

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA
O‘RTA MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI**

Zarifboy IBODULLAYEV

TIBBIYOT PSIXOLOGIYASI

*O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta‘lim vazirligi
tomonidan tibbiyot oliy o‘quv yurtlari talabalari uchun
darslik sifatida tavsiya etilgan*

To‘ldirilgan va qayta ishlangan 3-nashri

Toshkent – 2019

Taqrizchilar:

G.B. Shoumarov, *psixologiya fanlari doktori, professor*

V.K. Abdullayeva, *tibbiyot fanlari doktori, professor*

I.A. Kilichev, *tibbiyot fanlari doktori, professor*

Mazkur kitob tibbiyot institutlarida «Tibbiyot psixologiyasi» fani-
ni bakalavr bosqichi talabalariga o'qitish uchun mo'ljallangan. Darslik
O'zbekiston Respublikasi DTS va fan dasturi talablari asosida hamda
zamonaviy ilm-fan yutuqlaridan foydalanib tayyorlangan.

Darslikdan tibbiy amaliyotda faoliyat ko'rsatayotgan tibbiy psixolog
va psixoterapevt, neyropsixolog, psixiatr, psixonevrolog, nevropatolog,
terapevt, shuningdek, ushbu sohaga qiziquvchi ilmiy xodimlar ham
foydalanishlari mumkin.

This manual is aimed to teach the subject of "Medical psychology"
for bachelors of medical universities. The manual has been written
on the basis of modern scientific research achievements according to
requirements of the Uzbekistan Republic's SES and the program.

Practical Medical psychologists and psychotheraputists, neuropathologists, neuropsychologists, psychiatrists as well as interested in this field researchers may use this manual.

MUNDARIJA

Qisqartmalar	11
Soʻz boshi	13
Preface	16

1-bob. Tibbiyot psixologiyasi fani, vazifalari va qisqacha tarixi. Miya va ruhiyat muammolari

1.1. Fan haqida tushuncha	19
1.2. Tibbiyot psixologiyasi tarixi	20
1.3. Tibbiy psixologiyami yoki klinik psixologiya?	37
1.4. Oliy nerv faoliyati va psixofiziologik jarayonlarning rivojlanish bosqichlari	39
1.5. Miyaning funksional sistemasi	46

2-bob. Umumiy tibbiyot psixologiyasi

2.1. Sezgi va idrok	52
2.2. Diqqat	63
2.3. Xotira	75
2.4. Tafakkur	93
2.5. Hissiyot va stress	100
2.6. Ong	107
2.7. Ongsizlik va psixoanaliz taʼlimoti	111
2.8. Shaxs, temperament va xarakter	119
2.9. Psixogigiyena, psixoprofilaktika va deontologiya	137

3-bob. Neyropsixologiya asoslari

3.1. Neyropsixologiya tarixi	147
3.2. Neyropsixologiya fani haqida tushuncha	149
3.3. Bosh miya katta yarim sharlari poʻstlogʻi	151
3.4. Miyaning funksional bloklari	153
3.5. Ensa boʻlagi funksional anatomiyasi va zararlanish sindromlari	156
3.6. Tepa boʻlagi funksional anatomiyasi va zararlanish sindromlari	162
3.7. Chakka boʻlagi funksional anatomiyasi va zararlanish sindromlari ...	163
3.8. Peshona boʻlagi funksional anatomiyasi va zararlanish sindromlari ..	166

3.9. Afaziya	174
3.10. Agrafiya	183
3.11. Apraksiya	185
3.12. Demensiya	188

4-bob. Bolalik davri psixologiyasi

4.1. Bola ruhiyati shakllanishining asosiy bosqichlari	193
4.2. Giperaktiv sindrom	195
4.3. "Zamonaviy Maugli" sindromi	197

5-bob. Psixosomatik tibbiyot asoslari

5.1. Psixogen bosh og'riq	205
5.2. Psixogen bosh aylanishi	211
5.3. Psixogen nevrалgiyalar	215
5.4. Psixogen giperesteziya.....	218
5.5. Psixogen kardialgiya	221
5.6. Yurak ritmining psixogen buzilishlari	223
5.7. Psixogen artralgiyalar	224
5.8. Neyrorespirator sindrom	228
5.9. Gastrointestinal buzilishlar	235
5.10. Ta'sirlangan ichak sindromi	241
5.11. Surunkali charchash sindromi	244
5.12. Psevdurologik sindromlar	246
5.13. Seksual buzilishlar psixologiyasi	249
5.14. Psevddermatologik sindromlar	266

6-bob. Asab kasalliklarida bemorlar psixologiyasi

6.1. Miya insultida bemorlar psixologiyasi	272
6.2. Kranioserebral jarohatlarda bemorlar psixologiyasi	278
6.3. Meningit va meningoensefalitlarda bemorlar psixologiyasi	282
6.4. Epilepsiyada bemorlar psixologiyasi	286
6.5. Nevroz va reaktiv buzilishlar	292
6.6. Vegetativ distoniya sindromi	307
6.7. Vegetativ krizlar	315

6.8. Yuzning psixogen og'riqlari	318
6.9. Bezovta oyoqlar sindromi	319
6.10. Uyqu buzilishlari	324
6.11. Stupor	331

7-bob. Depressiya va affektiv buzilishlar

7.1. Umumiy ma'lumotlar	334
7.2. Etiologiyasi va patogenezi	335
7.3. Depressiyaning xalqaro tasnifi	337
7.4. Klinik turlari va tashxis qo'yish tartibi	337
7.5. Davolash usullari va profilaktikasi	343

8-bob. Suitsid sabablari va profilaktikasi

8.1. Umumiy ma'lumotlar	355
8.2. Suitsid profilaktikasi	362

**9-bob. Jarrohlik amaliyotida
bemorlar psixologiyasi**

9.1. Jarroh va bemor orasidagi psixologik munosabatlar	366
9.2. Bemorni operatsiyaga tayyorlash	372

**10-bob. Akusherlikda va ginekologik kasalliklarda
bemorlar psixologiyasi**

10.1. Tug'ruqdan so'ng kuzatiladigan ruhiy o'zgarishlar	377
10.2. Ginekologik operatsiyalardan so'ng kuzatiladigan psixoemotsional buzilishlar	378
10.3. Abortdan so'ng kuzatiladigan psixoemotsional buzilishlar	379
10.4. Hayz buzilishida ayollar psixologiyasi	380
10.5. Klimakterik sindrom	381

11-bob. Onkologik kasalliklarda bemorlar psixologiyasi

11.1. Umumiy ma'lumotlar	389
11.2. Onkologik bemorlarda psixoemotsional buzilishlar	392

**12-bob. Alkogolizm va giyohvandlikda
bemorlar psixologiyasi**

12.1. Alkogolizm da bemorlar psixologiyasi	396
12.2. Ensefalopatiya	400
12.3. Abstinent sindrom	400
12.4. Giyohvandlikda bemorlar psixologiyasi	401

13-bob. Tibbiyotda psixodiagnostika

13.1. Tibbiy-psixologik tekshiruvlar o'tkazishning umumiy qonun-qoidalari	407
13.2. Psixologik testlar	411

**14-bob. Psixoterapiya va
psixofarmakoterapiya**

14.1. Psixoterapiya	439
14.2. Neyromediatorlar va sinaptik o'tkazishlar	451
14.3. Psixofarmakoterapiya	454
14.3.1. Antidepressantlar	455
14.3.2. Trankvilizatorlar	463
14.3.3. Neyroleptiklar	469
14.3.4. Sedativ dorilar	476
14.3.5. Nootroplar	478
14.3.6. Psixostimulyatorlar	482
Adabiyotlar ro'yxati	488
Atamalar tahlili	492

CONTENTS

Abbreviations	11
Preface	16

Chapter 1. Subject of medical psychology, tasks and brief history. **The brain and psychological problems**

1.1. Concept about the subject	19
1.2. History of the medical psychology	20
1.3. Medical psychology or clinical psychology?	37
1.4. Higher nervous activity and developing stages of psychophysiological processes	39
1.5. Functional system of the brain	46

Chapter 2. General medical psychology

2.1. The sense and the perception	52
2.2. Attention	63
2.3. Memory	75
2.4. Thought	93
2.5. Emotion and stress	100
2.6. Conscious	107
2.7. Theory of subconsciousness and psychoanalysis	111
2.8. Person, temperament and character	119
2.9. Psychohygiene, psychoprophylaxis and deontology	137

Chapter 3. Bases of neuropsychology

3.1. History of neuropsychology	147
3.2. Concept about the neuropsychology	149
3.3. Cortex of cerebral hemispheres	151
3.4. Functional blocks of the brain	153
3.5. Functional anatomy of the occipital lobe and syndromes of lesions	156
3.6. Functional anatomy of the parietal lobe and syndromes of lesion	162
3.7. Functional anatomy of the temporal lobe and syndromes of lesion	163
3.8. Functional anatomy of the frontal lobe and syndromes of lesion	166
3.9. Aphasia	174

3.10. Agraphia	183
3.11. Apraxia	185
3.12. Dementia	188

**Chapter 4. Psychology of the
childhood period**

4.1. Basic stages of child's spirit (psychology) formation	193
4.2. Hyperactivity syndrome	195
4.3. "Modern Mowgli" syndrome	197

Chapter 5. Basis of psychosomatic syndrome

5.1. Psychogenic headache	205
5.2. Psychogenic dizziness	211
5.3. Psychogenic neuralgias	215
5.4. Psychogenic hyperesthesia	218
5.5. Psychogenic cardialgia	221
5.6. Psychogenic disorders of the heart rythm	223
5.7. Psychogenic arthralgia	224
5.8. Neurorespirator syndrome	228
5.9. Gastrointestinal disorders	235
5.10. Irritable bowel syndrome	241
5.11. Chronic fatigue syndrome	244
5.12. Pseudourologic syndromes	246
5.13. Psychology of sexual disorders	249
5.14. Pseudodermatological syndromes	266

**Chapter 6. Psychology of patients
in neurological diseases**

6.1. Psychology of patients in the strokes	272
6.2. Psychology of patients in craneocerbral traumas	278
6.3. Psychology of patients in meningitis and meningoencephalitis	282
6.4. Psychology of patients in Epilepsy	286
6.5. Neurosis and reactive disorders	292
6.6. Vegetative dystonia syndrome	307
6.7. Vegetative crisis	315
6.8. Psychogenetic pains of the face	318

6.9. Restless legs syndrome	319
6.10. Sleep Disorders	324
6.11. Stupor	331

Chapter 7. Depression and affective disorders

7.1. General information	334
7.2. Etiology and pathogenesis	335
7.3. International classification	337
7.4. Clinical types and forms of making diagnosis	337
7.5. Prophylaxis and treatment methods	343

