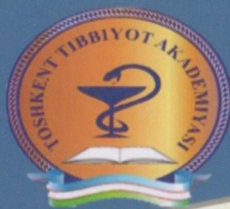


O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH  
VAZIRLIGI  
OLIV VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI  
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**

**PSIXIATRIYA VA NARKOLOGIYA KAFEDRASI  
PSIXIATRIYA YUNALISHIDAGI MAGISTRATURA VA KLINIK  
ORDINATURA TALABALARI UCHUN "NEVROZLAR" MAVZUSI  
BO'YICHA O'QUV USLUBIY QO'LLANMA**



TOSHKENT – 2019



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
OLIV VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI  
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

«Tasdiklayman»  
TTA ukuv ishlar buyicha  
prorektori  
professor Boymuradov SH.A.

«    » \_\_\_\_\_ 2018

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
PSIXIATRIYA VA NARKOLOGIYA KAFEDRASI  
PSIXIATRIYA YUNALISHIDAGI MAGISTRATURA VA KLINIK  
ORDINATURA TALABALARI UCHUN "NEVROZLAR" MAVZUSI  
BO'YICHA O'QUV USLUBIY QO'LLANMA

TOSHKENT 2018

Ishlab chiqaruvchi: TTA psixiatriya va narkologiya kafedrası

**Tuzuvchilar:**

Ashurov Z.SH. – TTA psixiatriya va narkologiya kafedrası mudiri, t.f.d.,  
docent

Shadmanova L.SH. – TTA psixiatriya va narkologiya kafedrası katta  
o'qituvchisi, t.f.n.

**Taqrizchilar:**

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

Alimov U.X. – ToshVMOI psixiatriya va psixoterapiya kafedrası mudiri,  
t.f.d., professor.

O'quv uslubiy qo'llanma psixiatriya yo'nalishidagi magistratura  
talabalari uchun mo'ljallagan.

TTA ilmiy kengashida muxokama qilingan va tasdiqlangan

“ \_\_\_\_\_ ” 2018 yil, Bayonnoma № \_\_\_\_\_

TTA ilmiy kengash kotibi:



G.A. Ismailova

## MAVZU: NEVROTİK BUZILISHLAR

### 1. Mashgulot utkazish joyi, jixozlar

- psixiatriya va narkologiya kafedrası, shaxar klinik ruxiy kasalliklar shifoxonasi
- kompyuter, klinik material, tarkatma material.

### 2. Mavzuni urganish davomiyligi

Soatlar mikdori - 30

### 3. Mashgulot maksadi.

- nevrotik buzilishlar hakida umumiy tushunchalarni shakllantirish
- nevrozlardagi ruxiy faoliyat buziliulariga tushuncha berish va aniklash
- turli genezli nevrotik buzilishlardagi ruxiy faoliyat buzilishlari simptomlarini klinik manzarasi buyicha bilimlarni shakllantirish
- bemorni klinik xolatini taxlil kilishni, tashxis kuyishni shakllantirish;

### Vazifalar

#### Talaba bilishi kerak:

- nevrotik xolatlardagi ruxiy faoliyat buzilishlarini
- nevrotik xolatlardagi ruxiy faoliyat buzilishlariga olib keluvchi omillarni
- simptomlarni klinik manzarasini
- nevrotik xolatdagi ruxiy faoliyat buzilishi sabablarini

#### Talaba bajara olishi kerak:

Amaliy kunikmalarni bajarishni: kurik, bemordan surab surishtirishni, ruxiy xolat va anamnez yozishni, kurik paytida bemorni xolatiga boglik xoldagi chora-tadbirlarni aniklashni;

### 4. Motivatsiya

Ruxiy buzilishlar tibbiyotni muxim kismi xisoblanib, bunda ular jiddiy tibbiy-ijtimoiy muammoni aks ettiradi. Zamonaviy shart-sharoitlarda tibbiyotni turli soxalaridagi mutaxassislariga murojaat etuvchi bemorlar orasida nevrotik buzilishli bemorlar kupchilikni tashkil kiladi.

Turli xil omillarni ta'sir kilishi nevrotik buzilishlarda uchraydigan noodatij polimorfizmga olib keladi: bular umummiya, maxalliy, ruxiy, vestibulyar, vegetativ, vazomotor va xarakat buzilishlaridir.

Shuning uchun ruxiy kasalliklarni, ularni turli xil shakllarini tashxislash uchun tulik xajm va kerakli darajadagi kunikmalarga ega bulgan mutaxassislarga extiyoj oshadi, bu polipragmaziyadan uzokrok yurishga olib keladi va bu mutaxassislar baxosini oshiradi

## 5. Fanlar orasidagi va fanlar ichidagi boglikliklar

Ushbu mavzuni ukitishda talabalarni terapiyadan, psixiatriyadan va nevrologiyadan olgan bilimlariga tayaniladi. Mashgulot davomida olingan bilimlar terapiyada, reanimatologiyada va boshka klinik soxalarda, keyinchalik psixoterapiya va psixofarmakoterapiyada foydalaniladi.

## 6. Mashgulot mazmuni

### 6.1. Nazariy kism

## NEVROTİK BÜZİLİŞLAR (NEVROZLAR)

— psixogen tabiatli kasallik guruxlari klinik belgilarining parsialligi bilan xarakterlanadi, shaxs uzini va kasalligini ongli ravishda bilib turadi.

Nevrotik buzilishlarda ruxiy faoliyatni ma'lum doirasi buziladi, psixotik belgilar va xulkiy kupol buzilishlar kuzatilmaydi, ammo bu xayot sifatiga ta'sir kiladi.

Nevrotik buzilishlar guruxiga ruxiy (shizofreniya va boshkalar), somatik va nevrologik kasalliklar bilan kuzatiluvchi nevrotik simptomokomplekslar kirmaydi.

Nevroz - psixogen (ziddiyatli) asab-ruxiy buzilishi bulib, odamni aloxida axamiyatga ega bulgan xayotiy munosabatlarining buzilishi natijasida kelib chikadi va psixotik belgilersiz maxsus klinik fenomenlarda nomoyon buladi.

Nevrozlar xakida ta'limot tarixda ikkita tendensiya bilan xarakterlanadi, bir gurux olimlar nevrotik fenomenlarni biologik tabiatli ma'lum patologik mexanizmlar bilan determinirlanganligini tan olishgan, ular ruxiy jaroxatni, shart-sharoitni kasallik paydo bulishida keltirib chikaruvchi mexanizm ekanligini rad etishmagan, ammo ruxiy jaroxatni uzi gameostazni buzuvchi ekzogeniya xisoblanadi.

Nevroz tabiatini urganishda ikkinchi tendensiya shundan iboratki, nevrozni

butun klinik manzarasi fakat psixologik mexanizmlardan kelib chikadi. Bu yunalish tarafdorlari xisoblaydiki, somatik xarakterdagi ma'lumotlar nevrotik xolatlar klinikasini, genezi va davosini tushunish uchun rol uynamaydi.

Nevrozlarni pozitiv tashxisi tushunchasi V.N.Myasimev ishlarida uz aksini topgan. Pozitiv tashxis «psixogen» kategoriyani mazmundor tabiatidan kelib chikadi. U kuyidagi asosiy xolatlarni uz ichiga oladi.

1. Psixogeniya bemorni shaxsiyati, ruxiy jaroxatli xolatiga, shaxsni ma'lum aloxida sharoitlarda uni mustakil xolda xal kilolmasligiga boglik.
2. Nevrozni paydo bulishi va kechishi patogen xolatga va shaxsni kechinmalariga boglik, bemor xolatini dinamikasi va ruxiy jaroxatli xolatni uzgarishi urtasida ma'lum moslik kuzatiladi.
3. Nevrozni klinik belgilari ruxiy jaroxatli xolatga va shaxsni kechinmalariga, chukur va kuchli xoxishiga, affektiv reaksiyalarni namoyish etilishiga, u yoki bu kechinmaga, patologik fiksatsiyaga boglik.
4. Kasallik va uni aloxida klinik belgilariga psixoterapevtik usullarni ancha yukori samaradorligi aniklanadi.

#### **Nevroz uchun xarakterli:**

1. patologik buzilishlarni uni davomiyligiga boglik bulmagan xolda kaytarligi;
2. kasallikni psixogen tabiatliligi, nevrozni klinik manzarasi munasabatlari tizimi xususiyatlari va bemorni patogen ziddiyatli xolati orasida bogliklik borligi bilan aniklanadi;
3. klinik belgilar spetsifikligi, xissiy-affktiv va somatovegetativ buzilishlar dominantlik kiladi;

Psixogeniyani klinik belgilari (K.Y.Aspers uchligi):

1. Kasallikni boshlanishi ruxiy jaroxat bilan boglik.
2. Ruxiy jaroxatni kechinma mazmunida aks etishi.
3. Ruxiy jaroxat dezaktualizatsiyasi bilan tuzalish boshlanishi.

#### **Etiologiya va patogenez**

Xozirgi vaktida jaxon adabiyotida nevroz etiologiyasini profilaktik konsepsiyasi keng tarkalغان. Biologik, psixologik va ijtimoiy mexanizmlar tan

olinadi. Nevrozlarda u yoki bu etiologik omilni rolini baxolash kiyinchilik tugdiradi. Nevrozlarni kelib chikishida asosiy sabab ruxiy jaroxat xisoblanadi, ammo bunda bevosita bogliklik kam kuzatiladi. Nevrozni paydo bulishi kupincha salbiy xolatga shaxsni bevosita yoki bilvosita reaksiyasi, kuprok yoki ozrok davomiylkda shaxsni murakkab vaziyatda uta charchashi natijasi xisoblanadi va yangi sharoitga moslasha olmaydi.

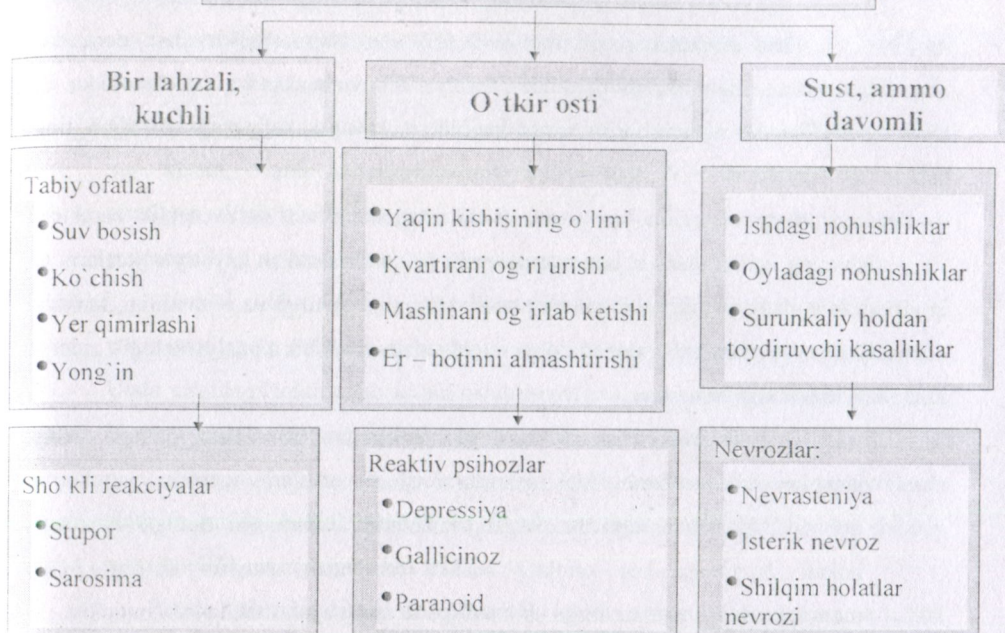
Nevroz kelib chikishida ruxiy jaroxat va shaxs xususiyatlari nisbatini kuyidagicha tasavvur etish mumkin: nevrozni rivojlanishi uchun kanchalik kup moyillik balsa, shunchalik kam ruxiy jaroxat etarli buladi. Nevrozlarda ruxiy jaroxat xamma vakt sub`ektiv a`xamiyat kasb etadi va turli xil shaxslarda ruxiy jaroxat va okibati axamiyati turli xil buladi.

Ruxiy jaroxat nevrozni boshlovchi sabab xisoblanadi, ammo uni patogenlik axamiyati boshka kupchilik moyil shart-sharoitlarni uzaro munosabatiga (genetik «zamin» va «orttirilgan moyillik»), odamni butun`xayoti natijasiga, uni organizmini va shaxsini shakllanish tarixiga boglik.

Xamma tugma va xayotiy xolatlarni isbotlangan ma`lumotlarni xisobga olish kiyin; buning uchun soglom analogik xarakterli odamlarni takkoshlash kerak buladi. bundan tashkari ma`lum bemorda nevrozni kelib chikishida etiologik omillar nisbati betakror uziga xoslikka ega va etiologik kursatgichlarni urtacha xisobi kupincha karama-karshi-natijaga olib keladi.

Nevrozlar psixopatiya bilan kasallanmagan shaxslarda paydo bulishi mumkin. Uta kuchli jaroxatlovchi omil istalgan odamni nevrotik buzilishga olib kelishi mumkin, uni shakli va xarakteri nafakat patogen omilga, balki individual moyillik va ijtimoiy muxit xususiyatlariga boglik buladi.

## Ruhiy jarohat



Nevrozli bemorlarni premorbid xususiyatlariga tuxtalib utamiz. Nevrasteniyali bemorlar uchun uta javobgarlik va vijdonlilik, tankidga yukori sezuvchanlik xos buladi. Ular ishga yaxshi kobilyatliligi, faolligi, xissiyotni davomiyiligi va etarlicha ifodalangan vaximakashligi bilan ajralib turadi. Bundan tashkari biroz kungilchan, ka'tiyatli, frustratsion tolerantlik va moslashuvchanlik kobilyati buladi. Bu xarakteriologik xususiyatlarni kushilishi nevrastenik tiplarni psixologik ziddiyatlarga olib keladi.

Isteriyali bemorlar premorbidida uzini yukori baxolashi, egoistligi va egotsentrikligi, faolliligi, ka'tiyatsizligi va maksadga yunalmaganliligi, uziga va boshkalarga ishonuvchanligi bilan ajralib turadi. Ularda kupincha sensitivlik, vaximali labillik va impulsivlik bilan kushilib keladi, mulokotga moyillik va lider



bulishga xarakat uta darajadagi kungilchanlik va javobgarlik bilan kushilib keladi. Psixoastenik tipni ba'zi belgilari bilan shizoidlik belgilari kuzatiladi, yukori sensitivligi, xissiy sovuk va mulokotga kirishish kiyinligi buni kursatadi.

Shilkim xolatlar nevrozi bor bemorlar premorbidida past darajadagi faollikka, uziga ishonuvchanlikka, ka'tiyatlilik va maksadga yunalganlikka ega buladi, bular vaxima va shubxalanish bilan kushilib keladi, bu psixoastenik tipga mos keladi.

Bemorlarni bir kismi uchun uta ta'sirchanlik va suzuvchanlik xarakterli, shuning uchun ular uzi uchun axamiyatli bulgan murakkab xayotiy vokealarni tez uziga oladi va uziga uzi tanbex beradi. Uta javobgarliligi va vijdonliligi, tankidga juda sezuvchanligini xisobga olgan xolda obsessiv-fobik tipda psixologik ziddiyat kelib chikishi mumkin.

Ijtimoiy tabiatli asosiy etiologik omillardan biri oilada notugri tarbiya xisoblanadi. Isterik nevrozli bemorlarni oilada erkalatib ustirgan, yutuklarini, ijobiy sifatlarini notugri baxolagan, talablarini xammasini notugri baxolagan buladi. Isteriyaga xos xarakter boshka tomondan «xurlik» tipidagi befark munosabatdan, shu bilan birga kupol-dispotik tarbiyadan shakllanishi mumkin.

SHilkim xolatlar nevroziga olib keluvchi shaxs xususiyatlari shakllanishi uta gamxur tarbiyada: extiyotlaganda, kurkitishda, mustakilligini va shaxsiy tashabbuskorligini kamaytirganda xam shakllanadi. Karama-karshi talablar kuyish asosiy axamiyat kasb etadi.

Nevrasteniyali bemorlar premorbidida ularni kuchi va imkoniyatini xisobga olmay, biror bir ishga nosoglom turtki berishgan bulishadi.

Psixogen buzilishlar genezida asosiy urinni psixologik ziddiyat egallaydi (tashki yoki ichki), ularni patogenligi bemorni xal kilolmasligiga boglik. Tashki ziddiyat shaxsni buzilgan munosabati bilan tashki muxit talabini tuknashuvi xisoblanadi. Ichki ziddiyat (shaxs ichi) karama-karshi xoxishlar, tendensiyalar, motivlar va shaxs xolati bulishi xisoblanadi. Psixogen ziddiyatlarni ichki va tashki deb ajratish shartli xisoblanadi, kupincha ular uzaro boglik buladi. Kuyidagi ziddiyatli xolatlar bulishi mumkin:

1. bir xil xoxishli maksadlarni tanlash kerakligi;
2. bir xil xoxlamagan maksadlarni majburiy tanlash;
3. xoxish bulgan va bulmagan maksadlarni tanlash.

Psixologik ziddiyat V.N.Myasiyev tushunchasida shaxsni ziddiyatli munosabatlari tuknashuvini aks ettiradi, kiyinchilikka produktiv echim topolmaydi. Odatda shaxsni axamiyatga ega bulgan dominantlik kiluvchi munosabatlari xakida suz ketadi. Katta klinik-psixologik axamiyatga V.N.Myasiyev tomonidan ajratilgan ziddiyatlarni patogen shaxsiy asosiy turlari ega. U isterik, obsessivno-psixastenik va nevrastenik ziddiyatlarni ajratgan.

*Isterik ziddiyat* shaxsiy imkoniyatlarini oshib ketishi, ob'ektiv real shartlarni yoki atrofdegilar talabini mensimaydi yoki baxolay olmaslik bilan aniklanadi. Unda atrofdegilardan talab kilish oshib ketadi va uzini xulkiga tankid yukoladi. Bunday shaxslarda notugri tarbiya tufayli uzini xoxishlarini jilovlay olmaydi.

*Obsessiv-psixastenik tipda* asosan ichki tendensiyalar va extiyojlarda ziddiyat paydo buladi, xoxish va burch urtasida, moral prinsip va shaxsiy mexribonlilik urtasida jang buladi.

Bunda ularning bittasi domimnantlik kiladi, ammo boshkasi karama-karshi ta'simi davom ettiradi, asab-ruxiy zurikishga va shilkim xolatlar nevrozi paydo bulishiga ijobiy imkoniyat yaratadi.

Shaxsga ziddiyatli talablar kuyish asosiy axamiyatga ega, bu shaxsiy uzidan konikmaslik xissini, xayotiy ziddiyatli munosabatlarni shakllantiradi va xayotining buzilib ketishiga olib keladi.

*Nevrastenik tipi* bir tomondan shaxsiy imkoniyatlari urtasidagi ziddiyat, boshka tomondan uni xarakatlari va uziga oshgan talablari urtasida ziddiyat bulganda kuzatiladi.

