

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
26-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ  
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН РУҲИЙ САЛОМАТЛИК  
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ МАРКАЗИ**

**"АҚЛИЙ ЗАИФЛИК" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.**

**ТОШКЕНТ – 2025**

**“КЕЛИШИЛГАН”**

**Республика ихтисослаштирилган рухий**

**саломатлик илмий-амалий**

**маркази директори**

**З.Ш.Ашуров**



“ ” “ ” 202\_\_ йил

**"АҚЛИЙ ЗАИФЛИК" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.**

**"АҚЛИЙ ЗАИФЛИК" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.**

**ТОШКЕНТ – 2025**

**Кириш қисми**  
**Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11**

<b>Енгил ақлий заифлик</b>	
<b>F70.0</b>	Хулқ-атворнинг йўқ ёки енгил бузилиши билан енгил ақлий заифлик
<b>F70.1</b>	Еҳтиёткорлик ва даволанишни талаб қиладиган жиддий хулқ-атвор бузилишлари билан енгил ақлий заифлик
<b>F70.8</b>	Бошқа хулқ-атвор бузилишлари билан енгил ақлий заифлик
<b>F70.9</b>	Хулқ-атвор бузилишларини кўрсатмасдан енгил ақлий заифлик
<b>Ўртача ақлий заифлик</b>	
<b>F71.0</b>	Хулқ-атворнинг йўқлиги ёки енгил бузилиши билан ўртача ақлий заифлик
<b>F71.1</b>	Еҳтиёткорлик ва даволанишни талаб қиладиган жиддий хулқ-атвор бузилишлари билан ўртача ақлий заифлик
<b>F71.8</b>	Бошқа хулқ-атвор бузилишлари билан ўртача ақлий заифлик
<b>F71.9</b>	Хулқ-атворнинг бузилишини кўрсатмасдан ўртача ақлий заифлик
<b>Жиддий ақлий заифлик</b>	
<b>F72.0</b>	Хулқ-атворнинг йўқлиги ёки енгил бузилиши билан оғир ақлий заифлик
<b>F72.1</b>	Еҳтиёткорлик ва даволанишни талаб қиладиган жиддий хатти-ҳаракатларнинг бузилиши билан оғир ақлий заифлик
<b>F72.8</b>	Бошқа хатти-ҳаракатларнинг бузилиши билан оғир ақлий заифлик
<b>F72.9</b>	Хулқ-атворнинг бузилишини кўрсатмасдан кучли ақлий заифлик
<b>Жиддий ақлий заифлик</b>	
<b>F73.0</b>	Хулқ-атвор бузилишларининг йўқлиги ёки енгил намоён бўлиши билан оғир ақлий заифлик
<b>F73.1</b>	Еҳтиёткорлик ва даволанишни талаб қиладиган жиддий хатти-ҳаракатларнинг бузилиши билан оғир ақлий заифлик
<b>F73.8</b>	Бошқа хатти-ҳаракатларнинг бузилиши билан оғир ақлий заифлик
<b>F73.9</b>	Хулқ-атворнинг бузилишини кўрсатмасдан кучли ақлий заифлик
<b>Ақлий заифликнинг бошқа шакллари</b>	

<b>F78.0</b>	Хулқ-атвор бузилишининг йўқлиги ёки енгил намоён бўлиши билан ақлий заифликнинг бошқа шакллари
<b>F78.1</b>	Еҳтиёткорлик ва даволанишни талаб қиладиган жиддий хулқ-атвор бузилишлари билан ақлий заифликнинг бошқа шакллари
<b>F78.8</b>	Бошқа хатти-ҳаракатларнинг бузилиши билан ақлий заифликнинг бошқа шакллари
<b>F78.9</b>	Хулқ-атворнинг бузилишини кўрсатмасдан ақлий заифликнинг бошқа шакллари
<b>Ақлий заифлик, аниқланмаган</b>	
<b>F79.0</b>	Хулқ-атворда ноаниқ ёки енгил бузилишлар билан аниқланмаган ақлий заифлик
<b>F79.1</b>	Ғамхўрлик ва даволанишни талаб қиладиган жиддий хулқ-атвор бузилишлари билан аниқланмаган ақлий заифлик
<b>F79.8</b>	Бошқа хатти-ҳаракатларнинг бузилиши билан аниқланмаган ақлий заифлик
<b>F79.9</b>	Хулқ-атворнинг бузилишини кўрсатмасдан аниқланмаган ақлий заифлик
<a href="https://icd.who.int/browse10/2010/en#">https://icd.who.int/browse10/2010/en#</a>	
Шифр МКБ-11	Интеллектуал ривожланиш бузилишлари
6A00	Интеллектуал ривожланиш бузилишлари
6A00.0	Интеллектуал ногиронлик, енгил
6A00.1	Интеллектуал ногиронлик, ўртача
6A00.2	Интеллектуал ногиронлик, оғир
6A00.3	Интеллектуал ногиронлик, чуқур
6A00.4	Интеллектуал ногиронлик, шубҳали
6A00.Й	Бошқа кўрсатилган ақлий нуқсонлар
6A00.3	Интеллектуал ногиронлик, аниқланмаган
<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru</a>	

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта ко'риб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта ко'риб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бо'лганда. Тақдим етилган тавсияларга киритилган барча о'згартиришлар тегишли ҳужжатларда е'лон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун мас'ул муассаса: Республика ихтисослаштирилган руҳий Саломатлик илмий-амалий маркази.

Масъул ижрочилар

Ашуров З. Ш. - т.ф.д., профессор, . РИРСИАМ директори, Тошкент тиббиёт академиясининг психиатрия ва наркологиya кафедраси мудир, Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош психиатр ва наркологи, Ўзбекистон психиатрлар ассоциацияси Президенти.

Алимов Ў. Х. - т.ф.д., профессор, тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш марказининг психиатрия ва психотерапия кафедраси мудири.

Абдуллаева В. К. – т.ф.д., профессор, ТошПМИ психиатрия, наркология ва болалар психиатрияси, тиббий психология ва психотерапия кафедраси мудири.

Чембаев Б. Р. PhD, РИРСИАМ директорининг психиатрия бўйича ўринбосари.

Рогов А. В. – PhD., ТошПМИ психиатрия, наркология ва болалар психиатрияси, тиббий психология ва психотерапия кафедраси ассистенти.

Тақризчилар

Сиволап Ю.П. - Тиббиёт фанлари доктори, узлуксиз тиббий таълим факултети психиатрия, психотерапия ва Психосоматик патология кафедраси профессори, Патрис Лумумба РУДН

Велияева А.С. - психиатрия, тиббий психология ва наркология, Самарқанд давлат тиббиёт кафедраси мудири

Клиник протокол олий таълим муассасалари факультети, Ўзбекистон психиатрлари ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИРСИАМ филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари), ҳудудий муассасалар шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий консенсусга еришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия етилди.

Ишчи гуруҳ раҳбарияти:

З. Ш. Ашуров - т.ф.д., проф., РИРСИАМ директори

Клиник протокол №3 15 май 2025 Республика ихтисослаштирилган руҳий Саломатлик илмий-амалий маркази илмий Кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди

Илмий Кенгаш раиси- РИРСИАМ директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор З. Ш. Ашуров

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги экспертлар гуруҳи экспертлари томонидан эксперт баҳоси:

1. Ибадуллаев Зарифбой Ражабович-Тошкент Тиббиёт Академияси

2. Нурхаджаев Собир Носирхаджаевич-Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

#### Қисқартмалар рўйхати

- **КТ** - Компьютер томографияси
- **МРТ** - Магнит-резонанс томографияси
- **ПНД** - Психоневрологик диспансер
- **РКИ** - Рандомизацияланган клиник тадқиқотлар
- **УЗИ** - Ультратовуш текшируви
- **ЭхоЭГ** - Эхоэнцефалография
- **ЭЭГ** - Электроэнцефалография
- **ИҚ** - Интеллект коэффициентлари
- **УО** - Ақлий ривожланишда нуқсон / Ақлий заифлик
- **ГПП** - Илғор клиник амалиёт (ингл. good practice point, ГПП)

**Мундарижа:**

- 1. “Ақлий заифлик” нозологиясини диагностикаси ва даволаш миллий клиник протоколи.....6-19**
- 2. "Ақлий заифлик" нозологияси бўйича тиббий аралашувнинг миллий клиник протоколи.....18-20**
- 3. “Ақлий заифлик” нозологиясининг олдини олиш ва реабилитация қилиш миллий клиник протоколи .....20**

