulsivlik. Miya shikastlanishi ruhiy energiyaning yo'qolishi bilan kuzatilib, kuchsizlik hissi, apatiya, o'ta uyquchanlik, ba'zan –eyforiya, disforiya, qo'pol affekt va mayl ko'rinishlari ham bo'ladi. Endokrin va almashinuv jarayonlarining buzilishi ham yuzaga kelishi mumkin.

Tomirli (Binsvanger sindromi insultdan keyingi aqliy zaiflik) aqliy zaiflik. Insult yoki ketma-ket bo'lgan mikroinsultlardan keyin rivojlanadi. Xotira, anglash, nutq (afaziyalar, logokloniyalar)ning qo'pol bo'zishlari, majburiy kulgi, yig'i, psixotik epizodlar, sezilarli nevrologik buzilishlar bilan xarakterlanadi.

Tomirli (disstirkulyator) enstefalopatiya ko'pincha dismnestik aqliy zaiflik ko'rinishida namoyon bo'ladi. Hafaqon kasalligidagi ruhiy o'zgarishlar psevdoparalitik sindromlar bilan kuzitilishi mumkin. Tomirli buzilishlarning og'irlik darajasi ko'pincha tebranadi.

Alstgeymer kasalligidagi demenstiya xotiraning progressiv buzilishi, afaziya, agrafiya, aleksiya va apraksiya kabi po'stloq funkstiyalarining lokal buzilishlari bilan xarakterlanadi. Kasallik nisbatan erta (65 yoshgacha) boshlanganda lokal buzilishlar kasallikning erta bosqichlaridayoq ustunlik qiladi.

Pik kasalligidagi demenstiyaga xarakterning sekin asta o'zgarib borishi va kelgusida intellektual funkstiyalarning pasayib ketishi bilan boruvchi ijtimoiy sustlik xos. Xotira susayishi, nutqning buzilishi, apatiya yoki eyforiya ba'zida esa ekstrapiramid o'zgarishlar ham tipik kuzatiladi. Ijtimoiy dezadaptastiya va xulq atvordagi og'ishlar ko'pincha nutq va xotira susayishidan o'tib ketadi.

Kreystfeldt-Yakob kasalligi odatda hayotning beshinchi o'n yilligida boshlanishi xos bo'lib, progressiyalovchi demenstiya bilan ko'pgina nevrologik buzilishlar qo'shib keladi (oyoq qo'llarning spastik paralichi, rigidlik, tremor, ekstrapiramid belgilar, mioklonus). Kechishi o'tkir osti bo'lib, bir, ikki yildan so'ng letal oqibat kuzatiladi. Uch fazali EKG xarakterli.

Getington kasalligidagi demenstiya (tipik holatlarda hayotning uchinchi o'n yilligida uchraydi) ba'zida havotir, depressiya, paranoid va shaxs o'zgarishi bilan boshlanadi. Ko'pincha demenstiyadan oldin xoreoform giperkinezlar(ayniqsa yuzda va elka kamarida)ning debyuti bo'ladi. Demenstiya ko'pincha peshona qism buzilishlari ustunligi bilan xarakterlanib, uzoq vaqt mobaynida xotira nisbatan saqlanadi. Kasallik sekin kechib, 10-15 yildan keyin o'limga olib keladi.

Parkinson kasalligidagi demenstiyaning tarkibida xarakterli o'zgarishlar yo'q. Verifistirlangan Parkinson kasalligi fonida Alstgeymer kasalligi va tomirli demenstiya qo'shilib kelishi ta'kidlanadi.

OIV dagi demenstiya sustlashish, diqqatni jamlay olmaslik, o'qishning qiyinlashuvi, masalalarni hal etishning qiyinligi, parishonxotirlikka shikoyat qiladilar. O'sib boruvchi autizastiya, aspontanlik, apatiya. Affektiv buzilishlar, psixotik belgilar, tutqanoqlar, nevrologik buzilishlardan – tremor, ataksiya, mushak gipertoniya bo'lishi mumkin. Yuqorida ko'rsatib o'tilganlardan tashqari o'tib ketuvchi (tranzitor) aqliy zaiflik ham kuzatilishi mumkin: shizofrenik va psixogen demenstiya.

Shizofrenik (apatik-dissostiativ) demenstiyada xotira o'zgarishlari kuzatilmaydi, orttirilgan bilim va ko'nikmalar saqlanadi, tafakkurning rasmiy jihatlari saqlanib qolgan bo'ladi. Shizofrenik aqliy zaiflikning o'ziga xos tarafi ma'lum voqea xodisalarning real ahamiyati turmushdagi vaziyatlar, rolli nochorlik va abstrakt-logik tafakkurning orasidagi dissostiasiyalarni anglay olmaslik natijasida – vaziyatli aqliy zaiflik. Ba'zan katta malaka va etarlicha kundalik amaliyotdagi ustamonlik reallikdan autistik ajralish, aspontanlik, apatiya hisobiga etishmaydi.

Psixogen aqliy zaiflik (pseudodemenstiya). Shaxsning ruhiy jarohat etkazuvchi vaziyatga nisbatan sohta aqliy zaiflik ko'rinishidagi isterik reakstiyasi. Ayniqsa elementar vaziyatlarda yaqqol namoyon bo'luvchi, yaqin javoblar va yaqin harakatlar belgisi (xato javob, xato xarakat) bilan namoyon bo'ladi. Xulq atvor shunchalar namoyishkorona va atayin bo'lib, bir shuning o'zi jiddiy ruhiy o'zgarish borligini ko'rsatadi.

Pseudodemenstiyaning depressiv va ajitirlangan variantlari farqlanadi. Depressiv variantida motor va nutq reakstiyalarining tormozlanishi, ba'zan mutizm aniqlanadi. Yaqin javoblar, verbigerastiya, yaqinda bo'lib o'tgan taassurotlarni eslay olmaslik,

bo'lib o'tayotgan voqea hodisalarga qiziqishning so'nishi kuzatiladi. Bemorlar negativistik bo'lishi, tugallanmagan faoliyat bajarishi kuzatiladi (misol uchun, gugurtni yoqmoqchi bo'lib, gugurt cho'pini qutichaning boshqa tomoniga ishqalaydilar yoki gugurt cho'pining boshchasini o'girib chaqmoqchi bo'ladilar). Psevdoemenstiyaning ajitirlangan varianti bemorning qo'zg'aluvchanligi, eyforiya, tormozlanish, ko'p gapirish, so'zlash tezligining oshishi bilan namoyon bo'ladi. xato javob xato xarakter belgisi (savollarga aniq javob bera olmaslik yoki xarakterlar maqsadga yo'naltirilmagan) nafaqat reaksiyalarda, balki spontan ham bajariladi. Psevdoemenstiya belgilari ruhan jarohatlovchi vaziyatning bartaraf etilishi bilan izziz yo'qoladi. Psixotik davr xotirada qisman saqlanib qoladi. Psevdoemenstiya Vernike tomonidan bayon etilgan bo'lib, isterik psixozning variantlaridan biri hisoblanadi. Uning boshqa shakillari ham ma'lum bo'lib, xususan puerilizm va Ganzer sindromlaridir.

Puerilizm sindromi (puer — o'g'il bola) ongning ko'chma regressiyasi va shaxs xulqining bolalik darajasidagi tuzilmasiga o'tishi bilan namoyon bo'ladi. Bu vaqtda katta yoshli odam o'zini bolalarcha tutadi va bolalarga o'xshab gapiradi: to'rt oyoqlab emaklaydi, o'yinchoqlar bilan ovunadi, injiqlik qiladi, diqqat markazida bo'lishga harakat qiladi, atrofidagilarga “amaki”, “ xola” deb marojaat qiladi, uni urmasliklarini, jazolamasliklarini, burchakka turgizmasliklarini, “onasi” ni chaqirishlarini so'raydi, bolalarga o'xshab erkalanib gapiradi, bo'g'implab o'qiydi.

Ganzer sindromi isterik belgilar yig'indisi bilan namoyon bo'ladi (mos bo'lmagan suhbat, xato xarakter, atayin qilingan harakatlar, regressiya belgilari, qo'zg'aluvchanlik yoki tormozlanish), ammo buzilishlarni og'irligi va eng muhimi ongning chalkashuvi bilan farqlanadi. Vaziyatga, joyga, vaqtga nisbatan mo'ljal buzilib, psixozdan chiqqandan so'ng to'liq yoki qisman amneziya kuzatiladi. Isterik psixozlar avval eslatib o'tilgan bo'lib, qamalgan va hibsga olinganlarda kuzatiladigan “turma psixoz” sifatida bayon etilgan bo'lib, biroq bu holat bosh miya organik kasalliklarida ham kuzatiladi, hibsga olinganlarda esa nisbatan ko'proq uchraydi. Uning davomiyligi bir necha hafta va hatto bir necha oygacha bo'lishi mumkin. Uzoq vaqtgacha uni stimulyastiya bilan adashtirganlar. Oxirgisidan farqli o'laroq ular ongsiz

tasavvuf(mistika) bilan bog'liq emas, balki shaxsning anglamagan maqsadining ta'sirini yoki ruhiy faoliyatining organik zararlanish reakstiyasiga asoslangan.

Aqliy zaiflikning og'ir turlaridan biri **marazm** hisoblanadi. Bu tushuncha nafaqat ruhiy faoliyatning, balki jismoniy degradastiyani ham o'z ichiga olib, asosiy instinktlar (ovqatlanish, o'z –o'zini himoya qilish)ni so'nishiga olib keluvchi belgilar bilan namoyon bo'ladi. Bemorlar o'zlarini mutlaqo eplay olmaydilar, doimo yordamga muhtoj bo'ladilar (ovqatlantirish, yotoq yaralar sanastiyasi) va ular hayotining davomiyligi yordamning sifatiga bog'liq. Marazm Alstgeymer, Pik kasalligi, qarilikdagi aqliy zaiflik, neyrosifilisning oxirgi bosqichlarida kuzatiladi. Marantik aqliy zaiflik ruhiy faoliyatning to'liq emirilishi xarakterlanib, ungacha bo'lgan demenstiyaning karantini ekvifinalligidir.

Demenstiya bilan kasallangan bemorlarni olib borish quyidagicha:

1. Demenstiya tashxisoti;
2. Demenstiyaning sababini aniqlash;
3. Asosiy kasallikni davolash;
4. Hissiy-affektiv buzilishlarni davolash;
5. Simptomatik davo;
6. Nomedikamentoz davo usullari;
7. Ijtimoiy ko'mak.

Birinchi bosqichda demensti tashxisi tasdiqlanadi. Amaliy foliyatda ko'pincha demenstiyani normal qarish, depressiya, deliriy bilan qiyosiy tashhisoti qiyinchilik tug'dirishi mumkin. Shu sababli kognitiv faoliyatni ob'ektiv baholovchi skrining shkalalardan foydalanish prinstipial hisoblanadi. Bunda preddement holatlarni aniqlash muhim bo'lib, bunda davolash imkoniyatlari ham keng bo'ladi.

Demenstiya bilan kasallangan bemorlarni davolashning asosi kognitiv buzilishlar sababi hisoblangan kasallikning etiopatogenetik mexanizmiga qaratilgan bo'lishi kerak. Murakkab vaziyatlarda ko'proq ma'lumot beruvchi neyropsixologik testlardan foydalanish zarur.

Bunda preddement holatni aniqlash, davolash imkoniyatlarini kengaytirishda ahamiyatga ega. Demenstiya bilan kasallangan bemorlarning davosi kognitiv

buzilishlarning asosida yotuvchi kasallikning etiopatogenetik mexanizmiga qaratilgan bo'lishi kerak.

Ayni vaqtda Alstgeymer kasalligida markaziy xolinesteraza ingibitorlari (amiridin, takrin, ekselon, donepezil)dan foydalanilmoqda. O'rin bosar davo maqsadida estrogenlar, NYaQV, vitamin E va selegilin (kognitiv, yumeks) dan foydalanishga bir qancha ko'rsatmalar mavjud, ushbu kasallikning rivojlanishini sekinlashtirish uchun [Forette R, Rockwood K., 1999].

Tomirli demenstiyada havf omillariga ta'sir ko'rsatuvchi preparatlarni qo'llashga qaratilgan bo'lishi kerak: gipotenziv vositalar, dezagregantlar, ko'rsatma bo'lganda - antikoagulyantlar.

Dismetabolik enstefalopatiyalarning davosi almashinuv jarayonlarini va ularning sababini bartaraf etishga qaratilgan bo'lishi kerak. Kasallikning erta bosqichlarida davo samarali va kognitiv nuqson potensial qaytariladi.

Normotenziv gidrostefaliya va bosh suyagi ichi hajimli jarayonlarida davo jarrohlik usulidir. Defistitar holatlar, endokrinopatiyalar, neyroinfekstiyalarda etiotrop davo jarayonni to'xtashiga, kognitiv buzilishlarni regressiga olib keladi.

Ekzogen intoksikastiyalarning o'z vaqtidagi tashhisi, toksik agentning ta'sirini bartaraf qilish va mos davosi olib borish omadli davoning garovidir. Ko'pgina holatlarda kognitiv faoliyatning og'irlashuvi asosida arterial gipertenziya yoki aritmiyalarni noadekvat davosi yotadi, bundan tashqari ayniqsa yoshi katta bemorlarda markaziy antixolinergik vositalar, uxlatuvchi vositalar, benzodiazepinlar xosilalari, tutqanoqqa qarshi vositalar, neyroleptiklar, digitalis o'simligining preparatlari qo'llanilganda kuzatiladi.

Ko'pgina psixotrop preparatlar uzoq vaqt qo'llanilganda akkumulyastiyalanish xususiyatiga ega bo'lib, ularning fonida nojo'ya ta'sirlar yuzaga chiqq boshlaydi; nafaqat psixotrop vositalarga xos balki, ularning boshqa dori vositalar bilan o'zaro ta'sir natijasida ham yuzaga kelishi mumkin. Shuning uchun bemorlar qabul qilayotgan dori vositalarini ko'rib chiqish muhim ahamiyatga ega.

Demenstiyali bemorlarda xissiy – affektiv va psixotik buzilishlar kerakli davoni talab etadi. Qo'zg'alish va onging xiralashuvida kuchsiz xolinolitik xususiyatiga ega

bo'lgan dori vositalarini kichik dozada berish tavsiya qilinadi (masalan, galoperidol). Faqat psixiatr antipsixotiklarni (neyroleptiklar) tavsiya etish huquqiga ega!

Odatda preparatlarni kechki vaqtda bir mahal berish etarli bo'lishi mumkin, modomiki qo'g'alish va ongning xiralashuvi kechasi yuzaga keladi; galoperidolning sedativ ta'siri uyquni normallashtiradi, yarim chiqarish davrining uzoqligi kunduzi ham qo'zg'alish yuzaga kelishini oldini oladi.

Shu bilan birga parkinsonizm, diskeniziyalar, akatiziyalar kabi nojo'ya ta'sirlarni yuzaga kelishini ham hisobga olish kerak. Demenstiyali bemorlarga neyroleptiklarni tavsiya qilinayotganida klinik jihatdan o'xshash bo'lgan Alstgeymer kasalligi, Levi diffuz tanachalari kasalligini yodda tutish kerak, sababi bu kasalliklarda neyroleptiklarni kichik dozada ham tavsiya etish mumkin emas.

Havotir va insomniyalarda benzodiazepin preparatlarini kichik dozada qo'llash mumkin. Ammo qariyalarda benzodiazepin xosilalarini tavsiya etayotganda ehtiyotkorlik talab etiladi, sababi ular xotirani yomonlashuviga, qabul davomida havotirni kuchayishiga (uzoq vaqt davo kursini to'satdan to'xtatilganda) yoki ongning xiralashuviga olib kelishi mumkin.

Demenstiyali bemorlarda depressiyaning bo'lishi antidepressantlarni tavsiyasini talab etishi mumkin. Shu bilan birga ba'zi antidepressantlarning antixolinergik ta'siri natijasida yuzaga keluvchi kognitiv faoliyatning buzilishi kuzatilishi mumkin. Shuni hisobga olgan holda, serotoning qayta bog'lovchi selektiv ingibitorlarini yoki minimal antixolinergik ta'sirli tristiklik antidepressantlarni, masalan nortriptilinni tavsiya etgan maqquul.

Demenstiyali bemorlardagi kognitiv faoliyatning antidepressantlar bilan davo fonida yaxshilanishi, yondosh depressiv buzilishlarni kamayishi bilan asoslanib, serotonin almashinuvining terapevtik ta'siri natijasida xolinergik faoliyatning modulyastiyasi hisobiga yuzaga keladi.

Kognitiv faoliyatni yaxshilovchi preparatlar sifatida sterebrolizin, pirastetam, nootropil, ginkgobiloba, nimodipindan keng foydalaniladi. Modomiki, demenstiyali bemorlarning ko'pgina qismi - yoshi katta va qari bemorlar bo'lib, odatda yondosh somatik patologiyalari mavjud, shuni hisobga olgan holda nafas va yurak – qon tomir sistemasi faoliyatining adekvat qo'llab turilishiga diqqatni qaratish lozim.

Demenstiyali bemorlarda umumiy infekstion jarayonlar fonida, narkozda ongning xiralashuvi yuzaga kelish ehtimoli borligini yodda tutish lozim. Xotira va diqqatni sistematik mashqi natijasida ba'zi hollarda kognitiv qobiliyat yaxshilanishi mumkin. Xotira mashqi qo'pol bo'lmagan kognitiv buzilishlar, masalan bosh miya qon tomir patologiyalarida, ayniqsa bazal tugunlarning (misol uchun, Parkinson kasalligida) kasalliklarida maqsadga muvofiqdir. Mashqlar yordamida kognitiv defektning vaqtinchalik kompensastiyasiga hatto Algeymer kasalligida ham erishish mumkin.

Xotira mashqlari sababidan qat'iy nazar yaqqol va qisman rivojlangan demenstiyalarda samarasizdir. Bemor xotira mashqlarini maxsus tayyorgarlikdan so'ng mustaqil bajarishi mumkin. Vaqti –vaqti bilan mashqlar effektivligini nazorat qilish va ko'nikmalarni yaxshilab turish lozim.

Xotiraning mashqi uchun so'zlar, rasm va predmetlar, ma'noli fragmentlarni yodlash va esga tushirish mashqlaridan foydalaniladi. Diqqatni va aqliy faoliyatni ishini oshirmaydigan usulda yodda saqlash o'rgatiladi (m'noli va vaziyatli bog'lanishlarni yuzaga keltirish).

Bemorni oila a'zolari va yaqinlari tomonidan qo'llab-quvvatlanishi muhim rol o'ynaydi. Modomiki, demenstiyali bemorlarda ko'pincha perstepstiya buzilishini kuzatilishi begona muxitda ularda xavotir yoki ongning xiralashuviga sabab bo'lishi mumkin.

Bu xaqida qarindoshlari albatta ogoxlantiriladi ya'ni bemorlar uzlarini bir xil muxitda kulay sezishlari va turli xil o'zgarishlar, masalan(sayoxat, jarroxlik aralashuvga tayyorgarlik) atrof muxitga bo'lgan mo'ljalni buzilishiga olib kelishi mumkinligi. Ushbu bemorlar mexnat va dam olish tartibini normallashtirib olishlari kerak. Xolsizlik xolatlari xam kognitiv xususiyatlarni sekinlashuviga olib kelishi mumkin, bu esa katta yoshda muxim xisoblanadi. Medikamentoz davo buyurishda bir muxim narsani xisobga olish zarur:xattoki engil darajali demenstiyasi bor bemorlar boshqa(buyurilmagan)dori vositalarni va ayniqsa bemorni o'ziga qo'yib berilgan sharoitda esa ularni dozasini xisobga olmagan xolda(katta doza) qabul qilishlari xavfi yuqori.

Senil (qarilik) demenstiya. Dastlab ma'naviy kambag'allashuv, shavqatsizlik – iltifotsizlik, sovuqlik, qo'pollik, xasislik va h.k. belgilar paydo bo'la boshlaydi. Bemorlar g'amgin, badgumon, shubhalanuvchan bo'ladilar. Biologik mayillar tutilib, avvalgi qiziqishlar va yaqinlik hissi so'nib boradi. Xotira pasayishi progressiyalovchi amneziya darajasiga etib, fikirlash xususiyati ham keskin pasayadi. Atrof muhitga mo'ljal olish, nutq, praksis buzilishlari, boshqa oliy po'stloq faoliyati yo'qolishi qo'shiladi. Vasvasa g'oyalari, gallyustinastiyalar, depressiya, o'lim va o'lgan odamlar haqidagi fikirlarlar kuzatiladi. Jarayon qarilik marazmi bilan yakunlanadi. Qarilikdagi aqliy zaiflikning turli shakllari farqlanadi: oddiy, depressiv, paranoid, ongning chalkashligi bilan. Qarilik oldi aqliy zaifligi simptomatikasi senil demenstiyadagi bilan analogik va bosh miyaning diffuz yoki o'choqli atrofiyasi bilan xarakterlanadi (Alstgeymer kasalligi, Pik kasalligi).