Kursatib utilgan nevrotik ziddiyatlar ma'lum darajada uch asosiy shaklga mos keladi: isteriya, shilkim xolatlar nevrozi va nevrasteniya.

Nevrozli bemorlar uchun xolsizlik, ka'tiyatsizlik, atrofga boglik xolda refleksiya moyillik, maktov izlashlik, normativlikka intilishlik xos. Psixologik ziddiyat shaxs uchun axamiyatli extiyojlarni kesilishidan kelib chikadi, ularni

axamiyatligi shaxs rivojlanishi xayotiy tarixidan tushunarli bulishi mumkin. Patogen psixologik ziddiyatlar shaxs munosabatidan kelib chikadi va ziddiyatli xolatni xal kilolmaydi. Kupincha ziddiyat keltirib chikaruvchi konikarsiz extiyojlar sifatida extiyoj kelib chikadi:

1. adekvat ijtimoiy baxolash (ish faoliyati va shaxsiy yutuklar);
2. sevgi-erotik;
3. dustlik munosabatlari;
4. uzini ifodalash va tasdiklash va boshk.

Nevrozli bemor uchun ziddiyatda axamiyatli yoki ikki asosiysi bulishi emas, balki, ularni keng kamrovli bulishi xarakterli, bular munosabatlar tizimini buzadi, xissiy-salbiy, uziga noadekvat munosabat kuprok patogen xisoblanadi, kupchilik sub'ektiv xal kilinmaydigan ziddiyatlarga olib keladi.

Nevrozli bemorlar uchun umumiy shaxs buzilishlarini ajratish mumkin, ular ichida infantil va egotsentrik xususiyatlar asosiy xisoblanadi va nevrozli bemorlarda shaxsni xissiy, xulkiy va ijtimoiy kamchiligiga olib keladi.

#### **KISKACHA TARIXIY BAYON**

Nevrotik buzilishlar chegarali xolatlar guruxi deyiladi, tarixiy jixatdan nevroz konsepsiyasi bilan boglik.

"Nevroz" atamasi shotland shifokori W.Cullen (1776) tomonidan taklif etilgan, tibbiy amaliyotga XVIII asrda kiritilgan. Muallif nevrozni funktsional tabiatligini aytib utgan va bu tushunchaga asab tizimi faoliyati buzilishi bilan va biror bir a'zoni organik patologiyasi bilan kuzatilmaydigan zararlanishlarni keng doirasini jamlagan. Yuz yillar davomida shifokorlar bu atamadan foydalangan va nevroz guruxiga kupchilik asab va ruxiy kasalliklardan tashkari turgun morfologik uzgarishsiz kupgina somatik buzilishlarni kiritgan.

Nevrologiya va psixiatriyani rivojlanishi (XIX asr oxirida asab tizimini anatomiyasi, gistalogiyasi, fiziologiyasi soxasidagi tekshiruvlar bilan boglik), vegetativ asab tizimi xakidagi, oliy asab tizimi faoliyatini biologik asosi xakidagi bilimlarni rivojlanishi, umumiy tibbiyotni omadlari klinik tashxisni mukammallashishiga olib keldi.

Bu uz navbatida nevroz guruxidan kupchilik somatik, asab va ruxiy kasalliklarni istisno kilishga, shu jumladan yashirin, boshlangich va sekin rivojlanuvchi shakllarini ajratishga olib keldi. «Nevroz» atamasi kasallikni funksional tabiatli ekanligi xakidagi tushunchalar bilan boglik. L.Strumpel (1878), G.Westphal (1880), J.Charcot (1888), P.Janet (1903), P.Dubois (1909) va boshka tekshiruvchilar bu kasallikni psixogen kelib chikishi xakidagi fikrlarni ta'kidlagan.

### NEVROZLAR TASNIFI

Bilimlarni zamonaviy darajasida nevrozlarni sindromal tasnifi keng tarkalgan. Bu KXT-10da uz aksini topgan. Bu buzilishlar tasnifda nevrozlar ramkasida keltirilgan F40 — F42 rubrikasida joylashgan (sarosimali buzilishlar, agarofobiya, ijtimoiy fobiya; maxsus, yakka fobiya, tarkalgan vaximali buzilishlar, shilkim fikrlar, kompulsiv xarakterlar, depersonalizatsion-derealizatsion va boshk.), ammo F44 bulimda — dissotsiativ (konversion) buzilishlar keltirilgan, F45.2 — nozofobiya va F48 — nevrasteniya. Nevrotik sindromlarni kiyoslash bir muncha kiyinchilik tugdiradi, ularni orasida ancha komorbidlik bor, vaximali-fobik va obsessiv-kompulsiv buzilishlar kurinishida kuzatiladi.

Buzilish darajasi	Xolatlar guruxi	Klinik shakllari	K.Y.Aspers mezonlariga mos tushishi
Nopsixotik (chegarali xolatlar)	Nevrotik reaksiyalar (14 sutkagacha)	- Astenik - depressiv - isterik - eksploziv - fobik	+
	Nevrotik xolatlar (nevrozlar)-3 oygacha; chuzilgan nevroitik xolatlar-3 oydan ortik.	- isterik - obsessiv-fobik - nevrasteniya	-

Umum kabul kilingan tasnifda kurkuv nevrozi, ipoxondrik nevroz, depressiv nevroz aloxida keltirilgan, ammo ikkita oxirgisi mustakil shakl sifatida karalmaydi. Nevrozni aloxida shakllarini ajratish oxirgi 10 yillikda nevrozni patomorfozi bilan,

7

klinik manzarasini yaqinligi bilan bog'lik xolda kiyinlashdi. Nevrozni patomorfozi va turli tasniflar bulishiga karamay nevrozni uchta klassik shakli ajratilib, umumiy kabul kilindi: nevrasteniya, shilkim xolatlar nevrozi, isterik nevroz.

## NEVROTİK BUZILISHLARNI KLINİK TIPLARI

### VAXIMALI-FOBIK VA OBSESSIV-KOMPULSIV BUZILISHLAR

*Vaximali-fobik buzilishlar* — ruxiy patologiyani keng shakllaridan biri xisoblanadi. Vaximali buzilishlarni psixopatologik belgilariga kuyidagi simptomokomplekslar kiradi: agarofobiyasiz sarosimali buzilishlar, agarofobiyali sarosimali buzilishlar, ipoxondrik fobiyalar, ijtimoiy va yakka fobiyalar, obsessiv-kompulsiv buzilishlar.

*Tarkalishi.* R.Noyes (1980) ma'lumotlariga kura vaximali-fobik buzilishlar 5% xollarda uchraydi. Bunda kupchilik bemorlar umumtibbiy tarmokda kuzatiladi, bunda ularning kursatgichi 11,9% ga etadi. [Sherbourne CD. et al., 1996].

**Klinik belgilari.** Vaximali-fobik buzilishlarni psixopatologik belgilari orasida birinchi urinda sarosimali xujumlar turadi, agarofobiya va ipoxondrik fobiyalar aynan shu simptomokompleks dinamikasida komorbid bog'likliklarda aniklanadi.

**Sarosimali xujumlar** — tusatdan paydo buluvchi, tez, bir necha dakika davom etuvchi, vegetativ buzilishlarni usib boruvchi simptomokompleksi (vegetativ kriz, yurak urib ketishi, kukrakda kisilish, xavo etishmaslik xissi, bug'lish xissi, terlash, bosh aylanish) bulib, yaqinlashib keluvchi ulim xissi bilan, xushini va uzini ustidan nazoratni yukotishdan kurkish xissi bilan, jinnilik bilan kushilib keladi. YAKKOL ifodalangan sarosimali xujumlar davomiyligi keng chegaralarda uzgarib turadi, odatda 20-30 dakikadan oshmaydi.

**Agarofobiya** atamasiga dastlabki ma'nosiga karamasdan [Westphal S, 1871] nafakat ochik joylardan kurkishni, balki uxshash fobiyalar katorini kiritgan (klastrofobiya, transport fobiyasi va boshk.), P.Janet (1918) xolat fobiyasini aniklagan (muallif bu tushunchaga agaro-klastrofobiyani va transport fobiyasini uyushtirgan). Agarofobiya odatda sarosimali xujum bilan bog'lik xolda yoki okibatida yuzaga chikadi va bu sarosimali xujum paydo bulishi xavfiga olib keladi.

Agarofobiya paydo bulishiga olib keluvchi tipik xolatlar sifatida metroga chikish, dukonda bulish, kup tuplangan odamlar orasida bulish sanaladi.

**Ipxondrik fobiyalar (nozofobiya)** — kandaydir ogir kasallikdan kurkuv shilkimligi. Kupincha kardio-, kansero- va insultofobiya va shu bilan birga sifilova va SPIDofobiya uchraydi. Vaximaning yukori chukkisida (fobik raptuslar) bemorlar baʼzida uzining xolatiga tankidni yukotadi, umumiy tarmokdagi shifokorlarga murojat kiladi va tekshirishlarini talab kiladi. Vaximali-fobik buzilishlarda markaziy urini sarosimali buzilishlar egallaydi (epizodik paroksizmal vaxima). Sarosimali buzilishlar kupincha kasallikni debyutini aniklaydi. Bunda sarosimali xujumlar bilan ifodalangan vaximali buzilishlar psixopatologik dinamikada 3 ta variantga ajratilishi mumkin.

Vaximali-fobik buzilishlarni birinchi varianti nisbatan kam uchraydi (xamma bemorlarni 6,7%), ularni klinik manzarasida fakat sarosimali xurujlar buladi. Sarosimali xujumlar kognitiv va somatik vaxima (gipertipik sarosimali xujumlar) belgilarini garmonik kushilishi bilan yakkalangan simptomokompleks kurinishida ifodalanadi va turgun ruxiy buzilishlar shakllanishi bilan kuzatilmaydi.

Sarosimali xurujlar klinik manzarasi utib ketuvchi ipxondrik fobiyalar va ikkilamchi xarakterli agarofobiya belgilari xisobiga kengayadi. Utkir davri utadi va sarosimali xurujlar reduksiyasi kuzatiladi va yuldosh psixopatologik buzilishlar orkaga kaytadi.

Vaximali buzilishlarni ikkinchi variantiga (vaximali-fobik buzilishli bemorlarni 33,3%ini tashkil kiladi) sarosimali xujumlar va turgun agarofobiya kiradi. Sarosimali xujumlar bunday xollarda ekzistensial kriz tipida rivojlanadi.

Uni fark kiluvchi xususiyati — oldingi psixopatologik buzilishlar yukligi (spontan sarosimali xujumlar, M.Kyrios, 1997); kognitiv vaxima tusatdan tulik soglom paytida paydo buladi, jismoniy xalokatni bemorni xayotiga xavf solishi (vegetativ buzilishlari minimal ifodalangan buladi) sezgisi ustun bulishi; agarofobiya tez kushilishi bilan xarakterlanadi.

**Tarkalgan vaximali buzilishlar** jismsiz, vaxima xech bir anik xolatga fiksatsiyalanmaydi, ichki taranglashish, asabiylik, galati sezgi, xavf va jismoniy

diskomfortlik buladi, KXT-10 da aloxida rubrikada ajratilgan (F.41.1).

Sarosimali xujumlar tusatdan paydo buladi, hech kanday belgilarsiz, vital kurkuvlar bilan, tarkalgan vaxima bilan xarakterlanadi va tez (baʼzida birinchi xurujdan sung) fobofobiya va cheklanuvchi xulk shakllanadi.

Sarosimali xujumlar kaytar rivojlanishiga karab psixopatologik buzilishlarni tulik reduksiyasi sodir bulmaydi. Klinik manzarasida birinchi uringa agarofobiya belgilari chikadi, nafakat reduksiyalanmaydi, balki sarosimali xujum xarakteriga karamasdan turgun bulib koladi.

Vaximali-fobik buzilishlarni dinamikasida kursatilgan xususiyatlar (agarofobiya turgunligi va uni boshka belgilarga bogliksizligi) komorbid ruxiy buzilishlar bilan zich boglik bulib, ularni orasida ipoxondrik fenomenlar dominantlik kiladi.

SHuni takidlab utish kerakki, bunday xolatlarda gap kichik kasallikni xavfliligi bilan bogliklik xakida (nevrotik ipoxondriya), tuzalishni usullari va davolash usullarini ishlab chikish xakida emas (soglik ipoxondriyasi), balki uta kimmatli epoxondriyani asosiy variantlari xakida ketadi.

Bemorni butun xayotiga buysungan dominant goya, bu erda kasallik belgilari, jumladan sarosimali xujumlarni rivojlanish sharoitlarini bartaraf etuvchi buladi. Sarosimali xujumlarni oldini olish choralari takror xurujda kurkuv paydo bulganda kuzatiladi va asta-sekin murakkablashadi, murakkab ipoxondrik tizimga transformatsiyalanadi.

Kuriklovchi va moslashuv choralari kompleksi ishlab chikiladi, bunga ishni almashtirish (bushashgacha), «ekologik toza» tumanga ketish va boshkalar kiradi. SHakllangan ipoxondrik umatma (saklovchi xayot tarzi, mulokotlar cheklanishi, maʼlum faollik shaklidan uzoklashish, jumladan kasbiy) saklanadi va transportda yurishdan kurkish, olomondan kurkish, jamoat joylarida bulishdan kurkish kabi fobik belgilar katori chukurlashadi. Agarofobiyaga mos kelib, nafakat reduksiyalanadi, balki persisterlovchi xarakter orttiradi.

Uchinchi variantga (60 % bemorlar kiradi) sarosimali xujumli vaximali-fobik buzilishlar kiradi, vegetativ kriz tipida rivojlanadi (Da Costa sindromi) va

ipoxondrik fobiya bilan tugallanadi. Sarosimali xujumlarni farklovchi xususiyatlari: davomli prodromal davr, yaximali algiyalar va konversion simptomatika bilan kushiluvchi subklinik belgilar; xurujlarni psixogen provakatsiyalanishi (50% xollarda provakatsiyalangan «attributiv sarosimali xujumlar», M.Kyrios, 1997); somatik yaximali vital kurkuvsiz kardiovaskulyar va nafas olish tizimi tomonidagi simptomatikani dominantlashishi bilan ustunligi; («aleksitimik xujum», M.Kushner, B.Beitman, 1990); fobik chetlashish va agarofobiyaning minimal ifodalanganligida manzarani ipoxondrik fobiya xisobiga kengayishi.

Avj olgan sarosimali xurujlar (utkir davri) tugagandan sung yaximali buzilishlar katoridan psixopatologik buzilishlarni tulik reduksiyasi xuddi ikkinchi variantdagidek yaximali-fobik buzilishlar dinamikasi sodir bulmaydi. Birinchi uringa ipoxondrik fobiyalar (kardio-, insulto-, tanatofobiya) chikadi, oylar, xatto yillar davomida uni klinik manzarasini aniklaydi.

Shuni takidlab utish kerakki, bunday persistirlanuvchi kurkuvtlar ipoxondrik belgili bunday kuzigan introspeksiya va doimo uzining sogligiga ipoxondrik tashvishli (nevrotik ipoxondriya), sarosimali xujumlar manifestatsiyasi bilan zich boglik. Ipoxondrik sensibilizatsiya bulganda kurkuvt va yaximali xavfni kuzishi uchun xatto organizm faoliyatini biroz chalgishi (vegetativ, algik va konversion belgilar, ilgari oddiy sharoitlarda sezilarli bulmagan) etarli.

Ipoxondrik fobiyalarni dolzarbligini psixogen (yatrogeniya) va somatogen (interkurrent kasalliklar) provakatsiyalar bilan boglik xolda sodir buladi, spontan sodir bulishi xam mumkin, odatda shifokorlar tashrif buyurish va dori kabul kilishni takrorlashi bilan kuzatiladi (ipoxondrik nevroz).

**Sotsial fobiyalar** [Marks J.M., 1966] — diqqat markazda bulishdan kurkish, atrofdagilarni negativ baxolashi xavfidan kurkish, jamoat joylaridan chetlashish bilan kuzatiladi. Axolida ijtimoiy fobiyalar 3-5 % dan [Kashtan G.I., Sedok B.Dj., 1994] 13.3% gacha tarkalgan [Magee R.Jr. et al., 1996].

Bu bemorlar psixiatrlar nazariiga kam tushadi. E.Weiller va xammualiflar (1996) ma'lumotlariga kura fakat 5% bemorlar asoratlanmagan ijtimoiy fobiyalar



bilan maxsus davo olgan. Davo choralari kursatilmagan shaxslar urtasida busaga osti ijtimoiy fobiyali shaxslar ustun [Katsching N., 1996], xar kungi faollikka ta'sir kilmaydi. Kupincha bu buzilish bilan kasllanganlar shifokorga murojaat kilganda komorbid (asosan afektiv) psixopatologik simptomokompleksga urgu beradi. Ijtimoiy fobiyalar odatda pubertat va usmirlik davrida avj oladi. Kupincha fobiyani paydo bulishi salbiy psixogen va ijtimoiy ta'sirlarga tugri keladi.

Bunda provakatsiyalovchi sifatida aloxida xolatlar (doskada javob berish, imtixon topshirish maktab fobiyalari, saxnada paydo bulish) yoki ma'lum shaxs guruxlari bilan mulokot (ukituvchilar, tarbiyachilar, karama-karshi jinsdagi vakillar) rol uynaydi, oila davrasida va yakin tanishlar odatda kurkuv chakirmaydi. Ijtimoiy fobiyalar tranzitor paydo bulishi mumkin yoki surunkali rivojlanishga utishi mumkin. Ijtimoiy fobiyali bemorlar soglomlarga nisbatan yolgiz yashaydi va ma'lumoti past darajada buladi.

Ijtimoiy fobiyalar boshka ruxiy buzilishlar bilan yukori darajada komorbidligi bilan farklanadi (70% xollada R.Tugeg buyicha, 1996); Kupchilik xollada vaximali-fobik belgilär (oddiy fobiya, agarofobiya, sarosimali buzilishlar), affektiv patologiya, alkogolizm, lekomaniya, ovkatlanishga oid xulk buzilishlari bilan kushilib keladi. Komorbid kushilmalar istalgan ruxiy buzilishni va ijtimoiy fobiyani okibatini yomonlashtiradi va suitsidal xarakatlar xavfini oshiradi.

Ikki gurux xolatlar ajratiladi – yakka va tarkalgan ijtimoiy fobiya [Katschnig N., 1996]. Birinchisiga kasbiy yoki jamoat faolliги doirasida chegaralanish bilan kuzatiluvchi monofobiya (ommaviy chikishlardan kurkish, yukori turgan shaxslar bilan mulokotdan kurkish, boshkalar oldida ish operatsiyalarini bajarishdan kurkish, jamoat joyida ovkat eyishdan kurkish) kiradi.

Yakka ijtimoiy fobiyalar odatdagi xarakatlarni bajarolmaslikdan kurkish bilan ifodalanadi, bu omadsizlikni vaxima bilan kutish bilan boglik (E.Kraepelin 1915 buyicha kutish nevrozi) va okibatda anik xayotiy xolatlardan kochadi. Bunda mulokotda kiyinchilik bunday xolatlardan tashkari paydo bulmaydi.

