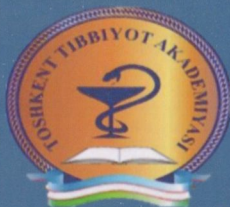


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ



ПСИХИАТРИЯ ВА НАРКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

**ДАВОЛАШ ВА ТИББИЙ-ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТИ 5-КУРС
ТАЛАБАЛАРИ УЧУН «ПСИХИАТРИЯ» ФАНИДАН
«ПСИХОСОМАТИК БУЗИЛИШЛАР» НОМЛИ ЎҚУВ – УСЛУБИЙ
КУЛЛАНМА**



ТОШКЕНТ – 2019

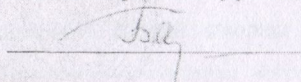
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

«Ғасдиқтайман»

Ўқув ишлари бўйича

проректор

профессор Боймуратов Ш.А.



2019 йил «___» _____

ПСИХИАТРИЯ ВА НАРКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ
ДАВОЛАШ ВА ТИББИЙ-ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТИ
5 КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН
«ПСИХИАТРИЯ ВА НАРКОЛОГИЯ»
ФАНИДАН

Ўқув – услубий кулланма

ТОШКЕНТ – 2019

Тузувчилар:

- Талипова Н.Ш. – ТМА “Психиатрия ва наркология” кафедраси катта ўқитувчи
- Кеворкова М.А. – ТМА “Психиатрия ва наркология” кафедраси ассистенти
- Ражабов М.Н. – ТМА “Психиатрия ва наркология” кафедраси ассистенти
- Лян Е.М. – ТМА “Психиатрия ва наркология” кафедраси ассистенти

Такризчилар:

- Ходжаева Н.И. – ТМА “Психиатрия ва наркология” кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори
- Шарипова Ф.К. – ТошПТИ “Психиатрия, наркология, болалар психиатрияси, тиббий психология ва психотерапия” кафедраси мудир, тиббиёт фанлари номзоди, доцент

Тема : ПСИХОСОМАТИК БУЗИЛИШЛАР

Ўтказилиш жойи: ТТА кафедраларининг ўқув аудиториялари, ШРКҚШ бўлимлари

Вақти: 6 соат

Машиғулот мақсади

- Психоген ва психосоматик касалликларнинг клиник кўринишлари хақидаги билимларни мустаҳкамлаш ва чуқурлаштириш.
- Беморга ёндашув, шикоятлар, анамнестик ёки катамнестик маълумотларни тўплаш, рухий ҳолатни баҳолаш,
- Тахминий ташхис қўйиш.
- Невротик, психосоматик бузилишларнинг асосий даволаш усуларини билиш ва амбулатор шароитда шифокор-психиатрга мурожаат ёки психиатрик стационарга госпитализация қилиш заруриятини аниқлаш.

Педагогик вазифалар

- «кичик» психиатрияда ўрганиладиган муаммолар хақида тушунча бериш
- психоген соматоформ бузилишлар тўғрисида умумий тасаввурни шакллантириш
- психосоматика хақида умумий тасаввурни шакллантириш
- психосоматик бузилишлар таснифини бериш
- психосоматик касалликларнинг клиник манзараси ва даволаш усуллари тўғрисида тасаввурни шакллантириш

КИРИШ

Психосоматик тиббиёт – соматик касалликларнинг этиологияси, патогенези ва кечишида психосоциал омилларнинг аҳамиятини ўрганувчи ва

олинган натижаларни ушбу касалликларни даволаш ҳамда олдини олиш мақсадида қўлловчи тиббиётнинг илмий-амалий йўналиши ҳисобланади.

Кенг маънода, психосоматик тиббиёт беморга нисбатан биопсихосоциал ёндашувни комплекс равишда амалга оширувчи тиббиёт сифатида тушунилади, норма ҳамда патология ҳолатларида руҳият ва соматиканинг бир-бирига ўзаро таъсирининг (ўзаро боғликлиги) ўзига хослигини эътиборга олади.

Тарихий қисқача назар

«Психосоматика» тушунчаси биринчи марта XIX аср бошида қўлланилган. J. Heinroth (1818). Юз йил ўтиб, шифокорлар сўз лугатида «психосоматик тиббиёт» тушунчаси киритилди [Deutsch F., 1922]. «Психосоматика» тушунчаси остида дастлаб юрак ишемик касаллиги, артериал гипертензия, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги, бронхиал астма, псориаз каби патогенезида ноҳуш руҳий таъсирлар ахамиятли рол ўйнавчи касалликлар бирлаштирилган.

Психосоматик тиббиётнинг ривожланишига сезиларли таъсир кўрсатган илмий концепциялар қаторига И.М.Сеченовнинг нервизм назарияси, И.П.Павловнинг психофизиологик таълимоти, S. Freud нинг психосоматик назарияси, шунингдек, Н. Selye нинг стресс назарияси киритилади. Шу соҳада радикотларнинг ривожланиши соматик патология генезида руҳий омилларнинг роли ҳақидаги тасаввурларни изчил ривожлантириб борган F. Alexander (1932), психосоматик тиббиёт бўйича биринчи қўлланмалардан бирининг муаллифи F. Dunbar (1935) ва «Стресс ва касаллик» монографияси муаллифи (1953) ҳамда психосоматик тиббиётда психофизик йўналиш асосчиларидан бири I. Wolf номлари билан боғлиқ.

Рухий ва соматик патологияларда психосоматик нисбатларни ўрганишга таникли рус олимларидан - соматофрения концепциясини илгари сурган В. М. Бехтерев (1928) ва ипохондрик доирадаги психопатологик ҳосилаларни шаклланишида иштирок этувчи катестетик механизмлар ҳақидаги тушунчаларни ривожлантирган В. А. Гиляровский (1949) қатта

хисса кўшган. К. А. Скворцовнинг (1961, 1964) соматогенияларга бағишланган ишларида: касалликлардаги рухий бузилишларнинг структурасидаги функционал ва органик бузилишлар ўртасидаги ўзаро боғлиқликларни таҳлил қилишга алоҳида эътибор қаратилган. Танadaki касаллик натижасида келиб чиқувчи кечинмалар йиғиндиси («онг ва касаллик хисси» – Е. К. Краснушкин бўйича, 1950), А. Р. Лурия (1935) томонидан икки даражада – сенситив (касаллик билан боғлиқ юзага келувчи хислар жамланмаси) ва интеллектуал (беморнинг касалликга бўлган муносабатини намоён қилувчи тасаввурлари) жихатлардан кўриб чиқилади. Касалликнинг ички манзараси концепцияси [Лурия А. Р., 1935], психосоматик нисбатларни тушунишга янада ёрдам беради ва ҳозирги кунда ҳам долзарблигича қолмоқда.

Замонавий тиббиётда психосоматика бўлими клиник, психологик, эпидемиологик ва лаборатор текширувларни тақдим қилади, улар соматик касалликларнинг этиопатогенезида стресснинг ахамиятини ёритиб беради, маълум бир соматик касалликларга нисбатан сезгирлик ёки турғунлик билан боғлиқ патохарактерологик ва ҳулк муносабатларидаги ўзига хосликни, шахс тузилиши турига кўра касалликга бўлган муносабат (касаллик вақтидаги «ҳулк-атвор»), айрим даволаш усулларини (хирургик аралашув, гемодиализ ва ҳ.) рухий ҳолатга таъсирини ифодалайди.

Классификация

Психосоматик бузилишлар каторига факатгина психосоматик касалликлар киритилса, ушбу тушунчага нисбатан тор маънода анъанавий ёндашишни англатади. Ваҳоланки, ушбу гуруҳга кирувчи бузилишлар доираси кенг:

- соматизацияланган бузилишлар,
- соматик касалликга нисбатан патологик психоген реакциялар

- кўпинча соматик патология билан асоратланган рухий бузилишлар (нерв анорексияси, булимия, алкоголизм ва бошқалар)
- айрим даволаш усуллариини оғирлаштирувчи бузилишлар, масалан, аортокоронар шунтлаш амалиётидан сўнг ривожланувчи депрессия ва мнестик бузилишлар, гемодиализ олувчи беморларда юзага келувчи аффектив хавотирли ва астеник ҳолатлар
- аёллардаги генератив цикл билан боғлиқ ҳолатлар ("предменструал таранглик" ва "предменструал дисфорик бузилиш" синдроми; хомиладорлар депрессияси ва "туғрукдан бўшанганлар кайғуси" синдромини ўз ичига олувчи туғрукдан кейинги депрессиялар; инволюцион истерия ва бошқалар.
- соматоген (симптоматик) психозлар - делирий, аменция, галлюциноз.

10 – ХКТ кўра психосоматик бузилишлар қуйидаги бўлимларга таснифланиши мумкин:

- Органик, жумладан симптоматик, рухий бузилишлар (F04-F07, К. Vonhoffer бўйича экзоген тип реакцияларга мос келувчи).
- Невротик, стресс билан боғлиқ ва соматоформ бузилишлар (F44.4-F44.7, психогенияларга мос келувчи, ва F45 – соматоформ бузилишлар).
- Физиологик бузилишлар ва физик таъсирлар билан боғлиқ ҳулк атвор синдромлари (F50-F53).

