

O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirining  
2025 yil "23" iyundagi  
180-sonli buyrug'iga  
26-ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN RUHIY SALOMATLIK ILMIY-AMALIY  
MARKAZI**

**"AQLIY ZAIFLIK" NOZOLOGIYASI BO'YICHA  
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.**

**TOSHKENT – 2025**

**“KELISHILGAN”**  
**Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik**  
**ilmiy-amaliy**  
**markazi direktori**  
**Z.Sh.Ashurov**

“ ” “ ” 202\_\_ yil

**"AQLIY ZAIFLIK" NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY  
KLINIK PROTOKOLLARI.**

**"AQLIY ZAIFLIK" NOZOLOGIYASI BO'YICHA  
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.**

**TOSHKENT – 2025**

**Kirish qismi**  
**Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10/11**

<b>Engil aqliy zaiflik</b>	
<b>F70.0</b>	Xulq-atvorning yo'q yoki engil buzilishi bilan engil aqliy zaiflik
<b>F70.1</b>	Ehtiyotkorlik va davolanishni talab qiladigan jiddiy xulq-atvor buzilishlari bilan engil aqliy zaiflik
<b>F70.8</b>	Boshqa xulq-atvor buzilishlari bilan engil aqliy zaiflik
<b>F70.9</b>	Xulq-atvor buzilishlarini ko'rsatmasdan engil aqliy zaiflik
<b>O'rtacha aqliy zaiflik</b>	
<b>F71.0</b>	Xulq-atvorning yo'qligi yoki engil buzilishi bilan o'rtacha aqliy zaiflik
<b>F71.1</b>	Ehtiyotkorlik va davolanishni talab qiladigan jiddiy xulq-atvor buzilishlari bilan o'rtacha aqliy zaiflik
<b>F71.8</b>	Boshqa xulq-atvor buzilishlari bilan o'rtacha aqliy zaiflik
<b>F71.9</b>	Xulq-atvorning buzilishini ko'rsatmasdan o'rtacha aqliy zaiflik
<b>Jiddiy aqliy zaiflik</b>	
<b>F72.0</b>	Xulq-atvorning yo'qligi yoki engil buzilishi bilan og'ir aqliy zaiflik
<b>F72.1</b>	Ehtiyotkorlik va davolanishni talab qiladigan jiddiy xatti-harakatlarning buzilishi bilan og'ir aqliy zaiflik
<b>F72.8</b>	Boshqa xatti-harakatlarning buzilishi bilan og'ir aqliy zaiflik
<b>F72.9</b>	Xulq-atvorning buzilishini ko'rsatmasdan kuchli aqliy zaiflik
<b>Jiddiy aqliy zaiflik</b>	
<b>F73.0</b>	Xulq-atvor buzilishlarining yo'qligi yoki engil namoyon bo'lishi bilan og'ir aqliy zaiflik
<b>F73.1</b>	Ehtiyotkorlik va davolanishni talab qiladigan jiddiy xatti-harakatlarning buzilishi bilan og'ir aqliy zaiflik
<b>F73.8</b>	Boshqa xatti-harakatlarning buzilishi bilan og'ir aqliy zaiflik
<b>F73.9</b>	Xulq-atvorning buzilishini ko'rsatmasdan kuchli aqliy zaiflik
<b>Aqliy zaiflikning boshqa shakllari</b>	
<b>F78.0</b>	Xulq-atvor buzilishining yo'qligi yoki engil namoyon bo'lishi bilan aqliy zaiflikning boshqa shakllari

<b>F78.1</b>	Ehtiyotkorlik va davolanishni talab qiladigan jiddiy xulq-atvor buzilishlari bilan aqliy zaiflikning boshqa shakllari
<b>F78.8</b>	Boshqa xatti-harakatlarning buzilishi bilan aqliy zaiflikning boshqa shakllari
<b>F78.9</b>	Xulq-atvorning buzilishini ko'rsatmasdan aqliy zaiflikning boshqa shakllari
<b>Aqliy zaiflik, aniqlanmagan</b>	
<b>F79.0</b>	Xulq-atvorda noaniq yoki engil buzilishlar bilan aniqlanmagan aqliy zaiflik
<b>F79.1</b>	G'amxo'rlik va davolanishni talab qiladigan jiddiy xulq-atvor buzilishlari bilan aniqlanmagan aqliy zaiflik
<b>F79.8</b>	Boshqa xatti-harakatlarning buzilishi bilan aniqlanmagan aqliy zaiflik
<b>F79.9</b>	Xulq-atvorning buzilishini ko'rsatmasdan aniqlanmagan aqliy zaiflik
<a href="https://icd.who.int/browse10/2010/en#">https://icd.who.int/browse10/2010/en#</a>	
Шифр МКБ-11	Интеллектуал ривожланish buzilishlari
6A00	Интеллектуал ривожланish buzilishlari
6A00.0	Интеллектуал nogironlik, engil
6A00.1	Интеллектуал nogironlik, o'rtacha
6A00.2	Интеллектуал nogironlik, og'ir
6A00.3	Интеллектуал nogironlik, chuqur
6A00.4	Интеллектуал nogironlik, shubhali
6A00.Y	Boshqa ko'rsatilgan aqliy nuqsonlar
6A00.Z	Интеллектуал nogironlik, aniqlanmagan
<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru</a>	

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda. Taqdim yetilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda ye'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa: Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy Salomatlik ilmiy-amaliy markazi.

Mas'ul ijrochilar

Ashurov Z. Sh. - t.f.d., professor, . RIRSIAM direktori, Toshkent tibbiyot akademiyasining psixiatriya va narkologiya kafedrasini mudiri, O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligining bosh psixiatr va narkologi, O'zbekiston psixiatrlar assotsiatsiyasi Prezidenti.

Alimov O'. X. - t.f.d., professor, tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazining psixiatriya va psixoterapiya kafedrasini mudiri.

Abdullayeva V. K. – t.f.d., professor, ToshPMI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrası mudiri.

Chembayev B. R. PhD, RIRSIAM direktorining psixiatriya bo'yicha o'rinbosari.

Rogov A. V. – PhD., ToshPMI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrası assistenti.

Taqrizchilar

Sivolap Yu.P. - Tibbiyot fanlari doktori, uzluksiz tibbiy ta'lim fakulteti psixiatriya, psixoterapiya va Psixosomatik patologiya kafedrası professori, Patris Lumumba RUDN

Velilyaeva A.S. - psixiatriya, tibbiy psixologiya va narkologiya, Samarqand davlat tibbiyot kafedrası mudiri

Klinik protokol oliy ta'lim muassasalari fakulteti, O'zbekiston psixiatrlari assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIRSIAM filiallari direktorlari va ularning o'rinbosarlari), hududiy muassasalar shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida norasmiy konsensusga yerishish orqali muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya yetildi.

Ishchi guruh rahbariyati:

Z. Sh. Ashurov - t.f.d., prof., RIRSIAM direktori

Klinik protokol №3 15 may 2025 noyabrda Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy Salomatlik ilmiy-amaliy markazi ilmiy Kengashi tomonidan ko'rib chiqildi va tasdiqlandi

Ilmiy Kengash raisi- RIRSIAM direktori, tibbiyot fanlari doktori, professor Z. Sh. Ashurov

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi yekspertlar guruhi yekspertlari tomonidan yekspert bahosi:

1. Ibadullaev Zarifboy Rajabovich-Toshkent Tibbiyot Akademiyasi
2. Nurxadjaev Sobir Nosirxadjaevich-Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.E, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

#### Қисқартмалар рўйхати

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

**Mundarija:**

- 1. “Aqliy zaiflik” nozologiyasini diagnostikasi va davolash milliy klinik protokoli.....6-19**
- 2. "Aqliy zaiflik" nozologiyasi bo'yicha tibbiy aralashuvning milliy klinik protokoli.....18-20**
- 3. “Aqliy zaiflik” nozologiyasining oldini olish va rehabilitatsiya qilish milliy klinik protokoli .....20**

## **Protokolning maqsadli guruhi:**

1. Psixiatr shifokorlar;
2. Psixoterapevtlar
3. Klinik psixologlar
4. Umumiy amaliyot shifokorlari;
5. Sog'liqni saqlash tashkilotchilari
6. Umumiy amaliyot shifokorlari
7. Umumiy amaliyot shifokorlari
8. Tibbiyot universitetlari talabalari, rezidentlar, magistrlar, doktorantlar
9. Psixonevrologlar
10. Bolalar psixiatrlari

## **Ta'riflar**

**Aqliy zaiflik** - umumiy ruhiy rivojlanmaganlikning turli irsiy, tug'ma yoki erta orttirilgan holatlari guruhi. XKT-10 da aqliy zaiflik tashxisini kodlash uchun etiologiyasiga, shuningdek, yondosh sezilarli xulq-atvor buzilishlarining mavjudligi yoki yo'qligiga qarab nuqtadan keyin aniqlashtiruvchi raqamlar bilan F70-79 bo'limlaridan foydalanish taklif etilgan. Aqliy zaiflikning sinonimlari "umumiy ruhiy rivojlanmaganlik," "ruhiy rivojlanmaganlik," "oligofreniya" kabi tushunchalardir. Ba'zi zamonaviy mualliflarning fikriga ko'ra, "aqliy zaiflik" tushunchasi ilgari tez-tez ishlatilgan "oligofreniya" atamasidan kengroqdir. Oligofreniya deganda asosan intellekt sohasi bilan chegaralangan nuqson tushuniladi. "Aqliy zaiflik" atamasi so'nggi yigirma yil ichida jahon psixiatriyasida tobora keng tarqalib, asta-sekin "oligofreniya" atamasini almashtirdi. Bizning fikrimizcha, an'anaviy, shu jumladan bizning mamlakatimiz uchun ham "oligofreniya" atamasi har holda yo'qolmasligi kerak va gap, masalan, chegaraviy aqliy zaiflik yoki demensiya haqida bormaganda bemalol ishlatilishi mumkin.