## Протоколнинг мақсадли гуруҳи:

1. Психиатр шифокорлар;
2. Психотерапевтлар
3. Клиник психологлар
4. Умумий амалиёт шифокорлари;
5. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари
6. Умумий амалиёт шифокорлари
7. Умумий амалиёт шифокорлари
8. Тиббиёт университетлари талабалари, резидентлар, магистрлар, докторантлар
9. Психоневрологлар
10. Болалар психиатрлари

## Таърифлар

**Ақлий заифлик** - умумий руҳий ривожланмаганликнинг турли ирсий, туғма ёки ерта орттирилган ҳолатлари гуруҳи. ХКТ-10 да ақлий заифлик ташхисини кодлаш учун этиологиясига, шунингдек, ёндош сезиларли хулқ-атвор бузилишларининг мавжудлиги ёки йўқлигига қараб нуқтадан кейин аниқлаштирувчи рақамлар билан F70-79 бўлимларидан фойдаланиш таклиф етилган. Ақлий заифликнинг синонимлари "умумий руҳий ривожланмаганлик," "руҳий ривожланмаганлик," "олигофрения" каби тушунчалардир. Баъзи замонавий муаллифларнинг фикрига кўра, "ақлий заифлик" тушунчаси илгари тез-тез ишлатилган "олигофрения" атамасидан кенгрокдир. Олигофрения деганда асосан интеллект соҳаси билан чегараланган нуқсон тушунилади. "Ақлий заифлик" атамаси сўнгги йигирма йил ичида жаҳон психиатриясида тобора кенг тарқалиб, аста-секин "олигофрения" атамасини алмаштирди. Бизнинг фикримизча, аънанавий, шу жумладан бизнинг мамлакатимиз учун ҳам "олигофрения" атамаси ҳар ҳолда йўқолмаслиги керак ва гап, масалан, чегаравий ақлий заифлик ёки деменсия ҳақида бормаганда бемалол ишлатилиши мумкин.

## Таснифлаш

Аксарият таснифларда ақлий заифликни гуруҳлашнинг асосий мезони сифатида интеллектуал нуқсоннинг чуқурлик даражаси қўлланилади. ХКТ-10 да енгил (F70), ўртача (F71), оғир (F72) ва чуқур (F73) даражадаги ақлий заифлик фарқланади. F78 (бошқа ақли заифлик) ва F79 (аниқланмаган ақли заифлик) бўлимлари ҳам ажратилади.

Адабиётларда кўпинча умумий психик ривожланмаганликнинг уч даражаси ажратиб кўрсатилган: идиотия (чуқур ақлий заифлик), имбециллик (кэскин ифодаланган ва ўртача оғирликдаги ақлий заифлик) ва дебиллик (енгил ақлий заифлик). Ушбу тасниф амалиётда фойдаланиш учун қулай ва енг кенг тарқалган.

Типологиянинг клиник нуқтайи назардан муҳим варианты С.С.Мнухин томонидан таклиф етилган ва кейинчалик Д.Н.Исаев томонидан тўлдирилган психик ривожланмаганликнинг

клиник-физиологик таснифи ҳисобланади. Бу таснифга кўра ақли заифлик 4 шаклга бўлинади: астеник, атоник, стеник ва дисфорик.

### Этиологияси ва патогенези

Патоген омилларнинг хилма-хиллиги ва ақли заифликнинг носпецификлиги ақли заифликнинг келиб чиқишидаги сабаб-оқибат алоқаларини баҳолашни қийинлаштиради. Аксарият ҳолларда муҳит ва эндоген (ирсий) омиллар мураккаб ўзаро таъсир ва бирликда намоён бўлади. Бироқ, ақлий заифликнинг барча шакллари учун умумий бўлган патогенетик бўғинлар ҳам мавжуд бўлиб, улар ақлий заифлик синдромининг ўхшаш клиник кўринишларига олиб келади, улар орасида хроноген омил, яъни ривожланаётган миянинг шикастланиши содир бўладиган онтогенез даври айниқса муҳим рол ўйнайди. Турли патоген таъсирлар, яъни генетик ва экзоген таъсирлар бир хил даврда таъсир етиб, бир хил клиник кўринишларни келтириб чиқарса, бир хил этиологик омил онтогенезнинг турли босқичларида таъсир етиб, турлича оқибатларга олиб келиши мумкин.

Патологик ҳолатларнинг полиморф гуруҳи бўлган ақлий заифликда клиник-психопатологик бузилишларнинг катта хилма-хиллиги қайд етилади. Ақли заифликнинг клиник дифференциаллашган ва клиник дифференциаллашмаган шакллари фарқланади.

Клиник дифференциацияланган ақлий заифлик гуруҳига ўзига хос клиник-психопатологик ва соматоневрологик манзарага ега бўлган нозологик мустақил касалликлар киради, улар учун руҳий ривожланмаганлик симптомлардан бири бўлиб, одатда енг оғир ҳисобланади. Кўпинча бу генетик жиҳатдан боғлиқ бўлган бузилишлар ёки этиологияси ҳали аниқ бўлмаган ўзига хос соматоневрологик кўринишлар билан клиник жиҳатдан аниқланган синдромлардир.

Ақли заифликнинг турли шакллари патогенетик механизмлари бўйича бир-биридан кэскин фарқ қилади. Бироқ, патогенезнинг умумий бўғинлари ҳам мавжуд.

Ақлий заифликнинг тахминан 75 фоизи ҳомила даврида бош миянинг шикастланиши билан боғлиқ. Аъзолар ва тизимлар шаклланишининг бузилиши кўпинча улар ривожланишининг танқидий босқичларида содир бўлади. Барча ҳомила ичи ривожланиш аномалиялари бластогенез даврида (ҳомиладорликнинг 4 ҳафтасигача) эмбрионнинг шикастланиши билан боғлиқ blastopatiaларга, эмбриогенез даврида, яъни ҳомиладорликнинг 4 ҳафтасидан 4 ойигача бўлган даврда эмбрионнинг шикастланиши билан боғлиқ эмбриопатияларга, шунингдек ҳомиладорликнинг 4 ойдан охиригача бўлган даврда ҳомиланинг шикастланиши билан боғлиқ fetopatiaларга бўлинади.

### Эпидемиология

Расмий тиббий ҳисобот маълумотларига кўра, дунёда ақлий заифликнинг тарқалиш кўрсаткичлари кенг диапазонда ўзгариб туради: минг аҳолига 3,04 дан 24,6 гача ва ундан юқори. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, аҳоли орасида ақлий заифликнинг тарқалиш кўрсаткичлари аҳолининг 1-3% оралиғида ўзгариб туради. Екопатоген омиллар таъсири мавжуд бўлган минтақаларда, шунингдек, изоляцияланган ижтимоий гуруҳлар кузатилганда, ушбу патологиянинг тарқалиши 7% га етиши мумкин. Еркақлар орасида ақлий заифлик аёлларга қараганда тахминан 1,5 баравар кўпроқ учрайди. Бундай нисбат психик ривожланмаганликнинг енгил даражасида кўпроқ кўзга ташланади,

интеллектуал етишмовчиликнинг ифодаланган даражаларида еса, одатда, ўғил ва қиз болалар ўртасида миқдорий фарқ кузатилмайди.

### **Клиник кўриниши**

Ақлий заифликнинг ўзига хос клиник хусусиятлари, Г.Е. Сухареванинг фикрига кўра, биринчи навбатда, интеллектуал етишмовчиликнинг бошқа рухий функциялар нуқсонидан устунлиги ва касалликнинг асосий аломатлари ривожланишининг йўқлиги. Шуни таъкидлаш керакки, ақлий заифликнинг баъзи шаклларида прогрессив жараён бўлиши мумкин. Масалан, фенилкетонурияда ҳаётнинг дастлабки йилларида касалликнинг прогрессив динамикаси кузатилади.

Одатда, ақлий заифлик бош мия ва бутун организм дизонтогенезининг намоён бўлишидир. Олигофреник ақли заифликнинг ўзига хос хусусияти бош миянинг энг табақалашган, филогенетик ва онтогенетик жиҳатдан ёш тизимларининг устун даражада ривожланмаганлигидир. Бу қонуният тафаккур хусусиятларида яққол кўзга ташланади: унинг олий шакллари - умумлаштириш ва мавҳумлаштириш жараёнлари кўпроқ зарар кўради. Беморларнинг тафаккури ривожланиш босқичида бўлиб, билиш фаолиятида хусусий, ўта аниқ алоқаларни ўрнатиш етакчи ҳисобланади, мавҳум тафаккурнинг юқори шакллари еса мавжуд бўлмайди. Тушунчалик фикрлаш қобилиятининг йўқлиги "предметларни таснифлаш" усули бўйича ўтказилган тажрибада яққол намоён бўлади: тур ва тур тушунчаларини ажратиш, энг умумий белгилар билан операция қилиш бу беморларга деярли мумкин емас. Мавҳумлаштириш жараёнининг етарли емаслиги мақол, матал ва метафораларнинг кўчма маъносини тушунмасликда ҳам намоён бўлади.