ALSGEYMER KASALLIGI

Alsgeymer kasalligi (alsgeymer tipidagi senil [demensiya](#)) — [demensiyan](#) keng tarqalgan shakli bo'lib, tuzalmaydigan neyrodegenerativ kasallik, birinchi marotaba [1906 yilda](#) nemets psixiatri [Alois Alsgeymer](#) tomonidan aniqlangan. Kasallik 55 yoshdan 65 yoshgacha boshlanadi. Ba'zan esa 45-50 yoshlarda boshlanadi. Butun jahon bo'yicha [2006](#) yilda 26,6 mln kishi, 2050 to'rt baravar o'sishi mumkin. Har bir bemorda kasallik o'ziga xos o'tadi va har xil simptomlar bilan kechadi. Birinchi urinda yoshga xos va stress sababli deb olinadi. Erta bosqichlarida xotira buzilishlari, bu simptom masalan, yaqinda olingan ma'lumotni eslay olmaslikdan boshlanadi. Bemor vrachga murojaat etganida Alsgeymer kasalligiga taxmin qilinganda, bir qancha [kognitiv](#) testlar, kerak bo'lsa [magnit-rezonans tomografiya](#) (MRT) o'tkaziladi. Kasallik rivojlanib borishi bilan quyidagi simptomlar kuzatiladi, es-xushni kirar – chiqarligi, ta'sirchanlik va agressiya, kayfiyat o'zgarishlari, gapirish va tushunishning buzilishi ([afaziya](#)), o'zoq xotiraning yo'qolishi va umumiy ahvolining yomonlashuvi. Organizm faoliyatining susayib borishi o'limga olib keladi. Tashxis ko'yilgandan so'ng o'rtacha 7 yilni tashkil etadi, 3% kasallar taxminan 14 yil yashaydi. Hozirgi kunda Alsgeymer kasalligining aniq sabablari

aniqlanmagan. Ilmiy tekshiruvlarga qaraganda bosh miyada blyashka va neyrofibrillyar to'planishi kuzatiladi. Zamonaviy davolash usullari bir qancha simptomlarni engillashtiradi, ammo tuxtatib yoki kasallik kechishini susaytira olmaydi. Alsgeymer kasalligini oldini olishning bir qancha usullari bo'lib, ammo bu usullar kasallik darajasini belgilay olmaydi. Kasallikni oldini olish maqsadida aqliy mehnat bilan tez tez shug'ullanish va charxlash yaxshi natijalar beradi.



D. [Avgusta.](#), Aloisa Alsgeymerning bemori, 1901 g.

[Kadimgi Grek](#) va [Rim](#) vrach va filosoflari qarilikni aqli zaiflik bilan bog'lashgan, lekin [1901 yilda](#) nemets psixiatri [Alois Alsgeymer](#) aniqlagan va uning nomi bilan nomlangan. 50 yoshlik Avgusta D.ning kasallik tarixi birinchi bor [1906 yilda](#) chop etilgan, so'ngra esa u ko'zatgan bemor olamdan o'tgan. Oxirgi 5 yil ichida «Alsgeymer kasalligi» nomi bilan atalgan bir necha kasalliklar ilmiy tibbiy adabiyotlarda kupaygan. [Emil Krepelin](#) birinchilardan bo'lib «Alsgeymer kasalligi» alohida kasallik deb tan oldi. [1910 yilda](#) senil demensiyaning pottipi sifatida ajratdi va sakkizinchi psixiatriya kitobida «presenil demensiya» deb alohida ajratdi. Alsgeymer kasalligi tashxisini 20 asr boshlarida faqat yoshlarga qo'ya boshlashdi, 45 dan 65 yoshgacha bo'lgan bemorlarda simptomlar namoyon bo'la boshladi. [1977 yilda](#) o'tkazilgan konferensiyadan so'ng Alsgeymer kasalligi termini o'zgartirildi, presenil va senil demensiyalarning etiologiyasi va klinik va patologoanatomik o'zgarishlari

bir xil degan xulosaga kelindi. Sekin astalik bilan yoshiga qaramay «Alsgeymer tipidagi senil demensiya» termini ishlatila boshlandi.

Xarakteristika. Kasallik 4 ta bosqichga bo‘linadi, rivojlanib boruvchi kognitiv va funksional buzilishlarning kuzatilishi bilan.

Predemensiya. Birinchi simptomlarni qarilik yo stressga nisbatan javob bilan almashtiriladi. Erta kognitiv buzilishlar neyrokognitiv testlar orqali aniqlanadi. Bu erta belgilar oddiy masalalarni echa olmaslikdan boshlanadi.

Asosiy buzilishlardan xotira buzilishi, yaqinda olingan ma’lumotni qaytara olmaslik va ko‘llay olmaslikdir. Kam ahamiyatga ega bo‘lgan jarayonlar: diqqatni jamlash, planlashtirish, kognitiv qobiliyatlarning abstraksiyaning pasayishi, ma’no mantiq jixatidan tushuna olmaslik Alsgeymer kasalligining erta boshlang‘ich simptomlari bo‘lib xisoblanadi.

Bu bosqichda apatiyaning turg‘un bo‘lib qolishi muhim ahamiyatga ega. SHu bilan birgalikda prelinik bosqichni «mild cognitive impairment» (MCI), «yumshoq kognitiv pasayishlar» yoki «engil kognitiv buzilishlar» deb ataladi.

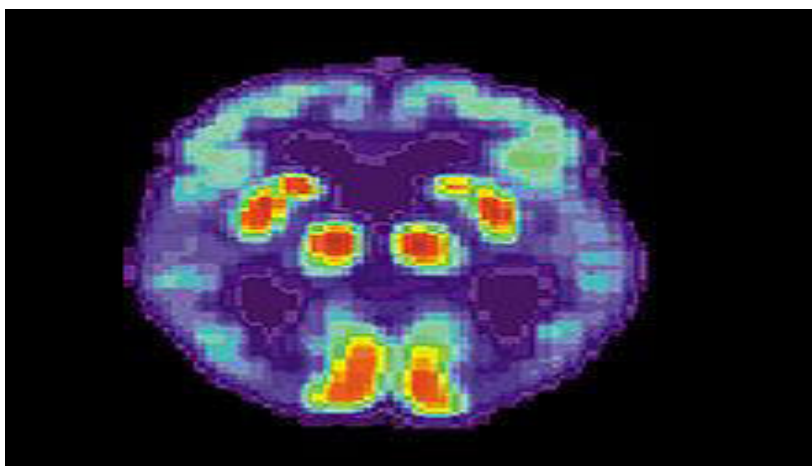
Erta demensiya. Xotira pasayishining rivojlanishi va agnoziya Alsgeymer kasalligini tasdiqlaydi. Ayrim bemorlarda xotira buzilishlari emas, nutq buzilishlari, bajarish jarayonlari, idrok yoki harakat buzilishlari ([apraksiya](#)). Kasallik xotiraning har xil aspektlariga turli ta’sir ko‘rsatadi.

O‘z hayoti haqida eski xotiralar (epizodik xotira), eski dalillar (semantik xotira), [implitsit xotira](#) (ixtiyorsiz «xotira tana» harakatlarning ketma ketligi, masalan, koshikni kanday tutish) eng qiyini yangilarni eskilar bilan solishtirish. [Afaziya](#) lug‘at boyligining kamayishi nutq tezligining susayishi, gapira olish va yoza olish qobiliyatining pasayishi. Bu bosqichda kiyinish, echinish, ovqatlanish ketma ketliklarini yo‘qotishi va kamayishi bilan kuzatiladi.

Engil demensiya. Mustaqil harakatlarni bajara olmaslik ahvolning og‘irlashib borishidan darak beradi. Nutq buzilishlari va so‘zlar urniga tushunarsiz so‘zlarni qullash ([parafraziya](#)). YOzish va o‘kish ko‘nikmalarining yo‘qolishi. Vaqt o‘tishi bilan murakkab harakatlarni bajara olmaslik. Bu etapda xotira buzilishi, yaqinlarini taniy olmaslik holatlari. avval [o‘zoq vaqtli xotira](#) shu bilan

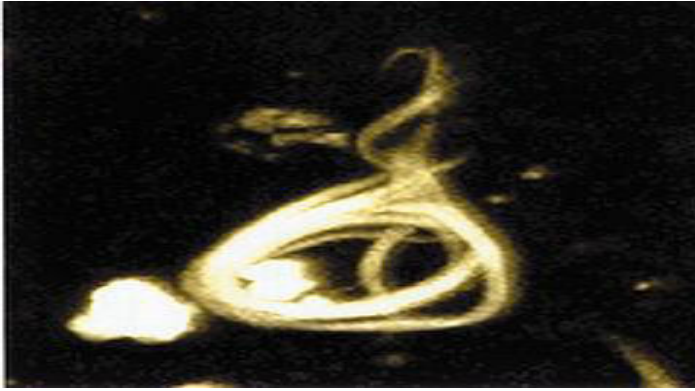
birgalikda harakatlarning qo‘pol buzilishlari. Daydilik, kechki paytlar ([angl. sundowning](#)), ta’sirchanlik va emotsional [labillik](#), yig‘lash, spontan agressiyalar, yordam berishlariga karshilik ko‘rsatish holatlari. YOlgon identifikatsiya sindromi va boshqa vasvasa simptomlari taxminan 30 % bemorlarda rivojlanadi. Peshob tuta olmaslik holatlari kuzatilishi mumkin. **Og‘ir demensiya.** Oxirgi bosqichida bemor yordamga muxtoj. Lug‘at boyligi kamayib bemorlarning nutqi ham yuqoladi. Agressiya, apatiya, holsizlik va oddiy ko‘nikmalarni yordamsiz bajara olish holatlari kuzatiladi. Mushaklarning tonusini pasayishi tushakdan turmaslikka va butunlay yotib qolish holatlariga olib keladi. O‘lim Alsgeymer kaslligidan emas, balki yotoq yara yoki pnevmoniyadan kuzatiladi.

Diagnostika



Alsgeymer kasalligida bosh miya [PET](#)-skaneri. Tepa qismlarda faollikning pasayishi.

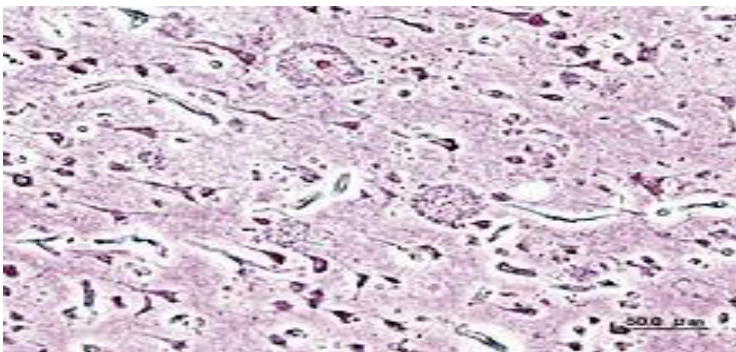
Alsgeymer kasalligining klinik tashxisi bemor kasallik tarixiga asoslanadi (Anamnez vitae), irsiy anamnez va kuzatuvlar (irsiy anamnez), nevrologik va neyropsixologik belgilarga asoslanadi. Ushbu kasallikni demensiyaning boshqa turlaridan farqlash uchun — [kompyuter tomografiya](#), [Magnit-rezonans tomografiya](#), [foton emission kompyuter tomografiya](#) yoki [Pozitron-emission tomografiya](#) qilinadi, yanada aniqroq ma'lumot uchun kognitiv faoliyat va xotirani tekshirish mumkin. Demensiya olib keluvchi sabablar.



[Neurofibrillary koptokchani](#)g mikroskopik ko‘rinishi, [giperfosforillangan tau-oqsiliga](#) aylanadi, 3 ta asosiy gipoteza farqlanadi. Eskirgan «holinergik gipoteza»ga asoslanib, Alsgaymer kasalligi [atsetilholin neyromediatorining](#) sintezining pasayishi kuzatiladi. Ushbu gipoteza pasaydi. Boshqa holinergik effektlar taxmin qilinib, masalan, yirik masshtabli amiloid agregatsiyasining initsiatsiyasi, generalizatsiyalashgan neyroayalliglanish jarayoniga olib keladi. 1991 yil «amiloid gipoteza»sining asosini, [beta-amiloidning](#) ($A\beta$) yig‘ilishi deb aytiladi. ([APP](#)) oqsilni kodirovka qiluvchi beta-amiloid xosil qiluvchi gen, 21 [ada](#) joylashgan. Eng qiziq omillardan biri shuki, amiloid gipotezasiga ko‘ra, 40 yoshgacha yashagan insonlarda, Daun [sindromi](#) (21 xromosomaning qushimcha kopiyasi yoki bo‘limi), Alsgaymerga o‘xshash patologiya kuzatilgan.

Patofiziologiya

[Alsgaymer](#) kasalligi bioximiyasi



Bosh miyaning gistopatologik bo‘lakchasi senil blyashkalar bilan.

Neyropatologiya

Kasallik bosh miya pustloq va subkortikal qismida neyron va sinaptik boglanishlarning buzilishi kuzatiladi. To‘qimalar o‘limi esa zararlangan

o'choqlarning atrofiyasiga, shu bilan birgalikda tepa va chakka kismlarning degeneratsiyasiga olib keladi. Amiloid blyashkalar, va [neurofibrillar koptokchalar](#) mikroskop ostida o'limdan so'ng ko'rinadi. Blyashkalar qattiq, erimaydigan beta-amiloidlarning yig'ilishi kuzatiladi.

1. Qanday nozologik kasalliklar bilan qiyosiy tashxis qilish lozim?

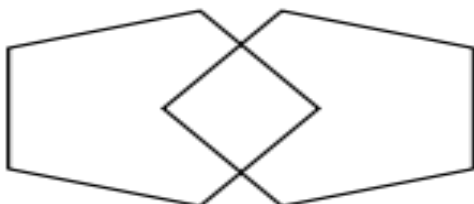
Diagnostik mezonlar

Milliy Institut Nevrologik va kommunikativ buzilishlar va insult (NINDS) Assotsiatsiyasi Alsgeymer kasalligi uchun diagnostik mezonlarni ishlab chiqqan. Yakuniy tashxis qo'yish uchun o'limdan so'ng bosh miyani gistologik tekshiruv o'tkazilishi katta yordam ko'rsatadi. Alsgeymer kasalligida asosan 8 ta faoliyat buzilishi: [xotira](#), nutk, atrof muxitni qabul qila olish, konstruktiv qobiliyat, atrof muxitga, vaqtga, shaxsga nisbatan orientirovka, muammolarni echish, harakat qilish, o'z o'zini eplash. Tug'ma aqliy zaiflik bilan 3 yoshgacha aqliy zaiflik kuzatiladi va bu rivojlanib bormaydi, qon-tomirli demensiya (erta boshlanishi 50-55 yoshda, o'tkir boshlanadi, to'liqinsimon yaxshilanishi, lakunar demensiya asosan tanqid saqlangan, nevrologik simptomlar, anamnezida gipertoniya kasalligi va insult).

Diagnostik mezonlar

Milliy Institut Nevrologik va kommunikativ buzilishlar va insult (NINDS) Assotsiatsiyasi Alsgeymer kasalligi uchun diagnostik mezonlarni ishlab chiqqan. Yakuniy tashxis qo'yish uchun o'limdan so'ng bosh miyani gistologik tekshiruv o'tkazilishi katta yordam ko'rsatadi. Alsgeymer kasalligida asosan 8 ta faoliyat buzilishi: [xotira](#), nutq, atrof muxitni qabul qila olish, konstruktiv qobiliyat, atrof muxitga, vaqtga, shaxsga nisbatan orientirovka, muammolarni echish, harakat qilish, o'z o'zini eplash.

Tashxis usullari



Alsgeymer kasalligini tashxislashda neyropsihologik [skrinig](#)-testlar, figurlarni kuchirish bilan, soʻzlarni eslab qolish, oʻqish, arifmetik masalalarni bajarish.

2. Tor mutaxassislar konsultatsiyasi (konsultasiya kardiolog, nevrapatolog, patopsihologik tekshiruv), davo choralari va QVP shariotida yoki gospitalizatsiya SHRKKSH ga. 3. Asosiy davolash choralari qanday

Qarilik aqli pastligining boshlangʻich shakli koʻrinishlaridan hisoblanadi. Kasallik odatda ancha erta boshlanadi. 55—65 yoshlar, hatto 45—50 yoshlar oraligʻida. Dastlab shaxs oʻzgarishlari emas, balki markaziy nerv tizimi tomonidan oʻchoqli oʻzgarishlar yuzaga chiqishi tavsiflidir. Kasallikning birinchi belgilari xotira buzilishi bilan boʻladi, bunda affektivlik va oʻz holatiga tanqid saqlangan boʻladi. Vaqt oʻtishi bilan apraktik va afaktik buzilishlar, chuqur aqliy zaiflik rivojlanadi. Qarilik dementsiyasidan farqli oʻlaroq kasallikning kechishi 10—15 yilgacha choʻziladi. Kasallikning oxirgi bosqichida erkin harakatlar butunlay yoʻqoladi, ekstrapiramidal mushaklar tarangligi, ushlab olish, xartum va boshqa oral refleksleri paydo boʻladi.

Patologik anatomiyasi. Qarilik psixozida bosh miyadagi morfologik oʻzgarishlar juda tavsifli. Miyaning umumiy atrofiyasi kuzatiladi, ayniqsa peshona, chakka va tepa qismlarining poʻstlogʻida koʻproq. Miya vazni oʻrtacha yosh meʼyoridan ancha past. Kattiq va yumshoq miya pardalari ancha xiralashgan va qalinlashgan: miya qorinchalari kattalashgan boʻladi. Gistologik tekshi-rilganda koʻpgina nerv xujayralarining kuchli degeneratsiyasi kuzatiladi, u koʻproq peshona va tepa-chakka qismlarining miya poʻstloq qavatining uchinchi va toʻrtinchi qavatlarida koʻproq koʻrinadi. Saqlanib qolgan nerv hujayralari yogʻ tomchilari bilan toʻlgan boʻladi.

Qarilik psixozining eng tavsifli patogistologik belgilariga qoʻyidagilar kiradi:

1. Miyada senil druz — nerv parenximasining nekrotik oʻzgarish oʻchoqlarining mavjudligi. Ular butun miya poʻstloq qavati buylab tarqalgan boʻladi, lekin atrofik qismlar koʻproq ammon shoxida uchraydi;

2. Ganglioz hujayralardagi fibrillyar toʻrning birikib va qalinlashib ketishi — fibrillalarning Alʼsgeymer tuguni paydo boʻlishidir. Bu ikkita belgi Alʼsgeymer kasalligida yaqqol aniqlanadi.

Farqli tashxisi. Ko‘pincha perebral aterosklerozdan farqlash lozim. Serebral aterosklerozga tulkinsimon kechish va affektiv bskarorlik xos: ko‘pgina buzilishlar uchokli tavsifga va tegishli pevrologik alomat-larga ega.

Al’sgeymer kasalligini uning boshlanishida aniqlash juda qiyin. Aqliy zaiflik fonida o‘choqli alomatlar va nutq buzilishi bo‘lganda rivojlanuvchi falaj va miya o‘smalaridan ajratish keraq Ulardan farqlash: serologik reaksiyalar yo‘qligi chuqur aqliy zaiflik bilan sekin kechishi, apraktik buzilishlar va afaziyalardir.

IV. INVOLYUSION DAVRDAGI RUHIY BUZILISHLARINI DAVOLASH USSULARI

4.1. Nomedikamentoz davo:

1. «Sensor integrativ davo»: [maxsus sensor xona](#) ([angl. snoezelen](#)) demensiya bilan og‘rigan kishilarga emotsional yordam.

Ijtimoiy yordam quyidagilardan iborat

- Xatti harakat
- Emotsional
- Kognitiv
- Yo‘naltiruvchi - orientirlashgan

Nomedikamentoz davo choralari ilmiy jixatdan yaxshi o‘rganilmagan, lekin davo choralari Alsgeymer kasalligiga emas demensiyaga qaratilgan bo‘ladi.

Bunday davo, emotsional doirada, xotirani tiklaydi (reminiscence therapy, RT), qullab turuvchi psixoterapiya, sensor integratsiya ([«sno‘zelen»](#)), va «tayyorgarlik» ([angl. simulated presence therapy, SPT](#)).

4. 2. Medikamentoz davo

Davolash. Bu bemorlarni sutsidal harakatlar qilingandagina statsionarga yotkiziladi. Bemorlar atrofdagilar uchun ham xavflidirlar, chunki ularning kasalligi va o‘z harakatlariga baho bera olmasliklari tufayli gaz jo‘mraqlarini ochiq holda qoddirishadi, olov yoqishlar uyushtirishadi.

Qo‘zg‘alish hollarida neyroleptiklar, aminazin 25— 100 mg, atipik neyroleptiklar (rispaksol, kvetilept, nopreniya, zipreks, zifort.)

yurak preparatlari qo‘llaniladi. Bemorlarni qattiq to‘shak rejimida ushlab mumkin emas. Yotoq yaralarning oldini olish maqsadida uzoq yotadigan bemorlarga terining yumshoq joylarini kamforali spirt bilan artib qo‘yish lozim.

Davolashda trankvilizator va neyroleptiklar qo‘llanilganda extiyot bo‘lish kerak, chunki ularda bu dorilardan zaxarlanish tez yuzaga keladi. Odatda trankvilizator va neyroleptiklarni o‘tkir psixoz davrida minimal dozalarda kullash mumkin.

Asosiy e‘tibor ikkilamchi deprivatsiyaning oldini olish, kognitiv defitsit bilan ko‘rashish vositalari, parkinsonizmga qarshi va tomirga ta‘sir kiluvchi dori vositalarga karatiladi.

Orqa miya suyuqligi bosimini pasaytirish usullari, gormonal dorilar bilan davolash ma‘lum axamiyatga ega.

Ikkilamchi deprivatsiya muxitni sezuvchanligini boyitish – ya‘ni qarindoshlarini patsiyentni «kaytadan ukitish» (urgatish) zaruligiga ishontirishimiz kerak. Esdan chikarilganni tinimsiz takrorlanishi qoidaga aylanishi kerak, patsiyentning doimiy bandligi va doimo mulokotda bo‘lish(butun kunga rejalashtirib bo‘lib chiqiladi) muxim. Qarindoshlarida patsiyentga karab parvarish qilib yurganligi ta‘siri oqibatida aybdorlik xissi paydo bo‘lishi mumkin.