## **Tasniflash**

Aksariyat tasniflarda aqliy zaiflikni guruhlashning asosiy mezoni sifatida intellektual nuqsonning chuqurlik darajasi qo'llaniladi. XKT-10 da yengil (F70), o'rtacha (F71), og'ir (F72) va chuqur (F73) darajadagi aqliy zaiflik farqlanadi. F78 (boshqa aqli zaiflik) va F79 (aniqlanmagan aqli zaiflik) bo'limlari ham ajratiladi.

Adabiyotlarda ko'pincha umumiy psixik rivojlanmaganlikning uch darajasi ajratib ko'rsatilgan: idiotiya (chuqur aqliy zaiflik), imbetsillik (keskin ifodalangan va o'rtacha og'irlikdagi aqliy zaiflik) va debillik (yengil aqliy zaiflik). Ushbu tasnif amaliyotda foydalanish uchun qulay va eng keng tarqalgan.

Tipologiyaning klinik nuqtayi nazardan muhim varianti S.S.Mnuxin tomonidan taklif etilgan va keyinchalik D.N.Isayev tomonidan to'ldirilgan psixik rivojlanmaganlikning klinik-fiziologik tasnifi hisoblanadi. Bu tasnifga ko'ra aqli zaiflik 4 shaklga bo'linadi: astenik, atonik, stenik va disforik.

## **Etiologiyasi va patogenezi**

Patogen omillarning xilma-xilligi va aqli zaiflikning nospetsifikligi aqli zaiflikning kelib chiqishidagi sabab-oqibat aloqalarini baholashni qiyinlashtiradi. Aksariyat hollarda muhit va endogen (irsiy) omillar murakkab o'zaro ta'sir va birlikda namoyon bo'ladi. Biroq, aqliy zaiflikning barcha shakllari uchun umumiy bo'lgan patogenetik bo'g'inlar ham mavjud bo'lib, ular aqliy zaiflik sindromining o'xshash klinik ko'rinishlariga olib keladi, ular orasida xronogen omil, ya'ni rivojlanayotgan miyaning shikastlanishi sodir bo'ladigan ontogenez davri ayniqsa muhim rol o'ynaydi. Turli patogen ta'sirlar, ya'ni genetik va ekzogen ta'sirlar bir xil davrda ta'sir etib, bir xil klinik ko'rinishlarni keltirib chiqarsa, bir xil etiologik omil ontogenezning turli bosqichlarida ta'sir etib, turlicha oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Patologik holatlarning polimorf guruhi bo'lgan aqliy zaiflikda klinik-psixopatologik buzilishlarning katta xilma-xilligi qayd etiladi. Aqli zaiflikning klinik differensiallashgan va klinik differensiallashmagan shakllari farqlanadi.

Klinik differensiatlangan aqliy zaiflik guruhiga o'ziga xos klinik-psixopatologik va somatonevrologik manzaraga ega bo'lgan nozologik mustaqil kasalliklar kiradi, ular uchun ruhiy rivojlanmaganlik simptomlardan biri bo'lib, odatda eng og'ir hisoblanadi. Ko'pincha bu genetik jihatdan bog'liq bo'lgan buzilishlar yoki etiologiyasi hali aniq bo'lmagan o'ziga xos somatonevrologik ko'rinishlar bilan klinik jihatdan aniqlangan sindromlardir.

Aqli zaiflikning turli shakllari patogenetik mexanizmlari bo'yicha bir-biridan keskin farq qiladi. Biroq, patogenezning umumiy bo'g'inlari ham mavjud.

Aqliy zaiflikning taxminan 75 foizi homila davrida bosh miyaning shikastlanishi bilan bog'liq. A'zolar va tizimlar shakllanishining buzilishi ko'pincha ular rivojlanishining tanqidiy bosqichlarida sodir bo'ladi. Barcha homila ichi rivojlanish anomaliyalari blastogenez davrida (homiladorlikning 4 haftasigacha) embrionning shikastlanishi bilan bog'liq blastopatiyalarga, embriogenez davrida, ya'ni homiladorlikning 4 haftasidan 4 oyigacha bo'lgan davrda embrionning shikastlanishi bilan bog'liq embriopatiyalarga, shuningdek homiladorlikning 4 oyidan oxirigacha bo'lgan davrda homilaning shikastlanishi bilan bog'liq fetopatiyalarga bo'linadi.

## **Epidemiologiya**

Rasmiy tibbiy hisobot ma'lumotlariga ko'ra, dunyoda aqliy zaiflikning tarqalish ko'rsatkichlari keng diapazonda o'zgarib turadi: ming aholiga 3,04 dan 24,6 gacha va undan yuqori. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, aholi orasida aqliy zaiflikning tarqalish ko'rsatkichlari aholining 1-3% oralig'ida o'zgarib turadi. Ekopatogen omillar ta'siri mavjud bo'lgan mintaqalarda, shuningdek, izolyatsiyalangan ijtimoiy guruhlar kuzatilganda, ushbu patologiyaning tarqalishi 7% ga yetishi mumkin. Erkaklar orasida aqliy zaiflik ayollarga qaraganda taxminan 1,5 baravar ko'proq uchraydi. Bunday nisbat psixik rivojlanmaganlikning yengil darajasida ko'proq ko'zga tashlanadi, intellektual yetishmovchilikning ifodalangan darajalarida esa, odatda, o'g'il va qiz bolalar o'rtasida miqdoriy farq kuzatilmaydi.

## **Klinik ko'rinishi**

Aqliy zaiflikning o'ziga xos klinik xususiyatlari, G.Ye. Suxarevaning fikriga ko'ra, birinchi navbatda, intellektual yetishmovchilikning boshqa ruhiy funksiyalar nuqsonidan ustunligi va kasallikning asosiy alomatlari rivojlanishining yo'qligi. Shuni ta'kidlash kerakki, aqliy zaiflikning ba'zi shakllarida progressiv jarayon bo'lishi mumkin. Masalan, fenilketonuriyada hayotning dastlabki yillarida kasallikning progressiv dinamikasi kuzatiladi.

Odatda, aqliy zaiflik bosh miya va butun organizm dizontogeniyasining namoyon bo'lishidir. Oligofrenik aqli zaiflikning o'ziga xos xususiyati bosh miyaning eng tabaqalashgan, filogenetik va ontogenetik jihatdan yosh tizimlarining ustun darajada rivojlanmaganligidir. Bu qonuniyat tafakkur xususiyatlarida yaqqol ko'zga tashlanadi: uning oliy shakllari - umumlashtirish va mavhumlashtirish jarayonlari ko'proq zarar ko'radi. Bemorlarning tafakkuri rivojlanish bosqichida bo'lib, bilish faoliyatida xususiy, o'ta aniq aloqalarni o'rnatish yetakchi hisoblanadi, mavhum tafakkurning yuqori shakllari esa mavjud bo'lmaydi. Tushunchali fikrlash qobiliyatining yo'qligi "predmetlarni tasniflash" usuli bo'yicha o'tkazilgan tajribada yaqqol namoyon bo'ladi: tur va tur tushunchalarini ajratish, eng umumiy belgilar bilan operatsiya qilish bu bemorlarga deyarli mumkin emas. Mavhumlashtirish jarayonining yetarli emasligi maqol, matal va metaforalarning ko'chma ma'nosini tushunmaslikda ham namoyon bo'ladi.

Aqli zaiflik uchun xarakterli bo'lgan abstrakt tafakkurga layoqatsizlik diqqat, idrok, xotira xususiyatlarida ham o'z aksini topadi. Oligofreniya bilan og'rigan bemorlarda diqqat qiyin jalb qilinadi, yomon fiksatsiyalanadi, uning yengil chalg'uvchanligi qayd etiladi. Oligofreniya bilan og'rigan bemorning idroki nisbatan kambag'al va atrof-muhitni yetarlicha to'liq aks ettirmaydi. Bu bolalarning xotirasi ham yetarli emas: barcha yangi narsalar nihoyatda sekin va ko'p marta takrorlangandan keyingina o'zlashtiriladi. Agar aqliy zaiflikning ba'zi variantlarida mexanik xotira to'liq qoniqarli bo'lsa, ma'noviy xotira har doim zarar ko'radi. Shunday qilib, o'qilgan matnni takrorlashda bemor o'z so'zlari bilan asosiy ma'noni yetkaza olmaydi, balki hamma narsani so'zma-so'z aytib berishga intiladi.