Ақли заифлик учун характерли бўлган абстракт тафаккурга лаёқатизлик диққат, идрок, хотира хусусиятларида ҳам ўз аксини топади. Олигофрения билан оғриган беморларда диққат қийин жалб қилинади, ёмон фиксацияланади, унинг энгил чалғувчанлиги қайд етилади. Олигофрения билан оғриган беморнинг идроки нисбатан камбағал ва атроф-муҳитни етарлича тўлиқ акс еттирмайди. Бу болаларнинг хотираси ҳам етарли емас: барча янги нарсалар ниҳоятда секин ва кўп марта такрорлангандан кейингина ўзлаштирилади. Агар ақлий заифликнинг баъзи вариантларида механик хотира тўлиқ қониқарли бўлса, маъновий хотира ҳар доим зарар кўради. Шундай қилиб, ўқилган матнни такрорлашда бемор ўз сўзлари билан асосий маънони етказа олмайди, балки ҳамма нарсани сўзма-сўз айтиб беришга интилади.

Олигофрения билан оғриган беморлар нутқининг ривожланмаганлиги когнитив фаолиятнинг юқори шаклларининг ривожланмаганлиги билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, бу биринчи навбатда унинг ривожланиш босқичларининг кечикишида намоён бўлади. Нутқнинг ривожланмаганлик даражаси аксарият ҳолларда ақлий нуқсоннинг оғирлиги билан боғлиқ. Фаол нутқнинг ривожланишига ҳам, уни тушунишга ҳам путур етади. Сўз захирасининг чекланганлиги, дудуқланиш, пассив луғатнинг фаол луғатдан сезиларли даражада кўплиги, нутқнинг кўпинча кам ифодалилиги, ибораларнинг қисқалиги, кўпинча грамматик бўлмаслиги, сўзларни маъносига кўра нотўғри қўллаш билан тавсифланади.

Олигофрения билан оғриган беморларнинг ҳис-туйғулари қийин ҳаракатчанлик билан тавсифланади. Ушбу беморлар учун фақат бевосита кечинмалар долзарб бўлиб, улар келажакда юзага келиши мумкин бўлган қувонч ва қайғуга жавоб бера олмайдилар. Ҳис-туйғуларнинг кам фарқланиши, уларнинг бир хиллиги, кечинмаларнинг нозик тусларининг йўқлиги, ўз ҳиссий кўринишларини бостириш қобилиятининг етарли емаслиги хосдир. Шу билан бирга, интеллектуал нуқсоннинг чуқурлигига нисбатан ҳиссий соҳанинг кўпроқ сақланиб қолиши яққол намоён бўлади. Чунончи, ҳатто ифодаланган ақлий заифликда ҳам беморда кўпинча ҳамдардлик, атрофдагиларга ёрдам беришга интилиш намоён бўлишини кузатиш мумкин, бундай беморлар ўз қилмишлари учун хафа бўлиш, уялиш, чуқур боғлиқлик ҳиссини бошдан кечиришлари мумкин. Бу беморларнинг темпераменти ва характери ҳам жуда хилма-хилдир. Улар орасида мулойим ва итоаткор, баджаҳл ва

тажовузкор ёки бадқовоқ ва тунд субъектларни кузатиш мумкин; хотиржам ва вазминлар билан бир қаторда ланж, лоқайд ёки ортиқча ҳаракатчан ва шошқалоқ беморларни кўриш мумкин.

Ақли заиф беморларнинг иродавий соҳаси бузилишлари интеллектуал ривожланмаганлик даражасига катта боғлиқликда бўлади. Интеллектуал нуқсон қанчалик кучли ифодаланган бўлса, беморнинг хатти-ҳаракатлари шунчалик кам мотивацияланган бўлади ва кўпинча улар фақат лаҳзалик истаклар (ҳис-туйғулар) ёки майллар билан белгиланади. Уларнинг фаолиятида ҳамиша импульсивлик аломатлари бўлади, хатти-ҳаракатлар соғлом одамларда бўладиган мотивлар курашисиз амалга оширилади.

Енгил даражадаги ақли заифлик (дебиллик, F70 бўлими) учун нисбатан яхши механик хотира хосдир. Бир қатор ҳолларда, бу беморлар маълумотларнинг катта захирасини ва ўқиш, ёзиш ва ҳисоблашнинг элементар кўникмаларини егаллашга қодир. Баъзан яхши механик хотира ва нисбатан бой сўз захирасига ега бўлган нутқ тафаккур фаолиятининг заифлигини, мавҳум тушунчалар ҳосил қила олмасликни ниқоблаши мумкин. Бу беморлар ишда (ўқишда) мустақиллик ва ташаббус кўрсатмайдилар, асосий қийинчилик ақлий вазифаларга ўтишдир, уларнинг ечими одатдаги фаолият усулини янги ва ҳали номаълум усул билан алмаштиришни талаб қилади. Шахснинг ҳиссий ва иродавий томонлари дебилликда етарлича хилма-хил, аммо умумий хусусиятлар ўзини тута билиш ва майлларни бостириш қобилиятининг етарли емаслиги, юқори ишонувчанлик ва тақлид қилишга мойиллик фониди импульсивлиқдир. Тўғри тарбиялаш ва ўқитиш, беморга меҳнат кўникмаларини сингдириш билан психологик-педагогик тузатишни амалга ошириш билан улар бир қатор малакасиз касбларни, биринчи навбатда, қўл меҳнатини егаллаши мумкин, ҳаётга яхши маиший мослашувчанликни намоён қилади. Шундай қилиб, бу беморлар аксарият ҳолларда ўқитилади (мактабнинг ёрдамчи дастури) ва кейинчалик мустақил яшаши мумкин. Дебилликни якуний ташхислаш учун оптимал ёш оралиғи 6 ёшдан 8 ёшгача ҳисобланади. ХКТ-10 да беморларнинг ушбу гуруҳини тавсифлашда шуни таъкидлаш керакки, умуман олганда, енгил ақлий заифлиги бўлган одамларнинг кўпчилигида хулқ-атвор, ҳиссий ва ижтимоий бузилишлар ва улар билан боғлиқ бўлган терапия ва қўллаб-қувватлашга бўлган еҳтиёж руҳий ривожланишнинг чуқурроқ даражаси бўлган беморлардаги ўзига хос муаммоларга қараганда нормал интеллект даражасига ега бўлган одамлардаги муаммоларга кўпроқ ўхшайди.

Ўрта даражадаги ақлий заифлик (енгил имбециллик, F71 бўлими) бўлган беморлар маълумотларнинг маълум захирасини тўплашга қодир, уларнинг кўпчилигида механик хотира етарли даражада ривожланган. Бундай беморлар сўз захираси кам, нутқи грамматик бўлмаса ҳам, нутқни тушуниш ва ундан фойдаланиш чекланган бўлса ҳам, нутқни ҳам егаллайдилар. Имбецилликнинг енгил даражасида ўз "Мен"ини англаш озми-кўпми ривожланган бўлади. Беморларнинг кўпчилиги егоцентрик бўлиб, ўзига еътиборни кучайтиришни талаб қилади, уларнинг ҳаракатлари ижобий баҳоланганда хурсанд бўлади ва уларга танбеҳ берилганда хафа бўлади. Бундай беморлар билан суҳбатлашганда зўриқишни талаб қиладиган саволларга "қўлимдан келмайди," "билмайман," "хоҳламайман" деб жавоб беришларини кузатиш мумкин. Махсус таълим дастурлари бир қатор асосий кўникма ва малакаларни егаллаш учун маълум имкониятлар бериши мумкин, аммо ўзлаштириладиган материалнинг ҳажми жуда паст. Етарли даражада мотор ривожланишда ўртача ақли заифлик билан оғриган беморлар оддий меҳнат турларини ўзлаштириши мумкин, аммо уларнинг иши механик хусусиятга ега бўлиб, улар ўз фаолиятини ўзгартирган вазиятга мос равишда ўзгартира олмайдилар. Бундай беморлар мустақил ҳаёт кечиришга одатда мослашмаган бўлиб, доимий ғамхўрлик ва парваришга муҳтож бўладилар. Енгил имбецилликни якуний ташхислаш учун оптимал ёш оралиғи 3 ёшдан 5 ёшгача ҳисобланади.