Chapter 8. Suicide reasons and prevention

8.1. General information	355
8.2. Prevention of the Suicide	362

**Chapter 9. Psychology of patients
in surgical practice**

9.1. Psychological relations between the surgeon and patient	366
9.2. Preparation of the patient to the operation	372

**Chapter 10. Psychology of patients
in obstetrics and gynecology**

10.1. Postnatal psychological changes	377
10.2. Psychoemotional disorders after gynecological operations	378
10.3. Psychoemotional disorders after abortion	379
10.4. Women's psychology in menstrual disorders	380
10.5. Climacteric syndrome	381

**Chapter 11. Psychology of the patients
in oncological diseases**

11.1. General information	389
11.2. Psychoemotional disorders in oncological diseases	392

**Chapter 12. Psychology of the patients
in alcoholism and addiction**

12.1. Psychology of patients in alcoholism	396
12.2. Encephalopathy	400
12.3. Abstinental syndrome	400
12.4. Psychology of patients in addiction	401

Chapter 13. Psychodiagnostics in medicine

13.1. General rules of medical psychological status examination	407
13.2. Psychological tests	411

**Chapter 14. Psychotherapy and
Psychopharmacotherapy**

14.1. Psychotherapy	439
14.2. Neurotransmitters and synaptic transmission.....	451
14.3. Psychopharmacotherapy	454
14.3.1. Antidepressants	455
14.3.2. Tranquilizers	463
14.3.3. Neuroleptics	469
14.3.4. Sedative drugs.....	476
14.3.5. Nootropes	478
14.3.6. Psychostimulators	482
Bibliography	488
Defination of the terms	492

QISQARTMALAR

- AKTG – adrenokortikotrop gormon
- AMA – afferent motor afaziya
- AQB – arterial qon bosim
- BOS – bezovta oyoqlar sindromi
- VDS – vegetativ distoniya sindromi
- VNS – vegetativ nerv sistemasi
- DA – dinamik afaziya
- JSST – jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
- IKG – intrakranial gipertenziya
- KXT – kasalliklarning xalqaro tasnifi
- KSJ – kranioserebral jarohat
- QD – qandli diabet
- LRK – limbiko-retikulyar kompleks
- MMSE – Mini-Mental State Examination
- MAO – monoaminooksidaza
- MNS – markaziy nerv sistemasi
- MRA – magnitli-rezonans angiografiya
- MRT – magnitli-rezonans tomografiya
- MSKT – multispiral kompyuter tomografiya
- NRS – neyrorespirator sindrom
- OITS – orttirilgan immun tanqisligi sindromi
- ORF – oliy ruhiy funksiyalar
- PBA – psixogen bosh aylanishi
- PBO – psixogen bosh og‘riq
- PND – psixonevrologik dispanser
- PNS – periferik nerv sistemasi
- RF – retikulyar formatsiya
- RX – reaktiv xavotir
- SA – sensor afaziya
- SemA – semantik afaziya
- TIS – ta’sirlangan ichak sindromi
- TMS – transkraniyal magnit stimulyatsiya
- TPO – temporo-parieto-oksipital
- TXB – tarqalgan xavotirli buzilishlar
- UAV – umumiy amaliyot vrachi
- UTT – ultratovush tekshiruvlari

O'YaSh – o'ng yarim shar
fMRT – funksional MRT
ChYaSh – chap yarim shar
ShX – shaxsiy xavotir
EMA – efferent motor afaziya
EEG – elektroensefalografiya
YuIK – yurak ishemik kasalligi

SO'ZBOSHI

Vujud ruh amriga vojibdir.

Abu Ali ibn Sino

O'zbekiston Respublikasida so'nggi yillarda tibbiyot psixologiyasi, psixosomatik tibbiyot va psixoterapiyaga juda katta e'tibor qaratilmoqda. Sog'liqni saqlash tizimi uchun malakali tibbiy psixolog va psixoterapevtlarni tayyorlash eng dolzarb muammolardan biridir. Malakali kadrlarni tayyorlash uchun hozirgi zamon talablariga javob beradigan o'quv adabiyotlarini yaratish juda muhimdir.

Darslikning birinchi nashri 2008-yili chop etilib, "Eng yaxshi darslik" sovrinini qo'lga kiritdi. So'ngra 2009-yili darslikning to'ldirilgan va qayta ishlangan 2-nashri chop etildi. Bugungi kunga qadar tibbiyot va psixologiya sohasida sezilarli o'zgarishlar yuz berdi va bir qator ilmiy yangiliklar kirib keldi. Tibbiyot psixologiyasi va psixoterapiya bo'yicha oliy o'quv yurtlarida magistratura va klinik ordinatura yo'nalishlari faoliyat yuritmoqda, tibbiyot institutlarida klinik psixologiya fakultetlari ochilmoqda, davolash-profilaktika muassasalari uchun malakali kadrlar tayyorlash ham yo'lga qo'yilgan. Bu esa bakalavriatura bosqichidayoq tibbiyot psixologiyasi, psixosomatik tibbiyot va psixoterapiyani talabalarga mukammal o'rgatish zarurligini taqozo etadi.

Tibbiyot sohasining yetuk mutaxassislari "Har bir vrach psixolog bo'lishi kerak" iborasini bejizga takror-takror aytishmagan. Bunga shubha yo'q. Chunki har qanday kasallikda, avvalambor, inson psixologiyasi

o'zgaradi. Shunday ekan, bemor bilan suhbatga kirishayotgan vrach dastavval davolashni uning psixologiyasini o'rganishdan boshlashi lozim. Demak, vrach oldiga tashrif buyurgan bemorning nafaqat hayoti va kasallik tarixi, balki uning psixologik anamnezini ham o'rganish tashxis qo'yish va davolash jarayonining samarali kechishiga katta zamin yaratadi.

XX asrning 20-yillarida mashhur nemis psixiatri va psixologi Ernst Krechmer "Tibbiyot psixologiyasi psixiatriyaga yondosh bo'lsa-da, unga mustaqil fan sifatida qarash va o'qitish metodologiyasini ishlab chiqish zarur" degan fikrni ilgari suradi. Olim 1922-yili dastlabki "Tibbiyot psixologiyasi" darsligini yaratdi va shu yilning o'zidayoq Yevropaning deyarli barcha tibbiyot ta'lim dargohlarida alohida fan sifatida uni o'qitish yo'lga qo'yildi. Tayyorlangan kadrlar esa psixiatr va nevrologlar bilan bir qatorda turli klinikalarda mustaqil ravishda bemorlarni davolashga kirishdilar. Keyinchalik nafaqat psixogen, balki psixosomatik buzilishlarni korreksiya qilish tibbiy psixologlarning asosiy vazifalaridan biriga aylandi. Hozirda tibbiy psixolog faoliyat ko'rsatadigan asosiy davolash maskanlari – psixosomatik tibbiyot markazlari va klinikalaridir. Ular, shuningdek, somatik shifoxonalarda turli toifadagi bemorlarga tibbiy-psixologik yordam ko'rsatish bilan shug'ullanishadi. Aksariyat shoshilinch tibbiyot markazlarida "Tez tibbiy-psixologik yordam ko'rsatish" tizimi ham yo'lga qo'yilgan.

Ushbu darslikning 3-nashri 14 bobdan iborat bo'lib, bugungi kun talablari asosida tayyorlandi. Darslik so'nggi davr ilm-fan yutuqlari bilan boyitildi. O'zbekiston tajribasidan kelib chiqqan holda fanni o'qitish metodologiyasi ishlab chiqildi, turli kasalliklarda bemorlar psixologiyasi va tibbiy-psixologik yordam ko'rsatish tamoyillariga katta urg'u berildi. Talabalar tibbiyotning qaysi yo'nalishini egallashidan qat'iy nazar, ular turli toifadagi bemorlar bilan psixologik suhbat qurish va psixologik anamnez yig'ish qoidalarini bilishlari zarur. Darslikda ushbu mavzuga alohida e'tibor qaratilgan.

Psixosomatik tibbiyot asoslari alohida bob sifatida yoritildi. Tibbiyot psixologiyasining yirik yo'nalishi hisoblanmish neyropsixologiya fani asoslari bilan ham alohida bobda tanishishingiz mumkin, unda neyropsixologik sindromlar klinikasi va diagnostikasiga katta urg'u berildi. Psixodiagnostika bobi kengaytirilib, bemorning tibbiy-psixologik statusini tekshirish sxemasi, vrach amaliyotida

qo'llaniladigan yangi psixologik testlar qo'shib boyitildi va ularning interpretatsiyasi keltirildi.

Darslikning barcha boblarida talaba bilimni nazorat qilish uchun savollar to'plami mavjud. Darslikda o'zimiz va boshqa vrachlar kuzatgan hayotiy misollarning keltirilishi nafaqat bo'lajak tibbiy psixolog va psixoterapevtlarda, balki tibbiyotning boshqa sohasini tanlamoqchi bo'lgan talabalarda ham klinik-psixologik fikrlashni rivojlantiradi. Psixoterapiya va psixofarmakoterapiya bobiga kognitiv-bixevorial terapiya, geshtalterapiya, gipnoterapiya, ratsional psixoterapiya mavzulari kiritildi va, shuningdek, yangi dorilar haqida ma'lumotlar berilib, ularni qo'llash usullari ko'rsatib o'tildi.

Ushbu darslik bilan bog'liq fikr-mulohazalarni kutib qolamiz va keyingi nashrlarda e'tiborga olamiz.

Muallif

PREFACE

Body obeys to the spirit.

Abu Ali Ibn Sina. Avicenna

Recently in the Republic of Uzbekistan has been paid a great attention to medical psychology, psychosomatic medicine and psychotherapy. Preparation of experienced medical psychologists and psycho-therapeutics' for health care is one of the urgent problems.

Thus it is very important to create modern manuals to prepare skilfull professionals.

The 1st edition of this manual was published in 2008 got a prize nomination "The best manual" In 2009 re-edited and filled 2nd edition was published. So far have been significant changes in medicine and psychology. There are master courses and clinical residencies in higher educational institutions have been opening psychology faculties and set up preparation of experienced professionals for curative health facilities. This means that already in the bachelor courses we should teach thoroughly of students for medical psychology, psychosomatic medicine and psychotherapy. There is the reason that the leading specialists of medicine had said that "Each doctor must be a psychologist". No doubt for this. Because in each disease the human psychology changes first. Therefore before examining the patient doctor needs to study his psychology.

Meanwhile, the doctor should know about not only patient's disease history, but also psychological anamnesis, which in the future is able to inform to

make great opportunity to put diagnosis correctly and treat patient truly.

At the end of XX century Famous German psychiatrist and psychologist Ernst Krechmer led the idea of "In spite of medical psychology is near to psychiatry, it is necessary to see it as an independent subject and works out teaching methodology".

The scientist edited "Medical psychology" as a book in 1922 and at the same year in the all medical institutions of Europe began to teach as a special subject.

The prepared specialist began to treat patients in the different clinics similarly with psychiatrists and neurologists. Lately not only psychogenetic but also psychosomatic disorders correction had become as the main tasks of medical psychologists. Today the main treatment establishments for medical psychologists are psychosomatic medical centers and clinics. They practice and work in somatic clinics showing medical-psychological help to different patients. There are a lot of emergency medical centers with "emergency medical psychological help" system. This manual's 3rd edition consists of 14 chapters and prepared according to modern requirements. Manual is enriched with last scientific research achievements.

