

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA’LIM, FAN
VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI
O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI
OLIJ TA’LIM, FAN VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI
ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

**Psixiatriya, narkologiya va tibbiy psixologiya,
psixoterapiya kursi kafedrasi**

SARBAYEVA NASIBA KUCHKANOVNA

**PSIXIATRIYA FANIDAN
UMUMIJ PSIXOPATOLOGIYA VA
XUSUSIJ PSIXIATRIYA**

NOMLI

O‘QUV QO‘LLANMA

Psixiatriya: 5510400 - Mutaxassisliklari uchun



**KAFOLAT TAFAKKUR
ANDIJON 2023-YIL**

UO‘K: 616.89

KBK: 56.14

S20

MUALLIF:

SARBAYEVA N.K.

**-Andijon davlat tibbiyot instituti Psixiatriya
va narkologiya kafedrası katta o‘qituvchisi**

TAQRIZCHILAR:

A.R. MURADIMOVA

**-FJSTI Nevrologiya, psixiatriya, narkologiya
va tibbiy psixologiya kafedrası mudiri, PhD**

O.Ya.BO‘STONOV

**-Andijon davlat tibbiyot instituti
Nevrologiya kafedrası mudiri, dotsent**

O‘quv qo‘llanma o‘z vaqtida tuzilgan, zamonaviy tibbiyotning barcha talablariga javob beradi va bo‘lajak shifokorlarning amaliy ish o‘rinlarida katta ahamiyat kasb etadi.

Ushbu o‘quv qo‘llanma psixiatriyadan tuzilgan o‘quv dasturiga muvofiq. Ushbu o‘quv qo‘llanma asosida talabalar mustaqil ishlarni bajarishlari, amaliy ko‘nikmalarni egallashlari, bemorlar bilan mukammal ravishda ishlash, mavzuni puxta o‘rganishlari hamda bemorlarni kurasiya qilib tashxis qo‘yish va qiyoslash, to‘g‘ri davo choralarini tavsiya qilishlari mumkin.

O‘quv qo‘llanmada mavzularga oid nazorat savollari, amaliy ko‘nikmalar, birinchi yordam ko‘rsatish va xokazolar keltirilgan. Talabalar ushbu o‘quv qo‘llanmadan foydalanib dolzarb muammoli mavzularni oson o‘zlashtiradilar.

Ushbu o‘quv qo‘llanma yordamida talabalar kasallikni to‘g‘ri tashxislash va ularni oldini olish, nogironlikka yo‘l qo‘ymaslik chora tadbirlarini ishlab chiqadilar.

Tavsiya qilingan o‘quv qo‘llanma Tibbiyot institutining stomatologiya fakulteti talabalari uchun tibbiy psixologiya va psixiatriya fanidan yaxshi o‘zlashtirishlari uchun amaliy mashg‘ulot mavzusi keng yoritilgan.

ISBN: 978-9910-9597-8-3

0289



© SARBAYEVA N.K., 2023

© KAFOLAT TAFAKKUR, 2023

I - BOB

UMUMIY PSIHOPATOLOGIYA PSIXIATRIYA VA NARKOLOGIYA FANI XAMDA MASALALARI PSIXIATRIK VA NARKOLOGIK XIZMATINI TASHKIL ETISH. TIBBIY PSIXOLOGIYA PREDMETI VA PSIXIATRIYAGA KIRISH. SEZIGI VA IDROK PATOLOGIYASI.

Zamonaviy epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra, ruhiy kasalliklarning tarqalishi har ming aholiga 25-33 dan to'g'ri keladi. Lekin aslini olganda bu ko'rsatkichlar bundan ham ko'proq. Amerikalik olimlari aniqlashicha (1996y.) ruhiy buzilishlar fakat 18% kishilarda kuzatilmaydi, 50-58% kishilarda cheklangan yoki o'ta bilinmaydigan ruhiy buzilishlar aniqlangan, 28% kishilarda esa ruhiy buzilishlar aniq ko'rinib turishi aniqlandi, bu bemorlar psixiatr yordamiga muhtoj.

VOZ ekspertlarning ko'rsatishicha, XXI asrda somatik va yuqumli kasalliklar kamayadi, ruhiy kasalliklar esa o'sib boradi deb taxmin qilishgan. Ruhiy buzilishlar ruhiy kasalliklar tufayligina yuzaga kelmasdan, somatik va yuqumli kasalliklar orqali ham kelib chiqishi mumkin. Psixiatriya fanining ma'nosi:

Psixiatriya - bu ruhiy kasalliklarning kelib chiqishini, patogenezi, kliniksini, tarqalishini, uning tashxisini belgilash usullarini ishlab chiquvchi, davolash, profilaktika, ekspertiza va qayta tiklash tartibi hamda usullari bilan klinik meditsinaning sohasidir.

Psixiatriyaning asosiy masalalardan biri psixoprofilaktikadir. Psixoprofilaktikaning 3 turi ajratiladi.

1 - birlamchi psixoprofilaktika - ruhiy buzilishlar kelib chiqish va rivojlanishlarini ogohlantirishga qaratilgan tadbirlarni o'tkazish. Birlamchi psixoprofilaktika tadbirlarni olib borish natijasida ruhiy kasalliklarning ko'rsatkichi kamayadi.

2 - ikkilamchi psixoprofilaktika - bu boshlangan ruhiy kasalliklarni surunkali shaklga o'tmasligiga qaratilgan tadbirlarni o'tkazish. Buning natijasida kasalmand ko'rsatkichi kamayadi.

3 - uchlamchi psixoprofilaktika - bu ruhiy bemorlarning orasida nogironlikni oldini olish va mehnatga yaroklilik qobiliyatini saqlab qolishiga qaratilgan tadbirlarni amalga oshirish.

Psixiatriya ikkita bo'limdan iborat:

1) Umumiy psixopatologiya - bu shunday bo'limki, unda ruhiy kasalliklarning kelib chiqish jarayonlari va rivojlanish holatlari haqidagi umumiy qonuniyatlar, psixopatologik jarayonlari va holatlari o'rganiladi.

2) Xususiy psixiatriya - bu shunday bo'limki, bu bo'limda ruhiy kasalliklarning etiologiyasini, patogenezi, rivojlanish klinik qonuniyatlarini, davolash usullarini va mehnatga yaroqlilik qobiliyatini tiklash yo'llarini o'rganiladi.

Psixiatriya fanini rivojlanishning tarixi:

1773 yilda AQShning Virjiniya shtati Vilyamsburg shahrida birinchi ruhiy shifoxona ochilgan. 1792 yilda Filipp Pinel Ovroqda, ya'ni Fransiyada, katta o'zgarishlar qiladi. U ruhiy kasallardan zanjirlarni yechib, telbalarni bemorlar darajasiga olib chiqdi.

1837 yilda ingliz psixiatri Kanole erkin davolash tartibga asos soldi. Buysunmok ko'ylaklardan foydalanishni rad kildi. Birinchi marta maxsus shifoxona ochishni taklif qildi, unda bemorlar bog'lanmasdan davolandilar.

1845 yilda nemis psixiatri Grezinger psixiatriya bo'yicha birinchi ilmiy qo'llanmani nashr ettirdi. Xuddi shu davrda Modslil organizm va atrof muhit birligini nazariyasi prinsiplarni ishlab chiqdi. Bu keyinchalik 1896 yilda Emil Krepelinning ruhiy kasalliklarining birinchi nozologik tasnifini yaratish uchun asos bo'lib xizmat kildi.

1883 yilda psixiatriya bo'yicha Kojevnikovning "Asab kasalliklari va psixiatriya" deb nomlangan qo'llanmasi chop etildi.

1893 yilda M.V.Bexterev "Bosh miya va orqa miyaning o'tish yo'llari" degan yirik ilmiy ishini yaratgan. Ruhiy shifoxonalarning ochilishi:

1776 yil - Novgorod shahrida birinchi ruhiy shifoxona ochildi.

1809 yil - Moskvada birinchi shifoxona ochildi (hozirgi Preobrajenskaya shifoxonasi). 1896 yil - Toshkentda birinchi ruhiy shifoxona ochildi (hozirgi birinchi shahar ruhiy shifoxonasi).

1959 yil - Andijon shahrida ruhiy shifoxonasi ochildi. 1975 yilda shifoxona qulay binoga ko'chirildi.

Kafedralar:

1857 yil - Peterburgda mediko-jarroxlik akademiyaning qoshida kafedra ochildi. Birinchi kafedra mudiri prof. I.M.Balinskiy bo'lgan. U birinchilardan bo'lib bolalar psixiatriyani ajratib olishga asos solgan.

1887 yil - Moskvada kafedra ochilgan. Hozirgi Tibbiy akademiya qarashli S.S.Korsakov shifoxonasining bazasidagi kafedra. S.S.Korsakov 1889 yilda alkogolizm ta'siri yuzasidan ruhiy buzilishlar bo'yicha doktorlik dissertatsiyani yoqlagan.

1920 yil - Toshkentda O'rta Osiyo tibbiyot instituti qoshida kafedra ochildi. Birinchi kafedra mudiri F.F.Detengoff edi.

1959 yil - Andijonda kafedra ochildi. Bir yil mobaynida R.S.Tursunova mudirlik qildi, keyinchalik esa X.A.Alimov rahbarlik qildi.

Ruhiy buzilishlarga olib keluvchi faktorlar quyidagilarga bo'linadi:

1) Ekzogen faktorlar:

A) Jismoniy (harorat, nurlanish, radiatsiya, elektromagnitli nurlanish);

V) Kimyoviy (zaharlar, alkaloidlar, alkogol);

S) Mehanik (bosh miya shikastlanishlari);

D) Biologik (yuqumliklar, medda invaziyalar);

E) Ruhiy (o'ta zo'riqish, stress, ziddiyatlar, ruhiy shikastlanishlar);

F) Ijtimoiy (kechki smenada ishlash, ishlab chiqarishdagi tartibsizliklar, salbiy faktorlarning ta'siri, ish joydagi shovqinlar).

2) Endogen faktorlar:

A) Genetik (irsiyatga oid);

V) Konstitusional (mijoz, asab jarayonlarining o'ziga xosligi, markaziy asab sistemasi);

- S) Endokrin faktorlar (bez funksiyalarning buzilishlari);
- D) Yoshdagi o'ziga xosligi (masalan, bolalarda ko'pincha karaxtlik, tutqanoq sindromlar kuzatiladi, kattalarda esa ko'pincha psixorganik sindromlar kuzatiladi);
- E) Shaxsiyatning o'ziga xosligi. Kasallik jarayonida katta ahamiyatga ega.

RUHIY KASALLIKLARNING ZAMONAVIY TASNIFI:

Hozirgi davrda ruhiy kasalliklar 6 guruhga bo'linadi:

- 1) Endogen ruhiy kasalliklar - shizofreniya, MDP, involyusion psixozlar, yoshi o'tib qolgan involyusion psixozlar;
- 2) Endogen-organik kasalliklar - epilepsiya, senil psixoz, irsiy organik kasalliklar;
- 3) Ekzogen-organik kasalliklar - bosh miya shikastlanishi, qon tomir psixoz, bosh miya shikastlanishi natijasida ruhiy buzilishlar, yuqumli-organik kasalliklar (miya zahmi, progressiv paralich, ensefalitlar, davriy organik psixozlar);
- 4) Ekzogen kasalliklar - simptomatik psixozlar (somatogen va yuqumli psixozlar), toksikomaniyalar - alkogolizm, giyohvandlik, alkogolli psixozlar;
- 5) Psixogen kasalliklar - nevrozlar, reaktiv psixozlar;
- 6) Ruhiy rivojlanish patologiyasi - psixopatiya (fe'l atvor anomaliyasi, ruhiy rivojlanishning buzilishi), oligofreniya - ruhiy rivojlanishning orqada qolishi.

Psixiatriyaning psixodagnostik usullari

1) Klinik usullar:

- a) Suhbat - eksplorasiya (boshqaruvchi yo'lga soluvchi suhbat), so'rab bilish;
- b) Kuzatish;

2) Paraklinik usullar:

- a) Laboratoriya asboblari: sitologik tekshirishlar;
- b) EEG, R-grafiya, kompyuterli tomografiya
- v) Psixodagnostik usullari.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Psixiatriyaning klinik metodlariga kiradi:
2. Endogen-organik psixik kasalliklarga kiradi:
3. Moskvada birinchi psixiatriya kasalhonasi ochilgan yil:
4. Ekzogen-organik psixik kasalliklariga kiradi:
5. Psixiatriya bo'yicha birinchi qo'llanmaning muallifi: (1845 yil)
6. Psixik kasalliklarni surunkali formaga o'tishni oldini olish
7. Psixiatriya - bu quyidagilarni o'rganuvchi fan:

TEST SAVOLLARI:

1. Psixik kasalliklarining tarqalish darajasi quyidagichadir:
 - 1) 1-5ta 1000 aholiga
 - 2) 5-33ta 1000 aholiga
 - 3) 33-50ta 1000 aholiga
 - 4) 50-65ta 1000 aholiga
 - 5) 65-83ta 1000 aholiga
2. Psixiatriyada tashxis qo'yishning sifati nimaga bog'liq
 - 1) shifokorning ahloqiy sifatlariga
 - 2) o'z fanining bilish darajasiga
 - 3) diagnostik metodologiyasini va metodikasini egallash darajasiga
 - 4) shaxsiy tajribasi hajmiga
 - 5) hamma javoblar to'g'ri
3. Psixiatriya - bu quyidagilarni o'rganuvchi fan:
 - 1) psixik kasalliklarni etiologiyasi va patogeni
 - 2) psixik kasalliklarni klassifikatsiyasi va klinikasi
 - 3) psixik kasalliklarni oldini olishni va davolashni
 - 4) psixik ekspertiza metodlarini
 - 5) hamma javoblar to'g'ri

4. Psixiatriya bo'yicha birinchi qo'llanmaning muallifi (1845 yil):

- 1) Modeli
- 2) Morel
- 3) Grizinger
- 4) Kalbaum
- 5) Krepelin

5. Peterburg mediko-xirurg akademiyasida birinchi psixiatriya kafedrası ochilgan yil

- 1) 1828 yil
- 2) 1832 yil
- 3) 1857 yil
- 4) 1887 yil
- 5) 1891 yil

6. Moskvada birinchi psixiatriya kafedrası ochilgan sana:

- 1) 1828 yil
- 2) 1832 yil
- 3) 1857 yil
- 4) 1887 yil
- 5) 1892 yil

7. Psixiatriyaning psixik kasalliklar rivojlanishining oldini olish bilan shug'ullanuvchi sohasi:

- 1) birlamchi psixoprofilaktika
- 2) birlamchi va ikkilamchi psixoprofilaktika
- 3) ikkilamchi psixoprofilaktika
- 4) uchlamchi psixoprofilaktika
- 5) barcha javoblar to'g'ri

8. . Psixik kasalliklarni rivojlantiruvchi endogen omillarga quyidagilar kirmaydi:

1. genetik omillar
2. konstitutsional omillar
3. endokrin omillar

4. jinsiy va yoshga bogʻlik omillar
5. psixik omillar
9. Psixiatriyaning klinik metodlariga kiradi:
 1. suhbat va kuzatish
 2. eksperimental psixologik tekshirish
 3. bosh miyani asboblari bilan tekshirish
 4. somatik jarayonlarni asboblari bilan laboratoriyada tekshirish
 5. nevrologik statusni tekshirish
10. . Endogen-organik psixik kasalliklarga kiradi:
 1. shizofreniya
 2. maniakal-depressiv psixoz
 3. involutsion psixozlar
 4. posttravmatik psixozlar
 5. epilepsiya
11. Moskvada birinchi psixiatriya kasalxonasi ochilgan yil:
 1. 1775 yil
 2. 1779 yil
 3. 1809 yil
 4. 1828 yil
 5. 1832 yil
12. Psixiatriyaning paraklinik metodlariga kiradi:
 1. psixik statusni tekshirish
 2. eksperimental - psixologik tekshirish
 3. nevrologik statusni tekshirish
 4. somatik statusni tekshirish
 5. anamnezni oʻrganish

Hissiy bilishning tibbiy psixologiya va psixopatologiyasi (SEZGI, IDROK, TASAVVUR)

Hissiy bilishga quyidagilar kiradi:

1) Sezish - bu bizning hissiy a'zolarimizga bevosita ta'sir etishida tashqi muhitning narsalar va hodisalarning alohida sifat va xususiyatlarini ongimizda namoyon bo'lishi.

Sezish patologiyasi :

1) Giperesteziya - bu qo'zg'olish bo'sag'asining pasayishi hisobiga, tashqi qo'zg'aluvchilarga ta'sirchanligini kuchayishi;

2) Giposteziya - bu qo'zg'olish bo'sag'asining ko'tarilishi hisobiga, tashqi qo'zg'aluvchilarga ta'sirchanligini pasayishi;

3) Anesteziya - bu har xil qo'zg'aluvchilarga sezuvchanlikni, ta'sirchanlikni yo'qolishi.

4) Parasteziyalar - bu sezishning buzilishi. Masalan, boshga issiqlik quyilishi, titrash, dirillash.

Senestopatiyalar - ichki a'zolardan kelib chiquvchi ezish, buralish, o'ta yoqimsiz og'ir sezishlar. Senestopatiyalar doim predmetsiz va ma'lum bir joysiz bo'ladilar. Bu buzilish faqat ruhiy bemorlarda uchraydi.

Sezish patologiyasining asosiy sindromi - astenik sindrom, unga qo'zg'olish zaifligi, sezishning kuchayishi, holsizlikni kuchayishi xarakterlidir. Bu sindrom ko'pincha somatik va ruhiy kasalliklarda uchraydi.

Idrok - atrof dunyodagi ko'rinish va narsalarni sifat va xususiyatlarini yig'indisini ongimizda aks etishi.

Idrok patologiyasi ikkita guruhga bo'linadi:

1) Psixosensor buzilishlar;

2) Illyuziyalar;

1) Psixosensor buzilishlarni 1949 yilda M.O. Gurovich izohladi . Bularga quyidagilar kiradi:

A) Derealizatsiya - atrof dunyodagi real bo'lgan narsa va ko'rinishlarni noto'g'ri, yolg'on, o'zgargan holda idrok qilish:

- 2) Makropsiya - atrofdagi narsalar kattalashgan holda idrok qilinadi;
- 3) Mikropsiya - atrofdagi narsalar kichiklashgan holda idrok qilinadi;
- 4) Porropsiya - narsani yaqinlashgan yoki uzoqlashgan holda idrok qilish;
- 5) Allesteziya - narsani muhitda siljish holda idrok qilish;
- 6) Dizmegalopsiya, dismorfopsiya - atrofdagi narsalarni buzilgan shaklda idrok qilish;
- 7) Poliopiya - narsalarni ko'plikda idrok qilish;
- 8) Eritropsiya - borliqni, atrofni qizil ragda bo'lgan holda idrok qilish. Bu buzilish epilepsiya bilan hastalangan bemorlarda uchraydi (aura ko'rinishida).
- 9) Ksantopsiya - atrof dunyoni sariq rangda bo'lgan holda idrok qilish. Ko'pincha fosfororganik moddalar va qo'ziqorinlar bilan zaharlanganda kuzatiladi.

B) Depersonalizatsiya - bu o'z tanasini va o'z shaxsini noto'g'ri idrok qilish.

Depersonalizatsiya ikkita katta guruxga bo'linadi:

- 1) O'z shaxsni idrok qilish buzilishi;
 - 2) O'z tana sxemasini idrok qilish buzilishi:
- a) total autometamorfopsiya - butun tana sxemasini noto'g'ri idrok qilish;
 - b) parsial autometamorfopsiya - ayrim tana qismlarini noto'g'ri idrok qilish.

Masalan, bemor o'zini o'ta og'ir yoki yengil hisoblaydi, ya'ni tana og'irligini sezmaydi.

Yana bir-ikkita ajoyib buzilishlar bor:

Deja vyu - avval ko'rgan - ruhiy buzilish bo'lib, endi ko'rib turgan joyni avval bo'lgandek holatni kuzatilishi (yuz ko'rinish, voqealarni).

Jamais vyu - hech qachon ko'rmagan - ruhiy buzilish bo'lib, quyidagicha bo'ladi: avval tanish bo'lgan narsalar, odamlar, voqealar endi birinchi marta ko'rgandek idrok qilinadi.

Illyuziya - real bo'lgan ko'rinish va narsalarni yolg'on, adashgan holda idrok qilish, ya'ni bunda real obyekt kechinmali tasavvurlar bilan aralashib ketadi. Bu tushunchani 1829 yilda F.Pinel kiritgan (fransuz tilidan tarjimasi - illusion - adashish) Bunda real ta'sirot bor, lekin u doim kechinmali tasavvur bilan aralashib ketadi.

Illyuziyalarning bir nechta turi farqlanadi:

1) Fizik illyuziya - fizika qonunlariga asoslangan illyuziyalar. Masalan, suvi bor stakanga solingan qoshiq sinib va kattalashgandek idrok qilinadi.

2) Fiziologik illyuziyalar:

a) Sharponte illyuziyasi - bir xil og'irlikdagi, lekin har xil xajmdagi sharlarni olganda, katta hajmdagi shar og'irroq tuyuladi.

b) Aristotel illyuziyasi - ikki barmoq orasidagi sharik xuddi ikkita bo'lgandek seziladi.

3) Patologik illyuziyalar. Korreksiya qilinmaydilar va to'g'irlanmaydilar.

1) Verbal illyuziya - bu holat odamlar ko'p joyda, tiqinda ko'proq kuzatiladi. Masalan, inson xuddi o'z ismini eshitgandek bo'ladi.

2) Affektiv illyuziyalar - hissiy taranglik holatida paydo bo'ladi. Masalan, qorong'i xonada turgan changyutgich xuddi ilon deb idrok qilinadi

3) Pareydolik illyuziyalar - ruhiy holat tonusi pasayish natijasida paydo bo'lib, fantastik komponent bilan kuzatiladi. Masalan, bemor gilam gullarida har xil fantastik rangli yoki rangsiz obrazlarni idrok qiladi.

TASAVVUR - avval idrok qilingan tasvirlarni ongimizda aks etish. Hozirgi vaqtda real ta'sirot yo'q.

Tasavvur patologiyasi:

Gallutsinatsiya. Bu tushunchani 1768 yilda Fransiya psixiatri Sovaj kiritgan. Fransiya tilidan tarjimasi - vasvasa.

Gallutsinatsiya - bu tiniq, tasvirli, shartsiz paydo bo'luvchi kechinmali tasavvurlar. Bular bosh miyada aks etib, sezuvchi ko'rinishni ortirib, atrof dunyoda ko'rinish hosil qilib ob'ektiv ko'rinishdan farq qilmaydi.

Gallutsinatsiyalar ikkita guruxga bo'linadi:

- 1) Chin gallutsinatsiyalar;
- 2) Soxta, ya'ni psevdogallutsinatsiyalar;

CHIN VA SOXTA GALLUTSINATSIYALARNI TAQQOSLOVCHI TASHXIS MEZONLARI:

№	Mezonlar	Chin	Soxta
1	Loyiha mezone	Real atrof dunyoda ko'rinadi	Subyektiv muhitda ko'rinadi (quloqdan, boshning chidan,osmondan), his gorizontdan tashqari ekstraproeksiya.
2	Obyektiv reallik mezone	Gallutsinator tasvirlar doim real narsalarga ega bo'ladi (erkaklarning ovozlari)	real bo'lmagan narsalarga ega bo'lishadi (robot ovozi).
3	Qilingan majburiy mezone	spontan paydo bo'lib, hech narsa bilan bog'lanmagan.	ataylab qilinadi
4	Xulq atvorning aktualligi	bemorning xulq atvori gallutsinator ichki kechinmalariga mos keladi.	bemorning xulqi ichki kechinmalari bilan mos kelmaydi, ya'ni dissotsiatsiya kuzatiladi.
5	Ijtimoiy ishonish mezone	bemor o'zi eshitayotgan va kuzatayotgan narsalarni haqiqatda atrof dunyoda bo'layotgan deb ishonadi	bemor faqat o'zi eshitayotganiga ishonadi
6	Bemorning "Menga" yo'nalgan mezone	jismoniy "Menga" yo'nalgan	ruhiy "Menga" yo'nalgan ya'ni kimdir uni boshqa shaxsga o'zgartirishga harakat qiladi.

7	Kunning vaqtga bog'langan mezoni	kechasida kuchayadi	Dinamikada o'zgarish kuzatilmaydi

Gallutsinatsiya turlari:

1) Sezgi a'zolari bo'yicha: ko'ruv, eshituv, sezuv, taktil

2) Etiopatogenetik asosi bo'yicha:

a) affektiv gallutsinatsiyalar - hissiy to'nglik paytida, affekt ta'sirida paydo bo'luvchi gallutsinatsiyalar;

b) dominantli gallutsinatsiyalar (Dyupre gallutsinatsiyasi)-
insonning fikrlari gallutsinator kechinmalarga aylanib qolishadi;

v) psixogen gallutsinatsiyalar - ruxiy shikastlanishlarga asoslangan ;

g) gipnogogik gallutsinatsiyalar - uxlashdan oldin ko'zlarni
yumganda paydo bo'ladi;

d) gipnopompik gallutsinatsiyalar - uyqudan keyin, uyg'onishdan oldin, ko'z
yumiq paytida kuzatiladi;

e) Kalbaum gallyutsinatsiyalari. Bu gallyutsinatsiyalarini ikki turi ajratiladi:

1) Reflektorli - refleks turi bo'yicha paydo bo'lib, qo'zg'atuvchi bir analizotorga
ta'sir qilsa, gallyutsinatsiyalar esa boshqa organda paydo bo'ladi. Masalan, bemor
eshik qulfining kalitini aylantirsa, xuddi shu kalit yuragini ochayotgandek bo'lib
seziladi;

2) Funktsional gallyutsinatsiyalar - bunda real ta'sirot o'z yo'lida gallyutsinatsiyalar
esa o'z yo'lida kuzatiladilar. Ular vaqt bo'yicha o'ta bog'langan. Real ta'sirot
natijasida paydo bulib, u bilan parallel kechadi, lekin illyuziyalardan farqi
bor:gallyutsinatsiyalar hech qachon ta'sirot bilan qo'shilib ketmaydilar.

ISHONTIRISH GALLYUTSINATSIYALAR:

(gallyutsinator tayyorgarlikni aniqlashga ko'rsatma beradi)

1) Lippman simptomi - bemorning ko'z olmalarini barmoq bilan bosib, ko'zning u yoki bu burchagida nima ko'rganini so'raladi. Agar bemor ko'rgan narsalarni aytib bersa, simptom musbat deb hisoblanadi;

2) Reyxardt simptomi- bemorga toza qog'oz berib nima yozilganini o'qib bering deyiladi. Bemorda gallyutsinator tayyorgarlik bo'lsa, u qog'ozdan o'qib beradi;

3) Ashaffenburg simptomi - bemorga simi uzilgan telefon trubkasi berilib, qarindoshlar bilan gaplashing deyiladi. Bemorda gallyutsinator tayyorgarlik bo'lsa, u uzilgan telefonda gaplashadi.

Visseral gallyutsinatsiyalar - doim predmetli va joylanishi aniq bo'ladi. Masalan, bemor miyamda ilon o'tiribdi deb aytadi.

Ekstrakampiyli gallyutsinatsiyalar (Gilyarovskiy gallyutsinatsiyalari) - bemor gallyutsinator obrazni ko'ruv doirasi tashqarisidan ko'radi, ekstraproeksiyaga ega bo'ladi.

Gigrik gallyutsinatsiyalari (Revenka) - bemor tanasini yuzasida namlikni sezadi.

Gaptik gallyutsinatsiyalar - ushlab olayotganini sezish, ko'prok orqadan.

Autoskopik gallyutsinatsiyalar (deyteroskopik) - bemor o'zini ikkilangan holda ko'radi (miya o'smalarida kuzatiladi).

Kinestetik gallyutsinatsiyalar - bemor uning xatti-harakatini birov boshqaryapti deb aytadi.

Boyarje gallyutsinatsiyalari - hissiy komponentsiz, tovushsiz ovozlari. Bemor, miyamda birovlarning fikrlari paydo bo'ldi deb aytadi.

Sharl Bone gallyutsinatsiyalari - analizatorni periferik qismi patologiya bo'lgan holda kuzatiladi. Bemor shikastlangan a'zolarida gallyutsinatsiyalarni kechiradi.

Mayergross gallyutsinatsiyalari (sinestetik gallyutsinatsiyalar) bir nechta analizatorlarda birdaniga gallyutsinatsiyalar paydo bo'ladi.

Gallyutsinozlarning turlari:

1) Platua verbal gallyutsinozi (1913) - bosh miya zaxmida uchraydi. Verbal gallyutsinasiyalar va interpretativ xarakterdagi vasvasadan iborat bo'ladi. Tanqidi saqlangan bo'ladi.

2) Lermiitning pedunkulyar ko'ruv gallyutsinoz (1922) - patologik prosess IV qorinchasi tubida joylashganda paydo bo'ladi, bu namozshom paytida ko'pgina, serharakat, mikroskopik ko'ruv gallyutsinatsiyalar ko'rinishidan iborat. Tanqidi saqlangan bo'ladi.

3) Van-Bogart ko'ruv gallyutsinozi. Ensefalitni o'tkazgan bemorlarda uyqu kuchaygan, birinchi-ikkinchi haftadan keyin - aniq rangli ko'ruv gallyutsinatsiyalari paydo bo'ladilar. Gallyutsinatsiyalar kapalaklar, baliqlardan iborat bo'ladilar. Bu holat narkolepsiya bilan tugaydi.

4) Gobek hidlov gallyutsinozi - bemor o'z tanasidan yomon hidlar chiqyapti deb aytadi. Shizofreniyada uchraydi.

5) Manyan taktil gallyutsinozi - teri ostida mayda qumursqalarni yurishini sezish.

Gallyutsinoid - bu bemor neytral munosabatda bo'lgan fragmentar obrazni ko'ruv gallyutsinasiyalarni boshlang'ich yoki oxirgi ko'rinishi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Ruhiy bemor atrof dunyoni buzilgandek idrok qilishi bu:
2. Psixik kasalliklarni rivojlantiruvchi endogen omillarga quyidagilar kirmaydi:
3. Odatdagi tashqi ta'sirlarga beriluvchanlik, ta'sirchanlikni, sezgirlikni ortib ketishi bu:
4. Bemor o'z tanasi og'irligini keskin ortib ketgan, o'zini gigant, bahaybat deb sezyapti. Bu simptomning nomi:
5. Operatsiya qilingandan keyin bemor qiz xonada ayiqni ko'rdi. Chiroqni yoqishgan edi bu ayiq emas kreslo ekan. Simptom:
6. Odatdagi tashqi ta'sirlariga ta'sirchanlikning pasayib ketishi:
7. Bemorda o'z terisida davriy ravishda namlik sezish bor. Bu nima

8.Bemor miyasining IY qorinchasi sohasiga qon quyilishi oqibatida unga yarim qorong'ulik paytidan harakatlanuvchi mikroskopik sharpalar ko'rinayapti.Tanqidiy munosabati saqlangan. Diaqnoz:

9.Glaukomali bemorda bo'ladigan oddiy qo'rquv gallyutsinatsiyalari boshqacha qanday ataladi:

10.Bemor musiqa qo'yilgan paytida rangli doiralarni yo'llarni, oddiy figuralarni ko'ra boshlaydi.

Buzilishni aniqlang.

11.Bemor oshqozonda sezilayotgan yoqimsiz noxush, azob beruvchi, lekin noaniq sezgilardan shikoyat qilyapti. Oshqozonida xech qanday kasallik aniqlanmadi.Bu nima:

12.Yolg'iz o'zi o'tirib olib, bir narsaga go'yo quloq solib o'tirganday,keyin esa qo'qqisdan o'zicha boshini qimirlatib xuddi birov bilan gaplashgandek valdiragan odamni ko'rdingiz. Bu nima bo'lish mumkin:

13.Bemor notanish joyga borganida unga xuddi avval ham u bu joyga borganay tuyulayapti. Bu nima:

TEST SAVOLLARI:

1. Bemor tashqi dunyoni xuddi narsalar qotib qolgandek undan uzoqlashgandek rangsiz , noaniq haqiqiy emasdek ko'rayapti va idrok qilyapti. Nima bu

1. pareydolik illyuziya
2. derealizatsiya
3. gipersteziya
4. depersonalizatsiya
5. mikropsiya

2. Miya sifilisi bilan og'rgan bemorda verbal gallyutsinatsiyalar interpretativ vasvasa bilan birga kelyapti. Tanqidiy munosabat saqlangan. Nima bu:

1. Platua gallyutsinozi
2. Van-Bogart gallyutsinozi
3. Gobek gallyutsinozi

4. Lermitt gallyutsinozi

5. gallyutsinoid

3. Bemor o'zining chap qo'li va chap oyog'i o'lchamlari ortiqcha kattalashib va og'irlashib ketganini sezyapti. Nima bu:

1. derealizatsiya

2. parsial autometamorfopsiya

3. illyuziya

4. giperesteziya

5. vasvasa

4. Sezuvchanlikning pasayishi nomlanadi:

1. giperesteziya

2. senestopatiya

3. giposteziya

4. ekmneziya

5. afaziya

5. Idrokning buzilishiga kirmaydi:

1. derealizasiya

2. depersonalizm

3. senestopatiya

4. pareydoliya

5. dismegalopsiya

6. Real borliqning fantastik idrok etish sindromi nomi:

1. amneziya

2. disforiya

3. mikropsiya

4. pareydoliya

5. senestopatiya

7. Idrok buzilishiga quyidagilar kirmaydi:

1. dismegalopsiya
2. porropsiya
3. makropsiya
4. anopsiya
5. mikropsiya

8. Real borliqni noto'g'ri, soxta idrok etish bu:

1. vasvasa g'oya
2. derealizatsiya
3. gallyutsinatsiya
4. amneziya
5. senestopatiya

9. Depersonalizatsiyaga kiradi:

1. verbal illyuziya
2. xayolparastlik
3. assotsiativ avtomatizm
4. vasavsa g'oya
5. senestopatiya

10. Sezgi pastki absolyut busag'asini pasayishida kuzatiladi:

1. giposteziya
2. giperesteziya
3. anesteziya
4. paresteziya
5. senestopatiya

11. Bemor ichki organlarida real obyekt ilon borligiga shikoyat qiladi:

1. paresteziya

2. senstopatiya
3. visseral gallyusinasiya
4. illyuziyada
5. giposteziya

12. Porropsiyada obyekt qanday ko‘rindi:

1. rangsiz
2. uzoqlashgandek
3. soni ko‘paygan
4. ilgari ko‘ringandek
5. sariq rangli

13. Bemor miyasining ichida boshqa shahardan kelayotgan odamning ovozi eshitayapti gallyutsinatsiyani turi:

1. reflektor
2. gaptik
3. soxta
4. chin
5. funksional

14. Bosh miya sifilisida qaysi gallyutsinoz kuzatiladi:

1. Lermitt
2. Sharl-Bonne
3. Van-Bogart
4. Platua
5. Bayyarje

15. Gobek gallyutsinozida kuzatiladi:

1. tanada namlik sezish
2. obyektning rangsiz ko‘rish
3. o‘z-o‘zini gigant sezish
4. tanasidan yomon hid kelishini sezish
5. yuragidan odam ovozi eshitish

16. Badanda namlik sezish qaysi gallyutsinatsiyaga kiradi:

1. gaptik
2. gigrik
3. reflektor
4. funksional
5. ekstrakampiy

17. Buyruq beruvchi gallyutsinatsiyalar nomlanadi:

1. taktil
2. ko'ruv
3. reflektor
4. funksional
5. imperativ

18. Bemor o'z tanasini noto'g'ri idrok qilyapti. Buzilish nomi:

1. ksantopsiya
2. eritropsiya
3. autometoforfopsiya
4. poliopsiya
5. illyuziya

19. Idrok buzilishida kuzatiladi:

1. gallyutsinatsiya
2. psixomotor qo'zg'alish
3. vasavsa g'oyalar
4. illyuziyalar
5. senestopatiyalar

20. Ensefalitli kasallikda uchraydigan gallyutsinozni nomi:

1. Lermitt
2. Gobek
3. Sharl-Bonne
4. Van-Bogart
5. Bayyarje

VAZIYATLI MASALA:

Masala № 1

Bemor R., 23 yoshda, radiotexnik. 3 yildan buyon o'zini oyog'ida va qo'ltik osti sohasidan doimiy ravishda noxush hid sezishini aytadi. So'ng axlat hidi, siydik hidi va jinsiy azolari va orqa chiqaruv teshigidan yiring chiqishi tuyula boshlashini aytadi. Boshqalarni yonida (qatorida) turganda, hid yo'nalishi bo'yicha burnini o'sha tomonga o'giradi. Suhbatda atrofdagilardan ovozlari eshitishi "cho'chqa hidi"(deb aytadigan), shunda o'zini aybdor hisoblab, kunda bir necha marta cho'miladi, kiyimini almashtiraveradi, lekin "hid" yo'qolmagan. Shu sababli odamlar orasida yurolmasdi va yakka holda bo'lishini xohlardi. O'z – o'zini o'ldirish fikri bor. Barcha shifokorlar bemorni ishontirishga harakat qiladi, sizdan hech qanday yoqimsiz hid kelmayapti deb, ammo bemor ishonchsizlik bilan shifokorlarga qaraydi, bu hidlar yo'q kelmayapti yaxshi deb tushuntiradi.

1. Kasallik simptomlarini sanab bering.

Masala № 2

70 yoshli katarakta bilan og'rikan va ko'zi ko'rmagan bemor birdan devorda rangli narsalarni, gullarni va o'ynab turgan bolalarni ko'ra boshlagan. Ko'rgan narsalarni ko'rib hayron bo'lib qolgan .

Diagnoz

TAFAKKUR TUSHUNCHASI, FIKRLASH JARAYONLARI, NORMA VA PATOLOGIYA CHEGARALARI. TAFAKKUR PATOLOGIYASI.

Tafakkur- bu insonning aks etgan faoliyatini eng oliy shakli bo'lib, atrof muhitni ko'rinishlarini alohidalangan, to'ldirilgan holda va ularni ma'nosi va bir-biriga bog'liqligini, borligini bilishdan iborat.

Tafakkur patologiyasi bo'linadi:

1. Assotsiativ protsesslarning patologiyasi :

A) temp bo'yicha

B) tuzilish bo'yicha

V) maqsadga yo'nalish bo'yicha

2. Fikrlash patologiyasi:

A) vasvasali buzilishlar

B) yopishqoq g'oyalar

V) o'ta qimmatli g'oyalar.

1.Assotsiativ protsesslarning patologiyasi

A) temp bo'yicha.

1.Fikrlashning temp bo'yicha tezlashishi- assotsiatsiya miqdorini shoshishi bilan xarakterlanadi, ya'ni bemorning fikri, assotsiatsiyalar tez paydo bo'ladi, ularning soni tez o'sib boradi. Bemor gapirishni boshlaydi. Yuzaki bog'larga asoslangan assotsiatsiyalar paydo bo'ladi. Bemorlarning nutqi baland, tezlashgan, hissiy boy bo'ladi. Maniakal sindromda uchraydi.

2.Fikrlar tezligi (fuga idearum)-tafakkurning birdan tezlashishi. Bunda assotsiatsiyalar paydo bo'lishi o'ta tezlashadi. Bemor o'ta tez gapiradi, bir sizni tugatmay, ikkinchisini boshlaydi. Nutq uzilgan bo'ladi.

3.Fikrlarni temp bo'yicha sekinlashuvi- ya'ni bir vaqt ichida assotsiatsiya sonini kamayishi. Bunda bemor savolga ma'lum vaqt o'tgandan so'ng javob qaytaradi. Nutqi sekin, monoton, hissiyoti kambag'allashgan bo'ladi.

Mentizm- shartsiz paydo bo'luvchi, uzluksiz kechuvchi va to'xtatib bo'lmaydigan fikrlarning oqimi. Bemor: "fikrlar daryodek oqib kelyapti" deb ta'kidlaydi. Nutq temp bo'yicha oddiy. Bu holat assotsiativ avtomatizm hisoblanadi. Kandinskiy-Klerambo sindromida uchraydi.

