

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI ICHKI ISHLAR VAZIRLIGI**  
**A K A D E M I Y A**

**X. N. YALLAYEV**

**SUD TIBBIYOTI VA PSIXIATRIYASI**

**II jild**

**SUD PSIXIATRIYASI**

*O‘zbekiston Respublikasi Ichki ishlar vazirligi tomonidan  
IIV oliy ta’lim muassasalari uchun darslik sifatida ruxsat etilgan*

Toshkent – 2012

**T a q r i z c h i l a r :**

tibbiyot fanlari doktori, professor **U. X. Alimov**

tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent **J. G‘. G‘ulomov**

**Yallayev X. N.**

**Y–14** Sud tibbiyoti va psixiatriyasi. Darslik. II jild. Sud psixiatriyasi.  
– T.: O‘zbekiston Respublikasi IIV Akademiyasi, 2012. – 142 b.

Darslikda sud psixiatriyasining tashkiliy masalalari, umumiy psixopatologiya asoslari, ruhiy buzilishlarning ayrim shakllariga xos klinik ko‘rinishlarning eng asosiy xususiyatlari yoritilib, suitsidologiya bo‘limi ham keltirilgan.

Yuridik oliy ta’lim muassasalarining tinglovchilari, kursantlari va talabalariga, huquqni muhofaza qilish organlarining xodimlariga mo‘ljallangan.

**BBK 56.14.я73**

---

---

## SO‘Z BOSHI

Bugungi kunda O‘zbekiston Respublikasida inson salomatligini saqlash va mustahkamlash masalalariga katta e‘tibor berilmoqda. Bunga O‘zbekiston Respublikasi «Fuqarolar sog‘lig‘ini saqlash to‘g‘risida»gi (1996-y.) va «Ruhiiy kasallarga yordam ko‘rsatish haqida»gi (2000-y.) qonunlarning qabul qilinganligi yaqqol dalil bo‘ladi. O‘quvchilar e‘tiboriga taklif etilayotgan darslik O‘zbekiston Respublikasining fuqarolik va jinoyat qonunchiligidagi o‘zgarishlar va qo‘shimchalar, shuningdek aholiga psixiatriya yordami ko‘rsatish sohasidagi munosabatlarni tartibga soluvchi yangi qonun hujjatlarini inobatga olgan holda tayyorlandi.

Darslikda sud psixiatriyasining predmeti, protsessual va tashkiliy asoslariga oid masalalar va ruhiy kasalliklarning simptomatologiyasiga doir ma‘lumotlar berilgan.

Darslikni tuzishda muallif zamonaviy adabiyotlarga, tibbiyot oliy o‘quv yurtlarida ko‘p yillik pedagogik va davolash amaliyotidan hamda O‘zbekiston Respublikasining sog‘liqni saqlash tizimidagi institutlarda amalga oshirilgan ilmiy izlanishlaridan orttirgan tajribalariga suyanagan.

Turli shakllardagi ruhiy kasalliklarni sud psixiatriyasi yordamida baholash, ruhiy bemorlar ijtimoiy xavfli harakatlarining oldini olishga doir tibbiy choralarga alohida e‘tibor qaratilgan.

Muallif darslikni takomillashtirishga qaratilgan har qanday taklif va istaklaringizni minnatdorlik bilan qabul qiladi. Bildirgan fikr va mulohazalaringiz kelajakda darslikning yangi nashrlarini yaratishda, albatta, e‘tiborga olinadi.

---

Birinchi bo‘lim

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA SUD-PSIXIATRIYA  
EKSPERTIZASI**

SUD PSIXIATRIYASINING PREDMETI, PROTSESSUAL  
VA TASHKILY ASOSLARI

**O‘zbekiston Respublikasida sud-psixiatriya ekspertizasining  
shakllanishi va rivojlanishi**

O‘rta asrlar Sharqining buyuk olimlari asarlaridayoq, jumladan Abu Ali ibn Sinoning Tib qonunlari kitobida inson psixikasi (ruhiyati)ning buzilishi bilan bog‘liq ko‘plab kasalliklar tavsiflangan. Biroq psixiatriya xizmatining, jumladan sud psixiatriyasi xizmatining tibbiyot tarmog‘i sifatida shakllanishi ancha keyingi davrga mansub.

O‘zbekiston Respublikasida sud psixiatriyasi xizmatining shakllanish va rivojlanish tarixi XIX asr oxirlaridan boshlanadi.

1895-yil oktabr oyida Toshkent harbiy gospitali qoshida «Ruhiy kasallar uchun bo‘linma ta‘sis etish to‘g‘risida nizom» qabul qilingan. Ushbu bo‘linmada 40 ta o‘rin erkaklar uchun, 10 tasi esa ayollar uchun ajratilgan. Bo‘linmaning birinchi rahbari harbiy shifokor A. S. Trapeznikov bo‘lgan. 1918-yilda bo‘linma Sog‘liqni saqlash xalq komissariati qoshidagi O‘lka psixiatriya kasalxonasi sifatida qayta tashkil etilgan. O‘rinlar soni 150 tagacha oshirilgan, kasalxona shifokorlari va xizmat ko‘rsatuvchi xodimlari ham ko‘paytirilgan. O‘rta Osiyodagi mazkur eng katta psixiatriya kasalxonasining birinchi direktori L. V. Ansiferov bo‘ldi.

Keyinchalik Qo‘qon va Xiva shaharlarida ham ixtisoslashgan psixiatriya shifoxonalari ochilib, ularning psixiatr shifokorlari ruhiy kasallarni sud-psixiatriya ekspertizasidan o‘tkazish uchun jalb etila boshlandi.

1927-yilda Toshkent shahrida Respublika psixonevrologiya dispanseri tashkil etildi. U ruhiy kasallarning ambulatoriya sharoitida davolanishini tibbiy kuzatish va nazorat qilish xizmatiga asos soldi.

1940-yildan boshlab respublikamiz psixiatr olimlari Moskva shahrida joylashgan Serbskiy nomidagi Sud psixiatriyasi markaziy ilmiy tadqiqot institutining yetakchi olimlari bilan yaqin ilmiy aloqa o‘rnatdilar. 1972-yilgacha g‘ayriqonuniy harakatlar sodir etgan ruhiy kasallar umumiy tipdagi psixiatriya kasalxonalarida majburiy davolanagan bo‘lsalar, keyinchalik Toshkent shahrida maxsus tipdagi respublikalararo kasalxona tashkil qilindi. Majburiy yo‘sinda davolanadigan Respublika psixiatriya kasalxonasi hozirgi kungacha shu toifadagi yagona davolash muassasasidir.

1944-yilda Sog‘liqni saqlash vazirligi qoshidagi Respublika sud-psixiatriya ekspertizasiga rossiyalik mashhur psixiatr P. B. Ganushkinning shogirdi professor F. F. Detengoff tayinlandi. Mamlakatimiz psixiatriyasining shakllanishi professor F. F. Detengoffning shogirdlari – Y. A. Blinovskiy, X. A. Alimov, T. I. Ismailov, Sh. A. Murtalibov, B. Toshmatov kabi professorlarning nomlari bilan bog‘liq. Professor B. Toshmatov O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining bosh psixiatri bo‘lib, mamlakatimizda sud psixiatriyasi xizmatiga boshchilik qilgan.

Sud psixiatriyasi O‘zbekiston Respublikasi IIV idoraviy sog‘liqni saqlash muassasasi ishining muhim bo‘g‘inidir. Respublika psixiatriya kasalxonasida, shuningdek uning viloyatlarda faoliyat ko‘rsatayotgan ixtisoslashgan bo‘linmalarida mahkum ruhiy bemorlar nazorat qilinadilar va davolanadilar.

Psixiatr shifokorlarning malakasini oshirish va ularni qayta tayyorlash ishlari Toshkent shifokorlar malakasini oshirish instituti negizida amalga oshiriladi.

Oliy Majlis 2000-yil 31-avgustda qabul qilgan va 2001-yil 1-yanvardan kuchga kirgan «Psixiatriya yordami to‘g‘risida»gi qonun O‘zbekiston Respublikasida psixiatriya xizmatining yanada rivojlanishiga imkoniyat yaratdi. Mazkur qonun to‘rtta bo‘lim va 43 ta moddadan iborat.

«Umumiy qoidalar» nomli birinchi bo‘limda (1–15-moddalar) Qonunning maqsadi, psixiatriya yordamini ko‘rsatish prinsiplari va kafolatlari hamda ruhiy kasallarning huquqlari bayon etilgan. Ruhiy kasallikka chalinib oqibatida ijtimoiy xavfli qilmishlar sodir etgan shaxslarga qo‘llaniladigan majburiy yo‘sindagi tibbiy choralar belgilangan.

«Psixiatriya yordamini ko‘rsatuvchi shaxslar» nomli ikkinchi bo‘lim (16–19-moddalar) psixiatr shifokorlarning huquq va majburiyatlariga bag‘ishlangan.

«Psixiatriya yordamining turlari va uni ko‘rsatish tartibi» nomli uchinchi bo‘lim (20–40-moddalar)da psixiatriya yordamining turlari, shaxslarni guvohlantirish tartibi, psixiatriya kasalxonalaridagi bemorlarning huquqlari, unday kasalxonalar ma‘muriyati va tibbiy xodimlarning majburiyatlari, psixiatriya muassasalarida yashovchi shaxslarni ijtimoiy ta‘minlash va maxsus ta‘lim berish turlari ifodalangan.

Qonunning «Yakuniy qoidalar» nomli to‘rtinchi bo‘limida (41–43-moddalar) bemorlarga psixiatriya yordami ko‘rsatuvchi tibbiyot xodimlarining harakatlari ustidan shikoyat qilish tartibi, shaxslarning psixiatriya yordami to‘g‘risidagi qonunlarni buzganlik uchun javobgarligiga doir qoidalar keltirilgan.

### **Sud psixiatriyasining predmeti va vazifalari, protsessual va tashkiliy asoslari**

Psixiatriya – ruhiy kasalliklarni o‘rganish, davolash va ularning oldini olish bilan shug‘ullanuvchi tibbiy fan. Psixiatriyaning sud ishlari bo‘yicha psixiatriya ekspertizasi masalalariga doir qismi sud psixiatriyasi deb ataladi. Sud psixiatriyasining vazifasi ruhiy buzilishlarni jinoyat hamda fuqarolik huquqi va protsessining muayyan normalariga nisbatan o‘rganishdir.

Protsessual normalarga ko‘ra, faqat psixiatr shifokorgina sud psixiatriyasi eksperti bo‘lishi mumkin. Sud-psixiatriya ekspertlari tariqasida odatda shifoxonalarda psixiatriya tajribasini to‘plagan, psixonevrologiya yo‘nalishidagi davolash muassasalarida ishlovchi shifokorlar jalb etiladilar.

Ekspert-psixiatr malakasining darajasi uning ilmiy bilimlari, psixiatriya davolash muassasasidagi ish staji hamda amaliy ekspertiza tajribasining borligi bilan belgilanib u jinoyat va fuqarolik huquqi asoslarini ham bilishi kerak. Shu bois sud psixiatriyasi ekspertizasini tibbiy muassasalarning ekspert psixiatrlari yoki surishtiruvni amalga oshirayotgan shaxs, tergovchi, prokuror, sud tayinlagan psixiatrlar o‘tkazadilar. Ushbu ekspertlar sud-tergov organlarining chaqiruvi

bo'yicha yetib kelishlari va oldilariga qo'yilgan masalalar bo'yicha xolisona xulosa berishlari shart.

Ekspertiza o'tkazish chog'ida ekspert o'ziga savol tarzida qo'yilmagan, ammo ish uchun ahamiyatli holatlarni aniqlasa, o'z xulosasida ularni ko'rsatishga haqlidir. Ekspert oldiga qo'yilgan masala uning maxsus bilimlari doirasidan chiqadigan bo'lsa yoki unga berilgan materiallar xulosa chiqarish uchun yetarli bo'lmasa, ekspert ekspertiza tayinlagan organga xulosa chiqarishning imkoni yo'qligi haqida yozma ravishda xabar beradi va ekspertiza o'tkazishda rad etishining sabablarini batafsil bayon etadi.

Sud-psixiatriya ekspertizasini o'tkazayotgan psixiatr shifokor quyidagilarga haqlidir:

- ekspertiza mavzuga doir ish materiallari bilan tanishish;
- sud, prokuror, tergovchi yoki surishtiruv o'tkazayotgan shaxsga xulosa berish uchun zarur bo'lgan yangi materiallarni talab qilib olish haqida iltimoslar qo'zg'atish;
- surishtiruvni amalga oshirayotgan shaxs, tergovchi, prokuror va sudning ruxsati bilan so'roq qilish hamda boshqa tergov va sud harakatlarini o'tkazish paytida ishtirok etish, ekspertiza o'tkazishga doir savollar berish.

Ekspert ish yuzasidan o'ziga ma'lum bo'lib qolgan tergov materiallarini, shuningdek sud-psixiatriya ekspertizasi chog'ida olingan ma'lumotlarni oshkor etishga haqli emas. Bunday ma'lumotlarni u faqat tergov va sud organlariga ularning talabiga ko'ra aytadi.

Dastlabki tergov yoki surishtiruv yoxud ekspertiza ma'lumotlarini oshkor etganlik uchun ekspert jinoiy javobgarlikka tortiladi. Bila turib yolg'on xulosa berganlik, xulosa berishdan voz kechganlik yoki bo'yin tovlaganlik, shuningdek ish materiallari va ekspertiza xulosalarini oshkor etganlik uchun javobgarlikka tortilishi haqida ekspert oldindan ogohlantiriladi. Bu haqda ekspert tilxat beradi. Jinoiyat qonunlarida ekspertni yolg'on xulosa berishga majbur etganlik yoxud moddiy manfaatdorlikka undaganligi uchun javobgarlik nazarda tutilgan.



Ekspertiza dalolatnomasi komissiyaning barcha a'zolari tomondan imzolanadi va muassasa boshlig'i yoki ekspert xizmat yuzasidan bo'ysunuvchi boshqa mansabdor shaxslarning tasdiqlashi talab etilmaydi. Komissiyaning har bir a'zosi ekspertizaning ayrim xulosalari yoki umumiy xulosaga qo'shilmagan taqdirda, o'z fikrida qolishga haqlidir. Bunday vaziyatda u ushbu fikrini yozma shaklda alohida bayon etadi.

Psixiatr ekspertlarning huquq va majburiyatlar masalalari bilan psixiatriyaning deontologik muammolari chambarchas bog'liqdir. Har qanday klinik fanda bo'lgani kabi, sud psixiatriyasi uchun ham klinik deontologiya – bemor manfaatlarini yo'lida amalga oshiriladigan, uning ruhiyatini ayaydigan, ba'zi hollarda esa to'liq bo'lmagan tibbiy ishning zararli oqibatlarini bartaraf etadigan qoidalari majburiydir.

Ixtisoslashgan psixiatriya yordami ko'rsatiladigan, tadqiqotlarning zamonaviy laboratoriya va instrumental usullari keng qo'llaniladigan sharoitda shifokor va bemorning bevosita muloqoti alohida ahamiyat kasb etadi. Psixiatr shifokor bilan ekspertizaga jalb qilingan shaxs o'rtasida aloqa o'rnatish shifokordan nafaqat katta mahorat balki, birinchi navbatda insoniylik va insonparvarlikni talab qiladi. Sud-psixiatriya ekspertizasida deontologiya tekshiriluvchi shaxsga o'zini oqlagan va umumiy psixiatriya klinikasida yo'l qo'yiladigan hamda tekshiriluvchiga ma'naviy va jismoniy azob bermaydigan usullar qo'llanilishini talab qiladi.

Ekspert hamda kasalxona shifokori hal etishiga to'g'ri keladigan amaliy vazifalar bir-biridan keskin farq qiladi. Shifoxonada, psixonevrologiya dispanserida ishlovchi psixiatr tashxis qo'ygach, ushbu bemorni davolash uchun zarur bo'lgan tadbirlarining asosiy yo'nalishlarini belgilaydi.

Sud psixiatriya-eksperti esa tashxis qo'ygach, sud yoki tergovning taklifiga muvofiq huquq sohasiga kiradigan aqli rasolik haqidagi asosiy masalani hal qilishga o'tadi. Ushbu holat uni nafaqat yaxshi klinik tayyorgarlikka ega bo'lishga, balki jinoyat qonunlari asoslarini, jinoyat, jinoyat protsessual kodekslarning ekspertlar ishi va ekspertiza vazifalarini tartibga soluvchi moddalarini bilishga, tergov materiallaridan savodli foydalana olishga majbur qiladi.



Ekspertizadan o'tkazilayotgan shaxsga individual yondashuv ekspert shifokorga (shuningdek tergov va sud xodimlariga) muayyan darajada psixolog bo'lish majburiyatini yuklaydi. Ekspert tekshirilayotgan shaxsga savol berayotganida savol-javoblar shakli, suhbat xususiyati tekshiriluvchining aqli, ta'lim-tarbiya darajasiga mos tarzda so'zlashi lozim. Bunda betakalluflik, qo'pollik yoki aksincha, tilyog'lamalik, notabiiy suhbatga yo'l qo'yib bo'lmaydi.

### **Sud-psixiatriya ekspertizasi tayinlash uchun asoslar**

Sud-psixiatriya ekspertizasi faqat quyidagilar asosida amalga oshirilishi mumkin:

- tergovchi, prokuror yoki surishtiruv organining qarori;
- sudning ajrimi, shuningdek sudya yakka o'zi xususiy ayblov ishi bo'yicha yoki fuqarolik ishini sudda tayyorlash tartibida chiqargan ajrim (qaror);
- jazoni ijro etish joylari ma'muriyatining taklifi.

Sud-psixiatriya ekspertizasi tayinlash uchun quyidagilar sabab bo'lishi mumkin:

- guvoh yoki jabrlanuvchi, shuningdek ayblanuvchi yoki gumon qilinuvchining (jinoiat sodir etguncha, jinoiat sodir etish paytida yoki undan keyin) o'zini g'ayritabiiy tutishi;
- guvoh, jabrlanuvchi yoki ayblanuvchining bema'ni ko'rsatmalari;
- sababsiz (motivsiz) huquqbuzarliklar sodir etishi (qasddan jinoiat sodir etish uchun psixologik jihatdan tushunarli sabablarning yo'qligi);
- o'ta shafqatsiz jinoiy qilmishlar;
- tuhmat yoki o'ziga ayb qo'yish xususiyatiga ega bo'lgan ko'rsatmalar;
- sudbozlik ko'rinishlarida shaxsning ruhiy kasallar shifoxonasida bo'lishi yoki psixonevrologik dispanserda hisobda turganligi haqidagi ma'lumotlar;
- o'zini o'zi o'ldirish yoki bunga urinish;
- shaxsning ilgari sud-psixiatriya, mehnat yoki harbiy psixiatriya ekspertizasidan o'tganligi.

Shunday qilib, surishtiruv o‘tkazayotgan shaxs, tergovchi, prokuror yoxud sudda ayblanuvchi yoki gumon qilinuvchining ruhiy holati xususida shubha uyg‘onganida hamda shaxsning aqli rasoligi (o‘z harakatlariga hisob bera olishi va huquqbuzarlik sodir etish paytida o‘zini boshqara olishi) haqidagi masalani hal qilish zarurati bo‘lganida, shuningdek guvoh yoki jabrlanuvchining ruhiy holatlari, ularning ish uchun muhim holatlarni to‘g‘ri idrok qilish va ular haqida to‘g‘ri ko‘rsatmalar berish qobiliyati shubha uyg‘otganida sud-psixiatriya ekspertizasi o‘tkazilishi shart.

Sud-psixiatriya ekspertizasi tayinlash haqida yuqori lavozimdagi mansabdor shaxslar va organlarga iltimosnoma bilan ayblanuvchi, gumon qilinuvchi yoki jabrlanuvchi, ularning qarindoshlari, advokat (protsessda ishtirok eta boshlagandan boshlab), prokuror, da‘vogar, javobgar va ularning vakillari murojaat etishlari mumkin. O‘ta shafqatsizlik bilan jinoyat sodir etilganida jinoyat motivlari noaniq qolgan taqdirda, tergovchi yoki sudning o‘zi ayblanuvchining istagi va mazkur iltimosnomalarning bor-yo‘qligidan qat’iy nazar, psixiatriya ekspertizasi tayinlashlari mumkin. Jabrlanuvchi va guvohlarga psixiatriya ekspertizasini sud yoki tergovchi tayinlaydi.

Ekspert guvohlantirishni ilgari ensefalit, meningoensefalit, bosh miya jarohatlari singari bosh miya kasalliklariga chalingan shaxslarga (ayniqsa agar ana shu kasalliklardan keyin o‘qishda qoloqlik yoki mehnat qobiliyatining pasayishi kuzatilgan bo‘lsa), shuningdek yordamchi maktabda o‘qigan yoki o‘qiyotgan shaxslarga nisbatan o‘tkazish lozim.

Qonun, agar tergov yoki sud iltimosnoma berilib tushuntirib berish so‘ralayotgan holatlarni nomuhim deb topsa, ekspertiza tayinlashni rad etishga huquq beradi.

Tergovchi, sud ekspertiza tayinlash haqidagi masalani hal etayotganida ish holatlarini tekshirishning har tomonlamaligi, to‘liqligi va xolisligiga doir qonun talablariga amal qiladi. Psixiatriya ekspertizasini buning uchun asos bo‘lganida o‘z vaqtida va to‘g‘ri tayinlash qonuniylikni mustahkamlashga imkon beradi.

## **Sud-psixiatriya ekspertizasi tayinlashda sud ajrimi yoki tergovchining qarorini rasmiylashtirishga qo‘yiladigan talablar**

Sud-psixiatriya ekspertizasi tayinlashda sud ajrimi yoki tergovchining qarorida ishning fabulasi, ekspertiza tayinlash uchun sabablar, uni o‘tkazish kimga topshirilayotganligi, ekspertiza orqali hal qilishi kerak bo‘lgan masalalar ko‘rsatilishi lozim.

Qarorning kirish qismida jinoyat ishining nomi, raqami, ekspertizaga yuborilgan shaxsning familiyasi, ismi, otasining ismi, jinoyat kodeksining jinoyat sodir etganlik uchun jazo nazarda tutilgan moddasi ko‘rsatiladi.

Qarorning tavsiflash qismida ekspertizaga yuborilgan shaxs g‘ayriqonuniy harakatlarning mohiyati va uning ruhiy holatidan shubhalanish uchun asoslar keltiriladi. Shu yerning o‘zida ekspertiza o‘tkazish topshirilayotgan ekspertlar ishlaydigan muassasa ko‘rsatiladi.

Ekspertiza o‘tkazish to‘g‘risidagi qaror yoki ajrimda eng muhim bo‘limni ekspertiza orqali hal qilish uchun qo‘yilgan savollar tashkil qiladi. Masalan, ayblanuvchilarni sud-psixiatriya ekspertizasidan o‘tkazishda quyidagi savollar qo‘yilishi mumkin:

– ayblanuvchi ijtimoiy xavfli qilmish sodir etgan paytida ruhiy kasallik bilan og‘riganmi? Agar og‘rigan bo‘lsa, aynan qaysi kasallik bilan?

– ruhiy buzilish (kasallik) mavjud bo‘lgan taqdirda ushbu shaxs o‘z harakatlariga hisob berishi yoki huquqbuzarlik sodir etish paytida harakatlarini boshqarishi mumkinmidi, ya’ni uning aqli rasomidi?

– mazkur shaxs ko‘zdan kechirish paytida ruhiy kasallikka chalinganmidi? Agar chalingan bo‘lsa, aynan qaysi kasallikka?

– mavjud ruhiy kasallikning xususiyati qanday va kelgusida qanday rivojlanishi taxmin qilinadi? Ruhiy kasallik ekspertiza o‘tkazilayotgan shaxsni o‘z harakatlari uchun hisob berish yoki ularni boshqarish imkonidan mahrum qilmaydimi?

– agar ruhiy kasallik mavjud bo‘lsa, ushbu shaxs qanday tibbiy choralar ko‘rishga muhtoj?

Ish xususiyatlaridan kelib chiqib, boshqa savollar ham qo'yilishi mumkin, masalan, ilgari o'tkazilgan xulosalarning, ilgari psixiatriya kasalxonalarida aniqlangan kasallik tashxislarining asosliliigi, ayblanuvchining o'zini kasal qilib ko'rsatish imkoniyati va hokazo.

Amaliyotda savollarni noto'g'ri qo'yish hollari ham tez-tez kuzatiladi. Masalan, fuqaroning vafot etganidan keyin qoldirgan vasiyati tufayli yuzaga kelgan kelishmovchilik natijasida sud tomonidan tayinlangan ekspertiza chog'ida sud ajrimida uning vasiyatni imzolash paytidagi emas, balki o'limidan avvalgi aqli rasoligi masalasi qo'yiladi; ayblanuvchiga nisbatan esa uning jinoyat sodir etish paytidagi emas, balki ungacha bo'lgan aqli rasoligi masalasi qo'yiladi.

Ruhiy kasallik jinoyat sodir etganidan keyin boshlangan hollarda ekspertlar oldiga kasallik qanday xususiyatga egaligi (vaqtinchalik yoki surunkali) ayblanuvchi ushbu kasallik tufayli sud oldida turishi va jazo o'tashi mumkinmi yoki yo'qmi, degan savol qo'yiladi. Aqli noraso deb topilgan shaxslarga nisbatan ham, jinoyat sodir etganidan keyin kasal bo'lib qolgan shaxslarga nisbatan ham ekspertlar oldiga ularga qanday tibbiy choralar qo'llanishi mumkinligiga oid savol qo'yilishi kerak.

Agar guvohlar yoki jabrlanuvchining ruhiy jihatdan sog'lomligi masalasida shubha yuzaga kelsa, ekspertlar oldiga ushbu ko'rsatuvlar ruhan sog'lom kishinikimi yoki ruhiy bemornikimi, degan savol qo'yiladi.

Jismoniy yoki ruhiy nuqsonlari va kasalliklari tufayli jinoyat ishi uchun ahamiyatga ega bo'lgan holatlar va hodisalarni to'g'ri idrok eta olmaydigan va ular haqida to'g'ri ko'rsatmalar bera olmaydigan shaxslar guvoh sifatida so'roq qilinmaydilar. Ularning ko'rsatmalariga kasal odamning ko'rsatmalariga bo'lganidek munosabatda bo'lish lozim.

Psixiatr ekspertlar oldiga mutaxassisning tushuntirishlarini talab qiladigan boshqa, masalan, kasallikning boshlanish vaqti, uning keyingi kechish xususiyati, tuzalish imkoniyatlari haqidagi aniqlik kirituvchi masalalar ham qo'yilishi mumkin.

Psixiatr ekspertlar oldiga ularning vakolatiga kirmaydigan savollar, masalan, jinoyat motivlari, jazo choralari haqida, yoki

ayblanuvchi aqli noraso deb hisoblansa, institutda o'qishni davom ettira oladimi, degan savollar qo'yilishi mumkin emas. Ekspert oldiga qo'yilgan barcha masalalar aniq, tushunarli bo'lishi va imkon qadar tasdiq yoki inkor javobi olinadigan tarzda ifodalanishi lozim. Agar tergovchi psixiatriya sohasida yetarli bilimga ega bo'lmagani bois ekspertga taklif etilayotgan savollar ro'yxatini tuzishda qiynalsa, u dastlab psixiatr bilan maslahatlashib olishi mumkin.

Tergovchi ayblanuvchiga uning huquq va majburiyatlarini tushuntirib, ekspertiza tayinlash haqidagi qaror, shuningdek ekspert xulosasi bilan tanishtirishga majbur. Agar bemorning ruhiy holati bunga imkon bermasa, sud-psixiatriya ekspertizasi tayinlash haqidagi qaror ham, ekspert xulosasi ham ayblanuvchiga e'lon qilinmaydi.

Ozodlikdan mahrum qilish joylari ma'muriyati mahkumlarni sud-psixiatriya ekspertizasiga yubora turib, odatda ekspertlar oldiga mahkum ruhiy holatiga ko'ra ozodlikdan mahrum qilish joylarida bo'lishi va jazo o'tashi mumkinmi, degan savol qo'yadi. Bu shaxslarni tekshirish ko'pincha ruhiy kasallik alomatlari ularda ilgari ham aniqlanganligidan dalolat beradi. Bunday hollarda kasallikning boshlanish vaqtini aniqlash muhim, chunki shaxsning jinoyat sodir etish paytidagi ruhiy holatini baholash shu bilan bog'liq. Ekspertlar arxivdagi jinoyat ishining materiallari, ish joyidan olingan tavsifnomalar, mahkumlarda ijtimoiy xavfli qilmish sodir etilishidan avvalroq ruhiy kasallik alomatlari bo'lgani haqidagi tibbiy guvohnomaga ega bo'lgan hollarda mazkur savolga ijobiy javob olinishi mumkin.

Agar sud-tergov organlari takroran huquqbuzarlik sodir etgan mahkumlarni psixiatriya ekspertizasiga yuborsalar, ushbu shaxslarning oxirgi ijtimoiy xavfli qilmishiga nisbatan aqli rasoligi va ilgari chiqarilgan hukm bo'yicha jazo o'tay olishi haqidagi masala qo'yiladi. Ayblanuvchini javobgarlikka tortishdan avval boshlangan surunkali ruhiy kasallik mavjud bo'lganida ekspertlar nafaqat qo'yilgan savollarga javob berishlari, balki subyektning o'z harakatlari uchun hisob berish va birinchi ijtimoiy xavfli qilmishni sodir etgan vaqtda ularni boshqarib turish qobiliyatini baholashlari ham kerak.



Sud-psixiatriya amaliyoti tajribasi ekspertiza o'tkazish chog'ida ko'pincha ish uchun muhim va ekspertiza qilinayotgan shaxsning ruhiy holati bilan bog'liq bo'lgan, ammo ular bo'yicha tergovchi va sud savol qo'ymagan holatlar uchrab turishidan dalolat beradi. Bunday hollarda ekspertlar o'z xulosalarida ana shu savollarga javob berishga haqlidirlar.

### **Sud-psixiatriya ekspertizasi materiallari**

Sud-psixiatriya ekspertizasi o'tkazish uchun ekspertlar ixtiyoriga quyidagilar yuboriladi:

1) jinoyat yoki fuqarolik ishi materiallari, shaxsiy ish (agar mavjud bo'lsa);

2) tibbiy hujjatlar (kasallik tarixi ko'chirmasining asl nusxalari yoki nusxalari, ma'lumotnomalar va hokazo);

3) tergovchining qarori, sudning ajrimi yoki ozodlikdan mahrum qilish joylari ma'muriyatining iltimosnomasi;

4) ekspertiza qilinayotgan shaxsni tasdiqlovchi hujjatlar.

Ekspertizaga taqdim etilayotgan materiallar qanchalik to'liq bo'lsa, sud psixiatrining xulosasi shunchalik ishonchli va xolisona bo'ladi. Buning uchun sud-tergov xodimlari ekspertga jinoyat holatlari (sharoitlari) va ekspertiza qilinayotgan shaxsni ifodalovchi barcha ma'lumotlarni yuborishlari lozim.

Ekspert-psixiatr ekspertiza qilinayotgan shaxsni tekshiruvdan o'tkazibgina qolmay, balki ish materiallari bilan tanishadi, ekspertiza qilinayotgan shaxsni ifodalovchi barcha ma'lumotlarni o'rganadi, uning hayotidagi asosiy bosqichlarga doir quyidagi faktlarga e'tibor beradi: bolaligida qanday o'sgan va rivojlangan (bu ma'lumotlar uning ota-onasi va tarbiyachilaridan aniqlanadi), qachon yurishni, gapirishni boshlagan, qachon maktabga borgan, o'quv materialini qanday o'zlashtirgan, xarakteri qanday shakllangan, qaysi kasalliklarni boshidan kechirgan, bunda ayniqsa yuqumli kasalliklar va bosh suyagining shikastlanishlariga e'tibor qaratiladi; tutqanoqlar kuzatilmaganmi; o'smirlik davrida qanday turmush tarzi kechirgan; harbiy xizmatni o'taganmi; qaysi kasb yoki kasblarni egallagan; ish joyini tez-tez o'zgartirganmi (ruhiy kamchiligi bor shaxslar odatda

atrof muhitga moslasha, jamoat bilan chiqisha olmaydilar). Yaqinlari, qarindoshlari, shuningdek xizmatdoshlaridan ekspertiza o'tkazilayotgan shaxsning oilada, turmushda va ishda o'zini qanday tutishini; narkotik vositalar iste'mol qilgan-qilmagan, alkogolni suiiste'mol qilish-qilmasligi, iste'mol qilgan bo'lsa necha yoshidan boshlab va qay miqdorda iste'mol qilgan, bosh og'rig'i uchun yana biroz ichish ehtiyoji bo'lganmi kabi savollarga javob topish ayniqsa muhim.

Gumon qilinuvchi jinoyat sodir etguniga qadar psixonevrologiya dispanserida ro'yxatda turgan yoki psixiatriya kasalxonasida davolangan hollarda, quyidagilarni aniqlash zarur: gumon qilinuvchi qachon kasallikka chalingan, kasallik nimada namoyon bo'lgan, qayerda va qancha vaqt davolangan, unga qanday tashxis qo'yilgan, davolashdan keyin uning ahvoli (sog'lig'i) qanday bo'lgan.

Ekspert uchun ijtimoiy xavfli qilmishni ruhiy faoliyati vaqtincha buzilgan holatda sodir etgan ekspertiza qilinuvchiga doir ma'lumotlar alohida ahamiyat kasb etadi. Bunday hollarda gumon qilinuvchi ko'pincha jinoyat sodir etguniga qadar va undan keyin ruhan sog'lom bo'lishi mumkin. Shu bois jinoyat ishida ekspertiza qilinayotgan shaxsning jinoiy qilmish sodir etgan paytidagi xatti-harakatiga oid ma'lumotlar, uni vaqtinchalik hibsdan ushlab turishga uning munosabati, ko'rsatmalarining xususiyati, o'z qilmishiga munosabati, so'roq paytida o'zini tutishi va boshqalar aks ettirilishi lozim. Ushbu ma'lumotlarning hammasi psixiatr ekspertlarning asoslangan xulosa berishlari uchun zarur.

Ekspert tashxis qo'yish, ayniqsa ruhiy faoliyat vaqtincha buzilganida, quyidagilarni: vaziyatning xususiyati, ushbu holat yuzaga kelgan shart-sharoitlarni, kasallik ko'rinishlarini yuzaga chiqish qonuniyatlarini, qilmishning o'ziga xos jihatini, keyingi hatti-harakatining xususiyatlarini, uyqu buzilishi va nafaqat jinoiy qilmishni sodir etish davrida, balki undan keyin ham o'zini noto'g'ri, g'ayritabiiy yoki noodatiy tutishiga olib kelishi mumkin bo'lgan boshqa sabablarni bilishi zarur. Ekspert ruhiy faoliyatning u yoki bu tarzda buzilishiga xos bo'lgan barcha klinik alomatlarini aniqlaydi va tekshiradi; bunda guvohlar, jabrlanuvchilar, ekspertizadan o'tayotgan shaxsning o'zi ham noto'g'ri ko'rsatma berishlari, u yoki bu faktni buzib talqin etishlari mumkinligini nazarda tutishi kerak.



Tergovchi ayblanuvchining ruhiy holati haqida xulosa chiqarish uchun muhim bo'lgan barcha ma'lumotlarni ayblanuvchi va guvohlarni so'roq qilish, ayblanuvchining yaqinlari, tanishlaridan so'rab-surishtirish jarayonida to'plashi lozim.

Ekspertlarning jinoyat ishida bo'lmagan zarur hujjatlarni tibbiy muassasalarning o'zidan olish amaliyoti ekspertiza o'tkazishni tezlashtiradi. Biroq bunday imkoniyatdan faqat tibbiy hujjatlarni olishdagina foydalanish lozim. Ayblanuvchining ruhiy holatiga oid boshqa barcha materiallarni tergovchi dastlabki tergov jarayonida olishi kerak.

### **Sud-psixiatriya ekspertizasining turlari**

Sud-psixiatriya ekspertizasi asosan quyidagi turlarda amalga oshiriladi: ambulatoriya ekspertizasi, statsionar sharoitida, tergovchining xonasida, sud majlisi davomida, sirdan va o'limidan keyin o'tkaziladigan ekspertiza.

*Ambulatoriya ekspertizasi* ekspertizadan o'tkazilayotgan shaxsni psixiatr shifokorlarning komissiyasi tomonidan bir martalik guvohlantirishdir. Ambulatoriya komissiyalari psixiatriya kasalxonalarida va psixonevrologik dispanserlarda faoliyat ko'rsatadi. Ular qoshida doimiy sud-psixiatriya ekspert komissiyalari mavjud. Ekspert komissiyasi uch nafar psixiatr shifokordan (rais va komissiyaning ikki a'zosidan, ulardan biri ma'ruzachi bo'ladi) tashkil topadi. Shifokor avval ekspertiza qilinuvchi shaxsni ko'zdan kechiradi, u bilan batafsil suhbatlashadi, ayni vaqtda uning kasallik tarixini tuzadi, shuningdek ish materiallari bilan tanishadi. So'ngra u ekspertiza qilinuvchi shaxsni komissiyaga taqdim etadi va kasallik tarixi haqida gapirib beradi. Komissiya shaxsni tekshiruvdan o'tkazadi, kasallik tarixi va barcha taqdim etilgan materiallar asosida xulosa chiqaradi.

Ambulatoriya sharoitida o'tkaziladigan sud-psixiatriya ekspertizasi bir qator afzallik va kamchiliklarga ega. Asosiy afzalligi – xulosaning qisqa muddatda, tezlik bilan olinishidir. Kamchiligi ko'p hollarda ruhiy buzilishlarning tabiati (xarakteri) va og'irlik darajasi haqidagi masalani hal qila olmasligidadir. Ambulatoriya ekspertizasi jinoyat va fuqarolik protsessida o'tkaziladigan sud-psixiatriya

tekshiruvining eng ko‘p tarqalgan turi hisoblanadi. Barcha ekspertizalarning deyarli 70 % oxirgi qaror chiqaradigan ambulatoriya sud-psixiatriya ekspertizalari hissasiga to‘g‘ri keladi.

Ambulatoriya sharoitda guvohlantirishni ruhiy jihatdan sog‘lom shaxslarga nisbatan ham (ularning ijtimoiy xavfli qilmish sodir etish paytidagi holatini baholashda, ruhiy sog‘lomligi shubha uyg‘otgan taqdirda) o‘tkazish maqsadga muvofiqdir. Ko‘pincha bunday ekspertizalar alkogoldan mastlik paytida huquqbuzarlik sodir etgan shaxslarga nisbatan o‘tkaziladi. Ambulatoriya ekspertizasi ruhiy kasal ekanligi ko‘rinib turgan shaxslarni guvohlantirishda asosli hisoblanadi. Agar ambulatoriya guvohlantirishi chog‘ida uzil-kesil xulosa berishning imkoni bo‘lmasa, komissiya statsionar sharoitida kuzatish zarurligini aytadi.

*Statsionar sharoitidagi sud-psixiatriya ekspertizasi* psixiatriya institutlari va kasalxonalarida, statsionarlari bo‘lgan psixiatrik klinikalarda o‘tkaziladi. Ba’zi bir psixiatrik kasalxonalarda sud-psixiatriya ekspertizasi uchun maxsus bo‘linmalar ajratilgan. Kuzatish tugaganidan va tekshirilayotgan shaxs statsionarda bo‘lgan vaqtida olingan barcha ma’lumotlar o‘rganilganidan keyin ekspert komissiyasi o‘z xulosasini beradi. Statsionar ekspertizasini o‘tkazuvchi muassasalardagi doimiy ekspert komissiyalari ham uch nafar shifokor (rais, ikki nafar komissiya a‘zosi)dan iborat tarkibda tashkil etiladi. Bunda ulardan biri, ya’ni tekshiruvdan o‘tkazilayotgan shaxsni doimiy kuzatayotgan shifokor ma’ruzachi bo‘ladi. Statsionar sharoitida kuzatish muddati 30 kundan oshmasligi kerak. Bu muddatda shaxsning ruhiy holati haqida uzil-kesil xulosa chiqarishning imkoni bo‘lmasa, ekspert komissiyasi tajriba muddatini uzaytirish zarurligi haqida yozma ravishda asoslantirilgan qaror chiqaradi. Mazkur qarorning nusxasi ekspertiza tayinlagan organga yuboriladi. Statsionar sharoitidagi ekspertiza odatda kasalligini aniqlash va tashxis qo‘yish qiyin bo‘lgan shaxslar uchun, simulyatsiya (mug‘om-birlik) yoki aggravatsiyada shubha bo‘lganida, shuningdek laboratoriya tadqiqotlari o‘tkazish zarur bo‘lganida amalga oshiriladi. Kasalxonaga statsionar ekspertiza o‘tkazish uchun shaxs tergov organlarining qarori mavjud bo‘lganidagina yoki ekspertiza o‘tkazish haqida sud ajrimi bo‘yicha qabul qilinishi mumkin. Agar statsionar

sharoitda ekspertiza o'tkazishga yuborish hujjat bilan rasmiylashtirilmagan yoki noto'g'ri rasmiylashtirilgan bo'lsa va tekshiruvdan o'tkazilayotgan shaxsni zudlik bilan qabul qilish uchun tibbiy ko'rsatma bo'lmasa, kasalxona ma'muriyati uni qabul qilishni rad etishi mumkin.

*Tergovchining xonasida o'tkaziladigan ekspertiza* o'z tabiatiga ko'ra ambulatoriya sharoitidagi ekspertizaga yaqin bo'ladi va odatda tergovchi taklif qiladigan bir nafar psixiatr shifokor tomonidan o'tkaziladi. Bunday guvohlantirish juda kam qo'llaniladi. Ko'pincha psixiatr tergovchiga kasallikka oid maslahat beradi. Ekspertning xulosasi uzil-kesil emas, balki tavsiya xususiyatiga ega. U quyidagi savollarga javob berishi mumkin: sud-psixiatriya ekspertizasi tayinlash uchun asoslar bormi, ekspertga qanday materiallar taqdim etilishi zarur, ekspertiza hal qilinishi uchun qaysi savollarni berish lozim? Agar ishda ekspertiza xulosasi mavjud bo'lsa, tergovchi psixiatrga ekspertlar xulosalarini izohlash va ularni asoslab berishni taklif etishi mumkin.

*Sud majlisi davomida o'tkaziladigan ekspertiza* ishni sudda ko'rib chiqish jarayonida ayblanuvchining ruhiy sog'lomligi haqidagi masala yuzaga kelganida tayinlanadi. Psixiatr-ekspert sud majlisi boshlanguniga qadar ish materiallari bilan tanishadi, ayblanuvchini so'roq qilish vaqtida sud jarayonida hozir bo'ladi, protsess ishtirokchilarining ko'rsatmalarini eshitadi, ekspertiza uchun muhim bo'lgan holatlar xususida ularga savollar beradi. So'ngra sud va protsess ishtirokchilari ekspertga o'zlarini qiziqtirayotgan savollarni beradi. Ekspert imkon qadar uzil-kesil xulosa beradi, aks holda ekspertiza o'tkazilayotgan shaxsni psixiatriya muassasasiga yuborish zarurati yuzaga keladi. Ko'pincha psixiatr-ekspertlar sudga sud-psixiatrik guvohlantirishidan o'tgan va mavjud xulosaga ko'ra tushuntirish zarur bo'lganida chaqirtiriladi. Sud majlisidagi sud-psixiatriya ekspertizasini psixiatr-ekspert bir o'zi yoki bir qancha psixiatr shifokorlardan iborat komissiya o'tkazishi mumkin. Ekspert ish holatlari va tekshirilayotganning shaxsi bilan tanishganidan so'ng yozma xulosa beradi, uni sud majlisida o'qib eshittiradi va xulosa bilan bog'liq savollarga javob beradi. Psixiatr-ekspert sud ruxsati bilan guvohlar, jabrlanuvchilar va ayblanuvchiga savol berishga

haqlidir. Ekspertizadan o'tkaziluvchini guvohlantirish vaqtida sudda tanaffus e'lon qilinadi, ekspertiza sud tarkibi va protsess ishtirokchilarisiz o'tkaziladi.

*Sirtidan(sirtqi)o'tkaziladigan ekspertiza* ekspertizadan o'tkazilayotgan shaxsni shaxsiy guvohlantirishsiz, guvohlik ko'rsatmalari, tibbiy hujjatlar, tavsifnoma va fikrnomalar asosida amalga oshiriladi (ekspertizadan o'tayotgan shaxsning xatlari, kundalıkları, qo'lyozmalari katta ahamiyatga ega), shu bois bu turdagi ekspertizaning imkoniyatlari juda cheklangan. Ish sirtqi ekspertizaga sud-psixiatriya ekspertizasi tayinlash uchun asos bor yoki yo'qligi masalasini hal qilish uchun yuboriladi. Sirtqi ekspertiza quyidagi maqsadlarda tayinlanadi: ayblanuvchida jinoyat sodir etish paytida vaqtinchalik ruhiy buzilish borligini tasdiqlagan yoki rad etgan ekspertiza xulosasining to'g'riligini tekshirish va nazorat qilish; ruhiy kasallikning boshlanishi va qancha vaqt davom etganligini aniqlash; bir qator ilmiy va nazariy masalalarni tushuntirib berishdan iborat. Sirtqi ekspertizani sinchiklab to'plangan, batafsil, jumladan tibbiy hujjatlarsiz o'tkazib bo'lmaydi.

Sirtqi ekspertizada ruhiy sog'lom shaxsning muayyan paytdagi holatini aniqlash taklif etiladi. Agar sirtqi ekspertiza o'tkazish zarurati yuzaga kelsa, tergovchi tergov harakatlarini o'tkazayotganida shaxsning hatti-harakatini ifodalovchi materiallarni xronologik ketma-ketlikda to'plashga alohida e'tibor berishi lozim. Shaxsning bevosita jinoyat sodir etishdan oldingi, uni sodir etish paytidagi va shundan keyingi holatiga doir ma'lumotlar ayniqsa katta ahamiyatga ega. Huquqbuzarlik fakti bo'yicha guvohlar bilan bir qatorda uning qarindoshlari, xizmatdoshlari, qo'shnilari va boshqa shaxslardan ham so'rab surishtirish zarur.

*O'limdan keyingi ekspertiza* ham faqat ish materiallari bo'yicha o'tkaziladi va juda qiyin ekspertiza hisoblanadi, chunki ekspertizadan o'tkazilayotgan shaxsning sud tergov organlarini qiziqtirayotgan paytdagi ruhiy holatini ifodalovchi hujjatlar ko'pincha bo'lmaydi. O'limdan keyingi ekspertiza quyidagi hollarda tayinlanadi: jinoyat sodir etgan va sud boshlangunicha vafot etgan shaxslarga nisbatan, hukm qilingan va vafot etgan, ruhiy holati sudda shubha uyg'otgan shaxs haqidagi hukmni qayta ko'rib chiqish chog'ida, shuningdek

o'zini o'ldirgan shaxslar xususida (o'zini o'ldirish sabablari noma'lum bo'lganida va bu ruhiy kasallik oqibati bo'lgan deb taxmin qilinganida). O'limdan keyingi ekspertiza ko'p hollarda o'limdan oldingi vasiyat va hadya dalolatnomasi bo'yicha bahslar bilan bog'liq fuqarolik ishlari bo'yicha o'tkaziladi.

Shaxs o'zini o'ldirganida o'limdan keyingi ekspertizani o'tkazish chog'ida tergov va surishtiruv organlari vafot etgan shaxs, uning sog'lig'i, oilaviy o'zaro munosabatlari, o'limdan oldingi xatlarining mazmuni haqida to'liq ma'lumot berishlari kerak, zero har qanday o'zini o'ldirish ham ruhiy kasallik oqibati bo'lavermaydi. Ma'lumki, o'zini o'ldirishni nafaqat ruhiy kasallar, balki ruhiy jihatdan sog'lom odamlar ham ruhiy affekt holatida sodir etishlari mumkin.

## JINOYAT PROTSESSIDA SUD-PSIXIATRIYA EKSPERTIZASI

### **Aqli rasolik va norasolik tushunchalari**

Tergov va jinoyat ishlarini sudda ko'rib chiqish jarayonida ko'pincha psixiatr-ekspertlar ayblanuvchining aqli rasoligi xususida o'z fikrlarini bildirishlariga to'g'ri keladi. Qonunda jinoiy javobgarlikka aqli raso holatda bo'lgan, ya'ni jinoyat sodir etish vaqtida o'z harakatlarini anglagan va ularni boshqara olgan shaxslargina tortilishi nazarda tutilgan. Shunday qilib, aqli rasolik ijtimoiy xavfli qilmish sodir etish chog'ida aybdorlikning majburiy sharti hisoblanadi. Muayyan ruhiy qobiliyatlarga ega bo'lgan va qonunda belgilangan yoshga to'lgan shaxsgina aqli raso deb topiladi.