Рухий ва жисмоний (соматик) ҳолат ўртасидаги боғлиқлик инсон фаолиятидаги табиий интеграцион механизм ҳисобланади. Бирок касаллик – патологик феноменлар намоён бўлгандагина психосоматик ва соматопсихик ҳисбатлар кўпроқ эътиборни жалб қила бошлайди. «Психосоматик тиббиёт», соматопсихиатрия ва неврологияда психосоматик ва соматопсихик бузилишларнинг қуйидаги турлари ажратилади:

1. Психосоматик бузилишлар – биоконституционал мойиллик мавжуд бўлганда психосоциал омиллар мажмуини таъсири натижасида юзага келувчи соматик бузилишлар.
2. Нозоген бузилишлар – касаллик ва унинг оқибатларининг рухий жароҳатловчи омилига шахснинг патологик реакциялари.
3. Соматоген бузилишлар – соматик касалликнинг нейротоксик таъсири натижасида ривожланувчи рухий бузилишлар.
4. Соматоформ бузилишлар – объектив, органик асосга эга бўлмаган ёки ўзининг оғирлик даражаси ҳамда турғунлиги бўйича аниқланган соматик бузилишларга мос келмайдиган соматик шикоятлар билан намоён бўлувчи, рухий бузилишлар.
5. Ятроген бузилишлар – шифокорнинг ноўрин эътирозлари билан боғлиқ ривожланувчи ва ногўри талкин қилинган симптомларнинг устунлик қилиши ҳамда жиддий касаллик мавжудлигига қучли ишонч билан намоён бўлувчи эмоционал-шахс бузилишлари.
6. Рухий бузилишлар, соматик патологиялар билан асоратланувчи (масалан, алкоголизм, овқатланиш ҳулқининг бузилишлари).
7. Харакат ва сезгининг диссоциатив (конверсион) бузилишлари – органик патологияни имитация қилувчи ва нерв тизимининг структур шикастланиши билан тушунтириб бўлмайдиган, ҳаракат ва сенсор функцияларнинг бузилиши билан намоён бўлувчи рухий бузилишлар.
8. Коморбид психосоматик патология – беморда соматик ҳамда рухий касалликнинг ўзаро боғлиқ бўлмаган ҳолда бир вақтда мавжуд бўлиши.

Шунингдек, соматик ҳамда рухий бузилишларнинг шундай нисбатини ҳам эътиборга олиш зарурки, бунда соматик касаллик рухий бузилишни пайдо қилиши, яъни соматик патология фониди рухий бузилишнинг юзага чиқиши ёки ўткирлашуви кузатилиши мумкин. Соматик шикоятлар ҳам ҳар қандай рухий бузилишларда, невротик ҳамда психотик даражадаги психопатологик синдромлар таркибиди аниқланиши мумкин.

ПСИХОСОМАТИК БУЗИЛИШЛАР

Психосоматик бузилишлар — патогенезида психосоциал омиллар муҳим рол ўйнайдиган соматик касалликлардир.

Ҳозирги вақтда ҳар қандай соматик касаллик учун психосоциал заминнинг (масалан, ҳулқга боғлиқ хавф омиллари, эмоционал бузилишлар, сурункали стресс) мавжудлиги тан олинган, алоҳида соматик касалликларга «психосоматик бузилиш» макomini бериш нотўғри ҳисобланади, сабаби, бошқа касалликлар психосоциал омилларнинг таъсирисиз ривожланади, деган ёлғон ҳулоса шаклланиши мумкин.

Бирок бир қатор ҳолатларда, соматик касалликларнинг ривожланиши ва кечишида психосоциал омилларнинг роли шунчалик аҳамиятга эга бўладики, уларни эътиборга олмасдан соматик бузилишни самарали даволашнинг имкони бўлмайди. Бундай ҳолатларда, касалликнинг ривожланишининг «психосоматик варианты» тўғрисида сўз юритилади. 10-ХКТВ да касалликнинг яққол ва махсус психосоматик компоненти мавжуд бўлганда, F54 — «бошқа рубрикаларда таснифланган, бузилишлар ёки касалликлар билан боғлиқ психологик ва ҳулқ омиллари» коди билан қайд этилади.

Психосоматик касалликларга нисбатан классик психосоматик аънаналар доирасида қуйидаги бир қатор сурункали соматик бузилишлар («ПСИХОСОМАТИК ЕТТИЛИК» деб аталувчи) киритилади:

1. Гипертония касаллиги (артериал гипертония);
2. Юрак ишемик касаллиги;
3. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги;
4. Ярали колит;
5. Бронхиал астма;
6. Нейродермит;
7. Гипертиреоз.

Психосоматик бузилишларнинг умумий белгилари:

1. Сурункали кечиши.

2. Касалликнинг намоён бўлиши, ривожланиши ва кенишида рухий стресснинг ахамиятли роли.
3. Стрессни самарали енга олиш кўникмаларининг етишмаслиги, шахслараро ўзаро муносабатлардаги кийинчиликлар, хиссий лабиллик каби бемор шахсининг преморбид белгилари ва бошқалар.
4. Соматик патологияни даволашдаги анъанавий рецепт ва усуллари етарлича самарасизлиги.
5. Психофармакотерапия ва психотерапия қўлланилганда ижобий самара кузатилиши.
6. Психосоматик касаллик ривожланишининг қуйидаги вариантлари фаркланади (Ю.М. Губачев):
 - Вазиятга боғлиқ (бирламчи-психоген) вариант. Касалликнинг патогенезида узок вақт таъсир қилувчи рухий жароҳатловчи омилларнинг етакчилиги қилиши билан тавсифланади.
 - Шахсга боғлиқ вариант. Касалликнинг патогенезида беморнинг хиссий лабиллик, чўзилувчан ҳамда ўта қучли хиссий реакцияларга мойиллиги билан боғлиқ шахс хусусиятлари устунлик қилади.
 - Диребрал вариант. Хиссий кечинмаларни бошқариш механизмларининг етишмаслиги ва шунга мос равишда, хиссий жавобнинг ўзига хос (“органик”) хусусиятлари: ригидлик, хиссий жараёнларнинг инертлиги, эзмалик, қуюшқоклик, аффеқтн ривожлантиришга мойилликни таъминловчи марказий нерв тизимидаги органик бузилишларнинг мухим роли билан тавсифланади.

Артериал гипертония.

Ҳозирги вақтда АГ мезонлари бўлиб, 6-8 ҳафта давомида систолик босимнинг 140 мм.с.м.уст. ва ундан юкори ва/ёки диастолик босимнинг 90 мм.с.м.уст. ва ундан юкоригача турғун кўтарилиши хисобланади (Моисеев В.С., Сумароков А.В., 2001). Эссенциал АГ (гипер/тония касаллиги) – юрак қон томир тизими касаллиги, қон томирларни бошқарувчи юкори

марказларни бирламчи дисфункцияси ва ўз навбатида нейрогуморал ҳамда буйрак механизмларининг бузилиши натижасида ривожланади. артериал гипертензия, функционал бузилишлар, яққол ривожланган боскичларда – буйрак, юрак, МНСнинг органик бузилишлари билан тавсифланади (Кушаковский М.С., 1982). Психосоматик касалликлар каторига фақатгина эссенциал АГ киритилади, шу жумладан, ушбу патологияли беморларнинг улуши барча АГли беморларнинг 90- 95 % ини ташкил қилади (Kaplan N., 1997).

Олиб келувчи омиллар бўлиб ҳисобланади: артериал босимнинг систолик лабиллиги, вазиятларга боғлиқ равишда қон босимининг кўтарилишга мойиллиги, ортикча вазн, гиподинамия, юрак қон томир касалликлари бўйича наслий мойиллик:

Стрессли таъсирлар. Артериал гипертензиянинг юзага қелиши қуйидаги вазиятлар билан ўзаро боғлиқлиги аниқланган: доимий аффектив таранглик, ҳавотир, кўрқув, безовталик, вазиятга алоқаси йўқ шахс олдида саросимага туёиш; яширин ғазаб ва маълум бир шахсга қарши йўналтирилган сўндирилган тажовузқор ҳаракатлар; иш жойини, қимнидир эътирофини йўқотишдан ва юқори мансабларга эришишдан маҳрум бўлишдан кўркиш; сурунқали равишда вақт етишмаслик ҳисси; ўз ҳиссиётларини ташқи намоён бўлиш белгиларини узлуксиз назорат қилиш (Ванчакова Н.П. ва ҳаммуаллифлар маълумотларига кўра, 1996).

Шахс хусусиятлари. Ҳиссиётларни ушлаб туриш, ҳаддан зиёд мослашувчан, кўнгилчан, ижтимоий омадга йўналтирилган феъл атвор, пассив, зиддиятлардан қочувчи ҳулк, зиддиятни идрок қилишнинг ўзгариши, таранглик вазиятида стрессни инкор қилиш. Фрустрацияга нисбатан ўзини ҳимоя қилишда туриб олиш ва тўсикларни енга олиш ҳисси билан, ютуқларга бўлган мотивация ҳамда ижтимоий ҳимояланганлик даражасининг пасайиши, муваффақиятсизликдан кўркишнинг қучайиб бориши билан жавоб беради.

Юрак ишемик касаллиги (стенокардия, миокард инфаркти).

Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) – бу юрак тож артерияларининг атеросклероз натижасида торайиши ёки кам холларда, спазм ва ёки обтурацион ёки кон томир деворида тромбоз хисобига коронар кон окимининг етишмаслиги (Моисеев В.С., Сумароков А.В., 2001).

Олиб келувчи омиллар бўлиб хисобланади: эркак жинси, конда холестерин миқдорининг ортиши, конни ивишини оширувчи таркибнинг фаоллашуви ҳамда бир вақтнинг ўзида кон ивишини пасайтирувчи таркиб фаолиятининг сусайиши, гипертония, қандли диабет, семизлик, никотинни суиистеъмол қилиш, гиподинамия, наслий мойиллик.