Assotsiativ protsesslarning tuzilishi bo'yicha patologiyasi.

1.Tafakkur buzilishi- bemorlarning nutqi grammatik to'g'ri tuzilgan,lekin logik ma'nosi bo'lmaydi. Masalan: kasha avtobusga o'tirdi va ketdi.

2.Tafakkurning bog'lanmasligi- bunda bemorning nutqi va logik noto'g'ri tuzilgan, bunda ma'nosi umuman bo'lmaydi. Bemorning nutqi ega va kesimdan iborat bo'lib, ularning orasida bog'liqlik bo'lmaydi. Bu holat amensiyada uchraydi.

3.Verbigratsiya-biror-bir so'zni stereotip va monoton qaytarish. Bu buzilish katatoniyada uchraydi. Masalan: " Men kasalman..., men kasalman.., men kasalman.."

4.Shperrung - tafakkur tikilishi. Bunda bemor gapirayotib, birdan to'xtaydi, ma'lum vaqt o'tgandan keyin yana davom ettiradi. Bu buzilish shizofreniyada uchraydi.

5.Tafakkur uzilishi- tafakkur tikilmasidan farqlirok buzilish. Tafakkur uzilishi aniq subyektiv kechinmalar bilan kechib, birdan kerakli fikrni yo'qolishi bilan kuzatiladi. Bemor fikrni yo'qotganidan to'xtab qoladi.

6.Paralogiya- aktiv yoki passiv negativizm bilan kechuvchi, savollarga bir-biriga mos kelmagan, ma'nosiz javob qaytarishadi. Bu buzilish vasvasa bor bemorlarda uchraydi.

Maqsadga yo'naltirilgan assotsiativ protsesslarning patologiyasi:

1. Mufassal fikr- bunda bemor asosiyini ikkinchi darajadagi bilan farq qilmaydi, ahamiyatsiz bo'lgan joylarida to'xtab qoladi, borgan sari maqsaddan uzoqlashib, berilgan savolga boshqa yo'l bilan javob beradi. Epilepsiya bilan hastalangan bemorlarda uchraydi.

2.Rezonerlik- bu mahsulotsiz donolik, yangi fikr tug'ilmaydi. Bemorlar sergap, gapirayotganda maqolalardan foydalanadilar. Mulohaza qilish yuzaki, formal analogiyalarga asoslangan.

3.Perseveratsiya- biror bir fikr va ko'rinishni ongda turib qolishi, ya'ni birinchi berilgan savolga to'g'ri, keyingi savollarga esa birinchi javobni monoton qaytaradi. Bosh miyada qo'zg'olish o'chog'i paydo bo'ladi.

4.Simvolizm- bemor hammaga ma'lum so'z yoki tushunchaga, faqat o'zi tushungan yangi nom beradi.

5.Autistik tafakkur- hamma fikr qilgan operatsiyalar bemor ichki kechinmalari bilan bog'langan. Shizofreniya bilan hastalangan bemorlarga xos.

Mulohaza patologiyasi.

1.Vasvasa g'oyalari.

2.Yopishqoq g'oyalar.

3.O'ta qimmatli g'oyalar.

1.Vasvasa g'oyalari - bu kechinmali, yolg'on mulohaza qilish bo'lib, bemorning butun ongini o'rab olib, to'g'irlanmaydigan va korreksiya qilinmaydigan holat. Vasvasa birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin.

1. Birlamchi vasvasa- bu mulohaza qilish patologiyasi bo'lib,integrativ vasvasa ta'sirida bosqichlar bo'yicha rivojlanadi.

Vasvasa hosil bo'lish mexanizmi:

1.Vasvasali kayfiyat. Bunda inson vasvasa g'oyalarini aytishdan uzoqlashgan bo'ladi, lekin unda qo'rquv, vahima, xayol,hissiy taranglik o'sib boradi. Uyqu buzilgan, bemorning kayfiyati o'zgaruvchan bo'lib qoladi.

2.Vasvasali idrok qilish. Bemor hamma narsani vasvasali idrok qiladi. Masalan: telefon jiringlasa, bekordan emas deb aytadi.

3.Vasvasali turtki. Bemor hamma narsaga vasvasa bilan qaraydi. Masalan: telefon jiringlasa, bemor tushunadiki, uni uyda borligini tekshirishyapti.

4.Vasvasaning tiniqlashishi, ya'ni "kristallanishi". Bu bosqichda vasvasa fabulasi shakllanishi boshlaydi.

5.Ta'qib qilingan ta'qib qiluvchining bosqichi. Bu bosqichda bemor uning fikricha ta'qib qilgan insonga birinchi bo'lib tashlanadi.

Vasvasa ruhiy buzilishni aniq belgisi deb hisoblanadi.

2.Ikkilamchi vasvasa. Boshqa sfera patologiya asosida kelib chiqadi. Affektiv vasvasa- affektiv sfera patologiyasiga asoslanib rivojlanadi.

Fabula tushunchasi bo'yicha vasvasa tasnifi.

(Grizinger 1872 yil).

1. Ulug'vorlik vasvasasi (boylik vasvasasi, taniqli bo'lish, kashfiyot qilish);
2. Ta'qib qilish vasvasasi
3. O'zini ayblash vasvasasi

Vasvasani yana ikki turi farqlanadi:

1.Rezidual vasvasa, ya'ni qoldiq vasvasasi. Bu, vasvasa o'tkazgan bemorda vasvasaning qoldiqlarini qolishi.

2.Indutsirlashgan vasvasa- uzoq vaqt davomida ruhiy bemor bilan yashagan sog'lom shaxsda vasvasaning paydo bo'lishi. Vasvasaning ma'nosi Bemorning vasvasasiga to'g'ri keladi. Asosan bu vasvasa kichik oilada kuzatiladi.

Masshtab bo'yicha vasvasaning tasnifi.

1.Xafalashgan munosabat vasvasasi yoki kichik kenglikli vasvasa. Involyutsion paranoidda uchraydi.

2.Megalomanik vasvasa. Kotar sindromida uchraydi. Vasvasa masshtablari keng, kattalashgan.

Yopishqoq g'oyalar-obsessiyalar. Bunda bemorning ongida qiziqishlar, xohishlar, qo'rquv, vahima va fikrlarni majburiy, o'nglab bo'lmaydigan darajada paydo bo'lishi.

Mavhum fikrlar. Bemorning miyasida quyidagi fikrlar paydo bo'ladi: nima uchun yer dumalok, uning boshi va past qayerda
Obrazli yopishqoqlik- yopishqoqli idrok qilish, yomon fikrlar, yopishqoq xohishlar, ta'sirlar, vahimalar.

Fobiyalar:

Agorafobiya-ochiq joylardan qo'rqish;
Klaustrofobiya-yopiq joylardan qo'rqish;
Monofobiya- yolg'izlikdan qo'rqish;
Eyxmofobiya-o'tkir narsalardan qo'rqish;
Nozofobiya-kasallikdan qo'rqish;
Kanserofobiya-rak bilan kasallanishdan qo'rqish;
Lissofobiya- jinni bo'lishdan qo'rqish;
Fobofobiya- qo'rqishdan qo'rqish.

O'ta qimmatli g'oyalar- real narsalarga o'ta qimmatli ahamiyat berish.

Vasvasali sindromlar:

- 1.Paranoyyal sindrom. Birlamchi vasvasa bilan tamomlanadi.
- 2.Gallyutsinator-paranoidli sindrom.bunga Kandinskiy-Klerambo sindromi xos:
 - A) soxta gallyutsinatsiyalar;
 - V) ta'qib qilish yoki jismoniy vasvasa;
 - S) ruhiy avtomatizm, assotsiativ avtomatizm.
- 3.Parafren sindrom-fantastik ma'noga ega bo'lgan ulug'vorlik vasvasasi.
- 4.Kotar sindromi- bu murakkab katta sindrom. Ikki simptomdan iborat: depressiya va bahaybatli vasvasa. Ikki variantga ajratiladi:
 - 1.ipoxondrik- bemorda o'limga olib keladigan,tuzalmaydigan kasallik to'g'risida fikrlar bo'ladi.

2. Ningilistik - bemor o'zini ichaklarini chirib ketdi deb aytadi.
5. Kapgr sindromi- o'zining ichiga Fregoli sindromni kirgizadi, bitta odam har xil yuzlarda ko'rinadi.
6. Qiyofadosh vasvasasi-qachonki notanish odamlar tanish odamlarga o'xshab grim qilishadi.
7. Intermetamorfoza vasvasasi-obrazli vasvasani rivojlanish bosqichi, tashqi muhitning narsalarini, yuzlarni mutlaqo o'zgargan g'oyalar bilan ta'riflanadi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Shizofreniyali bemor yuzaki, chuqur o'ylanmagan xulosalar asosida fikr yuritib befoyda ko'p donolik qilyapti. Simptom:
2. Bemorning miyasiga yot fikrlarni o'rnatirish yoki uning fikrini boshqalar olib qo'yishi simptom qanday ataladi:
3. Gangib sarosimaga tushib, o'zini yo'qotish bilan birga tafakkur inkogerensiyasi quyidagi sindromda uchraydi:
4. Shizofreniyali bemor o'zini jahonning 10 karra qaxramoni, Yer planetasi barcha qurolli kuchlar qo'mondoni deb hisoblaydi. Tanqidiy munosabati yo'q. Simptom:
5. Kasallik klinikasida bemorda ichki organlarini chirib ketayotgan, yo'qolib borayotgan haqidagi nigilistik ipoxondrik vasvasa, bezovtalik bilan kechadigan depresiya namoyon bo'lyapti. Sindrom:
6. Psevdogallyutsinatsiyalar ta'qib va ta'sir vasvasalari, psixik avtomatizmlar birgalikda qanday sindromni hosil qiladi:
7. Bemorning nutqidagi gaplar grammatik va logik noto'g'ri tuzilgan, gaplarida hech qanday ma'no va bog'lanish yo'q. Simptom
8. Birlamchi vasvasa, verbal gallyutsinatsiyalar va psixik avtomatizmlar birgalikda qanday sindromni hosil qiladi:
9. Bemor o'zining fikrini atrofdagi barcha odamlar bilib qolyapti deb hisoblaydi. Bu qanday buzilish.

10. Bemor o'z ish joyida ratsionalizatorlik taklifini kiritdi, biroq buni u o'zi jahon miqyosidagi katta kashfiyot deb hisoblaydi. Simptom
11. Epilepsiyali bemor so'zlashganda asosiy fikrni ikkinchi darajali farqlay olmaydi, mayda-chuyda tafsilotlariga berilib ketadi. Tafakkur buzilishni aniqlang.
12. Shizofreniyali bemor boshining ichida ilonni ko'rayapti, uning harakatlanishini sezayapti. Bu nima
13. So'z boyligining haddan tashqari kamayib kambag'allashuvi:
14. Bemor birinchi savolga to'g'ri javob beradi, keyingi savolga esa birinchi javobini qaytaraveradi. Bu nima
15. Bemor o'z qo'llarini juda ko'p marta yuvaverayapti. Bu nima
16. Bemor to'shakda yotibdi va monoton, stereotip ravishda bitta gapni takrorlayapti: "Men kasalman, men kasalman, men kasalman". Bu nima
17. Vasvasani quyidagicha yoritish mumkin:
18. Qatorni davom ettiring: tafakkurning uzilganligi, tafakkurning bog'lanlamaganligi, shizofaziya, ...
19. Birlamchi vasvasani shakllanishining yakuniy bosqichi - ...
20. Quruq mahmadonalik, shperrung, perseveratsiya, verbigeratsiya -bu

TEST SAVOLLARI:

1. Subyektiv qayg'urish bilan kechadigan kerakli fikrni bexosdan yo'qotib qo'yish - bu ...
- 1) shperrung
 - 2) oligofaziya
 - 3) fikrlarni tiqilib qolishi
 - 4) fikrning uzilishi
 - 5) bradilaliya
2. Qatorni davom ettiring: tafakkurning uzilganligi, tafakkurning Bog'lanlamaganligi, shizofaziya, ...

- 1)inkogerensiya
- 2)perseveratsiya
- 3)batafsillik
- 4)rezeonerlik
- 5)ulug‘lik vasvasasi

3.Ulug‘vorlik vasvasasi mazmuni bo‘yicha: badavlatlik, yuqori tabaqaga mansublik, geniallik

- 1)nigilistik
- 2)manixey
- 3)taqib qilish
- 4)odatdagi munosabat
- 5)ixtirochilik

4. Quruq mahmadonalik, shperrung, perseveratsiya, verbigeratsiya -bu

- 1)aql patologiyasi
- 2)assotsiativ jaroyonning patologiyasi
- 3)nutq patologiyasi
- 4)xulosa shiqarish patologiyasi
- 5)iroda patologiyasi

5. O‘zlari yolg‘iz yashayotgan opa-singillardan biri shizofreniya bilan hastalangan. Bir necha yildan so‘ng sog‘ opasi bemorning vasvasa g‘oyalarini quvvatlab, bemorning takrorlaydi. Buzilish turi

- 1)rezidual vasvasa
- 2)yopishqoq fikrlar
- 3)indutsirlangan vasvasa
- 4)o‘ta qimmatli g‘oyalar
- 5)xato hukmlar

6. Kasallikning klinik manzarasi, fantastik mavzuga ega bo‘lgan, psevdogallyutsinatsiyalar bilan kechayotgan fantastik ulug‘vorlik vasvasasidan iborat. Bu qaysi sindrom

- 1) o'tkir parafreniya
- 2) Kandinskiy-Klerambo sindromi
- 3) Gallyutsinator parafreniya
- 4) Paranoial sindromi
- 5) Konfabulyator parafreniya

7. Vasvasani quyidagicha yoritish mumkin:

- 1) spetsifik psixologik ehtiyojlarga mos keluvchi soxta hukm sifatida
- 2) sensor obrazning buzilgan tasavvurni idrok qilish sifatida
- 3) haqiqatda mavjud bo'lmagan narsalar yoki tovushlarni idrok qilish sifatida
- 4) ishonarli dalillar asosida o'zgartirish mumkin bo'lgan nukta nazar sifatida
- 5) dissotsiativ reaksiya sifatida

8. Gallyutsinator-paranoid sindrom uchun xarakterli emas:

- 1) ta'qib vasvasasi
- 2) verbal gallyutsinasiyalar
- 3) assotsiativ avtomatizm
- 4) fizik ta'sir vasvasasi
- 5) ambulator avtomatizm

9. Bemor miyasiga ixtiyorsiz uzluksiz ravishda fikrlar tasavvurlar xotiralar quyilib kelayotganida buni o'zi boshqara olmay qolayotganiga shikoyat qilyapti. Bu buzilishni aniqlang:

- 1) tafakkur tempi tezlashuvi
- 2) mentizm
- 3) g'oyalar sakrashi
- 4) tafakkur yemirilishi
- 5) verbigeratsiya

10. Bemor o'z ish joyida ratsionalizatorlik taklifini kiritdi, biroq buni u o'zi jahon miqyosidagi katta kashfiyot deb hisoblaydi. Simptom

- 1) parafren vasvasa
- 2) o'ta qimmatli g'oyalar
- 3) kashfiyotchilik vasvasasi

4)miyadan ketmaydigan g'oya

5)rezeonerlik

11.Bemor birinchi savolga to'g'ri javob beradi, keyingi savolga esa birinchi javobini qaytaraveradi. Bu nima

1)paralogik tafakkur

2)verbigeratsiya

3)tafakkur batafsilligi

4)perseveratsiya

5)tafakkur bog'lanmasligi

12.Bemor o'z qo'llarini juda ko'p marta yuvayerayapti. Bu nima

1)vasvasa

2)fobiya

3)miyadan ketmaydigan fikrlar

4)impulsiv harakatlar

5)ritual

13.Kasallik klinikasida bemorda ichki organlarini chirib ketayotgan, yo'qolib borayotgan haqidagi nigilistik ipoxondrik vasvasa , bezovtalik bilan kechadigan depresiya namoyon bo'lyapti. Sindrom:

1) Korsakov sindromi

2) Kotar sindromi

3) Kapgr sindromi

4) Kandinskiy-Klerambo sindromi

5) touret sindromi

14. Quyidagi ruhiy buzilishlar ichida qaysi buzilish boshqa guruhga kiradi:

1) perseveratsiya

2) tafakkur batafsilligi

3) vasvasa

4) tafakkur yemirilishi

5) shperrung

15. Vasvasa g'oyalariga mos keladi:

- 1) tafakkurning mazmunan buzilishi
- 2) tafakkurning grammatik strukturasi buzilishi
- 3) tafakkurning mantiqiy strukturasi buzilishi
- 4) tafakkurning tashqi tuzilishi buzilishi
- 5) faktlar giperbolizatsiyasi

16. Shizofreniyali bemor o'zini miokard infarkti bor og'ir bemor deb hisoblayapti. Aslida somatik patologiyasi yo'q. Bemorni somatik jihatdan sog' ekanligiga ishontririb bo'lmayapti. Simptom

- 1) miyadan ketmaydigan g'oyalar
- 2) o'ta qimmatli g'oyalar
- 3) parafren vasvasa
- 4) ipoxondirk vasvasa
- 5) induksiyalangan vasvasa

17. Kandinskiy - Klerambo sindromi uchun xarakterli emas:

- 1) psevdogallyutsinatsiyalar
- 2) ambulator avtomatizm
- 3) ta'qib vasvasasi
- 4) mentizm
- 5) fizik ta'sir vasvasasi

18. Kasalik klinikasining sistemalashgan ta'qib va tasir vasvasasi fantastik ulug'vorlik vasvasasi bilan birgalikda namoyon bo'lyapti. Bemor o'zini yer planetasining hukumdori, barcha xudolarning xudosiman deb hisoblayapti. Sindrom:

- 1) paranoyyal sindrom
- 2) paranoid sindrom
- 3) gallyutsinator - paranoid sindrom
- 4) kandiynskiy - klerambo sindromi
- 5) parafren sindrom

19. Suhbat paytida qo'qqisidan fikrlashni uzib jim bo'lib qoldi. Nima bu:

- 1) tafakkur tempining sekinlashuvi
- 2) verbigeratsiya
- 3) shperrung
- 4) perseveratsiya
- 5) autistik tafakkur

20. Bemor o'z fikrini birovniki deydi, birov boshqa begona fikrni miyasiga solgan deydi. To'g'ri sindrom qo'yning:

- 1) konfabulyatsiya
- 2) senestopatiya
- 3) assotsiativ avtomatizm
- 4) anekforiya
- 5) psevdoreminissensiya

AMALIY KO'NIKMA:

Birlamchi va ikkilamchi vasvasalarning differensial diagnostikasi.

1. Birlamchi vasvasa xususiyatlari.

Birlamchi vasvasa oqilona, mantiqiy bilish xususiyati, ya'ni narsa va voqealarni ichki bog'lanishlarini ifoda etish xususiyati buziladi. Birlamchi vasvasa o'z-o'zidan paydo bo'ladi. Bemor tashqi voqealar ichida o'z vasvasa mazmuniga tegishli dalillarni tanlab olish va ularni o'z-o'ziga talqin qiladi. Vasvasa g'oyalari asosida yotgan fikr- mulohaza va xulosalar ustida bemor chuqur va har tomonlama "ish" olib boradi. Barqarorligi, bosqichligi ravishda rivojlanib borish xususiyatiga ega. Birlamchi vasvasani 6 ta bosqichi bor.

2. Ikkilamchi hissiy vasvasa (siymoli).

Ruhiy faoliyatining boshqa doiralaridagi patologiya asosida rivojlanadi. Ikkilamchi vasvasa boshqa ruhiy buzilishlar bilan gallyutsinatsiyalar, affektiv buzilishlar bilan) murakkab sindrom tarkibida rivojlanadi. Ikkilamchi vasvasa g'oyalarini asoslash, isbotlarni tartibli tizimi yo'q, ular juda

ham fragmentar (uzuq-yuluq) ketma - ketlik yo‘q, tushunarsiz. Vasvasa mazmuni ustida faol "ish" olib borilmaydi.

PARAFREN SINDROMNI DIAGNOSTIK BELGILARI.

Tafakkur- Odam psixik faoliyatining eng oliy turidir. Tafakkur yordami bilan narsa yoki xodisalar o‘rtasidagi eng muhim bog‘lanishlar va munosabatlar ochiladi. Fikrlash faoliyati shundan iboratki, odam tajribalar asosida obstruksiyalash yo‘li bilan tushunchalarni hosil qiladi, ular o‘rtasida idrok etish va tasavvurlar bilan mantiqiy, shuningdek tushunchalarning o‘zi o‘rtasida aloqa bog‘laydi.

Parafren sindrom- ta'qib, ta'sir qilish, fantastik xarakterdagi ulug‘vorlik, buyuklik vasvasa g‘oyalari, soxta gallyutsinatsiyalar, ruhiy avtomatizm, ba'zan fantastik konfabulyatsiyalar bilan birgalikda o‘z aksini topadi.

Kapgr sindromi- intermetomorfoz (sahnalashtirish) vasvasa g‘oyasi, Fregoliy simptomi, egizaklar illyuziyasi: "musbat egizak" simptomi, "manfiy egizak" simptomlaridan iborat. Notanish, begona odamlar bemorlar uchun- tanish, yaqin bo‘lib ko‘rinadi. Tanishlari, yaqinlari- notanish, begona bo‘lib tuyuladi.

VAZIYATLI MASALA:

Masala № 1

Bemor D., 27 yoshda. Irsiyati ruhiy kasallik bilan og‘irlashmagan. Xarakteri kamgap, odamovi, tez xafa bo‘ladigan. Shikoyati, oxirgi 5 -6 yilda hamkasblari va begona kimsalar unga ko‘p e‘tibor qaratishlariga. Ko‘chadagi va transportdagi odamlar unga diqqat bilan, ma’noli va tabassum bilan qarashadi, goh unga odamlar mehribonlik qilishadi (u shoshayotgan avtobusni to‘xtatib turishgan) goh unga zarar berishga harakat qilishadi (u kirishish kerak bo‘lgan magazinni yopib qo‘yishadi) MXX xodimlari uni harakterini, ishonchliligini tekshiradi, doim unga ularning nazoratida ekanligini tushinishga imkon berishadi. Hamkasblari orasida ham uni tekshiruvchi odamlar ham bor, ular uni kabinetiga kirib ishga qanday yetib kelganini, gazetadagi ma’lum bir maqolani o‘qiganini, bu maqola haqida, uning

fikrini so‘rashadi. Buni hammasi bekorga emas uni ishonchliligini tekshirish uchun, hamkasblari bilan gaplashmay qo‘ygan, ulardan qochadi. So‘zlarini o‘ylab gapiradigan, ortiqcha gapirmaydigan bo‘lib qolgan. Bu hammasi nima uchun qilinayotganini bilishga harakat qildi va bu qandaydir sirli ish uchun degan xulosaga keldi. Uni yanada ko‘prok kuzatilayotganini seza boshladi, kuzataverib charchagan.

Xotining bir necha savollariga ko‘ra u ham MXX bilan hamkorlik qilayotganini tushungan, unga ishonmay qo‘ygan. Televizordagi ba’zi ko‘rsatuvlar unga tegishli, bular u nazoratida ekanligini bildirish uchun berilyapti deb hisoblaydi. O‘zini kasal deb hisoblamaydi. Fikridan qaytarib bo‘lmaydi.

- 1.Sindromi tasniflashtiring (kasallikga xos buzilishlarni sanab bering)
- 2.Klinik tashxisni shakllantiring.
- 3.Kechish shakli va progredient darajasini aniqlang.

Masala №2

26 yoshli bemor, injener. Kasalligi o‘tkir, vahima, qo‘zg‘alish, o‘z uyiga kirib bekinib olish bilan boshlangan. Oynasiga parda qo‘yib olgan, chunki karshi tomondagi uydan uni kuzatilaetganini aytadi. Bemor o‘zini kiyimlarini va ro‘molchasini qirqib tashlayapti. Ruhiy kasalliklar shifoxonasida bo‘limda bir narsalardan shubhalanadi, qo‘rquv sezadi. Oynalaridan va devor orqasidan qandaydir ovozlarni eshitadi ; Taqillatuvchi ashula natijada qulog‘iga paxta tiqib oladi. Bemor vrachga ishonchsizlik bildiradi. Xafa (indamas boshi egik), o‘zini sog‘lom hisoblab, kasalxonadan javob berishini so‘raydi, Atrof - muhitdagi barcha narsalar soxtalashganga o‘xshashini gapiradi. Vrachni taniqli kinoaktrisaga o‘xshatib, bemor atrofdagi kasallarni rus artistlarini xalq xoriga o‘xshatadi, masxaraboz, atrofdagilarni artist deb biladi. Bemor so‘zidan atrofdagilar unga "PICHING" so‘zlari aytganini eshitishini aytadi. Bular uning uy joyiga xafv soladi deydi. Bemor atrof - muhitni o‘zgacha tasavvur etadi: Gilamda solingan yo‘lakni qabr yo‘lagiga o‘xshatadi "bu demak - yaqinda o‘laman . Shifokor bilan suxbatda, vrachni " SHPION " deb qabul qiladi.

Sindromologik diagnoz qo‘ying.

HISSİYOT-IRODA DOIRASI VA IXTIYORIY FAOLIYAT PATOLOGIYASI. SINDROMLAR

Hissiyot - bu quyidagi reaksiya turi bo'lib, individum kechinmalarini subyektiv ko'rinishi.

Hissiy sferaning buzilishi birlamchi va ikkilamchi bo'ladi:

Birlamchi - bu hissiy sferadagi buzilishlar.

Ikkilamchi - bu boshqa sferadagi buzilishlariga asoslangan hissiy sferadagi buzilishlar.

Hissiyot patologiyasi ikkita guruhga bo'linadi:

1) Kayfiyat patologiyasi;

2) Affekt patologiyasi;

Kayfiyat patologiyasiga kiradi:

1) gipertimik

2) gipotimik

3) atimik

4) paratimik

1) Gipertimik buzilishlarga kiradi:

a) Maniya - kayfiyatning noadekvat ko'tarilishi, harakat faoliyatni temp bo'yicha tezlashishi. Maniya maniakal sindromning uchligining asosiy simptomi hisoblanadi. Rekkurent shizofreniyada, progressiv paralichda, sirkulyar psixozda, MDPda uchraydi.

b) Eyforiya - bu ruhiy va jismoniy komfortli atrof muhitdagilarga befarq bo'lgan holda noadekvat ko'tarinki kayfiyat. Bu holatda bemor atrof dunyodagi hamma narsalarni ko'tarinki kayfiyat bilan idrok qiladi atrof dunyoni pushti rangda, go'zallashgan holda ko'radi. Eyforiya quyidagi kasalliklarda uchraydi: alkogolizm, narkomaniya, toksikomaniya, boshning peshona qismida o'sma bo'lganda, progressiv paralichda, karilik aqliy zaiflikda.

v) Moriya - telbalik bilan kechuvchi kayfiyatning noadekvat ko'tarilishi. Bemani qiliqlar bilan kechadi, qo'pol hazillarga mayili bo'ladi. Bemorlar telbasimon bolalarga o'xshab qiliqlar qilishadi, o'zlariga ahamiyat berishmaydi, baqirishadi, beo'rin kulishadi. Bu kayfiyat xavfli kechuvchi shizofreniyaning gebefrenik sindromda uchraydi.

g) Ekstaz - bu o'ta ko'tarinki kayfiyat bo'lib, atrofdagilardan alohidalangan holda, harakatni to'xtashi yoki ko'tarilishi, o'ta rohatli kechinmalar bilan ifodalanib va o'zining ichki kechinmalari obyekt bilan birlashib keladi. Epilepsiya bilan xastalangan bemorlarda va din bilan shug'ullanadigan insonlarda uchraydi.

Maniya va eyforiyaning taqqoslovchi tashxis:

Mezonlar	Maniya	Eyforiya
1. Quyidagi kasalliklarda uchraydi:	MDPda	Intoksikasion psixozlarda
2. Affektning yo'nalishi	Ko'tarilgan kayfiyat bemorning butun ruhiy sferani boyitadi, affekt atrofdagilarga yo'natilgan	Affekt ichki yo'nalishiga ega bo'ladi
3. Harakatli belgilari:	Harakat tezligi bilan kuzatiladi	Harakatlari tormozlangan bo'ladi

2) Gipotimik buzilishlar:

a) Depressiya - bu kayfiyatning noadekvat tushishi bo'lib, assotsiativ protsesslarini sekinlashi yoki orqada qolishi, harakat tormozlanishi bilan kuzatiladi. Depressiv sindrom uchligining asosiy belgisi bo'lib hisoblanadi. MDP, rekkurent shizofreniya, sirkulyar psixozlarda uchraydi.

b) Disforiya - bu qahr-g'azabli kayfiyatning noadekvat tushishi bo'lib, harakat aktivligi, agressiv, buzg'unchilik harakat va faoliyat bilan kuzatiladi.

Disforiya holatida bemorning arzimagan narsalariga achchig'i chiqadi va chidamsizlik kuzatiladi. Bu holat epilepsiyada uchraydi.

Ko'rinmaydigan disforiya holati moros deb nomlanadi.

Moros - bu g'amgin, javrash bilan kechadigan kayfiyat.

v) Ajitirlashgan depressiya - bu g'am va vahima bilan kechuvchi kayfiyatning noadekvat tushishi. Klassik depressiyadan farqi - bu depressiyada harakat tormozlanishi kuzatilmaydi va aksincha harakat aktivligi va autoagressiya bilan kechadi. Bemorlar bir joyda o'tira olmaydilar, o'ziga joy topolmaydilar, qo'llarini bir-biriga qovushtirib, ovoz chiqarib yig'lashadi, o'z hayotiga qasd qilmoqchi bo'lishadi. Bu bemorlar qasd harakatlarning natijasiga yetadilar. Bu buzilish involyutsion melanxoliyada uchraydi.

Disforiya bilan ajitirlashgan depressiyani taqqoslovchi tashxis:

Mezonlar	Disforiya	Ajitirlashgan depressiya
1.Qaysi kasalliklarda uchraydi	Epilepsiyada	Ivolyutsion melanxoliyada
2.Affekt xarakteri:	G'amgin-qaxrli affektga ega bo'ladi	Vahimaga ega bo'ladi
3.Agressiyaning yo'nalishi	Agressiya atrofdagilarga yo'nalgan	Autogressiya, ya'ni agressiya o'ziga yo'nalgan

3) Atimik buzilishlar:

a) Hissiy to'nglik - hissiy reaksiyalarini yengil siljishi;

b) Hissiy tekkizlanishi – o'ta kuchli ta'sirlarga hissiy reaksiyalari ifodasiz bo'ladi;

v) Hissiy siyraklashish - ba'zi-bir bog'lanishlar hissiy siyraklashadi;

g) Apatiya - bu o'ziga va atrofdagilarga to'liq befarqligi;

d) Hissiy sovuqligi - bu hissiy sferaning to'liq bo'shab qolishi. Xattoki eng pastki mayllar hissiy uchqunga ham chaqirmaydilar. Bu holat shizofreniyada uchraydi.

e) Dardchil ruhiy anesteziya - bemorlar his tuyg'ularini yo'qolishini o'ta qiyinchilik bilan kechirishadi. Bunga bog'langan holatda o'ziga qasd qilishadi.

4) Paratimik buzilishlar:

a) Ambivalentlik - bemorning boshqa insonga bir vaqtda ikkita qarama qarshi hissiyotni kechirishi;

b) Hissiyot noadekvatligi - bu situatsiyaga mos kelmaydigan hissiyot. Bu holat shizofreniyada uchraydi.

Affekt patologiyasi (distimik buzilishlar):

1) Ko'ngilchanlik - bunda hissiy sferaning irodaviy komponenti zararlanadi . Inson o'ta sentimental bo'lib qoladi.

2) Hissiy labillik - bu bitta hissiy holatdan ikkinchi hissiy holatga tez o'tishi. Ya'ni, bemorlar bir yig'lab, bir kuladilar. Bosh miya aterosklerozida uchraydi.

3) Qo'rquv - bu ichki jiddiylashgan sezgi bo'lib, qo'rqituvchi voqea, hodisalarni kutishi bilan bog'langan.

Maniakal sindrom: Simptomlarning uchligi bilan xarakterlanadi:

1) yuqori kayfiyat;

2) tafakkurning tempini tezligi;

3) harakat aktivligi;

Bemorning tashqi ko'rinishlari:

Teri qoplamlari giperemiyalashgan, ko'zlari yaltirab turadi, yuzida tabassum, bir joyda turolmaydi, suhbatga kirishimli, ovozi baland, hissiyotlari boy, bemor qo'shiq va she'rlarni aytadi, kayfiyati o'ta ko'tarilgan bo'ladi. O'zini olim deb hisoblaydi, aktiv faoliyatli. Uyqusi sutkasiga 3-4 soat.

Maniyaning bir necha turi ajratiladi:

1) Quvnoq maniya;

2) G'azabli maniya – ko'tarinki kayfiyat jaxldorlik bilan kechadi, bemorlar atrofdagilarga nisbatan beadab, baqiradi, so'kinishadi.

- 1) Maniakal-vasvasali sindrom (o'z shaxsini o'ta baholash);
- 2) Maniakal-gallyutsinator sindrom;

Depressiv sindrom:

Simptomlarining uchligi bilan xarakterlanadi:

1. tushkun kayfiyat;
2. assotsiativ prosesning temp bo'yicha sekinlashishi;
3. xarakatning tormozlanishi;

Bemolarning tashqi ko'rinishlari: o'z yoshiga nisbatan katta ko'rinadilar, ivirsigan, sochlari va tirnoqlari sinuvchan, teri qoplamalari yer rangidek, rangsiz, yelkalari egilgan, boshi ko'krakka egilgan, qo'llari tovonga qo'yilgan, suhbatga qiyin kirishimli, berilgan savollarga ma'lum vaqt o'tkandan so'ng javob beradi, ovozi hissiy bo'yoqsiz, kayfiyati tushkun, g'amgin, doim hayotiy g'amga shikoyat qiladi. Bemor yig'lamsiragan, o'ziga qasd qilish fikrlarini aytadi, o'ta passiv bo'ladi. Bemorning uyqusi buzilgan, vahimali, qo'rqinchli tushlarni ko'radi, yoki bemor umuman uxlamaydi.

Depressiv sindromga bir necha simptom xarakterli:

1. "Omega simptomi" - bemorning qovog'i solingan;
2. "Vera-Gud burmasi simptomi" - bemor qovog'ining tashqaridagi uchdan biri solingan yoki osilgan.

Depressiv sindromning turlari:

- 1) Apatik sindrom;
- 2) Depressiv-vasvasali sindrom – o'zini ayblash va o'zini xo'rlash vasvasasi;
- 3) Depressiv-gallyutsinatorli sindrom;
- 4) Ipoxondrik depressiya - bemor o'zini tuzalmaydigan kasallik bilan hastalanganman deb hisoblaydi.
- 5) Ajitirlashgan depressiya;
- 6) Nikoblangan depressiya, yoki larvirli - bu ajoyib depressiya, bu depressiya ruhiy simptomatika bilan emas, balki somato-vegetativ buzilishlar bilan kuzatiladi, ya'ni bu depressiyada kuchli somato-vegetativ poydevori bo'ladi. Shikoyatlar somatik xulqini olib borishadi.

Affektiv sindromlarda kuzatiladigan somato-vegetativ buzilishlar (Protopopov uchligi):

- 1)taxikardiya;
- 2)ko‘z qorachig‘ining kattalanishi;
- 3)qabziyat.

Iroda - bu insoning o‘zining harakat va xulk-atvorni ongli va mo‘ljalli tartibga solishi. Irodaning patologiyasi:

- 1)Giperbuliya - bu faoliyatga tashabbus va intilishni ko‘tarilishi;
- 2)Gipobuliya - bu faoliyatga tashabbus va intilishni pasayishi;
- 3)Abuliy - bu faoliyatga tashabbusni butunlay yo‘qolib ketishi;
- 4)Parabuliy - bu faoliyatga intilishni buzilishi. Negativizm va impulsivlik

bilan namoyon bo‘ladi.

Motorikaning patologiyasi:

- 1)Giperkineziya - bu ixtiyoriy faoliyatni ko‘tarilishi;
- 2)Gipokineziya - bu ixtiyoriy faoliyatni pasayishi;
- 3)Akineziya - ixtiyoriy faoliyatni butunlay yo‘qolib ketishi;
- 4)Stupor - bu butunlay mushak harakatsizligi.

Harakat-irodaviy sferaning patologiyasi:

- 1.Tormozlanuvchan sindromi;
2. Qo‘zgoluvchan sindromi;

1.Tormozlanuvchan sindromi:

1. Katatonik stupor - mushak harakatsizligi, mushak tonusini ko‘tarilishi.

Bemorning teri qavatlari yog‘li, yuz ko‘rinishi maskalangan.

Bu holatga bir necha simptom xarakterlidir:

- 1)Dyupre simptomi - "havoli bolish"
- 2)Embrion pozali simptomi - bemor xuddi xomila pozada yotadi.
- 3)Xartumcha simptomi - bemor lablarini quvurchadek taxlab qo‘yadi va oldiga uzaytiradi.

4)Kapyushon simptomi - bemor o‘zining xalat yoki ko‘ylakning past qismini boshiga kiyadi.

5)Katalepsiya - mumdagi ixchamligi(mumsimon egiluvchanlik)

6)Bumke simptomi – ko‘z qorachig‘ining og‘riqli qo‘zg‘atuvchiga reaksiyasini yo‘qolib ketishi.Bu simptom faqat katatonik stupor bilan og‘rigan bemorlarda uchraydi.

2. Apatik stupor - butunlay beparvo,harakatsizlik va nihoyat kuchsizlik.

3. Depressiv stupor - harakatning tormozlanishi stupor darajasiga boradi.

4. Psixogen stupor - mushak harakatsizligi bilan kuzatiladi.

Psixomotor qo‘zg‘olish sindromlari:

1) Katatonik qo‘zg‘olish – yo‘qotgan-patetik xarakteri, paratimiya va mimikaning dissotsiatsiya kuzatiladi,ya'ni yuz ko‘rinishi affekt xarakteriga mos kelmaydi. Hissiyning ikkilanishi, inkogerensiya, verbigerasiya, shperrung, exolaliya, exopraksiya, aktiv negativizm kuzatiladi. Qo‘zg‘olish be'mani, impulsiv, sababsiz bo‘ladi. Ma'nosini aniqlash qiyin.

2) Maniakal qo‘zg‘olish - harakatlar qo‘zg‘olish darajasiga yetadilar;

3) Epileptik qo‘zg‘olish - epilepsiya bilan xastalangan bemorlarda disforiya holatida uchraydi.