Insonning ixtiyoriy hatti-harakatlari umuman ong orqali tartibga solinadi va nazorat qilinadi. Shaxsning xatti-harakatlari ongli xususiyatga ega bo'lganidagina javobgarlik kelib chiqadi. Ruhiy salomatlik holatidagi shaxs uning harakatlari yuz bergan holatlarni baholashi, o'ziga qo'yiladigan talablarni tushunishi hamda jinoyatni sodir etish yoki sodir etmaslikni tanlashi mumkin va kerakdir. Shaxs uning ruhiy holati bunday tanlashga to'sqinlik qilmagan taqdirda aqli raso hisoblanadi.

Shunday qilib, ijtimoiy xavfli qilmishni sodir etgan ruhiy jihatdan sog'lom inson javobgarlikka tortilishi lozim, chunki u o'zi sodir



etgan harakatning ijtimoiy xavfini anglashga va o'z xatti-harakatini qonun unga qo'ygan talablardan kelib chiqib anglashga qodir. O'z harakatlarini boshqara olish, nazorat qila olish va ularni sodir etganini tushunish qobiliyatining yo'qotilishi ko'p hollarda ruhiy kasallik natijasida bo'ladi.

Aksariyat hollarda aqli rasolikni istisno etuvchi ruhiy kasalliklarga ayrim rivojlanib boruvchi surunkali kasalliklar ham, jinoyat sodir etish paytida kuzatilgan ba'zi bir «vaqtinchalik ruhiy faoliyat buzilishlari» yoki boshqa kasallik holatlari ham kiradi.

Aqli norasolik kasallik holatining kechish davomiyligi bo'yicha aniqlanmaydi, balki ko'rib chiqilayotgan vaqtda ruhiy buzilishning ko'rinishi bo'yicha belgilanadi.

Aqli norasolik ham, aqli rasolik ham yuridik tushunchalar bo'lib, ayblanuvchini aqli raso yoki noraso deb topish masalasi sud organlarining vakolatiga kiradi. Psixiatriya ekspertizasi aqli rasolik masalasini hal qilmaydi, balki o'z xulosasini beradi, xolos. Xulosani esa sud baholaydi. Agar sud-psixiatriya ekspertizasining xulosasiga qo'shilsa, ekspert emas, balki faqat sudgina ayblanuvchini aqli raso yoki noraso deb topadi.

Ba'zi yuristlar va psixiatrlar psixiatr-ekspert o'z vazifasini aniqlangan kasallikka tashxis qo'yib, ruhiy kasallik bor-yo'qligi haqida xulosa berish bilan cheklashi kerakligini aytadilar. Ta'kidlash lozimki, faqat aniqlangan kasallik tashxisi asosida tergovchi, prokuror yoki sud har doim ham tekshiriluvchining aqli rasoligi haqida to'g'ri xulosa chiqara olmaydilar. Ushbu masalani hal qilish uchun ayblanuvchi jinoyat sodir etayotgan vaqtda o'z harakatlarini boshqarishi va uning oqibatlarini tushunishi mumkin yoki mumkin bo'lmaganligini bilish zarur. Masalan, gap ruhiy kasal yoki aqli zaif shaxslar haqida borayotgan bo'lsa, ularning holatiga xos xususiyatlar kasallikning darajasi va chuqurligiga bog'liq bo'ladi. Buni esa faqat psixiatr-ekspert aniqlashi mumkin. Psixiatrning ayblanuvchi o'z harakatlarini boshqarishi va uning oqibatlarini tushunishi mumkin yoki mumkin emasligi haqidagi xulosalari shaxsning aqli raso yoki norasoligi haqida xulosa chiqarishga imkon beradi. Ekspert faqat o'zining (klinik tekshiruvlar ma'lumotlariga asoslangan) fikrini bildirishi va sud ekspertiza o'tkazilayotgan shaxsning ruhiy holatidan

dalolat beruvchi dalillardan biri sifatida baholashi lozim bo'lgan xulosani berishi sababli ham ekspertning aqli rasolik yoki norasolik masalasidagi xulosasi sudning vazifalariga aralashish sifatida baholanmasligi lozim. Sud ushbu xulosaga qo'shilishi ham, uni rad etishi ham mumkin. Ba'zi murakkab tergovlar va sud jarayonlarini o'tkazish amaliyoti aqli norasolikning yuridik talqini va ruhiy holatni baholashning tibbiy prinsiplarini kelishib olish zarur va foydali ekanligini ko'rsatmoqda.

### **Aqli norasolik mezonlari**

Aqli norasolikning yuridik va tibbiy mezonlari ajratiladi.

Sud asoslanadigan va psixiatr-ekspertlar asoslanib xulosa berishi kerak bo'lgan aqli norasolik shartlari qonunda belgilangan va O'zbekiston Respublikasi JKning 18-moddasida keltirilgan:

«Jinoyat sodir etish vaqtida o'z qilmishining ijtimoiy xavfli xususiyatini anglagan va o'z harakatlarini boshqara olgan shaxs aqli raso deb topiladi.

Ijtimoiy xavfli qilmishni sodir etish vaqtida aqli noraso holatda bo'lgan, ya'ni surunkali ruhiy kasalligi, ruhiy holati vaqtincha buzilganligi, aqli zaifligi yoki boshqa tarzdagi ruhiy kasalligi sababli o'z harakatlarining ahamiyatini anglay olmagan yoki harakatlarini boshqara olmagan shaxs javobgarlikka tortilmaydi.

Ijtimoiy xavfli qilmishni sodir etgan va sud tomonidan aqli noraso deb topilgan shaxsga nisbatan tibbiy yo'sindagi majburlov choralari qo'llanilishi mumkin».

Aqli norasolik formulasi shu bilan belgilanadiki, ruhiy kasalliklarga ruhiy faoliyat buzilishlarining har xil og'irligi (chuqurligi) xosdir. Bu aqli rasolikning ikkala – tibbiy va yuridik – mezonlarini birlashtirish zarurligiga olib keladi.

Tibbiy mezon ruhiy kasalliklar shakllarining umumlashgan ro'yxati bo'lib, u ruhiy faoliyat buzilishining barcha hollarini qamrab oladigan to'rt guruhdan tashkil topadi:

- 1) surunkali ruhiy kasallik;
- 2) ruhiy holatning vaqtincha buzilishi;
- 3) aqli zaiflik;
- 4) boshqa ruhiy buzilishlar.



Surunkali ruhiy kasalliklar rivojlanib borishga, ya'ni kasallik belgilarining asta-sekin yoki tezroq sur'atlarda o'sib borishiga moyil bo'lgan davomli ruhiy kasalliklarni birlashtiradi. Xurujga o'xshash kechishi mumkin bo'lgan, kasallik jarayonining rivojlanishi to'xtagan hollarda esa o'zidan barqaror ruhiy nuqsonlar qoldira oladigan kasalliklar ham shu guruhga mansubdir. Tibbiy mezonning ushbu belgisi bilan birlashtiriladigan kasalliklarga shizofreniya, miya zaximi, tutqanoq, rivojlanib boruvchi falajlik kabilar kiradi.

*Ruhiy holatning vaqtincha buzilishi* muayyan vaqt davom etadigan va to'liq sog'ayish bilan tugaydigan ruhiy kasalliklardir. Bularga reaktiv psixozlar, alkogolli psixozlar va favqulodda (kam uchraydigan) holatlar (patologik mastlik, patologik affekt, patologik uyqu holatlari va boshqalar) kiradi.

Aqli norasolikning tibbiy mezonlariga *aqli zaiflik* holati ham kiritiladi. Bu holatlar oligofreniya (tug'ma) yoki demensiya (orttirilgan), ya'ni rivojlanib boruvchi u yoki bu ruhiy kasallik oqibatida shakllanib boradigan aqli ojizlik asosida yotadi.

*Boshqa ruhiy buzilishlarga* psixopatiyalar va infantilizm, ya'ni ruhiy g'o'rlik kiradi.

Yuqorida ta'kidlanganidek, aqli rasolik yoki norasolik masalasini hal qilish uchun tibbiy mezonning o'zi yetarli emas. Tibbiy mezon kasallikni aniqlash va tanib olish, ya'ni tashxis qo'yish zarurligini ko'rsatadi. Biroq kasallik tashxisining o'zi ko'pincha aqli rasolik masalasini uzil-kesil aniqlab bermaydi, chunki ayrim kasalliklarda ruhiy buzilishning ko'rinishlari keng doirada – yengil ruhiy o'zgarishlardan og'ir ruhiy nogironlik holatigacha – farqlanishi mumkin.

Shu bois kasallikka tashxis qo'yilganidan keyin aqli rasolik masalasini hal qilishga bevosita xizmat qiladigan asosiy mezonni yuridik mezon tashkil qiladi. Yuridik mezon kasallik holatining aqli rasolikni butunlay istisno etuvchi darajasini psixologik tushunchalar nuqtai nazaridan ifodalaydi. U «o'z harakatlarini tushunmaslik yoki ularni boshqara olmaslik» iborasi bilan ifodalanadi.

Aqli norasolikning yuridik mezonini ifodalashda uning ikki asosiy belgisini ajratish lozim:

- *aqliy* – o'z harakatlarini tushunmaslik;
- *irodaviy* – o'z harakatlarini boshqara olmaslik.

Yuridik mezonning aqliy va irodaviy belgilarini ajratish, ruhiy kasalliklar haqidagi hozirgi tasavvurlar nuqtai nazaridan qaraganda, ko'p jihatdan shartli, ammo sud ishlarini ko'rib chiqishda yetarlicha samaralidir.

Shunday qilib, ikkala tibbiy va yuridik mezon belgilari mavjud bo'lganidagina aqli norasolik haqida so'z yuritish mumkin. Bunda aqli norasolikni tan olish uchun tibbiy mezonning to'rtta belgisidan biri yuridik mezon bilan qo'shilishining o'zi yetarli.

Ayblanuvchi faqat o'zi sodir etgan qilmishga nisbatangina aqli noraso deb topilishi mumkin.

Surunkali ruhiy kasallikning og'ir shakliga chalingan bemor ijtimoiy xavfli qilmishni sodir etayotganligini tasavvur qilaylik. Tabiiyki, ekspertiza o'tkazish davrida unda kasallikning barcha alomatlari aniqlanadi va u ruhiy kasal deb topiladi. Bu shaxs ijtimoiy xavfli qilmishni kasalligi davrida sodir etgan sababli, aqli noraso deb topiladi. Ammo juda kam hollarda tutqanog'i tutadigan va deyarli ruhiy kasal deb hisoblanmaydigan, ilgari psixozlari kuzatilmagan odam ongi vaqtincha buzilgan holatda ijtimoiy xavfli harakat sodir etishi ham mumkin. Ekspertiza chog'ida bu shaxsning ruhiy sohasida katta buzilishlar aniqlanmaydi. Shunga qaramay, sud uni aqli noraso deb topadi, chunki qilmish ruhiy faoliyati vaqtincha buzilgan, o'z harakatlarini to'g'ri boshqarish va tushunish qobiliyati yo'qotilgan davrda sodir etilgan bo'ladi. Holbuki, xavfli qilmishni sodir etguniga qadar ham, ekspertiza davrida ham mazkur bemorda kasallikning keskin ko'rinishlari bo'lmagan.

Ruhiy kasallik jinoyat sodir etilganidan keyin kelib chiqqan hollarda aqli norasolik haqida gapirish o'rinli emas. Masalan, ayblanuvchi hibsga olinganidan keyin bir oy o'tgach ruhiy buzilish belgilarini namoyon etgan, gapirmay qo'ygan, ovqatdan voz kechgan, uxlamagan, kiyimlarini yechib tashlagan, holbuki, qamalguniga qadar ham, undan keyin ham kasallik belgilarini ko'rsatmagan. Ekspertlar jinoyat ishi materiallarini o'rganib va uni guvohlantirib, ayblanuvchini jinoyat sodir etish paytida aqli raso deb topish kerak, degan xulosa chiqarishlari mumkin, vaholanki ekspertiza o'tkazish paytida ayblanuvchi kasallik holatida bo'lgan, hozirgi holati esa jinoyat sodir etganidan keyin kelib chiqqan va ushbu holatdan chiqquniga qadar

ayblanuvchiga ruhiy kasallar shifoxonasida davolanish buyuriladi. Ayblanuvchi sog'ayib ketganidan keyin sudga borishi va ilgari sodir etgan jinoyati uchun jazolanishi mumkin.

Aqli rasolik va norasolik tushunchalari jinoiy jazolanadigan aniq qilmish bilan chambarchas bog'liqdir. Agar jinoyat aqli norasolik holatida sodir etilgan bo'lsa, jamiyat va davlatning sodir etilgan jinoiy qilmishga munosabati, shuningdek shaxsning huquqiy kafolatlari nuqtai nazaridan ushbu holni jinoyat aqli rasolik holatida sodir etilgan, ammo jinoyatchi ruhiy kasallikka keyinroq chalingan boshqa o'xshash holatdan farqlash lozim. Birinchi holda ruhiy bemorning xavfli harakati, ikkinchisida esa jinoyat mavjud bo'lgan. Garchi ikkala holatda ham shaxslar jazolanmasalar-da, o'z motivlariga ko'ra farq qiladigan ushbu ikki jinoyatni, ekspertizadan o'tkaziluvchi shaxslar jinoyat sodir etish paytida har xil ruhiy holatda bo'lgani sababli, ayni bir termin – «aqli norasolik» tushunchasi bilan ifodalash mumkin emas.

### **Mahkumlarni ekspertizadan o'tkazish**

Shaxs ozodlikdan mahrum qilishga hukm qilingan va jazoni o'tash vaqtida ruhiy yoki boshqa og'ir kasallikka chalingan taqdirda sud ozodlikdan mahrum qilish joylari ma'muriyati yoki prokurorning taqdimnomasi bo'yicha kamida uch nafar shifokordan iborat shifokorlar hay'atining xulosasi asosida mahkumni tegishli rejimga ega bo'lgan maxsus psixiatriya yoki boshqa somatik kasalxonaga joylashtirish va hatto ozodlikdan mahrum qilish muassasalarida bundan keyin jazo o'tashdan ozod qilish haqida ajrim chiqarishga haqlidir.

Agar axloq tuzatish ishlariga hukm qilingan shaxs surunkali ruhiy yoki boshqa og'ir kasallikka chalingan bo'lsa, sud barcha hollarda sud va axloq tuzatish xususiyatiga ega bo'lgan choralarni tibbiy yo'sindagi ijtimoiy himoya choralari bilan almashtirish haqida ajrim chiqaradi.

Sud qarori chiqarilishi uchun asos bo'lib joylardagi shifokorlar hay'atining mahkumda ruhiy kasalliklar mavjudligi haqidagi xulosasi hisoblanadi. Bunday shifokorlar hay'atlarining mahkumlarni tek-

shiruvdan o'tkazishni sud-psixiatriya ekspertizasi sifatida baholanishi mumkin emas. Jazoni ijro etish muassasalarining shifokorlari o'z ma'muriyatining topshirig'i bo'yicha harakat qiladilar va shu bois ekspertlar huquqlariga ega emasdirlar. Ular faqat mahkumlarni tekshiruvdan o'tkazadilar va o'tkazilgan tibbiy tekshiruv natijalari bo'yicha xulosa beradilar.

Agar sud ular xulosalarining to'g'ri va asosli ekanligiga shubha qilsa, o'z ajrimi bilan psixiatr mutaxassislardan iborat tarkibda sud-psixiatriya ekspertizasi tayinlaydi.

Psixiatriya ekspertizasi oldida turgan mahkumlarga nisbatan vazifalar quyidagi savollarga javob berishdan iboratdir:

– ushbu shaxsda ruhiy kasallik mavjudmi? Uning tashxisi, ruhiy buzilishlarning chuqurligi va barqarorligi qanday?

– ushbu mahkum jazoni ijro etish muassasasida bo'lishi mumkinmi?

– u jazoni ijro etish muassasasining psixiatriya kasalxonasida davolanishi kerakmi yoki ruhiy kasalligining chuqurligi va og'irligi sababli majburiy davolashni to'xtatish mumkinmi?

– majburiy davolash to'xtatilganida bundan keyin qanday tibbiy tadbirlar o'tkazilishiga muhtoj (umumiy kasalxonaga yuborish, shifokor kuzatuvda qarindoshlariga vasiylikka berish)?

Odatda chuqur surunkali ruhiy kasallikni yoki uning noxush oqibatlarni namoyon etgan shaxslarni majburiy davolash to'xtatiladi, chunki jazoni bunda qo'llash maqsadga muvofiq bo'lmaydi.

Kelajakda tuzalishi kutilayotgan, vaqtinchalik xususiyatga ega bo'lgan va tez o'tib ketayotgan ruhiy kasalliklarga boshqacha qarash lozim. Bunday kasalliklari borligi aniqlangan mahkumlar qilmishlari uchun jazoni davolanib bo'lganlaridan so'ng o'taydilar.

Mahkumning aqli rasoligiga oid masalada psixiatr ekspert xulosasiga bo'lgan zarurat ozodlikdan mahrum qilish joylarida sodir etilgan yangi jinoyatlar munosabati bilan yangi sud ishlari bo'yicha yuzaga kelishi mumkin. Bu masala odatdagi umumiy belgilangan asoslar orqali hal qilinadi.

## **Guvohlar va jabrlanuvchilarni sud-psixiatriya ekspertizasidan o'tkazish**

Guvoh sifatida ish uchun ahamiyatli bo'lgan holatlarni to'g'ri idrok eta oladigan va ular haqida to'g'ri ko'rsatma bera oladigan shaxsgina so'roq qilinishi mumkin. Agar guvoh yoki jabrlanuvchida bunday qobiliyat borligiga shubha qilinsa, ekspertiza o'tkazilishi shart.

To'la qonli guvoh o'zi kuzatayotgan hodisalarni to'g'ri va aniq idrok etish, xotirasida saqlash, ular haqida to'g'ri ko'rsatmalar berish qobiliyatiga ega bo'lishi kerak. Psixiatriya ekspertizasining obyektini guvohlik ko'rsatmalari va ularning ishonchliligi emas, balki ruhiy sog'lom shaxs sifatida guvoh (yoki jabrlanuvchi)ning o'zi hamda uning to'g'ri, buzilmagan ko'rsatmalar berish qobiliyati tashkil etishi kerak. Guvohlik ko'rsatmalari, garchi psixiatriya ekspertizasining bevosita objekti bo'lmasa-da, ammo psixiatr-ekspert uchun ular ko'pincha guvohning psixopatologik holatini ifodalovchi qimmatli material bo'lib xizmat qiladi. Ariza va ko'rsatmalarning bema'ni xususiyati, ularning obyektiv ma'lumotlarga mos kelmasligi guvoh yoki arizachining ruhiy jihatdan sog'lomligiga shubha uyg'otishi mumkin. Bunday arizalar va guvohlik ko'rsatmalari ba'zan o'ziga yoki boshqa birovga qarshi guvohlik xususiyatiga ega bo'lishi mumkin.

O'ziga qarshi guvohlik berish ruhan sog'lom shaxslarda ham, ruhiy kasallarda ham kuzatiladi. Ruhan sog'lom shaxslarda bu maqsadli xususiyatga ega bo'ladi va real motivlardan kelib chiqadi. Ruhiy kasallarda esa o'ziga qarshi guvohlik berish asosida nosog'lom mayllar yotadi. Ruhiy bemorlar ba'zan boshqa shaxslar sodir etgan jinoyatlarni o'zlariga oladilar yoki o'zlarini umuman mavjud bo'lmagan va bema'ni g'oyalar, depressiya holatida o'zini ayblash uydirmasi, kasal xayolparastlikning oqibati bo'lgan jinoyatlarda ayblaydilar. Ba'zi bir ruhan noraso shaxslarda birovning aybini o'ziga olish, e'tiborini tortish yoki atrofdagilar nazarida o'zini ulug'lashga intilishi natijasi bo'lishi mumkin. Ba'zan o'zini ayblash haddan tashqari ishonuvchanlik yoki noto'g'ri o'tkazilgan so'roq natijasi bo'ladi.



## Savol va topshiriqlar

1. «Aqlirasolik» va «aqlinorasolik» tushunchalarini to‘g‘ri talqin etishning ahamiyati nimada?
2. Shaxsning aqlinorasoligini belgilovchi shart-sharoitlarni aytib bering.
3. Sud-psixiatriya eksperti bergan aqlirasolik yoki aqlinorasolik xulosasi sud tomonidan qanday baholanadi?
3. Aqlinorasolikning tibbiy va huquqiy mezonlari nimalardan iborat?
4. Surunkali ruhiy kasalliklar, ruhiyatning vaqtinchalik buzilishlari, aqlizaiflik va boshqa ruhiy holatlarning alomatlarini sanab bering.
5. Aqlinorasolikning huquqiy mezoni belgilari – intellektual va irodaviy belgilarga tavsif bering.
6. Mahkumlar, guvohlar va jabrlanganlarni guvohlantirishda ekspertiza qaysi masalalarni hal qilishi lozim?
7. Alkogolizm bilan kasallangan shaxslarga majburiy yo‘sindagi tibbiy choralarni qanday qo‘llanadi?
8. Giyohvandlik (narkomaniya) va zaharvandlik (toksikomaniya) bilan kasallangan shaxslarga majburiy yo‘sindagi tibbiy choralarni qo‘llashga asos bo‘ladigan normativ hujjatlarini sanab bering.

## FUQAROLIK PROTSESSIDA SUD-PSIXIATRIYA EKSPERTIZASI

### Huquqiy layoqat, muomala layoqati va muomalaga layoqatsizlik

Aholiga psixiatriya yordamini tashkil qilishning mavjud tizimi tufayli O‘zbekiston Respublikasida har bir ruhiy bemor mintaqaviy psixiatriya muassasasining doimiy kuzatuvda bo‘ladi. Psixiatriya muassasasi ruhiy bemorni davolash bilan bir qatorda, uning fuqarolik huquqlarini faol himoya qiladi, unga maishiy masalalarni hal etishda ko‘maklashadi, tegishli tashkilotlarga vasiylik ta‘sis etish zarurligi haqida xabar beradi, manfaatdor muassasalarning talabi bilan sog‘lig‘ining holati bo‘yicha zarur xulosalar beradi va h.k.

Sog‘liqni saqlash organlarining ruhiy bemorlar fuqarolik huquqlarining rejali muhofaza qilinishini ta‘minlashi fuqarolik ishlari bo‘yicha sud-psixiatriya ekspertizasi o‘tkazish hollarini kamaytirishga yordam beradi, chunki sudning fuqarolik nizosini hal qilish chog‘ida da‘vogar yoki vasiyi bo‘lmagan javobgarning ruhiy

sogʻligʻi xususida shubhasi mavjudligi sababli unga ehtiyoj yuzaga keladi. Ushbu holda sud-psixiatriya ekspertizasi oʻtkazish uchun ishni toʻxtatadi. Ekspertlar sud qaroriga muvofiq psixiatriya muassasasi-ning rahbari tomonidan tayinlanadilar.

Oxir-oqibatda fuqarolik jarayonida sud-psixiatriya ekspertizasini tayinlashdan fuqarolarning davlat tomonidan kafolatlangan huquqlari va qonuniy manfaatlarini himoya qilish maqsadi koʻzlanadi.

Oʻzbekiston Respublikasining Konstitutsiyasiga muvofiq, respublikamizning barcha fuqarolari teng huquqli va huquqiy layoqatga egadirlar. Biroq bu barcha fuqarolar oʻz huquqlaridan teng darajada foydalana olishlari va oʻz majburiyatlarini bajara olishlarini bildirmaydi. Shu sababli oʻzaro jiddiy farq qiladigan «huquqiy layoqat» va «muomala layoqati» tushunchalari mavjud.

Fuqaroning huquqiy layoqati u tugʻilganida yuzaga keladi va vafot etishi bilan tugaydi.

Fuqaro oʻzining buzilgan yoki talashilayotgan shaxsiy va mulkiy huquqlarini himoya qilishga kirisha olishi uchun fuqarolik muomala layoqatiga, yaʼni oʻz harakatlari bilan fuqarolik huquqlarini olish va oʻz fuqarolik burchlarini bajarish qobiliyatiga ega boʻlishi kerak.

Shaxs yuridik ahamiyatli harakatlar qilish va noqonuniy qilmishlari uchun javob berish (javobgarlikka tortilish) qobiliyatiga ega boʻlishi uchun oʻz harakatlarini tushunishi va boshqara olishi kerak. Shu sababli shaxsda muomala layoqatining boʻlishi uning voyaga yetganligi va ruhiy holatiga bogʻliq. Fuqaroning oʻz harakatlari bilan fuqarolik huquqlarini olish va oʻzi uchun fuqarolik majburiyatlarini yaratish qobiliyati (fuqarolik muomala layoqati) voyaga yetganida, yaʼni 18 yoshga toʻlganida toʻla hajmda yuzaga keladi. Qonun 18 yoshga toʻlgunicha nikohga kirish huquqini bergan taqdirda, bu yoshga toʻlmagan fuqaro toʻla hajmdagi muomala layoqatiga nikohga kirgan paytidan boshlab ega boʻladi.

Shunday qilib, oʻz harakatlari bilan fuqarolik huquqlarini olish va burchlarni bajarish qobiliyatiga ega boʻlgan fuqarolar muomala layoqatiga ega fuqarolar hisoblanadi, binobarin, ularning oʻzlari, birovlarining yordamisiz oʻz huquq va manfaatlarini himoya qilishga qodirdirlar.



Fuqarolar u yoki bu sababga ko'ra (voyaga yetmaganlik, kasallik, qarilik tufayli) mustaqil ravishda o'z huquqlarini himoya qilish va burchlarini bajarishga qodir bo'lmagan hollarda ularga nisbatan vasiylik yoki homiylik belgilanadi, ana o'shanda bu fuqarolarning manfaatlarini vasiylar va homiylar himoya qiladilar.

Vasiylik va homiylikni aynan bir deb hisoblamaslik lozim. Homiy go'yoki og'ir kasalligi (infarkt, falaj) tufayli faol harakat qilishga va o'z manfaatlarini himoya qilishga qodir bo'lmagan bemor fikrlari va istaklarini amalga oshiruvchi, uning irodasini bajaruvchi hisoblanadi. Vasiy esa, aksincha, o'z homiyligidagi shaxsning vakili va uning o'rniga qaror qabul qilish vakolatiga ega.

Vasiylik 14 yoshga to'lmagan yoshlar va sud qonunda belgilangan tartibda muomala layoqatiga ega emas deb topgan shaxslarga belgilanadi. Bu shaxslar yoshi yoki sog'lig'i tufayli yetuk va normal psixikaga ega emaslar, shu bois o'z huquqlarini himoya qilish va o'z burchlarini anglashga qodir bo'lmaydilar. Ularning shaxsiy va mulkiy manfaatlarini himoya qilish uchun vasiy belgilanadi.

Homiylik 14 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan voyaga yetmaganlarga belgilanadi. Bu yoshdagi voyaga yetmaganlar nisbiy yoki cheklangan muomala layoqatiga ega bo'ladilar. Bu ular ba'zi huquq va majburiyatlarini mustaqil amalga oshirishga haqli ekanliklarini bildiradi. Masalan, agar 16 yoshli o'smir ishlayotgan bo'lsa, u o'z ish haqi doirasida oldi-sotdi, hadya qilish kabi bitimlar tuzishi mumkin. Yetkazilgan zarar uchun 14–18 yoshdagi voyaga yetmaganlar mustaqil javobgarlikka tortiladilar, holbuki qonunda belgilangan alohida hollarda bu javobgarlikka ularning qonuniy vakillari ham tortilishlari mumkin.

Homiylik sog'liqning holatiga ko'ra o'zgalar yordamisiz kun kechira olmaydigan va shu bois o'z huquqlarini mustaqil himoya qilish va fuqarolik burchlarini bajarishga qodir bo'lmagan voyaga yetgan shaxslarga ham belgilanishi ham mumkin. Ushbu hollarda faqat mazkur shaxslarning iltimosiga ko'ra homiylik belgilanadi.

Shunday qilib, muomala layoqatiga ega bo'lmagan insonning shaxsini, huquqlari va qonuniy manfaatlarini himoya qilish uchun – vasiylik, muomala layoqati cheklangan shaxsga o'z huquq va

majburiyatlarini amalga oshirishlarida ko‘maklashish uchun esa homiylik belgilanadi.

### **Muomalaga layoqatsizlik mezonlari**

Ruhiy kasalligi yoki aqli ojizligi oqibatida o‘z harakatlarining ahamiyatini tushunishga yoki ularni boshqarishga qodir bo‘lmagan shaxsni sud muomala layoqatiga ega emas deb topishi mumkin. Shu sababli unga vasiylik belgilanadi. Muomala layoqatiga ega bo‘lmagan ruhiy bemor yoki aqli ojiz shaxs nomidan uning vasiyi bitim tuzadi. Ruhiiy kasalligi oqibatida muomala layoqatiga ega emas deb topilgan shaxs tuzalgan taqdirda, sud uni muomala layoqatiga ega deb topadi va unga nisbatan belgilangan vasiylikni bekor qiladi.

Muomala layoqatiga ega bo‘lmaslik, xuddi aqli norasolik kabi, faqat tibbiy va yuridik mezonlar mavjud bo‘lganida aniqlanadi. Jinoyat protsessida yuridik mezon tibbiy mezonni to‘ldirgani va tartibga solgani kabi, fuqarolik protsessida ruhiy kasallik yoki aqli zaiflikning mavjudligi o‘z-o‘zicha muomala layoqatiga ega bo‘lmaganlik haqida so‘z yuritish uchun asos bermaydi. Ruhiiy kasallik yoki aqli zaiflik oqibatida o‘z ishlarini aql bilan olib borishga qodir bo‘lmagan shaxslargina muomala layoqatiga ega emas deb topiladi. Muomala layoqatiga ega bo‘lish, V.P. Serbskiyning iborasi bilan aytganda, ma‘lum ruhiy holatni aks ettirish uchun ishlab chiqilgan yuridik iboradan boshqa narsa emas. O‘zi sodir etayotgan qilmishning ahamiyatini tushunmaydigan shaxsgina muomala layoqatiga ega bo‘lmasligi mumkin. O‘z harakatlarini tushunadigan va boshqara oladigan shaxs, hatto og‘ir va davolab bo‘lmas ruhiy kasallikka chalingan taqdirda ham muomala layoqatiga ega bo‘ladi.

Inson o‘zining ruhiy holatiga ko‘ra atrofidagi va o‘zi tushib qolgan turmushdagi vaziyatni to‘g‘ri tushuna olmagan, bunda to‘g‘ri qarorlar qabul qilish hamda ushbu aniq vaziyat uchun oqilona va adekvat harakatlar qilishga qodir bo‘lmagan taqdirdagina muomala layoqatiga ega emaslik haqida so‘z yuritish mumkin.

Aqli norasolik va muomala layoqatiga ega bo‘lmaslik ko‘p hollarda birga kelishi mumkin. Biroq bu tushunchalar o‘rtasida katta farq ham mavjud. Aqli norasolik muayyan, aniq, ijtimoiy xavfli qilmishga taalluqli va huquqbuzarlik sodir etish vaqtidagi ruhiy holat

bilan bog‘liq bo‘lsa, muomala layoqatiga ega bo‘lmaslik haqidagi masala alohida sodir etilgan yuridik harakat, masalan, vasiyatnomani imzolashga ham, shaxsning o‘z ishlarini kelajakda ko‘p yoki kam davom etuvchi vaqt mobaynida aql bilan olib bora olishiga ham taalluqli bo‘lishi mumkin.

Ekspertiza vaqtida bemor qachondan boshlab muomala layoqatiga ega bo‘lmay qolganini aniqlash muhim. Agar, masalan, muomala layoqatiga ega bo‘lmaslik qandaydir hujjatni imzolagandan keyin boshlangan bo‘lsa, bunday hujjat yuridik kuchini yo‘qotmaydi. Bitim tuzgan shaxs o‘z harakatlarining ma‘nosini tushuna olmaydigan holatda tuzilganligi aniqlanganida esa, bunday bitim haqiqiy emas deb topilishi mumkin.

Muomala layoqati subyektning muayyan ruhiy holatiga asoslangan yuridik tushuncha hisoblanadi. Fuqaroni ruhiy kasallik yoki aqli ojizlik oqibatida muomala layoqatiga ega emas deb topish faqat sudning vakolatiga kiradi. Ruhiy kasallik yoki aqli zaiflikdan dalolat beruvchi yetarli ma‘lumotlar mavjud bo‘lganida bu masalani hal qilishdan oldin sud ishni ko‘rib chiqish uchun tayyorlash tartibida, shaxsning ruhiy holatini aniqlash uchun sud-psixiatriya ekspertizasi tayinlaydi. Agar shaxs muomala layoqatiga ega emas deb topilsa, unga vasiylik tayinlash masalasi yuzaga keladi. Vasiy o‘z vasiyligidagi shaxsning sog‘lig‘i haqida g‘amxo‘rlik qilishi va uni davolash uchun barcha zarur choralarni ko‘rishi, psixonevrologik dispenserlarga bemorning ahvoli yomonlashgani haqida xabar berishi lozim.

Odatda, vasiylik bemorning yashash joyida yoki mulki mavjud bo‘lgan joyda belgilanadi. Vasiy va vasiylikdagi shaxs turli shaharlarda yashashlariga yo‘l qo‘yib bo‘lmaydi. Vasiylik sud ruhiy bemorni muomala layoqatiga ega emas deb topish haqida qaror chiqarganidan keyin belgilanadi. Bunday qaror qabul qilingunicha, vasiylik organi vasiylikni ta‘sis etishga vakolatli bo‘lmaydilar, buning ustiga, muomala layoqatiga ega emas deb topilgan shaxsning o‘zi bunday qarorni qayta ko‘rib chiqishni talab qila olmaydi.

Vasiylik va homiylik funksiyalarini amalga oshirish voyaga yetmagan shaxslarga nisbatan – xalq ta‘limi bo‘limlariga; sud muomala layoqatiga ega emas yoki muomala layoqati cheklangan deb topgan shaxslarga nisbatan – sog‘liqni saqlash bo‘limlariga;

muomala layoqatiga ega, ammo sog‘lig‘ining holatiga ko‘ra vasiylikka muhtoj shaxslarga nisbatan – ijtimoiy ta‘minot bo‘limlariga yuklatiladi. Hozirgi vaqtda (tuman va shahar) hokimliklari qoshida vasiylik va homiylik ishlari bo‘yicha maxsus hay‘atlar tashkil etilmoqda. Ruhiiy bemorlar va aqli zaiflar, shuningdek spirtli ichimlik yoki narkotik moddalarni suiiste‘mol qilganliklari oqibatida muomala layoqatiga cheklangan shaxslarga vasiylik va homiylik funksiyalarini eng to‘liq tarzda qo‘shish maqsadida ushbu hay‘atlar odatda hududiy hokimiyatlar qoshida psixonevrologiya yoki psixiatriya muassasalari (dispanserlari, kasalxonalar va boshqalar) negizida tashkil etiladi.

Ruhiiy illat va asab kasalliklariga chalingan katta yoshdagilar va bolalarga yordam ko‘rsatishning shakllaridan biri – patronaj. Bemor mehnat qobiliyatini butunlay yoki ko‘p miqdorda yo‘qotgan va qarovga muhtoj bo‘lgan, shuningdek bir qadar mehnat qobiliyatini saqlab qolgan va mustaqil ravishda, o‘zi va atrofdagilar uchun xavf solmagan holda yashashi mumkin bo‘lgan hollarda davlat unga patronaj belgilash orqali uni o‘z qaramog‘iga oladi. Patronajdan ko‘zlangan maqsad ruhiiy bemorlarni samaraliroq davolash va mehnat qobiliyatini tiklashga imkon beruvchi oila yoki ishlab chiqarish jamoasi sharoitida psixonevrologiya va psixiatriya dispanserlari orqali to‘liq davolashdir. Mazkur dispanserlar ushbu dispanserlarning shifokorlari yoki hududiy psixiatr shifokorlar ularni uylarida borib ko‘rishlari orqali bemorlar va ularning davolanishini doimiy kuzatib boradilar. Hamshiralar shifokor ko‘rsatmasi bo‘yicha patronajdagi bemorlarni borib ko‘radilar hamda ularning holati va ularga qarov sifatini kuzatadilar va nazorat qiladilar.

Tekshirilayotgan shaxsning aqli norasoligini aniqlagan ekspertiza o‘z xulosasida unga nisbatan atrofdagilar uchun xavflilik darajasiga qarab tibbiy yo‘sindagi choralarni ko‘rish zarurligini aytadi. Fuqarolik protsessida ruhiiy kasallikka chalingan da‘vogarlar (javobgarlar)ga nisbatan tibbiy yo‘sindagi choralarni ko‘rish nazarda tutilmagan. Shu bois ekspert tekshirilayotgan shaxsning jamiyat uchun juda xavfliligida namoyon bo‘ladigan o‘tkir psixoz holatini aniqlaganida o‘z xulosasida uni zudlik bilan kasalxonaga joylashtirish zarurligini ta‘kidlashi shart.

## **Fuqarolik protsessida sud-psixiatriya ekspertlari hal qiladigan masalalar**

Fuqarolik protsessida sud-psixiatriya ekspertlari hal qilishi kerak bo'lgan masalalar asosan quyidagi toifadagi ishlarga taalluqlidir:

- vasiyatnomani haqiqiy emas deb topish;
- bitimlarga doir nizolar;
- er-xotindan birining ruhiy kasalligi tufayli nikohni haqiqiy emas deb topish yoki bekor qilish;
- ruhiy bemor shaxs yetkazgan zararni qoplash.

### *Vasiyatnomani imzolash chog'ida muomala layoqatiga ega emaslik*

Muomala layoqatiga ega emaslik haqidagi masala vasiyatnoma-ning qonuniyligiga doir ishlarni ko'rib chiqish chog'ida yuzaga keladi. Vasiyatnoma yuridik bitim sifatida haqiqiy bo'lishi uchun vasiyat qiluvchi muomala layoqatiga ega bo'lishi kerak. Ruhiy kasalligi yoki aqli ojizligi tufayli vasiyatnomani imzolash davrida o'z ishlarini aql bilan yuritishga qodir bo'lmagan, ya'ni muomala layoqatiga ega bo'lmagan shaxslar vasiyatnomani imzolashlari mumkin emas. Muomala layoqatiga ega emaslik holatida imzolangan vasiyatnomalar haqiqiy emas deb topilishi kerak.

Vafot etgan vasiyat qiluvchi shaxsning muomala layoqati haqidagi masalani hal qilishda ekspert mavjud tibbiy ma'lumotlar, hujjatlar, guvohlik ko'rsatmalari kabilar asosida xulosa beradi. Vasiyat qiluvchi shaxsning ruhiy holati haqida ekspertlar muayyan darajada vasiyatning xususiyati bo'yicha xulosa chiqarishlari mumkin.

Vafot etgandan keyin o'tkaziladigan ekspertizada shaxsning vasiyatnoma tuzgan paytidagi ruhiy holatini aniqlash talab qilinadi. Ekspert uchun guvohlik ko'rsatmalarining ziddiyatlilik bo'is qiyinchiliklar tug'ilishi mumkin. Guvohlik ko'rsatmalarining ziddiyatlilikida vaqt omili katta rol o'ynaydi. Vasiyatnoma tuzish paytidan keyin qanchalik katta muddat o'tgan bo'lsa, guvohlarning vasiyat qiluvchi shaxsning ruhiy holati haqidagi xotiralari shunchalik noaniq



bo'lad. Agar guvohlar tavsiflayotgan alomatlar majmui muayyan ruhiy kasallik doirasiga to'g'ri kelsa, vasiyat qiluvchi haqiqatan ham kasal bo'lgan deb hisoblash lozim. Agar guvohlar keltirgan alomatlar har xil bo'lsa va murakkabligi bilan kasallikning u yoki bu shaklini aks ettirmasa, ko'rsatmalarni S. S. Korsakovning vasiyatnoma mazmuni shaxsning kasallikdan avvalgi maqsadlari va o'zaro munosabatlariga mosligi haqida bildirgan qo'shimcha mezonlardan foydalanib shubha ostiga qo'yish lozim.

Hadya shartnomasi (vasiyatnoma)ni imzolagandan keyin ruhiy holatning yomonlashuvi aslo bu shartnomani haqiqiy emas deb topish uchun sabab bo'lmaydi va vasiyatnoma imzolangandan keyin yuzaga kelgan ruhiy kasallik vasiyatnomaning kuchiga ta'sir etmaydi.

### *Bitim tuzish chog'idagi muomala layoqatiga ega emaslik*

Muomala layoqatiga ega, ammo bitim tuzish chog'ida o'z harakatlarining ahamiyatini tushuna olmaydigan yoki ularni boshqara olmaydigan holatda bo'lgan fuqaro imzolagan bitimni sud ushbu fuqaroning davosi bo'yicha haqiqiy emas deb topishi mumkin. Bitim imzolagan shaxsning muomala layoqatiga ega emasligi aniqlanganida bitimni bekor qilish haqidagi da'voni uning qarindoshlari, vasiyi yoki homiysi beradi.

Agar bitim haqiqiy emas deb topilgan bo'lsa, har bir taraf boshqa tarafga bitim bo'yicha olingan hamma narsani qaytarishi, olingan narsani aslicha qaytarishining iloji bo'lmaganida esa uning qiymatini qoplashi shart. Bundan tashqari, bitim tuzish paytida o'z harakatlarining ahamiyatini tushunish yoki ularni boshqarish imkoniga ega bo'lmagan tarafga boshqa taraf, agar u bilan bitim tuzgan fuqaroning bunday holatini bilgan yoki bilishi kerak bo'lgan bo'lsa, unga yetkazgan zarari, mulkni yo'qotishi yoki shikastlashini qoplab berishi kerak.

Shunday qilib, ikki tomonlama bitim tuzgan taraflardan loaqal bittasi ruhiy kasalligi, aqli ojizligi yoki vaqtinchalik kasalligi natijasida muomala layoqatidan mahrum bo'lgan, taraflarning vakillaridan biri o'z harakatlarining ahamiyatini tushunishi mumkin bo'lmagan taqdirda, bunday bitim haqiqiy emas deb hisoblanadi.



Ikki tomonlama bitim tuzishda ishtirok etayotgan shaxslardan birining muomala layoqati haqidagi masala ekspertizadan o'tkazilayotganida ekspert uchun bitimni imzolash paytida ruhiy buzilishlar bo'lgan-bo'lmaganni, ushbu ruhiy buzilish qanchalik chuqur ifodalanganini, mazkur shaxs o'z harakatlarining ahamiyatini tushuna olgan-olmaganligini aniqlash muhimdir.

*Nikoh tuzish yoki uni bekor qilish paytidagi muomala layoqatiga ega emaslik*

Tomonlardan biri ruhiy kasal yoki aqli zaif bo'lgan shaxslar o'rtasida nikoh tuzilishi va, binobarin, ro'yxatdan o'tkazilishi mumkin emas. Agar er-xotindan biri nikoh tuzish vaqtida aqli zaif yoki ruhiy kasal bo'lganligi aniqlansa, bunday nikoh haqiqiy emas deb hisoblanadi. Sudning nikohni haqiqiy emas deb topishi yuridik jihatdan nikoh mavjud bo'lmaganligini bildiradi. Haqiqiy bo'lmagan nikoh bunday nikohga kirgan shaxslar o'rtasida hech qanday huquq va majburiyatlar, xususan, er yoki xotindan nafaqa olish, umumiy mulkda o'z ulushiga ega bo'lish huquqini keltirib chiqarmaydi.

Er-xotinlik davrida ruhiy kasallik yuzaga kelganida ba'zan mavjud nikoh munosabatlarini bundan keyin to'xtatish haqidagi masala kelib chiqadi. Nikohni bekor qilish zaruratini keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan holatlarga er yoki xotinning surunkali ruhiy kasalligi kiradi. Sud ajralish haqidagi ishning qo'zg'atilishiga asoslantirilgan motivlar (rashk asosida hayotga xavf solish) sabab bo'lganiga, nikohni bundan keyin saqlab turish birgalikdagi turmush va bolalar tarbiyasi uchun normal sharoit yarata olmasligiga ishonganidagina nikohni bekor qilishi mumkin.

Nikohni bekor qilish haqidagi sud qaroridan avval sud-psixiatriya ekspertizasi o'tkaziladi. Ekspertiza oldiga bunday vaziyatda nafaqat shaxs kasalligining xususiyati va chuqurligini aniqlash, balki uning rivojlanish istiqbollari belgilash haqidagi masala ham qo'yiladi. Yaxshi natijaga olib keladigan qisqa muddatli ruhiy kasallik odatda nikohni bekor qilish uchun asos bo'la olmaydi.

Ruhiy kasal deb topilgan shaxs bilan tuzilgan nikohni bekor qilish ko'pincha farzandlarning moddiy ta'minoti yoki er-xotinning umumiy mulkini bo'lish, javobgar er yoki xotin va farzandlarning

shaxsiy va mulkiy huquqlarini himoya qilish uchun vasiylik tayinlash haqidagi masala bilan bog'liq bo'ladi.

*Muomala layoqatiga ega bo'lmagan shaxsdan  
jabrlanganlarning da'vosi*

Qonunga muvofiq boshqa shaxsga yoki uning mulkiga ziyon yetkazgan muomala layoqatiga ega shaxs yetkazilgan zararni qoplashga majbur.

Agar shaxsni sud huquqbuzarlik sodir etgan paytda muomala layoqatiga ega bo'lmagan yoki aqli raso bo'lmagan deb topgan bo'lsa, u yetkazgan zarari uchun javobgar bo'lmaydi. Masalan, tutqanoqqa chalingan shaxs ongi buzilish bilan kechadigan psixoz holatida do'konga moddiy zarar yetkazgan bo'lsa (vitrinani sindirib, undagi tovarlarni yaroqsiz holga keltirsa). Ushbu holda bemorning fuqaroviy aybi bo'lmaydi va agar u yetkazgan zarar uchun unga nisbatan fuqaroviy da'vo qo'zg'atilgan bo'lsa, bunday bemor o'sha vaqtda muomala layoqatiga ega bo'lmagan deb topiladi va yetkazgan zarari uchun javob bera olmaydi. Ushbu qilmish og'ir jinoyat (masalan, bezorilik) deb baholansa, bemorni sud aqli noraso deb topadi va u jinoiy javobgarlikka tortilmaydi. Biroq agar bu shaxsning bemorning jamiyat uchun xavfsizligini ta'minlashi shart bo'lgan vasiyi yoki homiysi mavjud bo'lsa, da'vo ularga nisbatan qo'zg'atilishi mumkin. Bunda vasiy zarar yetkazish paytini oldindan ko'rishi va buning oldini olish mumkin yoki mumkin bo'lmagan holatlar inobatga olinadi.

**Sud-psixiatriya ekspertizasi natijalarini hujjatlar bilan  
rasmiylashtirish**

Ekspertiza qilinayotgan shaxsni tekshirish chog'ida olingan ekspertiza natijalari sud-psixiatriya ekspertizasining dalolatnomasi shaklida rasmiylashtiriladi. Ushbu dalolatnoma ekspertiza tayinlagan shaxslarga yozma ravishda taqdim etiladi. Sud-psixiatriya ekspertizasi dalolatnomasini rasmiylashtirishga katta ahamiyat beriladi.

Ekspertiza dalolatnomasida tekshiriluvchi shaxs ruhiyatini (psixikasi) tadqiq etish ma'lumotlari bayon etilishi sababli, sud-psixiatriya ekspertizasining dalolatnomasi uni ekspertizaning boshqa turlaridan ajratuvchi xususiyatlariga ega.

Sud-psixiatriya ekspertizasining dalolatnomasi quyidagi bo'limlardan iborat:

- 1) kirish qismi;
- 2) anamnez: bemordan o'z dardi haqida olingan ma'lumot yoki bemorning o'tmish hayoti va kasalliklari haqidagi ma'lumotlar;
- 3) ekspertizadan o'tkazilayotgan shaxsning jismoniy va ruhiy holati tavsifi;
- 4) olingan ma'lumotlar va tadqiqot natijalarining tahlili;
- 5) xulosa.

Dalolatnomaning kirish qismida ekspertiza o'tkazilgan vaqt va joy, ekspertizani kim o'tkazganligi (agar komissiya o'tkazgan bo'lsa, uning tarkibi birma-bir ko'rsatiladi), tekshiriluvchining familiyasi, ismi, otasining ismi, tug'ilgan yili ko'rsatilishi kerak.

