Z. IBODULLAYEV

TIBBIYOT PSIXOLOGIYASI

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI

ZARIFBOY IBODULLAYEV

TIBBYOT PSIXOLOGIYASI

O'zbekiston Respublikasi oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi tomonidan 5720100 — «Davolash ishi yo'nalishi» bo'yicha ta'lim olayotgan talabalar uchun darslik sifatida tavsiya etilgan

Cho'lpon nomidagi nashriyot-matbaa ijodiy uyi
Toshkent — 2012

УДК: 159.9:61(075)
КВК 88.4
I13
11/148

Taqrizchilar:

U.H. ALIMOV — *tibbiyot fanlari doktori, professor,*
V.M. KARIMOVA — *psixologiya fanlari doktori, professor,*
B.G'. G'OFUROV — *tibbiyot fanlari doktori, professor*

Ibodullayev, Zarifboy.
I13 Tibbiyot psixologiyasi: darslik/Z. Ibodullayev; O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'limi vazirligi. - qayta ishlangan va to'ldirilgan 2-nashri. — Toshkent: Cho'lpon nomidagi nashriyot-matbaa ijodiy uyi, 2012 — 448 b.
ISBN 978-9943-05-510-0

Ushbu darslik tibbiyot institutlarining barcha fakultetlarida tibbiyot psixologiyasini o'qitish uchun Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi tomonidan darslik sifatida tavsiya etilgan. Darslik klassik va zamonaviy tibbiyotning hamda psixologiya ilmining yetuk namoyandalari ma'lumotlariga asoslanib va O'zbekiston Respublikasi Davlat ta'lim standartlari talablariga mos ravishda tayyorlangan. Mazkur darslikdan, shuningdek, klinik tibbiyotdan dars beruvchi mutaxassislar, amaliy psixologlar tayyorlash fakultetlari, tibbiyot kollejlari talaba va o'quvchilari, magistrlar, shifokorlar va ilmiy xodimlar ham foydalanishlari mumkin.

УДК: 159.9:61(075)
КВК 88.4

ISBN 978-9943-05-510-0

© Z. Ibodullayev, 2012
© Cho'lpon nomidagi nashriyot-matbaa ijodiy uyi, 2012

IKKINCHI NASHRIGA SO'ZBOSHI

Vujud ruh amriga vojibdir.
Abu Ali ibn Sino

Har qanday fan o'zining yo'nalishi va maqsadlariga ega. Psixologiya fani ham bundan istisno emas. «*Psyuxe*» atamasi yunoncha so'z bo'lib, «ruh», «ruhiyat» degan ma'noni anglatadi. Demak, psixologiya inson ruhiyatini o'rganuvchi fan va bu fanning tarmoqlari juda ko'p. Tibbiy psixologiya o'z uslublari va yo'nalishlariga ega. U tibbiy va ijtimoiy-gumanitar fanlarga asoslanib o'rgatiladi.

XX asrning boshlarida tibbiyot psixologiyasiga bag'ishlangan dastlabki darslik mashhur nemis psixiatri va psixologi Ernst Krechmer tomonidan yaratildi. Uning tavsiyasi bilan tibbiyot psixologiyasi birinchi bor Yevropada alohida fan sifatida o'qitila boshlandi. Keyinchalik tibbiyot psixologiyasiga oid bir qancha darsliklar yaratildi va bu fan dunyoning barcha universitetlarida, tibbiyot institutlarida o'qitila boshlandi. Ta'kidlash lozimki, tibbiy psixolog sog'liqni saqlash tizimining barcha sohasida faoliyat ko'rsatadi. Ayniqsa, klinikada faoliyat ko'rsatuvchi psixolog bevosita bemorlar bilan ishlaydi, kasallik klinikasini o'rganadi va vrach kabi bemorlarni davolaydi. Shuning uchun aksariyat davlatlarda «Tibbiyot psixologiyasi» fani «Klinik psixologiya» deb ataladi.

Qo'lingizdagi «Tibbiyot psixologiyasi» darsligi tibbiyot institutlari uchun o'zbek tilida tayyorlangan dastlabki darslikning ikkinchi nashridir. Darslik XXI bobdan iborat bo'lib, unda G'arb va Sharq davlatlarida tibbiyot psixologiyasining tarixi, olimlar va faylasuflarning bemor psixologiyasiga oid qarashlari, miya va ruhiy jarayonlar, neyropsixologiya asoslari, bilish jarayonlariga (ong, diqqat, xotira va hokazo) oid ma'lumotlar, Freyd nazariyasi, psixogigiyena, psixoprofilaktika va deontologiya asoslari bayon qilingan. Darslikda bir nechta boblar psixosomatik tibbiyotga oid bo'lib, unda psevdonevrologik va psixosomatik sindromlar, seksual buzilishlar psixologiyasi, nevrozlar va depressiya, turli kasalliklarda (nevrologik, narkologik, jarrohlik,

SAM
AXBO

ginekologik, onkologik va hokazo) bemorlar psixologiyasidagi o'zgarishlar va ularni davolash usullari yoritilgan. Psixodiagnostika bobida psixologik testlar va ulardan foydalanish usullari keltirilgan. Alohida bobda psixoterapiya va psixofarmakoterapiya usullari bayon qilingan. Darslikning so'ngida bemorlarda psixologik statusni tekshirishning umumiy qonun-qoidalari va tibbiy-psixologik atamalar tahlili yoritilgan.

Ushbu darslikning birinchi nashri 2008-yil bosmadan chiqdi va talabalar, o'qituvchilar orasida katta qiziqish uyg'otdi. Fikrimizcha, buning asosiy sababi darslikning Davlat ta'lim standartlariga mos ravishda tayyorlanganligidir. Darslikning ikkinchi nashriga qo'shimcha ma'lumotlar kiritildi. «Fan haqida tushuncha», «Diqqat va xotira», «Shaxs, temperament va xarakter» boblari yangi materiallar bilan to'ldirildi. «Asab sistemasi kasalliklarida bemorlar psixologiyasi» bobiga «Miya insultlarida bemorlar psixologiyasi», «Meningit, meningoensefalit va ensefalitlarda bemorlar psixologiyasi» kabi yangi mavzular kiritildi. Aksariyat boblardagi ortiqcha ma'lumotlar qisqartirilib, zarur ma'lumotlar bilan boyitildi. Aksariyat boblar psixologik tekshiruv usullari bilan to'ldirildi, ularga psixologik testlar kiritildi. «Atamalar tahlili» ham qo'shimcha ma'lumotlar bilan to'ldirildi.

Darslikning ikkinchi nashri ham o'quvchilarga manzur bo'ladi, degan umiddaman. Muallif psixologiya fanlari nomzodi, dosent G.Q. To'laganovaga «O'zbekistonda tibbiyot psixologiyasining rivojlanish tarixi» qismini yozishda ko'rsatgan yordami uchun o'z minnatdorchiligini bildiradi.

Muallif

I bob. TIBBIYOT PSIXOLOGIYASI FANI, VAZIFALARI VA QISQACHA TARIXI. MIYA VA RUHIY JARAYONLAR

Barcha san'atlar ichida eng buyugi — tibbiyotdir.
Gippokrat

1.1. Fan haqida tushuncha

Aytish joizki, «Tibbiyot psixologiyasi» va «Klinik psixologiya fanlariga ta'rif berishda hanuzgacha bahslar davom etmoqda. Ba'zi mualliflar ushbu fanni ikkala nom bilan ataluvchi bitta fan deyishsa, boshqa bir mualliflar klinik psixologiya tibbiyot psixologiyasining bir qismi deb atashadi. Aksariyat davlatlarda «Klinik psixologiya» tushunchasi keng tarqalgan. Biroq shuni alohida ta'kidlash lozimki, bu fan qanday atalishidan qat'i nazar, u tibbiyot va psixologiya fanlari negizida paydo bo'lganligiga shubha yo'qdir. Klinik psixologiyaga ko'proq psixogen (psixosomatik) kasalliklar klinikasi, diagnostikasi, davolash usullari bilan bog'liq bo'lgan muammolarni o'rganadigan fan sifatida qarash lozim. Bu uning nomiga ham mos keladi. Klinik psixologiyani klinik fanlardan (terapiya, xirurgiya, ginekologiya va hokazo) ajratib o'rganib bo'lmaydi. Klinik psixologiyaning maqsad va vazifalari klinik fanlarga o'xshab ketadi. Klinik psixologiya — tibbiyot psixologiyasining bir bo'limidir.

Tibbiyot psixologiyasi klinik psixologiyaga qaraganda kengroq ma'no kasb etuvchi fan bo'lib, u tibbiy yo'nalishdagi barcha fanlarni o'z ichiga qamrab oladi, ya'ni deontologiya, etika, psixodiagnostika, psixoterapiya, tibbiy-psixologik ekspertiza, psixogigiyena, psixoprofilaktika va hokazo

Tibbiyot psixologiyasini shartli ravishda 2 ga ajratish mumkin: umumiy tibbiyot psixologiyasi va xususiy tibbiyot psixologiyasi yoki klinik psixologiya.

Umumiy tibbiyot psixologiyasi quyidagi muammolarni o'rganadi:

— tibbiy xodimlar (vrach, hamshira) va bemorlar orasidagi o'zaro munosabatlarni;

— odamning psixologik shakllanish bosqichlari (bolalik, o'smirlik, katta va qarilik davri psixologiyasi)ni;

– temperament, xarakter va shaxs muammolarini;
– deontologiya va etika tamoyillarini;
– psixogigiyena va psixoprofilaktika muammolarini;
– psixodiagnostika (psixometriya) va psixoterapiya (psixokorreksiya) tamoyillarini;
– tibbiy-psixologik ekspertiza muammolarini.

Xususiy tibbiyot psixologiyasi (klinik psixologiya) quyidagi muammolarni o'rganadi:

– psixosomatik buzilishlarning etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi va davolash usullarini;
– turli xil kasalliklarda (terapevtik, xirurgik, ginekologik va hokazo) bemorlar ruhiyatida kuzatiladigan o'zgarishlarni;
– turli xil defektlar bilan tug'ilganlar psixologiyasini;
– psixoterapiya va psixofarmakoterapiya usullarining turli kasalliklarda qo'llashni.

Tibbiyot psixologiyasi bilan yondosh bo'lgan bir necha fanlar haqida ma'lumot berib o'tamiz.

Bular:

– **neyropsixologiya** – psixologik usullarni qo'llab, bosh miya zararlanishlarida kuzatiladigan oliy ruhiy funksiyalarning buzilishlarini o'rganadi. Ushbu fan nevrologiya va psixologiya fanlari negizida paydo bo'lgan;
– **psixonevrologiya** – asab tizimining funksional buzilishlarini o'rganuvchi fan bo'lib, psixiatriya va nevrologiya fanlari negizida paydo bo'lgan;
– **psixofiziologiya** – ruhiy faoliyat va fiziologik jarayonlarni yagona jarayon sifatida ko'radigan fan bo'lib, psixologiya hamda neyrofiziologiya fanlari negizida paydo bo'lgan;
– **patopsixologiya** – shaxs va ruhiyatning buzilishi qonuniyatlarini o'rganuvchi fan bo'lib, psixiatriya hamda psixologiya fanlari negizida paydo bo'lgan;
– **psixopatologiya** – psixiatriyaning bir bo'limi bo'lib, ruhiy kasalliklarda uchraydigan simptom va sindromlarning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi hamda diagnostikasini o'rganadi;
– **psixosomatik tibbiyot** – tibbiyot psixologiyasining bir bo'limi bo'lib, psixogen omillar bilan ichki a'zolar kasalliklari orasidagi o'zaro munosabatlarni o'rganadi;

— **psixogigiyena** — ruhiy salomatlikni ta'minlash, saqlash va qo'llashga qaratilgan fan bo'lib, tibbiyot psixologiyasi hamda gigiyena fanlari negizida paydo bo'lgan;

— **psixoprofilaktika** — ruhiy kasalliklarning kelib chiqishi va rivojlanishining oldini olishga qaratilgan fan bo'lib, uning vazifalari psixogigiyena bilan chambarchas bog'langan;

— **psixodiagnostika** — insonning ruhiy holatini psixologik usullarni qo'llagan holda sifatiy va miqdoriy baholashni o'rgatuvchi fan;

— **psixoanaliz** — inson ruhiyatini ong va ongsizlik qonuniyatlariga asoslanib o'rganuvchi fan bo'lib, insonning xatti-harakatlari shakllanishida instinktiv reaksiyalarga asosiy urg'u beradi.

Ushbu fanlarning aksariyati (psixoprofilaktika, psixogigiyena, psixodiagnostika, psixosomatika, neyropsixologiya) tibbiyot psixologiyasining bo'limlari sifatida ham o'rganiladi.

1.2. Tibbiyot psixologiyasining qisqacha tarixi

Odamzot paydo bo'libdiki, turli kasalliklarga qarshi kurashib kelgan. Bemor odamni darddan xalos qilish uchun turli usullarni o'ylab topishgan. Qadimda bemorlarni davolashda giyohlarni ko'p qo'llashganini tarixiy manbalardan yaxshi bilamiz, lekin ruhiy ta'sir o'tkazish yo'li bilan davolash qachon qo'llanila boshlanganligi bizga noma'lum. Shuni alohida ta'kidlash lozimki, hozirgacha nomi ma'lum bo'lgan deyarli barcha tabiblar bemorlarni davolashda ruhiy ta'sir etish usullarini ko'p qo'llashgan. Ularning aksariyati birinchi tabib — organizmning o'zi va aynan u har qanday kasallikka qarshi kurashishi kerak, bizning vazifamiz esa unga yordam berishdir, deyishgan.

Qadimgi davr adabiyotiga nazar tashlaydigan bo'lsak, tibbiyot, falsafa va psixologiya fanlarining chambarchas bog'lanib ketganligining guvohi bo'lamiz. Miloddan ilgari yashab o'tgan deyarli barcha faylasuflar tibbiyot va psixologiyaga oid o'z fikrlarini yozib qoldirishgan, chunki ular ruhiy kuchlarning manbaini inson miyasi bilan bog'lashgan.

Miloddan avvalgi VI asrda qadimgi Xorazm hududida bitilgan zardo'shtiylarning muqaddas kitobi **«Avesto»** da tibbiyot va psixologiyaga oid muhim ma'lumotlar keltirilgan. «Avesto» uch kitobdan iborat bo'lib, uning birinchi kitobi («Vendidat»)da tibbiyotga oid

ma'lumotlar berilgan. Unda jismoniy va ruhiy poklanish haqidagi qonunlar majmuasi keltirilgan. «Avesto» kitobida biz ko'rish, eshitish, hid bilish va ta'm bilish markazlari miyada joylashgan, degan fikrlarni uchratamiz. Kitobda «Hayot markazi suyak iligida joylashgan», deyilgan. Shuningdek, kitobda odam anatomiyasi va fiziologiyasiga oid juda qiziqarli ma'lumotlar keltirilgan. Inson salomatligini saqlash yo'llari yoritilgan.

«Avesto»da nafaqat ruhiy tushkunlik, balki jismoniy zo'riqish ham kasallikka olib kelishi aytilgan. Kasalliklarni davolashda jarrohlik va ruhiy tinchlantirish davolashning asosiy usullaridan biri, deb ko'rsatilgan.

«Avesto»da gigiyena, profilaktika, ozoda yurish, yomon narsalarga yaqinlashmaslik, toza havoda sayr qilish, sifatli ovqatlar tanovul qilish va toza ichimlik suvi ichish haqida ham ko'p ma'lumotlar keltirilgan. Kitobda yoshlar jismoniy va ruhiy baquvvat bo'lishi uchun to'yib ovqatlanishi, yetarli darajada ovqatlanmaydigan xalq kamquvvat bo'lishi ko'rsatilgan.

Miya va ruh orasidagi munosabatlarga oid qarashlari bilan mashhur bo'lgan tibbiyot fanining otasi **Gippokrat (Buqrot** – miloddan avvalgi 460–377-yillar) asarlari bugungi kungacha yetib kelgan. U odam anatomiyasi va fiziologiyasini chuqur o'rgandi, bosh miyaning tuzilishi bilan qiziqdi. Gippokrat odamlar xulq-atvorini kasalliklar kechishiga bog'lab o'rgandi va temperament haqida ta'limot yaratdi. Gippokrat odam temperamentini to'rt tipga ajratdi:

1) **sangvinik** – harakatchan, xushchaqchaq, irodali odam, ularning organizmida qon ustunlik qiladi;

2) **xolerik** – tez jahli chiqib ketadigan, hissiyotga beriluvchan odam, ularda jigar o'ti ustunlik qiladi;

3) **flegmatik** – bosiq, kam harakatchan va sust odam, ularning organizmida flegma (shilliq, xilt) ustun turadi;

4) **melanxolik** – o'z kuchiga ishonmaydigan, doimo tushkun, tang ahvolda yuradigan, qiyinchiliklardan qo'rqadigan odam. Ularning qonida melanoza (safro, qora o't) ustunlik qiladi.

Gippokratning fikricha, sangviniklar kasallikka kam chalinadilar, xoleriklar va melanxoliklar kasallikka moyil kishilardir. Gippokrat «Kasalliklarning kechishi va bemorning tuzilishi uning temperamentiga bog'liq», degan.

Bu ta'limot keyinchalik barcha olimlarda qiziqish uyg'otdi. Hozirgi kunda yetakchi psixologlar va vrachlar bemorlarni davolashda ularning temperamentiga alohida e'tibor berishadi.

Gippokratning tibbiyot oldidagi yana bir buyuk xizmati uning vrach qasamyodini yaratganligidir.

Gippokrat qasamyodi

«Tabib Apollon, Asklepiy, Hikieya va Panakeya hamda barcha xudolar nomi bilan ularni guvohlikka olib, quyidagilarni kuchim va idrokim boricha halol bajarishga qasamyod etaman va yozma ravishda va'da beraman: meni tabiblik san'atiga o'rgatgan kimsani o'z otaonam bilan barobar ko'raman, u bilan boyligimni bo'lishaman, agar u muhtoj bo'lib qolsa, yordam beraman, uning avlodini o'z akaukalarimdek ko'raman va bu san'atni o'rganishni istasalar, pul olmay va hech qanday shartsiz o'rgataman. O'z o'g'illarimni, ustozimning o'g'illarini va talabalarimni qo'llanma, og'zaki dars va boshqa usullarda o'qitaman. Men har qanday zarar keltirish va adolatsizlikdan saqlangan holda, o'z kuchim va idrokim darajasida bemorning hayot tarzini uning foydasiga yo'naltiraman. Men hech qachon mendan iltimos qilgan kimsaga o'ldiradigan dori bermayman va bunday yo'lni ko'rsatmayman, shuningdek, hech qanday ayolga bola tushiruvchi dori bermayman. O'z hayotim va san'atimni pok va nuqsonsiz o'tkazaman.

Gippokrat (miloddan avvalgi 460–377-y. y.)

Men qanday uyga kirmayin, u yerga hech qanday Harazsiz va yomon niyatsiz, faqat bemor manfaatini ko'zlab qadam qo'yaman, ayniqsa, ayollar va erkaklar, ozod kishilar va qullar o'rtasidagi ishqiy ishlardan uzoq bo'lishga intilaman. Davolash jarayonida yoki usiz kishilarning hayotida oshkor qilinishi mumkin bo'lmagan va sir saqlangan nimaiki ko'rgan yoki eshitgan bo'lsam, bu haqda hech kimga hech narsa aytmayman. Menga, shu qasamyodni so'zsiz bajaruvchi sifatida hayot va san'atda abadiy baxt va shuhrat ato

etsin. Bu qasamyodni buzuvchilar va yolg'on qasamyod beruvchilar uchun buning aksi bo'lsin!»

Gippokrat davridan boshlab bu qasamyodni barcha tabiblar qabul qilganlar. Hozirgi kunda ham bu qasamyod o'z kuchini yo'qotgani yo'q va barcha mamlakatlarda bo'lajak vrachlar uni qabul qilishadi. Bu qasamyod vrachni o'z kasbini sevishga va ulug'lashga, bemorlar va hamkasblarini hurmat qilishga, o'z ilmini faqat odamlar salomatligi yo'lida sarflashga, yomon maqsadlarda qo'llamaslikka chorlaydi.

Ma'lumki, vrach qanchalik urinmasin, davosi qiyin kechadigan kasalliklar bor. Bunday paytlarda vrach ruhan va jismonan charchaydi, bemori tuzalmaganidan aziyat chekadi. Ba'zan bemor va uning yaqinlari tomonidan dashnomlar eshitadi. Bu haqda Gippokrat shunday degan: «Tibbiyot asosan tinchlantiradi, ba'zan davolaydi, juda kam hollarda esa darddan butunlay xalos etadi».

Demak, hamma bemorlarni ham ko'ngildagidek davolash qiyin. Gippokratning bu so'zlarida pessimizm ufurib turgan bo'lsa-da, zamirida achchiq haqiqat yotibdi.

Bu so'zlarning aytilganiga bir necha asrlar bo'ldi, o'tgan davr ichida eng kuchli diagnostika va davolash usullari ishlab chiqildi, lekin shunday bo'lsa-da, bugungi kunda tibbiyot ba'zi kasalliklarni davolashda ojizlik qiladi.

Gippokrat bir qator asab va ruhiy kasalliklar haqida risolalar yozib qoldirgan.

U isterik kasalliklarni chuqur bilimdonlik bilan o'rgandi va bemorlarni davolash yo'llarini ishlab chiqdi. Gippokrat bemorlarni davolashda sog'lom turmush tarziga va to'g'ri ovqatlanishga qattiq rioya qilish kerakligini aytgan, kasalliklarning sababini aniqlab, ularni bartaraf qilishga intilgan.

Gippokratning tibbiyotga oid ba'zi ko'rsatmalarini keltirib o'tamiz:

1) jismoniy mehnat mushaklar va a'zolar uchun oziqdir;

2) fikrlash — kishi ruhini tetiklashtiradi;

3) bemorga yordam berishni eplay olmasang, unga ziyon keltirma;

4) me'yordan ko'p ovqatlanish kishi salomatligiga ziyon keltiradi;

5) bemorning ruhi tushmagan va ishtahasi saqlangan bo'lishi tuzalish uchun yaxshi alomatdir;

6) odam tanasida kasallik bilan kurashuvchi kuch bor, tabibning vazifasi esa o'sha kuchni faollashtirishdan iborat;

7) bemorga beriladigan dorilar hadeb o'zgartirilmasligi kerak, faqat zaruratga qarab davolash muolajasi o'zgartirilsin;

8) tabiatda doimo ikki qarama-qarshi kuch bir-biriga qarshi turadi, qarama-qarshilikni qarama-qarshilik bilan yengish kerak;

9) tabib yuksak darajada axloqli, jonkuyar, ozoda va xush ko'rinishga ega bo'lishi kerak;

10) tabib o'z bilim va mahoratini doimo oshirib borishi hamda bemorlar hurmatiga sazovor bo'lishi kerak.

O'z davrining mashhur tabibi va faylasufi bo'lgan Gippokrat sharafli umr kechirdi va 83 yoshida vafot etdi.

Platon (Aflotun – miloddan avvalgi 430–348-yillar) *«Ruh abadiydir, u tanaga bog'liq emas va xudo tomonidan yaratilgan. Ruh tanadan oldin paydo bo'lgan, odam va hayvon ruhi bir-biridan farq qiladi, odam ruhi oliy va past tabaqaga bo'linadi. Oliy ruh abadiydir, u tafakkur kuchiga ega, bir tanadan ikkinchisiga o'tadi va tanaga bog'liq emas. Past tabaqali ruh abadiy emas, hayvonlar uchun esa faqat past tabaqali ruh xos»*, degan.

Platon (miloddan avvalgi 430–348-y.y.)

Aristotel (Arastu – miloddan avvalgi 384–322-yillar) miya, ruh va tana munosabatlariga oid bir qancha fikrlar bildirgan. Platonning shogirdi. Aristotel jonning uch xilini ajratgan: **o'simlik, hayvon** va **ongli jon.** O'simlik joni deganda, u oziqlanish va ko'payishni ko'zda tutgan bo'lsa, hayvon joni deganda his qilish, og'riq sezish, himoyalanishni tushungan.

Aristotel *«Ongli jon faqat insonga xos va unda jonning uch turi ham mavjud»*, degan. Uning fikricha, inson ularga egaligi bilan ham o'simlik va hayvonlardan farq qiladi. Aristotel «his-tuyg'ular», «xotira», «sezgi» kabi tushunchalardan foydalangan.

Aristotel (miloddan avvalgi 384–322 y.y.)

Galen (miloddan avvalgi) 129–201- y.y.)

Rimlik mutafakkir **Galen** (miloddan avvalgi 129–201-yillar) ruhning fiziologik mexanizmlarini ilmiy tadqiqotlariga asoslanib o'rgandi. U ruhiy faoliyatning bosh miya bilan bog'liqligi fikrini ilgari surdi. Galen hissiyot, xotira, sezgi va diqqat odam ongi, ruhi tomonidan idora qilinadi, degan. U hayvonlarda miyaga boruvchi sezgi tolalarini kesib ko'rib, ularning harakatini tekshirdi. Shu maqsadda u dorivor moddalarni ham ishlatdi. Shuningdek, Galen jinsiy yaqinlikda bo'lib turishning asab sistemasiga ta'sirini o'rgandi. U turmushga chiqmagan yoki beva ayollarda isterik belgilar paydo bo'lishini yozib qoldirgan.

Galen birinchilardan bo'lib xulq-atvorning *tug'ma va orttirilgan shakllari, ixtiyoriy hamda ixtiyorsiz harakatlar* to'g'risidagi va temperamentga oid fikrlarni ilgari surdi. Lekin uzoq davr mobaynida fiziologiya rivojlanmaganligi sababli odam psixologiyasini o'rganish ham orqada qoldi.

IX asr boshlarida Sharqda, ya'ni Bag'dod, Buxoro va Xorazmda boshqa tabiiy fanlar qatori tibbiyot ham jadal rivojlanadi. Bag'doddagi tibbiyot dargohlarida bemorlarni davolashda ruhiy ta'sir qilish usullari keng qo'llanilgan. Bemor bilan tibbiyot xodimi o'rtasidagi munosabatlar, psixologik usullar, turli kasalliklarning kelib chiqishida ruhiy omillarning ahamiyati, ularning oldini olish kabi bilimlar rivojlana boshladi, ya'ni tibbiyot psixologiyasining poydevori yaratilib boshlandi. Bu davrda Bag'doddagi tibbiyot muassasalari butun dunyoda tan olinib, Yevropada ham katta shuhrat qozondi.

Abu Bakr ar-Roziy (865–925)

Eronda tavallud topgan mashhur mutafakkir **Abu Bakr ar-Roziy** (865–925) tibbiyot olamida o'chmas iz qoldirdi. U o'z davrining buyuk tabibi bo'lgan va tarixchilarning yozishicha, bemorlarni davolashda xatoga yo'l qo'ymagan. U biror yangi dorini bemorlarga berishdan

oldin hayvonlarda sinab ko'rgan. Roziy bemorlarni davolashda ruhiy ta'sir qilish bilan birga parhezga ham katta e'tibor qaratgan. U mizojlar, falajliklar, jinsiy aloqa, gigiyenik tadbirlar va dorishunoslik haqida ko'p risolalar bitgan. Ularning ba'zilari G'arb tillariga tarjima qilinib, u yerda ham o'qitilgan. Roziy o'zi boshqarayotgan shifoxonada «kasallik tarixnomasi»ni yaratgan va bemorning hol-ahvolini davolashning birinchi kunlaridan boshlab muntazam qayd qilib borgan. Bu esa unga bemorni davolash mobaynida sinchkovlik bilan kuzatuv olib borish imkonini bergan. Abu Bakr ar-Roziy bemorlarni kuzatish jarayonida kasallikning kelib chiqish sabablarini, uning oqibatlarini o'rgangan va shu tariqa tibbiy profilaktika va psixogigiyena fanlariga asos solgan, desak mubolag'a bo'lmaydi. U vrach burchi, tibbiy maslahatlar haqida ham o'z fikrlarini yozib qoldirgan.

Sharqda yashab ijod qilgan tabiblar hayoti va ijodini zamonamizning atoqli tarixchi olimi, professor Asadulla Qodirov «Tibbiyot tarixi» kitobida batafsil yoritgan. U o'zining asarida Sharq va G'arb olimlarining fikrlarini bir-biri bilan taqqoslaydi, klassik fikrlarni hozirgi zamon tibbiyoti bilan solishtirib o'rganadi. Olim, ayniqsa, buyuk mutafakkir **Abu Ali ibn Sino** (980–1037) hayoti va faoliyati haqida juda katta tahliliy ma'lumotlar keltirgan.

Abu Ali ibn Sino (980–1037)

Ibn Sino tibbiyotning deyarli barcha sohalariga taalluqli «Tib qonunlari» asarida tibbiyot va psixologiyaga oid bir qancha fikrlar keltirgan. Bu asar haqli ravishda dunyoning deyarli barcha tillariga tarjima qilingan va tib ilmini zabt etishda dasturilamal bo'lib xizmat qilgan. Ibn Sinoning ahvoli og'ir bemorlarni davolashda qo'llagan turli xil usullari (giyohlar bilan davolash, ruhiy ta'sir qilish) haqida afsonalar bor. Aslida bular afsonaga aylangan haqiqatdir.

Zigmund Freyd nevrozga uchragan bemorlarni davolashda Ibn Sino usulidan foydalangan bo'lsa, ajab emas. U bemorlarga nafaqat kasallik bilan bog'liq bo'lgan, balki shaxsiy hayotidagi muammolarni ham so'zlatib, ularda psixologik katarsis (ruhiy poklanish) ni yuzaga keltirgan.

Birorta ham siri qolmay, barcha dardini so'zlagan bemor ruhan ancha yengillashib, ba'zi hollarda butunlay tuzalib ham ketgan.

Ibn Sino har bir bemorni davolashda ularni diqqat bilan o'rganish, oilasi va yashash sharoiti bilan tanishish o'ta muhimligini uqtirgan. Bu bilan u hozirgi davrda psixogigiyena deb ataluvchi fanga asos solgan.

U psixoprofilaktika masalalari bilan ham shug'ullangan. Kasalliklarning oldini olishda tarbiyaning ahamiyatini o'z asarlarida ko'rsatib o'tgan. «Tarbiya erta bolalik davridan boshlanishi kerak», degan edi Ibn Sino. Shuningdek, u bolani qo'rqoq, g'amgin yoki juda erka qilib o'stirmaslikni, ota-ona bola nimani istayotganini doimo sezishi va o'sha narsani bolaga yetkazib berishga harakat qilishi, yomon narsalardan esa yiroqlashtirishlari zarurligini uqtirgan. Bu qoidalarga rioya qilish bolaning zehnini o'tkir, tanasining sog'lom o'sishini ta'minlashini ta'kidlab o'tgan.

Ibn Sino kasalliklarning kelib chiqishi asab tizimiga bog'liq, g'azab, qo'rquv, qattiq siqilish organizmni holsizlantirib, bunga sabab bo'lishini aytgan.

Bu fikrini u tajriba orqali ham isbotlab bergan. Ibn Sino bitta qo'yni oddiy sharoitda, ikkinchisini esa qafasda saqlab, ikkalasini ham bir xil boqqan. Qafasdagi qo'yning atrofida bo'ri aylanib yurgan. Bir-ikki kundan so'ng atrofida bo'ri aylanib yurgan qafasdagi qo'y yem yemay qo'yadi va holdan toyib o'ladi. Ibn Sino qo'yning o'limiga ruhiy zo'riqish va buning natijasida organizmning holdan toyishi sabab bo'lgan, deb xulosa chiqargan.

Ibn Sinoning organizm faoliyatini boshqarishda asab tizimining ahamiyati haqidagi ta'limoti Yevropa olimlari tomonidan XX asr boshlarida yaratilgan nervizm ta'limotiga juda o'xshab ketadi.

Ibn Sino tomir urishining asab tizimi faoliyatiga bog'liqligini ko'p tajribalarda isbotlab bergan. U ko'pgina kasalliklarni tomir urishiga qarab aniqlagan. Ibn Sino nafaqat turli kasalliklarda tomir urishining o'ziga xos xususiyatlarini o'rgangan, balki turli hissiy zo'riqishlar va asab kasalliklarida tomir urishining o'zgarishlarini ham bayon qilgan.

Ibn Sino deontologiya muammolariga bag'ishlab ham ko'p risolalar bitgan. Uning *«Kasallikni emas, kasalni davola»*, degan iborasi bilan davolashda uning shaxsiga e'tiborni qaratish lozimligini

ilgari suradi. Ibn Sino Gippokratning temperament haqidagi ta'limotini chuqur o'rganib, quyidagi xulosaga keladi: barcha hayotiy muhim jarayonlarda ikkita qarama-qarshi hodisalar, ya'ni «qaynoq-sovuq» va «quruq-nam» barobar bo'lishi kerak. Agar ular orasida nomutanosiblik boshlansa, mizoj aziyat chekadi va kasalliklar boshlanadi.

Ibn Sino *«Har bir odam ma'lum mizojga taalluqli va bemorni davolayotganda bunga, albatta, e'tibor qilish kerak»*, deb yozadi. U kasalliklarning rivojlanishida ruhiy omillarga katta e'tibor qaratib, kasallikning har kimda har xil kechishini uqtirib o'tgan va bu holat bemorning mizoji, oilaviy sharoiti, qaysi ijtimoiy tabaqaga mansubligi va qolaversa, uni kim davolayotganiga bog'liq, degan.

Shu yerda «mizoj» tushunchasi haqida batafsil to'xtalib o'tsak. Chunki temperament va mizoj tushunchalari bir-biriga yaqin tursada, bu so'zlar sinonim emas. «Mizoj» tushunchasini Xitoy, Yunoniston va Sharq olimlari ishlarida ko'p uchratish mumkin. Mizoj deganda issiqlik, sovuqlik, quruqlik va ho'llik omillari ko'zda tutilgan. Undan tashqari «rutubatlar» degan tushuncha ham mavjud. Rutubatlar deganda organizmdagi to'rt xil suyuqlik — qon, safro (jigar o'ti), savdo (qora o't) va flegma (shilliq suyuqlik) ko'zda tutilgan. Rutubatlar (gumoral) tushunchasini yunon hakimlari o'ylab topishgan. Bu tushunchaga asoslanib Gippokrat rutubatlar nazariyasini ishlab chiqdi va odamlarni to'rt toifaga ajratdi, ya'ni temperament haqida ta'limot yaratdi.

Uzoq tarixga ega «Mizoj» tushunchasi qadimda to'rtta unsur — yer, havo, suv va olov bilan bog'lab ham tushuntirilgan. *«Barcha jonzotlar, shu jumladan, odam ham ana shu unsurlardan tashkil topgan. Har bir unsurning o'z xususiyati bor va o'sha xususiyatlar «mizoj» deb atalgan va bundan kelib chiqib «issiq mizoj», «sovuq mizoj» tushunchalari paydo bo'lgan. Tanadagi issiqlik va sovuqlik orasidagi muvozanat buzilsa, kasallik rivojlanadi, tabibning vazifasi shu muvozanatni tiklashdan iborat»*, deb aytilgan. Ibn Sino ham mizoj tushunchasini unsurlar bilan bog'lagan va mizojni unsurlardan kelib chiqqan xususiyat deb bilgan.

Mizoj va rutubatlar nazariyasi, ayniqsa, Sharq tibbiyotida uzoq vaqt hukm surdi. Tarixchi olim A.A.Qodirovning (2001) fikricha, bu vaziyat kasalliklar sababini eksperimental yo'llar bilan o'rganishni orqaga surib yubordi. Yevropa olimlari bu nazariyalarning istiqbolsiz

ekanligini payqab, XVII asrdayoq undan voz kechdilar va tibbiyotda tajriba usulini qo'llab, katta muvaffaqiyatlarga erishdilar. Sharq tibbiyoti esa boshqa aniq fanlar (fizika, matematika) singari orqada qolib ketdi. G'arb olimlari aniq fanlar yutuqlaridan foydalanib, Ibn Sino ishlarini aynan tajriba yo'li bilan isbotlab, katta yutuqlarga erishdilar.

Ibn Sino ba'zi odamlarning beixtiyor o'zlarida kasallik belgilarini paydo qilishini va undan aziyat chekib yurishlarini aytib o'tganligi G'arb olimlarida katta qiziqish uyg'otgan. Nevrozlarning ayrim turlari mutafakkir aytgan shaklda rivojlanadi. Ibn Sino shunday degan edi: *«Barcha ruhiy kuchlarning manbai va ta'sir qiladigan joyi asabdir, uni ortiqcha zo'riqtirish turli kasalliklarga olib keladi. Bosh miya butun organizm faoliyatini va ruhiy faoliyatni boshqaradi».*

Ibn Sino risolalarida asab markazlari ichki a'zolardan maxsus asab tolalari orqali ma'lumot olib turishi va ularning faoliyatini boshqarishi haqidagi ma'lumotlarni uchratish mumkin. Ibn Sinoning tana va ruhiyatning yagonaligi haqidagi qarashlari hozirgi kunda zamonaviy tibbiyot yutuqlari sababli to'la tasdiqlanib, psixosomatik tibbiyot deb ataluvchi fanga asos soldi.

Ibn Sino *«Xotiraning buzilishi bosh miyaning orqa qismi, tafakkurning buzilishi miyaning o'rta qismi, idrokning buzilishi miya qorinchalarining zararlanishi bilan bog'liq»,* deb fikr yuritgan. U depressiya, epilepsiya, ongning buzilishlari, gallusinatsiyalar, alahsirash, tafakkur va xotira buzilishlari haqida ko'p yozgan hamda ularning turlarini o'rgangan.

Sharqlik yana bir buyuk alloma **Ismoil Jurjoniy** (1080—1141) ham bizga katta meros qoldirib ketdi. U Xorazmda yashab ijod qilgan va tibbiyotga oid bir qancha asarlar yozib qoldirgan. Ulardan eng mashhurlari «Ibn Sino haqida so'z», «Xorazmshoh xazinasi» va «Xastaliklarni aniqlash usullari»dir. Bu asarlar ichida «Xorazmshoh xazinasi» Jurjoniyga katta shuhrat keltirdi. Tarixchilar bu asarni Ibn Sinoning «Tib qonunlari» asariga mohiyatan yaqin qo'yganlar. Bu kitob 10 qismdan iborat bo'lib, unda tibbiyot va bemorlar psixologiyasiga bag'ishlangan bir qancha fikrlar bayon qilingan.

Ismoil Jurjoniy va shu kabi boshqa tabiblar (Iloqiy, Masixiy, al-Karvakiy Xazoraspiy, Chag'miniy) hayoti bilan yurtimiz tibbiyot tarixini o'rganishga katta hissa qo'shgan olim, jarroh Otanazar

Abdullaev (1931–1990) qiziqqan va ularning tibbiy faoliyati haqida o'zining xolisona fikrlarini yozib qoldirgan.

Qadimgi Sharqda ilm-fan va tibbiyot gurkirab rivojlangan bo'lsa, Yevropa mamlakatlarida fanda turg'unlik hukmron edi. Yevropa fanidagi turg'unlik ayniqsa, V–XV asrlarga to'g'ri kelgan (deyarli ming yil). XVI asrdan boshlab Yevropada aniq fanlar rivojlana boshladi va tibbiyotda ham buyuk kashfiyotlar yaratildi. Shuning uchun ham XVI–XVII asrlar Yevropada *Uyg'onish davri* deb ataladi. Bu davrda biologiya va fiziologiya sohasida buyuk olimlar yetishib chiqdi (A. Vezaliy (1514–1564), V. Xarvey (1578–1657) va boshqalar). **A.Vezaliy** (1543) bosh miyani ochib o'rganib, o'zining dastlabki xulosalarini chop qildiradi va *«Ruhiy jarayonlar miya suyuqliklari bo'ylab oqadi»*, degan xulosaga keladi.

A.Vezaliy (1514–1564)

Miya haqidagi qarashlarning o'zgarishiga va umuman olganda, psixologiya va fiziologiya fanining rivojlanishiga fransuz mutafakkiri **R. Dekartning** (1596–1650) kashfiyotlari katta turtki bo'ldi. U organizm bilan muhit orasidagi reflektor munosabatlarni o'rgandi va ruhiy faoliyatning fiziologik asoslarini isbotlashga intildi.

R.Dekart (1596–1650)

U «Yurak qon-tomir faoliyati mexanika qonunlariga bo'ysungan holda boshqarilib turadi», degan fikrni o'rtaga tashladi. hayvonlar xulq-atvori, odamning harakat faoliyati reflektor tarzda, mushaklarning harakati esa tashqi ruhiy ta'sirlarsiz, ya'ni asab tolalari orqali boshqarilib turishini, organizmda kechadigan fiziologik jarayonlar ruhga bog'liq emasligini dastlab Dekart tajribalar orqali isbotlab berdi. U sezgi va hissiyotning qanday yuzaga kelishini tushuntirib *«Ongli ruhni» tanadan chiqarib tashlab bo'lmaydi va u faqat odamga taalluqlidir»*, degan.

SAM
AXR

Shunday qilib, Dekart sezgi a'zolarining ta'sirlanishi va mushaklarning javob reaksiyasi orasidagi bog'liqlikni o'rganib, reflektor yoy haqidagi ta'limotga asos soldi, desak yanglishmagan bo'lamiz.

Chexiyalik atoqli olim, fiziolog **I. Proxozka** (1749—1820) Dekart ta'limotiga asoslangan holda fanga «refleks» (aks ettirish) degan tushunchani kiritdi. I. Proxozka reflektor yoyning tuzilishini ta'riflab bergan. U oliy nerv faoliyati va ruhiy faoliyat reflektor tarzda boshqarilishini yanada chuqur o'rgandi. Afsuski, o'sha paytdagi ilm-fanning rivojlanish darajasi reflekslar haqidagi ta'limotni tadqiqotlar asosida to'la isbotlab berishga qodir emas edi. Bosh miya faoliyatini reflektor mexanizmlarga asoslangan holda tushuntirib berish imkoniyatlari yo'q edi. Shuning uchun ruhiy faoliyat asab tizimining fiziologik faoliyatidan ajratilgan holda o'rganildi. Buning natijasida odam organizmida tana va ruh bir-biriga bog'liq bo'lmagan narsalar, deb hisoblandi.

Avstriyalik vrach va anatom **F. Gall** (1758—1828) odam miyasining tuzilishini juda mukammal o'rgandi hamda uning frenologik xaritasini yaratdi. U birinchilardan bo'lib bosh miya katta yarim sharlarining kulrang va oq moddasini bir-biriga bog'liq bo'lgan alohida tuzilmalar deb bildi.

U bosh miya po'stlog'ida 40 ga yaqin ruhiy funksiyani joylashtirdi va ularni miyaning pushta (bo'rtiki) lari bilan bog'ladi. U harakat, ko'ruv, eshituv va sezgi markazlari bilan birgalikda miyada xotira, tafakkur, sevgi, kamtarlik, donolik, ayyorlik markazlarini ham joylashtirdi. Uning fikricha, yuqori qobiliyatli odamlarning miyasidagi bo'rtiklar kuchli rivojlangan bo'ladi va kimning tafakkuri past bo'lsa, uning miyasi silliq bo'ladi.

XIX asrning o'rtalarida psixologiyaning rivojlanishida katta o'zgarishlar yuz berdi. Bu davrda gipnoz (yunoncha — «uyqu» degani) haqida ta'limot yaratildi va uning asoschisi Mesmer hisoblanadi. Gipnoz tushunchasini 1843-yili angliyalik jarroh Jeyms Bred taklif qilgan. Mesmer gipnozda kuzatiladigan hodisalarni «magnetizm» bilan bog'laydi.

Fransiyalik olim **J.M.Sharko** (1888) gipnoz asosida fiziologik jarayonlar yotadi, deb tushuntiradi. O'sha paytlari gipnoz usuli bilan bemorlarni davolash keng tarqaldi. Gipnoz bilan mashhur nevrologlar va psixiatrlar shug'ullanishgan. Ulardan Benedikt, Forel,

Levenfeld, Mopassan, S.S. Korsakov, Mebiuslarning nomi mutaxassislarga yaxshi tanish.

Shular orasida mashhur psixoanalitik deb nom chiqargan yosh shifokor olim **Zigmund Freyd** ham bor edi. Z. Freyd aslida nevropatolog bo'lgan. U 1856-yil 6-mayda Chexoslovakiyaning Prshibor (u paytdagi Freyburg) degan kichik bir shahrida dunyoga keladi. 1860-yili Freydlar oilasi Venaga ko'chib o'tishadi va Z. Freyd umrining oxirigacha Avstriyada yashab ijod qiladi. Fizika, biologiya, tarix va falsafaga o'ch bo'lgan Z.Freyd doimo tabiatda bo'ladigan hodisalarning o'zini o'rganibgina qolmay, ularning sabablarini ham izlagan. Z. Freyd umrining oxirigacha determinist bo'lib qoldi, ya'ni ruhiy-asabiy buzilishlarning sababi, asl mohiyatini izladi. Z.Freyd avvaliga mashhur olim Ernst Bryukkning qo'li ostida fiziologiya sirlarini o'rgandi. U ilmiy ish bilan shug'ullanib, orqa miya fiziologiyasini o'rgana boshlaydi. Lekin Freyd ko'p bolali oilada tavallud topganligi uchun moddiy tomondan juda qiynalib qoladi va ilmiy ishni tashlab, amaliy nevrologiya sohasida ishlab, har kuni 8—10 soatlab bemorlarni qabul qiladi.

Z.Freyd (1856—1939)

Tibbiy amaliyotda olgan tajribalarini ilmiy tomondan o'rganib, tez orada mashhur nevropatolog vrach bo'lib nom chiqaradi. O'sha paytlari bemorlarni davolashdagi fizioterapevtik usullarni Z. Freyd ham ko'p qo'llay boshlaydi. Lekin keyinchalik bu usul Z. Freydni qoniqtirmay qo'yadi. U gipnoz bilan qiziqib, uni Iosif Breyer va J. Sharkolardan o'rganib, bemorlarni davolashga keng tatbiq qiladi. Bolalar serebral falaji, afaziyalar bilan qiziqib, bir nechta maqolalar ham chop qildiradi.

1861-yili motor nutq markazini kashf qilgan P.Brok nutq buzilishini «afemiya» deb atagandi. Z. Freyd motor afaziya haqida so'z yurita turib, «Transkortikal motor afaziyada bemorning gapira olmaslik sababi Brok markazi funksional faoliyatining pasayishidir», degan edi.

Z. Freyd fanda yangi yo'nalish, ya'ni psixoanalizni yaratadi. U ruhiy-asabiy buzilishlarning har bir belgisini tahlil qildi, isterik

simptomlarning sababi va sirlarini o'rgandi, ularni ruhiy ta'sir qilish yo'li bilan davolay boshladi. Ongsizlik haqidagi ta'limotni yaratdi. Seksual hayotning ruhiy faoliyat bilan uzviy bog'liqligini o'rgandi. Z. Freyd fiziologlar (I.P. Pavlov) hamda nevropatolog va psixolog olimlarning (Ernst Krechmer, Emil Krepelin, Eygen Bleyler) ishlaridan ham xabardor edi.

Z.Freyd fan olamida mard olimlardan biri edi. Agar uning dunyoqarashiga zid va isbotlangan yangi dalillar paydo bo'lsa, Z. Freyd ularni o'ziga xos mardlik bilan qabul qilardi. Masalan, isteriyalarni faqat seksual buzilishlar nuqtai nazaridan tushuntirib bergan Z. Freyd birinchi jahon urushida juda ko'p askarlar orasida isterik simptomlarni kuzatgan, urushdan qaytgandan so'ng esa ularda bu belgilar butunlay yo'q bo'lib ketgan. Bu holatni kuzatgan Freyd panseksualizm g'oyasidan biroz chekindi. Shuni ta'kidlash lozimki, mashhur fiziolog I.P. Pavlovning eksperimental nevrozlar konsepsiyasini yaratish g'oyasiga Z. Freydning shu sohaga taalluqli maqolasi ham sabab bo'lgan.

Z.Freyd isterik nevrozlarning kelib chiqishida I.P. Pavlovning tormozlanish va qo'zg'alish jarayonlari haqidagi ta'limotini yuqori baholagan. Sobiq sho'ro tuzumi davrida bu ikkala buyuk olimning ishlari bir-biriga qarama-qarshi qo'yilib, mashhur psixoanalitik Z. Freyd asossiz qoralab kelindi. Ammo uning inson psixologiyasini o'rganishda qilgan olamshumul ishlari butun dunyoda tan olingan edi.

Z. Freyd katta bir maktab yaratdi va buning natijasida fanda freydizm yo'nalishi paydo bo'ldi. Bu haqda kitobning «ongsizlik» qismida batafsil ma'lumot beramiz. Uning dastlabki safdoshlari va shogirdlari A. Adler va K.G. Yunglar nevrozlarning kelib chiqishiga oid o'z nazariyalarini ilgari surishdi. A. Adler fanda individual psixologiya g'oyasini ko'tarib chiqqan bo'lsa, K.G. Yung o'z e'tiborini analitik psixologiyaga qaratdi.

XX asrning birinchi yarmida mashhur psixiatr E. Krechmer (uni tibbiyot psixologiyasining otasi deb ham atashadi) «Tibbiyot psixologiyasi» asarini yozadi. U tibbiyot psixologiyasini alohida fan sifatida ajratdi va bu uni barcha tibbiy, falsafiy va biologik fanlar yutug'iga asoslanib o'rganish zarurligini uqtirdi. E. Krechmer odam ruhiyatining shakllanishi va buzilishida tug'ma konstitusional omillarga katta e'tibor berdi.

O'zbekistonda tibbiyot psixologiyasining rivojlanish tarixi

O'zbekistonda tibbiyot psixologiyasi fani tibbiyot institutlarining asab va ruhiy kasalliklari kafedrasi tarkibida, O'zbekiston Milliy universitetining umumiy psixologiya, Nizomiy nomidagi Toshkent Davlat pedagogika universitetining amaliy psixologlar tayyorlash kafedralarida o'qitib kelinmoqda. Uzoq yillar tibbiyot psixologiyasiga psixiatriyaning bir qismi sifatida qaralgan va ushbu fanni faqat psixiatrlar o'qitib kelgan.

Shuning uchun bo'lsa kerak, tibbiyot psixologiyasi bo'yicha tuzilgan o'quv dasturlari psixiatriya fani bo'yicha tuzilgan dasturlarga juda o'xshab ketgan va ular boshqa rivojlangan davlatlarning o'quv dasturlaridan keskin farq qilgan.

XX asrning 90-yillarida MDH davlatlarida tibbiyot psixologiyasini o'qitishga oid bahs-munozaralar boshlanib ketdi. Tibbiyot psixologiyasini «Klinik psixologiya» deb atash lozimligi haqida tavsiyalar paydo bo'la boshladi. Nafaqat tibbiyot universitetlarida, balki boshqa universitetlarda ham «Klinik psixologiya» kafedralari tashkil qilindi. Masalan, Moskva Davlat Universitetidagi «Neyro- va patopsixologiya» kafedrasining nomi «Klinik psixologiya» deb o'zgartirildi. Klinik psixologiyani kim o'qitishi kerak degan savol ko'ndalang turdi. Tibbiyot oliygohlarini tugatgan mutaxassismi yoki umumiy psixologiya fakultetlarida klinik psixologiya yo'nalishida ta'lim olgan mutaxassismi? Rivojlangan xorij davlatlarida tibbiyot va umumiy psixologiya yo'nalishidagi oliygohlarni tugatgan mutaxassislar «Klinik psixologiya» kafedralarida dars berish huquqlariga egadirlar. Biroq ular «Klinik psixologiya» bo'yicha magistrlik diplomini himoya qilgan bo'lishlari kerak.

O'zbekistonda tibbiyot psixologiyasining o'qitish konsepsiyasini ishlab chiqish va sog'liqni saqlash tizimi uchun malakali tibbiy psixologlar tayyorlashni keng yo'lga qo'yish kerak. Bugungi zamon talabi ham shu. Buning uchun Toshkent tibbiyot akademiyasida «Tibbiyot psixologiyasi» bo'yicha magistratura tashkil etish maqsadga muvofiq. Unga nafaqat tibbiyot institutlarida bakalavriaturani tugatganlar, balki O'zbekiston Milliy universiteti va Nizomiy nomidagi Toshkent Davlat pedagogika universitetlarining psixologiya fakul-

tetlarini tugatganlarni ham qabul qilish lozim. Keyinchalik esa boshqa universitetlardan ham psixologiya fani bo'yicha bakalavriaturani tugatganlarni qabul qilish mumkin.

«Tibbiyot psixologiyasi» bo'yicha magistraturani tugatgan mutaxassislar umumiy amaliyot shifokorlari, oliy malakali hamshiralar va tor doiradagi mutaxassislar bilan bir qatorda, sog'liqni saqlash tizimida faoliyat ko'rsatishlari kerak. Albatta, bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatuvchi mutaxassislar tibbiy ilmga ega bo'lishlari zarur. Xuddi tibbiy yordamni mutaxassis ko'rsatgani kabi, psixologik yordamni ham mutaxassis ko'rsatishi kerak. Buning uchun Oliy o'quv yurtlarida klinik psixologiya bo'yicha tayyorlanayotgan mutaxassislarni sog'liqni saqlash tizimiga jalb qilishimiz kerak. Vaholanki, barcha rivojlangan davlatlarning klinikalarida klinik psixologlar vrachlar bilan hamkorlikda ishlaydi. O'zbekistonda bu ishni yo'lga qo'yish uchun sog'liqni saqlash tizimida faoliyat ko'rsatuvchi «Tibbiy yoki klinik psixolog» statusini ishlab chiqish va ularga yuridik maqom berish maqsadga muvofiq.

X.A. Alimov – O'zbekistonda psixiatriya fanining asoschilaridan biri, tibbiyot fanlari doktori, professor. Olim psixiatriyaning bir qator yo'nalishlariga oid ishlari bilan mashhur va u bu yo'nalishda katta maktab yaratdi. Yirik tashkilotchi olim nafaqat markazda, balki viloyatlardagi tibbiyot institutlariga, sog'liqni saqlash tizimiga yuqori malakali kadrlarni tayyorlashda bevosita rahbarlik qildi. X.A. Alimov Toshkent davlat tibbiyot institutida psixiatriya, narkologiya va tibbiyot psixologiyasi kafedrasining mudiri bo'lib ishlagan va bir qancha monografiyalar, o'quv-uslubiy qo'llanmalar yaratgan. Uning asarlaridan hanuzgacha tibbiyot institutlarida o'quv jarayonida foydalanib kelinmoqda.

Sh.A. Murtalibov – tibbiyot fanlari doktori, professor. Olimning hayot faoliyati Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti bilan bog'liq bo'lib, bir necha yillar psixiatriya va psixoterapiya kafedrasini boshqargan Sh.A. Murtalibov uzoq yillar bosh psixiatr lavozimida ishlab, yurtimizda psixiatriya xizmatining rivojlanishiga bevosita rahbarlik qilgan. Sh.A. Murtalibov shizofreniya, alkogolizm, psixoz va serebral aterosklerozga oid yirik ilmiy asarlar yaratgan. U ruhiy buzilishlarni davolashda psixoterapiya usullaridan foydalanish tamoyillarini ishlab chiqqan. Olimning psixoterapiya bobida yaratgan ilmiy

asarlari hanuzgacha tibbiy amaliyotda muvaffaqiyatli qo'llanib kelinmoqda.

M.G. Davletshin — O'zbekistonda psixologiya fanining rivojlanishiga ulkan hissa qo'shgan yirik olim, psixologiya fanlari doktori, professor. U pedagogik psixologiyaga, ayniqsa yosh psixologiyasiga oid ishlari bilan mashhur. M.G. Davletshin rahbarligida yaratilgan «Qobiliyatlar va ularning diagnostikasi» asari amaliy psixologlar tayyorlashda keng qo'llab kelinmoqda. U o'zining so'nggi paytlarda yaratgan asarlarida O'zbekistonda yangi asr avlodini tarbiyalashda psixologiyaning o'rnini asoslab berdi. Olimning asarlari Respublikamizning barcha oliy o'quv maskanlarida yangi davr psixologlarini tayyorlashda o'qitib kelinmoqda.

E.G'. G'oziyev — psixologiya fanlari doktori, professor, O'zbekistonda psixologiya fanining rivojlanishiga ulkan hissa qo'shgan olim. Uning ilmiy faoliyati psixologiyaning deyarli barcha sohalarini qamrab olgan, u ayniqsa, tafakkur psixologiyasiga oid ishlari bilan mashhur. Olimning tashabbusi bilan Milliy universitetning psixologiya kafedrasida tibbiyot psixologiyasi kursi o'qitila boshlandi. Uning rahbarligida salomatlik psixologiyasi, sud psixologik ekspertizasi, aqliy zaif bolalar psixologiyasi, yurak ishemik kasalliklarida bemorlar shaxsi, psixodiagnostika, emosional holatlarni boshqarish kabi asarlar yaratildi. Olim asarlaridan Respublikamizning turli oliygohlarida nafaqat umumiy psixologiya, balki umumiy va tibbiyot psixologiyasini o'qitishda ham foydalanib kelinmoqda.

U.X. Alimov — tibbiyot fanlari doktori, professor. Bugungi kunda olim Sh.A. Murtalibov maktabini davom ettirib, O'zbekistonda psixiatriya va psixoterapiya fanlarining rivojlanishiga katta hissa qo'shib kelmoqda. U.X. Alimov «Psixiatriya klinikasining muqaddimasi» va «Ruhiy buzilishlarga tashxis qo'yish va davolash modellari» nomli asarlar yaratgan. Olimning asosiy ilmiy yo'nalishlari shizofreniya, alkogolizm, narkomaniya va shu kabi turli ruhiy kasalliklarga oid bo'lib, bu yo'nalishda bir qancha ilmiy va o'quv-uslubiy qo'llanmalar yaratgan.

V.M. Karimova — psixologiya fanlari doktori, professor. Olima o'zbek ayolining sog'lom turmush tarzi modelini yaratdi. U psixologiyaning turli sohalariga oid bir qancha darsliklar, o'quv qo'llanmalari va metodik tavsiyalar muallifi. V.M.Karimova oila va salomatlik

psixologiyasiga oid bir qancha yirik asarlari bilan mashhur. Uning asarlari barcha universitetlar, tibbiyot oliygohlari, kollej va liseylarda o'qitib kelinmoqda.

Uning o'smirlar tarbiyasiga oid bir qancha ilmiy-tadqiqot ishlari chop qilingan. V.M. Karimova o'z asarlarida ma'naviy yetuk avlodni tarbiyalash va voyaga yetkazishda salomatlik tamoyillariga amal qilishni targ'ib qilib keladi.

B.R. Qodirov – psixologiya fanlari doktori, professor. Serqirra ijodi bilan tanilgan olim psixologiyaning bir qancha yo'nalishlari bo'yicha ilmiy izlanishlar olib borgan. Bular – psixofiziologiya, yoshga oid psixologiya, shaxs psixologiyasi, psixogenetika, oliy nerv faoliyati, qobiliyatlar psixologiyasidir. Uning keyingi yillarda bajargan ilmiy-tadqiqot ishlari maktabgacha bo'lgan bolalarning psixofiziologik yetukligini aniqlash va baholashga qaratilgan.

S.Z. Eshimbetova – tibbiyot fanlari doktori, professor. Olimaning asosiy ilmiy ishlari turli ruhiy kasalliklarda shaxs patologiyasi, seksual buzilishlar psixologiyasi, depressiya, psixofarmakoterapiya, tibbiy-psixologik ekspertiza kabi bir qancha yo'nalishlarni o'z ichiga qamrab olgan. U Respublikamizda birinchi bor virgogamiyani ilmiy asoslab berdi va ushbu patologiyaga oid bir qancha o'quv-uslubiy va amaliy ko'rsatmalar tayyorladi. Olima tomonidan tayyorlangan o'quv qo'llanmalar amaliy shifokorlarni tayyorlashda dars berish jarayonlarida keng qo'llab kelinmoqda.

Z.R. Ibodullayev – tibbiyot fanlari doktori, professor. Asosiy ilmiy yo'nalishlari bosh miya kasalliklarida oliy ruhiy funksiyalarni o'rganishga qaratilgan. U ambidekstlarda insult modelini yaratdi va miyaning psixologik himoya konsepsiyasini ishlab chiqdi. Uning tashabbusi bilan «Tibbiyot psixologiyasi» darsligi etuk xorij davlatlari darsliklariga moslab tuzildi va unga Freyd nazariyasi, neyropsixologiya asoslari, psixosomatik sindromlar va depressiyaga oid yangi materiallar kiritildi. Tibbiy-psixologik statusni tekshirish bo'yicha kasallik tarixnomasini ishlab chiqdi. Muallifning Respublikamizda ilk bor yaratilgan «Tibbiyot psixologiyasi» darsligi «Yilning eng yaxshi darsligi» sovriniga sazovor bo'ldi (2009).

Shunday qilib, tibbiyot psixologiyasi barcha tabiiy va aniq fanlar ta'siri ostida rivojlandi hamda alohida fan sifatida butun dunyoda tan olindi.

1.3. Bola ruhiyati shakllanishining asosiy bosqichlari

Bolalik davridagi har qanday kasallik asab faoliyatining qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlarini o'zgartirib yuboradi. Shuning uchun onaning homiladorlik davridan boshlab bolaning ruhiy salomatligini saqlash choralari ko'rilishi kerak. Homilador ayol asab tizimiga salbiy ta'sir ko'rsatuvchi omillardan o'zini saqlay olsa, ruhan tetik bola tug'adi. Shuning uchun unga ruhiy sog'lom muhit yaratib berish lozim. Shu masalaga oid bir misol keltiramiz. Uyida yolg'iz qolgan homilador ayol zerikkanidan faqat pianinoda o'ziga yoqqan bitta kuyni chalar ekan. Bola tug'ilganidan so'ng xuddi shu kuy chalinsagina tinch uxlar ekan. Bu o'ziga xos fenomen hanuzgacha ilmiy jihatdan tasdiqlangani yo'q.

Xo'sh, qanday davrlarni jiddiy davrlar deyish mumkin?

Funksional sistemalar shakllanadigan davrlarni rivojlanishning jiddiy davrlari deb atash mumkin. Evolyutsion nevrologiya uchun bu davrlarni o'rganish va aniqlash juda muhim ahamiyat kasb etadi, vaholanki, rivojlanishning mana shu davrida hali shakllanmagan funksiya juda sust va tez shikastlanadigan bo'ladi. Bu davrda yuzaga kelish ehtimoli bo'lgan nuqsonning oldini olish uchun katta imkoniyatlar mavjud.

Rivojlanishning jiddiy davrini o'rganish uchun nutqning shakllanish jarayonini misol qilib olish mumkin. Ma'lumki, nutqni egallab olish qobiliyati vaqt nuqtayi nazaridan chegaralangan. Inson hayotining dastlabki davrlarida nutqni ta'minlab beruvchi jarayon boshqa yordamchi mexanizmlar bilan mustahkamlanib borilmasa, nutq funksiyasi so'nadi.

Masalan, vaqtida aniqlanmagan tug'ma karlik nutq rivojlanishiga katta salbiy ta'sir ko'rsatadi. Bunda nutqni ta'minlab beruvchi sistema bola bir yoshga to'lmasdan buziladi. Bunday bolaning keyinchalik og'zaki nutqqa qobiliyati yo'qolib, faqat imo-ishoralarni tushunadi va imo-ishoralar bilan maqsadini atrofdagilarga tushuntiradi, xolos. Agar og'zaki nutq 4—5 yoshlarga qadar tiklanmasa, nutqning keyinchalik rivojlanishi katta shubha ostida qoladi. Boshqa funksional sistemalar shakllanishi jarayonida ham jiddiy davrlar mavjud bo'lib, biron-bir tashqi yoki ichki salbiy ta'sir ostida sistemalararo aloqa xuddi shu davrda uzilib ketishi mumkin. Bunga qattiq qo'rquvdan

so'ng bolada nutqning birdan yo'qolishini misol qilib keltirish mumkin.

Jiddiy davrlarni tahlil qilish ko'pgina cheklanishlarning mohiyatini ochib beradi. Shaxsning shakllanishi bolalik davridan boshlanadi. Ota-onaning yomon kayfiyati bolada aks etmasligi kerak. Bosiqlik, mehribonlik, talabchanlik, aql bilan to'g'ri munosabat o'rnatish bolada asab va ruhiy buzilishlarning oldini oladi. Kattalarning jahldorligi, bo'lar-bo'lmasga bolani koyish, unda asab-ruhiy funksiyalarning rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Nutq rivojlanishida ruhiy funksiyalarning bir maromda rivojlanganligi katta ahamiyat kasb etadi. Bolada yozma nutq markazlarining sust rivojlanganligi so'zlarni to'g'ri yozishni o'rgatishda qiyinchiliklar tug'dirsa, og'zaki nutqning yetishmovchiligi o'qish va sanashning buzilishiga sabab bo'ladi. Qo'lida qalamni to'g'ri ushlay olmaslik esa chiroyli yozish va chizishni o'rganishga xalaqit beradi.

Shunday qilib, miya tuzilmalarining bir maromda rivojlanishi organizmning sinxron rivojlanishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Shuning uchun individual rivojlanishning jiddiy davrlarida kuzatiladigan har qanday kasallik o'z vaqtida aniqlanib, unga davo qilinishi g'oyat muhim masala hisoblanadi.

Endi eng murakkab muammolardan biri bo'lmish bolalarda uchraydigan giperaktiv sindrom haqida so'z yuritamiz.

1.4. Giperaktiv sindrom

Giperaktiv sindrom, ayniqsa, erta maktab yoshidagi bolalarda ko'p kuzatiladi. Ota-onalar bolasining bebosh bo'lib qolganligi, bir joyda o'tira olmasligi, gapga quloq solmasligi, qo'lidagi narsalarni hadeb tushirib yuborishi, sergapligi va uni hech tarbiyalab bo'lmayotganligidan shikoyat qilishadi. Ular aksariyat hollarda bu bolalarni psixologga ko'rsatmasdan qattiq tarbiyaning turli yo'llarini ishga solib «mayib» qilib qo'yishadi.

Bolalar yashashni hayotdan o'rganadilar. Agar bola tanqid qilinaversa, nafratlanishga, adovatda yashasa, tajovuzkorlikka o'rganadi, masxara qilinsa, u indamas, odamovi bo'lib qoladi, hadeb tanqid qilinaversa, u o'zini gunohkor his qilib o'sadi. Agar sabr-toqat, xotirjamlik bilan o'stirilsa, u boshqalarni tushunishni, maqtalsa,

u minnatdor bo'lmoqlikni o'rganadi. Agar bola vijdoniylik va halollikda ulg'aysa, u adolatli bo'lishni, xavfsizlikda yashasa hamda qo'llab-quvvatlansa, unda o'z kuchiga ishonch paydo bo'ladi va boshqa insonlarga ishonish lozimligini o'rganadi.

Xo'sh, giperaktiv sindromning sabablari nimalardan iborat? Homiladorlik paytidagi turli kasalliklar (anemiya, avitaminoz, infeksiyalar, aroqxo'rlik, chekish, nevrologik kasalliklar va hokazo), tug'ish paytidagi asoratlar, go'daklik davridagi kasalliklar va albatta, ota-ona orasidagi urush-janjallar, noto'g'ri tarbiya bu sindromning asosiy sabablaridandir.

Giperaktiv sindromning asosiy belgilari bola irodasi, his-tuyg'ulari va xulq-atvorining buzilishidan iborat. Shuningdek, bu holat quyida ko'rsatilgan holatlarda ham yaqqol namoyon bo'ladi:

1) impulsiv harakatlar;
2) bir joyda tinch o'tira olmaslik;
3) boshlagan o'yinning oxiriga yetkazmaslik;
4) birov (ayniqsa, ota-ona)ning gapiga quloq solmaslik;
5) o'z bilganidan qolmaslik, qaysarlik;
6) diqqatning pasayishi, uquvsizlik;
7) atrofdagilar ishi va boshqa bolalar o'yiniga aralashish, ularga xalaqit berish;
8) tez-tez janjal chiqarish, ukalariga azob berish yoki ularga butunlay befarqlik;
9) o'zining narsalarini bog'cha, maktab yoki boshqa joyda unutib qoldirish;
10) berilgan savolga shoshib javob berish;
11) tez xafa bo'lish, yig'loqilik;
12) enurez;
13) boshi og'rib turishi;
14) fikrining tez chalg'ishi;
15) sergaplik.

Giperaktiv bolalarning aksariyati o'z tengqurlaridan zehni o'tkirligi bilan ajralib turadi. Shunday bo'lsa-da, ularning nutqi yaxshi bo'lmasligi, nozik harakatlar talab qiluvchi ishlarni bajarish yoki yangi mashg'ulotlarni o'zlashtirishda qiynalishlari mumkin. Ularning ba'zilari, umuman, rasm solishga no'noq bo'lsa, boshqa birlari (ayniqsa, chapaqaylari) juda kuchli rassom bo'lishadi. Yuqorida sanab

o'tilgan simptomlarning 70 foizi aniqlangan bolalarga **giperaktiv sindrom** tashxisi qo'yiladi.

Oila a'zolarining bunday bolalar bilan to'g'ri munosabatda bo'lishi juda katta ahamiyatga ega. Giperaktiv boladagi ortiqcha impulsiv harakatlarni pasaytirish va ularni bir maromga keltirish ota-onadan katta sabr-toqat talab qiladi. Ularning tarbiyasida bir tomondan keraksiz qattiqqo'llikni, ikkinchi tomondan esa ortiqcha rahmdillikni kamaytirish kerak. Chunki o'ta qattiqqo'llik bolani battar qaysar va o'jar qilib qo'ysa, *o'ta rahmdillik undagi yig'loqilik* va erkalikni kuchaytiradi. Bolani hadeb urib-so'kaverish unda butun umrga og'ir ruhiy jarohatlar qoldiradi. Bolaga qo'yilgan talab uning yoshiga mos bo'lishi va undan o'zi bajara olmaydigan ishlarni talab qilmaslik kerak. Bola tarbiyasi haqida uning yonida bahslashmaslik kerak. Tarbiya faqat tanbehdan iborat bo'lmasligi va boladagi har bir kamchilik unga yotig'i bilan tushuntirilishi zarur.

Psixolog ota-onaga giperaktiv bolani davolash uzoq vaqt davom etishini tushuntirishi va aniq ko'rsatmalar berishi zarur. Bolaning *xulq-atvoridagi o'zgarishlarni faqat so'z bilan emas, balki uning* fikrini chalg'ituvchi ishlar bilan davolash o'ta muhimdir. Buning uchun bola turli to'garaklar va sportning o'zi istagan turiga (suzish, gimnastika, tennis, futbol va hokazo) qatnashishi lozim. Sport bolaning xulq-atvoriga keskin ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Bolani sportga berishdan oldin uni tibbiy ko'rikdan o'tkazish va aniqlangan kasalliklarni o'z vaqtida davolash zarur. Chunki ko'p hollarda giperaktiv sindrom boladagi bosh miya kasalliklari va turli surunkali infeksiyalar (tonzilit, gaymorit, otit va hokazo) asoratidan ham bo'lishi mumkin. *Nevrolog olimlar boladagi giperaktiv sindromning* asl sababi bosh miya ba'zi to'qimalarining tug'ma yetishmovchiligi va notekis rivojlanishi sababli deb ham qaramoqdalar. Bunday paytlarda, odatda, miyaning minimal disfunksiyasi tashxisi qo'yiladi. Ammo psixologlar bu fikrni inkor qilmagan holda *«Giperaktiv sindromning asl sabablaridan yana biri noto'g'ri tarbiyadir»*, deyishadi. Psixologlar og'ir nevrologik va somatik kasalliklar bilan xastalangan, lekin giperaktiv sindrom aniqlanmagan bolalarni bunga misol qilib ko'rsatishadi.

Demak, tibbiy tomondan sog'lom bo'lgan bolalarda ham giperaktiv sindromni ko'p kuzatish mumkin.

Giperaktiv bolalarni davolashda ota-onalar faol ishtirok etishlari va quyidagi maslahatlarga amal qilishlari zarur: *birinchidan*, ota-ona bolaning «yomon qilig'idan» so'ng jahliga erk bermasligi va uni urishib tashlamasligi kerak. Nima bo'lganini aniqlab, bolani qo'llab-quvvatlab, xatosini tushuntirib berishi lozim. Ba'zan bu shart ham emas, chunki har gal uning xatosini tushuntiraverish teskari natijalarga olib keladi. Xatoni tuzatishdan ko'ra uning oldini olish oson. Chunki biror narsaga intilgan bola xato qiladi. Shuning uchun ham uning intilishlarini rag'batlantirish kerak; *ikkinchidan*, ota-ona bolaga qattiq gapirmasligi, zarda qilmasligi va qo'rqitishlardan o'zini tiyishi, har qanday holatda ham uni kamsitmasligi kerak. «Yo'q», «Mumkin emas», «Hali mendan ko'rasan», «Bas qil» kabi iboralarni ko'p qo'llamaslik kerak. Aks holda bolaga bu so'zlar ta'sir qilmay, uni o'jar qilib qo'yadi. Ba'zi hollarda bola depressiyaga tushib, gapirmay qo'yadi. Bu holat, ayniqsa 3—5 yoshli bolalarda ko'p kuzatiladi; *uchinchidan*, iloji boricha bolaga alohida xona qilib berish va uni turli narsa (o'yinchoqlar, qiziqarli kitoblar, «lego» va hokazo) lar bilan boyitish zarur. Bolaning xonasidagi narsalar yaltiroq va qizil rangda bo'lmagani ma'qul. Bolani uzoq davom etuvchi multfilmlar va kattalar ko'ruvchi kinofilmlardan asrash kerak. Televizor yonida uzoq o'tirish bolaning asabi va ruhiyatiga yomon ta'sir ko'rsatadi.

Giperaktiv sindromni aniqlash va davolash bo'yicha bir qancha neyropsixologik testlar mavjud. Bu sindromni davolashda turli dorilardan ham foydalaniladi.

1.5. Oliy nerv faoliyati va psixofiziologik jarayonlarning shakllanish bosqichlari

Avval aytib o'tganimizdek, psixologiyaning rivojlanishiga fiziologik tadqiqotlar juda katta turtki bo'ldi. Tibbiy psixologiya ham fan sifatida shakllanib, oliy nerv faoliyati chuqur o'rganila boshlandi. Bu davr XX asrning boshlariga to'g'ri keldi.

Oliy nerv faoliyatining psixologik jarayonlar bilan uzviy bog'liqligini I.P.Pavlov, U.Penfild, G.Jasper, K.Primram, J.Ekllz, O.Foxt, P.K.Anoxin kabi olimlar chuqur o'rganishdi. Ular psixik jarayonlar reflektor tarzda boshqarilishi mumkinligini isbot qilishdi. Fiziologlarning fikricha, refleks — organizmning tashqi muhit bilan bo'lgan

I.P.Pavlov (1849–1936)

o'zaro munosabatining bir ko'rinishidir. I.M.Sechenov ikki xil refleks turlari mavjud degan. Birinchisi doimiy tug'ma reflekslar bo'lib, asabning quyi tuzilmalari orqali amalga oshiriladi, deb ularni «sof reflekslar» deb atagan. Ikkinchisi bosh miya po'stloq markazlari bilan bog'liq reflekslar bo'lib, ular o'zgaruvchan bo'ladi va individual rivojlanish mobaynida shakllanib boradi, degan. Bu reflekslarni I.M.Sechenov ham fiziologik, ham psixologik hodisa deb ta'riflagan. Bu borada **I.P.Pavlov** (1849–1936) o'tkazgan tadqiqotlar e'tiborga molikdir. I.P.Pavlov **oliy nerv faoliyati** haqida ta'limot yaratdi va fanga «shartli refleks» degan iborani kiritdi.

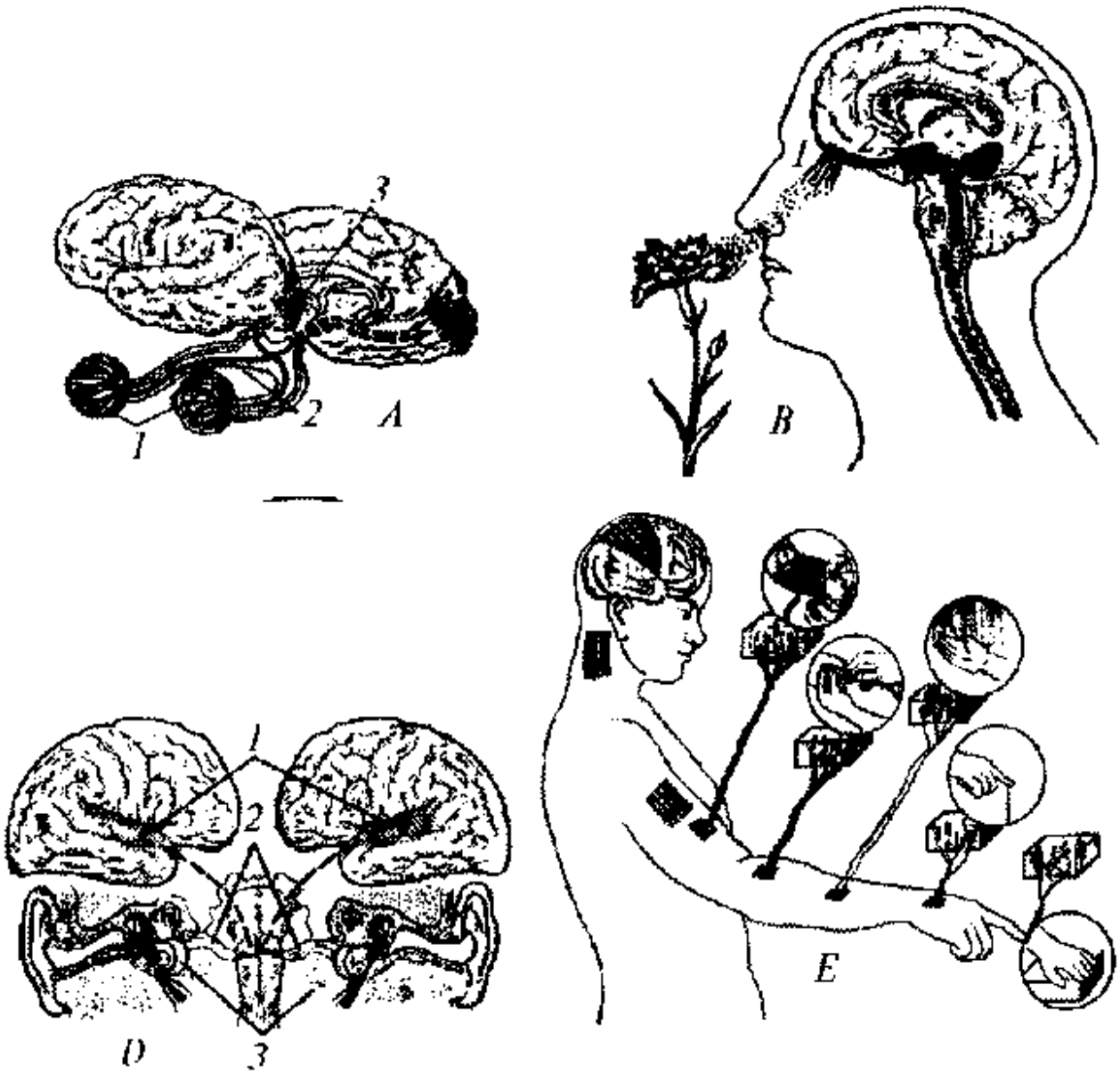
Shartli reflektor faoliyat uchun nafaqat yangi shartli reflekslarning paydo bo'lishi, balki po'stloqdagi eski aloqalarning yig'ilib, murakkab bog'lanishlar hosil qilishi ham o'ta muhimdir. Bosh miya organizmning barcha tashqi va ichki faoliyatini reflektor prinsipga asoslangan holda boshqarib, bir-biri bilan bog'lab turadi.

Oliy nerv faoliyati yoki shartli va shartsiz reflekslarning asosiy prinsiplari nervizm, ruh hamda tananing yagonaligi, tuzilma va funksiyalarning yaxlitligi, organizm faoliyatining boshqarilishi mumkinligi hamda bunda tashqi muhitning ahamiyati juda muhimligini yuqorida nomi keltirib o'tilgan olimlar ilgari surishgan.

Shunday qilib, **shartli reflekslar** organizmning individual rivojlanishi natijasida shartsiz reflekslar negizida bosh miya po'stlog'ida hosil bo'lgan vaqtinchalik bog'lanishdir. Tashqi va ichki muhitning o'zgarishiga qarab, shartli reflekslar yo'qolib yoki boshqa turga o'tib turadi, mabodo bu vaqtinchalik bog'lanishlar mustahkamlanib turilmasa, ularning o'rniga yangilari paydo bo'ladi.

Shartli reflekslar hayvonlar va insonlarning faoliyatini keskin boyitadi, ularning doimo o'zgarib turuvchi tashqi muhitga moslashib borishi uchun imkon yaratib beradi hamda ularning xulqi va xatti-harakatining shakllanishiga katta ta'sir ko'rsatadi.

Shartli reflekslardan farqli o'laroq, shartsiz refleksler tug'ma reflekslardir. Ular faqat maxsus faoliyatga taalluqli bo'lgan ta'sirlar sababli paydo bo'ladi.

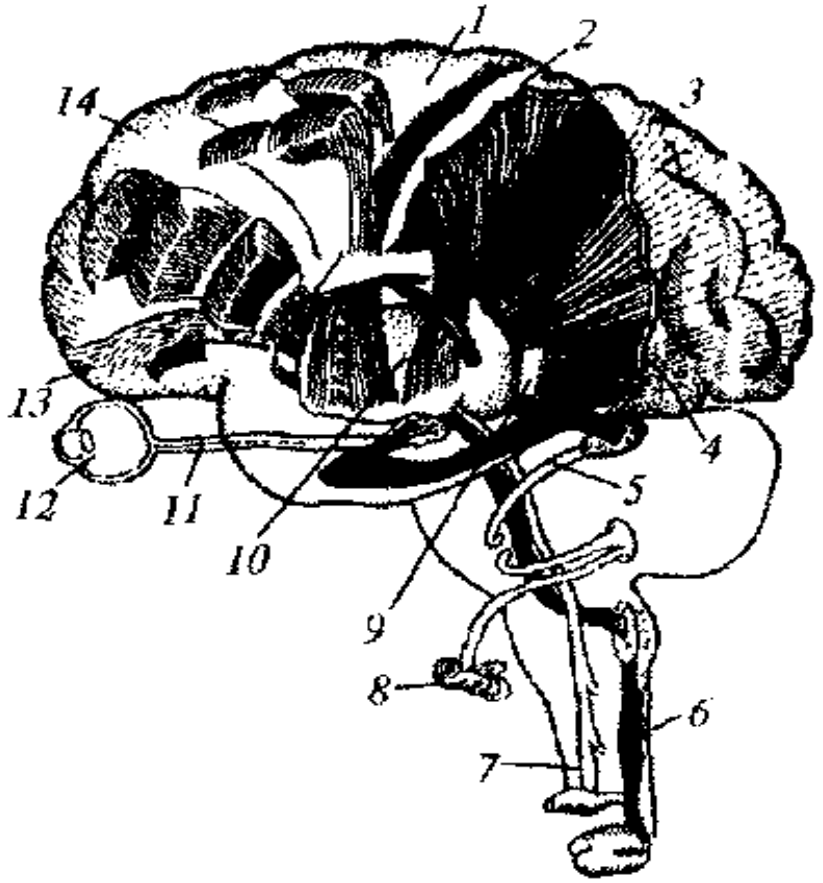


1-rasm. **Analizatorlar. A — ko'ruv analizatorlari:**
1 — reseptorlar; 2 — o'tkazuvchi yo'llar;
3 — analizatorlarning markaziy qismi. *B* — hidlov analizatori.
***D* — eshituv analizatori:**
1 — reseptorlar; 2 — o'tkazuvchi yo'llar; 3 — analizatorlarning markaziy qismi.
E — analizatorlarning bosim, og'riq, sovuq, issiq va taktil ta'sirlarni qabul qiluvchi chekka qismi.

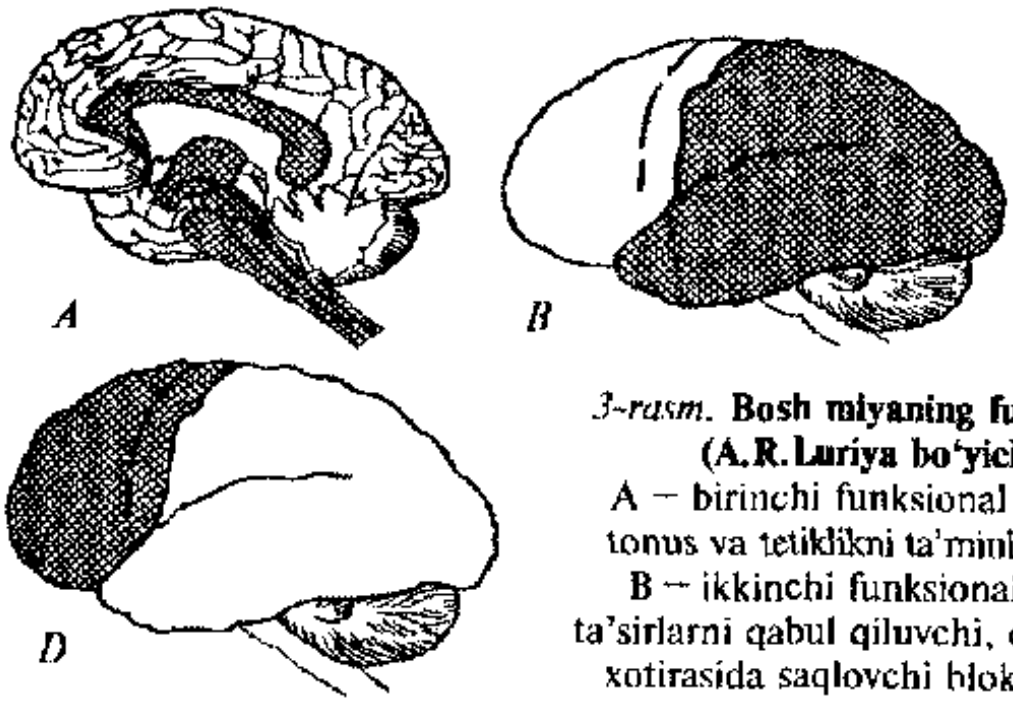
Masalan, og'riq, harorat, taktil va boshqa ta'sirlarga javob reaksiyalari. Shartsiz reflekslar hayotiy muhim biologik ehtiyojlarga bog'liq bo'lib, doimiy reflektor yo'llar orqali amalga oshiriladi. Ular tashqi muhitning organizmga bo'lgan ta'sir mexanizmlarini muvofiqlashtirib turadi.

Evolutsiya jarayonida miya tuzilmalarining filogenetik rivojlanishi natijasida tug'ma va orttirilgan (shartli) reflekslarning o'zaro munosabati biologik qonunlarga bo'ysungan holda o'zgarib boradi; umurtqasizlar va boshqa hayvonlarda faoliyatning tug'ma shakli orttirilgan shaklidan ustun tursa, sut emizuvchilarda xatti-harakatning individual orttirilgan shakllari rivojlanib boradi, murakkablashadi va ustun turadi.

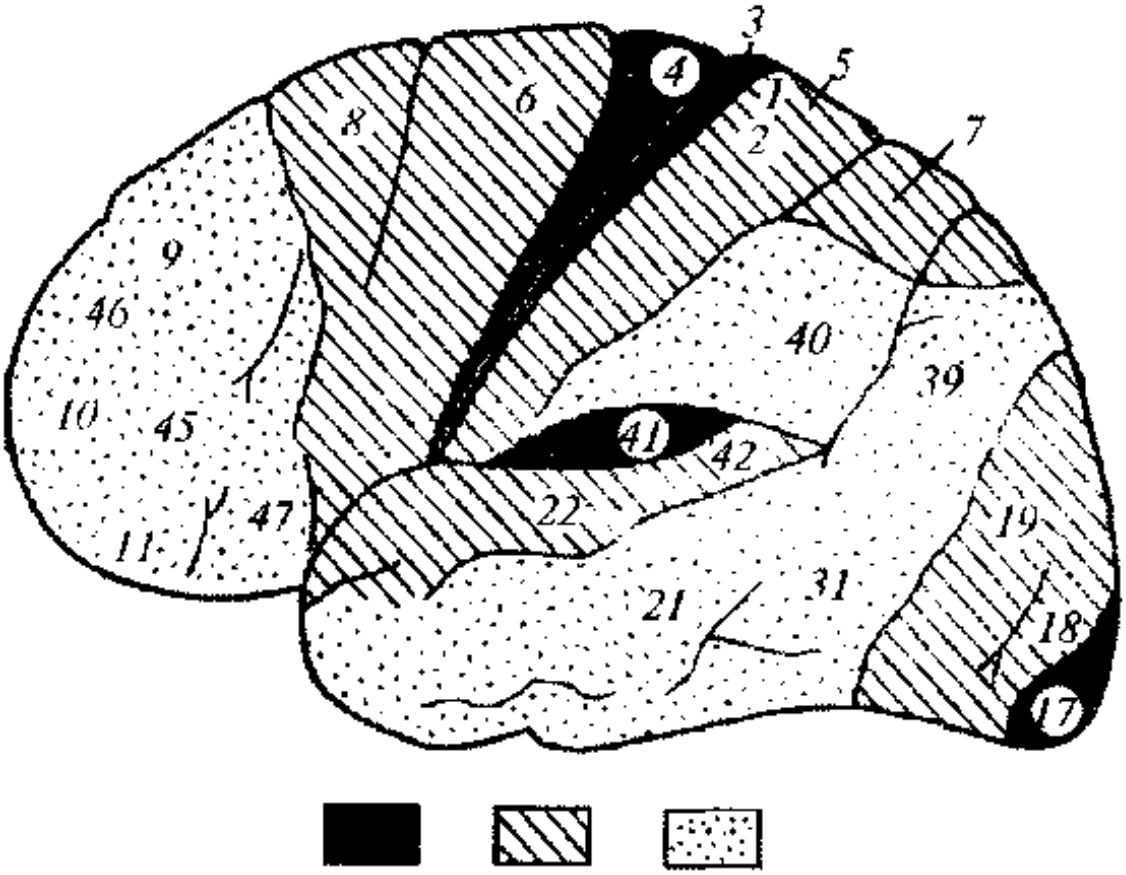
Oliy nerv tizimi bosh miya katta yarim sharlarining shartli reflektor faoliyati bilan bog'liq bo'lib, organizmning tashqi muhitga bo'lgan munosabatini belgilab beradi va xulq-atvorning asosini tashkil qiladi. Oddiy (quyi) nerv esa miya ustuni va orqa miya bilan bog'liq bo'lib, shartsiz reflektor faoliyatiga asoslangan.



2-rasm. **Analizatorlar sistemasining ierarxik tuzilishi:**
1 — bosh miya po'stlog'idagi harakat sohasi; 2 — sezgi sohasi; 3 — tepa soha; 4 — ko'ruv sohasi; 5 — eshituv yo'llari; 6 — chuqur sezgi yo'llari; 7 — yuzadagi sezgi yo'llari; 8 — chig'anoq; 9 — Grasiole tutami; 10 — talamus; 11 — ko'ruv yo'llari; 12 — ko'z; 13 — orbital po'stloq; 14 — prefrontal soha.



3-rasm. **Bosh miyaning funksional bloklari (A.R.Luriya bo'yicha, 1970):**
A – birinchi funksional blok – umumiy tonus va tetiklikni ta'minlab turuvchi blok; B – ikkinchi funksional blok – tashqi ta'sirlarni qabul qiluvchi, qayta ishlovchi va xotirasida saqlovchi blok; D – uchinchi funksional blok – ruhiy faoliyatni boshqaruvchi, nazorat qiluvchi va dasturlar tuzuvchi blok.



4-rasm. **Bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ining tashqi yuzasi:**
A – birlamchi maydonlar; B – ikkilamchi maydonlar; D – uchlamchi maydonlar.

Shunday qilib, sezgi, idrok, fikr, xotira, tafakkur — ruhiy jarayonlar bo'lib, bosh miya faoliyati bilan chambarchas bog'liq. Ruhiy jarayon markaziy asab tizimining barcha a'zolari vositasida amalga oshiriladi. Bu jarayon ichki va tashqi ta'sirlarni qabul qilib, signallarga aylantirish, signallarni analiz qilish va javob reaksiyasini tayyorlashdan iborat.

Eksperimental tadqiqotlar natijasida miyada qo'zg'alish va tormozlanish jarayonining buzilishi nevrozga olib kelishi isbotlandi. Bu psixologiya fani uchun o'ta muhim bo'lgan ta'limotdir. Vaholanki, hissiy zo'riqishlarda paydo bo'ladigan miyadagi kuchli qo'zg'alish yoki keragidan ortiqcha tormozlanish jarayonlari nevrozga olib kelishi keyinchalik ham olimlar ishida o'z aksini topdi.

P.K. Anoxin (1898–1974) shartli reflektor faoliyatida birinketin keladigan 4 bosqichdan iboratligini ko'rsatib berdi. Buni u **teskari afferentatsiya** deb atadi, ya'ni refleks bajarilganidan so'ng markazga uning bajarilganligi yoki ushlanib qolinganligi haqida ma'lumot kelib tushadi va u xotirada saqlanib qoladi. Bu mexanizm quyidagicha amalga oshiriladi:

1-bosqich — reseptor ta'sirlantiriladi, nerv tolalarida qo'zg'alish paydo bo'ladi va bu signal markaziy asab tizimining maxsus tuzilmalariga uzatiladi;

2-bosqich — qo'zg'alish sensor neyronlardan motor neyronlarga o'tkaziladi;

3-bosqich — markazdan qochuvchi impuls bajaruvchi a'zoga o'tkaziladi;

4-bosqich — markazga topshiriq bajarilganligi haqida signal yuboriladi. Shunday qilib, shartli reflektor yoy sistemasida qaytuvchi bog'lanish mavjudligi isbotlandi. Qaytuvchi bog'lanish ongning shakllanishida muhim ahamiyatga ega.

Endi shu nazariyalarga asoslangan holda bosh miya yarim sharlari po'stlog'iga kelib tushgan signallarning qayta ishlanish jarayonini ko'rib chiqamiz. Analizatorlar orqali qabul qilingan ma'lumot (signal) lar bosh miya po'stlog'ining birlamchi maydoniga kelib tushadi. Bu yerda hodisa va obyektlarning tasviri shakllanadi. Ammo u yoki bu tasvir shakllanishi uchun analizatorlar orasidagi o'zaro bog'liqlik saqlangan bo'lishi kerak. **Analizator** deb, tashqi va ichki muhitdan keluvchi signallarni analiz va sintez qiluvchi neyronlar guruhiga

aytiladi (1-rasm). **Analiz** — bu miyaga kelib tushgan signallarni bo'laklarga bo'lib o'rganish bo'lsa, **sintez** — bu bo'laklardan yagona bir tasvir yaratish. Narsa va hodisalarni idrok etish asosida esa turli analizatorlarning o'zaro aloqasi va xotira mexanizmlari yotadi. Analizatorlar sistemasi ierarxik tuzilishga ega (2-rasm).

Shunday qilib, bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'i turli analizatorlar orqali (ko'ruv, eshituv) qabul qilinadigan ta'sirlarni analiz va sintez qiladi. Po'stloq qabul qilingan ma'lumotlarni xotirasida saqlab, boshqa signallar bilan solishtirib, taqqoslab, xatolarini tuzatib, qayta ishlab turuvchi hujayralar tizimidan tarkib topgan.

Mashhur neyropsixolog A.R. Luriya har qanday ruhiy faoliyat miyaning uchta funksional bloklari bir vaqtning o'zida barqaror ishlashi natijasida amalga oshirilishini ta'kidlab o'tgan (3-rasm).

Birinchi blok — tetiklik va tonusni boshqaruvchi blok. Bu blokka limbikoretikular kompleks kiradi. Evolutsiya mobaynida bu tuzilmalar birinchilardan bo'lib paydo bo'lgan. Birinchi blok qo'zg'alishni birinchi bo'lib qabul qiladi. Bu signallar ichki hamda sezgi (ko'ruv, eshituv, hid, ta'm bilish, teri sezgisi) a'zolari orqali tashqi muhitdan keluvchi signallardir. Birinchi blok bu signallarni qayta ishlab, impulslar oqimiga aylantiradi va har doim ularni bosh miya po'stlog'iga yuborib turadi. Bu impulslar po'stloqning faolligini ta'minlab turadi, ularsiz po'stloq «so'nib» qoladi.

Ikkinchi blok — ma'lumotlarni qabul qiluvchi, qayta ishlovchi va xotirasida saqlovchi blok. Bu blok bosh miya katta yarim sharlarida joylashgan bo'lib, ensa (ko'ruv), chakka (eshituv) va tepa (umumiy sezgi) sohalaridan iborat. Ikkinchi blokka taalluqli bu sohalar ierarxik tuzilishga ega. Shartli ravishda ularning birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi soha (maydon)lari farqlanadi (4-rasm). Birinchisi tashqi olamdan qabul qilingan ta'sirotlarni (eshituv, ko'ruv, sezgi) mayda belgilarga parchalaydi. Ikkinchi blokning ikkinchi sohasi bu belgilardan har xil tasvirlar yaratadi, uchinchisi esa ko'ruv, eshituv, hid bilish va teridan keluvchi ma'lumotlarni jamlaydi.

Uchinchi blok — ruhiy faoliyatni nazorat qiluvchi va dasturlar tuzuvchi blok. Bu blokni, asosan, miyaning peshona bo'lagi tashkil qiladi. Peshona bo'lagi zararlangan bemorning xulqi buziladi, oddiy harakatlarni bajara olmaydigan bo'lib qoladi. Bir so'z bilan aytganda, insonning shaxsi buziladi.

Miyaga kelib tushayotgan ma'lumotlarning analiz va sintezi natijasida aniq shartlarga javob beruvchi harakat dasturi ishlab chiqiladi. Mabodo ushbu dastur yordamida «topshiriq» bajarilmasa, miyada ketma-ket yangi dasturlar yaratilaveradi. Buning natijasida tushayotgan signallarga bosh miya, albatta, javob qaytaradi. Shunday qilib, bosh miyada murakkab qarorning paydo bo'lish jarayoniga qo'zg'alishning zanjirli reaksiyasi sifatida qarash kerak. Bu aylana bosh miya va uning turli bo'limlari faoliyatining asosini tashkil qiladi. Bosh miyada assosiativ yo'llarning katta imkoniyatlari borligi va po'stloq neyronlarining keng ixtisoslashganligi turli-tuman neyronlararo aloqalarning yuzaga kelishi va har xil vazifalarni bajaruvchi murakkab neyronlar to'plamining shakllanishiga imkon yaratadi.

Bu jarayonlarni yanada to'laroq tushunish uchun asab tizimining filogenezi va ontogenezi bilan qisqacha tanishib chiqamiz.

Asab tizimining filogenezi

Evolutsiya jarayonida asab tizimi rivojlanib, murakkablashib va takomillashib bordi. Oddiy bir hujayrali organizmdagi (amyobalar) yolg'iz hujayraning o'zi sezgi, harakat, hazm qilish va himoya funksiyalarini bajarib keldi. Tirik to'qima qo'zg'alish, ya'ni tashqi ta'sirlarga javob berish xususiyatiga egadir. Filogenezda asab hujayralarining paydo bo'lishi organizm uchun tashqi ta'sirlarni qabul qilish, to'plash va tarqatish imkonini yaratib berdi.

Asab hujayralari orasidagi bog'lanishlarning paydo bo'lishi va oddiy asab tizimining shakllanishi organizmni integratsiyaning yangi bosqichiga ko'tardi. Oddiy (primitiv) asab tizimiga ega jonzotlarda qo'zg'alish hujayralardan barcha yo'nalishlarda tarqalishi mumkin, go'yo bu impuls barcha hujayralarga taalluqli bo'lib, ma'lum bir manzilga ega emasdek. Shunday bo'lsa-da, bu impulslar organizmdagi u yoki bu jarayonlarning kechishida faol ishtirok etadi, lekin analiz qilish qobiliyati hali ularda bo'lmaydi. Qo'zg'alishning asab hujayralarida to'planishi xotiraga o'xshash jarayonga zamin yaratadi.

Organizm rivojlangan va asab to'qimalari ishi takomillashgan sayin asab hujayralaridagi jarayonlar qo'zg'alishni tez o'tkazishi va ma'lum bir manzilga yo'naltirilganligi bilan ajralib turadi. Asab tizimining murakkablashib, takomillashib borishi, qabul qiluvchi

(afferent) va uzatuvchi (efferent) sistemalarning paydo bo'lishi bilan kechadi. Nerv tarmoqlarining chekkasida maxsus reseptorlar paydo bo'lib, har biri faqat o'ziga tegishli bo'lgan ta'sirlarni farqlab qabul qila boshlaydi. Asab hujayralarining ixtisoslashib va takomillashib borishi natijasida impulslarning faqat bir tomonga yo'nalishini ta'minlaydigan sinapslar paydo bo'ladi. Xuddi shu bosqichda ba'zi vazifalarni bajaruvchi oddiy «aylana» tuzilmalar hosil bo'ladi.

Keyinchalik evolutsiya mobaynida nerv tugunlari — gangliyalar paydo bo'lib, ular bir yoki bir nechta vazifani amalga oshira boshlaydi. Gangliyalarning ishlash uslubi shundan iboratki, har bir gangliya tanadagi ma'lum segment (soha) uchun javob beradi. Ushbu segment darajasida o'ta aniq va soz boshqaruv jarayoni kechadi. Asab tizimida mavjud bo'lgan gangliyalar majmuasi sezishning murakkab turlarini amalga oshira oladi. Gangliyada har qanday jarayon go'yoki aniq bir dasturga ega. Biroq segmentlar bir-biri bilan etarli aloqaga ega emas. Bosh miya hujayralaridan farqli ravishda bu gangliyalarda biron-bir markazning muvofiqlashtiruvchi ta'siri uncha rivojlanmagan.

Evolutsiyaning keyingi davrlarida asab tizimining rivojlanishi bosh miya rivojlanishining ustuvorligi bilan kechadi, so'ngra bosh miya yarim sharlari po'stlog'i paydo bo'lgan asab tizimi filogenezining bu davri **sefalizatsiya** davri deb ham ataladi. Sut emizuvchilarda asab tizimi yanada takomillasha borib, bosh miya katta yarim sharlar po'stlog'i va ularni o'zaro bog'lovchi yo'llar paydo bo'ldi. Organizmning barcha funksiyalarini boshqarib, nazorat qilib turuvchi, o'tkazuvchi yo'llar sistemasi shakllandi. Odamda katta yarim sharlar po'stlog'i, ayniqsa, peshona va chakka bo'laklarining rivojlanishi yuksak darajaga yetdi. Hozirgi kunda odam bosh miyasining 78 foizini po'stloq tashkil qilib, uning 30 foizi peshona bo'lagiga to'g'ri keladi.

Evolutsion rivojlanishning sefalizatsiya davrida bosh miyada paydo bo'lgan markazlar quyi joylashgan tuzilmalarni o'ziga bo'ysundira boshladi. Natijada bosh miyada hayotiy muhim markazlar paydo bo'lib, ular organizmning turli-tuman faoliyatini avtomatik tarzda boshqara boshladi. Ushbu markazlararo aloqalar ierarxik tarzda faoliyat ko'rsatadi. Integrativ jarayon va boshqarish funksiyasining vertikal uslubda faoliyat ko'rsatishi muhim ahamiyatga ega.

Fiziologiyaning dastlabki rivojlanish davrida oliy nerv markazlari quyi markazlarga doimo tormozlovchi ta'sir ko'rsatadi, degan fikr

mavjud edi. Shuning uchun oliy markazlar zararlanganda quyi markazlar qo'zg'aladi, go'yoki ular faollashadi. Lekin fiziologik jarayonlar doim bu tarzda kechavermaydi. Evolutsion jihatdan yosh markazlar zararlanganda, keksa markazlar faollashadi, go'yoki evolutsion jarayon teskarisiga davom etadi. Bu nazariya **dissolatsiya nazariyasi** deb nom olgan. Darhaqiqat, yuqori pog'onada joylashgan markazlar zararlanganda quyi markazlar faollashganini ko'ramiz. Bunga markaziy harakat neyroni zararlanganda orqa miyaning oldingi shoxida joylashgan periferik harakat neyronlarining faollashuvini misol qilib keltirish mumkin. Ammo bu buzilishlarning asl sababi dissolatsiyada yoki quyi markazlarning yuqori markazlar «tutqunligidan» ozod bo'lishida emas. Chunki oliy markazlar quyi markazlar faoliyatini faqat tormozlabgina qolmaydi, balki faollashtiradi ham. Markaziy ta'sirlar susayganda, quyi jarayonlarning avtomatizmi va boshqarish «san'ati» pasayadi, jarayon qo'pol hamda sodda bo'lib qoladi. Bundan tashqari, quyida joylashgan markazlarning faollashuvi kompensator jarayonning bir ko'rinishi sifatida qabul qilinishi ham mumkin.

Nerv markazlari ierarxiyasida bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'i asosiy o'rinni egallaydi. Butun organizm va funksional sistemalardan ma'lumotlarning po'stloqqa oqib kelishi, ularning murakkab analiz va sintez qilinishi, assosiativ yo'llarning paydo bo'lishi oliy nerv faoliyatining asosiy mexanizmlaridan biri hisoblanadi.

Xo'sh, asab tizimi tuzilmalarining ontogenezda rivojlanishi qanday kechadi va bu jarayondagi buzilishlar ruhiyatning shakllanishiga qanday ta'sir ko'rsatadi?

Asab tizimining ontogenezi

Yangi tug'ilgan chaqaloq bosh miyasining og'irligi 400 g atrofida bo'lib, tana og'irligining 1/8 qismini tashkil qiladi. Go'dakda po'stloqning egatchalari yaxshi rivojlangan, pushtalar yirik-yirik, lekin chuqurligi va balandligi uncha rivojlanmagan bo'ladi. To'qqiz oylarga borib, miyaning dastlabki og'irligi ikki barobar oshadi. 2 yoshda bosh miyaning og'irligi bola tug'ilgan davridagiga qaraganda bir necha barobar kattalashadi. Bu jarayon, asosan, asab tolalarining mielinlashuvi va tug'ilgan zahotiyoq bosh miyada mavjud bo'lgan 20 mlrd. hujayralarning kattalashuvi hisobiga kechadi.

Go'dakning miya to'qimasi hali takomillashmagan bo'ladi. Po'stloq hujayralari, po'stloq osti tugunlari, piramidal yo'llar yaxshi rivojlanmagan, kulrang va oq modda orasidagi aloqalar takomillashmagan bo'ladi. Uning asab hujayralari bosh miyaning katta yarim sharlari yuzasi va oq moddaning asosida to'planib joylashadi. Bosh miya kattalashgan sayin asab hujayralari po'stloq tomonga siljib boradi. Bosh miya qon tomirlari ham rivojlanib, takomillashib boradi.

Go'dakda katta yarim sharlar po'stlog'ining ensa qismi katta yoshdagilarnikiga qaraganda yirikroq bo'ladi. Bola o'sgan sayin yarim sharlar pushtalari shakli va topografik joylashuvi o'zgarib boradi. Ayniqsa, bu o'zgarish dastlabki besh yil mobaynida kuzatilib, 15—16 yoshlarga borib po'stloqning tuzilishi katta yoshdagilarnikidan deyarli farq qilmaydi. Yon qorinchalar bolalarda nisbatan keng va katta bo'ladi.

Go'daklarda ikkala yarim sharni birlashtirib turuvchi targ'il tana nozik va qisqa bo'ladi. Bola besh yoshga to'lgunga qadar targ'il tana yo'g'onlashib, uzayib boradi. Yigirma yoshlarda esa to'la shakllangan bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqda miyacha sust rivojlangan, uzunchoq shaklga ega, pushtalari va egatchalari sayoz, gorizontal holatda bo'lib, kranial nervlar miya asosida simmetrik tarzda joylashadi.

Chaqaloqda orqa miya bosh miyaga qaraganda morfologik jihatdan tugallangan tuzilishga ega. Shuning uchun ham orqa miya go'dakda nisbatan takomillashgan, katta yoshdagilarnikiga qaraganda uzunroq bo'ladi. Keyinchalik orqa miya o'sishda umurtqaga qaraganda orqada qolib boradi. Orqa miyaning o'sishi 20 yoshgacha davom etadi. Bu davr ichida uning og'irligi ham oshadi.

Chaqaloqning periferik asab tizimi yetarlicha miyelinlashmagan, nerv tolalari siyrak bo'lib, notekis taqsimlangan. Mielinlanish jarayoni har xil nerv tolalarida turlicha kechadi. Kranial nervlarning mielinlashuvi bir yoshga yetib tugallanadi. Orqa miya nerv tolalari mielinlashuvi 2—3 yoshgacha davom etadi. Vegetativ asab tizimi chaqaloq tug'ilganidan boshlab faoliyat ko'rsata boshlaydi. Embriogenezning dastlabki bosqichlarida asab tizimining turli bo'limlarida aniq takomillashgan mustahkam aloqalar paydo bo'ladiki, ular tug'ma hayotiy muhim funksiyalarning asosini tashkil qiladi. Bu

funksiyalarning yig'indisi bola tug'ilgach hayotga dastlabki moslashuvni ta'minlab beradi (masalan, nafas olish, emish, yurak urishi va hokazo).

Ontogenetik rivojlanish jarayonida odamning miyasi kuchli o'zgarishlarga uchraydi. Anatomik jihatdan olganda, yangi tug'ilgan chaqaloq miyasi bilan katta yoshdagi odamning miyasi bir-biridan anchagina farq qiladi, chunki individual rivojlanish jarayonida yosh o'tgan sayin miya tuzilmalari yetilib boradi. Hatto, morfologik jihatdan yetilgan asab tizimida ham rivojlanishi yoki qayta paydo bo'lishi zarur bo'lgan funksional sistemalar mavjuddir.

Bosh miya evolutsiyasi jarayonida ikkita muhim strategik yo'nalishni aniqlash mumkin. Bularning birinchisi kelgusida yashash sharoitlariga o'ta tayyor turishi. Bu yo'nalish tug'ma, instinktiv reaksiyalarning katta to'plamidan iborat bo'lib, organizm hayot kechirishi mobaynida har qanday hodisalarga shay bo'lib turadi. Bular ovqatlanish, himoyalanish, ko'payish mexanizmlari va boshqalar. Organizmni hamma narsaga o'rgatish shart emas. Zero, u ba'zi qobiliyatlarga tug'ilganidan boshlab egadir.

Agar biz xulq-atvori go'yoki avtomatlashib ketgan hasharotlar dunyosidan sut emizuvchilar dunyosiga bir nazar tashlasak, boshqacha holatga ko'zimiz tushadi, ya'ni xulq-atvorning tug'ma, instinktiv turlari maqsadga yo'naltirilgan, shaxsiy tajribaga asoslangan xatti-harakatlarga qo'shilib ketganini ko'ramiz. Sut emizuvchilar xatti-harakatida izlanish, o'zi turgan muhitini topish kabi xususiyatlarning shohidi bo'lamiz. Hayot kechirishning bunday turi uchun takomillashgan miya kerakligi o'z-o'zidan ayon, albatta.

Ammo asosiy gap miyaning hajmidagina emas, balki uning funksiyasidadir. Evolutsiyaning ikkinchi yo'nalishi individning xatti-harakatlariga katta imkoniyatlar yaratib berdi. Bu esa bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'i hajmining betinim kattalashuvi bilan parallel holda kuzatiladi.

Barcha funksiyalarni po'stloq o'ziga «tortib» olishi uning takomillashib borishiga katta imkoniyat yaratib berdi. Shu bilan birga dunyoni anglab borish, o'rganish, po'stloqning ma'lumotlar bilan to'lib borish jarayoni, asosan, bolalik davriga to'g'ri kelar ekan. Go'daklik davridan yetuk, barkamol yoshgacha bo'lgan davr har bir individ uchun uzoq masofa hisoblanadi.

Go'dak, ulg'ayib, asta-sekin hayotga moslashib oladi. Xo'sh, bu jarayon qanday kechadi? Nima qilsa, hatoga yo'l qo'yilmaydi? Shaxsning uyg'un, ijodkor bo'lib rivojlanishi uchun nimalar zarur? Ba'zi olimlarning fikricha, hammasi tarbiyaga bog'liq. Go'dakning miyasini yozilmagan daftarga o'xshatish mumkin. Daftarning tashqi ko'rinishi boshqalaridan farq qilmasa-da, har bir nusxasi va sahifasining o'ziga xos xususiyatlari bor. Bitta varag'iga yozilgan matn ikkinchisida takrorlanmaydi. Yozuvchi daftarni nima bilan to'ldirsa, keyinchalik shu yozuvni o'qiydi. Demak, oppoq varaqlarni qanday to'ldirish, nima bilan to'ldirish o'zimizga bog'liq. Balki inson miyasini oddiy daftar bilan taqqoslash noto'g'ridir, chunki inson miyasi ma'lumotlarni faqat «o'lik», «jonsiz» holatda o'zida saqlaydigan daftar emas. U ma'lumotlarni faol qayta ishlaydigan, yangi xulosalar chiqaradigan, ijodiy fikrlay oladigan katta bir jonli, harakatdagi sistemadir.

Bolaning barkamol va yuksak tafakkurga ega bo'lib o'sishiga ta'sir qiluvchi sabablar uni o'rab turgan muhitga ko'p jihatdan bog'liq. Bolaning oldida turgan muammolar yechimini to'g'ri topishga ko'maklashish, uning xulq-atvorini to'g'ri shakllantirib borish katta ahamiyatga molikdir.

1.6. Miyaning funksional sistemasi

Bosh miyaning hujayralar to'plami faqatgina sodda vazifani bajarib qolmasdan, balki boshqa mukammal funksiyalarni bajarishda ham ishtirok etadi (P.K.Anoxin, 1973). Funksional sistemaning faoliyatini ta'minlashda asab tizimi (ayniqsa, bosh miya) ning barcha tuzilmalari ishtirok etadi (5-a rasm). Bu jarayon neyronlararo aloqalarning ko'pligi sababli amalga oshiriladi. Bu aloqalar psixofunksional mexanizmlarni ta'minlashda muhim ahamiyatga ega (5-*b* rasm).

Funksional sistema biron-bir funksiyani bajarishda ishtirok etuvchi asab hujayralari to'plamidir. U miyaning muhim, o'z-o'zini boshqaruvchi mexanizmi hisoblanadi. Asab tizimining individual rivojlanishini to'g'ri baholash uchun uning anatomik jihatdan yetukligi bilan birga biron-bir funksiyani boshqarishi va bajara bilishi ham katta ahamiyat kasb etadi. Demak, ontogenez jarayonini, ya'ni nerv to'qimalarining

yakka holda emas, sistematik tarzda rivojlanishini sistemogenez nuqtayi nazaridan tushunish kerak.

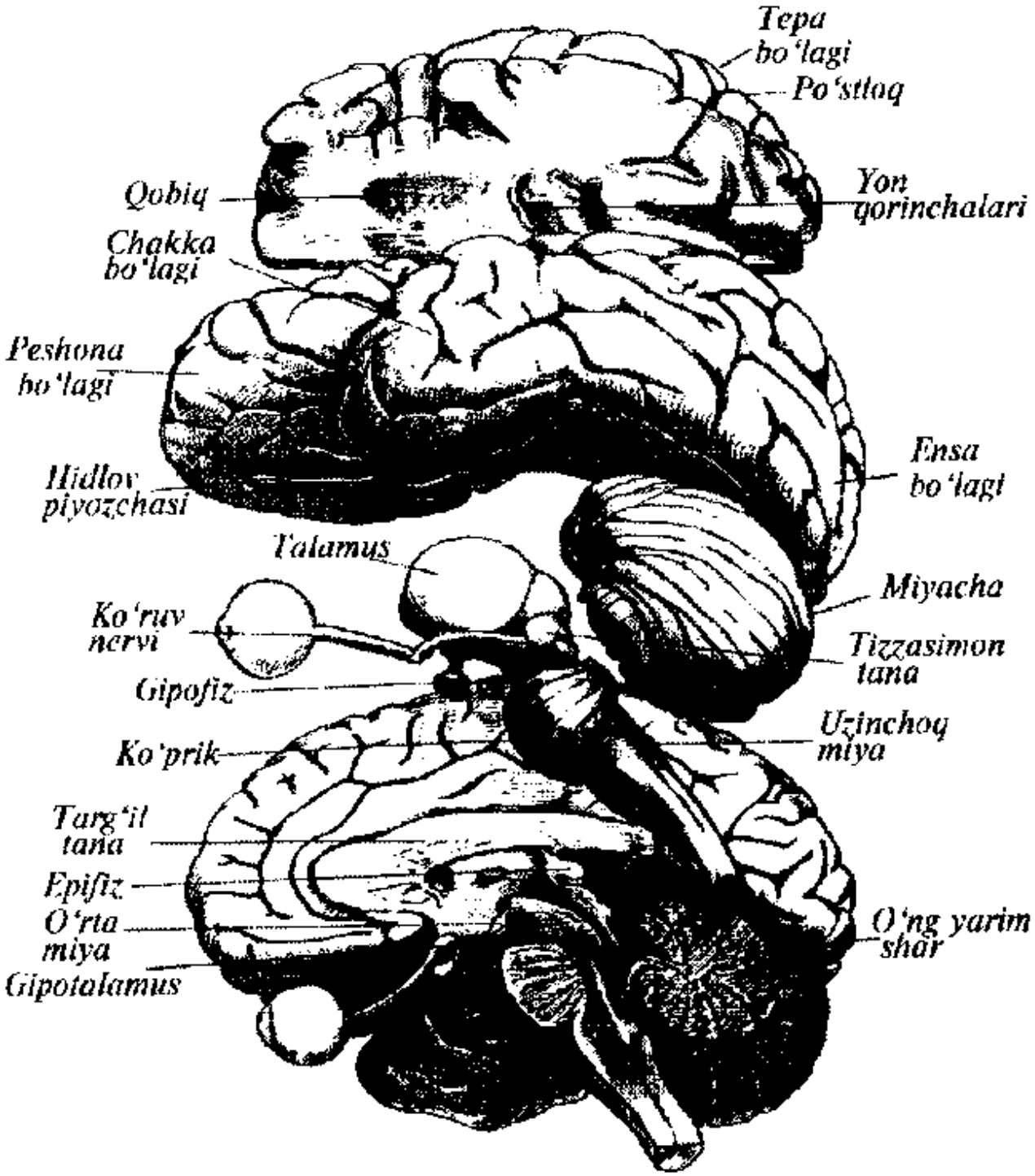
Funksional sistema tushunchasi individual rivojlanish jarayonida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asabiy-ruhiy buzilishlarning mohiyatini ochib berishga yordam beradi. Shuni ta'kidlash lozimki, embrional rivojlanish jarayonida asab tizimi turli tuzilmalarining birin-ketin paydo bo'lishi bilan birga, ushbu ketma-ket rivojlanishning buzilishi ham ro'y beradi.

Dastlab, hayotiy muhim ahamiyati bo'lgan funksional sistemalar shakllanadi. Unga evolutsion nuqtayi nazardan olganda, xilma-xil tuzilmalar qo'shilishi mumkin. Shuning uchun bir bosqich darajasida funksional sistemaga kiruvchi ba'zi tuzilmalarning turli darajada takomilga yetishini kuzatamiz. Ayni vaqtda, bir maromda rivojlanmaslik, ya'ni geteroxronlikning ko'rinishlariga ko'p misollar keltirish mumkin.

Masalan, go'dakda emish jarayonida qatnashadigan asab hujayralari va to'qimalari yuz nervlarining boshqa tolalariga qaraganda mielin pardasi bilan oldinroq hamda yaxshiroq qoplangan bo'ladi. Yuz nervining yuqori tolalari go'dakda mielin pardasi bilan yaxshi qoplanmaydi, go'yoki bu tolalarga hozircha zarurat yo'qdek.

Sistemogenezga yaqqol misol bo'la oladigan, go'dakda kuzatiladigan, ushlab olish refleksi mexanizmiga e'tibor beraylik. Embrional rivojlanishning IV—VI oylarida qo'lning barcha nerv tolalari ichida eng yaxshi yetilgani barmoqlarning bukilishini ta'minlovchi nerv tolalaridir. Bundan tashqari, bu davrga kelib sakkizinchi bo'yin segmentining oldingi shox motor hujayralari ham takomillashgan bo'ladi. Bu motor hujayralar barmoqlarni bukuvchi mushaklarni nervlaydi, bundan tashqari, ushbu hujayralarni boshqaruvchi asab tizimining yuqorida joylashgan tuzilmalari ham shakllangan bo'ladi.

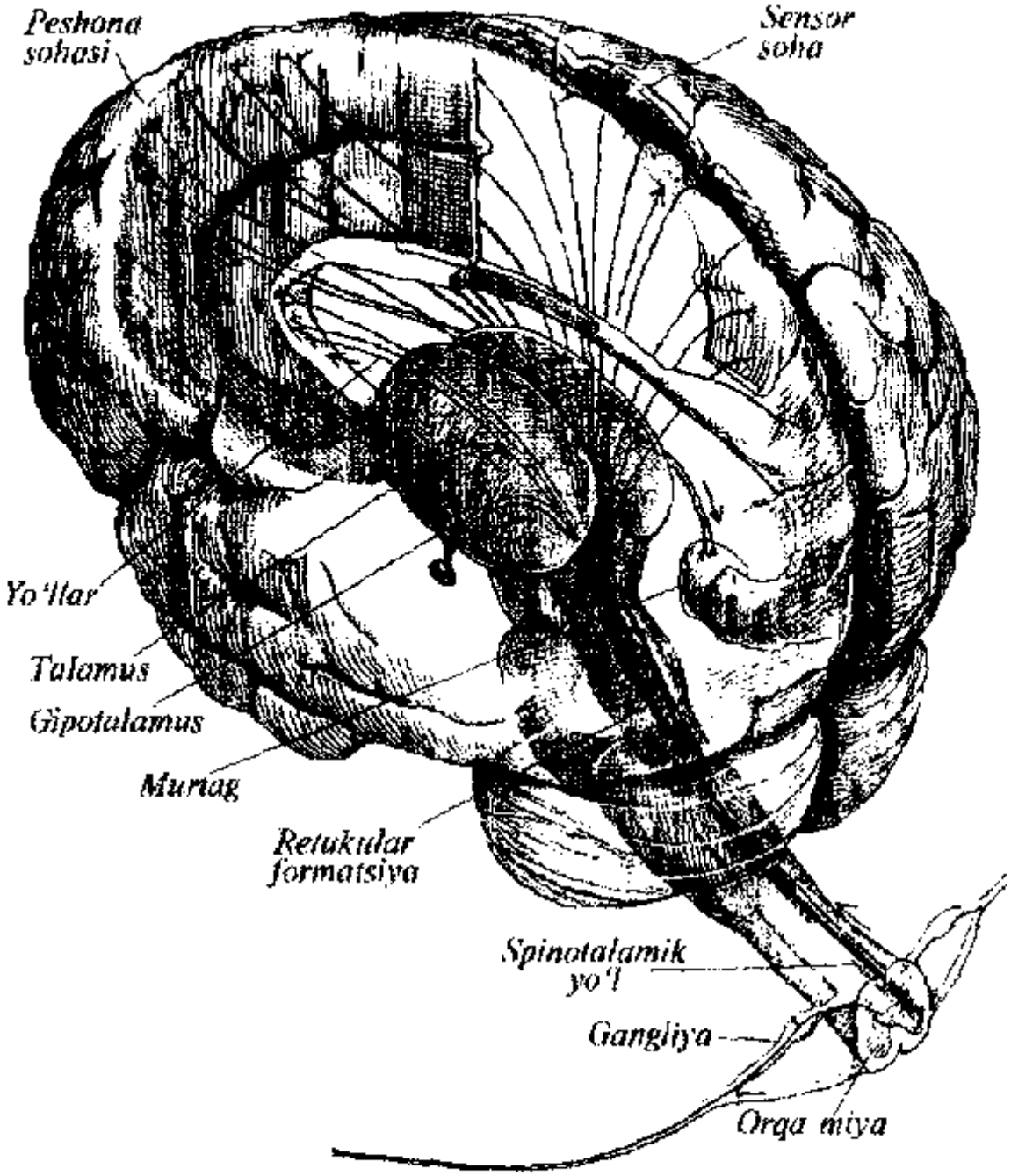
Sistemogenezning bir nechta muhim jihatlari o'rganilgan. Birinchisi shundan iboratki, funksional sistemalar bir vaqtda shakllanmaydi. Organizm uchun hayotiy muhim bo'lgan sistemalar avval shakllana boradi. Masalan, yangi tug'ilgan chaqaloq uchun hayotiy muhim bo'lgan jarayonlar — emish, yutish, nafas olish tug'ilgan zahoti faoliyat ko'rsata boshlaydi. Ba'zi jonzotlarda esa funksional sistema tug'ilgan zahoti mukammallashgan bo'ladi. Kenguruning bolasi tug'ilgan zahoti onasining qornidagi xaltachaga sakrab chiqa



5-rasm (a). **Bosh miya tuzilmalari**

oladi yoki endigina tuxumdan chiqqan g'ozning bolasi onasining izidan yura boshlaydi va hokazo.

Yangi tug'ilgan chaqaloqda tug'ma mexanizmlar go'yo kamdek tuyulsa-da, ba'zi boshqaruvchi vazifalarning juda nozik ishi kishi e'tiborini o'ziga tortadi. Masalan, go'dakda yutish va nafas olish bir



5-rasm (b). **Psixofunksional mexanizmlarni ta'minlovchi asosiy tuzilmalar**

vaqtning o'zida amalga oshiriladi, keyinchalik bu qobiliyat yo'qolib boradi. Shu bilan birga ko'ruv, eshituv, harakat reaksiyalari yaxshi rivojlanmagan bo'ladi. Asab tizimi ba'zi bo'limlarining bir maromda rivojlanmasligi va yetilmasligiga **geteroxronlik prinsipi** deyiladi.

Sistemogenezning ikkinchi prinsipi sistemalararo va sistemalar ichra geteroxronlik prinsipidir. **Sistemalararo geteroxronlik** – bu turli funksional sistemalarning (emish va ko'ruv nazorati) turli davr-

larda paydo bo'lishi va shakllanishidir. **Sistemalar ichra geteroxronlik** – bu shakllangan funksiyaning asta-sekin murakkablashib borishidir. Dastavval minimal funksiyani bajara oluvchi asab to'qimalari yetilib boradi, keyinchalik tashqi va ichki ta'sirlarga javob beruvchi shu sistemaning boshqa bo'limlari ham safga turadi. Masalan, go'dakda 3 oygacha so'rish refleksi juda oson chaqiriladi, lunji yoki iyagiga qo'l tekkizilsa bas, u darrov labini cho'chchaytiradi. Shu bilan birga, go'dakda qalqib ketish yoki havo yutib yuborish holatlari ham tez-tez kuzatilib turadi. Uch oylikdan so'ng so'rg'ich harakatlari faqat labiga tekkanda paydo bo'ladi va qalqib ketishlar kam uchraydi. Xuddi shunday holatni ushlab olish refleksiga nisbatan ham kuzatishimiz mumkin. Go'daklik davrining birinchi oylarida uning kaftiga sal tegilsa, qo'lini musht qilib oladi, keyinchalik ushlab olish biroz pasayadi, ya'ni bosh barmoq qolganlariga qarshilik ko'rsata boshlaydi.

Sistemalar ichra geteroxronlik biror funksional sistemaning nafaqat yetilishi, balki sistemalararo aloqaning o'rnatilishi bilan ham kechadi. Masalan, avtomatik tarzda ushlab olishda harakat murakkablashib boradi, shu bilan birga qo'lning harakati ustidan ko'zning nazorati kuchaya boshlaydi.

Sistemogenez haqidagi ta'limot bolaning asabiy-ruhiy rivojlanishining uzviyligi va ketma-ket rivojlanish qonuniyatlarini ochib beradi. Masalan, u boshini ushlagach o'tiradi, so'ng tik turadi va asta-sekin yura boshlaydi. Boshini ushlab turish qobiliyati tana holatini nazorat qilishga zamin yaratib beradi. Bu muvozanat a'zosi va ko'ruv nazoratining takomillashuvi natijasida amalga oshiriladi.

Shuni ta'kidlash lozimki, juda ko'p funksional sistemalarning o'zi bir qancha kichik sistemalardan tarkib topgan. Bular bir vaqtning o'zida paydo bo'lmaydi va o'zaro bog'lanishlarni asta-sekin murakkablashtirib boradi. Masalan, harakatni boshqarish kompleksiga muskul tonusi, tana muvozanati va koordinatsiyasini boshqaruvchi sistemalar kiradi.

Bundan tashqari, har qanday harakatni amalga oshirish uchun biron-bir harakatni boshqa harakat bilan almashtiruvchi, uning ustidan nazorat qiluvchi dastur zarur bo'ladi. Masalan, oldinga bir qadam tashlash uchun tananing og'irligini ikkinchi oyoqqa o'tkazish, shu vaqtda tananing muvozanatini saqlab qolish, bir guruh muskullarning qisqarishi va boshqalarining yozilishini amalga oshirish kerak bo'ladi.

Biz yurib borayotganimizda oyoqni qanday tashlash kerak, gavda, qo'llar qay holatda harakat qilishi zarurligi hisob-kitobini qilmasdan hammasini beixtiyor tarzda amalga oshiramiz. To'g'ri, biz ongli ravishda tezlikni oshirishimiz yoki pasaytirishimiz, qadamni katta yoki kichik tashlashimiz mumkin, ammo qaysi muskulni qisqartirib, qaysi birini bo'shashtirishimiz kerakligini o'ylamay amalga oshiramiz. Harakatni boshqaruvchi sistemalarning bunday kelishilgan holda ishlashi bolalik davridan rivojlana boshlaydi. Har xil yoshdagi bolalarning harakat faoliyatini kuzata borib, ularning harakat funksiyalari takomillashib borayotganligini va kichik sistemalardan yirik integrativ sistemalar paydo bo'lishini kuzatish mumkin.

Sistemogenez nuqtayi nazaridan qaraganda, har bir yosh uchun xos bo'lgan normal funksiyalarning rivojlanish mexanizmlari va takomillashuvining kam-ko'stini tushunib olish mumkin. Ba'zi funksional sistemalar yoki ularning bo'limlari rivojlanishi sust kechsa, boshqa funksional sistemalar esa normal rivojlanib va takomillashib boraveradi. Masalan, chaqqon, o'yinqaroq bolalar diqqat-e'tibor talab qiluvchi nozik harakatlarni bajara olmaydi. Buning sababi harakatni boshqaruvchi miya po'stlog'i markazlari takomillashmaganligidir. Ba'zan kundalik hayotda beso'naqay bolalarda surat chizish, musiqiy asboblarni chiroyli chalish kabi mahoratni kuzatish mumkin.

Bolalarda nutqning turli buzilishlari ko'pincha, sistemalararo va sistemalar ichra aloqalarning yetilmay qolishi oqibatida kuzatiladi. Harakat beso'naqayligining duduqlanib gapirish bilan birga kelishi yoki harakati to'liq rivojlangan bo'lsa-da, duduqlanadigan bolalarni ko'p uchratamiz. Ba'zan og'zaki nutq juda yaxshi rivojlansa-da, husnixati xunuk bolalarni kuzatish mumkin.

Sistemogenez prinsiplari asab tizimining evolutsion rivojlanish jarayonida kuzatiladigan morfofunksional o'zgarishlarni takomillashtirishga yordam beradi, sistemalarning noto'g'ri rivojlanishining oldini olish yo'llarini ko'rsatadi. Bu yetishmovchiliklarni tuzatishning prinsiplarini bir necha guruhlarga bo'lish mumkin:

1) o'sish ko'rsatkichlaridan orqada qolayotgan funksiyalarni rag'batlantirish;

2) buzilib qayta rivojlanayotgan aloqalarni to'xtatish yoki pasaytirish;

3) sistemalararo va sistemalar ichra aloqalarning yangi komplekslari shakllanishiga yordam berish va hokazo.

Demak, nuqsonning konkret shaklini topib, davolash bir nechta yo'nalishda olib borilishi kerak, lekin bunda individual rivojlanish bosqichlaridagi uzviylikni ham e'tiborga olish zarurdir.

Ko'ruv va eshituv bosh miyaning murakkab funksional sistemalari guruhiga kiradi. Har qaysi funksional sistema yoki uning har bir bo'limi o'zining rivojlanish dasturiga ega bo'lishiga qaramasdan, bosh miya doimo yagona yaxlit a'zo sifatida ishlaydi. Miyaning bu integrativ funksiyasi turli sistemalarning o'zaro munosabatini mustahkamlaydi va rivojlantiradi. Bu holda rivojlanayotgan miyada sistemalararo aloqalarni o'rnatish mexanizmi qanday kechadi, degan savolga duch kelamiz.

Miya o'z faoliyatida yagona bo'lib qolishiga qaramasdan, rivojlanishning har bir bosqichida u boshqacha miya va boshqacha sistemadir. Shuning uchun hatto ba'zi funksional sistemalar rivojlanishining xronologiyasini mukammal o'rgansak-da, hayot yo'lining har bir konkret rivojlanish darajasini to'g'ri baholab borish o'ta murakkab muammodir. Bolada funksional sistemalarning rivojlanish tezligini velosipedchilar poygasiga ham qiyoslash mumkin. Masalan, bitta velosipedchi poyga davomida doimo oldinda boravermaydi, bunga uning kuchi ham yetmagan bo'lur edi. U goh oldinda, goh orqada qolib boradi va nihoyat, marrani birinchi bo'lib egallaydi. Rivojlanayotgan miyani o'rganganimizda bolaning dastlabki yoshlarida shunga o'xshash holatni ko'ramiz. Rivojlanishning yangi shakllari paydo bo'lishi go'dakdagi birlamchi avtomatizmning reduksiyasi (yo'qolishi) bilan kechadi.

Bunda ikkita, ya'ni yangilanish va yo'qolish jarayoni bir maromda kechishi katta ahamiyatga egadir. Birlamchi avtomatizmning erta so'nishi miya rivojlanishidagi uzviylikni buzib yuborishi mumkin. Shu bilan birga, eskirib qolgan funksiyalarning juda kech yo'qolishi ham yaxshi emas, chunki u yangi, yanada murakkab sistemalarning paydo bo'lishiga xalaqit beradi. Reduksiya va yangilanish jarayonlarining bir maromda kechishiga bir yoshgacha bo'lgan bolalarda harakatning rivojlanishini misol qilib ko'rsatsa bo'ladi. Go'dakda boshning fazodagi holatini nazorat qiluvchi birlamchi tonik avtomatizm mavjud. Bu avtomatizm 2—3 oylarga borib so'nib, o'rniga

boshni aniq ushlab turishni ta'minlovchi, muskul tonusini boshqaruvchi sistema rivojlanadi. Agar bu so'nish muddatidan kechiksa, birlamchi tonik avtomatizmni anomal hodisa deb qabul qilish kerak, chunki u boshni ushlab turuvchi mexanizmlarning rivojlanishiga xalaqit beradi. Keyinchalik zanjirli patologik holatlar rivojlanib boraveradi: boshni ushlab tura olmaslik ko'ruv nazorati va vestibular apparatning ishini buzadi, vestibular apparatning rivojlanmay qolishi natijasida o'tirishni ta'minlab beruvchi muskullar tonusi ishdan chiqadi va hokazo. Natijada yaxlit bir harakat mexanizmlari buzilib, aqliy zaiflik rivojlanishiga zamin yaratiladi.

Demak, ruhiy buzilishlarning bolalik davrida oldini olish uchun dastlabki shakllanayotgan patologik jarayonni o'z vaqtida davolash muhim ahamiyatga ega.

Shuni alohida ta'kidlash lozimki, reduksiya va yangilanish jarayonlarining bir maromda kechishi deganda, faqat bir funksiyaning ikkinchi funksiyaga yo'l ochib berishini tushunmaslik kerak. Vaholanki, reduksiya faqat avtomatizmlarning butunlay yo'qolishi degani ham emas, balki murakkab funksional sistemalarga qo'shilib ketishi degani hamdir. Shuning uchun birlamchi avtomatizm to'la reduksiyaga uchramasa-da, rivojlanishning umumiy rejasiga xalaqit bermasligi ham kerak. Agar reduksiyaning kechikishi yangi mexanizmlar shakllanishining sustligi bilan uyg'unlashib ketsa, funksional sistemalarning rivojlanishiga katta salbiy ta'sir ko'rsatib, asabiy-ruhiy qoloqlikka zamin yaratib beradi.

Shunday qilib, funksional sistema ba'zi bo'limlarining geteroxron rivojlanishi bilan birga, ularning o'zaro munosabatida sinxronlik bo'lishi kerak, individual ontogenezning har qaysi davrida ba'zi sistemalar barkamollikning shu davrga mos bosqichida bo'lishi zarur. Boringki, bu farqlar har xil bo'lsin, lekin ular ma'lum bir paytda bir-biri bilan uyg'unlashgan bo'lishi shart, aks holda ziddiyatlar yuzaga kelib, funksional sistemalarning rivojlanishiga katta ziyon yetkazadi.

Ushbu bobda neyrofiziologik va psixofiziologik jarayonlar bilan tanishib chiqdik, funksional sistemalarning rivojlanish davrlarini o'rgandik.

Keyingi bobda esa bosh miya katta yarim sharlarining patologiyasini, ya'ni oliy ruhiy funksiyalarning buzilishini o'rganamiz. Bu muammo bilan neyropsixologiya fani shug'ullanadi.

Nazorat uchun savollar

1. *Tibbiyot psixologiyasi qanday fan?*
2. *«Avesto» kitobi haqida so'zlab bering.*
3. *Gippokrat, Platon, Arestotel, Galenning psixologiya faniga qo'shgan hissasi haqida so'zlab bering.*
4. *Abu Bakr ar-Roziyning tibbiyot faniga qo'shgan hissasi haqida so'zlab bering.*
5. *Abu Ali ibn Sinoning ishlari haqida so'zlab bering.*
6. *Ismoil Jurjoniy haqida so'zlab bering.*
7. *Yevropada turg'unlik va Uyg'onish davrlari qachon bo'lgan?*
8. *Dekart reflektor munosabatlarni qanday tushungan?*
9. *Zigmund Freyd haqida nimalar bilasiz?*
10. *O'zbekistonda tibbiyot psixologiyasi fanining rivojlanishi haqida so'zlab bering*
11. *Ruhiy faoliyatning reflektor tarzda boshqarilishi qanday kechadi?*
12. *Giperaktiv sindrom nima?*
13. *Analizatorlar haqida so'zlab bering.*
14. *Funksional bloklarga ta'rif bering.*
15. *Asab tizimining filogenezi va ontogenezi to'g'risida nimalarni bilasiz?*
16. *Miyaning funksional sistemasi haqida so'zlab bering.*

Barcha ruhiy kuchlarning manbai miyadir.
Abu Ali ibn Sino

2.1. Neyropsixologiya fani haqida tushuncha va uning qisqacha tarixi

Neyropsixologiya fani miya va psixologik jarayonlar orasidagi o'zaro munosabatlarni, bosh miyaning lokal hamda diffuz zararlanishlarida oliy ruhiy funksiyalarning buzilishlarini o'rganuvchi fandir. Neyropsixologiya psixologiya, fiziologiya va nevrologiya fanlarining yutuqlariga tayangan holda XX asrning 40-yillarida alohida fan sifatida shakllana boshladi. Lekin dastlabki neyropsixologik tekshiruvlar o'tgan asrning boshlarida o'tkazila boshlangan. Bu davrda neyropsixologiyaning rivojlanishiga G.Xed, K.Goldshteyn, K.Kleyst, U.Penfild, M.Gazzaniga, X.Lipmann, G.Jasper kabi olimlar katta hissa qo'shdilar. Lekin neyropsixologiyaning alohida fan bo'lib shakllanishiga ulkan hissa qo'shgan olim, uning asoschilaridan biri akademik **Aleksandr Romanovich Luriyadir** (1902–1977).

Neyropsixologiya fani quyidagi masalalarni o'rganadi:

1) psixologik sistemalar ta'limoti;

2) oliy ruhiy funksiyalarning shakllanish qonuniyatlari va ularning dinamik joylashuvi;

3) bosh miya katta yarim sharlarining spesifik funksiyalari yoki funksional asimmetriya ta'limoti;

4) neyropsixologik buzilishlarning sindromolik tahlili;

5) topografik diagnostika usullari (Luriya usullari);

6) neyropsixologik korreksiya usullari va hokazo.

A. R. Luriya (1902–1977)

Bugungi kunda neyropsixologiya fanining vazifalari biroz boshqacha talqin qilinadi. Neyropsixologiya fani o'z ilmiy yo'nalishlarini

yo'qotmagan holda, tibbiy amaliyotga jadal kirib keldi. Neyropsixologlar jamiyati safi nevrologlar hisobiga kengaydi. Ko'pgina tibbiy universitetlarda klinik neyropsixologiya bo'lim (kafedra)lari faoliyat ko'rsata boshladi. Mashhur klinik psixologlar — Judit Todd va Artur K.Bogart (2001) neyropsixologiya fanini bosh miya zararlanishlarida kuzatiladigan barcha psixologik buzilishlarni (xulq-atvor, shaxs va hokazo) o'rganuvchi fandir hamda neyropsixologlar miya jarohatlarini davolashda faol ishtirok etishlari kerak, deb ta'kidlashadi.

Bu fanning tarixiga nazar tashlaydigan bo'lsak, u bosh miya katta yarim sharlarining po'stlog'ida oliy ruhiy funksiyalarning markazlarini aniqlashga urinishlardan boshlangan. 1836-yili Fransiyaning kichik bir shahrida tibbiy jamiyatning yig'ilishlaridan birida oddiy vrach **Mark Daks** jamiyat raisidan o'zining kuzatuvlari to'g'risida ma'lumot berishga ruxsat so'raydi. Uning nutqida quyidagi jumlalar bor edi: «Men bosh miyaning chap yarim shari zararlangan bemorlarning barchasida nutq buzilishlarini kuzatdim, lekin bosh miyaning o'ng yarim shari zararlangan bemorlarning birortasida ham nutq buzilishi uchramadi. Demak, aynan bosh miyaning chap yarim shari nutq bilan bog'langan, ya'ni u yerda nutq markazlari joylashgan». Bu paytgacha nutq uchun bosh miyaning ikkala yarim shari ham javob beradi, deb faraz qilinardi. Lekin u o'z mulohazalarini anatomik tekshiruvlar bilan tasdiqlamagan (bunga imkoniyat bo'lsa-da) va chop ettirmagan. Shuning uchun ham M.Daksning og'zaki bergan ma'lumoti tez orada unut bo'lib ketdi.

P.Brok (1824–1880)

1861-yili yosh fransuz olimi **P.Brok** nutqi buzilgan va tanasining o'ng tomoni falajlangan bemorni kuzatadi. Bu bemor tez orada vafot etadi. Uning bosh miyasi ochib tekshirilganda, chap yarim sharning pastki peshona pushtasining orqa qismida infarkt o'chog'i aniqlanadi (bu markaz hozirgi kunda Brok markazi deb ataladi). Bemor atrofdagilarning gapiga tushunsada, o'zi gapira olmasdi. Nutq buzilishining bu turi keyinchalik «motor afaziya» deb nom oldi. O'sha davrdan boshlab bosh miyada turli

markazlarni izlash katta qiziqish bilan boshlanib ketadi. Biroz vaqt o'tmay, 1874-yili nemis psixiatri K.Vernike bosh miyaning chap chakka bo'lagining ustki pushtasi zararlanganda ham nutq buzilishini kuzatib, sensor nutq markazini aniqlaydi.

1876-yili Ferrier chakka bo'lagida eshituv markazini, 1881-yili Munk itlarning ensa sohalari olib tashlanganda «narsalarni ko'rsada, tanimasligini», o'sha yili Eksner o'rta peshona pushtasining orqa qismlari zararlanganda yozishning buzilishini aniqlaydilar.

Albatta, bu kashfiyotlar o'sha davrdagi olimlarni hayratga soladi, ya'ni ular bosh miyada turli markazlarni, hatto ong, xotira, tafakkur markazlarini izlay boshlashadi. Shu davrdan boshlab, «lokalizatsionizm» degan oqim yuzaga keladi. Fransuzchada bu so'z «joy» degan ma'noni anglatadi.

D.Jekson (1835–1911)

1870-yili Finkelnburg lokalizatsionchilarga qarshi chiqib, bosh miya po'stlog'i zararlanganda «asimboliya» rivojlanadi, deb aytadi, ya'ni simvollarni ishlatish qobiliyati buzilishi natijasida nutq, narsalarni tanish va turli ongli harakatlar buziladi, degan fikrni ilgari suradi. Lokalizatsionchilar nuqtayi nazarini 1864–1874 yillari o'zining kuzatuvlariga asoslanib, mashhur ingliz nevrologi **D. Jekson** tanqidiy tahlil qildi. D. Jekson, asosan, nutqning dinamik tomonlari bilan qiziqdi. U «Bosh miyada nutq buzilishiga sabab bo'lgan zararlanishni joylashtirish» va «nutqning o'zini joylashtirish» ikki xil narsadir, degan edi.

D. Jekson afaziyada nutq funksiyasining to'la yo'qolmasligiga e'tibor berdi. Afaziya kuzatilgan bemorda maqsadga yo'naltirilgan nutq buzilishi mumkin, biroq hissiy nutq saqlanib qoladi, deb fikr yuritadi.

Masalan, biron-bir so'zni bemor affekt holatida aytib yuborishi, ixtiyoriy holda esa gapira olmasligi mumkin. D. Jekson «Nutqini yo'qotgan odam so'zlardan ham judo bo'lgan, degani emas, chunki so'zning anglanmagan qismi ham mavjud», degan edi. Shuning uchun «nutqidan judo» bo'lgan bemorning fikrlash jarayoni biroz pasaysa-

da, hali fikr yuritishga qobiliyatli. D. Jekson «Maqsadga yo'naltirilgan nutq bosh miyaning chap yarim shari, hissiy nutq o'ng yarim shari faoliyati bilan bog'liq», deb aytgan.

D. Jekson birinchilardan bo'lib, markaziy asab tizimi funksiyalarining murakkab tuzilishi to'g'risidagi g'oyani ilgari surdi.

D. Jekson fikriga ko'ra, har bir funksiya uch bosqichdan iborat: «quyi» (orqa miya, miya ustuni), «o'rta» (bosh miya po'stlog'ining harakat va sezgi markazlari) va «oliy» (bosh miyaning peshona bo'lagi). «Oliy» markazlar zararlanganda nafaqat patologik simptomlar paydo bo'ladi, balki ijobiy o'zgarishlar ham kuzatiladi: «quyi» markazlar «oliy» markazlar nazoratidan xalos bo'lib, o'z faoliyatini kuchaytiradi. Bunga markaziy piramidal yo'llar zararlanganda spinal reflekslarning kuchayishini misol qilib ko'rsatish mumkin. *«Agar afaziyada gapirish, o'qish va yozish qobiliyatlarining buzilishi salbiy alomatlar bo'lsa, hissiy nutqning saqlanib qolishi va birovning so'ziga tushunish ijobiy xislatlardir»*, degan edi D. Jekson. U 1868-yili afaziya nafaqat bosh miyaning chap yarim shari, balki o'ng yarim shari zararlanganda ham kuzatilishini e'lon qilgan. Bu bemorlar chapaqay bo'lgan. D. Jeksonning bu xulosalari bosh miyaning funksional asimmetriyasini o'rganishga turtki bo'ldi.

2.2. Neyropsixologik sindromlar

Bosh miyaning turli sohalari zararlanganda kuzatiladigan asosiy neyropsixologik sindromlar bilan tanishib chiqamiz. Bular amaliyotda ko'p uchraydigan **ko'ruv agnoziyalari, afaziyalar** va **apraksiyalardir.**

Ko'ruv agnoziyalari

Obyektlar yoki ularning tasvirini tanish (bilish) ning buzilishiga **ko'ruv agnoziyasi** deb ataladi. Ko'ruv agnoziyalari bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ining ensa sohalari zararlanganda kuzatiladi. Bunda ko'ruv o'tkirligi va maydoni kabi oddiy ko'ruv funksiyalari saqlanib qoladi. Bemorlar ko'ruv agnoziyasining barcha turlarida atrofdagi narsalarni bemalol ko'radi, ya'ni ko'ruv apparatining periferik tizimlari funksiyasi saqlangan bo'ladi, lekin ularni tanimaydi, nomini aytib bera olmaydi.

Hozirgacha ko'ruv agnoziyalarining mexanizmlari batafsil o'rganilmagan. Ko'ruv agnoziyasining 6 turi farq qilinadi:

1) ***narsalar agnoziyasi*** — bemor ko'z oldida turgan narsalarning yoki narsalar tasvirining nomini aytib bera olmaydi, lekin bu narsalar nima uchun ishlatilishini aytib bera oladi;

2) ***bet (yuz) agnoziyasi*** — bemor avval o'ziga tanish bo'lgan odamlarning yuzi yoki suratiga qarab ularning kimligini aytib bera olmaydi;

3) ***optik-fazoviy agnoziya*** — atrofdagi obyektlarning fazoviy tuzilishini tasvirlash buziladi;

4) ***harf agnoziyasi*** — harflarni tanimaslik (o'zi yozganlarini ham);

5) ***ranglar agnoziyasi*** — ranglarni to'g'ri ajrata olmaslik, tanimaslik;

6) ***simultan agnoziya*** — bemor obyektning ba'zi qismlarini taniydi, biroq obyektni bir butun holatda to'laligicha tanimaydi (bilmaydi). Simultan agnoziya Balint sindromi deb ham ataladi.

Endi ko'ruv agnoziyalarining klinik turlari bilan tanishib chiqamiz.

Narsalar agnoziyasi agnoziyaning keng tarqalgan turidir. Bunda bemor obyektni go'yoki ko'radi, hatto uning ba'zi belgilarini aytib ham beradi, lekin nomini ayta olmaydi. Masalan, bemorga qalam ko'rsatilsa, u yozish va chizish uchun ishlatilishini biladi, biroq «Bu qalam» deb ayta olmaydi, chunki tanimaydi. Agar narsalar bir-biriga qalashtirib tashlansa, ularning nomini aytish yanada qiyinlashadi. Masalan, qaychi, pichoq, bolg'acha, qoshiqlar (yoki ularning tasviri) ni bir-biriga qalashtirib tashlab, ularni birin-ketin topish so'ralsa, bemor bu ishni bajara olmaydi. U faqat turli tomonga ketgan chiziqlarni ko'radi, xolos. Bu usulni Poppelreyter 1917-yili taklif qilgan. Shunisi e'tiborliki, bemor narsalarga qarab ularni chizib beradi, lekin o'sha o'zi chizgan narsalarning nomini ham aytib bera olmaydi, ya'ni tanimaydi.

Yuz agnoziyasi (prozopagnoziya). Aytib o'tganimizdek, agnoziyaning bu turida bemor avval o'ziga tanish bo'lgan chehralarni tanimaydi. Bu bemorlar narsalarni tanishi mumkin. Ular yuzda joylashgan burun, qosh, ko'z va quloqlarning nomini aytib berishi mumkin, lekin bu odam kimligini aytib bera olmaydi, ular hatto rafiqasi, bola-chaqalari, davolovchi vrachni, shu bilan birga avvaldan tanish odamlarni, yaqinlarining, mashhur kishilarning suratlarini ham

tanishmaydi. Og'ir holatlarda bemor hatto oynadagi o'z aksi yoki suratini ham tanimaydi. Shuningdek, bemor ayol va erkak yuzining farqiga bormaydi, ularning taxminiy yoshini chalkashtirib yuboradi. Bu bemorlar odamlarni ovozi, kiyimi yoki yurishidan tanib olishlari ham mumkin. Ba'zan tanib olishda tanish-bilishlarining soch tuzilishi, yuzidagi xollari, ko'zoynak taqishi kabi ortiqcha belgilar yordam beradi.

Agar doimo ko'zoynak taqib yuradigan tanishi ko'zoynagini taqmay ko'rinsa, bemor uni tanimay qoladi. Ba'zan bunday bemorlarga sochi kalta ayol erkak kishidek ko'rinadi.

Yuz agnoziyasi nisbatan kam uchraydi va ko'pincha agnoziyaning boshqa turlari bilan birga kuzatiladi. Yuz agnoziyasi bosh miyaning orqa-ensa sohalari zararlanganda kuzatiladi.

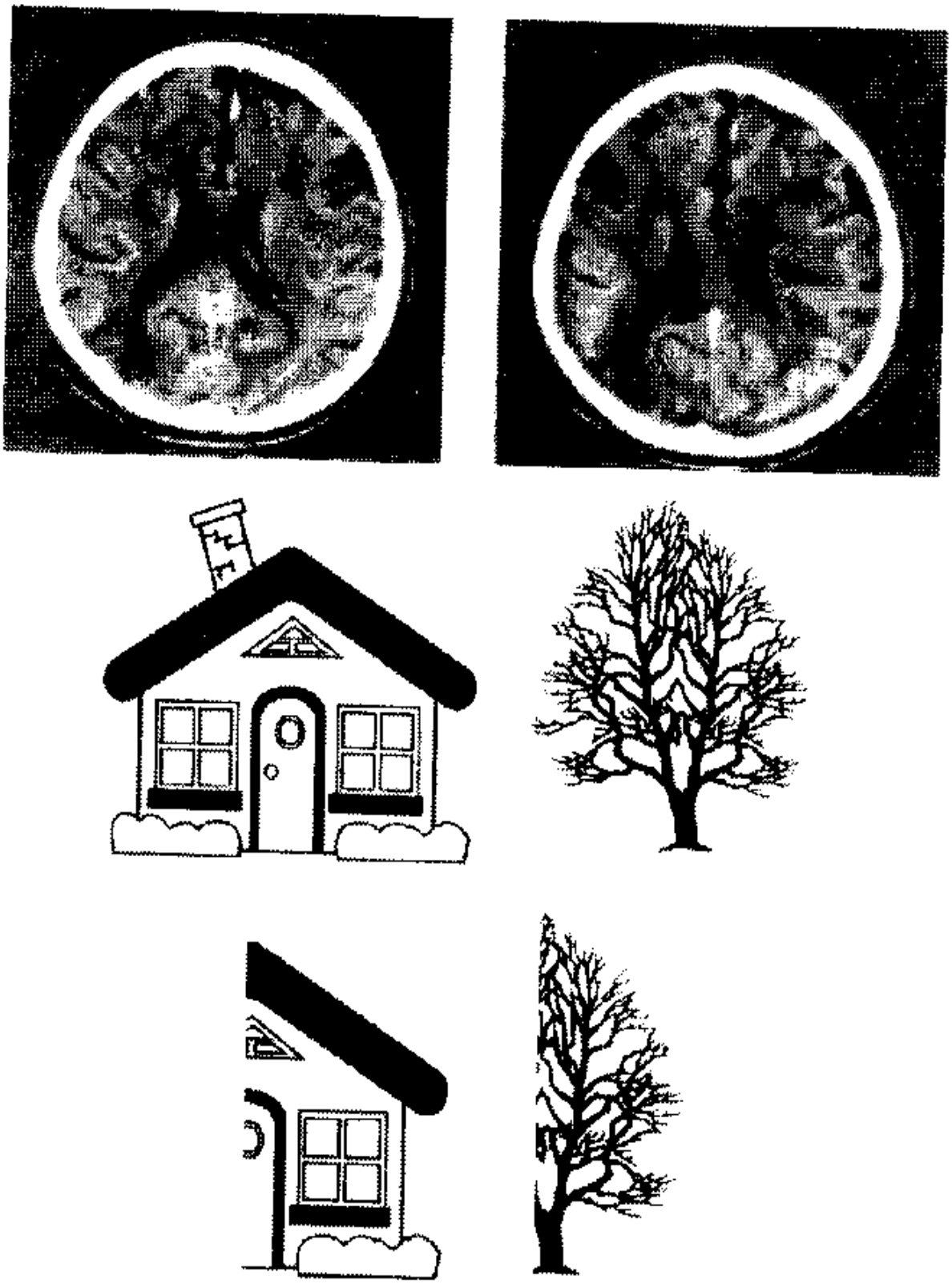
Optik-fazoviy agnoziya. Agnoziyaning bu turi, ko'pincha, bosh miyaning o'ng yarim shari (tepa-ensa sohalari) yoki ikkala yarim shar ham zararlanganda kuzatiladi. Bunda bemorlar narsalarning fazoviy belgilarini tasvirlab bera olmaydilar. Bu yerda narsalarning yoki atrof-muhitdagi obyektlarning katta-kichikligining ahamiyati yo'q. Ular geometrik figuralar (uchburchak, romb, kvadrat) ning rasmini to'g'ri chiza olmaydilar.

Agnoziyaning bu turida chap va o'ng tomonlarni farqlash ham buziladi va bemor obyektlarning bir tomonini tan olmaydi, masalan, daraxt, uy, gul (6-*A*, *B* rasm). Bu holat «bir tomonni tan olmaslik» sindromi deb ataladi. U asosan, bosh miya o'smalarida va og'ir jarohatlarda kuzatiladi.

Bu sindromni biz bosh miya o'ng yarim sharining a.cerebri posterior qon bilan ta'minlaydigan sohaning o'tkir ishemik insultlarida ham kuzatganmiz. Optik-fazoviy agnoziya bosh miyaning o'ng yarim shari zararlanganda ko'p kuzatilgani uchun bemorlar obyektlarning chap tomoni borligini go'yoki inkor qilishadi.