Оғир даражадаги ақлий заифликнинг клиник кўриниши (яққол имбециллик, F72 бўлими), биринчи навбатда, енгил имбециллик симптоматикасига ўхшайди. Ижтимоий фаолиятнинг

паст даражаси қайд етилади, бу элементар мактаб билимлари, маиший кўникма ва малакаларни деярли тўлиқ ўзлаштира олмасликда намоён бўлади. Одатда бундай беморлар умр бўйи васийликка ва доимий парваришга муҳтож бўладилар. Ўрта даражадаги ақлий заифлик билан оғриган беморлардан фарқли ўлароқ, бу беморларда мотор соҳада яққол бузилишлар кузатилади, бу еса уларнинг оддий ижтимоий мослашувини ҳам қийинлаштиради. Енгил имбецилликни якуний ташхислаш учун оптимал ёш оралиғи 3 ёшдан 5 ёшгача ҳисобланади.

Чуқур ақлий заифлик (идиотия, F73 бўлими) билан оғриган беморлар учун атроф-муҳитга реакциянинг кэскин пасайиши хосдир. Улар атрофда содир бўлаётган барча нарсаларга умуман жавоб бермайдилар ёки ҳар қандай қўзғатувчига жавоб бериб, уларнинг ҳеч бирига ётибор бермасдан, ноадекват жавоблар берадилар. Бўлакли нутқ йўқ, уларга қаратилган нутқда беморлар интонацияни идрок етадилар, аммо маъносини тушунмайдилар. Ўз ҳолига ташлаб қўйилганда, уларнинг кўпчилиги ҳарақатиз қолади, бошқалари мақсадсиз доимий ҳаракатда бўлади, емаклайди, нарсаларни ушлайди, тажовузкор бўлиши мумкин ёки аутоагрессия кузатилади. Ҳаракат қўзғалиши ҳолатлари даврий равишда ва кўпинча ҳеч қандай сабабларсиз пайдо бўлади. Роҳатланиш ёки норозилик кўринишлари ибтидоийдир. Соматик фаровонлик, тўқлик ҳисси хушчақчақлик ва хотиржамликка олиб келади, очлик ҳисси ёки бошқа нохуш туйғулар еса норозилик ифодаси билан қичқириш, ҳаяжонланиш ёки бошқа шунга ўхшаш кўринишларда намоён бўлади. Номаълум нарсага жавобан кўркув, йиғи кузатилиши мумкин. Кўпинча бузилган ёки ўзгарган майллар қайд етилади: булимия ёки овқатга бўлган майлнинг бузилиши, гиперсексуаллик, масалан, қаттиқ мастурбация ва бошқалар. Бутун психик фаолиятнинг чуқур ривожланмаганлиги билан жисмоний ривожланишнинг турли, шу жумладан кўпол нуқсонлари: диспластиклик, бош суяги деформациялари, ривожланиш нуқсонлари ва аномалиялари ҳам боғлиқ. Кўпинча неврологик симптомлар, жумладан, парезлар ва фалажликлар ҳам кузатилади. Идиотияни ташхислаш учун мақбул ёш, айниқса касалликнинг прогнози ва ижтимоий оқибатлари нуқтаи назаридан, ҳаётнинг биринчи ойлари (биринчи йил) ҳисобланади. Ҳар қандай ҳолатда ҳам чуқур ақлий заифлик 3 ёшгача аниқланиши керак.

### Диагностика

Ақлий заифлик ташхиси биринчи марта одатда 6 ёшдан 8 ёшгача бўлган даврда болалар шифокор-психиатри томонидан қўйилади. Ақлий заифлик ташхиси шифокор-психиатр томонидан ақлий заифликка хос бўлган клиник кўриниш ва ривожланиш тарихи - интеллектуал нуқсон белгилари, идрок, хотира, диққат, тафаккур, ҳиссий-иродавий соҳанинг бузилиши ва сақланиш даражаси, атроф-муҳитга мослашиш даражаси асосида қўйилади. Болани кўриқдан ўтказишда ташхис қўйиш ёки тасдиқлаш учун ёш ва ўтказилаётган даволаш-реабилитация тадбирлари билан боғлиқ бўлган руҳий ривожланмаганлик динамикасини баҳолаш талаб етилади.

### Ташхис қўйиш мезонлари

- 1) анамнестик маълумотлар,
- 2) лаборатория тадқиқотлари маълумотлари,
- 3) инструментал диагностика тадқиқот (дифференциал диагностика) маълумотлари,
- 4) бошқа диагностика усуллари билан маълумотлари.

### Шикоят ва анамнез

<b>5C</b>	Илгари "ақлий заифлик" ташхиси қўйилган барча болаларга ташхисни тасдиқлаш мақсадида текшириш учун психиатр-шифокор қабули (кўриқ, маслаҳат) тавсия етилади.
-----------	--

<b>5C</b>	Шифокор-психиатр кўригида ташхисни аниқлаш (тасдиқлаш) ва ақлий заифлиги бўлган шахсларни динамик кузатиш учун мавжуд аломатлар ва анамнез маълумотларини баҳолаш тавсия етилади.
-----------	---

Ақли заифликни ташхислашда фақат умумий руҳий ривожланмаганлик фактини аниқлаш билан чекланиб бўлмайди, шунинг учун биринчи навбатда қуйидагиларни акс еттирувчи тўлиқ ташхисни шакллантириш мақсадга айланади: интеллектуал нуқсоннинг ифодаланиши ва унинг хусусиятларини баҳолаш; нуқсон тузилишининг клиник ва психологик тавсифи; коморбид бузилишларнинг мавжудлиги; етиологик омиллар; муҳитга мослашиш даражаси; касаллик клиникасининг шаклланиши ва унинг ижтимоий мослашувида иштирок этадиган ижтимоий-психологик омиллар. Ақлий заифлик бошқа ҳар қандай руҳий ёки соматик бузилиш билан ривожланиши ёки уларсиз пайдо бўлиши мумкин. Бироқ, ақли заифларда руҳий бузилишларнинг бутун диапозони кузатилиши мумкин, уларнинг частотаси умумий популяцияга қараганда камида 3-4 баравар юқори.

<b>5C</b>	Йўлдош соматик бузилишлар мавжудлигини баҳолаш учун беморларга педиатр (участка) шифокорининг қабули (кўрик, маслаҳат) ни ўтказиш тавсия етилади.
-----------	---

Гуруҳ сифатида, руҳий ривожланишида нуқсон бўлган одамлар умумий одамларга қараганда соғлиғи заифроқ ва бирламчи тиббий ёрдамдан фойдаланишлари қийинроқ. Ёндош жисмоний ва руҳий ҳолатларнинг юқори тарқалганлиги сабабли, ақлий заиф беморлар умумий популяциядаги болалар ва ўсмирларга қараганда тиббиёт ходимлари томонидан кўпроқ еътибор талаб қилади ва соғлиқни сақлаш ресурсларига кўпроқ еҳтиёж сезади. Тегишли бирламчи тиббий ёрдамсиз ақли заиф беморларнинг соғлиғи билан боғлиқ муаммолар кўпинча еътибордан четда қолади. Аниқланган тақдирда ҳам, бу муаммолар кўпинча ноадекват ёки нотўғри ҳал қилинади.

### Жисмоний текширув

<b>5C</b>	Беморларда соматик ва неврологик патологиянинг мавжудлигини баҳолаш учун педиатр ва невропатолог томонидан қабул (кўрик, маслаҳат) ўтказиш тавсия етилади.
-----------	--

Жисмоний текширув ўтказишда неврологик симптомлар (хусусий неврологик текширув) ва мумкин бўлган соматик аномалиялар, ривожланиш нуқсонлари, дизембриогенез стигмаларининг мавжудлигини баҳолаш муҳимдир. Баъзи ҳолларда аниқланган соматик симптоматика у ёки бу зарарнинг таъсир қилиш вақтини, ақлий заифликнинг бир қатор дифференциацияланган шакллари учун хос бўлган соматик аномалияларнинг мавжудлигини аниқлашга имкон беради. Кўпинча ақли заиф беморларда дизембриогенезнинг кўплаб стигмалари кузатилади, масалан, қулоқ чиғаноқларининг нотўғри шакли, баланд ("готик") танглай, паст соч ўсиши, гипертелоризм, тишларнинг нотўғри ўсиши ва бошқалар. Яққол ифодаланган ақлий заифликда кўпинча кўплаб аномалиялар ва ривожланиш нуқсонлари аниқланади, улар орасида кўпинча кўз нуқсонлари, юрак нуқсонлари, қўшимча бармоқлар, карлик, оёқ-қўлларнинг калталашиши, жигар ва талокнинг катталашиши қайд етилади.