This manual has been worked out the methodology according to an experience of Uzbekistan and emphasized patients psychology and medical psychological to help strategies in different diseases. In spite of students choice of medical field, they must know making conversation with different patients and collecting psychological anamnesis rules. The manual reflects in this text especially. There are special chapters dedicated to the basis of psychosomatic medicine.

You may be acknowledged with medical psychology's great direction of neuropsychology in the special chapter, it emphasizes neuropsychological syndromes and diagnostics. The chapter of psychodiagnostics has been enlarged, the scheme of patient's medical psychological status, added new tests in doctors' practice and their interpretation. There are set questions to control students' knowledge in the manual.

Real life examples, personal and other doctors' observations and experiences help to develop clinical psychological students thinking

who want to choose as a further profession both medical psychologist, psychotherapeutics' and other fields.

In the chapter of psychotherapy and psychopharmacy has been introduced cognitive-behavioral therapy, Geshtalt therapy, hypnotherapy, rational psychotherapy themes as well as information about new drugs and their usage.

We kindly ask you your opinions about this manual and would use it in future editions.

Author

I BOB. TIBBIYOT PSIXOLOGIYASI FANI, VAZIFALARI VA QISQACHA TARIXI. MIYA VA RUHIYAT MUAMMOLARI

1.1. Fan haqida tushuncha

Tibbiyot psixologiyasi, tom ma'noda, bemor psixologiyasini o'rganuvchi fandır. Lekin bu ta'rif uning barcha imkoniyatlarini qamrab bera olmaydi, albatta. Chunki u sog'lom kishilarda kasallikni keltirib chiqaruvchi barcha tashqi va ichki omillarni o'rganadi hamda ularning sabablarini izlaydi. Tibbiyot psixologiyasi chegara bilmas, keng qamrovli fandır. U uzoq tarixga ega bo'lib, o'zining rivojlanish bosqichida bir nechta davrlarni bosib o'tdi.

Tibbiyot psixologiyasi quyidagi asosiy masalalarni o'rganadi: 1) bemor va tibbiyot xodimi shaxsi, ular orasidagi o'zaro munosabatlar; 2) psixoprofilaktika, psixogigiyena va deontologiya muammolari; 3) shifokor siri va etikasi; 4) yosh bilan bog'liq tibbiy-psixologik muammolar; 5) sezgi, idrok, diqqat, xotira, shaxs, xulq-atvor, temperament, stress, hissiyot, tafakkur, ong; 6) psixodiagnostika; 7) psixosomatik sindromlar; 8) turli kasalliklarda bemorlar psixologiyasi; 9) psixofarmakoterapiya; 10) psixoreabilitatsiya tamoyillari.

Tibbiyot psixologiyasini boshqa tibbiyot fanlaridan ajratib o'rganish xato bo'lur edi. Har qanday kasallik asosiy davolash choralaridan tashqari, bemorga ruhiy ta'sir qilishni ham taqozo etadi. Masalan, operatsiyaga tayyorlanayotgan bemorni jarroh yaxshi so'zlar bilan tinchlantirib, operatsiyaning muvaffaqiyatli o'tishi va undan so'ng sog'ayib, oyoqqa turib ketishiga ishontiradi. Operatsiyadan so'ng ham bemor bilan suhbatlashish, asosan, uning ruhini ko'tarish va asabini tinchlashtirishga yo'naltiriladi. Bu ish bilan albatta, jarrohning o'zi va boshqa tibbiyot xodimlari shug'ullanadi.

Homilador ayolning tug'ish paytidagi ruhiy holati, ayniqsa, alohida psixologik yondashuvni talab etadi. Qo'rquvdan to'lg'oqning qaytib ketish

hollari ham ko'p uchraydi. Tug'ayotgan ayoldagi qo'rquvni psixologik suhbatlar bilan tinchlantirib yo'qotish mumkin. Shu bois ham xorij davlatlarida tug'ishdan oldin ayolning tibbiy psixolog ko'rigidan o'tishi standartga kiritilgan. Yoki teri-tanosil kasalliklarini olaylik. Kuchli psixoemotsional stressdan so'ng terida paydo bo'ladigan qichimalarni kuchli gormonal surtmalarni ishlatib ham yo'qotib bo'lmaydi. Lekin platseboterapiya va psixo-terapiya usullarini qo'llab, bemorni oylab, ba'zan yillab qiynab kelayotgan qichima dardidan xalos etish mumkin.

Ma'lumki, qattiq ruhiy-hissiy zo'riqishdan so'ng qandli diabet, giper-toniya, miokard infarkti, insult kabi og'ir kasalliklar rivojlanadi. Hatto osh-qozon-ichak yarasi, qon kasalliklari ba'zan ruhiy zo'riqishlardan so'ng paydo bo'ladi. Har qanday kasallikda stress omili albatta bor. Demak, har bir vrach tibbiy psixologiya ilmini yaxshi egallagan bo'lishi kerak.

Bemorning ruhiyati sog'lom odamnikidan farq qiladi. Har kim betoblikka turlicha munosabatda bo'ladi. Kimdir qattiq siqiladi va o'z ahvolini o'zi og'irlashtiradi, boshqa birov tuzalishdan umidini uzib, taqdirga tan beradi, uchinchi esa sog'ayib ketishiga ishonadi. Bu, albatta, bemor shaxsiyati va temperamentiga ko'p jihatdan bog'liq. Demak, bemorni davolashga kirishayotgan har bir vrach uning qanday temperament (xolerik, sangvinik, melankolik, flegmatik) egasi ekanligi va qaysi shaxs tipiga mansubligiga e'tibor qaratishi lozim.

1.2. Tibbiyot psixologiyasi tarixi

Odamzot paydo bo'libdiki, turli kasalliklarga qarshi kurashib kelgan. Bemorni darddan xalos qilish uchun turli xil usullar o'ylab topilgan. Qadimda bemorlarni davolashda giyohlarni ko'p qo'llashganini tarixiy manbalardan yaxshi bilamiz, lekin ruhiy ta'sir o'tkazish yo'li bilan davolash qachondan boshlanganligi bizga noma'lum. Shuni alohida ta'kidlash lozimki, hozirgacha nomi ma'lum bo'lgan deyarli barcha tabiblar bemorlarni davolashda ruhiy ta'sir qilish usullaridan unumli foydalanishgan. Ularning aksariyati birinchi tabib – organizmning o'zi va aynan organizm har qanday kasallikka qarshi kurashishi kerak, bizning vazifamiz esa unga yordam berishdir, deyishgan.

Qadimgi davr adabiyotiga nazar tashlaydigan bo'lsak, tibbiyot, falsafa va psixologiya fanlari 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 kuchlar manbaini inson miyasi bilan bog'lashgan.

Qadimgi Xorazm hududida miloddan avvalgi VI asrda bitilgan zardush-tiylarning muqaddas kitobi «**Avesto**»da tibbiyot va psixologiyaga oid muhim ma'lumotlar keltirilgan.

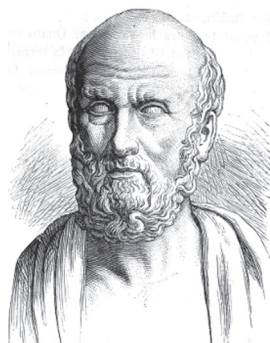
«Avesto» uch kitobdan iborat bo'lib, uning birinchi kitobida («Vendit») tibbiyotga oid ma'lumotlar berilgan. Bundan deyarli 2400 yil oldin bitilgan ushbu kitobdagi ma'lumotlar hozirgi davrning har qanday olimi-ni hayratga soladi. Unda jismoniy va ruhiy poklanish haqidagi qonunlar majmuasi keltirilgan. «Avesto» kitobida biz ko'rish, eshitish, hid va ta'm bilish markazlari miyada joylashgan, degan fikrlarni uchratamiz. Kitobda «Hayot markazi» suyak iligida bo'ladi deyiladi. Shuningdek, kitobda odam anatomiyasi va fiziologiyasiga oid juda qiziqarli ma'lumotlar keltirilgan, in-son salomatligini saqlash yo'llari yoritilgan.



1.1-rasm. Xorazmda Avesto bog'ida o'rnatilgan yodgorlik.

«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 ta'kidlanadi. Kitobda gigiyena, profilaktika, ozoda yurish, yomon narsalarga yaqinlashmaslik, toza havoda sayr qilish, sifatli ovqatlar tanovul qilish va toza ichimlik suvi ichish haqida ham ko'plab ma'lumotlar beriladi. Shuningdek, yoshlar jismoniy va ruhiy baquvvat bo'lishi uchun to'yib ovqatlanishi, yetarli darajada ovqatlanmaydigan xalqlarda kamquvvatlik holatlari kuzatilishiga ham alohida to'xtalib o'tilgan. Ko'rib tur-

ganingizdek, yurtimizda Gippokratdan deyarli 150 yil oldin tibbiyot va ruhiyatga oid ilmiy qarashlar juda yaxshi yoritilgan.



Gippokrat
(mil. avv. 460–377-yy.)

Miya va ruh orasidagi munosabatlarga oid qarashlari bilan mashhur bo'lgan tibbiyot fanining otasi **Gippokrat (Buqrot)** (mil. avv. 460–377-yillar) asarlari bugungi kungacha yetib kelgan. U odam anatomiyasi va fiziologiyasini chuqur o'rgandi, bosh miya tuzilishi bilan qiziqdi. Gippokrat odamlar xulq-atvorini kasallik kechishiga bog'lab o'rgandi va temperament haqida ta'limot yaratdi. Gippokrat odam temperamentini 4 tipga ajratdi: 1) **sangvinik** – harakatchan, xushchaqchaq, irodali odam, ularning organizmida qon ustunlik qiladi; 2) **xolerik** – jahldor, hissiyotga beriluvchan odam, ularda jigar o'ti ustunlik qiladi; 3) **flegmatik** – vazmin odam, ularning organizmida flegma (shilliq, xilt) ustun turadi; 4) **melanxolik** – irodasiz, tushkun kayfiyatda va tang ahvolda yuradigan odam. Ularning qonida melanoza (savdo, qora o't) ustunlik qiladi.

Gippokrat fikricha, sangviniklar kasallikka kam chalinishadi. Xolerik va melanxoliklar esa kasallikka moyil kishilardir. Mutafakkir «kasalliklar kechishi va bemorning sog'ayib ketishi temperamentga aloqador» deb hisoblagan. 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 xizmatlaridan biri – u vrach qasamyodini yaratganligidir.