Dalolatnomada tekshiriluvchining ishga munosabati, ayblanuvchi, guvoh, jabrlanuvchi, da'vogar, javobgar ekanligi yoki hukm qilinganligi ko'rsatilishi, shuningdek ishning o'zi qisqacha bayon etilishi lozim. So'ngra quyidagilar qayd etilishi kerak: tekshiriluvchini ekspertizaga kim yuborgan va bunga nima sabab bo'lganligi, ekspertiza ambulatoriya yoki statsionar sharoitda o'tkazilganligi (statsionarda bo'lgan taqdirda qancha vaqt ekspertlar kuzatuvida bo'lganligi ko'rsatilishi lozim), shuningdek ekspertiza hal qilishi uchun qo'yilgan savollar keltiriladi.

Ekspertlar dalolatnomada tekshirilayotgan shaxsning o'tmish hayoti va boshidan kechirgan kasalliklari haqida ma'lumotlar keltirib, bu ma'lumotlar kimdan olinganini ko'rsatishlari kerak. Agar o'tmishda tibbiy muassasalarda bo'lgani haqida so'z yuritilsa, bu ma'lumot qaysi hujjatlar bilan tasdiqlanishi ko'rsatilishi lozim. Agar ruhiy kasalligi mavjud bo'lgan bo'lsa, uning qachon boshlangani va qanday kechgani batafsil bayon etilishi darkor.

Anamnezga oid ma'lumotlarni baholashda ayblanuvchining o'zi ham, qarindoshlari ham u yoki bu ruhiy og'ishlar va o'tmishda

psixiatriya kasalxonalarida bo‘lganlik haqida noaniq ma’lumotlarni aytishlari mumkin. Shu bois bunday ma’lumotlarni ekspertlar tanqidiy baholashlari talab qilinadi. Ayblanuvchi unga qarshi jinoyat ishi qo‘zg‘atilguniga qadar «buning oldini olish» hamda keyinchalik javobgarlikka tortilganida psixiatriya kasalxonasida bo‘lganini aytib shu asosda ekspertiza tayinlanishini talab qilish maqsadida psixiatriya muassasasiga yotgan yoki tuman psixiatriyaga qatnagan hollari ma’lum. Buni «oldini olish simulyatsiyasi» deydilar.

Dalolatnomaning muhim bo‘limini tekshirilayotgan shaxsning jismoniy holatini, nevrologik tadqiqotlar ma’lumotlari, laboratoriya tadqiqotlarining natijalarini tavsiflash va, ayniqsa, tekshiriluvchining tadqiqot davridagi ruhiy holatini tavsiflash tashkil etadi. Bunday tavsif ruhiy buzilish xususiyati haqidagi xulosani asoslashda asosiy hisoblanadi. Ekspertizaning vazifasi ruhiy kasallik mavjudligini asoslashdangina iborat emas, balki zarur hollarda, masalan, ruhiy kasallik bordek qilib ko‘rsatishda kasallik holati yo‘qligi haqidagi xulosani ham asoslashdan iborat bo‘ladi.

Dalolatnomaning xulosa qismiga alohida talablar qo‘yiladi. Unda xulosalar ifodalanishi va ekspertiza oldiga qo‘yilgan savollarga javoblar berilishi lozim. Yuqorida ta’kidlanganidek, ekspertlar tekshiriluvchining ekspertiza o‘tkazish vaqtidagi ruhiy holatiga baho berishlari va, agar mavjud bo‘lsa, ruhiy kasallikning tashxisini ko‘rsatishlari kerak. So‘ngra, ekspertlar ayblanuvchiga nisbatan g‘ayriqonuniy harakatlarni sodir etish vaqtida uning ruhiy holatiga baho berishlari va shu munosabat bilan aqli rasoligi haqidagi; guvohlar va jabrlanuvchilarga nisbatan – ruhiy kasallik bor yo‘qligi; fuqarolik protsessida da’vogar va javobgarga nisbatan – muomala layoqatiga egaliklari haqidagi savolga javob berishlari; ayblanuvchi yoki jazo o‘tayotgan va ruhiy kasalga chalingan shaxsga nisbatan tibbiy yo‘sindagi zarur choralarni ko‘rsatishlari kerak.

Dalolatnoma (ayniqsa, uning xulosa qismi) aniq ifodalanishi, xulosalar tadqiqot ma’lumotlaridan va barcha materiallar tahlilidan kelib chiqishi hamda ish bo‘yicha keltirilgan boshqa dalillar bilan mos kelishi, javoblar ishonchli tasdiq xususiyatiga ega bo‘lishi zarur.

Taxminiy xulosalar odatda sud jarayonida salbiy rol o‘ynaydi.

Aniq ifodalanmagan va ziddiyatli xulosalar ekspertizani to‘liq bo‘lmagan va ishonchsiz deb topish uchun sabab bo‘ladi.

### **Sud va tergovning ekspertiza xulosasini baholashi**

Tergov organlari va sud ekspertiza xulosasini ko‘rib chiqishi chog‘ida ekspert muayyan xulosaga kelishiga sabab bo‘lgan hukmlarning (fikrlarning) to‘g‘riligini tekshiradi; ekspertning xulosalari to‘liq va asosliligini aniqlaydi; ularning ish materiallaridan kelib chiqishi va boshqa dalillaridan mos kelishini tekshiradi. Yetarlicha aniq-ravshan yoki to‘liq emas deb topilgan psixiatriya ekspertizasi yangi ekspertlarni chaqirib takroriy ekspertiza tayinlash zaruratiga olib keladi.

Psixiatriya ekspertizasi bir qator sabablarga ko‘ra yetarlicha aniq-ravshan yoki to‘liq emas deb topilishi mumkin. Ana shunday sabablardan biri ekspertlar xulosalarining yetarlicha ravshan emasligi va ziddiyatligidir. Ba‘zan ekspert xulosasiga qo‘shilmaslikning sababini ekspertiza xulosalarining ish holatlariga mos kelmasligi, jinoyat ishida barcha ma‘lumotlarning yetarlicha hisobga olinmaganligi yoki ulardan yetarli foydalanilmaganligi tashkil etadi.

Xulosa ishning barcha holatlari bilan birgalikda tekshiriladi va baholanadi hamda oldindan belgilangan kuchga ega bo‘lmaydi. Ekspertiza xulosasi surishtiruvchi, tergovchi, prokuror va sud uchun bajarilishi majburiy hisoblanmaydi. Ekspertiza xulosasini rad etgan tergov organlari (sud) ekspertiza xulosalariga qo‘shilmasliklarini ekspertiza va uning xulosalariga oddiygina ishonchsizlik bildirish bilan asoslamasdan, balki o‘z qarorida (hukm yoki ajrimida) aniq asoslar keltirgan holda rozi emasliklarini batafsil asoslantirib berishlari lozim. Ushbu holda takroriy ekspertiza tayinlanadi. Bunda boshqa ekspertlarga avvalgi ekspertlarga berilgan material taqdim etiladi va tekshiriluvchi qayta tekshiriladi.

Takroriy ekspertiza ilgari o‘tkazilgan ekspertiza xulosalarining to‘g‘ri va asosli ekanligini tekshirish maqsadida tayinlanishi mumkin. Ekspertlar o‘rtasidagi kelishmovchilik, ekspertiza xulosasining ekspert malakasining pastligidan kelib chiqqan asoslanmaganligi

kabilar ham takroriy ekspertiza tayinlash uchun sabab bo'lishi mumkin.

### **Savol va topshiriqlar**

1. Fuqarolik jarayonida xuquqiy layoqatlilik va layoqatsizlik tushunchasi nima?
2. Chegaralangan layoqatlilikni aniqlang?
3. Layoqatsizlikning tibbiy va huquqiy mezonlari qanday?
4. Fuqarolik holatlarida sud-psixiatriya ekspertizasi hal qiladigan masalalarni ko'rsating?
5. Vasiyatnomaga imzo qo'yishdagi layoqatsizlik nima?
6. Shartnomalar tuzishdagi layoqatsizlik nima?
7. Nikohdan o'tishdagi va uni buzishdagi layoqatsizlik nima?
8. Layoqatsiz jabrlanuvchilarning shikoyatlarini ko'rib chiqish qanday amalga oshiriladi?
9. Sud-psixiatriya ekspertizasi qaydnomasining mazmuni nechta qismdan iborat?
10. Ekspertiza qilinayotgan shaxsning jismoniy va ruhiy holatini aniqlang?



---

---

## Ikkinchi bo‘lim

### **RUHIY KASALLIKLAR, ULARNING SABABLARI VA KECHISHI**

#### **RUHIY BEMORLARNI TEKSHIRISH XUSUSIYATLARI VA METODIKASI**

##### **Ruhiy bemorlarni tekshirish xususiyatlari**

Sud-tergov amaliyotida ruhiy kasallik bilan og‘rigan ijtimoiy xavfli qilmishlar sodir etgan, u yoki bu hodisaning guvohi yoki jabrlanuvchi shaxslarga to‘qnashishga to‘g‘ri keladi. Bundan tashqari bular ozodlikdan mahrum qilish joylarida jazo o‘tash vaqtida qandaydir ruhiy buzilish bilan kasallangan shaxslar bo‘lishlari mumkin. Shu bois surishtiruv va tergov xodimlari, sud-psixiatriya ekspertizasini o‘z vaqtida tayinlash uchun, ruhiy buzilishning kelib chiqishi va rivojlanishiga imkon bergan sabablarni ham, har xil ruhiy kasalliklarning asosiy belgi va ko‘rinishlarini ham bilishlari zarur.

Ruhiy kasalliklar har xil sabablar ta‘sirida yuzaga kelishi mumkin. Ushbu sabablar shartli ravishda moyil qiluvchi va keltirib chiqaruvchi turlariga bo‘linadi. Yuqumli kasalliklardan jismonan yoki uyqusiz tunlar va haddan tashqari zo‘riqishdan charchagan odamda jismoniy yoki ruhiy shikastlanish ruhiy buzilishni yuzaga keltirishi mumkin. Ushbu holda jismoniy holdan toliqish – moyil qiluvchi, shikastlanish esa keltirib chiqaruvchi sabab hisoblanadi.

Moyillik bo‘lmaganida, ruhiy kasallik qandaydir tashqi omil, masalan zaharlanish ta‘sirida ham kelib chiqishi mumkin. Moyil qiluvchi va keltirib chiqaruvchi sabablar o‘rtasida murakkab o‘zaro munosabatlar mavjud, ularni har doim ham bir-biridan to‘liq ajratishning iloji bo‘lmaydi.

Ruhiy kasallik butun organizmning kasalligi bo‘lib, ko‘proq bosh miya faoliyatining buzilishida ifodalanadi.

Ruhiy kasalliklar kelib chiqishiga olib keladigan sabablar xilma-xil. Ular orasida eng ko‘p uchraydigani infeksiyalardir. Ruhiy kasallik qandaydir o‘tkir yuqumli kasallik, masalan gripp yoki

tug'ishdan keyingi infeksiyalar ta'sirida kelib chiqishi mumkin. Bunday hollarda ruhiy buzilishlar ko'pincha infeksiyaning keskin ko'rinishlari va harorat baland bo'lgan paytida namoyon bo'ladi. Kasallikning og'ir ko'rinishlari o'tib ketgan zahoti psixoz (ruhiy kasallik) ko'rinishlari ham yo'qoladi.

Ayrim hollarda bemorda kasallikning keskin davrida kuzatiladigan ruhiy buzilishlar yuqumli kasallikdan keyingi ruhiy holsizlikning vaqtinchalik holati sifatida namoyon bo'lishi mumkin. Ba'zi bemorlarda ruhiy kasallik uning yuqumli kasalligi cho'zilib ketib, surunkali tus olgan davrda yuzaga keladi. Masalan, zaxm singari yuqumli kasallik keskin davri o'tgach ko'p yillardan so'ng jaddallashib boruvchi shakldagi og'ir ruhiy kasallikni keltirib chiqarishi mumkin.

Shunday infeksiyalar mavjudki, ular faqat bosh miyaga zarar yetkazib, og'ir ruhiy buzilishlar (meningit, yuqumli ensefalit) keltirib chiqaradi.

Ruhiy kasallikning rivojlanishiga har xil zaharlanishlar (zaharlar, narkotik moddalar (morfiy, nasha kabilar) va, ayniqsa, alkogoldan zaharlanish) olib kelishi mumkin. Alkogoldan zaharlanish nafaqat ruhiy kasalliklarni keltirib chiqaradi, balki organizm hamda asab tizimining qarshilik ko'rsatish qobiliyatini susaytirib, bir qator jismoniy (somatik) buzilishlar kelib chiqishiga imkon beradi. Ruhiy kasalliklarning rivojlanishiga olib keluvchi zaharlar orasida sanoat zaharlari – simob, qo'rg'oshin, margimush kabi zaharlardan o'tkir yoki surunkali zaharlanish ayniqsa xavflidir.

Yuqorida aytganimizdek, ruhiy kasallanishga uyda, ishda yoki urush paytida boshning shikastlanishi sabab bo'lishi mumkin.

Psixikaning kasallik bilan bog'liq o'zgarishi og'ir jismoniy kasalliklar (ichki a'zolar kasalliklari, qon tomirlari, ayniqsa miya arteriyalarining kasallanishi, ichki sekretsiya bezlari normal faoliyatining buzilishi) vaqtida ham yuzaga kelishi mumkin. Masalan, bo'yning o'smay qolishi, yuzning shishinqiraganligi, jinsiy a'zolarining yetarli rivojlanmaganligi, aqlning ovsarlikkacha rivojlanishda orqada qolishida namoyon bo'ladigan kretinizm (jismoniy va ruhiy jihatdan o'smay qolishdan iborat kasallik) qalqonsimon bez faoliyatining buzilishi bilan bog'liqdir. Tiamin (B1 vitamini)ning

yetishmasligi «beri-beri» deb ataluvchi kasallikning yuzaga kelishiga sabab bo‘ladi. Bunda psixikaning ham buzilishi kuzatiladi.

Ruhiy kasalliklarning sabablari yaqin vaqtlargacha jinsiy hayotdagi turli og‘ishlar, masalan, onanizm, haddan tashqari ko‘p jinsiy aloqada bo‘lish yoki aksincha, jinsiy aloqadan tiyilish deb hisoblanardi. Biroq, bu taxminlar ishonchli ilmiy tasdig‘ini topmadi. Shu bilan birga, haddan tashqari ko‘p jinsiy aloqalar jismoniy toliqish, nevrotik holatlar va o‘ta charchashga yaqin turuvchi asab tizimining zaiflashuviga sabab bo‘lishi mumkinligini nazarda tutish lozim. Jinsiy hayotdan tiyilish, ayniqsa gigiyena qoidalariga rioya etish, gimnastika, jismoniy mehnat kabilar bilan shug‘ullanilgan taqdirda, sezilarli ruhiy buzilishlar yuzaga kelmaydi. Turli xil jinsiy buzilishlar, anomaliyalar va haddan oshishlar ayrim miya kasalliklarida (jumladan, epidemik ensefalit)da kuzatiladi. Binobarin, jinsiy aynishlar kasallikning sababi emas, balki oqibatidir.

Homiladorlik va tug‘ish kamdan-kam hollarda qisqa yoki uzoq muddatli ruhiy kasalliklarni keltirib chiqaradi. Ba‘zan bunday kasallik holatida og‘ir huquqbuzarlik, masalan, bola o‘ldirish sodir etilishi mumkin. Ba‘zi ayollarda hayz siklining so‘nish davrida qisqa muddatli ruhiy buzilish kuzatiladi. Bunda o‘ta qo‘zg‘alish va ongning chalkashligi bo‘lishi mumkin.

Ba‘zi ruhiy kasalliklar yaqin kishisini yo‘qotish, oldinda kutayotgan jazo yoki jamiyatning qoralashidan qo‘rqish bilan bog‘liq tashvish va iztiroblar natijasida qo‘rquv, umidsizlik, og‘ir musibatga reaksiya sifatidagi psixogen omillar ta‘sirida yuzaga keladi. Bunday ruhiy buzilishlar mustaqil kasallik ko‘rinishlari sifatida kelib chiqadi va u yoki bu ruhiy kasalliklarga olib kelishi mumkin. Bunday hollarda ruhiy tashvish ruhiy kasallikka sharoit yaratadi.

Mazkur ruhiy buzilishlar yuzaga kelishida shikastlovchi omilning davomiyligi va kuchi katta ahamiyatga ega.

Zilzila, transport falokatlar hamda boshqa shu kabi favqulodda hodisa va voqealar ruhiy buzilishlar yuzaga keladigan tashqi ta‘sirlarning to‘satdan kelib chiqadigan va katta kuchga ega bo‘ladigan omillari qatoriga kiradi.

Ruhiy kasalliklarning rivojlanishida irsiyat ham katta ahamiyatga ega. Shuni nazarda tutish lozimki, avloddan-avlodga ruhiy kasallik-

ning o‘zi emas, balki unga moyillik o‘tadi. Ushbu moyillik tashqi muhit omillarining salbiy ta‘siri natijasida, individuum noqulay ijtimoiy maishiy sharoitda rivojlanganida, umumta‘lim darajasi past bo‘lganida va shu kabi sharoitlarda ro‘yobga chiqadi.

Ruhiy kasalliklar rivojlanishining boshlanishi, bundan keyingi davom etishi va natijasi xilma-xildir. Ayrim kasalliklar bilinmay boshlanadi, kasallik alomatlari asta-sekin, uzoq vaqt, ko‘p oylar, yillar mobaynida kuchayib boradi. Bunday holatlarda kasallik qachon boshlanganligini aniqlab bo‘lmaydi. Boshqa kasalliklar birdaniga, hafta, bir necha kun va hatto soat ichida kutilmaganda boshlanishi mumkin.

Ruhiy kasalliklarning keyingi rivoji yanada xilma-xil bo‘ladi. Keskin boshlangan kasallik tez tugashi mumkin. Bu qisqa muddatli ruhiy buzilishlarga xosdir. Bir qator hollarda kasallik keskin boshlanib, jadal kechadi va faqat keyinchalik surunkali tus oladi. Ayrim bemorlarda kasallik keskin boshlanganidan keyin uning alomatlari asta-sekin kamaya boshlaydi.

Sezilmay boshlangan kasallik keyinchalik sust, sekin va uzoq kechishi, surunkali, asta rivojlanib boruvchi tus olishi mumkin.

Ba‘zi bir xurujsimon kechadigan kasallik holatlarida davolanish ta‘sirida yoki o‘z-o‘zidan remissiya deb ataluvchi butunlay sog‘lom holatdan iborat «yorug‘ tanaffuslar» boshlanadi.

Kasallik xurujsimon, tez-tez takrorlanuvchi xususiyatga ega bo‘lishi mumkin, bunday kasallik aslida surunkali hisoblanadi. Ba‘zan kasallik ko‘rinishlari ko‘p yoki kam aniqlikdagi ketma-ketlikda namoyon bo‘ladi. Kasallikning bunday siklik davom etishi davriy yoki sirkular psixozlarga xosdir.

Ruhiy kasallikni baholashda uning natijasini bashorat (prognoz) qilish muhim. Ruhiiy kasallik sog‘ayish, ahvolning yaxshilanishi bilan tugashi ham, davolab bo‘lmas surunkali ruhiy nuqson holati va bemorning o‘limi bilan yakunlashi ham mumkin. Ruhiiy kasalliklarda o‘lim asosan har xil birga kechuvchi somatik asoratlardan kelib chiqadi. O‘ta qo‘zg‘algan bemor holdan toyish natijasida o‘lishi, vasvasa ta‘sirida o‘ziga og‘ir shikast yetkazishi, o‘zini o‘zi o‘ldirishi mumkin va hokazo.

## Ruhiy bemorlarni tekshirish metodikasi

Sud-psixiatriya ekspertizasiga yuborilgan shaxslarni psixiatriya nuqtai nazaridan tekshirishda odatdagi psixiatriya amaliyotida qo'llaniladigan prinsip, metod va usullar qo'llaniladi. Biroq sud-psixiatriya ekspertizasini amalga oshirish muayyan xususiyatlarga ega.

Ekspertizaga yuborilayotgan shaxs ruhiy jihatdan sog'lom yoki kasal ekanligini, unda qaysi psixopatologik xususiyatlar kuzatilishini, u jamiyatga qay darajada xavf solishining aniqlash uchun ekspert tekshiriluvchining o'tmish hayoti haqida batafsil ma'lumotlarga, uning (ayblanuvchining) muayyan qilmishni sodir etish paytidagi va ekspertiza bosqichida tadqiqot olib borish davridagi ruhiy holatini ifodalovchi ma'lumotlarga ega bo'lishi kerak.

Ekspertizadan o'tayotgan shaxsning o'tmishi haqidagi ma'lumotlarni, yuqorida ko'rsatganimizdek, tergov organlari to'plashlari va ishga qo'shib qo'yishlari lozim. Lekin ular har doim ham to'liq bo'lmaydi hamda ko'pincha aniqlik va qo'shimchalar kiritishga muhtoj bo'ladi. Shu bois psixiatr ekspert tekshiriluvchidan uning hayoti va sog'lig'i, shuningdek qarindoshlari va yaqinlari haqida ma'lumotlarni so'rab olishiga to'g'ri keladi. Olingan ma'lumotlar tartibga solinadi va kasallik tarixida muayyan ketma-ketlikda bayon etiladi.

Tekshiriluvchi va uni biladigan shaxslardan so'rash orqali to'plangan ma'lumotlar majmui *anamnez* deb ataladi. Anamnezda nafaqat tekshiriluvchi, balki uning tug'ishganlari va yaqin qarindoshlari haqidagi ma'lumotlar ham bo'lishi lozim. Ulardan birortasi ruhiy yoki asab kasalliklari, tutqanoq kabi kasalliklarga chalingan yoki chalinmaganligini, oilada g'ayritabiiy fe'lli shaxslar, shuningdek alkogolik va o'zini o'ldirganlar bo'lgan-bo'lmaganligini aniqlash lozim.

Ekspert va uning xulosalari uchun muhim tarkibiy elementlarni ekspertizadan o'tkazilayotgan shaxsning ekspertiza o'tkazish davridagi ruhiy holatini ifodalovchi ma'lumotlar ham tashkil etadi.

Psixiatr-ekspert ushbu shaxsning ruhiy holatini aniqlashda foydalaniladigan asosiy usul suhbatlashish hamda suhbat vaqtida



ham, ekspertiza o'tkazishning butun davrida ham obyektiv kuzatishdir.

Statsionar sharoitda ekspertiza o'tkazishda nafaqat shifokorlar, balki kichik tibbiy xodimlar – hamshira va sanitarlar ham kuzatuv olib boradilar.

Tekshiriluvchining ruhiy holatini bilish uchun dastlab quyidagilar aniqlanadi: u o'zini bemor hisoblaydimi, agar shunday bo'lsa nimadan shikoyat qiladi, uni nima bezovta qiladi? Tekshiriluvchi bilan suhbatlashish va uni kuzatish natijasida ekspertda tekshiriluvchining ongi qanday holatda ekanligi, joy va vaqtni mo'ljal qilishi, hissiy holati, kayfiyati haqida yetarlicha aniq tasavvur hosil bo'ladi. Bundan tashqari, idrok etish qobiliyati buzilgan-buzilmaganligi, gallyutsinatsiyalar (yo'q narsalarning ko'rinishi, eshitilishi, sezilishi) kuzatilishi va ularning mazmuni qanday ekanligi, tekshiriluvchi ularga qanday munosabatda ekanligi, alaxlash ko'rinishidagi tafakkurning buzilishi belgilari bor-yo'qligi, bor bo'lsa ularning xususiyati va barqarorlik darajasi, vasvasa g'oyalari tekshiriluvchining xatti-harakatiga qanday ta'sir ko'rsatishi, xotira, diqqat, ixtiyoriy faoliyatning buzilishi bor-yo'qligini aniqlash zarur. Ma'lumki, tekshiriluvchida gallyutsinatsiyalar, ong o'zgarishi, fikrlashning buzilishi va boshqa kasalliklar ko'rinishlarining mavjudligi ruhiy kasallikning obyektiv dalolati hisoblanadi.

Ushbu ma'lumotlarning ko'pchiligini shifokor tekshiriluvchi bilan suhbat jarayonida va maxsus qo'yilgan savollarga javoblarni tahlil qilish orqali olishi mumkin. Masalan, xotirasidagi jiddiy buzilishlar tekshiriluvchining o'tmish hayoti haqidagi hikoyalarida, suhbat vaqtida ko'pchilikka ma'lum bo'lgan muhim sanalar, voqealar yoki alohida faktlar haqidagi xotiralar chog'ida namoyon bo'lishi mumkin. Bemordan so'rab-surishtirishda shoshilmaslik, buni mahorat bilan amalga oshirish lozim, aks holda zarur ma'lumotlarni ololmaslik mumkin. Ruhiy holat va kasallik ko'rinishlari haqida xulosa chiqarish uchun tekshiriluvchining xatlari, kundaliklari qimmatlidir. Ular ba'zan tafakkurdagi buzilishlar, haqiqatga zid g'oyalarning mavjudligini, aqliy qobiliyat darajasini aniqlashga yordam beradi.

Tafakkur xususiyatlari, idrok etish jarayonlarini chuqurroq o'rganish, xotira va diqqatning holatini baholash uchun eksperimantal-psixologik tadqiqotlarning turli usullari qo'llaniladi. Masalan, tekshiriluvchiga qandaydir janrdagi sahna tasvirlangan surat ko'rsatiladi va bir qancha vaqt o'tgach unda nima tasvirlanganligini aytib berish so'raladi. Bu yo'l bilan xotira, idrok va psixikaning ba'zi bir boshqa muhim tomonlarining holatini baholash uchun zarur obyektiv belgilar aniqlanishi mumkin. Tafakkur jarayonlarini tadqiq etish uchun uchta so'zdan iborat jumla tuzishni, diqqatning barqarorligini tekshirish uchun esa yuzdan boshlab ketma-ket yettita yoki o'n uchtadan kamaytirib hisoblashni taklif qilish mumkin va h.k. Eksperimental-psixologik tadqiqotlarning natijalari tekshiriluvchining ruhiy holatini yaxshiroq va chuqurroq tushunishga yordam beradi.

Ekspertiza jarayonida tekshiriluvchini nevrologik jihatdan tekshirish muhim hisoblanadi. Ba'zi bir ruhiy kasalliklar miyadagi anatomik (organik) o'zgarishlar bilan birga kechadi, ularni psixika buzilishidan ancha avval aniqlash mumkin. Miyadagi o'zgarishlar qo'l-oyoqlar, bosh, gavdada bo'ladigan ixtiyoriy va beixtiyor harakatlarning buzilishi, falajlar, tomir tortishishlari paydo bo'lishida, qadam tashlashning buzilishlari, harakatlar muvofiqligining buzilishlarida namoyon bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, gavdaning his qilish qobiliyati buzilishi yoki yo'qolishi, paylar reflekslari, mushak kuchining o'zgarishlari, vegetativ asab tizimi normal faoliyatining haddan tashqari terlash, qon quyilishi ko'rinishlaridagi buzilishlari mavjud bo'lishi mumkin.

Ko'zlarni – qorachiq, ko'z tubi, ko'z soqqalarining harakatlanishini tekshirish alohida e'tiborga molik. Ko'zlarning normal funksiyasi bilan bog'liq bo'lgan asablar miya kasalliklariga ta'sirchandır. Quyidagi ko'z simptomlari eng katta ahamiyatga ega. Qorachiqlar teng emasligi va shaklining buzilishi, ikkala qorachiqning kattalashishi yoki kichrayishi, ularning yorug'likka ta'sirchanligining yo'qligi yoki keskin susayishi, qorachiqlarning torayishi, yaqindagi narsalarga qaraganda ko'z soqqalarining aylanishi va h.k.

Ruhiy holatni baholashda nutq buzilishi ahamiyatga ega. Bu bosh miya qobig'ining shikastlanishida yuzaga keladigan nutqni yo'qotish, xuddi shu sabablar tufayli kelib chiqadigan va «oq choynakka ko'k qopqoq, ko'k choynakka oq qopqoq» kabi tez aytishlarni ifodalashda ayniqsa seziladigan tovushlarni ifodalashning buzilishlari ko'rinishida namoyon bo'lishi mumkin. Tashxis qo'yish uchun ba'zan mimika, gavda holati, harakatlarning o'zgarishlari qimmatlidir. Ma'lumki, ruhiy siqilish (depressiya) holati odatda sekinlashgan, sustlashgan harakatlar, yuzdagi g'amgin mimika bilan kechadi. Boshqa kasalliklarda gavdaning majburiy va notabiiy holati kuzatilishi mumkin. Bunday holatda bemor uzoq vaqt bo'lishi mumkin (masalan, katatoniyada). Ba'zi ruhiy kasalliklarda bemorning kechinmalariga mos kelmaydigan g'ayritabiiy yuz ifodasi kuzatiladi.

Ayrim hollarda, ayniqsa bosh suyagi shaklining o'zgarganligi, miyada o'simta, boshqa bir anatomik o'zgarishlar mavjudligi; shikastlanish natijasida miya moddasining qattiq buzilishlari borligi taxmin qilinganida kalla suyagini rentgen nurlari yordamida tekshirish, tadqiqotning ba'zi maxsus usullarini qo'llash zarurati yuzaga keladi.

Psixiatriya tekshiruvini to'liq o'tkazish, ruhiy holatni aniqlash va kasallikka tashxis qo'yish uchun tekshiriluvchining jismoniy holati, ichki a'zolari – yuragi, oshqozon-ichak tizimi, nafas olish, ayiruv tizimi a'zolari, ichki sekretsiya bezlarining funksiyalari, modda almashinuvining buzilishi, tana harorati, gavda og'irligining o'zgarishlari tekshirilishi kerak. Maxsus tadqiqotlar yordamida yurak-tomir va nafas olish tizimining tartibga solinishi bosh miyaning funksional holatiga bog'liq ekanligi aniqlangan. Hammaga ma'lumki, psixozlarni o'rganish va umuman kasallikning haqiqiy tabiatini ichki a'zolarida bo'lishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni, uning umumiy somatikasini hisobga olmay turib aniqlash mumkin emas.

Jismoniy kasalliklar ko'p hollarda ruhiy buzilishlarga asos bo'lishi mumkin. Masalan, qon tomirlaridagi ateroskleroz o'zgarishlari ko'p hollarda psixikaning chuqur buzilishlariga olib keladi. Ruhiy buzilishlar bezgak, saraton o'simtasi kabilar natijasida yuzaga kelishi mumkin. Masalan, yurak xastaliklariga chalingan shaxslardagi g'amginlik holati ma'lum. Jismoniy toliqish ham ruhiy buzilish-

larning kelib chiqishiga sharoit yaratadi. Ayni vaqtda ruhiy kasalliklar har doim ham jismoniy sohadagi o'zgarishlar bilan kechmaydi.

Qon, orqa miya suyuqligi, balg'am, oshqozon shirasi kabilarda o'tkaziladigan maxsus biokimyoviy tadqiqotlarining natijalari qimmatli diagnostik (tashxisga oid) belgilarga ega. Masalan, qon va orqa miya suyuqligidagi Vasserman reaksiyasi, shuningdek zamonaviy immunologik testlar o'tmishda boshdan kechirgan zaxm natijasida yuzaga kelgan ruhiy kasalliklar tashxisining belgisi bo'lib xizmat qiladi.

Miya faoliyatini o'rganish va miya kasalliklariga tashxis qo'yishning obyektiv usullaridan biri ta'sirchan asboblardan yordamida miyadagi biotoklarni qayd etishdir. Mazkur tadqiqot elektroensefalografiya deb nomlanadi. Tadqiqot natijalari kasallikning klinik alomatlarini hali juda sust bo'lgan davridayoq mavjud o'zgarishlarni qayd etishga imkon beradi.

Tadqiqotning maxsus metodikalari va olingan natijalar har xil ruhiy kasalliklarda oliy nerv faoliyatidagi buzilishlarning tabiati haqida xulosa chiqarishga imkon beradi. Tekshiriluvchida o'tkazilayotgan tadqiqotlarning barcha ma'lumotlari uning kasallik tarixiga kiritiladi.

## RUHIY KASALLIKLARNING SIMPTOMATOLOGIYASI

### **Ruhiy kasalliklar simptom (belgi)lari**

Terapiya, jarrohlik va boshqa tibbiy fanlar singari, psixiatriya ham ikkita katta bo'lim – umumiy va maxsus bo'limga ajraladi.

Umumiy psixiatriya – semiotika yoki ruhiy kasalliklar psixopatologiyasi alohida belgilar (simptom) va ularning muayyan belgilar yig'indilari (sindromlar)ni har tomonlama o'rganish vazifasiga egadir. Odatda, ruhiy kasallarni tekshirish simptom va sindromlarni aniqlashdan boshlanadi. O'z-o'zicha, alohida olingan simptom va sindromlar nozologik xususiyatlarga ega emas, ya'ni ruhiy kasallikka uzil-kesil tashxis qo'yish maqsadiga xizmat qila olmaydi. Ruhiiy kasalliklarda uchraydigan simptom va sindromlar har xil ma'no bildirishi bilan ajralib turadi. Simptom faqat sindrom

doirasida baholanganida muayyan ma'noga ega bo'ladi. Sindrom rivojlanishda o'rganilgan va ruhiy kasallik davomida yuzaga keladigan shaxsga xos o'zgarishlarning xususiyatlaridek muhim mezon bilan solishtirilganidagina tashxis qo'yish ahamiyatiga ega bo'ladi.

Ruhiy kasalliklar idrok etish, tafakkur, mayl, iroda, xotira kabi jarayonlarning buzilishida namoyon bo'ladi.

Psixiatrlar ko'p hollarda psixologik terminlardan foydalanadilar, ularni kasallikni bildiruvchi ruhiy ko'rinishlarning simptomlari bilan solishtiradilar. Shu bois ruhiy kasalliklar simptomlari psixologik emas, balki tibbiy tushunchalar deb hisoblanadi. Ruhiy buzilishlarni aniqlash va tasniflashning psixologik prinsipi shartli va nisbiy bo'lib, ta'lim olish chog'ida o'zlashtirish oson bo'lishi uchun qo'llaniladi.

### **Idrokning buzilishlari**

*Illuziyalar* – haqiqatda mavjud bo'lgan narsa va hodisalarni noto'g'ri idrok etish bo'lib, ko'pincha ko'rish yoki eshitish bilan bog'liq hamda ko'pincha o'zgargan affekt yoki ong fonida yuzaga keladi.

*Ko'rish illuziyalari* – o'z ko'rinishlariga ko'ra oddiy, mazmuniga ko'ra odatiy bo'lishi mumkin (osilib turgan kiyim inson gavdasi sifatida, egilgan shox esa cho'zilgan qo'l sifatida ko'rinadi). Odatda yarim qorong'i sharoitida, yaxshi yoritilmagan joyda, vahima kayfiyatda yuzaga keladi.

Obrazli, ba'zan fantastik mazmundagi ko'rish illuziyalari *pareydoliyalar* deb ataladi. Tokchada turgan gul katta hajmdagi ekzotik o'simlik sifatida, atrofidagi narsalar fantastik mavjudotlar sifatida idrok etiladi, gulqog'ozning ayrim naqshlari g'ayrioddiy hodisalar manzaralariga aylanadi. Pareydoliyalar vahima, qo'rquv fonida, ong xiralashuvining dastlabki bosqichlarida yuzaga keladi.

*Eshitish illuziyalari* mazmuniga ko'ra, oddiy yoki sodda (yomg'ir shovqini pichirlash sifatida, ayrim qattiq tovushlar – o'q ovozi sifatida qabul qilinadi) yoxud murakkab bo'ladi – subyekt verbal tovush illuziyalarida tashqaridan eshitilgan so'zlashuvlar yoki tovushlarda o'ziga qaratilgan ayrim so'zlarni eshitadi. Agar eshitilayotgan tovushlarda doimiy ravishda butun boshli jumlar



idrok etilsa, illyuzor gallyutsinoz haqida soʻz yuritiladi. Verbal illuziyalar, ayniqsa illyuzor gallyutsinoz odatda ayblovchi yoki tahdid soluvchi mazmunga ega boʻladi hamda oʻziga xos kuchli vahima va shubhalilik affekti bilan kechadi.

*Gallyutsinatsiyalar* – haqiqiy taʼsirlovchi narsasiz, yaʼni real obyeksiz yuzaga keladigan hissiy bilishdagi buzilish shakllaridan biri. Gallyutsinatsiyalar makonda idrok etilib, hissiy yorqinlik kasb etadi va haqiqatda mavjud boʻlgan narsalardan ajratib boʻlmaydi, obyektiv voqelik xususiyatiga ega boʻladi.

Gallyutsinatsiyalar xilma-xil boʻlib, asosan ularni yuzaga keltiruvchi analizatorlar bilan bogʻliqdir. Gallyutsinatsiyalarning quyidagi turlari ajratiladi:

koʻrish yoki optik gallyutsinatsiyalar;  
eshitish yoki akustik gallyutsinatsiyalar; (verbal gallyutsinatsiyalar)  
hid sezish gallyutsinatsiyalari;  
taʼm sezish gallyutsinatsiyalari;  
taktil yoki sezish gallyutsinatsiyalari;  
umumiy hissiyot gallyutsinatsiyalari.

Bundan tashqari, gallyutsinatsiyalar ularning proyeksiyalariga hos xusiyatlar, ular rivojlanadigan sharoitlar singari belgilar asosida ham ajratilishi mumkin.

*Koʻrish gallyutsinatsiyalari* (koʻzga koʻrinishlar) oddiy, yaʼni noaniq shaklga ega boʻlishi yoxud hatto shaklsiz boʻlishi – *fotopsiyalar* (uchqunlar, olov, dogʻlar, chaqnashlar, tutun) hamda murakkab, hamma narsada, hatto arziyas tafsilotlarda ham aniq boʻlishi – aniq odamlar, hayvonlar, hasharotlar, jihozlar, turli mazmundagi sahnalar (dafn marosimlari), tabiiy ofatlar, yigʻilishlar) tarzida boʻlishi ham mumkin.

Koʻrish gallyutsinatsiyalari rangsiz, tabiiy yoki gʻayritabiiy boʻyoqqa ega boʻlgan, tabiiy, kichraygan yoki kattalashgan hajmga ega boʻlishi mumkin. Koʻzga koʻrinishlar harakatsiz (statik gallyutsinatsiyalar) boʻlishi yoki harakatda baʼzan juda tez boʻlishi ham mumkin. Ular bemordan muayyan masofada paydo boʻlishi, undan uzoqlashishi yoki u tomonga harakatlanishi mumkin. Koʻrish gallyutsinatsiyalarining mazmuni bir xil yoki har xil boʻlishi mumkin.

Bir-birining oʻrniga keluvchi va murakkab mazmunga ega

bo‘lgan ko‘rish gallyutsinatsiyalari *sahnasimon*, yoki *kinematografik gallyutsinatsiyalar* deb ataladi. Agar manzara ko‘rinishlari ko‘p bo‘lsa, panorama gallyutsinatsiyalari haqida so‘z yuritiladi.

Ko‘rish gallyutsinatsiyalari deyarli har doim ong xiralashuvining u yoki bu darajasida yuzaga keladi. U vahima, qo‘rquv, qahr affektlari bilan birga kelishi mumkin; kamroq hollarda zavq-shavq yoki qiziqish hislarini keltirib chiqaradi. Ko‘pincha ko‘rish gallyutsinatsiyalari kechga borib yoki tunda kuchayadi. Ular ko‘p hollarda sutkaning faqat shu paytida yuzaga keladi.

*Eshitish gallyutsinatsiyalari.* Eng oddiy, nutq bilan bog‘liq bo‘lmagan aldovlar (shovqin, ayrim tovushlar, vishillash, o‘q ovozlari) *akoazm* deb ataladi. Ayrim so‘z va jumlalar eshitilsa, *fonemalar* – verbal eshitish gallyutsinatsiyalari haqida so‘z yuritiladi. Bemorlar ularni «ovozlar» deb ataydilar. Ovozlar tanish va notanish shaxslarga, erkaklar, ayollar, bolalarga mansub; past, baland yoki quloqni qomatga keltiruvchi; bir joyda turuvchi, yaqinlashuvchi yoki uzoqlashuvchi bo‘lishi mumkin. Ba‘zan bitta ovoz (monovokal gallyutsinatsiyalar), ikkita ovoz (dialog), ko‘p ovozlari (polivokal gallyutsinatsiyalar) eshitiladi. Ovozlar bir-biri bilan gaplashishi, bevosita bemorga qaratilgan bo‘lishi mumkin. So‘zlarda ifodalangan gallyutsinatsiyalarning mazmuni har xil bo‘ladi: so‘kinish, haqoratlash, ayblash, qo‘rqitish, ustidan kulish; himoya, tinchlantirish va yupatish; ogohlantirish, buyurish (imperativ gallyutsinatsiyalar); bemorlar harakatlarini qayd etuvchi («u eshikni yopdi, chiroqni yoqdi, yonboshladi» kabi – sharhlovchi gallyutsinatsiyalar) bo‘lishi mumkin. Eshitish gallyutsinatsiyalari odatda xiralashmagan ong fonida yuzaga keladi va dastlab ajablanish, hayratga tushish, qo‘rquv, ovoz egasini qidirish, qochish, himoyalanih yoki hujum qilish bilan kechadi. Hujum o‘ziga qarshi qaratilgan bo‘lishi ham, atrofdagilarga qaratilishi ham mumkin (imperativ, «buyuruvchi gallyutsinatsiyalarda»).

*Hid bilish gallyutsinatsiyalari* – yolg‘ondakam noxush, kamroq hollarda yoqimli hidlar (mog‘or, kuyundi, najas, gazlar, gullar, tayyorlanayotgan mazali yemish va hokazo).

*Ta‘m bilish gallyutsinatsiyalari* – ovqat yemay turib og‘izda yuzaga keladigan noxush yoki yoqimli ta‘m hislari.

*Taktil (sezgi) gallyutsinatsiyalari* – terida yoki teri ostida yuzaga keladigan noxush hislar (qitiqlash, oʻrmlash, bosim), ular muayyan jonsiz narsalar (kristalllar, boshqa jismlarning boʻlaklari) yoki tirik mavjudotlar (hasharotlar, mayda hayvonlar va sh.k.) bilan bogʻlanadi. Ularning tashqi alomatlarini bemorlar aniq ifodalab beradilar (qattiq, kichkina, uzun oyoqchali va h.k.). Agar bunday yolgʻondakam hislar ichki aʼzolarida paydo boʻlsa, visseral gallyutsinatsiyalar haqida soʻz yuritiladi.

Umumiy hissiyot gallyutsinatsiyalari – tana yuzasida yoki ichki aʼzolarida sezilayotgan noxush hislar u yoki bu begona jism, tirik mavjudot kabilar taʼsirining natijasi ekanligiga boʻlgan ishonch bilan bogʻliq.

Murakkab (kompleks) gallyutsinatsiyalar chogʻida bemorda ularning har xil turlari, masalan, koʻrish, eshitish va umumiy sezgi gallyutsinatsiyalari bir vaqtning oʻzida namoyon boʻlishi kuzatiladi.

*Funksional gallyutsinatsiyalar* sof gallyutsinatsiyalar bilan illuziyalar oʻrtasida oraliq maqomga ega. Ular haqiqiy tashqi qoʻzgʻovchi mavjud boʻlganidagina paydo boʻladi va ushbu qoʻzgʻovchi taʼsiri ketmaguncha unga qoʻshilib ketmagan holda, yaʼni alohida davom etadi. Masalan, bemor haqiqatda ham poyezd gʻildiraklarining taqillashini eshitadi va ayni vaqtda unga «Toʻxta! Toʻxta! Toʻxta!» degan soʻzlar eshitaladi; poyezd toʻxtaganida soʻzlar eshitalishi toʻxtaydi.

*Soxta gallyutsinatsiyalar* – bajarilganlik yoki zoʻrlikni his etgan holda kechadigan beixtiyoriy idrok etishlar. Ular hissiy jihatdan yorqin va aniq boʻlishi, tashqarida proyeksiya hosil qilishi yoki obrazlarning ichki proyeksiyasi koʻrinishida mavjud boʻlishi (obyektiv emas, balki subyektiv makonda lokallashishi – «fikrda», «aqlda», «ichki koʻz bilan» koʻrilishi yoki eshitalishi va hokazo) mumkin. Haqiqiy gallyutsinatsiyalardan farqli oʻlaroq, soxta gallyutsinatsiyalar real narsalar bilan aynanlashtirilmaydi, yaʼni obyektiv reallik xususiyatiga ega emas. Shu bilan birga, soxta gallyutsinatsiyalarga tanqidiy munosabat ham, ularning haqiqatan mavjudligiga shubhalanishlar ham mavjud boʻlmaydi? Soxta gallyutsinatsiyalar eshitish, koʻrish, hid sezish, taʼm bilish, badan bilan sezish, umumiy sezgi sohalarida boʻlishi mumkin va ularga xos barcha xususiyatlarga ega boʻladi. Masalan: koʻrish soxta

gallyutsinatsiyalari sodda va murakkab; rangsiz, tabiiy yoki notabiiy bo‘yoqlarga ega bo‘lishi; «fikriy» ovozlari – past va baland ovoqli, sanoqli va ko‘plab bo‘lishi ham mumkin. Soxta gallyutsinatsiyalarning ta’sir ko‘rsatish va ta’qib etish singari vasvasa bilan qo‘shilishi Kandinskiy-Klerambo sindromini hosil qiladi.

*Gapnogogik gallyutsinatsiyalar* – uyqudan avval yoki mudroq holatda ko‘zlar yopiq bo‘lganida yuzaga keladigan ko‘rish yoki eshitish saroblari.

*Gipnogogik gallyutsinatsiyalar* – uyg‘onish paytida yuzaga keladigan ko‘rish, kamroq hollarda eshitish saroblari.

*Senestopatiyalar* – tananing turli tashqi yuzalarida yoki ichki a’zolarida yuzaga keladigan, ko‘p hollarda aniq joyga ega bo‘lmagan va aniq ifodalab berish qiyin bo‘lgan har xil noxush, yurakni ezadigan va azobli hissiyotlar (tirishish, tortishish, kuydirish, qitiq kelishi, og‘riqlar va hokazo). Gallyutsinatsiyalardan farqli o‘laroq, ular predmetlik hissiyotiga ega bo‘lmaydi, jismoniy yoki nevrologik buzilishlar bilan kechmaydi.

Metamorfopsiyalar – haqiqatda mavjud narsalarning kattaligi, shakli va fazoda joylashuvini noto‘g‘ri idrok etish. Bunda atrofdagi narsalar mutanosib, ammo g‘ayritabiiy tarzda kichraygan (mikropsiyada) yoki ulkan o‘lchamlargacha kattalashgandek (makropsiyada) idrok etiladi. Dismegalopsiyada atrofdagi narsalarning mutanosibligi o‘zgargan, qiyshaygan, buralib ketgan, qisqargan, uzaygan, kengaygan yoki toraygan tarzda qabul qilinadi. Narsalarning g‘ayritabiiy uzoqlashishi yoki, aksincha, yaqinlashishi bilan kechadigan makonni buzib idrok etish porropsiya deb ataladi.

*Tana tuzilishining buzilishi* - makonda badan yoki uning ayrim qismlarining shakli, kattaligi va holatini buzib idrok etish. Sezgining buzilishi «butun tana keskin kattalashib, bemor joylashgan makonni to‘ldirib yuborishi», «til shishib, og‘izga sig‘may ketishi», «kalla to‘g‘nog‘ich boshchasidek tuyulishi» kabilarda namoyon bo‘lishi mumkin va hokazo.

### **Tafakkur buzilishlari**

*Tezlashgan tafakkur* to‘xtovsiz yuzaga keladigan, tasodifiy aloqalarga asoslangan yuzaki xulosalar bilan birga keladigan

assotsiatsiyalar paydo bo'lishining osonligi va sonining ko'pligida namoyon bo'ladi. Unga asosiy mavzudan doimiy ravishda chalg'ish va aytilgan fikrlarda noizchilik xos. Obrazli tasavvurlar va qiyoslashlar mavhumlaridan ustunlik qiladi. Ba'zan tafakkur tezlashuvi «g'oyalar sakrashlari» jadalligigacha yetadi, bunda tugamagan bir fikr boshqasi bilan uzluksiz almashaveradi.

*Sekinlashgan tafakkurga* assotsiatsiyalar sonining kamayishi va yuzaga kelishining qiyinligi xos. Ong tasavvurlarga boy emas, ularning mazmuni bir xil. Bemorlar buni og'ir o'tkazadilar, ko'pincha bunday hollarda «esim og'ib qoldi», «xotiram xiralashib qoldi» deyдилar.

*Poyma-poy (inkogerent) tafakkur.* Bemorning nutqi ma'no jihatdan bog'liq bo'lmagan yoki grammatik izchil bo'lmagan so'zlar majmuidan iborat bo'ladi.

