

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIV VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI
Toshkent tibbiyot akademiyasi**

**B.A. TOSHMATOV, SH.SH. MAGZUMOVA,
N.S. BULICHEVA, N.B. USMANOVA**

**PSIXIATRIYA VA
NARKOLOGIYADA
HAMSHIRALAR ISHI**

O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta‘lim vazirligi
tomonidan darslik sifatida tavsiya etilgan

Toshkent
«IQTISOD-MOLIYA»
2008

56.14

Taqrizchilar: **Alimov U.X.** – professor, Toshkent Vrachlar Malaka Oshirish Instituti psixiatriya va psixoterapiya kafedrası mudiri;
Ismoilov T.I. – psixiatriya kafedrası professori

Toshmatov B.A.

II91 Psixiatriya va narkologiyada hamshiralalar ishi: Oliy o‘quv yurtlari talabalari uchun darslik / B.A. Toshmatov, Sh.Sh. Magzumova, N.S. Bulicheva, N.B. Usmanova; O‘zR Sog‘liqni saqlash vazirligi, Toshkent tibbiyot akademiyasi. – T.: «IQTISOD-MOLIYA», 2008. - 152 b.

Magzumova Sh.Sh., Bulicheva N.S., Usmanova N.B.

Mazkur darslikda ruhiyat qonuniyatlari haqidagi bilim va hamshiralik ishining asosiy tamoyillari asosida o‘quv jarayonini tashkil etish yo‘nalish va usullari bayon etilgan. Har bir mavzuda fanning o‘ziga xos xususiyatlarini hisobga olinib, psixiatriyadagi davolash-tashxislash jarayonining barcha yo‘nalishlari bo‘yicha oliy ma‘lumotli hamshiraning professional va yuqori malakali faoliyatiga erishish uchun zaruriy nazariy va amaliy bilimlar tizimli tarzda keltirilgan.

Darslikdan tibbiyot o‘quv yurtlarining OMX fakulteti talabalari foydalanishlari mumkin.

BBK 56.14я73

ISBN 978-9943-13-072-2

© «IQTISOD-MOLIYA», 2008

© Toshmatov B.A., Magzumova Sh.Sh., 2008

PSIXIATRIYADA OLIY MA'LUMOTLI HAMSHIRA FAOLIYATI

I. KIRISH

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

Ruhiy kasalliklar boshqa xastaliklar singari, insoniyat paydo bo'lganidan buyon mavjud.

Psixiatriya fan sifatida XVIII asr oxirlarida, psixiatriya bo'yicha dastlabki ilmiy ishlar paydo bo'lgan va ruhiy kasalliklar bosh miya kasalliklari sifatida qarala boshlagan vaqtdan rivojlana boshladi. Psixiatriyaning fan sifatida rivojlanishiga F.Pinel, J.Eskirol, E.Bleyler, E.Krepelin, A.Mayyor, I.P. Pavlov, I.M. Sechenov, I.M. Balinskiy, I.P. Merjeyevskiy, V.M. Bexterev, S.S. Korsakov, V.X. Kandinskiy, V.P. Serbskiy, P.V. Gannushkin, I.V. Kashchenko, shuningdek, vatanimizning Abu Ali ibn Sino, Kannabix Yu.V., Preobrajenskiy S.A., Trapeznikov A.V., Blinovskiy Yu.A., Blankfeld A.E., Afanasyev D.V., Detengoff F.F., Alimov X.A kabi fan namoyandalari o'zlarining katta hissalarini qo'shganlar.

Psixiatriya – jamiyatdagi hukmron mafkuraviy qarashlar o'z ta'sirini o'tkazuvchi fan hisoblanadi.

Oxirgi ikki yuz yil davomida psixiatriya fan sifatida sezilarli rivojlandi. Psixiatriyaning taraqqiyoti natijasida uning alohida tarmoqlari shakllandi: bolalar yoshidagi ruhiy buzilishlarni o'rganuvchi – bolalar psixiatriyasi; harbiy psixiatriya ekspertizasi masalalarini o'rganuvchi – harbiy psixiatriya; sud psixiatriya ekspertizasi muammolari, ruhiy bemorlarning shuursizlik va aqli norasolik masalalari bilan shug'ullanuvchi sud psixiatriyasi; ruhiy buzilishlarda mehnatga layoqat, nogironlarni ishga joylashtirish masalalarini o'rganuvchi-mehnat psixiatriya ekspertizasi; kasallanishlardagi statistik tadqiqotlarni amalga oshiruvchi psixiatriya yordami va ruhiy kasalliklarning oldini olish bilan shug'ullanuvchi tashkiliy psixiatriya; ruhiy kasalliklarning oldini olish va aholining ruhiy sog'lig'ini mustahkamlash masalalarini o'rganish bilan shug'ullanadigan – psixogigiyena.

Psixiatriya ruhiy kasalliklarning simptomlarini, ularning asosiy sabablarini, umumiy kelib chiqish sharoitlarini o'rganuvchi – umumiy psixopatologiya va alohida ruhiy kasalliklar ustida izlanuvchi – xususiy psixiatriyaga bo'linadi. Psixiatriyaning vazifalari juda xilma-xil: patogenezning murakkab mexanizmlari ustida izlanish; ruhiy va unga chegaradosh kasalliklar simptomotologiyasi, sabablarini aniqlash; u yoki bu patologik ko'rinishlar orasidagi o'zaro tipik bog'liqliklarni o'rnatish; kasallik oqibatlarini aniqlash, davolash va profilaktika usullarini qayta ishlash va mukammallashtirish.

Jamiyatning hamshiralik ishida mutaxassislar tayyorlashning ko'p darajali tizimini yaratish zaruriyati to'g'risidagi ijtimoiy talablari oliy hamshira ta'limotining rivojlanishiga sabab bo'lmoqda. Oliy ma'lumotli hamshiralarga bo'lgan ehtiyoj kuchaydi – yaqin kelajakda ayrim lavozimlar, masalan, katta tibbiyot hamshirasi lavozimini faqat oliy ma'lumotli hamshira egallashi mumkin. Tibbiyot hamshirasining tashkilotchi sifatidagi mavqeyi ham sezilarli o'sdi, bunga sabab tibbiyot yordamining yangi shakllari rivojlanmoqda: hamshiralik parvarishi uylari, xospislar, oilaviy shifokor amaliyotchisi va h.k. Shuning uchun o'quv jarayoni hamshiralik tashxisini qo'yish, hamshiralik faoliyatini, qabul qilingandan boshlab to statsionardan chiqqunga qadar hamshiralik kuzatuvini amalga oshirish, hamshiralik faoliyatini boshqarish va nazorat qilishni o'rgatishga yo'naltirilgan bo'lishi kerak. Bunda alohida fanlar bo'yicha olinayotgan bilimlar psixolog-pedagogik va administrativ-boshqaruv ko'nikma, mahoratlarining shakllanishi bilan umumlashishi zarur.

Oliy ma'lumotli hamshira barcha tibbiy jamoadagi o'zaro munosabatlarning asosi hisoblanadi. U shifokorning barcha tavsiyalarini amalga oshiradi va davolash-tashxisot jarayonining bajarilishini tashkillashtiradi. Oliy ma'lumotli hamshira shifokorning bosh yordamchisi, davolash-tashxisot jarayonining ijro etuvchisi hisoblanib, u individual-shaxsiy yondashuv, deontologiya tamoyillari, psixoprofilaktika, kommunikatsiya bo'yicha bilim, ko'nikma, mahoratlarni o'rta va kichik tibbiyot xodimlari ishiga tatbiq etishi zarur. Oliy ma'lumotli hamshira tibbiyotning barcha yo'nalishlarida, ayniqsa, psixiatriyada, kasalliklarning rivojlanishida ruhiy omilning ahamiyatga ega ekanligini tushunishi kerak. Psixiatriya va tibbiy psixologiya bo'yicha fundamental bilimlarga asoslanib, katta hamshira tibbiyot xodimlarining xulqlari va so'zlariga e'tiborli, qat'iy va sabrli, hamdard va tez yordam ko'rsatish, o'zini boshqarish va ishonchni yo'qotmaslik, o'z vazifalarini mahorat bilan bajarish, bemor va uning qarindoshlari bilan aloqa o'rnatish qobiliyatini egallashlariga ko'mak berishi lozim.

Psixiatriya muassasalarida o'rtta tibbiyot xodimi katta ahamiyatga ega. Chunki bo'limda tibbiyot hamshiralarning ishi yomon tashkillashtirilgan bo'lsa, yangi davo usullari, dori vositalari to'la shifobaxsh xususiyatga ega bo'lmaydi. Sababi, bemorlar aynan ular bilan ko'p vaqtni birga o'tkazadilar, bo'limdagi tartib, parvarish, kuzatuvlar bilan bog'liq.

Ruhiy kasalliklar shifoxonasidagi katta tibbiyot hamshirasining rolining muhimligini baholash juda qiyin. U bo'limdagi kichik va o'rtta tibbiyot xodimlarining barcha ishlarini nazorat qiladi, ular bilan doimiy instruktaj va o'quv ishlarini olib boradi. Shifokorlar tavsiyalarini hamshiralalar tomonidan amalga oshirilishi, bemorlar parvarishi bo'yicha tadbirlarning sifatli bajarilishi, hamshiralik bayonnomalarining to'g'ri to'ldirilishi, bemordagi asosiy muammolarni aniqlash va ularni o'z vaqtida samarali hal etish, ovqatlanish bloki, dori vositalarini saqlashda sanitar holatga qat'iy rioya qilishlarini doimo tekshirib boradi.

Yuqoridagilarni e'tiborga olganda, psixiatriyada oliy ma'lumotli hamshiraning malaka va mahorati katta ahamiyatga ega ekanligi tushunarli bo'ladi.

Katta hamshira, bo'limda uzluksiz normal ish sharoitini yaratib, o'zining xulqi, tartiblili, intizomi, korrektiligi, takti bilan o'rtta va kichik tibbiyot xodimlariga o'rnak bo'lishi lozim.

Shunday qilib, oliy ma'lumotli hamshira faoliyati o'zining ko'p qirraligi, majburiyatlar doirasining kengligi bilan ajralib turadi, uning shaxsiy sifatleri, professionalizmi va mutaxassisligiga bo'ladigan yuqori talablarga javob berishi kerak.

Oliy ma'lumotli hamshira fakulteti ta'limining asosiy vazifasi — hamshiralik ishi mutaxassislarini tayyorlashda ko'p bosqichli tizimini shakllantirishdir. O'quv dasturlarida nafaqat bemorlarni «parvarishlash» va «kuzatuv» kabi bo'limlarni o'qitishga vaqt ajratilishi, balki psixologo-pedagogik va administrativ-boshqaruv fanlariga ham yetarlicha diqqat qaratish zarur. Fakultet bitiruvchisi davolash-tashxisot jarayonida hamshiralik ishini tashkillashtirishi va tibbiyot xodimlarini zamonaviy talablarga mos ravishda, hamshiralik tashxisini qo'yish, bayonnomalarni yuritishga o'rgatishi va Xendersonning konseptual modelini qo'llab, bemorning hayot sifatini yaxshilash uchun uning fundamental ehtiyojlarini qondirishga yordam berishi lozim.

II. PSIXIATRIYANING AXLOQIY, HUQUQIY VA TIBBIY ASPEKTLARI

Psixiatriyaning axloqiy aspektlari

Etika — axloq to'g'risidagi fan. Psixiatriyadagi kasb axloqi tibbiyot etikasining bir qismi bo'lib, psixiatriya yordamini ko'rsatishdagi o'ziga xos xususiyatlarini o'z ichiga oladi. P.I. Kovalevskiyning yozishicha: «Boshqa joylarga nisbatan ruhiy bemorlar bilan muloqot anchagina samimiylik, insoniylik, yaqinlarga bo'lgan mehrni talab qiladi. Kim shunday sifatlarga ega bo'lmasa, yaxshi psixiatr bo'lishi mumkin emas». 1994-yilda psixiatrning professional etikasi Kodeksi qabul qilindi. Unda asosiy axloqiy tamoyillar qatoriga quyidagilar kiritildi:

- avtonomiya prinsipi — bemor shaxsiga hurmat, mustaqillik va tanlash erkinligi huquqlarini tan olish;
- zarar yetkazmaslik prinsipi — bemorga ziyon keltirmaslikni taqozo etadi;
- saxovatpeshalik prinsipi — bemorning manfaatlariga xizmat qilish tibbiyot xodimi majburiyatlariga kiritiladi.

Axloq tamoyillaridan psixiatriya etikasining quyidagi asosiy vazifalari kelib chiqadi:

1. Jamiyatda ruhiy buzilish mavjud shaxslarga nisbatan sabrlikning ortishi. «Psixiatriyaga bo'lgan munosabat jamiyat sivilizatsiyasi darajasining ko'rsatkichi hisoblanadi» (V.M. Bexterev).
2. Psixiatriya yordamini ko'rsatishda majburlash doirasini chegaralash.
3. Tibbiyot xodimi bilan bemor o'rtasida o'zaro qulay munosabatlarni o'rnatish, bu bemorning manfaatlarini yuzaga chiqarishga yordam beradi.

Psixiatriyaning huquqiy aspektlari

2000-yil 31-avgustda O'zbekiston Respublikasining «Psixiatriya yordami to'g'risida» Qonuni qabul qilindi.

Qonuniylik, insonparvarlik va inson huquqlariga rioya qilish asosida psixiatriya yordamini ko'rsatishning asosiy huquqiy tamoyillari qonunda mustahkamlangan. Psixiatriya yordamiga murojaat qilinganda ruhiy kasalligi bor shaxslarning huquqlarini va erkinligini saqlashga e'tibor beriladi. Ixtiyorsiz gospitalizatsiya masalalari sud tartibida hal qilinadi.

Qonun murojaatning, psixiatrda davolanish va kuzatuvda bo'lish psixiatriya muassasasining barcha xodimlari tomonidan sir saqlanishini ta'minlaydi. Faqatgina davlat idoralarining so'rovnomalariga ma'lumotlar

oshkor etilishi mumkin. Psixiatriyaning huquqiy aspektlariga turli xil ekspertiza ko'rinishlari kiritiladi: sud, harbiy-shifokorlik, mehnat.

Psixiatriyaning tibbiy aspektlari

Barcha ruhiy kasalliklar ikki guruhga bo'linadi: ruhiy jarayonlar (kasalliklar) va ruhiy holatlar.

Ruhiy jarayonlarga dinamikada rivojlanishga moyil kasalliklar kiritiladi (psixozlar, nevrozlar).

Ruhiy holatlarga uzoq vaqt davomida o'zgarmaydigan buzilishlar kiritiladi (psixopatiyalar, oligofreniya, demensiya).

Ruhiy faoliyatning buzilishi ruhiy jarayonlar kabi ruhiy holatlarda ham kuzatiladi.

Etiologiyasi bo'yicha quyidagi kasalliklar guruhlari ajratiladi:

1. Endogen – nasldan naslga o'tishga moyil kasalliklar, ularning patogenezi genetik buzilishlar bilan bog'langan (shizofreniya, maniakal-depressiv psixoz, epilepsiya kasalligi).

2. Ekzogen – tashqi muhitdan ta'sir etuvchi etiologik sabablar natijasida rivojlangan kasalliklar (bosh miya jarohatlari, ensefalit, alkoholizm, giyovandlik, toksikomaniya).

3. Psixogen – tashqi muhitning ruhiy jarohatlovchi omillari natijasida kelib chiqqan kasalliklar (nevrozlar, reaktiv psixozlar).

4. Somatogen (simptomatik) – bunda ruhiy buzilishlarning sababi somatik kasalliklar hisoblanadi.

Hozirgi vaqtda ruhiy buzilishlarning statistik hisoboti uchun 10-qayta ko'rilgan Kasalliklar Xalqaro Tasnifidan (MKB-10) foydalaniladi.

Ruhiy buzilishlar tashxisotining asosini klinik tekshiruv tashkil etadi. U bemor, uning qarindoshlari, qo'shnilari, hamkasblari bilan suhbat (subyektiv va obyektiv anamnez) va bemor xulqini kuzatishni o'z ichiga oladi.

Bu bosqichda tibbiyot hamshirasining roli katta ahamiyatga ega, chunki u doimo bemor yonida bo'lib, ruhiy holatning o'zgarishlari haqida shifokorga ma'lumot berishi va kuzatuvlar daftariga qayd etishi lozim. Klinik tekshiruvdan tashqari, qo'shimcha –nevrogik, somatik, bioximik, eksperimental, psixologik, elektrofiziologik tekshiruv usullari ham qo'llaniladi.

Ruhiy buzilishlarni davolash usullari ikki guruhga bo'linadi: biologik va psixologik.

Biologik usullarga medikamentoz davo, elektrotutqanoq, insulino-komatoz davo, fizioterapiya, parhez kiradi.

Biologik usullarning asosiysi psixotrop dori vositalarini qo'llash hisoblanadi. Psixotrop dori vositalari quyidagi guruhlarga ajratiladi:

1) neyroleptiklar (aminazin, triftazin, galoperidol) va yangi avlod preparatlari (klopiksol, fluanksol, rispolept va b.);

2) trankvilizatorlar (fenazepam, diazepam, nitrazepam va b.);

3) antidepressantlar (tsipromil, melipramin, ludiomil, amitriptilin);

4) psixostimuladorlar (kofein, sidnokarb, sidnofen);

5) normotimiklar (litiy karbonat).

6) antikonvulsantlar (benzonal, karbamazepin, depakin, lamitor).

Psixologik usullarga psixoterapiyaning barcha turlari (ratsional psixoterapiya, gipnoterapiya, guruhli psixoterapiya, psixoanaliz) kiradi.

Ruhiy kasallarning davolanish va reabilitatsiya jarayonida mehnat terapiyasining ahamiyati sezilarli.

Ruhiy kasallarning reabilitatsiyasidagi yangi imkoniyatlar

Ruhiy buzilishlarning zamonaviy biopsixosotsial shakllarining tobora faol qo'llanilishi davrimiz psixiatriyasida sezilarli o'zgarishlarga sabab bo'lmoqda. Bu, o'z navbatida, psixoterapiya va bemorlarga ijtimoiy yordam ko'rsatishning kengayishiga olib keladi.

Reabilitatsiya yo'nalishidagi umumpsixiatriya bo'limlari asosidagi psixosotsial guruhlarining faoliyati shunday faoliyat shakllaridan hisoblanadi.

Bemorning saqlanib qolgan imkoniyatlari va tashqi ko'mak asosida, shaxsning ma'lum bir muhitda faoliyat yuritishini yaxshilash — asosiy maqsadlardan biridir. Bo'limda quyidagi masalalar hal etiladi:

1) jamiyatda yashash qobiliyatini tiklash uchun saqlanib qolgan pozitiv belgilarga tayangan holda, shaxsning sifatlarini rivojlantirish;

2) farmakoterapiya bilan birgalikda uzoq davom etuvchi reabilitatsiya jarayoni uchun asoslarni shakllantirish;

3) qoldiq psixotik buzilishlarni bartaraf etish strategiyasini egallash;

4) takroriy hospitalizatsiya va kasallik qo'zg'alishlarining oldini olish;

5) aktual muhitga yaxshi adaptatsiya maqsadida ijtimoiy, kommunikativ va mehnat kompensatsiyasini rivojlantirish;

6) bemorning maxsus ehtiyojlariga atrofidagi ijtimoiy muhitni moslashtirish.

Bemorlar psixosotsial guruhlarga davolanish davrida va kasalxonadan chiqqandan so'ng qatnaydilar.

Bu davrdagi asosiy maqsad quyidagilardan iborat:

1. Ijodiy faollikni stimullash.

2. Ijtimoiy ko'nikmalarning treningi (gigiyena, kun tartibi, ovqat tayyorlash, mablag'larni taqsimlash).

3. Bemorning hayotidagi real hodisalar misolida kommunikativ muammolarni muhokama qilish.

4. Ruhiyatni shakllantiruvchi trening (bemorga ruhiy kasalliklarning tabiati va ko'rinishlari to'g'risida ma'lumot berish).

5. Aktual kechinmalarni va ularga moslashish usullarini muhokama etish.

Ushbu maqsadga erishish bemorlarni takroriy gospitalizatsiyasini kamaytiradi.

Bemorlarni kompleks davolashdagi multioilaviy davolash usuli

Multioilaviy terapiya – bu ruhiyatni shakllantiruvchi usul bo'lib, mohiyati bemor va uning qarindoshlari ma'lumotlar olib, muammolarni hal qilishni o'rganadilar. Natijada oilaning o'ziga bo'lgan ishonchi yanada ortadi, psixiatriya yordamiga bo'lgan qaramligi kamayadi.

Multioilaviy terapiya o'z ichiga ikki bosqichni oladi: ta'lim beruvchi va muammolarni hal qilish bosqichi. Birinchi bosqichda bemor va uning qarindoshlariga ruhiy salomatlik haqidagi turli masalalar bo'yicha to'liq ma'lumot beriladi.

Ikkinchi bosqich ikki yil mobaynida guruh a'zolari bilan oyiga ikki marta uchrashuvni o'z ichiga oladi. Bu uchrashuvlardan maqsad, turli hayotiy muammolarni yechishdir (3 guruh).

III. PSIXIATRIYA YORDAMINI TASHKILLASHTIRISH

Barcha psixonevrologik yordam statsionardan tashqari va psixiatrik kasalxonadagi statsionar yordamga bo'linadi. Kasalxonadan tashqari yordam psixonevrologik dispanserlar, psixiatrik kasalxonalarning dispanser bo'limlari, umumsomatik poliklinikalarda va shifoxonalardagi kabinetlarda amalga oshiriladi. Yirik shahar va har bir tumanlarda psixonevrologik dispanser mavjud. Tuman hududlariga shu dispanserning hududiy psixiatrlari xizmat ko'rsatadi. Psixonevrologik dispanserlarga bemorlar poliklinika va boshqa muassasa shifokorlari tomonidan yuboriladi. Psixonevrologik dispanser faoliyatining asosiy bo'limlari quyidagilar hisoblanadi:

1. Davolash-profilaktika ishi.

2. Bemorlarga ijtimoiy-huquqiy yordam ko'rsatish.

3. Aholi o'rtasida psixogigiyenik va sanitar-oqartuv ishlarini tashkillashtirish.

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

I guruh – tez-tez gospitalizatsiya qilinuvchi bemorlar guruhi.

II guruh – kasallik qo'zg'alishlari va dekompensatsiyalari ambulator bartaraf etiladigan bemorlar guruhi.

III guruh – profilaktik davolanishdagi bemorlar guruhi.

IV guruh – kechiktirib bo'lmaydigan ijtimoiy-reabilitatsion tadbirlarga muhtoj bemorlar guruhi.

V guruh – epizodik nazoratga va kuzatuvga muhtoj bemorlar guruhi.

Demak, shifokor guruhga bog'liq ravishda tibbiyot hamshirasini bemorning uyiga jo'natishi mumkin. Patronaj hamshiralarning vazifasi bemorlar, ularning oilasiga ijtimoiy yordam ko'rsatish, ularning huquqlarini himoyalash, oilaviy muammolarini hal qilishda, turarjoy masalasi yechimida ko'mak berish, uzluksiz davolashni tashkillashtirishdan iborat. Hamshiralar bemorlar bilan ko'proq uchrashib turadi, uning qarindoshlari va qo'shnilaridan bemorning holatidagi sezilayotgan barcha o'zgarishlar haqida muhim ma'lumotlarni oladi. Bu ma'lumotlar bemor holatini baholash uchun juda muhim, ular keyingi davolanish masalalarini o'z vaqtida yechishga yordam beradi.

Bemorlarni to'laqonli davolanishi va reabilitatsiyasi uchun shahar psixonevrologik dispanserlarida davolash-ishlab chiqarish ustaxonalari va kunduzgi statsionarlar tashkil qilinmoqda.

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

Kunduzgi statsionarga kasallikning boshlang'ich davridagi va surunkali kasalliklarning xuruji vaqtidagi bemorlar, yanada chuqurroq buzilishlarning oldini olish maqsadida ijtimoiy xavfsiz bemorlar yotqiziladi.

Statsionar psixiatriya yordami, kasalxonadan tashqaridagi kabi, qat'iy hududiy tartibda amalga oshiriladi. Bemorlar ruhiy kasalxonaga hududiy

psixiatrlar. Tez yordam xizmatining navbatchi psixiatrlari, agar ular bo'lsa, poliklinika shifokorlari yo'llanmasi bo'yicha qabul qilinadi. Yo'llanmada bemorning holati, anamnestik ma'lumotlar va taxminiy tashxis ko'rsatilishi kerak. Ruhiy bemorning atrofdegilar yoki o'ziga nisbatan xavfliligi aniq bo'lganda, sog'liqni saqlash xodimlari qarindoshlar roziligisiz kechiktirib bo'lmaydigan psixiatrik yordam tartibida bemorni psixiatrik stasionarga joylashtirish huquqiga ega. Bemorning jamiyat uchun xavfliligi kasalxonaga yotqizishga hisoblanadi. U bemor kasalligining quyidagi o'ziga xos xususiyatlari bilan namoyon bo'ladi: o'tkir psixotik holat natijasidagi noto'g'ri xulq (agressiv harakatlarga moyil bo'lgan tajovuzkor harakatlar, gallutsinatsiyalar, vasvasa g'oyalar, ruhiy avtomatizm sindromi, ong buzilishi sindromi, patologik impulsivlik, disforiya, sistemalashgan vasvasa sindromlari, agar ular bemorning jamiyat uchun xavfli xulqini belgilasa, alohida shaxs, muassasa, idoralarga bo'lgan noto'g'ri tajovuzkor xulqni belgilovchi ipoxondrik vasvasa holatlari, suitsidal harakatlar bilan kechuvchi depressiv holatlar, umumiy tartibni buzilishiga yoki tajovuzkor harakatlarga sabab bo'luvchi maniakal yoki gi pomaniakal holatlar, psixopatik shaxslardagi o'tkir psixotik holatlar, bosh miya organik shikastlanishlaridagi qoldiq asoratli bemorlar va oligofrenlarda kuzatiladigan qo'zg'aluvchanlik, agressiya, o'z shaxsi va atrofdegilar uchun xavfli harakatlar.

Ruhiy bemorlar ekspertizasi. Ruhiy buzilishlar bemorning jamiyatdagi o'rnini o'zgartiradi. Qator hollarda u o'z holatini tushunolmay, o'zining ijtimoiy majburiyatlarini bajara olmay qoladi, fuqarolik huquqlaridan foydalanish imkoniyati va sodir etgan harakatlari uchun javobgarlik hissini yo'qotadi. Ruhiy kasallikning yuzaga kelishi ish qobiliyatining yo'qolishiga olib kelishi mumkin, og'irroq holatlarda bemorlar yordamga muhtoj bo'lib, o'zlarining eng oddiy maishiy ehtiyojlarini ham qondira olmaydilar.

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

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

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

III guruh nogironlariga qisman mehnat qobiliyatini yo'qotgan, ish kunini qisqartirish bilan mehnat faoliyati hajmini kamaytirishga yoki kam malakali ishga o'tkazishga muhtoj shaxslar kiritiladi. To'liq, turg'un

bo'lgan mehnat qobiliyatini yo'qotish II guruh nogironligi kabi baholanadi, agar bemor doimiy parvarish yoki kuzatuvga muhtoj bo'lsa, u I guruh nogironi hisoblanadi.

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

Fuqarolik jarayonida sud-psixiatriya ekspertizasi aqli rasoligini aniqlash uchun tayinlanadi. Ruhiy kasallik yoki aqli pastlik natijasida o'z ishlarini yuritishga qodir emas va mulkini boshqara olmaydigan shaxslar aqli zaif hisoblanadi. Aqli zaif bemorlarga vasiylar tayinlanadi.

Harbiy-psixiatriya ekspertizasi harbiy xizmatga chaqirilgan fuqaro shaxslarni va shu xizmat davrida ruhiy faoliyatida o'zgarishlar paydo bo'lgan xizmatchilarni harbiy xizmatga yaroqlilik masalalarini hal qiladi.

IV. HAMSHIRALIK ISHI ASOSLARI

«Har bir ayolning rahm-shafqat hamshirasi sifatida o'zini yaxshi namoyon qilishi to'g'risida ko'p asarlar yozilgan va yaratilgan. Men esa aksincha, shu parvarishlash asoslari deyarli noma'lum deb o'ylayman»

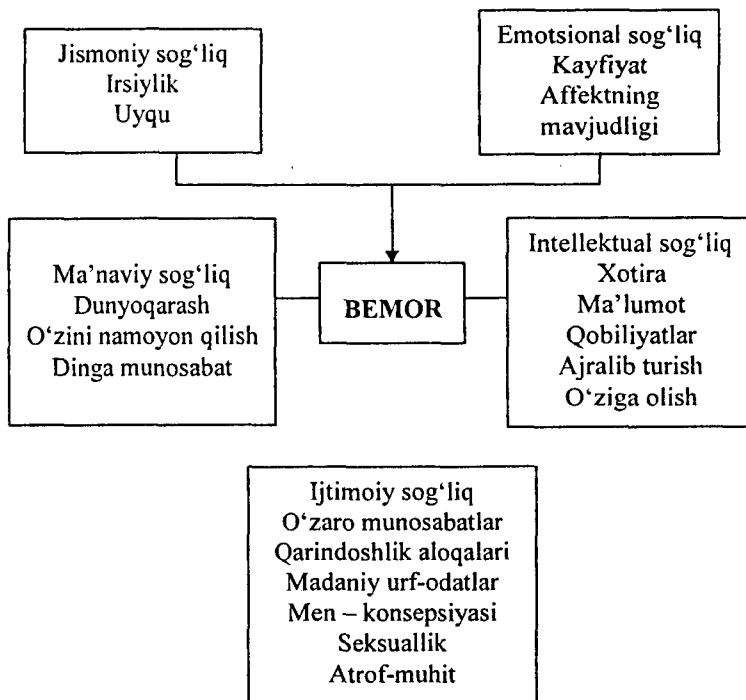
Florens Naytingeyl (1859).

Yangi hamshiralik ishi – joriy amaliyotning asoslarini o'zgartirishga bo'lgan ehtiyoj. Yuqori malakali amaliyotdagi hamshira, bemorning ehtiyojlariga javob beruvchi parvarishni rejalashtirish, amalga oshirish va baholash uchun yetarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishi kerak. Hamshiraning vazifalari BJSSTning hamshiralik ishi bo'yicha Yevropa hududiy byurosi tomonidan belgilanadi.

1-vazifa – hamshiralik parvarishini amalga oshirish. Bu inson va uning oilasini psixologik quvvatlash, reabilitatsiya bilan bog'liq hamshiralik aralashuvlari, profilaktik chora-tadbirlar bo'lishi mumkin. Agar hamshiralik jarayoni doirasida amalga oshirilsa, bu vazifa ancha samaralidir.

- inson va uning oilasi ehtiyojlarini baholash;
- hamshiralik aralashuvi sababli ancha samarali qondiriladigan ehtiyojlarni aniqlash;
- hamshiralik aralashuvi tufayli qondiriladigan sog'liq bilan bog'liq 1-navbatdagi muammolarni belgilash;

- zaruriy hamshiralik parvarishini rejalashtirish va amalga oshirish, bemorni, kerak bo'lsa, uning oila a'zolari, do'stlarini parvarishga jalb qilish;
- qabul qilingan professional standartlardan foydalanish.



2-vazifa – hamshiralik xodimlari va bemorlarni o'qitish.

Bular:

- sog'liqni tiklash va saqlashga aloqador insonlar bilimi va ko'nikmalarini baholash;
- mos darajadagi kerakli ma'lumotlarni tayyorlash va taqdim etish;
- yangi bilim va ko'nikmalarni egallashda hamshira, bemorlar va boshqa xodimlarga yordam berish;
- qabul qilingan professional standartlarni qo'llash;

3-vazifa – hamshiraning bemorga xizmat ko'rsatuvchi tibbiy xodimlar brigadasi tarkibida mustaqil va bo'ysunuvchanlik rolini bajarishi.

4-vazifa – tadqiqot faoliyati yordamida hamshiralik amaliyotini rivojlantirish.

Hamshiralik ishining to'rt asosi

Hamshiralik ishi falsafasi to'rtta asosiy tushunchaga tayanadi:

- bemor shaxs sifatida;
- hamshiralik parvarishi fan va san'at sifatida;
- atrof-muhit;
- sog'liq;

Hamshiralik ishi fan va san'at hisoblanib, bemorlarning sog'lig'ida mavjud bo'lgan va kelib chiqishi mumkin bo'lgan muammolarni hal qilish, ularga g'amxo'rlik qilishga yo'naltirilgan. Hamshira o'z vazifalarini bajarayotib, mustaqil (hamshiralik jarayoni doirasida), o'zaro bog'liq (brigada tarkibida) va shifokorga bog'liq ravishda, uning tavsiyalarini amalga oshirib, faoliyat yuritadi.

Hamshiralik ishidaga asosiy muammolardan biri – bemorga bo'lgan yondashuvning o'zgarishidir. U parvarishga muhtoj oddiy bir bemor emas, avvalambor, ma'lum bir biologik, psixologik, ijtimoiy va ma'naviy muammoli shaxsdir.

Atrof-muhit ham muhim o'rin tutadi (kasalliklar oldini olish). Hamshiralik ishining oxirgi tarkibiy qismi sog'liq hisoblanadi.

1947-yilda BDSST sog'liqni, kasallik yoki nuqson yo'qligi bilan emas, balki to'liq jismoniy, ruhiy va ijtimoiy farovonlik holati sifatida belgiladi. Sog'liq – bu subyektiv va obyektiv aniqlanadigan dinamik jarayondir. Bu o'zi to'g'risida g'amxo'rlik qilish, organizmning optimal ishlashi va aqliy faoliyati bilan shaxsning bir butunligi, xastaliklar, o'lim, ajrashishlar chaqirgan stresslarga moslashish, shaxs shakllanishi va uzluksiz o'sish jarayonidir. Bu – intilish zarur bo'lgan maqsaddir.

Hamshiralik jarayoni – bu hamshiralik yordamini tashkillashtirish va ko'rsatish usulidir.

Hamshiralik jarayoni asosida bemor kompleks yondashuv talab qiluvchi shaxs sifatida baholanadi. Hamshiralik jarayonini amalga oshirishning zaruriy shartlaridan biri parvarishga, hamshiralik aralashuvi usullari va rejalarga oid qarorlarni qabul qilishda bemor (oila a'zolari) ning ishtirok etishidir. Parvarish natijalarini baholash ham bemor (oila a'zolari) bilan birgalikda amalga oshiriladi. Bemorni shu jarayonda ishtirok etishi o'ziga yordam berishi zarurligini anglashga, o'ziga yordam berishga o'rganib olish va hamshiralik yordami sifatini baholashga imkon beradi. «Jarayon» so'zi mazkur holatda hamshira yordam ko'rsatayotganda amalga oshirgan harakatlar ketma-ketligini bildiradi.

Hamshiralik jarayoni 4 ta ketma-ket bosqichdan tashkil topadi:

- bemor holatini baholash va olingan ma'lumotlarni tahlil qilish;

- oldinda turgan ishni rejalashtirish;
- tuzilgan rejani amalga oshirish;
- sanab o'tilgan bosqichlar samaradorligi natijalarini baholash.

Hamshiralik jarayoni — dinamikdir, sababi uning istalgan bosqichi qayta ko'rib chiqilishi va joriy baholash o'tkazilgandan so'ng o'zgartirilishi mumkin.

Bu hamshiraga bemor ehtiyojlarining o'zgarishlariga o'z vaqtida e'tibor berish imkonini beradi.

Hamshiralik jarayonida ma'lumotlarni yozib borish — bu hamshiralik parvarishining rejasidir.

1. Bemor holatini baholash

Baholash maqsadi — hamshiralik parvarishida inson yoki uning oilasining aniq ehtiyojlarini, shuningdek, ularning o'z-o'ziga yordam ko'rsatish imkoniyatlarini aniqlashdir. Baholash uchun ma'lumotlarni bemor bilan suhbatdan, uning kasallik tarixidan, shuningdek, oila a'zolaridan olish mumkin. Kerakli ma'lumotlarni yig'ish uchun tekshiruv usullari subyektiv, obyektiv va qo'shimcha bo'lishi mumkin. Tekshiruvning subyektiv usuli — bu suhbat bo'lib, jarayon davomida hamshira bemor shaxsini baholash uchun kerakli avtobiografik ma'lumotlarni bilib oladi, shuningdek, bemorni o'zini qanday his etayotganligi, u yoki bu ehtiyojlari, reaksiyalari, sezgilari, moslashuv xususiyatlari to'g'risida ma'lumotga ega bo'ladi. Bularni inson o'z so'zlari bilan yoritib beradi, ya'ni subyektiv ma'lumotlar — sog'lig'idagi muammolarni o'zining nisbiy sezgisi bilan yetkazadi. Subyektiv tekshiruv manbai bemorning o'zi va uning oila a'zolari bo'lishi mumkin.

Baholash o'tkazilayotgandagi suhbatning maqsadi:

- «hamshira — bemor» munosabatlarini o'rnatish, bunda diqqat markazida bemorning sog'lig'i turadi;
- bemorning o'zining holatiga adekvat baholashga o'rgatish;
- tez yordam ko'rsatish tizimidan bemor kutayotgan natijani aniqlash;
- adekvat parvarishlash rejasini tuzish uchun kerakli ma'lumotlarni to'plash.

Obyektiv tekshiruv bemor ko'zdan kechirilayotganda o'tkaziladi (yuz ifodasi, nafas olishi, holati, AQB, puls, teri holati). Laborator va instrumental tekshiruv usullari qo'shimcha ma'lumotlar manbai bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Jismoniy holat to'g'risidagi ma'lumotni hayot faoliyatining normal ko'rinishlari, ma'lum bir rivojlanish bosqichi va kasallik bilan bog'liq

o'zgarishlar berishi mumkin. Ruhiy holat to'g'risidagi ma'lumotlar emotsional sog'liq va kasallik bilan bog'liq xulq o'zgarishlarini baholashga imkon beradi.

Ijtimoiy sog'liq to'g'risidagi ma'lumotlar uy sharoitida bemorni o'zini parvarishlashni amalga oshirish imkoniyatini baholashga zamin yaratadi.

2. Olingan ma'lumotlarni tahlil qilish

Bemor holati birlamchi baholangandan va olingan ma'lumotlar yozib olingandan so'ng, hamshira bularning hammasini umumiyLashtiradi, analiz qiladi va aniq xulosa chiqaradi. Aynan shu muammolar hamshiralik parvarishi predmeti hisoblanadi.

Ehtiyojlarni qondirishda qiyinchiliklar bo'lganda muammo yuzaga keladi. Muammolarning mavjud va kelib chiqishi mumkin bo'lgan turlari farqlanadi.

Agar inson o'zini parvarish qila olish holatida bo'lmasa, unga yordam zarur — bu mavjud muammo. Agar hamshira kasallik o'tkirlashuvi, uning asoratining rivojlanishini oldindan taxmin qilsa, bu kelib chiqishi mumkin bo'lgan muammodir (hamshira oldindan ma'lum bir choralarni ko'radi).

Dastlab bemorning 1-navbatdagi (ustunlik) muammolari hal qilinishi lozim. Muammolar yechimining ketma-ketligi bemor tomonidan belgilanishi lozim.

3. Parvarishni rejalashtirish

Rejalashtirishning mohiyati quyidagilardan iborat:

- Har bir muammo uchun maqsadni (kutilayotgan natija) aniqlash (bemor bilan birgalikda);

- Qo'yilgan maqsadga erishish uchun kerakli hamshiralik aralashuvi hajmi va xarakterini (bemor bilan birgalikda) aniqlash;

- Hamshiralik aralashuvi davomiyligini bemor bilan birgalikda aniqlash.

Har bir muammo uchun maqsad aniqlaganda quyidagilarga e'tibor berish zarur:

- bemor va uning oilasining xohishi;

- hamshiraning imkoniyatlari;

- professional tajriba.

Maqsad — bu parvarish bo'yicha reja amalga oshirilganda bemor va hamshira erishmoqchi bo'lgan natija.

Hamshiralik aralashuvi — bu bemor muammolarini hal qilishda hamshira amalga oshiradigan harakatlar majmuyidir. Agar muammo potensial bo'lsa, aralashuv uning mavjud muammoga o'tib ketishini oldini olishga yo'naltirilishi lozim.

4. Hamshiralik parvarishi rejasini amalga oshirish

5. Hamshiralik parvarishi samaradorligini baholash

Yakuniy baholash maqsadi — natijalarni aniqlash, ya'ni hamshiralik aralashuvi natijasida erishilgan bemorning holati. Hamshiralik jarayonini baholashda bir qancha vazifalar bajariladi:

- qo'yilgan maqsadga erishilganlik aniqlanadi;
- bemorning aniq bir muammolarini hal qilishda hamshiralik aralashuvi samaradorligi aniqlanadi;
- bemor ehtiyojlarini baholash va yangi parvarishlash rejasini uchun ma'lumotlar beriladi (agar maqsadga erishilmagan holatlar bo'lsa).

Baholash obyektiv (hamshiralik parvarishiga nisbatan bemorning reaksiyasi to'g'risidagi hamshiraning xulosasi) va subyektiv (erishilgan maqsad to'g'risidagi bemorning fikri) bo'lishi mumkin.

Inson ehtiyojlari

Ehtiyoj — bu inson idrokida aks etgan, psixologik yoki fiziologik anglangan nimanidir yetishmovchiligidir. 1943-yilda amerikalik psixolog A. Maslou insonning xulqini aniqlovchi ehtiyojlar iyerarxiyasi teoriyalardan birini ishlab chiqdi. Uning teoriyasi bo'yicha, ayrim ehtiyojlar boshqalarga nisbatan inson uchun ancha... Bu A. Masluga ularni iyerarxik tizim bo'yicha, fiziologikdan boshlab (quyi daraja) o'zini ajratib ko'rsatish ehtiyojlarigacha (yuqori daraja), tasniflashga imkon berdi. A. Maslou inson ehtiyojlari darajalarini piramida ko'rinishida tasvirladi. Sababi, insonning fiziologik ehtiyojlari uning hayot faoliyati uchun asos bo'lgani kabi, aynan shu shakl ham keng asosga ega. Odamlarda o'z ehtiyojlarini qondirish imkoniyati turlicha va bu bir necha umumiy omillarga bog'liq: a) yosh, b) atrof-muhit, v) bilim, mahorat, istak va insonning qobiliyatlari. Yuqori darajadagi ehtiyojlarni qondirishni o'ylashdan avval, quyi darajadagi, ya'ni fiziologik ehtiyojlarni qondirish zarur.

1. Fiziologik ehtiyojlar.

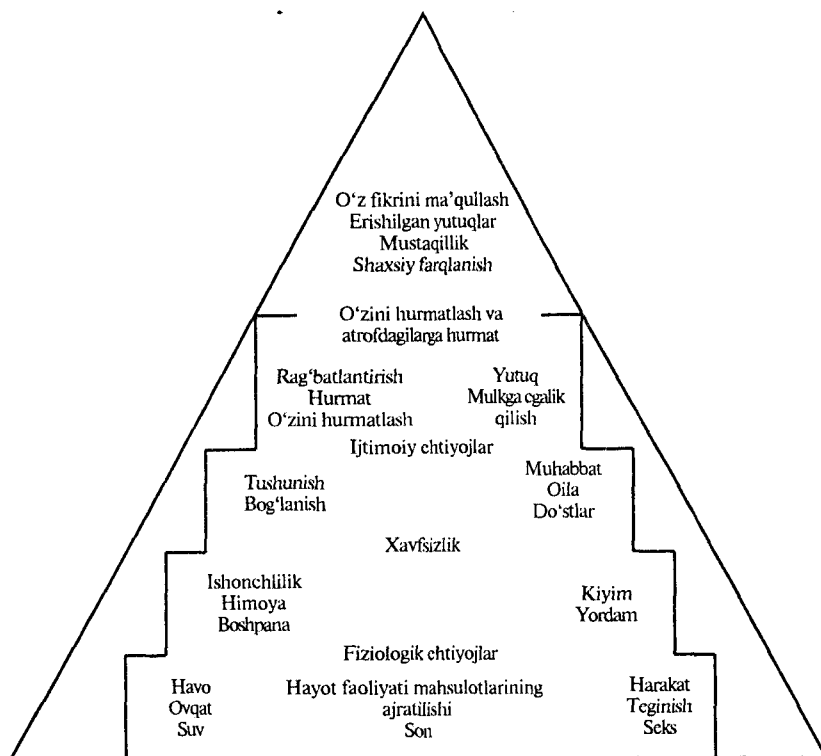
Agar ehtiyojlar qondirilsa, odamlar sog'lom, ehtiyoji qondirilmaganlarda esa kasallanish xavfi ortadi. Hamshiraning vazifasi — qondirilmagan ehtiyojlarni aniqlash va yuzaga kelgan muammoni yo'qotishda bemorga ko'mak berishdir.

2. Xavfsizlikga ehtiyoj.

Fizik va psixologik xavfsizlik – bu 2-darajadagi ehtiyojdir.

3. **Ijtimoiy ehtiyojlar** – 3-darajadagi ehtiyojlar – inson uchun muhim ahamiyatga ega. (muloqot, oila, do‘stlar.)

SXEMA – A.Maslouning inson ehtiyojlari



4. Hurmatlanish va hurmatlashga ehtiyoj.

5. O'zini ajratib ko'rsatishga ehtiyoj.

Hamshiralik tashxisi tushunchasi

1973-yilda Amerika milliy hamshiralalar assotsiatsiyasi «Hamshiralalar amaliyoti standartlari»ni chop etib, unga birinchi marta hamshiralik tashxisi tushunchasi kiritilgan. Shu vaqtdan boshlab, hamshiralik tashxisi tushunchasi rasman tan olingan va qonuniy mustahkamlangan.

Hamshiralik tashxisi – bu tibbiyot hamshirasining klinik mulohazasi bo‘lib, unda kasallikka nisbatan bemorning potensial yoki mavjud bo‘lgan javob reaksiyasi xarakteri va shunday reaksiyaga sabab bo‘lgan holati xohish bo‘yicha yoritiladi. Hamshiralik tashxisining maqsadi – bemorning mavjud va kelib chiqishi mumkin bo‘lgan (potensial) reaksiyalarini aniqlash, bemor va uning oila a‘zolari sog‘liq bilan bog‘liq bo‘lgan muammolar natijasidagi o‘zgarishlarga moslashishlari uchun bemorni parvarishlash bo‘yicha individual reja ishlab chiqish.

Hamshiralik tashxisi ikki qismdan iborat: bemor reaksiyasining xarakteri bo‘yicha hamshiraning klinik mulohazasi va shu reaksiyaning yuzaga kelish sababi. Sababni ko‘rsatish hamshiralik aralashuvini differensial, yuzaga kelgan sababga bog‘liq ravishda va maqsadga yo‘naltirib, amalga oshirish imkoniyatini beradi.

Hamshiralik aralashuvi turlari

1. Bog‘liq bo‘lgan hamshiralik aralashuvi – bu tibbiyot hamshirasining shifokor kuzatuvida yoki tavsiyasi bo‘yicha bajaradigan harakatlaridir.
2. Mustaqil hamshiralik aralashuvi – shifokorning talablarisiz, hamshiraning o‘z initsiativasi bo‘yicha amalga oshiradigan harakatlaridir.
3. O‘zaro bog‘liq aralashuvlar – shifokor yoki boshqa sog‘liqni saqlash sohasidagi mutaxassislar (fizioterapevt, DJT instruktor va b.).

Hamshiralik aralashuvi usullari

1. Kundalik yordam ko‘rsatish.
2. Texnik manipulyatsiyalarni bajarish.
3. Quvvatlovchi psixologik yordam ko‘rsatish.
4. Bemor va uning oila a‘zolariga maslahatlar berish, o‘rgatish va konsultatsiyalar o‘tkazish.
5. Sog‘liqni mustahkamlash va asoratlarning oldini olish.
6. Hayotga qaytarish bo‘yicha choralar ko‘rish.
7. Insonning asosiy ehtiyojlarini qondirish uchun qulay muhit yaratish.

Hamshiralik jarayoni va ruhiy bemorlar parvarishining o‘ziga xos tomonlari

Psixiatriya statsionaridagi ish jarayoni ruhiy bemorlardagi buzilishlar xarakteriga bog‘liq ravishda maxsus xususiyatlarga ega. Bemorlar vaqtning ko‘p qismini o‘rta tibbiyot xodimlari orasida o‘tkazadi, sababi, o‘rta tib-

biyot xodimlari bemorlarda kuzatuv olib borish va ularning holatlari-dagi o'zgarishlarni kuzatuvlar kundaligiga belgilashi zarur. Hamshira navbatchilikni qabul qilayotib, ro'yxat sonidagi bemorlar mosligini tekshirishi, yangi tushganlar bilan tanishishi va shifokor tavsiyalarini ko'rib chiqishi lozim.

Davolash muolajalari shifokor tavsiyasiga binoan o'tkaziladi. Dori vositalari qabul qilinishini kuzatish zarur. Bemorlarning sayrga chiqishlari, qarindoshlari bilan uchrashuvlari qochish imkoniyati yo'q bo'lgan maxsus joylarda o'tkaziladi. Bemorlar sayrdan, qarindoshlari bilan uchrashuvdan, ustaxonalardagi ishdan qaytganlaridan so'ng, jarohatlovchi vositalarni bor-yo'qligini aniqlash uchun ularni ko'zdan kechiradilar. Bemorlarga olib kelingan narsalar ham tekshiriladi.

Har bir bo'limda kuzatuv palatasi ajratilib, unga atrofdagilar va o'zi uchun xavfli bo'lgan bemorlar joylashtiriladi. Bular psixomotor qo'zg'atuvchanlik, ong buzilishi holatidagi tajovuzkor xulqli, gallutsinator-vasvasali buzilishlari bor, suitsidal harakatlar va qochishga moyil bemorlardir.

Bu palata doimo yoritilgan, sutka davomida tibbiyot posti joylashtirilgan bo'lib, bemorlar faqat kuzatuv ostida palatadan chiqishlari mumkin. Kuzatuvdan tashqari, bo'limda sog'ayuvchi bemorlar palatasi, dam olish xonalari bo'lishi zarur.

Psixiatriya shifoxonasi xodimining asosiy vazifasi — bemorni o'zining muammolarini hal qilishga jalb etish, psixiatriya kasalxonasidagi bemorning asosiy muammosi — ruhiy kasallik oqibatidagi majburiy qaramlik holatidir. Hamshira bemorga o'zining holatiga hozircha to'liq hal qilinmaydigan muammolariga nisbatan adekvat munosabatda bo'lishga yordam berishi kerak. Hamshira bemorga e'tiborli bo'lib, uning so'zlari «to'g'ri» yoki «noto'g'ri»ligi hal qilish odatidan qochishi, suhbat ma'lumotlarini tahlil qilishi, bemorning fikrlarini yig'ib olishga yordam berishi, ma'naviy quvvatlashi lozim. Agar bemorda qo'zg'atuvchanlik yuzaga kelib, muloqotga kirishib bo'lmasa, bemor fiksatsiyalanib, neyroleptiklar yuborilishi zarur bo'ladi. Bemor bu holatdan chiqqandan so'ng, uning xulqining o'zgarish sabablari o'rganiladi.

Hamshira bilan bemor o'rtasida ishonchli munosabatlar o'rnatilgan bo'lishi zarur.

Hamshiralik jarayonining beshta bosqichiga mos ravishda, hamshira qarorlar qabul qilishi uchun va muammolarni hal qilishdagi hamshiralik yordamini ko'rsatish uchun sxemaga ega. Hamshiralik tashxisi tibbiyot hamshirasi faoliyati uchun zarur.

-- Oldinda ruhiy kasalliklardagi ehtiyoj buzilishlarining nomlanishi va ulardan kelib chiqadigan hamshiralik tashxislari keltiriladi.

V. HAMSHIRALIK JARAYONINING 1-BOSQICHI – SUBYEKTIV VA OBYEKTIV MA'LUMOTLARNI YIG'ISH

Hamshiralik tashxisini to'g'ri qo'yish uchun (hamshiralik jarayonining II bosqichi) tibbiyot hamshirasi hamshiralik jarayonining 1-bosqichini: bemor haqidagi subyektiv va obyektiv ma'lumotlarni yig'ishni to'g'ri va to'liq amalga oshirishi kerak: subyektiv va obyektiv ma'lumotlarni yig'ish, bemorning individual xususiyatlarini hisobga olib, anamnestik ma'lumotlarni to'plash.

Tibbiyot hamshirasi anamnestik ma'lumotlarni yig'ayotib, bemorni o'ziga ishontira olishi, hurmat bilan o'zining va otasining ismi bo'yicha murojaat qilishi, ishonch bilan gapirishi, bunda suhbat maxfiy xarakterda bo'lishi kerak. Bu suhbat chog'ida hamshira bemorga faqatgina uning huquqlarini emas, balki majburiyatlarini ham tushuntiradi, bemorga zarur bo'lgan tekshiruvlar, ularga tayyorlanish, oldinda tergan davolash jarayoni haqida gapirib beradi. Hamshiralik jarayonining 1-bosqichida tibbiyot hamshirasi subyektiv va obyektiv ma'lumotlarni to'plashi zarur. Bunda tibbiyot hamshiralari 97% hollarda asosan birlamchi ma'lumot manbai (bemor) dan foydalanadilar.

Emotsional muloqot shakllantirishda tibbiyot xodimining shaxsi bemorlar tomonidan, ayniqsa, yuqori baholanadi. Shuning uchun muloqotga kirishishda ayrim maxsus ko'nikmalarga ega bo'lish taqozo etiladi: aloqa o'rnatishni bilish, eshitish, muloqotning noverbal tilini «o'qish» suhbat qurish, savollarni to'g'ri qo'yish. Bemor qanday ruhiy holatdaligidan qat'iy nazar, u jahldormi yoki g'amgin, vahimadami yoki pushaymonda, tibbiyot hamshirasi bemorga ta'sir etib, muloqot o'rnatishi, o'z oldiga qo'ygan vazifalarning yechimini topishi kerak. Shu sababli hamshiralik kasbining ahamiyatga ega sifati muloqotga chidamlilik-sabrlilik, kechirimlilik hisoblanadi. Bemor hamshirada turli hissiyotlar chaqirishi, yoqishi yoki yoqmasligi, yaxshi yoki yomon taassurot qoldirishi mumkin, lekin hamshiraning psixologik tayyorligi har qanday holatda ham o'zini yo'qotmasligiga, kelishmovchilik yoki norasmiy munosabatlarni bartaraf etishga yordam beradi. Bunda «hamshira – bemor» shartli muloqoti o'mida do'stlik, psixologik yaqinlik, bog'lanish munosabatlari yuzaga keladi.

Bemorning muolajalardan bosh tortishi unga nisbatan salbiy munosabat chaqirishi kerak emas. Bahsli masalalar yuzaga kelishi aniq, lekin ularni shifokor bilan, bemor va uning qarindoshlari ishtirokisiz hal qilish lozim.

Hamshira muloqot chog'ida individual-shaxsiy yondashuv va kasallikning ichki manzarasining to'g'ri shakllanishi uchun bemor shaxsini to'g'ri baholashi zarur.

Xavotirli-o'ychan xarakterli shaxslar doimo qo'llab-quvvatlanishga va tinchlantirishga muhtoj bo'ladilar, chunki ularga turli sabablar bo'yicha vahimaga tayyorgarlik, doimiy o'zining va yaqinlarining sog'lig'i uchun xavotirlik hissi xos. Hattoki, arterial qon bosimini ham, qisqa vaqt o'tkazilgan tinchlantiruvchi suhbatdan so'ng o'lchash zarur. Isterik shaxslar harakatlarining erkinligi, ataylab, ko'rinish uchun qilinayotganligi bilan ajralib turadi, ular o'ziga alohida munosabat talab qiladi, kuchli va erkin tashqi hissiy namoyishlarga moyil, «kasallikka qochish», «manfaatdan foydalanish» xulqi shakllangan bo'ladi. Tibbiyot hamshirasi isterik namoyishlarga berilmasligi va bemorga o'zgacha mehr ko'rsatmasligi zarur (chunki bu namoyishkoronalikni kuchaytiradi), lekin shu bilan birga, bemor shikoyatlarini tinglash ham kerak, sababi bu harakat ongsiz holatda sodir etilib, isterik harakatlar mavjud bo'lgan jiddiy patologiyani inkor etmaydi.