Стрессли таъсирлар. Объектни йўқотганда юзага келадиган қайғу кечинмалари билан кечувчи ижтимоий вазиятлар ўзига хос бошловчи жараён хисобланади. Бундай вазиятлар яққол видолашув хисси, йўқотиш, чуқур алам билан намоён бўлган шахслараро қўнғил қолиши аниқ депрессив бўёкга эга ўзини лабил идрок қилишни ўз ичига олади (Ванчакова Н.П. маълумотларига кўра, 1996).

Шахс хусусиятлари. Фаоллик, шуҳратпарастлик, максадга эришувчанлик, ишчанлик, рақобатга интилиш, ўзини бутунлай ишга бағишлаш, вақт етишмаслик хисси, дам олмаслик ва бўшашмаслик хос (А турдаги хулк). Хулкдаги очиклилик ва мулоқотга киришувчанлик карама карши кўрсатма билан қўшилиб келади, авваламбор хулкдаги ригидлик билан боғлиқ кўркувлар билан. Хаддан ташқари таранглик ва зиддият холатларини ўзини янада кучли, такомиллашган холда бўлишга даъват қилиш, тезрок интилиш билан хал қилишга ҳаракат қилади.

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги.

Яра касаллиги (ЯК) – ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг шиллик каватида нуксоннинг ҳосил бўлиши билан кечувчи, ривожланиб боришга мойил, патологик жараёнга овқат ҳазм қилиш тизимининг бошқа аъзоларини

хам жалб килувчи, сурункали такрорланувчи касаллик (Минушкин О.Н. ва бошқалар, 1995).

Олиб келувчи омиллар: фрустрация вазиятларида ошқозоннинг кучли перистальтикаси ва пилороспазм билан намоён бўладиган қутилмаган реакцияларга мойиллик. Ўраб олувчи хужайралар сонини ортиши, гастрин, пепсин гиперпродукцияси, *p.vagus* гиперфункцияси, фукоза, соматостатин, эндорфин, простагландинларнинг етишмовчилиги, Д-хужайравий етишмовчилик, 1(0) ва 2(A) кон гурухлари, Хеликобактер пилори билан зарарланганлик, яра касаллиги бўйича наслий мойиллик. Ўн икки бармоқли ичакни психосоматик нишон бўлишига - унинг гипермоторикаси, кўрқув, ғазаб, хиссий таранглик вақтида унда босимнинг ортиши олиб келади.

Стрессли таъсирлар. Юқорида айтиб ўтилган конфликт турлари билан боғлиқ вазиятлардан ташқари, адабиётлар маълумотларига кўра, одатдаги яшаш жойидан ташқарига чиқиш ёки қўчишлар ҳам хавф омили бўлиши мумкин. Масалан, мигрантлар орасида яра касаллиги ишонarli кўрсаткичда, бошқа касалликларга нисбатан кўп учрайди (Ванчаковой Н.П. ва ҳаммуаллифлар бўйича, 1996).

Шахс хусусиятлари. Яра касаллиги мавжуд беморларнинг уч тури фаркланади, ушбу патология учун психоаналитик тушунчалар бўйича, севгига эҳтиёж фрустрацияси билан боғлиқ. Сохта мустақил - севги, хиссий иликликга асосланган муносабатлар уларнинг тасаввурда инсонни заифлаштиради, бўйсунувчан қилиб қўяди ва ўзини ижобий қабул қилиш имконини бермайди. Касаллик Мен образига тахдид сифатида қабул қилинади ва касалликга нисбатан муносабат, одатда, анозогностик. Пассив бўйсунувчанлар - мустақиллик бўлишга ўз атрофидаги аҳамиятга эга бўлган шахс билан муносабатлар эмоционал муносабатлар боғлашга интилиш хос. Аҳамиятга эга бўлган шахслар билан орадаги муносабатлардаги муаммолар касалликнинг ривожланишига туртки бўлади. Касаллик аҳамиятга эга шахс билан муносабатларни тиклаш манбаи ёки янгиларини - шифокор билан тиклаш учун замин бўлиши мумкин. Касалликга бўлган муносабат-

гипернозогностик. Золимлар — кўпроқ етилмаган шахелар. Барча эхтиёжларни кам сарфлаган холда ва дархол кондириншга интилиш хос, бу эса атрофдагилар билан зиддият хосил бўлишига ва касалликнинг пайдо бўлишига олиб келади.

Ярали колит

Олиб келувчи омиллар бўлиб хисобланади: аёл жинси. Диффуз эндокрин тизимнинг умумий иммунитет ва йўгон ичак шиллик кавати маҳаллий иммунитетининг алохида иммун механизмларида блокнинг шаклланиши мойиллик генетик асосланган. Андрогенлар даражасининг камайиши, эстрогенлар ва прогестерон ўртасидаги дисбаланс. Вегетатив нерв тизимидаги ўзига хосликлар: преобладание влияния эрготроп бўлим таъсирининг устунлик килиши. Ичак инфекцияси туртки омил сифатида.

Стресси таъсирлар. Муносабатларни йўқотиш вазиятлари кўпроқ патоген хисобланади, атрофдаги оdatий мухитнинг алмашинуви, ишдаги ўзгаришлар, яқинларини йўқотиш натижасида келиб чиқади. Касалликга кайғу реакциясининг эквиваленти сифатида каралади, бу кайғу ахамиятга эга муносабатларни йўқотиш билан боғлиқ вазиятларда юзага келади (Ванчакова Н.П. ва ҳаммуаллифлар маълумотларига кўра, 1996).

Шахс хусусиятлари. Ўз ўзини айблашга мойиллик, юкори хиссий масъуллиқ, ўз шахсига паст баҳо бериш, шахсий омадсизликларга хаддан ташкари таъсирчанлик ва ўзгаришлар содир бўлишига ишонмаслик, атроқдагилардан эътирофни кутиш, ўз шахсига паст баҳо бериш, шахсий омадсизликларга хаддан зиёд таъсирчанлик ва кимдир томонидан гамхўрлик килиниши ва унга муте бўлишга интилиш хос. Беморлар яккол намоён бўлган инфантилизм билан ажралиб туради, кўпинча омадга интиладилар, етарлича рухий жиҳатдан етилмаганликлари билан ажралиб турадилар, жисмоний имкониятлари чекланган холда ютуқларга эришишга интиладилар, юкори даражада батартиб, масъулиятли, конформ, катъиятсиз, тор доирадаги боғланишлар, интеллектуализацияга интилиш, ахлокий меёрларга жиддий

муносабат. Етакчи шахс билан муносабатларнинг йўқолиши, онг ости даражасида, ўзининг мавжуд бўлишига нисбатан тахлил сифатида идрок этилади.

Бронхиал астма.

Бронхиал астма – асосан бронхларнинг шикастланиши билан кечувчи сурункали рецидивланувчи касаллик бўлиб, махсус (иммунологик) ва ёки номахсус (ноиммунологик), тугма ёки орттирилган механизмлар сабабли уларнинг гиперреактивлиги билан тавсифланади, бронх силлик мушакларининг спазми, бронхлар шиллик каватининг гиперсекрецияси ва шиши натижасида келиб чикувчи бўғилиш хуружи ва ёки астматик статус – асосий доимий белгиси бўлиб (Федосеев Г.Б., 1988) ҳисобланади.

Олиб келувчи омиллар бўлиб ҳисобланади: аёл жинси, Ёш хусусиятлари (касаллик ёки унинг хабарчилари кўпинча болалар ҳаётининг биринчи ўн йилида юзага келади). Бронхиал астма «комплекс генетик касаллик»лардан бири ҳисобланади, генетик паттерн мавжудлиги шубҳасиз, бироқ, функциясининг бузилиши касалликнинг ривожланиши олиб келадиган қандайдир аниқ ген аниқланмаган. Бронхиал астма ривожланишига олиб келувчи биологик нуқсонлар қаторига иммун тизими хусусиятлари киритилади: В13, В21, В35 антигенларни ташувчанлик; HLA локусни шитокининлар синтезини кодловчи (5-хромосоманинг g31 локуси) генлар кластери билан бирикмаси катта ахамиятга эга. Бронхларнинг ацетилхолинга нисбатан юкори сезгирлиги. Гипоталамус-гипофиз-буйрак усти беши тизимида манфий қайтар алоканинг бузилиши, уларнинг резерв имкониятларининг камайишига олиб келади. Респиратор аъзоларнинг тугма ёки орттирилган ўзгаришлари (чекиш, маиший аллергенларнинг таъсири, хомиладорлик давридаги ёки бола ҳаётининг биринчи йилидаги вирусли респиратор инфекциялар), улар бронхларнинг гиперреактивлиги билан боғлиқ, нафас олиш-нафас чиқариш орасидаги мувозанатнинг нафас чиқаришнинг қийинлашуви томонига бузилиши. Хужайра даражасида

мембрана рецептор комплексига нуксонлар (айниқса, липидли матриксда) аниқланади. улар хужайраларнинг (эритроцитлар, лимфоцитлар) онтогенетик етилмаганлиги сабаби ҳисобланади. адреноагонист ва адреноантагонистлар билан юклама синовлари ўтказилганда ёрқин парадоксал реакциялар билан намоён бўлади.