4) Gallyutsinator qo‘zg‘olish - gallyutsinatsiya cho‘qqisida kuzatiladi;

5) O‘tkir vasvasali qo‘zg‘olish;

6) Hayajonli qo‘zg‘olish - ajitirlashgan depressiyada uchraydi;

7) Gebefrenik qo‘zg‘olish - tentakli holati.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. To‘y paytida kuyovning tog‘asi (shizofreniya bemor) yolg‘iz o‘zi o‘tirib olib, qattiq ovozda yig‘layapti. Nima bu:

2.Katatonik qo‘zg‘alish uchun xarakterli emas:

3.Disforiya uchun xarakterli emas:

4.Maniakal sindromda uchraydi:

5.Qanday preparatlar depressiyani keltirib chiqaradi:

- 6.Bemorlarda kayfiyatning tez va keskin almashishishi:
- 7.55 yoshli ayol bemor, kayfiyati past, bezovta bir joyda o'tira olmaydi, kiyimlarini yirtadi, boshini devorga uradi, xo'ngrab yig'laydi. Sindromni aniqlang.
- 8.Depressiya uchun xarakterli emas:
- 9.Tentaklik, bemani va o'rinsiz qo'pol xazil qilish, beg'amlik bilan kechadigan kayfiyatning patologik ko'tarilishi holati, bu:
- 10.Affektiv sindromlarda uchraydigan simptomlar triadasi:
- 11.Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi bor bo'lgan bemor (57 yoshda) kinofilmni tomosha qilganda ko'zidan yosh oqib yig'lab yubordi. Bu nima:
- 12.Depressiyaning nozologik tasnifi quyidagilardan qaysinisini o'z ichiga olmaydi
- 13.Maniakal sindrom strukturasiga kiradi: ko'tarinki kayfiyat, fikrlashning tezlashishi, harakat faollikning kuchayishi ...
- 14.Bemorning kayfiyati past, harakatlari susaygan, yig'loqi, passiv, past ovoz bilan, monoton ravishda, miyasining ichidan uni ayblayotgan, koyiyotgan do'stining "ovozini" eshitayotganini ma'lum qildi. Sindrom:
- 15.Bemorda o'tkir ruhiy xurujdan so'ng me'yoriy ruhiy faoliyatni kamayishi, emotsional sovuqlik
- 16.To'y paytida kuyovning tog'asi (shizofreniyali bemor) yolg'iz o'zi o'tirib olib, qattiq ovozda yig'layapti. Nima bu:
- 17.Oddiy maniyaning variantlariga quyidagilardan qaysi biri kirmaydi:
- 18.Ko'tarinki kayfiyat, harakat va tafakkur tezlashganligi qaysi sindromda kuzatiladi:
- 19.Hissiyot buzilishiga kirmaydi:
- 20.Bemorlarda kayfiyatning tez va keskin almashinishi:

TEST SAVOLLARI:

1.Endogen depressiyanig asosiy simptomi qaysi:

1. harakatlarning tormozlanishi
2. "omega" ko‘rinishida qoshi chimirilib, qovog‘i solinishi
3. tafakkurning sekinlashishi
4. Vera - Gud simptomi
5. hayotiy qaygu, g‘am, tashvish

2.Ajitasiyalangan depressiyan (bezovtalanish bilan kechayotgan depressiyan) davolashda dorilarning

qaysi birga qo‘llanilishi eng samaralidir

- 1 melipramin +aminazin
- 2 lyudiomil + aminazin
- 3 amitriptilin + tizersin
- 4 pirazidol + propazin
- 5 melipramin + tizersin

3. Depressiyaning nozologik tasnifi quyidagilardan qaysinisini o‘z ichiga olmaydi :

- 1 shizofrenik
- 2 reaktiv
- 3 nevrotik
- 4 organik
- 5 ajitasiyalangan

4.Quyidagi qatorga qaysinisi mos kelmaydi :

- 1.maniya
- 2.moriya
- 3.ekstaz
- 4.eyforiya
- 5.disforiya

5.Maniakal sindrom strukturasiga kiradi: ko‘tarinki kayfiyat,

fikrlashning tezlashishi, harakat faollikning kuchayishi, ...

- 1) giperrefleksiya
- 2) o'ziga ortiqcha baho berish g'oyalari
- 3) affektiv illyuziyalar
- 4) verbigeratsiya
- 5) ulug'vorlik vasvasasi

6. Bemorning kayfiyati past, harakatlari susaygan, yig'loqi, passiv, past ovoz bilan, monoton ravishda, miyasining ichidan uni ayblayotgan, koyiyotgan do'stining "ovozini" eshitayotganini ma'lum qildi. Sindrom:

- 1) depressiv-gallyutsinator
- 2) Kandinskiy-Klerambo sindromi
- 3) Paranoid sindromi
- 4) Depressiv-paranoid
- 5) Gallyutsinator sindrom

7. Tentaksifat, bemani qiliqlar, motivlarsiz quvonish, harakat va nutq

Qo'zg'alish bilan kechadigan sindromning nomi nima:

- 1) katatonik qo'zg'olish
- 2) maniakal qo'zg'olish
- 3) gebefren sindrom
- 4) gallyutsinator qo'zg'olish
- 5) paranoid sindrom

8. To'y paytida kuyovning tog'asi (shizofreniyali bemor) yolg'iz o'zi o'tirib olib, qattiq ovozda yig'layapti.

Nima bu:

- 1) ambivalentlik
- 2) ko'ngil bo'shlik
- 3) depressiya
- 4) qiyosiy mos kelmaslik (emotsional noadekvatlik)
- 5) qiyosiy beqarorlik (emosional labillik)

9. Disforiya uchun xarakterli emas:

- 1) g'ashlik, g'azablik kayfiyati
- 2) atrofdagi odamlardan norozi bo'lish
- 3) yomonlik qilish
- 4) tajovuz qilish
- 5) kayfiyat ko'tarilish

10. Quyidagi buzilishlar ichida qaysi buzilish boshqalardan ko'prok farq qiladi:

- 1) disforiya
- 2) eyforiya
- 3) moriya
- 4) maniya
- 5) ekstaz

11. Maniakal sindromda uchraydi:

- 1) harakatlar tezlashuvi
- 2) dezorientirovka
- 3) o'z shaxsiga ortikcha baho berish
- 4) tafakkur tempi tezlashuvi
- 5) kayfiyat ko'tarilishi

12. Bemorlarda kayfiyatning tez va keskin almashinishi:

- 1) hissiy kambag'allik
- 2) kayfiyat labilligi
- 3) affekt labilligi
- 4) hissiy o'tmaslik
- 5) apatiya

13. Beg'am, betashvish patalogik ko'tarinki kayfiyat, tafakkur va harakatlar tezlashmagan. Nima bu:

- 1) maniya
- 2) ekstaz
- 3) disforiya
- 4) eyforiya

5) moriya

14. Depressiya uchun harakterli emas:

- 1) yurak siqiladigan kayfiyat
- 2) tafakkur temp sekinlashuvi
- 3) aqlning pasayishi
- 4) harakatlar sekinlashuvi
- 5) ko'p yig'lash yig'loqilik

15. Bemor o'zining o'g'liga nisbatan bir vaqtning o'zida ikkita qarama-qarshi hissiyotni (muhabbat va nafrat) his qilayotganini gapiryapti. Nima bu:

- 1) ambivalentlik
- 2) ko'ngil bo'shlik
- 3) hissiy zaiflik
- 4) hissiy mos kelmaslik
- 5) hissiy beqarorlik

16. Ko'tarinki kayfiyat, harakat va tafakkur tezlashganligi qaysi sindromda kuzatiladi:

- 1) disforiyada
- 2) maniakal sindromda
- 3) depressiv sindromda
- 4) abuliyada
- 5) apatiyada

17. Hissiyot buzilishiga kirmaydi:

- 1) maniya
- 2) depressiya
- 3) disforiya
- 4) demensiya
- 5) ekstaz

18. Oddiy maniyaning variantlariga quyidagilardan qaysi biri kirmaydi:

- 1) xushchaqchaq varianti

- 2) badjahl varianti
- 3) sirkulyar varianti
- 4) chalkash varianti
- 5) akinetik varianti

19. Quyidagilar ichida boshqalardan farq qiluvchi hissiyot buzilishni toping:

- 1) ko'ngil bo'shlik
- 2) qo'rquv
- 3) patologik affekt
- 4) disforiya
- 5) hissiy labillik

20. Maniakal sindromda uchraydi:

- 1) harakatlar tezlashuvi
- 2) dezorientirovka
- 3) o'z shaxsiga ortiqcha baho berish
- 4) tafakkur tempi tezlashvi
- 5) kayfiyat ko'tarilishi

AMALIY KO'NIKMA:

Mavzu: Hissiyot iroda psixopatologiyasi.

Amaliy ko'nikma: ovqatdan bosh tortgan bemorlarni ov qatlantirish.

Vazifa: ovqatdan bosh tortgan bemorlarni farmakalogik usulda davolash.

Vrachning asosiy vazifasi: Ovqatdan bosh tortgan bemorlarga shoshilinch yordam kursatish va hayotini saqlab qolish.

Nerv anoreksiyasi katotonik stupor, depressiv sindrom imperativ gallyusinasiyalarida apatik holatlarda bemorda ishtaha yuqolishi, ovqatlanishdan bosh tortish kuzatiladi. Bunday holatlarda bemorlarni majburiy ovqatlantirish dezintoksikasiya choralarini ko'rish kerak.

Ko'rsatilgan vazifani bajarishda shifokor quyidagilarni amalda ko'rsatishi lozim:

1. Ovqatdan bosh tortgan bemorlarni kuzatish.
2. Ovqatlanishdan bosh tortsa uni zo‘rlab ovqat yedirishga harakat qilish.
3. O‘zi ovqatlanmagan bemorlarni sun'iy ovqatlantirish.
4. Bemorlarda amital kofeinli qo‘zgotish usulini o‘tkazish.

METODIK KO‘RSATMA

1. Nerv anoreksiyasi katotonik stupor, depressiv sindrom imperativ gallyusinasiyalarida apatik holatlarda bemorda ishtaha yuqolishi, ovqatlanishdan bosh tortish kuzatiladi. Bunday xolatlarda bemorlarni majburiy ovqatlantirish dezintoksikasiya choralari ko‘rish kerak.

2. Bemor oldida ovqatni keltirib bir oz kutib turish lozim: _agar bemor o‘zi Ovqatlanishdan bosh tortsa unda zo‘rlab ovqat yedrish uchun rezina zond orqali sun'iy ovqatlantiriladi. Bemorni chalkancha yotkizilib, qo‘lini yeniga tushirib ushlab turiladi "Boshini sochiq bilan bir tomonga ushlab turiladi. Vazelin yoki gliserin surtilgan zondni burni tomogi va qizilungachga tiqib me'daning ma'lum belgisigacha yetkaziladi. Zondning tashki uchiga kirgazilgan voronka orqali quloq solnib zondning traxeyaga kirib qolmaganiga isonch hosil qilib,ozroq miqdorda suv yuborilgandan keyin maxsus to‘yimli aralashma quyiladi, uning tarkibida sut, bulon tuhum sarig‘i shaker tuz, vitaminlar buladi. Zarur bo‘lsa bu aralashmaga dori moddalar qushiladi. Zondni og‘iz orqali ham yuborish mumkin bemorni bunda tish protezlari olib quyilishi kerak "Zond orqali bir marta ovqatlantirilganda 1 litrga yaqin to‘yimli aralasha kiritiladi"

3. Bemorlarni tormoz stupor holatdan chiqarish uchun amital kofein quzgatish ham quyidagicha o‘tkaziladi.

Teri ostiga yoki vena ichiga 1-2 ml 20% kofein eritmasi yuboriladi. 3-5 minut utgandan keyin vena ichiga 5-10 ml amital yuboriladi va sekin bir minutga 1 mldan yuboriladi.

4. Barbamil dozasini tug‘ri tanlanganda bemor o‘z kasalligini his qilish susayadi. Stupor simptomi yo‘qoladi bu esa bemorni boqish imkoni beradi, 15-30

minut davom etadi va bu davrda bemorni ovqatlantirish imkoni bo'lib shuni amalga oshirishga intilish zarur bo'ladi. Qo'zgalish paytida qo'ldan boy bermaslik kerak, chunki barbamil dozasini salgina oshirib yuborishi chuqur uyquga olib kedadi. Shuning uchun bemorning tashqi qyofasini harakatlarini diqat bilan kuzatib borish zarur, unga qisqa-qisqa savollar berib turish kerak. Bemorning ko'zlarini ochishi yoki mimikasini, harakatini kuchayshi, yuzi oqarishi yoki qizarishi terlab ketish kabi vegetative reaksiyalar barbalim yuborishni to'htatishga signal beradi. Bemorlarni amital kofeinli qo'zgatish yordamida ovqatlantirish sutkasiga 1-2 marta uzoq vaqt (xaftalar) davomida bir o'zi ovqatlanish hohishi paydo bo'lguncha davom ettiriladi.

№	Ishning qadam va qadam borishi	Ball bo'yicha baholash	Talabani ball bo'yicha baholash
1.	Bemorni majburiy ovqatlantirishga urinish	25 ball	
2.	Bemorni oldiga ovqat keltirib bir oz kutib turish	25 ball	
3.	Amital kofeinli qo'zgotish usulini o'tkazish	25 ball	
4.	Farmakologik moddalar bilan usulni o'tkazish	25 ball	
5	Jami ballar	100 bal	

VAZIYATLI MASALA:

Masala № 1

Bemor A., 39 yoshda. Shikoyat yo'k, chunki o'zini kasal deb hisoblamaydi. Ohirgi ikki yil davomida hulq - atvorini noto'griligi uchun ruhiy kasalliklar shifohonasiga ikki marta yotkizilyapti: u o'ta kirishimli bo'lib qoladi, tezda yangi tanishlar ortiradi, tasodifiy uchrab qolgan odamni uyiga taklif qiladi. Ularga uyini, mashinasini kalitini ishonib topshiradi, narsalari va pullarini tarqatadi, o'ta faol,

kuniga 2 - 3 soatdan ko'p uhlamaydi. Bunday holatlar ruhiy shifoxona sharoitida tezda bartarf qilinadi, keyin bemor avvlgi ishiga qaytadi, harakterida hech qanday o'zgarish aniqlanmaydi Ruxiy xolati: Mo'ljali buzilgan. Kayfiyati xushchaqchaq, hotirjam, ko'zlari yorqin, yuzida xushchaqchaqlik ifodasi. Ko'p gapiradi, qofiyalashga moyil, so'zlari kechirimlarga boy: o'rnida o'tira olmaydi, xadeb sakraydi, stoldan turli buyumlarni olib ular bilan janglyorlik qilishga harakat qiladi. Deyarli uhlamaydi, atrofdagi bemorlarga halaqit beradi, Jo'r bo'lib kuylashni taklif qiladi.

1. Tashxisni shakllantiring va asoslang.
2. Kerakli tavsiyalarni bering.

Masala № 2

Bemor D., 33 yoshli, injener. Premorbid davr o'zgarishsiz. Harakteri kirishimli, tetik, xushchaqchaq. 8 yil avval ilk marotaba kayfiyatini tushkunligi, qayg'u, atrofga qiziqishi yo'qolishi, ishtahasi yo'qolishi ko'rinishidagi kuchli ifodalangan buzilish aniqlangan. Bunday holat bir yil davom etgan va kayfiyati ko'tarilishi va o'zini yaxshi his qila boshlashi bilan ishlagan. Davolanmasdan psixozdan chiqqan, keyinchalik o'zini yaxshi his qila boshlagan, ishtiyoq bilan ishlaydi. Ruhiy holati: bemor qo'zg'algan, xirillagan ovozda to'xtamay gapiradi. Jinsiy jixatdan tormozlangan. Nutqi jonli mimikali va pantomimikali. Yaxshi uhlamaydi, tartibni buzadi. Bo'limda sherlar, maqollar yozishga harakat qilgan, ularni g'urur bilan atrofdagilarga ko'rsatadi va ularni nashr qilmoqchi bo'ladi. Bunday holat ikki oy davom etgan va tushkinlik va g'amginlik holati bilan almashgan, bu ikki oy davom etib, keyin yana yorqin davr boshlangan.

1. Huruj xarakterini aniqlang.
2. Klinik tashxisni asoslang.

ONG BUZILISHI. ONG YO‘QOLISH SINDROMLARI: KARAXTLIK, SOPOR, KOMA.

Ong muammosi faqat tibbiy psixologiya va psixiatriya muammosi bulibgina qolmay, balki tabiiy-ilmiy fanlarning xam muammosidir. Masalan: tarix, falsafa, politologiya va boshqalar.

Shuning uchun ongning bir necha tushunchalari bor. Xar bir fanning uzining tushunchasi bor. Falsafada quyidagicha:

Ong - yuqori tashkillashtirilgan materiyaning ob'ektiv reallikni aks etish xususiyati. Fiziologiyada quyidagicha:

Ong - bosh miya po‘stlogi retikulyar formasiyasida amalga oshirilgan aktivasiya shakli bo‘lib, bosh miya tonusini ushlab turib, o‘sha anglangan ruxiy xarakatini ta'minlashdan iborat.

Psixologiyada quyidagicha:

Ong - bu insonning bosh miyasini eng oliy integrativ funksiyasi bo‘lib, atrof dunyodagi aks etilgan proesslarni amalga oshiradi, shu bilan birga o‘z - o‘zini va maqsadga yo‘nalgan faoliyatni tartibga solib, insonni tabiiy va ijtimoiy muxitga bir-biriga mos kelishidan iborat.

Psixiatriyada ongning ravshanligi orientirovka saqlangan xoldagina tushunishi mumkin. O‘z - o‘zini anglash - ongning quyidagi shakli bo‘lib, insonning o‘zini, o‘z tanasini, fikrini, faoliyatini, qiziqishi, sezgisi, umumiy ishlab chiqarishda o‘z shaxsini o‘rnini anglashdan iborat.

O‘zini sezish, xis qilish - bu insonning xususiy, somatik va ruxiy sferada funksional xolatini anglash.

Ongning xususiyatlari:

1. Kayfiyatli munosabat;
2. Atrofnl bilish;
3. Kechinmalar;
4. Ongni aniqllovchi xususiyati (asosiy xususiyati).

Orientirovka - bu tashqi dunyoni zaruriy sharoitda tugri aks etish va tashqi dunyoga maqsadli xarakati.

Ong - bu barcha ruxiy faoliyat doirasini sintetik maxsuldorligi va insonning ruxiy faoliyati.

Paradoks: ruxiy faoliyatning barcha buzilishlari ongning buzilishiga olib keladi.

1956 yilda Butunittifok anjumanida psixiatrlar quyidagi xulosaga kelishdi: ongning ravshanligi orientirovka saqlanganini xisobga oladi.

Orientirovkani uchta turi bo'ladi:

1. Allopsixik orientirovka - bu insonning atrof joyini, vakti, urni tugri orientirovka qilish xususiyati. Bu orientirovkani buzilishida inson qaerdaligini, vaqtni bilmaydi. Ba'zida ikkilangan orientirovka xam kuzatiladi. Masalan, bu xolatda inson xam palatada, xam oydaman deb tushunadi.

2. Somatopsixik orientirovka - insonning uz tanasi bo'yicha tugri orientirovka qilish xususiyati.

3. Autopsixik orientirovka - insonning uz shaxsi bo'yicha to'g'ri orientirovka qilish xususiyati.

O'z - o'zini anglash patologiyasi:

1. O'z - o'zini vitaligini (xayotiy) anglashning buzilishi yoki o'z - o'zini xususiy tirikligini buzilishi;

2. O'z - o'zini anglash aktivligini buzilishi - bemorda o'zining aktivlik faoliyatini buzilishi;

3. O'z - o'zini butunligini anglashning buzilishi - bunda bemor yagona butunligini sezmay va idrok qilolmaydi, ya'ni aloxida tana qismlari birovniki deb tushunadi.

4. O'z - o'zini chegarasini anglashning buzilishi - bu xolatda atrofdagi borliq bilan bemorning sub'ektiv dunyosi orasidagi farqini o'chirilishi.

5. O'z - o'zini ideallikni anglashning buzilishi - o'z shaxsni noto'g'ri idrok qilish, ya'ni bemor o'uzini avval boshqa inson bulganman yoki xozir boshqacha bo'lib qolganman deb xisoblaydi.

6. Vasvasali depersonalizatsiya - bemor o'zini boshqa shaxsman deb xisoblaydi.

7. O'zini baxolashni buzilishi. Bu xolat xamma bemorlarda uchraydi

Anozognoziya - bu kasallikni to'liq inkor qilish;

Gipersomatognoziya - bu mavjud kasallikka yuqori baxo berish yoki uta e'tibor berish.

Ongning patologiyasi ikkita katta guruxga bo'linadi:

1. Ongning uchishi;

a) karaxtlik

b) sopor

v) koma

a) Karaxtlik – ko'pincha somatik kasalliklarda, bosh miya shikastlanishlarda, bosh miya o'smalarida, bosh miya kasalliklarda, epilepsiyada, epidemik ensefalitlarda uchraydi. Bu xolatda ruxiy faoliyat tonusini pasayishi kuzatiladi.

Ruxiy faoliyat parezi yoki Valter Byuel sindromi. Bunda bemorlar monoton, asptan bulishadi, yuz mimikasi kambag'allashgan, boqishi bir nuqtaga qaratilgan, aqli yetmaydigan darajada, atrof muxitni katta qiyinchilik bilan orientirovka qiladi. Oddiy ovozda berilgan savollarga javob bermaydi, faqat balanad ovoz bilan bergan savollarga qisqa, oddiy javob beradi. Davomiligi bir necha soniyadan bir necha daqiqagacha. Engil darajadagi karaxtlik obnubilyasiya deb nomlanadi (lotinchasiga nubes bulut ma'nosini bildiradi).

Karaxtlik bilan sopor oralig'ni somnolensiya yoki patologik uyquchanlik egallaydi. Bu xolat quyidagi kasalliklarda uchraydi: bosh miya metabolizmni buzilishida, bosh miya virusli yuqumliliklarda, epilepsiyada. Patologik uyquchanlik letargik uyqu turida ko'rinadi. Davomligi bir yoki bir yarim xafta.

Sopor (lotinchasiga sezmaslik) - bu shartsiz reflekslar saqlangan xolda, shartli reflekslarining faoliyatini buzilishi. Bunday xolda bemor to'shakda yotadi.

Koma (grekchasiga xotira yo'qligi deb tarjima qilinadi) - bu ongning eng chuqur darajadagi o'chishi, so'nishi bo'lib, ichki organlarining funksiyalarini buzilishi, shartli va shartsiz reflektor faoliyatlarining yo'qolib ketishi bilan

xarakterlanadi. Bemor og‘riqni sezmaydi, ko‘z qorachiq-lari kengaygan, pay refleks-lari chaqirilmaydi. Komaning bir necha xili bo‘ladi: buyrak, jigar, bosh miya shikastlanishdan keyingi, giperglikemik, gipoglikemik, epileptik koma.

2. Ongning xiralashuvi:

Ongning xiralashuvi bilan ongning uchishidan farqi: ongning xiralashuvida orientirovka buzilishi bilan birga produktiv ruxiy patologik siptomatika, ya'ni vasvasa, illyuziya, gallyusinasiya, affektiv buzilishlar kuzatiladi.

Ongning xiralashuviga to‘rta sindrom kiradi:

1. Deliriy
2. Oneyroid
3. Amensiya
4. Ongning namozshomsimon xiralashuvi

Ongning xiralashuvining umumiy belgilari:

(Yaspers, 1923 yil)

1. Orientirovkani buzilishi;
2. Atrofdagilardan aloxidalanish;
3. Sezgi bilishni buzilishi (illyuziya,gallyusinasiya);
4. Tafakkurning buzilishi;
5. Tuliq yoki qisman keluvchi amneziya.

1. Deliriy (lotinchasiga aqlsiz)

Barcha simptomatik, yuqumli psixoz va turli intoksikasiyalarda uchraydi. Bemorlarning yuzi to‘q qizil, bemor bezovtalanadi, ko‘p gapiradi, o‘ta yorug‘likni, shovqinlarni ko‘tara olmaydilar, bemor ustivoshlarni yechib yuboradi, xissiy labillik kuzatiladi, uyqu-si buziladi, uzoq vaqtgacha uxlolmaydi, uyqu-si yuzaki yoki qo‘rqinchli tushlardan iborat, bemorda qo‘rquv, vaxima kuzatiladi.

Kasallik davom etsa, ikkinchi bosqich yuzaga keladi, ya'ni illyuzor bosqich - simptomatika o'ta kuchaygan bo'lib, har xil obrazli pareydolik illyuziyalar paydo bo'ladi. Keyin uchinchi bosqich yuzaga keladi - gallyusinator bosqich - bunda allopsixik orientirovka buzilib, autopsixik orientirovka saqlanib qoladi. Bu bosqichda ma'noga ega bo'lgan ko'rgazmali tiniq, rangli, obrazli gallyusinasiyalar paydo bo'ladi. Bemorning ko'ziga har xil qo'rqituvchi odamlar ko'rinadi. Barcha gallyusinator kechinmalar butun xissiy xarakat doirasida aks etadi. Bemorning yuzida qo'rquv, vaxima, bemor qochadi, berkinadi, ya'ni gallyusinasiyali kechinmalariga mos kelgan xolda uzini tutadilar. Bu xolat og'ir intoksikasiyalarda uchraydi.

a) Mussitirlovchi (valdirlovchi) deliriy. Bu xolatda bemorlar to'shak atrofda bo'ladilar, bezovtalanishadi, bir narsalarni javraydilar, pichirlaydilar ular nima xaqida gapirayotganini tushinib bo'lmaydi. Bu xolatga karfologiya yoki qoqish simptomi xarakterli - bemor ustidan ko'rimaydigan qumursqalarni, qo'ng'izlarni, ilonlarni siltab turishadi.

b) Professional deliriy - deliriyning eng ogir turi bo'lib, ongi namozshomsimon xiralashgan, xamma faoliyat turlari so'ngan, lekin avtomatlashgan professional faoliyatdan tashqari. Bemor turli profesional faoliyatni ko'rsatadi.

2) Oneyroid (grekcha tarjimasi tush qo'rmoq) - fantastik ma'noga ega bo'lgan oqimli ko'ruv soxta gallyusinasiyalar bilan xarakterlanadi. Bemor shu fantastik voqealar qatnashchisi xisoblanib, xissiy xarakat sferasi va kechinmalar xakteri bilan fantastik voqea orasida dissosiasiya kuzatiladi. Bemor atrofdagilardan aloxilangan bo'ladi. Davriyligi - bir necha xaftadan bir oygacha. Bu xolatdan chiqqandan so'ng fragmentar eslash kuzatiladi. Bosh miya organik kasalliklarda, epilepsiyada, rekurrent shizofreniyada, xamma turdagi orientirovka buzilishlari uchraydi.

Oneyroid bosqichlar bo'yicha rivojlanadi:

1. Umumiy somatik va affektiv buzilishlarning initsial bosqichi;
2. Affektivli vasvasa bosqichi;
3. Affektiv-vasvasali derealizatsiya va depersonalizatsiya bosqichi;
4. Affektiv-vasvasali fantastik derealizatsiya va depersonalizatsiya
5. Illyuzor fantastik depersonalizatsiya va derealizatsiya bosqichi;
6. Ongning chin oneyroidli xiralashuv bosqichi;
7. Ongning amentivsimon xiralashuv bosqichi

Oneyroid va deliriyning qiyosiy tashxisi:

Mezonlar	Deliriy	Oneyroid
1) Quyidagi kasalliklarga uchraydi	Alkogolizm, yuqumli va samotogen kasalliklar	Rekkurent shizofreniya epilepsiya, bosh miya organik kasalliklar
2) Davomiyligi	Bir necha soatdan bir xaftagacha	Bir necha xaftadan bir oygacha
3) Orientirovka	Allopsixik orietirovka buziladi, autopsixik orientirovka saqlanadi	Hamma turdagi orientirovka buziladi
4) Gallyutsinatsiyalar	Chin gallyutsinatsiyalar	Soxta gallyutsinatsiyalar
5)Gallyutsinatsiyalarning ma'nosi:	qo'rqinchli xarakterda	Fantastik xarakterda
6) Gallyutsinatsiyalarga munosabati	Bemor o'zini qarama qarshi qo'yadi	Bo'layotgan voqealarda ishtirok etadi
7) Xulq atvorini kelishi	Gallyutsinatsiyali kechinmalarga xulqi mos keladi	Gallyutsinatsiyalar ma'nosi bilan hissiy irodaviy sfera orasida irodaviy sfera orasida dissotsiatsiya kuzatiladi

3. Amensiya (fikrsizlik) - ongning xiralashuvini kechishi va davriyligi bo'yicha eng og'ir turi. Uzoq va og'ir kechuvchi somatik va yuqumli kasalliklarda uchraydi, qachon organizm yuqumlik bilan kurashib charchaganda. Bemor o'ta ozib ketadi, yuz mimikasi o'ta kambag'allashgan, terisi oqish, yer rangdaka, lablari qurigan, orientirovkaning hamma turlari buzilgan, bu yerda eng asosiy simptom – aralashib ketgan amentiv nutq hisoblanadi. Nutqi ega va kesimdan iborat bo'ladi, so'zlari bir biriga qo'shilmaydi. Bunda qo'rqituvchi xarakterga ega bo'lgan verbal gallyutsinatsiyalar kuzatiladi. Davomligi bir necha oygacha. Bu holatdan chiqqandan so'ng to'lik amneziya kuzatiladi.

4. Ongning namozshomsimon xiralashuvi. Isterik va reaktiv psixozlarda, patologik mastlikda, epilepsiyada uchraydi. Davriyligi bir necha daqiqadan bir necha soatgacha. O'tkir boshlanib, o'tkir tugaydi, ko'pincha qaxr g'azab, g'am, affekt xarakteriga ega bo'ladi. Atrofdagi odamlar xarakatlaridan farq qilmaydi, gallyutsinator-vasvasali simptomatika oqimi va ketma-ket kelgan, maqsadga yo'nalgan xatti-harakatlardan iborat bo'ladi. Bu holatdan chiqqandan so'ng to'liq amneziya yoki retardirlashgan amneziya kuzatiladi. Ongning doirasi birdan torayadi.

Uchta varianti ajratiladi:

1. Vasvasali;
2. Gallyutsinatorli;
3. Disforiyali

Ongning namozshomsimon xiralashuvining yana bir turi bo'lib ambulatorli avtomatizm hisoblanadi - bu produktiv simptomatikasiz ongning namozshom xiralashuvi. Ambulator avtomatizmning turi bo'lib fugalar hisoblanadilar - bemor qo'qqisdan yugirib yuboradi. Davomiyligi bir necha soniyadan bir necha daqiqagacha.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Deliriy odatda davom etadi:
2. Oneyroid sindrom uchun xarakterli emas:
3. Ongning xiralashuviga kirmaydi:
4. Chuqur uyqu paytida bir qator ketma-ket xarakatlarni qilish:
5. Bemor orientirovkani butunlay yo'qotgan, shartli reflekslari yo'qolgan, faqat shartsiz reflekslar, og'riq sezish saqlangan. Bu nima:
6. Ongning yo'qolshi sindromlariga kirmaydi:
7. Ongni namozshomsimon xiralashuvi uchun xarakterli emas:
8. Oneyroid odatda davom etadi:
9. Ong xiralashuvining umumiy belgilari kirmaydi:
10. Deliriy quyidagi kasallikda uchramaydi:
11. Ongning namozshomsimon xiralashuvi sindromining variantlari:
12. Deliriy uchramaydi:
13. Ongi xiralashgan bemorda yotgan joyida harakatli bezovtalanish kuzatilyapti. U choynabni g'ijimlayapti, bir narsalarni terib tashlayapti, havodagi yo'q narsalarni ushlab olganday bo'lyapti, unga uzatilgan buyumni taxlayapti. Bu
14. Oneyroid sindromi rivojlanishning ikkinchi bosqichini aniqlang:
15. Oneyroid sindrom uchun xarakterli emas:
16. Oneyroid sindromi rivojlanishining ikkinchi bosqichini belgilang:
17. Ongsiz ravishda ko'chama-ko'cha avtomatik ravishda yurish bu:
18. Deliriyga xos:
19. Ongning namozshomsimon xiralashuvining produktiv simptomlarsiz kechadigan variant:
20. Ongning chuqur yo'qolishi holati, orientirovkaning yo'qolishi, shartli va shartsiz reflekslarning yo'qolishi, ichki organlar funksiyasi buzilishi bilan kechayapti. Sindromni aniqlang:

TEST SAVOLLARI:

1. Deliriy quyidagi kasallikda uchramaydi:

- 1) bosh miya shikastlanishida
- 2) yuqumli kasalliklarda
- 3) xurujsimon shizofreniyada
- 4) epidemik ensefalitda
- 5) alkogolizmda

2. Ongning xiralashuvining umumiy belgilariga kirmaydi:

- 1) dezorientirovka
- 2) aqlning pasayishi
- 3) gallyutsinatsiyalar
- 4) amneziya
- 5) tafakkur buzilishi

3. Ongning nomozshomsimon xiralashuvi sindromining variantlari:

- 1) vasvasali
- 2) gallyutsinatsiyali
- 3) disforiya
- 4) 1 va 2 javoblar to'g'ri
- 5) barcha javoblar to'g'ri

4. Deliriyda uchramaydi:

- 1) psixomotor qo'zg'olish
- 2) pareydolik illyuziyalar
- 3) ko'ruv gallyutsinatsiyalari
- 4) autopsixik dezorientirovka
- 5) qisman amneziya

5. Quyidagi buzilishlar ichila qaysi buzilish boshqalardan ko'prok farq qiladi

- 1) karaxtlik
- 2) koma
- 3) obnubilyatsiya

4) sopor

5) trans

6. Quyidagi buzilishlar ichida qaysi buzilish boshqalaridan ko‘proq farq qiladi

1) ongning namozshomsimon xiralashuvi

2) amensiya

3) somnolensiya

4) oneyroid

5) deliriy

7. Ongni nomozshomsimon xiralashuvi uchun xarakterli emas:

1) tranzitorlik, qisqa muddatli

2) amneziya

3) psixik avtomatizmlar

4) kuchli affekt

5) qo‘rquv va verbal gallyutsinatsiyalar

8. Bemorning davriy ravishda qisqa muddatga ongi yo‘qolayapti, xuddi ko‘z oldini bulut qoplagandek bo‘lib kelayapti. Bu nima

1) sopor

2) koma

3) obnubilyatsiya

4) somnolensiya

5) ongning namozshomsimon xiralashuvi

9. Oneyroid odatda davom etadi:

1) bir necha soat

2) 3-4 kun

3) 1 haftagacha

4) 1 oygacha

5) 3-4 oy

10. Deliriy odatda davom etadi:

1) bir necha soat

2) 3-4 kun

3) bir xaftagacha

4) bir oygacha

5) 3-4 oy

11. Oneyroid sindrom uchun xarakterli emas:

1) amneziya

2) inkogerensiya

3) dezorientirovka

4) qo‘rquv psevdogallyutsinatsiyalar

5) atrofni unutish, atrofdan xayolan ajralish

12. Ongnig xiralashuviga kirmaydi:

1) amensiya

2) ambulator avtomatizm

3) deliriy

4) somnolensiya

5) oneyroid

AMALIY KO‘NIKMA:

Mavzu: Ong va o‘z o‘zini anglashning psixopatologiyasi

Amaliy ko‘nikma: Ongni deliriysimon xiralashuvini tinchlantirish

Vazifa: Ongni deliriysimon xiralashuvni farmakologik davolash

Vrachning asosiy vazifasi: Bemorlarni ushlab turish, fiksatsiyalash va psixotrop moddalar bilan tinchlantirish.

Deliriy - bemorga va atrofdagilarga xavfli ravishda kechki va tungi vaqtlarda chin ko‘ruv va eshituv galyutsinatsiya o‘tkir vasvasa g‘oyalari va harakat qo‘zg‘alishi sifatida paydo bo‘ladi. Ongni delirioz xiralashuvi kuchi zaxarlanish yoki haroratni yuqori. Ko‘tarilishi natijasida yuzaga keladi.

Deliriy - bemorga va atrofdagalarga xavfli ravishda kechki va tungi vaqtlarda chin ko‘ruv va eshituv galyutsinatsiya o‘tkir vasvasa g‘oyalari va harakat

qo'zg'alishi sifatida paydo buladi. Ongni delirioz xiralashuvi kuchi zaxarlanish yoki haroratni yuqori, ko'tarilishi natijasida yuzaga keladi.

QUYIDAGILAR SABAB:

1. Intoksikatsiya
2. Gipoksiya
3. Miya shishi va tomirlar devorida o'tkazuvchanlikni ortishi
4. Likvorda qonda elektr tarkibini o'zgarishi
5. Atsidozni yuzaga kelishi

Deliriy infeksiy va somatik kasalliklarda va xirurgik tekshiruvlarda, infeksiy asoratlarda va surunkali alkogolizmida kuzatiladi.

METODIK KO'RSATMA:

1. Qo'zg'olgan bemorni avvalo tinchlantirishga xarakat qilishda hissiy kontakt o'rnatish lozim: bunday bemorlar ishontirishga bo'ysinmaydi. Bemor zudlik bilan fiksatsiya qilinib va uni psixotrop moddalar bilan tinchlantiriladi.
2. Qo'zg'algan bemorga yaqinlashish : bemorga yon tomondan yoki orqadan yaqinlashish lozim. Bunda bemor orqa tomonga chalg'iydi, boshqa odam oldi tomondan yaqinlashib qo'llarni kukrakka qisib mahkam ushlaydi. Uchinchi odam bel soxasidan ushlaydi . Orqada turgan odam bu paytda bemorni tizzasidan pastrog'ini ushlaydi. Bemorni ko'tarishib va olib ketishadi.
3. Agar qo'zg'algan bemor qo'lida qandaydir o'tkir jism bo'lsa, unda bemorga yaqinlashayotganda albatta ishonchli jism (matras, ko'rpa, stul va b.sh) bilan bemorga yaqinlashib jismni yerga irg'itib tezda bemorni qo'li ko'krigida xolicha mahkam ushlashi lozim. So'ngra yordamchilar bilan bemorni yotqizib so'ng bo'limga olib kiriladi.
4. Agar bemor oyna yoki eshik yonida turgan bo'lsa, shunday yaqinlashish kerakki bemor oynadan sakrashi yoki eshikdan qochib ketishga yo'l qo'ymasligi kerak.

5. Qo'zg'algan bemorni ushlash quyidagicha olib boriladi: bitta odam choyshab bilan kiyimlarni oyoqlarini tizzadan tepasini, ikkinchi odam qo'llarini panjalarini yoki yelka bo'g'imidan pastrog'ini ushlab turadi. Uchinchi odam esa peshonasiga sochiqni qo'yib krovatga tortadi.

6. Bemorni mashinaga, bo'limga, palataga olib ketishda qo'ltig'idan maxkam ushlamog'i lozim. Yordamchi sanitarlar oldinda va orqada ketishadi.

7. Ongni deliriysimon xiralashuvini tinchlantirish

Shu maksadda bemorlarga m/o yoki v/i ga 40% glyukoza yoki fiz. Eritmada qilinadi

1. Aminazin 2,5 % - 3-4 ml m/o yoki 1-2 ml v/i

2. Galoperidol 0.5 % 1-2 ml m/o yoki 0,5-1 ml v/i

3. Tizersin 2,5 % 1-2 ml m/o yoki v/i

4. Seduksen 0,5 % 4-6 ml m/o yoki 3-4 ml v/i.

5. Sonapaks 50-60 mgr kuniga per os somatikasi og'irlashgan qo'zg'algan bemorlarda effekt yuqori.

Ishning qadam va qadam borishi. Ball bo'yicha baxolash. Talabani ball bo'yicha baxolash.

1. Bemorga yaqinlashishni bilish kerak 25 ball

2. Bemorni mexanik ushlashni bilish kerak 25 ball

3. Bemorni mashinaga, bo'limga, palataga olib ketishni bilish kerak. 25 ball

4. Farmakologik moddalar bilan usulni qo'zg'algan bemorni tinchlantirish. 25 ball

5. Jami ballar 100 ball

VAZIYATLI MASALA:

Masala № 1

16 yoshli bemor. Yuqumli kasalliklar shifoxonasida yetib, bemor qorin tifi bilan og'riydi. Bemor kechqurun yotish oldidan xayajonli bo'ladi, ro'parasidagi devorda binolar chiziqlari ko'rina boshlaydi va chiziqlar rangli tusga kirib kattalasha boshlardi, qalb kuchi kuchayib, ishonch hosil qilib devorda hech narsa bo'lmagan. So'ng qaytib oqim va yuzaki suratlar paydo bo'ladi. Devordagi

dog‘lar, oqimlar va yoriqlar, qandaydir hayvonlar yuzlari paydo bo‘lishi, iroda kuchi bilan kasallik boshlanishida ko‘rinar edi, keyinchalik atrof o‘zgara, uzoqlasha va yo‘qola boshladi.

1. Kasallik belgilarini sanab Bering.
2. Sindromologik tashxis o‘rnating.

Masala №2

Xarbiy xizmatchi ishga ketayotib birdan pistoletidan atrofdagi odamlarni otib tashladi. So‘ng uy tomiga chiqib uxlab qoldi. Qilgan ishini eshitib o‘zini osmoqchi bo‘ldi. Tashxis.