Тананинг умумий кўриги қуйидагиларни ўз ичига олади: мумкин бўлган соматик аномалиялар, ривожланиш нуқсонлари (кўз нуқсонлари, юрак нуқсонлари, қўшимча бармоқлар, карлик, оёқ-қўлларнинг калталашиши, шунингдек жигар ва талокнинг катталашиши), дизембриогенез стигмалари (қулоқ супрасининг нотўғри шакли, баланд ("готик") танглай, паст соч ўсиши, гипертелоризм, тишларнинг нотўғри ўсиши), турли хил шикастланиш изларини аниқлаш, аъзолар ва тизимлар бўйича ҳолатни ва анамнезда соматик касалликларнинг мавжудлигини текшириш. Неврологик текширувда қуйидагилар аниқланади: бош мия нервлари функцияларининг бузилиши, рефлекслар ва уларнинг

ўзгариши, экстрапирамидал бузилишлар, мияча патологияси ва ҳаракат координациясининг бузилиши, сезувчанлик ва унинг бузилиши, вегетатив нерв тизими функцияларининг бузилиши.

### Лаборатория текширувлари

<b>5C</b>	Оғир аномалиялар ва/ёки ривожланиш нуқсонлари, дизембриогенезнинг кўплаб стигмалари мавжуд бўлган беморларни ақлий заифликни ташхислаш учун генетик шифокорга юбориш тавсия етилади, бунгача боланинг ота-онасида ирсий ва/ёки хромосома патологияси бўлган болалар бўлган ёки ота-онасидан ҳеч бўлмаганда биттаси илгари мутаген зарарли моддалар (кимёвий, радиацион) таъсирига учраган.
-----------	--

Генетик тадқиқот шифокор-генетик томонидан психиатр-шифокорнинг йўлланмаси билан интеллект ривожланмаганлигининг клиник жиҳатдан фарқланмайдиган ҳолатларининг генетик табиатини аниқлаш, ирсий ва экзоген келиб чиқишини тахмин қилиш мумкин бўлганда орқада қолишнинг ҳақиқий сабабини аниқлаш, подоминант типда ирсийланадиган аутосомал аномалия янги мутациянинг оқибати ёки қариндошларда илгари намоён бўлмаган ген пенетрациясининг пасайиши натижасими деган масалани ҳал қилиш, туғма аномалия ёки оғир касалликка ега бўлган бўлажак ота-оналарнинг патологиясини болаларга ўтказиш имконияти тўғрисида прогноз тузиш учун ўтказилади.

### Инструментал тадқиқотлар

Аксарият ақли заиф беморларда бош миянинг, баъзан калла суякларининг турли структуравий ўзгаришлари аниқланади. Инструментал текширувларни ўтказиш ушбу ўзгаришларни аниқлаштириш имконини беради, баъзи ҳолларда ақлий заифликнинг дифференциал диагностикасини ўтказишда ҳам қўлланилади.

<b>5C</b>	Барча ақли заиф болаларда бош суягининг рентгенологик текширувини ўтказиш тавсия етилади.
-----------	---

Калла суяги рентгенографияси суяк гипертрофиясини топишга имкон беради, масалан, Гурлер синдромида шундай бўлади. Чокларнинг барвақт битиб кетиши ҳам аниқланиши мумкин. Мия ичидаги калсификатлар токсоплазмоз, Стерж-Вебер синдроми, тубероз склероз ва идиопатик гипопаратиреоидизмда топилади. Калла суяги ўлчамларининг катталаниши, суякларнинг юпқаланиши, чокларнинг ажралиши билан кечадиган гидроцефалия ташхисини аниқлаштириш учун рентгенография алоҳида аҳамият касб этади. Калла суяги рентгенографиясини ўтказиш барча беморларда бош миянинг мунтазам МРТ ёки КТ текширувидан қочиш имконини беради.

<b>5C</b>	Ақли заиф беморларга ташхисни аниқлаштириш учун мунтазам равишда нейровизуализация (КТ, МРТ ва бошқалар) ўтказиш тавсия етилмайди.
-----------	--

Ташхис қўйиш учун нейровизуализацион тадқиқотларнинг аҳамияти ақли заиф бўлган барча болаларга мунтазам равишда ўтказишни тавсия етиш учун етарли эмас. Микроцефалия, гидроцефалия ва жисмоний аномалияларнинг аниқ белгилари бўлмаган ўртача ва оғир даражадаги ақлий заифликда компьютер томографияси фақат баъзи ҳолларда мия қоринчаларининг атрофияси ва кенгайишини аниқлайди. Даун ёки Прадер-Вилли синдроми бўлган беморларда неврологик патология бўлмаса, МРТ текшируви ташхис қўйиш учун ҳеч қандай маълумот бермайди. МРТ бош миянинг органик шикастланишининг кўпол оқибатларида ёки бош миядаги ҳажмли жараёнга шубҳа қилинганда кўрсатилади.

**5C**

Ақли заиф болаларда ташхис қўйиш ва етиологияни аниқлаш мақсадида оммавий мунтазам EEG мониторинги ўтказиш тавсия етилмайди.

Баъзи мутахассислар EEG ўзгаришлари ва рухий ривожланмаганлик даражаси ўртасида фарқ борлигини таъкидлашса, бошқалари бунинг аксини таъкидлашади. Баъзи мутахассислар барча EEG бузилишларини носпецифик деб ҳисоблайдилар ва epileptik механизмлар ҳисобига киритадилар. Бошқалар еса характерли белгиларни топиб, EEG ёрдамида липидоз ва ақлий заифликнинг бошқа шаклларини ерта ташхислайдилар. Интеллектуал фаолият ва чақирилган потенциаллар ўртасида муносабатлар мавжудлиги, бироқ улар тўғридан тўғри емаслиги, шу сабабли уларни аниқлаш ва ўрганишда қийинчиликлар мавжудлиги таъкидланди.

### Бошқа диагностик текширувлар

**5C**

Интеллект тестини йилига қўпи билан 1 марта ўтказиш тавсия етилади.

Клиник амалиётда ногиронликни аниқлашда Векслер тести кўрсаткичларидан енг қўп фойдаланилади. Интеллект тестларининг умумий баллари ақлий заифликни ташхислашда мунтазам равишда қўлланилиши керак, умумий ИҚ балининг ишончилиги шубҳа туғдирадиган ҳолатлар бундан мустасно ва бу ҳолда унинг ўрнига тегишли қисман балл ишлатилиши мумкин. Ақлий заифликни кўрсатувчи интеллект тести натижаси ўртачадан икки ёки ундан ортиқ стандарт оғиш (СД) паст (масалан, агар ўртача қиймат = 100 ва стандарт оғиш = 15 бўлса, 70 ёки ундан паст балл). Тегишли Векслер шкаласи баҳолари ўртасидаги сезиларли ва аҳамиятли фарқлар умумий ИҚ балининг ишончилигини хавф остига қўйиши мумкин. Бундай вазиятларда тегишли қисман баллар инсоннинг когнитив фаолиятининг ҳақиқий умумий даражасини яхшироқ акс еттириши мумкин. Интеллектуал ривожланиш коэффициентининг рақамли кўрсаткичлари (одатда Векслер усули бўйича текширувда олинади) асосида ақлий заифлик ташхисини қўйиш (шу жумладан, турли экспертизалар ўтказишда) хато ҳисобланади. Барча ҳолатларда ташхис психиатр томонидан клиник маълумотларга асосланиб қўйилиши керак ва ҳар қандай психологик усуллар ташхисни аниқловчи емас, балки қўшимча ҳисобланади.

**5C**

Векслер тести (болалар варианты), Равен тести психодиагностик методикаларининг интеллектуал ва адаптив фаолиятининг сифатли баҳоларини ҳисобга олган ҳолда диагностика қилиш тавсия етилади.