Тахмин қилинишича, бронхиал астмали беморлар учун қуйидагилар хос:

- Психологик химоя механизмларининг етилмаганлиги;
- Шахсий МЕН ва оилавий муҳитни ноадекват ва реал бўлмаган образи;
- ҳиссий кечинмаларни блоклашга мойиллик;
- долзарб ҳиссиёт ва кечинмаларни паст даражада англаш;
- инфантилизм, карамлик, симбиотик муносабатларни шакллантиришга эҳтиёж;
- шахсий кадриятлар тизимининг ривожланмаганлиги;
- бронхиал астма симптомининг яққол коммуникатив киймати ва зиддиятларни очик муҳокама қилишдан қочишга интилиш. Қўпинча симптомнинг ўзи шахсий микро ижтимоий муҳитдаги зиддиятларга патологик мослашув усули бўлиб қолади.

Стрессели таъсирлар. Бронхиал астмали беморлар шахсининг преморбид хусусиятлари ҳақида сўз юритиш мушкул, чунки касаллик қўпинча шахснинг шаклланиши даврида ривожланади. Астмали беморлар учун ўз Менини адекват идрок қилишнинг бузилиши, Мен ҳисси интеграциясининг пасайиши ва ҳиссий комфорт ҳамда оромнинг етарлилиги, ҳиссий яккаланганлик, гумонсираш хос. Бронхиал астмали беморларда фрустрация шароитида, ҳиссий таранглик, безовталиқ, гуноҳкорлик, хавотир ҳолатларини соматик симптомлар - астма хуружи ёрдамида камайитиришлари аниқланган. Бундай ўзаро боғлиқликни ҳосил бўлишида аҳамиятга эга шахслар давраси, қўпинча ота-оналар реакцияни мустаҳкамлашда фаол иштирок этадилар. Ушбу механизм касаллик жараёнида шахснинг истероид белгиларини шаклланишида иштирок этади. Бронхиал астма симптомларининг пайдо

бўлиши оила аъзолари ўртасидаги масофани ўзгаришига олиб келади. Шунинг учун, касаллик кўпинча оила аъзоларини яқинлаштирувчи омида сифатида олдинга чиқади (касалликнинг манипулятив аспекти). Патодинамик омиллар сифатида астмали беморларнинг оналарида невротик ҳулк-атвор чизиклари ҳамда беморларни онасидан барвақт ажратилганлиги - ҳиссий ва тана мулоқотининг яққол етишмаслиги қайд этилган. Беморлар ота-онасининг оиласи учун эмоционал лидернинг мавжудлиги, ота-оналардан бирининг устунлик қилиши ҳамда иккинчисининг бўйсунувчанлиги хос. «Майинликни ишташ» ҳамда «майинликдан кўркиш» конфронтацияси юзага келувчи ва натижада, ҳиссий ва ҳавони ушлаб туриш туртки вазиятлар сифатида қаралади. Бронхиал астма хуружларини юзага чиқарувчи 4 хил нерв-психик механизмлар фарқланади, бунда хуружлар қуйидагиларга имкон беради:

- ўз шахсига нисбатан реал бўлмаган талабларни юмшатиш (неврастенциясимон механизм);
- алоҳида мақомни эгаллаш (истериксимон);
- танлов заруриятидан қочиш (психастениясимон);
- оиладаги зиддиятли вазиятни тарқатиб юбориш (шунгли) (Ванчакова Н.П. ва ҳаммуаллифлар маълумотлариға кўра, 1996).

Нейродермит

Мойиллик омиллари. Ушбу гуруҳга терининг юқори сезувчанлиги, аллергия реакцияларга мойиллик, атопик дерматит ва бронхиал астмага наслий мойиллик каби омиллар киритилади.

Шахс хусусиятлари. Касаллик эрта болалик давридан бошланганлиги сабабли, нейродерматит билан боғлиқ бўлган шахс белгилари тўғрисида сўз юритиш мумкин. Беморлар камфаоллиги, мулоқотга киришувчанликнинг етарли эмаслиги, ўз шахсини намоён қилишдаги қийинчиликлар билан тавсифланади. Истероид ёки тормозланувчи доирадаги шахс хусусиятлари

устунлик килади. Касалликнинг кечиш жараёнида астеник, хавотирли, депрессив, истерик белгилари шахс хусусиятлари ривожланиши мумкин.

Стресси таъсирлар. Бронхал астмада кўрсатиб ўтилган структура ва механизмларга яқин.

Гипертиреоз

Мойиллик омиллари. Аёл жинси. Ўрта ёш. Наслий мойиллик, иммун тизимининг ўзига хос ҳолати. Кўр фарзандлик.

Шахс хусусиятлари. Кўп меҳнат қилишга доимий тайёргарлик, мунтазам равишда банд бўлиш хос. Шахсий ҳаёт чидаш зарур бўлган синовдек қабул қилинади, шунинг учун хиссий ҳолатларнинг кўп қисми кўрқувдан иборат. Ижтимоий муносабатлар тизимида аҳамиятли ўринни эгаллаш, олдинга интилиш хос.

Стресси таъсирлар. Гипертиреоз кўринча кучли таъсирларга дуч келиш ва яқин кишиларнинг ўлими, бахтсиз ходисалар сабабли ўткир ҳаётий қийинчиликлар натижасида ривожланади. Бир қатор ҳолатларда рецидивга олиб келувчи омил ёки бошланғич сабаб, йўқотишни бошдан кечириш ҳисобланади.

Қандли диабет

1 типдаги қандли диабетнинг (ювенил) мойиллик омиллари: наслий мойиллик, иммун бузилишлар.

2 типдаги қандли диабетнинг (қарилик қандли диабети, барча қандли диабетли беморларнинг тахминан 90%) мойиллик омиллари: наслий мойиллик, 50 ёшдан кейинги давр, семизлик, сурункали стресс, депрессия.

Стресси таъсирлар. 2 типдаги қандли диабетнинг патогенезида сурункали стресснинг муҳим аҳамияти борлигини ўтказилган тадқиқотлар исботлайди. 1 типдаги қандли диабетда эса, стресс, касалликнинг бошланишига сабаб бўлувчи омил сифатида қайд этилади. Ушбу ларднинг тузалмаслиги, ўткир асоратлари натижасида ҳаёт учун хавфлилиги (гипогликемия, кетоацидоз), қон томир ва неврологик томондан кечки

асоратлар билан боғлиқ юқори ногиронлик хавфи, мунтазам равишда даволаниш зарурлиги (айрим ҳолларда, ўринбосар инсулинотерапия), жисмоний ҳолатни доимо назорат қилиб бориш ва ҳ. сабабли касалликнинг ўзи ҳам кучли рухий зарба ҳисобланади.

Шахс хусусиятлари. Психодинамик ёндашувга кўра, қандли диабет патогенези психологик механизмларини тушуниш учун, касалликнинг клиник манзарасини ёритиб берувчи қуйидаги мавзуларни таҳлил қилиб олиш зарур:

- овқатланишдаги чегараланган эҳтиёжлар мавзуси (инсулинни секретцияси бузилиши ёки тўқималарнинг юқори инсулинорезистентлиги натижасида овқатни ҳазм қила олмаслик),
- ўз-ўзини емириш мавзуси (I типдаги қандли диабетдаги аутоиммун жараёнлар билан боғлиқ),
- блокланган кўркув ва тажовуз мавзуси («қураш ва қочиш» реакциясида қондаги глюкоза миқдорининг кескин ошиб кетиши билан боғлиқ).

G.Rudolf (1970) психосоматический концепциялар бўйича диабетнинг келиб чиқиши ҳақидаги адабиёт маълумотларини қуйидагича умумлаштиради:

- Овқатни севги билан тенглаштириш натижасида ушбу ҳиссий блоккланиши очлик ҳиссини юзага чиқишига олиб келади ва у овқат қабул қилиш билан боғлиқ бўлмайди.
- Даврий равишда юзага чиқувчи анланмаган кўркувлар, «қураш-қочиш» типдаги жавоб қайтариш реакцияси орқали, сурункали гипергликемияга сабаб бўлади. Юзага чиқарилмаган ҳиссий тарангликнинг тўпланиб бориши (хавотир ва ғазаб), субъектив аҳамиятга эга таъсирловчиларга жавобан анланмаган ҳолда юзага чиқади, углевод алмашинуви назоратини бузилиши учун шароит яратади ҳамда гипергликемияга мойилликни оширади.

- Шахслараро зиддиятлар ва эҳтиёжлар овқатланиш акти билан компенсатор равишда кондирилади. Юқори иштаха ва семизликга мойиллик турғун гипергликемияга олиб келади.

Кандли диабетнинг этиологияси хақидаги психодинамик интерпретацияларда асосий ўринни онанинг меҳрига бўлган эҳтиёжнинг кондирилмаслиги мавзуси эгаллайди, бу гўдаклик даврида овқатланиш билан тенглаштирилади.

Хулкий ва когнитив – хулкий ёндашувлар доирасида кандли диабет (биринчи навбатда 2 тип) ривожланишининг психологик механизмлари ўрганилганда, семизликга олиб келувчи овқатланиш хулқининг дезадаптив стереотипларига (экстернал, эмоциоген овқатланиш) катта аҳамият берилади.

ПСИХОСОМАТИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ФАРМАКОТЕРАПИЯСИ.

Психосоматик касалликларда ёрдам комплекс ёндашувни талаб килувчи кенг профилактик ва даво чора-тадбирларини ўз ичига олади. Даво (айниқса, яқкол вазиятларда) нафақат терапевт томонидан олиб борилади, балки кўпинча психиатр ва психотерапевт иштирокини ҳам талаб қилади.