Masala №3

Ishdan ketayotgan bemor birdan yugirib ketib, 1 minutdan so‘ng to‘xtab qoldi. O‘ziga kelgach atrofdagilarni unga hayron bo‘layotganini ko‘rib tushuna olmayapti. Tashxis.

XOTIRA, DIQQAT. ASOSIY XUSUSIYATLARI, INDIVIDUAL VA YOSHGA XOS XUSUSIYATLARI.XOTIRA, DIQQAT PATOLOGIIYASI. SINDROMLAR.

Xotira- bu eslab qolish, esda saqlash va shaxs faoliyati va hayotining jixatidan ishlab chiqarishi, ya'ni insonning butun o‘tgan hayot tajribasining aks ettirishi.

Xotira patologiiyasi 4 ta guruxga bo‘linadi:

- 1.Gipermneziya
- 2.Gipomneziya
- 3.Amneziya.
- 4.Paramneziya.

1.Gipermneziya- yuzaki assotsiatsiyalarga asoslangan reproduksiya oshishi hisobiga xotiraning kuchayishi yoki zo‘rayishi. Aslida bu yerda eslab qolish kuchaymaydi, balki reproduksiya kuchayadi. Bu xolat shizofreniya, MDP bilan

ogʻrigan bemorlarda, maniakal holatlarda, isitmali deliyrining boshlangʻich bosqichida kuzatiladi.

2.Gipomneziya-bu reproduksiya va eslab qolishning pasayishi hisobiga xotiraning kuchsizlanishi.Bemorlar yengil narsalarni qiyinchilik bilan eslab qolishadi. Bu holat bosh miya qon-tomirlari aterosklerozini boshlangʻich bosqichida, gipertoniya kasalligida, qarilik, aqliy zaiflikning boshlangʻich bosqichida va epilepsiya kasalligida uchraydi.

3.Amneziya- ma'lum vaqt davrida xotiraning yoʻqolib ketishi.

Amneziyalar 3 guruxga boʻlinadilar:

A) Vaqt boʻyicha

1.Retrogradli amneziya- kasallikdan ilgari boʻlgan voqealarga ma'lum vaqtga xotiraning yoʻqolib ketishi. Bu holat bosh miyaning shikastlanishidan keyin, oʻzini osganda reanimatsiya klinikasida kuzatiladi.

2.Antegradli amneziya- kasallikdan keyin boʻlgan voqealarni ma'lum vaqtga xotiraning yoʻqolib ketishi. Bu holat karaxtlik bilan kechgan kasalliklarda, MAS shikastlanishlarda, komada, soporda uchraydi.

3.Anteretrogradli amneziya- yuqoridagi ikkala turdagi amneziyalarning birga kelishi.

B) Dinamika boʻyicha:

1.Regressiyali amneziya-bu shunday amneziya turiki, vaqt yoki davolash ta'sirida orqaga qaytishi kuzatiladi. Koʻproq psixogeniyalarda, stressli vaziyatlarda kuzatiladi.

2.Stasionarli amneziya- dinamikada oʻzgarishlar kuzatilmaydilar, ham tuzalish kuzatilmaydi, ham yomonlashish kuzatilmaydi.

3.Progressivli amneziya- kasallik va vaqt kechishi bilan xotiraning progredientli yomonlashuvi kuzatiladi. Bu holat ma'lum qonun qoidalar boʻyicha

rivojlanadi. Bu qonunni Fransiya psixiatri Ribo 1881 yilda aniqlagan.(Ribo qonuni). Qonun quyidagini bildiradi: progressivlovchi amneziyada xotira zapaslarini xarob boʻlishi aloxida qonun-qoidalariga asoslangan, ya'ni qarilik

voqealaridan yoshlik voqealarigacha, oddiydan murakkabgacha. Bu buzilishlar qarilik aqli zaiflikda uchraydi.

4. Retardirlashgan amneziya (kechikuvchi). Bunda bemor boshida hamma narsani eslaydi, yarim soatdan yoki bir necha vaqtdan keyin hamma narsani xotiradan chiqaradi. Ko'proq sud-tibbiy ruxiy amaliyotida ongning namozshomsimon xiralashuvini o'tkazganda kuzatiladi.

V) Ob'ekt bo'yicha:

1. Affektogen amneziya- bu amneziyada bemorga nisbiy ta'sir qilgan voqea bemor xotirasidan siqib chiqariladi. Bular ruxiy shikastlanishlar, falokatlar sharoitida uchraydi.

2. Isterik amneziya- ko'prok isterik xarakteridagi yoki bichimlarga ega bo'lgan insonlarda uchraydi va quyidagicha ko'rinadi- bemorga yoqimsiz, foydasiz bo'lgan voqealar esdan chiqariladi.

3. Skotomizatsiya ma'lum voqealarni esdan chiqarish. Ma'nosi bo'yicha isterik amneziyadan farqi bo'lmaydi. Lekin isterik shaxslarda bu holat isterik amneziya deb nomlanadi. Qolganlarda esa skotomizatsiya deb nomlanadi.

4. Katatimli amneziya-shaxsga yoqimsiz bo'lgan voqealarni xotiradan chiqarish.

5. Anekforiya bu xotiraning quyidagi buzilishi bo'lib, voqeani eslatgandagina esga keladi. Ko'proq bu holat talabalarda uchraydi.

6. Fiksatsion amneziya- bunda eslab qolish xususiyati yo'qolib, bo'layotgan voqealarga xotiraning yo'qolib ketishi.

7. Palimpsest-inson voqealarning ayrim qismlarini eslolmaydi. Bu buzilish alkogolizmning boshlang'ich belgisi hisoblanadi.

Paramneziya –yolg'on eslash. Paramneziyaning bir necha turi farqlanadi:

1. Psevdo reminissensiya- amneziya davrini bemor o'z hayotida, lekin boshqa davrida bo'lgan voqealar bilan to'ldiradi.

2. Konfabulyasiya-amneziya davrini bemor hayotida xech qachon bo'lmagan voqealar bilan to'ldiradi.

3. Reduplisirlashgan eslash yoki exomneziya. Bu buzilish amneziya bilan bog'lanmagan, bunda inson hayotida bo'lgan voqealarning vaqt bo'yicha ilgari

suradi, aslida bu voqealar boshqa vaqtda kuzatilgan. Bu buzilishni derealizatsiyadan farqlash kerak.

4.Kriptomneziya - xotiraning o'zgarishi, buzilishi, ya'ni xaqiqatda bo'lgan voqea bilan tushida ko'rgan voqeani orasida farqlashini susayishi yoki yo'qolib ketishi.

Plagiatlik - quyidagi buzilish turi bo'lib, inson biror bir kashfiyotni boshqasi qilganligini bilsada, bu kashfiyotni o'zim qilganman deb ishonch hosil qiladi.

Diqqat- ruhiy faoliyatning muayan yo'nalishda bo'lishi, ongni bir nuqtaga to'plab muayyan bir obyektga qaratilishi, odam ongini predmet va hodisalarni saralab idrok etishga qaratilganligidir.

Diqqatning buzilishi:

Parishonxotirlik- diqqatning uzoq vaqt mobaynida cheklangan obyektlarga qaratilishi buziladi.Charchaganda, astenik holatlarda kuzatiladi.

Diqqatning chalg'ishi- diqqatni kuchi, qobiliyati o'z me'yoridan oshib ketadi, buni natijasida bemorlar bir narsaga uzoq vaqt diqqatlarini qarata olmaydilar. Diqqat bir obyekt va faoliyat turidan ikkinchisiga ko'chib turadi.. Bu narsa maniakal holatlarda kuzatiladi va fikrlash jarayonini tezlashishi bilan kechadi.

Diqqatni patologik qotib qolishi - diqqatni bitta obyektidan ikkinchisiga o'tish mexanizmi buziladi. Epilepsiya kasalligi bilan kasallangan bemorlarda va depressiv holatlarda kuzatiladi.Aprozeksiya- diqqatning to'la yo'qolishi.

NAZORAT SAVOLLARI:

- 1.Bemorda bosh miyasi shikastlanishidan keyin travmadan oldingi voqealari xotirasidan o'chib ketdi. Bemordagi xotira buzilishi:
- 2.Xotira buzilishi, u yoki hodisa faqat eslatilganidan keyingina esga tushadigan bo'lib qolishi:
- 3.Korsakov sindromi uchun nima xarakterli emas:
- 4.Bemor bosh miyasi shikastlanib xushini yo'qotib xushiga kelganidan keyingi voqealarni eslab olmayapti. Bu nima
- 5.Bemorni xotiradan o'chgan voqealarni o'rnini hayotdagi avvaligi voqealarni

to'ldirib eslashni quyidagicha nomlanadi:

6.Xotiradan o'chgan voqealar o'rnini uydirma, afsona, fantastik voqealar bilan to'ldirib eslash qanday nomlanadi

7.Psixoorganik sindrom uchun nima xarakterli emas

8.Bemorda qo'qqisdan bo'lgan ruhiy jaroxatga javoban qisqa muddatli ruhiy buzilish paydo bo'ldi: uning ongi ruhiy jaroxatga jamlanib turib, so'ng affektiv razryad sodir bo'ldi. Shundan keyingi umumiy bo'shashganlik, befarqlik va chuqur uyqu kuzatildi. Keyinroq amneziya. Bu nima

9.Amneziyalar rivojlanuvchi - statsionar, retrograd - anterograd, katatim

10.Xotira buzilishiga qaysilar kiradi

11.Bemorda bosh miyasi shikastlanishdan keyin travmadan keyingi voqealar xotirasidan uchib ketdi. Bemordagi xotira buzilishi:

12.Bemorning faqat ma'lum vaqtdagi voqealarni eslay olmasligidan iborat turg'un xotira buzilishi:

13.Amneziya turlariga kirmaydi:

14.Diqqat e'tiborni to'liq yo'qolishi simptomi:

15.Bemor so'zlarning nomini unutib, uning o'rniga narsani boshqa so'zlar bilan ta'riflab beryapti. Simptom:

16.Xotira buzilishi, u yoki hodisa faqat eslatilganidan keyingina esga tushadigan bo'lib qolishi:

17.Kundalik voqealarni eslab qolish qobiliyatini yo'qolishi:

18.Kriptomneziya uchun xos:

19.Aprazeksiya uchun xos:

20.Bemor so'zlarning nomini unutib, uning o'rniga narsani boshqa so'zlar bilan ta'riflab beryapti. Simptom:

TEST SAVOLLARI:

1. Xotira buzilishi, u yoki hodisa faqat eslatilganidan keyingina esga tushadigan bo'lib qolishi:

- 1) affektogen amneziya
- 2) skotomizasiya
- 3) anekforiya
- 4) fiksatsion amneziya
- 5) palimpsest

2. Diqqat-e'tiborning to'liq yo'qolishi qanday nomlanadi

- 1) anoreksiya
- 2) agripniya
- 3) anaksiya
- 4) apraksiya
- 5) barcha javoblar noto'g'ri

3. Bemorni xotiradan o'chgan voqealarni o'rnini hayotdagi avvaligi voqealarni to'ldirib eslashni quyidagicha nomlanadi:

- 1) konfabulyatsiya
- 2) kriptomneziya
- 3) anekforiya
- 4) exomneziya
- 5) psevdoreminessensiya

4. Bemor alkagoldan mastlik holatida bo'lgan voqealarni keyinchalik to'liq eslay olmasligi qanday nomlanadi:

- 1) abstinensiya
- 2) retrograd amneziya
- 3) palimpsest
- 4) anekforiya
- 5) konfabulyatsiya

5. Xotira buzilishi sindromiga kiradi:

- 1) Kotar sindromi

- 2) Korsakov sindromi
- 3) Kandinskiy-Klearmbo sindromi
- 4) Pavlov sindromi
- 5) Kapgr sindromi

6. Soxta eslash bu:

- 1) konfabulyatsiya
- 2) anekforiya
- 3) psevdoremenissensiya
- 4) kriptolaliya
- 5) perseveratsiya

7. Amneziyalar rivojlanuvchi - statsionar, retrograd - anterograd, katatim - ...

- 1) ekmneziya
- 2) regressiyalanuvchi
- 3) skotomneziya
- 4) konfabulyatsiya
- 5) kriptomneziya

8. . Quyidagi qatorga mos kelmaydigan buzilishni belgilang.

- 1) gipomneziya
- 2) paramneziya
- 3) gipermneziya
- 4) amneziya
- 5) sinesteziya

9. Xotira buzilishiga qaysilar kiradi

- 1) progressiyalanuvchi amneziya
- 2) dismnestik aql pastligi
- 3) Korsakov sindromi
- 4) Fiksatsion amneziya
- 5) Amnestik aql pastligi

10. Xotiradan o'chgan voqealar o'rnini uydirma, afsona va fantastik voqealar bilan to'ldirib eslash qanday nomlanadi

- 1) konfabulyatsiya
- 2) kriptomneziya
- 3) psevdogallyutsinatsiya
- 4) anekforiya
- 5) parafren vasvasa

VAZIYATLI MASALA:

Masala - № 1

72 yoshli bemor .keyingi vaqtlarda xotirasi pasaydi, ko‘p narsalarni esidan chiqarib qo‘yadigan, parishonxotir bo‘lib qoldi. Parishonxotirligi tufayli qo‘ygan narsasini joyidan topolmay "senlar olgansan" nevaralari bilan ko‘p urushadigan bo‘lib qoldi. Hissiyotga beriluvchan, salga achchig‘I chiqadigan serzarda, serjaxl xarkteri yoshligidan bor edi. Qariganidan so‘ng bu fe‘li yanada kuchaydi.Arzimagan narsaga uyida o‘g‘illar nevaralarini so‘kib, urushadigan, janjal chiqaradigan bo‘ldi. Keyingi paytda ko‘ngli bo‘shlik paydo bo‘ldi: o‘zi urishib, janjallashib, orqasidan pushaymon yeb, yig‘laydigan bo‘lib qoldi. Vrach-nevropatalog: " miya-qon tomirlari ateroeklerozini "bemorda aniqladi.

1. sindromologik diagnoz qo‘ying.

/ruhiy buzilishlarini aniqlang/.

2. Nozologik diagnoz qo‘ying.

Masala - № 2

70 yoshli bemor ko‘chada qolgan va o‘zining ismi-sharifini eslay olmaydi, manzilini aytolmaydi, o‘zining bolalarning ismlarini aytolmaydi, lekin o‘zining bolalik davridagi ma'lumotlarni yaxshi eslaydi. Bu qaysi kasallikka xos

II – BOB

XUSUSIY PSIXIATRIYA INTELLEKT PATOLOGIYASI

OLIGOFRENIYALAR. TUSHUNCHASI. TARQALGANLIGI.

Aql, ya'ni intellekt (lotin tilidan tarjimasi - tushinish, bilish) - bu fikrlash va ratsional anglash xususiyati. Aql - bu insonning hayotida ortirilgan tajriba va bilimlarini, va eng asosiy shu tajribalarni kelgusida yana ortirib va amalga oshirib bilim faoliyati hisoblanadi. Bilimlarning miqdorligi ham, yaxshi xotira ham aqlning ko'rsatkichlarini aniqlab berolmaydilar. Xotira aqlning zamini hisoblanadi, tafakkur esa uning yadrosi. Aql patologiyasi aqliy zaiflik deb nomlanadi. Aqliy zaiflik - bu ruhiy faoliyatining zaiflashi kam orqaga qaytadigan kambag'allanishi. Aqliy zaiflik birinchidan bilish prosesslarini susayishi va hissiyotning kambag'allanish va shu bilan birga xulqning butunligini buzilishidan iborat. Aqliy zaiflik ikkita guruxga bo'linadi - orttirilgan va tug'ma.

Orttirilgan aqliy zaiflik demensiya deb nomlanadi, biror bir kasallik rivojlanganda paydo bo'ladi. Shu natijada aqliy zaiflik bosh miya buzilishi va uni keltirib chiqargan kasallik xarakteri bo'yicha farqlanadi. Masalan, epilepsiya, shizofreniya, qon tomir aterosklerozi. Demensiya o'zi ikkita guruxga bo'linadi:

1. Parsial aqliy zaiflik (dizmnestik). Bu turining asosiy xususiyati birinchidan mnestik funksiyalarni notekis yoki qisman tushishi. Dizmnestik aqliy zaiflikda xulq atvorning kullanmalari saqlanib qolishadi, shaxsning xususiyatlari, ya'ni yadrosi buzilmaydi, aqliy zaiflik esa xotira buzilishi bilan sabablanadi. Tafakkur protseslarini, ya'ni nutq va motorikani, sekinlashishi kuzatiladi. Parsial demensiyaning turi tomirli va epileptik demensiya.

2. Total demensiya (globali) - barcha shakldagi bilish faoliyatini ko'rinish darajada pasayishi. Bemor uz xulkiga va uz xolatiga nisbatan tanqid bo'lmaydi, ruhiy sferada o'zgarishlar bo'ladi, ruhiy aktivligi pasayadi va individual shaxs xususiyatlari uchirilib ketishadi. Total demensiyaning turi senil va progressiv demensiya (progressiv paralichda). Tug'ma aqliy zaiflik (oligofreniya) Grek tilidan

tarjimasi oligos - oz, pfren - akl) Oligofreniya - bu tug'ma yoki erta orttirilgan aqliy zaiflik bo'lib, intellekt to'liq bo'lmagan holda ruhiyatni butunligini orqada qolishi yoki rivojlanmay qolishidan iborat. Oligofreniyalarga klinika bo'yicha bir turdagi, lekin etiologiya bo'yicha har xil va ikkita majburiy belgilar bilan birlashgan kasalliklar kiradilar. Belgilarga quyidagilar kirishadi:

1. Ruhiy rivojlanmasligi yoki ruhiy orqada qolishi;
2. Progredientlikni yoki kechish darajasini yo'qligi.

VOZ ekspertlarining ko'rsatmalari bo'yicha oligofreniya butun yer shari xalq orasida 2,5-3,5%ni tashkil etadi. Shundan 5% eng og'ir darajali - idiotiya tashkil etadi. Aql zaiflikni uchta darajasi ajratiladi, shu darajalar IQ (aqliy zaiflik koeffisient) bo'yicha hisoblanadi:

$$IQ = \frac{\text{aqliy yosh}}{\text{biologik yosh}} \times 100$$

IQ 20dan o'z bo'lsa idiotiyaga mos keladi

IQ 20 - 50 bo'lsa imbetsillikga mos keladi

IQ 50 - 70 bo'lsa debillikga mos keladi

IQ 70 - 90 bo'lsa chegaralangan aqliy orqada qolishi deb hisoblanadi.

Etiologiya va patogenez haqida zamonaviy tushunchalari:

Oligofreniyalarni rivojlanishida ikkita faktor rol o'ynashadi:

1. Endogen faktorlar (irsiy);

Bu faktorni asosiy rolni o'ynaganini monozigot egizaklarning konkordantligi ko'rsatadi. 36,1 % oligofreniyali bemorlarda ota-onasi ikkalasi yoki bittasi og'rigan bo'ladi. Ota-onasi ikkalasi aqliy zaiflik bilan og'risa bu insonlarda kasal bolani tug'ilishi 42,1% ni tashkil etadi. Ota-onasidan bittasi og'risa 19,9 % tashkil etadi. Endogen faktorlar ikkita guruxga bo'linadilar:

1. Xromosom abberatsiyalar. Bunga asoslashgan oligofreniyalar 20% tashkil etishadi. Bulardan 10-12% Daun kasallikka kiradi.

2.Dizmetabolik buzilishlar bilan chaqirilgan oligofreniyalar (fenilketonuriya).

3. Poligen-determirlashgan buzilishlar. Bu yerda asosiy rolni tug'ma organ va sistemalarni defekti.

Ekzogen faktorlar:

1.Homila rivojlanishida ta'sir qilgan faktorlar.Ulardan quyidagilar kirishadi:surunkli alkogolizm, ichki sekresiya bezlarining dizfunktsiyasi, yuqumli, virusli kasalliklar (qizamik), gormonal buzilishlar, ABO va Rh faktor bo'yicha ona bilan bolani qonini immunologik mos kelmasligi.

2. Perinatal faktorlar (tug'ruk paytidagi shikastlanish va asfiksiyalar).

3.Postnatal faktorlar.Bulardan intrakranialli yuqumliklar (meningitlar va ensefalitlar).

OLIGOFRENIYALARNING TASNIFI:

I. Endogen tabiatli oligofreniyalar

1. Daun kasalligi va boshqa xromosoma abberasiyasiga bog'lik kasalliklar.
2. Chin mikrosefaliya
3. Turli modda almashuvi buzilishi bilan kechuvchi enzimopatik shakldagi oligofreniyalar.
4. Teri va teri rivojlanish buzilishi natijasidagi oligofreniyani klinik shakl.

II. Embrio- va fetopatiyalar :

- 1.Onaning homilador paytida o'tgan qizamiqqa asoslangan oligofreniya.
- 2.Virusli yuqumliklarga (gripp, parotit, yuqumli gepatit, sitomegaliya) asoslangan oligofreniya.
- 3.Listerioz va toksoplazmozga asoslangan oligofreniyalar.
- 4.Onada gormonal buzilish va toksik faktorlar faoliyatiga asoslangan oligofreniyaning klinik shakllari.

III. Tug'ruq paytida va ilk bolalik davrida turli zarar bilan bog'langan oligofreniyalar:

- 1.Tug'ruq shikastlanishlar va asfiksiyalarga asoslangan oligofreniyalar.
- 2.Ilklavrida MAS shikastlanish natijasida kelib chiqqan oligofreniyalar.

3. Ilk bolalik davridagi meningit va ensefalitlarning natijasida kelib chiqqan oligofreniyalar.

IV. Atipik va asoratlangan oligofreniyaning shakllari:

Bu turdagi oligofreniyalar endokrin buzilishlarda, kraniostenoz, bosh miya rivojlanish defektlarda uchraydi.

Klinika :

Daun kasalligi: (ingliz vrachi Daun tomonidan 1864- yilda yozilgan). Daun kasallikda 21-xromosomada oshiqcha xromosoma bo'ladi, ya'ni trisomiya kuzatiladi. Har 912 bolaga bitta kasal bola tug'iladi. Bemorning tashqi ko'rinishi: bo'yi past, tanaga nisbatan qo'l-oyoqlar kalta, barmoqlar kalta, katta barmoq past joylashgan, yuzi dumaloq, ko'zlari qiyshiq, epikant (uchinchi kovok) bor, burni kalta, ezilgan, yalpoq noto'g'ri, qing'ir o'sgan tishlar, yuqori jag'i to'liq rivojlanmagan, tili semiz, qalin ko'ndalang qo'pol so'rg'ichli bo'ladi, quloqlari kichkina, alta, deformatsiyalashgan, teri tulaydigan

Bo'ladi, ikkala beti qizargan, jinsiy a'zolar yetarli rivojlanmagan, kaftida atipik burmalar, mushaklarning gipotoniyasi kuzatiladi. Ko'prok tug'ma yurak nuqsonlari uchraydi. Aql zaiflikning darajalari: 70%da imbetsillik 25%da idiotiya 5%da debillik kuzatiladi. Chin mikrocefaliya (soni 1:250 mingga) Tashqi ko'rinishlari: kalla suyagi kichkina, bosh miya qismi rivojlanmagan, peshona kichkina, qovoq ustidagi burmalari o'ta rivojlangan, kichkina kalla suyagi bilan normal tana orasidagi disproporsiya kuzatiladi. Hissiy sferada chuqur aqliy rivojlanmasligiga qaramay bunday bemorlarda yaxshi va yomon voqealarga adekvat ta'siri bo'ladi. Mikrocefaliyaning torpidli va eretik turlari ajratiladi.

Fenilketonuriya - bu MASning irsiy aqliy zaiflik kasalligi bo'lib, hayotning boshlang'ich 2-3 yillarda progressiv kechadi. Ruhiy yetishmovchilik qonda fenilalanin oshib ketishi yoki bosh miya oraliq mahsulotlari ta'sirida rivojlanadilar. Shular bilan birga tirozin, melanin va katexolaminlarning sintezini to'liq bulmasligi va triptofan sintezida buzilish ta'sirida albinizm, hidli ter ajratish (sichqon hidiga o'xshash), motorikani orkada qolishi, mushaklarning gipertoniyasi, pay reflekslarning giperkinezi, qo'l barmoqlarni qaltirashi, ataksiya

kuzatiladi. 30% bemorlarda talvasali tutkanoqlar kuzatiladi. Bu holatda aqliy zaiflik darajalari quyidagicha uchraydi: 68% idiotiya 31,8% imbetsillik 3,2% debillik

Galaktozemiya - uglevod almashuvi buzilishida kelib chiqqan oligofreniya. Bunda retsessiv turdagi kechuvchi fermentativ faoliyatni irsiy defekti kuzatiladi. Siydikda, likvorda, qonda galaktoza to'planadi.

Rubeolyar embriopatiya - homiladorlikning to'rtinchi haftadan boshlab to oxirgi haftasigacha qizamiqning ta'sirida kelib chiqqan oligofreniya. Ko'pincha bu bolalarda katarakta, kardiomiopatiya, mikrosefaliya psixomotor qo'zg'olish, mushaklarning gipotoniyasi, pay reflekslarning, yutish refleksni buzilishi kuzatiladi. Toksoplazmoz natijasida kelib chiqqan oligofreniya.

Ona erta toksoplazmoz bilan zararlansa bola nobud bo'ladi, homiladorlik oxirida ona zararlansa bolada oligofreniya kelib chiqadi. Klinikasi to'rtta simptom va ruhiy defektlardan iborat bo'ladi:

1. Ko'zdagi buzilishlar: xorioretinit, katarakta, mikrooftalmiya;
2. Miya ichidagi ohaklanishi;
3. Hidrosefaliya;
4. Talvasali tutqanoqlar

Turli displaziyalar xarakterli: kalla suyagining deformatsiyasi, yuz skeletining asimmetriyasi, tishlarni noto'g'ri tuzilishi. ko'pincha jigar, o'pka azob chekadilar. Akl zaiflik natijasi imbetsillik va idiotiya darajasiga yetadilar.

Tug'ma zaxmdagi oligofreniya - bola transplasental yo'li bilan zararlanaadi. Ko'pincha epilepsimon, psixopatsimon va astenik buzilishlar, Orgayel-Robertson simptomi kuzatiladi: ko'z qorachiqqlarning yorug'likka reaksiyasini yo'qolib ketishi, akkomodatsiya va konvergensiya saqlangan holda, pay reflekslarni yo'qolib ketishi. Bulardan tashqari keratit, otit, jigar sirrozi, periostit va osteofitlar, displaziyalar, tishlarning deformatsiyalari (Gethington tishlar), tirnoqlarning qiyshiqqligi, qilichsimon boldirlar. Vasserman va Lange kolloidli reaksiyalarini musbatligi.

Postnatal zararlanishlar bilan bog'langan oligofreniyalar .

Sabablari: tug'ruk shikastlanishlar, bosh miya po'stlog'ining zararlanishi, asfiksiya. Bunda bemorlarda MAS shikastlanish simptomlari bilan birga qo'pol darajada ichki a'zolarining buzilishi kuzatiladi. Bemorlar o'ta tez charchashdilar, doim kuchli darajadagi bosh og'riklar bezovta qiladi.

Aqliy zaiflik yengil darajadagi debillikdan to idiotik darajagacha yetadi. Mehanik xotirani pasayish natijasida bemorlar oddiy narsalarni ham tushunmaydilar, o'ta ozib ketishadi, MAS organik shikastlanish belgilari ham kuzatiladi.

Oligofreniyaning atipik shakllari

Gidrosefaliya - sabablari turlicha bo'lib, aqliy zaiflik yengil darajadagi debillikdan to idiotikgacha bo'ladi. Bu bolalarda xotira, sanash, ajratish, nutq tafakkurga nisbatan yaxshi rivojlanganlar. Mehanik xotirani yaxshi rivojlanganligi uchun so'z zapaslari boy bo'ladi. Bemorning tashqi ko'rinishlari: peshona kismi chiqqan, kalla suyagi katta, liqildoqlar anchagacha bitmaydilar, shishib turadilar, terisi yupqa, tomirlar ko'rinib turadi. Ko'p bolalarda parez, paralichlar, koordinasiya buzilishlari, ko'ruv asabning atrofiyasi kuzatiladi.

Endemik kretinizm - tashqi muxitda va suvda yod tanqisligi natijasida kelib chiqadi. Bemorning tashqi ko'rinishi: ruxiy prosesslari orqada qoladi, kayfiyatning uzgarishlari, tana tuzilish disproporsiyasi va past bo'yli, barmoq va tovonlari keng bo'ladi, lordoz kuzatiladi. Jinsiy rivojlanishi orqada qoladi, ossifikasiya prosesslari buziladi: suyaklarning o'sishi orqada qolishi, tor peshona, yalpoq burun, tishlari sekin chiqadi, qulog'i qingir, soch, kiprik, qoshlari siyrak o'uladi.

Miksedematoz simptomokompleks: teri shishgan, qattiq, quruq. Yuzida va buynida doimiy shish kuzatiladi.

OLIGOFRENIYANI UMUMIY DAVOLASH PRNSIPLARI:

1. Vitaminoterapiya :vitamin V1,V6,glyutaminli kislota;
2. R- nurlari bilan oz miqdorda nurlash
3. Patogenetik terapiya :dietoterapiya, kompensirlovchi gormonal terapiya
4. Simptomatik terapiya bosh miya yuqumliklarda

5. Spesifik terapiya (tugma zaxmda va toksoplazmozda)
6. Psixfarmakologik terapiya (neyroleptiklar, trankvilizatorlar)
7. Nootroplar : nootropil, ensefabol, aminalon. pirasetam.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Parsial demensiyaning turlariga nimalar kiradi
2. Oligofreniyaning urtacha darajasi qanday nomlanadi
3. Chin mikrocefaliya uchun nimalar xarakterli
4. Oligofreniya - soʻzining maʼnosi nima
5. Daun kasalligida uchraydigan klinik belgilariga nimalar kiradi
6. Parsial demensiyaning turi:
7. Oligofreniyaning ogʻir darajasi qanday nomlanadi
8. Demensiya uchun nima xarakterli
9. Total demensiyaning turi:
10. Orttirilgan aql zaifligi bu:
11. Oligofreniyaning yengil darajasida intellektual koefisientli aql kursatkichi qanday boʻladi:
12. Daun kasalligida uchraydigan klinik belgilarga kirmaydi:
13. Oligofreniyaning atipik shakllariga nimalar kiradi
14. Endemik kretinizm nima
15. Tugʻma zaxmdagi oligofreniya:
16. Toksoplazmoz natijasida kelib chiqadigan oligofreniyalarga nimala kiradik
17. Daun kasalligining klinikasiga nimalar kiradi
18. Oligofreniyalarning tasnifi:
19. Oligofreniyalarni rivojlanishida qanday faktorlar rol oʻynaydi:

TEST SAVOLLARI:

1. Tugma sifilisda uchraydigan oligofreniya uchun xarakterli emas:
 - 1) sezuchi aʼzolar zaralanishi (keratit, otit, rinit)
 - 2) bosh suyagi deformasiyasi

- 3) ko‘z pardasining depigmentasiya uchastkalari borligi
 - 4) tishlar shaklining uzgarishi
 - 5) egarsimon burun
2. Oligofreniyaning urtacha darajasi quydagicha nomlanadi:
- 1) debillik
 - 2) puerilizm
 - 3) idiotiya
 - 4) imbesillik
 - 5) demensiya
3. Chin mikrocefaliya uchun xarakterli emas:
- 1) boshning kichik o‘lchamda bo‘lishi
 - 2) tana tuzilishining displastikligi
 - 3) peshonaning tor bo‘lishi
 - 4) qosh ustidagi yoyllar ortiqcha rivojlanishi
 - 5) boshning cho‘zinchoq bo‘lishi
4. Oligofreniya - bu:
- 1) ortirilgan aql zaiflik
 - 2) psixopatiya
 - 3) tug‘ma aql zaiflik
 - 4) adaptasiyaning buzilishi
 - 5) bosh miya sifilisning shakli
5. Daun kasalligida uchraydigan klinik belgilariga kirmaydi:
- 1) ko‘zlarning qiyshiq kesimi
 - 2) quloqlarning deformasiyalangan kichik bo‘lishi
 - 3) boshning ensasi yapoloq g‘alati bulishi
 - 4) ko‘p terlash va terning g‘alati xidi bo‘lishi, sichqon xidi
 - 5) muskullar va bo‘g‘imlarning umumiy gipotrofiyasi
6. Oligofreniyaning o‘rta darajasi qanday nomlanadi:
- 1) debillik
 - 2) puerilizm

- 3) idiotiya
- 4) imbesillik
- 5) demensiya

7. Chin mikrocefaliya uchun xarakterli emas:

- 1) boshning kichik o'lchamda bo'lishi
- 2) tana tuzilishning displastikligi
- 3) peshonaning tor bo'lishi
- 4) qosh ustidagi yeylar ortiqcha rivojlaninshi
- 5) boshning cho'ziqroq bo'lishi

8. Demensiya uchun nima xarakterli

- 1) orientirovka qilishning buzilishi
- 2) xotira buzilishi
- 3) ta'qib vasvasasi
- 4) verbal gallyusinasiya
- 5) psixomotor qo'zg'olishi

9. Total demensiyaning turi:

- 1) senil demensiya
- 2) bosh miya qon tomirlari uzgarishidagi demensiya
- 3) imbesillik
- 4) idiotiya
- 5) debillik

10. Oligofreniyaning chuqur darajasi quyidagicha nolanadi:

- 1) debillik
- 2) puerilizm
- 3) idiotiya
- 4) imbesillik
- 5) demensiya

VAZIYATLI MASALA:

MASALA № 1

Bemorning "aqliy yoshi" 3-7 yoshga teng. Soʻz boyligi 200-300 ta. Tushunchalar konkret, soʻzlarni notoʻgʻri talaffuz etadi, xarakatlari oddiy mustaqil. Oligofrenyaining klinik darajasini aniqlang.

MASALA № 2

Bemor bolani boshi kattalashgan, yuzi kichik, peshona soxasi yassilashgan, tananing disproporsiyasi kuzatilyapti. Nutq rivojlanmagan, mexanik va musiqiy xotira rivojlangan. Oligofreniyaning turi.

SINDROMLAR

SINDROM - kasallik alomatlarining yigʻindisi. Sindrom - klinik birlikning birinchi pogʻonasi boʻlib, kasallikning patogenezi ifoda etada. Sindromlardan va ularning ketma-ketligidan ruxiy kasalliklarning klinik manzarasi, uning rivojlanishi xosil boʻladi. Alomatlarining biri ikkinchisidan koʻra koʻproq uchrashi, ularning birin-ketin oʻzgarishi patologik jarayonning rivojlanish mexanizmiga bogʻliq boʻlib, xar bir kasallik uchun oʻziga xos boʻlgan tarzda rivojlanadi. Kasallikning bir taxlidda (stereotip) rivojlanishiga asoslanib nozologik diaqnoz qoʻyiladi.

ASTENIK SINDROM - jismoniy va ruxiy zaiflik, darmonsizlik, sustlik xolati. Bu xolat tez charchab qolish, tanglik, oʻzgaruvchan kayfiyat, vegetativ va uyqu buzilishi kabi oʻzgarishlar xolida kuzatiladi. Tez charchashlik xar doim ish qobiliyatining pasayishi, uzoq aqliy va jismoniy mexnatga chidamsizlik bilan birga davom etadi. Bunday ahvoldagi bemorlar zexn va ziyraklikning pasayishiga, unutulvchi, diqqat-e'tiborning susayishiga oʻz aql idroklarini zaifligini tan olgan xolda shikoyat qiladilar. Koʻpincha uyqu buzilishi (koʻp yoki kam uyqulik) va bosh ogʻrigʻi kuzatiladi. Bemorlar jaxldor, injiq boʻlib qoladilar, oʻzlarini tuta. bilmaydilar. Ularga kayfiyatning oʻzgaruvchanligi (oddiy xafagarchilikdan to yiglamsirashlikkacha va xatto koʻtarinki ruhgacha) xosdir. Asteniya bilan birga doimo giperesteziya

(yorug'likka; ovozga, xidlarga, tashqi ta'sirlarga o'ta beriluvchanlik) uchraydi. Vegetativ o'zgarishlar hisoblangan qon bosimining o'zgarib turishi, yurak urishining tezlashuvi, tomir urishining o'zgaruvchanligi, yurak ustida og'rik sezish, ko'p terlash, tana uvishishi, terining tez oqarib yoki qizarib ketishi, me'da - ichak ishining buzilishi astenik xolatda tez-tez uchrab turadi.

Affektiv sindromlar. Asosan kayfiyatning buzilishi bilan namoen bo'ladigan xolatlar. Kayfiyatning qaysi tarafga o'zgarishiga qarab, depressiv va maniakal xolatlar turi ajratiladi.

Depressiv sidrom. Kayfiyatning nixoyatda pasayib ketishi, chuqur qayg'u, tushkunlikning paydo bo'lishi, xuddi biror hunuk xodisa, baxtsizlik sodir bo'lishi kerakdek sezginning yuzaga kelishi, butun tana, jumladan, ko'krakda, yurakda bemoga qiynoq bag'ishlovchi siqilish, og'irlik kabi tuyg'ularning mujassamlashishi xolatiga aytiladi. Kelib chiqishi jixatidan reaktiv, endogen, somatik depresiyalarga ajratiladi. Psixopatologik tuzilishi, o'tkirlik darajasi, davomlilik, davo toppish jixatiga ko'ra depressiyaning turli xil klinik ko'rinishlari mavjud.

DEPRESSIYANING TUZILISHI BO'YICHA TURLARI.

Oddiy depressiya quyidagicha kuzatiladi

- 1) kayfiyat pasayadi.
- 2) fikrlash qobiliyati susayadi.
- 3) xarakatlanish jarayoni tuxtab yoki sekinlashib qoladi.

Adinamik depressiya- bu xolda bushanglik apatiya, kam qatnashlik, intilishlarning susayishi, umumiy xayotiy qiziqishning pasayishi ko'zda tutiladi.

Bezovtalanish bilan boradigan depressiya - chuqur darajadagi xayajon bemorning xarakat qo'zgolishi bilan davom etadi.

Anestetik depressiya - ruxiy anesteziya xolati kuchayib boradi. Natijada bemorga nixoyatda kuchli azob beruvchi xissiy-behislik xolati paydo bo'ladi.

Astenik depressiya - lohaslik, tez charchash, sezgilarning o'tkirlashuvi bilan boradigan kayfiyatning pastlik xolati.

Xayotiy(endogen) depressiya - boshqacha qilib aytganda, g'amgin depressiya.

Yumshoq depressiya – ko'pincha davomli bo'lib depressiya belgilari juda sust bilinadi.

Disforik depressiya - yani vaysaqi depressiya, kayfiyat pasayadi.

Xazil aralash depressiya - bemorning kayfiyati past bo'lishiga qaramay, xayotning befoyda va umidsizligini xazil aralash bayon qiladi.

Ko'z yoshi bilan boradigan depressiya - kayfiyatning pastligi bemorning ko'z yoshi, nochorlik xissi, affektni tutib tura olmaslik, emosional uzgaruvchanlikning yuqori darajasi kuzatiladi.

Apatik depressiya - bemorning bo'shangligi, loxasligi, betashabbusligi, atrofdagi barcha hodisalarga befarqligi oldingi o'rinni egallaydi.

Stuporli depressiya - bemorni qotib qolishi kuzatiladi.

Murakkab depressiya - barcha psixopatologik sindromlar bilan davom etadi.

Vasvasali depressiya - depressiv sindrom tarkibida o'z o'zini ayiblash, jazolash, xalokat, qashshoqlashish kabi vasvasa g'oyalari mavjud.

MANIAKAL SINDROM – ko'tarinki kayfiyat. Bu sindromning uch belgisi-kayfiyatning ko'tarilishi, fikirlash qobiliyatining kuchayishi, xarakatning tezlashuvi kabi belgilar kuzatiladi.