Oligofreniya bilan og'rigan bemorlar nutqining rivojlanmaganligi kognitiv faoliyatning yuqori shakllarining rivojlanmaganligi bilan chambarchas bog'liq bo'lib, bu birinchi navbatda uning rivojlanish bosqichlarining kechikishida namoyon bo'ladi. Nutqning rivojlanmaganlik darajasi aksariyat hollarda aqliy nuqsonning og'irligi bilan bog'liq. Faol nutqning rivojlanishiga ham, uni tushunishga ham putur yetadi. So'z zaxirasining cheklanganligi, duduqlanish, passiv lug'atning faol lug'atdan sezilarli darajada ko'pligi, nutqning ko'pincha kam ifodaliligi, iboralarning qisqaligi, ko'pincha grammatik bo'lmasligi, so'zlarni ma'nosiga ko'ra noto'g'ri qo'llash bilan tavsiflanadi.

Oligofreniya bilan og'rigan bemorlarning his-tuyg'ulari qiyin harakatchanlik bilan tavsiflanadi. Ushbu bemorlar uchun faqat bevosita kechinmalar dolzarb bo'lib, ular kelajakda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan quvonch va qayg'uga javob bera olmaydilar. His-tuyg'ularning kam farqlanishi, ularning bir xilligi, kechinmalarning nozik tuslarining yo'qligi, o'z hissiy ko'rinishlarini bostirish qobiliyatining yetarli emasligi xosdir. Shu bilan birga, intellektual nuqsonning chuqurligiga nisbatan hissiy sohaning ko'proq saqlanib qolishi yaqqol namoyon bo'ladi. Chunonchi, hatto ifodalangan aqliy zaiflikda ham bemorda ko'pincha hamdardlik, atrof-dagilarga yordam berishga intilish namoyon bo'lishini kuzatish mumkin, bunday bemorlar o'z qilmishlari uchun xafa bo'lish, uyalish, chuqur bog'liqlik hissini boshdan kechirishlari mumkin. Bu bemorlarning temperamenti va xarakteri ham juda xilma-xildir. Ular orasida muloyim va itoatkor, badjahl va tajovuzkor yoki badqovoq va tund subyektlarni kuzatish mumkin; xotirjam va vazminlar bilan bir qatorda lanj, loqayd yoki ortiqcha harakatchan va shoshqaloq bemorlarni ko'rish mumkin.

Aqli zaif bemorlarning irodaviy sohasi buzilishlari intellektual rivojlanmaganlik darajasiga katta bog'liqlikda bo'ladi. Intellektual nuqson qanchalik kuchli ifodalangan bo'lsa, bemorning xatti-harakatlari shunchalik kam motivatsiyalangan bo'ladi va ko'pincha ular faqat lahzalik istaklar (his-tuyg'ular) yoki mayllar bilan belgilanadi. Ularning faoliyatida hamisha impulsivlik alomatlari bo'ladi, xatti-harakatlar sog'lom odamlarda bo'ladigan motivlar kurashisiz amalga oshiriladi.

Yengil darajadagi aqli zaiflik (debillik, F70 bo'limi) uchun nisbatan yaxshi mexanik xotira xosdir. Bir qator hollarda, bu bemorlar ma'lumotlarning katta zaxirasini va o'qish, yozish va hisoblashning elementar ko'nikmalarini egallashga qodir. Ba'zan yaxshi mexanik xotira va nisbatan boy so'z zaxirasiga ega bo'lgan nutq tafakkur faoliyatining zaifligini, mavhum tushunchalar hosil qila olmaslikni niqoblashi mumkin. Bu bemorlar ishda (o'qishda) mustaqillik

va tashabbus ko'rsatmaydilar, asosiy qiyinchilik aqliy vazifalarga o'tishdir, ularning yechimi odatdagi faoliyat usulini yangi va hali noma'lum usul bilan almashtirishni talab qiladi. Shaxsning hissiy va irodaviy tomonlari debillikda yetarlicha xilma-xil, ammo umumiy xususiyatlar o'zini tuta bilish va mayllarni bostirish qobiliyatining yetarli emasligi, yuqori ishonuvchanlik va taqlid qilishga moyillik fonida impulsivlikdir. To'g'ri tarbiyalash va o'qitish, bemorga mehnat ko'nikmalarini singdirish bilan psixologik-pedagogik tuzatishni amalga oshirish bilan ular bir qator malakasiz kasblarni, birinchi navbatda, qo'l mehnatini egallashi mumkin, hayotga yaxshi maishiy moslashuvchanlikni namoyon qiladi. Shunday qilib, bu bemorlar aksariyat hollarda o'qitiladi (maktabning yordamchi dasturi) va keyinchalik mustaqil yashashi mumkin. Debillikni yakuniy tashxislash uchun optimal yosh oralig'i 6 yoshdan 8 yoshgacha hisoblanadi. XKT-10 da bemorlarning ushbu guruhini tavsiflashda shuni ta'kidlash kerakki, umuman olganda, yengil aqliy zaifligi bo'lgan odamlarning ko'pchiligida xulq-atvor, hissiy va ijtimoiy buzilishlar va ular bilan bog'liq bo'lgan terapiya va qo'llab-quvvatlashga bo'lgan ehtiyoj ruhiy rivojlanishning chuqurroq darajasi bo'lgan bemorlardagi o'ziga xos muammolarga qaraganda normal intellekt darajasiga ega bo'lgan odamlardagi muammolarga ko'proq o'xshaydi.

O'rta darajadagi aqliy zaiflik (yengil imbetsillik, F71 bo'limi) bo'lgan bemorlar ma'lumotlarning ma'lum zaxirasini to'plashga qodir, ularning ko'pchiligida mexanik xotira yetarli darajada rivojlangan. Bunday bemorlar so'z zaxirasi kam, nutqi grammatik bo'lmasa ham, nutqni tushunish va undan foydalanish cheklangan bo'lsa ham, nutqni ham egallaydilar. Imbetsillikning yengil darajasida o'z "Men"ini anglash ozmi-ko'pmi rivojlangan bo'ladi. Bemorlarning ko'pchiligi egotsentrik bo'lib, o'ziga e'tiborni kuchaytirishni talab qiladi, ularning harakatlari ijobiy baholanganda xursand bo'ladi va ularga tanbeh berilganda xafa bo'ladi. Bunday bemorlar bilan suhbatlashganda zo'riqishni talab qiladigan savollarga "qo'limdan kelmaydi," "bilmayman," "xohlamayman" deb javob berishlarini kuzatish mumkin. Maxsus ta'lim dasturlari bir qator asosiy ko'nikma va malakalarni egallash uchun ma'lum imkoniyatlar berishi mumkin, ammo o'zlashtiriladigan materialning hajmi juda past. Yetarli darajada motor rivojlanishda o'rtacha aqli zaiflik bilan og'rigan bemorlar oddiy mehnat turlarini o'zlashtirishi mumkin, ammo ularning ishi mexanik xususiyatga ega bo'lib, ular o'z faoliyatini o'zgartirgan vaziyatga mos ravishda o'zgartira olmaydilar. Bunday bemorlar mustaqil hayot kechirishga odatda moslashmagan bo'lib, doimiy g'amxo'rlik va parvarishga muhtoj bo'ladilar. Yengil imbetsillikni yakuniy tashxislash uchun optimal yosh oralig'i 3 yoshdan 5 yoshgacha hisoblanadi.

Og'ir darajadagi aqliy zaiflikning klinik ko'rinishi (yaqqol imbetsillik, F72 bo'limi), birinchi navbatda, yengil imbetsillik simptomatikasiga o'xshaydi. Ijtimoiy faoliyatning past darajasi qayd etiladi, bu elementar maktab bilimlari, maishiy ko'nikma va malakalarni deyarli to'liq o'zlashtira olmaslikda namoyon bo'ladi. Odatda bunday bemorlar umr bo'yi vasiylikka va doimiy parvarishga muhtoj bo'ladilar. O'rta darajadagi aqliy zaiflik bilan og'rigan bemorlardan farqli o'laroq, bu bemorlarda motor sohada yaqqol buzilishlar kuzatiladi, bu esa ularning oddiy ijtimoiy moslashuvini ham qiyinlashtiradi. Yengil imbetsillikni yakuniy tashxislash uchun optimal yosh oralig'i 3 yoshdan 5 yoshgacha hisoblanadi.