*Tafakkurning batafsilligi (ezmachilik).* Bir paydo bo'lgan assotsiatsiya uzoq vaqt ongdan yo'qolmaydi, bu esa yangi assotsiatsiyalar paydo bo'lishi va shakllanishiga xalal beradi. Tafakkurning samaradorligi pasayadi. Kam ahamiyatli tafsilotlarda to'xtab qolish, asosiy narsani ajrata olmaslik xislatlari xosdir.

*Rezoner tafakkur.* Aniq-ravshan javoblarni berilgan savol mazmuni bo'yicha yoki aniq savolga hech bir aloqasi bo'lmagan mavzularda uzundan-uzoq va besamar mulohazalar bilan almashirishda namoyon bo'ladi. Odatda sergaplik bilan birga kechadi.

*Tafakkurning perseveratsiyasi.* Ongda kam sonli fikr va tasavvurlarning ustunlik qilishi, shu sababli mazmunan va shaklan har xil savollarga faqat bitta javob beriladi. Masalan, «o'zingizni qanday his qilyapsiz?» – «Yomon!» – «Qayeringiz og'riyapti?» – «Yomon!» va h.k.

*Vasvasa* – tegishli sababsiz yuzaga keladigan hamda mohiyati voqelikka va bemorning butun avvalgi tajribasiga zid kelishiga qaramay, qaytarib bo'lmaydigan yolg'on g'oyalar, fikrlar. Vasvasa g'oyasi har qanday eng asosli dalilga ham qarshi turadi va shunisi bilan mulohazalardagi oddiy xatolardan farq qiladi. Ruhiiy bemorlarning vasvasa hukmlari doimo ularning hayotiy tajribasi, intilishlari, hadiklari, istaklari, bilimlari va shu kabilar bilan bog'liq bo'ladi.



Vasvasa g'oyalarini psixopatologik tuzilishi va dinamikasining xususiyatlariga ko'ra uchta asosiy guruh – dastlabki (birlamchi), obrazli, affektiv guruhlarga ajratish mumkin.

*Birlamchi vasvasa.* Bunda birinchi navbatda mantiqiy bilish zarar ko'radi, hissiy (obrazli) bilish esa, uncha zarar ko'rmaydi. Tashqi dunyo hodisalari ham, subyektiv his-tuyg'ular ham patologik talqin etiladi. Bemor «dalillar» bilan mustahkamlangan yolg'on fikrlarini barcha tafsilotlari bilan ishlab chiqqan bo'ladi. Birlamchi vasvasa qat'iy bo'lib, ilgarilama rivojlanishga moyildir. Birlamchi vasvasa uzoq vaqt ruhiy kasallikning yagona obyektiv belgisi sifatida mavjud bo'lishi mumkin.

Uning rivojlanishida quyidagi bosqichlar (davrlar) ajratiladi: inkubatsiya, kristallashuv, stereotiplashuv, terminal bosqich.

Inkubatsiya (yashirin) davrida gumonlar, taxminlar, har xil qiyoslashlar yuzaga keladi; shu paytda yuz berayotgan hodisalar, odamlar o'rtasidagi o'zaro munosabatlar, shaxsning o'z his-tuyg'ulari noto'g'ri talqin etiladi. Ko'plab yangi, tarqoq, tushunarsiz, ba'zan ziddiyatli xulosalar yuzaga keladi va ular atrofda o'rab turgan barcha narsalarga ishonchsizlik va xavotir bilan birga keladi. Kayfiyat foniga keskinlik (zo'riqish), ko'ngil g'ashligi, xavotir va ezilish xos bo'ladi. Fransuz psixiatrlari bunday bemorlarning ruhiy holatini tergovdagi shaxslarda kuzatiladigan holatga o'xshatadilar. Vasvasaning inkubatsiya davrida ayrim paytlarda bemorda hali o'z xulosalarining to'g'riligiga ishonchsizlik kuzatiladi. U harakatlari to'g'riligiga shubhalanadi; xatolarga yo'l qo'yilgan haqida shubhalar yuzaga kelishi mumkin. Vaqti-vaqti bilan falokat kutayotgandek iztirobli hislar paydo bo'ladi; hamma narsa yangi va tushunarsiz ma'no bilan to'lgan, hamma narsada tahdid yashiringan – bular vasvasa kayfiyati deb ataladi. Vasvasa kayfiyati epizodlar shaklida yuzaga kelib, inkubatsiyaning dastlabki bosqichidan rivojlanishning keyingi bosqichiga – vasvasaning kristallashuvi bosqichiga o'tish alomatlaridan bo'lishi mumkin.

Ikkinchi bosqichning dastlabki davrida bemorlar «fikir ravshanlashuvi», «zehni ochilishi», «vahiy» hislarini tuya boshlaydilar. Kishini ezuvchi tushunarsizlik holati yo'qoladi, «hamma narsa nihoyat ravshan bo'lib qoladi». Kristallashuv davrida ilgarigi tarqoq

faktlar izchil tizimga birlashadi. Tizim son jihatdan borgan sari ko'payib borayotgan yangi tasavvur va faktlar evaziga, shuningdek o'tmish hayotidagi voqealarni patologik talqin etish – *retrospektiv* vasvasalashuv evaziga kengayadi. Batafsil ishlab chiqilgan xayoliy konsepsiya (tushuncha) yaratiladi. Vasvasa kristallashgan davrda va uzoq davom etuvchi davrlarda bemorlarning xatti-harakati o'zgaradi, u vasvasaning xususiyatlariga butunlay bog'liq bo'lishi mumkin. Agar ilgari bemor xayoliy badxoh yoki oddiy dushmanlar bilan to'qnashishdan qochib yurgan bo'lsa, endi u ularga qarshi ochiq harakat qilishga o'tadi («faol ta'qib etiluvchi – ta'qib etuvchi» simptomi). Ayrim hollarda bemorlar ko'plab shikoyatlar yozish bilan cheklanadilar va sudbozlik xatti-harakatlarini namoyon etadilar, boshqa hollarda o'z raqiblarini jismonan yo'q qilishga urinadilar. Birlamchi vasvasa mavjud bo'lgan bemorning xatti-harakatini fransuz psixiatrlari qisqacha «u qochadi», «u himoyalani», «u hujum qiladi» iboralari bilan ifodalaydilar.

Vasvasa stereotiplashuv davrida go'yoki bir shaklga kiradi, mazmuni endi murakkablashmaydi, affektiv to'liqlik ancha kamayadi. Vaqti-vaqti bilan ruhiy holatning buzilishi kuchayadi. Shu davrda g'ayriqonuniy harakatlar sodir etilishi mumkin.

Kasallik boshlanganidan keyin ko'p yillar va hatto bir necha o'n yillar o'tgach boshlanadigan terminal davrida vasvasa asta-sekin kamayib, yo'qola boradi.

Birlamchi vasvasa turli-tuman mazmunlarga ega bo'lishi mumkin. Uning rivojlanishi jarayonida odatda dastlabki mazmun murakkablashadi va vasvasa bir mavzuli shakldan ko'p mavzuli shaklga o'tadi. Odatda bunday murakkablashuv ta'qib etish g'oyalari kuchayishi yo'nalishida boradi.

Sud-psixiatriya amaliyoti ko'pincha quyidagi mazmunga ega bo'lgan vasvasa g'oyalari bo'ladigan vasvasa holatlariga duch keladi: rashk, ipoxondriya, ta'qib etish, ta'sir ko'rsatish, zaharlash, zarar yetkazish, ixtiro qilish, ulug'vorlik, sudbozlik singari aldamchi g'oyalar.

*Rashk vasvasasi* (er-xotinning xiyonati) – er yoki xotinni boshqa bir yoki bir necha shaxslar bilan unga xiyonat qilayotganiga bo'lgan aniq ishonch. U o'ziga yaqin inson unga nisbatan e'tiborsiz, sovuq

munosabatda bo‘layotganligini «sezadi». Ayni vaqtda unga eri (xotini) o‘zining tashqi ko‘rinishiga e‘tiborliroq bo‘layotgandek, uyga odatdagidan kechroq kelayotgandek, odatdan tashqari kayfi chog‘ va xijil ko‘rina boshlaydi. Vaqt o‘tib bemor uchrashuvlar uyidan tashqarida ham, uyda ham yuz berayotganini «aniqlaydi». U yaqin kishisining harakatlarini kuzata boshlaydi, to‘satdan ishga qo‘ng‘iroq qiladi, odatdagidan boshqa vaqtda uyga keladi, ich kiyimlarini tekshiradi va hokazo. Bemor unga xiyonat qilinganligini tan olishni doimo qattiq talab qiladi. Rashk vasvasasi ba‘zan yaqin kishisiga nisbatan shafqatsiz zuravonlik harakatlariga aylanadi.

*Ipoxondrik vasvasa* (kasallik vasvasasi) – og‘ir, bedavo kasalga yo‘liqqaniga qattiq ishonish. Bemorlarning xatti-harakatlari har xil bo‘ladi. Ayrimlar o‘zini davolash usullarini qat‘iyat bilan ishlab chiqadilar, boshqalar chuqur tekshirish va davolashni talab qilib, turli kasblardagi shifokorlarga doimiy ravishda murojaat etadilar. Bunday bemorlar shifokorlarni o‘zlariga nisbatan yomon munosabatda bo‘lishda, hatto ularning azoblanishlarida aybdor deb gumon qila boshlaydilar. Bunday hollarda tibbiyot xodimlariga qarshi zo‘ravonlik harakatlari ham tez-tez uchrab turadi.

Ipoxondrik vasvasasining yana bir turi – jismoniy nuqson yoki majruhlik vasvasasi – *dismorfofobiya*. Odatda bu tananing ko‘rinarli qismlari – yuz, qo‘l, oyoq, qaddi qomatga taalluqlidir. Xayoliy jismoniy nuqsonni tuzatish uchun bemorlar o‘zini davolashning xavfli usullarini qo‘llaydilar yoki operatsiyalar, jumladan takroriy operatsiyalar o‘tkazishni qat‘iy talab qiladilar.

*Ta‘qib etish vasvasasi* – bemorning unga jismoniy yoki ma‘naviy zarar yetkazishni yoki oddiygina uning o‘limiga erishishni istayotganliklariga qat‘iy ishonchi.

*Ta‘sir ko‘rsatish vasvasasi* – shaxsning o‘z fikri, his-tuyg‘ulari va xatti-harakatlariga tashqi kuch ta‘sir ko‘rsatayotganiga qat‘iy ishonchi. Bu holat bir qator hollarda odamlar, gipnoz, elektr toki, atom energiyasi, ultratovush kabilarning ta‘siri deya aniq ta‘riflanadi (shuningdek qarang Kandinskiy Klerambo sindromi).

*Zaharlash vasvasasi* – bemorni yo‘q qilish maqsadida uning jismoniy holatiga zarar yetkazish uchun yashirincha uning ovqatiga qo‘shiladigan, u bo‘lib turgan xonalarga va u foydalanadigan mebel

buyumlari yoki kiyimlarga sepiladigan yohud purkaladigan har xil zaharli moddalar qo‘llanilayotganiga qattiq ishonish.

*Zarar yetkazish vasvasasi* – bemorga, ko‘pincha shaxsiy buyumlari, mebeli yoki oziq ovqatini buzish, almashtirib qo‘yish yoki o‘g‘irlash orqali, atayin moddiy zarar yetkazilayotganiga qat’iy ishonch. Bunday vasvasa ko‘pincha yaqin atrofidagi shaxslarga qaratiladi, shu munosabat bilan u ko‘p hollarda kichik o‘lchamdagi vasvasa deb ataladi.

*Ixtirochilik vasvasasi* – bemorning insoniyatga yaxshilik keltiradigan noyob, universal ahamiyatga ega katta nazariy yoki amaliy kashfiyot qilganligiga qat’iy ishonchi. Vasvasaning bu turi doimo o‘jarlik bilan sudlashish orqali kechadi.

*Ulug‘vorlik vasvasasi* – bemorning o‘z ma’naviy va jismoniy kuchlari, sog‘lig‘i, ijtimoiy mavqei va u bilan bog‘liq imkoniyatlariga aqlga sig‘mas darajada katta baho berishi.

*Muhabbat vasvasasi* – muayyan shaxs uni yaxshi ko‘rishi va har qanday, hatto bemorga zarar yetkazadigan usullar bilan unga erishishga intilayotganiga qattiq ishonishi.

*Sudlashuv vasvasasi* – go‘yo buzilgan adolatni tiklash uchun kurashish, jumladan bemorning buzilgan huquqlarini himoya qilishga bo‘lgan og‘ishmas g‘oya.

*Obrazli vasvasada* – hissiy bilishning buzilishi ustunlik qiladi. Vasvasa g‘oyalari hech bir tizimsiz, ko‘pincha betartib yuzaga keladi. Ular isbotlanmaydi, balki bor narsadek qabul qilinadi: «Meni o‘ldirishni istashlarini bilaman». Ko‘rgazmaliligi va izchil emasligiga ko‘ra vasvasa va tush manzaralarini eslatuvchi obrazli tasavvur hukmronlik qiladi. Ong ularga to‘lgan bo‘ladi. Atrofdagi narsalar illuziyalarda bo‘ladigandek qabul qilinadi. Obrazli vasvasa doimo boshqa buzilishlar bilan birga keladi. Xatti-harakat keskin buziladi. Bemorning harakatlari noizchil va ko‘pincha impulsiv xususiyatga ega bo‘ladi (yonidan o‘tib ketayotgan transport vositasiga sakrab chiqmoqchi bo‘ladi, tez ketayotgan transport vositasidan to‘satdan sakraydi, yo‘l tanlamay yuguradi, nogohon hujum qiladi). Gallyut-sinatsiyalar yuzaga kelishi, Kandinskiy Klerambo sindromining elementlari, ora-sira buzilgan ong epizodlari ko‘rinishi mumkin. Obrazli vasvasa doimo affektning yaqqol o‘zgarishlari, ko‘pincha zo‘riqqan xavotir shaklidagi o‘zgarishlar bilan kechadi.

Obrazli vasvasaning turlaridan biri *inssenirovka vasvasasidir*. Bunda bemorlar atrofdagi hamma narsa atayin uyushtirilgan, ularni kalaka qilishayotganligini, kinosyomka qilinayotganligini; atrofdagi odamlar o'zlarini butunlay boshqacha ko'rsatayotganliklarini, ularning barcha harakatlari bevosita bemorga aloqadorligini; uni tekshirishayotgan, unga o'rgatishayotgan, uni tarbiyalashayotganligini aytadilar.

*Ma'no vasvasasida* atrofdagi hamma narsa simvol ahamiyatiga ega bo'ladi: qora rang – bemorning tez orada o'lishini; yosh juvon – qutulishini bildiradi va hokazo. Atrofdagi narsalarning ma'nosi o'zgaruvchan bo'ladi, ayrim hollarda barcha xotiralar va atrofdagi narsalarning (predmetlar, odamlar) va hodisalarning idrok etilishi fantastik mazmun va ma'noga ega bo'ladi. Obrazli *fantastik vasvasaga* ulug'vorlik, diniy-mistik, muhabbat, bir qator hollarda kosmik mazmun xos bo'ladi (atom urushi, tabiiy ofatlar, davlat to'ntarishlari va sh.k.).

*Affektiv vasvasa* mazmunan hukmron affektni aks ettiradi va ko'p jihatdan obrazli vasvasaga yaqin turadi, ya'ni unda hissiy bilishning buzilishi ustunlik qiladi, mantiqiy element esa juda kam bo'ladi.

Vasvasaning depressiv shakllari orasida ko'pincha *o'zini o'zi ayblash va gunohkorlik vasvasasi* – og'ir, g'ayriaxloqiy qilmishlar sodir etganiga ishonish uchrab turadi. *O'z-o'zini kamsitish vasvasasida* bemorning axloqiy va jismoniy xislatlari faqat salbiy xususiyatga ega bo'ladi. *Qashshoqlanish vasvasasida* barcha moddiy vositalar (boyliklar)dan tez orada mahrum bo'lishga yoki mahrum bo'lganlikka ishonch bo'ladi. Bemorlar ichki a'zolari yoki butun organizmi parchalanayotganiga ishongan taqdirda *nigilistik vasvasa* haqida so'z yuritiladi. Depressiv vasvasaning barcha turlarida tafsilotlari juda kam bo'ladi va mazmunini bayon etish bo'lmaydi.

Vasvasaning ekspansiv shakllari orasida ko'pincha ulug'vorlik, islohotchilik, noyob ma'naviy va jismoniy imkoniyatlilik g'oyalari yuzaga keladi.

Vasvasa g'oyalaridan o'ta qimmatli g'oyalar va vasvasaga o'xshash fantaziyalarni farqlash lozim. *O'ta qimmatli g'oyalar* – haqiqiy holatlar (vaziyatlar) tufayli yuzaga keladigan xato fikrlar. Ular odatdagidan boshqacha kuchga ega bo'lgan, uzoq vaqt mavjud



bo'ladigan affektiv bo'yoqqa ega bo'lib, keyinchalik uzoq muddat davomida boshqa barcha fikr va tasavvurlarga nisbatan barqaror hukmron mavqega ega bo'ladi. *Vasvasaga o'xshash fantaziyalar* – ruhiyatni shikastlovchi vaziyat sharoitida, xususan, hibsga olinganida, tergov chog'ida yoki qamoqda saqlash muddati boshlanganidan so'ng tez orada ulug'vorlik, ta'qib etish, zarar yetkazish, o'zini ayblash, avantyuristik mazmundagi har xil gaplarning paydo bo'lishi. Vasvasadan farqli o'laroq ularda qat'iy ishonch bo'lmaydi, mazmunan o'zgarib turadi, tashqi jihatlariga bog'liq bo'ladi, ko'pincha yashirin qo'rquv va istaklarni aks ettiradi; atrofdagilarga mo'ljallangan hamda o'yin va sahna elementlariga ega bo'lgan xatti-harakatlar bilan kechadi; tashqi sharoitlar ta'sirida, masalan, turmadan kasalxonaga ko'chirganda yo'qoladi.

*Miyaga o'rnashib qolgan holat* – beixtiyor va bartaraf etib bo'lmay darajada yuzaga keladigan fikrlar, tasavvurlar, xotiralar, shubhalar, qo'rquvlar, mayllar, harakatlar bo'lib, ularning kasallik xususiyatiga ega ekanligini bemor tushunadi, tanqidiy baholaydi va doimo ularga qarshi kurashishga harakat qiladi. Miyaga o'rnashib qolgan holatlar shartli ravishda ikki guruhga bo'linadi: mavhum (aniq ifodalangan affektiv tarkibiy qismlarga ega bo'lmagan) hamda obrazli (bunda affektiv buzilishlar doimiy bo'ladi).

Miyaga o'rnashib qolgan mavhum holat – miyadan ketmay qolgan hisoblash (binolardagi qavatlar hisobi, o'tib ketayotgan mashinalar hisobi va sh.k.); ismlar, telefonlar, ta'riflarning miyadan ketmay qolgan xotiralari; Yopishqoq donishmandlik (aqliy chaynalish) – o'ziga qaratilgan mavhum mazmundagi savollarning yuzaga kelishi. Har bir shunday savol yangisining paydo bo'lishiga olib keladi: «Yer nima?» – «Yerning tepasi va pasti qayerda?» – «Nima uchun odamlar yer bo'ylab yurganlarida tushib ketmaydilar?» va h.k.

Miyaga o'rnashib qolgan affektiv holatlar orasida quyidagilar ajratiladi:

miyaga o'rnashib qolgan shubhalar: bajarilayotgan harakatlarning to'g'riligi va tugallanganligi xususida beixtiyor yuzaga keladigan azobli ishonchsizlik; u ko'p marta tekshirish va takrorlash bilan kechadi. Masalan, bemor ko'cha eshigi yaxshi yopilganligini tekshirish uchun o'n martalab orqasiga qaytadi;

miyaga oʻrnashib qolgan qarama-qarshi fikrlar, hurmat bilan munosabatda boʻlinadigan odamlarga nisbatan yuzaga keladigan beadab gap-soʻzlar;

miyaga oʻrnashib qolgan xotiralar: oʻtmishdagi qandaydir noxush yoki azobli hodisani tinimsiz eslash;

miyaga oʻrnashib qolgan mayillar: xohish, irodaga qarshi ravishda u yoki bu koʻpincha xavfli harakatni sodir etish (yonida turgan odamni urish, yonidan oʻtayotgan transportning tagiga oʻzini tashlash)ga intilishning paydo boʻlishi;

miyaga oʻrnashib qolgan harakatlar: istakka xilof ravishda sodir etiladigan harakatlar, masalan, yelkani vaqti-vaqti bilan siltash, koʻz qisish;

miyaga oʻrnashib qolgan qoʻrquvlar (fobiyalar) mazmunan nihoyatda xilma-xildir: koʻcha va maydonlarni kesib oʻtishdan qoʻrqish, yopiq xonada yolgʻiz qolishdan qoʻrqish, oʻtkir narsalar, balandlik, qizarish kabilardan qoʻrqish va sh.k.

Affektiv hissiyotli miyaga oʻrnashib qolgan holatlarning yuzaga kelishi doimo vegetativ simptomlar paydo boʻlishiga olib keladi: yurakni tez urishi, koʻp terlash, terining oqarishi, bosh aylanishi, nafas qisishi kabilardir.

Miyaga oʻrnashib qolgan holatlar koʻpincha xayoliy baxtsizlikning oldini olish uchun amalga oshiriladigan marosimiy harakatlar bilan kechadi: ifloslanishdan qoʻrquvchilar maʼlum bir vaqtdan keyin qoʻllarini yuvib turadilar; bemor, oʻtirishdan oldin albatta bir necha marta aylanadi va h.k.

### **Iroda buzilishlari**

Iroda buzilishlariga impulsiv harakatlar va impulsiv mayllarni oʻz ichiga oladigan *impulsiv holatlar* kiradi.

*Impulsiv harakatlar* istaklar kurashsiz bajariladi va psixik faoliyatning aniq ifodalangan buzilishlari mavjud boʻlganida yuzaga keladi. Toʻsatdan va sabab (motiv)siz paydo boʻlishi bilan ajralib turadi, oʻz-oʻzidan bajariladi. Bemor notanish odamlarga zarbalar beradi, bolani suvga uloqtiradi, jonsiz narsalarga nisbatan agressiv harakatlar sodir etadi: uy devorlarini chopadi, yostiqni boʻgʻadi va h.k.

*Impulsiv mayllar* koʻpincha pasaygan yoki gʻazabli (disforik) kayfiyat fonida yuzaga keladi. Dastlab u yoki bu harakatni sodir etish

istagiga qarshi kurash yuz berishi mumkin, tez orada mayil bartaraf etib bo'lmastur oladi va barcha fikr va istaklarni o'ziga bo'ysundirib, amalga oshadi. Ko'pincha bu davrda sodir etiladigan harakatlar haqidagi xotiralar noaniq yoki uzuq-yuluq bo'ladi. Kamroq hollarda impulsiv mayl sodir etib bo'linganidan so'ng g'ayritabiiy holat sifatida anglanadi va hatto tanqidiy baholanadi. Impulsiv mayllarning eng ko'p uchraydigan shakllariga tinimsiz mayxo'rlik qilish (dipsomaniya), daydilik (dromomaniya), o't qo'yishga (piromaniya), o'g'rilikka (kleptomaniya) ishqibozlik, odam o'ldirishga, o'zini o'ldirishga (gomitsidomaniya, suitsidomaniya) yoki o'ziga jismoniy shikast yetkazishga intilishlar kiradi.

### **Depersonalizatsiya, derealizatsiya, sarosimalik**

O'z «Men»i, atrofdagi narsa va voqealarni yoki har ikkisini birdaniga idrok etishning o'zgarishi bilan birlashadi.

*Depersonalizatsiya* – o'zini anglash, o'z «Men»ini idrok etishning buzilishi. His-tuyg'ular, fikrlar, tasavvurlar, istaklar, xotiralar, nutq, harakatlar, fiziologik jarayonlar o'zgargandek yoki begonalashgandek, ya'ni ushbu shaxsga tegishli emasdek tuyuladi.

*Derealizatsiya* – voqelikni va atrofdagi narsalarning haqiqiyligini idrok etishning buzilishi. Bunda atrofdagi narsalar uzoqda turgandek, jonsiz, harakatsiz, qotib qolgan, noaniq va rangsiz tuyuladi. Jonli yoki jonsiz narsalar va hatto, butun dunyoning haqiqatan mavjudligiga shubhalanish bilan kechishi mumkin. Dearealizatsion buzilishlarga birinchi marta yuz berayotgan va notanish hodisa ilgari bo'lgandek tuyuladigan «eshitilgan, boshdan kechirilgan, ko'rilgan» narsalar fenomeni xosdir. «Hech qachon eshitilmagan, boshdan kechirilmagan, ko'rilmagan» fenomenida, aksincha, yaxshi tanish narsalar birinchi marta paydo bo'lgandek bo'ladi.

*Sarosimalik (hayrat affekti)* – o'zi yoki atrofdagilar bilan yuz berayotgan o'zgarishlarni azobli tarzda tushunmaslik holati. G'ayrioddiy va tushuntirib bo'lmasturlik hissi bilan kechadi. Hayrat so'zlashish va o'zini boshqacha tutish tarzida namoyon bo'ladi. Bemorning nutqida so'z boyligi kam, u darhol javob bermaydi, ko'pincha savoldagi so'zlarni takrorlaydi. Javoblar tasdiq shaklida emas, savol shaklida beriladi. Doimo «men hech narsani tushun-

mayapman», «bir nima sodir bo'lyapti», «bu nimaga», «aftidan aqldan ozayapman», «atrofimda qandaydir g'alati narsalar yuz berayapti» kabi gaplar uchraydi. Bunday bemorlarga e'tiborning haddan tashqari ko'p chalg'ishi xos. Kichkina tashqi ta'sirlar (taqillash, soatning chiqillashi, yo'tal kabilar)da ham bemorlar ko'p hollarda «taqillatishyapti», «ana soat», «yo'talyaptilar» kabi so'zlarni takrorlab, tovush kelgan tomonga qaraydilar. Sarosima kuchli rivojlanuvchi ruhiy buzilishlarda yuzaga keladi.

### **Xotira buzilishi**

Xotira – taassurot, ma'lumot, o'tmish tajriba faktlarining majmualarini idrok etish, qayd qilish va aks ettirish qobiliyati.

Muayyan vaqt davrlariga taalluqli xotirasizlik *amneziya* deyiladi. Amneziyaning quyidagi turlari ajratiladi:

– *retrograd amneziya*: ruhiy faoliyat buzilishi rivojlanishidan bevosita avval yuz bergan hodisalarning xotiradan o'chishi. U aqlning susayishi yoki ongsiz holat shaklida namoyon bo'ladi. Bir necha daqiqadan tortib ko'p yillargacha davom etadi;

– *anterograd amneziya*: (ongsiz holat, aql xiralashuvi va ba'zi bir boshqa) ruhiy faoliyat buzilishlari tugaganidan bevosita keyingi davrga taalluqli hodisalarni eslash qobiliyatining yo'qolishi. Bir daqiqadan boshlab, bir necha soat, kun, kamdan-kam hollarda haftalarga cho'ziladi;

– *anteroretrograd amneziya*: ikkala turdagi amneziyaning birlashuvi – kasallik holatidan avval va keyin kelgan hodisalarning xotiradan o'chishi;

– *fiksatsion amneziya*: joriy hodisalarni eslab qolish qobiliyatining yo'qolishi;

– *rivojlanuvchi amneziya*: asta-sekin xotira zaxiralarining bo'shab borishi. U oxirgi vaqtlarda yuz bergan hodisalardan o'tmish hodisalar, jumladan eng uzoqdagi, o'smirlik va bolalikka doir hodisalgacha esdan chiqarish tomon rivojlanib boradi;

– *retardirlashgan* (qoldirilgan, kechikuvchi) *amneziya*: ruhiy buzilish vaqtida yuz beradigan voqealarni, jumladan bo'lib o'tgan ruhiy buzilishlarning o'zini esdan chiqarish. Kasallik holati tugagan zahoti emas, balki bir qancha vaqt o'tgach yuz beradi;

– *konfabulyatsiyalar* (soxta xotiralar): aslida bo‘lmagan voqealar haqidagi xabarlar.

### **Savol va topshiriqlar**

1. Ruhiy kasalliklarning kelib chiqish sabablarini aniqlang ?
2. Tashqi olamni elementlarini bilish nima?
3. Qabul qilishning buzilishlari: illuziyalar va gallyutsinatsiyalar nima?
4. Tafakkur buzilishlaridagi patologik g‘oyalar to‘g‘risida tushuncha bering?
5. Tafakkurning buzilishlari haqida tushuncha bering?
6. Yopishqoq g‘oyali holat: yopishqoq sanash, yopishqoq xotiralar, yopishqoq donishmandlik, yopishqoq ikkilanish (shubhabozlik), yopishqoq qo‘rqoqlik nima?
7. Xotiraning buzilishlari turlarini aytib bering?
8. Hissiyotning buzilishlari turlarini aytib bering?
9. Iroda va ong buzilishlari qanday bo‘ladi?
10. Intellectning buzilishlari turlarini aytib bering?

### **Ruhiy kasalliklarning simptomokomplekslari (sindromlari)**

Kasalliklarga klinik simptomlarni tahlil qilish va sintezlash natijasida tashxis qo‘yiladi. Kasallik hech qachon simptomlarning tasodifiy yig‘indisi bo‘lmaydi. Kasallikning ayrim belgilari qonuniy ravishda o‘zaro birlashadi, o‘ziga xos takrorlanuvchi aloqada uchraydi. Simptomlarning bunday tipik yig‘indisi ruhiy kasalliklarning sindromlari sifatida baholanadi. Ushbu sindromlar turli kasalliklarda o‘xshash shaklda uchrashi mumkin. Masalan, aqli ojizlik sindromi, keksalik psixozlari, progressiv shollik, tutqanoq kabilarda namoyon bo‘ladi. Har bir kasallik unda uchraydigan sindromlarda muayyan iz qoldiradi. Ularga xo sindromlarni klinik ajratish kasalliklarga tashxis qo‘yishni osonlashtiradi. Masalan, Korsakov amnestik sindromining mavjudligi alkogol, sanoat zaharlari kabilarda ta’sirida miyaning zaharlanishdan shikastlanganini taxmin qilishga majbur qiladi. U biroz boshqacharoq shaklda keksalik psixozlari yoki bosh miya shikastlanishida ham paydo bo‘lishi mumkin.

Inson ruhiy faoliyati buzilishining simptomlari uning bilish va tafakkur faoliyatidagi o‘ziga xos og‘ishlardir. Sindromlar esa, ichki tomondan o‘zaro bog‘liq simptomlarning muayyan majmui bo‘lib, u



yoki bu kasallikka xosdir. Sindromlarning ketma-ket almashuvi kasallikning klinik manzarasini tashkil qiladi va rivojlanishining patogenetik qonuniyatlarini aks ettiradi.

Endi eng ko‘p uchraydigan sindromlarni ko‘rib chiqamiz.

*Nevrotik sindromlar:* astenik, isterik va miyaga o‘rnashib qolgan buzilishlarning ustunligi.

*Astenik sindrom* turli xil ruhiy kasalliklarda kuzatiladi va klinik manzarasining xilma-xilligi bilan ajralib turadi. Bosh miya qobig‘ining asab hujayralaridagi funksional jarayonlarning sustligi, ularning u yoki bu kasallik tufayli yuzaga kelgan o‘ta sustlashishi (tormozlanishi) natijasida kelib chiqadi. Asab tizimining tez ishdan chiqishi, tashqi ta‘sirga javoban muhofaza tormozlanishi hodisalarining oson yuzaga kelishi. Bemorlar uzoq vaqt faol ruhiy zo‘riqish bilan ishlashga qodir bo‘lmaydilar, diqqatlarini to‘plashlari qiyin, e‘tiborlari susaygan bo‘ladi. Kayfiyat odatda pasaygan bo‘lib, bu goh bo‘shashish va befarqlikda, goh tajanglik va ko‘z yoshi to‘kishda namoyon bo‘ladi. Ba‘zan osonlik bilan har xil qo‘rquv va xavfsirashlar, parishonlik yuzaga keladi. Bu esa izchil, maqsadga qaratilgan faol ruhiy faoliyatni qiyinlashtiradi. Bemorlar turli shikoyatlar bilan murojaat etadilar. Astenik sindrom kasallikning markaziy asab tizimining yuqori bo‘linmalariga, birinchi navbatda bosh miya qobig‘iga yemiruvchi ta‘sir ko‘rsatishi natijasida (barqaror, davomli kasalliklarda, og‘ir yuqumli kasalliklar, tug‘ish, suyak sinishi, miyaning organik kasalliklaridan keyin) yuzaga keladi va u yoki bu kasallikka xos bo‘lgan psixopatologik alomatlar kuzatilishi mumkin bo‘lgan asosiy fon bo‘lib xizmat qiladi.

Asteniya simptomlari kunning ikkinchi yarmi va kechga borib kuchayadi. Unga uyqu buzilishi va vegetativ (nerv sistemasining ichki organlar faoliyatini idora qiluvchi qismidagi) buzilishlar – ko‘p terlash, taxikardiya, vazomotor buzilishlar xos.

*Isterik sindrom* hissiy beqarorlikda namoyon bo‘ladi va bir-birini tez almashtiruvchi boshqa jadal his-tuyg‘ular – g‘azablanish, quvonch, xush ko‘rmaslik, yoqtirishda namoyon bo‘ladi. Nutq obrazli bo‘ladi, real voqealar bo‘rttirib ko‘rsatiladi, unda haqiqiy voqelikning o‘rnini istaklar egallaydi. Mimika va harakatlar ifodali, ekspressiv (hayajonli), ba‘zan sahna ko‘rinishini oladi. O‘zgalar va o‘z ta‘siriga

beriluvchanlik kuchli bo‘ladi. Isterik tutqanoqning rivojlanishi odatda ruhiy shikastlanish yoki kuchli hayajon bilan bog‘liq. Tutqanoq manzarasi har safar turlicha rivojlanadi. Bir narsa – tutqanoqni tashkil qiluvchi simptomlarning xilma-xilligi – doimiy qoladi. Bemorlar asta-sekin, go‘yoki sirg‘alib yiqiladilar. Hech bir ketma-ketliksiz yuzaga keladigan mushak tortishishlari ko‘pincha bemorning yiqilishidan oldin boshlanadi. Betartib va ifodali xususiyatga ega bo‘ladi: bemor yerda yotib sirpanadi, o‘zini o‘ziga xos holatda tutadi, o‘ziga shikast yetkazadi, sochlarini yuladi, terisini yumdalaydi. Tilini tishlash hollari bo‘lmaydi. Tutqanoqning davom etish vaqti har xil: bir necha daqiqadan bir necha soatgacha. Tutqanoqdan keyin bemor tezda o‘ziga keladi.

*Miyaga o‘rnashib qolgan buzilishlar sindromi* fikr, tasavvur, harakat va his-tuyg‘ularning uzluksiz takrorlanishida namoyon bo‘ladi. Ular bosh miya qobig‘ining «ajralgan og‘riqli nuqtalarida» yuzaga keladigan asab jarayonlarining patologik inertligi (sustligi) hodisalari bilan bog‘liq bo‘ladi. Kasallik kuchayganida ularning bosimi his qilinadi. Barcha bemorlar bunday holatni o‘z kechinmalari va istak-mayllari sifatida qabul qiladilar, lekin ularni ixtiyorsiz zo‘raki holda sezadilar.

Ayrim bemorlarda qandaydir simptom ko‘rinishidagi barqaror xayoldan ketmaydigan buzilishlar (masalan, tinimsiz hisoblash) ustunlik qiladi, boshqalarida – xavotirli tushkun kayfiyat bilan doimiy ravishda qo‘shilib keladigan har xil miyadan ketmaydigan holatlar kuzatiladi. Ular ushbu noxushliklarning oldini oluvchi afsunlar, marosimlar xususiyatiga ega bo‘lish mumkin. Masalan, bemorlar uydan muayyan tarzda chiqadilar, ostonadan doimo ayni bir oyoqni qo‘yib xatlaydilar, tezda uylardagi derazalarni hisoblab chiqadilar, muayyan qoidalarga rioya etgan holda yechinib-kiyinadilar, har bir ishni xayolda bir qancha so‘zlarni takrorlagandan keyin boshlaydilar. Bu harakatlarni bajarmaslik qo‘rqish, chorasizlik, tug‘ilayotgan xavf hissini yuzaga keltiradi. Xayoldan ketmaydigan qo‘rquvlar (fobiyalar) maydonni kesib o‘tishdan (yoki umuman hamrohsiz ko‘chaga chiqishdan), tor joylardan, o‘tkir narsalardan qo‘rqishda namoyon bo‘ladi. Zaharlanish, ifloslanishdan patologik qo‘rqish eshik tutqichlari, narsalar, begona odamlarga tegilgan har

safar deyarli uzluksiz ravishda qo‘l yuvishga olib keladi. Miyadan ketmaydigan holatlar nevrozlar, shizofreniya, ensefalitlar va boshqalarda kuzatiladi.

*Emotsional (affektiv) sindromlar* ko‘p uchrashiga ko‘ra faqat asteniyadan keyin turadigan eng umumiy ruhiy buzilishlardir. Ularning asosini boshqa barcha kechinmalarga muayyan tus beruvchi his-tuyg‘ular majmui bo‘lmish kayfiyat buzilishlari tashkil qiladi.

*Maniakal sindromlar* ruhiy va harakatga oid qo‘zg‘alishda namoyon bo‘ladi. Ular odatda aql susayishining klinik jihatdan seziladigan belgilarisiz kechadi. Bunda patologik ko‘tarinki ruh, quvnoqlik kuzatiladi, fikr davomiyligi qisqargan holda g‘oyalarning sakrashigacha boradi. Faoliyat ko‘rsatishga katta ehtiyoj yuzaga keladi, bemor doim harakatda bo‘ladi, ko‘p gapiradi, atrofdagilarga murojaat etadi, nutqlar so‘zlaydi, raqs tushadi, qo‘shiqlar aytadi, bezanadi, shilqimlik qiladi. O‘ziga nisbatan tanqidiy ko‘z bilan qaramaslik, ortiqcha baho berish paydo bo‘ladi. Simptomlari kuchayganda shodlik va nekbinlik (optimizm) kayfiyati, yangi taassurotlarga ehtiyoj, jismoniy qulaylik va kuchga to‘lish hissi yuzaga keladi. Bemorlar sergap, hozirjavob bo‘lib qoladilar. Diqqat kuchaygan, ammo beqaror va oson chalg‘iydigan bo‘ladi. Oshig‘ich harakat tarqoq xususiyatga ega bo‘ladi, boshlangan ish oxiriga yetkazilmaydi. Biroq kuchli qo‘zg‘alish paytida ular jizzaki va g‘azabnok bo‘lishlari mumkin.

*Eyforiya sindromida* kayfiyat ko‘tarinki bo‘ladi, bu avvalo mamnunlik, beg‘amlilik va xotirjamlikda namoyon bo‘ladi. Passivlik ustunlik qiladi. Nutqiy qo‘zg‘alish bo‘lmaydi yoki sust bo‘ladi. Fikrlash, o‘ziga va atrofdagilarga tanqidiy munosabat sezilarli va hatto keskin darajada pasaygan bo‘ladi. Ko‘p hollarda tuban mayllar chegaradan chiqib ketadi va bu hol ochofatlik, ichkilikbozlik va turli jinsiy eksesslarga olib keladi.

*Depressiv sindromlar* ruhiy siqilish holatida namoyon bo‘ladi. Bemor g‘amgin, ruhi tushgan, harakatlari susaygan, nutqi sekinlashgan bo‘ladi. Uni boshidan kechirgan hayotining befoydaligi haqidagi fikrlar tashvishlantiradi, o‘zini turli gunoh va xatolarda ayblashga moyillik kuzatiladi. O‘zini o‘ldirish haqidagi fikrlar tez-tez bildiriladi va bunga urinishlar bo‘ladi. Depressiv sindrom maniakal-

depressiv psixoz, qarilikdan avvalgi psixoz, reaktiv holatlar, shizofreniya kabilarda kuzatiladi. Tushkun kayfiyat chuqurlashganida bemorlar siqilishdan shikoyat qiladilar. Bu kasallikka ko'krak sohasida, kamroq qorin sohasida og'ir hislar paydo bo'lishi xosdir. Ular ko'krak sohasidagi siqilish, ezilish, og'irlik hissi, chuqur nafas olishning imkoni yo'qligi sifatida tavsiflanadi. Bunday buzilishlar kuchayganida «siquvchi g'am» haqida gapiriladi (yurak ezilib, parchalanmoqda).

Ba'zi bemorlar his qilinayotgan tuyg'ularni jismoniy og'riqqa qarshi qo'yib, ruhiy og'riq deydilar, bu iztiroblik holatidir. Ayni vaqtda yorqin ifodalangan hollarida barcha his-tuyg'ularning yo'qolishi bilan kechadigan ichki bo'shliq – ruhiy anesteziyadek azobli hissiyotgacha boradigan qayg'uli loqaydlik hissi (apatiya) yuzaga keladi. Bu esa melanxolik depersonalizatsiyaning namoyon bo'lish shakllaridandir. Bunda atrofdagi narsalarning o'zgarganligi hissi paydo bo'lishi mumkin. Ular go'yo jozibasiz, qotib qolgan, uzoqlashgandek tuyuladi va go'yoki «parda ortidan» qabul qilinadi. Ko'p hollarda vaqt sekin o'tayotgani, to'xtab qolgandek ko'rinishi xususida shikoyat qilinadi. Bu melanxolik derealizatsiyadir. Depressiv bemorlarga xos bo'lgan o'z qadrini tushirib yuborish o'zini yerga urish, ayblash bilan almashinishi mumkin. Keksa bemorlarda xonavayron bo'lganlik va qashshoqlashganlik singari vasvasa g'oyalari ko'p uchraydi. Boshqa hollarda bedavo kasallik mavjudligi haqida tasavvur yuzaga kelishi mumkin (ipopxondrik vasvasa bilan kechadigan depressiya). Bemor yuragi, o'pkalari, buyraklari, oshqozon-ichak tizimi buzilgani yoki qurishi tufayli ishlamay qolgani haqida shikoyat qilganida nigilistik vasvasa bilan kechadigan ipoxondrik depressiya haqida so'z yuritiladi.

*Gallyutsinator-paranoid sindromga* paranoyyal sindrom va gallyutsinoz kiritiladi.

*Paranoyyal sindrom* aql tiniqligida yuzaga keladi va mavjud bo'ladi. Unga ta'qib etish, rashk kabi har-xil mazmunli birlamchi vasvasa xosdir. Vasvasani bayon etishga dalillarning ko'pligi bilan bog'liq bo'lgan batafsillik, ya'ni vasvasa tafsiloti xosdir.

*Gallyutsinoz* – uzluksiz gallyutsinatsiyalarning bo'lishi holati. Bunda ayrim gallyutsinatsiyalar ustunlik qiladi, kamroq hollarda

ularning qo‘shilib kelishi uchraydi. Ayni vaqtda boshqa psixopatologik buzilishlar, avvalo, vasvasa ikkinchi o‘ringa o‘tadi yoki mavjud bo‘lmaydi. Gallyutsinoz bemorlarning aqli tiniqligida va o‘zini yaxshi anglaydigan holatida kuzatiladi.

*Psixik avtomatizm (Kandinskiy-Klerambo) sindromi* bemorning o‘z ruhiy faolligini yo‘qotganlik hissida namoyon bo‘ladi. Bu esa vasvasa g‘oyalari bilan chambarchas bog‘liq bo‘lgan soxta gallyutsinatsiyalar bilan birga keladi. Bemorlar o‘z fikrlari, his-tuyg‘ulari, harakatlarini begonalashdek, kimningdir zo‘ravonligi ta’sirida ro‘y berayotgandek qabul qiladilar. Ularda fikrlar parallel bo‘ladi: o‘z fikrlari bilan bir qatorda zo‘rlab «kiritilgan», «bajarilgan» fikrlar yuzaga keladi. Bemorlarga fikrlarning takrorlanishi, izoh berilishi eshitiladi, ular o‘zlariga tegishli bo‘lmagan hislarni sezadilar, harakatlari zo‘ravonlik xususiyatiga ega bo‘ladi. Ko‘pchilik bemorlar o‘zlarining irodasi, fikrlarini kimdir apparatlar, gipnoz, nurlar, elektr toki kabilar yordamida boshqarayapti deb hisoblaydilar. Psixik avtomatizm sindromi shizofreniyada, kamroq surunkali alkogolizm, epileptik psixozda kuzatiladi.

*Amnestik sindrom (Korsakov)*da ko‘proq hozir yuz berayotgan voqea-hodisalarga nisbatan xotiraning buzilishi va yangi muvaqqat aloqalarning hosil bo‘lish imkoniyatlari cheklanganligi xosdir. Xotira nuqsonining o‘rnini yolg‘on xotiralar egallaydi. Bemorlarning diqqati tez susayadi, ko‘rinib turgan lanjlik ko‘p hollarda muloyimlik bilan birlashadi. Tafakkur samarasiz bo‘ladi, ayni vaqtda bemorlar o‘zlarini nisbatan xotirjam tutadilar, suhbatlashadilar, biroq suhbat mazmunini darhol unutadilar.

*Harakatlar buzilishshlari bilan bog‘liq sindromlar* (katatonik sindromlar) katatonik qo‘zg‘alish yoki harakatsizlik (katatonik stupor) shaklida bo‘lishi mumkin.

*Katatonik qo‘zg‘alish* harakatdagi faollik bilan ajralib turadi. Bunda bemorlar ich kiyimlarini yechib tashlaydilar, emaklaydilar, umbaloq oshadilar, aftini bujmaytiradilar, g‘ayritabiiy xatti-harakatlar sodir etadilar, jirkanch bo‘ladilar, tumtaroq jummalarni baqirib ifodalaydilar. Bunday holat bir necha hafta va hatto oylar mobaynida davom etishi mumkin.



Ruhy buzilishning chuqurroq darajasi impulsiv qo'zg'alish, avvalgi xatti-harakatga aloqasi bo'lmagan harakatlarni to'satdan sodir etish tarzida namoyon bo'ladi. Bemorlar atrofdagilarga tashlanadilar. Noma'lum yo'nalishda yugurib ketadilar, egnilaridagi kiyimlarini yirtadilar. Ularning nutqi bir xil so'z yoki iboralarni takrorlashdan iborat bo'ladi (verbegeratsiya); atrofdagilar aytgan so'zlarni takrorlaydilar (exolaliya). Og'ir hollarida nutq batamom yo'qolishi mumkin.

*Katatonik stupor* tormozlanganlik shaklida va mushaklar taranglashgan holdagi harakatsizlikda, bemordan javob olib bo'lmaslikda (mutizm) namoyon bo'ladi. Bemorlar uzoq vaqt ayni bir noqulay holatda bo'ladilar hamda mushaklarning muayyan darajadagi tarangligida qo'l-oyoqlari yoki gavdalarining holatini saqlab qoladilar – «mumsimon egiluvchanlik» (mumsimon egiluvchanlik ko'rinishida kechadigan stupor) ba'zan, aksincha, bemorlar uni ovqatlantirish, kiyimlarini almashtirish, yuvintirish kabi urinishlarga jimgina qarshilik ko'rsatadilar (negativizmli stupor). Og'ir holatlarida bemorlar ko'zlari yumuq holda harakatsiz yotadilar, barcha mushaklari tarang bo'ladi (dong qotgan stupor).

*Ong xiralashishi sindromiga* ruhy faoliyatning o'tkinchi, qisqa muddatli (soatlar, kunlar, kam hollarda haftalar davom etadigan) buzilishlari xos. Bunda atrofdagilarga nisbatan qisman yoki to'liq befarqlik; joy, vaqt va atrofdagi shaxslarni tanimaslikning turli darajalari; tafakkurning buzilishi va to'g'ri fikrlashning mumkin emasligi; yuz berayotgan voqealarni batamom yoki qisman unutish yuz beradi.

*Karaxtlik* – ruhy faoliyatning kuchsizlanishi bilan kechadigan ong xiralashuvi. Yengil darajalarda lanjlik va passivlik kuzatiladi, harakatlar susaygan, nutq kambag'allashgan bo'ladi. Bemorlarning diqqatni to'plashlari, kerakli javobni berishlari yoki nimanidir so'rashlari qiyin bo'ladi. Ular yuz berayotgan voqea hodisalarni yaxshi tushunmaydilar. Kayfiyatda befarqlik, beparvolik kuzatiladi. Yorqin ifodalangan gangishda bemorlar eng oddiy savollarni qiyinchilik bilan tushunadilar: javoblar noaniq, sodda bo'ladi yoki butunlay bo'lmaydi. Bemorlar go'yoki mudroq holatda bo'ladilar, atrofdagi narsa-hodisalar ularning e'tiborini tortmaydi. Karaxtlik

kuchayib borgani sayin jismoniy ta'sirlar (igna sanchish kabilar)ga reaksiyaning yo'qligi(sopor) hamda chuqur patologik uyqu o'rtasida bahs yuzaga keladi. Keyinchalik nafas olish, yurak urishi va reflektor faoliyatning buzilishi bilan kechadigan koma boshlanadi, bu esa bemorning o'limi bilan yakunlanishi mumkin.