Tafakkuri quyushqoq, qiyin siljuvchi, avtoritar shaxslarda atrofdagilarga nisbatan yuqori talabchanlik, ularning fikri bilan hisoblashmaslik, xudbinlik, arazgo'ylik, gumonsirash belgilari kuzatiladi. Ularning fikrlarini to'g'rilash oson emas, shu sababli bu bemorlar bilan ehtiyotkorlik shart. Bemorda, uni «simulyant», «yolg'onchi» dek qabul qilganlari, ahvolining og'irligini baholay olmaganlari haqida tasavvur qolishi kerak emas. Stenik (o'ziga haddan tashqari ishongan), gipertim (ko'tarinki kayfiyatga moyil), yuzaki fikrlovchi shaxslar bor kasallikni noto'g'ri baholashlari yoki umuman rad etishlari mumkin. Shuning uchun bunday bemorlarga davolash muolajalari zarurligini ta'kidlab, ularga doimo tartib bilan qatnashlarini uqtirish lozim.

Keksa yoshdagi bemorlar alohida diqqatga sazovor. Ruhij jarayonlarning faoliyati, xotira, diqqatning pasayishi, psixologik muammolar (yo'qotishlar, yolg'izlik hissi, «avlodlar mojarosi», jismoniy yetishmovchilik hissi) ularni, ayniqsa, salbiy psixologik ta'sirlar uchun sezgir qilib qo'yadi.

Psixiatriyada tibbiyot hamshirasi, bemor va uning qarindoshlaridan subyektiv ma'lumot yig'ishdan tashqari, shifokor tavsiyasiga ko'ra, tashxisot jarayonini paraklinik tekshiruvlarning obyektiv ma'lumotlari analizi bilan tashkillashtiradi.

Paraklinik tekshiruvlarni qo'llash

Ruhij jarayonlar holati haqidagi qimmatli ma'lumotlarni **paraklinik tekshiruvlarni qo'llash** beradi. Bemorning aqliy ish qobiliyati diqqatning holati bilan chambarchas bog'liq. Diqqat barcha psixologik tekshiruv

uslublarida namoyon bo'ladi, lekin uni korrektur sinama orqali mukammalroq tekshirish mumkin. Bu usulda tekshiriluvchiga imkoni boricha tezroq diqqat bilan turli harflardan tuzilgan yaxlit matnni ko'rib chiqish buyuriladi. Shulte jadvalidan 1 dan 25 gacha bo'lgan raqamlarni qidirish usuli ham ancha samaralidir. Ko'pincha diqqatning ko'chuvchanligi, toliqivchanligi, taqsimlanuvchanligini tekshirish uchun ikki xil rangli jadvaldan foydalaniladi.

Xotirani tekshirish uchun 10 ta so'zni yodlash usuli qo'llaniladi: tekshiriluvchiga 10 ta o'zaro bog'lanmagan oddiy so'zlarni yodlash tavsiya qilinadi. Me'yorda inson 10 ta so'zni Leontev usuliga ko'ra qo'llaydi. Tekshiriluvchiga har bir so'zni eslab qolish uchun, kartochkalarining standart to'plamidan ma'nosiga mos rasmni tanlash tavsiya etiladi. So'ngra u yoki bu rasm ko'rsatilganda tekshiriluvchi shunga mos so'zni eslashi kerak. Bu usul A.R. Luria tomonidan «piktogramma usuli» nomi bilan o'zgartirilgan; bu usul faqat xotirani emas, balki assotsiativ jarayonlarni tekshirish uchun ham qo'llaniladi. Bu usulda tekshiriluvchiga yodlash uchun berilgan so'zga qisqacha tasvir chizish taklif etiladi, bunda 40-60 daqiqadan so'ng, u rasmga qarab yodlash uchun berilgan so'zni eslashi zarur. Assotsiativ jarayondagi kichik o'zgarishlar so'zlarga mos obrazlar tanlashga va eslab qolishning samaradorligiga ta'sir etishi mumkin.

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

Tafakkurni umumiy lashtirish, ajratish, taqqoslash, mavhumlashtirish xususiyatlarini o'rganish usullari orqali ham tekshirish mumkin. Bu usullarga tushunchalarni tasniflash, 4-ortiqcha narsani chiqarish, maqol va metaforalar ma'nosini tushuntirish, oddiy va murakkab analogiyalar, hodisalar ketma-ketligi usullari va h.lar kiradi.

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

Intellektni o'zida ruhiy faoliyatning barcha tomonlarini qamrab olgani uchun uni tekshirishda tafakkurni tekshirish uchun mo'ljallangan usullardan tashqari, Vekslerning kompleks testi qo'llaniladi. Bu usulda bemorning fahm-farosati, hisoblash qobiliyati, xotira xususiyatlari, diqqat darajasi, so'z boyligi, konstruktiv tafakkuri, shuningdek, qismlardan sintezlash qobiliyati, hodisalar ketma-ketligini logik tuzish xususiyatlari o'rganiladi. Bu test yuqorida aytib o'tilgan ruhiy faoliyatni tekshirishda qo'llaniladigan barcha usullarni o'z ichiga oladi, lekin alohida ko'rinishlar

bo'yicha miqdoriy ballar emas, balki IQ kompleksi «intellekt koeffitsiyenti»ni olishga imkon beradi.

Shaxsni o'rganishda turli usullardan – oddiy standartlashgan so'rovnomalardan tortib murakkab proyeksion testlargacha foydalaniladi. So'rovnomalalar savollar yoki tasdiqlar yig'imidan iborat bo'lib, 2 yoki 3 xil javob variantidan bittasini tanlash imkoniyatini beradi («to'g'ri», «noto'g'ri», «o'rtacha»). Ayzenk so'rovnomasi keng tarqalgan bo'lib, tekshiriluvchining neyrotizm darajasi, emotsional turg'un-noturg'unlik, samimiylilik (yolg'onchilik) darajasi, qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlari individual balansi asosida (introvert-ekstrovert) shakllangan shaxs tipini aniqlash imkoniyatini beradi.

Minnesota ko'p profilli shaxs testi (MMRI) shaxsning asosiy psixopatologik xususiyatlari – ipoxondriya, depressiya, isteriya, psixosteniya, qat'iylik – mayinlik, psixopatiya, paranoyya, shizofreniya, gipomaniya, ijtimoiy introversiya – ustunligini va mutanosibligini ko'rsatuvchi 10 ta asosiy shkaladan iborat bo'lib, shaxsning klinik profilini tuzishga imkon beradi. So'rovnomadagi 10 ta asosiy shkaladan tashqari, qo'shimchalari ham bor. Ularning jami 200 dan ortiq (alkogolizm, epilepsiya, shaxsning kuchliligi darajasi, o'zini nazorat qilish, shizofreniya prognozi va h.).

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

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

Elektroensefalografiya – miya biotoklarini qayd etish – miyaning organik patologiyasida, epilepsiyali bemorlarni tekshirishda juda zarur.

Tekshiruv natijalari nafaqat po'stloq va po'stloqosti tizimlarining bioelektrik faolligining buzilishini, balki jarayonning joylashuvini ham aniqlaydi. Reoensefalografiya usuli ham keng qo'llaniladi. Elektr toki ta'siriga miya to'qimalarini qarshiligini qayd etish usulidir. Miya to'qimalarini qarshiligi qon bilan ta'minlanishga bog'liq. Shuning uchun miyada qon aylanishi buzilganda REG ko'rsatkichlari ham o'zgaradi. Bu tekshiruv usuli tomirlar patologiyasi yaqqol rivojlangan holatlarda (ateroskleroz, gipertoniya, insult va h.k.) tavsiya etiladi. Exoensefalografiya miyaning ultratovush tekshiruviga asoslangan. Bu usulda bosh miya tizimlarining yonga siljishini ultratovush lokalizatsiyasi bo'yicha aniqlanadi. Masalan: u yoki bu yarimsharda hajmli jarayon bo'lganda, aks etayotgan signallarning kattaligi shikastlangan tomondan ko'proq bo'ladi. Atrofik jarayonlarda esa pasayadi. Bosh miya qutisi rentgenografiyasi yordamida miya qutisi anomaliyasi, miya o'smalari, miya qutisi ichki bosimining oshishi, yot moddalar borligini aniqlash mumkin.

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

Klinik amaliyotga radioaktiv izotoplarni qo'llash orqali pozitron-emission tomografiyani tatbiq etilishi diqqatga sazovor. Shuningdek, pnevmoensefalografiya va h.k. usullar ham qo'llaniladi.

Lekin bemorda, haqiqatan ham, ruhiy kasallik borligini aniqlash uchun kompleks tekshiruvlarning barcha ma'lumotlarini analiz qilish zarur. Bular ichida yetakchi usul klinik kuzatuv va professional surishtiruv hisoblanadi.

UMUMIY PSIXOPATOLOGIYA

Klinik kuzatuv va professional surishtiruv usuli

Katta tibbiyot hamshirasi, bemorning asosiy muammolarini o'z vaqtida to'g'ri aniqlash uchun uning xatti-harakati va kasallikning klinik belgilariga e'tibor bilan qarashga tibbiyot xodimlarini o'rgatishi lozim. Shu sababli asosiy ruhiy buzilishlarning tashqi ko'rinishlarini to'g'ri aniqlash va baholay olish, uning asosiy vazifalaridan hisoblanadi.

Sezgi va idrok buzilishlari giperesteziya, giposteziya, paresteziya, senestopatiya, illuziya, gallutsinatsiya va psixosensor buzilishlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Ziyrak hamshira bu o'zgarishlarni

bemorning noto'g'ri, noadekvat harakatlaridan, uning shikoyat va so'zlaridan anglab oladi.

Sezuvchanligi oshgan bemorlarni hatto arzimasi ta'sirlovchilar ham bezovta qiladi, obyektiv sababga ega bo'lmagan noxush, g'alati, azoblovchi va quyiluvchi, kuydiruvchi, tortuvchi, buraluvchi xarakterdagi sezgilarga shikoyat qiladilar (*senestopatiyalar*). Ayrim bemorlar suhbat chog'ida tez-tez chalg'iydilar, alanglaydilar, nimanidir tinglaydilar, noadekvat jilmayadilar yoki qo'rqadilar; imo-ishoralar qiladilar, pichirlaydilar, bo'shliqqa gapiradilar. Gallutsinatsiyalardan xalos bo'lish maqsadida, bemorlar quloqlarini berkitadilar, boshlarini yostiq bilan yopadilar, to'satdan atrofdagilarga «xo'rlashni bas qilishni» talab qilib, to'satdan tashlanishlari, do'q urishlari mumkin.

Ayniqsa, imperativ gallutsinatsiyali bemorlar katta ijtimoiy xavf tug'diradi, chunki ular buyruq beruvchi ovozlarning ta'sirida tajovuzkor harakatlar qilishlari yoki o'zlarini o'ldirishga urinishi mumkin (shizofreniyaning paranoid shakli yoki alkogol verbal gallutsinozida). Shunday qilib, gallutsinatsiyalar hamshiralik tashxisini qo'yishda, tibbiyot hamshirasi shu kontingentdagi bemorlarni kelib chiqadigan muammolarini yaxshi tushunishi va kuzatuvlar daftarida aks ettirishi kerak: «psixomotor qo'zg'alish», «bezovtalik», «uyqu buzilishi», «ovqatdan bosh tortish», «o'zini o'ldirish xavfi», «yaqinlariga nisbatan tajovuzkor munosabat» va hokazo.

Gallutsinatsiya (tarjimasida «xato») — bu berilgan vaqt va makonda real obyeksiz idrok etishdir. Sezgi a'zolariga ko'ra: ko'ruv, eshituv, hid bilish, ta'm, taktil; ma'nosiga ko'ra: sharhlovchi, buyruq beruvchi, qo'rqituvchi, dialogli turlari farqlanadi. Gallutsinatsiyalar, shuningdek, elementar, yakka, ko'plab va hokazolar bo'lishi mumkin.

Illuziyalar, gallutsinatsiyalardan farqlanib, real mavjud obyektlarni almashtirilgan ko'rinishda noto'g'ri, xato idrok etishdir. Atrof-muhitning iluzor idrok etish ko'proq zaharlanish holatlarida, bosh miyaning jarohatlarida, miya tomirlari shikastlanganda, ongning delirioz qorong'ilashuvida (masalan, «oq alahlash»da) yuzaga keladi. Bunda bemorlar qo'rquv his etib, ularga soyalarni qaroqchilar bo'lib ko'rinishi, atrofdagilarning neytral suhbatlari o'zlariga tegishli g'iybatlar bo'lib eshitalishi, devorlardagi rasmlarda fantastik hayvonlar, qushlar va h.k. lar bo'lib idrok etilishi mumkin. Illuziyalar sezgi a'zolari, ma'nosiga ko'ra turli xil bo'lishi va gallutsinatsiyalar kabi bemorning noto'g'ri xatti-harakatiga olib kelishi mumkin. Ma'lum bir sharoitlarda, gallutsinatsiyalardan farq qilib, illuziya sog'lom odamlarda ham, charchash, emotsional taranglik holatlarida ham kuzatilishi mumkin.

Psixosensor buzilishlar o‘z tanasini (autometamorfopsiya) yoki atrofdagi predmetlarning (metamorfopsiya) shakli, o‘lchami, kattaligi, masofani noto‘g‘ri idrok etish yuzaga keladi. Bu hollarda bemor, ostonadan o‘tayotib, xuddi yuqori to‘siqdan oshganday oyog‘ini baland ko‘taradi, yoki tanasining kichik yoxud katta, qo‘l-oyoqlarining qiyshiq bo‘lib qolganligiga shikoyat qiladi.

Idroki buzilgan bemorlarda ko‘pincha *tafakkur buzilishlari* ham qo‘shilib keladi. Bu ruhiy patologiyani aniqlash uchun alohida kuzatuvchanlik talab etiladi. Katta hamshira tibbiyot xodimlariga bemorlarning yuz ifodasi, ko‘z harakatlarini diqqat bilan kuzatishni, shubhakorlikni, o‘ziga xos simvolik harakatlar, rituallar, noadekvat, g‘alati ruhan tushunib bo‘lmaydigan qiliqlar, ajablantiruvchi hikoyalarni, o‘z vaqtida aniqlashga o‘rgatish lozim. Xodimlarni bemorlar nutqining tezligi, ketma-ketligi, mantiqan maqsadga yo‘nalganligini kuzatishni o‘rgatishi kerak.

Tafakkur buzilishlarini bir qancha guruhlariga bo‘lish mumkin:

I Guruh – tezligi bo‘yicha:

- 1) tezlashgan;
- 2) sekinlashgan.

II Guruh – tuzilishi bo‘yicha:

- 1) uzuq-yuluqlik (so‘zlar orasida bog‘lanish yo‘q);
- 2) tuturuqsizlik (jumlada mantiqiy bog‘lanish yo‘q);
- 3) verbigeratsiya (ma‘lum bir so‘zlarni qayta-qayta takrorlash);
- 4) paralogik fikrlash (mantiq bor, lekin u haqiqatga mos emas);
- 5) ambivalentlik (bir-birini inkor etuvchi fikrlarning bir vaqtda yuzaga kelishi)
- 6) shperung (fikrlashdagi tanaffus).

III Guruh – maqsadga yo‘nalishi bo‘yicha:

- 1) rezonerlik (quruq safsatabozlik);
- 2) patologik ezmalik (ortiqcha tafsilotlarga berilib, asosiy mavzuni ajrata olmaslik);
- 3) simvolizm (odatdagi hodisalarga o‘ziga xos, bemor uchun ahamiyatli ma‘no beriladi);
- 4) autizm (bemorning ichki dunyosiga yo‘naltirilgan fikrlash).

IV Guruh – mazmuni bo‘yicha:

- 1) Shilqim fikrlar (tanqid saqlangan holda beixtiyor yuzaga keluvchi fikrlar);

- 2) O'ta qimmatli fikrlar (real omillarga ortiqcha baho berish);
- 3) Vasvasa fikrlar (tahrir qilinmaydigan, to'g'riylanmaydigan xato fikrlar).

Fikrlashning tezlashuvi maniakal holatlarda kuzatiladi va «g'oyalari poygasi»gacha yetib boruvchi nutq tezlashuvi bilan namoyon bo'ladi. Bemorlar so'zlarni gapirishga ulgura olmay qoladilar, so'zni yakunlovchi qo'shimchalar, so'zlar, hattoki jumlar ham «yutib yuboriladi». Depressiv holatlarda fikrlash sekinlashuvi, lakonik nutqda to'xtalishlar, sustlashish kuzatiladi. Inkogerensiya, fikrlashning *uzuq-yuluqligi*, tuturuqsizligi shakllanayotgan defekt holatidan darak beradi. Bunda bemorlarning nutqi to'g'ri jumladan tuzilgan bo'lsa xam, mantiqsiz, tushunish qiyin bo'lgan alohida so'z va bo'g'inlar yig'imidan iborat bo'ladi.

Ezma (batafsil) fikrlash ko'pincha miyaning organik shikastlanishi yoki epilepsiya kasalligi borligidan xabar beradi. U nutqning sekinlashuvi, inertligi, ezmalik bilan namoyon bo'ladi; bemorlar kam ahamiyatli narsalarga to'xtalib, muhimni ikkinchi darajalidan ajrata olmaydilar. *Paralogik fikrlash* o'ta qimmatli va vasvasa g'oyalarga moyillikdan dalolat beradi, haqiqatga, mantiqqa («qiyshiq mantiq») qarama-qarshi fikrlar tuziladi. *Simvolizm*da chiqarilgan xulosalar ixtiyoriy so'z yoki hodisalarga asoslangan bo'lib, ularga alohida, faqatgina bitta odam uchun tushunarli bo'lgan ma'no beriladi. *Rezonerlik* — quruq safsatabozlik, mahmadonalik, yangi fikrning yo'qligi bilan tavsiflanadi. Rezonerlik, paralogizm, simvolizm, autizm shizofrenik o'ziga xos fikrlashdan dalolat beradi, bu ko'pincha vasvasa g'oyalar shakllanishi bilan qo'shib keladi.

Vasvasa — bu kasallik zaminida kelib chiquvchi, tahrirga berilmaydigan, haqiqatdan yiroq, tanqid saqlanmaydigan noto'g'ri fikrlardir. Vasvasa g'oyalar mazmuni (munosabat, ta'qib, zaharlanish, begona ota-ona, dismorfomaniya — «majruhlik», ixtirochilik, sahnalashtirish, ruhiy yoki jismoniy ta'sir, buyuklik, jodulanish, o'z-o'zini ayblash, gunohkorlik, zarar, rashk va h.k.) va klinik (birlamchi, ikkilamchi, indutsirlangan, rezidual va h.k.) bo'yicha turli xil bo'ladi.

Vasvasa g'oyalarni tashxislash qiyin. Vasvasa fikrlar shakllanganligini bemorning shubhali, sergak qarashi, yakkalanishi, psixologik tushunarsiz xulqidan anglash mumkin. Bemorlar atrofni kuzatib, ta'qib qiluvchilardan bekinadilar, uydan tashqariga chiqmaydilar, ovqatlanishdan bosh tortadilar; yaqinlarini o'zlariga yomon munosabatda bo'layotganliklarida ayblaydilar, sababsiz turmush o'rtoqlarini rashk qiladilar; ularga nur, elektr toki, sehrgarlik bilan ta'sir qilishayotgani, boshqarayotganliklari, organizmda o'zgarishlar chaqirib, ularni kasal qilayotganliklari, buyumlarni o'g'irayotganliklarini ta'kidlaydilar; o'zlarini oilaning baxtsizliklarida

aybdor deb hisoblaydilar, o'zlarini o'ldirishga intiladilar, «abadiy dvigatel»ni kashf etadilar, barcha muassasalarga shikoyatlar yozadilar; imkoniyatlarini yuqori baholab, o'zlarini buyuk inson, payg'ambar, avliyo, olim, dohiy deb hisoblaydilar. Odatda, vasvasaning mazmuni sotsium muammolarining «qiyshiq oynasi» hisoblanib, bemorning intellekti, ma'lumoti, madaniyati, uni o'rab turgan muhitga bog'liq bo'ladi. Agar vasvasa g'oyalar bemorning atrofida qilarga qaratilgan bo'lsa, bu ijtimoiy jihatdan, ayniqsa, xavfli hisoblanadi.

Shilqim fikrlar (obsessiyalar) – beixtiyor yuzaga keluvchi, asoslarning ichki kurashuvi bilan kechuvchi, bemorni qiynoqqa solib, holdan toydiruvchi fikrlardir. Lekin ular, odatda, hech qachon amalga oshirilmaydi, tanqid va o'z harakatlarini nazorat qilish saqlanadi.

Shilqim holatlar turlicha bo'ladi: fikrlar, shubhalar, xavotirlar, istaklar, xotiralar, tasavvurlar, qo'rquvlar (fobiyalar), harakatlar (rituallar).

Shilqim holatlar sog'lom odamlarda ham uchrashi mumkin, lekin bu holatlar qisqa vaqt davom etadi, tibbiyot aralashuvini talab qilmaydi, hayot tarzining o'zgarishiga sabab bo'lmaydi, ish qobiliyatini pasaytirmaydi. Patologik shilqim holatlar bemorning hayotini o'zgartiradi, ehtiyotkorona turmush tarzi, o'zini olib qo'chuvchi xulq shakllanadi. Masalan, ular metroda yurmaydilar (klaustrofobiya), doimo qo'llarini yuvib, eshik tutqichlarini ushlamaydilar (mizofobiya), ko'p marotaba eshik yopiqligi, yorug'lik o'chirilganini tekshiradilar, balkonga chiqmaydilar (balandlikdan qo'rqish), o'zlaridan pichoq va sanchqilarni yashirib qo'yadilar; zinapoyalarni, mashina raqamlarini tinmay sanaydilar, o'ziga xos harakatlar (rituallar) qiladilar, beixtiyor yuzaga kelgan noto'g'ri (masalan, shirk keltiruvchi) fikr, istak, tasavvurlaridan o'zlarini aybdordek his etadilar. Ko'pincha shilqim holatlarning intensivligi biror mashg'ulot bilan shug'ullanilganda, mas'uliyatli vazifa bajarilayotganda kamayadi. Lekin mazkur patologiya cho'zilgan kechishga moyil va ko'pincha davolanishga qiyin beriladi.

Katta tibbiyot hamshirasi tibbiyot xodimlarining e'tiborini *xotira va aql buzilishlarini* tashqi ko'rinishlariga qaratishi lozim. Bunday bemorlar parishonxotir bo'lishlari, o'z xona va o'rinlarini mustaqil topishga qiynalishlari, narsalarini yo'qotishlari, atrofida qilarni o'g'irlikda gumon qilishlari, to'shak ostiga keraksiz narsalarni berkitishlari, ovqatlanishliklarini, qarindoshlari tashriflarini eslay olmasliklari mumkin. Shunga qaramay, bemorlar yuzaki kuzatuvda ruhiy jihatdan sog'lomdek ko'rinadilar, lekin aslida bunday emas. Bo'limda bunday bemorlar o'z tengdoshlari davrasida bo'lishadi, odobga rioya qilib, suhbatlarni tinglaydilar. Haqiqatda esa, ular atrofda kechayotgan voqealar ma'nosini

tushunmaydilar, fikrlari bog'lanmagan, harakatlari maqsadsiz bo'ladi. Shu sababli bunday bemorlar bilan muloqot dastlab tanishuvdan boshlanishi zarur, ulardan ismini, yoshini, hozirgi sanani, xonasidagi qo'shnilari, davolovchi shifokor ismini, kasalxonaga tushgan vaqtini, shuningdek, hayotidagi muhim sanalarni so'rash lozim. Bunda so'rov ehtiyotkorlik bilan, bemorning shaxsiy g'ururini kamsitilmasdan o'tkazilishi kerak. Xotira va intellekt holatini baholash xotira va aql buzilishlari to'g'risidagi bilimlar asosida o'tkazilishi lozim.

Xotira – bu miyaning ma'lumotlarni yodda olib qolish, saqlash va qayta esga tushirish xususiyatidir. Xotiraning patologik pasayishi gipomneziya, yo'qolishi – amneziya, yanglish xotira – paramneziya deb ataladi. *Amneziyaning* quyidagi turlari farqlanadi: retrograd – kasallikkacha bo'lgan voqealarni, anterograd – kasallikdan keyingi, fiksatsion – kechayotgan voqealarga nisbatan, rivojlanuvchi hozirgi voqealardan o'tmishga tomon xotiraning yo'qolishidir.

Paramneziyalar – xotiraning sifat buzilishlari, konfabulatsiyalar (xotiraning yo'qotilgan joylarini uydirmalar bilan to'ldirish) va psevdoreminissensiya (xotiraning yo'qotilgan joylarini bemor hayotining boshqa vaqtida bo'lib o'tgan voqealar bilan to'ldirilishi) larga bo'linadi.

Xotiraning pasayishi va yo'qotilishi bilan birgalikda, intellektual qobiliyatlar ham kamayadi, orttirilgan aqli pastlik – demensiya rivojlanadi. Bemorlar hodisalar o'rtasidagi bog'lanishlarni tushunishda muhimni ikkinchi darajalidan ajratib olish imkoniyatini yo'qotadilar, tanqid va o'z xulqini nazorat qilish kamayib boradi.

Tug'ma aqli zaiflik – oligofreniya uch darajaga bo'linadi. Yengil daraja – debillik, bunday bemorlar yordamchi maktablarda o'qiydilar, oddiy jismoniy mehnatga layoqatli, faqat konkret darajada fikrlash xususiyatiga ega bo'ladilar, ular uchun abstraksiya xos emas. Imbetsillik – oligofreniyaning o'rta darajasi bo'lib, bu holatda kam ma'noli nutq, so'z boyligining kamligi, noto'g'ri talaffuz kuzatiladi. Bemorlar, odatda, mehnatga layoqatsiz, faqatgina o'zlariga xizmat ko'rsatish ko'nikmalariga ega bo'ladilar va II guruh nogironlari hisoblanadilar. Idiottiya – oligofreniyaning og'ir darajasi bo'lib, bemorlar ma'noli nutqqa ega bo'lmaydilar, vegetativ tarzda hayot kechirib, atrof-dagilarning parvarishiga muhtoj, I guruh nogironi hisoblanadilar.

Intellektual-mnestik sohada buzilishlari bo'lgan bemorlar ko'pincha hayotga umuman moslasha olmaydilar va mehnat qobiliyatlarini ham yo'qotadilar.

Insonning ruhiy faoliyati, uning atrof-muhitga bo'ladigan reaksiyalari doimo hissiy kechinmalar bilan namoyon bo'ladi. *Hissiy kechinmalar*

deganda tashqi olamga va o'zimizga bo'lgan munosabatlarning subyektiv kechinmalari tushuniladi.

Hissiy reaksiyalarning o'ziga xosligi bu insonning tug'ma xususiyatlari bilan bog'liq. Quvnoq, hayotni sevuvchi, mulotoqchan insonlar bo'ladi. Odamovi, qo'rqqoq, hayotga ishonchsiz qarovchi insonlar uchraydi. Sog'lom odamlarda kayfiyat sutka davomida ma'lum chegaragacha o'zgarib turishi mumkin.

Bemorning emotsional holati to'g'risida tibbiy xodim tashqi ko'rinishlar: vegetativ reaksiyalar, harakatlar, mimika bo'yicha xulosa chiqarishi mumkin. Ruhiiy kasalliklarda turli xil affektiv (emotsional) buzilishlar uchraydi. *Eyforiya* holatida bemorda mulotoq va faoliyatga intilishsiz beg'am, rohatbaxsh, ko'tarinki kayfiyat kuzatiladi. Bunday holat zaharlanish, yuqumli, bosh miyaning organik kasalliklarida uchraydi.

Depressiyada bemorlar kam harakat, mimikasi kamaygan, «tosh qotgan», yuz ifodasi g'amgin, ko'z yoshi yo'q, savollarga sekin, lakonik javob beruvchi holatda bo'ladilar. Ularning turib yuvinishlari qiyin, cho'milishdan bosh tortadilar, kiyimlarini almashtirmaydilar, sochlarini taramaydilar, ovqatlanmaydilar, uzoq vaqt uxlay olmaydilar, ertalab barvaqt uyg'onadilar. Tushkun kayfiyat bemorlarning tashqi ko'rinishi va somatik holatida ham namoyon bo'ladi. Ular o'z yoshlariga nisbatan katta, ko'z qarashlari nursiz, sochlari xira, yuz terilari kulrang ko'rinadi, til kulrang karash bilan qoplangan, og'izdan yoqimsiz hid, ayrim vaqtlarda uzoq vaqt ovqat iste'mol qilinmaganda – chirigan olma hidi seziladi. Ishtahaning keskin kamayishi, qabziyatlar, qorachiqlar kengayishi, yurak urishining tezlashuvi, amenoreya, potensiyaning pasayishi, tana vaznining kamayishi kuzatiladi. Bemorlarning so'zlarida pessimistik fikrlar ustunlik qiladi, o'zlarini noloyiq, gunohkordek hisoblaydilar, faqatgina o'lim hamma azoblardan xalos etadi, deb o'ylaydilar va o'zlarini o'ldirishga harakat qiladilar. Bu haqdagi fikrlarini yashirishga harakat qilganliklari uchun, ularni doimo kuzatib yurish zarur. Ayrim bemorlar kuchli xavotir va qo'rquvni his etadilar. Bunday bemorlar jonsarak bo'lib, bir joyda o'tira olmaydilar va suitsid xavfi yanada ortadi.

Maniakal holat depressiyaga qarama-qarshi holat hisoblanadi. Bemorlar doimo ko'tarinki kayfiyatda bo'ladilar, atrofdagi muhit yorqin, go'zal ko'rinadi. Bemorlar sababsiz haddan tashqari quvnoq, xushchaqchaq bo'lib, hamma narsadan to'liq qoniqish va baxtni, hayot energiyasini quyulib kelayotganligini sezadilar. Bunday bemorlar yuzaki, tez fikrlaydilar, jummalarni oson kelishtirib, she'r yozish bilan

shug'ullanadilar, kuylaydilar, raqsga tushadilar, o'zlarining xizmatlarini bo'rttirib ko'rsatadilar, o'z imkoniyatlarini yuqori baholab, haqiqatdan yiroq, fantastik rejalar tuzadilar. Maniakal holatdagi bemorlar giperaktiv, faoliyatga chanqoq, ko'p ishlar bilan shug'ullanib, diqqatning chalg'uvchanligi sababli birortasini oxiriga yetkazmaydilar. Ularning yuqori faoliyati, odatda, mahsulsiz, hattoki bemor va uning qarindoshlari uchun zararli hamdir (pullarni havoga sovuradilar, begonalarning ishiga aralashadilar va h.k.). Bunday bemorlar janjalkash, baqiroq bo'ladilar, kam uxlab, charchoqni sezmaydilar.

Hissiyotning qisqa muddatli kuchli ifodalanishi *affekt* deb ataladi. Patologik affektda ong buzilishi yuzaga keladi va bemor og'ir qonunbuzarliklar sodir etib, keyinchalik nimalar qilganini eslay olmaydi.

Ruhiy buzilishlardagi eng ko'p uchraydigan hissiy kechinmalar — xavotir, qo'rquv va apatiyadir. *Xavotir* — bu kuchli, noaniq ruhiy hayajonlanish bo'lib, sababsiz kutilayotgan halokat bilan asoslangan.

Qo'rquv — bevosita konkret xavf ostida kelib chiqadi. Bemorlar qo'rquvni his etib, joylarida qotib qolishlari yoki qayoqqadir qochishga intilishlari mumkin. Og'ir kechuvchi, noaniq qo'rquv shaxsni «meni qamashmoqchi», «ta'qib qilishyapti» kabi tushuntirishlarni izlashga harakat qiladi.

Apatiya — o'ziga va atrofdagilarga nisbatan to'liq befarqlik, turli istaklarning umuman yo'qligi bilan namoyon bo'ladi. Bunday bemorlar o'z tashqi ko'rinishlariga e'tibor bermaydilar, irkit, pala-partish kiyinadilar, hech narsa bilan qiziqmaydilar, muloqotga kirishmaydilar, televizor ko'rmaydilar, mutolaa qilmaydilar. Fikrlash qobiliyatini saqlagan holda, ular deyarli faoliyat yuritish qobiliyatini yo'qotadilar. Apatiya shizofreniya va ayrim bosh miya organik shikastlanishlari uchun xosdir.

Disforiya — g'amgin-jahldorlik kayfiyati. Disforiya kayfiyatida bemor jizzaki, qovog'i soliq, g'azablangan va tajovuzkor harakatlarga moyil bo'ladi. Disforiya ko'pincha epilepsiyada uchraydi.

Harakat — *iroda jarayonlari* patologiyasi barcha ruhiy kasalliklarda namoyon bo'ladi: depressiya, apatiyada irodaviy harakatlar yetishmaydi, maniyada ularning kuchayishi kuzatiladi, lekin ularning maqsadga yo'nalganligi diqqatning chalg'uvchanligi sababli yakuniga yetkazilmaydi. Psixiatriya amaliyotida psixomotor qo'zg'alish holatlari turli sindromlar tarkibida uchraydi. Maniakal qo'zg'alishda bemorlar sergap, doimo faoliyatga intiluvchan, bir vaqtning o'zida bir necha ishni boshlab, hech qaysini oxiriga yetkazmaydilar; bir joyda ushlanib tura olmaydilar, kayfiyatlari ekstaz holatigacha ko'tarilgan, ovozlari bo'g'iq, atrofdagilarning suhbatlari va ishlariga aralashadilar.

Katatonik qo'zg'alishda bemorlarning harakatlari maqsadsiz, stereotip, xotik, impulsivdir. Bemorlar yuzlarini burishtiradilar, ayrim so'zlarni baqirib aytib, ustlarida kiyim saqlamaydilar. *Gebefrenik qo'zg'alishda* masxarabozlik harakatlari notabiiy poza, goh sababsiz tajovuzkorlik, goh ma'nosiz kulgu bilan namoyon bo'ladi. Stupor — bu to'la yoki qisman harakatsizlik holatidir. Turli variantlari kuzatiladi. *Depressiv stuporda* bemorlar biror harakat yoki faoliyat qilishga qodir emaslar, savollarga javob bermaydilar, ovqatlanishdan bosh tortadilar, yuzda qayg'u va g'amginlik ifodasi kuzatiladi. Katatonik stupor to'liq harakatsiz qotib qolish bilan namoyon bo'ladi va ko'pincha shizofreniyada uchraydi. Mushaklar tonusi oshgan, bemorlar har qanday harakatga qarshilik ko'rsatadilar, aytilgan vazifalarni bajarmaydilar, noqulay holatlarda qotib turadilar (mumsimon egiluvchanlik yoki katalepsiya), ovqatdan bosh tortib, juda ozib ketadilar, ahlat yoki siydigini ushlay olmaydilar.

Psixogen stupor og'ir ruhiy shikastlardan so'ng nerv tizimining kuchli tormozlanishi natijasida kelib chiqadi. Depressiv stuporda bemorlarning yuzida qayg'u va g'amginlik ifodasi kuchli aks etadi; ular ovqatlanishdan bosh tortadilar, mushaklar tonusi pasaygan bo'ladi.

Ruhiy holatni baholashda **ong buzilishi** bor yoki yo'qligini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Vaqt, makon, atrofdagi insonlar va o'z shaxsiga bo'lgan to'g'ri mo'ljal ong buzilmaganligi mezonlari hisoblanadi. Bosh miya hamma bo'limlarining maqsimal funksional faolligi ongli faoliyatning debochasi hisoblanadi. Ong buzilishlari shartli ravishda ong yo'qolishi va qorong'ilashuvi holatlariga bo'linadi. Ong yo'qolishi sindromlariga: karaxtlik, sopor, koma holatlari kiradi.

Karaxtlik holatidagi bemorlar atrofdagi ta'sirlovchilarga kam ahamiyat beradilar. Bemorlar savollarga juda kechikib, mudom bir xildagi so'zlar bilan javob beradilar, javoblarni olish uchun savollarni bir necha marta takrorlash yoki balandrok aytishga to'g'ri keladi. Ko'p holatlarda bemorlar atrofdagi voqealarga befarq, kam harakat, yuz ifodasi kamaygan bo'ladi. Bu holat o'tib ketgandan so'ng, bemorlar o'zlari bilan bo'lgan hodisalarni qisman eslay oladilar. Karaxtlik holati ko'pincha turli somatik va infeksiyon kasalliklarda (tif, pnevmoniya, kalla-miya jarohati, qandli diabet va h.k.) uchraydi. Bu holatni bosh miya po'stlog'ida tormozlanishning rivojlanishi bilan bog'laydilar, tormozlanish po'stloqosti hosilalarini qamrab olganda sopor va koma rivojlanadi, bu holatlar shartli va shartsiz reflekslarning yo'qolishi bilan tavsiflanadi.

Ong qorong'ilashuvi sindromlariga: deliriy, oneyroid, ongning namozshomsimon buzilishlari va amensiya kiradi.

Deliriyda bemorlar psixomotor qo'zg'alish holatida bo'ladilar, biror joyda tura olmaydilar, yorqin gallutsinatsiyalar yuzaga keladi, qo'rqadilar, vaqt va makonga bo'lgan mo'ljalni yo'qotadilar, atrof-muhit illuzor idrok etiladi. Bemorlar qo'rqinch to'la sahnalarni «boshlaridan kechiradilar», hayvonlar, odamlarni ko'radilar, ulardan qochadilar, yashirinadilar yoki tashlanadilar. Bemorlar o'tkir holatda atrofdegilar uchun xavf tug'diradilar. Deliriydan chiqqandan so'ng bemorlarda kechinmalari haqida qisman xotiralar saqlanib qoladi. Deliriy holati ko'pincha alkogolizmدا («oq alahlash»), og'ir o'tkir yuqumli va somatogen kasalliklarda («isitmadagi alahlash») va h.k. uchraydi.

Oneyroid – bu ongning tushsimon buzilishidir. Bemorning kechinmalari fantastik: bemorlar o'zlarini do'zaxda, jannatda, boshqa dunyo yoki sayyoralarda, fazoga uchayotganliklarini va hokazolarni ko'radilar. Bunda bemorlarning harakatlari ularning kechinmalariga mos kelmaydi, harakatsiz bo'ladilar yoki qo'zg'aluvchanlik holatida bo'ladilar. Nigohlari uzoqlarga tikilgan, «sehrlangandek», so'zlari uzuq-yuluq, bog'lanmagan bo'ladi. Bemorlar joyga, vaqtga, o'z shaxsiga bo'lgan mo'ljalini yo'qotadilar, o'zlarini buyuk inson, avliyo, qo'mondon va hokazolar deb hisoblaydilar. Bemorlar bu holatdan chiqqandan so'ng kechinmalarini yaxshi eslab qoladilar, lekin real voqealarni unutadilar. Oneyroid ko'pincha shizofreniyada uchraydi.

Ogning namozshomsimon buzilishi epilepsiya va bosh miyaning organik shikastlanishlari uchun xos. To'satdan boshlanib yakunlanadigan holat hisoblanadi. Bemor yorqin va rangli qo'rqituvchi, sahnasimon gallutsinatsiyalarni his etadilar, urush, zo'rash sahnalarini ko'radilar, qo'rquv, xavotirda, g'azabda bo'ladilar, himoyalnadilar yoki qochadilar. Ko'pincha bunday holatda xavfli harakatlar, qonunbuzarliklar sodir etadilar. Bu holat yakunlangandan so'ng bemorlar o'z kechinma va harakatlarini, shuningdek, real hodisalarni ham eslay olmaydilar.

Ogning amentiv buzilishida bemorlar atrof-muhitda umuman mo'ljal ololmaydilar, hatto o'z shaxslarini anglash ham yo'qoladi. Ular atrofdegilar hodisa va predmetlar o'rtasidagi bog'liqliklarni tushunmaydilar. Bunday holatda bemorlar bezovta, haddan tashqari holsiz, harakatlar bemorlarning yotgan o'rnida, chegaralangan bo'ladi, savollarga javob bermaydilar, ularning nutqi tushunarsiz, o'zaro bog'lanmagan bo'ladi. Amensiya holatidan chiqilgandan so'ng, bemorlarda to'liq amneziya kuzatiladi. Bu holat yuqumli kasalliklar, zaharlanishlarda uchraydi.

Yosh bolalar va o'smirlar uchun asosiy ruhiy kasalliklar sindromlari faqatgina kasallikning nozologik tabiatini emas, balki mazkur yoshdegilar uchun xarakterli bo'lgan nerv-ruhiy ta'sirlanishni ham yoritadigan sindromlar hisoblanadi.

Yosh bolalarda quyidagi sindromlar uchraydi:

Nevropatiya sindromi yoki «tugʻma bolalar asabiylashuvi» erta yoshda (tugʻilish dan 3 yoshgacha) koʻproq tarqalgan ruhiy buzilishlar sindromidir. Bunda keskin yuqori qoʻzgʻaluvchanlik va vegetativ funksiyalar noturgʻunligining yaqqolliigi asosiy oʻrin egallaydi. Bular umumiy giperesteziya, psixomotor va affektiv qoʻzgʻaluvchanlik ortishi, tez holdan toyish, shuningdek, xulqdagi qoʻrqoqlik, choʻchish, yangidan qoʻrqish koʻrinishidagi tormozlanish belgilari bilan qoʻshilib keladi.

Erat bolalik autizm sindromi. Kam uchraydi. Tarqalishi boʻyicha 10000 ta bolaga 2 ta holatni tashkil qiladi. Asosiy koʻrinishlari sifatida atrofdegilar bilan muloqotga ehtiyojning mutlaqo yoʻqligi yoki yaqqol yetishmasligi, emotsional sovuqlik, yaqinlarga nisbatan befarqlik, atrof-muhitdagi har qanday oʻzgarish, yangilikdan qoʻrqish, stereotip harakatlarga moyil boʻlgan bir xil xulq, nutq buzilishlari, 2 yoshdan 5 yoshgacha boʻlgan bolalarda kuzatiladi.

Giperdinamik (giperkinetik) sindrom yoki harakatlari bemaqsad qoʻzgʻalishlari sindromini aytish mumkin, 5-10% boshlangʻich sinf oʻquvchilarida uchraydi. Umumiy harakatchan bezovtalik, ortiqcha harakatlarning koʻpligi, bir joyda oʻtira olmaslik, maqsadga intilishning yetishmasligi, impulsivlik, faol diqqat jamlanishining buzilishi, tajovuzkorlik, negativizm, taʼsirchanlik, jizzakilik, kayfiyat oʻzgarishlari husnixat koʻnikmalarini oʻzlashtirishning qiyinligi aniqlanadi. 1,5 yoshdan 15 yoshgacha, koʻpincha maktabgacha yoshning oxiri va boshlangʻich maktab yoshidagilarda uchraydi. Odatda, 9-10 yoshlarga borib, simptomatika silliqlashib, 15 yoshdan soʻng yoʻqoladi.

Ketib qolish va daydilik sindromi. Takrorlanuvchan uydan yoki maktabdan, boshqa bolalar muassasalaridan ketib qolish bilan namoyon boʻladi va koʻp kunlar davomida daydilik qilish kuzatiladi. 7 dan 17 yoshgacha boʻlgan davrda kuzatiladi. Bu sindromning uch xil turlari ajratiladi. I tipda dastlabki ketishlar gʻuroʻrning kamsitilishi bilan bogʻliq va jazolanishdan qoʻrqish, qarshilik, oʻsmirlarda— emansipatsiya koʻrinishi reaksiyalari shaklidir. Ayrim holatlarda ular shu yoʻl bilan oʻzlariga eʼtiborni qaratishni, istaklarini qondirishga erishishni xohlashadi. II tipda yangi, doimo oʻzgarib turadigan taassurotlarga ehtiyoj, lazatlanishga intilish, sarguzashtlarga chanqoqlik kuzatiladi. III tipda dromomaniya (mayl patologiyasi) aniqlanadi. 7-8 yoshdan boshlanadi. Asotsial xulq, oʻgʻrilikka intilish kuzatiladi.

Qoʻrquv sindromlari. Qoʻrquv affektining oson yuzaga kelishi — yosh bolalar uchun oʻziga xos xususiyatdir. Patologik qoʻrquv belgilari:

sababsizligi, ta'sirlovchiga nisbatan qo'rquvning mos emasligi, uzoq davom etishi, umumiy holatning buzilishi. Qo'rquv sindromlarining 5 ta guruhi ajratiladi: 1) shilqim qo'rquvlar; 2) o'ta qimmatli mazmundagi qo'rquvlar; 3) sababsiz qo'rquv; 4) vasvasa xarakteridagi qo'rquvlar; 5) tungi qo'rquvlar.

Patologik fantaziyalash sindromlari. Sog'lom bolaning reallik bilan mustahkam bog'liq, harakatchan, tez o'zgaruvchan fantaziyalaridan farqlanib, patologik fantaziyalar odatdan tashqari turg'unligi, ko'pincha reallikdan ajralganligi, mazmuni bo'yicha g'aroyibli, tez-tez xulq buzilishlarining yuzaga kelishi va dezadaptatsiya bilan xarakterlanadi. Dastlab 3-5 yoshlarda qiefa o'zgartirish o'yinlari ko'rinishida yuzaga keladi (ertak qahramonlariga, fantastik mavjudotga, bo'riga aylanish), shunga mos ravishda xulq ham o'zgaradi. Pubertat yoshda kuchaygan yoki o'zgaragan mayllar (o'g'rilik, talonchilik) natijasida kuzatiladi. Ular o'zlari aytayotgan gaplarning haqiqatligiga ishonadilar, shaxsni yuqori baholash ko'rinishlari kuzatiladi.

Geboid sindrom. Bu sindrom shaxsning emotsional-irodaviy xususiyatlarining o'zgarishi va o'tkirlashuvi bilan xarakterlanadi. Bu o'zgarishlar primitiv mayllarning (ayniqsa, seksual) o'zgarishi va boshqara olinmasligi, asotsial harakatlarga moyillik bilan ma'naviy idrokning pasayishi yoki yo'qolishi bilan tavsiflanadi, emotsional to'mtoqlashuv, rahm-shafqat va hamdardlik hissining yo'qligi, tajovuzkorlik, yaqinlariga yomonlik istash, xulq me'yorlariga nisbatan muxoliflik, ta'lim olishga va har qanday faoliyatga bo'lgan qiziqishlarning yo'qolishi kuzatiladi. Pubertat yoshda kuzatiladi.

Dismorfofobiya sindromi. Dismorfofobiya tushunchasi ostida soxta yoki asoslanmagan, oshirib ko'rsatilgan jismoniy yetishmovchilik to'g'risidagi xasta fikrlar tushuniladi. Bu holat normada o'ta qimmatli g'oyalar (tahrirga beriluvchan, xulqda kam namoyon bo'luvchi, depressiya bilan kechmaydigan) ko'rinishida namoyon bo'lishi mumkin. Patologik holatlarda fikrlarning doimiyli, qaytmasligi kuzatiladi. «Oyna simptomi», depressiya, jizzakilik yuzaga keladi. Xulq o'zgaradi, suitsidga moyillik kuzatiladi.

Bir tomonlama o'ta qimmatli qiziqishlar va mashg'ullar sindromi. Bu holatlar uchun kasallik bilan bog'langan bir tomonlama, mavhum xarakterdagi o'ta qimmatli qiziqishlar va mashg'ulliklarning borligi umumiy hisoblanadi. O'smir «hayotning mazmuni», «insonning vazifalari», «borliqdagi yerdan tashqari sivilizatsiyalar», «dunyoni anglash» to'g'risida ko'p o'ylaydi, bularga o'qish, hordiq chiqarish vaqtining ko'p qismini sarflaydi, ovqatlanishni unutadi, uxlamaydi,

qomus va adabiyotlarni o'qiydi, sitatalar ko'chiradi, charchoqni sezmaydi, ichki qoniqishni his etadi. Qiziqtirayotgan muammolarning murakkabligi bilan bolalardagi cheklangan bilim zaxirasi orasida nomutanosiblik kuzatiladi, muammolarning echimiga va amaliy tavsiyalarga yuzaki sodda yondashuv xos.


Kundaliklar tuzish tibbiyot hamshirasining bevosita vazifasi hisoblanadi. Hamshira bemorlarni kuzatib, kun davomida ko'rganlarini kundalikka aniq, oddiy so'zlar bilan yozishi lozim. Bu kundaliklar, agar ular mahorat bilan tuzilgan bo'lsa, shifokorlar uchun katta ahamiyatga ega. Chunki hamshiralalar shifokorlarga nisbatan, ko'p vaqt bemorlar bilan muloqotda bo'ladilar va ayrim vaqtlarda bemor holatidagi juda muhim o'zgarishlarni sezishlari mumkin. Aynan shu kundaliklar boshqa navbatchilikdagi hamshira va sanitarlarga bemorlar holati bilan tanishib chiqishlari uchun zarur.

Faqatgina bo'limdagi barcha xodimlarning aniq va o'zaro moslashgan ish jarayoni, parvarish va davolashni to'g'ri tashkillashtirish natijasida ruhiy kasallangan bemorga yordam berishda yaxshi natijalarga erishish mumkin.

RUHIY STATUSNI TEKSHIRISH VA YORITISH

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

Vazifa	Maqsimal ball
Orientatsiya	
Bemordan	5
Uning hozirda qaerda ekanligini aytishini iltimos qiling. (etaj, uy raqami, muassasa, shahar)	5
Darhol esga olish	
Bemordan bir-biri bilan bog'langan uchta buyum nomini aytishni, keyin ularni takrorlashni so'rang.	3
Bemordan ketma-ket 100 sonidan 7 raqamini ayirishni so'rang (besh marta ayirish etarli). Boshqa usuli – so'zni teskarisiga aytish.	5

Kechiktirilgan yodga tushirish	
Bemordan tez yodga tushirish vaqtidagi uchta buyum nomini takrorlashni iltimos qiling.	3
Nutq va praksis	
Bemorga qalam va qo'l soatini ko'rsatib, ularning nomini so'rang.	2
Bemordan quyidagilarni takrorlashni so'rang: Na «ha», na «yo'q», na «yoki»	1
Uchta ketma-ketlikdagi harakatlarni bajarishni so'rang: (masalan, qog'ozni olib, uni ikkiga buklash, polga qo'yish)	3
Yozma instruksiyani bajarishni iltimos qiling (masalan, «Ko'zingizni yuming»).	1
Bemordan istalgan qisqacha jumlani o'ylab, yozib berishni iltimos qiling.	1
Bemordan shu rasmni chizishni so'rang.	1
	

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

BEMORNING RUHIY HOLATINI YORITISH (RUHIY STATUS)

1. Emotsional – iroda sohasi

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

Xulqi: bo'limda (kam) muloqotchan, samimiy, jahldor, ziddiyatli, shubhachi, ko'proq yotadi (yo'lakda sayr qiladi, televizor ko'radi).

Shifokor (hamshira) yoniga faqat chaqiriq (o'z xohishi) bo'yicha keladi. Psixiatriya kasalxonasida yotganidan qayg'uda (emas).

Mimika: kamaygan (jonli). Yuz ifodasi quvnoq (g'amgin, qovog'i soliq, jahldor, o'ychan).

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

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

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

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

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

2. Ongning aniqligi

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

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

3. Sezgi, idrok

Bemor ko'zlari (ichki nigoh bilan) bilan kuzatayotgan ko'rinishlarga ahamiyat beradi, joylashgan o'rni(lari)ni ko'rsata ola(may)di, ular yorqin(emas), tirikday (tanasiz va shaffof) ko'rinadi, tovushlar chiqara(may)di, gapira(may)di. Bemor ularni ko'pincha ertalab (kechqurun, kunduzi, tunda) ko'radi. Bemor tashqari (ichkari)dan ovozlarni eshitadi, ular imperativ (maslahat beruvchi; do'stona, sharhlovchi) xarakterga ega.

Bemor odatdagi hidlarni qandaydir boshqacha, odatdan tashqari seza-yotganligiga aniqlaydi. U oddiy ovqatning o'z ta'mini o'zgartirayotganligini seza boshlaydi, ta'mni his qilishi ovqatlanishga bog'liq (emas).

Bemor terisida (qorni ichida, boshida) yot tanachalarni his etmoqda.

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

Bemor vaqti-vaqti bilan o'z tanasining katta (kichik) lashganligini his etadi. U shaxsiy fikr, hislarini begonaligini sezadi. O'zi bilan sodir bo'layotgan hodisalarni go'yoki tashqaridan kuzatadi.

4. Tafakkur

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

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

Bemor qorong'ilik (balandlik, ochiq joylar, chegaralangan makonlar, o'tkir buyum, o'lim, og'ir kasallik, yolg'izlik) dan qo'rqadilar. Ularda tumonat odamlar ichida noqulaylik hissi yuzaga keladi.

Bemorga uni kuzatishayotgandek tuyuladi. Uning sezishicha, hayoti xavf ostida (unga nisbatan til biriktirilgan), kimlardir unga ta'sir qilmoqda. O'ylashicha, uni tunashmoqchi (zaharlashmoqchi, kvartirasiga egalik qilishmoqchi). Fikrlarni masofadan o'qish (ulkan hokimiyat, buyuklik, o'lmaslik, katta boylik, katta ilmiy kashfiyotlar ixtiro qilish) kabi g'ayrioddiy qobiliyatlarga ega, o'zini g'ayritabiiy inson deb hisoblaydi.

Bemor xotini (eri)ni xiyonatkorlikda gumon qiladi. Uning sezishicha, atrofda kechayotgan barcha voqealar kimlar tomonidandir tashkillashtirilgan, u doimo atrofda gilarining diqqat markazida, atrofda gilar uning barcha kamchiliklarini biladilar.

Bemor o'zini yomon harakatlar, jinoyatlar sodir etganlikda ayblaydi, o'zini ma'naviy majruh ekanligiga ishonadi.

Uning ishonishicha, og'ir kasallik (davolab bo'lmaydigan yoki uyatli) kasallik bilan xastalangan, uning tanasida atrofda gilarining ko'ziga tashlanadigan majruhlik mavjud.

Uning o'ylashicha, notanish odamlar dushmanlik maqsadida qarindoshlari (tanishlari) qiyofasiga kirib olishgan.

Bemor tuturuqsiz umumlashtirishlarga, natijasiz donishmandlikka moyil.

5. Intellekt, xotira

Bemor hozirgi sanani ayta olmaydi, kasalxonada qachondan buyon yotganligini, hozir qayerdaligini, nonushtaga nima iste'mol qilganligini so'zlay ola(may)di, shifokor ismini eslay ola(may)di.

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

Vaziyatli masalalar

1-masala

Bemor K., 32 yoshda, zavod ishchisi. Xarakteri bo'yicha jizzaki, gaysar, mijg'ov (qo'limda yaracha chiqsa, darrov shifokorni oldiga chopaman, ekzemamasmikin!). Anamnezida — ginekologik kasalligi tufayli

uzoq vaqt mutaxassislarda davolangan. Bir kuni, tashqi jinsiy a'zolarining tasodifan ifloslanishi natijasida, bemorda sifilis bilan zararlanganligi haqida fikr paydo bo'ldi. Butun tanasi bo'ylab og'riq, holsizlikni sezgan. Unga tili parchalanayotgan, burni yiringlagandek, terisida qizil toshmalar paydo bo'lib, ularni faqat «juda o'tkir ko'z» bilan ko'rish mumkinday tuyuladi. Venerik kasalliklar bo'yicha adabiyotlarni o'qidi va o'zida sifilisning barcha simptomlarini topdi. Venerolog-shifokor bemorni izchil tekshirib, bu tashxisni umuman rad etdi. Shunda bemor o'zida «latent sifilis» bor degan xulosaga keldi. Bu haqda do'stlarini «ularga yuqtirmaslik uchun» ogohlantirdi. Eridan alohidalanib, o'zining kiyim va idishlarini soatlab qaynata boshladi. Bemorga kasal emasligini tushuntirish behuda. Bemor o'zining «kasal ekanligiga», to'liq ishonadi va hayotini o'zini o'ldirish bilan yakunlamogchi.

Uning shubhalari asossiz ekanligi haqida shifokor va qarindoshlarining barcha e'tirozlariga bemor ishonmayapti, hatto ularning mohiyatini tushunishga harakat qilmayapti. Sindromni aniqlang.

2-masala

Bemor Ya., 52 yoshda, injener. Xonaga qat'iyat bilan tez qadam tashlab kirdi. Taklifni kutmasdan o'tirib oldi va darhol tashabbusni o'z qo'lga olib, kasalligi haqida gapira ketdi. Ensa sohasidagi noxush hislar (og'riq emas)ga shikoyat qila boshladi, ayrim vaqtlarda boshida nimaningdir «quyilishini» his etadi. Bemorning hikoyasidan ma'lum bo'lishicha, u o'zida kasallikning birinchi belgilarini ikki yil avval sezgan. Shu davr mobaynida ko'p shifokorlar tekshiruvidan o'tgan, lekin ular bu shaxsdan kasallik topmaganlar yoki katta ahamiyatga ega bo'lmagan kasallik buzilishlarini (bo'yin osteoxondrozining yengil ko'rinishlari) aniqlaganlar. Bir necha marotaba professorlar konsultatsiyasida bo'lgan, Moskvaga qatnagan. O'zida qandaydir, shifokorlar aniqlay olmagan og'ir kasallik, balki — miya o'smasi, borligiga qattiq ishongan. Shifokorlarning barcha e'tirozlari ko'p ma'natlab o'tkazilgan analiz tekshiruvlarining manfiy natijalari, yuqori matakali mutaxassislarning maslahatlarini inkor etib, tibbiyot darsliklari va monografiyalaridan o'zining kasalligiga «o'xshash» xastaliklar klinik ko'rinishlaridan dalillar keltiradi. Shuningdek, ayrim shifokorlar konsultatsiya o'tkazganlarida, o'sma tashxisini qo'ymagan bo'lmasalar ham, nimanidir yashirgandek ehtiyotkorlik bilan gapirganliklarini eslaydi. Shifokorlar o'z vaqtida og'ir kasallikni aniqlay olmagan va bemorga endi yordam berib bo'lmaydigan holatlarda kasallik tashxisi qo'yilgan ko'plab holatlar yodiga tushmoqda. Bularning hammasi to'g'risida jo'shib gapirmoqda, shifokorning so'zini bo'lib, «kasalligi»

haqidagi barcha yangi dalillarni keltirmoqda. Bemor bilan suhbat, shifokorning boshqa bemorlar ham kutayotgani to'g'risidagi ogohlantirishiga qaramasdan, bir soatdan ko'p vaqtni egalladi.