Chuqur aqliy zaiflik (idiotiya, F73 bo'limi) bilan og'rigan bemorlar uchun atrof-muhitga reaksiyaning keskin pasayishi xosdir. Ular atrofda sodir bo'layotgan barcha narsalarga umuman javob bermaydilar yoki har qanday qo'zg'atuvchiga javob berib, ularning hech biriga e'tibor bermasdan, noadekvat javoblar beradilar. Bo'lakli nutq yo'q, ularga qaratilgan nutqda bemorlar intonatsiyani idrok etadilar, ammo ma'nosini tushunmaydilar. O'z holiga tashlab qo'yilganda, ularning ko'pchiligi harakatsiz qoladi, boshqalari maqsadsiz doimiy harakatda bo'ladi, emaklaydi, narsalarni ushlaydi, tajovuzkor bo'lishi mumkin yoki autoagressiya kuzatiladi. Harakat qo'zg'alishi holatlari davriy ravishda va ko'pincha hech qanday sabablarsiz paydo bo'ladi. Rohatlanish yoki norozilik ko'rinishlari ibtidoiydir. Somatik farovonlik, to'qlik hissi xushchaqchaqlik va xotirjamlikka olib keladi, ochlik hissi yoki boshqa noxush tuyg'ular esa norozilik ifodasi bilan qichqirish, hayajonlanish yoki boshqa shunga o'xshash ko'rinishlarda namoyon bo'ladi. Noma'lum narsaga javoban qo'rquv, yig'i kuzatilishi mumkin. Ko'pincha

buzilgan yoki o'zgargan mayllar qayd etiladi: bulimiya yoki ovqatga bo'lgan maylning buzilishi, giperseksuallik, masalan, qattiq masturbatsiya va boshqalar. Butun psixik faoliyatning chuqur rivojlanmaganligi bilan jismoniy rivojlanishning turli, shu jumladan qo'pol nuqsonlari: displastiklik, bosh suyagi deformatsiyalari, rivojlanish nuqsonlari va anomaliyalari ham bog'liq. Ko'pincha nevrologik simptomlar, jumladan, parezlar va falajliklar ham kuzatiladi. Idiotiyani tashxislash uchun maqbul yosh, ayniqsa kasallikning prognozi va ijtimoiy oqibatlarini nuqtai nazaridan, hayotning birinchi oylari (birinchi yil) hisoblanadi. Har qanday holatda ham chuqur aqliy zaiflik 3 yoshgacha aniqlanishi kerak.

### Diagnostika

Aqliy zaiflik tashxisi birinchi marta odatda 6 yoshdan 8 yoshgacha bo'lgan davrda bolalar shifokor-psixiatri tomonidan qo'yiladi. Aqliy zaiflik tashxisi shifokor-psixiatr tomonidan aqliy zaiflikka xos bo'lgan klinik ko'rinish va rivojlanish tarixi - intellektual nuqson belgilari, idrok, xotira, diqqat, tafakkur, hissiy-irodaviy sohaning buzilishi va saqlanish darajasi, atrof-muhitga moslashish darajasi asosida qo'yiladi. Bolani ko'rikdan o'tkazishda tashxis qo'yish yoki tasdiqlash uchun yosh va o'tkazilayotgan davolash-reabilitatsiya tadbirlari bilan bog'liq bo'lgan ruhiy rivojlanmaganlik dinamikasini baholash talab etiladi.

### Tashxis qo'yish mezonlari

- 1) anamnestik ma'lumotlar,
- 2) laboratoriya tadqiqotlari ma'lumotlari,
- 3) instrumental diagnostik tadqiqot (differensial diagnostika) ma'lumotlari,
- 4) boshqa diagnostika usullarining ma'lumotlari.

### Shikoyat va anamnez

5S	Ilgari "aqliy zaiflik" tashxisi qo'yilgan barcha bolalarga tashxisni tasdiqlash maqsadida tekshirish uchun psixiatr-shifokor qabuli (ko'rik, maslahat) tavsiya etiladi.
----	---

5S	Shifokor-psixiatr ko'rigida tashxisni aniqlash (tasdiqlash) va aqliy zaifligi bo'lgan shaxslarni dinamik kuzatish uchun mavjud alomatlar va anamnez ma'lumotlarini baholash tavsiya etiladi.
----	--

Aqli zaiflikni tashxislashda faqat umumiy ruhiy rivojlanmaganlik faktini aniqlash bilan cheklanib bo'lmaydi, shuning uchun birinchi navbatda quyidagilarni aks ettiruvchi to'liq tashxisni shakllantirish maqsadga aylanadi: intellektual nuqsonning ifodalanishi va uning xususiyatlarini baholash; nuqson tuzilishining klinik va psixologik tavsifi; komorbid buzilishlarning mavjudligi; etiologik omillar; muhitga moslashish darajasi; kasallik klinikasining shakllanishi va uning ijtimoiy moslashuvida ishtirok etadigan ijtimoiy-psixologik omillar. Aqliy zaiflik boshqa har qanday ruhiy yoki somatik buzilish bilan rivojlanishi yoki ularsiz paydo bo'lishi mumkin. Biroq, aqli zaiflarda ruhiy buzilishlarning butun diapazoni kuzatilishi mumkin, ularning chastotasi umumiy populyatsiyaga qaraganda kamida 3-4 baravar yuqori.

5S	Yo'ldosh somatik buzilishlar mavjudligini baholash uchun bemorlarga pediatr (uchastka) shifokorining qabuli (ko'rik, maslahat) ni o'tkazish tavsiya etiladi.
----	--

Guruh sifatida, ruhiy rivojlanishida nuqsoni bo'lgan odamlar umumiy odamlarga qaraganda sog'lig'i zaifroq va birlamchi tibbiy yordamdan foydalanishlari qiyinroq. Yondosh jismoniy va ruhiy holatlarning yuqori tarqalganligi sababli, aqliy zaif bemorlar umumiy populyatsiyadagi bolalar va o'smirlarga qaraganda tibbiyot xodimlari tomonidan ko'proq e'tibor talab qiladi va sog'liqni saqlash resurslariga ko'proq ehtiyoj sezadi. Tegishli birlamchi tibbiy yordamsiz aqli zaif bemorlarning sog'lig'i bilan bog'liq muammolar ko'pincha e'tibordan chetda qoladi. Aniqlangan taqdirda ham, bu muammolar ko'pincha noadekvat yoki noto'g'ri hal qilinadi.

## Jismoniy tekshiruv

5S

Bemorlarda somatik va nevrologik patologiyaning mavjudligini baholash uchun pediatr va nevropatolog tomonidan qabul (ko'rik, maslahat) o'tkazish tavsiya etiladi.

Jismoniy tekshiruv o'tkazishda nevrologik simptomlar (xususi nevrologik tekshiruv) va mumkin bo'lgan somatik anomaliyalar, rivojlanish nuqsonlari, dizembriogenez stigmalarning mavjudligini baholash muhimdir. Ba'zi hollarda aniqlangan somatik simptomatika u yoki bu zararining ta'sir qilish vaqtini, aqliy zaiflikning bir qator differentsiyalangan shakllari uchun xos bo'lgan somatik anomaliyalarning mavjudligini aniqlashga imkon beradi. Ko'pincha aqli zaif bemorlarda dizembriogenezning ko'plab stigmalari kuzatiladi, masalan, quloq chig'anoqlarining noto'g'ri shakli, baland ("gotik") tanglay, past soch o'sishi, gipertelorizm, tishlarning noto'g'ri o'sishi va boshqalar. Yaqqol ifodalangan aqliy zaiflikda ko'pincha ko'plab anomaliyalar va rivojlanish nuqsonlari aniqlanadi, ular orasida ko'pincha ko'z nuqsonlari, yurak nuqsonlari, qo'shimcha barmoqlar, karlik, oyoq-qo'llarning kaltalashishi, jigar va taloqning kattalashishi qayd etiladi.

Tananing umumiy ko'rigi quyidagilarni o'z ichiga oladi: mumkin bo'lgan somatik anomaliyalar, rivojlanish nuqsonlari (ko'z nuqsonlari, yurak nuqsonlari, qo'shimcha barmoqlar, karlik, oyoq-qo'llarning kaltalashishi, shuningdek jigar va taloqning kattalashishi), dizembriogenez stigmalari (quloq suprasining noto'g'ri shakli, baland ("gotik") tanglay, past soch o'sishi, gipertelorizm, tishlarning noto'g'ri o'sishi), turli xil shikastlanish izlarini aniqlash, a'zolar va tizimlar bo'yicha holatni va anamnezda somatik kasalliklarning mavjudligini tekshirish. Nevrologik tekshiruvda quyidagilar aniqlanadi: bosh miya nervlari funksiyalarining buzilishi, reflekslar va ularning o'zgarishi, ekstrapiramidal buzilishlar, miyacha patologiyasi va harakat koordinatsiyasining buzilishi, sezuvchanlik va uning buzilishi, vegetativ nerv tizimi funksiyalarining buzilishi.

## Laboratoriya tekshiruvlari

5S

Og'ir anomaliyalar va/yoki rivojlanish nuqsonlari, dizembriogenezning ko'plab stigmalari mavjud bo'lgan bemorlarni aqliy zaiflikni tashxislash uchun genetik shifokorga yuborish tavsiya etiladi, bungacha bolaning ota-onasida irsiy va/yoki xromosoma patologiyasi bo'lgan bolalar bo'lgan yoki ota-onasidan hech bo'lmaganda bittasi ilgari mutagen zararli moddalar (kimyoviy, radiatsion) ta'siriga uchragan.