*Deliriy kasalligiga* ongning gallyutsinator xiralashuvi xos. Bunda chinakam ko'rish gallyutsinatsiyalari va ko'p uchraydigan obrazli vasvasa harakat qo'zg'alishlari ustunlik qiladi. Bu ong xiralashuvining eng ko'p uchraydigan shakli. Boshlang'ich davrda quyidagilar kuzatiladi: obrazli sahnasimon kechinmalarni yog'ilib keladi, kayfiyat nihoyatda o'zgaruvchan bo'lishi; o'zgalarni g'azablantiradigan injiqlik, bezovtalik, tushkunlik o'rnini zavq, quvnoqlik, haddan tashqari serharakat reaksiyalar egallaydi. Bemorlar ko'p harakatlanadilar, idrok etishdagi buzilishlarga keskin ta'sirlanadilar. Ba'zan himoyalalanish yoki qochish xususiyatiga ega bo'lgan keskin harakatli qo'zg'alishlar yuzaga keladi. Gaplari uzuq-yuluq, tartibsiz bo'ladi, alohida so'zlar yoki qichqiriqlardan iborat bo'ladi. Kayfiyat o'zgarib turadi: xavotirli qiziquvchanlik, yig'loqilik, hazil-mutoyibaga moyillik qo'rquv va sarosima bilan almashib turadi. Ularga ko'rish gallyutsinatsiyalarining mazmunini ifodalovchi vasvasalar (gallyutsinator alahlash) xosdir. Eshitish, taktil, hid bilish gallyutsinatsiyalari, tana tuzilishining buzilishlari yuzaga kelishi mumkin. Bemorlar qayerda va qaysi paytda ekanliklarini noto'g'ri anglaydilar. Delirioz buzilishlarning jadalligi kechga borib va tunda kuchayadi. Vaqti-vaqti bilan «yorug'« tanaffuslar bo'ladi. Bu paytda ong xiralashuvi davri haqidagi xotiralari uzuq-yuluq bo'ladi.

*Oneyroid* – ong xiralashuvining uyqusifat, tushsimon, fantastik, vasvasa turi. Bunda o'z-o'zidan yuzaga keladigan yorqin va fantastik ko'rish soxta gallyutsinatsiyalari yog'ilib keladi, ular bemorning ongini butunlay egallab oladi yoki atrofdagi vaziyatning ayrim manzaralari bilan g'ayritabiiy qo'shib ketadi, katatonik stupor kuzatiladi.

*Amensiya* – bir-biriga bog'liq bo'lmagan nutq va harakat qo'zg'alishi hamda sarosimaning ustunligi bilan kechadigan ong xiralashuvi. Bemorlarning nutqi bir-biri bilan ma'no jihatdan bog'liq bo'lmagan, past yoki baland ovozda ifodalanadigan ohang bilan

aytiladigan alohida soʻzlardan iborat boʻladi. Muvofiqlashmagan harakat qoʻzgʻalishlari kuzatiladi, bunda bemorlar bir xil va tartibsiz ravishda u yoqdan bu yoqqa yuguradilar, toʻshakda bezovta boʻlib yotadilar. Tezda charchaydilar va bir muddat jim boʻlib qoladilar. Bunda umidsizlikka yaqin holatda boʻladilar. Amensiya uzuq-yuluq vasvasa gʻoyalari va gallyutsinatsiyalar bilan birga kechishi mumkin. Ularga psixotik davrning toʻliq amneziyasi xosdir. Amensiyaning davomiyligi bir necha kundan bir haftagacha choʻzilishi mumkin.

*Ongning xiralashuvi (qorongʻulashuvi)* toʻsatdan boshlanadi, uzoq davom etmaydi (daqiqalar, soatlar, baʼzan kunlar mobaynida), xuddi shunday toʻsatdan yoʻqoladi, koʻpincha chuqur uyqu bilan almashadi. Joy, vaqt va oʻz shaxsini tanishda chuqur buzilish kuzatiladi, ammo odatdagi avtomatlashgan harakatlarni saqlab qolindilar. Shu sababli bemorlar atrofdagilarning eʼtiborini tortmasliklari ham mumkin. Bu ong xiralashuvining oddiy shaklidir. Agar bunda bemorlar bilmay maqsadsiz adashib yursalar, ambulator avtomatizm haqida soʻz yuritiladi.

Boshqa hollarda nutq va harakatdagi qoʻzgʻalish, qoʻrquv va gʻazab, qoʻrquv mazmunidagi koʻrish gallyutsinatsiyalari, vasvasaga oʻxshash gap-soʻzlar kuzatiladi. Bunday holatda bemor shafqatsiz tajovuzkorlik harakatlarini sodir etishlari mumkin. Keyinchalik ruhiy epizodning toʻliq amneziyasi kuzatiladi yoxud ruhiy buzilishning ayrim epizodlari haqidagi gʻira-shira xotiralar saqlanadi, soʻngra ular unutiladi (retardirlangan amneziya).

Ong xiralashuvining shunday holati mavjudki, bunda joy va atrofdagi odamlarni tanishda eng oddiy jihatlar saqlanib qoladi. Bunday bemorlar bilan suhbatlashish, savollarga javoblar olish mumkin. Bu ong xiralashuvining oriyentirli holatidir. Ular yoʻqolganidan keyin amneziya kuzatilishi mumkin.

*Patologik mudroq holat (uyqudan mast boʻlish)* – ong xiralashuvining turlaridan boʻlib, sud psixiatriyasida muhim oʻrin tutadi. Yorqin, jumladan dahshatli tushlar bilan kechadigan uyqudan sekin uygʻonishda yuzaga keladi. Bunday hollarda uyqudagi tormozlanishdan avvalo harakatlarga aloqador funksiyalar qutuladi, ayni vaqtda ongni tashkil qiluvchi oliy ruhiy funksiyalar hali turli darajadagi tormozlanish holatida boʻladi. Yarim uygʻoq odamda u

haqiqat deb qabul qilayotgan tushlar saqlanib qoladi. Ular atrofni noto'g'ri idrok etish bilan qo'shib, dahshatga va patologik kechinmalarga mos ravishda atrofdagilar uchun xavfli bo'lgan harakatlar sodir etilishiga olib kelishi mumkin. Patologik mudroq holat chuqur uyqu bilan tugaydi. Tushlarning ayrim parchalari xotirada saqlanib qolishi mumkin.

*Aqli zaiflik sindromi* psixikaning qat'iy, orqaga qaytmas darajadagi kuchsizlanishida namoyon bo'ladi. U o'tmishda olingan bilim va ko'nikmalarning yo'qolishi yoki kamayishi, yangilarini olishning mumkin emasligi va qiyinligi bilan kechadi. Aqli zaiflik sindromi bosh miya qobig'ining, faoliyatning qattiq buzilishi holatlarida esa ikkinchi signal tizimi organik zararlanishining oqibati sifatida rivojlanadi.

Tug'ma va orttirilgan aqli zaiflik farqlanadi. Tug'ma aqli zaiflik (oligofreniya)da (ko'pincha homilaning tug'ilish paytidagi jarohati oqibatida) aqliy kamchilikning nisbatan tekis, bir xil darajasi, so'z, tushunchalar, bilimlar, ko'nikmalar boyligining kamligi kuzatiladi. Agar bu turdagi aqli zaiflik keskin bo'lmagan shaklda namoyon bo'lsa, bemorlar oddiy va aniq faktlarni tushunish qobiliyatini saqlab qoladilar, odatdagi vaziyatda oriyentir oladilar, eng oddiy ko'nikmalarni o'rganish, ba'zi sodda kasbiy bilimlarni egallashga qodir bo'ladilar.

Hayotda orttirilgan aqli zaiflik *demensiya* deb ham ataladi. Orttirilgan aqli zaiflikda normal aqliy faoliyat kasallik jarayonining oqibatida buziladi. Bunda ayrim ma'lumotlar zaxirasi, nutq tuzilishi, so'z boyligi bemor ilgari boshqa imkoniyatlarga ega bo'lganligini ko'rsatadi. Chuqur aqli zaiflik va ruhiy tanazzuldan dalolat beruvchi javob bilan bir qatorda undan ilgarigi bilimlari, avvalgi aqliy qobiliyati va fikrlarining parchalari bo'lgan ayrim mulohazalarni eshitish mumkin.

Aqli zaiflikning ushbu ikkala shakli tafakkur sustligi, analiz va sintez, hukm va tushunchalarning asosini tashkil qiluvchi yuqori tartibdagi muvaqqat aloqalar hosil qilish imkoniyatining cheklanganligi bilan ajralib turadi. Aqli zaiflikda aqliy faoliyatning buzilishi bilan bir qatorda xatti-harakatni boshqarish ham buzilganligi kuzatiladi. Bu affektiv reaksiyalarning xarakterida namoyon bo'ladi.

Ifodalanganlik darajasi bo'yicha yalpi (to'liq) va juz'iy (o'choqsimon) aqli zaiflik ajratiladi.

*Yalpi aqli zaiflikda* tanqidiy qarash qattiq buzilgan bo'ladi yoki umuman mavjud bo'lmaydi. Bemorlarda fikrlash darajasi keskin pasaygan va xotira buzilgan, tafakkur susaygan va samarasiz bo'ladi. Befarqlik, beparvolik, ustunlik qiladi. Ilgari xarakterga xos bo'lgan individual xususiyatlar yo'qotilgan bo'ladi. Agar ilgari psixikaning har xil ijobiy simptomlari kuzatilgan bo'lsa, endi ular mavjud bo'lmaydi. «Ruhiiy tuzilishining vayronalari» qoladi, xolos. Yalpi aqli ojizlikning yorqin misoli rivojlanib boruvchi shollikda kuzatiladigan aqli ojizlikdir.

*Juz'iy (lakunar) aqli zaiflikda* tanqidiy munosabat, fikrlash, xotira to'liq pasaymaydi. Bemorlarda o'zining foydasizligi hissi bilan kechadigan kayfiyat va yig'loqilik kuzatiladi. Shaxsning avvalgi xarakteriga xos bo'lgan asosiy jihatlar saqlanib qoladi. Markaziy asab tizimining qon tomir kasalliklarida kuzatiladigan aqli zaiflik bunga misol bo'lishi mumkin.

Aqli zaiflikning yorqin ifodalangan shakllari bilan bir qatorda ruhiy faoliyat susayishining «xususiyatlarini pasayishi» tushunchasi bilan ifodalanadigan yengil shakllari ham mavjud. Ularga, birinchi navbatda, bemorning kasbiga taalluqli bo'lgan ish qobiliyatining pasayishi, barqaror charchoq, xotiraning yomonlashuvi, qiziqishlar doirasining torligi xosdir. Bemor shaxsiga xos ba'zi jihatlar yo'qolishi, boshqalari, aksincha, sezilarli darajada kuchayishi mumkin. Biroq, avvalgi individuallik, umuman olganda, yetarli darajada saqlanib qoladi. Bemor yuz berayotgan o'zgarishlarni har doim anglaydi. Xususiyatlarining pasayishi barqaror (statsionar) bo'ladi yoki asta-sekin aqli zaiflik simptomlari ko'rinishlari bilan almashinishi mumkin.

Aqli zaiflik sindromi turli kasalliklarda har xil namoyon bo'ladi.

*Rivojlanib boruvchi shollikdagi (masalan, zaxm oqibatida) aqli zaiflikka* tanqidiy munosabatning keskin pasayishi, kasal ekanligini mutlaqo anglamaslik, parishonxotirlik va tashqi ta'sirga beriluvchanlik xos. Bemorlar eng oddiy aqliy operatsiyalarni bajara olmaydilar, xotiraning borgan sari kuchli buzilishlari paydo bo'ladi. Bu kasallikdagi aqli zaiflikka xos xususiyat ko'tarinki kayfiyat



(eyforiya) bo‘lib, u bema’ni buyuklik vasvasa g‘oyalari yoxud bema’ni mazmunga ega bo‘lgan gaplar bilan birga keladigan befarqlik (apatiya) va umidsizlik bilan kechadi.

*Epileptik aqli zaiflikka* assotsiatsiyalarning o‘zgaruvchanligi va qiyin harakatlanishi xosdir. Bemorlar o‘z fikrlarini shoshilmasdan, haddan tashqari batafsil bayon etadilar, o‘zlarini chalg‘itishlariga, gaplarini bo‘lishlariga yo‘l qo‘ymaydilar, nomuhim tafsilotlarga berilib ketadilar, ayni vaqtda asosiy muhim jihatlarni e’tibordan chetda qoldiradilar va so‘z boyligi kamayib boradi.

*Shizofrenik aqli zaiflik* o‘ziga xos jihatlari bilan ajralib turadi. Bemorlar bilim zaxiralarini yo‘qotmaydilar, mayda tanbehlar berishga, mavhum g‘oyalar berishga qodirdirlar. Ammo ularning bu bilimlari maqsadsiz bo‘ladi, chunki ular assotsiatsiyalarining poymayoyligi, atrofdagi hech narsaga qiziqmasliklari, voqelik bilan aloqani yo‘qotganliklari tufayli o‘z bilimlaridan maqsadli foydalana olmaydilar. Birinchi va ikkinchi signal tizimlari o‘rtasida aloqa buzilgan so‘zlar, tushunchalar, muayyan hodisalar haqidagi bilimlarning real voqelikdan uzilishiga olib keladi. Bemorlarning fikrlashi mavzusiz bo‘lib boradi, so‘zlarga istalgan ma’no beriladi.

Aqli zaiflikning aniqlanishi sud psixiatriyasida katta ahamiyatga ega. Kasallik tashxisi noaniq bo‘lib qolgan hollarda ham aqli ojizlikning mavjudligi aqli norasolikni tan olishni talab etadi. Ta’kidlash lozimki, o‘z harakatlarining oqibatlarini tushunmaslik va ularni boshqara olmaslik kabi aqli norasolikdek yuridik mezonning bunday belgilari doimo barcha turdagi aqli ojizlikda mavjud bo‘ladi.

### **Savol va topshiriqlar**

1. Asosiy psixopatologik simptomlar va sindromlar haqida tushunchalar bering?
2. Maniakal va depressiv sindromlarning tasnifi va shakllari?
3. Kandinskiyning ruhiy avtomatizm sindromi nima?
4. Katatonik sindrom qaysi kasalliklarda uchraydi?
5. Amnestik (Korsakov) sindrom IIO faoliyatidagi ahamiyati nimadan iborat?
6. Astenik sindromning asosiy belgilari nimadan iborat?
7. Hayot davomida ortirilgan esipastlik belgilari nima?
8. Ong buzilish sindromining o‘ziga xos tomonlari nimadan iborat?
9. Qaysi ruhiy kasalliklarda paranoidal va gallyutsinator sindromlar uchraydi?

---

---

## Uchinchi bo‘lim

### **RUHIY KASALLIKLARNING ASOSIY SHAKLLARI**

#### **RUHIY KASALLIKLARNING ASOSIY SHAKLLARI, ULARNING SUD PSIXIATRIYASIGA OID BAHOSI**

#### **Shizofreniya**

«Shizofreniya» yunoncha so‘z bo‘lib, «ruhiyatning bo‘linishi» degan ma‘noni bildiradi va bu holat ruhiy faoliyat birligining yo‘qotilishida namoyon bo‘ladi. Kasallikning rivojlanishida irsiy moyillik, moddalar almashuvining (asosan oqsil almashuvining) buzilishi oqibatida rivojlanadigan asab hujayralarining ojizligi muhim o‘rin tutadi. Biroq shizofreniyaning sabablari shu paytgacha ma‘lum emas.

Sud psixiatriyasi amaliyotida aqli noraso deb topilgan tekshiriluvchilarning deyarli yarmini shizofreniya bilan og‘rigan bemorlar tashkil qiladi. Ushbu holat uning sud psixiatriyasida katta ahamiyatga egaligidan dalolat beradi.

Kasallik ko‘pincha 15-25 yoshda boshlanadi, bu esa dastlab uning «ilk aqli ojizlik» deb atalishiga sabab bo‘lgan. Biroq u 15 yoshdan kichik bolalarda (bolalar va o‘smirlar shizofreniyasi) yoki katta yoshdagi va qari shaxslarda (kechki, keksalik shizofreniyasi) ham yuzaga kelishi mumkin.

Shizofreniya klinik ko‘rinishlarining xilma-xilligi bilan ajralib turadi. Shizofreniyaning uchta asosiy kechish shakli ajratiladi: uzluksiz, kechadigan vaqti-vaqti bilan qaytalanib turadigan (rekurrent) va xurujsimon rivojlanuvchi shakllari ajratiladi.

*Uzluksiz kechadigan shizofreniya.* Rivojlanish darajasiga ko‘ra og‘ir, o‘rtacha rivojlanuvchi, sust kechuvchi shakllari farqlanadi.

*Og‘ir turli shizofreniya* ko‘pincha o‘smirlik davrida boshlanadi va kuchayib boruvchi shaxsiy o‘zgarishlarda namoyon bo‘ladi. Atrofdagi narsa-hodisalarga qiziqish, o‘smirlarga xos bilishga intiluvchanlik yo‘qoladi. Paydo bo‘layotgan lanjlik va loqaydlik

maktabda darslarni o'zlashtirishning keskin pasayishiga olib keladi. Past darajadagi ruhiy mahsuldorlikni kuchli shug'ullanish bilan to'ldirishga intilish natija bermaydi. Yaqinlar bilan munosabatda, chuqurlashib borayotgan loqaydlik bilan bir qatorda, jizzakilik, xush ko'rmaslik, qo'pollik, hatto, o'rinsiz g'azab paydo bo'ladi. Ko'pincha bemorlar ota-onasi haqida eng ashaddiy dushman sifatida gapiradilar. Kasallik boshlanganidan keyin 1-4 yil o'tgach, gallyutsinator, vasvasa bilan kechadigan, affektiv va katatonik buzilishlar boshlanadi. Kasallik kuchayib boradi va kam o'zgaradigan oxirgi holat boshlanadi. U hissiy befahmlik va qoldiq ijobiy simptomlarda namoyon bo'ladi. Og'ir kechuvchi shizofreniya bilan og'rikan bemorlar hozircha juda ko'p hollarda ruhiy kasalxonalarining doimiy mijozlari hisoblanadilar.

Og'ir kechuvchi shizofreniya bilan og'rikan bemorlar sodir etadigan g'ayriqonuniy harakatlar asosan kasallikning boshlang'ich bosqichida va kamroq hollarda haqiqiy psixotik buzilishlar – vasvasa g'oyalari, gallyutsinatsiya kabilari paydo bo'la boshlagan davrda sodir etiladi. Boshlang'ich bosqich ko'p jihatdan g'ayriqonuniy harakatlarning xususiyatini belgilab beradi: ko'pincha bular «bezorilik» harakatlari yoki mayllarning buzilishi bilan bog'liq harakatlar – alkogol va turli narkotik vositalarni iste'mol qilish, o'g'irlik, jinsiy eksesslar, daydilik kabilardir.

*O'rtacha rivojlanuvchi shizofreniya* odatda 25-30 yoshlarda paydo bo'ladi. Dastlab, ayniqsa, birinchi yillari asta-sekin rivojlanadi. Kasallikka vasvasa bilan bog'liq ruhiy buzilishlar xosdir. Tipik vasvasa xayoldan ketmaydigan g'oyalar va nevrozga o'xshash ko'rinishlar, bezovtalik, gumonsirash bilan boshlanadi. Bu davr bir necha yil davom etishi mumkin. So'ngra kasallikning turli mazmunga ega bo'lgan patologik «o'ta qimmatli» va vasvasa bilan kechadigan g'oyalar kompleksiga ega bo'lgan paranooyal bosqichi (ta'qib etish, zaharlanish, rashk, ipoxondrik yoki sevgi bilan bog'liq munosabatlar) boshlanadi. Paranooyal bosqich har xil vaqt mobaynida – 2–3 yildan 10–20 yilgacha va undan ortiq davom etadi. Sof g'ayriqonuniy harakatlar kasallik ikkinchi bosqichga o'tayotgan davrda psixoz simptomlari kuchayishi bilan sodir etiladi.

Keyinchalik klinik manzarasi murakkablashib boradi: ulug'lik vasvasasi, fantastik gallyutsinator buzilishlar paydo bo'ladi. Avvalgi vasvasalar tizimi yo'qola boshlaydi, psixik avtomatizmlar jadalligi bo'yicha kuchaya boshlaydi va xilma-xil tus oladi. Ijtimoiy-xavfli harakatlar kasallikning alohida davrlarida ham sodir etilishi. Biroq kasallik o'z bosqichlarining birida barqaror tus olishi mumkin.

Paranoidal shizofreniyaning dastlabki holati og'ir holatidagidan yengilroqdir. Bu kasallik bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligi, agar ular doimiy qo'llab-quvvatlovchi davolashda bo'lsalar, davolanishdan so'ng uy sharoitida yashashlari, bunda ularda qisman mehnatga layoqat saqlanib qolishi mumkin.

*Sust kechuvchi shizofreniya* kasallik sekin kechayotgan, o'tkir psixotik holatlar kuzatilmayotgan bemorlarda uchraydi. Dastlab nevrosimon buzilishlar, sababsiz kayfiyat o'zgarishlari, obyektiv sababsiz yuzaga keladigan noaniq jismoniy shikoyatlar, charchoq hissi kuzatiladi.

Kasallikning sekin rivojlanishi bemorlar ijtimoiy moslashuvini uzoq vaqt saqlab qolishlariga imkon beradi. Nevrosimon buzilishlari bo'lgan bemorlar kam hollarda g'ayriqonuniy harakatlar sodir etadilar.

Sust kechuvchi shizofreniya aniq psixopatik simptomlar bilan kechgan taqdirda vaziyat boshqacha bo'ladi. Qo'zg'aluvchanlik, jizzakilik, g'azablanish, muhit ta'siriga qarshi barqaror tura olmaslik, boshqalar ta'siriga beriluvchanlik, disforiya tipi bo'yicha kayfiyat buzilishlariga moyillik kabi xislatlarning mavjudligi hissiy qobiliyatning pasayishi bilan bir qatorda xilma-xil harakatlar, birinchi navbatda, jamoat tartibiga qarshi qaratilgan, asosan bezorilik, g'ayriijtimoiy harakatlar sodir etilishi uchun qulay sharoit hisoblanadi. Bemorning kriminogenligi tashqi qo'shimcha omillar ta'sirida keskin kuchayadi, ular orasida alkogol birinchi o'rinni egallaydi. Alkogoldan mast holatda bemorlar turli-tuman, jumladan eng og'ir jinoyatlarni sodir etishlari mumkin.

*Vaqtivaqti bilan qaytalanadigan xurujsimon shizofreniya* psixozning o'tkir, nisbatan qisqa muddatli xuruji bilan kechadigan, ora-sira tanaffuslar bo'ladigan jihatlari bilan farq qiladi, shaxsdagi o'zgarishlar uzoq vaqt ko'rinmaydi.

Xurujlarning rivojlanishida ruhiyat buzilishining muayyan ketma-ketligi aniqlanadi. Birinchi bo‘lib affektiv buzilishlar yuzaga keladi, kayfiyatning tushishi, xavotir, injiqlik, jizzakilik, yig‘loqilik, zavq, iyib (erib) ketish, zehn ochilishi hislari bilan qo‘shilib keladi. Kasallik chuqurlashganida harakat kuchayadi yoki, aksincha, sustlik kuzatiladi. Keyinchalik tuzilishiga ko‘ra har xil bo‘lgan obrazli vasvasa yuzaga keladi, u fantastik mazmunning kuchayishi tomon o‘zgarib boradi. Kuchli harakatchanlik borgan sari ko‘proq harakatsizlik holati bilan almashinadi va nihoyat, xurujning cho‘qqisiga chiqqanda oneyroidli ong xiralashishi bilan kechadigan stupor rivojlanadi.

Xurujlar takrorlanishi har xil bo‘ladi - butun umr davomida bir martadan o‘nlab martagacha bo‘lishi mumkin. Rekurrent shizofreniya xuruji o‘z rivojlanishining istalgan bosqichida to‘xtashi mumkin. Agar hammasi faqat affektiv buzilishlar paydo bo‘lishi bilan cheklansa, sirkular shizofreniya haqida; depressiv buzilishlar va depressiv vasvasa shakllari (o‘zini yoki birovni ayblash) ko‘proq bo‘lganida, depressiv-paranoid shizofreniya haqida; oneyroid stupor rivojlanganida – oneyroid katatoniya haqida so‘z yuritiladi.

*Xurujsimon rivojlanuvchi shizofreniya* ham xurujlar shaklida kechadi. Lekin bu xurujlar rekurrent shizofreniyadagi xurujlardan uzoqroq davom etadi. Rekurrent shizofreniyaga xos buzilishlardan tashqari bu yerda doimo keskin verbal gallyutsinoz, Kandinskiy-Klerambo sindromi, keskin yuzaga keladigan interpretativ (talqinli) vasvasa, yorqin namoyon bo‘ladigan va davomli katatonik buzilishlar, parafren holatlar singari alomatlar (sindromlar) doimiy ravishda uchrab turadi. Ruhiiy buzilishlar hech bir izchilliksiz, betartib yuzaga kelishi mumkin. Aqli zaiflik kuchayib boradi.

Vahti-vahti bilan qaytalanadigan xurujsimon shizofreniya va xurujsimon rivojlanuvchi shizofreniyaga chalingan bemorlarning manifestli psixoz davridagi jinoyatga moyilligi (kriminogenligi) unchalik yuqori emas, chunki ular aksariyat hollarda o‘z vaqtida ruhiy kasalliklar shifoxonasiga yuboriladilar.

*Sud-psixiatrik baholash.* Psixozning klinik ko‘rinishi va shaxsning remissiya davridagi aniq o‘zgarishlari (nuqson simptomlari) shizofreniya tashxisi xususida shubha uyg‘otmagan holatlarda sud-



psixiatriya baholashida qiyinchilik tug'ilmaydi. Bunday holatda huquqbuzarliklar sodir etgan shizofreniyaga chalingan bemorlar aqli noraso deb topiladi.

Shaxsdagi o'zgarishlar unchalik sezilarli bo'lmagan holda uzoq davom etgan chuqur remissiya bo'lgan hollarda ko'pincha bemorlar tashqaridan qaraganda ruhiyatni shikastlovchi vaziyatlar sharoitiga, jumladan huquqbuzarlik bilan bog'liq sharoitlarga ijtimoiy jihatdan moslashgan bo'ladilar. Psixiatr-ekspertlar ularda u yoki bu shaxsiy o'zgarishlar va yengil ijobiy buzilishlarni aniqlaydilar. Bunday shaxslar kasal deb topilgandan ko'ra sodir etilgan huquqbuzarlik uchun javobgarlikka tortilishni afzal bilib, o'zlarining ruhan sog'lom ekanliklarini isbotlashga har tomonlama harakat qiladilar. Shunga qaramay, remissiya davrida huquqbuzarlik sodir etgan shizofreniya bilan kasallangan bemorlarning aksariyati aqli noraso deb topilishlari kerak.

Shizofreniyani aniqlashdagi qiyinchiliklar uning boshlang'ich (initsial) bosqichlarida, shuningdek sust kechgan, nevrozsimon va psixopatologik buzilishlar yoki paranooyal vasvasa ustunlik qilganida yuzaga keladi. Ushbu hollarda aqli noraso deb topilgan bunday bemorlar uzoq vaqt ozodlikdan mahrum qilish joylarida saqlanishlari, jazo o'tashlari, so'ngra kasallik oqibatida takroran ijtimoiy xavfli harakatlar sodir etishlari mumkin.

Shizofreniyaga chalingan bemorlar ularning muomala layoqati va binobarin, vasiylik qilish masalasi hal etiladigan fuqarolik ishlari munosabati bilan sud-psixiatriya ekspertizasidan o'tishlari mumkin. Ruhiiy kasallarning huquqlarini muhofaza qilish va xavfli harakatlarining oldini olish zarurligi sud-psixiatriya ekspertizasining ahamiyatini belgilab beradi.

### **Maniakal-depressiv psixoz**

Maniakal-depressiv psixoz (sirkular psixoz) – maniakal va depressiv buzilishlarning muntazam (sirkular tarzda) qaytalanib turishi bilan ajralib turadigan endogen kasalliklar guruhiga kiruvchi xastalik. Kasallik xurujlari o'rtasida ruhiy sog'liq batamom tiklanadi. Kasallik istalgan yoshda – bolalikdan qarilikkacha boshlanishi

mumkin, biroq klinik jihatdan eng yorqin ko‘rinishda u odatda 35–55 yoshlarda namoyon bo‘ladi.

*Maniakal faza.* Uning klinik ko‘rinishi turli darajalardagi ko‘tarinki kayfiyatda, ruhiy jarayonlarning tezlashishida, shuningdek kuchli harakatchanlikda, ya’ni maniakal triadada namoyon bo‘ladi. Tegishlicha ushbu ruhiy buzilishlarning ko‘rinishlariga qarab bemorlarning xatti-harakati o‘zgarishi mumkin, ularning jamiyat uchun xavfli qilmishlar sodir etish ehtimolligi ortadi.

Nisbatan yengil kechuvchi maniakal fazalarda yoki chuqurroq ruhiy buzilishlardan avval keluvchi boshlang‘ich davrida bemorlarning holati aytarli sababsiz ko‘tarinki kayfiyatda bo‘lish, nekbinlik (optimizm)ning rivojlanishi bilan ajralib turadi. Ularga hozirgi kun va kelajak muammosiz va go‘zal ko‘rinadi. Bemorning kayfiyatida tetiklik hissi sezilib turadi. Barcha ruhiy jarayonlar (idrok, eslab qolish, tafakkur) yengil kechadi, bemor o‘z qobiliyat va imkoniyatlariga ortiqcha baho beradi. Ko‘tarinki kayfiyat xatti-harakatning jadallashuvi bilan kechadi va chaqqonlik, tashabbuskorlik, tadbirkorlik bilan ajralib turadi. Bemorlar kam uxlaydilar, deyarli dam olmaydilar, charchaganini sezmaydilar. Ularning quvvati cheksizdek. Bemorlardagi o‘ziga haddan tashqari yuqori baho berish, obyektiv vaziyatni tanqidiy hisobga olmaslik, faoliyatga intilish ijtimoiy xatti-harakatlarning buzilishiga va kutilmagan qarorlar qabul qilishi (ajrashish, ishdan ketish), yengiltaklik bilan qilingan bitimlar va g‘ayriqonuniy harakatlarga olib kelishi mumkin. Bemorlar o‘zlari boshlagan har qanday ish muvaffaqiyatli bo‘lishiga bir tomonlama optimistik ruhda ishonib, ularning fikricha, «aybsiz», aslida esa jinoiy jazoga loyiq bo‘lgan, real qiyinchiliklarni «oson va oddiy» hal qilishga yordam beradigan harakatlarni sodir etadilar. Qo‘zg‘aluvchanlik surbetlik, yalang‘ochlanish, qo‘pol jinsiy harakatlar, ochofatlik bilan kechishi va qattiq jazava, betartib tajovuzkorlikkacha borishi mumkin.

*Depressiv fazaga qarama-qarshi maniakal faza ruhiy buzilish holatlari* – tushkunlik, past kayfiyat, ruhiy jarayonlarning susayishi, harakatlarning tormozlanishi xosdir. Bunda o‘zini his qilish va o‘z-o‘zini baholash o‘zgaradi, bemorlarning mustaqil faoliyat ko‘rsatish qobiliyati pasayadi.

Depressiya rivojlanishining boshlang'ich bosqichida ko'pincha yurak sohasida siqish, og'irlik hislari yuzaga keladi, uyqu buziladi, ishtaha yo'qoladi. Tonusning pasayishi lanjlik, zaiflik, «dangasalik» hislari, aqliy va jismoniy faoliyatdagi qiyinchiliklar orqali namoyon bo'ladi. Emotsional his-tuyg'ularning susayishi kuzatiladi, o'z o'tmishi, hozirgi davri va kelajagini baholashda tushkunlik ruhi ustunlik qiladi. Bemorlar atrofdagilardan o'zlarining bunday holatlarini bemalol yashirishlari mumkin.

Depressiv holat chuqurlashganida o'zini ayblash va qoralash bilan kechadigan barqaror vasvasa g'oyalari, ipoxondrik mazmundagi xonavayron bo'lish vasvasai rivojlanadi. Vasvasa kechinmalari bemorlarning gap-so'zlari va xatti-harakatlarida – ovqatdan va davolanishdan voz kechish, o'zini o'ldirishga urinish kabilarda namoyon bo'ladi. Og'ir depressiya holatlarida vasvasa g'oyalari ochiq ko'rinib turgan bema'ni xususiyatga ega bo'ladi (bemorlar o'zlarini insoniyatning barcha gunohlarida ayblaydilar, o'z ichki a'zolarining hammasi chirib ketganligini aytadilar va hokazo). Bunday bemorlar o'zlarini turli gunohlarda ayblab, o'z «kasofati» nafaqat ularga, balki ularning butun urug'iga urganligida aybdor deb hisoblab, nafaqat o'zlariga, balki yaqinlariga ham azobli va muqarrar «jazo» kelishini kutadilar. Bunday holatda bemor yaqinlarini o'ldirishga borishi mumkin, o'zini o'ldirishdan avval o'z «gunohlari» uchun azobli o'limdan xalos qilish maqsadida eng qadrli odamlarini o'ldiradi. Ba'zi hollarda bemor o'zini o'ldirishga boshqalarga sezdirmay puxta tayyorgarlik ko'radi. Boshqa hollarda – o'zini o'ldirishga urinish to'satdan, qo'zg'alish asosida yuzaga keladi.

Maniakal va depressiv fazalarda *sud-psixiatrik baholash* murakkab kechadi, chunki affektiv buzilishlar darajasi psixotik darajaga yetgan yetmaganligini, bemor o'z ahvoli va yuzaga kelgan vaziyatni to'g'ri baholash, o'z harakatlarining ma'no - mazmuni va oqibatlarini tanqidiy anglash qobiliyatini, uning o'z xatti-harakatlarini boshqarish imkoniyatlarini aniqlashga to'g'ri keladi. Bemorning maniakal qo'zg'alish holati odatda o'zining g'ayritabiiyligi bilan darhol atrofdagilar va yaqinlarining e'tiborini tortadi. ekspertizaga yuboriladilar va yerda aksariyat holatlarida aqli noraso deb topiladilar. Depressiv holatda sud-psixiatriya baholashi masalasi o'zini o'zi

o'ldirish, ayniqsa «keng miqyosdagi» o'ldirish munosabati bilan yuzaga keladi. Bemorlar depressiya holatida o'zlari sodir etmagan jinoyatlarga aloqador ekanliklarini aytishlari mumkin. Bemorlar jabrlanuvchi yoki guvoh bo'lgan hollarda ham o'zlarini ayblashlari mumkin.

### **Reaktiv holatlar va nevrozlar**

Reaktiv holatlar – individuumning adaptatsion-kompensator imkoniyatlaridan ortiqcha bo'lgan psixotik va nevrotik darajadagi klinik jihatdan xilma-xil buzilishlardir. Ruhiiy buzilishlar muvaqqat, orqaga qaytuvchi xususiyatga ega bo'lishi mumkin.

*Reaktiv psixozlar.* Affektiv-psixogen shok reaksiyalari to'satdan bo'ladigan o'ta kuchli ruhiy shikastlanishlarda yuzaga keladigan qisqa muddatli psixotik holatlardir. Ba'zi hollarda ular mavjudlikka xavf tug'ilishining natijasi (vayron qiluvchi tabiiy ofatlar, kutilmagan yuzaga kelgan falokat, zilzila, suv toshqinlari, o't ketishlari va hokazo), boshqa hollarda o'rnini to'ldirib bo'lmas yo'qotishlar (to'satdan yaqin kishisining o'limi, mulkning yo'qolgani haqidagi xabarlar va hokazo) bilan bog'liq kutilmagan larzalar bo'ladi.

Reaktiv psixozlarning ushbu shakli klinik jihatdan ikki variantda uchraydi:

– *gipokinetik variant* his-tuyg'ular va harakatlardagi tormozlanganlik, stupor (dong qotib qolish) kabilarda namoyon bo'ladi, ushbu holat butunlay harakatsizlanib qolish va gapiraolmay qolishlik (mutizm) gacha yetishi mumkin. Bemorlar go'yoki psixik jarohat yetgan holatda qotib qoladilar;

– *giperkinetik variantda* tezlik bilan kuchayib boruvchi xavotir va qo'rquv fonida yuzaga keladigan o'tkir psixomotor qo'zg'alish yuzaga keladi. Xatti-harakat maqsadga muvofiqlikni yo'qotadi, harakatlar betartib va tuturiqsiz bo'lib qoladi, bemorlar qo'rquvdan u yoqdan bu yoqqa, ba'zan xavf tomonga yuguradilar.

Kuchli shokli reaktiv psixozlar odatda uzoq davom etmaydi – 15 daqiqadan bir necha soatgacha, kamroq hollarda bir necha kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik holatidan tez chiqiladi, bu boshdan kechirilgan kasallik kechinmalarining qisman amneziyasi bilan kechadi.

*Soxta demensiya* isteriyada kelib chiqadigan, aqli ojizlikka o'xshab ketadigan psixotik holatdir. U ko'pincha sud-tergov vaziyati sharoitlarida kuzatiladi. Soxta demensiyaga o'zini noto'g'ri tutish, ba'zan bema'ni javoblar berish va harakatlar qilish xosdir. Bemorlar o'zlarining qayerda ekanliklarini, hozir qaysi oy, yil ekanligini to'g'ri ayta olmaydilar, eng oddiy savollarga noto'g'ri javob beradilar, eng oddiy topshiriqlarni qo'pol xatolar bilan bajaradilar, javoblari doimo qo'yilgan savolga mos keladi. O'qish va yozishda xatolar – grammatik xatolar, harflarni tashlab ketish, dastxatdagi notekisliklar – kuzatiladi. Bemorlarning tashqi ko'rinishiga quyidagilar xos: ular sarosimaga tushgan, ko'zlari baqraygan, yuzida bema'ni tabassum.

*Reaktiv vasvasa psixozlari* noodatiy vaziyatda, o'ta qiyin moslashish sharoitida – masalan, sud-tergov vaziyati sharoitida, hibsga olinganidan so'ng urush, to'satdan atrofidagilardan ajralib qolgan sharoitda (shaxtaning kirish qismi bosib qolganida) – qulog'i og'irlarda, begona tilda so'zlashuvchilar orasida, transportda og'ir sharoitda uzoq yurganda va boshqa holatlarda yuzaga kelishi mumkin.

Kuchli reaktiv paranoid manzarasi juda tipik xususiyatga ega: aniq ko'rinib turgan qo'rquv, xavotir, sarosima fonida yuzaga keladigan vasvasa g'oyalarining oddiyligi, nihoyatda affektivlik va obrazlilik. Kuchli psixotik holat rivojlanishidan avval yashirin xavotir, muqarrar musibatdan xavotirlanish, qandaydir yomon narsani kutish hissiga xos bo'lgan qisqa muddatli davr keladi. Derealizatsiya, soxta tanishib olish hodisasi kuzatiladi. Bemorlar atrofdagi hamma narsa «atayin» qilingani, o'zlariga qarshi fitna uyushtirilganini, atrofdagilar shubhali tarzda bir-birlariga qarashayotgani va pichirlashayotganligini aytadilar. Kuchayib borayotgan xavotir va shubha fonida to'satdan o'lim xavfi hissi yuzaga kelishi mumkin. Bemorlar atrofdagilarda qotillikni rejalashtirayotgan dushmanlarni ko'radilar. Tahlikali xususiyatga ega bo'lgan eshitish va ko'rish gallyutsinatsiyalari bo'lishi mumkin. Bemorlar asabiylashgan, qo'rquvdan u yoqdan bu yoqqa yuguradilar, ta'qib etuvchilardan yashirinishga urinib, o'zlarini o'ldirishga harakat qiladilar. Kasallik og'ir kechadi, bir necha kun kasalxonada yotgach psixotik holat yo'qoladi.



*Sud-psixiatrik baholash.* Reaktiv psixoz holatida ijtimoiy xavfli harakatlar sodir etgan bemorlar ularga ayb qilib qo'yilayotgan qilmishlarga nisbatan aqli noraso deb topiladilar. Yuqorida aytilganidek, odatda reaktiv psixozlar sud-tergov vaziyatlari davrida yuzaga keladi. Sud-psixiatriya ekspertizasi tekshiriluvchining ruhiy holatiga ko'ra sud, tergovda hozir bo'lish va qilmishi uchun javobgar bo'lish imkoniga ega yoki ega emasligidan iborat asosiy masalani hal qilishi kerak. Reaktiv psixozlarning dastlabki holga qayta olish xususiyati tufayli jinoyat ishlari kasallik davrida vaqtincha to'xtatib turiladi. Bemorlar davolanish uchun sog'ayib ketgunlaricha psixiatriya muassasalariga yuboriladilar. Mahkumlarda reaktiv psixoz yuzaga kelganida ham masala shu tariqa hal qilinadi. Bunday shaxslar muddatidan ilgari jazodan ozod qilinmaydilar, ular kasallik holatidan butunlay chiqqunlaricha psixiatriya statsionarida davolanish uchun yuboriladilar.

### **Alohida holatlar**

Alohida holatlar to'satdan boshlanish, uzoq davom etmaslik (daqiqalar, kamdan-kam hollarda soatlar davom etadi), ongning buzilishi, asosan esning kirdi-chiqdi bo'lib qolishi, shu davrda yuz bergan hodisalarni batamom yoki qisman unutish kabi umumiy belgilar bilan birlashadigan ruhiy faoliyatning vaqtinchalik buzilishi hollarining nozologik va simptomatik yig'ma guruhi. Alohida holatlar ruhiy kasallikka chalinmagan shaxslarda yuzaga keladi va odatda ularning butun umri davomida bir marta uchraydi.

Alohida holatlarga quyidagi kasallik shakllari kiradi:

- 1) patologik mastlik;
- 2) qandaydir surunkali kasallikning alomati bo'lmagan ongning kirarli-chiqarli bo'lib qolishi;
- 3) patologik uyqusirash holatlari;
- 4) patologik affekt;
- 5) «qisqa tutashuv» reaksiyasi.

Barcha alohida holatlarga xos bo'lgan umumiy jihat ruhiy faoliyat buzilishlarining rivojlanish qonuniyatlaridagi, ularning kechishi va tugashidagi katta o'xshashlik va umumiylik, ularni bilib olishning juda qiyinligidir. Alohida holatlar sog'lom odamlarda

uchrashishi mumkin, ammo ko‘pincha u yoki bu darajadagi ruhiy og‘ishlarga ega bo‘lgan shaxslarda kuzatiladi. Bunday shaxslar o‘tmishda boshdan kechirgan markaziy asab tizimidagi organik kasalliklar (bosh suyagi va miya jarohatlari, infeksiyalar va intoksikatsiyalarda), alkogolizm, fe‘lidagi (xarakteridagi) psixopatik jihatlar, nevroitik buzilishlarning qoldiq ko‘rinishlari mavjudligi bilan bog‘liq bo‘lishi ham mumkin.

### **Epilepsiya (tutqanoq)**

Epilepsiya – miloddan ko‘p asrlar avval ham ma‘lum bo‘lgan kasallik. Uning tavsiflanishi qadimgi Misr, Hindiston, Yunonistonning saqlanib qolgan qo‘lyozmalarida uchraydi. Epilepsiyaning nomi «qamrab olaman» ma‘nosini bildiruvchi grekcha «epelyambano» so‘zidan kelib chiqqan. Epileptik tutqanoq to‘satdan yuz berishi, kuchli talvasaga tushish, so‘ngra uyg‘otib bo‘lmaydigan uyquga ketish holatlari bilan qandaydir tushunarsiz, g‘ayritabiiy, ilohiy kuch bilan bog‘liqlik taassurotini yuzaga keltirgan.

Yuzaga kelish xususiyati va kechishi bo‘yicha ikki guruhni ajratish mumkin. Birinchisi – davriy, keskin kechadigan qisqa muddatli buzilishlar – epileptik paroksizm deb ataladi. Bunga aurali va katta talvasali tutqanoqlar bilan bir qatorda, kichik tutqanoqlar, absanslar, psixik ekvivalentlar va kayfiyat buzilishlari ham kiradi. Ikkinchi guruhi – bemor shaxsining o‘ziga xos epileptik o‘zgarishlari va epileptik aqli ojizlikka olib keluvchi xarakter va intellektidagi doimiy buzilishlar.

*Katta talvasali tutqanoq* xushdan ketishdan bir necha daqiqa oldin keladigan aura bilan boshlanishi mumkin. Aura vaqtidagi kechinmalar har xil bo‘ladi: hid bilish aurasida bemorlar qandaydir hidlarni sezadilar, ko‘rish aurasida chog‘ida – yorqin nur, olov, figuralarni ko‘radilar, bemorlar sovuq, uvushish, chumoli yurishini his qilishlari mumkin. Ruhiiy aura qo‘rquv, kamroq hollarda farog‘at va xursandchilik his qilishda namoyon bo‘ladi.

Katta talvasali tutqanoq aurasiz boshlanishi ham mumkin. Bemor to‘satdan xushidan ketadi, ko‘pincha juda noqulay va nomuvofiq joylarda yiqiladi. Xushdan ketish bilan bir vaqtda tutqanoqning birinchi – tonik talvasa fazasi boshlanadi. Barcha muskullar kuchli

tonik taranglik holatida, yuz qotib qolgan talvasali bujmayish holatida, bosh yon tomonga burilgan, koʻz soqqalari yon va yuqoriga qaragan, jagʻlar qattiq siqilgan. Tovush chiqaruvchi oraliq mushaklarining tirishishi tutqanoq boshlanishi paytida bemorning qattiq qichqirigʻi bilan kechadi, nafas olish toʻxtaydi, koʻz qorachiqalari kengaygan va yorugʻlikdan taʼsirlanmaydi. Yuz dastlab oqaradi, soʻngra koʻkaradi. Tonik faza bir necha soniya davom etadi va klonik tirishish (talvasa) fazasi bilan almashadi. Nafas olish tiklanadi, shovqinli va boʻgʻiq kechadi. Yuz, qoʻl-oyoq, gavda mushaklarida ayrim mushaklar guruhlarining beixtiyor qisqarishlari bilan bogʻliq kuchli toʻlgʻanish hollari yuzaga keladi. Ogʻizdan soʻlak koʻpik holida chiqadi, ixtiyorsiz siyish va defakatsiya yuz berishi mumkin. Asta-sekin titrash kamayib, nihoyat yoʻqoladi. Tutqanoq 2–3 daqiqa davom etadi.

Soʻngra epileptik komaning uchinchi fazasi boshlanadi. U 20–30 daqiqa davom etadi. Ushbu holat uyquni eslatadi, ammo koma holatidagi bemorni uygʻotib boʻlmaydi. Koma tabiiy uyqu bilan almashadi. Tutqanoq tugaganidan soʻng bemor lanjlik, charchoq hissini tuyadi. Hushga kelgach tutqanoq haqidagi xotiralar saqlanib qolmaydi. Katta talvasali tutqanoqlar birin-ketin kelgan va ular orasidagi tanaffuslarda bemor koma holatidan chiqmagan holatlarda «epileptik status» haqida soʻz yuritiladi.

*Kichik tutqanoq* toʻsatdan hushdan ketish bilan ajralib turadi. Bemor yiqilmaydi, balki tutqanoq boshlangan paytda boʻlgan holatda qotib qoladi. Yuz oqaradi, koʻz bir nuqtaga qarab qoladi. Baʼzan yuz, qoʻl mushaklarida qisqa muddatli titrashlar seziladi. Tutqanoq (xuruj) tugaganidan keyin bemor darhol xushiga keladi va uzilib qolgan ishini davom ettirishi mumkin. Kichik tutqanoq ham amneziya bilan kechadi.

*Absans* – ong buzilishining bir necha soniya davom etadigan va atrofdagilar koʻpincha sezmaydigan qisqa muddatli xuruji. Bunda bemor bir muddat jimib qoladi yoki mashgʻulotini toʻxtatadi, bir lahza oʻtgach yana oʻziga kelib ishini davom ettiradi.