Интеллект ва мослашувчан хулқ-атвор тўғрисидаги маълумотларнинг комбинациясини талқин қилиш ақлий заифликни аниқлашнинг асосини ташкил қилади, айниқса интеллектуал фаолияти 70 балл атрофида бўлган одамлар учун. Маълумотлар шуни кўрсатадики, ИҚ ва мослашувчан хулқ-атвор ўртасидаги боғлиқлик ёшга ва ақлий заифлик даражасига қараб сезиларли даражада фарқ қилади, бу оғир ва ўртача диапазонда енг кучли ва енгил диапазонда енг заифдир.

### Шифокорнинг ҳаракат алгоритмлари

#### Даволаш

ХКТ-10 га кўра, болалар ва ўсмирларда ақлий заифликда ҳар қандай рухий ва психоневрологик бузилишлар билан коморбид комбинация кузатилиши мумкин, уларни даволаш тегишли клиник тавсияларда тавсифланган. Ақли заиф беморларда

нейрометаболик таъсирга ега дори воситалари билан руҳий ривожланишни рағбатлантириш ҳар доим ҳам амалга оширилмайди, аммо баъзи ҳолларда боланинг когнитив функцияларини яхшилаш учун ноотроп воситаларни буюриш мақсадга мувофиқдир.

Дифференциацияланган шакллар доирасида алмашинув нуқсонлари билан боғлиқ ақлий заифлик синдромларида етук ёшгача бўлган беморларни даволаш ўзига хос терапия усуллари, шу жумладан пархез, гормонал препаратлар билан ўрнини босувчи терапия билан амалга оширилади.

Ақлий заифликнинг етиологик омилларига таъсир қилиш имконияти бўлса, касалликнинг етиологик давоси ўтказилади. Шубҳасиз, ақлий заифликни етиологик даволаш фақат маълум бир етиологик омилнинг таъсири натижасида беморнинг миясига қайтариб бўлмайдиган зарар етказилмаганда самарали бўлади.

Аксарият ҳолларда ақли заифликни симптоматик даволаш ўтказилади.

Болалар ва ўсмирларда ақлий заифликни даволашнинг асосий мақсади ёндош хулқ-атвор бузилишларини камайтириш ёки бартараф етишдир. Хулқ-атвор бузилишларининг шаклланиши ёки кучайишининг етакчи сабабига қараб, терапевтик чора-тадбирлар тузилмаси асосан дори-дармон терапияси ёки комплекс даволашнинг психотерапевтик таркибий қисмини кучайтириш томон силжийди. Психотерапия, меҳнат терапияси, оила ва бемор билан ижтимоий иш олиб бориш билан биргаликда дори-дармонли ва дори-дармонсиз даволаш усулларида комплекс фойдаланиш ақли заиф шахсларда хулқ-атвор бузилишларини даволашнинг асосий тамойилларидан биридир.

Терапевтик аралашувнинг адекватлиги у ёки бу таъсирга - психотерапевтик, медикаментоз ёки коррекцион-педагогик босқичли йўналишни белгиловчи биологик ва ижтимоий-психологик таркибий қисмларнинг солиштирма оғирлигини аниқлаш билан сабаб омилларининг нисбатини тўғри баҳолашга боғлиқ. Хулқ-атворни тузатиш иложи борича амбулатория шароитида амалга оширилиши керак. Далилий ёндашув нуқтайи назаридан енг юқори самарадорликни кўрсатган хулқ-атвор ва когнитив-хулқ-атвор методикаларига устунлик берилади.

Психофармакотерапия даволашнинг етакчи усули ҳисобланмайди ва қатъий клиник кўрсатмалар бўйича ва чекланган вақт давомида ўтказилиши керак. Уни қўллаш фақат хулқ-атвор бузилишининг кўпол ва тузатиб бўлмайдиган шаклларида, хулқ-атвор бузилишларига мойил бўлган "биологик замин" мавжуд бўлганда, шунингдек, психотерапевтик ва коррекцион-педагогик ишнинг дастлабки босқичларида аффектив зўриқишни бартараф етиш учун ёндош ифодаланган ҳиссий ва соматовегетатив бузилишлар мавжуд бўлганда ўзини оқлайди.

Кам ифодаланган хулқ-атвор бузилишлари бўлган ақли заиф беморларни дори-дармонлар билан даволаш ўтказилмайди.

Хулқ-атворнинг оғир бузилишлари бўлган болалар ва ўсмирларда ақлий заифликни симптоматик дори-дармонлар билан даволашда дори-дармонлар билан даволашни тайинлаш жазо сифатида қўлланилиши мумкин емас, терапиянинг етакчи усули ҳисобланмайди ва уни "енгил" дори-дармонлар билан ва бузилган хулқ-атворни коррекциялашнинг дори-дармонсиз усулларида етарлича самара бўлмагандан сўнг, коррекциянинг дори-дармонсиз усуллари билан мажбурий равишда биргаликда бошлаш керак. Шунингдек, уларни етарли асосларсиз узоқ муддатга (бир ойдан ортиқ) тайинлаш тавсия етилмайди. Дори таъсирининг индивидуал вариантини танлаш учун маълум бир дори воситаси учун далиллар даражасини ҳисобга олиш ва бузилишнинг оғирлик даражаси ва давомийлигини, олдинги даволаниш натижаларини баҳолаш, шунингдек, реактив провокациянинг юқори частотасини ва хулқ-атвор бузилишларининг характери ва ифодаланиш даражасига сезиларли таъсир кўрсатадиган ташқи таъсирларга сезгирликни

ҳисобга олган ҳолда ёндош психопатологияни батафсил ва синчковлик билан таҳлил қилиш керак.

<b>2B</b>	Юқори таъсирчанлик, тажовузкорлик ва ўз-ўзига зарар етказувчи хатти-ҳаракатларни бартараф етиш учун 5 ёшдан бошлаб рисперидон тавсия етилади. 0,5 мг. 4-кунга келиб 1 мг гача ошиши мумкин (тана вазни $\geq 20$ кг)
-----------	--

Тузатишнинг нофармакологик усулларига бўйсунадиган ва беморнинг ўзига ва бошқаларга зарар етказиш хавфи мавжуд бўлганда, тўхтовсиз тажовузни қисқа муддатли (6 ҳафтагача) симптоматик даволаш буюрилади. Қарши кўрсатмалар: Препарат компонентларига юқори сезувчанлик, лактаза етишмовчилиги, лактозани кўтара олмаслик, глюкоза-галактоза малябсорбсияси. Енг кўп кузатилган нохуш реакциялар (учраш частотаси  $\geq 10\%$ ) куйидагилар бўлди: паркинсонизм, бош оғриғи ва уйқусизлик, седация/уйқучанлик.

<b>4C</b>	Ақлий заифлик ва психомотор тормозланиш билан бирга келадиган 4 ёшдан бошлаб болалар ва ўсмирларда ўртача тинчлантирувчи таъсир кўрсатиш учун тиоридазинни қўллаш. 1-5 ёшли болалар учун - 1 мг/кг/сут; 5 ёшдан катталар учун - 75-100 мг/сут, оғир ҳолатларда - 300 мг/сут; қабул қилиш сони - 2-4 марта/сут.
-----------	--

Тиоридазин гиперактивлик ва қўзғалиш билан кечадиган психотик бузилишларда; психотик бузилишлар ёки асаб касалликлари билан боғлиқ бўлган, агрессивлик, узоқ вақт диққатни жамлай олмаслик, фрустрация ривожланишига чидамлилиқнинг пасайиши билан кечадиган оғир хулқ-атвор бузилишларида қўлланилади. Юқори дозалар билан даволаш курси кўпи билан 5 ҳафта давом этади. Беморларга тиоридазинни қабул қилиш юрак ритмининг ўлимга олиб келиши мумкин бўлган бузилишлари билан боғлиқлиги ҳақида маълумот берилиши керак. Бундай бузилишлар хавфи баъзи дориларни тиоридазин билан бирга қабул қилганда ортиши мумкин.

<b>5C</b>	Ақли заиф беморларда юзага келган қўзғалувчанлик, уйқу бузилишларини бартараф етиш учун алимезазин тавсия етилади. 3 ёшдан катта болалар учун бир марталик доза 2,5-5 мг ни ташкил қилади. Суткалик дозаси 20-80 мг.
-----------	--

Алимезазин қўзғалувчанлик, ҳаяжонланиш ва хавотирланиш ҳолатларида, уйқу бузилишларида қўлланилади. Ножўя таъсири: бош айланиши, уйқучанлик, ланжлик, тез чарчаш, парадоксал реакция (безовталиқ, қўзғалиш, қўрқинчли тушлар кўриш, асабийлашиш); камдан-кам ҳолларда - онгнинг чалкашлиғи, экстрапирамидал бузилишлар; тунги апноенинг тезлашиши, тутқаноқ фаоллигининг ошиши, кўриш идрокининг ноаниқлиги, қулоқларда шовқин ёки жаранг. қон босимининг пасайиши, тахикардия. оғиз қуриши, ошқозон-ичак тракти атонияси, ич қотиши, иштаҳанинг пасайиши. сийдик пуфағи атонияси, сийдик тутилиши. аллергик реакциялар, суяк илиғи қон ҳосил бўлишининг пасайиши, кўп терлаш, мушакларнинг бўшашиши, фотосенсибилизация.