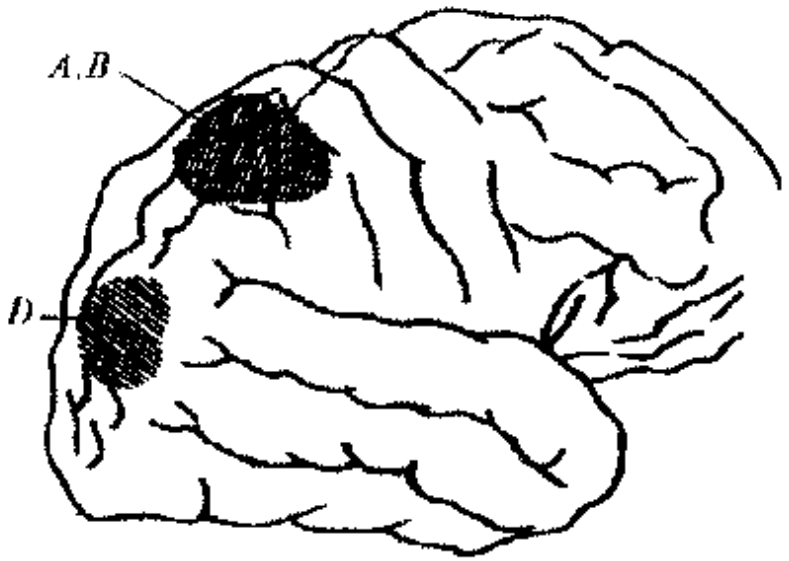
Bunday bemorlar hatto o'zining chap tomonini ham tan olishmaydi, qo'l-oyoqlari harakati saqlangan bo'lsa-da, bemor ko'ylagi va shimini kiyayotganda chap qo'lini ishlatmaydi. Bu sindrom chap tomonlama fazoviy agnoziya deb ham ataladi. Bu simptomlar bosh miyaning o'ng yarim shari zararlanishi uchun juda xosdir.

Shuningdek, anozognoziya — tanadagi defekt (gemiplegiya) ni anglamaslik va autotopognoziya — o'z tanasining qismlarini bilmaslik



6-rasm. **Fazoning bir tomonini inkor qilish sindromi (Z.R. Ibodullaev kuzatuvi, 2000-y):** A – kompyuter tomogrammada bosh miya o'ng yarim sharining ensa sohasida ishemik o'choq; B – bemorga uy va daraxtning rasmi ko'rsatilsa, ularning chap tomonini inkor qilgan.

yoki ularni noto'g'ri (kattadek, kichikdek yoki boshqa buyumdek) idrok qilish ham o'ng yarim shar zararlanishiga xos belgilardir (7-rasm).

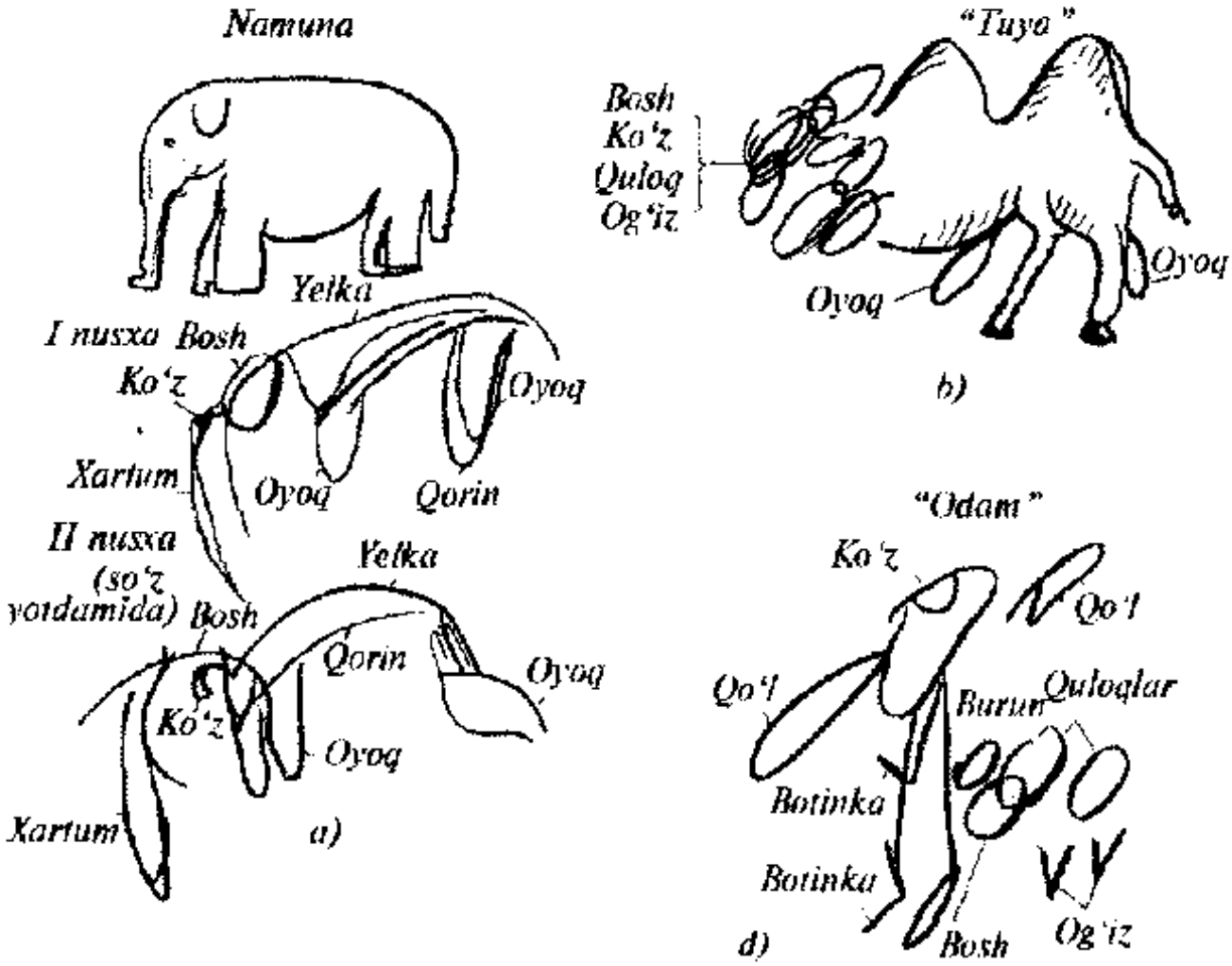


7-rasm. **Bosh miya o'ng yarim sharining tepa va ensa sohalari zararlanganda kuzatiladigan agnoziyalar:** A – autotopognoziya – bemor o'z tanasining qismlarini tanimaydi, bilmaydi; B – anozognoziya– bemor tanasidagi kamchiliklar (masalan, gemiparez) ni anglamaydi, inkor qiladi; D – ko'ruv agnoziyasi – bemor narsalarni ko'rib tursa-da, ularning nomini aytib bera olmaydi.

Bemorning ahvoli og'irlashgan holatlarda nafaqat o'ng-chap tomonlarni, balki yuqori-quyi koordinatlarni ham farqlashi buziladi. U rasmlarda obyektlarning fazoviy belgilarini ta'riflab bera olmaydi (uzoq-yaqin, katta-kichik, chap-o'ng, tepa-past).

Masalan, bemordan biror jonzot yoki odam suratini chizib berish talab qilinsa, uning ba'zi qismlari (qo'li, oyog'i, ko'z va quloqlari) ni tanada qanday va qayerda joylashtirishni bilmaydi, go'yoki «unutadi» (8-*a, b* rasm).

Optik-fazoviy buzilishlar ba'zan o'qish jarayoni buzilishi bilan ham kechadi. Bunday holatlarda bemorlar harflardagi chiziqlarning qanday va qaysi tomonga qarab yo'nalganini bilishmaydi, ayniqsa kirill alifbosidagi Э, Ш, Р, Я harflarni o'qiy olishmaydi, «D» va «L» kabi harflarni farqlay olishmaydi. Klinik amaliyotda optik-fazoviy agnoziyalarni aniqlash uchun harflarning bilishni tekshirish usulidan ko'p foydalaniladi.



8-rasm. **Ko'ruv agnoziyasi kuzatilgan bemorning chizgan rasmlari (A.R. Luriyadan olindi, 1973):** a — fil rasmidan nusxa ko'chirish; b — tuyaning boshini chizishga urinish; d — odamni yoddan chizish.

Harf agnoziyasida bemorlar harflarni to'g'ri ko'chirsa-da, ularning nomini aytib bera olmaydi, chunki ularni tanimaydi. Shuning uchun ham bu bemorlarda o'qish qobiliyati buziladi (birlamchi aleksiya). Bunday bemorlar narsalarni to'g'ri taniydi, ularning tasviriga to'g'ri baho bera oladi va hatto murakkab fazoviy tasvirlarni to'g'ri farqlay olishadi-yu, harflarni tanishmaydi, ularni o'qiy olishmaydi.

Agnoziyaning bu turi bosh miya chap yarim sharining (o'naqaylarda) chakka-ensa sohalari zararlanganda kuzatiladi.

Ranglar agnoziyasi ikki xil turga bo'lib o'rganiladi. Ranglar agnoziyasining haqiqiy turi va ranglarni tanib olish (anglash)ning buzilishlari (ranglarga ko'rlik) farqlanadi. Ranglarga ko'rlik va ranglarni tanishning buzilishi ko'ruv yo'llarining ham periferik, ham markaziy qismlari zararlanganda, ya'ni ham to'r parda, ham ko'ruv siste-

masining po'stloq osti va po'stloq tuzilmalari zararlanganda kuzatiladi. Ma'lumki, ranglarni qabul qilishning buzilishi ko'z to'r pardasining degeneratsiyasi va kolbachalar patologiyasi bilan ham bog'liq.

1887-yili Vilbrand bemorning ranglarni tanimasligini birinchi bo'lib aniqlagan va uni **ranglar amnestik afaziyasi** deb atagan. 1908-yili I.Levandovskiy qaysi narsalar qanday rangda bo'lishini aytib bera olmagan bemorni kuzatib, ranglar agnoziyasining ranglarni ajrata olmaslikdan farqini ko'rsatib berdi.

Ranglar agnoziyasida bemorlar ranglarni ajratib olib va qanday narsalar qaysi ranglar bilan (olma, yaproq, apelsin va hokazo) bo'yalganini aytib bera olmaydi. Agar bemorda rangni aytishda qiyinchiliklar tug'ilsa, bu **ranglar amnestik afaziyasi**, ranglarning nomi bo'yicha o'sha rangni ajrata olmasa, **ranglar sensor afaziyasi** deyiladi.

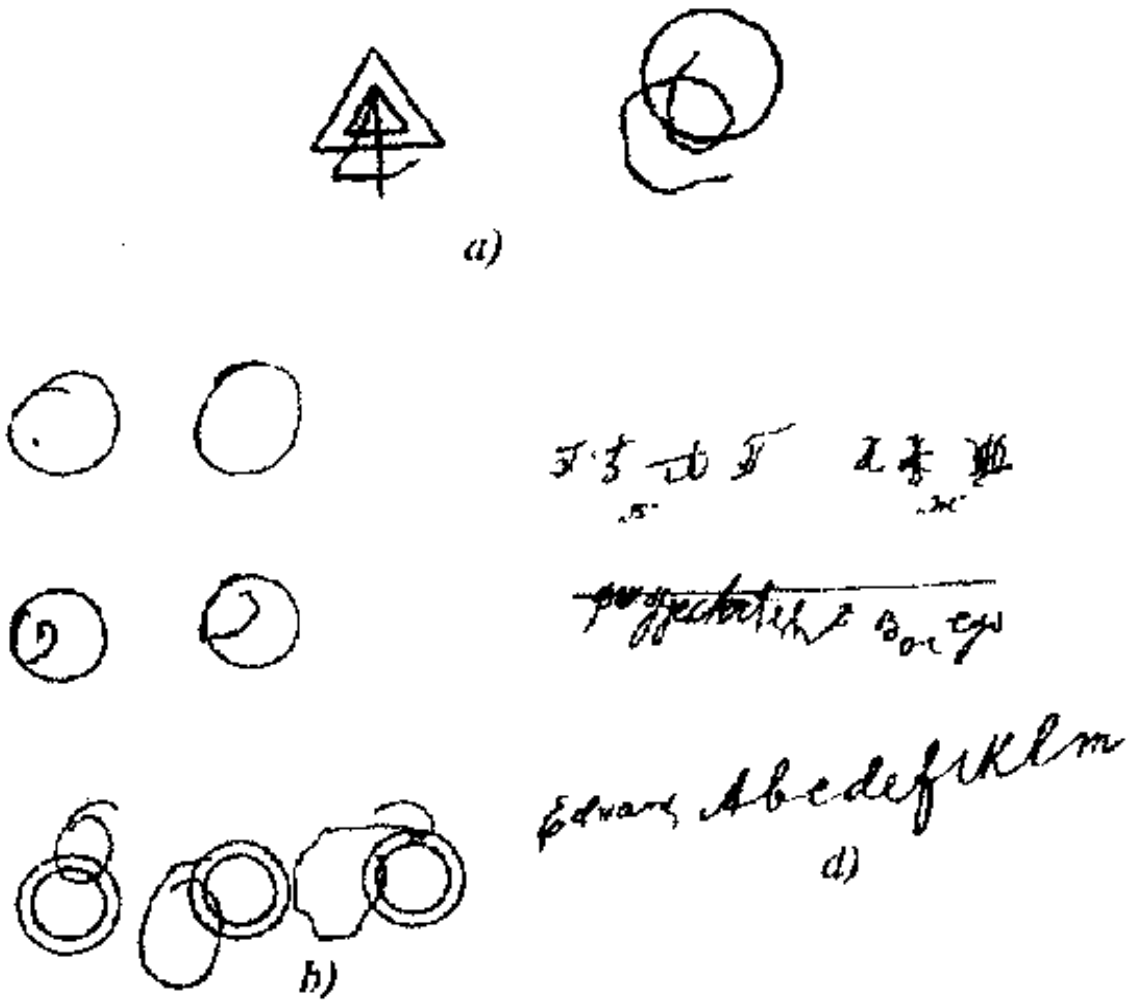
Ko'pincha, ranglar agnoziyasi narsalar agnoziyasi bilan birgalikda uchraydi. Ba'zan esa birlamchi aleksiya bilan ham kuzatiladi. Ranglar agnoziyasi kuzatilgan bemorlarda ko'ruv maydoni qisqarishi ba'zan uchrasa-da, u agnoziyaga xos belgi emas.

Agnoziyaning yana bir murakkab turi bu **simultan agnoziyadir.** Bunda bemor narsalarni butunlay emas, balki ularning bo'lagini, bir qismini ko'radi, xolos.

Agar bemorga aylana ichiga chizilgan kvadrat ko'rsatilsa, bemor yo kvadratni yoki aylanani ko'radi, ularning ikkalasini birga ko'rmaydi. Bemorlar uchun bitta so'zni o'qib, ikkinchisiga o'tish ham qiyin. Shuning uchun Balint (1909) ko'ruv agnoziyasining bu turini «nigohning ruhiy falaji» deb atagan, ba'zi mutaxassislar bu holatni «okulomotor ataksiya» deb ham atashadi. Simultan agnoziyani aniqlash uchun bemordan geometrik figuralar bilan ishlash, matnni ko'chirish yoki yozishni talab qilib ko'rish kifoya (9-*a, b, d* rasm).

Nima uchun bemor ikkita tasvirdan bittasini ko'radi yoki bitta tasvirning bir qismini ko'radi? Bu bemorlarda ko'z olmasining to'la harakati saqlansa-da, ular narsalarni to'laligicha qabul qila olmaydi. Mutaxassislarning fikricha, buning sababi nigoh boshqarilishining buzilishidir. Bemorning nigohi boshqarilmaydigan bo'lib qoladi, uning ko'z olmasi beixtiyor harakatlar qilaveradi va oqibatda ko'z orqali obyektni izlash, uning konturlarini yaratish buziladi.

Simultan agnoziyaning sababi qilib, bosh miya po'stlog'ida joylashgan ko'ruv hujayralari faoliyatining pasayishi ko'rsatiladi, bu



9-rasm. **Simultan agnoziyada geometrik figuralar bilan ishlashning va husnixatning buzilishi (A.R. Luriya, 1973):** a, b — bemordan geometrik figuralarning ustidan xuddi shunday qilib chizib chiqish so'ralganda, u buning uddasidan chiqmagan; d — harflarni bir chiziqdan to'g'ri yoza olmagan.

hujayralar faqat lokal qo'zg'alishlargagina qobiliyatlidir, deb taxmin qilinadi.

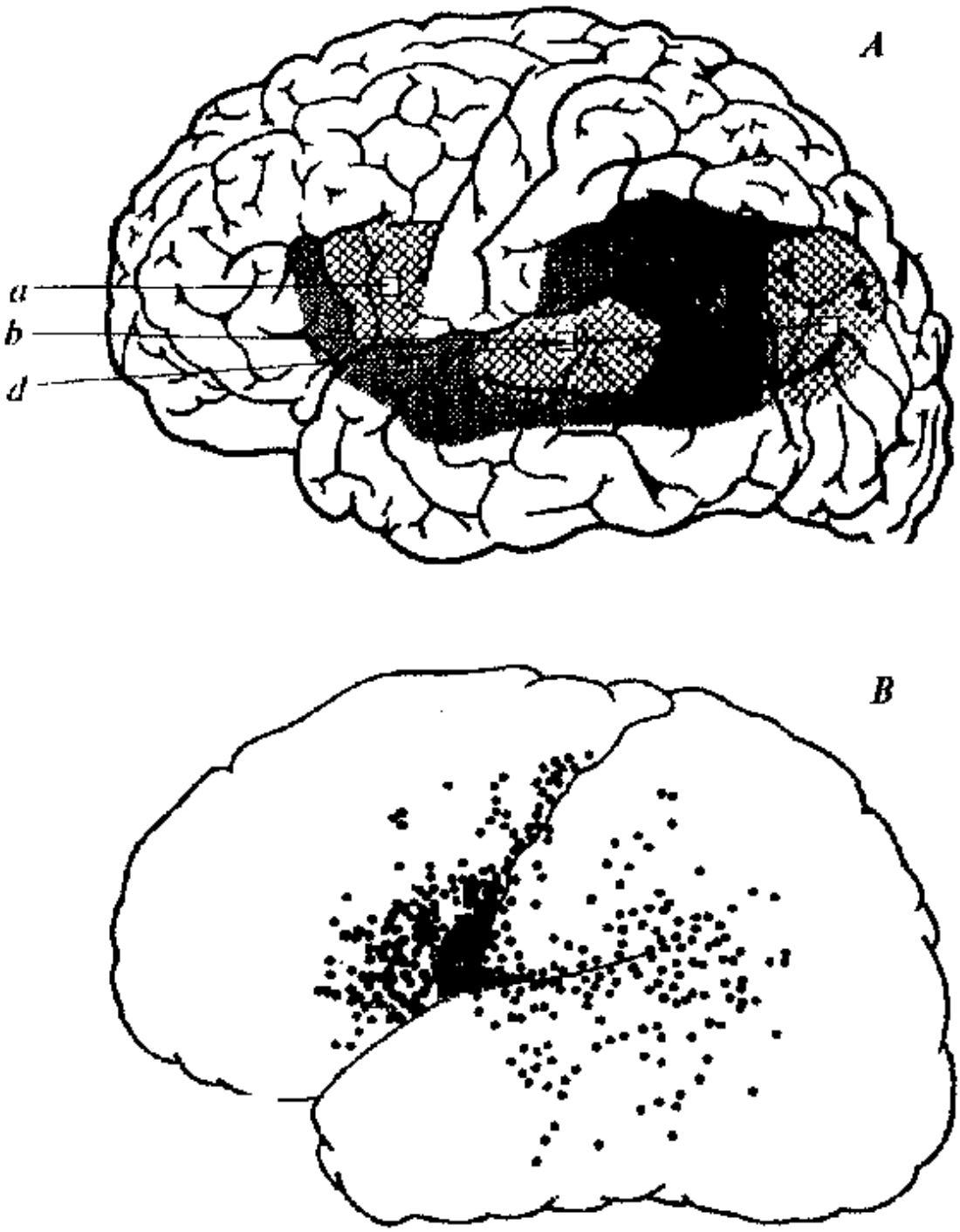
Simultan agnoziya bosh miya ensa-tepa bo'lagining ikki tomonlama zararlanishida uchraydi. Bosh miyada o'sma, qon aylanishining o'tkir buzilishlari, ensa sohasining ikki tomonlama zararlanishlari shu sindromga olib keladi.

Afaziyalar

Afaziya — nutqning sistem buzilishi bo'lib, bosh miya po'stlog'ida joylashgan nutq markazlarining zararlanishi oqibatida kuzatiladi.

Afaziya bosh miyaning turli sohalari, ya'ni pastki peshona pushtasi, yuqori chakka pushtasining orqa qismi, pastki parietal va chakka-

tepa-ensa sohalari tutashgan joylar zararlanganda kuzatiladi (10-rasm). Demak, nutq markazlari bosh miya katta yarim sharlarining katta sohasini egallaydi. Kuchli nutq buzilishlari, ayniqsa, Brok va



10-rasm. **Bosh miya chap yarim sharining nutq bilan bog'liq sohalari:**
A – chap yarim sharning nutq markazlari: a – Brok markazi;
b – Vernike markazi; d – *so'zlarning optik tasavvuri markazi.*
B – chap yarim sharning ushbu sohalari tok bilan ta'sirlantirilganda nutq buzilishlari kuzatilgan (U. Penfild va L. Roberts tajribalari, 1959-y.).

Vernike sohalari zararlanganda, bu markazlarga chegaradosh sohalar zararlanganda esa o'tib ketuvchi afaziyalar kuzatiladi.

Afaziyalarning bir nechta tasniflari mavjud. Ularni sistemalashtirib, A.R.Luriya afaziyaning 7 turini ajratadi:

*1. **Afferent motor afaziya*** – o'naqaylarda chap yarim sharning pastki parietal pushtasi aynan 22, 42-maydonlar bilan chegaradosh va Opersulumga tutash bo'lgan 40-maydon zararlanganda kuzatiladi.

*2. **Efferent motor afaziya*** – pastki peshona pushtasining orqa qismi (44, 45-maydonlar), ya'ni Brok markazi zararlanganda kuzatiladi.

*3. **Dinamik afaziya*** – Brok markazining oldingi qismida joylashgan premotor soha, ya'ni 9, 10 va 46-maydonlar zararlanganda kuzatiladi.

*4. **Sensor afaziya*** – yuqori chakka pushtasining orqa qismi, ya'ni 22-maydon (Vernike markazi) zararlanganda kuzatiladi.

*5. **Akustik-mnestik afaziya*** – o'rta chakka pushtasi (21 va 37-maydonlar) zararlanganda kuzatiladi.

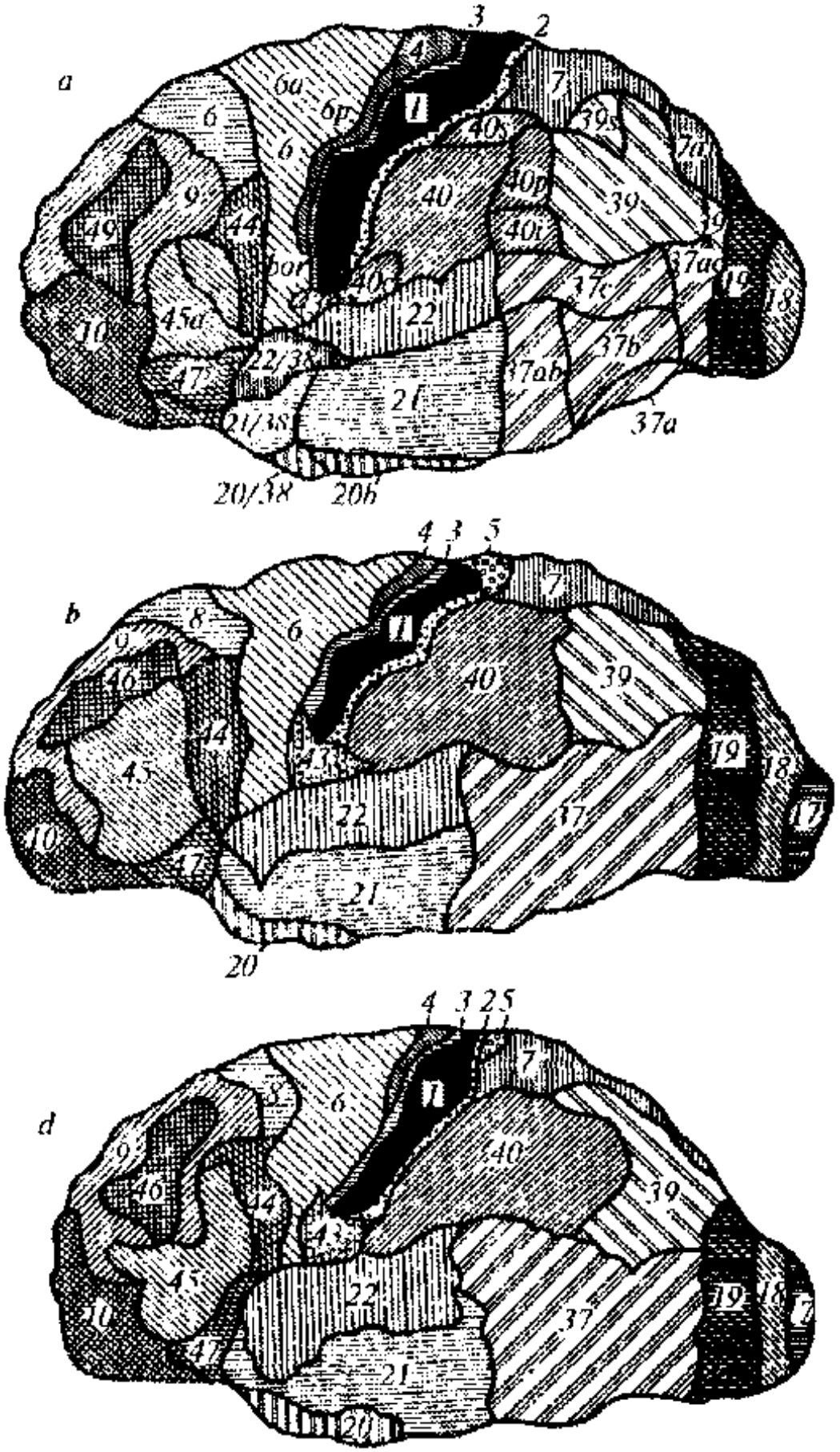
*6. **Semantik afaziya*** – chakka-tepa va ensa sohalari tutashgan joylar, ya'ni 37 va qisman 39-maydonlar zararlanganda kuzatiladi. Bu soha TRO (ya'ni temporo-parieto-oksipital) sohasi deb ham yuritiladi. TRO po'stloqning uchlamchi sohasi hisoblanib, «orqa assosiativ kompleksni» tashkil qiladi.

*7. **Amnestik afaziya*** – 37 va 40-maydonlar zararlanganda kuzatiladi.

Miya po'stlog'ini o'rganishni osonlashtirish uchun Brodman (1909) bosh miya po'stlog'ining sitoarxitektonik xaritasini yaratdi va uni 11 ta sohaga bo'ldi, sohalarni esa 52 ta maydonga ajratdi. 11-rasmda sitoarxitektonik maydonlar keltirilgan.

Neyropsixologlar nutqning ikkita alohida turini farq qilishadi. Bu **ekspressiv nutq** (so'zlash) va **impressiv nutq** (so'zlarni, gaplarni tushunish). Afaziyaning barcha turlarida u yoki bu darajada ekspressiv va impressiv nutq buzilgan bo'ladi. Masalan, motor nutq markazlari zararlanganda, asosan ekspressiv nutq, sensor nutq markazlari zararlanganda, ko'proq impressiv nutq buziladi.

Ekspressiv nutq **og'zaki** va **yozma** nutqlarga ajratilsa, impressiv nutq **og'zaki** va **yozma nutqni tushunishdan** iboratdir. Og'zaki nutqqa monologik, dialogik va takroriy nutqlarni misol qilib keltirish mumkin.



11-rasm. **Sitoarxitektonik maydonlar (Brodman maydonlari).**

Narsalarning nomini aytish, ularning harakatini so'z bilan ifodalash ham og'zaki nutqning bir turidir. Yozma nutq **mustaqil** yoki **diktant** ko'rinishida bo'ladi.

Nutq faoliyati va uning buzilishlari faqat lokal prinsiplarga asoslanib o'rganilmaydi. Chunki nutq funksional sistemasining shakllanishida juda ko'p analizatorlar: harakat, proprioreseptiv, taktil, eshituv, ko'ruv analizatorlari ishtirok etadi. Agar mana shu analizatorlarning o'zaro muvofiqlashib ishlashi buzilsa, nutq ham buziladi. Analizatorlarning qaysi sohasi ko'proq zararlanganligiga qarab turli daraja va ko'rinishdagi afaziyalar rivojlanadi.

Afaziyalarni aniqlashda juda ko'p omillarga e'tibor beriladi: bolalik davrida bemorning nutqi yaxshi bo'lganmi, ushbu nutq buzilishi qachon paydo bo'lgan, maktabda o'qiganmi, oliy ma'lumotga egami, rus yoki o'zbek tilini yaxshi biladimi va hokazo. Qo'shimcha tekshiruvlar, ya'ni elektroensefalografiya, dopplerografiya, kompyuter tomografiya usullari ham afaziya sababini aniqlashga yordam beradi. Afaziyaning turini aniqlash topografik tashxis uchun juda muhimdir.

Nutq buzilishlari klinikasini o'rganishda bir qancha shartlarga amal qilinadi: 1. Nutqning qanday turi, shakli va funksiyasi buzilgan, qaysilari saqlanib qolgan? 2. Nutqning buzilishi oliy nerv faoliyatining yana qaysi funksiyalariga ta'sir ko'rsatgan? 3. Nutq buzilishining fiziologik mexanizmlari nimalardan iborat?

Nutq buzilishining sindromologik tahlili afaziyaga olib kelgan omil hamda uning asosida yotgan mexanizm va nuqsonlarni ochib beradi. Aniq topografik tashxis qo'yish «asosiy» va «chegaradosh» nutq markazlari funksiyasi hamda patologiyasini batafsil bilishni talab qiladi.

Endi afaziyaning barcha turlari bilan tanishib chiqamiz.

Afferent motor afaziya. Har qanday so'z talaffuz qilinayotganda har xil kuch, yo'nalish va qamrovga ega bo'lgan artikulyator harakatlar bajariladi. Har qanday nutq tovushini chiqarish uchun ham aniq bir artikulyator harakatlar yig'indisi ishtiroki zarur. Ushbu harakatlarni boshqarib turish uchun nutq a'zolari (lab, til, tanglay va hokazo) dan miyaga doimo to'xtovsiz signallar kelib turishi kerak. Bu jarayonni signallar afferentasiyasi deb ham atashadi. Bu signallar og'iz muskullarining holati, tilning harakati, boringki, nutqni tashkillashtiruvchi og'iz bo'shlig'idagi barcha tuzilmalardan kelib turadi.

Organizmning ontogenetik rivojlanish davrida artikulyator harakatlar ma'lum bir stereotipga ega bo'lgan harakatlarga aylanadi. Ularning dastlabki elementlari «ishga tushib» ketsa, odam bemalol gapirib ketadi. Ushbu harakatlarni boshqarib turishda bosh miya katta yarim sharlarining orqa gnostik markazlari faol ishtirok etadi. Pastki parietal soha (40-maydon) ning zararlanishi artikulator harakatlarning buzilishi va o'z navbatida, butun nutq funksional sistemasi faoliyati keskin o'zgarishiga sabab bo'ladi.

Orqa gnostik sohalarning zararlanishi kinestetik sezgi, ya'ni afferent motor afaziyada nutq buzilishining markaziy mexanizmlaridan biri bo'lgan omil — kinestetik omilning buzilishiga sabab bo'ladi. Bu markaziy nuqsonning klinik ko'rinishi nimalardan iborat? Tovush va so'zlarni talaffuz qilishda til va lablarga maxsus holatni bera olmaslik, ya'ni nozik artikulyator harakatlarni tashkillashtira olmaslik, afferent motor afaziya uchun o'ta xos patalogiyadir.

Odatda, artikulyator apparatlardan miyaga tushib turuvchi signallar idrok qilinmaydi, ya'ni odam bu impulslarni anglamaydi, sezmaydi. Ammo nutqning kinestetik afferentasiyasi bolada nutqning rivojlanishida juda muhim ahamiyat kasb etadi. Bolalar diktanti tahlil qilinganda artikulyasiya bilan tovushlarni eshitish orasida uzviy bog'liqlik borligi ma'lum bo'lgan. Mabodo, diktant yozayotgan bolalarga og'zini ochib o'tirish yoki tilni tishlar orasida bosib turish so'ralsa, bu artikulyasiyani qiyinlashtiradi va diktantda xatolar ko'payib ketadi. Demak, artikulyasiya so'zning tovush tarkibini tahlil qilish uchun o'ta zarurdir. Nutq shakllanishining dastlabki bosqichlarida tovush va artikulyasiyalar bir maromda rivojlanishni talab qiladi. Demak, kinestetik nuqsonning paydo bo'lishi bolaning ravon, qiynalmasdan, so'z va tovushlarni buzmasdan gapirishini imkonsiz qilib qo'yadi.

Afferent motor afaziyada literal parafaziyalar ko'p kuzatiladi, bemor mustaqil ravishda tovush va so'zlarni talaffuz qila olmaydi, bir tovushni boshqa tovush bilan almashtirib yuboradi (literal parafaziyalar). Masalan, «sanam» o'rniga «salam» yoki «kelin» o'rniga «kenil» va hokazo. Tilimizdagi «d», «l», «n» tovushlari, «g», «h», «k» tovushlari artikulemalari bir-biriga o'xshashdir. Ushbu harflar bitta so'z tarkibida kelsa, bemorlar bu so'zni talaffuz qilishda qiynaladi. Shuning uchun ham so'zlarni talaffuz qilishning buzilishi asosiy simptom hisoblangan afaziyaning bu turiga ***motor afaziya*** deb aytiladi.

Efferent motor afaziyadan farqli o'laroq, afferent motor afaziyada so'zlarni beixtiyor talaffuz qilish (sanash, oylarni aytib chiqish), odatda, saqlangan bo'ladi. Agar ongli ravishda bemor biror so'z yoki jumlani takrorlamoqchi bo'lsa, qiyinchiliklarga uchraydi. Suhbat paytida bemor beixtiyor «e, jin ursin», «to'g'ri-to'g'ri», «ha-ha» kabi jumlalarni aytib yuboradi.

Bemorlar nafaqat bir-biriga o'xshash artikulemalarni noto'g'ri talaffuz qilishadi, balki ularning qabul qilish jarayoni ham buzilgan bo'ladi. Bu holatni quyidagicha tushuntirish mumkin: miya po'stlog'ining artikulyasiyaga javob beruvchi parietal sohalari artikulyasiyalarni qabul qiluvchi chakka sohalari bilan chambarchas bog'liq. Shuning uchun ham pastki parietal soha zararlanganda eshitish sistemasi funksiyasining ikkilamchi buzilishi ro'y beradi.

Dastlab motor afaziyaning faqat bitta turi ajratilgan. Afferent (kinestetik) motor afaziyani A.R. Luriya birinchi bo'lib motor afaziyaning alohida bir turi sifatida ajratgan. Afferent motor afaziyani nutq artikulyator apparatining apraksiyasi bilan taqqoslash mumkin. Afferent motor afaziyada ko'pincha oral praksis ham buzilgan bo'ladi. Ular ixtiyoriy ravishda yoki ko'rsatma bo'yicha turli og'iz harakatlarini bajara olmaydilar. Masalan, bemor tilini chiqara olmaydi, tilini ustki yoki pastki labiga qo'ya olmaydi, lunjini havoga to'ldira olmaydi va hokazo. Bu og'iz harakatlari nutq jarayoniga kirmaydi, lekin shunga qaramasdan, og'iz apparatining ixtiyoriy boshqarilishi murakkabligi nutqni qiyinlashtiradi.

Ba'zi olimlar «Motor afaziyada nutqni tushunish saqlanib qoladi», deyishsa, boshqalari «buziladi», degan fikrni ilgari suradilar. «Motor afaziyada faqat ekspressiv nutq buziladi, impressiv nutq esa saqlanib qoladi», degan fikrlar haqiqatga ziddir (A.R. Luriya, 1973). Ma'lumki, nutqni tushunishning asosiy mezonlaridan biri tovushlarni ajrata olishdir. Nutqning motor komponenti so'zlarni idrok qilishda muhim ahamiyatga ega.

Shuning uchun afferent motor afaziyada nutq tovushlarini qabul qilayotganda, nutq jarayonining kinestetik tahlili etishmovchiligi sababli tovushlarni ajratish, idrok qilish va tushunish buziladi. Afferent motor afaziyani aniqlash uchun avvaliga turli unli tovushlarni takrorlash iltimos qilinadi. Unli tovushlarni tez-tez takrorlash talab qilinsa, bemor chalkashib ketadi.

Ayniqsa, talaffuz qilinishi qiyin bo'lgan undosh tovushlardan iborat so'zlarni takrorlash («trotuar», «traktor», «perron» va b. q.) bemorlar uchun o'ta qiyindir. Ular so'zni noto'g'ri talaffuz qilishayotganini tushunishadi, lekin og'ir va tillari go'yoki o'zlariga bo'ysunmayotgandek tuyuladi.

Afferent motor afaziyada kinestetik nuqson sababli nutqning boshqa elementlari ham ikkilamchi tarzda buziladi. Ularda yozma nutq ham buzilgan bo'ladi. Ayniqsa, bemorlar yozayotgan paytlarida ularga «og'zingizni ochib yozing» yoki «tilingizni tishlaringiz bilan bosib yozing» degan ko'rsatmalar berilsa, ular katta xatolarga yo'l qo'yishadi.

Bemorlar miyaga singib ketgan va doimo qo'llaniladigan so'zlarni bemalol takrorlashlari mumkin, ammo murakkab so'zlarni faol nutqda noto'g'ri talaffuz qilishadi.

Efferent motor afaziya. Efferent motor afaziyada nutqning kinetik tarkibi (ya'ni, harakat qismi) buziladi. Bemor bir so'zdan ikkinchi so'zga o'ta olmay, chaynaladi. Sog'lom odamda dastlabki so'zlar nutq uchun javob beruvchi miya strukturalari tomonidan tormozlanib, navbatdagi so'zlarga yo'l ochib beriladi va ravon so'lashga imkon yaratiladi. Demak, efferent motor afaziyada birinchi artikulyator harakatdan ikkinchisiga o'tish buziladi va bu bemor nutqida perseveratsiyalar paydo bo'ladi.

Efferent afaziyada ekspressiv nutqning barcha turi hamda shakli buziladi: monolog, dialog, avtomatlashgan va hokazo. Ko'proq ongli ravishda, ya'ni kimningdir ko'rsatmasi bilan nutqdagi xatolar tuzatilsa, beixtiyor so'zlash kam buziladi. Bemor 1 dan 10 gacha bemalol sanashi mumkin, lekin 10 dan 1 gacha sanay olmaydi. Faol nutqda ham, takroriy nutqda ham bir bo'g'indan ikkinchi bo'g'inga yoki so'zdan-so'zga bemalol o'tishning qiyinligi, ya'ni nutq perseverasiyalari efferent motor afaziyaning asosiy klinik belgilaridandir.

Afaziyaning bu turida bemor ba'zi tovush va bo'g'inli so'zlarni to'g'ri talaffuz qilishi mumkin, lekin ularni qo'shib so'z yasay olmaydi. Yengil holatlarda esa bir nechta so'zdan jumlalar tuzish qiyin bo'ladi. Hattoki, o'ta yengil kechuvchi efferent motor afaziyalarda ham bemor qiyin artikulyator tuzilishga ega bo'lgan so'z va jumla (masalan, tez aytish)larni ayta olmaydi. Shuning uchun ham agrammatizm ko'p kuzatiladi.

Ma'lumki, Brok markazi miyaning chakka sohasi tuzilmalari bilan assosiativ yo'llar orqali bog'langandir. Shuning uchun, efferent motor afaziyada nutq jarayonining inertligi sababli nutq faoliyatining boshqa turlari, ya'ni yozish va o'qish ham buziladi.

Shunday qilib, efferent motor afaziya, xuddi boshqa afaziyalar singari, nutq faoliyatining sistem buzilishi bilan kechadi va bunda kuzatiladigan asosiy kamchilik nutq kinetikasining yetishmovchiligidir.

Dinamik afaziya. Nutq buzilishining bu turi 1934-yili K. Kleyst tomonidan yozilgan va o'rganilgan. Olim uni «nutq tashabbusining etishmovchiligi» deb atagan. Ba'zi tadqiqotchilar dinamik afaziyani «nutq akineziyasi» deb ham atashadi. Dinamik afaziyaning xususiyati shundan iboratki, ularda nutq xotirasi, artikulyatsiya va fonematik eshituv saqlangan bo'ladi. Bemorlar tovush, so'z, jumlalar va narsalarning nomini juda yaxshi takrorlashadi. O'qish va yozish ham buzilmagan bo'ladi. Ular na to'satdan, na mustaqil ravishda gapira oladi, biron-bir tushunarli so'z yoki gapni ravon ayta olishmaydi.

Ma'lumki, nutq faqat so'zdan emas, gaplardan tuzilgan. Odamlar bir-biri bilan faol tuzilgan gaplar orqali muloqotda bo'lishadi, fikrlarini bayon qilishadi. Har qanday fikrni bayon qilish ichki (impressiv) nutq yordamida yaratilgan dinamik jarayon bo'lib, o'zining predikativligi bilan ta'riflanadi. Predikativlik deganda, harakatni ifodalovchi gaplar tushuniladi. Masalan, «men kinoga bormoqchiman», «men kitob o'qimoqchiman» va hokazo. Bu yerda «bormoqchiman», «o'qimoqchiman» so'zlari predikat hisoblanadi.

Demak, dinamik afaziyaning markaziy mexanizmlari ichki nutq yetishmovchiligi, predikativligi va nutq faolligining buzilishidir. Bu bemorlarda nafaqat nutq faolligining pasayishi, balki harakat sistemasida ham sustlik, organizmning umumiy faolligining pasayishi, gipomimiya ham kuzatiladi, lekin o'z holiga tanqidiy munosabat saqlangan bo'ladi. Shuningdek, dinamik praksisning buzilishi, umumiy harakat va hissiyotning sustligi, atrofdagilarga qiziqishning pasayishi dinamik afaziya uchun xosdir.

Shunday qilib, dinamik afaziya – afaziyaning alohida bir turi bo'lib, unda nutqning sensor va motor mexanizmlari saqlanib qoladi, lekin gapirishga qobiliyat yo'qoladi yoki keskin pasayadi.

Sensor afaziya. Sensor afaziyaning asosida fonematik eshituvning buzilishi, ya'ni so'zlarning tovush tarkibini farqlash qobiliyati buzilishi

yotadi. Boshqacha aytganda, tovushlarning akustik analizi va sintezi buziladi. Sensor afaziyaning asosiy nuqsoni nutqni tushunmaslikdir. So'zlarning ma'nosi, ko'rsatmalar va birovning nutqiga bemor tushunmaydi.

Og'zaki nutqda literal parafaziyalar ko'payib ketadi, ya'ni bemor so'zlayotganda, bitta tovush o'rniga boshqasini aytib yuboradi. Masalan, «salom» o'rniga «salon» yoki «dori» o'rniga «tori» va hokazo. Sensor afaziyada bemor o'z fikrini turli mimik harakatlar bilan ifodalashga intiladi.

Grammatik tarafdan buzilgan nutq bir-biriga bog'lanmagan literal va verbal parafaziyalardan iborat bo'ladi. Takroriy nutq ham o'ta buzilgan bo'ladi. Kuchli rivojlangan sensor afaziyada bemor bir so'zni, hatto bir harfni ham takror ayta olmaydi. Fonematik tahlil buzilganligi sababli so'zlarning sifati ham buziladi, muxolif tovushlar o'rni almashib ketadi. Buning oqibatida, narsalarning nomi va ismi-shariflar buzib aytiladi. Bemorlar narsalarning nomini bilsa-da, so'z-ning kerakli fonetik tuzilishini topa olmaydi, ya'ni so'zning tovush tarkibi parchalanadi. Bunday bemorlar so'zlarni takrorlash va narsalarning nomini aytish uchun ko'p urinishadi. Bemor «gapdonligi» (logorreya) bilan ajralib turadi, uning gapiga tushunib bo'lmasa-da, gapiraveradi.

Ularning nutqi hayajonli, intonatsiyaga boy bo'ladi. Sensor afaziyada o'qish va yozish buziladi, lekin praksis hamda optik gnozis saqlanib qoladi.

Akustik-mnestik afaziya. Afaziyaning bu turi birinchi bor A.R. Luriya tomonidan tadqiq etilgan. Ba'zi olimlar bu afaziyani «o'tkazuvchi afaziya», «transkortikal motor afaziya» deb ham atashadi.

Akustik-mnestik afaziya uchun quyidagi simptomlar xos:

1) nutqni tushunishning buzilishi, bunda bemor og'zaki nutqni ham, matnlarni ham tushunmaydi;

2) og'zaki ekspressiv nutqning buzilishi;

3) nutq nominativ funksiyasining buzilishi;

4) so'zlar ma'nosini buzib aytish;

5) verbal parafaziyalar, so'zlayotganda so'zlarni tushirib qoldirish.

Bemorlarda og'zaki nutq va impressiv nutq buzilsa-da, yozish hamda o'qish saqlanib qoladi. Bu afaziyaning sensor afaziyadan farqi shundaki, ularning nutqi suhbatdoshiga tushunarli bo'lishi

mumkin, bemor so'zlayotganda, o'z xatosini anglaydi, gapdonlik va eyforiya kuzatilmaydi.

Akustik-mnestik afaziyada bemor narsaning qanday nomlanishini unutib qo'yadi. Uni tushuntirish uchun bemor o'sha narsani ta'riflaydi. Masalan, «pomidor» deb aytish uchun u «Haligi qizil, yumaloq bor-u, nimaydi?» va hokazo. Shuning uchun ham afaziyaning bu turini optik agnoziya bilan farqlash ancha mushkuldir. Demak, akustik-mnestik afaziyada fonematik eshituv va tovushlarni farqlash saqlangan bo'ladi.

A.R. Luriyaning fikricha, bu afaziyada operativ xotira buziladi. So'zlarning ma'nosi «begonalashadi», narsalar tasvirini yaratish buziladi. Bu bemorlar narsalar tasvirini va hatto so'zning grafik tasvirini yaratib bera olmaydi.

Bu esa ko'ruv va eshituv analizatorlarining o'zaro munosabati buzilganligidan dalolat beradi.

Sensor va akustik-mnestik afaziyaning o'xshash tomonlari:

1) ikkala afaziyada ham so'zlar ma'nosi begonalashuvi kuzatiladi;

2) so'zlarni izlayotganda, suhbatdoshining aytib yuborishi yordam bermaydi.

Agar so'zlar ma'nosining begonalashuviga sabab sensor afaziyada fonematik eshituvning buzilishi bo'lsa, akustik-mnestik afaziyada so'z bilan narsalar bog'liqligi buziladi.

Semantik afaziya. Semantik afaziyaning asosiy belgisi so'zlarning bir-biriga bog'lanishi, ya'ni konstruksiyasining buzilishidir. Bunda artikulyator va akustik buzilishlar kuzatilmaydi. K. Goldshteyn afaziyaning bu turini tafakkur yetishmovchiligi deb atagan. Odatda, ekspressiv nutq saqlanib qoladi, bemor so'zlashi va oddiy gaplarni tushunishi mumkin. Semantik afaziyada bemor tarkibida «ustida», «tagida», «yuqorida», «pastda», «oldida», «yonida», «dan» kabi so'z va qo'shimchalari bo'lgan jumlalarni o'qib tushunmaydi. Masalan, bemorlarga «aylana ustida xoch», «xoch aylana tagida», «tundan so'ng kun keladi», «pashsha fildan kichik» kabi gaplarda farq sezishmaydi. Shuningdek, bemorlar «ruchka qalamdan uzunroq», «Lola Ergashdan oqroq» kabi gaplar orasidagi o'zaro bog'liqlikni tahlil qila olishmaydi.

Bemorlar «Qalam va ruchkani ko'rsating», degan ko'rsatmani to'g'ri bajarishadi, lekin «Qalam bilan ruchkani» yoki «Ruchka bilan

kitobni ko'rsating», degan jumlalarni tushunishmaydi va bajara olishmaydi.

Amnestik afaziya. Amnestik afaziyada nutqning nominativ funksiyasi buziladi. Masalan, bemorga olmani ko'rsatib: «Bu nima?» deb so'ralsa, u «Haligi, bu behi, ey, nok emas, bu, bilasizmi, yeganda juda mazali, nimaydi, hamma joyda o'sadigan, haligi, hozir bilaman, ey, *jin ursin, ayta olmayapman*», degan noaniq jumlalarni aytib yuboradi.

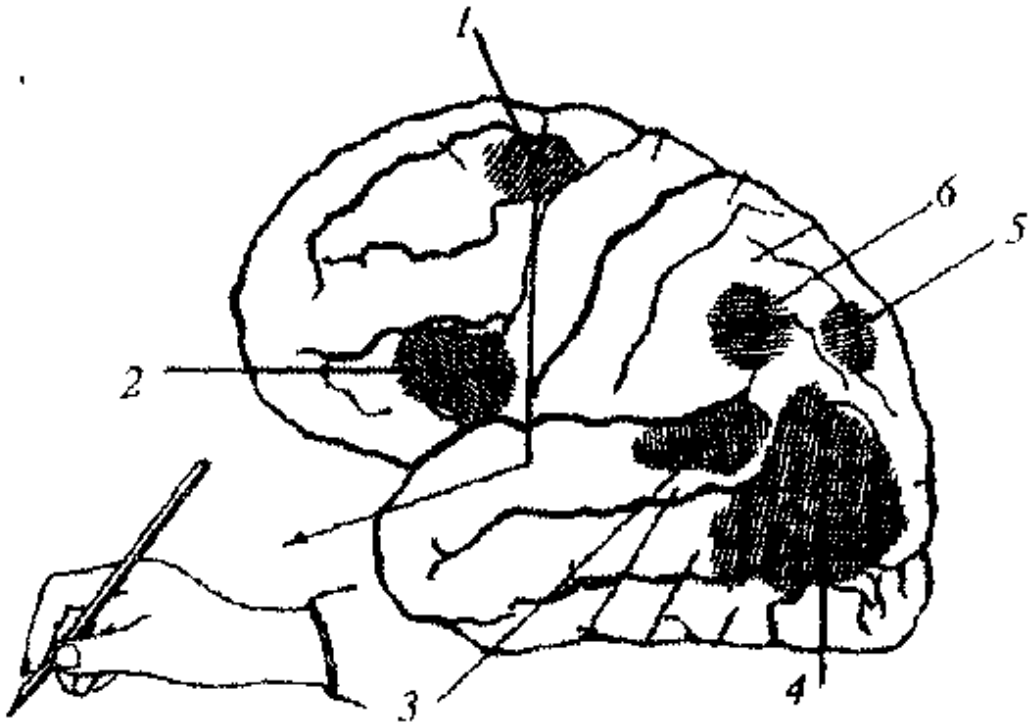
Amnestik afaziyaning mexanizmlarini tushuntirib berishga ko'p urinishlar bo'lgan. Klassik tadqiqotchilarning bu boradagi fikrlarini keltirib o'tamiz: K. Vernike va A. Lixtgeym amnestik afaziyani «so'zlarning motor va sensor obrazlari» orasidagi bog'lanishlarning buzilishi deb bilsa, K. Kleyst va S. Xenshen so'zlar xotirasi markazining parchalanishi bilan bog'lashgan. K. Goldshteyn amnestik afaziyada narsalarning nomini unutishni abstrakt fikrlashning buzilishi bilan bog'lagan. L.S. Vigotskiy esa *«Afaziyaning bu turida, aksincha, abstrakt fikrlashdan aniq fikrlashga o'tishning buzilishi asosiy ahamiyatga ega»,* deb aytgan. A.R. Luriya *«Amnestik afaziyada narsalarning nomini aytish va hodisalarni ta'riflashda bemor ongida mavjud bo'lgan bir nechta so'zlardan keragini tanlab olish buziladi»*, deb aytgan.

Sensor va akustik-mnestik afaziyadan farqli o'laroq, amnestik afaziyada so'zning boshini aytib yuborish yordam beradi. Nutqning nominativ funksiyasi buzilsa-da, boshqa funksiyalari – yozish va o'qish saqlanib qoladi. Amnestik afaziya alohida holda juda kam uchraydi va u asosan, akustik-mnestik yoki semantik afaziya bilan birgalikda kuzatiladi.

Agrafiya

Eksner 1881-yili birinchilardan bo'lib bosh miyada alohida xat (yozish) markazi borligini aytib o'tgan. Ammo Vernike va Dejerin alohida xat markazi borligini inkor qilishgan. Agrafiya atamasi 1885-yili Benedikt tomonidan taklif qilingan bo'lib, yozishning buzilishi degan ma'noni anglatadi. Xenshen 1922-yili ikkinchi peshona pushtasining orqa qismi zararlanganda agrafiya kuzatilishini aytgan. Nelson (1946) yozish jarayoni (qobiliyati) ikkinchi va uchinchi peshona

pushtalarining orqa qismi, burchak pushtasi hamda ularni bir-biri bilan bog'lovchi yo'llar zararlanishi hisobiga ham buzilishini ta'kidlab o'tgan. A.R. Luriya (1973) bosh miyaning ensa sohasi, pastki parietal va yuqori chakka pushtasining orqa qismlari zararlanganda agrafiya kuzatilishini aniqlagan. Shuningdek, u afaziyalarda agrafiyaning o'ziga xos xususiyatlarini o'rgangan. 12-rasmda agrafiya, akalkuliya, aleksiya va afaziyalar kuzatiladigan sohalar ko'rsatilgan.



12-rasm. **Bosh miya chap yarim sharining o'choqli zararlanishlarida kuzatiladigan neyropsixologik simptomlar:**
1 – agrafiya; 2 – motor afaziya; 3 – sensor afaziya;
4 – amnestik afaziya; 5 – akalkuliya; 6 – aleksiya.

Afaziyalarda agrafiya kuzatilishining sababi qilib, so'zlarning tovush tarkibini tahlil qilish, kinetik va kinestetik asoslarining buzilishi ko'rsatiladi.

Yozish qobiliyatining shakllanishini o'rganadigan bo'lsak, dastlab yozish jarayoni og'zaki nutqdan alohida rivojlana boshlab, faqat keyingina nutq bilan chambarchas bog'lanib ketadi. Yozish jarayoni va og'zaki nutqning kelib chiqishi, shakllanishi, kechishi, mazmuni va funksiyasi bo'yicha bir-biridan farq qiladigan tomonlari juda ko'pdir. Masalan, bola 2 yoshga yetganda og'zaki nutqqa ega bo'la boshlasa, yozishni, odatda, 5–7 yoshdan boshlaydi. Og'zaki nutq

kattalar bilan muloqot ta'sirida rivojlansa, yozma nutq ongli ravishda o'rganish mobaynida shakllanadi. Avvaliga bola biror so'zni yozish uchun har bir harfning tovushini ajratadi, o'sha harfning tuzilishini ko'z oldiga keltiradi, yozadi va eslab qoladi. Yozish jarayoni bolaning miyasiga singgan sayin yozishni ongli tarzda boshqarish zarur bo'lmay qoladi va yozish borgan sayin avtomatlashib boradi va go'yoki «beixtiyoriy» jarayonga aylanadi. Buning natijasida xatning tuzilishi ham, bolaning husnixati ham o'zgaradi.

Yozma nutqning talaffuz etilmasligi emas, balki fikrlanishi uni og'zaki nutqdan ajratib turadigan asosiy jarayondir. Yozma nutqning o'ziga xos xususiyatlari bor. Yozma nutq og'zaki nutqqa qaraganda ixtiyoriyroqdir. Agar tovush og'zaki nutqda avtomatlashgan bo'lsa, odam yozishni o'rganayotganda o'sha tovushni maydalab, analiz va sintez qilib yozadi. Yozma nutq aniq maqsadga yo'naltirilgan ongli jarayondir. Yozma nutqni o'zlashtirish uchun asosiy ahamiyatga ega bo'lgan narsa — bu mustaqil nutqni egallash va anglashdir.

Og'zaki nutq, odatda, gapirish funksiyasini bajaradi, masalan, suhbat paytida. Yozma nutq — yozish orqali fikrni bayon qilish, yozish orqali boshqalar bilan muloqotda bo'lish vazifasini o'taydi. Agar yozma nutq mexanizmlarini tahlil qiladigan bo'lsak, yozish jarayonining birinchi va asosiy tarkibi — bu so'zning tovushini tahlil qilish, ya'ni so'z tovushlaridan alohida fonemalarni ajrata olish demakdir; ikkinchidan, so'zdan ajratib olingan har bir tovushning harfini tanish operatsiyasini amalga oshirish; uchinchidan esa har bir harfning optik tasavvuri grafikasini yaratish demakdir.

So'zlarni tahlil qilish, akustik va kinestetik afferentatsiyalarga asoslanib tovushlarni ajratib olish hamda aniqlashtirishdan tashqari, har bir so'zda qaysi tovushni qanday tartibda joylashtirish ham muhim ahamiyat kasb etadi. Bu esa o'z vaqtida tovushlarni qisqa vaqtli xotirada saqlashni talab qiladi. Faqat mana shu jarayonlar amalga oshgandan keyingina so'zdan ajratib olingan va aniqlangan tovush yozilayotgan harfga aylantirilishi mumkin. Bu murakkab jarayonda ko'ruv analizatorlari hamda fazoviy munosabatlarni idrok qilish ham muhim ahamiyatga ega.

Yozma nutq quyidagi bosqichlarni o'tadi:

1) yozish uchun niyatning paydo bo'lishi;

2) nima haqida yozish;

3) qanday yozish;

4) tovushni harfga aylantirish;

5) yozish jarayonini boshqarish bosqichi.

Yozayotganda tovushni harfga, o'qiyotganda esa aksincha, harfni tovushga aylantirish murakkab psixofiziologik jarayonlar hosilasidir.

Yozish jarayoni akustik, optik, kinestetik, kinetik, proprioreseptiv analizatorlarning birgalikda ishlashi hisobiga kechadigan jarayondir. Tovushlarni analiz qilish esa akustik va kinestetik analizatorlarning birgalikda ishlashi hisobiga amalga oshiriladi. Tovushlarni harflarga aylantirish akustik, kinestetik, optik analizatorlar hisobiga, harflarni yozish esa optik, fazoviy va harakat analizatorlari hisobiga amalga oshiriladi.

Demak, yozishning buzilishi miyaning peshona bo'lagi, uning mediobazal sohalari, chakka, pastki parietal va ensa sohasining oldingi qismlari zararlanganda kuzatiladi.

Shunday qilib, yozma nutq bosh miyaning umumiy funksiyasi bo'lib, u nutq markazlari zararlanganda buziladi. Yozishni faqat nutq funksiyasiga yoki faqat harakat, yoki ko'ruv sistemasining vazifasiga kiritib bo'lmaydi. Yozish murakkab neyropsixologik jarayondir.

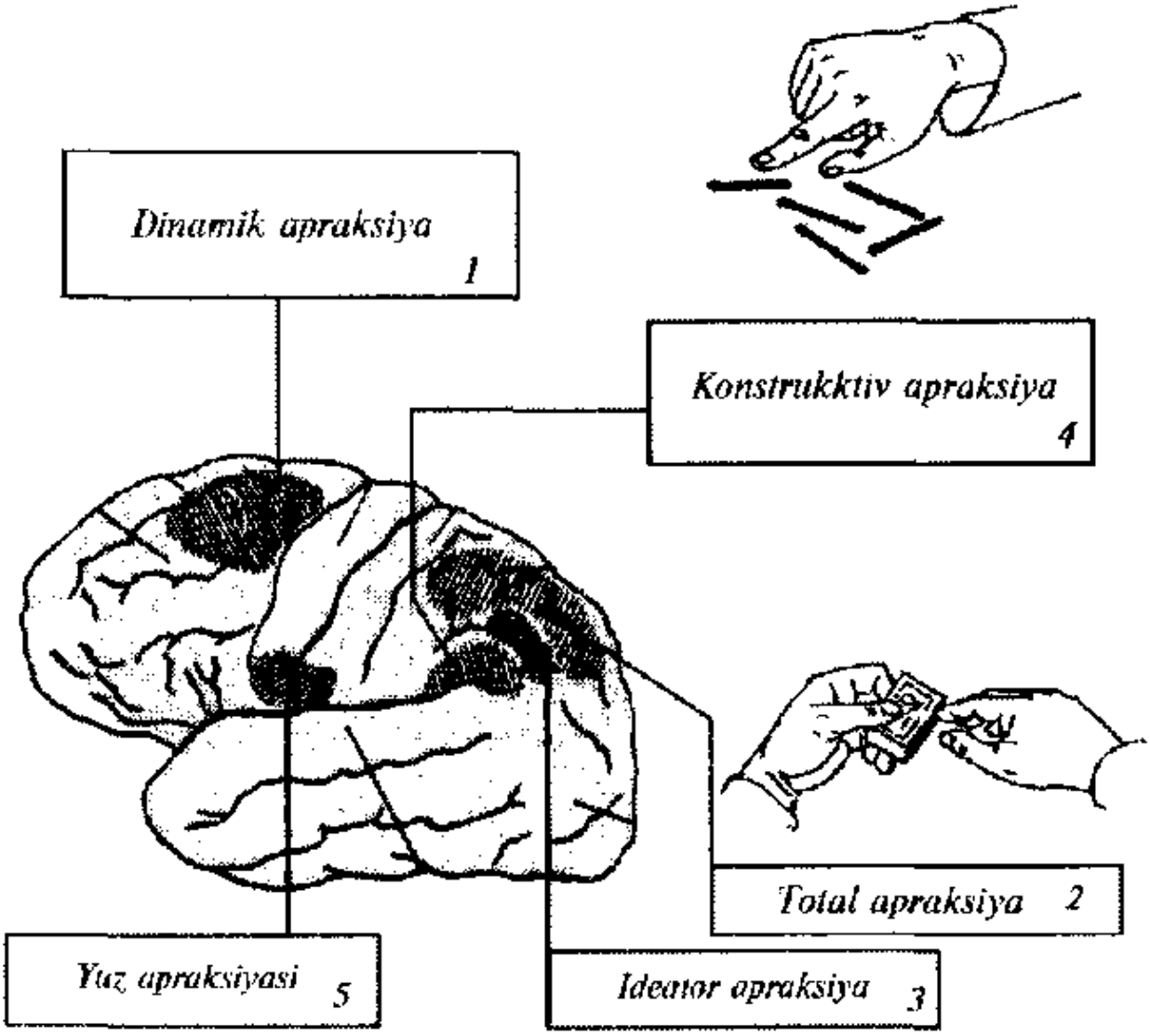
Apraksiya

Apraksiya maqsadga yo'naltirilgan ixtiyoriy harakatlarni bajara olmaslikdir. Qo'llarda falajlik bo'lmasa-da, bemor turli narsalar bilan bajariladigan harakatlarning uddasidan chiqa olmaydi. Masalan, bemor gugurt qutilaridan uychalar, cho'plaridan kvadrat, romb, uchburchak yasay olmaydi (13-rasm). Kiyinish, tugmasini taqish, ovqatni qoshiqda og'zigacha olib kelish kabi maqsadga yo'naltirilgan oddiy harakatlarni bajara olmaydi.

Apraksiyaning tasnifi 1905-yili X. Lipmann tomonidan taklif qilingan bo'lib, hozirgi kungacha o'z kuchini yo'qotgani yo'q. U apraksiyaning uch turini ajratgan:

1) ***ideator apraksiya*** — harakat to'g'risidagi g'oyaning buzilishi, parchalanishi;

2) ***kinetik apraksiya*** — harakat kinetik tasavvurining buzilishi;



13-rasm. **Bosh miya chap yarim shari po'stloq markazlari zararlanganda kuzatiladigan paraksisning buzilishlari:**
1 — dinamik apraksiya; 2 — total apraksiya; 3 — ideator apraksiya; 4 — konstruktiv apraksiya; 5 — yuz apraksiyasi.

3) ***ideomotor apraksiya*** — harakat haqidagi «g'oya» va maqsadni, «harakatni bajarish» markaziga uzatishning buzilishi. Ideator apraksiyani Lipmann bosh miyaning diffuz zararlanishi bilan bog'liq kinetik apraksiyani premotor sohaning pastki qismi zararlanishi bilan, ideomotor apraksiyani esa miya tepa bo'lagining zararlanishi bilan bog'lagan.

Ko'pchilik olimlar oral, barmoqlar, tana va kiyinish apraksiya turlarini farq qilishadi. A.R. Luriya ham apraksiyaning 4 turini ajratib o'rgandi. Ular:

1) kinestetik apraksiya;

2) fazoviy apraksiya yoki apraktoagnoziya;
3) kinetik apraksiya;
4) regulyator (prefrontal) apraksiya.

Kinestetik apraksiya bosh miya chap yarim sharining pastki parietal sohalari zararlanganda kuzatiladi. Bunda falajliklar bo'lmasa-da, harakatning kinestetik mexanizmlari buziladi. Bemor piyolaga choyning qanday quyilishi yoki shakar qoshiq bilan qanday olinadi-yu, piyolaga solib qanday eritilishini zarur narsalarsiz ko'rsatib bera olmaydi.

Bunday paytlarda fazoviy harakatlar saqlangan bo'ladi, lekin harakat jarayonining proprioreseptiv (kinestetik) mexanizmlari ishlamaydi. Shuning uchun kinestetik apraksiyani tekshirganda bemorning ko'zi yumilgan holatda bo'lishi kerak. Chap yarim shar zararlanganda kinestetik apraksiya ikki tomonlama, o'ng yarim shar zararlanganda bir tomonda, ya'ni faqat chap qo'lda kuzatiladi.

Fazoviy apraksiya yoki apraktoagnoziya harakatning fazoviy tasavvuri, ya'ni «yuqori-quyi», «chap-o'ng» kabi tomonlarni farqlashning buzilishi oqibatida rivojlanadi. Aksariyat hollarda fazoviy apraksiya ko'ruv agnoziyasisiz kuzatiladi. Agar optik-fazoviy agnoziya fazoviy apraksiya bilan birga uchrasa, unda to'la apraktoagnoziya namoyon bo'ladi. Bemorda holat, kiyinish va yotadigan joyni taxlash apraksiyasi ham kuzatiladi. Ularga ko'ruv nazorati yordam bermaydi. Harakatlarni bajarishda bemorning ko'zi ochiq yoki yumiq holatda bo'lishining ahamiyati yo'q. Bemor oddiy figuralar — aylana, kvadrat, uchburchak kabilarni chiza olmaydi.

Apraktoagnoziya chap yarim sharning tepa-ensa bo'laklari, aniqrog'i 19- va 39-maydonlar yoki ikkala yarim sharning oksipito-parietal sohalari zararlanganda kuzatiladi.

Kinetik apraksiyada bemor chizish, yozish yoki barmog'i bilan buyruq berish kabi oddiy harakatlarni bajara olmaydi. Kinetik apraksiya premotor soha (6, 8-maydonlar) zararlanganda yuz beradi. Bu apraksiya uchun harakat perseverasiyalari, ya'ni biror-bir harakatni bajarish uchun befoyda urinishlar xosdir.

Regulyator (prefrontal) apraksiya chap peshona bo'lagining prefrontal sohasi zararlanganda kuzatiladi. Mushaklar tonusi va kuchi saqlangan bo'ladi, lekin harakat dasturi buziladi, har qanday harakatning bajarilishini ongli tarzda nazorat qilib bo'lmay qoladi.

Bemorlar birinchi harakatdan ikkinchisiga bemalol o'ta olmaydi. Masalan, kvadratdan so'ng uchburchak chizish talab qilinsa, bemor uchburchak o'rniga kvadrat chizib qo'yadi.

Nazorat uchun savollar

1. *Neyropsixologiya faniga ta'rif bering.*
2. *Neyropsixologiya faniga kimlar asos solgan?*
3. *Neyropsixologiya fani tarixi haqida so'zlab bering.*
4. *A.R. Luriya neyropsixologiya fanining rivojlanishiga qanday hissa qo'shgan?*
5. *Neyropsixologiya fani usullari psixologiya fani usullaridan qanday farq qiladi?*
6. *Agnoziya va uning turlari haqida so'zlab bering.*
7. *Afaziya va uning turlari haqida so'zlab bering.*
8. *Agrafiya nima, uning qanday turlarini bilasiz?*
9. *Apraksiya haqida so'zlab bering.*

III bob. SEZGI VA IDROK

Ota – aql, ona – idrok,
Ota – bilak, ona – yurak.
O'zbek xalq maqoli

3.1. Umumiy ma'lumotlar

Biz sezgi a'zolari orqali tevarak-atrofdagi olamdan doimo ma'lumot olib turamiz. Bu ma'lumotlar organizmga uzluksiz tushib turadi va asab tizimining maxsus tuzilmalari orqali qabul qilinadi, qayta ishlanadi va javob reaksiyasi tayyorlanadi. Atrof-muhitdagi barcha narsa va hodisalar tegishli reseptorlarga ta'sir etib sezgi hosil qiladi. Tashqi olamdan kishi ongigacha ma'lumotlar kirib keladigan yagona yo'l sezgi a'zolaridir. Ularga benihoya katta miqdorda turli-tuman ma'lumotlar oqimi kelib, bosh miyaga uzatilib turadi.

Sezgi tashqi olam va tanamiz to'g'risidagi barcha ma'lumotlarni bilishning dastlabki manbayidir. Organizm me'yorda rivojlanishi uchun tashqi muhitdan hamisha axborot olib turishi kerak. Bu ma'lumotning ko'payib va kamayib ketishiga organizm moslashib borishi zarur, aks holda sezgi va idrok orasida nomutanosiblik yuzaga kelib, asab tizimida funksional buzilishlar ro'y berishi mumkin.

Fanda sensor izolatsiya degan tushuncha bor. Kosmonavtlarni tashqi axborotlardan to'la izolatsiya qilib, ularning asab tizimi chuqur o'rganiladi va koinotda yashashga moslashtiriladi. To'la va qisman sensor izolatsiya sinab ko'rilganda, bir necha soatdan so'ng sinaluvchilar ahvoli yomonlashganidan shikoyat qilib, tadqiqotni to'xtatishni iltimos qilishgan. Bundan bir necha yil oldin Amerika Qo'shma Shtatlarida infeksiya tushish xavfini mutlaqo yo'qotish uchun murakkab operatsiya o'tkaziladigan xonalarga umuman oyna qo'yishmagan va ularda faqat eshik bo'lgan, xolos. Bunday xonalarda uzoq vaqt davom etadigan operatsiyalar paytida jarrohlar ruhan charchab qolavergan va bu operatsiyaning sifatiga salbiy ta'sir ko'rsatgan. Bundan ko'rinib turibdiki, eng murakkab jismoniy va aqliy mehnat talab qiladigan sharoitlarda sezgi a'zolarimizga tashqi olamdan kelib turuvchi axborotlarning ta'sir doirasi o'ta kengdir. Bu va boshqa

dalillar inson organizmining tashqi dunyodan sezgilar tarzidagi taassurotlarga ega bo'lish ehtiyoji naqadar kuchli ekanligidan dalolat beradi.

Sezgi negizida ***idrok*** shakllanadi. Sezgi bizni o'rab turgan muhitdagi narsa va hodisalarning ayrim xususiyatlarini aks ettirsa, idrok esa xilma-xil xossalarni tartibga solib, birlashtirib ongimizda aks ettiradi, narsa hamda hodisalarning yaxlit obrazini yaratadi. Idrok sezgiga qaraganda murakkabroq jarayondir. Idrok qilish odamning kasbi, hayot tajribasi, bilimi va ehtiyojiga bog'liqdir. Rivojlanish jarayonida kishining idrok qilish qobiliyati takomillashib, saralanib boradi. Narsa va hodisalarni idrok qilish odamning dunyoqarashiga ham bog'liq: bir xil narsa yoki voqeani ikki kishi bir xil idrok qilmasligi mumkin. Bolalarda sezish idrok qilishdan ustun turadi, chunki ularda miyaning ba'zi tuzilmalari to'la shakllanmaganligi sababli narsa-yu hodisalarning yaxlit obrazini yaratish qobiliyati sustroq bo'ladi. Insonning butun umri mobaynida idrok qilish jarayoni o'zgarib boradi.

Idrokning asosiy xususiyati uning **yaxlitligidir**. Masalan, minbarda nutq so'zlayotgan odamni idrok qilar ekanmiz, notiqning kiyimboshi, o'zini tutishi, kimligi, qancha vaqtdan buyon ma'ruza qilayotganligi, qachon tugatishi va hokazolarni umumlashtirib, ongimizda u odamning yaxlit obrazini yaratamiz, ya'ni idrok qilamiz. Biror narsa-yu hodisalarni va odamlarni idrok qilishda avvalgi tajribamiz muhim ahamiyat kasb etadi, ya'ni avvalgi tajriba idrokni osonlashtiradi. Masalan, biz hayvonot bog'iga borganimizda, avval ko'rmagan hayvon yoki qushlarga sinchkovlik bilan nazar tashlaymiz, ularning barcha xususiyatlarini o'rganib idrok qilamiz. Keyingi gal borganimizda esa ularni idrok qilishimiz ancha osonlashadi.

Idrok qilish ehtiyoj, mayl va istaklarga ham uzviy bog'liq bo'ladi. Har qanday idrok saralash bosqichini o'taydi. Masalan, biz o'zimiz uchun ahamiyatsiz bo'lgan narsani (uni sezib tursakda)idrok qilmaymiz. Bu yerda idrokning individualligini ham alohida ta'kidlab o'tish joizdir. Har bir kishi narsalarning o'ziga kerakli xususiyatlarini yoki o'zi tushungan jihatlarini idrok qiladi. Bunda idrokning individual xususiyatlari uning maqsadga yo'naltirilganligi, hissiyligi, barqarorligi va hokazolarda o'z aksini topadi. Idrok qilishda kuzatuvchanlikning ahamiyati ham juda kattadir. Odam o'zi kuzatmagan narsa va voqea-hodisalarni idrok qilmaydi. Demak, idrok sezgidan farqli o'laroq, faol va ongli jarayondir. Idrok qilishda inson tafakkuri ham muhim

ahamiyatga ega, masalan, tafakkuri buzilgan yoki aqli zaif odamlarda idrok qilish ham sust bo'ladi.

Narsa va hodisalarni sezish kabi ularni tasavvur qilish ham idrok jarayoni uchun zarur vositalardan biridir. Avvallari idrok qilingan obrazlarni ongimizda jonlantirish, ya'ni qayta tiklashga **tasavvur** deb ataladi. Tasavvur bizning ongimizda to'satdan paydo bo'lishi mumkin. Tasavvur o'ta individualdir, u odamning shaxsiga bog'liq. Odamning kasb-koriga qarab birovda ko'ruv, boshqalarda esa eshituv a'zolari orqali tasavvur qilish yaxshi rivojlangan bo'ladi.

Masalan, rassomlarda ko'ruv tasavvuri kuchli rivojlangan bo'ladi. Ularning ba'zilari avval ko'rgan narsasini fikrida to'laligicha qayta tiklay olishadi. Bu hodisaga ***eydetizm*** deb ataladi. Bastakorlarda esa eshituv tasavvuri kuchli rivojlangan bo'ladi. Xuddi shu qobiliyat Bax va Mosartda o'ta kuchli bo'lgan.

3.2. Sezgi va idrokning fiziologik mexanizmlari

Sezgi va idrok reflektor jarayondir. Xo'sh, hayvonlardan farqli o'laroq, bu jarayon odamda qanday kechadi? Asab tizimining qaysi tuzilmalari sezgi uchun javob beradi? Sezgi va idrokning anatomo-fiziologik asoslari nimalardan iborat?

Tashqi va ichki muhitdan kelayotgan har qanday ma'lumot maxsus ***reseptorlar*** orqali qabul qilinadi. Shartli ravishda uch guruh reseptorlar farq qilinadi:

1) **ekstrareseptorlar** – tashqi muhitdan keluvchi ta'sirotlarni qabul qiladi;

2) **intrareseptorlar** – ichki a'zolardan keluvchi impulslarni qabul qiladi;

3) **proprioreseptorlar** – mushak, uning paylari, bo'g'imlar va suyaklardan keluvchi impulslarni qabul qiladi.

Terida joylashgan reseptorlar turli-tuman bo'lib, ularning har biri bitta tashqi ta'sir uchun javob beradi (1-rasmga qarang). Krauze kolbachalari sovuqqa ta'sirlanadi, Ruffini reseptorlari issiqlikni qabul qiladi, Meysner tanachalari tanani yengil silaganda qo'zg'aladi.

Reseptorlar analizatorlarning periferik qismi hisoblanadi. Og'riq, harorat va taktil sezgilar **yuzaki sezgi** hisoblanadi hamda ekstrareseptorlar, tanamiz va oyoq-qo'llarimizning fazodagi holati hamda

harakatlari esa proprioreseptorlar orqali qabul qilinadi hamda ular **chuqur sezgi** deb ataladi. Bundan tashqari, **murakkab sezgi** ham farq qilinadi. Masalan, tanaga chizilgan turli figuralar va kaftga qo'yilgan narsalarni ko'zni yumgan holda aniqlash mumkin.

Sezgi va idrok ***birlamchi*** va ***ikkilamchi signal sistemalari*** ishtirokida amalga oshiriladi. Eshitish, ko'rish, og'riq sezish, ta'm va hid bilish birlamchi signal sistemasini tashkil qiladi hamda ular odamlarda ham, hayvonlarda ham bo'ladi. Ikkilamchi signal sistemasiga esa nutq va u bilan bog'liq bo'lgan oliy ruhiy funksiyalar kiradiki, u faqat insonlar uchun xosdir. Bu barcha jarayonlar analizatorlar ishtirokida amalga oshiriladi. Har qanday analizator uch qismdan iborat:

1) ta'sirotlarni qabul qiluvchi qismi, ya'ni reseptor;

2) o'tkazuvchi apparat, ya'ni nerv tolalari;

3) ma'lumotlarni tahlil qiladigan markazlar. Bu markazlar bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'i bo'ylab tarqalgan.

Bu yerda, ya'ni po'stloqda tashqi va ichki muhitdan keladigan barcha ta'sirotlar analiz hamda sintez qilinadi. Ko'ruv, eshituv, hid bilish, ta'm sezish va teri analizatorlari farq qilinadi. Demak, sezish jarayoni analizatorlar orqali amalga oshiriladi va bosh miya tuzilmalarida idrok qilinadi.

Bosh miya ikkita yarim shardan iborat bo'lib, uning ustki qatlami kulrang tusga ega. Bu qatlam bosh miya katta yarim sharlarining ***po'stlog'i*** deb nom olgan. Po'stloq turli vazifani bajaruvchi ko'p miqdordagi asab hujayralari (14 mlrd) to'plangan joydir. Bu yerda murakkab integrativ jarayonlar ro'y beradi. Analizatorlarning markaziy qismi joylashgan po'stloqda turli toifaga mansub bo'lgan (ko'ruv, eshituv va hokazo) sezgilar doimo bir-biri bilan shartli bog'lanishlar hosil qilib turishi natijasida odam idrok qilish qobiliyatiga ega bo'ladi.

Endi sezgi va idrok uchun muhim ahamiyatga ega bo'lgan ko'ruv, eshituv hamda teri analizatorlarining anatomo-fiziologik xususiyatlari to'g'risida to'xtalib o'tamiz. **Ko'ruv ta'sirotlari** ko'zning to'r pardasida joylashgan yorug'likka qo'zg'aluvchi reseptor hujayralar orqali qabul qilinadi. Bu hujayralar tayoqcha va kolbachalar shaklida bo'lib, birinchilari oq-qora, ikkinchilari rangli tasvirni qabul qiladi. To'r parda hujayralarida paydo bo'lgan qo'zg'alishlar ko'ruv nervlari orqali markazga yo'naltiriladi. Bu impulslar tayoqcha va kolbachalardan ko'ruv nervlari, xiazma, ko'ruv trakti, ko'ruv do'ngligi, u yerdan

esa ko'ruv ta'sirotlarini analiz va sintez qiladigan markaz – bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ining ensa sohasida joylashgan 17-maydonga uzatiladi. Bu maydonda ko'ruv impulslari birlamchi analiz qilinadi.

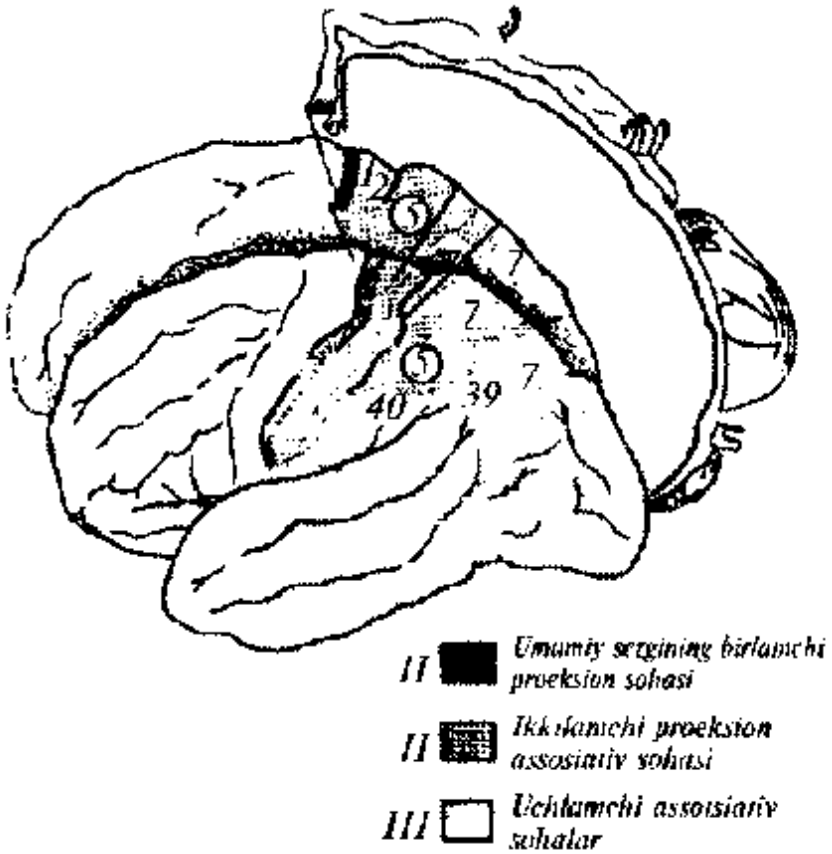
Bu maydon zararlanganda bemorda ko'rish buziladi. Ko'ruv impulslari 17-maydondan 18 va 19-maydonlarga uzatiladi. Bu yerda ko'ruv ta'sirotlari idrok qilinadi va murakkab ko'ruv obrazlari yaratiladi. Bu soha zararlansa, bemor o'z ko'zi bilan ko'rib turgan va avval taniydigan narsalar hamda odamlarni tanimaydi. Buni nevrologlar ***ko'ruv agnoziyasi*** deb atashadi. Demak, 17-maydon ko'ruv ta'sirotlarini sezish markazi bo'lsa, 18 va 19-maydonlar ularni idrok qilish markazidir. Lekin idrok jarayonida po'stloqdagi barcha markazlar ishtirok etadi. Ko'ruv analizatorlari orqali qabul qilingan axborotlar xotirada saqlanadi va ko'ruv xotirasiga aylanadi.

Eshituv analizatori ham boshqa analizatorlar kabi bir necha bo'limdan iborat. Odamning eshitish reseptorlari tebranish tezligi 16 dan 20000 Hz ga qadar bo'lgan tovush to'lqinlarini qabul qila oladi. Eshituv analizatori quyidagicha tuzilgan: ichki quloq chig'anog'ida tovush to'lqinlarini qabul qiladigan murakkab reseptor apparat joylashgan, uni Kortiy organi deb atashadi. Eshituv ta'sirotlari Kortiy organi orqali qabul qilinib, eshituv yo'llari bo'ylab bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ining chakka qismida joylashgan eshituv markazi (41-maydon) ga uzatiladi. Bu markazda, ya'ni 41-maydonda eshituv apparatlaridan keluvchi tovush (ta'sirot) lar qabul qilinadi. Bu yerda tovushlar birlamchi analiz bosqichini o'taydi. Eshituv ta'sirotlarini idrok qilish esa po'stloqning chakka qismida joylashgan 22 va 42-maydonlarda kechadi.

Bu maydonlarda eshitilgan tovushlarni tanish, ya'ni bilish markazi joylashgan. Bu sohalar zararlanganda bemor oddiy tovushlar (suvning oqishi, eshikning g'ichirlashi, mashina motorining g'urullashi va hokazo) ni eshitsada, lekin bu nimaning tovushi ekanini aytib bera olmaydi. Demak, atrof-muhitdagi tovushlar bemor uchun hech qanday ma'no kasb etmaydi. Agar bola tug'ma kar bo'lsa yoki ilk bolalik davridan eshitmaydigan bo'lib qolsa, unda nutq rivojlanmasdan qoladi. Nutq esa insonni hayvonlardan ajratib turuvchi oliy ruhiy jarayondir. Bundan ko'rinib turibdiki, eshituv analizatorlari insonning ruhiy rivojlanishida juda katta ahamiyat kasb etadi. Lekin

qulog'i yaxshi eshitmaydigan odamlarda boshqa sezgilar mukammallashgan bo'ladi.

Teri-kinestetik (yoki umumiy sezgi) analizatori o'ziga xos tuzilishga ega bo'lib, uning markazi orqa markaziy pushta (1, 2, 3-maydonlar) da va qisman yuqori parietal bo'lak (5 va 7-maydonlar) da joylashgan (14-rasm).



14-rasm. **Bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ida teri-kinestetik (umumiy sezgi) analizatori joylashgan sohalar:**
3-maydon — umumiy sezgining birlamchi proyeksion sohasi;
1, 2, 5, 7-maydonlar — umumiy sezgining ikkilamchi proyeksion-assosiativ sohalari; 39, 40-maydonlar — uchlamchi assosiativ sohalar.

Umumiy sezgi filogenetik jihatdan eng keksa bo'lib, uning inson uchun biologik ahamiyati beqiyosdir. Odam hid yoki ta'm bilish, eshituv yoki ko'ruv sezgilarisiz yashashi mumkin, biroq umumiy sezgisiz uning hayot kechirishi katta xavf ostida qoladi yoki umuman mumkin bo'lmaydi. Umumiy sezgi tushunchasi yig'ma tushuncha bo'lib, unga taktil, og'riq va harorat, mushak-bo'g'im hamda murakkab sezgilar kiradi. Ushbu sezgilardan judo bo'lgan nafaqat odamlar, balki hayvonlarning ham hayot kechirishini tasavvur qilish

qiyin, albatta. Chunki tashqi olam va tanamizdan umumiy sezgi reseptorlari orqali doimo ma'lumot kelib turishi harakat faoliyatini, demak, yashash tarzimizni belgilab beradi. Masalan, og'riq va harorat sezgisi orqali issiq-sovuqni sezsak, mushak-bo'g'im sezgisi harakatlarimizning asosini tashkil qiladi, murakkab sezgi yordamida esa ko'zimiz yumuq holatda bo'lsa-da, kaftimizga qo'yilgan narsalarni paypaslab nima ekanini ayta olamiz va hokazo.

Mushak, bo'g'im va suyaklardan miyaga kelib turuvchi doimiy signallar odam harakatining asosini tashkil qiladi. Oyoq-qo'limiz ishlasa-da, bu sezgilarsiz biz bir qadam ham yura olmaymiz yoki qoshiq bilan ovqatni og'zimizga olib kela olmaymiz, ya'ni harakat ham, muvozanat ham buziladi. Demak, sezgi a'zolari faqat tashqi va ichki olamdan ta'sirotlarni qabul qilib olish vazifasinigina bajarib qolmasdan, balki ijro qilish jarayonlarida qatnashadigan harakat a'zolari bilan ham uzviy bog'langandir. Masalan, oldimizda turgan biror narsani paypaslab sezish va idrok qilish uchun qo'limizni cho'zamiz hamda barmoqlarimizni harakatga keltiramiz. Bu yerda ham yuzaki, ham chuqur, ham murakkab sezgilar va harakat funksiyasining mujassamlashganini ko'ramiz.

Sog'lom odamlarda barcha sezgi analizatorlari deyarli bir xil rivojlangan. Hayvonlarda esa unday emas. Delfinlarda eshituv (tovush), kalamushlarda hid bilish, burgutlarda ko'rish analizatori kuchli rivojlangan. Maymunlarda ham ko'ruv analizatori yaxshi rivojlangan va bu analizatorlarning miyadagi markazi ham shunga yarasha katta sohani egallaydi. Masalan, odamning bosh miya po'stlog'ida joylashgan ko'ruv markazlari maymunlarnikiga qaraganda kichikroq.

Sezgi a'zolari bizning tashqi muhitga moslashib borishimizda katta ahamiyatga ega. **Moslashuv**, ya'ni adaptasiya deb, sezgi a'zolari sezgirligining tashqi ta'sirotlar ostida o'zgarib borishiga aytiladi. Qo'zg'atuvchilar doimiy ta'sir qilib turaversa, sezish kamayib yoki yo'qolib boradi. Masalan, teriga ta'sir qilayotgan narsaning og'riq berishi biroz o'tib susayib qoladi, yomon hid kelayotgan joyda turib qolsangiz, birozdan so'ng shu hidga ko'nikib qolasiz yoki ovqatning tuzini hadeb ko'taversangiz, uning sho'r yoki sho'r emasligini bilolmay qolasiz. Shuningdek, qorong'i xonadan birdan yorug' xonaga yoki aksincha, yorug' xonadan qorong'i xonaga chiqqanda, avvaliga ko'zimiz ko'nikmay turadi, so'ng sekin-asta moslashib oladi.

3.3. Sezgi va idrokning buzilishi

Sezgi buzilishlari xilma-xil bo'ladi. Sezgi analizatorlarining periferik qismidan tortib, to po'stloqdagi markaziy qismigacha bo'lgan har qanday sohasining zararlanishi sezgi buzilishi bilan kechadi. Teri sezuvchanligining har xil o'zgarishlari asab kasalliklarida juda ko'p kuzatiladi. Teri sezuvchanligining (og'riq, harorat va taktil) pasayishiga ***gipesteziya***, kuchayishiga ***giperesteziya***, yo'qolishiga esa ***anesteziya*** deb ataladi. Harorat sezgisining yo'qolishi bilan kechuvchi kasalliklarda, masalan, siringomieliyada bemorning terisi qattiq kuysa ham og'riqni sezmaydi. Taktil (tanani yengil silaganda paydo bo'ladigan) sezgi og'riq va harorat sezgisiga qaraganda kamroq buziladi. Tana sezuvchanligi kuchayishining keskin turlarida bemorning badaniga arzimagan narsa bilan tegilsa ham kuchli og'riq paydo bo'ladi. Bunga ***giperpatiya*** deyiladi. Giperpatiyada ta'sir etilgan joydan boshqa joylarda ham og'riq kuzatiladi va biroz vaqt saqlanib turadi.

Giperesteziya psixologiyada kengroq ma'no kasb etuvchi atamadir. Giperesteziya tashqi qo'zg'alishlarni qabul qilishning me'yordan oshib ketishidir.

Bunday bemorlar yorug'likka qaray olmaydi, arzimagan yorug'lik ham ularning ko'zini qamashtiradi. Boshqalar uchun oddiy bo'lgan tovushlar ularning qulog'iga jaranglab kiradi, hattoki eshikning g'ichirlagan tovushi, oqib turgan suvning jildirashi ham o'ta yoqimsiz tuyuladi. Ularning ba'zilarida bu tovushlardan qattiq bosh og'rig'i kuzatiladi. Birovning qo'li to'satdan ularning tanasiga tegib ketsa ham g'ashiga tegadi. Hatto o'z egnidagi kiyimlari ham tanasini ta'sirlantirib turadi. Oddiy hidlar ham o'ta o'tkirdek tuyuladi. Bunday buzilishlar nevrozning ba'zi turlari, isteriya va psixozlar uchun xosdir. Uzoq davom etuvchi somatik kasalliklar ham giperesteziyalarga sabab bo'ladi. Bolalarda giperesteziyalar ortiqcha yig'loqilik bilan ham kechadi.

Psixogen gipesteziyalar giperesteziyalardan farqli o'laroq, tashqi ta'sirlarni qabul qilishning pasayishi bilan kechadi. Atrof-muhitdagi tovushlarning jarangdorligini bemor anglamaydi, hamma narsa qorong'i tumandagidek ko'rinadi. Boshqa birovlarning ovozida jarangdorlik va joziba yo'qdek tuyuladi.

Senestopatiyalarda esa bemor go'yoki badanning turli sohalari va ichki a'zolardan kelayotgan noxush sezgilarni his qiladi. Bu sezgilar

xuddi kuydiruvchi, bosuvchi, siquvchi va guldirovchi xususiyatlarga ega bo'ladi. Poliesteziyalarda tananing bitta joyi ta'sirlantirilganda, go'yoki uning ko'p joylari ta'sirlantirilgandek tuyuladi. Biror-bir tashqi ta'sirning boshqa bir ta'sir kabi qabul qilinishiga ***dizesteziya*** deb ataladi. Masalan, bemor issiq ta'sirni sovuqdek, sovuqni issiqdek qabul qiladi.

Tananing yarmida sezgining yo'qolishiga ***gemianesteziya***, bitta oyoq yoki qo'lda yo'qolsa, ***monoanesteziya***, og'riq sezgisining yo'qolishi ***analgeziya*** va harorat sezgisining yo'qolishiga ***termoanesteziya*** deb aytiladi. Hech qanday tashqi ta'sirlarsiz tanada nina sanchgandek, uvishgandek, teri tortishgandek, badanda chumoli yurgandek kabi turli xil sezgilarning paydo bo'lishiga ***paresteziyalar*** deyiladi. Tanada kuzatiladigan ***og'riqlar*** teri sezuvchanligining buzilishida alohida o'rin kasb etadi. Chunki og'riqlar odamga tanada paydo bo'lgan yoki qo'zg'algan kasallik haqida axborot yetkazuvchi omil hamdir. Demak, u himoya vazifasini ham bajaradi. Bu og'riqlar periferik nervlar, nerv chigallari, orqa miyaning orqa ildizchalari, vegetativ tugunlar, ko'ruv do'ngligi, orqa markaziy pushta zararlanganida yoki ortiqcha ta'sirlantirilganda kuzatiladi. Ko'rib turganimizdek, teri sezuvchanligi buzilishlari turli-tuman bo'lib, ular asosan asab kasalliklarida ko'p kuzatiladi va nevrologiya darsliklarida batafsil yoritilgan. Mushak-bo'g'im sezgilarining buzilishi teri sezuvchanligining buzilishiga qaraganda kamroq kuzatiladi. Bunda bemor ko'zini yumgan holda bo'g'imlarda qilingan sust harakatlarni sezmaydi. Murakkab sezgining buzilishlaridan bo'lmish ***astereognoziyada*** bemor ko'zini yumgan holda qo'liga qo'yilgan narsalarni paypaslab aytib bera olmaydi, ko'zi ochiq holatda esa ularni bemalol ayta oladi.

Ko'ruv analizatorining buzilishlari haqida so'z yuritadigan bo'lsak, isteriyada kuzatiladigan ko'rishning to'satdan pasayib ketishini alohida ta'kidlash zarur. Bunda ko'ruv yo'llarida organik buzilishlar kuzatilmaydi, lekin bemorning ko'zi ko'rmaydi yoki xira ko'radi. Bu holat qattiq hissiy zo'riqish oqibatida miya po'stlog'ining ma'lum qismlarida turg'un qo'zg'alishning paydo bo'lishi bilan tushuntiriladi. Ko'ruv analizatorining reseptor qismidan tortib to markaziy qismigacha bo'lgan zararlanishlar ko'rishning turli xil buzilishlari bilan kechadi. Ko'ruv yo'llarining xiazmagacha bo'lgan qismi zararlansa, amavroz, xiazmaning ichki kesishgan qismi zararlansa, bitemporal gemianop-

siya, tashqi, ya'ni kesishmagan qismi zararlansa, binazal gemianopsiya kuzatiladi. Miyaning chap tomondagi ko'ruv trakti zararlansa, o'ng tomonlama gemianopsiya, o'ng tomondagisi zararlansa, chap tomonlama gemianopsiya kuzatiladi. Ko'ruv markazlari zararlansa, kvadrant gemianopsiyalar, skotoma (ko'ruv maydonida qora dog') lar kuzatiladi.

Idrokning buzilishi ayrim asab va ruhiy kasalliklarda kuzatiladi. Bularga gallusinatsiyalar, illyuziyalar va psixosensor buzilishlar kiradi.

Gallusinatsiyalar deb, aslida bemor oldida mavjud bo'lmagan obyekt va hodisalarni idrok qilishiga aytiladi. Gallusinatsiyalar bosh miya po'stlog'ida inert qo'zg'alishning paydo bo'lishi va uning dominantlik vazifasini bajarib turishi bilan tushuntiriladi. Inert qo'zg'alish bosh miya po'stlog'ining umumiy tormozlanishi oqibatida paydo bo'ladi. Bosh miyada moddalar almashinuvining buzilishi ham gallusinatsiyalarga olib kelishi mumkin. Ko'rish, eshitish, hid va ta'm bilish hamda umumiy sezgi bilan bog'liq bo'lgan gallusinatsiyalar farq qilinadi.

Gallusinatsiyalar soxta tasavvur hisoblanadi, chunki ular atrofmuhitda mavjud bo'lmasa ham bemor fikrida paydo bo'laveradi. Ba'zan bemorga o'zi idrok qilayotgan narsa, hodisalar haqiqatan ham bordek tuyuladi va o'zi ham bunga ishonadi. Gallusinatsiyalar shizofreniya kasalligida ko'p kuzatiladi. Nevroz bilan xastalangan va tez-tez affekt holatiga tushib turadigan bemorlarda ham gallusinatsiyalar bo'lib turadi. Gallusinatsiyalar sog'lom odamda ham kuzatilishi mumkin. Masalan, sahroda adashib qolib bir o'zi ketayotgan odamning ko'ziga suv, qishloq, daraxtzor yoki u tomonga yurib kelayotgan odam ko'rinadi. Ko'ruv gallusinatsiyalarida bemor ko'z oldida har xil narsalar ko'rinadi. Narsalar yo katta (makropsiya), yo kichik (mikropsiya), bundan tashqari, bu narsalarning shakli ham qiyshiq va noaniq bo'lib ko'rinadi. Gallusinatsiyalar nafaqat psixoz yoki nevrozlarda, balki bosh miya po'stlog'ini ta'sirlantiruvchi organik kasalliklar (masalan, o'smalar) da ham kuzatilib, muhim diagnostik ahamiyatga ega bo'lishi mumkin.

Eshitish gallusinatsiyalari turli-tuman bo'ladi. Tovushlar jarangdor, bo'g'iq, uzoq yo yaqindan, past yo tepadan kelgandek bo'lib tuyuladi. Shunga yarasha bemor boshini ham tovush kelgan tomonga buradi yoki yurib boradi. Verbal gallusinatsiyalar, ayniqsa, bemor uchun xavflidir. Har tomondan keluvchi ovozlar bemorga tahdid soluvchi,

buyruq beruvchi tarzda bo'lib, yurib borayotgan avtomobil tagiga tashlash, tomdan sakrash, o'ziga yoki birovga pichoq sanchish, sevimli farzandini o'ldirish kabilarni buyuradi. Bular imperativ gallusinatsiyalardir. Ovozlarning eng xavflisi – ularning hadeb takrorlanaverishidir. Bu tanish yoki notanish odamning, ayol yoki erkak kishining ovozi bo'lishi mumkin. Ovozlar bir marta paydo bo'lib, to'xtab ham qoladi.

Bemorning qilgan ishlarini ma'qullovchi yoki tanqid qiluvchi ovozlar,ham eshitiladi. Taktil gallusinatsiyalarda bemor xuddi terisida biror narsa o'rmalab yurgandek ust-boshini qoqaveradi. Hid va ta'm bilish gallusinatsiyalarida bemor badbo'y narsalarning hidi va ta'mini sezadi. Gipnogogik gallusinatsiyalar bemor ko'zini yumib uxlamoqchi bo'lganda kuzatiladi.

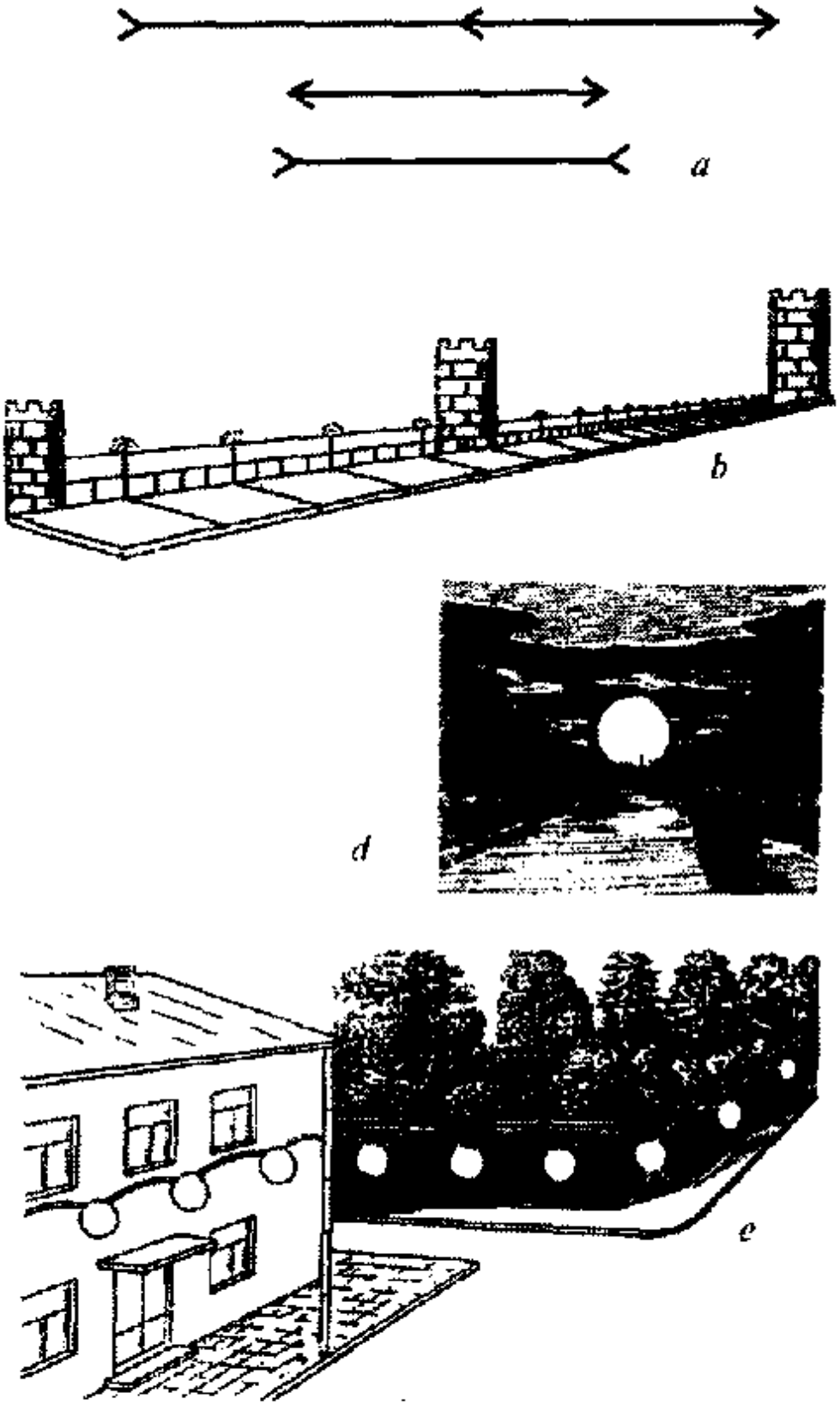
Bunda uning ko'z oldida har xil qo'rqinchli narsalar, hayvonlar, yomon odamlar namoyon bo'ladi. Ko'zini ochsa, ular yo'qoladi. Bu holat bolalarda ham tez-tez uchrab turadi.

Illyuziyalar deb, atrof-muhitda aslida mavjud bo'lgan narsa va hodisalarni yanglish idrok qilishga aytiladi. Demak, gallusinatsiyalardan farqli o'laroq, illyuziyalarda idrok etilayotgan narsalar mavjuddir, lekin ular noto'g'ri qabul qilinadi. Masalan, yerga tushib yotgan qora chopon uzoqdan xuddi uxlab yotgan itdek, do'ppi esa mushukdek, qorong'i xonada mixga ilib qo'yilgan palto xuddi o'g'ri turgandek tuyuladi. Illyuziyalar ham gallusinatsiyalar singari ko'ruv, eshituv, hid va ta'm bilish turlariga bo'linadi. Illyuziyalar sog'lom odamlarda ham uchrab turadi.

Masalan, qurilish bo'layotgan joyda yog'ochlar uzoqdan xuddi egri joylashgandek, eshik va derazalar qiyshiq qo'yilgandek, devordagi chiziqlar egri chizilgandek bo'lib ko'rinadi. Ba'zan, quruvchi bularning to'g'riligini maxsus asboblar yoki dastgohlar bilan tekshirib ko'rib ishonch hosil qiladi. Illyuziyalar asosan ruhiy va asabiy buzilishlar, ayniqsa, toksik ensefalopatiyalar va psixozlarda ko'p kuzatiladi. Turli xil illyuziyalar 15-rasmda aks ettirilgan.

Verbal illyuziyalarda bir necha odamning suhbati bemorga uni g'iybat qilayotgandek yoki fitna uyushtirish uchun reja tuzilayotgandek eshitiladi.

Illyuziyalar shizofreniya kasalligi xuruj qilganda, delirioz va oneyroid holatlar bilan kechuvchi kasalliklarda ko'p kuzatiladi.



15-rasm. **Illyuziyalar:** a — bir xil uzunlikdagi chiziqlarning kalta yoki uzun bo'lib ko'rinishi; b — uzoqda joylashgan ustunning uzun bo'lib ko'rinishi; d — botayotgan oyning katta bo'lib ko'rinishi; e — qora fonda oq chiroqlarning yonib turgandek bo'lib ko'rinishi.

Psixosensor buzilishlar. Psixosensor buzilishlarga depersonalizatsiya, derealizatsiya, anozognoziyalar kiradi. ***Depersonalizatsiya*** sindromida bemor o'z shaxsini yanglish idrok etadi, ya'ni uning tanasi ikkiga bo'lingandek, biri o'ziga bo'ysunmayotgandek va boshqa odamning tanasidek his qiladi.

Ularda tana tuzilishini to'g'ri idrok qilish ham buziladi: qo'li yoki oyog'i kattalashib ketgandek, birovning qo'lidek, yotgan paytlari yonida qo'l emas, xuddi yog'och yotgandek tuyuladi. Bemorga «Axir bu qo'lingiz-ku, yog'och bunaqa bo'lmaydi-ku», deyishsa, «To'g'ri, lekin men qo'limni xuddi yog'ochdek his qilayapman», deydi. Demak, ularda tanqidiy fikr saqlangan bo'ladi. Depersonalizatsiya sindromi bosh miyaning o'ng yarim shari (o'naqaylarda) zararlanganda kuzatiladi.

Derealizatsiya — bemorlar borliqdagi narsalar va vaziyatni taniydilar, biroq bu vaziyat ularga boshqachadek tuyuladi. Atrof-muhitdagi hamma narsalar noaniq, begona, tushunarsiz, go'yoki parda bilan o'ralgandek tuyuladi, o'zi yashayotgan joy va u yerdagi tanish odamlarni ham begonadek his qiladi. Depersonalizatsiya va derealizatsiya shizofreniya hamda epilepsiya kasalliklarida, depressiv holatlarda kuzatiladi.

Anozognoziyalar. Anozognoziya o'zidagi kasallik belgilarini anglamaslik, degan ma'noni bildiradi. Bosh miya o'ng yarim sharining parietal sohalari zararlanganda kuzatiladigan bu holatlarda bemor o'z tanasidagi kamchiliklarni idrok qilmaydi, ya'ni inkor qiladi. Chap tomoni ishlamay yotgan bo'lsa-da, men hozir yurib keldim, deb uqtiradi.

Sezgi va idrok buziluvchi kasalliklar haqida nevrologiya va psixiatriya darsliklarida batafsil ma'lumot berilgan.

Nazorat uchun savollar

1. *Sezgi va idrokka ta'rif bering.*
2. *Sezgi va idrokning fiziologik asoslari haqida so'zlab bering.*
3. *Reseptor nima va uning qanday turlarini bilasiz?*
4. *Sezgi buzilishining qanday turlarini bilasiz?*
5. *Analizator nima, uning qanday turlarini bilasiz?*
6. *Idrok buzilishlari haqida nimalarni bilasiz?*
7. *Gallusinatsiya nima, uning qanday turlari mavjud?*
8. *Illyuziyalar haqida nimalarni bilasiz?*
9. *Depersonalizatsiya va derealizatsiya nima?*
10. *Anozognoziyaga ta'rif bering va misollar keltiring.*

IV bob. DIQQAT VA XOTIRA

Insonning yakkayu yagona boyligi – bu uning xotirasidir.
Adam Smit

4.1. Diqqat haqida tushuncha

Diqqat ongning birorta obyekt yoki hodisalarga yo'naltirilganligi va ularni tanlab qabul qilishga qaratilganligidir. Tabiiyki, diqqat ruhiy jarayonning muvaffaqiyatli kechishiga yordam beradi. Diqqatning pasayishi ruhiy faoliyatga xalaqit beradi. Diqqatni muayyan obyektga qaratsangiz, begona ta'sirotlardan chalg'igan bo'lasiz. Siz birorta ishga qanchalik ko'p berilsangiz, unga tegishli bo'lmagan narsalarga shunchalik kam e'tibor berasiz.

Diqqatning asosiy xususiyati shuki, uning obyekti birmuncha aniq va ravshan, yarqiragan, birmuncha tiniq hamda bo'rtib turadigan bo'ladi. Buni har bir kishi osongina tekshirishi mumkin. Birorta narsaga bir nazar tashlang-da, birozdan so'ng diqqatingizni yana shu narsaga qarating. Siz shu zahotiyoq narsaning ilgari ko'z ilg'amagan yangi tomonlarini ko'rib qolasiz, buyumning o'zi go'yo yoritilgandek bo'lib qoladi.

Diqqat narsa va hodisalarni idrok etish bo'sag'asini qisqartiradi. Chunonchi, gapga diqqat bilan quloq solsak, past ovozni ham bemalol eshitishimiz mumkin.

«Gapga diqqat bilan quloq solish», «hidlab ko'rish», «sinchiklab qarash» kabi iboralar diqqatning buyumga qaratilganligini ifoda etsa, «ko'rish», «eshitish» singari tushunchalar sust idrok etishni bildiradi. Diqqat ixtiyorsiz bo'lishi mumkin, bunda bizning istash-istamasligimizdan qat'i nazar, tevarak-atrofdagi narsa va hodisalar tasodifan jalb etiladi.

Bundan farqli o'laroq, ixtiyoriy diqqat ma'lum narsa, u muayyan maqsadga qaratiladi.

Buyum yoki hodisa birmuncha batafsil va chuqurroq o'rganilganda, aynan ixtiyoriy diqqat asosiy o'rin tutadi. Darvoqe, ixtiyoriy diqqat ixtiyorsiz diqqatga aylanishi mumkin va aksincha.

4.2. Diqqatning fiziologik mexanizmlari

Barcha ruhiy jarayonlar singari diqqat ham bosh miya faoliyatining bir ko'rinishidir. Diqqat jarayonida bosh miyada nimalar sodir bo'ladi? Ma'lumki, turli xil vazifalarni ado etuvchi ko'pgina asab hujayralarining bir qismigina diqqat paytida faol holatda bo'ladi.

Muayyan faoliyat bilan mashg'ul bo'lgan va unga moslashgan ana shunday hujayralarning yig'indisi **asab qo'zg'alishining «markazi»** deb ataladi. Nerv induksiyasi to'g'risidagi qonunga muvofiq, ushbu markazning atrofidagi hujayralari «mudroq» yoki tormozlanish holatida bo'ladi. Bordi-yu, kishi diqqat bilan tinglasa, bu paytda nutq tovushlarini idrok etadigan hujayralar qo'zg'algan, yaqin atrofdagi ko'rish, sezish, ovqat hazm qilish va shu kabi boshqa markazlarning hujayralari tormozlangan bo'ladi. Masalan, diqqat bilan tinglovchining qulog'iga faqat notiq nutqi yetib boradi. Bundan boshqa narsalarga tinglovchi e'tibor qilmaydi yoki sezmaydi.

Tormozlangan markazlarga tushuvchi signallar o'sha markaz hujayralari qo'zg'alishini kuchaytirishi mumkin. Ayni paytda begona, ortiqcha ta'sirlar diqqatga xalaqit berishi ham, uni yaxshilashi ham mumkin. Bunday mexanizm qo'zg'alishning asosiy o'chog'i yetarli kuchga ega bo'lgandagina amalga oshadi. Kuchli o'tkinchi og'riq bunga misol bo'la oladi. Bunda har qanday ta'sir (qo'ng'iroq, tovush, yorug'lik) uni kuchaytirishi mumkin.

4.3. Diqqatning buzilishi

Diqqatning fiziologik va patologik toliqishlari farq qiladi. Diqqat uzoq vaqt zo'riqsa, u toliqadi. Faoliyat qanchalik murakkab va mushkul bo'lsa, toliqish shunchalik tez boshlanadi. Gap shundaki, diqqat qilish jarayonida ma'lum miqdorda energiya sarflanadi, miyaning tegishli bo'limlarida kimyoviy o'zgarishlar kuchayadi. Toliqqan nerv hujayralari tiklanishi uchun vaqt (dam) kerak bo'ladi. Qandaydir ish, aytaylik, matematik hisoblashlardan charchab, jismoniy ish yoki boshqa aqliy mehnatga o'tilsa ham miya dam olishi va diqqat biroz yaxshilanishi mumkin. Demak, nerv hujayralarining muayyan ishga aloqador ayrim guruhlarigina toliqqan, boshqa funksional guruhlar esa charchamagan bo'ladi. Bir narsa yoki ish bilan

uzoq vaqt shug'ullangandan ko'ra navbatma-navbat bir necha ish bilan mashg'ul bo'lish maqsadga muvofiqdir. Shu fikr-mulohazalarni hisobga olgan holda o'quv mashg'ulotlarini tuzishda mazmunan bir-biriga o'xshash fanlar, masalan, matematikaga oid fanlarni birin-ketin qo'ymaslik kerak, o'z-o'zidan ravshanki, mashg'ulotlar almash-ganda, diqqatni muayyan vaqtgacha saqlab qolishga imkon yaratiladi. Aks holda, umumiy toliqish yuz beradi va keyinchalik diqqat obyekti almashinuvi foyda bermaydi.

Katta alohida tafovutga ega bo'lgan diqqatning fiziologik toliqishi-dan tashqari, ko'pgina xastaliklar, masalan, bosh miyaning qon-tomir kasalliklari, miya jarohatlari, turli zaharlanishlardan so'ng ham diqqat-ning patologik toliqishi kuzatiladi. Bemor diqqatining ortiqcha toliqqanini, uning kasallikka qadar bo'lgan ish qobiliyati bilan solishtirib ko'rib aniqlash mumkin. Yetarli dam olib, umumiy quvvatga kirituvchi davolashdan so'ng diqqat toliqqanligi o'tib ketishi mumkin.

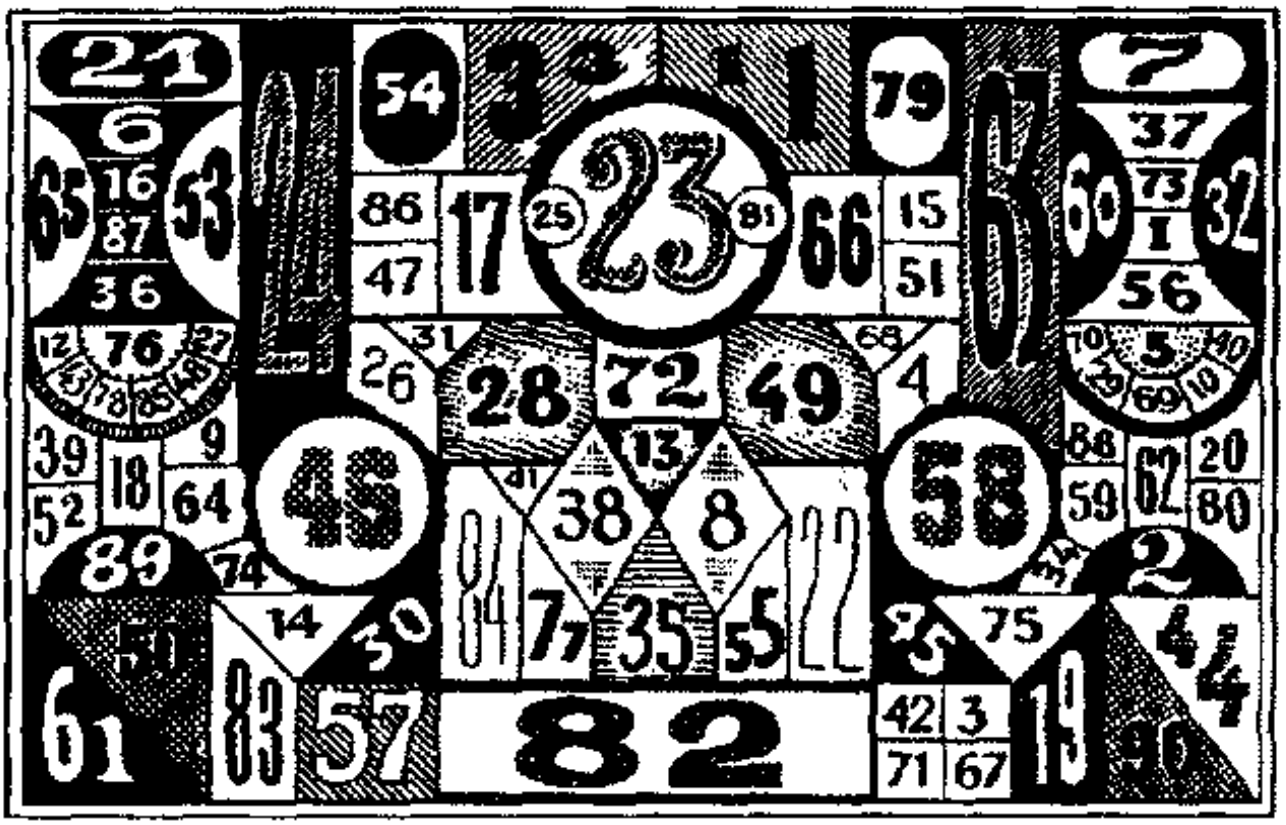
Diqqatning boshqa tez-tez uchrab turadigan buzilishi – uning **chalg'iganligidir.** Diqqat chalg'ishining ikki – **tashqi** va **ichki** turi mavjud. Bordi-yu, kitob o'qib, varaqlarni sanaganimizda, bayon ipini yo'qotganimizni payqab qolamiz, xayolimiz esa kitob mazmu-nidan uzoqlashib, chalg'ib ketadi. Bu diqqatning ichki chalg'i-ganligidir. Bu yerda bizni ichki kechinmalar chalg'itadi. Diqqatning tashqi chalg'iganligiga esa kitob o'qish bilan bog'liq bo'lmagan tashqi ta'sirlar: eshiklarning taraqlashi, uzuq-yuluq gaplar va hokazolar kiradi.

Toliqish, materialni tushunmaslik, obyektga qiziqish yo'qligi diqqat chalg'iganligining sabablaridan sanaladi. Bundan tashqari, kuchli kechinmalar, ushalmagan orzu-niyatlar ichki chalg'iganlikda alohida ahamiyat kasb etadi. Ular miyada qo'zg'alish o'chog'ini yaratadi. Bunda diqqatga aloqador birmuncha kuchsiz qo'zg'alish o'chog'i, dominanta qonuniga muvofiq, miyada paydo bo'lgan kuchli qo'zg'alish bilan raqobat qila olmaydi. Kasal odamlarda diqqat chalg'ishi uning o'z dardini o'ylab nechog'lik hayajonlangani, tanasi-dagi og'riqlar va xayoldan ketmaydigan fikrlar paydo bo'lishiga bog'liq bo'ladi. Agar qo'zg'aluvchanlikning tegishli o'choqlari yaqqol ifodalangan bo'lsa, diqqatni zarur bo'lgan obyektga jalb qilish ham yaxshi ifodalangan bo'ladi.

Vrach ahvoli og'ir bemorlar bilan suhbatlashar ekan, ularni o'sha suhbat yoki maslahat mavzuiga jalb etish ehtimoli juda kam

bo'lishini yodda tutishi lozim. Shuning uchun doktorning so'zlari sodda, lo'nda va tushunarli bo'lmog'i kerak, ana shundagina u bemor diqqatini o'ziga jalb qila oladi. Diqqat chalg'iganini ko'pincha ***parishonxotirlik*** deb ham atashadi. Bu holda u diqqatning tashqi va *ichki chalg'iganligiga bog'liq bo'ladi*, u *bilan* yuqorida tanishib chiqqan edik. Bunday parishonxotir odam tashqi ta'sirlar va o'zga fikrlardan chalg'ib, o'z diqqatini uzoq saqlab tura olmaydi. Parishonxotirlikning boshqa turi, aksincha, diqqatni bitta narsaga uzoq qaratishga aloqador bo'ladi. Chunonchi, o'z kashfiyoti ustida fikr yuritayotgan olim bunga shunchalik berilib ketadiki, unga qaratib aytilgan savollarni eshitmasligi yoki poyma-poy javob qilishi, yonidagilarga *e'tiborsiz bo'lishi mumkin*.

Parishonxotirlikka qarshi kurashish uchun diqqatga xalaqit beruvchi sabablarni imkoni boricha bartaraf etish lozim. Agar parishonxotirlik va diqqatning boshqa buzilishlari markaziy asab tizimining kasalliklari sababli rivojlansa, tegishli davo choralari o'tkaziladi. Buning uchun bosh miya po'stlog'ida qo'zg'alish va tormozlanish



16-rasm. **Diqqatni tekshiruvchi va chiniqtiruvchi mashq-rasm. Qisqa vaqt ichida 1 dan 90 gacha bo'lgan raqamlarning barchasini tartib bo'yicha toping.**

jarayonlarini idora etuvchi dori vositalari, masalan, trankvilizator, *psixostimulator va nootroplar tavsiya qilinadi. Aqliy mehnat jismoniy* mehnat va sport bilan birgalikda olib borilsa, diqqat buzilishining oldi olinadi.

Diqqatni chiniqtirish ham mumkin. Buning uchun turli mashqlar mavjud. Shulardan biri 16-rasmda keltirilgan. Unga qarab, iloji boricha 1 dan 90 gacha bo'lgan raqamni adashmasdan topib chiqing. Bu mashqni o'rtoqlaringiz bilan bajaring. 90-raqamga tez yetib kelgan talabaning diqqati o'tkir bo'ladi.

4.4. Xotira haqida tushuncha

O'tmishda idrok qilingan narsa va hodisalarni, tajribani eslab qolish, esda saqlash, esga tushirish hamda unutish kabi ruhiy jarayonlarga ***xotira*** deb aytiladi. Har qanday kechinmani, har qaysi ta'sirni odam qisqa yoki uzoq vaqt mobaynida, ana shu voqealar «izi» ko'rinishida yodda saqlab qoladi. Biz so'z va iboralar, shuningdek, tasavvurlar holida tiklanishi mumkin bo'lgan obrazlarni eslab qolamiz hamda xotirada saqlab yuramiz.

Xotiraning uch asosiy funksiyasi farq qilinadi: **eslab qolish (esda olib qolish)**, **esda saqlash** va **esga tushirish**. Shuningdek, unutish ham xotira jarayonlaridan biri hisoblanadi. Eslab qolishda izlar orasidagi muvaqqat aloqalar muhim ahamiyat kasb etadi. Bu muvaqqat aloqalar yoki assosiatsiyalar shartli refleksning bir turi hisoblanadi. Masalan, bolaga notanish narsa, deylik ko'zoynak, birinchi bor ko'rsatilsa, uning nomini aytib bera olmaydi. Lekin u avval ko'zoynakning tuzilishi haqida eshitgan bo'lsa, bu ma'lumot miyada xotira izlari sifatida saqlanib qoladi va unga ko'rsatilgan ko'zoynakning nomini aytib bera oladi. Chunki ko'rish obrazi va «ko'zoynak» so'zidan paydo bo'lgan miyadagi izlar orasida shartli reflektor bog'lanishlar, ya'ni assosiatsiyalar paydo bo'ladi va buning natijasida buyumning nomi xotirada qayta tiklanadi. Demak, xotira *jarayonida assosiatsiyalarning o'rni juda kattadir.* **Assosiatsiya** so'zi lotincha «*associo*» so'zidan olingan bo'lib, birlashtirish, bog'lash degan ma'noni anglatadi.

Esda olib qolish muddatiga qarab **qisqa** va **uzoq muddatli xotira** farq qilinadi. Har qanday axborot avvaliga qisqa muddatli xotira

sifatida saqlanadi. Agar miya tuzilmalarida ma'lumot zarurligi to'g'risida «qaror» qabul qilinsa, u uzoq muddatli xotiraga aylanadi. Aks holda, qisqa muddatli xotiraligicha qolaveradi, ya'ni axborot miyadan o'chirib yuboriladi. *Xotiraning asosiy turlari* 1-jadvalda keltirilgan.

Qisqa muddatli xotirada axborot bir necha sekunddan bir necha minutgacha saqlanadi. Qisqa muddatli xotiraning uzoq muddatliga o'tishi axborotning naqadar zarurligiga ham bog'liq. *Masalan, biz* telefon raqamlari bitilgan kitobga qarab, o'zimizga kerak bo'lgan raqamlarni topib teramiz. Agar bu raqam javob bermasa yoki bir marta gaplashgach, o'sha raqamga qaytishning zarurati bo'lmasa, biz uni uzoq muddat xotiramizda saqlab qololmaymiz. Keyinchalik bu raqamni eslash uchun yana telefon kitobini varaqlashga to'g'ri keladi. Mabodo, odam ushbu telefon raqamini uzoq vaqt eslab qolsa, demak, shu raqam bilan bog'liq bo'lgan ma'lumot o'sha odamda qiziqish uyg'otdi va bu raqam uzoq muddatli xotiraga aylandi.

Nemis psixologi Ebbingauz tadqiqotlarining ko'rsatishicha, qisqa muddatli xotiraning hajmi 7 ta elementga teng ekan. Agar odam 7 raqamdan ortiq bo'lgan qandaydir sonni eslab qolmoqchi bo'lsa, ushbu sonni ikki-uchta raqamga bo'lib tashlaydi. Mabodo, talaba o'quv *materialini yaxshi eslab qolishni* istasa, u ushbu materialni mazmun jihatdan bo'lak (qism) larga ajratib o'zlashtirishi kerak. Ba'zi odamlarning raqamlarga, ba'zilarning so'zlarga xotirasi kuchli bo'ladi. Masalan, quyidagi *raqamlar to'plamini eslab qolish kerak:* 3912213354. Bu raqamlarni eslab qolish mushkul, albatta. Lekin ularni 3-9-12-21-33-54 ga bo'lib tashlasak, eslab qolish osonlashadi. Buning uchun har bir «—» dan keyingi raqam bir-biriga qo'shib borilaveradi (3+9=12; 9+12=21 va h. k.).

1-jadval

Xotiraning asosiy turlari

	Xohish-iroda, ya'ni ixtiyor bo'yicha
Ixtiyoriy	- har qanday axborotni xohish bo'yicha esda saqlash. Ixtiyoriy xotirada biror bir maqsad ko'zlangan bo'ladi.
Ixtiyorsiz	- har qanday axborotni ixtiyorsiz ravishda eslab qolish (xohish-irodaga bog'liq bo'lmagan holda axborotlarning avtomatik tarzda esda qolishi).

	Axborotlarning saqlanish muddati bo'yicha
Lahzali	- har qanday axborotning bir lahzagina esda qolishi. Odatda, ixtiyorsiz xotira uchun xos.
Qisqa muddatli	- har qanday axborotning bir necha soniyadan bir necha daqiqagacha esda qolishi (so'zlar, jumlalar, obyektlar, voqealar va hokazo). Axborotning sensor izlari esda qoladi.
Uzoq muddatli	- har qanday axborot (*ixtiyoriy, ixtiyorsiz*) *cheklanmagan vaqt* ichida yoki yaqinlarining ismi, yashash joyi, onatili, tug'ilgan kuni, ayanchli voqealar, yaxshi o'zlashtirgan materiali, kasbiy mahorati va hokazo. *Bu yerda semantik jarayonlarning ishtiroki juda yuqori.*
Operativ	- xotiraning maqsadli (ixtiyoriy) turi bo'lib, axborot ma'lum bir vaqtgacha, ya'ni oldindan belgilangan vaqtgacha eslab qolinadi. *Uning qancha vaqt esda qolishi oldinga qo'yilgan* vazifaning bajarilishiga bog'liq. Masalan, test savollarini yodlash, birov bilan uchrashib o'ziga kerak bo'lgan ishni hal qilish va hokazo. Bu vazifalar bajarilganidan so'ng axborot xotiradan o'chib ketadi yoki uning izlari qoladi.

Xotira jarayonida analizatorlarning ustunligi bo'yicha		
Xotira turlari	**Qaysi analizator ustunlik qiladi?**	**Bosh miyaning qaysi sohasi ko'proq ma'sul?**
Ko'ruv	*Ko'ruv analizatori orqali qabul qilingan axborotlarni eslab qo*lish. Xotiraning eng kuchli turi.	Ensa bo'lagi
Eshituv	Eshituv analizatori orqali qabul qilingan axborotlarni eslab qolish. Xotiraning biroz sust turi.	Chakka bo'lagi
Harakat	Harakat analizatori orqali qabul qilingan axborotlarni eslab qolish. Masalan, asosan harakat *faoliyati orqali bajariladigan* ishlar (tibbiy muolajalar, *ustachilik va shu kabi jismoniy* faoliyat turlari).	*Oldingi markaziy qilingan* axborotlarni eslab qolish. Masalan, asosan harakat faoliyati

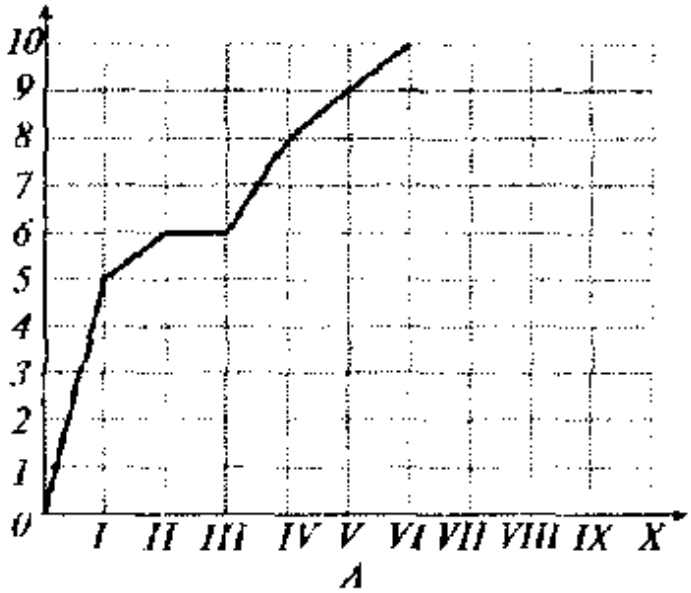
Umumiy sezgi	Umumiy sezgi (og'riq, harorat, taktil) analizatorlari orqali *qabul qilingan* axborotlarni eslab qolish.	Orqa markaziy pushta va *parietal pushtalar*
Hidlov	Hidlov analizatori orqali qabul qilingan axborotlarni eslab qolish.Masalan, gulning hidi, atirning hidi va hokazo.	Asosan gippokamp pushtasi
Ta'm bilish	Ta'm bilish analizatori orqali qabul qilingan axborotlarni eslab qolish.Masalan, achchiq, sho'r, shirin va hokazo.	Asosan gippokamp pushtasi

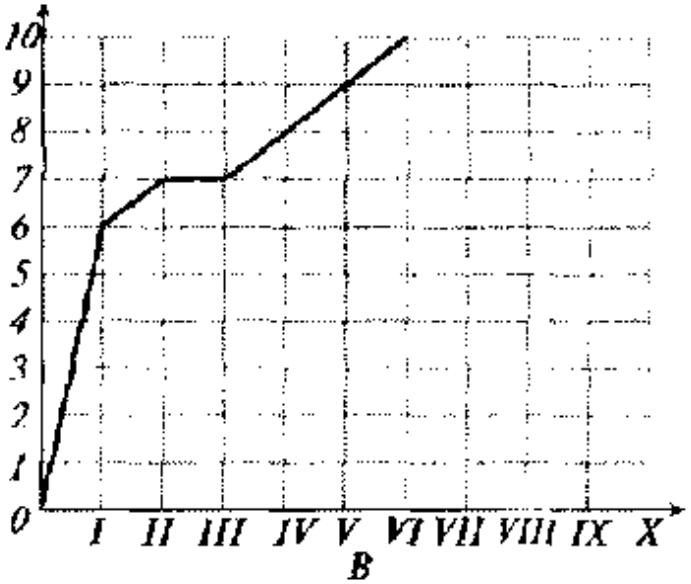
Qisqa muddatli xotirada material yodda qolishi uchun uning hajmi uncha katta bo'lmasligi kerak. Masalan, reklamada bu qoidaga *juda amal qilishadi*. Shuning uchun ham reklamalarda uzundan-uzun matnlar uchramaydi. Bemor bilan suhbatlashayotgan vrach qisqa va lo'nda jumlalarni qo'llashi kerak. Ana shunda vrachning tavsiyalari bemorning yodida uzoq vaqt saqlanib qoladi. Har doim zarur so'zlarga alohida urg'ularni qo'llagan holda gapirish maqsadga muvofiqdir. Eslab qolishda urg'uli so'zlar xotirada asosiy axborot sifatida saqlanib qoladi. Boshqa so'zlar esa faqat shovqinni anglatadi. Bu usul gipnozda ko'p qo'llaniladi.

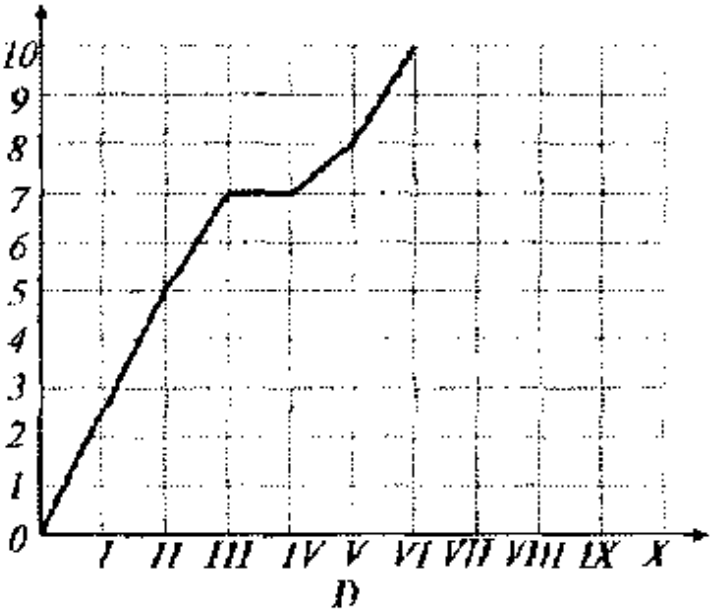
Shuni ta'kidlab o'tish lozimki, uzundan-uzoq gapiruvchi notiqlar, ko'pincha, jumlalarni grammatik jihatdan noto'g'ri talaffuz qilishadi, ya'ni jumla boshlanishi uning oxiriga mos kelmaydi, chunki ana shu jumlani talaffuz etish paytida odam uning boshlanishini unutib qo'yadi. Ko'p bo'g'inli so'zlarni ham xuddi shunday eslab qolish qiyin.

Qisqa muddatli xotira jarayonlarini o'rganishda psixologlar ko'p tadqiqotlar o'tkazishgan. Axborot qisqa muddatli xotiradan qanday qilib uzoq muddatliga o'tishi mumkin?

Dastlab axborot qisqa muddatli xotira bloklariga tushadi, bu bloklarga asab hujayralarining muayyan guruhlari xizmat ko'rsatadi. Ana shu bloklarda saqlanib turgan axborot keyinchalik uzoq muddatli xotira bloklariga o'tadi. Lekin hamma vaqt ham shunday







17-rasm. **Ebbingauz usuli bo'yicha sog'lom odamlarda 10 ta so'zdan iborat qatorni yod olish va qayta esga tushirish:**
A — faqat o'zbek tilidagi so'zlar;
B — o'zbekcha-ruscha aralash so'zlar;
D — faqat rus tilidagi so'zlardan iborat qator.
Abssissa o'qi bo'yicha *tajriba ketma-ketligini* ko'rsatuvchi raqamlar; ordinata bo'yicha yodga tushirilgan so'zlar soni (Z.R. Ibodullayev *tajribasi*, 2001).

bo'lavermaydi. Qisqa muddatli xotira uzoq muddatliga aylanishi uchun axborot «tanlanadi». Tabiiyki, uzoq muddatli xotira bloklarining axborot izlari asab hujayralarida o'ta turg'un joylashgan bo'ladi. Bu jarayon xotiraning ana shu ikki turi bilan cheklanmasa kerak, degan fikrlar mavjud.

Chunonchi, o'ta qisqa muddatli yoki operativ xotira ham farq qiladi. Matn bosuvchining xotirasi bunga misol bo'la oladi, u xotirasida atigi bir necha so'zlarni klaviaturada bosilgungacha saqlab qoladi,' xolos. Shuni aytib o'tish lozimki, qisqa muddatli xotiraning uzoq muddatliga o'tish mexanizmi yetarli o'rganilmagan, lekin bu jarayonda takrorlash asosiy ahamiyatga egadir.

Shu o'rinda odam o'z ona tili va begona tilda aytiladigan so'zlarni qancha vaqtgacha eslab qolishi haqida so'z yuritsak. Ba'zi mutaxassislar o'z ona tilidagi so'zlar yaxshi eslab qolinishini ta'kidlashadi. Bu, albatta, uzoq muddatli xotiraga taalluqli. Lekin qisqa muddatli xotirada-chi? Bu savolga javob topish uchun Moskva Davlat universiteti va boshqa ba'zi xorijiy institutlarda tadqiqotlar o'tkazilgan va turli xil natijalar olingan.

Z.R. Ibodullayev (2001) shu tajribani rus tilini yaxshi biladigan o'zbek talabalari orasida o'tkazdi.

U sog'lom o'zbek talabalariga o'zbek va rus tilidagi 10 ta so'zni (5 ta o'zbek + 5 ta rus tilida) yodlatib, qayta esga tushirishni Ebbingauz usuli bilan tekshirib ko'rdi (bundan oldin faqat o'zbek, so'ng rus tilidagi so'zlar qatori yodlatib tekshirib ko'rildi va deyarli bir xil natija olindi). Talabalardan qoidaga binoan ma'no jihatdan bir-biriga o'xshash bo'lmagan so'zlar (masalan, *uy, voda, havo, zima, qog'oz, trava, barg va hokazo*) ni yodlash va qayta esga tushirish so'raldi.

Tajriba bir necha bor takrorlandi. Talabalar yodlagan va qayta esga tushirgan o'zbek hamda rus tilidagi so'zlar soni deyarli bir xil bo'lib chiqdi (17-rasm). Faqat o'zbek tilidagi so'zlar (***A***), o'zbekcha-ruscha aralash so'zlar (***B***) va faqat ruscha so'zlar (***D***) bilan o'tkazilgan tajribada ham natijalar deyarli bir xil bo'ldi. Demak, aynan o'zbek va rus tili bilan bog'liq bo'lgan mana shu tadqiqotda qisqa muddatli xotira uchun tilning ahamiyati aniqlanmadi. Biroq bu yerda rus tilidagi so'zlar tanishligi va tushunarli ekanligini ham e'tiborga olish kerak.

4.5. Xotira mexanizmlari

Xotira bosh miyaning umumiy funksiyasi bo'lib, uni ta'minlashda deyarli barcha analizatorlar va miyaning barcha tuzulmalari ishtirok etadi. Tadqiqotchi olimlar fikricha, insonning asab tizimida sekundiga 3 mlrd.ga yaqin impulslar paydo bo'lib turadi. Shulardan 2 mlrd.ga yaqini miyaga ko'ruv analizatorlari orqali tushadi. Xotira mexanizmlari haqida juda ko'p ta'limotlar mavjud bo'lib, ularning deyarli barchasi xotira mexanizmlarining sirlarini to'la-to'kis ochib bera olmaydi. Hozirgi kunda nuklein kislotalarning irsiy axborotni saqlash va irsiy belgilarni uzatishda tutgan o'rnining beqiyosligi tasdiqlangan. Ayniqsa, RNK xotira jarayonida bevosita ishtirok etadi, uni ayrim olimlar spesifik proteinlar ko'rinishidagi nevronal tuzilmalar ichida o'rnashgan, deb hisoblaydilar. Tadqiqotchilar fikriga ko'ra, lipoproteinlar «xotira moddasi» sanaladi. Olimlar ana shu moddalarning mitoxondriyalar, yadrocha va hujayraning boshqa bo'limlarida kuzatiluvchi fizik-kimyoviy xossalarini o'rganib, neyrondan keluvchi axborotga birinchi navbatda mitoxondriya ribonukleotidlari javob berishini isbotlashgan. Ma'lumot qabul qilingandan so'ng neyronlarda turli xil kimyoviy o'zgarishlar sodir bo'ladi, ya'ni hujayra yadrosi biologik faol bo'lgan moddalarni sitoplazmaga otib chiqaradi. Shunday qilib, neyron axborotni qabul qilar ekan, shu zahotiyoq uni yodda qayta ishlab chiqadi. Olimlar fikricha, qabul qilinayotgan har qanday axborot sof kimyoviy jarayonlar hisobiga emas, balki hujayra yadrosi xromosomalari ayrim sohalari konfiguratsiyasining o'zgarishi hisobiga yodda qoladi. Hozirgi vaqtda ilm-fan xotirani gistokimyoviy va genetik tadqiq etish darajasiga etdi. Bu istiqbolli yo'nalishlardan biridir.

Taniqli neyroxirurg U.Penfild (1959) miya po'stlog'ini maxsus elektrodlar bilan ta'sirlantirib, xotira mexanizmlarini va uning patologiyasini o'rgangan hamda qiziq ma'lumotlar to'plagan. Tajriba paytida bemor avval bo'lib o'tgan, lekin unutib yuborgan voqealar haqida gapirgan va bular keyinchalik to'g'ri bo'lib chiqqan. Shuningdek, miya po'stlog'ining muayyan sohasiga elektr bilan ta'sir ettirilganda, bemorning xotirasida bir zamonlar cherkovga borgani tiklangan. Ana shu soha takroran ta'sirlantirilganda, yana xuddi shunday eslash paydo bo'lgan. Xotira izlari ana shunday faollashuvi miya

po'stlog'ining o'ng yoki chap chakka sohasi ta'sirlantirilganda sodir bo'ladi.

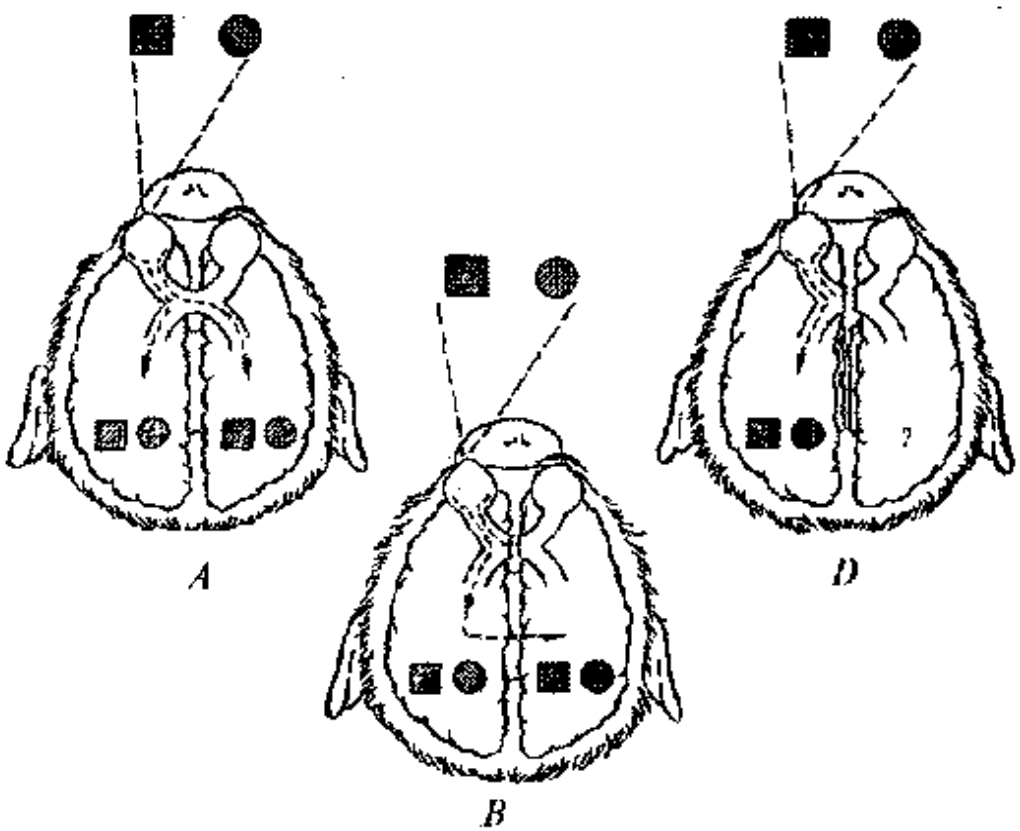
Bu tadqiqotlar natijasida bosh miyaning chakka bo'limlari xotira jarayonining asosini tashkil qiladi, degan fikr kelib chiqmasligi kerak, albatta. Bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ining ko'pgina sohalari xotira jarayonida ishtirok etadi. A.R. Luriyaning (1959–1973) xotirani o'rganish bo'yicha neyropsixologik tajribalari buni isbotlab bergan. Shuningdek, hayvonlarda chakka bo'lakchasi olib tashlanganda, xotira buzilishlari ro'y bermagan, ular o'rgatishga qobiliyatli bo'lgan.

Bosh miyaning chap va o'ng yarim sharlarining xotira hamda boshqa psixologik jarayonlarda ishtirokini alohida o'rganish maqsadida Kaliforniyadagi texnologiya institutida mushuklarda qiziqarli bir tajriba o'tkazilgan (R. Sperri, 1964). Mushuklarda ham xuddi odamlardagi kabi ko'ruv impulslarini o'tkazuvchi xiazmaning ichki tolalari kesishgan bo'ladi va buning natijasida bir ko'zdan tushuvchi impulslar bosh miyaning ikkala yarim shariga ham uzatiladi (18-*A*, *B*, *D* rasm).

Shuning uchun bir ko'zni bog'lab qo'yib, ikkinchi ko'z orqali uzatilgan impuls ikkala yarim sharda ham qabul qilinadi (*A*). Tajriba xiazmaning ichki tolalari kesib qo'yilib o'tkazilganda ham, bitta ko'z orqali yuborilgan impulslar miyaning ikkala yarim sharida ham aks etgan. Chunki miyaning birinchi yarmiga tushgan ko'ruv impulslari targ'il tana orqali uning ikkinchi yarmiga uzatiladi (*B*). Keyin tajriba xiazmani ham, targ'il tanani ham kesib qo'yib o'tkaziladi. Buning natijasida birinchi yarim sharga uzatilgan ko'ruv impulslari ikkinchi yarim sharga o'ta olmaydi (*D*). Demak, targ'il tana orqali axborotlar bir yarim shardan ikkinchisiga o'tib, bosh miya po'stlog'ida xotira izlarini qoldirar ekan.

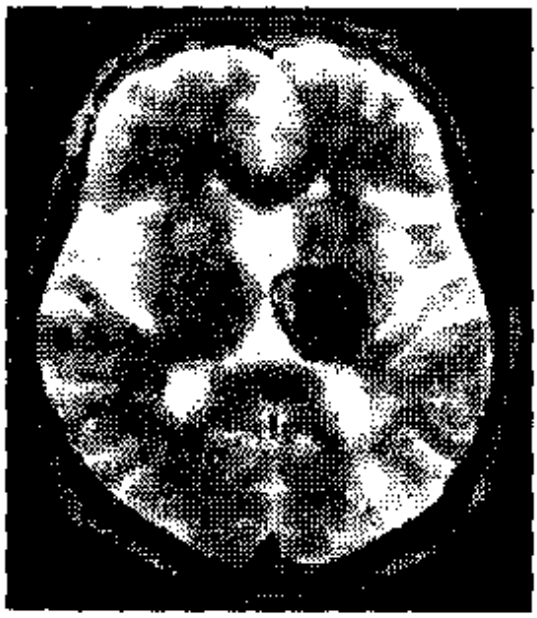
Shunga o'xshash tajribalar maymunlarda ham o'tkazilgan. Ularda o'ziga xos «shaxsiyatning ikkiga bo'linishi» yuz bergan. Ushbu tajriba o'tkazilgan maymun bir ko'zi bilan ilonga qarab turib, undan qo'rqqan bo'lsa, ikkinchi ko'zi uni ko'rganda, qo'rqmay qarab turavergan.

Xotiraning keskin buzilishi gippokamp va so'rg'ichsimon tana zararlanishlarida ham yaxshi o'rganilgan. Gippokamp ikki tomonlama olib tashlangan bemorga bir necha topshiriqni eslab qolish taklif etilganda, ularni osongina esda saqlagan. Lekin bir necha daqiqa o'tgach, ularni mutlaqo unutib yuborgan.



18-rasm. **Yarimsharlararo optik impulslarni o'tkazish mexanizmlarini o'rganish uchun mushuklar bilan Sperri o'tkazgan tajribalar (1964).**
A — bitta ko'z bog'liq bo'lsa-da, impulslar xiazma orqali ikkinchi yarim sharga o'tkaziladi; B — agar bir ko'zni bog'lab, xiazmani kesib qo'ysa ham, impulslar targ'il tana orqali ikkinchi yarim sharga uzatiladi; D — bir ko'zni bog'lab, xiazma va targ'il tana kesib qo'yilsa, ko'ruv impulslari ikkinchi yarim sharga o'tmaydi, ya'ni bir ko'zdan qabul qilingan impuls miyaning o'sha tomondagi yarim shariga tushadi, xolos.

Ko'ruv do'ngligi (talamus) ga qon quyilgan N. ismli bemor 7 yil mobaynida kuzatuvimizda bo'lgan (Z.R. Ibodullayev, 2001—2007). U insultdan so'ng voqea va hodisalarni tez fursatda unutadigan bo'lib qolgan edi, ya'ni u hozirgina bo'lib o'tgan voqealarni 5—10 daqiqa o'tgach, mutlaqo unutib yuborardi. Insult bo'lguniga qadar yuz bergan barcha voqealarni esa eslab, batafsil so'zlab bersa-da, uni 5 yildan buyon nazorat qilayotgan bo'lsamda mening yuz tuzilishim, yoshim, ismim va berilgan tavsiyalarimni esida saqlab qolmasdi. Bemordan 5—10 daqiqadan so'ng qanday tekshiruvlar o'tkazdim deb so'raganimda, hech birini aytib bera olmasdi, ya'ni axborot tezda unutilardi. Bu holat Korsakov amneziyasining bir klinik ko'rinishidir. Bemor bosh miyasining kompyuter tomografiyasi 19-rasmda keltirilgan.



19-rasm. **Talamusga qon quyilgan bemorning kompyuter tomografiyasi.**

Xotira jarayonini ta'minlashda po'stloq osti tuzilmalarining ham o'rni katta. Odam miyasiga oltindan tayyorlangan elektrodlarni chuqur joylashtirib, xotira muammosiga doir bir qator qiziqarli qonuniyatlarni ochib berishgan. Tajribalarda ko'rsatib berilishicha, odamning miyasi ma'lum bir vaqt ichida faqat bitta, muayyan faoliyat bilan mashg'ul bo'ladi. Ko'pgina tajribalarga asoslanib, po'stloq osti tuzilmalarining xotirada axborotni ushlab turishida talamusning ventral yadrosi, oq shar va dumli yadro ishtiroki aniqlangan.

Umuman olganda, xotira mexanizmlarini o'rganishga doir turli xil nazariya va yondashuvlar mavjud, lekin ular etarli darajada mukammal emas.

4.6. Eslab qolish

Eslab qolish xotiraning birinchi bosqichi bo'lib, **ixtiyorsiz** va **ixtiyoriy** bo'ladi. Kundalik kuzatuvlar va maxsus tajribalardan ma'lumki, axborotning zarurligini anglagan odamlarda eslab qolish durustroq bo'ladi.

Materialni tushunib olish eslab qolish uchun yanada katta ahamiyat kasb etadi. Tushunarsiz yoki yaxshi tushunilmagan materialni eslab qolish mushkulroq va aksincha, aniq misollar keltirilgan materialni puxta egallash hamda eslab qolish oson bo'ladi. Masalan, kerakli materialni odam keraksiziga qaraganda 9 marta yaxshiroq eslab qolar ekan. O'qitish jarayonida o'quvchilar diqqati o'rgatilayotgan materialga dalillar bilan qaratilsa, yanada yaxshiroq eslab qolinadi. Bu usuldan, ayniqsa, nazariy ilmlarni o'qitishda unumli foydalanish kerak.

Masalan, biron-bir klinik masala yetarlicha tushunarli bo'lmasa, uni eslab qolish mushkul, albatta. Biroq, bu masalani o'rganish

mobaynida talabalar bevosita ishtirok etishsa va tushunib borishsa, uni yaxshi eslab qolishadi.

Eslab qolish o'rganilayotgan narsaning naqadar qiziqarli yoki zarurligiga ham bog'liq. Qiziqarli yoki qiziqarsiz kitobni o'qib bunga iqror bo'lish mumkin. Shuningdek, odamda muayyan his-tuyg'ularga sabab bo'ladigan voqealar osonroq esda qolishini yuqorida aytib o'tgan edik. Juda ham kuchli hayajonga keltiruvchi voqealar esa ko'pincha, butun umr esda saqlanib qoladi.

Ma'lumki, eslab qolish turli xil analizatorlar orqali amalga oshiriladi. Materialni idrok etishda qatnashuvchi reseptorlar va analizatorlar nechog'lik ko'p bo'lsa, eslab qolish shunchalik soz bo'ladi. Haqiqatan ham qandaydir tibbiy moslamaning tuzilishi va ishlash usulubini yaxshi eslab qolish uchun u haqda eshitish (eshituv analizatorlari), chizma va modellarni ko'rib chiqish (ko'ruv analizatorlari), uning qismlarini yig'ish hamda ajratish (kinestetik sezgi) da ishtirok etish kerak. Maktablarda ko'rgazmali o'qitish maqsadi ham ana shu mexanizmlarga asoslangan bo'ladi.

Konspekt yozishni to'g'ri tashkil etish eslab qolishning muhim shartlaridan biridir. Faqat to'g'ri yozilgan konspekt matni yaxshi eslab qolinadi. Konspekt yozganda kitobdan matnni anglamasdan turib daftarga qisqartirgan holda ko'chirib qo'yish materialni eslab qolishda qiyinchilik tug'diradi. Buning uchun uni bir yoki bir necha marta o'qib chiqish o'ta foydalidir.

Materialni yaxshi tushunib olgandan so'ng konspekt yozilsa yoki diqqat bilan qayta-qayta o'qilsa, uning mazmuni yaxshi eslab qolinadi va xotirada uzoq vaqtgacha saqlanadi. Materialni qayta-qayta o'qish orasidagi vaqt esa uni o'zlashtirishda katta ahamiyat kasb etadi. Tajriba paytida sinaluvchilardan matnni to'la eslab qolishi uchun har yarim soatda, har ikki soatda va bir kunda bir marta qayta o'qish talab qilingan. Aniqlanishicha, matnni har yarim soatda qayta o'qishda uni esda olib qolish uchun 11 marta takrorlash, orada ikki soat tanaffus qilib o'qilsa, 7 marta, kuniga faqat bir marta o'qilsa, atigi 4 marta takrorlash kerak bo'lar ekan. Bundan xulosa shuki, matn yaxshi yodda qolishi uchun takrorlash orasidagi vaqt uzoqroq bo'lishi maqsadga muvofiqdir.

Hozirgi kunda o'qitish muassasalarida berilgan materialni yaxshi eslab qolish ustida ko'p tadqiqotlar olib borilmoqda. Chunki yaxshi

eslab qolingan materialni tushunish oson bo'ladi. Buning uchun ko'pgina o'quv maskanlarida, ayniqsa, institut va universitetlarda yangi pedagogik texnologiyalar keng joriy qilinmoqda. Bu yerda Konfusiyning quyidagi so'zlarini keltirish maqsadga muvofiq: «*Men eshitaman-u, unutib qo'yaman, men ko'raman-u, eslab qolaman, men amalda bajaraman-u, tushunib olaman!*». Bu so'zlarni ilmiy tahlil qiladigan bo'lsak, faylasufning naqadar haq ekanligiga iqror bo'lamiz.

Chunki, birinchi holatda, ya'ni eshitganda miyaga axborot faqat eshituv analizatorlari orqali uzatiladi. Eshitish bilan bog'liq bo'lgan xotira esa odamda juda sust rivojlangan. Undan birmuncha yaxshi rivojlangan xotira bu ko'ruv xotirasidir. Lekin o'quvchi o'qisa, boshqa o'quvchi bilan munozara qilsa, matnda berilgan ma'lumotlar ustida ishlasa va turli xil «o'yin» mashg'ulotlarini o'tkazsa, material uzoq vaqt yodida qoladi.

Shu o'rinda maktab va institutlarda keng joriy qilingan test imtihonlari haqida to'xtalib o'tmoqchi edim. Test savollarini yodlash talaba uchun ko'pincha, qisqa muddatli xotira sifatida o'tib ketadi. Buning sababi uning imtihon o'tgach, miyadan o'chirilishidir. Agar test savollariga mantiqan yondashilsa va har bir savol ustida talaba fikran ishlasa, uning javobi uzoq muddat yodida qoladi.