Kognitiv defitsit bilan ko‘rashish nootropalar(serebrolizin, fenotropil, noofen, lutsetam, sinnarizin piratsetam va b.) bilan davolash, va xolinesteraza ingibitorlari bilan davolash kiradi. Bu dorilar doimo va katta dozalarda berilishi zarur. Megavitaminli terapiya (V 5, V 12, V 2, Ye vitaminlarning mega (katta) dozalari). Xolinesteraz ingibitorlari orasida eng sinalgani takrin, donepezil, rivastigmin, fizostigmin, va galantamin xisoblanadi. Parkinsonizmga qarshi vositalarning orasidan yumeks ko‘prok samarador. Angiovazinning va kavintonning katta dozalari bilan davriy davolash tomir komponentiga ta‘sir qiladi. Likvor gipertenziyasini kamaytirishda shuntlash yaxshi samarali xisoblanadi. Shuntlashning faol urgatish va nootropalar berib davolash birga kilinsa dementlashish (aqli zaiflashish) jarayonini sezilarli darajada tormozlanishiga olib keladi.

Nootroplardan katta dozalarda (sinnarizinni vena ichiga kuniga 10 mlgacha okim bilan, 10 mldan ko'p bo'lganda fiziologik eritmada eritilib tomchilab yuboriladi) qo'llanilishi maqsadga muvofik. Qisqa vaqtli va uzoq vaqtli xotiraga ta'sir kiluvchi vositalarga somatotropin, prefizon, oksitotsinlar kiradi. Bu vositalar bilan qisqa kurslar bilan davolashga ayniqsa atrofiya jarayoni tezlashgan involyutsiya bilan kushilgan kelgan xollar kursatma bo'lib xisoblanadi.

Hozirgi vaqtgacha AK ning etiotrop davosi topilmagan. Demensiyani rivojlanish tezligini kamaytirish maqsadida quyidagi davo tavsiya etiladi: dehidratatsion terapiya, - faol vitaminli terapiya (V guruh vitaminlari), - miya metabolizmini yaxshilovchi preparatlar (serebrolizin, serokson, gliatilin, mildronat, aktovegin), - miyada qon aylanishini yaxshilovchi preparatlar (kavinton, sermion, oksibral), - holinesteraza ingibitorlari preparatlari (nivalin, neyromidin, donepezil), - dementli bemorni agressiv hatti-harakatlarida va uyqusizlikni davolash uchun: sonapaks (50-100 mg), yoki aminazin (25-50 mg), yoki galoperidol tomchilarda juda kichik dozalarda (0,5-1 mg), ketilept (50-100 mg), -sedativ va uyqu chaqiruvchi preparatlarni (masalan, benzodiazepinlar) ehtiyotkorlik bilan buyurish kerak.

PSIXOFARMAKOLOGIK PREPARATLARNING TASNIFI

Psixotrop moddalarni juda ko'p tasniflari mavjud. Psixofarmakologik preparatlar, shu dorilarning asosiy klinik efektiga qarab tasniflanadi. Bu tasnif o'z ichiga psixofarmakologik dorilarning 6 ta sinfini o'z ichiga oladi:

- 1) neyroleptiklar;
- 2) antidepressantlar (timoanaleptiklar);
- 3) trankvilizatorlar;
- 4) psixostimulyatorlar;
- 5) nootrop dori vositalar (neyrometabolik ta'sirli preparatlar);
- 6) normotimiklar (affekt stabilizatorlari).
- 7) antikonvul'santlar (tutqanoqqa qarshi dori vositalar)

1. Neyroleptik moddalar asosiy xossalari bo'yicha bir xil emas va shuning uchun ular qo'yidagilarga bo'linadi: A) asosan tinchlantiruvchi xossasi ko'proq bo'lgan neyroleptiklar; B) antipsixotik ta'siri ustun bo'lgan neyroleptiklar; V) hulq –atvorni to'g'rilovchi neyroleptiklar.

A) Tormozlovchi xossaga ega neyroleptiklarga qo'yidagilar kiradi:

Aminazin (Xlorpromazin) — eng kuchli neyroleptik moddalardan biri. Yangi moddalar ishlab chiqarilganiga qaramasdan, zamonaviy ruhiy kasalliklarni davolashda keng qo'llaniladi. Asosan o'tkir psixomotor qo'zg'olishlarda ishlatiladi. Bu holda tez tinchlantiruvchi effekt beradi, mushakka yoki tomirga yuborilganda davolash natijasini tezlashtiradi. Aminazin yana antipsixotik ta'sir ko'rsatadi va gallyutsinator-alahlash, maniakal va gebefrenik sindromlarda qo'llaniladi. Aminazin 25—50 mg dan boshlab drajeda, shu bilan birga (2,5% li eritma) mushakka va tomirga yuborilib, asta-sekin miqdorini sutkasiga 400—600 mg gacha orttirish tavsiya etiladi.

Aminazin apato-abulik sindromga, autizmga ta'sir etmaydi. Bunday kasallarga buyurilsa, ularning holatlari yomonlashadi. Aminazinni katatonik stupor holatida, ruhiy holatning tormozlangan vaqtida qo'llash man etiladi.

Tizersin, nozanin (Levomepromazin) - tinchlantiruvchi xossasiga ko'ra aminazindan ustun turadi: yaxshi uxlatish effektini beradi. Aminazindan farqli tomoni depressiv holatni kuchaytirmaydi. Tizersin turli ko'rinishlardagi qo'zg'olishlarda ishlatiladi. Asosan havotirli depressiv, maniakal, o'tkir gallyutsinator-alaxlash va oneyroid— katatonik sindromlarda yaxshi natija beradi. Antipsixotik xossasi aminazinga nisbatan kuchsizroq. Aminazin kabi miqdorlarda qo'llaniladi.

Sul'pirid (Topral) maniakal va boshqa turdagi qo'zg'alishlarni, o'tkir galyutsinator- vasvasali psixozlarni intensiv xavotirni, agressiv o'zini tutish holatlarini bartaraf etish uchun ishlatiladi.

Tiralen (Metilpromazin, alimemozin)—psixotrop xossasi bo'yicha aminazin va tizersinga qaraganda ancha muloyim. Yengil uyqu ta'sirini hamda ozgina antipsixotik effektini beradi. Senestonatiya, fobiyalarda shu bilan birga MNS ning

shikastlanishi natijasida yuzaga kelgan gallyuninator alahlash, asteno- va depreyesiv-ipoxondrik o'zgarishlarda tavsiya etiladi. Kuniga 25—50 mg dan to 200—400 mg gacha miqdorda ichish va mushakka yuborish mumkin.

Truksal, taraktam (xlorprotiksen) — psixotron xossasiga ko'ra tizersinga o'xshash, lekin uyqu chaqirish xossasi ancha kam. Turli kelib chiqishga ega bo'lgan psixomotor qo'zg'olishlarda, xavotirli-depressiya holatlarida qo'llaniladi. Gallyutsinator alahlash sindromlarida ijobiy natija beradi. U aminazinga nisbatan kam zaharli, shuning uchun somatik kuchsiz bemor va qariyalardagi ruhiy o'zgarishlarda, alkogol deliriysida qo'llaniladi. Miqdori kuniga 50-100 mg dan 200—400 mg gacha.

Leponeks, Azaleptin (Klozapin) — psixotrop xossasiga ko'ra aminazin, tizersin, xlorproteksinga o'xshaydi, lekin kimyoviy tuzilishi va farmakologik xossasi bo'yicha farq qiladi.

Yuqorida ko'rsatib o'tilgan moddalarga moslashish natijasida yuz beradigan rezistentlik hodisalarida yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Aminazindan depressiv xossasi yo'qligi va tizersin, xlorproteksinga o'xshab timoana-leptik tarkibiy qismiga ega emasligi bilan farq qiladi. Leponeks qo'shimcha ekstrapiramid o'zgarishlar keltirib chiqarmaydi. Aminazinga ko'ra kam effektli. Uzoq ishlatilganda agranulotsitoz keltirib chiqaradi. Shuning uchun bu dori qo'llanganda qon tarkibi doim nazorat ostida bo'lishi kerak. Miqdori va qo'llash usullari yuqoridagi moddalarga o'xshash.

B) Asosan antipsixotik ta'sirli neyroleptiklar. Bu guruh moddalar produktiv psixotik simptomatikani bartaraf etadi. Bu gurux dorilarining ba'zilar o'zida kuchli antipsixotik va sedativ effektni mujassamlashtirgan. Boshqa birlari faollashtiruvchi, tormozni bo'shashtiruvchi ta'sirga ega. Bu gurux neyroleptiklariga ayniqsa nevrologik nojo'ya ta'sirlar xos.

Majeptil (tioproperazin)—kuchli antipsixotik va kuchsiz faollash xossasiga ega. Og'ir xavfli shizofreniya turlari uchun foydali. O'tkir va surunkali kasalliklar tufayli kelib chiqqan alahlash va gallyutsinator o'zgarishlarda ijobiy effekt beradi. Ekstrapiramid o'zgarishlarda ham qo'llaniladi. Davolash 5— 10 mg dan terapevtik miqdorda kuniga 90—120 mg gacha yetkaziladi.

Triftazin, Stelazin (Trifluoperazin) Vasvasa va galyutsinatsiyaga ta'siri bo'yicha galoperidoldan bir oz sustroq. Kam dozalarda biroz aktivlantiruvchi effektga ega bo'lib, shizofreniyali bemorlarning chuqur bo'lmagan sustapatik holatlarida ishlatiladi. — Yorqin antipsixotik ta'sir ko'rsatib 40 mg gacha miqdorda faollovchi va 40—60 mg da esa tormozlovchi effekt beradi. Shizofreniyani davolashda yaxshi natija beradi. Paranoyal, parafren, katatonik sindromlarda va ruhiy avtomatizmlarda qo'llaniladi. Kam miqdorda nevrosimon va psixopatsimoi hollarda qo'llaniladi. Apato-abulik sindromli bemorlarda qo'llanilganda birinchi ikki hafta ichida faollik namoyon bo'ladi, ular kelajak rejalarini aytib beradilar, bo'limdagi ishlarda qatnasha boshlaydilar, uyga chiqarish vaqti bilan qiziqadilar. Boshlang'ich miqdori 5—10 mg, yuqorisi 60—80 mg.

Frenolon — boshqa moddalarga qaraganda kuchli aktivlovchi xossaga ega, yengil antipsixotik effekt beradi. Apato-abulik, katatonik va gebefren sindromlarda tavsiya qilinadi. Miqdori sutkasiga 5—10 mg dan 100—120 mg gacha.

Galoperidol—triftazinga nisbatan ancha kuchli ta'sirga ega, gallyutsinatsiya va alahlash, kasallikning surunkali ko'rinishlarida qo'llaniladi. Faollovchi xossaga ega, lanjlik, tormozlanish, beparvolik keltirib chiqarmaydi. 1/3 bemorlarda paroksizmal ekstrapiramid o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Kuniga 1,5—3 mg dan 20—30 gacha tavsiya etiladi. Preparatning uzoq ta'sir kiluvchi shakli bor – Galoperidol dekanolat. 2-4 haftada 1 marta mushak orasiga yuboriladi.

Trifluoperidol, triperidol (Trisedil) majeptilga o'xshash kuchli antipsixotik moddalar qatoriga kiradi. Bu moddalar o'zida galoperidol va majeptil xossalarini mujassamlashtirgan. U kuchli alahlash sindromida ijobiy natija ko'rsatadi. Xavfli shizofreniyada kuzatiladigan katatonik va gebefrenik qo'zg'olishlarni to'xtatadi. Miqdori 0,5 mg dan 10—15 mg gacha.

Rispaksol, rispedon, rispolept, nopreniya, sidoreks (Risperidon) vasvasaga qarshi, galyutsinatsiyaga qarshi, antikatonik samaralarga ega. Negativ buzilishlarga (faollikning kamayishi, emotsional qashshoqlashuv, autizm) ijobiy ta'sir kiluvchi preparatlar qatoriga kiradi. Salbiy neyroleptik effektlari kam uchraydi.

Farmakologik ta'siri Psixozga qarshi dori vositasi (neyroleptik). Shuningdek tinchlantiruvchi, qusishga qarshi, gipotermik ta'sir xam qiladi.

Risperidon-selektiv monoaminergik antagonist, serotonin 5-NT2-va kamroq dopamin D2-retseptorlariga yuqori o'xshashlikga ega. Antipsixotik ta'siri mezolimbik va mezokortikal sistemalarning dopaminli D2- retseptorlarning blokadasini bilan bog'liq. Sedativ (tinchlantiruvchi) ta'siri miya ustuni retikulyar formatsiyasi adreoretseptorlarining blokadasini bilan bog'liq; qusishga qarshi ta'siri qusish markazi trigger zonasi dopaminli D2-retseptorlarini blokadasini bilan bog'liq; gipotermik ta'siri – gipotalamusning dopaminergik retseptorlari bilan bog'liq. Risperidon shizofreniyaning produktiv simptomatikani (vasvasa, galyutsinatsiyalar), agressivlikni, avtomatizmni kamaytiradi. Klassik neyroleptiklarga nisbatan kam darajada xarakat aktivligini pasaytiradi va kam darajada katalipsiyani indutsiraydi. Markaziy antagonizm serotonin va dopaminga bo'lgan.

Ko'rsatmalar: Preparat qo'llashga quyidagilar ko'rsatma xisoblanadi.

- O'tkir va surunkali shizofreniya va boshqa produktiv xamda negativ simptomatikali buzilishlar. - Turli ruhiy kasalliklardagi affektiv buzilishlar; - Dementsiyali patsiyentlarda agressiya simptomlari paydo bo'lganda (qaxr gazab, jismoniy zo'ravonlik xurujlarida), faoliyati buzilganida (qo'zg'alish, vasvasa) yoki psixotik simptomlarda; -15 yoshdan boshlab bolalarda xulq-atvor buzilishlarida va katta yoshdagi intellektual darajasi pasaygan, yoki aqliy rivojlanishi ushlanib qolgan patsiyentlarda agar klinikada destruktiv (buzg'unchi) xulq-atvor (agressiya, impul'sivlik, autoagressiya) ustunlik qilishi bilan kechsa. Maniyani davolashda kayfiyatni turg'unlashtirish uchun.
- Bipolyar buzilishlarda (yordamchi davolash vositasi sifatida)

Qo'llash rejimi: -Kattalarga preparatni quyidagi sxema bo'yicha beriladi: 1- kun 1 mg.dan sutkasiga 2 maxal; 2- kun- 2mg.dan sutkasiga 2 maxal; 3 – kun 3 mg.dan sutkasiga 2 maxal. Uzoq muddatli davo uchun dozani individual belgilanadi, bu doza odatda 2-4 mg.dan sutkisiga ikki maxalga to'g'ri keladi. Qari yoshdagi patsiyentlarga preparatni 0,5 mg dan sutkasiga 2 maxal, berilib asta-sekin 1-2

mg.dan sutkasiga 2 maxal dozagacha oshirib boriladi. Bolalar va 15 yoshdan kichik o'smirlarda nopreniya preparatining qo'llanilishi xavfsizligi va samaradorligi bo'yicha ma'lumotlar yetarli emas. Jigar va buyrak vazifalari buzilgan bemorlarga boshlangich dozasi 0,5 mg dan sutkasiga 2 maxalni tashkil qiladi. Doza tanlashni individual oborish kerak bo'lib, sutkasiga ikki marta ichilganda bir martalik dozani sekin-asta (0,5 mg.dan) oshirib 1-2 mg.ga cha oshirib tanlanadi.

Nojo'ya ta'sirlari: MNS va periferik nerv sistemasi tomonidan:

Xavotirli holat, ko'rishning buzilishi, bosh aylanishi, uyquchanlik, giperkineziya, ekstrapiramidal simptomlar, Parkinson kasalligi, diqqat buzilishi.

Dozasi oshib ketganda : Simptomlari: uyquchanlik, sedativ ta'sirining paydo bo'lishi, taxikardiya, arterial gipotenziya, ekstrapiramid simptomlar. Risperidon dozaga bog'liq bo'lgan xolda plazmada prolaktin konsentratsiyasini oshirishi mumkin(galaktoreya, ginekomastiya, menstrual siklning buzilishi, amenoreya). Davolash: Patsiyentni yetarli kislorod bilan ta'minlab berish zarur, zarurat bo'lsa – SO'V, oshqozonni yuvish (intubatsiyadan keyin, agar patsiyent xushsiz holatda yotgan bo'lsa) aktivlangan ko'mir,ich yurgizuvchi vositalar berish. Yurak-tomir tizimini nazorati zarur, uzoq davomli EKG monitoringi qilish zarur (aritmia bo'lishi mumkin).

Dorivor o'zaro ta'siri: Sitoxrom R450 izofermentining ingibitorlari risperidon metabolizmini kamaytirishi mumkin. Etanol va etanolsaqlovchi vositalar risperidonning markaziy nerv sistemasiga tormozlovchi ta'sirini kuchaytiradi. Risperidon birga qo'llanilganda bromokriptin va pergolidlarning terapevtik samarasini kamaytiradi.

Uzoq vaqt birga qo'llanilganda klozapin risperidonning klirensini kamaytirishi mumkin. Birga qo'llanilganda risperidon levodopa va boshqa dopamin retseptorlari antagonistlari tasirini susaytirishi mumkin. Birga qo'llanilganda karbomazepin risperidon klirensini oshiradi.

Zipreks (Olanzapin) galyutsinator-vasvasali simptomatikali o'tkir va surunkali psixozlarda qo'llaniladi. Shizofreniyadagi negativ buzilishlarni yengillashtiradi.

Preparatning ustun tomoni – neyrolepsiyaning va boshqa nojo‘ya ta‘sirining deyarli bo‘lmasligidir. Sutkalik dozasi 5-20 mg.

Flyuanksol (Flupentiksol) – dozaga bog‘liq samarali preparat. Tabletka va kapsula holatida chiqariladi. Kam dozalarda (3 mg gacha) antidepressiv va xavotirga qarshi samaraga ega. O‘rta dozalarda (3-40 mg) aniq antidefitsitar, dezingibirlovchi samaraga ega. Shizofreniyada negativ buzilishlarni davolashda qo‘llaniladi. Yuqori dozalarda (40-150 mg) zo‘r antipsixotik samaraga ko‘rsatadi. Boshqa neyroleptiklarga rezistentlik bo‘lganda yaxshi qabul qilinadi. Sutkalik dozasi – 1-150 mg. Preparatning deponirlangan shakli qo‘llaniladi.

Flupentiksol dekanuat. Mushak orasiga 2-3 hafta interval bilan yuboriladi.

Klopiksol (Zuklopentiksol) – o‘ta kuchli umumiy va tanlangan antipsixotik samaraga ega, o‘tib ketuvchi sedativ ta‘siri bor. Faqat o‘tkir holatlarni bartaraf etish uchun maxsus yaratilgan (in‘eksiyadan keyin faolligini 72 soatgacha saqlab turadi) unikal Zuklopentiksol atsetat (klopiksol - akufaz) formasi bor.

Depolangan shakli – **Zuklopentiksol dekanuat** – mushak orasiga 2-4 haftada bir marta ineksiya kilinadi.

Etaperazin (trilafon) — triftazinga o‘xshash bo‘ladi. Muhim xossasi tanlovchi antipsixotik ta‘siridir, aktivlovchi effektga ega. Bu modda gallyutsinnator alaxlashlarda yaxshi natija beradi. Davolash miqdori 5—10 mg dan 50—80 mg gacha yetkaziladi.

Moditen-depo (ftorfenazin-depo, modekat) — keng tanilgan modda. Ampulada 1 ml dan 2,5% li yog‘li eritma ko‘rinishida chiqariladi. Gallyutsinator alahlash alomatlarida antipsixotli ta‘sir ko‘rsatadi hamda yengil faollovchi ta‘sir beradi va bemorlar xulqini tartibga soladi. Uzoq muddat ta‘sir qiladigan psixotrop moddalar qo‘llash kerak bo‘lgan shizofreniyaning surunkali ko‘rinishlarida ishlatiladi. 1—2 ml dan mushakka yuborib, miqdorini sekin-asta 10—14 kunda bir marta orttiriladi.

Droperidol tez intensiv biroq qisqa ta‘sirga ega. Asosiy samaralari: sedativ, antipsixotik, miorelaksatsion, gipotenziv, qusishga qarshi samaralari bor. Analgetiklarning ta‘sirini kuchaytiradi. Psixiatriyada kam qo‘llaniladi (asosan psixomotor qo‘zg‘alishni bartaraf etish uchun). Asosan anesteziologiyada

premedikatsiya vositasi sifatida, xamda neyroleptanalgeziya va og‘riqsizlantirish birga qo‘llanilganda ishlatiladi. Mushak orasiga, teri ostiga va vena ichiga yuboriladi. Bir martalik dozasi – 2,5 mg, sutkalik dozasi 7,5 mg gacha.