Gippokrat qasamyodi: *«Tabib Apollon, Asklepiy, Hikiyeya va Panakeya hamda barcha xudolar nomi bilan va ularni guvohlikka olib quyidagilarni kuchim va idrokim boricha halol bajarishga qasamyod etaman va yozma ravishda va'da beraman: meni tabiblik san'atiga o'rgatgan insonni o'z ota-onam bilan barobar ko'raman, u bilan boyligimni bo'lishaman, agar u muhtoj bo'lib qolsa, yordam beraman, uning avlodini o'z aka-ukalarimdek 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*

odamga 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. Men qaysi uyga kirmayin, u yerga hech qanday g'arazsiz va yomon niyatsiz, faqat bemor manfaatini ko'zlab qadam qo'ymayman, 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 tantanali ravishda qabul qilishadi. Bu qasamyod vrachni o'z kasbini sevish va ulug'lashga, bemor va hamkasblarini hurmat qilishga, o'z ilmini faqat odamlar salomatligi yo'lida sarflashga, yomon maqsadlarda qo'llamaslikka chorlaydi.

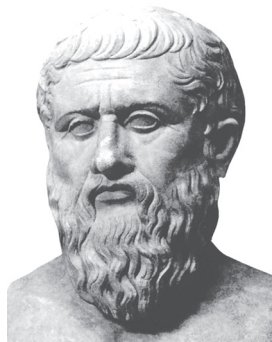
Ma'lumki, vrach qanchalik urinmasin, davosi qiyin kechadigan kasalliklar bor. Bunday paytlarda vrach ruhan va jismonan charchaydi, bemor tuzalmaganidan aziyat chekadi. Ba'zan bemor va uning yaqinlari tomonidan dashnomlar eshitadi. Bu haqda Gippokrat shunday degan: «Tibbiyot asosan tinchlantiradi, ba'zan davolaydi va juda kam hollarda darddan butunlay xalos etadi». Demak, barcha bemorlarni ko'ngildagidek davolash qiyin. Gippokratning bu so'zlarida tushkunlik kayfiyati 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 o'jiz.

Gippokrat bir qator asab va ruhiy kasalliklar haqida risolalar yozib qoldirgan. U isterik kasalliklarni chuqur bilimdonlik bilan o'rgandi va ularni davolash yo'llarini ishlab chiqdi. Gippokrat bemorni davolashda sog'lom turmush tarzi va to'g'ri ovqatlanishga qattiq rioya qilish kerakligini aytgan, kasallikning sababini aniqlab, uni bartaraf qilishga intilgan.

Gippokratning tibbiyotga oid ba'zi ko'rsatmalarini keltirib o'tamiz: 1) jismoniy mehnat mushak va a'zolar uchun oziqdir; 2) fikrlash kishi ruhini tetiklashtiradi; 3) bemorga yordam berishni eplay olmasang,

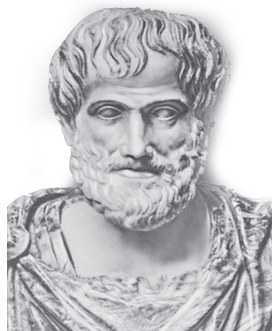
unga ziyon keltirma; 4) me'yordan ko'p ovqatlanish kishi salomatligiga ziyon keltiradi; 5) bemorning ruhi tushmagan va ishtahasi saqlangan bo'lishi tuzalish uchun yaxshi alomatdir; 6) odam tanasida kasallik bilan kurashuvchi kuch bor, tabibning vazifasi esa o'sha kuchni faollashtirishdan iborat; 7) bemorga beriladigan dorilar hadeb o'zgartirilmasligi kerak, faqat zaruratga qarab davolash muolajasi o'zgartirilsin; 8) tabiatda doimo ikki qarama-qarshi kuch bo'ladi, qarama-qarshilikni qarama-qarshilik bilan davolash kerak; 9) tabib yuksak darajada axloqli, jonkuyar, ozoda va xush ko'rinishga ega bo'lishi lozim; 10) tabib o'z bilim va mahoratini doimo oshirib borishi va bemorlar hurmatiga sazovor bo'lishi kerak.

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



Platon
(mil. avv. 430–348-yy.)

Platon (Aflotun) (mil. avv. 430–348-yy.) «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 va hayvonlar uchun xos», degan.



Aristotel
(mil. avv. 384–322-yy.)

Aristotel (Arastu) (mil. avv. 384–322-yillar) miya, ruh va tana munosabatlariga oid bir qancha fikrlar bildirgan. U Platonning shogirdi. Aristotel jonning 3 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, himoyalaniшни tushungan. Aristotel «Ongli jon faqat odam uchun xos bo'lib, unda jonning uch turi ham mavjud», deydi. Uning fikricha, odam jonning uch turiga ega bo'lganligi bilan ham o'simlik va hayvonlardan farq qiladi. Aristotel o'z asarlarida «his-tuyg'ular», «xotira», «sezgi» kabi tushunchalardan keng foydalanган.

Rimlik mutafakkir **Klavdiy Galen** (mil. avv. 129–201-yy.) ruhning fiziologik mexanizmlarini ilmiy tadqiqotlariga asoslanib o'rgandi. U ham ruhiy faoliyatning bosh miya bilan bog'liqligi haqidagi fikrni ilgari surdi. Galen hissiyot, xotira, sezgi va diqqat odam ongi, ruhi tomonidan idora qilinadi, deb ta'kidlaydi. U hayvonlarda

miyaga boruvchi sezgi tolalarini kesib ko'rib, ularning harakatini tekshirdi. Shu maqsadda dorivor moddalarni ham ishlatdi. Shuningdek, Galen jinsiy aloqaning asab sistemasiga ijobiy 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 va ixtiyorsiz harakatlar to'g'risidagi hamda temperamentga oid fikrlarni ilgari surdi.

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, ularni oldini olish kabi bilimlar rivojlana boshladi. Bu davrda tibbiyot psixologiyasi poydevori yaratilishi boshlandi, desak mubolag'a qilmagan bo'lamiz. Bag'doddagi tibbiyot muassasalari butun dunyoda tan olinib, Yevropada ham katta shuhrat qozondi.

Eronda tavallud topgan mashhur mutafakkir **Abu Bakr ar-Roziy** (865–925-yy.) 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 bemorga berishdan oldin hayvonlarda sinab ko'rgan. Roziy bemorlarni davolashda ruhiy ta'sir qilish bilan birga parhezga ham katta e'tibor qaratgan. U mizoj, falajlik, jinsiy aloqa, gigiyenik tadbirlar va dorishunoslik haqida ko'p risolalar bitgan. Ularning ba'zilar G'arb tillariga tarjima qilinib, u yerda bir necha asrlar o'qitib kelingan. 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 sabablari va oqibatlarini o'rgangan. Shu tariqa tibbiy profilaktika va psixogigiyena fanlariga asos solgan. U vrach burchi, tibbiy maslahatlar haqida ham o'z fikrlarini yozib qoldirgan.



Klavdiy Galen
(mil. avv. 129–201-yy.)



Abu bakr ar-Roziy
(865–925-yy.)



Abu Ali ibn Sino
(980–1037-yy.)

Sharqda yashab ijod qilgan tabiblar hayoti va ijodini atoqli tarixchi olim, professor Asadulla Qodirov «Tibbiyot tarixi» kitobida batafsil yoritgan. U oʻz asarida Sharq va Gʻarb olimlarining fikrlarini bir-biri bilan taqqoslaydi, klassik fikrlarni hozirgi zamon tibbiyoti bilan solishtirib oʻrganadi. Olim ayniqsa, buyuk mutafakkir **Abu Ali ibn Sino** (980–1037) hayoti va faoliyati haqida juda katta tahliliy maʼlumotlar keltirgan.

Abu Ali 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 dasturulamal boʻlib xizmat qilgan. Ibn Sinoning ahvoli ogʻir bemorlarni davolashda ishlatgan turli xil usullari (giyohlar bilan davolash, ruhiy taʼsir qilish) afsonaga aylangan. Aslida bular afsonaga aylangan haqiqatdir.

Zigmund Freyd nevrozga uchragan bemorlarni davolashda Ibn Sino usulidan foydalangan boʻlsa, ajab emas. U bemorlarga nafaqat kasallik bilan bogʻliq boʻlgan, balki shaxsiy hayotidagi muammolarni ham soʻzlatib, bemorlarda psixologik katarsisni (ruhiy poklanish) yuzaga keltirgan. Birorta ham siri qolmay, barcha dardini soʻzlagan bemor ruhan ancha yengillashib, baʼzi hollarda butunlay tuzalib ham ketgan.

Ibn Sino har bir bemorni davolashdan oldin uni diqqat bilan oʻrganish, oilasi va yashash sharoiti bilan tanishish oʻta muhimligini uqtirgan. Uning bu fikrlari psixogigiyena fani vazifalariga oʻxshab ketadi. Ibn Sino asarlarida psixoprofilaktikaga oid ishlarni ham koʻp uchratamiz. Masalan, mutafakkir kasalliklarning oldini olishda tarbiyaga alohida urgʻu bergan. «Tarbiya erta bolalik davridan boshlanishi kerak», degan edi Ibn Sino. Shuningdek, u bolani qoʻrqoq, gʻamgin yoki juda erka qilib tarbiyalamaslik, ota-ona bola nimani xohlayotganini doimo sezishi va oʻsha narsani bolaga yetkazib berishga harakat qilishi, yomon narsalardan esa yiroqlashtirishlari zarurligini uqtirgan. Bu qoidalarga rioya qilish bolaning zehni oʻtkir, tanasi sogʻlom oʻsishini taʼminlashini taʼkidlab oʻtgan.

Ibn Sino bir qator kasalliklar kelib chiqishi asab tizimiga bogʻliq ekanligi, gʻazab, qoʻrquv, qattiq siqilishlar organizmni holsizlantirib, turli kasalliklarning yuzaga kelishiga sababchi boʻlishi haqida oʻz fikrlarini yozib qoldirgan. U quyidagi tajribani oʻtkazgan. Bitta qoʻyni oddiy sharoitda,

ikkinchisini esa qafasda saqlab, ikkalasini ham bir xil boqqan. Qafasdagi qo'ying atrofida bo'ri aylanib yurgan. Bir-ikki kundan so'ng atrofida bo'ri aylanib yurgan qafasdagi qo'y yem yemay qo'yadi va holdan to'yib o'ladi. Ibn Sino qo'ying 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 urishi o'zgarishlarini mufassal bayon qilgan.

Ibn Sino deontologiya muammolariga ham bag'ishlab ko'p risolalar bitgan. Uning «Kasallikni emas, kasalni davola», degan iborasi bor. Har qanday bemorni davolashda uning shaxsini e'tiborga olish kerak, deb yozgan edi u. 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 kasalliklar 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 tursa-da, bu so'zlar sinonim emas. «Mizoj» tushunchasini Xitoy, Yunoniston va Sharq olimlari asarlarida ko'p uchratamiz. 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) tushuniladi. Rutubatlar (gumoral) tushunchasini yunon hakimlari o'ylab topishgan. Bu tushunchaga asoslanib Gippokrat rutubatlar nazariyasini yaratdi va odamlarni to'rt toifaga ajratdi, ya'ni temperament haqida ta'limot dunyoga keladi.