Quyidagi jadvalda eslab qolish va yodga tushira olish layoqati keltirilgan.

2-jadval

Axborotni qabul qilish yo'llari va ularni qayta yodga tushirish layoqati

Axborotni qabul qilish yo'llari	Yodga tushirish (%)	
	3 soatdan keyin	3 kundan keyin
Og'zaki	25	10
Yozma	70	20
Og'zaki-yozma	80	60
Turli «o'yinlar»ni qo'llagan holda material ustida faol ishlash	90	70

Shuni ta'kidlash lozimki, sezgi a'zolarimiz orqali ta'sir qiladigan barcha narsalar esda qolavermaydi. Eslab qolish jarayoni dastlab idrokning bevosita davomi sifatida ko'riladi. Avvalo har bir narsa yoki hodisaning aniq ko'zga tashlanib turadigan elementlari yaxshi esda qoladi.

Axborotning xotirada saqlanishi uning turiga ham bog'liq. Mutaxassislar semantik va epizodik xotira turlarini farqlashadi. **Semantik xotira** – ma'no haqida ma'lumot beruvchi xotira turi hisoblanadi. Masalan, Zigmund Freyd tadqiqotchi olim, psixoanaliz haqidagi ta'limot asoschisidir. Z. Freyd to'g'risidagi axborot ma'no va mazmun ko'rinishida saqlanadi. U biror ilmiy yo'nalish bo'yicha mashhur bo'lgan olim.

Ba'zan ushbu olim ilmning qaysi sohasi bo'yicha mashhur bo'lganligini odam yaxshi eslab qolsa-da, uning ismini unutib qo'yadi. Olimning familiyasi yoki ismini eslamoqchi bo'lsa, u «Haligi olimning familiyasi nima edi, u ko'p tanqidga uchragan, mashhur nevrolog bo'lgan-ku?!» deydi-yu, olimning ismini hech eslay olmaydi. Bu – semantik xotira buzilishining bir turidir. Epizodik xotirada biror-bir voqeaning bo'rtib turgan qismi esda qoladi.

Masalan, ko'chada birovni mashina urib ketdi va uni darhol kasalxonaga olib ketishdi. Bir qancha vaqt o'tgach, uning guvohi bo'lgan odamdan voqeaning tafsiloti so'ralsa, guvoh faqat kimnidir mashina urib yuborganini eslab qoladi, qolgan narsalar, ya'ni aynan qanday mashina urib yuborgani, haydovchining ko'rinishi va taxminiy yoshi, «tez yordam»ni kim chaqirganini eslay olmaydi.

Shunday qilib, xotira murakkab funksional sistema sifatida ko'rilishi kerak. Xotirada ikkinchi darajali narsa yoki voqealar eslab qolinmaydi. Eslab qolingan narsa va voqealar miyada sintez qilinadi va maxsus kodga aylanadi.

Kodlanish jarayoni qisqa muddatli xotiraning uzoq muddatliga aylanishida muhim ahamiyat kasb etadi.

Xotirada axborot ko'proq optik tasvirlar holida yaxshi saqlanadi, chunki aksariyat odamlarda ko'rish analizatori dunyoni idrok etishning yetakchi tizimi hisoblanadi.

Shu bois eslab qolish usullaridan biri xotira turlarining birgalikda bo'lishidir. Ko'rish, eshitish, ta'm bilish, taktil ta'sirotlar bilan bog'liq xotira shular sirasiga kiradi.

Xotira jarayonlari odam uchun hamma vaqt muhim bo'lgan. Xotira qadim zamonlardan buyon olimu fuzalolarni qiziqtirib kelgan. Greklar xotirani mustahkamlash uchun mnemonika xudosiga sig'inishgan. Barcha insonlar kuchli xotiraga ega bo'lishni orzu qilishgan. Ko'pchilik odamlar olimlarning xotirasi kuchli bo'ladi, deyishadi. Bu hamma vaqt ham haqiqatga to'g'ri kelavermaydi. Ba'zi olimlar olamshumul kashfiyotlar qilishsa-da, xotirasi juda yomon bo'lgan. Masalan, Ch. Darvin xotirasida jiddiy kamchiliklar bo'lgan. Shunday bir voqea tarixchilar tomonidan yozib qoldirilgan: 50 yoshdan oshgan Ch.Darvin xizmatkoriga o'zi yozgan «Turlarning kelib chiqishi haqida»gi asarini o'qishni buyuradi. Ch. Darvin tinglashga berilib ketib, shunday degan: «Qiziq, qiziq, buni qarang-a, juda yaxshi, bu asarni kim yozgan ekan-a?» deb yuborgan. Ch. Darvinda xotira hamma vaqt ham zaif bo'lgan, lekin uning alloma bo'lib yetishishiga bu xalaqit bermagan. Shu bilan bir vaqtda aqlan zaif, lekin xotirasi kuchli odamlar ham bo'ladi, ammo bunday xotira mantiqiy emas, ko'proq mexanik xotira hisoblanadi.

Ommabop adabiyotlarda xotirasi o'ta kuchli bo'lgan odamlar ta'riflangan. A.R. Luriya oddiy ishda ishlaydigan, biroq xotirasi juda kuchli bir odamni deyarli 20 yildan ortiq kuzatgan. U bir necha yil oldin yuz bergan voqealarni mayda-chuyda tafsilotlarigacha eslab qolib, batafsil aytib bera olgan. Masalan, uni tekshirayotgan olim qanday shimda bo'lgan, xonaning qaysi burchagida qanday narsalar bor edi, ob-havo qanday bo'lgan va bemor qanday uslubda tekshirilgan?

U kishining aql-zakovati oddiy odamlarnikidek bo'lgan, uncha murakkab bo'lmagan matematik masalalarni yecha olmagan, lekin har qanday uzunlikdagi sonlarni, betartib joylashtirilgan harflarni va murakkab formulalarni bemalol yodlab qola olgan. Uni ogohlantirmasdan turib so'ralgan har qanday ma'lumotni 10—20 yildan so'ng ham bemalol aniq aytib bera olgan. A.R. Luriya bu tajribalarni doimo daftarga qayd qilib borgan, lekin u kishidagi noyob iste'dodni tushuntirib bera olmagan.

Bu xotiraning egasi axborotni obrazlarning butun bir majmui holida eslab qolgan. Bunday xotira «sinesteziya» nomini olgan. Ko'pincha, musiqa asarlarini yaratish ana shu qobiliyatga asoslangan bo'ladi.

4.7. Esda saqlash va qayta esga tushirish

Xotira «ombori» ixtiyoriy va ixtiyorsiz eslab qolish zaxirasi bilan mudom to'lib boradi. Keyinchalik ana shu materiallar esda saqlanib qoladi. Esda saqlanib qolingan ma'lumotlar ma'lum darajada o'zgarishga uchraydi. Ko'pgina obyektlar va voqealar esa uzoq vaqt va hatto, umr bo'yi xotirada qoladi. Aytib o'tganimizdek, eslab qolish unutish bilan uzviy bog'liqdir. Axborotlarning yoddan ko'tarilishi ma'lum darajada foydalidir, chunki u xotirani keraksiz ma'lumotlardan xalos etadi. Aytaylik, kishi o'z majburiyatlarini unutib yuborsa, bu shubhasiz, uning ishga bo'lgan munosabatini bildiradi. Ayni vaqtda ruhan sog'lom kishi muhim va unga yoqadigan voqea *haqida xabar olib, uni unutib yuborishini tasavvur etish qiyin, albatta.* Xuddi shu sababga ko'ra bizni qiziqtirgan odamlarning ismi-sharifi osongina esda qoladi, qiziqish bo'lmagan taqdirda bu ismlarni eslab qolish juda qiyindir.

Qayta esga tushirish asosida miyada saqlanib qolgan xotira izlarining faollashuvi yotadi. Sog'lom odamda konkret sharoitda unga zarur bo'lgan axborot yodda tiklanadi, qolgan ma'lumotlar xotira zaxirasida to'planib yotadi va zarur paytda qayta tiklanadi. Yaxshi eslab qolingan ma'lumotlar yodda tez tiklanadi. Qayta esga tushirish organizmning umumiy holatiga va insonning ruhiy salomatligiga ham bog'liq.

Ixtiyoriy va ixtiyorsiz eslab qolish kabi esga tushirishning ham ixtiyoriy hamda ixtiyorsiz turlari farq qilinadi. Ixtiyoriy esga tushirish insonning ish faoliyatida muhim ahamiyatga ega. Ixtiyoriy esga tushirish insonning irodasi, fikrlash qobiliyati va ruhiy salomatligiga bog'liq. Ixtiyorsiz esga tushirish esa insonning xohishiga bog'liq bo'lmagan holda xotirada qolgan izlarning qayta tiklanishidir.

Endi **unutish** mexanizmlari bilan tanishib chiqamiz. Unutish xotira jarayonlari bilan bog'langan bo'ladi. Odam nega unutadi? «Unutish» atamasi ilmiy atama hisoblanmaydi, chunki bu so'z axborot xotiradan o'chgan, degan ma'noni beradi.

Axborot xotirada avvalgidek saqlanishi mumkin, uni odam bir qator sabablarga ko'ra eslay olmaydi. Shu bois «unutish» atamasi psixologiyada ikkita hodisani anglatadi: axborotning xotiradan o'chishi va xotiradan axborotni topa bilmaslik. Masalan, vrach biron-bir dorini

bir necha yil mobaynida bemorlarga tavsiya qilib keldi va bu dorining dozasi unga yod bo'lib qolgan.

Endi vrach bu dorining o'rniga boshqa bir yangi dorini tavsiya qila boshladi va buning oqibatida avvalgi dorining dozasini unutib yubordi. Xotirada yangi axborot go'yoki eski axborotdan «bo'shab» qolgan joyni egalladi.

Bu unutishning birinchi sababi. Bu axborot yana qayta tiklanishi mumkin, masalan, meditatsiya va trans holatlarida.

Hozirgi kunda olimlar bolalarda uzoq muddatli xotira qaysi yoshdan boshlab ishlay boshlashini aniq aytib berishga qiynaladilar. Faraz qilinishicha, bu jarayon 2—2,5 yoshdan boshlanadi. Bu yoshgacha bo'lgan hamma narsalar xotiradan o'char ekan yoki umuman soxta xotiralarda saqlanar ekan.

Xotira jarayonida fikrlash bevosita ishtirok etadi. Vrach bemorni tekshira turib uning shikoyatlarini eshitadi, kasallik anamnezini yig'adi. Kasallikning xos belgilarini aniqlashda adashib qolmaslik uchun avval boshidan kechirgan kasalliklari bilan fikran solishtiradi. Bu holat vrachga kasallikning asl mohiyatini topib olishga yordam beradi. U bemorga yordamchi savollar berib, kasallik to'g'risida o'ziga zarur ma'lumotlarni yig'ib oladi. Chunki vrachning fikri tashxisni to'g'ri qo'yishga qaratilgan bo'ladi. Vrach bemorning kasali haqida ma'lumot to'plagan sayin ko'p ziddiyatlarga duch kelishi mumkin. Uning miyasida turli tashxislar paydo bo'ladi va nihoyat, ularning bittasida to'xtaladi.

Biz bu misol bilan xotira jarayoni qanday qilib fikrlash jarayoni bilan chambarchas bog'lanib ketganligini ko'rsatdik. Bu holat ma'lumotlarni eslab qolish va esga tushirishda muhim ahamiyatga ega.

4.8. Xotira patologiyasi

Organizmda kechadigan turli xil kasalliklar xotira buzilishiga olib kelishi mumkin. Ayniqsa, asab tizimining kasalliklari va ruhiy xastaliklar, serebral ateroskleroz, Alsxaymer kasalligi, toksik ensefalopatiyalar, surunkali alkogolizm, xurujlar bilan kechuvchi gipertoniya va bir qator degenerativ kasalliklarda xotira buzilishlari ko'p kuzatiladi.

Umuman olganda, bosh miyadagi integrativ jarayonlarga salbiy ta'sir ko'rsatuvchi har qanday kasallik xotiraning buzilishiga olib kelishi mumkin. Bunda, ayniqsa, eslab qolish keskin pasayadi.

Xotira buzilishlari ichida ***konfabulyatsiya*** (soxta xotira) lar alohida o'rin tutadi. Bunda bemor voqealarni real shaxsiy hayotda boshidan kechirgandek tuyuladi, masalan, boshqa odamlarning tajribasini. Bu holat peshona sohasi zararlanganda va og'ir ruhiy kasalliklarda ko'p uchraydi.

Quyidagi misol bunga yaqqol dalil bo'la oladi. Bosh miyaning oldingi arteriyasi sohasiga qon quyilgan bemorda konfabulyasiyaning yaqqol belgilarini kuzatgan edik. Bemordan «Kecha nimalar qildingiz?» deb so'raganimizda, u shunday deb javob bergan edi: «*Men kecha doktorga bordim, u yerda menga ukollar qilishdi, so'ng bir tanishimnikida mehmon bo'ldim, u meni uyga olib kelib qo'ydi va hokazo*». Aslida esa bemor uyidan kasalligi sababli hech qayoqqa chiqmagan edi, chiqa olmasdi ham. U bemor yana yemagan ovqatini edim, degan va yana ovqat so'ragan edi.

Xotira buzilishining eng ko'p uchraydigan turi ***amneziyadir.*** Xotiraning yo'qolishiga ***amneziya*** deyiladi. Uning quyidagi turlari bo'ladi. **Anterograd amneziya** — bemor kasallik rivojlangan paytdan boshlab hech nimani eslay olmaydi. **Retrograd amneziyada** bemor kasallikdan oldin bo'lgan voqealarni unutib qo'yadi. Chunonchi, bemor avtomashina halokatida kalla suyagi shikastlangani uchun halokat haqida ham, unga sabab bo'lgan safar to'g'risida ham hech nimani eslay olmaydi. U turar joyi, qayerda ishlashi va kasbini ham unutib yuboradi, uylanganini eslasa-da, lekin rafiqasi kim, bolalari nechta va ularning ismlarini aytib bera olmaydi.

Halokatdan so'ng biroz vaqt o'tgach, yuz bergan voqealarni birin-ketin eslay boshlaydi. Bosh miyasi qattiq jarohatlangach, xotirasi umuman yo'qolganlar ham bo'ladi. Bunday paytlarda xotirani gipnoz yo'li bilan qayta tiklash mumkin.

Retrograd amneziyaga uchragan bemorlar «o'tmishsiz odamlar»dir. Bu mavzu badiiy adabiyot va kinofilmlarda o'z aksini topgan. Retrograd va anterograd amneziyalarning birgalikda kuzatilishiga ***anteroretrograd amneziya,*** xotiraning patologik tarzda kuchayishiga ***giperamneziya*** deyiladi va bu holat asosan ruhiy kasalliklarda, ayniqsa, shizofreniyada ko'p uchraydi.

Xotira buzilishining yana bir turi bu **psevdoreminissensiyadir.** Bunda bemor xotirasidagi axborotning unutilgan joyini oldin bo'lib o'tgan hodisalar bilan to'ldiradi.

Masalan, shifoxonada bir necha kundan beri davolanayotgan bemor «Men kecha konsertga tushdim», deydi. Haqiqatan ham bemor konsertga tushgan, lekin boshqa vaqt. Psevdoreminissensiya ham soxta xotiradir. Ba'zan ruhiy sog'lom kishilarda ham xuddi shunday hodisa ro'y berib turadi, ya'ni odamning o'ngidagi kechinmalar va tushida ko'rgan voqealar orasida aniq-ravshan chegara o'chib ketadi. Bunda tushdagi voqealarni haqiqatda ro'y bergandek, odam ongida to'laligicha yoki qisman singib qoladi yoki real voqealar tushida ko'rgandek tuyuladi.

4.9. Diqqat va xotirani tekshirish usullari

Diqqatni tekshirish usullari. Diqqatni tekshirish usullari ko'p bo'lib, uni quyidagi sinamalardan boshlash mumkin. Agar talabalar xonada 2—3 kundan ortiq dars o'tayotgan bo'lishsa, ularning diqqatini yakka tartibda tekshirish mumkin. Sinov talabalarni ogohlantirmasdan to'satdan o'tkaziladi.

Buning uchun talabalardan bittasiga quyidagi savol bilan murojaat qilinadi: «Orqaga o'girilmasdan aytingchi, ushbu xonaning orqa tomonida nimalar bor?» yoki talabaning ko'zi bog'lanadi va undan ushbu xonada nimalar bor, ularning soni nechta, qayerda va qay tartibda joylashganligi so'raladi.

Sinaluvchi bergan to'g'ri javoblar soni qancha ko'p bo'lsa, demak uning diqqati shuncha o'tkir bo'ladi.

Diqqat o'tkirligi va tezligini tekshirish usuli. Sinalayotgan talabaga quyidagi savollar bilan murojaat qilinadi. Bu sinamani 2 xil variantda yoki 2 bosqichda o'tkazish mumkin:

1) talabaning ko'zi bog'lanadi va u savollarga javob bera boshlaydi;

2) talabaga xonadagi narsalarga bir ko'z yugurtirib (5 soniya) keyin savollarga javob berish buyuriladi. Talaba tez-tez javob berishi kerak. Agar sinama bir nechta talabada o'tkazilsa, kimning diqqati o'tkirroqligini aniqlash uchun sekundomerdan foydalaniladi. Barcha talabalardan bitta xonada sinamani o'tkazish mumkin emas, chunki

ular xonadagi narsalarni yodlab olishi mumkin. Diqqat charchab qolmasligi uchun hazil-mutoyibali savollar ham bo'lishi kerak. Masalan:

1. Xonada nechta stul bor?
2. Nechta stol bor?
3. Xonadagi qizlarning qo'li nechta?
4. Xonadagi stollarning oyog'i nechta?
5. Nechta talaba oyna oldida o'tiribdi?
6. Xonada nechta chiroq yonib turibdi?
7. Stol ustida nechta kitob turibdi, nechtasi ochilgan?
8. Nechta talaba galstuk taqib kelgan?
9. Chap tomonda o'tirgan talabalarning barmoqlari qancha?
10. Nechta qiz shimda kelgan?

Shu va shunga o'xshash sinamalardan keyin quyidagi sinamalarni o'tkazish mumkin.

1. Burdonning korrektura sinamasi. Ushbu sinama Burdon tomonidan 1895-yili tavsiya qilingan va hanuzgacha qo'llab kelinadi. Sinama diqqatni bir joyga jamlay olish va uni bir obyektdan ikkinchi obyektga ko'chirish qobiliyatini tekshirish uchun qo'llaniladi. Sinama juda oddiy bo'lib, uni o'tkazish uchun maxsus blanklar va sekundomer kerak bo'ladi, xolos. Sinamani o'tkazish uchun tasodifiy ravishda joylashgan yirik **raqamlar** yozib qo'yilgan blank sinaluvchiga ko'rsatiladi (3-jadval).

Talab shundan iboratki, sinaluvchi o'zi xohlagan bitta sonni (masalan, 8 ni), 60 sek ichida o'chirib chiqishi kerak. Topshiriq: *«Siz ushbu blankdagi 8 sonlarini vertikal yo'nalishda o'chirib chiqing»*. Vaqt belgilanadi va 60 sekunddan so'ng topshiriqni bajarish tezligi, yo'l qo'yilgan xatolar (ba'zi 8 sonlarining o'chirilmay qolishi yoki boshqa sonlarni o'chirib yuborish va hokazo) aniqlanadi.

Sinov natijalari o'chirilgan sonlar yoki o'chirilmay qoldirib ketilgan sonlar, bajarish uchun ketgan vaqtga qarab baholanadi (4-jadval).

Bu topshiriqlarni turli tarzda berish mumkin. Shu yo'l bilan diqqatning o'tkirligi, davomiyligi, charchash darajasi, bir topshiriqdan ikkinchi topshiriqqa o'tish tezligi baholanadi. Sinaluvchi qancha kam xatoga yo'l qo'ygan bo'lsa, uning diqqati shuncha o'tkir hisoblanadi.

3-jadval

Sinaluvchining qo'liga beriladigan blank

Ismu sharifi*_____*yoshi

sana

1	4	5	7	3	9	6	4	6	3	3	3	6	8	4	6	3	3	3	6	8	6	4
5	8	1	3	4	7	5	5	5	6	4	4	4	0	5	5	6	4	4	4	0	5	5
7	4	2	5	6	2	4	6	2	7	8	6	7	8	6	2	7	8	6	7	8	4	6
8	3	5	7	8	3	6	2	4	8	9	8	3	6	2	4	8	9	8	3	6	6	2
6	8	4	2	6	8	7	3	5	3	6	9	4	3	3	5	3	6	9	4	3	7	3
4	6	3	3	3	6	8	7	8	4	2	1	5	4	7	8	4	2	1	5	4	8	7
5	5	6	4	4	4	0	8	6	7	3	2	3	7	8	6	7	3	2	3	7	0	8
6	2	7	8	6	7	8	7	5	2	8	3	2	9	7	5	2	8	3	2	9	8	7
2	4	8	9	8	3	6	5	5	5	5	4	3	6	5	5	5	5	4	3	6	6	5
3	5	3	6	9	4	3	3	3	6	4	6	4	3	3	3	6	4	6	4	3	3	3
7	8	4	2	1	5	4	4	5	4	6	8	2	4	4	5	4	6	8	2	4	4	4
8	6	7	3	2	3	7	8	4	3	5	4	4	8	8	4	3	5	4	4	8	7	8
7	5	2	8	3	2	9	4	6	3	3	3	6	8	4	6	3	3	3	6	8	9	4
5	5	5	5	4	3	6	5	5	6	4	4	4	0	5	5	6	4	4	4	0	6	5
3	3	6	4	6	4	3	6	2	7	8	6	7	8	6	2	7	8	6	7	8	3	6
4	5	4	6	8	2	4	2	4	8	9	8	3	6	2	4	8	9	8	3	6	4	2
8	4	3	5	4	4	8	3	5	3	6	9	4	3	3	5	3	6	9	4	3	0	5
5	8	7	2	6	6	6	7	8	4	2	1	5	4	7	8	4	2	1	5	4	8	6
6	2	3	3	7	8	2	8	6	7	3	2	3	7	8	6	7	3	2	3	7	6	2
3	9	5	7	8	7	1	7	5	2	8	3	2	9	7	5	2	8	3	2	9	3	3
2	1	3	9	4	6	3	5	5	5	5	4	3	6	5	5	5	5	4	3	6	4	7
3	3	3	6	4	6	4	3	3	6	4	6	4	3	3	3	6	4	6	4	3	2	8
4	4	5	4	6	8	2	4	5	4	6	8	2	4	4	5	4	6	8	2	4	5	6

4-jadval

Natijalarni aks ettirish uchun blank (bu sinovchida bo'ladi)

Ko'rib chiqilgan qatorlar soni	To'g'ri o'chirilgan sonlar	Qo'yib yuborilgan sonlar (harflar, shakllar)

2. Krepelin bo'yicha hisoblash qobiliyatini tekshirish usuli. Ushbu usul 1895-yili Krepelin tomonidan tavsiya etilgan va hanuzgacha qo'llab kelinadi. Usul diqqat tezligini, turg'unligini va diqqatni bir obyektdan (masaladan) ikkinchi obyektga ko'chirish darajasini tekshirish uchun qo'llaniladi. Maxsus blanklarga raqamlar ustun-ustun qilib yozib chiqiladi. Sinaluvchi ushbu raqamlarni xayolda bir-biriga qo'shishi yoki bir-biridan ayirishi va olingan natijalarni blankda yozib borishi kerak. Topshiriq bajarilganidan so'ng sinovchi bajarilgan ishni ko'rib chiqadi va sinaluvchi yo'l qo'ygan xatolarni tekshiradi, ya'ni to'g'ri bajarilgan topshiriqlar hajmi, topshiriqni bajarish tezligi, xatolar soni, bir ustunni yechib ikkinchi ustunga o'tish tezligini va h.k. Shu yo'l bilan diqqatning deyarli barcha xususiyatlarini, ayniqsa parishon xotirlik darajasini tekshirish mumkin.

3. *Shulte jadvallarida sonlarni topib chiqish usuli (5-jadval)*. Maxsus jadvalda sonlar xaotik tarzda joylashtiriladi (1 dan 25 tagacha). Sinaluvchi barcha sonlarni birinchi sondan oxirgi songacha ovoz chiqarib ko'rsatib berishi kerak. Sinovchi esa sonlarning to'g'ri ko'rsatilayotganini va topshiriqning bajarish tezligini nazorat qilib boradi. Shu yo'l bilan diqqat tezligi, hajmi, chalg'ishi va charchash darajasi tekshiriladi.

5-jadval

Shulte jadvali

14	18	7	24	21		9	5	11	23	20
22	1	10	9	6		14	25	17	19	13
16	5	8	20	11		3	21	7	16	1
23	2	25	3	15		18	12	6	24	4
16	13	17	12	4		8	15	10	2	22
5	14	12	23	2		21	12	7	1	20
18	25	7	24	13		6	15	17	3	18
11	3	20	4	16		19	4	8	25	13
6	10	19	22	1		24	2	22	10	5
21	15	9	17	8		9	14	11	23	16

4. Sonlarni teskari tartibda ayirib borish usuli Krepelin tomonidan tavsiya qilingan. Sinaluvchi 100 dan bir xil sonni ayirib keladi (Masalan, 100—3 yoki 100—7). Sinaluvchi topshiriqni qanday bajarayotganligi nazorat qilib boriladi, ya'ni to'xtab qolish, noto'g'ri ayirish, boshqa raqamlarni ishlatib yuborish va hokazo.

Xotirani tekshirish usullari

1. «O'nta so'zni yodlash» usuli. Sinaluvchiga ma'no jihatdan bir-biriga bog'liq bo'lmagan 10 ta so'z aytiladi va sinaluvchi ularni o'zi xohlagan tartibda takrorlab chiqishi kerak. Masalan, *uy, olma, qalam, osmon, temir, ot, gul, qog'oz, daryo, rom.* Sinaluvchi barcha so'zlarni to'g'ri aytib bo'lmaguncha, tekshirish davom ettirilaveradi, ya'ni sinovchi 10 ta so'zni yana qayta aytib chiqadi, sinaluvchi esa ularni yana takrorlaydi. Olingan ma'lumotlar jadvalga qayd qilib boriladi (6-jadval).

Odatda, 5—6 urinishdan so'ng barcha 10 ta so'z ham to'g'ri takrorlanadi. Agar 2—3 urinishdan keyin sinaluvchi barcha 10 ta so'zni o'zi xohlagan tartibda to'la aytsa, demak, uning **xotirasi juda yuqori**, agar sinovni 5—6 urinishdan keyin bajarsa — **xotirasi yaxshi**, agar 7—8 urinishdan keyin bajarsa — **xotirasi biroz sust**, agar 9—10 urinishdan keyin bajarsa yoki bajara olmasa, demak uning **xotirasi juda past** hisoblanadi.

Ushbu so'zlarni sinaluvchini ogohlantirmasdan turib 30 daqiqadan so'ng qayta aytib berishni so'rash mumkin.

2. Hikoyalarni takror aytib berish usuli. Sinaluvchiga kichikroq bir hikoya o'qib eshittiriladi. Hikoya o'qib bo'lingandan so'ng sinaluvchidan uni takror aytib berish yoki ushbu hikoyani qog'ozga tushirib berish so'raladi.

Bunda sinaluvchi hikoyani naqadar to'g'ri aytayotganligi yoki to'g'ri yozib berganligi tekshiriladi. Sinaluvchi so'zlarning o'rnini ma'no jihatdan boshqa so'zlar bilan almashtirmay aytishi, so'zlarni takrorlamasligi yoki jumlalarni tushirib qoldirmasligi kerak. Chunki xotira tekshirilayapti. Sinov bir marta o'tkaziladi.

3. Ko'ruv xotirasini tekshirish usuli. Sinaluvchiga 10 ta karton qog'ozga chizilgan turli xil geometrik figuralar va rasmlar ko'rsatiladi. Masalan, romb, uchburchak, to'rtburchak, jo'ja, quyosh, piyola, baliq, soyabon, mix, samolyot. Sinaluvchi ularni qog'ozga chizib berishi yoki nomini yozishi kerak.

6-jadval

10 ta so'zni yodlash usuli

Sinov blanki

*Ismi sharifi*_____ *yoshi* _____ *Sana* _____

№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ortqcha aytib yuborgan so'zi
	uy	olma	qalam	osmon	temir	ot	gul	qog'oz	daryo	rom	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
30 min so'ng											

Nazorat uchun savollar

1. *Diqqat nima?*
2. *Diqqatning fiziologik mexanizmlari nimalardan iborat?*
3. *Diqqatning qanday turlari mavjud, ularga ta'rif bering.*
4. *Diqqatning xususiyatlarini so'zlab bering.*
5. *Diqqatning fiziologik va patologik toliqishlari deganda nimani tushunasiz?*

6. Parishonxotirlik nima?
7. Xotira nima?
10. Xotiraning asosiy vazifalari nimalardan iborat?
11. Xotira mexanizmlari haqida so'zlab bering.
12. Xotiraning qanday turlarini bilasiz?
13. Amneziyaning qanday turlarini bilasiz?
14. Konfabulyatsiya va psevdoreminissensiya orasida qanday farq bor?
15. Diqqat qanday usullar bilan tekshiriladi?
16. Xotirani tekshirish usullarini sanab o'ting.
17. Bir-biringizning diqqat va xotirangizni tekshiring.

V bob. TAFAKKUR

Fikrlash kishi ruhini charxlaydi.
Gippokrat

5.1. Umumiy ta'rif

Analizatorlar sezgi a'zolari orqali odamni tashqi dunyo bilan bog'lab turadi. Dunyoni o'rganish sezish va idrok qilishdan boshlanadi. Bizni o'rab turgan borliqni sezgi a'zolarimiz orqali qabul qilamiz va idrok etamiz, hodisalar hamda narsalar, ular orasidagi bog'lanishlarni ongimizda aks ettiramiz, fikrlaymiz. Bu haqda biz o'tgan boblarda ma'lumot berdik. Xo'sh, tafakkur nima? Uning mexanizmlari nimalardan iborat?

Hozirga qadar tafakkurning bir qancha nazariyalari mavjud. Ularning ba'zilarini keltirib o'tamiz.

Bixeviorizm (inglizchada *xulq-atvor* degan ma'noni anglatadi) tarafdorlari fikrlashning xulq-atvorga oid nazariyasini ilgari surishgan, *ya'ni «Tafakkur ham nutq kabi harakat faoliyati bilan bog'liqdir»*, deyishgan.

Darhaqiqat, lab mushaklaridan yozib olingan biotoklar murakkab masalalarni hal etish paytida lablar qimirlab turishini ko'rsatadi. Masala nechog'lik murakkab bo'lsa, elektr faolligi shunchalik kuchli bo'ladi. Bu faoliyat, asosan, bolalik davrida rivojlangan bo'ladi. Bu borada o'tkazilgan tajribalar natijasi bu fikrni rad etgan. Kurare zahari orqali mushaklarni vaqtincha falaj qilishgan. Bu tajribada sinab ko'rilganda elektromiogrammada hech qanday harakat qayd qilinmagan. Ayni paytda, sinaluvchilarga birorta mantiqiy masalani yechish taklif etilgan. Ular buning uddasidan chiqishgan. Demak, lablar qimirlamasligi fikrlash jarayoniga xalaqit bermagan.

Kognitiv psixologiya tarafdorlari olamni va o'z-o'zini anglash *jarayoni dastlab hissiyot hamda harakat tusida* bo'ladi, deb hisoblashadi. Bordi-yu, idrok etish voqelikni bevosita o'rganishga yordam bersa, tafakkur esa buyum va hodisalardagi *umumiylikni aks ettirib*, ayrim buyumlarga nisbatan umumlashtirishni qo'llaydi. Bu — voqelikni bevosita emas, balki bilvosita o'rganishdir. Tafakkur idrok

etish va tasavvurdan ko'ra kengroqdir, uni biz tasavvur eta olmaydigan hodisalar qamrab olishi mumkin. Masalan, yerda hayotning paydo bo'lishi to'g'risida biz millionlab yillar haqida fikr yuritamiz, holbuki aslida million yil nimaligini tasavvur etish amrimaholdir. Hodisa (voqea) lar, shu jumladan, sabab-oqibat orasidagi aloqalar va munosabatlar fosh etilar ekan, bu voqealar yoki hodisalarni oldindan bilish hamda ularni boshqarish imkonini beradi.

Hodisalar va sabab-oqibat orasidagi munosabatlar shoirning quyidagi misralarida o'z aksini topgan:

Sen menga el bo'lmasang,
Men senga el bo'lmasam,
Qachon bizning elimiz
El degudek el bo'lar?!
Men sen uchun o'lmasam,
Sen men uchun o'lmasang,
Ertaga avlodlaring –
Ko'z yoshlari sel bo'lar...

Tafakkur, boshqa ruhiy jarayonlar singari, miya mahsuli bo'lib, bosh miyada amalga oshiriladi. Tabiiyki, hozirgi vaqtda bunga hech qanday shubha yo'q. Ma'lumki, miya shikastlanganda va unda kasallik jarayonlari sodir bo'lganda fikrlash buziladi, miya chala rivojlanganda to'laqonli fikrlash yuz bermaydi. Bundan tashqari, fikrlash jarayonida bosh miya po'stlog'ining tegishli bo'limlarida elektr to'lqinlari o'ta sezilarli darajada o'zgarishi bosh miya faoliyatini tekshiruvchi sezgir asboblar yordamida isbotlangan.

Boshqa tomondan, shuni esda tutish lozimki, tafakkur odamning boshqa ruhiy funksiyalari singari, tarbiya, o'qish va mehnat faoliyati ta'siri ostida, shuningdek, boshqa odamlar bilan doimo muloqotda bo'lish jarayonida taraqqiy etadi. Shunday qilib, tafakkur nafaqat biologik, balki ijtimoiy voqelik hamdir. Adabiyotlardan ma'lumki, o'rmonda adashib qolib ketgan jajji bola yillar mobaynida odamlar bilan muloqotda bo'lmasdan, hayvonlar orasida yashagan. Unda fikrlash qobiliyati o'ta past bo'lgan. Shunga o'xshash bolalar Hindistonda o'rganilgan edi. Ma'lum bo'lishicha, bunday bolalarda tushunsa bo'ladigan na nutq, na fikrlash bo'lgan. Ular aqliy jihatdan juda ham sust rivojlangan bo'lgan. Ularning o'zini tutishi, xulq-

atvori ko'proq hayvonlarnikiga o'xshab ketgan. Bunday bolalar odamlar orasiga qaytarilganda ham ularning inson sifatida taraqqiy etishi juda qiyin kechgan.

Tafakkurning rivojlanishida diqqatning ahamiyati ham juda kattadir. Diqqat bir joyga to'planmasa, fikrlash ham izchil va unumli bo'lmaydi. Tafakkur irodaga ham aloqadordir, chunki mushkul masalalarni hal etish odamdan kuchli iroda talab qiladi. Tafakkur sezgi bilan ham bog'langandir, chunki yuqorida ta'kidlab o'tganimizdek, bilish jarayonlari dunyoni sezish va idrok etishdan boshlanadi.

Tafakkur uchun hissiyotning ahamiyati ham beqiyosdir. Biz biror mushkul ishning to'g'ri yechimini topganimizda, juda xursand bo'lamiz, fikrlash qobiliyatimizdan quvonamiz. Mabodo, masalani yecha olmasak, ranjiymiz yoki xatoga yo'l qo'ysak, darg'azab bo'lamiz. Shunday qilib, serqirra hayotni faqat tafakkurga bog'lab qo'yish xato bo'lur edi.

5.2. Tafakkurning buzilishi

Tafakkurning buzilishi nafaqat asab va ruhiy kasalliklarda, balki somatik kasalliklarda ham uchraydi. Bosh miyadagi integrativ faoliyatni buzuvchi har qanday kasallik fikrlashning buzilishiga olib keladi. Tafakkur buzilishi tezligi, izchilligi (sifati), mantiq va samaradorligi bo'yicha 4 turga ajratiladi:

1. Tezligi bo'yicha:

a) fikrlar tezlashuvi;

b) fikrlar sekinlashuvi;

d) fikrlash jarayonining to'xtab qolishi;

e) *mentizm.*

2. Izchilligi bo'yicha:

a) fikrlar tarqoqligi;

b) so'zlarning bog'lanmasligi;

d) bo'g'inlar o'rtasida bog'lanish yo'qligi (inkogerensiya);

e) so'zlarni bir xilda takrorlayverish (verbigerensiya);

f) xulosalarning mantiqqa zid ravishda qurilishi (paralogik tafakkur).

3. Mantiq bo'yicha:

a) nasihatgo'ylik;

b) mulohazalilik;
d) perseveratsiya;
e) autistik fikrlash.

4. Samaradorligi bo'yicha:

a) ipoxondrik g'oyalar;
b) o'ta qimmatli g'oyalar;
d) neologizmlar (tushunarsiz so'zlarni gapirish).

Tafakkur buzilishining klinikada ko'p uchraydigan turlari bilan tanishib chiqamiz.

Oligofreniya – tafakkurning tug'ma zaifligi bo'lib, og'ir-yengilligi jihatdan turli darajaga bo'linadi: debillik, imbesillik, idiotiya. Oligofreniyaning yengil darajada rivojlangan turiga ***debillik*** deb ataladi. Bunda saboq olishga ayrim qobiliyatlar saqlanib qoladi, ular maxsus maktablarda ta'lim olishadi. Bu bolalarda nutq funksiyasi saqlangan bo'lib, ba'zi aqliy operatsiyalarni (masalan, hisob-kitob) amalga oshira olishadi, mexanik xotirasi saqlangan bo'ladi. Umumlashtirish va abstraksiyalash sust rivojlangan, yaratuvchilik qobiliyati ham past bo'ladi, ular faqat kam aqliy faoliyat talab qiladigan ishlarnigina bajara olishadi.

Imbesillik – tafakkurning o'rta darajada buzilishidir. Ularda ruhiy jarayonlar ancha buzilgan bo'ladi. Imbesil bolalarning nutq funksiyasi va xotirasi o'ta sust bo'lib, ular biror narsani o'rganishda juda qiynalishadi. Ularni o'qitish ham juda qiyin. Bunday bolalarning harakatlari qo'pol va beo'xshovdir. Bir necha so'zni yozish va o'ngacha sanashni eplay olishadi, xolos. Ularda jismoniy zaiflik ham kuzatiladi.

Idiotiya – tafakkurning o'ta og'ir darajada buzilishi bo'lib, chuqur ruhiy o'zgarishlardan tashqari, jismoniy nuqsonlar ham kuzatiladi. Nutq ham buzilgan bo'ladi. Bemor o'zini idora qila olmaydi va doimo birovning yordamiga muhtoj bo'ladi.

Demensiya – tafakkur buzilishining orttirilgan turi. Uning asosiy sabablari ateroskleroz, Alsxaymer kasalligi, og'ir ensefalopatiyalar, xuruj bilan kechuvchi xafaqon kasalligi, lakunar insultlar. Bu bemorlarning fikrlash doirasi o'ta tor bo'ladi, axloqi, xotirasi, o'z holatiga tanqidiy qarashi keskin buziladi. Yaqinlari bilan ham qiziqmay qo'yishadi. Demensiyaning yengilroq turida xotira qisman bo'lsada, saqlanib qoladi, axloq doirasi, hissiy kechinmalari va tafakkur operatsiyalari o'zgarmaydi.

5.3. Tafakkurni tekshirish usullari

1.«Ortiqchasini chiqarib tashlash» usuli

Sinaluvchiga har xil narsalar, o'simliklar va hayvonlarning nomlari yozilgan qator ko'rsatiladi. Nomlar qatori shunday tuzilishi kerakki, sinaluvchi ularning ichidan ma'no bo'yicha to'g'ri kelmaydigan nomlarni chiqarib tashlashi kerak.

Ko'rsatma. Quyidagi so'zlarni o'qib chiqing. Ma'no va mazmun jihatdan ushbu qatorga to'g'ri kelmaydigan bitta so'z (nom)ni chiqarib tashlang. Siz chiqarib tashlagan so'z (nom) nima uchun ushbu qatorga to'g'ri kelmasligini tushuntirib bering.

1. *O'rdak, baliq, tovuq, kurka, xo'roz.*
2. *Karam, sabzi, turp, olma, sholg'om.*
3. *Kitob, daftar, kursi, bloknot, qog'oz.*
4. *Televizor, radio, kompyuter, telefon, batareya.*
5. *Arra, bolg'a, mix, bolta, beshik, tesha.*
6. *Oltin, kumush, mis, aluminiy, temir.*
7. *Parij, London, Bern, Rim, Tokio, Kopengagen.*
8. *Avstriya, Germaniya, Fransiya, Italiya, Norvegiya, Oslo.*
9. *Qo'y, it, echki, ot, tovuq, xo'roz, bo'ri.*
10. *Qahva, choy, vino, sut, sharbat, bo'tqa.*

Bu usul fikrlash qobiliyatini tekshirishning eng oddiy usuli bo'lib, so'zlar o'rniga rasmlarni ko'rsatib ham o'tkazish mumkin.

2. «Tanlab ko'rsatish» usuli

Bu sinamani o'tkazish uchun sinaluvchiga turli narsa (obyekt)lar nomi yozilgan yoki rasmi aks ettirilgan qator ko'rsatiladi. Sinaluvchi ularni diqqat bilan kuzatib, turli xususiyatlari bo'yicha ketma-ket joylashtirib chiqishi kerak.

Ko'rsatma:

1. Uchish tezligi bo'yicha ketma-ket joylashtirib chiqing: *raketa, o'q, vertolyot, samolyot.*

2. Yorug'lik darajasi bo'yicha ketma-ket joylashtirib chiqing: *projektor, fonar, oy, quyosh, lampa, sham.*

3. Sekin yurishi bo'yicha ketma-ket joylashtirib chiqing: *quyon, toshbaqa, tipratikan, timsoh, qoplon.*

4. Dumining uzunligi bo'yicha ketma-ket joylashtirib chiqing: *tuya, quyon, olmaxon, tipratikan.*

5. Issiqlik darajasi bo'yicha joylashtirib chiqing: *mayka, palto, ko'ylak, kostyum.*

6. Uzunligi bo'yicha joylashtirib chiqing: *Toshkent teleminorasi, Eyfel minorasi, Rio-de Janeyrodagi teleminora, Ostankino teleminorasi.*

7. Ushbu viloyatlarni yer maydonining kattaligi bo'yicha joylashtirib chiqing: *Navoiy, Qashqadaryo, Xorazm, Farg'ona, Toshkent.*

8. Qaysi alloma oldin tug'ilgan? Tartib bo'yicha joylashtirib chiqing. *Navoiy, Ibn Sino, Gippokrat, Galen, Aristotel, Platon, Bobur.*

9. Qaysi metall issiqlikni tez o'tkazadi? Tartib bo'yicha joylashtirib chiqing: *Mis, aluminiy, oltin, temir, kumush.*

3. Fikrlash faolligini aniqlash usuli

Buning uchun talabalarga turli topshiriqlar beriladi va vaqt belgilab olinadi. Har bir topshiriq bir daqiqa mobaynida bajarilishi kerak.

1-ko'rsatma: *«Men vaqtni belgilayman. Sizlar 1 daqiqa mobaynida daftarga A harfi bilan boshlanuvchi shahar (davlat, daryolar, ayollar, erkaklar va hokazo)larning otini yozing. Qancha ko'p yozsangiz shuncha yaxshi».* Vaqt o'tgandan keyin daftarlar yig'ishtirib olinadi. Ko'rsatilgan harfga kim ko'p nom yozgan bo'lsa va ularning nomi to'g'ri bo'lsa o'sha talaba (sinaluvchi)ning fikrlash faolligi yaxshi saqlangan hisoblanadi.

2-ko'rsatma. *«Bir daqiqa mobaynida Toshkent shahrida mavjud bo'lgan obyektlarning nomini yozib chiqing. Kim ko'p nom yozsa o'sha g'olib hisoblanadi. Biroq orfografik va stilistik xatolarga yo'l qo'ymang. Qisqartirishlar bo'lmasin».*

Xuddi shu tartibda biz iste'mol qiladigan meva va sabzavotlar, biz biladigan hayvonlar, geometrik shakllarning nomlarini yozib ham fikrlash faolligi (qobiliyati)ni tekshirish mumkin. Bunday topshiriqlar esda saqlash darajasini ham ko'rsatib beradi.

3-ko'rsatma. *«Bir daqiqa mobaynida M, O', V, S harflardan foydalanib jumla tuzing».* Masalan, «Men o'z vatanimni sevaman». Jumlalar ma'no va mazmun jihatdan to'g'ri tuzilgan bo'lishi kerak. Topshiriq bajarilgandan so'ng to'g'ri tuzilgan jumlalar soni hisoblab chiqiladi.

4-ko'rsatma. O'qituvchi doskaga turli geometrik shakllar chizib chiqadi: aylana, kvadrat, uzun chiziqlar, spiral, to'lqinli chiziq, doira va biror bir narsaning tasvirini yaratsa bo'ladigan turli geometrik shakllar.

Ushbu shakllar doskaga chizib bo'lingandan so'ng o'qituvchi talabalarga ko'rsatma beradi. Ko'rsatma. *«Hurmatli talabalar! Sizlar bir daqiqa mobaynida ushbu geometrik shakllardan iloji boricha ko'proq tugallangan rasmlar yaratishingiz kerak. Faqat doskada ko'rsatilgan shakllardan foydalaning».* Topshiriq bajarib bo'lingandan so'ng to'g'ri tuzilgan rasmlar sanab chiqiladi.

Bu topshiriq diqqat va xotira o'tkirligi, fikrlash qobiliyatini tekshirish uchun qo'llaniladi.

Barcha topshiriqlar bajarib chiqilgandan so'ng to'g'ri bajarilgan topshiriqlar soni hisoblab chiqiladi. Shu yo'l bilan nafaqat talabalarning fikrlash qobiliyati, balki ularning bilimini baholashda ham foydalanish mumkin. Ayniqsa OSKI o'tkazishda.

4. Analogiya yaratish usuli

Sinaluvchiga har xil so'zlar yozilgan material ko'rsatiladi. Sinaluvchi ularning ro'parasiga ma'no va mazmun jihatdan mos keluvchi so'zlarni yozib chiqishi kerak. So'zlarning kam yoki ko'pligiga qarab vaqt belgilanadi (1, 3, 5 daqiqa). Masalan, o'n – *son*, kuchuk – *hayvon*, archa – *daraxt*, qish – *sovuq*, so'z – *gap*, jigar – *a'zo*, psixologiya – *fan*, dushanba – *hafta kuni*, telefon – *aloqa vositasi*, Toshkent – *poytaxt* yoki Toshkent – *shahar* va hokazo. Bu sinamani og'zaki tarzda o'tkazish ham mumkin.

5. Maqollar va aforizmlarning ma'nosini tushuntirib berish

Sinaluvchiga turli maqollar va aforizmlar aytiladi. Sinaluvchi ularning ma'nosini tushuntirib berishi kerak. Bu yerda vaqt belgilanishi shart emas.

Masalan, «Temirni qiziganda bos»; «Shamol bo'lmasa daraxtning uchi qimirlamaydi», «Ko'rpangga qarab oyoq uzat», «Baliq boshidan sasiydi», «Daraxtni chopsa, uning shoxlari uchadi», «Hamma yaltiragan narsa ham oltin bo'lavermaydi», «Chumchuqdan qo'rqqan tariq ekmaydi», «Nima eksang, shuni o'rasan», «Yolg'iz otning changi chiqmas, changi chiqsa ham dong'i chiqmas», «Bo'ridan qo'rqqan o'rmonga bormas», «Yetti marta o'lchab, bir marta kes», «Tilim mening, dushmanim mening», «Bukrini go'r to'g'irlaydi», «Bir bolaga

yetti mahalla ota-ona», «Jo'jani kuzda sanashadi», «Kiyimga qarab kutib olishadi, aqliga qarab kuzatib qo'yishadi», «Tomdan tarasha tushgandek», «Er-xotinning urishi, doka ro'molning qurishi» va hokazo.

6. Intellekt darajasini tekshirish uchun Veksler testi (shkalasi)

Veksler testi (shkalasi) intellekt darajasini tekshirish uchun eng ko'p qo'llaniladigan test hisoblanadi. 1939-yili Devid Veksler tomonidan ishlab chiqilgan. Ushbu test turli yoshdagilarning intellekt darajasini, aniqrog'i aqliy rivojlanish darajasini aniqlash va baholash uchun qo'llaniladi.

D. Veksler umumiy intellekt darajasini aniqlash uchun verbal va noverbal test savollarini tuzib chiqqan. Veksler testi (shkalasi) 11 ta alohida subtestdan iborat bo'lib, ularni 2 ga ajratgan: 6 ta verbal va 5 ta noverbal subtestlar. Har bir test 10 tadan 30 tagacha birin-ketin murakkablashib boradigan savollar va topshiriqlardan iborat. Verbal testlar umumiy savodxonlikka oid savol va topshiriqlardan tarkib topgan bo'lsa, noverbal testlar turli shakllarning yetishmayotgan detallarini topish, murakkab figuralar yaratish, ularning ketma-ketligini aniqlash kabi ko'rsatmalardan iborat.

Bajarilgan har bir subtestga ball qo'yib boriladi va ularning hammasi umumlashtirilib intellekt darajasini (IQ) ko'rsatuvchi yagona ball aniqlanadi.

Veksler bo'yicha IQ-ko'rsatkichlari:

– *Juda yuqori – 130 ball;*
– *Yuqori – 120–129 ball;*
– *Yaxshi – 110–119 ball;*
– *O'rtacha – 90–109 ball;*
– *Past – 80–89 ball;*
– *Yomon – 70–79 ball;*

Mutaxassislar fikricha, yer shari aholisining 2,2 % juda yuqori, 6,7 % yuqori, 16,1 % yaxshi, 50 % o'rtacha, 16,1 % past, 6,7 % yomon intellektga ega bo'lsa, aholining 2,2 % aqliy defekt bilan tug'ilgan. Biroq bu tadqiqot ishi barcha davlatlarni o'z ichiga qamrab olmagan.

Fikrlash qobiliyati va intellekt darajasini tekshirish uchun juda ko'p testlar mavjud, ularni maxsus adabiyotlardan topish mumkin.

Test o'tkazishda ehtiyot bo'lish va ularni ketma-ket qo'llayverish kerak emas. Chunki bu sinaluvchining diqqatini charchatib qo'yadi va uning fikrlash qobiliyati haqida noto'g'ri xulosa chiqarib qo'yishga olib keladi. Demak, test o'tkazuvchi maxsus tayyorgarlikdan o'tgan bo'lishi kerak.

Nazorat uchun savollar

1. *Tafakkur deganda nimani tushunasiz?*
2. *Tafakkur rivojlanishiga boshqa ruhiy jarayonlar qanday ta'sir ko'rsatadi?*
3. *Tafakkur buzilishining turlariga ta'rif bering.*
4. *Tafakkur buzilishi qanday kasalliklarda kuzatiladi?*
5. *Tafakkurni tekshirish usullari qanday?*
6. *Veksler testi bo'yicha intellekt darajangizni tekshirib ko'ring.*

Mening g'am-g'ussalarimni barchaga taqsimlashganda edi, yer yuzining birorta joyida baxtiyor odamni uchratmagan bo'lar edingiz.
Avraam Linkoln

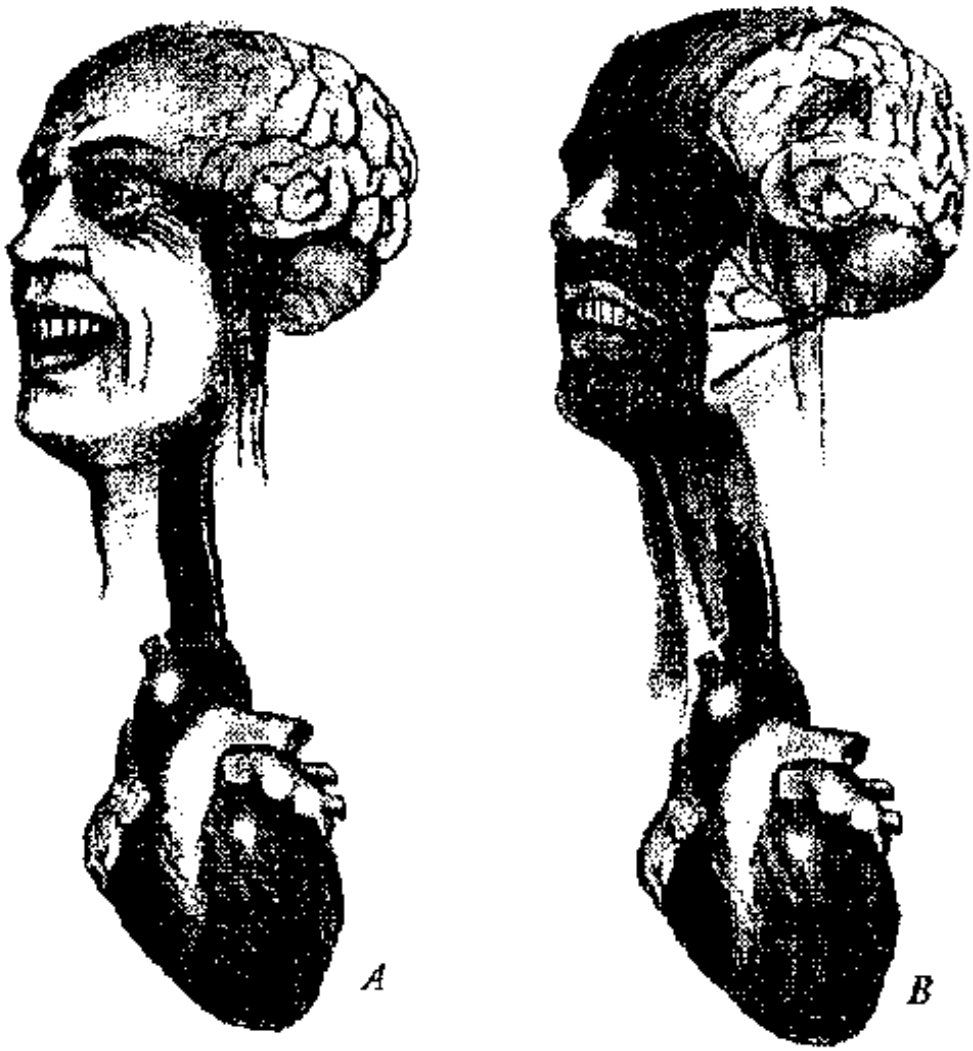
6.1. Umumiy ta'rif

Hissiyot deb bizni o'rab turgan borliqdagi barcha mavjudotlar, *narsa va hodisalarga nisbatan* munosabatlar natijasida paydo bo'ladigan tuyg'ularga aytiladi. His-tuyg'ularsiz birorta ruhiy jarayon kechmaydi. Har qanday his-tuyg'u nafaqat odamning, balki hayvon (ayniqsa, maymun) larning ham yuzida aks etib turadi (20-rasm).

20-rasm. **Hissiyot (yig'i, kulgi, rohatlanish)ning odam va maymun yuzida ifodalanishi.**

Insonning tashqi qiyofasidagi o'zgarishlardan uning hissiy kechinmalarini bilib olish mumkin. Hissiy qo'zg'alishlar yurakda ham aks etadi. Shuning uchun ham qadimgi faylasuflar miyaning ba'zi

funksiyalarini, ayniqsa, hissiyot bilan bog'liqlarini yurak bilan bog'-lashgan (21-rasm).



21-rasm. **Xursandchilik (A) va g'am-g'ussa (B) yuzda va yurakda aks etadi.**

Sezgi va idrokdan tortib, to tafakkurgacha bo'lgan barcha operatsiyalar hissiy o'zgarishlar bilan kechadi. Tibbiyotda his-tuyg'ular muammosiga, ayniqsa, katta e'tibor beriladi. Bemor bilan vrach, vrach bilan hamshira, hamshira bilan bemor orasidagi munosabatlarga bag'ishlab juda ko'p asarlar yozilgan.

Bu asarlarda his-tuyg'ular muammosiga katta e'tibor qaratilgan.

XX asrda psixologiya va tibbiyotda hissiyotni o'rganish keng ko'lamda olib borildi. Bunda 3 asosiy yo'nalish tanlab olindi:

1) *psixogen kasalliklar mexanizmlarini o'rganish;*

2) *distress haqidagi ta'limot;*

3) *odamga psixoterapevtik ta'sir etish usullarini keng ko'lamda tatbiq etish.*

Bularning hammasi u yoki bu darajada odamning hissiyot sohasini o'rganishga katta hissa qo'shdi. Aql-idrokka moslab tuzilgan psixoterapevtik usullar (kognitiv psixoterapiya) bemorning his-tuyg'ularini e'tiborga olib davom ettirilmasa, muvaffaqiyatsiz bo'lib chiqishi mumkin.

Jeyms-Lange nazariyasi psixoterapiyada keng qo'llaniladi. XX asr boshlarida bu nazariyaga juda ko'p e'tirozlar bo'lgan, lekin so'nggi paytlarda unga qiziqish ortib, bu ta'limotga yaqin turadigan hissiyot haqida yangi nazariyalar paydo bo'ldi va bu ko'p jihatdan individual psixologiyaning rivojlanishi bilan ham bog'liq.

His-tuyg'u bizning tevarak-atrofga nisbatan bo'lgan munosabatimizni aks ettiradi, dedik. Albatta, biz sodir bo'layotgan voqealarni faqat idrok etmasdan, balki unga muayyan tarzda o'z munosabatimizni ham bildiramiz. Odamning turli xil va ko'p qirrali his-tuyg'ulari ma'lum darajada ijobiy va salbiy xillarga ajratiladi. Masalan, ishq-muhabbatdagi ijobiy hissiyotga rashkning salbiy his-tuyg'usi qo'shilib qolishi mumkin.

His-tuyg'u kishining fe'l-atvorida qudratli kuch hisoblanadi. His-tuyg'u odam faoliyatining turli jihatlari bo'lmish — mehnat, ilm-fan va san'atga rag'batlantiruvchi kuch ham hisoblanadi. Lekin shuni nazarda tutish kerakki, hissiyot odam faoliyatini faqatgina uyg'unlashtirmasdan, balki *uni izdan* chiqarib qo'yishi ham mumkin. Masalan, muhabbat odamni qahramonlik va qat'iylikka undaydi, qunt bilan ishlashga da'vat etadi. Lekin muhabbat uning hayot tarzini barbod etishi, ko'zda tutgan ishlarini izdan chiqarishi ham mumkin. Psixopatologiyada kuchli his-tuyg'ular hisoblangan qo'rquv, hayajon, tushkunlik, rashk odatiy ruhiy faoliyatni izdan chiqaradi (masalan, patologik affektlar).

Patologik affekt kuchli ifodalangan bo'lib, bunda odam nima qilayotganini bilmay qoladi va o'z ustidan ongli nazoratni yo'qotadi. Bunga misol qilib, mashhur psixiatr N.V.Kantorovich quyidagi voqeani yozib qoldirgan:

N. ismli bemor ayol, 22 yoshda, qishloq maktabida o'qituvchi bo'lib ishlagan. Turmushga chiqqan. Turmush o'rtog'ini yaxshi ko'rsada, u bilan yomon yashagan, uni doimo rashk qilgan va buning

oqibatida uyda doimo janjal bo'lib turgan. Turmush o'rtog'i yengil tabiatli va qo'rs odam bo'lib, boshqa ayollar bilan ishqiy munosabatda bo'lgan. Oxirgi eng katta janjal paytida N. turmush o'rtog'iga homilador ekanligini aytadi. Turmush o'rtog'i bunga javoban, o'z qilmishlariga pushaymon bo'lganligini aytib, endi hech qachon janjal ko'tariladigan ish qilmaslikka so'z beradi. N. unga ishonadi, ammo ertasigayoq, N. bo'sh yotgan bir uy yonidan o'ta turib (voqea qishloqda yuz bergan), tanish ovozlarni eshitib qoladi. Uyga kirsa, ne ko'z bilan ko'rsinki, o'zining eng yaqin dugonasi turmush o'rtog'ining quchog'ida yotibdi. Oraga bir zum sukunat cho'kadi. «Oshiq-ma'shuqlar» N.ga uning ayollik sha'niga tegadigan haqorat so'zlarni ayta boshlashadi. N. *jahli chiqib ketib, o'zini yo'qotib* qo'yadi va shu yerda yotgan o'roqni olib, dugonasining boshiga 2—3 *marta qattiq tushiradi.* Olingan qattiq jarohatdan dugonasining joni uziladi, turmush o'rtog'i qochib ketadi. N. esa qo'lida o'roqni *ushlagan holda ayollar kir yuvib o'tirgan katta ariq yoqasiga boradi* va qon tekkan kiyimini chaya boshlaydi. Undan: «Senga nima bo'ldi, *tinchlikmi?»* deb so'ragan ayollarga javob bermay, *nuqul* salom beravergan va kulavergan. Ishini bitirib, uyiga qaytgach, yotib qattiq uxlab qolgan.

Tez orada qamalgan. Qotillik qilganini rad etmagan, lekin nimalar qilganini unutib yuborganini qayta-qayta gapiravergan. Sud-psixiatriya ekspertizasi N. voqea ro'y bergan paytda kuchli patologik affekt holatida bo'lgani va buning oqibatida o'zini boshqara olmay qolganini e'tiborga olib, xulosa chiqargan.

His-tuyg'ular hayvonlarda ham bo'ladi, lekin yuqori darajadagisi faqat insonlar uchun xosdir. Odamzod his-tuyg'ulari turli-tuman bo'lib, ularga quyidagilar kiradi: **quvonch, g'azab, g'am-g'ussa, vahima** va shuningdek, organizmda kuchli vegetativ o'zgarishlar bilan kechadigan — **ochlik, chanqash, og'riq** va **jinsiy his-tuyg'ular**. Ular ayni paytda organizmdagi biologik jarayonlar bilan chambarchas bog'langan bo'ladi.

Har bir jamiyatning ham o'ziga xos his-tuyg'ulari bo'ladi. Muayyan jamiyatda va muayyan davrda go'zal deb hisoblangan his-tuyg'u boshqa bir jamiyat va boshqa zamonda xunuk deb qabul qilinishi mumkin. Lekin go'zallikning qandaydir doimiy mezonlari ham mavjud bo'ladi. Masalan, quyosh (oftob) ning chiqishi yoki

tog'dagi qishki tabiat manzarasi yoshi, jinsi, millatiga qaramay, barchaga barobar estetik zavq-shavq bag'ishlayveradi.

His-tuyg'ular orasida ham katta tafovutlar mavjud. Odamlarda hissiy qo'zg'aluvchanlik darajasi va ularning chuqurligi, jadalligi har xil bo'ladi. Ba'zilarning yurish-turishida his-tuyg'ular ustun kelsa, boshqalarnikida esa aql-idrok ko'proq namoyon bo'ladi. Gohida esa ular barobar ifodalanadi.

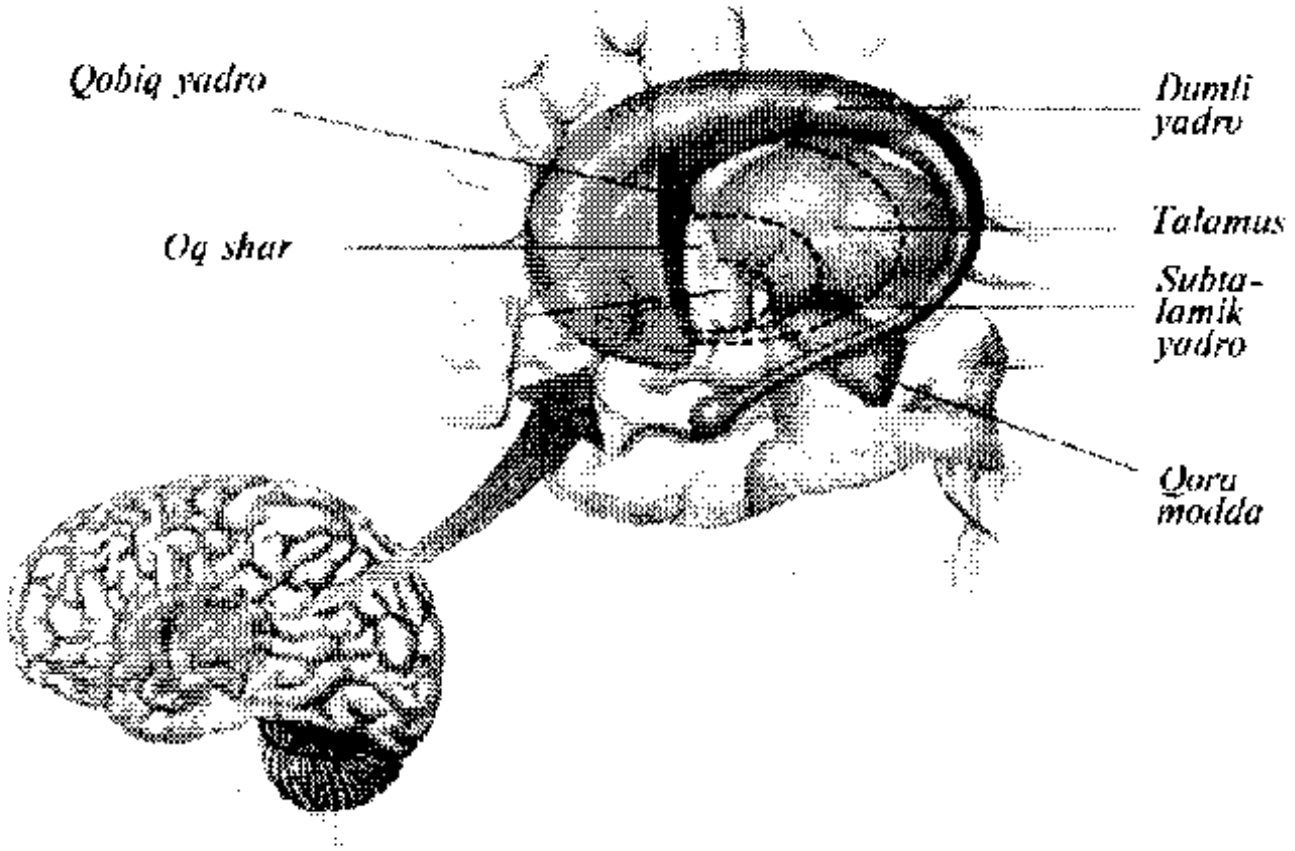
His-tuyg'ular ichida **kayfiyat** deb ataluvchi umumiy his-tuyg'u ham mavjud. Tan sog'ligi yoki xastaligi haqida darak beruvchi ko'p sonli interoreseptiv impulslar yig'indisi kayfiyatga ta'sir ko'rsatadi. Odam kayfiyatiga qarab tetik, dadil, jizzaki, ma'yus bo'ladi. Jizzakilik va ma'yuslik biror xastalik boshlanganining ilk alomati bo'lishi ham mumkin.

6.2. Hissiyotning fiziologik mexanizmlari

So'nggi yillarda fanda hissiyotning fiziologik mexanizmlari xususida talaygina ma'lumotlar to'plangan. Hissiy faoliyatda bosh miya po'stlog'i, miya osti tuzilmalari, vegetativ asab tizimi, shuningdek, gormonlar va mediatorlar ishtirok etadi. Hissiy faoliyatda faol ishtirok etuvchi tuzilmalar 22-rasmda keltirilgan. Odamning aksariyat his-tuyg'ulari so'z ta'siri bilan bog'langan. Ma'lumki, odam qo'rqib ketganida yoki g'azablanganida qonda adrenalin miqdori oshib ketadi. Yuzaga kelgan giperadrenalinemiya natijasida jigar va mushaklarda glikogen jadallik bilan parchalanadi. Bunda qonda qand miqdori ham oshadi va organizmni yonilg'i materiali bilan ta'minlaydi. Hissiy qo'zg'alishlarda gipofiz va qalqonsimon bezning inkretor faoliyati ham oshadi.

His-tuyg'ular, ayniqsa, yurak-qon tomir sistemasi va arterial qon bosimiga keskin ta'sir ko'rsatadi. Bu holat turli darajadagi vegetativ o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. Hissiy o'zgarishlar teri galvanik reaksiyasi (TGR) ni o'zgartiradi. Bu bag'oyat sezgir reaksiya shundan iboratki, hatto yengil hissiy ta'sirlar sezgir galvanometr bilan o'lchanadigan terining elektr potensiali o'zgarishlariga sabab bo'ladi.

TGRda hissiy qo'zg'alishdan galvanometr strelkasining o'zgarishigacha bo'lgan masofa ter bezlari faoliyatining o'zgarishi orqali o'tadi, bezlarni esa simpatik asab tizimi faollashtiradi.



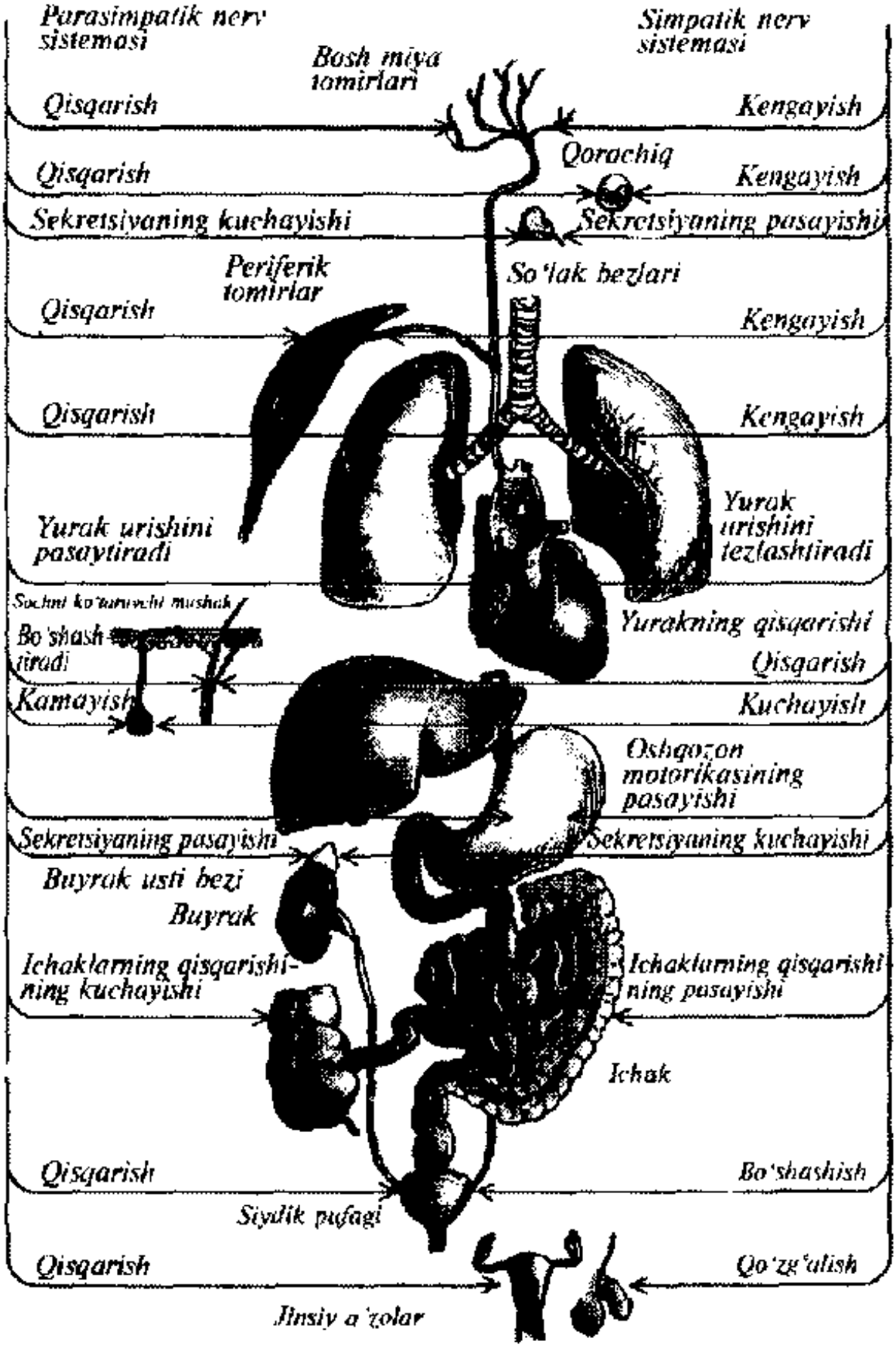
22-rasm. **Hissiy faoliyatni ta'minlab beruvchi asosiy tuzilmalar.**

Vegetativ asab tizimi faoliyati funksional jihatdan ma'lum darajada bir-biriga qarama-qarshi bo'lgan ikkita sistema — **simpatik** va **parasimpatik sistemalardan** iborat.

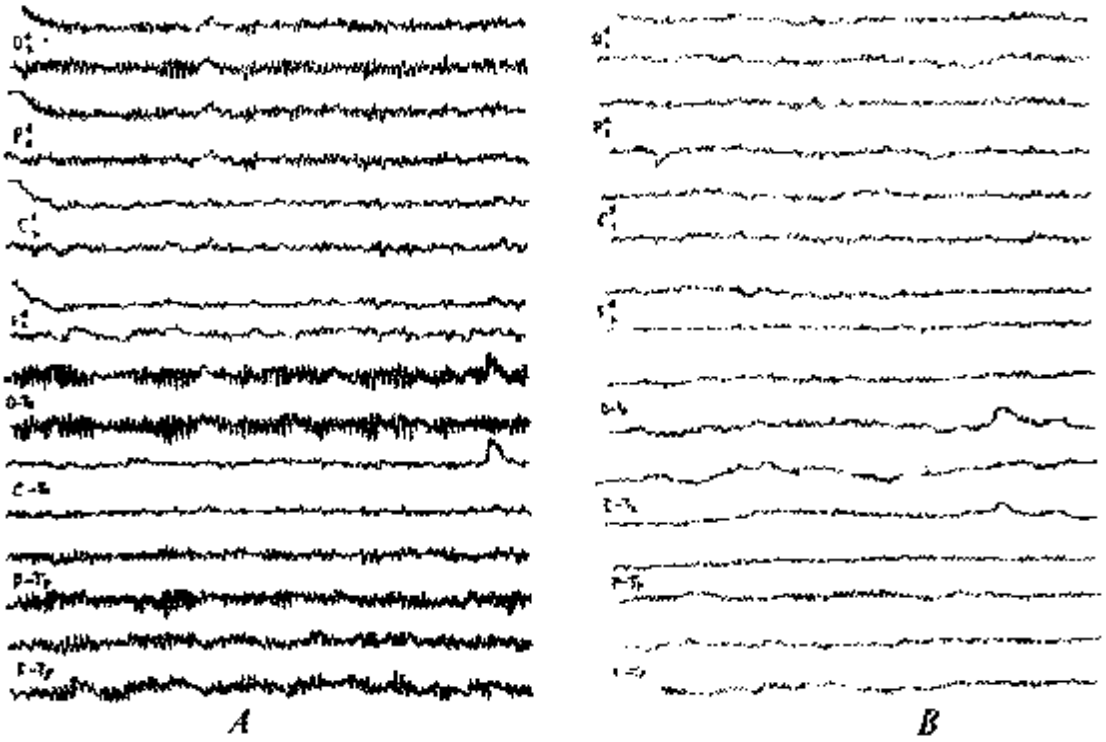
Simpatik sistemaning faoliyati kuchayganda qonda adrenalin va noradrenalin miqdori ortsa, parasimpatik sistema faoliyatining kuchayishi qonga ko'proq xolinergik moddalar ajralib chiqishini faollashtiradi. 23-rasmda bu ikkala sistemaning organizmdagi barcha a'zolarga ta'sir qilish mexanizmlari ko'rsatilgan.

Shuningdek, hissiy qo'zg'alishlarda bosh miyaning bioelektrik faolligi ham o'zgaradi.

Elektroensefalografiyada α to'lqinlar faolligi pasayib, β va boshqa o'tkir to'lqinlar faolligi oshadi, bilateral-sinxron tebranishlar paydo bo'ladi. Ma'lumki, alfa to'lqinlar miyaning tinch faoliyatini aks ettirsa, β to'lqinlar esa xavotirli va doimiy his-hayajonda yuradigan kishilar uchun xosdir (24-*A*, *B* rasm).



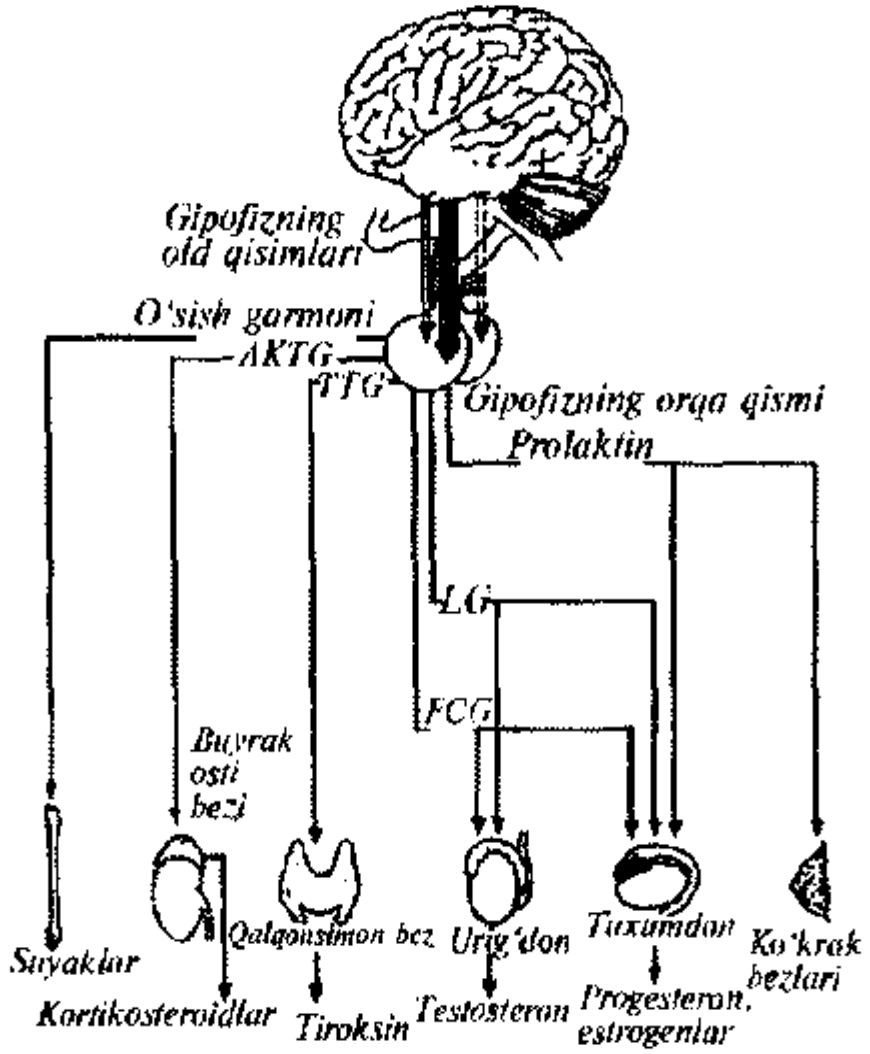
23-rasm. **Simpatik va parasimpatik nerv sistemalarining organizmdagi barcha a'zo hamda sistemalarga ta'siri.**



24-rasm. **A – asabi tinch odamning elektroensefalogrammasi. EEGda bir maromli α- to'lqinlar ko'zga tashlanadi; B – asabiylashgan odamning elektroensefalogrammasi. Unda α- to'lqinlar yo'q, miyaning barcha nuqtalari bo'ylab yuqori chastotali, past amplitudali β- to'lqinlar ro'yxatga olingan (Z.R. Ibodullayev kuzatuvi, 2004)**

His-tuyg'ular faoliyatini boshqarishda gipotalamus va limbiko-retikular kompleksning bevosita ishtiroki katta. Gipotalamus bir qator yadro tuzilmalaridan iborat bo'lib, u organizmda ko'p sonli neyrogumoral jarayonlarni hamda vegetativ asab tizimining simpatik va parasimpatik bo'limlari faoliyatini boshqarishda muhim o'rin tutadi (25-rasm). Gipotalamus funksiyasi gipofizning sekretor faoliyati bilan uzviy bog'langan. V.Kennon gipotalamik sohani ta'sirlantirib, hayvonlarda affektiv holatlarni yuzaga chiqargan. Ularda ko'z qorachiqlari kengaygan, taxikardiya, aritmiya, arterial bosimning oshuvi va ko'p miqdorda so'lak ajralishi kabi holatlar namoyon bo'lgan.

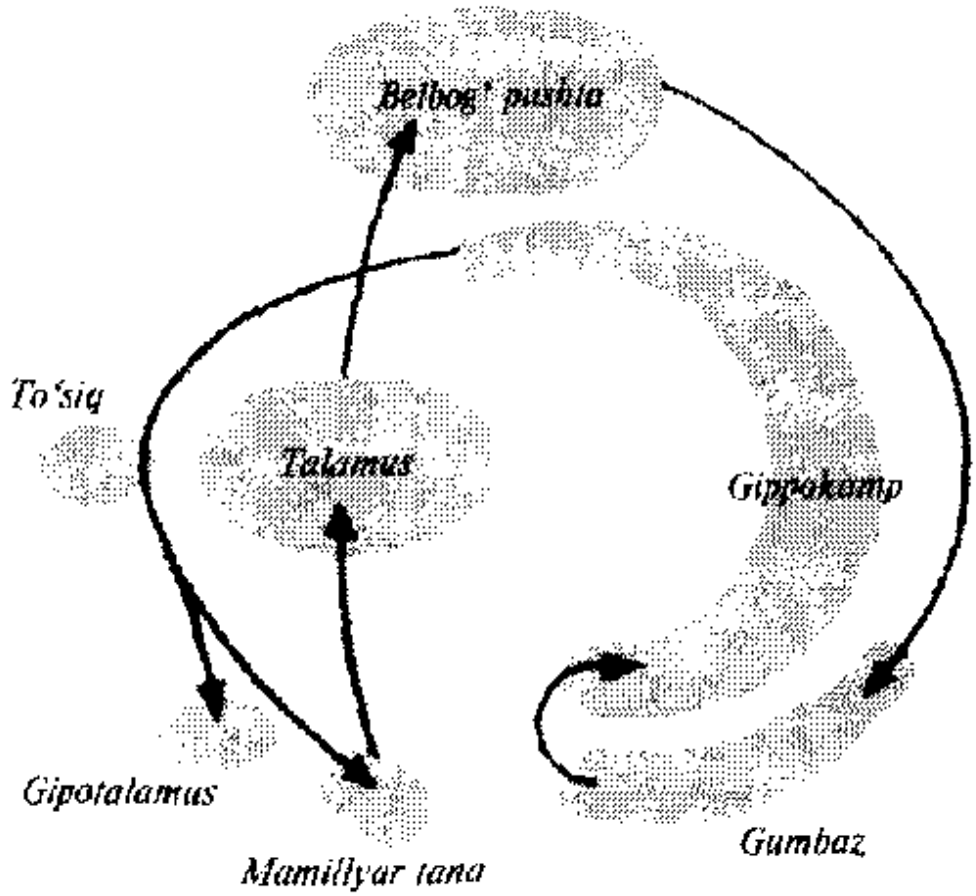
Olimlar dekortikatsiya qilingan mushuklarning fe'l-atvorini o'rganib, ularda beo'xshov g'azablanish va qo'rquv alomatlarini kuzatishgan. Ular buni gipotalamusning po'stloq nazoratidan chiqib ketishi natijasi, deb izohlashgan. Maymunlarda gipotalamusning bir qismini parchalab, shu sohani elektr toki bilan ta'sirlantirganda, hech qanday hissiy o'zgarishlar kuzatilmagan. Holbuki, operatsiyagacha gipotalamus sohasiga ta'sir o'tkazilganda, qo'rquv va g'azablanish reaksiyalari



25-rasm. **Gipotalamus maxsus mediatorlar orqali organizmdagi barcha a'zo va to'qimalarning faoliyatini boshqarib turadi.**

yuzaga kelgan. Olimlarning tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, gipotalamusni elektr toki bilan ta'sirlantirilganda qo'rquv va g'azablanish reaksiyalari chin hissiy holatlardan anchagina farq qiladi, ularni soxta affektiv reaksiyalar deb atashgan. Ko'pchilik olimlar gipotalamusni hissiyotlar ifodalanishi yo'lidagi bir necha bekatlarning biri deb hisoblaydilar. 26-rasmda «Papes aylanasi»ga kiruvchi tuzilmalar bo'ylab «hissiy oqimlar» yo'nalishi tasvirlangan.

1953-yilda Olds o'z tajribalariga asoslanib, kalamushning bosh miyasida «qoniqish» markazini kashf etdi. U qafas ichida kalamushlar uchun dastak o'rnatdi. Kalamush dastakni bossa, uning tanasidan elektr toki o'tib, qoniqish hissini bergan. Demak, o'zida qoniqish hissini uyg'otish kalamushning o'ziga bog'liq bo'lgan. Imkoniyat berilganda, kalamush qoniqish hissiga to'yish uchun dastakni toliqib



26-rasm. **U. Papes (1937) bosh miyaning ushbu tuzilmalarini hissiy reaksiyalarni boshqarishda asosiy ahamiyatga ega ekanligini isbotlagan. Strelkalar bilan «hissiy oqimlar» yo'nalishi ko'rsatilgan.**

yiqilguncha bosib turavergan. U hatto qafasga qo'yilgan ovqatga ham qaramagan, ovqatdan ko'ra dastakni bosib, o'zini qoniqtirishni xush ko'rgan.

Keyingi tadqiqotlar miyaning ma'lum sohalarini qo'zg'atib, g'azab va qo'rquv hissi uyg'otish mumkinligini tasdiqlab berdi va dalillar bilan to'ldirdi. «Jazolash markazi» ga ta'sir o'tkazilganda olingan his-tuyg'ular nihoyatda kuchli bo'lishi aniqlandi.

Masalan, tajriba o'tkaziladigan maymunlar ayni paytda aftini bujmaytirib, qichqirib yuboradi, hayqiradi, tishlab olmoqchi va qochmoqchi bo'ladi. Ular titrab, yunglari tik turadi, ko'z qorachiqlari kengayadi. Bunday tajribalar uzoq vaqt davom ettirilgan paytlarda maymun toliqib kasallangan va nobud bo'lgan. O'ta toliqqan ushbu maymunlarda «kayf qilish», ya'ni «qoniqish» markazlarida joylashgan elektrodlar ta'sirlantirilganda esa ularning ahvoli yaxshilanib borgan.

«Jazolash» va «qoniqish» markazlarining kashf etilishi va ularning vegetativ jarayonlarga bevosita aloqador bo'lishi ba'zi bir psixosomatik sindromlarning rivojlanish mexanizmlarini bir qadar yaxshiroq tushunishga imkon berdi.

Ma'lumki, peptik yaralar paydo bo'lishida salbiy his-tuyg'ular roli kattadir. «Jazolash» va «qoniqish» markazlari bir-biriga yaqin joylashganligi sababli ularning birida yuzaga kelgan qo'zg'alish ikkinchisiga uzatiladi va salbiy his-tuyg'ularning nima sababdan peptik yara paydo qilishi birmuncha ayon bo'lib qoladi.

Odamlarda bu tajribalar qanday natija bergan? Neyroxirurgik operatsiyalar mobaynida odam miyasining chuqur joylashgan tuzilmalarini elektrodlar orqali ta'sirlantirib, ularda ham salbiy his-hayajonlar chaqiradigan markazlarni aniqlashga erishildi.

Bu tadqiqotlar XX asrning 60-yillarida o'tkazila boshlandi. Bosh miyaning tekshirish uchun mo'ljallangan tuzilmalariga oltindan tayyorlangan elektrodlar kiritiladi, ular diagnostik va davolash choratadbirlarini amalga oshirish uchun muayyan vaqtga qadar ana shu yerda qoldiriladi.

Keyinchalik elektrodlar chiqarib olinadi. Turli xil po'stloq osti tuzilmalari (talamus, oq shar, dumli yadro, gippokamp)ga bir yo'la bir necha elektrodlar kiritilib, qaysi neyronlar guruhi odamda qanday his-tuyg'u chaqirishi o'rganilgan. Ma'lum bo'lishicha, ko'pchilik nuqtalar ularga elektr toki bilan ta'sir ettirilganda, hissiy jihatdan betaraf bo'lgan va atigi o'n foizi turli xil hissiy alomatlar, ya'ni zavqlantirish, libido uyg'otish va shuningdek, aksincha qo'rquv, vahima alomatlarini yuzaga keltirgan.

His-tuyg'ularning fiziologik mexanizmlari to'g'risidagi bilimni yakunlar ekanmiz, shuni ta'kidlab o'tish kerakki, hissiyot har xil funksional sistemalarning o'zaro murakkab ta'sir ko'rsatishining integrativ mahsuli hisoblanadi. Ular ijtimoiy omillar, tarbiya, muhit, hayot tajribasi, odamning salomatlik darajasi va osoyishtaligiga bog'liq bo'ladi.

Stress

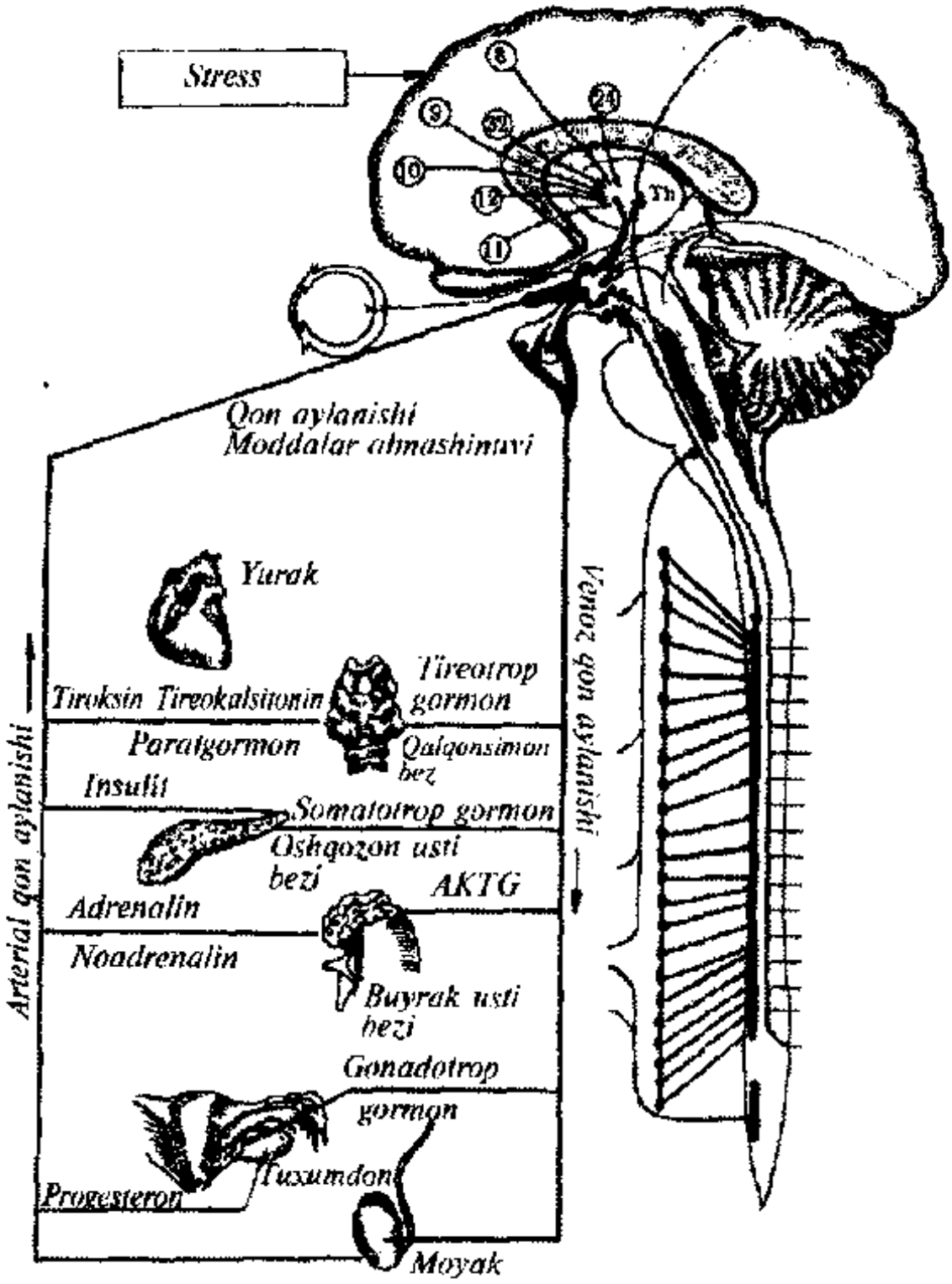
Endi hissiyotga bevosita bog'liq bo'lgan stress haqida fikr yuritamiz. **«Stress»** so'zi odatdagi turmushda va tibbiy atamashunoslikda ancha keng tarqalgandir. Turmushda «stress» deganda ruhiy zo'riqish

va hayajonlanish tushuniladi. Qattiq siqilsak: «Kecha men stressga uchradim!» deb xitob qilamiz. Bu so'zni turmushda qo'llash shunga olib keldiki, XX asr oxiri madaniyatida «stress» so'zi qo'llanilganda odamlar faqat salbiy ruhiy zo'riqishni tushunadigan bo'lib qolishdi. Aslida «stress» so'zini faqat salbiy ma'noda tushunish noto'g'ridir. «Stress» atamasini 1936-yili fanga kanadalik fiziolog olim G. Sele kiritgan.

Stress nima? **Stress** – organizmning stressorga nisbatan javob reaksiyasidir. Bu holatda spesifik va nospetsifik reaksiyalar kuzatiladi. Inson stressiz yashay olmaydi, ***hayot bor joyda stress bor, uning bo'lmasligi o'lim deganidir*** (G.Sele, 1956). Stress aslida «hayot» tushunchasiga hamohangdir. G. Sele bu muammoni ochiq-oydin yoritib berdi. Stress inson uchun xavf tug'dirmaydi. Distress xavflidir, chunki u ancha vaqt kuchli zo'riqish natijasidir. Stress ijobiy va salbiy xillarga ajratiladi, lekin fiziologik nuqtayi nazardan olganda, organizmning katta shodlik va qayg'uga javob reaksiyasi bir xil bo'ladi. «Stress kasalliklari» degan tushuncha noto'g'ridir, «distress kasalliklari» deyilsa, to'g'riroq hisoblanadi», degan edi G. Sele.

G.Sele stressni 3 asosiy bosqichga ajratgan va uni quyidagicha ta'riflagan: *birinchi bosqich* – **xavotirlanish** *bosqichi. Bu bosqichda* qon bosimi va tana harorati pasayadi, kapillarlarning qon bilan to'lishi va alkaloz kuzatiladi, oshqozon-ichak sistemasida funksional o'zgarishlar paydo bo'ladi, qonda qand miqdori kamayadi; ikkinchi bosqich – **qarshilik ko'rsatish** bosqichi. Bu bosqichda alkaloz asidoz bilan, gipoglikemiya giperglikemiya bilan, arterial gipotoniya gipertoniya bilan almashadi, tana harorati ko'tariladi va buyrak usti bezi qobig'i shishadi, kortikosteroidlar ko'plab ajralib chiqadi; uchinchi bosqich – **toliqish** bosqichi. Bu bosqichda yurak mushaklarida distrofik o'zgarishlar kuzatiladi, oshqozon-ichak sistemasida yarachalar paydo bo'ladi, ularga nuqtasimon qon quyiladi. Demak, stress organizmning umumiy moslashuv sindromidir. Unda kuzatiladigan nospesifik alomatlarni G.Selegacha ham tadqiq qilishgan, lekin organizmda kechadigan patofiziologik o'zgarishlar bilan stress orasida bog'liqlik alomatini ko'rishmagan. 27-rasmda stressning ichki a'zolar faoliyati va ichki sekretsiya bezlari bilan munosabati ko'rsatilgan.

Stress *qanday qilib distressga o'tadi, haddan tashqari umumiy* moslashuv sindromi qanday qilib yuzaga keladi? Bu muammolar hozirgi kunda olimlar tomonidan yana o'rganib kelinmoqda. G.Sele



27-rasm. **Stressning asab tizimi va ichki a'zolarga ta'siri. Doirachalar ichidagi raqamlar bilan Brodman maydonlari ko'rsatilgan.**

ta'biri bilan aytganda, odamni yoshligidan «paxtaga o'rab-chirmash», ya'ni uni muammolardan avaylab-asrash umumiy moslashuv sindromining pasayishiga olib keladi. Bunda stress distressga o'tishi mumkin.

6.3. Hissiyot patologiyasi

Hissiyot patologiyasi ruhiyatning har xil buzilishlari orasida, ayniqsa, muhim ahamiyat kasb etadi. Hozirgi davrda psixologlar XXI asrni depressiya asri deb bong urishmoqda. Xo'sh, depressiya o'zi nima?

Depressiya bugungi kun va kelajakka ishonchsizlik bilan qarash, doimo past kayfiyatda bo'lish, horg'inlik, biror faoliyatga intilmaslik hamda fikrlashning sustlashuvidir.

Albatta, fikrlashning sustlashuvi og'ir depressiv holatlar uchun xosdir. Ko'rib turganingizdek, depressiya insondagi barcha ijobiy faoliyatni yo'qqa chiqaradi yoki susaytirib yuboradi. Bunda bemorlar atrofdagilarga befarq, kamgap, ma'yus bo'lib qoladilar, ko'pincha ko'z yoshi qiladilar. Ularga hamma narsa qayg'uli bo'lib tuyuladi. Ular olamga go'yo qora ko'zoynak taqqan holda qaraydilar. Depressiya haqida XIII bobda batafsil to'xtalamiz.

Og'ir kechuvchi kasalliklarda bemorlar uzoq vaqt davom etadigan tushkunlikka tushib, ovqat yeyishdan bosh tortishadi, o'z joniga (ayniqsa, o'smirlar orasida) qasd qilishga urinadilar. Ba'zan buning uchun arzimagan sabab turtki bo'ladi. Masalan, ota-onasi uning xohlagan kiyim-kechagini sotib olib bermasa, diskotekaga ruxsat bermasa yoki sevgan kishisi bilan uchrashgani qo'ymasa va hokazo.

Umuman olganda, o'smirni qattiq nazoratga olish og'ir oqibatlarga olib kelishi mumkin. Ota-ona, ayniqsa, 14—17 yoshdagi farzandlariga ehtiyotkorlik bilan muomala qilishi, nazoratni tergovga aylantirib yubormasligi kerak. Buni Rossiyada o'smirlar orasida bo'lib o'tgan bir-ikkita o'z joniga qasd qilishlarning sababi misolida ko'rib o'tamiz. Barcha yoshlarning sevimli estrada qo'shiqchilari Viktor Soy va Igor Sorin hayotdan ko'z yumganlaridan so'ng Rossiya yoshlari orasida joniga qasd qilish hollari kuzatilgan. Ular, ayniqsa, 15—17 yoshli o'smirlar edi. Igor Sorin o'zi yashaydigan uyning 6-qavatidan sakrab o'ladi.

Biroz vaqt o'tgach, 15 yoshga hali to'lmagan qiz dugonasi bilan birga 9-qavatning tomiga chiqib, yerga sakrashadi va jon berishadi. Ularning yon daftarlarida shunday misralar bitilgan edi: «Igor! Bizga sensiz hayotning ne keragi bor? Biz ham sening ortingdan, bag'ringga, yulduzlarga ravona bo'lamiz! Bizni kechiringlar!»

Nima uchun o'z joniga qasd qilishadi? O'z joniga qasd qilishni shartli ravishda 3 turga ajratish mumkin: **haqiqiy, yashirin** va **tantanavor. Haqiqiy** suiqasd hech qachon to'satdan bo'lmaydi. Unga doimo yomon kayfiyat, depressiya hamroh bo'ladi. Bunday shaxslar tez-tez hayotning mantig'iga murojaat qilib turishadi. O'smirlar suiqasdning bu turiga javobsiz sevgi yoki yorining bevafoligidan murojaat qilishsa, qariyalar farzandlaridan keskin xafa bo'lgan paytlarida o'limning ushbu turini tanlashadi. Odam o'zining muammolariga boshqalarning e'tiborini qaratmoqchi bo'lsa, o'z joniga qasd qilishning yashirin turini tanlaydi. **Yashirin** suiqasd to'satdan amalga oshiriladi. Buni hech kim bilmay qoladi. Suiqasdning bu turi turli yoshda uchrashi mumkin. **Tantanavor** tarzda hayotdan ko'z yumuvchilar o'smirlar orasida ko'p uchraydi. Bunga misol, yuqorida keltirganimizdek, sevimli qo'shiqchisi olamdan o'tgach, o'z joniga qasd qilgan qizlardir.

Kayfiyatning turli xil buzilishlaridan bo'lmish eyforiya va disforiya ham keng tarqalgan simptomlardir. **Eyforiya** — bu asossiz ko'tarinki kayfiyat bo'lib, patologik belgi hisoblanadi. Eyforiya aniqlangan odamlarga atrofdagi barcha narsalar quvonchli, jozibali bo'lib ko'rinadi. Ular o'zlarini dunyoda eng baxtiyor kishidek his qilishadi (bunga hech qanday asos bo'lmasa-da). **Disforiya** esa ortiqcha jizzakilik, o'z-o'zidan va atrofdagilardan xafa bo'lish, arzimagan narsaga asabiylashaverish bilan ifodalanadi. Bunga badqovoqlik, yoqtirmaslik va badjahllik qo'shilishi ham mumkin. Disforiya epilepsiyada ko'p uchraydi.

Ba'zi bir ruhiy xastaliklarda **hissiy ambivalentlik** kuzatiladi: bemorlarda bir vaqtning o'zida bir-biriga qarama-qarshi, aql bovar qilmaydigan tuyg'ular paydo bo'ladi. Onasini juda sevgan o'smir bola unga ko'p mehribonlik va g'amxo'rlik qila turib, begonalar oldida qattiq haqorat qilishi yoki aybini aytib, ustidan xaxolab kulishi mumkin. Shuni e'tiborga olish kerakki, ambivalentlikning ayrim xususiyatlari soppa-sog' odamlarda ham uchrab turadi. Chunonchi, bemor durust kayfiyatda bo'la turib, arzimagan narsadan jirkanadi. Ba'zan his-tuyg'ularning nomunosib ko'rinishlari ham uchrab turadi. Masalan, shizofreniyaga chalingan bir bemor yerda yotgan papiros qoldig'ini ko'rib qolib, yig'lab yuborgan va shunday degan: «Bechoraginam, yolg'izginam, bir o'zing yotibsan-a, hech kim senga qaramaydi ham, hech kim senga achinmaydi ham, yur ketdik».

Affekt — bu to'satdan paydo bo'ladigan, qisqa muddat davom etuvchi hissiy portlashdir. ***Fiziologik*** va ***patologik*** affektlar farq qilinadi. Masalan, farzandidan judo bo'lib, chinqirib yig'lagan, sochini yulgan onaizorda fiziologik affekt alomatlarini ko'ramiz. Fiziologik affekt paytida odam o'z ahvolini anglab turadi yoki qisman nazoratni yo'qotadi.

Patologik affekt paytida odam o'zini boshqara olmay qoladi va bemalol birovning (o'zining ham) joniga qasd qilib qo'yadi. Qahr-g'azab, rashk, ajablanish va xursandchilik affektlari farq qilinadi. Patologik affektda ongning torayishi sababli qisman yoki to'la amneziya ham kuzatiladi. Shuning uchun ham affekt paytida odam nima qilganini eslay olmaydi (bunga misol keltirib o'tdik). Patologik affekt maniakal — depressiv sindrom va epilepsiyada yaqqol namoyon bo'ladi.

Apatiya — hissiy befarqlik holati bo'lib, barcha narsa va hodisalarga bemor o'ta e'tiborsizlik bilan qaraydi. Ba'zan ularda butunlay harakatsizlik kuzatiladi, ya'ni o'tirgan joylaridan sira qo'zg'almaydilar. Apatiyaning bu turi shizofreniyada, keksalarda va bosh miya o'smalarining ba'zi turlarida yaqqol ko'zga tashlanadi.

Maniakal holat — o'z-o'zini va imkoniyatlarini ortiqcha baholashga aloqador bo'lgan holat. Bemorlar askiya qilishga moyil bo'ladi. Ular bo'lar-bo'lmasga hazil-huzul qilishadi, mazax qilib birovning ustidan kulishadi, ashula aytish va raqsga tushishni yaxshi ko'rishadi, faol harakat qilishga intilishadi, ammo bu harakatlar tartibsiz bo'ladi. Maniakal kayfiyat, ayniqsa, qator xastaliklar orasida maniakal-depressiv psixozda yaqqol kuzatiladi.

Nazorat uchun savollar

1. *Hissiyot nima?*
2. *Hayvonlar bilan hissiyotni o'rganish borasida qanday tajribalar o'tkazilgan?*
3. *Hissiyotning fiziologik mexanizmlarini so'zlab bering.*
4. *Stress va distress nima? Ular bir-biridan qanday farq qiladi?*
5. *Stressning qanday bosqichlari bor?*
6. *Depressiya nima?*
7. *Eyforiya va disforiya nima?*
8. *Affekt nima, uning qanday turlari mavjud?*
9. *Apatiya va maniakal holat haqida nimalarni bilasiz?*

VII bob. ONG VA ONGSIZLIK

Agar Freyd bo'lmaganda edi, uni o'ylab topish kerak bo'lardi.
K.Xorni

7.1. Umumiy tushuncha

Ong muammosi psixologiyada eng murakkab masalalardan biri sanaladi. **Ong** – obyektiv borliqni aks ettirishning oliy shakli, unga o'zini va atrof-muhitni anglash kiritiladi. Ong – odam miyasining funksiyasi bo'lib, uning yordamida obyektiv borliq subyektiv aks etadi. Ong o'z tabiatiga ko'ra nihoyatda ko'p qirrali, rang-barang, uning turli-tuman xossalari mavjud.

Shu bois u taraqqiyotning oliy darajasida yuzaga kelib, faqat insondagina bo'ladi. Hayvonlarda ong bo'lmaydi.

Odamda ong asta-sekin rivojlana boradi. Yangi tug'ilgan bolada ong bo'lmaydi, lekin u ruhan va jismonan ulg'aygan sari rivojlanib boradi va takomillashadi. Ongga yuqori darajali izchillik xosdir. U doim jadalligi, chuqurligi va kengligi bilan boshqa bilish jarayonlaridan farq qiladi. Odam hayotining turli davrlarida – o'smirlik, o'rta yosh, qarilik chog'ida ong turli ko'rinishda bo'lsa-da, u bir butundir.

Yuqorida aytib o'tganimizdek, bilimsiz ong bo'lmaydi, lekin ong va bilimni bir xil jarayon deb bo'lmaydi. Bilimlar har doim xotirada to'plansa-da, lekin hammavaqt ham ongda aks etavermaydi. Faqat bilimlarimizning ayrimlari ushbu paytda ong maydonida bo'lib, biz ularni fahmlaymiz.

Bu yerda quyidagi qiyosni keltiramiz: insonda xotira izlari, ya'ni, o'tgan hayot izlari miya hujayralarida saqlanar ekan, ularni ko'p sonli elektr chiroqlariga o'xshatish mumkin.Ularning bir qismi yoqilganda tegishli obyektlar va kechinmalar ong nuri bilan yoritiladi. Ma'lumki, bilimlar yaxshi va puxta bo'lganda ham ong buzilishi mumkin. Xotira, fikrlash kabi odamning boshqa fazilatlariga baho berishda ongning ravshanligiga ishonch hosil qilish kerak. Aks holda, bemorda aslida bo'lmagan kasallik haqida noto'g'ri taxmin paydo bo'lishi mumkin.

Shunday ekan, ongga o'zini-o'zi anglash, «men» ongi kiradi. «Men» degan ong, odatda, bizdan yo'qolmaydi va ancha yaqqol ifodalangan bo'ladi.

Ong bizning ruhiy jarayonlarimiz va hayotiy vaziyatlar dinamikasini o'zida aks ettiradi. Hozir siz — muallim, atrofdagilaringiz — o'quvchilar, bugun siz — vrach, ertaga — bemor, bugun siz — mehmon, ertaga — mezbon va hokazo. Bir oz vaqt o'tgach, xuddi shu jamoada o'rin almashishi mumkin. Vaziyatni to'g'ri baholay olish va shunga muvofiq o'zini tuta bilish — normal ong ta'rifiga mansub bo'ladi. Ruhiy kasalliklarda esa vaziyatni anglash izdan chiqadi.

Ko'pincha, bemor kasalxonaga tushib qolib, rasmiy jihatdan u qayerda ekanligini to'g'ri ayta oladi, ya'ni unda joyga nisbatan oriyentatsiya buzilmagan bo'ladi. Lekin shu bilan bir qatorda, vaziyatga noloyiq tarzda quvnoq bo'ladi, hazil-huzul qiladi, hatto xursandchilikka sabab bo'lmasa ham qo'shiq aytadi. Bu holat vaziyatni to'g'ri baholay olmaslikka kiradi.

Ongda doimo turgan joyimiz va vaqt aks etib turadi. Es-hushi joyida bo'lgan odam hamma vaqt qayerdaligini anglaydi, soat nechaligini, hech bo'lmaganda, taxminan ayta oladi. O'zining qayerdaligini bilishning qo'pol buzilishlarida bemor hatto taxminan qayerdaligini va qancha vaqtdan buyon shu yerda ekanligini aytib berolmaydi. Atrofdagi narsalar va odamlarni tanish o'z makonini bilishda muhim ahamiyatga ega. Taniy olishda mazkur hissiyotni o'tmish izlariga solishtirish va o'xshatish kerak bo'ladi. Umuman taniy olmaslik mumkin. Goho taniy bilishda adashish kuzatiladi: bemor ayol vrachni o'z otasi deb o'ylaydi. O'zining qayerdaligini to'g'ri anglash, ko'pincha, vasvasali va gallyusinator kechinmalarga aloqador bo'ladi.

O'z tanasini his qilish ham ong funksiyasiga kiradi. Odam tanasi faqat tashqi olam (ko'ruv, eshituv, hid bilish) dan emas, balki o'zining ichki a'zolaridan ham reseptorlar orqali ma'lumot olib turadi, lekin ular ongda aks etmaydi. Tashqi olamdan axborot olish va o'zini-o'zi anglash doimo ongda aks etib turadi. Ana shu jarayonlar natijasida odam his-tuyg'u, sezgi, xohish, ehtiyojlarini atrofdagi vaziyat bilan taqqoslaydi. Bu ongning eng muhim funksiyasidir.

Psixofiziologlar ongga bosh miya po'stlog'ining funksiyasi deb ta'rif berishadi. Ularning fikricha, bosh miya po'stlog'i va birinchi galda ikkinchi signal sistemasi ong uchun, uning rivojlanishi hamda

saqlanib qolishi uchun hal qiluvchi o'rin tutadi. Miya ustuni retikular formatsiyasi ham ong jarayonida muhim o'rin tutadi. Retikular formatsiya ongga ta'sir o'tkazadi, uyqu va tetiklikni idora etadi. Ikkinchi signal sistemasi ongga xos bo'lgan o'z-o'ziga hisobot berishni ta'minlasa, ong faoliyat ko'rsatishi uchun zarur bo'lgan po'stloqning tetiklik holati retikular formatsiyaning faoliyati bilan uzluksiz bog'langandir.

7.2. Ong patologiyasi

Somnolensiya (uyqu bosishi) – sog'lom odamlarda ham kuzatiladi. Masalan, kechasi bilan kasalxonada navbatda turib, ertasi kuni ham ishlaganda, vaqtida uxlab dam olmagan holatlarda, uzoq yo'lga mashina haydab chiqqanda va hokazo. Somnolensiya bedorlik va uyqu orasidagi chegaradosh holatdir. Turli xil kasalliklarda somnolent holat ancha vaqt davom etishi (soatlab yoki bir necha kun) mumkin. Bemor uyquchan bo'lib qoladi. Uning mudroq ongida haqiqiy idrok etish va tushsimon kechinmalari chalkashib ketadi. Unda goho u yoki bu kechinmalar ustunlik qiladi. Bemor diqqatini biror narsaga qisqa vaqt jalb etsa, atrofidagi narsalarga diqqatini to'plab qarasa, nimanidir anglashi mumkin, lekin bu narsalar xotirasida turmaydi. Bunday holat, ayniqsa, giyohvandlarda, spirtli ichimliklar va uyqu dorisini ko'p iste'mol qilganda kuzatiladi.

Obnubilatsiya («nubes» – bulut degani) ham somnolent ongga o'xshab ketadi. Bu ongning yengil buzilishidir. Bulut osmonni xira qilgani kabi ba'zi kasalliklarda ong xiralashuvi ham kuzatiladi. Ong bir necha daqiqa xiralashadi, xolos. Bunda tevarak-atrofni anglash, atrofdagi odamlarni tanish va xotiraning buzilishi kuzatilmaydi.

Ongning birdan yuz beradigan qisqa muddatli buzilishiga, ya'ni hushdan ketishga ***sinkope*** deb ataladi. Bu holat qattiq qo'rqqanda, o'ta hayajonli xabarlarni eshitganda, arterial qon bosim birdan pasayib ketganda kuzatiladi. Sinkopening sabablari turli-tuman bo'lib, bunda hushdan ketish qisqa muddat davom etadi.

Sopor – ongning ancha chuqurroq buzilishi. Soporning uch darajasi farq qilinadi:

1) **yengil sopor** – bunda bemor yengil uyqu holatida bo'ladi, savollarga javob berishi susayadi, uyqu kelayotganligidan noliydi, sekin va cho'zib gapiradi;

2) **o'rta darajadagi sopor** — bunda uyquchanlik va karaxtlik biroz kuchayadi, ko'z qorachig'ining yorug'likka ta'siri pasayadi, o'z holicha gapirmaydi, oddiy savollarga kechikib bo'lsa ham javob berishga intiladi, bemor ko'zini yumib yotaveradi;

3) **chuqur sopor** — savollarga javob bermaydi, ko'z qorachig'ining yorug'likka reaksiyasi yanada susayadi, ahvoli qattiq uxlab yotgan odamni eslatadi.

Koma — ongning batamom buzilishi bo'lib, bemor tashqi dunyodan butunlay uzilib qoladi. Bunday paytlarda bemor hech qanday tashqi ta'sir (og'riq, harorat) ga javob bermaydi. Ko'z qorachig'ining yorug'likka javob reaksiyasi yo'qolgan bo'ladi, konyunktival va korneal hamda pay reflekslari chaqirilmaydi. Mushaklar tonusi yo'qoladi. Koma bir necha kundan bir necha oygacha davom etishi mumkin.

Es-hushning kirdi-chiqdi bo'lib qolishi ongning ancha ko'p uchrab turadigan buzilishlariga kiradi. Es-hushning kirdi-chiqdi bo'lishi ong torayishiga taalluqli, bunda tashqi taassurotlar ongga to'la yetib kelmaydi. Bunday bemorlar o'z o'y-xayollariga cho'mib ketib, atrofdagi voqelikdan ajralib qolgandek bo'ladi. Bemorlar shifoxonada yotganlarini bila turib, o'zini xuddi uydagidek yoki ishxonadagidek tutishadi, haqiqatga to'g'ri kelmaydigan antiqa harakatlar qilishadi. Umuman, bunday bemorlar ongi ichki patologik kechinmalar bilan mashg'ul bo'ladi. Ularda birdan paydo bo'ladigan g'azab, qochish hissi, hamshira yoki doktorga hujum qilish kabi patologik holatlar kuzatilib turadi. Es-hushning kirdi-chiqdi bo'lishi bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi mumkin.

Ambulator avtomatizmlar holati. Bu holat ham xulq-atvorning buzilishi bilan kechadi. Bemorlar xuddi uyqusirab yurgan odamni eslatadi. **Somnambuliya yoki lunatizm va trans** holatlari ambulator avtomatizmlarga misol bo'la oladi.

Somnambulizm (uyquda yurish yoki lunatizm), ayniqsa, bolalarda ko'p uchraydi. Somnambulizmda qisman yoki chala uyg'onishni kuzatish mumkin. Odamning harakat sistemasi go'yo uyqudan uyg'onadi, es-hushi esa paydo bo'lgandek bo'ladi, aslida ular uyqusida o'rnidan turib yurganini eslab qolmaydilar. Somnambulizmda bemor o'rnidan turib yura boshlaydi, xonadan chiqib ketishi ham mumkin, berilgan savollar va murojaatlarga javob qaytarmaydi yoki uyg'onib

ketadi. Ongning bu buzilishlari lunatizm deyilsa-da, oyga aloqador emas.

Deliriy — ong buzilishining ko'p uchraydigan turi bo'lib, bunda bemor o'z shaxsini anglay olsa-da, vaqt va atrof-muhitga bo'lgan idroki buziladi. Deliriy turli endogen va ekzogen zaharlanishlarda, bolalarda esa tana harorati oshgan paytlarda ko'p kuzatiladi. Ko'ruv va eshituv gallusinatsiyalarining mo'l-ko'l bo'lishi deliriy uchun juda xosdir. Bemorlar ruhiy qo'zg'algan holatda o'zlarini ta'qib etuvchi bunday tasavvurlardan himoya qiladilar. Ularga hamla qilayotgan hayvonlarni go'yoki ushlab oladilar, «dushmanlar» ovozi eshitiladigan eshikni yopib qo'yadilar va hokazo.

Bemorning ongi tashqi ta'sirlarga uzviy bog'langan bo'ladi. Gallusinatsiyalar kamayganda, ong vaqtincha tiklanadi, ko'payganda yana buziladi. Ongning bunday o'zgarishi deliriyga xos xususiyat hisoblanadi. Lekin es-hush vaqtincha tiklangan paytlarda ham uzuq-yuluq va chala fikrlash, yuzaki idrok etish hamda mo'ljal olish, narsa va hodisalarga tanqidiy ko'z bilan qarashning keskin buzilishini qayd qilish mumkin. Deliriy, odatda, bir necha kun davom etadi.

Oneyroid uyqusimon, tushga o'xshash holat bilan kechadigan ong buzilishi bo'lib gallusinatsiyalarning ko'p kuzatilishi bilan tavsiflanadi. Bunda bemorlarga koinotda murakkab sarguzashtlarni boshlaridan o'tkazgandek, harbiy harakatlarda ishtirok etishgandek tuyuladi. Ularning kechinmalari fantastik tusda bo'ladi. Deliriylardan farqli o'laroq, oneyroidlarda bemorlar kamroq qo'zg'aluvchan, ko'pincha bo'shashgan holatda bo'ladilar. Es-hush uncha buzilmagan bo'lib, ularda kechinmalar kamroq kuzatiladi, delirioz holatlardagi kabi uzuq-yuluq bo'lmaydi.

Amentiv holat ham ong buzilishi turlariga kiradi. Amensiyada es-hushning chalkashligi turli darajada bo'ladi. Bemor o'zini yo'qotib qo'yishi va atrofdagi odamlarni to'la tushunmasligi amensiyaning asosiy belgisi hisoblanadi. Es-hush chalkashganligi sababli bemor joy, vaqt va vaziyatda adashib, atrofdagilarni tanimaslik darajasigacha yetadi. Amensiyada anglashning buzilishi haqiqiy bo'lib, bemorlar ayrim narsalarni idrok etadilar, lekin ularni tahlil qila olmaydilar. Masalan, oq libos kiygan ayol bemorning tomirini ushlab, u bilan qisqa suhbat quradi, ammo biroz vaqtdan so'ng bemor vrach bilan hozirgina nima haqda gaplashganini aytib bera olmaydi.

Amentiv holatda, ko'pincha, o'zini-o'zi anglashdan ko'ra tevarak-atrofni idrok etish izdan chiqadi. Bemorlar bu xastalikda atrofda nimalar sodir bo'layotganligini tushunmay o'zini yo'qotib qo'yib, xavotirlanib yoki qo'rqib qoladilar. Amensiya – eng uzoq davom etadigan es-hush buzilishlariga mansub bo'lib, u bir necha hafta va oylarga cho'zilib ketishi mumkin. O'tkir infeksiyalardan keyingi psixozlarda ham amentiv holatlar kuzatiladi.

Es-hush buzilishlariga yuqorida biz ko'rib chiqqan shaxsiyatni idrok etishning buzilishi, ya'ni **depersonalizatsiya** ham kiradi. Bemorga o'z tanasining qismlari, masalan, boshi kattalashib, qo'llari uzayayot-gandek, ba'zan esa qo'llari o'ziniki emas, birovnikidek, tanasi ikki qismga bo'linib, bir-biridan alohida harakat qilayotgandek tuyuladi. Depersonalizatsiya shizofreniya kasalligi va bosh miya o'ng yarim sharining organik zararlanishlarida kuzatiladi.

7.3. Ongsizlik

Z.Freyd yaratgan psixoanaliz to'g'risidagi nazariya inson ruhini bir muz tog'iga qiyoslaydiki, go'yo uning ustki, ya'ni oltidan bir qismi ong bo'lsa, suv ostida ko'rinmay yotgan oltidan besh qismi ***ong ostidagi jarayonlardir, ya'ni ongsizlikdir*** (28-rasm).

Psixoanaliz fani o'z oldiga ongdan yashirinib yotgan chuqur psixologik jarayonlarning sir-asrorini ochishni maqsad qilib qo'yadi va shu yo'l bilan nevrozni keltirib chiqaruvchi omillarni o'rganadi. Z.Freyd «yashirinib» yotgan psixologik jarayonlarni ongsiz jarayonlar deb atadi. Rus psixologlari bu holatni turli atamalar bilan ta'riflashadi: «безсознательное» (ongsizlik), «подсознательное» (ongostlilik), «подсознание» (ong osti). Ba'zi o'zbek psixologlari «ongostlilik» yoki «botiniy ong» degan atamani ma'qul ko'rishadi. Shunday qilib, hanuzgacha fanda katta shov-shuvlarga sabab bo'lib kelayotgan va mohiyati to'laligicha o'rganilmagan ushbu noaniq psixologik jarayon-larning atamasi ham noaniq bo'lib qolmoqda. Ularning ma'nosini o'zgartirmagan holda biz «ongsizlik» atamasini ma'qul topdik.

Ongsizlik bu shunday holatki, bunda odam ixtiyorsiz tarzda, o'zi bilmasdan yoki anglamasdan turli xatti-harakatlarni amalga oshiradi. Bu xatti-harakatlar o'z-o'zidan kundalik hayotda, uyquda, ya'ni tush ko'rayotganda yoki gipnotik holatlarda kuzatilib turadi.

28-rasm. **Psixoanalitiklar fikricha inson ruhiyatining modeli. Ular ong va ongsizlikni muz tog'iga qiyoslashadi. Muz tog'ining suvdan chiqib ko'rinib turgan oltidan bir qismi ong bo'lsa, suvning tagida ko'rinmay yotgan oltidan besh qismi ongsiz jarayonlardir.**

Ongsizlik, tabiiyki, ongga bog'liq bo'lmagan holat. Z.Freydning ta'biri bilan aytganda, ongdan siqib chiqarilgan odamning tabiiy instinktlari ong ostidan joy topadi. Ongsizlik tug'ma xususiyat bo'lib, insonning barcha xatti-harakatini belgilab beradi.

Ongsizlikni Z.Freydning psixoanaliz haqidagi ta'limoti o'rganadi. Psixoanaliz ta'limotining yaratilishiga, asosan, bolalar psixologiyasi, nevrozlar klinikasi va psixoterapiya usullari turtki bo'lgan. Psixoanaliz o'rganadigan asosiy yo'nalishlardan biri shaxsning jinsiy rivojlanishidir. Z.Freyd nevrozlarning kelib chiqishini o'zi yaratgan psixoseksual nazariyaga asoslanib tushuntirib berdi.

Z.Freyd o'z kuzatuvlariga asoslanib, odam shaxsi va ruhiyatining yangi bir modelini yaratdi. Unga asosan, bir-biriga uzviy bog'liq bo'lgan 3 psixologik tuzilma mavjud. Bular ***id***, ***ego*** va ***super-ego***. **«Id»** – bu instinktlar. U ongdan xolis. **«Ego»** – bu Men. Uning ongi bor. **«Super-ego»**, ya'ni Super-men – bu odamni o'rab turgan muhit, jamiyat. U odamning xulq-atvorini «yuqoridan» nazorat qilib turadi. Bu tushunchalarning har biriga ta'rif berib chiqamiz.

Id yoki instinktlar. Z. Freydning fikricha, evolutsiyaning dastlabki bosqichida o'z-o'zini saqlash, ya'ni ovqat izlash instinkti odamning xulq-atvorini belgilab bergan, shu bilan parallel holda yoki biroz

so'ng bu funksiyani ko'payish instinkti, ya'ni seksual instinkt bajara boshlagan. Bu instinktlar «id» ning o'zginasidir. «Id» ongda aks etmaydi, u ong ostida joylashgan, to'g'rirog'i, ong ostiga tiqishtirilgan. «Id» qoniqish prinsiplariga asoslanib faoliyat ko'rsatadi. Bu yerda jinsiy qoniqish alohida o'rin tutadi. Z. Freyd jinsiy mayl tushunchasini bag'oyat kengaytirib yuboradi. Ya'ni Z.Freyd ta'limoti bo'yicha jinsiy mayl odamning xatti-harakatini tug'ilganidan buyon boshqarib keladi. Z.Freyd *«Qondirilmagan his-tuyg'u yoki maylning ruhiy quvvati ong ostida to'planib boradi va o'z ifodasini topishga urinadi»*, deb fikr yuritgan. Mayllar ichida u libidoni asosiy o'ringa qo'ygan.

«Id» doimo **«men»** va **«super-men»** bilan murosasiz jang olib boradi, chunki ular **«id»** ni doimo nazorat qilishga intiladi. **«Id»** kuchli energiyaga ega bo'lsa-da, **«men»** uni ong ostidan suzib chiqishiga yo'l qo'ymaydi. Shuning uchun ham **«id»** tajovuzkordir.

«Men» nazoratni to'la qo'lga olgunga qadar instinktlar go'yoki odamning hayot tarzini, ya'ni xulq-atvorini belgilab bergan.

«Men»ning rivojlanishi odamning hayot tarzini o'zgartirib yubordi va uning xulq-atvorini nazorat ostiga oldi. Shunga qaramay, psixoanalitiklar **«id»** ga odamning hayot tarzini belgilab beruvchi asosiy manba sifatida qarashadi.

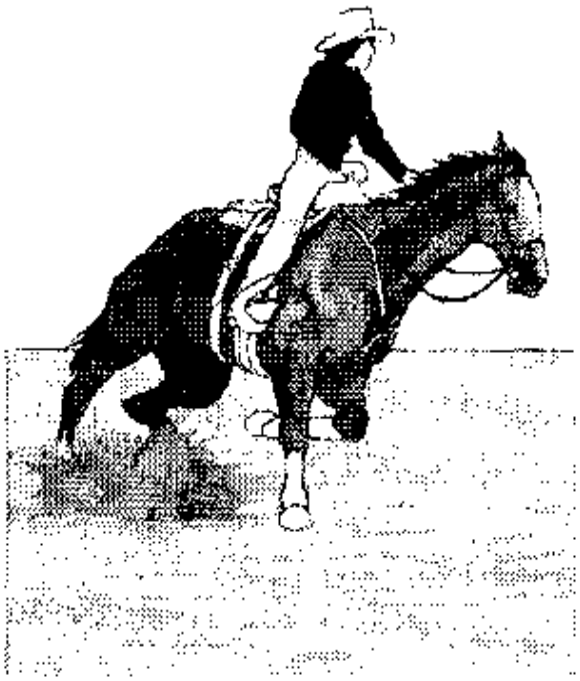
«Id» o'zgarmas, **«men»** esa rivojlanib boradi. Odam boshqa jonzotlardan aql-zakovatning, ya'ni ongning borligi bilan farq qiladi. Demak, ong **«men»** demakdir. Agar odam faqat **«id»** ga bo'ysunib yashaganida edi, uning hayot tarzi hayvonlarnikiga o'xshab qolardi. Vaholanki, odam faoliyati ongli jarayondir va u o'z xatti-harakatlarida ham asosan ongga tayanadi.

Psixoanalitiklar odamni, aniqrog'i uning ruhini tirik hujayraga o'xshatishadi. Bunda hujayraning tashqi pardasi **«men»** bo'lsa, uning ichki tarkibi **«id»** dir. Hujayraning ichida moddalar almashinuvi natijasida katta energiya to'planadi va kuchli energiyaga ega bo'lgan **«id»** tashqariga yorib chiqqisi keladi. Bunga esa hujayraning tashqi pardasi, ya'ni **«men»** yo'l qo'ymaydi. Xo'sh unda **«Super-men»** nima? Ma'lumki, hujayralar to'plami to'qimani, to'qimalar a'zolarni, a'zolar esa organizmni tashkil qiladi. Demak, ***«Super-men»*** barcha ***«men»***larning yig'indisidir. Hujayra organizmda hayot kechirgani kabi organizm ham hujayrasiz yashay olmaydi. Organizm – bu **«super-men»**. **«Super-men»** – bu jamiyat, madaniyat, axloq va dinning talablari. **«Super-**

men» «men» bilan birgalikda seksual xususiyatlarga boy bo'lgan **«id»** ni nazorat qiladi va ular orasidagi ziddiyatlarni kuchaytiradi.

Z.Freydning fikriga ko'ra, nevrozlarning kelib chiqishiga **«Super-men»** va **«men»** sababchi. Psixoanalitiklar nevrozlarni psixoterapevtik yo'l bilan davolashda aynan mana shu nazoratni kamaytirish yoki to'xtatishga va shu yo'l bilan **«id»** ning ongga suzib chiqishiga yordam berishadi. Buning natijasida **«id»** ning tajovuzkorligi pasayib, nevroz belgilari chekinadi.

Z. Freyd **«men»** va **«id»** orasidagi munosabatlarni chavandoz bilan ot orasidagi munosabatlarga qiyoslab ham tushuntirib bergan (29-rasm). Freydgacha A.Shopengauer xuddi shunday qiyoslashni iroda va tafakkur orasidagi munosabatlarni o'rganish uchun ishlatgan edi. Chavandoz otni o'zi boshqarsa-da, faqat uning quvvati hisobiga harakatlanadi. Kerak paytda chavandoz o'zanni qattiq ushlab otni to'xtatishi va o'zi istagan tomonga yo'naltira olishi zarur, aks holda u yiqilib qattiq jarohat oladi yoki halok bo'ladi. Ba'zi vaziyatlarda qachon to'xtash va qaysi tomonga yurish kerakligini chavandoz emas, balki otning o'zi tanlaydi. Masalan, chavandoz uxlab qoladi, charchaydi yoki kasal bo'lib qoladi.



29-rasm. **Psixoanalitiklar «Men», «Super-men» va «Id» orasidagi munosabatlarni qattiq joyda otni boshqarayotgan chavandozga o'xshatishadi; «Men» — bu chavandoz, «Super-men» — atrof-muhit, «Id» — katta kuchga ega ot.**

«Men» (chavandoz) ning ahvoli **«id»** (ot) ning ahvoliga qaraganda biroz murakkabroq. Chunki **«men»** bir tomondan atrof-muhitning, ya'ni tashqi olamning qonun-qoidalariga amal qilishi, ikkinchi tomondan esa kuchli ot (**«id»**) ni boshqarishi kerak. **«Men»** ham tashqi olamning, ya'ni «super-men»ning talablarini, ham **«id»**ning ehtiyojlarini qondirishi uchun doim xavotirda yashaydi. Bu talablarni bajarish uchun **«men»** doim sergak turishi kerak, ular bajarilmasa, aybdorlik hissi aynan uning bo'yniga tushadi. Demak, **«men»** doimo o'zini himoya qilish yo'llarini izlaydi. Z.Freyd nevrozlarning kelib chiqishini ushbu ziddiyatli munosabatlardan izlagan.

Keyinchalik Z. Freyd yaralangan harbiy xizmatchilarda ham nevroz va isteriya holatlarini kuzatadi. Bu kasalliklarni jinsiy mayl bilan izohlab bo'lmasdi, albatta. Endi Z. Freyd ong ostiga qamalgan va qondirilmagan ehtiyojlarni boshqacha yo'l bilan qondirish yo'llarini izladi, ya'ni u seksual faoliyatni boshqa faoliyat bilan almashtirish (sublimasiya) mumkinligini ilgari surdi. Bu faoliyat nima? Unga axloq qonunlariga zid kelmaydigan faoliyatlar (fan, madaniyat, sport, ijod va hokazo) kiradi. Bu nazariyani Z. Freydgacha ham o'rganishgan. Biroq Z. Freyd insoniyat yaratgan madaniy boyliklarni ana shu xil evrilish (sublimatsiya) mahsuli deb bildi.

Umuman olganda, psixoanalitik yo'l bilan davolash nimaga asoslangan? Oddiyroq qilib tushuntirganda, psixoanalitik bilan yolg'iz qolgan mijoz o'zini erkin qo'yib, ko'zlarini yarim yumgan holda yotadi yoki bemalol o'tiradi va xayoliga kelgan barcha fikrlarini *oqizmay-tomizmay* so'zlab beradi. Bu yerda birorta ham sir qolmasligi va bemor uyalmasligi kerak.

Ma'noli so'zlarmi, ma'nosizmi, bemor ularni psixoanalitikka ochib tashlashi kerak. Zarur bo'lsa, bu maqsadga erishish uchun gipnoz ham qo'llaniladi. Ana shundagina, Z. Freyd ta'biri bilan aytganda, *ruhiy poklanish, ya'ni «katarsis» ro'y beradi va tuzalish jarayoni* jadal kechadi.

Z. Freydning fikricha, eng muhimi mazkur assosiatsiyalar ong tomonidan boshqarilmasligi kerak va bemor fikrini erkin ifodalashi zarur. Psixoanalitiklarning ta'kidlashicha, ana shundagina ong ostiga qamalgan xohish-istaklar va ong tomonidan taqiqlangan ziddiyatli muammolar o'z yechimini topadi hamda natijada nevroz chekinadi.

7.4. Freyddan keyingi psixoanaliz

Z.Freyd ta'limotining tarafdorlari ham, tanqidchilari ham ko'p bo'lgan. Uning eng yaqin safdoshlari va shogirdlari bo'lmish Alfred Adler va Karl Gustav Yung uning ta'limotini avvaliga qo'llab-quvvatlashdi, keyinchalik undan qisman voz kechishdi. A.Adler individual psixologiya, K.G.Yung analitik psixologiya to'g'risidagi o'zlarining ta'limotlarini yaratishdi. O'z ta'limotlarida Z.Freydni tanqid qilishsa-da, aslida ular tanlagan yo'nalish psixoanalizning davomi edi.

A. Adler fanga ***«yetishmovchilik hissi»*** degan tushunchani kiritdi. Uning fikricha, bu tuyg'u tabiiy va tug'ma bo'lib, har birimiz uchun xosdir hamda shaxsning rivojlanishida katta ahamiyatga ega. Adlerning fikricha, har bir inson umri mobaynida o'zidagi ushbu yetishmovchilikdan qutulish uchun boshqalar ustidan hukmronlik qilish va ularning faolligini bostirishga intilib yashaydi. Buning uchun u o'zidagi barcha imkoniyatlarni ishga soladi va jamiyatda o'z o'rnini topishga intiladi.

Adler bu jarayonni **kompensatsiya** yoki **superkompensatsiya** deb atadi. Superkompensatsiya yetishmovchilik hissiga bo'lgan tug'ma reaksiyalarning ijtimoiy bir ko'rinishidir. Adlerning fikricha, ana shu tug'ma instinktlar odamni atrofdagilarga nisbatan tajovuzkor qilib qo'yadi. Shu sababli odamda nevroz rivojlanishining oldini olish uchun undagi yetishmovchilik hissini bartaraf etish zarur. Demak, A.Adler ham o'z ta'limotida inson ruhiyatining rivojlanishida instinktiv reaksiyalarga urg'u bergan.

K.G.Yungning ta'limoti biroz boshqacha edi. U ***«jamoa ongsizligi»*** degan tushunchani taklif qildi. Yung individual ongsizlik va jamoa ongsizligi orasida aniq bir chegara chizig'i o'tkazdi. Uning fikricha, jamoa ongsizligi individual ongsizlikdan farqli o'laroq, avloddan-avlodga uzatiladi va «men» jamoa ongsizligi ta'siri ostida rivojlanadi.

Yungning fikricha, individual ongsizlik odamning shaxsiy tajribasida aks etadi. Bu tajribalar, albatta, qachonlardir ongda aks etgan, lekin undan siqib chiqarilishi natijasida unut bo'lib ketgan. Jamoa ongsizligi — bu umuminsoniy tajribalar bo'lib, har bir millat va elatlar uchun xos, u o'tmishimizning yashiringan xotira izlari. U mifologiya, xalq dostonlari va diniy qarashlarda aks etgan bo'lib, hozirgi zamon kishilarining ongida tushlar ko'rish orqali namoyon bo'lib turadi.

Yung Freydning seksual nazariyasini tan olmadi va nevrozlar rivojlanishining boshqa bir qancha sabablarini ko'rsatib, ularni isbot qilib berdi. Ularning ichida ijtimoiy kelishmovchiliklar va inson hayotidagi fojiali davrlarni ham asosiy omil sifatida ko'rsatdi.

Z. Freyd nazariyasini talqin va tanqid qiluvchilar safi yana kengaya bordi. O'tgan asrning 30-yillari oxirida **neofreydizm** shakllana boshladi. Bu yo'nalishning eng ko'zga ko'ringan tarafdorlari E. Fromm va K.Xorni edi. Ular psixoanalizni o'rganishda sosiologik yo'nalishdagi nazariyalardan ham foydalanishdi. Ular instinktiv jarayonlarni inkor qilmagan holda insonning yashash faoliyatida odamlar orasidagi munosabatlarni ustun qo'yishdi. Ular nevrozlarning kelib chiqish sababini quyidagicha yoritishadi: odam bolasi tug'ilgandan **xavotirda** yashaydi, chunki uning qarshisida ziddiyatli dunyo paydo bo'ladi. Xavotir esa e'tibor va mehribonlikning yo'qligidan kuchayib boradi. Keyinchalik esa individ sotsial omillarning qaqshatqich zarbasiga duch keladi va jamiyatda yolg'izlanib qoladi, u o'zining jamiyatga nisbatan begonaligini anglaydi.

Demak, ularning fikricha, jamiyat shaxsning sinxron rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. Shuning uchun ham nevrozning asosiy sababchisi jamiyatdir va aynan individni sog'lomlashtirish orqali jamiyatni sog'lomlashtirish mumkin.

E.Fromm shaxsning rivojlanishida tug'ma omillarning ahamiyatini, ya'ni bolaning seksual rivojlanishi, Edip kompleksi va jinsiy munosabatlarning ahamiyatini bo'rttirib ko'rsatmaslikni aytadi. U har bir odamdagi ruhiy kechinmalarni ijtimoiy muhitga sho'ng'ib ketganligida deb biladi. Demak, seksual instinktlar shaxsni shakllantirmas ekan, balki shaxsning o'zi ularni belgilab beradi.

K. Xorni ta'limotida ham ijtimoiy omillarning ahamiyati yuqori ekanligini ko'rish mumkin. U insonning xulq-atvorida uni o'rab turgan jamiyatga nisbatan quyidagi uch yo'nalishni ajratdi: **odamlarga intilish**, ya'ni mehribonlik izlash, **odamlardan yiroqlashish**, ya'ni yolg'izlikka intilish, **odamlarga qarshi turish**, ya'ni hukmronlikka intilish. Ushbu xususiyatlarning qaysi biri ustun kelishiga qarab 3 xil nevrotik shaxs shakllanarkan:

1) itoatkor, qanday bo'lmasin boshqalarning muhabbati va e'tiborini qozonishni istovchi;

2) jamiyatga qarshi chiquvchi, undan yiroqlashishga intiluvchi;

3) davlatparast va odamlar ustidan hukmronlikka intiluvchi. K. Xornining fikricha, bu reaksiyalarning barchasi insonni qoniqtirmas ekan, xavotir hech qachon yo'qolmaydi, aksincha, kuchaya borib, yangi va yangi kelishmovchiliklarni yuzaga keltiraveradi.

Shunday qilib, K.Xornining nevroz haqidagi ta'limotini quyidagicha sharhlash mumkin: nevroz kurtaklari bola tug'ilgandan keyingi xavotirdan boshlanadi va ziddiyatlarga boy bo'lgan adovatli dunyo bilan kurashish natijasida davom etadi. Buning natijasida yuqorida qayd qilingan uch himoya strategiyasi ishlab chiqiladi.

Psixoanaliz falsafiy fan sifatida ham o'rganib kelinmoqda. Bu yo'nalish nafaqat ongsiz jarayonlarni, balki ongli jarayonlarni ham chuqur o'rganishga zamin yaratdi.

Shuningdek, psixoanaliz etika, estetika va boshqa madaniy fanlar rivojiga ham o'z ta'sirini ko'rsatdi. Ayniqsa, tibbiy psixologiyaga uning ta'siri o'ta kuchli bo'ldi. Bugungi kunda psixoanalitiklar eng og'ir psixopatologik sindromlarni davolashda katta muvaffaqiyatlarga erishib kelmoqdalar. Psixoanaliz inson tabiatini o'rganish va psixoterapevtik muolajalar o'tkazishda keng qo'llab kelinmoqda. Psixogen kasalliklarning kelib chiqishida ijtimoiy va madaniy omillar chuqurroq tahlil qilinmoqda. O'z faoliyatini aynan nevrozlarning mohiyatini o'rganishdan boshlagan nevrolog olim Zigmund Freyd, keyinchalik mashhur psixiatr, psixoanalitik va faylasuf bo'lib yetishdi. Bugungi kunda uning ta'limoti tibbiy va ijtimoiy fanlarga chuqur kirib kelgan. Bular nevrologiya, psixiatriya, psixologiya, seksologiya, falsafa, etika, estetika va shu kabilardir.

Nazorat uchun savollar

1. *Ongga ta'rif bering.*
2. *Ongning xossalari haqida so'zlab bering.*
3. *Ongning boshqa ruhiy jarayonlar bilan bog'liqligi haqida nimalarni bilasiz?*
4. *Ongning fiziologik mexanizmlari haqida so'zlab bering.*
5. *Ong buzilishining qanday turlarini bilasiz?*
6. *Amensiya oneyroiddan nimasi bilan farq qiladi?*
7. *Bolalarda ong buzilishining qaysi turi ko'proq uchraydi?*
8. *Ongsizlik deganda nimani tushunasiz?*
9. *Z.Freydning psixoanaliz ta'limoti haqida so'zlab bering.*
10. *Freyddan keyingi psixoanaliz qanday rivojlandi?*
11. *Katarsis deganda nimani tushunasiz?*

VIII bob. SHAXS. TEMPERAMENT. XARAKTER

Odam har narsadan to'yishi mumkin,
lekin mehrdan to'ymaydi.
O'tkir Hoshimov

8.1. Shaxs haqida tushuncha

Shaxs individualligi bilan ta'riflanadi. Kishi o'z jismoniy xususiyatlari bo'yicha boshqalarga o'xshamaydi, psixologik nuqtayi nazardan qaraganda ham bir xil odam bo'lmaydi. Vrach bemorni o'rganayotib, uning shaxsiyatiga ham e'tibor beradi, shu bilan birga bemor ham vrachning shaxsiga e'tibor qiladi va uni kuzatadi. Shaxsning aniq bir ta'rifini berish mushkul.

Psixologiyada shaxs o'zining yo'nalganligi va qobiliyati bilan xarakterlanadi. Yo'nalganligi deyilganda, odam ehtiyojlari, qiziqishlari, istaklari, moyilligi, e'tiqodi, orzulari va dunyoqarashi tushuniladi. Zamonaviy, madaniyatli kishilarning qiziqishlari turli-tuman bo'ladi. Qiziqishlar yoshga qarab o'zgarib boradi. Uch yoshdan besh yoshgacha bo'lgan sog'lom bolalarda hamma narsani bilishga qiziqish yaqqol ifodalangan bo'ladi.

Bu yoshdagi bolalarning savollari «Bu nima, nega, nima uchun?» dan iborat bo'ladi. Maktabgacha yoshda o'yinchoqlar va mazmunli o'yinlarga qiziqish uyg'onadi. Xuddi shu davrda bolada rasm solish, jonli tabiat va hayvonlarga qiziqish paydo bo'ladi. O'qishga va ayrim fanlarga (matematika, musiqa, rasm solish, she'r to'qish) qiziqish umuman ancha erta rivojlanadi. Bu qiziqishlar vaqtinchalik va doimiy bo'lishi mumkin. Bola texnika va sportga ham birmuncha erta qiziqa boshlaydi. Badiiy adabiyotlarga qiziqishning o'ziga xos qonuniyatlari bo'ladi: avvalambor, ertaklarga, so'ng esa sarguzasht, fantastik, detektiv adabiyotlarga, so'ngra romantika, jinslar orasidagi munosabatlar va siyosatga qiziqish uyg'onadi. Lekin ba'zi qiziqishlar parallel holda kuzatilishi ham mumkin.

Ilmiy va ijtimoiy-siyosiy adabiyotlar kitobxonlar qiziqishining boshqa bir tomonidir. Bemorning adabiyotlarga qiziqishini, albatta, tahlil qilish va ularni hamda kinofilmlarni qanday o'zlashtirayotganini

bilish lozim. Bu shaxs xususiyatlarini, uning tafakkur doirasini tushunish uchun o'ta zarurdir.

Qiziqishlar odamning didiga ham bog'liq. Did odam hayotining turli davrlarida, goho erta, goho esa kech paydo bo'ladi. Dunyoqarash, falsafa masalalari va hayot mazmuniga qiziqishlar, ko'pincha, qariyb yigirma yoshda paydo bo'ladi. Xuddi shu yoshda yoki biroz so'ng jamoat ishlariga qiziqish uyg'onadi.

O'zga jinsga qiziqish (mayl) 12—15 yoshdan boshlab rivojlanadi. Qiziqishlarning turidan tashqari, ularning ijtimoiy mavqei va kengligi ham ahamiyatlidir. Qiziqishi chegaralangan odamlar faqat o'z hunari bilan cheklanib qoladi. Boshqa hech narsa deyarli ularni qiziqtirmaydi. Qiziqish doirasi keng bo'lgan odam ko'proq bilishga intiladi. U fan-texnikaning turli xil sohalarini egallab, ijtimoiy-siyosiy masalalar, san'at hamda sport bilan qiziqadi. Lekin sanab o'tilgan barcha qiziqishlar bir xil qimmatga ega bo'lmaydi. Ulardan biri asosiy, qolganlari ikkinchi darajali ahamiyatga ega bo'ladi. Chunonchi, vrach uchun quyidagi fanlar — anatomiya, terapiya, farmakologiya, psixologiya eng diqqatga sazovor sanalsa, unga siyosat, musiqa, sport, she'riyat, ov qilish bilan qiziqishiga xalaqit bermaydi.

Qiziqishlarning barqarorligi ham ahamiyatlidir. Ba'zilarda ularning asosiy qiziqishlari umrbod hamroh bo'ladi, boshqalarda tez paydo bo'lib, o'tadi-ketadi. Psixopatiyalarda, ko'pincha, qiziqishlar beqaror bo'ladi. Natijada, kishi shunchaki qiziquvchan bo'lib qoladi, amalda esa hech bir faol ish qilmaydi yoki chala bajaradi. Qiziqishlar kuchli va sust bo'lishi mumkin. Kuchli qiziqqan odam to'siqlarni enga oladi, kerak bo'lsa, qurbon bo'ladi. Insonga batafsil ta'rif berish uchun uning qiziqishlarini chuqur o'rganish zarur.

Buyuk shaxslar aql-zakovati va ilmi bilan, ko'pincha, avliyo darajasigacha yetgan bo'ladi. Ahmad Yassaviy, Bahouddin Naqshbandiy, Najmiddin Kubro, Ibn Sino, al-Xorazmiy, Imom Buxoriy kabi allomalarni bunga misol qilib ko'rsatish mumkin. Har bir odamning dunyoqarashi ko'proq uning biror maqsadga intilishi, tarbiyasi, orttirgan bilimlari va hayot tajribasiga bog'liq. Ijtimoiy-tarixiy shart-sharoitlar kishining dunyoqarashi shakllanishida muhim o'rin tutadi. Agar ular dunyoqarashi jamiyatda kechayotgan salbiy jarayonlarga mos kelmasa va shunday bo'lsa-da, bu jarayonlar ijobiy deb tan olinsa, bu holat shaxsning jamiyat va atrofdagilarga bo'lgan

munosabatini butunlay o'zgartirib yuboradi. Shuning uchun ham buyuk shaxslar (Cho'lpon, Fitrat va boshqalar) o'z zamonasining qurboni bo'lishgan.

Ko'pchilik olimlarning yutuqlarida shaxsi muhim ahamiyatga egaligi ilm-fan rivojlanishiga katta ta'sir ko'rsatishi aytib o'tiladi. Har qanday odam, u qaysi kasb egasi bo'lishidan qat'i nazar, shaxs bo'lib kamol topishi kerak.

Shaxsning kamol topishida qobiliyat va iste'dodning ham ahamiyati katta. Qobiliyat muayyan faoliyatni muvaffaqiyatli amalga oshirish uchun zarur bo'lgan individual xususiyatdir. Odam qobiliyatli bo'lib tug'ilmaydi, balki yetishadi. Ilk bolalik davridan boshlab odamda nimagadir qobiliyat nishonalari bo'ladi, nimagadir esa bo'lmaydi. Buni ota-ona darrov ilg'ab olib uning qiziqishini to'g'ri yo'naltirsa, keyinchalik bola buyuk shaxs bo'lib yetishishi mumkin. Alisher Navoiydagi she'riyatga bo'lgan qiziqish ilk bolalik davridan ilg'ab olingan va unga har tomonlama ko'mak berilgan. Natijada, Hazrat Navoiy buyuk shaxs bo'lib yetishdi va she'riyat sultoni degan nomni oldi.

Demak, qobiliyatni taraqqiy ettirish zarur. Bordi-yu qobiliyatning nishonasi bo'lmasa, uni rivojlantirib bo'lmaydi. Masalan, skripkachi bo'lish uchun bir emas, bir necha qobiliyatga ega bo'lish lozim. Skripkachi maromni sezishi, musiqiy va kinestetik xotirasi bo'lishi, qo'l barmoqlari mayin va aniq harakat qilmog'i lozim. Bunga yana musiqiy did, hissiylik va ko'pgina boshqa qobiliyatlar qo'shiladi. Ana shu xususiyatlar bo'lganda, sanab o'tilgan barcha qobiliyatlarni o'qish va mashq qilish jarayonida rivojlantirish mumkin.

Chunonchi, Ibn Sino, al-Xorazmiy, Abu Rayhon Beruniy, Alisher Navoiy, al-Farg'oniy, Bobur, Kamoliddin Behzod, Forobiy, Rudakiy, A.S. Pushkin, Mosart, Shekspir, Paskal, Leonardo da Vinchi, Mikelandjelo kabi allomalarda qobiliyat va iste'dod juda erta, ya'ni bolalik davridan hayratlanarli darajada rivojlangan. Lekin aksariyat olimlar, ixtirochilar va davlat arboblarining iste'dodi yetuk yoshda namoyon bo'ladi.

Ko'pchilik o'quvchilarning darslarni o'zlashtirishlari tamomila pedagogik jarayon sifatiga bog'liq va ularning barchasi yaxshi o'qishlari kerak, degan fikr xatodir. Bu fikr o'qitishning soxtalashuvi va sifatining pasayishi, baholarni sun'iy ravishda oshirish hamda maktab va Oliy

o'quv yurtlarida tegishli diplomni rasmiyatchilik asosida berishga olib keladi.

Shaxsga ta'rif bera turib, biz buyuk allomalarda talant kurtaklari erta yoshdan boshlab nish ura boshlashi haqida aytib o'tdik. Shu yerda shaxs bilan bog'liq yana bir qiziq muammo haqida so'z yuritishni lozim deb topdik, ya'ni buyuk shaxs (dohiy)larning ruhiy nuqsonlari to'g'risida. Psixopatiya alomatlari bo'lgan buyuk shaxslar haqida ilmiy adabiyotlarda turli ma'lumotlarni uchratish mumkin. **Psixopatiya** – bu shaxsning patologik o'zgarishi bo'lib, uning shakllanishida tug'ma omillarga katta urg'u beriladi. Psixopatiyaga doir ma'lumotlar psixiatriya darsliklarida mufassal yoritilgan.

Psixiatrlar iqtidor va ruhiy nuqsonlar orasida uzviy bog'liqlikni aniqlashga doim harakat qilishgan. Bu bog'liqlikni o'rganish deyarli 100 yil oldin boshlangan. Olimlar tarixiy shaxslarning hayoti bilan qiziqib, ularning psixologik anamnezi, oila a'zolari, qarindosh-urug'lari, ota-onasi va farzandlari haqida ma'lumot yig'ishgan. Buning natijasida antiqa bir xulosaga duch kelishgan: agar geneologik shajaraning bir shoxchasi bo'ylab ularning ajdodlarida (ota-onasi, buvasi, buvisi) iqtidorli shaxslar aniqlangan bo'lsa, boshqa bir shoxchasi bo'ylab ruhiy nuqsonlar, hatto ruhiy kasalliklar aniqlangan. Boshqa xorij olimlari qatori iqtidor bilan ruhiy nuqsonlar orasidagi bog'lanishni aniqlashga 1925-yili rus tadqiqotchisi G.V.Segalin ham harakat qilgan. U eng buyuk shaxslarning hayoti va ulardagi ruhiy nuqsonlarni o'rganib, quyidagi jadvallarni tuzgan:

7-jadval

Otasida ruhiy nuqson aniqlangan, onasi esa iqtidorli bo'lgan buyuk shaxslar ro'yxati

Buyuk shaxslar	**Otasi**		**Onasi**	
	Iqtidor	Nuqson	Iqtidor	Nuqson
Uspenskiy		+	+	
Stendal		+	+	
Lev Tolstoy		+	+	
Dostoyevskiy		+	+	
Jan Jak Russo		+	+	
Sharl Jerar		+	+	

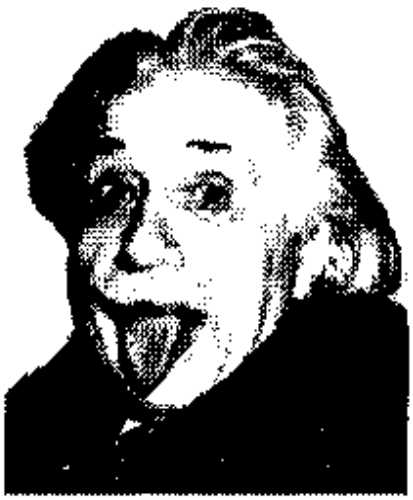
8-jadval

Otasida ham, onasida ham ruhiy nuqsonlar aniqlangan buyuk shaxslar ro'yxati

Buyuk shaxslar	Otasi		Onasi	
	Iqtidor	Nuqson	Iqtidor	Nuqson
Kepler	+	+		+
Gyote	+	+	+	+
Blok	+	+	+	+
Mopassan		+	+	+
Bayron	+	+		+
Shopengauer		+	+	+
Balzak	+	+		+

Bu jadvallardan ko'rinib turibdiki, buyuklik (aniqrog'i, iqtidor) va ruhiy nuqsonlar nasldan-naslga o'tishi mumkin. Ular orasida uzviy bog'liqlik bor va ruhiy buzilishlar dunyo miqyosida nomi chiqqan buyuk shaxslar (Stendal, Nisshe, Eynshteyn, Russo, Gyote, Balzak va hokazo) da aniqlangan. Muallifning fikricha, ruhiy sog'lom kishilarda iqtidor sog'lom miya tomonidan «bosib» turiladi va talantning «otilib» chiqishiga yo'l qo'ymaydi. Ruhiy nosog'lom shaxslarda esa bunday to'siq yo'q va talant bemalol o'zini to'la namoyon qila oladi. Tadqiqotchi o'z fikrini davom ettira turib, quyidagi xulosada to'xtaladi: ***buyuk kishilarning genida ikkita komponent mavjud bo'lib, ulardan biri uning ajdodlaridan o'tgan iqtidor bo'lsa, ikkinchisi ruhiy nuqsondir.*** Bunday irsiy buzilishlar buyuk shaxslarning o'zida kuzatilmasa-da, ularning yaqinlari (akasi, ukasi yoki singlisi)da kuzatilgan. Masalan, Gegel, Didro va Shumanning singillari, L.Tolstoy, Gyugo, Feyerbax va Uspenskiylarning ukalari ruhiy kasal bo'lgan.

G.V.Segalinning fikricha, buyuk shaxslarning farzandlari aksariyat hollarda aqli past va ruhiy nuqsonlarga boy bo'lishadi. Masalan, Bax, Shuman, Tasit, Mendelson, Gyotening o'g'illari va Mark Tvenning qizi ruhiy kasal bo'lgan. Tadqiqotchilar yana bir qiziq, umuman olganda, hammaga ma'lum bo'lgan bir taxminni o'rtaga tashlashadi. Ba'zida buyuk shaxslar sog'lom bo'lgan taqdirda ham



A.Eynshteyn (1879–1955)

ular o'z talantlarini ro'yobga chiqarish uchun aroqxo'rlikka ruju qo'yishgan. Haqiqatan ham eng jozibali she'rlar va kashfiyotlar mast holda yaratilganligini ko'pchilik biladi. Go'yoki aroq talantni bosib turgan to'siqni olib tashlaydi va buyuk shaxsning miyasida paydo bo'lgan olamshumul fikrlarni ro'yobga chiqaradi. Bu fikrga qisman qo'shilish mumkin, albatta, lekin hech qachon aroqni yoki boshqa spirtli ichimliklarni talantning yo'lboshchisi sifatida e'tirof etmaslik kerak. Bizningcha, buyuk shaxslarda uchraydigan aroqxo'rlik (ba'zan xotinbozlik) ruhiy yetishmovchiliklarni qondiruvchi bir omil, xolos. Bugungi kunda mutaxassislar talantni ro'yobga chiqaruvchi omillar ustida ish olib borishmoqda. Lekin maktabni zo'rg'a tamomlagan va doimo qoloq bo'lgan Albert Eynshteynning talantini ro'yobga chiqarish bilan hech kim alohida shug'ullanmagan. Shunday bo'lsa-da, u buyuk shaxs bo'lib yetishdi va olamshumul kashfiyotlari bilan Xalqaro Nobel mukofoti sovrindori bo'ldi.