Maniakal sindrom turlari :

- 1) Xushchakchak turi
- 2) badjallik turi
- 3) chalkash - chulkash manmiya
- 4) unumsiz manmiya
- 5) susaygan xoldagi maniya
- 6) axmoqnomo maniya
- 7) valdirvasa maniya.

OBSESSIV SINDROM - bemor ixtiyorsiz, uning xohishiga qarshi paydo bo'ladigan shilqim, yopishqoq fikirlar, tasavvurlar, eslashalar, qo'rquvlar, intilishlar va xarakatlar. Bu xildagi kechinmalarga bemorning tanqidiy

munosabati saqlanib qoladi, yani ularning xastalikka xos ekanligi to'g'ri anglanadi. Bunday xolatlar mazmunga va unga bo'lgan bemorning ta'sirchanligi asosida ikki xil bo'ladi-

- 1) tasirchanlik bilan kechadigan shilqim xolatlar
- 2) mavxum shilqim xolatlar.

DEPERSONALIZASIYA, DEREALIZASIYA SINDROMLARI.

Bu sindromlar ko'pincha qo'shib uchraydi, buni depersonalizasiya - derealizasiya sindromi deyiladi.

Depersonalizasiya - bemorning o'z esini tanishining buzilishi yoki o'z shaxsini noto'g'ri qabul qilish xodisasi.

Derealizasiya - borliqni noto'g'ri qabul qilish, atrof olamni qotib qolgandek, rangsiz, jonsiz, suniy yomon dekorasilardan tashkil topgandek qabul qilish

SENESTOPATIK VA SENESTO-IPOXODRIK SINDROMLAR.

Senostapatiya - bemorning turli ichki a'zolarida yoki tanada paydo bo'ladigan, bemorning o'zi tushuntirib bera olmaydigan yoqimsiz, noaniq sezgilar bo'lib, bu xolat og'riq, tananing qizishi, et uvushishi yoki qitiq paydo bo'lishi tarzida namoyon bo'ladi. Bemorni zamonaviy diagnostika usullari bilan mukammal tekshirilganda unda biron bir kasallikni aniqlab bo'lmaydi. Senostapatik sindrom aloxida kamdan - kam uchraydi, ko'pincha ipoxondrik sindrom bilan birga qo'shib davom etadi. Ipoxondrik sindrom deb, kishining o'zida shifosi yo'q, og'ir kasallikning borligiga assossiz iqror bulishi va xavotirga tushish xodisasiga aytiladi.

ISTERIK SINDROMLAR. Psixogen kasalliklar turkimiga kirib, funktsional uzgarishlar, xarakat, sezish, vegetativ qobiliyatlarning o'zgarishi bilan ifodalanadi.

Quyidagi isterik belgilar turlari ajratiladi-

- 1) Isterik tutqanoq.
- 2) Xarakat, sezgi, vegetativ xususiyatlarning isteriyaga oid buzilishi.
- 3) qovog'i solingan xolat.
- 4) Soxta demensiya.

- 5) Ganzer sindromi.
- 6) Puerilizm.
- 7) Isterik stupor.

PARANOYYAL SINDROM. Bu xolat sistema vasvasa g'oyalariining mavjudligi bilan tavsiflanadi. Bu xolda qabul qilish buzilishi kuzatilmaydi.

Turlari:

- 1) Paranoyyal vasvasa.
- 2) Ixtirochilik vasvasa g'oyalari.
- 3) Yuqori tabaqaga mansublik birlamchi vasvasa g'oyalari;
- 4) Sudbozlik vasvasa g'oyalari;
- 5) Taqib qilish vasvasa g'oyalari;
- 6) Ipoxondrik vasvasa g'oyalari;
- 7) O'tkir, tez ravishda kechadigan vasvasa g'oyalari;
- 8) Surunkali vasvasa g'oyalari;

GALLYUSINATOR SINDROM - gallyusinasiyalarning betuhtov oqimi.

Gallyusinasiyalar - haqiqiy olamda mavjud bo'lmagan narsalarni sezgi a'zolari orqali qabul qilish xususiyati.

Gallyusinoz turlari-

1. Gallyusinoz kechishiga ko'ra – o'tkir va surunkali.
2. Gallyusinasiya turlari-
 - a) So'z eshitish gallyusinasiyasi;
 - b) Taktil gallyusinozi;

KANDINSKIY-KLERAMBO SINDROMI. Bu o'z shaxsiy ruxiy jarayonlarning o'zligiga yoki o'z shaxsiga tegishlilikning yo'qolishi. Ruxiy jarayonlarning yo'qolishi tashqi kuch tasirini xis qilish bilan birga tuyg'ulanadi. Ruxiy va jismoniy ta'sir vasvasaligi bilan birga namoyon bo'ladi.

PARANOID SINDROM - izohlash yoki siymo vasvasa g'oyalariini sezish qobiliyatini buzilishi bilan birga davom etadi. Sindrom buzilishlar soniga qarab ikki xil bo'ladi- 1) Vasvasali turi;

2) Gallyusinator turi;

Kasallikning kechishiga qarab-

1) O'tkir paranoid;

2) surunkali paranoid sindromlar

PARAFREN SINDROM. Bu xolatda taqib etish vasvasasi fantastik ulug'vorlik vasvasasi, eshitish gallyusinasiyalari, ruxiy avtomatizm, emosional o'zgarishlar bilan birgalikda o'z aksini topadi. Parafren sindromi tarkibiga kirgan ruxiy o'zgarishlarning qaysi turi ustunligiga qarab bir necha xilga bo'linadi-

1) sharhlangan parafreniya;

2) gallyusinator parafreniya;

3) konfabulyator (uydirma)parafreniya;

4) ekspansiv parafreniya;

5) o'tkir rivojlanuchi parafreniya;

6) surunkali parafren sindrom;

KATATONIK SINDROM. Bu xolat asosan harakat qobiliyatining buzilishi, qo'zg'olish, susayish (stupor) bilan namoyon bo'ladi. Katatonik qo'zg'olish-xarakat va nutqning stereotipik ravishda ifodalangan harakat qo'zg'oluvchanligi. Katatonik qo'zg'oluvchanlikning quyidagi turlari mavjud-

1) ekstatik – patetik (esankirash) qo'zg'oluvchanlik;

2) gebefrenik (bemani, jinnisimon) qo'zg'olish;

3) impulsive (tajavuzuorona) qo'zg'olish;

4) unsiz qo'zg'olish;

5) katatonik stupor;

ES-XUSHNING BUZILISHI. Bu xolda haqiqiy olamning ichki (abstrakt) va tashqi hissiy bogliqliklarni to'g'ri aks ettirish buziladi. Xushning qorong'ilashuvi o'tkinchi buzilish bo'lib, xamma ruxiy kasalliklarda xam uchrayvermaydi. Aksincha ba'zi bir og'ir, tez tibbiy yordam ko'rsatish kerak bo'lgan xollarda uchraydi.

KARAXTLIK - xush qorong'lashuvining bir turi, boshqacha qilib aytganda, xush aniqligini susayishi.

OBNUBULYASIYA - engil darajadagi xushning buzilishi, xushning xuddi yengil bulut bilan qoplanganday bo'lishi.

SOMNOLENSIYA – kasallikka xos uyquchanlik. Klinik jixatdan fikrlar xosil bo'lishining qiyinlashuvi, befarqlik, uyqu bosishi, xarakatlarning sekinlashuvi, mimikaning qashshoqlanishi bilan ifodalanadi. Bu holat kuchayib, spoor, komaga utishi mumkin.

SOPOR - Komadan oldin kelib, xushning chuqur darajadagi yo'qolish holatidir.

KOMA – es - xushning butunlay yo'qolishi. Koma xolatida har qanday tashqi ta'sirga javob bo'lmaydi.

DELIRIY (delirioz sindrom). Es - xush buzilishining bir turi bo'lib, ko'rish illyuziyalari va chin gallyusinasiyalar, siymo vasvasa g'oyalari, affektiv va xarakat qo'zg'oluvchanligi kabi belgilar bilan ifodalanadi.

ONEYROID (oneyroid sindrom, xushning oneyroidli buzilishi). Xushning tushsimon, gayrioddiy-vasvasaviy korongilashuvi chogida xissiy yorqin, sahnada o'ynalanayotgandek, g'ayritabiiy tasavvurlarning paydo bo'lishi.

YUNALISH ONEYROID (fantastic - illyuzor) - atrofga va o'z – o'ziga baxo berishda g'ayritabiiy vasvasaviy tasavvurlar bilan bir qatorda bemor o'z shaxsi va joyini to'g'ri bilish mumkin bo'lgan holat.

"MUSBAT EGIZAK" simptomi - bunda notanish odamlar bemorga qarindosh - urugdek tuyuladi.

FREGOLI SIMPTOMI - bemorga bir odam o'z tashqi ko'rinishini pardozi bilan o'zgartirib, har xil odam qiyofasiga kirayotganday tuyulib, bemor atrofdagilarni shunga ishontirmoqchi bo'ladi.

AMENSIYA - xush buzilishining bir turi bo'lib, ruxiy faoliyatni chuqur darajada buzilishini ko'rsatadi.

XUSHNING "NAMOZSHOMSIMON" "BUZILISHI. Xushning birdaniga va qisqa vaqt (daqiqalar, soniyalar, bir necha kunlar) mobaynida

qorongilashuvi. Bu xolatda bemorlar tashqi dunyodan bexabar bo'ladilar, lekin odatdagi xatti -xarakatlari tartibli bo'ladi. Xushning butunlay buzilishi ikki xil bo'ladi - oddiy va "psixoz "shaklida, ular orasida farqlanish chegarasi juda aniq emas.

Oddiy turi . Bu xolatda bemorlar birdan voqealikdan uzilib qolib, savollarga javob bermaydigan bo'lib qoladilar. Ular bilan hech qanday muloqot bo'lishi mumkin emas.

"PSIXOTIK" turi. Bu "namoshshomsimon" xush qorongilashuvining turi gallyusinasiyalar, vasvasa g'oyalari va affektning o'tkazuvchanligi bilan birga sodir bo'ladi. Bu belgilarga bog'lik bo'lgan hush qorong'ilashuvining uch turi ajratiladi.

1.Vasvasaviy turi. Bu xolatda, odatda, taqib qilish va xayotni yo'q qilish siymo vasvasa g'oyalari ko'proq uchraydi.

2.Gallyusinator turi. Bu xolatda yorqin, saxnalashtirilgan ko'rish gallyusinasiyalari, fonema (oddiy eshitish gallyusinasiyalari) va yoqimsiz hid bilish gallyusinasiyalari bilan birga davom etadi.

3.Disforik turi (yo'nalish turi). Bu xolda disforiya – g'amginlik, tushkunlik alomatlarining jaxldorlik bilan aralashib kelishi kuzatiladi.

SUDBOZLIK VASVASA G'OYALARI - bemordagi g'o'yo o'z xuquqini ximoya qilish maqsadida turli xil tashkilotlarga yozma yoki , ogzaki tarzda cheksiz shikoyat va murojaatnomalar bilan chiqishida ifodalanadi. Shikoyatlar egosentrik yo'nalishga ega bo'lib, o'zi nixoyatda batafsil tasvirga ega ekanligi va shu bilan bir qatorda bema'ni, xaqqoniylik mazmunidan mahrum ekailigi bilan tavsiflanadi. Vasvasa g'oyalari real faktlar bilap uzviy bog'lanishda kelibgina qolmay, bu faktlarni buzib ko'rsatish xususiyatiga ham ega. Bunday hollarda real faktlar vasvasa mazmuniga yaqinlashadi. Sudbozlik vasvasa g'oyalari ko'pincha kasallikning og'irlashuvi jarayonida yetakchi o'rinni egallovchi munosabat, ta'qib qilish kabi vasvasa g'oyalari bilan uyg'unlashib keladi. Vasvasa g'oyasining bunday rivoji uning murakkablashuvi, o'zgaruvchanligi, kengayib borishidan dalolat beradi. (shizofreniya kasalligida) va shu jixatdan

psixopatiyaning ba'zi bir turlarida uchraydigan o'ta axamiyatli sudbozlik moyillilikdan farq qiladi. Sudbozlik vasvasa g'oyalari to'g'ri bilish vrachdan sinchkovlikni va yuqori malakani talab qiladi. Vrach bemor tomonidan qilingan shikoyatning butuilaq noo'rinligiga, isbotsiz ekanligiga va kasallikka mos xarakterga ega ekanligiga to'liq ishonch xosil qilgandagina ana shu diagnozni qo'yish mumkin. Erotik vasvasa g'oyalari yoki majnunlik vasvasa g'oyalari - bu xildagi vasvasada bemor o'z jinsiga qarama - qarshi jinsli aniq bir shaxsning unga oshiq bo'lib qolganligida, kuchli xirsga ega ekanligida, uning e'tiborini qozonmoqchi ekanligida qat'iy bir g'oyaga ega bo'ladi.

Vasvasa kechinmalarining bemor tomonidan tanlangan shaxsi ko'pincha bemor - real yashash muhitidan yoki san'at, fan buyuk arboblardan (namoyandalari) bo'lib, ularni bemor o'z xayotida biror marta uchratmagan bo'lishi mumkin. Bu xollarda bemor o'z g'oyalari qattiq turib olib, zo'r berib ma'shuqalari bilan uchrashuv yo'lini izlaydilar, sevgi izhor etish payida bo'ladilar. Ba'zi xollarda bu xildagi vasvasa g'oyalari ta'sir, sehirgarlik, maxsus ma'no kabi vasvasa g'oyalari bilan birga davom etishi mumkin. Ta'qib qilish vasvasa g'oyalari - eng ko'p uchraydigan vasvasa turiga kiradi. U kasallikda alohida uchrashi bilan bir qatorda, boshqa xildagi vasvasa g'oyalari bilan xam birga kuzatilishi mumkin. Unda bemorning fikricha goyo u tanish yohud notanish kishilar, idora va muassasalar tomonidan kuzatuv, ta'qib ostiga olingan. Kuzatuvchilarning maqsadi - qanday qilib bo'lsa ham bemorga zarar yetkazish, uni ma'naviy, jismoniy yo'q qilishdan iborat deb xisoblanadi. Ularning safi kun sayin o'zaro uzviy bog'liq bo'lgan, yangi - yangi kishilar evaziga olib boradi va shu bilan vasvasa g'oyalari ko'lamining kengayishini ta'minlayda. Ta'qibga javoban bemor ximoya yo'llarini qo'llaydi, ximoya ikki xil usulda amalga oshadi: passiv ximoya yo'li, ya'ni kuzatuvchilardan qochish (yashash, ish joyini o'zgartirish, mudofaa organlariga har xil ko'rinishlardagi murojaatlar); faol ximoya yo'li kuzatuvchilarga qarshi kurash (ta'qibdan - ta'qibchilarga"). Ipoxondrik vasvasa g'oyalari - bemor uning og'ir, davosi yo'q dardga (kasallikka) chalinganligiga iqrorligi bilan ifodalanadi. Mavxum kasallikni aniqlash borasida qilingan ko'pdan

- ko'p tekshirishlar ijobiy natija berishiga qaramay, bemor o'zida shu kasallikning yangidan - yangi belgilarini topadi.

Dismorfomaniya - inoxoidrik vasvasa turidan biri xisoblanadi va jismoniy nuqson vasvasa g'oyasi deb xam ataladi. Ipoxondrik vasvasa g'oyalari ayni vaqtda bemorda bo'lgan ayrim nuqson va kasalliklarni bo'rttirib ko'rsatish natijasida aniq xarakterga ega bo'lishi mumkin. Bunday xollarda vasvasa g'oyalari interpretativ xususiyatga ega bo'lib, paranoyyal ipohondriya deb xam ataladi. Vasvasa g'oyalari kechishi bo'yicha quyidagi turlarga ajratiladi:

Utkir, tez ravishda kechadigan vavasa g'oyalari o'tkir xuruj xolida boshlanadi. Bu xolda siymo vasvasali g'oyalar, shartli vasvasalar va emosional-affektiv xolatlar xam qo'shiladi. Vasvasalarniig sharxlanishi sust bo'ladi.

Surunkali vasvasa g'oyalari. Bu vasvasa g'oyalari asta-sskin kengayib, takomillashib o'sib borishi va affektiv belgilarning sustlikgi yoki ularniig yo'qligi bilan ifodalanadi. Paranoyyal vasvasa g'oyalari asosan shizofreniya, bosh miyaning jaroxatlanishi va organic buzilishi kabi kasalliklarda uchraydi.

GALLYUSINATOR SINDROM (GALLYUSINOZ) -

gallyusinasiyalarning beto'xtov oqimi. Gallyusinasiyalar - xaqiqiy olamda mavjud bo'lmagan narsalarni sezgi a'zolari orqali qabul qilish xususiyati (ko'zga ko'riiishlar, sharpalar, mavxum tovushlar, xidlar va xokazo).

Ruxiy o'zgarishlar bemorning ichki kechinmalari kuchayib " ketishi natijasida zo'rayib, xaqiqii borliq xususiyatlariga ega bo'lishi va tashqi olamda ifodalanishi. Bu xolat bemor ongiga bog'liq bo'lmagan holda paydo bo'lad.' Galyusinoz xolat chin gallyusinasiya bilan ifodalanadi. Chin gallyusinasiya quyidagi o'ziga xos xususiyatlarga ega: ular bemor organizmidan, u bilishi mumkin bo'lgan xissiy chegaradan tashqarida joylashadi: ular xaqiqiy borliqdan farq qilmaydi. Shu sababli bemor bu hildagi gallyusinasiyalarni xaqiqiy tashqi ta'sirlardan farqlay olmaydi. Chin gallyusinasiyalar kechki va tungi soatlarda paydo bo'lish va kuchayish xususiyatiga ega. Ma'no jixatidan gallyusinasiyalarga monand affektiv

kechinmalar va vasvasa g'oyalari xamjixatlikda yuz berishi mumkin. Bu holda xushiing qorong'ilashuvi ko'zda tutilmaydi.

Gallyusinoz turlari - Gallyusinozlar kechishiga ko'ra, o'tkir va surunkali, gallyusinasiya turlariga, asosan ko'rish, eshitish, taktil gallyusinozlarga bo'linadi. So'z eshitish gallyusinozi echitish gallyusinasiyalarining nutq, suxbat yoki ko'pchilik kishilarning so'zlashishi sifatida paydo bo'ladi. Bu xolat bemorpning qo'rquvga, xavotirga tushishi, xarakatlarning bezovtalanishi bilan davom etadi. So'z eshitish gallyusinasiyalarining mazmuni turlicha bo'lishi mumkin, ya'ni mazmun jixatidan neytral, maktov sifatida, qo'llab - quvvatlash tarzida, koyish, haqoratlash, do'q qilish, ogoxlantirish, buyruq berish (imperativ) turidagi, izox beruvchi tovushlar shular jumladasi. So'zlar bemorga tanish yoki notapish kishilar, erkaklarga yoki ayollarga xos, past yoki baland, bir yoki bir necha kishilarga xos bo'lishi mumkin. Utkir gallyusinoz xollarida bemorniig xatti - xarakatlari ovozlar mazmuniga butunlay mos kelib, ularning bezovta bo'lishi, xavotirga tushishi, mavxum xavf-xatarga qarshi choralarni izlash xollari kuzatiladi. O'tkir gallyusinoz xollari yuqoridagidan farqli o'laroq, bemor tashqi osoyishtaligining saklanishi, ularning har kungi yumushlarini bajara olishi va gallyusinasiyalarga qisman tanqidiy yondashishi mujassamligi bilan davom etadi. Ko'rish gayalyusinozi - chin, rosmkana ko'rish gallyusnnasiyalarining paydo bo'lishidir. Ko'rish gallyusinasiyalarining bir necha turi mavjud:

1) Sharl Bonne ko'rish gallyusnasiya - ko'rish qobiliyati qisman yo'qolgan, qari yoshdagi kishilarda (70-80 yoshdan zyyod) uchraydi. xarakatdagi rangli, kichraytirilgan (mikroskopik) hajmdagi ko'rish gayalyusinasiyalari paydo bo'lishi.

2) Van-Bogart ko'rish galnyusinozi - ensefalit kasalligida uchraydi. Bunda ko'rinishlar rangli tasvirga ega bo'lib, o'zining xarakatchanligi, zoopatik (xasharotlar, baliqlar, xayvonlar) tavsifga ega ekanligi bilan ifodalanadi.

PARANOID SINDROM (gallyusinator -paranoid, gallyusinator vasvasa sindromi) - izohlash yoki siymo vasvasa g'oyalarishshg (ta'qib qilish,, zaxarlash, jismoniy yo'q qilish, ziyon yetkazish va shu kabilar) sezish qobiliyatining buzilishi (ruxiy avtomatizm va so'z eshitish gallyusinasiyalari) bilan birgalikda davom etadi. Sindrom buzilishlar soniga qarab ikki xil bo'ladi:

Vasvasali turi - bu holda asosiy o'rinni sharxlangan vasvasa va ruxiy avtomatizm egallaydi. Gallyusinator turi - bu xolda asosiy o'rinda chin so'z eshitish gallyusinasiyalari turadi, ruxiy avtomatizm esa ko'pgina hollarda to'liq yuzaga kelmaydi. Kasallikning kechishiga qarab o'tkir paranoid va surunkali paranoid sindromlar ajratiladi. O'tkir paranoid sindromida siymo vasvasa g'oyalari ko'pchilikni tashkil qiladi. Sharxlangan vasvasa g'oyalari tamoman uchramaydi desak xam bo'ladi. Chuqur affektiv buzilishlar (depressiya-kayfiyatning pasayishi, qo'rquv, xayajon), xatto xatti-xarakatlarning qo'zg'oluvchanligi bemorning o'z - o'zini yoqotib qo'yishi kuzatiladi. Ruxiy avtomatizmniig ideator (fikrlash) tarkibi paydo bo'lishi bilan cheklanadi. Chin verbal gallyusinasiyalar kuchayib, gallyusinoz darajasiga yetadi.

Gallyusinator parafreniya asosiy o'rinda so'z eshitish gallyusinasiyalari (soxta gallyusinasiyalar) turadi. Ular mazmuniga ko'ra, fantastik ma'noda bo'ladi. Konfabulyator (uydirma) parafreniya bunday xolatda fantastik konfabulyasiyalar (yolg'on kechinmalar, uydirmalar) ustun bo'lib, bemorlar Marsli odamlar, xudo bilan bo'lgan o'z suxbatlari to'grisida gapiradilar. Konfabulyasiyalar va ulug'vorlik g'oyalari ma'nosiga nisbatan bir xil bo'ladi.

Ekspansiv parafreniya - affekt ko'tarinkilik vaqtda ulug'vorlik g'oyalarining paydo bo'lishi bilan kuzatiladigan xolat. Rivojlanib borish darajasiga qarab o'tkir va surunkali parafren sindromi turlari ajratiladi. O'tkir rivojlanuvchi parafreniya Depressiv yoki maniakal xolatda fantastik ma'noli o'tkir xissey vasvasalarnip (qarama - qarshilik vasvasalar) paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Bemorlar o'zlarini ikki qarama - qarshi dunyo, yaxshilik va yomonlik orasiga tushib qolgandek xis etadilar. Ulug'vorlik

vasvasasi o'zgaruvchan bo'lib, qisqa vaqt davom etadi. (Surunkali parafren sindromi asta-sekin rivojlanib paranooyal va paranoid xolatlar o'rnini egallaydi. Bu xolatga vasvasaning turg'unligi, affektiv bir xillik xosdir. Parafren sindrom shizofreniya, ichkilikbozlik, organik psixoz va qarilik xolatlarida uchraydi.

KATATONIK SINDROM. Bu xolat asosan xarakat faoliyatining, buzilishi va susayish (stupor) bilan namoyon bo'ladi. Katatonik qo'zg'olish - xarakat va nutqning stereotipik (xarakat, so'z, jumlani hadeb uzoq vaqt davomida qaytarish) ravishda ifodalangan xarakat qo'zg'oluvchanligi. Katatonik qo'zg'oluvchanlikning quyidagi bosqichlari mavjud:

Ekstatik - patetik (esankirash) qo'zg'oluvchanlik katatonik qo'zg'oluvchanlikning boshlangich davri. Bu xolda bemor xulqi va qiliqlari bachkana bo'lib, unga xos bo'lmagani ko'tarinki, kayfiyat, jo'shqinlanish paydo bo'ladi. Bemor nutqi balandparvoz mazmunga ega bo'lib, ketma - ketlikan xolisdir. Ular to'xtovsiz ashula aytadilar, she'r o'qiydilar. Shu bilan birga esankirash tobora rivojlanib, bemorining atrofdagi kishilar, vaqt, joyni bilish xususiyati yo'qoladi. Gebefrenik (bema'ni, jinnisimon) qo'zg'olish deb esankirash - patetik qo'zg'oluvchanlikning bema'ni, jinnisimon qo'zg'olish bilan o'rin almashinuvi xolatiga aytiladi. Bunda bemorlar bema'ni qiliqlar quladilar, qaltis va qo'pol xazillarga moyil bo'ladi. Ba'zi xollarda ular atrofdagi kishilarga xujum qilishlari mumkin. Impulsiv (tajovuzkorona) qo'zg'olish katatonik qo'zg'olishning avjida yoki birdaniga paydo bo'lib, bemorning tajovuzkorona xatti-xarakati bilan tavsiflanadi.

ES-XUSHNING BUZILISHI. Bu xolda xaqiqiy olamning ichki va tashqi bog'liqliklarini to'g'ri aks ettirish buziladi.

Karaxtlik - xush "qorong'ilashuvining bir turi, boshqacha qilib aytganda, hush aniqligining susayishi. Barcha tashqi tasirlar uchun qo'zg'oluvchanlik darajasining oshib ketishi kuzatiladi. Tashqi olamda sodir bo'layotgan voqea va xodisalar bemor diqqatini o'ziga jalb qilmaydi, sezilmaydi va shu sababli tasavvurlarni qabul qilish va qayta ishlashda juda qiyinlashib ketadi. Bemor o'z shaxsini to'g'ri ko'rsatadi, atrof-muxitni noto'g'ri talqin qiladi, ya'ni qaerda

ekanligini bilmaydi. Murakkabroq savollarni umuman tushgunmaydi, chunki ularning bemorga yetib borishi juda qiyin. Bemor faqatgina oddiy savollarni to'g'ri tushunadi. Bemorning fikrlash qobiliyati xam sekinlashib, qiyinlashib ketadi. Fikr perssverasiyasi paydo bo'lishi mumkin fikrlash jarayonining umumiy susayishi negizida birorta fikr - yoki tasavvurning uzoq vaqt mobaynida saqlanishi. Bu xolda bemor shifokor tomonidan berilgan birinchi savolga to'g'ri javob qaytaradi, ammo qolganlariga ham ma'no jixatidan o'zgacha, xuddi birinchi savolga javobining aynan o'zini takrorlaydi. Tasavvurlar qashshoqlashib, noaniq tus oladi. Harakat faoliyati beso'naqaylashib, sekinlashib, susayib boradi. Shu bilan bir qatorda bemor imo - ishorasi xam qashshoqlashib boradi va beparvolikni aks ettiradi. Bemor unsizlik xolatiga tushib qoladi va uyqudan bosh ko'tarmaydi. Vasvasa g'oyalari, gallyusinasiyalar, o'z - o'zini yo'qotishi, ya'ni sarosimaga tushish xollari kuzatilmaydi. Bemorning eslab qolish, eslash qobiliyati juda kam susaygan bo'ladi. Karaxtlik davri keyinchalik bemor tomonidan umuman unut bo'lib ketadi. Xushing qay darajada buzilganligiga qarab, karaxtlikning quyidagi xillari ajratiladi: obnubilyasiya, somnolensiya (uyqu bosishi), sopor, koma. Obnubilyasiya - yengil darajadagi xushning buzilishi, xushning xuddi yengil bulut bilan qoplangapday bo'lish. Avvalo bemorning nutqi sekinlashadi. Parishonxotirlik, diqqat susayadi, berilgan savolni tushunishi kiyinlashadi, javoblari esa ko'pincha xato bo'lib, sekinlashadi. Xushning yengil darajadagi bu xil buzilishi uning ba'zan aniqlashuvi bilan tavsiflanadi.

Somnolensiya - kasallikka xos uyquchanlik. Klinik jixatdan fikrlar xosil bo'lishining qiyinlashuvi, befarqlik, uyqu bosishi, xarakatlarning sekinlashuvi, mimikaning qashshoqlashuvi bilan ifodalanadi. Bu xolat kuchayib, sopor, komaga o'tishi mumkin.

Sopor - komadan oldin kelib, xushning chuqur darajadagi yo'qolishi xolatidir. Sopor xolatidagi bemor yon atrofdan berilgan savollarni tushunishi va ularga javob berishi, xarakatlarni bajara olishi mumkin emas. Kuchli darajadagi ta'sirga (qichqiriq, nina bilai sanchishga) ximoya xarakatini bajarish bilan javob

qaytaradi. Xarakatlardagi muvozanat buziladi, lekin changallash, surish kabi xarakatlar saqlanib qoladi. Ba'zi xollarda mushaklarning betartib tortishuvi, tutqanoq tutishi kabi xolatlari uchrashi mumkin. Sopor xolatida bemor tomirining urishi tezlashadi, arterial qon bosimining sistolik bosimi oshib, diastolik bosimi pasayadi.

Koma - es-xushnig butunlay yo'qolishi. Koma xolatida har qanday tashqi ta'sirga javob bo'lmaydi. Karaxtlik zaxarlanish xollarida, modda almashinuvi buzilishi natijasida (uremiya, diabet, jigar etishmovchiligi), bosh miya shikastlanishi, bosh miya o'simtasi, markaziy asab sistemasining organik kasalliklarida uchraydi.

DELIRIY - Es - xush buzilishining bir turi bo'lib, ko'rish illyuziyalari va chin gallyusinasiyalar, siymo vas-vasa g'oyalari, affektiv va xarakat qo'zg'oluvchanligi kabi belgilar bilan ifodalanadi. Deliriy sindromi o'z rivojlanishida (1866 yilda S. Libermeyster yozib qoldirgan) bir necha bosqichni bosib o'tadi.

Birinchi bosqich. Bemorlarda kechga yaqin va tunda serxarakatlik, sergaplik, notinchlik, hayajon va xarakat imo - ishoraning kuchayib ketishi kuzatiladi. Gaplari juda tez bo'ladi, qovushmagan imo - ishoralar esa ayniqsa yaqqol bilinadi. Kayfiyat juda o'zgaruvchai bo'ladi: yuqori kayfiyat birdaniga tushkunlik, qo'rqinch, jaxldorlik, bezovtalik bilan almashishi mumkin. Bundan tashqari, bemorlarda o'ta sezuvchanlik (giperesteziya) xolati, ya'ni yorug'likka, shovqinlarga, xidlarga va boshqa ta'sirlarga sezuvchanlik oshadi. Eslash, ko'z oldiga keltirish jarayonlari kuchayib ketadi, bemorlarda uyqu buzilishi, tush ko'rishlar paydo bo'ladi. Ular ertalab bo'shashgan, dam olmagan bo'ladilar.

Ikkinchi bosqich - bu bosqich asosan ko'rish illyuziyalari bilan ifodalanadi. Gipnogogik gallyusinasiyalar paydo bo'ladi.

Uchinchi bosqich - bu bosqich chin gallyusinasiyalar paydo bulishi bilan ifodalanadi. Ko'rish gallyusinasiyalari oddiy beshakl yoki aniq ko'rinishga ega bulgan obrazlar sifatida namoyon bo'ladi.

SHAXS MUAMMOLARI. PSIXOPATIYALAR.

PATOXARAKTEROLOGIK REAKSIYALAR VA RIVOJLANISHLAR.

Psixopatiya - bu shaxsning ruxiy qomatini disgarmoniyasi bilan xarakterlanadigan patologik xolat. Bu xolatdan xam bemor o'zi, xam atrofdagi odamlar azob chekadilar. Psixopatiyalar tez tez uchrab turadigan xolatdir. Vatanimiz olimlarning ko'rsatkichlar bo'yicha ularning tarqalishi har ming axoliga 21-31dan to'g'ri keladi. Chet mamlakat olimlarning ko'rsatkichlar bo'yicha esa 5-15% ni tashkil etadi. Psixopatiyalarning nomini 1891 yilda Kox tasvirlab bergan. Psixopatiyalardan xarakterning aksentuasiyasini ajratish kerak.

Xarakterning aksentuasiyasi - bu shaxsning butun xarakterilaydigan o'ta ko'rinadigan bir yoki bir necha bichimlarning kuchayib ketishi. Aksentuasiya xakteri bilan insonlar 90% ni tashkil etadilar. Aksentuasiyalardan inson na o'zi, na atrofdagilarga halaqit bermaydi, atrof muxita yaxshi moslanishkan. Psixopatiyalarning mezonlarini birinchi bo'lib 1933 yilda Gannushkin o'zining "Psixopatiyalarning statika va dinamikasi" deb nomlangan monografiyada tasvirladi. Xozirgi paytda bu mezonlarga psixopatiyalarning Gannushkin uchligi deb nomi berilgan. Bular:

1.Xarakterning patologik bichimlari doimiy bo'ladi. Shaxsning disgarmoniyasi bo'lib, tug'ilish paytdan boshlab insonning butun hayoti davomida saqlanib qoladi. Xulq atvordagi bichimlari erta bolalik davridan ko'rinadi;

2. Shaxsning disgarmonik tuzilishini totalligi. Xissiy-irodaviy sferasidagi disgarmoniyasi shu qadar ko'rinadiki, shaxsning butun ruxiy qiyofasini ta'riflab beradi.

3. Ijtimoiy dezadaptasiya. Patologik bichimlari shu qadar o'ta ko'rinadiki, insonning ijtimoiy adaptasiyasiga xam, ya'ni atrof muhitga, oilasiga ko'nikishga halaqit beradi. Ruxiy faoliyatning patologiyasi ikkita sferaga tegishli - xissiy va irodaviy. Aql xech qachon jabrlanmaydi.

ETIOLOGIYA VA PATOGENEZ XAQIDA ZAMONAVIY

TUSHUNCHALARI:

Psixopatiyalarning rivojlanishida quyidagi faktorlar rol uynaydilar:

1. Konstitusional va genetik faktorlar. Ular tug'ma, ya'ni yadroli psixopatiyani rivojlanishida asosiy rolni uynaydi;
2. Bosh miyaning yengil ekzogen-organik buzilishlari;
3. Ota-onaning alkogolizmbilan kasallanishi. 74% bemorlarda bittasi yoki ikkalasi xam spirtli ichimliklarni istemol qilishadi.

4. Noqulay ijtimoiy - psixologik va vaziyatli ta'sirlar. Mikroijtimoiy atrof, oilaning mikroiklimi, tarbiyalash xarakteri. Agarda psixopatiyaning rivojlanishida asosiy rolni oilaviy omillar o'ynasa, bu natijada chegaraviy psixopatiya rivojlanadi.

Psixopatiyalarni rivojlanishida tarbiyalash turlari xam muxim rol o'ynaydi:

1. "Oilaning sanami (maftuni)" turi bo'yicha tarbiyalash

Agarda etarli ta'minlangan oilada ko'p kutilgan, kechki, bitta bola tug'lsa - unga ilk davridan boshlab xamma o'ta darajada e'tibor qaratishadi. Ota-onasi bolaning har qanday orzusini qar qanday yo'l bilan bajarishadi. Ilk davridan boshlab bu bolaga "Sen eng- eng....." deb uqtirishadi. Keyinchalik bu bolalarda isteroidli psixopatiya rivojlanadi.

2. "Tikonli qo'lqop" turi bo'yicha tarbiyalash

Bolani qattiq sharoitlarda tarbiyalashadi. Arzimagan aybga bola shiddatli jazolanadi. Ota-onasi doimiy bolaga buyruq berishadi, bola biror bir xulosani o'zi qilolmaydi. Bu tarbiya ba'zi bir insonlarda irodasiz, bazi birlarida esa qo'zg'oluvchan psixopatiyani rivojlanishiga olib keladi.

3. "Oltinoy" turi bo'yicha tarbiyalash

Agarda oilada xoxlamagan, ya'ni ota - onasidan bittasi xoxlamagan bo'lsada xam bola tug'lsa, bu bola etarli mexr ko'rmaydi va eng og'ir ishlarga buyuriladi, bolaning butun tashabbus va intilishlari hisobga olinmaydi. Keyinchalik bu bolalarda tormozlangan psixopatiyalar rivojlanadi. Bu insonlar doimiy ishonmaydigan va ikkilanuvchan bo'lishadi.

4. "Nazoratsiz" tarbiya turi

Ko'pincha ota-onalari narkotik moddalarni va alkogolni iste'mol ilgandanda bolalarga kerakli e'tibor berishmaydi va shu natijada erta bolalikdan boshlab bolalar uzlariga - uzlari taqdim etiladi. Keyinchalik bu bolalarda qo'zg'oluvchan psixopatiya rivojlanadi. Bolalar rahmsiz, shavkatsiz va tajovuzkor bo'ladilar. Bu tarbiya turning gipog'amho'rlik tarbiyasi xam ajraladi. Bu xolat normal oilada xam uchrashi mumkin - qachonki bolaga kam e'tibor berishadi - bolalarda tajovuzkorlik va toshbag'arlik rivojlanadi.

5. "Gipergamxurlik"

Bolaning har bitta qadami va xarakati ota – ona tomonidan nazorat qilinadi. Har bir tashabbus va intilishi chegaralanadi. Ota-onasi xayot davomida bolani qo'ldan ushab boshqarishadi. Bola mustaqillikdan maxrum qilingan va o'zi biror bir ishni bajara olmaydi.

Psixopatiya rivojlanishida tipik hulq atvor reaksiyalari xam rol o'ynaydi.

PSIXOPATIYALARNING ZAMONAVIY TASNIFI:

- I. Qo'zg'oluvchang turi;
- II. Tormozlanuvchan turi;
- III. Sikloid turi;
- IV. Aralashma turi
- V. Jinsiy perverziyalar bilan psixopatiyalar

I. Qo'zg'oluvchan psixopatiyalar

1. Eksploziv turi

Klinikasida o'ta achchiqlanish, yengillik, tajovuzkorlik, beadablik ko'rinadi. Bemorlar xissiy engil, serjahl bo'ladilar. Arzimagan narsaga o'ta qo'zg'oladilar, urishib ketishadi. Ko'pincha narkotik va alkogolni iste'mol qilishadi.

2. Impulsivli turi

Bu turiga yuqoridagi turining bichimlari bilan yangi bichimlari xam kiriadi. Impulsiv bemor o'ta tez, sababsiz qo'zg'oladi. Bu reaksiya serjaxllik bilan xarakterlanadi. Bemor adolatsiz harakatlarni qiladi.

3. Epileptoidli turi

Bu bemorlar pastkash, mayda gap, o'ta tayinli bo'lishadi. Tayinligi hamma tomonlama bo'ladi - kiymida, ishda, uyda. Bemorlar dinga berilgan bo'lishadi. Agarda xamma narsa bemor qilgan tartib bo'yicha ketsa - bemor tinch bo'ladi, agarda bu tartib buzilsa - bemor xamma qo'liga tushgan narsalarni buzadi.

II. Tomozlangan psixopatiyalar:

1. Astenik turi

Bu bemorlarga tez charchashlik, xoldan toyish, bosh og'riqlar, dardchil xolatlar, kayifiyatning pasayishi, atrofdagilardan va o'zidan noroziligi xarakterlidir. Har kuni ishdan kelib ular kunning og'ir o'tishiga shikoyat qilishadi.

2. Psixastenik turi

Bu tur astenik turining bichimlari bilan va tashvishli vaxima bilan xarakterlanadi. Bemorning kayfiyati ko'pincha tashvishli bo'ladi, bemor doim yomon voqealarni kutadi, uzining salomatligidan tashvishlanadi, ko'p vrachlarga shikoyat qiladi, kasallikning yaxshi natijasida shubxalanadi. Yengil kasallik bo'lsa xam o'ziga yotoq tartibni tayinlaydi. Ikkinchi xarakterli belgisi - bu mujmallik yoki ikkilanish - bemorlar biror bir xulosani qiyinchilik bilan qilishadi.