Eglonil (Sul‘pirid) 50 mg Farmakologik ta’siri Antipsixotik preparat (neyroleptik). Aralashgan benzamidlar guruxidan «atipik» neyroleptiklarga kiradi. O‘rtacha neyroleptik aktivlik bilan birga, stimullovchi va timoanaleptik (antidepressiv) ta’sirga ega. Yumshoq antipsixotik effektni antipsixotik va faollashtiruvchi samaralar bilan mujassamlashtiradi. Apatiya va xolsizlik bilan kechuvchi galyutsinator-vasvasali va depressiv-vasvasali holatlarni kompleks davolashda ishlatiladi. Ko‘pincha gastroenterologiyada me‘da yara kasalligani davolashda (boshqa davo usullari bilan birgalikda) ishlatiladi. Kamdan –kam xollarda neyrolepsiya chaqiradi. In‘eksion formasi bor. Sutkalik dozasi 100 mgdan 1000 mg gacha bo‘ladi. Neyroleptik samarasi antidopaminergik ta’siri bilan bog‘liq. MNSda sul‘pirid asosan limbik sistemaning dopaminergik retseptorlarini bloklaydi, neostriatum tizimiga ta’siri sezilarsiz darajada bo‘ladi. Sul‘piridning periferik ta’siri presinaptik retseptorlarni bosishi bilan (susaytirishi) tufaylidir. MNSda dopamin miqdorining oshishini kayfiyat ko‘tarilishi va depressiya simptomlarining kamayishiga olib keladi. Sul‘pirid prolaktin sekretsiyasini stimullaydi va qusish markazi trigger soxasidagi D2 – retseptorlarni blokadasini tufayli markaziy qusishga qarshi ta’sirga ega. Sul‘pirid adrenergik, xolinergik, serotoninli gistaminli va GABA-retseptorlarga kuchli ta’sir qilmaydi.

Sul‘piridning antipsixotik ta’siri 600 mg/sutka dan ko‘p bo‘lganda namoyon bo‘ladi. 600 mg/sut dan kam dozalarda stimullovchi va antidepressiv ta’sirlari ustunlik qiladi. Kichik dozalarda sul‘pirid psixosomatik kasalliklarni davolashda qo‘shimcha dori sifatida samarali (shu jumladan me‘da va 12 b.i. yara kasalligining negativ ruhiy simptomatikasini yo‘qotishda). Sul‘pirid ta’sirlangan yo‘g‘on ichak sindromida abdominal og‘riqlar intensivligini kamaytiradi va patsiyentning klinik holatini yaxshilanishiga olib keladi.

Past dozalarida sul‘pirid (50-300 mg/sut) etiologiyasidan qat’iy nazar bosh aylanishlarida efektivdir.

Ko'rsatmalar Monoterapiya sifatida yoki boshqa psixotrop dorilar bilan birgalikda :

- O'tkir va surunkali shizofreniya;
- O'tkir delirioz holatlar;
- Turli etiologiyali depressiyalar;
- Katta yoshdagi patsiyentlarda nevroz va bezovtaliklar, odatiy davo usullari samarasiz bo'lganda (kapsula uchun);
- Xulq-atvorning – xarakterning og'ir buzilishlarida (ajitatsiya, azolariga zarar yetkazuvchanlik, stereotiplik) 6 yoshdan katta bolalarda, ayniqsa autizm sindromi bilan birga kechganda.

Qo'llash rejimi: Preparatni sutkasiga 1-3 marta bir oz miqdorda suv bilan ichishga (ovqat qabuliga bog'liqligi yo'q) buyuriladi. Faollik darajasi oshishi tufayli dorini kunning ikkinchi yarmida(16:00 dan so'ng) qabul qilish tavsiya etilmaydi. Davolash jarayonida minimal samarali dozaga erishishga xarakter qilish kerak.

Tabletkasi. O'tkir va surunkali shizofreniyani, o'tkir delirioz sindromni, depressiyani davolash uchun preparatni sutkasiga 200-1000 mg dozada sutkada bir necha marta bo'lib beriladi.

Kapsulasi. Nevroz va xavotirni davolashda kattalarda odatda sutkalik doza 50-150 mg.ni tashkil etadi. Kursning maksimal davomiyligi – 4 hafta.

Bolalarda xulq –atvor og'ir buzilishlarini davolashda sutkalik dozasi 5-10 mg/kg tana vazniga to'g'ri keladi.

Qari yoshdagi patsiyentlar uchun sul'piridning boshlang'ich dozasi kattalar dozasining 1/4-1/2 qismini tashkil etadi. Buyrak funksiyasi buzilgan bemorlarga sul'pirid organizmdan asosan buyraklar orqali chiqarilganligi tufayli sul'piridning dozasini kamaytirish yoki dori berilish intervalini oshirish tavsiya etiladi. MNS tomondan nojo'ya ta'sirlari: Sedativ samarasi, uyquchanlik, bosh aylanishi, tremor, erta diskineziya, (spastik bo'yin qiyshilik, okulogur krizlar, trizm), bo'lib bular antixolinergik va parkinsonizmga qarshi preparatlarni berganda o'tib ketadi; kamdan kam- ekstrapiramid sindrom (ba'zida mushak gipertonusi bilan qo'shib ketuvchi akineziya(antixolinergik vositalar berilganda qisman yo'qotiladi),

giperkineziya, gipertonus, motor qo'zgalish, akataziya). Uzoq muddat qo'llanilganda kechki diskineziyalar paydo bo'lishi mumkin. Bunday holatlarda parkinsonizmga qarshi preparatlarni qo'llash samarasiz xisoblanadi va simptomlarning og'irlashtirishi mumkin. Gipertermiya bo'lsa preparat qabulini to'xtatish kerak, chunki tana xaroratining oshishi yomon sifatli neyroleptik sindrom boshlanayotganini bildirishi mumkin.

Semap (penflyuridol)—ko'rsatilgan moddalardan farqli tabletka ko'rinishida iste'mol qilinadi. Antipsixotik va faollovchi xossaga ega, yengil uxlatish ta'sirini beradi. 7 kunda 1 marta 20 dan 100 mg gacha ichish tavsiya qilinadi. Uzoq ta'sir qilish xossasi moddaning sekin parchalanishidan kelib chiqadi.

Flushpirelin—7 kungacha ta'sir qiladigan modda. Yorqin antipsixotik va faollovchi xossaga ega. Shizofreniya guruhiga kiruvchi o'tkir va surunkali psixozlarda, shu bilan birga kasallik qaytalanishining oldini olishda qo'llaniladi. Haftasiga 1 marta 5—10 mg dan mushakka yuboriladi. Bu modda yuborilgan joyda sekin so'riladigan mikrokristall suspenziya (aralashma) holida saqlanadi.

V) hulq –atvorni to'g'rilovchi neyroleptiklar

Bu guruxga klinik samaralari orasida birinchi o'rinda asosan qo'zg'aluvchan va isterik doiradagi hulq atvor buzilishlarini to'liq yoki qisman bartaraf etuvchi preparatlar kiradi. Yoriluvchanlik, namoyishkoronalik, agressiv tendensiyalar, xoxishlarining tormozlanishi kamayishini kamaytiradi. Antipsixotik xususiyatlari nisbatan kuchsiz. Onda – sonda neyrolepsiya chaqirishi mumkin.

Peritsiazin (Neuleptil). Asosan qo'zg'aluvchanlikni, jaxldor agressivlikni, ovqat yeyishning buzilishini, xarakat qo'zg'aluvchanlikni kamaytirish va bartaraf etish uchun qo'llaniladi. Pediatriyada bolalar va o'smirlar psixiatriyasida ko'p qo'llaniladi. Kapsula va tomchilar ko'rinishida chiqariladi. Sutkalik dozasi 20- 60 mg.

Sonapaks, melleril (Tioridazin). Xulk – atvor buzilishiga korreksiyalovchi ta'sir qilishidan tashqari o'rtacha antipsixotik, sedativ, va ruxiyatni faollantiruvchi xususiyatlarga ega. Klinikasi turlicha bo'lgan subpsixotik, psixopatik va nevroitik buzilishlarda ijobiy natija beradi. Havotirlanib qo'rqish xissiyotlarini kamaytiradi va

hissiy betayinlikni yo‘qotadi. Bemorlarda ipoxondrik fikrlar bo‘lganda foydalidir. Boshqa neyroleptiklarni ko‘tara olmaydigan bemorlarga tavsiya etiladi. Yuqori dozalarda ko‘p qo‘llanilsa retinopatiya yuzaga kelishi mumkin.

Sutkalik dozasi 50 mg dan 500 mg gacha. Davolash sutkasiga 25— 50 mg dan boshlab 600—800 mg gacha yetkaziladi.

Melliril retard (tioridazin-retard) kun mobaynida qonda parchalanmay to‘planadi. 200 mg dan tabletka holida ishlab chiqariladi. Sonapaks qo‘llaniladigan hollarda ishlatish mumkin.

Neyroleptik dorilarning korrektorlari

Siklodol – neyroleptik sindromni kamaytirish uchun buriladi
tabletka 2 mg ko‘rinishida chiqariladi.

ANTIDEPRESSANTLAR

ANTIDEPRESSANTLAR (timoanaleptiklar) depressiv holatni yo‘qotish va bir vaqtning o‘zida stimullovchi va tinchlantiruvchi ta’sirga ega.

Antidepressantlar klinik ta’siri xususiyatlariga karab 3 guruxga ajratiladi: **1)**

Stimullovchi antidepressantlar; 2) Tinchlantiruvchi xususiyatli antidepressantlar; 3) Balanslangan ta’sir ko‘rsatuvchi antidepressantlar

1) Stimullovchi antidepressantlar — melipramin (imizin, imipramin, tofranil) ko‘rinishida ruhiy amaliyotda keng tarqalgan. Maniakal-depressiv psixozlar chegarasidan aniq depressiv hollarda qo‘llaniladi. Klinik manzarasida alahlash, gallyutsinatsiya, qo‘rqish, gallyutsinator-alahlash kechinmalari kuchayishida depressiv bemorlarga tavsiya etiladi. Bunday hodisalarda uni neyroleptiklar (aminazin, tizersin, galoperidol, triftazin va boshqalar) bilan birga qo‘llaniladi. Uni 25 dan 150—200 mg gacha miqdorda (kunning birinchi yarmida) ichish yoki mushakka yuborish tavsiya qilinadi. Bir oy ichida davolash yaxshi natija bermasa, uni boshqa moddalar bilan o‘zgartiriladi.

Portal (Portal), Fluoksetin(prozak, prodep).

-turli etiologiyali va og'irlik darajadagi depressiv buzilishlar; -obsessiv-kompulsiv o'zgarishlar (xamda uzoq davom etuvchi terapiya);-nerv bo'limiyasi

Kursatmalari imipramindagidek. Bu dori vositasini qo'llayotganda suitsidal tendensiyalarning kuchayishi xavfi bo'lganligi uchun ruhiy simptomlarga e'tiborliroq bo'lish lozim. Odatda sutkasiga bir maxal ertalab qo'llaniladi. Standart sutkalik dozasi – 20 mg. Ba'zan uni 60 mg gacha oshiriladi.

Moklobemid (auroriks) depressiyalarda va sotsial fobiyalarda qo'llaniladi. Sutkalik dozasi 300 - 600 mg.

MAO (monoaminoksidaza) ingibitorlari stimullovchi ta'sirga ega bo'lgan antidepressantlar guruxini o'z ichiga oladi. Zaharli ta'siri bo'lgani uchun ruhiy davolashda kam qo'llaniladi. Ular oziq moddalari (pishloq, kofe, pivo, vino, shokolad, dudlamalar) bilan birga iste'mol qilinadi. Tritsiklik antidepressantlar MAO ingibitorlari bekor qilinganidan keyin 2—3 haftadan so'ng tavsiya etiladi.

Iprazid (iproniazid, ipronid) — eng kuchli MAO ingibitori. Boshqa dorilarga rezistentlik mavjud bo'lgan og'ir depressiv holatlarda qo'llaniladi. Yig'ilib qolish va yuqori zaharli xususiyatga ega. Boshqa antidepressantlar va neyroleptiklar bilan birga tavsiya etilmaydi. Davolash kuniga 25—50 mgdan boshlab 150—200 mg gacha yetkaziladi.

Nilamid, niamid (Nuredal) — kam zaharli, ammo kam effektli modda. Turli ko'rinishdagi depressiv holatlarda va apato-abulik, stuporoz holatlarda stimullovchi bo'lib qo'llaniladi. Nevrologiyada uchlamchi nerv nevralgiyasida qo'llaniladi. Yurak mushaklariga ijobiy ta'sir qilib, stenokardiya kuchayishini kamaytiradi, miqdori iprazidga o'xshash.

Transamin (parnat) — stimullovchi xossaga ega bo'lgan antidepressant. Lanjlik, tormozlanish, tashabbuskorlikning pasayishi bilan kechadigan subdepressiv holatlarda qo'llaniladi. Terapevtik miqdorda somatogen depressiyalarda muvaffaqiyatli qo'llanib kelmokda. Turli shizofreniya ko'rinishlarida neyroleptiklar bilan birga qo'llaniladi.

Indopan — kuchsiz antidepressant. Kam stimullovchi effektga ega. Aktivlikni, tetiklikni, astepo-depressiv va asteno-ipoxondrik holatlardagi bemorlarning

kayfiyatini oshirish xususiyatiga ega. Katatonik stupor va shizofreniyaning turlicha defektlarida tormozlovchi bo'lib hizmat qiladi. Moddani bemorlarga neyroleptiklar bilan birga qo'llash mumkin. Boshqa antidepressant past stimullovcilar bilan kelishmaydi. Miqdori transaminga o'xshash.

2) Tinchlantiruvchi antidepressantlar ko'p moddalarni o'z ichiga oladi. **Amitriptilin** (triptizol) — antidepressiv ta'sir bilan birga yorqin tinchlantiruvchi effekt beradi. Yorqin antidepressantlar qatoriga kiradi Xayajonli-depressiv holatlarda, shizofreniyada qo'llanish tavsiya etiladi. Miqdori 25—50 mg dan sekii ko'paytirilib, kun i ga 150—200 mg ga yetkaziladi. Murakkab psixopatologi sindromlarda neyroleptik trankvilizatorlar bilan birga tavsiya etiladi.

Fevarin (Fluvoksamin) Antidepressiv faolligi bo'yicha amitriptilindan biroz qoladi, ammo organizm yaxshi qabul qilinadi.

-depressiyalarni davolash va profilaktikasi;-obsessiv sindrom belgilarni davolashda qo'llaniladi; Sutkalik dozasi 100-300 mg.

Tianeptin (koaksil)

xavotirga qarshi ta'sirli antidepressant. Depressiyaning turli klinik variantlarida qo'llaniladi. Preparatni somatik zaiflashgan bemorlar xam yaxshi kutaradi. Sutkasiga 37,5 mg bo'lgan standart dozada qo'llaniladi.

Lerivon (mianserin) aniq sedativ ta'sirli yumshoq antidepressant. Gerontologik psixiatriyada keng qo'llaniladi. Ko'pincha bir maxal kechga qo'llaniladi. Sutkalik dozasi 30 – 150 mg.

Ftoratsizin mo'tadil antidepressiv va aniq tinchlantiruvchi xossaga ega. Boshlang'ich miqdori 50—75 ml dan, oxirgi sutkasiga 300 mg gacha. O'tkir va o'rtacha o'tkir xavotirli-depressiv xollarda qo'llaniladi. Davolash usuli amitriptilindan farq qilmaydi.

Azafen — tipik kichik antidepressant xisoblanadi. Asosan nopsixotik depressiyani ambulator davolashda qo'llaniladi. Ftoratsizinga nisbatan kuchsiz antidepressiv hossaga ega. Tinchlantiruvchi xossasi kam. Nevrotik va nevrozsimon holatlarda, ayniqsa astenodepressiv sindromlarda qo'llaniladi. Davolash 25—50

mgdan boshlanib 150—200 mg gacha miqdorini oshirish bilan olib boriladi. Sutkalik dozasi 75 - 300 mg.

Oksilidin — kuchsiz antidepressant, kam tinchlantiruvchi xossaga ega. Ruhiy o'zgarishlarning chegarasida bo'ladigan depressiv bemorlarda, miyaning tomi rva organik yetishmovchiligida tavsiya etiladi. Boshlang'ich miqdori 20—30 mg, oxirgisi kuniga 300—500 mg.

Deprim (Hypericum Perforatum) Zveroboy ekstrakti 60 mg.

Sedativ fitopreparat, anksiolitik va antidepressiv ta'sir ko'rsatadi. Zveroboyning asosiy aktiv vositalari – giperitsin, psevdogiperitsin, giperforin va flavonoidlar – markaziy va vegetativ nerv sistemasining funksional holatini yaxshilaydi. Deprim kayfiyatni yaxshilaydi, uyquni meyyorlashtiradi, ruhiy va jismoniy faollikni oshiradi. Ko'rsatmalar: Kayfiyat pasayishi; Xavotir bilan kechuvchi yengil va o'rta daraja og'irlikdagi depressiv holatlar (shular qatorida klimakterik sindrom bilan bog'liqlari xam); Xavo almashishiga yuqori sezuvchanlik; Dozalash rejimi 12 yoshdan katta bolalarga qo'llash rejimi

3)Balanslangan ta'sirli antidepressantlar

Bu gurux preparatlarida asosiy timoanaleptik samarasi balanslangan xavotirga qarshi va ruhiy stimullovchi ta'sirlarni uzida mujassamlashtiradi.

Klomipramin (anafranil) timoanaleptik ta'siri bo'yicha imipramin va amitriptilindan qolishmaydi. Turli chukurlikdagi va turli klinik xususiyatli depressiyalarni davolashda keng qo'llaniladi, xamda xavotir-qo'rquvli yopishkok – kompulsiv buzilishlarni davolashda keng qo'llaniladi. Tabletka kurinishida, mushak orasiga va vena ichiga tomchilab yuborish tavsiya etiladi. Sutkalik dozasi 75-300 mg.

Reksetin (Paroxetine)

farmakologik ta'siri: Antidepressant. MNSda serotoninning kayta neyrolal ushlanishini ingibirlaydi. Ximiyaviy tuzilishi bshyicha paroksetin 3 siklik, tetratsiklik va boshqa antidepressantlardan ajralib turadi. Xayvonlarda o'tkazilgan tekshiruvlar paroksetinning noradrenalin va dopaminning kayta ushlanishiga ta'siri sust ekanligini kursatdi.

Paroksin M-xolinoretseptorlarga (sust antixolinergik ta'sirga ega), α^1 , α^2 - va β -adrenoretseptorlarga, xamda dopamin (D2) 5NT¹-simon, 5NT²- simon va gistaminli N¹-retseptorlarga past affinitetga ega. Ko'rsatmalar

- Turli etiologiyali depressiyalarni davolash va retsidivga qarshi terapiya (shu katorada xavotir bilan kechayotganlarini xam); - Obsessiv-kompulsiv buzilishlarni davolash va retsidivga qarshi terapiya (yopishqoqlik sindromini); - Paniq buzilishlarni davolash va retsidivga qarshi terapiya (agorafobiya xam); - Sotsiofobiya sindromini davolash; - Travmadan keyingi stressli buzilishlarni davolash (travmatik voieaga, xayot uchun xavfli vaziyat va falokatlarga javob sifatida paydo bshluvchi).

Dozalash rejimi: Reksetinni sutkasiga 1 marta iabul iilish kerak. Ertalab oviatlanish vaitida ichilgani maisadga muvofii. Tabletkalarni chaynamasdan ichiladi. Boshqa antidepressantlar bilan davolagandagidek, bemorning klinik holatidan kelib chiqib 2-3 xaftadan so'ng preparat dozasini korreksiya qilish mumkin.

Depressiyada tavsiya etiladigan sutkalik dozasi 20 mg. Ko'pchilik xollarda samarasi sekin asta yuzaga chiqadi. Preparat dozasini oshirish mumkin. Sutkalik dozasi xaftasiga 10 mg dan terapevtik samaraga erishilgangacha oshirilishi mumkin; maksimal sutkalik dozasi 50 mg ni tashkil etadi.

Obsessiv-kompulsiv buzilishlarda (yopishqoqlik sindromi) boshlang'ich dozasi 20 mg ni tashkil etadi. Sutkalik dozasi xaftasiga 10 mg dan terapevtik samaraga erishilgangacha oshirilishi mumkin; maksimal sutkalik dozasi odatda 40 mg ni tashkil etadi, biroq 60 mg/sutka dan oshmasligi kerak.

Paniq buzilishlarda tavsiya etiladigan terapevtik dozasi 40 mg/sut. Davolashni kichik dozadan (10 mg/sut) boshlab xaftasiga 10 mg dan terapevtik samaraga erishilgangacha oshirilishi mumkin. Maksimal sutkalik dozasi 60 mg/sut. dan oshmasligi kerak. Sotsiofobiyalarda ishlatiladi

Koaksil (Tianeptine) tritsiklik xosilalariga kiruvchi antidepressant. Kayfiyat buzilishlariga ta'siriga ko'ra sedativ va stimullovchi antidepressantlar o'rtasida joylashgan. Koaksil qo'llanilganda somatik simptomlarning kamayishi kuzatiladi

(shu jumladan epigastral soxadagi og‘riqlar, ko‘ngil aynishi, bosh og‘rishi, bosh aylanishi, yurak tez urib ketishi, issiq oqim xissi va mushaklardagi og‘riqlarni). Koaksil surunkali alkogolizimli bemorlarda postabstinent holatdagi bemorlarda xulq atvorni normallashtiradi, va xarakter buzilishlariga ijobiy ta’sir qiladi.

Ko‘rsatmalar -depressiv holatlarini davolash.

Qarshi ko‘rsatmalar – MAO ingibitorlari bilan birga qo‘llash.

Bolalarda va o‘smirlarda qo‘llanilmaydi (15 yoshgacha bo‘lgan) .

Pirazidol — keng spektrli antidepressant. Xavotirli va tormozlangan depressiyalarda neyroleptiklar bilan birga qo‘llaniladi. Davolash 25—50 mg dan boshlanib, asta-sekin miqdorini sutkasiga 300 mg gacha ko‘paytirilib boriladi. Nevrotik va reaktiv depressiyalarda kamaytirilgan miqdorda qo‘llaniladi.