Bu gurux fobiyalarga *ereytofobiya* [Casper G.L., 1846] kiradi – kizarib ketishdan kurkish, jamoat joyida epchil emasligida yoki xovlikib kolishda

kuzatiladi, ereytofobiya atrofdagilar (yuz rangini uzgarishini sezib kolish xavfi bilan kuzatilishi mumkin. Bunga mos xolda odamlarda uyatchanlik, ichki xarakatsizlik bilan kuzatiluvchi xijolat chekish, mushak taranglashuvi, titrash, yurak urishi, terlash, ogiz kurishi paydo buladi.

Tarkalgan ijtimoiy fobiyalar – murakkab psixopatologik fenomen, fobiyaga kam kadrilik goyasi va sensitiv munosabatlar goyalari kiradi. Bu gurus buzilishlari kupincha *skoptofobiya* sindromi ramkasida kuzatiladi [Ivanov SV., 1994; Dosuzkov F.N., 1963].

Skoptofobiya (grek. *scopto* — xazil kilmok, masxara kilmok; *phobos* — kurkuv) — kulguli bulishdan kurkish, odamlarda kichik zarar belgilari aniklanadi. Bunday xollarda birinchi urinda uyat affekti buladi, reallikka mos kelmaydi, ammo xulkni aniklaydi (jamoat joylaridan, odamlar bilan mulokot kilishdan kochish). SHarmanda bulishdan kurkish odamlarni «nuksonli» deb kamsitishlari xakidagi tasavvurlar bilan boglik bulishi mumkin va atrofdagilar xulki mos tushadi (mensimay tabassum kilish, masxara kilish va boshk.).

**Maxsus (yakkalangan) fobiya** — kat'iy anik xolatlar bilan chegaralangan fobiyalar – balandlikdan, kungil aynishdan, momakaldirokdan, uy xayvonlaridan, tish shifokori davosidan kurkish. Jismlar bilan tuknashishda kurkuv intensiv vaxima bilan kuzatiladi, bunday xollarda ulardan kochishga intilish xarakterli.

**Obsessiv-kompulsiv buzilishlar** xuddi vaximali-fobik buzilishlardagidek axoli urtasida keng tarkalgan.

**Tarkalishi.** Axoli urtasida 1,5—1,6 % tarkalgan [Nestadt G., Samuels J.F. et al., 1994; Black D.W., 1996] (bu kasallik bilan kasallanish oxirgi 6 oy yoki 6 oyga mos xolda nazarda tutilgan) yoki 2-3% (agar kasallanish xayot davomida xisoblangan balsa) [Black D.W., 1996]. Obsessiv-kompulsivli bemorlar psixiatrik muassasada davolangan xamma bemorlarni 1%ini tashkil etadi [Kashtan G.I., Sedok B.Dj., 1994]. Bunday bemorlar kupincha psixonevrologik dispanserida yoki psixiatrik shifoxonada uchraydi. Ular umumiy poliklinikani nevroz xonasida kam uchraydi [Smulevich A.B., Rotshteyn V.G. va boshk., 1998].

**Klinik belgilari.** Kasallik usmirlilik va yoshlik davrida boshlanadi. Klinik

belgilarini avj olishi 10-24 yosh orasida buladi [Rasmussen S., Eisen J.L., 1991].

Shilkimliklar obsessiv fikrlar va kompulsiv xarakatlar kurinishida ifodalanadi, bemorlar psixologik jixatdan begona, be'mani, irratsional tuyuladi. *Obsessiv fikrlar* – ogir, irodaga buysunmasdan paydo buluvchi goyalar, kiyofalar yoki mayllar, bemorni miyasiga stereotip shaklda yana va yana kelaveradi va bemor karshi turishga urinadi.

*Kompulsiv xarakatlar* — takrorlanuvchi stereotipik kiliklar, ba'zida ximoyalovchi marosimlar xarakterida buladi. Keyingisi bemor va uni yakinlariga xavfli, ob'ektiv kam ishonarli vokealarini oldini olishga karatilgan. Klinik belgilarini rang-barangligiga karamasdan obsessiv-kompulsiv buzilishlar katorida ta'riflangan simptomokomplekslar ajratiladi va ular orasida shilkim shubxalanishlar, kontrastli shilkimliklar, zararlanishdan kurkish shilkimliklari bor.

Simptomokompleksda shilkim shubxalanishlar ustun bulsa, bemorlar miyasida xarakatni tugri bajarilganligi yoki karorni tugri kabul kilinganligi tugrisida kutulib bulmaydigan fikrlar buladi. SHubxalanishlar mazmuni turlicha buladi: shilkim maishiy xavfsirashlar (eshik kulfmi, deraza etarlicha zich yopilganmi, gaz, elektr toki uchirilganmi), xizmat faoliyati bilan boglik shubxalanishlar (ish jurnalida manzil adashmadimi, notugri rakamlar kursatilmadimi, buyruk tugri shakllantirildimi yoki tuldirildimi).

Bemorlar kayta tekshirish vaktini kiskartirish uchun turli strategiyalardan foydalanadi. Bu bilan boglik xolda kupincha xisob marosimlari paydo buladi, «yaxshi» va «yomon» xisob tizimi. Marosimlar sifatida tusatdan introspektiv sezgilar fenomeni kuzatilishi mumkin.

Kompulsiya bunday xolatlarda xarakat akti tulikligi tugaganligi ichki sezgisi tiklangandan sung tugallanadi. Bunday sezgi kupincha tusatdan paydo buladi, guyoki ilgari yukotilgan jismoniy uzini sezishga erishgandek miyasiga keladi.

Kam xollarda kasallikni rivojlanish chukkisida shilkimliklar maniya darajasiga etadi «shubxalanish maniyasi» — folie du doute [Legrand du Saulle, 1875]. Bemorlar xolati istalgan ideator yoki motor akti tugallanganligiga kiruvchi tarkalgan vaximali shubxalanishlar borligi bilan aniklanadi, «tekshiruvchi»

marosimlarga tulalik bilan kuzatiladi.

*Kontrastli shilkimliklar* ("agressiv obsessiyalar", S.Rasmussen, J.L.Eisen buyicha. 1991) — yomon, xakoratlovchi fikrlar, uziga va atrofdagilarga ziyon etkazish kurkuvi. Bu guruxni psixopatologik tuzilishi asosan yakkol ifodalangan affektiv tuyingan va tasavvurlarni kamrab oluvchi obrazli shilkimliklardan iborat [Snejnevskiy A.V., 1983; Jaspers K., 1923].

Ularda begonalik xissi, mazmuni mutlak asoslanmaganligi farkanadi, uzida murakkab ximoya marosimlar tizimini va sexr-joduli xarakatlarni nomoyon etuvchi shilkim maylar va xarakatlar bilan kushiladi.

Kontrastli shilkimli bemorlar ma'lum tugallikli, eshitilgan e'tirozlarni bajarishga engib bulmaydigan intilishga shikoyat kiladi, ular yomon yoki taxdidlovchi ma'noga ega buladi, atrofdagilarga takrorlaydi, ammo kinoyali yoki diniy mazmunli kaxrli suzlar buladi, odob-axlok koidaloriga zid bulgan uyatli suzlar bilan bakiradi, uzini ustidan nazoratni yukotib kuyishdan kurkadi va xavfli yoki kurakda turmaydigan xarakatlar kilishi mumkin, autoagressiya, uzini bolalariga shikast etkazishi mumkin.

Oxirgi xolatlarda shilkimliklar kupincha jisml fobiyalar bilan kushiladi (utkir jismlardan kurkish — pichok, bolta, sanchki va boshk.). Kontrastli shilkimliklar guruxiga kisman seksual mazmunli shilkimliklar kiradi (perverziyali seksual aktlar xakidagi takiklangan tasavvurlar tipidagi shilkimliklar, ob'ekti bolalar, shu jins vakillari va xayvonlar buladi) *Ifloslanib kolish shilkim goyalar (mizofobiya)*.

Obsessiyani bu guruxiga nafakat ifloslanib kolishdan kurkish (erdan, chang bilan, siydik, axlat va boshka notoza narsalar bilan), balki organizmga zararli va zaxarli narsalarni kirib kolishi (asbest, toksik chikindilar), mayda jismlar (shisha siniklari, igna, changni maxsus turlari), mikroorganizmlar, ekstrakorporal xavf fobiyasi kiradi [Andryushenko A.V., 1994; Efremova M.D., 1998].

Ba'zi xollarda ifloslanib kolishdan kurkish chegaralangan xarakterda bulishi mumkin, kup yillar davomida subklinik darajada koladi, bir kancha shaxsiy gigiena xususiyatlarini bajaradi (tez-tez tushakni almashtiradi, kup marta kulini yuvadi) yoki uy xujalikni tartib bilan olib boradi (ovkat maxsulotlariga dikkat bilan ishlov

beradi, xar kuni polni yuvadi, uy xayvonlarini takiklaydi). Monofobiyani bu turi xayot-sifatiga ta'sir kilmaydi va atrofdagilar tomonidan odatdek baxolanadi (burttirib yuborilgan tozalik, uta jirkanish).

Mizofobiyani klinik tugallangan variantlari ogir shilkimliklar guruxiga kiradi, kupincha murakkablashishga va xatto kengayishga moyil buladi [Zavidovskaya G.I., 1971].

Bunday xollarda klinik manzarasida birinchi urinda asta-sekin murakkablashuvchi, ximoyalovchi marosimlar chikadi: iflos manbalardan, notoza jismlarga tegib ketishdan kochish, iflos bulib kolgandek narsalarga kaytadan ishlov beradi, yuvish vositalaridan, sochiklardan ketma-ket foydalanadi, yuvinish xonasini «sterilligini» saklaydi.

Kvartiradan tashkarida bulganda xam ximoyalovchi choralarni kuradi: kuchaga maxsus, tanasini maksimal darajada yopgan kiyimda chikadi, uyga kaytayotib olingan narsalarga maxsus ishlov beradi. Kasallikni kechki davrlarida bemor biror bir zararli narsa bilan, ifloslanib kolishdan kurkib, nafakat kuchaga chikmaydi, balki uzini xonasidan xam chikmaydi. Ifloslanib kolishdan kurkib, xatto uzini yakin karindoshlarini xam yoniga kuymaydi.

Mizofobiya biror bir kasallik bilan zararlanishdan kurkish xam kiradi, bu ipoxondrik fobiya kategoriyasiga kirmaydi, u yoki bu kasallik borligi, xavfi bulmaydi. Birinchi urinda ichkaridan taxdid kurkuvi — kasallik chakiruvchi bakteriyalarning organizmga kirishi turadi.

Bunday xollarda zararlanishdan kurkish noodatiy yullar bilan paydo buladi: masalan, bemorni ilgariги utib ketgan eski narsalari yoki xatlariga tegish natijasida. Ba'zida bunday xavflarni paydo bulishi uchun jismoniy nuksonli odamni yoki endemik uchok joylashgan joyda yashovchi odamni bir marta nazar tashlashi etarli.

*Shilkim xarakatlar* nisbatan kam, yakka xolda uchraydi, verbal obsessiyalar bilan kushilmaydi. Bunda asosiy urinni yakka xoldagi, monosimptomli xarakat buzilishlari egallaydi. Ular orasida tiklar kupincha bolalik davrida kuzatiladi. Tiklar organik tabiatli ixtiyorsiz xarakatlardan fark kilib, ancha murakkab xarakat

akıllaridir, bular uzining dastlabki ma'nosini yukotadi. J.M.Charcot (P.Janet, 1911 buyicha) yozganki tiklar ba'zida fiziologik burttirilgan xarakatlardek ta'sirotd koldiradi. Bu ma'lum xarakat aktlariga karikatura, tabiiy kiliklardir.

Tiklar kuzatiladigan bemorlar boshini silkishi mumkin (boshda shlyapa turganligini tekshirgandek), kuli bilan xarakat bajaradi (xalakit berayotgan sochlarni olib tashlagandek), kuzlarini pirpiratadi (gardni tozalagandek).

Shilkim tiklar bilan birga kupincha patologik odat tusiga kirgan xarakatlar kuzatiladi (labini tishlash, tishlarni gijirlatish, tuflash va boshk.), bular xususiy shilkim xarakatlardan fark kilib, ularda sub'ektiv ogir xayoldan ketmaydigan xislar bulmaydi va kechinmalar begonadek kasallik belgisi bulmaydi.

Fakat shilkim tiklar bilan xarakterlanadigan nevroitik xolatlar odatda ijobiy okibatga ega buladi. Kupincha maktabgacha yoki kichik maktab yoshida paydo buladi, tiklar odatda pubertat davr oxirida tugaydi. Ba'zida bunday buzilishlar ancha turgun bulib, uzok yillar davomida saklanadi va kisman belgilarini uzgartiradi.

Uzok davom etgan yakka xoldagi tiklarga boshka xarakat shilkimliklarini, fobiyalarni, obsessiyalarni kushilishi natijasida, klinik manzarasini tez murakkablashtiruvchi sust kechuvchi shizofreniyani istisno etish talab kilinadi.

Tarkalgan tiklar bilan kuzatiluvchi Jilya de lya Turetta kasalligidan farklab, tashxis kuyish kiyinchilik tugdiradi. Bunda tiklar yuzda, buyinda, oyok va kullarda kuzatiladi va ogizni ochish, yuzni bujmaytirish, tilni chikarish intensiv kilikdorlik bilan kuzatiladi.

*Vaximali-fobik buzilishlarni kechishi.* Vaximali-fobik buzilishlar dinamikasi asta-sekin surunkaliga utishi mumkin. Davriy avj olish va tuzalish xolatlarini kam uchraydi [Angst J., 1994]. Fakat kupchilikda monomorf belgilar saklanganda (agarofobiya, shilkim xisoblashlar, marosimli kulini yuvish) uzok stabilizatsiya bulishi mumkin.

Bunday xollarda asta-sekin (odatda xayotni ikkinchi yarmida) psixopatologik simptomatikani reduksiyasi kuzatiladi va ijtimoiy kayta moslashadi. Bunday bemorlar boshka shilkimlik xolatlariga nisbatan xar kungi xayotga yaxshi

moslashadi.

Masalan, bemorlar ma'lum bir transportga chikishdan yoki jamoat joylarida saxnaga chikishdan kurkadi, ammo uzini nukxonli deb xis kilmaydi va soglomlar katorida ishlab yuraveradi.

Obsessiv buzilish belgilarining subklinik shakllari odatda ambulator sharoitda ijobiy kechadi. Simptomatikani orkaga kaytishi tashxis kuyilgandan 1-5 yildan keyin sodir buladi [Godwin D.W. et al., 1969].

Ancha ogir va murakkab obsessiv-fobik buzilishlarda, ifloslanib kolish fobiyasi, zararlanib kolish fobiyasi, utkir jismlar fobiyasi, kontrastli tasavvurlar fobiyasida kup sonli marosimlar aksincha turgun buladi, davolashga chidamli buladi yoki saklangan rezidual buzilishlar (faol davolashga karmasdan) kaytalanadi, keyinchalik bu xolatlar dinamikasi shilkimliklarni asta-sekin tizimlashishi xakida guvoxlik beradi va kasallikni klinik manzarasi butunligicha murakkablashadi.

N.I.Ozeretskovskiy (1950) ishlari shuni kursatadiki, shilkimliklar kayta ishlanishga moyil bulganda, marosimli tuzilmalar, ularni rigidligi, ambivalentligi, xissiy belgilarning bir xilligi kuchayganda, sust kechuvchi shizofreniyani istisno kilish kerak emas.

Bunday tashxisiy alternativlar vaximali xolatlar surunkali kechganda paydo buladi, chuzilgan sarosimali xujumlar va panagarofobiya bilan xarakterlanadi [Kolyuskaya E.V., Gushanskiy I.E., 1998].

Murakkab tuzilishli chuzilgan obsessiv xolatlarni shizofreniyani shubsimon xurujidan farklash kerak [Zavidovskaya G.I., 1971], Nevrotik shilkim xolatlardan fark kilib, ular odatda birdan kuchayuvchi vaxima bilan kuzatiladi, shilkim assotsiatsiyalar doirasi kengayadi va tizimlashadi, shilkimliklarga «aloxida mazmun» beradi (Geltungszwang, K.Jaspers buyicha): ilgari indifferent bulgan jismlar, vokealar, atrofdagilar tomonidan tusatdan berilgan tanbexlar bemorlarga fobiyalar, kontrastli va daxshatli fikrlar xakida eslatadi va taxdid mazmuni aloxida tasavvur uygotadi.

Agar klinik manzarasida gomotsid mayilli xurujsimon paydo buluvchm shilkim

xolatlar ustun bolsa, ularni epilepsiyani ruxiy ekvivalentlari bilan kiyosiy takkoslash kerak.

### ISTERIK (ASOSAN KONVERSION) BUZILISHLAR

Kadimgi grek shifokorlari ayollarda paydo buluvchi isteriyani bachadon funksiyasini buzilishi bilan boglagan. Isterik nevroz (hysteria; grek. hystera — bachadon) — bu polimorf funksional, ruxiy, somatik va nevrologik buzilishlar bilan kuzatiladi va katta ishonuvchanlik, bemorlar uziga atrofdagilarni istalغان yul bilan karatishga intilishi bilan xarakterlanadi.

Bu isterik buzilishlarni xilma-xilligi va uzgaruvchanligini kursatadi. «Isteriya — bu protey, oxiri yuk kuppina turli shakllardir; xameleon — tuxtovsiz uzini rangini uzgartirib turadi» (Sidengam T.). Isteriya simptomlari odatda turli xil kasalliklarni belgilarini eslatadi, shuning uchun uni J.M.SHarko «buyuk simulyantka» deb atagan.

Fransuz psixiatrlari (Jane P., Dyupre D. Va boshk.) isteriyani asosiy simptomlarini ajratgan: ong tor doirada kechinmalarini idrok kilish mumkinligicha torayadi va goyalar uziladi, shaxsni butun funksiyasi shu bilan boglik xolda taxlil kilishga, kobiliyatsiz buladi; asosiy xal kiluvchi rol isterik konstitutsiya xisoblanadi.

E.K.Krasnushkin jaxon urishi tajribasiga tayanib yozganki, isterik reaksiya va isterik somatik buzilish paydo bulishi uchun kupincha isterik konstitutsiya talab kilinmaydi, sababi kupincha ruxiyatni biologik katlamlarida yotadi.

E.Krepelin xisoblashicha, isteriya uchun xissiyotlarni ruxiy va somatik funksiyalarga tarkalishi xarakterli va kasallik simptomiga aylanadi, kungil tulkinlanishi yolgon va kuchaygan shakllarga mos keladi. E.Krepelin fikricha xar bir odam kuchli xayajonlanganda tovushi yukoladi, oyoklari chalishadi va boshkalar. Isterik shaxslarda xamma ruxiy faoliyat labilligi natijasida bu buzilishlar engil yuzaga keladi va arziyas baxonada mustaxkamlanadi. E. Krepelin bu ruxiy faoliyat xususiyatlarini ximoyani moslashgan shakllari deb baxolagan.