Uzoq tarixga ega «mizoj» tushunchasi qadimda to'rtta unsur – yer, havo, suv va olov bilan bog'lab ham tushuntirilgan. *«Barcha jonzoqlar, shu jumladan, odam ham ana shu unsurlardan tashkil topgan, har bir unurning o'z xususiyati bor va o'sha xususiyatlar «mizoj» deb atalgan. Bundan kelib chiqib «issiq mizoj» va «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.Qodirov (2005) fikricha, bu vaziyat kasalliklar sababini tajriba yo'llari bilan o'rganishni orqaga surib yubordi. Yevropa olimlari bu nazariyalarning istiqbolsiz ekanligini payqab, XVII asrdayoq undan voz kehdilar 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 kabi olimlarning ishlarini aynan tajriba yo'li bilan isbotlab, katta yutuqlarga erishdilar.

Ibn Sino ba'zi odamlarning beixtiyor o'zlarida kasallik belgilarini paydo qilishi va undan aziyat chekib yurishlarini aytib o'tganligi olimlarda katta qiziqish uyg'otgan. Hozirgi zamonda nevrozning ayrim turlari mutafakkir aytgandek 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 boshqaradi va ruhiyat manbai hisoblanadi».

Ibn Sino risolalarida asab markazlari ichki a'zolardan maxsus uzun tolalar orqali ma'lumot olib turishi va ularning faoliyatini boshqarishi haqidagi ma'lumotlarni uchratamiz. Fikrimizcha, 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 «Xotira buzilishi bosh miyaning orqa qismi, tafakkur buzilishi miyaning o'rta qismi, idrok buzilishi esa miya qorinchalari zararlanishi bilan bog'liq», deb fikr yuritgan. U depressiya, epilepsiya, ong buzilishlari, gallyutsinatsiya, alahsirash, tafakkur va xotira buzilishlari haqida ko'p yozgan hamda ularning turlarini ajratib o'rgangan.

Sharqlik yana bir buyuk alloma **Ismoil Jurjoniy** (1042–1136) ham bizga katta meros qoldirdi. U Xorazmda yashab ijod qiladi va tibbiyotga oid bir qancha asarlar yozdi. Ulardan eng mashhurlari «Ibn Sino haqida soʻz», «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 qoʻyganlar. Bu kitob 10 qismdan iborat boʻlib, unda tibbiyot va bemorlar psixologiyasiga bagʻishlangan bir qancha fikrlar bayon qilingan.

Qadimgi Sharqda ilm-fan va tibbiyot gurkiragan boʻlsa, Yevropa mamlakatlari fanida turgʻunlik hukmron edi. Yevropa fanidagi turgʻunlik ayniqsa, V–XV asrlarga toʻgʻri kelgan (deyarli ming yil). XVI asrdan boshlab, Yevropada aniq fanlar rivojlana boshladi va tibbiyotda ham buyuk kashfiyotlar qilindi. Shuning uchun ham XVI–XVII asrlar Yevropada *Uygʻonish 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 oʻrganib, oʻzining dastlabki xulosalarini chop etadi va «Ruhii jarayonlar miya suyuqliklari boʻylab oqadi», degan fikrni ilgari suradi.

Miya haqidagi qarashlar oʻzgarishiga va umuman olganda, psixologiya va fiziologiya fani rivojlanishiga fransuz mutafakkiri **Rene Dekart** (1596–1650) kashfiyotlari katta turtki boʻldi. U organizm bilan muhit orasidagi reflektor munosabatlarni oʻrgandi va ruhiy faoliyatning fiziologik asoslarini isbotlashga intildi. Dekart «Yurak qon-tomir faoliyati mexanika qonunlariga boʻysungan holda boshqarilib turadi», degan fikrni oʻrtaga tashladi. Hayvonlar xulq-atvori, odamning harakat faoliyati reflektor tarzda, mushaklar harakati esa tashqi ruhiy taʼsirlarsiz, yaʼni asab tolalari orqali boshqarilib turishi, organizmda kechadigan fiziologik jarayonlar ruhga bogʻliq emasligini oʻz tajribalarida isbotlab berdi. Dekart sezgi va hissiyotning qanday yuzaga kelishini tushuntirib, «Ongli ruhni» tanadan chiqarib tashlab boʻlmaydi va u faqat odamga taalluqlidir», deydi. Shunday qilib, Dekart sezgi aʼzolarining taʼsirlanishi va mushaklarning javob reaksiyasi orasidagi bogʻliqlikni oʻrganib, reflektor yoy haqidagi taʼlimotga asos soldi.

Chexiyalik atoqli olim, fiziolog **I. Proxozka** (1749–1820) Dekart taʼlimotiga asoslangan holda fanga «refleks» (aks ettirish) degan tushunchani kiritdi. I. Proxozka reflektor yoy tuzilishini taʼriflab bergan. U oliy nerv faoliyati va ruhiy faoliyat reflektor tarzda boshqarilishini yanada chuqur



Rene Dekart
(1596–1650)

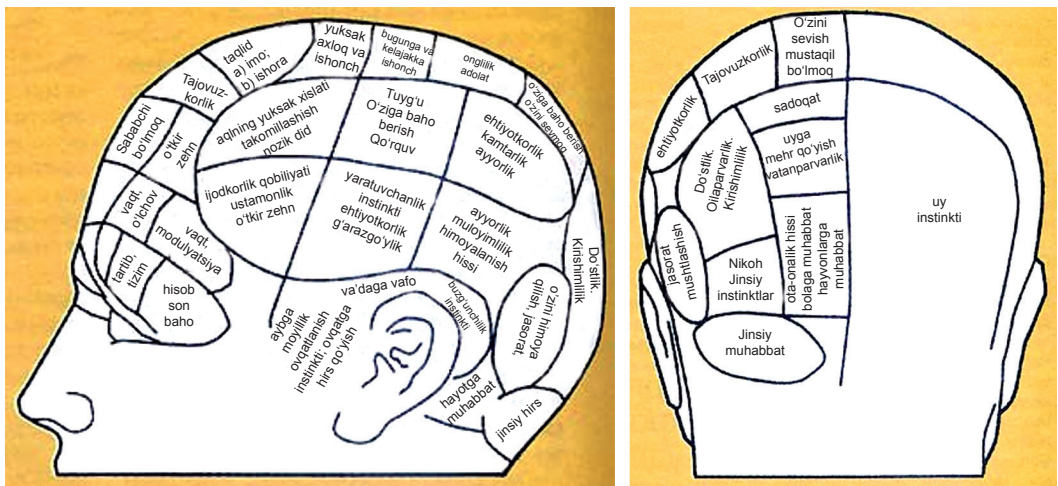
o'rgandi. Afsuski, o'sha paytdagi ilm-fanning rivojlanish darajasi refleklar haqidagi ta'limotni tadqiqotlar asosida to'la isbotlab berishga qodir emas edi. Bosh miya faoliyatini reflektor mexanizmlarga bog'lab tushuntirib berish imkoniyatlari yo'q edi. Shuning uchun ruhiy faoliyat asab tizimining fiziologik faoliyatidan ayro holda o'rganildi. Buning natijasida odam organizmida tana va ruh bir-biriga bog'liq bo'lmagan narsalar, deb hisoblandi.



Frans Gall
(1758–1828)

Avstriyalik vrach va anatom **Frans Gall** (1758–1828) odam miyasi tuzilishini o'rganib, bosh miyaning frenologik xartasini yaratdi.

U birinchilardan bo'lib bosh miya katta yarim sharining kulrang va oq moddasini bir-biriga bog'liq bo'lgan alohida tuzilmalar degan g'oyaga asoslandi. F. Gall bosh miya po'stlog'ida 40 ga yaqin ruhiy funktsiya markazini joylashtirdi va ularning faoliyatini bosh miya pushtalari (bo'rtiklari) bilan bog'ladi.



1.2-rasm. Frans Gall yaratgan bosh miyaning frenologik xartasi.

Olim 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 va, aksincha, kimning tafakkuri past bo'lsa, uning miyasi silliq bo'ladi.

XIX asrning o'rtalarida psixologiya rivojlanishiga bu sohada katta o'zgarishlar sabab bo'ldi. Bu davrda gipnoz haqida ta'limot yaratildi va Mesmer uning asoschisi hisoblanadi. Gipnoz tushunchasini 1843-yili angli-

yalik jarroh Jeyms Bred taklif qilgan. Mesmer gipnozda kuzatiladigan hodisalarni «magnetizm» bilan bog‘lagan.

Nevrologiya fani asoschisi bo‘lgan fransiyalik olim **J.M. Sharko** (1825–1893) inson ruhiyati bilan juda qiziqqan.

Sharko dunyoqarashi juda keng olim bo‘lib, na faqat nevrologiya va psixologiya, balki falsafa, adabiyot, musiqa va rassomchilik bilan ham qiziqqan. Sharko o‘z kitoblariga o‘zi rasmlar chizgan. Uning mashhurligi Yevropada shu darajaga borib yetadiki, unga hatto “Nevrologiya Napoleoni” deb taxallus berishadi. Sharko Yevropa qirollari va qirolchalari-ning shaxsiy vrachi bo‘lgan. O‘sha paytlari nevrologiya sohasini tanlagan yoshlar orasida “Kim Sharko ma‘ruzalarini eshitmagan ekan, demak, u nevrolog emas” degan iboralar keng tarqalgan. Na faqat Yevropa, balki boshqa davlatlardan ham nevrologlar bir marotaba bo‘lsa-da, Sharkoning ma‘ruzalarida ishtirok etish uchun Fransiyaga intilishgan. Sharko psixologiyaga shu qadar qiziqqanki, qanday nevrologik kasallik bo‘lmasin, ularni davolashda psixologik ta’sir qilish usullarini targ‘ib qilgan va qo‘llagan.



Jan Marten Sharko
(1825–1893)



1.3-rasm. J.M. Sharko shogirdi J.Babinskiy bilan isterik bemor holatini vrachlarga havola qilmoqda.

Sharko og'ir ataksiya holatida yotgan bemorga psixologik ta'sir qilib, turg'izib yuborgan. Sharko asab va ruhiyat borasida ko'p ilmiy asarlar yaratgan. Isteriyaning har bir klinik ko'rinishi va ushbu belgilarning organik simptomlardan farqini juda mukammal ifodalab bergan.

U juda kuchli gipnozchi ham bo'lgan. Sharko gipnoz negizida fiziologik jarayonlar yotadi, deb yozgan. Gipnoz bilan mashhur nevrologlar va psixiatrlar shug'ullanishgan. Ulardan J.Sharko, Benedikt, Forel, Levenfeld, Mopassan, S.S. Korsakov, Mebius va V.M. Bexterevlar nomi mutaxassislarga yaxshi ma'lum. Z. Freyd gipnoz texnikasini o'rganish uchun Parijga, Sharko yoniga keladi. Sharko ma'ruzalaridan ilhomlangan Freyd shunday deb yozgan edi: "Menga hech kim Sharko darajasida ta'sir ko'rsata olmagan. U inson miyasiga oid g'oyalari bilan meni shu qadar o'ziga rom qilar ediki, bunday inson oldida doim qolib ketishga meni rozi edim".