*Psixik ekvivalentlar*, nomidan koʻrinib turganidek, talvasali xurujlarning oʻrnini bosuvchi holatlar boʻlib, ularga ongning turli vaqtlarga torayib, xiralashib qolishi xos, shundan keyin amneziya

boshlanadi. Voqelik yuzaga keluvchi illuziyalar va gallyutsinatsiyalar ta'sirida buzib qabul qilinadi. Atrofdagilarni alahlab idrok etish rivojlanadi. Bemorlar qo'rquvga soluvchi obrazlarni ko'radilar, chidab bo'lmas dahshat holatini boshdan kechiradilar. Hamma narsa yorqin qizil rangda: qon, olov, qonga bo'yalgan jasadlar. Bemor o'ziga hujum qilayotgan odamlarni ko'radi, uning ko'z o'ngida zo'ravonlik, qiynash harakatlari sodir etiladi, unga tahdid qiluvchi ovozlarni eshitadi. Ushbu patologik idroklar ta'sirida bemorlar tajovuzkor, atrofdagilar uchun xavfli bo'lib qoladilar va nihoyatda shafqatsiz jinoyatlar sodir etishlari mumkin. Xuruj xuddi boshlanganidek, to'satdan tugaydi, so'ngra butunlay esdan chiqadi.

*Kayfiyatning epileptik buzilishlari* yoki disforiya hissiyotning buzilishi bilan ajralib turadi, hech qanday tashqi sababsiz yuzaga keladi, bir necha soat, ba'zan kun bo'yi davom etadi va to'satdan tugaydi. Bemorlar hamma narsadan norozi, xafa, injiq, tajang, tajovuzkor harakatlarga moyil bo'ladilar, atrofdagilarni idrok etish saqlanib qoladi, amneziya bo'lmaydi.

Ruhiy buzilishlarning ikkinchi guruhiga shaxs, xarakter, intellektning asta-sekin shakllanuvchi epileptik o'zgarishlari va o'ziga xos epileptik aqli ojizlik kiradi. Bemorlarning emotsional reaksiyalari, fikrlashi, nutqi va hatti-harakatida, atrofdagi voqeahodisalardan ta'sirlanishiga sekin harakatlanish, bir narsada to'xtab qolish xos. Bir marta hosil bo'lgan emotsiya uzoq vaqt saqlanib turadi, epilepsiya bilan kasallanganlar kek saqlaydigan, qasoskor bo'ladilar; g'azab ustida tajovuz, zo'ravonlik, shafqatsizlik qilishga moyil bo'ladilar. Ular ko'ngli bo'sh, muloyim, ayni vaqtda qo'pol, jizzaki, sal narsaga g'azablanuvchi bo'lishlari mumkin.

Bemorlarning diqqati o'zlariga, o'z sog'lig'iga qaratilgan, ular xudbin bo'ladilar. Bemorlarga ko'pincha keraksiz maydachuydalarga qaratilgan puxtalik, sinchkovlik xos. Ularning fe'liga xos xususiyatlar hatto chuqurlashib ketgan hollarda ham bemorlarga murakkab bo'lmagan odatdagi ishlarni uddalash imkonini beradi.

Kasallik zo'rayib borgan sari shaxsning mazkur xususiyatlari kuchayadi, ularga kuchayib boruvchi aqli ojizlik qo'shiladi. Bu aqliy qobiliyatning pasayishi, xotiraning susayishi, mantiqiy fikrlash, xulosa chiqarish, umumlashtirish va mavhumlashtirish qobiliyati

buzilishida namoyon bo‘ladi, ilgarigi kasbiy ko‘nikmalari va qiziqishlari so‘nib boradi.

*Sud-psixiatrik baholash.* Epilepsiya – har xil og‘irlik darajadagi surunkali ruhiy kasallik bo‘lib, shu bois jinoyat sodir etgan shaxsda epilepsiyaning mavjudligi muomala layoqatiga ega bo‘lmaslikka olib kelishi shart emas. Epilepsiyaga chalingan, ammo shaxsi chuqur o‘zgarishga uchramagan, kasallik xuruj qilganida emas, balki odatdagi holatda jinoyat sodir etgan shaxslar aqli raso deb topiladilar, chunki ular bu davrda o‘z harakatlarini boshqara olgan va oqibatlarini tushuna olgan bo‘ladilar.

Epilepsiyaga chalingan va aqli noraso deb topilgan bemorlar odatda atrofdagilar uchun xavfli bo‘ladilar va individual tartibda davolashga muhtojdirlar. Faqat epileptik aqli ojizligi aniq ko‘rinib turgan, ish uchun muhim holatlarni to‘g‘ri idrok eta olmaydigan va to‘g‘ri ko‘rsatmalar bera olmaydigan shaxslargina guvoh bo‘la olmaydilar.

Epilepsiya har doim ham ozodlikdan mahrum qilish joylaridan muddatidan ilgari ozod qilish uchun asos bo‘lmaydi. Xurujlar ozodlikdan mahrum qilish joylarida tezlashgan yoki xarakteri keskin o‘zgargan, esning ilgari kuzatilmagan kirdi-chiqdiligini paydo bo‘lgan shaxslargina ozod qilinishlari mumkin.

Epilepsiyaga chalingan bemorlarning muomala layoqatiga egaligi (aqli rasoligi) masalasini hal qilishda faqat yorqin ko‘rinib turgan epileptik aqli ojizlik mavjud shaxsgina muomala layoqatiga ega emas deb topilishi mumkinligini inobatga olish kerak. Bahs-munozaralar odatda epileptik aqli ojizligi bor shaxs o‘zini noqulay sharoitga soluvchi bitim tuzgan ishlarda yuzaga keladi. Bunday bitimlar haqiqiy emas deb topilishi, epilepsiyaga chalinganlar esa vasiyga muhtoj deb hisoblanishlari kerak.

### **Katta yoshdagilar psixozlari**

Katta yoshdagilar psixozlari keksalikdan oldingi (presenil) va keksalik davridagi senil psixozlarga bo‘linadi.

*Keksalikdan oldingi (presenil) psixozlar* 50–70 yoshda organizmning umumiy jismoniy, yosh bilan bog‘liq qayta qurilishi va u bilan birga kechadigan asab tizimidagi o‘zgarishlar davrida yuzaga



keladi. Ayollarda keksalikdan oldingi psixozlar preklimakter va klimakter yoshda yuzaga keladi. Ko'pchilik mualliflar kasallikning rivojlanishini organizmning umumiy involyutsiyasi, modda almashinuvining buzilishi va autointoksikatsiya bilan bog'laydilar. Presenil psixozlarning yuzaga kelishi individuumning psixogen xususiyatlariga ham bog'liq deb hisoblanadi.

Keksalikdan oldingi psixozlar asosan emotsional buzilishlardan boshlanadi. Bemorlarning kayfiyati tushkun, g'amgin bo'lib qoladi, ular o'z sog'lig'i va hayotidan, yaqin kishilarining hayoti va xavfsizligidan xavotirlanadilar. Bunga uyqusizlik, shubhalanish, ta'qib etilish va aybdorlik haqidagi fikrlar ham qo'shiladi. Bemorlarda gallyutsinator-paranoid alomatlar, harakatdagi qo'zg'alish yoki tormozlanish kuzatiladi. Eng ko'p uchraydigan turini xavotirli - g'amgin holatga xos bo'lgan *involyutsion melanxoliya* tashkil qiladi. Bunday bemorlar jinni bo'lib yoki o'lib qolishlari, qarindoshlariga bir nima bo'lishi haqidagi fikrlarni bildiradilar. Ba'zan bo'lajak baxtsizlik haqidagi fikrlar nafaqat yaqinlar va tanishlarga, balki barcha atrofdagilarga taalluqli bo'ladi. Shu bilan birga, bemorlar ko'pincha o'zini o'zi ayblash bilan bog'liq vasvasa g'oyalarini bildiradilar, buning uchun o'z hayotidan ayrim fakt va voqealarni keltiradilar.

Keksalikdan oldingi psixozlarning keyingi ko'p uchraydigan shakli *involyutsion paranoid* bo'lib, u zarar ko'rganlik haqidagi vasvasa, keksalikdan oldingi parafreniyada namoyon bo'ladi. Sud-psixiatriya amaliyotida keksalikdan oldingi parafreniya bilan og'rigan bemorlar ushbu kasallik uchun tipik bo'lgan xavotirli-g'amgin kayfiyat fonidagi yorqin vasvasa g'oyalari va gallyutsinatsiyalarning mavjudligi bilan ajralib turadi. Vasvasa g'oyalari va gallyutsinatsiyalari mazmunan turlicha bo'ladi. Eng ko'p uchraydigani ta'qib etilish va rashk bilan bog'liq vasvasa g'oyalaridir. Gallyutsinatsiyalar ko'pincha eshitish bilan bog'liq bo'ladi. Vasvasa g'oyalari odatda muayyan vaziyat bilan bog'liq bo'lib, real hodisalarni patologik qayta ishlashni qamrab oladi. Bemorlar o'zlarini ta'qib etuvchilarning o'zaro so'zlashuvlarini «eshitadilar», ularga buyruqlar beradilar. Ular gipnoz, nurlar, zaharli moddalar va shu kabilarning ta'sirlarini «his etadilar». Rashk bilan bog'liq vasvasa g'oyalari ham muayyan

shaxslar va holatlar bilan bog‘liq bo‘ladi. Bemorlar o‘z eri yoki xotinini qo‘shnilari, tanishlari va hatto yaqin qarindoshlaridan qizg‘anadilar. O‘zlarining vasvasa g‘oyalaridan iborat gaplarini tasdiqlash uchun bemorlar ayrim nomuhim faktlardan foydalanadilar. Keksalikdan oldingi psixozlarning kam uchraydigan shakli *katatonik* psixozdir. Bemorlarda xavotirli-g‘amgin holat bilan bir qatorda harakatdagi tormozlanish rivojlanadi. U qotib qolish (stupor) darajasiga ham yetishi mumkin. Bemorlar atrofdagilar bilan tanlab muloqotda bo‘ladilar, salbiy reaksiya ayrim shaxslarga nisbatangina kuzatiladi. Ular o‘zlarining ovqatdan qat‘iy voz kechishlarini hamma odamlar singari ovqatlanishga munosib emasliklari, chunki ular «muhim jinoyatchi» ekanliklari bilan izohlaydilar.

Sud-psixiatriya amaliyotida keksalik oldi psixozlari psixikani jarohatlovchi vaziyatlar sharoitida, jinoyat sodir etilganidan so‘ng, tergov vaqtida yuzaga kelishi kuzatiladi. Bunda dastlabki klinik manzara ko‘pincha psixogen-isterik simptomatikaning mavjudligi bilan bog‘liq bo‘ladi, buning oqibatida kasallikning haqiqiy tabiati darhol aniqlanmaydi.

*Sud-psixiatriya baholashi.* Kasallik bilan bog‘liq mayllar ta‘sirida bemorlar atrofdagilarga ham, o‘zlariga ham xavfli bo‘lgan harakatlarni sodir etishlari mumkin. Involyutsion melanxoliya bilan og‘rigan bemorlar ba‘zan o‘zlari va oila a‘zolariga go‘yoki kutilayotgan azobli halokatdan qutulish uchun o‘z oilasini va o‘zini o‘ldiradilar. Bemorlar ta‘qib etish yoki rashk xususiyatiga ega bo‘lgan vasvasa g‘oyalari ta‘sirida boshqa shaxslar, xayoliy ta‘qib etuvchilar yoki raqiblarga qarshi xavfli harakatlar sodir etishlari mumkin. Bemorlarni sud-psixiatriya ekspertizasiga yuborish nafaqat ularning ijtimoiy xavfli harakatlari, balki fuqarolik protsessiga aloqador masalalar (ajralishga oid ishlar, mulkiy bitimlar va h.k.) bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Sud-psixiatriya ekspertisasi ko‘pincha bemorlarning vasiyat qilish qobiliyati haqidagi masalaga ham javob berishi kerak.

Chuqur affektiv buzilishlar (xavotir va siqilish) yoki gallyutsinatsiya ko‘rinishdagi vasvasa kechinmalari holatida jinoyat sodir etgan bemorlar aqli noraso deb topiladi.

Ayrim shaxslarda keksalik oldi psixozi sud ishi boshlanganidan keyin yoki jazo o'tash davrida rivojlanishi mumkin. Bunday hollarda tekshirilayotgan shaxslarning javobgarligi masalasi turlicha hal qilinadi. Affektiv buzilishlari mavjud bo'lgan, ammo kasallik nisbatan yengil kechayotgan bemorlar ruhiy kasallar shifoxonasida vaqtincha statsionar sharoitda davolanishga muhtoj bo'ladilar. Kasallik holatidan o'tgach ular jazo o'tashni davom ettirishlari mumkin.

*Qarilik psixozlari (senil psixozlar)* organizmning yosh bilan bog'liq patologik o'zgarishlari bilan bog'liq bo'lib, kuchayib borayotgan aqli ojizlik, affektiv buzilishlari va gallyutsinator-vasvasa kechinmalarida namoyon bo'ladi. Kasallik odatda oz-ozdan, sezilmay boshlanadi. Asta-sekin bemorning ruhiy qiyofasi o'zgaradi. Aksariyat hollarda illat 70 yoshdan va undan ham keyinroq yuzaga keladi. Erkaklar va ayollar o'rtasidagi kasallikka chalinish ehtimolligi taxminan bir xil. Qarilik psixozlari klinikasida (kechishida) ikki turi – keksalik aqli pastligi va qarilik psixozlari ajratiladi.

Keksalik aqli pastligida tanqidiy qarash darajasi, fikrlash qobiliyati keskin pasayadi. Vaqt va makonda yo'nalish olish qobiliyati buziladi, vaziyat va sharoitni yaxlit to'g'ri baholash mumkin bo'lmaydi. Xotiraning avvalo kundalik hodisalarga nisbatan buzilishlari namoyon bo'ladi, keyinchalik u ancha ilgari ro'y bergan voqealarga taqaladi. Xotiradagi kamchiliklarni bemorlar o'ylab topilgan hodisalar bilan to'ldiradilar. Bemorlarning hissiy holati keskin torayadi, xulqda loqaydlik va turg'unlik namoyon bo'ladi, bemorlar hech narsa bilan shug'ullana olmaydilar, bezovtalanadilar, narsalarini yig'ishtiradilar, qayergadir ketishga urinadilar, ko'p hollarda bemorlarning xatti-harakati mayl buzilishlari – ishtaha ochilishi va boshqa holatlar bilan belgilanadi. Bemorlar ochofatlik bilan ko'p ovqat yeydilar, ovqat qoldiqlarini to'playdilar, o'zlarini boqmayotganliklaridan shikoyat qiladilar. Jinsiy tiyilmaslik rashk g'oyalarida va kichik yoshdagi bolalarga nisbatan turli xatti-harakatlarga urinishlarda namoyon bo'ladi.

Qarilik psixozlari chog'ida vasvasa va gallyutsinator kechinmalar ko'rinishidagi ruhiy buzilishlar ham aqli pastlik kabi tez-tez uchrab turadi. Qarilik psixozining bunday shakli bemorlarda aksariyat

hollarda kasallikning boshlang'ich davrida yorqin ko'rinib turgan aqli ojizliksiz kuzatiladi. Depressiya fonida bemorlar o'zlarini birovlar ta'qib etayotganligi, aybdor, gunohkor va qashshoq bo'lib qolganliklari haqidagi vasvasa g'oyalari bildiradilar va hokazo. Bunday g'oyalar aniq vaziyat va shart-sharoit bilan bog'liq bo'ladi. Vasvasa so'zlarida mavjud voqelikdagi ayrim faktlar bo'ladi. Vasvasa kechinmalari bilan bir qatorda gallyutsinatsiyalar ham kuzatiladi. Gallyutsinatsiyalar barcha turlarda uchraydi va mazmunan vasvasa g'oyalar bilan bog'liq bo'ladi.

*Sud-psixiatriya baholashi.* Bemorlar aqli ojizligi, shuningdek vasvasa motivlari bilan bog'liq ravishda xavfli xatti-harakatlar sodir etishlari mumkin. Jinsiy buzilish bilan kechadigan kasalliklarda bemorlar yosh bolalar va voyaga yetmaganlarga nisbatan buzuq harakatlar sodir etadilar. Vasvasa g'oyalari rashk bilan bog'liq bo'lganida xotini, eri yoki tasavvuridagi dushmani o'ldirishga suiqasdlar bo'lishi mumkin. Ko'pincha bunday bemorlarni fuqarolik ishlari, masalan, meros, hadya dalolatnomalari, bitimlar, nikoh tuzish kabi ishlar bilan bog'liq hollarda sud-psixiatriya ekspertizasi o'tkazish zarurligi haqidagi masala yuzaga keladi. Shuni nazarda tutish lozimki, qartayganlikning jismoniy va ruhiy belgilari mavjudligining o'zi hadya bilan bog'liq nizolar, meros va boshqa bitimlarni imzolash uchun muomala layoqatiga egalikni istisno etmasligi mumkin.

Keksalik psixozi aqli ojizlik, shuningdek yorqin ifodalangan depressiv kechinmalar shaklida namoyon bo'lganida bemorlar aqli noraso va muomala layoqatiga ega emas deb topiladilar. Jazoni ijro etish muassasalari jazo o'tayotgan shaxs keksalik psixozi bilan kasallangan taqdirda bundan keyin jazo o'tashdan ozod qilinadi.

### **Bosh miyaning shikastlanish hollari**

Tinchlik davrida ham bosh suyak shikastlanishi tez-tez uchrab turadi. Turli mamlakatlar statistikasi oxirgi o'n yilliklarda bunday turdagi shikastlanishlar soni ko'payganligidan dalolat bermoqda. Bu barcha turdagi transport vositalarining rivojlanishi hamda sanoat va qishloq xo'jaligida texnikaning keng qo'llanishi bilan bog'liqdir. Urush davrida bosh suyak shikastlanishlari, kontuziyalar keskin

ortadi. Tinchlik vaqtida bosh suyagining yopiq shikastlanishi hollari ko‘proq uchraydi.

Bosh suyak shikastlanishi ochiq va yopiq, ya’ni bosh suyaklar yaxlitligining buzilishi yoki buzilmasligi bilan kechadigan turlarga bo‘linadi. Bosh suyakning yopiq shikastlanishi hollarini guruhlashtirish xususida ko‘pincha «kommotsiyalar» (miya chayqalishlari), «kontuziyalar» (miya lat yeyishlari), «kompresiyalar» (miyaning ezilishlari) atamaları qo‘llaniladi.

Bunday lat yeyish hollarining to‘rt bosqichi ajratiladi: boshlang‘ich bosqich, kuchaygan bosqich, kechki bosqich va ancha vaqt o‘tgan davr.

*Boshlang‘ich bosqichga* ongning turli darajada va muddatga (karaxtlikdan boshlab komatoz holatgacha) buzilishi xos bo‘lib, ular bevosita shikastlanishdan so‘ng boshlanadi. Ong buzilishining asosida muhofaza xususiyatiga ega bo‘lgan miya hujayralari tormozlanish ko‘rinishlari yotadi. Ong buzilishining chuqurligi va davom etish muddati muhofazaviy tormozlanishning intensivligi va tarqalganligiga bog‘liq. Olingan bosh miya jarohatining og‘irligiga qarab ong buzilishining chuqurligi va davomiyligi haqida xulosa chiqariladi. Koma holatida bemorlarda har xil tashqi ta’sirlarga, jumladan og‘riq beruvchi ta’sirlarga javob reaksiyasining yo‘qligi, rang oqarishi, ba’zan yuzning ko‘karishi kuzatiladi. Aksariyat hollarda bosh miya jarohatidan bevosita keyin ong buzilishi komatoz darajaga yetmay gangish yoki esning kirarli-chiqarli bo‘lib qolishi tipi bo‘yicha kechadi. Bunda harakatlarda qo‘zg‘alish va atrofdagilarni aniq idrok etmaslik kuzatiladi.

Ong tiniqlashgach ikkinchi bosqich boshlanadi. *Kuchaygan bosqich* 2–8 hafta davom etadi. Bu davrda, ayniqsa og‘ir kommotsiyalardan keyin, umumiy tormozlanish va barcha ruhiy reaksiyalarining sekinlashshuvi, keskin adinamiya kuzatiladi. Eyforiya va tanqidiy qaramaslik bilan kechadigan psixomotor qo‘zg‘alishlar, hattoki psixomotor qo‘zg‘alishli o‘tkir shikastlantiruvchi psixozlar uchrashi mumkin. Shikastlanishdan keyingi o‘tkir davrning boshqa alomatlariga psixoz bilan keskinlashgan hollarda ham, psixozsiz hollarda ham harakat va ruhiyatning tormozlanishi, kayfiyat buzilishlari bilan kechadigan jiddiy serebral asteniya simptomlari kiradi.



Bu davrda fikrlashning qiyinlashuvi yorqin namoyon bo‘ladi, xotira buziladi, ruhiy toliqish va kuchli charchoq hollari kuzatiladi. Havo kontuziyasi bo‘lganida ba‘zan kar-soqovlik sindromi namoyon bo‘ladi. Bosh miya jarohatlanishining o‘tkir davrida talvasa xurujlari va turli xil boshqa nevrologik simptomlar (falaj, shol) uchrashi mumkin. Yengil o‘tgan hollarda esa barcha kasallik ko‘rinishlari o‘tkir davrdayoq kamayadi, odatda asteniya ancha uzoq cho‘ziladi.

Miya shikastlanishining *kechki bosqichida* ko‘pincha miya qobig‘i va qobiq ostidagi o‘zaro munosabatlarning ancha buzilishi bilan bog‘liq har xil isterik ko‘rinishlar kuzatiladi.

*Ancha vaqt o‘tgan davrda* travmatik serebrosteniya, travmatik serebropatiya (uning turlaridan biri travmatik aqli ojizlik) va travmatik epilepsiya tipidagi qoldiq simptomlar kuzatiladi.

*Travmatik serebrosteniyaning* ancha vaqt o‘tgan davri deganda beqarorlik hodisalar bilan kechadigan tamoman ishdan chiqish va toliqish sindromi tushuniladi. Bunday shaxslar yorqin ifodalangan affektiv tutaqishga ega bo‘lgan katta emotsional labillik jihatlar bilan ajralib turadilar. Noqulay tashqi sharoitda bemorlarning ahvoli yomonlashadi. Dam olish odatda ularning o‘zini his qilishi yaxshilanishiga olib boradi. Bemorlarda intellektual sohaga uncha zarar yetmagan. Asablarning tamoman ishdan chiqishi va diqqatning buzilishidan tashqari, xotiraning biroz pasayishi kuzatiladi. O‘tmish xotiralari ancha saqlanib qolgan bo‘ladi.

Travmatik serebropatiyada ruhiy nuqsonlarning simptomlari ancha yorqin ifodalangan bo‘ladi, xotira buzilishi, diqqatning pasayishi, affektiv buzilishlar, ish qobiliyatining pasayishi kuzatiladi. Falajlik va shollik ko‘rinishidagi nevrologik va harakat buzilishlari aniq ko‘rinib turadi. Travmatik serebropatiyada psixopatologik buzilishlar ancha xilma-xil ko‘rinishga ega bo‘ladi.

Organik psixopatiya yoki psixopatiyasimon holat deb tavsiflanuvchi shaxsning shikastlanishi katta sud psixiatrik baholashda ahamiyatga ega bo‘ladi. Bunda emotsional beqarorlik bilan ajralib turuvchi affektiv-irodaviy buzilishlar psixikaning tamoman ishdan chiqishi bilan kechadi. Bemorlarda o‘ta ta’sirchanlik, «portlash» bilan bir qatorda arzimagan sabablar tufayli kayfiyatning o‘zgarishiga moyillik kuzatiladi. Travmatik serebropatiya bilan kasallangan

ko'pchilik shaxslar spirtli ichimliklarni suiste'mol qiladilar, bu esa shaxsdagi posttravmatik va alkogoldan bo'ladigan o'zgarishlar hissasini aniqlashda qiyinchiliklar tug'diradi.

*Travmatik aqli zaiflikning* asosiy belgisi oliy aqliy funksiyalarning, birinchi navbatda tafakkurning buzilishi bo'lib, bu tanqidiy qarashning buzilishi, xotiraning pasayishi, asablarning haddan tashqari toliqishida namoyon bo'ladi. Miya aterosklerozi, alkogolizm, takroriy jarohatlar qo'shilganida travmatik aqli ojizlik o'sib boruvchi xususiyat kasb etishi mumkin.

*Travmatik epilepsiya.* Uning bosh miya jarohatlarining barcha hollariga nisbatan uchrash tezligi 6 %dan 50–60 %gacha o'zgarib turadi. Travmatik epilepsiyaga psixopatologik ko'rinishlarning xilmaxilligi xosdir. Generalizatsiyalashgan talvsalar bilan kechadigan katta epilepsiya xurujlari, kichik xurujlar, qisqa vaqtga ongning o'chishi, turli darajadagi va davomiylikdagi esi kirdi-chiqdi bo'lish holatlari, kayfiyat buzilishlari uchrab turadi va ular salbiy kechinmalar bilan birga keladi.

*Sud-psixiatrik baholash.* Bosh miya shikastlanishining boshlang'ich davrida huquqbuzarliklar ong buzilishi komatoz darajaga yetmagan, balki gangish va esi kirdi-chiqdi bo'lish (ong xiralashuvi) holatida bo'lgan taqdirda sodir etiladi. Agar huquqbuzarlik bu davrda sodir etilsa, uni sodir etgan shaxs aqli noraso deb topiladi, chunki unda bu davrda o'z harakatlarini tushunish, ayniqsa boshqarish imkoni bo'lmaydi.

Travmatik shikastlanishlarning kechki bosqichlarida, ijtimoiy mehnat adaptatsiyasi yetarli bo'lgani holda xatti-harakatdagi muayyan tormozlanish hollari kuzatilishi mumkin. Ushbu holat subyektning o'z xatti-harakatini boshqarishi mumkinligini istisno etmaydi va travmatik miya shikastlanishi psixopatologik variantida ko'rilmog'i kerak. Bosh miya shikastlanishining barqaror amnestik sindrom yoki travmatik aqli ojizlik ko'rinishidagi og'ir oqibatlarida aqli rasolik va muomala qobiliyatiga egalik masalasi salbiy hal qilinadi. Subyekt huquqbuzarlik sodir etganidan keyin katta oqibatlarga ega bo'lgan bosh miya jarohatini olgan hollarda unga nisbatan jazo qo'llash mumkin emasligi va tibbiy yo'sindagi chora tayinlash masalasi kelib chiqadi. Agar ilgari sodir etilgan jinoyatlari

uchun hukm qilingan shaxslarda travmatik psixoz takroran paydo bo'lsa, yoki uzoq davom etsa, ular jazoni ijro etish muassasalarida saqlanishlari mumkin emas, balki komissiyadan o'tkazilishlari hamda yashash joyida davolanishlari va kuzatilishlari kerak.

### **Savol va topshiriqlar**

1. Shizofreniya nima va u qanday sabablarga ko'ra kelib chiqadi?
2. Maniakal, depressiv va aralash holatlarda affektiv buzilishlarning qanday ko'rinishlari mavjud?
3. Epilepsiyaning sabablari nimalardan iborat?
4. Qarilik oldi, qarilik psixozlari va qarilikdagi esipastlikka tavsif bering?
6. Reaktiv psixoz nima?
7. Bosh miyaning travmatik shikastlanishi va uning bosqichlariga tavsif bering?
8. Psixopatiyalarda ijtimoiy xavfli hatti-harakatlar sodir qilganda ular sud-psixiatrik jihatdan qanday baholanadi?
9. Ruhiy kasalliklar qanday sabalarga ko'ra kelib chiqadi?
10. Ijtimoiy xavfli harakatlar sodir etgan ruhiy kasallarga nisbatan tibbiy yo'sindagi majburiy choralar qanday qo'llanadi?

### **ALKOGOLIZM VA ALKOGOLLI PSIXOZLAR. NARKOMANIYA VA TOKSIKOMANIYA (GIYOHVANDLIK VA ZAHARVANDLIK)**

#### **Alkogolizm**

*Alkogolizm* – spirtli ichimliklarga patologik mayl, uni iste'mol qilish to'xtaganida abstinent (xumor) sindromning rivojlanishi, chuqurlashib ketgan hollarida – ichki a'zolarining barqaror buzilishlari va psixikaning tamoman ishdan chiqishi bilan ajralib turadigan kasallikdir. Alkogolizmning etiologik omilini alkogol – etil spirti tashkil qiladi.

Alkogolizm nafaqat tibbiy, balki, avvalo, ijtimoiy muammodir. Alkogolli ichimliklar keng iste'mol qilinishiga qaramay, alkogolizm bilan hamma emas, balki 5–10 % shaxslar kasallanadilar. Biroq alkogol iste'mol qilishning o'zi kasallikning yuzaga kelishi va shakllanishi uchun yetarli emas, balki yana qo'shimcha omillar ham bo'lishi zarur. Ularga ko'pchilik tadqiqotchilar insonning ijtimoiy,

shuningdek individual psixologik va biologik (fiziologik, biokimyoviy) xususiyatlarini kiritadilar.

Ijtimoiy omillar xilma-xil bo'lib, muayyan individuumning ma'lumot darajasi, oilaviy ahvoli, moddiy ta'minoti, jamiyatdagi mavqei, davlatning alkogolizm muammosiga munosabati kabilar bilan bog'liq. Alkogolizmning tarqalishiga ichkilik ichish odatlari, spirtli ichimliklar iste'mol qilish bilan kechadigan an'analar, bayram va tantanalar imkoniyat yaratadi. Alkogoliklar orasida bo'ydoqlar, yolg'izlar va ajrashgan shaxslar ko'pchilikni tashkil qiladi. Oilalarda ko'pincha ichkilikbozlikka erlar o'z xotinlarini, xotinlar esa erlarini tortadilar. O'smirlik va o'spirinlik davrida (14–20 yoshda) ota-onalar o'rtasidagi o'zaro munosabatning yomonligi, oiladagi alkogolli an'analar, spirtli ichimlikni erta tatib ko'rish va keyinchalik alkogolni muntazam iste'mol qilish katta ahamiyatga ega. Yetuklik davrida yosh bilan bog'liq omillar – «alohida, mustaqil mavqega» moyillik, oiladagi janjallar, madaniyat darajasining pastligi bilan bog'liq bo'lgan va shu tufayli qo'llab-quvvatlanadigan spirtli ichimliklarni odat tariqasida iste'mol qilish ham qo'shiladi. Psixologik omillar, inson oilada, maktabda olgan intellektual va tarbiya darajasi ham muayyan ahamiyatga ega. Spirtli ichimliklarni suiste'mol qiluvchi shaxslarning muayyan qismini «aksentirlangan yoki psixopatik» shaxslar tashkil qiladi. Ularda alkogolizmning rivojlanish dinamikasi, simptomlarining o'sishi, ularning almashishi o'ziga xos tarzda kechadi va muayyan xususiyatlarga ega bo'ladi. Alkogolizm rivojlanishida psixologik omillar asosiy o'rin tutadigan shaxslar guruhiga ruhiy bemorlarni kiritish lozim.

Bosh miyadagi biokimyoviy buzilishlarning alkogolizm shakllanishining etiologik omili sifatidagi ahamiyatiga oxirgi yillarda ko'proq e'tibor berilmoqda. Olimlarning fikricha, bosh miyadagi biokimyoviy buzilishlar, morfisifat moddalar mahsulotlarining ko'payishi kasallikning sababi emas, balki oqibati, ya'ni alkogolga jismoniy o'rganishning shakllanishi va rivojlanishiga olib keluvchi patogenetik omillardir.

Shunday qilib, alkogolga ruhiy va jismoniy ko'nikish shakllanishi, «xumorlik sindromi»ning rivojlanishi, kasallikning boshlang'ich bosqichlarida eyforiyaga, surunkali bosqichida esa tez o'tadigan

ruhiy va jismoniy qulaylikka intilish jarayonlarini o‘rganish alkogolizmning asosiy masalalaridandir.

### *Alkogolizmدا psixikaning buzilishi*

Alkogolizmning klinik ko‘rinishi kasallikning rivojlanish bosqichiga bog‘liq. Kasallikning o‘ziga xos sindromlariga, kasallikning kechish dinamikasi bilan bog‘liq holda asta-sekin o‘tishning rivojlanish stereotiplariga ega bo‘lgan uchta bosqichi ajratiladi. Biroq alkogolizmning klinikasi variantlarga ega bo‘lishi mumkin. Ular shaxsning individual xususiyatlari, yoshi, birga kechadigan kasalliklar, iste‘mol qilinadigan ichimliklarning turlari bilan bog‘liq va hokazo.

*Birinchi bosqichda* alkogolga patologik mayl yuzaga keladi, o‘zini nazorat qilish darajasi pasayadi, ortiqcha iste‘mol qilinganida tolerantlikning va alkogolli amneziyaning kuchayishi hamda qattiq mastlik kuzatiladi. Ushbu belgilar orasida alkogolga birlamchi moyillik eng muhimidir. Mazkur simptomlar har xil namoyon bo‘lishi natijasida klinik manzara ancha o‘zgarib turishi mumkin. Barcha hollarning yarmida alkogolizmning birlamchi bosqichi 25 yoshgacha shakllanadi, qolgan kuzatuvlarning ko‘pchiligi esa 25–35 yoshga to‘g‘ri keladi. Bu bosqich 1 yildan 6 yilgacha davom etishi mumkin.

*Ikkinchi bosqichda* kasallikning birinchi bosqichida shakllangan simptomlar rivojlanadi va og‘irlashadi. Shu bilan birga, ruhiy buzilishlarning yangi turlari paydo bo‘ladi. Ular orasida eng muhimi alkogolizmning ikkinchi bosqichi shakllanishida asosiy mezon bo‘lgan *abstinent* sindrom (*xumor*)dir. Bundan tashqari, mastlikning mayzadalik (surunkasiga ichish) ko‘rinishidagi yoki alkogolni doimiy ichish ko‘rinishidagi o‘zgargan manzaralari rivojlanadi. Ikkinchi bosqichning shakllanishi 25–30 yoshga to‘g‘ri keladi va 10–15 yil davom etishi mumkin. Agar kasallikning birinchi bosqichida bemorlar aksariyat hollarda turli voqealar (bayramlar, tug‘ilgan kunlar, to‘ylar va hokazo) munosabati bilan ichsalar, ikkinchi bosqichida o‘zlari tashabbus va qat‘iyat ko‘rsatadilar, alkogol iste‘mol qilish uchun sun‘iy ravishda bahonalar topadilar. Me‘yorni nazorat qilish qobiliyatini yo‘qotish og‘ir mastlikka olib keladi.



Mastlik manzarasining o'zgarishi eyforiya davrining qisqarishida, xatti-harakat buzilishining psixopatik va isterik shakllari yuzaga kelishida namoyon bo'ladi. Bemorlar umumiy tanqidiy qarashni saqlab qolganlari holda, o'zining ichkilikbozligiga yetarlicha tanqidiy munosabatda bo'lmaydilar, ayrim axloqiy nuqsonlar, shaxsning qo'pollashuvi, haddan tashqari jizzakilik kelib chiqadi va hokazo. Abstinent sindrom astenik, vegetativ va nevrologik buzilishlar, yurak- tomir tizimida, ovqat hazm qilish va asab tizimidagi buzilishlar bilan kechishi mumkin. Bemorlar kunning ikkinchi yarmida va ertalab doimiy ravishda bosh og'riqqa (xumorga) alkogol iste'mol qiladilar. Alkogolni suiiste'mol qilish shakllari har xil bo'ladi – yo doimiy mastlik, yo soxta mayzadalik ko'rinishidagi vaqti-vaqti bilan bo'ladigan, uchinchi bosqichda haqiqiy mayzadalikka aylanadigan mastlik. Ichki a'zolarida kardiopatiya, gastrit, jigarning yog' bosib, shakli o'zgarishi bilan kechadigan gepatit ko'rinishidagi o'zgarishlar kuzatiladi.

*Uchinchi bosqichda* klinik ko'rinishlari yanada og'irlashadi, alkogolga yengib bo'lmaydigan moyillik, har qanday vositalar bilan bo'lsa-da unga erishishga intilish kuzatiladi, bu esa g'ayriqonuniy harakatlarga (qarzga botish, narsalarni sotish, o'g'irlash, yaqinlariga nisbatan shafqatsizlik kabilarga) olib keladi.

Alkogolga tolerantlik pasayadi, ya'ni bemor uning kichik dozalaridan ham mast bo'ladi, shu bois alkogoli kam ichimliklarga, ko'pincha spirt qo'shilgan vinolarga o'tadi. Mastlik manzarasi o'zgaradi: bemorlar tajovuzkor, g'azabnoq bo'lib qoladilar, yaqinlariga nisbatan tajovuzkorlik namoyish qiladilar. Ba'zi hollarda mastlik manzarasida gangish (karaxtlik) ustunlik qiladi: bemorlar lanj, passiv, uyquchan, atrofdagilarga befarq, murakkab maqsadga qaratilgan ishlarini bajarishga noqobil bo'lib qoladilar. Ko'pchilikda alkogolning ozgina dozasidan ham yalpi amneziyaga tushish kuzatiladi. Shaxsning o'zgarishlari alkogoldan tanazzulga uchrash ko'rinishida namoyon bo'ladi: tanqidning yo'qolishi, tashabbus va ish qobiliyatining umumiy tushib ketishi, muntazam mehnat qila olmaslik, xotiraning yomonlashuvi, aqliy salohiyatning pasayib ketishi va hokazo. Oilaviy majburiyatlarni to'liq bajara olmaslik nikoh buzilishiga va oilaning tarqab ketishiga olib keladi. Uchinchi bosqichdagi

abstinent sindrom– bu jismoniy va ruhiy buzilishlarning qo‘shilishidir. Uchinchi bosqichda bemorlarda ichki a‘zolarida qaytarilmas o‘zgarishlar–kardiopatiya, sirrozga aylanuvchi gepatit, pankreatit, atrofik gastrit, endokrin buzilishlar va boshqalar uchraydi.

### **Alkogolli psixozlar**

Alkogolli psixozlar ko‘rinishi bo‘yicha har xil bo‘ladi va kasallikning 2–3-chi bosqichlarida yuzaga keladi. Alkogolli psixozga chalingan bemorlar jamiyat uchun ancha xavfli bo‘ladilar, chunki boshqa shaxslar, ko‘pincha yaqinlariga qarshi xavfli harakatlar sodir etadilar.

Sud psixiatriyasida alkogolli psixozlarning quyidagi asosiy turlari ajratiladi:

- alkogolli deliriy,
- alkogolli gallyutsinoz,
- alkogolli paranoid (ta‘qib etish vasvasai, rashk vasvasasi va boshqa turdagi vasvasalar bilan kechadigan psixozlar).

Psixozning eng ko‘p uchraydigan shakli - *alkogolli deliriy*. U rivojlanishidan oldin qo‘rqinchli tush ko‘rishlar, dahshat, qo‘rquv, xavotir kelishi mumkin. So‘ngra abstinensiya va uyqusizlik fonida fantastik mazmunga ega bo‘lgan illuziyalar, ko‘rish, eshitish, hid bilish va boshqalar bilan bog‘liq bo‘lgan hamda harakatdagi qo‘zg‘aluvchanlik, yashirinishga urinish bilan kechadigan har xil gallyutsinatsiyalar boshlanadi. Ta‘qib etish va jismonan yo‘q qilish bilan bog‘liq vasvasalar ustunlik qiladi, bir qator hollarda er yoki xotinning xiyonati haqidagi gap-so‘zlar bilan kechadi. Deliriy 3–5 kun, ba‘zan bir yarim haftagacha davom etadi. Chuqur va davomli uyqudan keyin sog‘ayish boshlanadi. Bemor nima bo‘lganini yaxshi eslolmaydi.

*Kuchli alkogolli gallyutsinoz* ham xavotir, umidsizlik, qo‘rquv hissi bilan bog‘liq bo‘lib, eshitish va ko‘rish gallyutsinatsiyalari bilan birga kechadi. Alkogolli deliriydan farqli ravishda gallyutsinatsiyalar chog‘ida ong buzilmaydi, talvasa xurujlari juda kam uchraydi. Gallyutsinozlar o‘zini mudofaa qilish, jamiyat uchun xavfli harakatlar sodir etish, o‘zini o‘ldirishga urinishlar bilan birga kechishi mumkin.

O'tkir alkogolli gallyutsinoz bir necha kundan bir oygacha davom etishi mumkin.

*Alkogolli paranoid* ko'pincha ta'qib etish vasvasasi bilan birga kechadi va abstinensiya davrida, bir qator hollarda mayzadalik paytida yuzaga keladi. To'satdan rivojlanadi – qo'rquv va xavotir fonida bemorlar darhol jismonan yo'q qilish qurboni bo'lishlari mumkinligiga ishonch yuzaga keladi. Bu esa qochish, o'zini mudofaa qilish va hatto «oson o'lim topish» uchun o'zini o'ldirish, shuningdek xayoliy dushmanlarga hujum qilishga olib kelishi mumkin. Alkogolli paranoid bir necha kundan bir necha haftagacha davom etishi mumkin. Paranoid cho'zilib ketganida qo'rquv va ta'qib etilish holati oylab davom etadi, davomli mayzadalik esa paranoidni takrorlanuvchi (retsdiv) qilib qo'yishi mumkin. Alkogolli rashk vasvasasi – yetuk yoshdagi paydo bo'ladigan vasvasa g'oyalarini tipik shakli bo'lib, alkogolli inqiroz fonida yuz beradi. Shubhalar mastlik yoki «bosh og'rig'iga» ichish chog'ida rashkning epizodik ko'rinishlaridan boshlanib, kuchayib boradi va xotinini qiynash, «o'ynashini», bolalarning «otasini» izlash kabilar bilan kechadigan vasvasa shakliga aylanadi. Xavotir va g'am kayfiyati xotini va u bilan bog'liq shaxslarga nisbatan tajovuzkor harakatlarga aylanishi mumkin. Davom etuvchi ichkilikbozlik psixozning kuchayishiga sharoit yaratadi. Kasallik shiddati o'zgargan holda yillab davom etishi mumkin.

*Sud-psixiatrik baholash.* Alkogolizmga chalingan bemorning holatini sud-psixiatriya jihatidan baholash odatda katta qiyinchilik tug'dirmaydi. Alkogolizmga chalingan shaxslarda ruhiyati (psixikasi) o'zgargani bilan o'z harakatlarini anglash va boshqarish imkoniyati saqlanib qoladi, shu bois bu kasallik ularni jinoiy javobgarlikdan ozod qilmaydi. Alkogolizm bosh miyaning organik kasalliklari (bosh miya shikastlanishi, tomirdagi va boshqa shikastlanishlar) bilan qo'shilgan hollar bundan mustasno.

Alkogolizmga chalingan bemorlarni hukm qilishda, ayniqsa uzoq muddatga, maxsus alkogolga qarshi davolashni jazoni ijro etish muassasalarida o'tkazmaslik mumkin, chunki alkogol iste'mol qilishdan mahrum qilish sog'ayishga olib keladi. Agar alkogolizm oiladagi og'ir moddiy ahvolga sabab bo'lsa, sud bemorni muomala

layoqati cheklangan deb topishi va unga vasiy tayinlashi mumkin. Bundan tashqari, boshqa choralar, xususan ota-onalik huquqidan mahrum qilish chorasi qo‘llanishi mumkin.

Alkogolli psixoz holatida ijtimoiy xavfli harakat sodir etilgan hollarda bemorlar qilmishiga nisbatan aqli noraso deb topiladilar, chunki psixoz bemorni o‘z harakatlarini tushunish va boshqarish imkoniyatidan mahrum qiladi. Ularga nisbatan tibbiy yo‘sindagi majburlov choralari qo‘llaniladi. Alkogolli psixoz jinoyat sodir etilganidan keyin rivojlangan va bemor jinoyat ishida ishtirok eta olmagan taqdirda tibbiy yo‘sindagi majburlov choralari u tuzalguncha qo‘llaniladi.

### **Savol va topshiriqlar**

1. Alkogolizmni kelib chiqishiga sababchi bo‘ladigan omillar nimalardan iborat?
2. Oddiy alkogol mastligining patologik alkogol mastligidan farqi nimada?
4. Patologik mastlikning kelib chiqish sabablarini aytib bering.
5. Surunkali alkogolizmning qanday bosqichlari mavjud?
6. Alkogol psixozlari: oq alahlash, alkogol gallyutsinozlari, alkogol paranoidlari?
7. Dipsomaniyaning qanday turlari mavjud?
8. Alkogolizmni sud-psixiatrik baholash nima?

### **Narkomaniya**

*Narkomaniya* – turli xil narkotik vositalarni notibbiy maqsadlarda iste’mol qilish natijasida yuzaga keladigan kasallik.

«Narkotik vosita», «narkomaniya» singari narkologiya sohasida ishlatiladigan terminlar tibbiyot xodimlarining emas, balki ko‘proq yuristlar, sotsiologlar, jamoat arboblarning terminlaridir. Bu terminlar xalqaro shartnomalar, konvensiyalarda ham, milliy qonunlarimizda ham muayyan huquqiy va ijtimoiy nuqtai nazardan ishlatiladi.

«Narkotik vosita» termini uchta mezonni – tibbiy, ijtimoiy va yuridik mezonlarni o‘z ichiga oladi. Ular o‘zaro bog‘liq bo‘lib, huquqiy jihatdan, vositani faqat uchta mezonga mos kelgan taqdirdagina narkotik vosita deb topish majburiyatini yuklaydi.

Tibbiy mezon shundan iboratki, vosita, modda, dori markaziy asab tizimiga o'ziga xos (eyforik, sedativ, gallyutsinogen va boshqa) ta'sir ko'rsatishi va bu ta'sir uni notibbiy maqsadlarda qo'llashning sababi bo'lishi kerak.

Ijtimoiy mezon esa notibbiy maqsadlarda ishlatish ijtimoiy ahamiyat kasb etadigan miqyosga yetganligini nazarda tutadi.

Yuridik mezon yuqorida keltirilgan ikki shart-sharoitdan kelib chiqadi hamda tegishli vakolatli bosqich mazkur vositani narkotik vosita deb topishi va uni narkotik vositalarning maxsus ro'yxatiga kiritishini talab qiladi.

Mazkur mezonlarning yo'qligi dori vositasi yoki kimyoviy (sintetik, biologik, o'simlikka oid) moddani, hatto suiiste'mol qilish vositasi bo'lishi va kasallik holatini keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan taqdirda ham narkotik vosita yoki modda deb topmaslik uchun asos bo'ladi. Bunday modda zaharvandlik (toksikomaniyaga oid) moddasi deb hisoblanishi mumkin. Ushbu modda narkotik vositalar ro'yxatiga kiritilgan taqdirdagina uning noqonuniy ishlatilishi milliy jinoyat qonunlaridagi tegishli moddaning qo'llanishiga sabab bo'la oladi.

«Narkotik vosita» terminidan to'g'ri foydalanish narkotiklar bo'yicha xalqaro konvensiyalarni tuzishda nihoyatda katta ahamiyatga ega. «Narkotik vositalar» terminini qo'llashda ushbu moddalarni nostrifikatsiya qilish va belgilangan tartibda Narkotik vositalar to'g'risidagi Yagona Konvensiyaning tegishli ro'yxatiga kiritish masalalarini ko'rib chiqish, narkotik deb ataluvchi moddalar ishlab chiqarish hajmini xalqaro nazorat organlari bilan kelishib, BMTga ushbu moddalarni ishlab chiqarish, iste'mol qilish, eksport va import qilish masalalari bo'yicha muntazam axborot berish orqali ishlab chiqarish hajmini cheklashni nazarda tutuvchi qonunchilik hujjatlarini inobatga olish lozim. Narkotiklar deb e'tirof etilgan moddalar faqat 1961-yilgi Yagona Konvensiya doirasida tomonlarni o'zaro xabardor qilish va BMTning nazorat organiga axborot berish orqali eksport va import qilinishi lozim.

Shunday qilib, «narkotik vositalar» terminini farmakologik nuqtai nazardan qo'llash yetarli emas, chunki bu tushunchaga nafaqat tibbiy, balki huquqiy va ijtimoiy izoh berish zarur. «Narkomaniya» termini



nafaqat klinik nuqtai nazardan, balki tibbiy-yuridik va ijtimoiy nuqtai nazardan ham ta'riflanadi va qonunda narkotiklar deb e'tirof etilgan tegishli moddalar yoki dorivor vositalarni suiiste'mol qilish turlarigagina qo'llanishi mumkin.