Sindromni aniqlang.

3-masala

Bemor P., 32 yoshda, musiqa o'qituvchisi. Xarakteri bo'yicha ta'sirchan, mijg'ov, injiq. Atrofdagilarning diqqat markazida bo'lishni yoqtiradi, do'stlar davrasida quvnoq, guruhning «jonlantiruvchisi», lekin oilada jizzaki, chiqisha olmaydigan va rashkechi. Kasallik og'ir asoratlar bilan kechgan ikkinchi tug'ruqdan so'ng boshlandi. Bolaning parvarishi ko'p kuch olardi. Erining qarindoshlari bilan bo'lgan tortishuvdan so'ng kayfiyati buzildi, yig'ladi, o'zining yashagisi kelmayotgani haqida to'liqinlanib gapirdi. Bir vaqtning o'zida miyasida saraton bilan xastalanganligi to'g'risida fikr paydo bo'ldi. O'zining qornida tarqalib yaralar hosil qilayotgan o'smani aniq va ravshan tasavvur qildi. Bu fikrlaridan o'zi ham qo'rqib ketib, ularni esidan chiqarishga harakat qildi, lekin bu fikrlar uning miyasidan ketmay qoldi, qo'rquv va xavotir chaqirdi. Shifokor terapevtga murojaat qildi, ammo u ichki a'zolardan hech qanday kasallik belgilarini topa olmadi. Bir qancha vaqtga bemor tinchlandi, lekin tez orada og'ir azoblarda o'lishi mumkinligi to'g'risidagi fikr yana paydo bo'ldi. Og'ir kasallik, o'lim haqidagi miyasidan ketmaydigan fikrlarga shikoyat qiladi. Shifokor-psixiatr qabulida hayajonlanmoqda, yig'lab, unga yordam berishlarini so'ramoqda. O'zining xavotirlari asossiz ekanligini tushunadi, ammo ulardan qutula olmayapti. «Aqldan ozishdan», butun umrga psixiatriya kasalxonasida qolishdan qo'rqadi.

Sindromni aniqlang.

4-masala

Bemor 36 yosh, o'qituvchi, peshona va ensa sohasidagi doimiy bosh og'rig'i, quloqlardagi pulsatsiyalovchi og'riq, ko'zdagi qorong'ilashuv, yurak sohasidagi og'riq, yuqori ta'sirchanlik, charchash, ish qobiliyatining pasayishi, uyqu buzilishlari (uyqusi yuzaki, tez-tez uyg'onib ketish bilan), sutkasiga 2-3 soatdan ko'p uxlamaslik, uzoq vaqtgacha uxlay olmaslik kabi shikoyatlar bilan shifoxonaga keldi. Bemor bezovta, kayfiyati pasaygan, tushkun, ichki bezovtalikni his etadi, o'zining kuchiga ishonmaydi, jur'atsiz, yig'loqi. Ayrim vaqtlarda bemorda to'satdan ko'z oldi qorong'ilashib bosh aylanishi, hushdan ketish, hushsizlik holati, tez o'tib ketuvchi karaxtlik bilan namoyon bo'luvchi xurujlar kuzatiladi. Yuzaga kelgan bu holat bir

necha soatgacha saqlanadi, keyin o'tib ketadi, ko'z tubida arteriyalar spazmi saqlanadi. AB ko'pincha 160-170/70-80 gacha ko'tariladi va tranzitor xarakterga ega.

Sindromni aniqlang.

5-masala

Bemor V., 48 yosh, texnik-o'rmonchi. Daraxt ustunlarini o'lchash bilan shug'ullanayotib, o'rmon chekkasiga yaqinlashgan sari ularning diametrini o'zgarishiga e'tibor berdi. V. agar shu o'zgarishlarni ifodalovchi formula ishlab chiqilsa, yog'och hajmini o'lchashda bu formulani katta ahamiyatga ega bo'lishini o'yladi. U o'z kuzatuvlarini davom ettirdi va ma'lum bir vaqtdan so'ng, kerakli formulani ishlab chiqdi. V. o'z ishlari va maqolalarini turli ilmiy jurnallarga jo'nata boshladi, lekin ular tan olinmadi. Uning ishlariga yozilgan taqrizlarda, mavzuning dolzarbligi, ammo keltirilgan hisobotlar ishonchsiz, tekshiruvni talab qilishi ko'rsatiladi. Lekin V., qaysar va shu bilan birga, haddan tashqari o'zini sevuvchi inson bo'lgani sababli, taqrizlarda ko'rsatilgan tushuntirishlardan qoniqmadi. Mutaxassislar bilan bo'lgan shaxsiy uchrashuvlar ham, uni olgan ma'lumotlari xatoligiga ishontira olmadi. Bu xulosalarni noobyektiv deb hisoblab, ko'plab turli idoralarga «haqiqatni tiklash» talabi bilan murojaat qila boshladi. Xat yozish ishlari bilan keng shug'ullanib kiruvchi va chiquvchi hujjatlar uchun ikkita papka tutdi. U opponentlarga bo'lgan javoblarida, o'zining fikrlariga norozi bo'lgan olimlarning so'zlaridan kichik noaniqliklarni qidirib, ular orqali noobyektiv baholash, konservatizm, mas'uliyatdan qochish istagi dalillarini ko'rar edi. Ishdan bo'sh vaqtining hammasini V. hujjatlar tuzishga, o'zining haqligini isbotlash uchun yangi dalillar izlashga bag'ishlay boshladi. Shu sababli, u o'zining majburiyatlariga yetarlicha e'tibor bermay qo'ydi, oila a'zolari, do'stlari bilan bo'lgan suhbatlarda doimo o'zining kashfiyoti masalasiga qaytardi, o'z noroziligini namoyish etardi, hayajonlanardi, har qanday e'tirozlardan xafa bo'lardi. Jizzaki bo'lib qoldi, yomon uxlay boshladi.

Sindromni aniqlang.

6-masala

Bemor V., 18 yoshda, I guruh nogironi. Ko'p oylar davomida ahvoli o'zgarmay qolmoqda. Hech kim bilan gaplashmaydi, soatlab to'shakda bir xil tana holatini saqlagan holda yotadi, boshi yostiqdand ko'tarilgan. Ba'zida o'rnidan turib, uzoq vaqt to'shagi oldida, bir xil tarzda og'irligini bir oyog'idan ikkinchi oyog'iga o'tkazib turadi. Vaqti-vaqti bilan to'satdan sakrab tushadi, eshik oldiga yugurib keladi, ostonani o'pib, yana to'shakka

kelib yotadi. Yuzida ma'nosiz tabassum qotib qolgan, lablari oldinga cho'zilgan (xartum simptomi), teri qoplamalari yog'li, og'zidan so'lak ajralmoqda. Qo'l kaftlari va oyoqlarida sianoz, akrotsianoz, gipergidroz. Bemor bilan muloqot o'rnatib bo'lmayapti, savollarga javob bermaydi, yon-atrofga alanglaydi, nimagadir kuladi. Bemorni ko'rib chiqishga, og'zini ochishga harakat qilinganda, qarshilik ko'rsatadi. Oyoq-qo'llarida mushaklar tonusi oshgan. Bemorni ovqatlantirish juda qiyin. Ovqatlantirayotganlarida yuzini o'girib, jag'ini qattiq yopib oladi. Ammo ba'zida, o'zi bilan o'zi qolganda, qo'lga qoshiq olib, asta-sekin ovqat yeyishni boshlaydi. Palapartish, peshobini va axlatini to'shakka bajaradi. Bemorni parvarishlash juda qiyin.

Sindromni aniqlang.

7-masala

Bemor P., 37 yosh, elektrotexnik, kasallikkacha yaxshi xotiraga ega bo'lgan, yaxshi o'qigan. Yangi sharoitga tushganda, yaxshi ko'nikkan. Serharakat bo'lgan, jamoat ishlarida faol qatnashgan, jamoa tashkillashtirishni uddalagan. Armiya saflarida xizmat qilgan chog'ida, ikki marotaba kontuziyaga uchragan, har safar 2-3 oy davolangan va o'z majburiyatlarini bajarishga qaytgan. Lekin oxirgi kontuziyadan so'ng og'ir holat rivojlanib, bosh og'rig'i, tez charchash bezovta qila boshlagan. Tez orada xizmat safidan chiqariladi, ishga joylashishga harakat qilgan, biroq bunga jizakiligi tufayli kelib chiqqan kelishmovchiliklar xalaqit bergan. Ish joyini tez-tez o'zgartirib turishga to'g'ri kelgan. Psixiatriya kasabxonasida tekshiruvdan o'tkazilgan.

Oxirgi 5 yil davomida nogiron (2 gr.). Bosh og'rig'i, uyquning yomonlashuvi, urush sahnalari bo'lgan qo'rqinchli tushlar ko'rishga, har qanday ishni bajarishga xalaqit beruvchi parishonxotirlikga, haddan tashqari ta'sirchanlikka — «dunyoga qaragim kelmaydi, hamma narsa asabiylashtiradi» — shikoyat qiladi. Bemorda har 3-4 oyda hushdan ketish talvasalari kuzatiladi.

Nevrologik tekshiruvda quyidagilar aniqlandi: burunlab burmalarining asimmetriyasi, til tashqariga chiqarilganda chog'ga egiladi, pay reflekslari yuqori, kengaygan zona bilan.

Ruhiy holatida asosiy buzilish emotsional turg'unsizlik hisoblanadi: shovqin, baland ovozdag'i suhbat vaqtida tez asabiylashadi, atrofdagilar bilan oson janjalga kirishadi, natijada bemorlar bilan bo'ladiqan kelishmovchiliklardan gochadi. Maxsus tekshiruvlarda eslab qolish qobiliyatining pasayishi aniqlangan.

Sindromni aniqlang.

VI. RUHIY BEMORLARNING HAMSHIRALIK TASHHISOTI- HAMSHIRALIK JARAYONINING II BOSQICHI SIFATIDA

Zamonaviy tasavvurda, tibbiyot yordamining sifati – bu xizmatlar tavsiflarining yig'indisi bo'lib, faqatgina texnologik standartlar va bemorlar talablariga mos kelmasdan, balki tibbiy yordamning yashirin ehtiyojlarini ham ta'minlaydi. Sog'liqni saqlash sohasida sifat tushunchasi endigina kundalik hayotga kirib kelmoqda. Tibbiy yordam ko'rsatish tarmoq standartlari tobora keng tatbiq etilmoqda, shu qatorda psixiatriyada ham. Standartlar tibbiy xizmatlarning bajarilish sifati va to'laqonlilikini baholash uchun asos hisoblanadi.

Bo'limda hamshiralik parvarishi BDSST Ustavi (1946) va Butun Dunyo hamshiralalar kengashining Etik Kodeksi (1973), konseptual modeliga asoslangan. V.Xenderson va boshqa tibbiy hujjatlarida ruhiy bemorlardagi asosiy muammolar bo'yicha amaliy faoliyat standartlari ishlab chiqilgan.

Sog'liqni saqlash amaliyotiga hamshiralik ishining zamonaviy konsepsiyalarini tatbiq etilishi natijasida hamshiralik tarixnomalari va hamshiralik tashxislari paydo bo'lmoqda. Psixiatriyada hamshiralik tashxisi, tibbiyotning boshqa yo'nalishlari kabi, bemorning patologik jarayonga nisbatan tashqi javob reaksiyasini va insonni qoniqtiruvchi asosiy ehtiyojlar buzilishini tasvirlashdan iborat.

Hamshiralik tashxisi, shifokorlarnikidan farqli, bir necha marta o'zgarishi mumkin va hamshiralik vazifasi chegarasidan tashqariga chiqmaydi. U uch tarkibdan tashkil topadi: muammoning nomlanishi, uning etiologiyasi va ko'rinishlarning xarakterli belgilari.

- Muammoning nomlanishi bemor holatini qisqacha yoritib beradi. Masalan: «emotsional noturg'unlik» yoki «bezovtalik», «uyqu buzilishi» yoki «yetarlicha ovqatlanmaslik» va h.k.

- Muammoning etiologiyasi uning kelib chiqish sabablarini aniqlaydi, hamshiralik aralashuviga yo'nalish ko'rsatib, xavf omilini hisobga olib, bemorlarga individual yordam ko'rsatish imkoniyatini beradi. Masalan: «Zaharlanishdan qo'rqish sababli yetarlicha ovqatlanmaslik», «ta'qib qilish vasvasalari tufayli kelib chiqqan bezovtalik», «depressiya natijasida o'ziga nisbatan kuch ishlatish xavfi» va x.k

- Muammoning xarakterli belgilari – bu hamshiralik tashxisi asosini tashkil etadigan simptomokompleksdir. Masalan: «Zaharlanishdan qo'rqish sababli yetarlicha ovqatlanmaslik, ovqatdan bosh tortish dalolat beradi», yoki «depressiya tufayli o'zini o'ldirish xavfi, g'amgin kayfiyat va gunohkorlik hissi bundan guvohlik beradi» va h.k.

Tibbiyot hamshirasi bemorning ruhiy holatini baholashda asosiy diqqatni muloqot o'ratish, subyektiv va obyektiv ma'lumotlar yig'ishga qaratishi lozim (hamshiralik jarayonining I bosqichi). So'ngra II bosqichga – hamshiralik tashxisini qo'yishga, uning uch asosiy tarkibiga e'tibor bergan holda, (muammoning nomlanishi, uning etiologiyasi va ko'rinishlarning xarakterli belgilari) o'tiladi. O'ziga xos belgilarni nomlashda kasallik simptomlari sanab o'tiladi. Masalan: «bosh miyaning travmatik shikastlanishi oqibatida, mo'ljalning buzilishi bilan namoyon bo'lgan ong anglashilmovchiliklari».

Bemorning muammolari fiziologik, psixologik, madaniy va potensial (agar maxsus choralar ko'rilmasa) kabi turlarga bo'linadi.

Psixiatrik muassasalar bemorlari orasida keng tarqalgan muammolarga quyidagilar kiradi:

1) *fiziologik*: yetarlicha bo'lmagan yoki ko'p ovqatlanish, ichak atoniyasi, teri qoplamlari butunligining buzilishi, nutq buzilishi, shaxsiy gigiyenaning yetishmasligi, jismoniy faollikning pasayishi, harakatchanlikning chegaralanishi, nafas yo'llarining samarasiz tozalanishi va h.k.

2) *psixologik*: bezovtalik, idrok buzilishi, bilimlarning yetishmasligi, emotsional turg'unsizlik, ong chalkashishi, xotira va oriyentatsiyaning buzilishi, holsizlik, diqqatni jamlash qiyinligi va h.k.

3) *ijtimoiy*: moslanuvchanlikni buzilishi, yetarlicha aloqalarning yo'qligi va h.k.

4) *madaniy*: o'ziga e'tibor berish istagining yetishmasligi, o'ziga xizmat ko'rsatishning qobiliyatining chegaralanganligi, ijtimoiy noloyiq va nomuvofiq xulq (masxarabozlik, jamiyatdan yiroqlashish).

5) *potensial*: o'ziga nisbatan zo'ravonlik xavfi borligi, tutqanoq xurujlar yuzaga kelish xavfi, agressiv harakatlar yoki disforiyalar paydo bo'lishi xavfi va h.k.

Ruhiy kasalliklardagi yuzaga keladigan ehtiyoj buzilishlari

I. Fiziologik ehtiyojlarning buzilishi

1. Nafas olishning buzilishi:

- vegetativ-qon-tomir krizisi vaqtidagi hansirash

2. Ovqatlanishning buzilishi:

- qayt qilish,
- semirish,
- ozib ketish.

3. Ajratishning buzilishi:

- enurez,
- qabziyat.

4. Harakat buzilishlari:

- qo'zg'aluvchanlik:
psixomotor;
katatonik;
depressiv;
maniakal.
- stupor:
katatonik;
depressiv.
- isterik buzilishlar:
parezlar;
paralichlar;
harakat koordinatsiyasining buzilishlari.
- talvasalar:
epileptiform,
isterik.

5. Uyqu buzilishlari:

- uyqusizlik;
- yuzaki uyqu;
- uyquga ketishning buzilishi;
- yuqori uyquchanlik.

6. Mayl buzilishlari:

- seksual;
- kleptomaniya;
- dromomaniya;
- piromaniya.

7. Qulaylikning (komfortning) buzilishlari:

- o'tkir og'riq;
- surunkali og'riq;
- senestopatiyalar;
- gi peresteziya;
- bosh aylanishi;
- mimikaning buzilishi.

II. Xavfsizlik ehtiyojlarining buzilishi

1. Gigiyenik ko'nikmalarning buzilishi:

- o'ziga xizmat ko'rsatish ko'nikmalarining buzilishi;
- harakat buzilishlari, ko'nikmalar yo'qolishi natijasida (apraksiya) o'ziga xizmat ko'rsatish ko'nikmalarining buzilishi.

2. Ijtimoiy ehtiyojlarning buzilishi:

- muloqotning buzilishi:
odamovilik;
ko'tarinki muloqotchanlik;
autizm.

- nutq buzilishi;
- intellektning pasayishi:
oligofreniya;
demensiya.

3. Atrofning idrok etishning quyidagilar natijasidagi buzilishi:

- gallutsinatsiyalar,
- vasvasa fikrlar,
- Xotira buzilishlari:
fiksatsion amneziya;
konfabulatsiyalar,
psevdo reminissensiyalar,
- Ong buzilishlari:
deliriy;
oneyroid;
ongning namozshomsimon buzilishi;
amensiya.

4. Kayfiyat buzilishlari:

- qo'rquv;
- xavotir;
- depressiya;
- eyforiya;
- emotsional labillik;
- emotsional to'nglik;
- emotsional noadekvatlik.

5. Iroda buzilishlari:

- gi pobuliya;
- gi perbuliya;
- abuliya;
- parabuliya.

6. O'zini hurmatlash va qadr-qimmatini his etishning buzilishi: shaxsiy qadr-qimmat hissining pasayishi, ijodiy faollikning pasayishi.

Ruhiy kasalliklardagi hamshiralik tashxisiga misollar

1. Quyidagi natijasida qo'zg'aluvchanlik:
 - depressiya;
 - maniakal holat;
 - vasvasa;
 - gallutsinatsiya.
2. Quyidagilar natijasida qo'rquv:
 - vasvasa;
 - gallutsinatsiya.
3. Quyidagi natijasida qaror qabul qila olmaslik qobiliyati:
 - gi pobuliya;
 - abuliya.
4. Parabuliya natijasidagi patologik mayllar.
5. Quyidagi natijasidagi shaxsiy parvarishning yetishmasligi:
 - og'ir depressiya;
 - gi pobuliya;
 - abuliya;
 - demensiya;
 - stupor.
6. Odamovilik.
7. Yuqori muloqotchanlik.
8. Quyidagi natijasida atrof-muhitni noto'g'ri idrok etish:
 - gallutsinatsiya;
 - vasvasa g'oyalari.
9. Quyidagi natijasida ovqatdan bosh tortish:
 - depressiyalar;
 - hidlov gallutsinatsiyalari;
 - ta'm bilish gallutsinatsiyalari.
10. Depressiyalar natijasidagi qabziyatlar.
11. Quyidagi natijasida uyqu buzilishlari:
 - asteniyalar;
 - depressiyalar;
 - maniakal holat.
12. Quyidagi natijasida ong buzilishlari:
 - karaxtlik;
 - deliriy;
 - amensiya.
13. Quyidagi natijasida atrof-muhitni noto'g'ri idrok etish:
 - deliriy;

- oneyroid;
 - amensiya;
 - ongning namozshomsimon qorong'ilashuvi.
14. Quyidagi natijasida disforiyalar:
- giyovandlikdagi abstinensiya;
 - alkogolizmdagi abstinensiya;
 - epilepsiya.
15. Asteniya natijasida ta'sirotlarga yuqori sezuvchanlik.
16. Asteniya natijasidagi yuqori ta'sirchanlik.
17. Quyidagi natijasida ish qobiliyatining kamayishi:
- asteniyalar;
 - depressiyalar;
 - maniakal holat.
18. Quyidagi natijasida kelishmovchilik:
- astenilar;
 - disforiyalar.
19. Stupor natijasidagi harakat faolligining yo'qolishi.
20. Posttravmatik reaksiya.
21. Stress sindromi.

Bemorlarning hamshiralik tashxisoti suhbat va hamshiralik kartasidagi yozib olingan ma'lumotlar asosida amalga oshiriladi. Ko'p hollarda tibbiyot hamshiralari ma'lumotlar yig'ayotganda birlamchi ma'lumot manbayidan foydalanadilar (professional surishtiruv va bemorni ko'rish). Bundan tashqari, ikkilamchi manbalar ham qo'llaniladi: tibbiy hujjatlar, bemorning qarindoshlari va yaqinlari bilan suhbat.

Psixiatriyadagi bemorlarning muammolari turlicha: idrok buzilishi, tafakkur buzilishlari, aqli zaiflik, fe'l-atvor patologiyasi, katatoniya, abstinensiya, somatik kasalliklar, bosh miyaning organik kasalliklari va h.k.

Psixiatriyadagi bemorlar muammolarining o'ziga xos belgilari: xavotirlanuvchanlik, shubhachilik, agressiv harakatlar, psixomotor qo'zg'aluvchanlik, gallutsinatsiyalar, vasvasa va tuturuqsiz fikrlar, holsizlik, uyqusizlik, kayfiyatning pasayishi, qo'rquvlar, kayfiyatning ko'tarinkiligi, tajovuzkorlik, harakatsizlik, xotiraning buzilishi va h.k.

Hamshiralik tashxisi qo'yilgandan so'ng, hamshiralik jarayonining III bosqichiga – ruhiy bemorlarning hamshiralik parvarishini rejalashtirishga o'tiladi. Tibbiyot hamshirasi birinchi o'rindagi masalalarni belgilab, maqsadlarni aniqlaydi (qisqa va uzoq muddatli), hamshiralik aralashuvi turlarini saralaydi (mustaqil, bog'liq va o'zaro bog'liq) va parvarish rejasini ishlab chiqadi. Bu jarayonda u optimal hamshiralik strategiyasini tanlash

uchun, hamshiralik standartlaridan foydalanib, hamkasblari, shifokorlar va boshqa mutaxassislar bilan maslahatlashadi.

Hamshira parvarish rejasi tuzilgandan so'ng, hamshiralik aralashuvlarini amalga oshirishga kirishadi, bu hamshiralik jarayonining IV bosqichiga to'g'ri keladi. Hamshiralik jarayonining IV bosqichidagi asosiy faoliyat-ruhiy bemorni parvarishlashdan tashqari, ular bilan to'liq muloqotga kirishib, xotira, diqqat, intellekt, hissiyot-iroda sohalarini baholaydi, bemorlarni bo'limdagi boshqa bemorlar bilan tanishtiradi, shuningdek, bemorni atrof-muhitni mo'ljalga olish qobiliyatlarini aniqlaydi, ruhiy statsionarda ular uchun qulay sharoit yaratib berishga harakat qiladi, bemorlarning sayr qilishlari va dam olishlarini tashkillashtiradi. Bemorning o'ziga g'amxo'rlik qilish imkoniyati bo'lmaganda, hamshira uning sog'ligiga ta'sir qilayotgan noxush omillarni aniqlaydi, bemorni qurbi yetadigan faoliyat bilan mashg'ul qiladi, oila a'zolari bilan muloqot o'rnatib, bemorning atrofdegilar bilan o'zaro munosabatlarining optimal yo'llarini qidiradi.

Hamshiralik jarayonini psixiatriya amaliyotiga tatbiq etilishi tibbiyotning murakkab va jiddiy muammolaridan biridir. Hamshiralik tashxisini qo'yish uchun hamshira bemorni yaxshi bilishi, unga «kasallik tashuvchisi emas», balki insonga qaragandek muomalada bo'lishi kerak. Hamshiralik kartasini har kuni to'ldirib, bemorning hayoti va kasalliklari to'g'risida ma'lumotlarni yig'ish jarayonida, uning tibbiy va shaxsiy muammolarini yaxshi tushuna boshlaydi, achinish va hamdardlik hislari uyg'onadi, bemor o'rniga o'zini qo'yib, uning ko'zlari bilan dunyoga qarashni o'rganadi. Hamshiralik jarayonini amalga oshirilishi hamshiraning professional o'sishiga yordam beradi, hamshiralik aralashuvi samarali amalga oshiriladi, parvarishning sifati yaxshilanadi, hamshiralikning mavqeyi ortadi. Hamshiralik jarayoni bemorlarning o'z kasalligiga bo'lgan munosabatini o'zgartiradi, ular tibbiy xizmatning passiv ehtiyojmandlaridan, hamkorlarga aylanadilar, kasallikni davolashda tibbiyot xodimlariga yordam beradilar. Hamshiralik jarayonini malakali amalga oshirish uchun xususiy psixiatriyadan yetarlicha bilimlar darajasi kerak bo'ladi.

RUHIY KASALLIKLAR XUSUSIY PSIXIATRIYA

Ruhiy faoliyat – bu borliqni, uning tashqi va ichki o'zgarishlariga shaxsning munosabatini miyada aks ettirilishidir. Ruhiiy reaksiya (munosabat) ta'sirlovchining sifati va kuchi singari, ta'sirlanuvchi tizimning xususiyatlari – inson organizmiga ham bog'liq.

Normal javob reaksiyasi ta'sirlovchiga mos, unga ahamiyati, kuchi va davomiyligi bo'yicha mutanosib bo'lishi kerak, ya'ni sog'lom insonning nevroitik reaksiyalari. Lekin ayrim vaqtlarda ruhiy javob reaksiyasi noadekvat, o'zgargan yo'nalishdagi yoki me'yordan ortiq yaqqollik va faoliyat ko'rinishidagi xastalik belgilari namoyon bo'ladi. Patologik reaksiyalar ko'pincha salomatlikni yo'qotishga javoban, ya'ni qandaydir somatik yoki nevrologik kasallikning yuzaga kelish natijasida shakllanadi. Chunki istalgan og'ir nuqson bemorning oilasi va hamkasblari bilan bo'lgan o'zaro munosabati, ijtimoiy holatini o'zgartiradi. Bundan tashqari, kasallikka bo'lgan reaksiya «kasallikning ichki ko'rinishi»ni o'zgartirib yuboradi. «Kasallikning ichki ko'rinishi» — bu bemorning o'z kasalligi, uning rivojlanish mexanizmi va kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlari to'g'risidagi tasavvurlari, shubha, qo'rquv, xavotirlaridir. Tibbiyot xodimining kasbiy mahorati bemorga uning imkoniyatlari darajasida, kasallik haqida to'g'ri tasavvur paydo bo'lishiga yordam berish, uni yatrogeniyalardan (tibbiyot xodimining noto'g'ri so'zi yoki harakatiga nisbatan patologik reaksiya) himoya qilish va kasallikka nisbatan patologik reaksiya rivojlanishini oldini olishda namoyon bo'ladi.

Ruhiy kasalliklarning sababi faqatgina somatik emas, balki ruhiy noxush omillar ham bo'lishi mumkin. Bunday hollarda psixogeniyalar haqida so'z yuritiladi. Og'ir ruhiy shikastlovchi omillar ta'sirida kelib chiqqan emotsional taranglik insonning ruhiy faoliyatini buzadi. Ayrim holatlarda ruhiy jarohat og'ir ruhiy ta'sirlanishni chaqiradi, boshqa hollarda esa u nim o'tkir va og'ir, lekin ruhiyatni shikastlab, surunkali emotsional taranglikka olib keladi va kasalliklar psixotik holatlar (reaktiv psixozlar) va nevroitik holatlar (nevrozlar) ko'rinishida namoyon bo'ladi. Oxirgi yillarda kelib chiqishida salbiy emotsional kechinmalar asosiy rol o'ynovchi kasalliklar ajratilmoqda. Bu holatlarda «psixosomatik kasalliklar» — gi pertoniya kasalligi, yurak ishemik kasalligi, qandli diabet, bronxial astma, oshqozon yara kasalligi va h.k. lar haqida gapiriladi.

Ruhiy kasalliklar tasnifiga turli nuqtayi nazarlardan yondashish mumkin. Agar ruhiy kasalliklarga etiologiyasi (kelib chiqishi) jihatidan qaraladigan bo'lsa, unda shartli ravishda quyidagi guruhlar ajratiladi:

I. Psixogen ruhiy kasalliklar, ularning kelib chiqishida ruhiy shikastlovchi omillar muhim ahamiyat kasb etadi. (reaktiv holatlar, nevrozlar)

II. Ekzogen ruhiy kasalliklar, ularning kelib chiqishidagi asosiy rol tashqi muhitning zararli omillariga tegishli (infektsion, intoksikatsion, travmatik, somatogen va h.k.)

III. Endogen ruhiy kasalliklar, ularning kelib chiqishi asosan ichki irsiy omillar bilan bog'liq: shizofreniya, MDP, qarilik psixozlari, epilepsiya kasalligi va h.k.

Ruhiy kasalliklar tarqalishi va kasallanishni hisobga olish, shu ko'rsatkichlarga ta'sir qiluvchi sabablarni o'rganish va taqqoslash uchun o'lim sabablari va Kasalliklarning Xalqaro Tasnifi (KXT) mavjud. Bu tasnif Butun Dunyo Sog'liqni Saqlash Tashkiloti (BDSST) tomonidan ishlab chiqilgan, har 10 yilda maxsus konferensiyada, BDSSTga a'zo davlat vakillari tomonidan qayta ko'rib chiqiladi va tasdiqlanadi.

Hozirgi vaqtda KXTning 10-qayta ko'rilgan shakli amalda. Unda ruhiyatning psixotik va nopsixotik buzilishlari, shaxs va xulq buzilishlari, aqliy qoloqlik va h.k. lar ajratib ko'rsatilgan.

RUHIY KASALLIKLARNING KECHISHI

Ruhiy kasalliklar aynan ruhiy kasalliklarning o'zlari va patologik holatlarga bo'linadi. Ruhiiy kasalliklarning kechishida, har qanday boshqa kasallikdagi kabi, bir necha davrlarni ajratish mumkin: boshlang'ich, yaqqol klinik belgilar davri va natija davri. Bularidan farq qilib, patologik holatlar – ruhiyatning kam tiklanuvchan nuqsonlari, o'ziga xos ruhiy majruhlik bo'lib, ular kompensatsiyalangan yoki dekompensatsiyalangan bo'lishi mumkin, ammo ular bemorning butun hayoti davomida saqlanib qoladi. Patologik holatlarga eng yorqin misol bo'lib, asosida bosh miyaning to'liq rivojlanmay qolganligi yotuvchi tug'ma aqliy qoloqlik (oligofreniya) va fe'l-atvorning o'ziga xos anomaliyalarini tashkil qiluvchi psixopatiyalar guruhi hisoblanadi.

Aynan ruhiy kasalliklarning kechishida quyidagi turlari ajratiladi:

– *progrediyent kechishi* – kasallikning bostirib keluvchi, progressiv rivojlanib boruvchi kechishi bo'lib, klinikasi nisbatan sodda psixopatologik sindromlardan ancha murakkab bo'lgan buzilishlarga transformatsiya bo'lishi kuzatiladi;

– *regrediyent kechishi* – kasallikning rivojlanishi hatto davolash tadbirlari ko'rilmaganda ham psixopatologik simptomatikaning asta-sekin kamayib borishi bilan kechadi. Bunday kechish turi masalan, bosh miya jarohatlaridagi ruhiy buzilishlar uchun hos;

– *uzluksiz kechishi* – kasallikning rivojlanishida, psixopatologik simptomatika namoyon bo'lishida o'z holicha (spontan) remissiyalar kuzatilmaligi xos (ammo davolash tadbirlari ta'sirida bunday tanaffuslarga erishish mumkin);

– *xurujsimon kechishi* – kasallikning rivojlanishida psixopatologik simptomatika redutsirlangan yoki butunlay yo‘qolgan, nisbatan uzoq yoki qisqa davom etuvchi davrlar bo‘lishi hos.

Kasalliklarning xurujsimon kechishi turi, o‘z navbatida, ikkita turga: uzilib turuvchi va fazali kechish turiga bo‘linadi.

Uzilib turuvchi turi uchun – kasallikning ko‘p marta takrorlanuvchi xurujlari (retsidivlar) xos bo‘lib, ular remissiyalar – asosiy psixopatologik simptomatika kamaygan, ammo ma‘lum ruhiy nuqsonning mavjudligini bildiruvchi simptomlarning – ya‘ni hissiyot-iroda yoki intellektual-mnestik nuqson saqlanib qolgan davrlar bilan almashinib turadi. Uzilib turuvchi kechish turi shizofreniyaning ba‘zi shakllarida va bosh miya organik zararlanishi natijasidagi psixozlarda uchraydi.

Fazali (davriy) kechishi uchun ko‘p marotaba yuzaga keluvchi kasallik xurujlari (bu holatlarda xurujlar fazalar deb nomlanadi) xos bo‘lib, ular psixopatologik simptomlarning butunlay yo‘qolishi davrlari bilan almashinadi. Bu davrlar yorug‘lik oraliqlari deb nomlanadi. Bunday kechish turi maniakal-depressiv psixoz uchun hos.

Ruhiy kasalliklarning oqibatlari. Har qanday boshqa kasalliklarda kabi, ruhiy kasalliklarning oqibatlari ijobiy va salbiy bo‘lishi mumkin. «Ruhiy kasalliklarda ijobiy natija bo‘lmaydi» degan tushunchalar xatodir. Hatto psixiatriya kasalxonalarining tibbiy xodimlarida ham, ba‘zida ruhiy kasalliklarning salbiy natijasi haqida odatdagi noto‘g‘ri tushunchalar mavjud. Buni shu bilan tushuntirish mumkinki, eng og‘ir bemorlarda kasallik ko‘pincha retsidiv beradi. Ammo shuni hisobga olish zarurki, kasalxonalarda umumiy bemorlar miqdorining faqat ozgina – 12-15% qismi yotadi. Boshqa tomondan, bir marta kasallik o‘tkazgan va sog‘aygan bemorlar statsionarlar tibbiy xodimlarining nazarlaridan chetda qolib ketadi, natijada ruhiy kasalliklar haqidagi tasavvur doimiy bemorlarning ko‘p martalik gospitalizatsiyasi asosida shakllanadi, bunday bemorlarning soni esa juda chegaralangan.

Kasallikning ijobiy oqibatlariga bemorning sog‘ayishi kirib, bu holatda nafaqat psixopatologik simptomatikaning to‘liq likvidatsiyasi, balki mehnat qobiliyatining tiklanishi va hayotga moslashuvini ham tushunish kerak. Ammo bu har doim ham bemorning o‘ziga bog‘liq bo‘lavermaydi: bemor yashayotgan mikrosotsial muhit, munosabatlardagi kelishmovchiliklar, sog‘ayayotgan kishini kechirayotgan murakkab muammolarini hatto yaqin kishilari tomonidan ham to‘liq tushunilmaslik, ba‘zida turmush va mehnatdagi qiyinchiliklar – bularning barchasi bemor ruhiy salomatligining to‘liq tiklanishi jarayonini sekinlashtiradi.

Psixiatriya kasalxonalari va dispanser muassasalari tibbiy xodimlarining vazifalariga nafaqat bemordagi psixopatologik simptomatikani bartaraf etish, balki unga «hayotga qaytishda» yordam ko'rsatish ham kiradi, buning uchun esa ruhiy kasallik o'tkazgan bemor yashashi kerak bo'lgan muhitga barcha amalga oshirish iloji bo'lgan ta'sirlarni o'tkazish zarur bo'ladi.

Ruhiy kasalliklarning salbiy oqibatlariga quyidagilar kiradi:

– *ruhiyat nuqsonining rivojlanishi*, bu bemorning ish qobiliyatini pasaytirishi, hatto ish qobiliyatidan mahrum qilishi mumkin va uning shaxsini jamiyatdagi to'la qonli hayotga adaptatsiyasiga xalaqit beradigan darajada o'zgartirib yuboradi. Hissiyot-iroda nuqsonlari shizofreniyada; intellektual mnestik buzilishlar – bosh miya qon tomir kasalliklari, travmalari bilan bog'liq organik kasalliklari, og'ir yuqumli va intoksikatsion psixozlar, shuningdek, kechki yosh davrining aqli zaiflikka olib keluvchi kasalliklarida rivojlanishi mumkin.

– *tez-tez kuzatiluvchi retsidivlar* ruhiy kasalliklarda ular ruhiy faoliyat nuqsoniga har doim ham bo'lavermasa-da, olib keladi, ammo tez-tez gospitalizatsiyalar zarurati tufayli bemor hayotga turg'un moslasha olmaydi. Bunday kechish turi turli xil psixozlarda uchrashi mumkin;

– *shaxsning patologik rivojlanishi (psixopatizatsiya)*, o'tkazilgan psixozdan keyin, shuningdek, bemorning jamiyatda moslashuviga xalaqit beradigan darajaga yetishi mumkin;

– *o'lim holati*, bu asosan yo'ldosh kasalliklar bilan bog'liq. Umuman, ruhiy kasalliklarda o'lim holati ko'p uchramaydi. U umumiy aholi orasidagi o'lim ko'rsatkichining 5-6% iga to'g'ri keladi. Tibbiyot fani va amaliyotining yutuqlari sababli, oxirgi o'nyillik davomida bu ko'rsatkich keskin pasaydi. Ammo ba'zi muammolar hali hal etilmagan va ko'pchilikni bezovtalantirmoqda. Bu – o'tkir alkogol psixoz – oq alahlashdagi yuqori ko'rsatkichli o'lim ko'rsatkichiga ham taalluqlidir. Yana bir muhim muammo – o'z joniga qasd qilish holatlarining salmoqli miqdori ruhiy kasalliklar bilan bog'liq. Yirik ijtimoiy islohotlar va kasalxonadan tashqaridagi yordamning samarali tashkil etilishi sababli bu ko'rsatkich nisbatan pasaydi.

REAKTIV PSIXOZLAR

Reaktiv psixozlar ko'pincha zaif turdagi asab tizimli shaxslarda o'ta kuchli ekstraordinar ruhiy jarohatlovchi omillar (yaqin kishisining o'limi, bemorning yoki uning yaqin qarindoshlarining hayoti xavf ostida qolishi va h.k.) ta'siri ostida yuzaga keladi. Reaktiv psixozlarning klinikasi idrok, hissiyot, tafakkur, ong, doiralarning yaqqol buzilishlari, qo'pol xulq-atvor buzilishlari bo'lishi bilan xususiyatlidir. Bemorlarning reaksiyasi

yuzaga kelgan vaziyatga nisbatan nomuvofiq bo'lib, tanqid yo'qoladi. Endogen psixozlardan farqli tarzda reaktiv psixozlarning oqibati nisbatan yaxshi, odatda, jarayon ortga qaytishga moyil, ammo ba'zi holatlarda, ruhiy jarohatlovchi vaziyat bemor uchun alohida ahamiyatga ega bo'lganda va uni uzoq vaqt davomida bartaraf etishning iloji bo'lmaganda, reaktiv holatlar cho'zilgan shaklda kechadi. Reaktiv psixozlarning bir necha shakli ajratiladi.

Affektiv-shok reaksiyalari to'satdan yuzaga kelgan va juda kuchli ruhiy jarohatlovchi omillar (yer qimirlashi, o't ketishi, suv bosishi, transport halokati va h.k.) natijasida, kuchli stressli vaziyatlarda yuzaga keladi. Ular reaktiv qo'zg'alish shaklida kechib, ong maydoni torayishi, panik qo'rquv, ma'nosiz xatti-harakatlar bilan kuzatiladi va bemorning jon saqlashiga halal beradi, yoki reaktiv stupor shaklida: soqovlik, qotib qolish, harakatsizlik kabi javob reaksiyasining nomuvofiq shakllari ko'rinishida kechadi. Natijada bu holatdagi bemorlarda, odatda, amneziya kuzatiladi.

Reaktiv depressiya bemorning o'tkazilgan qayg'u-tashvish, baxtsizlik, yo'qotishlarga javoban tushkunlik, keskin pasaygan kayfiyat yuzaga kelishi bilan namoyon bo'ladi. Bemorlar tormozlangan, muloqotga qiyin kirishadilar. Mimikalari, nutq reaksiyalari faqat kasallik holati rivojlanishiga sababchi bo'lgan vaziyatlar eslatilganda jonlanadi. Boshqa hamma vaqt bemorlar bo'lib o'tgan voqealar haqidagi azobli o'ylarga tolga bo'ladilar. Ko'pincha hech qanday asos bo'lmasa-da, ular o'zlarini bo'lib o'tgan voqealarda aybdor hisoblab, o'z xatti-harakatlarini jinoiy deb baholaydilar. O'zini ayblash, o'zini kamsitish kabi vasvasa g'oyalari sababli o'z joniga qasd qilish haqidagi fikrlar yuzaga kelishi va ular ba'zida amalga oshishi mumkin. Boshqa holatlarda bemorlar doim og'ir jazoga munosib ekanliklari haqida gapiradilar, ovqatdan qat'iy bosh tortadilar. Ko'pincha reaktiv depressiyada ko'rish yoki eshitish gallutsinatsiyalari kuzatilib, ularning mazmuni ruhiy jarohatlovchi vaziyat bilan uzviy bog'langan bo'ladi. Ba'zida depressiv kechinmalar shunchalik chuqurlashib ketadiki, bemorlar o'z qayg'ularini yig'i bilan yengillashtira olmay qoladilar. Boshqa sababli depressiyalardan farqlanib, reaktiv depressiyada kasallik belgilarining barcha mazmuni psixologik jihatdan tushunarli, ularning yaqqollik darajasi esa jarohatlovchi vaziyatning o'tkirligi bilan belgilanadi va u bartaraf etilganda bemorning ahvoli asta-sekin yaxshilana boshlaydi.

Reaktiv paranoid konfliktli vaziyat, janjal, asossiz shubhalanishga javoban vasvasa reaksiyasidan iborat bo'lib, ko'pincha munosabat, ta'qib vasvasasi rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi. Bemorlarda qo'rquv, xavotir, atrofdegilarga ishonchsizlik hissi paydo bo'ladi. Bu vaziyatda, odatda, o'tkir tarzda vasvasali fikrlar paydo bo'lib, bemorlar ularni ta'qib qilishayotganligi, kuzatishayotganligi, ularni zaharlab, o'ldirishmoqchiligi

va h.k. haqida gapiradilar. Aslida yo‘q bo‘lgan ta‘qibchilar o‘rnida, odatda, real konfliktli vaziyatga ma‘lum darajada aloqador bo‘lgan shaxslar ko‘riladilar. Ba‘zida sindrom tizimida, ta‘qib vasvasa g‘oyalari bilan bir qatorda, idrok buzilishlari noxush, tahdid soluvchi illuziyalar va gallutsinatsiyalar shaklida namoyon bo‘ladi. Reaktiv paranoidlarda shuningdek, nosog‘lom kechinmalarning dinamikasi, mazmuni va yaqqolligi, va ruhiy jarohatlovchi vaziyatning xususiyatlari o‘rtasida uzviy bog‘liqlik aniqlanadi. Patologik g‘oyalar natijasida qo‘zg‘algan bemorlar o‘zlarini o‘ta noadekvat tutishlari, o‘z xatti-harakatlari bilan ba‘zida ham atrofdagilarga, ham o‘zlariga katta xavf tug‘dirishlari mumkin.

Primitiv isterik reaksiyalar bemorning ozodligi yoki hayotiga xavf soluvchi vaziyatlar (qamoq nazoratiga olinganda, hukm chiqarilganda va h.k.) da yuzaga keladi. Bu yerda ko‘pincha *isterik ong buzilishlari* oriyentirovka buzilishi, vaziyatni tushunish aynishi (ba‘zida asl haqiqatga qarama-qarshi) kuzatiladi. Primitiv isterik reaksiyalarning boshqa shakli *psevdo demensiya* (yolg‘on aqli zaiflik) bo‘lib, bunda bemorlar ko‘pincha simulyantlar kabi taassurot qoldiradilar, ularning xatti-harakatlari, javoblari, yuz tuzilishlari juda soxta tuturuqsiz bo‘ladi. Bemorlar oyoqlarini keng yoyib yuradilar, devorlarga tayanadilar, ko‘zlarini qisadilar, qoshlarini keradilar. Oddiy savollarga ular eng tuturuqsiz javoblar beradilar. Haqiqiy demensiyadan bu holat o‘zining ortga qaytishi bilan ajralib turadi. *Puerilizmda* bemorlar, ular uchun qiyin bo‘lgan vaziyatni esdan chiqargandek yoki ataylab inkor qilgandek, o‘zlarini beg‘am va masxarabozlarcha, bolalar kabi tutadilar. Ular qo‘g‘irchoq o‘ynaydilar, arqon sakraydilar, chapak chaladilar. Ularning nutqi shakli va mazmuniga ko‘ra ham bolalarnikini eslatadi. Ko‘pincha puerilizm psevdodement xulq-atvor bilan birgalikda kechadi.

Reaktiv holatlarni davolash birinchi o‘rinda ruhiy jarohatlovchi vaziyatni (agar buni imkoni bo‘lsa) bartaraf etish yoki unga bemorning munosabatini psixoterapevtik va medikamentoz ta‘sir o‘tkazish orqali o‘zgartirishga qaratiladi. Atrofdagilarning tushunish bilan munosabat bildirishi, bemor qiziqishlari, diqqatining boshqa narsalarga qaratilishi katta ahamiyatga ega. Simptomatik maqsadlarda turli psixofarmakologik vositalar qo‘llaniladi.

NEVROZLAR

Reaktiv psixozlar kabi, nevrozlar psixogen kasalliklar hisoblanadi. Ular kuchi va o‘tkirliigi kam bo‘lgan ruhiy jarohatlovchi vaziyatning uzoq vaqt ta‘siri natijasida rivojlanadi. Bu holatlarda, odatda, oilaviy-

maishiy, ishlab chiqarishdagi kelishmovchiliklar haqida gap ketib, ular hatto har doim ham bemor tomonidan ruhiy jarohatlovchi omil sifatida qabul qilinmaydi. Ruhiy faoliyat buzilishlari chuqurligi nevrozlarda nisbatan kam uchraydi — bu yerda tafakkur, idrok va ongning chuqur buzilishlari kuzatilmaydi, atrofdagilarga va o'z holatiga tanqidiy munosabat saqlanib qoladi. Nevrozlar ko'pincha konfliktli vaziyatning somatik kasalliklar, qattiq toliqish, boshqa qo'shimcha zararli omillar bilan birgalikda yuzaga kelib, ular, kasallikning bevosita sababi bo'lmasa-da, katta patogenetik ahamiyatga ega. Shuningdek, ba'zi tug'ma konstitutsion xususiyatlar muhim ahamiyat kasb etadi va ular bir qator shaxslarda nevrotik reaksiyalarning juda ko'p uchrashi, og'irligi va davomiyligini belgilaydi. Nevrozning klinikasida asosan vegetativ, somatik va affektiv buzilishlar namoyon bo'lib, ular yaqqol xulq-atvor buzilishlarini keltirib chiqarmaydi va ularni nisbatan osonlik bilan davolash mumkin. Ba'zi holatlarda, ruhiy jarohatlovchi vaziyat yillab davom etganda, nevroz shaxsning nevrotik rivojlanishiga o'tishi mumkin.

Nevrozlar nevrasteniya, isteriya va yopishqoq holatlar nevroziga ajratiladi.

Nevrasteniya ko'pincha tez toliquvchanlikka moyil, kayfiyati noturg'un bo'lgan shaxslarda rivojlanadi. Bu xususiyatlar bu shaxslarda oddiy holatlarda ham kuzatiladi. Ruhiy jarohatlovchi vaziyat ta'siri ostida ularda astenik sindrom shaklidagi nevrotik reaksiya yuzaga keladi. Ish qobiliyatining pasayishi, bosh og'rig'i, ishtaha pasayishi, tunlari uyqusizlik va kunduz kuni holsizlik, uyquchanlik kuzatiladi. Bemorlarda diqqat konsentratsiyasi buziladi. Ular tez xafa bo'luvchan, sabrsiz, ipoxondrik bo'lib qoladilar. Turli vegetativ buzilishlar kuzatiladi: arterial bosimning o'zgaruvchanligi, taxikardiya, ko'p terlash, tremor, ko'pincha jinsiy faoliyatning buzilishi kuzatiladi. Tez toliquvchanlik sababli qo'zg'alish bo'sag'asi yuqori ko'tariladi. Bemorlar qo'zg'aluvchan bo'lib boradilar ("qo'zg'aluvchan holsizlik"), oson qo'zg'aluvchan, kayfiyatlar keskin o'zgarishlarga moyil bo'ladilar. Bu holatdanevrastenianing giperstenik shakli haqidagap ketadi. Agar kasallik klinikasida oldingi o'ringa tez toliquvchanlik, apatiya, bo'shashganlik chiqib qolsa— bu gipostenik shakli deyiladi.

Nevrasteniyani davolash bemorda konfliktli vaziyatga nisbatan adekvat munosabat hosil qilish maqsadida psixoterapevtik yondashuv va simptomatik ta'sirlar birgalikda o'tkazilishi zarur. Bemorga uzoq davomli hordiq zarur, yashash sharoitni o'zgartirish tavsia etiladi. Bemorni o'z kuchiga ishonishiga erishish, ijtimoiy, oilaviy muammolarini oqilona hal qilish yo'llarini topishga yordam berish muhim. Medikamentoz vositalardan trankvilizatorlar, ba'zida uyquni me'yorga solish uchun — uyqu dorilari

qo'llaniladi. Vitaminoterapiya, turli umumquvvatlovchi fizioterapevtik muolajalar ko'rsatma bo'la oladi.

Isteriya ko'pincha ruhiy jarohatlovchi vaziyatga reaksiya sifatida isterik psixopatik fe'l-atvor belgilari bo'lgan shaxslarda rivojlanadi, ammo patologik xarakterologik xususiyatlari bo'lmagan shaxslarda ham rivojlanishi mumkin. Nevrozning bu turi ko'pincha ayollarda uchraydi. Isteriyaning klinik belgilari juda polimorf, shuning uchun u «buyuk riyokor» nomini olgan. Isterik kelib chiqishga ega bo'lgan buzilishlar — og'riqlar, falajliklar, qusish holatlari, spazmlar, ko'rlik, karlik, tutqanoqlar va boshq. — tashqi ko'rinishi bilan boshqa somatik va ruhiy kasalliklarning simptomlaridan kam farqlanishi mumkin. Ammo bemorlarni batafsil tekshirish vaqtida, ularda hech qanday organik buzilishlar aniqlanmaydi. Ba'zida ruhiy jarohatlovchi vaziyat mazmunining u yoki bu isterik belgilar bilan bog'liqligini ko'rish mumkin, ayniqsa, kasallik simptomi bemor kechinmalarining simvolik namoyon bo'lishi bilan bog'liq bo'lganda (masalan, isterik ko'rlik umr yo'ldoshining xiyonatiga reaksiya sifatida, bemor buni o'z ko'zi bilan ko'rganda) kuzatiladi. Lokal buzilishlarga bog'liq bo'lmagan holda isteriyali barcha bemorlar fe'l-atvorida kayfiyatning o'zgaruvchanligi, affektarga moyillik, teatrallik, namoyishkorlik xos. Ular har qanday vositalar: o'z tashqi ko'rinishlari, so'zlashishda o'zini tutishlari, nigohlari, odatlari bilan o'zlarini atrofdegilar diqqat markaziga qo'yishga intiladilar. Shuningdek, o'zlarini yuqori baholashlari, boshqalarga o'xshamasliklarini ko'z-ko'z qilish, egoizm hosdir. Shu bilan birga, bemorlar o'ta ishonuvchan, taqlid qilishga moyildirlar.

Ko'pincha isteriyada tutqanoq xurujlari kuzatiladi va ular epileptik tutqanoqlarni eslatadi. Ammo bu kasallikning boshqa belgilari kabi, epileptik tutqanoqlardan farqlanib, konfliktli vaziyat bilan bog'liq holda yoki bemorga uni eslatilganda yuzaga keladi. Bemorlar o'z xatti-harakatlarini ma'lum darajada idora etish qobiliyatlarini saqlab qoladilar. Ular yiqilganda o'zlariga epileptik tutqanoqlardagiga nisbatan kamroq jarohat yetkazadilar; tutqanoq komponentining yaqqoligi, davomiyligi atrofdegilarning unga e'tibor berishi bilan bog'liq bo'ladi. Unga achinuvchi odamlar oldida tutqanoq uzoqroq davom etadi va aksincha.

Kasallikning bu xususiyatlari shu bilan tushuntiriladiki, bu yerda ongning butunlay yo'qolishi sodir bo'lmaydi. Shu sabab bilan bemorlarda pay va ko'z (shu qatorda qorachiq) reflekslari saqlangan. Bemorlarda har doim ham epileptik tutqanoqlarga xos bo'lgan tonik va klonik tirishishlarning yaqqol ketma-ketligi kuzatilavermaydi. Bemorlarning harakatlari xaotik yoki simvolik ma'noga ega — ular kiyimlarini yirtadilar, yuzlarini tirnaydilar yoki «ehtirosli pozalar»ni egallaydilar, qo'llarini qayiltiradilar

va h.k. Isterik tutqanoqdan so'ng qisman xotiralar saqlanib qolishi mumkin. Tutqanoqlarning davomiyligi nisbatan uzoq. O'rta tibbiy xodimning muhim vazifasi – tutqanoq xurujlari kuzatuv kundaligida batafsil va aniq yozib borilishi zarur.

Isterik nevrozni davolashda psixoterapiya markaziy o'rin egallaydi va u bemorni real hayot sharoitlari adaptatsiyasiga yo'naltirilgan bo'ladi. Shuni yodda tutish kerakki, isteriya – bu kasallik, va shuning uchun bemorning o'ziga xos xususiyatlari bilan bog'liq mazah qilish, tajang munosabat kabilarni yaxshi munosabat, og'ir bosiqlik va qat'iylik bilan yengib o'tish lozim. O'ta e'tiborlilik va mehribonlik ham tavsiya etilmaydi. Farmakologik vositalardan trankvilizatorlar ko'p qo'llaniladi.

Yopishqoq holatlar nevrozi ko'pincha psixastenik fe'l-atvor belgilari bo'lganda rivojlanadi, ammo anomal fe'l-atvor xususiyatlariga ega bo'lmagan kishilarda ham uchrashi mumkin. U juda xilma-xil yopishqoq belgilar – shubhalar, xavotirlar, fikrlar, qo'rquvlar, harakatlar va boshqalar bilan namoyon bo'ladi. Ko'pincha qo'rquvlar (fobiyalar) uchraydi: rak bilan kasallanib qolishdan qo'rqish (kanserofobiya), sifilisdan (sifilofobiya), yurak kasalliklaridan o'lishdan (kardiofobiya), ochiq va yopiq joylardan, balandlikdan, o'tkir jismlardan qo'rqish holatlari va h.k. Fobiyalar ruhiy jarohatlovchi kechinmalar ta'siri ostida yuzaga keladi va keyinchalik bemor ongida fiksatsiyalanadi. Analogik vaziyatning qaytarilishi va hatto u haqida eslatish ham yopishqoq qo'rquvlarni qaytalanishiga olib kelishi mumkin. Odatda, ular yaqqol vegetativ buzilishlar: ko'p terlash, tremor, giperemiya, yurak ritmining buzilishi bilan kechadi. Kasallikka tanqid saqlangan holda, bemorlar, odatda, o'z qo'rquvlarining asossiz ekanligini tushunadilar, ammo u haqida o'ylamaslikka o'zlarini majbur qila olmaydilar. Boshqa fikrlar va mashg'ulotlarga chalg'ish ularga ma'lum darajada yengillik beradi. Yopishqoq holatlar nevrozi rivojlanish jarayonida bemorlar shakliga ko'ra turlicha rituallar ishlab chiqadi va ular o'ziga xos himoya reaksiyalari vazifasini bajaradi. Ko'pincha tashqi tomondan ular tuturuqsiz va ma'nosiz harakatlardek ko'rinadi. Masalan, binodan chiqish oldidagi qo'rquvni yengish uchun, bemor devor bo'ylab bir necha marta bitta oyoqda sakrash va orqasi bilan eshikdan chiqishi (uning fikricha) zarur. Ko'pincha yopishqoq raqamlarni, harflar, derazalarni, piyoda yo'lovchilarni sanash va h.k. lar uchraydi.