Psixologiya tarixida o'chmas iz qoldirgan yana bir siymo – bu Zigmund Freyd (1856–1939). Z. Freyd aslida nevrolog bo'lgan va keyinchalik o'z ishlari bilan psixoanaliz asoschisi sifatida nom qozongan. U 1856-yili 6-mayda Avstriya imperiyasiga qarashli Frayburg 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 qolmasdan, ularning sabablarini izladi.

Freyd avvaliga mashhur olim Ernst Bryukk (1819-1892) qo'l ostida fiziologiya sirlarini o'rgandi. U ilmiy ish bilan shug'ullanib, orqa miya fiziologiyasi bo'yicha o'z bilimini oshira boshlaydi. Lekin yosh olim 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. Tibbiy amaliyotda olgan tajribalarini ilmiy tomondan o'rganib, tez orada mashhur nevropatolog vrach bo'lib nom chiqaradi.



Zigmund Freyd
(1856–1939)

O'sha paytlari bemorlarni davolashdagi fizioterapevtik usullarni Z. Freyd ham ko'p qo'llagan va biroq keyinchalik bu usullar uni qoniqtirmagan. U gipnoz bilan qiziqadi va bu usulni Josef Breyer (1842–1925) va J. M. Sharkodan o'rganib, bemorlarni davolashda keng tadbqiq qiladi. Bolalar serebral falaji, afaziyalar bilan qiziqib, bir nechta maqolalar ham chop etadi.

1861-yili motor nutq markazini kashf qilgan Pol Brok (1824–1880) nutq buzilishini «afemiya» deb ataydi. Z. Freyd motor afaziya haqida so'z yuritib,

«Transkortikal motor afaziyada bemorning gapira olmaslik sababi, Brok markazining funksional faoliyati pasayishidir», deydi.

Z. Freyd fanda yangi yo'nalish, ya'ni psixoanalizni yaratadi. U ruhiy-asabiy buzilishlar sabablari bilan qiziqdi, isteriyani mukammal o'rgandi, bu kasallikka chalinganlarni psixologik ta'sir qilish yo'llari bilan davolay boshladi. Ongsizlik haqida ta'limot yaratdi. Seksual hayotning ruhiy faoliyat bilan uzviy bog'liqligini o'rgandi.

Z. Freyd fan olamida mard olimlardan biri edi. Agar uning dunyoqarashiga zid va isbotlangan yangi dalillar paydo bo'lsa, 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 isteriya belgilari yo'q bo'lib ketgan. Bu holatni o'rgangan Freyd panseksualizm g'oyasidan chekindi. Shuni ta'kidlash lozimki, mashhur fiziolog I.P. Pavlovning eksperimental nevrozlar konsepsiyasini yaratish g'oyasiga Freydning shu sohaga taalluqli maqolasi ham turtki bo'lgan. Freyd isterik nevrozlar kelib chiqishida I.P. Pavlovning tormozlanish va qo'zg'alish jarayonlari haqidagi ta'limotini yuqori baholagan.

Z. Freyd katta bir maktab yaratdi va buning natijasida fanda freydzizm yo'nalishi paydo bo'ldi. Bu haqda kitobning «ongsizlik» qismida batafsil ma'lumot beramiz. Uning dastlabki safdoshlari va shogirdlari Alfred Adler (1870–1937) va Karl Gustav Yung (1875–1961) bo'lgan. Ular nevroitik shaxs shakllanishiga 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.

Shunday qilib, ming yillik tarixga ega miya va ruhiyat orasidagi bilim keyinchalik "Tibbiyot psixologiyasi" fani rivojlanishiga turtki bo'ldi. O'sha davrlarda parallel tarzda "Klinik psixologiya" yo'nalishi ham paydo bo'ldi. Hanuzgacha dunyo olimlari orasida tibbiy psixologiya bilan klinik psixologiyaning maqsad va vazifalari haqida bahs-munozaralar davom etmoqda. Chunki bu ikkala yo'nalishning o'xshash tomonlari juda ko'p.

Endi klinik psixologiya tarixiga murojaat qilsak. Bu fan aslida tibbiyotga aloqasi bo'lmagan olimlar tomonidan yaratildi. Ular umumiy psixologlar edi.

AQSh va yevropalik olimlar klinik psixologiya yaratilishi tarixini XIX asrning so'nggi yillari bilan bog'lashadi. 1896-yili Germaniyaning Leypsig shahrida o'qib qaytgan amerikalik psixolog Laytner Uitmer



Laytner Uitmer
(1867–1956)

Pensilvaniya shtatida dunyoda birinchi bo'lib "Psixologik klinika" ochadi. Ha, klinik psixologiya emas, psixologik klinika. L. Uitmer bu yerda xulq-atvori og'ir bolalar psixodiagnostikasi va psixokorreksiyasi bilan shug'ullanadi. XX asr boshiga kelib AQShning bir qator universitetlarida psixologik klinikalar faoliyat ko'rsata boshlaydi va klinik psixologlar tibbiy gospitalarga ishga olinadi.



Emil Krepelin
(1856–1926)

XX asr boshlarida bu yo'nalish davomchilari Yevropada ham paydo bo'ladi va ular aynan klinikalarda psixologik yordam tizimini yo'lga qo'yish bilan shug'ullanishadi. Umumiy psixologlardan farqli o'laroq, klinikalarda faoliyat ko'rsatuvchi psixologlarni "Klinik psixolog" deb atash taklifi o'rtaga tashlanadi. Biroq o'sha davrning atoqli nemis psixiatrlari Emil Krepelin va uning shogirdi Ernst Krechmer bunday yondashuvni qo'llab-quvvatlashmaydi. Ular umumiy psixologlarning klinik psixolog qiyofasida tibbiyotga kirib kelishiga e'tiroz bildirganlar.

Emil Krepelin (1856–1926) klinik psixiatriya va patopsixologiya yo'nalishida yirik olim bo'lib, nafaqat bir qator ruhiy kasalliklar, balki turli xil nevrologik va psixopatologik sindromlarga ham nom bergan, ularning klinikasini yozib sistemalashtirgan. Alsxaymer kasalligi, oligofreniya, dismorfofobiya kabi tibbiy terminlarni fanga u kiritgan. E. Krepelin psixiatriya amaliyotida psixologik usullarni keng qo'llagan va barcha psixiatrlarni psixologiya ilmini ham chuqur egallashga chorlagan.

Emil Krepelin da'vatlari e'tiborsiz qolmadi. Uning shogirdi psixiatr Ernst Krechmer (1888–1964) tibbiyot psixologiyasini rivojlantirishni o'z oldiga maqsad qilib qo'yadi. Olim 1922-yili "Tibbiyot psixologiyasi" darsligini chop qildiradi va shu sanani tarixchilar tibbiyot psixologiyasiga asos solingan yil deb hisoblashadi.



Ernst Krechmer
(1888–1964)

E. Krechmerni ko'pchiligimiz psixiatr va tibbiy psixolog sifatida bilamiz. Biroq u Birinchi jahon urushi davrida harbiy gospitalda "Nevrologiya klinikasi"ni tashkil qiladi va uni o'zi boshqaradi. Nevrologiya sohasidagi ishlari yuksak baholangan 38 yoshli E. Krechmer 1926-yili Marburg universitetining nevrologiya va psixiatriya kafedrasiga ishga qabul qilinadi. Olim uzoq yillar (1946–1959 yy.) mobaynida Tyubingem universitetida nevrologiya klinikasini boshqaradi. Biz o'sha davr olimlari hayotiga bir na-

zar tashlaydigan bo'lsak, ko'zga ko'ringan yirik olimlar, ya'ni J.M. Sharko, Z.Freyd, E. Krechmer, P.Fleksig, V.M. Bexterevlar nevrologiya, psixiatriya va psixologiya sohasida faoliyat olib borishgan, ko'plab asarlar yozishgan. Tom ma'noda olganda, miya va ruhiyatni bir-biridan ayro deb bilishmagan va ular asab va ruhiyat borasida yirik asarlar yaratishgan.

E. Krechmer klassik tibbiyotchilar ta'kidlaganidek "Har bir vrach psixolog bo'lishi kerak" degan tashabbusni o'rtaga tashlaydi va uni barcha soha vrachlariga o'qitish zarurligini o'z ma'ruzalarida va yozgan asarlarida doim uqtiradi. E. Krechmerning maqsadi tibbiyot psixologiyasini boshqa soha vrachlariga ham yaqinlashtirish edi. Uning "Tibbiyot psixologiyasi" darsligi juda ko'p tillarga tarjima qilinadi va birin-ketin "Tibbiy psixologiya" kafedralari tashkil etiladi. Biroq umumiy psixologlar tomonidan parallel tarzda tibbiyotga aloqasi bo'lmagan universitetlarda "Klinik psixologiya" kafedralari ham tashkil etiladi va keyinchalik shu nomli fakultetlar ochiladi. Shunday qilib, boshqa universitetlarda klinik psixolog, tibbiyot universitetlarida esa tibbiy psixolog tayyorlash yo'lga qo'yiladi va bu holat hanuzgacha davom etmoqda. Psixiatrlarning qattiq qarshiligiga uchragan klinik psixologlar o'z nigohlarini somatik klinikalarga qaratishadi. Tan olish lozimki, tibbiy psixologiyaga qaraganda klinik psixologiya jadalroq rivojlandi va bunda umumiy psixologlarning hissasi katta.

Endi ikki og'iz so'z *psixosomatik tibbiyot* haqida. XX asr boshida somatik klinikalarda psixologik yordamning yo'lga qo'yilishi Yevropa va AQSh da psixosomatik tibbiyot rivojlanishiga katta turtki bo'ldi. 1818-yili germaniyalik vrach Yogann-Xristian Xaynrot (1773–1843) birinchi bo'lib "psixosomatika" iborasini qo'llaydi. 1939-yili AQSh da "Psixosomatik tibbiyot" nomli jurnal ta'sis etiladi. Biroq o'sha yillari boshlangan Ikkinchi jahon urushi bu yo'nalishni ancha to'xtatib qo'yadi.

1950-yili AQShda "Amerika psixosomatik tibbiyot jamiyati" tuziladi. Bu jamiyatga nafaqat psixiatr va psixologlar, balki psixosomatik tibbiyotga qiziqish bildirgan turli soha vrachlari ham a'zo bo'lishadi. Ushbu jamiyatda klinik-tibbiy psixologiya, psixosomatik tibbiyot va psixoterapevtik yordam bilan bog'liq barcha tayanch iboralar, atamalar va boshqa muammolar yechimi hamkorlikda muhokama qilinadi. Bu borada rivojlanish juda yaxshi davom etadi. O'sha paytda, ya'ni 1950-yili amerikalik psixoanalitik Frans Aleksanderning (1891–1964) "Psixosomatik tibbiyot" nomli kitobi nashr etiladi. Bu kitob ham ko'p tillarga tarjima qilingan.