Даволовчи таъсирнинг муҳим усули бўлиб, психокоррекция элементларини ўз ичига олган психотерапия ҳисобланади. Дорилар билан биргаликда олиб борилаётган симптоматик психотерапия хавотирни камайтиришга, беморни ипохондрик кечинмалардан чалғишига, даволаниш жараёнига шахсий мазмун беришга ёрдам беради. Кузатилаётган бузилишларнинг келиб чиқишида ечилмаган интрапсихик зиддиятлар иштирок этса, психотерапия патогенетик даволаш усули сифатида қўлланилади.

Психосоматик бузилишларда даволовчи таъсирлар орасида асосий ўрин медикаментоз терапияга тегишли. Психосоматик бузилишлар фармакотерапияси, уларнинг хилма хиллиги ва бир қатор ҳолатларда, ички

аъзоларнинг коморбид патологияси мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда, катъий индивидуал ва шаблон бўйича олиб борилмайди.

Психосоматик бузилишларнинг доривор терапияси ҳулқ, тафаккур ёки кайфиятнинг патологик моделларини бартараф қилишга йўналтирилган.

Психофармакотерапия орқали яхши натижаларга эришишга 4 та омил таъсир қилади:

1. Аниқ ташҳис
2. Препаратни танлаш (ташҳис, беморнинг умумий соматик ҳолати, ўтмишда препаратга нисбатан кузатилган реакция, ноғўя таъсирлар характери, хавфсизлигини инобатга олиш).
3. Доза (клиник аҳамиятга эга ноғўя таъсирлар ривожланишига олиб келмайдиган терапевтик дозага риоя қилиш).

Давонинг давомийлиги. Кўпчилик психотроп препаратлар учун, уларнинг самарадорлиги аниқлаш учун зарурий энг кам муддат 2-3 ҳафта ҳисобланади. Кўпчилик ҳолатларда, узок муддатли терапия самарали ҳисобланади.

4. Бемор билан мулоқот.

Психосоматик бузилишли беморлар учун, беморлар билан психотерапевтик мулоқот ҳамда ўз ичига нафакат ижобий самарани, балки хавфсиз даво усулларини (яъни ноғўя таъсирларнинг камлиги) ҳам ўз ичига олган қулай терапия, айниқса муҳим ҳисобланади. Шунини таъкидлаш керакки, ушбу гуруҳдаги беморларда доривор терапиянинг плацебо-самараси яққол намоён бўлади.

Препаратларнинг асосий гуруҳлари:

1. Анксиолитиклар
2. Ухлатувчи дори воситалар
3. Антидепрессантлар
4. Нейролептиклар
5. Антikonвульсантлар
6. Ноотроплар

Анксиолитиклар – хавотир, кўрқув ва хиссий тарангликни камайтирувчи хусусиятга эга бўлган препаратлар.

Гуруҳнинг асосий намојандаси-бензодиазепинлар. Таъсир механизми: бензодиазепин рецепторларининг стимуляцияси ГАМК-миметик таъсир ривожланишига олиб келади.

Транквилизаторлар таъсир килиш характерига кўра, яққол седатив самарага эга (диазепам, феназепам) ва уйқучанлик ва миорелаксация ҳолатини келтириб чиқармайдиган (грандаксин, ксанакс-алпрозолам) кундузги транквилизаторларга бўлинади.

Анксиолитикларнинг асосий таъсирлари:

1. айнан транквилизация чакирувчи
2. миорелаксация ва уйқу чакирувчи (айникса, ярим чиқарилиш даври киска бўлган препаратлар)
3. тутканокга қарши
4. вегетостабилловчи
5. седатив(тинчлантирувчи)

Айрим анксиолитикларнинг таъсир доирасида кўшимча самаралар ажратилади: психостимулловчи (мелазепам, оксазепам, тофизопам) ва антифобик (алпрозолам ва клоназепам)

Ножўя таъсирлари: седатив (тормозланганлик ҳолати, кундузги уйқучанлик, диққатни жамлашнинг кийинлашуви, реакциялар тезлигининг камайиши, алкоголь ва МНС фаолиятини сўндирувчи бошка моддалар таъсирини кучайтириш), эрталабки таъсирдан кейинги таъсир синдроми.

Ярим чиқарилиш даври узок бўлган препаратлар (феназепам) такроран қабул қилинганда организмда тўпланишга мойил, бу эса кундузги вақтда седатив таъсирни юзага келиш хавфини оширади. Ярим чиқарилиш даври киска бўлган препаратлар мунтазам қабул қилинганда, камрок седатив таъсир кўрсатади, аммо улар учун яққол намоён бўлган бекор қилиш синдроми хос.

Бензодиазепинларни қўллаганда анксиолитик таъсир тезда юзага келади, бироқ препаратлар узок вақт қўлланилганда кам самарали ва бундан ташқари, карамлик келтириб чиқариши мумкин.

Курснинг давомийлиги 2-4 ҳафтадан кўп эмас. Терапияни (айниқса, киска таъсир килувчи препаратларни) аста секинлик билан тўхтатиш зарур, акс холда бекор килиш синдроми ривожланиши мумкин.

Бекор килиш синдроми клиник кўриниши уйқусизлик, хавотир, Бекор килиш синдроми отмены кўпинча препарат қабули тугагандан сўнг, 2-3 ҳафталарда ривожланади, бироқ бир неча соат ўтгач ҳам юзага келиши мумкин. Бекор килиш синдроми белгилари кўринча беморнинг бошланғич шикоятлари билан ўхшаш бўлади, бу эса транквилизаторларни қайтадан қабул килишни бошлаб, дозасининг ўсиб боришига ва дорига карамлик шаклланишига олиб келиши мумкин.

Парадоксал реакция.

Алкогол, наркотик моддалар, МНС фаолиятини сўндирувчи препаратларни қабул қилган шахсларга транквилизаторлар буюрилганда, ҳаракат кўзгадиши, жиззакилик, тажовузқорлик, хавотирнинг кучайиши ҳамда идрок бузилишлари юзага келиши мумкин.

Меёрдан ортик дозани қабул килиш (передозировка).

Кучли тормозланиш, онгнинг хиралашуви, дизартрия, қўл-оёқларнинг клоник тортишуви, қайт килиш, 2 суткагача давом этувчи чуқур уйқу билан намоён бўлиши мумкин.

Эквивалент дозалар: 5мг диазепам тахминан 15 мг хлордизепоксид, 0,5 мг лоразепам, 15 мг оксазепам, 10 мг темазепамга эквивалент.

Бензодиазепин каторида бўлмаган транквилизаторлар: гидроксизин (атаракс), мепрабомат. Бензодиазепин каторининг кўпгина хусусиятларидан холи, карамлик келтириб чиқармайди.

Антидепрессантлар. Асосий терапевтик самараси нормотимик, кўшимча – анксиолитик, антифиобик таъсирлардан иборат. Антидепрессантларнинг

кўпгина фармакологик самаралари синаптик нейротрансиссия даражасида содир бўлади.

Антидепрессантлар билан даволаниш жараёнида аста секин рецептор сезгирлиги ўзгара бошлайди, бу, қисман даражада, клиник самаранинг 2-3 хафтадан кейин намоён бўлишини тушунтириб беради.

Антидепрессантларнинг таснифи асосида уларнинг кимёвий тузилиши, таъсир механизми ёки клиник самараси ётади.

Антидепрессантлар таъсир механизмига кўра қуйидаги гуруҳларга ажратилади:

1. Серотонин ва норадреналин қайта камраб олинишининг ингибиторлари (ИОЗСН): имипрамин, кломипрамин, амитриптилин, венлафаксин, милнаципран.
2. Моноаминоксидазанинг қайтар ингибиторлари (иМАО): пиразидол.
3. Серотонин қайта камраб олинишининг селектив ингибиторлари (СИОЗС): циталопрам, эсциталопрам, флуоксетин, пароксетин, сертралин.
4. Норадреналин қайта камраб олинишининг селектив ингибиторлари (СИОЗН): ребоксетин, томоксетин.
5. Серотонин қайта камраб олинишининг ингибиторлари/серотонин антагонистлари (ИОЗСАС): тразодон.
6. Норадреналин қайта камраб олинишининг ингибиторлари/норадреналин антагонистлари (СИОЗНАН): мапротилин, миансерин.
7. пресинаптик альфа-2-адренорецептор ва постсинаптик серотонин рецепторлари антагонистлари (ААСР): миртазапин.
8. Серотонин қайта камраб олинишининг селектив стимуляторлари (ССОЗС): тианептин.

Клиник таъсири бўйича антидепрессантларнинг қуйидаги гуруҳлари фарқланади:

1. Седатив таъсирли антидепрессантлар (амипринтилин, миансерин, леривон, тразадон, тритикко).
2. Стимулловчи таъсирли антидепрессантлар (имипрамин-мелипрамин, флуоксетин, моклобемид, аурорикс).
3. Баланслашган таъсир спектрига эга антидепрессантлар (пиразидол, анафранил, кломипрамин, ципраamil, пароксетин; паксил, рексетин, сертралин; золофт, стимулотон).

Препарат танловида унинг седатив самараси қанчалик яққол намоён бўлганлигига, антихолинергик таъсири бор-йўқлигига, тутканок бўсағасига таъсир қилиши, кардиотоксик ва дозадан ортик қабул қилинганда токсик хусусиятига эътибор бериш лозим. Антидепрессантларнинг яқуний танлови интеркуррент касалликлар мавжудлиги ва ёндош қабул қилинаётган препаратларнинг борлиги билан аниқланади.