Yuqorida keltirilgan ma'lumotlarga qisman bo'lsa-da, tanqidiy ko'z bilan qarash kerak. Vaholanki, faqat ruhiy nuqsoni bo'lgan odamgina buyuk shaxs bo'lib yetishadi, deb xulosa qilish haqiqatga zid bo'lur edi. Chunki, Mosart, Shekspir, Dyuma, Shopen va Raxmaninov (bu ro'yxatni ko'plab davom ettirish mumkin) kabi buyuk shaxslarda ruhiy nuqsonlar bo'lmagan. Yana shuni ta'kidlash lozimki, yuqorida nomi tilga olingan shaxslar ruhiy shifoxonalarda davolanishmagan va aksariyat hollarda ularning xulq-atvoridagi g'alati o'zgarishlarga qarab baho berilgan, xolos. Bunday paytlarda ruhiy kasallik haqida emas, balki shaxs aksentuatsiyasi haqida fikr yuritish kerak.

Ko'rib turganimizdek, iqtidor ham, ruhiy nuqsonlar ham go'yoki tug'ma alomatlardir. Buyuk shaxslardagi talantni rivojlantirib, ruhiy nuqsonlarni hech bo'lmasa kamaytirish mumkinmi? Psixogenetiklar bu muammo ustida bosh qotirmoqdalar, tarbiya va ta'limning buyuk shaxslarni voyaga yetkazishga ta'sirini o'rganmoqdalar. Ayniqsa, pedagogik faoliyatda bu muammoga katta e'tibor qaratish kerak.

Zero, har bir buyuk shaxs yoki daho millionlab odamlarning taqdirini hal qiladi, chunki siyosat bilan shug'ullanadigan ba'zi «dohiylar» xalqlar ustiga kulfatlar yog'dirgan va yog'dirmoqdalar.

8.2. Shaxs tiplari

Leongard shaxsning 10 tipini ajratib o'rgandi. Quyida ularning ta'rifini keltiramiz:

1. Namoyishkor shaxs. Bu tipga mansub shaxslarning xulq-atvorida namoyishkorlik doimo sezilib turadi, ular barcha xatti-harakatlarini namoyishkorona bajarishni xush ko'rishadi. Atrofdagilar bilan tez va osonlikcha muloqotga kirishadi, ishchan hamda harakatchan bo'lishadi. Hiyla va nayrangga usta, yolg'on gapirishga moyil, olifta, makkor, xayolparast, o'z shaxsini bo'rttirib ko'rsatuvchi va shu bilan birga boshqa birovlarni bir-biriga to'qnashtirib janjalli vaziyatlarni yuzaga keltirishni xush ko'rishadi. Maqtovtalab, manman bo'lishadi. Har qanday ishga tavakkal qilib qo'l urib ko'rishadi, rahbarchilikka intilishadi, atrofdagilarning e'tiborida bo'lishga intilib yashashadi. Odamlar bilan tez til topishib ketishadi, har qanday vaziyatga tez moslashib olishadi, agar ularning xatti-harakatlari atrofdagilar tomonidan tan olinmasa yoki e'tibor qilinmasa, ularning kayfiyati tez buziladi va suhbatni boshqa yo'nalishga o'zgartirib yuborishadi. Mana shunday paytlarda ular o'z foydasiga janjalli vaziyatlarni yuzaga keltirishga urinib ko'rishadi va bunga erishishadi ham. Ular judayam egoist bo'lishadi, doimo diqqat-e'tiborda bo'lishni xohlashadi, maqtovga chanqoq bo'lishadi, agar atrofdagilar uni maqtamasa, u o'zini maqtay boshlaydi, yonidagi suhbatdoshini hayratda qoldiradigan uydirmalar o'ylab topadi, o'zining so'zamolligidan faxrlanib yuradi. Uning oldida birovni maqtashning foydasi yo'q, chunki bu uning kayfiyatini tushirib yuboradi, bunday paytlarda u suhbatni yana o'z foydasiga burishga intilib ko'radi yoki dialogni to'xtatib qo'ya qoladi. Mabodo u bilan avval og'irroq vaziyatlar ro'y bergan bo'lsa, suhbat chog'ida bu voqeani bo'rttirib so'zlab beradi, atrofdagilarda unga nisbatan hamdardlik va achinish hissini paydo qilishni xush ko'radi. Agar uning so'zlariga e'tibor qilinmasa, tez jahli chiqadi, biroq buni sezdirmaslikka harakat qiladi. U doimo atrofida odamlarni to'plab va'zxonlik qilishni, jamoaga yetakchilik

qilishni yoqtiradi va o'zi alohida ko'zga tashlanib turishni istaydi. U yolg'izlikni yoqtirmaydi. Shuning uchun ham u doimo mansabga intiladi, ichki tuyg'ularini ro'yobga chiqaruvchi, o'zini ko'z-ko'z qilishga katta imkoniyatlar yaratib beruvchi yagona vaziyat — bu mansabdir. Shuning uchun ham u qanday bo'lmasin biror bir mansabni egallashni orzu qilib yashaydi. Aslida uning xatti-harakatlari doimo ham haqiqatga mos kelavermaydi, agar kichikroq bir favqulodda vaziyat yuzaga kelsa, jamoani yig'ib juda katta shov-shuv ko'taradi, yig'in paytida ataylab ziddiyatli vaziyat yaratadi, jamoa a'zolari ichidan aybdorni izlay boshlaydi, topa olmasa birovni-birovga to'qnashtirib aybdorni topib oladi va uning obro'sini hammaning oldida yerga urib tashlaydi, o'zini esa faol himoya qilishga intiladi. Janjalni ham o'z foydasiga hal qilib, vaziyatdan «qahramon» bo'lib chiqishga urinadi va aksariyat hollarda bunga erishadi ham. Unda siqib chiqarish xususiyati (*psixoanalizda Freyd tomonidan taklif qilingan «siqib chiqarish» atamasi bor)* kuchli bo'ladi, ya'ni o'ziga yoqmagan voqea va hodisalar tafsilotini xotirasidan o'chirib tashlash qobiliyatiga ega bo'lishadi. Yolg'on gapirish uning uchun odatiy holdir, uning hayot tarzida yolg'on va haqiqatlar shu darajada chalkashib ketadiki, keyinchalik gapirgan gaplarining qaysi biri yolg'onu, qaysi biri haqiqatligini o'zi ham anglay olmay qoladi. Shuning uchun ham ularga keyinchalik bo'lib o'tgan voqealar aytib berilsa eslay olishmaydi, biroq haqiqatan ham eslay olmayaptimi yoki eslashni xohlamayaptimi, bilib olish o'ta mushkuldir. Bunday odamlarni psevdolog, ya'ni yolg'onchi deb ham atashadi. Shu asnoda ularning fikrlash doirasi kengligini alohida ta'kidlab o'tish lozim, ba'zan inson hayratda qoladigan ishlarga tavakkal qilib qo'l urishadi va ishchanlik qobiliyati yuqoriligi uchun ancha yutuqlarga erishishadi ham.

2. Qotma shaxs. Muloqotga hadeb kirishib ketmaydigan, kamgap, takabbur odam. Kam gapirsada, nasihat qilishni xush ko'radi. Unga nisbatan aslida mavjud bo'lmagan adolatsizlikdan aziyat chekib yuradi. Shu sababli uning xatti-harakatida odamlarga nisbatan ishonchsizlik va ehtiyotkorlik ustun turadi. Gina va xafagarchilikka beriluvchan, tez ranjiydigan, voqea va hodisalarga shubha bilan qaraydigan shaxs. U bilan yuz bergan voqealardan uzoq vaqt siqilib yuradi, xafagarchilikdan oson chiqa olmaydi, qasoskor bo'ladi.

Bunday odamlar janjal va kelishmovchiliklarni yuzaga keltirishda tashabbuskor bo'lib qolishlari mumkin. Izzattalab, o'ziga qattiq ishonadigan va o'z bilganidan qolmaydigan sobitqadam bu shaxs biror bir ishni qat'iyatlilik bilan boshlab oxiriga yetkazadi ham. Ular o'ta ishchan bo'lib, har qanday sharoitda ham yuqori ko'rsatgichlarga erishishga intilishadi, boshlagan ishini birov bilan baham ko'rmay yolg'iz o'zi bajarishni xush ko'rishadi. Qaysar, o'jar va tez-tez affekt holatlariga tushib turadigan bu shaxslarning xulq-atvorida haqiqatgo'ylik, ranjish, tez xafa bo'lish, gumonsirash, rashk kabi turli xislatlar birgalikda namoyon bo'ladi. Ular affekt holatiga tushishsa ham, buni darrov yuzaga chiqaraverishmaydi, ichida saqlab qo'yishadi va bu borada ularning fikrini tez bilib olish qiyin.

3. Rasmiyatchi shaxs. Sinchkov, maydakash va o'ta rasmiyatchi shaxs. Janjal va kelishmovchiliklarga kam aralashadi, agar janjalli vaziyatlarda paydo bo'lib qolsa, o'zini chetga oladi yoki passiv ishtirokchiga aylanadi, xolos. Shunday bo'lsa-da, shakllanib qolgan tartib-qoidalarning buzilishiga tezda diqqatini jalb etadi. Ishda u haqiqiy byurokrat bo'lib, har bir ishda rasmiyatchilikka boradi, qo'l ostida ishlaydiganlarga juda ko'p talablar qo'yib tashlaydi. O'z ishiga puxta, o'ziga va boshqalarga o'ta talabchan, tartibni xush ko'radigan, g'oyatda sinchkov bo'lib, har bir ishni reja asosida bajarishni yoqtiradi. Biror bir ishni boshlashdan oldin uni sinchkovlik bilan o'rganadi, reja tuzadi, o'zi ham o'sha rejaga qattiq amal qilishga harakat qiladi, o'z oldiga qo'ygan ishlarni shoshmasdan, biroq yuqori darajada sifatli bajarishga intiladi. Xatoga yo'l qo'yilmadimi deb, o'zini va boshqalarni tez-tez tekshirib turadi. Rasmiyatchilik uning hayot tarziga aylangan bo'ladi, vaziyat shuni taqozo etsa mansabdan osonlik bilan voz kechadi. Ruhiy jarohatlarni uzoq vaqt esida saqlab yuradigan, og'ir tabiatli va o'ch olishga moyil shaxs.

4. Ta'sirchan (qo'zg'aluvchan) shaxs. Jizzaki, o'z his-tuyg'ularini jilovlay olmaydigan, qo'pol, janjalkash va tez g'azablanadigan kishilardir. Ularning xulq-atvorida instinktiv intilishlar ustun turadi. Ular badqovoq va zaharxanda kishilar bo'lib, birov bilan osonlikcha murosaga borishmaydi, doimo janjalning o'rtasida bo'lishadi, odamlar orasida kelishmovchiliklarning yuzaga kelishida faol ishtirokchilardir, aksariyat hollarda esa janjalning muallifi ularning o'zi bo'lib chiqishadi. Jamoada uzoq ishlay olishmaydi, tez-tez yuzaga

keladigan kelishmovchiliklar sababli bir joyda ishlay olishmaydi. Ularda verbal va noverbal reaksiyalar ancha sust bo'ladi, shuning uchun ham odamlar bilan bemalol til topishib keta olishmaydi. U biror bir ishga ishtiyoq bilan kirishmaydi, ishga ham zarurat uchun boradi, biror bir sohani yoki ilmni o'zlashtirishga ham ishtiyoq bo'lmaydi. Kelajakka befarq, bugungi kun bilan yashaydi, ko'ngli o'yin-kulgi va vaqtichog'likni istaydi. Hamma bilan til topishavermagach, o'zidan kuchsizroq odamlar bilan muloqot qilishga va ularni o'ziga bo'ysundirishga intiladi. Yuqori darajada qo'zg'aluvchan bu shaxslarni boshqarish qiyin bo'lib, ularning xatti-harakatlari atrofdagilar va jamoa obro'si uchun xavfli vaziyatni yuzaga keltirishi mumkin.

5. Gipertim shaxs. Bu toifaga kiruvchi odamlar yuqori darajada harakatchanligi, so'zamonligi, mimikalarga boy xatti-harakatlari, dilkashligi bilan ajralib turishadi. Ular har qanday odamlar bilan tezda muloqotga kirib keta oladi, ulfatchilikni xush ko'rishadi, shum va sho'x bo'lishadi. Suhbat chog'ida dastlabki mavzudan tezda chetga chiqib ketishi mumkin, buni o'zi ham sezmay qoladi. O'z tengdoshlari orasida e'tiborda bo'lishni, iloji bo'lsa ularga yo'lboshchi bo'lishni va shovqin-suronli hayotni xush ko'radi. Deyarli doimo yaxshi kayfiyatda bo'lishadi, o'zlarini yaxshi his qilishadi, yuqori hayotiy quvvatga va ishtahaga ega bo'lishadi, yuzi-ko'zi kulib turadi, hayotdan quvonib yashashadi. Ular o'ziga yuqori baho berishadi, chaqqon va yengiltak bo'lishadi, quvnoq hayotni yoqtirishadi, ishbilarmonligi bilan ajralib turishadi, yuzaki ishlarni zudlik bilan bajarib tashlashadi. Ular juda ajoyib suhbatdosh bo'lib, atrofdagilarning ko'nglini chog' qilib o'tirishni xush ko'rishadi, ko'ngil yozar ishlarga yo'lboshchilik qilishadi, kerak bo'lsa turli xursandchiliklarni o'zlari o'ylab topishadi va boshqalarni bunga jalb qilishadi. Bu ishlarga keragidan ortiqcha berilish janjalli vaziyatlarning kelib chiqishiga turtki bo'ladi. Agar ular qilayotgan ishlariga ochiq to'sqinlikni sezishsa yoki bu ishlarni amalga oshirayotganda muvaffaqiyatsizlikka uchrasa, asabiylashib ketishadi, g'azabi qo'zg'aydi. Ba'zan o'z majburiyatlariga yuzaki qarashadi, qattiq tartib-intizomga ularning toqati yo'q. Hayot tarzida bir xillikni va yolg'izlikni yoqtirishmaydi, ba'zan axloqsiz ishlarga qo'l urib qo'yishadi.

6. Distimik shaxs. Bu toifaga kiruvchi odamlar o'zining jiddiyligi bilan ajralib turishadi, ular o'ta bosiq bo'lib, kayfiyati past odamni

eslatadi. Ularning harakatlari sust bo'lib, kelajakka pessimistik ruhda qarashadi, o'z imkoniyatlarini ham past baholashadi. Ular birovlar bilan kam muloqotga kirishadi, davralarda suhbatga aralashmay jim o'tirishni xush ko'rishadi. Bunday odamlar ko'cha-ko'ylarga chiqmay uyda o'tirishni afzal ko'rishadi, g'ala-g'ovur va shovqinli joylardan chetroq yurishadi, yolg'izlikni yoqtirishadi. Bundaylarni o'troq hayot kechiruvchilar deb atash mumkin, biroq ular bilan yaqinlashishga intilganlarni hurmat qilishadi, ularga bo'ysunishga ham tayyor turishadi, haqqoniy do'stlikning qadriga yetishadi. To'g'rilik va haqiqatgo'ylikka intilishadi, biroq o'z fikrini bayon qilishda ancha sust bo'lishadi.

7. Xavotirli shaxs. Bu toifaga kiruvchi odamlar birovlar bilan darrov muloqotga kirishib keta olishmaydi, doimo xavotirda bo'lishadi, qo'rqoq va uquvsiz bo'lishadi, o'ziga ishonmaydi. Ular qorong'ulikdan, uyda yolg'iz qolishdan va hayvonlardan qo'rqishadi. O'z tengdoshlariga qo'shilib keta olmaydi, ulardan o'zini chetga oladi, shovqinli, o'yin-kulguli joylarni yoqtirishmaydi, mabodo bunday joylarda paydo bo'lib qolishsa ham uyalib chetda tomoshabin bo'lib turishadi. Agar ularning mehnat yoki o'quv faoliyatini kimdir tekshirmoqchi bo'lsa yoki biror bir fandan imtihon topshirishga to'g'ri kelsa, bunday holatlarni u juda og'ir qabul qiladi, o'ziga ishonchsizligi yana kuchayadi, juda bezovtalana boshlaydi. Agar biror bir masala bo'yicha nutq so'zlash kerak bo'lsa yoki auditoriyada ma'lumot berish zarurati tug'ilsa, u qattiq terga botadi, uyalib ketadi. Shuning uchun ham ular o'z xohishi bilan minbarga chiqishmaydi. Kattalar himoyasiga o'zini jon deb otadi, biroq ularning uzundan-uzoq pand-nasihatlari unda vijdon azobini qo'zg'aydi, o'zining uquvsizligidan va uyatchanligidan aziyat chekadi, shunday bo'lsa-da o'zini yupatib yuradi, shundayligidan siqilib ba'zan yig'lab ham oladi. Ularda burchga sadoqat, mas'uliyat hissi, yuqori darajadagi axloq va odob tamoyillari ancha erta shakllanadi. O'zida mavjud bo'lgan kamchiliklarni bartaraf etish uchun qudrati yetadigan ishlar bilan shug'ullanishga intiladi, o'sha yerda o'z imkoniyatlarini to'la ochishga harakat qiladi.

Bolalik paytidan mavjud bo'lgan uyatchanligi va tortinchoqligi sababli katta bo'lganda ham o'zi xohlagan odamlar bilan tezda muloqotga kirishib keta olmaydi. Ko'p gap ko'tara olmaydi, agar uni nohaq ayblashsa, o'zini himoya qila olmaydi, o'sha yerda

kuchliroq odamlarning himoyasini xohlab qoladi. Atrofdagilar bilan janjalli voqealarga kam aralashadi, agar kelishmovchiliklar orasiga tushib qolsa, passiv ishtirokchiga aylanadi, xolos. Ular bilan do'stona munosabatlarni boshlash oson, ular o'z imkoniyatlarini tanqidiy baholay olishadi, xulq-atvoridagi kamchiliklarni his etishadi, har qanday topshiriqni bajarishga tayyor turishadi. Ularni «Mehribonlik izlovchilar» deb atash mumkin. Ular o'zlarini-o'zlari himoya qila olmaganliklari sababli hamkasblari tomonidan kulguli voqealarning qahramonlariga aylanib qolishadi, shuning uchun biron bir nojo'ya voqea yuz bersa osonlikcha uning bo'yniga ag'darishadi.

8. Xushchaqchaq shaxs. Bu toifaga kiruvchi odamlarning xulq-atvorida yaqqol ko'zga tashlanib turadigan xislatlar — bular o'ta baxtiyorlik, zavqlanish, xushchaqchaqlik, shodlanish, huzurlanish hissidir. Boshqalarga shodlanish, zavqlanish hissini yuzaga keltira olmaydigan vaziyatlar ularda shunday his-tuyg'ularni yuzaga keltira oladi. Ozgina bo'lsada, quvonchli voqealar darrov ularning e'tiborini tortadi va kayfiyatini ko'taradi, xuddi shunday g'amgin voqealar esa ularning kayfiyatini tushiradi. Ular muloqotga tez kirishib ketishi, so'zamonligi va yoqimliligi bilan boshqalardan ajralib turishadi, ular kulishsa yayrab kulishadi.

Shuning uchun ham ular ko'pchilikka yoqadi. Ular bahslashishni xush ko'rishadi, biroq bahsni janjalgacha yetkazishmaydi. Turli xil kelishmovchiliklar orasiga tushib qolishsa, vaziyatga qarab yo faol yo passiv ishtirokchiga aylanishadi. Ular do'stlariga va yaqinlariga juda bog'lanib yashashadi, achinish hamda rahmdillik hissi yaxshi rivojlangan bo'ladi, o'z his-tuyg'ularini hech yashirmay yaqqol namoyon qila olishadi. Agar suhbat chog'ida ularni yaqinroq bilishga biroz harakat qilinsa, bemalol buning uddasidan chiqish mumkin, ya'ni ular o'z dardini yoyib tashlashlari mumkin. Aksariyat hollarda vahimachi bo'lishadi, arzimagan vaqt ichida kayfiyati tez o'zgarib qolishi va birdan «portlab ketishi» mumkin. Ular beqaror ruhiyat egasi hisoblanishadi.

9. Emosional shaxs. Bu toifaga kiruvchilarning xulq-atvoridagi xislatlar bir qaraganda xushchaqchaq toifaga kiruvchilarga o'xshab ketadi, biroq emosional shaxslar o'zlarining his-tuyg'ularini yaqqol namoyon qilishavermaydi, ya'ni ular biroz niqoblangan holatda bo'ladi. Ular uchun hissiyotga beriluvchanlik, ta'sirchanlik, vahima,

qo'rqoqlik, xavotir va ko'p so'zlash xosdir. Ularning xulq-atvorida yaqqol namoyon bo'luvchi xislatlar insonparvarlik, odamlar va hayvonlarga nisbatan mehr-shafqatlilik, mehribonlikdir. Ular boshqa birovlarning muvaffaqiyatidan quvonishadi. Ular tashqi ta'sirotlarga tez berilishadi, hayotda ro'y berayotgan voqea va hodisalar ularga tez ta'sir qiladi, yig'lab ham olishadi. Kinofilmlardagi zo'ravonliklar ularni qattiq larzaga soladi.

Bu filmlardan so'ng kayfiyati uzoq vaqt buzilib yuradi, yomon tushlar ko'ra boshlaydi. U janjalli voqealarga kam qo'shiladi, xafa bo'lsa ichiga yutadi. Ularda burchga sadoqat kuchli ifodalangan bo'ladi, topshiriqlarni bajarishda doimo ilg'or bo'lishadi. Ular tabiatni yaxshi ko'rishadi, o'simliklar o'stirishni, hayvonlarni boqishni xush ko'rishadi.

10. Siklotik shaxs *(«siklotimiya»* – grekchadan *kayfiyat, his-tuyg'u* degani). Gipertimik (yuqori kayfiyat) va distimik (buzuq kayfiyat) holatlarning bir-biri bilan almashib turishi bilan kechadi. Bunday shaxslarning kayfiyati tez-tez o'zgarib turadi va ular tashqi ta'sirotlarga juda bog'liq bo'ladi. Ba'zan hech qanday sababsiz kayfiyati buzilishi mumkin, kayfiyatni ko'taruvchi voqealar ro'y bersa, ularning faolligi oshib juda ishchan bo'lib qolishadi, tashlab qo'ygan ishlarini zavqlanib qayta boshlab yuborishadi, o'zidagi bu faollikni ko'rib ko'tarinki kayfiyatda yuradi, so'zamon bo'lib qoladi, miyasiga zo'r g'oyalar kela boshlaydi. Bunday holat ***gipertimiya*** deb ataladi. Agar to'satdan g'amgin voqealar yuz bera boshlasa, barcha qilayotgan ishlarini to'xtatib qo'yadi, kayfiyati buziladi, fikri karaxt va kamgap bo'lib qoladi, ishtahasi yo'qoladi, janjal ko'taradi, g'azablanib yuradi.

Bu holat ***distimiya*** deb ataladi. Shuning uchun ham ularga jiddiy ishlarni topshirib bo'lmaydi. Siklotimiya maniakal-depressiv psixozlarda ko'p kuzatiladi. Distimiyani depressiyadan ajratish ba'zan qiyin kechadi, shuning uchun ularni uzoq vaqt kuzatuvga olish zarur.

Ayzenk shaxsni o'rganish bo'yicha o'z kuzatuvlariga asoslanib, odamlarni 2 toifaga ajratib o'rgangan, ya'ni ekstravertlar va intravertlarga.

1. Ekstravertlar. Ular juda dilkash, his-tuyg'ulari tashqariga yo'nalgan, sir-sanoatlarini boshqalarga yoyib yuradigan va odamlar bilan muloqotda bo'lishni xush ko'radigan insonlardir. Ular uchun

birovlar bilan muloqotda bo'lish juda yoqimlidir, ular xushchaqchaq, quvnoq, tez qo'zg'aluvchan, serjahl va jizzaki shaxslardir. Ular kelajakka optimizm bilan qarashadi, o'ta ishchan va faol bo'lishadi, lekin sir saqlay olishmaydi, o'z his-tuyg'ularini nazorat qila olishmaydi, jahli chiqsa tajovuzkor bo'lib qolishlari mumkin. Jiddiy ishlarga, ayniqsa, uzoq vaqt davom etuvchi ishlarga ularni sherik qilishda ehtiyotkorlik kerak.

2. Intravertlar. O'ta kamgap, muloyim, uyatchan, his-tuyg'ulari ichkariga yo'naltirilgan shaxslar. Ularning sirlarini bilib olish juda qiyin, darrov muloqotga boravermaydi, qaysi bir jamoada suhbatlarga aralashib qolsa kam so'zlaydi yoki indamay o'tirishni xush ko'radi. O'z xatti-harakatlarini tahlil qilib yuradi. Hammaga ham qo'shilavermaydi, do'stlari kam bo'ladi. Qilinishi kerak bo'lgan ishlarni yaxshilab o'ylab oladi, keyin rejasini tuzadi, uning biror qarorga kelishi qiyin, o'z his-tuyg'ularini nazorat qila oladi, uning jahlini chiqarish ham qiyin. Axloqiy me'yorlarga amal qiluvchi bu shaxslarda optimizmga qaraganda pessimizm ustunlik qiladi.

Odamlar shaxsini turli usullar bilan tahlil qilib psixologlar **psixologik yosh** va **biologik yosh** *degan atamalarni ham taklif qilishgan.* Agar odamning xulq-atvoridagi xislatlari uning biologik yoshidan ancha ustun kelib katta odamlarning xulq-atvorini eslatsa, demak uning psixologik yoshi biologik yoshdan ustun deb qabul qilinadi. Masalan, 5 yashar bolaning gap-so'zlari, o'zini tutishi 10 yashar bolani yoki 20 yashar talaba 30—35 yashar kishining xulq-atvorini eslatsa, demak psixologik yosh biologik yoshdan ancha ilgarilab ketgan bo'ladi.

Bundaylarni, odatda, aqlli bola yoki aqlli inson deb ta'riflashadi, ularni hamma hurmat qiladi. Ular o'ta ma'suliyatli bo'lishadi, mustaqil hayotga erta qo'l urishadi, ota-onasining eng yaqin yordamchisi bo'lishadi, kattalar bilan bemalol muloqotga kirishib keta olishadi. Ma'suliyatli ishlarni doimo ularga topshirishadi, yosh bo'lsada katta lavozimlarga taklif qilishadi.

Agar odamning xulq-atvoridagi xislatlari uning biologik yoshidan ancha orqada qolib ketgan bo'lsa, o'zini tutishi bolalar yoki o'smirlarning qiliqlarini eslatsa, bunday shaxslarning psixologik yoshi biologik yoshidan orqada qolgan hisoblanadi. Ayniqsa, bolani juda erkalatib tarbiyalash yoki 14—15 yoshga kirib qolgan bolaga 4—5

yashar bolaga munosabat qilgandek munosabatda bo'lish psixologik yoshning orqada qolib ketishiga sabab bo'ladi. Ular ulg'ayganda mas'uliyatsiz bo'lib yetishadi, o'zlari biron bir ishni mustaqil eplay olishmaydi, birovga qaram bo'lib o'sishadi. Ularni maqtasa yosh boladek xursand bo'lib kulishadi, yoshiga mos bo'lmagan qiliqlar qilishadi.

Bunday holatlarda ***puerilizm*** haqida so'z ketadi. Psixologik yosh orqada qolgan 10 yashar bolaning gap-so'zlari, o'zini tutishi 5 yashar bolani yoki 25 yashar talabaning o'zini tutishi maktab o'quvchisining qiliqlarini eslatadi. Ular o'zidan kichik yoshdagilar bilan o'ynashni xush ko'rishadi, xatti-harakatlari isterik bemorlarni eslatadi, yengiltak bo'lishadi, jiddiy ishlarga yuzaki qarashadi yoki qo'l urishmaydi, tengdoshlari ularga (ayniqsa, qiz bola bo'lsa) tegajoqlik qilib yurishni xush ko'rishadi.

Psixologlar er-xotin orasidagi munosabatlarga qarab oilaning 3 *xil toifasini ajratishgan: «Ona-o'g'il», «Ota-qiz»* va *«Aka-singil»* toifasidagi oilalar.

1.«Ona-o'g'il» toifasidagi oila. Bunday oilada ayol kishi oilani boshqarishni deyarli *butunlay qo'lga* oladi, *uning huquqlari* beqiyos bo'ladi. U hattoki erkak kishi bajarishi lozim bo'lgan oila yumushlarini ham *o'zi bajaradi*, ya'ni *u* xotin emas, balki **Ona** *rolini ijro etadi*. Erning haq-huquqlari esa bu yerda juda kam ifodalangan bo'ladi, oilani boshqarish ishlariga u deyarli aralashmaydi, ya'ni u oilada er emas, balki **o'g'il** vazifasini ijro etadi. Oilani boshqarishning bunday usuli ikkala tomonni ham qoniqtiradi, ya'ni er-xotin orasidagi munosabatlar shunday vaziyatni yuzaga keltiradi. Xotin erini o'z himoyasiga oladi, uni boshqa erkaklardan asraydi, unga doimo maslahat berib yuradi.

Shuning uchun ham bunday oilalarga **«Ona-o'g'il» toifasidagi oila** deb qarashadi. Bunday oilalarda so'nggi qaror xotin tomondan qabul qilinadi, eri esa uning talablarini so'zsiz ijro etadi.

2.«Ota-qiz» toifasidagi oila. Oiladagi barcha yumushlarni erkak kishi bajaradi, erning huquqlari beqiyos bo'ladi, u hattoki ayol kishi bajarishi lozim bo'lgan ishlarga ham aralashaveradi, xotiniga qiz bolaga qaragandek munosabatda bo'ladi, ya'ni u er emas, balki **Ota** vazifasini bajaradi. Xotinning haq-huquqlari esa bu yerda juda kam ifodalangan bo'ladi, oilani boshqarish jarayoniga deyarli u aralash-

maydi, ayol kishi bajarishi lozim bo'lgan ishlarga ham eridan beruxsat qo'l urmaydi, ya'ni u oilada ona emas, balki **qiz** vazifasini ijro etadi. Oilani boshqarishning bunday usuli ikkala tomonni ham qoniqtiradi, ya'ni er-xotin orasidagi munosabatlar shunday vaziyatni yuzaga keltiradi. Shuning uchun ham bunday oilalarni **«Ota-qiz» toifasidagi oila** deb atashadi.

Psixologik nuqtayi nazardan olganda «Ona-o'g'il» va «Ota-qiz» toifasidagi oilada voyaga yetgan farzandlarning hayoti keyinchalik xavf ostida qolishi mumkin. Ularning keyingi taqdirini 2 xil variantda o'rganib chiqamiz:

Birinchi variant. «Ona-o'g'il» toifasidagi oilada voyaga yetgan qiz «Ota-qiz» toifasidagi oilada voyaga yetgan o'g'ilga turmushga chiqsa, bu oila barbod bo'lishi mumkin. Chunki qiz Ona hukmronlik qilgan oilada katta bo'ladi. Qiz oilani Onasi boshqargandek boshqarishga, erini o'ziga bo'ysundirishga intilsa, yigit esa oilani xuddi Otasi boshqargandek boshqarishni istaydi va xotinini o'ziga so'zsiz bo'ysundirishga harakat qiladi. Tabiiyki, buning uddasidan chiqish o'ta mushkul bo'lib, tez-tez bo'ladigan urush-janjallar sababli oila barbod bo'lishi mumkin.

Ikkinchi variant. «Ona-o'g'il» toifasidagi oilada voyaga yetgan o'g'il «Ota-qiz» toifasidagi oilada ulg'aygan qizga uylandi deylik. Bunday oiladan oila yo'lboshchisi yetishib chiqishi juda qiyin, chunki o'g'il ota onaga bo'ysunib yashagan oilada katta bo'lgan, qiz esa ona otaga bo'ysunib yashagan oilada voyaga yetgan, ya'ni «kichik» rolni o'ynovchilar turmush qurishadi. Ushbu yangi oilada yigit xotini yo'lboshchi bo'lishini xohlasa, qiz buning teskarisini, ya'ni eri yo'lboshchi bo'lishini xohlaydi. Ularning o'zlari oilani mustaqil boshqara olishmaydi, birovlarga qaram bo'lib yashashadi, maslahat uchun qiz Otasining oldiga otlansa, o'g'il Onasining oldiga otlanadi. Bu vaziyat uzoq davom etib, axiyri ular oilani boshqarishni o'zlashtirib olishadi.

3. «Aka-singil» toifasidagi oila. Bunday oila psixologik nuqtayi nazardan olganda eng maqbul oiladir, chunki bu yerda er va xotinning vazifalari ular orasida taqsimlangan bo'ladi: er o'zi bajarishi lozim bo'lgan vazifalar bilan shug'ullanib masalan, oilani boshqarishning 60 % ini o'z qo'liga olsa, 40% yumushni xotiniga qoldiradi. Oila bo'yicha muhim qarorlarni qabul qilish erkak kishining qo'lida

bo'ladi, u oilaning yo'lboshchisi va himoyachisi bo'lsa, ayol kishi esa uning eng yaqin maslakdoshi bo'ladi.

Demak, oilada er o'zini xuddi **aka** sifatida, xotin esa **singil** sifatida ko'rsatadi. Bunday oilada ayol kishining ham, erkak kishining ham huquqlari saqlangan bo'ladi, ota-ona orasidagi bunday munosabatlar ta'siri ostida voyaga yetgan o'g'il ayol kishini, qiz esa erkak kishini hurmat qiladigan bo'lib o'sadi.

Bunday oila mustahkam bo'lib, uning a'zolarini hamma hurmat qiladi, ularning farzandlari ham keyinchalik oila qurishsa, o'zaro munosabatlarini «Aka-singil» toifasidagi oilaga o'xshab amalga oshirishga harakat qilishadi.

8.3. Shaxsni tekshirish usullari

1. Tugallanmagan gaplar usuli. Sinaluvchiga uning shaxsini ochib beruvchi va atrof-muhitga munosabatini ko'rsatib beruvchi bir nechta tugallanmagan gaplarga o'zi xohlagan so'zini qo'yish taklif etiladi. Masalan, *«Men opamni ..... ko'raman», «Ishxonamiz rahbari menga .....», «Mening ukam....», «Mening erim....», «Mening xotinim .....», «Men uni .....», «U meni.....», «Men unga .....», «Mening qo'l ostimdagilar .....», «U .... odam» «Men qizlarni ..... ko'raman», «Men onamni .... ko'raman». «Men otamni .....ko'raman», «Mening kayfiyatim doimo .....», «Mening kayfiyatim kechga yaqin .....», «Men hayotdan .... yashayman», «Men o'zimni ..... ko'raman», «Men kelajakka.....», «Men .... xohlardim», «Men bolalik davrimdan.....», «Mening ota-onam .....bo'lgan», «Maktabda mening ustozlarim.....», «Men gaplashayotgan yigit va qizni ko'rsam.....», «Menimcha barcha yosh yigitlar va qizlar.....», «Kattalar meni.....», «Men farzandlarimdan.....», «Mabodo men o'lib qolsam, atrofdagilar.....» va hokazo* lloji boricha bu gaplar soni ko'p bo'lishi kerak (20—30 ta). Sinaluvchi gaplarni qanday tuzishiga qarab, uning shaxsini aniqlab olish mumkin.

2. Tematik aperseptiv test (TAT). Ushbu test turli voqealar aks etgan 20 ta syujetli kartinadan iborat. Sinaluvchi har bir kartinaga qarab hikoya tuzishi kerak. Shu yo'l bilan sinaluvchining tasavvuri, qobiliyati, hissiyoti, voqealarga bo'lgan munosabati va mimikasiga qarab uning shaxsiga oid ma'lumotlar to'planadi.

3. Shaxsni har taraflama tekshirishga mo'ljallangan Minnesot savolnomasi (MMPI). *1957-yil* Kettel tomonidan tavsiya qilingan. Shaxsning barcha xususiyatlarini tekshirish uchun mo'ljallangan. Shuning uchun ham ilmiy va amaliy psixologiyada ko'p qo'llaniladi. Sinaluvchining testda ko'rsatilgan savollarga shaxsiy munosabati, ya'ni ijobiy, salbiy va befarqligi o'rganiladi. Savolnomaning to'la varianti 187 ta, qisqartirilgan varianti 71 ta savoldan iborat.

4. Lyusher testi. Bu testni o'tkazish uchun 6 ta kartadan foydalaniladi: ularning 4 tasi asosiy ranglar — havorang, yashil, qizil, sariq va 4 tasi qo'shimcha ranglar — binafsharang, jigarrang, qora, kulrang. Sinaluvchining qaysi rangni tanlashiga qarab uning ruhiy holati, kayfiyati va shaxsiy xususiyatlari aniqlanadi.

5. Ayzenk shkalasi ekstraversiya-intraversiya va neyrotizm darajasini aniqlash uchun qo'llaniladi. Anketa 57 ta savoldan iborat bo'lib, ulardan 24 ta savol ekstraversiya-introversiya shkalasi bilan, 24 ta savol neyrotizm shkalasi bilan bog'liq bo'lsa, qolgan 9 tasi Yo-shkalasi bo'lib, sinaluvchining savollarga aldamasdan naqadar to'g'ri javob berganligini ko'rsatadi (XIX bobga qarang).

Savolnomaga javob berib bo'lingandan so'ng, savolnoma kaliti yordamida E— ekstraversiya, N— neyrotizm, Yo— yolg'on ko'rsatkichlari bo'yicha shaxs xususiyatlari aniqlanadi. Sinaluvchida shaxsning qaysi xususiyati, ya'ni ekstraversiya, intraversiya, neyrotizm ko'proq namoyon bo'lganligi va uning temperamenti aniqlanadi. Ko'rsatkichlar me'yordan farq qilsa, sinaluvchiga o'z shaxsi ustida o'ylab ko'rish uchun zarur maslahatlar beriladi.

Umuman olganda, ekstraversiya-intraversiya va neyrotizm shaxsning tug'ma xususiyatlaridir. *Ekstravertlar* xulq-atvori ko'proq tashqariga yo'naltirilgan bo'ladi, ular o'z his-tuyg'ularini boshqalar bilan baham ko'rib yashashadi, hamma bilan kirishib ketishadi, ko'p do'st orttirishga intilishadi, o'z his-tuyg'ularini nazorat qila olishmaydi va ko'p gapirishga moyil bo'lishadi.

Intravertlarda buning aksini ko'rish mumkin, ya'ni ular kamgap, o'z ichki dunyosini va his-tuyg'ularini birov bilan baham ko'rmaydigan, do'stlari kam, tashqi tomondan faqat o'ylanib yuradigan odamni eslatuvchi shaxslardir. *Neyrotizm* esa hissiyotga beriluvchanlikni, ortiqcha xavotirni, doimo tarang holatda yurishni va depressiyaga moyillikni belgilab beruvchi shaxs ko'rsatkichidir.

8.4. Temperament va uning tiplari

Temperament odamning tevarak-atrofdagi voqealarga munosabati va hissiyotining ayrim xususiyatlarini belgilab beradi. Temperament ong, xotira, aql-zakovat va qobiliyatni aks ettirmaydi. Shu bois ham barcha temperament vakillari orasida iqtidorli va iqtidorsiz, ilmli hamda *ilmsiz, vijdonli va vijdonsiz kishilarni uchratish mumkin. Temperamentning to'rt tipi ma'lum:* **sangvinik, flegmatik, xolerik** va **melanxolik**.

Quyida ularning har biriga alohida-alohida ta'rif berib o'tamiz.

Sangviniklar – chaqqon, tirishqoq, mehribon, ta'sirchan kishilardir. Ular tevarak-atrofga tez moslashadi. Reaksiyalari yetarlicha kuchli yoki o'rtamiyona bo'ladi. Ular bilimni tez va osongina o'zlashtirsalar-da, hammavaqt *ham puxta egallamaydilar*. Muomalada ular ko'proq shirinsuxan, gapdon odamlardir. Sangviniklar ishga osongina berilib ketib, jadal ishlashga qodir bo'lishadi, lekin muntazam ravishda mehnat qilishga ancha qiynaladilar. Shu bilan birga ular tirishqoq va faol bo'ladilar, boshqalar bilan osongina muloqotga kirishadilar. Sangvinik temperament, ayniqsa, bolalarda *yaqqol namoyon bo'ladi*.

Flegmatiklar sangviniklarga qaraganda birmuncha vazmin kishilardir. Ularda shoshmaslik, vazminlik ancha barqaror bo'ladi, murakkab hayotiy vaziyatlarda kamharakatlilik kuzatilsa-da, qo'yilgan maqsadga erishishda birmuncha barqaror, bir so'zli va dadil bo'lishadi. Bilimlarni sekinroq o'zlashtirsalar ham, lekin puxta egallaydilar. Agar sangvinik alangaga o'xshatilsa (u tez yonib, tezda so'nadi), flegmatikka sekin va uzoq yonadigan alanga xos bo'ladi.

Biror narsaga tez javob qilish kerak bo'lsa, flegmatiklar, ko'pincha, vaqtni boy beradilar. Bunda sangviniklar ulardan ustun keladi. Qat'iylik, iroda va sabr-toqat talab qilinadigan ishlarda esa flegmatiklar ustun keladi.

Xoleriklar his-hayajonga beriluvchi odamlardir. Ularning o'ziga xos *xususiyati jizzakilik va beqarorlikdir. Xoleriklar faol, ishchan va* to'xtovsiz reaksiyali odamlardir. Ular bir maromda ishlay olishmaydi, goh g'ayrat bilan, goh imillab ishlashadi. Shuning uchun ham ehtiyotkorlik, sabr-toqat va chidam talab qilinadigan vaziyatlarda xoleriklar qiyin ahvolga tushib qolishlari mumkin.

30-rasm. **Bu rasmda 4 vaziyat aks ettirilgan (X.Bidstrup bo'yicha). Vaziyatni diqqat bilan o'rganing va kim qaysi temperament egasi ekanligini aniqlang.**

Melanxoliklar g'amgin, jur'atsiz va ma'yus kishilardir. Salga charchash, biror ishga yetarlicha jur'at etmaslik, o'z fikrlari va istaklarini qondira olmaslik ular uchun xosdir. Melanxoliklar, ko'pincha, arzimagan qiyinchiliklarga bardosh bera olmaydilar, ularga qarshi kurashdan voz kechadilar. Sangviniklar va flegmatiklar esa qiyinchiliklarni oson yengishadi, xoleriklar ularni hatto yo'q qilib yuboradi. Melanxoliklarda ijobiy his-tuyg'ulardan salbiy his-tuyg'ular ustunlik qiladi. Baxtli voqealarga qaraganda, ularga noxush voqealar ko'proq ta'sir qiladi. Shuning uchun ham ular doimo tushkun kayfiyatda yurishadi. Ular zaif va sust kishilardir.

30-rasmdagi vaziyatlarni tahlil qilib, kim qaysi temperament egasi ekanligini aniqlashga urinib ko'ring.

Ikki temperament vakillari — sangvinik va flegmatiklar turmush qiyinchiliklariga juda turg'un moslasha oladilar. Sangvinik va xoleriklar ko'p tarqalgan temperamentlar sirasiga kiradi.

Hayvon va inson uchun umumiy bo'lgan oliy nerv faoliyati yoki temperamentlar tipiga qo'shimcha ravishda I.P.Pavlov odamlarni **fikrlovchi, shoirtabiat** va **aralash** tiplarga ajratgan. Fikrlovchilarda ikkinchi signal sistemasi birinchi signal sistemasidan ustun turadi. Bunday kishilar borliqni vositali fikrlash orqali idrok etadi. Ulardan farqli o'laroq, shoirtabiatlarda bevosita idrok etish va his etish yaqqol ifodalangan bo'ladi va ularda birinchi signal sistemasi katta ahamiyatga ega bo'ladi. Shunga muvofiq «fikrlovchilar» intellektual faoliyat, tahlil va abstraksiyaga, shoirtabiat kishilar esa san'at bilan shug'ullanishga ko'proq moyil bo'lishadi (artistlar, aktyorlar, shoirlar). Aralash tipga kiruvchilarning faoliyati aniq bir yo'nalishga ega bo'lmaydi. Shuni ta'kidlab o'tish joizki, I.P.Pavlov odamlarni «shoirtabiat» va «fikrlovchi» tiplarga uzil-kesil bo'lishga urinmasdan, balki kishilarda uchrab turadigan ana shu tiplarni ajratgan, xolos.

8.5. Xarakter

«Temperament» va «xarakter» tushunchalari bir-biriga yaqin turadi. Xarakter shaxsning muhim hamda o'ziga xos sifatiy tomonidir. Ayni paytda, shaxsning ayrim xususiyatlari ham xarakterga, ham temperamentga aloqador bo'lishi mumkin. Xarakter shaxsning yo'nalganligi, irodasi va faoliyati bilan uzviy bog'langandir. Xarakterning

ko'p sonli tasniflari mavjudligiga qaramasdan, uning umum qabul qilingan tasnifi hanuzgacha yo'q.

Xarakterning xususiyatlari juda ko'pdir. Uning uchun qat'iyatlilik, shijoatlilik, tirishqoqlik, vazminlik, dovyuraklik, jasorat va aksincha, jur'atsizlik, qo'rqoqlik, qat'iyatsizlik, gumonsirash kabi xususiyatlar xosdir. Insonning individual xususiyatlarini yetarlicha aks ettiruvchi xarakterning umum qabul qilingan tasnifi yo'qligidan, odatda, xarakterga baho berish uchun unga xos bo'lgan eng muhim belgilarni shunchaki sanab o'tishdan foydalaniladi. Masalan, saxiy, maqtanchoq, quvnoq, yolg'onchi, kamsuqum, qasoskor, xasis, dovyurak, bag'ri keng, qat'iyatli. Agar temperament tug'ma xususiyat bo'lsa, xarakter ko'p jihatdan tarbiyaga va kishining hayot tajribasiga aloqador bo'ladi. Xarakterni shakllantirishda tarbiya, ta'lim berish va oilaning tutgan o'rnini ham eslatib o'tish joizdir.

Xarakter tana tuzilishiga bog'liqmi? Bu savol qadimdan ko'pchilikni qiziqtirib kelgan. 1921-yili Ernst Krechmer shu masalaga oid «Gavda tuzilishi va xarakter» nomli asarini chop qildiradi.

Ushbu monografiyada olim turli somatik konstitusiyalarni bayon qilgan. Uning asarida **pikniklar** o'rta bo'yli, boshi, ko'kragi va qorni nisbatan katta hamda semizlikka moyil bo'lgan kishilar deb ta'riflanadi. **Leptosomlar** esa uzun gavdali, chayir bo'lishadi. Bu gavda tuzilishi atletik tuzilishdan kam farq qiladi. **Diplastik** gavdali kishilarda tana nomutanosib tuzilishi bilan ajralib turadi. Bunday holat **evnuxoidizm** va boshqa nuqsonlari bo'lgan **endokrinopatiyalarda** kuzatiladi.

E.Krechmerning fikricha, leptosom, astenik, atletik va shuningdek, displastik gavda tuzilishiga ega bo'lgan kishilar shizofreniya kabi kasalliklarga moyil bo'lishadi.

Keyinroq E.Krechmer **shizoid** va **sikloidlarga** quyidagicha ta'rif bergan: shizoidlar uchun autizm (yolg'izlikka moyillik), injiqlik, sovuqqonlik xosdir. Sikloid-pikniklarda kayfiyat o'zgarib turadi, ya'ni tushkunlik va gipomaniakal elementlar bir-biri bilan almashinib turadi. Xulq-atvorning xuddi shu xususiyatlari shizotimik va siklotimiklarda ham kuzatiladi. Uning fikricha, sog'lom shizotimiklar shizofreniyaga uchragan bemorlarning qarindoshlari orasida uchrab turadi, ayni paytda, shizofreniyaga chalinganlar kasal bo'lmasidan avval shizoidlar va shizotimiklar hisoblangan. Sog'lom siklotimiklar, psixopatik sikloid-

lar va maniakal depressiv psixozga uchragan bemorlar o'rtasida ham xuddi shunday bog'lanish bor.

E.Krechmerning bu nazariyasiga qarshi e'tirozlar ko'p bo'lgan va psixologlar sog'lom odam xarakterini tana tuzilishiga bog'lab o'rganish noto'g'ri deb hisoblashgan.

Sheldon gavda tuzilishini normal va patologik xulq bilan bog'lab o'rganganan. Sheldonning tipologiyasi u yoki bu embriologik tuzilmalarning ustun kelishiga asoslangan. U quyidagi uch tipni ajratadi:

1. Endodermadan taraqqiy etuvchi ovqat hazm qilish sistemasining ustun turishi (endomorfizm). Bu tipga ishtahaning zo'r bo'lishi, quvnoqlik, shirinsuxanlik xos bo'ladi. Bu temperamentni Sheldon visserotoniya deb atadi.

2. Mezomorfizmda mezodermadan yo'l oladigan suyak-mushak sistemasining taraqqiy etishi ustun keladi. Bu temperament (samototoniya) faollik, hukmronlik bilan tavsiflanadi.

3. Ektomorfizmda ektodermadan rivojlanuvchi asab sistemasi taraqqiy etishi ustun turadi.

Nazorat uchun savollar

1. *Shaxs deganda nimani tushunasiz?*
2. *Shaxs tiplari haqida so'zlab bering.*
3. *Shaxsni tekshirish usullarini bilasizmi?*
4. *Temperament nima? Uning qanday tiplarini bilasiz?*
5. *O'zingiz qaysi temperament egasisiz?*
6. *Xarakter haqida so'zlab bering.*
7. *E. Krechmer va Sheldonning gavda tuzilishi hamda xarakter to'g'risidagi qarashlari haqida so'zlab bering.*

IX bob. PSIXOGIGIYENA, PSIXOPROFILAKTIKA VA DEONTOLOGIYA ASOSLARI

Shifokor yuksak darajada axloqli, jonkuyar, ozoda va xush ko'rinishga ega bo'lishi kerak.
Gippokrat

9.1. Psixogigiyena

Psixogigiyena – bu ruhiy salomatlikni saqlash va mustahkamlashga qaratilgan fan bo'lib, umumiy gigiyena hamda klinik tibbiyotning ajralmas qismiga aylangan.

Psixogigiyena fani boshqa tibbiy-biologik fanlar bilan birgalikda psixosomatik buzilishlarning oldini olish yo'llarini izlaydi va gigiyena talablariga javob beruvchi sharoit yaratish usullarini ishlab chiqadi.

Psixogigiyena tashqi salbiy omillarning asab tizimiga ta'sirini kamaytirish, asab markazlarining «immunitetini» mustahkamlash bilan ham faol shug'ullanadi. Psixogigiyena muammolari psixoprofilaktika muammolariga o'xshab ketadi. Chunki har qanday psixogigiyenik muolajalar ruhiy, asab va boshqa kasalliklar kelib chiqishining oldini olishda muhim ahamiyat kasb etadi.

Masalan, psixogigiyena talablariga amal qilish nevrozlar, psixozlar, miokard infarkti, insult kabi og'ir kasalliklarning oldini olishga yordam beradi. Ayniqsa, xafaqon kasalligining rivojlanishida ruhiy omillarning ta'siri ko'pgina ilmiy tadqiqotlar bilan isbotlab berilgan.

Sivilizatsiyaning jadal rivojlanishi davrida asabiy-ruhiy kasalliklar va yurak-qon tomir kasalliklari soni kundan-kunga ko'payib bormoqda. Bu o'z navbatida psixogigiyena faniga katta vazifalarni yuklaydi.

Kuchli hayajonlanish, og'ir musibat, aqliy zo'riqish organizmning umumiy holatiga nojo'ya ta'sir ko'rsatadi. Buning natijasida gomeostazning normal faoliyati buzilib, ichki a'zolar kasalliklari rivojlanishiga sharoit yaratiladi. Demak, ruhiy salomatlikni saqlash butun bir organizmni turli kasalliklardan asrash demakdir. Psixogigiyena asabiy-ruhiy kasalliklar, shaxs o'zgarishlari, ichkilikka ruju qo'yish, giyohvandlik kabi illatlarning oldini olish bilan ham faol shug'ullanadi. Psixogigiyena muammolari inson shaxsini e'tiborga olgan holda

yechiladi. Vaholanki, shaxsning shakllanishi organizmning ruhiy-asabiy holatiga katta ta'sir ko'rsatadi.

Har bir vrachning bu fanni chuqur egallashi va uning qonunlarini bilishi kasalliklarni davolashi hamda uning oldini olishda, shuningdek, psixoprofilaktikadan yangi dasturlar tayyorlashida katta yordam beradi. Ruhiy zo'riqishlar ichki a'zolar kasalliklariga sababchi bo'lsa, o'z vaqtida ichki a'zolar patologiyasi inson ruhining buzilishiga olib kelishi mumkin.

Doimiy hasad, vahimaga tushaverish, har narsaga arazlayverish kabi holatlar inson ruhini ishdan chiqaradi. Bunday odamlar ruhiy salomatligidan ayrilib, ichkilikka ruju qo'yadigan, hech kimga ishonmaydigan, o'zining sog'ayib ketishiga ham katta shubha bilan qaraydigan bo'lib qolishadi. Ruhiy buzilish «yuqumli» kasallikdir. Albatta, oilada asabi buzilgan yoki bir so'z bilan aytganda, nevroz yoki psixozga chalingan odam bo'lsa, buning yomon ta'siri oila a'zolariga ham tezda o'tishi, ularning ruhiy salomatligiga katta ziyon yetkazishi mumkin. Demak, psixogigiyenaning yana bir katta muammolaridan biri, bu oila psixogigiyenasidir. Bir odamning ruhiy salomatligini tiklab berish, uning atrofidagi qarindosh-urug'lari, yor-birodarlarining ruhiy salomatligini ham tiklash yoki buzilishdan saqlab qolish demakdir.

Psixogigiyena muammosi va muvaffaqiyatlarini keng ma'noda tushunmoq kerak. Chunki psixogigiyena bevosita jamiyat muammolarini ham hal qilishga ulkan hissa qo'shadi, ruhiy sog'lom bo'lgan shaxsgina biror-bir kasbni egallab, uning uddasidan chiqishi mumkin. Ruhan sog'lom kishigina yaxshi vrach, quruvchi, haydovchi, o'qituvchi yoki uchuvchi bo'lishi mumkin.

Psixogigiyena quyidagi maqsadlarni o'z oldiga qo'yadi:

1) sog'lom shaxsni tarbiyalash va shakllantirish;

2) tibbiy maskanlarda gigiyena talablariga javob beradigan sharoit yaratish;

3) insonning salomatligiga ziyon keltiruvchi omillarni kamaytirish va tugatish;

4) bemorlarni jismoniy tarbiya va sportga qiziqtirish, uni keng ommaga yoyish;

5) har bir insonni o'z salomatligiga e'tibor bilan qarash hamda uni saqlashga o'rgatish.

Psixogigiyena shartli ravishda quyidagi turlarga bo'linadi:

1) yoshga oid;
2) aqliy va jismoniy mehnat;
3) o'rganish va o'rgatish;
4) oila va jinsiy hayot;
5) turmush;
6) bemor psixogigiyenasi.

Yoshga oid psixogigiyena bolalik davridan, ya'ni chaqaloq tug'ilgan davrdan boshlanishi kerak. Chunki insonning shaxs sifatida shakllanishi juda erta boshlanadi. Bolaning yashash faoliyati o'yinlarga asoslangan bo'ladi. Uning idroki yoshiga mos bo'ladi. Bola o'zi qiziqqan narsa bilan shug'ullanadi. Bolaning yonida ehtiyot bo'lib gapirish, uni to'g'ri yo'lga boshlash, kamchiliklarini o'z vaqtida tuzatib borish o'ta muhimdir. Bolani qattiqqo'llik bilan emas, faqat uqtirish yo'li va tayinlash bilan tarbiyalash mumkin. Bolani ortiqcha erkalatib yuborish, uning aytganini qilaverish, talablarini bajaraverish ham yaxshi oqibatlarga olib kelmaydi, u qaysar, o'jar, ota-onani hurmat qilmaydigan bo'lib o'sadi. Bolani uning yoshiga mos turli o'yinlar bilan mashg'ul qilish kerak. Uni teatr, sirk va hayvonot bog'lariga olib borish, tabiat qo'ynida tarbiyalash, bolaning sinxron rivojlanishida juda muhim ahamiyat kasb etadi.

Bolalar psixogigiyenasida kattalar xulq-atvori, avvalambor, ota-onasining xulq-atvori o'ta muhim ahamiyatga ega. Doimo janjal bo'ladigan, ichkilik ichiladigan, kitob mutolaa qilinmaydigan oilada yaxshi farzand voyaga yetishi ancha murakkabdir. Bola ota-onaning yaxshi fazilatlariga ham, yomon qilig'iga ham taqlid qiladi. Hali bolada bosh miya yarim sharlari po'stlog'i funksional jihatdan to'la shakllanmaganligi sababli ularda yaxshi-yomonni tahlil qilish imkoni past bo'ladi. Bola tafakkuriga mos hikoyalar, ertaklar aytish, hayotdan misollar keltirib borish unda hayotga qiziqish uyg'otadi, insonlarga mehr-muhabbatli bo'lishga undaydi.

Agar ota-ona bolada fan, san'at yoki hunarning qaysidir bir turiga qobiliyatni sezib qolsa, unga har tomonlama yordam berib, barcha sharoitni yaratib berishi zarur. Lekin bolani ilmli qilaman deb, unga keragidan ortiqcha talab qo'yib yuborish, dars qilishga majbur qilaverish, ko'chada biroz o'ynagani qo'ymaslik unda depressiya alomatlari rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bunga shunday misol keltirish

mumkin: hali 8 yoshga to'lmagan G. ismli qizchani bizga ko'rsatishdi. Qizcha bosh og'rig'idan shikoyat qilar edi. Ota-onasi vrach qabulida bo'lib, qizchada bosh og'rig'i sabablarini aniqlay olishmaganligini va berilayotgan dorilar foyda bermayotganligini aytishdi. Qizcha juda kam gapirar, bir nuqtaga qarab turaverar, doktor bergan savollarga zo'rg'a javob berar edi. Vrach o'zi haqida gapirib berishini iltimos qilganda, faqat boshi og'rishini aytgan. Qizni tekshirayotib unda depressiya alomatlarini aniqladik. Qiz avval hech qanday kasal bo'lmagan, miya jarohatlari olmagan, ichki a'zolari ham sog'lom edi. Qizchadan boshing doimo og'riydimi, og'rimagan payti bormi desa u: «Ha, doim og'riydi, lekin noyabr oyida og'rimadi», deb javob beradi (bemor fevral oyida tekshirilayotgan edi).

Qizdagi bosh og'riqning sabablari har tomonlama tekshirilib, kasallik anamnezi yaxshilab o'rganilgandan so'ng shu narsa ma'lum bo'ldiki, qizni 6 yoshidan boshlab o'qitish kuchaytirilgan maktabga berishgan. Bundan tashqari, qizcha maktabdan qaytgach, ingliz tili o'qituvchisi uyda u bilan mashg'ulot olib borgan, so'ng ota-onasi bilimini tekshirish uchun doimo savol-javoblar o'tkazgan. Qizcha 6 yoshga to'lgach ko'chaga tengdoshlari bilan o'ynagani chiqishga qo'yilmagan. Albatta, bolaga qo'yilgan bu ortiqcha talablar uni ruhan charchatib qo'ygan. O'qituvchilar va ota-onasi oldida doimiy mas'uliyat sezgan qizchaning miyasi doimo hissiy zo'riqishda bo'lib, bora-bora u kamgap, faqat savollargagina javob beradigan, tengdoshlari bilan o'ynamaydigan bo'lib qoladi. So'ngra esa qizchada doimiy bosh og'riq rivojlanadi. Noyabr oyida qizcha maktabdan ta'tilga chiqqan, otasi esa boshqa shaharga xizmat safariga ketgan edi. Qizcha bu davrda, tabiiyki, dars qilmagan va ko'p vaqtini toza havoda tengdoshlari bilan o'ynab o'tkazgan. Bundan xulosa qilib, qizchaning ota-onasiga barcha talablarni kamaytirish, ularni qizning yoshiga moslash, ingliz tili o'qitishni vaqtincha to'xtatish, toza havoda sayr qilishga imkon berish zarurligi tavsiya qilindi. Bu talablar bajarilgach, qizchada depressiya alomatlari (kamgaplik, ishtaha yo'qligi, hech narsaga qiziqmaslik va bosh og'rig'i) o'tib ketdi.

Bundan xulosa shuki, ko'pchilik asabiy-ruhiy buzilishlarning sababi noto'g'ri hayot tarzi, ortiqcha hissiy zo'riqish, yoshga mos bo'lmagan talablarning qo'yilishidir. Bu salbiy omillar bartaraf qilinmas ekan, dori-darmonlarning ta'siri ko'zlangan maqsadni bermaydi.

Psixogigiyenaning asosiy maqsadi ham psixogen omillarni bartaraf qilishdir. Bolalarni maxsus kuchaytirilgan maktabga berayotganda psixologga ko'rsatish zarur va ular keyinchalik ham vaqti-vaqti bilan psixolog nazoratida turishi kerak.

Shunday ekan, maktab yoshidagi bolalar psixogigiyenasi haqida alohida to'xtalib o'tish o'rinlidir. Shu o'rinda darslardagi ortiqcha yuk, o'quvchilar orasidagi yoki o'quvchi bilan o'qituvchi orasidagi kelishmovchiliklarni o'rganish va ularni bartaraf etish yo'llarini izlab topish zarur.

Psixologiya va umuman tibbiyot uchun eng dolzarb muammolarga to'la bo'lgan davr – bu **o'smirlik davridir**. O'smirlik davrida nafaqat ruhiy o'zgarishlar, balki aqliy va jismoniy o'zgarishlar ham keskin kechadi. Bu davr – **o'tish davri** hisoblanadi. O'smir – bu kechagi bola, lekin u hali katta kishi ham emas. U oldida turgan muammolarni o'zi yechishga ruhan hali tayyor bo'lmasligi mumkin. Lekin «Hali sen yoshsan», deb uni hadeb tergayverish qaysar va o'jarlikni yuzaga keltirishi mumkin. O'smirning mustaqilligini tan olgan holda, uning oldida har bir narsaga mas'uliyat hissini tug'dira borish o'ta muhimdir. U yechishi kerak bo'lgan muammolardan qo'rqmasligi, shu bilan birga, bu muammoga yengiltaklik bilan qaramasligi kerak. Bu davrda o'smir uchun eng katta muammolardan biri seksual muammodir. Qizlarda esa hayzning kelishi ham chuqur hissiy hayajonlanishlar, qo'rquvlar bilan kechishi mumkin. Bunday paytlarda ota-onasi, yaqinlarining maslahati juda zarur. Vrach-psixologning vazifasi esa o'smirda kechayotgan jarayonlarni o'z vaqtida hal qilib borishdan iborat. Sport va badantarbiya mashqlarini bajarish, mehnatning o'ziga yoqqan turi bilan shug'ullanish, organizmni chiniqtirib borish o'smir uchun g'oyat muhimdir.

Katta yoshdagilar psixogigiyenasi, ko'pincha, kishining egallab turgan lavozimi, kasbi va ish faoliyatiga bog'liq. Bu davrda oila va jinsiy hayot psixogigiyenasi alohida e'tibor talab qiladi. Zigmund Freyd jinsiy hayotda baxtsizlikka uchragan oila psixologiyasini chuqur o'rganib, jinsiy hayot nuqtayi nazaridan insonlarda nevroz, psixoz kabi kasalliklarning kelib chiqish mexanizmlarini yoritib berdi. Jinsiy zaiflik bor oilada baxtli hayot bo'lmaydi, ana shunday oilalarning jamiyatda ham o'z o'rnini topib keta olmasliklarini kuzatuvlariga asoslanib isbotlab bergan. Er-xotin orasidagi nafaqat yaxshi munosabat

va xushmuomalalik, balki normal jinsiy munosabatlar ham mustahkam oilaning asosini tashkil qiladi.

Jinsiy hayot — hayot mazmunini ifodalab beruvchi vosita bo'lib, usiz avlodni davom ettirib bo'lmaydi. Jinsiy hayotdagi keskin o'zgarishlar klimakterik va involyutsion davrda salbiy tomonga ketishi kishi ruhiy faoliyatiga ta'sir qilmasdan qolmaydi. Shuning uchun ham jinsiy hayot psixogigiyenasini alohida o'rganish talab qilinadi. Oila mustahkam bo'lishi uchun nikohga katta e'tibor qaratilmog'i kerak.

Turmush qurayotgan ikki yosh, albatta, tibbiy ko'rik hamda genetik va psixologik tekshiruvlardan o'tib, salomatligi haqida maxsus tibbiy ma'lumotnomani olgach, turmush qurish haqida xulosaga kelish mumkin. Aks holda, bu nikoh baxtsiz bo'ladi. «Qiz bersang ham, olsang ham yetti avlodini surishtirib ish qil», deb bekorga aytmagan xalqimiz. Bir oilaning baxtsizligi, uning qarindoshlari, qolaversa, butun jamiyatning baxtsizligi sifatida qaralishi kerak. Haqiqatan ham shunday.

Jinsiy a'zolarning anatomiyasi va fiziologiyasi haqida turmush qurayotgan yoshlar dastlabki ilmga ega bo'lishlari kerak. Turmush qurayotgan yigit yoki qizda ruhiy kasallik bormi-yo'qmi, nevropatolog yoki psixiatrning tibbiy xulosasi qanday?

Bularga e'tibor, ko'pincha, turmush qurishdan oldin emas, balki buzilgach beriladi. Biz turmush qurgach, turmush o'rtog'ining ruhiy kasali borligi va uning ota-onasi to'ydan oldin farzandining «aybini» yashirganidan katta janjallar chiqib, butun boshli oilalar sudlashib yurganining guvohi bo'lganmiz.

Qariyalar muammosi har qanday jamiyatda ko'ndalang turgan muammodir. Chunki ular ishga yaroqsiz bo'lib qolishgach, ba'zan farzandlari e'tiboridan ham chetda qolib ketishadi. Ayniqsa, doimo faol hayot kechirib kelayotgan kishi nafaqaga chiqib, ishsiz qolganda, uning ruhiyatiga katta ziyon yetishi mumkin.

Shuning uchun qariyalarni mahalla yoki o'zining avvalgi mutaxassisligi bilan bog'liq ishlarga jalb qilish, ularning jismoniy va ruhiy salomatligini tiklash hamda saqlashga yordam beradi.

Psixogigiyena fani doimo takomillashib boradigan fandir. Bir necha yillardan so'ng psixogigiyenaning maqsad va vazifalarida yangi yo'nalishlar paydo bo'lishi tabiiy.

9.2. Psixoprofilaktika

Psixoprofilaktikaning maqsadi psixogen buzilishlarning oldini olishdir. Psixoprofilaktika umumiy profilaktikaning bir bo'limi bo'lib, birlamchi va ikkilamchi turlarga bo'linadi.

Birlamchi profilaktikaning maqsadlari psixogigiyenaning maqsadlariga o'xshab ketadi va nafaqat asabiy-ruhiy kasalliklar, balki barcha somatik kasalliklarning oldini olish bilan ham shug'ullanadi. Bunga u qanday qilib erishadi? Bunga bolalik davridan boshlab, insonning ruhiy salomatligini nazorat qilib borish, o'z vaqtida yuqumli kasalliklarga qarshi emlash, ruhiy hamda jismoniy rivojlanishdan orqada qolayotgan bolalar tarbiyasi va jismoniy rivojlanishiga har tomonlama yordam ko'rsatish orqali erishadi.

Demak, psixoprofilaktikani nafaqat nevrolog, psixolog va psixiatrlar, balki pediatr, terapevt, endokrinolog hamda tibbiyotning boshqa mutaxassislari ham targ'ib qilishlari va amalga oshirishlari kerak. Birlamchi psixoprofilaktikaning asosiy maqsadlaridan yana biri yosh oila qurayotgan yigit-qizlarni tekshirib irsiy kasalliklarni aniqlash, yangi tug'ilgan chaqaloqlar salomatligini saqlash, onalar salomatligini muhofaza qilish hamdir.

Ikkilamchi profilaktika psixogen kasalliklarning qayta qo'zg'alishining oldini olish bilan shug'ullanadi. Shu maqsadda erta tashxis qo'yish, aniqlangan belgilarni o'z vaqtida bartaraf etish, yangi davolash usullarini keng qo'llash, kasalliklarning surunkali davrga o'tib ketishining oldini olish choralari ko'riladi.

9.3. Deontologiya asoslari

«Barcha san'atlar ichida eng buyugi tibbiyotdir» degan edi Gippokrat. Vrachlik kasbini egallash uchun faqat shu sohaning bilimdoni bo'lish yetarli emas, albatta. Vrach, avvalambor haqiqiy inson bo'lmog'i kerak. Vrachni jang maydonidagi askarga o'xshatish mumkin. U dushman bilan olishayotib, faqat Vatan haqida o'ylaydi. Vrach ham bemorning hayotini saqlab qolish, uni sog'aytirib yuborish uchun kurashadi.

Bunda u o'z manfaatini emas, faqat bemorning tezroq sog'ayib ketishini o'ylaydi. Shuning uchun ham qadimda vrachni yonib turgan

shamga o'xshatishgan, u o'zi yonib erib tugaguncha atrofga nur sochib, yorug'lik taratib turadi.

Tibbiyot deontologiyasi vrach burchi, qiyofasi, obro'si, nomusi va vijdoni haqidagi fandir. Deontologiya – yunonchadan **burch** degan ma'noni bersa, etika – grekcha **axloq** degan ma'noni anglatadi. Gippokrat qasamyodida tibbiyot deontologiyasi va etikasiga oid *ko'p iboralar keltirilgan.* U «Axloqsiz vrachning bemorni davolashga haqqi yo'q», deb xitob qilgan. Gippokrat qasamyodi tibbiyot etikasining rivojlanishiga katta ta'sir ko'rsatdi.

Hozirgi kunda shifokor (vrach va hamshira) bilan bemor orasidagi munosabatlar chuqur falsafiy mushohada yuritishni talab qiladi. «Agar vrach bemor bilan til topishmasa, kuchli va foydali dorilar buyurilishidan qat'i nazar, bemorning tuzalib ketishi mushkullashadi», deb aytgan edi atoqli o'zbek deontologi va terapevti E.Y. Qosimov (2001). «Davoning boshi ishonchdan boshlanadi, ya'ni bemor shifokorga va uning berayotgan dori-darmonlariga *ixlos qo'yishi* kerak. Bu ishonchni paydo qiladigan inson, albatta, shifokorning o'zidir, uning go'zal nutqidir. Shifokor o'zining xatti-harakatlari, *shirin so'zi va tashqi ko'rinishi bilan bemor*larning hurmatini qozonishi zarur» *(E.Y.Qosimovning bo'lajak shifokorlarga aytgan nutqidan).*

E.Y. Qosimov (1933–2007)

Albatta, hozirgi kunda tibbiyotga pullik xizmatning kirib kelishi, deontologiyaning ba'zi yo'nalishlarini boshqacha tahlil qilishga undaydi. Sobiq sho'ro davrida pullik xizmat deyarli yo'q edi. Hozir davlat tomonidan maxsus ruxsatnoma olib vrachlar, poliklinikalar va shifoxonalar pullik tibbiy xizmat ham ko'rsatishmoqda. Bu, albatta, endi deontologiyaning keragi yo'q yoki ahamiyati pasaydi, degani emas. «Axir pul to'lagandan so'ng baribir yaxshi qaraydi-da», degan fikr yanglish fikrdir. Vaholanki, bemorning tuzalib ketishi to'lagan puli miqdori bilan emas, vrachning bilimi, tajribasi va muomalasi bilan belgilanadi. Qolaversa, deontologiya faqat bemorga shirin so'z gapirib, kulib qarab turish degani emas, deontologiyaning ustuvor

yo'nalishlaridan biri, ta'kidlab o'tganimizdek, **ishonchdir**. Ba'zan hadeb vahima qilaveradigan bemorni qattiqroq «koyib» qo'yishga ham to'g'ri keladi. Ana shundagina u vrachga ishonadi. «Agar kasalim haqiqatan ham tuzalmas bo'lganida, doktor meni urishib bermasdi», deb o'ylaydi.

Ba'zan davo usuli bemorni qoniqtirmaydi. Ko'p dori-darmon yozilsa, unda «Shuncha dori shartmikan yoki kasalim og'irmi, yoki vrach tajribasizmi?» degan fikrlar paydo bo'ladi. «Falonchi doktor falonchi bemorni ikkita dori berib tuzatib yuboribdi», degan so'zlarni ba'zan eshitib turish mumkin. Xo'sh, bunday paytlarda qanday yo'l tutish kerak? Ayniqsa, ba'zi kasalliklarni birmuncha uzoq davolashga to'g'ri keladi.

Muolajalar darrov natija beravermaydi. Bunday paytda kasallikning mohiyatini bemor tushunadigan tilda bayon qilish kerak. Kerak bo'lsa, bemorni tinchlantirish uchun tashxisni yanada aniqroq qo'yish maqsadida, vrach o'zidan tajribaliroq hamkasblaridan maslahat so'rashi zarur. U bemorning oldida aslo o'zini yo'qotib qo'ymasligi kerak. Shuni unutmaslik kerakki vrach bemorni tekshiradi, bemor esa vrachni kuzatadi.

Ko'p hollarda shunday hodisalarga duch kelish mumkin. Professor qabuliga kelgan bemor u yerda yarim soatdan ortiq qolib ketsa, bezovtalana boshlaydi, professor yoki doktorlar haqida har xil gaplar gapiradi. Qizig'i shundaki, xuddi shu bemor (ya'ni professorni yarim soat ham kutgisi kelmagan bemor) tabibni bir necha soatlab, hattoki bir necha kunlab kutadi. Qancha ko'p kutgan sayin tabibga hurmati shuncha oshib boradi. Tabibni xuddi o'ziga o'xshab kutayotganlarga maqtaydi: «Zo'r tabib bo'lsa kerak, eshigida shuncha odam, bitta bemorni bir soatlab ko'rarkan. O'sha tabibga kirish uchun ba'zi bemorlar eshigining oldida ko'rpa-to'shak qilib yotib oladi».

Xo'sh, buning siri nimada? Tabiblarning «zo'rligidami?» Yoki bemorlarning tibbiyot va doktorlardan bezganidami? Yoki vrachlarning bemor dardini to'la eshitishga «vaqtlari» yo'qligidami? Bu savollarni quyidagicha izohlash mumkin:

birinchidan, afsuski, ko'p kasalliklar surunkali turga o'tib ketgan bo'lib, bir marta emas, bir necha bor davolashni talab qiladi;

ikkinchidan, bemorlarni davolashdagi izchillikning buzilishida, ya'ni bemor kasalxonadan chiqib poliklinikada, u yerda davolanib

bo'lgach, ko'rsatilgan muddatlarda sanatoriylarda davolanishi zarur bo'ladi. Hamma bemorlar ham bunga amal qila olmaydi;

uchinchidan, inson paydo bo'libdiki, antiqa narsalar va mo'jizalarga intiladi. Ko'rmagan narsasini ko'rgisi, yemagan narsasini egisi, bormagan mamlakatga borgisi keladi. Bular har bir insonga xos xususiyatlardir. Ana shu qiziqish bor ekan, inson mo'jiza izlayveradi (kimdan, nimadan va qayerdan izlashning farqi yo'q, eng asosiysi «mo'jiza» topsa bo'ldi). Odamlarning tabiblarga intilishini ham shunday izohlash mumkin. Hamma joyda poliklinikalar, kasalxonalar ishlab turibdi, vrachlar ham yetarli. Deyarli har bir mahalla, har bir ko'p qavatli uyda doktor bor (vrachlar yetishmaydigan ba'zi qishloqlarni e'tiborga olmaganda). Bemorlar uchun vrachlarga murojaat qilish oddiy bir hol bo'lib qolgan: «Unisi bo'lmasa bunisi, vrach topiladi». Doktorga ishi tushmagan odamni uchratish amri mahol, albatta. Bu mulohazani tabiblarga nisbatan qo'llab bo'lmaydi. Negaki, ularning soni kam. Ularni tayyorlaydigan institutlar yo'q. Ular ishlaydigan «tabibxonalar», kasalxonalar ham yo'q. Agar bo'lganida, bemorlar tabiblarga ham ko'nikib qolib, ulardan mo'jiza izlamagan bo'lur edi.

Falon qishloqdan bir tabib chiqibdi, eshigi to'la odam emish deyishsa, odamlar o'sha tomonga qarab intilishadi. U tabib maktabni tugatganmi-yo'qmi, nega u ham asab, ham ruhiy, ham ichki kasalliklar, ham bepushtlikni davolayveradi? Bular bilan bemorlar qiziqishmaydi. Eng asosiysi, eshigining oldida odam ko'p. Agar bemor biror vrachdan tuzalmasa yoki kasalxonadan to'la tuzalib chiqmasa, o'sha vrachni va kasalxonani yomonlaydi. Agar u tabibdan tuzalmasa, «Ha, demak, kasalim tuzalmas ekan-da, tabib ham davolay olmadi», deb fikr yuritadi. Bu, ajablanarli hol, albatta. Kasalxonalar va poliklinikalarda tuzalgan, nogiron bo'lgan hamda vafot etgan bemorlarning hisobi olib boriladi. Buning uchun Sog'liqni saqlash vazirligida statistika bo'limi ishlab turibdi. Olingan ma'lumotlar har chorak va har yili tahlil qilib boriladi. Tabiblar qo'lidan tuzalgan va tuzalmaganlarning hisobi olib borilmaydi. Ularda statistika ham yo'q. Og'ir bemorlarni esa ular davolamaydi. Shunday qilib, biz ularning ish faoliyatini nazorat qiladigan sharoitdan yiroqmiz.

Bu o'rinda, tabiblarni yomonlab vrachlarni ulug'lash niyatimiz ham yo'q. Biz yuqorida keltirgan mulohazalar vrachlarni o'ylantirib

qo'ymog'i kerak. Haqiqatan ham, ko'p hollarda vrach bemorning so'zini oxirigacha tinglamaydi. Bunga sabab qilib, tashqarida kutib turgan bemorlarni va vaqti ziqligini ro'kach qiladi. Lekin shuni unutmaslik kerakki, hozir yoningizga kirgan bemor tashqarida kutib o'tirgan bemorlarning yoki sizning vaqtingiz ozligining qurboni bo'lmasligi kerak. Bu bemor Sizni deb kelganligini ham unutmaslik, qolaversa, vrach obro'-e'tibori yo'qoladigan ishlarni qilmaslik kerak. Bemorning dardini oxirigacha eshitish zarur. To'g'ri, ba'zan bemor bir oz gapirgach, uning kasali doktorga ayon bo'lib qolishi mumkin. Biroq u hali so'zini tugatgani yo'q, o'zini bezovta qilayotgan barcha shikoyatlarini doktorga aytmoqchi. Gap shundaki, bemor dardini qancha to'kib solsa, shuncha yengillashadi. Bemorning uzundan-uzoq so'zlari doktorga tashxis qo'yish uchungina emas, balki uning dardini yengillashtirish uchun ham kerak. Demak, vrach bemorni tinglayotib nafaqat uning kasalini aniqlaydi, balki davolaydi ham! To'g'ri, bemor kasaliga taalluqli bo'lmagan gaplarni ko'p gapirishi, doktorning vaqtini behuda o'g'irlashi mumkin. Bunday paytlarda, bemorga kasalligiga doir qo'shimcha savollar berib, uni to'g'ri yo'lga solib olish kerak.

Ayniqsa, nevrozga chalingan bemorlar ko'p so'zlashni, shikoyatlarini rang-barang qilib gapirishni yaxshi ko'rishadi. Yana ular zamonaviy apparatlarda bir qancha tekshirishlardan o'tishni istashadi, bular bemorga shart bo'lmasa-da, imkoniyatga qarab, bu iltimoslarni bajarish kerak yoki bemor bir-ikkita tekshirishlardan o'tgach, «Bularning xulosasi yaxshi chiqdi, qolgan tekshirishlar endi shart emas», deb tinchlantirish lozim.

Vrach xatosi to'g'risida nima deyish mumkin? Agar vrach xatoga yo'l qo'ysa, u, albatta, jazoga tortilishi kerakmi? Xatoning sabablari nimadan iborat? «Bemor doimo haq» degan naql to'g'rimi? Bu savollar o'ta qiyin bo'lib, ularga batafsil javob topish amri mahol. Vrachning har bir xatosi orqasida bemor — bir insonning hayoti yotadi. Bu xato sababli kimdir yaqin odami (otasi, onaizori, suyukli yori, farzandi)dan judo bo'ladi. Vrach xatosining sabablarini 2 guruhga bo'lish mumkin: *birinchisi*, vrachning savodsizligi bo'lsa, *ikkinchisi*, uning charchaganligidadir. Xo'sh, vrach xatosini qanday aniqlash mumkin? U savodsizligidan xato qildimi yoki charchaganidan? Ikkala holatda ham jazo bir xil bo'lishi kerakmi?

To'g'ri, ilmsizlik oqibatida vrachlar orasida xatolar uchrab turadi. Lekin ba'zan tajribali vrach ham xatoga yo'l qo'yishi mumkin. Nomi chiqqan tajribali vrachga ko'rinishni orzu qiladiganlar juda ko'p bo'ladi. Shunday holatlar bo'ladiki, bir kunda ko'rinadigan bemorlar soni 20 dan oshib ketadi. Tajribali vrachga uyda ham, ishda ham, mehmondorchilikda ham, hattoki dam olish safarida ham tinchlik bo'lmaydi. Albatta, bunday paytlarda tajribali vrachning ham xato qilmasligiga kafolat berish qiyin. Bemorga «Yo'q, men charchadim», deya olmaydi. «Hozir men sizni ko'ra olmayman», desa vrach etikasiga to'g'ri kelmaydi, «Ko'rib qo'yaman», desa vrach ham ruhan, ham jismonan charchagan. Shuni unutmaslik kerakki, ruhiy charchash ko'p xatoliklarga sababchi bo'lishi mumkin. Buning ustiga, to'g'ri kelgan joyda bemorni ko'rib, ikki og'iz so'z bilan tashxis qo'yib bo'lmaydi. «Iltimos, doktor, menga 5 daqiqa vaqt ajrating, meni ko'rib qo'ying», deb vrachni hol-joniga qo'ymaydigan kishilar o'z hayotini xavf ostiga qo'yishadi. Buning ustiga bemorni ko'rish uchun vrach ruhan tayyor bo'lishi kerak. Vrach charchagan paytlari bemorni ko'rib qo'yishni boshqa kunga tayinlashi (agar ahvoli og'ir bo'lmasa) maqsadga muvofiqdir.

Bilimdon vrachning hayoti hech qachon oson va yengil kechgan emas. U kundalik hayotiga reja ham tuza olmaydi. Dam olish kunlari ham o'zi istagandek o'tmaydi, har daqiqa bemorni ko'rsatish uchun chaqirib qolishlari mumkin. S.P.Botkin shunday degan edi: *«Vrach har qanday sharoitda ham o'zini yo'qotmasligi, muvaffaqiyatlardan boshi gangimasligi, muvaffaqiyatsizlikdan esa tushkunlikka tushmasligi kerak»*. Vrach doimo ilm olishga intilishi kerak, chunki tibbiyot doimo rivojlanib boruvchi fandir. O'qimay bir joyda to'xtab qolgan vrach ko'lmak suvni eslatadi. Uning yoniga hech qaysi jonzot yaqinlashmaydi, chunki bu suvdan iste'mol qilsa, o'ladi.

Tib ilmining sultoni bo'lmish Ibn Sino hayotining so'nggi daqiqalarida shunday degan: «Hayotdan ko'z yumayotib shunga amin bo'ldimki, ilm sohasida hali hech narsani egallamagan ekanman». Hozir «Men u kasallikni davolayman, bu kasallikdan xalos qilaman», deguvchi reklamalar ko'payib ketgan. Bilimdon vrach hech qachon reklamaga muhtoj bo'lmagan. Uni bemorlarning o'zi izlab topadi. Vrach uchun reklama — bu undan tuzalib ketgan bemordir. Bundan yaxshi reklama yo'q. Vrach hech qachon bemor oldida o'zini

maqtamasligi kerak. Bu faqat uning obro'sini tushiradi. Vrachning qo'lidan tuzalib, sog'ayib ketgan bemorlar soni ko'paygan sayin obro'si oshib boraveradi. Ayniqsa, ko'p vrachlarga borib, kasalxonalarda yotib, dardiga shifo topa olmagan bemorni davolagan vrachning obro'siga obro' qo'shiladi.

Tarixchilarning yozishicha, Ibn Sinoning xalq oldida obro'si shu darajada yuqori bo'lganki, uning bemor oldida paydo bo'lishining o'ziyoq ularga ruh bag'ishlagan. Bunga u, albatta, betinim mehnat, uyqusiz mutolaa qilish va ilm olishga o'chligi sababli erishdi. Ibn Sinoning tarjimai holida shunday so'zlar bor: «Men 15 yoshimdan boshlab Yunoniston, Rim, Misr va Hindistonlik mutafakkirlarning asarlarini o'rgana boshladim». U ustozi Abu Abdulloh haqida shunday yozadi: «Ustozim qaysi muammoni ilgari surmasin, men uning mohiyati va sirini ochishga, nozik tomonlarini o'rganishga intildim, nainki ustozning o'zi bu muammolarning mag'zini oxirigacha anglay olmas edi». Haqiqatan ham, yosh olim ustozidan ham o'zib ketdi, tez orada uning nomi tillarda doston bo'ldi. U yana o'zi haqida shunday yozadi: «Men 19 yoshgacha ilm oldim, so'ng esa uni qo'lladim. Bolalik davrida olingan ilm toshga o'yib yozilgan harfga o'xshaydi, keyin olingan ilm muzga o'yilgan harfga o'xshaydi. Vaqt o'tib muz erib, unga bitilgan harflar o'chib ketadi, toshdagi so'zlar esa umrbod qoladi».

Ibn Sino kitobdan olgan bilimlarini bemorlarni ko'rib, boyitib borishning katta foydasi haqida shunday yozadi: «Men tib ilmini o'rgana borib, bir yo'la bemorlarni ham nazorat qilib bordim. Buning natijasida hali kitoblarda bitilmagan davolash usullarini o'ylab topdim va amaliyotda qo'lladim». Ibn Sino 16 yoshga yetmasdan nazariy va amaliy tibbiyotni juda puxta egallagan bo'lib, nafaqat Buxoroda, balki butun Sharqda mashhur bo'ldi. Tarixchilarning yozishicha, Ibn Sinoning kuchli qobiliyat sohibi bo'lishining asl sababi o'z ustida tinmay ishlashidir. «Men, — deb yozadi Ibn Sino, — tunlari mijja qoqmay faqat ilm olish bilan shug'ullandim. Dialektika, matematika va fizikani inson aql zakovati yetadigan darajada o'rganmaguncha tinchimadim. Keyin men Aristotelning «Metafizika» asariga murojaat qildim. Lekin uni ko'p marotaba o'qib chiqqan bo'lsam-da, mag'zini chaqa olmadim. Buxoro ko'chalarini kezib yurganimda mening qo'limga ushbu kitobga Forobiy tomonidan yozilgan izoh tushib

qoldi. Men uni bir marta o'qib chiqqanimdan so'ng avval yod bo'lib ketgan bo'lsa-da, menga tushunarsiz bo'lgan «Metafizika» asari mazmuni ayon bo'ldi-qoldi».

Ushbu bobda ham ulug' mutafakkirning hayotidan lavhalar keltirishimizning boisi, o'ta kuchli ilm sohibi bo'lgan bu olimning deontologiya prinsiplariga chuqur amal qilganligini ko'rsatish edi.

Xulosa qilib aytganda, psixogigiyena, psixoprofilaktika va deontologiya prinsiplariga rioya qilish psixoterapevtik muolajalar o'tkazishni osonlashtiradi.

Nazorat uchun savollar

1. *Psixogigiyena nima?*
2. *Psixogigiyenaning qanday davrlari mavjud?*
3. *Psixogigiyenaning inson salomatligini saqlashdagi ahamiyati qanday?*
4. *Psixogigiyena qanday muammolarni hal qiladi?*
5. *Psixoprofilaktika nima?*
6. *Psixoprofilaktika va psixogigiyena orasida qanday bog'liqlik bor?*
7. *Birlamchi va ikkilamchi psixoprofilaktika haqida so'zlab bering.*
8. *Deontologiya so'zi nimani anglatadi?*
9. *Bemorlar antiqa davolanish usullarini izlashining sababi nimada?*
10. *Vrach xatosining sabablari haqida so'zlab bering.*
11. *Hozirgi davr shifokori qanday bo'lmog'i kerak?*

X bob. PSEVDONEVROLOGIK VA PSIXOSOMATIK SINDROMLAR

Kasallikni emas, kasalni davola.
Abu Ali ibn Sino

10.1. Umumiy tushuncha

O'tkir va doimiy salbiy ta'sirot (psixogen omil)lar natijasida asab tizimi hamda ichki a'zolarning faoliyati buziladi. Bosh va tananing turli joylarida og'riqlar hamda funksional xususiyatga ega bo'lgan boshqa patologik simptomlar paydo bo'ladi. Asab tizimi funksional faoliyatining buzilishi bilan kechuvchi va organik xususiyatga ega bo'lmagan nevrologik buzilishlarga **psevdonevrologik sindromlar** deb aytiladi.

Ular nevrozlarning klinik ko'rinishi sifatida ham o'rganiladi. Ma'lumki, nevrozlarda nafaqat asab tizimi faoliyati, balki boshqa a'zolarning ham faoliyati buziladi. Bu buzilishlar o'tgan asrda (ba'zi mamlakatlarda hozir ham) «yurak nevrozi», «oshqozon nevrozi», «bo'g'im nevrozi» va shunga o'xshash nomlar bilan atalgan. Keyinchalik ichki a'zolar funksiyasining buzilishi bilan kechadigan funksional kasalliklar **«psixosomatik sindromlar»** deb atala boshlandi.

Psixosomatik kasallik haqida so'z ketganda esa o'tkir yoki doimiy stress sababli rivojlangan ***organik kasalliklar*** tushuniladi, ya'ni xafaqon, bronxial astma, qandli diabet, yara kasalligi va hokazo. Bu atamaning sinonimlari juda ko'p va xilma-xildir: «psixovegetativ sindrom», «somatogen depressiya», «niqoblangan depressiya», «vegetonevroz» va hokazo.

Biroq klinik amaliyotda «psixosomatik sindrom» atamasi keng qo'llaniladi. Agar funksional buzilishlar somatik kasallik oqibatida rivojlansa, bunga **somatopsixik sindrom** deb ataladi. Bu atama klinik tibbiyotda juda kam qo'llaniladi.

Psevdonevrologik va psixosomatik sindromlar deyarli barcha organik kasalliklarda uchraydigan klinik belgilarga o'xshash bo'lganligi sababli ularning har biriga ta'rif berib chiqishni lozim deb topdik. Chunki bemorni klinik tekshiruvdan o'tkazayotgan har bir vrach

psevdonevrologik va psixosomatik belgilarga duch keladi va aksariyat hollarda ularni farqlash mushkullashadi. Buning natijasida klinik tashxis noaniq bo'lib qoladi va davolash muolajalari qiyinlashadi.

10.2. Psevdonevrologik sindromlar

Klinik amaliyotda eng ko'p uchraydigan psevdonevrologik sindromlar bilan tanishib chiqamiz. Ularga quyidagilar kiradi:

1. Psixogen bosh og'rig'i.
2. Psixogen bosh aylanishi.
3. Psixogen nevralgiyalar.
4. Psixogen bel og'riqlar.
5. Psixogen giperesteziya.
6. «Bezovta oyoqlar» sindromi.

Psixogen bosh og'rig'i

Bosh og'rig'i bemorlarning eng ko'p tarqalgan shikoyatlaridan biri bo'lib, aksariyat hollarda, uning sababini aniqlash juda qiyin bo'ladi. Albatta, bosh og'rig'ining sababi oddiy ruhiy va jismoniy charchashdan tortib, to bosh miya o'smasigacha bo'lishi mumkin (9-jadval).

9-jadval

Psixogen bosh og'riqni boshqa etiologiyali bosh og'riqlar bilan qiyoslash

Psixogen bosh og'riqni aniqlash uchun aksariyat hollarda quyidagi kasalliklarda paydo bo'ladigan bosh og'riqlar bilan qiyosiy tashxis o'tkazish zarur bo'ladi.
– Intrakranial gipertenziyalar – Subaraxnoidal bo'shliqqa qon quyilish – Migren – Meningitlar – Bosh miya o'smalari – Qon-tomir anevrizmlari – Uch shoxli nerv nevralgiyasi – Kranioservikalgiya – Surunkali charchash sindromi – Boshqa etiologiyali bosh og'riqlar

Shuning uchun doimo bu muammoga jiddiy e'tibor bilan qaralgan. «Bosh og'rig'i muammolari» bo'yicha o'tkaziladigan xalqaro konferensiyalarda qayd qilinishicha, rivojlangan davlatlarda bosh og'rig'i «sog'lom» kishilarning 80 foizida uchrar ekan.

Konferensiyada ta'kidlanishicha, bosh og'riqlarni keltirib chiqaruvchi kasalliklar soni yildan-yilga oshib bormoqda va ularning ichida yetakchi o'rinlarni **depressiya** va **nevrozlar** egallaydi. Psixogen bosh og'riqlar erkaklarga qaraganda ayollarda ko'p uchraydi.

Psixogen bosh og'riqlar haqida so'z ketganda, avvalambor, ularning xususiyatiga e'tibor qaratiladi. Bosh og'rig'i kallaning bir yarmida yoki ikkala tomonida ham doimiy yoki vaqti-vaqti bilan bo'ladigan, xurujsimon, siqib og'riydigan, ertalab yoki kechga yaqin kuchayadigan bo'lishi mumkin.

Psixogen xususiyatga ega bo'lgan bosh og'riqlar uchun ularning ruhiy siqilish, aqliy zo'riqish va jismoniy charchashdan so'ng paydo bo'lishi xosdir. Dastlab bosh og'rig'i ruhiy zo'riqishlarda paydo bo'ladigan bo'lsa, keyinchalik depressiya yoki nevrozga chalingan bemor uchun oddiy ishga borib kelish yoki avtobusda yurishning o'zi kifoyadir.

Ma'lum bo'lishicha, psixogen bosh og'riqning 80 foizi ruhiy zo'riqishda paydo bo'lib, shundan 60 foizi kunduzi yoki peshinda, 20 foizi ertalab namoyon bo'ladi.

10-jadval

Migren kasalligida bosh og'riq darajasini baholash uchun MIDAS (Migraine Disability Assessment) shkalasi

Ballar	Darajasi	Og'riq ta'rifi
0—5	I	Og'riq kam darajada ifodalangan, kundalik faollik pasaymagan yoki kam darajada pasaygan.
6—10	II	Og'riq biroz kuchli ifodalangan, kundalik faollik biroz pasaygan.
11—20	III	Kuchli og'riq, kundalik faollik o'tapasaygan.
21 va undan yuqori	IV	Kuchli va uzoq davom etuvchi og'riq, kundalik faollik o'tapasaygan.

Aytib o'tganimizdek, depressiv sindromlarda bosh og'rig'i ko'p kuzatiladi. Niqoblangan depressiyada bosh og'rig'i asosiy simptomlardan biridir. Bu bemorlar boshining turli qismidagi har xil darajadagi og'riq oylab, yillab davom etadi. Asabning ozgina bo'lsa-da buzilishi, to'yib ovqat yeyish, bolasini emizish yoki yuqori qavatli uyning zinapoyasidan chiqish, hattoki kino va konsertlarga borib kelish ham bemorda bosh og'rig'ining boshlanib ketishiga turtki bo'ladi. Buning natijasida isterik va ipoxondrik belgilar paydo bo'ladiki, ular faqat bemor ahvolini og'irlashtiradi. Affektiv buzilishlar bilan kechadigan bosh og'riqlar doimiy va zo'rayib boruvchi tus olib, ba'zi holatlarda bosh miyada hajmli jarayon bor-yo'qligini aniqlashga majbur qiladi. Negaki, bu bemorlarda bosh og'rig'idan tashqari, ko'ngil aynish, qayt qilish, bosh aylanishi, yurganda chayqalib ketish, ko'rishning buzilishi, qo'l va oyoqning uvishishi ham tez-tez namoyon bo'lib turadi. Analgetiklar yordam bermaydi. Psixogen bosh og'rig'i bor bemorlarning shikoyatiga e'tibor bilan qaralsa, bosh miyaning organik kasalliklari (masalan, o'smalar) da kelib chiqadigan bosh og'riqdan farq qiluvchi tomonlari ko'pdir. Psixogen bosh og'riqlarda bemorlar bosh og'rig'iga aniq bir ta'rif bera olmaydilar: «Nima desam ekan, ba'zan boshimning ichi go'yoki suvga to'lgandek og'ir bo'lsa, goho bo'm-bo'sh bo'lib qoladi, ba'zi paytlarda ikkala chakkam xuddi rezina bilan qattiq bog'lab qo'ygandek siqib og'riydi. Gohida esa ensam shunday og'riydiki, boshimni qimirlata olmayman, chunki qimirlatsam, miyam lo'qillab otilib chiqay deydi». Bemorni tinglayotganda shuni e'tiborga olish kerakki, ularning ko'pchiligi aynan bosh og'rig'idan emas, miyaning ichi og'riyotganidan shikoyat qilishadi. Bosh miyaning organik kasalliklarida bosh og'riq, ko'pincha, aniq joylashgan bo'lib, odatda, turg'un bo'ladi. Psixogen bosh og'riqlarda bemorlar yozdan ko'ra qishni yoqtirishadi, negaki ular issiqni ko'tara olmaydilar. Shuning uchun ham yoz oylarida bosh og'rig'idan shikoyat qilib vrachga murojaat qiluvchi nevrastenik bemorlar soni ko'payadi.

Doimiy psixogen bosh og'riqlar umumiy giperesteziyaga ham sabab bo'ladi. Bunday bemorlar yorug'likni, shovqinni va atrofida odamlar ko'p bo'lishini yoqtirishmaydi. Ularning terisi ham juda sezgir bo'ladi. Ba'zan teriga toshmalar toshib, qichishib yuradi. Yoshi kattalarda bosh og'riq diqqat va xotiraning buzilishi bilan

kechadi, ular *parishonxotir* bo'lib qoladi. Parishonxotirlik yoshlarda ham kuzatiladi. Bu bemorlar fikrini bir joyga jamlay olmaydilar.

Boshning faqat uy, ishxona yoki kunning aniq belgilangan vaqtida og'rishi aksariyat psixogen bosh og'riqlar uchun juda xosdir. Qabulimizda bo'lgan V. ismli ayol bosh og'rig'ining doimo kech soat oltida boshlanishidan shikoyat qilardi. Yoshi 43 da. Oilali. U psixonevrologik dispanserda psixonevrolog nazoratida davolanib kelgan. Poliklinikada nevropatolog nazoratida «miya ichi gipertenziyasi» bilan davolanib yurgan. Bosh og'rig'i boshlanganiga 3 yil bo'lgan. Bemorning bosh og'rig'i ba'zan kuchayib ketib, faqat baralgin tabletkasini ichgandan so'ng qolarkan. Keyinchalik vrach tavsiyasiga muvofiq, bemor boshi og'riganda baralginni tomiriga ola boshlaydi. Kechqurun soat oltida bosh og'rig'i baribir boshlanishiga o'rganib qolgan bemor qo'shni hamshirani chaqirib baralginni shprisga tortib tayyorlab qo'yadigan bo'ladi. Bu holat, gohida uzilishlar bilan, bir oy davom etadi. Hamshira bu ukolni hadeb olavermaslik kerakligini, buning oqibatida yurakda og'ir asorat qolishi mumkinligini aytadi va yana bir bor vrach bilan maslahatlashish zarurligini tavsiya qiladi.

Bemorning shikoyatlarini eshitib, hayot va kasallik anamnezini o'rganib chiqdik. Olingan ma'lumotlardan qisqacha epizodlar keltirib o'tamiz: juda ishonuvchan va sal narsaga ortiqcha ta'sirlanuvchan ayol. O'ta parishonxotir. Oilada tez-tez janjalli voqealar bo'lib turgan, bosh og'rig'i navbatdagi kuchli stressdan so'ng paydo bo'lgan. Ertasi kuni poliklinikaga nevropatolog qabuliga chiqqan. Vrach uni tekshirib «Bosh miya ichki bosimi oshib ketgan, tez davolanmasangiz oqibati yomon bo'ladi», degan.

Bemor qo'rqib ketgan, chunki uning akasi 6 oy oldin kuchli stressdan so'ng qon bosimi oshib, ertasi kuni gemorragik insultdan vafot etgan edi. Bemor zarur dori-darmonlarni topib «*miya ichi* gipertenziyasidan» davolana boshlaydi. Har gal exoensefalografiya qildirganida miya ichi bosimi katta, deb xulosa beriladi. Bu xulosaga ishongan bemor boshqa joyda tekshirtirmaydi va poliklinikada davolanib yuradi. Aytib o'tganimizdek, bemorning boshi aniq bir vaqtda, ya'ni kech soat oltida og'riydigan bo'lib qolgan. U depressiyaga tushadi, xulq-atvorida ipoxondrik belgilar paydo bo'ladi.

Bemorning nevrologik statusi to'la tekshirilganda miya ichi gipertenziyasi belgilari aniqlanmadi, buni paraklinik tekshirishlar ham tasdiqlamadi. Bemorning anketasidagi nevropatologning yozuvlarida ham miya ichi bosimini ko'rsatuvchi nevrologik simptomlar aniqlanmadi. Anketadagi barcha exoensefalografik tekshiruv xulosalarida III qorincha kengligi 7—7,5 mm deb qayd qilingan. Bu esa me'yordan sal farq qiluvchi ko'rsatkichlar bo'lib, kuchli bosh og'riqlarga sabab bo'la olmaydi. Demak, bemor yetarli darajada tekshirilmagan yoki haqiqatan ham unda miya ichi gipertenziyasi bo'lmagan. Bemor terapevt ko'rigidan o'tkazilganda, somatik kasalliklar aniqlanmadi. Uning arterial qon bosimi 120/70 mm sim.ust. Shunday qilib, klinik va paraklinik tekshirishlar xulosalari hamda bemorning psixologik anamnezi undagi bosh og'rig'ining psixogen xususiyatga ega ekanligini ko'rsatdi. Bu xulosaga yanada oydinlik kiritish uchun ikkita kichikroq tajriba o'tkazdik.

Birinchisi, bemorning bosh og'rig'i kech soat oltida qanday boshlanishini aniqlash bo'lsa, ***ikkinchisi*** baralgin o'rniga boshqa dori tavsiya qilib ko'rish edi. Birinchi tajribamizni peshinda bemorni klinikaga taklif qilishdan boshladik. Buning uchun bemorga «Boshingizni aynan og'riyotgan paytda tekshirib ko'rishimiz kerak», deb tayinladik. Bemor aytgan vaqtimizda yetib keldi. Biz bemor bilan klinikaning bog'ida yurib laborantning «yetib kelishini» kutdik (voqea yoz kunlarining birida bo'layotgan edi). Bemor bir soat mobaynida boshi qachon og'riy boshlagani, qanchadan-qancha tekshirishlardan o'tgani, turli xil tashxislar bilan davolanganini, lekin natijasini sezmaganini tinmay gapirar edi. Soat oltidan oshib, yetti bo'layotgan edi. Bemordan: «Mana, soat ham yettiga yaqinlashib qoldi, soat olti bo'lmasdan keluvdingiz, boshingiz og'ridimi?» deb so'ralganda, bemor: «Voy, gap bilan bo'lib, boshim og'riganini ham sezmabman! Yo'q, yo'q sezmabman emas, boshim haqiqatan ham og'rigani yo'q, qanday yaxshi! Nahotki, endi boshim sira ham og'rimasa?!» deb hayratga tushgan edi. «Endi laborant ham kelmadi, ertaga kela qolasiz», deb bemor uyiga jo'natildi. Ikkinchi tajribamizni amalga oshirish uchun bemorga «Baralginni endi novalginga o'zgartiramiz, bu dori uning sinonimi hisoblanadi, tarkibi xuddi baralginning o'zginasi», deb bosh og'rig'i xuruji paytida o'sha dorini tomirdan yuborishni tavsiya qildik. Bemor rozi bo'ldi, lekin ikki kundan so'ng

bizga telefon orqali «Novalginning ta'siri juda past va qisqa ekan, birozdan so'ng yana boshim og'riy boshladi», deb aytdi hamda yangi tavsiya qilingan doridan voz kechdi. U biz bilan bo'lgan suhbatlarning birida «Baralginni yaratganlarga ming rahmat, tomirdan yuborgan zahoti bosh og'rig'imni oladi», degandi, ya'ni bemor ushbu doriga psixologik bog'lanib qolgan edi. Bemordan dorini tomir ichiga yuborgandan so'ng bosh og'rig'i qachon to'xtashini so'raganimizda, «Besh daqiqaga yetmasdan», deb javob beruvdi. Aslida baralgin tomirlar spazmini sekin-astalik bilan yo'qotadi va bosh og'rig'ining butunlay pasayishiga 15—20 daqiqa kerak bo'ladi.

Biz ushbu bemor misolida bosh og'rig'ining kuchli stressdan so'ng paydo bo'lganini, uning aniq bir soatda kuzatilishi va aniq bir doriga bo'lgan psixologik bog'lanishning guvohi bo'ldik. Bu yerda bosh og'rig'i yatropatiya (vrachning noto'g'ri xulosalari) tusida ham yaqqol namoyon bo'ldi. Bunday bemorlarni davolash ancha murakkab kechadi, ya'ni bosh og'rig'i qayta-qayta paydo bo'laveradi. Bemorni davolash, uning fikrini davolashning boshqa usullariga chalg'itgan holda olib borildi. Unda plaseboterapiya, igloterapiya, asabni tinchlantiruvchi va tetiklashtiruvchi dorilar elektroforezi, umumiy massaj muolajalari o'tkazildi. Bu muolajalardan so'ng bemorda bosh og'rig'i xurujlari to'xtadi. Eng asosiysi — bemor bosh og'rig'i psixogen xususiyatga ega va uni davolash yo'llari boshqacha ekanligiga to'la ishontirildi.

Psixogen bosh og'riqlarning kamayishi yoki yo'qolishiga ijobiy ta'sir ko'rsatuvchi omillar anchadir. Masalan, yashash joyini o'zgartirish, basseynda yoki boshqa suv havzalarida cho'milib turish, sayrga chiqib turish, o'ziga yoqqan kiyim-kechak sotib olish va hokazo.

Psixogen bosh og'riqqa chalingan bemorlarning eng ko'p shikoyatlaridan biri uyquning buzilishidir. Bemor uxlagani kirganda miyasiga turli xil fikrlar oqib kelaveradi, bu fikrlardan hech qutula olmaydi, ulardan miyasi «yorilib» ketadigan darajagacha boradi, mabodo uxlagan taqdirda ham tushlar ko'raverib battar qiynaladi.

Aksariyat hollarda psixogen bosh og'riqlarni boshqa etiologiyali bosh og'riqlardan farqlash qiyin bo'ladi. Subaraxnoidal qon quyilish, seroz meningit, o'sma kasalliklari, qon-tomir anevrizmalari, miya ichi gipertenziyasi bilan kechuvchi kasalliklar, migren, uch shoxli nerv nevralgiyasi, kranioservikalgiya kabi kasallik va sindromlar

psixogen bosh og'rig'iga o'xshab ketadi. Bu kasalliklarning naqadar turli-tumanligi va murakkabligi tibbiy psixologdan nevrologiya fanini mukammal bilish yoki bo'lmasa bemorni, albatta, nevropatolog ko'rigidan o'tkazish zarurligini talab qiladi.

Mashhur nevrolog olim S.N. Davidenkov isterik sindromlarda uchraydigan bosh og'riqlar haqida yozgan risolalaridan birida shunday degan edi: «Isterik bemorlarda ham bosh miyaning og'ir kasalliklari kuzatilishini aslo unutmaslik kerak. Agar biz bemorni tekshira turib, unda «funksional» yoki «organik» kasallik borligini aniqlashga qiynalsak, agar u keyinchalik xato bo'lib chiqsa ham oson yo'ldan bormasdan, bemorga «organik» tashxisni qo'yganimiz ma'qul.

Negaki, «funksional» tashxis qo'yilgan bemorlar, ko'pincha, vrach e'tiboridan chetda qoladi va ular yana o'tkazilishi zarur bo'lgan klinik tekshiruvlardan mahrum bo'ladilar. S.N. Davidenkov Moskva klinikalaridan birida sodir bo'lgan misolni keltirgan. Kechqurun «qabul bo'limiga» boshi qattiq og'rib turgan ayolni olib kelishadi. Asab kasalliklari bo'limidan ushbu bemorni tekshirish uchun navbatchi vrachni chaqirishadi.

Bu bemor ayol aynan mana shu vrach navbatchiligida bir necha bor tunda qattiq bosh og'rig'idan shikoyat qilib, «Tez yordam» mashinasida shifoxonaga olib kelingan va yordam ko'rsatib, uyiga yuborilgan edi. Bemor isterik bosh og'riq bilan nevropatologda davolanib yurgan. Avvallari uning nevrostatusi tekshirilib, organik belgilar yo'qligiga ishonch hosil qilingach, uyiga jo'natilgan bo'lsa, bu gal bemorda «isteriya» tashxisi borligiga ishonch hosil qilgan vrach uning nevrostatusini tekshirmaydi va og'riq qoldiruvchi hamda tinchlantiruvchi dorilardan muolaja qilib uyiga jo'natadi. Bemor uyida vafot etadi. Patologoanatomik tekshiruvlar bosh miyaga anevrizmaning yorilishidan qon quyilganini aniqlaydi.

N.M.Majidov (1928–2010)

Bosh og'riqlar leptomeningitda ham ko'p kuzatiladi. Bu kasallikni atoqli o'zbek nevrologi, akademik N.M.Majidov chuqur o'rganganan. Leptomeningit bosh miyaning yumshoq va o'rgimchak to'risimon pardalarining

yallig'lanish kasalligi bo'lib, aniq ifodalangan organik nevrologik simptomlardan iborat (N.M.Majidov, 1972). Leptomeningit ko'p etiologiyali kasallik bo'lib, uning klinikasi turli-tumandir.

Shuning uchun ham uni nevrozlar, bosh miya qon-tomir kasalliklari, o'smalar bilan qiyoslashga to'g'ri keladi. Ba'zan (ayniqsa, poliklinikalarda) faqat subyektiv simptomlarga asoslanib, leptomeningit tashxisi qo'yiladigan holatlar uchrab turadi. Yoki nozologiya aniqlanmasdan «miya ichi gipertenziyasi» deb xulosa beriladi.

Buning uchun bemorda o'tkazilgan gripp yoki bosh miya jarohati, exoensefalografiyadagi yengil o'zgarishlar asos qilib olinadi. Lekin bemorning nevrologik statusi chuqur tekshirilganda, aniq ifodalangan nevrologik simptomlar aniqlanmaydi, ko'z tubi va likvordagi o'zgarishlar qo'yilgan tashxisga mos kelmaydi. Bu bemorlarda ham borib-borib yatropatiya shakllanadi.

N.K.Bogolepov o'zining «Klinik exoensefalografiya» (1973) nomli asarida «Bemorlarga exoensefalografik tekshiruvlar o'tkazayotganda nihoyatda ehtiyot bo'lish kerak, olingan xulosani, albatta, klinik belgilar bilan solishtirib ko'rib ular bir-biriga mos kelgan taqdirdagina «intrakranial gipertenziya» to'g'risida xulosa qilish kerak», deb yozgan.

Mashhur nevrolog olim X.G.Xodos (2000) tashxisni aniqlashda «nevrologik mikrosimptomlarga» hadeb yon bosavermaslik kerakligini, chunki tanadagi barcha tashqi belgilar ham simmetrik bo'lmasligini aytib o'tgan edi. Olim ko'z yorig'i va qorachig'ining katta-kichikligi, burun atrofidagi burmalar simmetrik bo'lmasligi, tomoq va pay reflekslarining sog'lom odamlarda ham har xil bo'lishini yozib qoldirgan edi.

Psixogen bosh aylanishi

Bosh aylanishi ham bosh og'rig'i kabi eng ko'p tarqalgan simptomlardan biridir.

Asabning zo'riqishi bilan kechuvchi, Men'er va bosh miya qon-tomir, yurak kasalliklari, vegetativ-tomir distoniyalari, arterial gipertenziya yoki gipotenziya, surunkali anemiyalar bosh aylanishining asosiy sabablari hisoblanadi (11-jadval).

11-jadval

Psixogen bosh aylanishni boshqa etiologiyali bosh aylanishlar bilan farqlash

Bosh aylanishga sababchi bo'luvchi asosiy kasalliklar va patologik holatlar.
– Men'er kasalligi – Vertebrobazillar sohadaqon aylanishining yetishmovchiligi – Arterial gipotoniya yoki pertenziyalar – Intrakranial gipertenziya yoki gipotenziya – Bo'yin osteoxondrozi – Anemiyalar – Yurak kasalliklari – Turli etiologiyali vestibulopatiyalar – Bosh miyao'smalari, ayniqsa ensa chuqurchasida – Vegetativ-tomir distoniyalari – Surunkali charchash sindromi

Bularning ichida psixovegetativ buzilishlar bilan kechuvchi niqoblangan depressiyalarda kuzatiladigan bosh aylanishlar alohida o'rin tutadi. Psixonevrologik va psixosomatik sindromlarda uchraydigan bosh aylanishlarning mexanizmlarini markaziy asab tizimi funksional faolligi oshishi yoki pasayib ketishi, neyronal sistemalarda qo'zg'alish hamda tormozlanish jarayonlari orasida nomutanosiblik yuzaga kelib, turg'un tormozlanish yoki qo'zg'alishning shakllanishi bilan tushuntirish mumkin.

Bosh aylanishi kamdan-kam hollarda alohida uchraydi. Aksariyat hollarda yurak urib ketishi, holsizlanish, sovuq terga botish, quloqda shovqin paydo bo'lishi, ko'ngil aynishi, oyoqlarning titrashi bilan birga kuzatiladi. Odatda, bu belgilar affektiv buzilishlardan so'ng kuchayadi. Bu bemorlar balandlikdan qo'rqishadi, shuning uchun ham ular balkon va baland ko'prikdan yoki tomdan pastga qaramaslikka harakat qiladilar, chunki bunday paytda bosh aylanishi kuchayadi.

Psixogen bosh aylanishlarga xos yana bir belgi uning vaziyatni oz bo'lsa-da o'zgartirganda kuchayishidir. Masalan, baland qavatli binoda yashaydigan bir bemor undan bir qavat yuqori yashaydigan

qo'shnisinikiga chiqib, balkondan pastga qaraganda boshi aylanib, gandiraklab ketgan, ko'ngli aynigan, yo'lakka chiqqanda esa kamaygan va bir oz vaqt o'tgach, to'xtagan. Shunisi e'tiborliki, psixogen bosh aylanishda bemorlar liftdan ko'ra zinapoyadan ko'tarilishni afzal ko'rishadi. Aksariyat psixogen bosh aylanishlar qo'rquv bilan kechadi. Buning aksi o'laroq, vertebrobazillar sindromlarda bosh aylanishi qo'rquvsiz uchraydi yoki qo'rquv bosh aylangandan so'ng paydo bo'ladi.

Bemorlarda faqat balandlikdan emas, balki avtomobillar qatnovi tez bo'lgan katta yo'lga qaraganlarida ham bosh aylanishi paydo bo'ladi yoki kuchayadi. Ular bunday paytlar katta tezlikda o'tayotgan avtomobillarga qaramaslikka harakat qilishadi yoki oyoqlarining ostiga qarab qadamlarini nazorat qilib yurishadi. Ana shunda ularda bosh aylanishi kamayadi. Katta zallarda olib boriladigan majlislar yoki uzoq davom etuvchi darslarda ham bemorlarda bosh aylanishi avj oladi. Talabalarda imtihonlarga berilib tayyorgarlik ko'rish, ilmiy xodimlar va yozuvchilarning tinmay asarlar yozishi yoki har qanday sog'lom odamda kuzatilishi mumkin bo'lgan ortiqcha aqliy zo'riqishlar ham bosh aylanishiga sabab bo'ladi. Lekin asteniyaga uchragan bemorlarda ruhiy-hissiy zo'riqish bosh aylanishini osongina keltirib chiqarishi mumkin.

Bosh aylanishi, aksariyat hollarda, qisqa vaqtga hushdan ketish (sinkope) bilan kechadi. Bu, ayniqsa, umumiy psixogen giperesteziya bilan kechuvchi psixonevrologik kasalliklar uchun juda xosdir. Buning asosida vestibular apparatning kuchli darajada qo'zg'aluvchanligi yotadi. Tez-tez hushdan ketib turadigan bemorlarning bosh miya qon tomirlari tekshirilganda, ularda tomirlar tonusining o'ta darajada pasayganligi (gipotonus) yoki o'zgaruvchanligi (distoniya) aniqlanadi. Sinkope holatlari psixogen giperventilatsiyada, arterial qon bosimi pasayganda va yurak kasalliklarida ham yuz beradi. Uzoq vaqt yotib qolgan bemorlar gorizontal holatdan vertikal holatga o'tishsa, bosh aylanishi ortostatik kollaps bilan birga yuz beradi. Bu holat, ayniqsa, arterial gipotenziyada yaqqol ifodalangan bo'ladi. Ba'zan yuqori darajada rivojlangan nevrasteniyalar yoki psixoasteniyalarda bemor hushdan ketib qolishi uchun bitta qo'rquvning o'zi kifoya. Bemor bir marta hushidan ketsa (ayniqsa, odamlar orasida), u doim navbatdagi xurujni kutib bezovta bo'lib yuradi. Nevrolog olimlardan

biri Oppengeym (1894) «Har bir kishi o'zida bosh aylanishini yuzaga keltirishi mumkin, agarda u muvozanat va bosh aylanishi haqida o'ylayversa», degan edi.

Ba'zan bosh aylanishi yatropatiya asorati hisoblanadi. Shuning uchun ham bemordagi simptomlarni, agar ular psixogen xususiyatga ega bo'lsa, juda xavfli deyaverish kerak emas. Shaxsiy kuzatuvimizdan bir misol keltiramiz. Uzoq yillardan buyon quloq, burun va tomoq kasalliklari poliklinikasida hamshira bo'lib ishlaydigan va tez-tez asabiylashadigan ayolda qattiq hissiy zo'riqishdan so'ng bosh aylanishi alomatlari paydo bo'ladi. U shu darajada kuchli bo'ladiki, hatto bir qo'lidan bo'yi yetgan qizi, ikkinchisidan esa turmush o'rtog'i ushlab turgandagina tik tura olardi. Bu bemorga o'zi ishlaydigan poliklinikada «Men'er kasalligi» deb tashxis qo'yiladi. Tashxis bir necha bor o'zgartiriladi. Bunday kasali bor bemorlarni bir necha marta o'zi ham ko'rgan va anketalar ochgan hamshirada bu kasallikning yaqqol belgilari namoyon bo'la boshlaydi.

U boshqa mutaxassislar (nevropatolog)ga ko'rinmasdan, uch yil mobaynida LOR vrachlarida davolanib yuradi. Bosh aylanishi xurujlari tez-tez kuzatilib turadigan bu bemor borib-borib juda jahldor, arzimagan narsaga yig'layveradigan va affektiv holatga tez tushadigan bo'lib qoladi. Bemor miyasiga «Men'er kasalligini» shu darajada singdirib olgandiki, har bir affektiv buzilishdan so'ng unda xuddi shu kasallikka o'xshash belgilar paydo bo'lavergan. Psixoterapevtik muolajalar yetarlicha o'tkazilmaganligi uchun davolanish jarayoni juda cho'zilgan. Bir so'z bilan aytganda, bemorda yatropatiya rivojlangan edi.

Navbatdagi xurujdan so'ng bemorga nevropatologga ko'rinish tavsiya qilinadi va bizga maslahatga yuboriladi. Kasallik va hayot anamnezi bilan tanishib chiqqach, unda nevrologik hamda psixologik tekshiruvlar o'tkazdik va yana bir bor LOR vrachlari bilan maslahatlashib, «Men'er kasalligi» ni inkor qildik. Barcha tekshiruvlardan so'ng bemorga «Men'er sindromi ko'rinishidagi niqoblangan depressiya» tashxisi qo'yildi, ya'ni haqiqiy «Men'er kasalligi» — inkor qilindi. Bemorning hamshiraligi e'tiborga olinib, unga bu atamalar farqi hamda tekshiruvlar natijasi tushuntirib berildi. Bularning hammasi hamshiraga katta ijobiy ta'sir ko'rsatdi va u endi davolash muolajalariga katta ishonch bilan qaray boshladi. O'tkazilgan plaseboterapiya

va psixoterapiya muolajalaridan so'ng bemor tuzalib ketdi. Biz bu yerda yatropatiyaning yana bir klinik ko'rinishini tahlil qildik.

Astenik bemorlar yatropatiyaga juda moyil bo'lishadi, uni keltirib chiqarish uchun tibbiyot xodimining bexosdan aytib qo'ygan birgina so'zining o'zi kifoya. Nima uchun yatropatiya belgilari bemorda uzoq vaqt davom etadi? Eksperimental fiziologiya ma'lumotlariga ko'ra, har qanday tashqi ta'sirot (ayniqsa, salbiy) bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ida «dominant o'choq» paydo qiladi va bu sohaning neyronlari boshqa soha neyronlari faolligini pasaytiradi. Natijada miyaning integrativ faoliyati buzilib, funksional xarakterga ega bo'lgan patologik simptomlar yuzaga keladi. Ularni yo'qotish uchun miyaning funksional faoliyatini oshirish va po'stloqda boshqa, ya'ni ijobiy xususiyatga ega bo'lgan «dominant o'choq» paydo qilish kerak.

Aksariyat hollarda bosh aylanishi senestopatik va ipoxondrik simptomlar bilan namoyon bo'ladi. Bunda tanada sira ketmaydigan turli xil sezgilar, uvishishlar, og'riqlar, qo'l va oyoqlarning karaxt bo'lib qolishi kuzatiladi hamda yilning turli fasllarida kuchayib yoki pasayib turadi. Kasallikning bunday mavsumiy kechishi, albatta, organik kasallikni izlashga majbur qiladi. Bu yerda xatoga yo'l qo'ymaslik uchun klinik tekshiruvlar psixologik tekshiruvlar bilan birgalikda olib borilishi kerak.

Psixogen nevralgiyalar

Har qanday psixogen giperesteziyalar tananing turli joylarida nevralgiya yoki mialgiyaga o'xshash og'riqlar beradi. Ayniqsa, yuz sohasida kuzatiladigan og'riqlar bemorlarni juda qiynab qo'yadi. Bu og'riqlar kuchi turli darajada, oddiy achishishdan tortib kuchli sanchuvchi og'riqlargacha rivojlangan bo'ladi. Og'riq ikkala chakka, peshona, iyak sohalarida kuzatilishi mumkin. Agar og'riqlar tish va milklar sohasida kuzatilsa, gap psixogen stomatalgiyalar, tilda kuzatilsa glossalgiyalar haqida boradi. Ruhiy zo'riqishlar kuchaygan yoki tezlashgan sayin og'riqlar ham kuchayib boradi.

Yuz sohasidagi psixogen og'riqlar uchun ularning ovqat yeyayotgan paytda kamayishi yoki yo'qolishi xosdir. Uch shoxli nerv nevralgiyasiga o'xshab kechuvchi psixogen og'riqlarda sezgi buzilishlari

nervlanadigan sohalarga mos kelmaydi va har kuni bemor turli sohadagi yoki turli darajadagi og'riqdan shikoyat qiladi. Nevrogen og'riqlardan farqli o'laroq, psixogen og'riqlarda analgetiklar yordam bermaydi. To'g'ri olib borilgan psixofarmakoterapevtik muolajalar bemor ahvolini yengillashtiradi. Ba'zan tuzalib ketgan bemorlar og'riqning kuchayganidan shikoyat qilib, yana vrachga murojaat qilishadi. Buning sababi ko'pincha uydagi va ishdagi mojarolardir. Glossalgiya bilan xastalangan bir ayol davolash kursini olib ketganidan so'ng biroz vaqt o'tgach, yana og'riqning kuchayganidan murojaat qilib kelardi. Gap shundaki, bemorning turmush o'rtog'i ichkilikka mukkasidan ketgan va shu sababli uyida tez-tez janjal bo'lib turardi. Bu bemorda kuchli darajadagi affektiv buzilishlar aniqlandi. Chunki qo'rquv, ipoxondriya va depressiya psixogen nevralgiyalarning doimiy hamrohidir.

Psixogen nevralgiyalar ichida qovurg'alararo og'riqlar alohida e'tiborni talab qiladi. Ayniqsa, yurak sohasida joylashgan og'riqlar bemorlarni o'ta bezovta qiladi. Yosh ukasi avtomobil halokati sababli hayotdan ko'z yumgan bemorning yurak sohasida sanchuvchi og'riq paydo bo'ladi. Bemor kardiologga murojaat qiladi. U bemorni yaxshilab tekshirib, kardiogramma qilib, yuragi sog'lom ekani, qattiq siqilganidan shu og'riq paydo bo'lgani, tinchlantiruvchi dorilar ichish lozimligini va nevropatologga murojaat qilishni tavsiya qiladi. Nevropatolog ham bemorni obdan tekshirib, tinchlantiruvchi dorilar yozib beradi va psixoterapevtik muolajalar o'tkazadi. Shunga qaramay, bemor ikki oy ichida yurak sohasidagi og'riqlardan 16 marta EKG qildirgan va 10 marta «Tez yordam» mashinasini chaqirgan.

Statistik ma'lumotlarga ko'ra, ko'krak qafasining o'ng tomonida psixogen og'riqlar juda kam uchraydi. Buning asl sababi yurakning chap tomonda joylashganligidir. Bu yana bir marta «qovurg'alararo nevralgiya» va «stenokardiya» tashxislariga ehtiyotkorlik bilan yondashish kerakligini talab qiladi.

Psixogen bel og'riqlar (psevdoradikular sindrom)

Psixogen bel og'riqlar juda keng tarqalgan bo'lishiga qaramasdan, ularning aniq soni hanuzgacha noma'lum. Buning sababi «psixogen radikulalgiya» tashxisi vrachlar tomonidan deyarli qo'yilmasligi yoki

aniqlanmasligidadir. Vaholanki, XVIII asrdayoq, «orqa miya ipoxondriyasi» nomi bilan psixogen xususiyatga ega bo'lgan beldagi og'riqlar haqida yozib qoldirilgan. Psixogen bel og'riqlar ham niqoblangan depressiyaning klinik ko'rinishlaridan biridir. Bu og'riqlar vrachlar tomonidan, ko'pincha, «lyumbago», «lyumbalgiya», «lyumboishialgiya», «radikulit», «ishias», «disk churrasi» kabi tashxislar bilan belgilanadi. Ushbu tashxislarning qanchasi keyinchalik tasdiqlanadi va qanchasi psixogen xususiyatga ega bo'lib chiqadi, bu aniq emas. Buning sabablarini quyidagicha izohlash mumkin: *birinchidan,* og'riq yo'qolgandan (odatda, 4—5 kundan) so'ng bemorlar vrachga qatnamay qo'yadi; *ikkinchidan,* radikulitning o'tkir davrida hammavaqt ham nevrologik belgilar bo'lavermaydi; *uchinchidan,* boshqa psixogen og'riqlardan farqli o'laroq, beldagi og'riqni har qanday bemor «radikulit» deb qabul qiladi va bu kasallikda qilinadigan choralardan voqif bo'ladi (hozir men doktorga borsam, novokainli blokada qiladi, belga issiq buyuradi, og'riq qoldiruvchi dori qiladi). Albatta, ana shu va shunga o'xshash muolajalardan so'ng bemor tuzalib ketadi. Bunday paytlarda radikulitning haqiqiy yoki psixogen xususiyatga ega ekanligini aniqlash vrach uchun ham qiyin bo'lib qoladi. Chunki belida qattiq og'riqdan shikoyat qilib kelgan bemorga har qanday vrach darrov yordam ko'rsatib, og'riqdan xalos qilishga intiladi. Bularning hammasi og'riq kelib chiqishining asosiy sababini aniqlash imkonini pasaytiradi.

Aksariyat hollarda «surunkali radikulitning zo'rayishi» tashxisi qo'yilgan bemorlarda nevrologik anamnez bilan birgalikda psixologik anamnez ham to'planganda, og'riqning paydo bo'lishi bilan ruhiy zo'riqish orasida bog'liqlikni topish mumkin. Psixogen radikulalgiyalar uchun og'riqning yilning ma'lum bir oyi yoki mavsumda (masalan, kuz kelishi bilan) paydo bo'lishi xosdir. Bir bemor 6 yildan buyon mezon kirdi, deguncha belida og'riq paydo bo'lishidan shikoyat qilgan. Lekin unda organik nevrologik belgilar kuzatilmagan. Biroq psixogen radikulalgiyalar dastlab haqiqiy radikulit bo'lgan bemorlarda ko'p uchrashini ham e'tiborga olish kerak. Ba'zan vrach o'zi istamagan holda bemorda yatropatiyani yuzaga keltiradi, ya'ni bemor radikulit bilan xastalanadi, davolanadi va vrachdan «belni issiq tutib yurish, og'ir narsa ko'tarmaslik, og'riq paydo bo'lganda, darhol doktorga murojaat qilish» kabi ko'rsatmalar oladi. Bu maslahatlarga,

ayniqsa, nevrasteniya yoki psixoasteniyaga chalingan bemorlar qattiq rioya qiladi va oqibatda ularda «kutish sindromi» rivojlanadi. Bu o'z vaqtida ipoxondriyaning shakllanishiga olib keladi: bemor tanasidagi har qanday og'riqqa, hatto bo'g'inlarda kuzatiladigan shaqillashlarga ham ortiqcha e'tibor bera boshlaydi. Natijada, psixogen og'riqlar paydo bo'ladi yoki yanada zo'rayadi.

Psixogen radikulalgiyalar ichida, ayniqsa, bo'yin sohasida joylashgan og'riqlar alohida o'rin tutadi. Bemorlar, odatda, nevropatolog tomonidan bo'yin umurtqalarini rentgen qilib kelishga jo'natiladi. Yoshi 30—40 dan oshgan bemorlarda bo'yin umurtqalarida osteoxondrozning dastlabki belgilari aniqlanadi va bo'yin sohasidagi og'riqlar rentgendagi o'zgarishlar bilan bog'lanadi. Vaholanki, rentgenogrammadagi o'zgarishlar hammavaqt ham kasallik belgilari bilan mos kelavermaydi. Osteoxondroz bir-ikki haftada tuzaladigan kasallik emas, ammo bo'yin sohasidagi og'riqlarni aynan «osteoxondroz» bilan bog'lagan bemor psixoterapevtik muolajalar yoki plasebo-terapiyadan so'ng bir hafta ichida tuzalib ketadi. Bu holat bemorda ***psixogen servikalgiya*** borligidan dalolat beradi. Albatta, umurtqalarda o'zgarishlarsiz kechadigan va faqat ildizchalarning o'zi yallig'lanishi bilan kuzatiladigan haqiqiy radikulitlar bundan istisno.

Shuningdek, bo'yindagi og'riqlarning bosh aylanishlar bilan birga kelishi va buning ustiga rentgenda osteoxondroz aniqlanishi «bo'yin osteoxondrozi sababli rivojlangan vertebrobazillar sindrom» tashxisini qo'yishga asos bo'la olmaydi. Bu niqoblangan depressiyaning bir klinik ko'rinishi bo'lishi mumkin, xolos. Buni isbotlash uchun psixologik anamnez yig'ish va to'la klinik-paraklinik tekshiruvlar o'tkazish lozim. Faqat kuchli rivojlangan osteoxondroz yoki umurtqa suyaklari anomaliyalari, osteofitlarning umurtqa arteriyalarini bosib turishi vertebrobazillyar sindromni yuzaga keltirishi mumkin. Bu tashxisni aniqlash yoki tasdiqlash uchun bitta rentgenogrammaning o'zi kifoya emas, bu yerda dopplerografiya va angiografiya tekshiruvlari xulosasi kerak bo'ladi.

Psixogen giperesteziya

Psixogen giperesteziya psixoasteniya yoki nevrasteniya kasalliklarining asosiy simptomlaridan biri sanaladi. Bunday bemorlar tash-

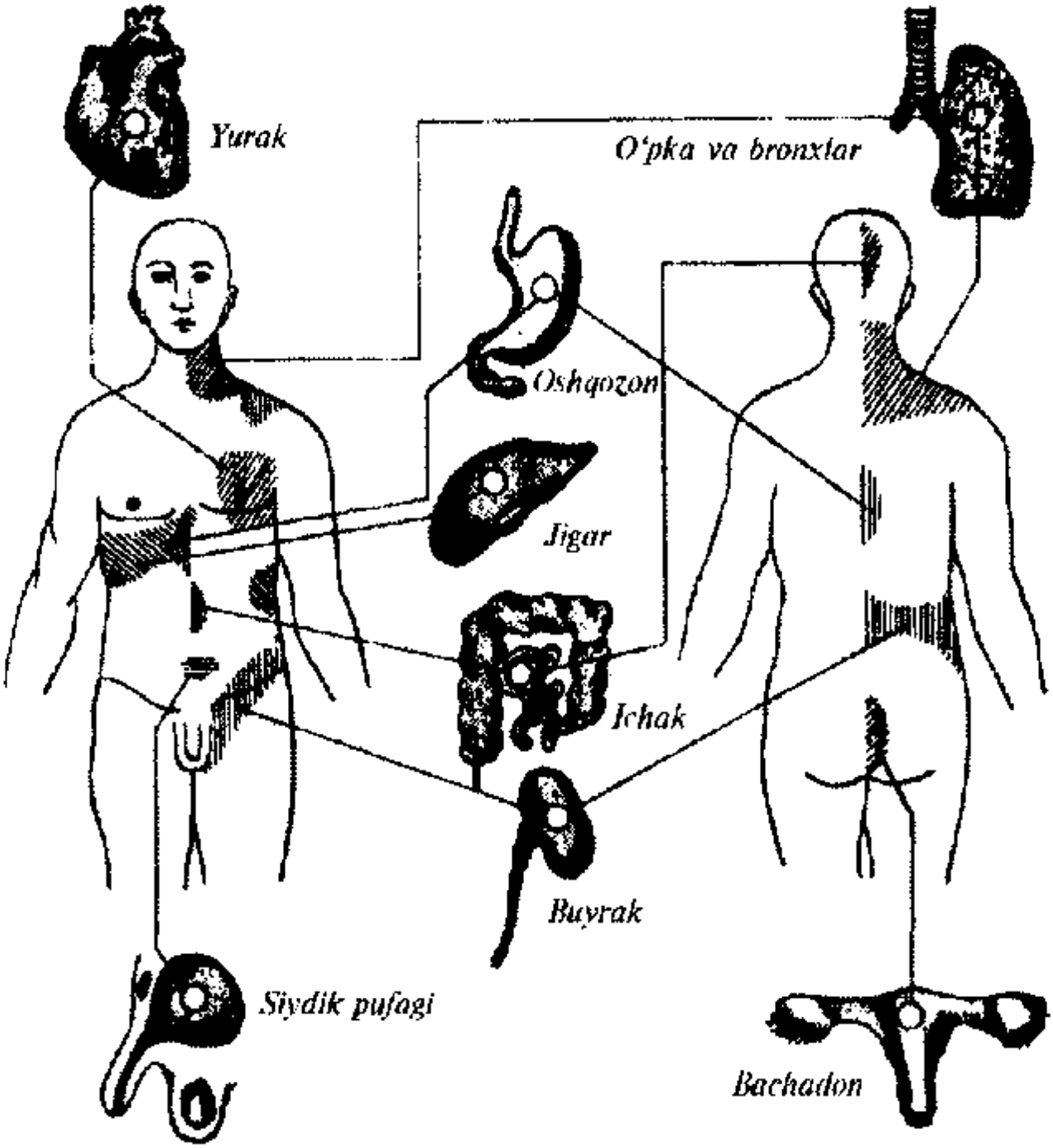
qi odatiy ta'sirlarga shu qadar sezgir bo'lishadiki, ularni quyosh nuri, shamolning biroz qattiq esishi, avtomobillar tovushi, telefon yoki eshik qo'ng'irog'ining jiringlashi, bolalarning shovqin-suroni ham juda bezovta qiladi. Odatda, bunday bemorlar har qanday tovushdan eti jimirlab ketishi, tanasini xuddi tok urgandek bo'lishi va boshi qattiq og'rib, o'zlarini juda yomon his qilishlaridan shikoyat qilishadi. Ularni vrach tekshirayotganda, doimo seskanib turishadi, tanasiga qo'l tekkizgani qo'yishmaydi, chunki og'riq kuchayib ketishidan qo'rqishadi. Agar vrach «Men sizga tekshirmay turib tashxis qo'ya olmayman», desa bemor vrachning qo'lini o'zi ushlab tanasining og'riydigan joylariga olib boradi. Bunday bemorlarda tananing eng sezgir joylari, odatda, bosh va oyoqlar hisoblanadi.

Tanadagi giperesteziya sohalari ichki a'zolar kasalliklari natijasida ham bo'lishi mumkin va ular tananing hamma joyida emas, balki ma'lum bir sohalarida kuzatiladi. Bu sohalar ***Xed-Zaxarin sohalari*** deb ataladi (31-rasm).

Psixogen giperesteziyalar, ayniqsa, bosh terisida yaqqol ifodalangan bo'ladi. Psixonevroz bilan xastalangan bemorning boshini tekshirayotgan vrachning qo'lini bemor itarib yuborgan. U boshida qattiq og'riq paydo bo'lganidan shikoyat qilib, doktor qabulida 10 daqiqagacha o'tirib qolgan. Oradan 3—4 daqiqa o'tgach «Og'riq o'tib ketdimi yoki biror og'riq qoldiradigan dori beraymi?» deb so'ralganda, bemor: «Yo'q, hozir o'zi o'tib ketadi, nega mendan so'ramasdan boshimni bosib qo'ydingiz?» deb vrach yordamidan voz kechgan.

Yana bir bemorning tizza refleksi nevrologik bolg'acha bilan tekshirilayotganda oyog'ida kuchli og'riq paydo bo'lib, yura olmay qoladi va birozdan so'ng o'tib ketadi. Psixogen giperesteziyalar uchun og'riqlarning aynan tanadagi sezgir nuqtalarda paydo bo'lishi xosdir. Masalan, trigeminal va oyoqlardagi nerv stvollari sohasidagi nuqtalarda va hokazo. Ba'zan bexosdan aytib qo'yilgan so'z yoki tashxisdan so'ng bemorlarda yatropatik xususiyatga ega bo'lgan turli og'riqlar va giperesteziyalar paydo bo'lishi ham mumkin.

Biz o'zimiz kuzatgan quyidagi ikki bemor bunga misol bo'la oladi: D. ismli 18 yashar kelin oilada yuz bergan falokatdan so'ng o'ziga-o'zi pichoq uradi. Qorinning ikkita joyiga urilgan zarbadan bemor ko'p qon yo'qotib, jarrohlik bo'limiga keltiriladi. Shu zahoti



31-rasm. **Xed-Zaxarin sohalari. Ichki a'zolar kasalliklarida terida kuzatiladigan giperesteziyalar.**

ko'rsatilgan yordamdan so'ng yosh kelinning hayoti saqlab qolinadi. Bemor tuzalib chiqadi, biroq uning oyoqlarida paydo bo'lgan og'riq borgan sayin kuchayib boradi. Ikkala oyoqda falajlik paydo bo'ladi. Bemorni nevropatologga ko'rsatishadi. U «Pichoq orqa miyadagi nerv tolalarini ham shikastlagan», deb xulosa chiqaradi va davolash choralarini tavsiya qiladi. Bemor bu tashxisni qo'yarda-qo'ymay ota-

onasidan biiib olgach, tanasidagi og'riqlar bel va oyoqlarda «to'planadi». Og'riqlar tunda o'z-o'zidan paydo bo'lar va bu azobga chidolmay qichqirib yig'lab yuborardi. Bemor badanini hatto choyshab bilan ham yoptirmas edi. Chunki choyshab biror joyiga tegib tursa, og'riq kuchayardi. U hatto tanasiga o'zi ham qo'l tekkizmas edi. Bemor tanasida tez-tez va to'satdan paydo bo'ladigan og'riqlarni kutib, ikkala qo'li bilan to'shakning chetidan mahkam ushlab yotardi. Agar unga biror yordam kerak bo'lsa, faqat katta akasiga murojaat qilardi, boshqalar (ota-onasi, ukalari) ni yoniga yo'latmasdi.

Bu holatni psixogen og'riqlarga qiyosiy tashxis qo'yganda e'tiborga olish zarur. «Nega bunday qilasiz?» degan savolga bemor: «Akam hech joyimni og'ritmasdan yordam beradi», deb javob bergan. U uyga kelgan vrachlarni ham yoniga yo'latmagan. Bemor bilan ikki kun mobaynida suhbat uyushtirilib, uning psixologik statusi tekshirildi. Bemor suhbat chog'ida har gal: «Meni hech joyimga tegmay davolaysizmi?», «Orqa miyam haqiqatan ham jarohatlanmaganmi?» deb so'rardi. Bemor bilan umumiy til topilgandan so'ng unda nevrostatus to'la tekshirildi.

Oradan bir necha oy o'tganiga qaramasdan, bemorning oyog'ida atrofiyalar va sezgi buzilishlari yo'q (faqat umumiy giperesteziyadan tashqari), pay reflekslari saqlangan edi. Endi eng asosiysi bemorda yatrogeniya belgilarini yo'qotish va orqa miyada hech qanday jarohatlanish yo'qligiga ishontirish kerak edi. Bu vazifaning uddasidan chiqqanimizdan so'ng bemor davolanishga katta ishonch bilan qarab, tavsiya qilingan barcha muolajalarni ola boshladi.

Bemor, asosan, psixoterapevtik muolajalar hamda plaseboterapiya usuli bilan davolandi va sog'ayib ketdi. Chunki og'riq va falajlik organik xususiyatga ega emasdi.

Ikkinchi voqea ham yatrogeniyaga yaqqol misol bo'la oladi. Bu voqea viloyat shifoxonalarining birida sodir bo'lgan edi. Uzoq yillardan buyon ishlab kelayotgan asab kasalliklari vrachi umr yo'ldoshiga «disk churrasi» tashxisini qo'yadi. To'yda tinmay yumush qilgan 40 yoshdan oshib qolgan bu ayolning belida kuchli og'riq paydo bo'lib, ikki kundan so'ng oyog'lari ishlamay qoladi, to'g'irog'i, kuchli og'riqdan qo'rqib, ularni sira qimirlatmaydi. Buning ustiga «disk churrasi», asosan, operatsiya yo'li bilan davolanadi, deb o'ylagan bemorda affektiv holat yanada rivoj oladi. Oddiy ukollarni olganda

ham dod-voy qilib 5 oy mobaynida konservativ yo'l bilan davolanadi. Nihoyat, turmush o'rtog'i operatsiya qildirishga rozi bo'lgach, uni Toshkentga olib kelishadi. Bemor neyroxirurgiya klinikasiga yotqiziladi va o'sha kechasi unga epidural og'riqsizlantirish qilinadi (chunki oddiy novokainli blokadalar yordam bermas edi). Ertasi kuni bemorga epidural mielografiya qilinib, disk churrasi yo'qligi aniqlanib, nevropatologga murojaat qilish tavsiya etiladi. Bemorda har tomonlama nevrologik va psixologik status tekshiriladi.

Unda affektiv buzilishlar oqibatida rivojlangan psixogen giperesteziya va radikulalgiya aniqlanadi. Bemor maxsus davolash muolajalaridan so'ng tuzalib ketadi.

Savol tug'iladi: yatropatiyalar uzoq (oylab, yillab) davom etishi mumkinmi? Ha, albatta, davom etishi mumkin. Bemor qancha ko'p muvaffaqiyatsiz davolash usullari bilan davolansa, psixogen kasallik nafaqat uzoq vaqt davom etadi, balki zo'rayib ham boradi. Bu psixogen sindromlar qancha uzoq davom etsa, davolash ham shuncha cho'ziladi, degani emas. Tashxis to'g'ri aniqlangandan so'ng bemorning psixologiyasiga moslab tuzilgan davo choralari shu zahoti yoki bir-ikki kun ichida foyda beradi. Bu yerda kasallikning davomiyligi emas, aksincha, ruhiy ta'sir qilish katta ahamiyatga egadir.

«Bezovta oyoqlar» sindromi

Bu sindromga XIX asr boshidayoq fransuz psixiatrlari e'tibor qaratishgan. «Bezovta oyoqlar» sindromi niqoblangan depressiyaning bir klinik ko'rinishi bo'lib, bu kasallikda kechasi va tunda oyoqda turli xil paresteziyalar paydo bo'ladi, ular kunduz kuni hamda harakat qilgan paytlarida o'tib ketadi.

Bemorlar oyog'iga xuddi birov nina bilan sanchgandek, tovonining tagi yonib turgandek, go'yoki oyoqlarining ustiga qizib turgan qum sepib qo'yilgandek sezishadi, oyoqlari bir qizib, bir sovib ketadi. Bularning hammasi tunda boshlanadi, bemorlar uxlay olmay xonamaxona yurib chiqadilar. Tong otishi bilan esa bu belgilar yo'qoladi.

Kunduzi bemor hech narsadan shikoyat qilmaydi. Bu bemorlarning nevrologik statusida organik belgilar aniqlanmaydi. «Bezovta oyoqlar» sindromi affektiv buzilishlar bilan kechadi va uni organik kasalliklarda uchraydigan og'riqlardan ajratib turadi.

10.3. Psixosomatik sindromlar

O'tkir va doimiy stress natijasida ichki a'zolarda rivojlanadigan funksional tuzilishlarga **psixosomatik sindromlar** deb aytiladi.

Psixosomatik sindromlarning tibbiy amaliyotda ko'p uchraydigan turlari bilan tanishib chiqamiz:

1) psixogen kardialgiyalar;
2) yurak ritmining psixogen buzilishlari;
3) psevdorevmatizm;
4) psixogen astma;
5) oshqozon-ichak sistemasining buzilishlari;
6) psevdourologik sindromlar;
7) psixogen jinsiy buzilishlar;
8) psevdodermatologik sindromlar.

Psixogen kardialgiyalar

Ko'krak qafasining chap tomonidagi har qanday sezgilar (uvishish, og'riq) bemorlar tomonidan katta xavotir bilan qabul qilinadi. Negaki, bu yerda yurak joylashgan. Mabodo, boshimiz og'rib qolsa, bemalol analgin yoki sitramon ichib ishga ketaveramiz (ba'zan ichmasdan ham), lekin yurak sohasida og'riq sezsak, darrov doktor chaqiramiz, kardiogramma qildiramiz, «Hammasi joyida, yuragingiz biroz siqilibdi, xolos», degan xulosani eshitgachgina tinchlanamiz. Chunki ko'pchilik uchun «yurak» tushunchasi, «hayot» tushunchasining sinonimidir.

Yurak sohasidagi og'riqlarning sababi hammavaqt ham yurak kasalligi hisoblanadimi? Yana qanday kasalliklar yurak sohasida og'riq keltirib chiqaradi?

Yurak sohasidagi og'riqlarni, ya'ni kardialgiyalarni keltirib chiqaruvchi kasalliklarni 3 asosiy guruhga ajratish mumkin. Bular:

1) yurak kasalliklari;
2) niqoblangan depressiya;
3) vertebrogen va miofasial sindromlar.

Demak, kardialgiyalarning sababini aniqlash uchun kardiologik tekshiruvlarning o'zi yetarli emas. Vertebrogen kasalliklar bemorda chuqur nevrologik, depressiv sindromlarning ko'payganligi esa psixologik tekshiruvlar o'tkazish lozimligini taqozo qiladi.

Rivojlangan davlatlarning kardiologiya klinikalariga yurak sohasidagi o'tkir og'riqdan shikoyat qilib, «stenokardiya» yoki «miokard infarkti» tashxisi bilan «tez yordam» mashinasida olib kelingan bemorlarning deyarli yarmida tashxis tasdiqlanmagan va bu og'riqlar psixogen xususiyatga ega bo'lib chiqqan. Hattoki, ba'zi olimlarning (Katon W. J., 2000), ma'lumotiga ko'ra, kardialgiyalar bilan ambulatoriyalarga murojaat qiluvchilar soni 80 foizga teng. Shuning uchun ham yurak sohasidagi og'riqdan shikoyat qilgan har qanday bemor psixologik va kardiologik tekshiruvlardan o'tishi lozim. Demak, bu ikkala tekshiruvning birgalikda olib borilishi maqsadga muvofiqdir. O'zbekistonda ham psixogen kardialgiyalar va aritmiyalar bir necha yillardan buyon o'rganib kelinmoqda (R.D. Kurbanov, A.I. Xodjayev, T.O. Abdullayev, 1998–2010).

Psixogen kardialgiyalar boshqa affektiv buzilishlar bilan birgalikda kuzatiladi. Bular – o'lim qo'rquvi, «yurakka havo yetishmasligi», uning tez-tez yoki «to'xtab-to'xtab» urishi hamda «qizib ketishi yoki muzlab qolishi», «tomoqqa tiqilishi» va shu kabi simptomlardir. Psixogen kardialgiyalarda bemorlar yurak sohasidagi bitta nuqtani barmog'i bilan ko'rsatishadi. Bu nuqta, asosan, yurak uchiga to'g'ri keladi, bunda og'riq bitta joyda doimo yoki ko'chib-ko'chib turadi. Og'riq joylashgan sohada kuchli psixogen giperesteziya ham aniqlanadi. Buni ***kardiosenestopatik sindrom*** deb ham atashadi. Haqiqiy stenokardiyada esa, odatda, psixogen giperesteziya kuzatilmaydi. Og'riqning orqa kurak atrofiga berishi «stenokardiya» tashxisini tasdiqlash yoki inkor qilishga sabab bo'ladi. Yurak sohasidagi og'riq bir nuqtadan boshlanib, butun bir ko'krak qafasining yarmini egallab olgach, chap qo'lga tarqaydi va boshning ensa sohasi hamda oyoqqa qarab yo'naladi, deb bemorlar og'riqning yo'nalishini ta'riflashadi. Bu paytda havo yetishmay qoladi, bo'g'iladi va til tagiga tashlangan nitrogliserin ham yordam bermaydi, tinchlantiruvchi dorilar esa bemor ahvolini yengillashtiradi. Ba'zan ularni shifoxonaga olib borib, barcha zarur tekshiruvlardan o'tkazilmaguncha, yurak sohasidagi og'riq o'tib ketmaydi. Bemor kardiologik tekshiruv xulosalarini intiqlik bilan kutadi, yurak kasalligi tasdiqlanmagan sayin yurak sohasidagi og'riq kamayib boraveradi.

Psixogen kardialgiyalar stenokardiya va miokard infarktidan farqli o'laroq, uzoq davom etadi, nitratlardan so'ng va jismoniy ish

kamaytirilgach ham o'tib ketmaydi. Ayniqsa, anamnezida uzoq yillardan (20—30 yoshligidan) buyon yurakdagi og'riqlardan shikoyat qilib keladigan bemorlarda uchraydigan kardialgiyalar, odatda, yurak ishemik kasalligi hisobiga kuzatilmaydi. Psixogen kardialgiyalarda ipoxondriya va fobiya shakllanadi: ular yurak urishini nazorat qilib yurishadi, o'lib qolishdan qo'rqishadi (35 yoshli ayol 5—6 oy ichida uyidagilar bilan bir necha bor vidolashgan va kardiologik tekshiruvlardan o'tgan).

Bo'yin-ko'krak osteoxondrozida yurak sohasidagi og'riqlar bosh yoki tanani yon tomonga burganda, egilib-tik turganda, yo'talganda va qattiq aksirganda kuchayadi. Umurtqa suyaklari va paravertebral nuqtalarni bosganda og'riq kuchayadi, zararlangan orqa miya ildizchalari innervatsiya qiladigan sohalarda sezgi buzilishlari (ko'pincha gipesteziyalar) kuzatiladi. Spondilogrammada osteoxondroz belgilarining topilishi tashxisni tasdiqlaydi.

Miofasial og'riqlar ko'krak mushaklarining zararlanishi natijasida rivojlanadi. Bunda zararlangan, biroz shishgan mushaklar ustini bosganda kuchli og'riqlar kuzatiladi. Trigger nuqtalariga novokainli blokada qilinganda og'riq kamayadi yoki tarqab ketadi.

Yurak ritmining psixogen buzilishlari

Yurak ritmining psixogen buzilishlari, odatda, yurak urishining tezlashuvi bilan ifodalanadi. Bu paytda yurak urishlari bir daqiqada 100 dan 120 gacha yetadi va ko'pincha o'lim vahimasi bilan kechadi. Bunda bemorlar yurakning har bir urishini aniq sezib turadi. Nafas yetishmaydi, sovuq terga botadi, oyoqlari titraydi va bemor, odatda, yotib oladi. Yurak ritmining psixogen buzilishlari jismoniy zo'riqishlardan emas, balki hissiy zo'riqishlardan so'ng paydo bo'ladi.

Affektiv-ipoxondrik bemorlar o'zlarining odatdagi ishlash yoki yashash uslubini o'zgartirishsa, uzoq vaqt transportda yurishsa yoki hissiy va aqliy zo'riqishlarga olib keluvchi har qanday vaziyatlarda yurak urishlari tezlashib ketadi. Ular yozning issiq kunlarini yomon o'tkazishadi, doimo salqin joyga intilishadi, asosan kunning ikkinchi yarmida yurak urishi kuchayadi va nafas yetishmaydi. Ovqat (ayniqsa, xamir ovqat) ni to'yib yeyish, mehmonda uzoq vaqt qolib ketish ham yurak urishining kuchayishiga olib keladi. Psixogen taxikar-

diyalarda EKG da organik o'zgarishlar kuzatilmaydi. Bemorlarda simpatik tonusning oshishi sinusli taxikardiya, parasimpatik tonusning oshishi sinusli bradikardiya bilan namoyon bo'ladi. Odatda, bradikardiya kam uchraydi va qon bosimining tushib ketishi, bosh aylanishi, ichak peristaltikasining kuchayishi bilan kechadi. Bu bemorlarda yurak sohasi «qotib qolgandek», yurak urishdan «to'xtagandek» tuyuladi, nafas yetishmaydi, bo'g'ilib yordamga chaqira boshlaydi. Yurak urishining funksional tarzda o'zgarishi affektiv holatlarda ko'p kuzatiladi. Psixogen taxikardiya unga qarshi dorilar bilan davolanganda emas, balki sedativ dorilar yoki antidepressantlar berilganda kamayadi.

Psevdorevmatizm

Oyoq-qo'llar va turli bo'g'imlardagi og'riqlardan shikoyat qiluvchi bemorlar son-sanoqsizdir. «Bod» (revmatizm) tashxisi qo'yilgan bemorlarni keyinchalik yana chuqur klinik va laborator tekshiruvlardan o'tkazilganda, ularning deyarli yarmida bu og'riqlar nevrogen xususiyatga ega bo'lib chiqqan. Hozirgi gipodinamiya asrida artralgiyalar dolzarb muammo bo'lib, niqoblangan depressiyaning yaqqol, hammavaqt ham aniqlash qiyin bo'lgan belgilaridan biri bo'lib qolmoqda. Suyak va bo'g'imlarda kuzatiladigan va hadeganda o'tib ketavermaydigan artralgiyalar, odatda, boshqa psixonevrologik simptomlar bilan birga kechadi. Aksariyat atoqli nevrologlar «serebral revmovaskulit» tashxisini qo'yish ko'pchilik shifoxonalar, ayniqsa, poliklinikalarda odat tusiga aylanib ketganini, buning uchun bosh, yurak sohasi va bo'g'imlardagi og'riqlarning o'zi yetarli emasligini, bu belgilar nevrotik xususiyatga ega bo'lishi mumkinligini ta'kidlab o'tishgan. Ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, poliklinikalar va statsionarlarda «revmovaskulit» va «revmokardit» tashxislari 50—60 foiz hollarda noto'g'ri bo'lib chiqqan. Hozirgi davrda ham bu muammo dolzarb bo'lib qolmoqda. Ba'zan anamnezida bod kasalligi mavjudligini asos qilib hamda psixogen xususiyatga ega bo'lgan bosh og'riqlar, psevdonevrologik, psevdokardiologik belgilar va EEG, REG dagi funksional o'zgarishlarga qarab, aniq ifodalangan nevrologik belgilarni topmasdan, eksperimental va gistomorfologik tekshiruvlar o'tkazmasdan, jiddiy xulosalar qilib, klinik tashxis qo'yish holatlari

kuzatilib turadi. XX asrning 70-yillarida aksariyat nevrologlar serebral revmovaskulitda bosh miya qon tomirlari va uning atrofidagi nerv to'qimalarida chuqur organik o'zgarishlar kuzatilishi va aniq ifodalangan nevrologik belgilar aniqlanishini ko'rsatib o'tishgan. Hozirgi kunda nevrologlar «serebral revmovaskulit» atamasi mavhum tushuncha ekanligini aytishmoqda, chunki u bosh miya qon tomirlarida kechadigan organik o'zgarishlarni va shu sababli kelib chiqadigan klinik sindromlarni aniq ta'riflab bera olmaydi.