K.Bongeffeffer (1911) tomonidan isteriyani xoxlash nazariyasi taklif kilingan, bu



shunga asoslanganki, isterik buzilishlarda xamma vakt kasallikni xoxlash xissii buladi. nimadir sun'iy. burttirilgan buladi, kasallikni ifodalanishi kurgazma buladi.

**Tarkalishi.** Subklinik isterik belgilar xayot davomida umumiy axolining 1/3 kismida kuzatiladi. Umumiy tipdagi shifoxonalarda psixiatrik maslaxatning 5dan 15 % ini isterik buzilishlar tashkil kiladi [Kaplan H.J., Sadoek B.J., Grebb J.A., 1994].

Isterik nevrotik buzilishlar isterik reaktiv psixozlar kabi erkaklarga nisbatan ayollarda 2 marta kup kuzatiladi. Isterik stigmalor boshka nevrotik belgilar bilan kushiladi – vaximali-fobik, obsessiv-kompulsiv, ipoxondrik-senestopatik, affektiv buzilishlar bilan.

**Klinik belgilari.** Isterik buzilishlarga xissiy labil, affektiv etilmagan, xissiy reaksiyalar, ta'sirotlar va jonlilik izchil emasligi bilan kuzatiluvchi ruxiy infantilizm belgili shaxslar moyil buladi. Isterik buzilishlar kupincha ayollarda kuzatiladi.

Isterik nevrozda 3 asosiy gurux simptomlar kuzatiladi: vegetativ, xarakat va sensor. Ular xammasi somatik va nevrologik kasalliklarni eslatadi.

Vegetativ buzilishlar bexushlik kurinishida, yurak urib ketishi bilan kuzatiluvchi vegetativ krizlar, bosh aylanish, kungil aynish, kayt kilish, oshkozon spazmi kurinishida buladi.

Xarakat buzilishlari odatda giperkinezli yoki ixtiyorsiz xarakatlar (titrash, kaltirash) va xarakat tuxtashi simptomlari akineziya (parezlar va paralichlar) kurinishida kuzatiladi. Giperkinezlar tiklar xarakterida buladi, boshni va oyok-kullarni (dikkat bilan karalganda kuchayadi) kupol ritmik titrashi, blefarospazm, xoreoform xarakatlar va kaltirashlar kuzatiladi, bular xoreoformaga nisbatan ancha uyushgan va stereotipik buladi. Isterik giperkinezlar xissiy xolatga boglik buladi, ular vakti-vakti bilan susayadi, e'tibor berilmaganda yoki psxoterapiya ta'sirida tuxtashi mumkin.

Isterik paralichlar mono-, gemi- va paraplegiya xarakterida bulishi mumkin va ba'zi xollarda markaziy spastik, boshka xollarda sust periferik paralichlarni eslatadi. Isterik paralichlar topografiyasi asab tizimidagi uchok lokalizatsiyasiga

yoki innervatsiyasi joylashishiga mos tushmaydi, ular xamma oyok-kullarni yoki bugim bilan chegaralangan kismini kamrab oladi. Isterik paraliclarda patologik reflekslar yoki uzgargan pay refleksleri aniklanmaydi. Mushaklar atrofiyasi odatda unchalik ifodalanmagan buladi, ular xarakatsizlik bilan boglik bulishi mumkin.

Sensor buzilishlar sezgining buzilishi bilan kuzatiladi (anesteziya, giper- va gipesteziya) va tananing turli kismlarida ogrik sezgisi buladi. Kupincha oyok-kullarda sezgi buzilishi kuzatiladi. Bu buzilishlarni tarkalishi kupincha ixtiyoriy buladi va bemorni uzi bu buzilishni nomoyon etadi, shuning uchun bemorlar uchun anesteziya paypok, chulki, kulkop, nimcha, belbog kurinishida va yuzni yarmida kuzatiladi.

Isterik algiyalar (ogriklar) tanani istalgan kismida kuzatilishi mumkin (bosh ogriklar, belda, bugimda, oyok-kulda, yurakda, tilda, korin soxasida ogriklar). Isteriyali bemorlar korni («shaxmat taxtasi») kurinishida buladi, kup laparotomiyadan keyingi chandiklar bilan deformatsiyalangan buladi. Bu Myunxauzen simptomi deb ataladi. Bunday buzilishli bemorlar bir xirurgik klinikadan ikkinchisiga operatsiya kildirish uchun kuchib yuradi.

Xar safar statsionarga tushganda ular uzining xayoti va kasallik tarixi xakida uydirma ma'lumotlar beradi. Anesteziya va algiyalardan tashkari isterik nevrozda sezuv a'zolari funksiyalarining yukolishi, karlik, kurlik, kuruv maydoning konsentrik torayishi (bunda bemorlar atrof-muxitni guyoki truba orkali kuradi), isterik skatoma, amavroz kuzatiladi.

Isterik nevrozda utkir ruxiy jaroxat ta'sirida vegetativ buzilishlar va ongni buzilishi, torayish bilan kuzatiluvchi tarkalgan tutkanokli xolatlar paydo bulishi mumkin, isterik tutkanok manzarasi kuzatiladi. Epileptik tutkanokdan fark kilib, bunda ong tulik yukolmaydi va bemor atrofdagi bulib turgan vokealarni anglab turgan xolda uzini avaylab yikiladi. Bu bilan boglik xolda atrofdagilar kanchalik xayajonlansa, u shunchalik uzok davom etadi.

Patomorfoz bilan boglik xolda isterik buzilishlarda xozirgi vaktida isterik tutkanokning avj olgan klinik manzarasi kam kuzatilishi mumkin.

Isterik tutkanok zamonaviy kurinishlarda kuppina gipertonik kriz, yurak xuruji

yoki kandaydir boshqa vegeto-kon tomir paroksizmini eslatadi, bu xolatiy jaroxat bilan bog'lik buladi. Isterik tutkanoklar tuzilishida kupincha total titrash – «butun tanani titrashi» yoki tana kismlarini kaltirashi kuzatiladi, umumiy amaliyot shifokorlari buni isterik simptomatikani belgisi deb baxolamaydi.

Isterik buzilishlar patomorfozida shubxasiz tibbiy mavzulardagi ma'ruzalar katta rol uynaydi, axolini umumiy ma'lumot darajasini oshiradi, ancha jiddiy va xavfli kasalliklarga diqqatni jalb kiladi. Paypok, kulkop, nimcha kurinishidagi sezgi yukolish urniga (bularni psixiatrlar ilgari yozishgan), xozir oyok-kullarni uvishib kolishi, chumoli uralash sezgisi, igna sanchgandek sezgi, bitta yoki ikkala oyokni sovuk kotishi yoki isib ketish sezgisi kuzatiladi. Bu sezgilar organik buzilishga uxshashi mumkin va uz navbatida tashxis kuyishni kiyinlashtiradi.

Tipik paralichlar va parezlar, astaziya-abaziya kam kuzatiladi. Bemorlarni oyok va kullarida xolsizlik kuzatiladi, bular xayajonlanganda paydo buladi. Bemorlar oyogi paxtadek yumshok bulib kolganligini, chalkashayotganligini, bir oyogi xolsiz ekanligini, eshilib ketayotganligini yoki ogirlik paydo bulganligini, yurganda gandraklab ketayotganligini aytadi.

Bu buzilishlar namoyishkorona buladi, agar bemorni orkasidan kuzatilsa, u yanada yakkol ifodalanadi. Mutizm urniga (gapira olmaslik) xozirgi vaktida duduklanish, nutkda tutilib kolish, aloxida suzlarni talaffuzi kiyinligi kuzatiladi.

Xolatni tugri baxolash kiyinligi shundaki, shifokor bilan bir necha marta suxbat kilgandan sung, deontologik xato kilinganda, bemorlar buzilishni psixogen xarakterli ekanligini inkor etadi. Isterik nevrozda bemorlar bir tomondan xamma vakt «kurkinchli», «chidab bulmaydigan ogriklar», «kaltiratuvchi varaja» xakida gapiradi, ilgariyi simptomga xarakterli bulmagan galatilikni ta'kidlaydi, ikkinchi tomondan «paralich bulgan oyogiga» uzini befardek tutadi, «kurlik» yoki mutizm bilan baxslashmaydi. Affektiv buzilishlar xissiyot labilligi, kayfiyatni tez uzgarib turishi, yiglokilik bilan, kupincha ingrashga utadigan kuchli affektiv reaksiyalarga moyillik bilan xarakterlanadi.

Isterik nevrozni kechishi tulkinsimon buladi. Salbiy xolatlarda isterik nevrotik reaksiya simptomatikasi kuchayadi va asta-sekin birinchi uringa affektiv

buzilishlar chikadi. Intelektual faoliyatda xissiy mantik belgilari, xulkida nomoyishkorona elementlar, uziga jalb kilish uchun istalgan rolga kirishi, uzini va uzini xolatini egotsentrik baxolash paydo buladi. Bemorlarda tashki ta'sirlovchilarga sezuvchanlik oshib ketadi, sodir bulayotgan vokealarga bevosita e'tibor berishga moyillik oshadi.

Isterik nevrozdagi vegetativ-somatik buzilishlarni psixogen xarakterligi ularni konversion buzilishlar deb atashga asos buladi. Konversiya xakida (lot. conversio — e'tibor, yunalish) shunday xollarda gapirish mumkinki, xissiy omillar natijasida jismoniy uzini xis kilish uzgaradi. Kupchilik psixiatrlar, fransuzlardan tashkari, konversiyani odamni irodasiga boglik boshkariluvchi funksiyalarda paydo buluvchi simptomlar bilan chegaralagan.

Konversion simptomlar 3 guruxga bulinadi: xarakat aktlari buzilishi, sezgi buzilishi, xulkni xamma shakllarini va atrofni baxolashni buzilishi. Kadimgi adabiyotlarda «konversiya» atamasi kam foydalanilgan. Kupincha nevrozlardagi vegetativ-somatik buzilishlarni baxolab, P.K. Anoxin tushunchasidan foydalanib, Lange dalil keltirib, «tutib turilgan xissiyot» terminini tankid kilgan, yozishicha xissiyot xissiy zaryad, agar u odamda paydo bulsa, uni tutib turish mumkin bulmaydi, fakat tashki xissiy belgilarni, masalan, mimikani tutib turish mumkin, kolganlari baribir periferik apparatlarni kullab, vegetativ yullar topib chikadi, nevroz uchun xarakterli bulgan vegetativ-somatik buzilishlarni yuzaga chikaradi.

### NEVRASTENIYA

Bu nevroz yukori kuzgaluvchanlik, tez charchash va xoldan toyish bilan kuzatuluvchi ta'sirchanlik bilan xarakterlanadi. G.Bird nevrasteniyanı birinchi bulib yozgan, uni sivilizatsiyani tez rivojlanishi bilan boglagan, asab tizimi kapitalistik xayotda usib borayotgan talabga va xayot tempiga chiday olmaydi.

E.K.Krasnushkin nevrasteniyanı paydo bulish sababini urganib chikib, charchash xakidagi fiziologik bilimlar, tez-tez uta charchash (giperfatigatsiya) va asab xoldan toyishini faoliyat tuxtashiga ximoya signali ekanligidan guvoxlik berishini yozgan. Odam iroda kuchi bilan charchokni engishi mumkin va kerakli

faoliyatni davom ettiradi – bu katta xajmli ishni kiska muddatda bajarganda kuzatiladi. Bunday xollarda gap fakat yukori moxiyatli zurikish xakida emas, balki irodali zurikishni turtkilovchi affektiv zurikish xakida xam ketadi.

Shoshilinch ishlardagi takror zurikish, charchashni davom etishi, kupincha majburiy uykusizlik, organizmni dam olmasligi va uykuda kuch tiklanmasligi, organizmni rezervini kamayishi asabni xoldan toyishiga olib keladi.

Natijada simptomatika shakllangan, G.Bird tomonidan anik baxolangan va keyinchalik nevrasteniya umum kabul kilingan uzakli buzilish deb karalgan – bu «ta'sirlanuvchan xolsizlikdir». Nevrasteniya bu simptomini I.P.Pavlov aniklab, uni asosiy belgi deb xisoblagan va unga anik tavsif bergan.

Boshka nevrozlar singari nevrasteniya uchun xam kasallik klinik manzarasiga organizm tizimini poyma-poy kirishi xarakterli. Dastlab vegetativ buzilishlar paydo buladi, uni xususiyati ta'sirchan xolsizlik xisoblanadi. Xayajonlanganda yoki jismoniy zurikishda bemorlarda taxikardiya, terlash, oyok –kullar sovuk kotishi, uyku va ishtaxa buzilishi paydo buladi.

Paydo bulgan vegetativ reaksiyalar kuchi buyicha mos bulmay, tez yukoladi. Bemor tez uykuga ketadi, ammo past shovkinga uygonadi, keyin yana tez uykuga ketadi. Ochlik xissi tez paydo buladi, ammo bir necha koshik ovkat egandan sung ishtaxa yukoladi va ba'zi xollarda ovkatdan bosh tortish paydo buladi.

Nevrasteniya bemorlar kupincha bosh ogrigiga shikoyat kiladi. Odatda bunday bemorlar boshi bosilayotganligini, chamberakdek kisilayotganligini aytadi. Bu sezgilar xayajonlanganda, ishni davom ettirishga xarakat kilinganda, nimagadir dikkatni jamlaganda kuchayadi.

Ba'zi xollarda bosh ogrigi pulsatsiyalovchi xarakterda buladi, pulsatsiya kulokdagi shovkin bilan mos tushadi. E.K.Krasnushkin bosh ogrigini tugri, normal bulmagan sezgi ekanligini, akliy faoliyatini charchashida signal sifatida paydo bulishini yozgan. Nevrasteniya bemorlarda bosh ogrigi erta vegetativ buzilish xarakterini oladi.

Nevrasteniya rivojlanishini kelgusi davrlarida sensomotor buzilishlar paydo buladi: turli xil ta'sirlovchilarga, ichki a'zolar tomonidan kelayotgan sezgilarga

sezuvchanlik oshadi. Bemorlar xarorat uzgarishini kutara olmay, shikoyat kilishni boshlaydi, ularda sovuk ob-xavoda uvishish buladi, issikda kuchli terlashga shikoyat kiladi.

Yorug chirok ularni ta'sirlantiradi, kuzda noxush sezgi, boshda ogrik paydo kiladi. Ilgari befark bulgan shovkinlar yokmaydi, uxlashga xalakit beradi, tushak judayam kattik, kupol tuyuladi. Bemorlarda kulokda shovkin sezgisi paydo buladi, ular «yurak urishini sezadi», korinda nimadir «dumalayotganini», «kisilayotganligini» va boshkalarni sezadi.

Bu xislar bemorda ipoxondrik kayfiyat chakiradi, yanada kuprok ichki a'zolar ishiga dikkatini jalb kiladi, uz navbatida sezgilar busagasi susayishi uchun sharoit paydo buladi, ipoxondrik shikoyatlar kengayadi.

Nevrasteniyali bemorlar mayda, anik xarakatlarni kiyinchilik bilan bajaradi, bir xil xolat uzok saklanadi. Kutish eng azobli buladi. Bu buzilishga I.P.Pavlov dikkatini karatgan va buni shunday tushuntirgan: nevrasteniyada ichki tormozlanish zararlanadi va shuning uchun bemorlar uchun kutish judayam azobli buladi.

Nevrasteniya bilan kasallangan talabalar ma'ruzada tinch utira olmaydi, doimo xolatini uzgartirib turishga majbur buladi, kulay xolat topolmaydi, dikkatini jalb kilolmaydi va atrofdagilarga xalakit beradi.

Keyinchalik affektiv buzilishlar kushiladi. «Xissiy inkontinensiya» tipik buladi (Bumke O.). Bemorlar uzining xissiga ega bulmaydi, ular arzimagan narsalarga yiglaydi, ularda noadekvat reaksiya, ta'sirchanlik, xafachilik paydo buladi, ammo uz-uzidan tez tinchlanadi. Uzini xis kilish judayam noturgun, tashki ta'sirlarga boglik xolda uzgarib turadi.

Kupincha kayfiyati tushkun, ammo uzidan kungli tulmaydigan gamli bulmaydi va doim xafachilik, ta'sirchanlikka tayyor turadi.

Ertalablari uzini xis kilishi kupincha yomon buladi. «sayr kilsa» dastlab uzini yaxshirok xis kiladi, ammo charchok paydo bulishi bilan kasallik simptomlari kaytalanadi.

Agar nevrasteniyali bemor oldingi majburiyatini bajarishni davom ettirsa

(tugrirogi xarakat kilsa), vegetativ, sensomotor va affektiv simptomatikani kuchayishidan tashkari, birinchi uringa intellektual faoliyat kiyinligi chika boshlaydi, nevrastenik buzilishlarning ideator darajasi paydo buladi. Bu ukishda materialni uzlashtirish kiyinligiga shikoyatlar bilan ifodalanadi.

Bemorlar kiska muddatga xam e'tiborini jalb kilolmaydi. Ishga kirishadi va bir necha dakikadan sung fikrlar keladi, boshka narsalar xakida uylaydi, ukigan narsasini aytib berolmaydi, keyinchalik mavxum tushunchalarga, telefon rakamlarga, ismlarga, kunlarga va boshkalariga xotira buziladi.

Uzini ishlashga majbur kilganda boshida noxush sezgilar, ta'sirchanlik, uzidan va atrofdagilardan norozilik, xolsizli, xoldan toyish paydo buladi. Uzini xech narsaga yaramay kolganligini sezib, bemorlar noreal reja tuzadi, koldirilganlarini urnini tuldirish uchun bir nechta ish oladi, chalguvchanlik va kasallik simptomlarini paydo bulganligi uchun bittsini xam oxiriga etkazmaydi.

Omadsizlik, odatda uzini xis kilishni va kayfiyatini yomonlashtiradi, xech narsaga kodir emasligiga ishonadi. Dustlar bilan mulokot, kuvnok kompaniyalar ilgari konikish keltirgan bulsa, xozirda bu kiska vakt konikish uygotadi, ammo xammasi tez joniga tegadi va ta'sirlantiradi, bosh ogrigi chakiradi, ziddiyatga olib keladi, soglom kishilar uzgargan xolatini va xulkini tushunolmaydi.

Nevrasteniyali bemorlar uzining sezgilarini taxfil kilishga moyil buladi: kulokda shovkin, yurak soxasida turli xislar, ichak soxasidagi turli sezgilar va boshkalar.

Bemorlar vaxima bilan bu sezgilarni eshitadi, gamli kayfiyat jiddiy va xavfli kasalliklar xakidagi fikrlarga olib keladi, bemor uzida bu kasallikni xamma belgilarini topadi. Dikkatni turgunsizligi tufayli kasallik xakidagi fikrlar tez-tez uzgaradi: gox bemor oshkozon raki xakida, gox yurak kasalligi, gox boshka kasallik xakida uylaydi.

Nevrasteniya uzok kechganda boshka nevrotik buzilishlar kushilishi xisobiga simptomatikani kengayishi kuzatiladi. Bunga kushimcha ekzogen zararlar, somatik kasalliklar, tugri davoning yukligi olib keladi.