Genetik tadqiqot shifokor-genetik tomonidan psixiatr-shifokorning yo'llanmasi bilan intellekt rivojlanmaganligining klinik jihatdan farqlanmaydigan holatlarining genetik tabiatini aniqlash, irsiy va ekzogen kelib chiqishini taxmin qilish mumkin bo'lganda orqada qolishning haqiqiy sababini aniqlash, podominant tipda irsiylanadigan autosomal anomaliya yangi mutatsiyaning oqibati yoki qarindoshlarda ilgari namoyon bo'lmagan gen penetratsiyasining pasayishi natijasimi degan masalani hal qilish, tug'ma anomaliya yoki og'ir kasallikka ega bo'lgan bo'lajak ota-onalarning patologiyasini bolalarga o'tkazish imkoniyati to'g'risida prognoz tuzish uchun o'tkaziladi.

## Instrumental tadqiqotlar

Aksariyat aqli zaif bemorlarda bosh miyaning, ba'zan kalla suyaklarining turli strukturaviy o'zgarishlari aniqlanadi. Instrumental tekshiruvlarni o'tkazish ushbu o'zgarishlarni aniqlashtirish imkonini beradi, ba'zi hollarda aqliy zaiflikning differensial diagnostikasini o'tkazishda ham qo'llaniladi.

5S

Barcha aqli zaif bolalarda bosh suyagining rentgenologik tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi.

Kalla suyagi rentgenografiyasi suyak gipertrofiyasini topishga imkon beradi, masalan, Gurler sindromida shunday bo'ladi. Choklarning barvaqt bitib ketishi ham aniqlanishi mumkin. Miya ichidagi kalsifikatlar toksoplazmoz, Sterj-Weber sindromi, tuberoz skleroz va idiopatik gipoparatiroidizmida topiladi. Kalla suyagi o'lchamlarining kattalashishi, suyaklarning yupqalashishi, choklarning ajralishi bilan kechadigan gidrotsefaliya tashxisini aniqlashtirish uchun rentgenografiya alohida ahamiyat kasb etadi. Kalla suyagi rentgenografiyasini o'tkazish barcha bemorlarda bosh miyaning muntazam MRT yoki KT tekshiruvidan qochish imkonini beradi.

**5S**

Aqli zaif bemorlarga tashxisni aniqlashtirish uchun muntazam ravishda neyrovizualizatsiya (KT, MRT va boshqalar) o'tkazish tavsiya etilmaydi.

Tashxis qo'yish uchun neyrovizualizatsion tadqiqotlarning ahamiyati aqli zaif bo'lgan barcha bolalarga muntazam ravishda o'tkazishni tavsiya etish uchun yetarli emas. Mikrotsefaliya, gidrotsefaliya va jismoniy anomaliyalarning aniq belgilari bo'lmagan o'rtacha va og'ir darajadagi aqliy zaiflikda kompyuter tomografiyasi faqat ba'zi hollarda miya qorinchalarining atrofiyasi va kengayishini aniqlaydi. Daun yoki Prader-Villi sindromi bo'lgan bemorlarda nevrologik patologiya bo'lmasa, MRT tekshiruv tashxis qo'yish uchun hech qanday ma'lumot bermaydi. MRT bosh miyaning organik shikastlanishining qo'pol oqibatlarida yoki bosh miyadagi hajmli jarayonga shubha qilinganda ko'rsatiladi.

**5S**

Aqli zaif bolalarda tashxis qo'yish va etiologiyani aniqlash maqsadida ommaviy muntazam EEG monitoringi o'tkazish tavsiya etilmaydi.

Ba'zi mutaxassislar EEG o'zgarishlari va ruhiy rivojlanmaganlik darajasi o'rtasida farq borligini ta'kidlashsa, boshqalari buning aksini ta'kidlashadi. Ba'zi mutaxassislar barcha EEG buzilishlarini nospetsifik deb hisoblaydilar va epileptik mexanizmlar hisobiga kiritadilar. Boshqalar esa xarakterli belgilarni topib, EEG yordamida lipidoz va aqliy zaiflikning boshqa shakllarini erta tashxislaydilar. Intellektual faoliyat va chaqirilgan potenciallar o'rtasida munosabatlar mavjudligi, biroq ular to'g'ridan to'g'ri emasligi, shu sababli ularni aniqlash va o'rganishda qiyinchiliklar mavjudligi ta'kidlandi.

### Boshqa diagnostik tekshiruvlar

**5S**

Intellekt testini yiliga ko'pi bilan 1 marta o'tkazish tavsiya etiladi.

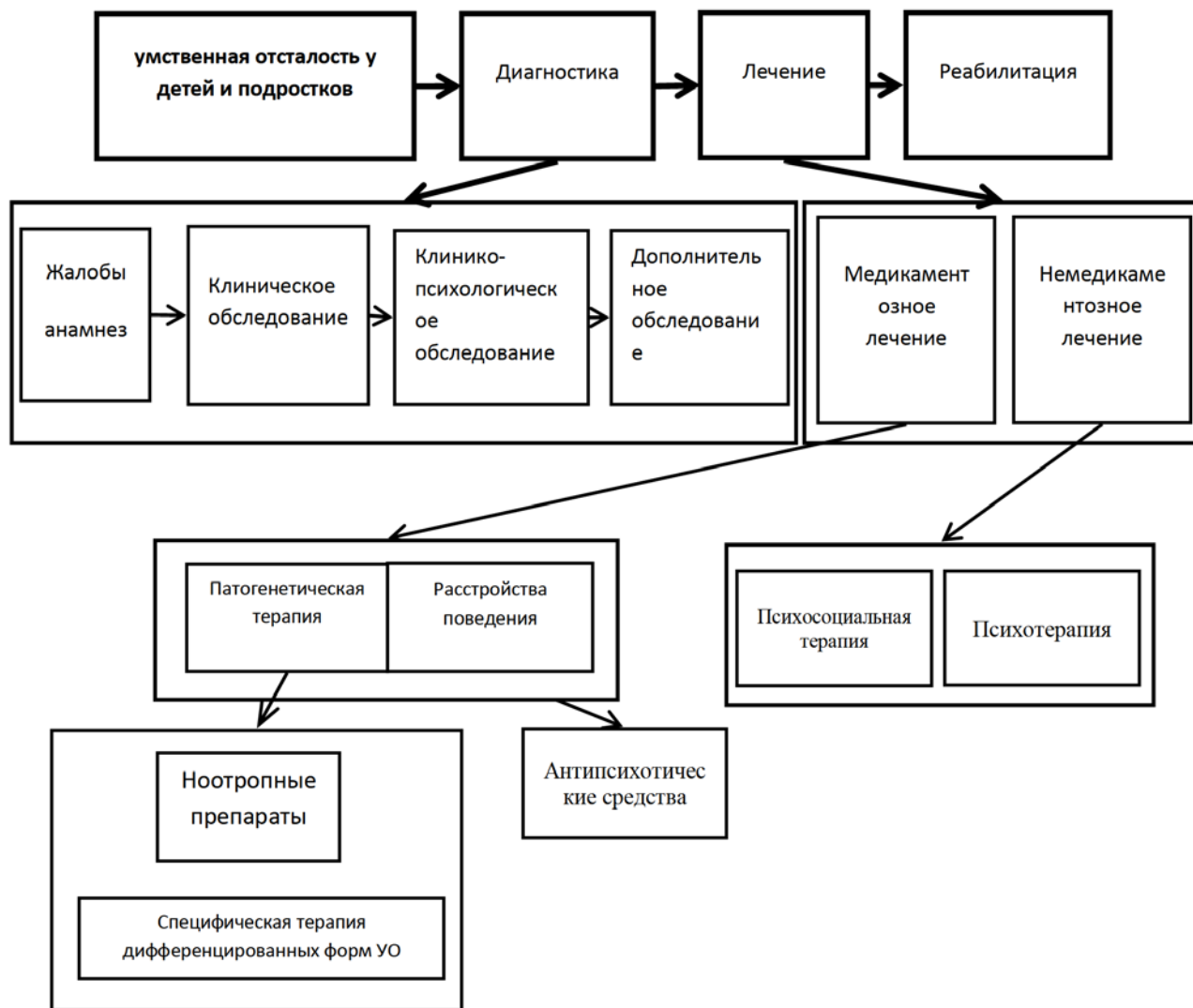
Klinik amaliyotda nogironlikni aniqlashda Veksler testi ko'rsatkichlaridan eng ko'p foydalaniladi. Intellekt testlarining umumiy ballari aqliy zaiflikni tashxislashda muntazam ravishda qo'llanilishi kerak, umumiy IQ balining ishonchliligi shubha tug'diradigan holatlar bundan mustasno va bu holda uning o'rniga tegishli qisman ball ishlatilishi mumkin. Aqliy zaiflikni ko'rsatuvchi intellekt testi natijasi o'rtachadan ikki yoki undan ortiq standart og'ish (SD) past (masalan, agar o'rtacha qiymat = 100 va standart og'ish = 15 bo'lsa, 70 yoki undan past ball). Tegishli Veksler shkalasi baholari o'rtasidagi sezilarli va ahamiyatli farqlar umumiy IQ balining ishonchliligini xavf ostiga qo'yishi mumkin. Bunday vaziyatlarda tegishli qisman ballar insonning kognitiv faoliyatining haqiqiy umumiy darajasini yaxshiroq aks ettirishi mumkin. Intellektual rivojlanish ko'effitsiyentining raqamli ko'rsatkichlari (odatda Veksler usuli bo'yicha tekshiruvda olinadi) asosida aqliy zaiflik tashxisini qo'yish (shu jumladan, turli ekspertizalar o'tkazishda) xato hisoblanadi. Barcha holatlarda tashxis psixiatr tomonidan klinik ma'lumotlarga asoslanib qo'yilishi kerak va har qanday psixologik usullar tashxisni aniqlovchi emas, balki qo'shimcha hisoblanadi.