Psixogen og'riqlar faqat bo'g'imlarda kuzatilmay, suyak va mushaklarga tarqab, bemorning harakat qilishiga butunlay xalaqit berishi mumkin. Uzoq vaqt bir xil holatda turib qolish, stanok yonida bir necha soat tik turib ishlash bemor oyog'idagi og'riqlarni kuchaytiradi. «Ikkala oyog'imga xuddi tosh osib qo'ygandek, yurayotganda oyoqlarimni qimirlata olmayman, qadam tashlagan sayin yurishim qiyinlashib boraveradi», deb shikoyat qiladi bemorlar. Bunday bemorlar, ko'pincha, «oyoqda venoz qon aylanishining buzilishi» xulosasi bilan angioxirurglarga yuboriladi. Ular bu yerda davolanadi yoki yana qaytadan «nevroz» tashxisi bilan nevropatologga yuboriladi. Psixogen artralgiyalar va mialgiyalar uchun og'riqlarning ko'chib yurishi juda xosdir.

Bu ko'chib yurish aniq bir nerv tolasi bo'ylab emas, balki betartib yo'nalishda namoyon bo'ladi: og'riq bo'g'imdan yuqoriga yoki pastga, ba'zan boshqa sohalardan bo'g'im tomonga qarab yo'naladi. Bemor o'z og'riqlariga ta'rif berayotganda, hech joyi og'rimay turadi yoki og'riqlarni sezmaydi. Bemor shikoyatlarini aytib bo'lgandan so'ng doktor tekshirishga kirishsa, og'riq yana paydo bo'ladi. Bunga psixogen og'riqlar bilan organik xususiyatga ega bo'lgan og'riqlarni qiyoslash paytida, albatta, e'tibor berish kerak.

Psixogen artralgiyalarda bo'g'imlarda shish paydo bo'lib, hattoki atrofiga suyuqlik to'planishi mumkin. Bu holat og'riq kuchli bo'lgan paytlarda yuz beradi. Shunisi e'tiborliki, bu «o'tkir bo'g'im sindromi» affektiv buzilishlarda aniq bir vaqtda ro'y beradi, ya'ni bemorlar navbatdagi xurujning vaqtini aniq aytib bera olishadi (masalan, har uch kunda, har haftada). Yallig'lanishga qarshi davo choralari o'tkazilmasa-da, bu sindrom o'tib ketadi. Ba'zan tashxis tasdiqlanmasdan, faqat og'riqning kuchini asos qilib olib, bo'g'im bo'shlig'idan suyuqlik olinadi va uning ichiga gormon yuboriladi. Bu muolaja

ikki-uch marta takrorlangandan so'ng o'ta toza bo'lgan bo'g'im yorig'iga infeksiya tushib, haqiqiy yallig'lanish jarayoni boshlanib ketishi mumkin.

Ba'zi hollarda artralgiyalarning sababi affektiv buzilishlar ekanligi aniqlanmasdan, konservativ usul yordam bermagach, bemorlarga jarrohlik usullari tavsiya qilinadi. XIX asrning mashhur nevrolog olimlaridan biri Oppengeym (1894) shunday bir voqeani misol keltiradi: «Tizza bo'g'imini rezeksiya qilish tavsiya qilingan bir bemorni jarrohlardan biri operatsiyadan oldin menga maslahatga yuborgan ekan. Ikkita qo'ltiq hassada kirib kelgan bemor biroz vaqtdan so'ng ularni qo'lida ushlab, mening xonamdan o'zi yurib chiqib ketadi. Chunki unda bor-yo'g'i «bo'g'im nevrozi» edi, xolos».

Xuddi shunga o'xshash voqea bizning tajribamizda ham ro'y bergan. Viloyatdan A. ismli 15 yashar qizni travmatologiya-ortopediya bo'limiga davolanishga yuborishadi. Bemorning hech joyi og'rimasdi, u faqat tizzalarini buka olmas edi, xolos. Kasallikning boshlanganiga uch oy bo'lib, qilingan barcha choralar yordam bermagani sababli bemorni Toshkentga davolanishga yuborishadi. Unga turli tashxislar qo'yilgan edi: «revmatoid artrit», «revmatizm», «bo'g'imlar orasiga suyak o'sib chiqqan» va hokazo. Lekin rentgenogrammada tizza bo'g'imlarida hech qanday patologik o'zgarish yo'q edi. Bunga viloyatdagi doktorlar ham e'tibor qilishgan, albatta. Lekin davolash muolajalari yordam bermayotgani sababli bemorni markazga maslahat uchun yuborishgan. Bemor tashqi ko'rinishidan juda tinch, o'ziga bino qo'ygan, yoshiga qaraganda gavdali edi. Uning otasidan (bemor otasi bilan kelgan edi) qizning xulq-atvori haqida so'raganimizda, qiziga ijobiy ta'rif bergan edi: «Uydagi hamma ishlarni qiladi, onasiga qarashadi, lekin sal erkaroq, aytganini qildiradi». «Qizda kasallik boshlanishidan oldin ruhiy siqilishlar bo'lganmi», deb so'raganimizda, otasi «Yo'q», deb javob berdi. Biz bemorni xonada yurgizib, kursida o'tqazib va karavotda yotqizib tekshirib ko'rdik. Bu harakatlarni u ikkala oyog'ini tizzasida bukmasdan bajardi. Bemorning otasidan qizning kechqurun uxlaganda oyoqlari qay holatda bo'lishini bilib berishini so'radik. U viloyatga, qizning onasiga telefon qilib, qizi kechasi uxlab yotganda, u yoq-bu yoqqa qayrilib yotishini, ba'zan esa g'ujanak bo'lib olishini bilib berdi. Bizda kasallik psixogen xususiyatga ega ekanligiga hech qanday shubha qolmadi. Shu

zahotiyoq psixologik suhbatdan so'ng davolay boshladik. Bu yerda ham plaseboterapiya usulini qo'lladik, ya'ni bemorga «Germaniyada ishlab chiqarilgan, tizzani darrov bukib-ochib yuboradigan dorini shprisga tortib tizza qopqog'ining atroflariga yuborishimizni» va bemorning tizzasi 10 daqiqa o'tgach, qizib ketishini, ana shunda uning o'zi asta-sekin tizzasini bukib-ochishi kerakligini uqtirdik. Xuddi kutganimizdek, 10 daqiqadan so'ng bemor ikkala tizzasining qizib borayotganini aytdi. Biz unga tizzasini endi bukib-ochishi zarurligini qattiq tayinladik. Bemor bizning talabimizni bajarib, bemalol xonada yura boshladi.

Ikki kundan so'ng bizga qizning onasi qo'ng'iroq qilib, muhim bir ma'lumot berdi. Ma'lum bo'lishicha, qiz otasidan dugonasinikiga o'xshash qimmatbaho palto olib berishini so'ragan. Otasi rad javobini bergan va qizini urishgan. Onasi ham otasining tarafini olgan. Qiz yig'lab-yig'lab uxlab qoladi va ertalab tursa, ikkala oyog'i ham qotib qolgan bo'ladi. Tabiiyki, ota-ona qizidagi bu holatni kechagi janjal bilan bog'lamagan va «Qizimizning oyoqlari shamollab qolibdi», deb kasalxonaga yugurishgan. Bu voqea otasining esidan chiqib ketgan, onasining esa faqat biz «Ruhiy siqilishlar bo'lmaganmi?» deb so'raganimizdan so'nggina esiga tushdi.

Bunday psixogen buzilishlar yosh bolalarda ham bo'ladi. Uch yoshdan sal oshgan bola yugurib o'ynab yurgan paytida qattiqroq yiqilib tushadi va chap oyog'ining sonidan lat yeydi. Og'riqdan oyog'ini qimirlata olmay qoladi, qattiq yig'laydi. Bolani o'sha zahoti kasalxonaga olib borib, travmatologga ko'rsatishadi. Oyog'i rentgen qilinganda, bolada suyakning singan belgilari topilmaydi. Lekin bolaning oyog'i ozgina lat yegan edi, shuning uchun bolaga og'riqsizlantiruvchi ukollar qilib, lat yegan joyni bog'lab uyiga jo'natiladi. Bolani bir hafta mobaynida ehtiyot qilish, iloji boricha oyog'ini avaylash buyuriladi. Bir hafta doktorning tavsiyalari bajariladi va bola iloji boricha qo'lda ko'tarib yuriladi. Lat yegan joy butunlay bitib ketadi. Doktor bog'lamlarni olib tashlaydi va bolani yerga qo'yib «Endi o'zing yur!» deydi. Bola bu iltimosni rad qilib, chinqirib yig'lab onasiga yopishadi. Onasi bolani ko'tarib olgandan so'ng bola yig'lashdan to'xtaydi. Bola yiqilganda, nerv tolalari ezilgan bo'lishi mumkin, og'riq o'shandan bo'lsa kerak, deb nevropatologga maslahatga borish tavsiya qilinadi. Bolani bizga olib kelishadi. Uning

injiqligi va buning ustiga, qattiq qo'rqqani bilinib turar edi. Uni kursiga o'tqizib tekshirayotganda, yig'lab yuborishi, onasining oldiga o'tqizib tekshirganda esa jim o'tirishi e'tiborimizni tortdi. Chalg'itish uslubiga o'tdik.

Bolaga: «Men tekshirayotganimda sen kursida indamay o'tirsang, mana shu konfetni olasan», deb uqtirdim (bola uyda tekshirilayotgan edi). Bola aytganimni qildi. Topshiriq yanada murakkablashtirildi: «Endi kursidan o'zing tushsang, mana bu o'yinchoqni beraman». O'yinchoq (tank) juda chiroyli bo'lganidan bola «og'riqni» ham esidan chiqarib, kursidan sakrab tushdi. «Endi sen mana shu o'yinchoqni o'ynab tur, biz onang bilan maslahatlashib olamiz», deb bolaning harakatlarini chekkadan kuzatib turdim. Bola gilam ustiga cho'kkalab olib, xonaning u yog'idan bu yog'iga g'ildirakli tankni haydab rosa o'ynadi.

Ona-bola ketishga shaylanishganda, bola yana ko'taring, deb onasiga yopishib oldi. Bolaga «Agar sen zinapoyadan pastga o'zing yurib tushsang, men senga balkondan mana shu koptokni tashlayman», deb va'da berdim. Bola besh qavatli uyning beshinchi qavatidan onasi bilan o'zi yurib pastga tushdi. Koptok balkondan pastga tashlanganda, dumalab ancha joyga ketib qoldi. Bola xursand bo'lganidan koptokning izidan yugurib ketdi.

Poliklinika va statsionarlarda bo'g'inlardagi og'riqlardan shikoyat qiladigan bemorlarning psixologik statusini yaxshilab tekshirmasdan kuchli antibiotiklar, gormonlar, salisilatlar, fizioterapevtik muolajalar bilan uzoq vaqt muvaffaqiyatsiz davolash hollari uchrab turadi. Bunday uslubda ishlaydigan vrachlarni mix kirib yorilgan ballonning teshigini mixni olib tashlamasdan turib har xil zamonaviy bo'yoqlar va yelimlar bilan yopishga uringan ustalarga o'xshatishgan. Xo'sh, unda qanday qilib bemorda psixogen artralgiya borligini aniqlash mumkin?

Gap shundaki, hozirgi davrda psixogen artralgiya, ko'pincha, tasodifan yoki «bod»ga qarshi dorilar foyda beravermaganidan so'nggina aniqlanadi.

Bu davrda bemor deyarli barcha mutaxassislarning qabulida bo'ladi va nihoyat, unda psixogen artralgiya borligi aniqlanadi. Shuning uchun ham ba'zi mutaxassislar artralgiya aniqlangan bemorlarni psixiatr yoki nevropatologga ko'rsatish zarurligini aytib o'tishgan.

Psixogen astma

Psixogen astma o'tkir va surunkali siqilishlardan so'ng kuzatiladigan xurujsimon kechuvchi nafas bo'g'ilishidir. O'tkir stress va hissiy zo'riqishlardan so'ng nevrozga chalingan bemorlarda nafas yetishmovchiligi, bo'g'ilish kabi holatlar ko'p uchraydi. Psixogen bo'g'ilish uchun o'ta xos bo'lgan simptomlardan biri nafas chiqarishdan ko'ra nafas olishning qiyinligidir. Ular «to'yib nafas ololmasliklari va havo o'pkasining oxirigacha yetib bormasligidan» shikoyat qilishadi. Bu holat keyinchalik surunkali tus olishi mumkin va bemorda xuddi astma kasalligiga o'xshash xurujlar kuzatila boshlaydi (12-jadval).

12-jadval

Psixogen astma va bronxial astmaning qiyosiy belgilari (Z.R. Ibodullayev, 2008).

Psixogen astma	Bronxial astma
– Xuruj stressdan keyin vako'pincha odamlar bor paytdaboshlanadi.	– Xuruj har qanday vaziyatda rivojlanishi mumkin (stress, allergiya, o'tkir infeksiyalar).
– Nafas yo'llari toraymaydi.	– Nafas yo'llari torayadi.
– Xuruj kam-kamdan qisqavaqt kuzatiladi.	– Xuruj kam-kamdan qisqavaqt nechasoatgachadavom etadi.
– Nafas olish qiyin.	– Nafas olish qiyin.
– Yuz terisi o'zgarmagan.	– Yuz valablardasianoz .
– Bo'yin tomirlari bo'rtib turmaydi.	– Bo'yin tomirlari bo'rtib turadi.
– Bo'yin tomirlari bo'rtib turadi.	– Balg'amsiz yo'tal.
– Balg'amli yo'tal.	
– Auskultatsiyadavezikular nafas.	Auskultatsiyadaxushtaksimon nafas.
– Emfizemakuzatilmaydi.	– Emfizemaxos.
– Barmoqlar shakli o'zgarmagan.	–Barmoqlar baraban. tayoqchalari shaklida.
– Plaseboterapiyayordami katta.	– Plaseboterapiyayordami kam.

Psixogen astma haqiqiy astmadan nimasi bilan farq qiladi? Psixogen bo'g'ilishlar tomoqning qurib qolishi, qichishi, ko'krakning siqilishi, nafas yo'llarining torayishi kabi turli xil belgilar bilan kechadi. Psixogen bo'g'ilishlar uchun tik turganda bemalol nafas olish, yotganda esa bo'g'ilish juda xosdir. Shu narsaga e'tibor berish lozimki,

bo'g'ilish chalqancha yotganda paydo bo'ladi, chap va o'ng tomonga qarab yotganda kuzatilmaydi. Barcha psixogen buzilishlar singari psixogen bo'g'ilishlar ham ko'pincha kechasi va tunda kuzatiladi. Bizning nazoratda turgan bir bemor «tunda doimo bo'g'ilib uyg'onib ketsam, chalqancha yotgan bo'laman, shuning uchun uxlamoqchi bo'lsam, yonboshlab, devorga suyanib yotib olaman», degan edi.

Xuddi affektiv-nevrotik buzilishlarning boshqa simptomlari kabi nafas olishning buzilishlari ham unga e'tibor ortiqcha qaratilganda kuzatiladi. Lektor ma'ruza o'qiyotgan paytida talabalarga nafas olishlarini nazorat qilib turishlarini buyurgan. Ikki-uch daqiqadan so'ng kimning nafas olishi qiyinlashganini so'rasa, talabalarning yarmi qo'lini ko'targan. Talabalar nisbatan sog'lom guruhga kiradi, demak, bemorlarda bundan ham ko'p ko'rsatkich kuzatilishi tabiiy hol, albatta. Chunonchi, nevrozga chalingan bemorlarning ko'pchiligi o'zida kechayotgan holatlarni doimo nazorat qilib borishadi.

Ipoxondriyaga chalingan bemorlarning deyarli barchasi doimiy yoki vaqti-vaqti bilan bo'ladigan nafas yetishmovchiligidan shikoyat qiladi. Shuning uchun ham mutaxassislar nafas yetishmovchiligini ipoxondriyaning asosiy belgisi deb hisoblashgan. «Bo'g'ilib qolish, nafas yo'llariga biror narsa tiqilib qolgandek bo'lishi va nafas olish juda og'ir ekanligi» dan shikoyat qilish, ayniqsa, yosh bemorlar orasida ko'p kuzatiladi. Mabodo, bu belgilar xurujsimon bo'lsa, ba'zi hollarda bemorlarga «bronxial astma» tashxisi qo'yiladi.

Quyidagi voqea bunga yaqqol misol bo'la oladi. Bizga 20 yashar yigitni ko'rsatishdi. U allergologiya bo'limida «bronxial astma» tashxisi bilan davolanib kelardi. Bemor juda ozib ketgan, har 30 daqiqada qo'lidagi berotekni og'ziga sepib nafas olishini osonlashtirardi. Bo'g'ilishning har 30 daqiqadan so'ng paydo bo'lib turishi bizning e'tiborimizni tortdi va qo'yilgan tashxisga shubha uyg'otdi. Bemorning tibbiy anamnezi bilan birga, psixologik anamnezi ham o'rganib chiqildi va bo'g'ilish xurujlari psixogen xususiyatga ega ekanligi aniqlandi.

Bemor bolalik davridan nimjon bo'lib, tez-tez kasalga chalinib turgan. Oilada yagona farzand bo'lganligi uchun ota-onasi har bir xarxashasiga ko'nikib, bajarib kelishgan. Asabi buzilsa, nafasi bo'g'ilgani uchun unga psixonevrologik statusi tekshirilmay «astma» tashxisi qo'yilib, shu paytgacha davolab kelingan. Borib-borib,

xurujlarni oddiy dorilar bilan to'xtatish qiyinlashadi va bemorga gormonal dorilar (berotek) tavsiya qilinadi. Lekin bu dorini ham bemor doimo ishlatmagan (ba'zan oylab). Bemor yana bir bor tajribali allergologga ko'rsatildi va «bronxial astma» tashxisi inkor qilindi.

Bemorning psixologik statusini yaxshilab o'rganib chiqqanimizdan so'ng psixoterapiyada keng tarqalgan «stress terapiya» usulini qo'llashni ma'qul topdik. Bemorga «berotekka o'rganib qolsa, erkaklik funksiyasi susayishi (bemor yaqinda uylanishi kerak edi) va uylangan taqdirda ham farzand ko'rmasligi mumkinligini, shuning uchun ham bu dorini qanday bo'lmasin, boshqasiga o'zgartirish zarurligini» uqtirdik. Gap shundaki, bemorga berotekni yozgan doktor «Mana shu sening asosiy doring, bu astmaning har qanday turida og'izga sepgan zahoti bo'g'ilishni to'xtatadi», deb aytgan. Bu yerda shu narsani alohida ta'kidlash lozimki, bo'g'ilishni berotekning kuchi emas, balki doktor aytgan so'zlar («senga faqat shu dori yordam beradi») to'xtatgan.

Bemor bilan umumiy til topishgandan so'ng berotekni boshqa doriga o'zgartirishga uni ko'ndirdik va maxsus dorini og'izga sepsa bo'ladigan idish topib, ichiga hech qanday ta'sirga ega bo'lmagan eritma quydik. Bemorda har yarim soatda xuruj bo'lib turishini e'tiborga olib, yonimizda ikki soatga olib qoldik (tekshirish poliklinikada o'tkazilayotgandi). Bemorda ikki soat ichida to'rt marta «astma» xuruji kuzatildi va biz tavsiya etgan «dori» bilan to'xtatildi. Shu yo'sinda astmaning psixogen xususiyatga ega ekanligi yana bir bor tasdiqlandi.

Endigi muammo bu dorini ham qo'llamaydigan qilish va bemorning fikridan «astma» so'zini umuman olib tashlash edi. Bir-ikki kundan so'ng uni qabulga chaqirib hol-ahvol so'radik. U o'zini juda yaxshi his qilayotganini va bu dorining nomini so'radi. Biz bu «tadqiqotimiz»ni uzoq davom ettirib bo'lmasligini, bemor hamma sirdan voqif bo'lib qolsa, sog'lig'iga tuzatib bo'lmas putur yetkazib qo'yishimiz mumkinligini angladik. Bemorga dorini yana bir hafta ishlatish kerakligini, so'ng xuruj paytida tilning tagiga tashlab so'riladigan tabletka berishimizni aytdik. Shuningdek, bu dorining afzalliklari ko'pligini, ya'ni yarim soat emas, dastlabki kuni bir soat, keyingi kuni ikki soat, qolgan kunlari esa faqat kuniga uch mahal ishlatsa ham bo'lishini tushuntirdik. Bemor bizning har bir gapimizni

yaxshilab tinglab, tavsiyalarimizga albatta amal qilishini aytdi. Natija o'ylaganimizdek bo'lib chiqdi. Keyinchalik bemor butunlay «astma» kasalidan xalos bo'ldi.

Ba'zan shunday hodisalar bo'ladiki, bemorda bo'g'ilish aniq bir sharoitda yuzaga keladi. Bunday paytlarda sharoitni o'zgartirish bo'g'ilishni kamaytiradi yoki butunlay yo'qotadi. Xorazm viloyatidan bizga bir yosh kelinni maslahatga olib kelishdi. Bemor turmushga chiqqanidan so'ng uyida turmush o'rtog'i bilan kelishmay doimo janjal chiqib turadi. Janjal avjiga chiqqanda yosh er-xotinlar bir-birini bo'g'ishgacha borishgan. Borib-borib, yosh kelinda turmush o'rtog'i ishdan qaytganidan so'ng bo'g'ilish xurujlari paydo bo'ladigan va tinchlantiradigan dori ichmaguncha (faqat seduksen, uning analogi bo'lgan sibazon, diazepam bersa, foyda bermaydi) yoki turmush o'rtog'i uydan chiqib ketmaguncha bo'g'ilish o'tib ketmaydi. Bemor barcha davolash usullaridan foydalangan (shu jumladan, plaseboterapiya, psixoterapiya).

Shuning uchun har qanday yangi taklif etilgan usuldan bosh tortar edi. Bemor yoz oylarida tekshirilayotgan edi. Bemorga onasi bilan bir oyga daryo bo'yiga borishi, dorilarni esa uyga tashlab ketishi zarurligi aytildi. Bu taklifimiz unga ma'qul tushdi. Ona va qiz daryo bo'yidagi uylardan birida ijarada yashay boshlashdi.

Oradan bir hafta o'tgach, «bemorning» holidan xabar olgani daryo bo'yiga turmush o'rtog'i bilan bordik. Bemorda bo'g'ilish xurujlari daryo bo'yiga kelgan kuniyoq to'xtagan edi. Bemorning turmush o'rtog'iga rafiqasidan xabar olgani daryo bo'yiga borib turishni tayinladik.

Shunisi e'tiborliki, bo'g'ilish xurujlari turmush o'rtog'ini daryo bo'yida ko'rganda kuzatilmadi. Er-xotinga toza havoda ko'proq bo'lishni, boshqa joylarda sayr qilib turishning ruhiy salomatlik uchun foydasi kattaligini uqtirdik. Bu voqeada bizning e'tiborimizni tortgan narsa plaseboterapiya va psixofarmakoterapiyaning yordam bermaganligidir. Haqiqatan ham, ilmiy adabiyotlarda ipoxondrik sindromlarda sedativ dorilar hamma vaqt ham yordam beravermasligi haqida yozilgan. Ipoxondriyaga olib kelgan asosiy omil yo'qotilmas ekan, uni davolash o'ta mushkul.

Psixogen bo'g'ilishlarning yana bir xususiyati shundan iboratki, bemorlarda doimo chayqalish hissi bo'ladi: ular o'zlarini xuddi

transport, lift yoki samolyotda ketayotgandek sezishadi. Bunday bemorlar metroning eskalatoridan tusha olmaydilar. Bizning nazoratda turgan bemor tunda uxlab yotganida, tez-tez xuddi zilzila bo'lgandek, seskanib uyg'onib ketishini aytgan edi.

Ba'zan psixogen bo'g'ilishlar xuruji to'satdan, qattiq qo'rquvdan so'ng boshlanadi va gallusinatsiyalar bilan birga kechadi. Talabalardan biri kechqurun derazaga qarab yotib, qorong'ida nimaningdir aksini ko'radi va qo'rqib ketadi. U ko'zini yumsa, ko'ziga har xil narsalar ko'rina boshlaydi: qora kalxatlar uchib yuradi, hammayoq qorong'i, atrofni faqat qo'rqinchli narsalar o'rab olgan bo'ladi.

Buning natijasida nafas ololmay qiynaladi, bo'g'iladi. Biz bemorni bu simptomlar boshlangach, ikki kundan so'ng kuzatdik (kechasi soat o'nda). Bemor chuqur depressiya holatida bo'lib, bir xil ohangda gapirardi, qattiq qo'rqqani ko'zidan bilinib turardi. U bu voqea xuddi tushida bo'lgandek, mabodo uxlab qolsa, yana shunday yomon tushlar ko'rishdan qo'rqishini aytdi. Bemor trans holatiga tushirildi va quyidagi so'zlar aytildi: *«Hozir sen shirin uyquga ketasan, tush ko'rasan, tushingda moviy dengizni ko'rasan, dengizga charaqlagan quyosh nurlari sochilib, uning yuzidagi tomchilar marvariddek tovlanib turadi. Qirg'oq esa bir-biridan go'zal gullarga burkangan, gullarning ustida rang-barang kapalaklar uchib yuradi. Sen dengizda dugonang bilan cho'milasan, to'yguningcha suzasan, dengizdan hech chiqqing kelmaydi, suzishdan charchagach, qirg'oqqa chiqib, gullar ustida yotib dam olasan. Atrof go'zal, birorta qoru narsa yo'q. Ertalab yengil, xursand bo'lib uyg'onasan va tushingda nimalar ko'rganingni menga aytib berasan».*

Ertasi kuni ertalab bemorning oldiga yotoqxonaga bordik. Bemor uyg'ongan va o'zini yaxshi his qilardi, lekin uyqusirayotgani ko'zidan sezilib turardi. Biz aytgan manzara bemorning tushida to'laligicha namoyon bo'lgandi va bu unga katta huzur bag'ishlaganini aytib berdi.

U hatto tushidagi holatning kichik detallarigacha bizga aytib berdi, o'zini juda ham yengil his qilayotganini va yana uxlab, xuddi shunday tush ko'rishni istayotganini aytdi.

Bu mashhur nemis gipnozchisi N. Lefenveldning «tetiklik holatidagi gipnoz» deb ataladigan usuli bo'lib, bu bemorni davolashda biz undan foydalandik. Xonada bemorning o'zidan tashqari, otasi

va talabalar ham bo'lishiga qaramay, uni trans holatiga tushirish juda oson kechdi. Hattoki, unga qanday tush ko'rishi kerakligi haqidagi so'zlar bir marta aytildi, xolos. Ma'lumki, chuqur depressiya paytida trans va gipnozga tushirish oson kechadi.

Psixogen bo'g'ilishlar, ko'pincha, quruq yo'tal bilan kechadi. «Yo'tal shu darajada uzoq davom etadiki, – deb yozgan edi J.M.Sharko (1888), – bemor kun bo'yi tinmaydi, faqat ovqat yeb olish uchungina yo'talmay turadi, xolos». Psixogen yo'tal quruq bo'ladi va balg'am ajralib chiqmaydi. Bunday paytlarda bemorning ovozi xirillab qoladi, gapira olmaydi. Biroz suhbatdan so'ng uning ovozi yana ochilib, asta-sekin qanday kasal bo'lganini so'zlay boshlaydi.

Psixogen bo'g'ilish, odatda, arterial bosimning pasayishi, bosh aylanish, yurganda chayqalib ketish, qo'llarning titrashi, uyquning buzilishi va umumiy holsizlik bilan birga kechadi. Ular doimo tez-tez gripp bo'lib turishdan (hatto yozda ham) va shuning oqibatida «bronxit» bo'lib qolganlaridan shikoyat qilishni yaxshi ko'rishadi. Haqiqatan ham, keyingi paytlarda ambulatoriya va poliklinikalardagi bemorlarning anketasini varaqlaganda «surunkali bronxit» tashxisini tez-tez uchratish mumkin. Bu bemorlar aksariyatining psixonevrologik statusi tekshirilganda, niqoblangan depressiya aniqlanadi.

Oshqozon-ichak sistemasining psixogen buzilishlari

Ruhiy siqilishlarda oshqozon-ichak faoliyatining buzilishi (ko'ngil aynish, qayt qilish, ich ketish, qorinda og'riqlar) Gippokrat davridan buyon ma'lum. Tanada kechadigan har qanday jarayon miya ishtirokisiz bo'lmasligi Gippokrat, Galen va Dekart asarlarida qayd qilingan. Galen va Ibn Sino «qora o'tning» o't pufagida ko'payib ketishi ipoxondriyaga olib kelishini aytib o'tishgan. Ibn Sino «Tib qonunlari» asarida oshqozon-ichak sohasida asab buzilishlari sababli uchraydigan turli belgilar va ularni davolash usullari haqida yozib qoldirgan.

Hozirgi davrda o'tkir va surunkali asab buzilishlaridan so'ng rivojlanadigan oshqozon-ichak sohasidagi buzilishlarga ta'rif berish uchun turli atamalar taklif qilingan: «abdominal ipoxondriya», «ab-

dominal depressiya», «psixogen gastrointestinal sindrom», «somatogen depressiya» va hokazo. Lekin shuni alohida ta'kidlash lozimki, agar yurak va nafas olish sistemalarining psixogen buzilishlarida bemorlar nisbatan nevropatologga ko'proq murojaat qilishsa, oshqozon-ichak kasalliklari to'g'risida bunday xulosa qilish juda qiyin. Negaki, aksariyat bemorlar (hatto doktorlar ham) oshqozon-ichak sistemasi faoliyati buzilganda nevropatolog yoki psixologga murojaat qilishmaydi. Buni tushunish mumkin, albatta, chunki odamlarning tasavvurida «oshqozon miyadan uzoqda joylashgan va ularning bir-biriga aloqasi yo'q». O'tgan asrning boshlarida mashhur nevrolog olimlardan biri (Shtryumpel A., 1902) «Dispepsiyalarning 70 foizi hissiy zo'riqishga bog'liq», degan edi. Ovqat hazm qilishning funksional buzilishlari, abdominalgiyalar, umumiy holsizlik, ishtahaning pasayishi kabi simptomlar, xuddi bosh og'rig'i va bosh aylanishi kabi nevrasteniyaning asosiy simptomlaridir (Silverberg M., 2002).

O'tkir yoki doimiy ruhiy jarohatlar, jinsiy muammolar, qattiq qo'rquv kabi omillar oshqozon-ichak faoliyatining funksional buzilishlariga olib kelishi mumkin. Bunday paytlarda mutaxassislar «gastrointestinal beqarorlik» haqida so'z yuritishadi. Bu toifa odamlarda ruhiy siqilishlar paytida, albatta, oshqozon-ichak faoliyati buziladi, biroq bosh og'rig'i, bosh aylanishi, nafas yetishmovchiligi kabi simptomlar kuzatilmasligi mumkin. Shuning uchun ham ipoxondriyada o't yo'llari diskineziyasi, doimiy anoreksiya (ular ovqatni qorni ochganda emas, soatga qarab yeyishadi), qabziyat yoki diareya ko'p uchraydi. Bu simptomlar bemorning kayfiyatiga qarab, goh kuchayib, goh pasayib turadi. Aynan ana shu bemorlar terapevtik muolajalar uzoq vaqt yordam bermaganligidan tabiblarga murojaat qilishadi. Bemorlarning tabiblar va antiqa davolash usullariga bo'lgan qiziqishi sabablarini biz «Deontologiya» bo'limida yoritganmiz.

Psixogen anoreksiya va shu kabi boshqa simptomlar

1868-yili V. Gull tomonidan psixogen anoreksiya atamasi taklif qilingan. Ishtahaning kayfiyatga g'oyat bog'liqligi shubhasizdir. «Kecha ovqatni ishtaha bilan tanovul qiluvdim», «Bugun kayfiyatim buzildi, hech narsa yegim kelmayapti» kabi iboralarni tez-tez eshitib

turamiz. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, melanxoliyalar va siklotimiyalarda anoreksiya 40 foiz bemorlarda kuzatilarkan. Ishtahaning pasayishi ularda ta'm va hid bilishning buzilishi bilan kechadi («Bu ovqatning umuman mazasini sezmayapman, hidi ham yomon»). Agar bemor o'ziga yoqmagan ovqatni yesa (u sifatli bo'lishidan qat'i nazar), ko'ngli aynib, qusadi, hattoki ichi ketadi. Mabodo, ich ketishi to'xtamasa va bemorga «ovqatdan zaharlanish» yoki «dizenteriya» tashxisi qo'yilsa, unda yuqorida qayd qilingan belgilar uzoq vaqt davom etadi.

Ba'zan bemorlarda ishtahaning kuchayib ketishi (bulimiya) kuzatiladi. Somatik depressiyaga uchragan bemorlar ba'zan ovqatni juda ko'p iste'mol qilishadi, lekin qornilari to'yganini bilishmaydi. Bir bemorning bir buxanka non, bir lagan osh va uch choynak choy ichib to'ymaganining guvohi bo'lganmiz. U «Oshqozonim cho'zilib ketgan bo'lsa kerak», deb terapevt va jarrohlarga maslahatga boradi, paraklinik va laborator tekshirishlardan o'tadi. Bemorda organik kasallik aniqlanmaydi va u psixonevrologga maslahatga yuboriladi.

Bemordagi bu holat oilaviy mojarolardan so'ng paydo bo'lgan (umr yo'ldoshi unga xiyonat qilgan). Psixogen simptomlar rivojlanishi bilan tashqi salbiy ta'sir orasida mantiqiy bog'lanishni kuzatish mumkin. Masalan, bemorning rafiqasini o'zining choyxonadagi ulfatdoshi «yo'ldan» urgan.

Bulimiya va polifagiya (ko'p suyuqlik ichish) mexanizmini to'yish hissining yo'qolishi bilan tushuntirish mumkin. Bu markazlar gipotalamusda joylashgan bo'lib, u yerdagi maxsus neyronlar «oshqozon ovqatga to'lganligi» to'g'risidagi ma'lumotni olmaguncha bemor o'zini to'ygandek his qilmaydi. Ipoxondriya va depressiv sindromlarda aynan mana shu murakkab mexanizm buziladi. Qanday qilib biz och qolganimizni sezamiz? Organizmda ovqat resurslari kamayganda, dastlab qonda qand miqdori kamayadi va darrov bu haqdagi signal gipotalamusda joylashgan maxsus reseptorlarga borib tushadi. Bosh miya buning asosida «ovqatlanish kerak» degan qarorni qabul qiladi. Bu topshiriq bajarilmasa nima bo'ladi? Gipotalamus yadrolari och qolganligimiz to'g'risidagi signallarni ma'lum vaqtgacha qabul qiladi (masalan, yarim soat, bir soat).

Undan so'ng miya «organizmni asrash to'g'risida qaror qabul qiladi», ya'ni birinchi bo'lib jigar va mushaklarda to'planib yotgan

glikogen parchalanib, glukoza, suv hamda energiyaga aylanadi. Glukoza qonga tushib, ochlik hissini kamaytiradi yoki yo'qotadi. Shuning uchun ham biroz kutsak, bu holat o'tib ketadi.

Nevrozga chalingan bemorlarning aksariyati shirinlikka (ayniqsa, shokoladga, chunki uning tarkibida asabni tetiklashtiruvchi moddalar ko'p bo'ladi), muzqaymoq va shirin ta'mli ichimliklar (kola, fanta va sprayt) ga o'ch bo'lishadi. Tarkibida uglevodi bor oziq-ovqatlar ochlikni tez qondiradi, shuning uchun ham ba'zi bemorlar (sog' odamlar ham), odatda, ovqatlangandan so'ng shirinlik iste'mol qilishadi.

Vaqtida tartib bilan ovqatlanish nafaqat oshqozon-ichak kasalliklarining, balki asab buzilishlarining ham oldini oladi.

Ipoxondrik nevrozlarda tez-tez uchrab turadigan yana bir belgi **ko'ngil aynishi** va **qusishdir.** Hissiy qo'zg'aluvchan bemorlarda bu simptomlarni keltirib chiqarish juda osondir. Juda ko'p hollarda ko'ngil aynish, qusish va jig'ildon qaynashi birgalikda uchraydi. Atrofdagi hamma narsalar: oziq-ovqat, kir kiyim kiygan odamlar, chang va iflos ko'chalar ham bunday bemorlarda ko'ngli aynishi va qusishiga sabab bo'ladi. Bunday bemorlarni ko'pchilik «injiq» odam deb ham atashadi.

Hozirgi gipodinamiya va hissiy zo'riqish asrida bemorlarda bu shikoyatlarning ko'payganligi **«yalqov oshqozon sindromi»** atamasini taklif qilishgacha olib keldi va televideniyada bunga qarshi dorilar ham reklama qilib boshlandi. Psixogen ko'ngil aynish ovqat bilan bog'liq bo'lmasligi, qusgandan so'ng ham qolmasligi, og'izda doimo achchiq ta'm bo'lishi va yegan ovqatining oshqozonga tushmay, tomog'ida tiqilib turishi bilan tavsiflanadi. Parhez, odatda, yordam bermaydi.

Psixosomatik buzilishlarning yana bir turi ***qabziyatdir.*** Gastroenterologlarning fikriga ko'ra, qabziyatdan shikoyat qiluvchi bemorlarning deyarli yarmida ichak kasalliklari topilmaydi. Bunday bemorlar nevrolog yoki tibbiy psixolog tomonidan tekshirilganda, ularda ipoxondriya, depressiya va isteriya belgilari topiladi. Nevrozga chalingan bemorlar aksariyatining haftasiga zo'rg'a bir marta ichi keladi. Asab buzilishlarida qabziyat sabablarini turlicha tushuntirish mumkin: *birinchidan,* bu bemorlarning aksariyati passiv, kam harakat bo'lishadi, sport bilan ham kam yoki umuman shug'ullanishmaydi; *ikkinchidan,*

ular ovqatlanish rejimini doim buzishadi va ko'proq uglevodlarni xush ko'rishadi; *uchinchidan*, trankvilizatorlarni ko'p iste'mol qilishadi, ular esa ichaklar peristaltikasini susaytiradi. Shuningdek, *doimiy ruhiy zo'riqishlarda ba'zan yo'g'on ichakda suyuqlikning* so'rilishi kuchayishi aniqlangan. Bu esa qabziyatga olib keladi. Ichaklarda suyuqlik so'rilishining susayishi esa ich ketishga sabab bo'ladi. Ich kelishning buzilishi simpatik va parasimpatik tonusning holatiga ham bog'liq.

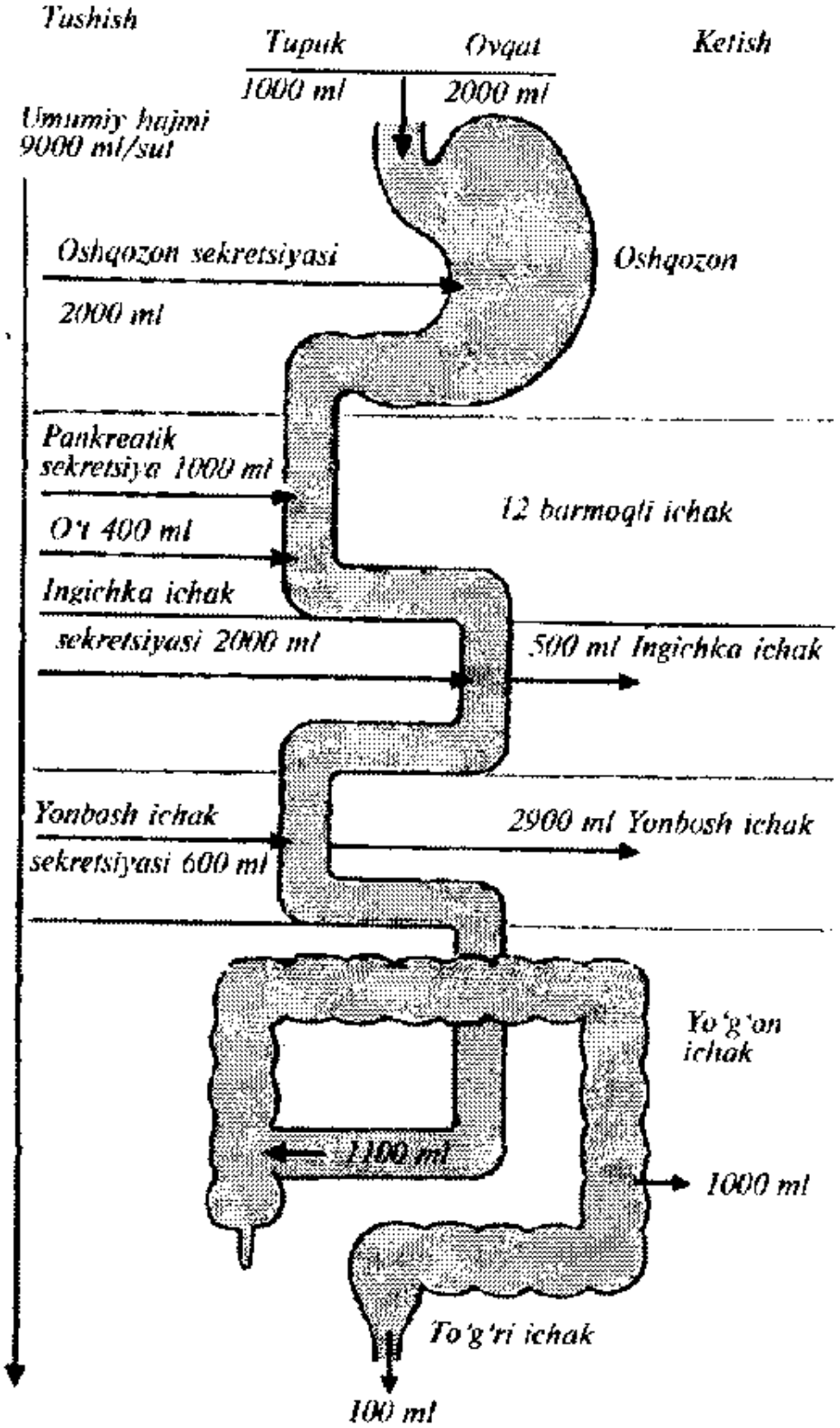
Simpatik tonus oshganda peristaltika sekinlashib, atonik qabziyat, parasimpatik tonus oshganda esa peristaltika kuchayib, spastik qabziyatga olib keladi. Peristaltikaning kuchayishi nafaqat qabziyatga, balki diareyaga ham sabab bo'ladi.

Psixogen qabziyatlarda bemor doimo ichagida guldiragan tovushlarni eshitadi. Qorinning pastki qismi siqib og'riydi, ichi ko'p gazga to'lib yuradi. Hojatxonaga kirsa, asosan ichakdan yel chiqadi va axlati qo'yning axlatiga o'xshab dumaloq-dumaloq bo'ladi, soatlab o'tirsa-da, defekasiyadan qoniqmaydi. Bemorning qorni palpatsiya qilib tekshirilganda (ayniqsa, spastik tarzdagi qabziyatlarda), yo'g'on ichaklarning qattiq, silindrsimon ekanligi aniqlanadi. Bemorlar ichi kelishini istab turli xil usullarni va dorilarni qo'llab ko'rishadi. Ular, odatda, har qanday yangilikka ishonuvchan bo'lishadi.

Har qanday qabziyatda oshqozon-ichak sistemasida suyuqlikning so'rilishi va ajralishi buziladi. Normal holatda oshqozon-ichak sistemasida suyuqlikning o'tish yo'llari qanday bo'lishi 32-rasmda ko'rsatilgan.

Keyingi paytlarda *«ichaklarni turli xil shlaklardan tozalaydigan»* dorivor vositalar, ya'ni «ovqatga qo'shimcha vositalar» ko'p reklama qilinmoqda. Ularning ko'pchiligi foydali bo'lib, tarkibi ichak faoliyatini yaxshilovchi, organizm tonusini oshiruvchi moddalar va vitaminlarga boy. Ular chiroyli idishlarda ishlab chiqariladi va shunga loyiq yorliqlar yopishtiriladi. Bunday idishdagi dorilar, albatta, inson psixologiyasiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Lekin bunday vositalarni iste'mol qilishdan oldin vrach bilan albatta, maslahatlashish zarur.

Xorij gazetalarining birida «Xorij dorilari biznikidan nimasi bilan afzal» nomli maqola chop qilindi. Unda jurnalistning savollariga klinik farmakolog, professor javob beradi. U tana haroratini tushiruvchi va og'riq qoldiruvchi dorilar haqida shunday deydi: «Bu yaqin orada



32-rasm. **Odam organizmi (oshqozon-ichak sistemasi) da suyuqlik so'rilishining dinamikasi.**

tez og'riq qoldiradigan va tana haroratini tushiradigan vosita hali kashf qilingani yo'q. Hammasi bundan yuz yil oldin kashf qilingan aspirinning o'zginasidir, faqat ular shakli, rangi va ularga qo'shilgan xushbo'y hid taratuvchi bo'yoqlari bilan bir-biridan farq qiladi». U intervyusini quyidagi so'zlar bilan tugallaydi: «Aspirinni 10 sentga yoki 100 sentga sotib olish, albatta, bemorning o'ziga havola».

Bemorlarni davolashda juda ehtiyot bo'lish kerak. Ularga «Sizdagi qabziyat jahlingiz tez chiqishidan, ko'p ruhiy ezilishingizdan, mana bu tinchlantiradigan dorini ichsangiz, tuzalib ketasiz», degan bilan ish oson kechmaydi. Bu yerda plaseboterapiya usulini qo'llashga to'g'ri keladi. Bizga bir bemor murojaat qilib: «Meni doimo qabziyat bezovta qiladi, avval terapevtlarda davolandim, ichaklaringni «shamollatibsan» deyishdi. «Shamollashga» qarshi davolandim, ozgina foyda berdi, so'ng yana qabziyat davom etaverdi. Jahlim tez-tez chiqadigan bo'lib qoldi.

Nevropatologga yuborishdi, u «Hammasi asabdan», deb tinchlantiruvchi dorilar buyurdi va tuzalib ketishimga ishontirdi. Biroq qabziyat davom etayapti, endi qornimning pasti ham og'riydigan va tinchlantiruvchi dori ichmasam, uxlay olmaydigan bo'lib qoldim», deb shikoyat qildi.

Biz bemorning tibbiy-psixonevrologik statusini o'rganib chiqib, haqiqatan ham uning dardi og'ir emasligini, faqat doktorlar va dorilardan shifo izlayvermasdan, o'zi ham davolash jarayonida faol ishtirok etishi zarurligini uqtirdik.

Davolash jarayoni bir oyga cho'zilishi mumkinligini ham aytdik. Bir hafta ichida unga uchta antiqa dori tayyorlab berishimizni, uning bittasini ichishi, ikkinchisini qornining pastki qismiga surishi va uchinchisini har kuni kechasi issiq vannaga tashlab, bir soat mobaynida bo'ynigacha suvda cho'milib yotishi zarurligini tayinladik. Bu muolajalar bir kunda bir mahal, faqat kechasi qilinishi zarurligi aytilib, aniq bir soat belgilandi. Tayyorlab berilgan dorilarimizning uchalasi ham suyuq bo'lib, tarkibida tinchlantiruvchi, ichni suruvchi vositalar bor edi.

Bemor spirtli ichimliklar ham iste'mol qilarkan. Biz unga bu odatidan voz kechmasa, hech qaysi doktor va hech qaysi dori yordam berolmasligini uqtirdik. Shundan so'ng psixoterapiya, plaseboterapiya muolajalari ham o'tkazilgach, ijobiy natijaga erishildi.

Abdominal og'riqlar

Qorindagi og'riqlar xuddi bosh va yurak sohasidagi og'riqlar kabi dolzarb muammolardan hisoblanadi.

Bu sindrom bilan bemorlar, odatda, tez-tez doktorlarga murojaat qilib turishadi (terapevtdan tortib, to onkologgacha). Mutaxassislar ma'lumotiga ko'ra, tez yordam bo'limiga olib kelingan bemorlarning 5—10 foizi qorin og'rig'idan shikoyat qilarkan. Shunisi e'tiborliki, bu bemorlarning 41 foiziga «qorindagi sababi aniqlanmagan og'riq» deb yakuniy tashxis qo'yilarkan. Yetuk klinikalarning birida qilingan ilmiy tahlil shuni ko'rsatganki, «appendisit» tashxisi bilan operatsiya qilinganlarning har uch nafaridan birida, olib tashlangan o'simta gistologik tekshiruvdan o'tkazilganda, normal holatda bo'lgan. Shu bilan birga, qorindagi og'riqlar affektiv buzilishlar natijasida kelib chiqqanligi aniqlanib, qo'yilgan «ganglionevrit», «solyarit» kabi tashxislar bekor qilingan.

Umumiy psixogen giperesteziyaga glossalgiya (glossodiniya) lar yaqqol misol bo'la oladi: bemorlar gohida tili chidab bo'lmas darajada og'rishidan shikoyat qilishadi. Ularning jig'ildoni va qizilo'ngachi juda sezgir bo'ladi: tez-tez kekirish natijasida oshqozondagi kislotali moddalarning yuqoriga ko'tarilib turishi bemorlarning jig'iga tegib, ovqat yeyishdan bosh tortishgacha olib keladi. Bunday bemorlar choy yoki ovqatni sal issiq bo'lsa ham icha olmaydilar, chunki bu darrov ularning jig'ildonini «qaynatadi» va ko'kragida qattiq og'riq paydo qiladi, shuning uchun ular doimo suyuqliklarni iliq holatda ichishadi. Har qanday tashqi va ichki ta'sirlarga ortiqcha e'tibor qilaveradigan bu bemorlar o'ta injiq bo'lib qolishadi: «E xudoyim-ey, bu qanaqasi, nega men boshqalarga o'xshab ishtaha bilan ovqat tanovul qila olmayman, qornim sira ochmaydi. Bir tishlam nonni og'zimga solsam ham qornim shishib ketadi, og'riy boshlaydi», deb shikoyat qilishadi. Shuning uchun bu bemorlarda ovqatlanish vaqti keldi deguncha qo'rquv boshlanadi, ularga birov ovqat yeng deyishi shart emas, soatga qarab ham «Tushlik payti bo'ldi, mening esa ishtaham yo'q, ana yana jig'ildonim qaynay boshladi, ovqat yemasam o'lib qolaman-ku!» deb aziyat chekishadi. Och yurish natijasida har ikki-uch soatda oshqozon-ichak sistemasining peristaltikasi kuchayib, qorin og'riy boshlaydi va borib-borib bu holat tez-tez takrorlanib

turadi. Shundan so'ng bemor qattiq azob cheka boshlaydi, u «Ovqat yemaganimdan yara kasaliga duchor bo'ldim», — deb jarrohlarga murojaat qiladi, zond yutib, oshqozonini bir necha bor tekshirtiradi ham. Bemorni birinchi bor tekshirganda: «Sizda yara yo'q, bor-yo'g'i oshqozon shilliq qavatida ozgina o'zgarish bor, bunaqa o'zgarish hozir kimda yo'q deysiz», deb doktorning tinchlantirishiga qaramasdan, u «Men rejim bilan ovqatlanmayapman, bunaqada oshqozonim yara bo'lib qolishi hech gap emas, meni yana tekshirib ko'ring!» — deb iltimos qiladi. Zond yutish ular uchun o'lim bilan barobar bo'lsada, ba'zi bemorlar aytganidan qolmaydi. Bir bemor qornini uch marta operatsiya qildirgan va hech narsa topishmagach, boshqa bir jarrohning maslahatiga binoan ovqat yaxshi o'tishi uchun maxsus ballon yordamida qizilo'ngachi «kengaytirilgan».

Abdominal og'riqlar, ayniqsa, hissiy zo'riqishlardan so'ng kayfiyat buzilganda va asosan kunning ikkinchi yarmida paydo bo'ladi. Ba'zan og'riqlarning aniq bir soatlarda boshlanishi e'tiborga loyiq. Masalan, ertalab bemor o'zini yaxshi his qiladi, kechga borib qorinda og'riq paydo bo'ladi yoki buning aksi kuzatiladi. Parhez saqlash ularning ahvolini battar og'irlashtiradi, ya'ni ular faqat parhezni buzib qo'ymaslik, ovqat vaqtiga amal qilish, zarur masalliqlarni qanday topish haqida o'ylab yurishadi. Asabning bunday zo'riqib ishlashini, albatta, ular ko'tara olmay parhezni ham buzib yuborishadi va hatto, biroz yengil ham tortishadi. Natijada ular tibbiyotdan bezib, yangi antiqa usullar bilan davolaydigan «doktor» va tabiblarni izlay boshlashadi.

Psevdourologik sindromlar

Siydik ajratish sistemasida kuzatiladigan psixogen (nevrogen) buzilishlar bilan nevropatolog yoki psixonevrologga murojaat qilish juda kam uchraydi. Bunday bemorlar, ko'pincha, «pielonefrit», «glomerulonefrit», «buyrak tosh kasalligi», «sistalgiya», «sistit», «uretrit» tashxislari bilan nefrolog yoki urologlarda davolanib yurishadi. Shu narsaga e'tibor qaratish lozimki, bu tashxislar davolash mobaynida bir necha bor o'zgarib turadi. Nihoyat, bu kasallarga hamma urologik simptomlarni o'zida mujassamlashtirgan umumiy tashxis — «nevrogen siydik pufagi» qo'yiladi. Affektiv buzilishlarda

siydik yo'llarida turli belgilarning paydo bo'lishi niqoblangan depressiyaning klinik ko'rinishlaridan biri bo'lishi mumkin. Tez-tez hojatxonaga qatnash, shunda ham qovug'i bo'shaganidan qoniqmay chiqish va qornining pastida og'riq sezish holatlari asab tizimining funksional buzilishlari uchun xosdir. Siydik ajralib chiqishining nevrotik buzilishlari ikki xil ko'rinishda kechishi mumkin: tez-tez siygisi kelishi va siyishning ushlanib qolishi. Qattiq kulganda, aksirganda, yo'tal paytida, og'ir narsa ko'targanda ozgina siyib yuborish yoki soatlab siydik tutilishlar niqoblangan depressiya uchun xosdir.

Tez-tez siyish (pollakiuriya) ko'pchilik urologik kasalliklar (sistit, uretrit, prostatit) uchun ham, niqoblangan depressiyalar uchun ham xos bo'lganligi uchun bu bemorlar zarur bo'lgan tekshiruvlardan to'la o'tishlari lozim. Ikkala holatda ham sovuq joyda ko'p turib qolish, sho'r, achchiq, nordon narsalar va spirtli ichimliklar (ayniqsa, pivo) ni iste'mol qilish, qattiq siqilish siyishning tezlashuviga olib keladi. Erkaklarda, ayniqsa, jinsiy aloqadan so'ng ana shunday holat yuzaga keladi. Biroz rivojlangan affektiv buzilishlarda uchraydigan dizuriya transportda yurganda, katta majlislar bo'layotgan paytda, o'zi biror narsani ko'pchilik oldida o'qib berayotganda namoyon bo'ladi. Natijada, ularda ipoxondrik sindrom rivojlanadi: bunday bemorlar butun fikri va diqqatini siydik pufagiga qaratishadi, sharmanda bo'lib qolishdan qo'rqishadi. Tabiiyki, bu vaziyat bemorning asabiga putur yetkazadi va kasallik belgilarini yanada kuchaytiradi. Bunday bemorlar mabodo begona ayol bilan jinsiy yaqinlik qilgan bo'lsa, bu holatni hali tasdiqlanmagan venerik kasallik bilan bog'laydi. Rafiqasiga yaqinlasha olmaydi, doim xavotirda yashaydi va xiyonat qilganini bildirib qo'yadi.

Bolalik davridan boshlab ortiqcha talablar qo'yib tarbiyalash, uydan tashqariga chiqarmaslik, o'rtoqlari bilan o'ynashga ruxsat bermaslik keyinchalik og'ir oqibatlarga olib kelishi mumkin. Chunki insonning ruhiy rivojlanishi tarbiya va uning atrofidagi muhitga bog'liq bo'ladi. Shu masalada B.D.Karvasarskiy (2002) qiziq bir misolni keltiradi. Ilmiy tekshirish institutlarining birida ishlaydigan 37 yoshli K. ismli ilmiy xodim jamoat joylaridagi hojatxonaga kira olmasligidan shikoyat qiladi. Bu narsa uni 17 yoshidan buyon bezovta qilsada, 20 yil mobaynida uyalganidan doktorlarga murojaat qilmagan. Bemorning hayot anamnezidan shu narsa ma'lum bo'ladiki, u onasining

qattiq nazoratida o'sgan. Uning onasi ko'chada bolalar bilan o'ynashi va umumiy hojatxonalarga borishini «U yerga hamma boradi, ularning kasali senga yuqishi mumkin», deb qat'iyan man qilgan edi. Bola ko'p qavatli uylardagi xonadonda yashagani uchun u xohlaydimi-yo'qmi, ishtoniga «yuborib» qo'ymasin deb, onasi uni doimo tuvakka o'tqizgan, yoniga esa o'yinchoqlarini qo'ygan. Bola tuvakda o'ynab o'tirgan, onasi esa uning yonida o'tirib ertaklar aytib bergan, kuylagan, odob haqida tarbiya bergan. Shunday qilib, har bir odamning o'zi bajarishi zarur bo'lgan bu muhim fiziologik jarayon «ozoda» yuradigan ona tomonidan boshqarilgan. Bola tuvakda uzoq vaqt o'tirib qolar va onasi kelib olmaguncha turmasdi. Onasi tuvakda axlat yoki siydikni ko'rmasa, bolani yana o'tqazib qo'yavergan. Bola ba'zan ishtoniga siyib qo'ysa, onasidan rosa dakki eshitgan. Bu aybni qilib qo'ymaslik uchun u doimo qo'rqib, xavotirda yashagan. Mabodo ona-bola mehmonga ketishmoqchi bo'lishsa, bola, albatta, uyidagi hojatxonaga kirib chiqishi, mehmonda esa siygisi kelsa ham iloji boricha kutib turishi va faqat uyga qaytgandagina hojatxonaga borishni onasi aniq belgilab qo'ygan. Buning oqibatida bola atrofdagi narsalardan jirkanadigan va noziktabiat bo'lib o'sadi.

Siydik yo'llaridagi funksional buzilishlar kelib chiqishida bemorning jinsiy rivojlanishi ham alohida o'rin tutadi. Bemor 16 yoshida bir qiz bilan jinsiy yaqinlik qilishga urinadi, lekin darrov pollyusiya ro'y bergani uchun uni amalga oshirolmaydi. Bu yangi alomatdan u juda qo'rqib ketadi va tez kunlarda ichi qotib hojatxonada ko'p o'tirib qolsa, siydik yo'lidan shilliq narsa chiqa boshlaganini ko'radi. Spermani «yo'qotishdan» qo'rqib, siyish jarayonini iloji boricha to'xtatishga intiladi. Agar avval jamoat hojatxonalarida odamlar bor joyda siyishdan o'zini tiyadigan bo'lsa (chunki siyayotganda ereksiya ham kuzatilgan), keyinchalik atrofda oyoq ovozi eshitilsa ham siya olmaydigan bo'lib qoladi.

Keyinchalik institutni tugatadi, aspiranturaga kiradi, nomzodlik dissertatsiyasini yoqlaydi. Uylanadi, 3 nafar farzandlik bo'ladi. Qisqa davom etganligi sababli jinsiy aloqalardan qoniqmaydi. Urologda uch yil natijasiz davolanadi. Nevrolog ko'rib quyidagi tashxisni qo'yadi: «psevdourologik simptomlar bilan kechuvchi ipoxondrik nevroz». Muolajalar individual psixoterapiya bilan birgalikda olib boriladi va bemor tuzalib ketadi.

Bundan xulosa shuki, odamning psixologiyasini boshqarish mumkin, biroq normal kechayotgan fiziologik jarayonlarga sun'iy yo'l bilan ta'sir qilmagan ma'qul. Siydik chiqarish sistemasining asab tomondan mukammal boshqarilishining shakllanishi ikki-uch yoshlardan so'ng boshlanadi.

Urologik kasalliklarga chalingan bemorlar juda ko'p tibbiy tekshiruvlardan o'tishadi, har xil doktorlarda bo'lishadi, doimo davolanishning yangi usullarini izlashadi va o'zlarida qo'llab ko'rishadi. Bu doimiy tashvishlar, albatta, jinsiy quvvatsizlikka olib keladi. Bemorlarda na davolanishga, na oilasiga va na hayotga qiziqish qoladi (bu haqda biz «Jinsiy buzilishlar» ga bag'ishlangan bobda fikr yuritamiz).

Statistik ma'lumotlarga ko'ra, bolalarda uchraydigan enurezning 65—80 foizi bosh miya po'stloq disfunksiyasi hisobiga rivojlanadi. Mutaxassislarning fikricha, diurezning buzilishi affektiv buzilishlarda yuzaga keladigan siydik pufagi qo'zg'aluvchanligining oshishi yoki pasayishi hisobiga kuzatiladi. Tunda tagini ho'l qilib qo'yadigan bolalar, odatda, o'ta injiq, tinib-tinchimas, yig'loqi va ko'p tush ko'radigan bo'lishadi. Ular shu qadar rang-barang tushlar ko'radiki, xuddi kattalarga o'xshab, uning mazmunini ota-onasiga berilib so'zlab berishadi. Bu belgilar nevroz alomatlari bo'lib, uning sabablarini aniqlash va o'z vaqtida davolash zarur.

Funksional polidipsiyalar (ko'p suyuqlik ichish) va poliuriyalar (ko'p siyish) asab buzilishlarida ko'p uchraydigan simptomlardir. Bunday bemorlar kuniga 5 litr va undan ham ko'p suv ichishadi. Ular doimo chanqab yurishi va suv ichganda qoniqmasligidan shikoyat qilishadi. Tabiiyki, bunday paytlarda qandsiz diabet haqida fikr paydo bo'ladi. Shunday bo'lsa-da, bemor ichgan suv va ajralib chiqqan siydik miqdori, uning hissiy holatiga juda bog'liq bo'ladi. Hatto sog'lom odamlarda ham ortiqcha hissiy zo'riqishlar paytida, masalan, abituriyentlar, talabalar imtihon topshirayotgan, ilmiy xodim dissertatsiya himoyasi paytida yoki ikki kishi bir-biri bilan janjallashayotganda og'zi qurib suv ichgisi keladi va tez-tez hojatga qatnaydi. Ularning terisi ko'p suv ichishiga qaramay quruq (tumbochkasi har xil kremlarga boy bo'ladi), qon bosimi past, boshi tez-tez og'riydigan bo'ladi, biror ish qilishsa, tez charchab qolishadi. Ko'p suv ichganlari sababli organizmda elektrolitlar almashinuvi buziladi va battar

chanqab, suv ichgisi kelaveradi. Buning natijasida, albatta, qandsiz diabet tashxisini inkor qilish uchun laborator tekshiruvlar o'tkazishga to'g'ri kelad

Buyrakning konsentratsiya qobiliyati buzilmaganligi, siydikning nisbiy zichligi 1010 dan yuqori ekanligi bemorda kuzatilayotgan o'zgarishlarning nevrotik (psixogen) xususiyatga ega ekanini ko'rsatadi. Qandsiz diabetda poliuriya birlamchi, polidipsiya esa ikkilamchi ekanini unutmaslik kerak, chunki poliuriya plazmaning quyuqlashuviga sabab bo'ladi; siydikning nisbiy zichligi qotgan non yeganda ham 1007—1010 dan oshmaydi; suyuqlik ichishni kamaytirganda, hattoki, butunlay to'xtatganda ham poliuriya yo'qolmaydi. Buni quyidagi usul bilan sinab ko'rib bilish mumkin: bemorga 6—8 soat ichida bir necha bor suvsizlantirilgan non beriladi. Agar buning natijasida diurez keskin pasayib, siydikning nisbiy zichligi 1012 dan oshib, bemor tana og'irligini ko'p yo'qotmasa va uning umumiy ahvoli qoniqarli holda saqlanib qolsa, demak, unda qandsiz diabet yo'q.

Nazorat uchun savollar

1. *Psevdonevrologik va psixosomatik sindromlar deganda nimani tushunasiz?*
2. *Psixogen bosh og'rig'i nima?*
3. *Psixogen bosh aylanishi nima?*
4. *Psixogen bel og'riqlarning klinikasini gapirib bering.*
5. *Psixogen giperesteziya deganda nimani tushunasiz?*
6. *«Bezovta oyoqlar» sindromi nima?*
7. *Psixogen kardialgiyalar haqida so'zlab bering.*
8. *Yurak ritmining psixogen buzilishlari qanday kechadi?*
9. *Artralgiyalarning qiyosiy tashxisini o'tkazing.*
10. *Psixogen astma nima, unga misollar keltiring.*
11. *Psixogen yo'tal nima, u qanday kechadi?*
12. *Niqoblangan depressiya deganda nimani tushunasiz?*
13. *«Gastrointestinal beqarorlik» nima?*
14. *Psixogen anoreksiya nima, u qanday va kimlarda rivojlanadi?*
15. *«Yalqov oshqozon sindromi» kimlarda rivojlanadi?*
16. *Abdominal og'riqlar deganda nimani tushunasiz?*
17. *Psevdourologik simptomlar deganda nimani tushunasiz?*
18. *Psixogen pollakiuriya va poliuriya nima?*
19. *Enurez qanday bolalarda ko'p uchraydi?*

Id qayerda bo'lsa,
Ego ham o'sha yerda.
Zigmund Freyd

11.1. Jinsiy a'zolar haqida umumiy ma'lumot

Asab tizimining funksional kasalliklarida jinsiy buzilishlar juda ko'p uchraydi. Ayniqsa, isteriya, depressiya, ipoxondriya va fobik sindromlarda jinsiy buzilishlar tez-tez kuzatilib turadi.

Jinsiy buzilishlarga ta'rif berishga o'tishdan oldin odamda jinsiy funksiyalarning asab tizimi tomonidan boshqarilish mexanizmlarini ko'rib chiqamiz. Odamning jinsiy faoliyatini boshqarishda quyidagi markazlar ishtirok etadi:

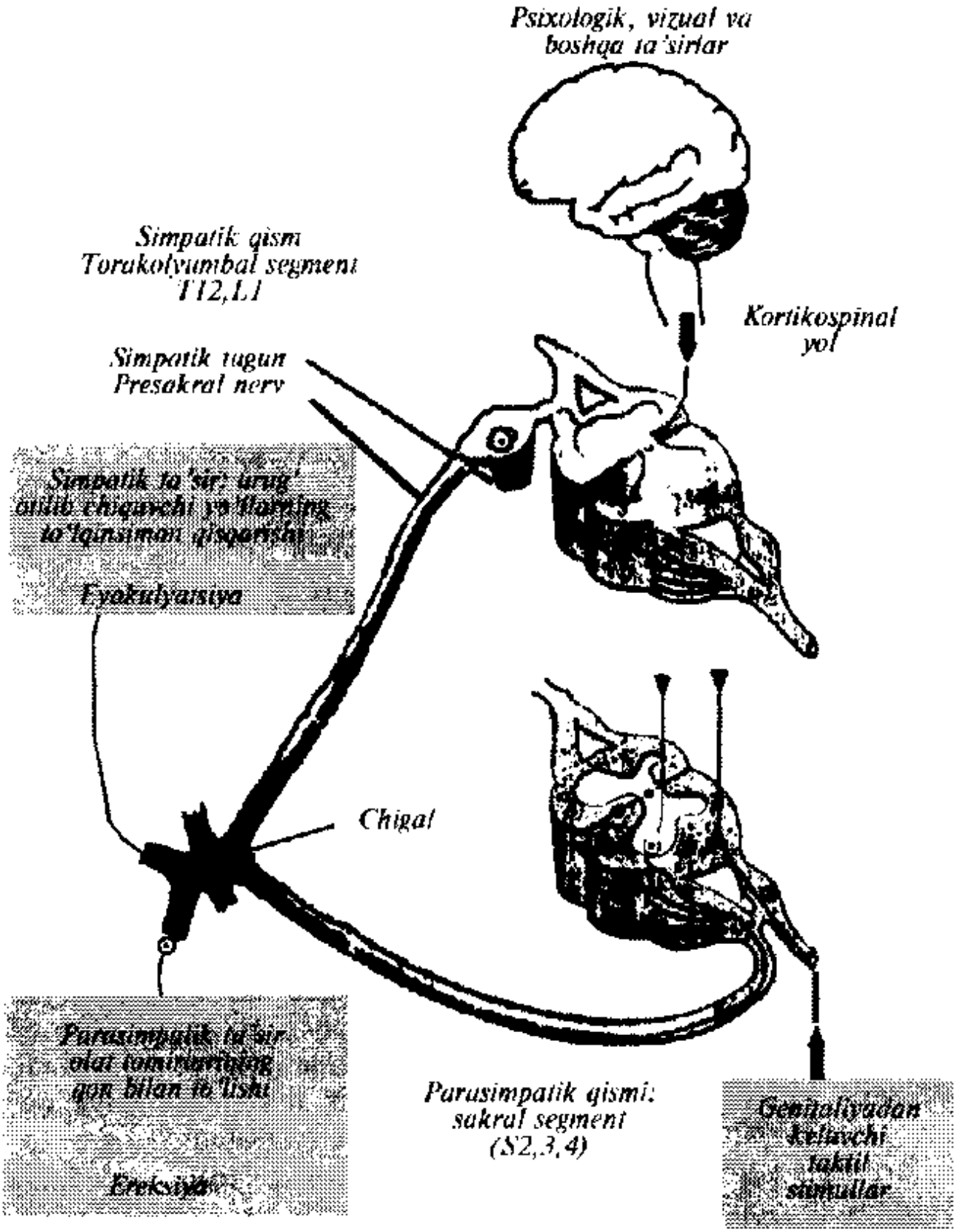
1. **Bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'i.** Bu yerda jinsiy faoliyat ongli tarzda boshqariladi va umumiy nazorat qilinadi.

2. **Gipotalamus.** Jinsiy faoliyat paytida kuzatiladigan vegetativ reaksiyalarni ta'minlaydi.

3. **Orqa miyaning** II—IV dumg'aza segmentlarida joylashgan **ereksiya** va II—IV bel qismi segmentlarida joylashgan **eyakulatsiya** markazi.

Spinal markazlar gipotalamus va po'stloq markazlari hamda jinsiy a'zolarda joylashgan reseptorlar bilan bog'langan. Jinsiy markazlarning o'zaro ishi juda muvofiqlashtirilgandir. Jinsiy mayl (libido) va orgazm serebrospinal markazlarning murakkab faoliyati natijasida yuzaga keladigan murakkab psixofiziologik jarayondir. Ereksiya va eyakulatsiya spinal reflekslar sirasiga kiradi, shuning uchun ham bel-dumg'aza segmentlaridan yuqorida joylashgan jarohatlanishlarda bu funksiyalar saqlanib qoladi. Biroq jinsiy jarayonlardagi birorta faoliyat pasaysa, qolganlariga ham salbiy ta'sir qilishi mumkin. Ereksiya va eyakulatsiyaning boshqarilish mexanizmi 33-rasmda keltirilgan.

Jinsiy gormonlar jinsiy markazlarning shartsiz reflektor qo'zg'atuvchisi hisoblanadi hamda jinsiy maylning kuchi va tonusini belgilab beradi. Prostata, gipofiz va buyrak usti bezi gormonlarining aha-



33-rasm. **Ereksiya va eyakulatsiyaning boshqarilish mexanizmlari.**

miyati juda kattadir. Prostata bezining gormonlari muntazam qonga tushib turadi; ular kam miqdorda tushsa, urug'don sekretsiyasini faollashtiradi, ko'p miqdorda tushsa, susaytiradi. Agar erkak kishi bir necha kun jinsiy aloqasiz yashasa, unda jinsiy maylning susayishi kuzatilishi mumkin va aksincha, yana jinsiy aloqa qila boshlasa, libido paydo bo'ladi. Bu holatni quyidagicha tushuntirish mumkin: tez-tez bo'ladigan jinsiy aloqada, eyakulatsiya bilan tashqariga ko'p miqdorda prostata sekreti chiqariladi va uning juda oz miqdori qonga so'riladi. Sekretning qonga tushishining kamayishi urug'don faoliyatini oshiradi, uning gormonlari esa libidoni kuchaytiradi. Aksincha, jinsiy aloqa qancha kam amalga oshirilsa, unga bo'lgan talab yanada kamayib boraveradi, chunki prostataning sekreti qonga katta miqdorda tushadi va urug'donning faoliyatini pasaytiradi. Mabodo, yoshi 50 dan oshgan erkakda jinsiy mayl kuchaysa, bu, odatda, prostata adenomasi bilan bog'liq bo'ladi, chunki adenoma bezning faoliyatini pasaytiradi.

Jinsiy gormonlar sekretor funksiyani boshqarishda katta ahamiyatga ega bo'lsa-da, libido ereksiya va eyakulatsiya kastratsiya qilingan erkak hamda ayollarning deyarli 50 foizida u yoki bu darajada saqlanib qoladi. Lekin faqat balog'atga yetgach, qilingan kastratsiyada jinsiy funksiya saqlanib qolishi mumkin. Bitta urug'donning xaltachasiga tushmay qolishi yoki yallig'lanishi ham jinsiy qobiliyatni pasaytirmaydi.

Ayollarda libidoni nafaqat ayollar, balki erkaklar gormoni ham kuchaytiradi. Ayollarning jinsiy mayli buyrak usti bezining po'stloq hujayralarida ishlab chiqariladigan androgenlarga, ya'ni erkaklar jinsiy gormonlariga ham bog'liq. Shuning uchun ham tuxumdonlarni olib tashlash, odatda, libidoning yo'qolishiga sabab bo'lmaydi, buyrak usti bezlari faoliyatining susayishi esa ayollarda libidoni pasaytiradi. Erkaklar jinsiy gormonlari ayollarda erotik tusdagi his-tuyg'ular uyg'otadi, organizmga faollashtiruvchi ta'sir ko'rsatadi, erogen sohalarning sezgirligini oshiradi. Bundan farqli o'laroq, erkaklarga yuborilgan ayollar gormoni erkaklik funksiyasini pasaytiradi.

Ammo jinsiy qo'zg'alish nafaqat gormonlar ta'siri ostida, balki miyaga erogen sohalardan keluvchi signallar orqali ham paydo bo'ladi. Eng sezgir erogen sohalar — erkaklarda penisning kallasi va uning asosi, kamroq sezgir soha moyak xaltasi bo'lsa, ayollarda kuchli

erogen soha – bu klitor, so'ng kichik lablar, undan so'ng esa qinning kirish joyidir. Aksariyat ayollarda ko'krak bezining uchi ham kuchli erogen soha hisoblanadi va uni ta'sirlantirib, orgazm chaqirish mumkin. Lekin ko'krak bezining uchi va qinning orqa qismi sezgirligi sust rivojlangan ayollar ham kuzatiladi.

Ginekologlarning ma'lumotlariga ko'ra, 86 foiz ayol qiniga kirgizilgan narsalarning hajmini aytib bera olmaydi, 95 foizi esa qinning bachadonga yaqin joyida na bosimni sezadi, na cho'zilishni.

Biroq, aksariyat ayollar jinsiy aloqa paytida qinning tubida paydo bo'ladigan to'lqinlarni sezishadi. Lekin koitus (jinsiy aloqa) paytida kuzatiladigan orgazm olatning qin devorlariga ishqalanishidan hosil bo'ladigan impulslar hisobiga paydo bo'ladi, deb qaraladi. Jinsiy aloqadan so'ng orgazm kuzatilmasa, klitorni qo'l bilan ta'sirlantirish yo'li bilan ham orgazm chaqirish mumkin. Bu holat, odatda, vaginal orgazmdan ko'ra klitor orgazmi kuchli rivojlangan ayollarda kuzatiladi. Lekin orgazm kelishini faqat tananing ma'lum bir erogen sohalari bilan uzviy bog'lash xato bo'lur edi. Vaholanki, orgazm kelishida jinsiy qovushish paytida kuzatiladigan boshqa (o'pishish, quchoqlashib yotish, erkalash) omillar ham muhim ahamiyatga ega. Shuningdek, orgazmning qaysi usulda va qachon kelishi ayolning birinchi bor erkak bilan jinsiy yaqinlikni qanday boshlaganiga ham bog'liq.

Jinsiy qo'zg'alish shartli reflektor qo'zg'atuvchilar (ko'rish, eshitish, hid bilish va hokazo) ta'siri ostida ham yuzaga keladi. Lekin u har kimda har xil rivojlangan bo'ladi: birov eshitib, boshqa birov ko'rib, o'zida jinsiy qo'zg'alish hosil qilishi mumkin. Bu, ayniqsa, o'spirinlarda kuchli rivojlangan bo'ladi. Ular yalang'och ayollar suratini, erotik filmlarni ko'rib, kuchli ta'sirlanishi, bu esa orgazm darajasigacha yetishi mumkin. Biroq ayollarda erkaklarning yalang'och surati erotik qo'zg'alishni chaqiravermaydi. Ba'zan tashqi ta'sirlar jinsiy hirsni susaytirishi yoki to'xtatib qo'yishi mumkin (masalan, hadeb erotik filmlar ko'raverish). Erotik fantaziyalarga berilish erkaklarda jinsiy qo'zg'alishga sabab bo'lsa, odatda, ayollarga bu kam ta'sir qiladi. Jinsiy aloqa boshlanayotgan paytda erkaklar ayollarga qaraganda kuchliroq qo'zg'aladilar. Shuning uchun ham erkaklarda ba'zan jinsiy aloqa boshlanmasdan turib, eyakulatsiya kuzatiladi. Lekin tez jinsiy qo'zg'alish jinsiy mizojga ham bog'liq.

Jinsiy qo'zg'alishlarda ayollarda ham, erkaklarda ham jinsiy a'zolar qon bilan to'ladi. Buning natijasida erkaklarda olat ancha kattalashadi, ya'ni ereksiya paydo bo'ladi; ayollarda esa kichik lab va klitorda giperemiya yuzaga keladi. Ayollarda jinsiy a'zo bezlaridan chiqqan suyuq sekret qinni namlaydi va bu bilan unga olatning kirishini osonlashtiradi. Friksiya paytida (lotinchadan *«fritcio»* – ishqalanish) jinsiy a'zolarda joylashgan periferik nerv tolalarida juda ko'p yoqimli qo'zg'alishlar paydo bo'ladi va jinsiy aloqa oxirida erkaklarda sperma otilib chiqadi, ya'ni eyakulatsiya sodir bo'ladi, ayollarda bartolini hamda bachadonning bo'yin sohasida joylashgan bezlardan suyuq sekret qin bo'shlig'iga tashlanadi. Bu paytda qin to'lqinsimon qisqara boshlaydi, bachadon qinga tomon biroz tushadi va servikal kanaldan uncha ko'p bo'lmagan sekretni qinga yo'naltiradi. Bunda bachadon tubining bir maromda to'lqinsimon qisqarishi qindagi spermani bachadonga so'radi. Bu jarayonlarning hammasi urug'lanishni, ya'ni homilador bo'lishni osonlashtiradi. Urug'lanish orgazm bo'lmasa ham kuzatilaveradi. Eyakulatsiyadan so'ng erkaklar jinsiy a'zolarida ham, ayollarda ham taranglashish pasayadi, giperemiya ham tezda orqaga qayta boshlaydi, ereksiya yo'qoladi. Eyakulatsiya barvaqt boshlansa, uni to'xtatish qiyin bo'ladi. Jinsiy aloqa paytida erkaklarda eyakulatsiya orgazm bilan tugaydi, ayollarda esa hammavaqt ham bunday bo'lavermaydi. Orgazm, ya'ni o'ta yoqimli tuyg'uning paydo bo'lishi jinsiy aloqadan so'ng erkaklarda bor-yo'g'i bir necha soniya davom etsa, ayollarda bu jarayon biroz cho'ziladi. Orgazm paytida kuchli vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi: yurak urishi tezlashadi (150 gacha), arterial qon bosim ko'tariladi (200/100 mm sim. ust.gacha). Bunday vegetativ o'zgarishlar seksual tasavvurlardan keyingi orgazmda ham kuzatilishi mumkin.

Odatda, orgazmning ikki xil turi farq qilinadi: qin va klitor orgazmlari. Birinchisi olatni qinga chuqur kirgizganda ro'y bersa, ikkinchisi klitorni ta'sirlantirganda kuzatiladi. Aytib o'tganimizdek, ba'zi ayollarda qin orgazmi, boshqalarida esa klitor orgazmi kuchli rivojlangan bo'ladi. Ba'zi mutaxassislar alohida vaginal orgazm borligiga shubha bilan qarashadi, chunki olatni qinga chuqur kirgizib chiqazayotgan paytda bir yo'la klitor, kichik lablar, qinning o'zi va tashqi jinsiy a'zolar birgalikda ta'sirlanadi. Shuningdek, ayol tanasining turli qismlarida kuchli taktil sezgi paydo bo'ladi. Bunda erkak bilan

qo'shilganlik sababli paydo bo'lgan ruhiy qo'zg'alish ham katta ahamiyatga ega.

Sog'lom ayollar so'rov qilinganda, ularning 20 foizi klitor orgazmini, 36 foizi vaginal orgazmni his qilgan bo'lsa, 44 foizi esa orgazm nimadan paydo bo'lishini aniq aytib bera olmagan. Lekin bu ko'rsatkich juda nisbiydir va har xil so'rovlarda o'zgarib turadi. Shuning uchun bu masalaga individual yondashish zarur.

11.2. Erkaklarda uchraydigan seksual buzilishlar

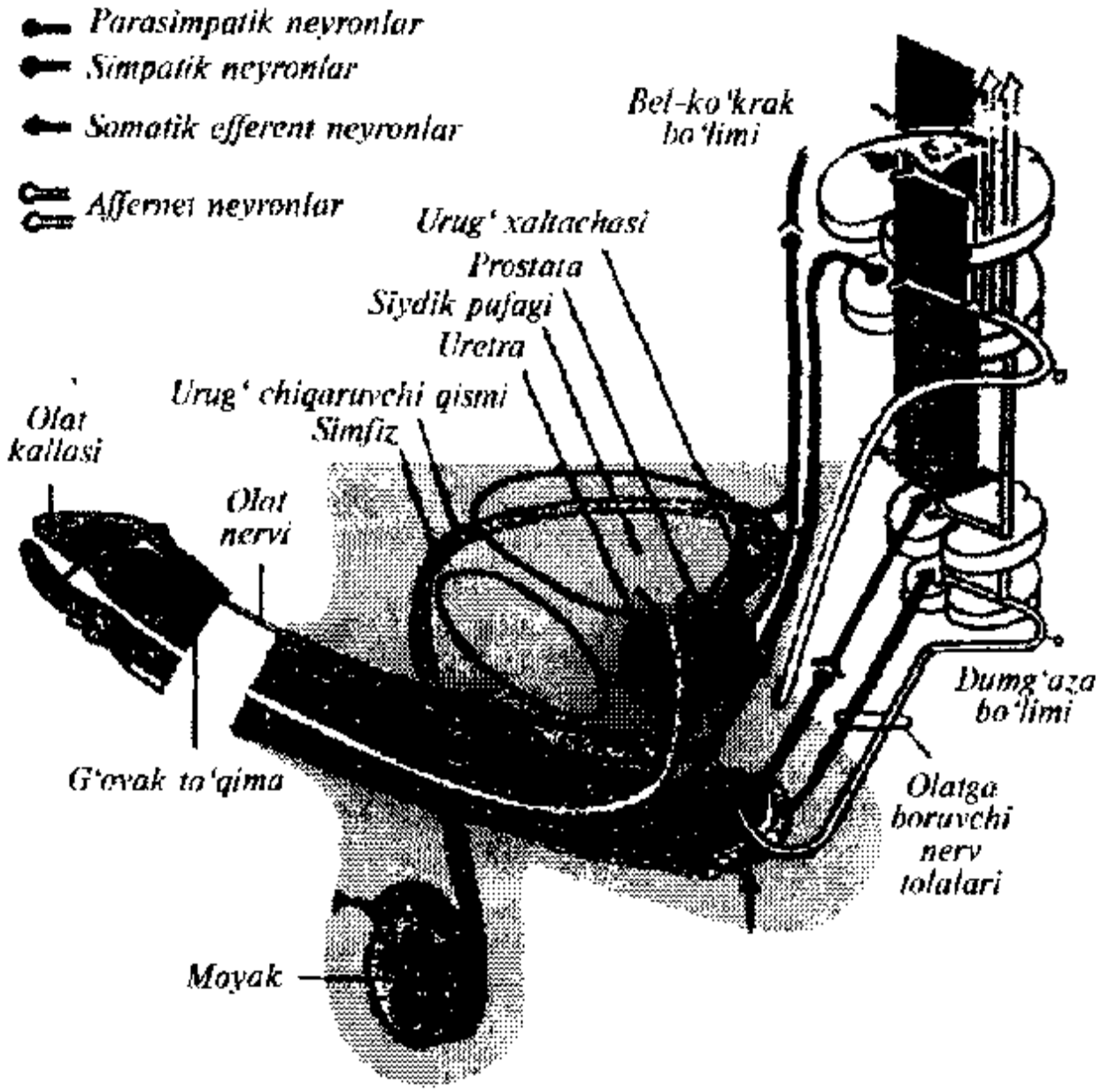
Hayvonlardan farqli o'laroq, insonlarda jinsiy aloqa nafaqat biologik, balki ongli jarayon hamdir. Har qanday jinsiy jarayon asab markazlari orqali boshqarilishini aytib o'tdik. 34-rasmda erkaklar jinsiy a'zolarining innervatsiyasi keltirilgan.

Jinsiy ojizlik, ko'pincha, asabiy-ruhiy siqilishlar natijasida rivojlanadi. Biror marta bo'lsa-da, seksual potensiyasi kamaymagan erkak kishini uchratish qiyin. Bosh va orqa miyaning organik, urologik, endokrin, asteniyaga olib keluvchi somatik kasalliklar, turli intoksikasiyalar, aroqxo'rlik va giyohvandlik jinsiy faoliyatning buzilishiga sabab bo'ladi.

So'nggi statistik (2005) ma'lumotlarga ko'ra impotensiyaning 60—65 foizi funksional xususiyatga ega, qolgan 35—40 foizi organik (asosan, endokrin, urologik va venerik) kasalliklar natijasida rivojlanadi. Aksariyat hollarda 55 yoshdan so'ng ham impotensiyaning sababini ruhiy omildan izlashadi.

O'smirlik davrida jinsiy rivojlanish jadal kechadi. Ular erotik tushlarni ko'p ko'rishadi, uxlab yotganda eyakulatsiya tez-tez kuzatiladi. Bu davrda aksariyat o'spirinlar jinsiy hirsini qondirish uchun chetdan mijoz izlab venerik kasalliklarni yuqtirib olishadi. Demak, o'smirlik davrida nafaqat jinsiy a'zolar to'la shakllana boshlaydi, balki ruhiy rivojlanishda ham jiddiy o'zgarishlar yuz beradi. Bu davrda har qanday tashqi stress ularning ruhida og'ir iz qoldiradi va jinsiy faoliyatga o'ta salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Erkaklardagi jinsiy zaiflikka ***impotensiya*** deb ataladi. Potensiyaning me'yorda qanday bo'lishi ko'p jihatdan kishining yoshi va hayot tarziga bog'liq. Jinsiy buzilishlardan shikoyat qiluvchi erkaklarning 56 foizi jinsiy aloqaning davomiyligidan qoniqishmagan.



34-rasm. **Erkaklar jinsiy a'zolarining innervasiyasi.**

Seksopatologlarning fikricha, jinsiy aloqa davri (koitus) eng kami 1 daqiqa 14 s (68 friksiya) bo'lsa, eng uzog'i 3 daqiqa 34 s (100 friksiya) hisoblanadi. Ularning fikricha, koitusning o'rtacha davomiyligi 2 daqiqa 2 s (62 friksiyada). Lekin sun'iy yo'l bilan jinsiy aloqa davrini 10 daqiqa va undan ortiq ham cho'zish mumkin (quruq friksiyalar). Ba'zi ma'lumotlarga ko'ra 30 yoshgacha bo'lgan erkaklarda jinsiy aloqa haftasiga o'rtacha olganda 3 marta, 30 yoshdan so'ng 2 va 50 yoshdan so'ng esa 1 marta kuzatilarkan. Seksologlarning fikricha, 30—45 yosh orasida bo'lgan erkaklar haftasiga 2—3 marta jinsiy aloqa qilish qobiliyatiga egadirlar.

Jinsiy hirsning umuman bo'lmasligi faqat tug'ma bo'lishi mumkin, qolgan vaziyatlarda u, albatta, saqlangan bo'ladi. Bu hirsni faqat uyg'ota olish kerak, xolos. Umuman olganda, «Erkak kishi o'rtacha bir kunda yoki bir haftada necha marta jinsiy aloqa qilish qobiliyatiga ega?» degan savolga seksolog olimlar shunday javob qilishadi: «Har kim o'ziga-o'zi individual me'yorni aniqlab olmog'i kerak. Bu masalaga individual yondashish lozim. Jismonan va ruhan sog'lom kishilarda organizmning o'zi me'yorni topib oladi».

Jinsiy faollikning doimo o'zgarib turishi mutlaqo sog'lom odamlarda ham kuzatiladi hamda bu ko'pincha, kayfiyatga bog'liq. Aksariyat hollarda kayfiyatning ahamiyati e'tiborga olinmay, «impotensiya» yoki «prostatit» tashxisi qo'yiladi va buning oqibatida bemor yatropatiyadan davolanib yuradi. Bu esa inson ruhiga qattiq ziyon (ba'zan tuzatib bo'lmas) yetkazadi. Masalan, hayotda ko'pchilik erkaklarda ham jismonan, ham ruhan zo'riqib ishlashni talab qiladigan davrlar bo'ladi. Bu davr birovda bir hafta, boshqa birovda bir oyga cho'zilishi, shunda jinsiy faoliyat biroz susayishi yoki «esdan chiqishi» mumkin.

Shuning uchun ham mutaxassislarning fikricha, jinsiy aloqa normada bir kunda 1—2 martadan tortib, oyiga 2—3 martagacha bo'lishi mumkin va bu ko'rsatkich, albatta, ko'proq odamning ruhiy va jismoniy faoliyatiga bog'liq. Har bir odam jinsiy aloqa haqidagi barcha ma'lumotlarni o'zi ham mukammal bilishi kerak. Buning uchun keng ommaga moslab yozilgan adabiyotlar yetarlidir. Aks holda, hissiy va jismoniy zo'riqib ishlash (ayniqsa, tunlari) davrida kuzatiladigan va bir-ikki kun dam olgach, o'tib ketishi mumkin bo'lgan jinsiy quvvatsizlik va vrach to'la tekshirmay turib qo'ygan tashxis yomon oqibatlarga olib kelishi mumkin. Bunday holat yuz berganda erkak va ayol muammoning sabablarini birgalikda o'rganib chiqib, bir-birini tushunib ish tutishi juda katta ahamiyatga molikdir. Bu davrda ayol kishining e'tirozi, «Tinchlikmi, sizga nima bo'ldi?» qabilidagi savollari erkak kishining qalbini jarohatlashi va ahvolini yanada og'irlashtirishi mumkin.

Barcha statistik ma'lumotlarni tahlil qiladigan bo'lsak, o'rtacha hisoblaganda jinsiy zaiflikning 60 foizdan oshig'i funksional xususiyatga ega va qolgan 40 foizi organik kasalliklar sababli rivojlanadi. Lekin bu bemorlarning kamida 70—80 foizi urologlarga murojaat qilisharkan

va aksariyat hollarda, dastlabki qo'yiladigan tashxis «prostatit» bo'ladi. Prostatitning impotensiyaga olib kelishi tushunarli, biroq impotensiya aniqlangan bemorlarning hammasida ham prostatit kuzatilavermaydi. Bunday bemorlar maxsus psixologik yordamni olishlari kerak. Impotensiyaning har qanday ko'rinishlarida bemorning hayot va kasallik anamnezi, ijtimoiy ahvoli, kasbi, ishlash uslublari, ayoli haqida ma'lumotlar o'rganilishi hamda aniqlanishi zarur. Undan tashqari, bemorning psixonevrologik statusi to'la tekshirilishi shart.

Aytib o'tilganidek, nevrasteniyada jinsiy zaiflik tez-tez kuzatilib turadi, jinsiy mayl susayadi yoki yo'qoladi. Ayol kishiga yaqinlashganda ereksiya paydo bo'lmaydi yoki sust bo'lib, tezda yana so'nib qoladi. Avvallari ayol kishining yonida yechinishining o'zi ereksiyani yuzaga keltirgan bo'lsa, endi foyda bermay qo'yadi. Bundan xavotirga tushgan er turli yo'llar bilan ereksiyani keltirishga harakat qiladi va butun fikri-zikrini jinsiy holatiga qaratadi. Jahldor, jizzaki bo'lib qoladi. Ishga qo'li bormaydi. Hech kim bilan gaplashgisi kelmaydi. Bunday paytlarda ayol kishi faollik ko'rsatib, erkak kishini tinchlantirib, uning erogen sohalarini turli usullar bilan ta'sirlantirsa, ereksiya paydo bo'lishi va koitus amalga oshirilishi mumkin. Potensiyaning bunday buzilishi nevrasteniyaning gipostenik turida ham kuzatiladi. Bemordagi astenik holat davolansa, bu muammo tez hal bo'ladi. Buning uchun bemorni ruhan tinchlantirish, psixostimulyatorlar berish hamda kundalik muammolarni biroz unutish tavsiya qilinadi. Bunga misol qilib quyidagi kuzatuvni keltiramiz (bu va bundan keyingi misollar chet el adabiyotlaridan olingan).

Bemor I., 24 yoshda, talaba. Har narsani ko'ngliga oladigan shaxs. O'qishi pasayib ketgan, sal narsaga asabiylashadigan, tez charchaydigan bo'lib qolgan. Bungacha rafiqasi bilan haftasiga 2—3 marta jinsiy aloqa qilib yashagan bo'lsa, keyinchalik bir oyda bir marta, unda ham ayoli tomonidan faollik ko'rsatilsagina. Ereksiya uzoq davom etmaydigan va tez so'nadigan bo'lib qoladi. To'satdan, o'z-o'zidan paydo bo'ladigan ereksiyalar ham yo'qolgan. Rafiqasi bunga to'g'ri munosabatda bo'lgan va turmush o'rtog'ini tinchlantirgan. «Bu hammasi charchaganlik alomati, doktorga uchrang», deb maslahat bergan.

Bemor doktorga uchraydi. Doktor bemorni tekshirgach, jinsiy zaifligi charchash alomati ekanligi, biroz dam olishi zarurligini, faqat

kuchli jinsiy mayl paydo bo'lgandagina jinsiy aloqa qilishi mumkinligi tayinlagan. Bemor 3 hafta mobaynida asabni tinchlantiruvchi va umumiy quvvatlantiruvchi dorilarni qabul qiladi. Bu vaqt ichida jinsiy qobiliyat yana to'la tiklanadi.

Impotensiyaning alohida turi bo'lmish **vaziyatli impotensiyani** ko'p uchratish mumkin. Bunda impotensiya aniq bir vaziyatda yoki aniq bir shaxsga nisbatan kuzatiladi. Boshqa paytlari esa jinsiy qobiliyat va ertalabki ereksiyalar saqlangan bo'ladi. Vaziyatli impotensiyaning sabablari quyidagilar: rafiqasining jinsiy munosabatga sovuqqonlik bilan qarashi (frigidlik); rafiqasi bilan uzoq davom etuvchi janjallar; bir xil holatda jinsiy aloqa qilaverish; jinsiy yaqinlikka rafiqasining aniq bir vaqt belgilab qo'yishi; rafiqasiga xiyonat qilganidan vijdoni qiynalib yurishi; ayol kishidan keladigan yoqimsiz hid yoki uning o'ziga yaxshi e'tibor bermasligi; rafiqasiga yoqmaydigan jinsiy usullarga majbur qilish va shunga o'xshash holatlar. Shuni ta'kidlash lozimki, vaziyatli impotensiya ruhan tetik va sog'lom odamlarda kuzatilmaydi. U astenik, ruhiy-hissiy jihatdan ojiz, tez ta'sirlanuvchan va jizzaki erkaklarda ko'p kuzatiladi. Quyidagi voqea bunga yaqqol misol bo'la oladi:

Bemor N., 28 yoshda, muhandis, ta'sirchan, tez xafa bo'ladigan, o'ziga uncha ishonmaydigan yigit. Jinsiy qobiliyati uncha kuchli bo'lmaganligi uchun butun diqqatini shunga qaratgan. Rafiqasi qoniqsa ham buni alohida ko'rsatib bera olmagani uchun jinsiy munosabatlar paytida uni «Meni erkak o'rnida ko'rmaysan», deb tez-tez koyib turgan. Ularning munosabatlari borgan sayin sovuqlashib borgan. Turmush qurishganiga 3 yil to'lgandan so'ng, yigit bir yosh ayol bilan tanishib qoladi va ishqiy munosabatda bo'ladi. Jinsiy aloqa paytida N. bu ayolning ovozini chiqarib ingrashlariga, bo'ronli orgazmiga hayron qoladi, ayol ham o'z vaqtida uni «Haqiqiy yigit ekansan» deb maqtaydi. N. rafiqasini tashlab, o'sha ayolga uylanadi.

Turmush qurganlaridan so'ng ko'p o'tmay «yangi» rafiqasi unga e'tibor qilmay qo'yadi. Orada tez-tez janjal bo'lib tursa-da, bu ayol bilan bir yarim yil birga yashaydi. Keyingi paytlarda N.ning ishi yurishmay, tez charchaydigan va jahldor bo'lib qoladi. Kunlardan bir kuni rafiqasi mehmondan juda kech va mast bo'lib keladi. Orada janjal chiqadi. Janjal paytida rafiqasi: «Jonimga tegdi o'zimni go'llikka solish, to'g'risini aytsam, sen bilan bir to'shakda yotganimda men

sira ham jinsiy mayl va qoniqish hissini sezmayman. Seni erkak o'rnida ko'rmayman», deydi. Bu so'zlardan N. karaxt bo'lib qoladi, bu janjaldan so'ng unda jinsiy hirs yo'qoladi. Bundan u xavotirga tushadi. Juda asabiy bo'lib qoladi, uyqusi buziladi. Doktorlarga murojaat qiladi, davolanadi.

Muolaja natijalaridan o'zi qoniqmaydi. Haqoratlanganidan va avvalgi rafiqasini tashlab ketganidan aziyat chekaveradi hamda uning yoniga qaytadi. U bolalari bilan N. ni iliq kutib oladi. O'sha kechasi birinchi bor rafiqasiga nisbatan yana kuchli jinsiy qo'zg'alish paydo bo'ladi. Normal jinsiy hayot kechira boshlaydi. Boshqa ayollarga qiziqishi mutlaqo yo'qoladi.

Bu kuzatuvdan shunday xulosa qilish mumkinki, bemor o'zining jinsiy qobiliyatini o'ta past baholagan va bundan ham ortiq qobiliyatga ega bo'lishni orzu qilgan. Bu «yetishmovchilikni» to'g'rilashga muvaffaqiyatsiz harakat qilgan. Ayniqsa, keyingi rafiqasining aytgan haqoratomuz so'zlari uning erkaklik qadr-qimmatini yerga urgan.

Seksologlar ta'biri bilan aytganda, istak bilan imkoniyatning bir-biriga to'g'ri kelmasligi seksual buzilishlarga sabab bo'ladi. Jinsiy imkoniyatlarni to'g'ri baholay olmaslik bu yerda vaziyatli impotensiyaga sabab bo'ldi. Bu fenomenning asosida shartli reflektor bog'lanishlar yotadi. Quyidagi misolda esa vaziyatli impotensiyaga boshqa holatlar sabab bo'lgan.

Bemor G., 30 yoshda, o'qituvchi, burchga sadoqatli, lekin jur'atsiz kishi. Jahldorlik, uyqusizlik va tez-tez bo'ladigan bosh og'rig'idan shikoyat qilib, nevropatologga murojaat qiladi. Ma'lum bo'lishicha, G. ning uylanganiga 6 yil bo'lgan. Rafiqasi va bolalarini haddan ortiq yaxshi ko'radi. Biroq rafiqasi jinsiy aloqaga sira qiziqmaydi, turmush o'rtog'i birga yotishni talab qilsa, turli bahonalar (boshim og'riydi, charchadim) bilan jinsiy munosabatdan bosh tortadi. Turmush o'rtog'i G. rafiqasi bilan jinsiy munosabatlarni kamaytira boshlaydi va natijada unda jinsiy quvvatsizlik rivojlanadi. «Kasal bo'lib qoldim», deb qo'rqadi. Turli xil stimulatorlar qabul qiladi, ular ham vaqtincha yordam beradi. Bu davr ichida jinsiy tomondan o'ta faol ayol bilan tanishadi va uning iltimosi bilan jinsiy munosabatda bo'ladi. Kuchli orgazm paydo bo'ladi, hech qanday stimulatorlarsiz jinsiy aloqa yana takrorlanadi. Shu bilan birga, o'z ayoliga bolalarining onasi sifatida bo'lgan hurmati saqlanib qoladi. Bu

voqealardan so'ng rafiqasi bilan jinsiy aloqaga urinib ko'radi, lekin jinsiy qo'zg'alish paydo bo'lmaydi.

Bu misolda erkak kishining jinsiy mayli susayishida rafiqasining jinsiy aloqaga qiziqishi yo'qligi sabab bo'lgan.

Jinsiy aloqa paytida ayol kishi o'zini erkak kishiga ruhiy jarohat keltiradigan holda tutishi ham libidoning yo'qolishiga sabab bo'ladi. Buni quyidagi misolda ko'rish mumkin.

Bemor V., 34 yoshda, texnika institutlarining birida dosent lavozimida ishlaydi, tabiatan yumshoq, jur'atsiz yigit. Doktorga jinsiy zaiflik, umumiy holsizlik, asabiylashish va ish faoliyatining susayganidan shikoyat qilib keladi. Rafiqasi o'zidan 8 yosh kichik bo'lib, avval o'zining talabasi bo'lgan. Turmush qurishgandan so'ng 2—3 oy mobaynida jinsiy qobiliyati uncha kuchli bo'lmasa-da, saqlangan bo'ladi. Jinsiy munosabatlar paytida rafiqasi o'zini juda sust tutadi va keyinchalik turmush o'rtog'idan qoniqmayotganini ochiqchasiga aytib, uni impotent deb haqorat qila boshlaydi. Buning natijasida V.ning jinsiy faolligi keskin pasayib boradi va tez orada to'xtab qoladi. U rafiqasi oldida o'zini juda aybdor sezib, «gunohini» yuvish uchun ayolining barcha xarxashalarini so'zsiz bajara boshlaydi. Bundan foydalangan ayol turmush o'rtog'ini uy xizmatkoriga aylantiradi, barcha uy yumushlarini unga buyuradi. Qiyinchiliklarga chidamagan er rafiqasi bilan ajrashmoqchi bo'ladi, lekin boshqasini ham «qoniqtira» olmayman, deb bu qaroridan voz kechadi.

Bemor doktorga murojaat qiladi. Bemorning psixonevrologik va urologik statusi tekshirilgandan so'ng unga nevrasteniya tashxisi qo'yiladi hamda keyingi safar rafiqasi bilan birga kelish buyuriladi. Bemorning rafiqasi bilan alohida jinsiy munosabatlari haqida suhbat o'tkaziladi. Ayol bu uning ikkinchi turmushi ekanligini, oldingi turmushida ham jinsiy aloqadan hech qanday qoniqish sezmaganligini aytadi. Shunday qilib, ayolda frigidlik, ya'ni jinsiy sovuqqonlik aniqlanadi. Bu ayolga turmush o'rtog'idagi nevrasteniyaning sababi uning frigidligi hisobiga, turmush o'rtog'ida jinsiy ojizlikka olib keladigan hech qanday urologik kasallik yo'qligi aytiladi. Unga yo ajralish kerakligi yoki jinsiy aloqadan o'zini o'ta qoniqqandek ko'rsatishi zarurligi aytiladi. Ayol ikkinchi maslahatni qabul qiladi. Bemor V. ga esa umumiy quvvatni oshiruvchi, tinchlantiruvchi dorilar berilib 1 oy davolash kursi o'tkaziladi. Bir oydan so'ng V. ning jinsiy

quvvati yana kuchayib, tuzalib ketadi. Bemorning rafiqasi doktorga chaqirilib, ular orasidagi munosabat so'ralganda, turmush o'rtog'ida jinsiy quvvat to'la tiklanganini, o'zi esa avvalgidek jinsiy yaqinlikka sovuqligini va buni sezdirmayotganini aytadi.

Bu misolda biz erkakda rivojlangan impotensiyaning asl sababi ayol kishining frigidligidan ekanligini ko'rdik. Quyida o'zimiz guvohi bo'lgan bir voqeani keltiramiz.

Bemor O., 23 yoshda, talaba, hissiyotga beriluvchan va ta'sirchan yigit. Uylanadi. To'y tugagach, kelin-kuyov o'zlari uchun tayyorlangan go'shangaga kirishadi. Yigit avval bir ayol bilan jinsiy yaqinlikka urinib ko'rgan, lekin kuchli hayajonlanganidan eyakulatsiya boshlanib ketgan. Shundan so'ng u boshqa jinsiy yaqinlikka intilmagan. Yechinish oldidan juda hayajonlanadi. Qizga yechinishni buyuradi, lekin u «Bugun shu ishni qilmay qo'ya qolaylik», deydi. Biroq yigit udum bo'yicha kelinning haqiqatan ham qiz ekanligini to'y kuni tasdiqlashi lozim edi. U boshqa xonada kutib o'tirgan yangalarga belgining ko'rsatish zarurligini aytadi. Uzoq bahsdan so'ng yigit kelinni jinsiy yaqinlikka ko'ndiradi. Yigitda ereksiya paydo bo'ladi. Lekin uning olati kelinning qiniga hech qanday to'siqsiz kiradi va bunda qin atrofidan qon paydo bo'lmaydi. Ereksiya shu zahoti so'nadi. Yigit yorining qiz ekanligini isbotlash uchun jinsiy aloqa qilishga yana urinib ko'radi. Lekin yo'qolgan ereksiya qaytadan paydo bo'lmaydi.

«Qiz» fursatdan foydalanib, yigitni «Sen impotentsan, jinsiy aloqa boshlamasdan turib, ereksiyang yo'qoldi (qiz tibbiyot instituti talabasi), avval qizlar bilan yurib, o'zingga kasal orttirgansan, senda zaxm bo'lsa kerak», deb yigitni haqorat qiladi. Yigitning avval jinsiy yaqinlikka urinib ko'rgani esiga tushib, «Haqiqatan ham zaxm yuqtirgan bo'lsam kerak», deb xavotirga tushadi. Qiz yigitning e'tiroziga qaramasdan, tashqarida kutib turgan opalarini chaqiradi. Vaziyat shu darajada keskin tus oladiki, yigit nima bo'layotganligini ham anglamay qoladi. Ham qo'rqib, ham uyalib ketgan yarim yalang'och yigit uch ayolning orasida qolib ketadi.

Qiz opalariga bo'lgan vaziyatni oqizmay-tomizmay gapirib beradi. Qizning opalari ginekolog bo'lishadi va ular yigitning esankirab qolganidan foydalanib, uni tinchlantirishadi, tanish doktorlari borligini va uni, albatta, davolatishlarini aytishadi. Qizdan qon chiqmaganining

sababini esa uning olati qinga kirmaganligidan, deb tushuntiriladi (keyinchalik yigitning yana bir bor eslashicha, bitta friksiya aniq bo'lgan edi). Davolash bir oy davom etishini, bu davr ichida jinsiy yaqinlikni umuman to'xtatib turishni, aks holda undagi «zaxm» kelinga yuqsa, bola bo'lmay qolishi mumkinligini tayinlashadi. Yigit ular topib bergan doktorda, aslida yo'q bo'lgan «zaxmdan» yashirin davolanadi. Unda yashashga ham, jinsiy yaqinlikka ham hech qanday qiziqish qolmaydi, chunki davolash natija ham bermayotgan edi. Buning ustiga rafiqasi ham unga sovuq munosabatda bo'ladi, har kecha erkaklik sha'niga teguvchi haqoratomuz so'zlarni aytadi, sog'ayib ketmasa, ajralib ketishini, o'rtoqlari orasida sharmanda bo'lishini eslatib turadi. Yigit esa har safar albatta, davolanish uchun eng kuchli doktorlarga borishini, tuzalib ketishini, ajralmaslikni undan iltimos qiladi. Borib-borib, yigitda uyqu yo'qoladi, jahldor bo'lib qoladi, ish faoliyati pasayadi, unda ipoxondriya va depressiyaga xos simptomlar paydo bo'ladi. Davolanish natija bermagach, yigit taqdirga tan berib, asabini davolatish uchun Toshkentga keladi. Bizga yetib kelgan bemor bosh og'rig'i, uyqusizlik, tez asabiylashishidan shikoyat qiladi (avvaliga u jinsiy zaiflikni bizdan yashirdi), qo'llari qaltirab, ko'ziga tez-tez yosh oladi. Bemorning asab tizimi har tomonlama tekshirilib, unda hech qanday og'ir kasallik belgilari yo'qligi, lekin nevrasteniya kasali borligi, bu esa sababi yo'qotilsa, butunlay tuzaladigan dard ekani aytildi. Bemor 2—3 kundan so'ng bizga bo'lib o'tgan hamma voqeani aytib beradi. Bemorning e'tiroziga qaramay, uni qaytadan urolog va dermatovenerologga ko'rsatdik. Laborator va paraklinik tekshiruvlardan o'tkazgach quyidagi xulosaga keldik: bemorda avval ham, hozir ham hech qanday venerik kasallik bo'lmagan. Bu xulosalar bemorning kayfiyatini ko'tarib yubordi. U bizning barcha maslahat va tavsiyalarimizga to'la amal qilgach, uyiga qaytib ketdi.

Bemor bilan yana bir uchrashganimizda, avvalgi rafiqasi bilan ajralib, boshqa qizga uylanganini va yaqinda farzand ko'rishlarini, jinsiy muammolar endi yo'qligini xursand bo'lib gapirib berdi. Keyin ma'lum bo'lishicha, bemorning avvalgi rafiqasi o'qib yurgan paytida homilasini oldirib tashlab, opalarining maslahati bilan O. ga turmushga chiqqan ekan. Bu misolda turg'un jinsiy zaiflikning kuchli stressdan so'ng bir kechada paydo bo'lganining guvohi bo'ldik. Xo'sh, bu

bemorda jinsiy ojizlikning birdan yo'qolishi va uzoq davom etishining mexanizmlari nimalardan iborat? Tanadagi kamchiliklarga doir o'ta salbiy ma'lumotlar bosh miya po'stloq tuzilmalarida turg'un o'choq paydo qiladi va dominanta prinsipiga asosan po'stloqning boshqa qismlarida yangi qo'zg'alishlarni «bosib» turadi. Buning oqibatida bosh miya faoliyati avval paydo bo'lgan dominant o'choq ta'siri ostida bo'ladi. Bu paytda nevroz (asosan, ipoxondriya va isteriya) kasalligi shakllana boshlaydi. Miya po'stlog'ida katta qo'zg'alish kuchiga ega bo'lgan bu dominant o'choqning faoliyatini pasaytirish yoki yo'qotish uchun po'stloqda shunga o'xshash kuchga ega bo'lgan yangi «qo'zg'alish o'chog'i» paydo qilish kerak. Ana shundagina avvalgi qo'zg'alish kuchi pasayadi yoki yo'qoladi. Bu yangi qo'zg'alishni qanday paydo qilish mumkin? Bu qo'zg'alishni odamga kuchli ta'sir qiladigan verbal ta'sirlar, gipnoz hamda davolash mobaynida qo'llaniladigan antiqa usullar orqali paydo qilish mumkin. Bizning misolimizda po'stloq faoliyatini o'ziga bo'ysundirib turgan turg'un qo'zg'alish bu to'y kechasi kelinning yigitga aytgan so'zlari («Sen impotentsan, jinsiy aloqa boshlamasdan turib, ereksiyang yo'qoldi, avval qizlar bilan yurib, o'zingga kasal orttirgansan, sen zaxmga chalingansan») bo'lsa, biroz fursat o'tgach, miya po'stlog'ida paydo qilingan yangi dominant qo'zg'alish — bu «Sizda hech qanday venerik kasallik alomatlari yo'q», degan ibora. Buning natijasida bemorda Z.Freyd ta'biri bilan aytganda, «katarsis» (ruhiy poklanish) ro'y berdi.

Endi eyakulatsiyaning kelish mexanizmlari to'g'risida so'z yuritamiz. Eyakulatsiyaning tez kelishi ko'p omillarga, lekin eng avvalo, jinsiy markazlarning umumiy seksual qo'zg'alish darajasiga bog'liq. Uzoq vaqt jinsiy aloqa qilmay yurgan va onanizm bilan shug'ullanadigan yosh sog'lom yigitlarda eyakulatsiyaning tez kelishi fiziologik hodisadir. Ularda jinsiy aloqa boshlaganidan bir necha soniya o'tgach, darrov eyakulatsiya ro'y berishi mumkin. Bunday paytlarda eyakulatsiyadan so'ng ereksiya biroz so'nmay turadi. Ularda jinsiy aloqa bir necha soatdan yoki bir-ikki kundan so'ng takrorlansa, eyakulatsiyaning kelish davri bir oz cho'zilishi mumkin.

Ba'zan jinsiy aloqadan oldingi o'zaro erkalatishlar ayollarga qaraganda erkaklarga ko'p ta'sir ko'rsatadi. Jinsiy aloqa qilishdan oldin ayol tomonidan erkak kishining erogen sohalarini ko'p ta'sirlan-

tirish, tez qo'zg'aluvchan erkaklarda eyakulatsiyani tezlatishi mumkin. Seksologlarning fikriga ko'ra, 30—35 yoshdan so'ng umumiy jinsiy qo'zg'alish biroz bo'lsa-da, susayadi. Buning natijasida ereksiya paydo bo'lishi qiyinroq bo'lsa-da, jinsiy aloqa davri biroz cho'ziladi. Agar erkak kishida orgazm 15—20 friksiyadan so'ng kelsa, vaqtli eyakulatsiya haqida gapirish mumkin. Avval uzoq jinsiy aloqa qiluvchilarda keyinchalik koitus davri qisqarsa ham vaqtli eyakulatsiya bo'lishi mumkin. Birinchi bor jinsiy aloqa qilayotganlarda, ba'zan olatni qinga kirgizmasdan turib eyakulatsiya paydo bo'lib qoladi.

Nevrasteniya kasalligida tez paydo bo'ladigan eyakulatsiya ereksiyaning sustligi bilan birga kuzatiladi. Yuqori darajada qo'zg'aluvchan va tez holdan toyadigan erkaklarda kechqurunlari sperma o'z-o'zidan otilib ketishi mumkin (bunday paytda kishi uyg'onib ketadi). Xohish-irodaga qaramasdan spermaning o'z-o'zidan otilib ketishi ***pollyusiya*** deb ataladi. Pollyusiya, ko'pincha, tunda, uxlab yotganda kuzatiladi. Bunday paytlarda, odatda, erkak kishi erotik tushlar ko'rayotgan bo'ladi.

Xo'sh, pollyusiya nega kuzatiladi, u qanday jarayon, uning mexanizmlari nimalardan iborat?

Pollyusiya urug' pufakchalarida katta miqdorda sperma to'planganda ro'y beradi. Bunday paytlarda eyakulatsiya markazi reflektor tarzda ta'sirlanadi, ya'ni o'z-o'zini boshqarish mexanizmi ishga tushadi. Pollyusiyadan so'ng seksual qo'zg'alish pasayadi. Nevrasteniya kasalligida urug' pufakchalarida ozgina sperma to'planishining o'zi pollyusiyani yuzaga kelishi uchun yetarlidir, chunki ularda asab markazlari yuqori darajada qo'zg'aluvchan bo'ladi. Astenik bemorda tez-tez bo'ladigan pollyusiyalar ba'zan charchash alomatlari, uyqu-ning yo'qolishi, kayfiyatning buzilishi bilan kechadi. Ular pollyusiya bo'lganligini iloji boricha yonida yotgan rafiqasidan yashirishga intilishadi, chunki yuqorida aytib o'tganimizdek, spermaning «beruxsat» otilib chiqishi, uzoq vaqt jinsiy aloqa qilinmaganida ro'y beradi. Shuning uchun ham pollyusiya er-xotin orasidagi janjallarga sabab ham bo'lishi mumkin.

Nevrasteniyada kuzatiladigan pollyusiyalar davolangach va sihatgohlarda dam olingach, o'tib ketadi. Bunda jismoniy tarbiya va sportning ham roli katta. Ayrimlar o'smirlik paytida onanizm bilan shug'ullanib, sun'iy ravishda eyakulatsiyaga erishganlari uchun

uylanganlaridan so'ng jinsiy aloqaning birinchi kunida eyakulatsiya tez paydo bo'lib qolishi mumkin. Ko'pincha, erkaklar buni kasallik alomati deb tushunib, jinsiy sohadagi muvaffaqiyatsizliklarini onanizm asorati, deb o'ylashadi. O'smirlik davridagi onanizm – bu fiziologik jarayon bo'lib, u keyinchalik jinsiy ojizlikka olib kelmaydi.

Bemor U., 26 yoshda, texnik xodim, vasvasaga beriluvchan, o'ta rahmdil, o'z kasbini sevadigan yigit. Eyakulatsiya tez paydo bo'lishidan shikoyat qilib, doktorga maslahatga keladi. O'smirlik davrida tez-tez pollyusiyalar bo'lib turgan. 17—18 yoshida qizlar bilan diskotekalarda raqsga tushganda kuchli ereksiyalar va ba'zan esa eyakulatsiyalar kuzatilgan.

19 yoshida birinchi bor jinsiy yaqinlik paytida darrov eyakulatsiya paydo bo'lgan. 20—22 yoshida bo'lgan jinsiy aloqalarda ikkita friksiyadan keyinoq eyakulatsiya kuzatilgan. Eng uzoq cho'zilgan koitus 10 soniya. 24 yoshida uylangan. Bevaqt eyakulatsiya saqlanib qolgan. Jinsiy aloqadan rafiqasi hammavaqt ham qoniqavermagan. So'nggi paytlarda jinsiy aloqa paytida rafiqasining qini qurib qolishi, jinsiy aloqani qiyinlashtiradi. Bu voqealar uning kayfiyatini tushurib yuboradi, bor fikrini mana shu qiyinchiliklarga qaratadi. Urologda olgan davolash muolajalari (prostata massaji, fizioterapiya) va gormonal dorilar natija bermaydi.

Obyektiv tekshirishlardan so'ng bemorning jinsiy a'zolarida kamchilik topilmagan, urologik patologiya ham aniqlanmagan. Shundan so'ng bemor nevropatologga yuborilgan va unda nevrasteniya aniqlangan. Samarali davolanish uchun unda ereksiyani mustahkamlovchi va koitus davrini uzaytiruvchi davolash muolajalari o'tkazilgan.

Bu muolajalar tafsiloti va turmush o'rtog'idagi muammolarning asab bilan bog'liqligi rafiqasiga ham tushuntirilib, maxsus ko'rsatmalar berilgan. Bemorga bir oy mobaynida jinsiy aloqadan o'zini tiyib turish buyurilgan. Bu davr ichida ularga birga yotishni davom ettiraverish va erkakda ereksiya bo'lsa-da, jinsiy munosabatda bo'lmaslik tavsiya qilingan. Rafiqasiga 2 haftadan so'ng turmush o'rtog'i jinsiy aloqa qilishni istasa, buni rad etmaslik, eyakulatsiya tez sodir bo'lmasligi uchun jinsiy aloqa paytida turmush o'rtog'ini biroz boshqarib turishi, friksiyani vaqti-vaqti bilan to'xtatib turishi zarurligi tushuntirilgan. Erkakka esa ereksiya bo'lgan zahoti jinsiy

aloqani boshlab yubormaslik va o'zaro erkalatishlarni davom ettirish tavsiya qilingan.

Oradan bir oy o'tgach, bemor doktor qabuliga kelib, ereksiya davri uzaygani, 2 haftadan so'ng muammolari hal bo'lganini aytadi.

Bu bemorni kuzatgan doktorning fikricha shu yo'l bilan tez tugaydigan eyakulatsiyani bartaraf etish mumkin. Biroq hamma mutaxassislar ham bu fikrga qo'shilavermaydi va bunday mashqlar doimo yaxshi natija bilan tugashiga shubha bilan qarashadi.

Bevaqt eyakulatsiya nevrasteniyadan tashqari bosh va orqa miya jarohatlanishlari, yallig'lanish, degenerativ hamda urologik kasalliklarda, zo'r berib jinsiy aloqa bilan shug'ullanaverganda va prostata bezining atoniyasida kuzatiladi. Shuning uchun bunday bemorlar nevrologik, psixonevrologik va urologik tekshiruvlardan o'tishlari lozim.

11.3. Ayollarda uchraydigan seksual buzilishlar

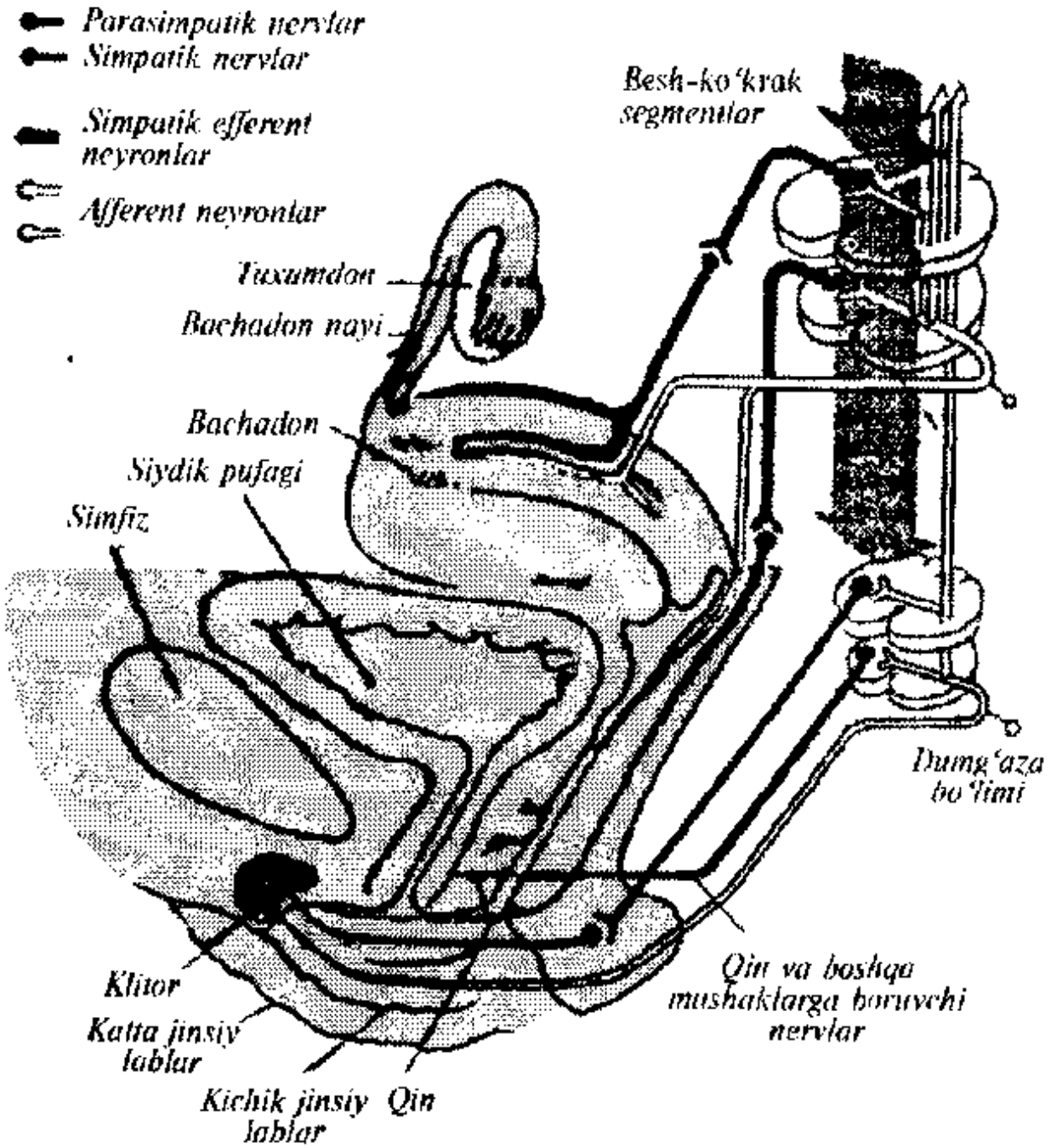
Frigidlik. Ayollarda uchraydigan jinsiy sovuqqonlikka ***frigidlik*** deb ataladi. Jinsiy mayli yo'q va orgazm kuzatilmaydigan ayollar frigid hisoblanishadi. 35-rasmda ayollar jinsiy a'zolarining innervatsiyasi keltirilgan.

Frigidlik belgilarining rivojlanishiga qarab, uning 3 darajasi farq qilinadi: I daraja – jinsiy aloqa ozgina bo'lsa-da, yoqimli taassurotlar ostida ro'y beradi, qin ho'llanadi, lekin orgazm kuzatilmaydi; II daraja – jinsiy aloqaga befarq, jinsiy qo'zg'alish va yoqimli taassurotlar yo'q; III daraja – jinsiy aloqadan qochishga intiladi va bunday payt kuchli og'riq sezadi.

Mutaxassislar shartli ravishda frigidlikning 4 turini ajratishgan:

1) retardatsion;
2) psixogen;
3) simptomatik;
4) konstitusional.

Retardatsion frigidlik – jinsiy hirsning kech rivojlanishi bilan bog'liq bo'lib, o'tib ketuvchi xususiyatga ega. Umuman olganda, hamma sog'lom ayollarda ham orgazm jarayoni bir xil paytda rivojlanavermaydi. Ko'pchilik ayollarda u o'smirlikdan paydo bo'la boshlasa, boshqalarda faqat turmushga chiqqach yoki tuqqanidan



35-rasm. **Ayollar jinsiy a'zolarining innervatsiyasi.**

so'ng rivojlanadi. Aksariyat qizlarda orgazm (taxminan 25%) to'la jinsiy balog'at yoshiga yetganda paydo bo'ladi. Jinsiy hayotga bo'lgan talab 25—30 yoshgacha bo'lgan erkaklarda yuqori bo'ladi, 30 yoshdan so'ng esa libido biroz pasayib boradi.

Aksariyat ayollarda buning aksi kuzatiladi, ya'ni libido 30 yoshdan so'ng kuchayib boradi. Lekin 45—50 yoshga yetmasdan jinsiy mayli pasayib boradigan va butunlay yo'qoladigan ayollar ham ko'pchilikni tashkil qiladi.

Bu ikkala bir-biriga zid holatning aniq bir statistik ko'rsatkichi yo'q. Ba'zan erkaklar yosh ayollarning jinsiy hayotga bo'lgan fiziologik talabini ortiqcha, yoshi kattaroq ayollarnikini esa past baholashadi. Chunonchi, 30 yoshgacha bo'lgan ayollarning aksariyati turmush o'rtog'ining jinsiy faol ekanini aytishsa, 30 yoshdan keyin esa ularning sustligidan shikoyat qilishadi.

16—18 yashar qizlarning jinsiy hayoti 25—30 yoshli ayollarnikidan biroz farq qiladi. Ularning ko'pchiligi uchun sevish va sevilish, xiyobonlarda sayr qilish, tez-tez uchrashib turish, o'pishib-quchoqlashish jinsiy aloqaga qaraganda afzal hisoblanadi. Jinsiy yaqinlikka, asosan, *yigitlar majburlashadi, o'zaro xohish bilan turmush qurilgan* bo'lsa-da, bundan aksariyat qizlar o'zlarini haqoratlangandek sezishadi.

Birinchi nikoh kechasi bo'lib o'tgan jinsiy aloqa ayollarda har doim ham orgazm bilan tugamaydi. Orgazm turmush qurgandan bir hafta, bir oy, ba'zan yillar o'tgach kuzatilib boshlanadi.

Psixogen frigidlik. Psixogen frigidlik seksual ehtiyojlarni ruhiy yo'llar bilan to'xtatib yurishda ro'y beradi. Buning sabablari turlichadir. Sevmasdan turmush qurish, turmush o'rtog'ining jinsiy zaifligi, oilaviy janjallar, boshqa birovni sevib qolish, farzand bo'lmasligi, jinsiy aloqalar paytida har bir tomonning o'z usulini taklif qilishlari kabi psixologik holatlar psixogen frigidlik rivojlanishiga olib keladi. Lekin bu buzilishlar vaqtincha bo'lib, psixologik to'siqlar olib tashlangach, o'tib ketadi.

Bu vaziyatga oid misol keltiramiz. 25 yashar qiz jismoniy tarbiya institutini tugatgach, kichik bir shaharga o'qituvchi qilib jo'natiladi. O'sha shaharga o'zi bilan birga o'qigan yigit ham ishga keladi. Qiz unga turmushga chiqishga rozilik beradi. Nikohning birinchi kechasi vino ichib mast bo'lgan kuyov avvallari qizlar bilan nima ishlar qilganligini, qizlar uning qobiliyatini doimo yuqori baholaganliklarini maqtanib, oqizmay-tomizmay yoriga gapirib beradi. Bu qizda unga nisbatan qattiq nafrat uyg'otadi. Turmush o'rtog'ining jinsiy qobiliyati yaxshi bo'lsa-da, unga nisbatan hech qanday jinsiy mayl sezmagan. Boshqa yigit bilan (jinsiy jihatdan uncha kuchli bo'lmasa-da) jinsiy aloqa paytida orgazm kuzatilgan. U turmush o'rtog'i bilan ajrashib, o'sha yigitga turmushga chiqqan. Bu voqea psixologik frigidlikka yaqqol misol bo'la oladi va jinsiy aloqaning nafaqat fiziologik, balki psixologik jarayon ekanligini tasdiqlaydi.

Jinsiy tuyg'uni to'xtatadigan ruhiy omillarga jinsiy aloqa paytida kuzatiladigan og'riqli deflorasiya, kasallanib qolish va boshqalarga gap-so'z bo'lishdan qo'rqish kabi holatlar ham kiradi.

Simptomatik frigidlik. Birorta kasallik natijasida rivojlanadigan frigidlikka ***simptomatik frigidlik*** deb ataladi. Bosh miya va orqa miyaning organik, urologik, ginekologik, nasliy hamda og'ir yuqumli kasalliklar, giyohvandlik, aroqxo'rlik, turli etiologiyali ensefalopatiyalar, endokrin buzilishlar, endogen depressiyalar frigidlikka olib kelishi mumkin.

Konstitusional frigidlik. Buning asosida psixoseksual funksiyalarning tug'ma yetishmovchiligi yotadi. Masalan, xuddi tug'ma musiqiy karlik bo'lgani kabi tug'ma frigid ayollar ham bo'ladi. Bu ayollarda boshqa hamma a'zo va sistemalar sog'lom, jinsiy a'zolari anatomik jihatdan yaxshi rivojlangan, onalik funksiyasi saqlangan bo'lishi mumkin, lekin ularda turli darajada ifodalangan frigidlik kuzatiladi. Ular uchun frigidlik kasallik emas, balki tug'ma nuqsondir. Odatda, bunday ayollar ichida onanizm bilan shug'ullanganlari bo'lmaydi, ular erkaklar bilan jinsiy yaqinlikka intilmaydi, odatda, sevib turmushga chiqmaydi, jinsiy aloqa orgazm bilan tugamaydi, vrachlarga borib davolanishni istashmaydi ham. Bu frigidlikning sabablari hozirgacha fanga noma'lum.

Frigidlikning bunday tasnifini mukammal deb bo'lmaydi, chunki simptomatik va retardatsion frigidlikda psixologik omilni inkor qilish qiyin.

11.4. Disgamiya

Er-xotin orasidagi jinsiy munosabatlar uyg'unligining buzilishiga ***disgamiya*** deb ataladi. Disgamiya, ya'ni ikki tomondan birining jinsiy hirslarining qoniqmasligi oilaning buzilishi va xiyonat yoki turli darajadagi nevrozlarga sabab bo'ladi. Aksariyat hollarda disgamiyaning asosiy sababi jinsiy aloqaning tez tugashidir (sust ereksiya va vaqtli eyakulatsiya sababli).

Chunki ayol kishi jinsiy aloqaning orgazm bilan tugashini istaydi. Aytib o'tganimizdek, erkak kishiga qaraganda, ayollarda orgazm kelishi ancha mushkulroq. Jinsiy aloqaning vaqtli tugashi nafaqat ayolning, balki erkak kishining ham ruhiga katta ziyon yetkazadi va u rafiqa-

sining oldida erkaklik burchini bajara olmaganidan o'zini gunohkor his qiladi. Frigidlikdan farqli o'laroq, disgamiyani ayollar ruhan og'ir kechiradi. Ayol kishi bir tomondan, turmush o'rtog'ini inson sifatida, bolalarining otasi sifatida yaxshi ko'radi, lekin ikkinchi tomondan, undan jinsiy hirsini qondira olmaydi. Ko'p oilalar aynan mana shunday vaziyatga duch keladi va buning oqibatida tez-tez janjallar chiqadi.

Erkakda ham, ayolda ham jinsiy aloqa bir xil paytda orgazm bilan tugasa, ikkala tomon ham jinsiy yaqinlikdan katta qoniqish his qiladi va o'zaro ayblovlarga o'rin qolmaydi. Ayollarda orgazm uzoqroq davom etadi. Erkak kishi jinsiy aloqa tugagach, tez turib ketishni istasa, ayol uni yana erkalatib yotishlarini istaydi. Ayollarda orgazm bir soatgacha davom etishi ham mumkin. Mutaxassislarning fikricha, orgazmning kelish tezligi va davomiyligi ayolning mizojiga ham bog'liq. Ba'zi ruhiy kasalliklarda orgazm juda cho'zilib ketishi ham mumkin.

Ba'zi ayollar va erkaklar orgazmning kelishini olatning hajmiga ham bog'lashadi. Bu muammo qadimdan ko'pchilikni qiziqtirib kelgan va uni o'rganish uchun juda ko'p shaxsiy suhbatlar va so'rovlar o'tkazilgan. Bu sohani chuqur o'rgangan mutaxassislarning fikricha, orgazmning kelishi olatning hajmiga bog'liq emas va bu yerda ruhiy omil juda katta ahamiyatga ega.

Chunki olatning kichik bo'lishi faqat og'ir endokrin kasalliklar (nanizm, gipopituitrizm) da kuzatiladi va bor-yo'g'i 2 foizni tashkil qiladi. Har xil statistik ma'lumotlarni to'plaganda, «erimning olati kichik», deb shikoyat qiladigan ayollar soni (jinsiy aloqadan qoniqishsa-da) o'rtacha 30 foizni tashkil qilarkan. Psixolog va seksologlarning fikricha, jinsiy yaqinlikda bo'ladigan ayollarning deyarli 90 foizdan ortig'i jinsiy aloqada eng asosiysi, uning qoniqish bilan tugashi deb hisoblasharkan.

Turli holatda jinsiy aloqa qilish, erogen sohalarni ko'proq ta'sirlantirish, aloqa tugagach ham shirin so'zlar bilan ayolni erkalatib yotish uning qoniqishida asosiy omil hisoblanadi.

«Kama Sutra»da seksual munosabatlarga bag'ishlab ko'p narsalar bitilgan. Unda jinsiy aloqa qilishning 30 dan ortiq usuli, ayol va erkak kishi jinsiy aloqa qilayotgan paytidagi o'yinlar, erogen sohalarni ta'sirlantirish bo'yicha maslahatlar, jinsiy qondirishning antiqa usullari

yoritilgan. Unda, shuningdek, «Turmush o'rtog'ining boshqa ayolga ketib qolmasligi uchun rafiqasi hirsni qondiruvchi barcha usullardan foydalanib, erni qondirish yo'lini izlashi kerak», deyilgan. Xuddi shu so'zlar erkak kishiga ham taalluqlidir. Asosiy maqsad qoniqish ekan, unga yetishning turli yo'llarini qo'llash lozim («Ars amatoria»). Seksologlarning fikricha, uylangan erkaklarning (ayollarning ham) boshqa ayol (erkak)lar bilan yurib ketishining aksariyat sabablari «antiqa sevgi» izlashdir. Bunday odamlar «U bilan har xil usulda shug'ullana olaman, o'zimniki bilan esa mumkin emas», qabilida ish tutisharkan.

Shuni unutmaslik lozimki, jinsiy yaqinlik paytida erkaklar ham, ayollar ham barcha sanitariya va gigiyena talablariga, albatta, amal qilishlari kerak.

11.5. Jinsiy yaqinlik paytida kuzatiladigan seksual buzilishlar

Vaginizm. Jinsiy aloqa va ginekologik tekshiruvlar paytida qinning qattiq qisqarishiga ***vaginizm*** (lot. *«vagina»* – qin) deb ataladi. Bunday paytlarda tos a'zolari mushaklari bilan birgalikda qorin mushaklari ham qisqarib, ikkala son bir-biriga jipslashadi. Jinsiy aloqa paytida vaginizmning rivojlanishi uchun ruhiy omillar katta ahamiyatga ega. Birinchi marta jinsiy aloqa qilayotgan va parda yirtilishida paydo bo'ladigan og'riqdan qattiq qo'rqadigan qizlarda vaginizm ko'p uchraydi.

Vaginizmning uch xil darajasi farq qilinadi: **I daraja** – vaginizm olatni yoki ginekolog asbobini qinga kirgizganda paydo bo'ladi; **II daraja** – olat yoki asbobning qinga yaqinlashganida ro'y beradi; **III daraja** – vaginizm paydo bo'lishi uchun jinsiy aloqani yoki asboblar bilan tekshirishni tasavvur qilishning o'zi yetarli bo'ladi.

Jinsiy aloqani rang-barang qilish maqsadida ba'zi ayolu erkaklar mazoxizm va sadizmni xush ko'rishadi. Jinsiy yaqinlik paytida o'ziga jismoniy shikast yetkazilgandagina qoniqish hosil qilishga ***mazoxizm***, hamrohiga azob berishdan qoniqishga ***sadizm*** deb aytiladi.

Vaginizm, ayniqsa, nevroz, isteriya va ipoxondriyada ko'p kuzatiladi. Mabodo qizlar birinchi jinsiy aloqadan so'ng qattiq og'riq sezsa, keyinchalik ularda turli darajada rivojlangan vaginizm paydo

bo'lishi mumkin. Shuning uchun yosh kelinlarni jinsiy aloqaga ruhan tayyorlash katta ahamiyatga ega.

Nazorat uchun savollar

1. *Jinsiy a'zolar markazlari haqida so'zlab bering. Ularning ishlash prinsipi qanday?*
2. *Erogen sohalar tananing qayerlarida joylashgan?*
3. *Libido, ereksiya, eyakulatsiya nima? Ularga ta'rif bering.*
4. *Orgazm nima va uning qanday turlari mavjud?*
5. *Friksiya va koitus nima? Ularning farqi nimada?*
6. *Impotensiya nima? U qaysi kasalliklarda ko'p uchraydi?*
7. *Me'yordagi jinsiy aloqa deganda nimani tushunasiz?*
8. *Pollyusiya nima? U qanday paytlarda va kimlarda yuzaga keladi?*
9. *Onanizm nima? Uning organizmga zarari bormi?*
10. *Frigidlik nima? Uning qanday turlari bor?*
11. *Disgamiya nima? Uning sabab va oqibatlari haqida gapirib bering.*
12. *Disgamiyaning oldini olish uchun nimalar qilish kerak?*
13. *«Kama Sutra»da erkak va ayollarga qanday maslahatlar berilgan?*
14. *Vaginizm nima? Uning qanday turlarini bilasiz?*
15. *Mazoxizm va sadizm deganda nimani tushunasiz?*

XII bob. TERIDA KUZATILADIGAN PATOLOGIK O'ZGARISHLAR

Bitta doktor davolasa yaxshi, ikkitasiga ham chidasa bo'ladi, lekin uchta doktor bu dahshat.
X.F. Gufeland

12.1. Umumiy ma'lumotlar

Asab buzilishlarida terida uchraydigan turli xil belgilar odam ichki dunyosi kechinmalarining unda aks etishidir. Teri kasalliklarining kelib chiqishi sabablarini aniqlashda ruhiy omillarga qadimdan katta e'tibor qaratishgan. Masalan, ekzemani ruhiy kasallikning terida aks etgan klinik ko'rinishi deb atashgan. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, og'ir hissiy kechinmalar 70 foiz bemorda eshakyemi kasalligi, 85 foizida alopesiya (soch to'kilishi), 66 foizida neyrodermatitlar rivojlanishiga sabab bo'ladi. Ekzema aniqlangan bemorlarning psixologik anamnezi o'rganilganda, ularning yarmidan ko'pi ilgari depressiyaga tushgan va deyarli barcha holatlarda kasallik qaytalashiga aynan o'tkir stress sabab bo'lgan.

Tez-tez kuzatiladigan affektiv holatlarda vegetativ reaksiyalarning terida aks etishini har bir vrach amaliyotda ko'p kuzatgan. Bunday paytlarda yuz oqaradi, g'oz terisi paydo bo'ladi, odamni sovuq ter bosadi, so'ng teri qizara boshlaydi, ba'zan esa qizil toshmalar tushib, qichishish paydo bo'ladi. Terida kuzatiladigan trofik o'zgarishlar, ayniqsa, e'tiborga loyiqdir. Doimiy depressiv holatda yuradigan bemorlarning terisi doimo quruq bo'ladi, elastikligini yo'qotadi, ko'z va og'iz burmalari qalinlashib, yuziga ajinlar tushadi. Bu holat odamni yoshidan katta qilib ko'rsatadi va ayniqsa, ayollar bu ahvolni og'ir kechirishadi, yuz terisiga surtiladigan turli kremlardan foydalanishadi. Bu ajinlar asab buzilishlaridan paydo bo'lganligi sababli, kremlar foyda bermaydi yoki vaqtincha o'zgarish kuzatiladi. Ba'zi bemorlarning qo'l terisi va tovonlari yorilib ketadi. Sochning doimo to'kilishi (ayniqsa, 30 dan oshgan bemorlarda) ularni juda bezovta qilib qo'yadi. Bunday bemorlarning ham avvalo asabini davolash lozim. Boshqa davolash usullarini qo'llash esa kam samaralidir.

O'tkir stressdan so'ng terida 1—2 kun ichida to'satdan chuqur patologik o'zgarishlar paydo bo'lishi mumkin. Xuddi shunday holatni biz Sh. ismli bemorda kuzatganmiz. Uning katta oilaviy fojiadan so'ng bir kunda sochlari to'kilib, qosh va kipriklari oqarib, terisining deyarli hamma joyini oq dog'lar (pigmentsizlanish hisobiga) bosib ketadi. O'rgatilgan ayiq tishlagandan so'ng qo'rqqanidan sochi butunlay to'kilib ketgan sirk artisti haqida ham yozilgan. Bu holat bolalarda ham uchraydi. 8 yashar bolaning tushiga yaqinda vafot etgan buvasi kiradi va u tobutdan chiqib kelib bolaning sochidan qattiq tortadi. Bu dahshatli tushni bola bir necha kun uzluksiz ko'rgan va har gal sochi to'kilavergan. Bola gipnoz usuli bilan davolanib, yomon tush ko'rmaydigan qilingan. Bir necha kundan so'ng bolaning sochi yana o'sa boshlagan (A.S. Golibin, 1999).

Uzoq davom etadigan affektiv buzilishlarning somatik ko'rinishlaridan yana biri tirnoqlardagi trofik o'zgarishlardir. Bunda tirnoqlarning rangi o'chib, qalinlashadi, uzun chiziqlar paydo bo'ladi va (ayniqsa, oyoqdagi) sinadigan bo'lib qoladi. Hamma tirnoqlarning bir xil tarzda o'zgarishi, patologik jarayonning sekin-asta zo'rayib borishi, barmoqda yallig'lanish belgilarining yo'qligi uning psixogen xususiyatga aloqador ekanligidan dalolat beradi. Umumiy yoki mahalliy gipergidroz (qo'l panjasi, qo'ltiq osti va oyoqlarda) ham hissiy-ruhiy buzilishlarda ko'p kuzatiladi. Bu patologik o'zgarishlar, ayniqsa, yoshlarda ko'p uchraydi va aksariyat hollarda kuchli hissiy zo'riqishdan so'ng to'satdan paydo bo'ladi. Bunday bemorlar sal hayajonlansa, issiqroq narsa ichsa, jismoniy mehnat qilsa va havoning harorati sal ko'tarilsa ham tezda terlab ketishadi. Buni fanda «ho'l depressiya» deb ham atashadi. Ularni eng ko'p qiynaydigan va jig'iga tegadigan narsa bu yomon hid kelishidir. Ter va yog' bezlari faoliyatining patologik kuchayishi psixovegetativ sindromlarning doimiy hamrohidir. Shuni alohida ta'kidlash lozimki, qo'ltiq osti va chov sohasida joylashgan ter bezlari tana haroratining boshqarilishida ishtirok etmaydi hamda jinsiy balog'atga yetgandan so'nggina faoliyat ko'rsata boshlaydi. Bunda ular o'zgacha hid taratuvchi modda (feromon)lar ishlab chiqara boshlashadi. Bu fiziologik mexanizm jinsning seksual xulq-atvoriga moslashib turadi. Aynan mana shu o'rinda ayoldan taralayotgan hid erkak kishidan kelayotgan hiddan keskin farq qiladi. Psixovegetativ sindromlarda kuzatiladigan kuchli

seksual buzilishlar apokrin bezlarning sekretor holatiga katta ta'sir ko'rsatadi va yoqimsiz hid paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Bu bemorlardagi o'ziga xos hidga qarab, ularda psixovegetativ sindrom borligini aniqlash mumkin.

Teridagi doimo terlab yuradigan joylar, ko'pincha, qizarib turadi, u yerlarda allergik o'zgarishlar paydo bo'ladi, qo'ltiq ostidagi limfa tugunlari kattalashadi. Aynan mana shunday bemorlarda neyrodermit yoki ekzema kasalliklari oson rivojlanadi. Kuchli hissiy zo'riqishlar bunday bemorlarda teri kasalliklarining avj olib ketishiga sabab bo'ladi. Masalan, psoriaz 40 foiz bemorda yaqinlari bilan sodir bo'lgan baxtsiz hodisalardan, 52 foizida boshqa kuchli salbiy hissiy buzilishlardan so'ng rivojlanadi. Bu yerda sabab va oqibat orasidagi davr bor-yo'g'i 2—14 kunni tashkil qilgan, kamroq hollarda esa bir oyga cho'ziladi (Seville R.H., 2002). Shuning uchun teridagi o'zgarishlar har tomonlama puxta o'rganilishi zarur, chunki ular ruhiy buzilishlarning dastlabki klinik ko'rinishlari bo'lishi mumkin.

Aksariyat hollarda teridagi o'zgarishlar bemordagi ruhiy buzilishlar zo'rayganda kuchayib, kamaygan paytda esa susayib boradi. Teri kasalliklarini davolashda bu fenomenni e'tiborga olib, faol psixoterapevtik muolajalarni o'tkazish kerak bo'ladi. Ma'lumki, teridagi kamchiliklar odam ruhiga jarohat yetkazadi, shuning uchun ham deyarli barcha bemorlarda turli darajada rivojlangan ipoxondriya shakllanadi. Ular butun fikri-zikrini (ayniqsa, dastlabki paytlarda) teridagi nuqsonlarga qaratishadi. Dermatologlar va psixologlarning ta'kidlashicha, bemorlar ushbu buzilishlardan qanchalik ko'p siqilishsa, kasallik belgilari shunchalik kuchayadi (to'g'ri davolanishdan qat'i nazar). Agar bemorning fikri uzoq vaqt boshqa narsalarga chalg'itilsa, teridagi ijobiy o'zgarishlar tezlashadi. Ikkinchi jahon urushi davrida dermatologlar qiziq bir holatni kuzatishgan, ya'ni urush boshlangandan so'ng aksariyat bemorlar surunkali teri kasalliklaridan tuzalib ketishgan. Bu fenomenga quyidagicha izoh berish mumkin: urush boshlanishidan oldin bemorlar uchun asosiy muammo — teridagi patologik o'zgarishlar bo'lsa, urush boshlangandan so'ng esa undan ham muhim muammo paydo bo'ldi, ya'ni uning va yaqinlarining hayoti xavf ostida qoldi. Urush boshlandi! U endi o'zini, oilasi va Vatanni himoya qilishi kerak! Dominanta prinsipiga muvofiq, bosh miya po'stlog'idagi kuchsiz qo'zg'alishlar (urushgacha bo'lgan teridagi

o'zgarishlar) o'rnini kuchli qo'zg'alishlar (urushning boshlanishi, o'lim xavfi) egalladi. Bosh miya po'stlog'ida paydo bo'lgan kuchli dominant o'choq avvalgi o'choqning faoliyatini yo'qqa chiqardi va miyadagi kompensator mexanizmlarni ishga soldi, funksional sistemalarni kuchaytirdi. Miyadagi keskin bu o'zgarishlar terida o'z aksini topdi va undagi patologik jarayonlar chekindi.

Teridagi patologik o'zgarishlarning inson ruhiga bog'liqligini quyidagi misol ham tasdiqlab beradi: bir ayolning otasi og'ir kasallikdan vafot etayotganda sochi ko'p to'kilgan. Bu judolikdan biroz vaqt o'tgach esa soch to'kilishi to'xtagan. Demak, affektiv buzilish davrida soch to'kilgan, adaptatsiya davrida esa soch to'kilishi to'xtagan.

Shuning uchun ham bunday bemorlarni davolashda psixodinamik terapiyadan keng foydalanish kerak. Shuningdek, antidepressantlar, psixoterapiya, fizioterapiya, sihatgohlarda davolanish ham yaxshi natijalar beradi.

12.2. Teri giperesteziyasi

Teri giperesteziyasi organizmning umumiy giperesteziyasining bir turi bo'lib, bunda arzimagan tashqi ta'sir terida kuchli patologik o'zgarishlarga olib keladi. Ma'lumki, chuqur affektiv buzilishlar qonda katexolaminlar miqdori oshishi bilan kechadi. Bu fiziologik jarayon, albatta, teridagi moddalar almashinuviga ta'sir etadi. Bu asab tizimining stressorga bo'lgan moslashish va himoya reaksiyasidir. Teri filogenetik jihatdan keksa a'zo hisoblanadi. Har qanday affektiv buzilishlar terida o'z aksini topadi va teri giperesteziyasi ham ruhiy buzilishlarning klinik ko'rinishlaridan biridir. Teri giperesteziyasi kuchli darajada bo'lgan bemorlarning tanasida barmoq bilan tegilsa, o'sha joyning o'zida shish va qichishish paydo bo'ladi. Agar ularning tanasiga sal o'tkirroq narsa bilan tegilsa, bemorning butun tanasida eritemalar paydo bo'ladi. Albatta, bunday bemorlarni tekshirish o'ta mushkuldir. Ular hatto qo'llarini ham tanalariga tegishidan qo'rqishadi, kechqurun kiyimlarini ham yechmay uxlashga yotishadi, chunki bir kiyimni ikkinchisi bilan o'zgartirish tanada og'riq paydo bo'lishi va boshqa belgilarning kuchayishiga olib keladi. O'zgarishlar, ayniqsa, barmoqlarda kuchli rivojlangan bo'ladi. Ular botinka bog'ini bog'lay olmaydilar, ovqatni qoshiqsiz ichishga harakat qiladilar, biror ish

qilishmoqchi bo'lishsa, iloji boricha rezina qo'lqop kiyib oladilar. Bunday bemorlarga ba'zan adashib «allergik dermatit» tashxisi qo'yiladi.

Teridagi o'zgarishlar aksariyat hollarda barmoqlardan boshlanib bo'yin sohasiga asta yetib boradi va bemorda bo'g'ilish belgilarini beradi. Bemor butun fikrini terida bo'layotgan azobli o'zgarishlarga qaratadi, unda ipoxondriya rivojlanadi va bu kasallikning yanada avj olishiga sabab bo'ladi. O'tkazilgan og'ir somatik kasalliklar, ayniqsa, operatsiyalardan so'ng ham terida ana shunday kuchli o'zgarishlar bo'ladi.

Bir necha somatik organlar operatsiyasidan so'ng rivojlangan teri giperesteziyasiga misol keltiramiz.

R. ismli ayol, 35 yoshda, kasbi sotuvchi (asosan shakar sotadi), avval kasalxonada oshpaz bo'lib ishlagan. Bir yilda ikkita og'ir operatsiyani boshdan kechiradi: birinchisida katta mioma borligi sababli bachadon, ikkinchi safar jigardan exinokokkoz pufakchalari olib tashlanadi. Umumiy narkoz bilan o'tkazilgan bu operatsiyalardan so'ng bemorning terisi o'ta sezgir bo'lib qoladi. Dastlab piyoz tozalaganda, ovqatga murch ishlatganda, issiq narsalarni ushlaganda, tanasiga o'tkirroq narsa tegib ketganda terida qichimalar, og'riq paydo bo'ladi. Agar shu narsalardan foydalanmasa, terida hech qanday o'zgarish bo'lmagan. Bemor bezovta bo'lib, ya'ni «Terimda allergik kasallik paydo bo'ldi», deb dermatolog va allergologga uchraydi. Ular achchiq, sho'r, issiq narsalarga yaqinlashmaslik va o'tkir narsalarni ushlamaslikni tavsiya qilib, antigistamin vositalar qabul qilishni buyurishadi. Uy bekasi bo'lgan bemor iloji boricha doktorlarning tavsiyasiga amal qilishga harakat qiladi, lekin ovqat qilish, kir yuvish, uy tozalash kabi yumushlarni ham qilib turadi. Bemorda asta-sekin ipoxondrik va fobik belgilar shakllana boshlaydi. Chunki u doktorlar tavsiya qilgan rejimga rioya qila olmayotgani uchun aziyat chekar, buning ustiga yangi-yangi simptomlar paydo bo'layotgan edi. Endi bemor qo'lini sovunlab yuvsa ham, shakar ushlasa ham terisida qizarish va qichima, qizil pufakchalar hamda chidab bo'lmas og'riq paydo bo'la boshlaydi. U shakardan turli xil shirinliklar pishirib sotishni to'xtatadi. Doktorma-doktor qatnab tuman, viloyat shifoxonalarida davolanadi, lekin biror natijaga erishmaydi. Kasallik zo'raygandan-zo'rayib, bemorning qo'liga nima tegsa

ham (yumshoq-qattiqligidan qat'i nazar) teriga qizil pufakchali toshmalar toshib ketaveradigan, tanada kuchli og'riq paydo bo'ladigan, so'ng esa nafasi siqib bo'g'iladigan bo'lib qoladi. Ahvol shu darajagacha borib yetadiki, u hatto beshta barmog'ini bir-biriga yaqinlashtirib, qo'lini musht qila olmaydigan bo'lib qoladi, chunki barmoqlar bir-biriga ishqalansa, butun tanasida umumiy giperesteziya belgilari paydo bo'lib, bo'g'ilib boshlardi. Bemor har gal siqilganda, ayniqsa, kechalari kasali zo'rayadi.

Bemorning nevrostatusi tekshirganimizda kuchli darajadagi organik nevrologik simptomlar topilmadi. Unda vegetativ, ipoxondrik va fobik belgilar aniqlandi. Bemorda hamma allergik sinamalar o'tkaziladi. Unga ham allergiyaga qarshi, ham tinchlantiruvchi dorilar, bir oy mobaynida psixoterapevtik muolajalar, trankvilizatorlar, antidepressantlar buyurildi. Bira to'la plaseboterapiya qilinadi. Bemor kompleks davolash muolajalaridan so'ng butunlay tuzalib ketadi.

Biz bu misolda avval ruhan sog'lom bo'lgan bemorda o'tkazilgan ikkita og'ir operatsiyadan so'ng rivojlangan umumiy giperesteziya bilan kechuvchi somatopsixik sindromning guvohi bo'ldik.

Mutaxassislarning fikricha, aksariyat hollarda terida boshlangan o'zgarish dastlab funksional xususiyatga ega bo'ladi va keyinchalik organizmning immuniteti pasayishi natijasida kasallik organik tus oladi, ya'ni terida surunkali yallig'lanish jarayonlari boshlanadi. Demak, teridagi patologik jarayonlarni faqat funksional buzilishlar bilan bog'lash kerak emas. Buning tasdig'ini yuqoridagi misollarda ko'rdik: barcha holatlarda teridagi organik simptomlar funksional belgilar bilan birgalikda namoyon bo'ldi va shu bilan birga affektiv buzilishlar barham topgach, nafaqat funksional belgilar, balki organik simptomlar ham o'tib ketdi yoki keskin pasaydi. Bemorlarni davolashda buni, albatta, e'tiborga olish kerak.

Agar laborator hamda paraklinik tekshiruvlarda patologik o'zgarishlar topilmasa, dermatologik va allergiyaga qarshi davo choralari yordam bermasa, teridagi o'zgarishlarni niqoblangan depressiyaning klinik ko'rinishi sifatida davolash mumkin. Chunki teridagi eritemalar, shish va kichik yarachalar vegetotrofik o'zgarishlarning klinik ko'rinishi bo'lib, ular psevdoallergik simptomlar deb ham ataladi. Patologik jarayon cho'zilgan sayin parasimpatik tonusning oshib borishi va

asetilxolin ko'p miqdorda ajralib chiqishi natijasida terida joylashgan mayda qon tomirlarining uzoq vaqt hamda kuchli darajada kengayishi ro'y beradi. Teridagi vegetotrofik o'zgarishlar asosida mana shu jarayon ham o'ta muhim ahamiyat kasb etadi.

Umumiy teri giperesteziyasining klinik ko'rinishlaridan yana biri terida **gemorragik toshmalarning** paydo bo'lishidir. Bemorni tekshirayotganda (palpasiya, perkussiya) yoki biror joyini ushlaganda darrov o'sha joyi ko'karib qoladi. Klinik va laborator tekshirishlarda gematologik, immunologik va boshqa organik belgilarning yo'qligi, bemorda gemorragik vaskulit tashxisini inkor qilishga yordam beradi. Faqat affektiv buzilishlar kuchayganda paydo bo'lib yoki zo'rayib, uzoq vaqt dam olganda, psixoterapevtik muolajalar o'tkazganda, ruhan tinchlanganda o'tib ketadigan teridagi patologik o'zgarishlar doimo psixogen xususiyatga ega bo'ladi.