Kushimcha ekzogen ta'sirlar natijasida boshka nevrotik simptomatika paydo

buladi. masalan, isterik nevroitik reaksiyalar, bir kancha mualliflar nevrasteniyani prenevroitik xolat deb baxolagan, bu boshka nevrozlardan oldin bulib utadi.

Odatda nevrasteniyani ikki varianti ajratiladi: xoldan toyish nevrozi, sababi intellektual zurikishlar xisoblanadi va reaktiv nevrasteniya, uxlamaslik, somatik kasalliklar, charchash kurinishidagi jaroxatli xolatlar sabab buladi.

Bu bulinish shartli xisoblanadi, xoldan toyish nevrozida odatda reaktiv komponent xam buladi – kiska vaktida ishni omadli yakunlash bilan boglik vaxima, ish sifatini kurkuvi, kursatilgan vaktida bajarilmagan ishni okibatleri va boshkalar.

Bu kupincha talabalarda ifodalangan buladi, boshka fakultetga yoki boshka oliy ukuv yurtiga kuchganda kuprok ukishga, kushimcha sinov topshirishga va chegaralangan vakt ichida imtixon topshirishga majbur buladi. Bunda xissiy omil katta rol uynaydi – omadsizlik okibatleri oldidagi kurkuvi.

Nevrasteniyani gipo va giperstenik shakllari ajratilgan. Tugrirogi bu shakllar kasallikni dinamikasida kuruladi. Giperstenik shakli uchun ta'sirchanlik, tashki ta'sirlarga sezuvchanlikni oshishi, affektiv reaksiyalarga moyillik, dikkat buzilishi bilan xarakterlanadi, gipostenik nevrastenyada ish kobiliyatining pasayishi, doimiy charchash xissi, xolsizlik, ba'zida uykuchanlik, atrofdagilarga kizikishning pasayishi, istalgan faoliyatda-tez xoldan toyish kuzatiladi. Kasallikni rivojlanish jarayonida giperstenik shakldan gipostenik shaklga utish mumkin.

Nevrasteniyaning kechishi salbiy, nevroitik simptomatikani murakkablashuvi bilan chuzilishi mumkin. Katamnestik tekshiruvlarda nevrasteniyaning ijobiy okibati aniklangan. Ba'zi mualliflar ma'lumotlariga karaganda 10-25 yildan sung 49,6% bemorlarda sogayish, 24,8%ida turgun yaxshilanish aniklangan.

### **NEVROTİK BUZİLİŞLƏR DİNAMİKASI.**

Nevrotik buzilishlarni klinik dinamikasini baxolash kursatadiki, psixogenli jarayonlar kuyidagi yunalish buyicha boradi: jaroxatli ta'simi asta-sekin kuchayishida, simptomatika yukorida aytib utilgan tendensiyalar ogirlashish sxemasida rivojlanib boradi, moslashuv reaksiyalar – nevroitik reaksiyalar – nevroz – shaxsni nevroitik rivojlanishi.



Ogirlik buyicha eng engili nevroitik reaksiya xisoblanadi, biz uni normal moslashuv reaksiyalardan fark kilishimiz kerak, ular anik va asta-sekin kechadi. Adekvat davo utkazilsa nevroitik reaksiya moslashuv reaksiyasiga aylanadi.

**Moslashuv reaksiyalari.** Bular normal reaksiya bulib, xar bir soglom odamga xos. Bu normal belgini klinik terminlar bilan xarakterlash konikish xosil kilmaydi, ammo tushunarli izox bu soxada ishlab chikilmagan. Xoxlagan odamda moslashuv xolatlarda biz uchun muxim bulgan klinik belgilarni aniklashimiz mumkin.

Moslashuv reaksiyalari:

- Individ uchun axamiyatli bulgan kandaydir vazifa, muammoga javoban paydo buladi, bu vazifani omadli xal kilish moslashuvning kandaydir turini xolatiga va darajasiga boglik – ishlab chikarish, ijtimoiy, oila ichi yoki shaxslararo. Moslashuvli zurikish ijtimoiy integratsiyaning birlamchi instinktlarini va ijtimoiy uzini realizatsiya kilishni yoki ularni ikkalasini zurikishini keltirib chikaradi.

- Bemorda xech kanaka affektiv toraygan ong kuzatilmaydi, ammo unda psixologik dominantalar belgilari buladi. Unda ong klinik jixatdan mutlak yorokin buladi.

- Bu xolat amaliy jixatdan atrofdagilarga sezilmaydi va fakat yakin odamlar ichki zurikishni kuradi, muammosi xakida biladi, axlokiy kullab kuvvatlaydi, yordam beradi. Bu erda odam oshgan tonus xolatida, dominantada buladi.

- Odamni rolli xulki saklanadi, ya'ni u uzini xamma ijtimoiy rollarini boshkaradi va bajaradi.

- Vegetativ akkompanementning xech kanaka klinik belgilari bulmaydi.

**Nevrotik reaksiyalar.**

Ruxiy zarba natijasida tusatdan kutilmaganda paydo buladi yoki bir muncha vaktida yigiladi – moslashuvli mexanizmlar paydo bulgan ruxiy-xissiy zurikish bilan vaktinchalik tugrilanmaydi. Nevrotik reaksiya – bu moslashuv mexanizmlarni darz ketishi, kuchli birinchi yoki navbatdagi ta'sir natijasida paydo buladi, ammo xoldan toyishni kaytishi shaxs muammosi buladi. Nevrotik reaksiya uzining maxsus komponentlari yoki belgilari bilan xarakterlanadi. Ular moslashuv reaksiyalardan sifatiy fark kiladi.

- Rolli funksiyalar darz ketadi va odam talab kilingan xulk koidalariga uzini yoshi, jinsi, ijtimoiy xolati, ma'lum ijtimoiy vaziyat uchun mos xolda uzini tutolmaydi.

- Affektiv-toraygan ong paydo buladi.

- Odamni xulki bunday xolatlarda xarakterologik buladi, ya'ni temperamentiga, asab tizimi tipiga, shaxs yadrosiga mos xolda buladi, uni xakikiy xolatini jaroxatli xolatga, ma'lum odamlarga munosabatini yashirib bulmaydi.

- Ba'zilar odamlarga agressiya kilishini boshlaydi, boshkalari yiglashni, ingrashni, shikoyat kilishni boshlaydi, uchinchilari kuzgaladi va atrofdagilar dikkatini uziga tortadi va ulardan yordam, kullab kuvvatlashni istaydi, ba'zilar xissiy kotib koladi, uziga kelib «nutkini yukotadi». Ba'zi odamlar uzini tutolmay chopadi yoki eshikni taraklatib chikib ketadi. Xulkni xamma variantlarini keltirib bulmaydi, xulkiy reaksiya spektri keng va individual buladi.

- Bundan sung nevroitik reaksiya susayadi, tugaydi, odam bir muncha vakt somatovegetativ diskomfort xis kiladi, bu shubxasiz ilgarigi ruxiy zarbani vegetativ akkompanementi xisoblanadi. Sezgilar bu erda juda uzgaruvchan buladi – bu oyok va kullarda xolsizlik, xoldan toyishgacha charchash, bosh va tanada ogrik sezgisi, bosh aylanishi, terlash, yurak urib ketishi, terini kizarishi yoki okarishi (asosan yuzni) bulishi mumkin. Ichaklarni utib ketuvchi buzilishi yoki siyib kuyish kurinishida bulishi mumkin.

- Nevrotik reaksiya bergan odam, u tugagandan sung xamma vakt uzini xulki va xolatiga tankidiy karaydi. Uni uzidan kungli tulmaydi va uzini yomon tutganligini tushunadi, odatiy stereotipdan chikkanligini, goyat kuchli tartibdan chikkanligini tushunib, achinadi, «uzini tutolmay» uzini xislarini boshkarolmaganligini, bunday xolat soglik uchun zararli ekanligini tushunadi.

- Nevrotik reaksiyalar etarlicha kiska xolat xisoblanadi. Ular ma'lum sabab ta'sirida tez tugaydi. Ruxiy jaroxatlovchi xolat ya'ni ziddiyatli munosabatlar bunday xollada yangi darajaga chikadi yoki ziddiyat katnashchilarining xissiy zaryadi tugaydi yoki agressiv tomon tuxtatadi, uz navbatida yoki konikadi, yoki

aksincha olingan natija konikarsiz buladi. Atrofdagi odamlar aralashishi mumkin, yoki bu xolatni rivojlanishini tuxtatishi mumkin yoki jabrlangan odam uzini kulga olib tinchlanadi.

- YAKKA nevroitik reaksiyalar uzining klinik tuzilishiga kura patologik buladi va ruxiy soglom odamlarda xam kuzatilishi mumkin va psixiatrga murojaat kilishga sabab bulmaydi. Bu tendensiyalar chegarali psixiatriya uchun xarakterli xisoblanadi – soglom odam ruxiyatida chukur darajada bulmagan ruxiy cheklanish paydo bulishi mumkin, chegarali xolatli bemorlar ruxiyatida esa normal psixologik mexanizmlarni ta'sir kilishi davom etadi.

### **Nevrozlar.**

Ruxiy jaroxatli xolat chuzilganda, chukurlashganda, nevroitik reaksiyalarning tezlashishiga va ogirlashuviga olib keladi, moslashuvli mexanizmlarni chukur, vital darajada darz ketishiga xavf paydo buladi. Ruxiy zarbani somato-vegetativ akkompanementi ancha ifodalangan buladi va kasallik xolatiga yakinlashadi.

Aynan shu davrda ximoya mexanizmlari deyarli ong osti darajasiga mobilizatsiyalanadi. Odam bunday xolatida uzining somatik xolatiga e'tiborini jalb kila boshlaydi. Sub'ektda bulgan xamma vegetativ ruxiy zarba belgilari nazarga tushadi. Kutkaruvchi vaziyat sodir bulib, jismoniy uzini xis kilish soxasiga siljiydi. Uzok davom etgan vaxima giperventilyasion sindromni rivojlanishiga olib keladi, u jiddiy, ammo kaytar fiziologik siljish buladi.

Mushak spazmlari, asosan nafas mushaklarini uta charchashiga, ogrik sezgilariga olib keladi, bemor kupincha yurak ogriklariga duch keladi, ularni «yurak nevrozi» deb nomlashga sabab buladi.

Nafas mushaklari xarakatining kiyinlashuvi nafas olishni tulik emasligi, xavo etishmasligi, tomokda tikilish, kukrak kafasini bosilishi, yutal paydo bulishi, xansirash, tomok kichishi xissiga olib keladi va bemorlar kupincha nafas olishni nazorat kilishni boshlaydi, uni yana kuprok tezlashuvi va chukurlashuvi mushak va nafas olishni buzilishiga olib keladi.

Paresteziyalar, mushaklarda diskomfort xissi, ogriklar, spazmlar, artralgiyalar paydo buladi. YURak tomonidan puls labilligi, ekstrasistoliya, sinusli taxikardiya.

kon bosimining oshishi kuzatiladi. Oshkozon-ichak trakti tomonidan – kungil aynishi, kayt kilish, ich ketish, aerofagiya, korin dam bulishi, meteorizm, kekerishgacha bulgan peristaltika buziladi. Tana xarorati uzgarib turishi mumkin.

Asab-ruxiy doira tomonidan – ong torayishi, xushdan ketish, bosh aylanishi, muvozanat buzilishlari kuzatiladi. Yukorida sanab utilganlarning xammasi uz navbatida sarosimali xujum deb ataluvchi asosli vaximani kuchayishiga olib keladi. Odamlar bunday xolatda doim ichki zurikish, charchok, ta'sirchanlik, dikkatni susayishi, sefalgiya, ishga xotirani yomonlashuvini xis kiladi, uyku buziladi, kurkinchli tushlar kuradi. Ogrik sindromi ikki fazali buladi – giperventilyasiya boshida ogrik paydo buladi, u chukurlashtirilganda ular susayadi.

Keyinchalik yukorida yozilgan psixofiziologik uzgarishlar fonida juda kizikarli va murakkab ximoya belgilari, shartli ravishda biz uni «kasallik konsepsiyasi» deb ataydigan xolat paydo buladi.

U shundan iboratki, ong uzining yomon xis kilish faktlariga konsentratsiyalanadi. Ruxiy zarbaning somato-vegetativ akkompanementida ruxiy jaroxatli kechinmalar aksentini, ruxiyatni umum kutkaruvchi siljishi sodir buladi. Bemor kasallikni boshlanishida uni sabablariga tulik muljali saklangan buladi.

Bemorlar bunday davrda odatda terapevt shifokorlarga murojat kiladi, uzini xolatini «kasallik konsepsiyasini» yangi aksentlarini ongsiz ijtimoiylashuvi uchun yordam suraydi. Rolli xulkini faollashuvini kuramiz va bemor odam roli shartli kulay buladi.

Terapevt kasallik xolatini takidlagandan sung (kupincha VSD tashxisi), bemor uzini yomon xis kilish faktiga namoyishkorona manipulyativ ta'sir kilishni boshlaydi va ta'kidlangan kasallik uzining ruxiy zarba manbasi buladi (odatda bu xamma vakt anik va yakin odamlar buladi).

Bemorlar uzini yomon xis kilishini anik yoki shama kilib aytadi va uzini gamgin kilib kursatadi, atrofdaqilardan yordam, xamdardlik kutadi. Adabiyotlardagi ma'lumotlarga karaganda kupchilik bemorlar uzini «nevrotik yulini» terapevt bilan boshlaydi, kam xollarda nevropatolog bilan boshlaydi.

Katta foizli xolatlarda bu taktika ijobiy natijaga olib keladi va ruxiy

jaroxatlovchi zurikish susayadi yoki xatto jaroxatlanish tuxtaydi. Kupchilik xollarda bu er-xotinni, bolalarni, yaqin karindoshlarni xulkini normallashtirish bilan ifodalanadi. Er ichkilikni, xotin uzgartirishni tuxtatadi, ishechilar xulkini uzgartiradi, bolalar ota-onalari talablarini bajarishni boshlaydi va boshkalar.

Nevroz kup xollarda uz-uzidan yukoladi, sababli omil susayadi va bemor psixiatr nazariga tushmaydi. Bu xolat xamma psixiatriya sohasida xakikatan mantikiy xolat xisoblanadi – ba'zi patologik xolatlar xayotda tabiiy shaklda yukoladi, boshkalari maxsus tibbiy yordam talab kiladi.

Agar jaroxatlovchi omil bartaraf etilmasa, susaymasa, bemorni xolati chuziladi, surunkaliga utadi – bemor doimiy shifokorga murojaat kilishni boshlaydi, odatda bu davrda simptomatikani yatrogen kuchayishi sodir buladi, terapevt bemorda ob'ektiv belgi topolmaydi, yangi va yangi tekshiruvlar buyuradi, bemor nevropatolog yoki psixiatr maslaxatiga boradi.

Terapevtlarni surab surushtirishi bemorda katta zurikish, xatto ta'sirchanlik keltirib chikaradi, shifokorlar intuitiv tarzda bemorlarda «kasallikka ketgan» kishini xis kiladi, real, somato-vegetativ patologiyaga ega bulmaydi.

Nevropatologlar kupincha nevroitik xolatni davolashga xarakat kiladi, an'anaviy tarzda nevrozlar xazirgacha adabiyotlarda yozilib kelinmayapti va ular uzining kompetensiyasiga ishonadi. Bizning kuzatishlarimizga karaganda nevropatologlar terapevtlarga nisbatan kasallikka kengrok yondoshadi.

Keyinchalik yukorida yozib utilgan atrofdagilarni e'tibor kilish mexanizmi paydo buladi, ruxiy jaroxatlanish va psixogen bosim zurikishi susayadi, nevrozda xuddi ximoya tuzilmasidek susayadi, butunlay yukoladi va bemorni axvoli asta-sekin yaxshilanadi.

Bu fonda vegetativ funksiyani va ruxiy xolatni normallashtiruvchi farmakologik vositalar rol uynaydi, shubxasiz ijobiy rol uynaydi. Susayish bulmagan xollarda bemorni axvoli yomonlashganicha kolaveradi va davomli ruxiy jaroxatli xolatni bulishi xatto yomonlashtiradi, bunda bemor ertami, kechmi psixiatr kabuliga boradi.

Kupincha bu yomonlashuv rolli xulknii kuchayishi xisobiga paydo buladi, katta

namoyishkoronalik, simptomatikani yorokinligi kuzatiladi (xolatni isterik komponenti utkirlashadi). Bu fakt (psixiatrga yullanma) uz navbatida asab tizimini chegarali omadsizligidan darak beradi va bunda nevroz dinamikasida jaroxatli xolat mutaxassis tomonidan davo kilinganda amaliy jixatdan yana susayishi mumkin.

Nevrotik xolat dinamikasida bitta tendensiyani aniklash juda muxim. U shundan iboratki, jaroxatli xolatga sezish busagasi yakkol pasayganda, bemorlarda asosiy psixogeniya bilan bevosita boglik bulmagan boshka ruxiy zarbaga sezish busagasi nisbiy oshadi. Suxbatda bemorlar uzini utgan muammoli xolatlarini ancha engil baxolaydi.

Ular dolzarb xolat rivojlanguncha ularni xayoti oddiygina konikarli emas, xatto yaxshiligini ta'kidlaydi. Ma'lumki bunday pereaksentirovka bilan bemor uzining xolatini yomonligini ta'kidlaydi.

Ba'zida ularni xulki boshka modeldagi psixogen omillarga amaliy jixatdan tulik areaktiv xarakterga ega buladi. Bu ma'lum jaroxatli ruxiy xolatni xal kilishda nevrozli bemorlar ruxiyati umumiy konsentratsiyalangan yunalishda tulik tushunarli buladi.

Taklif etilgan modelda biz turli xil nevrozlar uchun obligat bulgan kuyidagi belgilar uyushmasini kuzatamiz. Bular kuyidagi kursatgichlar:

1. Sub yoki depressiv kayfiyat foni.
2. Astenik simptomlar.
3. Funksional tabiatli somato-vegetativ buzilishlar.
4. Rolli va manipulyativ xulkn kuchayishi (isterik komponent).
5. Kasallikka olib kelgan sababni anglash.

Bu belgilar nevrozik xolatni turli kurinishlarida aniklanishi mumkin.

Nevrotik xolatlarni tushunishga bunday yondashilganda turli xil nevrozlarni kiyosiy tashxislash muammosi echiladi, kupincha bu xolatlar uyushgan, polifonik buladi, paritet boshlarida turli buzilishlar buladi.

«Yakka nevroz»dek bulishi mumkin, u yoki bu simptomlarning solishtirma ogiriligiga boglik xolda shartli ravishda toza, ilgari nevroz turlari ajratiladi.

Masalan, rolli, manipulyativ xulk ustun bulganda isterik nevrozdek kurinadi, ammo uni tarkibida depressiya, asteniya, somato-vegetativ yoki xatto psevdonevrotik simptomlar buladi, uzi kasallik sababini tushunadi.