«Narkotik vositalar» va «narkomaniya» tushunchalarini aniq belgilab qo'ygan Narkotik vositalar to'g'risidagi Yagona Konvensiya kuchga kirganidan keyin hamda O'zbekiston Respublikasining jinoyat huquqi va boshqa huquqiy hujjatlarida narkotik vositalarni g'ayriqonuniy saqlash, ishlatish, iste'mol qilish uchun jinoiy yoki ma'muriy jazo nazarda tutilganligini inobatga olib, narkotik moddalarga kiritilmagan moddalar yoki dorivor vositalarni iste'mol qilishda kasallik holati kelib chiqadigan hollarda «narkomaniya» terminidan foydalanishga yo'l qo'ymaslik maqsadida «narkomaniya» va «toksikomaniya» terminlarini aniq ajratish zarurati yuzaga keladi. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining buyruqlarida mazkur terminlarni to'g'ri ishlatish zarurligi ta'kidlangan. Ya'ni «Narkomaniya» tushunchasini narkotik vositalarni iste'mol qilganlik oqibatida yuzaga keladigan kasallik holatlariga, «toksikomaniya» terminini esa narkotiklarga kiritilmagan dorivor vositalar va boshqa moddalarni qo'llash oqibatida yuzaga kelgan kasallik holatlariga nisbatan ishlatish zarurligi aytilgan. Bunday ajratish tibbiy emas, balki birinchi navbatda huquqiy nuqtai nazardan kelib chiqadi.

Ma'lumki, O'zbekiston Respublikasining jinoyat kodeksida narkotik vositalarni g'ayriqonuniy ravishda ishlab chiqarganlik, sotganlik va iste'mol qilganlik uchun tegishli jazo choralari, shuningdek narkomaniyaga chalingan shaxslarni albatta, jumladan majburiy davolash nazarda tutilgan. Bu shaxslar narkotik vositalarni tibbiy ko'rsatmalarsiz qabul qilib, g'ayriqonuniy harakatlar sodir etishlari mumkin, buning oqibatida ularda ko'pincha qaytarib bo'lmaydigan kasallik holatlari shakllanadi. Biroq bu qoidalar kasallik holati narkotik vositalarga kiritilmagan moddalar yoki dorivor vositalarni iste'mol qilganlik oqibatida yuzaga kelgan shaxslarga tatbiq etilishi mumkin emas.

Binobarin «toksikomaniya vositalari va moddalari» degan boshqa bir termini ham izohlash zarurati yuzaga keladi. Ularga, 1961–1971-yilda qabul qilingan Konvensiyalarga muvofiq, narkotik yoki

psixotrop moddalarga kiritilmagan, ammo suiiste'mol qilish predmeti hisoblangan va har xil o'ziga xos kasallik holatlarini yuzaga keltiradigan modda va vositalar kiritilishi lozim. Toksikomaniya moddalari va vositalariga quyidagilar kiradi: 1) dorivor vositalar; 2) dorivor bo'lmagan har qanday vositalardan olingan moddalar. Bunda har qanday toksikomaniya moddasi xalqaro shartnomalarda belgilangan tartibda narkotik modda deb e'tirof etilishi mumkinligini unutmazlik kerak.

Narkomaniya va toksikomaniyaning klinik ko'rinishlari juda xilma-xildir. Narkomaniyaning turli shakllarining klinik manzarasi suiiste'mol qilinayotgan narkotik moddaning xususiyatlariga bog'liq. Demak, narkotik vositalarni suiiste'mol qilish bilan bog'liq kasallik holatlarini tavsiflash uchun «narkomaniya» termini ko'pincha ko'plik shaklida qo'llaniladi, narkomaniyaning har bir shakli esa aniq nomga ega bo'ladi: morfinizm, kokainizm, gashishizm, nashavandlik va hokazo.

*Polinarkomaniyalar va politoksikomaniyalar.* Oxirgi o'n yilliklarda polinarkomaniya deb ataluvchi hollar juda ko'p uchrayapti. Tadqiqotlarning ko'rsatishicha, bu termin har doim ham ayni bir holatni ifodalash uchun ishlatilmaydi. Polinarkomaniya deganda bemor ikki va undan ortiq narkotik vositani bir vaqtda yoxud turli narkotik vositalarni muayyan nisbatda yoki muayyan ketma-ketlikda qabul qilgan hollar tushuniladi. Bemor uzoq vaqt mobaynida qandaydir bir narkotikni qabul qilgan va so'ngra, bir qator sabablarga ko'ra (narkotikni topish mumkin bo'lmagani yoki ilgarigi ta'sirga ega bo'lmay qolgani tufayli) boshqa narkotik vositani qabul qilishga o'tgan hollar endi polinarkomaniyaga kiritilishi mumkin emas, balki bir turdagi narkomaniya boshqasiga o'zgarishi deb baholanishi kerak. Polinarkomaniyaning narkomaniya shakli o'zgarishidan yana bir farqini ta'kidlab o'tish muhim. Polinarkomaniyada ikki va undan ortiq narkotiklarning qo'shilishi yoki muayyan tartibda qabul qilinishi narkotiklar qabul qilishdan olinadigan samarani oshirish yoki ularning ta'sirini yangilashdek anglangan istak bilan bog'liq harakat hisoblanadi, bir turdagi narkomaniyani boshqa turdasisiga aylantirish esa yuqorida keltirilgan sabablar bilan bog'liq bo'lgan majburiy harakatdir. Shunday qilib, bir holda – bu samarani

oshirishga qaratilgan faol izlash, boshqasida esa – majburiy qadam. Tashxis qo‘yishda bemorda tekshiruvning ushbu muayyan davrida qabul qilingan narkotikka mos keladigan narkomaniya turi haqida so‘z yuritish zarur. Narkoman narkotik vositadan tashqari boshqa, narkotiklarga kiritilmagan dorivor vosita yoki moddani qabul qilgan hollarni polinarkomaniya emas, balki murakkablashgan narkomaniya, masalan, narkotiklarni alkogolli ichimliklar bilan qo‘shish deb atash lozim.

Ikki yoki undan ortiq dorivor vosita yoki narkotiklarga kiritilmagan boshqa moddalarning ayni bir vaqtda qo‘shib ishlatilishi yoki ularni muayyan nisbatda yoxud muayyan ketma-ketlikda, ma‘lum bir tizim bo‘yicha qabul qilish politoksikomaniya deb baholanishi kerak.

Alkogolizmni narkotik moddalarga taalluqli bo‘lmagan boshqa moddalar yoki dorivor vositalar bilan qo‘shishni murakkablashgan alkogolizmga kiritish zarur. Murakkablashgan alkogolizm va murakkablashgan narkomaniya ijtimoiy-huquqiy nuqtai nazardan qattiqroq ma‘muriy va huquqiy choralar ta‘siriga tushadi. Masalan, alkogolli ichimliklar narkotik bo‘lmagan har xil moddalar bilan qo‘shib qabul qilinganida alkogolizm ustun ahamiyatga ega bo‘ladi; narkotik vositalar boshqa moddalar yoki alkogol bilan qo‘shilganida narkomaniya asosiy ahamiyatga ega bo‘ladi.

### **Narkomaniya shakllari**

Narkomaniyalar orasida asosiy o‘rinlardan birini nashaning har xil turlaridan tayyorlanadigan preparatlar – nasha, marixuana, gashish, bang, kif, xusus, plan, xaras, dachcha kabilarni suiiste‘mol qilish bilan bog‘liq holda yuzaga keladigan narkomaniyalar egallaydi. Nashaning har xil navlari Osiyo, Afrika, Janubiy Amerika va boshqa joylarda o‘sadi va ko‘plab yetishtiriladi. Nasha o‘simligida ularning turi va naviga qarab turli miqdorlarda narkotik aldegid kannabinol mavjud. Aynan u gangituvchi samara beradi. Kannabinol hind nashasida eng ko‘pligi aniqlangan. Marixuanani chekish ko‘plab mamlakatlarda milliy ofat miqyosiga chiqmoqda.

Nasha har xil iste‘mol qilinadi – chaynaladi, chekiladi, ichimliklar tayyorlanadi. Odatda nasha preparatlari chekishda, ba‘zan

tamaki bilan birga ishlatiladi. Preparatlarni chekish yoki qabul qilishdan hosil bo'ladigan karaxtlik holati har bir shaxsning individual xususiyatlariga, shuningdek nashaning dozasi va qanchalik tez-tez qabul qilinishiga bog'liq. Nashani dastlabki iste'mol qilishlar salbiy reaksiya keltirib chiqaradi: ko'ngil ayniydi, taxirlik seziladi, so'lak ajralishi ko'payadi, bosh aylanadi. Mana shu bosqichda preparatni iste'mol qilishni boshlovchilar saralanadi. Biroq tajribali o'rtoqlari ta'sirida ba'zi shaxslar ushbu holatni yengadilar va chekishda davom etaveradilar. Tez orada bu noxush hislar o'tib ketadi.

Odatda nasha preparatlarining ta'siri chanqash va ochlik, og'iz qurishi hislari bilan kechadi. Asta-sekin butun tana bo'ylab iliqlik hissi tarqaladi. Vaznsizlik hissi, sakrash, raqs tushish holatlarni egallash istaklari paydo bo'ladi. Atrofdagilarning harakatlari bema'ni, tiyiqsiz kulgu keltirib chiqaradi. Nimagadir e'tiborni jamlashning imkoni bo'lmay qoladi. Assotsiatsiyalar oson paydo bo'ladi va tez-tez bir-birini almashtiradi. Chekib olganlar ayrim, ko'pincha tugallanmagan iboralar to'plamlarini talaffuz qiladilar. Tutib bo'lmas fikrlar oqimi yuzaga keladi. Atrofdagilar bilan aloqalar torayadi, o'zaro tushunish buziladi. Tashqi ta'sirlarga beriluvchanlik paydo bo'ladi. Katta illuziyalar, fantaziyalar yuzaga keladi, barcha tovushlar alohida rezonansga ega bo'ladi va so'zlashuv akustikasi kuchli zalda yuz berayotgandek hissiyot tug'diradi. Nasha iste'mol qiluvchilar ko'pincha eshitish hissiyotlarining va musiqani qabul qilish qobiliyati kuchliligini aytadilar. Nasha preparatlari jinsiy sohaga ham ta'sir ko'rsatadi. Ushbu ta'sir shundan iboratki, zaharlanish cho'qqisiga chiqqan payt miyadan kelib chiqishi aniq bo'lgan erotik qo'zg'alishlar bilan kechadi. Bunda jinsiy sohada hech qanday jismoniy o'zgarishlar yuz bermaydi, shu bois hind nashasiga jinsiy quvvatni oshirishdek alohida xususiyat berish to'g'ri emas.

Nasha preparatlari uzoq vaqt iste'mol qilinganida karaxtlik holati o'zgaradi. Ko'rish va eshitish gallyutsinatsiyalari, ta'qib etish bilan bog'liq vasvasa g'oyalari bilan kechadigan psixozlar yuzaga keladi. Aqliy salohiyat pasayadi, xotira buziladi, psixik asteniya, emotsional siyqalanishi, ishtaha pasayishi boshlanadi. Ko'pincha bunday bemorlar yolg'izlikka intiladilar. Kuchli psixik reaksiyaning boshqa

tipi yorqin ifodalangan xavotir, qo‘rquv va sarosima (masalan, o‘limdan, jinni bo‘lishdan qo‘rqish) hislari chulg‘ab olgan shaxslarda kuzatiladi. Nasha chekish naslga irsiy ta‘sir ko‘rsatishi mumkinligi haqidagi taxminlar mavjud. Nasha preparatlarini ko‘plab iste‘mol qilish organizmning immun tizimini susaytiradi.

*Morfin tipidagi narkomaniya* opiy va uning preparatlarini qabul qilish oqibatida yuzaga keladi. Opiyning 20ga yaqin alkaloidlari (morfin, kodein, tebain, heroin, dionin, narkotin singari), shuningdek morfinsimon ta‘sirga ega sintetik preparatlari (fenadon, promedol va boshqalar) mavjudligi ma‘lum. Morfin tipidagi narkomaniya ko‘knor o‘sadigan va yetishtiriladigan joylarda uchraydi. U bir qator hollarda shifokorlarning ushbu preparatlarni tibbiy maqsadlarda noto‘g‘ri va nazoratsiz ishlatishlarining natijasi sifatida ham yuzaga kelishi mumkin. Morfin preparatlarga nisbatan tez o‘rganib qolinadi. Opiy teri ostiga, venaga kiritish yoki chekish orqali iste‘mol qilinadi. Kodein ichiladi, morfin, promedol – teri ostiga, venaga yuboriladi. Sof holdagi modda bo‘lmaganida tarkibida opiy bo‘lgan har xil tibbiy preparatlardan foydalaniladi. Narkomanlarda tez yuzaga keladigan ko‘nikish bilan bir qatorda preparatga nisbatan o‘ta tolerantlikning rivojlanishi tufayli kelib chiqadigan qabul qilinayotgan dozani ko‘paytirish tamoyili (tendensiyasi) kuzatiladi.

Narkotiklardan qattiq zaharlanishga yorqin ifodalangan qo‘zg‘alishgacha boradigan eyforiya xosdir. Ong o‘zgargan bo‘ladi. Ayni vaqtda og‘iz quriydi, issiqlik his qilinadi, keskin holsizlik, quloqlarda shovqin, bosh og‘rig‘i, terlash paydo bo‘ladi. Ko‘p siyish kuzatiladi, yurak-tomir tizimi va nafas olish buziladi. Zaharlanish kuchayganda sianoz, qonli ich ketish, talvasa boshlanadi, nafas olish markazining falajlanishi rivojlanadi.

Narkomaniyaning boshlang‘ich bosqichiga narkotiklarni muntazam qabul qilish, tolerantlik ortib borishi tufayli dozani tez oshirish xosdir. Preparat ta‘sir qilgan davrlarda psixik stigmalar kompleksi – fantastik, kaleydoskopik kechinmalar (ilgari ko‘rilgan, o‘qilgan narsalar manzaralari, subyektning o‘z fantaziyalari) bilan yuz beradigan motor tormozlanishiga o‘tuvchi yengil eyforiya kuzatiladi. Ayni vaqtda jismoniy hissiyotlar kompleksi mavjud bo‘ladi – og‘iz qurishi, qichishish, iliqlik, tanada va oyoqlarda og‘irlik hissi yuzaga



keladi, uyqu buziladi. Ko‘z qorachiq-lari torayadi, yurak-tomir tizimida har xil buzilishlar paydo bo‘lishi mumkin, ishtaha pasayadi, tez-tez ich qotadi. Narkotik qabul qilishni takrorlash, yoqimli xotirjamlik hissini va yuz berayotgan voqealarning illuziya ekanligini his qilish bilan bog‘liq miyadan chiqmaydigan istak bilan kechadigan ruhiy qaramlik sindromi tez hosil bo‘ladi. Boshlang‘ich bosqich 2–3 oydan 6–8 oygacha davom etadi.

Surunkali bosqichga narkotik vositalarni muntazam qabul qilish xosdir. Narkotik moddani iste‘mol qilish dozasi oshib boradi. Surunkali narkomanlar o‘zlarining eng yuqori bir martalik, sutkalik dozalarini yaxshi bilishlarini va juda kamdan-kam hollarda ushbu me‘yordan oshirishlarini, shu sababli surunkali opioman–morfinistlarda zaharlanish hollari juda kam bo‘lishini ta‘kidlash muhim. Bu bosqichda preparatga ruhiy tobelik yorqin namoyon bo‘ladi, narkoman endi narkotik vositasiz yashay olmaydi. Mast holati o‘zgaradi. Agar boshlang‘ich bosqichda dastlab eyforiya sezilib, so‘ngra xotirjamlik, bo‘shashish, idrok etishdagi xayoliy huzurhalovat kelsa, bu bosqichda narkomanlar lanj, tormozlangan bo‘ladilar va narkotik dozasi kiritilganidan keyingina baquvvat, harakatchan va ishga layoqatli bo‘lib qoladilar va maniakal tusga ega bo‘ladi, ruhiyat va harakatchanlik ko‘tarilgan bo‘ladi. Ushbu holatlar uzoq davom etmaydi, abstinent (xumor) sindromining shakllanishi bir necha yil davom etadigan alkogolizmdan farqli o‘laroq, narkomaniyada bir necha oy, hatto kunda shaklanadi. Morfin narkomaniyasida abstinensiya holati narkotikning oxirgi dozasi qabul qilingandan so‘ng bir necha soat o‘tgach boshlanadi, uning davomiyligi 5–7 kun. Bunda turli-tuman somatovegetativ, psixonevrologik simptomlar: esnash, terlash, ko‘z yoshlarining oqishi, burundan suv kelishi, tremor, titrash, ko‘z qorachiq-larining kengayishi, ko‘ngil aynashi, qusish, harorat ko‘tarilishi, nafas olishning tezlashishi, qorin va boshqa sohalardagi mushaklar guruhlarining siqilishi va og‘rishi, organizmning suvsizlanishi va ozishi kuzatiladi. Ruhiyatda xavotir, tashvishlanish, o‘limdan beixtiyor qo‘rqish kuzatiladi. Bu hissiyotlar goh kuchayib, goh susayadi. Uyqu buziladi, ko‘pincha dahshatli tushlar bilan kechadi. Kayfiyat o‘zgaruvchan: o‘z shaxsi va imkoniyatlarini ortiqcha baholash bilan kechadigan yengil eyforiya

yoxud depressiya, jizzakilik, serjahllik, loqaydlik va tajovuzkorlik bilan kechadigan tushkun kayfiyat.

Narkomaniyalarning ushbu guruhiga uzoq davom etadigan va barqaror asteniya xosdir. Jismoniy asteniya ozish bilan kechadi. Ko'pchilik narkomanlar mehnat qilishni to'xtatib, mehnat ko'nikmalari va kasbini unutadilar. Ruhiiy asteniya har qanday aqliy harakat irodaviy kuch talab qilishida namoyon bo'ladi, shu bois narkomanlarga tafakkurning bemahsulligi, tez charchash, diqqatni jamlay olmaslik, uzoq vaqt maqsadga qaratilgan ruhiy faoliyat olib bora olmaslik xosdir. Emotsional soha buzilgan: kayfiyat doimo tushgan, o'tib ketmaydigan depressiyaga moyillik mavjud. Narkomanlarning umumiy qarovsiz ko'rinishi, depressiv kayfiyati, astenizatsiyasi hamda faol va davomli tarzda diqqatni jamlashga noqobillik bilan bir qatorda, aqliy faoliyat va intellekt sekin pasayadi, aqli o'jizlik hollari asta-sekin kuchayib boradi va uncha yorqin namoyon bo'lmaydi. Narkomanlar surunkali, kechki bosqichida g'ayriijtimoiy bo'lib qoladilar. Odatda narkotiklarni doimiy ravishda topish zarurati ularni o'g'rilik, firibgarlik va boshqa g'ayriqonuniy harakatlarga undaydi. Jinoyatlarni ular ko'pincha abstinensiya holatlarida sodir etadilar.

*Kokain narkomaniyasi.* Dastlabki alomatlari kokain narkomaniyasida kasallikning ilk bosqichi tez boshlanadi. U quyidagi simptomlarga ega: narkotik qabul qilinganidan (burunga tortilganidan, qonga yuborilganidan keyin) avval yengil bosh aylanadi so'ngra boshda qisqa muddatli qattiq og'riq paydo bo'lib, tezda yoqimli hissiyot bilan almashadi. Narkomanlar ilhomlanish, kuchli aqliy faoliyat holatini his qiladilar, fikrlar, assotsiatsiyalar oson yuzaga keladi, aqlning umumiy teranlashuvi boshlanadi. Ko'pincha ular ko'p yoza boshlaydilar, boqalar ularni tushunmasliklari, qadrlamasliklaridan ranjiydilar. Faollik ularning harakatlarida ham ko'rinadi, ular ko'p harakatlanadilar, joylarini o'zgartiradilar, uydan ketib qoladilar, ko'tarinki kayfiyatda daydib yuradilar. Bunday holat 2-3 soat davom etadi, so'ngra umumiy kuchsizlanish, harakatsizlik va kayfiyatning pasayishi bilan kechadigan loqaydlikka almashadi. Qabul qilinayotgan preparatga ko'nikish tez kuchayib boradi, bemor narkotik miqdorini oshira borib kerakli samara olishga urinadi, chunki

odatdagi miqdor yuqorida keltirilgan hissiyotlarni hosil qilmaydi. Ruhiy tobelik kuchayib boradi. Asta-sekin abstinent sindrom (xumor) shakllana boshlaydi. Shaxsdagi o'zgarishlarning dastlabki belgilari, qo'pollashuv, qiziqishlar doirasining torayishi, psixik ko'rinishlarga ega bo'lgan hissiy siyqalanishi paydo bo'ladi. Jismoniy buzilishlar: qorachiqlar kengaygan, shu bois bemorlar yaxshi ko'rmaydilar, burun, og'izda qurish seziladi. Kasallikning surunkali bosqichi shakllanadi. Preparatga nisbatan tolerantlik kuchayadi va 5–10 grammligacha cho'qqisiga chiqadi. Hissiyotlar boshlang'ich bosqichdagi kabi yorqin emas. Ruhiy tobelik ko'rinib turadi va endi qabul qilinadigan narkotik dozalari bilan yo'qolmaydi. Abstinent sindrom to'liq shakllangan hamda somatovegetativ va psixik simptomlar majmuida namoyon bo'ladi. Ular orasida asosiylari – peshana va ensa sohasida kuchli bosh og'rig'i, qo'rquv hissi bilan kechadigan bo'shliqqa qulash hissi. Abstinent sindromning psixik tarkibiy qismida g'am-g'ussa kayfiyati ko'pincha yashashni istamaslik haqidagi fikrlar bilan kechadi. Ushbu holatda narkomanlar o'ziga nisbatan o'lim bilan tugaydigan suiqasd harakatlarini sodir etishlari mumkin. Ular xudbin bo'lib qoladilar, shaxsi borgan sari qo'pollashib boradi. Butun fikr va hissiyotlari narkotik vosita olishga qaratilgan bo'ladi. Yuqori darajadagi his-tuyg'ulari maydalashadi, xotira pasayadi, aqliy faoliyat susayadi, qiziqishlar keskin kamayadi. Narkomanlar ishdan ketadilar, isqirt, tashqi ko'rinishlariga e'tiborsiz bo'lib qoladilar, tekinxo'rlarcha hayot kechiradilar, tasodifiy ish haqlari bilan kun ko'radilar. Uyqu buziladi, dahshatli tushlar ko'radilar, ba'zan, aksincha, uyqusizlik qiynaydi va uyqu dorilarini ichishga majbur qiladi. Kokain iste'mol qiluvchilarga teri ostida qo'ng'izlar, kanalar yurgandek, kokain kristallari dumalab yurgandek tuyiladigan paresteziyalar xos bo'ladi. Kokainni doimiy hidlovchi shaxslarda burun ichidagi devor teshilishi mumkin. Kokain narkomaniyasining oxirgi bosqichida mazkur buzilishlarning hammasi keskin og'irlashadi. Jismoniy soha aziyat chekadi, bemorlar ozib ketadilar, bu holat butunlay toliqishga hamda nafas olish yoki tomir-harakat markazining falajligidan kelib chiqadigan marazm va o'limga olib keladi.

Huquqiy hujjatlarga muvofiq narkotiklar hisoblanadigan preparatlarning keyingi guruhi – *dietilamid lizergin kislota (LSD)*, ergotaminning yarim sintetik hosilasi – ayrim zamburug‘larda bo‘ladigan psilotsibin. Xalqaro huquqqa muvofiq LSD guruhi va lizergin kislotaning boshqa hosilalari xalqaro nazoratda turadi. Kuchli zaharlanishda qo‘zg‘alish, ko‘ngil aynishi, qayt qilish, so‘lak oqishi kuzatiladi, qon bosimi pasayadi, ba‘zan ataksiya, spastik paralichlar uchraydi, hatto nafas olish markazining falajlanishi tufayli o‘lim kelib chiqishi mumkin. LSD ta‘sirida holatlarning nihoyatda xilma-xilligi va shaxslararo variabellik kuzatiladi. Bu individ ichidagi o‘zgaruvchanlik bilan kechadi. Tovushlarga o‘ta sezgirlik hamda eshitish illuziyalari va soxta gallyutsinatsiyalar tipik hol hisoblanadi. Idrok etishdagi o‘zgarishlar ko‘pincha LSDga reaksiya sifatida uchraydi va asosan ko‘rish hodisalariga taalluqli bo‘ladi. Eshitish gallyutsinatsiyalari kamroq uchraydi. Psixologik tekshiruvlarda har doim ham aniqlanmaydigan tafakkur, aql va xotiradagi o‘zgarishlar aniq kuzatiladi.

### **Narkotik moddalar iste‘mol qilish va narkomanlarni davolashning hozirgi yo‘nalishlari**

Mamlakat aholisiga narkologik yordam berish holatini tahlil qilish narkomanlar orasida narkologik bemorlarning ro‘yxatga olingan toifasi ko‘payib borayotganidek ijobiy tamoyil kuzatilayotganidan dalolat bermoqda. Qishloq aholisi orasidagi keksa yoshdakilarda O‘rta Osiyo uchun «an‘anaviy» bo‘lgan narkotiklar (ko‘knor, «qora dori», nasha)ni suiiste‘mol qilish kuzatilmoqda. Ayni vaqtda poytaxt va respublika shaharlari aholisiga narkotiklar iste‘molchilarining «yosharib borayotgani» (17–30 yosh) fonida kuchli ta‘sir etuvchi narkotik moddalar (geroin, kokain) ni suiiste‘mol qilish xosdir.

Narkomaniya va toksikomaniya klinik ko‘rinishlariga ko‘ra alkogolizmdan ancha farq qiladi. Bundan tashqari, narkomaniyaning har biri (morfiyli, nashali, barbiturli va h.k.) nafaqat kasallikning kechish xususiyati, klinik ko‘rinishi bo‘yicha, balki organizmda yuz beradigan biokimyoviy o‘zgarishlar bo‘yicha ham ajralib turadi. Alkogolizmga nisbatan narkomaniya va toksikomaniyani davolash

o'xshash jihatlarga ham, muayyan xususiyatlarga ham ega. Narkomanlar va toksikomanlar hatto ixtiyoriy davolashni istaydiganlar ham doimo abstinent holatining jismoniy-vegetativ va psixotik krizlari oldida xavotir va qo'rquv holatida turadilar. Odatda bular narkotik moddalardan ajralib qolishdan hamda bunda boshidan kechirishi kerak bo'ladigan aniq, og'ir hissiyotlardan qo'rqadigan irodasiz odamlardir. Shu bois, ular davolanishni boshlab tezda ruhi tushib ketadi va barcha qo'ldan keladigan vositalar bilan narkotiklar iste'mol qilishni boshlashga urinadilar. Shu munosabat bilan bemorlar iste'mol qiladigan narkotik yoki boshqa moddalar olib kirilishiga yo'l qo'yilmaydigan sharoitlar yaratilgan maxsus shifoxonalar, bo'linmalar yoki palatalarni tashkil qilish zarur. Xodimlar rejimli tadbirlardan yaxshi xabardor bo'lishlari va ularni og'ishmay bajarishlari kerak. Bu yerdagi kun tartibi imkon qadar bemorlarning faol bandligini (ayniqsa kechqurun), nazarda tutishi kerak. Chunki ular bu vaqtda maqsadga qaratilgan faoliyatga ko'nikmaganliklari bois o'z fikr-xayollari va noxush hissiyotlari bilan yolg'iz qoladilar. Ularni bemorlar jamoalariga, mehnat jarayonlariga, madaniy terapiyaga faol jalb etish, o'qishga qiziqtirish, ko'proq yakka suhbatlarga tortish lozim. Doimo bemorlarning xatti-harakati va ahvolini hushyorlik bilan kuzatib borish zarur. Agar ma'yus, lanj, kayfiyati tushgan bemor birdaniga so'zamol, faol, ko'tarinki kayfiyatli bo'lib qolsa, taqiqlangan yo'llar bilan narkotik moddani olish imkonini topganligini taxmin qilish lozim. Narkotik vosita yetkazib berish manbaini qidirish hamda narkotiklarni bo'linmaga yetkazib berayotganlarni qattiq jazolash kerak. Davolashning oxirgi 2-3 haftasi ketayotgan bemorlarga, ya'ni beqaror muvozanatdagi, narkotiklar iste'mol qilishga bo'lgan takroriy yengib bo'lmas istak (xumor) paydo bo'ladigan davrda ularga ayniqsa e'tiborli bo'lish zarur. Ushbu holatda bemorlar xavotirga tushib qoladilar, bir joyda o'tira olmaydilar, davolashni tanqid qilishni yoki, aksincha, o'zini yaxshi his etayotganligini, go'yoki davolanib bo'lganliklari uchun kasalxonadan chiqishga harakat qalayotganliklari haqida gapirib, davolash jarayonini maqtay boshlaydilar. Ba'zi bemorlar boshi og'riyotgani, yomon uxlayotgani, tishi og'riyotgani (o'ziga xos alomat) aytib shikoyat qiladilar. Bunday holatlar odatda 2-4 kun ichida o'z-o'zidan o'tib ketadi.



## Toksikomaniyalar

Toksikomaniyalarni keltirib chiqaruvchi moddalarga ko‘nikish hodisasini keltirib chiqaradigan, ammo belgilangan tartibda xalqaro konvensiyalarda e‘tirof etilmagan kimyoviy, biologik yoki dorivor vositalar kiradi. Ularning yuridik maqomi o‘zgarganda, ya‘ni ushbu moddalar narkotik moddalar deb e‘tirof etilganida ularni iste‘mol qiluvchi odamlar narkomanlar toifasiga va aksincha o‘tkazilishlari kerak.

Toksikomaniyalarni keltirib chiqaruvchi moddalar orasida psixotrop vositalar, ba‘zi uyqu dorilari va stimulyatorlar alohida o‘rin tutadi. O‘rganib qolish (bog‘lanib qolish, tobelik) ikki turda bo‘lishi mumkin. Birinchi holda ushbu moddalarni iste‘mol qilayotgan odamlar eyforiya, komfort hissini sezishga, boshqa holda – yomon kayfiyat, diskomfortdan qutulishga intiladilar. Ikkala holda ham kerakli holatga ega bo‘lish uchun modda qabul qilishni takrorlashlariga to‘g‘ri keladi.

Toksikomaniyalar bir qator sabablar oqibatida yuzaga keladi. Asosiy sabablardan biri shifokorlarning noto‘g‘ri davolashi hisoblanadi. Uyqusizlikda, turli xil noxush hayotiy vaziyatlarda dorilarni tez-tez qabul qilish yoki doimo davolanishga harakat qiluvchi badgumon odamlarda ulardan foydalanish ahamiyatga ega. Aksariyat hollarda psixopat shaxslar ana shunday o‘rganib qolish qurbonlariga aylanadilar. Hozirgi vaqtda psixofarmakologik preparatlarni suiiste‘mol qilishda yuzaga keladigan tobelikning tuzilishi haqida aniq to‘xtamga kelinmagan.

Toksikomaniyalarni klinik davolash xususiyatlari toksikoman shaxs suiiste‘mol qiladigan modda yoki dorivor vositaning xususiyatiga bog‘liq. Toksikomaniyaning klinik manzarasi (xuddi narkomaniyalarniki kabi) iste‘mol qilinayotgan moddaning xususiyatiga bog‘liq.

Patologik o‘rganish va suiiste‘mol qilish markaziy nerv tizimi stimulyatorlari guruhining preparatlari, masalan, fenamin, pervitin kabilardan kelib chiqishi mumkin. Bu preparatlar charchoq hissini kamaytirish, ish qobiliyatini oshirish, kayfiyatni ko‘tarish uchun foydalaniladi hamda ehtiyotsizlik bilan qo‘llanilganida muammolar

keltirib chiqarishi mumkin. Unga odatda tez oʻrganib qolinadi, soʻngra preparatga nisbatan tolerantlik, modda dozasi koʻpaytirish istagi kelib chiqadi. Preparatlarning katta dozalarini qabul qilish kutilmagan oʻlimni keltirib chiqarishi mumkin. Fenaminni surunkali qabul qilganda ayrim hollarda vasvasa gʻoyalari, yorqin koʻrish gallyutsinatsiyalari kabi psixik buzilishlar rivojlanadi.

Trankvilizatorlar (meprobamat, fenazepam, seduksen, elenium, roqipnol, trioksazin, eunoktin)ga ham oʻrganib qolish mumkin, buning ustiga dorilarni isteʼmol qilish jarayonida tolerantlik kuchayadi va abstinent psixozlar, epileptiform koʻrinishlar boʻlishi mumkin. Jismoniy tobelik sindromi xavotir, qoʻrquv, uyqusizlik, koʻp terlash, tremor va mushaklarning uchib turishi kabilarda namoyon boʻladi.

Antidepressantlar bilan davolashni toʻxtatganda vegetativ simptomokompleks koʻrinishidagi jismoniy tobelik kuzatiladi. Psixik oʻrganish simptomlari yoʻq. Katta tolerantlik ham kuzatilmaydi.

Uyqu keltiruvchi vositalar taʼsirida hamda ushbu vositalarni doimiy yoki muntazam takrorlanuvchi qabul qilish natijasida kelib chiqadigan toksikomaniyalarga qabul qilinadigan dorilarning dozalari odatda terapevtik dozalardan ortiqligi xos.

Soʻnggi vaqtlarda parkinson kasalligiga qarshi isteʼmol qilinadigan vositalar toksikomaniya vositalari sifatida notibbiy maqsadlarda qoʻllanilmoqda. Ushbu guruh preparatlari orasida siklodol eng koʻp tarqalgan. Uni davolash maqsadida qoʻllaniladigan dozasi 2–4 baravar koʻp miqdorda qabul qilish eyforiya va boshqa buzilishlarni keltirib chiqaradi. Siklodol bilan oʻtkir zaharlanishning toʻrtta bosqichini ajratish mumkin: eyforiya, ongning toraygan holati, gallyutsinatsiya va undan chiqish bosqichlari.

Oʻtgan asrning 60-yillarida ushbu maqsadlarda bir qator uchuvchi aromatik vositalar – atseton, trixloretilen, tetraxlormetan, benzin, yondirilgan kauchuk, suyuq rezina, toluol, shuningdek sanoatda va maishiy kimyoda qoʻllaniladigan uchuvchan suyuqliklar qoʻllanila boshlandi. Bu moddalardan oʻsmirlar oʻzlarini gangitish uchun keng foydalana boshladilar. Ularni qoʻllash inson xatti-harakatini oʻzgartirishi bilan bir qatorda, ogʻir zaharlanishga olib keladi, baʼzan oʻlim bilan yakunlanadi.

## Savol va topshiriqlar

1. Narkomaniya nima?
3. Narkotik moddaning mezonlarini aytib bering?
4. Narkomaniyada ruhiy va jismoniy bog‘liqlik (tobelik) belgilari?
5. Narkotik moddani surunkali iste’mol qilish qanday oqibatlarga olib keladi?
6. Narkomaniyaning sud-psixiatrik ekspertizasi qanday amalga oshiriladi?
7. Toksikomaniya nima? Narkotik va toksikomanik moddalarning farqilarini aytib bering?
9. Toksikomaniyaning sud-psixiatrik ekspertizasi qanday amalga oshiriladi?
10. Narkomaniya natijasida OIV/OITS kasalligining yuqtirish sabablarni ko‘rsating?

---

---

## To'rtinchi bo'lim

### SUITSIDAL XATTI-HARAKAT

#### Suitsidal xatti-harakat tushunchasi

Suitsid (o'zini o'ldirish) – bu insonning o'zini hayotdan atayin mahrum qilishi. O'zini o'ldirish ta'rifida suitsidning ikkita asosiy belgisi bor: obyekt sodir etadigan xatti-harakat hamda uning amalga oshirgan harakatining oqibatlarini anglashi. Hozirgi zamon nazariy konsepsiyasiga muvofiq, suitsidal xatti-harakat shaxsning boshidan kechirayotgan mikroijtimoiy mojaro sharoitiga ijtimoiy-psixologik dezadaptatsiyasi (moslasha olmasligi)ning oqibatidir. Barcha suitsidentlarda, ularga qanday tashxis qo'yilishidan qat'i nazar, ijtimoiy-psixologik dezadaptatsiya kuzatiladi. Obyektiv jihatdan dezadaptatsiya inson xatti-harakatlarining o'z yaqinlari orasida o'zgarishi, o'zining ijtimoiy vazifalarini muvaffaqiyatli uddalash imkoniyatining cheklanishi yoki xatti-harakatning patologik transformatsiyasi (shakli o'zgarishi) kabilarda namoyon bo'ladi. Dezadaptatsiyaning subyektiv ifodasi keng doiradagi va xilma-xil psixoemotional kechinmalar (xavotir, qayg'u, dil og'rishi, alam, uyat, g'azab, nafrat, adovat)dan to klinik ifodaga ega bo'lgan psixopatologik sindromlar (asteniya, depressiya kabi)larda namoyon bo'ladi.

Suitsidal xatti-harakat o'zini o'ldirishga urinish (parasuitsid) va yakunlangan suitsidni o'z ichiga oladi.

*O'zini o'ldirishga urinish* – suitsidal maqsad uncha katta bo'lmagani, noaniq bo'lgani tufayli fatal (muqarrar) tus olmagan suitsidal harakat. O'zini o'ldirishga urinadigan ko'pchilik odamlar o'zlarining o'lish istagi borasida bir xil bo'lmaydilar. Bu qanchalik g'alati tuyulmasin, o'zini o'ldirishga urinish yashash istagining kuchliligi va yordamga chaqirish istagining oqibati bo'ladi. Ba'zi hollarda suitsidal rejalar va harakatlar boshida muvaffaqiyatsiz ko'rinadi, holbuki subyekt vayronkorroq harakatlar qilishi mumkin bo'ladi; bunday urinishlar «soxta suitsid» deyiladi, ko'p hollarda kommunikativ xususiyatga ega bo'ladi. Shu bilan birga, soxta suitsidning arziyas tuyulgan xususiyatlari to'liq tekshirish va

davolash uchun sabab bo'lib xizmat qilishi kerak. Bunday davolashdan ko'zlangan maqsad bundan keyingi urinishlarning oldini olish bo'lishi lozim, chunki ko'pgina yakunlangan o'zini o'ldirishlar avvalida muvaffaqiyatsiz urinishlar xronologiyasi kuzatiladi.

*Yakunlangan suitsid* suitsidal urinishdan ko'pgina ko'rsatkichlari bilan ajralib turadi. Biroq farqi mutlaq emas, chunki suitsidal urinishlar ham o'lish istagi faqat buning erta aniqlangan va samarali reanimatsiya qilingani oqibatida o'zini o'ldirishining oldi olingan odamlar harakatlaridan iborat. Bundan tashqari, suitsidal urinishlar noto'g'ri hisob-kitob oqibatida fatal tusga ega bo'lishi mumkin.

Suitsidal xatti-harakatning ichki va tashqi shakllari farqlanadi.

Suitsidal xatti-harakatning *ichki shakllari* suitsidal fikrlar, tasavvurlar, shuningdek suitsidal tamoyillarni o'z ichiga oladi. O'z navbatida, suitsidal tamoyillar mo'ljallar, niyatlarga bo'linadi hamda suitsidal fikrlardan ularni amalga oshirishga urinishlargacha bo'lgan «old suitsidal davr» hisoblanadi. Uning davomiyligi daqiqalar («o'tkir presuitsid») yoki oylar («surunkali presuitsid») bilan hisoblanishi mumkin. Ijobiy presuitsid hollarida suitsidal xatti-harakat ichki shakllarining rivojlanish jarayoni quyida keltirilgan bosqichlardan aniq o'tadi. Ulardan oldin esa antivital kechinmalar davri keladi. Ularga hayot mazmunining yo'qolganiga doir fikr-xayollar kiradi. Ular «yashashning hojati yo'q», «yashamayapman, balki mavjudman» singari iboralarda namoyon bo'ladi. Bunda hali o'z o'limi haqida aniq tasavvur bo'lmasa-da, hayotni inkor etish bor.

Birinchi bosqich – o'zini o'ldirish mavzuidagi, beixtiyor faollik sifatidagi, tasavvurlar, fantaziyalar bilan ifodalanadigan passiv suitsidal fikrlar. «O'lganim yaxshi», «uxlab qolsang-da uyg'onmasang», «bir nima bo'lsa-yu, o'lsam» kabi gaplar aytiladi.

Ikkinchi bosqich – suitsidal o'ylar, suitsidallik ko'rinishining faol shakli, ya'ni o'zini o'ldirishga qaratilgan real tamoyil bo'lib, uning chuqurligi uni amalga oshirish rejasining ishlab chiqilish darajasiga – suitsid usullari, harakat vaqti va joyiga parallel tarzda oshib boradi.

Uchinchi bosqich – xatti-harakatning tashqi shakllariga bevosita o'tishga undovchi irodaviy komponentni hal qilish xayoliga qo'shishni nazarda tutuvchi suitsidal niyatlar.



Suitsidal xatti-harakatning *tashqi shakllariga* suitsidal urinishlar va yakunlangan suitsidlar kiradi. Suitsidal urinish va suitsid o'z rivojlanishida ikki bosqichdan o'tadi. Birinchisi – qaytarsa bo'ladigan bosqich, bunda subyektning o'zi yoki atrofida gilar aralashuvi bilan bunday urinishni to'xtatishi mumkin. Ikkinchisi – qaytarib bo'lmas bosqich. Ushbu bosqichlarning xronologik parametrlari suitsidentning niyatlari va suitsid usuliga bog'liqdir.

Suitsid – muayyan maqsadga bo'ysunadigan, ammo faoliyatning undovchi motivini qamrab oladigan harakat. Suitsid maqsadi va motivining nisbati o'zini o'ldirishning shaxsga xos ma'nosini tashkil qiladi. Qo'yilgan maqsadga ko'ra, suitsid haqiqiy hamda namoyishkorona va shantajga oid bo'lishi mumkin.

Haqiqiy o'zini o'ldirishlar, bunga qaratilgan suiqa sdlar va xarakatlarning maqsadi o'zini hayotdan mahrum qilish bo'ladi. Oxirgi natija sifatida o'lim nazarda tutiladi, biroq o'limni istashning haqiqiylik darajasi har xil bo'ladi. Bu esa suitsidal xarakatlarning sharoiti va usullarida o'z aksini topadi. Quyidagi holatlar suitsidal maqsadlarning chinligidan dalolat beradi: atrofda shaxslar bo'lmasligi, shuningdek ularning kelib qolish ehtimolining kamligi; begonalarning aralashishiga xalal beruvchi choralarning ko'rilishi (eshikni qulf bilan yopish va boshqalar); suiqa s d vaqti (ko'pincha ertalab oltidan kunduzi o'n ikkigacha); alkogoldan mastlik belgilarining yo'qligi; suitsidal yozuvlarning borligi; o'lishga tayyorgarlik (cho'milish, ich kiyimni almashtirish va sh.k.); suitsidni amalga oshirish uchun ishonchli usullardan foydalanish (tepadan qulash, transport ostiga o'zini talash, o'zini osish, o'zini yoqish).

Namoyishkorona-shantajli suitsidal xatti-harakatdan ko'zlangan maqsad o'zini hayotdan mahrum qilish emas, balki maqsadini namoyish qilish bo'ladi. Ba'zan bunday namoyish real sharoitni yetarlicha baholay olmaslik oqibatida yakunlangan suitsid bilan tugaydi.

Ko'pchilik suitsidologlarning fikricha, suitsidning muhim belgisi – suitsid niyatlarining haqiqiyli gi va bajarilayotgan harakatlarning jiddiyli gi, ya'ni hayot uchun haqiqatan ham xavfliligi. Ko'pgina odamlar o'z hayotlari jarayonida kimnidir urish yoki hatto o'ldirish istagini tuyadilar, biroq hamma ham bu niyatlarni amalga oshirishga

qodir emas. Shu bois subyektning kimgadir qaratilgan tajovuzkor fikrlarini tekshirish kriminologiyaning tadqiqot sohasiga kiritilmaydi, unga faqat jinoyatni real sodir etishgina kiradi. Ushbu fenomen singari hayotiy mojarolarni hal qilishda ko'pchilik odamlarda nizoni hal qilish usuli sifatida o'zini o'ldirish fikri yuzaga kelishi mumkin, biroq juda kam odamlar bunday niyatlarni amalga oshiradilar.

O'zaro mos kelmaydigan harakat maqsadi va faoliyat motivining nisbati, yuqorida aytilganidek, *shaxsiy ma'noni* tashkil qiladi. Suitsidal xatti-harakat shaxsiy ma'nosining noaniqligi ravshan va quyidagi tiplar orqali namoyon bo'ladi: 1) e'tiroz, qasos; 2) chaqiriq; 3) (jazo, azobdan) qochish; 4) o'zini jazolash; 5) voz kechish.

Suitsidal xatti-harakatning e'tiroz shakllari mojaro vaziyatida, uning obyektiv bo'g'ini suitsidentga nisbatan dushmanchilik yoki tajovuzkor bo'lganida hamda suitsidning ma'nosi obyektiv bo'g'inda salbiy ta'sir ko'rsatishdan iborat bo'lganida yuzaga keladi. Qasos – atrofdagi dushmanlarga aniq zarar yetkazish shaklidagi muayyan e'tiroz. Xatti-harakatning mazkur shakllari o'zini yuksak darajada baholash va qadrlash, shaxsning faol yoki tajovuzkor pozitsiyasi mavjudligini taqozo etadi.

«Chaqiriq» tipidagi suitsidal xatti-harakatning ma'nosi vaziyatni o'zgartirish maqsadida tashqaridan bo'ladigan yordamni faollashtirishdan iborat, bunda shaxs pozitsiyasi unchalik faol bo'lmaydi.

«(Jazo yoki azobdan) qochish» suitsidlarida mojaroning ma'nosi shaxs sifatida yoki biologik jihatdan mavjudlikka tahdiddan iborat bo'lib, unga yuksak darajadagi o'zini qadrlash qarshi turadi. Suitsidning ma'nosi - o'zini yo'q qilish orqali mavjud xavfni ko'tara olmaslikdan qochish.

«O'zini jazolash»ni «shaxsning ichki noroziligi» sifatida ta'riflash mumkin. O'zini jazolash suitsidlarining ma'nosi har xil turlarga ega bo'lishi mumkin: «o'zidagi dushmanni yo'q qilish» yoki «aybini yuvish».

Agar yuqoridagi to'rtta tipda suitsid maqsadlari va faoliyat motivlari mos kelmagan bo'lsa va bu suitsidal xulqni harakat sifatida baholashga asos bergan bo'lsa, «voz kechish» suitsidlarida maqsad va motiv o'rtasidagi sezilarli farqni aniqlashning imkoni bo'lmaydi. Boshqacha aytganda, motiv – mavjudlikdan voz kechish, maqsad esa – o'zini hayotdan mahrum qilish.

Ushbu sxemani birinchi tipdan beshinchisiga qarata baholab, suitsid maqsadining asta-sekin faoliyat motiviga yaqinlashishini ko'rsatishi mumkin. Bu esa suitsidal tamoyillarning haqiqiyliги mustahkamlanishiga, o'lim istagining kuchayishiga, binobarin, urinishlarning jiddiyligiga olib keladi.

### **Suitsidal xulq motivlari va sabablari**

Suitsidal xulqning haqiqiy motivlari va bunga undovchi kuchlarni aniqlash – murakkab vazifa. Bir qator holatlar tufayli suitsidentlarning qarindoshlari va atrofidagi shaxslar aksariyat hollarda sabablarni oshkor qilishdan manfaatdor bo'lmaydilar, nihoyatda shaxsiy kechinmalar sohasiga kirib borishni istamaydilar. Bunda ular o'zini o'zi o'ldirishning «sharmandalik» va «gunoh» ekanligidan kelib chiqib, suitsidlar va suiqasdlarning nafaqat motivlarini, balki faktlarini ham yashirishga urinadilar. Ko'pincha qarindoshlar (O'zbekiston Respublikasi JKning 103-moddasi – o'zini o'ldirishga olib borish bo'yicha) jinoiy javobgarlikka tortilishdan qo'rqib, suitsid faktini inkor etadilar. Suitsidentlarning o'zlari esa o'z harakatlarining sabablarini har doim ham to'g'ri baholamaydilar va ko'pincha bevosita sabablar (bahonalar), yaqin orada bo'lgan voqealar yoki subyektiv jihatdan buzilgan motivlarni izoh sifatida keltiradilar.

Suitsidal xatti-harakatlarning motivlari va sabablarini (ulushining asta-sekin kamayib borishi tartibida) quyidagi guruhlariga bo'lish mumkin:

- 1) shaxsiy-oilaviy nizolar;
- 2) moddiy-maishiy qiyinchiliklar bilan bog'liq;
- 3) ruhiy sog'liqning ahvoli bilan bog'liq;
- 4) jismoniy sog'liqning ahvoli bilan bog'liq;
- 5) kasb va o'qish sohasidagi nizolar;
- 6) suitsidentning g'ayriijtimoiy xulqi bilan bog'liq nizolar;
- 7) boshqa motivlar va sabablar.

