

SHIZOFRENIYA VA MANIKAL DEPRESSIYA KASALLIKLARIDA BEMORLARNI PARVARISH QILISH

Murodova Surayyo Axadovna

Asab va ruhiy kasalliklari fani o'qituvchisi

Annotatsiya: *Ushbu ilmiy maqolaning mazmun-mohiyati shundan iboratki, shizofreniya tushunchasi, kasallikning rivojlanish bosqichlari, shizofreniya turlari, Shizofreniyada bemorlar fikrlari, shizofreniyani davolashda insulin, sulfazin, aminazin va gipnoz usullari va boshqa ko'plab ma'lumotlari keltirilib o'tilgan.*

Kalit so'zlar: *Shizofreniya, ilk esi pastlik, asteniya, paralogik, alogik, abuliya, illyuziya va gallyutsinatsiyalar, depersonalizatsiya, oddiy, qebefrenik, katatonik, paranoid, Ye. Krepelin, gallutsinatsiyalar, glukoza eritmasi.*

KIRISH

Shizofreniya (yunoncha: $\sigma\chi\acute{\iota}\zeta\epsilon\iota\nu$, *s'chizein* — bo'linish va aql, ong, fikr) — ruhiy kasallik; etiologiyasi noma'lum. Ko'proq 18—35 yoshgacha bo'lgan davrda kuzatiladi. Kasallik alohida nozologik shaklga ega bo'lguniga qadar ko'pgina psixiatr olimlar tomonidan o'rganilgan. Nemis psixiatri Ye. Krepelin 1898-yil birinchi marta ushbu kasallikni „Ilk esi pastlik“ deb nomlagan.

1911-yil Shveysariya psixiatri Ye. Bleyler bu ruhiy kasallikning klinik kechishini yanada chuqurroq o'rganib, uning asosida assotsiativ jarayonlarning buzilishlari yotishini, buning oqibatida esa ruhiyatning parchalanishini asoslab, kasallik nomini shizofreniya deb atagan. Haqiqatan ham shahrining asosida fikrlash, mulohaza yuritish jarayonining buzilishi yotadi. Kasallik ko'pincha zimdan, asta-sekin boshlanadi.

Shizofreniya ko'pincha odamovi, kamgap, hissiyotlari sust fe'latvorli kishilarda rivojlangani uchun ham ular atrofidagi kishilarda ancha vaqtgacha hech qanday shubha uyg'otmaydi. Bemor, odatda, tez toliqish, quvvat, g'ayrat va havas pasayganidan shikoyat qiladi, uni faollashtirishga javoban, serzarda va injiqlik qiladi. Bu shaxsning o'ziga xos asteniya holatidir. Bu holat boshlanishida o'ziga xos hissiy buzilishlar, kayfiyatning besabab o'zgarishi, loqaydlik, vahimaga tushish kuzatiladi. Odamovilik kuchayadi, bemor jamiyatdan butunlay chetlashib qoladi; injiqlik, o'chakishish, sababsiz vahimaga tushish kuchayadi.

Qo'rquv va miyadan ketmaydigan „shilqim fikrlar“ oqibatida irim sifatleri paydo bo'ladi. Mas, ishxonaga sog'omon yetib olishi uchun ostonadan chiqqach, chap yelka tomonga qayrilib uch marta tuflab olish va hokazo. Bemorning fikrlari borgan sari o'z-o'zidan quyulib kelaveradigan bema'ni va

befoyda mulohazalar quyunidani (mentizm) iborat bo'ladi. Masalan, bemor tun-u kun nega odamda ikkita oyog'-u, hayvonlarda to'rtta deb, o'ylab yuraveradi. Bu davrda ko'pincha kuchli bosh og'rig'i, uyqu buzilishi kuzatiladi.

Asta-sekin kasallikning ilk davri uning rivojlangan bosqichiga o'tadi, bunda bemorning fikr-mulohazalari, tafakkuri ayniydi. U o'zining atrofidagi ko'rib turgan narsalarini bema'ni ichki hissiyotlari bilan bog'laydi; ramziy (simvolik) mulohazalar paydo bo'ladi, bunda bemor atrof-muhitdagi narsalarga, mavjud voqeaga boshqacha ma'no bera boshlaydi. Masalan, stol ustida yotgan pichoq go'yo uni kimdir o'ldirmoqchi bo'layotgani haqida ogohlantirishdek tuyuladi.

Fikrlar uzunligi (shperrung), bir-biriga ma'nosiz (paralogik, alogik) mulohazalar yuritish, gap o'rtasida hech qaysi tilda ishlatilmaydigan yangi so'zlarni ishlatish (neologizm), bir xil so'zlarni qaytaraverish (perseveratsiya), bir vaqtning o'zida bir-biriga qarama-qarshi ma'nodagi fikrlarni aytish (fikrlar ambivalentligi) — bular hammasi shahriga xos tafakkur buzilishlaridir. Shahrida hissiyotlar ambivalentligi ham ko'p uchraydi; bemor o'zining yaqin kishilari (ota-onasi va hokazo)ga qarama-qarshi munosabatda (mehrnga nisbatan nafrat va bemehrlik) bo'ladi.