Ushbu bobda biz terida kuzatiladigan patologik jarayonlarning psixogen xususiyatga ega ekanligini o'rgandik. Shuning uchun ham bu bemorlarni davolashda psixoterapevtik muolajalar, ayniqsa psixodinamik terapiya keng qo'llanishi kerak.

Nazorat uchun savollar

1. *Hissiy-ruhiy buzilishlar bilan teridagi o'zgarishlar orasida qanday bog'liqlik bor?*
2. *Teri kasalliklarining necha foizi asab buzilishlari natijasida kelib chiqadi?*
3. *Terida kuzatiladigan va psixogen xususiyatga ega bo'lgan asosiy simptomlarni sanab o'ting.*
4. *Soch to'kilishining qanday sabablarini bilasiz?*
5. *Umumiy teri giperesteziyasi deganda nimani tushunasiz? Misollar keltiring.*
6. *Bolalar terisida ham psixogen giperesteziyalar uchraydimi?*
7. *Asab buzilishlarida umumiy va mahalliy gipergidroz qanday kechadi?*
8. *O'tkir affektiv buzilishlarda to'satdan terida kuzatiladigan simptomlar haqida so'zlab bering.*
9. *Asab buzilishlarida terida kechadigan patologik jarayonlarning mexanizmini tushuntirib bering.*
10. *Bu patologik belgilarni yo'qotish uchun qanday muolaja usullarini qo'llagan ma'qul?*

XIII bob. NEVROZLAR VA DEPRESSIYA

Nevroz bu – kasallik emas,
balki noto'g'ri hayot tarzidir.
Alfred Adler

13.1. Nevrozlar

1776-yili shotlandiyalik vrach Kellen tomonidan ***«nevroz»*** atamasi taklif qilingan. O'sha davrda nevrozga quyidagicha ta'rif berilgan: bu kasallikda tana harorati ko'tarilmaydi, biron-bir a'zo zararlanmaydi, tanada lat yegan joylar bo'lmaydi, biroq bemorning asabi buzilgan bo'ladi. Keyinchalik nevrozga turlicha ta'riflar berildi va uning bir qancha tasniflari yaratildi.

Barcha asab kasalliklari ***organik*** va ***funksional*** kasalliklarga ajratildi. Nerv to'qimalarida morfologik o'zgarishlar bilan kechuvchi kasalliklarga ***organik***, asab tizimining faqat funksiyasi buzilishi bilan kechuvchi kasalliklarga ***funksional kasalliklar*** deb nom berildi. Hozirgi kunda tibbiy amaliyotda nevrozlarga asab tizimining funksional kasalligi sifatida qaraladi.

Ba'zi olimlar bu fikrga qo'shilmaydi va nevrozlarda aniqlangan turli metabolik hamda yengil organik buzilishlarni misol qilib ko'rsatishadi, ya'ni ularning fikricha, organik simptomlar nevrozlar uchun ham xos. Biroq, bu organik va metabolik buzilishlar nevroz sababli paydo bo'lganmi yoki avval o'tkazilgan kasallik asoratimi, bunga aniq javob berish ancha mushkul.

Shunday qilib, nevrozga qanday ta'rif berish mumkin? Nevroz asab *tizimining funksional kasalligi bo'lib, insonga ruhiy jarohat* yetkazuvchi tashqi va ichki omillar natijasida rivojlanadi. Demak, nevroz psixogen kasallikdir. Nevrozda aniq ko'ringan morfologik buzilishlar bo'lmasa-da, uning aksariyat turlarida vegetativ-trofik o'zgarishlar kuzatiladi. Nevroz belgilari uzoq yoki qisqa vaqt davom etishidan qat'i nazar, bemorlarni samarali davolash mumkin. Biroq, bu davolash jarayoni ba'zan uzoq davom etadi.

Nevrozning uchta turi farqlanadi: ***nevrasteniya (tom ma'noda nevroz), isteriya, miyadan ketmaydigan fikrlar***.

Nevrasteniya

Nevrasteniya (grekchadan *«neuron»* — nerv, *«astenia»* — zaiflik) ***asabning zaifligi*** degan ma'noni anglatadi. Nevrasteniya asabning ortiqcha zo'riqishidan kelib chiqadi. Asabi tor odamlar nevrasteniyaga tez chalinishadi. Aqliy va jismoniy mehnatning nomutanosibligi, doimiy hissiy zo'riqishlar, yaqin kishisidan judo bo'lish, oiladagi hamda ishxonadagi kelishmovchiliklar, doimiy qo'rquv va xavotir nevrasteniyaga sabab bo'lishi mumkin.

Nevrasteniyaning oila a'zolarining bir nechtasida uchrashi uning rivojlanishida nasliy omillar o'rnini ham ko'rsatib beradi. Yosh bolalarda nevrasteniyaning rivojlanishiga uni o'rab turgan muhit, ayniqsa, ota-ona orasidagi janjallar sabab bo'ladi. Bolalik davrida olgan tan jarohatlari ham bundan mustasno emas.

Nevrasteniya nafaqat jahldor odamlarda, balki o'ta andishali odamlarda ham rivojlanishi mumkin. Ayniqsa, andishali odamlar janjal chiqqanda hissiyotga zo'r bermaslikka va o'zini boshqarib turishga harakat qilishadi, birovning ko'nglini og'ritib qo'yishsa, aziyat chekishadi. Bu holatlar, aksariyat hollarda, asab tizimining charchashiga sabab bo'ladi.

Shuningdek, vitaminlar yetishmasligi, kamqonlik, surunkali va og'ir kasalliklar ham nevrasteniyaga olib keladi.

Nevrasteniyaning klinikasi turli-tuman bo'lib, ular ichida tez-tez asabiylashish, jahldorlik, uyqu buzilishi, bosh og'rishi, bosh aylanishi, umumiy holsizlik, yurak urib ketishi, parishonxotirlik, aqliy va jismoniy mehnatga qobiliyatning pasayishi kabi simptomlar ko'p kuzatiladi. Nevrozning asosiy simptomlariga psevdonevrologik sindromlar bobida batafsil ta'rif berganligimiz uchun bu yerda ular haqida to'xtalmadik.

Nevrasteniya, davolash muddati va natijasi ko'proq uning to'g'ri olib borilishiga bog'liq. Davolashni boshlashdan oldin nevrasteniyaga olib keluvchi sabablar aniqlanishi va ular iloji boricha bartaraf qilinishi kerak.

Asosiy sabablar bartaraf qilinganda, aksariyat bemorlarda davolashni davom ettirishga hojat ham qolmaydi, ular tuzalib ketishadi. Lekin ba'zi hollarda nevrasteniyaning sababini aniqlash va ularni yo'qotish ancha mushkul bo'ladi.

Bemorning oilaviy ahvoli va ishlash sharoiti bilan tanishib, unga dam olib ishlash, ish soatlarini qisqartirish, ovqatlanish tartibiga rioya qilish, teatr va kinolarga borib turish tavsiya qilinadi.

Nevrasteniyani davolash uchun juda ko'p dori-darmonlar mavjud. Lekin ularga individual tarzda yondashish kerak. Bu maqsadda turli trankvilizatorlar, sedativ dorilar va psixostimulyatorlardan foydalaniladi. Lekin nevrasteniyani davolashda ishlatiladigan aksariyat dorilar kuchli sedativ ta'sirga ega bo'lganligi uchun ularni ishlab yurgan bemorlarga tavsiya qilib bo'lmaydi. Kam miqdorda tavsiya qilinsa, yaxshi natijaga erishib bo'lmaydi. Shuning uchun kuchli tinchlantiruvchi ta'sirga ega va nojo'ya ta'siri kam bo'lgan dorilardan foydalaniladi. Psixosomatik sindromlarni davolashda ishlatiladigan psixodinamik terapiya nevrozlarni davolashda ham keng qo'llaniladi. Shuningdek, bemorlarga umumiy massaj, igna bilan davolash, ertalabki gimnastika va sportning o'ziga ma'qul turlari bilan shug'ullanish tavsiya qilinadi. Yilda bir marta sihatgohlarda dam olib turish ham o'ta foydalidir.

Isterik nevroz (Isteriya)

«Isteriya» so'zi yunoncha *«hysteria»* so'zidan olingan bo'lib, ***bachadon*** degan ma'noni anglatadi. Bu kasallik belgilari haqida qadimgi risolalarda ko'p yozilgan va isteriyani avvallari bachadon funksiyasi bilan bog'lashgan, chunki uni, asosan, ayollarda kuzatishgan. Keyinchalik isterik buzilishlar erkaklarda ham aniqlangan bo'lsada, uning avvalgi nomi saqlanib qolgan. Isteriya nevrozning boshqa turlari kabi keng tarqalgan kasallikdir.

Isterik nevroz, asosan, yoshlik davrida, ko'proq ayollarda kuzatiladi, ayni paytda, uning kelib chiqishi xulq-atvorning bolalikdan isterik tarzda shakllanishiga bog'liq.

Ortiqcha ta'sirlanish, har narsaga haddan tashqari e'tibor berish, mustaqil fikrlay olmaslik, ortiqcha ishonuvchanlik, rang-barang his-tuyg'ularga berilish isteriya uchun juda xos belgilardir. Ular ruhan va jismonan zaif kishilar hisoblanadi. Ko'pchilik isterik bemorlar fe'l-atvori bolalarniki kabi bo'ladi. Bunday bemorlar uchun atrofdagilar diqqatini o'ziga jalb etish xosdir. Isterik buzilishlar faqat nevrozlarda emas, balki psixopatiyalarda ham kuzatiladi. Isterik nevroz

simptomlari aksariyat hollarda xilma-xil kasalliklar alomatini eslatadi, shu bois ham isteriyani «katta mug'ombir» deb atashadi. Ularda barcha somatik kasalliklar belgisini kuzatish mumkin, aslida esa bunday kasalliklar ularda aniqlanmaydi.

Isterik nevrozning turlari xilma-xildir. Ularning barchasi, odatda, ruhiy jarohat (ayniqsa, janjal va xafagarchilik) dan so'ng paydo bo'ladi.

Endi isteriyaning keng tarqalgan turlari bilan tanishib chiqamiz.

Es-hushning kirdi-chiqdi bo'lib qolishi. *Birdan* boshlanadigan va aksariyat hollarda tez tugallanadigan holat bo'lib, bunda bemor atrofga befarq bo'ladi, qayerda ekanligini fahmlay olmaydi, hozir soat nechaligi hamda o'zi nima qilayotganini bilmaydi. Bu holat bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etishi mumkin. Es-hushning isterik torayishida bemor atrofda sodir bo'layotgan voqealardan qisman voqif bo'lsa-da, bo'lib o'tgan hodisalarni eslab qola olmaydi.

Isterik fuga (lotincha *«fuga»* — qochish demakdir). Bunda bemor janjal yoki boshqa bir ruhiy jarohatdan so'ng to'satdan uy, ishxona yoki boshqa *joydan* qochib chiqib ketadi, uning xatti-harakatlari maqsadsiz bo'ladi, vaziyatni tushunish va atrofda nimalar sodir bo'layotganini fahmlash buziladi. Ammo, chetdan qaraganda, boshqa birovlarga uning yurish-turishi maqsadga muvofiqdek ko'rinadi. Arzimagan urush-janjaldan so'ng bunday shaxslar, hatto, boshqa shaharga ham ancha vaqtga ketib qolishi mumkin. Keyinchalik bu bemorlarning ko'pchiligi ular bilan nimalar sodir bo'lganini eslay olmaydi yoki qisman eslaydi, ammo gipnoz holatida hamma narsani eslatish mumkin.

Isterik shaxslarda uchrab turadigan yana bir sindrom **Ganzer sindromidir.** U, odatda, o'tkir rivojlanadi, ruhiy shikastdan so'ng to'satdan boshlanadi. Uning asosiy xususiyati bemorning aql bovar qilmaydigan tuturuqsiz harakatlaridir. Ular eng oddiy savollarga tuturuqsiz javob berishadi. Masalan: «Ikki karra ikki necha bo'ladi?» deb so'ralsa, bemor oliy ma'lumotli bo'lishiga qaramay, «Besh», deb javob beradi yoki qo'lda nechta barmoq bor desa, og'ziga kelgan sonni aytadi. Uning belgilari demensiyani eslatadi, lekin demensiyada bemorlar aksariyat savollarni tushunishmaydi, ulardan iltimos qilgan narsalarni emas, boshqalarini bajaradilar yoki fikrlarini to'g'ri ifodalay olmaydilar, avval orttirgan ko'nikmalarini yo'qotishadi. Demensiya

belgilari, odatda, zo'rayib borsa, isterik «demensiya» belgilariga o'tib ketadi.

Ruhiy jarohat g'oyat kuchli bo'lganda ***isterik stupor*** rivojlanishi mumkin. Bunday paytlarda bemor tamomila harakatsiz bo'lib qoladi, indamaydi va atrofga befarq bo'ladi, yuzida aziyat chekkan ifoda paydo bo'ladi. Bu holat bir necha soat yoki kun davomida o'tib ketishi mumkin. Lekin davolash muolajalari o'tkazilmasa, bu holat bir necha oygacha davom etadi.

Puerilizm — bolalar xatti-harakatini eslatuvchi holat bo'lib, yoshi kattalarda kuzatiladi. Ular bolalarga xos bo'lgan qiliqlar qilishadi: boladek ingichka tovush chiqarib gapiradi, ko'zlarini katta-katta ochadi, kipriklarini pirpiratadi, birov gapirganda og'zini ochib turadi. Bemor shu qilig'i bilan boshqalarning diqqatini o'ziga jalb qiladi. Ammo bundan oldin orttirilgan ko'nikmalari saqlangan bo'ladi.

Isterik buzilishlarning yana bir turi **isterik depressiyadir.** Bunda bemor o'ta past kayfiyatda bo'ladi va bu qilig'i bilan atrofdagilar diqqatini o'ziga jalb etishga intiladi, ularni o'ziga rahmdil bo'lishga chaqiradi. U naqadar og'ir ahvolda ekanligiga boshqalarning e'tibor berishlarini istaydi va hokazo.

Isterik **tutqanoq** xuruji ham keng tarqalgan simptomlardan biridir. Isteriyada kuzatiluvchi tutqanoqlar har xil bo'ladi va ularning epilepsiyada kuzatiladigan haqiqiy tutqanoqlardan farq qiladigan tomoni ko'pdir. Isterik tutqanoq hech qachon bemor yolg'iz qolganda ro'y bermaydi, chunki unga doim tomoshabinlar kerak bo'ladi. Talvasa tutganda, bemor birdan yerga yiqilib, mushaklari tortishadi va talpina boshlaydi, lekin boshi bilan qattiq narsalarga urilmaydi. Ular tutqanoq xuruji paytida o'ziga qulay joy topib, biror joyiga qattiq shikast yetkazmasdan yiqilishadi. Xuruj paytida bemorlar, odatda, yoy singari egiladi — bunga ***isterik yoy*** deb ataladi. Bunday fe'l-atvor ko'pgina injiq va erka bolalarga xosdir. Masalan, onasi yangi o'yinchoq olib bermasa, do'konda yerga yiqilib, qo'l va oyoqlarini, goho boshini ham yerga urib qattiq chinqirab yig'laydi. Agar qo'rqib ketgan ona so'ragan o'yinchog'ini olib bersa, bola shu zahoti tinchlanadi. Bu odat keyinchalik voyaga yetgan yoshda ham namoyon bo'lishi mumkin.

Isterik xurujda mushaklar tortishuvi (xalq orasida buni tomir tortishuvi deb ham atashadi) hammavaqt ham kuzatilavermaydi va xilma-xil bo'ladi, ularda soxtalik hamda atayinlik seziladi. Masalan,

bemor go'yo uni kimdir urmoqchi bo'lgandek, yuzini qo'li bilan berkitadi, qichqirib yuboradi, xo'rsinib yig'laydi va hokazo. Isterik tutqanoqda bemorlarning es-hushi joyida bo'ladi, tevarak-atrofni to'la idrok etishadi va unga tegishlicha reaksiya qilishadi. Masalan, agar xuruj tutganini birov mazax yoki kalaka qilgudek bo'lsa, bemor darhol xurujni to'xtatadi va o'rnidan turib ketadi. Xuruj paytida bemor epilepsiyada bo'lgani kabi tilini tishlab olmaydi va bexosdan qovug'i bo'shab ketmaydi.

Xafaqon kasalligi xuruji yoki yurak xurujini eslatuvchi isterik tutqanoqlar ham ko'p kuzatiladi. Yurakning tez-tez urishi, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi va hushni yo'qotish bilan kechadigan vegetativ xurujlar ana shular jumlasidandir. Xuruj paytida bemor boshdan-oyoq titraydi va «Hamma joyim qaqshab og'riyapti», deb noliydi. Me'da spazmi bilan kechuvchi xurujlarda qorinda kuchli og'riq paydo bo'ladi, bemor to'lg'anib yotib oladi, qayt qiladi.

Isterik nevrozda turli xil falajliklar ham kuzatiladi. **Isterik falajlar** ba'zan miya insultidan so'nggi klinik holatni eslatadi. Bu esa mutaxassis bo'lmagan kishining fikrini chalg'itishi mumkin. Isterik falajliklarda reflekslar va mushaklar tonusi o'zgarmay qoladi, patologik reflekslar kuzatilmaydi.

Tananing qoq o'rta chizig'i bo'ylab, falajlangan tomonda sezgi ham buziladi. Periferik falajlikda kuzatiluvchi mushaklar atrofiyasi, mushak kuchining susayishi qayd qilinmaydi. Bordi-yu, isterik falajlik noto'g'ri davolansa yoki uni davolash cho'zilib ketsa, bemorda uzoq vaqt davom etadigan oyoq-qo'llardagi harakatsizlik mushaklarning diffuz atrofiyasiga sabab bo'lishi mumkin, xolos.

Isteriyaga chalingan bemorlarda ***giperkinezlar*** (beixtiyoriy harakatlar) ham kuzatilishi mumkin. Bu harakatlar bemorda hayajonlanganda kuchayadi va tinchlanganda kamayadi yoki butunlay to'xtaydi. Giperkinezlar isterik xuruj tugagach ham yuz berishi mumkin. Ba'zan bemorda falajliklar giperkinezlar bilan birgalikda kuzatiladi. Isterik giperkinezlar butun gavdaning silkinishi, bosh va oyoqlarning titrashi, ayrim mushak guruhlarining uchib turishi, qo'llarning g'ayritabiiy harakat qilishi bilan kechadi. Chin giperkinezlardan farqli o'laroq, ular bemorning hissiy holati va ruhga shikast yetkazuvchi vaziyatga ko'p jihatdan bog'liq. Bu simptomlar uzoq vaqt davom etishi va arzimagan kelishmovchiliklarda kuchayib ketishi mumkin.

Isterik astaziya-abaziya. Bu holat tik tura olmaslik va yura olmaslik bilan namoyon bo'ladi. Bosh miya katta yarim sharlari peshona bo'lagi zararlanishlaridagi astaziya-abaziyadan farqli o'laroq, isteriyada kuzatiladigan bu sindromda bemorlar yerga emas, balki uni ushlab turgan odam ustiga ag'anaydi. Ularda ham mushaklar gipotoniyasi kuzatiladi, lekin boshqa organik nevrologik simptomlar kuzatilmaydi. Diagnostik murakkab holatlarda paraklinik tekshiruvlar o'tkaziladi.

Isterik algiyalar (ya'ni, og'riqlar) — eng ko'p tarqalgan buzilishlardan bo'lib, deyarli barcha isterik sindromlarda turli ko'rinishlarda kuzatiladi. Bemorlar tananing turli joylari — orqa, qorin, yurak, bosh sohalari doim og'rishidan shikoyat qiladilar. Og'riq, shuningdek, bo'g'im, qo'l yoki oyoq, til, xullas, tananing barcha joyida paydo bo'ladi. Ayni paytda, bunday og'riqdan shikoyat qiluvchi bemorlar turli ixtisoslikdagi doktorlarga murojaat qilib yurishadi. Ba'zan bemorlar jarrohlik operatsiyasi o'tkazishni qattiq talab qilishadi.

Isteriyada yuqorida aytib o'tganimizdek, turli xil **sezgi buzilishlari** ham kuzatiladi. Organik va funksional sezgi buzilishlari orasidagi farqni faqat maxsus nevrologik tekshiruvlardan so'ng aniqlab olish mumkin. Har bir nerv tanadagi muayyan sohaning sezgisi va harakati uchun javob beradi. Isterik anesteziyalarda bu qoida saqlanmaydi. Ayni paytda, pay reflekslarida ham o'zgarishlar kuzatilmaydi, eng jiddiy nevrologik tekshiruvlar ham sezgi buzilishini izohlab beradigan hech qanday organik kasallikni aniqlab bera olmaydi.

Tarixiy adabiyotlarda befarzand ayollarda uchraydigan **isterik homiladorlik** haqida ham yozib qoldirilgan. Bu holatni ba'zi mutaxassislar ichaklarga ortiqcha gaz to'planishi bilan izohlashsa, boshqa birlari qorin mushaklarining vaqtincha bo'shashib kattalashishi hisobiga deb tushuntirishadi. Isterik homiladorlikda qorin uncha kattalashmaydi.

Shuningdek, «sehrli shifolar» haqida klassik adabiyotlarda uchratish mumkin: bemor sehrli tumorgacha emaklab borib, ularga qo'l tekkizgan zahoti shifo topgan, o'rnidan turib, yurib ketgan. Isteriyada «soxta o'lim» haqida ham ma'lumotlarni uchratish mumkin. Bunday bemorlarga tabib «sehrli» qo'lini tekkizganda yoki og'ziga sehrli giyoh eritmasini tomizganda, ular «tirilgan».

So'nggi davrda isterik buzilishlarning klinik alomatlari o'zgardi, bu kishilar hayot tarzining o'zgarganiga ham bog'liq. Bu vaziyatni

axborot hajmi va tibbiyotga oid adabiyotlar ko'payganligi, odamlarning internetdan salomatlikka oid ma'lumotlardan foydalanib boshlaganliklari bilan ham tushuntirish mumkin. Bu adabiyotlar odamlarning tibbiy sohaga oid bilimlarini bir oz kengaytirdi. Bu ma'lumotlarning ijobiy tomonlaridan tashqari, salbiy tomonlari ham ko'pdir.

Aksariyat hollarda isterik nevroz simptomlari birmuncha xilma-xil bo'lib, uning kechishi ko'p tarqalgan kasalliklarni eslatadi: insult, meningit, ensefalit, tarqoq skleroz, o'sma kasalliklari va hokazo. Ba'zi hollarda, isterik bemordagi kasallik belgilari uning boshqa kishilarda kuzatgan yoki tibbiy adabiyotlarda o'qigan kasalliklariga o'xshab ketadi. Shu bois, tashxisni to'g'ri qo'yish uchun turli ixtisosdagi vrachlar nafaqat isterik nevrozning klassik alomatlarini, balki «zamonaviy» isterik simptomlarning klinik belgilarini ham o'zlashtirib borishlari kerak.

Ko'rsatib o'tilgan xususiyatlar turli ixtisoslikdagi vrachlarga isterik buzilishlarni chin kasalliklardan ajratishda yordam beradi. Shuningdek, isterik nevrozning barcha alomatlari soxtadir. Bemor atrofidagilarga shunday deb yuboradi: «Menga e'tibor bermaganingizdan ana shu ahvolga tushib qoldim-ku! Men falaj bo'lib qoldim (yoki ovozim bo'g'ildi, eshitmay qoldim, ko'rmay qoldim va shu kabilar), sizning aybingiz bilan a'zoi badanim qaqshab og'riyapti va dardim bedavo bo'lib qolgan», deb zorlanadi.

Isterik belgilarni davolashni o'ta qisqa muddat ichida olib borish kerak. Davolash muolajalari qancha ko'p cho'zilsa, ijobiy natijaga erishish shuncha qiyin bo'ladi. Bemorlar to'la tuzalgandan so'ng ham oilaviy va boshqa mojarolar oqibatida yana doktor qabuliga kelib qolishlari mumkin. Isterik bemorlar vrachlar va tabiblarga eng ko'p qatnaydigan bemorlar sirasiga kiradi.

Miyadan ketmaydigan fikrlar

Nevrozning bu turi qadimdan ma'lum bo'lib, bu kasallik ***psixosteniya*** deb ham atalgan. Psixasteniya atamasini fransuz olimi Per Jane taklif qilgan va miyadan ketmaydigan fikrlar bu kasallikning asosiy belgisi ekanligini aytgan.

Agar tarixga bir nazar tashlaydigan bo'lsak nevrasteniya, isteriya va psixoasteniyaning klinik belgilari to'g'risida Sharq olimlari (ayniqsa,

Ibn Sino) risolalarida ko'p bor eslatib o'tilgan. Bir necha asrlardan so'ng deyarli barcha kasalliklar singari nevroz va psixoasteniyalar ham Yevropa olimlari tomonidan sistemalashtirildi, ularga nom berildi hamda tasniflari yaratildi. Shuning uchun bo'lsa kerak, biz Yevropa olimlari tomonidan yaratilgan darsliklarda Sharq (Markaziy Osiyo, Xitoy, Eron, Iroq va hokazo) olimlarining nomlarini juda kam uchratamiz.

Miyadan ketmaydigan fikrlar nevrozning bir turi hisoblanib, uning uchun psixoastenik belgilar xosdir, ya'ni doimiy shubha, qo'rquv, miyaga azob beruvchi tasavvurlar va g'oyalar, turli harakatlar hamda intilishlar. Bemor bu fikrlarning barchasidan qutulishga harakat qiladi, davo choralarini izlaydi, lekin bu urinishlar, ko'pincha, zoe ketadi, uni miyaga o'rnashib qolgan fikrlar qiynayveradi. Miyadan ketmaydigan fikrlarning doimiyligi, takrorlanuvchanligi va ulardan qutulishning o'ta qiyinligi bemorni qiyin ahvolga solib qo'yadi. Bu holatlarga bemor tanqidiy nuqtayi nazar bilan qaraydi, ularning asosli emasligi va g'alati ekanligini tushunadi, ularga bardosh berishga intiladi, lekin fikrlar uning xohish-irodasiga bog'liq bo'lmagan holda paydo bo'laveradi. Bemor ularni mustaqil ravishda enga olmaydi.

Miyadan ketmaydigan fikrlarning yaqqol klinik ko'rinishlari, bular **qo'rquv (fobiyalar)** va miyaga o'rnashgan **turli g'oyalardir (obsessiyalar)**. **Fobiya** xayoldan ketmaydigan qo'rquvdir. Uning quyidagi turlari farq qilinadi:

konserofobiya — rakka chalinib qolishdan qo'rqish;

kardiofobiya — tuzatib bo'lmaydigan yurak kasaliga chalinishdan qo'rqish;

lisofobiya — ruhiy xastalikka chalinishdan qo'rqish;

klaustrofobiya — yopiq joydan qo'rqish (masalan, lift kabinasi, kichik xona);

agarofobiya — aksincha, ochiq joylardan qo'rqish va hokazo.

Balandlik, metroda yurish, biror yuqumli kasallik yuqib qolishi, iflos bo'lish va odamlar oldida so'zga chiqishdan qo'rqish kabi simptomlar ham fobiyalar uchun xosdir.

Dastlabki qo'rquv muayyan vaziyatlarda paydo bo'ladi va u miyaga o'rnashib qoladi. Masalan, bemor hamma yoqni ko'rish uchun tomga chiqadi va pastga qaragan zahoti qattiq qo'rqib ketadi, boshi aylanadi, u go'yo pastga qulab tushayotgandek xavfsiraydi. Buning oqibatida bemorda balandlikdan qo'rqish miyaga o'rnashib qoladi

va keyinchalik u boshqa vaziyatlarda ham paydo bo'laveradi. Dastlab qo'rquv balandlikka ko'tarilish kerak bo'lganda, so'ng esa balandlikka ko'tarilish ehtimoli bo'lsa va ana shu balandlikka ko'tarilish kerak, degan xayolga borganda paydo bo'ladi. Bemorda balandlikdan qo'rqadigan vaziyatlar borgan sari ko'payadi. Endilikda u liftda yurish va derazadan qarashdan qo'rqadi, u hatto balandlik uncha katta bo'lmaganda ham cho'chib tushadi.

Fobiyalar paydo bo'lganda vegetativ simptomlar ham namoyon bo'ladi – bemorning yuzi qizaradi yoki rangi o'chadi, og'zi quriydi, yuragi tez-tez uradi, arterial bosim oshib ketadi, ter bosadi, ko'z qorachiqlari kengayadi va hokazo. Birorta og'ir ichki a'zolar kasalligi paydo bo'lishidan qo'rqish, odatda, psixosomatik simptomlar bilan birga kechadi, ya'ni bemor salomatligiga haddan ortiq e'tibor beradi. Masalan, kardiofobiyada yurak urishini eshitib turadi, tomir urishini sanaydi yoki arterial qon bosimini o'lchayveradi, har safar yuragi noto'g'ri ishlayotganidan gumonsirab, terapevtdan EKG qilishini va puxta tekshiruv o'tkazishini iltimos qiladi.

Kasallik xuruji qo'zg'alib qolishidan qo'rqqan aksariyat bemorlar yo'lda odamlar bor joydan yuradilar, tibbiyot muassasalariga yaqin bo'lgan yo'lni tanlaydilar, yo'l-yo'lakay dorixonaga kirib turadilar, u yerda yurak dorilari va tibbiy xodimlar borligini ko'rib tinchlanadilar.

Obsessiyalar bu miyadan ketmaydigan shubhali xayollar, fikrlar bo'lib, ketma-ket yog'ilib kelaveradi. Ular bemorning xohish-irodasiga bog'liq bo'lmagan holda quyilib kelaveradi va unga og'ir botadi, aslida yoqmaydi hamda ulardan vrach yordamisiz qutula olmaydi.

Miyada o'rnashib qolgan fikrlar bemorlarni uyidan chiqa turib, «Eshikni qulfladimmi, olovni o'chirdimmi, suvni berkitdimmi?» kabi xayollar bezovta qilaveradi. Uyga qaytib kirib, qayta tekshiradi, hammasi tinchligiga ishonch hosil qiladi va yana ko'chaga qaytib chiqadi. Uydan biroz uzoqlashgandan so'ng yana haligi fikrlar yog'ilib kelaveradi va yana uyiga qaytadi. Siqilib ketganidan yig'lab yuboradi, hech qayoqqa chiqmay qo'yadi. O'zida kechayotgan bu alomatlarga, albatta, bemor tanqidiy ko'z bilan qaraydi va ulardan qutulishni istaydi, lekin hech buning ilojini topa olmaydi.

Ba'zan bemorda mantiqan bir-biriga zid xayollar paydo bo'ladi. Masalan, yaqinlashib kelayotgan mashina tagiga o'zini tashlash istagi

paydo bo'ladi-yu, mashina yaqinlashganda, birdan qo'rqib ketib, orqaga tisariladi. Ba'zi bemorlarning miyasiga o'ziga yoki boshqa birovga pichoq sanchishdek fikrlar keladi va shu ishni qilib qo'ymay deb pichoqqa yaqin borishmaydi yoki uni berkitib qo'yishadi.

Obsessiyalar bilan aziyat chekadiganlarda kompulsiyalar ham ko'p uchraydi. Kompulsiyalar bir xil harakatlarning tinmay kuzatilaverishi bilan namoyon bo'ladi. Masalan, bemor qo'lini yuvib boshlasa uni to'xtata olmaydi, ya'ni hadeb sovunlab yuvaveradi, yuvaveradi. Uyni hadeb yig'ishtiraverish, sochini hadeb turmaklayverish, hadeb dush qabul qilaverish, hadeb kitob varaqlayverish va hokazo. Bu hatti-harakatlarni bemor o'z xohishi bilan to'xtata olmaydi va qiynalib ketganidan yig'lab yuboradi.

Miyadan ketmaydigan fikrlar nevrozi o'z vaqtida davolanganda barham topadi. Ba'zi hollarda esa bir necha oy va hatto, bir necha yillargacha cho'zilib ketishi mumkin. Remissiya bilan kuzatiladigan xom xayollar ham bo'ladi, ya'ni bemor bir necha oy yaxshi yuradi, so'ng miyadan ketmaydigan fikrlar yana paydo bo'ladi.

Nevrasteniya va isterik nevrozdan farqli o'laroq, miyadan ketmaydigan fikrlar surunkali kechishga moyil bo'ladi. Aksariyat bemorlar tuzalib ketganidan so'ng ham xursand bo'lish o'rniga, yana o'sha kasallik belgilari qachon paydo bo'lishini kutib yashashadi.

13.2. Depressiya

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra yer sharida depressiya bilan ro'yxatga olinganlar soni 160.000.000 dan oshgan. Biroq, aksariyat mutaxassislar fikricha, depressiya bilan kasallangan har uch bemorning biri vrach nazoratida turadi, xolos. Boshqa bir guruh mutaxassislarning fikricha esa depressiya bilan kasallanganlar sonini aniqlash mushkul, chunki u turli klinik ko'rinishda namoyon bo'lmoqda va hammavaqt ham tashxis to'g'ri aniqlanayotgani yo'q. Chunki depressiya bilan og'rigan bemorlarning hammasi ham psixiatr yoki psixologlarga murojaat qilishmaydi. Yevropa davlatlari mutaxassislarining ma'lumotlariga ko'ra depressiyada somatik buzilishlar ko'p uchraganligi sababli bemorlarning deyarli 80 foizi umumiy amaliyot shifokoriga murojaat qilishadi. Biroq, ular tomondan 5 foiz holatlardagina «depressiya» tashxisi to'g'ri aniqlanadi. Boshqa bemorlar har

xil tashxislar bilan turli mutaxassislarga davolanib yurishadi. Kasallik avj olib, bemor og'ir depressiya holatiga tushgandan so'ng ular psixiatr yoki psixologga yuboriladi.

Depressiyaning takrorlanishi, vaqti-vaqti bilan klinik belgilarining kuchayib turishi va surunkali kechishi bu kasallik bilan og'rigan bemorlarni doimiy nazoratga olishni taqozo etadi.

Iqtisodiy jihatdan olganda ham depressiya «eng qimmat kasalliklardan» biridir. Masalan, AQSH da depressiyani davolash bilan bog'liq bo'lgan sarf-xarajatlar yiliga 48 mlrd. dollarga tengdir. Taqqoslash uchun: yurak qon-tomir kasalliklarini davolashga 43, o'pka kasalliklarini davolashga 18 mlrd. dollar sarf qilinadi.

Barcha tibbiy kasalliklar ichida depressiyaning tarqalish darajasi 22—33 foizga teng bo'lib, eng ko'p tarqalgan kasallik bo'lmish arterial gipertenziyadan oshib ketadi (W. Katon, M. Sulliven, 2006).

Depressiya rivojlangan davlatlarda ko'p uchragani uchun uning shakllanishida ijtimoiy omillarga ham e'tibor berishadi. XXI asr — stress asri deyilmoqda. Bu asr deyarli barcha davlatlarda kuchli ijtimoiy-inqilobiy burilishlar bilan boshlandi. Aksariyat mutaxassislar depressiyaning tarqalish darajasi davlatning egallab turgan iqtisodiy-ijtimoiy maqomiga bog'liq emas, deb hisoblashadi, boshqa birlari esa mamlakatning ijtimoiy-iqtisodiy ahvoli depressiyaning tarqalish darajasiga ta'sir ko'rsatadi, deyishadi. Biroq, tan olish lozimki, hayot tarzining keskin o'zgarib borishi, vaqtning doimo tig'izligi, jamiyatdan orqada qolmaslik, individuumga talablarning kundan-kunga oshib borishi, turmushning poygaga o'xshab borayotganligi, muvaffaqiyatsizliklardan qo'rqib yashash kabi vaziyatlar ham depressiya shakllanishiga turtki bo'ladi.

Depressiya bilan og'riganlar soni va ular orasida joniga qasd qilayotganlarning yildan-yilga ko'payib borishi bu kasallikning katta tibbiy-ijtimoiy muammoga aylanganini ko'rsatadi. Aksariyat xorij davlatlarida bu muammoning yechimini samarali hal qilish uchun umumiy amaliyot shifokorlari depressiya bo'yicha maxsus dasturlar orqali o'qitilib, bemorlarga yordam ko'rsatish usullari o'rgatilmoqda. Ya'ni, umumiy amaliyot shifokori depressiyani aniqlashi va uni mutaxassisga jo'natishi, mutaxassis tavsiyalari bilan tanishib chiqqan holda bemorni nazoratga olishi va davolash jarayonida faol ishtirok etishi lozim.

Diplomga ega tibbiy psixolog xuddi psixiatr kabi depressiyaning og'ir turlarini o'zi mustaqil davolashga haqlidir.

Depressiya insonning yashash tarziga salbiy ta'sir ko'rsatadi, bemorning atrof-muhitga moslashuvini susaytiradi, odamlar bilan munosabatini murakkablashtiradi. Depressiya – surunkali kechuvchi patologik holat bo'lib, aksariyat hollarda, somatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi.

Depressiya etiologiyasi

Depressiya, asosan, o'tkir va surunkali ruhiy jarohatlardan so'ng paydo bo'ladi. Ba'zan hech qanday sababsiz rivojlanadi, bunday paytlarda depressiyaga nasliy moyillik haqida so'z ketadi.

Depressiya og'ir va uzoq davom etuvchi somatik kasalliklar bilan og'riydigan bemorlarda ham rivojlanib, uning ahvolini og'irlashtiradi. Depressiya ba'zan uzoq vaqtli remissiyalardan so'ng takrorlanib turishi mumkin. Davolanishdan qat'i nazar, yillab davom etadigan depressiyalar ham bo'ladi, bunday paytlarda uning og'ir turi haqida so'z yuritiladi. Somatik simptomlar ustunlik qiluvchi yoki ruhiy-hissiy buzilishlarsiz faqat somatik simptomlar bilan kechuvchi depressiyalar ham mavjud. Bunday hollarda niqoblangan depressiya tashxisi qo'yiladi va uni to'g'ri aniqlash ancha vaqt talab qiladi, ba'zan u aniqlanmay qoladi.

Depressiyaning kelib chiqishida tibbiy-psixologik omillardan tashqari, ijtimoiy va biologik omillarga ham katta e'tibor beriladi. Biologik omillardan, avvalambor, miyada mediatorlar (serotonin, noradrenalin, asetilxolin va hokazo) almashinuvi buzilishiga katta e'tibor qaratiladi. Depressiyaning an'anaviy tasnifiga binoan uning kelib chiqishiga qarab psixogen, konstitusional, endogen va somatogen (organik) turlari farq qilinadi. Ularning klinik ko'rinishlari ham bir-biridan biroz farq qiladi. Kasalliklarning 10-xalqaro tasnifiga binoan ruhiy va xulq-atvor buzilishlar sindromal prinsipga asoslanib tuzilgan.

Depressiya diagnostikasi

Depressiya aksariyat hollarda bemorlar tomonidan ham, yaqinlari tomonidan ham, ba'zan vrachlar tomonidan ham yomon xulq-atvorning bir ko'rinishi sifatida qabul qilinadi va shuning uchun

vaqtida aniqlanmay qoladi. Psixosomatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladigan depressiya ham o'z vaqtida aniqlanmay «ichki kasalliklar» tashxisi qo'yiladi. Depressiya — faqat kayfiyatning tushishi bilan bog'liq bo'lgan holat emas, balki bir nechta simptomlardan iborat kasallikdir. Bu kasallikni erta aniqlash va davolash muolajalarini erta boshlash bemorning depressiyadan tezda chiqib ketishiga yordam beradi.

Ba'zan bemorlar «depressiya» tashxisi aniqlangandan so'ng ham vrach yoki psixologga murojaat qilishmaydi. Buning sabablari turlichadir: qarindosh-urug'lardan, hamkasblar va qo'ni-qo'shnilardan uyalish; psixiatr yoki psixonevrolog nazoratida qolib ketishdan qo'rqish; ishdan haydalish yoki ishga qabul qilinmaslikdan qo'rqish, tuzalib ketishiga ishonmaslik, psixotrop dorilarni qabul qilishdan qo'rqish va hokazo. Aksariyat holatlarda, depressiya oila va ishdagi muvaffaqiyatsizliklar yoki baxtsiz voqealardan so'ng rivojlanadi. Bunday paytlarda bemorlar «Shu ahvolga tushganimning sababi aniq-ku, psixolog nima ham qilib berardi, vaqt o'tib tuzalarman», deb davolanishdan voz kechishadi. Psixolog bemorni aynan shu kabi vaziyatlardan chiqaruvchi mutaxassis ekanini unutib qo'yishadi yoki anglab yetishmaydi. Odatda, bunday bemorlarni uning yaqinlari, tanish-bilishlari psixologga murojaat qilishga undashadi. Demak, ular psixolog qabuliga majburan kelishadi. Psixolog qabulida dastlabki suhbatdan o'tgan bemorning dunyoqarashi, aksariyat hollarda, keskin o'zgaradi va keyinchalik uning o'zi psixolog qabuliga qatnay boshlaydi. Albatta, dastlabki suhbatning samarasi psixologning mahoratiga ham ko'p jihatdan bog'liq.

Depressiyaning klinik belgilari va tasnifi

Depressiyaning klinik ko'rinishi turli-tuman bo'lib, ruhiy-hissiy, somatik, xulq-atvor va kognitiv buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Ularni shartli ravishda quyidagi turlarga ajratish mumkin.

Ruhiy-hissiy buzilishlar:

— kayfiyatning tushib ketishi, umidsizlik, g'am-g'ussa;
— doimiy xavotir, yomon voqealarni kutib yashash;
— aybdorlik hissi yoki o'zini hadeb ayblayverish;
— qaysarlik, o'jarlik, o'z bilganidan qolmaslik;

– o'z hayotidan qoniqmaslik va o'zini kamsitish;
– atrofdagi voqealarga, yaqinlariga qiziqishning yo'qolishi.

Somatik buzilishlar:

– bosh og'rig'i, nafas olishning buzilishi;
– anoreksiya, bulimiya, qabziyat, ba'zan diareya;
– libidoning pasayishi, impotensiya, hayz ko'rishning buzilishi;
– psevdodermatologik simptomlar.

Xulq-atvor o'zgarishlari:

– o'z joniga qasd qilishga urinishlar;
– biror-bir faoliyatga intilmaslik, kamharakatlilik;
– yolg'izlikka intilish, birovlar bilan muloqotdan qochish;
– ichkilikka yoki turli farmakologik dorilarga ruju qo'yish.

Kognitiv buzilishlar:

– fikrlar karaxtligi, aqliy faoliyatning pasayishi (demensiyadan farqli o'laroq o'tib ketuvchi xususiyatga ega);
– parishonxotirlik, xotira pasayishi, ayniqsa eslab qolishning buzilishi;
– uyqu buzilishi (uyqusizlik yoki uyquchanlik).

Depressiya tashxisini qo'yish uchun yuqorida sanab o'tilgan simptomlarning aksariyati kamida ikki hafta mobaynida kuzatilishi lozim.

Kasalliklarning 10-xalqaro tasnifida «Affektiv buzilishlar» rukniga quyidagilar kiritilgan: hozir kuzatilayotgan depressiv epizod, rekurrent (takrorlanuvchi) depressiya, bipolar buzilishlar (depressiya va maniakal holatlarning almashinib turishi), siklotimiya va distimiyani o'zida mujassam etgan kayfiyatning surunkali buzilishlari.

Affektiv buzilishlar klinikasida depressiv epizodlar (katta, unipolyar yoki monopolar va avtonom depressiyalar) alohida o'rin tutadi. Shuningdek, ushbu tasnifda nopsixotik ko'rinishdagi affektiv buzilishlar ichida «stress bilan bog'liq nevrotik va somatik buzilishlar» hamda «aralash xavotirli va depressiv buzilishlar» farq qilinadi.

Agar xavotir va depressiya belgilari birgalikda namoyon bo'lsayu, biroq vegetativ buzilishlar ustunlik qilsa, unda depressiyaning yengil turi haqida so'z yuritiladi. Bunday holatni mutaxassislar «Xavotirli depressiya» deb atashadi. Agar vegetativ buzilishlar va depressiya belgilari bir xil tarzda namoyon bo'lsa, «aralashgan xavotirli-depressiv buzilishlar» tashxisi qo'yiladi. Bularning ichida

depressiv epizod, odatda, to'la tuzalish bilan yakunlanadi, biroq, ba'zi bemorlarda vegetativ belgilar uzoq davom etadi. Tuzalgan bemorlarning 30 foizida depressiya qaytalanishi mumkin. Bunday holat rekurrent (takrorlanuvchi) depressiv buzilishlar deb ataladi.

Depressiya diagnostikasida uning kechishini to'g'ri baholash o'ta muhimdir. Masalan, tibbiy amaliyotda ko'p uchraydigan rekurrent (takrorlanuvchi) depressiya, depressiv va maniakal bosqichlarning almashinib turishi bilan kechadigan bipolar buzilishlar ba'zi bir diagnostik qiyinchiliklar tug'dirishi mumkin.

Xalqaro tasnifga muvofiq, depressiyaning yengil (subdepressiya), o'rtacha va og'ir turlari farqlanadi.

Depressiyani aniqlashda gipodiagnostika ko'p uchraydi va o'nta bemordan bor-yo'g'i bittasi maxsus davolash muolajalarini oladi, xolos. Somatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladigan depressiyalarda bemorlarga zarur bo'lmagan tekshiruvlar va shart bo'lmagan dori-darmonlar buyuriladi. Tabiiyki, bunday yo'l kutilgan ijobiy natijani bermaydi.

Aytib o'tganimizdek, depressiyaga kayfiyatning pasayishi, fikrlar karaxtligi va harakatga bo'lgan ishtiyoqning yo'qolishi xosdir. Mana shu uchta simptomning uzoq vaqt birgalikda namoyon bo'lishi, depressiya tashxisini qo'yishga asos bo'la oladi. Depressiya bilan og'rigan bemorlarga dunyoni va atrofda bo'layotgan voqealarni salbiy tarzda qabul qilish, o'zining hayotda tutgan o'rnini pessimistik ruhda baholash, o'zini hech kimga keraksizdek his qilish o'ta xosdir. Ular doimo xavotirda yashashadi, hech qanday faoliyatga qiziqish bo'lmaydi, atrofdagi o'yin-kulgilar va yaqinlarining taqdiriga e'tibor ham qilmaydi.

Ular doimo xo'rsinib yurishadi, chalg'itish uchun biror-bir ishga majburlash mumkin, biroq buni shunchaki bajarishadi. Bemorlar uxlay olishmaydi yoki faqat uyqu bosaveradi, yomon tushlar ko'rishadi (birovlarni bo'g'ib o'ldirishadi, pichoqlaydi, olamdan o'tgan yaqinlari va qonli voqealarni ko'p ko'radi). Bu esa bemorlar kayfiyatini yanada tushiradi va ahvolini og'irlashtiradi.

Depressiyaga ta'rif bera turib, ushbu kasallik uchun xos bo'lgan yana bir xavfli belgini aytib o'tish lozim, ya'ni o'z joniga qasd qilishga intilish. Shuning uchun ham depressiya barcha davlatlarda ijtimoiy muammoga aylangan.

Abdominal buzilishlar haqida so'z yuritadigan bo'lsak, depressiyada anoreksiyaning ham ko'p uchrashini ta'kidlash lozim.

Anoreksiya ovqat yeyishdan bosh tortish bilan namoyon bo'ladi. Ruhiy shifoxonalarda depressiyaning og'ir turi bilan davolanayotgan va ovqatlanishdan butunlay bosh tortgan bemorlarni majburlab, zond orqali ovqatlantirishga to'g'ri keladi.

Lekin bu muammoni ba'zi bemorlarga tushuntirish orqali hal qilish mumkin.

Past kayfiyat depressiya xuruji davrida doimo namoyon bo'ladi va atrofdagi vaziyatga qarab o'zgaravermaydi. Biroq kun davomida kuchayib yoki kamayib turishi mumkin.

Aksariyat psixologlarning fikricha, depressiya kuchli, maqsadga intiluvchan, biroq hissiyotga beriluvchan odamlarda ko'p kuzatiladi. Ularning depressiyaga tushishdan oldingi hayoti o'rganilganda, quyidagi xususiyatlar aniqlangan:

1. Depressiyaga uchragan shaxslarning o'ziga xos dunyoqarashi bo'ladi, ular atrofdagi voqealarni o'z dunyoqarashidan kelib chiqqan holda tahlil qiladigan va hissiyotga beriluvchan shaxslardir. Ular, ko'pincha, hayotdan qoniqmay yashashadi, erishgan yutuqlari ularni qoniqtirmaydi, faoliyatlariga tanqidiy munosabatda bo'lishadi, faqat marrani egallash uchun yashashadi. Shu bilan birga, boshqalarning, masalan, hamkasblarining xatolarini topishni va maslahat berib yurishni xush ko'rishadi. Odatda, ular kuchli odamlardir. Agar uning xatosini ko'rsatishsa, bundan qattiq aziyat chekadi va shu odamni yoqtirmay qoladi.

2. Ular oilada ham, uyda ham aniq bir reja asosida hayot kechirishga intilishadi, o'ta talabchan bo'lishadi, bola-chaqasidan ham shunday yashashni talab qilishadi. Bu, ko'pincha, oilaviy mojarolarga sabab bo'ladi.

3. Ular oila va ishdagi muvaffaqiyatsizliklar, musibatli voqealarni og'ir qabul qilishadi, ichkilikka ham tez ruju qo'yishlari mumkin.

4. Ular yolg'izlikni yoqtirishadi, biror ishni boshlashsa yoki rahbarlardan topshiriq olishsa, uni mukammal bajarishga intilishadi. Bunday odamlar arzimagan bahodan juda xursand va arzimagan koyishdan qattiq xafa bo'lishi mumkin.

Shuning uchun ham ularning jahlini chiqarish yoki kayfiyatini tushirish osondir.

Davolash usullari

Depressiyani davolashda psixoterapiya va psixofarmakoterapiyaga asosiy urg'u beriladi.

Har qanday depressiyada psixofarmakoterapiya psixoterapiya bilan boshlanishi va tugallanishi kerak. Farmakoterapiyadan oldin o'tkazilgan psixoterapiya davolanish jarayonini yengillashtirsa, undan so'ng o'tkazilgani depressiya qaytalanishining oldini oladi. Bugungi kunda depressiyani davolash jarayonida qo'llaniladigan psixoterapevtik usullar juda ko'p bo'lib, ularning ba'zilari haqida to'xtalib o'tamiz.

Psixoterapiya

Psixoanaliz (psixodinamik terapiya). Psixodinamik nazariyaga muvofiq depressiyaning negizida ichki ongsiz ziddiyatlar yig'indisi yotadi: shaxs bir tomondan, birovlarga qaram bo'lishni istamaydi, ikkinchi tomondan, boshqalar uni e'tirof etishi va qo'llab-quvvatlashini istaydi. Albatta, ushbu bir-biriga zid holatlar doimiy qoniqmaslik hissini yuzaga keltiradi, ya'ni boshqalarga nisbatan qahr-g'azab va xafagarchilik shaxsning ichki dunyosini qamrab oladi. Shu asnoda shaxsning o'zi esa boshqalarning nazdida mehribon, odamovi va ajoyib inson sifatida tan olinishni istaydi. Psixoanalitiklarning fikricha, mana shu istaklarning ro'yobga chiqmasligi depressiyaning shakllanishiga turtki bo'ladi. E'tirof etilmagan har bir xohish va istak yillar mobaynida ong ostida qo'nim topadi va ular yig'ilgan sayin ichki ziddiyatlar kuchaya boradi. Bunday paytlarda depressiyaning o'tkir tarzda yuzaga kelishi uchun kuchli stressning o'zi yetarlidir. Surunkali tarzda shakllanadigan depressiya esa doimiy ruhiy-hissiy zo'riqishlar ta'siri ostida rivojlanadi.

Psixodinamik terapiyaning asosiy maqsadi depressiyaga uchragan bemorlarda ichki ziddiyatlarni to'la ochib tashlashga qaratilgan. Bu terapiya, albatta, individual tarzda olib boriladi va har bir bemorda ichki ziddiyatlar sababini ochishga qaratilgan bo'ladi. Psixodinamik terapiya bemorda katarsis, ya'ni ruhiy poklanishga erishilgunga qadar olib boriladi. Ijobiy natijaga bir necha kun ichida erishish mumkin, ba'zan esa bu jarayon bir necha oyga cho'ziladi.

Kognitiv psixoterapiya bemorda o'zini, atrofdagi voqealar hamda kelajakni ijobiy va optimistik tarzda fikrlash san'atini shakllantirishga

qaratilgan bo'ladi. Bu terapiyaning asosida ham bemorning fikrlash dunyosini ijobiy tomonga o'zgartirish yotadi. Kognitiv psixoterapiyaning usullari ko'p bo'lib, ular maxsus adabiyotlarda batafsil yoritilgan.

Bemor bilan olib boriladigan psixologik suhbatlar depressiyaning turi va og'ir-yengilligiga qarab, 10—20 seansgacha bo'lishi mumkin.

Depressiyaga uchragan bemorlarni davolashda uning yaqinlari bilan o'zaro muloqotlar olib borish ham juda foydalidir. Biroq agar bemor bunga ruxsat bermasa, bu muloqot teskari natija berishi ham mumkin. Albatta, psixolog bemorning yaqinlari bilan suhbatlar olib borishi kerak, chunki bu suhbatlar bemor haqida to'la ma'lumotga ega bo'lishga yordam beradi. Shuningdek, psixolog bemorning yaqinlariga uning oldida o'zlarini qanday tutish lozimligini tushuntiradi.

Bu juda muhimdir. Chunki ba'zi oila a'zolari yaqinlarining ahvolidan shunday kuyinishadi-ki, natijada uyda motamsaro muhit yaratiladi, bu faqat bemorning ahvolini yanada og'irlashtirishi va suisidal urinishlarni kuchaytirishi mumkin. Bemorga hadeb yonbosaverish ham, uning xulq-atvorini tanqid qilaverish ham mumkin emas.

Suisidal fikrlar va urinishlar mavjud bemorlarni yolg'iz qoldirmaslik kerak. Oila a'zolari tomonidan nazorat shunday bo'lishi kerakki, bemorning o'zi buni bilmasin. Chunki, hadeb bemorni qo'riqlayverish uning joniga tegishi mumkin. Bemorning ishonchini qozongan oila a'zolari bilan ko'chaga chiqib, aylanib kelish va sayr paytida, asosan, bemorni so'zlatish, uning his-tuyg'ulariga hamdard bo'lish o'ta muhimdir.

Bemor doimo psixolog bilan har qanday vaziyatda ham bog'lana oladigan imkoniyat bo'lishi lozim, chunki zudlik bilan psixolog yordami lozim bo'lib qolishi mumkin.

Farmakologik vositalar bilan davolash

Farmakologik vositalar depressiyaning barcha turlarida va uning darajasidan qat'i nazar, tavsiya etilishi mumkin. Vrach yoki psixologning bemor oldiga qo'yadigan eng asosiy shartlaridan biri davolanishni reja asosida olib borish va psixolog tavsiyalarini so'zsiz bajarishdir.

Bugungi kunda dori vositalardan antidepressantlar keng qo'llaniladi. Antidepressantlardan fluoksetin (prozak, profluzak), sertralin (zoloft), sitalopram (sipramil), paroksetin (paksil), fluvoksamin (fevarin), tianeptin (koaksil), mianserin (lerivon), moklobemid (auroriks), milnasipran (iksel), mirtazapin (remeron)lar ko'p ishlatiladi.

Antidepressantlar bilan davolash qonun-qoidalari.

1. Depressiya turi, darajasi, klinik manzarasi va bemorning somatik ahvolidan kelib chiqqan holda aniq bir antidepressant tanlab olinadi. Uning kundalik miqdori belgilanadi va davolash sxemasi tuziladi.

2. Antidepressantlar bilan davolaganda, depressiya belgilari sekinasta yo'qolib borishi (odatda, 1—2 haftadan so'ng) bemorga tushuntiriladi. Uni vrachdan bemaslahat to'xtatib qo'yish mumkin emasligi uqtiriladi. Antidepressantlarni bir necha oy ichish zarurligi va depressiya belgilari butunlay yo'qolgach, vrachning o'zi davolashni to'xtatish vaqtini belgilashi aytiladi.

3. Antidepressantlarni kasallik belgilari yo'qolgandan so'ng ham yana 4—6 oy mobaynida, ba'zan undan ham ko'p ichish zarurligi tushuntiriladi. Bu qoida depressiyaning yana qaytalanmasligi uchun qabul qilingan.

Farmakologik dorilar bilan davolash jarayonida rejali tarzda psixoterapiya muolajalarining o'tkazilishi bemorning depressiyadan chiqish davrini tezlashtiradi. Psixoterapevtik muolajalar paytida bemor bilan muloqotlar olib boriladi, antidepressantlarni qabul qilish bilan bog'liq bo'lgan muammolar yechiladi (chunki aksariyat bemorlar 1 oydan so'ng dori ichishni to'xtatib qo'yishadi), bemorda yaxshi natijalarga ishonch hosil qilinadi. Bugungi kunda depressiyani davolashda ishlatiladigan antidepres-santlar soni ko'pdir. Bunda antidepressantlarni (timoanaleptiklarni) to'g'ri tanlay olish o'ta muhimdir. Ularni muddatidan oldin to'xtatib qo'yish yoki asossiz tarzda kam miqdorda berish kutilgan ijobiy natijani bermaydi. Bemor depressiya belgilari tugaguncha doimo vrach nazoratida bo'lishi zarur. Dorilarni to'satdan to'xtatish depressiyaning yana qo'zg'alishiga sabab bo'ladi.

Depressiyani davolashda antidepressantlar bilan birgalikda, fizioterapiya, igloterapiya, fitoterapiya, davolash gimnastikalarini qo'llash bemorning tuzalishini tezlashtiradi.

Endi O'zbekistonda depressiyani davolashda ko'p qo'llaniladigan antidepressantlar haqida qisqacha ma'lumot berib o'tamiz.

Zoloft (sertralin) depressiya va obsessiv-kompulsiv buzilishlarni davolashda keng qo'llaniladi. Zoloft organizmga xolinolitik, kardiotoksik va sedativ ta'sir ko'rsatmaydi va uni barcha yoshdagi bemorlarga tavsiya qilish mumkin, shu jumladan, o'smirlarga ham. Dori timoanaleptik va yengil stimullovchi ta'sirga ega. Dori bir haftadan so'ng ta'sir qila boshlaydi, biroq aniq ta'siri 3—4, ba'zan 6—8 haftalarda seziladi. Zoloft depressiyaning barcha turlarini davolashda ishlatiladi. Zoloft kam miqdorda (kundalik dozasi 50—100 mg) profilaktik maqsadda rekurrent depressiyalarda, obsessiv-kompulsiv buzilishlarda esa kuniga 150—200 mg dan 2—4 oy mobaynida buyuriladi. Zoloft 50 mg dan tabletka ko'rinishida ishlab chiqariladi.

Zoloft alkogol, karbamazepin, galoperidolning ta'sirini kuchaytirmaydi. Yurak qon-tomir kasalliklari zoloftni tavsiya qilishga monelik qilmaydi, shuning uchun ham uni infarktdan so'ng kuzatiladigan xavotirli-depressiv buzilishlarni davolashda qo'llash mumkin. Dorini uzoq vaqt qabul qilish unga bog'lanib qolishni chaqirmaydi hamda sedativ ta'sirining yo'qligi bemorning jismoniy va ruhiy faolligiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.

Fevarin (fluvoksamin) 50 mg, 100 mg li tabletkalarda ishlab chiqariladi. Depressiya profilaktikasi va davolash uchun, ayniqsa, obsessiv-kompulsiv buzilishlarda ko'p ishlatiladi.

Fevarinni dastlab 50 mg yoki 100 mg miqdorida kechqurunlari kuniga 1 mahaldan ichish tavsiya qilinadi. Bemorning doriga bo'lgan reaksiyasiga qarab dozasi sekin-asta oshiriladi. Aksariyat hollarda 100 mg dan kuniga 1 mahal ichish depressiya belgilarini yo'qotish uchun yetarlidir. Zaruratga qarab dorining kundalik miqdorini 300 mg gacha yetkazish mumkin. Fevarinning kundalik dozasi 150 mg dan ortiq ichilishi lozim bo'lsa, uni 2 yoki 3 mahalga bo'lib berish tavsiya qilinadi. Masalan, ertalab 50 mg, kechqurun 100 mg yoki 50 mg dan 3 mahal. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ko'rsatmasiga ko'ra antidepressantlar bilan davolashni depressiya simptomlari to'la yo'qolgandan so'ng yana kamida 4—6 oy davom ettirish zarur. Qaytalanishining oldini olish uchun fevarin kuniga 100 mg dan kechqurun tavsiya etiladi.

Obsessiv-kompulsiv buzilishlarni davolash uchun dorining dastlabki dozasi kuniga 50 mg dan 3—4 kun beriladi. Har 3—5 kundan so'ng dorining dozasi oshirib boriladi va 100—300 mg gacha yetkazilishi

mumkin. Kattalar uchun esa uning kundalik dozasi 300 mg. dan oshmasligi kerak.

Fevarinni 8 yoshdan so'ng tavsiya etish mumkin va uning dastlabki kundalik dozasi 25 mg bo'lib, asta-sekin oshirib boriladi va zaruratga qarab o'smirlar uchun 50—150 mg ga yetkaziladi. Agar 100 mg dan oshsa, u 2—3 mahalga bo'lib beriladi.

Dorining terapevtik dozasi vrach tomonidan individual tarzda aniqlanadi va uni asossiz yuqori miqdorda berish mumkin emas. Shuning uchun bemor doimo vrach nazoratida turishi zarur. Uning ta'siri 7 kundan so'ng sezila boshlaydi, agar 10 hafta mobaynida ko'zlangan ijobiy maqsadga erishilmasa, fevarin qabul qilishni to'xtatish zarur.

Albatta, psixofarmakoterapiya psixoterapiya bilan birgalikda olib borilsa, ko'zlangan natijaga oldinroq erishish mumkin.

Fevarin tabletkasini chaynamasdan suv bilan ichish lozim.

Nojo'ya ta'sirlari: ko'ngil aynish, ba'zan qayd qilish (odatda, davolashning dastlabki haftasida kuzatiladi), qabziyat, anoreksiya, dispepsiya, diareya, epigastral sohada noxush sezgilar, og'iz qurishi, jigar fermentlari faollashuvi. Kam hollarda uyquchanlik, bosh aylanishi, bosh og'rig'i, uxlay olmaslik, xavotirga tushish, psixomotor qo'zg'alishlar, vahima, tremor, taxikardiya, terlash. Biroq, bu belgilarning aksariyati depressiya uchun xos bo'lganligi uchun fevarinni tavsiya qilishga monelik qilmaydi. Fevarinni to'satdan to'xtatganda, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynish, vahimaga tushish paydo bo'lishi mumkin.

Fevarin qariyalarga tavsiya qilinganda, oz miqdordan boshlanib, dozasi sekin-asta oshirib boriladi.

Fevarinni tavsiya qilishga monelik qiluvchi holatlar va alohida ko'rsatmalar:

— MAO ingibitorlarini qabul qilayotganda tavsiya etilmaydi. Ularni to'xtatgach, 2 haftadan so'ng fevarinni boshlash mumkin;

— 8 yoshgacha bo'lgan bolalar;

— epilepsiya va tutqanoq xurujlari (zaruratga qarab tavsiya etiladi, agar tutqanoq xurujlari kuzatilsa, dorini qabul qilish to'xtatiladi);

— jigar va buyrak yetishmovchiligi (zaruratga qarab tavsiya etiladi, agar jigar fermentlari faolligi oshsa, dorini qabul qilish to'xtatiladi);

— homilaga zararli ta'siri aniqlanmagan bo'lsa-da, fevarin homilador ayollarga ehtiyotkorlik bilan tavsiya qilinadi. Fluvoksamin

ko'krak suti orqali oz miqdorda ajralib chiqishi mumkin, shuning uchun laktatsiya davrida buyurilmaydi;

— fevarin qabul qilayotganda spirtli ichimliklar ichish man etiladi;

— yallig'lanishga qarshi nosteroid dorilar va aspirin qabul qilib yurgan hamda anamnezida qon ketishga moyilligi bor bemorlarga ham fevarin ehtiyotkorlik bilan tavsiya etiladi.

Fevarinni kuniga 150 mg miqdorda qabul qilish bemorning avtomobil haydashi va zavodlarda turli mashinalar bilan ishlashida xavfli vaziyat keltirib chiqarmaydi.

Reksetin (paroksetin) 20 mg li tabletkalarda ishlab chiqariladi.

Reksetin depressiyaning barcha turlarida tavsiya qilinadi, shu jumladan, xavotir-depressiv va obsessiv-kompulsiv buzilishlar, fobik sindromlar, turli jarohatlardan keyingi stress holatlari va hokazo Reksetinning dastlabki kundalik dozasi 20 mg. Dorining ta'siri sekin-asta namoyon bo'la boshlaydi. Dorining dozasi har haftada 10 mg ga oshirib boriladi, tavsiya qilish mumkin bo'lgan eng yuqori doza kuniga 60 mg.

Depressiya belgilari yo'qolgandan so'ng ham reksetinni kuniga 20 mg dan 4—6 oy mobaynida qabul qilish tavsiya etiladi. Dori qabul qilishni to'satdan to'xtatib qo'yish mumkin emas, buning uchun uning dozasini asta-sekin kamaytira borish lozim. Reksetin kuniga 1 mahal, odatda, ertalab ovqat paytida qabul qilinadi va chaynamay yutiladi. Ojiz bemorlar va qariyalar uchun dorining dastlabki dozasi kuniga 10 mg bo'lishi kerak. Bemorning ahvoliga qarab, dorining dozasi har haftada 10 mg ga oshirib boriladi. Masalan, dorining kundalik dozasini 40 mg ga yetkazish uchun 4 hafta zarur bo'ladi. Reksetinning kundalik dozasi asossiz oshirilmasligi kerak va kutilgan natijaga erishilsa, kam miqdorda berib boriladi.

Nojo'ya ta'sirlari: ko'ngil aynish, ba'zan qayt qilish (odatda, davolashning dastlabki haftasida kuzatiladi), qabziyat, anoreksiya, dispepsiya, diareya, epigastral sohada noxush sezgilar, og'iz qurishi, jigar fermentlari faollashuvi. Ayrim hollarda uyquchanlik, bosh aylanishi, bosh og'rig'i, uxlay olmaslik, xavotir bo'lish, psixomotor qo'zg'alishlar, tutqanoq xurujlari, tremor, taxikardiya, arterial qon bosimning o'zgarib turishi, sinkope, somnambuliya, libidoning o'zgarishi, siyishga qiynalish, terlash, ko'rish qobiliyatining buzilishi, o'tkir glaukoma xurujlari, bronxospazm, angionevrotik shish, qichima.

Monelik qiluvchi holatlar:

– MAO ingibitorlarini qabul qilayotganda tavsiya etilmaydi. Ularni to'xtatgach, 2 haftadan so'ng reksetinni qabul qilish tavsiya etiladi;

– homiladorlik va laktatsiya davri;

– 18 yoshgacha bo'lgan davr;

– epilepsiya, glaukoma, jigar va buyrak funksiyalari yetishmovchiligida ehtiyotkorlik bilan tavsiya qilinadi;

– yurak qon-tomir faoliyatining buzilishlari;

– peroral antikoagulyantlar va neyroleptiklar bilan birgalikda qabul qilinmaydi;

– davolanishning dastlabki haftasida suisidal fikrlarni kuchaytirib yuborishi mumkin;

– spirtli ichimliklar ichish tavsiya etilmaydi;

– davolanishning dastlabki davrida avtomobil haydash tavsiya etilmaydi.

Fluoksetin (sinonimlari: prozak, portal, fluval, prodel) 20 mg li tabletkalarda ishlab chiqariladi. Depressiyaning barcha turlarida tavsiya qilinadi, shu jumladan, obsessiv-kompulsiv buzilishlar, bulimiyalar, fobiyalarda samarali antidepressantdir. Sedativ ta'sirga ega emas. O'rtacha terapevtik dozasi yurak qon-tomir sistemasi faoliyatiga nojo'ya ta'sir ko'rsatmaydi. Dastlab 20 mg dan kunning birinchi yarmida bir mahal ichish tavsiya qilinadi. Dorining keyingi dozasi 3—4 hafta o'tgach oshirib boriladi va kuniga 2—3 mahal qabul qilish buyuriladi. Fluoksetinning eng yuqori kundalik dozasi 80 mg gacha.

Nojo'ya ta'sirlari: yengil xavotir va uyquchanlik, tremor, bosh og'rig'i, uyqu buzilishi, ko'ngil aynishi, diareya, terlash, gipoglikemiya, libidoning pasayishi, toshmalar toshishi, qichima, artralgiyalar.

Monelik qiluvchi holatlar: glaukoma, siydik pufagi atoniyasi, buyrak funksiyasining buzilishi, prostata giperplaziyasi, MAO ingibitorlari bilan birga tavsiya qilmaslik, epilepsiya va tutqanoq sindromlari, homiladorlik, laktatsiya. Shuningdek, spirtli ichimliklar ichish mumkin emas.

Fluoksetin qabul qilishning dastlabki haftalarida avtomobil haydash va aniq mexanizmli mashinalarda ishlash tavsiya etilmaydi.

Mutaxassislar fikricha, depressiyani aniqlash qiyinchilik tug'dirmaydi, qiyinchilik uni davolash bilan bog'liqdir. Umumiy amaliyot shifokorlari somatik, vegetativ va nevrotik buzilishlar bilan kechuvchi depressiyalarni, ya'ni niqoblangan depressiyalarni to'g'ri aniqlay olishlari zarur. Biroq hammavaqt ham buning uddasidan chiqilmaydi, chunki niqoblangan depressiyani umumiy tibbiyot yo'nalishida faoliyat ko'rsatayotgan barcha mutaxassislar ham o'z vaqtida aniqlayvermaydi. Ba'zan tashxisni to'g'ri aniqlash uchun bir necha oylar ketadi. Turli ma'lumotlarga ko'ra 10—55 foiz holatlardagina to'g'ri tashxis aniqlanadi va ularning 13 foiziga antidepressantlar tavsiya etiladi. Aksariyat mutaxassislar buning asosiy sababi vrachlarning depressiya klinik ko'rinishlarini mukammal bilmasligi va to'g'ri baholay olmasligi, deb hisoblashmoqda.

Xulosa qilib aytganda, depressiya bilan tibbiyot sohasida faoliyat ko'rsatuvchi barcha mutaxassislar ro'baro' kelishi mumkin. Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining barcha fakultetlari, shu jumladan, oliy ma'lumotli hamshiralar tayyorlash fakultetida ham «Tibbiy psixologiya» fani chuqur o'rgatiladi.

Demak, hamshiralardan tortib, umumiy amaliyot shifokorlarining barchasi eng ko'p tarqalgan va yildan-yilga ko'payib borayotgan depressiya kasalligi belgilaridan voqif bo'lishlari hamda tashxisni to'g'ri aniqlay olishlari lozim. Albatta, davolash jarayonida muammolar paydo bo'lishi mumkin. Agar suisidal fikrlar yoki urinishlar paydo bo'lgan bemorlar murojaat qilishsa, tor mutaxassislarga (psixiatr, psixolog) ko'rinishini tavsiya qilish zarur. Depressiyaning yengil, ayniqsa, somatik buzilishlari namoyon bo'lgan turlari bilan murojaat qilgan bemorlarni esa umumiy amaliyot shifokori ham psixolog maslahatidan keyin davolashi mumkin.

Nazorat uchun savollar

1. *Nevrozga ta'rif bering, uning qanday turlarini bilasiz?*
2. *Ruhiy jarohat deganda nimani tushunasiz?*
3. *Nevrasteniyaning klinik ko'rinishlarini so'zlab bering.*
4. *Qanday isterik holatlarni bilasiz?*
5. *Miyadan ketmaydigan fikrlarga ta'rif bering.*
6. *Depressiya nima va u qanday aniqlanadi?*
7. *Depressiyaning asosiy sabablari nimalardan iborat?*
8. *Depressiyani davolashda qanday psixoterapevtik usullar qo'llaniladi?*
9. *Depressiyani davolashda antidepressantlar qanday qo'llaniladi?*

XIV bob. ASAB SISTEMASI KASALLIKLARIDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

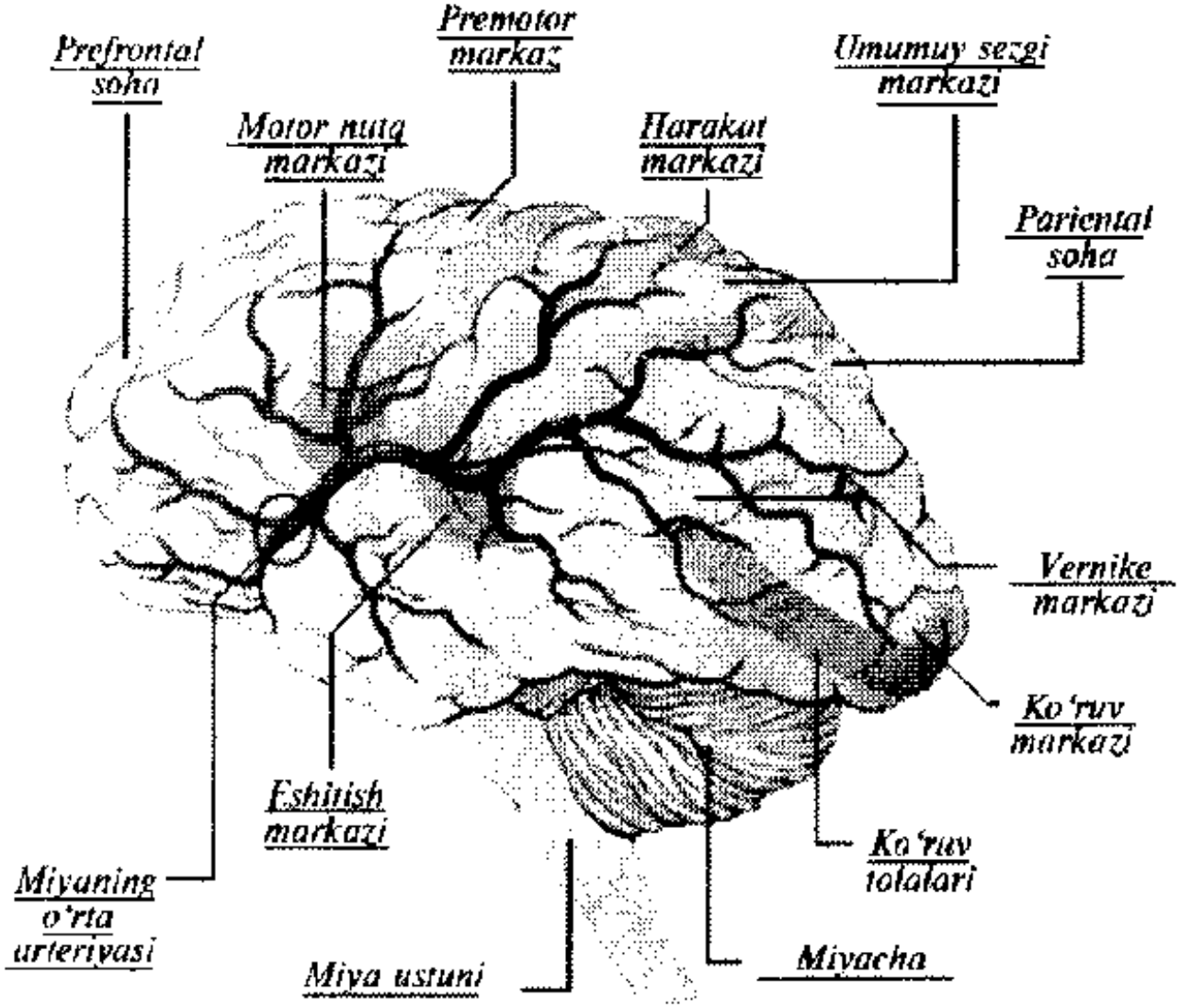
Behalovat uyqu miya uchun zarardir, orom olib uxlash miya uchun darmondir.
Ibn Sino

Asab sistemasi kasalliklarida, ayniqsa bosh miyaning zararlanishi bilan kechuvchi patologik holatlarda paydo bo'ladigan falajliklar va shu kabi boshqa nevrologik buzilishlar bemorlar psixologiyasida og'ir asoratlar qoldiradi. Shuningdek, markaziy asab sistemasi kasalliklarida nevrologik buzilishlardan tashqari, ruhiy-hissiy buzilishlar ham kuzatiladiki, bu belgilarni aniqlash, davolash va reabilitatsiya jarayonlarida nevropatolog e'tiborga olishi zarur. Tibbiy amaliyotda eng ko'p kuzatiladigan kasalliklar bo'lmish insultlar, bosh miya jarohatlari, meningoensefalitlar va epilepsiya kasalliklarida kuzatiladigan bemorlar psixologiyasidagi o'zgarishlarni ko'rib chiqamiz.

14.1. Miya insultlarida bemorlar psixologiyasi

Bosh miyada qon aylanishining o'tkir buzilishiga ***insult*** deb ataladi va bu kasallik nafaqat nevrologik buzilishlar, balki turli darajada ifodalangan neyropsixologik buzilishlar bilan ham namoyon bo'ladi. O'zbekistonda miya insultlarida kuzatiladigan neyropsixologik sindromlar Z.R. Ibodullayev tomonidan chuqur o'rganilgan (1999–2009). Miya insultlari eng ko'p uchraydigan kasalliklardan biri bo'lib, to'satdan paydo bo'lgan nevrologik buzilishlar bemor ruhiyatida og'ir asoratlar qoldiradi. Ushbu kasallikning kechagina sog'lom deb hisoblangan bemorda o'tkir boshlanishi, oyoq-qo'llarda to'satdan paydo bo'lgan falajliklar sababli bemorning to'shakka mixlanib qolishi, eng yaqinlarining gapiga tushunmay qolishi yoki o'zi bir og'iz so'zni ham eplab gapira olmasligi bemor uchun ham, uning yaqinlari uchun ham katta falokatdir.

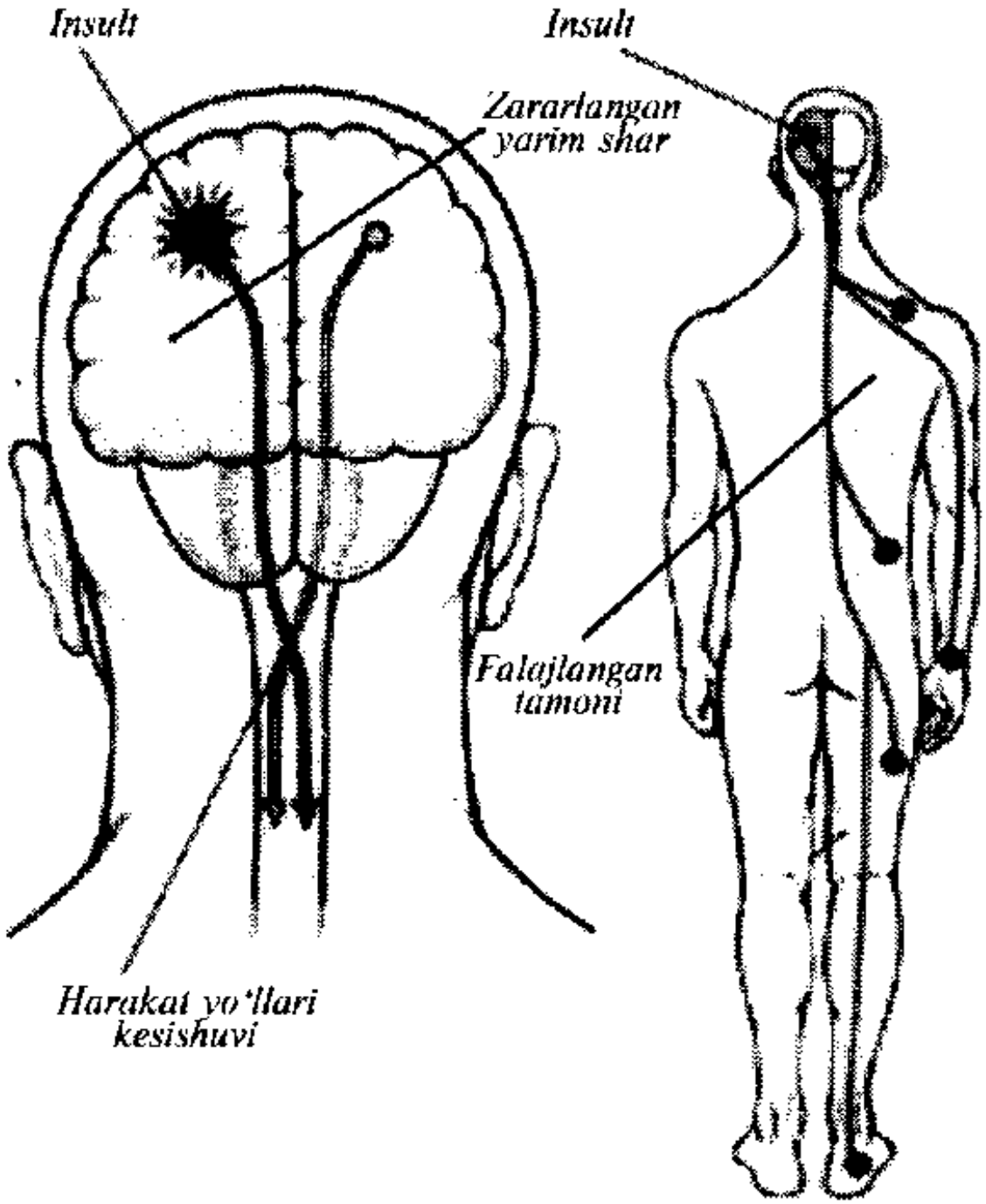
Miya insultlarida kuzatiladigan patologik o'zgarishlar ushbu kasallik bosh miyaning qaysi sohasida rivojlanganligi, kasallik turi, zararlangan o'choqning hajmi va insult davriga bog'liq. Bu haqda



36-rasm. **Bosh miya chap yarim shari.**

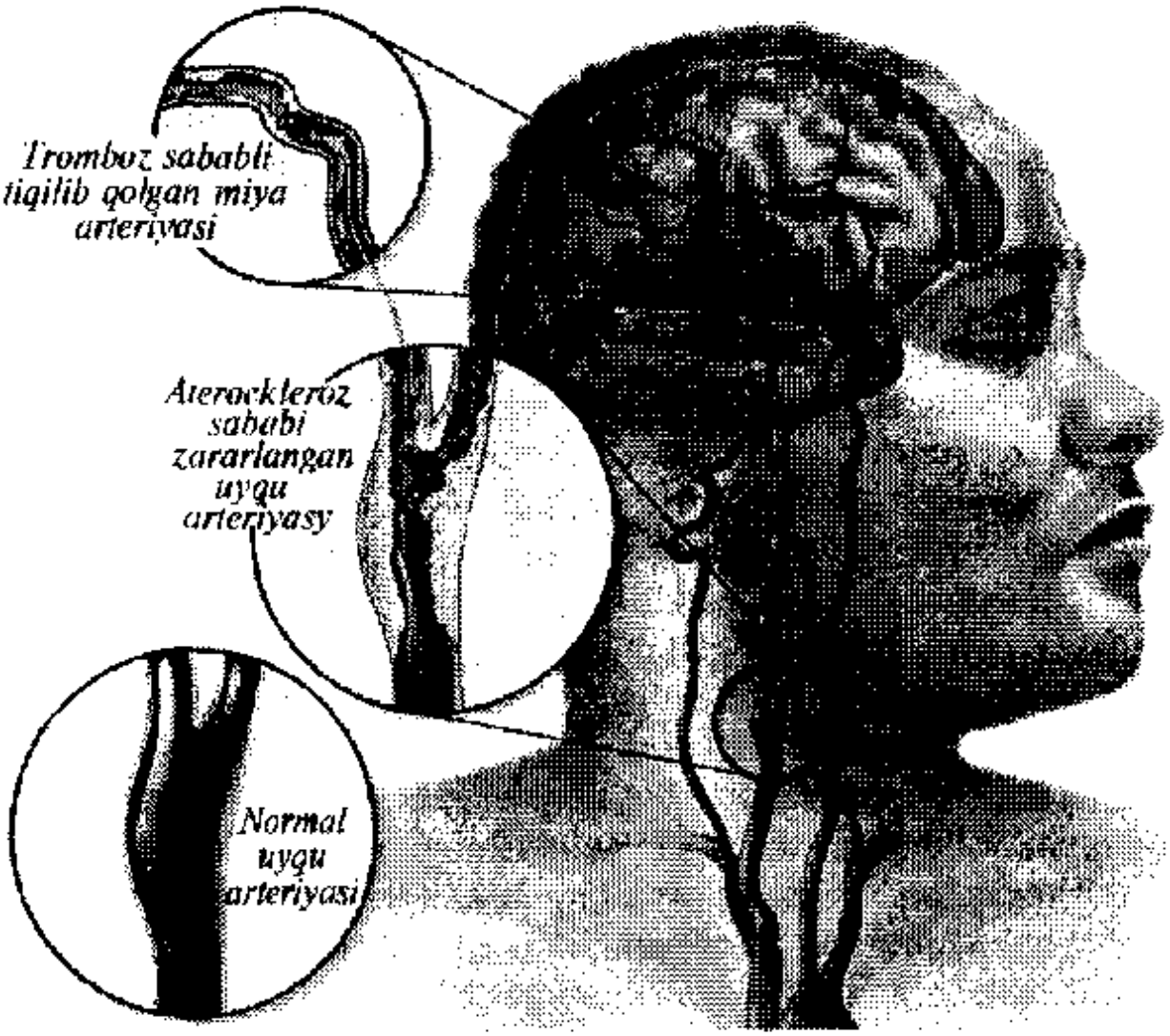
batafsil ma'lumotlar nevrologiyaga oid darsliklar va o'quv qo'llanmalarida keltirilgan. Miya insultining deyarli 70 foizi bosh miya katta yarim sharlari tashqi yuzasining katta bir qismini qon bilan ta'minlovchi *a.cerebri media* sohasida kuzatiladi. Chunki bu arteriya ichki uyqu arteriyasining bevosita davomchisi hisoblanadi. A.cerebri media harakat, sezgi va nutq markazlarini qon bilan ta'minlaydi, shuning uchun ham ushbu arteriyada qon aylanishining o'tkir buzilishi oyoq-qo'llar falajligi (gemiparez, monoparez), tananing bir tomonida sezgi buzilishlari (gemianesteziya, monoanesteziya) va nutq buzilishlari (motor va sensor afaziyalar) bilan namoyon bo'ladi.

Agar insult bosh miyaning chap yarim sharida rivojlansa, tananing o'ng tomonida kuzatiladigan falajliklar (gemiparez) va sezgi buzilish-



37-rasm. **Gemisindrom.**

lari (gemianesteziya) nutq buzilishlari (afaziyalar) bilan namoyon bo'ladi (37-rasm). Agar insult bosh miyaning o'ng yarim sharida ro'y bersa, falajliklar va sezgi buzilishlari tananing chap tomonida kuzatiladi, biroq nutq buzilishlari bo'lmaydi. Shuni alohida ta'kidlash lozimki, nutq buzilishlari o'naqaylarda bosh miyaning chap yarim shari, chapaqaylarda o'ng yarim shar zararlanganda kuzatilsa, ambidekstrlarda ikkala yarim shar zararlanganda ham kuzatiladi. Biroq, chapaqay va ambidekstrlarda nutq buzilishlari o'naqaylarga qaraganda tezroq tiklanadi.



38-rasm. **Qon tomirlar holati va insult rivojlanishi.**

Miya insultlarida kuzatiladigan xulq-atvor buzilishlari miyaning chap va o'ng yarim sharlari zararlanganda turlicha bo'ladi.

Bosh miyaning chap yarim shari insultlarida bemorlar psixologiyasi

Oyoq-qo'llardagi falajliklarning nutq buzilishlari (motor va sensor afaziyalar) bilan birgalikda namoyon bo'lishi bemor uchun og'ir psixologik jarohatdir. Insonni boshqa jonzotlardan farq qilib turuvchi nutqning to'satdan buzilishi bemorning psixologiyasini o'zgartirib yuboradi, u atrofdagilarni faqat tovush holatida eshitadi, ma'nosini tushunmaydi, o'zi ham fikrini tushuntirib bera olmaydi, buning natijasida bemor jizzaki bo'lib qoladi, yaqinlarini urishadi, hadeb

gapirishga urinaveradi, biroq fikrini to'g'ri bayon qilib bera olmaydi. Bu holat sensor afaziya uchun xosdir (darslikning ikkinchi bobida afaziyalarning klinik ko'rinishi va diagnostikasi haqida batafsil ma'lumot berilgan). Ba'zan bemor indamay yotadi, faqat atrofdagilarning savoliga javob berishga urinadi, oddiyroq savollarga javob beradi ham, biroq o'zi gapirmay yotadi. Bu holat motor afaziya uchun xosdir. Nutq, odatda, falajliklarga qaraganda oldinroq tiklanadi, masalan insultning o'tkir davridayoq (21 kun ichida) nutq tiklanib boshlaydi. Nutqning tez tiklanish darajasi insultning turiga, zararlangan joyning hajmiga va albatta davolash jarayonining qanday olib borilayotganiga ko'p jihatdan bog'liq.

Agar insult uzoq paytdan buyon xafaqon kasalligi, ateroskleroz, qandli diabet va yurak kasalliklari bilan og'riyotgan bemorlarda rivojlansa, nutq tiklanishi falajliklar kabi qiyin kechadi. Surunkali alkogolizmdan aziyat chekayotgan bemorlarda insult rivojlansa nutq buzilishlari xulq-atvorning keskin buzilishlari bilan namoyon bo'ladi va nutq ham kech tiklanadi. Bunday bemorlar bilan muloqot qilish juda qiyin bo'lib, ular vrach va yaqinlarining aytganlarni bajarmaydi, tez urishib ketadi, yoki yig'layveradi, ovqat yeyishdan bosh tortadi, tagiga siyib yuboradi. Uni parvarish qilish (soch-soqolini olish, cho'miltirish va hokazo) ga yo'l qo'ymaydi, davolash muolajalaridan voz kechadi. Tabiiyki, bunday bemorlarni davolash shifokorlar uchun qiyinchiliklar tug'diradi. Odatda, nutqi buzilgan odamning xulq-atvori ham buzilgan bo'ladi. Bunga nutqi rivojlanmay qolgan bolalarni misol qilib ko'rsatish mumkin, ularning aksariyatida xulq-atvor o'ta buzilgan bo'ladi. Inson xulq-atvorining boshqaruvchanligi ham unda nutq funksiyasining mavjudligiga ko'p bog'liq. Insult o'tkazgan bemorlarda nutq tiklangandan so'ng davolash jarayonidagi ba'zi qiyinchiliklar bartaraf bo'ladi, bemor endi o'z tanasida kechayotgan kasallik alomatlarini yaqinlariga va shifokorlarga bemalol aytib bera oladi, ularning tavsiyasini bajara boshlaydi hamda natijada davolash jarayonida ijobiy natijalar yuz bera boshlaydi.

Bosh miyaning chap yarim sharida ro'y bergan insultlarda xavotir bilan kechuvchi nevrotik holatlar ko'p kuzatiladi. Aynan mana shu xavotirli nevrozning mavjudligi chap yarim shar insultini o'ng yarim shar insultida kuzatiladigan xulq-atvor buzilishlaridan farqlovchi simptomlardan biridir. Xavotir qanday ko'rinishda namoyon bo'ladi?

Bemor insult oqibatida tanasida paydo bo'lgan kasallik alomatlaridan aziyat chekaveradi, vrachning har bir tashrifida nutqi va harakat faoliyatning tiklanib ketish-ketmasligi haqida so'rayveradi, vrachning har bir so'ziga xavotir bilan quloq tutadi, uning har bir tavsiyalarini so'zsiz bajarishga intiladi, davolash natijasida ro'y berayotgan har bir ijobiy o'zgarishdan xursand bo'ladi. Albatta, miyaning chap yarim shari insultlari uchun xos bo'lgan xavotir bilan kechuvchi bunday simptomlar uning tezroq sog'ayib ketishiga yordam beradi. Shuning uchun ham miyaning chap yarim shari insultlarida nevrologik funksiyalarning tiklanish jarayoni o'ng yarim shari insultlariga qaraganda tezroq kechadi. Chunki xavotirli nevroz o'ng yarim shar insultlarida kuzatilmaydi.

Bosh miyaning o'ng yarim shari insultlarida bemorlar psixologiyasi

Yuqorida qayd qilinganidek, o'ng yarim shar insultlarida tananing chap tomonida harakat va sezgi buzilishlari kuzatiladi, ya'ni gemiparezlar, gemianesteziyalar paydo bo'ladi. Nutq va u bilan bog'liq bo'lgan aksariyat oliy ruhiy funksiyalar (o'qish, yozish) saqlanib qoladi. Buning sababi miyaning o'ng yarim sharida nutq markazlarining bo'lmasligidir (o'naqaylarda). Bosh miyaning o'ng yarim shari asosan pertseptiv jarayonlar, aniqrog'i *o'z tanasining tuzilishi* haqida miyaga kelayotgan ta'sirotlarni analiz va sintez qilish uchun javob beradi. Demak, o'ng yarim sharning zararlanishi tana tuzilishini noto'g'ri qabul qilish simptomlarini yuzaga keltiradi. Bular anozognoziya, autotopognoziya, psevdopolimeliya, fazoning (o'z tanasining ham) bir tomonini inkor qilish simptomlari bilan namoyon bo'ladi. Bemor o'zida yuz berayotgan bu o'zgarishlarni tanqidiy ko'z bilan qabul qiladi, ya'ni unda tom ma'noda olganda ruhiy buzilishlar kuzatilmaydi. Bu buzilishlar umumlashtirib tana sxemasining «buzilishi» deb ham ataladi. Bemorning boshi yoki bir qo'li kattalashib ketayotgandek, qo'li yoki oyog'i tananing boshqa qismlarida joylashgandek (autotopognoziya), tananing chap tomoni xuddi birovning tanasidek, chap qo'li o'ziniki emas, birovnikidek yoki yonida g'o'la yotgandek tuyuladi. Ba'zi hollarda bemorning yarim falajlangan chap qo'li uni bo'g'moqchi bo'lsa, o'ng qo'li esa bunga

yo'l qo'ymaydi, chap qo'lni itarib yuboradi. Ba'zan chap qo'l xuddi kichik hayvonlar (mushuk, olmaxon, quyon) ko'rinishida bemorga erkalanadi yoki bemor o'ng qo'li bilan chap qo'lini silaydi. «Nimaga bunaqa qilayapsiz?» desa, u «Mushugimni erkalatayapman» deydi. Go'yoki tana ikkiga bo'linganu, uning har yarmi o'zicha faoliyat ko'rsatayapdi. Bemor insult oqibatida o'z tanasida paydo bo'lgan defektlarni (falajliklarni) inkor qiladi, mening oyoq-qo'llarim ishlayapdi deydi. Bunday holat ***anozognoziya*** deb ataladi. Bemor falajliklar sababli bir necha kundan buyon to'shakka mixlanib qolgan bo'lsa-da, «Men hozirgina tualetga borib keldim, turib hovlida yurdim» deydi. Bemor kiyinayotganda ham chap tomonni to'la inkor qiladi: ko'ylagining o'ng engini, oyoq kiyimining o'ng tomondagisini kiyadi, lagandagi ovqat (masalan, osh)ning faqat o'ng tomondagisini yeydi, eshikdan kirayotganda chap yelkasini eshikka urib kiradi. Soqol olayotganda yuzining chap tomoni qolib ketadi, tishini yuvayotganda faqat o'ng tomonini yuvadi va hokazo. Demak, chap tomon butunlay inkor qilinadi, go'yoki fazoning chap tomoni yo'qdek. Bemor o'z kasaliga juda befarq bo'ladi, vrachlar va yaqinlarining kasallikka oid bergan tavsiyalarini inkor qiladi: «Joyingizdan turmang, Sizga turib yurish mumkin emas» desa «Xo'p bo'ladi» deb javob beradi-yu, baribir turib yuradi, vrach tavsiyasiga ko'ra vaqtida bajarish lozim bo'lgan jismoniy mashqlarni bajarmaydi, falajlangan qo'l va oyoqlari qanday holatda bo'lsa, shu holatda yotaveradi, biroz bo'lsa-da paydo bo'lgan harakatlarni faollashtirishga urinmaydi. «Hozir qayerda yotibsiz» deb so'rasa, u «Men shifoxonada davolanyapman» deb javob beradi yoki «Toshkentda davolanayapman» deydi. Vaholanki, u o'z uyida yoki viloyat shifoxonalarining birida davolanayotgan bo'ladi. Aksariyat hollarda bemor juda so'zamol, maslahatgo'y bo'ladi, zarur bo'lmagan masalalar ustida so'z ochadi va yaqinlarini yoki uni ko'rgani kelgan yaqinlarini soatlab yonida olib o'tiradi. Uni ko'rgani kelgan odamning kimligi va u qachon kelganligi ertasi kuni so'ralsa unutib qo'yadi yoki u «Bir oy oldin keldi» deb javob beradi. Demak, ularda vaqtni va makonni to'g'ri baholash ham buzilgan bo'ladi. Ba'zan bemor ovqatlanmoqchi bo'lsa, qoshiqni sog'lom qo'li bilan ham kosaga to'g'ri olib bora olmaydi, og'zini to'g'ri topa olmaydi, ovqatni yoqasiga to'kib yuboradi va natijada ovqat yeyishdan bosh tortadi, o'z-o'zidan yig'i keladi. O'z-o'zidan yig'i

kelishi, ba'zan esa arzimagan narsaga kulish bir necha bor takroriy kuzatilgan insultlar uchun xos. Tabiiyki, bunday bemorlarda harakat funksiyalarining tiklanishi o'ta sust kechadi. Shuning uchun ham o'ng yarim sharda yuz bergan insultlarda bemorlarning sog'ayib ketishi chap yarim shar insultiga qaraganda sust kechadi.

Bemorda o'z tanasini idrok qilishning buzilishi atrof-muhitni idrok qilishning buzilishi bilan birgalikda kuzatiladi. Masalan, bemor uydan chiqib ketib, o'z uyini to'g'ri topib kela olmaydi, ko'chaning boshqa tomoniga ketib qoladi, avval tanish bo'lgan do'kon yoki bozor qaysi tomonda joylashganligini adashtiradi. Quyosh qaysi tomondan chiqib qaysi tomonga botishini adashtiradi, u viloyatlararo qatnovchi avtobus haydovchisi bo'lsada, Samarqand yoki Farg'ona Toshkentga nisbatan qaysi tomonda joylashganligini adashtirib aytadi va hokazo. Bunday holatlar har doim ham bo'lavermaydi, faqat o'ng yarim sharning katta qismini zararlovchi insultlarda ro'y beradi.

Insult o'tkazgan bemorlarga ko'rsatiladigan psixoreabilitatsiya tadbirlari

Insult nafaqat bemor uchun, balki uning yaqinlari uchun ham katta ruhiy jarohatdir. Ushbu kasallikning inson kamolotga yetgandan so'ng ro'y berib boshlashi, ya'ni 40—50 yoshlardan keyin, oila uchun katta falokatdir. To'satdan ro'y bergan insult hayot izmini yo'ldan chiqarib yuboradi. Insult rivojlangan zahoti bemor zudlik bilan shifoxonaga yotqizilishi va tibbiy-psixologik yordam kasallikning dastlabki soatlaridanoq boshlanishi kerak. Bu yerda ikkilanishga hech qanday o'rin yo'q! «Bemorni qo'zg'atmaslik kerak, biron soat uyda bo'lsin, hozir mumkin emas» qabilidagi gaplar noo'rindir. Aksincha insult rivojlangandan so'ng 3—6 soat ichida ko'rsatilgan malakali tibbiy yordam bemorning to'la tuzalib ketishiga, endi boshlanayotgan falajliklarning oldini olishga, qolaversa bemorning hayotini saqlab qolishga juda katta imkoniyatlar yaratib beradi.

Ba'zan insult rivojlangandan so'ng «Tez yordam» mashinasi yetib kelgach, bemorning yaqinlari «Hozir bemorning ahvoli og'ir, biroz shoshmay turaylik, qon bosimi joyiga kelsin, yo'lda bir gap bo'lib qolishi mumkin», deb yetib kelgan vrachni arosatda qoldirishadi. Odatda, bemorning bir nechta qarindoshlari orasida qolgan vrach

ularning aytganiga ko'nadi yoki «Bemor yo'lda yomon bo'lib qolsa javob berasizmi?» qabilidagi savollardan cho'chib, bemorni uyda qoldiradi. Vrach bu so'zlarga e'tibor qilmasdan bemorga dastlabki tibbiy yordamni ko'rsatib darhol shifoxonaga yetkazishi zarur. Mabodo tibbiy yordam vaqtida ko'rsatilishiga qaramasdan bemorning ahvoli shifoxonaga olib borayotganda og'irlashib qolsa, darrov vrachni ayblash kerak emas, chunki insultning dastlabki kunida o'lim va boshqa og'ir holatlar ko'p kuzatiladi. Bunday vaziyatlarda bemorga malakali tibbiy yordamni faqat shifoxona sharoitida ko'rsatish mumkin. Bu qoidani vrach ham, bemorning yaqinlari ham bilishi lozim. Chunki insultning birinchi kuni o'lim darajasi juda yuqori bo'ladi, uyda qoldirilgan bemorga esa malakali tibbiy yordam ko'rsatish o'ta mushkul. Kasallikning dastlabki kuniyoq diagnostik maqsadda orqa miya suyuqligini tekshirish uchun bemorga zudlik bilan lyumbal punksiya qilish kerak.

Odatda, 21 kungacha bo'lgan davr insultning o'tkir davri hisoblanib, bu davrda bemor shifoxonada davolanadi. Kasallikning o'tkir davrida bemorning hushi buzilgan bo'ladi, falajliklar, nutq va xulqatvor buzilishlari yaqqol ifodalangan bo'ladi. Bu davrda unga ruhiy tinchlik o'ta zarurdir! Shuning uchun bemorni ko'rishga kelayotganlar sonini keskin kamaytirish lozim, uning yonida turmush o'rtog'i yoki farzandlaridan biri parvarish qilish uchun qolishi mumkin. Chunki har qanday tashrif kechagina oyoq ustida yurgan, bugun esa to'shakka mixlanib qolgan bemorga ruhiy jarohat yetkazishi mumkin. Bunday holatlar, ayniqsa, birga ishlaydiganlar va qo'ni-qo'shnilar tashrif buyurganda ro'y berishi ehtimoldan xoli emas. Agar bemor «Tanishlarim meni ko'rgani kelishayaptimi?» deb so'rasa, unga «Albatta kelishayapti, biroq doktorlar ularga ruxsat berishmayapti, biroz tuzalganingizdan so'ng ularni yoningizga qo'yishadi. Barcha kelib ketayotganlar Sizni tezroq sog'ayib ketsin deyishmoqda» qabilidagi so'zlar bilan bemorni tinchlantirish lozim. Aks holda bemorning «Nega ular meni ko'rgani kelishmayapti?» deb ortiqcha hayajonlanishi bemorning sog'lig'iga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Ayniqsa, nutqi buzilgan bemorlar yoniga keluvchilar sonini nutq tiklangunga qadar to'xtatib turish lozim. Nutq esa aksariyat hollarda 2—3 hafta ichida tiklana boshlaydi. Davolash muolajalari to'g'ri va o'z vaqtida olib borilsa, oldin bemorning oyoqlarida harakat paydo bo'ladi, qo'lning

tiklanishi esa biroz sust boradi. Chunki miya po'stlog'ida joylashgan oyoq markazlarini ikkala qon tomir (a. cerebri anterior va a. cerebri media) qon bilan ta'minlaydi, Qo'l markazlarini esa faqat a. cerebri media qon bilan ta'minlaydi. Shuning uchun ham ushbu arteriya sohasida kuzatilgan insultlarda qo'l harakatlarining tiklanishi sust kechadi.

Bemor shifoxonadan har doim ham tuzalib chiqib ketmaydi, chunki 3 haftada falajlangan qo'l va oyoqlar to'la tiklanib ketmaydi, ba'zi hollarda nutq ham to'la tiklanmay qolishi mumkin. Insultda buzilgan funksiyalarning tiklanishi, odatda, bir yil mobaynida davom etadi, vaqt o'tgan sayin tiklanish jarayonlari susutlashib boraveradi. Shuning uchun ham ushbu davrda reabilitatsiya usullari o'ta ustamonlik bilan olib borilishi kerak. Afsuski, insult o'tkazgan bemorlarda turli darajada ifodalangan nogironlik ko'rsatkichlari juda yuqori bo'lib, 80 foizgacha yetadi. Hech qanday o'tkir rivojlanuvchi kasallikda nogironlik bu darajada yuqori emas. Demak, ushbu bemorlarni normal hayot tizimiga qaytarish lozim va bu yo'nalishda bir qancha mutaxassislar, ya'ni reabilitologlar, nevropatologlar, psixologlar, logopedlar, terapevtlar, ishtirok etadi. Umumiy amaliyot shifokori esa ushbu mutaxassislarning ko'rigini ta'minlaydi va ularning tavsiyalariga asoslanib bemorni davolab kuzatib boradi.

Yirik shaharlarda reabilitatsiya markazlari mavjud bo'lib, insultning tiklanish davrida davolashni ushbu markazlarda davom ettirish maqsadga muvofiqdir. Insultning og'ir turini o'tkazgan bemorlarga o'z-o'zini eplay olish, ya'ni ovqatlanish, yuvinish, cho'milish, soqol olish, kiyinib-yechinish, hojatxonaga borib kelish kabi kundalik yumushlarni mustaqil ravishda bajara oladigan holatga keltirish reabilitasiyaning asosiy vazifalaridan biridir. Insult yengil kechgan holatlarda esa mehnat qobiliyatining tiklanish darajasiga qarab, bemorni avval o'zi faoliyat ko'rsatgan ishlarga yana jalb qilish mumkin. Insult o'tkazgan bemorlarda mehnatga layoqatlilik darajasini aniqlash lozim, aksariyat bemorlarga nogironlikning I yoki II darajasi belgilanadi, yengil holatlarda esa III darajali nogironlik belgilanadi.

Insultda kuzatiladigan aksariyat falajliklarda mushaklar tonusining spastik tarzda oshishi bo'g'imlarda kontrakturalar paydo bo'lishiga sababchi bo'ladi. Mushak-bo'g'im kontrakturalari ayniqsa qo'l panjalari va tirsak bo'g'imida kuchli ifodalangan bo'ladi, bu tabiiyki,

bemorga o'zini eplash bilan bog'liq bo'lgan yumushlarning bajarish imkoniyatini chegaralaydi. Bu muammolarni bartaraf etish yoki oldini olish uchun turli jismoniy mashqlar mavjud, mutaxassislar tavsiyasiga ko'ra bemor ushbu mashqlarni bajarishi, falajlangan oyoq-qo'llarga nuqtali uqalashlar olishi, fizioterapevtik muolajalarni va spastik tonusni pasaytiruvchi dorilarni iste'mol qilishi zarur. Nutq buzilishlarini davolashda dorivor vositalardan tashqari logopedik muolajalar o'tkazish ham o'ta muhimdir. Odatda, kasallik sababli paydo bo'lgan nutq va xulq-atvor buzilishlarini neyropsixologlar davolashi zarur, ushbu mutaxassislar yo'q joylarda neyropsixologik muolajalarni yaxshi tushunadigan nevropatolog yoki tibbiy psixolog davolash muolajalarini o'tkazishi mumkin.

Insult o'tkazgan bemorlarni jamiyatda va oilada bo'layotgan tadbirlardan chekkalab tashlash aslo mumkin emas, aks holda ular psixologik izolatsiyada qoladi. Bemorlarni oilaviy va mahallada rejalashtirilayotgan ishlarga ularning imkoniyat darajasiga qarab jalb qilish lozim, aks holda ular o'zlarini oilaga ham, jamiyatga ham keraksiz, deb his qilib chuqur depressiyaga tushishi mumkin. Ba'zi hollarda kasallik sababli bir oy ichida ish joyini va yaqinlarining e'tiborini yo'qotgan bemorda o'z joniga qasd qilish hollari ham ro'y berib turadi. Ularning hayot tajribasidan mahalla faollari, bemorning yaqin qarindoshlari va farzandlari unumli foydalanishlari lozim.

Shunday qilib, insult o'tkazgan bemorlarni davolash va ularni odatiy turmush tarziga qaytarish uzoq davom etuvchi murakkab tibbiy-psixologik jarayon bo'lib, uning muvaffaqiyatli tugashi o'tkazilayotgan muolajalarning to'g'ri va o'z vaqtida olib borilishiga bog'liq.

14.2. Bosh miya jarohatlarida bemorlar psixologiyasi

Bosh miya jarohatlaridan so'ng nevrologik buzilishlar bilan birgalikda, ruhiyat va hissiyotning buzilishlari ham kuzatiladi. Ushbu buzilishlar jarohatning og'irligi, turi, bemorning yoshi, yo'ldosh kasalliklarning bor-yo'qligi va shu kabi boshqa omillarga bog'liq.

Bosh miya jarohatlarida bosh miyaning lat yeyishi yoki miya chayqalishi ko'p kuzatiladi. Bunday hollarda aksariyat bemorlar

hushini yo'qotadi va uning naqadar chuqur yo'qolishi jarohat darajasiga bog'liqdir. Odatda, bemor hushiga kelgach, turli ko'rinish va darajada xotira buzilishlari kuzatiladi.

Posttravmatik asteniya (serebrasteniya)

Serebrasteniya bosh miya jarohatlaridan so'ng kuzatiladigan eng ko'p tarqalgan sindromdir. Uning uchrash darajasi haqida aniq bir statistik ma'lumot yo'q, chunki serebrasteniya bilan aksariyat bemorlar vrachga murojaat qilishmaydi va serebrasteniya holatlari aynan bemor o'tkazgan bosh miya jarohati bilan bog'liqligini ko'rsatib berish ham mushkul. Serebrasteniya turli xil subyektiv simptomlardan iborat. Bular jizzakilik, jahldorlik, sabrsizlik, ruhan tez charchab qolish, parishonxotirlik, uyqu buzilishlari, bosh og'riqlari va shu kabi boshqa belgilardir.

Ko'p hollarda bosh miya jarohatlaridan so'ng kuchli fobiya rivojlanadi. Masalan, avtohalokat sababli jarohatlangan bemorlar ko'chaga chiqish, piyodalar uchun mo'ljallangan joylardan o'tish va hattoki avtotransportlarda biror joyga borishdan ham qo'rqishadi yoki o'lim qo'rquvidan aziyat chekishadi.

Bosh miya jarohatlari ***apatiya*** holatlarini yuzaga keltirishi mumkin. Klinik belgilari jihatdan depressiyaga yaqin bu holatni ba'zan to'g'ri aniqlash qiyin bo'ladi. Posttravmatik apatiyada umumiy karaxtlik, bo'shashish, atrofdagi voqealarga qiziqishning yo'qligi va ish faoliyatida ijodkorlikning pasayishi, ishtiyoqning yo'qolishi, biror ishni boshlab oxiriga yetkazmay tashlab qo'yish yoki o'sha ishi zarur bo'lsa-da, u bilan shug'ullanmaslik hollari, xotiraning yengil darajada o'ziga xos buzilishlari kuzatiladi. Posttravmatik apatiya ba'zi hollarda yengil darajadagi vegetativ va psixosomatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi.

Travmatik psixozlar

Psixozlar o'tkir va surunkali bo'lishi mumkin. O'tkir psixoz, odatda, jarohatning dastlabki kunlarida va asosan, miyaning lat yeyishida kuzatiladi. Ayniqsa, bosh miyaning peshona bo'lagi zararlangan bemorlarda kompyuter tomografiyada lat yeyish belgilari

yoki gematoma aniqlanadi. Bunday bemorlar neyroxirurg yordamiga muhtoj. Bosh miyaning biror qismi zararlanishi hisobiga kuzatiladigan o'tkir psixozlar, odatda, nevrologik simptomlar bilan birgalikda namoyon bo'ladi, ya'ni falajliklar, koordinator buzilishlar, bosh miya nervlari zararlanish simptomlari va hokazo. Shuningdek, oliy ruhiy funksiyalar, ya'ni nutq buzilishlari, apraksiyalar, agnoziyalar ham kuzatilishi mumkin. Bunday bemorlarning ahvoli og'ir bo'lib, ular neyroxirurg, nevropatolog yoki neyropsixolog nazoratida bo'lishi zarur.

O'tkir psixozlarda turli darajadagi hushning buzilishlari kuzatiladi, ya'ni hushning xiralashishidan tortib, sopor holatlarigacha. Hushning xiralashishlarida bemor bilan muloqot buziladi, u savollarga aniq javob bera olmaydi, nutqi uzuq-yuluq va tartibsiz bo'ladi, ba'zan esa tinmay gapiraveradi (logorreya). Logorreya, asosan, bosh miyaning chakka sohasi zararlanganda kuzatiladi. Bizning kuzatuvda, bosh miya jarohatining o'tkir davrida 24 soat tinmay gapirgan bemor bo'lgan va davolangan. Unga kuchli uxlatuvchi dorilar yuborilgandan so'ng uxlab, uyqudan uyg'ongach, yana bir necha soat tinmay gapirgan.

Ushbu bemorda logorreya kasallikning 5—6 kunlari miyaning zararlanish belgilari kamaygan sayin, kamayib borgan. Shuning uchun ham bunday paytlarda tinchlantiruvchi dorilar bilan chegaralanib qolmasdan, kasallikning o'tkir davrida qilinadigan barcha dori-darmonlar buyurilishi kerak, chunki aytib o'tganimizdek, logorreya bosh miyaning lokal zararlanishida ham kuzatiladi.

Ba'zan bosh miya jarohatlaridan so'ng bemorlar uzoq vaqt uyquga ketadi, bu, albatta, koma emas. Uzoq vaqtga uyquga ketish miyaning himoya funksiyasining bir ko'rinishidir. Bu fenomen to'la o'rganilmagan. Ba'zi mutaxassislar travmatik psixozlarni o'tkazgan bemorlarni uzoq vaqtgacha uxlatib (30—40 kunlab) davolashni tavsiya qilishadi. Ularning fikricha, bunday usul jarohatdan so'ng kuzatiladigan og'ir ruhiy buzilishlarning, ayniqsa, xotira buzilishlarining oldini oladi. Bizningcha, oilaviy bo'lib avtohalokatga uchragan va oila a'zolari halok bo'lgan bemorlarga bu usulni qo'llash mumkin. Buning uchun shifoxonada barcha sharoitlar yaratilishi, organizmning hayotiy muhim funksiyalari faoliyati va yaxshi parvarish ta'minlanishi hamda etika prinsiplariga to'la rioya qilinishi kerak.

Travmatik psixozlarda gallusinatsiyalar, illyuzor va delirioz buzilishlar, agressiv holatlar ham kuzatilishi mumkin. Ular, odatda, jahl ustida o'ziga va atrofdagilarga qattiq tan jarohati yetkazib qo'yishadi. Psixozning bunday klinik ko'rinishlarini biror marta bo'lsada, kuzatgan shifokor bemorni, albatta, psixiatr yoki psixonevrologga ko'rsatishi zarur.

Ba'zan travmatik psixozlarda puerilizm kuzatiladi, ya'ni kattalar yoshiga mos kelmaydigan va bolalik davri uchun xos bo'lgan qiliqlar qiladi. Puerilizm, ayniqsa, o'smirlik paytida bosh miyaning og'ir jarohatlarini o'tkazgan odamlarda kuzatiladi. Bosh miya jarohatlaridan so'ng xulq-atvorning isterik tarzda shakllanishi, depressiyalar, seksual buzilishlar ham kuzatiladi.

Masalan, bosh miyaning peshona sohasi zararlanganda giperseksualizm rivojlanishi mumkin. Isteriya, depressiya va seksual buzilishlar haqida avvalgi boblarda batafsil ma'lumotlar keltirilgan. Ularning etiologiyasida bosh miya jarohatlari ham muhim ahamiyat kasb etadi.

Mast odamlarda rivojlangan bosh miya jarohatlarida psixozlar darajasi va sababini aniqlashda biroz qiyinchiliklar yuzaga keladi. Psixozlarni bosh miya jarohati yoki alkogoldan og'ir mastlik hisobiga ekanligini aniqlash qiyin bo'ladi.

Korsakov sindromi bosh miyaning og'ir jarohatlaridan so'ng rivojlanadigan o'tkir psixoz bo'lib, uning klinik belgilari, odatda, bemor hushiga kelgach, namoyon bo'lib boshlaydi. Bu sindromning asosiy belgisi eslab qolishning buzilishidir. Bemor bo'lib o'tayotgan voqealarni kun, hafta, oy kunlarini, uni davolayotgan shifokorlar (tibbiyot xodimlari)ning ismi va o'zining yotgan joyini eslab qola olmaydi. Bemorning hushi joyida, atrofdagilar bilan muloqoti saqlangan bo'ladi, biroq o'z ahvoliga nisbatan tanqidiy qarashi keskin pasayadi. Korsakov sindromi bir necha kundan bir necha oygacha davom etadi.

Bu sindrom, ayniqsa, spirtli ichimliklarni iste'mol qiluvchilarda og'ir kechadi. Korsakov sindromida xotiraning barcha turlari, ayniqsa, eslab qolish bosqichi buzilganligi uchun ham uni xotiraning birlamchi buzilishi deb atashadi.

Bosh miya jarohatlaridan so'ng xotira yo'qolishining davomiyligi turlicha bo'lishi mumkin va bu davr ba'zi hollarda bemor umrining

oxirigacha davom etadi. Hattoki, xotira tiklanishi kuzatilsada, u to'la bo'lmasligi mumkin.

Travmatik psixozlarning ba'zi turlarida hissiyotning buzilishlari ruhiy buzilishlardan ustunlik qiladi. Masalan, kayfiyatning asossiz tarzda baland bo'lishi, ya'ni eyforiya turli ko'rinishda namoyon bo'ladi, ular ko'p so'zlashadi, bo'lib o'tgan jarohatlarni batafsil gapirib yurishni, qanday omon qolganlarini bayon qilishni xush ko'rishadi, beg'am bo'lishadi. Odatda, eyforiya surunkali psixozlar uchun xosdir. Ba'zan avval saxiy va samimiy bo'lgan odam bosh miya jarohatidan so'ng egoist va berahm bo'lib qoladi.

Bosh miyaning og'ir jarohatlarida, ayniqsa, ochiq jarohatlarda tutqanoq xurujlari yoki kuchli vegetativ paroksizmlar kuzatiladi. Posttravmatik epilepsiya, odatda, bosh miya jarohatidan so'ng bir necha yil o'tgach rivojlanadi. Ayniqsa, Jekson xurujlari hamda hushdan ketib rivojlanuvchi tonik-klonik xurujlar, absanslar ko'p uchraydi. Tez-tez hushdan ketish bilan kechuvchi tutqanoq xurujlari borib-borib, bemor xulq-avtorini patologik tarzda o'zgartira boshlaydi.

Bosh miya jarohatlarini o'tkazgan bemorlarda **«avval ko'rgan»** yoki **«hech qachon ko'rmagan»** fenomeni rivojlanadi. Bemorlar o'zi avval bormagan va ko'rmagan joyda paydo bo'lib qolsa, bu yerga xuddi avval kelgandek, barcha narsalar tanishdek ko'rinadi yoki avval borgan hamda bir necha bor ko'rgan joyiga borsa, bu yerda hech qachon bo'lmagandek va barcha narsa va voqealar notanishdek tuyuladi. Bu fenomen mexanizmlari to'liq o'rganilmagan.

Bosh miya jarohatlaridan so'ng aqli zaiflik ham rivojlanadi. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, bu holat jarohat o'tkazgan bemorlarning 5 foizida kuzatiladi va u peshona hamda chakka sohalari zararlanishi bilan bog'liq.

Bosh miya jarohatlarida kuzatiladigan ruhiy buzilishlarning oldini olish uchun avvalambor, bemorlarni kasallikning o'tkir davrida to'g'ri davolash zarur. Ma'lumki, bosh miya jarohatlarining o'tkir davrida bemorlar neyroxirurgiya yoki neyrotravmatologiya bo'limlariga qabul qilinadi. Ba'zan bemorlar 4—5 kun ichida shifoxonadan chiqarib yuboriladi. Shifoxonadan chiqqach, ular zudlik bilan nevropatolog, ruhiy buzilishlar aniqlangan holatlarda esa psixiatr nazoratida turishlari va davolanishlari kerak.

14.3. Meningit va meningoensefalit o'tkazgan bemorlar psixologiyasi

Meningit – bosh miya pardalarining o'tkir yuqumli-yallig'lanish kasalligi bo'lib, asosan yoshlarda ko'p kuzatiladi. Meningit yuqumli kasallik bo'lganligi uchun ham, ushbu kasallik aniqlangan bemorlar zudlik bilan yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqizilishi zarur. Kasallik aniqlangan bemorning oilasida, bog'cha va maktabda darhol dezinfeksiya ishlari o'tkazilib, unga yaqin bo'lganlar vrach nazoratiga olinadi. Meningit ham insultga o'xshab to'satdan boshlanadi. Bemorning harorati 40 gradusgacha ko'tariladi, yuzi va tanasiga toshmalar toshib ketadi, boshi qattiq og'riydi, qusadi, yorug'likka qaray olmaydi, holi qochib yotib qoladi. Nevrologik tekshiruvlarda meningial simptomlar aniqlanadi. Meningit ayniqsa bolalarda og'ir kechadi va ular darrov hushini yo'qotib koma holatiga tushib qolishlari mumkin. Shuning uchun tana harorati ko'tarilgan har qanday bemor darhol mutaxassisga ko'rsatilishi lozim. Odatda, meningit tashxisini nevropatolog yoki yuqumli kasalliklar shifokori qo'yadi. Biroq umumiy amaliyot shifokori meningitni aniqlay olishi va zudlik bilan bemorni yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yuborilishini tashkillashtirishi lozim. Bemor shifoxonadan qaytgandan keyin esa uni nazoratga olishi va yana mutaxassislar ko'rigini ta'minlashi kerak.

Meningit kasalligining turi ko'p bo'lib, ularni to'g'ri aniqlash uchun albatta bemorning orqa miya suyuqligini, ya'ni likvorni tekshirib kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash lozim. Bu esa zarur antibiotiklarni to'g'ri tanlab olishga yordam beradi. Lyumbal punksiya, ya'ni miya suyuqligini tekshirish, meningit kasalligida albatta qilinishi lozim bo'lgan muolajadir. Yiringli meningitlarda bu muolaja bir necha bor qilinishi mumkin. Lyumbal punksiya orqali nafaqat kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash mumkin, balki bemor uchun o'ta xavfli bo'lgan miya shishini kamaytirish, bemorning komaga tushishining oldini olish, miya pardalarida ketayotgan yallig'lanish jarayonlarini pasaytirish yoki yiringli jarayonning miya to'qimasiga o'tib ketishini va meningoensefalit rivojlanishining oldini olish mumkin. Miya qorinchalarining xorioidal chigallarida 24 soat ichida 400—450 ml miya suyuqligi ishlab chiqariladi va qayta so'rilib turadi. Bu jarayon turli kasalliklarda kuchayib yoki pasayib turishi mumkin.

Meningitlarda yiringli jarayon oqibatida loyqalangan likvorni lyumbal punksiya orqali olib turish, toza miya suyuqligi ishlab chiqarilishini jadallashtiradi. Aks holda miya pardalari orasida qolib ketgan yiringli jarayon miya to'qimasiga so'rilib og'ir asoratlar qoldirishi mumkin, ya'ni tutqanoq xurujlari, ko'rishning buzilishi, xotira buzilishlari, nevroz, psixoz va hokazo.

Ta'kidlab o'tilganidek, yuqumli kasalliklar shifoxonalarida meningit bilan kasallangan bemorlarga lyumbal punksiyalar qilinishi tabiiy holdir. Biroq bemor hayoti uchun o'ta zarur bo'lgan ushbu muolajaning o'z vaqtida o'tkazilishiga bemorning yaqinlari yo'l qo'yishmaydi yoki «Punksiya qilmaysiz!» deb turib olishadi. Ayniqsa, bolalar yuqumli kasalliklari shifoxonasida ishlovchi shifokorlar bunday holatlarga ko'p duch kelishadi. «Agar bolada miya suyuqligi olinsa, u aqliy rivojlanishdan orqada qoladi», degan mutlaqo noto'g'ri fikr ota-onalar orasida tarqalgan. Meningit bilan kasallangan bemorlarni konsultatsiya qilishga borganimizda bunday savollarga biz ham ko'p duch kelganmiz. Ba'zan shifokorlar konsultatsiyaga kelgan vrachga «Siz ham ushbu tekshirish zarurligini ayting, bolaning ota-onasini ko'ndira olmayapmiz» deb iltimos qilishadi. Aksariyat hollarda ushbu muolajaning o'ta zarurligini tushuntirish ancha vaqtni talab qiladi. Bu yerda vrachlar lyumbal punksiyani amalga oshirish zarurligini bemorning qarindoshlari bilan maslahatlashib emas, faqat tibbiy ko'rsatmalarga asoslanib hal qiladi. Ba'zi hollarda bemorning qarindoshlari «Bizlar bilan maslahatlashmay miya suyuqligini olibsiz, nega bunday qildingiz?» deb vrach ustidan arz qilib yurishadi. Bunday shikoyatlar yuridik kuchga ega emas.

Odamlar orasida miya suyuqligini tekshirish haqida bunday noto'g'ri fikrlarning paydo bo'lishiga shifokorlar aybdor desak, mubolag'a qilmagan bo'lamiz. Afsuski, bunday fikrlarni lyumbal punksiya haqida to'g'ri ma'lumotga ega bo'lmagan shifokorlar tarqatishadi. Quyida ushbu masalaga oid o'zimiz guvohi bo'lgan achinarli bir holatni keltirib o'tamiz. Meni qamoqxonalardan biriga bitta mahbusni ko'rib tibbiy xulosa berish uchun taklif qilishdi. Bemorni tekshirib turishimni kuzatib turgan va shu yerda ishlaydigan bir xodim «Nevropatologmisiz?» deb so'radi. Men «Ha» deb javob berdim. U «Bemorni ko'rganingizdan keyin ketib qolmang, Sizda ishim bor» dedi. Bemorni ko'rib bo'lgandan keyin u meni alohida xonaga olib

kirib «Doktor, aytingchi meningitda orqa miya suyuqligini tekshirish kerakmi?» deb so'radi. Men «Albatta, kerak!» deb javob berdim. «Nima uchun?» so'radi u. Men «Bu muolaja tashxisni to'g'ri qo'yish uchun zarur» deb aytdim. «Nima, punksiya qilmasa meningit tashxisini qo'yib bo'lmaydimi?» deb so'radi va meningitga xos simptomlarni birin-ketin aytib boshladi, hatto nevrologik simptomlarni ham. To'g'risi, uning meningitga xos belgilarni bexato aytayotgani meni hayratda qoldirdi. «Doktor emasmisiz o'zi?» deb so'radim undan. «Buning nima farqi bor, mening umuman tibbiyotga aloqam yo'q! Siz mening savolimga javob bermadingiz» deb sovuqqonlik bilan yana haligi savolni qaytardi: «Orqa miya suyuqligini tekshirmasa, meningit tashxisini qo'yib bo'lmaydimi?». Men «Qo'yib bo'ladi, biroq bu muolaja faqat to'g'ri tashxis uchun emas, to'g'ri davolash uchun ham zarur» dedim. «Tinchlikmi, nimaga buncha meningit bilan qiziqib qoldingiz, yaxshiyam doktorman, Sizning mahbusingiz emasman» dedim hazillashib. U bo'lsa «Yaqinda bitta doktor mening mahbusim bo'ladi!» dedi jiddiy tarzda va mening oldimga katta bir qizil papkani tashladi. «Iltimos, shu materiallar bilan tanishib chiqing» dedi. Men papkadagi materiallar bilan tanishib chiqdim.

Qisqasi, 30 yoshlar atrofidagi ushbu qamoqxona xodimining 2 yoshga to'lmagan bolasi meningit bilan kasallanib yuqumli kasalliklar shifoxonasiga og'ir holatda keltiriladi. Bemorni mutaxassislar ko'rishadi va zudlik bilan davolash muolajalarini boshlashadi. Bolani davolayotgan palata vrachi uni lyumbal punksiya qilmasdan davolay boshlaydi. Bola tez tuzalavermaydi va hushini yo'qotib boshlaydi hamda sopor holatiga tushadi. Meningit bo'yicha dissertatsiya ishini bajarayotgan boshqa bir vrach o'z navbatchiligida miya suyuqligini olib tekshirish uchun bolaga lyumbal punksiya muolajasini o'tkazadi, chunki bolaning ahvoli og'irlashayotgan bo'ladi. Ertalabgacha miya shishi belgilari kamayib, bola hushiga keladi. Analiz natijalari tayyor bo'lgach, meningit qo'zg'atuvchisi aniqlanib, bemorga berilayotgan antibiotiklar va boshqa dori-darmonlar o'zgartiriladi. Bola 4—5 kun ichida o'ziga kelib tuzalib boshlaydi. Bola komaga tushsa uning hayoti xavf ostida qolardi. Ertalabki shifokorlar yig'inida bo'lim mudiri palata vrachini o'z vaqtida punksiya qilmaganligi uchun koyiydi va navbatchi vrachga minnatdorchilik bildiradi. Hamkasblari oldida izza bo'lgan vrach tuzalib ketgan bolaning otasiga «Bolangizdan

miya suyuqligini olmasayam tuzalardi, bu muolajani qilish uchun bemorning ota-onasidan yoki davolovchi vrachdan ruxsat olish kerak edi, endi bolangiz aqli zaif bo'lib o'sadi. Navbatchi vrach bolangizni bir kasallikdan tuzatib, ikkinchi kasallikka yo'liqtirdi» deydi. «Punksiya qilgan vrach dissertatsiya ishini bajarayapti, ishonmasangiz tekshirib ko'ring, shuning uchun ham u bolani navbatchilik paytida punksiya qildi, punksiyadan keyin bolaning ahvoli og'irlashib qolsa nima bo'lardi, bu muolajani kunduz kuni qilsa bo'lardi-ku.

Biz bir nechta bolalarni punksiya qilmasdan ham davolayapmiz, ishonmasangiz boshqa vrachlardan va hamshiralardan so'rang» deydi. Qamoqxonada tergovchi bo'lib ishlaydigan bu odamning miyasiga noqobil vrachning «Bola endi aqli zaif bo'lib o'sadi» degan so'zlari o'rnashib qoladi.

U ilmiy ish qilayotgan vrach haqida ma'lumotlar yig'ib boshlaydi, uning dissertatsiya materiallaridan bolasi haqidagi xulosalarni ham dalil uchun oladi, birin-ketin ushbu muolaja haqida barcha vrachlarning fikrini so'rab boshlaydi. Eng achinarlisi «Meningit kasalligida punksiya qilish kerakmi-yo'qmi?», «Lyumbal punksiyani navbatchilikda qilish shartmidi yoki shart emasmidi?», «Miya suyuqligi olingan bolada keyinchalik aqli zaiflik rivojlanadimi yoki yo'qmi?» «Bemorni punksiya qilish uchun yaqin qarindoshlarning ruxsatini olish kerakmi yoki yo'qmi?» kabi savollarga bolaning otasi turli vrachlardan turlicha javob oladi. Bu savollarga ba'zi vrachlar «Ha» deb javob bersa, boshqa birlari «Yo'q» deb javob beradi. Bu javoblardan tergovchi otaning miyasi gangib qoladi va masalaga oydinlik kiritish uchun meningitga oid ma'lumotlarni darsliklardan izlay boshlaydi va nevrologik simptomlarni qanday tekshirishni ham o'zlashtirib oladi.

Suhbat chog'ida u menga «Nima uchun doktorlar yagona qonun bo'yicha ishlashmaydi, har kim har xil gapiradi, axir o'tkaziladigan muolajalar ma'lum bir qonun-qoida asosida olib borilishi kerakku, nega ba'zi vrachlar talabalar uchun mo'ljallangan darsliklardagi ma'lumotlarni ham chala bilishadi? Mening ulardan juda ko'nglim qolib ketdi. Hatto shuncha yildan buyon ishlayotgan vrachlarning ba'zilari punksiya haqida aniq bir ma'lumotga ega emas» deb gapirgandi xunobi oshib. Balkim bu odam hissiyotga berilib shunday gaplarni gapirgandir, lekin men bir narsaga aminmanki, agar qilinajak

muolaja haqida u so'roqqa tutgan vrachlarning fikri bir joydan chiqqanda edi, vrachlar haqida u salbiy fikrga bormagan bo'lur edi.

Axir tibbiy muolajalar haqida umumqabul qilingan qonun-qoidalar borku va barcha shifokorlar ularga qat'iyan amal qilishlari kerak! Nega biz ularni unutib qo'yamiz yoki bilmaymiz? Buning natijasida tibbiyotga aloqasi bo'lmagan odamlar orasida yuzimiz shuvut bo'lib qoladi, ular bizlarga ishonmay qo'yishadi. Bir necha yildan buyon meningit kasalligi bilan shug'ullanayotgan vrachlarning fikri nega har xil bo'lib chiqdi. Bu yerda navbatchi vrach juda to'g'ri ish qilgan.

Meningitda albatta lyumbal punksiya qilinishi shart! Bu haqda vrach faqat tibbiy ko'rsatmalarga rioya qiladi, bemorning qarindoshlariga bu muolaja haqida hisobot berib o'tirmaydi, bemorning hayotini saqlab qolish uchun zarur bo'lgan har qanday tibbiy muolaja zudlik bilan bajarilishi kerak.

Bu qoida talabalarga barcha fanlarda o'rgatilib kelinadi. Faqat rejali tarzda bajariladigan muolajalar kuni yoki soati oldindan belgilanishi mumkin. Bunda ham qilinadigan muolaja rejali tarzda bajariladimi yoki zudlik bilan bajarish lozimmi, oldindan hal qilib olish kerak. «Miya suyuqligi olingan bolalarda keyinchalik aqliy zaiflik rivojlanadi» degan fikrlar mutlaqo noto'g'ri! Aksincha, lyumbal punksiya qilinmay davolangan bolalarning nafaqat tuzalishi qiyin kechadi, balki miya suyuqligidagi yiringli ajratmalar miya bo'shliqlarida to'planib miya to'qimalarini zararlaydi va natijada miya to'qimasi atrofiyaga uchraydi, kistalar paydo bo'ladi. Bunday holatlar keyinchalik turli xil asab va ruhiy buzilishlar rivojlanishiga turtki bo'ladi. Endi ushbu buzilishlar bilan tanishib chiqamiz.

Meningit bilan kasallangan bemorlarda kuzatiladigan ruhiy-hissiy buzilishlar

Meningitning o'tkir davrida ruhiy buzilishlar o'tkir psixozlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bular psixomotor qo'zg'alishlar, gallusinatsiyalar, deliriylar, psixosensor buzilishlar (umumiy giperesteziya va hokazo). Gallusinatsiyalar va deliriylar kasallikning o'tkir davrida ko'p kuzatiladi hamda ular meningit uchun xos bo'lgan nevrologik simptomlar bilan birgalikda namoyon bo'ladi. Meningitda

kuzatiladigan bosh og'riq o'ta kuchli va chidab bo'lmas darajada bo'lib, bosh qattiq siqib og'riydi, og'riq kuchidan bemor ingrab boshini qo'llari bilan changallab oladi, ko'zlarini yumib, chiroqlarni o'chirishni yoki pardalarni yopib xonani qorong'i qilishni, televizor va radioning ovozini o'chirishni, hatto chiqillab turgan soatni xonadan olib chiqib ketishni talab qiladi. Bemor og'riq kuchidan to'lg'anib oyoq-qo'llarini bukib g'ujanak bo'lib oladi. Chunki har qanday yorug'lik va shovqin bemorning bosh og'rig'ini kuchaytirib yuboradi. Meningitlarda kuzatiladigan kuchli bosh og'riqning sababi miya pardalarini innervatsiya qiladigan uch shoxli nerv (V juft) reseptorlari qo'zg'alishidir.

Miya paradalarini innervatsiya qilishda sayyor nerv (X juft) va simpatik tolalar ham ishtirok etadi. Ularning qo'zg'alishi natijasida kuchli bosh og'riq ketma-ket ko'ngil aynish va qusish bilan namoyon bo'ladi. Ushbu simptomlarning paydo bo'lishiga miya ichki bosimining oshib ketishi va miya ustuni tuzilma (vegetativ markaz) larning qo'zg'alishi ham sababchi bo'ladi. Qusish, ayniqsa IV qorincha tubida, ya'ni rombsimon chuqurchada joylashgan vegetativ markazlarning qo'zg'alishi hisobiga ro'y beradi. Miya pardalari qancha kuchli yallig'langan va miya ichki bosimi qancha yuqori bo'lsa bosh og'rig'i va boshqa vegetativ simptomlar ham shuncha kuchli ifodalangan bo'ladi.

Yumshoq pardada ketayotgan kuchli yallig'lanish hisobiga bosh miya katta yarim sharlarining ustki qismi, ya'ni po'stlog'ning ta'sirlanishi hisobiga tutqanoq xurujlari, psixomotor va psixosensor buzilishlar ro'y beradi. Bemorning hushi buzilgan bo'ladi, uning tanasiga qo'l tegizsa sakrab tushadi, trigeminal nuqtalarni bosib tekshirayotganda yuzini bujmaytirib boshini olib qochadi, tekshiruvchining qo'lini itarib yuboradi, ko'zini yumgan holda har yoqqa o'zini tashlayveradi, baqiradi, o'rnidan turib ketishga harakat qiladi, atrofdagilarni tanimaydi. Savollarga noaniq javob beradi. Bunday buzilishlar kuchli darajada ifodalansa, bemorni tekshirish va davolash muolajalarini o'tkazish mushkul bo'lib qoladi. Tana harorati yuqori holatda kuzatilayotgan ushbu buzilishlar kuchli terlash bilan namoyon bo'ladi. Ushbu buzilishlarni bartaraf etish uchun zudlik bilan 2 ml valium (relanium, sibazon) yoki analgin, dimedrol va novokain eritmalari, pipolfen, aminazin kabi dorilarni tomir ichiga yoki mushak

orasiga yuborish kerak va «tez yordam» xizmati orqali bemor shifoxonaga jo'natiladi.

Deliriylar meningitning o'tkir bosqichida ko'p uchraydigan ruhiy buzilishlar bo'lib, bunda bemorning ongi xiralashgan bo'ladi, u o'z ahvolini chala bo'lsa-da anglay oladi, biroq atrof-muhitda u bilan sodir bo'layotgan tekshiruvlarni, shifokorlarning xatti-harakatlarini to'g'ri baholay olmaydi. Qayerda yotganini, qachon bu yerga kelib qolganini va taxminiy vaqtni aytib bera olmaydi. Deliriyda ko'ruv va eshituv gallusinatsiyalari ko'p kuzatiladi. Bunda bemor ko'z oldidagi narsalarni qo'li bilan haydaydi, yaqinlarini tanimaydi, yo'q odamlarning ismini aytib chaqiradi, ko'z oldida yo'q narsalarni ko'radi, qo'rqib baqirib yuboradi. Bunday holatlar ayniqsa bolalarda ko'p kuzatiladi. Shuning uchun ham bolaning bu ahvolini ko'rib uning yaqinlari qo'rqib ketadi, «Bolam ruhiy kasal bo'lib qolmaydimi?» deb doktorlardan so'rayveradi. Albatta, bunday psixomotor qo'zg'alishlar meningitning dastlabki kunlarida ro'y beradi va darrov o'tib ketadi.

Shuning uchun bemorning yaqinlariga bu haqda ma'lumot berib, ularni tinchlantirish lozim. Ba'zan uyda bunday holatlar tana harorati ko'tarilgan bolada ro'y berib qolsa, ota-onalar bolasini o'qitishga tabibga olib borishadi va zarur vaqtni qo'ldan boy berib bola nobud bo'ladi. «Bolamga ko'z tegdi, birdan harorati ko'tarilib ruhiy kasal bo'lib qoldi, tabiblarga o'qitsak ham yordam qilmadi va to'satdan vafot etdi», deb ayuhannos solib yig'lashadi. Bola esa meningitdan o'lgan bo'ladi. Bunday holatlar ayniqsa 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi. Ularda meningitning og'ir turlari ko'p kuzatiladi, ayniqsa yiringli meningitlar. Bu yoshdagi bolalarning tana harorati ko'tarilsa uxlashaveradi, ayniqsa kechasi, ota-ona esa buni sezmay qolishadi yoki «Bolam bugun charchabdi shekilli, uxlayversin» deb uni bezovta qilishmaydi. Tibbiy yordam ko'rsatilmagan bola esa ertalabgacha o'lib qoladi. Ba'zan ota-onalar bolaning tanasiga spirt o'rniga aroq surkab tana haroratini tushirishga harakat qilishadi (aroq tana haroratini tushirmaydi) yoki analgin va dimedrol qilib qo'yisha qoladi hamda antibiotik qilishmaydi. Analgin va dimedrol aralashmasi yoki tana haroratini tushiruvchi dorivor vositalar meningitga davo bo'la olmaydi, bunday holatlarda albatta antibiotik qilib boshlash zarur hamda bolani zudlik bilan shifoxonaga olib borish kerak.

Shu o'rinda aytib o'tmoqchi edim: tana haroratini tushiruvchi dorilarni ommaviy axborot vositalarida reklama qilish mutlaqo mumkin emas. Chunki tana harorati oshishining asl sababi meningit bo'lishi mumkin! Bu dorilar tana haroratini tushiradi, biroq kasallik sababini yo'qotmaydi. Televizorda zo'r berib reklama qilinayotgan tana haroratini tushiruvchi dorilardan birini 2 kun mobaynida 12 yosh bolaga ichirishadi, biroq bolaning ahvoli og'irlashaveradi. Kasallikning uchinchi kuni bolani shifoxonaga olib borishadi va unda yiringli meningit aniqlanadi. Bola 7 kun komada yotadi va vafot etadi. Umuman olganda, dorilarni televizor va radio orqali reklama qilish noto'g'ridir, ularni gazeta hamda jurnallarda reklama qilish mumkin. Faqat dorining barcha nojo'ya ta'sirlari keltirilgan bo'lishi shart.

O'rta yoshdagilarda seroz meningit ko'p kuzatiladi. Meningitning bu turida tana harorati 38 gradusgacha ko'tariladi. Bemorning boshi og'riydi, qayt qiladi, holi qochadi, tez charchab qoladi, uyqu kelaveradi, ishtahasi buziladi, jizzaki bo'lib qoladi, ko'p terlaydi. Agar bu bemorlarda meningial simptomlar tekshirilmasa, seroz meningit tashxisi qo'yilmasligi va bemor «o'tkir respirator kasallik» tashxisi bilan davolanib yurishi mumkin. Odatda, bunday bemorlar parasetamol yoki uning analoglari va antibiotik qabul qilib yurishadi. Albatta, bu dorilar meningitga xos belgilarni kamaytiradi va bu ham tashxisning kech aniqlanishiga sababchi bo'ladi. Shuning uchun ham tana harorati oshgan har qanday bemorda meningeal simptomlar tekshirilishi shart. Faqat ana shundagina meningit tashxisi o'z vaqtida aniqlanadi. O'tkir meningit tashxisini aniqlashda KT yoki MRT ahamiyatga ega emas, balki u maxsus klinik, nevrologik, bakteriologik, virusologik va likvorologik tekshiruvlar orqali aniqlanadi.

Meningoensefalit va ensefalitlarda kuzatiladigan ruhiy-hissiy buzilishlar

Meningoensefalit – bu bosh miya pardalari va miya to'qimasining yallig'lanish kasalligidir. Bosh miya yoki uning pardalarida ketayotgan patologik jarayonni anatomik nuqtayi nazardan kelib chiqqan holda o'rganish mushkul, albatta. Masalan, aksariyat hollarda miya pardalarida kechayotgan yallig'lanish jarayonlari miya to'qimasiga o'tishi, ya'ni meningoensefalit rivojlanishi yoki virusli infeksiyalar

gematoensefalik to'siqdan o'tib bosh miya to'qimalarida yallig'lanish jarayonlarini (ensefalitlar) yuzaga keltirishi mumkin. Meningoensefalit og'ir kasallik bo'lib, meningitdan farqli o'laroq chuqur nevrologik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi, ya'ni monoparez, gemiparez, tetraparezlar, giperkinezlar va hokazo. Ushbu nevrologik buzilishlarning paydo bo'lishi yallig'lanish jarayoni miya to'qimasining qaysi qismida joylashganiga bog'liq. Bu ma'lumotlar nevrologiya darsliklarida keltirilgan.

Boshqa yallig'lanish kasalliklari kabi meningoensefalitlar bilan ham asosan yosh bolalar va o'smirlar ko'p kasallanishadi. Shuning uchun ham bolalik va o'smirlik davrlarida o'tkazilgan meningoensefalitlarda nevrologik asoratlardan tashqari, turli darajada ifodalangan neyropsixologik (nutq, xotira, tafakkur, hissiyot va hokazo) asoratlar ham qoladi. Bu davrlarning har bir bosqichida murakkab funksional sistemalar va oliy ruhiy funksiyalar jadallik bilan shakllanib boradi (bu haqda biz batafsil ma'lumot I bobda keltirilgan). Bosh miya va uning to'qimalarida kechadigan og'ir kasalliklar esa ushbu murakkab mexanizmlarni izdan chiqaradi, go'yoki rivojlanish jarayoni kasallik paydo bo'lgan vaqtdan boshlab sekinlashadi yoki butunlay to'xtaydi. Meningoensefalit bilan kasallangan bola qancha yosh bo'lsa, u aqliy rivojlanishdan shuncha orqada qolib borishi mumkin. Bunday bolalarda vaqt o'tgan sayin biologik yosh bilan psixologik yosh orasidagi farq kattalashib boraveradi. Bunga yo'l qo'ymaslik uchun barcha davolash muolajalarini neyropsixologik muolajalar bilan birgalikda olib borish zarur.

Meningoensefalitlarda kuzatiladigan neyropsixologik buzilishlar patologik jarayon bosh miyaning qaysi yarim sharida ketayotganligiga ham bog'liq. Agar yallig'lanish jarayoni ko'proq bosh miyaning chap yarim sharida joylashsa, bolada aqliy rivojlanishning kechikishi nutq buzilishlari bilan birgalikda namoyon bo'ladi. Bolaning tafakkuri shakllanishida nutqning ahamiyati beqiyosdir, shuning uchun ham patologik jarayon nutq markazlari joylashgan chap yarim sharda joylashsa intellektual buzilishlar kuchliroq ifodalangan bo'ladi. Bu darajada kuchli ifodalangan intellektual buzilishlar bosh miyaning o'ng yarim shari zararlanganda kuzatilmaydi, chunki bu yarim shar nutq funksiyalari uchun bevosita javob bermaydi. Biroq boladagi neyropsixologik buzilishlar apraksiyalar, anozognoziyalar, autotopo-

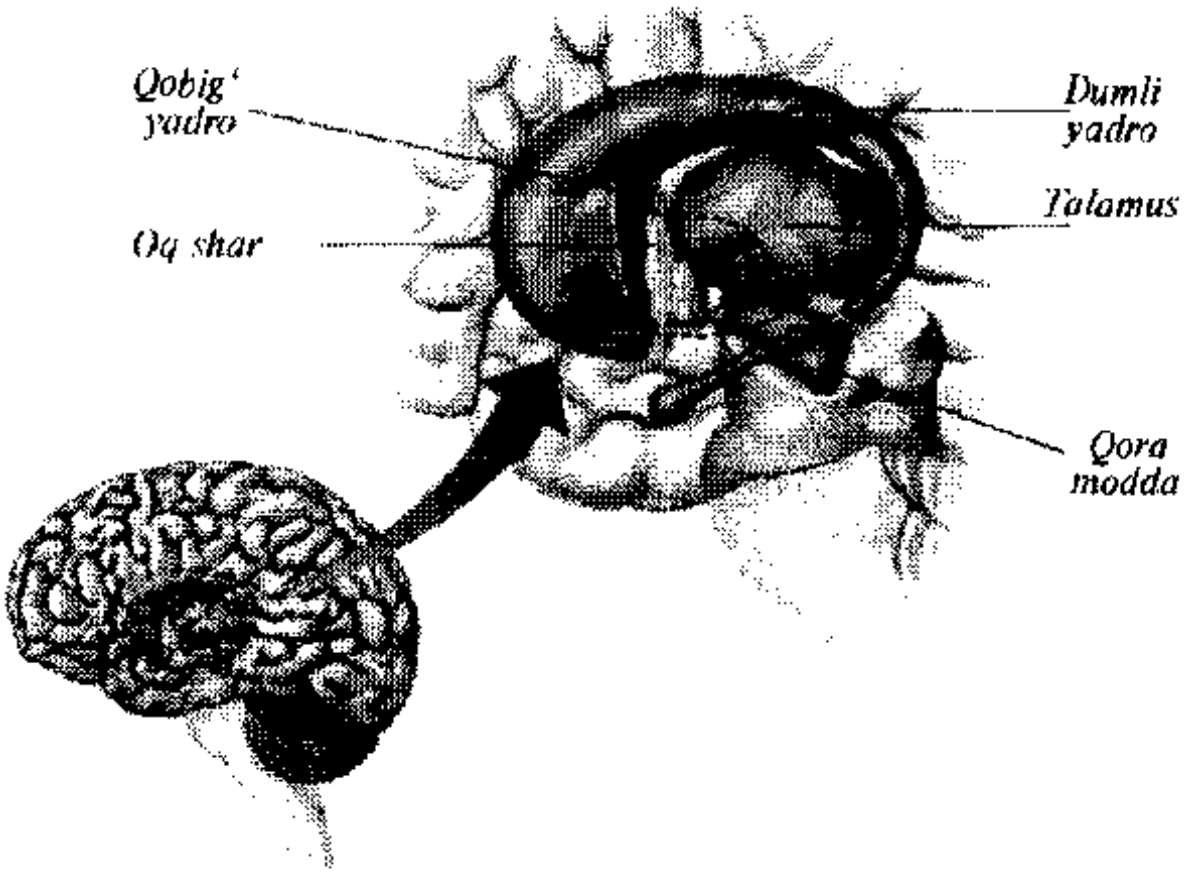
gnoziyalar va xulq-atvor buzilishlari ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bolaning xulq-atvori boshqarib bo'lmaydigan darajada o'zgaradi, albatta, bu buzilishlarning qay darajada ifodalanishi oyoq-qo'llardagi falajliklar darajasiga ham bog'liq. Odatda, chuqur falajliklar xulq-atvorning og'ir buzilishlari bilan namoyon bo'ladi. Tetraparezlar (ikkala qo'l va ikkala oyog'dagi falajliklar) bilan kuzatiladigan meningoensefalitlarda aksincha bola o'ta sust, nutqi buzilgan, aqliy rivojlanishdan orqada qolgan va tos a'zolari vazifalari buzilgan bo'ladi. Bunday bolalar doimiy yordamga muhtoj bo'lib, odatda, uzoq yashamaydilar.

Chunki tana harorati ko'tarilishi bilan kechuvchi kasalliklarda ularning ahvoli yanada og'irlashishi mumkin. Meningoensefalit o'tkazgan bolalarda yurak faoliyati ham buzilgan bo'ladi, odatda, bradikardiya ko'p kuzatiladi.

Falajliklarning uzoq davom etishi umurtqa pog'onasida deformatsiya, qo'l va oyoq bo'g'imlarida kontrakturalarning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bu esa neyropsixoreabilitatsiya jarayonlarini yanada qiyinlashtiradi. Ba'zan meningoensefalitlarda falajliklar to'la yo'qolib, bolada nutq va xulq-atvor buzilishlarining yengil turlari kuzatiladi. Rejali tarzda olib boriladigan davolashlar natijasida bunday buzilishlar to'la barham topishi mumkin.

Ensefalit — bosh miya to'qimalarining yallig'lanishi. Agar patologik jarayon po'stlog' osti tuzilmalarida joylashsa, unda pallidar (parkinsonizm) yoki striar (giperkinezlar) sindrom rivojlanadi. Bu holat **po'stloq osti ensefaliti** uchun xosdir. Po'stloq osti tuzilmalari hissiyot shakllanishida o'ta muhim ahamiyatga ega. VI bobda hissiyot va uni ta'minlab beruvchi tuzilmalar haqida batafsil ma'lumot berilgan. Po'stloq osti tuzilmalarining har qanday patologiyasi, albatta, hissiyot buzilishi bilan namoyon bo'ladi.

Masalan, bolaning burun bo'shliqlarida uzoq davom etuvchi yallig'lanish jarayonlari kuzatilsa va shu sababli hidlov funksiyasi buzilsa bolaning xulq-atvori buziladi, ya'ni unda giperaktiv sindrom belgilari paydo bo'ladi. Chunki hidlov nervi orqali po'stloq osti tuzilmalariga kelib turuvchi impulslar hissiyot aylanasi bo'lmish Papes aylanasi faoliyati uchun o'ta muhimdir. Xushbo'y hid kayfiyatni ko'tarishining sababi ham ana shunda. Po'stloq osti tuzilmalari 39-rasmda keltirilgan.



39-rasm. **Ensefalitda ko'p zararlanadigan po'stlog' osti tuzilmalari.**

Pallidar sindrom bilan namoyon bo'luvchi ensefalitlarda bolaning barcha ixtiyoriy harakatlari o'ta sustlashgan bo'ladi, ular sekin gapiradi (monoton nutq), sekin harakatlanadi (bradikineziya), mimik mushaklar harakati ham sust bo'lib (amimiya, gipomimiya), ularning tashqi ko'rinishi yuziga niqob kiygan odamni eslatadi. Hatto ko'z mushaklari harakatlari ham sustlashadi, shuning uchun ham ular bir nuqtaga tikilib qarab turishadi. Yuzda ifodalangan bunday patologik belgilar bolalar va o'smirlar uchun xos bo'lgan quvnoqlik hamda sho'xlik alomatlarini butunlay yo'qqa chiqaradi, hissiy reaksiyalarni aks ettirib turuvchi yuz va ko'zlar go'yoki qotib qoladi. Bunday bolalarning tashqi ko'rinishi va harakatlari yoshi bir joyga borib qolgan odamni eslatadi. Ular kam kulishadi, kulsayam ochilib kula olmaydi, bunga qotib qolgan mimik mushaklar yo'l qo'ymaydi va natijada kulmoqchi bo'lgan bolada og'iz ko'ndalangiga cho'ziladi, xolos. Buni «ko'ndalang kulgi» deb atashadi.

Husnixat ham o'zgaradi, ya'ni kattaroq harflar bilan boshlangan yozuv kichrayib boraveradi (mikrografiya). Buning asl sababi harakat-

langan sayin barmoq mushaklari tonusining oshib borishidir. Bemor ovqatlanayotganda, kiyinayotganda, sochini tarayotganda, tishini yuvayotganda sekin harakat qiladi. U biror bir yumushni uzoq vaqt bajara olmaydi, chunki bunga qo'l va oyoqlarda plastik tarzda oshgan mushaklar tonusi yo'l qo'ymaydi. Bemor harakatlangan sayin mushaklar tonusi oshib boraveradi, bu holat plastik gipertonus uchun xosdir. Insultlarda kuzatiladigan spastik falajliklarda esa harakatlangan sayin mushaklar tonusi pasayib boradi.

Ko'z olmasi va mimik mushaklardan tortib, to oyoq hamda qo'llarda joylashgan yirik mushaklar tonusining bu tarzda oshuvi bemorni xuddi muzeylarda biroz bukilib turgan manekenga o'xshatib qo'yadi. Bo'yin mushaklari tonusining oshganligi sababli bosh biroz oldinga bukiladi, qo'l va barmoqlardagi bukuvchi mushaklar tonusining oshganligi hisobiga ular ham bukilgan holatda bo'ladi, oyoqni bukuvchi mushaklar tonusining oshishi esa gavdani bukib qo'yadi. Bunday holatni «bukiluvchilar holati» deb atashadi. Pallidar sistema zararlanganda kuzatiladigan bunday patologik simptomlar **Parkinson kasalligi** uchun ham xosdir.

Bunday bemorlar bir joyda tik qotib soatlab turib qolishlari mumkin, ular uchun turgan joydan harakatni boshlash qiyin, keyin esa boshlangan harakatni to'xtatish qiyin bo'ladi. Bemor yurib boshlasa xuddi orqadan birov turtib yuborgandek tez yurib ketadi. Bu holat ***propulsiya*** deb ataladi. Bemorni orqaga turtib yuborsa orqaga yurib ketishi (retropulsiya), yon tomondan turtsa yon tomonga yurib ketishi (lateropulsiya) mumkin.

Pallidar sindrom uchun ipoxondrik buzilishlar xos. Bunday bemorlar sal narsaga xafa bo'lishadi, tez yig'lashadi, ularning fikrini gumon egallagan bo'ladi, hech kimga ishonishmaydi, bir gapni hadeb takrorlashaveradi, qaysar bo'lishadi. Bemorning uyqusi ham buzilgan bo'ladi, kechalari uxlamay chiqadi yoki tez uyg'onadi. Kunduzi esa uxlashi mumkin. Ularning xotirasi buzilgan bo'ladi, fikrlash doirasi torayadi, ijodiy ishlarni bajara olishmaydi. Odatda, bunday bemorlarni davolash yillab davom etadi. Ijobiy natija tez kuzatilavermagach bemorda davolanishga bo'lgan ishonch yo'qoladi. Bunday paytlarda vrach bemorni tinchlantirib, davolash jarayoni uzoq davom etishi mumkinligini, buning uchun sabr-toqat va irodali bo'lish kerakligini aytish kerak.