*Shaxsiy-oilaviy nizolar.* Shaxsiy va oilaviy sohalardagi nizolar suitsidal qilmishlarning asosiy motivlari hisoblanadi (60 % hollar). Bunga qarindoshlar va atrofdagilarning adolatsiz munosabati (haqoratlash, ayblash, kamsitish); rashk, er yoki xotinning xiyonati, ajralish; atrofdagilar e'tibori, g'amxo'rlikning yetishmasligi; «qadr-

donini» yo‘qotish; yaqinlarining kasalligi, o‘limi; «qadrdonining» xatti-harakati va shaxsiy xislatlaridan qoniqmaslik; yolg‘izlik; omadsiz sevgi. Mintaqaviy tadqiqotlarning ko‘rsatishicha, suitsident ayollar oilalarining muayyan ijtimoiy-madaniy xususiyatlari mavjud, jumladan oilaning ichki munosabatlarida qattiq patriarxal tizim hamda kattalarga so‘zsiz bo‘ysunish talabi ustunlik qilgan, ular erining ota-onasi va qarindoshlari bilan birga yashaganlar. Nikohdan qoniqish darajasining pastligi, er-xotin o‘rtasida hissiy bog‘liqlikning yo‘qligi, himoyalanganlik, uyda xotirjamlik va saranjomlikning yo‘qligi ta’kidlanadi. O‘zini o‘ldiruvchi ayollar eri va uning qarindoshlari bilan janjallardan azoblanadilar, erining ota-onasi hozirligi bilan bog‘liq doimiy zo‘riqish tuyadilar, kamsitishlar va oilaviy ishlarga aralashishlarga qarshi e’tiroz bildiradilar. Nikohdan bunday qoniqmaslik sharoitida (yuzaga kelgan vaziyatdan chiqish yo‘li sifatidagi) ajralish, bunga an’anaga ko‘ra «sharmandalik» deb munosabatda bo‘linishi sababli, butunlay inkor etiladi. Ajralish haqidagi fikrlar keyinchalik hamma uni qoralashi haqidagi tasavvurlar bilan bostiriladi. Oila xususiyatlarining suitsidal xatti-harakatlarga ta’siri bevosita xususiyatga ega emas, balki psixologik omillar bilan bog‘liq. Oilaviy janjallardan 25–40 yoshdagi shaxslar, omadsiz sevgidan – 16–18 yoshdagilar; yolg‘izlik, yaqinlaridan ayrilishdan – pensiya yoshidagi shaxslar; atrofdagilarning adolatsiz munosabatidan – 16 yoshgacha bo‘lgan o‘smirlar eng ko‘p qiynaladilar.

*Moddiy-maishiy qiyinchiliklar.* Ushbu motiv bilan bog‘liq suitsidal harakatlar oxirgi yillarda ko‘proq uchramoqda va bu o‘tish davridagi iqtisodiy qiyinchiliklar, ishsizlar sonining ko‘payishi, to‘yhasham va boshqa tadbirlarga katta miqdorda qarz olib, so‘ngra ularni qaytara olmaslik bilan bog‘liqdir. Suitsidentlar psixologik tanglik holatida, mavjudlik uchun real istiqbollarni ko‘rmay, obyektiv jihatdan hal qilib bo‘lmas vaziyat mavjud bo‘lgan va adaptatsion faoliyat cheklangan taqdirda ushbu vaziyatni chorasiz deb baholaydilar hamda yuzaga kelgan vaziyatdan chiqishning yagona yo‘li sifatida o‘zini o‘ldirishga qaror qiladilar.

*Ruhiy sog‘liqning ahvoli.* Suitsidni faqat ruhiy patologiya nuqtai nazaridan baholashga bo‘lgan ko‘p sonli urinishlar muvaffaqiyatsiz

chiqdi. Suitsidentlarning atigi 15–30% ruhiy kasal ekanliklari isbotlandi. Suitsidentlarning aksariyat ko‘pchiligi yo chegara darajasidagi ruhiy buzilishlarga egadirlar, yo ko‘pincha xarakter aksentuat-siyasining u yoki bu tipiga ega bo‘lgan amalda sog‘lom odamlarga kiradilar. Binobarin, suitsidal xatti-harakat insonning favqulodda vaziyatlardagi umumiy reaksiyasi turlaridan biridir. Psixonevrologik dispanserda hisobda turganlar o‘zini o‘ldirish bilan hayotiga chek qo‘yganlar orasida taxminan 3–10 %ni, bunga uringanlar orasida – 16–23 %ni tashkil qiladi. Shizofreniya, surunkali alkogolizm, psixopatiya va reaktiv psixozlar bilan og‘rigan shaxslar mutlaqo ko‘pchilikni tashkil qiladi. Ta’kidlash zarurki, bunday bemorlarning taxminan 2/3 qismi suitsidal harakatlarni psixotik holatlarda emas, balki aholining boshqa barcha toifalarida uchraydigan mutlaqo real motivlar va sabablar bo‘yicha sodir etadilar. Ularning atigi 1/3 qismi psixoz holatida vasvasa g‘oyalari va imperativ xususiyatga ega bo‘lgan verbal gallyutsinatsiyalar bilan bog‘liq patologik «soxta real» motivlarni ilgari suradilar.

*Jismoniy sog‘liqning ahvoli.* O‘zini o‘ldirishlar bu motivining ulushi uncha katta emas, holbuki u yoki bu jismoniy patologiyaning mavjudligi suitsidentlarning aksariyatida kuzatiladi. Kasallikning davosizligi haqidagi tasavvurlari, jismoniy azoblanish kechinmalari munosabati bilan o‘zini o‘ldirish haqida qaror qabul qilish ko‘pincha onkologik bemorlar, sil va og‘ir yurak - tomir kasalliklariga chalinganlarda kuzatiladi. Taxminan 10 % hollarda kasallikning jiddiyliги haqidagi subyektiv tasavvurlar aniq bo‘rttirilgan bo‘ladi. Tashqi ko‘rinishning xunukligi bilan bog‘liq suitsidal motivlar yanada kam tarqalgan. O‘zlarining suiqasdlarini jismoniy kasalliklar bilan izohlovchi suitsidentlar asosan katta yoshdagilar guruhiga, xunuklik bilan izohlanadiganlar esa 16–25 yoshdagilarga kiradilar.

*Kasb va o‘qish sohasidagi nizolar.* Ish yoki o‘qish bog‘liq suitsidogen motivlar ba’zi hollarda – shaxsning o‘z qobiliyatsizligi, omadsizliklari, o‘z qobiliyatining qo‘yilayotgan talablarga mos kelmasligi, obro‘sining tushishi, boshqa hollarda – tashqi jazolarning adolatsizligi, munosabatlarning oldindan bichib to‘qilganligi bilan bog‘liq bo‘ladi.



*Suitsidentning g'ayriijtimoiy xulqi bilan bog'liq nizolar.* Motivlarning ushbu guruhiga jinoiy javobgarlikdan, boshqa jazo yoki sharmandalikdan qo'rqish, shuningdek sodir etilgan jinoyat yoki nojo'ya xatti-harakatdan tashvishlanish, afsuslanish, uyalish kabi motivlarni kiritish lozim. Tugallangan va tugallanmagan suitsidlar haqidagi ma'lumotlarni solishtirish jinoiy javobgarlikdan qo'rqqanda suitsidal harakatlar, boshqa jazodan qo'rqqandagiga qaraganda jiddiyroq bo'lishini ko'rsatmoqda. Umuman olganda, ushbu motivlar bo'yicha suitsid sodir etgan shaxslar salbiy tomonlari bilan ajralib turadilar va suitsiddan avval g'ayriijtimoiy xulqlarini namoyon etadilar.

### **Suitsidal xatti-harakatning ijtimoiy - demografik jihatlari**

O'zini o'ldirish hollariga oid statistika o'lim haqidagi ma'lumotnomalarda qayd etilgan xulosalarni hisobga olishga asoslangan. Shaxsning jinsi va yoshi aholi o'rtasida o'zini o'ldirishlar ustuvorliklarining taqsimlanishiga jiddiy ta'sir ko'rsatadi. Yakunlangan suitsidlar erkaklarda ayollarga qaraganda to'rt marta ko'p uchraydi. Turli yosh guruhlarida erkaklar va ayollarning o'zini o'ldirish darajasi har xil. Biroq 10–14 yoshdagi o'zini o'ldirgan qizlarning har biriga ayni shu yoshdagi to'rtta o'zini o'ldirgan o'g'il bola to'g'ri keladi. 25–34 yoshdagi erkaklar ayollarga qaraganda olti marta ko'proq o'zini o'ldiradilar. O'zini o'ldirishlarning yosh toifalari bo'yicha statistik taqsimlanishi 30–49 yoshdagilar orasida uning darajasi kattaligini ko'rsatadi. Agar yakunlangan suitsidlarni asosan o'rta va keksa yoshdagilar sodir etsalar, suitsidal urinishlarni tahlil qilishda teskari manzara kuzatiladi: suitsidal urinishlarni ko'pincha 29 yoshgacha bo'lgan xotin-qizlar va o'smirlar sodir etadilar. Oxirgi o'n yil ichida o'smirlar orasidagi suitsidentlar soni ko'pchilik mamlakatlarda uch baravar ko'paydi. Bolalikdagi (16 yoshgacha bo'lgan) suitsidal xatti-harakatni kattalarnikiga qaraganda boshqacharoq baholash zarur. Chunki o'lim, uning haqiqiyliги va betakrorligi tushunchasi ancha kech shakllanadi. D. P. Philleps, L. L. Carstensen (1986) televideniya o'zini o'ldirishlar haqida ko'rsatuvlar berilganidan keyin o'smirlar orasidagi suitsidlar soni aniq ko'payganligini ko'rsatuvchi ma'lumotlarni keltirganlar.

Ta'kidlash lozimki, keksa yoshdagilarning o'zini o'ldirishga urinishlari deyarli doimo jiddiy, manipulatsiyalarsiz bo'ladi, ayni vaqtda yoshlardagi suitsidal urinishlar ko'pincha namoyishkorona xususiyatga ega bo'ladi va o'zini o'ldirish niyati jiddiy bo'lmaydi. O'smirlik va yoshlik davrida o'zini o'ldirish haqidagi qaror ko'pincha impulsiv xususiyatga ega bo'ladi. U keskin yuzaga kelgan alam, qasos istagi, uning xatti-harakatini atrofdagilarning salbiy baholashiga nihoyatda toqatsizlik ta'sirida kallaga kelishi mumkin. Yetuk va ayniqsa keksa yoshda inson o'ylanmagan, spontan harakatlarga uncha moyil bo'lmaydi. Suitsid g'oyasi odatda haftalar, oylar davomida, ba'zan undan ham ko'p vaqt mobaynida uni chulg'ab oladi, asta-sekin bu yuzaga kelgan va boshqa yo'llar bilan hal etib bo'lmayotgan vaziyatdan chiqishning eng oson yo'li ekanligiga ishonchga aylanadi. Shuni ham ta'kidlash zarurki, yosh ulg'aygan sari inson to'qnashadigan muammolar murakkablashib boradi: yaqin kishilarning o'limi, ajralish va oilaning tarqalib ketishi, shuningdek og'ir kasalliklar unga qattiq ta'sir ko'rsatadi. Aftidan, muammolarning murakkabligi niyatlarning ham jiddiyligini belgilab beradi. O'zini o'ldirganlar orasida yoshi katta va keksalar ko'pligi shu bilan bog'liq. Suitsidentlarning 50 % – nikohda turgan, 40 % – nikohda turmagan, 10 % – ajrashgan shaxslar ekanligi ham ta'kidlanadi.

Yakunlangan suitsidlar darajasi to'liqsiz o'rta ma'lumotlilar, kasb malakasi past bo'lgan shaxslar orasida ko'proq. O'zini o'ldirishga urinishlar darajasi bo'yicha fuqarolarning quyidagi toifalarini ajratish mumkin: talabalar, tibbiyot xodimlari, avtotransport haydovchilari, malakasiz ishchilar.

Atrof muhit tashqi ta'sirining muhim omillaridan biri – mavsumiylik. Yakunlangan suitsidlar va bunga urinishlarning eng ko'p qismi bahor oylariga to'g'ri keladi. Kuzga borib ular kamayadi, dekabr, yanvar oylaridan bahorgacha ko'payib boradi.

### **Suitsid chog'ida qo'llaniladigan usullar**

Suitsidda yoki suitsidal urinishda foydalaniladigan usullarning tanlanishi ko'p jihatdan tarbiyaning umumiy madaniyati, estetik mezonlar, suitsid sodir etish paytidagi vital kechinmalar (og'riqdan,

qondan qo‘rqish), shuningdek u yoki bu usulni qo‘llay olish imkoniyati bilan bog‘liq. Qo‘llaniladigan usul ham niyatning jiddiyligini aks ettirishi mumkin, chunki ularning ayrimlari, masalan, juda katta balandlikdan sakrash, yashab qolishni deyarli imkonsiz qiladi. Ayni vaqtda dorivor preparatlarni qabul qilish singari usul o‘z vaqtida tibbiy yordam ko‘rsatilsa, qutqarish uchun imkon berishi mumkin. Biroq o‘ylangan natijaga olib kelmagan o‘zini o‘ldirish usulidan foydalanganlik har doim ham reja jiddiy emasligidan dalolat bermaydi. O‘zini o‘ldirishning g‘alati usullaridan foydalanish aksariyat hollarda shaxsda psixoz mavjudligini ko‘rsatadi.

O‘zini o‘ldirish va bunga suiqasd usullari foydalanilish soni bilan farq qiladi. Yakunlangan o‘zini o‘ldirishlarda foydalanilish soniga ko‘ra suitsidlar quyidagicha taqsimlanadi: o‘zini osish, zaharlash, yoqish va boshqalar.

Suitsidal urinishlarda taqsimot boshqacha tartibga ega: o‘zini zaharlash, qon tomirlarini kesish, osish va boshqalar.

Ayollar ko‘pincha o‘zini zaharlash va yoqish usulidan, erkaklar esa o‘zini osish usulidan foydalanadilar.

O‘zini o‘ldirishdan halok bo‘lgan shaxslar ko‘proq zo‘rlikka asoslangan usullar – o‘zini osish, o‘zini yoqish, balanddan sakrash usullaridan foydalanadilar, ayni vaqtda o‘zini o‘ldirishga suiqasd qiluvchilar ko‘proq zaharlash va qon tomirlarini kesish usullarini qo‘llaydilar. Shunday qilib, suitsid usulining tanlanishi niyatlarning jiddiyligi va yakunlangan o‘zini o‘ldirish bo‘lishining xavfidan bilvosita dalolat berishi mumkin.

### **Suitsidning oldini olish (prevensiya, profilaktika)**

O‘zini o‘ldirish bilan qo‘rqitayotgan shaxslar bunday qilmasliklari haqidagi fikr – xavfli yanglishuv. Suitsidal urinishlarning o‘ntasidan bittasida ular amalga oshadi. O‘lish istagi ko‘pincha stress holatida bo‘lgan hamda yordamga, psixologik qo‘llab-quvvatlash va zarur bo‘lganida davolanishga muhtoj insonning ko‘mak berish haqidagi qichqirig‘i yoki noroziligi bo‘ladi. O‘zini o‘ldirishlar profilaktikasi prevensiyaning barcha darajalarini, shuningdek takroriy suiqasdlarning oldini olish chora-tadbirlarini qamrab oladigan tizim sifatida qurilishi kerak. Takroriy urinishlar 22–25 % ni tashkil etadi.

Buning ustiga, ushbu hollarda letal oqibat darajasi dastlabki urinishlardagidan bir qancha marta ko'pdir. Suitsidal urinish sodir etgan har to'rtinchi shaxs uni takrorlaydi, har o'ninchisi esa yakunlangan o'zini o'ldirish oqibatida halok bo'ladi. Shu bois nafaqat birlamchi, balki ikkilamchi profilaktika ham zarur. Shuni ta'kidlash lozimki, o'zini o'ldirishlarning oldini olish idoraviy, psixiatrik imkoniyatlar doirasidan chiqadi va tibbiy, psixologik, ijtimoiy, huquqiy va pedagogik xususiyatga ega choralarni birlashtiruvchi tizimni shakllantirish orqali hal etilmog'i kerak.

O'zbekiston Respublikasida suitsidologik xizmat tashkil qilingan. Uning bo'linmalarini quyidagilar tashkil etadi: metodik suitsidologik markaz, «krizis» statsionari, ijtimoiy-psixologik yordam kabineti, «Ishonch telefoni».

Metodik suitsidologik markazlar psixiatriya xizmati va aholi o'rtasida oraliq holatni egallovchi tibbiy-ijtimoiy xizmat ko'rsatishning yangi shakli hisoblanadi. Markaz vazifalariga suitsidologik xizmatning barcha tarkibiy tuzilmalariga tashkiliy-metodik va konsultativ yordam ko'rsatish, aholi o'rtasida suitsid hollarining hammasi haqida muntazam ravishda axborot olish uchun IIV organlari hamda «tez tibbiy yordam» stansiyalari bilan tezkor aloqa o'rnatish hamda suitsidologik xizmat tarkibiy bo'linmalarining xodimlari, umumiy somatik tarmoq shifokorlari, yuristlar, psixologlar va ijtimoiy xizmat xodimlari bilan yaqin hamkorlik qilish kiradi.

Suitsidologik xizmatning keyingi bo'g'ini «krizis» statsionari bo'lib, u suitsidal tamoyillar yuzaga kelishi xavfi katta bo'lgan psixologik krizis holatidagi shaxslarni davolash va qayta adaptatsiya qilish uchun mo'ljallangan. U shahar kasalxonasining psixo-somatik bo'linmasi tarkibida ochiladi.

Ijtimoiy-psixologik yordam kabinetlari ham suitsidologik xizmat tarkibiga kiradi hamda psixo-nevrologik dispanserda hisobda turmagan va hisobga qo'yishga muhtoj bo'lmagan aholi toifasi orasida suitsidal xatti-harakati bo'lgan shaxslarni aniqlash va ularga ambulatoriya xizmati ko'rsatish uchun mo'ljallangan.

Suitsidologik xizmatning oxirgi bo'limi «Ishonch telefoni» hisoblanadi. Ushbu xizmatning psixiatr-shifokorlari, psixoterapevtlari va tibbiyot psixologlari ijtimoiy-psixologik dezadaptatsiya holatida

bo'lgan va psixologik krizisni boshidan kechirayotgan shaxslarga suitsidal urinishlar sodir etilishining oldini olish maqsadida kechiktirib bo'lmas psixoterapevtik yordam ko'rsatishlari kerak. «Ishonch telefoni» bo'yicha muloqotlar anonim tarzda amalga oshiriladi.

Yuqorida bayon etilganlardan ko'rinib turibdiki, preventiv xizmat tuzilishida sog'liqni saqlash va ichki ishlar organlari tizimi yetakchi o'rin tutadi. O'zini o'ldirish bilan bog'liq ishlarni ko'rib chiqish, suitsidentning ruhiy sog'lig'ini baholash, qarindoshlariga ijtimoiy-psixologik yordam ko'rsatish chog'ida suitsidologlarni mutaxassislar sifatida jalb qilish zarur. Suitsidologlar tergovchiga o'lim turi haqida, ushbu holda huquqiy chora ko'rish va tergovchini qiziqtirayotgan boshqa holatlarni aniqlash shakli haqida ishonchli ma'lumot olish uchun guvohlarga malakali savol berishda ko'maklashadilar.

Shunday qilib, suitsidal xatti-harakatning oldini olish muammosi psixiatrlar, psixologlar, huquqshunoslar, sotsiologlar va pedagoglarni jalb etgan holda bir qator preventiv tadbirlarni amalga oshirishni talab etadi.

### **Savol va topshiriqlar**

1. Suitsidal harakatlar tushunchasi nima?
2. O'z-o'zini o'ldirish deganda nimani tushunasiz?
3. «Kommunikativ suitsid» deb nimaga aytiladi?
4. Suitsidal hatti-harakatlarning shakllarini ko'rsating?
5. «O'tkir presuitsid va surunkali presuitsid farqlarini ko'rsating?
6. Ijobiy presuitsid nima?
7. Namoyishkorona suitsid harakatlari nima?
8. «O'zini jazolash» tushunchasi nima ma'noni bildiradi?
9. Suitsidal xulq motivlari va sabablarini ko'rsating?
10. Suitsidda qo'llaniladigan usullar haqida tushunchangiz haqida gapirib bering?



---

---

## Beshinchi bo‘lim

### **RUHIY BEMORLARNING IJTIMOY XAVFLI HARAKATLARINING OLDINI OLISHGA QARATILGAN TIBBIY CHORALAR**

Sog‘liqni saqlashning aholiga psixonevrologik yordam ko‘rsatish sohasidagi muhim vazifalardan biri ijtimoiy xavfli qilmishlar sodir etgan ruhiy bemorlarni davolashdir. O‘z vazifalariga ko‘ra majburiy davolash sof tibbiy tadbirlar doirasidan chetga chiqadi, chunki u nafaqat bemorni uning azobidan davolash maqsadini ko‘zlaydi, balki shuningdek jamiyatni bemorning takroran xavfli qilmish sodir etishidan asraydi.

Ruhiy bemorlarga qonunda nazarda tutilgan turli xil tibbiy yo‘sindagi ta’sir choralari qo‘llaniladi. Bunda ushbu bemorning atrofda qilargalarga nisbatan ijtimoiy xavflilik darajasi inobatga olinadi. Tibbiy yo‘sindagi majburlash choralari aqli noraso holda ijtimoiy xavfli qilmish sodir etgan, shuningdek aqli raso holda jinoyat sodir etib, keyin hukm chiqarilguniga qadar ruhiy kasallikka chalinganlarga qo‘llaniladi. Tibbiy choralar ozodlikdan mahrum qilish joylarida jazo o‘tash vaqtida ruhiy kasallikka chalingan mahkumlarga ham qo‘llanilishi mumkin. Surunkali kasalligi oqibatida bundan keyin jazo o‘tashdan ozod qilingan va majburiy yo‘sindagi davolashga muhtoj bo‘lmagan mahkumlar mahalliy sog‘liqni saqlash organlari vasiylikiga berilishlari mumkin.

Qonunda ijtimoiy xavfli qilmishlar sodir etgan ruhiy bemorlarga nisbatan quyidagi choralar nazarda tutilgan (O‘zbekiston Respublikasi Jinoyat kodeksining 93-moddasi):

- 1) majburiy ambulator kuzatuv va psixiatr yordamida davolanish;
- 2) umumiy tipdagi psixiatriya kasalxonasida majburiy davolanish;
- 3) umumiy tipdagi psixiatriya kasalxonasining maxsus reabilitatsiya bo‘linmasida saqlangan holda majburiy davolanish;
- 4) jadal kuzatuvli kasalxonada majburiy davolanish.

Maxsus psixiatriya muassasalarida majburiy davolanishga o'ta xavfli jinoyatlar – terrorizm, banditizm, bosqinchilik hujumlari, qotillik, badanga og'ir shikast yetkazish, nomusga tegish jinoyatlarini sodir etgani uchun jinoiy javobgarlikka tortiladigan, aqli noraso deb topilgan va o'zining ruhiy holatiga ko'ra ijtimoiy xavf tug'diruvchi shaxslar yuboriladilar. Ushbu psixiatriya muassasalariga majburiy davolanish uchun sudga qadar yoki yuqorida sanab o'tilgan o'ta xavfli jinoyatlarni sodir etgani uchun jazo o'tash vaqtida surunkali ruhiy kasallikka chalingan shaxslar ham joylashtirilishlari kerak. Ammo buning uchun ushbu bemorlar ham o'zlarining sud tomonidan sud-psixiatriya ekspertizasi asosida aniqlangan ruhiy holatiga ko'ra katta ijtimoiy xavf tug'diradigan bo'lishlari lozim. Kamdan - kam hollarda maxsus psixiatriya shifoxonasiga majburiy davolanish uchun boshqa jinoyatlarni sodir etgan va ruhiy holatiga ko'ra alohida ijtimoiy xavf tug'diradigan, ruhiy bemorlar ham yuborilishlari mumkin.

Umumiy tipdagi psixiatriya davolash muassasalariga majburiy davolanish uchun jinoiy javobgarlikka tortilgan yoki boshqa jinoyatlari uchun hukm etilgan va ruhiy kasalligining xususiyatiga ko'ra jamiyat uchun xavf tug'diradigan shaxslar yuboriladilar.

Psixiatriya shifoxonasiga joylashtirishdan maqsad jamiyatni ruhiy bemorlarning xavfli harakatlaridan ajratish bo'lgani va bu bemorning shaxsiy erkinligini muayyan darajada cheklash bilan kechgani bois, majburiy davolanishni tayinlash va uni to'xtatish huquqiga faqat sud ega.

Tibbiy choralarni qo'llash masalasini sud bir qator protsessual normalarga rioya etgan holda hal etishi kerak. Sud ijtimoiy xavfli harakat bor-yo'qligi masalasini hal qilishi, psixiatriya ekspertizasi ayblanuvchining aqli rasoligi yoki kasalligi, unga nisbatan tibbiy choralar qo'llash mumkin va zarurligi haqida bergan xulosasi asosida o'z qarorini chiqarishi, taraflar vakillarining iltimoslarini tinglashi, zarur bo'lsa, o'tkazilgan sud-psixiatriya ekspertizasi natijalarining ayrim tafsilotlari bo'yicha ekspertni tinglashi lozim. Prokuratura organlari, tergovchi, militsiya xodimlari ijtimoiy xavfli qilmish sodir etgan ruhiy bemorlarni sud qarorisiz mustaqil ravishda psixiatriya shifoxonasiga majburiy davolanish uchun yuborish huquqiga ega emasdir.

Agar dastlabki tergov tugaganidan va psixiatriya ekspertizasi o'tkazilganidan keyin huquqbuzarlikni aynan shu shaxs sodir etganligi, ayblanuvchi ruhiy kasal ekani, aqli raso emasligi va jamiyat uchun xavf tug'dirishidan dalolat beruvchi dalillar mavjud bo'lsa, tergovchi majburiy yo'sindagi davolash chorasini qo'llash haqidagi masalani hal qilish uchun ishni prokuror orqali sudga yuboradi.

Sudning ruhiy bemor jinoyat sodir etganligi faktini va uning jinoyatga aloqadorlik darajasini aniqlashi muhim jihat hisoblanadi, chunki jinoyat sodir etilgan fakt isbotlanmaganida yoki u unchalik ahamiyatga ega bo'lmaganida ushbu shaxsga nisbatan tibbiy yo'sindagi choralarni qo'llashning maqsadga muvofiqligi masalasi ko'rilmasligi mumkin.

Sud o'zining majburiy yo'sindagi davolash chorasini tayinlash haqidagi ajrimini ekspert-psixiatrlar bemorning psixik holatini ekspertiza baholashi natijasida uning jamiyat uchun xavflilik darajasi haqida chiqargan xulosasini ko'rib chiqish asosida chiqaradi.

Sud majlisida ruhiy bemorning ijtimoiy xavfliligi va unga nisbatan tibbiy choralar tayinlash haqidagi masala prokuror va himoyachi, guvohlar va jabrlanuvchilarning majburiy ishtirokida muhokama qilinishi kerak. Sud bemorning qarindoshlari va advokati bergan iltimosnomalarni tinglagandan so'ng ruhiy bemorning ijtimoiy xavfliligini baholashga nisbatan o'z munosabatini o'zgartirishi va ekspertlar tavsiya etayotgan bir tibbiy chora o'rniga boshqasini tayinlashi mumkin.

Ozodlikdan mahrum qilishga hukm qilingan va jazo o'tash vaqtida surunkali ruhiy kasallik chalingan shaxslarga nisbatan tibbiy yo'sindagi majburiy choralar ham sud tomonidan prokuror ishtirokida va xulosa bergan tibbiy komissiya hozir bo'lganida tayinlanadi. Ushbu masalani, ilgari qaysi sud hukm chiqarganidan qat'i nazar, jazo o'talayotgan joydagi sud hal qiladi.

Majburiy davolashni tayinlashda asosiy hal qiluvchi jihat bemorning ijtimoiy xavfliligi bo'lib, bu uning ruhiy holati bilan ham, u sodir etgan ijtimoiy xavfli qilmishning xususiyati bilan ham belgilanadi. Biroq ruhiy bemorning ijtimoiy xavfliligi faqat sodir etilgan qilmishning og'irligi bilan emas, balki boshqa ijtimoiy xavfli qilmishlar sodir etishi mumkinligi bilan ham bog'liqdir.

Qamoqda bo'lgan vaqtida surunkali ruhiy kasallikka chalingan mahkumni jazodan ozod qilishda ushbu shaxs sodir etgan jinoyatning og'irligi inobatga olinmaydi va bu jinoyat uni ozod qilish uchun to'sqinlik qilmaydi.

Sud ajrimi bo'yicha ruhiy bemorlarning majburiy davolanishi umumiy va maxsus tipdagi psixiatriya shifoxonalarida amalga oshiriladi. Umumiy tipdagi psixiatriya shifoxonalarida majburiy davolanishga jinoiy javobgarlikka tortilgan yoki avvalgi guruhdagiga nisbatan jamiyat uchun kamroq xavf tug'diradigan mahkumlar jalb qilinadilar. Umumiy psixiatriya shifoxonalarida majburiy davolanayotgan bemorlar ruhiy holatlari va xulqiga qarab alohida bo'linmalarda saqlanadilar. Bunday bemorlarga kasallikning xususiyatidan kelib chiqib tegishli davolash tadbirlari qo'llaniladi, mehnat bilan davolash o'tkaziladi va hokazo.

Majburiy davolash vazifasi sog'liqni saqlash organlari zimmasiga yuklatilgani bois bemor yuborilishi mumkin bo'lgan psixiatriya davolash muassasasini tanlash masalasini odatda ushbu organlar hal qiladilar. Bemor majburiy davolanish uchun shifoxonaga yuborilayotganida sud ajrimining nusxasi va sud-psixiatriya ekspertizasi dalolatnomasining nusxasi qo'shib jo'natilishi kerak. Odatda bemorlar o'zlari doimiy yashaydigan joydagi psixiatriya shifoxonalarida majburiy davolanadilar.

Statsionar kuzatuv ma'lumotlari majburiy davolanishda bo'lgan shaxsda ruhiy kasallik mavjudligi va uni aqli noraso deb topishning asoslanganligi shubha uyg'otgan hollarda shifoxona ma'muriyati shifokorlar komissiyasini o'tkazadi, uning asoslantirilgan xulosasini majburiy yo'sindagi davolashni tayinlagan sudga va shifoxona joylashgan yerdagi prokuraturaga keyingi choralarni ko'rish uchun yuboradi.

Majburiy davolanishda bo'lishning davomiyligi va majburiy davolanish to'xtatish to'lig'icha bemorning ruhiy holatiga bog'liq. Ana shu mulohazalardan kelib chiqib sud majburiy davolash tayinlayotganida uning muddatini belgilamaydi. Bemor sog'aygandan yoki uning ruhiy holati jamiyat uchun xavflilik darajasini bartaraf etadigan yoki o'zgartiradigan darajada o'zgarganidan keyingina majburiy davolash to'xtatiladi yoki uning shakli o'zgartiriladi. Bemor

o'tkazilgan davolashdan so'ng sog'aygan taqdirda jamiyat uchun xavfli bo'lmay qolishi mumkin. Ayrim hollarda bemor, garchi to'liq sog'aymagan bo'lsa ham, ruhiy holati ijobiy tomonga o'zgargani oqibatida xavfli bo'lmay qoladi. Majburiy davolanishda bo'lgan bemorlar vaqti-vaqti bilan (har olti oyda) psixiatr shifokorlar hayati ko'ruvidan qayta o'tishlari kerak. Majburiy davolanishni to'xtatish yoki uning shaklini o'zgartirish masalasini sud-psixiatriya (psixonevrologiya) muassasasining bu haqdagi taqdimnomasini olgandan keyin 10 kun ichida sud majlisida prokuror va advokat ishtirokida ko'rib chiqishi kerak.

Majburiy davolanishni to'xtatish masalasini qo'yganda dissimulyatsiya, ya'ni kasallikni yashirish imkoniyati borligi ham inobatga olinmog'i lozim.

Bemorning aqli rasoligi haqidagi masalani hal qilishda ekspertiza o'tkazish davrida bir qator hollarda kasallik simptomatikasi kuchayishini kuzatish mumkin. Biroq majburiy davolanishni to'xtatish uchun so'rov chog'ida bemorlar kasalxonadan tezroq chiqish maqsadida kasallik holatini, vasvasa g'oyalarini yashirishga urinadilar, hatto ularda kasallik holati nafaqat hozir borligini, balki o'tmishda ham bo'lganligini inkor etadilar, bunda ko'pincha qo'pol ziddiyatlarga yo'l qo'yadilar. Shu bois kasallik ko'rinishlarini yashirishlari mumkin bo'lgan xavfli bemorlarni majburiy davolashni erta to'xtatishdan ehtiyot bo'lish lozim.

Majburiy davolashni o'ta xavfli bemorlar qochib ketishlari va yangi og'ir ijtimoiy xavfli qilmish sodir etishlari mumkinligi sababli, ularni oddiy ruhiy shifoxonalarda nihoyatda qiyin. Ular ko'pincha o'zlarining kasallik bilan bog'liq kechinmalarini yashirishlari, xatti-harakati faol ekanliklari va kasallik bilan bog'liq jinoiy niyatlarni amalga oshirish uchun vositalarni tanlashda juda ixtirochi ekanliklari sababli ham xavflidirlar. Ularning ruhiy kasalligi unchalik ko'zga tashlanmaydi va shu bois bemorlar bir qarashda ruhan sog'lom inson taassurotini hosil qilishlari va bu bilan atrofdagilarni chalg'itishlari mumkin. O'ta xavfli jinoyatlari (banditizm, bosqinchilik hujumi kabilar) uchun jinoiy javobgarlikka tortilgan va aqli noraso deb topilgan bunday shaxslar jadal kuzatuv yo'lga qo'yilgan maxsus psixiatriya muassasalarida majburiy davolanadilar.



Majburiy davolash jinoyatni aqli raso holatda sodir etgan, ammo ish sudga berilganidan soʻng, hukm chiqarilguniga yoki u qonuniy kuchga kirguniga qadar vaqtinchalik ruhiy buzilishga chalingan shaxslarga qoʻllanilishi mumkin emas. Bu mazkur shaxslarga nisbatan ularning aqli rasoligi masalasi hal qilinmaganligi bilan bogʻliq. Hatto ekspertlar ushbu shaxs jinoyat sodir etgan paytda aqli raso boʻlganligi haqida xulosa berganlarida ham, sud ayblanuvchi ruhiy buzilish tufayli sud oldida hozir boʻla olmaganligi sababli ishni koʻra olmaydi. Bunday holda sud ishni sudlanuvchi sogʻaygunicha toʻxtatib turadi, sudlanuvchi esa tekshiriluvchi sifatida vaqtincha psixiatriya shifoxonasiga yuboriladi. Tekshiriluvchi kasallik holatidan chiqqanidan soʻng sud qayta boshlanadi.

Agar shaxs jazo oʻtash paytida vaqtinchalik ruhiy buzilishga chalingan boʻlsa, majburiy tartibda davolanishga yuboriladi, sogʻayganidan keyin esa qamoq joyiga qaytariladi. Mahkum ruhiy kasalligi tufayli davolash muassasasida oʻtkazgan vaqt jazo muddatiga kiradi.

Taʼkidlash lozimki, ruhiy kasalligi boʻlgan yoki unga chalingan barcha mahkumlar davlat budjeti hisobidan malakali ijtimoiy va ixtisoslashgan tibbiy yordam oladilar.

Jinoyat ishini sud, sodir etilgan xavfli harakat uncha ahamiyatli boʻlmagan hollarda esa tergovchi toʻxtatganidan keyin, bunday bemorlarni shifoxonaga joylashtirish, kasalxonadan chiqarish masalasini mahalliy sogʻliqni saqlash organlari ushbu bemorlarni qarindoshlarining vasiylikiga topshirib va ayni vaqtda shifokorlar kuzatuvlarini belgilab, hal qilishlari mumkin.

Ruhiy bemorlarning ijtimoiy xavfli qilmishlarining oldini olishga qaratilgan muhim tadbir unga nisbatan toʻgʻri va yaxshi tashkil qilingan vasiylikdir. Vasiylar va homiylarga nafaqat bemorning mulkiy manfaatlarini, qonunda belgilangan huquqlarini himoya qilish, balki uni sogʻligʻi holatiga mos sharoitlarda davolash va saqlash choralari koʻrish majburiyati ham yuklatiladi. Zarur hollarda bemorlarni psixiatriya shifoxonasiga joylashtirish yoki ularga oʻz vaqtida ambulatoriya yordami koʻrsatish haqida gʻamxoʻrlik qilish ham bunga kiradi.

Sudning majburiy davolash tayinlash va uni o'zgartirish haqidagi ajrimining qonuniyligi va ijrosini nazorat qilish bilan prokuratura organlari shug'ullanadilar.

Majburiy davolash o'z vaqtida va to'g'ri o'tkazilishini sog'liqni saqlash organlari nazorat qiladilar.

### **Savol va topshiriqlar**

1. Tergov davomida sud-psixiatrik ekspertiza qanday tashkil qilinadi va o'tkaziladi?

2. Jazoni o'tash muassasalarida sud-psixiatrik ekspertiza qanday tashkil qilinadi va o'tkaziladi?

2. Mahkumlarlarning ruhiy kasalxonada majburiy davolanish jarayonida sud-psixiatrik ekspertiza o'tkazish asoslarini aytib bering?

3. Ruhiy kasalxonada majburiy davolash va kuzatishning o'ziga xos tomonlari nimalardan iborat?

4. Ruhiy bemorlar qanday davolanadi?

5. Ruhiy bemorlarni ozod qilingandan so'ng ishga joylashtirish va dispanser kuzativiga olish qanday amalga oshiriladi?

---

---

## ADABIYOTLAR

О‘zbekiston Respublikasining Konstitutsiyasi. – Т., 2010.

*Каримов И. А.* Ўзбекистон: миллий истиқлол, иқтисод, сиёсат, мафкура. Т. 1. – Т.: Ўзбекистон, 1996. – 364 б.

*Каримов И. А.* Биздан озод ва обод Ватан қолсин. Т. 2. – Т.: Ўзбекистон, 1996. – 380 б.

*Каримов И. А.* Ватан саждагоҳ каби муқаддасдир. Т. 3. – Т.: Ўзбекистон, 1996. – 366 б.

*Каримов И. А.* Бунёдкорлик йўлидан. Т. 4. – Т.: Ўзбекистон, 1996. – 349 б.

*Каримов И. А.* Янгича фикрлаш ва ишлаш – давр талаби. Т. 5. – Т.: Ўзбекистон, 1997. – 384 б.

*Каримов И. А.* Хавфсизлик ва барқарор тараққиёт йўлида. Т. 6. – Т.: Ўзбекистон, 1998. – 429 б.

*Каримов И. А.* Биз келажагимизни ўз қўлимиз билан қурамиз. Т. 7. – Т.: Ўзбекистон, 1999. – 413 б.

*Каримов И. А.* Озод ва обод Ватан, эркин ва фаровон ҳаёт пировард мақсадимиз. Т. 8. – Т.: Ўзбекистон, 2000. – 525 б.

*Каримов И. А.* Ватан равнақи учун ҳар биримиз масъулмиз. Т. 9. – Т.: Ўзбекистон, 2001. – 439 б.

*Каримов И. А.* Хавфсизлик ва тинчлик учун курашмоқ керак. Т. 10. – Т.: Ўзбекистон, 2002. – 432 б.

*Каримов И. А.* Биз танлаган йўл – демократик тараққиёт ва маърифий дунё билан ҳамкорлик йўли. Т. 11. – Т.: Ўзбекистон, 2003. – 320 б.

*Каримов И. А.* Тинчлик ва хавфсизлигимиз ўз куч-қудратимизга, ҳамжиҳатлигимиз ва қатъий иродамизга боғлиқ. Т. 12. – Т.: Ўзбекистон, 2004. – 400 б.

*Каримов И. А.* Ўзбек халқи ҳеч қачон, ҳеч кимга қарам бўлмайди. Т. 13. – Т.: Ўзбекистон, 2005. – 448 б.

*Каримов И. А.* Инсон, унинг ҳуқуқ ва эркинликлари олий қадрият Т. 14. – Т.: Ўзбекистон, 2006. – 273 б.

*Каримов И. А.* Жамиятимизни эркинлаштириш, ислохотларни чуқурлаштириш, маънавиятимизни юксалтириш ва халқимизнинг ҳаёт даражасини ошириш – барча ишларимизнинг мезони ва мақсадидир. Т. 15. – Т.: Ўзбекистон, 2007. – 320 б.

*Каримов И. А.* Мамлакатни модернизация қилиш ва иқтисодиётимизни барқарор ривожлантириш йўлида. Т. 16. – Т.: Ўзбекистон, 2008. – 368 б.

*Каримов И. А.* Юксак маънавият – енгилмас куч. – Т.: Маънавият, 2008. – 176 б.

Ўзбекистон Республикасининг Жиноят кодекси. – Т., 1996.

Ўзбекистан Республикаси Жиноят кодексига шарҳлар / А.С. Якубов ва бошқ. – Т., 1996.

Ўзбекистон Республикасининг «Фуқаролар соғлиғини сақлаш тўғрисидаги» 1996-й. 29-сентябрь қонуни.

Ўзбекистон Республикасининг «Аҳолига психиатрик ёрдам кўрсатиш тўғрисидаги» 2000-й. 30-сентябрь қонуни.

*Ризаев М.Н., Ходжаева Н.Д., Воронина Н.В.* Судебная психиатрия. Ташкент, 2006.

*Ризаев М.Н., Миртурсунов О.Р ва Болтаходжаев Ф.Х.* Умумтиббий тайёргарлик асослари: Ўқув қўлланма (схемалар). – Т., 2002.

*Ризаев М.Н., Мавлянов И.Р., Миртурсунов О.Р.* Биринчи тиббий ёрдам асослари: Дарслик. – Т., 2002.

*Rizayev M.N., Mavlyanov I.R., Mirtursunov O.R.* Birinchi tibbiy yordam: Darslik. – Т., 2006.

*Нуритдинов Е.* Одам физиологияси: Дарслик. – Т., 2005.

*Ризаев М.Н., Миртурсунов О.Р., Нуралиев Д.А.* Суд психиатрияси: Ўқув қўлланма (схемалар). – Т., 2002.

*Худайбергенов А.С., Миртурсунов О.Р., Ботаев Д.И.* Суд психиатрияси: Ўқув-услубий материаллар. – Т., 2004.

*Хўжаева И.И.* Психиатрия. – Т., 1995.

*Ризаев М. Н., Худайбергенов А. С., Ботаев Д. И.* Суд психиатрияси атамаларининг қисқача изоҳли луғати. – Т., 2002.

*Ризаев М. Н., Мавлянов И. Р., Худайбергенов А. С., Ботаев Д. И.* Толковый словарь терминологий по судебной психиатрии. – Т., 1999.

Об оформлении оценки и попечительства над психическими и наркологическими больными: Методические рекомендации МЗ Республики Узбекистан. – Т., 1999.

*Mirtursunov O.R, Balthodjayev F.X.* Tibbiy luqat. – Т., 2004.

*Покровский В. И., Булкина И. Г.* Инфекцион касалликлар билан оғриган беморлар парвариши ва эпидемиология асослари. – Т., 1990.

Медицина ҳамшираси справочниги. – Т., 1989.

---

---

## MUNDARIJA

SO‘Z BOSHI.....	3
-----------------	---

### **Birinchi bo‘lim**

#### **O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA SUD-PSIXIATRIYA EKSPERTIZASI**

SUD PSIXIATRIYASINING PREDMETI, PROTSESSUAL VATASHKILY ASOSLARI.....	4
O‘zbekiston Respublikasida sud-psixiatriya ekspertizasining shakllanishi va rivojlanishi.....	4
Sud psixiatriyasining predmeti va vazifalari, protsessual va tashkiliy asoslari.....	6
Sud-psixiatriya ekspertizasi tayinlash uchun asoslar.....	9
Sud-psixiatriya ekspertizasi tayinlashda sud ajrimi yoki tergovchining qarorini rasmiylashtirishga qo‘yiladigan talablar.....	11
Sud-psixiatriya ekspertizasi materiallari.....	14
Sud-psixiatriya ekspertizasining turlari.....	16
JINOYAT PROTSESSIDA SUD-PSIXIATRIYA EKSPERTIZASI.....	20
Aqli rasolik va norasolik tushunchalari.....	20
Aqli norasolik mezonlari.....	22
Mahkumlarni ekspertizadan o‘tkazish.....	25
Guvohlar va jabrlanuvchilarni sud-psixiatriya ekspertizasidan o‘tkazish.....	27
Savol va topshiriqlar.....	28
FUQAROLIK PROTSESSIDA SUD-PSIXIATRIYA EKSPERTIZASI.....	28
Huquqiy layoqat, muomala layoqati va muomalaga layoqatsizlik.....	28
Muomalaga layoqatsizlik mezonlari.....	31
Fuqarolik protsessida sud-psixiatriya ekspertlari hal qiladigan masalalar.....	34
Sud-psixiatriya ekspertizasi natijalarini hujjatlar bilan rasmiylashtirish.....	37
Sud va tergovning ekspertiza xulosasini baholashi.....	40

### **Ikkinchi bo‘lim**

#### **RUHIY KASALLIKLAR, ULARNING SABABLARI VA KECHISHI**

RUHIY BEMORLARNI TEKSHIRISH XUSUSIYATLARI VA METODIKASI.....	42
Ruhiy bemorlarni tekshirish xususiyatlari.....	42
Ruhiy bemorlarni tekshirish metodikasi.....	46
RUHIY KASALLIKLARNING SIMPTOMATOLOGIYASI.....	50
Ruhiy kasalliklar simptom (belgi)lari.....	50
Idrokning buzilishlari.....	51



Tafakkur buzilishlari.....	55
Iroda buzilishlari.....	63
Depersonalizatsiya, derealizatsiya, sarosimalik.....	64
Xotira buzilishi.....	65
Savol va topshiriqlar.....	66
Ruhiy kasalliklarning simptomokomplekslari (sindromlari).....	66

### **Uchinchi bo‘lim**

#### **RUHIY KASALLIKLARNING ASOSIY SHAKLLARI**

RUHIY KASALLIKLARNING ASOSIY SHAKLLARI, ULARNING SUD PSIXIATRIYASIGA OID BAHOSI.....	78
Shizofreniya.....	78
Maniakal-depressiv psixoz.....	82
Reaktiv holatlar va nevrozlar.....	85
Alohida holatlar.....	87
Epilepsiya (tutqanoq) .....	88
Katta yoshdagilar psixozlari.....	91
Bosh miyaning shikastlanish hollari.....	95
ALKOGOLIZM VA ALKOGOLLI PSIXOZLAR. NARKOMANIYA VA TOKSIKOMANIYA (GIYOHVANDLIK VA ZAHARVANDLIK).....	99
Alkogolizm.....	99
Alkogolli psixozlar.....	103
Savol va topshiriqlar.....	105
Narkomaniya.....	105
Narkomaniya shakllari.....	109
Narkotik moddalar iste‘mol qilish va narkomanlarni davolashning hozirgi yo‘nalishlari.....	115
Toksikomaniyalar.....	117

### **To‘rtinchi bo‘lim**

#### **SUITSIDAL XATTI-HARAKAT**

Suitsidal xatti-harakat tushunchasi.....	120
Suitsidal xulq motivlari va sabablari.....	124
Suitsidal xatti-harakatning ijtimoiy - demografik jihatlari.....	127
Suitsid chog‘ida qo‘llaniladigan usullar.....	128
Suitsidning oldini olish (prevensiya, profilaktika).....	129

### **Beshinchi bo‘lim**

#### **RUHIY BEMORLARNING IJTIMOIIY XAVFLI HARAKATLARINING OLDINI OLISHGA QARATILGAN TIBBIY CHORALAR**

ADABIYOTLAR.....	139
------------------	-----

**Yallayev Xalil Narmaxmatovich**  
*tibbiyot fanlari nomzodi,*

## **SUD PSIXIATRIYASI**

*O'zbekiston Respublikasi Ichki ishlar vazirligi tomonidan  
IIV oliy ta'lim muassasalari uchun darslik sifatida ruxsat etilgan*

*Muharrir S. A. Razzoqov*  
*Texnik muharrir D. X. Hamidullayev*

---

Босишга рухсат этилди 29.02.2012 й. Nashriyot bosma tabog'i 8,0.  
Adadi 200 nusxa. Buyurtma № . Bahosi kelishilgan narxda

---

O'zbekiston Respublikasi IIV Akademiyasi  
100197, Toshkent sh., Intizor ko'chasi 68.