3. Isterik turi

Bu turga ikkita eng asosiy bichimlar xarakterlidir:

1. O'ta xayajonlik. Bu insonlar o'zining xissiytlarini o'ta qattiq va qizg'inlik bilan kechadi;
2. O'rtada bo'lishiga intilishadi. Bu insonlar ochiq kiyinishadi, ayollar ochiq, rangli makiyaj qilishadi, psevdologiyalarga (yolg'on gapirishlarga) ega bo'lishadi.

III. Sikloid turi

1. Gipotimli turi

Bu turdagi psixopatlar tug'ma pessimistlar, doimiy atrofdagilardan norozi bo'lishadi, javrashadi, atrofda biror bir qiziqtirgan narsani ko'rmaydilar. Xayot davomida muvaffaqiyatsiz hisoblanadilar.

2. Gipertimli turi

Bu turdagi bemorlar doim quvnoq, harakatchan, xamma atrofni pushti rangda ko'rishadi. Ularning xayot davomidagi shiori: "Bugun xamma narsa yaxshi, ertaga esa bundan xam yahshiroq bo'ladi". Bu bemorlar o'tirishlarni yahchi ko'radilar, xammani qiziqtirishadi.

3. Chin sikloid turi

Bunda yuqori turlarning almashuvi kuzatiladi. Bu insonlarning hayoti uchish va tushishlardan iboratdir. Xayot davomida ular 2-3 hayotni bochdan kechadi.

IV. Aralashma psixopatiyalar

1. Shizodli turi

Bu turdagi bemorlar autik, odamlarga aralashmaydigan, kam ulfatli, ularning qiziqishlari chegaralangan bo'ladi, yolg'izlik sharoitda o'zlarini yaxshi his qilishadi. Ularning ish faoliyati ko'pincha mashinalar bilan bog'langan bo'ladi, odamlar bilan aloqalari chegaralangan. Bu insonlar o'ta ta'sirchan, gap ko'tara olmaydigan bo'lishadi. Kiyimlari modadana chiqqan, eski narsalarda yurishadi, xayotning tartibini o'zgarmaydilar.

2. Paranoyyal turi

Bu bemorlarda o'ta qimmatli vasvasasimon g'oyalar paydo bo'ladi. Quyidagi turlarga bo'linadi:

a) patologik rashkchilar. Bu insonlar o'ta shubhali, mayda gap, doim biror bir insonni orqasidan kuzatishadi.

b) ig'vogarlar. Bu insonlar doim adolatsizlikni ko'rishadi, o'zining takliflari bilan har xil joylarga shikoyat qilishadi.

v) soxta ixtirochilar. Bu bemorlar axamiyatsiz, maqsadsiz ixtiro qilishadi.

g) infantil turi. Bu insonlar xissiy-irodaviy sferada yetilmagan, ular atrof muhitda noto'g'ri mo'ljallaganlar, ularning hulq atvori yoshiga mos kelmaydi, o'smirlarning yoshiga mos keladi.

d) irodaviy sferani pasayishi bilan psixopatlar. Bemorlar passiv, mustaqil biror bir xulosaga kelishmaydi, yomon ulfatlarning ta'siriga o'tib ketishadi. Bu ulfatlarda ulardan foydalanishadi.

IV. Jinsiy perverziyalar bilan psixopatiyalar

1. Jinsiy maylning ob'ektini buzilishi bilan seksual perverziyali psixopatiyalar

- a) Gomoseksualizm - uzining jinsdagi insonlarga jinsiy mayl;
- b) Pedofiliya - bolalarga jinsiy mayl;
- v) Gerontofiliya - yoshi o'tgan va qari insonlarga jinsiy mayl;
- g) Narsissizm – o'zini yaxshi ko'rish, o'zining tanasiga jinsiy mayl;
- d) Insest - yaqin qarindoshlarga jinsiy mayl;
- e) Nekrofiliya – o'liklarga jinsiy mayl;
- j) Zoofiliya - xayvonlarga jinsiy mayl;
- z) Transvestizm - qarshi jinsga qarashli kiyimlarini kiyishiga jinsiy mayl;
- i) Fetishizm (idolizm, simvolizm) - biror bir narsaga jinsiy mayl;
- k) Ionizm - qarshi jinsdagi insonga qarashli narsani hidiga jinsiy mayl

2. Jinsiy qondirish usulining buzilishi bilan seksual perverziyali psixopatiyalar:

a) Eksgibisionizm - jinsiy a'zolarining yolong'ochlashga jinsiy mayl. Bu tur xam gomoseksuallik, xam geterosesuallik bo'lishi mumkin. Bemor o'zining jinsiy a'zolarin ko'rsatadi. Eksgibisionizmning ikkita turi ajratiladi:

1. Sadistik turi. Maqsadi - ayolni qo'rqitish va shu natijada jinsiy qoniqish hosil qilish;

2. Mazoxistik turi. Bu yerda esa aksincha - bemor qochmaydi, u odam ko'p joyini tanlab va jinsiy qoniqish hosil qilish uchun ayolning so'kinishlaridan foydalanadi .

b) Mazoxizm (passiv algolagniya) - jinsiy ulfatga keltiradigan jismoniy qiynalish va kamsitish natijasida jinsiy qoniktirish;

v) Sadizm (aktiv algolagniya) - jinsiy ulfatga keltiradigan ozoblaridan jinsiy qoniqtirish;

g) Pigmalionizm - bu haykallarga jinsiy mayl;

d) Vuayerilizm (vizionizm) – yolong'och insonlarga yoki jinsiy aloqaning kuzatish natijasida jinsiy qoniqish;

e) Frottaj - qarshi jinsdagi insonlarning badaniga ishqalash va shu natijada jinsiy qoniqish;

j) Plyuralizm - bir birining oldida bir necha insonlarning jinsiy aloqasi, ya'ni guruxli jinsiy aloqa.

PSIXOPATIYALARNING DAVOLASHI:

1. Qo'zg'oluvchang psixopatiyalarni davolashda neyroleptiklar - neuleptil, melleril, stelazin, galoperidol qo'llaniladi;

2. Tormozlanish psixopatiyalarni davolashida trankvilizatorlar - elenium, tazepam, fenazepam, seduksen;

3. Nootroplar - pirasetam, nootropil, amination, ensefabol;

4. Psixoterapiya, asosan psixokorreksiya.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Isterik psixopatiya uchun xarakterli emas:

2. Psixopatiyalarning etiopatogenezida quyidagi omillar rol o'ynaydi

3. Doimo ko'tarilgan kayfiyatda eyforiyada bo'lish, yengiltak bo'lish yuzaki fikrlash, ortiqcha optimizm, tanqidiy munosabatning pasayishi psixopatiyaning quyidagi tipi uchun xarakterlidir:

4. Psixopatik bemor doim xaqiqat izlab, xar yerda kamchiklarni ko'rsatyapti. "Xaqiqatparvar" bo'ib xamma idoralarga yozyapti.

5. 16 yoshli bola o'qituvchilari va ota-onalari bilan tez-tez janjallashib turadi. Maktab yig'ilishida namoyishkorona ravishda xulq buzar bolalarni tarafini olib so'zga chiqdi. Narkotiklarni iste'mol qilmasada, narkoman deb maqtanadi. Psixopatiyani qaysi turi.

6. Bolani oiladagi vazifalaridan ozod qilish, salgina qiyinchiliklardan xam asrash,

doim maqtash, ma'qullash, zavqlanish. Psixopatiyani qaysi turni shakllanishiga olib keladi:

7. Ortiqcha g'amxo'rlik, doimiy taqiqlashlar, o'smir bolani o'rniga xamma narsani ota-onalari xal qilishlari psixopatiyani qaysi turini shakllanishiga olib keladi:

8. Qo'zg'oluvchan Psixopatiyani davolashda qo'llaniladigan dorilar aytib bering:

9. Isterik psixopatiya klinikasida uchraydi:

10. Aksentuasion shaxslar qanday shaxslar

11. Paronoyal psixopatiya klinikasi:

12. Psixopatiyadagi jinsiy perverziyalari:

13. Tormozlangan turdagi psixopatiyalarni sanab bering:

14. Psixopatiyalarni davolashda qanday dorilardan foydalanamiz

15. Sikloid (chin) psixopatiyani klinikasi:

16. Noto'g'ri tarbiyaning turlari qanday

17. O'smirlardagi bo'ladigan qanday xulqiy reaksiyalarni bilasiz.

18. Psixopatiyalarda Gannushkin uchligini ayting:

19. Astenik tipdagi psixopatiyaning klinikasi:

20. Aralash turdagi psixopatiyaning turlari:

TEST SAVOLLARI:

1. Fe'lning aksentuasiyalari uchun xos emas:

1. uning ko'rinishlari total bo'lib, barcha vaziyatlarda namoyon bo'ladi
2. sosial dezadaptasiya
3. ko'rinishlarining turg'un bo'lishi
4. fe'lning ayrim xislatlarining o'tkinchiligi
5. xamma javoblar to'g'ri

2. 16 yoshli bola uqituvchilari va ota-onalari bilan tez-tez janjallashib turadi. Maktab yigilishida namoyishkorona ravishda xulqbuzar bolalarni tarafini olib

so'zga chiqdi. Narkotiklarni iste'mol qilmasada, narkoman deb maqtanadi.

Psixopatiyani qaysi turi.

1. isterik turi
2. eksploziv turi
3. impulsiv turi
4. epileptoid turi
5. paranoyial turi

3. Bolani oiladagi vaziflaridan ozod qilish, salgina qiyinchiliklardan xam asrash, doim maqtash, ma'qullash, zavqlanish. Psixopatiyani qaysi turni shakllanishiga olib keladi:

1. isterik
2. eksploziv
3. astenik
4. shizoid
5. paranoyyal

4. Ortiqcha g'amxo'rlik, doimiy taqiqlashlar, usmir bolani o'rniga xamma narsani ota-onalari xal qilishlari psixopatiyani qaysi turini shakllanishiga olib keladi:

1. isterik
2. eksploziv
3. astenik
4. shizoid
5. paranoyyal

5. Qo'zg'oluvchan psixopatiyani davolashda qo'llaniladigan dorilar qatorini ko'rsating:

1. antidepressantlar
2. psixostimulyatorlar
3. stimullovchi trankvilizator
4. neuleptil va boshqa neyroleptiklar
5. vitaminoterapiya

6. Qaysi turdagi psixopatiya uchun disforiyalar, egoizm, xissiy "portlashlar".

Janjalkashlik, jamiyatga moslasha olmaslik alkogolga beriluvchanlik xos:

1. epileptoid
2. eksploziv
3. psixostenik
4. impulsiv
5. affektiv

7. Yadroviy (tug'ma) psixopatiyalarning etiopatogenezida asosiy o'rin tutadi:

1. bosh miyaning yengil darajada ekzogen organik shikastlanishi
2. ota-onalar alkogolizmi
3. konstitusional va genetik omillar
4. noqulay ijtimoiy psixolog'ik va vaziyatga bog'lik ta'sirlar
5. tug'ilish travmasi va asfiksiyasi

8. Qanday kasallikda xulq buzilishlari, mayl buzilishlari, jinsiy buzilishlar ko'proq uchradi:

1. psixopatiya
2. nevropatiya
3. psixoasteniya
4. nevroasteniya
5. serebroasteniya

9. Psixopatiyalarning etiopatogenezida quyidagi omillar rol o'ynaydi:

1. konstitusional va genetik omillar
2. bosh miyaning uncha qo'pol bo'lmagan ekzogen organik shikastlanishi
3. ota-onalarning alkogolizmi
4. ijtimoiy psixologik vaziyatga bog'lik omillar
5. ruxiy shikastlanishlar

10. Isterik psixozlarga kirmaydi:

1. Ganzer sindromi
2. puerilizm
3. psevdodemensiya

4. psixogen depressiya
5. ongning isterik namozshomsimon xirlashuvi

AMALIY KO'NIKMA:

PSIXOMOTOR QO'ZG'OLISHNI TINCHLANTIRISH

- 1.Seduksen 0,5 % 24 ml v\i yoki m\o 10 ml yoki tabletka xolida 30-60 mg sutkada
- 2.Preparatlar bo'lmagan xolda barbamil 5% li 5-10 ml v\i 3
3. Effekt bermaganda esa neyroleptiklardan birontasi qo'llaniladi.
Tizersin 2-5 % li 2-3 ml m\o aminazin 2,5 % 2-3 ml m\o . dezintokisikasiya va degidratasion terapiya va olmashish jarayonini normallashtirish.
- 4.Gemodez 400 mlv \i tomchilab 2 marta sutkasiga
- 5.Reopoliglukih 400 sh v\i tomchilab 2 marta sutkada
- 6.Tomir ichiga quyiluvchilar bo'lmaganda gulikoza 5% li 500 ml 2 marta kunda
- 7.Laziks 1 % 4-8 ml yoki mannit ZOg 500 ml fiz rasvorga qo'shib, v\i ga yuboirish
- 8.Vitaminlar V1 6% li 1-5 ml t\o
V6 5% li 1-2 ml yoki tomchilab V,2 500 YeD S 5% 5ml Insulin 4-6 YeDt\o
- 9.Tiosulfat natriy 30% 10-20 ml unitiol 5% 5 ml m\o
- 10.Glyukoza 40% 20-40 mlv\i
- 11.Serna kislaya magneziya 25 % 10ml m\o

YURAK QON TOMIR SISTEMASI

1. Kordiamin 24 ml m\o yoki v\i P.Kofein20 % 1-2mlm\o
- 2.komfora 20%o 2 ml m\o
- 3.Kislород

VAZIYATLI MASALA:

MASALA № 1

O'spirinning onasi aytishicha bolaligidan tortinchoq qo'rqq, o'ziga ishonmaydi, odamlardan qo'rqadi, xarakteri ikkilanuvchan, o'rtoqlarini yoqtirmaydi, yolg'izlikni yoqtiradi, doim maslaxatga muxtoj. Tashxis.

MASALA № 2

Bu insonlar kechirimli va kayfiyati yaxshi bo'lishi o'ziga xos. Ular xushfe'lli, oq ko'ngil, bag'ri keng bo'lishadi xissiyotlarini oson namoyon qilishadi, yomonlikni uzoq saqlab eslab qolmaydi, kutishni, yolg'on gapirishni bilmaydi. Ushbu fikrlar kaysi psixapatiyani tipiga xos.

PSIXOGENIYALAR. NEVROZLAR VA REAKTIV XOLATLAR

Norma va patologiya chegarasida uchrab turgan buzilishlarga psixogeniya va psixopatiyalar kiradi. Ular kichik psixiatriya fanida o'rganiladi. Psixogeniyalar Yaspers uchligi buyicha xarakterlanadilar:

1. Kasallik ruxiy shikastlanish ketidan paydo bo'ladi, bevosita yoki qisqa muddat vaqtdan keyin;
2. Psixopatologik buzilishlarning ma'nosi - ruxiy shikastlanish xarakteridan kelib chiqadi. Ularning orasida psixologik tushunarli aloqa bo'ladi.
3. Kasallikning butun o'tishi ruxiy shikastlanish kechinmalar bilan bog'langan. Qachonki ruxiy shikastlanish bartaraf qilinsa - kasallik xam yo'qolib ketadi.

Psixogeniyalarga nevrozlar va reaktiv psixozlar kiradi:

1. Nevrozlar - bu psixogen sababi bilan paydo bo'ladigan xolat. Nevrotik buzilishlarning har xilligi, ruxiy buzilishlarning ma'lum miqdorligi va kasallikni aniqlaganligini saqlab turishi bilan xarakterlanadi.

Nevrozlarning nomini 1776 yilda shotland psixiatri Kellen tomonidan fanga kiritilgan. Epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra nevrozlarning tarqalishi har ming axoliga 21-22 dan to'g'ri keladi. Lekin aslida nevrozlarning tarqalishi ancha baland. Chet eldagi olimlarning ko'rsatkichlar bo'yicha - 10-20 % xamma axoli bo'yicha.

Etiologik faktorlar ikkita katta guruxga bo'linadi:

1. Ishlab chiqaruvchi faktorlar ;
2. Kuchsizlantiruvchi faktorlar

1. Ishlab chiqaruvchi faktorlar - bu davomli, qayta-qayta ta'sir qiluvchi, sust va salbiy xissiy qo'zg'otuvchilar. Masalan, oiladagi notinchliklar, ishdagi tez-tez kelishmovchiliklar.

2. Kuchsizlantiruvchi faktorlarga organizmning susayishi, sistemali ziyonli ta'sirotlar, shovqinlar, yorug'likni buzilishi, qizib ketgan xolatlar, interkurrent kasalliklar kiradilar. Xozirgi paytda nevrozlarning kelib chiqishida bir necha teoriyasi bor. Bulardan :

1. Per Jane psixologik teoriyasi

Teoriyaning ma'nosi - nevrozlarni paydo bulishida boshqaruvchi rolni psixologik faktorlar o'ynadi, intersosial o'zaro munosabatlarning buzilishlari, ya'ni insonlarning bir-biri bilan aloqalarini buzilishlari, shaxslararo konfliktlari. Bulardan tashqari shaxsning o'zini ichidagi konfliktlar xam rol o'ynaydi - bu xolat qachonki insonda orzulari xaqiqiy xolatga to'g'ri kelmaganda rivojlanib ketadi.

2. Xissiy deprivasiyon teoriya

Agarda insonni xissiy ayirib qo'ysak - birinchi sutkani oxirida unda psixopatologik buzilishlar paydo bo'ladi. Ya'ni qachon inson axborotni yetarli darajadagi olmasa, qachonki o'zining xarakat va xulq atvorini prognozini to'g'ri qilolmasa - bu insonda nevroz rivojlanadi.

3. Nevrozlarning informasion teoriyasi (garbiy teoriyasi)

Oxirgi paytlarda insonlarga ko'p axborot tushadi va shu natijada odam xamma yetib kelgan axborotni qabul qilolmaydi va dezorientirovka xolatga tushib qoladi.

4. Faynberger teoriyasi

Bu teoriyaning ma'nosi - qachonki kutgan va sodir bo'lgan natijalar bir biriga mos kelmagan xolatlarda paydo bo'ladi.

P. V. Pavlov bo'yicha nevrozlar rivojlanishida 3 mexanizm rol o'ynaydi

1. Qo'zg'otuvchi prosesslarni o'ta zo'riqshi;
2. Tormozlanish prosesslarni o'ta zo'riqishi;
3. Ularning harakatchanligini buzilishi

O'ta zo'riqish prosesslar asta sekin rivojlanadilar. Bu mexanizmni liq to'lib ketgan piyola bilan solishtirsak bo'ladi. Bir tomchidan piyolaga suv quyilsa, avval qanday to'lib ketgani bilinmaydi, lekin shunaqa vaqt keladiki, qachonki bir tomchi tomilsa piyola to'lib ketadi va atrofga suv to'kiladi - nevroz xam shu piyola singaridir. Nevrozlarning rivojlanishida oliy asab faoliyati (OAF) xam katta ro'l o'ynaydi.

P.V.Pavlov bo'yicha OAF turlari quyidagilarga bo'linadi:

1. Kuchli, og'ir, harakatchan (sangvinik temperamentga to'g'ri keladi);
2. Kuchli, og'ir, inert (flegmatik temperamentga to'g'ri keladi);
3. Kuchli, tuturiqsiz, harakatchan (xolerik temperamentga to'g'ri keladi);
4. Kuchsiz, ogir, inert (melanxolik temperamentga to'g'ri keladi)

P. V. Pavlov yana 3 xil odamiy tipini tasvirladi:

1. Badiiy tip (birinchi signal sistema ikkinchi signal sistemadan ortiqroq bo'ladi). Bu tipga ega bo'lgan insonlarda isterik nevroz rivojlanadi.
2. Tafakkurli tip (ikkinchi signal sistema birinchai signal sistemadan ortiqroq bo'ladi). Bu tipga ega bo'lgan insonlarda bog'lanish nevroz rivojlanadi.
3. Aralashma tip. Ikkala signal sistema barovar rivojlangan. Bu tipga ega bo'lgan insonlarda nevrasteniya rivojlanadi.

Nevrozlarning 3 klinik shakl ajratiladi:

1.Nevrasteniya

Bu shaklni 1868 yilda amerikalik psixiatri Bird tasvirlab berdi. Nevrasteniya astenik nevroz deb xam nomlanadi. Astenik bichimlarga ega bo'lgan insonlarda rivojlanadi. Klinikasi astenik sindrom bilan ko'rinadi:

Nevrasteniya dagi buzilishlar ikkita guruxga bo'linadi:

1.Ruxiy buzilishlar – o'ta achchiqlanish, giperesteziya, xotiraning pasayishi, ayniqsa eslab qolishi, diqatning buzilishi, siyraklik, tashabbusni pasayishi, kayfiyatni pasayishi, tez-tez paydo bo'ladigan besabab qo'rquvlar.

2.Somatovegetativ buzilishlar - davomli va qattiq bosh og'riqlar ("nevrastenik kasakasi" yoki o'bruch simptomi), umumiy susayish, tez charchash, yomon ahvol, mexnat qobiliyatini pasayishi, ishdagi maxsuldorlikni pasayishi,

xatto dambadam, dam olishlar yengillashishga olib kelmaydi, o'ta ozish, uyquning buzilishi - bemor uzoq vaqt mobaynida uhlay olmaydi, uyqusi yuzaki, ko'p uyg'onishlar bilan bo'ladi. Yurak qon - tomir sistema tomonidan - taxikardiya, A\B ko'tarilishi yoki pasayishi, ko'p terlash bilan ,oshqozon-ichak sistema tomonidan – ko'nglini aynishi, epigastral soxadagi og'riqlar, anoreksiya, qabziyat, disfunksiya bilan; endokrin sistema tomonidan - jinsiy mayligini pasayishi, ayollarda esa dismenoreya bilan xarakterlanadi.

5.Bog'lanish xolatlar bilan nevroz

Bu nevrozni 1903 yilda Janet tasvirladi. Tashvishli- vaximali xarakterga ega bo'lgan insonlarda rivojlanadi. Klinikasida 3 varianti ajratiladi:

1. Obsessiv nevroz - klinikada bog'lanish fikrlar, g'oyalar, tasavvurlar paydo bo'ladi;

2. Kompulsivli nevroz - bu bog'langan mayllar va xarakatlar. Bularga tiklar (ayrim yuzidagi mushaklarning titirashi), mayllar, urib yuborish xarakatlar yoki yomon so'zlar bilan gapirish, nutqda haqoratli suzlarni ishlatish.

3. Fobik varianti - klinikasi fobiyalardan iborat bo'ladi.

3. Isterik nevroz

Isterik xarakterga ega bo'lgan insonlarda rivojlanadi.

Xamma buzilishlar 3 guruxga bo'linadi:

1. Harakatli buzilishlar - bunga har xildagi buzilishlar kiradi: astaziya-abaziya (suyak va mushak sistemalarni faoliyati saqlangan xolda turish va yurish qobiliyatini yo'qolib ketishi), giperkinezlar, isterik tutqanoqlar (konfliktli situasiyadan keyin rivojlanadi, xech qachon bu xolat kechqurun rivojlanmaydi, aura kuzatilmaydi, ong o'chmaydi, bemorlar joyni tanlab keyin sekin yiqilib tushadilar, ko'z qorachiqklarining yorug'likka sezgisi saqlangan, og'riq sezgisi saqlanib qoladi. Davomligi - 20-30 daqiqa. Isterik tutqanoqni to'xtatib qo'yish mumkin - bemorning yuziga urish kerak yoki nashatirli spirtni xidlatish kerak. Isterik tutqanoqqa tomoshobinlar kerak).

2. Sensorli buzilishlar - isterik ko'rlik, gapirmaslik - mutizm, garanglik (isterik surdomutizm), algiyalar (xar xildagi og'riqlar - yurak, qorin soxasidagi

og'riqlar, ba'zi bir vaqtlarda o'tkir qorindagi simptomatika ko'rinishi mumkin), qolqopsimon va paypoqsimon tipdagi anesteziya kuzatiladi.

3. Vegetativ buzilishlar - har xildagi somatik va nevrologik kasalliklarni ko'rinishlariga o'xshab ketadigan holatlar. Masalan, tomirli, yuqumli-allergik, serebral vaskulitlarni, serebral araxnoidit, bronxial astma, stenokardiya, bosh miyaning o'smalariga uxshagan simptomlarni paydo bo'lishi.

YOSH BOLALARDA NEVROZLARNING KURINISHLARI:

Yosh bolalarda nevroz asab anoreksiyasi, ko'nikmali qayt qilish, yo'tal, tundagi enurez, enkaprez, logonevroz, tiklar, uyqu buzilishi ko'rinishlar bilan kuzatilishi mumkin. Ko'pincha nevrozlar o'rganilgan xarakatlar bilan kechishlari mumkin:

Xeylomaniya - til va barmoqlarni emish;

Onixomaniya - tirnoqlarni kemirish;

Trixotilomaniya - sochlarni yulish.

REAKTIV PSIXOZLAR:

Simptomatikaning balandligi, o'tkirligi, labilligi, og'irligi, o'ta ko'rinadigan psixomotor va ruxiy buzilishlar, ongning buzilishlar, qo'pol isterik reaksiyalar bilan xarakterlanadigan xolat.

Etiologiya va patogenezi:

Bu xolatlarni rivojlanishida ruxiy shikastlanishlar katta ro'l o'ynaydi. Ruxiy shikastlanishlar bir marotabali, lekin o'ta ta'sirli va kuchli, noma'qul bo'lishi kerak. Masalan, yaqin insonning vafoti, avtokatastrofalar, tabiiy ofatlar. Psixozlarning rivojlanishida patologik asos katta ro'l o'ynaydi. Bulardan bosh miya shikastlanishlar, psixopatiyalar, oligofreniyalar.

Reaktiv psixozlarning patogenezi xuddi nevroz patogenezigacha o'xshaydi.

REAKTIV PSIXOZLARNING TASNIFI:

1. Affektiv-shokli reaksiyalar;
2. Isterik psixoz;
3. Reaktiv depressiya;
4. Reaktiv paranoid

1. Affektiv - shokli reaksiya (emotivli shok) yoki o'tkir affektogen reaksiya

Bu xolat ikkita shaklda o'tishi mumkin:

a) Giperkinetik shakl (reaktiv yoki psixogen qo'zg'olish). Bu xolatda ekstremal sharoitda bemorda ongi qisqaradi. Bemor qo'llari bilan silto'b yug'iradi, situatsiyani tushunmaydi, ko'pincha xavfli tomonga yugiradi. Davomiligi - 15-20 daqiqa.

b) Gipokinetik shakl (reaktiv stupor) - qotib qolish kuzatiladi. Bemor qotib qoladi, bir nuqtaga boqadi, situatsiyani tushunmaydi, berilgan savollarga javob bermaydi, oyoqlarini poldan ko'tara olmaydi. Davomiligi - bir necha soatdan, bir necha kungacha.

2. Isterik psixozlar. Bunga bir necha shakl kiradi. Rivojlanishi bitta mexanizm bo'yicha, lekin klinikasi har xil bo'ladi. Birinchi bo'lib bu xolatni qamoqxonada Krepelin tasvirlab bergan:

a) Ongning isterik namozshomsimon xiralashuvi.

Bu xolat orientirovkani buzilgani bilan, simptomatikaning polimorfizimi bilan xarakterlanadi. Davomligi 1-2 hafta.

b) Soxta demensiya, yoki psevdodemensiya (1906 yilda Vernike).

Bemor birdaniga telbaga o'xshab qoladi, tushunmaydigan, ko'zlarini olaytiradi. Nutqi tushunmaydigan, oddiy savollarga javob berolmay qoladi, oddiy xarakatlarni qilolmaydi. Davomligi bir necha kundan bir necha haftagacha.

v) Ganzer sindromi (1897 yil)

Bu sindromda yuqori xolatlarni almashuvi kuzatiladi: avval ongning namozshomsimon xiralashuvi kuzatiladi, keyin esa - soxta demensiya.

g) Puerilizm

Bu xolatda bemorlar yosh bolalarga o'xshab qolishadi. Lablarini ishirib, qo'llarga olishini so'rashadi, qo'g'irchoqlar o'ynashadi.

d) Isterik stupor - qotib qolishi va ongning qisqarishi rivojlanadi.

3. Reaktiv depressiya - suiqasd xarakatlar va o'zini ayblash g'oyalar bilan depressiya rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Bemorning xamma kechinmalari, gaplari shiqastlanish situatsiya orasida bo'ladi..

3 varianti ajratiladi:

- a) isterodepressivli variant;
- b) tashvishli-depressivli variant;
- v) chin depressivli variant

Davomligi bir oygacha.

4. Reaktivli paranoid – ruxiy shikastlanish faktorlar ta'sirida o'tkir paydo bo'ladi. Bemorda xuddi uni birov o'ldirmoqchidek fiklar paydo bo'ladi. Bemor o'zini olib qochadi, shu sababdan uyning oynaklaridan, mashinalardan sakrab tushadi. Davomligi bir necha soatdan bir necha kungacha.

YATROGENIYALAR. Bu xolatlarni 1916 yilda Bumke o'zining "Vrach - ruxiy buzilishlarning sababchisi" deb nomlangan monografiyada tasvirladi. Yatrogeniyalarning natijasida fobik, obsessiv buzilishlar, fobik nevroz, reaktiv depressiyalar paydo bo'ladi.

Psixogeniyalarning davolashi:

1. Psixoterapiya, ayniqsa gipnoterapiya;
2. Trankvilizatorlar;
3. Psixomotor kuzgalishlarda aminazin, tizersin, propazin, seduksen, relanium,;
4. Antidepressantlar - amitriptilin, melipramin, pirazidol
5. Psixostimulyatorlar - sidnokarb kullaniladilar.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Psixogeniya tushunchasiga ta'rif, tasnifi.
2. Nevrozlar etiopatogenezi.
3. Nevrozlar klassifikasiyasi.
4. Depressiv, ipoxondrik nevrozlar xaqida tushuncha.
5. Nevrotik depressiya xaqida tushincha.
6. Nevrozlarni individual va yoshga xos qiyosiy xususiyatlari.
7. Reaktiv psixozlar, psevdodemensiya.
8. Reaktiv depressiya, reaktiv paranoidlar, reaktiv gallyusinozlar.
9. Davolash usullari, sud psixiatrik ekspertizasi.
11. Nozologiya xaqida tushuncha, epidemiologik ko'rsatkichlari.
12. Etiologik faktorlar - ishlab chiqaruvchi va qobiliyatli.
13. Nevrozlar xaqida teoriyalar.
14. P. V. Pavlov bo'yicha nevrozlarning paydo bo'lishi.
15. Nevrozlarning klinik shakllari.
16. Nevrasteniya.
17. Boglanish xolatlar bilan nevroz.
18. Isterik nevroz.
19. Yosh bolalarda nevrozlarning ko'rinishlari.
20. Psixogeniyalarni davolash.

TEST SAVOLLARI:

1. Nevrozning patogenezi:
 1. qo'zg'olish jarayonining ortiqcha kuchlanishi
 2. tormozlanish jarayonining ortiqcha kuchlanishi
 3. ularning xarakatlanishni ortiqcha kuchlanishi
 4. barcha javoblar to'g'ri
 5. to'g'ri javob yo'q

2. Psixogen kasalliklarga kiradi:

1. nevrozlar va psixopatiyalar
2. nevrozlar va reaktiv psixozlar
3. nevrozlar, reaktiv psixozlar va psixopatiyalar
4. reaktiv psixozlar va psixopatiyalar
5. psixopatiyalar

3. Isteriyada suyak va bo'g'imlar faoliyati butun saqlangan xolda yurish qobiliyatlarining yo'qolishi:

1. apatiya
2. abuliya
3. astaziya, abaziya
4. adanmiya
5. apreksiya

4. Isteriyada ko'rquv qobiliyatining buzilishi:

1. mioz
2. amavroz
3. midriaz
4. ko'ruv soxasining torayishi
5. anizokariya

5. Nevrozlar uchun xos:

1. gallyusinasiya
2. vasavsa g'oyalari
3. tanqidiy munosabat borligi
4. autizm
5. tentaksifatlik

6. Yatrogen kasalliklar ko'rinishi quyidagi klinik ko'rinishda bo'ladi:

1. "o'ta qimmatli" g'oyalar
2. fobiyalar
3. bezovtalik, depressiya

4. ipoxondrik nevroz

5. vasvasa g'oyalari

7. Nevrozlar uchun xos emas:

1. ruxiy travmadan keyin rivojlanishi

2. nevrotik buzilishlar

3. parsial xarakterdagi ruxiy buzilishlar

4. kasallikni anglash saqlanishi

5. psixotik buzilishlar

8. O'rta tibbiyot xodimini bemorga bo'lgan noto'g'ri muomalasi quyilagicha nomlanadi.

1. Sorrogeniya

2. yatrogeniya

3. yatropatiya

4. psixpatiya

5. miopatiya

9. Yatrogeniyalar ko'proq qanday shaxslarda paydo bo'ladi:

1. affektiv labil shaxslarada

2. namoyishkor shaxslarda

3. siklotimik shaxslarda

4. xavotirli shaxslarda

5. qo'zg'oluvchan shaxslarda

10. Isteriyaga xos emas:

1. namoyishkoronalik

2. ongni saqlanmasligi

3. xotirani saqlanishi

4. ongni saqlanishi

5. istrik mutizm

AMALIY KO'NIKMA:

DEZINTOKSIKASION, DEGIDROTASION

TERAPIYA MODADALAR ALMASHINUVINI YAXSHILASH

1. Gemodez 400 ml. v/v, tomchilatib kuniga 2 max.
2. Reopoliglyukin 400 ml v/v tomchilatib kuniga 2 max. .
3. Natija bo'lmasa -5 % 500 ml glyukoza v/v kuniga 2 max.
4. Laziks 1% r-r 4-8 ml tomchilatishga qo'shimcha yoki manit 30 gr 500 ml fizaralashmaga qo'shib. V/v.
5. Vitaminlar V- 1 6 % 1-5 ml. V-6 5 % 1-2 ml. v/v yoki v/m V-12 500ed S5% - 5ml Insulin 4-6 yed p/k
7. Miya va o'pka shishlarini kelib chiqmasligiga
8. Yurak qon-tomir faoliyatini saqlashga
9. Interkurent kasalliklarini davolashga

PSIXOTROP MODDALAR

NEIROLEPTILLAR

- | | |
|--------------|--|
| 1.AMINAZIN | Psixomotor qo'zg'olish xolatlarida, o'tkir
vasvasali maniakal gipomaniacal
xolatlar surunkali psixozlarda beriladi |
| 2. TIZERSIN | Psixomotor qo'zg'olish xolat, Bezovtalanish bilan kuzatiladigan depressiya- melonxolik raptus,depressiv paranoid xolatlar.
MDP Reaktiv depressiya alkogol psixozlar |
| 3. NEULEPTIL | Psixopotik va psixapatsimon xolatlar motor o'zgarishlar bilan, mayillarning kuchayishi, qo'pol isterik simptomlar. |

4. PROPAZIN	Psixomotor qo'zg'olishlar qo'qkinchli bezovtachilik bilan o'tadigan affektiv buzilishlar maniakal fazada sirkulyar psixoz senil va presenil psixozlar qo'zg'olishi bezovtachilik, uyqusizlik bilan utadigan nevrozlar.
5. TRIFTAZIN	Paranoid shizofreniya, MDP involyusion psixoz, nevrozlar gallyusinator vasvasali psixoz. Davolash effekti 2-3 xaftadan keyin boshlanadi.
6. FTORFENAZIN	Gebefrenik va katatonik shizofreniya
7. FTROFENAZIN	Stuporli va katatonik buzilishlar, paranoid xolatlar 1 -2 xaftada bir marta
8. GALAPERIDOL	Psixomotor buzilishlarni to'xtatish Galyusinator-paranoid shizofreniya, parafren xolatlar, katatonik shizofreniya bosh miy qon tomir kasalliklarida uchraydigan psixozlar.
9. TRIODI	Vasvasa va depressiya yoki motor va ruxiy qo'zg'olishlar bilan kechadigan ruxiy kasalliklar.
10.DROPERIDOL	Qo'zgalish xolatlar ruxiy xarakat qo'zg'olish gallyusinasiyalar, epileptiform va alkogolik psixozlar

11. MAJEPTIL Katatonik va katatono-gebefrenik qo‘zg‘olishlar, uzluksiz kechuvhu shizofreniya turlari

12. LEPONEKS Psixomotor katatono - gebefrenik galyusinator-vasvasali simptomlar bilan kuzatiladigan shizofreniya, MDP, qo‘zg‘olishlar bilan kuzatiladigan psixopatiya

TRANKVLIZATORLAR

13.ELENIUM Somatik kasalliklar va chegaraviy xolatlarda nevroitik kurinishlar, nevrozsimon shizofreniya, organik va kon tomirlardagi ruxii kasalliklar, yopishkok, fobiya va vaxima, ipoxondrik vasvasalar

14. FENAZIPAM Nevrotik va nevrozsimon, psixopatik va psixopatiyaga uxshagan xollar, qo‘rquv va vaximada o‘tadigan xissiy labillik, uiquisizlik, tutqanoq.

15.NOZEPAM Nevroz, vaximali va depressiv xolatlar, Uyqusizlik

16. SIBAZON Shizofreniya, qo‘rquv bilan o‘tadigan psixosteniya, nevrozlar, galyusinator paranoid xolatlar, psixomotor qo‘zg‘olishlar

ANTI DEPRESSANTLAR

17. AMITRIPTILIN MDP ning depressiv formasi, invalyusion melonxoliya, reaktiv depressiya, nevroitik depressiv reaksiyalar

18. AZAFEN	MDP, invalyusion melonxoliya organik genezdagi depressiya, reaktiv depressiya, nevrotik xarakterli asteno – depressiv xolatlar
19.MELIPRAMIN	Depressiv xolatlar, adinamik, depresonalizm va ipoxondrik depressiyalar
20. SEFEDRIN	Motor va ideator to‘xtatishlar bilan kuzatiladigan depressiyalar
21.GERFONAL	Vaxima bilan kuzatiladigan depressiyalar, davriy endogen depressiyalar, shizofreniyada uchraydigan depressiv xolatlar.

PSIXOSTIMULYATORLAR

22. KOFEIN – BENZOAT NATRIY	Stupor, astenik sindrom, shizofreniya, xushning nomshshomsimon buzilishi
23.SIDNOKARB	Apatoabulik, astenik buzilishlar, asmetik sindrom, umumiy va tez charchashlik, nevrotik xolatlar. neyroleptik xolatlar, neyroleptik moddalardan keyingi asteniya, umumiy xolsizlik.

NORMATIMIKLAR

- | | |
|-----------------------|---|
| 24. LITII KARBONAT | Tez pristupli har xil genezdagi maniakal qo'zg'olishlar, MDP va xissiy buzilishlar. |
| 25. LITII OKSIBUTIRAT | Psixopatiya, nevrozlar, organik kasalliklar xissiy buzilishlar bilan |

NOOTROPLAR

- | | |
|--------------------------|--|
| 26. AMINALON | Xotiraning pasayishi, intoksikatsiya biyan bog'langan astenik xolatlar, asab sistemasining qon tomirlardagi va organik buzilishlar. |
| 27. (nootropil) | Involusion sindrom, astenik sindrom, motorikaning buzilishi, miyaning sklerotik buzilishlari. |
| 28. PRIDITOL (ensefabol) | Depressiya, asteniya, adenimiya, nevrozlar shikastlanishidagi va qon tomirlardagi ensefalopatiyalar, serebral ateroskleroz, oligofreniya |

VAZIYATLI MASALALAR:

Masala № 1

Bemor A., 12 yoshli. Bir partada o'tiradigan sinfdoshini yqtirib qolgan. Bir kuni maktabda o'zining o'tkr tili bilan tanilgan pedagog, uning qiz bola bilan munosabatini qo'pol tarzda oydinlashtirishga urindi. Bola bu o'qituvchining darsida javob berishga, darsga kelishiga qo'rqa boshladi, uni ter bosdi, qizardi, nutqini yo'qotdi, tomog'iga yot narsa tikildi va nafasi to'xtab qoldi. Bolada bu

o'qituvchi borligida gapirishdan qo'qkish paydo bo'ldi. Bola gapirishni xoxladi, gapirishga xarakat qildi, o'zini tinchlantirdi va qo'rquv uni egallab olganidan aziyat chekardi, lekin xech narsa qila olmas edi, partaga o'tirgan zaxotiy oq qo'rquv yo'qoladi, nutqi tiklanadi. Ukituvchisi uni "parta" da javob berasan, doskaga chiqqandan keyin bita so'z xam aytolmaysan, demak sen atayin qilyapsan deb kulgi qildi. Bunda bola yana xam o'zidagi buzilishdan ko'proq aziyat cheka boshladi.