Антидепрессантларнинг энг кўп учрайдиган ножўя таъсирлари қуйидагилар ҳисобланади: холинолитик (оғизда қуруқлик ҳисси, аккомодация бўзилиши, сийдик тўтилиши, атоник кабзият), юрак қон томир (ўтказувчанликнинг бўзилиши, кардиотоксик таъсир, юрак ритмининг бўзилиши, ортостатик гипотензия), гематологик (лейкоцитоз, лейкопения, тромбоцитопения), марказий (уйқучанлик, бош айланиши, тутканок бўсағасининг пасайиши, майда титрокли тремор), аллергик.

Психосоматик беморлар ушбу препаратларининг ножўя таъсирларига сезгирликлари туфайли, бу гуруҳдаги беморларни даволаш учун антидепрессантларнинг кичик ва ўрта дозалари ҳамда ножўя таъсири нисбатан кам препаратлар қўлланилади (масалан, серотонин қайта камраб олинишининг селектив ингибиторлари).

Антидепрессантлар билан даволаниш давомийлиги 2 ойдан 12 ойгача.

Нейролептиклар — психотик (симптоматика) ва психомотор кўзғалишни бартараф килувчи психолептик таъсирга эга психотроп дори воситалар гурухи.

Нейролептиклар клиник фаоллиги доираси бўйича куйидаги гурухларга бўлинади:

1. Глобал антипсихотик (инцизив) таъсирли
2. Бирламчи седатив (тормозловчи) таъсирли
3. Танлаб (селектив) антипсихотик таъсирли
4. Фаоллаштирувчи (майлларни оширувчи, дезингибирловчи ва антиаутисти) антипсихотик таъсирли
5. Когнитотроп таъсирли (атипик нейролептикларни юкори пўстлок функцияларини — хотира, диққат, коммуникатив жараёнларни яхшилаш хусусияти)

Антипсихотик таъсир асосан D2-дофамин рецепторларни блоклаш ва дофаминергик нейротрансмиссияни ўзгариши билан боғлиқ. Соматотроп таъсир нейролептикларни асосан адреноблокаторлик ҳамда антихолинергик хусусиятлари билан боғлиқ ва нейровегетатив ҳамда эндокрин ножўя таъсирлар (гипотензив реакциялар ва гиперпролактинемия) билан намоён бўлади.

Кучли умумий антипсихотик таъсирли нейролептиклар кичик дозаларда қўлланилганда майлларни оширувчи ва фаоллаштирувчи таъсир хос, шу сабабли психосоматик бузилишларни даволаш учун қўлланилади.

Нейролептиклар дозаси индивидуал танланади, терапевтик натижага эришгунча аста секинлик билан доза ошириб борилади. Нейролептикларни бекор қилиш худди шундай, секинлик билан амалга оширилади.

Ножўя симптомлар. Экстрапирамидал бузилишлар тез тез учрайди, ўз ичига паркинсонсимон симптомлар, акатизия ва кечки дискинезияни ўз ичига олади, камрок холларда депрессоген таъсир кузатилади. Экстрапирамидал бузилишлар (кечки дискинезиядан ташқари) нейролептиклар бекор қилингандан сўнг йўқолади ёки марказий холиноблокаторларни тайинлаш

билан бартараф қилинади (циклодол, паркопан). Артериал гипотензия ва терморегуляциянинг бузилиши – дозага боғлиқ ноўя таъсирларга кўпроқ кекса ёшдаги беморлар сезгир ҳисобланади.

Хавfli нейролептик синдром (ХНС) – ҳаёт учун хавfli ҳолат бўлиб, нейролептикларни қўллаганда ривожланиши мумкин. ХНС нинг клиник манзараси марказий тана ҳароратининг ошиши, онгнинг хиралашуви, вегетатив бузилишларни (томир тонусини ўзгариб туриши, тахикардия, рангпарлик, кўп терлаш, сийдик тута олмаслик), акинето-ригид симптомокомплексни ўз ичига олади. ХНСнинг ривожланиши бир қатор шошилнч тадбирларни ўтказишни талаб қилади: нейролептикларни бекор қилиш, инфузион дезинтоксикацион ва гомеостатик даво, бензодиазепинлар, корректорлар, антипиретиклар, бромкриптинни тайинлаш.

Кўпчилиқ ҳолатларда психосоматик бузилишларни даволаш учун қуйидаги нейролептиклар тайинланади:

- Фенотиазин ҳосилалари (алимемазин (терален), перфеназин (этаперазин), тиоридазин (сонапакс))
- Тиоксантен ҳосилалари (хлорпротиксен)
- Бензамидлар (сульпирид (эглонил))
- Атипик нейролептиклар (рисперидон (рисполепт))

Кичик дозаларда ишлатилиш шarti билан айрим санаб ўтилган нейролептиклар соматик патология терапиясида қўлланилади. Сульпирид (эглонил) ошқозон ичак патологиясида (ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги, Крон касаллиги ва "амалиёт ўтказилган ошқозон"), тери касалликларида тайинланади; этаперазин антиэметик хусусиятларга эга; терален яққол гипотензив таъсир кўрсатади.

Нейролептиклар биринчи навбатда, нозоген параноик реакцияларни ("сохта касаллик" васвасаси, судбозлик ва сенситив реакциялар) даволашда, шунингдек, "эйфорик псевдодеманция" кўринишлари бўлган нозогенияларда тавсия қилинади. Кўпинча рисперидон (рисполепт), трифлуоперазин (стелазин, трифтазин), шунингдек, оланзанин (зипрекс) ишлатилади.

Нейролептиклар, шулар билан бирга, сурункали соматоформ оғрик бузилишларида (танадаги турғун мономорф патологик сезгилар – идиопатик алгиялар) ҳам таъсия қилинади. Аъзолар неврозини даволашда ("таъсирланган йўгон ичак" синдромида) танлов препаратлардан бири бўлиб, сульпирид (эглонил) ҳисобланади, у нафакат рухий, балки соматик ҳолатга ҳам таъсир кўрсатади.

Нормотимиклар. Қайфият тебранишларини текислаш хусусиятига эга.

Гуруҳ қуйидаги препаратлар – антиконвульсантларни ўз ичига олади: карбамазепин, вальпроат кислота тузлари, ламотриджин – ламиктал, финлепсин.

Ноотроплар. Асосий таъсирлари: таълим олиш жараёнларининг энгиллаштириш, хотирани яхшилаш, амнестик бузилишларни олдини олиш, яримшарлар орасидаги ўтказувчанликни энгиллаштириш, миани гипоксия ва токсик таъсирларга нисбатан сезгирлигини камайтириш.

Ноотроп таъсир механизми фосфолипидлар синтезининг фаоллашуви, ҳужайра мембранасининг турғунлашуви ва турли нейромедиатор тизимлар, хусусан ГАМК билан ўзаро таъсирга боғлиқ.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия бу шифокор шахси билан бемор шахсининг ўзаро таъсири бўлиб, у ўз олдига беморнинг рухиятига комплекс таъсир қилиш орқали, беморнинг рухияти орқали симптомларни, шу жумладан, соматик симптомларни бартараф қилиш вазифасини қўяди.

Психотерапиянинг амалга ошириш даражалари:

I даража – даволовчи шифокор томонидан амалга ошириладиган психотерапия (қасалликнинг ички манзарасини коррекция қилиш, рационал психотерапия, уйғоклик вақтида сингдириш)

2 даража – тор мутахассис томонидан психотерапия (нарколог, онколог ва х.)

3 даража – психиатр, психотерапевт, психолог томонидан ўтказиладиган психотерапия.

Психотерапия турлари:

- Суггестив психотерапия
- Рационал психотерапия
- Когнитив-хулк атвор психотерапияси
- Динамик психотерапия (психоанализ, В.М. Мясищев бўйича патогенетик психотерапия)
- Гуманистик психотерапия (гештальт-терапия, К. Роджерс бўйича терапия)
- Оилавий психотерапия
- Болалар психотерапияси

Бундан ташқари, психотерапия гуруҳли ва индивидуал, қисқа муддатли ва давомли бўлиши мумкин.

Йўналганлиги бўйича психотерапияни симптомга йўналтирилган, шахсга йўналтирилган ва зиддиятга йўналтирилган турларини фарқлаш мумкин.

Психотерапевтик таъсир беморнинг когнитив, эмоционал хусусиятлари ва хулқига йўналтирилган бўлиши мумкин.

Психотерапияга кўрсатмалар

Клиник амалиётда психотерапия ўтказиш учун неврозлар, психосоматик касалликлар, невротик характердаги когнитив бузилишлар, беморлардаги эмоционал бузилишлар, ноадаптив хулк стереотиплари. Психотерапия эмоционал кризис ўтказган шахсларга, ижтимоий адаптация бузилган ҳолатларда тавсия қилинади.

Психотерапия ўтказишга беморларнинг шахс хусусиятлари, интеллектуал даражаси, ўткир психотик симптоматиканинг мавжудлиги тўскинлик қилиши мумкин.

Психотерапиянинг мақсадлари:

Ёқимсиз симптомларни бартараф қилиш, ҳиссий таранглик даражасини пасайтириш, ички ресурсларни фаоллаштириш, шахс хусусиятларини коррекция қилиш, оилавий муносабатларни тиклаш, кризисли вазиятдан олиб чиқиш.