<b>5C</b>	Ақли заиф беморларда кучли психомотор қўзғалишни бартараф етиш учун хлорпромазин тавсия етилади. 6 ойликдан 12 ёшгача бўлган болаларга: психотик бузилишларда - м/о, 0,55 мг/кг ёки 15 мг/кв. м ҳар 6-8 соатда; операция пайтида кўнгил айнаши ва қусишда - м/о, 0,275 мг/кг, зарур бўлганда ва чидамлилиқни ҳисобга олган ҳолда доза 30 дақиқадан кейин такрорланади; в/и, 0,275 мг/кг (тахминан 1 мг/мл 0,9% НаСл еритмаси билан концентрациягача суюлтирилган), 1 мг/2 дақиқа тезликда.
-----------	--

Ақли заиф беморларда турли хил психомотор кўзғалишлар, васваса ва галлюцинациялар, кўркув ва хавотирни бартараф этади. Доза индивидуал равишда белгиланади. Таблетка ва дражеларда 12 ёшгача бериш мумкин емас.

<b>4C</b>	Галоперидол 3 ёшдан бошлаб ақли заиф болаларда агрессив кўзғатувчи хулқ-атворни ва коморбид галлюцинатор-параноид симптоматикани бартараф етиш учун тавсия етилади. 3 ёшдан катта болалар учун доза суткасига 0,025-0,05 мг ни ташкил етиб, 2 қабулга бўлинади. Максимал суткалик дозаси - 0,15 мг/кг.
-----------	--

Галоперидол - антипсихотик восита бўлиб, бутирофенон ҳосилаларига киради. Кучли антипсихотик ва қусишга қарши таъсир кўрсатади. Психомотор кўзғалишни тўхтатиш учун галоперидол 6-12 ёшли болаларга 1-15 мг, 13-17 ёшли болаларга 1-40 мг дозада, одатдаги доза 0,5 мг/кг дозада 2-3 қабулда берилади. МНС томонидан: турли даражадаги екстрапирамидал бузилишлар, паркинсонизм. Кўпчилик беморларда ўтиб кетувчи акинето-ригид синдроми, окулогик кризлар, акатизия, дистоник ҳодисалар кузатилади.

### Бошқа даволаш

<b>1A</b>	Ақли заифликни жарроҳлик йўли билан даволаш тавсия етилмайди.
-----------	---

Ақлий заифликни дори-дармонлар билан даволаш самарасиз бўлганда (биринчи навбатда, имбециллик даражасига мос келадиган) муқобил сифатида беморнинг танасига ўзак хужайраларини нейротрансплантация қилиш (киритиш) таклиф қилинди. Бир қатор ҳолларда, баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, жарроҳлик аралашуви ушбу беморларда кўплаб руҳий касалликларни камайтиришга имкон берди. Катамнестик кузатувлар ҳозирча ишончли ижобий натижаларни кўрсатмади.

<b>5C</b>	Психотерапияни нафақат беморни, балки унинг яқинларини ҳам қамраб олган ҳолда кенг қўллаш тавсия етилади.
-----------	---

Амбулатория-поликлиника ёрдами шароитида беморга нисбатан толерантликни оширишга, ноадекват аффектив жавоб бериш хавфини камайтирадиган мулоқот шаклларига ўргатишга, аномал психосоциал вазиятларни аниқлаш ва бартараф етишга (имкон қадар) ёрдам беришга қаратилган индивидуал суҳбатлар енг қулай ҳисобланади.

<b>5C</b>	Ақли заифликнинг енгил шакллари бўлган шахслар учун гуруҳ психотерапияси тавсия етилади.
-----------	--

Гуруҳий психотерапиянинг мақсади беморнинг коммуникатив зўриқишини камайтириш, унинг ижтимоий алоқаларнинг хавфсиз тажрибасини егаллаши, ҳаётий муаммоларни ҳал қилиш кўникмаларини шакллантиришдан иборат. Енгил даражадаги ақлий заифлик билан оғриган беморларда гуруҳ ичидаги ўзаро таъсир таҳлили ўтказилиши мумкин, бу уларга ижтимоий изоляцияга олиб келадиган номутаносиб шахслараро алоқаларда ўз ролини англашга ёрдам беради.

### Реабилитация

Реабилитациянинг мақсади ақли заиф беморларнинг ижтимоий бегоналашувини бартараф етиш орқали уларнинг ҳаёт сифати ва ижтимоий фаолиятини яхшилаш, жамиятда ижтимоий фаолият ва барқарор мослашув даражасини ошириш, шунингдек, енг кўп сақланиб қолган функцияларни ривожлантириш учун мақбул йўллари танлашдир. Реабилитациянинг асосий вазифаларига мулоқот кўникмаларини, стрессларни енгил қобилятини, шунингдек, меҳнат фаолиятини ривожлантириш орқали беморларнинг ижтимоий компетентлигини ошириш; камситиш ва стигмани камайтириш; оилаларни

қўллаб-қувватлаш, узоқ муддатли ижтимоий қўллаб-қувватлашни яратиш ва сақлаб қолиш, камида асосий еҳтиёжларни қондириш, жумладан, уй-жой билан таъминлаш, ишга жойлашиш, дам олишни ташкил етиш, ижтимоий тармоқни (мулоқот доирасини) яратиш, беморларнинг автономиясини (мустақиллигини) ошириш киради.

Умуман олганда, гап реабилитация эмас, балки абилитация тадбирлари ҳақида кетмоқда. Абилитация тадбирларининг муваффақияти, албатта, ақлий заифликнинг ифодаланиш даражасига, шунингдек, абилитацияни мураккаблаштириши мумкин бўлган психопатологик ёки неврологик бузилишларга боғлиқ.

5C

Ижтимоий-психологик реабилитацияни психоневрологик диспансернинг тиббий реабилитация бўлими шароитида ўтказиш тавсия етилади.

Ижтимоий-психологик реабилитация ва реабилитация тадбирлари ақли заиф инсонларда ўзлигини англаш, когнитив, коммуникатив ва ижодий қобилиятларни ривожлантириш, ҳаракатларни мувофиқлаштириш, хулқ-атвор ва ҳиссий бузилишларни бартараф етиш учун шароит яратади. Гуруҳ машғулоти, тренинглари ўзаро ёрдам, раҳм-шафқат, масъулият, ижтимоий ўзаро таъсир қобилиятини шакллантиришга ёрдам беради. Психотерапевтлар ва клиник психологлар арт-терапевтик техникалардан фойдаланадилар, тренинг машғулоти, психологик ўйинлар, ижодий дарслар ўтказиладилар.

5C

Ақли заиф шахсларни ижтимоий-маиший реабилитация қилиш бўйича индивидуал дастурларни яратиш тавсия етилади.

Ижтимоий-маиший реабилитация ақлий ва руҳий нуқсонлари бўлган шахсни мустақил ҳаётга тайёрлашнинг асоси ҳисобланади. Бу мақсадларга оила билан олиб бориладиган психологик-тарбиявий ишлар орқали еришилади. Ақли заиф ўсмирларда ўтказиладиган тренинглари яшаш, транспорт, шаҳар муҳити шароитларига мослашиш кўникмаларини мустаҳкамлайди, одатий ва экстремал вазиятларда тўғри хулқ-атвор ҳақидаги тасаввурларни шакллантиради.

5C

Адаптив жисмоний тарбия ва спорт усуллари билан реабилитация қилиш тавсия етилади.

Ҳаракатнинг нормал ривожланиши психика ва нутқнинг фаоллашувига ёрдам беради, бу еса, ўз навбатида, ҳаракат функцияларининг шаклланишини, майда мушакларнинг ривожланиши, қўл ҳаракатлари ва нутқ ўртасидаги боғлиқликни рағбатлантиради.

5C

Ёш ногиронларнинг ота-оналари (қонуний вакиллари) билан гуруҳли психологик-тарбиявий ишларни ўтказиш тавсия етилади.