1. Nozologik tashxisni aniqlang.

Masala № 2

Bemor ayol Sh, 20 yoshda. Ukasining o'limidan keyin kasal bo'lib qoldi. Bungacha psixdispanser nazoratida bo'lmagan. Xarakteri xushchaqchaq, xayotdan xursand, faol. Jamoat ishi bilan shugullangan. Institutda o'qiydi, o'qishi yaxshi. Ukasini to'satdan o'limidan keyin kayfiyati keskin tushib ketgan, ukasini meni aybim bilan o'ldi deydi, uni qutqarish va tarbiyalash uchun barcha zaruriy ishlarni qilmagan deb xisoblaydi. Joniga suiqasd qilish fikri paydo bo'lgan. Bo'limda: yuzi yersimon - kulrang rangda. Yuz ifodasi qayg'uli - motamsaro, ko'zlari nursiz, qovoqlarida Verogut burmasi, lablarining qirg'og'i pasaygan. Chuqur qayg'u borligiga shikoyat qiladi. Atrofidagi dunyo qandaydir benur bo'lib qolgan, rangini yo'qotgan. Ovqat tamini sezmaydi. O'zini kaltabinlik, ishbilmaslikda ayblaydi. Noto'g'ri xaet tarzi kechiraman, onam xaqida kam qayg'urdim, yashashga xaqqim yo'q deb xisoblaydi. Qaddi bukilgan, qo'llarini tanasiga olib kelgan, boshi egik. Nutqi past, sekin, bir bo'g'inli, hissiz.

Somatik xolati: puls 1 daqiqada 100 ta, A/B - 160/100, qabziyat, amenoreya.

1. Kasallikga xos simptomlarni sanab Bering.
2. Sindromologik tashxisni qo'ying.
3. Nozologik tashxisni qo'ying.
4. Kerakli tavsiyalarni bering.

BOSH MIYA JAROXATLARDAGI RUXIY BUZILISHLAR. BOSH MIYANING REZIDUAL-ORGANIK BUZILISHLARI.

Xamma bosh miya shikastlanishlar ikkita guruxga bo'linadi:

1. Ochiq
2. Yopiq

Xamma BMSH kechirgan bemorlardan 18-38% da ruxiy buzilishlar kuzatiladilar.

Bosh miya yopiq shikastlanishlarining rivojlanish mexanizmi bo'yicha uchta turga ajratiladi:

1. Miyaning chayqalishi (kommosiya) - 56,6%
2. Miyaning urilishi (kontuziya) - 18%
3. Miyaning ezilishi (kompressiya) - 8%

Og'irligi bo'yicha shikastlanishlar ajratiladi :

- 1.Engil darajali - onging bir necha soniyaga yo'qolishi bilan xarakterlanadi;
- 2.Urta darajali - ongning yo'qolishi bir necha daqiqa buladi, qisqa muddatli koma xam kuzatilishi mumkin.
- 3.Og'ir darajali - ong yo'qolishi bir necha soatdan bir necha kungacha kuzatilishi mumkin.

ETIOLOGIYA VA PATOGENEZ:

Eng asosiy faktor bosh miyaning mexanik shikastlanishdir. Shikastlanish natijasida gliozli kistalar paydo bo'ladi va shu natijasida ruxiy buzilishlar rivojlanadilar. Bosh miya shikastlanishlar doim miya moddasining tomirlarni qisqartirishiga olib keladi, shu natijada miya gipoksiyasi kuzatiladi, ba'zi vaqtlarda tomirlar butunlay bekilib qoladi va miyaning infarkti paydo bo'ladi. Boshqaruvchi mexanizmlardan biri miyaning shishishi hisoblanadi. U bosh suyak ichidagi bosimi ko'tarilishiga olib keladi. Bulardan tashqari miyaning suyuqligiga qon tushishi mumkin - gematoensefaliya kuzatiladi. Bu xam bosh suyak ichidagi bosimi ko'tarilishiga olib keladi. Miyaning moddasiga xam qon quyilib ketadi

(mayda-mayda, katta, po'stlog'li va po'stloq ostidagi) qon quyilishlar. Shikastlanish kasallik rivojlanishida to'rtta bosqichni ajratadi:

1. Boshlangich bosqichi. Shikastlanishdan keyin darrov boshlanadi va bir necha daqiqa, soatdan boshlab bir necha kun davom etadi.

2. O'tkir bosqich. Boshlangich bosqichdan keyin darrov boshlanib olti xaftagacha kuzatiladi.

3. Kechki bosqich (rekonvalesensiya davri). Davomligi bir oydan o'n ikki oygacha.

4. Uzoq bosqich. Shikastlanishdan keyin bir yil o'tganda boshlanadi va ko'p yillar mobaynida davom etadi.

Birinchi bosqichda ko'pincha bir necha soatdan boshlab bir necha kungacha koma, bir necha soat mobaynida sopor, bir necha soniya va daqiqagacha karaxtlik (ongning kambag'allanishi, ruxiy faoliyat tonusini pasayishi).

Ko'pincha karaxtlik o'rniga somnolensiya xolati xam kuzatilishi mumkin. Yuqoridagi xamma buzilishlar ong o'chishi va amneziya (retro-, antero- yoki anteroretrogradli) bilan kuzatiladi.

Bulardan tashqari shikastlanish asteniyasi xam kuzatiladi. Bu xolat quyidagilardan iborat: astenizasmya, kuch - quvvat pasayishi, asponentlik, qo'zg'oluvchanlik, o'chogli nevrologik simptomatika (agnoziya, afaziya, aproksiya, parez, paralichlar) va doimiy vegetativ buzilishlardan. Xamma yuqoridagi buzilishlar bir necha soatdan bir necha kungacha kuzatiladi. Ko'rinadigan yaxshilanish sharoitda ruxiy buzilishlar o'tkir rivojlanadi.

Ikkinchi bosqichda ko'pincha:

1. Shikastlanish ongning namozshomsimon xiralashuvi kuzatiladi. Bemor xamma turdagi orientirovkani yo'qotadi, psixomotorli qo'zg'olgan, gallyusinator - vasvasali simptomatika kuzatiladi. Bu xolatda bemorlar xuquqni buzgan xarakatlarni qilishlari mumkin.

2.Ongning shikastlinish deliriozli hiralashuvi. Allopsixik orientirovka buziladi, obrazli, yorug'likni ko'rish, qo'rqitadigan gallyusinasiyalar kuzatilishi mumkin (o'ldirish va zo'rlik manzaralari). Davomligi 2-3 kundan 1-2 xaftagacha

3. Shikastlanish oneyroid. Bu xolat xam o'tkir rivojlanadi. Xamma turdagi orientirovkalar buziladi, ko'rish soxta fantastik ma'nodagi gallyusinasiyalar kuzatiladi. Asosan bu ta'rixdagi manzaralar, bu manzaralarda bemor ihtirochi bo'ladi. Davomligi 5 – 6 kun. Uchala psixoz butunlay sog'lomlashish bilan tugaydi yoki Korsakov psixoziga o'tib ketadir. Ayrim paytlarda Korsakov psixози o'tkir rivojlanadi.

4.Korsakov psixози - bu eng davomli shikastlanish psixози. Bunga xotiraning qo'pol buzilishlar (retro-, anterogradli, fiksasion, progressiv amneziyalar), paramneziyalar (konfabulyasiya va psevdoreminissensiya) va bir talay polinevritlar xarakterlidir. Davomligi - 1,5 - 2 oy.

5.Affektiv psixozlar. O'tkir davrda psixopatsimon hulq atvor bilan gipomaniya yoki apatik subdepressiya rivojlanishi mumkin. Davomligi 1-2 xafta.

6.Vasvasali psixozlar xam o'tkir boshlanadi. Psixomotor qo'zg'oluvchanlik va vasvasali buzilishlar paydo bo'ladi. Asosan bu ta'qib qiladigan va munosabatdagi vasvasa. Davomligi bir necha kun.

7. Paroksizmal buzilishlar. Bular abortiv,parsial (ma'lum miqdorli) bilan xarakterlanadilar. Ba'zida Djekson tutqanoq ko'rinishida bo'lishi xam mumkin, lekin ko'pincha paroksizmal psixosensorli buzilishlar (derealizasiya va depersonalizasiya) paydo bo'lishi mumkin.

8. Afatik buzilishlar - motorli va sensorli afaziya rivojlanadi.Yuqoridagi buzilishlar bilan o'tkir davr rivojlanadi.

3. Rekonvalessensiya bosqichi Davomligi bir yilgacha, klinikasi astenik simptomatika bilan xarakterlanadi. Ahamiyatli farqlovchi asos - astenik simptomatika muhitda qisqa muddatli ongning namozshomsimon xiralashuvi va o'ta ko'rinadigan amnestik buzilishlar paydo bo'ladi. Asteniya muhitda psioorganik sindrom rivojlanadi.

4. Uzoq bosqich shikastlanishdan keyin bir yil o'tgandan keyin rivojlanadi va bir necha yil davom etadi.

a) Shikastlanish asteniya (shikastlanish serebrosteniya)

Klinikasida qo'zg'oluvchanlik, o'ta ozish, giperesteziya - tashqi qo'zg'otuvchilarga chidamasizlik, asab sistemasini o'ta labilligi, a\ b o'zgarishi, taxikardiya, bradikardiya, vazomotor reaksiyalar (terining rangini pasayishi), bosh og'riqlari, boshning aylanishi, parishonlik, esdan chiqarishlar, yuquning buzilishi.

b) Shikastlanishdan keyingi ensefalopatiya.

Uchta variantda o'tadi:

1. Apatiya bilan shikastlanishdan keyingi ensefalopatiya.

Klinikada o'ta ozish, xotiraning pasayishi kuzatiladi.

2. Psixopatizasiya bilan shikastlanishdan keyingi ensefalopatiya.

Klinikada o'ta qo'zgaluvchanlik, hulq atvorning qo'pol formalari kuzatiladi. Ko'pincha alkogolizm bilan kuzatiladi.

3. Siklotimsimon reaksiyalar bilan shikastlanishdan keyingi ensefalopatiya.

Bunda subaffektivli buzilishlar, subdepressiyalar yoki gipomaniyalar, psixopatsimon xulq atvori kuzatiladi. Ko'pincha subdepressiyalar kuzatiladi.

v) Paroksizmal epileptik buzilishlar. Shikastlanishdan bir necha yildan keyin rivojlanadi. Katta talvasalar, Jekson, kichkina talvasalar, aloxidalangan aura, absans, katalepsiylar, mushak tonusi buzilishi bilan - mezoensefalli tutqanoqlar yoki mushak tonusi buzilishsiz katalepsiylar – diensefalli disforiyalar.

g) Shikastlanish demensiya. Xotiraning qo'pol buzilishlar bilan, to amneziyagacha, eyforiya, psevdoparalitik simptomatika, qiziqishlarning pasayishi, uchog'li simptomlar, ko'ngilchanlik bilan xarakterlanadi.

d) Psixooorganik sindrom. Xulq atvorning formalari va ruxiy funsiyalarning pasayishi bilan xarakterlanadigan sindrom. Shikastlanish kasllikning yoshdagi asoslari :

1. 3 yoshgacha bo'lgan BMSH. Klinikada o'ta charchashlik, xoldan toyish, diqqatning buzilishi, nevrozsimon simptomatika kuzatiladi. 5-7yoshgacha butunlay kompensasiya bo'ladi.

2. 3 yoshdan keyin BMSH. Birinchi o'rniga vegetativ buzilishlar, titrash, tiklar, giperkinezlar, vestibulyar buzilishlar, uchogli va meningeal simptomlar chiqadi. Epileptik tutqanoqlar eng ko'p uchraydigan buzilishlar, xulq atvori psixopatsimon bo'ladi. Ayrim paytlarda buni natijasida oligofreniya diagnozi qo'yiladi. Butunlay kompensasiya bo'lmaydi - tarqoqli nevrologik simptomatika qoladi.

Davolash :

1. Degiratasion terapiya : 25% li magneziya eritmasi - 10 ml v\i yoki 50%li eritma klizma orqali jo'natiladi.

2. 10% li kalsiy xlor - 10 ml.

3. Laziks 1% li 2 ml gacha

4. Mochevina har bir kiloga 1 g dan yoki mannitol 1,5g dan v\i tomchilab

5. 5% glyukoza eritmasi

6. Yurak glikozidlari

7. Neyroleptiklar

8. Trankvilizatorlar

9. Talvasaga qarshi dorilar

10 .Rekonvalessent davrda: vitaminlar, nootropalar, serebrolizin.

Xotira buzilishlarda: fizostigmin, lesitin, kortikotropin, vazopressin.

NAZORAT SAVOLLARI:

1.Travmatik kasalliklarning o'tkir davrida qanday buzilish eng ko'p uchraydi:

2.Travmatik kasallikning 3 bosqichida quyidagicha nomlanadi:

3.Travmatik kasallikning o'tkir davrida uchraydigan buzilishlariga kirmaydi:

4.Bosh miya travmasining uzoq bosqichi travmadan keyin qancha muddat o'tganda keyin qoladi:

5.Travmatik kasallikning boshlang'ich bosqichida uchraydigan ruxiy buzilishlarga nimalar kiradi:

6.Bosh miya travmasidan keyin rekonvalessensiya davri qancha muddat davom etadi:

- 7.BMJ dagi ruxiy kasalliklar quyidagi guruxga kiradi:
- 8.BMJ o'tkir davridagi birinchi simptomlari qaysilar.
- 9.Travmatik epilepsiyada bo'ladigan muskullar tonusi buzilishi bilan kechuvchi katalepsiya xurujlari quyidagicha nomlanadi:
- 10.O'tkir travmatik psixozning cho'zilib ketgan shakli:
- 11.Travmatik demensiya uchun qanday simptomlar xarakterli:
- 12.Travmatik kasallikning boshlang'ich bosqichi uchun xos emas:
- 13.Travmatik kasallik quyidagi guruxga kiradi:
- 14.Bosh miyaning ezilishi, qisilishi bilan kechadigan travmalarda albatta bo'ladigan simptomlar:
- 15.Travmatik kasallikning o'tkir bosqichi uchun xos:
- 16.Travmatik kasallikning uzoq asoratlari bosqichi uchun xos emas:
- 17.Travmatik kasallikning o'tkir davrida uchraydigan buzilishlarga kirmaydi:
- 18.Bemorda bosh miyasi shikastlanishdan keyin travmadan oldingi voqealar xotirasidan o'chib ketdi. Bemordagi xotira buzilishi:
- 19.Bemorda bosh miyasi shikastlanishdan keyin travmadan keyingi voqealar xotirasidan o'chib ketdi. Bemordagi xotira buzilishi:
- 20.Bemorda bosh miyasi shikastlanishdan keyin travmadan oldingi va keyingi voqealar xotirasidan o'chib ketdi. Bemordagi xotira buzilishi:

TEST SAVOLLARI:

- 1.Travmatik epilepsiyada bo'ladigan muskullar tonusi buzilishi bilan kechuvchi katalepsiya xurujlari quyidagicha nomlanadi:
 1. Djekson tutqanoqlari
 2. mezodiensefal
 3. tonik postural
 4. diensefal tutqanoq
 5. adverbiv tutqanoq
- 2.Travmatik kasallikning o'tkir davrida uchraydigan buzilishlarga kirmaydi:

1. Korsakov sindromi
 2. ongning namozshomsimon hiralashuvi
 3. anterograd amneziya
 4. deliriy
 5. paroksizmal buzilishlar
3. O'tkir travmatik psixozning cho'zilib ketgan shakli:
1. deliriy
 2. oneyroid
 3. Korsakov sindromi
 4. affektiv psixoz
 5. vasvasali psixoz
4. Bosh miya travmasi olgan bemorlarning necha foizida ruxiy buzilishlar uchraydi:
1. 10-18%
 2. 18-28%
 3. 18-38%
 4. 30-38%
5. Bosh miya travmasining uzoq davrdagi asoratlari qaysi:
1. travmatik asteniya
 2. travmatik ensefalopatiya
 3. travmatik epilepsiya
 4. affektiv psixozlar
 5. travmatik demensiya
6. Tug'ruq jaroxatidan kelib chiqqan oligofreniya uchun xos emas:
1. nevrologik sindromlar
 2. bosh suyaklarining miya qismi rivojlanmay qolishi
 3. xotira va diqqatning keskin buzilishi
 4. bosh og'rishi va bosh aylanish xurujlari
 5. tez charchash va bexollik
7. Travmatik kasallikning boshlang'ich bosqichi uchun xos emas:

1. demensiya
2. somnolensiya
3. karaxtlik
4. sopor
5. koma

8. Travmatik kasallik quyidagi guruxga kiradi:

1. endogen -organik kasallik
2. ekzogen -organik kasallik
3. endogen
4. psixogen kasallik
5. rivojlanish patologiyasi

9. Bosh miyaning ezilishi, qisilishi bilan kechadigan travmalarda albatta bo‘ladigan siptomlar:

1. gallyusinasiyalar
2. vasvasa simptomlar
3. illyuziyalar
4. o‘choqli nevrologik simptomlar
5. pareydoliyalar

10. Travmatik kasallikning o‘tkir bosqichi uchun xos:

1. karaxtlik
2. sopor
3. koma
4. somnolensiya
5. ongning nomozshom kabi xiralashuvi

VAZIYATLI MASALA:

Masala - №1

S ismli bemor, 15 yeshda. Xalinchak /arg‘imchak/ dan yiqilib travmatologiya punktiga keltirildi. Qayd qildi, yurak faoliyati keskin pasaydi. Ruxiy axvoli: bo‘shashgan, xama narsaga befarq, rangi oqargan. Savollarga bir xilda, sekin, past ovozda, uzoq to‘htalib, to‘g‘ri javob beradi. Atrofini to‘g‘ri

anglayabti /to'g'ri orientirovka qiliyapti/, vaqtini esa yetarlicha anglamayapti. Boshidan kechirgan voqeani eslay olmayapti, nima sababdan kasalxonaga yetkaziganini bilmayapti. Atrofni unitgan, uyqusiragan odamga uxshaydi.

Somatik statusida: tomir urishi tezlashgan, ritmi buzilmagan, zaif va kuchsiz urayapti, I minutda 110 – 120 ta urayapti. Arterial qon bosimi 90/60 mm, simob ustuniga teng.

Nevrologik statusida: potologiya yo'q.

1. Bemorning axvoliga baxo bering.
2. Sindromologik diagnoz qo'ying.
3. Nozologik diagnoz qo'ying.

SOMATIK XASTALIKLAR KLINIKASIDA TIBBIY PSIXOLOGIYA, SOMATIK VA YUQUMLI XASTALIKLARDA RUXIY BUZILISHLAR

Ruxiy buzilishlar ko'pincha yuqumli kasalliklarda uchraydi. Masalan, 20 yoshgacha yuqumli kasallik bilan og'rigan bemorlarning orasida 27,6 % da ruxiy buzilishlar kuzatiladi.

Etiologiya :

Etiologik faktor - bu asosiy yuqumli prosessdir. Xamma yuqumliklar ikkita katta guruxga bo'linadi:

a) Intrakranialli (ensefalit, meningitlarni chaqiruvchi, miya moddasini zarartirilgan yuqumliklar);

b) Ekstrakranialli (bosh miyadan tashqari organlarda joylashgan yuqumliklar); Lekin, ba'zi ekstrakranialli yuqumliklar ikkilamchi yoki parayuqumli zo'rayish deb nomlanadi. Masalan, qizamiq, angina, parotit, suvchechak.

Patogeneza:

Patogeneza da quyidagi faktorlar ro'l o'ynaydi:

1. Organlarning zararlanish darajasi va tezligi;
2. Shu organning bosh miyani ta'minlashda ahamiyati;

3. Zararlanishni bosh miyada lokalizatsiyasi;
4. Umumiy va bosh miya moddalarining almashinuv xolati;
5. Gemo- va likvorodinamikasining buzilishlari;
6. Suv-elektrolitli almashinuv buzilishi;
7. Bosh miyada shishni rivojlanishi;
8. Immuno-allergik faktorlar.

Patogenezda yana ikkita faktor ro'l o'ynaydi:

1. Psixozning rivojlanish stereotipi;

Bu stereotip yuqumlik bilan sabablanadi, ya'ni ekzogen faktor bilan aniqlanadi.

2. Organizm asoslari bilan aniqlanadigan, ya'ni ichki faktorlar bilan, klinik buzilishlarning turi;

Psixiatriyada ekzogen va endogen faktorlar orasida yaqin aloqa kuzatiladi.

Ruxiy buzilishlarning rivojlanishida organizmning individual xususiyatlari xam ro'l o'ynadi:

1. Yoshi .Masalan, o'tkir psixozlar ko'pincha yosh bolalarda, o'zgarmaydigan psixozlar esa yoshi o'tgan insonlarda uchraydi;

2.Organizmning reaktivligi. Masalan, reaktivligi past insonlarda ko'pincha amensiya va koma rivojlanadi;

3.Oliy asab faoliyatining turi. Masalan, qo'zg'oluvchan OAFga ega bo'lgan insonlarda eretativlik asteniya va disforiyalar kuzatiladi;

4. Shaxsning psixologik asoslari. Masalan, psixasteniklarda tashvishli-
ipoxondrik xolatlar kuzatiladi.

Yuqumli kasalliklarda ruxiy buzilishlarning tasnifi:

1. O'tkir psixozlar
2. Surunkali psixozlar
3. Shaxsning qaytmaydigan buzilishlar

Yuqumli kasalliklardagi ruxiy buzilishlar xaqida aytganimizda, albatta Karl Bongeyffer ekzogen turdagi reaksiyalarining teoriyasini eslashimiz kerak.1908-1912 yillarda K.Bongeyfer bir necha asarlarida ekzogen turdagi

reaksiyalarning teoriyasini asosladi. Bu teoriyani ma'nosi - turli ekzogen kasalliklarda, ekzogen faktorlar asosiy ro'lni o'ynaganda, bosh miya cheklangan nospesifik reaksiyalarning to'plami bilan ta'sirlaydi. Asosan bu ongning xiralashuv va o'chish sindromlardir. 1956 yilda Vik bu teoriyaga ekzogen kasalliklar surunkali rivojlanishida paydo bo'lgan ruxiy buzilishlarni qo'shgan.

YUQUMLI KASALLIKLARDAGI RUXIY BUZILILARNIG

ZAMONAVIY TASNIFI:

1. O'tkir yuqumliklarda quyidagi o'tkir rivojlanadigan psixozlar kiradi: deliriy, amensiya, karaxtlik, sopor, koma, epileptik talvasali tutqanoqlar, ongning namozshomsimon xiralashuvi;

2. Yuqumli prosessini surunkali rivojlanishida o'tadigan sindromlar uchraydi: maniakal, depressiv sindromlar, gallyusinator-paranoidli va katatonsimon buzilishlar;

3. Shaxsning qaytmaydigan o'zgarishlar bilan ruxiy buzilishlar

Yuqumli genezdagi ruxiy buzilishlarning klinikasi:

Ruxiy buzilishlarning rivojlanishida 3 davr ajratiladi:

1. Prodromal davr

2. O'tkir davr

3. Rekonvalessent davr

Kasallikning birinchi davridagi asosiy sindrom - yuqumli asteniyadir, bu sindromni rivojlanishida 3 faza ajratiladi:

1. O'ta bushashlik fazasi, ya'ni asteniya fazasi. Bunda o'ta qo'zg'oluvchanlik, giperesteziya, ta'sirchanlik kuzatiladi;

2. Gipodinamik fazasi - klinikada susayish, asponentlik, gipodinamiya, ozishlar uchraydi;

3. Karaxtlik bilan asteniya. O'ta og'ir yuqumli kasalliklarda uchraydi. Karaxtlik davrlar kuzatiladi, bemorning nutqi tushunmaydigan bo'ladi, atrof muhitni bemor qiyinchilik bilan aniqlaydi.

O'tkir davr ko'pincha:

1. Karaxtlik bilan xarakterlanadi (asosan bolalarda). Bu davrda qo'zg'olish busag'asini pasayishi kuzatiladi, bemor situasiani qinchilik bilan aniqlaydi, atrof muhitga orientirovkasi va xarakatlari susaygan.

2. Talvasali sindrom (ko'pincha yosh bolalarda uchraydi).

Absanslar, parsial, mioklonik, akinetik, fokal va katta tutanolar kuzatilishi mumkin.

3. Deliriy (yosh bolalarda - uchinchi o'rinda, kattalarda esa birinchi o'rnida turadi). Bolalik davrdagi deliriyning bir necha xususiyatlari bo'ladi: o'ta tez ikkinchi bosqich rivojlanadi (fantastik komponent bilan illyuziyalar), keyinchalik yyoilgan bosqich rivojlanadi (ertakdagi, oldin o'qigan kitoblardan va multfilmdagi manzaralar). Kattalarda esa deliriyning ma'nosi boshqacha bo'ladi, ularda ko'pincha o'ldirish, urish manzaralari kuzatiladi. Deliriyning davomligi - bir necha soatdan bir necha kungacha. Kunduzi ongning yorug'lashuvi kuzatiladi.

4. Amensiya. O'ta og'irli xolatlarda kuzatiladi. Bu ongning og'ir xiralashuvi deb hisoblanadi. Bemor ko'rpa bilan chegaralanadi, butunlay orientirovkani yo'qotadi, tafakkurning inkogerensiyasi, qo'rqinchli ko'rish gallyusinasiyalar kuzatiladi. Davomligi - bir oygacha.

Rekonvalessent davr

Bu davrda yuqumlikdan keyingi asteniya, ozish, kayfiyatning siljishi, besabab pasayishi kuzatiladi. Davomligi - bir necha oydan yarim yilgacha va undan ko'proq. SPID (Ortirilgan Immunodefisitli sindrom) dagi ruxiy buzilishlar : Boshlang'ich davrda nevrologik buzilishlar kuzatiladi, keyin esa amnestik buzilishlar va o'ta qimmatli g'oyalar (munosabat, kuzatish, rashk) xam qo'shiladi.

Birinchi o'rniga tafakkurning batafsilligi, xissiy qo'zg'oluvchanlik chiqadi, kechki davrda esa - psixoorganik sindrom.

Davolash:

1. Etiotropoli terapiya - asosiy kasallikni davolash;
2. Degidratasion terapiya - 25% li magneziya sulfatni eritmasi, diuretiklar;

3. Dezintoksikasion terapiya – 40 % li glyukoza eritmasi, gemodez, reopoliglyukin;
4. Desensibilovchi terapiya;
5. Antipsixotik terapiya;
6. Umumiy somatik terapiya

Miya zaxmdagi ruxiy buzilishlar:

Boshlang'ich davr zaxmdagi nevrasteniya bilan belgilanadi. Bu xolatni farqlovchi asos - organik simptomatikani paydo bo'lishi. Bular - kunduzgi uyquchanlik, kraxtlik, susayish, ko'z qo'rachiqlarnig reaksiyasi, Vasserman va kolloidli Lange reaksiyalarini musbatligi. Keyingi davrda zaxmdagi meningit kuzatiladi. Bu meningit nevrologik simptomatika, pustloqlarning miya asablarning buzilishi bilan belgilanadi. Ruxiy buzilishlardan esa karaxtlik, deliriy, ongning namozshomsimon xiralashuvi, tutqanoqsimon sindromi kuzatiladi. Vasserman reaksiyasi manfin xam bo'lishi mumkin. Zaxmdagi meningovaskulit. Gallyusinatorli, gallyusinator - paranoidli, depressivli, maniakalli, paroksizmal buzilishlar, katatonik simptomatika, Korsakov sindromi, soxta demensiya, nevroz - va psixopatsimon buzilishlar va doimiy nevrologik simptomatika bilan xarakterlanadi. Katta tomirlar buzilgan bo'lsa - insultlar belgilanadi.

Gummozli shakl (soxta tumo'rozli). Kuchli bosh og'riqlari, karaxtlik, tutqanoqsimon buzilishlar bilan kuzatiladi. Bolalarda tug'ma zaxm oligofreniya bilan belgilanadi.

Davolash:

1. Spesifik davolash (vismut, mishyakdagi moddalar, penisillinoterapiya
2. Antipsixotik terapiya : neyroleptiklar, antidepressantlar, trankvilizatorlar, psixostimulyatorlar, talvasaga qarshi preparatlar.

Progressivlovchi paralich (Beyl kasalligi, 1822 y.) Psixiatriyadagi birinchi tasvirlangan mustaqil kasallik. Bu shaxsning o'ta progressivlovchi total xam tipik ruxiy buzilishlar, nevrologik simptomatika va tipik serologik buzilishlar

bilan zaxmdagi meningoensefalit. Davolanmaydigan progressivlovchi paralich marazm va o'limga olib keladi. Progressiv paralichni tarqalishi - 0,3 - 0,5%

Etiologiya:

Qo'zg'otuvchi - nimrang spiroxeta. Erkaklar 3-5 barovar ko'proq kasal bo'ladilar. 40-50 yoshda, ya'ni zararlanish 10-20 yildan keyin, uchlamchi zaxmda kuzatiladi.

Klinikasi:

Progressivlovchi paralich 3 bosqichga ajratiladi:

1 bosqich - boshlangich

2 bosqich – avj oyish

3 bosqich - oqibatli (marantik)

1 - bosqich - paralitik nevrasteniya bilan belgilanadi, ya'ni soxta nevrozsimon simptomatika bilan. Ruxiy simptomatika xam paydo bo'ladi: uyquchanlik, deliriozli buzilishlar, karaxtlik, shaxsning pasayish belgilari, esdan chiqarishlar, mayillarning kuchayishi kuzatiladi.

2 - bosqich - paralitik demensiya . Asosiy sindrom - total paralitik demensiya.

Progressivli paralichning 6 klinik shakl ajratiladi:

1. Ekspansivli shakl (10-20%). Demensiya muhitida ko'tarilgan kayfiyat va parafren vasvasa belgilanadi, bemorlar o'zini obro' bilan tutishadi;

2. Eyforik shakl (20-30%). Ko'tarilgan kayfiyatning ko'pincha eyforiya xolati kuzatiladi.

3. Oddiy, yoki dementli shakl (40-60%). Klinikasi paralitik simptomatika va total paralitik demensiya bilan xarakterlanadi.

4. Demensiya muhitda apatik depressiya.

5.Sirkulyar shakl (15%). Ekspansivli simptomatika bilan depressiv simptomatikaning almashuvi kuzatiladi.

6.Gallyusinatorli yoki gallyusinator - paranoidli shakl (2-3%). Demensiya muhitida gallyusinator - vasvasali simptomatika belgilanadi. Yana bitta ajoyib shakl - bu tabo-paralich (20%).

Bu progressivli paralich bilan birgalikda nevrologik kasallik - spinnaya suxotkani kuzatilishi. Bu kasallikda lo'komo'torli ataksiya, pay reflekslarning pasayishi, sezishning buzilishi, ko'z qo'rachiqqlarning buzilishlar, ko'z asabning atrofiyasi kuzatiladi. O'tishi bo'yicha progressivlovchi paralich ajraladi:

1.Stasionarli paralich - kasallik nisbiy sekin va yaxshi o'tadi. Davomligi - 8-10 yil.

2.Lissauer, yoki o'chog'li shakl. O'chog'li simptomatika paydo bo'ladi, ko'pincha apatik buzilishlar.

3.Gallopirllovchi shakl - bu yomon sifatli shakl. Bu shakl apoplektik yoki epileptik tutqanoqlar bilan boshlanadi va 6 oydan keyin o'limga olib keladi.

4.Ajitirllovchi shakl - gallopirllovchi shaklning turi deb hisoblanadi. Psixomotor qo'zg'oluvchanlik bilan boshlanadi, tafakkur va gallyusinator buzilishlar bilan kuzatiladi.

5.Yuvenilli progressiv paralich. Tug'ma zaxmdagi xolatlarda rivojlanadi. Parenximatozli keratit, ichki quloq buzilishlar, Getchington tishlar, qilichsimon bolder bilan belgillanadi. Keyinchalik bu xolat paralitik demensiyaga olib keladi. Kasallik jismoniy va ruxiy marazm bilan xarakterlanadi.

Zaxmdagi nevrologik simptomatika:

1.Orgayel-Robertson simptomi – ko'z qorachiqqlarning yorug'likka reaksiyasini yo'qolib ketishi, akkomodasiya va konvergensiya saqlangan xolda

2.Mioz

3.Anizokoriya

4.Ko'z qorachiqqlarning deformasiyasi

5.Nutqning dizartriyasi

6.Yuzning maskasimon buzilishi

7.Burun-labidagi burmalarning asimmetriyasi

8.Tilning fibrilyar titirashlar

9.Pay reflekslarning pasayishi

10.Koordinasiyani buzilishi

11.Titirash

12.Yozuvning buzilishlari

13.O'chog'li buzilishlar: afaziya

Diagnoz laborator tekshirishlar orqali qo'yiladi:

1. Vasserman reaksiyasi
2. Lange reaksiyasi
3. Nonne-Apelt albuminli reaksiyalari
4. Vinbroxt va Patti reaksiyalari

Progressiv paralichni davolashi:

1. Piroterapiya : pirogenal, tetravaksina, sulfazin
2. Penisillinoterapiya - bir kursga 8-10 mln (6-8 kurs o'tkaziladi 1,5-2 oralig'i bilan). Qachonki likvorda spiroxeta davollanish 6 oydan keyin topilmasa - progressivli paralich davollangan deb xisoblanadi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Zaxmdagi nevrologik simptomatika:
2. Progressivli paralichning klinik shakllariga nimalar kiradik
3. Progressivlovchi paralich nechta bosqichga ajratiladik
4. Miya zaxmdagi ruxiy buzilishlar:
5. Zaxmdagi nevrologik simptomatika
6. Progressiv paralichni davolash:
7. Yuqumli genezdagi ruxiy buzilishlarning klinikasi
8. Yuqumli kasalliklarda ruxiy buzilishlarning tasnifi
9. Yuqumli kasalliklarani patogenezda asosiy ro'l o'ynovchi faktorlar.
10. Yuqumli kasalliklarda asosiy yuqumli prosess nima

TEST SAVOLLARI:

1. Infektsion psixozlarning patogenezida ro'l o'ynamaydi:
 - 1) miyaning lokal zararlanishi
 - 2) mikrosirkulyasiyaning ahvoli
 - 3) miyaning shishib ketishi

4) gaz almashinuvini likvor-gemodinamika buzilishi

5) xissiy yuklashning ortib borishi

2. Progresiv paralichning orqa miya suxostkasi bilan birga kelishi quyidagicha nomlanadi:

1) stasionar paralich

2) uchoqli formasi

3) Lissauer formasi

4) taboparalich

5) galop formasi

3. Progressiv paralichning serologik reaksiyalariga kirmaydi

1) Vasserman reaksiyasi

2) Nonne-Apellta reaksiyasi

3) Rapoport reaksiyasi

4) Pandi reaksiyasi

5) Vinbroxt reaksiyasi

4. Ekzogen tipdagi reaksiyalar nazariyasiga ko'ra infeksiyon kasallikning o'tkir davrida uchramaydi:

1) sopor

2) deliriy

3) korsakov sindromi

4) koma

5) ongning namozshomsimon xiralashuvi

5. Sifilitik meningit va vaskulit uchun xarakterli emas:

1) gallyusinator sindrom

2) delirioz sindrom

3) gallyusinator-paranoid sindrom

4) Korsakov sindrom

5) Affektiv sindrom

6. Sifilitik nevrosteniya uchun xarakterli emas:

1) manfiy Vasserman reaksiyasi

- 2) uyquchanlik va diqqat e'tiborni buzilishi
- 3) suz tanlab gapirish kiyinlashuvi
- 4) kuz korachigini yoruglikka sust reaksiyasi
- 5) ta'sirchanlik va tez charchash

7. Infeksion psixozlarda amensiya va koma ko'pincha paydo bo'ladi:

- 1) organizm reaktivligi past bo'lganda
- 2) oliy nerv faoliyati qo'zg'oluvchi tipda bo'lganda
- 3) psixoasteniklarda
- 4) qariyalarda
- 5) bolalarda

8. Infeksion kasallikning prodromal davri uchun xos sindrom:

- 1) adinamik subdepressiya
- 2) psixopatsimon sindrom
- 3) karaxtlik
- 4) asteniya
- 5) istimali deliriy

9. Progressiv paralizning kechish shakllariga kiradi:

- 10) ekspoloziv shakli
- 2) eyforiya shakli
- 3) oneyroid katotonik shakli
- 4) oddiy shakli
- 5) depressiv shakli

10. Infeksion psixozlarda kuzatiladigan asosiy sindrom

- 1) nevrozsimon
- 2) psixopatsimon
- 3) astenik
- 4) isterik
- 5) istimali deliriy (lixoradochniy)

VAZIYATLI MASALA:

Masala № 1

Bemor ayol S., 40 yeshda. Zavod ishchisi. Ruxiy kasalliklar shifoxonasiga tugʻruqdan keyin tez orada tushgan. Rangpar, ozgʻin, lablari quruq. Ruxiy xolati oʻta oʻzgaruvchan. Baʼzan bemor qoʻzgʻolgan, toʻshakda alahlaydi, kiyimlarini yirtadi, ehtirosli xolatlarda turadi: Yuz ifodasi bezovta, parishon, diqqati tasodifiy predmetlarga fiksasiyalangan. Bemorning nutqi bogʻlanmagan: Siz meni kichkintoyimdan ayirdingiz.....Uyat.....Siz Valya bilan yashashni oʻylayapsizmi, xudo bilan yashash kerakmi....Men shaytonman, xudo emas....Siz xammangiz aqldan ozgansiz.....Menda tormozlanish boʻlyapti.....Aminazin, keyin magazinga v x.k. Alohida aytilgan parchadan bemor qaerdandir pastdan kelaetgan qarindoshlarining ovozini, bolalar baqirigʻi va yigʻisini eshitaetganligini tushunib olish mumkin. Kayfiyati goh oʻrta pasaygan, goh xursand (shovqinli) - eyforik. Shu bilan birga osongina gʻazablanadi, koʻzni oʻyib olish xavfini soladi. Qoʻzgʻoluvchanlik xolati kutilmaganda loqaydlik (beparvolik) bilan almashinadi. Bemor jim boʻlib qoladi, boshini yostiqqa kuchsiz qoʻyadi, qaygʻu va parishonlik bilan atrofga qaraydi. Bu vaqtda bemor bilan suhbatlashish, oddiy savollarga javob olish mumkin. Bunda bemor qaerdaligini bilmaydigandek tuyuladi. joriy sana, oyni aytib bera olmaydi, fasllarni adashtiradi, oʻzi va oilasi haqida deyarli xech qanday maʼlumot bera olmaydi. Qisqa muddatli suxbatda tezda xoldan toyadi va savollarga javob berishdan toʻxtaydi

- 1.Ruxiy kasallik belgilarini sanang
2. Asosiy sindrom
3. Nozologik tashxis

Masala № 2

Bemor G., 58 yeshda. Irsiyati ogʻirlashgan oilada tugʻilgan. Surunkali buyrak kasalligi bilan ogʻriydi, shu boʻyicha tuman shifonasida koʻp marotaba davolangan. Quvvatsizlik, bosh ogʻrishi, beldagi ogʻriq, oʻta quvvatsizlik doim bezovta qiladi. Soʻngi 4 kundan beri uhlamagan bezovtalik kuchaygan, notinch

bo'lgan, qarindoshlarini tanimagan, o'ziga – o'zi gapirgan, kechalari ko'plab xayvonlarni ko'rgan Psixiatriya bo'limida: Orientirovkasi buzilgan, qochishga urinadi, atrofda - tiqin bo'lyapti deb qichqiradi, yotoqdan sakrab turadi. Suhbatda ismi, familiyasini to'g'ri aytdi, ammo atrofga mo'ljali yo'q: hafta, kun, oy, sanani bilmaydi.