Ba'zan hissiy tubanlashuv alomatlari (apatiya) yuzaga keladi, iroda susayadi (abuliy), bemor butunlay uydan chiqmay qo'yadi, hatto o'ziga ham befarq bo'lib qoladi (apatoabulik holat). Xulq-atvor butunlay ayniydi, mayl buzilishlari (ovqat, jinsiy hirs buzilishlari) vujudga keladi. Negativizm va katotonik belgilar kuzatiladi. Shu bilan bir qatorda shahriga idrok etishning turli xil aldanishlari (illyuziya va gallyutsinatsiyalar) paydo bo'lishi xos. Bunga senestopatiyalar (badanning turli qismida noxush sezgilar paydo bo'lishi) hamda „tovush eshitish“, „hid kelishi“, „ta'mning paydo bo'lishi“, „tana ichidagi sezgilar“ gallyutsinatsiyalari kiradi.

Bemor aslida yo'q so'kish, do'q, po'pisa va buyruq ovozlari eshitadi, chirish, achish va boshqalar noxush hidlarni sezadi va hokazo. Vasvasa g'oyalari yuzaga chiqadi, bu ko'pincha „ta'qib qilish“, „munosabat“ va „ta'sir etish“ tarzida namoyon bo'ladi.

ASOSIY QISM

Bu psixik avtomatizm hodisasi bo'lib, bunda bemor o'zida kechayotgan ruhiy jarayonni „begonadek“, uning fikr va mulohazalari, harakatlarini qandaydir yot kuchlar „zo'rlab“ boshqarayotgandek tuyuladi. Bu esa ko'pincha depersonalizatsiya („men“ — „men emas“) tarzida kechib bemor o'zining tashqi ko'rinishi, tovushi yoki butun tanasini begonanikidek his etadi va h.k. shahrining mavjud klinik belgilari ichida muayyan alomatlarning birinchi o'rinda ustun bo'lib ko'rinishini hisobga olib uning quyidagi turlari farq qilinadi.

1) oddiy turi — bunda, asosan, hissiyot, iroda, fikrlash va xulq-atvorning buzilishlari ustun bo'lib, vasvasa va gallyutsinatsiyalar kamdan-kam uchraydi;

2) gebefrenik turi — bu o'spirinlarda kuzatilib, unda shilqimlik, masxarabozlik qilish, uzuq-yuluq gallyutsinatsiyalar, vasvasa g'oyalari ustun turadi;

3) katatonik turi — bunda, asosan, katatonik qo'zg'alish yoki katatonik tormozlanish alomatlari ustun turadi;

4) paranoid turi — vasvasa g'oyalari (ta'qib etish, zaharlanish, rashk, sehr-jodu, ixtirochilik va h.k.) va chin hamda soxta gallyutsinatsiyalar (har xil hid va tovushlar kelishi) mavjudligi bilan ifodalanadi.

Shizofreniyaning klinik kechishi xilma-xil bo'ladi. To'xtovsiz davom etib turadigan shaklida klinik belgilar asta-sekin kuchayib, zo'rayib borish bilan o'tadi. Bunda bemorning ahvoli yaxshilanib qolganini ko'rsatadigan belgilar bo'lmaydi.

Kasallik davomida nevrozsimon vasvasali gallutsinator, gebefrenik va katatonik alomatlar kuzatiladi. Vaqti-vaqti bilan bo'lib turadigan yoki sust kechuvchi shaklida kasallik to'satdan qisqa muddatda psixozlar boshlanib qoladi. Bundan keyin yana musaffolik davri boshlanadi. Bu shaklida shaxsiyat asta-sekin o'zgarib boradi. Bu shakl ko'proq o'smirlik davridan boshlanadi.

Dastlab asabiylashish, ortiqcha fikrlash va miyadan ketmaydigan xayollar paydo bo'lishi bilan kechadi. Nihoyat, xurujsimon-progrediyent shakli bunda kasallik xurujlar bilan bo'lib turadi va uzoqroq davom etadi. Xurujlar o'tib ketgandan so'ng, kasallik belgilari susayib qoladi va yo'qolib ketadi. Bu shaklida shaxsiyat o'zgarishi, aql pastlik tobora zo'rayib boradi. Kasallik vasvasalar va gallutsinatsiyalar bilan kechadi. Bu shakli 25 yosh va undan katta yoshdagilarda uchraydi.