Психотерапияни муваффақиятли ўтказиш учун қуйидаги таъсир қилувчи омилларни: беморнинг психотерапияга бўлган хоҳиши ва тайёргарлигидан бошлаб, психотерапевтнинг маҳорати ҳамда шахсий хусусиятлари, психотерапия ўтказиш учун номахсус шароитларни эътиборга олиш лозим.

Психотерапия ўтказиш учун номахсус шароитларга «шифокор-бемор», «хамшира-бемор», «шифокор-хамшира» муносабатлари, психотерапия тартиби, муассасанинг жихозланиши қиради. Номахсус психотерапия бемор даволаш муассасасига ташриф буюрганиданок бошланиши мумкин. Унга муассасанинг чиройли, шидам шароити, ходимларнинг ўзаро ҳамда беморга бўлган эътиборли ҳушмуомаласи, ходимларнинг беморни муаммосини ечишга қаратилган тез ва самарали ҳаракатлари таъсир кўрсатиши мумкин. Бундай муносабат беморда ишонч, химояланганлик, самарали ёрдам олишга бўлган ҳисларни тугдиради.

Беморнинг ишончини қозониш ва кўнглидан жой олиш каби психотерапевтнинг шахсий хусусиятлари «шифокор-бемор» ўзаро муносабатларидаги муҳим хусусиятлардан бири ҳисобланади. Ушбу сифатлар биринчи психотерапевтик мулоқотда катта аҳамият эгаллайди, айнан шу шифокор билан ишлайдими, атрофидагилардан хаттоки, кўпинча ўзидан ҳам яширган кечинмаларини унга ишона оладими ёки йўқми, бу масалаларни шу вақт ичида бемор ҳал қилади. Кейинги мулоқотларда шифокорнинг ушбу сифатлари бемор томонидан ўзини қабул қилиниши,

Ўзини "хиссий хавфсизликда" хис қилишига ёрдам беради. Бундай шахс хусусиятларига шифокорнинг бошқарувчанлик даражаси, очиклиги, психотерапевтик мулоқот ўрната олиш қобилияти қиради, ҳар қандай психотерапия шулардан бошланади. Бундан ташқари, психотерапевтнинг муҳим сифатлари бўлиб, эмпатия (бемор кечинмаларини ва хисларини қабул қила олиш қобилияти), шак шубҳасиз, беморга нисбатан ижобий муносабат (бемор шахси қандай бўлса, шундайлигича, унинг ижобий ва салбий сифатлари билан қабул қилиш, бунда бемор эмас, балки унинг ҳаракатлари танқид қилинади), конгруэнтлик (долзарб вазиятда психотерапевт сўзлари билан кечинмаларни мослиги) ҳисобланади.

Психосоматик патологияда психотерапия қуйидагиларга йўналтирилиши лозим:

1. ноадекват шахс реакцияларини бартараф қилиш;
2. касалликнинг ривожланиши асосида ётувчи беморлардаги муносабат тизимларининг бузилишларини тиклаш;
3. касалликнинг клиник белгиларини қамайтириш;
4. ижтимоий реадaptация, оила ҳамда жамиятда фасолийат юритишнинг яхшиланишини ўз ичига олади;
5. биологик терапия самардорлигини ёшириш.

Психосоматик касалликлардаги психотерапиянинг вазифаси: рухий жароҳатга нисбатан шакланган патологик шартли рефлексларни (томирлар спазми, овқат ҳазм қилиш реакциялари ва х.) ўзгартириш ҳамда онгли равишда организмнинг адекват жавоб қайтариш қобилиятини ишлаб чиқиш (хулқий тренинг).

Назорат масалалари:

1. Бемор 34 ёш, ошқозон яра касаллиги сабабли гастроэнтеролог назоратида туради, охириги 2 йил давомида касаллик хуружлари қузатилмади, ахволининг оғирлашуви 10 кун аввал – касалликга ҳос

оғриқлар, кечаси уйқунинг ёмонлашуви, кундузи уйқучанлик, парихонхотирлик, жиззакилик, тез чарчаш, иш қобилиятининг пасайиши билан бошланди. Ёлғиз ўзи яшайди, ярим йил аввал хотини билан ажрашган, аввалги оиласи билан муносабатлари тўлик узилган. Сухбат вақтида аффектив ҳолати тургун, бирмунча одамови, хиссий доирадаги шикоятлар йўқ.

Беморда қандай шахс хусусиятлари мавжудлигини тахмин қилиш мумкин? Шикоятлар қайси психопатологик синдромга мос келади? Даво чоралари бўйича тавсиялар.

Шарҳлар: Шахс хусусиятлари «Яра касаллиги мавжуд бўлган шахс хусусиятлари» га қаранг, касалликнинг ривожланишида рухий жароҳатнинг ўрни муҳим (ўзгарган оила муҳити, узок муддатли ёлғизлик). Санаб ўтилган шикоятлар астеник синдром белгиларига тўғри келади (янада аниқроқ, астено – невротик ёки астено – депрессив). Гастроэнтерологик доирадаги препаратлардан ташқари, қуйидагилар тавсия қилинади: Эглонил (сульпирид, бетамакс, просульпин) 100 – 200 мг суткасига кундузги вақтда, атарақс 25мг ёки фенибут 25 мг кечкурун – бир ой давомида.

2. Бемор 48 ёш, иш жойида фаолияти муваффақиятли, оилавий муҳити тургун, терапевтга қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилиди: АҚБнинг 160/90 мм сим. уст.гача кўтарилиши, бош оғриғи, бош айланиши. АҚБнинг кўтарилишини рухий-эмоционал зўриқишлар билан боғламайди. Қон босимининг ўзгариб туришидан кўркувда, қун давомида кўр маротаба қон босимини текширади, Қон босимини ўлчаш учун уйи ҳамда ишхонаси учун аппаратлар ҳам сотиб олган, уларни ўзи билан транспортда, кўчала олиб юради. Хавотирда, тез таъсирчан, аразгўй, қон босими кўтарилишини қутади, бунинг натижасида салбий оқибатлар (инфаркт, инсульт) келиб чиқишига ишончи қомил.

Беморда қандай шахс хусусиятлари мавжудлигини тахмин қилиш мумкин? Қандай психопатологик симптомлар шаклланимуда? АҚБнинг тебранишига

сабаб бўлувчи қандай психосоматик механизмларни тахмин қилиш мумкин?
Анъанавий антигипертензив давони қайси препаратлар билан тўлдириш керак?

Шарҳлар: «Эссенциал гипертониядаги шахс хусусиятлари» ва «Функционал бузилишлар босқичлари» бўлимларида ёритилган клиник манзарага қаранг. Хавотирли-фобик ҳамда хавотирли ипохондрик синдромлар ривожланмоқда, астеник симптоматиканинг ўрни ҳам мавжуд. Даво препаратлари: сонапакс 20 – 40мг\сут ёки грандаксин 100мг\сут кундузи ва феназепам 0,5 мг кечаси, 10 – 14 кун ичида самара кузатилмаганда, антидепрессантлар (коаксил 37,5 мг\сутки, леривон 30 мг\кечкурун, пароксетин 20 мг эрталаб ва х.).

3. 32 ёшли эркак, автомобилни бошқараётиб, автохалокатга учради. Ушбу автохалокатда унинг хотини ва 8 ёшли кизи ҳалок бўлишди. Ўзи бир қанча яралар билан шикастланди. 6 ойдан сўнг унда қуйидаги ҳолат юзага кела бошлади: ёш болаларни кўрганда ушбу вазият ҳақидаги хотираларнинг доимий такрорланиши, депрессия, хавотир кучайиши, ёмон тушлар кўриш, Айрим вақтларда, одамлар орасида, хотини ва кизига уҳидаи инсонларни кўргандек, машиналарнинг шовқинида уларнинг овозини эшитгандек туюла бошлади. Ушбу кечинмаларга беморнинг ўзи танкидий ёндашади. Тахминий таъхис: посттравматик стрессли бузилиш

Тестлар.

1. Психосоматик касалликлар патогенезида қуйидагилар иштирок этади:

- A. Сурункали рухий жароҳат
- B. Биологик мойиллик омиллари
- C. Бош мия жароҳати

2. Алекситимия тушунчасига кирувчи белгиларни кўрсатинг:

- A. Атрофлагилар билан мулоқотдаги қийинчиликлар

- В. + 2) хиссиётлар вербализация қилишдати кийинчиликлар
- С. Соматик хислар билан хиссиётларини ажрата олишдаги кийинчиликлар
3. Қуйида келтирилганлардан психосоматик касалликларни аниқланг:
- А. Системали кизил югурик
- В. атопик дерматит
- С. Юрак ишемик касаллиги
- Д. посттравматик стрессли бузилиш
4. Яра касаллиги ривожланиши учун қандай стресс тури кўпроқ хос?
- А. Аҳамиятга эга бўлган объектни йўқотиш
- В. иш жойини, қимнидир ҳурматини, эътирофни йўқотишдан қўрқиш
- С. одатий ҳаётни манзилдан қўчиб ўтишлар ёки бошқа манзилга кетиш
- Д. кутиш ҳолати
5. Психосоматик касалликлар учун шахснинг қандай ички зиддияти кўпроқ хос?
- А. Истақлар ва мажбурият орасидаги
- В. Ўзига бўлган юқори талаблар ва шахснинг имкониятлари ўртасидаги
- С. Хиссий аҳамиятга эга ва тажовузкорлик орасидаги
6. Психосоматик касалликларнинг умумий белгиларини кўрсатинг:
- А. Ўткир бошланиши
- В. Сурункали кечиши
- С. Жинс билан нисбатан боғлиқлик
- Д. Кўпинча кексаллик ёшида келиб чиқади