Somatik xolati: o'ta ozg'in, puls 1 minutda 102 ta, Pasternaskiy simptomi shubhali, qonda: leykositlar - 15000, EChT - 55mm/s. qonda: mochevina 215dan 280mg% gacha. Siydigi loyqa rangda. Solishtirma og'irligi past. Cho'kmasida ko'plab yangi eritrositlar, epithelial xujayralar, silindrlar va tripelfosfatlar bor. Ko'z tubida to'r parda shishi va venalarini to'laqlonligi aniqlandi

1. Kasallikka xos belgilarni sanab bering
2. Sindromologik tashxis
3. Nozologik tashxis

SHIZOFRENIYA. K LINIKA VA KECHISHI, PROGNOZ.

SHIZOFRENIYA DINAMIKASIDA SHAXSNING PREMORBID

XUSUSIYATLARI VA UZGARISHLARI

Shizofreniya zamonaviy psixiatriyaning eng asosiy muammosidir. Zamonaviy epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra shizofreniyaning tarqalishi har ming axoliga 9,63tadan to'g'ri keladi, ya'ni har yuztadan bir inson shizofreniya bilan og'riydi. 80% bemorlar 24 yoshgacha kasallanadi. Shizofreniyada ko'pchilik psixiatriyaga tanishli buzilishlar uchraydilar. Kupchilik bemorlarda kasallik progredientli bo'lib o'tadi, ya'ni vaqt o'tishi bilan kasallik buzilishlari kuchayadi.

Nozologiyani ma'nosi:

Shizofreniya - bu surunkali endogen-progredientli, xissiyot kambag'allanishi, intravertirlik, qiziqishlar doirasini chegaralanishi, autizm, ya'ni shaxsning tez yoki sekin rivojlanadigan o'zgarishlari, ruxiy prosesslarni birlashishi yo'qolib ketishi, ya'ni ruxiy funksiyalarni dissosiasiyasi bilan xarakterlanadigan ruxiy kasallik. Shizofreniyaning asosiy simptomi - ruxiyatni moslashuvini buzilishi.

Shizofreniyani grek tilidan tarjiması: schyso - parchalanish, phren - aql, jon. Shizofreniya ta'limotini rivojlanish tarixi:

1896 yilda Emil Krepelin ruxiy kasalliklarning birinchi tasnifini yaratdi. Bu tasnifga ikkita kasallik kiritilgan edi: MDP va demencia - erta aql zaiflik.

1852 yilda fransuz psixiatri Morel erta aql zaiflikni tasvirladi.

1871 yilda nemis psixiatri Gekker gebefreniyani tasvirladi.

1890 yilda Kalbaum katatoniyaini tasvirladi.

1903 yilda Diem oddiy aql zaiflikni tasvirladi.

1891 yilda Manyan surunkali gallyusinator-vasvasali psixozlarni tasvirladi.

1911 yilda Yevgeniy Bleyler "Shizofreniyaning guruxlari haqida" deb nomlangan monografiyani chop ettirdi. Ye.Bleyler shu kasallikga shizofreniyani nomini berdi va birinchi bo'lib kasallikning prognozini har xil bulishini ko'rsatdi, shizofreniyaning har xil guruxlarni tasvirladi. Shu tasvirlar zamonaviy tasnifni dastlabkisi bo'ldi. Keyinchalik Manfred Bleyler (E.Bleylarning og'li) shizofreniya haqida ta'linotni davom ettirdi va shizofreniyaning ikkinchi tasnifini yaratdi. Venadagi psixiatri Stranskiy M.Bleyler bilan bir vaqtda intrapsixik ataksiyani tasvirladi.

Etiologiya va patogenezi:

Xozirgi paytda shizofreniya paydo bo'lishini 5 gurux teoriyalari bor:

Shizofreniyaning psixogenezi teoriyasi:

a) shizofreniyaning psixodinamik modeli.

Bu teoriyaning asosida odamlarning orasidagi munosabatlarini buzilishlaridir;

b) fenomenologik-ekzistensial modeli

Bu teoriya quyidagini bildiradi: shizofreniya - bu ob'ektiv muhitni aks ettirgan ajoyib shakl;

1. Biologik, ya'ni irsiy, teoriyasi:

Bu teoriya bo'yicha kasallik irsiy yo'li bilan o'tadi.

Zamonaviy ma'lumotlarga ko'ra, agarda oilada ota-onasidan bittasi og'risa kasal bolani tug'ilishi 10% tashkil etadi, agarda ikkalasi xam og'risa - 40% tashkil etadi.

2. Shizofreniyaning bioximik teoriyasi:

a) katexolaminli gipotezalarning guruxlari

Bu teoriya bo'yicha shizofreniyaning sababi - noradrenalin va dofamin almashuvlarining buzilishi;

b) indolaminli gipotezalarning guruxlari

Bu teoriya bo'yicha shizofreniyaning sababi - serotonin, uning metabolitlar, biogen aminlarning almashuvini buzilishlaridir

3. Shizofreniyaning immunologik va autointoksikasion teoriyasi

4. Shizofreniyaning patos et noses konsepsiyasi.

Bu konsepsiyani ma'nosi quyidagilarni bildiradi - irsiy yo'li bilan kasallik o'zi emas, balki unga moyillik o'tadi. Patos-ga ega bo'lgan insonlar kasal emas, lekin tanishlar orasida ular ajoyib insonlar deb xisoblanadilar. Bu insonlar xarakteri shizoid bichimlarga ega bo'lishadi: ular odamlarga aralashmaydigan bo'lishadi, qiziqishlarning doiralari qisqargan, o'ta ta'sirchan, noordinar xarakatlarni qilishlari mumkin, ajoyib kiyinishadi. Qo'shimcha faktor ta'sirida patos noses - ga o'tib ketadi. Bular tug'ruq, xomiladorlik, nasha chekish, alkogolizm, ko'tarilgan xarorat bo'lishi mumkin. Ekzo- va endogen faktorlar o'ar xil davrlarda har xil ta'sirlarni berishadi. Shizofreniyaning har xil shakllarida ruxiy faoliyatining uchta sferasi zararlanadi:

1. Bilish jarayonlari.

2. Xissiyot.

3. Iroda.

Shizofreniyaning buzilishlari ikkita guruxga bulinadi - negativ va xosilali (produktiv).

Negativ buzilishlar:

1. Ruxiy faoliyatni astenizasiyasi;

2. Shaxsning disgarmoniyasi;

3. Psixoenergetik potensialni pasayishi;
4. Shaxsning darajasini pasayishi va uning regressi;
5. Shaxs xulq atvorini regressi;

Xosilali (produktiv) buzilishlar:

1. Astenik sindrom;
2. Affektiv sindromlar;
3. Obsessiv sindrom;
4. Depersonalizasiya va derealizasiya sindromlari;
5. Senestopatik va ipoxondrik sindromlar;
6. O'ta qimmatli g'oyalarning sindromi;
7. Paranoyyal sindrom;
8. Paranoid sindrom;
9. Parafren sindrom;
10. Gallyusinatorli sindrom;
11. Gallyusinator - paranoidli sindrom (Kandinskiy-Klerambo sindromi);
12. Katatonik sindrom;
13. Oxirgi xolatlar.

Shizofreniyaning o'tish bo'yicha zamonaviy tasnifi:

I. Uzluksiz o'tish turi (remissiyasiz):

1. Sust kechuvchi shizofreniya (nevroz- va psixopatsimon);
2. Paranoidli;
3. O'smirlarning yomon sifatli;

II. Rekurrent turidagi (rekurrent) shizofreniya:

Xurujlar:

1. Maniakal;
2. Depressiv;
3. Oneyroidli;
4. Depressiv-paranoidli.

III. Xurujsimon-progredient turidagi shizofreniya:

Xurujlar:

1. O'tkir gallyusinoz;
2. O'tkir Kandinskiy-Klerambo sindromi;
3. Lyusidli katatoniya;
4. O'tkir vasvasa sindromi;
5. O'tkir parafren sindromi.

Ko'pincha bemorlar pubertat davrda, ya'ni 12-14 yoshda kasallanadilar. Shu natijada chin va soxta pubertat krizlarni tahminiy tashxis qilish kerak.

Tahminiyy tashxis uchta kriteriy bo'yicha o'tkaziladi:

1.O'qishning pasayishi:

Fiziologik krizda o'smir boshqa faoliyatlarga qiziqib ketadi va shu natijada uqishi pasayadi, chunki uqish bilan kam shug'ulanadi. Psevdopubertat krizda esa aksincha o'smir o'qish bilan ko'p band bo'ladi, lekin ruhiyat tonusini pasayishi sababi bilan o'qishi pasayadi.

2.Hissiyot munosabatlarning buzilishi:

Fiziologik krizda o'smir kattalarga qarama qarshi turadi, chunki u kattalarning gaplari bilan xarakatlari mos kelmaganligini ko'radi va shu natijada atrofdagilar bilan munosabatlarini buzadi. Psevdopubertat krizda esa xissiyot aks sadosi yo'qolib ketadi (muxabbat, do'stlik sezgilari).

3.Qiziqishlar:

Fiziologik krizda o'smir sport, kolleksiyalar bilan shug'ullanadi. Psevdopubertat krizda esa qiziqishlar ajoyib, real atrof dunedan uzilgan bo'ladi. Masalan, o'smir doimiy dvigatelni yaratish maqsadni qo'yadi yoki xayotning ma'nosi nimada deb o'ziga – o'zi savol beradi va shu natijada falsafa kitoblarni o'qiydi, ularni ko'chiradi, lekin xamma faoliyati oqibatsiz bo'ladi. Bu xolat metafizik intoksikasiya deb nomlanadi.

Klinik ko'rinishlari:

I. Uzluksiz o'tish turi:

1.Usmirlarning yomon sifatli shizofreniyasi. Qo'pol progredientli shakl (progredientlik - bu negativ va xosilali buzilishlarning o'sib ketishning tezligi). Bu shizofreniyaning uchrashi - 4,5% tashkil etadi. Erkaklar ayollarga qura 3-4

marotaba ko'proq kasal bo'lishadi. Usmirlar yomon sifatli shizofreniyasi negativ buzilishlardan boshlanadi, ya'ni soxta pubertat krizdan. Aql zaiflik natijasi tez rivojlanishi, xosil buzilishlarni polimorfizmi, terapiyaga rezistentligi va oxirgi holatlarni ajoyib og'irliklar bilan xarakterlanadi.

2. Paranoidli shizofreniya

O'rta progredientlik bilan xarakterlanadi. Oxirgi xolatlar 20-25 yildan keyin rivojlanadi. Bu shizofreniya quyidagi bosiqchlardan iborat:

1. Nevrozsimon, yoki psixopatsimon bosqich;
2. O'ta qimmatli g'oyalarning bosqichi (rashk, munosabatli o'ta qimmatli g'oyalari);
3. Paranoyyal bosqich (sistemalashgan vasvasa bilan xarakterlanadi);
4. Gallyusinator-paranoidli bosqich (Kandinskiy-Klerambo sindromi klinikasi bilan xarakterlanadi);
5. Parafren bosqich (fantastik ma'nosidagi ulug'vorlik vasvasasi bilan xarakterlanadi);
6. Oxirgi xolat

3. Sust kechuvchi shizofreniya

Shaxsning yengil o'zgarishlar muxitida psixopatsimon yoki nevrozsimon simptomatika bilan uzluksiz qulay o'tadigan shakldir. Bu shaklda oxirgi xolatlar xech qachon rivojlanmaydilar.

Klinik ko'rinishlar ixtiyoriga 3 varianti ajraladi:

1. Nevrozsimon;
2. Psixopatsimon;
3. Paranoyyal

Kasallik susaygan yoki kuchaygan simptomatika bilan butun hayoti davomida o'tadi, ya'ni to'liqsimon bo'lib.

II. Rekkurent o'tish turi

Bu tur xuruj va remissiyalar bilan o'tadi. Remissiya - bu xurujlar orasidagi negativ simptomatika bilan porloq oraliq. Rekkurent shizofreniyada shaxsning o'zgarishlari oz miqdorda va doim bir darajada bo'ladilar, oxirgi xolatlar

kuzatilmaydilar. Bemorlar atrof muxitga yaxshi ko'nikishadi. Rekkurent shizofreniyada 4 ta klinik shakl ajratiladi:

1. Sirkulyar (maniakal yoki depressiv xurujlar bilan o'tadi, atipik xurujlar xam kuzatiladi);

2. Depressiv-paranoidli shakl (depressiya bilan birga Kotar vasvasasi kuzatiladi);

3. Oneyroid – katatonik shakl (ongning oneyroid xiralashuvi bilan katatonik qo'zg'olish yoki stupor kuzatiladi);

4. Siklotimik shakl (subdepressiya yoki gipomaniya, ya'ni affektiv o'ta ko'rinmaydigan xurujlar bilan o'tadigan shakl).

Remissiyalar:

1. Intermissiya. Bu holatda xam negativ, xam produktiv buzilishlar kuzatiladi

2. Shaxsning yengil o'zgarishlari bilan remissiya;

3. Astenik turidagi remissiya (engil negativ buzilishlarning muhitida astenik simptomatika kuzatiladi);

4. Nevrozsimon turidagi remissiya;

5. Timopatik turidagi remissiya (kayfiyatning yengil qo'zg'olishlari - gipomaniya va subdepressiyalar kuzatiladi). Bu xolatlar shaxsning yengil o'zgarishi muxitda kuzatiladi.

III. Xurujsimon-progredientli utish turi, yoki shubsimon (schub nemis tilidan tarjimasi siljish ma'nosini bildiradi).

Bu shakl xurujlar bilan o'tadi, lekin har bir xurujdan keyin shaxsning o'zgarishlari (negativ buzilishlar) o'sib boradi. Shakl o'rta progredientlik bilan xarakterlanadi. 20-25 yil mobaynida o'tadi, yuqoridagi ikki shaklning belgilarini o'z ichiga oladi.

Remissiyalar:

1. Shaxsning qo'pol o'zgarishlari bilan o'tadigan remissiya;

2. Psixopatsimon turidagi remissiya;

3. Rezidual gallyusinoz bilan o'tadigan remissiya;

4. Rezidual vasvasa bilan o'tadigan remissiya (bishidan o'tkazgan vasvasali xurujdan keyin qoldiqlar bilan);
5. Polimorfli nevrosimon turidagi remissiya.

Oxirgi xolat - bu ruxiy faoliyatning sabotli, orqaga kam qaytadigan, kasallikning uzoq bosqichlarida rivojlanadigan nuqson, kasallikda dinamika kuzatilmaydi.

Shizofreniyani davolashi:

Hozirgi davrda shizofreniya davolashda 3 usul qo'llaniladi:

1. Psixofarmakologik;
2. Insulino'ko'mato'zli;
3. Elektrotalvasali

Psixofarmakologik uslubning asosiy prinsipi - "nishon simptomi" usuli, ya'ni asosiy sindromni davolash.

Gallyusinator sindromda galoperidol, triflazin.

Depressiv sindromda - amitriptilin, melipramin.

Maniakal sindromda litiyning tuzlari.

Usmirlarning yomon sifatli shizofreniyada majeptil, stelazin.

Vasvasali sindromda - frenolon.

NAZORAT SAVOLLARI:

- 1) Shizofreniyaning qaysi shakli xurujlar va remissiyalar bilan kechadi:
- 2) Shizofreniyani eng davolash qiyin bo'lgan turini ayting:
- 3) Shizofreniyani davolash qiyin bo'lgan turida qaysi usul qo'llaniladi:
- 4) Shizofreniyani qaysi turida faqatgina terapevtik remissiya bo'ladi:
- 5) Shizofreniyani qaysi turlarida spontan remissiya bo'ladi:
- 6) Shizofreniyani davolashning asosiy metodlari:
- 7) Shizofreniya uchun nimalar harakterli emas:
- 8) Shizofreniyada uchraydigan ruxiy negativ buzilishlarga kirmaydi:
- 9) Rekkurent shizofreniyada uchraydigan remissiya:
- 10) Yomon sifatli o'smirlik shizofreniyasini davolash uchun qaysi neyroleptik eng ko'p samarali xisoblanadi:

- 11) Shizofreniyali bemor yuzaki, chuqur o'ylanmagan xulosalar asosida fikr yuritib befoyda ko'p donolik qilyapti. Simptom:
- 12) Shizofreniyali bemor o'zini jaxonning 10 karra qahramoni, Yer planetasi barcha qurolli kuchlar qo'mondoni deb hisoblaydi. Tanqidiy munosabati yo'q. Simptom:
- 13) Shizofreniyali bemor boshining ichida ilonni ko'rayapti, uning xarakterlaninishini sezayapti. Bu nima.
- 14) Shizofreniyaning qaysi klinik shakli ko'proq o'limga olib keladi:
- 15) Shizofreniyaning E. Krepelin bo'yicha 1896 yilgi klassifikatsiyasi qaysi shaklni o'z ichiga olmaydi:
- 16) Xozirgi zamon epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra shizofreniyaning tarqalish darajasi necha foizni tashkil qiladi:
- 17) Shizofreniyaning birinchi marta kim va qachon ta'riflab bergan.
- 18) Shizofreniyaning etilogiyasi va patogenezi xozirgi zamonaviy nazariyalariga nimalar kiradi:
- 19) Kim va qachon shizofreniyaning birinchi klassifikatsiyasini tuzgan
- 20) Rekkurent shizofreniyada uchramaydigan remissiya:

TEST SAVOLLARI:

1. Rekkurent shizofreniyada uchraydigan remissiya:
 1. astenik remissiya
 2. timopatik remissiya
 3. rezidual gallyusinozli remissiya
 4. nevrozsimon remissiya
 5. shaxsning yengil o'zgarishi bilan kechadigan remissiya
2. Shizofreniyaning qaysi formasi boshqalardan ko'proq farq qiladi:
 1. parnoid formasi
 2. sirklyar formasi
 3. depressiv parnoid foramsi

4. oneyroid katotonik formasi
5. siklotik formasi
3. Qaysi preparatlar shizofreniyaga o'xshash reaksiya keltirib chiqaradi:
 1. aminazin
 2. geksenal
 3. korazol
 4. fenamin
 5. amfetamin
4. Yomon sifatli o'smirlik shizofreniyasini davolash uchun ma'qulroq xisoblanadi:
 1. yuqori darajada psixotrop aktivlikka ega bo'lgan neyroleptiklar (leponeks, majeptid)
 2. antidepressantlar
 3. ancha kuchli psixotrop aktivlikka ega bo'lgan neyroleptiklar (aminazin, tizersin)
 4. trankvilizatorlar
 5. psixoterapiya
5. Xurujsimon progredient shizofreniyada uchramaydigan remissiya:
 1. shaxsning qo'pol o'zgarishi bilan kechadigan remissiya
 2. rezidual gallyusinozli remissiya
 3. psixopatsimon remissiya
 4. interremissiya
 5. rezidual vasvasali remissiya
6. Shizofreniyani eng davolash qiyin bo'lgan turini belgilang:
 1. rekkurrent shakli
 2. o'smirlik yomon sifatlik shakli
 3. paranoid shakli
 4. shubsimon shakli
 5. sust kechuvchi shakli
7. Shizofreniyani davolash qiyin bo'lgan turida quyidagi usul qo'llaniladi:
 1. sensibilizasiya usuli

2. shartli reflektor metod

3. zig-zag usuli

4. psixoterapiya

5. gipnoterapiya

8. Shizofreniyani qaysi turida faqatgina terapevtik remissiya:

1. shubsimon

2. rekkurent

3. sirkulyar shizofreniya

4. siklotimik

5. uzuluksiz shizofreniya

9. Shizofreniyani qaysi turlarida spontan remissiya bo'ladi:

1. nevrozsimon

2. psixopatsimon

3. o'smirlik

4. shubsimon

5. parnoid

10. Gallyusinator sindromli shubsimon shizofreniyada dorilar ko'prok foyda beradi:

1. aminazin, propazin

2. melipramin, amitriptillin

3. galoperidol, trisedil

4. sonapaks

5. relanium, elenium

AMALIY KO'NIKMA:

PSIXOMOTOR QO'ZG'OLISHNI TINCHLANTIRISH

1. Seduksen 0,5 % 24 ml v\i yoki m\o 10 ml yoki tabletka xolida 30-60 mg sutkada
2. Preparatlar bo'lmagan xolda barbamil 5% li 5-10 ml v\i 3
3. Effekt bermaganda esa neyroleptiklardan birontasi qo'llaniladi. Tizersin 2-5 % li 2-3 ml m\o aminazin 2,5 % 2-3 ml m\o . dezintokisikasiya va degidratasion terapiya va almashish jarayonini normallachtirish
1. Reopoliglukin 400 v\i tomchilab 2 marta sutkada
2. Tomir ichiga quyiluvchilar bo'lmaganda glukoz 5% li 500 ml 2 marta kunda
3. Laziks 1 % 4-8 ml yoki mannit ZO g 500 ml fizrastvorga qo'nshb, v\i ga yuboirish
4. VitaminlarV1 6% li 1 – 5 ml t\o
V6 5 % li 1 – 2 ml, Insulin 4 - 6 YeD t\o
5. Tiosulfat natriy 30 % 10 - 20 ml unitiol 5% 5 ml m\o
6. Glukoza 40% 20 - 40 ml v\i
- 7.Serna kislava magneziya 25 % 10mlm\o
- 8.Pirasetam 20% 5-10 ml v\i yoki m\o

YURAK QON TOMIR SISTEMASY

9. Kordiamin 24 ml m\o yoki v\i P.Kofein20 % 1-2mlm\o
10. komfora 20%o 2 ml m\o
- 11.Kislorod

PSIXOTROP MODDALAR

1. NEYROLEPTIKKLAR AMINAZIN Tab. 0,25:0,05:0,1 Amp. 1, 2,5ml 2,5 va 5 ml 0,5 % li eritmasi	Psixomotor qo'zg'olish xolatlarida, o'tkir vasvasali maniakal gipomaniakal xolatlar surunkali psixozlar
2. TIZERSIN Levomepromazin Tab. 0,025 Amp. 1ml 2,5% li eritmasi	Psixomotor qo'zg'olish xolat, Bezovtala- nish bilan kuzatiladigan depressiya- lar, melonxolik raptus, depressiv paranoid xolatlar. MDP Reaktiv depressiya alkogolik psixozlar
3. NEULEPTL (persiazin) kap.0,01g fl. 10 ml 4% li eritmasi 1 tomchida 0,001 g	Psixopatik va psixopatsimon holatlar motor qo'zg'olishlar bilan, mayillarning kuchayishi, qo'pol isterik simptomlar
4. PROPAZIN (promazin) Tab. 0,025 amp 2 ml 2,5 % li eritmasi	Psixomotor qo'zg'olishlar qurqinchli bezovtachilik bilan o'tadigan affektiv buzilishlar maniakal fazada sirkulyar Psixoz senil va peresnil psixozlar qo'zg'olishi bezovtachilik, uyqusizlik bilan o'tadigan nevrozlar
5. TRIFTAZIN (stelazin) Tab(draje) 0,001, 0,005 0,01 amp. 1 ml 0,2% li Eritmasi	Paranoid shizofreniya, MDP involyusion psixoz, nevrozlar gallyusinator vasvasali psixoz. Davolash effekti 2-3 xaftadan keyin boshlanadi.

6. FTORFENAZIN

Tab. 0,001 0,0025, 0,005

Amp. 1 ml, 0,25% li

Eritmasi

Gebefrenik va katatonik shizofreniya

7. FTROFENAZIN

DEKAONAT

Amp. 1 ml. 2,5 % li

Eritmasi 1 -2 xaftada bir marta

Stuporli va katatonik buzilishlar,
paranoid xolatlar

8. GALAPERIDOL

Tab 0,005: 0,0015

] 0 ml.li 0,2% li eritmasi

Psixomotor buzilishlarni to'htatish
Galyusinator-paranoid shizofreniya,
parafren xolatlar, katatonik
shizofreniya bosh miya qon tomir
kasalliklarida uchraydigan psixozlar

9. TRIODI

(trifluperidol)

Tab 0,0005 g

1,5 ml 0,1% li eritmasi

1 ml 0,25% li eritmasi

Vasvasa va depressiya yoki motor va ruxiy
qo'zg'olishlar bilan kechadigan ruxiy
buzilishlar

10.DROPERIDOL

amp.10 ml, 0,25%o
eritmasi

Qo'zgalish xolatlar ruhiy harakatli
qo'zg'olish, gallyusinasiyalar,
epileptiform va alkogolik psixozlarI.

11.MAJEPTIL

Tab. 0,001:0,01

tomchilar 0,4 bitta

tomchida 1 mg

Katatonik va katatono-gebefrenik
qo'zg'olishlar, uzluksiz kechishuv
shizofreniya turlari

12. LEPONEKS	Psixomotor, katatono-gebefrenik,
Tab. 0,025-0,1	galyusinator-vasvasali simptomlar bilan
amp. 2 ml 2,5% li eritmasi	kuzatiladigan shizofreniya, MDP,
	qo'zg'olishlar bilan kuzatiladigan
	psixopatiya

TRANKVILIZATORLAR

13.ELENIUM	Somatik kasalliklar va chegaraviy
(xolezepiid,	xolatlarda nevroitik ko'rinishlar,
xlordiozepoksid)	nevrosimon shizofreniya, organik va qon
Tab. 0,005, amp. 0,1 g	tomirlardagi ruxii kasalliklar,
	yopishqoq, fobiya va vaxima, ipoxondrik
	Vasvasalar

14. FENAZEPAM	Nevrotik va nevrosimon, psixopatik va
Tab. 0,0005: 0,001	psixopatiyaga o'xshagan xollar, qurquv va
	vaximaga o'tadigan xissiy labillik,
	uikusizlik, tutqanoq.

15.NOZEPAM	Nevroz, vaximali va depressiv xolatlar,
Tab. 0,01	Uyqusizlik

16. SIBAZON	Shizofreniya, qo'qkuv bilan o'tadigan
Tab. 0,005	psixosteniya, nevrozlar, galyusinator
amp. 2 ml 0,5% eritmasi	paranoid xolatlar, psixomotor
	qo'zg'olishlar

ANTIDEPRESSANTLAR

17. AMITRIPTILIN	MDP ning depressiv formasi,
Tab. 0,025	invalyusion melonxoliya, reaktiv

amp. 2 ml 1% li eritmasi

depressiya, nevroitik depressiv
Reaksiyalar

18. AZAFEN

MDP, invalyusion melonxoliya
organik genezdagi depressiya,
reaktiv depressiya, nevroitik
xarakterli asteno - depressiv
xolatlar

19.MELIPRAMIN tab. 0,025

Depressiv xolatlar, adinamik,
depreseanilasion va ipoxondrik
depressiyalar

20. SEFEDRIN tab. 0,025

Motor va ideator to'htatishlar
bilan kuzatiladigan depressiyalar

21.GERFONAL draje 0,025

Vaxima bilan kuzatiladigan
depressiyalar, davriy endogen
depressiyalar, shizofreniyada
uchraydigan depressiv xolatlar.

PSIXOSTIMULYATORLAR

22. KOFEIN – BENZOAT NATRIY

Tab. 0,1 0,2 Amp.

1 ml 10% va 20% er.

Stupor, astenik sindrom
shizofreniya, xushning
nomshshomsimon buzilishi

23.SIDNKARB tab.

0,005 va 0,01

Apatoabuli, astenik buzilishlar,
astenik sindrom, umumiy va
tez charchashlik, nevroitik
xolatlar. neyroleptik xolatlar,
neyroleptik moddalardan

keyingi asteniya, umumiy
xolsizlik.

NORMATIMINLAR

24. LITII KARBONAT
poroshok va tab 0,3

Tez pristupli har xil genezdagi
maniakal qo'zg'olishlar, MDP
da xissiy buzilishlar.

25. LITII SIBUTIRAT
tab. 0,5 amp.
2 ml. 20% li eritmasi

Psixoterapiya, nevrozlar, organik
kasalliklar xissiy buzilishlar bilan

NOOTROPLAR

26. AMINALON tab. 0,25

Hotiraning pasayishi,
intoksikasiya bilan bog'langan
astenik xolatlar, asab
sistemasining qon tomirlardagi
va organik buzilishlar.

27. NOOTROPIL
(nootropil) kap. 0,4 amp.
5 ml. 20% li eritmasi

Involusion psihoz, astenik
sindrom, motorikaning
buzilishi, miyaning sklerotik
buzilishlari.

28. PRIDITOL
(ensefabol) tab.
0,05:0,1:0,2 200
ml flakondagi siropi
(1 ta choy qoshiq)

Depressiya, asteniya, adenimiya,
Nevrozlar, shikastlanishidagi va
qon tomirlardagi ensefalitlar,
serebral ateroskleroz, oligofreniya

VAZIATLI MASALA:

Masala № 1

Bemor A., 28 yoshda. Onasi tomonidan buvisi ruxiy kasallik bilan ogʻrigan otasi surunkali ichkilikbozlik bilan, opasi epilepsiya bilan kasal. Bolaligidagi rivojlanish oʻzgarishli. Tengdoshlari bilan oʻqigan, 5 - sinfni ikki marta oʻqigan, 7 sinfdan soʻng slesor boʻlib ishlay boshlagan, spirtli ichimliklarga oʻrgangan. 20 yoshida xolati keskin oʻzgargan bezovta, notinch boʻlib qolgan, uyidan chiqishga qoʻrqgan, kechalari uxlamagan, yemon tushlarni koʻrgan, orqasidan kuzatuv - taqib qoʻyilganidan xavfsiragan. Qoʻshni qarshidagi binodan "yorugʻlik nurili signallar" berilaetganini sezgan. Unda atrofdagilar bilan koʻprik xosil boʻlganini aniqlagan, bu koʻprik orqali uning boshiga "begona fikrlar" beriladi, oʻzining fikrlari esa boshqalarga ayon boʻladi. Bu gipnozni tasiri deb oʻylaydi. Boshiga "elektron miya" qoʻyishgan va uni robotga aylantirichgan, uni barcha fikrlari va xarakatlarini boshqaradi deb xisoblaydi. Bularning hammasi fazoviy tajriba deb xisolaydi. Rentgen nurini tasirini sezgan, uning yordamida uyqu vaqtida maxsus usul bilan yuragini sugʻurib olishadi va oʻrniga kibernetik yurak qoʻyishadi, qornida ruxiy ogʻriq paydo qilishadi. Bunday xolat 4 oy mobaynida davom etgan. Produktiv ruxiy buzilishlarsiz kasalxonadan chiqarilgan. Chikaruvdan keyin odamovi boʻlib qolgan, qiziqishlar doirasi toraygan. Oilada badjahl, qoʻzgʻoluvchan, xotini bilan ajrashgan, ota - oansi bilan gaplashmaydi. Ichida qoʻpol, beodob, urushqoq. Ikki yildan soʻng xudi yuqoridagidek xuruj boʻldi, undan keyin shaxsiyati yanada oʻzgardi

1. Sindromologik tashxis qoʻyingk
2. Klinik tashxisni asoslang, kechish shakli, progredient darajasi.
3. Remissiya sindromini qoʻying.

Masala № 2

Bemor R., 38 yoshda. Sud - psixiatrik ekspertizasi stasionariga gospitalizasiya qilindi. Maʼlumotlarga koʻra koʻp yildan beri surunkali ruxiy kasallik bilan ogʻriydi. Soʻngi (onasi iltimosiga koʻra) chikaruvdan keyin tez orada oansini oʻldirgan. Shifokor bilan suhbatda onasi tushlik taerlashga kechikkani

uchun uni o'ldirganini aytadi. Hech qanday afsuslanishsiz, achinarsiz onasini qanday o'ldirganini aytib bergan. Onasi qari bo'lgan, qabristonda xam joy ko'p ekan o'zini hech qanday qo'rqinchli ish qilmagan deb xisoblaydi. Bu suzlarni biroz kinoya bilan aytyapti va bu xammani tashvishga solganidan xayron bo'lyapti. O'z taqdiriga xam beparvo. Bo'lim rejimiga passiv bo'ysunadi, qachon ovqat berilsa yeydi, o'zi so'ramaydi, pala - partish.

1. Kasallikga xos belgilarni sanab bering,
asosiy sindrom?

ADABIYOT:

- 1 Psixoterapiya. Uchebnik. Pod red. K.D. Karvasarskogo. SPb., 2000.
2. Rogov Ye.P. Nastolnaya kniga prakticheskogo psixologa. Kn.1,2. M.,1998.
3. Stolyarenko L.D. Osnovi psixologii. R-s-D., 1997.
4. Tvorogova N.D. Psixologiya. Leksiya dlya studentov medisinskix vuzov M., 1998
5. Abramova G.S., Yudchis Yu.A. Psixologiya v medisine. M., 1998.
6. Ayvi A.E., Ayvi M.B., Saymen-Daushshg L. Psixologicheskoe konsultirovanie i psixoterapiya. Per s angl. M., 2000.
7. Bauer M-, Frayberger G., Gazelbek G. i dr. Psixiatriya, psixosoma gika, psixoterapiya. ' Per. s nem. M., 1999.
- 8 . Bleyxer V.M., KrukI.V., Bokov S.N. Prakticheskaya patopsixologiya. R.-na-D.,1996.
9. Broytigam V., Kristian P., Rad M. Psixosomaticheskaya medicina. Per. s nem. M., 1999.
- 11.Brusilovskiy A.I. Jizn do rojdeniya, M., 1991.
12. Griidsr D., Blesdler R. Formirovanie transa. Per s angl. M., 1994
13. Golovin S.Yu. Slovar prakticheskogo psixologa. Minsk, 1997, str.82-84, 314-318.
14. Greys Krayg. Psixologiya razvitiya. Per. s angl. S'pb.,2000, str. 978 (kognitivnoe razvitie).
15. Zdorove, razvitie, lichnost. Pod red. G.P.Serdshkovskoy, D.N. Krilova, U. K.chyashshe-ter. M.,1990.
- 16.Izard K.E. Emosii cheloveka. Per. s angl. M., 2000.
- 17.Isaev D.N. Psixoprofilaktika v praktike pediatra. L.,1984.
18. Isaev D.N., Kagan V.E. Psixogigiena pola u detey. SPb., 1986.
19. Frimsn D. Texniki semeynoy psixoterapii Per. s angl. SPB, 2001.
20. Leongard K. Aksentuirovannie lichnosti. Per. s nem. Rostov-na-Donu, 1997.
21. Lobzin V.S., Reshetnikov M.M. Autogennaya trenirovka. L., 1986.

22. Magazanik N.A. Iskustvo obsheniya s bolnimi. M., 1991.
23. Madjidov N.M., Troshin V.D. Profilakticheskaya nevrologiya. Tashkent, 1993.
24. Mayers D. Sosialnaya psixologiya. Per. s angl. M.,1997.
25. Makarov V.V. Izbrannie leksii po psixoterapii. M., 2000.
26. Xrestomatiya po psixologii. Sost. Mironenko V. V. M., 1998.
27. Xardi I. Vrach, sestra, bolnoy. Per. S vengr. Budapesht, 1988.
29. Mishlav D. Korpi soznaniya. Per. s angl. Kiev, 1995.
30. Nsmov R.S. Psixologii. Kn.1,2, 3. M.,1998.
31. Osnovi psixodiagnostiki. Uch. posobie. Pod red. A.G.Shmelyova. R.-na-D-,1996.
32. Pezsshkiap X. Osnovi pozitivnoy psixoterapii. Per.s nem. Visbadsn-Arxang., 1993.
33. Aganovskiy M.L.Obshaya medisinskaya psixologiya i psixopatologiya. Andijan, 2004 - 215 s.
- 34.Agranovskiy M.L., "Chastnaya medisinskaya psixologiya i psixiatriya" Andijan 2007, 501 s.
- 35.Agranovskiy M.L., Gazieva Z.A., Agranovskiy V.M. "Alkogolizm, alkogolnie psixози. Narkomanii" Andijan 2007.
- 36.Agranovskiy M.L., Agranovskiy V.M. Psixoterapiya alkogolizma



**ANDIJON DAVLAT
TIBBIYOT INSTITUTI**

GUVOHNOMA



ANDIJON – 2023

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy ta'lim, fan va innovatsiyalar vazirligi,
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2023 yil "28" avgustdagi
"490-Sh"—sonli buyrug'iga asosan

N.K.Sarbayeva

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

Stomatologiya - 5510400

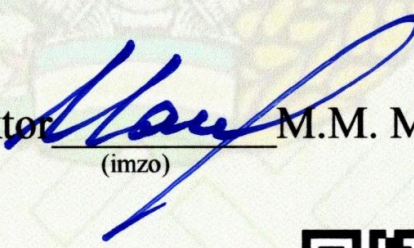
(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

_____ning
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

***Umumiy psixopatologiya va xususiy psixiatriya nomli
o'quv qo'llanmasi***

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

_____ga
O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat
berildi.

Rektor  M.M. Madazimov
(imzo)



Ro'yxatga
olish raqami:
100220 - 490



MUNDARIJA

№	MAVZU	BET
1	I - BOB Umumiy psixopatologiya. Psixiatriya va arkologiya fani xamda masalalari psixiatrik va narkologik xizmatini tashkil etish. Tibbiy psixologiya predmeti va psixiatriyaga kirish. sezgi, idrok patologiyasi	3
2	Xissiy bilishning tibbiy psixologiya va psixopatologiyasi (sezgi, idrok, tasavvur)	10
3	Tafakkur tushunchasi, fikrlash jarayonlari, norma va patologiya chegaralari. Tafakkur patologiyasi.	23
4	Xissiyot-iroda doirasi va ixtiyoriy faoliyat patologiyasi. Sindromlar	37
5	Ong buzilishi. Ong yuqolish sindromlari: karaxtlik, sopor, koma.	53
6	Hotira, diqqat. Asosiy xususiyatlari, individual va yoshga xos ususiyatlari. Hotira, diqqat patologiyasi. Sindromlar.	66
7	II BOB Xususiy psixiatriya. Intellect patologiyasi Oligofreniyalar. Tushunchasi. Tarqalganligi	74
8	Sindromlar	83
9	Shaxs muammolari. Psixopatiyalar. Patoxarakterologik reaksiyalar va ivojlanishlar.	98
10	Psixogeniyalar. nevrozlar va reaktiv xolatlar	109
11	Bosh miya jaroxatlardagi ruxiy buzilishlar. Bosh miyaning rezidual-organik buzilishlari.	125
12	Somatik xastaliklar klinikasida tibbiy psixologiya, somatik va yuqumli xastaliklarda ruxiy buzilishlar	133
13	Shizofreniya. Klinika va kechishi, prognoz. Shizofreniya dinamikasida shaxsning premorbid xususiyatlari va o'zgarishlari	144
14	Psixotrop moddalar	156
15	ADABIYOT:	163

O'QUV QO'LLANMA

SARBAYEVA NASIBA KUCHKANOVNA

**“UMUMIY PSIXOPATOLOGIYA VA
XUSUSIY PSIXIATRIYA”**

Muharrir: Maxmudov A.

Korrektor va dizayn: Maxmudov T.

Tasdiqnoma № X-25171, 300325805, 15.06.2023.

Bosishga 2023 yil “28-avgust” ruxsat berildi.

Format 60x84/16. Garnitura Times New Roman.

Muqova uchun rasm manbasi:

<https://www.istockphoto.com/ru>

Shartli bosma tabog'i 7.67., 168 sahifa, Adadi 6 dona, Buyurtma №19

“KAFOLAT TAFAKKUR” nashriyotida tayyorlandi va chop etildi.

Manzil: Andijon viloyati, Andijon tumani, Oq Yor QFY, Sh.Umarov 78 uy.

Telefon: +99897 580-64-54

e-mail: kafolattafakkur@gmail.com