Sitalopram (sipramil) – timoanaleptik ta’sir kuchi bo‘yicha imipramin va anafranildan bir oz qolishadi. Va shu bilan birga jiddiy nojo‘ya ta’sirlar va asoratlar chaqiradi. Depressiyaning turli klinik variantlarida, xavotir va shilqim holatlarda qo‘llaniladi. Sutkalik dozasi 50- 200 mg.

Stimulaton (Sertralin, Zoloft) – 3- avlod antidepressanti. Serotonin qayta ushlanishining selektiv ingibitori xisoblanadi. Antidepressiv samarasi sedatsiyasiz yuzaga chiqadi. Muskarinli, adrenergik, serotonin va GAMK-ergik retseptorlar blokadasiga olib kelmaydi. Kardiotoksik ta’siri yo‘q. Antidepressiv ta’siri klassik antidepressantlar bilan bir xil.

Kuniga bir maxal qo‘llaniladi.

Venlaksor, velaksin (venlafaksin) – to‘rtinchi avlod balanslangan ta’sirli antidepressantga kiradi. Feniletilamin xosilasi. Xavotirga qarshi samaraga ham ega, venlafaksin va uning aktiv metaboliti – ortodezmetilvenlafaksin MNS adrenergik va serotoninergik sinapslarda serotonin va noradrenalinning qayta ushlanishini ingibirlaydi, kamroq darajada dofaminergik sinapslarda dofaminning qayta ushlanishini ingibirlaydi. Qo‘llashga ko‘rsatmalar: Turli xil depressiyalarda, shu jumladan xavotir xissi bilan kechuvchi depressiyalarda ham ishlatiladi.

Venlaksor, velaksin (venlafaksin) 4 - avlod antidepressanti bo‘lib feniletilamin xosilasidir. Shuningdek xavotirga qarshi ta’sirga ham ega. Venlafaksin va uning faol

metaboliti – ortodezmetilvenlafaksin serotonin MNS ning adrenergik va serotoninergik sinapslarida va noradrenalinning qayta ushlanishini ingibirlyaydi, kamroq darajada dofaminergik sinapslarda dofaminning qayta ushlanishini ingibirlyaydi.

Qo‘llashga ko‘rsatmalar. Turli xildagi depressiyalar, shu qatorda xavotir bilan kechuvchi depressiyalar.

TRANKVILIZATORLAR

Trankvilizatorlar neyroleptiklarga o‘xshash bo‘lib, ta’sirlari jihatidan bir-biriga o‘xshamaydi.

Tinchlantiruvchi xossaga ega bo‘lgan trankvilizatorlarga meprotran (meprobomat, andaksin), amizil (benaktizin), elenium (librium, nanotan), oksazepam (tazepam, adumran), nitrozepam (radedorm, unoktin), fenzepam, mebikarlar kiradi. Faollovchi ta’sirga ega trankvilizatorlar qatoriga trioksazin, radotel’ (medazepam), seduksenlar kiradi. Trankvilizatorlarning tinchlantiruvchi xossasiga qaramasdan, u yoki bu moddani ishlatish nevroitik va nevrozsimon o‘zgarishlarning klinik manzarasiga ko‘ra, bemorning shaxsiy xususiyatlariga ko‘ra qo‘llaniladi. Trankvilizatorlar guruhiga kiruvchi psixotrop moddalar neyroleptiklardan birmuncha farq qiladi, birinchidan ularning aitipsixotik ta’siri (xossasi) kuchsizroq; ikkinchidan, trankvilizatorlar bilan davolanganda ekstrapiramid va neyrovegetativ o‘zgarishlar ku-zatilmaydi; uchinchidan, trankvilizatorlar tanaga mayin tinchlantiruvchi ta’sir qilib, yoqimli bo‘shashish va yaxshi kayfiyat ta’sirini namoyon qiladi.

Trankvilizatorlar sistematikasi va preparatlarning asosiy klinik xarakteristikasi. Klinik ta’sirining xususiyatlariga ko‘ra trankvilizatorlarning 3 guruhi ajratiladi:

- Sedativ ta’siri ustun bo‘lgan trankvilizatorlar;
- Kunduzgi trankvilizatorlar;
- Uxlatuvchi ta’siri kuchli bo‘lgan trankvilizatorlar;

Sedativ ta’siri ustun bo‘lgan trankvilizatorlar

Bu gurux preparatlari kuchli sedativ, xavotirga qarshi, antifobik va miorelaksantlik xususiyatlari bilan farqlanadi.

Fenazepam – kuchli trankvilizator –sedatiklardan biridir. Turli nevroitik va nevrozsimon buzilishlarda qo‘llaniladi, biroq xavotir va fobiyalarni davolashda ancha keng qo‘llaniladi. Tabletk va ineksion shakllarda chikariladi. Sutkalik dozasi 1,5 – 4 mg.

Ksanaks (Alprazolam). Faol anksiolitik va antifobik trankvilizator. Yorkin antidepressiv effekti bor. Sedativ xususiyatlari kuchli emas. Qo‘lashga asosiy ko‘rsatmalar - paroksizmal va turg‘un xavotir, obsessiv va fobik buzilishlar, xarakat tormozlanishisiz chukur bo‘lmagan depressiyalar. Sutkalik dozasi - 1 – 4 mg.

Lorazepam – terapevtik samarasining xususiyatlariga va qo‘llashga ko‘rsatmalariga ko‘ra fenazepamlarg yaqin. Sutkalik dozasi - 2-5 mg.

Antelepsin (Klonazepam) yaqqol sedativ, xavotirga qarshi, antifobik xususiyatlarga ega. Trankvilizatorlar orasida tutkanoqqa qarshi samarasi eng kuchli xisoblanadi. Xavotirli – fobik buzilishlarni davolashda, vegetativ - tomir krizlarini davolashda, epilepsiyani davolashda va epileptiform xurujlarni davolashda qo‘llaniladi. Sutkalik dozasi 4-8 mg.

Relanium, sibazon, seduksen (diazepam) – O‘zida trankvilizatorlarning barcha klinik samaralarini me‘yoriy mujassam qilgan dori vositasidir. Biroz antidepressiv efektga ega. Turli klinik struktura va etiologiyali nopsixotik buzilishlarda keng qo‘llaniladi. Tabletk va in’eksion shakllarda chiqariladi (mushak orasiga, vena ichiga oqim bilan, va vena ichiga tomchilab yuboriladi). In’eksion diazepam o‘tkir xavotirli-fobik, xavotirli-depressiv buzilishlarda qo‘llaniladi. Diazepamni vena ichiga oqim Bilan yuborish – epileptik statusni bartaraf etishning eng samarali usullaridan biri xisoblanadi. Mushak orasiga in’eksiya qilish psixomotor qo‘zg‘alishni davolashda maqsadida qo‘llaniladi (ayniqsa neyroleptiklarni qo‘llashga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lsa). Sutkalik dozasi 15 - 30 mg.

Nozepam, tazepam (Oksazepam). Trankvilizirlovchi xususiyati boshqa preparatlarga nisbatan pastroq namoyon bo‘lgan. Ta’sir xususiyatlariga ko‘ra kunduzgi trakvilizatorlarga yaqin. Asosan ambulator praktikada qo‘llaniladi. Sutkalik dozasi – 20 - 40 mg.

Sedavit (Sedavit) Sedativ ta’sirga ega bo‘lgan fitopreparat

- nevrasteniya va nevrastenik reaksiyalar(quyidagi holatlar bilan kechganda: qo‘rquv, asabiylashish, xavotirlik, charchash, xotira buzilishlari) -migren;
- dermatozlar, teri kichishishi bilan kechganda(ekzema va boshqalar)
- uyqusizlikning yengil shakllari

Persen (Persen)

-utib ketuvchi nerv taranglik simptomlarini kamaytirish maqsadida (xavotirlik, yuqori qo'zg'aluvchanlik) - uyquni vaqtincha buzilishi

Sanval (Sanval)

-uyqusizlik (anomal, tranzitor, surunkali)

Ataraks (Hidroksizine) Hidroksizin gidrokslorid.....25 mg

Farmakologik ta'siri. Anksiolitik, piperazin xosilasi. O'rtacha anksiolitik faollikga va kuchli namoyon bo'lgan sedativ ta'sirga ega. Bu sedativ ta'siri subkortiqal strukturalarga ta'sir qilishi bilan bog'liq.

Shuningdek gidroksizin antixolinergik, spazmolitik, simpatolitik, antigistamin, bronxolitik, va qusishga qarshi ta'sirga ega. Eshakemi, ekzema, va dermatitli bemorlarda teri qichishini yaxshi kamaytiradi. Uzoq qo'llanilganda to'xtatilish sindromi va ong funksiyalarining yomonlashishi kuzatilmagan. Antigistamin samarasi dori qabulidan 35-40 minutdan so'ng kelib chiqadi. Ko'rsatmalar: Kattalarga xavotirni yo'qotish uchun, psixomotor qo'zgalishni, ichki taranglik xissini, nevroitik va psixik(shular qatorida tarqoq xavotir va,) va somatik yuqori ta'sirchanlikni kamaytiriyda va davolash. Psixomotor qo'zgalish bilan kechuvchi surunkali alkogolizmda abstinensiya sindromini davolashda; Premedikatsiya davrida sedativ vosita sifatida; Teri qichishi (simptomatik terapiya sifatida)

Qo'llash rejimi: Psixiatrik amaliyotda kattalarga (shu qatori xavotirni simptomatik davolashda) preparatni 25-100 mg/sut kun yoki tun davomida bir necha marta ichishga. O'rtacha dozasi – 50 mg/sut: 12,5 mg ertalab, 12,5 mg kunduzi, 12,5 mg kechgi. Ancha og'ir xalarda dozani 300 mg gacha oshirish mumkin. Qari yoshdagi bemorlarda davolashni terapevtik dozaning yarmidan boshlanadi. 1 yoshdan 6 yoshgacha bolalarda Ataraksni sutkasiga 1-2,5mg/ kg tana vazniga bir necha qabulga bo'lib ichiladi. 6 yosh va undan kattalarda – 1-2,5mg/kg/sut bir necha qabulga.

Kunduzgi trankvilizatorlar

Bu gurux preparatlari yumshoq sedativ ta'sirga ega. Uyqu chaqiruvchi va miorelaktiv xususiyatlari deyarli yo'q.

Grandaksin (Tofizopam) vegetativ nerv sistemasini stabillovchi ta'sir ko'rsatadi, xavotirning somatik simptomlarini yo'qotadi, umumiy anksiolitik samaraga ega, xolsizlik va kunduzgi uyquchanlikni deyarli chaqirmaydi. Asteniya, xolsizlik yoki xavotir bilan kechuvchi nevroitik va nevrozsimon buzilishlarda, vegetodistoniya qo'llaniladi. Sutkalik dozasi – 150 - 300 mg.

Mazepam, rudotel' (Medazepam). Biroz sedativ ta'sir ko'rsatadi. Kunduzgi uyquchanlik va mushak xolsizligi chaqirmaydi. Ko'proq ambulator sharoitda qo'llaniladi. Ayniqsa ishlayotgan bemorlarga, yosh bolalar va qariyalarda ko'p ishlatiladi. Sutkalik dozasi – 10 - 30 mg.

Adaptol (mebikar) – kunduzgi trankvilizator-adaptogen bo'lib kuchli vegetostabillovchi, anksiolitik, stress-protektiv, nootrop, og'riqqa qarshi, gipoksiyaga qarshi, shokga qarshi, immunomodulyator xususiyatlarga ega.

Organizmning tabiiy metabolitlariga yaqin. Uning asosi mochevinaning ikkita metillangan fragmentlaridan iborat. Peroral qabul qilganda adaptolning konsentratsiyasi 30 minutdan keyin maksimal darajaga yetib 4 soat davomida yuqori konsentratsiyada saqlanib turadi. Preparat metabolizmga uchramay sutka davomida butunlay siydik bilan chiqariladi. Adaptol anksiolitik ta'sir ko'rsatadi, uxlatuvchi va narkotik vositalarning efektini kuchaytiradi. Tinchlantiruvchi samarasi miorelaksatsiya va koordinatsiya buzilishi kabi nojo'ya ta'sirlarsiz yuzaga chiqadi. Adaptol to'g'ridan to'g'ri uxlatuvchi ta'sir ko'rsatmagan holda uyquni buzilishini regulyatsiya qiladi. Preparat alkogol va niktin abstinensiyasini yo'qotadi, bartaraf etadi.

Ko'rsatmalar: nevrozlar va nevrozsimon holatlar (havotir, qo'rquv, emotsional labillik, yuqori ta'sirchanlik bilan namoyon bo'lgan), neyroleptiklar va benzodiazepin qatoridagi trankvilizatorlar nojo'ya ta'sirlarini kamaytirish maqsadida, yopiq bosh miya jaroxatlaridan keyingi paroksizmlarni davolash uchun, insul'tdan keyingi bemorlarni rehabilitatsiya qilish maqsadlarida ishlatiladi.

Noofen (fenibut)- atipik trankvilizator. Farmakologik xususiyatlari: tinchlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi, taranglikni, havotir, qo'rquv, emotsional labillikni, yig'loqilikni kamaytiradi, uyquni me'yorlashtiradi. Noofenning faollashtiruvchi ta'siri (qiziqishlarning jonlanishi,

faollikning oshishi, o'yin faoliyatiga intilish o'yg'otish, asteniyanı kamaytirish va boshqalar.) ayniqsa bolalar va qariyalarda yaqqol namoyon bo'ladi. Noofen antigipoksik ta'sirga ega, xotirani yaxshilaydi, miyaning zararli ta'sirlarga chidamliligini oshiradi. Noofenning ta'sir mexanizmi asosida uning GAMK – ergik jarayonlarga ta'siri, hamda o'zining tuzilishi jixatidan neyrofaol monoamin beta-feniletamin (havotirli holatlarnı neyroximik boshqarilishida ishtirok etadi) ekanligi yotadi. Preparat nistagmning latent davrini oshiradi, uning davomiyligi va yaqqolligini kamaytiradi. Epilepsiyaga qarshi ta'sir ko'rsatadi.

Uyqu chaqiruvchi samarasi ustun bo'lgan trankvilizatorlar.

Yuqorida sanab o'tilgan sedatik trankvilizatorlarning barchasi u yoki bu darajada uyqu chaqiruvchi xususiyatga ega (asosan ularning xavotirga qarshi xususiyatlari xisobiga) va uyqu buzilishlarida qo'llanilishi mumkin. Ba'zi trankvilizatorlar uchun uyqu chaqiruvchi ta'sir asosiy xisoblanadi. Bu preparatlar asosan dissomnik buzilishlarda qo'llaniladi. Ularnı 10 – 15 sutkadan oshuvchi muddatga qo'llash tavsiya etilmaydi.

Eunokoxin, radedorm (nitrazepam) kuchli uyqu chaqiruvchi ta'sir ko'rsatadi: Uyquga ketishni kuchaytiradi, uyqu chuqurligi va davomiyligini oshiradi. Ba'zan ertalabki xolsizlik va uyquchanlik ko'rinishidagi «oqibatlari» uchraydi. Dozasi 5-10 mg kechga ichiladi.

Dormikum (Midazolam) bu preparatlar xam kuchli uyqu chaqiruvchi samaraga ega. Qo'llashga ko'rsatmalar nitrazepamga o'xshagan. In'eksion formasi bor.

Mushak va vena ichiga in'eksiya ko'rinishida xirurgiyada premedikatsiya maqsadida ishlatiladi. Kechasiga 7,5 – 15 mg dozada ishlatiladi.

Rogipnol (flunitrazepam) – qisqa muddat ta'sirli uxlatuvchi. Ayniqsa uyquga ketishning buzilishida ko'rsatilgan. Ertalab xolsizlik, uyquchanlik chaqirmaydi. Dozasi sutkasga 1-2 mg kechasi.

Somnol Zopiklon (Imovan) – trankvilizatorlarga qardosh(yaqin) dori vositasi, nisbatan qisqa uyqu chaqiruvchi ta'sirli preparat. Zopiklonning asoratlari chiqmaydi. Dozasi – 7,5 – 15 mg kechga.

Andante (zaleplon)

Pirazolo-pirimidin tipidagi uyqu chaqiruvchi preparat. Kattalar uchun tavsiya etiladigan dozasi 10 mg sutkasi kechasi uxlashdan oldin yoki uxlay olmayotganligini sezgandan keyin ichiladi.

Qo'llashga ko'rsatmalar: -uyqu buzilishini og'ir shakllari -xaddan tashqari charchashga olib kelsa, ish faoliyati buzilishi
-xar kungi aktivlik pasayishi

PSIXOSTIMULYATORLAR (Neyroanaleptik moddalar)

Psixostimulyatorlarning asosiy klinik ta'siriga ruhiy funksiyalarning stimulyatsiyasi, faollashishi kiradi. Lanjlik, tormozlanish bilan kechadigan chegarali holatlarda qo'llaniladi. Ba'zi xollarda tungi siydik tutolmaslik, tutqanoqning kichik turlarida yaxshi effekt beradi. Shizofrenik bemorlarga ishlatilganda kasallikni kuchaytirib yuboradi. Boshlang'ich miqdori 5 mg dan 60—80 mg gacha.

Psixostimulyatorlar tetiklik darajasini oshiradi, bilish faoliyati (diqqat, xotira, fikrlash) ko'rsatkichlarini vaqtincha oshiradi, ruhiy va xarakat tezligini oshiradi, aqliy va jismoniy ish qobiliyatini oshiradi. Biroz antidepressiv samaraga ega. Sog'lom odamlarda bu dorilar umumiy xissiyotni va kayfiyatni biroz ko'tarishi, va kayfiyatga eyforik jilo berishi mumkin.

Qo'llashga ko'rsatmalar: turli sababli o'rtacha astenik holatlar, kunduzgi uyquchanlik, sust apatik holatlarda (shu qatorda psixotrop vositalar qo'llanilishi natijasida kelib chiqqan) substuporoz holatlar, narqolepsiya.

Nojo'ya ta'sirlari, asoratlari va qarshi ko'rsatmalari: Psixostimulyatorlar vasvasa va galyutsinatsiyalarni, galyutsinatsiyalarni, xavotirni, tungi uyquni yomonlashishi mumkin. Uyquchanlik, chalg'uvchanlik, ta'sirchanlik, joyida o'tira olmaslik kabi paradoksal reaksiyalar bo'lishi mumkin. Bundan tashqari bu gurux preparatlari arterial qon bosimini oshirishi, ishtaxani bo'g'ishi mumkin.

Uzoq muddat qo'llanilganda shu guruxning barcha preparatlari ruhiy va jismoniy qaramlik chaqirishi mumkin. Shu sababli bu preparatlarni qo'llash muddati 3-4 xaftadan oshmasligi kerak. Ertalab yoki kunduzi beriladi, yoki faqat ertalab beriladi.

Psixostimulyatorlarni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar alkogolizm, boshqa toksikomaniya va narkomaniyalar, epilepsiya, nutq-xarakat qo'zg'alishi, produktiv psixotik simptomatika, ruhiyjismoniy charchash, uyqusizlik, gipertoniya kasalligi, serebral va umumiy ateroskleroz, stenokardiya, gepertireoz.

Kofein. Odatda psixostimulyatorlar qatoriga kiritiladi, xozirgi kunda mustaqil axamiyatga ega emas. Kofeyning past dozalari ba'zi murakkab analgeziyalovchi va tutqanoqqa qarshi dorilar aralashmasi tarkibiga kiradi. Ko'pincha klinik amaliyotda sidnokarb qo'llaniladi.

Sidnokarb – yaqqol psixostimullovchi xususiyatli va organizm tomonidan normal qabul qilinadigan xususiyatlarga ega. Sutkalik dozasi – 10 – 50 mg.

Sidnofen — xossalari bo'yicha sidnokarbgaga o'xshab ketadi, lekin ancha muloyimligi, giperstimullovchi xossasi yo'qligi bilan farq qiladi. Yengil antidepressant ta'sir ko'rsatadi. Kuchli toliqishlarda, gipodinamiyada, nevroitik va somatik lanjlikda qo'llaniladi. Bu modda boshqa antidepressantlar bilan kelishmaydi. Miqdori kuniga 5—10 mg dan 60—80 mg gacha bo'ladi.

Meridil (ritalin, sentedrin) nisbatan kam qo'llaniladi. Sutkalik dozasi 10 – 30 mg.

NOOTROPLAR

Nootroplar — **metabolik** ta'sir ko'rsatuvchi dori moddalar. MNS ning modda almashinuvida jarayonlarni me'yorlashtirish uchun qo'llaniladi. Bosh miyaning jarohatli va yuqumli shikastlanishlarida, ateroskleroz va insul'tdan keyingi holatlarda ishlatiladi.

Aminalon — (gammolon) — gamma amino yot javhari. Bosh miya to'qimalarining metabolik jarayonlarida qo'llaniladi. Tabletkada (0,25—1,5 g) iste'mol qilinadi.

Ensefabol (piriditol) — vitamin Vb asosida sintezlangan modda. Miyadagi modda almashinuvimi yaxshilaydigan faollovchi xossaga ega. Limbik sistemami faollovchi, quvvat almashinuvini yaxshilovchi, psixomotor faollikni oshiruvchi xususiyatga ega. Organik kelib chiqishiga ega bo'lgan asteno-depressiv holatlarda qo'llaniladi. Miqdori kuniga 0,1—0,2 g.