Astenik buzilishlar ustun bulganda manzara nevrasteniya yoki astenik nevrozga mos keladi, unda somato-vegetativ, depressiv simptomlar va rolli xulkiga mos xolda kasallikka olib kelgan sababni tushunadi (uta charchash). Somato-vegetativ belgilar ustun bulganda ipoxondrik nevroz shakllanadi. Tushkun kayfiyatga shikoyatlar ustun bulganda nevroz depressivdek kurinadi va boshkalar.

**Nevrotik rivojlanish.** Ogirlashganda, asosan ruxiy jaroxatlovchi xolat davomli bulganda, bemorda kelgusi jarayonlarga surunkali ruxiy zarbaga moslashish sodir buladi.

Bu erda nevroitik tuzilmani sifatiy kayta kurilishi sodir buladi. «Kasallik konsepsiyasini» emirilishi boshlanadi – u «omadsiz xayot konsepsiyasiga» aylanadi. Bemorda kasallikni boshlanish laxzasi soglom va nosoglom xayot davrlari chegarasidek yukoladi.

Bemorda butun xayot omadsizliklar va baxtsizliklar zanjiridek, odamlar unga xakikatsizlik kilayotgandek, unga yaxshi tarbiya va ma'lumot bermagandek xis rivojlanadi.

Chukurlashayotgan depressiya katotim xayotga turtki buladi, odam kasalligini baxtsizliklarni zanjir davrlari deb uylaydi. Bemor mijgov, vaysaki odamga aylanadi, fakat uzini baxtsizliklari xakida gapiradi. Bemorlar suxbatni uzini noxushliklariga boglaydi. Keyinchalik ertami yoki kechmi negativ reaksiya kilishni boshlaydi, bu uz navbatida ziddiyatni kuchayishiga olib keladi. Atrofdagilarni aybdor kilishga xarakat kiladi.

Nevrotik rivojlanishda asab-ruxiy buzilishlarni uzgarib turishi yukoladi va xolat susayish davrlarisiz, bemor uchun uzluksiz, ogir buladi. Bemor istalgan ruxiy zarbali ta'sirga nevroitik kompleksni kuzishi bilan javob beradi.

Bu xolatni ba'zida sust kechuvchi nevrozsimon shizofreniyadan fark kilish kiyin buladi, kasallikni ichki manzarasi tekis bulib ketadi va xolatni psixogen uzagi nikoblanadi.

Shunday kilib nevroitik rivojlanishni tashxislash uchun quyidagi simptomlar kompleksi kerak:

1. Kayfiyatni doimiy depressiv foni.
2. Funktsional somato-vegetativ buzilishlarni doimiy bulishi.
3. Bemorlarni fiksatsiyalangan roli, rolli xulkn yakka shakli buladi.
4. »Kasallik konsepsiyasini» «amadsiz xayot konsepsiyasiga» aylanishi.
5. Bemorni ongida ruxiy jaroxatli omilni emirilib ketishi.
6. Xoxlagan ruxiy zarbali omilga nevroitik simptomatikani universal reaksiyasining kuchayishi.

**Shaxsni psixogen rivojlanishi (Gindikin V.YA., 1997)**

<b>Bosh miyani zararlanishiga yoki kasalligiga boglik bulmagan shaxsni surunkali uzgarishi, salbiy ruxiy jaroxatlar ta'siri, noadekvat tarbiya, falokatli yoki kuchli davomiy ruxiy zarba natijasida rivojlanadi.</b>	
<b>SHaxsni nevroitik rivojlanishi</b> psixopatiyani chegara varianti xisoblanadi, surunkali nevroitik xolat nevroitik depressiya boskichidan utib, orttirilgan psixopatiyaga aylanadi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- isterik</li> <li>- eksploziv</li> <li>- obsessiv</li> </ul>
<b>Shaxsni patologik rivojlanishi</b> shaxsni premorbid xususiyatlarining davomli patogen zararli ta'sirlar natijasida astasekin sifatli siljishi, turgun tizimlashgan uta kimmatli (vasvasa) goyalar shakllanadi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ipoxondrik</li> <li>- sudbozlik-paranoyyal</li> <li>- rashk</li> </ul>
<b>Shaxsni patoxarakterologik rivojlanishi salbiy tashki xolatlar ta'sirida chegarali psixopatiya varianti shakllanishi</b>	

Bunday xollarda shaxsni nevroitik rivojlanishini, amaliy jixatdan shakllarini fark kilib bulmaydi. Nevrotik xolat komponentlarini u yoki bu darajada biroz uzgartirib turadigan etarlicha yaxlit konglomerat paydo buladi. Shaxsni nevroitik rivojlanishini dastlabki tashxisi kiyinchilik tugdirmaydi, kupchilik bemorlar uzini kasallik tarixini yolg'on aytadi.

Shikoyatlar kupligida nevrozni boshlanishini, uni dinamikasini aniklash oson emas. Bemorlar tashki tomondan sust kechuvchi nevrozsimon shizofreniya bilan



kasallangan bemorlarni eslatadi. kupincha psixogeniya uchun xarakterli bulgan dinamika kuzatilmaydi va umumiy manzara amorf va tushunarsiz buladi.

### KIYOSIY TASHXIS

Xoxlagan tip aralashgan belgilar bilan xarakterlanadi. YUkorida yozib utilgan nevrotik buzilishlarni tuzilishi va dinamikasi chegarali buzilishlarni boshka fenomenlari urtasida chegara kuyishni talab kiladi.

*Nevrozlar va shizofreniya.* Bu ikki kasallikni kiyosiy tashxisi shizofreniya simptomatikasi sust kechganda kiyinchilik tugdiradi, klinikasi anik bulmagan simptomatika, uzgaruvchan manzara, somatik kasalliklar bilan infiltratsiyalangan buladi.

Tashxisda asosiy tayanch laxxa ruxiy jaroxatlovchi xolat bulishi va nevrotik buzilish tuzilishi K.YAspers mezonlariga mos bulishi xisoblanadi. Nevrozsimon shizofreniya uzining simptomatikasi bilan nevrozni eslatadi va nevrozni xech kandy etjologiyasi, patogenezi va kechish konuniyatlariga mos bulmaydi, shu bilan birga:

- Somatik shikoyatlar xamma vakti senestopatiya xisoblanadi, ya'ni ruxiy avtomatizm sindromini sensor variantini yumshok belgilariga yakin buladi.
- Bemorni roli bulmaydi yoki real psixogen xolarga xizmat kilmaydi.
- «Kasallik konsepsiyasini» manipulyativ xulki yuk, uz navbatida kupincha kuzatilmaydi.
- Psixoterapiya nevrozda asosiy davo usuli xisoblanadi, sust kechuvchi shizofreniyada amaliy jixatdan kam foydali buladi, asosiy davo usuli farmakoterapiya xisoblanadi.
- Nikoblangan yoki somatizirlangan depressiya shizofreniyada somatik kasallik bilan kuzatiluvchi endogen depressiya yoki senestopatiya bilan kuzatiluvchi murakkab depressiya shaklida buladi. Bu depressiyani nikoblovchi samarasiga shizofreniya klinikasi bilan tanish bulmagan internistlar duch keladi. Bilimli psixiatrlar bu «nikobni» engil echib oladi.

SHizofreniya klinikasida nevrozsimon buzilishlar:

- Endogen shizofrenik jarayon konuniyatlari buyicha kechadi.
- Buzilish progredientlik tendensiyasiga ega buladi.
- Klinik belgilari asosan nevrotik darajada buladi.
- Klinik nevrotik belgilar psixologik jihatdan tushunarsiz buladi, ruxiy jaroxatlovchi xolat bilan xulosalanmaydi, reallikdan uzilgan buladi.
- Klinik belgilar xissiy kashshoklik fonida rivojlanadi, sovuklik, odamovilik, energitik potensial reduksiyasi, uziga xos fikrlash bilan kushiladi.

*Nevrozlar va fobiyalar.* SHizofrenik fobiyalarni kiyosiy tashxisi katta kiyinchilik tugdirmaydi. SHizofrenik fobiyalarda:

- Tuzilishi, dinamikasi va shaxsiy fobik buzilishlar psixogen ta'sir bilan real boglik bulmaydi.
- Fobiya tuzilishiga K.Y.Aspers mezoni kullanilmaydi, ularni mazmuni psixogeniya bilan mos tushmaydi, kupincha butunlay bulmaydi.
- Bu fobiyalar psixogen omilga boglik bulmaydi va u tuxtaganda xam davom etadi.
- Bu buzilishlar xamma vakt kup yoki oz darajada be'mani buladi va odatda shizofreniya uchun xarakterli bulgan boshka simptomlar bilan kushilib ketadi. Psixogen genezli fobiyalar:
  - Kupincha «fiksatsiyalangan fobiya»lar buladi, ular ma'lum xavf, taxdid xolatida paydo bulib, uzidan keyin davomli iz koldiradi.
  - Odam shunga uxshash yomon xolatlarga tushib kolsa, utib ketgan psixogen ta'sirni eslaydi va faollashadi. Shuning uchun bemorlarda moslashuv ximoyali xulklar kompleksi paydo buladi, bemor bu faollashishdan kochadi, agar buni iloji bulmasa, uni yumshatishga xarakat kiladi.

Kuyidagi variantlarda misollar keltirilgan. Odamni mashina turtib ketadi va unda uzok vakt kuchadan utishda kurkuv paydo buladi, u er osti yullaridan yurib boshlaydi, uzini xar kungi marshrutini uzoklashtiradi. Yoki xaydovchi falokatga uchrasa, uzok vakt mashinaga chika olmaydi.

Dastlab u boshka xaydovchida ketishga xarakat kiladi, keyin extiyotkorlik bilan uzi xaydaydi, avtomobilga ekstrasensdan olingan tumor ilib kuyadi. Ayolni korongu burchakda zurlashsa, unda korongudan kurkish rivojlanadi. U korongu tushmasdan uyiga etib olish uchun maoshini sarflab, uyiga yakin joyga, boshka ishga kuchadi.

Usmir zurga chukmay koladi va keyin u suvdan kurkadi, yozda plyajga borishni tuxtatadi, shaxarda uzini ishonchsiz xis kiladi, daryolarni ustidan utkazilgan kupriklardan kochadi. Odam ovkatdan zurga bugilib kolmaydi va yutinganda kurkuvi, diskomfortlik kuzatiladi. U yutish vaktida bugilish xavfini kamaytirish uchun ovkatni uzok chaynash tizimini uylaydi va boshkalar.

- Agar yangi negativ mustaxkamlanish sodir bulmasa, bu yukorida keltirilgan misollar tabiiy tugashi kerak.

- Bu xolatlardagi ma'lum kiyinchiliklar ta'sir kuchi va ruxiyat reaksiyasi nisbatini baxolaganda paydo buladi. Bu erda kuzatilgan disproporsiya va mos tushmaslik kupincha odamni ruxiyatini ancha murt, sust, kuchli jaroxatlovchi kechinmalarni davomi' chukur fiksatsiyaga moyil kilib kuyuvchi organik zamin borligi bilan tushuntiriladi. Bu zamin kupincha kurinmaydi va baxolanmaydi, turtki va javob mos kelmasligiga olib keladi.

- Shu bilan birga organik tula kimmatli bulmagan zaminli shaxslarni sensitivligini, bu uz navbatida ancha ogir jaroxatlovchi ta'sir kilishi xakida unutmashlik kerak. Fiksatsiyalangan fobiyali kupgina shaxslarda organik tula kimmatli bulmagan zamin buladi.

#### *Nevrozlar va ruxiy zarba.*

Ruxiy zarba fenomenologiyasi xammaga ma'lum, ammo psixiatrlar amaliyotda unga etarlicha e'tibor bermaydi. Ruxiy zarba bu fiziologik belgi, ammo u ruxiy zurikishni mutlak akompanementi xisoblanadi (nevroz shakllanishida). Ruxiy zarba xolatlarida biz xamma vakt ruxiy ta'simi, engil darajali ruxiy zurikishni, ruxiy jaroxatlarni boshlangich boskichlarida susaytiramiz.

Bu erda tashxisiy muammo kuyidagicha xolatlar bilan boglik xolda paydo buladi. Ba'zi kategoriyali shaxslarda vegetativ regulyasiya sust bulishi mumkin, bu

uta zurikish xolatlarida kuzatiladi. Bu vegetativ etishmovchilik ilgari utkazilgan kasalliklar okibati va shunga mos xolda fiziologik tizimi sustligi bulishi mumkin. Boshka xollarda bu kupincha jaroxatli genezli rezedual organik sindrom tuzilishida kuzatilishi mumkin.

Turli ogirlikdagi bosh miya jaroxati patogenezida diensefal soxaning zararlanish mexanizmi bor, bu vegetativ reaksiyaning noturgunligiga olib keladi. SHuning uchun ruxiy jaroxat darajasiga etmagan ruxiy zurikish xolatlarida bunday odamni moslashuvini kiyinlashtiruvchi fiziologik disfunktsiyalar paydo bulishi mumkin.

Masalan, bunday kategoriyali odamlarda kuyidagi muammolar bulishi mumkin: ma'suliyatli ishchi kupincha auditoriya oldida chikish kilish kerak buladi va unda «ayik kasalligi» rivojlanadi. Xar bir chikishdan oldin u kuchli diskomfort xis kiladi, ichak motorikasini tormozlovchi maxsus vositalar kabul kiladi, chikishdan kochishga xarakat kiladi, keyin tibbiy yordam izlab boshlaydi.

Boshka misolda yosh erkak, uylanmagan, noregulyar jinsiy xayot kechiradi, uzining jinsiy tajribasiga uta kimmatli yondoshadi va bunda uziga yukori talab kuyadi. Jinsiy funksiyani buzilishi unda uta zurikish chakiradi, muvaffakiyatsizlikka uchraydi, izzat nafsiga tegadi va xar bir jinsiy mulokotdan oldin yanada kuprok zurikadi.

Yosh kiz institutda ukiydi, sessiyadan utishda katta diskomfortlik xis kiladi, imtixononda kuchli, umuman xayajonlanish xolatida kizaradi. Unda «tula kimmatli bulmagan kompleks» rivojlanadi va u xamma xissiy zurikishda kizarib ketishdan kur kib kocha boshlaydi. Bolalar maktabga borgisi kelmaganda, kupincha kayt kilish, ich ketish, xarorat kutarilishi, bosh ogriklar va boshkalar paydo buladi.

#### *SHaxs patologiyasida nevroitik buzilishlar:*

- Kupincha astenik tipli shaxslarda kuzatiladi (astenik, psixastenik, senzitiv, shizoid, isterik, sikloid tiplada).
- Xayotda epizodlar shaklida bulmaydi, shaxsga doimiy xos buladi, xarakter xususiyatlari bilan zich boglik buladi.
- Xulk stereotipini va shaxs reaksiyalarini aniklaydi.

- Dekompensatsiya boskichida kuchayadi va kompensatsiya boskichida kamayadi.

#### *Nevrozlar va fokal diskineziyalar.*

Nevrologik xolatlarni butun sinfida buladi, rivojlanishi psixogen omil bilan boglik bulishi mumkin (provakatsiyalanishi yoki kuzishi mumkin). Bu nevrologik disfunktsiyalar asosan psixomotor xarakterda buladi, nevropatologlar "fokal diskineziyalar" deb ataydi. Bular yozuv spazmi, buyim kiyshiklik, blefarospazm, spastik disfoniyadek xolatlardir. Nevrologik xarakterdagi buzilish pustlok osti tuzilmalari darajasida buladi (miyacha, miya ustuni, spinal kismilar).

#### *Funksional nevrozsimon buzilishlar:*

- Etiologiyasi somatik kasalliklar va somatik kasallikka reaksiya xisoblanadi.
- Klinik belgilari psixotik buzilishlarsiz nevroitik darajada buladi.
- Klinik belgilari ikkilamchi bulib, asosiy kasallikni dinamikasi konuniyatlariga buysunadi.
- Asosiy kasallikni, simptomlari progresida va reduksiyasida, parallelizm aniklanadi.
- Fakat nevroitik buzilishlarga karatilgan davo natijasiz buladi.
- Tuzalishda simptomatika reduksiyasi asoratsiz va okibatsiz buladi.

#### *Nevrozlar va reaktiv depressiyalar.*

Psixogen depressiya psixogen buzilishlarni obligat affektiv buzilishi xisoblanadi. Kupincha uni toza kurinishda, ba'zida psixotik darajadagi reaktiv depressiyani boshlangich belgisidek, ba'zida unehalik chukur bulmagan mustakil xolat sifatida uchratishimiz mumkin. U endogen depressiyadan katta fark kiladi. Umumiy simptomlarda fakat kayfiyat tushishi buladi.

Motorika ajitatsiyalangan bulishi mumkin, fikrlash tormozlanmagan, tezlashgan bulishi mumkin, ammo psixogen xolatga karatilgan buladi. Bemor xamma vakt xam odamovi bulmaydi, kupincha faol xolda yordam, atrofdegilar xamdarldigini izlaydi va bu rad etilishi tufayli xafachilik bilan tugaydi.

Reaktiv depressiya nevrozdan somato-vegetativ buzilishlarni, manipulyativ xulikka mos xolda kasallik konsepsiyasi yukligi bilan fark kiladi. Depressiya tuzilishi jixatdan nevrozga nisbatan ancha oddiy va ravshan buladi. Uni tashxisi K.Y.Aspers mezonlarini kullaganda kiyinchilik tugdirmaydi.

#### **Nevrozlar va bosh miya organik kasalliklari**

Faol kechayotgan organik jarayonlarni tashxisi odatda katta kiyinchilik tugdirmaydi. Rezidual belgilar asosan bosh miyani jaroxatli zararlanishida bemorlarda kuchli vegetativ noturgunlik bulishi mumkin, u astenik belgilar bilan birgalikda yukori ta'sirchanlikka, uyku buzilishiga, umumiy asabiylashishga olib keladi. Bu xolat nevroitik simptomatikadan ruxiy jaroxat, «kasallik konsepsiyasi», manipulyativ xulk yukligi bilan farklanadi.

Rezidual belgilar simptomatikasi ruxiy zurikishda kuchayishi mumkin, ammo u bunday xollardan tashkari xam kuzatiladi. Bemor yakinlarini xamdarligini xoxlaydi, uziga nisbatan dikkat talab kilishi mumkin, ammo xronologik va asosiy, vegetativ nostabillik simptomatikasi buladi, bu odatda bosh miya jaroxatidan keyingi yakin davrlarda kuzatiladi yoki ungacha bulmasligi mumkin. Dikkati uzini yomon xis kilishga karatiladi, nevrozni rivojlanishidagi psixologik noxushliklarga karatilmaydi.

#### *Organik nevrozsimon buzilishlar:*

- Bosh miyani organik zararlanishi natijasi (kon-tomir kasalligi, jaroxatlar, infeksiyalar, toksik zararlanishlar).
- Klinik belgilar ikkilamchi buladi.
- Klinik belgilar asosiy kasallik konuniyatlariga buysunadi.
- Klinik belgilar psixotik buzilishlarsiz nevroitik darajada buladi.
- Klinik belgilar intellektual – xotira etishmovchiligi fonida rivojlanadi.
- Asosiy kasallik simptomlari reduksiyasida va progresida parallelizm buladi.
- Asosiy kasallik yaxshilanishida simptomatika reduksiyasi intellektual – xotira buzilishlari koldiklari va shaxs uzgarishlari bilan notulik buladi.