Po'stloq osti ensefalitlari **giperkinezlar** bilan ham namoyon bo'ladi, agar patologik jarayon striar sistema yadrolarida joylashsa. Giperkinezlar – tananing turli joylarida kuzatiladigan ixtiyorsiz harakatlardir. Bular ichida xoreya alohida o'rin tutadi. Xoreya – asosan yuzda joylashgan mushaklarda kechadigan tez-tez bo'lib turuvchi giperkinezlardir. Biroq xoreik giperkinezlar tez orada bo'yin mushaklari va qo'l barmoqlariga ham o'tishi mumkin. Xoreik giperkinezlar bolalarda ko'p uchraydi va buning sababi LOR a'zolari infeksiyalari, ayniqsa tonzillitdir. Tonzillit sababli paydo bo'lgan xoreik giperkinezlar, odatda, kasallik sababi yo'qotilgandan keyin o'tib ketadi, biroq po'stloq osti ensefalitlarida esa ijobiy natijaga erishish ancha qiyin kechadi.

Xoreik giperkinezlar boshlashdan bir necha oy ilgari bolaning xulq-atvori o'zgarib boshlaydi. Ota-ona, hatto vrachlar ham bolada jiddiy kasallik boshlanayotganligini darrov payqashmaydi va unga «Giperdinamik sindrom» deb tashxis qo'yishadi (I-bobga qarang). Bolaning xulq-atvori shu darajada o'zgaradiki uni maktabda ham, uyda ham tartibga chaqirishaveradi. Ammo ular yordam bermaydi. Biron oylardan keyin bolaning ko'z atrofi mushaklarida giperkinezlar paydo bo'ladi, bola ko'zini yumib ochaveradi, qoshini qoqaveradi. Ko'zni yumib-ochuvchi mushaklarda bo'ladigan bunday giperkinezlar blefarospazm deb ataladi. Bunday bolalar joyida ham tinch o'tira olmaydi, ovqatlanayotgan paytda choyni yoki qoshiqdagi ovqatni to'kib yuboradi, shoshib ovqatlanadi. Bunday bolalar ota-onasidan tez-tez dakki eshitib turishadi. Xoreik giperkinezlar, ayniqsa yuzdagi, hayajonlanganda kuchayadi, tinchlanganda kamayadi, uyqu paytida esa bo'lmaydi. Xoreik giperkinez bilan kasallangan bemorlar nafaqat uyda, balki ko'chadan ham dakki yeb kelishlari mumkin. Toshkent metrosida shunday bir qiziq voqea yuz bergan. Yuzida xoreik giperkinezlar bor N. ismli 15 yosh yigit ertalab metroga tushadi. Vagonda uning ro'parasiga xuddi shu yoshlardagi qiz onasi bilan o'tirib qoladi. Qiz juda chiroyli bo'lganligi sababli N. unga tikilib qarayveradi. Qiz ham unga kulib qaraydi. Hayajonlanganidan N. ning ko'z atrofi mushaklarida giperkinezlar boshlanadi, ya'ni u qoshini qoqib, ko'zini pirpirataveradi. Ikkala yosh orasidagi bunday vaziyatdan jahli chiqqan va atrofdagilardan uyalgan ona «Yoshgina bo'lib uyalmaysanmi?!» deb yigitning yuziga bir shapaloq tushiradi. Bola

qattiq uyalganidan keyingi bekatda vagondan tushib ketadi va uyiga kelib «Meni doktorga olib boring» deb janjal ko'taradi. Shu kuni bu yigit onasi bilan bizning qabulimizga keldi. Kulgili bu vaziyatning yuzaga kelishiga sabab giperkinezlarning bitta, ya'ni faqat o'ng ko'zda bo'layotganligi edi.

Giperkinezlarning kam uchraydigan, biroq og'ir turlari ham mavjud. Bular torsion distoniya, atetoz, gemiballizm, gemitremor va hokazo. Ular haqida ma'lumotlar nevrologiya darsliklarida keltirilgan.

Shunday qilib, bosh miya va uning yallig'lanish kasalliklarida kuzatiladigan ruhiyatning turli darajadagi buzilishlari hamda ularning nevrologik simptomlar bilan birgalikda namoyon bo'lishi bu buzilishlarni erta aniqlash, davolash va reabilitatsiya muolajalarini to'g'ri olib borishni taqozo etadi.

14.4. Epilepsiya va tutqanoq sindromlarida bemorlar psixologiyasi

Epilepsiya asab sistemasining eng ko'p tarqalgan kasalliklaridan biri bo'lib, katta tibbiy-ijtimoiy muammoga aylangan. **Epilepsiya** – bosh miyaning xurujlar bilan kechuvchi surunkali kasalligi bo'lib, harakat, sezgi, vegetativ va ruhiy-hissiy buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Epilepsiyaning aholi orasida tarqalishi 1000 kishiga 7—10 ta. Kasallik ko'p etiologiyali bo'lganligi sababli turli yoshda uchrashi mumkin, biroq epilepsiyaning 75 foizi 20 yoshgacha bo'lgan davrda boshlanadi. Kasallanish darajasi erkak va ayollarda deyarli bir xil tarqalgan. Mutaxassislar ma'lumotlariga qaraganda, epilepsiya bilan kasallangan bemorlarning kamida 30 foizida ruhiy buzilishlar kuzatiladi.

Tarixdan ma'lumki, Suqrot, Platon, Yuliy Sezar, Janna D 'Ark, Van Gog, Napoleon, F. Dostoevskiy kabi buyuk shaxslar epilepsiya kasali bilan og'rigan. Shuning uchun ham ba'zi mutaxassislar faqat kuchli tafakkur egalari epilepsiya bilan og'rishadi deyishsa, boshqa birlari esa tutqanoq xurujlari odamda talant kurtaklarini qo'zg'ab yuboradi, deb hisoblashadi. Bu fikrlarga to'liq qo'shilish qiyin, biroq epilepsiya bilan og'riydigan ba'zi bemorlarda kuchli talant belgilarini uchratish mumkin.

Masalan, biz ham o'z amaliyotimizda «Qur'on» va «Hadis» kitoblarini yoddan biladigan yosh yigitni, kuchli rassom, shoir va matematiklarni uchratganmiz. Bunday bemorlar ichida inson hayratda qoladigan hikmatli iboralar o'ylab topuvchilar, hikmatlarga boy bo'lgan to'rtliklar bituvchilarni kuzatganmiz. Ularni vrachlar yon daftarlariga yozib yurishsa, foydadan xoli bo'lmaydi. Doimo xuruj kuzatiladigan bir bemor qizda sezgi va idrok qobiliyatining kuchayganini kuzatganmiz. Biroq epilepsiya kasali bor aksariyat bemorlarda tutqanoq xurujlari vaqtida to'xtatilmasa, og'ir ruhiy buzilishlarga olib keladi, ularning aqli zaiflashib boradi. Tutqanoq xurujlari qanchalik erta yoshda boshlansa, ruhiy buzilishlar shuncha erta rivojlanishi mumkin.

Shunday bo'lsa-da, og'ir ruhiy buzilishlar epilepsiyaning barcha turida ham kuzatilavermaydi.

Xuddi boshqa asab kasalliklaridagi kabi epilepsiya ham nasliy omilga bog'liq. O'tgan asrning 50-yillarigacha aksariyat davlatlarda bu bog'liqlik juda bo'rttirib ko'rsatilgan, keyinchalik ilm-fanning yutuqlari bunday gumonni yo'qqa chiqardi. Hozirgi davrning statistik ma'lumotlariga qaraganda, ota-onaning biri epilepsiya bilan og'risa, ulardan kasal bola tug'ilishi xavfi 10 foizdan oshmaydi. 13-jadvalda epilepsiya sabablari umumlashtirilib keltirilgan.

Epilepsiyaning etiologiyasi, klinik ko'rinishlari aksariyat hollarda bemorning yoshiga bog'liq.

Masalan, erta bolalik davrida kuzatiladigan tutqanoq xurujlarining sababi homila va bola tug'ilishi davrlarida yuzaga keladigan gipoksiya holatlari, virusli infeksiyalar, anemiyalar va hokazo

Epilepsiyaning tasnifi ko'p bo'lib, tibbiy amaliyotda ko'proq u 3 turga ajratib o'rganiladi. Agar epilepsiya bosh miyaning biror-bir kasalligi sababli rivojlansa — **simptomatik epilepsiya**, nasliy omil aniqlangan va bosh miya kasalliklari aniqlanmagan holatlarda — **idiopatik epilepsiya** va nihoyat, hech qanday sabab aniqlanmagan holatlarda — **kriptogen epilepsiya**, shuningdek, o'choqli (parsial, fokal, lokal) xurujlar farq qilinadi.

O'choqli xurujlar bosh miya tuzilmalari, ayniqsa, po'stloq markazlarining qo'zg'alishlari natijasida kelib chiqadi. Ular qaysi markazlar qo'zg'alishiga qarab, yuz, qo'l va oyoqda harakat va sezgi xurujlari bilan namoyon bo'ladi.

13-jadval

Epilepsiya sabablari (Ichki kasalliklar bo'yicha Xarrison ma'lumotnomasi). 2005-yil

Yosh	Epilepsiya sabablari
2 yoshgacha	Tug'ish paytida miyaning jarohatlanishi Perinatal gipoksiya va ishemiya O'tkir infeksiya Metabolik buzilishlar (gipoglikemiya, gipokalsimiya, gipomagniyemiya, piridoksin yetishmovchiligi) Rivojlanish illatlari Genetik buzilishlar
2—12 yoshgacha	Idiopatik O'tkir infeksiya Jarohatlar Febril tutqanoqlar
12—18 yoshgacha	Idiopatik Jarohatlar Dori, alkogol abstinensiyasi Arterivenoz anevrizmlar (rivojlanish illatlari)
18—35 yoshgacha	Jarohatlar Alkogolizm Miya o'smalari
35 yoshdan so'ng	Miya o'smalari Bosh miya qon tomir kasalliklari Metabolik buzilishlar (uremiya, jigar yetishmovchiligi, elektrolitlar almashinuvining buzilishi, gipoglikemiya Alkogolizm

Shuningdek, o'choqli xurujlar ko'ruv, eshituv, hid va ta'm bilish gallusinatsiyalari hamda «avval ko'rgan» yoki «hech qachon ko'rmagan» *fenomeni to'satdan keladigan qo'rquv va qorinda kuzatiladigan* og'riq xurujlari ko'rinishida ham kuzatiladi. Ularning davomiyligi 30 soniyadan oshmaydi. O'choqli xurujlarda bemor hushini yo'qotmaydi va bular oddiy parsial xurujlar, agar hushdan ketish bilan namoyon bo'lsa, murakkab parsial xurujlar deb ataladi.

Murakkab parsial xurujlarda hushsiz yotgan bemorda yutinish, chaynash, biror joyini silash, chapak chalish kabi avtomatik harakatlar kuzatiladi. Murakkab parsial xurujlarning davomiyligi ham 30 soniya atrofida bo'ladi va bemor o'ziga kelgandan so'ng biroz karaxt bo'lib turadi.

Epilepsiyaning tonik va klonik xurujlar bilan kechishi biroz og'ir turi bo'lib, bemorning yaqinlarini ko'proq vahimaga soladi. Chunki bu xurujlar kechayotganda bemor hushsiz bo'lib, bunda ruhiy buzilishlar ham ko'p kuzatiladi. Tonik va klonik xurujlarda epilepsiya auralar bilan boshlanishi mumkin.

Auralarni epilepsiyaning xabarchilari deb ham atashadi. Xurujlar boshlanishiga bir necha soat qolganda, ba'zan esa bir-ikki kun oldin bemorning uyqusi qochadi, xavotir paydo bo'ladi, jahldor bo'lib qoladi, yuzi yoki tanasining ba'zi joylari uyushadi hamda lab burchaklari titray boshlaydi. Odatda, mana shu belgilardan so'ng katta tutqanoq xurujlari boshlanadi. Tutqanoq xurujlaridan oldin auralarning kelishi yaxshi. Chunki bunday paytlarda bemor o'zini xavfsiz joyga oladi, ota-onasi yoki o'zi uydan chiqib ketmaydi, xavfli joylarda yurgan bo'lsa, xavfsiz joylarga o'tadi va hokazo. Aurasiz uchraydigan katta tutqanoq xurujlar hayot uchun xavflidir va bunda bosh miya hamda tana jarohatlari ko'p kuzatiladi. Chunki bemor xurujlar boshlanish vaqtini bilmaydi va o'zini xavfsiz joyga ola olmaydi.

Agar xurujlar aura kuzatilgandan so'ng boshlansa, bunday xurujlarni ***ikkilamchi tarqalgan xurujlar*** deb ataladi. Agar xurujlar aurasiz kuzatilsa, ularni ***birlamchi tarqalgan xurujlar*** deb ataladi. Xuruj boshlanganda, dastlab mushaklarda tonik qisqarishlar ro'y beradi, bu paytda bemor qichqirib yuborishi va tilini tishlab olishi mumkin. Qisqa vaqt nafas ham to'xtab qoladi, rangi ko'karib ketadi. Bu davr xurujlarning ***tonik bosqichi*** deb ataladi va u, odatda, 30—60 soniya davom etgach, ***klonik bosqichi*** boshlanadi. Bunda bosh va oyoq-qo'llar titray boshlaydi. Bosh orqa va yon tomonga buraladi, ko'z olmasi yuqori va yon tomonga qarab og'adi. Shu holatda titrashlar davom etib turadi. Xurujning klonik bosqichi ko'p holatlarda qovug'i bo'shab ketish bilan tugaydi. Bu bosqich 2—3 daqiqa davom etadi. Tonik-klonik xurujlarning umumiy davomiyligi 3—5 daqiqaga teng. Xurujlar tugagach, bemor qattiq uyquga ketadi, odatda, 2

soat, bunday paytda uni uyg'otmaslik kerak. Uyqudan turgandan so'ng esa bosh og'rig'i kuzatiladi.

Epilepsiyaning tutqanoq xurujlarisiz kuzatiladigan turiga **absanslar (Petit mal)** deb ataladi. Ular, asosan, bolalik va o'smirlik davrida kuzatiladi. Xuruj paytida bola bir nuqtaga qarab qotib qoladi, ko'zi ochiq bo'ladi, biroq qoshini pirpiratib turishi va boshi sal orqaga qayrilishi mumkin. Savollarga javob bermaydi, hushsiz qotib tursada, yiqilib tushmaydi. Xuruj 10—20 soniya davom etadi va ba'zan atrofdagilar buni sezmay qolishadi. Bunday xurujlar bir kunda 20—30 marta takrorlanishi mumkin. Vrachning o'zi bu xurujni kuzatmoqchi bo'lsa, bemordan 5—6 marta tez-tez chuqur-chuqur nafas olishni talab qilishning o'zi yetarli bo'ladi.

Tungi xurujlar. Tunda bo'ladigan xurujlar turli-tuman bo'ladi. Ularning ba'zilari quyidagicha kechishi mumkin: bemor birdan uyg'onib ketadi, qattiq boshi og'riydi, qayt qilishi mumkin va astasekin ko'zi hamda boshi yon tomonga qayrilgan holda tutqanoq xurujlari boshladi. Yuz qiyshayib og'zidagi so'lak oqadi va duduqlanib qoladi. Ba'zan yotgan joyidan to'satdan turib, o'tirib oladi, oyoqlari bilan velosiped haydayotgandek harakatlar qiladi yoki g'ujanak bo'lib yotib oladi, turib yurib ketadi va birozdan so'ng to'xtaydi, ba'zan uydan chiqib ketadi. Bu xurujlar 30 soniyadan 2—3 daqiqagacha davom etishi mumkin. Keyin bemor o'ziga keladi, nimalar qilganini eslay olmaydi, ba'zi bemorlar esa ayrim qiliqlarini chala bo'lsa-da aytib beradi. Tunda bo'ladigan xurujlarda bemor tilini tishlab oladi, og'zidan qon aralash ko'pik chiqadi, qovug'i bo'shab ketadi. Epilepsiya bilan og'rigan bemorlar uchun kech uyquga ketish va majburan erta uyg'onish xavflidir, uyquning davomiyligi 6—8 soatdan kam bo'lmasligi kerak. Bunday bemorlarda ba'zan kunduz kuni to'satdan uxlab qolish holatlari ham kuzatiladi va bu holat ***narkolepsiya*** deb ataladi.

Epilepsiyada ruhiy buzilishlar

Epilepsiyada bemor xulq-atvorining turli darajada o'zgarishi bilan kechuvchi ruhiy buzilishlar kuzatiladi. Boshqa ruhiy buzilishlardan farqli o'laroq, epilepsiyada bemor shaxsining o'zgarishi o'ziga xosligi bilan ajralib turadiki, buning natijasida, tibbiy amaliyotida «epileptik

xulq-atvor» degan ibora paydo bo'ldi. Bunday bemorlar juda ezma, qaysar, besabr, tez xafa bo'ladigan, kayfiyati tez o'zgarib turadigan, arzimagan ishlarga o'ralashib yuradigan, tez janjal ko'taradigan, mayda gap va jahldor bo'lishadi. Albatta, bemorda bu belgilar turli ko'rinishda bo'lishi mumkin va ularning qanchalik yaqqol namoyon bo'lishi tutqanoq xurujlarining naqadar ko'p kuzatilishi, epilepsiya turi va bemorning davolanish tarziga bog'liq. Yaxshi kayfiyatda yurgan bemor birdan o'zgarib qolishi va qo'pol so'zlar bilan yaqinlarini haqorat qila boshlashi mumkin. Bunday holat u biror narsasini topa olmasa, uning qilayotgan ishiga chetdan kimdir aralashib xatosini ko'rsatsa, uning fikriga zid fikr bildirsa va hokazolarda ro'y beradi. Shunda bemor tezda janjal ko'tarib urishib ketadi, ba'zan arzimagan janjal affekt darajasigacha ko'tarilishi va bemor o'ziga yoki atrofdagilarga tan jarohati yetkazib qo'yishi mumkin. Shuning uchun ham bunday bemorlarni davolayotgan vrachlar ularni psixiatr nazoratiga yuborishi kerak. Demak, xulq-atvorning keskin o'zgarishi bilan kechadigan epilepsiya kuzatilgan bemor psixiatr nazorati ostida davolanib turishi lozim.

Epilepsiyada bemorning xulq-atvoridagi o'zgarishlar, ba'zan «ijobiy» tus olishi ham mumkin. Masalan, ular birovlarga keragidan ortiqcha mehribon, yaqin yordamchi, kulib turadigan, muloyim, har qanday ishga bel bog'lab kirishib ketadigan shaxslardir. Bu mehribonlik ba'zi hollarda oila a'zolariga emas, begonalarga ko'rsatiladi. Shunday bo'lsa-da, ularning jahlini chiqarish oson, qilayotgan ishlariga mos e'tiborni sezmasa yoki tanbeh olsa, ular yana o'zgarib, qaysar va o'jar bo'lib qoladi. Bemor birorta odamdan qattiq ranjisa, u bilan boshqa muloqotda bo'lmasligi mumkin.

Epilepsiya bilan kasallangan bemorning tafakkur doirasida ham patologik o'zgarishlar paydo bo'ladi, ya'ni fikrlar inertligi kuzatiladi, fikrlar teranligi susayadi, diqqatni bir joyga qo'ya olmaydi, diqqat-e'tibor talab qiluvchi aqliy mashqlarni bajarishda qiynalishadi yoki uddasidan chiqa olmaydi. Bir ishga kirishib ketib, oxiriga yetkaza olmay tashlab qo'yadi. Ishlarning eng asosiysi va ikkinchi darajalisini ajrata olmaydi, mayda, keraksiz ishlarga o'ralashib qolib ketadi.

Fikrlar inertligi bemorning nutqida ham aks etadi. Berilgan savollarga lo'nda qilib javob bera olmaydi, bir aytgan gapini so'ng yana bir necha bor takrorlashi mumkin yoki suhbat boshida tushunarli

bo'lib qolgan voqeani yana takrorlayveradi. Ular hissiyotga berilib so'zlashadi, ba'zan kamgap, ba'zan sergap bo'lishadi, bu — bemorning kayfiyatiga bog'liq.

Epilepsiya bilan kasallangan ba'zi bemorlar yolg'onchi, boshqa birlari haqiqatparvar bo'lishadi, adolatsizlikka chiday olishmaydi. Uning uchun begona bo'lgan odam nohaqlikdan aziyat cheksa, uzoq vaqt u haqida gapirib yuradi, qo'lidan kelsa, yordamga shoshiladi. Ba'zi bemorlar uyi va ishxonasini juda saranjom hamda sarishta tutadi, ozoda yuradi, chiroyli kiyinadi, ya'ni ular tartibga qattiq rioya qilishadi.

Yoshi katta bemorlar, ayniqsa, ayollarda puerilizm, ya'ni bolalarga xos xulq-atvor kuzatiladi. Ularning nafaqat xatti-harakatlari, balki fikrlash doirasi ham yoshidan orqada qolishi mumkin. Ba'zan esa 5—7 yashar bolalar o'z yoshiga mos kelmaydigan aql-zakovatni ko'rsatishi mumkin.

Ular xuddi kattalardek fikr yuritishadi, foydali maslahatlar berib qo'yishadi. Ba'zi ota-onalar boladagi bunday qobiliyatdan qo'rqib ketib, psixiatrga ham ko'rsatishadi yoki bo'lmasa, faxrlanib yurishadi va bu noyob qobiliyatni epilepsiya bilan bog'lashmaydi. Demak, boshqa ruhiy kasalliklardan farqli o'laroq, epilepsiya bir-biriga zid bo'lgan ruhiy o'zgarishlar bilan kechuvchi kasallikdir.

Aytib o'tilganidek, epilepsiyada kuzatiladigan shaxs buzilishlari darajasi kasallikning qaysi yoshda boshlanganligi, xurujlar soni va turi, o'tkazilayotgan davolash muolajalarining qanday olib borilayotganiga uzviy bog'liq. Kasallik qanchalik erta yoshda boshlangan bo'lsa, xurujlar hadeb takrorlanaversa (ayniqsa, hushning yo'qolishi bilan kechuvchi xurujlar), bemor shaxsidagi patologik o'zgarishlar shunchalik tez rivojlanadi va og'ir kechadi. Ayniqsa, bosh miyaning chakka bo'lagi zararlanishi sababli yuzaga kelgan epilepsiyalarda shaxs buzilishlari kuchli ifodalangan bo'ladi.

Epilepsiyada kuzatiladigan tafakkur buzilishlari chuqurlashgan hollarda aqli zaiflik rivojlanadi. Turli darajadagi aqli zaiflik kasallik bolalik davrida boshlangan holatlarda ko'p kuzatiladi va u deyarli har ikkinchi bemorda namoyon bo'ladi. Buning sababi bolalarda oliy ruhiy funksiyalarning to'la shakllanmaganligidandir. Shuning uchun ham bolalik davrida kuzatiladigan bosh miyaning har qanday og'ir kasalligi ruhiyat va tafakkurning u yoki bu darajada buzilishlari

bilan kechadi. Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarda keyinchalik bosh miyaning turli kasalliklari kuzatilsa (masalan, bosh miya jarohati, meningit, qon tomir kasalliklari, alkogolizm va hokazo), tutqanoq xurujlari va ruhiy buzilishlar kuchayishi mumkin.

Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarda ruhiyat buzilishlari yaqqol ko'zga tashlanadigan sindromlar bilan kechishi mumkin. Bular disforiya, deliriy, oneyroid sindrom, gallusinatsiyalar, epileptik stupor, amneziya, alahsirovchi psixozlar, patologik uyqu va hokazo. Bularning ichida eng ko'p uchraydigani disforiya bo'lib, u bemorda hech qanday sababsiz paydo bo'laverishi mumkin. Disforiyada nafaqat kayfiyatning buzilishi, balki sababsiz xavotir bo'lish, siqilish, qo'rquv, gumonsirash, miyaga turli fikrlarning yog'ilib kelishi, suisidal fikrlar, birovni o'ldirish, o'g'rilikka intilish hissi kabi belgilar ham kuzatiladi.

Juda kam holatlarda kayfiyatning ko'tarilib yurishi kuzatiladi. Ular begona odam bilan ham (keldi-kelmadi) hazillashaveradi, biror-bir kulgili voqea o'ylab topib, gaplashib ketaverishadi, masxarabozlik qilishadi, beparda latifalar o'ylab topishadi, gap orasida hadeb kechirim so'rayverishadi. Tanish odamlarni uchratib qolishsa, yig'lab ham olishadi. Ba'zi bemorlarda jinsiy faollikning oshib ketishi ham kuzatiladi.

Epilepsiyada stupor turli ko'rinishda oddiy kamharakatlikdan tortib, qotib qolishgacha bo'lishi mumkin. Qotib qolgan bemorlarda mutizm kuzatiladi, biroq ular birovning so'zi va harakatini takrorlashi ham mumkin. Odatda, stupor xurujlardan so'ng kuzatiladi va bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi. Stuporda to'satdan to'xtab, faol harakatlar paydo bo'lishi va bemor atrofdagi narsalarni otib yuborib, yonidagilar bilan urishib ketishi ham mumkin, bunda to'la va qisman amneziya ham kuzatiladi.

Epilepsiyada to'satdan paydo bo'luvchi depersonalizatsiya, derealizatsiya, katapleksiya va anozognoziya kuzatilishi mumkin. Bu simptomlarning klinik alomatlari avvalgi boblarda keltirilgan.

Epilepsiyada alahsirash bilan kechuvchi psixozlar, odatda, o'tkir va surunkali ko'rinishda namoyon bo'ladi. O'tkir psixozlarda birov uni ta'qib qilayotgandek, zaharlamoqchidek, og'ir tan jarohati yetkazmoqchi bo'layotgandek tuyuladi. Bu holat ***epileptik paranoyya*** deb ham ataladi va u bir necha kundan bir necha oygacha davom etadi. Odatda, disforiya bilan paydo bo'lgan o'tkir psixozlar qisqa

vaqt davom etadi. Psixozlar to'satdan paydo bo'lishi, yo'qolib ketishi, pasayishi va bir necha kundan so'ng yana paydo bo'lishi mumkin.

Surunkali psixozlar ham paranoid va parafrenik belgilar bilan namoyon bo'ladi va odatda, epileptik oneyroid, deliriy yoki boshqa psixopatologik holatlardan so'ng rivojlanadi. Surunkali psixozlarning klinikasida alahsirash asosiy belgilardan biri hisoblanadi va u tez-tez takrorlanib turadi. Bunda ham yuqoridagi holatlar ko'p kuzatiladi.

Epilepsiyada ruhiyat, hissiyot va tafakkurning buzilishlari kasallikning so'nggi bosqichlarida kuchli rivojlanadi hamda bu yaqqol ko'zga tashlanadi. Bunday bemorlarda tutqanoq xurujlari butunlay to'xtagan bo'lishi ham mumkin. Shuning uchun ham psixiatrlar epilepsiyaning so'nggi bosqichlarida tutqanoq xurujlari o'rnini ruhiyatning buzilishlari egallaydi, deb aytishadi.

Davolash va parvarish qilish yo'llari

Aksariyat davlatlarda epileptologlar assosiatsiyalari mavjud. Bir qancha ilmiy jamiyat, laboratoriya va institutlar epilepsiya kasalligi hamda uni davolash ustida ilmiy tadqiqot ishlari olib borishmoqda. Yiliga epilepsiyani davolashga oid yuzlab jiddiy ilmiy maqolalar chop qilinmoqda hamda samarali dori vositalari, xalqaro standartlar ishlab chiqilmoqda va bunga bemorlarni davolovchi barcha vrachlar amal qilishlari zarur. Bemorlarni davolashda antikonvulsantlarni ko'r-ko'rona tavsiya qilavermasdan, epilepsiyaning turi va unga ta'sir qiluvchi samarali dorilarni to'g'ri aniqlab olish zarur. Kuzatilgan bitta xurujdan so'ng darrov antikonvulsantlar tavsiya qilish ham noo'rindir.

Aksariyat mutaxassislar tutqanoq xurujlari 2—3 marta kuzatilgandan so'nggina epilepsiya tashxisi haqida so'z yuritish va uni davolash rejasini tuzish mumkin, deyishsa, ayrimlari yilda 1 yoki 2 marta tutqanoq xurujlari kuzatiladigan bemorlarga ham antikonvulsantlar buyurish shart emas, deb hisoblashadi. Albatta, agar xurujlar soni ko'paymasa, antikonvulsantlar bermaslik mumkin, biroq ularni vrach nazoratiga olish zarur. Chunki xurujlar keyinchalik ko'payishi va har haftada yoki har kuni kuzatilib boshlashi mumkin.

Davolashning muvaffaqiyatli kechishi to'g'ri aniqlangan tashxisga va to'g'ri tanlangan dori turiga bog'liq. Dastlab antikonvulsantlar

kam miqdorda beriladi va ularning miqdori oshirib boriladi. Ma'lum bir samaraga erishilgach, dori berish ko'rsatilgan miqdorda davom ettiriladi. Agar tanlangan antikonvulsant samara bermasa, uning miqdori sekin-asta kamaytirib, boshqa doriga o'tiladi. Agar dori katta miqdorda berilayotgan bo'lsa, uni birdan to'xtatish mumkin emas. Iloji boricha dorini ertalab va kechqurun tavsiya etish zarur, buning uchun ta'sir kuchi 12 soat davom etadigan dorilarni tanlagan ma'qul. Ularning soni ko'p. Chunki ertalab va kechqurun hamma uyda bo'ladi va bemorga dori ichishni eslatib turishadi. Juda ko'p mutaxassislar (hattoki, bemorlarning o'zi ham) xurujlarning takrorlanishi va qayta paydo bo'lishiga dori ichishni unutish sabab, deb bilishadi. Aksariyat holatlarda, dorining kunduz kuni ichiladigan qismi unutiladi. Epilepsiyaning aksariyat turlari uchun fikrlar inertligi va xotira buzilishi xos. Ba'zan uyda ham bemor dorini ichdim, deb o'ylaydi, kecha qabul qilgan dorisini xuddi bugun ichgandek tuyuladi va shu sababli ham xurujlar takrorlanishi mumkin. Odatda, dori ichish to'xtatilgandan so'ng 2—3 kun o'tib, xuruj paydo bo'ladi. Xurujlar dori ichib yurgan taqdirda ham takrorlanaversa, uning miqdorini vrach ruxsatisiz oshirmaslik kerak yoki bu dori foyda qilmadi, deb to'xtatib qo'ymaslik kerak. Bu og'ir oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Hozirgi paytda epilepsiyada monoterapiyaga ko'proq e'tibor qaratilmoqda, chunki mutaxassislarning fikricha, epilepsiyaning aksariyat turlarini bir xil dori berib davolash mumkin. Epilepsiyaning ba'zi turlarida esa 2—3 xil antikonvulsantni birgalikda tavsiya etish mumkin, biroq undan ortig'ini emas. Lekin bir-birining ta'sirini pasaytiradigan yoki organizmga zaharli ta'sir ko'rsatadigan dorilarni bemorga tavsiya qilmaslik kerak.

Valproatlar (depakin, konvuleks) epilepsiyaning deyarli barcha turlarida samarali dori vositasidir. Shuning uchun ham vrach bemorda epilepsiya tashxisini aniqlasa-yu, biroq uning turini aniqlashda va antikonvulsantlar tanlashda qiynalsa, davolashni valproatlardan boshlashi mumkin. Valproatlar epilepsiyada kuzatiladigan ruhiy buzilishlarni bartaraf etishda ham samarali vositadir. Valproatlarga monelik qiluvchi holatlarni aniqlab olgach, ularni kam miqdorda tavsiya qilib, davolashni boshlash lozim. Valproatlar ichida depakin eng ko'p tavsiya qilinadigan dorivor vositadir. Depakin ovqat mahalida ichiladi.

Valproatlarni kam miqdorda boshlab, ularning dozasini har 3 kunda oshirib borish dorining ortiqcha sedativ ta'sirini kamaytiradi. Ma'lumki, antikonvulsantlarning sedativ ta'siri dastlabki kunlari yaqqol namoyon bo'ladi. Dastlab, dorini kechqurun ichish tavsiya qilinadi, so'ng kunduz kuni, undan keyin esa ertalab buyuriladi. Dorining dozasi ham kechqurun beriladigani hisobiga oshiriladi. Iloji boricha, dorini ertalab va kechqurun tavsiya qilish zarur hamda kechqurungi doza eratlabkisidan yuqori bo'lishi kerak. Tutqanoq xurujlari butunlay to'xtagandan so'ng dorining terapevtik dozasini aniqlab olib, belgilangan miqdorda davom ettirish kerak. Dorining dozasi asossiz ravishda oshirilmasligi kerak. Tutqanoq xurujlarini kam miqdordagi antikonvulsantlar bilan to'xtatishga erishilsa, ular faqat kechqurun tavsiya qilingani ma'qul. Bunday paytlarda ta'siri uzoq davom etuvchi antikonvulsantlar buyuriladi, masalan, depakin xrono va hokazo. Depakin o'tkir va surunkali gepatit, pankreatit, trombositopeniya, gemorragik diatez hamda porfiriya holatlarida buyurilmaydi. 14-jadvalda depakinni tavsiya qilish sxemasi keltirilgan.

14-jadval

Depakinni tavsiya qilish bo'yicha ko'rsatmalar

Tana vazni, kg	Kundalik boshlang'ich dozasi		Kundalik terapevtik dozasi		
	10 mg/kg	15 mg/kg	15 mg/kg	20 mg/kg	30 mg/kg
5	50	75	75	100	150
10	100	150	150	200	300
15	150	225	225	300	450
20	200	300	300	400	600
25	250	375	375	500	750
30	300	450	450	600	900
35	350	525	525	700	1050

40	400	600	600	800	1200
45	450	675	675	900	1350
50	500	750	750	1000	1500
55	550	825	825	1100	1650
60	600	900	900	1200	1800
65	650	975	975	1300	1950
70	700	1050	1050	1400	2100
75	750	1125	1125	1500	2200
80	800	1200	1200	1600	2400
85	850	1275	1275	1700	2550
90	900	1350	1350	1800	2700
95	950	1425	1425	1900	2850
100	1000	1500	1500	2000	3000

Agar xurujlar takrorlansa, depakin dozasi bemorning yoshi va tana vazniga qarab oshiriladi. Odatda, valproatlar buyurilgandan 2—4 kun o'tgach, xurujlar kamaya boshlaydi yoki to'xtaydi. Tanlangan dorining samaradorligini ko'rsatuvchi asosiy belgi xurujlarning to'xtaganligidir.

Agar valproatlar bemor yoshi va tana vazniga mos ravishda yuqori terapevtik dozada buyurilgan taqdirda ham xurujlar davom etaversa va nojo'ya ta'sirlar bo'lmasa, qon plazmasida valproat miqdori aniqlanishi kerak. Shuningdek, xurujlarning to'xtamayotganiga sabab bosh miyaning organik zararlanishi bo'lishi ham mumkin. Demak, xuruj bosh miyaning organik kasalliklari sababli bo'lsa, ularni ham parallel ravishda davolab borish kerak, chunki bunday paytlarda boshqa antikonvulsantlar ham yordam bermasligi mumkin.

Mutaxassislar valproatlarni monoterapiya ko'rinishida berishni tavsiya qilishadi. Bemorga buyurilgan antikonvulsant ta'sir ko'rsatmasa, u sekin-asta kamaytiriladi va shu asnoda boshqa doriga o'tiladi.

Epilepsiyada eng ko'p tavsiya qilinadigan yana bir antikonvulsant **finlepsindir (karbamazepin).** Finlepsin tutqanoq xurujlarini to'xtatish bilan birgalikda, antimaniakal, antipsixotik, normotimik va analgetik ta'sirga ega.

Finlepsin tavsiya qilinadigan epilepsiyaning turlari: katta tutqanoq xurujlari, psixomotor buzilishlar bilan kechuvchi parsial va uyquda kuzatiladigan katta tutqanoq xurujlar, epilepsiyaning aralashgan turlari, alkogol abstinensiyasi sindromida tutqanoq xurujlari, maniakal-depressiv psixozlar, ipoxondrik depressiyalar, affektiv psixozlar. Finlepsin absanslarda va mioklonik xurujlarda buyurilmaydi. Karbamazepin valproatlar bilan birga tavsiya qilinmaydi. Ular bir-birining ta'sirini pasaytirishi mumkin.

Dorining dozasi individual tarzda aniqlanadi va bunda bemorning somatik ahvoli, yoshi va kasallikning kechishi e'tiborga olinadi. Katta yoshdagilarga finlepsinning dastlabki kundalik miqdori 200—400 mg buyuriladi, so'ng dorining dozasi kuniga 800—1200 mg gacha oshiriladi. Bolalarga finlepsin tana vaznining har kilogrammiga 10—20 mg dan tavsiya qilinadi (15-jadval).

15-jadval

Finlepsinni tavsiya qilish tartibi

Bemorlar	**Boshlang'ich dozasi**	**Terapevtik dozasi**
6—10 yoshli bolalar	200 mg kechasi	200 mg ertalab va 200—400 mg kechqurun
11—15 yoshli bolalar	150—200 mg kechasi	200—400 mg ertalab va 400—600 mg kechqurun
Katta yoshdagilar	200—300 mg kechasi	200—400 mg ertalab va 400—600 mg kechqurun

Epilepsiya va uning asoratlarini davolash yillab davom etadi. Antikonvulsantlarning dozasini kamaytirish yoki butunlay to'xtatish 2—3 yil mobaynida xurujlar kuzatilmayotgan holatlardagina amalga oshiriladi. Dorining kundalik miqdori kamaytira borilib, so'ng to'xtatiladi, to'satdan to'xtatish xurujlarning qayta paydo bo'lishiga yoki kuchayishiga sabab bo'ladi.

Epilepsiyada ruhiy buzilishlarni davolash va oldini olish uchun finlepsin kuniga 200—400 mg tavsiya qilinadi. Zaruratga qarab, uning kundalik miqdorini 800 mg gacha oshirish mumkin. Yurak-qon tomir sistemasi hamda jigar va buyrakdagi og'ir kasalliklarda hamda yoshi ulug' bemorlarga finlepsin kam miqdorda tavsiya qilinadi. Finlepsinni ovqatdan so'ng ko'proq suv bilan ichish kerak.

16-jadvalda boshqa dorilarning dozasi va tavsiya qilish tartibi keltirilgan.

16-jadval

Yoshi kattalarda epilepsiyani davolashda ishlatiladigan dorilarni tavsiya qilish bo'yicha ko'rsatmalar (J.Fisher, N. Graves, 2009, o'zgartirishlar bilan)

Dorivor vosita	Ishlab chiqarishdagi dozasi, mg	Boshlang'ich kundalik dozasi	O'rtacha kundalik dozasi
Valproatlar	200, 300, 500	5—10 mg/kg	15—60 mg/kg
Fenobarbital	50, 100	0,5—1 mg/kg	1—3 mg/kg
Fenitoin	100	4—5 mg/kg	4—7 mg/kg
Etosuksimid	250	4—10 mg/kg	10—30 mg/kg
Felbamat	400—600	1200 mg	1200—3600 mg/kg
Lamotridjin	25, 100, 150, 200	25—50 mg	300—500 mg
Tiagabin	5, 10, 15	4 mg	32—56 mg
Topiramat	25, 100, 200	50 mg	200—600 mg

16-jadvalning davomi

Vigabatrin	500	500—1000 mg	2000—4000 mg
Zonisamid	100, 200	100—200 mg	400—600 mg
Okskarbazepin	150,300	300—600 mg	900—3000 mg
Levetiratsetam	500	1000 mg	1000—3000 mg

Izoh. *Bu yerda ko'rsatilgan dorilar dozasi ishlab chiqaruvchi firmaning tavsiyasidan farq qilishi mumkin. Chunki jadvaldagi ma'lumotlar klinik tekshiruvlar asosida tayyorlangan.*

Bemorlarga beriladigan tavsiyalar

Tibbiy psixolog yoki vrach epilepsiya bilan og'rigan bemorlarni nazoratiga olib, chuqur o'rganib, sog'lom turmush tarziga o'rgatishi lozim. Masalan, hozirgi kunda aholining aksariyat qismi televizor va kompyuter monitori oldida kunini o'tkazadi. Epilepsiya bilan kasallangan bemorlar bunday elektron uzatgich vositalaridan foydalanishni chegaralashlari zarur. Televizorni qorong'i xonada emas, yorug' xonada ko'rish kerak va televizorgacha bo'lgan masofa 2 m dan ortiq bo'lishi, teleko'rsatuvlarni tomosha qilish davomiyligi 2 soatdan oshmasligi kerak. Fotosensitiv epilepsiyada televizor ko'rish yoki kompyuter monitori oldida o'tirish man etiladi.

Epilepsiya bilan kasallangan bolalarning deyarli barchasi boshqa bolalar singari, maktab va bog'chalarga borishlari mumkin. Biroq oligofreniya, bolalar serebral falajligi kabi bosh miyaning organik kasalliklarida kuzatiladigan tutqanoq xurujlarida bolalar, albatta, maxsus maktablarda ta'lim olishlari kerak. Bemor bolalarni faqat tutqanoq xuruji borligi sababli jamiyatdan ajratib tarbiyalash noto'g'ri, bunday qonunlar ham yo'q. Aksincha, ularga to'laqonli hayot kechirishga imkoniyat yaratib berish lozim. Ular til o'rganmoqchi bo'lsa, jismoniy tarbiya mashqlari va sportga vrach ruxsat bersa, qatnashishi mumkin, biroq bu haqda murabbiyni ogohlantirib qo'yish kerak. Chunki xuruj tez-tez kuzatiladigan holatlarda bemor davolanishi lozim, xuruj kam bo'ladigan holatlarda u sportning yengil

turlariga qatnashishi mumkin. Sportning ba'zi turlari, ya'ni boks, shtanga ko'tarish, kurash, suzish, tez yugurish mumkin emas. Shuni alohida ta'kidlash lozimki, rejali tarzda sportning yengil turlari bilan shug'ullanish foydalidir, chunki so'nggi paytlarda mutaxassislar o'smirlarda kuzatiladigan tutqanoq xurujlarining kompyuter monitori oldida uzoq o'tirishdan kuchayib ketayotganligini ta'kidlashmoqda.

Yirik amerikalik epileptolog V. Lennoks «Faol hayot xurujlar antagonistidir», degan edi. Mutaxassislar epilepsiya kasalligida xurujlarning passiv hayot kechiruvchi bemorlarda ko'p kuzatilishi, faol aqliy va jismoniy mehnat bilan shug'ullanuvchi bemorlarda esa kam kuzatilishini aytishadi. Shuning uchun ham bemorlarni, ayniqsa, bolalar va o'smirlarni jismoniy xatti-harakatlardan, o'qishdan chegaralab qo'yish va ularning ko'z o'ngida oilaviy bo'lib, kasalini muhokama qilaverish og'ir ruhiy asoratlar qoldiradi. Bunday bolalarda melanxoliklarga xos bo'lgan xulq-atvor shakllanadi, ular ruhiy nogiron bo'lib o'sadi. Biroq ortiqcha ruhiy va jismoniy zo'riqishlar xurujlar sonining ko'paytirishini ham unutmaslik kerak.

Bemorlarga hayot uchun xavfli bo'lgan haydovchilik qilish, o't o'chirish, militsiya, soqchilik va qutqaruvchilik kasblarini egallash, shuningdek kimyoviy vositalar bilan, baland binolarda hamda jarohatlanish xavfi yuqori bo'lgan zavod va fabrikalarda ishlash mumkin emas. Tungi smenalarda ishlash umuman man etiladi, chunki uyquga to'ymaslik xurujlarning takrorlanishi yoki ko'payib ketishiga sabab bo'ladi.

Epilepsiyaning ba'zi turlarida tez yordam talab qilinmaydi, masalan, absanslarda. Aksariyat tutqanoq xurujlarining davomiyligi 3—5 daqiqa bo'lib, bemorga yordam ko'rsatguncha o'tib ketadi. Ko'pincha, tonik-klonik xurujlar bilan kechuvchi epilepsiyalarda bemorlarga tez yordam ko'rsatishga to'g'ri keladi. Chunki epilepsiyaning bu turida jarohatlanishlar ko'p kuzatiladi. Tez yordam ko'rsatish bemorga jarohat yetkazishi mumkin bo'lgan xavfli narsalarni zudlik bilan chekkaga olishdan boshlanishi kerak. Bemorni xavfsiz va yumshoq joyga o'tkazish hamda uning yoqasini ochish lozim. Agar xuruj yopiq joyda kuzatilsa, derazalarni ochib, bemorga toza havo kelishini ta'minlash kerak. Bemorning boshini kuch ishlatmasdan, yon tomonga burgan holatda ushlash lozim, ana shunda bemorning tili tomog'iga tiqilib qolmaydi. Buning uchun bemorning yoniga

yon tomondan emas, balki bosh uchidan borish kerak. Chunki xuruj paytida bemor qo'li bilan qattiq urib yuborishi mumkin. Agar tutqanoq xurujlari bemorning boshi va tanasi chap tomonga qayrilib kuzatilayotgan bo'lsa, uni chapga, o'ngga qayrilib kuzatilayotgan bo'lsa, o'ngga buragan holda ushlash zarur. Bemor tilini tishlab olmasligi uchun shpatel yoki qoshiqni dokaga o'rab, yon tomondan tishlari orasiga qo'yish lozim, biroq bemorning jag'ini zo'rlab ochish mumkin emas. Xuruj bo'layotgan paytda, bemorning oyoq-qo'llarini zo'rlab ushlamaslik, yuziga suv sepmaslik, nashatir va piyoz hidlatmaslik kerak.

Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarning uyida tez yordam ko'rsatish uchun dori vositalari bo'lishi kerak. Masalan, relanium (valium, sibazon), magniy sulfat va hokazo. Xuruj paytida 2 ml relaniumni mushak orasiga ehtiyotkorlik bilan yuborish mumkin.

Bemor dush yoki vanna qabul qilganida, eshikni ichkaridan bekitmasligi, issiq yoki o'ta sovuq dush qabul qilmasligi kerak, saunalarga bormasligi, uzoq vaqt vannada qolib ketmasligi zarur. Fizioterapevtik muolajalar o'tkazish ham mumkin emas.Tandirda non yopish, olov yonida katta qozonlarda ovqat tayyorlash, doimo o'tkir narsalar bilan ishlashdan ehtiyot bo'lish, ishxonasida doimiy ishlovchilardan bir-ikkitasi kasallikdan xabardor bo'lishi lozim, uzoq xizmat safarlariga yolg'iz bormagani va mehmonxonalarda yolg'iz yotmagani ma'qul.

Nazorat uchun savollar

1. *Miya insultlarida qanday neyropsixologik buzilishlar kuzatiladi?*
2. *Bosh miya jarohatlarida qanday ruhiy-hissiy buzlishlar kuzatiladi?*
3. *Posttravmatik amneziyaning qanday turlarini bilasiz?*
4. *Korsakov sindromi haqida nimalarni bilasiz?*
5. *Meningit va meningoensefalitdan so'ng qanday ruhiy asoratlar qoladi?*
6. *O'zingiz guvohi bo'lgan vaziyatlar haqida so'zlab bering.*
7. *Epilepsiya nima?*
8. *Epilepsiya sabablarini aytib bering.*
9. *Epilepsiya bilan qaysi buyuk shaxslar kasallangan?*
10. *Aura nima?*
11. *Epilepsiyada qanday ruhiy buzilishlar kuzatiladi?*
13. *Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarga qanday tavsiyalar beriladi?*

XV bob. ALKOGOLIZM VA GIYOHVANDLIKDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

Faqat o'ta donolarga va o'ta nodonlarga
aql o'rgatib bo'lmaydi.
Konfusiy

15.1. Alkogolizmda bemorlar psixologiyasi

Ichkilikbozlik muammosi qadimdan ma'lumdir. Bugungi kunda esa bu muammo nafaqat tibbiy-psixologik, balki ijtimoiy muammoga ham aylangan. Chunki ichkilikbozlik nafaqat spirtli ichimliklarni iste'mol qiluvchining salomatligiga ziyon keltiradi, balki oilaning buzilishi va farzandlar tarbiyasiga ham katta salbiy ta'sir ko'rsatadi. Surunkali alkogolizmda kuzatiladigan ruhiy buzilishlar turli-tuman bo'lib, ularning qay darajada rivojlanganligi bemorning necha yildan beri spirtli ichimliklarni iste'mol qilishi, uning miqdori, jismoniy salomatligi kabi bir qancha omillarga bog'liq.

Aksariyat mutaxassislar surunkali alkogolizmda psixik buzilishlarning yuzaga kelishini kasallikning og'ir bosqichga o'tganidan dalolat beradi, deb ta'kidlashadi. Surunkali alkogolizmda ruhiy buzilishlarning tez shakllanishini spirtli ichimliklarni ortiqcha iste'mol qilish sababli yuzaga keladigan o'tkir zaharlanishlar kuchaytiradi. Har bir o'tkir zaharlanish turli darajadagi o'tkir psixozlar bilan namoyon bo'ladi.

Klinikasi. Alkogolizmda yuzaga keladigan ruhiy-hissiy buzilishlarning tasnifi bir qancha. Biz tibbiy amaliyotda eng ko'p uchraydigan ruhiy-hissiy buzilishlarning ba'zi turlarini keltirib o'tamiz. Bular ichida alkogol deliriysi alohida o'rin tutadi. Alkogol deliriysi turli darajadagi psixovegetativ buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Unda ko'ruv gallusinatsiyalari, ongning tumanlashuvi, vahima va xavotir, giperdinamiya, alahsirashlar, betoqatlik kuzatiladi. Shuningdek, taxikardiya, gipergidroz, gipertermiya, qon bosimning o'zgarib turishlari ham namoyon bo'ladi. Delirioz holatlar ichkilikbozlikka uzoq vaqtdan buyon berilgan shaxslarda ko'p kuzatiladi.

Delirioz holatlarda bemorning ahvoli yomonlashsa, u atrofdagilarga e'tibor bermay qo'yadi, yaqinlarini tanimaydi, gap-so'zlarning

ma'nosini anglamaydi, ma'nosiz gaplar gapiradi va qiliqlar qiladi. Og'ir holatlarda tana harorati ko'tariladi, oliguriya kuzatiladi, arterial qon bosim pasayib ketadi va oxir-oqibat bemorning hayoti katta xavf ostida qoladi.

Alkogolizmda gallusinatsiyalar ham alohida o'rin kasb etadi. Ularning o'tkir va surunkali turlari farq qilinadi. Ayniqsa, eshituv gallusinatsiyalari ko'p uchraydi. Ular shovqin, hushtak, shivirlash, turli xil so'zlar shaklida bemorga, asosan, kechqurun yoki tunda eshitiladi. Eshituv gallusinatsiyalari ularda xavotir, qo'rquv va uyqu-ning buzilishi bilan birgalikda namoyon bo'ladi. Aksar hollarda ularning xulq-atvori keskin o'zgarib, ruhiy bemorlarniki kabi bo'ladi. Deliriydan farqli o'laroq, gallusinatsiyalarda bemorning ongi saqlangan bo'ladi. Eshituv gallusinatsiyalari ko'p hollarda affektiv va vegetativ buzilishlar bilan ham namoyon bo'ladi.

Alkogolizmda alahlashli psixozlar vahima, ortiqcha beo'xshov harakatlar, sensor buzilishlar, uyqusizlik, gumonsirash, ta'qib kabi affektiv buzilishlar bilan kechadi.

Ensefalopatiyalar

Spirtli ichimliklarni ko'p miqdorda va uzoq vaqt iste'mol qilish o'tkir hamda surunkali ensefalopatiyalar rivojlanishiga sabab bo'ladi. O'tkir ensefalopatiyalar ichida Gae-Vernike ensefalopatiyasi alohida o'rin tutadi. Ushbu ensefalopatiya o'tkir boshlanadi va kuchli delirioz psixozlar, nevrologik hamda somatik belgilar bilan birgalikda namoyon bo'ladi. Mutaxassislar mazkur ensefalopatiya patogenezida B_1 vitamini yetishmasligiga katta urg'u berishadi. Nevrologik simptomlar turli-tuman bo'lib, ular psixik buzilishlar darajasiga ham bog'liq bo'ladi, ayniqsa, vegetativ buzilishlar. Yuz va tananing turli joylarida fibrillyatsiyalar va fassikulyatsiyalar, giperkinezlar, mushaklar distoniyasi, tutqanoq xurujlari, bulbar va psevdobulbar simptomlar, patologik piramidal belgilar paydo bo'ladi.

Surunkali alkogolizmda ruhiy-hissiy buzilishlar kuchaya borib, bosh miya tuzilmalarida chuqur organik buzilishlar paydo bo'ladi, ya'ni toksik ensefalopatiya rivojlanadi. Toksik ensefalopatiya, ayniqsa, sifatsiz spirtli ichimliklar, ya'ni alkogol surrogatlarini doimo iste'mol qilishda ham ko'p kuzatiladi. Toksik ensefalopatiyalar yaqqol ko'zga

tashlanadigan nevrologik belgilar va kuchli ruhiy-hissiy buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Bular amentiv va affektiv holatlar, tez-tez hamda uzoq davom etuvchi deliriylar, gallusinatsiyalar, illyuziyalar. Korsakov amneziyasi, konfabulyatsiyalar, stupor, depressiya, oneyroid sindrom va boshqa turli xil psixik avtomatizmlardir.

Abstinent sindrom

Abstinent sindrom doimiy ravishda ko'p miqdorda alkogol ichib yurib uni to'satdan to'xtatganlarda ro'y beradi va turli darajada, psixovegetativ, nevrologik hamda somatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Ushbu buzilishlar zarur miqdorda alkogol iste'mol qilgandan so'ng kamayadi yoki yo'qoladi. Abstinent sindrom xalq orasida «alkogoldan judo bo'lish» sindromi deb ham ataladi.

Abstinent sindromning klinik belgilari turlicha namoyon bo'lishi mumkin va uning ba'zi turlarida nevrologik, ba'zilarida ruhiy-hissiy, boshqa birlarida somatik buzilishlar yaqqol ko'zga tashlanadi, biroq ularning barchasida ruhiy buzilishlar alohida o'rin tutadi. Demak, ichkilik ichib yuradigan odam uni iste'mol qilmay qo'ysa, abstinent sindrom rivojlanadi, bunda bemor juda bezovta bo'lib asabiylashaveradi, bir joyda tinch o'tira olmaydi, o'zini xotini va bola-chaqalariga nisbatan agressiv tutadi, aroq topib berishni talab qilaveradi, janjal ko'taradi, xulq-atvori jinnisifat bo'lib qoladi.

Abstinent sindrom ba'zi bemorlarda kuchli agressiv holat bilan, ba'zi bemorlarda esa apatiya bilan namoyon bo'ladi, ya'ni bemor yig'layveradi, atrofdagilardan, ayniqsa, umr yo'ldoshidan kechirim so'rayveradi: «Boshqa ichmayman, lekin hozir, albatta, aroq topib ber, bo'lmasa o'lib qolaman», deb yolvoraberadi. Haqiqatan ham, yetarli miqdorda aroq ichgandan so'ng tinchlanadi va uxlab qoladi.

Shuningdek, abstinent sindromda qon bosimning tushib ketishi yoki aksincha, juda yuqori ko'tarilishi yuz rangining oqarib-ko'karishi, mavjud somatik kasalliklarning qo'zg'alishi, ayniqsa, bemor sigaret chekadigan va unda surunkali bronxit bo'lsa, qattiq yo'tal tutishi mumkin.

Bunday vaziyatlar ba'zan o'lim bilan tugaydi. Shuningdek, kuchli bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi va qayt qilish, kuchli terlash, siyib yuborish, taxikardiya, muvozanatning buzilishi kabi

belgilar ham kuzatiladi. Bemor uxlay olmaydi, yomon tushlar ko'rib uyg'onib ketadi, miyasiga suisidal fikrlar keladi.

Albatta, yuqorida qayd qilingan belgilar turli bemorlarda har xil namoyon bo'ladi, ba'zan bu belgilar uning oila va jamiyatda tutgan o'rni, mizoji, somatik hamda ruhiy holatiga ham bog'liq bo'ladi. Shunday bo'lsa-da, o'ta yaxshi xulq-atvorli va jamiyatda hurmat-e'tiborga ega bo'lgan, biroq ichkilikni xush ko'radigan shaxslarda abstinent sindrom rivojlansa, ular o'ta sharmandali ahvolga tushib qolishi va yaqin do'stlarini ham qattiq haqorat qilib, uzoq yillik do'stona munosabatlarni umrbod uzib qo'yishlari mumkin. Demak, bundan oila va jamiyatga ham moddiy, ham ma'naviy katta ziyon yetkazilishini e'tiborga olsak, alkogolizmning katta ijtimoiy muammo ekaniga yana bir bor ishonch hosil qilamiz.

15.2. Giyohvandlikda bemorlar psixologiyasi

Giyohvandlikning kelib chiqish sabablari. Dorivor o'simliklarni qayta ishlash va faolroq moddalarni olish texnologiyasi rivojlana borgan sari, giyohvand moddalarning organizmga bo'lgan zararli ta'sirini mukammal o'rganish ham rivojlanib boshladi. Giyohvand moddalarni iste'mol qiluvchilar va shu sababli rivojlangan og'ir kasalliklar soni tobora ortib bordi. Giyohvandlik ijtimoiy muammoga aylandi.

Giyohvand moddalarning aholi orasida keng tarqalishining bir qator sabablari bo'lib, ular orasida psixologik omillar ham alohida o'rin tutadi. Giyohvandlikka berilishning sabablari juda ko'pdir. Ular ichida ruhiy-hissiy zo'riqishlar ham yetuk omillardan biri hisoblanadi. Ayniqsa, ruhiy-hissiy zo'riqishlardan so'ng «psixologik vakuum» ning paydo bo'lishi, oiladagi nosog'lom muhit, salbiy hissiyotlarga berilish, kayfiyatni dori orqali ko'tarishga intilish shular jumlasidandir.

Ma'lumki, giyohvandlikka ruju qo'yish, asosan, o'smirlik davridan boshlanadi va bunda oiladagi noto'g'ri tarbiya eng kuchli salbiy omillardan biridir. Ota-ona tomonidan bolalarga ko'rsatilgan haddan tashqari g'amxo'rlik yoki bo'lmasa, ularning mehr-oqibat ko'rsatmay tarbiyalanishi, o'ta darajada qattiqqo'llik bolaning jamiyat talablariga javob beradigan sog'lom shaxs bo'lib rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. O'smirlar uydan bezib ko'chadan mehr izlay boshlashadi va giyohvand

moddalar tarqatuvchilar qo'liga tushib, keyinchalik giyohvand moddalarni qabul qila boshlashadi, bu moddalarga jismoniy hamda ruhiy qaramlik paydo bo'ladi. Albatta, giyohvandlikda ruhiy moyillikdan tashqari, bosh miyada turli darajadagi metabolik buzilishlar ro'y beradi-ki, bu haqda maxsus adabiyotlarda batafsil ma'lumotlar keltirilgan.

Giyohvandlikda xulq-atvorning o'zgarishi va bemorlar psixologiyasi. Shuni alohida ta'kidlash lozimki, giyohvandlikda avvalambor, bemorning irodasi so'nib boradi, unda giyohvand moddaga nisbatan kuchli mayl shakllanadi. Asta-sekin bu mayl kuchaya borib, bemor unga qarshi kurashishga ojiz bo'lib qoladi, unda ruhiy qaramlik sindromi rivojlanadi. Bemorning fikru xayoli giyohvand moddalarni topish va uni iste'mol qilishga qaratiladi. Ruhiy qaramlik sindromida narkotik vositalarning yo'qligi bemorda doimo noxush kayfiyat paydo qiladi, u bo'lar-bo'lmasga janjal ko'taradigan bo'lib qoladi. Giyohvand moddani iste'mol qilgan kuni esa kayfiyati yana ko'tariladi, ya'ni xulq-atvorida ijobiy xislatlar paydo bo'ladi.

Mutaxassislarning fikricha, ruhiy qaramlik sindromida bosh miyada maqsad va istaklar kurashi, qarama-qarshi fikrlar, miyani tark etmaydigan istak hamda xayollarning oqimi yuzaga keladi. Albatta, miyadagi bu jarayonlar giyohvand moddalarning turiga, qancha miqdorda, necha yildan buyon iste'mol qilayotganligiga bog'liq bo'ladi. Ta'kidlash lozimki, giyohvand moddalarni endigina qabul qila boshlagan bemor o'zida paydo bo'lgan ruhiy qaramlikni darrov anglay olmaydi. U borib-borib, o'zida yuzaga kelgan vaziyatga bog'lanib qoladi. Giyohvandlikdan chiqib ketishning qiyinligi ham shundan iboratki, bemor ruhiy qaramlikdan tashqari, giyohvand moddalar bilan bog'liq oldi-sotdilarga aralashib, jinoyat yo'liga kirib qoladi.

Giyohvand moddalarni qabul qilib yurgan bemor uchun kundalik hayotdan qoniqmaslik, sababsiz urush-janjallar, jizzakilik, doimiy norozilik alomatlari va shuningdek, giyohvand moddalarni topish haqida gap ochilganda, beixtiyor jonlanishning paydo bo'lishi xosdir.

Ruhiy qaramlik sindromida bemorning ichki dunyosida keskin o'zgarishlar ro'y beradi, yaqin qarindoshlari, farzandlari va ota-onasiga munosabati o'zgara boshlaydi, ular orasida mehr-oqibat yo'qolib boradi. Bemorning xulq-atvorida o'ziga xos qaysarlik va

o'jarlik shakllanadi, u yaqinlarining tanqidlariga qaramasdan, o'z fikrini tasdiqlashga yoki qilayotgan nojo'ya ishlarini oqlashga intiladi. To'g'ri, ba'zan bemor og'ir bir dardga duchor bo'lganini anglab, bu yo'ldan qaytishga urinadi, biroq avvalgidek to'laqonli sog'lom hayot tarziga qaytish o'ta qiyin bo'ladi. Bunday vaziyatlarda bemorning o'zi, uning yaqinlari, psixolog, narkologlarning hamnafas bo'lib ishlashi ijobiy natija berishi mumkin. Ba'zan bemorning «O'zim boshlaganman, o'zim to'xtataman», deb tibbiy-psixologik muolajalardan voz kechishi oqibati giyohvand moddalar qabul qilishning yanada og'irroq turiga o'tib ketishiga olib keladi.

Ruhiy qaramlik nafaqat muayyan bir giyohvand modda bilan, ba'zan uning boshqa turlari ta'sirida ham qondirilishi mumkin. Giyohvandlikda ruhiy qaramlik sindromi ancha erta boshlanadigan va uzoq davom etadigan sindromdir. Giyohvand moddalarni iste'mol qilishni to'xtatgandan so'ng ham bemor ruhiy qaramlikdan ancha vaqtgacha chiqa olmay yuradi. Shuning uchun ham ularga doimo psixolog yordami zarur bo'ladi. Ruhiy qaramlik sindromini dastlabki davrlarida aniqlash psixologdan yuksak darajada ziyraklik va mahorat talab etadi. Chunki bemor turli xil yo'llar bilan giyohvand moddalarni qabul qilib yurganini atrofdagilardan yashiradi va o'zida ruhiy qaramlik paydo bo'lganini bilmay qoladi.

Kasallik avj olgan sari ruhiy qaramlik sindromidan og'irroq bo'lgan abstinensiya va jismoniy qaramlik (kompulsiv) sindromlari shakllana boshlaydi. Bemor giyohvand moddalarni ko'p iste'mol qila boshlaydi va buning oqibatida hayotiy muhim mayllar, ya'ni jinsiy, och qolish hamda himoya instinktlari ular uchun ikkinchi darajali bo'lib qoladi.

Kompulsiv sindrom abstinent sindromga qaraganda og'ir kechadi. Kompulsiv sindrom bemorning xulq-atvorida to'la aks etadi, ya'ni bemor doimo giyohvand moddalarni izlab topish yo'liga o'tib oladi. Jismoniy qaramlikda bemor doimo qabul qilib yurgan giyohvand moddani boshqasiga o'zgartirsa, qoniqish sezmaydi, g'amgin holatda yuradi. Demak, giyohvand moddalarning aniq bir turiga ruju qo'yish kompulsiv sindromga xos belgilardan biridir va organizmning aynan shu giyohvand moddaga ko'nikib qolganligi alomatidir. Agar shu giyohvand modda qabul qilinmasa yoki butunlay to'xtatilsa, abstinent sindrom rivojlanadi. Abstinent sindromning klinik ko'rinishi turlicha bo'ladi va asosan jahlning tez chiqishi, uyqusizlik, qo'llarda yoki

butun tanada tremor, og'ir hollarda tutqanoq xurujlari, yurak hamda nafas olish faoliyatining buzilishi kuzatiladi.

Giyohvandlikning barcha turlari uchun organizmda qabul qilayotgan moddaga nisbatan tolerantlikning paydo bo'lishi xosdir, shuning uchun ham bemor doimo giyohvand moddaning miqdorini oshirib borishga majbur. Aks holda, eyforiya ro'y bermaydi yoki abstinent sindrom rivojlanadi.

Giyohvand moddalarni surunkali qabul qilaverish intoksikatsiya holatini yuzaga keltiradi, bunda bemorning shaxsiyati patologik tarzda o'zgarib boradi va tez-tez o'tkir psixozlar kuzatilib turadi. Chunki giyohvand moddalar ruhiyatga tez ta'sir qilishi bilan boshqa farmakologik dorivor vositalardan ajralib turadi. Shuningdek, giyohvand moddalar qon tomirlar va parenximatoz a'zolarga dastlabki kunlardanoq salbiy ta'sir ko'rsatib boshlaydi. Keyinchalik organizmdagi barcha a'zo va to'qimalar faoliyati buzilib boradi.

Giyohvandlikning barcha turlari 3 bosqichda kechadi: *adaptatsiya (moslashuv)*, *abstinensiya* va *toliqish* bosqichlari.

Adaptatsiya bosqichida giyohvand moddalar tushgan organizm faoliyati o'zgara boshlaydi, ya'ni ichki a'zolar ushbu moddalar bilan faoliyat ko'rsatishga moslashib oladi. Bu jarayonlar bilan parallel tarzda ruhiy qaramlik rivojlanib boradi. Avvaliga himoya mexanizmlari ishga tushadi, bu esa ko'ngil aynish, qayt qilish, terida qichimalar paydo bo'lishi, bosh aylanish bilan namoyon bo'ladi. Biroq bu belgilar sekin-asta yo'qolib boradi, chunki organizm giyohvand moddalarga moslashib oladi.

Abstinensiya bosqichida ruhiy qaramlikka jismoniy qaramlik qo'shiladi. Organizmda giyohvand modda miqdorining kamayishi uning o'rnini qoplash uchun bemorda kuchli ishtiyoq hosil qiladi (kompulsiv intilish). Agar bu ishtiyoq qondirilmasa organizmning kompensator imkoniyatlari zo'riqib, abstinent sindrom yanada kuchayadi. Ba'zi vaziyatlarda bu sindrom uzoq vaqt giyohvand moddalarni qabul qilmay yurgan bemorlarda ham yuzaga keladi. Uzoq vaqtli remissiyadan so'ng giyohvand moddani organizmga yuborish yana jismoniy qaramlikni paydo qiladi, hatto kuchaytiradi ham. Bunda nafaqat yuqori miqdordagi giyohvand moddalarga ko'nikish, balki uni yana doimiy tarzda qabul qilish boshlanib ketadi. Keyinchalik katta miqdordagi giyohvand moddalar ham kayfiyatni

ko'tara olmay qoladi va bemor yanada kuchlirog'iga o'ta boshlaydi. Abstinent sindrom tananing turli joylarida kuchli og'riqlar bilan kechganligi va ularni boshqa dorilar bilan to'xtatish qiyinligi sababli bemor giyohvand moddani yana qabul qilishiga to'g'ri keladi.

Toliqish bosqichida organizmning barcha himoya funksiyalari keskin pasaygan bo'ladi, bemorning deyarli barcha a'zolarida nafaqat funksional buzilishlar, balki organik o'zgarishlar yuzaga keladi, terida turli xil yarachalar paydo bo'ladi. Bunday bemorlar tez-tez kasallikka chalinishadi. Bu bosqichda giyohvand moddalarning tetiklashtiruvchi va kayfiyatni ko'taruvchi ta'siri ham pasayadi. Organizmni ruhan va jismonan qoniqarli holatda ushlash uchun bemorlar giyohvand moddalarni kam miqdorda qabul qilib yurishadi. Chunki bularsiz organizmning faoliyat ko'rsatishi o'ta mushkul bo'lib qoladi va uni yangi muhitga o'tkazish qiyinlashadi. Abstinent sindrom bir necha oylarga cho'zilishi mumkin.

Davolash. Giyohvandlikka ruju qo'yganlarning davolash tamoyillari maxsus adabiyot va darsliklarda mukammal yoritilgan. Ammo tibbiy psixolog bemorlarni davolash bilan bog'liq bo'lgan bir qator qonun-qoidalarni bilishi zarur.

Dastavval, bemor statsionarga yotqizilishi shart, chunki davolanish sharoitida kuzatiladigan noxush holatlar va abstinent sindromning qaytadan paydo bo'lishi, giyohvand moddani yana iste'mol qilishga majbur qiladi. Davolash muolajalari narkolog nazorati ostida giyohvand moddalarni qabul qilishni to'xtatishdan boshlanishi lozim. Sog'lom va yosh bemorlarda giyohvand moddalarni qabul qilishni birdaniga va butunlay to'xtatish mumkin, keksa va o'ta ojizlarda esa bu jarayon bosqichma-bosqich olib boriladi.

Giyohvandlikni davolash, odatda, bir necha bosqichda amalga oshiriladi. Bular dezintoksikatsiya muolajalari, psixopatologik va somatonevrologik buzilishlarni davolash, metabolik buzilishlarni bartaraf etish, ruhiy qaramlikning asosiy mexanizmlariga qarshi yo'naltirilgan davolash muolajalari o'tkazish, kasallikning takrorlanishiga qarshi davolash choralarini ta'minlash.

Dezintoksikatsiya maqsadida reopoliglyukin, natriy xloridning izotonik eritmasi va boshqa elektrolitlar kuniga 2000 ml gacha yuboriladi. Zaruratga qarab, qon preparatlari, toza qon ham buyuriladi. Og'ir vaziyatlarda gemosorbsiya va gemodializ muolajalari

o'tkaziladi. Shuningdek, 10 ml 10 foizli kalsiy xlor, 10 ml 30 foizli tiosulfat natriy, 5—10 ml 25 foizli magniya sulfat tomir ichiga, 5—10 ml 5 foizli unitiol mushak orasiga yuboriladi.

Abstinent sindromni davolashda psixotrop dorilardan 2,5 foizli aminazin 1—3 ml 5—7 kun mobaynida t/i, m/o ga yoki 2,5 foizli tizersin 2—4 ml t/i, m/o ga, 1 foizli dimedrol 1—2 ml, 0,5 foizli valium 2—4 ml t/i, m/o ga. Shuningdek, kordiamin, kamfora, kofein, meprobamat, galoperidol kabi dorilarni ham buyurish mumkin. Yurak va nafas faoliyatini normal holatda ushlab turish uchun albatta, kordiamin tavsiya qilinadi.

Neyroleptiklardan neuleptil kuniga 10—20 mg, sonapaks 100 mg dan, ta'siri uzoq davom etuvchi neyroleptiklardan piportil 2 mg dan 2 haftada 1 mahal, keyinchalik har oyda bir mahal. Antidepressantlardan fluoksetin, zoloft kabi dorilar buyuriladi.

Albatta, giyohvandlikni davolash o'ta murakkab va mashaqqatli jarayon bo'lib, farmakologik dorilar bilan davolash usullari narkologiya darsliklarida batafsil yoritilgan. Giyohvandlikni davolashda ishlatiladigan psixoterapiya usullari turli-tumandir — oddiy suhbatdan tortib gipnozgacha. Psixoanaliz usullari ham juda samaralidir. Bemorning jismoniy mehnat bilan shug'ullanishi esa davolash jarayoniga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Bemor abstinent holatdan chiqqandan so'ng uzoq vaqt narkolog va psixolog nazoratida turishi lozim.

Nazorat uchun savollar

1. *Alkogolizmda ruhiy buzilishlarning sababi nimadan iborat?*
2. *Alkogolizmda ruhiy buzilishlarning klinik ko'rinishi qanday?*
3. *Alkogolizmda o'tkir va surunkali ensefalopatiyalar klinikasini so'zlab bering.*
4. *Abstinent sindrom nima?*
5. *Giyohvand moddalarga ruju qo'yishning sababi nima?*
6. *Giyohvandlikka ruhiy va jismoniy qaramlik qanday rivojlanadi?*
7. *Giyohvandlikning kechish bosqichlari haqida so'zlab bering.*
8. *Giyohvandlikni davolash tamoyillari va psixologik yordam usullari nimalardan iborat?*

XVI bob. JARROHLIK AMALIYOTIDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

Men ko'rish, eshitish va o'rganish mumkin bo'lgan narsalarni afzal ko'raman.
Diogen

16.1. Jarroh va bemor orasidagi psixologik munosabatlar

Tibbiyotda jarrohlik amaliyoti alohida o'rin tutadi. Xalq orasida «Agar bemor dori-darmonlar bilan tuzalmasa, uni operatsiya qilib, jarrohlar tuzatishadi», degan fikr yuradi. Terapevtik amaliyotlarga qaraganda, jarrohlik amaliyoti aksariyat bemorlar va ularning yaqinlari uchun katta bir psixologik sinov hamdir. Demak, tibbiyotning boshqa yo'nalishlaridagi kabi jarrohlik amaliyotida ham psixologik yordamning ahamiyati juda yuqori. Buni jarrohlik kasbini tanlayotgan har bir talaba anglab yetishi zarur.

Tibbiy psixologiyadan ma'ruza tugashiga biroz qolganda «Savollar bormi?» deb talabalarga murojaat qildim. Yaxshi o'qiydigan bir talaba qo'l ko'tarib, «Ustoz, men jarroh bo'lmoqchiman, otam ham jarroh, operatsiyalarga qatnashib yuraman, yaxshi jarrohlar navbatchiligiga kelaman. Axir operatsiya buyurilgan bemor bilan jarroh suhbatlashib o'tirmaydi-ku. Albatta, yaxshi psixologik suhbat o'tkazish mumkin, biroq operatsiya yomon chiqsa, suhbatning nima keragi bor? Muvaffaqiyatli operatsiyaning o'zi har qanday psixologik suhbatdan ustun-ku. Shunga siz nima deysiz?» deb so'radi. Bu savol, albatta, o'rinli. Albatta, jarroh va bemor uchun muvaffaqiyatli o'tgan operatsiya har qanday psixologik suhbatdan yaxshi. Lekin afsuski, ko'pchilik vrachlar psixologning asosiy vazifasi bemorlar bilan suhbatlashib, ularni tinchlantirish, deb bilishadi. Suhbat — bu psixodiagnostika va psixoterapiyaning bir uslubi va albatta, psixologiyada uning ahamiyati beqiyos. Biroq psixologiya inson tasavvuri darajasiga ham sig'maydigan beqiyos imkoniyatlar va o'zining turli usullariga ega bo'lgan fan.

Psixologiyaning imkoniyatlari cheksiz! Talabaning savoliga quyidagi voqea tafsilotlari javob bersa kerak. Meni jarrohlik bo'limiga

«Nevropatolog maslahati kerak», deb chaqirib qolishdi. Bemor yotgan palataga kirsam, professor bir qancha vrachlar, talabalar va o'qituvchilar bilan men ko'rishim zarur bo'lgan bemorni tekshirishayotgan ekan. Men professor ko'rigi tugashini kutib turdim. Bemorni operatsiya qilgan yosh vrach kasallik tarixnomasini o'qib beryapti. Jarroh o'z navbatchiligi paytida bemorni «o'tkir appendisit» tashxisi asosida zudlik bilan mahalliy og'riqsizlantirish orqali qilgan operatsiyasi muvaffaqiyatli o'tgan. Operatsiyadan so'ng bemor ertalabgacha uxlagan. Ertalab soat o'nlarda «Operatsiya bo'lgan joyim qattiq og'riyapti», deb palata vrachini chaqirgan. Vrach kirib oyoqlarini bukib, yonboshlab yotib olgan bemorning operatsiya qilingan joyini tekshirib, hech qanday asoratlarni ko'rmagan va hamshiraga tinchlantiruvchi ukol qilishni buyurgan. Bemor ukoldan so'ng uxlab qolgan, biroq uyg'ongach, «Yana og'riyapti, operatsiya qilingan joyda tampon yoki boshqa narsa qolgan bo'lsa kerak», deb yig'layvergan. Kechga yaqin og'riq kuchaygan, bemor g'ujanak bo'lib yotib olgan, tana harorati ham 38 darajaga ko'tarilgan. Bemor tinchlantiruvchi ukoldan voz kechgan. «Operatsiya qilingan joyda vrach nimadir unutib qoldirgan», deb sira tinchlanmagan. O'sha kuni kechqurun bemorni boshqa bir yoshi katta jarroh, fan nomzodi operatsiya qiladi. Bu jarroh ham bemorni ko'rishda ishtirok etayotgan edi. U operatsiya haqida ma'lumot berdi. Operatsiya joyi ikkinchi bor ochilganda, u yerda hech narsa unutilib qoldirilmagani va birinchi operatsiya haqiqatan ham muvaffaqiyatli o'tganini aytadi. Biroq, shunday bo'lsa-da, mana bugun, ya'ni dastlabki operatsiyaning 4-kuni ham og'riq to'xtamayotganini, aksincha, kuchayganini va shuning uchun nevropatolog chaqirishganini professorga aytishdi.

Professor ikkala jarrohni ham tinglab bemorga yuzlandi. U g'ujanak bo'lib yotib olgan va ko'zlarida qo'rquv bor edi. Shu yerda turgan bemorning qizi ham suhbatga qo'shildi va onasining kechasi bir necha bor og'riqdan uyg'onganini hamda og'riq qoldiruvchi ukollardan voz kechganini aytdi. Professor bemordan «Nima uchun og'riq qoldiruvchi dorilardan voz kechayapsiz, axir og'riq qolsa, o'zingizga yaxshi-ku?!» deb so'raganda, bemor «Axir appendisitda og'riq qoldiruvchi dori qilsa bo'lmaydi, u yorilib, yiringlar qoringa o'tib ketadi deyishadi-ku», dedi. Talabalardan biri suhbatga qo'shilib, «Operatsiyadan oldin og'riqsizlantiruvchi ukollar qilinmaydi,

operatsiyadan so'ng esa mumkin», dedi. Professor bemor bilan bahslashib o'tirmasdan, uni tekshirib boshladi. Bemor g'ujanak bo'lib olgan, ko'ylagini ko'tarib, tekshirishga va hattoki, tanasiga qo'l tekkizishga qo'ymasdi. Bemor gap bilan chalg'iganda, og'riqqa e'tibor qilmas, operatsiya haqida so'z ketganda, og'riqdan ingrardi. Professor «Siz oyoqlaringizni sekin-asta yozib yuboring, shunday qilsangiz, og'riq kamayadi», dedi. Bemor sekin qo'rqib, oyoqlarini uzatdi. «Endi operatsiya qilingan joyni ko'rsating», dedi professor. Bemor «Lekin qornimga tegmaysiz», deb ko'ylagini sekin ko'tardi va qo'rquv bilan doktorga qaradi. Operatsiya qilingan joy bint bilan yopib qo'yilgan va leykoplastir bilan yopishtirilgan edi. Professor «Endi bu bintni olamiz, men operatsiyalar qanday o'tkazilganini ko'rishim kerak», dedi.

Biroz urinishlardan so'ng bemor ko'ndirildi. Professor operatsiya bo'lgan joyni ko'rib, ikkala operatsiya ham muvaffaqiyatli o'tganiga yana bir bor ishonch hosil qildi. Biroq bemor hamon og'riqdan shikoyat qilar va «Operatsiya bo'lgan joyda bir narsa xuddi tugundek tiqilib turibdi», deb yig'lardi. Vaziyatdan chiqish kerak edi. Professor bemorni ko'ndirib, operatsiya bo'lgan joyni tekshira boshladi va kesilgan joyning atrofini ataylab birdan bosib yubordi. Bemor dod-voy solib, baqirib yubordi va yana oyoqlarini g'ujanak qilib oldi. Professor «Ana, xolos!» deb operatsiya qilgan jarrohlarga yuzlandi. U «Operatsiyalar yaxshi o'tgan, biroq bemor g'ujanak bo'lib yotaverganidan, operatsiya o'rnidagi nervlar tugilib qolgan. Nega operatsiyadan so'ng oyoqlarni cho'zib yotish kerakligini bemorga aytmadinglar? Ana endi kesilgan nervlar bitish o'rniga tugilib qolgan», deb doktorlarni koyigandek bo'ldi.

Ba'zi doktorlar professor nima demoqchi ekanligini anglab yetgan bo'lsa, boshqa birlari nima uchun u «nervlar tugilib qolgan», deb aytayotganidan hayron bo'lib qarab turishardi. Bemor esa birdan ziyrak tortib, «Endi nima bo'ladi?» deb xavotir bilan professorga qaradi. Professor birinchi operatsiya qilgan doktorga yuzlanib, «5 grammli shprisga novokain tortib keling», dedi. «Endi o'sha «nervlar tugilib» qolgan joyga novokain yuboramiz va tugunni yozib yuboramiz», dedi va bemorga qarab, «Endi chidaysiz, novokain yuborayotganimda og'riq yana kuchayadi, so'ng siz oyoqlaringizni og'risayam, bukib-ocha boshlaysiz va ana shundan so'ng tugilgan nerv ochilib ketadi hamda og'riq 10 daqiqaga etmasdan to'xtaydi», dedi.

Bemor qo'rqa-pisa, yuzida xavotir bilan oyoqlarini yozdi va o'zi qornini ochdi. Professor operatsiya qilingan joyni spirt bilan tozalab, chandiqning ikki chetiga shprisni tiqib, zudlik bilan novokain yubordi. Bemor dodlab yubordi. Professor «Aytdim-ku sizga, og'riydi deb, qani endi aytganimni qiling, tez-tez oyoqlaringizni bukib-yozing, ana shunda nervlar yozilib, og'riq kamaya boshlaydi, aks holda, yana 3-operatsiyani qilib, o'sha uzilgan nervlarni bir-biriga ulashga to'g'ri keladi», dedi. Bemor shoshib-pishib professorning keskin tarzda berilgan buyruqlarini bajara boshladi. «Endi o'tirib oling», dedi u. «Qani, tez-tez bo'ling!» deb bemorni shoshirdi. Bemor biroz qiynalib bo'lsa-da, o'tirib oldi. «Endi o'rningizdan turib yuring», deb topshiriq berdi. Deyarli 5 kundan buyon turib yurmayotgan va faqat og'riqdan shikoyat qilib yotgan bemor biroz ishonchsizlik bilan bo'lsa-da o'rnidan turib yurdi. Endi bemor og'riq sezmayotgan va o'zida yo'q xursand edi. Bemor ko'rigida ishtirok etayotganlar ikkiga bo'linib, unga yo'l berishdi. Professorning ko'zi menga tushdi. «Ie, nevropatologimiz ham shu yerda ekanlar-ku, bu bemorga endi nevropatologning keragi yo'q. Mana, o'zimiz davolab qo'ydik», dedi hazillashib. Professor operatsiya qilgan vrachga boqib, «Bu bemorni bugunoq uyga yuborsangizlar bo'ladi, endi u sog'», dedi. Deyarli yarim soat oldin og'riqdan hatto oyog'ini ham ochib-yoza olmayotgan bemor professor tomonidan juda ustomonlik bilan o'tkazilgan psixoterapiya va plaseboterapiyadan so'ng darddan xalos bo'ldi. U endi uyga ketish mumkinligi haqidagi yangilikdan xursand bo'lib, o'zi yotgan o'rnini taxlab, qiziga topshiriqlar berib, ketish taraddudiga tushib qoldi.

Professor yonidagi shogirdlari va talabalar bilan boshqa palatalardagi bemorlarni ko'rgani chiqib ketdi. Men bemor bilan suhbatlasha boshladim. Suhbat orasida ma'lum bo'ldiki, bemorning yonida parvarish qilib o'tirgan 24 yashar qizi «o'tkir appendisit» tashxisi bilan uch marta operatsiya bo'lgan va ikkala holatda ham operatsiya muvaffaqiyatsiz chiqqan: birinchi gal jarroh tamponni unutib qoldirgan va boshqa jarroh ikkinchi bor operatsiya qilib uni olib tashlagan. Operatsiya qilingan joy yiringlab ketib, «appendoektomiya asorati, chegaralangan peritonit» tashxisi bilan uchinchi bor operatsiya qilingan. Barcha voqealar onasining ko'z oldida bo'lib o'tgan. Bemor 20 kundan ortiqroq jarrohlik bo'limida qolib ketgan va shu vaqt

mobaynida uning yonida doimo onasi bo'lgan. Dastlabki operatsiyani qilgan jarroh bemorni 3 kunda uyga chiqarib yuborishni va'da qilgan. Biroq vaziyat og'ir tus olgan. Bu holat butun bir oilada katta ruhiy jarohat qoldirgan. Onasi «Qizim endi tuzalmaydi, nogiron bo'lib qoladi», deb qo'rqib yurgan. Chunki 20 kun ichida qizi juda ozib ham ketgan. Lekin bemor qiynalib bo'lsa-da, tuzalgan. Oradan 2 yil o'tmay, Toshkentda o'qib yurgan talaba o'g'lini qizi bilan birga ko'rgani kelgan onaning o'zi appendisit bo'lib qoladi va vaziyat yuqorida ko'rsatilganidek keskin tus oladi.

Yuqoridagi usuldan bemorni operatsiya qilgan ikkala jarroh ham foydalanishi mumkin edi. Biroq ular bunday qilishmadi yoki buni bilishmadi. Bu oddiy bir appendisit bilan bog'liq voqea, biroq jarrohlik amaliyotida bir qancha murakkab holatlar mavjudki, ularning aksariyati psixologik yondashuvni talab qiladi. Demak, operatsiyalar muvaffaqiyatli o'tishi uchun har bir jarroh nafaqat o'z kasbining yetuk mutaxassisi, balki yetuk psixolog ham bo'lishi kerak.

Jarrohlik kasbida shoshilinch operatsiyalarning ko'pligi, vaqtning tig'izligi jarrohlik bo'limi shifokorlari bilan bemorlar orasida o'zgacha psixologik muhitning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Yana shuni ham ta'kidlash lozimki, tibbiyotning boshqa yo'nalishlariga qaraganda, jarrohlikda bemorlardan faollik emas, aksincha, ehtiyotkorlik va kam harakat talab qilinadi. Jarrohlik kasbining o'ziga xosligi tez qaror qabul qilib, zudlik bilan uni amalga oshirishdir. Rejali operatsiyalar, albatta, bundan mustasno. Bunday paytlarda bemor bilan jarroh orasida qandaydir bir psixologik vaziyat yuzaga kelishi mumkin. Ya'ni bemor belgilangan operatsiyadan voz kechishi yoki bo'lmasa, operatsiya tafsilotlarini yoritib beruvchi boshqa bir jarrohni tanlashi mumkin. Biroq, shuni tan olish lozimki, operatsiyani muvaffaqiyatli bajaradigan va katta obro'-e'tiborga ega bo'lgan jarrohdan bemor har qanday vaziyatda ham voz kechmaydi, hatto u qo'pol bo'lsa ham.

Jarrohlik operatsiyalari ham bemor psixologiyasi va his-tuyg'ularига turlicha ta'sir qiladi. Chunki tirik organizmda ruh va tana yagona bir sistemadir. Operatsiyadan so'ng ruhiy muvozanatning salbiy yoki ijobiy tomonga qarab o'zgarishi, albatta, operatsiyaning natijasiga bog'liq. Operatsiya muvaffaqiyatli bajarilsa, operatsiyadan oldingi qo'rquvlar, xavotir va o'zaro tushunmovchiliklar darrov barham

topadi, agar muvaffaqiyatsiz bajarilsa, operatsiyadan oldingi gumon, xavotir va shu kabi tushunmovchiliklar jarroh uchun yomon tus olib, ba'zan katta janjalga aylanib ketishi mumkin. Shuning uchun ham aksariyat G'arb davlatlarida operatsiyaning barcha tafsilotlari, ustunliklari va asoratlari albatta, deontologiya va etika prinsiplarini saqlagan holda, bemorga va yaqin qarindoshlariga tushuntirib beriladi. Ya'ni bemor va uning qarindoshlari sir saqlanishi shart bo'lmagan vaziyatlardan voqif bo'lishadi. Bu, albatta, yaxshi. Chunki saqlanishi shart bo'lmagan sir-sinoatlar bemor va uning qarindoshlarida jarroh va u o'tkazayotgan operatsiya haqida katta gumon paydo qilishi, operatsiya muvaffaqiyatsiz chiqqan taqdirda jarroh yomon vaziyatda qolishi va ikki o'rtada sudlashuvlar boshlanib ketishi mumkin.

Agar operatsiyalar biror-bir a'zoni yoki uning bir qismini olib tashlash bilan yakunlansa, operatsiya muvaffaqiyatli chiqqan taqdirda ham bemor ruhiyati buzilishi ehtimoli bor. Chunki bemor ushbu operatsiya sababli avvalgi kasbida ishlay olmasligi yoki to'laqonli hayotga qayta olmasligi mumkin. Albatta, bunday paytlarda jarroh ushbu operatsiyani qilmasa, boshqa asoratlar yuzaga kelishi mumkinligini, endi jarrohlik muammolaridan xalos bo'lgani va bundan so'ng sog'lig'iga e'tibor qilib yurishini bemorga tushuntirib, uni tinchlantirishi lozim.

Mutaxassislar fikricha, operatsiya qilinishi lozim bo'lgan bemorlarning 30 foizida, ba'zi ma'lumotlarga ko'ra 70 foizida u yoki bu ko'rinishda ruhiy buzilishlar kuzatiladi, ayniqsa, ipoxondriya ko'rinishida. Ular jarrohdan kasalligini sinchkovlik bilan tekshirilishi va vrachlar ishtirokida konsilium o'tkazilishini talab qilishadi. Ba'zilari esa boshqa o'zi taniydigan jarrohlar bilan «Operatsiya shartmi-yo'qmi», deb maslahatlashib yuradi. Boshqa bir bemorlar esa o'zini qiynab yurgan kasalidan operatsiya orqali bira-to'la qutulish istagida jarrohlarga murojaat qilishadi. Ko'pincha, bunday holatlar isteriyaga duchor bo'lgan bemorlarda kuzatiladi. Ular o'zlarini qiynab yurgan buqoqni yoki bo'lmasa, qorin sohasidagi doimiy og'riqni bira to'la operatsiya qilib davolatishni o'ylashadi. Haqiqatan ham tonzillektomiya, strumektomiya, xolesistektomiya, appendektomiya kabi operatsiyalar bemor xohishiga qarab (albatta, tibbiy ko'rsatmalarni e'tiborga olgan holda) o'tkazilib turadi. Masalan, sog'lom odamlar «Og'ir appendisit bo'lib qolsam nima bo'ladi, yaxshisi sog' paytimda ko'richakdan

qutulib qo'ya qolay», deb o'zlari ongli ravishda operatsiya qildirishadi. Bunday holatlar, ayniqsa, yaqinlari to'satdan appendisit bo'lib, operatsiya stoliga tushib qolgan odamlarda kuzatiladi. Appendektomiya operatsiyasi uncha murakkab bo'lmaganligi sababli ba'zan jarrohlarning o'zi uni bemorning qarindoshlariga tavsiya qilishadi. Bu bir tomondan to'g'ridir ham. Chunki o'tkir appendisit ba'zi hollarda peritonit asoratini beradi yoki tashxis o'z vaqtida aniqlanmay, ko'richak yorilib ketadi. Bu esa hayot uchun xavflidir. Yaqin bir tanishim «flegmonoz appendisit» tashxisi qo'yilib, zudlik bilan tunda operatsiya qilingandi. Operatsiyadan so'ng jarroh bemorning yaqinlariga kasallik peritonitga o'tishiga oz qolganligini aytadi. Uning ahvolidan qo'rqqan akasi o'z xohishi va jarroh tavsiyasiga ko'ra ko'richagini oldirib tashlatadi.

Giyohvand moddani bir marta bo'lsa-da qabul qilish va tanasidagi kuchli og'riqlardan qutulish uchun ba'zi narkomanlar jarrohlik operatsiyasiga ham tayyor turishadi. Giyohvand moddalar va spirtli ichimliklarni ko'p iste'mol qiluvchilarda hamda ruhiy bemorlarda o'tkir jarrohlik kasalliklari kuzatilsa, bu jarroh uchun katta tashvish tug'diradi. Ayniqsa, bolalarda oligofreniya, imbesil holatlar va boshqa tug'ma nuqsonlar, qariyalarda esa involyutsion psixozlar, demensiyalar. Ularning xulq-atvoridagi patologik o'zgarishlar tashxisni to'g'ri aniqlashga to'sqinlik qiladi, ular operatsiyadan so'ng vrach tavsiyalariga to'la amal qila olishmaydi va buning natijasida, operatsiya qilingan joylar ochilib, qon ketishi kabi bemor hayoti uchun xavfli vaziyatlar paydo bo'lishi mumkin. Bunday bemorlar operatsiyadan oldin ham, so'ng ham psixonevrolog yoki psixiatr nazoratiga olinishi zarur.

16.2. Bemorni operatsiyaga tayyorlash

Bemorni operatsiyaga tayyorlash murakkab jarayondir, chunki asabi o'ta mustahkam odam ham undan qo'rqishi mumkin. Shuning uchun bemorni operatsiyaga nafaqat tibbiy ko'rsatmalarni e'tiborga olgan holda, balki psixologik nuqtayi nazardan ham tayyorlash zarur. «Hammasi yaxshi bo'ladi, qo'rqmang!» degan an'anaviy iboralar bemorni hammavaqt ham qoniqtiravermaydi. Jarroh dastlab bemordagi qo'rquvni bartaraf qilishga harakat qilishi lozim, operatsiyaga

va o'ziga ishonch tug'dira olishi kerak. Ayniqsa, bu so'zlar jarrohlik kasbini egallab, endigina amaliyotga kirib kelayotgan yoshlar uchun o'ta zarur. Boshqa kasblardan farqli o'laroq, jarrohning obro'-e'tibori uning muvaffaqiyatli o'tkazgan operatsiyalariga proporsional tarzda bog'liqdir. Yoshlar hali uncha ko'p operatsiya qilmagan bo'ladi va tabiiyki, u tanilishi va o'z mahoratini ko'rsatishi uchun bemor bilan ishlashi hamda uzoq vaqt muloqotda bo'lishi kerak. Yuqori malakali jarroh darajasiga yetish uchun yosh jarrohlar bunday operatsiyalarni ko'plab bajarishlari lozim. Barcha mashhur jarrohlar ana shu yo'l bilan tajriba to'plashgan. Bunday jarrohlarni, odatda, bemorlarning o'zi hech qanday psixologik tayyorlov suhbatisiz tanlashadi.

Operatsiyadan oldin bemorlarda turli xil psixovegetativ va psixosomatik belgilar kuzatilishi mumkin. Bular uyqu buzilishi, bosh aylanishi, yomon tushlar ko'rish, ko'p terlash, titrash, taxikardiya, arterial qon bosimning o'ynab turishi, o'lim qo'rquvi, ich ketish, tez-tez siyish va boshqalar. Ma'lumki, operatsiyaga monelik qiluvchi holatlarni aniqlash uchun bemorlar boshqa mutaxassislarga, masalan, terapevtlarga ko'rsatiladi, turli xil laborator va diagnostik tekshiruvlardan o'tkaziladi. Har bir bemor terapevtdan umid bilan «Bu bemorni operatsiya qilmasa ham bo'ladi, uni dori-darmonlar bilan davolanglar», degan so'zlarni eshitgisi keladi. Hatto operatsiyadan oldin yaqinlari bilan vidolashib ularga vasiyatlar qiladigan holatlar ham uchrab turadi. Bemorni operatsiyaga psixologik nuqtayi nazardan tayyorlashda nafaqat operatsiya qiluvchi jarroh, balki boshqa tibbiy xodimlar — palata vrachi, hamshira (ayniqsa, operatsiyada ishtirok etuvchi) ham faol ishtirok etishlari zarur. Ba'zan bemor uni operatsiya qiluvchi jarrohga emas, balki palata vrachi va hamshiraning so'zlariga ko'proq ishongisi keladi, uni operatsiya qiluvchi jarroh haqidagi gap-so'zlarga quloq tutadi. Shifokorlar orasidagi o'zaro ishonch va etika prinsiplari bu yerda katta ahamiyatga ega, chunki doimo operatsiyalarda ishtirok etib yuruvchi hamshira bemorni uni operatsiya qiluvchi jarrohdan voz kechtira olishi mumkin.

Operatsiyadan voz kechish sabablari turli-tumandir va bu ko'pincha, rejali operatsiyalarga taalluqli. Ularning ba'zilari haqida to'xtalib ham o'tdik. Bular: yaqin kishisining xuddi shunday tarzda o'tkazilgan operatsiyadan o'lganligi yoki nogiron bo'lib qolganligi, yaqinlarining operatsiya qildirmaslik haqidagi talabi, narkozdan qo'rqish, jarroh

va bemor orasidagi nosog'lom psixologik vaziyat yoki tushuntirish ishlarining yetarli darajada olib borilmaganligi, qarilik davri, bir necha bor operatsiya qilingan bemorlar, isteriya yoki ruhiy kasalliklar.

Shunday qilib, jarrohlikda psixologiya sohasidan foydalanilgani kabi jarrohlik usullaridan ham foydalaniladi. Hattoki, gipnoz yordamida ham davolab bo'lmaydigan ba'zi chuqur psixogen buzilishlarni davolashda jarrohlik operatsiyalariga murojaat qilishga to'g'ri keladi. Toshkent viloyatida bo'lib o'tgan bir voqea bunga yaqqol misol bo'la oladi. Voqea yoz kunlarining birida ro'y beradi. Bir ayol «insomniya» tashxisi bilan nevropatologda davolanib yuradi. U kechalari uxlay olmay chiqardi. Keyingi gal borganida, vrach unga kuchliroq ta'sir qiluvchi uxlatuvchi dori buyuradi. Bemor dorini ichsa-da, hech uyqusi kelavermaydi. Uyqusi qochgan bu ayol tunda to'lin oyning yorug'ida pastqam uyining derazasidan tashqariga qarab o'tiradi.

Derazaning tagidan kichik bir ariqcha oqib o'tardi. U ariqchada sakrab o'ynab yurgan baqalarga tikilib qarab o'tirib, xayol suradi: «Buncha kichik bo'lmasa bular, uxlab yotganimda ichimga kirib ketishsa, nima qilaman?» deb choyshabni ustiga yopib uxlab qoladi. Tush ko'radi. Tushida kichikroq bir baqa derazadan u yotgan karovat ustiga sakrab chiqib, bemorning og'ziga kirib ketadi. Bemor qo'rqib, uyg'onib ketadi va birdan derazaga qaraydi. Tong endi otayotgan edi. Quyosh nuri tusha boshlagan deraza tokchasida 2—3 ta baqa sakrab yurganiga ko'zi tushadi.

Bemorda qattiq kekirik paydo bo'ladi va u baqaning sayraganiga o'xshab eshitiladi. Kekirik tez-tez takrorlanaveradi. Hovliga chiqadi va vodoprovod jo'mragini ochib og'zini chayib tashlaydi, qusishga harakat qiladi, qusa olmaydi. Bir kosa iliq suvni to'ldirib ichadi va yana natijasiz o'qchiydi. Kekirik kuchayib boraveradi va tez-tez kuzatila boshlaydi. Bu ayolning turmush o'rtog'i olamdan o'tgan, voyaga yetgan bir qizi bilan yashardi. Qo'rqib ketib, qizini uyg'otadi va unga «Men uxlab yotganimda, baqa yutib yubordim shekilli, u oshqozonimda turibdi», deb yig'lab yuboradi. Qizi uni tinchlantirishga harakat qiladi «Balki tush ko'rgandirsiz», deydi. «Yo'q, tushim bo'lganida bilardim, men aniq bilaman, baqa og'zimdan kirib ketgandan so'ng uyg'onib ketdim, bu tushim emas, uyg'onganimda deraza tokchalarida baqalar o'ynab yuruvdi», deydi. Qizining «Oyijon,

ba'zan odamning tushini o'ngidan ajratish qiyin bo'ladi-ku, siz tush ko'rgansiz», deyishiga qaramasdan, «Doktorga boramiz», deb turib oladi. Ular erta saharda bir tanish doktorning uyiga borishadi va bo'lgan voqeani aytib berishadi. Bemor tinmay kekirardi. Vrach uni tekshirmasdan kulib: «Baqani yutib bo'lmaydi, u tomoqdan o'tmaydi, hech qachon odamning og'zidan ichiga kira olmaydi», deydi. Bemor vrachdan norozi bo'lib, uning yonidan chiqib ketadi. Bemor qizi bilan birgalikda boshqa vrachlarga qatnay boshlashadi. Bemor barcha tekshirishlardan o'tadi. Uni nevropatolog, psixiatr, jarroh, terapevt, rentgenologlar tekshirishadi. Tabiblarga borib davolanadi.

Ularning deyarli hammasi bir xil gapni gapirishardi: «Baqa odamning ichiga kira olmaydi, siz yomon tush ko'rgansiz». Bemorning tinchi buziladi, u nima yesa, qusib tashlayveradi, kekirish sira qolmaydi. Bemor shu ahvolda bir oy qiynalib yuradi, ozib ketadi. «Baqa qolgan bo'lsa ham u o'lib bo'lgan, organizmdan chiqib ketgan», deb ishontirishga harakat qilishadi, baribir foydasi bo'lmaydi. U jarrohdan operatsiya qilib, baqani olib tashlashni talab qila boshlaydi. Qayerga va qaysi vrachga uchrasa, oshqozonini operatsiya qilib, baqani olib tashlashni talab qilaveradi. «U mening oshqozonimda yashab yuribdi, u hali o'lmagan, ichimni kemirayapti», deb yig'layveradi. Axiyri uni professorga ko'rsatishadi. Professor bo'lib o'tgan barcha voqealarni batafsil o'rganib chiqadi, bemorni to'la tekshiradi va unga jarroh bilan maslahatlashib qornini operatsiya qilib, ochib ko'rishni va'da qiladi. «Agar haqiqatan ham u yerda baqa yashayotgan bo'lsa, uni olib tashlash kerak», deydi. Bemorni jarrohlik bo'limiga yotqizib, operatsiyaga tayyorlashadi. Professor «Oshqozondan baqani olib tashlash» operatsiyasi bilan bog'liq bo'lgan barcha muolajalarni butunlay sir saqlashni uni o'tkazuvchi jarroh va hamshiraga tayinlaydi. Bemor operatsiya xonasiga olib kiriladi va u narkotik dori ta'sirida uxlatiladi.

Operatsiyadan oldin kichikroq bir baqa topib kelinadi va u yopilib-ochiladigan idishga joylanadi. Operatsiyaning barcha qonun-qoidalariga amal qilingan holda bemorning qorin terisi, teri osti yog' qatlami kesiladi va qayta tikib qo'yiladi. Operatsiyada bor-yo'g'i uch kishi, ya'ni jarroh, hamshira va professor ishtirok etishadi. Professor hamshiraga bemor ko'zini ochgan zahoti baqa solingan

idishni ochib yuborishni buyuradi. Bemor ko'zini ochadi, hamshira baqa solingan idishni ochib yuboradi. Baqa bemorning ustidan bir-ikki sakrab pastga tushib ketadi. Professor «Siz to'g'ri aytgan ekansiz, baqa haqiqatan ham qattiq uxlab yotganingizda, ichingizga kirib ketgan ekan, lekin u shuncha kun ichingizda o'lmay yashaganiga hayronman», deydi. Jarroh ham «Men bunaqa operatsiyani birinchi marta qilishim», deydi. Xullas, bemor butunlay tuzalib ketadi, kekirish yo'qoladi, ishtahasi ochiladi, uyqusi ham tiklanadi. Jarrohga 4—5 kun qatnab, operatsiya bo'lgan joylarini davolatadi, qornida faqat kesilgandan yengil chandiq qoladi, xolos.

Oradan bir yil o'tadi. Bir kuni bozorda «baqa yutib yuborgan ayol» qizi bilan aylanib yurib, hamshirani uchratib qoladi. Hamshira uni zo'rg'a taniydi, kasallikdan qiynalib, avval ozib ketgan bu ayol endi semirib, tanib bo'lmaydigan darajada o'zgarib ketgan edi. Ular qadrdon dugonalardek uzoq vaqt suhbat qurishadi, uni operatsiya qilib og'ir va uyatli darddan xalos qilgan doktorlarga salom aytib qo'yishni so'raydi.

Suhbat orasida «Menga o'xshab baqa yutib yuborgan ayollar kelishayaptimi?» deb so'raydi kulib. Hamshiraning xayolidan «Barcha haqiqatni aytib bersammikan, oradan bir yil o'tdi-ku, baribir bemor tuzalib ketdi-ku», degan fikr o'tadi va bo'lib o'tgan voqealarni aytib beradi.

Shunday qilib, hamshira shifokor etikasiga mutlaqo zid bo'lgan ishga qo'l uradi. Barcha haqiqatni o'z qulog'i bilan uni operatsiya qilishda ishtirok etgan hamshiradan eshitgan ayol ruhiy karaxt holatga tushib qoladi, ya'ni u tik turgan joyida bir nuqtaga tikilib qotib qoladi.

Psixiatriyada bu holat stupor, deontologiyada yatropatiya deb ataladi, ya'ni shifokorning noto'g'ri xatti-harakatlari sababli bemorda rivojlangan turli xil kasalliklar yoki sindromlar. Katta qiyinchiliklardan endi qutulgan ayol uchun bir-biriga zid bo'lgan bu ma'lumotlar ulkan bir ruhiy jarohat edi. Hamshira qo'rqib, voqea joyidan ketib qoladi.

Ayolni ruhiy kasalliklar shifoxonasiga joylashadi. Bemor suv ichmay, ovqat yemay qo'yadi. Uni zond orqali ovqatlantirish ham juda qiyin kechadi va u tez orada kaxeksiya holatiga tushib qoladi hamda o'ladi. Hamshira esa ozodlikdan mahrum etiladi.

Demak, haqiqatan ham ruh va tana yagonadir. Ushbu va boshqa boblarda keltirilgan materiallar qadimdan bahs va munozaralarga sabab bo'lib kelayotgan bu iboraning to'g'riligini yana bir bor tasdiqlaydi.

Bemorni davolayotgan shifokor yuqori darajada mas'uliyatli bo'lishi va har bir so'zni o'ylab gapirishi kerak. Mashhur terapevt va deontolog olim E.Y. Qosimov ta'biri bilan aytganda, shifokor — bu «vrach» so'zining sinonimi emas, u keng ma'nolf atamadir, «shifokor» deganda, bemorga shifo berishda ishtirok etuvchi barcha tibbiyot xodimlari, ya'ni vrachlar, hamshiralar va kichik tibbiy hamshiralar tushuniladi. Har bir shifokor deontologiya va etika prinsiplariga qat'iyan amal qilishlari lozim.

Nazorat uchun savollar

1. *Jarrohlik bilan psixologiyaning o'zaro bog'liqligi nimada?*
2. *Bemorni operatsiyaga tayyorlashda nimalarga e'tibor qaratmoq kerak?*
3. *Jarroh, hamshira va bemor orasida ziddiyatli munosabatlar qanday yuzaga kelishi mumkin?*
4. *O'zingiz guvoh bo'lgan vaziyatlar haqida so'zlab bering va muhokama qiling.*

XVII bob. AKUSHERLIKDA VA GINEKOLOGIK KASALLIKLARDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

Vrach — faylasufdir, axir tibbiyot va donolik orasida katta farq yo'q-ku.
Gippokrat

17.1. Tug'ruqdan so'ng kuzatiladigan ruhiy o'zgarishlar

Ba'zi ayollarda tuqqanidan so'ng turli-tuman ruhiy-hissiy buzilishlar kuzatiladi. Atrofdagilarning yaxshi munosabatidan qat'i nazar, tuqqan ayolning kayfiyati keskin o'zgarishi mumkin. Ayniqsa, sababsiz jizzakilik, tez xafa bo'lish, yig'loqilik, vahima, uyquning buzilishi kabi belgilar ko'p kuzatiladi va ular hech qanday tibbiy-psixologik yordamsiz o'tib ketishi mumkin. Bu holatlar, ayniqsa, birinchi bor tuqqan ayollarda kuzatiladi va ko'pincha, charchoq bilan namoyon bo'ladi.

Bunday vaziyatlarda umr yo'ldoshi, ota-onasi va boshqa yaqinlarining katta e'tibori, mehr-oqibati ushbu ruhiy o'zgarishlarni tezroq bartaraf qilishga yordam beradi.

Ba'zi mutaxassislarning fikricha, tug'ruqdan keyingi bunday ruhiy o'zgarishlar 10—15 foiz ayollarda kuzatiladi va odatda, bir oygacha davom etishi mumkin. Biroq hammavaqt ham bu statistika to'liq deb aytib bo'lmaydi, chunki aksariyat hollarda psixologga murojaat qilinmaydi va bunday buzilishlarning hisobi olib borilmaydi. Shuni alohida ta'kidlash lozimki, tuqqan ayolning atrofida salbiy muhit yaratilsa, ruhiy o'zgarishlar chuqurlashib, ruhiy-hissiy buzilishlar (masalan, depressiyaga) o'tishi mumkin.

Ruhiy-hissiy buzilishlar ichida tug'ruqdan keyingi depressiyalar alohida o'rin tutadi va bu yerda, albatta, psixolog yordami kerak bo'ladi. Ayolning o'zi bu holatdan chiqib keta olmasligi mumkin. Tug'ruq bilan bog'liq bo'lgan depressiyalar, ayniqsa, bola o'lik yoki biror bir kamchilik bilan tug'ilgan vaziyatlarda ko'p kuzatiladi. Bola tirik tug'ilgan holatlarda kuzatiladigan depressiyalarning asosiy belgilaridan biri o'z bolasi va turmush o'rtog'iga qiziqishining

yo'qolishidir. Bunday holatlarda bolani emizishga berish uchun yaqinlari va shifokorlar ba'zan soatlab yolvorib o'tirishadi. Bolasi yig'lab yotgan holatlarda uni qo'liga olmaydi, qo'liga berishsa ham qaytarib beradi, o'zi ham yig'layveradi. Ba'zan esa ko'ziga yig'i kelmaydi, bolasiga yoki atrofdagilarga teskari o'girilib yotib oladi. Kechalari uxlamay chiqadi.

Ko'p holatlarda depressiyalar qo'rquv, xavotir va turli darajadagi vegetativ hamda somatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Ayniqsa, niqoblangan depressiyaning tug'ruqdan so'ng yuzaga kelishi vrachlar uchun ham katta diagnostik mushkulliklar tug'diradi. Avvalgi boblarda aytib o'tilganidek, niqoblangan depressiya bu turli somatik kasalliklar yoki sindromlar ko'rinishida namoyon bo'luvchi depressiyadir.

Shuning uchun ham niqoblangan depressiyani to'g'ri aniqlash ham tibbiy, ham psixologik tekshirishlarni talab qiladi. Odatda, niqoblangan depressiyada somatik buzilishlar subyektiv bo'lib, obyektiv tekshiruvlarda tasdiqlanmaydi.

Tug'ruqdan so'ng kuzatiladigan ruhiy va xavotirli-depressiv buzilishlarni davolashda antidepressantlardan keng foydalaniladi. Bular fevarin, zoloft, portal, gelarikum, amitriptilin va shular kabi boshqa dorivor vositalardir. Biroq ruhiy buzilishlarni ushbu dori vositalari bilan davolashda ularni emizuvchi ayolga monelik qiluvchi tomonlari, go'dakka nojo'ya ta'sirlari va ruhiy buzilishning og'irlik darajasini e'tiborga olish lozim. Fluoksetin (prozak), zoloft va sipramillarni eksperimentda ham, klinik amaliyotda ham teratogen ta'siri aniqlanmagan.

Ushbu dorilar homilador va tuqqan ayollarga depressiv buzilishlarda tavsiya etilishi mumkin.

Tug'ruqdan so'ng rivojlanishi mumkin bo'lgan xavotirli-depressiv buzilishlarning oldini olish o'ta muhimdir. Buning uchun homilador ayollarni psixolog ko'rigidan o'tkazish zarur.

Bu usul rivojlangan xorij davlatlarida bir necha o'n yillar oldin yo'lga qo'yilgan. Chunki endi rivojlanib kelayotgan depressiyaning yashirin belgilarini faqat psixolog aniqlay oladi va ularni o'z vaqtida kam miqdordagi antidepressantlar yoki anksiolitiklar bilan bartaraf qilish mumkin.

17.2. Ginekologik operatsiyalardan so'ng kuzatiladigan ruhiy-hissiy buzilishlar

Turli xil ginekologik kasalliklarni davolash operatsiya yo'li orqali amalga oshiriladi. Bachadonni olib tashlash, gisterektomiya, kuchli qon ketishlarni to'xtatish, tug'ish paytida kuzatiladigan xavfli vaziyatlarda o'tkaziladigan operatsiyalar ayol uchun katta bir ruhiy-hissiy buzilishlarga sabab bo'ladi. Masalan, bachadonning olib tashlanishi yosh ayollar uchun og'ir ruhiy jarohat hisoblanadi. Ayniqsa, farzandsiz ayollar yoki yana farzand ko'rishni istagan ayollarda bachadonning *olib tashlanishi og'ir ruhiy asoratlar qoldiradi.*

Bachadonga ega bo'lish va regular tarzda hayz ko'rish aksariyat ayollar uchun ayollik ramzidir. Bachadonning olib tashlanishi ular uchun ayollik va yoshlikning orqada qolganini anglatadi. Ular bir necha oylab odatiy hayot tarziga qayta olmay yurishadi, depressiya va apatiyaga tushishadi, o'zlarini xuddi yaqin bir kishisidan judo bo'lgandek his qilishadi. Ularning somatik shikoyatlari ham ko'payadi, qornida har xil og'riqlar, oyoq-qo'llarida uyushishlar paydo bo'ladi, bel og'riqlari, tez-tez siyish, umumiy holsizlik, charchab qolish, o'z-o'zidan yig'i kelish kabi belgilar kuzatiladi.

Sekin-asta bachadoni olib tashlangan ayol me'yoriy hayotga qayta boshlaydi, ayniqsa, psixologning aralashuvi, aynan hayotiy muhim ko'rsatmalar sababli bachadonning olib tashlanganligini tushuntirish ayol kishining ruhiyatiga taskin beradi. Mutaxassislarning fikricha, ularning odatiy hayotga qaytishi 3 yilgacha cho'zilishi mumkin. Bu holat, ayniqsa, avvaldan o'ta ta'sirchan yoki ruhiy-hissiy buzilishlar bilan psixolog nazoratida bo'lgan ayollarda kuzatiladi. Albatta, psixologning aralashuvi bu davrni bir necha oyga qisqartirishi mumkin. Ba'zan ginekologik operatsiyalardan so'ng turli darajadagi vegetativ-endokrin buzilishlar kuzatiladi va ular dori vositalari bilan faol davolashni talab qiladi.

17.3. Abortdan so'ng kuzatiladigan ruhiy-hissiy buzilishlar

Statistik ma'lumotlarga ko'ra, deyarli har beshinchi homiladorlik bola tushishi bilan yakunlanadi va ular homiladorlikning dastlabki davrida kuzatiladi. Bu holat u yoki bu ko'rinishda ruhiyatning buzilishi

bilan kechadi. Ayniqsa, birinchi homiladorlikda bo'lajak farzanddan judo bo'lish og'ir depressiv holatlarni yuzaga keltirishi mumkin. Ayol ko'p yig'laydi, jizzaki bo'lib qoladi, ishtahasi pasayadi, ishga qo'li bormaydi, uyqusi buziladi, bolasini tushlarida ko'radi. Bola nobud bo'lganiga o'zini aybdordek sezadi.

Bir marta bolasi tushgan ayollarning ba'zilarida turli kasalliklar sababli bu holat qayta-qayta kuzatiladi. Shu sabab bo'lib oila darz ketishi mumkin. Erkak va ayol vrachma-vrach qatnay boshlashadi, bola tushishi sabablarini izlashadi. Bu tabiiy, albatta. Ginekologlarning ma'lumotlariga ko'ra bola tushishining 50 foizga yaqini jinsiy a'zolar infeksiyalari bilan bog'liqdir, albatta, bu yerda venerik kasalliklar alohida o'rin tutadi. Birinchi bor bolasi tushgach, yana shu holat takrorlanishidan qo'rqib ayol doimo xavotirda yashaydi, hadeb ginekologga qatnayveradi, uning ko'rsatmalarini so'zsiz bajarib borishga intiladi, ya'ni reaktiv nevroz yuzaga keladi. Bu yerda, albatta, ayol bilan psixologik suhbat o'tkazish juda o'rinlidir. Chunki doimiy xavotir va qo'rquv ham ba'zi hollarda bola rivojlanishiga ta'sir qilishi va to'satdan bola tushishi bilan tugashi mumkin. Shu sababli homilador ayol uchun ruhiy tinchlik va oila a'zolari orasida sog'lom psixologik muhit yaratish lozim. Bu esa yuqoridagi noxush holatlarning oldini oladi va sog'lom farzand dunyoga kelishini ta'minlab beradi. Ba'zan esa antidepressantlar tavsiya qilishga ham to'g'ri keladi.

17.4. Hayz buzilishlarida ayollar psixologiyasi

Ayollarda o'tkir va surunkali ruhiy siqilishlar aksariyat hollarda hayz buzilishlariga olib keladi. So'nggi yillarda qizlarda hayz ko'rishning barvaqt kelishiga e'tibor qaratilmoqda va bu vaziyatni hayot tarzining gurkirab o'zgarib kelayotgani hamda ruhiy va jismoniy rivojlanish orasidagi nomutanosiblik bilan bog'lashadi. Psixologlar qizlarda seksual faollikning erta shakllanishiga matbuot sahifalarida va internetda intim hayotga bog'liq ma'lumotlarning ko'payib borayotgani ham sabab bo'layotganiga katta urg'u berishadi.

Hayz ko'rishning buzilishlari ichida amenoreya alohida o'rin tutadi. Amenoreyaga oid dastlabki ma'lumotlar va uning ruhiyatga bog'liqligi ikkinchi jahon urushi davrida aniqlangan. Urush davrida hayoti xavf ostida qolgan ayollarda hayz kelishi uzoq vaqt to'xtagani

kuzatilgani yozib qoldirilgan. Shu davrda mutaxassislar amenoreyani ginekologik kasalliklar emas, balki ruhiy buzilishlar va xavotir sababli kelib chiqishini bir necha ayollarda kuzatishgan hamda turmush o'rtog'i urushga ketib halok bo'lgan ayollarda ham amenoreya kuzatilishi ushbu holatning ruhiyat buzilishi bilan bog'liqligini ko'rsatgan.

Stress asri deb atalmish XXI asrda amenoreya eng ko'p uchraydigan patologik holatlardan biridir. Ayniqsa, oiladagi doimiy janjallar, farzand bo'lmasligi, ishdagi kelishmovchiliklar hayz kelishining buzilishiga sabab bo'ladi. Mutaxassislarning fikricha, ayniqsa, xavotir bilan kechuvchi ruhiy-hissiy buzilishlar amenoreyaga olib kelishi mumkin. Demak, amenoreya nevrozning bir klinik ko'rinishidir.

17.5. Hayz oldi sindromi

Hayz kelishidan oldin ruhiy-asabiy, vegetativ, endokrin va somatik buzilishlar kuzatilishi mumkin. Ushbu buzilishlar umumiy vegetonevroz ko'rinishida namoyon bo'lib, ba'zi mutaxassislar uni hayz kelishi bilan bog'lashmaydi. Demak, hayz oldi sindromi deb atalmish affektiv buzilishlar mavjudligini vrachlar doimo yodda tutishi lozim. Ushbu belgilar hayz kelgandan so'ng yoki tugagach, o'tib ketadi. Nevrotik belgilarga boy hayz oldi sindromi ayol kishining ish faoliyati, o'qishi va shu kabi faol hayot tarzini talab qiluvchi vaziyatlarga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Bunday paytlarda u o'qish yoki ishga borgisi kelmaydi, uy yumushlarini tashlab qo'yadi, umumiy holsizlik kuzatiladi, apatiyaga tushadi, hech kim bilan gaplashmay uyda yotgisi keladi. Ba'zan vrachlar e'tiboridan ham chetda qoladigan bu holat oila a'zolari tomonidan noto'g'ri qabul qilinishi va turli xil mojarolarga sabab bo'lishi mumkin.

Hayz oldi sindromi ruhiy-hissiy buzilishlarni qo'zg'ashi mumkin. Masalan, depressiyaga moyil ayollarda depressiya, bosh og'riqqa moyillarda bosh og'rig'i, yurak qon-tomir kasalliklariga moyillarda kardialgiyalar, oshqozon-ichak sistemasi kasalliklariga moyil ayollarda psixosomatik buzilishlar kuzatilishi mumkin. Bosh og'riq bilan keladigan sindromlarda hayz migreni alohida o'rin tutadi. Bunda hayz yaqinlashgan sayin migren xurujlari kuchayib kelaveradi, hayz tugagandan so'ng o'tib ketadi. Shuningdek, o'z-o'zidan yig'lash,

fikrlarning chalg'ib ketishi, parishonxotirlik, xavotir, uyquchanlik, kardiofobiya, va elektrolitlar almashinuvining buzilishi hisobiga bo'g'imlarda og'riqlar, oyoq-qo'lning shishishi, qabziyat hamda boshqa psixosomatik buzilishlar kuzatiladi. Hayz oldi sindromi faqat monosimptomlar bilan ham namoyon bo'lishi mumkin, masalan, bosh aylanishi sindromi bilan. Buning asl sababi neyroregulyator buzilishdir, buni ba'zan shifokorlar kamqonlik bilan ham bog'lashadi.

To'g'ri yig'ilgan anamnez va bemorning shikoyatlari xronologiyasi hayz oldi sindromini aniqlashni osonlashtiradi. Yuqorida ko'rsatib o'tilgan sindromlar hayz kelishidan 5—6 kun oldin kuchayib, hayz boshlanishi bilan keskin kamaya boshlaydi yoki butunlay o'tib ketadi. Aynan mana shu holat hayz oldi sindromini to'g'ri tashxislashga yordam beradi.

17.6. Klimakterik davrda psixologik o'zgarishlar

Klimakterik davr. Sog'lom ayol organizmida reproduktiv sistema 7—8 yoshdan boshlab faoliyat ko'rsata boshlaydi va 60—65 yoshga yetganda faoliyatini to'xtatadi. Reproduktiv sistemada sodir bo'ladigan teskari qaytuvchi o'zgarishlar ***klimaks*** nomini olgan. Buning natijasida, *avval homilador bo'lish, so'ng hayz ko'rish faoliyati to'xtaydi. Bu* davr 10 yilgacha, ba'zan undan ham ortiq davom etishi mumkin.

Klimakterik davr — fiziologik jarayonlardan iborat davr bo'lib, organizmning reproduktiv sistemasida involyutsion jarayonlar ustunlik qiladi.

Klimakterik davr bosqichlari:

• ***premenopauza*** — odatda, 45 yoshdan menopauza boshlangunga qadar bo'lgan davr;

• ***perimenopauza*** — premenopauza davri bilan menopauzadan keyingi ikki yil;

• ***menopauza*** — so'nggi hayz;

• ***postmenopauzal davr*** — menopauzadan so'ng boshlanadi va umrning oxirigacha davom etadi.

Premenopauzal davrning fiziologik kechishida tuxumdon funksiyasining sekin-asta pasayishi kuzatiladi, bu jarayonning klinik ko'rinishi menopauza boshlanganidan dalolat berib turadi. Repro-

duktiv sistemaning postmenopauzal davrida kuzatiladigan o'zgarishlar estrogenlar miqdorining keskin kamayishi hisobiga kechadi.

Menopauza fiziologik jarayon bo'lib, ichki a'zolar va sistemalar faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatmasdan namoyon bo'lishi mumkin. Menopauzadan so'ng ichki a'zo va to'qimalarda o'ziga xos qarish jarayoni boshlanadi, ayniqsa, endokrin bezlar hamda jinsiy a'zolarda hujayralar hajmining kichrayishi kuzatiladi. Estrogenlar miqdorining yetishmasligi sababli osteoporoz rivojlansa, progesteron miqdori yetishmasligi ichki a'zo va to'qimalarda giperplastik jarayonlarni jadallashtirishi mumkin va shu sababli bachadon yoki sut bezlari o'smasi rivojlanishi mumkin. Organizmda estrogen va progesteronlar miqdori yetarli bo'lishi kayfiyatning yuqori bo'lishiga ham yordam beradi.

Shuning uchun ham bu gormonlarning yetishmovchiligi ruhiyat va hissiyotning turli darajadagi buzilishlari, ayniqsa, xavotirli depressiyalarga sabab bo'ladi.

Klimakterik davrning fiziologik kechishiga bir qancha omillar ta'sirini ko'rsatadi, ya'ni homiladorlik va tug'ish davrlarining sog'lom tarzda kechishi, rasional tarzda ovqatlanish, jismoniy faollik, zararli odatlar (ichish, chekish) ning yo'qligi, mehnat va dam olishni to'g'ri tashkil etish va hokazo.

Ayollarda klimakterik sindrom

Klimakterik sindrom klimakterik davrda bir qancha psixopatologik, vegetativ, endokrin, somatik va moddalar almashinuvining buzilishlari bilan kechadigan sindromdir. Turli ma'lumotlarga ko'ra, klimakterik davrda klimakterik sindromning uchrash darajasi 40—60 foizni tashkil qiladi. Ushbu sindrom premenopauza davrida 36—40 foiz, menopauza boshlanganda 40—80 foiz, menopauzadan keyingi 1 yil mobaynida 26 foiz, menopauzadan so'ng 2—5 yil o'tgach, 3 foiz bemorlarda uchraydi.

Klinikasi. Klimakterik sindromning klinik ko'rinishi klimakterik davrda ko'p uchraydigan asab sistemasi va yurak-qon tomir kasalliklariga ham bog'liq.

Demak, klimakterik sindromning 80 foizga yaqini hayz ko'rish butunlay to'xtaganda (menopauza) yoki menopauzadan so'ng bir

yil mobaynida rivojlanadi. Aksariyat hollarda, kasallikning boshlanishiga kuchli ruhiy-hissiy zo'riqish turtki bo'ladi.

Klimakterik sindromning klinik belgilari:

A. Ruhiy-hissiy buzilishlar:

- jahldorlik;
- uyquchanlik;
- holsizlik;
- bezovtalanish;
- depressiya;
- parishonxotirlik;
- ishtaha buzilishi;
- libidoning pasayishi;
- hissiy zo'riqishlar.

B. Vazomotor buzilishlar:

- birdan qizib ketish (yuz va boshda);
- terga botish, muzlab ketish;
- bosh og'riqlar, bosh aylanishlar;
- arterial gipo yoki gipertoniya;
- taxikardiya, nafas yetishmasligi;
- oyoq-qo'llar uyushishi, og'riqlar.

D. Urogenital buzilishlar:

- qin namligining yo'qolishi, ya'ni qurib qolishi;
- jinsiy yaqinlik paytida og'riqlar;
- qinning qichishishi, achishishi;
- tez-tez siyish, nikturiya;
- ba'zan siydik tuta olmaslik;
- qin devorining tushishi.

E. Terida kuzatiladigan o'zgarishlar:

- terining qurishi;
- tirnoqlar sinishi;
- soch tushishi;
- ajinlar paydo bo'lishi.

F. Endokrin buzilishlar:

- semirish;
- osteoporoz;
- qandli diabet;
- qalqonsimon bez faoliyati buzilishlari;

• mastopatiya;
• bo'g'im va mushaklardagi og'riqlar.

Klimakterik sindrom uchun o'ta xos bo'lgan belgi (90—95 foiz) birdan **qizib ketishdir**. Bir kunda bir necha marta kuzatiladigan bu simptomning davomiyligi 1—2 daqiqadir. Tananing yuqori qismi, ayniqsa, yuz va bosh to'satdan qizib ketadi va bu holat darrov o'tib ketadi. Bu paytda bemorni kuchli ter bosadi, terisi qizib ketadi, yurak urishi tezligini ba'zan sanab bo'lmay qoladi, ya'ni u bir daqiqada 150 dan oshib ketishi mumkin. Kuchli taxikardiya bilan birgalikda arterial qon bosim ham oshib ketadi. Xafaqon kasali bor bemorlarda arterial qon bosim 200/100 mm sim.ust. va undan yuqorigacha ko'tarilishi mumkin. Bu xurujning boshlanishiga ozgina ruhiy siqilish ham sabab bo'lishi mumkin. Klimakterik sindromda birdan qizib ketish simptomi gipotalamusning termoregulator faoliyati buzilishi bilan tushuntiriladi. Ba'zan klimakterik xurujni stenokardiya xuruji bilan farqlashga to'g'ri keladi, chunki yurak sohasida ham og'riqlar kuzatiladi. Klimakterik sindromda kardialgiyaning kuzatilishi kardiomiositlarda moddalar almashinuvining buzilishi va simpatik irritasiyaning kuchayishi bilan bog'liq, deb hisoblanadi. Odatda, klimakterik sindrom mavjud yurak ishemik kasalligini kuchaytiradi.

Menopauzadan so'ng organizmning immunologik qarshiligi pasayishi sababli mavjud surunkali kasalliklar qo'zg'alishi mumkin. Bemorning yuqori nafas yo'llarida o'tkir respirator infeksiyalarga o'xshash holatlar tez-tez kuzatiladi. Ular sal sovuqda ham tez-tez «shamollab» qolishlari mumkin. Shuningdek, surunkali bronxit, vazomotor rinit, konyunktivit, stomatit, laringit, astma va shu kabi boshqa allergik hamda teri kasalliklari qo'zg'aladi. Klimakterik sindromda estrogenlar miqdorining pasayishi ichki a'zo va sistemalarning turli patologik holatlarga chidamliligini pasaytiradi, ular tashqi va ichki ta'sirotlarga sezgir bo'lib qoladi. Natijada, ichki a'zolar sohasida, ayniqsa, Zaxarin-Xed sohalarida achishtiruvchi og'riqlar paydo bo'ladi.

Menopauzadan so'ng jinsiy va siydik ajratish a'zolari to'qimalarida atrofik jarayonlar davom etadi va bunday holat ham estrogenlar miqdorining pasayishi bilan bog'liqdir. Bachadon va sut bezlarida o'smaga o'xshash holatlarning paydo bo'lishi, buyrak va bachadon sohasida og'riqlar, siydikning achishib chiqishi, tez-tez siyish (ayniqsa,

tunda) va libidoning so'nishi klimakterik sindromning barcha turlarida kuzatiladi. Estrogenlar yetishmovchiligi nafaqat jinsiy a'zolar faoliyatiga, balki boshqa to'qimalarga ham jiddiy salbiy ta'sir ko'rsatadi. Shuning uchun ham teri quriy boshlaydi va yupqalashadi, ajinlar paydo bo'ladi, tirnoqlar mo'rtlashadi, soch to'kiladi.

Klimakterik sindromda ruhiyat va hissiyotning buzilishlari turlituman bo'lib, ular bemorning temperamenti, oilada va jamiyatda tutgan o'rni, yillar mobaynida shakllanib qolgan xulq-atvori, asab kasalliklari va ruhiy buzilishlar mavjudligiga bog'liq. Klimakterik sindrom xurujlaridan so'ng ba'zi bemorlarda depressiya, xavotir va apatiya alomatlari, boshqa birlarida esa agressiv holat kuzatiladi. Bu holatlar, albatta, yig'loqilik, qo'rquv va uyqu buzilishlari bilan namoyon bo'ladi. Ular har xil hidlar, yorug'lik va tovushlarga sezgir bo'lib qolishadi, bu narsalar ularni asabiylashtiradi. Bemor klimakterik xurujlardan so'ng ortiqcha shovqin-suronlardan qochib, tinch va qorong'i xonada dam olishga intiladi.

Kechishi. Klimakterik sindromning kechishi, asosan, uning qachon va qanday boshlanganligi, kasallik darajasi va albatta, yo'ldosh kasalliklarning mavjudligiga bog'liq. Ayniqsa, asab sistemasi hamda yurak-qon tomir kasalliklari, surunkali infeksiyalar klimakterik sindromning kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi, uning uzoq vaqt davom etishi va asoratlar bilan kechishiga sabab bo'ladi. Shu bilan birga, klimakterik sindrom ham somatik kasalliklarning kechishini og'irlashtiradi.

Ma'lumotlarga ko'ra, klimakterik sindromning deyarli yarmi turli xil asoratlar bilan kechadi. Bu asoratlar ateroskleroz va yurak ishemik kasalligining zo'rayishi, gipertonik xurujlarning qo'zishi, oshqozon-ichak faoliyatining buzilishlari bilan namoyon bo'ladi. Oshqozon-ichak faoliyatining buzilishlari anoreksiya, og'riqlar, meteorizm va diareya bilan namoyon bo'ladi.

Klimakterik sindrom kechishi darajasiga qarab, **yengil, o'rtacha** va **og'ir** turlari farq qilinadi. Ularni farqlash, asosan, klimakterik xurujlarning soniga qarab belgilanadi. Agar birdan qizib ketish xuruji kuniga 10 martagacha kuzatilsa — **yengil**, 10—20 martagacha kuzatilsa — **o'rtacha**, undan ko'p kuzatilsa — **og'ir** kechishi deb yuritiladi. Klimakterik sindromning yengil kechishi deyarli 20 foiz, o'rta darajada kechishi 30 foiz va og'ir kechishi 50 foizni tashkil qiladi. Albatta,

mutaxassislarning ma'lumotlari bir-biridan biroz farq qiladi, biroq klimakterik sindromning har ikkinchi bemorda og'ir kechishini tan olish lozim.

Klimakterik sindromning yengil kechishida bemorning umumiy ahvoli qoniqarli, somatik buzilishlar kam kuzatiladi, biroq uning jismoniy va aqliy mehnat faoliyati biroz susaygan bo'ladi. Sindromning o'rtacha turida neyrovegetativ, somatik va endokrin buzilishlar kuchliroq bo'ladi. Bemorda bosh og'riqlari, bosh aylanishi, yurak urishlari, uyqu va xotira buzilishlari, tananing turli joyida og'riqlar, oshqozon-ichak faoliyati buzilishlari kabi simptomlar aniqlanadi. Sanab o'tilgan ushbu barcha belgilar kuchli darajadagi xavotirli-depressiya buzilishlar bilan kechadi. Bular bemorning mehnat va hayot faoliyatini keskin pasaytiradi.

Klimakterik sindromning og'ir kechishida xurujlar sonidan tashqari, kuchli darajada va asoratlar bilan kechuvchi somatik buzilishlarning ham o'rni katta. Kasallikning og'ir turida bemorlarga uy sharoitida bir kunda bir necha bor tez tibbiy yordam ko'rsatish va aksariyat hollarda shifoxonaga joylashga to'g'ri keladi. Ular ko'pincha paroksizmal taxikardiya, arterial gipertoniya va yurak ishemik kasalligi xurujlari tashxislari bilan kardiologiya bo'limiga yotqiziladi. Odatda, klimakterik sindrom qancha erta boshlansa, shuncha og'ir kechadi va uzoq davom etadi.

Masalan, 40—45 yoshgacha kuzatilgan menopauzalarda kasallik shunday kechadi. Albatta, bu davr mehnat faoliyati davri bo'lganligi sababli ham kasallikning og'ir kechishi bemorlarni ishga layoqatsiz qilib qo'yadi. Xurujlar tez-tez takrorlangani sababli bemorning yaqinlaridan biri uni parvarish qilish uchun uyda qolishga majbur bo'ladi.

Diagnostikasi. Klimakterik sindrom bilan bemorlar zarur mutaxassislar va bir qancha tekshiruv muolajalaridan o'tishlari zarur. Ayniqsa, ginekolog, endokrinolog, nevropatolog, kardiolog va albatta, psixolog ko'riklari zarur bo'ladi. Umumiy amaliyot shifokori esa klimakterik sindromni to'g'ri aniqlash uchun mutaxassislar tekshiruvlarini tashkil qilishi va ularning xulosalaridan so'ng bemorni davolashni o'z nazoratiga olishi zarur.

Tashxisni to'g'ri aniqlash uchun umumiy amaliyot shifokori quyidagi tekshiruvlarni tashkillashtiradi: mutaxassislardan terapevt, ginekolog, nevropatolog, endokrinolog, mammolog, urolog va zarurat-

ga qarab boshqa mutaxassislar ko'rigini; paraklinik tekshiruvlardan EKG, EEG, kraniogramma yoki gipotalamo-gipofizar sohani ko'rish uchun kompyuter tomografiya, arterial qon bosim monitoringi ichki tos a'zolarini ultratovush tekshiruvlar, mammografiya, laborator tekshiruvlardan elektrolitlar, qand miqdori, gormonlar (estrogen, progesteron, qalqonsimon bez gormonlari) tekshiriladi. Shuningdek, atipik hujayralarni aniqlash uchun sitologik tekshiruvlar ham o't-kaziladi.

Davolash dasturi. Tashxis to'g'ri aniqlangandan so'ng uning kechishiga mos ravishda davolash dasturi ishlab chiqiladi. U bir nechta bosqich va muolajalardan iborat bo'lib, kompleks tarzda olib borilsa, ijobiy natijaga erishish oson bo'ladi. Bular:

1) mehnat va dam olishni to'g'ri tashkil etish;
2) ratsional ovqatlanish;
3) ratsional psixoterapiya;
4) psixofarmakoterapiya (antidepressantlar, trankvlizatorlar, sedativ vositalar, ba'zan neyroleptiklar);
5) fizioterapevtik muolajalar va jismoniy tarbiya;
6) β -adrenoblokatorlar;
7) gormonoterapiya, vitaminoterapiya;
8) osteoporozni davolash;
9) dam olish sihatgohlarida davolanish.

Jismoniy mashqlar. Bemorlarni davolashda oddiy badantarbiyadan tortib, to maxsus jismoniy mashqlargacha tavsiya etiladi. Ularning ijobiy ta'siri juda kattadir. Bemor har kuni ertalab 15—20 daqiqa badantarbiya qilishi, haftasiga 2—3 marta sog'lomlashtirish markazlaridagi turli jismoniy mashqlarda qatnashishi lozim, ayniqsa, suzishning ahamiyati katta. Bemorlar uchun ertalabki sekin qadamlar bilan yugurish, tushlikdan so'ng ko'chaga sayrga chiqib turish ham juda ahamiyatlidir.

Jismoniy mashqlar to'qimalarning kislorod bilan ta'minlanishini kuchaytiradi, yurak faoliyatini mustahkamlaydi, organizmning turli infeksiyalarga qarshiligini oshiradi. Shuning uchun ham barcha to'qimalarda moddalar almashinuvining buzilishi bilan kechuvchi klimakterik sindromda rejali tarzda olib boriladigan sportning yengil turlari mutaxassislar tomonidan ko'p tavsiya qilinadi. Shuningdek, umumiy yoki bo'yin-yelka sohalariga massaj ham buyuriladi. Jismoniy

mashqlar bemorning ruhiyatiga ham ijobiy ta'sir ko'rsatib, xurujlar sonini kamaytirishga yoki yengil o'tishiga yordam beradi.

Ratsional ovqatlanish. Klimakterik sindromda anoreksiya va bulimiya holatlarining ko'p kuzatilishi ovqatlanish tartibini buzib yuboradi. Shuning uchun ham ratsional ovqatlanish qonun-qoidalarini ishlab chiqish va har bir bemor uchun individual tarzda qo'llash o'ta muhimdir. Ovqat sifatli, vitaminlarga boy, yengil hazm bo'ladigan va osh tuzini kam ishlatib tayyorlangan bo'lishi lozim. Ovqat, asosan, o'simlik yog'ida tayyorlanishi, meva va sabzavotlar ko'p, uglevodlar esa kam iste'mol qilinishi lozim. Polivitaminlar ham buyuriladi.

Sihatgohlarda davolanish. Organizmni tabiiy chiniqtirish uchun sihatgohlarda dam olish, ayniqsa, shanba, yakshanba kunlari dam olish maskanlariga chiqib turish, uy sharoitlarida esa turli giyohlardan iborat vannalar va sovuqroq suvlarda dush qabul qilish ham buyuriladi. Kislorodli, radonli va yod-bromli vannalar buyurish, igna bilan davolash ham yaxshi yordam ko'rsatadi. Shuningdek, suv osti massajlari, balchiq bilan davolash, ko'rsatmalarga qarab dorilarni elektroforez orqali yuborish ham mumkin. Chunki faol ta'sir ko'rsatuvchi fizioterapevtik muolajalar arterial qon bosimning tez-tez ko'tarilib turishi, bachadon miomasi va mastopatiyalarda mumkin emas. Sihatgohlarda bunday muolajalar bilan davolanish, asosan, klimakterik sindromning yengil, ba'zan o'rta darajada kechuvchi turlarida buyuriladi. Klimakterik sindromning og'ir turida esa fizioterapevtik muolajalar mumkin emas.

Gormonoterapiya. Gormonlar klimakterik sindromning yengil turida buyurilmaydi. Gormonoterapiyaning maqsadi klimakterik sindromda kuzatiladigan gormonlar yetishmovchiligining o'rnini qoplashdir. Shu maqsadda estrogenlar, gestagenlar va androgenlar qo'llanilishi mumkin.

Gormonlar bilan davolash va qanday gormon tavsiya qilishni ginekolog yoki shu sohada faoliyat ko'rsatuvchi endokrinolog hal qiladi. Gormon bilan davolashga monelik qiluvchi holatlar quyidagilardir: bachadon, tuxumdon va sut bezi o'smalari, bachadon va boshqa ichki a'zolardan qon ketishi, o'tkir tromboflebit, buyrak va jigar yetishmovchiliklari, xafaqon kasalligining og'ir turlari, qandli diabet.

Klimakterik sindromda davolash muolajalarini erta boshlash o'ta muhimdir, 1—2 yildan oshiqroq maxsus davolash muolajalarini qabul qilmay yurgan bemorlarda davolash biroz qiyin kechadi. Odatda, davolash muolajalari to'g'ri boshlansa, 6 oy ichida klimakterik sindromning klinik ko'rinishlari va xurujlar sonini ancha pasaytirish mumkin.

Profilaktika. Aksariyat mutaxassislarning fikricha, ayollarni zarur tibbiy-psixologik tekshiruvlardan o'tkazib, klimakterik davrga psixologik tayyorlash bu sindromning ancha yengil o'tishiga yordam beradi. Ular klimakterik davr barcha ayollarda ertami-kechmi, albatta, kuzatilishi, uning sabablari, qanday kechishi, klinik ko'rinishi, davolash usullari va profilaktikasi haqida batafsil ma'lumotga ega bo'lishi zarur. Ayollarni klimakterik davrga tayyorlashda umumiy amaliyot shifokoriga katta mas'uliyat yuklatilgan. Chunki turli kasalliklar sababli aksariyat ayollar unga murojaat qiladi. Umumiy amaliyot shifokori 35—40 dan oshgan barcha ayollar bilan ushbu sindrom haqida suhbatlar o'tkazishi zarur. Klimakterik sindrom haqida to'la ma'lumotga ega bo'lgach, ayollar o'zida mavjud bo'lgan kasalliklardan davolanishga hamda ruhan va jismonan faol hayot tarziga o'tishga intilishadi, albatta.

Erkaklarda klimakterik sindrom

Erkaklar klimaksi ayollar klimaksi kabi normal fiziologik jarayondir va u organizmda qarish davri boshlanganidan dalolat beradi. Erkaklar klimaksi hech qanday subyektiv va obyektiv simptomlarsiz kechishi mumkin. Agar klimaks 45 yoshgacha kuzatilsa — erta, 60 yoshdan so'ng kuzatilsa — kech klimaks, psixonevrologik, kardiologik, urologik va boshqa somatik buzilishlar bilan namoyon bo'lsa, patologik klimaks hisoblanadi. Erkaklarda 40—70 yoshlar orasida jinsiy bezlarda atrofik jarayonlar boshlanadi va androgenlar sintezi pasaya boshlaydi. Urug'donlarning testosteronga sezgirligi pasayadi, moyakda degenerativ o'zgarishlar yuzaga keladi. Jinsiy a'zolardagi yallig'lanish kasalliklari, ayniqsa, giperplastik jarayonlar, surunkali alkogolizm, kastrasiya, yurak-qon tomir sistemasi kasalliklari klimaksning patologik tarzda kechishiga turtki bo'lishi mumkin.

Erkaklar klimaksida ham qizib ketishning yog'ilib kelishi, yuz va qo'llarning qizarishi, taxikardiya, ko'z oldi qorong'ilashuvi, nafas

yetishmovchiligi, bosh aylanishi kuzatiladi. Albatta, bu jarayonlar kayfiyatning tushib ketishi, jahlning tez ko'tarilishi, arterial qon bosimning oshishi, bosh hamda yurak sohasidagi og'riqlar bilan kechadi. Bu davrda prostata bezi adenomasi ko'p kuzatilganligi sababli siydik ajratish sistemasi va jinsiy a'zolar faoliyatining buzilishini ko'rsatuvchi bir qator simptomlar yuzaga keladi. Siydik yo'llaridagi og'riqlar, siyishning qiyinligi, jinsiy faoliyatning susayishi shular jumlasidandir.

Erkaklar klimaksi ayollarnikiga qaraganda yengil kechadi. Biroq erkaklar klimaksi klinikasida ham ruhiyat va hissiyotning buzilishlari asosiy o'rin tutadi. Bular arzimagan sababdan jahl chiqishi, qo'rquv, bezovtalanish, uyqu va xotira buzilishlaridir. Terida ajinlar paydo bo'ladi, mushaklar bo'shashadi, jismonan va ruhan tez charchash paydo bo'ladi. Odatda, erkaklar klimaksi 2—5 yil davom etib, so'ng simptomlar sekin-asta qayta boshlaydi.

Davolash. Erkaklar klimaksini davolash ham ayollar klimaksini davolashdagi kabi kompleks tarzda olib boriladi, ya'ni psixoterapiya, antidepressantlar, trankvilizatorlar, sedativ dorilar, simptomatik davo, fizioterapiya, jismoniy tarbiya, sihatgohlarda davolanish. Gormonlardan androgenlar (metiltestosteron, testosteron, sustanon) klimaks og'ir kechgan holatlarda, qo'shimcha tarzda esa jinsiy faoliyatni kuchaytiruvchi dorilar tavsiya qilinadi.

Nazorat uchun savollar

1. *Klimakterik sindrom nima?*
2. *Ginekologik operatsiyalardan so'ng kuzatiladigan ruhiy buzilishlar haqida so'zlab bering?*
3. *Abortdan so'ng qanday ruhiy buzilishlar kuzatilishi mumkin?*
4. *Hayz buzilganda ayollar xulq-atvorida qanday o'zgarishlar yuz beradi?*
5. *Hayz oldi sindromi nima?*
6. *Erkaklar klimaksi haqida so'zlab bering.*

XVIII bob. ONKOLOGIK KASALLIKLARDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

Avvalambor ziyon keltirma.
Gippokrat

18.1. Umumiy ma'lumotlar

Bugungi kunda onkologik kasalliklar o'lim va nogironlikning uchrashi bo'yicha dunyoda birinchi, ba'zi davlatlarda ikkinchi o'rinni egallaydi. Tibbiyot sohasida faoliyat ko'rsatuvchi barcha yo'nalish mutaxassislari o'z amaliyotida xavfli o'smalar bilan ishlashiga to'g'ri keladi. Chunki onkologik kasalliklar inson organizmining deyarli barcha a'zolarida uchraydi. Onkologik kasalliklarga qarshi kurashda nafaqat tibbiyot xodimlari, balki biologlar, genetiklar, kimyogarlar, fiziklar va shu kabi ilm-fanning bir qancha yo'nalishida faoliyat ko'rsatayotgan mutaxassislar ishtirok etishmoqda.

Olimlarning intilishlari onkologik kasalliklarni erta aniqlash va davolash sohasida katta yutuqlarga erishish imkonini berdi. Masalan, nevrologiya sohasini misol qilib oladigan bo'lsak, kompyuter tomografiya yoki magnitli-rezonans tomografiya bosh miya o'smalarini juda erta aniqlash va samarali davolash imkonini berayapti. XX asrning 80-yillarigacha esa miya o'smasi tashxisini aniqlash o'ta mushkul va juda ko'p urinishlarni talab qilardi. «Bosh miya o'smasi» tashxisi faraz qilingan bemorda chuqur klinik tekshiruvlardan tashqari, bir qancha paraklinik tekshiruvlar, ya'ni rentgenoskopiya, exoensefaloskopiya, elektroensefalografiya, reoensefalografiya, lyumbal punksiya, pnevmoensefalografiya, serebral angiografiya tekshiruvlari o'tkazilardi. Oxirgi 3 ta tekshiruv katta diagnostik ahamiyatga ega edi. Bu tekshiruvlarni o'tkazish uchun bemor shifoxonaga, ya'ni neyroxirurgiya bo'limiga yotqizilardi.

Yuqorida qayd qilingan barcha tekshiruvlardan tashqari, bemorni nevropatolog, otonevrolog, okulist, psixiatrlar ham ko'rishi va o'z xulosasini berishi zarur bo'lardi. Ushbu mutaxassislar xulosalari asosida yoki ularning ishtirokida konsilium o'tkazilardi va ana shundan so'ng bosh miyada o'sma bor yoki yo'qligi haqida bir fikrga kelinardi.

Demak, bemorni shifoxonaga yotqizmasdan va shuncha tekshiruvlarni o'tkazmasdan turib miya o'smasini aniqlab bo'lmasdi va bir bemorga aniq tashxis qo'yish uchun deyarli 10 nafar shifokor kamida 10 kun mobaynida mehnat qilishiga to'g'ri kelardi. Vaholanki, tekshiruvlarga yo'qotilgan har bir kun erta davolashni boshlash uchun yo'qotilgan har bir kun bilan barobardir. Mana shu kunlar mobaynida vrachlarning xatti-harakatidan aksariyat bemorlar o'zida o'sma kasalligi izlanayotganini bilib olar, bu esa bemor va uning yaqinlari uchun katta xavotir tug'dirar edi. Hozir-chi? Hozir bemorda bosh miya o'smasi bor-yo'qligini aniqlash uchun deyarli bir soat vaqtning o'zi yetarli, xolos, ya'ni KT yoki MRT tekshiruvlariga ketgan vaqt.

Albatta, bir bemorni bir necha mutaxassisning sinchiklab tekshirishi hamda o'zaro maslahatlashishlari vrachning klinik tafakkuri va mahoratini yanada oshiradi. Biroq u paytlari ham, hozir ham vrachning maqsadi yagona bo'lgan, bundan so'ng ham shunday bo'lib qoladi. Bu ham bo'lsa tashxisni erta aniqlash va davolashni erta boshlash.

Shu yerda aytib o'tish lozimki, «KT va MRT kabi zamonaviy tekshirish usullari bebaho tekshiruvlardir, biroq ularning paydo bo'lishi vrachlarni dangasa qilib qo'ymoqda, ular o'z ustida ishlamay qo'yishmoqda», degan fikrlar mavjud. Bu holat tibbiyotga endi qadam qo'yib kelayotgan vrachlarda klinik tafakkurning shakllanishiga to'sqinlik qilmoqdami? Bu savolga ham «ha», ham «yo'q», deb javob berish mumkin. Shu muammoni nevrologiya misolida tahlil qilib ko'raylik. Chunki nevrologiyada klinik tashxisni aniqlashda topografik diagnostikaning ahamiyati juda yuqori. Agar nevropatolog bemorning nevrologik statusini tekshirmasdan turib, uni KT yoki MRT tekshiruviga yuborsa, albatta, unda klinik tafakkur rivojlanishi orqada qolishi mumkin. Agar u bemorni obdan tekshirib, so'ng KT yoki MRT tekshiruviga yuborsa, albatta, uning klinik tafakkuri rivojlanib boradi. Chunki u tashxisni to'g'ri yoki noto'g'ri qo'yganini bilib oladi. Xatosining sabablarini izlaydi, qayerda qanday kamchilikka yo'l qo'yganini anglab yetadi. Bemorni yana tekshirib ko'radi va KT da topilgan o'choq bilan o'zi tekshirib topgan belgilarni solishtirib ko'radi. Demak, zamonaviy tekshirish usullari vrachning mahoratini faqat oshirishi mumkin, bu esa ko'p jihatdan vrachning ushbu tekshiruvlardan qanday tarzda foydalanishiga bog'liq.

Onkologik kasalliklarda bemorlar psixologiyasi haqida so'z yuritishni bosh miya o'smasi diagnostikasi bilan bog'liq bo'lgan vaziyatlar bilan boshlashimiz bejiz emas. Chunki organizmning boshqa a'zolarida joylashgan o'smalardan farqli o'laroq, bosh miya o'smalarining o'zi bir qator ruhiy buzilishlarga olib keladi. Bundan tashqari, miyasida o'sma aniqlangan va uni operatsiya qilib davolash mumkinligini bilgan bemor og'ir ruhiy vaziyatga tushadi. Chunki gap bosh miya haqida ketayapti! Demak, bu yerda vrachning vazifasi ushbu muolajalar bilan bog'liq bo'lgan psixologik taranglikni yumshatishdan iborat bo'lmog'i va bu masala bilan psixolog emas, aynan neyroxirurgning o'zi shug'ullanishi lozim. Operatsiya murakkab bo'lsa-da, undan so'ng bemorga ahvoli ancha yaxshilanishi va uni qiynayotgan dardlardan xalos bo'lishini davolovchi neyroxirurgning o'zi tushuntirishi lozim.

Neyroxirurgiya markazi yoki bo'limiga taklif qilingan psixolog nafaqat bemorda o'sma sababli paydo bo'lgan ruhiy buzilishlarni aniqlashi va davolashi, balki neyroxirurglar bilan hamkorlikda bemorni operatsiyaga tayyorlashda hamda operatsiyadan keyingi davrdagi davolash jarayonlarida faol ishtirok etishi lozim.

18.2. Onkologik kasalliklarda ruhiy-hissiy buzilishlarning sabablari

Ma'lumki, xavfli o'sma aniqlangan bemor iloji boricha unda bu kasallik borligidan bexabar bo'lishi lozim. Bunday vaziyatlarda vrach qanday yo'l tutishi kerak? Odatda, «Sizda haqiqatan ham o'sma aniqlandi, biroq u xavfsiz, ya'ni hayotingizga xavf solmaydi, uni davolash mumkin», deyiladi. Biroq bemorda o'smaning xavfli turi borligini vrach uning qarindoshlariga aytishi lozim. Gap shundaki, bemor ertami-kechmi, o'z kasali haqida qarindoshlaridan yoki shifokorlarning xatti-harakati va muloqotlaridan bilib oladi. Bu yerda, ayniqsa, hamshiralar juda ehtiyot bo'lishlari lozim. Chunki bemorlar ba'zan aldov yo'llari bilan hamshiralardan haqiqatni bilib olishga intilishadi va buning uddasidan chiqishadi ham. Buning yuridik javobgarligi borligini har bir tibbiyot xodimi unutmasligi kerak. Yuridik javobgarlik turli ko'rinishda bo'lishi mumkin: ishdan haydalishidan tortib, ozodlikdan mahrum bo'lishgacha. Chunki o'zida xavfli kasallik

borligini bilgan bemor joniga qasd qilishi mumkin. Ba'zan bemor yaqinlariga xat yozib qoldiradi va u yerda sirni kimdan bilib olganini ko'rsatishi ham mumkin. Ba'zi hollarda bemor o'z kasalligini boshqa bemorlardan bilib oladi. Shuning uchun ham shifokorlar boshqa bir bemorning kasalini ikkinchi bir bemorga aytmasligi kerak. Sirni bilgan bemor davolanishga qattiq qarshilik ko'rsatishi, davolanishdan voz kechib shifoxonani tark etishi yoki davolash jarayonlarida katta qiyinchiliklar tug'dirishi mumkin.

Odatda, sirdan voqif bo'lgan bemorda dastlab ruhiy karaxtlik ro'y beradi, bu xabarni u o'lim haqida chiqarilgan hukmdek qabul qiladi. Nima qilishini bilmay qoladi, xayolan har xil rejalar tuzadi, aniq bir qarorga kela olmaydi, doktorlar xato qilmadimikan, deb o'ylaydi, qayta tekshirishlarini iltimos qiladi. Boshqa mutaxassislar yoki boshqa tibbiy markazlar bilan maslahatlashib ko'rishni yaqinlaridan talab qiladi.

Biz gurkirab rivojlanib kelayotgan axborot texnologiyalari asrida yashamoqdamiz, internetdan foydalanuvchilar soni ham kundan-kunga oshib bormoqda. Deyarli barcha ta'lim muassasalari, shifoxonalar, korxonalar bilan bir qatorda, har bir xonadonga internet kirib kelmoqda. U yerdan juda ko'p ma'lumotlarni bemalol olish mumkin. Bemor ham bundan foydalanishi va o'ziga kerakli ma'lumotni topib olishi mumkin. Bu yerda talabalar ham ehtiyot bo'lishi lozim, bemor ulardan ham o'ziga kerakli ma'lumotlarni bilib olishi qiyin emas. Talabalar bemorlarni ko'rgani kirganda, palatalarda darslik va o'quv qo'llanmlarini qoldirmasliklari, ularni so'ragan bemorga bermasliklari kerak.

Qo'llanilayotgan diagnostika va davolash usullaridan ham bemor o'z kasalligi turini bilib olishi mumkin. Masalan, ko'pchilik nur bilan davolash usuli xavfli o'smalarda ko'p qo'llanilishi yoki og'riq qoldirish uchun narkotik analgetiklar buyurilishi va ozib ketish rak uchun xos ekanini biladi.

Demak, onkologiyada sir saqlash o'ta murakkab masaladir, biroq buning uddasidan chiqishga intilish lozim va bemor sirni bilib qolgandan so'ng vrach qanday yo'l tutishni ham o'ylab qo'yishi kerak. Odatda, sirdan voqif bo'lgan bemorlarda reaktiv nevroz yoki reaktiv psixoz rivojlanadi. Bu yerda, albatta, psixologning yordami kerak bo'ladi va undan unumli foydalanish kerak. Umuman olganda,

onkologiya, neyroxirurgiya, ftiziatriya, kardiologiya, xirurgiya va travmatologiya ilmiy markazlari hamda harbiy gospitallarda psixologlar uchun ish joylari ajratilgan bo'lishi kerak. Deyarli barcha rivojlangan davlatlarda shunday. Chunki bu markazlarda kasallik turlari va bemorlar soni ko'p.