Shizofreniyada bemorlar fikrlari sayoz, nutq va yozuvi maqsadsiz, tartibsiz bo'ladi. Fikrlash qobiliyati pasayadi, bemorlar ezma, quruq safsataboz bo'lib qoladi. Avval nevrozsimon o'zgarishlar paydo bo'lib, bemorning kayfiyati o'zgarib turadi. Bunday bemorlar biror sabab bo'lmasdan, har joyi og'rib turishidan, tez charchab qolishidan shikoyat qiladi. Bemorning yurish-turishi va xatti-harakatlarida beparvolik, xudbinlik, kamgaplik ko'zatiladi va unda atrofdagilardan qochib yurishga moyillik bo'ladi.

Shizofreniyaning oddiy turida — bemor beparvo, kamgap, serjahl va kam harakat bo'lib qoladi. Bu turda yakka qolish, xonalardan chiqmay, bir o'zi o'tirish istagi ko'proq bo'ladi. Kasallik o'smirlik davrida boshlanadi va sust kechadi. Bunda gallutsinatsiyalar va vasvasalar bo'lmaydi. Bu turda bemorlar aytilgan gaplarning teskarisini bajarishga harakat qiladilar. Masalan, og'zingni och desa, u og'zini yopib oladi. Bunday holatga negativizm deyiladi.

Shizofreniyaning katatonik turida — bemorlar harakatida katatonik qotib qolish yoki katatonik qo'zg'aluvchanlik bo'ladi. Bemorlar bir joyda qimirlamasdan qotib turadi va bitta so'z yoki harakatni hadeb takrorlayveradi. Bemor so'zlarni, jummalarni baqirib aytadi, gaplariga tushunib bo'lmaydi.

Bemor oyoq qo'llarni bukkan holda, gavdaga yaqinlashtirib oladi va uzoq vaqt shunday tinch gapirmay o'tiradi, bu mutizm deb ataladi.

Shizofreniyaning paranoid turi — bunda bemorlar hech kimning gapiga ishonmaydi, hammaga shubha bilan qaraydi. O'ziga qarshi tashqaridan jismoniy ta'sirlarni sezgandek bo'ladi. Bunday bemorlar, odamlar meni o'ldiradi, ovqatimni zaharlab qo'yadi, deb shubha bilan yurishadi. Ba'zi bemorlar esa menga mashinalar radioto'lqin yuborayapti, deb o'ylashadi. Bu turdagi vasvasalar ko'proq 20—30 yoshdan boshlab uchraydi. Ipoxondrik vasvasalar bor bemor o'zining ichki a'zolarida o'zgarishlar sezadi. Bularga yuragim urishdan to'xtab qoldi yoki ichagim yorilib ketgan, deb takrorlayveradi. Kasallikning bu turida tez-tez gallutsinatsiyalar bo'lib turadi. Bemorlar turli ovozlari, buyruqlarni eshitib, ularni bajarmoqchi bo'ladilar, bu Kandinskiy-Klerambo alomati deb ataladi.

Shizofreniyaning gebefrenik turi — bunda bemorlar quruq safsatabozlik, mantiqsiz qiliqlar qiladi. Bemorlar aftini burishtirib, so'zlarini, qiliqlarini sun'iy takrorlab turadi. Shizofreniyaning bir turi ikkinchi bir turiga almashib turadi. Gebefrenik turi va oddiy turlari og'irroq bo'lib kechadi. Katatonik turi esa yengil kechadi.

XULOSA

Shizofreniyaning davolashda insulin, sulfazin, aminazin va gipnoz usullari keng qo'llaniladi. Insulin terapiyada moddalar almashinuvida ma'lum o'zgarish yasab, zaharlanishni kamaytirishdir. Insulin bilan davolashni boshlashdan oldin bemorlardan nahorda qon olib, qondagi qand miqdori tekshiriladi.

Organizmga yuborilgan insulin qondagi qand miqdorini kamaytirib yuboradi. Me'yorda qondagi qand miqdori nahorda aniqlanganda, 9,0—11,0 g/l yoki 3,3—5,5 mmol/l ga teng. Insulin yuborilganda, qondagi qand miqdori anchagina kamayib ketadi, bushok holatideb ataladi yoki gipoglikemik koma holati boshlanadi. Shokni keltirib chiqaruvchi o'rtacha insulin dozasi 80—100 tb ni tashkil etadi. Ba'zi hollarda, 30 tb miqdorda insulin yuborilganda ham shok holati boshlanadi yoki 150—180 tb miqdorda insulin yuborilganda ham shok holati qayt etilmaydi. Shok holatini paydo qilish uchun esa astasekinlik bilan insulin dozasini oshirib borish tavsiya etiladi. Insulin teri ostiga avval 4—8 tb dan boshlab va har kuni 4 tb dan ko'tarib borish kerak.