Nootropil (piratsetam) — katta yarim sharlar po'strog'idagi oksidlanish jarayonlarini faollash xossasiga ega. Fahmni, nutqni, aqliy qobiliyatni yaxshilaydi. Turli ko'rinishlardagi psixorganik sindromlarda, alkogol abstinensiyalarida qo'llaniladi. Sutkalik dozasi – 2,4 – 8,0 g. Miya qon aylanishining buzilishlarida,

komalarda, o'tkir intoksikatsiyalarda piratsetam parenteral, v/i tomchilab 20 mg sut qo'llash mumkin.

Sedativ effektli bo'lgan nootropilar. Psixostimullovchi ta'sir qiluvchi nootropilardan farqli, sedativ effektli bo'lgan nootropilar biroz tutqanoqqa qarshi ta'sirga ega. Epilepsiyani davolashda qo'llaniladi. Bularga

Pantogam (sutkalik dozasi 1,5 – 3,0 g) ,

Fenibut (0,5 – 1,5g),

Pikamilon (0,1 – 0,2g) kabi dorilar kiradi.

Fenotropil (Phenotropil)

- turli etiologiyali MNS kasalliklari; -nevrotik holatlar: xolsizlik, psixomotor aktivlik pasayishi, diqqat buzilishi, xotira pasayishi belgilari bilan kechsa; -ukitish jarayonlarini buzilishlari; - yengil va o'rta og'irlikdagi depressiyalar; -psixooorganik sindromlar, intellektual-mnestik va apatiko- abulik simptomlar bilan birga kechganda; - shizofreniyada apatik sindrom; -tutqanok holatlari; - gipoksiya profilaktikasi, stressga moslashishni kuchaytirish, ekstremal holatlarda organizm funksional holatini korreksiyalash, aqliy va jismoniy faoliyatni kuchaytirish, sutkalik bioritmni korreksiyalash, «uyqu-tetiklik» davrini regulyatsiya qilish; - surunkali alkogolizm (asteniya simptomlarini, intellektual mnestik o'zgarishlarni va depressiya simptomlarini kamaytirish maqsadida)

Fezam (Phezam)

Qo'llashga ko'rsatmalar -bosh miya kon tomirlarida kon aylanishini buzilishi(bosh miya kon tomirlarini aterosklerozi, tiklanish davridagi ishemik insul'tlar, bosh miya travmalaridan so'ng) - xotira buzilishlari, kognitiv funksiya va diqqat buzilishlari -turli genezdagi ensefalopatiyalar -turli genezdagi labirintopatiyalar (bosh aylanishi, kulokda shovkin, nistagm, kungil aynash, kayt qilish) - Men'er sindromi - kinetozlar profilaktikasi

- migren' profilaktikasi - aqliy faoliyat past bo'lgan bolalarda ukitish jarayoni va xotirani yaxshilash maqsadida

Serebrolizin – neyronlar o'sish faktoriga analogik bo'lgan neyrotrofik faollikga ega yagona neyroprotektor xisoblanadi.

Serebrolizin bu – tarkibida keraqli aminokislotalar saqlovchi miya moddasining gidrolizati(suv ishtirokida parchalanish maxsuloti) xisoblanadi. Farmakologik ta'siri. Miya to'qimasida modda almashinuvini yaxshilaydi. Serebrolizin o'zida miya metabolizmining asosiy bo'g'ini bo'lmish biologik faol aminokislotalar va peptidlarni saqlaydi. Gematoensefalik to'siqdan o'tib, xujayra ichi almashinuvini boshqaradi, va sinaps o'tkazuvchanligini oshiradi. Shuning samarasi bo'lib uni yuborganda aerob energetik metabolizm samaradorligi oshadi, xujayra ichi oqsil sintezi yaxshilanadi, laktatsidozning salbiy ta'siri kamayadi. Bu samara transsinaptik o'tkazuvni oshirish samarasi bilan birgalikda preparatning neyroprotektiv ta'sirini ta'minlaydi, ya'ni neyronlarning gipoksiya sharoitlarida va boshqa shikastlovchi sharoitlarga chidamliligini oshiradi.

Serebrolizin kislorod va glyukozani utilizatsiyasini kuchaytiradi, ATF sintezini stimulyatsiya qiladi, kalsiyning xujayra ichiga ortiqcha kirish jarayonini kamaytiradi, shuningdek antioksidant va neyrotrofik ta'sir ko'rsatishi aniqlangan. Antioksidant va neyrotrofik samarasi quyidagiga bog'liq:

Serebrolizin tarkibida nerv o'sish jarrayonlarini stimullovchi vositalar bo'lib, bunda neyron sitoskeletonini buzilishdan saqlab, uning tuzilishini turg'unlashtirib, shu orqali shikastlangan sinapslarni tiklaydi va yangilarini paydo bo'lishiga olib keladi. Bu xususiyatlarining bari serebrolizinning ajoyib tarkibi tufayli (bir qator almashtirib bo'lmaydigan aminokislotalar, vitaminlar, neyromodyator effektli kichikmolekulyar vositalar,) bo'lib ular gematoensefalitik to'siqdan oson o'tadi va nerv xujayralarining morfologik va funksional holatiga bevosita ta'sir qiladi. Preparat bosh miyaga organospetsifik mul'timodal ta'sir ko'rsatadi, ya'ni metabolik boshqaruvni, neyroproteksiyani, funksional neyromodulyatsiyani va neyrotrofik faollikni ta'minlaydi.

Qo'llashga ko'rsatmalar. Markaziy nerv sistemasi funksiyasi buzilishi bilan kechuvchi kasalliklar (ensefalit), miyada qon aylanishining buzilishi, bosh miyadagi operatsiyalar, bolalarda aqliy rivojlanishdan orqada qolish, xotira pasayishi va parisonxotirlik bilan kechuvchi psixiatrik kasalliklar(psixooorganik sindrom, qarilik psixozlari, bosh miyaning atrofik kasalliklari) va boshqalar.

Qo'llash usuli va dozirovkasi: Optimal samaraga erishish uchun kasallik xarakteriga mos dozalarda va yuborish usulini to'g'ri tanlab qo'llash kerak bo'ladi. Bosh miyaning organik, metabolik va neyrodegenerativ kasalliklarida 10-50 ml/sut dan 20 kunlik kurslar bilan qo'llaniladi.

Travmatik miya shikastlarida 5-30 ml /sut 20-30 kun. Al'sgeymer kasallikgida va qon tomir dementsiyasida 10-50 ml /sut doza bilan 20-30 kunlik kurslar bilan qabul qilinadi.

Bolalarda serebral paralich, aqliy rivojlanishdan ortda qolish, autizm, giperaktivlik bilan kechuvchi diqqat defitsiti sindromi holatlarida 0,1-0,3 ml /1kg tana vazniga/sutkasiga dozada xisoblab qo'llaniladi.

Psixorganik sindromda 10-30 ml/sut 20 kun mobaynida qo'llaniladi.

Kuchli va davomiy samaraga erishish uchun serebrolizin bilan takroriy davo kurslarini yilda 2-3 maxal qo'llash zarur. Vena ichiga qo'llaganda 10 ml va undan oshiq dozalarni 100-200 ml fiziologik eritmada eritib 60-90 min davomida tomchila byuboriladi. Psixiatriyada serebrolizin psixorganik sindromda yutuq bilan qo'llanilmoqda. Vena ichiga oqim bilan 5-10 ml yuboriladi. Davolash kursiga 20-25 in'eksiya yetarli bo'ladi. Uning qo'llanilishi turli genezli dementsiya(orttirilgan aqli zaiflik)larda ruhiy faoliyat defektini kompensatsiya qilishning eng samarali usullaridan biri xisoblanadi. Preparatni tomchilab vena ichiga 10-20 ml miqdorini 100-250 ml izotonik eritmada eritib yuborish (davolash kursi 20-30 in'eksiya) orqali xotira va diqqat buzilishini vaqtinchalik qaytarilishiga(regressiga), kundalik xayotiy faollik ko'rsatkichlarini yaxshilashga erishiladi. Shu sababli dementsiyada serebrolizinni takroriy kurslar bilan ishlatilishi ko'rsatilgan. Endogen depressiyada antidepressantlarga rezistentlik kuzatilganda serebrolizinni 10-15 marta vena ichiga yuborilgandan so'ng (5 ml.dan) bemorlarning axvoli yaxshilanishi kuzatiladi. Elektrotitrash va insulinshok terapiyasi seanslaridan keyin organik o'zgarishlar paydo bo'lishini oldini olish maqsadida va bemorning ruhiy faolligini oshirish maqsadida serebrolizin 3-5 marta vena ichiga tomchilab (10-15 ml preparat 100-250 ml natriy xloridning izotonik eritmasida) yuborilganidan so'ng bemorlarning ruhiy faolligi tiklanadi. Aqliy qoloq bolalarga preparatni mushak orasiga 1-2 ml xar kuni

1 oy davomida qo'llaniladi. Shunday kurslarni yiliga 2-3 maxal takrorlash mumkin. Ruhiy defektning o'rtacha namoyon bo'lgan holatlarida uning qo'llanilishi ma'qulroq xisoblanadi.

Nojo'ya ta'sirlari. Issiqlik xissi, kamdan-kam hollarda tana xaroratining ko'tarilishi yoki pasayishi. Qarshi ko'rsatmalar. Xomiladorlik, buyrak funksiyasining og'ir buzilishlari, allergik diatezlar. Aminokislotalar eritmasi bilan birga qo'llab bo'lmaydi. Chiqarilish shakli. 5%li eritmasi 1 ml va 5 ml lik ampulada. Quruq joyda saqlash kerak.

Pantokal'sin (Pontocalcin)

-bosh miya organik o'zgarishlaridagi kognitiv buzilishlar (xamda neyroinfeksiya, bosh miya travmalari asoratlari va nevroitik o'zgarishlar)

-ekstrapiramid giperkinezlar (mioklonus-epilepsiya, Gentington xoreyasi, gepatolentikulyar degeneratsiya, Parkinson kasalligi) va neyroleptiklar qabul qilgandan so'ng ekstrapiramidal sindrom korrektori sifatida (giperkinetik va akinetik) -epilepsiyada talvasaga qarshi preparatlar bilan birga

-psixosotsional zurikish, aqliy va jismoniy ishlash qobiliyatini pasayishi, diqqat konsentratsiyasini yengillashtirish va xotira jarayonini kuchaytirish

-siydik chikarish o'zgarishlari (pollakiuriya, imperativ chakiriklar, siydik ushlab turish imperativ o'zgarishlari, enurez) -bolalarda kognitiv o'zgarishlar

Oksibral (Vincamine)

Retard kapsulalari. 1ta kapsulada 30 mg vinkamin bor.

Farmakologik ta'siri. O'simliklardan kelib chikgan dori vositasi. Miya tomirlariga selektiv, tomirni regulyatsiya qiluvchi ta'sir qiladi.

Ko'rsatmalar. -serebral buzilishlar (xotira buzilishi, intellektual va diqqat buzilishlari, diabetik angiopatiya, miya kon tomirlarini aterosklerotik o'zgarishlari, bosh miya travmasi, o'tkir miya qon aylanishi buzilishidan keyingi holatlar, gipertonik ensefalopatiya) - miya qon aylanishi buzilishi -eshitish patologiyasi tomirli etiologiyali -ko'rishni o'zgarishi tomirli etiologiyali -psixik o'zgarishlar (xissiyot buzilishlari, vaqt va joyni bilish o'zgarishi?)

NORMOTIMIKLAR (AFFEKT STABILIZATORLARI)

Keyingi vaqtda ruhiy davolashda litiy tuzlarini qo'llash natijasida keng tarqaldi. Ular maniakal holatni, asosan klassik maniyalarni davolash uchun ishlatiladi. Davolash ta'siri odatda bir haftadan so'ng yuzaga keladi, bu xossasi neyroleptiklarga o'xshab tormozlanish xossasiga bog'liq bo'ladi, aksincha, maniakal holatning o'zi pasayishi oqibatigabog'liq bo'lib, bemorning kayfiyati sekin-asta yaxshilanadi, fikrlash qobiliyati tiklanadi. Litiyning bu xossalari ularni normotimiklar nomini olishga xos bo'ldi. Bu modda maniakal-depressiv psixoz fazalarining qaytalaiishida yaxshi foyda beradi. Depressiv hollarda birmuncha kamroq davolash effektini beradi. Shizofreniya, tutqanoq, organik o'zgarishlar, psixopatiya bilan og'rigan bemorni kompleks davolashda litiy bilan davolashning effektiv stabillovchi ta'siri kuzatiladi.

Litiy tuzlari 300—400 mg dan boshlab to 1500—2500 mg gacha yetkazish bilan tabletka yoki eritma holida qo'llaniladi. Davolash kursi bir necha oy, kasallikning oldini olish maqsadida ular miqdori ikki marta kamaytiriladi. Litiy tuzlari bilan davolaganda qondagi litiy miqdori doim nazorat ostida bo'lishi kerak. Plazmada uning miqdori 0,6—0,8 mmol' dan oshmasligi kerak.

Litiy bilan davlash dan oldin bemorni yaxshilab ko'rikdan o'tkaziladi. Buyraq qon-tomir tizimlari ishining buzilishi, oshqozon-ichak kasalliklarining zo'rayishi, homiladorlikda litiy to'zlarini qo'llash man qilinadi. Shuni hisobga olish kerakki, qariyalarda katarakta bo'lsa, litiy uni kuchaytirib yuborishi mumkin. Litiy bilan davolashning birinchi kunlarida u uyquchanlik, charchab qolish, umumiy holsizlaiish, dispeptik o'zgarishlar ko'rinishida bo'lsa, keyinchalik allergik reaksiyalar, ekstrasistoliyalar, giperkineziya, vegetativ nerv va endokrin tizimlari ishining o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi. Birinchi holda modda miqdorini sekin ko'paytirib boriladi, bir necha kundan so'ng bu hollar yo'qoladi. Keyingi ko'rinishlar modda miqdorini kamaytirish keraqligidan darak beradi.

Finlepsin (karbamazipin)

Maniakal va depressiv holatlarida **finlepsin (karbamazipin)** qo'llash yaxshi natija beradi. U profilaktik litiysimon ta'sirga ega. Uni 300 dan 1400 mg gacha miqdorda 3—4 marta qabul qilinadi. Davolash sutkasiga 100 mg dan berib,

terapevtik miqdorga yetguncha sekin-asta ko‘paytirib borish bilan olib boriladi. Finlepsin neyroleptik va antidepressantlar bilan birga qo‘llanilishi mumkin.

Valproat natriy (konvuleks, depakin) nafaqat timostabillovchi samara balki, antimaniakal va antikonvul’sant ta’sirga ega. Affektiv buzilish retsidivlarini oldini olish uchun 0,6-1,4g sutka dozada qo‘llaniladi. Nojo‘ya ta’sirlari dispepsiya, uyquchanlik, teri allergiyasi ko‘rinishida bo‘lishi mumkin. Kamdan kam xollarda jigar va oshqozon osti bezi funksiyalarining buzilishi va qon ivishining buzilishi kuzatiladi.

4. 2 .RUHIY DAVOLASH (PSIXOTERAPIYA)

Ruhiy kasalliklarni davolashda turli usullar bilan bir qatorda ruhiy davolash ham muxim ahamiyatga ega (yunoncha phibre jon — pyh, therapeia davolash). Ruhiiy davolash tushunchasi shifokorni bemorga ruhiy ta’sir etishidan iboratdir. Ruhiiy davolashni maxsus usullaridan tashqari, bu usulga bemorga ijobiy ta’sir etuvchi davolash omillarining majmuasi, shifokorning davolash faoliyati (patsiyentga uning kasalligi qandayligini ta’riflashi), uni ruhan kuvvatlantirish va to‘zalishiga umid uchqunlarini kalbida yoqishi kiradi.

Xalk tabobatida ruhan shifo juda qadimdan boshlab qo‘llaniladi. Qadimgi yunon va Misr saroy tabiblari ishontirish, hattoki gipnozdan foydalanar edilar. (Gippokrat) Buqrot bir qator ruhiy shifo asoslarini shakllantirgan edi: «Uni (ya’ni bemorni) kerak bo‘lganda do‘stona yaxshi so‘z bilan quvvatlab qo‘yish lozim, kerak bo‘lganda uning talablarini jiddiy va qat’iy qaytarib, boshqa holatda bemorni muhabbat bilan oqilona tinchlantirish zarur bo‘ladi».

Ruhiy-asab buzilishlarining chegara harakteriga egaligini Abu Ali ibn Sino ruhan tabiati borligini yozdi, bu olimga uning ruhan davolash usullarini ishlab chiqishga olib keldi va o‘z asarida bunga katta o‘rin berdi. Abu Ali ibn Sino o‘zining davolash amaliyotida ruhiy davolashning turli shakllaridan keng foydalandi.

Ibn Sino qo‘llagan ruhiy shifo usullari va shakllari ko‘p omillarga bog‘liq holda turlicha edi. Ruhiiy buzilishlarning shakliga karab Abu Ali ibn Sino tushuntirish, ruhiy davolashni, to‘g‘rilovchi, ishontiruvchi, quvvatlovchi, ta’sirlanish, gipnozga

o'xshash uyqu holatlarini, ya'ni hozirgi zamon tibbiyotida qo'llaniladigan deyarli barcha ruhiy shifo usullarini qo'llagan. Ibn Sino ruhiy shifo utkazayotganida bemorlar bilan suhbatga jiddiy e'tibor bergan, bunda u ba'zi kasallarga «talabchan va jiddiy», boshqalarga yumshoqroq muomala qilishni talab etadi.

Ruhiy davolashga Ibn Sino keng o'rin berganini, og'ir kasalning sigirga aylanishi vasvasasi to'tganda, ruhiy davolash bilan amaliy sog'ayib ketgandik voqeasining bayonidan ko'rinib turibdi.

Amerikalik ruhiy-shifokor M. Shefi «1000 yil burungi voqealar» maqolasida shu voqeani bayon etadi. 1155 yilga tegishli Nizomiy qulyozmalarida ruhiy davolash bilan davolangan 12 bemorning holatini bayon etadi. Ayniqsa sharkning mashhur faylasufi va tabibi Abu Ali ibn Sino (Avitsenna) kasali alohida qiziqish tug'diradi.

Melanholiya—sigirga aylanish vasvasasi bilan og'irigan va ovqat yeyishdan qaytgan, ozib-to'zib ketgan, depressiv holatidagi o'zini-o'zi uldirish fikri bor bemor kasallik tarixnomasi keltiriladi. Abu Ali ibn Sino davolash usulida u bemorning vasvasasini «qabul» qilganday bo'lib, u bilan suhbatlashib vasvasani yo'qotmasdan uning yo'nalishini o'zgartiradi va bemor suhbatdan so'ng ovqat yeya boshlaydi va tezda amaliy jihatdan sog'lomlashadi. Keltirilgan klinik voqea o'z holicha nodir bo'lib, B. D. Petrov tomonidan qo'yidagicha bayon etiladi: «Xalq og'zaki rivoyatlarida va qulyozma manbalarida Ibn Sino qanday qilib sigirga aylanib qolgan va ovqat yemayotgan ruhiy bemorni davolagani saqlanib qolgandir. Ibn Sino bemorni ko'rib uning sigirligini tan oladi va uning oldiga qassobga o'xshab pichoq bilan keladi. Uni u yoq bu yog'ini ushlab ko'rib, sigir suyish uchuy nixoyatda oriq ekanligini aytadi. Uni yaxshilab boqish kerak va shundan so'nggina uni suyaman deydi. Bemor ovqat yeya boshladi va sog'aydi». Keltirilgan voqea bemordagi og'ir ruhiy xastalikni davolashni mohirona qo'llay bilganligi, Ibn Sinoning yuqori darajadagi ruhiy davolash qobiliyatidan darak beradi.

Ibn Sino tomonidan yozilgan ruhiy davolash usullarini o'tkazish uning ishlarida ruhiy davolashga maslahat va tavsiyalarining ko'pligi odamni lol qoldiradi.

Bu tavsiyalarni amaliyotda qo'llash o'z ahamiyatini bugungi kunda ham to'la saqlab qolgandir. Tibbiyotning qaysi sohasi bo'lmasin u yerda ruhiy davolash

mumkii bo'lsa, Ibn Sino nazoratidan chikmagan va u muvaffaqiyatli ravishda qo'llagan.

Ibn Sino ruhiy shifoga bevosita atrof muhit, bemor uchun, masalan, «yaqinlarining bemorga munosabatini», qarindosh, do'st, qo'shnilarning munosabatini yoqimli, ijobiy ta'sir etishini juda yaxshi bilgan. Bemorning ruhiyati uchun atrofda g'ilarning g'amxo'rlarcha munosabati, diqqat bilan munosabati, tetiklantiruvchi, quvvatlantiruvchi, chin ko'ngildan bo'lgan munosabati to'zalishga ishonch va umidlantiruvchi harakatlari, samimiyliigi, shirin suhbatlari ijobiy ta'sir etishini ta'kidlardi. Ibn Sino ruhiy ta'sirotdan maqsad kayfiyatni yaxshilash, uyquni tiklash, yolg'ondan xayolotiga kelganlarni yo'qotish va bemorning bardoshini va harakatlarini mus-tahkamlashga karatilishi kerak deb hisoblaydi. Masalan, melanholiya va boshqa kasalliklarni davolashda Ibn Sino shunday bemorlarni og'ir xayollardan chalg'itish zarurligini uqtiradi, og'ir xayoldan uni chalg'itishning o'zi ular uchun asosiy davolashdir va bemor oldida unga xayrihoh bo'lgan suyuqli va quvnoq xushchaqchaq do'stlari bo'lsin deydi.