Albatta, Yevropa ham psixosomatik tibbiyot borasida jadal ishlarni boshlab yuboradi. 1950-yili Germaniyaning Xaydelberg shahrida Aleksandr Micherlix (1908–1982) Yevropada birinchi bo'lib «Psixosomatik tibbiyot»



Frans Aleksander
(1891–1964)

klifikasini ochadi. 1954-yili Xamburgda «Psixosomatik tibbiyot va psixoanaliz» jurnalining birinchi soni nashrdan chiqadi.

1950–1960-yillar ichida Yevropaning deyarli barcha davlatlarida bir nechtdan “Psixosomatik tibbiyot va psixoterapiya” klinikalari tashkil qilinadi. Albatta, bunday markazlarning asosiy xodimlari tibbiy yoki klinik psixologlar bo’lishsa-da, u yerda tibbiyotning boshqa yo’nalishidagi vrach-mutaxassislar ham faoliyat ko’rsatishgan.

Ta’bir joiz bo’lsa, 1960-yildan hozirgacha bo’lgan tarixiy davrlarni 3 bosqichga bo’lib o’rganish zarur,

deb hisoblaymiz.

Birinchi davr – 1960-1990-yillar. Tinch va sokin hayot davri. Ikkinchi jahon urushidan keyin yirik davlatlarda ijtimoiy hayotga urg’u berila boshlandi. Bu davr ichida nafaqat rivojlangan, balki rivojlana-yotgan davlatlarda tibbiy (klinik) psixologiya, psixosomatik tibbiyot va psixoterapiya yanada rivojlandi. Barcha universitetlarda tibbiyot psixologiyasi va psixoterapiya kafedralari, klinik psixologiya fakultetlari tashkil etildi. Eng asosiysi, tibbiy (klinik) psixologlarning amaliyotdagi faoliyati sezilarli darajada oshdi. Klinik psixologiya va tibbiyot psixologiyasining o’zi bir necha tarmoqlarga bo’linib, turli xil jamiyatlardan, ya’ni psixosomatik tibbiyot, neyropsixologlar, psixoterapevtlar, somnologlar, psixoanalitiklar, suitsidologlar, sotsial psixologlar, patopsixologlar, gipnoterapevtlar jamiyatlari ko’paydi.

Ikkinchi davr – bu 1991-2000-yillar. Ijtimoiy tuzumlar qulab, yangi davlatlar paydo bo’lishi davri. Ancha turg’un bo’lgan ijtimoiy tuzumlar quladi, jamiyat va uning qonunlariga qarashlar o’zgardi, millatlararo va dinlararo nizolar paydo bo’ldi. Yevropa va MDH davlatlarini qamrab olgan bunday inqilobiy o’zgarishlar kuchli ijtimoiy-psixologik muammolarni keltirib chiqardi, davlatlar ichida kichik-kichik kelishmovchiliklar yuzaga keldi, stress kasalliklari avj oldi va o’z joniga suiqasd qilish ko’paydi. Yangi paydo bo’lgan davlatlar va ijtimoiy muhit ko’p muammolarga yangi psixologik yondashuv uslublarini ishlab chiqishni taqozo etdi.

Uchinchi davr – 2001-2018-yillar. Ijtimoiy bo’hronlar va terroristik xavf-xatar davri. Sharq davlatlarida yuzaga kelgan ijtimoiy portlashlar, terrorizm, xalqlar orasida migratsiyaning kuchayishi, lokal va yirik hududlarni qamrab olgan harbiy nizolar psixologlar oldiga katta

vazifalarni qo'ydi. Ayniqsa, xalqlarning bir ijtimoiy tuzumdan ikkinchi ijtimoiy tuzumga migratsiyasi migrantlarga ham, mahalliy aholi vakillariga ham katta ijtimoiy-psixologik qiyinchiliklarni keltirib chiqardi, turli diniy konfessiyalar assimilyatsiyasi bilan bog'liq muammolar paydo bo'ldi, o'z joniga qasd qilishlar yanada ko'paydi. Bularning hammasi turli soha psixologlari oldiga muhim vazifalarni ko'ndalang qo'ydi. Yevropa shaharlarida psixoterapevtik klinikalardan tashqari, tez tibbiy-psixologik yordam va stress markazlari soni keskin ko'paydi.

1.3. Tibbiy psixologiyami yoki klinik psixologiya?

Tibbiy psixologiyami yoki klinik psixologiya? Bu borada qarashlar turlicha. Bu fanlarni ikkala nom bilan ataluvchi bitta fan yoki alohida-alohida fan deguvchilar hanuzgacha bor. Yuqorida ikkala fanning rivojlanish tarixi haqida gapirib o'tdik. Rivojlangan xorij davlatlari hamda bir necha yillardan buyon tibbiy psixologiyani o'qitishga asoslangan tajribamiz asnosida ushbu fanlar haqida o'z fikr-mulohazalarimizni keltirib o'tamiz.

Tibbiy va klinik psixologiyalarning farq qiluvchi tomonlari:

1. Tibbiy psixologiya – bu tibbiy mutaxassislik va u psixologik ilmga ega vrach, klinik psixologiya – bu psixologik mutaxassislik va u sog'liqni saqlash tizimi uchun tayyorlangan psixolog. Klinik psixolog – vrach emas.

2. Tibbiy psixolog – bu “davolash ishi” ta'lim yo'nalishi bo'yicha bakalavriaturani tugatib, so'ngra magistratura yoki klinik ordinaturada “Tibbiy psixologiya” ixtisosligi bo'yicha tayyorlangan mutaxassis.

3. Klinik psixolog – bu psixologik fanlar bo'yicha bakalavriaturani tugatib, so'ngra “Klinik psixologiya” bo'yicha tayyorlangan mutaxassis.

4. Tibbiy psixolog tashxis qo'yish jarayonida tibbiy diagnostikadan foydalanishga, davolash jarayonida esa farmakoterapiyani qo'llashga yuridik huquqi bor. Chunki u tibbiy ta'limga ega. Klinik psixolog esa tibbiyotda faoliyat ko'rsatsa-da, tibbiy diagnostikadan foydalana olmaydi, dori-darmonlar tavsiya etishga va platseboterapiya o'tkazishga ham haqqi yo'q.

5. Tibbiy psixolog psixosomatik buzilishlarni organik buzilishlardan farqlay oladi, klinik psixolog esa – yo'q. Chunki klinik psixolog kasalliklar klinikasi bilan emas, bemorlar psixologiyasi bilan shug'ullanadi va u vrach emas.

6. Tibbiy psixolog psixogen va psixosomatik buzilishlarni korreksiya qilishda yordamchi davolash usullari, ya'ni fizioterapiya, ignaterapiya, magnitoterapiya, lazeroterapiya va shu kabi tibbiyotga aloqador metodlardan foydalanishga haqli, klinik psixolog esa – yo'q. Chunki bunday muolajalar tibbiy muolajalar hisoblanadi.

7. Tibbiy psixolog maxsus tayyorlov kurslarini o'qib, nevropatolog, psixonevrolog yoki psixiatr kasbida ishlashi mumkin, klinik psixologda esa bunday imkoniyat yo'q. Buning uchun u tibbiy ma'lumot olish uchun qaytadan o'qishi zarur.

8. Klinik psixolog turli kasalliklarda bemorlar psixologiyasi va kasalliklarning psixologik strukturasi bilsa-da, biroq psixoemotsional buzilishlarning patogenetik mexanizmlari bo'yicha bilimga ega emas.

Tibbiy va klinik psixologiyaning o'xshash tomonlari:

1. Tibbiy psixolog ham, klinik psixolog ham sog'liqni saqlash tizimida faoliyat ko'rsatuvchi psixologdir. Ikkala kasb egasi ham klinikalarda faoliyat ko'rsatishadi va ularning asosiy vazifasi bemorlarga psixoterapevtik yordam ko'rsatishdan iborat. Ular har qanday yo'nalishdagi davolash muassasasi, ya'ni psixiatriya, nevrologiya, psixonevrologiya, kardiologiya, neyroxirurgiya, travmatologiya, pediatriya, onkologiya, fiziatriya, akusherlik va ginekologiya, tez tibbiy yordam, dermatovenerologiya, OITS kabi maxsus klinikalar, sog'lomlashtirish markazlari va, albatta, psixosomatik tibbiyot markazlari bo'limlarida faoliyat ko'rsatishadi.

2. Tibbiy psixolog uchun ham, klinik psixolog uchun ham asosiy ish quroli – bu psixodiagnostika va psixoterapiya. Shuningdek, ikkala kasb egalari ham psixogen va psixosomatik buzilishlar profilaktikasi bilan shug'ullanishadi. Bu maqsadda ular psixogigiyena va psixoprofilaktika uslublaridan keng foydalanishadi.

3. Tibbiy psixolog ham, klinik psixolog ham har qanday turdagi psixoterapiya, ya'ni gipnoterapiya, bixevioral terapiya, kognitiv psixoterapiya, kognitiv-bixevioral terapiya, geshtalterapiya, ratsional-emotiv terapiya, psixodinamik terapiya kabi psixoterapevtik usullarni qo'llashga haqli. Ushbu uslublar o'qitish dasturiga kiritilgan va ular albatta, maxsus kurslarda malaka oshirib turishlari lozim.

1.4. Oliy nerv faoliyati va psixofiziologik jarayonlarning rivojlanish bosqichlari

Fiziologik tadqiqotlar psixologiya fani rivojlanishiga katta turtki bo'ldi. Tibbiy psixologiya ham fan sifatida shakllana boshladi, oliy nerv faoliyatiga oid tadqiqotlar jadal boshlab yuborildi. Bu davr XX asrning boshlariga to'g'ri keladi.

Oliy nerv faoliyatining psixologik jarayonlar bilan uzviy bog'liqligini I.M. Sechenov, I.P. Pavlov, U. Penfild, G. Jasper, K. Primram, J. Eklz, O. Foxt, P.K. Anoxin kabi olimlar chuqur o'rganishdi. Ular ruhiy jarayonlar reflektor tarzda boshqarilishi mumkinligini isbot qilishdi. Refleks – organizmning tashqi muhit bilan bo'lgan o'zaro munosabatining bir ko'rinishidir. Nobel mukofoti sovrindori I.P. Pavlov (1849–1936) refleks haqidagi ta'limotni ilgari surdi.



I.P. Pavlov
(1849–1936)

Birinchisi, doimiy tug'ma reflekslar bo'lib, asab tizimining quyi tuzilmalari orqali amalga oshiriladi va uni olim «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. I.P. Pavlov oliy nerv faoliyati haqida ta'limot yaratdi va fanga «shartli refleks» degan iborani kiritdi.

Shartli reflektor faoliyat uchun nafaqat yangi shartli reflekslar 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 tamoyilga asoslangan holda boshqarib, bir-biri bilan bog'lab turadi.