Ақли заиф ногиронлар ижтимоий жиҳатдан енг заиф тоифалардан бири ҳисобланади. Улар ёпиқ меҳнат бозори шароитида ҳам касб-ҳунар ўрганиш ва ишга жойлашиш имкониятига деярли ега эмас. Ота-оналар ва вояга етган болалар ўртасидаги муносабатлар васийлик ва ҳомийлик доирасига киради. Ногирон ўсмирларнинг ота-оналари, кўпчилиги, ўз қайғуларини "ишлай" олишди, болани қандай бўлса, шундайлигича қабул қилишди, лекин улар вафотидан кейин қандай яшаши ҳақида қайғуришади. Ота-оналар билан ишлаш шакллари қуйидагилар бўлиши мумкин: маълум бир дастур бўйича ташкил етилган ва ҳам назарий, ҳам амалий жиҳатларни ўз ичига олган семинарлар, ногиронлиги бўлган шахсга конструктив таъсир кўрсатиш мақсадида психологик саломатлик ва оиладаги қулай муҳитни қўллаб-қувватлаш учун тренинглари; дўстона алоқаларни ўрнатиш, қўшимча оилалараро алоқаларни ўрнатиш учун ота-оналар клуби.

**5C**

Касбий реабилитация (меҳнат терапияси) ни психоневрологик диспансернинг тиббий реабилитация бўлими шароитида ўтказиш тавсия етилади.

Касбий реабилитация - ногироннинг касбий жиҳатдан ўзини ўзи белгилашига, меҳнат ҳаётига қўшилишига, соғлиғининг ҳолатига кўра қулай меҳнат шароитларида меҳнат қобилиятини тиклашига қаратилган, ногироннинг моддий мустақиллигига, ўзини ўзи таъминлашига ва жамиятга қўшилишига еришишни ўз олдига мақсад қилиб қўйган тадбирлар мажмуи. Касбий реабилитация касбга йўналтириш, касбга тайёрлаш, оқилона ишга жойлаштириш ва ишлаб чиқаришга мослаштиришни ўз ичига олади.

### Профилактика

Ақли заиф ўсмирлар учун иккиламчи ва учламчи профилактика тадбирларини ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Ақли заиф одамларнинг соғлиғи билан боғлиқ мураккаб муаммолар мавжуд бўлиб, уларнинг баъзилари умумий аҳолидан фарқ қилади. Ушбу муаммоларни аниқлаш, касалланиш ва ерта ўлимнинг олдини олиш учун етарли даражадаги бирламчи тиббий ёрдам зарур. Жисмоний, хулқ-атвор ва рухий саломатлик муаммоларини ҳал қилиш керак ва бирламчи тиббий ёрдам кўрсатувчилар саломатликка таъсир қилувчи биологик, психологик ва ижтимоий омилларнинг ўзаро таъсирига алоҳида еътибор беришлари керак, чунки бу ўзаро таъсирларни ақли заиф ўсмирларда осонгина пайқамаслик мумкин.

**5C**

Бирламчи тиббий-санитария ёрдами органларига ақли заиф шахсларни мунтазам равишда педиатр-шифокорлар томонидан комплекс жисмоний баҳолаш ва кўриқдан (диспансеризациядан) ўтказишни ташкил етиш тавсия етилади.

Кўплаб ақли заиф инсонлар соғлом турмуш тарзини олиб бориш ва тиббий хизматлардан фойдаланиш учун қўллаб-қувватлашга муҳтож. Кекса аҳоли ва ақли заиф одамлар ўртасида кўплаб ўхшашликлар мавжуд. Аҳолининг иккала гуруҳи ҳам бир хил эмас ва маълумки, улар тан олинмаган ёки ёмон бошқариладиган соғлиқ ҳолатларидан азият чекадилар. Ақли заиф болалар ва ўсмирлар соғлиғида кўплаб аниқланмаган ва кўпинча аниқ муаммолар мавжуд, шунинг учун бирламчи тиббий ёрдам бўғинида комплекс баҳолаш самарали бўлиши мумкин.

**5C**

Ақли заиф шахсларга психоневрологик диспансер шароитида амбулатор психиатрик ёрдамнинг барча турларини участка шифокор-психиатри томонидан кўрсатиш тавсия етилади.

### Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил етиш

Ақли заифларда рухий бузилишларнинг бутун диапазони кузатилиши мумкин, уларнинг частотаси умумий популяцияга қараганда камида 3-4 барабар юқори. Бундан ташқари, ақли заиф шахслар жисмоний ва жинсий зўравонлик эксплуатацияси қурбонига айланишади. Адаптив хулқ-атвор ҳар доим бузилган, аммо қўллаб-қувватлаш таъминланган ҳимояланган ижтимоий шароитларда, енгил даражадаги ақлий заифлиги бўлган беморларда бу бузилиш аниқ характерга ега бўлмаслиги мумкин. Психотик (кататонга ўхшаш, галлюцинатор-параноид, маниакал ва депрессив ва ҳ.к.) симптоматика билан асоратланган ақлий заифлик шакллари стационар даволаниш учун бевосита кўрсатма ҳисобланади. Психотик бўлмаган хулқ-атвор бузилишлари стационар даволаниш учун кўрсатма эмас.

Беморларни психиатрик стационар ёки ярим стационардан чиқариш психофармакологик даволашни танлаш ва ҳолатни нормаллаштириш муваффақиятли яқунлангандан сўнг амалга оширилиши тавсия етилади. Ўткир психотик аломатлар ўтиб кетгандан сўнг, стационар/ярим стационар босқичидаёқ реабилитация усулларини қўллашни бошлаш тавсия етилади.

### *Бемор учун маълумот*

Ақли заиф беморнинг ота-онаси ёки қонуний вакилларига ушбу патологиянинг табиати, намоён бўлиши, диагностика усуллари ва аралашув усуллари тушунарли шаклда тушунтириш керак.

Ақлий заифлик психиканинг туғма ёки ерта орттирилган ривожланмаганлиги, когнитив қобилиятлар ва мослашувчан хатти-ҳаракатларнинг яққол етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган ҳолатлар гуруҳи бўлиб, бу шахснинг адекват ижтимоий фаолиятини қийинлаштиради ёки бутунлай имконсиз қилади.

Ақлий заифликни бевосита даволашнинг иложи йўқ. Бироқ, ақли заифларда руҳий бузилишларнинг бутун диапазони кузатилиши мумкин, уларнинг частотаси умумий аҳолига қараганда 3-4 баравар юқори. Тавсия етилган дори-дармонлар билан даволаш ушбу бузилишларни бартараф етишга қаратилган.

Самарадорлиги ва хавфсизлиги исботланган усулларга хулқ-атвор, психологик ва таълим ёндашувлари асосида доимий равишда абилитация қилиш киради. Ижтимоий фаолиятнинг самарадорлиги касбий абилитация ва мураккаб бўлмаган касбларга ўқитиш (поябзал, тикувчилик, муқовачилик ва бошқалар) билан таъминланади. Тиббий-реабилитация тадбирлари психоневрология диспансерларининг тиббий-реабилитация бўлимларида, ногиронлар учун еса Меҳнат ва аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш вазирлиги муассасаларида амалга оширилади.

## **Список литературы**

1. Саллашай Е. Браин елестрисал потенциалс анд индивидуал псйчологисал дифференсес. Неш Ёрк: Груне& Страттон.
2. Чои Ж, Ку Б, Ёу ЙГ, ет ал. Рестинг-стате префронтал ЕЕГ биомаркерс ин соррелатион шитҳ ММСЕ ссорес ин елдерлй индивидуалс. Сси Реп. 2019;9(1):10468. Публишед 2019 Жул 18. дои:10.1038/с41598-019-46789-2.
3. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при умственной отсталости в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера диспансерного отделения, кабинета) [Электронный ресурс] [ҳттп://досс.снтд.ру/досумент/499000629](http://досс.снтд.ру/досумент/499000629) (дата обращения 10.10.2020)
4. Стандарт специализированной медицинской помощи при умственной отсталости. [Электронный ресурс] [ҳттпс://минздрав.гов.ру/досуменц/8913-приказ-министерства-здравоохранения-российской-федерации-от-20-декабря-2012-г-1230н-об-утверзждении-стандарта-специализированной-медицинской-помосчи-при-умственной-оцталости](https://минздрав.гов.ру/досуменц/8913-приказ-министерства-здравоохранения-российской-федерации-от-20-декабря-2012-г-1230н-об-утверзждении-стандарта-специализированной-медицинской-помосчи-при-умственной-оцталости).