Pirovardida Ibn Sino, e'tiborni chalg'ituvchi tadbirlarga bemorni xursand qilishni kiritadi. Ba'zi odamlarni kushik va musiqa tinchlantiradi., ba'zilarini esa faqat kuchaytiradi. Shunday davolashga bir shahardan ikkinchi shaharga ko'chish, bir mintaqadan ikkinchi mintakaga ko'chish, bir holatni boshqa holatga almashtirishlar yaqinlashadi. Ibn Sinoning ruhiy davolash tavsiyalarida uyqusizlikni davolash keng o'rin tutadi, bunda shu omil o'ziga diqqatni tortadiki, u xozirgi zamon tushunchasidagi gipnoz bilan davolashga yaqin ruhiy davo tadbirlarini qo'llagan. U bemorlarni uxlatish uchun quyidagi usullarni qo'llagan, uxlatuvchi ta'sirlar qatoriga yoqimli, nozik, sekin ritmli qo'shiqni eshitishni tavsiya qilgan. U kushik so'zlari bemorni xayajonga soluvchi bo'lmasligi kerak, «shuning uchun suvning yoki barglarning shildirashi odamni uyqusini keltiradi» deydi. Uyqusizlikni davolashda Ibn Sino yana bir ruhiy shifo chora-tadbiri sifatida uning oldiga ko'p chiroqlarni yoqib kuyishni, tovushni biroz balandlatib gapirishni, oyoq-qulini biroz tortib turuvchi bog' bilan bog'lab yengil tortib qo'yishni, ularni tez yechib yuborish mumkin bo'lishini, o'zini-o'zi uxlayotgan holga solib yotishni, ko'zini yumib

yotishni, qachon mudray boshlasa, chiroqlarni o‘chirib, tovushlarni ushlab qolish, tortib qo‘yilgan tugunlarni qo‘yib yuborilsa, shunda bemor uxlab qoladi deb tavsiya qiladi. So‘ngra «agar uyqusizlik juda jiddiy bo‘lmasa, bemor uchun bir oz charchashning o‘zi kifoya qiladi. Buning uchun jismoniy tarbiya, hammomga tushish, ovqatdan oldin biron bir boshni yengil aylantiruvchi dori ichib yuborishi va ovqatlanishi lozim bo‘ladi, shunda bemor tezda uxlaydi » deb tavsif qiladi.

Ibn Sino bemorlar uchun rejalar majmuasini ishlab chiqqan. Bemorlarga nisbatan bemorligi davrini va tavsifini hisobga olgan holda, gigiyena talablarini hisobga olgan holda o‘ziga mos reja ishlash lozim deydi. U ichki va tashqi kiyimlarning toza bo‘lishiga, suv va taomni hamda gigiyena tadbirlarini o‘z vaqtida o‘tkazishga, dam olish va mashg‘ulotni to‘g‘ri almashtirishga, ochiq havoda ularni hayajonlantirmaydigan sayr qildirishga e‘tiborimizni tortadi. Bunda Ibn Sino bemorlik davri va tavsifini hisobga olgan holda bu choratadbirlarni jiddiy ravishda individuallashtirishni talab etadi. Ba‘zi ruhiy kasalliklarda kuzatiladigan ozish holatlarida, xususan u yozadi: «Badanni to‘g‘ri keladigan oziqlar bilan semirtirish choralarini ko‘rish kerak», deydi.

Ruhiy va badan kasalliklarini davolash chora-tadbirlarida Ibn Sino fizioterapevtik tadbirlarni, gidroterapiyani (issiq suv manbalarida cho‘milishni, hammom, qizitish, artinish, isitish), massaj, uqalash, balchiq bilan davolash, mintaqalarni almashtirishlargacha o‘zi qo‘llagan va tavsiya etgan. Ibn Sinoning alohida xizmati va davolash muolaja majmuasida katta ahamiyat bergani mehnat bilan davolashning ijobiy ta‘sirini ko‘rsatishdir, bekorchilik shaxsni qashshoklashishiga va tubanlashishiga, kasallikning chuqurlashuviga olib keladi. Ibn Sino mehnatni bemorning sog‘ligini saqlashda va tiklashda ruhiy davolash ahamiyatini to‘g‘ri baxolardi va tushunardi.

Yuqoridagilardan ko‘rinib turibdiki, ruhiy va somatik kasalliklarda ruhiy davolashning ta‘siri va imkoniyatlari 1000 yil avval Ibn Sino tomonidan aniqlangan va qo‘llangan edi. Bunda olimning kasallikning sababiga ta‘sir etishga, davolashning mos usulini tanlashga, keng miqyosda kasalga yordam bermok keraqligiga qaratilgan fikrlari diqqatga sazovordir.

Bemor va shifokor o'rtasida to'g'ri munosabat o'rnatilishi muvaffaqiyatli davolashning muhim shartlaridan biridir. Ruhiy shifokorga, uning tibbiy va umumiy madaniyatiga katta talablar qo'yiladi. U sabr-chidamli, ziyarak, mehribon, shafqatli, g'amxo'r, fan va madaniyat masalalaridan bilimdon ziyoli bo'lishi kerak.

Ruhiy davolash madaniyatida nafaqat o'zi gapira bilishi, mohirona ravishda davolash suhbatini o'rnatishi, balki bemorni ochiq suxbatta torta bilishi, uning ishonchini qozona bilishi darkorki, bemor o'z shifokori timsolida uning mashaqqatlariga diqqat qilib maslahat beruvchisini ko'rsin. Shifokorning majburiyatiga bemor bilan shifokor o'rtasidagi ruhiy tusiqni, bemorning ishonchiga kirib unga iliq xushmuomala qilib olib tashlash kiradi. Shifokor nafaqat uning ruhiyatini tetiklatishi, balki birinchi uchrashuvdayoq davoning muvaffaqiyatli va ishonchli bo'lish sezgisini o'tkazishi lozim. Shifokor o'zining munosabati bilan bemor bilan yaqin aloqa o'rnatishi lozim, gal-so'zlari bilan unda davolashga kayfiyat va ishonchni tug'dirishi lozim.

V. M. Bexterevning bu xususdagi so'zlari ibratlidir. «Agar bemor shifokor bilan suhbatlashgandan so'ng o'zini yengil his qilmasa, u shifokor emas. Shifokor bemorda o'zining kasalligiga to'g'ri munosabat tug'dirishi va har qanday usullar bilan o'z kasalligi bilan ko'rashda uni faollashtirmoq lozimdir. Bemor bilan bo'lgan suhbatda shifokor nosamimiy, stereotip, rasmiy munosabatlardan chetlanishi lozim». Har qanday yolg'on, sun'iy, haqiqatdan yiroq narsadain qochish lozim. Shifokor va patsiyent orasidagi munosabat har gal bemorning individual xususiyatlariga, shaxsiyatining alohidaliklariga va ruhiyatiga va shifokorning odobiga bog'liq bo'ladi. 1843 y.da Manchestrlik shifokor xirurg Bredning gipnozga bag'ishlangan kitobi chiqqan (gipnoz atamasini u kiritgan). Bred gipnozdan jarrohlik operatsiyalarini og'riqsizlantirishda foydalanadi. Ilmiy jihatdan ruhiy davolash XIX asrda rivoj topdi. Faraig shifokori Berngeym, Sharko, Rische va boshqalar gipnoz voqeligini o'rgana boshladilar.

Gipnozni ilmiy ishlab chiqish bilan gipnozdan tashqari ruhiy davolash usullari — uyg'oq vaqtida ishontirish, to'g'ri, aniq qilib tushuntirish va ishontirish (Dyubua, Deverin va boshq), Rossiyada ruhiy davolanishni shakllantirishda A. A.

Tatarskiyning (1890) xizmatlari kattadir. Bu olim Moskva dorilfununida 1 bosqich talabalariga psixologiya va ruhiy davolash kursini tashkil qilgan va jaxon faniga ruhiy davolashii birinchilardan bo‘lib qo‘llagan.

V. M. Bexterev hozirda ham keng qo‘llanadigan ruhiy davolash triadasini ishlab chiqqan edi. (bir guruh seansi: ratsional suhbat, jamoa gipnozi, o‘zini-o‘zi ishon-tirish). V. M. Bexterevning shog‘ird va izdoshlari uning ilmiy merosini rivojlantirdilar va psixiatriya mak-tabini yaratdilar. P. B. Gannushkin ruhiy davolash kuchiga ishongan holda psixiatrning muvaffakiyatli faoliyati uchun suhbatlashishni bilishi kerak deydi. Psixoterapiyaning rivoji uchun V. Ye. Rojkov, A. M. Svedogin, Q. I. Platonov, I. V. Ivanov, M. S. Lebedinskiy, M. M. Kabanov, A. T. Filatov, A. M. Karvasarskiy va boshqalar katta hissa qo‘shdilar.

Xorijda ruhiy muolaja 3. Freyd tomonidan ishlab chiqilgan. 3. Freyd ruhiy muhokama qilishii to‘zishda ongli va ongsizlik antagonizmidan, aql ustidan instruktiv qo‘zg‘olishlar dominant kelishiga tayanadi. Kasallik holati seksual va tajovuzkor yo‘qlanma ta’siri kabi tushuntiriladi. 3. Freyd ruhiy davolashni bemorning ongiga bu qiziqishini alohida usullar bilan yetkazish deb biladi, tushlarga ta’bir aytish, tushkunlikdan chiqarish lozimki, ular nevrotik alomatlardan ozod etib to‘zalishga olib kelishi kerak. Ruhiy davolash tabiatini tushuntirish I. P. Pavlov va uning shog‘irdlari ishiga asoslanadi. Gipnozni qisman uyqu deb, uning asosida xujayralardagi tormozlanish yotadi deb tushun-tiradi. Bunda «navbatchi ko‘riqchi» punktida (shifokorning patsiyent bilan so‘z orqali alokasida gipnoz holida to‘rganida odam organizmi tomonidan) turli reaksiyalar chaqirilishi mumkin.

Amaliyotda ruhiy davolash bevosita va bilvosita ruhiy davolashlarga bo‘linadi. Bemorga bilvosita ruhiy ta’sirni shifoxonadagi sharoit, ichki tartibi, bemorga xizmatchilarning muomalasi va munosabati ko‘rsatadi. Bo‘limning ish rejasi, uyaltirishning yo‘qligi, eng oddiy kulayliklar borligi, bemorlarning bandligi (davolash tadbirlaridan boshqa, gimnastika, mehnat bilan davolash, sayoxat, yaqinlari bilan uchrashuvi ham) katta ahamiyatga ega. Bularning hammasi bemorga nafaqat ruhiy davolash atmosferasimi vujudga keltiradi, balki unga tinchlantiruvchi

ta'sir etadi, ehtiyotkorlikni yumshatadi, havotirdanishpi yo'qotadi va bemor faoliyatini faollashtiradi.

Bevosita ruhiy davolash so'z bilan ta'sir etib amalga oshiriladi, bu logoterapiya deyiladi.

Xozirgi vaqtda to'g'ridan-to'g'ri ruhiy davolashda quyidagi asosiy usullar qo'llaniladi.

1. Ratsional ruhiy davolash.
2. Suggestiv ruhiy davolash, gipnotik uyqu va uyg'oq holda ishontirish.
3. Jamoa va guruhli ruhiy davolash.
4. Autogen mashq qildirish.

RATSIONAL PSIXOTERAPIYA

Ruhiy davolashning boshqa usullari ham qo'llaniladi: musiqa bilan davolash, tushuntirish va ishontirish bilan ruhiy davolashlar.

Tushuntirish va ishontirish bilan ruhiy davolashlar. Tushuntirish va ruhiy davolash asoschisi shvetsiyalik ruhiy davolovchi P. Dyubuadir (1904). Ratsional, to'g'ri, maqsadga muvofik ruhiy davolash patsiyent va shifokor orasida dialog — savol-javob shaklida bo'ladi. Bunday suxbatlashishidan maqsad bemorga kasalligi haqidagi noto'g'ri tasavvurlarini yo'qotishdir. Ruhii davolash bemorning ongiga, tafakkuriga va xulosalar yakuniga yo'naltirilgandir. Shifokor va patsiyent o'rtasidagi muvaffaqiyatli munosabat muhim shartlardan biri, ular orasida to'g'ri munosabat urnatishdir. Bu esa bemorni individual alohidaliklari va ruhiyati bilan shifokor-ning odobi va shaxsiga bog'liqdir. Shifokor bilan bemor yaqin, sirdosh bo'lishi kerak, o'zining gapi, tutishi bilan unda davoga ishonch va o'ziga hurmat uyg'otishi kerak. Shifokor o'zini mohirona, oqilona xulosalari bilan bemorda o'z kasalligiga to'g'ri munosabat uyg'otishi lozim. Shundan so'ng kasalda o'z bemorligi bilan oqilona ko'rashda faolligini oshirishi kerak.

Ratsional ruhiy davolash bemorni simchiklab somatik tekshirishni taqozo etadi, uning kasalligi belgilari organik funksional buzilish ekanligini isbotlashi lozim.

Har qanday shifokor bemorga tushunarli qilib uning ongiga yetadigan shaklda suhbat o'tkazish bilan ratsional ruhiy davolashni boshlaydi. Shunday suhbat

davomida shifokor bemor uchun tushunarli qilib kasallikning paydo bo'lish sabablarini, uning tasnifini tushuntirishi va qanday qilib davolashni va bemorligining tuzalajak ekanligini bildirishi lozimdir. Ratsional davolash turli fobiyalar bilan ipoxondriq somatovegetativ va seksual buzilishli nevrozlarda hamda asab-ruhiy chegaradagi buzilishlar bilan kechuvchi somatik kasalliklarda yaxshi natijalar beradi.

Suggestiv ruhiy davolash (ishontirish). Ishontirish (suggestiya) shifokorning bemorga ruhiy ta'sir usuli hisoblanadi. Ishontirishning ratsional ruhiy davolashdan farqi shundaki, u to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qilmay, balki bemorga xayajon bilan ta'sir etadi va uning ishonuvchanligi va buysunuvchanligi qancha yuqori bo'lsa, shuncha davolash ko'zga ko'rinarli bo'ladi.

Suggestiv (ishontirish) davolash uyg'oq va gipnotik uyqu holatida o'tkaziladi.

Ishontirish (suggestiya)ni uyg'oq holatida individual va jamoa bo'lib o'tkazish mumkin. Hushyor holdagi ishontirish komil ishonch bilan va shifokorning ta'kidlashi bilan, ekspress holatda, buyruq ohanglari bilan birdan amalga oshiriladi. Ishontirishni dori-darmon bilan, fizioterapevtik davolash usullari bilan qo'shib olib borish mumkin. Bemorga dori-darmon ichish va boshqa tadbirlarni qo'llash ijobiy natija berishini tushuntirish lozim.

Uyg'oq holda o'tkazilganda, u bemorning holatiga qarab o'zi bilan o'zi ovora bo'lmay, balki qulay holatda o'tirib oladi, ko'zini yumib diqqat bilan shifokorni eshitishi va o'z xayollari bilan tashqi ta'sir etuvchilarga chalg'imasligi lozimdir. Ishontirish seansi 20—30 minut. Qayta seanslar foydalidir.

Ruhiy davolovchining mimikasi, nutqi, tushuntiruvchi harakatlari katta ahamiyat kasb etadi. Ta'sir etish ko'pincha ishontirish bilan qo'shib olib boriladi. Davo muvaffaqiyati ko'pincha bemorning shifokorning so'ziga diqqat bilan quloq solishga bog'liq

Gipnotik uyqu holatida ishontirish (suggeziya). Gipnoz — patsiyentni gipnoz uyqusiga solish bo'lib, davolovchi ishontirish ta'sirini kuchaytirish va shu yo'q bilan davolash quvvatini oshirish usulidai biri bo'lib, ruhiy davolash ko'rinishlaridan hisoblanadi. Bunda bemorni ishonuvchanligidan foydalaniladi.

Gipnotik ishontirish o'tkazilayotganda patsiyent ishonuvchanligining ahamiyati va uni davolovchi effekti Goleylarning «gipnozlangan» odam, odatdagi holatda juda ham bo'sh bo'lgan sezgi ta'sirlarini uygoq odamga nisbatan juda yaxshi qabul qiladi degan gapini tasdiqlaydi.

I. P. Pavlov tomonidan gipnozga fiziologik tushun-tirish berilganda bunda gap parsial uyqu haqida boradi va qaytish holatida qo'riqlovchi punktining alohida aktivligi saqlanib qoladi va u shifokor bilan umumiy miya kontaktini saqlab, chuqur tormozlanishi asosida aloqani ta'minlaydi.

Ruhiy davolash oldindan bemorga gipnozning mohiyati va maqsadini tushuntirib xavfsirashini yo'qotish kerak, uning gipnozga moyilligini sinab ko'rish kerak. Gipnotik ishontirish uch etapdan iborat: 1) patsiyentni gipnotik holatga tushirish — uxlatish, 2) gipnotik uyqu davrida ishontirish, 3) gipnotik uyqudan chiqarish. 1 kurs gipnoz bilan davolashda 10—15 seans o'taziladi. Gipnozlash usullari turlichadir. Gipnozdan oldin bemor qulay holatda yotishi yoki o'tirishi lozim.

Gipnoz uyqusini chaqirish usullaridan so'z yordamida ishontirishdan ko'proq foydalaniladi yoki so'z bilan uning nigohini yaltiroq narsaga qaratiladi. Gipnozlash uchun, so'zdan tashqari kuchsiz monoton ta'sirdan foydalanish mumkin (metronom taqillashi, kuo'ng'iroq tovushi, xira chiroqning tebranishi va boshqalar) hamda bir xil tartibda terini taktil ta'sirlovchi tegish yoki silashdan ishontirish ta'sirida patsiyent gipnotik uyqu holatiga tushadi. Shifokor esa so'z orqali aloqani saqlab qoladi. Bemorga ko'zini yumib diqqat bilan uxlash shaklini eshitishga taqlif qilinadi. Har bir shifokor o'zi uchun qulay uxlatish shaklini tanlaydi, bundan so'nggi gipnoz holatida ishontirish tabiiy holda tekis monoton holatda, yengil hayajon bilan davom ettiriladi. Davolash formulasi gipnotik uyqu vaqtida bir necha bor qaytariladi, tovushlar buyruqona bo'lib, «uxlang» deb buyruq berib qo'yadi. Birinchi seans davomida yaxshi sog'lomlik, tetiklantirishga, ishonchga qaratiladi. Keyingi seanslarda ma'lum yo'nalish olinib bemorlik keltirayotgan bemorning qiynayotgan tashvishlari yo'qolishiga o'tiladi va kasallik yaxshi tamom bo'lishiga ishontiriladi.

Seans oxirida patsiyentga o'zini yaxshi his qilish, rohatlanib dam olganligini, uyquga to'yganligini ishonitiriladi. Gipnotik uyqudan chiqish shifokor buyrug'i bilan bo'ladi va uyg'onishni boshqarib turadi.

Seans oxirida shifokor gipnozdan chiqarish shaklini gapiradi va shu vaqtda mushaklaridagi xorg'inlikni og'irlashgani (harakatsizligi) yo'qolganligini aytadi. Bemorga uyga qaytgandan so'ng bir-bir yarim soat uxlab olsa foydali bo'lishi tushuntiriladi. Ishonishi sustroq bemorlarga avvaldan trankvilizator yoki uyqu chaqiruvchi kichikroq dozada preparatlar belgilansa bo'ladi. Gipnozni qo'llash imkoniyatlari keng. Odamlar o'rtasida gipnozga tushish qobiliyatlari jahon adabiyotida 60— 90%, nafaqat alohida-alohida, balki guruh-guruh qilib ham o'tkazilishi mumkin. Jamoa yoki guruhli gipnoz bilan davolash V. M. Bexterev tomonidan taqlif qilingan. Buning uchun bemorni tanlab olish katta ahamiyatga ega. Guruga bitta-ikkita gipnozga yaxshi beriluvchanlarni qo'shish maqsadga muvofikdir, chunki jamoa bo'lib gipnoz bilan davolanayotganda patsiyentlarni ishonuvchanligi o'zaro induksiya orqali kuchayadi.

Gipnoz bilan davolashda noxush asorat bushashishlik, charchoklik, bo'shangliq ahyon-ahyonda o'zidan ketish, isterik xuruj, gipnozga o'rganish kabilar bo'lishi mumkin. Gipnoz bilan davolashga chegara holatdagi ruhiy bo'zilishlar (nevrozlar, bosh miyani ekzogen organik kasalliklarida), ruhiy somatik kasalliklar (ekzema kasalliklarida), xafaqon, yurakning ishemik kasalligi, alkogolizm, giyohvandliq algik va agriponik sindromlar yaxshi beriladi.

Gipnotik uyquda ishonitirishni qorong'irok xonada shovqindan alohida joyda, bemor qulay holatga o'rnashib olganda o'tkazish yaxshidir.

Jamoa va guruhli ruhiy davolash. Bu usulda ruhiy davolovchi shifokor patsiyentlardan davolash guruhini tuzadi va bemorlarni bir-biriga davolovchi ta'sirotidan foydalanadi. Patsiyentlarni bir davolovchi guruhga birlashtirishda nafaqat patsiyentlardan ham foydalanadi. Jamoa bo'lib ruhiy davolash o'tkazishda turlicha maqsad qo'yiladi: faollashtirish, tushuntirish, tinchlantirish, xayolini boshqa yoqqa jalb qilish va hokazo. Ular soni buo'yicha turlicha geterogen, turli kasalliklar bilan og'rigan va gomogen, tarkibi bo'yicha bir jinsli yoki aralash bo'lishi mumkin.

Ba'zi bir patsiyentlar turkumini (alkogolik psixopatlarni) bir jamoa qilib, o'zaro bir sharoitda davo o'tkazish maqsadga muvofikdir.