**NEVROTİK BUZILISHLI BEMORLARNI DAVOLASH VA**

## YORDAMNI TASHKILLASHTIRISH

Nevrotik buzilishli bemorlarni davolash usullari psixoterapiya, psixofarmakologik va umumkuvvatlovchi vositalar bilan davolashni uz ichiga oladi. Fizioterapevtik muolajalar, davolash jismoniy tarbiyasi keng qullaniladi.

Ziddiyatlarni, ruxiy va jismoniy zurikishlarni, jaroxatlovchi xolatlarni bartaraf kilishga karatilgan ijtimoiy chora-tadbirlar katta axamiyatga ega. Shuni ta'kidlab utish kerakki, kontengentlarini kupchilik kismi umum tibbiy tarmokda kuzatiladi yoki ektramural sharoitlarda (nevroz xonalarda, psixoterapevtik, psixogigienik xonalarda, PNDda) ixtisoslashgan yordam oladi, ambulator davo nevrotik xolatlarni davolashni asosiy usullaridan biri xisoblanadi.

Ambulator davolashda birinchi navbatda ijobiy kechuvchi, nevrotik buzilishlarni subsindromal shakllari — subklinik sarosimali xujumlar, monosimptomatik shilkimliklar, tranzitor, isterokonversion, astenovegetativ va agripnik buzilishlar davolanadi.

Nevrotik buzilishlarni davolashni profilaktik bulimlarda utkazish yaxshirok: ular kupincha nevrozlar sanatoriyasi yoki bulimi (klinikasi) deyiladi. Spetsifik kontengentli bemorlar davolanadi, kamrok kat'iy rejim buladi, ammo tibbiy yordam xajmi chegaralanmagan buladi, utkiy psixozlarda faol davo utkaziladi.

Kupincha gospatializatsiya intensiv davolash kerakligi bilan boglik. Birinchi navbatda utkir vaximali-fobik buzilishlar (avj olgan sarosimali xujumlar, chegaralangan vaxima, panfobiyalar, isterofobik va dissotsiativ xolatlar) davolanadi. Statsionar sharoiti yaratiladi va kasalligi chuziluvchan bemorlar (surunkali kechishga tendensiyasi bulgan), rezistentli bemorlar davomli intensiv psixofarmakoterapiyaga muxtoj buladi.

Shuni ta'kidlash lozimki, ba'zi bemorlar uchun gospatializatsiya muddati chegaralangan buladi. Klinik manzarasida bunday xollarda isteroipoxondrik, koversion belgilar, ipoxondrik fobiyalar va kuchayib boruvchi psixopatizatsiya bilan kuzatiladigan agarofobiyalar dominantlik kiladi.

Kasalxonada uzok vakt bulish faoliyatsizlikka, tashki dunyo bilan mulokotni susayishiga, chukur shaxs buzilishlariga, gospatializatsiya belgilari rivojlanishiga

olib keladi. Utkir kasalligi bor bemorlarni davomli kasalxonada bulishga majburlanmaydi, bu kasallik xususiyatlariga yoki shaxs buzilishlari statsionar sharoitini kutara olmasligiga boglik.

Statsionarga bulishga karshilik shilkimliklarda, shaxslararo mulokotni kiyinlashuvida (mizofobiya, nozofobiya, begona odamlarni fiziologik extiyojlaridan zararlanib kolishdan kurkish) kuzatiladi, ijtimoiy fobiyali bemorlar sensitiv, tortinchok va shubxalanuvchan buladi. Kam tanish odamlarni orasida bulish bemorlar uchun azobli buladi.

Nevrotik bemorlarni davolash samarasi yukori buladi. 60-80% xollarda yaxshilanadi. Kupincha xolatni davomli stabilizatsiyasi buladi. Agar vaximali-fobik buzilishlar davosi 66% xollarda kuzatilsa [Smulevich A.B. va boshk., 1998] aloxida samaralar buyicha muxokama kilinganda (3 yillik katamnez ma'lumotlari), davolashni musbat ta'siri fakat 5% bemorlarda saklanadi.

Prediktorlar orasida davoning ijobiy okibati — urta yosh — 30-40 yosh (50 yoshdan keyin davoga chidamlilik asosan oshadi). Davo turmushini davom ettirib turgan erkak va ayollarga yaxshirok ta'sir kiladi.

*Obsessiv-kompulsiv buzilishlarni medikomentoz davosi* asosiy psixofarmakologik sinf vositalaridan foydalaniladi. Birinchi navbatda (asosan vaximali-fobik va affektiv buzilishlar komorbidligida) serotoninergik antidepressantlardan foydalaniladi. Ular orasida birinchi urinni tritsiklik antidepressantlar egallaydi. Bu vositalardan eng samaradori sarosimali xujumlar, shu jumladan obsessiv-fobik buzilishlarni bartaraf etishda klomipramin (anafranil) xisoblanadi.

Boshka tritsiklik antidepressantlarni antiobsessiv faolligi — amitriptilin, imipramin (melipramin) asosan shilkimliklarni davolashda ular psixofarmakoterapevtik ta'sirga chidamli buladi. Fakat bu vositalar murakkab vaximali-depressiv xolatlarda, asosan sindromal komorbidligida, obsessiya affektiv buzilishlarni obligat belgisi sifatida bulganda (uz-uzini ayblash, gunoxkorlik shilkim goyalari, kontrast tasavvurlar) etarlicha samarali buladi.

Tritsiklik unumlar bilan birga serotoninni kayta surilishiga karshilik kiluvchi



selektiv antidepressantlar — fluoksetin (prozak), sertralin (zoloft), fluvoksamin (fevarin) keng qullaniladi, ular xam sarosimali xujumlarda, xam boshka obsessiv-fobik buzilishlarda, yukori dozalarda depressiyalarda keng qullaniladi.

Antidepressantlar orasida — MAO ingibitorlari — antifobik faollikka kaytar selektiv ingibitor MAO-A moklobemid (auroriks) ega, ijtimoiy fobiyalarda xam samarali xisoblanadi [Montgomeri S. va boshk., 1998].

Vaximaga va obsessiyaga karshi vositalardan birinchi urinda trankvilizatorlar turadi, kupincha (benzodiazepin unumlaria, glitserol — meprobamat, difenil metan — gidroksizin va boshk.) kimyoviy guruxlar qullaniladi. Meprobamat va gidroksizin (ataraks) kabi trankvilizatorlar psixogen ta'sir, somatik xolatlar uzgarishi natijasida kelib chikkan epizodik vaximali-fobik reaksiyalarda, subsindromal obsessiv buzilishlarda, yakka fobiyalarda qullaniladi.

Bu vositalarning ustunligi nojuya ta'sirlaring kam ifodalanganligi xisoblanadi, ularni uzok qullaganda xam doriga karamlik shakllanmaydi. Kupincha benzodiazepin unumlari qullaniladi. Benzodiazepin unumlarining ustunligi ularni tez samara berishi (asosan parenteral yuborilganda) va anksiolitik ta'siri spektrining kengligi, dozasi oshirilib yuborilganda letallik kamligi, psixotrop va somatotrop vositalar bilan kam interaksiyasi xisoblanadi.

Benzodiazepinlar xam vaximali-fobik, xam obsessiv-kompulsiv buzilishlarda, shu jumladan utkir shakllarda (sarosimali xujumlarda, tarkalgan vaximada) va chuzilgan psixopatologik xolatlarda qullaniladi. Bunda benzodiazepin unumlari tarkibida somatovegetativ belgili obsessiv fobik buzilishlar ustun bulgan xollarda eng samarali buladi. Sarosimali xujumlarni bartaraf etishda alprazolam (ksanaks) va klonazepam (rivotril) kursatma xisoblanadi, diazepam (valium), xlordiazepoksid (librium, elenium) parenteral — m/o, v/i, tomchilatib kuyiladi.

Benzodiazepinlar ularda doriga karamlik bulganligi uchun chegarali xolda foydalaniladi. Ba'zida davolash kursi uzilganda yoki davoni tuxtatishga xarakat kilinganda benzodiazepinlarda uzib kuyish sindromi belgilari kuzatiladi (vaxima, uykusizlik, asteniya, bosh ogrigi, yurak urishi tezlashuvi, terlash, kungil aynish, ishtaxa yukolishi, paresteziya, mushak titrashi, kam xollarda talvasalar) [Roy-

Byrne P.P., Hommer D., 1988].

Benzodiazepinlar bilan uzok davolash kat'iy kursatmalar asosida, asosan kaytalanuvchi sarosimali xurujli surunkali vaximalarda kullaniladi. Uzib kuyish sindromi paydo bulishidan kochish yoki asosiy kasallik simptomatikasi kushilmasligi uchun benzodiazepinlar bilan davolash (ular uzok kullanilganda) asta-sekin tuxtatiladi, xafta, ba'zida oy davomida sutkalik doza kamaytiriladi.

Nevrotik xolatlarda, jumladan shilkimliklar va fobik buzilishlarda neyroleptiklar bilan davolash chegaralangan, chunki ularda salbiy somatotrop samara bor, ular obsessiv sindromni kuzgatishi mumkin, yukori nojuya ta'sirga ega buladi.

Neyroleptik vositalar murakkab ximoya marosimlar bilan kuzatiluvchi fobiyalarda (mizo-, agarafobiya), mavxum shilkimliklarda [Snejnevskiy A.V., 1983], asosan ideator doirada (shilkim xisoblash, suzni buginlarga bulish shilkimligida, shilkim donolikda) amalga oshuvchi shilkimliklarda, shilkimliklar vasvasalar bilan kushilganda (zarar etkazish, munosabat, ta'kib goyalari) yoki katatonik tuzilmalarda kursatma xisoblanadi. Neyroleptiklarni organizm asosiy antiobsessiv vositalarga chidamli bulganda, antidepressantlar yoki trankvilizatorlar bilan birga kullash maksadga muofik buladi.

Obsessiv buzilishlarni davolashni okibati ularni psixopatologik tuzilishi bilan aniklanadi. Vaximali-fobik buzilishlarni davolash jarayonida eng yaxshi samaralarni yakkalangan simptomokompleks sifatida sarosimali xujumlarda olish mumkin, kognitiv va vegetativ kriz tipida avj olgan somatik vaxima kushiladi.

Sarosimali xujumga agarofobiyani turgun belgilari yoki ipoxondrik fobiya kushilganda okibat yomonlashadi. Vaximali-fobik buzilishlarda agarofobiya ustun bulganda davoda nisbatan kam samara buladi, bu psixopatologik simptomlarni davoga patologik chidamliligi bilan boglik. Vaximali-fobik buzilishlarda ipoxondrik fobiya ustun bulganda, davolash natijasida kaytalanish kam buladi, u psixotrop vositalarga yukori sezgir buladi.

*Isterokonversion buzilishlarda medikamentoz davo* asosan epizodik rivojlanuvchi, kiska muddatli isterik reaksiyalarda trankvilizatorlar bilan

utkaziladi, kichik dozalarda va kiska muddatga buyuriladi.

Dissotsiativ buzilishlar kushilishi bilan kuzatiluvchi isterik tutkanokli kupol utkir xolatlar trankvilizatorlarni parenteral (v/i tomchilatib) yuborish bilan bartaraf kilinadi. Ba'zi xollarda isterofobik belgilar chuziluvchan xarakterda bulsa, kombinatsiyalangan davo (neyroleptik vositalarni neuleptil, eglonil, xlorprotiksen) utkazish kerak buladi.

*Nevrasteniyani medikamentoz davolashda* psixotrop vositalardan, moddalar almashinuvini faollashtiruvchi umumkuvvatlovchi vositalardan va organizm funksiyasini tiklovchi vositalardan (vitaminlar, angioprotektorlar — sernion, vinpotsetin, trental, sinnarizin; antioksidantlar — meksidol, emoksepin; kalsiy antagonistlari — verapamil, geptral va boshk.) foydalaniladi.

Ruxiy giperestiziya belgilari bulgan nevrasteniya psixofarmakoterapiyasi asosan trankvilizatorlar bilan utkaziladi. Uta charchash, ta'sirchanlik, ichki taranglashish xissi ustun bulgan shikoyatlar bulganda trankvilizatorlar parenteral (v/i tomchilatib, m/o) yuboriladi. Astenik belgilar kam ifodalangan ambulator kasallarga sedativ va miorelaksant ta'sirga ega bulmagan kunduzgi trankvilizatorlar (meprobamat, ataraks, tazepam, grandaksin va boshk.) kulllaniladi.

Klinik manzarasida giperestiziya bulmasa va ta'sirchan suslik, kuvvatsizlik xissi, zurikishlarni kutara olmaslik, ruxiy va xarakat faolligi buzilganda trankvilizatorlar bilan birga nootropalar (piratsetam, ensefabol, amination, piritinol va boshk.), stimulyatorlar (sidnokarb, meridil va boshk.) kulllaniladi.

Turgun uyku buzilishlarida — bu nevrozning tez-tez uchraydigan belgilaridan xisoblanadi — gipnotik xususiyatga ega psixofarmakologik vositalar kulllaniladi. Bunda eng kup amaliy jixatdan axamiyatga ega ikki gurux gipnotiklar: kiska muddatli uyku chakiruvchi benzodiazepin unumlari (triazolam — xalsion, midazolam — dormikum), uzok muddatli (flunitrazepam — roqipnol, flurazepam — dalmadorm, nitrazepam — radedorm), yangi kimyoviy guruxlar — siklopiron unumlari — zopiklon (imovan), imidazapiridina — zolpidem (stilnoks, ivadal), uxlatuvchi vositalar kulllaniladi. Zopiklon va zolpidemni ustunligi shundaki, ularda

nojuya ta'sirlar kam kuzatiladi. Ular kunduzgi uykuchanlik va mushak relaksatsiyasini chakirmaydi.

Ba'zi xollarda benzodiazepin unumlariga va boshka uxlatuvchi vositalarga chidamli bulgan turgun uyku buzilishlarida neyroleptiklar (xlorprotiksen, sonapaks, teralen, propazin, tizersin) yoki antidepressantlar (amitriptilin, doksepin, insidon, trimipramin — syurmontil, gerfonal) kullaniladi, ular kuchli gipnotik ta'sirga ega buladi. Utkir bulmagan presomnik yoki intrasomnik buzilishlarda antigistamin vositalar (dimedrol, gidroksizin — ataraks, pipolfen) kullaniladi. Davoni jismoniy usullari xam samarali buladi — suv muolajalari, darsonvalizatsiya, kalsiy, brom ionlari bilan elektroforez, elektrouyku va boshk.

### **Psixoterapiya**

Nevrozlar psixogen buzilishlar deb xisoblanib, ularda psixoterapiyani turli texnikalari kullaniladi. Vaximali-fobik va obsessiv-kompulsiv buzilishlarni psixoterapiyasi oxirgi yillarda ancha dolzarb bulib koldi, bu vaximani klinikasi va patogenezi polimorfizmi xakidagi tasavvurlarni aniklash bilan boglik buldi.

Psixoterapevtik ta'sirlar vaximani reduksiyasi va xulki noadekvatligini kooreksiya kilishga karatilgan (vaximali-fobik buzilishlarda kochish, obsessiv-kompulsiv buzilishlarda uzini nazorat kilishni susayishi), patologik xulkli pat-ternlar transformatsiyalanadi, bemorga asosan relaksatsiya utkaziladi. Xam guruxli, xam individual psixoterapiya usullari utkaziladi.

Fobik buzilishlar ustun bulganda ruxiy-xissiy kullab kuvvatlovchi terapiya samarali buladi, bemorni psixologik uzini xis kilishini yaxshilaydi, bunda xususiy fobik simptomatika saklanishi mumkin. Fobiyalarni bartaraf kilish uchun ancha faol psixoterapevtik ta'sirlar talab kilinadi, asosan xulkli terapiyani turli modifikatsiyalari, bemorni fobik turtkiga desensibilizatsiyalovchi usullar kullaniladi. buning uchun unga kurkuv chakiruvchi ob'ektga karama-karshi turish utkaziladi, relaksatsiyani turli kurinishlari – gipnoz kullaniladi.

Natijada retsiprokli ingibirlanish sodir buladi: kurkuvni susayishi vaximani kamaytiradi, vaximani kamayishi kurkuvni ustun bulishini engillashtiradi. Ratsional psixoterapiyani karama-karshi kuyilgan suggestiv usullari kursatma

xisoblanadi, mantiqiy argumentatsiyaga asoslangan (kasallikni xakikiy moxiyati, bemorga kasallikni belgilari adekvat tushintiriladi va davolash kerakligi uta ishontiriladi).

Obsessiv-kompulsiv buzilishlarda xulkli psixoterapiyani turli shakllari samarali, ular orasida ekspozitsiya va reaksiyani oldini olish usuli asosiy axamiyatga ega. Keyingisi shundan iboratki, bemor asta-sekin va maksadga muofik turtkidan kochadi va ongli ravishda paydo buluvchi patologik reaksiya sekinlashadi.

Desensitizatsiyani uxshash texnikalari, fikrlashni tuxtatish, zuriktirish va aversiv kelib chikishi kullaniladi. Oxirgi xolatlarda xulkni patologik shakllari tormozlanish (kupincha marosimlar) shilkim xolatlar va manfiy mustaxkamlanish (masalan tok zarbasi) orasida shartli refleks xosil kilish yuli bilan erishiladi.

Saklovchi texnikada bemorni ongida shilkimliklar bilan boglik ogir tasavvurlardan bezdiradigan jonlantirishga yunaltilgan instruksiyalardan aversion turki sifatida foydalaniladi. Ba'zi xollarda insayt-psixoterapiya samarali buladi. Kupchilik bemorlarda obsessiv-kompulsiv belgilar ancha turgun buladi. Ijtimoiy-reabilitatsion chora-tadbirlar kompleksida kullab-kuvvatlovchi va oilaviy psixoterapiya kursatma xisoblanadi.

Klassik psixoanaliz isterik buzilishlar psixoterapiyasiga uziga xos yondoshuv xisoblanadi, kamchilik bemorlarga yordam beradi, bu yondoshuv pozitiv kabul kilinadi. Kupchilik bemorlar uchun turli psixoterapevtik konsepsiyalar sinteziga asoslangan va suggestiv, kognitiv, individual, guruxli, xulkli va psixoterapiyani boshka turlari kismlarini uzlashtirib olgan integrativ psixoterapiya ancha samarali xisoblanadi.

Klinik manzarasida konversion belgilar dominantlik kilsa gipnoz kullaniladi, musbat, ammo kiska muddatli samara beradi. Gipnotik ishontirish bilan bemordan tasavvurlarni, xissiyotni, esdaliklarni chikarib tashlaydi va isterik dissotsiatsiya belgilari bartaraf etiladi (psixogen amneziya, kisman yoki tulik amneziyali dissotsiativ fuga, uzini nazorat kilish tiklanishi bilan kuzatiladigan kupgina shaxs buzilishidagi amnestik barerlar).