**5S**

Veksler testi (bolalar varianti), Raven testi psixodiagnostik metodikalarining intellektual va adaptiv faoliyatining sifatli baholarini hisobga olgan holda diagnostika qilish tavsiya etiladi.

Intellekt va moslashuvchan xulq-atvor to'g'risidagi ma'lumotlarning kombinatsiyasini talqin qilish aqliy zaiflikni aniqlashning asosini tashkil qiladi, ayniqsa intellektual faoliyati 70 ball atrofida bo'lgan odamlar uchun. Ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, IQ va moslashuvchan xulq-atvor o'rtasidagi bog'liqlik yoshga va aqliy zaiflik darajasiga qarab sezilarli darajada farq qiladi, bu og'ir va o'rtacha diapazonda eng kuchli va engil diapazonda eng zaifdir.

### Shifokorning harakat algoritmlari



### Davolash

XKT-10 ga ko'ra, bolalar va o'smirlarda aqliy zaiflikda har qanday ruhiy va psixonevrologik buzilishlar bilan komorbid kombinatsiya kuzatilishi mumkin, ularni davolash tegishli klinik tavsiyalarda tavsiflangan. Aqli zaif bemorlarda neyrometabolik ta'sirga ega dori vositalari bilan ruhiy rivojlanishni rag'batlantirish har doim ham amalga oshirilmaydi, ammo ba'zi hollarda bolaning kognitiv funksiyalarini yaxshilash uchun nootrop vositalarni buyurish maqsadga muvofiqdir.

Differenziatsiyalangan shakllar doirasida almashinuv nuqsonlari bilan bog'liq aqliy zaiflik sindromlarida yetuk yoshgacha bo'lgan bemorlarni davolash o'ziga xos terapiya usullari, shu jumladan parhez, gormonal preparatlar bilan o'rnini bosuvchi terapiya bilan amalga oshiriladi.

Aqliy zaiflikning etiologik omillariga ta'sir qilish imkoniyati bo'lsa, kasallikning etiologik davosi o'tkaziladi. Shubhasiz, aqliy zaiflikni etiologik davolash faqat ma'lum bir etiologik omilning ta'siri natijasida bemorning miyasiga qaytarib bo'lmaydigan zarar yetkazilmaganda samarali bo'ladi.

Aksariyat hollarda aqli zaiflikni simptomatik davolash o'tkaziladi.

Bolalar va o'smirlarda aqliy zaiflikni davolashning asosiy maqsadi yondosh xulq-atvor buzilishlarini kamaytirish yoki bartaraf etishdir. Xulq-atvor buzilishlarining shakllanishi yoki kuchayishining yetakchi sababiga qarab, terapevtik chora-tadbirlar tuzilmasi asosan dori-darmon terapiyasi yoki kompleks davolashning psixoterapevtik tarkibiy qismini kuchaytirish tomon siljiydi. Psixoterapiya, mehnat terapiyasi, oila va bemor bilan ijtimoiy ish olib borish bilan birgalikda dori-darmonli va dori-darmonsiz davolash usullaridan kompleks foydalanish aqli zaif shaxslarda xulq-atvor buzilishlarini davolashning asosiy tamoyillaridan biridir.

Terapevtik aralashuvning adekvatligi u yoki bu ta'sirga - psixoterapevtik, medikamentoz yoki korreksion-pedagogik bosqichli yo'nalishni belgilovchi biologik va ijtimoiy-psixologik tarkibiy qismlarning solishtirma og'irligini aniqlash bilan sabab omillarining nisbatini to'g'ri baholashga bog'liq. Xulq-atvorni tuzatish iloji boricha ambulatoriya sharoitida amalga oshirilishi kerak. Daliliy yondashuv nuqtayi nazaridan eng yuqori samaradorlikni ko'rsatgan xulq-atvor va kognitiv-xulq-atvor metodikalariga ustunlik beriladi.

Psixofarmakoterapiya davolashning yetakchi usuli hisoblanmaydi va qat'iy klinik ko'rsatmalar bo'yicha va cheklangan vaqt davomida o'tkazilishi kerak. Uni qo'llash faqat xulq-atvor buzilishining qo'pol va tuzatib bo'lmaydigan shakllarida, xulq-atvor buzilishlariga moyil bo'lgan "biologik zamin" mavjud bo'lganda, shuningdek, psixoterapevtik va korreksion-pedagogik ishning dastlabki bosqichlarida affektiv zo'riqishni bartaraf etish uchun yondosh ifodalangan hissiy va somatovegetativ buzilishlar mavjud bo'lganda o'zini oqlaydi.

Kam ifodalangan xulq-atvor buzilishlari bo'lgan aqli zaif bemorlarni dori-darmonlar bilan davolash o'tkazilmaydi.

Xulq-atvorning og'ir buzilishlari bo'lgan bolalar va o'smirlarda aqliy zaiflikni simptomatik dori-darmonlar bilan davolashda dori-darmonlar bilan davolashni tayinlash jazo sifatida qo'llanilishi mumkin emas, terapiyaning yetakchi usuli hisoblanmaydi va uni "yengil" dori-darmonlar bilan va buzilgan xulq-atvorni korreksiyalashning dori-darmonsiz usullaridan yetarlicha samara bo'lmagandan so'ng, korreksiyaning dori-darmonsiz usullari bilan majburiy ravishda birgalikda boshlash kerak. Shuningdek, ularni yetarli asoslarsiz uzoq muddatga (bir oydan ortiq) tayinlash tavsiya etilmaydi. Dori ta'sirining individual variantini tanlash uchun ma'lum bir dori vositasi uchun dalillar darajasini hisobga olish va buzilishning og'irlik darajasi va davomiyligini, oldingi davolanish natijalarini baholash, shuningdek, reaktiv provokatsiyaning yuqori chastotasini va xulq-atvor buzilishlarining xarakteri va ifodalanish darajasiga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan tashqi ta'sirlarga sezgirlikni hisobga olgan holda yondosh psixopatologiyani batafsil va sinchkovlik bilan tahlil qilish kerak.

2V

Yuqori ta'sirchanlik, tajovuzkorlik va o'z-o'ziga zarar yetkazuvchi xatti-harakatlarni bartaraf etish uchun 5 yoshdan boshlab risperidon tavsiya etiladi. 0,5 mg. 4-kunga kelib 1 mg gacha oshishi mumkin (tana vazni  $\geq 20$  kg)

Tuzatishning nofarmakologik usullariga bo'ysunadigan va bemorning o'ziga va boshqalarga zarar yetkazish xavfi mavjud bo'lganda, to'xtovsiz tajovuzni qisqa muddatli (6 haftagacha) simptomatik davolash buyuriladi. Qarshi ko'rsatmalar: Preparat komponentlariga yuqori sezuvchanlik, laktaza yetishmovchiligi, laktozani ko'tara olmaslik, glyukoza-galaktoza malyabsorbsiyasi. Eng ko'p kuzatilgan noxush reaksiyalar (uchrash chastotasi  $\geq 10\%$ ) quyidagilar bo'ldi: parkinsonizm, bosh og'rig'i va uyqusizlik, sedatsiya/uyquchanlik.

<b>4S</b>	Aqliy zaiflik va psixomotor tormozlanish bilan birga keladigan 4 yoshdan boshlab bolalar va o'smirlarda o'rtacha tinchlantiruvchi ta'sir ko'rsatish uchun tioridazinni qo'llash. 1-5 yoshli bolalar uchun - 1 mg/kg/sut; 5 yoshdan kattalar uchun - 75-100 mg/sut, og'ir holatlarda - 300 mg/sut; qabul qilish soni - 2-4 marta/sut.
-----------	--

Tioridazin giperaktivlik va qo'zg'alish bilan kechadigan psixotik buzilishlarda; psixotik buzilishlar yoki asab kasalliklari bilan bog'liq bo'lgan, agressivlik, uzoq vaqt diqqatni jamlay olmaslik, frustratsiya rivojlanishiga chidamlilikning pasayishi bilan kechadigan og'ir xulq-atvor buzilishlarida qo'llaniladi. Yuqori dozalar bilan davolash kursi ko'pi bilan 5 hafta davom etadi. Bemorlarga tioridazinni qabul qilish yurak ritmining o'limga olib kelishi mumkin bo'lgan buzilishlari bilan bog'liqligi haqida ma'lumot berilishi kerak. Bunday buzilishlar xavfi ba'zi dorilarni tioridazin bilan birga qabul qilganda ortishi mumkin.