Yopishqoq holatlar nevrozining davomiyligi turlicha bo'ladi: bir necha oydan bir necha yilgacha.

Davolash kasallik uzoq davom etganda oson kechmaydi. Psixoterapiya katta o'rin egallaydi. Davolashda nafaqat bemorda hozirgi vaqtdagi

dekompensatsiya sabablarini aniqlash, shuningdek, o'tmishda nosog'lom fikratsiya bo'lib o'tgan (ba'zida bolalikda), ammo hozir yoddan chiqib ketgan ruhiy jarohatlovchi vaziyatni aniqlashga harakat qilish ham muhim. Bemorga umumquvvatlovchi davolash va fizioterapiya, trankvilizatorlar (elenium, seduksen va boshq.) tavsiya etiladi.

YATROGENIYALAR

Psixogen kasalliklarga, shuningdek, yatrogeniyalar kirib, ular tibbiy xodimlarning bemorga nisbatan noto'g'ri xatti-harakati natijasida kelib chiqadi. Ular fobik nevroz, o'ta qimmat ipoxondrik g'oyalar va hatto suitsidal fikrlar bilan kuzatiluvchi reaktiv depressiya shaklida kechishi mumkin. Har bir tibbiy xodim shuni yodda tutishi lozimki, bemorlar nigohida u alohida shaxs bo'lib, uning har bir harakati, hatto birinchi nigohi, eng ahamiyatsiz so'zlari, harakatlari bemor uchun alohida ahamiyat kasb etib, albatta, bemor buni ko'ngliga yaqin oladi va bularning barchasi bemorga yordam berishi yoki zarar yetkazishi mumkin. Bemor bilan muloqot vaqtida shifokor o'zini tuta bilishi, shoshilinch fikr yuritish va xulosalar chiqarishdan o'zini tiyishi zarur. Ayniqsa, so'zlashuv vaqtida maxsus atamalardan foydalanishda alohida ehtiyotkor bo'lish, tibbiy hujjatlarni rasmiylashtirish va saqlash qoidalariga qat'iy amal qilish lozim.

PSIXOPATIYALAR VA SHAXSNING PATOLOGIK RIVOJLANISHI

Psixopatiya deganda inson fe'l-atvorining shunday tug'ma va orttirilgan disgarmonik shakllanishi tushuniladiki, bu holat shaxsga ijtimoiy muhitda yaxshi moslasha olishiga halal beradi. Bunday fe'l-atvor anomaliyasi, qat'iy aytganda, kasallik hisoblanmasa-da, bemorning o'ziga qiyinchilik tug'dirib, uning qarindoshlari va atrofdagilarga ko'plab muammolar keltirib chiqaradi. Psixopatiyalarning kelib chiqishi va rivojlanishida har doim ma'lum nasliy (tug'ma) belgilar va noqulay tashqi muhit sharoitlari, noto'g'ri tarbiya, atrofdagilarning nojo'ya o'mak ko'rsatishlari katta o'rin tutadi. Ba'zi hollarda ko'proq tug'ma buzilishlar va konstitutsional moyilliklar yaqqolroq namoyon bo'lsa, boshqa holatlarda — noqulay ijtimoiy muhit va hayot qiyinchiliklari yaqqolroq ko'zga tashlanadi.

Inson fe'l-atvorining psixopatik xususiyatlari, odatda, uning butun hayoti davomida saqlanib qoladi, bolalik davridan keksalikkacha davom etib, odatda, keksalik davrida bu belgilar biroz kamayadi. Psixopatik

belgilarning yaqqollik darajasi turlicha bo'lib, yengil – me'yordagi fe'l-atvordan qiyin farqlanuvchi darajadan tortib, keskin namoyon bo'lgan – ularni ruhiy kasallik belgilaridan qiyoslab olishni qiyinlashtiradigan darajagacha yetadi. Shuni yodda tutish zarurki, psixopatiya turli patologik nevroitik va psixotik reaksiyalarning yuzaga kelishida qulay omil bo'lib xizmat qiladi. Shu bilan birga, psixopatik belgilarning o'zi ba'zida kamayib – kompensatsiya yuzaga kelishi, ya'ni inson hayotda qoniqarli darajada moslasha olishiga olib kelsa, boshqa hollarda bu belgilar o'tkirlashib – dekompensatsiya yuzaga keladi va bu holatda inson bemor deb hisoblanib, ambulatoriya va hatto statsionar sharoitida davolanish va dispanser nazoratida turishga muhtoj bo'ladi.

Hozirda psixopatiyalarning ko'pgina turli tasniflari tuzilgan. Psixopatiyalarda fe'l-atvorning u yoki bu belgilarini miqdor jihatdan o'tkirlashuvi va kuchayishi bilan bog'liq nizom bilan tushuntiruvchi psixiatrlar, psixopatiyalarni guruhlarga bo'lganda, ularni butunlay inson fe'l-atvorining tasnifiga yaqinlashtirib qo'yadilar. Ammo hozirgi vaqtda fe'l-atvorlarning ma'qul tasnifi tuzilmagan, chunki inson fe'l-atvorlarining cheksiz miqdordagi turlarini bir tartibga solish va ularni guruhlar va kichik guruhlarga bo'lib chiqish juda qiyin. Inson fe'l-atvorlarini va shaxs turlarini guruhlarga bo'lishga ba'zi bir zamonaviy intilishlar haqida yuqorida gapirib o'tdik. Shuni aytib o'tish lozimki, «me'yoriy fe'l-atvor» tushunchasi – shartli tushunchadir. Har qanday insonning shaxs va fe'l-atvori tizimida doimo ba'zi bir belgilar, ayniqsa, aksentlashgan, boshqa belgilarga qaraganda keskinroq namoyon bo'lgan belgilar mavjud, ayniqsa, psixopatiyalar yaqqol namoyon bo'lmagan va shaxs ijtimoiy muhitda oz bo'lsa-da, moslasha oladigan holatlarda, me'yordagi va patologik (psixopatik) xulq-atvor o'rtasida aniq chegara o'tkazish juda qiyin. Bunday nisbiy, yaqqol namoyon bo'lmagan psixopatiyalarda fe'l-atvorning asosiy salbiy belgilarini ko'rsatgan holda, quyidagicha: patologik yolg'onchilar, o'g'rilikka moyil kishilar (kleptomanlar), daydib yurishga moyil (dromomanlar), reformatorlikka, shubhalanuvchanlikka moyil kishilar va boshqalarga ajratiladi. Psixopatiyalarning nisbatan og'ir shakllarini ko'rib chiqqan mualliflar, ularni psixozlarning yetarli namoyon bo'lmagan shakllari sifatida baholab, ularni psixozlarning klinik shakllariga mos tarzda guruhlarga bo'lishga harakat qilganlar (shizofreniya, siklofreniya, epilepsiya, isteriya, psixasteniyaya). Shu munosabat bilan psixopatiyalar quyidagi guruhlarga bo'lingan: 1) shizoid, 2) sikloid, 3) isterik va psixostenik.

Psixiatriya klinik amaliyotida, nisbatan yengilroq yoki og'irroq psixopat bemorlar bilan ishlaganda, ko'pincha aynan shu tasnifdan foydalaniladi. Shuni aytib o'tish lozimki, yaqqol ekzogen (tashqi sababli) tabiatli

(infeksion, travmatik va h.k.) ruhiy faoliyat buzilishlari bo'lgan ko'pchilik bemorlarda ruhiy buzilishlar klinikasi kasallikning ma'lum davrida yoki uning butun davomiyligi mobaynida psixopatiyalarni eslatadi. Bu holatlarda shaxsning organik psixopatizatsiyasi yoki psixopatsimon sindrom haqida gap ketadi.

Psixopatiyalarning alohida shakllarining qisqa tavsifini keltirib o'tamiz. *Shizoid psixopatlar* uchun odamovilik, kam muloqotga kirishuv xos bo'lib, ular atrofdagilar bilan muloqot o'rnatishlari qiyin, ularda nozik-ko'ngillik, shu bilan birga, atrofdagilarga sovuqqonlik, real borliqqa bo'lgan qiziqish past, ular ko'proq o'zlarining ichki dunyolari, xayolotlari va fikrlari bilan yashaydilar. Shuning uchun ularning xatti-harakatlari ko'pincha aniq yo'nalishga ega emas, xulq-atvorlari g'alati, g'aroyib bo'lib ko'rinadi. Shuni aytib o'tish zarurki, shizoid fe'l-atvorlarning ma'lum turlari mavjud bo'lib, ular orasida sovuqqon egoist-pedantlarni, badiiy faoliyatga beriluvchan xayolparast shaxslar, xayolparast-reformatorlar va h.k. larni ajratish mumkin. Shizoid doiradagi psixopatlar birlashtiruvchi asosiy belgi – bu ularning disgarmonikligi, aqliy qobiliyat va hissiyot, iroda o'rtasidagi yetarli proporsiyaning yo'qligi, ya'ni shaxs bir butunligining buzilishi kuzatiladi.

Sikloid psixopatlar – bu buzilgan, muvozanatsiz hissiy hayotga ega bo'lgan kishilardir. Ularning ba'zi birlarida pasaygan (gi potim) kayfiyat foni ustun bo'lib, ular dunyoni qorong'ilik bosgan holda ko'radilar, o'zlarini omadsiz deb hisoblab, o'z kamchiliklarini oshirib ko'rsatadilar, butun hayotlari depressiya, qayg'u, pessimizm belgilari bilan o'tadi, ularni barcha qayg'uli va mavhum muammolar diqqatlarini tortadi. Shu bilan birga, ular ko'makdosh, boshqalar qayg'usini baham ko'ruvchi kishilar bo'lib, ma'lum darajada muloqotni sevadilar. Bunday fe'l-atvordan asosan bemorning o'zi qiyinchilik ko'radi, depressiya nisbatan yaqqolroq namoyon bo'lganda esa, o'z joniga qasd qilish fikrlari paydo bo'lishi mumkin.

Boshqa kishilarda ko'tarinki (gi pertim) kayfiyat foni ustunlik qilib, ular hayotni yorqin ranglarda ko'radilar, barcha narsaga tez qiziqib ketib, tezda ko'ngillari soviydi, faoliyatlarida sayozlikka yo'l qo'yadilar, doimiy, turg'un mehnatga qodir emaslar, hissiyotga beriluvchan va sergap bo'ladilar. Bu belgilar yaqqol namoyon bo'lmaganda, bunday shaxslar «yuzidan nur yog'ilib turuvchi» kishilar bo'lib, ko'pincha jamoada markaziy o'rin egallaydi. Yuqoridagi fe'l-atvor belgilari nisbatan yaqqolroq namoyon bo'lganda esa, bunday kishilar qo'zg'aluvchan bo'lib qoladilar, hech qanday e'tirozlarni qabul qilmaydilar, o'z qarindoshlari va yaqinlari bilan yashay olmaydilar, jamoat bilan kelisha olmaydilar. Bu giponianiakal holat bilan yaqin hisoblanadi.

Uchinchi toifakishilardadavriy (siklik) kayfiyatning o'zgarishi gipotim holatdan gipertimgachatebranishi bilan kechadi va bunday kayfiyat almashinuvlari ba'zi kishilarda qandaydir ichki, noaniq sabablarga ko'ra yuz beradi — bu holatlarda siklotimiya haqida gap ketadi, boshqa kishilarda kayfiyat o'zgarishlarida tashqi noqulay omillar sezilarli ahamiyat kasb etadi. Bu hollarda reaktiv labil sikloidlar haqida gap ketadi.

siklotimik shaxslarning butun hayoti davomida bir pasaygan, bir ko'tarinki kayfiyat holatlari navbat bilan almashinib o'tadi va bu ularga hayot va mehnat faoliyatida turg'un moslashuvlariga xalaqit beradi.

Epileptoid psixopatlar — bu qo'zg'aluvchan, portlovchi, jahldor odamlar bo'lib, ular, odatda, zulmkorlikka, qasoskorlikka moyil, o'zlarining insonlar bilan munosabatlarida ular qo'pol, ham turmushda, ham mehnatda fe'l-atvorlari og'ir kishilardir. Ularning fikr va hissiyotlari qovushqoq, irodalari esa faqat bir tomonlama yo'nalgan. Shu bilan birga, epileptoid shaxslar tashqi tomondan juda to'g'riso'z, hatto keragidan ortiq shirinsuhan bo'lib, ular «oliy maqsadlar», oliy ideallar, insoniyatga muhabbat haqida gapirishni yoqtiradilar. Og'ir epileptoid shaxslar ko'pincha antisotsial harakatlar, og'ir jinoyatlar qilishga moyil bo'ladilar.

Isterik psixopatlar uchun atrofdagilarning diqqatini o'ziga qaratish, o'zlarini namoyish qilish, atrofdagilarda taassurotlar qoldirishga intilish xos: ularda atrofdagilarga tanilish, ajralib turish ishtiyoqi kuchli bo'ladi. Isterik shaxs hammadan ko'proq o'zini atrofdagilar zerikarli, hamma qatori deb bilishlaridan qo'rqadi. Bu isterik psixopat shaxs fe'l-atvorining asosiy belgilari uning butun harakatlarida shubhasiz o'z aksini topadi. Bu shaxslarga notabiiylik, namoyishkorlik, riyokorlik, teatrallik xos. «Aslidagiga nisbatan kattaroq» ko'rinishga intilish ularda yolg'onchilikka, uydirma va fantaziyalarga olib keladi va ular bunga atrofdagilarni ishontirishga harakat qiladilar, ba'zida esa ular bu uydirmalar va fantaziyalarga o'zlari ham ishonib ketadilar va bu uydirmalarni ishonch bilan, tabiiydek qilib gapirib beradilar; bu holatlar «fantastik psevdologiyalar» deb nomlanadi. Isterik shaxslar, odatda, o'ta ishonuvchan va o'zlarini ishontiruvchan bo'ladilar. Ularga nisbatan osonlik bilan turli nosog'lom holatlarga ishontirish mumkin, hatto ishontirish yo'li bilan oyoq qo'llarida falajliklar chaqirish mumkin, ular o'zlari ham o'zlariga turli odatdan tashqari holatlarni ishontirishlari, hatto «ishontirilgan homiladorlik» holatini chaqirishlari mumkin. Nima bo'lganda ham boshqalardan ajralib turishga bo'lgan chanqoqlik ba'zida o'zini ishontirish yo'li bilan chaqirilgan nosog'lom holatlarga olib kelishi mumkin (juda yuqori tana harorati, to'xtatib bo'lmas qusish va h.k.). Atrofdagilarda taassurot qoldirishga, yetarli asos bo'lmagan holda o'z shaxsiga yuqori baho berishga bo'lgan intilish isterik shaxslarni

oilada, mehnatda kelishmovchiliklarga olib keladi, shuning uchun ular bir muassasada kamdan-kam hollarda uzoq ishlaydilar, ish joylarini tez-tez almashtiradilar. Ular hayot qiyinchiliklarini yengib o'tishda qiynaladilar va hatto ozgina mashaqqatlar ham ularda panik reaksiyalar chaqiradi — ular yig'laydilar, baqiradilar, qo'llarini sindiradilar va h.k. Bu reaksiya yaqqol namoyon bo'lganda «isterik tutqanoq» deb nomlanadi.

Psixopatiyalarning *psixastenik* guruhiga juda qo'rqqoq, uyatchan, hayajonlanuvchan, xavotirlanuvchan va o'ziga ishonchsiz, ta'sirlanuvchan va nozik, tez toliquvchan kishilar kiradi. Isterik shaxslardan farqli o'laroq, psixastenik shaxslar, odatda, ta'sirchan, to'g'riso'z va halol, boshqalarni hurmat qiluvchi, ammo o'zlariga nisbatan talabchan kishilardir. Ular doim o'zlarining qilmishlari va qarorlarining to'g'riligi, harakatlarining adolatliligiga shubha qilib, o'zlarini qiynab yuradilar. O'zlarini tanqid qilish, ayb qidirish ularning faoliyatlariga xalaqit beradi. Ularni ko'pincha vijdon azobi, qo'rquvlar, xavotirlar qiynaydi. Ba'zida bu xavotirlar va qo'rquvlar ko'pincha o'z tanalaridagi turli sezgilarga, o'z organizmining me'yorda ishlashiga qaratilgan bo'ladi. Bunday psixopat shaxslar ipoxondriklar deb nomlanadi. Ba'zida bu shaxslarda oldingi o'ringa holsizlik va toliquvchanlik chiqadi. Psixastenik psixopatiya fonida turli «yopishqoq holatlar» oson rivojlanadi: yopishqoq fikrlar, qo'rquvlar (fobiyalar), harakatlar.

Psixopatiyalarga, shuningdek, ko'pchilik insonlarda uchrovchi jinsiy hayotdagi mayning aynishlari (perverziyalar) bilan kechuvchi buzilishlar ham kiradi. Perverzion psixopatiyalar guruhi tarkibi turlichadir. Ularning kelib chiqishida, boshqa psixopatiyalardagi kabi tug'ma omillar bilan bir qatorda, tashqi ta'sirlar ham katta ahamiyatga ega. Jinsiy mayl aynishining nisbatan ko'p uchraydigan shakli — o'z jinsi vakillariga bo'lgan jinsiy mayl (gomoseksualizm) dir. U ko'pincha erkaklarda uchraydi (besoqolbozlik, pederastiya). Ba'zi pederast shaxslar o'z anomalialarini sharmandali, hatto fojiali deb qabul qiladilar. Qat'iy gomoseksual shaxslar bilan bir qatorda biseksual shaxslar ham mavjud bo'lib, ularda ham o'z jinsi vakillari, ham qarama-qarshi jins vakillariga nisbatan jinsiy mayl rivojlangan. Gomoseksual psixopatlar orasida transversitlar ham uchrab, ularda qarama-qarshi jins vakillarining kiyimlarini kiyishga bo'lgan ehtiros mavjud: erkaklar ayollar kiyimini kiysa, ayollar erkaklar kiyimini kiyishni ma'qul ko'radi. Ba'zi psixopat shaxslarda hayvonlarga nisbatan jinsiy mayl hosil bo'ladi (sodomiya). Qarama-qarshi jins vakillari oldida jinsiy a'zolarini yalang'ochlashga bo'lgan intilish eksgibitsionizm deb nomlanadi. Sadizm deganda jinsiy sherigiga og'riq yetkazish, ko'pincha jismoniy, kam hollarda ruhiy azob yetkazishga bo'lgan patologik mayl

tushuniladi. Buning teskarisi, jinsiy sherigi tomonidan og'riq va xo'rlashlarni his qilishga bo'lgan intilish va mayl – mazoxizm deb nomlanadi. Jinsiy maylni ehtiros obyektini bilan bevosita yoki bilvosita bog'liq bo'lgan alohida buyumlar (kiyim, dastro'mol va h.k.)ga ko'chishi, fetishizm deb nomlanadi. Yosh bolalarga bo'lgan patologik mayl, va uning bolalar tanasini jarohatlash bilan kechishi pedofiliya deb nomlanadi; qariyalarga nisbatan jinsiy mayl – gerontofiliya; murdalarga nisbatan jinsiy mayl kuzatilishi – nekrofilia deb nomlanadi. Yuqorida keltirilgan jinsiy mayl buzilishlari bilan tanishib chiqish, avvalo, sud psixiatrlari va yuristlar uchun muhim, ammo boshqa tibbiy xodimlar ham ular haqida tasavvurlarga ega bo'lishlari zarur. Shuni aytib o'tish kerakki, yuqoridagi psixopatiya shakllari kam holatlarda yakka holda, izolatsiyalangan shaklda uchraydi. Ko'pincha fe'l-atvorning murakkab tizimli aralash anomaliyalari uchraydi va bu holda qaysi shakldagi psixopatiya haqida gap ketayotganligini aniqlash qiyin kechadi.

Asosan ma'lum bir psixopatik shaxsga tegishli bo'lgan psixopatik fe'l-atvor belgilarining namoyon bo'lishi, ham ichki, ham tashqi ta'sirlar natijasida ba'zida bu belgilar kamaysa, ba'zida o'tkirlashadi. Qator holatlarda uzoq davomli noqulay hayot sharoitlarida psixopatik fe'l-atvor belgilari bo'lgan shaxs o'zining noto'g'ri hissiyotlari, fikrlari, intilishlarini quvvatlash uchun ozuqa topgandek bo'ladi, ya'ni shaxsning patologik rivojlanishi yuzaga keladi. Bu holatlarda gap nafaqat fe'l-atvor anomaliyasi, balki ruhiy kasallik haqida ketadi, chunki o'z shaxsini yuqori baholashga moyilligi bo'lgan shaxslarda buyuklik vasvasasi, rashkchi shaxslarda rashk vasvasasi va h.k. lar rivojlanishi mumkin. Bunday shaxsning patologik rivojlanishlari o'ta noqulay hayot sharoitlarida faqat psixopat shaxslarda emas, balki o'tmishda bosh miya organik jarohati o'tkazgan shaxslarda ham rivojlanishi mumkin.

Shaxsning patologik rivojlanishida, ba'zi bemorlarda vasvasa butunlay bemorni yutib yuboradi va sistemalashadi: bemor o'zini ta'qib qilayotgan odamlarni va nima uchun ta'qib qilayotganliklarini «aniq biladi»; u «himoyalana» boshlaydi, turli yuqoridagi idoralarga shikoyat qiladi, aslida yo'q bo'lgan ta'qibchilarga nisbatan chora ko'rishlarini talab qiladi va h.k. Bemorni aqliy qobiliyati pasaygan bo'lsa-da, uni hech qanday yo'l bilan noto'g'ri fikridan qaytarib bo'lmaydi: vasvasa sistemasiga bog'liq bo'lmagan barcha muammolarda bemor ongining aniqligini saqlab qoladi, ma'lum darajada produktiv mehnat qilishi mumkin. Bunday bemorlar paranoiklar, kasallik esa paranoyya deb nomlanadi. Paranoiklar orasida nisbatan ko'p hollarda alohida turdagi bemorlar uchraydi va ular «yozuvchilar», kverulyantlar deb nomlanadi. Bu shaxslar ko'p yillar

davomida yetarli asos bo'lmagan holda, o'zlarining fikricha, buzilgan adolatni tiklash uchun chekinmasdan «kurashadilar». Ular turli idoralarga ko'plab shikoyatlar va arizalar yozadilar, ularning iltimoslariga ko'ra turli komissiyalar tuziladi, ammo ular hech qachon ko'rilgan chora-tadbirlardan qoniqmaydilar va «kurash»ni davom ettiradilar. Ko'pincha «yozuvchilik» aslida bo'lmagan ixtirochilik munosabati bilan ham yuzaga keladi. Paranoyaning kechishi surunkalidir.

SHIZOFRENIYA

Shizofreniya – bu surunkali endogen psixoz bo'lib, bu kasallikka polimorf psixopatologik simptomatika, progrediyent kechishi va maxsus turdagi shaxs nuqsoni xosdir. Kasallik, odatda, yoshlik davrida yuzaga keladi. Kasallikning sabablari hozirgi vaqtgacha aniq emas. Patologik nasliy moyillik katta ahamiyatga ega. Tashqi zararli omillar kasallik rivojlanishiga turtki bo'lishi mumkin. Kasallik erkaklar ayollar orasida bir xil ko'plikda uchraydi. Shizofreniyani aholi o'rtasida tarqalishi 0,3%dan 0,5% gacha boradi. Kasallik tashxisoti asosan klinik mezonlarga asoslanishini hisobga olib, shizofreniyani chegaralari haqidagi yagona fikr mavjud emas. Ba'zi tadqiqotlar bu tushuncha chegaralarini kengaytirib, unga kasallik shakllarini ham kiritib yuborsa, boshqalari, aksincha, shizofreniya chegarasiga faqat tipik (yadroli) psixozlarni kiritib, bu tushunchani toraytiradi. Ba'zi mualliflar, shizofreniya tashxisi faqat bu kasallik uchun yetarlicha maxsus bo'lgan asosiy fundamental buzilishlar bo'lganda qo'yilishi mumkinligi fikriga qo'shiladilar. Shizofreniyaning asosiy simptomlariga quyidagilar kiradi:

– *autizm* – ruhiy faoliyatning ham yo'nalganligi, mazmuni, ham oxirgi natijalari bo'yicha ichki sabablar bilan bog'langanligi. Bemorlar real borliq bilan muloqotlarini yo'qotadilar, undan uzoqlashadilar, o'z kechinmalarining g'aroyib, sog'lom inson uchun tushunarsiz bo'lgan dunyosiga kirib ketadilar. Shu sababli ular o'z do'stlari, yaqin tanishlarini yo'qotadilar, odamovi, muloqotga kam kirishuvchan bo'lib qoladilar;

– *parchalanish* – ruhiyat birligining yo'qolishi – bu simptom orqali kasallikning «shizofreniya» nomi kelib chiqqan. Ruhiy faoliyatning bir butunligi yo'qoladi. Xatti-harakatlar, hissiyot reaksiyalarining real vaziyatga adekvatligi, ruhiy jarayonlarning parallelligi yo'qoladi. Bemorlar ko'pincha o'z intilishlari, harakatlarini tushuntirib berolmaydilar yoki sog'lom inson nuqtayi nazarida tuturuqsiz bo'lgan dalillarni keltiradilar. Ularning xulq-atvorlari mantiqiy jihatdan ichki qarama-qarshiliklarga ega va bu bemorning o'zidan boshqa hammaga bilinib turadi;

— *hissiyot-iroda buzilishlari*, o‘z rivojlanishlarining yuqori darajalarida apatiko-abulik sindrom shaklida namoyon bo‘ladi. Bemorlar tashabussiz, faoliyatsiz bo‘lib boradilar, atrof-muhitga bo‘lgan har qanday qiziqishlarini yo‘qotadilar.

Qo‘shimcha simptomlar (vasvasa g‘oyalari, gallutsinatsiyalar, katatonik buzilishlar) kasallikning klinik shakllarini belgilaydi.

Oddiy shakli, odatda, o‘smirlik yoshida, to‘satdan boshlanadi. Kasallik deyarli uzluksiz kechib, nisbatan qisqa vaqt ichida shizofrenik nuqsonga olib keladi, hech qanday tashqi sabablar bo‘lmasa-da, o‘spirin bola lanj, kamfaol bo‘lib boradi, o‘qishga, sevimli mashg‘ulotlariga bo‘lgan qiziqishi yo‘qolib boradi, o‘zi bilan o‘zi bo‘lib qoladi. Uning xulq-atvorida g‘ayritabiiylik paydo bo‘lib, unda palapartishlik, yaqinlari va do‘stlari bilan munosabatlarida qo‘polliklar paydo bo‘ladi. Avvallari ota-onasiga iliq munosabatda bo‘lgan bemor, endi to‘ng munosabatda, oilasi hayoti bilan qiziqmay qo‘yadi. Shu davrning o‘zida daydilikka moyillik, asotsial xatti-harakatlar kuzatilishi mumkin. Bemorlarda ularga avvallari xos bo‘lmagan qiziqishlar paydo bo‘lishi mumkin. Yetarli bilimlar va tayyorgarlikka ega bo‘lmagan holda, ular butun boshlari bilan turli murakkab muammolarni o‘rganishga kirishadilar («metafizik intoksikatsiya»), amalda esa bu, odatda, olamning kelib chiqishi, o‘ylab chiqarilgan falsafiy tuzilmalar va h.k. lar haqidagi rezoner fikr yuritishlar doirasidan tashqariga chiqmaydi. Ko‘pincha fikrlarning «qalqib chiqishlari» va «uzilib qolishlari», alohida gallutsinatsiyalar, bir-biri bilan bog‘lanmagan ta‘qib, ta‘sir vasvasa g‘oyalari, ipoxondrikkechinmalar kuzatiladi. Asta-sekin yuqoridagi buzilishlar chuqurlashib boradi. Bemorlar butunlay hech nima bilan qiziqmay qo‘yadilar. Ular kunbo‘yi to‘shakda, boshlarini ko‘rpa bilan berkitib olib yotadilar, o‘z-o‘zlariga xizmat qilmay qo‘yadilar, yuvinmaydilar, gigiyenaga rioya qilmaydilar. Hissiyot-iroda nuqsoni, bemorning rasmiy qobiliyatlari nisbatan saqlangan bo‘lsa-da, borgan sari yaqqol namoyon bo‘lib boradi.

Gebefrenik shakli, shuningdek, kasallikning yomon sifatli turlari qatoriga kiradi, odatda, yanada erta yoshda boshlanib, uzluksiz kechadi. Kasallik klinikasiga asosan hissiy noadekvatlik va xulq-atvor buzilishlari xosdir. Bemorda masxarabozlarcha xatti-harakatlar, aftini burishtirish, bachkanalik xislatlari paydo bo‘ladi. Ular qiyshanglaydilar, baland ovozda xaxolab kuladilar, ashula aytadilar. Ba‘zida bog‘liqsiz nutq, o‘mbaloq oshish, agressiv xatti-harakatlar bilan kechuvchi psixomotor qo‘zg‘alish yuzaga kelishi mumkin. Ba‘zida esa bemor kayfiyatida noproduktiv eyforiya ustunlik qiladi. Hissiyot-iroda buzilishlari chuqurlashib borishi bilan tezda aqli zaiflik rivojlanadi.

Katatonik shakli – avvalgi ikkita turiga nisbatan kechroq, 20-25 yoshda rivojlanadi. U katatonik sindromning qo‘shimcha simptomatikasi bilan belgilanadi. Kasallik asta-sekin yoki o‘tkir boshlanishi mumkin, kechishi – ko‘pincha uzluksiz-progrediyentdir. Kasallik o‘tkir boshlanganda to‘liq salomatlik fonida, to‘satdan stuporoz belgilar yoki katatonik qo‘zg‘alish holati bilan manifestatsiya beradi. Bemor to‘shakda yotgan yoki o‘tirgan holatida, tana holatini o‘zgartirmasdan, to‘xtovsiz gapiradi. Unda so‘zlarning qaytarilishi, bog‘liqsiz nutq, neologizmlar bilan belgilanuvchi nutq stereotipiyalari kuzatiladi. Bir-biri bilan bog‘lanmagan vasvasa g‘oyalari, gallutsinator buzilishlar, impulsiv harakatlar kasallik klinikasida o‘rin egallashi mumkin. Gallutsinatsiyalar kuzatilganda bemor quloqlarini berkitadi, ovqatni hidlaydilar, boshlarini ko‘rpa bilan burkab oladilar. Boshqa holatlarda nutq qo‘zg‘alishsiz harakat bezovtaligi mutizm, stereotipiyalar, exopraksiyalar ustunlik qiladi. Stuporoz holatlar rivojlanganda bemorlar harakatsiz to‘shakda yotadilar, ba’zida boshlarini yostiqdan ko‘taradilar («havo yostig‘i» simptomi) yoki eng g‘ayritabiiy, noqulay pozalarda qotib qoladilar (katalepsiya simptomi). Stupor holati butunlay keskin tarzda katatonik qo‘zg‘alish holati bilan almashinishi yoki uning aksi bo‘lishi mumkin, bu esa bunday bemorlarni nazorat qilishni tashkil etishda, albatta, e‘tiborga olinishi kerak.

Katatonik sindrom oneyroid ong xiralashuvi fonida kechishi mumkin, bu esa kasallikning nisbatan yaxshi oqibatini belgilaydi. Aksincha, katatonik simptomatikaning paranoid kechinmalar bilan kechayotgan jarayonga qo‘shilishi (ikkilamchi katatoniya), prognostik jihatdan yomon sifatli hisoblanadi. Katatonik shakli, odatda, apatik aqli zaiflik bilan tugaydi.

Paranoid shakli ko‘pincha yetuk yoshda boshlanadi, ammo ertaroq ham yuzaga kelishi mumkin. U xurujsimon yoki uzluksiz kechishi mumkin. Kasallik klinikasining markaziy simptomini vasvasa g‘oyalari tashkil etib, ular o‘tkir yoki asta-sekinlik bilan shakllanadi. Odatda, kasallik ancha sistemalashgan paranoyyal munosabat, rashk, ixtirochilik, ba’zida ipoxondrik vasvasalari bilan boshlanadi. Keyinchalik paranoyyal sindrom o‘zining butunligini yo‘qotib, parchalanadi. Tafakkurning shakliy buzilishlari o‘rib boradi. Bemorlarning fikrlarida tashqi mantiqiylik yo‘qoladi, rezonerlik, tafakkur bo‘laklanganligi, simvolik shakllanganligi belgilari paydo bo‘ladi. Sindrom affektiv buzilishlar, turli gallutsinatsiyalar qo‘shilishi hisobiga murakkablashadi. Eshituv gallutsinatsiyalari paranoid shizofreniya uchun eng xususiyatli belgidir, ammo hidlov va ko‘ruv gallutsinatsiyalari ham uchrashi mumkin. Ular ruhiy avtomatizm belgilari, ta’qib va ta’sir vasvasalari bilan bir qatorda jarayon rivojlanishining bu bosqichi uchun ko‘proq xos bo‘lgan Kandinskiy-Klerambo sindromi

tarkibiga kiradilar. Kasallik uzoq davom etganda, vasvasa buzilishlari dinamikasi, odatda, tuturuqsiz buyuklik va ta'qib vasvasalari bilan kuzatiluvchi parafrenik sindrom shakllanishi bilan tugaydi. Shu bilan bir qatorda asta-sekin shizofrenik shaxs o'zgarishi, hissiyot-iroda nuqsoni, intellektual zaiflashuv belgilari o'sib boradi. Kasallik, ayniqsa, o'smirlik yoshida boshlanganda oqibati yomon tugaydi.

Kasallikning yuqorida keltirilgan to'rtta shaklining ajratilishi ma'lum darajada shartlidir. Shizofreniyada, har qanday bir butun kasallikdagi kabi turli qo'shimcha simptomatikalar kombinatsiyasi kuzatilishi mumkin. Faqat asosiy buzilishlargina kasallikning barcha shakllarida o'zgarmasdan qoladi.

Bu qonuniyat yuqorida keltirilgan kasallik kechishi variantlariga ham tegishlidir. Barcha holatlarda ham shizofreniya surunkali, progrediyent kasallik bo'lsa-da, shizofrenik shaxs nuqsoni kasallik davomida tez yoki ancha sekinlik bilan rivojlanishi mumkin. Kasallikning asosiy kechish turlarini bilish har bir konkret holatda individual prognozni aniqlashga yordam beradi.

Hozirgi vaqtda shizofreniyaning quyidagi shakllari ajratiladi:

1) uzluksiz kechuvchi yoki progrediyent turi, bunda kasallik spontan remissiyalarga moyil emas va to'xtovsiz progressiyalanib, shaxs nuqsoni rivojlanishi bilan tugaydi; 2) xurujsimon (shubsimon), kasallikka remissiya oraliqlari kuzatilishi xos bo'lib, ularda kasallik rivojlanishi tezligi ancha sekinlashadi, ammo har bir xuruj rivojlanishi bilan shaxs o'zgarishi, shizofrenik nuqsonning yanada sezilarli o'sib borishi kuzatiladi; 3) rekkurent (davriy) turi, ayniqsa, boshlanishida, kasallikdan to'liq chiqish holatlari bilan almashinuvchi qisqa vaqtli psixotik xurujlar shaklida kechadi. Kasallik kechishining bu shaklida shaxs o'zgarishining o'sib borishi nisbatan sekin kechadi. Kasallik klinikasida esa u yaqqol affektiv buzilishlar (maniakal, depressiv sindrom, xavotir, qo'rquv), ong buzilishlari (oneyroid sindrom), obrazli, fantastik vasvasa, katatonik buzilishlar xos.

Kasallik natijasi ko'pchilik holatlarda avvallari «shizofrenik aqli zaiflik» deb nomlanuvchi *shizofrenik nuqsonning* rivojlanishi bilan tugaydi. Ammo bu to'g'ri ma'nodagi aqli zaiflik emas: shizofreniyada, odatda, xotira zarar ko'rmaydi, bemorning so'z boyligi kamaymaydi, kasbiy ko'nikmalari yo'qolmaydi. Kasallikning eng muhim xususiyati – bemor qiziqishlarining autistik yo'nalishda qayta oriyentatsiyalanishi, real dunyodan uzoqlashuv, butunlay befarqlik va faoliyatsizlik, barcha atrof borliqqa nisbatan tashabbussizlik (apatiko-abulik sindrom) holatlaridir. Kasallik rivojlanishi bilan bu (asosiy) simptomatika yanada yaqqolroq namoyon bo'lib boradi, qo'shimcha simptomlar esa kamayib boradi,

reduksiyalanib, yo'qolib ketadi. Ammo hatto chuqur namoyon bo'lgan shaxs nuqsoni ham, amalda qaytar hisoblanadi. Adabiyotlarda, shizofrenik jarayonning ko'p yillik yomon sifatli kechishida bemorlarda shaxsning chuqur hissiyot-iroda o'zgarishlari rivojlanganda ham psixozdan to'liq chiqish holatlari kuzatilgan.

Davolash. Shizofreniya progrediyent kasallik bo'lsa-da, o'z vaqtida boshlanib, to'g'ri o'tkazilgan davolash ko'p holatlarda yaxshi natijalar beradi. U nafaqat kasallik progressiyasini sezilarli darajada sekinlashtiradi, balki ba'zida jarayon rivojlanishini to'xtatishi ham mumkin. Zamonaviy psixiatriya arsenalida katta miqdordagi psixotrop dori vositalari bo'lib, ular bir tomondan, qo'zg'alish holati, vasvasa, gallutsinator buzilishlarni samarali davolash imkonini bersa, boshqa tomondan apatik, abulik buzilishlarni kompensatsiya qiladi. Hozirgi vaqtgacha elektrotitratish va insulin shok terapiyasi usullari o'z ahamiyatini yo'qotmagan. Shizofrenik psixozlarni davolashning muhim xususiyati — bu remissiyalar vaqtida yangi retsidivlarni oldini olish maqsadida qo'llab turuvchi terapiya o'tkazish zaruratidir. Buning uchun, odatda, neyroleptik dori vositalarining kichik miqdorlari qo'llaniladi. Farmakologik terapiya ham statsionar, ham ambulator davolash sharoitlarida, albatta, bemorni ijtimoiy, mehnat, oilaviy redaptatsiya, reabilitatsiyasiga yo'naltirilgan kompleks psixoterapiya tadbirlari bilan birga qo'llanilishi zarur.

MANIAKAL-DEPRESSIV PSIXOZ

Maniakal-depressiv psixoz affektiv psixozlar jumlasiga kiradi. Bu kasallikning klinikasi navbatma-navbat keluvchi maniakal va depressiv fazalarning (ba'zida faqat maniakal yoki faqat depressiv fazalar) kuzatilishi, fazalar orasida yorug'lik oraliqlari (intermissiyalar) bo'lishi va bemorlarda shaxs o'zgarishlarining bo'lmasligi bilan xususiyatlidir. Kasallik xurujlarining davomiyligi turlicha bo'lishi mumkin — 2 oydan 10 oygacha.

Maniakal-depressiv psixoz dominant yo'l bilan o'tuvchi nasliy kasalliklar jumlasiga kiradi.

Maniakal-depressiv psixozning **maniakal fazasi** uchun quyidagi simptomlar triadasi: kayfiyatning ko'tarinkiligi, fikrlash tempining tezlashuvi va harakat qo'zg'alishi xos. Bemorlar jonlangan, bir joyda o'tira olmaydilar, doim atrofdagilarga turli takliflar, savollar bilan murojaat qiladilar, juda sergap bo'ladilar. Hayotlari (hatto psixiatriya bo'limi sharoitida ham) ularga juda go'zaldek, yon-atrofni pushti ranglarda ko'radilar. Bemorlarning xulq-atvori bir rejali maqsadga qaratilmagan. Ular har qanday ishga kirishib ketadilar, har kimga o'z xizmatlarini taklif etadilar,

ammo hech nimani oxirigacha yetkazmaydilar. Ularga o'ta chalg'uvchanlik xos. Bemorlarda o'z qobiliyatlari, imkoniyatlarini yuqori baholash, hatto buyuklik vasvasa g'oyalari rivojlanishigacha olib kelishi mumkin (ixtirochilik, istohotchilik, daholik). Shu munosabat bilan bemorlar turli idoralarga o'z loyihalari bilan murojaat qiladilar, o'zlarini yuqori qobiliyatli daholar deb hisoblaydilar, teatr, adabiyot sohasida o'zlarini namoyon etishga harakat qiladilar. Bemorlarda seksual qo'zg'aluvchanlik kuzatiladi. Kayfiyatning bunday nosog'lom buzilishlari shu bilan namoyon bo'ladiki, bemorlarning o'z tashqi ko'rinishlari, kiyinishlariga ham munosabatlari o'zgaradi — haddan ortiq bo'yanadilar, bachkanalikkacha boradigan rangdor liboslar kiyib, ko'plab taqinchoqlarni ilib oladilar. Tafakkur tempining tezlashuvi sababli maniakal bemorlarda so'zlashuv nutqining tezlashuvi kuzatiladi. Hosil bo'lgan assotsiatsiyalar yuzaki bo'ladi. Bemorlar ko'pincha hosil bo'lgan fikrlarini gapirib berishga ulgurilmaydilar. Ular baland ovozda, ko'p gapiradilar, shuning uchun tovushlari xirillab qoladi. Yaqqol hissiy noadekvatliklarga qaramay, bemorlarning e'tirozlari ba'zida aqli, yumorlari ta'sirchan bo'ladi. Ba'zi holatlarda maniya jahldorlik, qo'zg'aluvchanlik affekti bilan kechadi (qahr-g'azabli maniya). Maniakal holatdagi bemorlarda o'z nosog'lom holatlariga nisbatan tanqid, odatda, yo'qoladi.

Maniakal fazada somatik belgilardan taxikardiya, uyqusizlik, dismenoreya kuzatilishi mumkin. Ishtahalari, odatda, ko'tarilgan, ammo bemorlar ko'pincha sezilarli darajada vaznlarini yo'qotadilar.

Depressiv faza maniakal-depressiv psixozda quyidagi simptomlar triadasi: pasaygan kayfiyat, tafakkur tempining sekinlashuvi va harakat tormozlanishi bilan kechadi. Kayfiyatning pasayishi tushkunlik, qayg'u, xavotir bilan kuzatilishi mumkin. Bemorlarning tana holati, yuzi, haddan tashqari tushkunlik holatini namoyon qiladi: yelkalari tushgan, qayg'uli mimika, qotib qolgan nigohlar. Bemorlar past tovushda gapiradilar, savollarga zo'rg'a, bir so'z bilan javob beradilar, ba'zida mutizm kuzatiladi. Harakatlari yaqqol sekinlashgan. Ba'zi holatlarda bemorlarda o'z yaqinlari va qarindoshlariga munosabatlari o'zgaradi, ular avvalgidek kuchli emotsional kechinmalarni his qilish imkoniyatlarini yo'qotadilar va bunday hissiz bo'lib qolganliklaridan qattiq qayg'uradilar (og'riqli hissizlik). Pasaygan kayfiyat ta'siri ostida bemor o'z yashab o'tgan hayotini boshqa ranglarda qayta ko'rib chiqadi, o'zining o'tmishda qilgan xatti-harakatlarini keragidan ortiq baholaydi. Bemorlarga tuyuladiki, ular hayotlarida yaxshi ishlamaganlar, atrofdagilarga nisbatan o'zlarini noma'qul tutganlar, ular hech narsaga yaramas kishilar va atrofdagilarga faqat baxtsizlik keltiradilar. O'zini

kamsitish, ayblash va gunohkorlik vasvasa g'oyalari ta'siri ostida bemorlarda ko'pincha o'z jonlariga qasd qilish haqidagi fikrlar paydo bo'ladi (suitsidal fikrlar), va ular ko'pincha haqiqatda amalga oshiriladi. Bemorlar kasalxonada sharoitlarida ham suitsidal harakatlar qilishlari mumkin, shuning uchun ular qat'iy nazorat ostida bo'lishlari zarur.

Yuqorida keltirilgan maniakal-depressiv psixozning depressiv fazasidagi bemorlarda kasallik belgilari ertalabki soatlarda maksimal darajada rivojlanadi, kechga borib esa ularning ahvoli nisbatan yaxshilanadi.

Shuningdek, depressiyalarda ba'zi somatik buzilishlar, tez-tez kuzatilishi hosdir. Ularda ishtahaning yo'qolishi, tana vaznining kamayishi, uyqu, menstrual siklning buzilishlari kuzatiladi.

Ba'zida depressiya rivojlanish cho'qqisida motor tormozlanish holati xavotirli qo'zg'alish holati bilan almashinadi, bunda bemorlar qo'rquvda xona bo'ylab tipirchilab, yordamga chaqiradilar, qo'llarini qayiltiradilar, boshlarini devorga uradilar. Bu holat uchun keskin namoyon bo'lgan xavotir xos bo'lib, ular o'zlari yoki ularning qarindoshlari bilan dahshatli hodisa sodir bo'ladi deb hisoblaydilar. Bunda bemorlar o'zlariga og'ir jarohatlar yetkazishlari, o'z jonlariga qasd qilishlari mumkin. Bunday holatlar «qayg'u portlashlari» (*raptus melancholicus*) deb nomlanadi va juda xavfli hisoblanadi.

Keksalik yoshida depressiya klinikasida i poxondrik mazmundagi vasvasa g'oyalari ustunligi bilan kechishi mumkin. Bemorlar o'zlarining ichki a'zolari chirib ketganligi, yuraklari to'xtab qolganligi, miyalari qurib qolganligi, ovqat o'tmayotganligi va h.k. larni e'tirof etadilar. Bu holatlarda depressiv-i poxondrik sindrom haqida gap ketadi.

Tipik maniakal vadepressiv fazalardan tashqari, maniakal-depressiv psixoz klinikasida **aralash holatlar** deb nomlangan holatlar kuzatilib, ularda bir vaqtning o'zida ham maniakal, ham depressiv triada simptomlarini ko'rish mumkin. Eng katta amaliy ahamiyatga depressiv kayfiyat va nutq tormozlanishining motor qo'zg'alish bilan birgalikda rivojlanishi (ajitatsiyalangan depressiya) ega bo'lib, bu holat, ayniqsa, suitsidal fikrlarning amalga oshishi bilan xavflidir. Shuningdek, boshqa aralash holatlar ham kuzatilishi mumkin.

Kasallikning kechishi yorug'lik oraliqlari davrlarining bo'lishi bilan xususiyatli bo'lib, ular psixotik xurujlarni bir-biridan ajratib turadi. Boshqa endogen psixozlardan farq qilib, bu yerda shaxs nuqsoni deyarli rivojlanmaydi.

Ba'zi holatlarda, maniakal-depressiv psixoz hissiyot fonining yaqqol bo'lmagan o'zgarishlari bilan juda yengil shaklda kechganda siklotimiya deb nomlanadi.

Davolash. Maniakal holatdagi bemorlarga litiy karbonat, shuningdek, neyroleptiklar (aminazin, galoperidol va boshq.) tayinlanadi. Depressiv fazadagi psixozni davolashda antidepressantlar (amitriptilin, melipramin) qo'llaniladi. Xavotirli va ajitatsiyalangan depressiyani davolashda, shuningdek, elektrotitratish terapiyasi qo'llaniladi. Keyingi xurujlarni profilaktika qilish maqsadida oxirgi vaqtlarda litiy karbonat yuqori samara bermoqda.

Bemorlarni parvarishlash va nazorat qilish katta ahamiyatga ega. Depressiv bemorlarni suitsidal fikrlari, o'zlariga jarohat yetkazishga moyilliklari bo'lishi sababli o'zlari uchun juda xavfli bo'lishini esdan chiqarmaslik zarur. Qahr-g'azabli maniya holatida ba'zida agressiv xatti-harakatlar kuzatilishi mumkin. Bemorlarning ovqatlanishini nazorat qilish, ayniqsa, depressiyalarda muhim, ular ishtahalari yo'qolganliklari sababli, yoki o'zlarini ayblash g'oyalari bilan ko'pincha ovqatdan bosh tortadilar. Bu holatlarda sun'iy ovqatlantirishga o'tish zarur. Shuningdek, depressiv bemorlarning qabziyatga moyilliklarini yodda tutgan holda, ichaklar faoliyatini yaxshilash uchun, surgi dorilar, tozalovchi klizmalar tayinlanadi.

EPILEPSIYA

Epilepsiya — bu bosh miyaning surunkali kasalligi bo'lib, unga takrorlanuvchi tutqanoq xurujlari, vaqtinchalik ruhiy buzilishlar va ruhiyatning surunkali o'zgarishlari xususiyatlidir.

Epilepsiya rivojlanishi asosida ikki xil omillarning birgalikdagi ta'siri yotadi: bosh miyada o'ta kuchli neyron razryadlari manbasi bo'lgan o'choqning bo'lishi va bosh miyaning gi persinxronizatsiyaga moyilligi — bu bosh miyaning butunlay yoki uning katta qismini patologik faollikka qo'shilishiga sabab bo'ladi. Epileptik o'choq bosh miyaning organik zararlanishi natijasida ko'pincha neyronlarning halok bo'lishi (bosh miyaning jarohatlari, ayniqsa, tug'ruq travmalari, qon tomir kasalliklari, o'smalar va h.k.) va ularning glial to'qima bilan almashinuvi natijasida hosil bo'ladi. Bosh miyaning gi persinxronizatsiyaga moyilligi o'ta kuchli neyron razryadlari o'choqlarida yuzaga kelib, nasliy moyillikni uzatilishi bilan bog'liq genetik sababli bo'lishi mumkin. Epilepsiya kelib chiqishi haqidagi zamonaviy qarashlarning to'g'riligini isbotlashda quyidagi ma'lumotlar xizmat qiladi. Bosh miyada zararlanish o'chog'ining bo'lishini o'zi epilepsiya yuzaga kelishi uchun yetarli emas: tug'ruq travmasi yoki keyingi hayoti davomida bosh miya travmalari o'tkazgan, bosh miya aterosklerozi, o'smalari va boshqa organik kasalliklari bo'lgan shaxslar guruhida, epilepsiya faqat ma'lum foiz guruhlarda

rivojlanadi (10 dan 34% gacha). Boshqa tomondan, epilepsiyaning aholi orasidagiga nisbatan bemor qarindoshlari orasida ko'p uchrashini isbotlangan. Bundan shunday xulosa kelib chiqadiki, kasallik, albatta, nasliy moyillikning qo'shimcha zararli ta'sirlar bilan birgalikda kuzatilishi oqibatida rivojlanadi. Shulardan kelib chiqqan holda, epilepsiyaning ko'pchilik tadqiqotchilari bu kasallikni umumiy tarzda simptomatik (bosh miya organik zararlanishi bilan bog'liq) va genuin (nasliy kelib chiqqan) turlariga bo'luvchi tasnifni rad etadilar.

Epilepsiya ancha keng tarqalgan kasalliklar qatoriga kiradi: turli mamlakatlarda u har 1000 aholiga 5-8 kishidan to'g'ri keladi.

Epileptik tutqanoqlar. Epileptik tutqanoqlar eng yaqqol, ko'zga tashlanuvchi belgilar hisoblanadi, ammo ular kasallikning yagona belgilari emas. Epilepsiyada tutqanoqlar juda turli-tuman bo'lib, bu epileptik o'choqning bosh miyadagi lokalizatsiyasi va unda patologik bioelektrik faollikning tarqalish masshtabi bilan bog'liq. Birinchidan, epilepsiya xurujlarini tutqanoqli va tutqanoqsiz xurujlarga ajratiladi. Ular tadqiqotlar natijasiga ko'ra deyarli bir xil miqdorda uchraydi. Bundan tashqari, tutqanoqli xurujlar ham, tutqanoqsizlari ham generalizatsiyalashgan va fokal (parsial) bo'lishi mumkin. Generalizatsiyalashgan tutqanoqlar uchun ong yo'qolishi va tutqanoq xurujida tananing barcha qismlari qatnashuvi xos. Fokal epileptik tutqanoqlar vaqtida ong saqlanadi va tutqanoqda faqat tananing ma'lum qismlari yoki alohida vegetativ va ruhiy funksiyalar qatnashadi.

Generalizatsiyalashgan epileptik tutqanoqlar. Ularning eng odatdagi shakliga tonik-klonik epileptik tutqanoq (avvallari u katta tutqanoq deb nomlangan) kiradi.

Tutqanoq boshlanishidan avval «darakchilar» — turli ruhiy, ba'zida esa somatik xususiyatli buzilishlar kuzatilib, ular bemorda tutqanoqdan bir necha soat va hatto bir necha kun avval yuzaga kelishi mumkin.

Tutqanoqning o'zi, odatda, aurdan boshlanadi ("shamol esishi, purkash"). Aura — qisqa vaqtli holat bo'lib, sekundlab davom etadi va klinik belgilari juda xilma-xil bo'ladi. Bemorda sensor aura turli patologik sezgilar (chumoli o'rmalashi, jimirlash va h.k.), illuziya va gallsitsinatsiyalar shaklida; ruhiy aura qo'rquv, xavotir yoki ekstaz shaklidagi kechinmalar; vegetativ — vazomotor, dispeptik va boshqa vegetativ buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Keyingi vaqt ichida ong yo'qolishi yuz beradi va bemor yiqiladi. Yiqilish ko'pincha qichqiriq, jiddiy jarohatlar olish, noxush hodisalar (yuqoridan, suvga, olovga yiqilish va h.k.) bilan yuz beradi. Avvaliga tonik tutqanoqlar boshlanib, 20-40 sekund davom etadi. Barcha mushaklar keskin qisqarish holatida bo'ladi. Nafas harakatlari to'xtab qoladi, asfiksiya rivojlanadi, bemorning

yuzi ko'kimgir rangga kiradi. Keyinchalik klonik tutqanoqlar boshlanib, oyoq-qo'l mushaklarining ritmik qisqarishlari bilan kechadi. Nafas harakatlari tiklanadi. Qorachiqlar kengayadi, pay refleksleri chaqirilmaydi. Ixtiyorsiz siydik va axlat ajralishi kuzatiladi. Klonik tutqanoqlar 1-2 minut davom etadi. Asta-sekin ular to'xtaydi va bemor chuqur uyquga ketadi. Bemor uyg'onganidan so'ng tutqanoqlar haqida xotiralar qolmaydi, ammo umumiy uringanlik hissiga ko'ra bemor o'zi bilan nima yuz berganligini bilib oladi. Epilepsiyada tutqanoqlar turli chastota bilan yuz berishi mumkin — yiliga 1-2 martadan kuniga bir necha martagacha. Agar ular ketma-ket yuz berib, ular oralig'idagi bemorning xushi tiklanadigan tanaffuslar qisqa bo'lsa, bu holat tutqanoqlar seriyasi deb nomlanadi. Agar tutqanoqlar orasida bemor xushiga kelmasa, bu holat epileptik status deb nomlanadi. Bu holat bosh miyaning rivojlanib boruvchi shishi bilan kechadi va zarur tadbirlar ko'rilmaganda o'lim bilan tugashi mumkinligi uchun ham xavflidir.

Generalizatsiyalashgan tutqanoq xurujlari faqat tonik yoki faqat klonik buzishi mumkin; bu tutqanoq shakllari bolalik yoshida uchraydi.

Generalizatsiyalashgan tutqanoqsiz epileptik xurujlar *absanslar* (eski nomi — kichik tutqanoqlar) deb nomlanadi. Absanslar (fransuzchadan *absence* — ongning yo'qligi) oddiy va murakkab bo'lishi mumkin. Oddiy absans uchun qisqa vaqt — 2-15 sekund davom etish xos bo'lib — ong yo'qoladi, bemor bir nuqtaga tiqilgan holda qotib qolganek ko'rinadi, tutqanoq to'xtagandan so'ng esa o'z ishini davom ettiraveradi. Murakkab absanslarda qisqa vaqtli ong yo'qolishiga qo'shimcha tarzda umumiy tonusning yo'qolishi (atonik absans) — bunda bemor o'tirib qoladi yoki, asta-sekin yiqiladi, ba'zida esa tanasini orqaga tashlab, ko'zlarini yuqoriga qaratadi (gipertonik absans), yoki vegetativ buzilishlar (vegetativ absans) kiradi.

Fokal epileptik tutqanoqlar. Fokal epileptik tutqanoq xurujlari, shuningdek, Jekson tutqanoqlari deb nomlanib (uni yozib qoldirgan muallif nomi bilan), tananing biron sohasida yoki tananing yarmisida (qo'l, oyoq, chaynov, ko'z harakatlantiruvchi mushaklar va h.k.) tonik yoki klonik tutqanoqlar shaklida kechadi. Tutqanoqlar vaqtida ong saqlanadi.