Bemorda shok holati paydo bo'lmaguncha, insulin dozasini oshirib borish kerak. Qaysi dozada shok holati boshlansa, shu dozada to'xtatiladi. Davo kursi 25—30 insulin shokidan iborat. Shok holatiga tushganda, bemorlar tashqi ta'sirotlarga javob reaksiya ko'rsata olmaydi. Bemorlarning ko'z qorachiqalari kengaygan bo'ladi, badani terlaydi. Shunday qilib, bemorlar 30—40 daqiqaga shok holatida ushlab turiladi. Keyin esa 40 % 30—40 ml glukoza eritmasidan olib, tomir ichiga asta-sekin yuboriladi va shok holatidan bemorni chiqarib olinadi. Shuncha glukoza eritmasi yuborilgandan keyin,

bemor o'ziga kelib, 1—2 daqiqa ichida eshushi joyida bo'lgandan keyin, 100—200 g qand eritib nonushta qilinadi.

Hamshira bemorning ovqat yeyayotganini kuzatib turishi kerak. Ko'pgina bemorlar shok holatidan keyin ham karaxt bo'lib turadi va ovqatni yeya olmaydi, og'zidan tushib ketadi. Agar bemorga glukoza eritmasi yuborilgandan keyin 20—30 daqiqa davomida o'ziga kelmasa, yana tomir ichiga 40 % 30—40 ml glukoza eritmasi yuborish kerak. Ba'zan esa teri osti 0,1 % 0,5—0,7 ml adrenalini eritmasidan in'eksiya qilinadi. Shok holatidan keyin bemorning ichki kiyimi almashtiriladi. Agar bemorning tomir ichiga glukoza eritmasini yuborishning iloji bo'lmasa, unda qand sharbatini zond orqali yuborish tavsiya etiladi. Insulin shok holati boshlanishi oldidan ba'zi bemorlarda gavda, qo'l-oyoqlarda va yuzdagi mushaklarda uchish, tortishib turish va epileptiform tutqanoq kuzatilishi mumkin. Bundan tashqari, kunning ikkinchi yarimida shok holati takroran bo'lib qolishi mumkin. Shuning uchun hamshiralalar har doim bemorlarning ahvolini nazorat qilib turish, ovqatlantirish va birinchi tibbiy yordam ko'rsatishga tayyor turishlari kerak.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Shermamatovich, M., Yalgashevich, K., & Narkulovich, S. (2021). The development of physical preparedness of student young people. *Psychology and Education Journal*, 58(1), 2699-2704.
2. Shermamatovich, M. M., Tursunovna, H. U., Zayniddinovich, N. I., Boltayevich, A. S., & Yalgashevich, K. S. (2021). Physical education of student youth in modern conditions. *ACADEMICIA: AN INTERNATIONAL MULTIDISCIPLINARY RESEARCH JOURNAL*, 11(2), 1589-1593.
3. Shermamatovich, M. M. (2023). Psychological Description Of Sport And Psychological Development Of Sportsmen. *Eurasian Research Bulletin*, 17, 7-9.
4. Shermamatovich, Muratov Muzaffar. "Psychological Description Of Sport And Psychological Development Of Sportsmen." *Eurasian Research Bulletin* 17 (2023): 7-9.
5. Shermamatovich, M. M., Norkulovich, S. K., & Tursunovna, H. U. (2022). PLACE AND ROLE OF PSYCHOLOGICAL AND VOLITIONAL TRAINING IN THE TRAINING PROCESS OF STUDENTS-BOXERS. *World Bulletin of Management and Law*, 8, 141-144.
6. Shermamatovich, M. M., & Boltaevich, A. (2022). INTERACTIVE LEARNING METHODS IN THE PROCESS OF TEACHING PHYSICAL CULTURE. *World Bulletin of Management and Law*, 7, 99-100.
7. Shermamatovich, M. M., & Boltaevich, A. (2022). INTERACTIVE LEARNING METHODS IN THE PROCESS OF TEACHING PHYSICAL CULTURE. *World Bulletin of Management and Law*, 7, 99-100.

8. Shermamatovich, M. M., Zayniddinovich, N. I., Boltaevich, A. S., Norqulovich, S. Q., Muzaffarovich, S. A., & Abriyevich, E. Q. Endurance Formation in General Physical Training Students. *International Journal on Integrated Education*, 4(3), 356-359.

9. Yalgashevich, X. S., & Shermamatovich, M. M. Enhancing Athletes' Regained Performance Through Rational Nutrition. *International Journal of Innovations in Engineering Research and Technology*, (1), 1-6.

10. Shermamatovich, M. M., & Latif, T. (2023). DEVELOPMENT OF SPORTS IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN. *Galaxy International Interdisciplinary Research Journal*, 11(3), 374-377.