<b>5S</b>	Aqli zaif bemorlarda yuzaga kelgan qo'zg'aluvchanlik, uyqu buzilishlarini bartaraf etish uchun alimezazin tavsiya etiladi. 3 yoshdan katta bolalar uchun bir martalik doza 2,5-5 mg ni tashkil qiladi. Sutkalik dozasi 20-80 mg.
-----------	--

Alimemazin qo'zg'aluvchanlik, hayajonlanish va xavotirlanish holatlarida, uyqu buzilishlarida qo'llaniladi. Nojo'ya ta'siri: bosh aylanishi, uyquchanlik, lanjlik, tez charchash, paradoksal reaksiya (bezovtalik, qo'zg'alish, qo'rqinchli tushlar ko'rish, asabiylashish); kamdan-kam hollarda - ongning chalkashligi, ekstrapiramidal buzilishlar; tungi apnoening tezlashishi, tutqanoq faolligining oshishi, ko'rish idrokining noaniqligi, quloqlarda shovqin yoki jarang. qon bosimining pasayishi, taxikardiya. og'iz qurishi, oshqozon-ichak trakti atoniyasi, ich qotishi, ishtahaning pasayishi. siydik pufagi atoniyasi, siydik tutilishi. allergik reaksiyalar, suyak iligi qon hosil bo'lishining pasayishi, ko'p terlash, mushaklarning bo'shashishi, fotosensibilizatsiya.

<b>5S</b>	Aqli zaif bemorlarda kuchli psixomotor qo'zg'alishni bartaraf etish uchun xlorpromazin tavsiya etiladi. 6 oylikdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalarga: psixotik buzilishlarda - m/o, 0,55 mg/kg yoki 15 mg/kv. m har 6-8 soatda; operatsiya paytida ko'ngil aynishi va qusishda - m/o, 0,275 mg/kg, zarur bo'lganda va chidamlilikni hisobga olgan holda doza 30 daqiqadan keyin takrorlanadi; v/i, 0,275 mg/kg (taxminan 1 mg/ml 0,9% NaCl eritmasi bilan konsentratsiyagacha suyultirilgan), 1 mg/2 daqiqa tezlikda.
-----------	--

Aqli zaif bemorlarda turli xil psixomotor qo'zg'alishlar, vasvasa va gallyutsinatsiyalar, qo'rquv va xavotirni bartaraf etadi. Doza individual ravishda belgilanadi. Tabletkalar va drajelarda 12 yoshgacha berish mumkin emas.

<b>4S</b>	Galoperidol 3 yoshdan boshlab aqli zaif bolalarda agressiv qo'zg'atuvchi xulq-atvorni va komorbid gallyutsinator-paranoid simptomatikani bartaraf etish uchun tavsiya etiladi. 3 yoshdan katta bolalar uchun doza sutkasiga 0,025-0,05 mg ni tashkil etib, 2 qabulga bo'linadi. Maksimal sutkalik dozasi - 0,15 mg/kg.
-----------	--

Galoperidol - antipsixotik vosita bo'lib, butirofenon hosilalariga kiradi. Kuchli antipsixotik va qusishga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Psixomotor qo'zg'alishni to'xtatish uchun galoperidol 6-12 yoshli bolalarga 1-15 mg, 13-17 yoshli bolalarga 1-40 mg dozada, odatdagi doza 0,5 mg/kg dozada 2-3 qabulda beriladi. MNS tomonidan: turli darajadagi ekstrapiramidal buzilishlar, parkinsonizm. Ko'pchilik bemorlarda o'tib ketuvchi akineto-rigid sindromi, okulogik krizlar, akatiziya, distonik hodisalar kuzatiladi.

## Boshqa davolash

**1A** Aqli zaiflikni jarrohlik yo‘li bilan davolash tavsiya etilmaydi.

Aqliy zaiflikni dori-darmonlar bilan davolash samarasiz bo‘lganda (birinchi navbatda, imbetsillik darajasiga mos keladigan) muqobil sifatida bemorning tanasiga o‘zak hujayralarini neyrotransplantatsiya qilish (kiritish) taklif qilindi. Bir qator hollarda, ba’zi mualliflarning fikriga ko‘ra, jarrohlik aralashuvi ushbu bemorlarda ko‘plab ruhiy kasalliklarni kamaytirishga imkon berdi. Katamnestic kuzatuvlar hozircha ishonchli ijobiy natijalarni ko‘rsatmadi.

**5S** Psixoterapiyani nafaqat bemorni, balki uning yaqinlarini ham qamrab olgan holda keng qo‘llash tavsiya etiladi.

Ambulatoriya-poliklinika yordami sharoitida bemorga nisbatan tolerantlikni oshirishga, noadekvat affektiv javob berish xavfini kamaytiradigan muloqot shakllariga o‘rgatishga, anomal psixosotsial vaziyatlarni aniqlash va bartaraf etishga (imkon qadar) yordam berishga qaratilgan individual suhbatlar eng qulay hisoblanadi.

**5S** Aqli zaiflikning yengil shakllari bo‘lgan shaxslar uchun guruh psixoterapiyasi tavsiya etiladi.

Guruhiy psixoterapiyaning maqsadi bemorning kommunikativ zo‘riqishini kamaytirish, uning ijtimoiy aloqalarning xavfsiz tajribasini egallashi, hayotiy muammolarni hal qilish ko‘nikmalarini shakllantirishdan iborat. Yengil darajadagi aqliy zaiflik bilan og‘rigan bemorlarda guruh ichidagi o‘zaro ta’sir tahlili o‘tkazilishi mumkin, bu ularga ijtimoiy izolyatsiyaga olib keladigan nomutanosib shaxslararo aloqalarda o‘z rolini anglashga yordam beradi.

## Reabilitatsiya

Reabilitatsiyaning maqsadi aqli zaif bemorlarning ijtimoiy begonalashuvini bartaraf etish orqali ularning hayot sifati va ijtimoiy faoliyatini yaxshilash, jamiyatda ijtimoiy faoliyat va barqaror moslashuv darajasini oshirish, shuningdek, eng ko‘p saqlanib qolgan funksiyalarni rivojlantirish uchun maqbul yo‘llarni tanlashdir. Reabilitatsiyaning asosiy vazifalariga muloqot ko‘nikmalarini, stresslarni yengish qobiliyatini, shuningdek, mehnat faoliyatini rivojlantirish orqali bemorlarning ijtimoiy kompetentligini oshirish; kamsitish va stigmani kamaytirish; oilalarni qo‘llab-quvvatlash, uzoq muddatli ijtimoiy qo‘llab-quvvatlashni yaratish va saqlab qolish, kamida asosiy ehtiyojlarni qondirish, jumladan, uy-joy bilan ta’minlash, ishga joylashish, dam olishni tashkil etish, ijtimoiy tarmoqni (muloqot doirasini) yaratish, bemorlarning avtonomiyasini (mustaqilligini) oshirish kiradi.

Umuman olganda, gap reabilitatsiya emas, balki abilitatsiya tadbirlari haqida ketmoqda. Abilitatsiya tadbirlarining muvaffaqiyati, albatta, aqliy zaiflikning ifodalanish darajasiga, shuningdek, abilitatsiyani murakkablashtirishi mumkin bo‘lgan psixopatologik yoki nevrologik buzilishlarga bog‘liq.

**5S** Ijtimoiy-psixologik reabilitatsiyani psixonevrologik dispanserning tibbiy reabilitatsiya bo‘limi sharoitida o‘tkazish tavsiya etiladi.

Ijtimoiy-psixologik reabilitatsiya va reabilitatsiya tadbirlari aqli zaif insonlarda o‘zligini anglash, kognitiv, kommunikativ va ijodiy qobiliyatlarni rivojlantirish, harakatlarni muvofiqlashtirish, xulq-atvor va hissiy buzilishlarni bartaraf etish uchun sharoit yaratadi. Guruh mashg‘ulotlari, treninglar o‘zaro yordam, rahm-shafqat, mas’uliyat, ijtimoiy o‘zaro ta’sir qobiliyatini shakllantirishga yordam beradi. Psixoterapevtlar va klinik psixologlar art-terapevtik texnikalardan foydalanadilar, trening mashg‘ulotlari, psixologik o‘yinlar, ijodiy darslar o‘tkazadilar.

**5S**

Aqli zaif shaxslarni ijtimoiy-maishiy reabilitatsiya qilish bo'yicha individual dasturlarni yaratish tavsiya etiladi.

Ijtimoiy-maishiy reabilitatsiya aqliy va ruhiy nuqsonlari bo'lgan shaxsni mustaqil hayotga tayyorlashning asosi hisoblanadi. Bu maqsadlarga oila bilan olib boriladigan psixologik-tarbiyaviy ishlar orqali erishiladi. Aqli zaif o'smirlarda o'tkaziladigan treninglar yashash, transport, shahar muhiti sharoitlariga moslashish ko'nikmalarini mustahkamlaydi, odatiy va ekstremal vaziyatlarda to'g'ri xulq-atvor haqidagi tasavvurlarni shakllantiradi.