Fokal tutqanoqsiz epileptik xurujlarga sezgi buzilishli tutqanoqlar — tananing ma'lum qismida qisqa vaqtli sezgi buzilishlari; vegetativ — tananing turli sohalarida qisqa vaqtli ter ajralishining kuchayishi yoki qon tomir reaksiyalarining o'zgarishi; ruhiy — qisqa vaqtli paroksizmal gallutsinator, psixosensor buzilishlar kiradi.

Vaqtinchalik ruhiy buzilishlar. Bu epilepsiya uchun xos bo'lgan ikkinchi guruh buzilishlardir. Ularga disforiyalar, ongning namozshomsimon buzilishlari va cho'zilgan epileptik psixozlar kiradi.

Disforiyalar soatlab, ba'zida kunlab davom etadi va sababsiz qahr g'azabli-qayg'uli kayfiyat xurujlaridan iborat bo'ladi. Bu davrlarda bemorlarning kayfiyatlari buzuq, qovoqlari solingan, tajang, agressiv xatti-harakatlarga moyil va bunda ular uchun arzimagan sababning o'zi kifoya bo'ladi. Disforiyalarda ong, odatda, buzilmagan, amneziya kuzatilmaydi.

Epilepsiyada namozshomsimon holatlar ambulator avtomatizmlar shaklida (somnambulizm, trans) yoki gallutsinator-vasvasa variantida o'tishi mumkin.

Somnambulizm (lunatizm) ko'pincha bolalik yoshida boshlanadi va uyquda yurish bilan namoyon bo'ladi. Ongning namozshomsimon buzilishlari uyqu vaqtida yuz beradi. Bemor o'rnidan turib, turli xil, ba'zida murakkab harakatlarni bajaradi, so'ng joyiga yotib, uyquga ketadi, ertalab o'zi bilan nima yuz berganini eslay olmaydi.

Trans uyg'oqlik vaqtida yuz beradi. Bemorning xatti-harakatlari atrofdagilarda hech qanday noto'g'ri taassurot qoldirmaydi. O'zining xatti-harakatlari uchun javob bermagan holda, ular yuzlab kilometr uzoqlikka ketishlari, ammo bunda o'zlarini butunlay vaziyatga mos tarzda tutishlari, savollarga to'g'ri javob berishlari, maqsadga qaratilgan harakatlarni bajarishlari mumkin va h.k. Translar qanday to'satdan boshlangan bo'lsa, shunday tugaydi va keyinchalik bemorlarda hech qanday xotiralar qolmaydi. Translarning davomiyligi turlicha — bir necha soatdan bir necha kun, hatto haftalargacha.

Gallutsinator-vasvasali shakli namozshomsimon holatning bu shakli epilepsiyada shu bilan o'ziga xoski, toraygan ong fonida bemorlarda gallutsinator va vasvasali buzilishlar kuzatilib, bemorlarning xulq-atvori va xatti-harakatini belgilaydi. Ko'ruv gallutsinator obrazlar tahdid soluvchi tavsifga ega bo'lib, ko'pincha to'q qizil ranglarda; vasvasa g'oyalari — ta'qib g'oyalari guruhidan iborat. Bemorlarda qo'rquv va dahshat hissi rivojlanadi, ko'pincha qahr-g'azabli qo'zg'alish paydo bo'ladi, va atrofdagilarga nisbatan agressiv harakatlarga olib keladi. Bu holatlarda bemorlar zulmkor va shu bilan birga ma'nosiz jinoyatlar sodir etishi mumkin. Shuning uchun ular o'zi va atrofdagilar uchun katta xavf tug'diradi va qat'iy nazorat ostida bo'lishlari lozim. Ko'pincha namozshomsimon ong buzilishlari uyqu bilan tugaydi, keyinchalik esa butunlay amneziya yuz beradi va bemorlar o'z xatti-harakatlari haqida hech nimani gapirib bera olmaydilar.

Ba'zida epilepsiyada gallutsinator-paranoid, depressiv, paranoyyal sindrom klinikasi bilan cho'zilgan psixotik holatlar kuzatiladi. Bu holatlar *epileptik psixozlar* deb nomlanadi.

Epilepsiya uchun xos bo'lgan uchinchi guruh buzilishlarga, surunkali ruhiyat o'zgarishlari: epileptik shaxs o'zgarishi va epileptik aqli zaiflik kiradi.

Epileptik shaxs o'zgarishi patologik tartibsevarlik, pedantizmning paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Bunday bemorlarning tafakkurida bir detallarda to'xtalib qolish, rigidlik, o'ta batafsillik, nutqlarida - shirinsuxanlik, kichraytirish-erkalash qo'shimchalariga moyillik kuzatiladi. Bemorlarning atrofdagilar bilan bunday o'ta shirinso'z va mehribon muomalasi aslida faqatgina saqlovchanlik, qasoskorlik, portlovchanlikni yashiruvchi niqobdir. Ular ikkiyuzlamachi, ayyor va zulmkor bo'ladilar. Bemorlarning oliy axloqiy qoidalarni targ'ib qilishga bo'lgan intilishlari, ularning o'zlari bularga amal qilishlarini bildirmaydi, aksincha, - bunday fikrlar ortida bemorlarning kamchiliklari niqoblangan bo'ladi.

Epileptik aqli zaiflik uchun shu xoski, yuqorida keltirilgan shaxs o'zgarishlari fonida tafakkurning o'ta batafsilligi o'sib boradi, ruhiy jarayonlarning kechish sur'ati keskin sekinlashadi. Xotira yomonlashadi, bemorlar yangi axborotlarni qiyinchilik bilan o'zlashtiradilar. So'z boyligi kamayadi, bemorning barcha qiziqishlari kasallikka qaratiladi. Bemorlar egotsentrik bo'lib boradilar. Odatda, bu o'zgarishlarning barchasiga tanqidiy munosabat yo'qoladi.

Davolash. Epilepsiyani davolashning asosiy qoidalari bu qat'iy individualizatsiya, davomiylik, uzluksizlikdir. Eng samarali dori vositalari har bir alohida holatda individual tanlanishiga to'g'ri keladi, bu qoida dorining miqdorini tanlashga ham tegishli. Miqdorni oshirish yoki kamaytirish asta-sekin amalga oshirilishi zarur. Bu qoidaning buzilishi kasallikning o'tkirlashuviga, hatto epileptik status rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Asosan epileptik tutqanoqlarning har xil turlarini davolashda samarali bo'lgan dori vositalari qo'llaniladi (fenobarbital, difenin, benzonol, suksilep, finlepsin va boshq.). Agar kasallik klinikasi polimorf bo'lsa, epilepsiyaga qarshi dori vositalarining kombinatsiyasi qo'llaniladi. Epilepsiyaga qarshi ta'sirli bir necha dori vositalari aralashmalari ham tavsiya etilgan (VorobeV, Sereyskiy aralashmasi va boshqalar).

Namozshomsimon holatlarni bartaraf etishda aminazin tutqanoqqa qarshi vositalar bilan bir vaqtda qo'llaniladi, affektiv buzilishlarda trankvilizatorlar tavsiya etiladi. Epileptik statusni davolashda oxirgi vaqtlarda seduksen (vena ichiga) samarali qo'llanilmoqda.

Epilepsiyaning fokal shakllarida oxirgi yillarda epilepsiyani davolashning jarrohlik usullari keng qo'llanilmoqda. Ba'zi hollarda ular yaxshi natijalar beradi.

O'rta tibbiy xodimning epilepsiyali bemorlarni parvarishlash va kuzatishni ta'minlashdagi o'rni katta. Tutqanoq xuruji vaqtida qo'shimcha

jarohatlar, tilni tishlab olish, asfiksiyaning oldini olish chora-tadbirlarini ko'rish zarur. Ongning namozshomsimon buzilishlari bo'lgan bemorlar batafsil va qat'iy nazoratga muhtoj bo'ladilar. Shifokor bo'lmagan vaqtda tibbiy xodimlar tomonidan kuzatilgan tutqanoqlarni aniq yoritib berish, batafsil yozib olish va kuzatuv kundaligida bemorlarning xatti-harakatlarini bir boshdan ko'rsatib o'tish katta ahamiyatga ega.

Epilepsiyali bemorlarni ovqatlantirishni tashkil etishda, suyuklik va osh tuzi iste'mol qilishni chegaralashni esdan chiqarmaslik lozim. Alkogolli ichimliklarni iste'mol qilish qat'iy taqiqlanadi. Imkoniyatga qarab, bemorlarni mehnat faoliyatiga jalb etish, ammo bunda harakatlanuvchi mexanizmlar, yuqori haroratli moslamalar yaqinida, transportda va h.k. larda ishlashi taqiqlanishi zarur.

BOSH MIYA TRAVMALARIDA RUHIY BUZILISHLAR

Bosh miya travmalari eng ko'p uchraydigan patologiya shakllaridan biri bo'lib, turmushda, ishlab chiqarishda, transportda, sportda, urush vaqtlarida uchrashi mumkin. Bosh miya travmatik zararlanishida ruhiy buzilishlarning xususiyatlari, ularning og'irligi travma mexanizmi, asorat beruvchi omillarning mavjudligi, jabrlanuvchining individual xususiyatlari, travmatik kasallik kechishining bosqichi bilan belgilanadi. Ochiq va yopiq turdagi bosh miya jarohatlari ajratiladi.

Yopiq travmalar kommotsiyalar (bosh miya chayqalishi) va kontuziyalar (lat eyishi) ga bo'linadi. Birinchi holatda umumiy belgilar ustunlik qiladi va bu bosh miya moddasining diffuz zararlanishi bilan bog'liq, ikkinchi holatda – lokal, bosh miyaning ma'lum sohasining zararlanishi bilan bog'liq bo'ladi. Travmatik kasallik kechishida boshlang'ich, o'tkir, kechki va uzoqlashgan davrlar ajratiladi.

Jarohatning og'irligiga qarab *boshlang'ich davrda* chuqurligi va davomiyligiga ko'ra turlicha ong yo'qolishi darajalari – yengil karaxtlikdan komagacha kuzatiladi. Odatda, umumiy miya simptomlari (bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qusish), turli vegetativ, somatik buzilishlar (nafas, yurak faoliyati buzilishlari, kollaptoid holatlar va h.k.) oldingi o'rin egallaydi. Boshlang'ich davr eng og'ir bosqich hisoblanadi. Letal oqibatlar, odatda, ana shu bosqichda kuzatiladi.

O'tkir davrida bemorlarning ongi asta-sekin tiniqlashadi, ammo yana uzoq vaqt ular tormozlangan, bo'shashgan, uyquchan bo'lib qoladilar. Ba'zida retrograd va anterograd amneziya belgilari kuzatiladi. Ong yo'qolishi holati uning boshqa buzilishlari bilan almashinishi mumkin, va shunda bu bosqichda deliriy, ongning namozshomsimon qorong'ilashuvi, kam

holda amensiya, oneyroid kuzatiladi. Shuni hisobga olish zarurki, bunday bemorlar alohida kuzatuv va parvarishga muhtoj bo'ladilar, chunki ularning bu davrdagi noadekvat xatti-harakatlari ularning o'zlari va atrofdagilarga xavf tug'dirishi mumkin.

Kechki davrda serebral asteniya fonida tashqi omillar ta'siri ostida isteroform va epileptiform tutqanoq xurujlari, ongning namozshomsimon qorong'ilashuvlari, isterik va depressiv holatlar kuzatilishi mumkin. Nevrologik simptomatika asta-sekin regressga uchraydi yoki zararlanish o'chog'iga mos tarzda organizatsiyalashadi.

Uzoqlashgan asoratlar davrida bemorlarda nevrozsimon simptomatika kuzatiladi. Ular yuqori qo'zg'aluvchanlikni namoyon qiladilar, tez charchaydilar, turli hidlar, tovushlarni ko'tara olmaydilar. Ish qobiliyatlari, diqqatni jamlash qobiliyati, xotira pasayadi. Ko'pincha uyqu buzilishlari, doimiy bosh og'rig'i, bosh aylanishi, quloqlarda shovqin, tilda va oyoq-qo'llarda tremor kuzatiladi. Keyinchalik ba'zi bemorlarda bu belgilar fonida tutqanoq xurujlari, gallutsinatsiyalar, vasvasa, yaqqol affektiv buzilishlar bilan kechuvchi psixotik holatlar yuzaga keladi. Bosh miya to'qimasining sezilarli zararlanishi bilan sodir bo'lgan lat yeyishlarda, uzoqlashgan asoratlar davrida bemorning intellektual qobiliyatlari, xotirasi keskin pasayishi mumkin. Bu holat travmatik aqli zaiflik deb nomlanadi.

Ochiq bosh miya travmalarida umuman patologik buzilishlarning analogik dinamikasi kuzatiladi. Agar ochiq travma bosh miya moddasining kesib o'tuvchi zararlanishi bilan (bosh miya qattiq pardasining butunligi buzilishi bilan) kuzatilsa, kasallikning kechishi miya ichi infeksiyasi bilan asoratlanishi mumkin. Meningitlar, menigoensefalitlar, bosh miya abscesslari shaklidagi asoratlar, odatda, shu zahoti yuzaga kelmaydi, balki o'tkir, yoki hatto kechki davrda rivojlanadi. Bunda deliriy yoki amensiya klinikasi bilan kechuvchi psixozlar kuzatiladi.

Davolash. O'tkir davrda bemorga to'liq tinchlik holatini ta'minlash zarur. Albatta, qat'iy yotoq tartibi bo'lishi lozim. Degidratatsion terapiya tavsiya qilinadi. Ochiq travmalarda — antibiotiklar qo'llaniladi. Qo'zg'alish holatida xloralgidrat klizmalarda, o'tkir travmatik psixozalarda — neyroleptiklar (aminazin, galoperidol) tayinlanishi zarur. Bemorlar bosh miya travmalarining uzoqlashgan davrida jismoniy va emotsional zo'riqishdan o'zlarini ehtiyot qilishlari kerak. Alkogol iste'mol qilish qat'iy taqiqlanadi. Uning hatto kichik miqdorlari ham patologik reaksiyalar chaqirishi mumkin. Vaqti-vaqti bilan degidratatsion terapiya kurslari (vena ichiga 25% magniy sulfat eritmasi — 5 ml 40% glukoza eritmasi— 10 ml bilan, diakarb 0,25 g.dan kuniga 2-3 mahal). Yuqori qo'zg'aluvchanlik kuzatilganda trankvilizatorlar tayinlanadi.

O‘TKIR VA SURUNKALI INTOKSIKATSIYALARDA RUHIY BUZILISHLAR

Sanoatdagi zaharli moddalar, oziq-ovqat toksinlari, ba’zi dori vositalari bilan o‘tkir va surunkali zaharlanishlar ishlab chiqarishda, turmushda, davolash amaliyotida uchrab turadi. Bunda turli og‘irlik va shakldagi psixotik buzilishlar kuzatilishi mumkin.

O‘tkir intoksikatsiyalar, odatda, bemorlarda o‘tkir psixotik holatlar, ba’zida hatto cho‘zilgan psixozlar rivojlanishi bilan birga kuzatiladi. Surunkali intoksikatsiyalarda, turli somatik belgilar bilan bir qatorda, odatda, turg‘un shaxs o‘zgarishlari rivojlanadi.

Baxtsiz hodisalar, sanitar me’yorlari, xavfsizlik texnikasining buzilishi, dori vositalarining miqdorini oshirib yuborish va h.k. holatlarda yuzaga keluvchi intoksikatsiyalardan tashqari, organizmga u yoki bu dori vositalar, boshqa moddalarni ataylab yuborish bilan bog‘liq bo‘lgan bir guruh intoksikatsiyalar ham uchraydi. Bu yerda etil spirti bilan surunkali zaharlanish boshqa intoksikatsiya turlari orasida ko‘proq kuzatiladi.

Etil spirti bilan o‘tkir va surunkali zaharlanish bilan bog‘liq ruhiy buzilishlar

Alkogol kuchli hujayra zaharli moddasi bo‘lib, barcha a’zolar va to‘qimalarda patologik o‘zgarishlarni chaqirishi mumkin, ammo u markaziy asab tizimiga nisbatan alohida kuchli toksik ta’sirga ega. Hatto organizmga kichik miqdorda alkogol yuborilganda ham, asab va ruhiy jarayonlarning kechishida sezilarli buzilishlarni kuzatish mumkin. Ichki tormozlanish zaiflashadi, o‘zini idora qilish, o‘z holatiga tanqid pasayadi. Nutq tezlashadi, harakat koordinatsiyasi buziladi. Ba’zida insonda mastlik holatida kuch kelib qo‘shilishi hissi kuzatilib, ish qobiliyati oshgandek bo‘ladi. Shu bilan birga, subyektiv hissiyotlarga qaramay, eksperimental tekshiruv har doim hatto kichik miqdorda alkogol qabul qilganda ham ish qobiliyatining pasayishini ko‘rsatadi. Nisbatan katta miqdorlarda yaqqol psixomotor qo‘zg‘alishlar noadekvat xatti-harakatlar bilan, ong buzilishlari atrofda qilarga mo‘ljalning buzilishi bilan kuzatiladi. Og‘ir mastlikda chuqur karaxtlik holati yuzaga keladi, ba’zida esa sopor, koma rivojlanib, o‘lim bilan tugashi mumkin.

Patologik mastlik kichik miqdordagi alkogol qabul qilgandan keyin o‘tkir yuzaga keluvchi ongning namozshomsimon qorong‘ilashuvi shaklidagi, vasvasa, gallutsinatsiyalar, og‘ir qo‘zg‘alish holati bilan kechuvchi ruhiy faoliyatning buzilishi bilan belgilanadi. Bemorlar bu

holatda juda xavfli bo'lib, agressiv harakatlar, zulmkor, ma'nosiz jinoyatlar sodir qilishlari mumkin. Patologik mastlik bir necha minutdan bir necha soatgacha davom etadi. U, odatda, chuqur uyqu va keyinchalik to'liq amneziya bilan tugaydi. Patologik mastlik psixopat shaxslarda, bosh miya travmalari o'tkazgan, epilepsiyali bemorlarda uchraydi. Patologik mastlik holatida qonunbuzarliklar qilgan shaxs, bu holatda o'zi uchun javob bera olmaydigan, ya'ni **shuursiz** hisoblanadi va jinoiy javobgarlikka tortilmaydi.

Alkogolizm alkogolni ko'p iste'mol qilish natijasida unga patologik mayl paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Kasallikning **I bosqichida** bu qaramlik faqat ruhiy bo'ladi. Bemorlar, o'zlariga javob berolmagan holda, har qanday imkoniyatdan, patologik maylni qondirish uchun foydalanadilar, atrofdagilar ko'z o'ngida o'zlarining mastliklarini turli vaziyatlar bilan oqlashga harakat qilsalar-da, ichish uchun bahona qidiradilar. Bu bosqichda tanqidning pasayishi kuzatiladi — inson, alkogolizm bilan kasallanib ulgurganidan so'ng, o'z xatti-harakatlarini avvalgidek nazorat qila olishiga, har qachon ham ichishni to'xtata olishiga hali ham qattiq ishonadi va nima bo'lganda ham o'zini bemor deb hisoblamaydi. Bu — xavfli kasallik, chunki alkogolizmni davolash **I bosqichda** eng samaralidir. Kasallik rivojlanib borishi bilan alkogolga talab ortib boradi. Asta-sekin tolerantlik o'sib boradi (alkogolni ko'tara olish). Bir o'tirish miqdori ko'payib boradi. **II bosqichda** doimiy alkogol iste'mol qilish natijasida moddalar almashinuvi qayta o'zgaradi. Bemor organizmida ma'lum miqdordagi spirtning mavjud bo'lishi modda almashinuvi jarayonlari uchun zarur holatga aylanadi. Bu bosqichda alkogolga qaramlik endi jismoniy tavsifga o'tadi. Agar bemor organizmiga doimiy tarzda alkogolning navbatdagi miqdori kelib tushmasa, *abstinent sindrom* belgilari bilan namoyon bo'luvchi nosog'lom reaksiya yuzaga keladi. Odatda, mastlikdan keyingi kuni ertalab tushkunlik, xavotir, uringanlik hissi, umumiy holsizlik kuzatiladi. Shuningdek, bosh og'rig'i, ko'p terlash, taxikardiya, qo'llarda tremor paydo bo'ladi. Tungi vaqtda uyqusizlik, dahshatli tushlar bemorni bezovta qiladi. Abstinentiya holatida ko'pincha yurak faoliyatining buzilishi, tutqanoq xurujlari kuzatiladi. Yaqqol abstinent sindrom darajasi turlicha bo'ladi, ammo har qanday holatda ham navbatdagi alkogol miqdorini qabul qilish abstinent holatni sezilarli kamaytiradi yoki butunlay bartaraf etadi. Ko'pincha og'ir abstinentiya fonida alkogol psixozlari rivojlanadi. **II bosqichda** alkogolga tolerantlik eng yuqori darajaga yetadi.

Surunkali alkogol intoksikatsiyasi, odatda, bemorlarda sezilarli shaxs o'zgarishlariga olib keladi va bu **I bosqichdan** boshlanib, **III bosqichda** o'zining maksimal rivojlanish cho'qqisiga yetadi. O'ziga xos alkogol degradatsiyasi rivojlanib, uning uchun yolg'onchilik, qo'pollik, sinizm,

iroda, xotira buzilishlari, ish qobiliyatining pasayishi, antisotsial xulq-atvor kuzatilishi hos. Alkogolizmda ko'pincha ichki a'zolarining og'ir zararlanishlari ham kuzatiladi. Jigarda ortga qaytmas o'zgarishlar (alkogol tsirrozlari), me'da-ichak traktida (gastritlar, oshqozon va o'n ikki barmoq ichak yaralari) yuzaga keladi, yurak (miokard distrofiyasi), o'pka, jinsiy a'zolar zarar ko'radi — alkogolizmning eng ko'p uchraydigan simptomi impotensiya rivojlanadi. Jigar faoliyatining buzilishlari natijasida III bosqichda tolerantlik pasayadi. Bemorlar uncha ko'p bo'lmagan alkogol miqdoridan ham mast bo'la boshlaydilar. Bu bosqichda ko'pincha serebral buzilishlar, tutqanoq xurujlari, falajliklar rivojlanadi. Alkogol iste'mol qiluvchilar orasida o'lim ko'rsatkichi o'rtacha o'lim ko'rsatkichidan 3 marta yuqori.

Ko'pincha alkogolizm kechishida mayzadaliklar (yovuz mastliklar) kuzatiladi. Bemorlar, og'irlashib borayotgan abstinensiya bilan boshqa usullarda kurasha olmaganliklari sababli, kundan kunga takror va takror alkogol qabul qilishga majbur bo'ladilar. Ular ishlarini tashlaydilar, oxirgi sarmoyalarini ichib qo'yadilar, o'zlarining va birovlarining buyumlarini sotadilar, jinoyatlar sodir qilishlari mumkin. «Mayzadaliklar» paydo bo'lishi alkogolizmning II bosqichi uchun xosdir. Ular bir necha sutkadan haftalargacha davom etishi mumkin. «Mayzadalik» holatidan bemorlar, odatda, o'zlari mustaqil chiqa olmaydilar. Bu holatlarda ularni psixiatriya yoki narkologiya stasionarlariga gospitalizatsiya qilish lozim.

Ba'zida «mayzadalik»li mastlik mayl buzilishlarining bir shakli sifatida kuzatiladi. Odatda, bemorlar spirtli ichimliklarga moyilligi bo'lmagan hollarda va hatto aksincha undan jirkanish paydo bo'lganda ham, bu holat alkogolga yengib bo'lmas moyillik davrlari bilan navbatma-navbat almashinib turadi va bu to'xtatib bo'lmas ichkilikbozlikka olib keladi. Bunday nisbatan kam uchraydigan holatlar **dipsomaniya** deb nomlanadi.

Davolash alkogolizmida kompleks bo'lmog'i zarur. Yaxshi natijaga erishish uchun nasos bo'lib, bemorning davolanish zarurligini tushunishi xizmat qiladi va bunday tushunishga, odatda, tanqidiy munosabatning va kasallikni anglashning yo'qligi to'sqinlik qiladi. Davolashga negativ munosabatni yengish maqsadida turli psixoterapiya usullari qo'llaniladi. Bunday ma'noda jamiyatning pozitsiyasi — bemor ishlayotgan muassasa, korxon, bemor oila a'zolarining pozitsiyasi, o'rt tibbiy xodim qatnashuvi lozim bo'lgan sanitar yorituv ishlari katta ahamiyat kasb etadi.

Davolashda avvaliga dezintoksikatsion terapiya kursi (vena ichiga glu-koza eritmasi, vitaminoterapiya, teri ostiga kislorod inyeksiyasi, terapevtik miqdorda insulin va h.k.) qo'llaniladi. Davolashning ikkinchi bosqichida bemorga alkogolga salbiy shartli refleks hosil qiluvchi vositalarning biri,

ko'pincha apomorfina qo'llaniladi. Davolash usuli quyidagicha: bemorga teri ostiga 0,25-0,3 ml yangi tayyorlangan apomorfina sulfat eritmasi yuboriladi. Inyeksiyadan bir necha daqiqa o'tgach, so'lak oqishi boshlanadi, ko'ngli ayniydi. Bemorga aroq yoki boshqa u doim iste'mol qiladigan alkogolli ichimlik hidlab ko'rishga beriladi. Ko'ngil aynishi kuchayganda 30-50 g aroq ichishga beriladi, shundan so'ng, odatda, qusish boshlanadi. Bunday seanslar har kuni yoki kunora, eng yaxshisi guruhli usulda o'tkaziladi. Alkogolga salbiy shartli refleks hosil qilish uchun, odatda, 15-20 muolaja yetarli. Keyinchalik vaqti-vaqti bilan seanslarni ambulator sharoitda takrorlab turish tavsiya etiladi. Shuningdek, antabus terapiyasi usuli qo'llaniladi. Antabus, yoki teturam, og'iz orqali ichishga 0,5-1 g dan har kuni tayinlanadi. Bemor oldindan batafsil tekshiriladi. Antabus alkogolni organizmda kuchli hujayra zaharli moddasi bo'lgan va og'ir psixosomatik reaksiya chaqiruvchi atsetaldegid bosqichida parchalanishini to'xtatadi. Davolashning birinchi haftalarida bemorga 1-2 marta alkogol-antabus sinamasi o'tkaziladi va shu maqsadda 30-50 g aroq ichish taklif etiladi. Alkogol qabul qilinganidan 15-20 min. o'tgach, arterial bosimning pasayishi, taxikardiya, yuzning giperemiyasi, hansirash, qo'rquv hissi kabi reaksiyalar yuzaga keladi. Sinamalar haftasiga 1-2 marta o'tkaziladi. 2-3 ta sinamadan so'ng bemor kasalxonadan chiqariladi va qo'llab turuvchi davolash tayinlanadi. Antabusni kundalik qabul qilish keyinchalik bemor qarindoshlari va dispanser shifokori tomonidan nazorat qilinishi shart. Organizmning alkogolga doimiy sensibilizatsiyasi va uni qabul qilish asoratlaridan qo'rquv bemorni spirtli ichimliklar iste'mol qilishdan saqlab turadi. Alkogolizmni davolashning barcha bosqichlarida faol tarzda psixoterapiya o'tkazilib, uning maqsadi shaxsning hayotiy qadriyatlarga munosabatini qayta ko'rish, yangi qiziqishlarni hosil qilishdan iborat. Shuningdek, gipnoterapiya usuli qo'llanilib, bunda bemorga gipnoz yo'li bilan alkogolga nisbatan jirkanish hissi ishtontiriladi.

Alkogolizmli bemorlarda o'tkir va surunkali alkogol psixozlari kuzatilishi mumkin.

Alkogol deliriyasi (yoki oq alahlash) kundalik psixiatriya amaliyotida eng ko'p uchraydi. U abstinensiya holatida, odatda, alkogol iste'mol qilingandan 12-48 soat o'tgach rivojlanadi. Psixoz o'tkir – kechqurun, tungi vaqtda yoki tongga yaqin rivojlanadi. Klinikasida birinchi o'ringa rangdor ko'ruv gallutsinatsiyalari chiqib, ong buzilishi va atrof-muhitga mo'ljalning yo'qolishi fonida rivojlanadi. Bemor o'zini boshqa vaziyatda ko'radi, uni qo'rqinchli hayvonlar, odamlar, shaytonlar, fantastik mahluqlarning jismlari o'rab oladi. Gallutsinatsiyalarda mayda

hayvonlarning obrazlari, hasharotlar, kalamushlar, ilonlar, o'rgimchaklar, suvaraklar, kanalar va h.k. lar ko'pincha kuzatiladi. Ko'ruv gallutsinatsiyalari bemor uchun real jismlarning barcha xususiyatlariga ega. Odatda, eshituv, taktil, hidlov gallutsinatsiyalari bilan birga kechadi. Qo'rquv va xavotir kuzatiladi. Bemor qo'zg'algan, ta'qibchilar va qaroqchilardan qochib qutulishga harakat qiladi, himoyalanaadi, berkinadi, yiqiladi. Bu holatda u o'zi va atrofdagilar uchun juda xavfli, shuning uchun bemorni nazorat qilish, psixiatriya statsionariga jo'natish va parvarishlashda bu holatlar e'tiborga olinishi lozim. Psixopatologik buzilishlardan tashqari, qator o'ziga xos somatonevrologik buzilishlar: til va qo'llarda tremor, yuzda giperemiya, tana haroratining ko'tarilishi, taxikardiya, polinevritlar kuzatiladi. O'pka-yurak yetishmovchiligi belgilari rivojlanishi mumkin va bu o'lim bilan tugashi ehtimoli bor. Oq alash xuruji, odatda, 3-4 kun davom etadi va ko'pincha uzoq davomli uyqu bilan tugaydi. Keyinchalik psixoz davri haqida pala-partish xotiralar qoladi.

Davolash. Alkogol deliriysi bilan og'rigan bemor psixiatriya statsionariga joylashtirilishi zarur. Agar oq alash xuruji somatik kasalxona bemorida yuzaga kelsa va bemorning ahvoriga ko'ra uni somatika bo'limidan ko'chirishning imkoni bo'lmasa, butun sutka davomida kuzatuvni tashkil qilish va davolashni shu joyda o'tkazish lozim. Bemorga trankvilizatorlar (seduksen inyeksiyalarda va boshq.) tayinlanadi. Keskin qo'zg'alish bo'lganda, bemorning somatik holati imkon berganda, neyroleptiklar — galoperidol va boshqalar qo'llaniladi (vena ichiga, tomchilab). Shu bilan birga, dezintoksikatsion vositalar, katta miqdorda, ayniqsa, V kompleksi vitaminlari yuboriladi. Albatta, yurak faoliyatini yaxshilovchi vositalar (korglikon, kordiamin) tayinlanadi.

Alkogol gallutsinozi o'tkir hamda surunkali kechishi mumkin. Klinikasida markaziy simptomlari bu eshituv gallutsinatsiyalaridir. Bemor o'zini qarg'ayotgan, haqoratlayotgan tovushlarni eshitadi, ular qasd olish, o'ldirish bilan tahdid soladilar. Shunday gallutsinatsiyalar bemorning ongini butunlay egallab olganligi uchun, ular ostida bemor o'zini noto'g'ri tutishi, agressiv, suitsidal, tuturuqsiz harakatlar qilishi mumkin. Ayniqsa, imperativ mazmundagi gallutsinatsiyalar alohida xavf tug'diradi. Ba'zida bemorlarda ikkilamchi ta'qib va munosabat vasvasa g'oyalari rivojlanadi. Bunda bemorning ongi saqlanib qoladi. Psixoz o'tkir kechganda u bir necha kundan bir necha haftagacha davom etadi. *Surunkali alkalogol gallutsinozi* uchun cho'zilgan kechish xos. Ko'pincha bemorlar patologik buzilishlarga rasmiy tanqidni saqlab qoladilar. Ammo bu ular tomonidan xavfli harakatlarni, ayniqsa, imperativ gallutsinatsiyalar bo'lganda sodir etmaydilar deb aytib bo'lmaydi.

1887-yilda taniqli rus psixiatri S.S. Korsakov tomonidan birinchi marta surunkali alkogol psixozni yozib qoldirilgan bo‘lib, bunda o‘ziga xos xotira buzilishlari (amnestik sindrom) polinevrit belgilari bilan qo‘shilib keladi. Bemorlar bo‘lib o‘tgan hodisalarni esda olib qololmaydilar, hozirgina o‘qigan, eshitgan, ko‘rganlarini shu zahoti esdan chiqarib qo‘yadilar. Shu sababli ular, o‘zlarining qayerdaliklarini, atrofdagilar kimligini bilmaydilar, bugungi kun, oyni aytib berolmaydilar — joyga va vaqtga amnestik dezoriyentirovka kuzatiladi. O‘tmishda bo‘lgan hodisalarga nisbatan xotira asosan saqlanadi. Ammo ko‘pincha bemorlarning o‘tmish haqidagi xotiralari o‘ylab chiqarilgan yoki haqiqatsimon (pseudoreminissensiyalar), yoki fantastik (konfabulatsiyalar) xususiyatga ega bo‘ladi. Bu psixoz uni aniqlagan muallif nomi bo‘yicha, **Korsakov psixoz** deb nomlanadi.

Shuningdek, **vasvasali alkogol psixozlari**, odatda, surunkali kechadi. *Alkogolli rashk vasvasasi* boshqa psixoz turlariga qaraganda ko‘proq uchraydi. Bemorlar umr yo‘ldoshlarining xiyonatkorligiga ishonchlari komil. Ularning patologik faoliyati “isbot-dalillar” yig‘ish va aybini bo‘yniga oldirishga intilish bilan bog‘liq bo‘ladi. Ular o‘z xotinlarini ta‘qib qiladilar, ishdan kutib oladilar, tekshiruvlar o‘tkazadilar. Ichko‘ylakdagi dog‘lar, tanadagi ko‘karishlar, tez-tez bo‘luvchi telefon qo‘ng‘iroqlari va h.k. lar vasvasa mavzusida talqin qilinadi. Odatda, alkogolli rashk vasvasasi sistemalashgan bo‘ladi. Bemorlarning xulq-atvori qo‘pol tarzda noadekvat bo‘ladi. Ular ishga ketayotib, xotinlarini qamab qo‘yadilar, ulardan «aybini bo‘yniga olishni talab qilib» kaltaklaydilar, ularga «vafodorlik belbog‘ini» taqib qo‘yadilar. Ba‘zida xotinlarining taxminiy jazmanlariga hujum qiladilar. Alkogolli rashk vasvasasi kelib chiqishida jinsiy faoliyatning buzilishi katta o‘rin tutadi: pasaygan potensiya fonida alkogol ta‘sirida jinsiy maylning ortishi kuzatiladi.

Boshqa turdagi toksikomaniyalar

Etil spirtidan tashqari, qator boshqa moddalar o‘rganish, ruju qo‘yish, ruhiy va jismoniy qaramlik chaqirishi mumkin. Keng ma‘noda ular narkotiklar, ularni iste‘mol qiluvchi shaxslar esa — narkomanlar (giyovandlar) deb nomlanadi. Uyqu dorilari (barbamil, nembotal, noksiron va boshq.), stimulatorlar (fenamin, sentedrin, sidnofen, sidnokarb va h.k.) va boshqa dori vositalari uzoq vaqt iste‘mol qilinganda patologik ruju qo‘yish rivojlanishi mumkin. Narkotiklar ham enteral, ham parenteral yo‘llar bilan qabul qilinadi. Gashish (hind nashasi, anasha, marixuana), odatda, tamaki bilan aralastirib chekish yo‘li bilan iste‘mol qilinadi. Ko‘pincha psixopatik shaxslar narkomanlarga

aylanadilar. Narkotik vositalarni qabul qilish kayfiyat ko'tarilishi, kayfichoqlik hissi, ko'tarinki xursandlik holatini chaqiradi. Ammo doimiy iste'mol qilinganda bu ta'sirga faqat narkotik vositani qabul miqdorini oshirgandagina erishish mumkin bo'ladi. Asta-sekin modda almashinuvi o'zgaradi. Uning yangi darajasini ta'minlab turish uchun bemor organizmida narkotik modda doimiy mavjud bo'lishi zarur. Shunday qilib, ruhiy qaramlik jismoniy qaramlikka o'tadi, bu esa giyovandni narkotik moddani yana va yana qabul qilishga majbur qiladi. Iste'mol qilishning vaqtinchalik to'xtatilishi abstinent reaksiyani chaqirib, bu asosiy belgilari bilan alkogolizmdagi abstinent (xumor) sindromini eslatadi, ammo nisbatan og'irroq o'tadi. Bosh og'rig'i, holsizlik, ich ketishi, qusish, tushkun kayfiyat, tajanglik, yig'loqilik kuzatiladi. Bu holatlarda giyovand hamma narsaga tayyor bo'lib, narkotik moddani topish uchun hatto jinoyat sodir etishi mumkin. Ko'pincha giyovandlarda intoksikatsiya natijasida oneyroid, delirioz, gallutsinator-paranoid klinikali psixozlar rivojlanadi. Suitsidal harakatlar sodir etilishi mumkin. Uzoq vaqt narkotik modda qabul qilish, oxir-oqibatda, albatta, ruhiy, jismoniy va ijtimoiy degra-datsiyaga olib keladi.

Tibbiy xodim doim shuni yodda tutishi lozimki, ba'zi dori vositalarini uzoq vaqt davomida qo'llaganda ma'lum ehtiyotkorlikka amal qilish kerak. Qaramlik rivojlanishi holatlarining oldini olish maqsadida, bir xil dori vositasi bilan davolaganda tanaffuslar qilib turish, zarurat bo'lmaganda bemorning xohishiga ko'ra dori miqdorini oshiravermaslik; davolash jarayonida analogik ta'sirli, ammo turlicha dori vositalarini qo'llash lozim. O'rta tibbiy xodim hech qachon bemorlarning narkomanik moyilliklarini quvvatlamasliklari, shifokor tayinlamagan dori vositalarini bermasliklari kerak. Davolash muassasasining har bir bo'linmasida narkotik moddalarni saqlash, tarqatish va qo'llashda qat'iy nazorat tashkil qilingan bo'lishi zarur.

Davolash narkomaniyalarda yopiq bo'lim sharoitlarida qat'iy nazorat ostida o'tkazilishi lozim. Bo'limda narkotik modda uzatilishining har qanday imkoniyatlari bartaraf etilishi zarur. Shu maqsadda o'rta tibbiy xodim giyovand bemorni qarindoshlari, «do'stlari» bilan uchrashuvlari alohida nazorat ostiga olishi kerak. Bir bemorlar ikkinchisiga dori vositalarini bermasliklarini ham kuzatib turish zarur. Tibbiy hamshira diqqat bilan bemorlarga keltirilgan oziq-ovqatlar, tamaki mahsulotlarini tekshirishi zarur. Davolash kompleks tarzda o'tkazilishi lozim. Psixoterapiya katta ahamiyatga ega bo'lib, uning maqsadi bemorning hayotiy yo'nalishini o'zgartirishdir. Faol dezintoksikatsion terapiya bemorning somatik holati, abstinensiya og'irligiga qarab, odatdagi narkotikni bosqichli yoki keskin

bekor qilinishi fonida o'tkaziladi. Umumquvvatlovchi davolash – vena ichiga glukoz, insulin, kalsiy xlor eritmasi, vitaminlar, uyqu bilan davolash maqsadga muvofiq.

Sanoatdagi zaharli moddalar bilan intoksikatsiyalar

Qo'rg'oshin, simob, uglerod oksidi, tetraetil qo'rg'oshini bilan zaharlanishlar katta amaliy ahamiyatga ega bo'lib, ular tog'-kon ishlari, metallurgiya, elektronika sanoati ishchilari, o't yoquvchilar, haydovchilarda uchraydi. Turli zaharlanishlarning boshlang'ich belgilari u yoki bu darajada bir xil xususiyatlarga ega. Bular – bosh og'rig'i, ko'z oldi tinishi, holsizlik, tajanglik, uyqu va me'da-ichak trakt buzilishlaridir. Keyinchalik qo'shimcha simptomlar qo'shilishi mumkin.

Qo'rg'oshin. Qo'rg'oshin bilan surunkali zaharlanishda astenik sindrom klinikasi polinevritlar belgilari, epileptiform tutqanoqlar, delirioz ong buzilishlari bilan kechadi. Xotiraning qo'pol buzilishlari, Korsakov sindromi rivojlanishigacha yetib boradi. Oshqozon va ichak sanchiqlari, milklarda "qo'rg'oshinli gardishlar" kuzatiladi.

Tetraetil qo'rg'oshin. Tetraetil qo'rg'oshin bilan zaharlanish ko'pincha haydovchilarda kuzatiladi. Yengil darajalarida astenik belgilar tremor, dizartriya, ataksiya bilan kuzatiladi. O'rta og'irlik darajalarida - asosan taktil, og'zida yoki hiqildog'ida yot moddani sezish bilan (ip, soch tolasi) gallutsinatsiyalar, ong buzilishlari kuzatiladi. Og'ir darajadagi zaharlanishda bemorlar toksik komadan halok bo'ladilar.

Uglerod oksidi. Bunday turdagi zaharlanish maishiy sharoitlar bilan bog'liq bo'lishi mumkin (is gazi). Psixomotor qo'zg'alish holati ko'ruv, hid bilish gallutsinatsiyalari, vasvasa, ong buzilishlari bilan kechadi. Keyinchalik ko'pincha amnestik sindrom rivojlanadi.

Davolash umumiy dezintoksikatsion va ruhiy buzilishlarni simptomatik davolashni o'z ichiga oladi. Is gazi bilan zaharlanishda jabrlanuvchini toza havoga olib chiqish lozim. Kislorod ingalatsiyasi, yurak glikozidlari tayinlanishi, kofein inyeksiyasi tavsiya qilinadi. Ba'zida qon chiqarish va so'ngra vena ichiga fiziologik eritma qo'yiladi.

INFEKSION PSIXOZLAR

Yuqumli kasalliklarda ko'pincha bevosita psixozlardagiga nisbatan ruhiy faoliyatning yengil darajadagi buzilishlari kuzatiladi. Bu holatlar shundan dalolat beradiki, etiologik omildan tashqari (u yoki bu infeksiyaning xususiyatlari), infeksiyon psixozlarning kelib chiqishida kasallik jarayoni

rivojlanayotgan sharoitlar ham katta ahamiyatga ega. Somatik zaiflashgan, surunkali intoksikatsiyalar, bosh miya travmalari bilan kasallangan bemorlarda infeksiyon psixozlar ko'proq yuzaga keladi. Infeksiyon psixozlar, ayniqsa, bolalarda ko'p rivojlanadi. Shuningdek, nasliy omillar, konstitutsiya katta ahamiyatga ega. Yuqumli kasalliklarda ruhiy faoliyatning buzilishlari ham mikroorganizmlarning (bakteriyalar, viruslar) markaziy asab tizimiga bevosita ta'siri hamda ular hayot faoliyati davomida ajratgan toksinlarning bosh miyaga ta'siri bilan belgilanadi. Ruhiy buzilishlarning rivojlanishi asosiy kasallikning (revmatizm, pnevmoniya, tif) asorati hisoblanadi. Infeksiyon psixozlar simptomatik deb nomlanadi. Bunda ko'pincha somatik buzilishlarning chuqurligi va ruhiy buzilishlarning yaqqolliigi o'rtasidagi uzviy bog'liqlikni aniqlash mumkin. Masalan, shunisi yaxshi ma'lumki, antibiotiklar va boshqa zamonaviy antibakterial vositalarning qo'llanilishi ruhiy faoliyatdagi simptomatik buzilishlar rivojlanishi hollarini sezilarli darajada kamaytirdi.

Ko'pdan beri ma'lumki, turli yuqumli kasalliklarda ruhiy faoliyatning buzilishlari o'xshash klinik belgilarga ega. Bu psixozlarni tavsiflovchi nisbatan tor doiradagi sindromlar, odatda, "ekzogen turdagi reaksiyalar" deb nomlanadi. Barcha infeksiyon psixozlar uchun asteniya bo'lishi xos bo'lib, u asta-sekin faollikning pasayishi, qo'zg'atuvchan holsizlik, yig'loqilikning paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Shularning zamirida keyinchalik karaxtlik shaklidagi ong buzilishi kelib chiqishi mumkin. Bemorlarda atrofdagilarga mo'ljal olish qiyinlashadi, barcha qo'zg'atuvchilar uchun qo'zg'alish bo'sag'asi sezilarli ko'tariladi. Bemorlarning nutqi bog'lanishsiz tus oladi. Ular yarim uyqu holatidagi insonlarni eslatadilar. Muloqot turg'un bo'lmaydi. Tafakkur sur'ati sekinlashgan, assotsiatsiyalar qiyinchilik bilan hosil bo'ladi. Karaxtlik davri haqida, odatda, xotiralar qolmaydi. Bemorning ahvoli og'irlashganda karaxtlik soporga, komaga o'tishi va hatto o'lim bilan yakunlanishi mumkin.

Eng ko'p hollarda infeksiyon psixozlar, ayniqsa, bolalik va yoshlik davrida, delirioz sindrom belgilarini bilan kechadi. bu holatlarda qo'zg'alishni bartaraf etishga alohida e'tibor qaratish lozim, chunki u mavjud astenik foni yanada chuqurlashtirib, barcha somatik va ruhiy faoliyatlarining keskin toliqishiga olib keladi. Kasallik og'ir kechganda ong xiralashuvi soporli, keyin esa komatoz belgilar qo'shilishi bilan davom etib, kuchayib borayotgan nafas-yurak yetishmovchiligi natijasida o'lim bilan tugashi mumkin. Nisbatan ko'p uchraydigan hollarda, bir necha soat yoki kunlar o'tgach, deliriy ortga chekinadi, ammo yana uzoq vaqt davomida yaqqol asteniya bir-biri bilan bog'lanmagan vasvasa g'oyalari bilan saqlanib qoladi. Bu holatlar rezidual (qoldiq) vasvasa deb nomlanib, asteniya bartaraf

etilgandan so'ng unga nisbatan tanqidiy munosabat paydo bo'ladi. Infeksion deliriy klinikasi bilan kechuvchi psixozlar, odatda, yaxshi natija bilan tugab, bemor butunlay sog'ayib ketadi.

Yuqumli kasalliklarda kuzatiluvchi boshqa buzilish – bu amentiv sindromdir. U, odatda, somatik kasallikning keksalik yoshida, organizmning himoya kuchlari asta-sekin kamayib, o'ta toliqqanda, kasallik cho'zilgan holda, yomon sifatli kechganda kuzatiladi. Amentiv holatning davomiyligi haftalab, ba'zida oylar bilan o'lchanadi. Odatda, keyinchalik ong xiralashgan davridagi xotiralardan hech nima qolmaydi. Umuman olganda, amensiya klinikasi bilan kechuvchi infeksiyon psixozlarning oqibatlarini yomon hisoblanadi.

Agar kasallik somatik buzilishlar sababli o'lim bilan tugamasa, keyinchalik ko'p yoki oz namoyon bo'luvchi psixorganik o'zgarishlar yuzaga keladi.

Ba'zi hollarda o'tkir infeksiyon psixozlarda ongniing namozshomsimon xiralashuvi rivojlanib, gallutsinator-paranoid turda kechadi. Namozshomsimon holatlar bir necha kungacha davom etishi mumkin. Ular to'satdan, odatda, uyqudan so'ng tugaydi. Bemorlarda to'liq amneziya kuzatiladi.

Yuqorida ko'rsatilgan ong buzilishi sindromlari eng ko'p hollarda o'tkir infeksiyon psixozlarda uchraydi, va ular orqaga qaytish davrida postinfeksion holatlar deb nomlangan bosqichdan o'tadi. Rekonvalesensiya davrida bu bemorlarda postinfeksion asteniya kuzatiladi. Kamroq holatlarda qisqa vaqtli retrograd yoki anterograd amneziya shaklida xotira buzilishlari rivojlanadi.

Ba'zi yuqumli kasalliklar cho'zilgan va surunkali tus olishi mumkin. Bunday holatlarda bemor ongida ozgina yaxshilanish bo'lishi bilan kasallik klinikasi boshqa nisbatan yengil sindromlar bilan almashinadi. Ba'zida eng boshidan boshlab cho'zilgan psixozlar yuzaga kelib, ong buzilishlarisiz kechadi. Bunday infeksiyon psixozlarda kasallik klinikasi ancha polimorfdir. Ba'zi holatlarda kayfiyatning depressiv o'zgaruvchanligi qayg'u hissi, yig'loqilik, munosabat, zaharlash vasvasa g'oyalari bilan oldingi o'ringa chiqadi; boshqa holatlarda – paranoid buzilishlar illuzor va gallutsinator idrok buzilishlari, ta'qib va ta'sir vasvasasi bilan kechadi. Bu buzilishlarning umumiy belgilari astenik fonning yaqqolligi, qo'zg'aluvchan holsizlik, ipoxondrik buzilishlar bilan belgilanadi.

Cho'zilgan infeksiyon psixozlarning oqibati turli darajada namoyon bo'lgan Korsakov va psixorganik sindrom bilan tugashi mumkin. Bu holatlar bosh miyaning diffuz organik zararlanishi haqida dalolat beradi va ortga qaytmas hisoblanadi. Eng ko'p holatlarda ular kalla ichi

infeksiyalarida (meningitlar, ensefalitlar) yoki serebral zararlanishlar bilan asoratlangan umumiy infeksiyalarda kuzatiladi.

Tibbiy xodim nafaqat infeksiyon psixozlarning umumiy xususiyatlarini, balki ulardan ba'zi birlarining klinikasi uchun xos bo'lgan maxsus belgilarini ham bilmog'i lozim.

Quturish. Prodromal davri kasallangan hayvon tishlaganidan 3-8 hafta o'tgach boshlanib, ko'z oldi tinishi, tajanglik va bezovtalik bilan namoyon bo'ladi. Kasallikning boshlanish davri uchun barcha qo'zg'atuvchilarga sezuvchanlikning keskin oshib ketishi xos. Kayfiyat pasayadi, xavotir va sababsiz qo'rquv paydo bo'ladi. Keyinchalik tutqanoqlar, spazmlar paydo bo'lib, tashqi ta'sirlar (kuchli yorug'lik, keskin tovushlar, turli hidlar) natijasida yuzaga keladi. Shuningdek, gidrofobiya yoki "suvdan qo'rqish"- suv ichishga harakat qilganda hiqildoq va qizilo'ngach mushaklarining spazmlari kuzatiladi. Kasallik rivojlanish cho'qqisida, tonik va kloni tutqanoqlar bilan bir qatorda, ongning namozshomsimon xiralashuvi yaqqol psixomotor qo'zg'alish, agressivlik, impulsiv harakatlar bilan kechadi. Motorikaning buzilishi kasallikning terminal — paralitik bosqichi uchun ham xos bo'lib, bemorning ongi tiniq holatida kechadi.

Pnevmoniyalar. Eng ko'p psixozlar holatlari krupoz pnevmoniyada uchraydi. Odatda, bemorlarning ruhiy holati kechqurun va tunda yomonlashadi. Mo'ljalning buzilishi, gallutsinatsiyalar kuzatilib, bemorlar qayergadir qochishga intiladilar, ularni derazaga, eshikka "tortadi". Og'ir holatlarda delirioz ong buzilishlari kunduz kuni ham bo'lishi mumkin. Yengil holatlarda ko'pincha gallutsinator buzilishlar, delirioz sindromning abortiv shakllari uchraydi.

Alkogol iste'mol qiluvchi shaxslarda, pnevmoniyalar natijasidagi psixozlar og'ir kechadi.

Epidemik yoki letargik ensefalit. Kasallik 2 bosqichda kechadi. O'tkir davrida (o'ziga xos nevrologik simptomlardan tashqari) delirioz yoki delirioz-amentiv holatlar xavotir, ayniqsa, tungi vaqtda keskin qo'zg'alish, tipik uyqu buzilishlari kuzatiladi. Keyinchalik, ba'zida davomli remissiyadan so'ng kasallik II bosqichga o'tib, u parkinsonizm belgilari bilan namoyon bo'ladi. Bemorlarda nutq, motorikaning sekinlashuvi, amimiya kuzatiladi. Bularning fonida turli giperkinezlar: oyoq-qo'llar tremori, tutqanoqli tirishishlar, impulsiv harakatlar kuzatiladi. Odatda, psixosensor buzilishlar rivojlanib, psixopatsimon shaxs o'zgarishlari kuchayib boradi. Yuqoridagi epidemik ensefalitning klinik xususiyatlari bosh miyaning po'stloqosti hosilalarini qaytmas tarzda zararlanishi bilan bog'liq. Ba'zida bu bemorlarda epileptiform tutqanoqlar yuzaga keladi.

Bemorlar qat'iy nazorat va alohida parvarishga muhtojdirlar. Vasvasa kechinmalari va gallutsinatsiyalar ta'siri ostida bemorlar o'zlariga jarohat yetkazishlari, derazadan sakrashlari mumkin. Ular, odatda, ovqatdan bosh tortadilar va tezda ozib ketadilar. Bunday bemorlarni parvarish qilishda kichik tibbiy xodimning butun sutka davomida kuzatuvini tashkil qilish lozim.

ZAHM KASALLIGIDA RUHIY FAOLIYAT BUZILISHLARI

Zahm infeksiyasida barcha a'zolar, shu jumladan, bosh miya ham zararlanishi mumkin. Uning ikkita shakli ajratilib, ular, bir xil qo'zg'atuvchi tomonidan keltirib chiqarilsa ham, o'zining yuzaga kelish vaqti hamda klinik belgilari bilan bir-biridan ancha farq qiladi. Bular: 1) bosh miya zahmi; 2) progressiv falajlik hisoblanadi.

Bosh miya zahmi neyroluesning eng erta shakli bo'lib, odatda, kasallik yuqtirilishidan 3-5 yil o'tib, yetarli maxsus davolash o'tkazilmaganda yoki butunlay davolanmaganda rivojlanadi. U bosh miya qon tomirlari, uning pardalarining birlamchi zararlanishi, bosh miya moddasida gummalar hosil bo'lishi bilan kechadi.

Bosh miya pardalarining sifilitik yallig'lanishida meningitlar, meningoensefalitlar rivojlanadi. Qon tomirlar zararlanganda ularning devorlarida patologik o'zgarishlar (yumshash o'choqlari, qon quyilishlari, yorilishlar) paydo bo'lib, ularning natijasida bosh miya to'qimasining qon bilan ta'minlanishi buziladi. Ba'zida insultlar kuzatiladi.

Zahm sistemali kasallik hisoblanadi, shuning uchun bosh miya zahm kasalligida ruhiy faoliyat buzilishlari bilan bir qatorda, nevrologik va umumsomatik buzilishlar kuzatiladi. O'ziga xos nevrologik simptomlar jumlasiga doimiy bosh og'rig'i, bosh aylanishi, qusish, turli o'choqli belgilar: Argayl – Roberson sindromi (akkomodatsiya va konvergensiya reaksiyalari saqlangan holda qorachiqlarning yorug'likka reaksiyasi yo'qolishi), anizokoriya, qovoqlar ptozi, g'ilyalik, eshituv qobiliyatining pasayishi kiradi. Shuningdek, agnoziya, apraksiya, mono- va gemiplegiyalar kuzatilishi mumkin.

Somatik simptomatika turli a'zolar: jigar, aorta (sifilitik aortit) va boshqalarning zahm bilan zararlanishi bilan belgilanadi.

Psixopatologik buzilishlar kasallik shakllari va kechishining turli variantlarida nevrozsimon buzilishlar (emotsional noturg'unlik, toliquvchanlik, yuzaki uyqu va h.k.) gallutsinator-paranoid belgilar, ong patologiyalari, psixorganik sindrom belgilari bilan namoyon bo'ladi.

Sifilitik meningit o'tkir osti va surunkali kechishi mumkin, ammo o'tkir shakllari asosiy o'rin egallaydi. Keskin ko'tarilgan tana harorati

fonida bosh miya pardalarining qo'zg'alganligi simptomlari kuzatiladi (ensa mushaklari rigidligi, Kernig simptomi va h.k.). Umumiy serebral belgilari: bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qusish bilan namoyon bo'ladi. Shuningdek, o'choqli nevrologik simptomatika kuzatilishi mumkin. Og'ir holatlarda kasallikning erta bosqichlaridayoq karaxtlik va boshqa ong buzilishi shakllari – delirioz, delirioz-amentiv, oneyroid holatlar rivojlanadi. Kasallik o'tkir kechganda likvorda Vasserman sinamasi, odatda, musbat bo'ladi. Kasallikning surunkali kechuvida yuqoridagi simptomlar unchalik yaqqol namoyon bo'lmaydi.

Gallutsinator-paranoid shakli uchun asta-sekin rivojlanish xos. Nevrologik simptomatika bilan bir qatorda, idrok va tafakkur buzilishlari kuzatiladi. Odatda, eshituv gallutsinatsiyalari kuzatilib, noxush mazmunga ega, monotematik tavsifli, neyroleptiklar bilan qiyin davolanadi. Vasvasa g'oyalari ko'pincha ta'qib, ta'sir, kam hollarda boshqa mazmunli (o'zini ayblash, buyuklik va h.k.) bo'ladi.