18.3. Onkologik bemorlarda ruhiy-hissiy buzilishlarning klinik ko'rinishi

Onkologik kasalliklarda reaktiv holatlar, birinchi navbatda, xavotirli-depressiv sindrom rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi. Shuningdek, ipoxondriya, isteriya, insomniya va agressiv holatlar yuzaga kelishi yoki aksincha, bemorda o'z kasalligiga nisbatan butunlay befarqlik paydo bo'lib, vrachlarning xulosalarini butunlay inkor qilish darajasigacha yetishi mumkin. Agar bemorda o'tkazilgan operatsiyalar muvaffaqiyatli chiqsa, reaktiv nevroz va psixoz belgilari o'z-o'zidan kamaya boshlashi ham mumkin.

Kasallik avj olib, bemorning ahvoli og'irlashaversa, ruhiy buzilishlar kuchayib, turli xil gallusinatsiyalar, konfabulyatsiyalar, pseydoreminissensiya, derealizatsiya, depersonalizatsiya va deliriylar rivojlanishi mumkin. Bu sindromlar haqida avvalgi boblarda ma'lumot berganmiz. Ular kaxeksiya rivojlangan bemorlarda ko'p kuzatiladi va o'tkir ko'rinishda namoyon bo'lishi hamda remissiyalar bilan kechishi mumkin. Kasallik o'ta kuchaygan paytlarda stupor holatlari ham kuzatilib turadi.

Deylik, bemor o'zida rak kasali borligini bilib oldi va uni vrachga aytdi. Vrach ushbu vaziyatda qanday yo'l tutishi kerak? Ta'kidlash lozimki, ba'zi davlatlarda rak kasali aniqlangandan so'ng, masalan, leykoz, bemordan kasallik yashirilmaydi, unga davolanish natijalari bilan bog'liq bo'lgan barcha ma'lumotlar beriladi. Chunki bu kasallik bilan bog'liq bo'lgan nafaqat tibbiy muammolar, balki oila a'zolari va ish joyi bilan bog'liq bo'lgan bir qator yuridik muammolarni (masalan, vorislik masalalari) ham hal qilishga to'g'ri keladi. Shuning uchun ham xavfli kasalliklar aniqlangan bemorlarga kasallik haqida ma'lumot berishni individual tarzda hal qilish lozim. Bunda bemorning yoshi, oila va jamiyatda tutgan o'rni hisobga olinishi lozim. Albatta, bemorga kasalligi turi haqida ma'lumot berilishidan

oldin, uning yaqin oila a'zolari bilan maslahatlashish lozim. Agar oila a'zolari bunga qarshi tursa, sirni ochmagan ma'qul.

Mabodo, xabarni eshitgan bemor «Menda undoq kasallik yo'q, men ishonmayman», deb ma'lumotni inkor qilsa, vrach uning fikrini ma'qullashi zarur. Faqat xavfli o'sma barcha tekshiruvlar natijasida aniqlangan taqdirdagina, uni bemorning yaqinlariga aytish lozim. Chunki onkologik kasalliklar diagnostikasida yo'l qo'yilgan xatolik og'ir asoratlar va janjallarga sabab bo'lishi mumkin. Ba'zan «xavfli o'sma» tashxisining keyingi tekshiruvlarda xavfsiz bo'lib chiqqani tibbiy amaliyotda uchrab turadi, ba'zan gistologik tekshirishlarda ham xatoga yo'l qo'yiladi. Demak, tekshiruvlar o'ta aniqlik bilan o'tkazilishi zarur.

Bemorga kasallik haqida ma'lumot bermaslikning salbiy tomonlari ham bor. Masalan, yaqin orada to'yi rejalashtirilgan yigit yoki qizning ota-onasiga farzandining kasalligi haqida deontologiya va etikaning barcha prinsiplariga amal qilgan holda ma'lum qilish zarur. Kasalligi jiddiy ekanligidan bexabar bemor ko'rsatilgan vaqtda davolanish muolajalariga kelmasligi va zarur dori-darmonlarni vaqtida qabul qilmasligi yoki uzoq safarlarga ketishi, zararli fizioterapevtik muolajalar olishi mumkin. Shuningdek, ushbu kasallik bilan ishlashga monelik qiluvchi kasb egalarida, ya'ni uchuvchi, poezd mashinisti, haydovchi va shu kabi o'zi va boshqa birovlar hayoti uchun xavfli vaziyatlar yuzaga kelishi mumkin. Bunday vaziyatlar juda ko'p va ular vrach tomonidan e'tiborga olinishi zarur.

Bemorga kasallik haqida xabar berilgandan so'ng uni davolashning afzalliklari haqida batafsil ma'lumot berish lozim. Vrach juda ustalik bilan, har bir jumlani to'g'ri tanlagan holda, bemor bilan suhbat o'tkazishi zarur. Ushbu kasallik bilan davolangan va yaxshi natijalar kuzatilgan bemorlarni misol keltirishi ham foyda beradi.

Obro'-e'tiborga ega vrach ishonchli psixologik usullardan foydalangan holda, o'ta og'ir onkologik bemorlar bilan ham til topisha oladi va ularga o'z fikrini singdira oladi. Bemorning fikri-zikri esa vrach tavsiyalarini bajarishga qaratilgan bo'ladi, hatto umrining so'nggi kunlarigacha, ahvoli og'irlashgan paytda ham vrachning tavsiyalaridan voz kechmaydigan va hayotga umid bilan qarovchi bemorlar bo'ladi. Bemor bilan bunday hamnafas bo'lishga erishish uchun onkolog o'ta mahoratli psixolog bo'lishi kerak.

Onkologik shifoxonalarda psixologik yordam faqat suhbatdan iborat bo'lib qolmasligi, bunda bemor fikrini chalg'ituvchi barcha imkoniyatlardan foydalanish zarur. Turli xil tadbirlar o'tkazib turish ham psixologik taranglikni kamaytiradi. Bir qancha bemorlarni yiqqan holda psixologik suhbatlar o'tkazish, mashhur vrachlar bilan uchrashuvlar tashkil qilish ham foydali. Yuqorida aytib o'tilganidek, nafaqat bemorning o'ziga, balki uning yaqin oila a'zolariga ham psixologik yordam berishga to'g'ri keladi. Agar ular bilan psixologlar va onkologlar shug'ullanmasa, bemorlar va ularning yaqinlari «rakdan butunlay xalos qilishni» va'da qilayotgan tabiblar va psevdovrachlarga murojaat qilib, to'g'ri davolanish uchun o'ta zarur bo'lgan qimmatli vaqtni boy berishadi.

Quyidagi voqea bunga yaqqol misol bo'lsa kerak.

Tibbiyot institutini tugatgan va o'sma kasalligining dastlabki bosqichlaridayoq maxsus tibbiy yordamlardan voz kechib, tabibning tavsiyasi bilan «rak kasalligini kuydirib yo'qotish uchun» kerosinni burniga tomizib, shuningdek, oz-ozdan ichib yurgan va keyinchalik toksik ensefalopatiya, kuchli darajadagi gallyusinator-illyuzor buzilishlar, deliriylar rivojlangan bemorni uyiga ko'rgani borganimda, uning ahvoli o'ta og'ir edi. U alahsirab yotar, ro'parasida turgan osma ukol osib qo'yilgan kiyim ilgichga qarab, «Yo'qotinglar uni, yo'qotinglar uni», deb baqirardi. Men «Kim u?» deb so'raganimda, «U tabib, tabib, u meni zaharladi, yo'qotinglar uni, yo'qotinglar», deb alahsirab baqirardi. Rafiqasi «Adasi, hozir sizga osma ukol qo'yishadi, u tabib emas, kiyim iladigan veshalka», desa ham hadeb hozir aytgan gaplarini takrorlayverardi. Rafiqasini goh tanirdi, goh uning yonida yig'lab o'tirgan singlisi bilan adashtirardi. «Rafiqamni chaqirib kel!» deb uning o'ziga baqirardi. Rafiqasi yig'lab: «Adasi, bu menman», desa unga tikilib qarab turib, ma'nosiz uzuq-yuluq gaplarni takrorlayverardi. Ovqatga qarab turib, uni itarib to'kib yuborardi. Tomirdan qilinadigan dorilarni bemor uxlagach, yuborishga to'g'ri keldi va davolanishni shu tarzda davom ettirish tavsiya etildi. Eng achinarlisi, endi 28 yoshga kirgan bu yigitda oshqozon saratoni aniqlangan edi. Uni operatsiya qilib davolasa bo'lardi, u boshqa a'zolarga metastaz bermagan edi. Bir o'g'il va qizli bu vrach bemorning rafiqasi ham tibbiyot institutini tugatgan edi (ular birga o'qishgan). Meni maslahatga olib kelgan akasi ham vrach edi. Aynan

akasi tabibda emas, onkologlarda davolanishni, operatsiya qildirishni qayta-qayta ukasiga uqtirgan. Biroq u vrachlarga va akasining so'zlariga quloq solmay, tabibda davolana boshlagan va 6 oy ichida shu ahvolga tushgan. Uni tekshirgan boshqa vrachlar ham zaharlanish sababli gepatit, nefrit, jigar va buyrak yetishmovchiligi, retinopatiya, arterial gipertoniya kasalliklarini aniqlashdi. Yana bir oydan so'ng bemor vafot etdi. Faqat, rakdan emas, zaharlanish asoratlaridan! U yana ancha yil yashashi mumkin edi.

Shuni unutmaslik kerakki, hanuzgacha rakdan butunlay xalos qiluvchi giyoh yoki dori ishlab chiqilgan emas. Biroq zamonaviy davolash usullarini qo'llab, bemorni xavfli o'smalarning dastlabki bosqichidayoq butunlay xalos qilish mumkin. Bu haqda bemorlarga va ularning yaqinlariga samarali tushuntirish ishlarini olib borish lozim. Shifoxonalarda bu haqda ilmiy-ommabop devoriy gazetalar osib qo'yish, kichik-kichik risolalar tayyorlash ham o'ta muhimdir.

Nazorat uchun savollar

1. *Onkologik kasalliklarda ruhiy buzilishlarning kelib chiqish sabablari nimalardan iborat?*
2. *Onkologiyada bemor va shifokor orasidagi psixologik munosabatlarda qanday ziddiyatlar yuzaga kelishi mumkin?*
3. *Onkologik bemorlarda ruhiy buzilishlarning klinik ko'rinishi haqida so'zlab bering.*
4. *Onkologik kasallarda o'zingiz guvohi bo'lgan vaziyatlar haqida so'zlab bering.*

XIX bob. PSIXODIAGNOSTIKA. PSIXOLOGIK TESTLAR

Beshikdan qabrgacha ilm izla.
Hadisdan

Tibbiy amaliyotda depressiya va xavotirni aniqlashda Gamilton, Sung va Spilberger-Xanin shkalalari ko'p qo'llaniladi. Oddiy va sodda tuzilgan bunday shkalalar orqali depressiya va xavotir darajasini tezkorlik bilan aniqlash va baholash mumkin. Ayniqsa, somatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladigan xavotirli-depressiv sindromlarda Gamilton shkalalaridan keng foydalaniladi.

19.1. Depressiyani aniqlash va baholash

Gamilton shkalasi. Ushbu shkala «Depressiya» tashxisi aniqlangan bemorlarda kasallik darajasini baholash va dinamikada o'rganish uchun qo'llaniladi. Shkaladagi savollar bemorni so'nggi hafta ichida bezovta qilayotgan simptomlarni aniqlash va baholashga qaratilgan. Sung shkalasidan farqli o'laroq, Gamilton shkalasi mutaxassis tomonidan to'ldiriladi. Shkalani to'ldiruvchi mutaxassis tajribali bo'lishi, depressiyaning klinik ko'rinishlari va shkalada ko'rsatilgan savollarni mukammal bilishi lozim. Shkalani to'ldirayotganda bemorni shoshirmaslik, unga bosim o'tkazmaslik, savollar ma'nosini anglay olmasa, uni lo'nda va sodda til bilan tushuntirish lozim. Agar shkalani to'ldirayotgan mutaxassisda bemorning javoblari shubha uyg'otsa, qo'shimcha ma'lumot uchun uning ahvolini yaqindan biladigan qarindoshlari yoki uni davolayotgan vrachni jalb qilishi mumkin.

Ushbu shkala bo'yicha qayta tekshiruvlar o'tkazilayotganda bemorga ham, mutaxassisga ham avvalgi to'ldirilgan shkala ma'lumotlaridan foydalanish man qilinadi, faqat qayta tekshiruv o'tkazib bo'lingandan so'ng uning xulosalari avvalgilari bilan solishtirilishi mumkin.

Shkaladagi har bir savolga berilgan javob variantlari 0 — 2 ball, 0 — 3 ball va 0 — 4 ball qilib belgilangan. 16-ustundagi tana vaznini

baholash bo'yicha berilgan savolga 16a yoki 16b bo'yicha javob berish kerak. Shkala birinchi gal to'ldirilayotganda 16a band bo'yicha (anamnezga asoslanib), ikkinchi gal to'ldirilayotganda, ya'ni bemorning ahvoli dinamikada o'rganilayotganda javobni 16b band bo'yicha (tana vaznini obyektiv tekshiruvlarga) belgilanadi. Depressiyaning ba'zi turlarida bemorning ahvoli, ayniqsa, kayfiyati kun bo'yi o'zgarib turishi mumkin, masalan, ertalab kayfiyati yaxshi, kechqurun esa yomon. Bu holatni belgilash 18-bandda ko'rsatilgan. Agar bemorning ahvolida kun bo'yi o'zgarishlar kuzatilmasa 18a band bo'yicha 0 ball belgilanadi, bunda 18b band bo'sh qoldiriladi. Agar kun bo'yi depressiya alomatlari kuchayib turishi kuzatilsa, 18a band bo'yicha uning ertalab yoki kechqurun bo'layotganligi baholanadi, 18b band bo'yicha esa ushbu kuchayishlarning darajasi baholanadi.

Depressiyani baholash uchun Gamilton shkalasi

1. Depressiv kayfiyat

(tushkunlik, ishonchsizlik, o'zini kamsitish hissi)

0 – yo'q

1 – ko'rsatilgan holatlar so'ralganda aytiladi

2 – to'satdan o'zi shikoyat qiladi

3 – xulq-atvori (tana vaziyati, mimikasi, ovozi, yig'loqilik)dan bilib olinadi

4 – ko'rsatilgan holatlar ham gapirishidan, ham xulq-atvoridan bilinib turadi

2. Aybdorlik hissi

0 – yo'q

1 – o'zini kamsitish, boshqalarga pand berganlik hissi

2 – o'zini kamsitish hissi, o'z xatolari va gunohlarini azob bilan eslash

3 – hozirgi kasalini go'yoki unga berilgan jazodek his qiladi, aybdorlik hissi

4 – ayblovchi va yoki qoralovchi mazmundagi verbal gallusinatsiyalar va yoki qo'rqituvchi mazmundagi ko'ruv gallusinatsiyalari

3. Suisidal niyatlar

0 – yo'q

1 – yashashning keragi yo'qdek his qilish

2 – o'lish istagi yoki o'lishi mumkinligi haqidagi xayollar

3 – o'z joniga qasd qilish haqida gapirish yoki imo-ishorasida bildirish

4 – suisidal urinishlar

4. Erta uyqusizlik

0 – qiynalmay uyquga ketish

1 – ba'zan uyqu kelmasligidan shikoyat qilish (30 daqiqadan ko'proq)

2 – har kecha uxlay olmayotganidan shikoyat qilish

5. O'rta uyqusizlik

0 – yo'q

1 – tun mobaynida notinch uyqudan shikoyat qilish

2 – butun tun mobaynida bir necha bor uyg'onib ketish, o'rnidan turish

6. Kechikkan uyqusizlik

0 – yo'q

1 – erta uyg'onib ketish va so'ng yana uyquga ketish

2 – erta saharda butunlay uyg'onib ketish

7. Ishchanlik va faollik

0 – qiyinchiliklar yo'qligi

1 – ishga qodir emaslik hissi, charchash va holsizlik hissi

2 – ish va boshqa faoliyatga qiziqishning yo'qolishidan shikoyat qilish yoki xulq-atvorida sezdirib turish, beqarorlik hamda apatiya (qo'shimcha tarzda ish yoki faollikka tashqaridan undashga muhtoj)

3 – faollikni namoyon qiluvchi belgilarning yo'qligi yoki ish samaradorligining pasayishi

4 – kasallik sababli ishdan voz kechish

8. Karaxtlik

(fikrlar karaxtligi va nutqning sekinlashuvi, fikrni bir joyga jamlay olmaslik, harakat faolligining pasayishi)

0 – nutq va fikrlash saqlangan

1 – suhbat chog'ida yengil karaxtlik

2 – suhbat chog'ida sezilarli karaxtlik

3 – so'rov-suhbat chog'ida kuchli qiyinchiliklar

4 – stupor

9. Xavotirli qo'zg'alishlar

0 – yo'q
1 – notinchlik
2 – qo'li bilan tartibsiz harakatlar qilishi, sochini yulish
3 – qimirlayverish, bir joyda o'tira olmaslik
4 – qo'li bilan chertaverish, tirnog'ini tishlayverish, sochini yulish, labini tishlash

10. Ruhiy xavotir

0 – yo'q
1 – subyektiv taranglik va jahldorlik
2 – arzimagan sababdan bezovtalanish
3 – so'zi va yuzida aks etgan xavotir
4 – qo'rquvning yuzida aks etib turishi

11. Somatik xavotir

(xavotirning fiziologik ko'rinishlari – **gastrointestinal** – og'iz qurishi, meteorizm, dispepsiya, diareya, spazmlar, kekirish; **yurak-qon tomir** – yurak urishi, bosh og'riqlar; **nafas olish** – giperventilyatsiya, nafas yetishmovchiligi bilan siyishning tezlashuvi, terlash):

0 – yo'q
1 – sust
2 – o'rtacha
3 – kuchli
4 – o'ta kuchli

12. Oshqozon-ichak sistemasi belgilari

0 – yo'q
1 – ishtahaning yo'qolishi, biroq ovqat yeyishga ortiqcha zo'rlamaslik, qorinda og'irlik hissi
2 – kuchli undashlar hisobiga ovqatlanishga rozi bo'lish, ichni suruvchi dorilar yoki gastrointestinal simptomlarni bartaraf qilishga ehtiyoj sezish

13. Umumiy somatik simptomlar

0 – yo'q
1 – oyoqlarda og'irlik, bel va bosh og'rig'i, mushaklarda og'riq, quvvat yo'qligi yoki holdan toyish hissi
2 – har qanday kuchli darajadagi simptomlar

14. Genital simptomlar

(libidoning yo'qolishi, hayz buzilishi)

0 – yo'q
1 – sust darajadagi
2 – kuchli darajadagi

15. Ipoxondriya

0 – yo'q
1 – o'z dunyosiga g'arq bo'lish
2 – sog'lig'idan haddan tashqari aziyat chekish
3 – shikoyatlar ko'pligi, yordam haqida iltimoslar
4 – ipoxondrik alahsirashlar

16. Tana vaznining kamayishi

(a yoki b baholanadi)

A. Anamnez bo'yicha

0 – yo'q
1 – ushbu kasallik sababli tana vazni kamaygani taxmini
2 – tana vaznining yaqqol kamayishi (so'ziga qaraganda)
3 – baholash qiyin

B. Agar tana vaznida o'zgarish har haftada kuzatilsa

0 – haftasiga 0,5 kg dan kam
1 – haftasiga 0,5 kg dan ko'p
2 – haftasiga 1 kg dan ko'p
3 – baholash qiyin

17. Tanqidiy munosabat

0 – betobligini anglaydi
1 – betobligini anglash, biroq uning sababi yomon ovqatlangani, charchagani, ob-havo va hokazodan deb bilish
2 – betobligini butunlay anglamaslik

18. Kundalik o'zgarishlar (simptomlarning kun mobaynida kuchayishi) (B band baholanishi uchun A punktda buzilishlar aniqlanishi kerak).

A. Simptomlar kuchayishi

0 – kuchayish yo'q
1 – ertalab
2 – kechqurun

B. Kuchayish darajasi

0 – yo'q
1 – sust
2 – kuchli

19. Depersonalizatsiya va derealizatsiya
(o'zining va atrofdagilarning o'zgarganligi)
0 – yo'q
1 – sust
2 – o'rtacha
3 – kuchli
4 – o'ta kuchli
20. Paranoidal simptomlar
0 – yo'q
1 – gumonsirash
2 – munosabatlar g'oyasi
3 – ta'qib qilinish haqidagi fikrlar
21. Obsessiv va kompulsiv simptomlar
0 – yo'q
1 – yengil
2 – og'ir

Gamilton shkalasi blanki

(depressiyani baholash uchun)

Shkala punktlari	**KO'RSATKICHLAR (to'g'ri javob belgilab chiqiladi)**				
1. Depressiv kayfiyat	0	1	2	3	4
2. Aybdorlik hissi	0	1	2	3	4
3. Suitsidal niyatlar	0	1	2	3	4
4. Erta uyqusizlik	0	1	2		
5. O'rta uyqusizlik	0	1	2		
6. Kechikkan uyqusizlik	0	1	2	3	4
7. Ishchanlik va faollik	0	1	2	3	4
8. Karaxtlik	0	1	2	3	4
9. Ajitatsiya	0	1	2	3	4
10. Ruhiy xavotir	0	1	2	3	4
11. Somatik xavotir	0	1	2	3	4
12. Oshqozon-ichak sistemasi belgilari	0	1	2		

13. Umumiy somatik simptomlar	0	1	2		
14. Genital simptomlar	0	1	2		
15. Ipoxondriya	0	1	2	3	4
16. Tana vaznining kamayishi A	0	1	2	3	
16. Tana vaznining kamayishi B	0	1	2	3	
17. Tanqidiy munosabat	0	1	2		
18. Kundalik ikkilanishlar A	0	1	2		
18. Kundalik ikkilanishlar B	0	1	2		
19. *Depersonalizatsiya va derealizatsiya*	0	1	2	3	4
20. Paranoidal simptomlar	0	1	2	3	
21. Obsessiv va kompuls simptomlar	0	1	2		

Ballar yig'indisi: shkalada eng past ball 0 bo'lsa, eng yuqorisi 52 ball hisoblanadi.

Depressiya darajasi quyidagicha baholanadi:

0—6 ball — depressiya yo'q;

7—15 ball — yengil depressiya.

Ballar yig'indisi 16 va undan oshgan sayin depressiya darajasi og'ir hisoblanib borilaveradi. Masalan, 52 ball to'plansa, depressiyaning eng og'ir darajasi aniqlangan hisoblanadi. Savolnomani to'ldirishga ketgan vaqt 30 daqiqadan oshmasligi kerak.

Depressiyani baholash uchun Sung shkalasi

Ismi sharifi _____

Tekshiruv sanasi _____

Ko'rsatma. Quyida keltirilgan har bir jumlani diqqat bilan o'qing va aynan hozirgi paytda o'zingizni qanday his qilayotgan bo'lsangiz, shunga mos javobni belgilang. Savollar ustida uzoq o'ylanmang va

xayolingizga kelgan birinchi javobni belgilang, chunki to'g'ri yoki noto'g'ri javoblar yo'q.

№	SAVOLLAR, VAZIYATLAR	Aslo unday emas	Balki shund-aydir	To'g'ri	Juda to'g'ri
1.	Men tinchman	1	2	3	4
2.	Menga hech narsa xavf solmaydi	1	2	3	4
3.	Mening asablarim taranglashgan	1	2	3	4
4.	Men afsus chekyapman	1	2	3	4
5.	Men o'zimni ozod his etayapman	1	2	3	4
6.	Men xafaman	1	2	3	4
7.	Meni ro'y berishi mumkin bo'lgan muvaffaqiyatsizliklar qiynayapti	1	2	3	4
8.	Men o'zimni dam olgandek his qilayapman	1	2	3	4
9.	Men xavotirdaman	1	2	3	4
10.	Men ichki qoniqmaslikni his qilayapman	1	2	3	4
11.	Men o'zimga ishonaman	1	2	3	4
12.	Men asabiylashayapman	1	2	3	4
13.	O'zimni qo'yishga joy topa olmayapman	1	2	3	4
14.	Men o'tatarang holatdaman	1	2	3	4

15.	Men tanglikni his qilayapman, siqilyapman	1	2	3	4
16.	Men mamnunman	1	2	3	4
17.	Men tashvishdaman	1	2	3	4
18.	Mening asablarim juda qo'zg'algan va o'zimni nazorat qilaolmayapman	1	2	3	4
19.	Men xursandman, shodman	1	2	3	4
20.	Mening ko'nglim xush	1	2	3	4

Ballar:

Hech qachon 1
Ba'zan 2
Tez-tez 3
Deyarli har doim 4

Miqdoriy baholash variantlari

To'g'ri savollar 1,3,4,7,8,9,10,13,15,19
Teskari savollar 2,5,6,11,12,14,16,17,18,20.
To'g'ri savollar bahosi 1 2 3 4
Teskari savollar bahosi 1 2 3 4

Depressiya darajasi (DD) quyidagi formula orqali aniqlanadi:

$$DD = \sum \text{to'g'r.} + \sum \text{tes.},$$

Bunda $\sum$to'g'r.. – belgilangan «to'g'ri» savollar yig'indisi;.

$\sum tes.$,– belgilangan «teskari» savollar yig'indisi.

Depressiya darajasi

Depressiya yo'q – 50 ballgacha (yoki 40 xom ballar)
Yengil depressiya – 50—59 (40—48 xom ballar)
O'rta darajali depressiya – 60—69 (48—55 xom ballar)

Og'ir depressiya – 70 va undan yuqori (56 va undan yuqori xom ballar)

Xom ballar = to'g'ri +teskari ballar;
Standart ballar = (xom ballar x 100)/80.

19.2. Xavotirni aniqlash va baholash uchun testlar

Xavotirni baholash uchun Gamilton shkalasi

Gamilton shkalasi ham xavotirli-depressiv sindrom aniqlangan bemorlarda *xavotir darajasini* baholash uchun qo'llaniladi. Shu maqsadda qo'llaniladigan Spilberger-Xanin shkalasidan farqli o'laroq, Gamilton shkalasini mutaxassis to'ldiradi va buning uchun bemorni so'nggi haftada bezovta qilayotgan subyektiv simptomlardan foydalaniladi. Shkaladagi savollar ham ruhiy, ham somatik buzilishlar darajasini aniqlashga moslab tuzilgan.

1. Xavotirli kayfiyat (tashvishlanish, yomonlik kutish, xavotirlanish, jahldorlik).

2. Keskinlik, taranglik (keskinlik va taranglikni his qilish, seskanish, darrov yig'lash, titroq bosish, bezovtalanish hissi, bo'shasha olmaslik).

3. Qo'rquv (qorong'ilik, begonalar, yolg'izlik, hayvonlar, olomon va transportdan).

4. Insomniya (uyqu kelishining qiyinligi, uzuq-yuluq uyqu, uyqudan charchab turish, yomon tushlar ko'rish).

5. Intellektual buzilishlar (fikrni bir joyga jamlay olmaslik, xotira buzilishi).

6. Depressiv kayfiyat (odatiy qiziqishlarning yo'qolishi, o'zi yoqtirgan faoliyatdan qoniqmaslik, tushkun kayfiyat, erta uyg'onish, kundalik kayfiyatning o'zgarib turishi).

7. Somatik motor simptomlar (og'riqlar, titrash, taranglik, klonik titrashlar, tishini g'ichirlatish, ovozning titrab chiqishi, mushaklar tonusining oshuvi).

8. Somatik sensor simptomlar (quloqda shovqin, ko'rishning xiralashuvi, qizib ketish yoki sovuq qotish, holsizlikni his qilish, sanchuvchi og'riqlar sezish).

9. Yurak-qon tomir simptomlari (taxikardiya, yurak urishi, ko'krak qafasida og'riq, tomir urishlarini sezib turish, tez-tez xo'rsinish).

10. Respirator simptomlar (ko'krak qafasi bosilgandek va siqilgandek bo'lishi, bo'g'ilish, tez-tez xo'rsinish).

11. Gastrointestinal simptomlar (yutishning qiyinlashuvi, meteorizm, qorinda og'riq, jig'ildon qaynashi, oshqozonda to'qlik hissi, ko'ngil aynishi, qusish, qorinda g'o'ldirash, diareya, qabziyat, tana vaznining kamayishi).

12. Siydik ajratish sistemasi va jinsiy a'zolardagi buzilishlar (siyishning tezlashuvi, siyishga kuchli istak paydo bo'lishi, amenoreya, menorragiya, frigidlik, erta eyakulatsiya, libidoning so'nishi, impotensiya).

13. Vegetativ simptomlar (og'iz qurishi, terining qizarib yoki oqarib ketishi, terga botish, zo'riqish hissi bilan keluvchi bosh og'riqlar).

14. Ko'rik paytidagi xulq-atvori (kursida tinch o'tirmaslik, bezovta mimika va bezovtalanib yurish, tremor, yuzida taranglik va xo'mrayish alomatlari, xo'rsinaverish yoki nafas olishning tezlashuvi, tufugini yutaverish).

Demak, shkala 14 banddan iborat bo'lib, javob variantlari simptomlarning darajasiga qarab 0 dan 4 ballgacha qilib belgilangan:

0 – yo'q;
1 – yengil darajada;
2 – o'rta darajada;
3 – og'ir darajada;
4 – juda og'ir darajada.

Bemor ahvolini dinamikada ko'rish zarurati tug'ilsa, qayta tekshiruvlar avvalgi savolnoma ma'lumotlaridan foydalanmagan holda o'tkaziladi. Agar davolash muolajalaridan so'ng xavotir darajasi 50 foizdan ortiq kamaysa, natija ijobiy hisoblanadi. Savolnomani to'ldirishga ketgan vaqt 30 daqiqadan oshmasligi kerak.

Gamilton shkalasi blanki

Shkala punktlari	**KO'RSATKICHLAR (to'g'ri javob belgilab chiqiladi)**				
1.Xavotirli kayfiyat	0	1	2	3	4
2. Keskinlik, taranglik	0	1	2	3	4

3.Qo'rquv	0	1	2	3	4
4.Insomniya	0	1	2	3	4
5. Intellektual buzilishlar	0	1	2	3	4
6.Depressiv kayfiyat	0	1	2	3	4
7.Somatik motor simptomlar	0	1	2	3	4
8.Somatik sensot simptomlar	0	1	2	3	4
9.Yurak-qon tomir simptomlari	0	1	2	3	4
10.Respirator simptomlar	0	1	2	3	4
11.Gastrointestinal simptomlar	0	1	2	3	4
12.Siydik ajratish sistemasi va jinsiy a'zolar simptomlari	0	1	2	3	4
13.Vegetativ simptomlar	0	1	2	3	4
14.Ko'rik paytida xulq-atvori	0	1	2	3	4

Xavotir darajasi quyidagicha baholanadi:
0—7 ball – xavotir yo'q;
8—19 ball – yengil xavotir;
20 balldan yuqori – kuchli xavotir. Eng yuqorisi – 56 ball.

Xavotirni baholash uchun Spilberger–Xanin shkalasi

Ism, sharifi _____
Tekshiruv sanasi _____

Ko'rsatma. Quyida keltirilgan har bir jumlani diqqat bilan o'qing va aynan hozirgi paytda o'zingizni qanday his qilayotgan bo'lsangiz shunga mos javobni belgilang. Savollar ustida uzoq o'ylanmang va xayolingizga kelgan birinchi javobni belgilang, chunki to'g'ri yoki noto'g'ri javoblar yo'q.

№	SAVOLLAR, VAZIYATLAR	Hech qachon	Ba'zan	Tez-tez	Deyarli har doim
		To'g'ri ballar belgilab chiqiladi			
1.	Men tushkunlikni his qilayapman	1	2	3	4
2.	Ertalab men o'zimni juda yaxshi his qilaman	1	2	3	4
3.	Men yig'lab turaman	1	2	3	4
4.	Men tunda yomon uxlayman	1	2	3	4
5.	Ishtaham yomon emas	1	2	3	4
6.	Menga yoqqan odamlar bilan suhbatlashgim, ularning yonida bo'lgim keladi	1	2	3	4
7.	Men vaznimni yo'qotayotganimni sezayapman	1	2	3	4
8.	Meni qabziyat bezovta qiladi	1	2	3	4
9.	Yuragim odatdagidan tezroq uradi	1	2	3	4
10.	Men hech qanday sababsiz charchayman	1	2	3	4
11.	Mening fikrlarim har doimgidek aniq	1	2	3	4
12.	Qo'limdan keladigan ishlarni osonlikcha bajaraman	1	2	3	4
13.	Bezovtalikni his qilayapman va bir joyda o'tira olmayapman	1	2	3	4
14.	Menda kelajakka ishonch bor	1	2	3	4
15.	Menda odatdagidan jahlim tezroq chiqayapti	1	2	3	4

№		Deyarli hech qachon	Ba'zan	Tez--tez	Deyarli har doim
16.	Menga bir qarorga kelish juda oson	1	2	3	4
17.	Men foydali va zarur ekanligimni his qilayapman	1	2	3	4
18.	Men to'laqonli hayot kechirayapman	1	2	3	4
19.	Men o'lsam, boshqalarga yaxshi bo'lishini his qilayapman	1	2	3	4
20.	Meni avvallari xursand qiladigan narsalar hozir ham xursand qiladi	1	2	3	4
21.	Men qoniqish his qilaman	1	2	3	4
22.	Men juda tez charchayman	1	2	3	4
23.	Men tez yig'lab yuborishim mumkin	1	2	3	4
24.	Men ham boshqalarga o'xshab baxtli bo'lishni xohlayman	1	2	3	4
25.	Darrov bir qarorga kela olmaganim uchun ham ba'zan yutqazib qo'yaman	1	2	3	4
26.	Odatda, men o'zimni tetik his qilaman	1	2	3	4
27.	Men tinchman, o'zimni bosib olganman, vazminman	1	2	3	4
28.	Kutilayotgan qiyinchiliklar, odatda, meni juda xavotirga soladi	1	2	3	4

№		Deyarli hech qachon	Ba'zan	Tez-tez	Deyarli har doim
29.	Men arzimagan narsalarga ham judasiqilaveraman	1	2	3	4
30.	Men juda baxtiyorman	1	2	3	4
31.	Men hamma narsani yuragimga yaqin olaveraman	1	2	3	4
32.	Menda o'zimga ishonch yetishmaydi	1	2	3	4
33.	Odatda, men o'zimni xavfsizlikda deb bilaman	1	2	3	4
34.	Men o'ta og'ir vaziyatlardan va qiyinchiliklardan chetroq yurishga harakat qilaman	1	2	3	4
35.	Men o'zimni ma'yus sezib turaman	1	2	3	4
36.	Mening ko'nglim to'q	1	2	3	4
37.	Arzimagan narsalar mening fikrimni qochiradi va hayajonga soladi	1	2	3	4
38.	Men xafa bo'lsam uzoq vaqt o'zimga kela olmay va unuta olmay yuraman	1	2	3	4
39.	Men vazmin odamman	1	2	3	4
40.	Ishlarim va rejalarim haqida o'ylasam, meni kuchli xavotir egallab oladi	1	2	3	4

Ma'lumotlarni tahlil qilish va hisoblash:

Belgilangan 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 raqamlar yig'indisi – ($\sum 1$) hisoblanadi, qolgan 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 raqamlar yig'indisi – ($\sum 2$) hisoblanadi.

Quyidagi formula $RX = \sum_1 - \sum_2 + 35$ bo'yicha ***reaktiv xavotir*** (RX) darajasi aniqlanadi.

Xuddi shunday tarzda $SHX = \sum 1 - \sum 2 + 35$ formula bo'yicha ***shaxsiy xavotir*** (SHX) darajasi aniqlanadi.

Bu yerda:

$\sum 1$ – 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 raqamlar bo'yicha javoblar yig'indisi;

$\sum 2$ – 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 raqamlar bo'yicha qolgan javoblar yig'indisi.

Xavotir darajalari:

Engil xavotir – 30 ballgacha

O'rta darajadagi xavotir – 31—45 ball

Kuchli xavotir – 46 va undan yuqori ball

19.3. Shaxs xususiyatlarini aniqlash va baholash uchun Ayzenk shkalasi

Ayzenk shkalasi (savolnomasi) ekstraversiya–intraversiya va neyrotizm darajasini aniqlash uchun qo'llaniladi. Ekstraversiya-intraversiya va neyrotizm shaxsning tug'ma xususiyatlaridir. *Ekstravertlar* xulq-atvori ko'proq tashqariga yo'naltirilgan bo'ladi, ular o'z his-tuyg'ularini boshqalar bilan baham ko'rib yashashadi, hamma bilan kirishib ketishadi, o'ziga ishongan bo'lishadi, ko'p do'st orttirishga intilishadi, o'z his-tuyg'ularini nazorat qila olmaydi va ko'p gapirishga moyil bo'lishadi.

Intravertlarda buning teskarisini ko'rish mumkin, ya'ni ular kamgap, o'z ichki dunyosini va his-tuyg'ularini birov bilan baham

ko'rmaydigan, do'stlari kam, tashqi tomondan faqat o'ylanib yuradigan odamni eslatuvchi shaxslardir. *Neyrotizm*esa hissiyotga beriluvchanlikni, ortiqcha xavotirni, doimo tarang holatda yurishni va depressiyaga moyillikni belgilab beruvchi shaxs ko'rsatkichidir. Ushbu shkala yordamida sinaluvchining temperamentini ham aniqlash mumkin.

Ayzenk shkalasi 57 ta savoldan iborat bo'lib, ulardan 24 ta savol ekstraversiya—introversiya shkalasi bilan, 24 ta savol neyrotizm shkalasi bilan bog'liq bo'lsa, qolgan 9 tasi Yo-shkalasi bo'lib, sinaluvchining savollarga aldamasdan naqadar to'g'ri javob berganligini ko'rsatadi.

Ko'rsatma. *Siz quyidagi savolnomani o'qib ularga javob berishingiz lozim. Ularga «Ha» yoki «Yo'q» deb javob bering, xayolingizga kelgan birinchi javobni yozing. Ular ustida uzoq o'ylab o'tirmang, chunki ushbu savollarga Sizning dastlabki reaksiyangiz muhim. Chunki to'g'ri va noto'g'ri javobning o'zi yo'q, bu yerda bor-yo'g'i Sizning shaxsingiz aniqlanadi xolos.*

Ayzenk shkalasi savolnomasi

1. Sizda o'zingizni chalg'itish uchun yangi ta'sirotlarga sho'ng'ish va kuchli hayajonli sinovlardan o'tish istagi tez-tez paydo bo'ladimi?

2. Sizni tushunadigan, ma'qullaydigan va kechinmalaringizga hamdard bo'ladigan do'stlarga zarurat hissi tez-tez paydo bo'ladimi?

3. O'zingizni g'am-tashvishsiz odam deb hisoblaysizmi?

4. Sizga o'z niyatingizdan voz kechish juda qiyinmi?

5. Siz qilmoqchi bo'lgan ishlaringizni shoshmasdan o'ylab ko'rasizmi va ularga kirishishdan oldin biroz kutib turishni ma'qul topasizmi?

6. Siz har doim ham va'dangizda tura olasizmi, garchi buning Sizga foydasi bo'lmasada?

7. Sizda kayfiyatning birdan tushib va oshib ketishi tez-tez bo'lib turadimi?

8. Siz ishga tez kirishib va odamlar bilan tez suhbat qurib keta olasizmi, o'ylab olishga ko'p vaqt sarflamaysizmi?

9. Sizda jiddiy bir sabab bo'lmasa-da, baxtsizlik hissi paydo bo'lganmi?

10. Bahslashib ketish uchun hamma narsaga tayyorligingiz rostmi?

11. O'zingizga yoqqan ayol (erkak) bilan tanishmoqchi bo'lsangiz xijolat tortasizmi?

12. Siz g'azablansangiz o'zingizni qo'yarga joy topa olmay qolasizmi?

13. Keskin vaziyatlarda o'ylamasdan biror ishga qo'l urasizmi?

14. Shuni qilmasligim yoki gapirmasligim kerak edi, degan xayollar Sizni tez-tez bezovta qiladimi?

15. Siz odamlar bilan uchrashgandan ko'ra kitob o'qishni afzal ko'rasizmi?

16. Sizning nafsoniyatingizga tegish juda osonligi rostmi?

17. Siz tez-tez odamlar orasida bo'lishni yoqtirasizmi?

18. Sizga ba'zan «Buni birovlarga aytishni xohlamasdim» degan fikr keladimi?

19. Sizning ba'zan katta kuch-quvvatga to'lib toshishingiz va kuchli lanjlik his qilishingiz rostmi?

20. Siz o'z tanishlaringiz sonini eng yaqin do'stlaringiz bilan chegaralashga intilasizmi?

21. Siz ko'p orzu qilasizmi?

22. Sizga baqirishsa, Siz ham shunday javob qaytarasizmi?

23. Siz o'z odatlaringizni yaxshi deb hisoblaysizmi?

24. Sizda aybdorlik hissi tez-tez paydo bo'lib turadimi?

25. Siz ba'zan o'z his-tuyg'ularingizga erk berishga va g'amtashvishsiz do'stlar davrasida o'ynab-kulishga qodirmisiz?

26. Sizning asabingiz o'ta taranglashgan desa bo'ladimi?

27. Sizni chaqqon va quvnoq odam desa bo'ladimi?

28. Siz ishni bajarib bo'lganingizdan so'ng, «Uni bundan ham yaxshiroq qilishim mumkin edi», degan fikrga tez-tez borasizmi?

29. Siz katta davralarda o'zingizni notinch his qilasizmi?

30. Sizda gap tashib turishlar bo'ladimi?

31. Sizni har xil fikrlar bezovta qilaverib uxlay olmay chiqasizmi?

32. Agar Siz nimanidir bilib olmoqchi bo'lsangiz, uni do'stlaringizdan so'ragandan ko'ra kitobdan o'qib topishni afzal ko'rasizmi?

33. Sizda kuchli yurak urishlari kuzatilib turadimi?

34. Sizga diqqatni bir joyga to'plashni talab qiladigan ishlar yoqadimi?

35. Sizda titrab ketish kuzatiladimi?

36. Siz hamma vaqt ham haqiqatni gapirasizmi?

37. Bir-birining ustidan hazillashib o'tiradigan davralarda bo'lib qolsangiz xijolat chekasizmi?

38. Siz jahldormisiz?

39. Tez harakat qilishni talab qiluvchi ishlar Sizga yoqadimi?

40. Hammasi yaxshilik bilan tugagan bo'lsa-da, Siz bilan ro'y berishi mumkin bo'lgan turli xil yoqimsiz va qo'rqinchi voqealar haqidagi xayollar Sizga tinchlik bermasligi rostmi?

41. Sizning bamaylixotir va kamharakat odam ekanligingiz rostmi?

42. Siz qachondir ishga yoki uchrashuvga kech qolganmisiz?

43. Tez-tez yomon tushlar ko'rasizmi?

44. Siz gaplashib olishni shu qadar yaxshi ko'rasizki, birorta qulay vaziyatni boy bermaysiz. Shu rostmi?

45. Sizni qandaydir og'riqlar bezovta qiladimi?

46. Agar do'stlaringiz bilan uzoq vaqt uchrashmasangiz dilingiz siyoh bo'ladimi?

47. Siz o'zingizni asabi tarang odam deb hisoblaysizmi?

48. Tanishlaringiz orasida Sizga sira ham yoqmaydiganlari bormi?

49. Men o'zimga ishongan odamman deb ayta olasizmi?

50. Sizning kamchiliklaringiz yoki ishingizni tanqid qilishsa tutoqib ketasizmi?

51. Sizga ko'p odam qatnashadigan tadbirlardan haqiqiy qoniqish his qilish juda qiyinmi?

52. Mening boshqalardan kamchiligim bor degan fikr Sizni bezovta qiladimi?

53. Zerikarli davralarga jon kirgizish qo'lingizdan keladimi?

54. Umuman aqlingiz yetmaydigan narsalar haqida gapirgan vaqtlaringiz bo'lganmi?

55. Sog'lig'ingiz haqida qayg'urasizmi?

56. Birovlar ustidan hazillashishni yoqtirasizmi?

57. Sizni uyqusizlik bezovta qiladimi?

Tekshiruv blanki

Familiyasi va ismi _____ **yoshi** _____
Ma'lumoti _____

Javob varaqasi

Nomer №	**Javoblar**		**Nomer №**	**Javoblar**		**Nomer №**	**Javoblar**	
	Ha	**Yo'q**		**Ha**	**Yo'q**		**Ha**	**Yo'q**
1			20			39		
2			21			40		
3			22			41		
4			23			42		
5			24			43		
6			25			44		
7			26			45		
8			27			46		
9			28			47		
10			29			48		
11			30			49		
12			31			50		
13			32			51		
14			33			52		
15			34			53		
16			35			54		
17			36			55		
18			37			56		
19			38			57		
S:		**E =**			**H=**			**Yo=**

Olingan natijalar tahlili. Savolnomaga javob berib bo'lingandan so'ng, savolnoma kaliti yordamida E— ekstraversiya, N— neyrotizm, Yo — yolg'on ko'rsatkichlari bo'yicha shaxs xususiyatlari aniqlanadi.

Kalit

Ekstraversiya - introversiya:

«Ha» (+): 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56.
«Yo'q» (-): 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51.

Neyrotizm:

«Ha» (+): 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38,
40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

«Yolg'on shkalasi»:

«Ha» (+): 6, 24, 36.
«Yo'q» (-): 12, 18, 30, 42, 48, 54.

Kalit bilan mos tushgan javoblarga 1 ball qo'yiladi.

1. Ekstraversiya–intraversiya: 11—12 ball – o'rta ko'rsatkich, ya'ni ***ekstravert ham emas, intravert ham emas;*** 15 ballga teng yoki undan yuqori bo'lsa ***ekstravert***; 19 ballga teng yoki undan yuqori bo'lsa – ***yaqqol ekstravert***; 9 ballga teng yoki undan kam bo'lsa – ***introvert***; 5 ballga teng yoki undan kam bo'lsa – ***yaqqol introvert.***

2. *Neyrotizm*: *9—13 ball* – neyrotizmning **o'rta** darajasi, 15 ballga teng yoki undan kam bo'lsa – neyrotizmning **yuqori** darajasi, 19 ballga teng yoki undan kam bo'lsa – neyrotizmning ***juda yuqori*** darajasi va nihoyat 7 ballga teng yoki undan kam bo'lsa – neyrotizmning **pastki** darajasi.

3. Yolg'on darajasi: 4 ballga teng yoki undan past – bu norma, 4 balldan ko'p bo'lsa – javoblar namoyishkorona sun'iy to'qilgan, ya'ni o'zini ko'rsatishga harakat qilayapti.

Olingan natijalarga asoslanib sinaluvchining shaxsi o'rganiladi va xulosa yoziladi. Sinaluvchida shaxsning qaysi xususiyati, ya'ni ekstraversiya, intraversiya, neyrotizm ko'proq namoyon bo'lganligini va uning temperamenti aniqlanadi. Ko'rsatkichlar normadan farq qilsa, sinaluvchiga o'z shaxsi ustida o'ylab ko'rish tavsiya etiladi.

XX bob. PSIXOTERAPIYA VA PSIXOFARMAKOTERAPIYA

Bemorning ruhi tushmagan va ishtahasi saqlangan bo'lishi tuzalish uchun yaxshi alomat.
Gippokrat

20.1. Psixoterapiya

Psixoterapiya – qalb va ruhni davolash degan ma'noni anglatadi. Tibbiyot paydo bo'libdiki, psixoterapiya qo'llanib kelingan. Psixoterapiya usullari asli Sharqda keng tarqalgan bo'lib, bemorlarni davolashda ko'p qo'llaniladigan usullardan biri bo'lgan.

Abu Ali Ibn Sino, Abu Bakr ar-Roziy, Ismoil Jurjoniy, al-Karvakiy Xazoraspiy kabi buyuk allomalar o'zlarining davolash usullarida giyohlardan tashqari psixoterapiya usullarini ham qo'llashgan. Asab va ruhiy xastaliklar bilan yotib qolgan bemorlar ularning tashrifi hamda so'zlaridan tuzalib, oyoqqa turib ketganlar. So'z buyuk kuchdir. Psixoterapiyaning asosiy maqsadi ham so'zni topib ishlata bilishdadir. So'zni bemorlarni davolashda qo'llay olish ham bir san'atdir. So'z inson uchun berilgan oliy ne'matdir, bundan bemorlarni davolashda o'ta bilimdonlik bilan foydalanish kerak. Ozgina ehtiyotsizlik salbiy natija berib qo'yishi mumkin.

Psixoterapiya usuli Yevropada XVII asrda venalik vrach va olim Mesmer tomonidan keng qo'llanib boshlangan. Tibbiyotda bemorlarni davolashda gipnoz usuli XVIII–XIX asrlarda J.Sharko, J.Bred, Z.Freyd, V.M.Bexterevlar tomonidan keng qo'llanilgan. Nevrologiya fanining rivojlanishiga ulkan hissa qo'shgan fransiyalik olim J.Sharko psixoterapiya usulidan asab kasalliklarini davolashda keng foydalangan. Har bir nevropatolog J.Sharkoni bir qancha irsiy-degenerativ kasalliklarni bayon qilgan olim sifatida yaxshi biladi. U Yevropada shu qadar mashhur bo'lganidan «nevrozlar Napoleoni» deb laqab qo'yishgan. Undan ta'lim olish uchun yosh olimlar (shu jumladan, Z.Freyd ham) Parijga intilishgan.

Psixoterapiya jarayoni bemor va vrach psixologiyasining asosiy obyektidir. Psixoterapiya o'tkazayotgan paytda bemorning ruhiy

holati, temperamenti, kasallikni keltirib chiqargan sabablar va organizmning umumiy ahvoliga, albatta, e'tibor qaratish lozim.

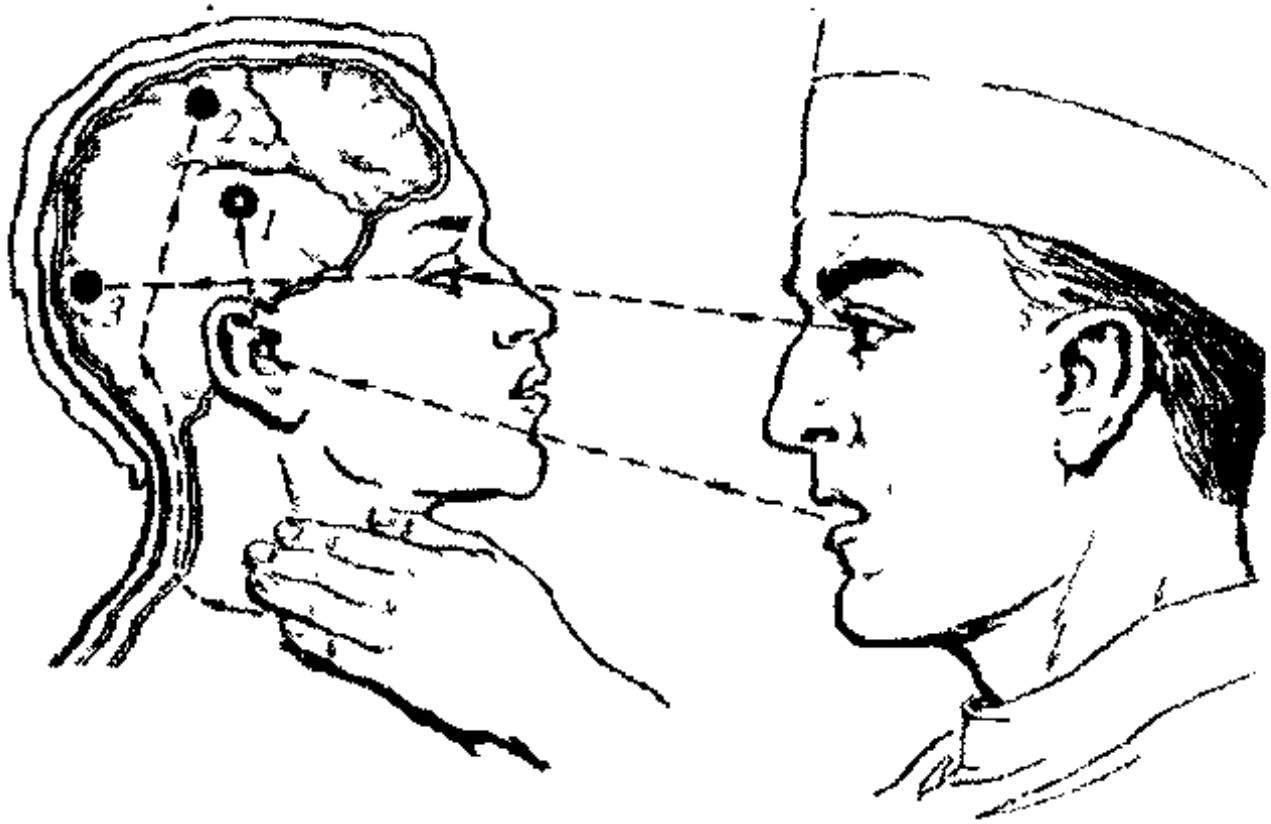
Vrach katta bilimdonlik bilan bemorning ko'nglini og'ritmasdan, kasallik sabablarini aniqlab olishi zarur. Bemor kasallik bilan bog'liq barcha sirini vrachga aytib bera olishi kerak. Psixoterapiya usuli har bir bemor uchun individual tarzda ishlab chiqilmog'i lozim. Bemorning shaxsini to'la o'rganish psixoterapiyada muvaffaqiyat qozonishning garovidir. Bemor ruhiga ijobiy ta'sir qilish tashxis qo'yish jarayonidan boshlanadi. Davolashning muvaffaqiyatli bo'lishi vrachning obro'-e'tiborini oshiradi. Psixoterapiyada ishonch va ixlos bilan qarash ham samarali natijaga erishishda muhim rol o'ynaydi. Psixoterapevtik muolajalar bemorning ahvoliga qarab, kasallik anamnezini chuqur o'rganган holda uzoq yoki qisqa vaqt davom ettirilishi mumkin. Davolash muolajalarining cho'zilib ketishi, bir xil bo'lib qolishi yoki «Sizni uzoq vaqt davolashga to'g'ri keladi», qabilidagi gaplar ijobiy natijalarni yo'qqa chiqarishi mumkin.

Bu yerda Z.Freydning hanuzgacha bahs va munozaralarga sabab bo'lib kelayotgan so'zlarini keltiramiz: «Natijasi qanday tugashidan qat'i nazar, davolash jarayoni oldindan belgilangan vaqtda tugatilishi kerak». Demak, davolash muddati oldindan belgilanishi va buni bemor bilishi zarur.

Bemorni davolashda gipnoz, uqtirish, tushuntirish va ishontirish usullarini qo'llash zarur. Chunki shunday holatlar bo'ladiki, bemor vrachning yaxshi mutaxassisligiga ishonadi, lekin o'zining sog'ayib ketishiga ishonmaydi, kasalini tuzalmas, og'ir, deb miyasiga singdiradi. Bu, ayniqsa, nevrozlar uchun juda xosdir. Dard sababli bemor o'z ishi, bola-chaqasi, rafiqasi, qarindosh-urug'i va tinimsiz davom etayotgan davolash usullaridan bezgan bo'ladi. Bunday paytlarda, neyrofiziologlar ta'biri bilan aytganda, bosh miya katta yarim sharlarining po'stlog'ida inert qo'zg'alish paydo bo'ladi. Bu o'choqni «parchalab» yuborishgina bemorni kasallik belgilaridan xalos qilishi mumkin.

Psixoterapiya bir necha bemorni to'plagan holda ham olib boriladi. V.M.Bexterev bemorlarni to'plab, gipnoz o'tkazishning ahamiyati to'g'risida shunday degan edi: «Ko'pchilik bilan seans o'tkazish paytida bemorlar gipnozni bir-biriga yuqtirishadi va uning ta'sir kuchi yanada oshadi. Bemorni gipnoz usuli bilan davola-

moqchi bo'lgan vrach bemor shikoyatlarini aytayotganda nimalarni ko'p takrorlayotganiga ahamiyat berishi va bundan foydalanishi kerak». Gipnoterapiya paytida «bo'rtib» turgan belgilarga e'tibor berish lozim. Gipnoz o'tkazayotgan vrach bemorga *silash, ko'z va so'z* orqali ta'sir qilsa, miya po'stlog'ida joylashgan uchta markaz (sezgi, ko'ruv va eshituv) ni tormozlash imkoniga ega bo'ladi (40-rasm). Bu tormozlanish po'stlog'ning barcha sohalariga tarqaladi va bemor gipnotik uyquga ketadi.



40-rasm. **Gipnoz. Gipnoz paytida so'z orqali ta'sir qilish nutq (1), silash sezgi (2), ko'z bilan boqish ko'ruv markazlarini (3) tormozlaydi va bemorning gipnotik uyquga ketishi osonlashadi.**

Psixoterapevtik tajribasi bo'lmagan vrach bemorni davolashda qiynaladi, ayniqsa, nevroz bilan kasallangan bemorda psixosomatik belgilar kuzatilsa, tashxis qo'yish ham ancha mushkullashadi. Bu yerda nevropatologlar ham, terapevtlar ham bir xil muammoga duch kelishadi. Masalan, bemorga uning shikoyatlariga qarab (maxsus tekshirishlar o'tkazilmasdan), «oshqozon yarasi» tashxisi qo'yiladi. U bu kasallik bilan 10 yildan buyon og'riydi. Qorindagi og'riqlar siqilganda kuchayib, tinchlanganda kamaysa, ovqat rejimiga bog'liq

bo'lmasa, tashxisning to'g'riligi, albatta, gumon uyg'otadi. Kuchli og'riq bilan kechib, 10 yillab davom etadigan «oshqozon yarasi» biron-bir asorat berishi gastroenterolog va jarrohlarga ayon, albatta. Demak, bu o'rinda bemorni maxsus tekshirishlardan o'tkazib, «oshqozon yarasi» tashxisini inkor qilgandan so'ng vrach uni psixologik usullardan foydalangan holda davolashi lozim. Bu ish bilan faqat nevropatolog yoki neyropsixolog shug'ullanishi shart emas, albatta.

O'zining sohasiga taalluqli kasali bo'lmagan bemorni «Sizda nevroz bor, endi nevropatologda davolaning», deb doktordan-doktorga yuboraverish yomon natijalarga olib kelishi mumkin. Qolaversa, nevrozga chalingan bemorga barcha mutaxassislikdagi vrachlar dastlabki yordamni ko'rsata olishlari kerak. Iloji boricha, bemorni davolaydigan vrachlar soni kam bo'lishi maqsadga muvofiqdir. Bu haqda mashhur vrach X.F.Gufelyand (1762—1836) shunday degan edi: «Bitta vrach davolasa yaxshi, ikkitasiga ham chidasa bo'ladi, lekin uchtasi — bu dahshat!» Bu bilan bemorni davolovchi vrachlar hadeb ko'payaversa, bemorning tuzalishi qiyinlashadi, demoqchi. Doktorlarni maslahatga chaqirish mumkin, lekin davolovchi vrach bitta bo'lmog'i kerak.

Psixoterapevtik muolajalar farmakoterapiya, fizioterapiya va davolash gimnastikalari bilan olib borilsa, natijasi yanada samaraliroq bo'ladi. Bu borada kasallik anamnezini yig'ishga ham katta e'tibor qaratish lozim. «To'la yig'ilgan anamnez — yarim davo», deb bejiz aytishmagan. Ba'zan bemor shifoxonada necha kun yotsa, shuncha kun anamnez yig'ish bilan o'tadi, natijada tashxis ham, davolash ham hadeb o'zgartirilaveradi. Bu, albatta, bemorning asabiga tegadi. Davolovchi vrach to'plagan anamnez dosentni, u yiqqan anamnez professorni qoniqtirmaydi va hokazo. Anamnez yig'ish boshqa, uni tahlil qilish boshqadir. Masalan, bemor o'zi kuyib-pishib gapirayotgan belgi tashxis uchun ahamiyatsiz bo'lib, kasalning jig'iga tegayotgan bir simptom bo'lishi mumkin, xolos. Vrach tashxis qo'yayotganda, ba'zan subyektiv simptomlarning quli bo'lib qoladi. Bunday simptomlar tunda butalar orasidagi sharpaga o'xshaydi. Sharpa eshitiladi, odam qo'rqadi, qochadi yoki bekinib oladi. Aslida, sharpa esib turgan begunoh shamoldir. Kasallikning obyektiv belgilariga katta ahamiyat berish lozim. Har bir subyektiv va obyektiv belgi tanqidiy tahlil qilinishi kerak, ana shunda xatoga yo'l qo'yilmaydi.

Yatrogeniyalar ham aynan mana shu sabablar natijasida paydo bo'ladi. **Yatrogeniya** deb, vrach yoki boshqa tibbiyot xodimining bexosdan aytib qo'ygan so'zi yoki tibbiy muolajalardan bemorda avval mavjud bo'lmagan kasallik alomatlarining paydo bo'lishiga aytiladi. Buning oqibatida yatropatiyalar rivojlanadi. Masalan, ukoldan so'ng bemorning qo'li yoki oyog'i «ishlamay» qolishi, noto'g'ri tibbiy xulosalardan so'ng organik xususiyatga ega bo'lmagan kasalliklardan davolanib yurish va hokazo Yatropatiyalarga misollar avvalgi boblarda keltirilgan.

Ba'zan vrach tomonidan olib borilayotgan to'g'ri davolash muolajalari ta'siri bemorning yaqinlarini qoniqtirmasligi yoki surunkali kasallikdan aziyat chekayotgan bemor doktordan ko'ra boshqalarga ishonishi ham mumkin. Shunday hollar bo'ladiki, tajribali, obro'li doktor tavsiya qilgan dorini, deylik, tramvay haydovchisi: «E, bu dori bo'lmaydi, mening ammam ichgan edilar, ta'sir qilmadi», desa bemor uni sotib olmay, doktorning oldiga boshqa dori yozib berishlarini so'rab qaytib keladi. Bemorni davolayotgan paytda vrach bu vaziyatlarni ham ko'zda tutishi, bemorning yaqinlari, tanish-bilishlari bilan ham muloqotda bo'lib turishi kerak. Bemorda psixoterapevtik muolajalar o'tkazayotgan paytda o'z-o'zini boshqarish hissini uyg'ota bilish kerak. Undagi ishonchsizlikni ishonch va ixlos tuyg'ulari bilan, yolg'izlikka intilishni jamoaga intilish hissi bilan o'zgartirish vrachning burchidir. Bu muammolarni hal qilmay turib, psixoterapevtik natija olish ancha mushkuldir. Psixoterapevtik usullar psixotrop dorilarni qo'llab olib borilsa, davolash yanada muvaffaqiyatli kechadi.

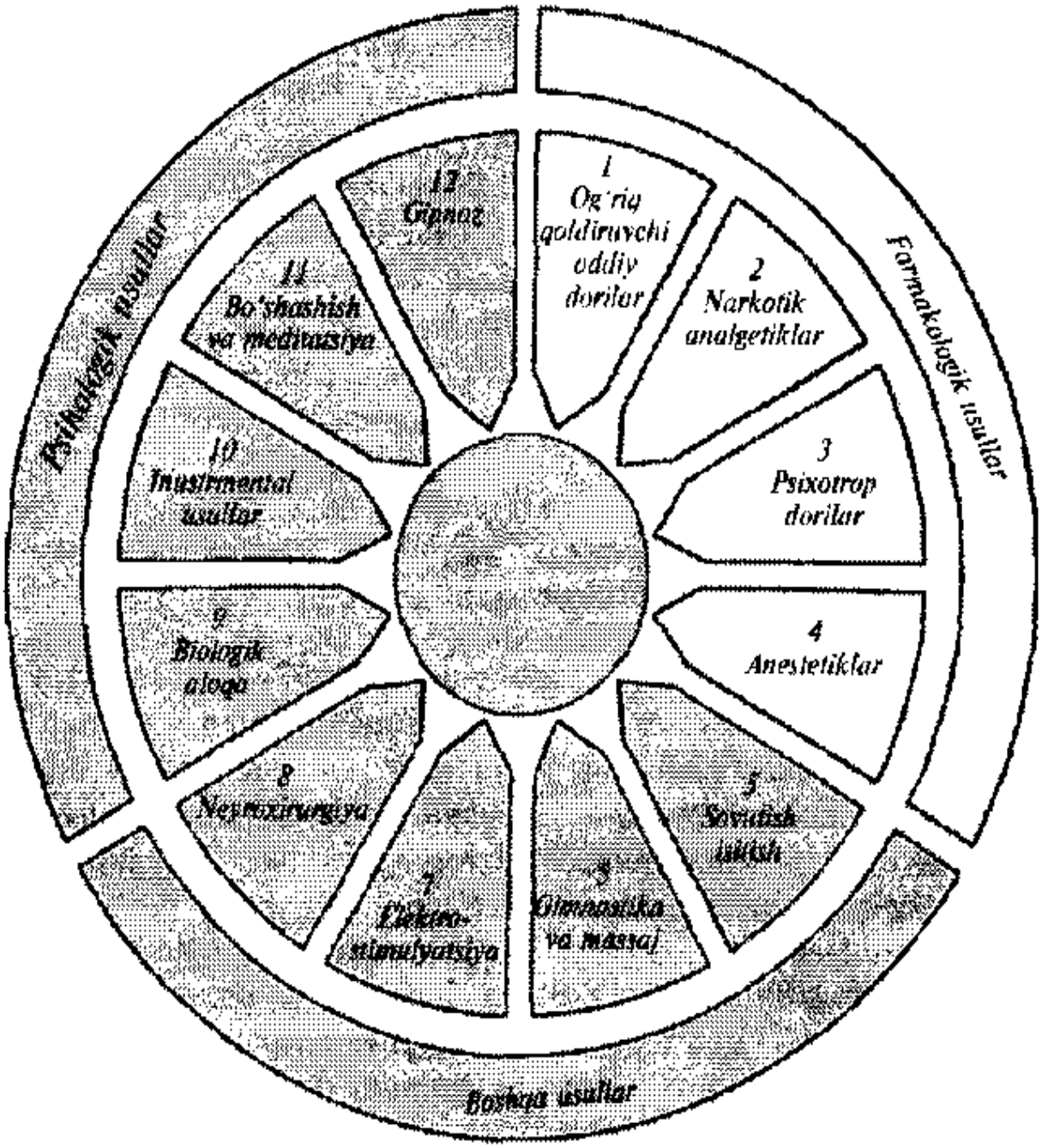
20.2. Psixofarmakoterapiya

Psixogen buzilishlarni farmakologik dorilarni ishlatib davolash ***psixofarmakoterapiya*** deyiladi. Psixoterapiya va gipnoterapiyaning ta'sirini kuchaytirish uchun turli psixotrop dorilardan keng foydalaniladi.

Psixotrop dorilar psixogen buzilishlarni bartaraf qilibgina qolmay, balki organizmda kechadigan vegetativ jarayonlar, qon aylanishi hamda yurak va nafas olish faoliyatiga ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Shuningdek, bu dorilar gastrointestinal, urologik va jinsiy buzilishlarga

ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Demak, funksional buzilishlarni davolash uchun ishlatiladigan psixotrop dorilar butun bir organizmning faoliyatini yaxshilaydi. Shuning uchun ham psixotrop dorilar turli xil funksional buzilishlarni davolashda keng qo'llaniladi. Faqat ularning dozalarini ehtiyotkorlik bilan aniqlab, bemorlarga tavsiya qilish zarur.

Ba'zan bitta simptomni yo'qotish yoki uning belgilarini kamaytirish uchun bir qancha davolash usullarini qo'llashga to'g'ri keladi. Masalan, og'riqni qoldirish uchun ishlatiladigan vositalar 41-rasmda keltirilgan.



41-rasm. **Og'riqni qoldirish uchun qo'llaniladigan vositalar va usullar.**

Psixotrop dorilarga nimalar kiradi? Turli kasalliklarda psixogen buzilishlarni davolashda ishlatiladigan va ruhiy jarayonlarga ta'sir qiluvchi dorivor moddalarga ***psixotrop dorilar*** deyiladi. Dastlabki psixotrop dorilar XX asrning 50-yillarida ishlab chiqarila boshlangan. Ungacha bu toifadagi dorilar juda kam bo'lib, borlarining ham ta'sir kuchi past bo'lgan. U davrda kofein, korazol, brom va valerian vositalari keng qo'llanilgan.

1957-yili dastlabki antidepressant (imipramin) kashf qilindi va psixonevrologik sindromlarni davolashda keng qo'llanib boshlandi. Keyinchalik, ya'ni 70-yillarning boshida ***pirasetam*** kashf qilindi. Bu *dastlabki nootrop dori psixotrop dorilar tarkibiga kiritildi* va *uning* ruhiy funksiyalarga ijobiy ta'siri aniqlandi. Shunday qilib, farmakologiyaning katta bir bo'limi yaratildi va unga ***psixofarmakologiya*** deb nom berildi.

1966-yili Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti psixotrop dorilarning quyidagi tasnifini taklif qildi:

a) antidepressantlar;
b) neyroleptiklar;
d) trankvilizatorlar;
e) sedativ dorilar;
f) nootrop dorilar;
g) psixostimulatorlar.

Antidepressantlar

Antidepressantlar tasodifan kashf qilingan. 1957-yili sil kasalligiga qarshi ishlab chiqarilgan dorilardan birini qabul qilgan bemorlarda eyforiya holati kuzatilgan. Bu dorini ruhiy kasallarga berib sinab ko'rishganda, uning depressiyani kamaytirish xususiyati aniqlangan.

Bu dorining kimyoviy nomi 2-izopropil-1-izoniko-tinoilgidrazin. Uni qisqartirib, **«iproniazid»** deb atashadi. Keyinchalik, boshqa bir dorining antidepressiv xususiyati aniqlanadi va bu dori **«imipramin»** deb nomlanadi. Shundan so'ng olimlar yangi antidepressantlar ustida ish olib borishadi va ularning yangi turlarini yaratishadi. Antidepressantlar bosh miyadagi psixik jarayonlarga murakkab ta'sir ko'rsatadi. Ular bosh miyadagi noradrenergik va serotoninergik sistemalarga ta'sir qilib neyronlardagi qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlarini muvofiq-

lashtiradi. Ularning aksariyati MAO ingibitori va trisiklik antidepressantlardir. Antidepressantlar markaziy asab tizimining barcha strukturalari orasidagi funksional bog'lanishlarni tiklaydi.

Barcha antidepressantlar uchun xos bo'lgan xususiyat ularning timoleptik ta'siridir, ya'ni ular bemor kayfiyatini ko'tarib, affektiv buzilishlarni kamaytiradi. Ba'zi antidepressantlar (zoloft, ksanaks va hokazo) anksiolitik ta'sirga ham ega.

Dastlab antidepressantlar faqat psixiatriya amaliyotida tavsiya qilingan bo'lsa, hozirda ulardan psixosomatik sindromlarni davolashda keng foydalaniladi va bu dorilarni maxsus reseptlar orqali terapevtlar ham tavsiya qiladi. Ayniqsa, kardionevrozlar, kardiofobik sindromlar, psixogen abdominalgiyalar va boshqa somatogen depressiyalarni davolashda antidepressantlardan foydalanilmoqda. Ularni tavsiya qilishning o'ziga xos qoidalari mavjud. Surunkali psixogen buzilishlarni davolashda barcha antidepressantlar dastlab past dozalarda buyuriladi va har ikki-uch kunda ularning dozasi oshirib boriladi. Antidepressantlarning terapevtik ta'siri 5—7 kundan so'ng ko'zga tashlanib boshlaydi. Ularning kech ta'sir qila boshlashini neyromediatorlarning sinapslarda asta-sekin to'planishi va reseptorlar sezuvchanlik darajasining o'zgarishi bilan bog'lashadi.

Ba'zi antidepressantlar (amitriptilin) kattaroq dozalarda kardiotoksik ta'sir ko'rsatadi. Amitriptilin glaukoma, og'ir yurak-qon tomir kasalliklari, prostata adenomasi va siydik pufagi atoniyasida tavsiya qilinmaydi. Homiladorlik va bola emizish davrlarida ba'zi antidepressantlar buyurilmaydi yoki zaruratga qarab, kam miqdorda tavsiya qilinadi.

Neyroleptiklar

«Neyroleptiklar» atamasi 1967-yili taklif qilingan. Dastlab og'ir psixozlarni davolashda ishlatiladigan bu dori vositalari ***neyroleptiklar*** deb atala boshlandi. Ko'pchilik davlatlarda «neyroleptiklar» o'rniga «antipsixotik vositalar» atamasi qo'llaniladi. Chunki neyroleptik sindrom dorining terapevtik ta'sirini emas, balki uning asoratini aks ettiradi.

Bugungi kunda ko'pchilik farmasevtik kompaniyalar nojo'ya ta'siri kam bo'lgan antipsixotik vositalar ustida ish olib bormoqdalar.

Neyroleptiklarga aminazin, galoperidol, droperidol, frenolon, triftazin kabi dorilar kiradi. Ularning turi juda ko'p bo'lib, asosan psixiatriyada qo'llaniladi. Bu dorilarning eng ko'p tarqalgan nojo'ya ta'siri turli darajadagi ***ekstrapiramidal buzilishlardir.*** Shuning uchun ham neyroleptiklar tavsiya qilingan bemorlarga ekstrapiramidal buzilishlarning oldini oluvchi dorilar (siklodol, parkopan) buyuriladi. Psixosomatik sindromlarni davolashda neyroleptiklar deyarli tavsiya qilinmaydi. Lekin shu guruhga kiruvchi eglonil ekstrapiramidal buzilishlarni kam keltirib chiqarganligi uchun psixosomatik buzilishlarni davolashda keng tavsiya qilinadi. Neyroleptiklarni qabul qilgan bemorlarda psixomotor va affektiv reaksiyalar pasayadi, karaxtlik paydo bo'ladi, ular uyqusiray boshlaydi. Bu dorilar uxlatuvchi va sedativ dorilarning ta'sirini oshiradi.

Trankvilizatorlar

«Trankvilizator» atamasi lotincha so'z bo'lib, trancvilio, ya'ni tinchlantiraman, degan ma'noni anglatadi. 1957-yili, asosan, nevrozlarni davolashda ishlatiladigan tinchlantiruvchi xususiyatga ega bo'lgan dorilar ***trankvilizatorlar*** deb atala boshlandi. Bu dorilar nevrozlarda ko'p uchraydigan xavotir, qo'rquv va asabiylashishlarni yo'qotadi. Neyroleptiklardan farqli o'laroq, trankvilizatorlar kuchli antipsixotik ta'sirga ega emas va ekstrapiramidal buzilishlarga olib kelmaydi.

Trankvilizatorlar «anksiolitiklar», ya'ni qo'rquv va xavotirni oluvchi dorilar deb ham ataladi. Haqiqatan ham trankvilizatorlar dastlab qo'rquv va xavotirlanishni pasaytiradi. Lekin ular nafaqat anksiolitik ta'sirga, balki uxlatuvchi, tutqanoq xurujlari va mushaklar tonusini pasaytiruvchi xususiyatlarga ham ega. Trankvilizatorlar bemorlarga neyroleptiklar yoki analgetiklar bilan birga berilsa, psixonevrologik sindromlarda kuzatiladigan turg'un og'riqlarga kuchli ta'sir ko'rsatadi. Ulardan gipnotik seanslarni o'tkazayotganda ham foydalanish mumkin.

Bugungi kungacha trankvilizatorlarning ta'sir qilish mexanizmi to'laligicha o'rganilmagan. Bu dorilar limbik sistemaning qo'zg'aluvchanligini pasaytiradi, bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ida tormozlanish jarayoniga ta'sir ko'rsatadi. Ular bosh miyaning noradrenergik, serotoninergik va dofaminergik sistemalariga

ham ta'sir qiladi. Trankvilizatorlar polisinaptik spinal reflekslarga tormozlovchi ta'sir ko'rsatishi hisobiga mushaklar tonusini pasaytiradi.

Trankvilizatorlar ruhiy kasalliklarda kuzatiladigan gallusinatsiya, alahsirash, affektiv, fobik va ipoxondrik buzilishlarni yo'qota olmaydi, lekin vaqtincha pasaytiradi. Trankvilizatorlarni tavsiya qilishda psixopatologik simptomlarning turi va ular kunning qaysi yarmida paydo bo'lishiga ham e'tibor qaratish lozim. Lekin ba'zi dorilar (masalan, seduksen) nevrozning turli klinik ko'rinishlarini bir xil pasaytirishi mumkin yoki biroz kattaroq miqdorda tavsiya qilingan boshqa trankvilizatorlarning ham ta'sir doirasi kengdir.

Trankvilizatorlarga elenium, seduksen, fenazepam, tazepam, rudotel, meprobamat, mebikar, trioksazin, grandaksin kabi dorilar kiradi. Bu dorilarning sinonimlari juda ko'p bo'lib (ba'zan 20 taga etadi), ularning nomlanishi qaysi firma tomonidan ishlab chiqarilganiga bog'liq.

Sedativ dorilar

Sedativ dorilar (*«sedatio»* — tinchlanish) psixonevrologik kasalliklarni davolashda keng qo'llaniladi. Trankvilizatorlarga qaraganda, sedativ dorilar qo'rquv va xavotirlanish, mushaklar tonusiga kam ta'sir ko'rsatadi hamda koordinatsiyani kam buzadi. Lekin kundalik miqdori oshib ketsa, uyquchanlik va bo'shashish kuzatilishi mumkin. Sedativ dorilar tormozlanish jarayonini kuchaytirib, qo'zg'alish jarayoni va nevrotik belgilarni pasaytirib, markaziy asab tizimining faoliyatini boshqaradi.

Sedativ dorilar analgetiklar va boshqa psixotrop dorilarning ta'sir kuchini oshiradi. Sedativ dorilarga, asosan, o'simliklardan tayyorlangan turli dorivor vositalar kiradi. Bular valerian ekstrakti, novopassit va hokazolardir.

Nootrop dorilar

«Nootrop» atamasi 1972-yili pirasetamni kashf qilgan olim K. Jiurjea tomonidan taklif etilgan. Shu yildan boshlab miyaning integrativ funksiyasi, xotira va diqqatni yaxshilovchi, aqliy faoliyatni tiklovchi dorilar ***nootroplar*** deb atala boshlandi. Nootroplarning oliy

ruhiy funksiyalarga ijobiy ta'sirini e'tiborga olib, ular psixotrop dorilar guruhiga kiritildi. Keyinchalik yangi va yangi nootrop dorilar ishlab chiqarila boshlandi va ularning nomlanishi ham o'zgardi. Nootroplarning aksariyati hozirgi kunda ***serebroprotektor, neyroprotektor, neyrotrop dorilar*** deb ham ataladi.

Farmakologik xususiyati bo'yicha nootroplar boshqa psixotrop dorilardan farq qiladi. Ular kuchli sedativ ta'sirga ega emas. Nootroplar bosh miyada neyronlararo o'tkazuvchanlikni osonlashtiradi, ikkala yarim shar orasidagi funksional buzilishlarni tiklaydi, integrativ jarayonlarni yaxshilaydi, retikular formatsiyaning faoliyatini kuchaytiradi. Shuningdek, bu dorilar markaziy neyronlardagi energetik jarayonlarni, ishemiyaga uchragan asab to'qimalarining glukoza va kislorod bilan ta'minlanishini yaxshilaydi. Nootroplar markaziy neyronlardagi bir qator metabolik jarayonlarni faollashtiradi. Buning natijasida intellektual va mnestik funksiyalar faollashadi.

Nootroplarning antigipoksik va metabolik ta'siri bu dorilarni bosh miyaning deyarli barcha kasalliklarida keng qo'llashga yo'l ochib berdi. Bu dorilarning bosh miyada qon aylanishini yaxshilash xususiyati ularning ikkilamchi ta'siridir. Nootroplarning yana bir ijobiy xususiyati – zaharli ta'sirining o'ta pastligidadir. Bu xususiyat tajriba qilib ko'rilgan va tasdiqlangan. Klinik tibbiyotda ham pirasetam va uning analoglaridan zaharlanishlar deyarli qayd qilinmagan.

Nootroplarning ta'sir mexanizmlari ham batafsil o'rganilmagan. Ular bosh miya neyronlariga ta'sir qiladi, lekin spinal neyronlarga ta'sir ko'rsatmaydi. Shuning uchun nootroplarni orqa miya kasalliklarida tavsiya qilish befoydadir. Nootroplar antidepressantlarning ta'sir kuchini oshiradi.

Shuning uchun ham ularni depressiyalarni davolashda keng qo'llasa bo'ladi. Somatovegetativ, nevrotik va psixosomatik sindromlarda ham nootroplardan foydalanish samarali natijalar beradi. Nootroplarning yurak ishemik kasalliklarida ham foydali ta'siri haqida ma'lumotlar bor. Nootroplar psixogen va ishemik kardialgiyalarda ham foydali vositadir. Bu dorilar bolalarda uchraydigan aqliy zaiflikni davolashda ham keng tavsiya qilinadi. Markaziy asab tizimining turli zaharlanishlarida (spirtli ichimliklar, morfin, barbituratlardan) uchraydigan deliriylar, abstinent sindromlarda pirasetamni parenteral yuborish zaharli moddalarning neyronlarga salbiy ta'sirini pasaytiradi.

Surunkali alkogolizmda nootroplarni uzoq vaqt tavsiya qilish ruhiy buzilishlarning oldini oladi.

Nootrop dorilarning vakillari juda ko'pdir: pirasetam (nootropil), aminalon, fenibut, pantogam, ensefabol, sermion va hokazo.

Psixostimulatorlar

Bosh miyada ruhiy jarayonlarni faollashtiruvchi dorivor vositalarga ***psixostimulatorlar*** deb ataladi. Ular nafaqat ruhiy, balki jismoniy faoliyatni ham kuchaytiradi. Bu dorilarning aksariyati tarkibida kofein moddasini saqlaydi. Psixostimulatorlar asab tizimini tetiklashtiradi, uyquchanlik va kam harakatlilikni yo'qotadi. Shuning uchun ham bu dorilar apatiya, gipotoniya va adinamiya bilan kechuvchi ***psixasteniyalarda*** tavsiya qilinadi. Ushbu kasalliklarda kuzatiladigan bosh og'riqlarni pasaytiradi. Psixostimulatorlar giperstenik nevrasteniya va qo'zg'aluvchi psixozlarda berilmaydi, shuningdek, uyqudan oldin tavsiya qilinmaydi. Bu dorilarni kunning birinchi yarmida tavsiya qilgan ma'qul.

Endi psixofarmakoterapiya usullari haqida so'z yuritamiz va psixogen buzilishlarni davolashda samarali bo'lgan ba'zi dori vositalariga ta'rif keltiramiz. Psixofarmakoterapiya usullari turlicha bo'lib, ularni shartli ravishda *2 turga* bo'lish mumkin:

1) **monoterapiya usuli**, ya'ni faqat bitta psixotrop dorini tavsiya qilish. Buning uchun kasallikning patogenezi, klinik ko'rinishlari chuqur o'rganilib, kompleks ta'sirga ega bo'lgan bitta dori tanlab olinadi va bemorga buyuriladi;

2) **politerapiya usuli,** ya'ni ruhiy buzilishlarni davolash uchun ikki yoki undan ortiq psixotrop dorini tavsiya qilish. Masalan, trankvilizator, nootrop va antidepressantlar.

Davolash jarayonida bu ikkala usulning nojo'ya ta'sirlari, dori (dorilar)ni iste'mol qilishning davomiyligi, zarur paytlarda tavsiya qilingan dorini boshqasi bilan almashtirish rejalarini oldindan hal qilish kerak.

Endi ruhiy buzilishlarni davolashda ishlatiladigan dorilarning ba'zilari bilan tanishib chiqamiz.

Novopassit. Bu dori turli dorivor o'simliklardan tayyorlangan bo'lib, kuchli tinchlantiruvchi ta'sirga ega. U xavotirlanish, vahima,

qo'rquv va turli ruhiy-hissiy zo'riqishlarni kamaytiradi va yo'qotadi. Novopassit asab buzilishi bilan kechuvchi barcha kasalliklarda, shuningdek, psixosomatik sindromlarda keng tavsiya qilinadi.

Novopassit ichish uchun kuniga 1 tabletka yoki 1 choy qoshiqdan (5 ml) 3 mahal buyuriladi. Zaruratga qarab, dorining kundalik dozasi 2—3 barobarga oshiriladi. Novopassit eritmasini choy yoki turli sharbatlarga qo'shib ichish mumkin. Oshqozon-ichak buzilishlari bor bemorlarga bu dori ovqat vaqtida tavsiya qilinadi, boshqa paytlari ovqatdan oldin ichgan ma'qul. Novopassit tabletka (30 tabletka) va eritma (100 ml li flakon) ko'rinishida ishlab chiqariladi.

Eglonil. Antipsixotik ta'sirga ega. Markaziy neyronlardagi D2-dopamin reseptorlarini qamal ichiga oladi va shu yo'l bilan bosh miyada tormozlanish va qo'zg'alish jarayonlariga ta'sir ko'rsatadi. Eglonilda neyroleptik va antidepressantlarga xos xususiyatlar mavjud, lekin ular u qadar kuchli ta'sirga ega emas. Shuning uchun ham eglonilni qabul qilgan bemorlarda boshqa neyroleptiklarga xos bo'lgan uyqusirash, koordinator va ekstrapiramidal buzilishlar kuzatilmaydi.

Bu dorining antipsixotik ta'siri uning markaziy asab tizimiga faollashtiruvchi ta'siri bilan namoyon bo'ladi. Eglonilning bu xususiyati uni ruhiy faoliyatning o'ta pasayishi bilan kechuvchi turli kasalliklarda, ya'ni ruhiy, nevrologik va psixosomatik kasalliklarda keng qo'llash imkonini beradi. Eglonil autizm, abuliya, adinamiya va xulq-atvorning buzilishlarini (ayniqsa, bolalarda) davolashda ham keng qo'llaniladi. Eglonil hiqichoq, ko'ngil aynishi, bosh aylanish hamda qusishini kamaytiradi. Shuningdek, bu dori me'da va o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligida ham tavsiya qilinadi, lekin u antasid ta'sirga ega emas.

Eglonilni kuniga 200 mg dan 1600 mg gacha tavsiya qilish mumkin. Engil psixotik buzilishlarda eglonil 1 tabletkadan (200 mg) 3 mahal, og'ir buzilishlarda 2 tabletkadan (400 mg) 3—4 mahal tavsiya qilinadi. Apatiya va adinamiya bilan kechuvchi o'tkir psixozlarda eglonil mushak orasiga 100—800 mg yuboriladi. Surunkali psixozlarda va psixosomatik sindromlarda bu dori 100—200 mg dan (2—4 kapsula) uzoq vaqt mobaynida (odatda, 1 oy) beriladi. Eglonilning bolalarga tavsiya qilinadigan kundalik dozasi tana og'irligining har kilogrammiga 5—10 mg dan to'g'ri kelishi kerak.

Eglonil psixomotor qo'zg'alishlarda, arterial qon bosim baland bo'lgan holatlar va feoxromositomada tavsiya qilinmaydi, homiladorlik paytida kam miqdorda beriladi.

Eglonilni uzoq davr mobaynida qabul qilish ekstrapiramidal buzilishlarga olib kelishi mumkin. Bu holat dorini qabul qilish to'xtatilgach, o'tib ketadi.

Eglonil kapsulada 50 mg, tabletkada 200 mg, ampulada 2ml (100 mg) dan, shuningdek, 0,5 foiz eritmasi 200 ml li flakonda (1 choy qoshiqda 5 mg) ishlab chiqariladi.

Instenon. Instenon 3 ta faol moddadan iborat: *etamivan, geksabindin* va *etofillin*. Shuning uchun ham bu dori bosh miyaning faoliyati, ayniqsa, qon aylanishiga kompleks ta'sir ko'rsatadi. *Etamivan* miya ustunida joylashgan retikular formasiyaning faoliyatini kuchaytiradi, buning natijasida po'stloq va po'stloq osti tuzilmalarining funksional faolligi oshadi.

Geksabindin neyronlarning glukoza va kisloroddan to'la foydalanishini kuchaytiradi, ularning quvvatini oshiradi, shuningdek, bosh miya va yurak mushaklarining qon bilan ta'minlanishini kuchaytiradi.

Etofillin yurakning minutli hajmini oshirish hisobiga bosh miyaning ishemiya va gipoksiyaga uchragan sohalarining qon tomirlarida perfuzion bosimni oshiradi. Buning natijasida, ularning qon bilan ta'minlanishi va metabolizmi yaxshilanadi. Instenon insult oqibatida rivojlanadigan nutq buzilishlarini ham tiklaydi (Z.R. Ibodullayev, 2002).

Instenonning yuqorida ko'rsatilgan xususiyatlari uni psixonevrologik buzilishlar va psixosomatik sindromlarni davolashda keng qo'llash imkonini yaratadi. Bizning amaliyotda apatiya bilan kechuvchi depressiv sindromlar, xotira va nutq buzilishlari, psixogen astmalar va kardiosenestopatik sindromlarda instenonni tavsiya qilib, sezilarli natijalarga erishildi.

Psixonevrologik buzilishlar va psixosomatik sindromlarda 2 ml instenon mushak orasiga 10 kun mobaynida yuboriladi, so'ng 1 tabletkadan kuniga 2—3 mahal buyuriladi. Davolash davomiyligi o'rtacha 20—30 kunni tashkil qiladi.

Instenon kuchli rivojlangan miya ichi gipertenziyalari, tutqanoq kasalligi va gemorragik insultlarda tavsiya qilinmaydi. Homiladorlik

va laktatsiya davrida zaruratga qarab buyuriladi. Instenon tabletka (30 va 50 dona) va ampula (2 ml) ko'rinishida ishlab chiqariladi.

Nootropil (pirasetam) — nootrop dorilar orasida nafaqat nevrologik kasalliklarni, balki ruhiy buzilishlarni davolashda ham eng ko'p qo'llanilishi bilan ajralib turadi. Bu dorini barcha yoshdagi (1 yoshdan boshlab) bemorlarga tavsiya qilish mumkin, chunki nootropilning zaharli ta'siri o'ta pastdir. Nootropil diqqat, xotira, nutq va fikrlash qobiliyatini yaxshilaydi. Nootropilni nevrozning barcha turlarini, ya'ni depressiya, astenik holatlar, ipoxondrik buzilishlar, fobik sindromlarni davolashda samarali vosita sifatida keng tavsiya qilish mumkin. Nootropil sedativ dorilar va antidepressantlar ta'sirini kuchaytiradi, shuning uchun ham u og'ir holatdagi depressiyalarda qo'shimcha dori sifatida buyuriladi. Nootropil shizofreniya va boshqa ruhiy kasalliklarni davolashda ham tavsiya qilinadi.

Surunkali alkogolizm va giyohvandlikda deliriy va abstinent holatlarni pasaytirishda nootropil samarali vositadir. Morfin, barbituratlar va spirtli ichimliklar bilan zaharlanishlarni bartaraf qilishda ham nootropil beriladi.

Bosh miyadagi integrativ va kognitiv jarayonlarga ijobiy ta'siri. Bolalarda serebrasteniya, ensefalopatiyalar, aqliy rivojlanishdan orqada qolishlar, xulq-atvor buzilishlarini davolashda ham nootropil tavsiya qilinadi. Nootropilni boshqa psixotrop dorilar bilan birga tavsiya qilish ham mumkin. Yosh bolalarga nootropilni granulalardan tayyorlangan sharbat ko'rinishida berish mumkin. Sharbatni tayyorlash uchun granulalar qaynatilgan yoki distillangan suvda eritiladi. Tayyorlangan eritma 100 ml dan oshmasligi kerak. 1 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga o'lchovli qoshiqcha (10ml) bilan kuniga 3 mahal beriladi.

Bu yoshdagi bolalar uchun kundalik doza 30—40 ml 5—16 yoshgacha nootropil sharbati 20 ml dan kuniga 3 mahal buyuriladi. Davolash 3 haftadan 2—6 oygacha davom ettiriladi. Zaruratga qarab, 2—3 oydan so'ng davolash takrorlanadi. O'qishi past va xulq-atvori yomon bolalarga (8—13 yosh) nootropil tabletkasi 3,3 g yoki 8 ml 20 foizli, 5 ml 33 foizli eritmasi kuniga 2 mahal ovqatdan so'ng buyuriladi. Davolash 6 oydan 1 yilgacha davom ettiriladi.

Og'ir kechuvchi depressiv sindromlar, deliriy va abstinensiya holatlarida nootropil kuniga 2—4 g dan (10—20 ml) boshlab, 4—6 g

gacha (20—30 ml) tavsiya qilinadi. Agar 20 ml gacha buyurilgan bo'lsa, shpris orqali tomirdan sekin yuboriladi, undan katta dozalarni esa fiziologik eritmada tomchilatib yuborgan ma'qul, aks holda, psixomotor qo'zg'alish kuzatilishi mumkin. Nootropil bilan davolash davomiyligi klinik belgilarning kamayishiga qarab, vrach tomonidan belgilanadi va odatda, 20—30 kunni tashkil qiladi. Klinik simptomlar kamaygandan yoki yo'qolgandan so'ng nootropil yana 1—3 oy mobaynida (ba'zan 6 oy) 2,4 g dan 8 g gacha ichib turish buyuriladi. Keyin sekin-asta kamaytirilib, to'xtatiladi. Ko'zlangan maqsadga erishish uchun nootropilni ko'rsatilgan dozadan kam miqdorda ichmaslik kerak.

Nootropil, odatda, bemorlar tomonidan yaxshi qabul qilinadi, chunki uning nojo'ya ta'sirlari juda kam. Ba'zan psixomotor qo'zg'alishlar, jahldorlik, uyqu buzilishi, yoshi katta bemorlarda koronar yetishmovchilikning kuchayishi va dispepsiya belgilari kuzatiladi. Ular nootropilning dozasi pasaytirilsa yoki qabul qilish to'xtatilsa, o'tib ketadi.

Nootropil tavsiya qilishga monelik qiluvchi holatlar: o'tkir buyrak yetishmovchiligi, allergik holatlar, bolalarda diareya.

Nootropil ichish uchun 400 mg, 800 mg, 1200 mg kapsula va tabletkalarda, 20 foizli 125 ml eritma holida hamda parenteral yuborish uchun 1 g (5 ml), 3 g (15 ml) miqdordagi ampulalar va 12 g (60 ml) flakonlarda ishlab chiqariladi.

Aktovegin. Bu dori to'qimalarda moddalar almashinuvi va ulardagi regenerativ jarayonlarni faollashtirib, trofikasini yaxshilaydi. Aktovegin glukoza va kislorodning transportini kuchaytiradi, buning natijasida ular hujayralarda yetarli darajada to'planib, oqilona sarflanadi. Bu jarayonlar ATF metabolizmining kuchayishi bilan kechadi, ATF esa hujayraning asosiy energetik manbayi hisoblanadi. Aktovegin to'qimalarning qon bilan ta'minlanishini ham yaxshilaydi. Shuning uchun ham aktovegin asab, yurak, ichki a'zolar, teri kasalliklari va shuningdek, turli psixosomatik sindromlarda to'qimalardagi regenerativ jarayonlarni faollashtirish uchun qo'llaniladi.

Aktovegin ichish uchun 1—2 drajedan kuniga 3 mahal ovqatdan oldin buyuriladi. Shuningdek, 2 va 5 ml dan mushak orasi yoki tomir ichiga, natriy xlor va glukozaning fiziologik eritmalarida 10, 20 yoki 50 ml miqdorda tomir ichiga tomchilatib ham yuboriladi.

Ba'zi holatlarda, ya'ni bosh miyaning qon tomir hamda kuchli trofik buzilishlar bilan kechuvchi kasalliklarda (diabet, kuyish, trofik yaralar) 250 ml (1g) aktovegin eritmasi har kuni yoki kunora tomir ichiga tomchilatib yuboriladi. Aktovegin surtmasi teridagi trofik yaralarni davolash uchun ishlatiladi. Davolashning davomiyligi va dorining dozasi kasallik turi va uning og'ir-yengilligiga qarab belgilanadi. Odatda, aktoveginni 10—30 kun mobaynida qabul qilish buyuriladi. Aktoveginni barcha yoshdagi bemorlarga tavsiya qilish mumkin. Uni qo'llashga monelik qiluvchi holatlar yo'q, shunday bo'lsa-da homiladorlik va bolani emizish davrida tavsiya etish cheklangan.

Aktovegin quyidagi ko'rinishlarda ishlab chiqariladi: draje 50 dona, inyeksiya uchun 2, 5 va 10 ml li ampulalar.

Nazorat uchun savollar

1. *Psixoterapiya nima?*
2. *Gipnoz usulini kimlar qo'llashgan?*
3. *Psixoterapiyaning asosiy vositalari nimalardan iborat?*
4. *X.F.Gufelyand vrachlar haqida nima degan?*
5. *Yatrogeniya va yatropatiya nima?*
6. *Psixotrop dorilarga nimalar kiradi?*
7. *Antidepressantlar qachon tavsiya qilinadi?*
8. *Neyroleptiklarga nimalar kiradi?*
9. *Qanday trankvilizatorlarni bilasiz?*
10. *Nootroplarga nimalar kiradi?*
11. *Psixostimulatorlar qachon tavsiya qilinadi?*

XXI bob. BEMORLAR PSIXOLOGIYASINI TEKSHIRISHNING UMUMIY QONUN-QOIDALARI

Kasalning kelishi oson, ketishi qiyin.
Xalq maqoli

Umumiy ma'lumotlar

Bugungi kunda tibbiyotda ham, umumiy psixologiyada ham bemorlar (mijoz) ni tekshirish sxemalari mavjud, biroq bizning mamlakatimizda bemorlar psixologiyasini tekshirish uchun alohida kasallik tarixnomasi ishlab chiqilmagan. Bu maqsadda, ko'pincha, ruhiy bemorlarni tekshirish uchun ishlab chiqilgan tarixnomalar yoki umumiy psixologik tekshiruvlardan foydalaniladi. Ular esa klinik psixologiya talablariga to'la javob beravermaydi. Shuning uchun ham barcha tarixnomalarni o'rgangan holda va o'zimizning bir necha yillik tajribamizdan foydalanib tibbiy-psixologik tekshiruvlar uchun tarixnoma ishlab chiqdik va u ushbu darslikda birinchi bor e'lon qilinayapti.

Tibbiy psixologning bemorlar bilan ishlashi tibbiy va psixologik etikani saqlagan holda olib boriladi. Dastlab bemorning psixologga tashrifi sabablari aniqlanadi. Buning uchun unga «Sizni psixologga murojaat qilishga nima undadi?». Sizni nima bezovta qilayapti? Sizga qanday yordam kerak?» kabi savollar bilan murojaat qilish mumkin. Agar bemor yaqinlari bilan kelgan bo'lsa, suhbatni avval ular bilan boshlab, so'ng bemor bilan davom ettirishi mumkin.

Bemorning tashqi ko'rinishiga katta e'tibor qaratish lozim: u o'zini qanday tutayapti, es-hushi joyidami, jismoniy kamchiliklari yoki lat yegan joylari yo'qmi, qanday kiyingan, kim bilan kelgan?

Harakat koordinatsiyasi, yurishi, gavda tuzilishi qanday, giperkinezlar yoki falajliklar yo'qmi? Bemorning his-tuyg'ulari va xulq-atvori qanday? Bu yerda bemorni savolga ko'mib tashlamaslik va unga shikoyatini to'la aytishga imkon berish zarur. Qisqa suhbatdan so'ng bemor gapirishni istamasa, avval psixologik testlar o'tkazib, so'ng uning testda belgilagan javoblariga qarab suhbatni davom ettirish lozim. Bunday paytlarda qisqa testlardan foydalangan ma'qul,

masalan, Sung, Spilberger-Xanin va temperamentni aniqlovchi testlar. Psixologik testlar orqali bemorlardan juda ko'p ma'lumotlarni yig'ib olish mumkin. Ba'zan bemor juda so'zamol bo'ladi. Bunday paytlarda uning nimani istayotganini bilib olib, suhbat yo'nalishini o'zgartirish zarur.

Suhbat psixologik tashxis uchun juda muhimdir. Shuning uchun bemorni zimdan kuzatib borish lozim. Bemorning nutqiga ham katta e'tibor qaratish kerak, chunki nutqning buzilishi ham juda ko'p (ayniqsa, neyropsixologik) ma'lumotlar beradi. Zaruratga qarab bemorni logopedga yuborish mumkin.

Ba'zi bemor (ayniqsa, ruhiy kasallikka chalingan) lar eshikdagi «psixolog» yozuviga ko'zi tushib, huzuringizga tashrif buyurishni xush ko'rishadi. Ularni ko'proq psixolog yordami emas, balki psixologning unga nima deyishi qiziqtiradi. Bunday bemorlarni iloji boricha psixiatrning maxsus yo'llanmasi bilan yoki yaqinlari bilan kelgan taqdirda qabul qilish kerak. Chunki ular psixologni soatlab eshitib o'tirishlari mumkin, biroq qabul tugagandan so'ng berilgan maslahatlarga amal qilishlari dargumon. Ba'zan bemorlarning ruhiy kasalga chalinganini aniqlash juda qiyin bo'ladi yoki bu psixologik suhbat chog'ida sezilib qoladi. Bunday paytlarda bemorga zarur maslahatlar berib psixiatrga yuboriladi.

Agar psixiatrda davolanib chiqqan bemor yo'llanma bilan psixolog qabuliga tashrif buyursa (bunday bemorlar, asosan, yaqin qarindoshlari bilan kelishadi), ularning tarixnomasi bilan yaxshilab tanishib chiqish, zaruratga qarab bemorni davolagan psixiatr bilan bog'lanish kerak. Haqiqatan ham, ruhiy kasalliklarga chalingan ko'pchilik bemorlar psixiatrlar tavsiyasi bilan kasallikning remissiya davrida psixologga yuboriladi.

Bemorning dunyoqarashini o'rganish, qarindosh-urug'lari, umr yo'ldoshi, ishiga munosabatini ham bemordan so'rash va bu ma'lumotning haqiqatga to'g'ri kelishini uning oila a'zolaridan bilib olish kerak.

Ko'p hollarda bemordagi psixologik buzilishlar ulardagi nevrologik yoki somatik kasalligi sababli emas, balki ish va oiladagi kelishmovchiliklar hisobiga kuzatiladi. Bunday paytlarda umumiy psixologik tekshirishlar o'tkazishga ham to'g'ri keladi. Ishdagi kelishmovchiliklar, ko'pincha, bemorlarning o'z imkoniyatlarini ortiqcha yoki

past baholaganliklari oqibatida kelib chiqadi. Bu esa doimiy stress holatlarini yuzaga keltiradi va psixosomatik kasalliklarning zo'rayishiga ham sabab bo'ladi. Bu yerda psixolog bemorning shu kungacha erishgan yutuqlarini uning o'zidan so'rab bilib olishi va unga katta ijobiy baho berishi kerak. Bu bemorda ishi va hayotga bo'lgan qiziqishini yanada oshiradi va u o'z imkoniyatlarini to'g'ri baholay boshlaydi. Beriladigan maslahatlar bemorning imkoniyatlari doirasida bo'lishi lozim.

Ba'zan bemor biror surunkali kasallikka chalinib, undan uzoq vaqt natijasiz davolanib yurganidan shikoyat qiladi. Bunday paytlarda bemorning tarixnomasi bilan tanishib chiqiladi va davolash mobaynida kuzatilgan ijobiy o'zgarishlarga (sezilarli bo'lmasa-da) bemorning diqqati jalb etiladi. Bu bilan uning sog'ayib ketishiga bo'lgan ishonchi va ixlosi tiklanadi. Shuning uchun ham bemorlar ilohiy joylarni ziyorat qilmoqchi va tabiblarga ham uchramoqchi bo'lsa, bunga aslo to'sqinlik qilmaslik kerak.

Bemor affektiv holatlarga tushganmi, o'ziga yoki birovga hamla qilganmi va bu holatlar qachon bo'lganini aniqlash ham o'ta muhimdir. Uning ichkilik, chekish va giyohvand moddalarga bo'lgan munosabatini ham aniqlash zarur. Ba'zi bemorlar giyohvand moddalar iste'mol qilishini yashirishga intilishsa, boshqa birlari aynan giyohvandlikdan qutulish uchun ham psixologga murojaat qilishadi. Bunday bemorlarga iloji boricha mutaxassislar ishtirokida yordam qilish rejasini tuzib chiqish kerak. Ularga, ayniqsa, psixologning maslahatlari juda qo'l keladi. Hozirgi kunda giyohvandlikni davolash usullarining aksariyati psixologik ta'sirga asoslangan.

Bemorlarning jinsiy muammolari to'g'risida ham ma'lumot yig'ish zarur. Aytib o'tganimizdek, nevrozlarning kelib chiqishida jinsiy buzilishlarning ahamiyati juda katta. Aniqlangan psixoseksual buzilishlarni, albatta, bartaraf qilish va zaruratga qarab bu ishga psixoseksologlarni jalb etish lozim.

Xulosa qilib aytganda, tibbiy-psixologik statusni tekshirish quyidagi masalalarni o'z oldiga maqsad qilib qo'yadi:

1) bemorning psixologga murojaat qilishining sabablarini aniqlash;
2) tibbiy va psixologik anamnezni to'plash;
3) tibbiy tashxisni aniqlash (mutaxassislar yordamida);
4) psixologik tashxisni aniqlash;

5) davolash choralarini ishlab chiqish (psixoterapiya, psixofarmakoterapiya va hokazo).

Bemorning tibbiy-psixologik statusini tekshirish sxemasi

(tibbiy-psixologik anketa)

I. Umumiy ma'lumotlar.

Bemorning ismi, sharifi

Anketa (tarixnoma) ning raqami

Yoshi

Jinsi

Millati

Oilaviy ahvoli

Yashash joyi

Ma'lumoti va kasbi

Mehnatga layoqati

Chapaqay, o'naqay yoki ambidekstr

Klinika (poliklinika) ga murojaat qilgan kuni

Klinika (poliklinika) da qo'yilgan tibbiy tashxis (tashxislar)

Psixologga murojaat qilgan kuni

Asosiy shikoyatlari

Bemorning hayot anamnezi (ilk bolalik davridan boshlab yig'iladi, qanday tarbiyalangan, qanday muhitda o'sgan va hokazo). Bemorning jinsiy hayoti va oilaviy anamnezi

Bemorning tibbiy anamnezi (qanday kasalliklar bilan og'rigan)

Bemorning psixologik anamnezi

Bemorning nasliy anamnezi

II.Yordamchi tekshrishlar va boshqa mutaxassislar xulosalari.

(Bu tekshirishlar zaruratga qarab, psixologik statusni tekshirishdan oldin yoki so'ng o'tkazilishi mumkin)

Laborator tekshirishlar (qon, siydik va likvor), elektroensefalografiya

Psixiatr

Nevropatolog

Patopsixolog

Neyropsixolog

Terapevt
Seksopatolog
Boshqa mutaxassislar
Psixologik testlar xulosasi

III. Bemorning temperamenti.

Suhbat yoki psixologik testlar yordamida bemorning qaysi temperament egasi ekanligi aniqlangach, xulosaga sangvinik, xolerik, flegmatik yoki melanxolik, deb yozib qo'yiladi.

IV. Bemorning shaxsi va xulq-atvorini tekshirish xulosalari.

Bemorning yaqinlari yordamida va uning o'zidan ilk bolaligidan boshlab, xulq-atvorining xususiyatlari haqida ma'lumot yig'iladi. Yasli, maktab, o'spirinlik davri, oila qurgandan keyingi hayoti, ishda va jamoada o'zini tutishi har tomonlama so'rab o'rganiladi. Shu maqsadda psixologik testlardan ham foydalaniladi.

Suhbat va testlar yordamida bemorning shaxsi hamda xulq-atvoriga quyidagicha ta'rif beriladi: mehribon, xudbin, mansabparast, toshyurak, kamtar, kalondimog', xotirjam, intravert, ekstravert va hokazo.

V. Hissiyotni tekshirish xulosalari.

Suhbat chog'ida bemorning mimikasi, o'zini tutishi, psixolog va atrofdagilarga bo'lgan munosabatiga e'tibor qaratiladi hamda bemorning his-tuyg'ulari va kayfiyatiga quyidagicha ta'rif beriladi: hayajonlangan, g'azablangan, xavotirda, kayfi chog', tushkunlikka tushgan, vahima bosgan.

Bemorning holati aniqlangach, bu haqda (eyforiya, disforiya, depressiya, affekt va emosional ambivalent) xulosalar beriladi. Xulosani yanada oydinlashtirish uchun psixologik testlardan foydalanish mumkin.

VI. Sezgi va idrokni tekshirish xulosalari.

Sezgi buzilishlarini tekshirayotganda, uning organik (nevrologik) va isterik tusda ekanligi aniqlanadi. Ikkala holda ham sezgining quyidagi buzilishlari farq qilinadi: monoanesteziya, gemianesteziya, giperesteziya, dizesteziya, senestopatiyalar, kauzalgiya, og'riqlar (bosh, tana va ichki a'zolar sohasida).

Idrok tekshirilganda, quyidagi patologik holatlarga e'tibor qaratiladi: illyuziyalar (xom xayollar), gallusinatsiyalar, anozognoziya, derealizatsiya, depersonalizatsiya.

VII. Iroda va maylni tekshirish xulosalari.

Irodani tekshirayotganda, mustahkam irodali, matonatli, maqsadga intiluvchan, ikkilanuvchan, mustaqil, jur'atsiz deb belgilanadi. Shuningdek, iroda va mayl buzilishlariga ta'rif berishda quyidagi atamalardan ham foydalaniladi: abuliya, gipobuliya, giperbuliya, dipsomaniya, dromomaniya, kleptomaniya, mazoxizm, sadizm, anoreksiya, polifagiya, polidipsiya, gomoseksualizm, suisidal mayllar.

VIII. Nutqni tekshirish xulosalari.

Bemorning nutqi to'g'risidagi ma'lumotlar suhbat chog'ida yoki maxsus tekshirishlar orqali aniqlanadi. Nutqni oddiy va murakkab so'zlarni takrorlatib turib ham tekshirish mumkin. Nutq buzilishlarini neyropsixologik testlar yordamida ham aniqlash mumkin. Agar bemorda nutqning murakkab buzilishlari kuzatilsa, ularni davolash uchun neyropsixolog yoki logoped yordami kerak bo'ladi. Nutqning quyidagi buzilishlari farqlanadi: afaziyalar (afferent motor, efferent motor, sensor, amnestik, semantik, dinamik), soqovlik, duduqlanish, dizartriya, dislaliya.

IX. Diqqat va xotirani tekshirish xulosalari.

Diqqatning ba'zi xususiyatlari suhbat chog'ida ham aniqlab olinadi. Diqqatning saqlangan yoki buzilganligi ko'rsatiladi. Amaliyotda parishonxotir atamasi ko'p qo'llaniladi. Shuningdek, diqqatni tekshiruvchi testlar (Krepelin, korrektura sinovi va shu kabilar) dan foydalanish mumkin.

Bemorning diqqati tekshirib bo'lingandan so'ng yoki u bilan parallel holda kundalik va bo'lib o'tgan voqealarga bo'lgan xotirasi ham tekshiriladi.

Masalan, ma'nosiz (gul, qarg'a, oyna) so'zlardan iborat qisqa qator, qisqa va uzun jumlalar hamda matallarni yod olish va qayta esga tushirish kabi. Xuddi shu uslubda ko'rish (turli fotosuratlar ko'rsatib, birozdan so'ng qay darajada yodida qolgani sinab ko'riladi) va harakat xotirasi tekshiriladi (bemor qo'li bilan turli harakatlarni amalga oshiradi va ularni birozdan so'ng takrorlash so'raladi). Shu maqsadda Ebbingauz va Luriya tomonidan ishlab chiqilgan turli psixologik testlardan ham foydalanish mumkin.

Xotiraning boshqa buzilishlari (retrograd, anterograd, antero-retrograd, konfabulatsiya, psevdoreminissensiya) ham tekshiriladi.

X. Tafakkurni tekshirish xulosalari.

Tafakkurni tekshirayotganda uning izchilligi va tezligiga e'tibor qaratiladi. Fikrlash darajasi yoshiga mos keladi, debillik, imbesillik, idiotiya, demensiya deb xulosa yoziladi. Bu buzilishlarni aniqlash uchun hikoyalarning mazmuni, kichik matematik masalalar, tugallanmagan jumlalar, maqollar ma'nosi va tafakkur darajasini ifodalovchi psixologik testlar (Koos kubikchalari, Bine-Simon, Veksler testlari, tafakkur koeffitsientini (IQ) aniqlash) dan foydalaniladi.

XI. Ongni tekshirish xulosalari

Ong buzilishining shartli ravishda nopsixotik va psixotik turlari ajratiladi: birinchisiga obnubulyatsiya, somnolensiya, sopor va koma, ikkinchisiga esa deliriya, trans, amensiya, somnambuliya, ambulator avtomatizmlar, oneyroid kiradi. Shuningdek, bemorning ong darajasiga ta'rif berayotganda, uning es-hushi joyidaligi, vaqt, joy va vaziyatni adashtirmasligi hamda atrofdagi voqealarni aniq-ravshan anglashiga e'tibor beriladi.

XULOSA

Olingan ma'lumotlar psixologik testlar, laboratoriya natijalari va boshqa mutaxassislar xulosalari bilan solishtirilgach, bemorga ***tibbiy-psixologik tashxis*** qo'yiladi. Masalan, bemorda psixosomatik buzilishlar aniqlansa; tashxisni quyidagicha ifodalash mumkin: «Psixosomatik sindrom: psixogen kardialgiya».

So'ngra davolash choralari belgilanib, prognoz aniqlanadi va alohida psixoreabilitatsiya rejasi ishlab chiqiladi.

XOTIMA

Hurmatli talaba! Mana, siz «Tibbiyot psixologiyasi» darsligi bilan tanishib chiqdingiz. Har bir vrach tibbiyotning qaysi sohasini egallashidan qat'i nazar, psixologiyani chuqur bilishi zarur. Tibbiyotni psixologiyasiz tasavvur qilish qiyin. Umuman olganda, tibbiyotni inson organizmiga, uning a'zolarini esa tibbiy fanlarga qiyoslash mumkin. Masalan, miyani — nevrologiya, yurakni — kardiologiya, qonni — gematologiya, o'pkani — pulmonologiya, oshqozon-ichak sistemasini — gastroenterologiya, jigarni — gepatologiya, buyrakni — urologiya yoki nefrologiya faniga va hokazo Ushbu tilga olingan a'zolar organizmning ichkarisida joylashgani uchun tashqi nojo'ya ta'sirlardan yaxshi himoyalangan. Tibbiyot psixologiyasini organizmning qaysi a'zosiga qiyoslash mumkin? Albatta teriga! Teri tashqi nojo'ya ta'sirlardan ichki a'zolarni himoya qilib turar ekan, tibbiyot psixologiyasi esa yuqorida zikr qilingan barcha fanlarning himoyachisidir. Agar biz terimizga e'tibor berib, uni jiddiyroq parvarish qilsak, u ko'z oldimizda butun bir go'zalligi bilan namoyon bo'ladi, agar uning biror joyi lat esa yoki yiringlasa, nafaqat teri aziyat chekadi, balki butun bir organizm xavf ostida qoladi! Demak, obrazli qilib aytganda, teri ichki a'zolarning juda katta himoyachisidir. Xuddi egizaklarni bir-biridan ajratib tarbiyalab bo'lmaganday, tibbiyotni ham psixologiyadan ajratib o'rganib bo'lmaydi.

ATAMALAR IZOHI

Abaziya — tik tura olmaslik, yurolmaslik.

Absans — hushning (ongning) o'ta qisqa vaqtga (2—20 soniya) yo'qolishi.

Abstinensiya — alkogol, narkotik va toksik moddalarni qabul qilishni to'satdan to'xtatish natijasida ro'y beradigan ruhiy buzilishlar bo'lib, jismoniy bezovtalik bilan ham namoyon bo'ladi.

Abstraksiya— (lot. *«abstractio»* — ajratib olmoq) biror bir narsa yoki hodisaning qaysidir bir xususiyatini yoki belgisini ajratib ko'rsatib berish. Fikrlash qobiliyatining asosini tashkil qiladi.

Abuzus — qisqa vaqt ichida (bir yoki bir necha kun) o'tkir alkogolli ichimliklar yoki narkotik moddalarni katta miqdorda iste'mol qilish bo'lib, organizmning kuchli zaharlanishi bilan kechadi.

Abuliya — irodaning so'nishi, har qanday faoliyatga qiziqish va intilishning yo'qolishi.

Avtomatizm — ong ishtirokisiz amalga oshiriladigan holatlar.

Aggravatsiya — o'z kasalligini oshirib ko'rsatish.

Agevziya — ta'm bilishning yo'qolishi.

Agipnognoziya — uxlaganligini sezmaslik. Bemor uyqu butunlay yo'qolganligidan shikoyat qiladi, biroq atrofdagilar uning uxlaganligini ta'kidlaydi.

Agiriya — bosh miya katta yarim sharlarining rivojlanmay qolishi, pushtalarning yo'qligi yoki silliqligi.

Agnoziya — narsalarni bilish (tanish) buzilishi.

Agorafobiya — ochiq joylardan qo'rqish.

Agrafiya — yozish qobiliyatining buzilishi.

Agressiya — birovlarga tashlanish, tan jarohati yetkazish, ruhiy qo'zg'alishlar bilan namoyon bo'ladi.

Agripniya — uyqu buzilishi.

Adaptatsiya — hujayra, to'qima, a'zolar va organizmning muhit talablariga moslashuvi. Moslashuv ham funksional, ham morfologik tarzda namoyon bo'lishi mumkin.

Adinamiya — jismoniy faollikning pasayishi yoki so'nishi.

Adipsiya — chanqoq sezmaslik, suyuqlik ichishga qiziqishning yo'qolishi.

Ajitatsiya — ortiqcha qo'zg'alish, ortiqcha xatti-harakatlar, ko'pincha xavotir va qo'rquv bilan birgalikda namoyon bo'ladi.

Aydomaniya — erkaklarda jinsiy faollikning oshib ketishi.

Akayriya — ezmalik, shilqimlik. Bemor bitta savolni hadeb qaytaraveradi, vrach unga javob bergan bo'lsada.

Akalkuliya — hisoblash qobiliyatining buzilishi.

Aksentuatsiya — ba'zi ruhiy funksiyalarning kuchayishi, zo'rayishi.

Alaliya — nutqning rivojlanmay qolishi, tafakkur va eshitish funksiyasi saqlangan bo'ladi.

Ambivalentlik — tashqi ta'sirotlarga bir-biriga zid bo'lgan ikki xil javob qaytarish.

Ambidekstriya — chapaqayli va o'naqaylik xususiyatlariga ega bo'lish.

Amenoreya — hayz ko'rishning uzoq vaqtga yo'qolishi (odatda, 6 oyga).

Amneziya — xotiraning yo'qolishi.

Analiz — narsa va voqealarni, ya'ni butunni bo'laklarga bo'lib o'rganish.

Analizator — signallarni qabul qiluvchi, qayta ishlovchi va javob tayyorlovchi neyronlar majmuasi (morfo-funksional sistema). Masalan, harakat, sezgi, *ko'rish, eshitish, hid bilish, ta'm bilish* va *hokazo* analizatorlar.

Anamnez — bemor va uning kasalligi haqidagi ma'lumotlarni uning o'zidan va yonidagilardan so'rab-surishtirish.

Anaxoretlik — odamlar bilan muloqot qilishdan qochish, hech kim yo'q joyga intilish.

Angedoniya — xursand bo'lish, rohatlanish hissining yo'qolishi.

Anergiya — faollikning pasayib ketishi yoki yo'qolishi.

Anozognoziya — o'z kasalligini anglamaslik.

Anomaliya — normadan cheklanish (masalan, psixopatiya — shaxs *anomaliyasi*).

Anorgazmiya — jinsiy yaqinlikdan so'ng orgazm sezmaslik.

Anoreksiya — ishtahaning yo'qolishi.

Anosmiya — hid bilishning yo'qolishi.

Antidepressantlar — depressiyani bartaraf etish uchun ishlatiladigan dorilar.

Antikonvulsantlar — tutqanoq xurujini bartaraf etish uchun ishlatiladigan dorilar.

Antipsixotiklar — ruhiy buzilishlarni bartaraf etish uchun ishlatiladigan dorilar.

Antisipatsiya — bo'ladigan voqealarni oldindan bilish qobiliyati.

Anensefaliya — bosh miyaning butunlay bo'lmasligi.

Apifobiya — aridan qo'rqish.

Apatiya — hissiy reaksiyalar, qiziqishlar va harakat faolligining so'nishi.

Apraksiya — maqsadga yo'naltirilgan harakatlarning buzilishi. Masalan, gugurt cho'plaridan rombik yasay olmaydi, sochini taray olmaydi, soqol ololmaydi va hokazo

Arefleksiya — refleksning yo'qolishi.

Artterapiya — san'at asarlaridan foydalanib *davolash usuli*. Masalan, biblioterapiya, musiqaterapiya, kinoterapiya va hokazo

Aseksuallik — seksual qiziqishning yo'qolishi.

Astaziya — tik tura olmaslik.

Astaziya-abaziya — mushak kuchi saqlangan bo'lsada, tik tura olmaslik va yura olmaslik.

Asteniya — asab charchashi.

Astereognoziya — *avval biladigan narsalarni* ko'zi yumuq holatda paypaslab turib aytib bera olmaslik. Masalan, kalitni kaftiga qo'ysa, paypaslab turib uning nomini aytib bera olmaydi.

Ataksiya — harakat koordinatsiyasining buzilishi.

Aura — biror kasallik boshlanishidan oldin kuzatiladigan alomatlar, masalan epileptik xuruj xabarchilari.

Autizm — o'z ichki dunyosiga cho'kib ketish, birovlar bilan muloqotdan qochish.

Autoagressiya — o'ziga qaratilgan agressiv (yovuz) harakatlar.

Autodepilyatsiya — *hadeb o'zining sochini yulaverishga intilish.*

Automizofobiya — iflos bo'lib yurishdan qo'rqish, qo'l-yuzini hadeb yuvaverish, cho'milaverish.

Autoobservatsiya — o'z tanasini hadeb kuzataverish, o'ziga ortiqcha e'tibor beraverish. Ko'proq o'smirlarda kuzatiladi.

Autotopagnoziya — o'z tanasi va uning qismlari haqida noto'g'ri tasavvur paydo bo'lishi. Bemor o'z tanasi, boshi, qo'l va oyoqlari qayerda va qanday joylashganligini to'g'ri aytib bera olmaydi.

Afagiya — yutishning buzilishi.

Afaziya — bosh miya katta yarim sharlari zararlanishi hisobiga yuzaga keladigan nutq buzilishi.

Afoniya — ovozning yo'qolishi.

Affekt — hissiy portlash.

Bazofobiya — yurishdan qo'rqish.

Barofobiya — og'ir narsa ko'tarishdan qo'rqish.

Bateofobiya — balandlikdan qo'rqish.

Belonofobiya — o'tkir narsalardan qo'rqish.

Bibliokleptomaniya — kitob o'g'irlashga intilish.

Bibliomaniya — ko'p kitob yig'ishni xush ko'rish.

Biseksual — ikkala jins egalariga ham qiziqish, ularga intilish.

Bradikineziya — harakatlarning sekinlashuvi.

Bulimiya — ishtahaning oshib ketishi.

Vagabondaj — daydilikka moyillik.

Vaginizm — *qinning o'ta sezgirligi*, ba'zan uning qattiq spazmi bilan namoyon bo'ladi.

Venerofobiya — venerik kasallik yuqib qolishdan qo'rqish.

Gallusinatsiya — idrok qilishning buzilishi bo'lib, bemorning ko'ziga yo'q narsalar ko'rinadi, qulog'iga yo'q narsalarning ovozi eshitiladi va hokazo

Gebefreniya — barcha ongli jarayonlarning buzilishi bilan kechuvchi og'ir ruhiy kasallik.

Genuin — bu atama birlamchi paydo bo'lgan, ya'ni sababi aniqlanmagan kasalliklarni ifodalash uchun qo'llaniladi. Masalan, genuin epilepsiya.

Genosid — insoniyatning ma'lum bir qatlamini irqiy, milliy, etnik yoki diniy belgilariga qarab yo'q qilish yoki qirib tashlash.

Gerontopsixiatriya — yoshi ulug' (keksa)larda kuzatiladigan ruhiy buzilishlarni o'rganuvchi fan.

Gidrozofobiya — doimo shamollab qolishdan qo'rqish.

Gidrofobiya — suvdan qo'rqish.

Ginekofiliya — o'z xushtorlarini hadeb o'zgartiraverishga intiladigan erkaklarda kuzatiladigan holat. Bu Don Juan sindromi deb ham ataladi.

Ginekofobiya — jinsiy faolligi saqlangan bo'lsada, ayollarga yaqinlashishdan qo'rquvchi va ulardan chetda yurishga intiluvchi holat.

Gipalgiya — og'riq sezishning pasayishi.

Gipermneziya — xotiraning kuchayib ketishi.

Giperpatiya — sezgirlikning juda kuchayib ketishi, masalan, teriga sal ta'sir ko'rsatsa unda kuchli og'riq paydo bo'ladi.

Giperseksuallik — jinsiy faollikning oshib ketishi.

Gipersteniya — kuchli qo'zg'alish bilan namoyon bo'luvchi nevrasteniyaning bir turi.

Giperesteziya — sezuvchanlikning oshishi.

Gipertimiya — kayfiyatning oshishi (maniakal sindromlarda ko'p kuzatiladi).

Gipobuliya — irodaning pasayib ketishi.

Gipogidroz — kam terlash.

Gipokinez — harakat faolligining kamayishi.

Gipotimiya — kayfiyatning pasayishi.

Gipnagnoziya — uxlaganligini sezmaslik. Uxlagan bo'lsada, men uxlamadim deydi.

Gipnoz — maxsus ta'sirlar yordamida uyqu holati (ongsiz holat)ni yuzaga keltirish.

Gipnoterapiya — gipnoz usulini qo'llab davolash.

Gipnofobiya — uxlashdan qo'rqish, uxlasa xuddi o'lib qolaman deb o'ylaydi.

Gistrionizm — unga bo'lgan to'g'ri munosabatga qattiq reaksiya ko'rsatish, hissiy bezovtalik, egoizm bilan namoyon bo'luvchi isterik reaksiya.

Gomisidomaniya — chidab bo'lmaydigan darajada birovni o'ldirishga intilish.

Grasidomaniya — chidab bo'lmaydigan darajada ozishga intilish, semirib ketishdan qo'rqish.

Daknomaniya — atrofdagilarni tishlab olishga intilish.

Dansomaniya — raqs tushishni juda xohlash, unga intilish.

Debyut (fr. debut — boshi) kasallikning boshlang'ich davri.

Dezadaptatsiya — organizmning yashash sharoitlariga moslasha olmasligi.

Dezintegratsiya — integrativ jarayonlarning buzilishi.

Deliriy — ongning tumanlashuvi bo'lib, ko'ruv gallusinatsiyalari, illyuziyalar, psixomotor buzilishlar, vaqtga va atrof-muhitga bo'lgan orientirning buzilishi bilan namoyon bo'ladi.

Depersonalizatsiya — shaxsning parchalanishi, o'z shaxsini anglay olmaslik.

Depressiya — kayfiyatning tushishi, fikrlar karaxtligi va harakat faolligining pasayib ketishi bilan kechuvchi ruhiy buzilish.

Dermatomaniya — terisini shikastlashga, tirnoqlarini va sochini yulishga bo'lgan intilish.

Dinofobiya — bosh aylanishdan qattiq qo'rqish.

Dipsomaniya — vaqti-vaqti bilan ko'p miqdorda spirtli ichimliklarni iste'mol qilish.

Diagnoz (grech. *«diagnosis»* — bilish, aniqlash). O'rganilayotgan jarayonni, holatni, voqeani baholash, tasdiqlash, xulosa chiqarish, degan ma'noni anglatadi. Tibbiyotda kasallikni yoki patologik jarayonlarni aniqlash, baholash va xulosa chiqarish degan ma'noni bildiradi. Diagnoz simptom, sindrom yoki nozologiya darajasida qo'yiladi.

Disforiya — kayfiyatning buzilishi bo'lib, ma'yuslik, badqovoqlik va jahldorlik bilan namoyon bo'ladi.

Izolofobiya — yolg'izlikdan qo'rqish.

Indifferent holat — barcha narsalarga, vaziyatlarga va voqealarga hissiy befarqlik.

Introversiya — o'z his-tuyg'ularigа botib ketish, ichki dunyosini birov bilan baham ko'rmaslik.

Ipoxondriya — aslida og'ir bo'lmagan kasallikdan hadeb aziyat chekaverish, uni gapiraverish, tuzalmaslik fikriga berilib ketish.

Isteriya — bir qancha funksional buzilishlar bilan kechuvchi nevrozning bir turi bo'lib, bemor atrofdagilarning unga e'tibor qilishlarini istaydi. Isteriya doimo birovlar oldida namoyon bo'ladi.

Kanserofobiya — saraton kasalligiga chalinishdan qo'rqish.

Kardiofobiya — yurak kasalligiga chalinishdan qo'rqish.

Katarsis — ruhiy poklanish.

Katafaziya — berilgan bitta savolga hadeb javob qaytaraverish.

Kleptofobiya — narsalarini o'g'irlatib qo'yishdan qo'rqish. Qariyalarda ko'p kuzatiladi.

Klimakofobiya — zinapoyadan yurishdan qo'rqish.

Klinofiliya — kun bo'yi to'shakda yotib vaqt o'tkazishga intilish bo'lib, uzoq vaqt uxlash bilan namoyon bo'ladi. Masalan, bemor uzoq vaqt televizor ko'rib yotadi, uxlaydi, uyg'onib yana televizor ko'rishni davom ettiraveradi. Yalqov talabalarda ko'p kuzatiladi.

Kolleksiomaniya — turli narsalardan kolleksiya yig'ishga intilish.

Konvulsant — tutqanoq xurujini yuzaga keltiruvchi dori.

Konvulsiya — tutqanoqning klonik turi.

Kopofobiya — charchab qolishdan *qo'rqish*.

Kruomaniya — boshiga qo'li bilan uraverish yoki boshini devorga uraverishga intilish.

Kubomaniya — azart o'yinlarga ishqibozlik.

Logoreya — nutqning qo'zg'alishi, ko'p so'zlash, tez so'zlash.

Mazoxizm — jinsiy yaqinlik paytlarida sherigi tomondan unga azob yetkazilsa, haqoratlansa rohatlanish va zavqlanish hissining paydo bo'lishi.

Melanxolik — temperamentning tushkun kayfiyat, ma'yuslik va yig'loqilik bilan namoyon bo'ladigan toifasi.

Mentizm — miyaga turli fikrlarning tinmay yog'ilib kelaverishi.

Mizogamiya — turmush qurishdan jerkinish.

Mizoneizm — yangilikka intilmaslik, hayot tarzini o'zgartirishni yoqtirmaslik.

Mizofobiya — iflos narsalardan juda qo'rqish, iflos narsalarga yaqinlashishdan qo'rqish.

Mikrogiriya — bosh miya katta yarim sharlari pushtalarining rivojlanmay qolishi, ularning kichik shaklda bo'lishi. Bunday bolalar aqliy rivojlanishdan orqada qolgan bo'ladi.

Mikrosefaliya — miya qutisi va bosh miyaning kichik shaklda bo'lishi.

Monofagiya — faqat bir xil ovqatni yeyishga intilish.

Mutizm — gapirish qobliyati saqlangan bo'lsada, jim yurish, gapirmaslik.

Narkologiya — alkogolizm, narkomaniya va toksikomaniya kasalliklarini o'rganuvchi fan.

Narkomaniya — narkotik moddalarni qabul qilishga ruju qo'yish.

Narsissizm — o'z tanasiga qarab erotik huzur olish.

Nevrologiya — asab sistemasi va uning kasalliklarini o'rganuvchi fan.

Nevropatologiya — asab kasalliklarini o'rganuvchi fan.

Nevroz — asab sistemasining funksional kasalligi.

Nekrofobiya — o'likdan qo'rqish.

Neyropsixologiya — oliy ruhiy funksiyalarni o'rganuvchi fan.

Neonatosid — onasi tomondan endi tug'ilgan chaqaloqni o'ldirish.

Niktofobiya — qorong'ilikdan, tundan qo'rqish.

Nimfomaniya — ayollarda kuzatiladigan kuchli darajadagi seksual faollik. Ular uchun jinsiy qoniqmaslik, doimo jinsiy yaqinlikka intilish va jinsiy sheriklarini tez-tez o'zgartirib turish xos.

Nozologiya — kasalliklar haqidagi ta'limot.

Nozofobiya — kasal bo'lib qolishdan qo'rqish.

Oligofreniya — tug'ma aqliy zaiflik.

Onanofobiya — onanizm asoratlaridan qo'rqish.

Paranoyya — fikrlash qobiliyatining buzilishi bo'lib, borliqni, bo'layotgan voqealarni noto'g'ri tahlil qilish bilan namoyon bo'ladi.

Parapsixologiya — inson sezgi a'zolari faoliyatiga aloqador bo'lmagan idrok turlari mavjudligini ilgari suruvchi fan.

Parashizofreniya — haqiqiy shizofreniyaga o'xshab kechadigan reaktiv holat bo'lib, aksariyat hollarda bemorning to'la tuzalishi bilan tugaydi.

Paroksizm — kasallik yoki patologik holatlarning o'tkir xuruji.

Parosmiya — hidlov gallusinatsiyalari va illyuziyalari.

Patogenez — kasallik yoki patologik jarayonlarning kelib chiqishi, rivojlanishi, kechishi va tugallanishi qonuniyatlari haqidagi ta'limot.

Patomorfoz — turli omillar ta'siri ostida kasallikning klinik va morfologik belgilarining o'zgarishi, boshqacha tarzda kechishi.

Pedantizm — barcha tartib va qoidalarga qattiq rioya qilish, hamma ishlarni aniq bajarishga intilish, rasmiyatchilikka berilish.

Paxigiriya — bosh miya katta yarim sharlari pushtalarining kattalashuvi.

Pedofiliya — yosh bolalar bilan jinsiy yaqinlikka intilish.

Piromaniya — o't qo'yishga intilish.

Pirofobiya — olovdan, o'tdan qo'rqish.

Plaseboterapiya — indifferent dorini qo'llab bemorni ishontirib davolash usuli.

Polipnoe — nafas olishning tezlashuvi.

Porensefaliya — turli bo'shliqlar bilan namoyon bo'luvchi bosh miya anomaliyasi.

Premorbid holat — kasallik rivojlanishi, shakllanishi va kechishida katta ahamiyatga ega bo'lgan tug'ma, orttirilgan, biologik va psixologik omillar yig'indisi.

Prodromal davr — kasallikning asosiy klinik belgilari boshlanishidan oldingi davr.

Psevdodemensiya — isterik aqliy zaiflik.

Psevdoimpotensiya — jinsiy faolligi yaxshi bo'lsada, o'zida impotensiya alomatlari bor deb tasavvur qilish.

Psevdomeliya — o'zida ortiqcha oyoq yoki qo'llar bor deb tasavvur qilish. Bosh miyaning subdominant (o'ng) yarim shari zararlanganda kuzatiladi.

Psevdoshizofreniya — shizofreniyaga o'xshash belgilar bilan namoyon bo'luvchi ruhiy buzilish.

Psixalgiya — psixogen xususiyatga ega tanadagi og'riqlar.

Psixasteniya — ruhiy charchash, ruhiy quvvatsizlik.

Psixiatriya — inson ruhiyatini va ruhiy kasalliklarni o'rganuvchi fan.

Psixika — (grech. *«psyuxe»* — qalb degani). Obyektiv borliqni subyektiv aks etishning faol turi.

Psixogeniya — psixogen omillar natijasida rivojlangan ruhiy-asabiy buzilishlar (reaktiv psixozlar va nevrozlar).

Psixogigiyena — ruhiy salomatlikni saqlashga va ta'minlashga qaratilgan fan.

Psixodiagnostika — psixologik usullarni qo'llab ruhiy funksiya (buzilish) larni baholash va aniqlash.

Psixoz — ruhiy buzilish.

Psixolagniya — erotik xayollarga berilib ketib o'zida seksual qo'zg'alishni yuzaga keltirish. Asosan o'smir yoshida kuzatiladi.

Psixologiya — ruhiyatni o'rganuvchi fan.

Psixometriya — ruhiy funksiyalarni (buzilishlarni) miqdoriy baholash usuli.

Psixoprofilaktika — ruhiy kasalliklarning oldini olishni o'rganuvchi fan.

Psixosomatik tibbiyot — ruhiy omillar bilan somatik kasalliklar orasidagi bog'liqlikni o'rganuvchi fan.

Psixoterapiya — psixologik usullarni qo'llab davolash usuli.

Psixofarmakologiya — farmakologik vositalarning ruhiyatga ta'sirini o'rganuvchi fan.

Psixofiziologiya — ruhiyatni fiziologik jarayonlar bilan yakdillikda o'rganuvchi fan.

Psixoxirurgiya — ruhiy buzilishlarni xirurgik yo'llar bilan davolash yo'llarini o'rganuvchi fan.

Puerilizm — kattalarda kuzatiladigan bolalarga xos xulq-atvor.

Regress — kasallikning orqaga qaytishi, chekinishi.

Rezidual — o'tkazilgan kasallik asoratlari davri.

Rekurrent — kasallik alomatlarining qayta paydo bo'lishi.

Sangvinik — temperamentning kuchli, xushchaqchaq va chaqqon toifasi.

Sintez — analizga teskari bo'lgan jarayon bo'lib, psixologiya va fiziologiyada bo'laklardan butunni yaratish demakdir.

Sitofobiya — ovqat qabul qilishdan qo'rqish.

Stress — kuchli tashqi ta'sirotlar natijasida organizmda kuzatiladigan reaktiv holatlar.

Stressor — stress holatini yuzaga keltiruvchi omil.

Subdepressiya — yengil depressiya.

Suisidomaniya — o'z joniga qasd qilishga intilish.

Talassofobiya — dengizdan qo'rqish.

Tanatofobiya — o'lishdan qo'rqish.

Taxipsixiya — ruhiy faoliyatning tezlashuvi.

Temperament — shaxsning individual xususiyati.

Teofobiya — xudodan, uning qahridan qo'rqish.

Tik — ba'zi mushaklarda avtomatik tarzda kuzatiladigan tebranishlar.

Toksikofobiya — zaharlanishdan qo'rqish.

Tolerantlik — dorilar ta'sirini zaharlanmasdan o'tkaza olish qobiliyati.

Topalgiya — tananing ma'lum bir joyida kuzatiladigan funksional xususiyatga ega og'riq.

Transvestizm — boshqa jins egasiga taalluqli bo'lgan kiyimlarni kiyishga qiziqish.

Trema — jamoa oldida yoki katta majlislarda nutq so'zlashdan qo'rqish, hayajonlanish.

Umumlashtirish — abstraksiyaga teskari bo'lgan jarayon bo'lib, narsa va hodisalarning o'zaro bog'liqlik tomonlari va umumiy xususiyatlarini birgalikda o'rganishdir.

Fazmofobiya — jinlardan, ruhlardan, shaytondan qo'rqish.

Feminizatsiya — erkaklarda ayollarga xos bo'lgan ikkilamchi jinsiy alomat (a'zo) larning paydo bo'lishi.

Feminizm — erkaklarda ayollarga xos bo'lgan mimik reaksiyalar va xulq-atvorning paydo bo'lishi.

Fetishizm — boshqa jinsga taalluqli bo'lgan ichki kiyimlarni tasavvur qilib yoki qo'lida ushlab, tanasiga tegizib ko'rib o'zida jinsiy qo'zg'alish hosil qilish. Asosan o'smir yoshidagi erkaklarda kuzatiladi.

Flegmatik — temperamentning kuchli, vazmin va kamharakat toifasi.

Fobiya — qo'rquv, vahima.

Fotofobiya — yorug'likdan qo'rqish.

Fonasteniya — tinch va past tovushli nutq.

Frigidlik — ayollarda uchraydigan jinsiy sovuqqonlik, orgazm bo'lmasligi.

Fuga — isterik qochish.

Xayrofobiya — motam marosimlarida va shunga o'xshash joylarda xursandchilik alomatlarini ko'rsatishdan, kulib yuborishdan qo'rqish.

Xolerik — temperamentning kuchli, jizzaki va harakatchan toifasi.

Serebrasteniya — *asabning charchashi, nevrasteniya sinonimi.*

Siklotimiya — kayfiyatning o'zgarib turishi.

Ego — men degani.

Egoist — faqat o'zini o'ylovchi shaxs.

Ezofagospazm — qizilo'ngach spazmi.

Eyforiya — bo'lar-bo'lmasga kayfiyatning yuqori bo'lishi.

Ekstaz — qisqa vaqt davom etuvchi o'ta yuqori kayfiyat, faxrlanish, o'zida yo'q xursand bo'lish.

Exopraksiya — atrofdagilarning harakatlarini takrorlash. Ruhiy bemorlarda, katotoniyada kuzatiladi.

Yatrogeniya — tibbiyot xodimining, ayniqsa vrachning xatti-harakatlari, bexosdan aytib qo'ygan so'zi yoki noto'g'ri tibbiy xulosasi sababli bemorda paydo bo'lgan turli xil kasallik alomatlari.

ATAMALAR KO'RSATKICHLARI

Abdominal og'riqlar 217
Absans 305
Abstinent sindrom 319
Avesto kitobi 7
Agarofobiya 260
Agnoziya 51
Agrafiya 67
Ayzenk shkalasi 158, 370
Alkogolizm 317
Amavroz 76
Amensiya 138
Amneziya 104
Analgeziya 79
Analizatorlar 30, 32,76
Antidepressantlar 269, 380
Apatiya 32, 286
Apraksiya 70
Asab tizimining ontogenezi 37
Asab tizimining filogenezi 35
Astaziya-abaziya 257
Auralar 304
Afaziya 57
Affekt 132
«Bezovta oyoqlar» sindromi 198
Bemorni operatsiyaga tayyorlash 332
Birlamchi va ikkilamchi signal sistemalari 75
Bosh miya jarohatlari 285
Brok markazi 49
Buyuk shaxslar 148
Vaginizm 243
Vaziyatli impotensiya 231
Veksler testi 117
Vernike markazi 49
Gallusinatsiyalar 81
Gamilton shkalalari 358
Ganzer sindromi 255
Gemianesteziya 80, 278
Geteroxronlik prinsipi 43
Giyohvandlik 320
Ginekologik kasalliklarda bemorlar psixologiyasi 337
Giperaktiv sindrom 25
Giperesteziya 79, 195, 248
Giperkinezlar 300
Gipnoz 377
Gippokrat qasamyodi 8
Deliriya 137
Demensiya 114
Deontologiya 174
Depakin 310
Depersonalizatsiya 83,138
Depressiya 130,261
Diqqat 86
Disgamiya 241
Dissolatsiya nazariyasi 37
Distress 130
Disforiya 132
Yetishmovchilik hissi 143
Jarrohlikda bemorlar psixologiyasi 326
Jeyms-Lange nazariyasi 120
Jinsiy buzilishlar 223
Jinsiy gormonlar 224
Zoloft 270
Id 140
Idiotiya 114

Idrok 74
Illyuziyalar 82
Imbesillik 114
Impotensiya 229
Insult 276
Isterik stupor 255
Isterik falajlar 256
Isterik fuga 255
Isterik homiladorlik 258
Isteriya 254
K. Xorni ta'limoti 145
Qabziyat 214
Kayfiyat 122
Kama Sutra 242
Klimakterik sindrom 342
Krepelin usuli 107
Koitus 229
Koma 136
Kompulsiya 261
Konfabulatsiya 103
Korsakov sindromi 288
Ko'ngil aynish va qusish 213
Libido 223
Meningit va meningoensefalit 289, 293, 296
Mazoxizm 243
Maniakal holat 133
Mizoj 14
Miyadan ketmaydigan fikrlar 259
Motor afaziya 62
Nevrasteniya 252
Nevrozlar 252
Neyroleptiklar 382
Neyropsixologik sindromlar 51
Neofreydizm 144
Novopassit 383
Nootrop dorilar 384
Neyropsixologiya 6,48
Obnubilatsiya 136
Obsessiyalar 260
Oligofreniya 114
Oliy nerv faoliyati 28
Ong 134
Ongsizlik 139
Oneyroid 138
Onkologik kasalliklarda bemorlar psixologiyasi 351
Orgazm 226
Organik kasalliklar 252
Paresteziya 80
Pollyusiya 237
Portal (fluoksetin) 273
Posttravmatik asteniya 285
Pallidar sindrom 299
Psevdodermatologik sindromlar 245
Psevdonevrologik sindromlar 181
Psevdorevmatizm 202
Psevdourologik sindromlar 218
Psixoanaliz 139
Psixogen anoreksiya 212
Psixogen astma 206
Psixogen bel og'riqlar 193
Psixogen bosh aylanish 189
Psixogen bosh og'riq 182
Psixogen giperesteziya 195
Psixogen yo'tal 210
Psixogen kardialgiyalar 199
Psixogen nevralgiyalar 192
Psixogen seksual buzilishlar 223
Psixogen servikalgiya 195
Psixogigiyena 168
Psixologik testlar 358
Psixodiagnostika 358
Psixoprofilaktika 173
Psixosensor buzilishlar 83
Psixosomatik kasalliklar 181
Psixosomatik sindromlar 199
Psixostimulyatorlar 385
Psixoterapiya 267,375
Psixofarmakoterapiya 378
Puerilizm 159,255
Reksetin 272

Reseptorlar 75
Sadizm 243
Sedativ dorilar 383
Sezgi 73
Seksual buzilishlar 223
Sele nazariyasi 130
Sensor afaziya 65
Sinkope 136
Somatopsixik sindrom 181
Somnambulizm 137
Sopor 136.
Spilberger-Xanin shkalasi 368
Stress 128
Suiqasd turlari 131
Super-Ego 140
Tafakkur 111
Temperament 163
Teri giperesteziyasi 248
Tib qonunlari 12
Tibbiy psixologiya 5,398
Tibbiy-psixologik anketa 394
Travmatik psixozlar 286
Trankvilizatorlar 382
Tug'ruqdan keyingi psixozlar 337
Tungi xurujlar 305
Tutqanoq xurujlari 301
Unutish 102
Fevarin (fluvoksamin) 270
Finlepsin 312
Fobiyalar 259
Freyd ta'limoti 17,139
Frigidlik 238
Friksiya 229
Funksional bloklar 33
Funksional sistema 40
Hayz oldi sindromi 341
Xarakter 165
Xed-Zaxarin sohalari 196
Hissiyot 119
Xotira 89
Sung shkalasi 364
Shartli va shartsiz reflekslar 29
Shaxs 147
Shulte jadvali 107
Shaxs tiplari 152
Eglonil 386
Ego 140
Eyforiya 132
Ekstravertlar 158
Epilepsiya 301
Ensefalit 298
Epilepsiyada ruhiy buzilishlar 301
Ereksiya 223
Erkaklarda klimakterik sindrom 349
Eyakulatsiya 223
«Yalqov oshqozon» sindromi 213
Yatrogeniya 378

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. **Abu Ali Ibn Sino.** Tib qonunlari. X jildli. –T.: 2000.
2. **Адизова Т.М.** Психокоррекция. (Учебное пособие). –Т.: 2005.
3. **Vasila Karimova.** Salomatlik psixologiyasi. –T.: 2005.
4. **Визел Т.Г.** Основы нейропсихологии. –М.: 2000.
5. **Гелмут К., Дженифер Б.** Гипнотерапия. –М.: 2002. (пер. с нем.).
6. **Джудит Тодд. Артур К. Богарт.** Основы клинической и консультативной психологии. / Пер с англ. СПБ 2001.
7. **Davletshin M.G.** Umumiy psixologiya (ma'ruzalar to'plami). – T.: TDPU. 2000.
8. **Ибадуллаев З.Р.** Межполушарная функционная асимметрия и нейропсихологические синдромы при церебральных инсультах, пути их коррекции. Дис. докт. мед. наук. –Т.: 2005.
9. **Ibodullayev Z.R.** O'zbekistonda neyropsixologiya fanining kechasi, buguni va istiqboli. Nevrologiya jurnali. 2005. № 3. 108–109 b.
10. **Ibodullaev Z.R.** Tibbiyot psixologiyasi. –T.: 2008, 378 b.
11. **Ibodullaev Z.R.** O'zbekistonda tibbiyot psixologiyasini o'qitish konsepsiyasi. Patologiya jurnali, 2009. №.1, 31-33 b.
12. **Karimova V.M., Akramova F.** Psixologiya (ma'ruzalar to'plami). – T.: 2000.
13. **Karimova V.M.** Psixologiya. – T.: 2004.
14. **Лурия А.Р.** Основы нейропсихологии. – М.: 2004.
15. **Мажидов Н.М.** О нервной системе в трудах Абу Али ибн Сино. / Журнал неврология. 2001. 1. 2-3 с.
16. **Мументалер М.** Дифференциальный диагноз в неврологии (пер. с нем.) –М.: 2008.
17. **Olimov X.O., Olimov U.X.** Psixiatriya klinikasining muqaddimasi. – T.: 1997.
18. **Солсо К.** Когнитивная психология. –М.: 2002.
19. **To'laganova G.K.** Tarbiyasi qiyin o'smirlar. Monografiya. –T.: 2005.
20. **Хомская Э.Д.** Нейропсихология. СПб.: Питер 2005. 496 с.
21. **Xo'jaeva N.I., Shoyusupova A.U.** Psixiatriya. Toshkent. O'quv adabiyoti. 1995.
22. **Shoumarov G'.B.** Oila psixologiyasi. O'quv qo'llanma. –T.: 2000.
23. **Shoumarov G'.B.** 1001 savolga psixologning 1001 javobi. –T.: 2000.
24. **Ergashev Sh.B.** Abu Ali Ibn Sino buyuk merosi va zamonaviy fan yutuqlari. –T.: 2000.
25. **Qodirov A.A.** Tibbiyot tarixi. –T.: 1994.
26. **Qosimov E.Y.** Shifokorning nutq madaniyati va bemor bilan muloqot san'ati. –T.: 2001.
27. **Qodirov B.R.** Kern-Yirasek metodikasi. Metodik qo'llanma. –T.: 1999.
28. **G'oziev E.G'.** Tafakkur psixologiyasi. –T.: 1990.
29. **G'oziev E.G'.** Umumiy psixologiya. Darslik. –T.: 2002.

MUNDARIJA

IKKINCHI NASHRIGA SO'Z BOSHI.....3

I bob. TIBBIYOT PSIXOLOGIYASI FANI, VAZIFALARI VA QISQACHA TARIXI, MIYA VA RUHIY JARAYONLAR

1.1 . Fan haqida tushuncha.....5
1.2. Tibbiyot psixologiyasining qisqacha tarixi.....7
1.3. Bola ruhiyati shakllanishining asosiy bosqichlari.....25
1.4. Giperaktiv sindrom.....26
1.5. Oliy nerv faoliyati va psixofiziologik jarayonlarning shakllanish bosqichlari.....29
1.6. Miyaning funksional sistemasi.....41

II bob. NEYROPSIXOLOGIYA ASOSLARI

2.1. Neyropsixologiya fani haqida tushuncha va uning qisqacha tarixi.....50
2.2. Neyropsixologik sindromlar.....53

III bob. SEZGI VA IDROK

3.1. Umumiy ma'lumotlar.....78
3.2. Sezgi va idrokning fiziologik mexanizmlari.....80
3.3. Sezgi va idrokning buzilishi.....85

IV bob. DIQQAT VA XOTIRA

4.1. Diqqat haqida tushuncha.....91
4.2. Diqqatning fiziologik mexanizmlari.....92
4.3. Diqqatning buzilishi.....92
4.4. Xotira haqida tushuncha.....95
4.5. Xotira mexanizmlari.....101
4.6. Eslab qolish.....104
4.7. Esda saqlash va qayta esga tushirish.....109
4.8. Xotira patologiyasi.....110
4.9. Diqqat va xotirani tekshirish usullari.....112

V bob. TAFAKKUR

5.1. Umumiy ta'rif.....119
5.2. Tafakkurning buzilishi.....121
5.3. Tafakkurni tekshirish usullari.....123

VI bob. HISSIYOT

6.1. Umumiy ta'rif....128
6.2. Hissiyotning fiziologik mexanizmlari....132
6.3. Hissiyot patologiyasi....141

VII bob. ONG VA ONGSIZLIK

7.1. Umumiy tushuncha....144
7.2. Ong patologiyasi....146
7.3. Ongsizlik....149
7.4. Freyddan keyingi psixoanaliz....154

VIII bob. SHAXS. TEMPERAMENT. XARAKTER

8.1. Shaxs haqida tushuncha....157
8.2.Shaxs ti plari....163
8.3. Shaxsni tekshirish usullari....173
8.4.Temperament vauning ti plari....174
8.5. Xarakter....177

IX bob. PSIXOGIGIYENA, PSIXOPROFILAKTIKA VA DEONTOLOGIYA ASOSLARI

9.1. Psixogigiyena....180
9.2. Psixoprofilaktika....186
9.3. Deontologiya asoslari....186

X bob. PSEVDONEVROLOGIK VA PSIXOSOMATIK SINDROMLAR

10.1. Umumiy tushuncha....194
10.2. Psevdonevrologik sindromlar....195
10.3. Psixosomatik sindromlar....214

XI bob. SEKSUAL BUZILISHLAR PSIXOLOGIYASI

11.1. Jinsiy a'zolar haqida umumiy ma'lumot....240
11.2. Erkaklarda uchraydigan seksual buzilishlar....245
11.3. Ayollarda uchraydigan seksual buzilishlar....257
11.4. Disgamiya....260
11.5. Jinsiy yaqinlik paytida kuzatiladigan seksual buzilishlar....262

XII bob. TERIDA KUZATILADIGAN PATOLOGIK O'ZGARISHLAR

12.1. Umumiy ma'lumotlar.....264
12.2.Teri giperesteziyasi.....267

XIII bob. NEVROZLAR VA DEPRESSIYA

13.1. Nevrozlar.....271
13.2. Depressiya.....281

XIV bob. ASAB SISTEMASI KASALLIKLARIDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

14.1. Miya insultlarida bemorlar psixologiyasi.....296
14.2. Bosh miya jarohatlarida bemorlar psixologiyasi.....306
14.3. Meningit va meningoensefalit o'tkazgan bemorlar psixologiyasi.....311
14.4. Epilepsiya va tutqanoq sindromlarida bemorlar psixologiyasi.....324

XV bob. ALKOGOLIZM VA GIYOHVANDLIKDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

15.1. Alkogolizmda bemorlar psixologiyasi.....341
15.2. Giyohvandlikda bemorlar psixologiyasi.....344

XVI bob. JARROHLIK AMALIYOTIDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

16.1. Jarroh va bemor orasidagi psixologik munosabatlar.....350
16.2. Bemorni operatsiyaga tayyorlash.....311

XVII bob. AKUSHERLIKDA VA GINEKOLOGIK KASALLIKLARDA BEMORLAR PSIXOLOGIYaSI

17.1. Tug'ruqdan so'ng kuzatiladigan ruhiy o'zgarishlar.....362
17.2. Ginekologik operatsiyalardan so'ng kuzatiladigan ruhiy-hissiy buzilishlar.....364
17.3. Abortdan so'ng kuzatiladigan ruhiy-hissiy buzilishlar.....364
17.4. Hayz buzilishlarida ayollar psixologiyasi.....365
17.5. Hayz oldi sindromi.....360
17.6. Klimakterik davrda psixologik o'zgarishlar.....367

XVIII bob. ONKOLOGIK KASALLIKLARDA BEMORLAR PSIXOLOGIYaSI

18.1. Umumiy ma'lumotlar.....377
18.2. Onkologik kasalliklarda ruhiy-hissiy buzilishlarning sabablari.....379
18.3. Onkologik bemorlarda ruhiy-hissiy buzilishlarning klinik ko'rinishi.....381

XIX bob. PSIXODIAGNOSTIKA. PSIXOLOGLAR TESTLAR

19.1. Depressiyani aniqlash va baholash.....385
19.2. Xavotirni aniqlash va baholash uchun testlar.....394
19.3. Shaxs xususiyatlarini aniqlash va baholash uchun Ayzenk shkalasi.....400

XX bob. PSIXOTERAPIYA VA PSIXOFARMOKOTERAPIYA

20.1. Psixoterapiya.....406
20.2. Psixofarmokoterapiya.....410

XXI bob. BEMORLAR PSIXOLOGIYASINI TEKSHIRISHNING UMUMIY QONUN-QOIDALARI

Umumiy ma'lumotlar.....423
Xulosa.....430
Xotima.....430
Atamalar izohi.....431
Atamalar ko'rsatkichlari.....440
Foydalanilgan adabiyotlar.....443

ZARIFBOY IBODULLAYEV

TIBBIYOT PSIXOLIGIYASI

Oliy o'quv yurtlari uchun darslik

Muharrir ***Xudoyberdi Po'latxo'jayev***
Badiiy muharrir ***Yasharbek Rahimov***
Texnik muharrir ***Yelena Tolochko***
Kompyuterda sahifalovchi ***Munisa Ismoilova***

Litsenziya raqami AI № 163. Bosishga ruxsat etildi 25.07.2012. Bichimi 60×84 1/16. Tayms TAD garniturasi. Shartli b.t. 26,04. Nashr b.t. 25,18. Shartnoma № 39–2012. 500 nusxada. Buyurtma № T-31-5.

O'zbekiston Matbuot va axborot agentligining Cho'lpon nomidagi nashriyot-matbaa ijodiy uyi. 100129, Toshkent. Navoiy ko'chasi, 30.

«TAFAKKUR-BO'STONI» MCHJ bosmaxonasida chop etildi. Toshkent shahar, Chilonzor ko'chasi.

20976-00 88.4 A 442

Cho'lpon nomidagi
nashriyot-matbaa ijodiy uyi

ISBN 978-9943-05-510-0
9 789943 055100