**5S**

Adaptiv jismoniy tarbiya va sport usullari bilan reabilitatsiya qilish tavsiya etiladi.

Harakatning normal rivojlanishi psixika va nutqning faollashuviga yordam beradi, bu esa, o'z navbatida, harakat funksiyalarining shakllanishini, mayda mushaklarning rivojlanishi, qo'l harakatlari va nutq o'rtasidagi bog'liqlikni rag'batlantiradi.

**5S**

Yosh nogironlarning ota-onalari (qonuniy vakillari) bilan guruhli psixologik-tarbiyaviy ishlarni o'tkazish tavsiya etiladi.

Aqli zaif nogironlar ijtimoiy jihatdan eng zaif toifalardan biri hisoblanadi. Ular yopiq mehnat bozori sharoitida ham kasb-hunar o'rganish va ishga joylashish imkoniyatiga deyarli ega emas. Ota-onalar va voyaga yetgan bolalar o'rtasidagi munosabatlar vasiylik va homiylik doirasiga kiradi. Nogiron o'smirlarning ota-onalari, ko'pchiligi, o'z qayg'ularini "ishlay" olishdi, bolani qanday bo'lsa, shundayligicha qabul qilishdi, lekin ular vafotidan keyin qanday yashashi haqida qayg'urishadi. Ota-onalar bilan ishlash shakllari quyidagilar bo'lishi mumkin: ma'lum bir dastur bo'yicha tashkil etilgan va ham nazariy, ham amaliy jihatlarni o'z ichiga olgan seminarlar, nogironligi bo'lgan shaxsga konstruktiv ta'sir ko'rsatish maqsadida psixologik salomatlik va oiladagi qulay muhitni qo'llab-quvvatlash uchun treninglar; do'stona aloqalarni o'rnatish, qo'shimcha oilalararo aloqalarni o'rnatish uchun ota-onalar klubi.

**5S**

Kasbiy reabilitatsiya (mehnat terapiyasi) ni psixonevrologik dispanserning tibbiy reabilitatsiya bo'limi sharoitida o'tkazish tavsiya etiladi.

Kasbiy reabilitatsiya - nogironning kasbiy jihatdan o'zini o'zi belgilashiga, mehnat hayotiga qo'shilishiga, sog'lig'ining holatiga ko'ra qulay mehnat sharoitlarida mehnat qobiliyatini tiklashiga qaratilgan, nogironning moddiy mustaqilligiga, o'zini o'zi ta'minlashiga va jamiyatga qo'shilishiga erishishni o'z oldiga maqsad qilib qo'ygan tadbirlar majmui. Kasbiy reabilitatsiya kasbga yo'naltirish, kasbga tayyorlash, oqilona ishga joylashtirish va ishlab chiqarishga moslashtirishni o'z ichiga oladi.

### **Profilaktika**

Aqli zaif o'smirlar uchun ikkilamchi va uchlamchi profilaktika tadbirlarini o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Aqli zaif odamlarning sog'lig'i bilan bog'liq murakkab muammolar mavjud bo'lib, ularning ba'zilar umumiy aholidan farq qiladi. Ushbu muammolarni aniqlash, kasallanish va erta o'limning oldini olish uchun yetarli darajadagi birlamchi tibbiy yordam zarur. Jismoniy, xulq-atvor va ruhiy salomatlik muammolarini hal qilish kerak va birlamchi tibbiy yordam ko'rsatuvchilar salomatlikka ta'sir qiluvchi biologik, psixologik va ijtimoiy omillarning o'zaro ta'siriga alohida e'tibor berishlari kerak, chunki bu o'zaro ta'sirlarni aqli zaif o'smirlarda osongina payqamaslik mumkin.

5S

Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami organlariga aqli zaif shaxslarni muntazam ravishda pediatrik-shifokorlar tomonidan kompleks jismoniy baholash va ko'rikdan (dispanserizatsiyadan) o'tkazishni tashkil etish tavsiya etiladi.

Ko'plab aqli zaif insonlar sog'lom turmush tarzini olib borish va tibbiy xizmatlardan foydalanish uchun qo'llab-quvvatlashga muhtoj. Keksa aholi va aqli zaif odamlar o'rtasida ko'plab o'xshashliklar mavjud. Aholining ikkala guruhi ham bir xil emas va ma'lumki, ular tan olinmagan yoki yomon boshqariladigan sog'liq holatlaridan aziyat chekadilar. Aqli zaif bolalar va o'smirlar sog'lig'ida ko'plab aniqlanmagan va ko'pincha aniq muammolar mavjud, shuning uchun birlamchi tibbiy yordam bo'g'inida kompleks baholash samarali bo'lishi mumkin.

5S

Aqli zaif shaxslarga psixonevrologik dispanser sharoitida ambulator psixiatrik yordamning barcha turlarini uchastka shifokor-psixiatri tomonidan ko'rsatish tavsiya etiladi.

### **Tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish**

Aqli zaiflarda ruhiy buzilishlarning butun diapazoni kuzatilishi mumkin, ularning chastotasi umumiy populyatsiyaga qaraganda kamida 3-4 baravar yuqori. Bundan tashqari, aqli zaif shaxslar jismoniy va jinsiy zo'ravonlik ekspluatatsiyasi qurboniga aylanishadi. Adaptiv xulq-atvor har doim buzilgan, ammo qo'llab-quvvatlash ta'minlangan himoyalangan ijtimoiy sharoitlarda, yengil darajadagi aqliy zaifligi bo'lgan bemorlarda bu buzilish aniq xarakterga ega bo'lmasligi mumkin. Psixotik (katatonga o'xshash, gallyutsinator-paranoid, maniakal va depressiv va h.k.) simptomatika bilan asoratlangan aqliy zaiflik shakllari statsionar davolanish uchun bevosita ko'rsatma hisoblanadi. Psixotik bo'lmagan xulq-atvor buzilishlari statsionar davolanish uchun ko'rsatma emas.

Bemorlarni psixiatrik statsionar yoki yarim statsionardan chiqarish psixofarmakologik davolashni tanlash va holatni normallashtirish muvaffaqiyatli yakunlangandan so'ng amalga oshirilishi tavsiya etiladi. O'tkir psixotik alomatlar o'tib ketgandan so'ng, statsionar/yarim statsionar bosqichidayoq rehabilitatsiya usullarini qo'llashni boshlash tavsiya etiladi.

#### *Bemor uchun ma'lumot*

Aqli zaif bemorning ota-onasi yoki qonuniy vakillariga ushbu patologiyaning tabiati, namoyon bo'lishi, diagnostika usullari va aralashuv usullarini tushunarli shaklda tushuntirish kerak.

Aqliy zaiflik psixikaning tug'ma yoki erta orttirilgan rivojlanmaganligi, kognitiv qobiliyatlar va moslashuvchan xatti-harakatlarning yaqqol yetishmovchiligi bilan bog'liq bo'lgan holatlar guruhi bo'lib, bu shaxsning adekvat ijtimoiy faoliyatini qiyinlashtiradi yoki butunlay imkonsiz qiladi.

Aqliy zaiflikni bevosita davolashning iloji yo'q. Biroq, aqli zaiflarda ruhiy buzilishlarning butun diapazoni kuzatilishi mumkin, ularning chastotasi umumiy aholiga qaraganda 3-4 baravar yuqori. Tavsiya etilgan dori-darmonlar bilan davolash ushbu buzilishlarni bartaraf etishga qaratilgan.

Samaradorligi va xavfsizligi isbotlangan usullarga xulq-atvor, psixologik va ta'lim yondashuvlari asosida doimiy ravishda abilitatsiya qilish kiradi. Ijtimoiy faoliyatning samaradorligi kasbiy abilitatsiya va murakkab bo'lmagan kasblarga o'qitish (poyabzal, tikuvchilik, muqovachilik va boshqalar) bilan ta'minlanadi. Tibbiy-reabilitatsiya tadbirlari psixonevrologiya dispanserlarining tibbiy-reabilitatsiya bo'limlarida, nogironlar uchun esa Mehnat va aholini ijtimoiy muhofaza qilish vazirligi muassasalarida amalga oshiriladi.

## Список литературы

1. Callaway E. Brain electrical potentials and individual psychological differences. New York: Grune & Stratton.
2. Choi J, Ku B, You YG, et al. Resting-state prefrontal EEG biomarkers in correlation with MMSE scores in elderly individuals. Sci Rep. 2019;9(1):10468. Published 2019 Jul 18. doi:10.1038/s41598-019-46789-2.
3. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при умственной отсталости в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера диспансерного отделения, кабинета) [Электронный ресурс] <http://docs.cntd.ru/document/499000629> (дата обращения 10.10.2020)
4. Стандарт специализированной медицинской помощи при умственной отсталости. [Электронный ресурс] <https://minzdrav.gov.ru/documents/8913-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-20-dekabrya-2012-g-1230n-ob-utverzhenii-standarta-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi-pri-umstvennoy-otstalosti>.