Asosiy kasallik asosida yotgan/uni xususiy psixologik muammolari bilan bemorni bevosita tuktashishi terapevtik jarayonning birinchi kadami xisoblanadi. Ba'zi xollarda direktiv suggestiyadan foydalanish kursatma buladi, ammo buni kullash uchun tajriba, yukori kvalifikatsiya va extiyotkorlik talab etiladi.

Keyinchalik neyrolingvistik dastur kullaniladi, bu sodir bulgan istalغان vokeani postulatiga asoslangan. Neyrolingvistik dastur asosida yotgan gipoteza ijobiy xayotda xoxlagan noxush narsani tasavvur etishga olib keladi va bemor uchun pozitiv resurslar manbasidek karaladi. Bu usulning ta'siri ostida individning uziga va atrofdagilarga munasabati uzgaradi

#### **Klinik misollar:**

1. Bemor K., 24 yosh, yurak urishiga, yurakni notugri urish xissiga, yurak soxasidagi doimiy sanchivchi ogrikka, umumiy xolsizlikka, ta'sirchanlikka, xissiy labillikka, vakti-vakti bilan paydo buluvchi vaximaga, tushkun kayfiyatga shikoyat kiladi. Kasalligi bir oy oldin davomli ruxiy jaroxatdan sung boshlangan. Oxirgi yillarda bemorni onasi kasal bulgan, bemor unga karagan, asabiylashgan, charchagan.

Xozirgi paytda eri bilan munosabati yomonlashib, ajrashgan. Ajrashgandan sung bu kasallik paydo bulgan. Somatika: puls 72-80ta, ritmik, labil. YUrak chegaralari normada, tonlari anik, shovkinlar yuk. AKB-150/80 mm.s.u.teng. nevrologik xolat: kul barmoklarida engil titrok, gipergidroz, EKG- normada, kon analizlari normada. Bemorni ruxiy xolatini, astenik, xissiy va vegetosomatik buzilishlarni (ular uta charchashda, ruxiy jaroxatda paydo bulgan), somatik va organik patologiya yukligini xisobga olib bemorga nevrasteniya deb tashxis kuyish mumkin.

#### **Tashxis: Nevrasteniya**

2. Bemor V., 48 yosh. Shubxalanuvchanlikka, jirkanuvchanlikka, infeksiyon kasalliklar bilan kasallanib kolishdan kurkishga, tushkun kayfiyatga, uta charchashga, yomon uyku va ishtaxaga shikoyat kiladi. 48 yoshgacha soglom va ishga yarokli bulgan. Juda toza-ozodaligi, pedantistligi, biroz vaximakashligi,

shubxalanuvchanligi bilan ajralib turgan, 46 yoshida sayr vaktida mushuk timab olgan, ammo bemor bunga e'tibor bermagan.

Keyinchalik yukumli kasalliklar shifokorini uchratib, kuturish kasalligi bilan zararlanish mumkinligini bilgan. SHifokor unga emlash kerakligini, agar kela olmasa militsiya orkali majburlab olib kelishini aytdi. Bemor tunni vaximada utkazgan, ammo kuturish bilan kasallanib kolish fikri unga tinchlik bermagan.

Emlangandan sung xam bemorni xolati yaxshilanmagan. It, mushuk, xatto kushlarni kurganda xam kuturish bilan kasallanib kolishdan kurkuv, vaxima paydo bulgan. Jirkanuvchan bulib kolgan, ishini tashlagan. Uyda onasidan «infeksiyani yopishtirib olmaslik uchun» tez-tez kulini yuvishni talab kilgan. Uzini xolati xam ogir bulgan, uzi xech bir ish kilolmay kolgan.

Klinikada uta shubxalanuvchan, jirkanuvchan, kulini tez-tez yuvadi, mulokotdan kochadi, aloxida utiradi, atrofdagilar ziyofatiga kushilmaydi, zararlanib kolishdan kurkuv paydo bulganligi aniklangan. Kayfiyati tushkun, vaximali, shubxali.

Uzini kechinmalarini begonanikidek gapiradi, uni shaxsiga mos kelmaydi, uykusi yuzaki. Bu ruxiy xolat shilkimlik sindromiga mos keladi, kasallik vaximali-shubxalanuvchan shaxsda ruxiy jaroxatdan sung rivojlangan.

#### **Tashxis: Shilkim xolatlar nevrozi**

Bu klinik kuzatuvda shu uziga dikkatni tortadiki, kasallik shifokor bilan kuturish bilan zararlanib kolish xakida mulokot kilgandan sung boshlangan, ya'ni sodir bulgan vokeadan ikki yil utib (bemorni mushuk timagan). Klinik manzarasida asosiy urinni yopishkoklik egallaydi, asosan fobiya. SHu bilan birga affektiv buzilishlar (vaxima, tushkun kayfiyat) va ipoxondriya xam kuzatilgan.

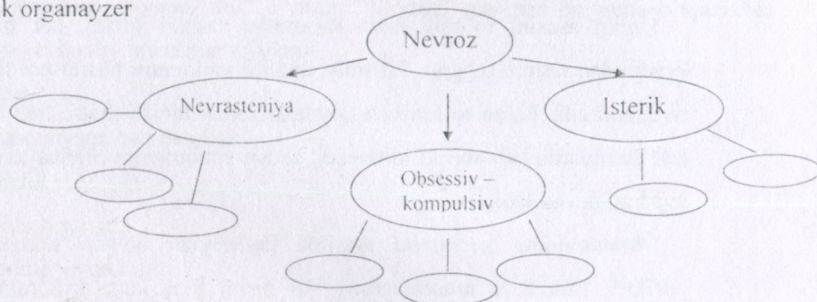
3. Poliklinika shifokoriga 22 yoshli bemor umumiy xolsizlikka, uyku buzilishiga, xar kuni kechkurun takroriy kurkuv epizodlariga, yurak urishiga, AKB oshishiga, ulim kurkuvi bilan kuzatiluvchi yurak soxasidagi ogrikka, 25-30 dakika davom etishiga shikoyat kilib keldi, bu ishdagi ziddiyatdan sung, oxirgi oyda paydo bulgan, xar kuni tez yordam chakirgan, ular psixiatr kurigiga yuborgan.

Ruxiy xolati: xushi uzida, mulokotga xoxlab kirishadi, uzi xakida gapiradi, fikrlashi tartib bilan, vasvasa va gallyusinatsiyalar kuzatilmaydi, kayfiyati noturgun, tushkunlikka moyil. Suxbat vaktida yukorida aytib utilgan shikoyatлами faol aytadi, uzini kardiologik kasal xisoblaydi, EKG va yurak kon tomir tizimini xamma tekshiruvlari normada.

Ruxiy va jismoniy tez charchashga shikoyat kiladi, ish zurikish talab kiladi, dikkatini kiyinchilik bilan jamlaydi, dikkati noturgun, biror ishda dikkatini kiyinchilik bilan tuplaydi. Intelekti olgan ma'lumotiga mos, uzini xolatiga tankidi saklangan.

**Tashxis: Sarosimali xujum bilan kuzatiluvchi vximali-fobik buzilish.**

#### 5. Grafik organayzer



#### Grafik organayzer

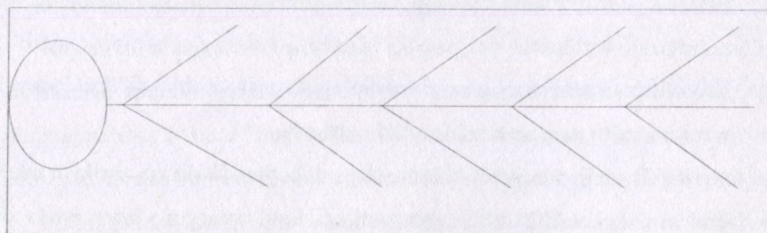
##### «Baliq skeleti»

Muommoning butun ko'rinishini (sohasini) to'liq ifodalab berish va yechimini toppish imkoniyatini beradi. Talabalar juftliklatga bo'linib "suyakchalar" ustiga mujmmoning ifodalanishini, pastki tomoniga esa isbotlovchi faktlarni yozishadi. Bu usul analitik, tizimliy va kreativ fikirlashni rivojlantiradi va aktivlashtiradi. Tizimni tuzish qoydalari bilan tanishishadi.

Muommoning kichik bo'laklari mavjudligini tushuntiradi va individual tarzda to'ldirishadi. Kichik guruhlarga bo'linib tizimlarni solishtirishadi va kamchiliklarini to'ldirishadi. Natijalarni taqdim qilish: tuzilgan tizimning taqdimoti muommoning kichik bo'laklarining o'zaro bog'liqliklarini va kompleks



yechish yo'llari mavjudligini tushuntirishga yordam beradi.



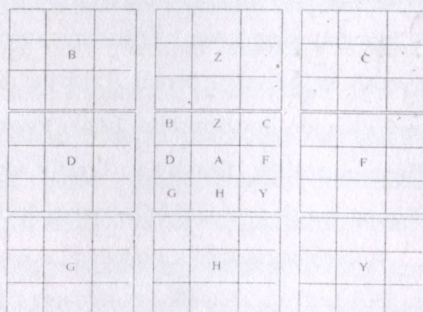
### Grafik organayzer "Nilyufar guli"

Muommoning yechimini topishning usuli. Ushbu organayzer o'z ichiga niluyfar guli tasvirini qamrab oladi.

Uning asosini to'qqiz katta kvadratlar tashkil qiladi, har bir kichik 9 ta kvadratdan tashkil topgan. Tizimliy, analitil va kreativ fikirlashni faollashtiradi va rivojlantiradi. Tizim to'ldirilish qoydalarini bilan tanishishadi. Individual ravishda\ juft guruhlarda jadvalni to'ldirishadi: asosiy muommoni organayzerning markaziy kvadratiga yoziladi.

Muommoning yechimini atrofida joylashgan qolgan sakizta kvadratlarga yoziladi. Shu 8 ta muommoning har birini 8 ta katta kvadratning markaziga ko'chirilib, har biri asosiy muommo sifatida ko'rib chiqiladi.

Guruhlar juft guruhlarga birlashib to'ldirilgan organayzerlarni taqqoslashadi, kamchiliklari to'ldiriladi. Natijalarni taqdimiq qilishadi.



Ushbu darsda qo'llaniladigan yangi pedagogic tehnologiyalari

"Avlana stol" texnologiyasini qo'llash bo'vicha metodik ko'rsatmalar:

Barcha talabalar qura tashlash yo'li bilan to'rttadan uchguruhga bo'linadi. Har bir guruh alohida stol atrofida o'tirib ruchka va toza varoq tayyorlashadi. Varoqda sana, guruh tartib raqami, fakultet, guruh azolarining F.I.O., o'yin nomi yoziladi. Har bir guruh azolaridan bittasi konverttan savol oladi. Barcha guruhlarga beriladigan savollar taxminan bir hil qiyinlik darajada bo'ladi. Talabalar o'zining varogiga savollarni ko'chirib olishadi.

Varoq aylana bo'ylab uzatiladi. Har bir talaba o'zining javob variantini yozib keying talabaga uzatadi. Har bir talaba javobiga 3 daqiqa ajratiladi. Vaqt tugagach varoqlar ustozga topshiriladi. Barcha talabalar natijalarni muhokama qilib eng to'g'ri javob tanlanadi va unga maksimal ball qo'yiladi. Muhokamaga 15 daqiqa ajratiladi. "aylana stol" o'yinini "Nevroz" mavzusi bo'yicha o'tqazishga savol va vaziyatliy masalalar to'plami.

### **Testlar**

I. Nevrasteniya hoz belgilar:

1. asabiylik
2. konfabulyatsiya
3. uyquning yuzakiligi
4. giperesteziya
5. yopishqoq shubhalar

II. Yopishqoq holatlar nevroziga xos belgilar:

1. gallyucinatsiyalar
2. giperesteziya
3. obsessiyalar
4. vasvasaviy g'oyalar
5. ritual harakatlar

III. Nevrosteniyaning davolashda qollaniladi:

1. eleniyum
2. diyazepam
3. seduksen
4. fenobarbital

5 finlepsin

IV. Obsessiv syndromlarning asosiy simptomlari:

1. Yopishqoq goyalar (harakatlar)
2. Yopishqoq hisoblashlar
3. Hotira buzilishlari
4. Gallyucinaciya kuzatilishi
5. Yopishqoq qorquvlar

V. Nevrozni davolashning yetakchi terapevtik usullari:

1. psyhofarmakoterapiya
2. ninaterapiya
3. psyhoterapiya
4. fitoterapiya
5. jarrohlik

VI. Yopishqoq shubhalar quyida keltirilgan belgilar bilan ajralib turadi:

1. ukarning kasallikka xosligin bilishadi va ularga nisbatan taqid mavjudligi
2. bemor irodasiga bo'ysinmagan holatda paydo boladi
3. hotira buzilishi natijasida vujudga keladi
4. bir marta tekshirilgach bemor tinchlanadi
5. bajarilish to'g'riligi va aniqligi haqida shubhalaniladi

VII. Ishtimoyi fobiyaning klinikasi

1. atrofdagilar koz o'ngida hato qilishdan yoki adashib ketishdan qo'rqish
2. o'limdan qo'rqish
3. yopishqoq g'oyalar
4. juda qimmat g'oyalar
5. auditoriya oldida nutq gapirishdan qo'rqish
6. venerik kasallik yuqtirib olishdan qorqish

7. VIII. Obsessiyalarga kiradi:

1. Yopishqoq hisoblashlar
2. Amneziya

3. Kriptomneziya

4. Psevdogallyucinatsiyalar

5. Yopishqoq harakatlar

6. Klaustrofobiya

IX. Racional psixoterapiya hisoblanadi:

1. Tushunturuvchi suhbat

2. Suggestiv seansla

3. Gipnoz seanslari

4. Autotriming seanslari

5. psihoanaliz

6. ninarefleksterapiyasi

X. Psixoterapiya usullari:

1. hamma sanalgan javoblar

2. rracional

3. placeboterapiya

4. mehnat terapiyasi

5. gipnoterapiyasi

6. autotrening

XI. quyidagi sanab o'tilgan usullar nevroz davolash uchun qo'llaniladi:

1. antikonvulsantlar, kopincha barbituratlar

2. neyroleptiklar

3. fiziyoterapiya, sanatorno – kurort davanish

4. normotimiklar

5. gipnoz va autotrening

6. teturam, antabus

7. trankvilizatorlari

XII. Nevrosteniyaga quyidagi belgilar xos:

1. asabiy holsizlik

2. tortuvchi bosh og'riqlar

3. astaziya - abaziya

4. kayfiyat o'zgarishlari, parishonlik

5. vegetative ozgarishlar

6. turg'un obsessiyalar

7. mutizm

XIII. Yopishqoq buzilishlar quyidagi kasalliklarda uchraydi:

1. nevrozsimon shizofreniya

2. demenciya

3. gipertonik kasallikning nevrostenik bosqichida

4. psihoastenik nevrozda

5. MDP ning maniyakal fazasida

6. oligofreniyada

## 6.2. Amaliy qism

Ruhiy bemorlarni tekshirish, psixik-statusini tasvirlash, tekshirish rejasini va davolash usullarini muhokama qilish.

### 7. Bilim va ko'nikmalarni tekshirish shakili

- og'zaki

- yozma

- vaziyatliy masalalarni yechish

- o'rganilgan amaliy ko'nikmalarni bajarib ko'rsatish

## 8. Nazorat savollari

1. Nevrotik buzilishlarga tushuncha bering.

2. Nevrozlar tasnifi.

3. Nevrotik buzilishlarni tashxisi nimaga asoslanadi (mezonlari)?

4. Nevrozlarni etiopatogenezini tushuntiring.

5. Vaximali-fobik buzilishlarni turlarini tushuntiring.

6. Uta charchash va asteniyadagi buzilishlarni tushuntiring.

7. Isterik nevrozni tuzilishi kanday?

8. Nevrasteniya klinikasini tushuntiring.

9. Nevrotik buzilishlarni kiyosiy tashxisi nimaga asoslanadi?

10. Nevrotik buzilishlarni medikamentoz davosi prinsiplari kanday?

### 9. Asosii adabietlar:

1. Rukovodstvo po psixiatrii: V 2-x t.T.2/ Pod redaksiye A.S.Tiganova.M.: Meditsina, 1999-784s.
2. Rustanovich A.V., SHamrey V.A. Klinicheskaya psixiatriya v sxemax, tablitsax i risunkax. SPb : «ELBI-SPb», 2006. -216 s.
3. Korkina M.V., Lakosina N.D., Lichko A.E. Psixiatriya: Uchebnik-M.: Meditsina, 1995.-608 s.
4. V. A. Romanovskiy Leksiya: Nevroticheskie reakcii, nevrozy, nevrotycheskie razvitiya.-2001. .

### Kyshimcha adabietlar:

1. Karvasarskiy B.D. Psixoterapevticheskaya ensiklopediya. — S.-Pb., 1999.
2. Karvasarskiy B.D. Nevrozy. — M.: Meditsina, 1980.
3. Krayndler A. Astenicheskiy nevroz. — M., 1963.
4. Myasishchev V.M. Lichnost i nevrozy. — L., 1960.
5. Asatiani N. M. Sravnitel'naya xarakteristika sindroma navyazchivyx straxov pri nekotoryx nevrozax i shizofrenii // Jurn. nevropatol. i psixiatr.- 1961.- № 10.- S. 1510-1519.
6. Asatiani N. M., Matveeva B. S. Klinika rezidualnyx rasstroystv pri blagopriyatnom techenii nevroza navyazchivyx sostoyaniy // Jurn. nevropatol. i psixiatr.- 1981.-№11.-S. 1666.

7. Berezin F. B. Psichicheskaya i psixofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka.- L., 1988.- 295 s. 110. Semke V. YA., Noxrina L. YA. Dinamika osnovnykh form nevrozov // Jum. nevropatol. i psixiatr.- 1986.- № 2.- S. 1662-1667.
8. Smulevich A. B. Psixogennye zaboлевaniya, psixopatii // Rukovodstvo po psixiatrii. T. 2.- M., 1983.- S. 342- 441.
9. Svyadosh A.M. Nevrozы (rukovodstvo dlya vrachey).-SPb.:Piter Publishing,1997.- 448 s.

#### **Internet-havola**

<http://www.travolekar.ru/articles/pract/nuerosis.htm> -Nevrozы. Lechenie travami

<http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20020207> -Model struktury i razvitiya pograničnogo rasstroystva lichnosti

[http://www.psyforum.ru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2021](http://www.psyforum.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=2021) - Geshtalt-terapiya pograničnogo lichnostnogo rasstroystva

<http://www.booksmed.com/psixiatriya-psixologiya/613-pograničnyie-nervno-psixicheskie-rasstrojstva.html> - Pograničnyie nervno-psixicheskie rasstroystva - Ushakov G.K. - Prakticheskoe posobie

[http://www.koob.ru/alexandrovskij\\_u\\_a/pograničnie\\_psyhicheskie\\_rasstrojstva](http://www.koob.ru/alexandrovskij_u_a/pograničnie_psyhicheskie_rasstrojstva) - Pograničnyie psixicheskie rasstroystva. Aleksandrovskiy YU.A.

<http://ztema.ru/illness/317/> -Nevroticheskie rasstroystva