Tug'ma zahm kasallangan ota-onalardan tug'ilgan bolalarda kuzatiladi. Kasallikning xuddi kattalardagi kabi klinik shakllari uchraydi. Ammo ko'pincha homilaning ona qornida zararlanishida kasallik klinikasida turli a'zolarining, shu jumladan, bosh miyaning rivojlanishdan ortda qolishi simptomlari oldingi o'ringa chiqadi. Tug'ma zahmning o'ziga xos somatik belgilari bo'lib, egarsimon burun, kalla suyaklari, boldir suyaklari shaklining o'zgarishi, tishlarning noto'g'ri o'sishi kuzatiladi. Bosh miyaning rivojlanmay qolishi turli darajadagi aqli zaifliklar bilan namoyon bo'ladi, asab tizimining o'choqli zararlanishi simptomlari kuzatiladi.

Davolash maxsus zahmga qarshi dori vositalari, shuningdek, penitsillin bilan o'tkaziladi. Penitsillinning kursli miqdori – 10000000 ED. Biyoxinol (vismuta preparati) mushak ichiga 2 ml.dan kunora yoki 3 ml.dan har 3 kunda yuboriladi. Preparat qabul qilinishidan oldin qizdirilib, chayqatiladi. Bitta davolash kursiga – 50 ml. to'g'ri keladi. Novarsenol aynan yuborilishidan oldin tayyorlanadi, vena ichiga juda sekin jo'natiladi, dori miqdori asta-sekin oshirib boriladi: 0,15 dan 0,6 g gacha (erkaklar uchun) va 0,45 g (ayollar uchun). Bitta kursga – 4,5 – 5 g dori moddasi to'g'ri keladi. Vismut preparatlari tayinlanganda og'iz bo'shlig'i holatini nazorat qilish lozim, chunki bunda stomatitlar rivojlanishi mumkin. Buyraklarda kuzatilishi mumkin bo'lgan ehtimoliy asoratlar munosabati bilan siydik takroriy tekshirilib turiladi.

Maxsus davolashdan tashqari, bir vaqtning o'zida umumquvvatlovchi davolash o'tkaziladi.

Progressiv falajlik zahm bilan kasallanish ko'rsatkichlarining keskin pasayishi va faol davolash tadbirlari joriy etilishi munosabati bilan bu

kasallik hozirda kam uchraydi. Kasallik ancha kech – zahm yuqtirilganidan 10-15 yil o'tib, rivojlanadi. Agar bosh miya zahm kasalligida qon tomirlar va bosh miya pardalari birlamchi zararlangan, progressiv falajlikda asosan bosh miya parenximasi birlamchi zararlanadi. Kasallik klinikasida bosh miya pardalari va qon tomirlarida yallig'lanish jarayonlari kuzatilsa-da, asab to'qimalarining (hujayra va tolalar) degenerativ, atrofik o'zgarishlari oldingi o'ringa chiqadi. Progressiv falajlik ko'pincha erkaklarda kuzatilib, u bilan, odatda, 40-50 yoshlardagi kishilar kasallanadi. Kasallikning kelib chiqishida moyillik yaratuvchi omillar: surunkali alkogol intoksikatsiyasi, infeksiyalar, bosh miya travmalari katta o'rin tutadi. Ko'pincha zahm kasalligidan davolanishdan qochib yurgan yoki oxirigacha davolanmagan shaxslar kasallanadi.

Progressiv falajlikning klinik belgilari o'ziga xos xususiyatlarga ega. Ruhiiy faoliyatning u yoki bu buzilishlari ustunlik qilishiga qarab, kasallikning 4 ta shakli ajratiladi: oddiy (dement), maniakal (ekspansiv), depressiv va ajitirlangan. Barcha shakllari uchun umumiy belgi, bu – ruhiyatning progressivlanuvchi parchalanishi, o'sib boruvchi aqli zaiflikdir.

Progressiv falajlik kechishida 3ta bosqich ajratiladi. Birinchi – nevrastenik (nevrosimon) bosqich uchun o'ta toliquvchanlik, mehnatga qiziqishning pasayib borishi, o'sib boruvchi holsizlik, uyqu buzilishlari, bosh og'riqlari xos. Shu bosqichning o'zida maxsus shaxs o'zgarishlari paydo bo'ladi. Bemorlar o'zlarini to'xtatolmaydigan, sinik, maqtanchoq, pala-partish bo'lib qoladilar. To'g'ri tashxis qo'yish uchun qon va likvorni tahlili, musbat Argayl-Roberson sindromi, pay reflekslarining oshishi (ikkala tomonda) ni aniqlash yordam beradi.

Avj olish davrida shaxs o'zgarishlari o'sib boradi, u yoki bu produktiv psixopatologik simptomatika kuzatiladi; boshqa tarafdin, organik aqli zaiflik belgilari to'xtovsiz o'sib boradi.

Oddiy (dement) shaklida atrofdagilarga butun qiziqishlarning yo'qolishi, faoliyatsizlik, beg'amlik, tanqidning yo'qolishi kuzatiladi. Oldingi o'ringa total demensiyaning yaqqol klinikasi chiqadi.

Ekspansiv (maniakal) shaklida maniakal holat fonida tuturuqsiz buyuklik vasvasalari kuzatiladi. Bemorlar o'zlarining "buyuk sarkarda ekanliklari, tugamaydigan boyliklarga egaliklari, yuzlab xotinalari borligi va h.k." kabi g'oyalarni e'tirof etadilar. Ular qo'zg'aluvchan, ko'p gapiradilar, eyforik holatda, o'zlarini lentalar, qog'oz parchalari bilan bezatadilar, va ularni – medallar, ordenlar deb nomlaydilar. Shu bilan bir qatorda siniklik, seksual maylni boshqarolmaslik, masofa saqlashning yo'qolishi kuzatiladi. Ba'zida qisqa vaqtli g'azab uchqunlari, qo'zg'aluvchanlik paydo bo'ladi. Ekspansiv shakli nisbatan kam uchraydi.

Depressiv shakli depressiv sindrom bilan namoyon bo'ladi. Shuningdek, pasaygan kayfiyat fonida rivojlangan vasvasa g'oyalari ham o'zining tuturuqsizligi bilan ajralib turadi. Bemorlar o'zlarining "ichki a'zolari chirib ketganligi», ular «allaqachon o'lganliklarini» (nigilistik vasvasa) e'tirof etadilar. Ba'zida sindromning affektiv komponentlari: qayg'u, qo'rquv, xavotir ko'proq namoyon bo'ladi. Ammo hatto bu holatlarda ham o'sib boruvchi intellektual zaiflashuv belgilari yaqqol ko'rinadi.

Ajitirlangan shaklida keskin psixomotor qo'zg'alish, ko'pincha xiralashgan ong zamirida kechadi. Bemorlar joylarida yota olmaydilar, ularning nutqlari bog'liqsiz, xatti-harakatlari impulsiv bo'ladi. Katatonik stupor simptomlari, ovqatdan bosh tortish kuzatilishi mumkin. Kasallikning bu shaklining kechishi yomon sifatli bo'lib, tezda o'limga olib keladi.

Progressiv falajlikning barcha shakllarida III bosqichda marazm – oxirgi darajadagi ruhiy va jismoniy degradatsiya belgilari kuzatiladi.

Marazm bosqichi. Bemorlar doim to'shakda yotadilar. Ularda tafakkur, nutqning parchalanishi, oddiy ko'nikmalarning yo'qolishi kuzatiladi. Bemorlar o'zlariga-o'zlari xizmat ko'rsata olmay qoladilar. Vegetativ funksiyalar buziladi. Bemorlarda trofik yaralar, yotoq yaralar, suyaklarning sinuvchanligi kelib chiqadi. Patologik reflekslar paydo bo'ladi, tos a'zolarining faoliyatlari buziladi – bemorlar siydik va axlat ushlay olmaydilar. Shu sababli bemorlar alohida ahamiyatga muhtojdirlar. Bemorlarning ovqatlanishlari, ichaklar faoliyatini nazorat qilish, gigiyenik muolajalar o'tkazish muhimdir.

Bemorlarni to'shakda ag'darilganda ehtiyot bo'lish, ularni yiqilish va lat yeyishlardan saqlash lozim.

Davolash. Progressiv falajlik bezgakdan emlashlar bilan davolanadi. Mushak ichiga (kurak ostiga) 3-7 ml. uch kun bezgak bilan kasallangan bemorning kasallik xuruji avj olish davrida olingan qoni yuboriladi. Agar emlash 4 hafta davomida kasallik yuqishiga olib kelmasa, u takrorlanadi. 8-12 ta isitmali xurujlardan keyin bezgak xinini yoki akrixin bilan davolanadi va maxsus terapiya tayinlanadi.

SOMATOGEN RUHIY BUZILISHLAR

Ko'pchilik somatik kasalliklar u yoki bu darajada namoyon bo'lgan ruhiy buzilishlar bilan birga kechadi. Ularning og'irligi somatik kasallikning xususiyatlari, uning bosqichi, kechishining davomiyligi, bemorning yoshi va shaxsining xususiyatlariga bog'liq. Eng ko'p hollarda ular nevrosimon

buzilishlar bilan namoyon bo‘lib, asosan astenik doiradagi, xavotir, tajanglik, tez charchash, bosh og‘riqlari va boshqalar bilan kechadi.

Somatik kasalliklar surunkali kechib, modda almashinuvining og‘ir buzilishlari, yaqqol intoksikatsiya, turli a‘zo va tizimlarda kuchayib boruvchi funksional yetishmovchiliklar bilan birga kuzatilganda, ancha chuqur bo‘lgan psixopatsimon buzilishlar, shuningdek, psixozlar rivojlanadi. Psixozlar o‘tkir, asosan ong buzilishi holatlari shaklida (karaxtlik, deliriy, amensiya) va surunkali – kasallik klinikasida gallutsinator-paranoid, depressiv-paranoid buzilishlar bo‘lishi bilan kechadi. Ba’zi hollarda Korsakov va psixoorqanik sindromlar kuzatilishi mumkin.

Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari bo‘lgan bemorlarda asosan affektiv buzilishlar: xavotir, qo‘rquv, kayfiyat pasayishi kuzatiladi. Odatda, ularning ruhiy holati ertalab yaxshi bo‘lib, kechqurunga borib yomonlashadi. Yurak faoliyati dekompenatsiyasi rivojlanganda va yurak-qon tomir yetishmovchiligi o‘tib borganda gallutsinatsiyalar, ba’zida esa ong buzilishlari kuzatilishi mumkin. Somatik holat yaxshilanishi bilan, odatda, barcha ruhiy buzilish holatlari o‘tib ketadi.

Buyrak kasalliklariga astenik belgilar, bosh og‘riqlari, ko‘ngil behuzur bo‘lishi, bosh aylanishi xos bo‘ladi. Yaqqol ruhiy buzilishlar og‘ir intoksikatsiya bilan kuzatiluvchi surunkali buyrak yetishmovchiligi rivojlanganda kuzatiladi. Uremiyada uyqu buzilishlari (kunduzi uyquchanlik va kechasi uyqusizlik), epileptiform tutqanoqlar, karaxtlik, delirioz va amentiv ong buzilishlari kuzatiladi. Bunday simptomatikaning paydo bo‘lishi shoshilinch gemodializ o‘tkazish zaruratiga ishora qiladi.

Surunkali *me‘da-ichak trakti kasalliklari* bo‘lgan shaxslarda yuqori qo‘zg‘aluvchanlik, tajanglik, toliquvchanlik kuzatiladi. Bolalarda gijja invaziyasi natijasida kelib chiqqan intoksikatsiyalarda, xushdan ketish holatlari, epileptiform tutqanoqlar kuzatilishi mumkin.

Bazedov kasalligi uchun o‘ta qo‘zg‘aluvchanlik, keskin gi peresteziya, kayfiyatning o‘zgaruvchanligi xosdir. Yuqori faollik bilan bir qatorda, sezilarli toliquvchanlik, tafakkurning noproduktivligi kuzatiladi. Yaqqol autointoksikatsiyada gallutsinator-paranoid, katatonik buzilishlar, ong buzilishi holatlari yuzaga kelishi mumkin.

Miksedema. Bu kasallikda bemorlar bo‘shashgan, apatik, faoliyatsiz bo‘lib qoladilar. Ularda atrof-muhitga bo‘lgan qiziqish yo‘qoladi, kayfiyat pasayadi. Kasallik og‘ir kechganda delirioz va ongning namozshomsimon xiralashuvlari, epileptiform tutqanoqlar, katatonik simptomlar kuzatiladi.

Davolash somatogen ruhiy buzilishlarda birinchi o‘rinda asosiy somatik kasallikni davolashga qaratilmog‘i darkor. Xavotir va ruhiy taranglik holatini bartaraf qilishda kichik miqdorda trankvilizatorlarni qo‘llash tavsiya etiladi.

Delirioz, namozshomsimon, maniakal qo'zg'alish holatlarida simptomatik tarzda neyroleptiklar qo'llaniladi. Shular bilan bir qatorda dezintoksikatsion va umumqvvatlovchi davolash o'tkaziladi.

QON TOMIR, QARILIKOLDI VA QARILIK PSIXOZLARI

Keksayish — tabiiy jarayondir. Har bir inson tug'iladi, o'sadi, rivojlanadi, yetuklik yoshiga yetadi, so'ngra aks taraqqiyot (involutsiya) deb nomlangan jarayon — qarilikoldi va qarilik davri boshlanadi. Keksayish jarayoni organizm faoliyatida murakkab o'zgarishlarga, uning turli omillarga sezgirligining ortishiga olib keladi, umumiy reaktivlik pasayadi, insonning atrof-muhitga moslashuvi qiyinlashadi. Kexsa odamning ruhiyati ham o'zgaradi. Bu yoshga xos o'zgarishlar fiziologik, tabiiy bo'lsa-da, ular shunga olib keladiki, qarilikoldi va qarilik yoshida tez-tez kasallanib turadilar va bu kasalliklar xavfliroq kechadilar, ko'proq hollarda o'limga olib keladilar.

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

Qarilikoldi va qarilik psixozlariga ham kelib chiqishi, ham namoyon bo'lishi bilan qon tomir psixozlari, ya'ni ruhiy faoliyatning kelib chiqishi bosh miya qon tomirlarining aterosklerozi va gipertoniya kasalligi bilan bog'liq bo'lgan buzilishlari yaqin turadi. Qon tomir, presenil (qarilik oldi, involutsion) va senil (qarilik) psixozlari ikkita katta guruhga bo'linadi.

Birinchisi — bu aqli zaiflikka olib keluvchi jarayonlar guruhi bo'lib, ularda keksayish jarayoni va bosh miyada qon aylanishi buzilishi munosabati miyaning oziqlanishi va unda modda almashinuvi buziladi, miya moddasining atrofiyasi yuzaga keladi va uning natijasi sifatida, asta-sekin rivojlanuvchi aqli zaiflik (demensiya) yuzaga keladi, xotira yomonlashadi, aqliy qobiliyat pasayadi, bemorning shaxsi o'zgaradi. Yillar o'tishi bilan aqli zaiflik o'sib, bemor ruhiy faoliyatining butunlay parchalanishi yuz beradi.

Ikkinchi guruh – bu kechki yoshdagi funksional psixozlar guruhi deb nomlanadi. Bu nom bilan depressiv yoki vasvasali simptom-kompleks bilan, bemorlarda keksayish oldi va keksalik davri yoki bosh miyada qon aylanishi buzilishlari munosabati bilan yuzaga keluvchi vaqtinchalik psixotik holatlar nomlanadi. Bunday psixotik holatlar butunlay ortga qaytar jarayon bo‘lib, o‘tib ketishi mumkin. Ammo ko‘pincha bu kechki yoshdagi funksional psixozlar ko‘p yoki oz darajada namoyon bo‘lgan demensiya zamirida yuzaga keladi, depressiv yoki vasvasali holat o‘tib ketganidan so‘ng bu bemorlarda ko‘p yoki oz namoyon bo‘lgan aqli zaiflik belgilari oldinga chiqadi. Qon tomir, qarilikoldi va qarilik psixozlari o‘zaro juda ko‘p umumiylikga ega bo‘lsa-da, ammo bu kechki yoshdagi psixoz shakllarining har birini ba’zi o‘ziga xosliklar ajratib turadi.

Qon tomir psixozlari haqida gap ketganda, asosan serebral ateroskleroz va gi pertoniya kasalligida yuzaga keluvchi ruhiy faoliyat buzilishlari nazarda tutiladi. Bosh miya qon tomirlarining boshqa turdagi zararlanishlari (endoarteriitlar, trombangitlar, essensial gi potoniya va boshq.) ham bosh miyada qon aylanishini buzadilar va asab-ruhiy buzilishlarga olib keladilar, ammo ular kam uchraydilar. Taxmin qilinishicha, serebral ateroskleroz sababli kelib chiqqan bosh miyada qon aylanishining yomonlashuvi, miya moddasining oziqlanishini buzilishiga, uning atrofiyasi va faoliyati buzilishiga olib keladi. Serebral aterosklerozning boshlang‘ich shakllarida bemor toliquvchanlik, tajanglik, jismoniy va aqliy ish qobiliyatining pasayishi, bosh og‘rig‘i, uyquning yomonlashuvi va h.k. larga olib keladi. Bunday shikoyatlar nevrozli, nevrasteniyali bemorlarda ham bo‘lishini hisobga olib, serebral aterosklerozning bu bosqichi nevrozsimon, psevdonevrastenik bosqich deb nomlanadi. Kasallikning keyingi rivojlanishida arteriosklerotik aqli zaiflik uchun xos bo‘lgan simptomlar yanada ko‘proq ko‘zga tashlanadi. Bemorlar ko‘ngli bo‘sh bo‘lib qoladilar, o‘z hissiyotlarini boshqara olmaydilar, arzimagan sabablar bilan yig‘laydilar, kuladilar, bo‘lar-bo‘lmasga hayajonlanadilar, asabiylashadilar, xotiralari sezilarli darajada yomonlashadi. Ayniqsa, ko‘pincha bemorlar ularga shu vaqtda zarur bo‘lib qolgan familiyalar, jismlar, telefon raqamlarini eslay olmaydilar, so‘ng ularni kerak bo‘lmay qolganidan so‘ng eslaydilar. Umuman, bosh miya qon tomir kasalliklari bo‘lgan bemorlar uchun «simptomlarning li pillab yonishi», ya’ni kasallikning u yoki bu belgilarining namoyon bo‘lish intensivligini o‘zgaruvchanligi xosdir. Kasallik progressida aqli zaiflik o‘sib borib, turg‘unlashadi (doimiy holatga keladi). Agar serebral aterosklerozli yoki gi pertoniya kasalligi bo‘lgan bemorlarda insult (bosh miyaga qon quyilishi yoki uni yumshashi) yuzaga kelsa,

kasallikning o'tkir davrida ong buzilishi kuzatiladi (karaxtlik, delirioz holat va boshq.), keyinchalik umumiy demensiya zamirida bosh miyadagi zararlanish o'chog'iga qarab lokal-psixopatologik belgilar (afaziya, agnoziya, apraksiya) oldingi o'ringa chiqadi. Funktsional (vaqtinchalik) psixotik holatlardan qon tomir psixozlari uchun xavotirli-depressiv va xavotir-vasvasali sindromlar xos. Patologik serebral qon tomir jarayoni qanchalik o'tkir kechsa, bemorda xavotir va qo'rquv shunchalik kuchli namoyon bo'ladi. Oldiniga bemorning o'zi qo'rquv qayerdan paydo bo'lganligi, o'zi nimadan qo'rqayotganligini tushunmaydi, ammo keyinchalik o'z kechinmalarini talqin qila boshlaydi, qandaydir «xavf»ni topadi, xavotirli-depressiv va xavotirli-vasvasali sindromlar yuzaga keladi. Qo'rquv bartaraf etilganda barcha psixotik simptomokompleks, odatda, tezda yo'qoladi. Qon tomir psixozlarida ruhiy faoliyat buzilishlari bilan bir qatorda, shuningdek, nevrologik, yurak-qon tomir va boshqa somatik buzilishlar kuzatiladi.

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

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

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

Senil psixozlar. Keksalik davrida (70-90 yoshda), prezenil yoshdagi kabi, turli sababli (ekzogen, psixogen, endogen) birlamchi yoki takroriy ruhiy faoliyat buzilishlari kuzatilishi mumkin. Tabiiyki, keksalik yoshida bu kasalliklar o'zgacha namoyon bo'ladi va kechadi, ammo umuman ularda shu yoki boshqa kasalliklar uchun xos bo'lgan klinik xususiyatlar kuzatiladi. Bu ruhiy kasalliklardan tashqari keksalik yoshida, xususan, qarilik psixozlari, ya'ni jismoniy va ruhiy keksayish omillari bilan bog'liq ruhiy faoliyat buzilishlari kuzatiladi. Qarilik (senil) psixozlarida, qon tomir va prezenil psixozlardagiga nisbatan yanada ko'proq, o'sib boruvchi aqli zaiflik belgilari — qarilik aqli zaifligi rivojlanadi.

Qarilik aqli zaifligi (senil demensiya), odatda, 70 yoshdan keyin rivojlanib, o'sib boruvchi xotira pasayishlari, aqliy qobiliyatlarning pasayib ketishi va bemor shaxsining o'zgarishi bilan xususiyatlidir. Bunday bemorlar fazoga va vaqtga mo'ljalni yo'qotadilar, xonalarda maqsadsiz daydib yuradilar, qog'oz parchalari va boshqa keraksiz buyumlarni to'playdilar, vahimaga tushadilar, qayerlargadir o'tlanadilar, pala-partish bo'lib ketadilar. Ba'zida ularda o'tmishdagi hayotlari va faoliyatlaridan rangdor xotiralar paydo bo'lib, bu holda ular faol va o'zlarining o'tmishdagi kasblari va mutaxassisliklariga ko'ra, ba'zilar "boshqarma majlisiga", ba'zilar "bemorlarni ko'rikdan o'tkazishga" o'tlanadilar,

ba'zilar "otlarni sug'ora boshlaydilar" va h.k. Bu holatda ular real borliqni yetarlicha aniq idrok etolmaydilar, balki yashab o'tilgan kechinmalar bilan yashaydilar. Bu holatlar "qarilik deliriyasi" deb nomlanadi. Ular uzoq davom etmaydi va bemor o'z holatiga qaytadi. Qarilik aqli zaifligi bo'lgan ba'zi bemorlarda kasallik holatida keskin xotira buzilishlari va kayfichoqlik holati oldingi o'ringa chiqadi. Bu holatlarda qarilik demensiyasining alohida shakli – presbiofreniya haqida gap ketadi. Qarilik aqli zaifligi bo'lgan bir qism bemorlarda demensiyaning asosiy belgilariga, qo'shimcha zararli omillar ta'siri ostida, boshqa ruhiyat buzilishlari – ong buzilishlari, gallutsinatsiyalar, vasvasa g'oyalari qo'shiladi.

Qarilik aqli zaifligi asosan qarilik davridagi modda almashinuvi jarayonlarining o'zgarishlari ta'siri ostida bosh miya moddasining parchalanishi, hajmining kamayishi (atrofiyasi) sababli kelib chiqadi. Bosh miyadagi o'zgarishlar va aqli zaiflik darajasi o'rtasida ma'lum mutanosiblik (korrelatsiya) mavjud, ammo barcha holatlarda ham bunday korrelatsiya kuzatilavermaydi. Shulardan kelib chiqqan holda, yoshga xos bosh miya atrofiyasidan tashqari senil demensiya yuzaga kelishi uchun yana ma'lum bir qo'shimcha zararli omillar bo'lishi talab etiladi. Patologoanatomik tekshiruvda bosh miya yorib ko'rilganda bu bemorlarda ular uchun xos bo'lgan o'zgarishlar aniqlanadi.

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

Qon tomir, qarilik oldi va qarilik psixozlarini davolashda, eng avvalo, bemorlarning umumiy somatik holatlariga e'tibor bermoq zarur. Bu turdagi barcha bemorlarga umumquvvatlovchi va tinchlantiruvchi vositalar, modda almashinuvini yaxshilovchi va yurak-qon tomir tizimini mustahkamlovchi vositalar (vitamin komplekslari, fosfor va temir preparatlari, qon tomir kengaytiruvchi vositalar va boshq.) tavsiya etiladi. Bemorlarda depressiv yoki vasvasali holatlar mavjud bo'lganda kichik miqdorlarda psixotrop vositalar (antidepressantlar, neyroleptiklar) tavsiya etiladi. Cho'zilgan depressiv holatlarda hatto chuqur keksalik yoshida ham, bemorni tegishli tayyorgarlikdan o'tkazilganidan so'ng elektroshok usuli qo'llanilishi mumkin.

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

Vaziyatli masalalar

1-masala.

Bemor K., 28 yoshda, haydovchi. O'z kasalligi haqida quyidagilarni hikoya qiladi: «Bolalikda men qandaydir g'aroyib edim. Tengdoshlarim meni hurmat qilishmas, men ulardan qo'rqardim. Umuman, men hamma narsadan qo'rqar edim. Maktabning kichik sinflarida o'qiyotganligimda, doimo, mening onam o'lib qoladigandek tuyulardi. Agar men, onam piyolaga choy quyib ulgurgunicha 10 gacha sanab ulgursam, onam tirik qoladilar, agar ulgurmasam - o'ladilar. Maktabga borganda doim, menga begona bolalar hujum qilishidan qo'rqardim. Portfelimni halqasini ichkariga qaratib ushlardim – bu mening tinchlik maqsadida ketayotganligimni va mushtlashishni xohlamasligimni bildirar edi. Maktabda barcha bolalar o'tirib, o'qituvchini eshitishadi, men esa qandaydir betayin narsalar haqida o'ylayman. Masalan: agar eng yaxshi javob uchun 1 baho qo'yishganda, eng yomon baho esa 5 bo'lganida nima bo'lar edi. Bu fikrlarni haydayman, o'qituvchini eshita boshlayman, keyin o'zim bilmagan holda chalg'ib ketaman. Shu sababli o'qishim qiyin kechdi, ota-onamni maktabga chaqirishar, mening diqqatsizligim uchun tanbeh berishar edi. Ammo, harqalay, maktabni bitirib, harbiy xizmatni o'tay boshladim. U yerda haydovchi mutaxassisligini oldim. Hammasi yaxshi ketayotgan edi, ammo oxirgi vaqtlarda qandaydir bema'ni fikrlar meni zabt eta boshladi: doimo mening buyumlarim simmetrik tarzda yotishini xohlashimni o'ylayman. Uyda xotinim buning uchun tanbeh beradi. Ishda mashinani ta'mirlash kerak, men esa ish bilan band bo'lmasdan, gayka kalitlarini simmetrik joylashtira boshlayman.

Yaqinda shunday voqea yuz berdiki, hatto gapirishga uyalaman. Men mahalliy poyezdda dala hovlimga ketayotgan edim. Yo'lda bekatda tushib, hojatxonaga kirdim. Unitazda ikkita gugurt cho'pi yotardi. Xojatxonadan chiqdim, ammo to'satdan ortga qaytib, gugurt cho'plarini simmetrik joylashtirib chiqish fikri miyamga urib qoldi. Ortga qaytdim. Unitazga qo'l tiqish yoqimsiz ish edi, ammo men keta olmasdim. Hatto yuragim urib ketdi, va terga botib ketdim. Ammo o'zimni tuta olmadim, unitazga qo'limni tiqib gugurt cho'plarini to'g'rilab chiqdim. Poyezdim esa bu vaqt ichida ketib qoldi.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashxisini qo'ying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

2-masala.

Bemor P., 32 yoshda, musiqa o'qituvchisi. Fe'l-atvori bo'yicha ta'sirchan, injiq. Atrofdagilar diqqat markazida bo'lishni yoqtiradi, do'stlar

davrasida o'zini quvnoq tutadi, uni «davrani qizituvchi» deb nomlaydilar, ammo oilasida tajang, uzoq birga bo'lolmaydi, rashkchi. Kasallik og'ir kechib, asoratlari bergan ikkinchi tug'ruqdan so'ng boshlandi. Bemor uchun bolani parvarish qilish qiyin bo'ldi. Erining qarindoshlari bilan janjaldan so'ng xafa bo'ldi, yig'ladi, yashashni xohlamasligini affektatsiya bilan uqtiradi. Shu bilan birga, xayolida o'zining saraton bilan kasallanganligi haqida fikr paydo bo'ldi. O'z qorni ichida yaralar hosil qilib, tarqalayotgan o'smani yaqqol va obrazli tarzda tasavvur qildi. O'zi shu fikrlardan qo'rqib ketdi, ularni haydashga harakat qildi, ammo bu fikrlar bemorga yopishib olib, uni xavotir va qo'rquvga solib, ta'qib qila boshladi. Avvaliga shifokor terapeviga murojaat etishdi va u ichki a'zolarda hech qanday kasallik topa olmadi. Bemor bir qancha vaqtga tinchlandi, ammo tez kunda og'ir qiynoqlar bilan o'lishi mumkinligi haqidagi fikrlar yana bezovta qila boshladi. Og'ir kasallik va o'lim haqidagi yopishqoq fikrlar bezovta qilishiga shikoyat qiladi. Shifokor-psixiatr qabulida hayajonlangan, yig'laydi, yordam so'raydi. O'z xavotirlarining asossizligini tushunadi, ammo ulardan qutula olmaydi. «Aqldan ozishdan», butun umrga psixiatriya kasalxonasida qolib ketishdan xavotirlanadi.

- 1. Bemorning muammosini aniqlang.*
- 2. Hamshira tashxisini qo'ying.*
- 3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.*

3-masala.

Bemor B., 28 yoshda, matematika o'qituvchisi, shifokorga vaqti-vaqti bilan bosh og'riqlari, ularning aqliy mehnat vaqtida kuchayishi, doimiy holsizlik va tez toliqishga shikoyatlar bilan murojaat qilgan. Odatdagi ishlarni bajarish bemorni zo'riqtirgan, ko'p iroda va jismoniy kuch talab qilgan. Ertalab o'rindan turish, odatdagi ishlariga kirishib ketishga o'zini majbur qilish qiyin kechadi. Qo'liga kitob olib, yarim bet o'qigach, ko'zini mexanik tarzda qatorlar oralab yugurtirayotganini, fikr-xayoli esa uzoqlardaligini sezadi. Ish kunining ikkinchi yarmiga borib, «ishlab ketadi», miyasi nisbatan «tiniqlashadi», ammo kechga borib o'zini butunlay holdan toygan his qiladi. Oxirgi vaqtlarda tajang bo'lib qolgan, odatdagi bosiqligidan asar qolmagan. Dars vaqtida o'quvchisiga qo'pol tarzda baqirdi, so'ng qilgan ishidan ichida qattiq afsuslandi, uzoq vaqt tinchlana olmadi, bu ishining ehtimoliy noxush oqibatlarini tasavvur qilib ko'rди. Uyda barcha narsalar uni kayfiyatini buzadi, besh yoshli qizining shovqinini ko'tara olmaydi. Bir marta uni urib yubordi va o'zi xafa bo'lib, yig'lamoqdan beri bo'ldi, undan kechirim so'radi. Hatto o'z kiyimi ham tanasiga qattiq va qo'pol botadi: «O'zimni menga janda kiygizib

qo'yishgandek sezyapman», - deydi bemor. Shifokor bilan suhbat vaqtida hayajonlanadi, qizarib ketadi, ovozi qaltiraydi, ko'zida yoshlar paydo bo'ladi. Bu holatdan uyalib, o'z hayajonini yashirishga harakat qiladi. Davolanishning bo'lajak natijalarini pessimistik baholashga moyil.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashxisini qo'ying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

4-masala.

Bemor ayol R., 48 yoshda, ishchi. Fe'l-atvori bo'yicha injiq, o'ziga bino qo'ygan. Hayotning qiyin vaziyatlarida uyatchan, beqaror, turmush muammolariga moslashmagan. Yagona o'g'li harbiy xizmatga ketganidan so'ng bir o'zi qolgan. Shu vaqtdan beri turli shifokorlarda to'xtovsiz davolanadi. Psixiatriya stasionariga kelib tushgandan so'ng, ko'p vaqtini to'shakda yotib o'tkazadi. Yuz tuzilishi qayg'uli, qo'llari holsiz, hastalanib yotibdi. Shifokorni ko'rganda oh tortadi, dodlaydi, boshini changallaydi, yig'laydi. Umumiy ahvoli og'irligiga shikoyat qiladi: «Butun tanam og'riyapti... Boshim yorilib ketyapti... Bir daqiqa ham uxlolmayapman...» va h.k. Hayajonlanganda qo'llari bilan keng qamrovli harakatlar qiladi. Yurganida gandraklaydi, oyog'ini keng yozib oladi, atrofdagi narsalarga qo'llari bilan yopishadi. Stasionarda bo'lgan davr mobaynida ikki marta bemorda bir turdagi tutqanoqlar bo'lgan. To'shakda yotgan holda, u to'satdan bo'g'iq ovozda dodlay boshlagan, tipirchilagan, qo'llari bilan tomog'ini bo'g'gan. Savollarga javob bermagan, yengil chimchilab ko'rilganda javob qaytarmagan. Qorachiqarning yorug'likka reaksiyasini ko'rishga harakat qilinganda ko'zlarini olib qochgan. Pay reflekslari saqlangan va hatto kuchaygan. 30 minutlarcha davom etgan tutqanoq tugagandan so'ng, bemorda u haqida yarim-chala xotiralar saqlanib qolgan. Barcha davolash tadbirlariga nisbatan bemor salbiy munosabatda bo'lgan, unga hech narsa yordam bermasligiga ishontirishga harakat qilgan. O'zini butunlay mehnatga yaroqsiz deb hisoblaydi. Shifokordan harbiy chaqiriq bo'limi orqali o'g'lini harbiy xizmatdan qaytarib olib kelishlarini so'ragan. Bemorning fikr yuritishlari primitiv, mantiqsiz. Qiziqishlari doirasi kasalligi va turmush muammolari bilan chegaralanib qolgan.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashxisini qo'ying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

5-masala.

Bemor V., 53 yoshda, klinikaga birinchi marta 1959 yil kuzida kelib tushgan. Kasallik asta-sekin boshlangan. 10 yil avval bosh og'rig'i, boshida

og'irlik, tiniq emasligi hissi paydo bo'lgan. Bosh og'rig'i quloqlarida shovqin (chirildoq tovushi) bilan kechgan, keyinchalik oyoqlarida og'riqlar paydo bo'lgan, uyqusida dam olmaydi, uyqu vaqti qisqa, erta uyg'onib oladi. Keyinchalik xayol parishonlik, parishonxotirlik tufayli sanalar, atamalar, tushunchalarni esga olishda qiynala boshladi. Qo'zg'aluvchan, o'zini ushlolmaydigan bo'lib qoldi. So'nggi vaqtlarda ko'ngli bo'sh bo'lib qolgan, kutilmagan xursandchiliklarda osongina yig'lab yuboradi. Ruhiiy holati: hozirgi vaqtda o'z shaxsiga, atrof-muhitga mo'ljal olishi saqlangan, kayfiyati tushkun, o'z kasallik holatini tushunadi. Bo'lib o'tayotgan voqealarga nisbatan xotirasi juda yomon, oson yig'lab yuboradi va tezda tinchlanadi. Ko'pincha majburiy yig'i paydo bo'ladi.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashxisini qo'ying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

6-masala

Bemor ayol L., 50 yoshda, klinikaga o'z joniga qasd qilganidan so'ng kelib tushgan. Kelganida bemor xavotirga, qo'rquv, qayg'u, shubhalanuvchanlik, uyqusizlik, ishtahasi yo'qligiga shikoyat qilgan. Anamnezidan ma'lumki, bemor sog'lom oilada tug'ilgan, baquvvat bola bo'lib o'sib rivojlangan, jismoniy mehnat bilan erta shug'ullana boshlagan. Maktabda kam o'qigan. Hayz ko'rishi 13 yoshdan, 37 yoshda hayz kelishi to'xtagan, 22 yoshda turmushga chiqqan. Virusli gripp, dizenteriya bilan kasallangan, gipertoniya kasalligi bilan og'riydi. Uch yil avval, qo'shnisi bilan janjaldan so'ng qo'rquv, xavotir his qila boshlagan, uyqusi buzilgan, erini ishdan bo'shatib yuborishlari va ular yashash uchun hech vaqosiz qolishlaridan qo'rqqan, o'zini o'ldirib ketishlaridan qo'rqqan. O'z eridan ko'p shubhalana boshlagan, uni boshqa ayol bilan aloqasi bor, o'zini eriga kerak emas, eri uni bo'g'ib o'ldiradi degan shubhalarga borgan. Uyidan qochib ketib, berkingan, ovqatdan bosh tortgan, keyin esa militsiyaga, eri uni o'ldirmoqchiligi haqida xabar qilgan, yordam so'ragan. Unga tuyulganki, uni qamoqqa tiqishmoqchi. O'zini o'ldirish uchun bir flakon sirka essensiyasini ichib yuborgan.

Obyektiv: organizmning holdan toyishi belgilari ko'rinish turibdi, AKB – 140-70. Ongi tiniq, mo'ljal olishi saqlangan, muloqotga kirishadi. Yuz ifodasi xavotirli, o'ta shubhalanuvchan. Xavotir, qo'rquv, qayg'uni his qilmoqda, to'xtovsiz yig'laydi va turli harakatlar qiladi. Aytishicha, uni tez kunda o'ldirishadi, uning qarindoshlari bilan nimadir yuz beradi. Erini xiyonat qilganlikda shubha qiladi, eri undan qutulmoqchi, shuning uchun kasabxonaga olib keldi. Bemorning aytishicha, barcha qarindoshlari

eri bilan unga qarshi til birlashtirishgan, u hech kimga kerak emas, endi uning uyi yo'q, uning ozgina umri qoldi. Yuragi va oshqozoni sohasida og'riqlarga ko'plab shikoyatlar qiladi. Xotirasida buzilishlar yo'q, uyqusi va ishtahasi yomonlashgan.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashxisini qo'ying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

7-masala.

Bemor ayol A., 1941-yilda tug'ilgan. Nasliy kasalliklari avlodida yo'q. 5 yoshlik davrida bemorda hushning yo'qolishi, alohida guruh mushaklarda tirishishlar, yuzning keskin sianozisi bilan o'tuvchi holatlar kuzatilgan. Bunday holatlar yuzaga kelishi bilan aqliy rivojlanishdan ortda qola boshlagan, fe'l-atvori o'zgarib qolgan: o'ta tajang, injiq bo'lib qolgan, ko'p yig'laydi. Keyinchalik, hushning yo'qolishi, tonik va klonik tutqanoqlar, tilni tishlab olish va ixtiyorsiz siydik ajralishi bilan kechuvchi holatlar kuzatila boshlagan. Bunday holatlar oyda 2-3 marta bo'lib turgan. Hozirgi vaqtda ruhiy holati: Bemor o'ta harakatchan, vahimachi, qasoskor. Affekt holatlari uzoq davomli va qovushqoq. Vaqti-vaqti bilan qayg'uli qahr-g'azabli kayfiyat holatlari kuzatilib, ular to'satdan boshlanib, shunday to'satdan o'tib ketadi. Qolgan vaqtlarda bemor faqat o'zi bilan ovora. O'z salomatligiga ko'p diqqatini qaratadi, doim u haqida gapiradi, o'z buyumlariga bog'lanib qolgan. O'ta tartibsevar, punktual, shirinsuxan va mehribon. Nutqi sekinlashgan. Suhbat vaqtida o'ta batafsil, mayda mavzularda to'xtalib qoladi, so'zlarni qiyinchilik bilan tanlaydi, aynan bir xil iboralarni ko'p qo'llaydi.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashxisini qo'ying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

8-masala.

Bemor R., 24 yoshda, I guruh nogironi, ko'p yillar davomida psixiatriya kasalxonasida doimiy davolanadi. Bo'limda — butunlay faoliyatsiz, ko'p vaqtini hech nima bilan shug'ullanmay o'tkazadi, stulda bir nuqtaga tikilib o'tiradi. Yuz ifodasi ma'nosiz, befarq, og'zi yarim ochiq. Ba'zida boshqa bemorlar taklifi bilan shaxmat o'ynashga o'tiradi, ammo qiziqishsiz o'ynaydi, doim yutqazadi, o'rnidan turib, joyiga qaytadi. Juda palapartish, usti-boshiga qaramaydi, faqat bo'lim xodimlarining talabi bilan yuvinadi. Onasi bilan uchrashuvga xohlamaygina chiqadi. U bilan salomlashmasdan, tezda qo'lini sumkaga tiqadi, onasi keltirgan oziq-

ovqatlarni oladi va biroz boshini chayqab, o'z xonasiga qaytadi. Ochofatlik bilan, ko'p ovqat yeydi, hamma narsani – nordon, shirin, sho'r narsalarni birvarakayiga og'ziga soladi. Bir kuni bemor psixiatriya bo'yicha ma'ruzaga, talabalarga namoyish qilish uchun olib kelingan. Butunlay befarq ko'rinishda kirib kelgan, hatto auditoriyaga qaramasdan, o'tirgan. Savollarga xohlamay, bir so'z bilan javob beradi, bu vaqtda yon atrofga qaraydi. Mana bemor bilan suhbatdan parcha:

Professor: O'zingizni qanday his qilyapsiz? Sizni biron nima bezovta qilyaptimi?

Bemor: Yo'q, hech nima. Men soppa-sog'man.

Professor: Bo'lmasa nega kasalxonadasiz?

Bemor: Bilmayman... Davolash hali tugamadi.

Professor: Qanaqa davolash, agar siz sog'lom bo'lsangiz?

Bemor - jim bo'lib qoladi, savollarga javob bermaydi.

Professor: Eshitishimcha, bir necha yil avval Siz uchinchi qavat oynasidan sakrab, oyog'ingizni sindirgansiz. Nega Siz bunday qildingiz?

Bemor: Shundoq... O'tkir hissiyotlarni xohlab qoldim.

Professor: Siz ko'p yillardan beri kasalxonada yotibsiz. Uyga qaytishni, biron-nima bilan shug'ullanishni xohlamaysizmi?

Bemor: Yo'q, xohlamayman. Shu yerda qolaman.

1. Bemorning muammosini aniqlang.

2. Hamshira tashxisini qo'ying.

3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

9-masala.

Bemor V., 18 yoshda, I guruh nogironi. Ko'p oylar davomida ahvoli o'zgar olmay qolmoqda. Hech kim bilan gaplashmaydi, soatlab to'shakda bir xil tana holatini saqlagan holda yotadi, boshi yostiqdan ko'tarilgan. Ba'zida o'rnidan turib, uzoq vaqt to'shagi oldida, bir xil tarzda og'irligini bir oyog'idan ikkinchi oyog'iga o'tkazib turadi. Vaqti-vaqti bilan to'satdan sakrab tushadi, eshik oldiga yugurib keladi, ostonani o'pib, yana to'shakka kelib yotadi. Yuzida ma'nosiz tabassum qotib qolgan, lablari oldinga cho'zilgan (hartum simptomi), teri qoplamalari yog'li, og'zidan so'lak ajralmoqda. Qo'l kafilari va oyoqlarida sianoz, akrotsianoz, gipergidroz. Bemor bilan muloqot o'rnatib bo'lmayapti, savollarga javob bermaydi, yon-atrofga alanglaydi, nimagadir kuladi. Bemorni ko'rib chiqishga, og'zini ochishga harakat qilinganda, qarshilik ko'rsatadi. Oyoq-qo'llarida mushaklar tonusi oshgan. Bemorni ovqatlantirish juda qiyin. Ovqatlantirayotganlarida yuzini o'girib, jag'ini qattiq yopib oladi. Ammo ba'zida, o'zi bilan o'zi qolganda, qo'lga qoshiq olib, asta-sekin ovqat

yeyishni boshlaydi. Pala-partish, peshobini va axlatini to'shakka bajaradi. Bemorni parvarishlash juda qiyin.

Aniqlang:

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashxisini qo'ying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

10-masala.

Bemor qiz G., 14 yoshda, 8 sinf o'quvchisi, doimo kamgap, uyatchan. Oxirgi vaqtlarda bemor o'zini keskin va haddan tashqari erkin tuta boshladi. Maktabga bormay qo'ydi, bir necha marta tunda uyiga kelmadi, ko'chada begona kishilarga ko'zini qisa boshladi. Psixiatriya kasalxonasi bo'limida bolalar va o'smirlardan o'zini chetda tutadi. Ko'p vaqtini hech nima bilan shug'ullanmay o'tkazadi, ammo ba'zida, bir o'zi qolganida, raqsga tushadi, nimalarnidir xirgoyi qiladi. Jinsiy mayli oshib ketgan, boshqa bolalar, ayniqsa, o'g'il bolalar oldida to'shakka yotib olib, ko'ylagini ko'taradi va yalang'och oyoqlarini havoda o'ynatadi. Hamshiraning e'tirozlariga keskin javob beradi: «Nima qipti? Ichkiyimlarni tikib chiqarishdimi, demak uni hamma ko'rishi kerak». O'zini «Perepijkin familiyasi Vilgelm-fotih» deb nomlaydi. Doim aftini burishtiradi, peshonasini tirishtiradi, ko'zini yumib, qoshini chimiradi. To'satdan, hech qanday sababsiz, ma'nosiz qattiq kula boshlaydi. Ota-onasi bilan uchrashuvda sovuq ko'rishadi, ters muomalada, tajang. O'ziga olib kelingan oziq-ovqatlarni eydi, shu bilan birga, boshqa bolalarning ovqatini tortib olishga harakat qiladi. Shifokor bilan suhbatda bemor dilini ochmaydi, savollarga rasmiy doirada, mavzudan chetlashib javob beradi. O'zini uyga qo'yib yuborishlarini so'raydi, o'zini ruhan sog'lom deb hisoblasa-da, kasalxonadan chiqarish haqida juda ham talab qilmaydi. Kasalxonada 2 oydan ko'proq davolanganligiga qaramay, yotqizilishi sabablarini qidirmaydi. O'qishi qolib ketganligi bilan qayg'urmaydi: «Hechqisi yo'q, boshqa maktabga o'taman». Dugonalari bilan uchrashuvda hech qanday quvonish belgilarini namoyon qilmaydi.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashxisini qo'ying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

11-masala.

Bemor G., 39 yoshda, 2-guruh nogironi. Ruhiiy kasalliklar shifoxonasiga 6-marta kelib tushishi: kasallik xurujlari o'xshash, «klishe» turida kechadi. Statsionarga kelib tushgan vaqtida muloqotga deyarli kirishmaydi. Ba'zida qo'zg'algan, sakraydi, baqiradi, ba'zida esa borliqdan ajralib qolganlikni

namoyon qilgan holda dahliz bo'ylab maqsadsiz daydib yuradi, vaqti-vaqti bilan sababsiz kuladi. Uch kundan so'ng ahvoli sezilarli yaxshilandi, bemor o'zining kechinmalari haqida quyidagilarni so'zlab berdi: «Men kasalxonada yotganligimni tushunar edim, ammo bunga ahamiyat bermaganman, miyamga har xil fikrlar kelib, boshimda hammasi chalkashib ketdi.

Atrofimdagi barcha narsalar g'aroyib, fantastik bo'lib tuyulardi: stoldagi gullarni men Marsdagi o'simliklar deb qabul qilardim, odamlarning yuzlari shaffof zangori bo'lib, ular juda sekin, huddi havoda uchib yurishgandek to'liqsimon suzib harakatlanishardi. O'zimni uchinchi marta davolayotgan shifokorimni shu zahoti tanidim, ammo u menga sharpaga o'xshash, jisimsiz, qo'llari o'rniga paypaslagichlar bordek bo'lib tuyular va men uning sovuq nafasini his qilar edim. To'shakka yotaman-u, shu zahoti fikrlarim bilan uzoqlarga uchib ketaman. Xayolimda Korinf ustunlari bo'lgan binolarni tasavvur qilaman, o'zimni esa qadimgi Rim liboslarida yurgan odamlar orasida, afsonaviy shahar ichida yurgandek his qilaman. Uylar bo'm-bo'sh, kimsasizdek tuyulardi, hamma joyda haykallar ko'rinadi. Bular hammasi tushga o'xshaydi».

- 1. Bemorning muammosini aniqlang.*
- 2. Hamshira tashxisini qo'ying.*
- 3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.*

12-masala.

Bemor ayol, 40 yoshda, uy bekasi. Otasi qizilo'ngach saratonidan, onasi bosh miyaga qon quyilishidan vafot etgan. Bolaligida qizamiq, bezgak bilan og'rig'an, 10 -sinfni tugatgan, so'ng o'rmon texnik institutiga o'qishga kirgan, ammo o'qishni qoldirgan. Kassir bo'lib ishlagan. 20 yoshda turmushga chiqqan, 4 marta homilador bo'lgan, ulardan 2 tasi tug'ruq va 2 tasi tibbiy abort bilan tugagan. Fe'l-atvori bo'yicha so'zamol, qat'iyatli, o'ziga bino qo'rgan va mag'rur. 30-yoshida, otasining o'limidan 3 hafta o'tgach, bemorda qayg'u kayfiyati yuzaga kelgan, uy ishlarini qiyinchilik bilan bajargan, hayotga qiziqishi yo'qolgan.

3 oydan so'ng kayfiyati yaxshilandi, yana faol, so'zamol bo'lib qoldi. Bunday holatlar bemorda ikki marta, 32 va 34 yoshlarda, jiddiy sabablarsiz yuz berdi. Qayg'u chuqur bo'lib, bemor hech kim bilan gaplashmadi, sekin harakatlanar edi. Ruhiiy kasalliklar shifoxonasida davolanib, meliprapin qabul qildi. Xurujlar oralig'idagi davrlarda o'zini sog'lom his qilgan, yaqinlari bemorning fe'l-atvorida biron-bir o'zgarishlarni payqashmadi. 40 yoshda kasalxonaga oxirgi kelib tushishidan avval o'zining hech nimaga arzimaslighi haqida fikrlar paydo bo'ldi, bir necha marta o'z

joniga qasd qilmoqchi bo'ldi, ammo yaqinlari o'z vaqtida uning nimaga tayyorgarlik ko'rayotganligini payqab qolishdi.

Ongi saqlangan, bugungi sana, oy, yilni to'g'ri aytadi. Yuzi qayg'uli, ko'zlari katta ochilgan, og'iz burchaklari pastga qaragan. Past monoton tovushda, to'xtalishlar bilan gapiradi, kamgap. To'shakdan xohlamaygina turadi, sekinlik bilan yuradi. Qayg'u kayfiyatiga shikoyat qiladi.

Ishonchi komilki, hech qachon sog'aymaydi, butun umr azob chekadi, yaxshisi hozir o'lgani ma'qulroq. Kechga borib qayg'uli kayfiyat birmuncha yaxshilanadi, bemor atrofdagilar bilan so'zlasha boshlaydi.

Somatik va nevrologik holatida o'zgarishlar aniqlanmadi.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashxisini qo'ying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

13-masala.

Jarrohlik bo'limi feldsherini yaqin o'tgan kunlarda appenditsit bilan jarrohlik aralashuvi o'tkazilgan bemor yoniga chaqirishgan. Bemor qo'zg'algan, yuzida qo'rquv, ikkinchi qavardan sakrashga harakat qiladi, xatti-harakatlariga ko'ra, gallutsinatsiyalar kuzatilmoqda.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashxisini qo'ying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

14-masala.

Bemorni notanish kishilar FAPga olib kelishdi. Bemor dovdiragan, atrofga alanglaydi, oyoq-qo'llarida og'riqqa shikoyat qiladi, qadam olishi o'zgargan, o'zi yashaydigan manzil nomini aytdi, ammo uyiga qanday borishni bilmaydi, feldsherga aytishicha, u bajarishi shart bo'lgan juda mas'uliyatli vazifa bilan jo'natilgan.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashxisini qo'ying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

15-masala.

Fuqaro K. militsiya bo'limiga yordam so'rab murojaat qilgan. Aytishicha, bir necha kun davomida kechqurunlari, uning qo'shnisi begona odamlar bilan unga tanbeh berishadi, badmastlikda ayblashadi, o'ldirib ketish bilan tahdid qilishadi.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashxisini qo'ying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

VII DAVOLASH JARAYONIDA HAMSHIRANING FAOLIYATI

Hamshira kuzatuv bayonnomalari va hamshira ishtirokini rejalashtirish - hamshira faoliyatining III bosqichi

Patsiyentlardagi muammolarning (simptomlar) kasalliklar bo'yicha taqsimlanishi

№	Xos simptomlar	Shizo- freniya	Bosh miya organik kasal- liklari	Chega- radosh ruhiy buzi- lishlar	Oligo- freniya	Epilep- siya	Boshqa psixoz- lar
1.	Gallutsinatsiyalar	+	+	-	-	+/-	+/-
2.	Vasvasa g'oyalar	+	+/-	-	-	+/-	+/-
3.	Tajovuzkorlik	+	+	-	+	+/-	+/-
4.	Talvasalar	-	+	-	+/-	+	-
5.	Noilojlik va umidsizlik hissi	+	+/-	-	-	+/-	+/-
6.	Umumiy kuchsizlik	+	+	+	-	+/-	+/-
7.	Xotira buzilishi	-	+	-	+	+	+/-
8.	Ko'rimsiz tashqi qiyofa	+/-	+/-	-	+/-	-	+/-
9.	Uyqusizlik	+	+	+	-	+/-	+/-
10.	Xavotirlik	+	-	+	-	+/-	+/-
11.	Noadekvat xulq	+	+	-	+/-	+/-	+/-
12.	Ong xiralashishi	+	+	-	-	+	+/-
13.	Suitsidal harakatlar	+	+/-	-	-	+/-	+/-
14.	Hissiy labillik	-	+	+	-	-	+/-
15.	Qo'rquvlar	+	+	+	-	-	-
16.	Psixomotor qo'zg'alish	+	+	-	-	+	+/-
17.	Harakatsizlik	+	+/-	-	-	-	+/-
18.	Ko'tarinki kayfiyat	+/-	+/-	-	-	-	+/-
19.	Giyovand moddalarga mayl	-	+/-	-	+/-	-	+/-

Patsiyentlardagi muammolarning (simptomlar) kasalliklar bo'yicha taqsimlanishi

№	Muammo nomi	Shizofreniya	Boshmiya organik kasalliklari	Chegaradosh ruhiy buzilishlar	Oligofreniya	Epilepsiya	Boshqa ruhiy kasalliklar
1.	Hayajon	+	+	+	+	-	+
2.	Emotsional turg'unsozlik	-	+/-	+/-	+	-	+/-
3.	Talvasa kelib chiqishi xavfi	-	+	-	+/-	+	-
4.	Depressiya	+	+	+/-	-	-	+/-
5.	Ozodalik buzilishi	+	+	-	+	-	+/-
6.	Uyqu buzilishlari	+	+	+/-	-	-	+/-
7.	Tez holsizlanish	+/-	+	+	+/-	-	+/-
8.	Disforiya va namozshomsimon ong buzilishi kelib chiqish xavfi	-	+/-	-	+/-	+	+/-
9.	emotsional-iroda doirasida susayish	+	+	-	-	-	+/-
10.	Autoagressiya (o'ziga nisbatan tajovuzkorlik)	+	-	-	-	-	+/-
11.	O'ziga baho berishning buzilishi	+	-	+	+	-	-

Psixiatriya statsionaridagi bemorlarga tegishli hamshira kuzatuv, hamshira ishtiroki va parvarishi bayonnomalari

Bemor muammolari	Hamshira choralarining turlari
1. Vasvasadan kelib chiqib tajovuzkorlik va psixomotor qo'zg'alish bilan namoyon bo'lgan tinchsizlik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patsiyentlarni kuchli nazorat qilish. 2. Davolovchi shifokorga tez habar berish 3. Bemorni keng fiksatorlar bilan fiksatsiya qilish (immobilizatsiya, yani harakatsizlantirish). 4. Ovqatlanish va zaharlanishni nazorat qilish. 5. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish (daftarda qayd qilish).