Guruh bilan mashg'ulot o'tkazayotganda tipik kasallik: anonim muhokama qilinadi (otini aytmasdan), tarbiyalanadi, sabrchidam bilan davolanadi.

Jamoa qilib ruhiy davolash ko'rinishlaridan biri oilaviy ruhiy davolashdir. Oilaviy ruhiy davolash kasallik natijasida buzilgan oilaviy munosabatlarni qayta qurishdir. Bu davolash shakli nafaqat davolash yoki oldini olish uchun, balki nevroz va psixozli bemorlarni tiklash uchun ham qo'llaniladi. Buni bemorning qarindoshlari bilan yoki gurux qilib (qarindosh va bemorlarni) o'tkazish mumkin.

Ruhiy davolashni odatda shifokor va bemorning bevosita ishtirokida yoki ovoznigor, televideniye, magnitofon, gramplastinka yordamida o'tkazish mumkin. Ruhiiy davolashning bu shakllari katta guruh odamlar bilan ishlash uchun kerak. Uslubning yetishmovchiligi unda qayta muloqot yo'qligidir (bemor — shifokor).

Autogen mashq qilish

O'z-o'zini ishontirishdan maqsad o'zini bo'shashtirib, tinchlantirib o'z xohishi bilan organizmni vegetativ va somatik buzilgan faoliyatini boshqarishdir. Klassik o'zini-o'zi boshqarish usuli Shul's tomonidan taqlif qilingan (1932). Bu o'zaro boshqariladigan holat va sezgilarni ishlab chikarishdan, ya'ni patsiyent tomonidan 6 ta mashqni o'zlashtirishdan iboratdir. Bo'lar qo'yida-gilardir: mushaklarni bo'shashtirish, oshqozon ustki qismida va oyoq-qo'llarda iliqlik sezishni chaqirish, yurak faoliyatini boshqarish nafasni boshqarish va vazminlikni sezishdir. Bo'lar hammasi xayolda maxsus tanlangan so'z shakllarini qaytarish bilan bajariladi. Har bir mashq 5—10 minutdan kuniga 3 marta o'tkaziladi. Ikki xafta davomida autogen mashqning to'la kursi 12 hafta davom etadi. O'z-o'zini ishontirish bosqichini boshqarishni va tekshirishni shifokor olib boradi. Auto-gen o'z-o'zini mashq qilish yakka-yakka yoki jamoa qilib olib boriladi.

Autogen mashk qilish turlicha kelib chiqqan ko'pgina kasalliklarda uchraydigan nevrozlarda, bronxial astmada, xafaqon kasalligining boshlang'ich bosqichlarida, yurakning ishemik kasalliklarida, endoarteriitda, Reyno kasalligida hissiyot kuchlanishlarni olib tashlaydi yoki yumshatadi. Bunda xavotirli havfsirashlar,

subdepressiv holatlar yo‘qolishi mumkin yoki kuchsizlanadi. Organizmniig yangi va turlicha imkoiyyatlari ochiladi va u bemorga ta’sirini chuqurlashtiradi va boyitadi. San’at va musiqadan, xususan so‘z yordamisiz davolash ruhiyatda yaxshi kayfiyat hosil qilish uchun bemorga yordam beradi.

PARVARISH

Bu kasallikda parvarish asosiy o‘rin tutadi. Parvarishni yaqin inson turmush o‘rtog‘i yoki yaqinlari qilishi mumkin. Bu kasallik bilan kasallangan bemorlarni parvarishida ijtimoiy, psihologik, ekonomik va qiyinchiliklarga olib keladi. Alsgeymer kasalligini to‘liq davolab bo‘lmaganligi sababli og‘ir kechadi. Erta bosqichlarida parvarish og‘ir kechmaydi. Bemor uchun uy sharoitida xar xil plakatlarni osib qo‘yish, mebellar urnini o‘zgartirmaslik yordam beradi. Bemorni yutinish funksiyasi buzilganda zond orkali ovqatlantirish, ayrim holatlarda bemorlar o‘zlariga zarar etkazib ko‘ymasliklarini xisobga olgin holda bog‘lab qo‘yiladi. Har xil og‘iz bo‘shlig‘i kasalliklari, yotoq yaralar, og‘riklar, qo‘shimcha infeksiyon kasalliklarni oldini olish lozim bo‘ladi.

INVOLYUTSION DAVRDA UCHRAYDIGAN RUHIY BUZILISHLAR MAVZUSIGA OID VAZIYATLI MASALALAR

1-masala. Bemor S.60 yoshda. Ovqat yeyishdan bosh tortyapti, undan kutilish niyatida xotini ovqatiga zaxar solib kuygan deb uylaydi. Bir necha erkaklar bilan yuradi deydi. Eshikni kulufiab utiradi.

.sindromal tashxis

. Bu sindrom qaysi 3 ta kasallikda uchraydi

.asosiy va qo‘shimcha tekshirish usullari

.bu sindromni simptomlarini sanab bering

.UASh taktikasi.

Javoblar

Paranoid sindrom

Shizofreniya, involyutsion psixoz, bosh miyaning organik kasalliklari

Kliniko-katamnestik tekshiruv EEG, kalla suyagi R-grafiyasi, EXO-EG

Rashk, ta'sir, va zaxarlanish vasvasalari.

Ruhiy kasalliklar kasalxonasiga davolanishga jo'natish

2-masala. Bemor M 82 yosh. Xotini bilan 50 yildan beri birga yashaydi. Kuzi yaxshi kurmaydi. Oxirgi paytlarda xotinini xammadan rashk qiladi. Hattoki kushnining 4 yoshlik bolasiga xam rashk qiladi. Kechkurun xotinini krovatga boglab kuyadi, lekin aytishicha xotini boglovni yechib kechkurun erkaklarni oldiga borib keladi. Buning isboti boglovning rangi o'zgarib qolganligi.

.sindromal tashxis

. Bu sindrom qaysi 3 ta kasallikda uchraydi

.asosiy va qo'imcha tekshirish usullari

.bu sindromni simptomlarini sanab bering

.UASh taktikasi

Javoblar

Paranoid sindrom

Invalyutsion psixoz, shizofreniya, bosh miya atrofik kasalliklari

Kliniko-anamnestik tekshiruv, EEG, EXO-EG, kalla suyagi RO-grafiyasi

Ximoya va dalillar sistemasiga ega bo'lgan rashk vasvasasi

Ruhiy kasalliklar kasalxonasiga jo'natish

3-masala. Bemor 57 yoshda, xotirasining birdan pasayishi, holsizlik, kayfiyat o'zgarishi, tez-tez bosh og'rishi bilan gohida qusish kuzatilgan. Qabulda bemor keraqli so'zni topib aytishga qiynaladi, sanashda xato qiladi, qo'l panjalari tinch holatda qaltiraydi, Romberg holatida o'ng tomonga og'adi.

Tahminiy tashhis, zarur tekshirishlar, vrach taktikasi.

4-masala. Bemor G. 57 yoshda, hayajonli-sertashvish, ippoxondrik shikoyatlar qiladi, ilgari hech qanday o'zgarish kuzatilmagan. Oxirgi paytlarda o'z hayoti haqida ko'p o'ylaydigan bo'ldi. Hayotini omadsiz deb hisoblaydi. Ruhiiy holati: suhbatlashishi hohishsiz past tovushda bir tonda gaplashadi, kayfiyati past, qayg'uli, xavfsiraydi, bezovta. Barcha kulfatlarga o'zini bosh aybdor hisoblaydi. " Men jirkanchman, iflosman, yashashga haqqim yo'q" deydi.

Sizning tashhisingiz?

A. MDP B. Shizofreniya, depressiv sindrm.

V. Reaktiv depressiya. G. Pik kasalligi.

D. **Invalyutsion melanxoliya.**

5-masala. Bemor S 65 yosh. Ovqat yeyishdan bosh tortyapti, aytishicha agar bir burda non yesa butun dunyo bolalari och qoladi va ochlikdan uladi. Nafasini ushlab turadi, aytishicha nafas olsa milliard bakteriyalar ajralib chiqadi va butun dunyoni zararlashi mumkin.

.Sizning dastlabki tashxisingiz

Javoblar

Kotar sindromi

Psixiatrik statsionarga davolanishga yuborish

6-masala. Bemor 78 yoshda, oxirgi vaqtda xotirasining tez pasayganligini sezgan, yaqinlarini tanimaydi, joyga va vaqtga dezorientirovka mavjud. U 25 yoshdaman deb o‘z to‘yiga tayyorlanadi, o‘zini o‘lib ketgan avlodlarini chaqiradi. Ko‘chaga chiqsa uyiga qaytib kela olmaydi, yo‘lni esdan chiqaradi. Sizning tahminiy tashhisingiz. Vrach taktikasi.

7-masala.

Bemor 68 yoshda. Kasallik asta-sekin rivojlangan. Xolsizlik kuzatilib uy ishlariga qiziqishni yo‘qotgan. Atrofdagilar bilan o‘zini tutishni bilmay qolgan: mexmonda esa go‘shni olmoqchi bo‘lib qo‘lini qozonga tiqqan. O‘z yaqinlarining turli buyumlarini olib qo‘yadigan bo‘lgan (sovun, guruch va x.k.). Gigienaga rioya qilmay qo‘ygan, yuvinmagan, soqolini olmay qo‘ygan, ko‘p ovqat eydigan bo‘lgan. Deyarli gaplashmay qo‘ygan. Unga berilgan savollarga savol bilan yoki “Amerikaga qochib ketaman” iborani qaytargan.

Asosiy klinik sindrom (simptomlari). Taxminiy tashxis. Instrumental tekshiruvlar.

Klinik tashxis (XKT – 10 bo‘yicha). Davolash choralari.

2. Bemor 40-yoshda bosh miya jaroxati o‘tkazgandan so‘ng xotira susayishi va bosh og‘rig‘i kuzatilishni boshlagan. Muxandis bo‘lib ishlashni davom etgan. Bemor 64 yoshidan boshlab esa xotira qo‘pol susaygan, idish tovoqlarni qaerga qo‘yganini,

nima xarid qilish kerakligini unuta boshlagan. 66 yoshda bemor jizzaki, tez xafa bo'lib qoladigan bo'lib qolgan. O'zining opasini o'g'rilikda ayblagan. Xisobda adashishni boshlaganligi sababli, bozorga bormay qo'ygan. Kechalari "yo'qolgan" narsa va buyumlarini qidirgan. Xavotirli va besaramjon bo'lib qolgan. Nutqida asosan bir biri bilan bog'lanmagan iboralar kuzatila boshlagan. Vaqt va makonga bo'lgan mo'ljalni olishda adashgan.

Asosiy klinik sindrom (simptomlari). Taxminiy tashxis. Instrumental tekshiruvlar.

Klinik tashxis (XKT – 10 bo'yicha). Davolash choralari.

INVOLYUTSION DAVR RUHIY BUZILISHLARI MAVZUSIGA OID NAZORAT SAVOLLARI

1. Involyutsion yoshning xususiyatlari.
2. Qarilik oldi yoshida uchrovchi funksional psixozlar. Tarifi, tasnifi.
3. Involyutsion davrda ruhiy buzilishlar kelib chikishida turli zararli ta'irlar, nasliy moillikning roli.
4. Involyutsion yoshda ruhiy buzilishlar va psixozlarning klinik kurinishi.
5. «Involyutsion yosh, involyutsion psixozlar» tushunchalari.
6. Bemorlarni readaptatsiya va rehabilitatsiyasi.
7. Gentington xoreyasi, etiopatogenezi, klinikasi, tashxisoti, davolash.
8. Parkinson kasalligi, etiopatogenezi, klinikasi, tashxisoti, davolash.
9. Kreystfel'd kasalligi, etiopatogenezi, klinikasi, tashxisoti, davolash.
10. Qarilik psixozi nima, asosida qanday jarayon yotadi?
11. Qarilik psixozining qarilikdagi fiziologik involyutsiyadan farqi nimada?
12. Qarilik psixozining klinik manzarasi?
13. Al'sgeymer kasalligi klinik manzarasi, kechishi va oqibati?
14. Qarilik psixozining eng tavsifli patogistologik belgilariga nimalar kiradi?
15. Qarilik psixozlarining differensial diagnostikasi, davolashning o'ziga hosligi?
16. Ikkilamchi deprivatsiya muxitni sezuvchanligini boyitish degani nimani anglatadi?

17.Kognitiv defitsit bilan ko'rashish qanday olib boriladi?

18.Pik kasalligi klinik manzarasi, kechish hususiyati?

19.Pik kasalligida tavsifli patologik-anatomik belgi?

INVOLYUTSION DAVRDA UCHRAYDIGAN RUHIY BUZILISHLAR

MAVZUSIGA OID TEST SAVOLLARI:

1. Involyutsion paranoid uchun quyidagi vasvasa turi xos:

zarar yetkazish

isloxotchilik

zaxarlash

munosabat

ipoxondrik

ixtirochilik

2. Al'sgeymer kasalligiga xos:

xotira buzilishi.

idrok buzilishi

rivojlanib borish i

xushni buzilishi

fikrlash buzilishi

inte l le kt bu z ili sh i

3. Pik kasalligiga xos:

eshitish gallyutsinatsiyalari

asta sekin boshlanishi

emotsional taranglik

xulkni buzilishi

talvasa paroksizmlari

psixik avtomatizm

4.Gentinton kasalligida dementsiyaga xarakterli:

epileptiform talvasalar

fikrlash va motorikani sekinlashishi

ixtiyorsiz xoreoform xarakatlar irsiy
moillkk kasalliknn to'liq tuzalishi
parkinsonizm simptomdari

5.Al'sgeymer kasalligiga xos:

*xotira buzilishi

idrok buzilishi

*rivojlanib borishi

xushni buzilishi

fikrlash buzilishi

*intellekt buzilishi

6.Pik kasalligiga xos:

eshitish gallyutsinatsiyalari

asta sekin boshlanishi

emotsional taranglik

xulkni buzilishi

talvasa paroksizmlari

psixik avtomatizm

ADABIYOTLAR:

1. Буркин, М. М. Деменции позднего возраста: учебное пособие / М.М.Буркин, В.А.Теревников. - Изд-во Петр ГУ, 2004. - С. 39-56
2. Вознесенская, Т.Г. Некогнитивные нервно-психические расстройства при когнитивных нарушениях в пожилом возрасте (обзор)/ Т.Г.Вознесенская // Неврологический журнал - 2010. - №2. - С. 4-18.
3. Гаврилова, С.И. Психические расстройства при первичных дегенеративных (атрофических) процессах головного мозга. / С.И.Гаврилова // Руководство по психиатрии / Под редакцией
4. Гантман, М.В. Организация помощи лицам, ухаживающим за пожилыми больными с тяжелыми психическими расстройствами. / М.В.Гантман //

Руководство по гериатрической психиатрии / Под редакцией проф. Гавриловой С.И. - М.: Пульс, 2011. - С. 313-317.

5. Гонтмахер, Е.Ш. Проблема старения населения в России / Е.Ш.Гонтмахер // Мировая экономика и международные отношения. -2012. - №1 - С. 22-29.

6. Залуцкая, Н.М. Проблемы долгосрочной терапии деменции /Н.М.Залуцкая// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева - 2016. - №2. - С. 78-85.

7. Колыхалов, И.В. Лечение поведенческих и психопатологических расстройств у пациентов с болезнью Альцгеймера / И.В.Колыхалов // Современная терапия в психиатрии и неврологии - 2013. - №2. - С. 1623.

8. Колыхалов, И.В. Некогнитивные психические расстройства при болезни Альцгеймера : симптоматология и терапия / И. В. Колыхалов, Н. Д. Селезнева // Психиатрия и психофармакотерапия -2001. - № 2. - С. 16—24.

9. Колыхалов, И.В. Особые формы бредовых и галлюцинаторных психозов позднего возраста / И.В.Колыхалов // Руководство по гериатрической психиатрии/ Под редакцией проф. Гавриловой С.И. -М.: Пульс, 2011. - С.164-186

10. Круглов, Л.С. Сосудистые заболевания головного мозга с психоорганическим синдромом у пациентов позднего возраста (исследование клинико-социальных характеристик, их значения и динамики в процессе терапии): автореф. дисс. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. (14.00.18) / Круглов Лев Саввич; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева. - Санкт-Петербург, 2007. - 38с.

11. Левин, О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике / О.С.Левин. - М.: Медпресс-информ, 2010. - 256 с.

23. Максимова, Н.Е. Клинико-катамнестическое исследование диспансерной «когорты» психически больных позднего возраста: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. (14.00.18) / Максимова Наталья Евгеньевна; Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. - Москва, 2001. - 24 с.

12. Незнанов, Н.Г. Психические расстройства позднего возраста /Н.Г.Незнанов// Психиатрия: учебник по дисциплине "Психиатрия" для

студентов учреждений высшего профессионального образования / Н. Г. Незнанов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 259-283.

13. Петрова, Н.Н. Диагностика и подходы к терапии деменций позднего возраста: учебно-методическое пособие / Н. Н. Петрова, Л. С. Круглов; Федеральное гос. бюджетное образовательное учреждение высш. проф. образования Санкт-Петербургский гос. ун-т, Мед. фак., Каф. психиатрии и наркологии. - Москва : РКИ Соверо пресс, 2014. -45с.

14. Пищикова, Л. Е. Систематика психических расстройств позднего возраста // Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход к психическим расстройствам и их лечению: миф или реальность?». — СПб., 2014. — С. 183-185.

15. Пищикова, Л. Е. Психические расстройства органической природы у пожилых лиц : клиническая типология, комплексная оценка и судебно-психиатрическое значение : автореф. дисс. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. (14.01.06) / Пищикова Любовь Евгеньевна; Федерал. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского МЗ РФ -Москва, 2015. - 43 с.

16. Понамарева, Н.Н. Процесс демографического старения: сущность, особенности и последствия в странах мира. / Н.Н.Понамарева // Вестник Новосибирского государственного педагогического института. - 2013. - №6. - С. 58

17. Психиатрия. Руководство для врачей: в 2-х т. / Под ред. А.С.Тиганова.

- 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2012.

- 2 т.

18. Сиденкова, А. П. Когнитивные расстройства позднего возраста - актуальная медицинская, социальная, психологическая проблема

современности / А. П. Сиденкова // Уральский медицинский журнал. -2010. - № 9 (74). - С. 1—4.

19. Смулевич, А.Б. Дерматозойный бред и ассоциированные расстройства / А.Б. Смулевич, А.Н. Львов, Д.В. Романов. - М.: "Гэотар-Медиа", 2015. -

С.139-147.

20. Duff, G. Atypical Antipsychotic Drugs and Stroke / G. Duff // Committee on Safety of Medicines:

22. Finkel, S. I. Effects of rivastigmine on behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer 's disease / S. I. Finkel // *Clinical Therapeutics*. - 2004. - № 26. - P. 980-990.
23. Fleck, U. Uber Beobachtungen bei Alten. Stellung der Schizophrenic / U. Fleck // *Archives of Psychiatry*. - 1928. - № 85. - S. 705-712.
24. Gaupp, R. Zur Lehre von der Paranoia. / R. Gaupp // *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. - 1942. - № 174. - S.762-810.
25. Herrmann, N. Atypical antipsychotics and risk of cerebrovascular accidents / N. Herrmann, M. Mamdani, K. L. Lanctot // *American Journal of Psychiatry*. - 2004. - № 161. - P. 1113-1115.
26. Hoeh, N. Pharmacological management of psychosis in the elderly. A critical review / N. Hoeh, L. Gyalai, D. Weistraub et al // *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. - 2003. - №16. - P. 213-218.
27. Jeste, D. V. Tardive dyskinesia rates with atypical anti-psychotics in older adults / D. V. Jeste // *Journal of Clinical Psychiatry*. - 2004. - № 65 (suppl. 9). - P. 21-24.
28. Kane, J. M. The biology of psychosis in old people. / J. M. Kane // *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. - 2013. - № 16. - P. 207-212.
29. Lovenstone, S. Management of dementia / S. Lovenstone, S. Gauthier. -London: Martin Dunitz, 2021. - 168 p.
30. Margallo-Lana, M. Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments / M. Margallo-Lana, A. Swann, J. O'Brien et al // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. - 2011. - № 16. - P. 39-44.
31. Ostling, S. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a non-demented population-based sample of the very old / S. Ostling, I. Skoog // *Archives of General Psychiatry*. - 2002. - № 59. - P. 53-59.
32. Samuel, W. Better cognitive and Psychopathologie response to donepezil in patients prospectively diagnosed as dementia with Lewy bodies: a preliminary study / W. Samuel, M. Caligiuri, D. Galasko, et al // *International Journal Geriatric Psychiatry*. - 2000. - № 15. - P. 794-802.
33. Tariot, P. N. Long-term use of quetiapine in elderly patients with psychotic disorders / P. N. Tariot, C. Salzman, P. P. Yeung et al // *Clinical Therapeutics*. - 2000. - № 22. - P. 1068-1084.

MUNDARIJA

Kirish	3
I . Psixiatriya yordamini tashkillashtirish.....	4
II. RUHIY KASALLIKLARDA BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI.....	7
III. INVOLYUSION DAVRDAGI RUHIY BUZILISHLAR	
3. 1. Klimaks bilan bog‘liq ruhiy buzilishlar.....	25
3.2.Involyutsion melanxoliya.....	26
3.3.Involyutsion paranoid.....	28
3.4. Qarilik aqliy zaifligi (senil demensiya).....	35
IV INVOLYUSION DAVRDAGI RUHIY BUZILISHLARINI	
DAVOLASH USSULARI	
Medikamentoz davolash.....	63
Ruhiy davolash(Psixoterapiya).....	93
Adabiyotlar.....	109