7. Стенокардияли ва миокард инфаркти ўтказган беморларнинг шахсий хусусиятларига киради:
- A. невротиклик ва таъсирчанлик
 - B. азобли нотўлақонлилик хисси
 - C. иззатгалаблик, серхаракатлилик ўз кучига ишониш билан
8. Бронхиал астмалли беморлар учун қандай шахс типи кўпроқ хос?
- A. Сохта мустақил
 - B. "А" тип
 - C. неврастеник
 - D. истерик
9. Яра касаллиги мавжуд беморлар учун қуйидаги шахс типларидан қайси бири хос?
- A. Сохта мустақил
 - B. "А" тип
 - C. неврастеник
 - D. истерик
10. Юрак ишемик касаллиги бор беморлар учун қуйидаги шахс турларидан қайси бири кўпроқ хос?
- A. Сохта мустақил
 - B. "А" тип
 - C. Неврастеник
11. Яра касаллиги бўлган беморларнинг шахс хусусиятларига киради:
- A. Ҳиссий хотиржамлик
 - B. Хавотир, безовталаниш, қўрқувга мойиллик
 - C. Ўз хиссийётларини назорат қила олмаслик

12. Коронар шахс типига (Ф. Донбар) хос:

- A. шиемиклик, хиссиётларни ушлаб туриш
- B. синтоң белгилар
- C. гипоманиакал белгилар
- D. астеник белгилар

13. Атопик бронхиал астмали беморда астма хуружлари медикаментоз давога карамай, кўпайиб кетди. Бунда кандай механизм иштирок этган?

- A. психотик
- B. шартли-рефлектор**
- C. ёшга боғлиқ

14. 45 ёшли беморда миокард инфаркти юзага келди. Касалликнинг ўткир даврида кандай руҳий бузилишлар ривожланиши мумкин?

- A. делириоз синдром
- B. онг йўқолиши ҳолати
- C. эйфория
- D. астеник синдром

15. Психосоматик касалликлар мавжуд беморларда давони оптималлаштириш нимани аңглатади?

- A. психотроп доривоситаларни тайинлаш
- B. ноўя таъсирларни камайтириш
- C. албатта ижобий самарага эришиш
- D. асоратлар хавфини камайтириш
- E. барча жавоблар тўғри

16. "Алекситимия" тушунчаси кандай маънони билдиради:

- A. ўқиш қобилиятини бузилиши

- В. Хиссийёт, кечинмаларни вербализация килиш қобилиятининг бузилиши
- С. Фикрлаш жараёни секинлашганда юзага келадиган нутқнинг секинлашуви

17. Алекситимия психологик хавф омили сифатида қуйидагини келтириб чиқариши мумкин:

- А. дудукланиш
- В. нерв анорексияси
- С. психосоматик бузилишлар
- Д. нутқ бузилиши

18. Невротик бузилишлардаги симпатико-адренал кризлар қуйидагиларни ўз ичига олади:

- А. Юрак соҳасидаги нохуш сезгилар-ЮКСнинг тезлашиши билан
- В. эпигастрал соҳадаги нохуш хислар, перистальтиканинг кучайиши
- С. тери қопламларининг рангпарлиги, оғизда қуруқлик ҳисси, титроқ
- Д. тери қопламлари гиперемияси, гипертермия
- Е. АҚБнинг кўтарилиши
- Ғ. полиурия

19. Невротик бузилишларда вагоинсуляр кризлар ўз ичига қуйидагиларни олади:

- А. АҚБнинг пасайиши
- В. Кўкрак қафасидаги қисилиш ҳисси, юракнинг “ўйнаб кетиши” ҳисси билан
- С. ЮКС тезлашиши
- Д. перистальтиканинг кучайиши, кўнгил айнаиши, сўлак ажралишининг кучайиши

Е. шилдик каватларнинг қуруқлиги, тери қопламларининг рангпарлиги, титрок

Ғ. тери қопламларининг гиперемияси, гипертермия

20. Рухий жароҳатга такроран қайғуриш ўз ичига қуйидагиларни олади:

А. Такрорланувчи хотиралар

В. Ёмон туш қўришлар

С. Ушбу ҳолат яна тўсатдан қна такрорланаётганлик хисси

Д. псевдогаллюцинациялар

21. Беморда онкологик жараён аниқланганда, оптимал чора:

А. Ташхисни ошқор қилмаслик

В. Ташхисни яқинларига айтиш

С. Беморни психотерапевт билан ишлашга жалб қилиш

Д. Антидепрессантлар тавсия қилиш

22. Беморни онкологик ташхис аниқланганлигини тан олмаслиги, бу қуйидагининг оқибати:

А. Васваса гоъларнинг

В. Шахснинг касалликга бўлган реакцияси

С. паст интеллект

Д. депрессия

23. Ипохондрик кечинмалар одатда, қуйидагилар билан кечади:

А. ҳавотир

В. апатия

С. мория

24. Сурункали оғрикнинг ипохондрик характерда эканлигига қуйидагилар ишора беради:

- A. Ўзини қандай ҳис қилаётганлиги билан боғлиқ фикрлар, бу ўз навбатида касб фаоллигини ҳам пасайишига сабаб бўлади
- B. клиник ва лаборатор текширув натижаларига реакция: тинчланади, бироқ шу натижаларга ишониш керакми ёки йўқлиги хақида қикр сакланиб туради
- C. булимия ва гиперсексуаллик хуружлари
- D. экзофтальм, қов соҳасидаги тукланишни қамайиши

25. Соматик беморда делириоз синдром келиб чиқишига мойиллик қилмайдиган омил:

- A. интоксикация
- B. анамнезда алкоголь психозларининг бўлганлиги
- C. ёш
- D. рухий жароҳатловчи омил

26. Соматик касаллик натижасида қуйидаги синдромлар ривожланиши мумкин:

- A. депрессив синдром
- B. маниакал синдром
- C. Корсаков синдроми
- D. онейроид синдроми

27. Оғир ахволдаги соматик беморда эйфория ҳолатининг юзага келиши нима билан боғлиқ:

- A. Ахволининг яхшиланиши
- B. Ахволининг ёмонлашуви
- C. Жинси
- D. Ёши

28. Оғрик қандай аффектив реакциялар билан кечади?

- A. Хавотир, кўрқув
- B. депрессив реакция
- C. дисфория
- D. апатия
- E. ваҳимали бузилиш

29. Агар аналгетиклар билан даволаниш фониди оғрик сақланиб турса....

- A. Ҳаёт тарзини ўзгартиришни тавсия бериш (иш вақтида, ётоғида тана ҳолатини ёки ҳаракатларини ўзгартириб туриш)
- B. Психотроп дори воситалар тавсия қилиш
- C. Ҳулқ атвор терапиясини тайинлаш

Назорат саволлари

1. Психосоматик тиббиётга таъриф беринг.
2. Психосоматик-соматопсихик орасидаги занжир тушунчаси (мисол келтиринг).
3. Классик психосоматик касалликларни санаб беринг.
4. Психосоматик бузилишларнинг умумий белгиларини санаб беринг.
5. Психосоматик касаллик ривожланиши вариантларини санаб беринг (Ю.М.Губачев).
6. Психосоматик бузилишлар ривожланишининг психодинамик концепцияларини санаб беринг.
7. Алексетимия тушунчаси.
8. А турдаги шахсга таъриф беринг.
9. Психосоматик бузилишлар ривожланишининг психофизиологик концепцияларини санаб беринг.
10. Г.Селье бўйича стресс босқичлари (хар бир босқичдаги нейроэндокрин ўзгаришлар моҳияти).
11. Гипертония касаллиги ривожланишига олиб келувчи шахс хусусиятлари.
12. Яра касаллиги ривожланишига олиб келувчи шахс хусусиятлари.
13. Бронхиал астма хуружларини ривожланишига сабаб бўлувчи нерв-психик механизм вариантларини санаб ўтинг.
14. Қандли диабетли беморлар учун хос шахс хусусиятлари ва мойиллик омиллари.
15. Психотерапия: тушунча беринг, амалга ошириш даражаларини санаб беринг.
16. Психотерапия турларини санаб беринг.
17. Психотерапия ўтказишга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар.
18. Психотерапиянинг максалларини кўрсатинг.

Қўлланилган адабиётлар рўйхати

1. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. СПб.: Речь, 2012.
2. Белялов Ф. И. Психические расстройства в практике терапевта. Москва. "Медпресс - информ", 2015.
3. Сидорова П.И. Психосоматическая медицина. Руководство для врачей. Под ред. Акад. РАМН, Москва «Медпресс – информ» 2016.
4. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология. Москва. Медицинское информационное агенство, 2015.
5. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия. 7-е издание, переработанное и дополненное. Ростов: Феникс, 2018
6. Тополянский В.Д., Психосоматические расстройства, рук. для врачей – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва: ГЭОТАР-медиа, 2015.
7. Мирзиёев Ш.М. Танкидий тахлил, катъий тартиб интизом ва шахсий жавобгарлик хар бир рахбар фаолиятининг кундалик коидаси бўлиши керак. 2017 й, 104 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O`zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.
8. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажакимизнинг мард ва олижаноб халкимиз билан бирга курашимиз. 2017 й, 488 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O`zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.
9. Мирзиёев Ш.М. Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргалликда барпо эташимиз. 2016 й, 56 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O`zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.