<p>2. Vasvasadan kelib chiqib tajovuzkorlik va noadekvat (o'rinsiz) xulq bilan namoyon bo'lgan tinchsizlik.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patsiyentni kuchli nazorat qilish. 2. Patsiyent bilan psixologik aloqa bog'lash. 3. Suhbatda vasvasa g'oyalarni aniqlash. 4. Bemor tomonidan janjal va tajovuzkorlik chiqishining oldini olish maqsadida u bilan muloqotda so'zlashuvda ehtiyot bo'lish. 5. Bemorning xato fikr-mulohazalari va nazarlarini tanqid qilmaslik. 6. Bemorni tinchlantirib, diqqatini chalg'itish. 7. Shifokor ko'rsatmalarini bajarib, davolashga nisbatan to'g'ri munosabat hosil qilish. 8. Kuzatuvlar daftarida bayon etish.
<p>3. Abstinensiya holatida narkotik moddaga qaratilgan, idora qilib bo'lmaydigan mayl tufayli namoyon bo'lgan tinchsizlik (deviant xulq).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kuchli nazoratni ta'minlash. 2. PAM iste'mol qilishning zararli oqibatlari to'g'risida bemorga ma'lumot berish. 3. Bemorni o'ziga loyiq mehnatga va guruhdagi mashg'ulotlarga jalb qilish. 4. Bemorning bo'limdagilar va uni ko'rgani keluvchilar bilan muloqotini kuzatish. 5. Bemor psixolog bilan, shifokor bilan va guruhda doim mashg'ul bo'lishini tashkil qilish. 6. Shifokorga somatovegetativ (arterial qon bosimi o'zgarishlari, ich ketishi, kuchli terlash va h.k.) belgilar to'g'risida ma'lum qilish, buni alohida bayonnomada qayd qilish. 7. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish.
<p>4. Idrok buzilishidan kelib chiqib noadekvat (o'rinsiz) xulq bilan namoyon bo'lgan tinchsizlik.</p>	<ol style="list-style-type: none"> I. Kuchli va uzluksiz nazorat. II. Hamshira kundaligida bemor xulqini bayon etish (imo-ishoralar qiladi, bo'shliqqa qarab gapiradi, orqasiga o'girilib qaraydi, quloqlarini berkitadi va h.k.). III. Bemor bilan suhbatda shilqimsizlik bilan gallutsinatsiyalar mazmunini aniqlash. IV. Bemor idrokini inkor va tanqid qilmaslik. V. Xavotirlanish va kurkish kuzatilganda bemor diqqatini real borliq hodisalariga qaratish. VI. Bemor holatidagi o'zgarishlar to'g'risida navbatchi shifokorga ma'lum qilish. VII. Vrach ko'rsatmalarini bajarish.

<p>5. Emotsional-iroda buzilishlari doirasida uyqusizlik (uyqu buzilishlari, uyqu formulasining buzilishi) bilan namoyon bo'lgan tinchsizlik.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patsiyent bilan psixologik aloqa bog'lash. 2. Bemor bilan muloqotda imkon boricha buyuruvchi ohangda gaplashish. 3. Tashxislash-davolash jarayonida bemorga amallar rejasini tuzishga yordam berish. 4. Kechki paytda bemorni qo'zg'alishdan asrash. 5. Toza havoda sayr qilishni ta'minlash. 6. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish.
<p>6. Zaharlanishdan qo'rqib ovqatdan bosh tortish oqibatida ozib ketish Dismorfomaniya (asab anoreksiyasi) sababli semirib ketishdan qo'rqib ovqatdan bosh tortish oqibatida ozib ketish.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor xulqi va ovqatlanishini kuchli nazorat qilish. 2. Bemor bilan muloqotda uning harakatlarini tanqid qilmaslik. 3. Oz-ozdan boshlab sekin ovqat hajmini oshirib borishga o'rgatish. 4. Tana vaznining o'zgarishlarini kuzatib, hamshira hujjatlarida qayd qilib borish. 5. Bemor kerakli taomnomani ta'minlash uchun bemor qarindoshlari bilan aloqa tutib turish. 6. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish.
<p>7. Aql zaifligi sababli enurez, enkoprez, kunduzi hojatlarni tuta olmaslik bilan namoyon bo'lgan o'ziga xizmat ko'rsatish ko'nikmalarining buzilishi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patsiyent bilan psixologik aloqa bog'lash. 2. Bemorga tinch muhit, tinch uyqu uchun sharoitlar yaratish. 3. Gigiyenaning oddiy ko'nikmalarini (yuvinish, kiyinish, hojatxonadan foydalanish). 4. Biron-bir amalni bemor tashqi yordamsiz eplaganda albatta uni maqtash.
<p>8. Epilepsiya kasalligi sababli talvasalar xavfi va kechasi grand mal talvasalari kuzatilishi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor xulqini kuchli nazorat qilish. 2. Bemor xulqini hamshira kundaligida bayon etish (ongning qisqa vaqtga o'chishi, avtomatik harakatlar, atrof-muhit bilan aloqani yo'qotish, katta talvasani bosqichma-bosqich bayon etish). 3. Tutqanoq vaqtida bemorni yiqilishdan saqlash (harakatlanuvchi uskunalardan, balandlikdan, olovdan va h.k.). 4. Tutqanoqdan oldin kuzatiladigan belgilarga (aura, fibrillar titrashlar, noaniq nigoh, avtomatik tartibsiz harakatlar va h.k.) barcha tibbiy xodimlar va bemorlarning diqqatini e'tibor qilish. 5. Bu haqida zudlik bilan shifokorga xabar berish. 6. Xushmuomalalikni ishlatib bemor bilan psixologik ishonchli aloqa o'rnatish. 7. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish.

<p>9. Bosh miya organik kasalligi va epilepsiya kasalligi oqibatida jiz-zakilik va tajovuzkorlik bilan kechadigan mayuslik, jahldorlik kay-fiyatini paroksizmal ravishda namoyon bo'lishi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor xulqini kuchli nazorat qilish va hamshira kundaligida bayon etish. 2. Bemor bilan xushmuomala muloqot o'rnatish hamda ovoz oshirish va uning so'zlari va qo'polliklarini tanqid qilishdan bosh tortish. 3. Norozilik munosabatida bo'lib qolgan boshqa bemorni ushbu bemor bilan muloqot qilishini cheklash, uni boshqa palataga yoki boshqa etajga o'tkazish. 4. Bemor xulqi haqida zudlik bilan shifokorga xabar berish. 5. Epileptoid qo'zg'alish namoyon bo'lgan taqdirda bemorni fiksatsiya (harakatsizlantirish) qilishga tayyor bo'lish. 6. Shifokor ko'rsatmalarini aniq bajarish.
<p>10. Depressiya oqibatida hayotdan to'yanlik, aybdorlik, umidsizlik fikrlarini bildirish bilan namoyon bo'lgan suitsid xavfi holati.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor xulqini kuchli nazorat qilish va hamshira kundaligida bayon etish (ayniqsa, kechasi). 2. Shunday kasalligi bo'lgan bemorlar bilan muloqot qilishga yo'l qo'ymaslik (o'zaro qo'zg'altirish xavfi tufayli). 3. Barcha tibbiy xodimlar va ongli bemorlarning diqqatini rejalashtirilayotgan suitsid belgilariga (bemor dorilar yig'moqda, belbog'lar izlamoqda, oyna sindirmoqchi va h.k.) e'tiborli bo'lishini ta'minlash. 4. Bemor xulqi haqida zudlik bilan shifokorga xabar berish. 5. Bemor bilan xushmuomala muloqot o'rnatib, ovoz oshirish va uning so'zlari va qo'polliklarini tanqid qilishdan bosh tortish; bemor muammolariga e'tiborli bo'lish, bemor ongida hosil bo'lgan vaziyatdan chiqish uchun hayotdan misollar keltirib aniq yo'lni taklif qilish. 6. Bemorni keyingi rejalari, suitsidal intilishlari to'g'risida dil yozishi imkoniyatini yaratish maqsadida u bilan o'zaro do'stona muomala o'rnatish. 7. Bemorni turli faoliyatga guruhdagi suhbatga qiziqtirish. 8. Shifokor ko'rsatmalarini aniq bajarish.

<p>11. Shizofreniya kasalligi sababli ahmoqona harakatlar va masxarabozlik (gebefreniya sindromi) bilan namoyon bo'lgan noadekvat (o'rinsiz) xulq.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsiv harakatlarga moyilligi tufayli bemor xulqini nazorat qilish. 2. Bemor xulqini hamshira kundaligida bayon etish (ahmoqona va bachkana qiliqlar, so'z va ohanglar, sababsiz tajovuzkorlik va h.k.). 3. Bemorga individual shaxsiy munosabat bildirish, tekis ohangda so'zlashib, aniq chegaralarni bildirish. 4. Patsiyentni ayblashdan, unga aql o'rgatishdan, unga achchiqlik bildirishdan bosh tortib, uni qo'polliklarini diqqatsiz qoldirib xulqidagi yaxshi namunalarni maqtash. 5. Bemorni qo'zg'alishdan asrash, buyuruvchi ohangda muolajalarni rejalash va amalga oshirish. 6. Shifokor ko'rsatmalarini aniq bajarish.
<p>12. Ong buzilishi sababli dezoriyentirovka va xulqni nazorat qilish yo'qolishi bilan namoyon bo'lgan tinchsizlik.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor xulqini kuchli nazorat qilish va hamshira kundaligida bayon etish (oriyentirovka buzilishi, atrofdagilarni taniy olmaslik, uzuq-yuluq fikrlash, hayronlik yuz ifodasi). 2. Bemor xulqiga (fikir bildirishlari, ovqat qabuli, zaharlanishga urinish). 3. Psixomotor qo'zg'alish holatida keng fiksator bilan fiksatsiya qilish. 4. Uzoq vaqt fiksatsiya holatida saqlangan bemorda yotoq yaralarini oldini olish (kamfora spirti bilan artish, massaj va h.k.). 5. Shifokor ko'rsatmalarini aniq bajarish.
<p>13. Katatonik stupor doirasida tormozlanish, mutizm, negativizm, ovqatdan bosh tortish bilan namoyon bo'lgan harakatsizlik.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor xulqini kuchli nazorat qilish. 2. Hamshira kundaligida quyidagilarni bayon etish: atrofdagilar bilan muloqot bor yoki yo'qligi, nutq holati, ovqatlanish yoki ovqatdan bosh tortish, hojat chiqarishni o'zi bajarishi, yoki hojatlarning to'xtashi, hojatda iflosliklarga yo'l qo'yish va h.k. 3. Amital kofein tormozsizlantirish bilan zond orqali majburiy oziqlantirish. 4. Yotoq yaralarini oldini olish (kamfora spirti bilan artish, joyida o'g'irish, massaj va h.k.). 5. Bemorda nutq yo'qligiga qaramasdan unga past ovozda gapirish, do'stona ohangda, oddiy qisqa gaplar ishlatish. 6. Shifokor ko'rsatmalarini aniq bajarish.

Bolalar bo'limidagi bemorlarga tegishli hamshira kuzatuv va hamshira parvarishi bayonnomalari

Bemor muammolari	Hamshira choralarining turlari
<p>1. Markaziy asab tizimining zararlarnishi sababli tez (har kuni), o'rta (3-4 kun ichida 1-2 marotaba), kam (7-8 kun ichida 1 marotaba) kuzatiladigan kechasi peshob tuta olmaslik bilan namoyon bo'lgan enurez.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peshob chiqarib qo'yish vaqtini aniqlash (uxlagandan so'ng necha soatdan keyin). 2. Peshob chiqarib qo'yishdan so'ng bemorning shu zahoti uyg'onishga qobilligini aniqlash uchun uni uyqu vaqtida kuzatish. 3. Majburan uyg'otilganda bemor oriyentirovkani yo'qotishi mavjudligini aniqlash. 4. Uyg'onganda bemorning mushaklarida kuchsizlik borligini aniqlash. 5. Kunduzgi va kechki uyqu vaqtida bolada terlash kuzatilishini aniqlash. 6. Bola ertalab enurez epizodini eslay olishini aniqlash. 7. Bemorning to'shagi va uyqu kiyimini tez almashtirishni ta'minlash. 8. Bemorga oddiy shaxsiy gigiyena ko'nikmalarini o'rgatish.
<p>2. Ijtimoiy va pedagogik tarbiyasizlik sababli uydan ketib qolish va daydish (pedagogik qoloqlik va deviant xulq) bilan namoyon bo'lgan mayl buzilishlari.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolaning xulqini kuchli nazorat qilish lozim. 2. Bola bilan psixologik aloqa o'rnatish. 3. Tarbiyachilar, pedagoglar, psixologlar ishtirokida bemorni bo'sh vaqtini tashkil qilish. 4. Barcha rejalari haqida qo'rqmasdan hamshiraga aytib turishi lozimligi to'g'risida bola bilan kelishib olish kerak. 5. Bolada anchagina ijobiy fazilatlar borligi, u atrofdagilarga kerakligini bolaga sezdirish lozim. 6. O'zining qochib ketish rejasiga boshqa bolalarni qo'shib olishini oldini olish. 7. Sayr paytida bola so'zlari va xulqini diqqat bilan kuzatish.
<p>3. Markaziy asab tizimining zararlarnishi sababli duduqlanish bilan namoyon bo'lgan nutq buzilishi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bola bilan psixologik aloqa o'rnatish. 2. Bola uchun kerakli muhit yaratish. 3. Logoped, psixolog, psixoterapevt ishtirokida doim mashg'ulotlar o'tkazish. 4. Bolaga gapirmaslik tartibini bajarishga ko'maklashish. 5. Tarbiyachilar yordamida bolani band qilish. 6. «Nutq talvasasi» holatida kerakli so'zni aytib yordam berish. 7. Logopedik mashg'ulotlar foydasini ota-onalarga tushuntirib, ular bilan aloqani saqlab turish

<p>4. Markaziy asab tizimining zararlanishi sababli stereotip imo-ishoralar (tik) bilan namoyon bo'lgan harakat buzilishlari.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bola xulq-atvorini nazorat qilish. 2. Bola bilan psixologik aloqa o'rnatish. 3. Harakat faollashishini, harakatlar tavsifi va kelib chiqish vaqtini bolaga bildirmasdan kuzatish. 4. Bola uchun g'ayritabiiy harakatlardan uni e'tiborini chalg'itish. 5. Bolani boshqa bolalar hazillaridan va ayblashidan saqlash. 6. Turli usullar bilan bolani stereotipik harakatlardan chalg'itish, bu uchun qiziqroq ta'sirlarga qiziqtirish kerak (o'yinlar, musiqa va h.k.). 7. Tarbiyachilar yordamida bolani band qilish. 8. Bolaning ota-onasiga va tarbiyachilariga stereotip harakatlar va imo-ishoralar uchun uni tanqid qilish mumkin emasligini tushuntirish.
<p>5. Yengil darajadagi aql rivojining sustligi (parsial aql zaifligi) sababli o'rganish qobiliyatlarining pastligi bilan namoyon bo'lgan ijtimoiy va maktab dezadaptatsiyasi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bola bilan psixologik aloqa o'rnatish. 2. Bola ota-onasini psixologik tekshirishdan o'tkazish. 3. Tarbiyachilar ishtirokida bolani individual va guruhdagi mashg'ulotlarga jalb qilish. 4. Bolani tetiklashtiruvchi mashg'ulotlar bilan ta'minlash, psixolog, pedagog va logoped bilan darslar o'tish. 5. Bemorni toliquvchanligi va bo'shashganligini tarqatish uchun ijobiy emotsional muhit yaratish. 6. Toza havoda sayr qilishni ta'minlash. 7. Tasvirlash qobiliyati bor bolalarga loy va plastilin bilan mashg'ul bo'lishga sharoit yaratib berish.
<p>6. Autizm sababli atrofdegilar bilan muvoqot qilishni istamaslik bilan namoyon bo'lgan emotsiyalar doirasining buzilishi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bola bilan psixologik aloqa o'rnatish. 2. Bolani unga bildirmasdan kuzatish. 3. Bolani ehtiyojlari va xohishlarini inobatga olib foydali mashg'ulotlarga va uyinga jalb qilish. 4. Tarbiyachi ishtirokida bolani yakkaalik sharoitida bosqichli o'yinlarga jalb qilish. 5. Bola bilan muloyim muomala qilib, ammo aniq va baland ovozda gaplashish. 6. Bolaga yakka qolishga ruxsat berib, uni doim kuzatib turish. 7. Bemor bilan bajarilayotgan barcha harakatlarni (kiyinish, yuvinish va h.k.) sharhlar bilan bajarish.

**Psixiatriya xizmatida tezkor yordam talab qiluvchi holatlarda
hamshira kuzatuv, hamshira ishtiroki va parvarishi bayonnomalari**

Bemor muammolari	Hamshira choralarining turlari
<p>1. Produktiv aloqa yo'qligi va dezoriyentirovka bilan namoyon bo'lgan ekzogon zararliliklar oqibatida ong buzilishi (BMJ, intoksikatsiya, infeksiya va h.k.).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kuchli nazorat. 2. Hamshira kundaligida bemor holatini, oziqlanishi, hojat chiqarishi, zaharlanishlarini bayon qilib borish. 3. Yotoq to'shaklari va kiyimlarini o'z vaqtida almashtirib turish. 4. Iliq suvga spirt, uksus qo'shib, gigiyenik artishlar bajarib, quruq holatigacha artishlar. 5. Yotoq yaralari va pnevmoniyani oldini olish (kamfor spirt bilan artish, bemor holatini o'zgartirib turish, massaj). 6. Og'iz bo'shlig'ini parvarish qilish: kuniga 2-3 marotaba 2-4% bor kislotasi bilan yoki 3% vodorod perekisi bilan chayish, keyin quruqlay artib glitserinda buraning 7% eritmasi bilan artish (stomatitning oldini olish). Yasama tishlarni yechib 1% natriy bikarbonat yoki kaliy permanganati eritmasi bilan og'iz bo'shlig'ini chayish. 7. Ko'zlarni fiziologik eritma yoki furatsilin eritmasi bilan chayish. 8. Majburan zond orqali yuqori kaloriyalik ovqat bilan oziqlantirish. 9. Lozim bo'lsa, tozalash klizmasini bajarish va peshobni kateter orqali chiqarish. 10. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish.
<p>2. Bog'lovsiz fikrlash va tajovuzkor impulsiv harakatlar bilan namoyon bo'lgan ong xirakatchanligi qo'zg'alishi (psixomotor); gallutsinatsiyalar vasvasa, paniqa, depressiv ajitatsiya, gebefreniya, maniya va h.k.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kuchli nazorat. 2. Bemorni holati haqida darhol shifokorga ma'lum qilish. 3. Sanitarlar va intizomli bemorlarni yordamga chorlash. 4. Bitta sanitar bemorni oldi tomonidan ikkita boshqasi esa orka tomonidan o'zlarini ko'rpayostiqlar bilan himoyalagan holda qisib olishadi. Bemorni orqasidan turib bo'ynini bilaklar bilan bo'g'ish kerak (bo'ynini prostina bilan bo'g'sa ham bo'ladi). Maqsad – uyqu arteriyasini qisib, tinchlantirish.

	<p>5. Bemorni keng fiksatorlar bilan yotoqqa bog'lab qo'yish.</p> <p>6. Shifokor ko'rsatmasiga binoan mushak orasiga aminazina 2.5% -4.0, galoperidola 0.5% 2.0, dikordiamina 2.0 yuborish.</p>
<p>3. Turli sabablar oqibatida ovqatdan bosh tortish: katatonik stupor, negativizm, vas-vasa (zaharlanish, o'zini ayblash g'oyalari), bemorga ovqatlanishni man qilayotgan buyuruvchi gallutsinatsiyalar.</p>	<p>1. Kuchli nazorat.</p> <p>2. Bemor bilan psixologik aloqa o'rnatish.</p> <p>3. Ovqatdan bosh tortish sababini aniqlash.</p> <p>4. Bemorni ovqat yeyishga ko'ndirib ko'rish.</p> <p>5. Bemor ishongan kishi tomonidan ovqatlantirilishi lozim.</p> <p>6. Shifokor ko'rsatmasi bo'lganda ochlik hissini kuchaytirish uchun och qoringa 4-16 ED insulin qilish.</p> <p>7. Zond orqali sun'iy oziqlantirish.</p>

Shoshilinch holatlarda birinchi yordam ko'rsatish algoritmlari

1. Tutqanoq talvasasi:

Hamshiraga kechiktirib bo'lmas yordamni ko'rsatishni boshlashga undaydigan quyidagi ma'lumot: ongning yo'qligi, og'izdan ko'pik kelsa, tonik va klonik tutilish.

1. Agar bemor yuztuban yotgan bo'lsa, asfiksiyani oldini olish maqsadida, uni ag'darish kerak.

2. Agar tutilish ovqatlanish vaqtida vujudga kelgan bo'lsa, asfiksiyani oldini olish uchun, og'zidan ovqat qoldiqlarini olib tashlash kerak.

3. Boshi shikastlanmasligi uchun, uni tagiga yostiq yoki yumshoq o'yinchoqlar qo'yish lozim.

4. So'lagi erkin oqib tushishi uchun boshini biron bir tarafga burish va shikastlardan saqlagan holda ushlab turish kerak.

5. Havodan erkin nafas olishi uchun ko'ylagining yoqasini yechish, kamarini bo'shatish lozim.

6. Bemor tilini tishlab olmasligi uchun, og'ziga jag' tishlari orasiga rezinalli naycha yoki doka bilan bir necha qavat o'ralgan temirli shpatel qo'yish kerak, agar bular bo'lmasa, unda bog'langan ro'molni ishlatsa bo'ladi.

7. Shifokorni chaqirish kerak.

2. Epileptik status

Hamshiraga epileptik statusni aniqlashda ko'maklashuvchi ma'lumot: ketma-ket kechuvchi tutqanoq talvasalari, talvasalar orasida ong tiniqlashishining yo'qligi.

1. Shifokorni chaqirish kerak.
2. «Tutqanoq talvasasi» standarti bo'yicha yordam ko'rsatish lozim.
3. Talvasalar o'rtasidagi vaqt mobaynida, mexanik asfiksiyani oldini olish maqsadida tilini yutib yuborishini bartaraf etish yoki qayt qilish oqibatidan, so'lakdan tozalash kerak.
4. Shprits va ninalar tayyorlash.
5. Kerak bo'lsa, shifokor yo'q bo'lsa, 10 ml 40% glukozada eritilgan 4ml – 0,5% sudksen eritmasini asta-sekinlik bilan qon tomirga yuborish kerak (talvasalar o'rtasida).
6. Tomir ichiga 10ml 25% magniy sulfatini yuborish.
7. Tomir ichiga litik aralashmani:
 - promedol 2%- 1 ml eritmasini,
 - analgin 25%- 2 ml eritmasini,
 - dimedrol 1%- 2 ml eritmasini,
 - novokain 0,5% - 2 ml eritmasini.
3. **Ogning delirioz buzilishi.**

Deliriyini payqashga ko'maklashuvchi ma'lumot: qo'rquv, qo'rqqoqlikning paydo bo'lishi, gallutsinatsiyalar obyektiv belgilari, atrofga noto'g'ri oriyentir olish.

1. Bemorni kuzatish palatasiga o'tkazish.
2. Shifokorni chaqirish.
3. Lozim bo'lsa, shifokor bilan kelishilgan holda, qochishni, tajovuzkorlikni, o'ziga shikast yetkazishni oldini olish maqsadida, mexanik siquvga olish choralari qo'llash.
4. Shprits va ninalar tayyorlash.
5. Kerak bo'lsa, shifokor yo'q bo'lsa – tomir ichiga 2 ml 2,5% tizersin - sutkaga 2 mahal.
6. Kordiamin 1,0 teri ostiga sutkaga 1 mahal.

VIII. HAMSHIRALIK ARALASHUVINI BAHOLASH HAMSHIRALIK JARAYONINING IV BOSQICHI SIFATIDA

Hamshiralik jarayonining yakunlovchi, ammo eng murakkab bosqichi, hamshiralik aralashuvi va hamshiralik parvarishi reja bo'yicha amalga oshiriladi. Qo'yilgan maqsadga qarab, protokol rejasida – qisqa muddatli yoki uzoq muddatli, hamshiraning ishini baholash shunday bo'lishi kerak. To'g'ri, adekvat va o'z vaqtida professional malakali aralashishda hamshira qisqa muddatli maqsadga erishishga qodir. Uzoq muddatli maqsadlarni har doim ham amalga oshmasligining sabablari, haqiqiy qiyinchiliklar, qarindoshlar va tibbiy xodimlar o'rtasidagi

kelishmovchiliklar va bular natijasida kasallikning xavfli tus olishi, patologik jarayonni (total aqli zaiflik, o'ta namoyon bo'lgan hissiyot-iroda buzilishi va boshqalar) tezlashgan progrediyentligi.

Ruhiy kasalliklar muassasalarida parvarishlash va kuzatishning asosan ikki tendensiyasi mavjud:

1. Tibbiy xodimlar va bemorlar xavfsizligini ta'minlash.
2. Bemorlarni maksimal darajada siquvga olmaslikka intilish.

Ushbu tendensiyalarni qo'shilishi natijasida qarama-qarshilik o'zgaradigandek tuyulishi mumkin, ammo yangi psixiatrik amaliyot shuni namoyon qilmoqdaki, siquvga olmaslik prinsiplarini yanada kengroq qo'llash, nafaqat xavfsizlikni ta'minlash prinsiplarini buzmaydi, balki bemorning ahvolidagi yaxshi tomonga o'zgarishga olib keladi. Shu bilan bir vaqtda, siquvga olmaslik tizimi rivojlanishning har bir davrida o'z chegaralariga ega. Ruhiiy bemorlarni davolash va parvarishni tashkillashtirish yangi prinsiplarga asoslangan bo'lishi kerak. Masalan, psixofarmakoterapiyaga yangi psixotrop dorilarning, faol ta'sir qiluvchi vositalarning kiritilishi tashqi belgilar ko'rinishini tez o'zgartiradi. Insoniylik fazilatlarini yo'qolishi sekinroq kechadi, bular esa tibbiy xodimlarni bemorlarga hurmatliroq va mas'uliyatliroq bo'lishga chorlaydi.

Shu kunga qadar jamiyatda quyidagi noto'g'ri fikr mavjud:

- Ruhiiy bemorlar hech narsa tushunmaydilar;
- Ruhiiy bemorlar tuzalmaydilar;
- Ruhiiy kaslxonalarda bemorlarni kamsitishadilar va do'pposlashadilar va boshqalar;
- Ruhiiy shifoxonalarda ishlash juda xavfli;
- Agar bemor og'ir ruhiy bemorni ko'rsa, uni ahvoli og'irlashadi;
- Bemor ruhiy kasalliklar shifoxonasidan chiqqanidan so'ng, unga hamma mensimas munosabatda bo'ladi.

Ushbu fikrlar xatodir va tajribali tibbiy xodim yaxshi biladiki, ruhiy bemor og'ir ong xiralashuvi holatida, gallutsinator-vasvasali qo'zg'alish holatida va h.k. bo'lishiga qaramasdan xodimlarning unga bo'lgan iliq munosabatini yaxshi eslab qoladi va keyinchalik ularga nisbatan ishonch tuyg'usi uyg'onadi.

Tibbiy xodimning ruhiy bemorga nisbatan har bir noto'g'ri qadami, har bir noto'g'ri harakati jinoiy jazolanadi, shuning uchun siquvga olish choralari aniq asoslangan bo'lishi va bemor holatiga qarab qo'llanilishi kerak. Buni nafaqat bo'lim katta hamshirasi yoki bosh hamshira, navbatchi shifokor yoki bo'lim mudiri kuzatadilar, balki aldab bo'lmaydigan bo'limdagi barcha bemorlar ham.

Muassasaning nomiga, panjaralar, qulflar, og'ir ruhiy bemorlar bilan so'zlashishning qiyinligiga qaramasdan, odatda, bemorlar shifoxonada ahvoli ancha yaxshilanib chiqishadi va ma'lum bir shart-sharoitlarda sog'lom inson singari yashashga imkoniyat yaraladi.

Psixiatrik statsionarlar va dispanserlar yopiq muassasalar deb hisoblanadi. Faqatgina sud organlari yoki boshqa psixiatrik muassasalarga bemorlar sog'lig'i va tashxisi haqidagi ma'lumotlarni berish mumkin. Shuning uchun shifokorlik sirini saqlash butun tibbiy jamoa uchun qat'iy shartdir.

Psixiatrik statsionarlar tizimi va tartibi

Psixiatrik shifoxonalar bir necha bo'limlardan iborat: o'tkir (tashvishli bemorlar uchun bo'limlar) – erkaklar va ayollar, chegaraviy, bolalar, sil kasali bor bemorlar uchun bo'limlar. Shifoxonalar qoshida bo'limdan tashqari ish-davolash ustaxonalar mavjud, ular ichida, tibbiy xodimlar nazorati ostida duradgorlik, to'qish ishlarini va boshqa ishlarni qilishadi.

Har bir bo'limda palatalardan tashqari oshxonalar ham mavjud. Psixiatrik bo'limlarda pichoq va sanchqi kabi o'tkir anjomlarni saqlash mumkinmasligi sababli, bemorlarga ovqat shunday ko'rinishda berilishi lozimki, uni faqatgina qoshiq bilan iste'mol qilsa bo'ladi. Xavotirli bemorlar sindirib o'ziga va boshqalarga shikast yetkaza olmasligi uchun bo'limda faqat temir (alumin) oshxona va choy anjomlari ishlatiladi. Shuni esda tutish lozimki, temir anjomlarni ishlatayotgan vaqtda, ular ichiga qaynoq ovqat yoki choy solish mumkin emas, chunki bemor o'zini va boshqalarni kuydirib olishi mumkin.

Palata va oshxonadan tashqari, har bir bo'limda, bemorlarni kunduzgi vaqt o'tkazish joyi mavjud, u yerda ular kunduzgi vaqtni o'tkazadilar: bir-biri bilan suhbatlashadilar, o'qiydilar. Shu maqsadda, bo'limning keng va yorug' yo'lagidan ham foydalaniladi. Kunduzi, shifokor yotoq tartibi tavsiya etgan va holdan toygan bemorlardan tashqari, yotoqlarda yotish hamma bemorlarga taqiqlanadi. Bemorlar faqatgina kechki uyqu va ovqatdan keyingi dam olish vaqtida yotoqda yotishi mumkin.

Bo'limda, bemor foydalanib, o'ziga va boshqalarga shikast yetkazishi mumkin bo'lgan buyumlar bo'lmasligi lozim: qaychi, igna, gugurt va boshqa bemor qo'lida xatarli bo'lib qolishi mumkin bo'lgan buyumlar. Har bir bo'limda bemorlar aylanib yuradigan, o'z bog'i bor.

Shifoxona hovlisi devor bilan o'rab olinadi, darvoza doim qulflangan bo'ladi, kirish faqatgina qorovul tomonidan qo'riqlanadigan kirish yo'lagidan amalga oshiriladi.

Bemorlarning yaqinlari bilan uchrashuvi ma'lum bir kunlar, ma'lum bir soatlarda ruxsat beriladi (ba'zi bir bemorlarga shifokor yaqinlari bilan uchrashishni vaqtincha taqiqlab qo'yadi, chunki bu uning ahvolini chuqurlashtirishi mumkin). Bemorlarning qarindoshlari palatalarga qo'yilmaydilar, uchrashish maxsus ajratilgan xonalarda amalga oshiriladi. Bundan holdan toygan, yotib qolgan bemorlar mustasno. Bolalar va 16 yoshgacha o'smirlar bemorlar oldiga qo'yilmaydilar. Bemorlarning qarindoshlari bilan uchrashuvi faqatgina xodimlar nazorati ostida o'tkaziladi. Belgilangan vaqtdan tashqari uchrashuvlar faqat alohida vaziyatlarda va faqat shifokor ruxsati bilan o'tkaziladi.

TIBBIY XODIMLARNI PSIXIATRIK MUASSASA SHAROITIDA ISHLASHINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Tibbiy xodimlarni psixiatrik muassasalarda ishi, boshqa shifoxonalardan farqlanadi va o'ziga xos xususiyatlarga ega. Bu, ayniqsa, o'tkir holatida bilinadigan ruhiy kasalliklarning bir qator jihatlari bilan bog'liq:

1. O'z-o'zini tanqid yo'sinida kasalligini anglash yo'qligi va ruhiy buzilish mavjudligiga qaramasdan davolanishdan bosh tortish.

2. Ta'qib yoki ijtomoiy qarshi yo'naltirilgan imperativ gallutsinatsiyalari bilan birgalikda ta'sir fikrlarining bo'lishi mumkinligi.

3. O'z joniga tajovuzkorona (suitsidal) fikrlar va harakatlar mavjudligi.

4. Ong buzilishi bilan psixotik holat (deliriy, oneyroid, namozshom-simon buzilish, amensiya).

5. Psixomotor qo'zg'alish va impulsiv harakatlar.

6. Harakatsizlik va ovqatdan bosh tortish (katatonik stupor, zaharlanish fikrlari, hid va ta'm bilish gallutsinatsiyalari, asabiy anoreksiya va boshqalar)

Shunday holatlar uchrashi mumkinligi sababli, psixiatrik shifoxonaning barcha bemorlari tibbiy xodimlar nazorati ostida, ba'zi bemorlarga qattiq nazorat talab etiladi, ammo bemorning nazorat ostida bo'lishi o'tkir holatni bartaraf etish va vaqt bilan chegaralangan. Bu o'z ahvolini o'zi nazorat qilish paydo bo'lishi bilan bog'liq (insayt).

Oziq-ovqat va boshqa bemorlarga yaqinlari tomonidan beriladigan narsalar bemorga taqiqlangan va hatto xavfli bo'lgan narsalar (masalan, giyovand moddalar spirtli ichimliklar, ignalar, soqol olish anjomlari, gugurt, yozadigan ruchka) qo'lga tushishining oldini olish maqsadida, sinchkovlik bilan tekshirilishi lozim. Turli tashkilotlarga yozilgan bemorlarning xatlari, arizalari, arznomalari shifokor yoki hamshira tomonidan o'qib chiqilishi lozim. Ma'nosiz fikrlar bildirilgan, yaqqol

kasallik belgisi bo'lgan mazmunli xatlar yuborish kerak emas. Bunaqa xatlarni hamshira shifokorga berishi lozim.

Hamshira farroshlarni barcha majburiyatlarining bilishi, hamma farroshlarning ishini kuzatishi kerak, biron bir farroshni almashtirmasdan postdan chetlashtirmaslikni esida tutishi lozim. Agar postdagi farrosh, ma'lum bir sababli chetlashtirilgan bo'lsa, hamshira darhol uning o'rini boshqa farrosh bilan almashtirishi kerak, agar o'rniga odam bo'lmasa, farrosh qaytib kelgunga qadar, o'zi turib turishi kerak. Navbatchilik tugagach, boshqa navbatchi kelmaguncha, postni tashlab ketish mumkin emas. Postga kirishayotgan yangi navbatchi farroshlarga, hamshira qaysi bemorlar qattiq nazoratga, parvarishga muhtojligi haqida ko'rsatma berishi lozim. Nazorat na kunduzi, na kechasi susaymasligi kerak; shunaqa bemorlar joylashtirilgan palatada (nazorat palatasi), kechasi yorug'lik yetarli darajada bo'lishi lozimi. Agar bemor hojatga chiqsa, farrosh eshikdagi darcha orqali uning harakatlarini kuzatishi kerak.

Dorilarni tarqatish vaqtida, to bemor dorisini ichib yubormaguncha, uning oldidan ketish mumkin emas, chunki ba'zilar, u yoki bu sabab tufayli davolanishni xohlamaganlar (vasvasa, qo'rquv, negativizm) dorini olib otib yuboradi yoki zaharlanish uchun birdaniga katta dozani qabul qilish uchun yig'adi. Agar bu kabi holatlarga gumon qilinsa, bemorning narsalarini va yotog'ini tekshirish lozim, bundan tekshirishlardan barcha bemorlarni vaqti-vaqti bilan o'tkazib turish kerak. Bemorni xafa qilmaslik, kamsitmaslik maqsadida u sayr qilayotgan vaqtida yoki hammomda bo'lgan vaqtida o'tkazish kerak.

Sayrga bemorlar faqat shifokor ko'rsatmasi bilan chiqadilar. Bemor bilan sayrga hamshiralalar va farroshlar chiqadilar. Sayr, bo'limdan chiqish va kirish hamshira rahbarligida va nazorati ostida qilinadi. Sayrga chiqariladigan bemorlar yaxshi kiyintirilgan bo'lishlari lozim, ayniqsa, kuzda va qishda. Tibbiy hodimlar birgalikda olib chiqqan bemorlar sonini aniq bilish lozim.

Doimo shuni esda tutish kerakki, qochishga intilgan bemor, sayr qilish vaqtida qochishga harakat qilishi mumkin; o'z joniga suiqasd qilmoqchi bemor, sayrdan bironta xavfli narsani (o'tkir siniq narsa, mix va boshq.) olib, tibbiy xodimlardan berkinishga intilib, uni yutib olishga va h.k. harakat qiladi, shuning uchun ham hamshira bemorlarni sayr vaqtida va undan so'ng qattiq nazorat qilishi kerak. Zinadan tushganda o'z joniga suiqasd qilmoqchi bo'lgan bemorni, tutqanog'i bor bemorni qo'lidan ushlab xodim o'z yonida ushlab kerak. Sayr vaqtida bir-bir bemorlar sonini tekshirib turish kerak. Xodimlar bemorlarni ko'zdan qochirmasliklari kerak, yerdan hech narsa olmasligini kuzatish kerak,

panjara oldiga begonalar kelmasliklariga — ular hech narsa bermasliklariga qarab turish kerak, chunki ular keraksiz va bemor uchun xavfli gaplar gapirishi mumkin.

Agar bemorlar orasida janjal chiqib urishib ketsalar, ularni tezda ajratish choralari ko'rish kerak (farroshlarni chaqirish kerak, etarli bo'lmasa, ongli bemorlarni jalb qilish kerak) va tezda shifokorga aytish kerak. Bemorlar oldida birini ayblab, boshqasini oqlash mumkin emas.

Bemorlarning xohish-istaklarini bajarish mumkin emas, masalan, bemorning qarindoshlari va yaqinlari oldiga borish, ular bilan telefon orqali gaplashish, biron bir gap yetkazish mumkin emas. Agar bironta bemor o'rta tibbiy hodimga shu masala bo'yicha murojaat qilsa, bu holda shifokor bilan gaplashishni maslahat berish kerak.

Bemorning na bironta iltimosi, na bironta arzi chetda qolmasligi kerak. Bemor uchun xavfsiz bo'lgan iltimosni (masalan gazeta uzatib yuborish) bajarsa bo'ladi. Ammo boshqa palataga o'tkazish yoki boshqa yotoqqa yotqizish kabi iltimoslarni faqat shifokor hal qiladi.

TURLI PSIXIK BUZILISHLARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Gallutsinator va vasvasali bemorlar parvarishi

Gallutsinator va vasvasali bemorlar tibbiy xodimlar tomonidan katta e'tiborga muhtoj sanaladi. Bunday bemorlar ko'pincha o'zi uchun ham atrofdagilar uchun ham xavfli bo'lishlari mumkin (ayniqsa, imperativ gallutsinatsiyalari bor bemorlar, shuningdek, bemorning vasvasasiga boshqa bemorlar va tibbiy hodimlardan biron tasi qo'shib ketsa).

Bemor yo'q ovozlarni eshitishi mumkin, yani eshituv gallutsinatsiyalari vujudga kelishi mumkin. Bunda bemorga bu ovozlari tuyulgandek emas, aksincha rostdan eshitayotgan bo'ladi. Ovozlar ko'pincha yoqimsiz (tahdid qiladigan, haqoratlovchi) bo'lishi mumkin. Bu ovozlari ta'sirida, agar ular buyursalar, bemor atrofdagi kimnidir urib yuborishi mumkin yoki o'ziga biron ziyon yetkazishlari mumkin. Ovozlar ta'sirida bemorlar ovqatdan bosh tortishlari mumkin, savollarga javob bermasliklari mumkin, o'z joniga suiqasd qilishlari mumkin. Bemorda gallutsinatsiyalar mavjudligini bilvosita belgidan bilish mumkin. Gallutsinatsiyasi bor bemor nimanidir pichirlab gapirishi mumkin, o'zi bilan o'zi gaplashishi mumkin, atrofga shubhalanib qarashi mumkin, sababsiz iljayishi mumkin, suhbat vaqtida birdan jim bo'lib qolishi mumkin, berilgan savolni qayta-qayta so'rashi mumkin, mos kelmaydigan javoblari beradi.

Vasvasali g'oyalar (ta'sir, ta'qib, o'zini ayblash, munosabat va boshqalar) bemor uchun og'ir kechinmalar sababi bo'lishi mumkin, bu esa uni harakatlarida namoyon bo'ladi.

Ba'zida, bemor o'z vasvasali g'oyalarini gapirmaydi, «ovozlar» mavjudligi haqida gapirmaydi, aksincha ularni tibbiy xodimlardan berkitishga harakat qiladi. Ammo bunday bemorlarning xatti-harakatlarida, ba'zi gaplarida, ovozida gumonsirash yoki dushmanlik, o'z joniga suiqaasd qilishga intilishi aks etadi.

Bemorda vasvasa borligini u hech qanday izoh bermaydigan, alohida va shubhali gaplaridan, uning ba'zida ajabtovur ko'rinishda qilayotgan kesatishlaridan va e'tiroz, xodimlarga nisbatan dushmancha qarashidan, ovqatdan bosh tortishidan bilish mumkin.

Bemorlarda gallutsinatsiya va vasvasa borligiga shubha qilinsa, hamshira bunday bemorlar bilan, iloji boricha, ishonchlilik munosabatlarini o'rnatishga harakat qilish, rasmiylikka yo'l qo'ymaslik kerak. Bunaqa bemor bilan gap talashish, uning gaplari ma'nosizligini ta'kidlab, qayta ko'ndirishga harakat qilish mumkin emas, chunki bemorning fikri o'zgarmaydi, tibbiy xodim esa unga teskari bo'lib qoladi. Shu bilan birga, bemorga uning kechinmalarini tushungandek yon bosish ham kerak emas. Bemor bilan suhbatlashganda, uni tushunishayotganini, fikri hurmatga loyiqligini, lekin uning fikri yagona to'g'ri fikr emasligini ko'rsatish lozim.

Psixomotor qo'zg'algan bemorlar parvarishi

Qo'zg'algan bemorlarga katta e'tibor berish lozim. Qo'zg'alish shizofreniyada uchrashi mumkin (katatonik va gebefrenik qo'zg'alish), maniakalno-depressiv psixozda, turli etiologiyali delirioz va amentiv holatlarda.

Agar bemor qattiq bezovtalanish va qo'zg'alish holatiga tusha boshlasa, avvalambor, parvarishlovchi xodimlar tinchlikni va o'zini nazorat qila olishni saqlashlari lozim. Bemorni yumshoq ovutishga, fikrlarini boshqa tarafga yo'naltirishga harakat qilish kerak. Ba'zilarida, bemorga yordam berishi mumkin bo'lgan, umuman bezovta qilmaslik kerak. Bunda, bemor o'ziga va atrofdagilarga ziyon yetkazmasligiga qarab turish kerak. Agar bemor qattiq qo'zg'alib ketsa (masalan eshikka va derazaga qarab intilmoqda, atrofdagilarga hujum qilyapti), shifokor tavsiyasiga ko'ra hamshiralari uni yotog'ida ushlab turishadi.

Odatda, bemor yotog'ida to dorilar qilinmaguncha ushlab turiladi. Hamshira nafaqat qo'zg'algan bemorning yotoqda ushlab turish usullarini bilishi lozim, balki ularni farroshlarga ko'rsata olishi va kerak bo'lsa,

ularni boshqara olishi kerak. Bemorning qo'zg'alishi kuchliliga qarab, uni yotog'ida ushlab turish uchun 1-2 farrosh kerak bo'ladi, ba'zan buning uchun 3-4, 5 farrosh kerak bo'ladi. Bemor qattiq qo'zg'alganda, u yotoqqa orqasi bilan yotqiziladi, oyoqlari va qo'llari to'g'ri bo'lishi kerak. Yotoqning ikkala tarafidan ikkitadan farrosh turib oladi. Ikkitasi qo'lini, yelka va kaftini, ikkitasi soni bilan boldirini mahkam ushlab turadi. Farroshlardan biri oyoqlarini, boshqasi esa qo'llarini — chap qo'l o'ng qo'l ustiga qo'yib qovushtirib ushlab turadi. Agar bemor qo'zg'alish vaqtida kallasini bilan urish yoki tishlashga harakat qilsa, yana bir odam uning kallasini ushlashi lozim. Buning uchun farrosh yotoqning bosh tarafiga turib olib, peshonasini sochiq bilan o'rab, kallasini yostiqqa bosib turadi. Ushlab turish vaqtida bemorga og'riq yetkazib bo'lmaydi, shuning uchun uni ushlaganda choyshab yoki ko'rpa bilan ushlash kerak. Bemorning qorniga yoki ko'krigiga bosish mumkin emas, chunki qovurg'alari sinib, qattiq og'rishi mumkin.

Agarda qattiq qo'zg'algan bemor biron-bir narsa bilan dag'dag'a qilib o'ziga yaqin yo'latmasa, uni yoniga adyolni ochiq holda ko'tarib olib, yaqinlashib kelib, tezda yopib olish kerak. Bundan so'ng darrov yotoqqa yotqizib, yuqorida aytib o'tilgan usul bilan ushlab turish kerak.

Qo'zg'algan bemorni bir xonadan boshqa xonaga o'tkazayotganda ham uni to'g'ri ushlab turish lozim. Bu uchun qo'zg'alishning kuchliligiga va bemorning kuchiga qarab bir nechta usul mavjud. Agar bemorni bitta farrosh olib borayotgan bo'lsa, u bemor yoniga orqa tarafidan kelib qo'llarini xochma-xoch qilib yonida ketishi lozim. Bemor qarshilik ko'rsatishi mumkin: chiqib ketmoqchi bo'ladi, kallasini bilan urmoqchi bo'ladi. Bu narsalarning oldini olish maqsadida chalishtirilgan qo'llarni ko'tarish kerak, bu bilan yelka va kalla harakatlari chegaralanadi. Qo'zg'alish yuqori darajada bo'lganda bemorni ikkita farrosh olib boradi. Bu holda har bir farrosh bemorning kafti va yelkasidan (tirsak bo'g'inidan yuqoriroq), qo'llaridan ushlab yon tomonga tortadi.

Depressiyasi bor bemorlarga parvarishning o'ziga xosliklari

Depressiyasi bor bemorlarga parvarishning o'ziga xosligi birinchi navbatda o'z joniga suiqasd qilishdan saqlab qolishdir. Bunday bemorni na kunduzi, na kechasi yolg'iz qoldirish mumkin. Boshini adyol bilan yopib olishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Hojatga, hammomga bir o'zini chiqarib bo'lmaydi va h.k. Bemorni (xonada yo'q vaqtida) xavfli narsalar (siniqlar, temirchalar, arqonchalar, iplar, dorilar va boshqalar) yo'qligiga amin

bo'lish uchun uning kiyimini tekshirish kerak. Bemor dorini, albatta, dorilarni berkitib to'plab suiqasd maqsadida ishlatmasligi uchun hamshiraning oldida qabul qilish kerak, shuningdek, uning kiyimida xavfli buyumlar bo'lmasligi tekshirilishi kerak.

Bemorning ahvoli ancha yaxshilanishiga qaramasdan, hushyorlikni susaytirish to'g'ri kelmaydi. Bunaqa bemor, ahvoli yaxshilangan vaqtda, aksincha o'ziga xavfliroq bo'lib qolishi mumkin. Endi uni kuchi suiqasdni amalga oshirishga yetarli darajaga yetdi – chunki ahvoli og'irroq bo'lgan vaqtda uni amalga oshira olmasdi.

G'amgin depressiyali bemorlar o'ziga e'tibor bermaydilar, chunki ularga alohida parvarish kerak: kiyinishiga, cho'milishga, taranishga va o'rnini yig'ishtirishga yordamlashish kerak, ovqat yeyishini nazorat qilish kerak, buning uchun esa ko'pincha ularni uzoq vaqt davomida sabr bilan yumshoq ko'ndirish kerak bo'ladi. Shuningdek, ularni ko'pincha sayr qilishga ham ko'ndirishga to'g'ri keladi. Ularning kechinmalarini hurmat bilan tushunib ovuntirish kerak.

Depressiv kasallar indamas, odamovi, ovozi chiqmaydi. Ular suhbat boshlay olmaydilar. Ular suhbatga kirishib ketishga qiynaladilar. Ularning gaplari sekin, past ovozlidir. Bu bemorlar kamharakat, shuning uchun ham, ularni birona ishga majburlab bo'lmaydi. Agar bemorda dilini ochishga ehtiyoj yuzaga kelsa va o'zi tibbiy xodimlarga murojaat qilsa, u holda uni e'tibor bilan eshitib, dalda berish lozim. Depressiyasi bor bemorlar oldida turli begona gaplar gapirish mumkin emas, chunki ularni bemorlar boshqacha ma'noda tushunishlari mumkin.

Xavotirli depressiyasi bor bemorlar o'ziga joy topa olmaydilar, bo'limda u yoqdan bu yoqqa bezovtalanib yuradi, ingranadi (ajitirlangan depressiya). Ularga alohida nazorat kerak, chunki ular suiqasdga intiladilar, ko'pincha hayotdan ko'z yumishlariga yordam berishni so'rashadi. Bunday hollarda bemorlarni ushlab turish kerak. Darhol navbatchi shifokorga bemorning ahvoli haqida ma'lumot berish kerak.

Jismonan zaiflashgan, katatonik va depressiv stupor bilan bog'liq harakatsizlik, bosh miya og'ir organik zararlanishi va ovqatdan bosh tortish holatlari bo'lgan bemorlar parvarishi

Odatda, bo'limda katatonik va depressiv stupor holatida bo'lgan, og'ir organik bosh miya jarohatlari va falajliklar yoki chuqur aqli zaifliklari kuzatilgan, jismonan holsizlangan va boshqa parvarishga muhtoj bemorlar bo'lishi mumkin. Ular ko'pincha mustaqil ovqatlana olmaydilar; bunday bemorlarni qo'l bilan ovqatlantirish va chanqog'ini qondirish

zarur bo'ladi. Jismonan holsizlangan bemorlarga, shuningdek, yutinish jarayoni buzilgan bemorlarga asosan suyuq ovqatlar, kichik miqdorda, shoshilmasdan berilishi lozim, chunki bemor qalqib ketishi mumkin. Bemor kiyimlari va o'rin-to'shaklarining tozaligini ham nazorat qilish zarur. Shu maqsadda vaqti-vaqti bilan bemorlarga tuvakni ko'rsatish zarur. Ichaklarni tozalash uchun tozalovchi klizmalar o'tkaziladi. Turishga ijozati bo'lgan bemorlarni, hojatxonaga kuzatib borish zarur. Siydik tutilib qolgan holatlarda (ko'pincha bu katatonik bemorlarda kuzatiladi) uni kateter yordamida chiqariladi. Bemorlarning teri qoplamalari diqqat bilan (haftasiga 1-2 marta) ko'rib chiqilishi lozim, chunki ularda yotoq yaralar va bichilishlar yuzaga keladi. Dumg'aza va dumbalar sohalariga alohida ahamiyat berish lozim. Yotoq yaralarning birinchi belgilari — terining turg'un qizargan sohalari paydo bo'lganda — bemorni rezina doiraga yotqizish, terini doimiy tarzda kamfora spirti bilan artib turish lozim. Ayniqsa, bemor ovqatlanmasa va suyuqlik ichmasa, balki zond orqali ovqatlantirilganda, uning og'iz bo'shlig'ini yuvib turish zarur. Bemor sochlarining tozaligini nazorat qilish lozim (yaxshisi kalta qilib qirqish kerak).

Ovqatdan bosh tortuvchi bemorlar tibbiy xodimlarning ko'p ahamiyatini jalb etadi. Bemorning ovqatdan bosh tortishi, birinchidan, uning ahvoli og'irligini ko'rsatsa, ikkinchidan bemorning to'g'ri oziqlanishini buzadi, bu esa uning ahvolini yanada og'irlashtiradi, uchinchidan, parvarishhni qiyinlashtiradi, chunki bunda alohida tadbirlarni ko'rishga to'g'ri keladi va bularni bemor o'ziga nisbatan jismoniy kuch ishlatilishi deb biladi.

Ba'zida bemor har qanday ovqat va suyuqlikdan butunlay bosh tortishi yoki bemor ovqat yemasligi, ammo suyuqlik ichishi yoki faqat alohida turdagi ovqatlarni talab qilishi mumkin (masalan, faqat non va choy ichadi), boshqa turdagi ovqatlardan esa qat'iyon bosh tortadi; ba'zida bemor kasalxona ovqatini yemasligi, faqat uydan olib kelingan ovqatlarni yeyishi mumkin. Tibbiy xodim bularning barchasini qayd etishi lozim.

Ovqatdan bosh tortish turli sabablarga ko'ra kelib chiqadi: katatonik stupor yoki aksincha, katatonik qo'zg'alish, negativizm, vasvasa g'oyalari (zaharlash, o'zini ayblash), bemorga ovqat yeyishni taqiqlovchi imperativ gallutsinatsiyalar. Har bir alohida holatlarda ovqatdan bosh tortish sabablarini aniqlashga harakat qilish lozim. Agar bemor ovqat zaharlangan deb hisoblaganligi uchun ovqatdan bosh torsa, bu holatlarda unga ovqatga «zahar» tega olmaydigan ovqatlar, masalan, po'chog'i archilmagan tuxum taklif qilinadi. Bu holatlarda bemorning ko'zi oldida tibbiy xodimning

o'zi ovqatni tatib ko'rishi, ba'zida bemorni ovqat yeyishiga olib keladi. Depressiv holatlardagi bemorlarga agar ular ovqat yesalar, tezroq tuzalib, tezroq kasalxonadan chiqishlarini aytish mumkin.

Negativizmda bemorni ko'ndirishga barcha urinishlar, odatda, foydasiz. Hatto buning aksi bo'lishi: qancha bemorning fikrini o'zgartirishga urinishsa, u shuncha aks ta'sir ko'rsatishi mumkin. Bunday holatlarda bemorning oldida ovqatni qoldirib, bironta so'z demay, chiqib ketish zarur. O'ziga e'tibor berishmayotganligiga amin bo'lganidan so'ng, bemor ovqat yeya boshlaydi. Ko'pincha och qoringa 10-15 ED insulin tayinlanishi, bemorlarda ochlik hissini chaqiradi yoki bemorlarda amital-kofeinli qo'zg'atish chaqirib, so'ngra ovqatlantirish mumkin.

Alohida holatlarda bemorlar faqat birorta tibbiy hodim yoki qarindoshlaridan biriga o'zlarini ovqatlantirishlarini ishonadilar.

Agar barcha ko'rilgan choralar samara bermasa, bemorni sun'iy – zond orqali ovqatlantirishga to'g'ri keladi. Buning uchun bemorni kushetkaga orqasi bilan yotqiziladi. Agar bemor qarshilik ko'rsatsa, uni ikkita farrosh ushlab turadi. Zond uchi vazelin yoki glitserin bilan yaxshilab surtiladi va burun orqali kiritiladi. Odatda, zond qiyinchiliklarsiz burundan dimoqqa, o'tdan qizilo'ngachga o'tadi va oshqozonga tushadi; buning uchun zond 50 sm uzunlikda kiritiladi. Zond dimoqdan o'tayotgan paytda bemorda reflektor qayt qilish harakatlari chaqirilishi mumkin. Bu paytda qisqa muddatga nafas to'xtab qolishi mumkin, bemor qizarib ketadi, kuchanadi. Bunaqa holatlarga bemorga og'zini ochib burun orqali nafas olishi va yutinishi kerakligi kerakligi aytiladi. Nafas olish qiyinlashganda, yuz ko'karganda, qo'zg'alish kuchayganda zondni darhol olib tashlash kerak, chunki bu zond traxeyadalgidan darak beradi. Agar zondni burun orqali kiritishning iloji bo'lmasa (burun to'sig'i qiyshayganda, poliplar bo'lganda), bu holda uni og'iz bo'shlig'i orqali kiritish kerak, ammo bemor zondni tishi bilan tishlab olmasligi uchun, avval og'iz kengaytiradigan asbobdan foydalanish lozim.

Epilepsiyasi bor bemorlar parvarishi

Epilepsiyasi bor bemorlar parvarishida, fe'l-atvorining o'ziga xosliklarini tufayli boshqa bemorlar bilan tez-tez janjallashib turishlarini esda tutish kerak. Hamshira bemorni o'z vaqtida chalgitishi, tinchlantirishi lozim. Lekin bemor serjahl, zo'riqqanligicha qolsa, darhol shifokor ma'lumot berish lozim. Bemorda bir necha soat yoki kun davom etishi mumkin bo'lgan disforiyada, unga tez-tez murojaat qilish, biron-bir mashg'ulotga jalb qilishga harakat qilish mumkin emas, chunki bemor

bu paytda o'ta jahldor va jizzaki bo'ladi. Yaxshisi, unga to'liq tinchlik kerak.

1,5-3 daqiqa davom etuvchi tutqanoq xuruji davomida, bemor to'satdan hushidan ketadi va yiqiladi. Bemorni tundagi tutqanoq xurujlari vaqtidagi lat eyishlardan ehtiyot qilish maqsadida, uni past krovatga yotqiziladi. Tutqanoq vaqtida erkaklarda darhol ko'ylak va shimlari tugmalarini yechish, ayollarda yubkalarini yechish, bemorni yuzini yuqoriga qaratib yotqizish zarur. Agar bemor tutqanoq vaqtida yiqilib, talvasada erga o'zini urayotgan bo'lsa, uning boshi tagiga darhol yostiq qo'yilishi lozim.

Tutqanoq vaqtida bemorning yonida bo'lish zarur, chunki xuruj vaqtida lat yeyishlar va jarohatlanishlarning oldini olish kerak, bunda bemorni ushlab turish kerak emas.

Bemor tutqanoq xuruji vaqtida tilini tishlab olmasligi uchun, hamshira uni yon tomoniga yotqizishi, oziq tishlari orasiga, doka bilan o'ralgan qoshiq kiritishi zarur. Qoshiqni oldingi tishlar orasiga kiritish mumkin emas, chunki ular tutqanoq vaqtida sinib ketishi mumkin. Qoshiq o'rnida sochiqning tugun qilib bog'langan burchlagidan foydalanish mumkin. Agar tutqanoq bemor ovqatlanayotgan vaqtda boshlangan bo'lsa, hamshira shu zahoti uning og'iz bo'shlig'ini tozalashi lozim, chunki bemor tiqilib qolib, bo'g'ilib o'lib qolishi mumkin.

Tutqanoq xuruji tugaganidan so'ng, bemor to'shakka yotqiziladi. Agar tutqanoq vaqtida bemorda siydik ajralgan bo'lsa, choyshabni almashtirish zarur.

Tibbiy hamshiraning insulinoterapiya o'tkazish vaqtidagi vazifalari

Insulinoterapiya asosan shizofreniyali bemorlarga tayinlanadi. Avvaliga bemorlarning somatik holati batafsil tekshiriladi. Sil kasalligi, yurak-qon tomir va buyrak, jigar kasalliklari, endokrin kasalliklar qarshi ko'rsatma hisoblanadi.

Davolash shu muolaja uchun maxsus ajratilgan xonada o'tkaziladi va shifokor hamda hamshira tomonidan o'tkaziladi.

Insulin inyeksiyalari ertalab, och qoringa o'tkaziladi. Birinchi inyeksiya 4ED insulinidan boshlanadi. Keyin har kuni 4-8 EDDan ko'paytirib boriladi. Insulin yuborilgandan so'ng bemorlarda gipoglikemiya rivojlanadi, uning chuqurligi kiritilgan insulinning miqdoriga bog'liq. Davolashning boshlang'ich bosqichlarida kichik miqdordagi insulin yuborilganidan so'ng bemorlarda holsizlik, bo'shashganlik holati yuzaga keladi. Bemorlarda ochlik va chanqoq hissi paydo bo'ladi. Dori miqdori oshib borilishi bilan bu simptomatikaga ongning karaxtligi holati qo'shiladi.

Davolashning ikkinchi bosqichida kiritilayotgan insulin miqdori o'sib borishi bilan, ongning yo'qolishi darajasi o'sib boradi: karaxtlik holati soporga o'tadi. Bu holatda bemor bilan muloqot o'rnatish mumkin emas. Pay refleklari yo'qoladi, patologik refleklar paydo bo'ladi, bemorlar og'riq qo'zg'atuvchilariga javob bermaydilar, shu bilan birga, psixomotor qo'zg'alish yuzaga kelishi mumkinligi sababli, bemor fiksatsiya qilinishi kerak.

Davolashning uchinchi bosqichida insulin miqdorini kundalik ortib borishi bilan bemorlarda, sopor va koma o'rtasidagi oraliq holat rivojlanadi: muloqot yo'qoladi, pay va teri, shuningdek, patologik refleklar chaqirilmaydi, faqat qorachiqslarning yorug'likka zaif reaksiyasi saqlanib qoladi.

Yetarli miqdordagi komatoz holatlarga erishilgandan so'ng, insulin miqdorlari har kuni 10 – 14 ED dan tortib, butunlay bekor qilingungacha kamaytiriladi.

Insulinoterapiyaga tayyorlash davrida va uni o'tkazishda bemorning somatik va ruhiy holatini, ayniqsa, batafsil nazorat qilish kerak bo'ladi. Somatik holat nazorat qilinayotganda yuqumli kasalliklar yoki yallig'lanish jarayonlari rivojlanishini bildiruvchi belgilarga alohida ahamiyat qaratish zarur, chunki ular insulinoterapiya o'tkazilishiga vaqtinchalik qarshi ko'rsatma bo'ladilar. Bemorlarning shikoyatlariga diqqat bilan munosabatda bo'lish, tana haroratini muntazam o'lchash va teri qoplamlarini ko'rib chiqish o'z vaqtida aniqlash uchun muhim. Insulinoterapiya kursi davomida davolash boshlanishidan avval va ma'lum oraliq muddatlarda kondagi qand miqdorini tekshirish o'tkaziladi. Tibbiyot hamshirasi bu muolajalarni aniq va o'z vaqtida bajarilishini nazorat qilishi lozim. Bemorning kiyimlari va choyshablarini muntazam tarzda almashtirish, bemorlar tomonidan sanitar-gigiyena qoidalariga amal qilinishi haqida, albatta, qayg'urish zarur bo'ladi.

Tibbiyot hamshirasi bemor venalarining joylashuvini oldindan o'rganib chiqishi, ulardan gi poglikemik holatlarni bartaraf etishda vena ichiga glukoza eritmalarini quyish uchun foydalanishga imkon beradi.

Insulinoterapiyaseansi vaqtida hamshira diqqat bilan gi poglikemiya rivojlanishi dinamikasini nazorat qilishi va uning belgilari paydo bo'lishini (vegetativ reaksiyalar, karaxtlik) qayd etishi lozim. Gi poglikemik holat chuqurlashuvi shifokorning bemor yonida doim bo'lishini talab qiladi.

Gipoglikemik holatni bartaraf etilishi shifokorning ko'rsatmasiga binoan insulinoterapiyaga javobgar bo'lgan hamshira tomonidan o'tkaziladi. Bemorlar gi poglikemik holatdan chiqqanda, qandli sharbatni iste'mol qilganidan va ovqatlanganidan so'ng, o'z xonalariga o'tkaziladi.

Insulinoterapiyani asoratlari.

- *Tutqanoq xurujlari*, epilepsiyaning toniko-klonik xurujlarini eslatuvchi, alohida choralarni talab etadi. Xuruj tugagandan so'ng gipoglikemik holat bartaraf etiladi. Gipoglikemiya vaqtida tutqanoq xurujlarini paydo bo'lishi qarama-qarshi ko'rsatma bo'lmaydi

- *Cho'zilib ketgan koma* oddiy usul bilan gipoglikemiya holatidan chiqarib bo'lmaydigan holatni tashkil etadi. Bunaqa holatlarda tomir ichiga kofeinni (10% - 1.0-2.0), glukozani (40%-20.0) eritmalari, ba'zi hollarda hatto ko'proq miqdorda, 5% glukozani eritmasi vena ichiga, zarurat bo'lganda kortikosteroidlar kiritiladi.

- *Qaytalanuvchi komalar* insulin komaning bartaraf etilganidan so'ng bir necha soatdan keyin rivojlanishi mumkin. Bunday hollarda bemorlarda yana gipoglikemik holat belgilari paydo bo'lishi mumkin. Bunda esa tezda navbatchi shifokorni chaqirish va kechikib turmay oddiy gipoglikemik koma singari bartaraf etish kerak.

Elektrotutqanoq terapiyasini o'tkazish vaqtida hamshiralarning vazifalari

ETT uchun asosiy ko'rsatma depressiv holatlar bo'lishi mumkin, agar:

- o'ta xavotirlik bilan qo'shilsa;

- suitsidal harakatlar bilan birgalikda bo'lsa;

- cho'zilgan depressiyalarda antidepressantlar bilan davolaganda natija bo'lmasa.

ETT tayyorlash davrida, o'z vaqtida mutaxassislarni maslahati, rentgenografiya, qon va siydik tahlillari qilinganligini nazorat qilish lozim. Ham tayyorlash, ham keyinchalik davrlarda isitmani kuniga 2 mahal o'lchash, har kuni arterial qon bosimni o'lchash lozim, qon va siydik tahlillari esa haftasiga 1 marotaba o'tkazilishi kerak.

ETT seansi o'tkaziladigan kuni, bemorlar ovqatlanmasligi, seans oldidan esa ichak va qovuqni bo'shatilganligi nazorat qilinishi. Tishlarning holatini bilish, tutqanoq xurujlari vaqtida ular orasiga rezina valik yoki shpatel qo'yish uchun, og'iz bo'shlig'ini ham ko'zdan kechirish lozim; yechiluvchi protezlar og'iz bo'shlig'idan olib qo'yiladi. Bemorlar tor bo'lmagan va oson yechiladigan liboslarga kiyingan bo'lishi talab etiladi. Ayollarga hayz vaqtida ETT o'tkazilmaydi.

Ehtimolli asoratlari:

Miorelaksantlarni qo'llanmaganda, suyaklar chiqishi, (xususan pastki jag') va naysimon suyaklar sinishi yoki umurtqa pog'onasining kompression sinishi kuzatilishi mumkin.

ETT o'tkazish uchun qarshi ko'rsatmalar: isitmali kasalliklar, yurak-qon tomir tizimi kasalliklari, glaukoma, bosh miyaning organik kasalliklari.

ETT o'tkaziladigan xonada quyidagi asboblardan bo'lish kerak: og'iz tutqich, tildutqich, adapter bilan laringoskop, intubatsion naychalar, bundan tashqari sun'iy nafas olish apparati, tonometr, qusiq massalarni yig'ish idishi. Dori vositalari: adrenalini, kordiamin, kofein eritmalari bo'lgan ampulalar.

BEMORLAR BILAN AUTOGEN MASHQ (AUTOTRENING) USULIDA MASHG'ULOTLAR O'TKAZISH

Autotrening mashg'ulotlaridan avval, bemorni umumiy qoidalar bilan, prinsiplari bilan, usulning ahamiyatlari bilan tanishtirish kerak. Shuni esda tutish lozimki, autotreningni qo'llash samaradorligi ko'p jihatdan bemorning emotsional tayyorgarligiga bog'liq bo'ladi.

Usul har biri 3-5 kundan 2 haftagacha vaqt davomida o'zlashtirilishi kerak bo'lgan 6 ta mashqdan iborat va ular sutkasiga 2 mahaldan takrorlanadi: ertalab uyg'ongandan so'ng va kechqurun uyqudan avval. Mashqlarning davomiyligi 10-20 daqiqa. Agar chaqirilgan hissiyotlar oson va tez yuzaga keladigan bo'lsa, mashq o'zlashtirilgan hisoblanadi.

Mashg'ulotlarga kirishishdan avval, tinchlanish va diqqatni jamlash, o'zida mashq bajarishga bo'lgan xohishni chaqirish, barchasini jiddiy va diqqat bilan bajarish zarur. So'ngra quyida taklif qilingan holatlardan birini egallash lozim.

Yotgan holat: chalqancha yotgan holda, qo'llar tana bo'ylab, tirsak bo'g'inlarida biroz bukilgan, kaftlar pastga qaragan; oyoqlar kerilgan, tizzalar va oyoq panjalari tashqariga burilgan.

O'tirgan holat ("aravakash holati"): stulga uning o'tirg'ichlariga teginmagan holda o'tirib, tana bir oz oldinga egiladi, bilaklar erkin holatda sonlar ustida, qo'l kaftlari bir-biriga tegmagan holda sonlar orasida osilib turadi; bosh erkin holatda ko'krak tomonga osilgan. Tanlangan holatni egallagach, ko'zlar yumiladi, tananing barcha mushaklari bo'shashtiriladi. So'ng xayolan 1-2 marta diqqatni jamlash formulasi qaytariladi:

"Diqqat!

Men diqqatimni to'liq ravishda o'zimga jamlamoqchiman.

Begona fikrlar meni chetlab o'tadi va ongimga yetib bora olmaydi.

Men hech narsa haqida o'ylamayman. Men butunlay o'zimga diqqatimni jamlaganman.

Men tinchlanganman".

Shu kabi tayyorlovchi kirish qismidan so'ng mashg'ulotlarni bajarishga o'tish mumkin.

1-mashg'ulot: oyoq va qo'llarda og'irlik hissini chaqiradi. Formula:

“Mening o'ng qo'lim og'irlashmoqda. Qo'limni og'irlik to'ldirib bormoqda. Qo'lim qo'rg'oshin kabi og'ir”

Formula bir necha marta qaytariladi. Keyin xuddi shu mashq chap qo'l bilan ham bajariladi. Qo'llarda og'irlikka erishilgandan so'ng, bu formulani xuddi shu tartibda oyoqlar uchun ham takrorlanadi. Yakuniy formula:

“oyoqlarim va qo'llarim qo'rg'oshin og'irligi bilan to'lgan. Men mutlaqo tinchlanganman”.

Keyingi mashqni o'zlashtirishga faqat oldingisini o'zlashtirilgandan keyingina o'tish mumkin.

2-mashg'ulot: oyoq-qo'llarda iliqlik sezgisini chaqirish. Yangi mashqning formulasi birinchi mashq bilan chaqirilgan sezgilar saqlanib qolgandagina takrorlanishi mumkin. Bunda oyoq va qo'llarni ilib borayotganini, masalan, iliq suvga botirilganligini tasavvur etish mumkin. Formula:

“O'ng qo'lning barmoqlari isib bormoqda. Barmoqlar bo'ylab yoqimli issiqlik oqimini sezmoqdaman. U kaftimni to'ldirmoqda. Qo'l kaftim borgan sari isib bormoqda. Issiqlik pulsatsiya bermoqda va asta-sekinlik bilan harakatlanib kaft orqa qismini, bilak va tirsak, yelkamni qamrab olmoqda. Butun qo'lim issiq, yumshoq va bo'shashgan”.

Formulani 2-3 marotaba takrorlab, chap oyoq va chap qo'l uchun qo'llash kerak. Yakuniy formula:

“Mening qo'llarim va oyoqlarim iliq. Pulsatsiya berayotgan issiqlik butun tanamni to'ldirib ko'kragimga, qornimga, orqamga, belimga quyilib boryapti.”.

3-mashg'ulot: xayolan yurak sohasiga fikringizni jamlang, yurak ritmiga quloq tuting. Formula birinchi va ikkinchi mashqlar asosida takrorlandi: “Mening yuragim tinch va bir maromda ishlayapti. Uning urishi ritmik. Yurak aniq va bir tekis, tinch ritmda ishlamoqda. Men butunlay o'z yuragimga ishonaman. Men butunlay tinchman”.

4-mashg'ulot: “Nafas erkinligi”. Bu mashg'ulotni yaxshi shamollatiladigan xonada, yotgan holatda bajargan ma'qul. Ishontirish formulasi birinchi yoki birinchi ikkita mashqlar zamirida bajariladi:

“Mening nafasi bir tekis va erkin, men tinch, ritmik va bermalol nafas olmoqdaman. Men ixtiyorimni o'z nafasimga topshiraman. Sokinlikni, yoqimli yolg'izlikni his qilaman. Har doim shunday nafas olaman. Erkin nafas olish, menga osudalikni bag'ishlaydi” 3-4 marta takrorlanadi.

5-mashg'ulot: Epigastral sohada (quyosh chigali sohasida) issiqlik sezgisini chaqirish. Mashqni birinchi ikki mashg'ulotdan keyin o'tkazgan ma'qul. Formula:

“Men quyosh chigalim sohasida issiqlikni sezyapman. Iliqlik quyosh chigali bo'ylab tarqalmoqda. Quyosh chigalim o'zidan issiqlik tarqatyapti. Men butunlay tinchlanganman ”.

6-mashg'ulot: Peshona sohasida salqinlik sezgisini chaqirish. Klimakterik buzilishlar, migrenli bosh og'riqlari, gipotoniyavagi per-toniyalarda tavsiya etiladi. Formula:

“Yuz mushaklarim butunlay bo'shashgan. Pastki jag'im bo'shashgan va erkin. Yuzim yumshoq, bo'shashgan. Boshim salqin va yengil. Mening boshim aniq, ravshan va yengillashgan. Men butunlay tinchman”. Mashq bir necha marotaba takrorlanadi.

Bu mashqlarni turli kombinatsiyalar va ketma-ketliklarda qo'llash mumkin, ammo kirish qismi va birinchi mashq, albatta, bajarilishi shart bo'lib, keyingilari uchun zaruriy zamin hisoblanadi.

Autotrening nevrozlar, vegeto-tomir distoniyalar, migrenda, psixosomatik kasalliklarda (gipertonik kasalligi, stenokardiya, oshqozon yara kasalligida, o't chiqaruvchi yo'llar diskineziyasida va boshq.), seksual buzilishlarda, patologik klimaksda, ichkilikbozlikning boshlang'ich davrida muvaffaqiyatli qo'llaniladi. Bundan tashqari, autotrening — hissiy va irodaviy buzilishlarni oldini olishda samarali usul hisoblanadi.

IX. TIBBIYOT HAMSHIRASINING DAVOLASH-TASHXIS JARAYONIDAGI O'RNI

Katta hamshiraning davolash-tashxis jarayoni va bemorlarni parvarish qilinishini tashkil etishdagi, avval hal qilib bo'lmasdan samarali davolashni amalga oshirib bo'lmaydigan keng doiradagi muammolarni o'z ichiga oluvchi o'rnini e'tiborga olmaslik qiyin.

Oliy ma'lumotli tibbiyot hamshirasi shifokor tavsiyalarini mexanik tarzda bajarmasdan, balki kundalik muammolarni hal qilishda ijodiy yondashishi, ham o'zining, ham butun tibbiy jamoaning ishining sifati uchun javobgarlikni o'z zimmasiga olishi kerak.

Oliy ma'lumotli tibbiyot hamshirasi psixiatriya, psixologiya va psixoterapiya sohasida o'z layoqati doirasida yuqori darajadagi bilimlarga ega bo'lishi lozim. “Hamshira uch karra malakaga ega bo'lishi zarur: qalban — bemorlarni tushunish uchun, ilmiy — kasallikni tushunish uchun, amaliy — bemorlarni parvarishlash uchun” (Lorens Naytinteyl). Davolash muassasasi sharoitida bemorning tibbiy xodimlar bilan eng tor doiradagi

muloqoti hamshira orqali shakllanadi. Bu o'zaro munosabatlar prinsipial ahamiyatga ega, ishonch va ishonchsizlik, yoqimli va yoqimsizlik, hamkorlik munosabatlarining mavjud yoki mavjud emasligini belgilash, ayniqsa, psixonevrologik, narkologik dispanserlar, psixiatriya stasionarlarida ishlash uchun o'ta muhim.

Oliy ma'lumotli tibbiyot hamshirasi butun tibbiy jamoaning o'zaro hamjihatliklarining ustuni hisoblanadi. U shifokorning barcha tavsiyalarini amalga oshiradi va davolash-tashxis jarayonining bajarilishini bevosita tashkil qiladi. Shu munosabat bilan oliy ma'lumotli tibbiyot hamshirasi, shifokorning asosiy yordamchisi, davolash-tashxis muolajalarini bajaruvchisi bo'lgan holda, shaxsga individual yondashuv, deontologiya, psixogigiyena, psixoprofilaktika, kommunikatsiya bo'yicha bilimlar, ko'nikmalar, o'quvlarni o'rta va kichik tibbiy xodimlarning ishiga joriy etishi lozim. Katta hamshira hamshiralar va farroshlarni nafaqat bemorlarga hurmat bilan munosabatda bo'lishga, balki bemor bilan masofani saqlash, shifokor tashxisi sirini saqlash, bemorlar oldida xodimlarning shaxsiy hayotlarini muhokama qilmaslik, shifokor va davolash muassasasining obro'sini saqlashga o'rgatishi lozim. Oliy ma'lumotli tibbiyot hamshirasi shifokordan kam bo'lmagan holda ruhiy omilning psixosomatik kasalliklar, nevrozlar va yatrogeniyalar rivojlanishidagi ahamiyatini yaxshi tushunishi shart.

X. ILOVA

ATAMALAR LUG‘ATI

ADAPTATSIYA – biologiyada – atrof-muhitga, yashash sharoitlari o‘zgarishiga organizm tuzilishining va funksiyalarining moslashishi. Inson adaptatsiyasi uning evolutsiyasi jarayonida shakllanadi va ichki muhitning doimiyligi (gomeostazni) saqlanishiga yo‘naltirilgan. Gomeostazis insonning ruhiyati holatiga ahamiyatli darajada bog‘liq. Psixiatriyada psixik adaptatsiya – inson ruhiy faoliyatini atrof-muhitga moslashishi va professional (ishlash ma‘nosida) adaptatsiya farqlanadi – ya‘ni insonni ishlash faoliyatiga ko‘maklashuvchi, ishlash va ishlab chiqarishning turli shart-sharoitlariga moslashishdir. Adaptatsiya – bu inson ruhiy faoliyatini me‘yor va patologiyasini chegaralash shartlaridan (kriteriy) biri.

ADDIKSIYA – deyarli o‘zini boshqara olishsiz, biron bir modda yoki faoliyatga odatlangan psixologik yoki fiziologik bog‘lanish.

ADDIKTIV XULQ – hissiyotning rivojlanishi va qo‘llashga yo‘naltirilgan, biron bir moddalar iste‘mol qilish bilan yoki diqqatini ma‘lum bir faoliyatga yo‘naltirish bilan, ruhiy holatini sun‘iy o‘zgartirish, reallikdan chetlashishning shakllanishi, deviant (chetlashuvchi) xulqning bir shaklidir (Korolenko S.P., Donskix T. A.).

BEMORNING XAVFSIZLIGI – tashqi va ichki xavf soluvchi omillardan hayot uchun muhim manfaatlarni himoyalanganlik holati.

GNOSEOLOGIYA – bilish faoliyati jarayonida, subyekt va obyektning o‘zaro munosabatlarini, bilim va haqiqat munosabatlarini, insonning olamni bilish imkoniyatlarini, bilimning chin va haqqoniy mezonlari o‘rganuvchi, bilish nazariyasi, falsafa bo‘limi.

GOMEOSTAZIS – bu dinamik muvozanat turi bo‘lib, murakkab o‘z-o‘zini boshqaruvchi tizimlardan biri bo‘lgan va tirik insonning organizm (inson salomatligi va hayoti) ko‘rsatkichlarini me‘yoriy chegaralarda saqlab turish uchun alohida ahamiyatli tizimini qo‘llab turishdan iborat.

INSONPARVARLIK – inson qadriyatleri va huquqlarini, uning shaxs sifatidagi qadr-qimmatini hurmat qilishni, insonlar manfaati uchun qayg‘urishni, ularni har tomonlama rivojlantirish, ular uchun qulay hayot sharoitlari yaratishni namoyon qiluvchi qarashlar yig‘indisi.

QADR-QIMMAT – etika kategoriyasi, axloqiy anglash tushunchasidir. Shaxsning qimmatini haqida tushunchani namoyon qiladi va insonning o'ziga va jamiyatning shu insonga bo'lgan axloqiy munosabatlarini aks ettiradi. O'z qadr-qimmatini anglash, shaxsning o'zini nazorat qilish shakli bo'lib, unda insonning o'ziga bo'lgan talabi asos bo'lib xizmat qiladi. Vijdon bilan bir qatorda, insonga o'z burchini va boshqa insonlar va o'zi oldidagi javobgarligini anglashga yordam beradi.

SALOMATLIK – bu nafaqat kasalliklar va jismoniy nuqsonlarning bo'lmashligi, balki to'liq jismoniy, ruhiy va ijtimoiy farovonlik holatidir (BDSST, 1946). «Salomatlik – shaxs va atrof-muhitning adaptatsiya vositasida erishilgan dinamik uyg'unligidir».

HAYOT SIFATI – bemorning jismoniy, ruhiy, hissiy va ijtimoiy faoliyatining integral tavsifnomasi bo'lib, uning subyektiv idrokiga asoslangan. HS konsepsiyasi uchun xos bo'lgan uch asosiy belgi ajratiladi:

1) Ko'p o'lchamlilik. HS inson hayot faoliyatining asosiy doiralar haqida ma'lumotlarni o'z ichiga oladi: jismoniy psixologik, ijtimoiy, ma'naviy va iqtisodiy. HS, salomatlikka tegishli bo'lganda, kasallik bilan bog'liq bo'lgan tarkibiy qismlar bilan baholanadi va kasallikning va davolashning bemorning holatiga ta'sirini qiyoslagan holda aniqlash imkoniyatini beradi.

2) Vaqt davomida o'zgaruvchanligi. Bemorning HS uning qator enogen va ekzogen omillar natijasida kelib chiqqan holatiga bog'liq tarzda vaqt davomida o'zgaradi. HS haqidagi ma'lumotlar bemorning ahvoli haqida doimiy monitoring o'tkazish va zarur bo'lganda davolashni korreksiyalash imkoniyatini beradi.

3) Bemorning o'z holatini baholanishida qatnashishi. Bu HS ning alohida muhim tarkibiy qismidir. HS baholash bemorning o'z tomonidan bajarilganda, uning umumiy holatini qimmatli va ishonchli ko'rsatkichi bo'lib xizmat qiladi. HS haqidagi ma'lumotlar, shifokor beradigan an'anaviy tibbiy xulosa bilan bir qatorda, kasallikni to'liq va obyektiv tasvirini tuzish imkonini beradi.

TIBBIY YORDAM SIFATI – tibbiy texnologiyalar va ularning qo'llanilishi natijalari, tibbiy yordamning tibbiyotning zamonaviy yutuqlari darajalari, bemor talablari va Sog'liqni saqlash sohasidagi ijro etuvchi hokimiyat organlari tomonidan belgilangan tibbiy yordam sifati standartlari kabi xususiyatlar yig'indisi.

KOMMUNIKATSIYA – kommunikatsiya keng ma'noda muloqot ma'nosida qo'llaniladi. Muloqot davomida insonlar shunga amin bo'lalarki, ularni birlashtiradigan va ajratadigan, ularning farqi va o'ziga xosliklarini belgilovchi omillar mavjud. Kommunikatsiya bemor, uning

qarindoshlari va hamshira o'rtasidagi ishonch va tushunish muhitini yaratadi. Muomala va muloqot qilishni bilish hamshira ishidagi muhim tarkibiy qismi bo'lib, uning mahoratining ko'rsatkichi.

HAMSHIRALIK ISHINING KONSEPTUAL MODELI – hamshiralik ishining falsafasiga asoslangan, 4-ta asosiy tushunchani o'z ichiga olgan tizim yoki asos:

- 1) bemor;
- 2) hamshiralik ishi;
- 3) atrof-muhit;
- 4) salomatlik va o'quv reja va amaliyot uchun qo'llanma tuzish bilan.

SHAXS – individni u yoki bu jamiyat yoki jamiyatning a'zosi sifatida tavsiflaydigan, nisbatan turg'un ijtimoiy ahamiyatga ega xislatlar tizimi. Shaxs bo'lish, bu: birinchidan, ma'naviy afzalliklarni tavsiflaydigan, alohida bir hayot pozitsiyasini egallash, ikkinchidan, kerakli darajada uni anglash, va u uchun mas'ul bo'lmoq, uchinchidan, uni o'z ishlari bilan mustahkamlash. (Bratus B. S).

TIBBIY ETIKA – asosiy biotibbiy etika prinsiplariga kiradi: avtonomiya, zarar qilmaslik, haqqoniylik va himmat. Avtonomiya prinsipi: bemorni shaxsiyatini hurmat qilish, erkin tanlash va mustaqillik huquqini tan olish. Siquvga olmaslik prinsipi: bemorga nafaqat to'g'ridan-to'g'ri atayin, balki bilvositaham zarar qilmaslikdir. Himmat prinsipi tibbiy hodimlarni bemor manfaatlarini ko'zlagan holda ishlashdan iborat. Haqqoniylik prinsipi birinchi bo'lib sog'liqni saqlash manbalarini taqsimlashga tegishli. Axloq prinsipi alohida bir axloqiy me'yorlar asosidir: haqqoniylik, g'ayrirasmiylik, maxfiylik va kompetentlik.

SHAFQAT – rahmdillik, insonsevarlik yuzasidan yordam berishga doimo tayyor bo'lish, shuningdek, bu xislatlar bilan chaqirilgan yordamning o'zi.

MOTIV (BOIS, SABAB, ASOS) – insonning biron bir ehtiyojini qondirish uchun anglangan istak. Insonning ehtiyojiga asoslangan. Bois: 1) subyektning ehtiyojini qondirish va yo'nalishini aniqlash maqsadida tashqi va ichki shartlarning birligi, 2) predmet uchun yo'naltirilgan faoliyat, 3) shaxsning o'z xatti-harakatlarini tanlash asosida yotuvchi anglangan sabab.

MOTIVATSIYA (SABABLASH, ASOSLASH) – xulq-atvorni belgilovchi omillar yig'indisi. Xulq-atvorni boshqaruvining ichki, psixologik va fiziologik dinamik jarayoni.

NARKOMANIYALAR – giyovand dori-vositalari va giyovand moddalarga turg'un ruhiy va jismoniy qaramlikni, bu moddalar iste'moli to'xtatilganda abstinensiya (bekor qilinishi sindromi) rivojlanishi bilan

kechadigan, ularni doimiy, o'sib boruvchi miqdorlarda qabul qilishga bo'lgan mayl bilan namoyon bo'luvchi kasalliklar guruhi. "Giyovand modda yoki alkogolni takroriy iste'mol qilish natijasida chaqiriladigan davriy yoki surunkali zaharlanish holati" (Brokxauz lug'ati). "Giyovandlik – bu fahm-farosatni bo'ysundirib oluvchi, ma'lum kechinmalar holatiga bo'lgan yengib bo'lmas talabdir. Bunda u shaxsning erkin rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatib, individning ijtimoiy aloqalarini va istiqbollarini buzadi" (Wanke).

ATROF-MUHIT – inson faoliyati va tirik mavjudotlarga bevosita yoki bilvosita, darhol yoki uzoqlashgan davrda ta'sir ko'rsata oluvchi fizik, kimyoviy, biologik tavsiflari, shuningdek, ijtimoiy omillar yig'indisidir.

BEMOR – tibbiy yordam olish uchun murojaat qilgan shaxs, kasalligi bor yoki yo'qligiga qaramasdan davolanayotgan shaxs. Kasal odamdan tashqari, hamshiralik jarayoni, bemor sifatida oila, insonlar guruhi, ijtimoiy guruhni, jamiyatning qismini, butun jamiyatni ko'rish mumkin.

BEMOR HAQ-HUQUQLARI – qonun tomonidan belgilangan va davlat majburiy kichi tomonidan himoyalangan, mumkin bo'lgan yordam so'ragan va davolanayotgan shaxsning talabalar va xatti-harakatlar modelining ro'yxati. Bemorning haq-huquqlari O'zbekiston Respublikasining «psixiatrik yordam haqida»gi Qonunda belgilangan.

MUAMMO – hamshiralik jarayoniga qo'llaganda – tibbiy xodim tomonidan tashxislangan va yoki sog'liq bilan bog'liq hozirgi vaqtdagi vaziyatga nisbatan moslashish darajasini mos kelmasligini bemor tomonidan anglash, va barcha qo'llanilishi mumkin bo'lgan bilimlar va usullardan foydalanishda bu vaziyatda erishilgan eng yaxshi natijalar bilan nomutanosibligi (Samoylenko V.V., Chernov V.N., 2000). Muammoni kim (tibbiy xodim yoki bemor) aniqlashiga bog'liq ravishda, muammolar obyektiv va subyektiv turlarga bo'linadi. Obyektiv muammolar tibbiy bilimlarning qo'llanilishi bilan bog'liq bo'lib, bemor tomonidan anglanmasligi yoki pisand qilinmasligi mumkin va hamshira tomonidan tashxislanadi (oxirgi holatda ular ko'pincha potensial kategoriyasiga tegishlidir). Masalan: «stress holatini nazorat qilish mexanizmlar samarasizligi», «suitsidal harakatlarning yuqori xavfi», «oiladagi kommunikativ aloqalarning buzilishi» kabi muammolar va hokazolar malakali hamshiralik aralashuvini talab etadi, professional tibbiy xodimlar tomonidan oson tashxislanadi, lekin bemor tomonidan anglanmasligi mumkin. Bemorning subyektiv muammolari sezgilariga asoslangan bo'lib, kommunikatsiyalar va o'zaro munosabatlarga bog'liq, bemorning o'zi tomonidan belgilanadi. Bunday muammolarga, masalan, qo'rquv, tushkunlikka tushish va h.k. lar kiradi. Bemorning muammolari

shuningdek, mavjud bo'lgan va potensial (vaqt o'tishi bilan yuzaga chiquvchi) muammolarga bo'linadi. Ko'p hollarda bemorda bir qancha sog'liq bilan bog'liq muammolar bo'lgani sababli, hamshira ularni bir vaqtning o'zida hal qila olmaydi. Shuning uchun prioritetlar hisobga olib shu muammolarni ko'rib chiqadi. Ustunliklar birlamchi, oraliq va ikkilamchi singari tavsiflanadi. Bemorning muammolari hal qilinmagan taqdirda, ular unga zararli ta'sir qiladi, ahvolini sezilarli darajada yomonlashtiradi, va birlamchi ustunlikka ega bo'ladi. Oraliq prioritetli bemorning muammolari kasallik ta'sirida ko'rinishini o'zgartirgan bemorning oddiy ehtiyojlariga tegishlidir. Ularni hal qilishni vaqt bo'yicha kechiktirish xavfli yoki ekstremal holatlarga olib kelmaydi. Ikkilamchi prioritetdagi muammolar — kasallik yoki uning oqibatiga to'g'ridan-to'g'ri taalluqli bo'lmagan bemorning ehtiyojlaridir (Gordon, 1987).

RUHIY ME'YOR — ruhiy me'yor to'g'risidagi tushuncha bir ma'noli bo'lishi mumkin emas. U ko'p qirrali bo'lib, aniq bir jamiyatning madaniy, ijtimoiy, diniy, va falsafiy dunyoqarashlariga to'g'ri keladi. Inson ruhiy faoliyatining ideal, umuman olganda, me'yoriy shakli ham mavjud bo'lmaydi. «Me'yoriy shaxs haqida gap ketganda, bir tomondan, «shaxs» va «individuallik» kabi ikki atamalarning birlashuvi va boshqa tomondan «me'yor» va «o'rtacha o'lcham» kabi tushunchalarning birlashuvi ichki qarama-qarshiliklarga olib kelishini ko'p holatlarda esdan chiqarib qo'yadilar. «Shaxs» so'zi aynan sxema, me'yor va o'rtalikka xos bo'lgan individuallik va qarama-qarshilikni ko'rsatadi» (Gannushkin P.V.). Bu fikrni rivojlantirgan holda, boshqa taniqli psixiatr Zinovevning yozishicha, psixiatriya «ruhiy salomatlik va ruhiy kasallik o'rtasidagi holatlarni o'rganish bilan shug'ullanishga majbur bo'lmoqda. Me'yor sohasi aslida, shubhasiz me'yorsiz bo'lgan holatlardan faqat son jihatdan farqlanuvchi ko'p sonli mayda va yirik hodisalar bilan to'la». Inson xulq-atvorida me'yoriy va patologik holatlarni ajratish, nazariy asoslanishga nisbatan ko'proq empirik tasvirlashga asoslanadi. Balki shuning uchun ham ruhiy me'yorni ta'riflanishida ham diniy-mistik, ham ochiq agnostitsistik tasavvurlarning ta'siri sezilib turadi.

Agnostitsizm turli konsepsiyalarda o'z aksini topadi va bu konsepsiyalar orasida «antipsixiatriya» yo'nalishi eng keng tarqalgan. U ruhiy bemorni o'zining «bemor» ijtimoiy rolini muomalaga layoqatsiz (nokonform) insonlar uchun tayyorlagan jamiyatning qurboni sifatida ko'radi. «Antipsixiatrlar»ning fikricha, ruhiy bemorlar yo'q va bo'lishi mumkin emas. Har qanday ruhiyat anomaliyalari insonning ijtimoiy me'yorlardan uzoqlashuvi usulidir. Antinozologizm, yo'nalish sifatida, ekzistensializm falsafasi bilan chambarchas bog'langan.

Ekzistensialistlarning e'tirof etishicha, psixoz — bu kasallik emas, balki dunyoqarash bo'lib, har bir insonning subyektiv dunyosi, u bemor yoki sog'lom bo'lishiga qaramay, unikal bo'lib, dunyoga betakror darcha bo'lib xizmat qiladi va bu munosabatda kasallik va salomatlik o'rtasidagi farq mavjud bo'lmaydi. Kasallikdagi unikalik va betakrorlikni mutlaqlashtirgan holda, ekzistensializm nozologik tizimlashtirishda o'z aksini topuvchi barcha uchun umumiy holatni ko'rsatadi. Ilmiy nuqtayi nazardan olganda antinozologizm — aksililmidir. Ammo uni gumanizm nuqtayi nazaridan ko'rib chiqsak, u yaqqol gumanistik yo'nalishga ega ekanligini va bunda ruhiy me'yor va anomalialarni belgilashda ehtiyotkorlikni namoyon etayotganligini ko'rish qiyin emas. Bu ruhiy bemorlar ijtimoiy statusini, ularning jamiyat bilan ijtimoiy aloqalarini saqlagan holda ko'rib chiqish, ruhiy bemorlarning gospitalizmi va stigmatizatsiyasi muammolarini ko'tarish, ruhiy kasallik bilan og'rigan shaxslarning yuridik haq-huquqlarini qonunga muvofiq rasmiylashtirish imkonini beradi. «Me'yoriylik yoki psixoz ikki shaxsiyatning mutanosibligi yoki nomutanosibligi darajasiga ko'ra tekshiriladi va bunda ulardan biri umumiy jamiyat kelishuviga ko'ra me'yoriy hisoblanadi» (Ronald Leng). O'z qarashlarini ilmiyligini da'vo qiluvchi tashxisotning asosiy qoidalari deb bugungi kunda fenomenologik qoidalarni tushunish mumkin. Fenomenologik falsafa va Gusserl psixologiyasi falsafiy konsepsiyalariga asoslangan holda, nemis psixiatri, psixolog Karl Yaspers psixiatrik simptomlar va sindromlar tahliliga prinsipl jihatdan yangi yondashuvni taklif etdi. Uning asosida «fenomen» tushunchasi yotadi. Fenomen deganda har qanday individual bir butun ruhiy kechinma tushuniladi. Ilmiy-tashxisi doktrinaning yana bir qoidasi — bu «ruhiy me'yoriylik prezumpsiyasidir». Uning mazmuni shundaki, hech kim kasallik tashxisi qo'yilguncha ruhiy bemor deb tan olinishi mumkin emas yoki hech kim o'zida ruhiy kasallik tashxisini yo'qligini isbotlashga mas'ul emas. Me'yor va patologiyani ajratilishi ijtimoiy-psixologik siljishlarning ro'yxatga olinishini nazarda tutib, bu siljishlar zamonaviy jamiyat uchun xos bo'lgan holatdir. Psixopatologik simptomlarning nisbiy qimmatliligi haqida etnopsixologik va transkultur tekshiruvlar ma'lumot berib, ular kasallik tizimini dunyoning turli hududlarida turli millat va elatlarga mansub kishilarda o'rganadilar.

HAMSHIRALIK ISHI — «Hamshiralik ishi sog'liqni saqlash tizimining tarkibiy qismi bo'lib, o'z ichiga jismoniy va ruhiy kasalliklari bo'lgan, shuningdek, mehnatga yaroqsiz bo'lgan barcha yoshdagi guruhlar salomatligini mustahkamlash, kasalliklarning oldini olish, ijtimoiy yordam ko'rsatish va parvarishlash kabi vazifalardan iborat faoliyatni oladi. Bunday

yordam tibbiyot hamshiralari tomonidan ham davolash, ham boshqa har qanday muassasalarda, shuningdek, uy sharoitida va bu yordamga talab bo'lgan hamma joyda ko'rsatiladi» (Xalqaro hamshira ishi kengashining ta'rifi, Yangi Zelandiya, 1987). «Hamshira ishi – alohida kishilar, oilalar va aholi guruhlariga, ularning jismoniy, intellektual va ijtimoiy potensialini ular yashash va ishlashga majbur bo'lgan sharoitlarning qiyinligini hisobga olgan holda yordam ko'rsatishdir. Tibbiyot hamshirasi salomatlikni mustahkamlash va uni saqlash, shuningdek, kasalliklarning oldini olish vazifalarini amalga oshira olishi lozim. «Hamshira ishi o'z ichiga, shuningdek, kasallik va rehabilitatsiya davrida, hayotning jismoniy, intellektual va ijtimoiy tomonlarini salomatlikka, kasallik, mehnatga yaroqsizlik va o'limning kelib chiqishiga qanday ta'sir qilsa, shunday darajada qamrab olgan holda parvarishlashni rejalashtirish va amalga oshirishni oladi» (Ekspertlar Qo'mitasi, Jahon Sog'liqni Saqlash tashkiloti, 1996).

HAMSHIRA TASHXISI – tibbiyot hamshirasi ma'lum bir inson, oila yoki jamoada aniqlagan, salomatlik bilan bog'liq bo'lgan buzilgan talablar, mavjud va potensial muammolarni, ularning sabablari va belgilari, aniqlash va rasman shakllantirishdir. «Hamshira tashxisi» – bemorning hamshira tomonidan o'tkazilgan tekshiruv natijasida aniqlangan va hamshira tomonidan aralashuvni talab qiluvchi hozirgi yoki potensial salomatligi holatidir» (Karlson. Kraft, Maktyure, 1982y.). «Hamshira tashxisi» – bu klinik tashxis bo'lib, professional hamshira tomonidan belgilanadi va bemor salomatligining mavjud yoki potensial muammolarini tavsiflaydi, va ularni hamshira o'zi olgan ma'lumoti va egallagan tajribalariga asosanib, davolash huquqiga ega» (Gordon, 1976). Hamshira tashxisining PES-formati (Gordon, 1987) – bu tashxisning uchta mavjud tarkibiy qismidir: “R” – bu salomatlik bilan mavjud bo'lgan muammoni ko'rsatadi; “E” – muammoning etiologiyasini tashkil qiladi, “S” esa kasallik belgilari va simptomlari yig'indisini tasvirlaydi (o'ziga xos belgilarni ko'rsatadi). Bu uchta tarkibiy qism bitta ta'rifga bog'lovchi so'zlar bilan birlashtiriladi. Amerika tibbiyot hamshiralari assotsiatsiyasi hamshira faoliyatiga quyidagi ta'rifni beradi: «Hamshira faoliyati insonning salomatlik bilan bog'liq bo'lgan mavjud yoki ehtimoliy muammolariga, reaksiyalariga hamshira tashxisini qo'yish va davolashni amalga oshirishdan iborat» (1980). Tibbiyot hamshirasi tashxisi – uning faoliyatining ajralmas qismi, analitik pogonasining tarkibiy qismidir.

HAMSHIRA TASHXISOTI – bemor, oila, jamoaning buzilgan ehtiyojlari, mavjud yoki potensial muammolarini va ularning kelib chiqishi sabablarini aniqlashdan iborat. Hamshira amaliyotining zamonaviy

standarti talabiga ko'ra, har bir bemorga ko'rsatilgan yordam hamshiralik jarayoni va hamshira tashxisining metodologiyasiga asoslangan bo'lishi dardkor.

HAMSHIRA KASALLIK TARIXI – tibbiy hujjat bo'lib, unda tibbiyot hamshirasining ishlari, u tomonidan bajarilgan hamshiralik jarayonining barcha beshta bosqichlari bajarilishi qayd etiladi. Dunyoning ko'pchilik mamlakatlarida, shifokorlik kasallik tarixi bilan bir qatorda yuridik hujjat hisoblanadi. Buyuk Britaniyada, hamshiralik kasallik tarixi shifokorlik kasallik tarixi bilan birgalikda saqlanadi va u barcha tibbiy xodimlar uchun ochiqdir. Gollandiyada, u alohida saqlanib, uni o'qish va undagi ma'lumotlardan foydalanish uchun shifokor hamshiradan ruxsat olishi lozim.

HAMSHIRALIK JARAYONI – zamonaviy hamshira ishidagi asosiy va ajralmas tushunchalardan biridir. Atama ilk marotaba AQSHda Lidiya Xoll tomonidan 1955-yilda kiritilgan. 1966-yilda V. Xenderson hamshira harakatini mustaqil faoliyat sifatida talqin qilib, hamshiralik jarayoni ilmiy usuldagi kabi bosqichlarning xuddi o'zidan o'tishini qayd etdi. Hamshiralik jarayonining maqsadlari: 1) bemorning parvarishga muhtojligini identifikatsiyalash; 2) parvarish va undan kutilayotgan maqsadlar yoki parvarish natijasini aniqlash; 3) bemor ehtiyojlarini qondirishga qaratilgan hamshira strategiyasini qo'llash; 4) hamshira parvarishining samaradorligini baholash. Hamshiralik jarayonining tashkiliy tizimi o'z ichiga 5 ta bosqichni oladi: tekshiruv, olingan ma'lumotlarni tahlili va hamshira tashxisini qo'yish, hamshiralik aralashuvini rejalashtirish, rejalashtirilgan ishlarni amalga oshirish, natijalarni baholash. Hamshiralik jarayoni – bu insonning atrof-muhitga adaptatsiyasini boshqarilishi va bemor, oila yoki ijtimoiy guruhning salomatlik bilan bog'liq bo'lgan fiziologik, psixologik hamda ijtimoiy ehtiyojlarini samarali tarzda qondirishning dinamik jarayonidir, ya'ni sog'liqni saqlash sohasi va ijtimoiy soha mutaxassislari multidissiplinar jamoada ishlayotgan tibbiyot hamshirasi tomonidan tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatilishidir. «U sog'liqni saqlash tizimi va umuman, jamiyatning zarur resurslarini mobilizatsiya qilinishini nazarda tutadi; u aralashuvning ehtiyojlarini, maqsadlari va vazifalarini aniqlashni o'z ichiga oladi; birinchi o'rindaligi; hamshiralik yordami turi; jarayonning barcha ishtirokchilarining faol va manfaatli hamkorligida rejalashtiriladi va amalga oshiriladi va yakuniy natijada bemorning mavjud sharoitlarda eng yaxshi hayot sifatiga erishuviga yo'naltirilgan bo'ladi» (Lapotnikov V.A., Samoilenko V.V., Chernov V.P., 2000). «Bemorni parvarishlash qoidalari tibbiyot hamshirasi tomonidan bemorga xizmat ko'rsatishdagi o'z vazifalarini tashkil qilish va amalga oshirish usullaridan iborat» (Potter P. I., Perri A., 1995).

«Hamshiralik jarayoni – bu alohida atama bo‘lib, alohida insonlar, ularning oilalari yoki aholi guruhlari salomatligini himoya qilish tizimidagi hamshiralik aralashuvining o‘ziga xos turlari tizimiga qo‘llaniladi. Aynan u, aniqlashning ilmiy usullarini qo‘llanilishini nazarda tutadi (bemor/mijoz/oila yoki jamiyatning tibbiy-sanitar ehtiyojlari) va buning asosida hamshira parvarishi yo‘li bilan eng samarador tarzda qoniqtirilishi mumkin bo‘lgan usullari tanlab olinadi. Bunga shuningdek, mavjud ehtiyojlarni qondirish tadbirlarini rejalashtirish, parvarishni tashkil qilish va natijalarni baholash ham kiradi. Hamshiralalar, sog‘liqni saqlashdagi jamoaning boshqa a‘zolari, hamshira xizmatidan foydalanuvchi insonlar yoki ularning guruhlari bilan hamkorlikda, vazifalarni, ularning muhimlik darajasini, zarur parvarish turini belgilaydilar va zaruriy resurslarni yo‘naltiradilar. So‘ngra ular bevosita yoki bilvosita hamshiralik yordamini ko‘rsatadilar. Shundan so‘ng ular olingan natijalarni baholaydilar. Natijalarni baholashda olingan ma‘lumot, zarur o‘zgartirishlar, hamshira parvarishining analogik vaziyatlaridagi keyingi aralashuvlaridagi zaruriy o‘zgartirishlarning asosida yotishi darkor. Shunday qilib, hamshira ishi dinamik jarayonga, o‘z-o‘zini adaptatsiyalash va mukammallashtirish jarayoniga aylanadi» (Jahon Sog‘liqni saqlash tashkilotining Yevropada hamshiralik ishi va akusherlik bo‘yicha yo‘naltirilgan dasturi).

STATSIONARNING TERAPEVTIK MUHITI – psixiatriya rivojlanishining zamonaviy bosqichida «terapevtik muhit» tushunchasiga turli mualliflar tomonidan turlicha mazmun kiritiladi. Bu atamalarning turliligida ham aks etadi: “muhit bilan davolash”, “davolash muhiti”, “terapevtik jamiyat”. Ingliz psixiatrlari Meyn va Djons tomonidan 1946-48-yillarda taklif qilingan “terapevtik jamiyat” konsepsiyasi keng ma‘noda psixiatriya bo‘limi uchun tashkiliy asos sifatida ko‘rilishi mumkin va uning doirasida o‘z ichiga ham medikamentoz, ham psixosotsial usullarni oluvchi biologik usul kabi davolashning eng turli usullarini, samarali qo‘llanilishi mumkin. Reabilitatsiya va terapevtik muhitni tashkil qilinishini muvaffaqiyatli amalga oshirilishi bemorning o‘zidan ham davolash-tiklash jarayonida faol qatnashuvini talab qiladi. Bu holatda bemor nafaqat davolash obyektii sifatida, balki uning subyekti (hamkorlik qonuniyati) sifatida ham ishtirok etib, davolovchi shifokorlar, o‘rta tibbiy xodimlar, boshqa mutaxassislar va bemorlar bilan murakkab o‘zaro munosabatlar tizimiga kiritiladi. Bu o‘zaro munosabatlar psixiatriya klinikasi sharoitida (somatik kasalxonadan farq qilib) nafaqat tibbiy xodimlarning shaxsiy sifatleri, bemorlar shaxsining saqlanib qolgan belgilari bilan, balki ularning psixopatologik xususiyatlari bilan ham belgilanadi. Muhit bilan davolashni guruhli psixoterapiyaga yaqin turuvchi sotsioterapevtik ta’sir o‘tkazish

usullaridan biri sifatida ta'riflash mumkin. Mikromuhit omillari, bemorning umumiy manfaatlari bilan chambarchas bog'liq bo'lgan jamoani tashkil qilish, ularga maksimal tarzda mustaqillik holatini berish, bo'limlarda o'z-o'ziga xizmat qilish va o'zini boshqarish qoidalarini joriy etish, tibbiy xodimlarning bemorlar bilan munosabatlaridagi keraksiz avtoritarligini bekor qilinishi muhim o'rin tutadi.

TOLERANTLIK (MUROSASOZLIK) – boshqa insonlarning fikrlari, odatlari yoki xulq-atvorlarini tan olish va hurmat qilish va uni amalda qo'llay olish qobiliyatidir (Vebster lugati). Boshqa insonlarga etarli asos bo'lmagan holatda salbiy baho berish bu – xurofotdir (G.Ollport). Diskriminatsiya xurofot va murosasizlikning oqibati bo'lib, u xulq-atvorning shunday shakli, u ko'pincha barcha ishtirokchilar uchun ko'pincha ruhiy jihatdan zarar yetkazishi mumkin: nafaqat diskriminatsiya qurboni uchun, balki diskriminatsiyani amalga oshirayotgan shaxs uchun ham. Murosasizlik asosan irqchilikda, antisemitizm, etnik xurofotlarda, gomofobiyalar (seksual o'ziga xosligi bo'lganlarga nisbatan nafrat) va jins diskriminatsiyasida namoyon bo'ladi.

XOLIZM – shaxsga jismoniy, ruhiy va ma'naviy tarkibiy qismlarining bir butunligi qoidasi bilan yondashishni bildirish uchun qo'llaniladigan tushunchadir. Xolizm, metodologik qonuniyat sifatida, ilk marotaba Janubiy Afrika faylasufi Ya. Smets tomonidan shakllantirilgan. Uning nazariyasining markaziy mohiyati «bir butunlik, uning tarkibiy qismlari yig'indisiga nisbatan kattaroqdir» formulasida o'z aksini topadi. Smets bir butunlikni o'z ichida obyektiv va subyektiv, moddiy va ideal sifatlarni sintezlaydigan falsafaning markaziy tushunchasi sifatida qabul qiladi. Uning namoyon bo'lishini, dunyoning sifatli o'zgarishi davomida yangi va yangi obyektlarni (bir butunliklar) tug'diruvchi evolutsiya jarayonida ko'rish mumkin: organik bir butunlikning oliy shakli bu – inson shaxsidir.

ADABIYOTLAR

1. Stavropol sh. 2004-yil 15-16-oktabr Xalqaro anjuman materiallari.
2. Портнов А. А., Федотов Д. Д. Психиатрия – М.: «Медицина», 1965.
3. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психических больных.
4. Руководство для врачей. – М.: «Медицина», 1988.
5. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. – М.: «Репрант», 1993.
6. Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. – М.:1952
7. Каплан Г. И., Седок Б. Д. Клиническая психиатрия. – М.: «Медицина», 1994.
8. Gavenko V. A., Kojina A.M. va b. Narkomaniya. O'quv qo'llanma. – Rostov-na-Donu: «Feniks», 2003.
9. Бортникова С. М. Зубахина Т. В. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2005.
10. Чудновский Б.С., Чистяков Н.Ф. Основы психиатрии. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2003.
11. Нагнибедова А. Н., Нитруца М. И. Скорая психиатрическая помощь на догоспитальном этапе. Руководство. – СПб.: 1998.
12. Samohvalov V. P. Psixiatriya. O'quv qo'llanma. – Rostov-na-Donu: Feniks, 2004.
13. Личко А.Э. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: 1983.
14. Таунсенд Мери С. Сестринские диагнозы в психиатрической практике. Пособие. – Киев: 1998.
15. Сюзен Риттер. Руководство по сестринской работе в психиатрической клинике. – Киев: 1997.
16. Справочник медицинской сестры психиатрической клиники, Омск, 2003.
17. Справочник. Сестринское дело. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2005.
18. Чернов В.Н. Сестринское дело в психиатрии с курсом наркологии. МГОУВУНМУ, Дастури, 2003.
19. Крегмер Э. Строение тела и характера. – М.: «Педагогика», 1995.

20. Крегмер Э. Медицинская психология. – Санкт-Петербург: СОЮЗ, 1998.
21. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. – М.: «Медицина», 1977.
22. Каннабих Ю.Б. История психиатрии. – М.: 2002.
23. Бабин С.Я. Организация психотерапевтической помощи в общепсихиатрическом стационаре. Методические пособие. – Оренбург, 1998.
24. Майёр-Гросс Б. Клиническая психиатрия. – М.: «Медицина», 1967.
25. Снежневский А.В. Шизофрения. – М.: «Медицина», 1967.
26. Столяренко Л.Д. Основы психологии. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2005.
27. Шувалов А.В. Справочник практического врача по психиатрии, наркологии, сексопатологии. – М.: «Советский спорт», 2001.

MUNDARIJA

I.	Kirish.....	3
II.	Psixiatriyaning axloqiy, huquqiy va tibbiy aspektlari.....	6
III.	Psixiatriya yordamini tashkillashtirish.....	9
IV.	Hamshiralik ishining asoslari.....	12
V.	Hamshiralik jarayonidagi I bosqich – bemor to'g'risidagi subyektiv va obyektiv ma'lumotlarni to'plash.....	21
VI.	Ruhiy bemorlarning hamshiralik tashxisoti - hamshiralik jarayonining II bosqichi sifatida	45
VII.	Davolash jarayonida tibbiyot hamshirasining faoliyati.....	111
VIII.	Hamshiralik jarayonining IV bosqichi – hamshiralik aralashuvi va hamshira ishining samaradorligini baholash.....	121
IX.	Davolash-tashxislash jarayonida hamshiraning o'rni.....	137
	Atamalar lug'ati.....	139
	Adabiyotlar.....	149

B.A. TOSHMATOV, SH.SH. MAGZUMOVA,
N.S. BULICHEVA, N.B. USMANOVA

PSIXIATRIYA VA NARKOLOGIYADA HAMSHIRALAR ISHI

Darslik

Muharrir *H. Teshaboyev*
Kompyuterda sahifalovchi *A. Ro'ziyev*

Bosishga ruxsat etildi 07.06.2008. Qog'oz bichimi 60x84¹/₁₆,
Hisob-nashr tabog'i 9,5. Adadi 1000.
Buyurtma № 95.

«IQTISOD-MOLIYA» nashriyotida tayyorlandi.
100084, Toshkent, Kichik halqa yo'li ko'chasi, 7-uy.
Hisob-shartnoma 43-2008.

«Toshkent tezkor bosmaxonasi» MCHJ da chop etildi
100200. Toshkent, Radial tor ko'chasi 10 uy.