Shartli va shartsiz reflekslarning asosiy tamoyillari nervizm, ruh va tana yagonaligi, neyronal tizim va funksiyalar yaxlitligi, organizm faoliyatini boshqarish mumkinligi va bunga tashqi muhit ta'siri haqidagi qarashlar nomi yuqorida zikr qilingan olimlar tomonidan ilgari surildi.

Shunday qilib, **shartli reflekslar** organizmning individual rivojlanishi natijasida shartsiz reflekslar negizida bosh miya po'stlog'ida hosil bo'lgan vaqtincha bog'lanishdir. Tashqi va ichki muhit 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. Masalan, itga har gal ovqat berishdan oldin u joylashgan xonada chiroqni o'chirib-yoqish unda so'lak ajralishini keltirib chiqargan, keyin-

chalik esa chiroq o'chirib-yoqqandan keyin itga ovqat berilmay qo'yilgan. Bu holat bir necha kun davom etgandan so'ng chiroqni o'chirib-yoqilganda itda so'lak ajralib chiqmagan. Bu tajriba shartli refleksga yaqqol misoldir. Chiroqni o'chirib-yoqish o'rniga boshqa signallarni (masalan, qo'ng'iroq chalinishi) qo'llash ham xuddi shunday vaziyatni yuzaga keltirgan.

Shartli reflekslar hayvon va inson faoliyatini keskin boyitadi va ularning xulqi hamda xatti-harakati shakllanishiga katta ta'sir ko'rsatadi. Shartli reflekslardan farqli o'laroq, shartsiz reflekslar tug'ma reflekslardir.

Shartsiz reflekslar faqat maxsus faoliyatga taalluqli bo'lgan ta'sirlar sababli paydo bo'luvchi reflekslardir. Masalan, og'riq, harorat, taktil va boshqa ta'sirlarga javob reaksiyalari. Shartsiz reflekslar hayotiy muhim biologik ehtiyojlar bilan bog'liq bo'lib, doimiy reflektor yo'llar orqali amalga oshiriladi. Bunday reflekslar tashqi muhitning organizmga bo'lgan ta'sir mexanizmlarini muvofiqlashtirib turadi.

Oliy nerv faoliyati 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 faoliyati miya ustuni va orqa miya faoliyati bilan bog'liq bo'lib, shartsiz reflektor faoliyatga asoslangan.

Idrok, diqqat, xotira, tafakkur kabi jarayonlar ruhiy jarayonlar bo'lib, ular bosh miya katta yarim sharlari faoliyati bilan chambarchas bog'liq. Ruhiy jarayon markaziy asab tizimining barcha a'zolari vositasida amalga oshiriladi. Bu jarayon ichki va tashqi ta'sirlarni qabul qilish, ta'sirotlarni signallarga aylantirish, signallarni analiz qilish va javob reaksiyasini tayyorlashdan iborat.

I.P. Pavlov eksperimental yo'l bilan bosh miyada qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlari orasidagi nomutanosiblik nevrozlarga olib kelishini isbotladi. Bu psixologiya fani uchun o'ta muhim bo'lgan ta'limot edi. Vaholanki, hissiy zo'riqishlarda paydo bo'ladigan miyadagi kuchli qo'zg'alishlar yoki keragidan ortiqcha tormozlanish jarayonlari nevrozga olib kelishi keyinchalik ham olimlar ishida o'z aksini topdi.

P.K. Anoxin (1898–1974) oliy nerv faoliyatida shartli reflektor faoliyatning birin-ketin keladigan 4 bosqichdan iboratligini ko'rsatib berdi. Buni u **teskari afferentatsiya** deb atadi, ya'ni refleks bajarilganidan so'ng markazga uning bajarilganligi yoki ushlab qolinganligi haqida ma'lumot kelib tushadi va u xotirada saqlanadi. Bu mexanizm quyidagi bosqichlarda amalga oshiriladi: **1-bosqich** – reseptor ta'sirlantiriladi, nerv tolalari-da qo'zg'alish paydo bo'ladi va bu signal MNS ning maxsus tuzilmalariga uzatiladi; **2-bosqich** – qo'zg'alish sensor neyronlardan motor neyronlarga

o'tkaziladi; **3-bosqich** – markazdan qochuvchi impuls bajaruvchi a'zoga (mushakka, bezga) o'tkaziladi; **4-bosqich** – markazga topshiriq bajarilganligi haqida signal yuboriladi. Shunday qilib, shartli reflektor yoy tizimida qaytuvchi bog'lanish mavjudligi isbotlandi. Qaytuvchi bog'lanish ong 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'lumotlar (signallar) bosh miya po'stlog'ining birlamchi maydoniga kelib tushadi. Bu yerda hodisa va ob'ektlarning 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. **Analiz** – miyaga kelib tushgan signallarni bo'laklarga bo'lish bo'lsa, **sintez** – bo'laklardan yagona bir tasvir yaratish demakdir. Narsa va hodisalarni idrok etish asosida turli analizatorlarning o'zaro aloqasi va xotira mexanizmlari yotadi. Analizatorlar sistemasi iyerarxik tuzilishga ega.

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

Bosh 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 assotsiativ yo'llarning katta imkoniyatlari borligi va po'stloq neyronlarining ixtisoslashganligi neyronlararo aloqalar yuzaga kelishi va turli vazifalarni bajaruvchi murakkab neyronlar to'plamining shakllanishiga imkon yaratadi.

Tanadagi a'zolarining bajaradigan funksiyasi qanchalik murakkab va takomillashgan bo'lsa, ularning miya po'stlog'ida egallagan sohasi shunchalik katta bo'ladi. Bu jarayonlarni yanada to'laroq tushunish uchun nerv sistemasining filogenezi va ontogenezi bilan qisqacha tanishib chiqamiz.

Nerv sistemasi filogenezi. Evolyutsiya jarayonida nerv sistemasi rivojlanib, murakkablashib va takomillashib bordi. Oddiy bir hujayrali orga-

nizmdagi (amyobalar) yolg'iz hujayraning o'zi sezgi, harakat, hazm qilish va himoya funksiyalarini bajaradi. Tirik to'qima qo'zg'alish, ya'ni tashqi ta'sirlarga javob berish xususiyatiga egadir. Filogeneza nerv hujayralarining paydo bo'lishi organizm uchun tashqi ta'sirlarni qabul qilish, to'plash va tarqatish imkonini yaratib berdi.

Nerv hujayralari orasidagi bog'lanishlarning paydo bo'lishi va oddiy nerv sistemasi shakllanishi organizmni integratsiyaning yangi bosqichiga ko'tardi. Oddiy (primitiv) nerv sistemasiga ega jonzoatlarda 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, ushbu impulslar organizmdagi u yoki bu jarayonlar kechishida faol ishtirok etadi. Lekin analiz va sintez qilish qobiliyati hali ularda bo'lmaydi.

Qabul qiluvchi (afferent) va uzatuvchi (efferent) sistemalar paydo bo'lishi nerv sistemasining murakkablashib, takomillashib borishiga mezon yaratdi. Nerv tarmoqlari chekkasida maxsus reseptorlar paydo bo'lib, har biri faqat o'ziga tegishli ta'sirlarni farqlab qabul qila boshladi. Nerv hujayralarining ixtisoslashib va takomillashib borishi natijasida impulslarning faqat bir tomonga yo'nalishini ta'minlaydigan sinapslar paydo bo'ldi. Xuddi shu bosqichda ba'zi vazifalarni bajaruvchi oddiy «aylana» tuzilmalar shakllandi.

Keyinchalik evolyutsiya mobaynida nerv tugunlari, ya'ni gangliyalari paydo bo'lib, ular bir yoki bir nechta vazifani amalga oshira boshladi. Gangliyalarning ishlash uslubi shundan iboratki, ularning har biri tanadagi ma'lum segment (soha) uchun javob beradi. Nerv sistemasida mavjud bo'lgan gangliyalari majmuasi sezishning murakkab turlarini amalga oshira oladi. Gangliyada har qanday jarayon go'yoki aniq bir dasturga ega.

Evolutsiyaning so'nggi davrlarida nerv sistemasi rivojlanishi bosh miya faollashishining ustuvorligi bilan kechdi, so'ngra bosh miya yarim sharlari po'stlog'i paydo bo'ldi. Nerv sistemasi filogeneza davri **sefalizatsiya** davri deb ham ataladi.

Sut emizuvchilarda nerv sistemasi yanada takomillashib, bosh miya katta yarim sharlar po'stlog'i va ularni o'zaro bog'lovchi yo'llar paydo bo'ldi. Ichki a'zolar va sistemalarni nerv sistemasi markazlari bilan bog'lab turuvchi afferent va efferent yo'llar shakllandi. Odamda katta yarim sharlar po'stlog'i, ayniqsa, peshona va chakka bo'laklari rivojlanishi yuksak darajaga yetdi. Hozirgi kunda bosh miyaning 78 % ini po'stloq tashkil qilib, uning 30 % peshona bo'lagiga to'g'ri keladi.

Evolyutsion 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 iyerarxik tarzda faoliyat ko'rsatadi. Integrativ jarayon va boshqarish funksiyasining vertikal uslubda faoliyat ko'rsatishi muhim ahamiyatga ega.

Fiziologiya fani rivojlanishining dastlabki davrida oliy markaz quyi markazga doimo tormozlovchi ta'sir ko'rsatadi, degan fikr mavjud edi. Shuning uchun oliy markaz zararlanganda quyi markaz qo'zg'aladi, go'yoki ular faollashadi, deyilgan. Lekin har doim ham bunday bo'lavermaydi. Evolyutsion jihatdan yosh markaz zararlanganda, kekxa markaz faollashadi, go'yoki evolyutsion jarayon teskarisiga davom etadi. Bu nazariya **dissolyatsiya 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 ko'rsatish mumkin. Ammo bu buzilishlarning asl sababi dissolyatsiya yoki quyi markazning yuqori markaz "tutqunligidan" ozod bo'lishida emas. Chunki oliy markaz quyi markaz faoliyatini faqat tormozlabgina qolmasdan, balki faollashtiradi ham. Quyi markaz faollashuvi kompensator jarayonning bir ko'rinishi sifatida qabul qilinishi ham kerak.

Nerv markazlari iyerarxiyasida 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, assotsiativ yo'llarning paydo bo'lishi oliy nerv faoliyatining asosiy mexanizmlaridan biridir.

Xo'sh, nerv sistemasining ontogenezda rivojlanishi qanday kechadi va bu jarayondagi buzilishlar ruhiyat shakllanishiga qanchalik ta'sir ko'rsatadi?

Nerv sistemasi 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'stloq egatchalari yaxshi rivojlangan, pushtalari yirik-yirik. Lekin chuqurligi va balandligi uncha rivojlanmagan bo'ladi. To'qqiz oylarga borib, miyaning dastlabki og'irligi ikki barobar oshadi. 2 yoshga borib, bosh miyaning og'irligi bola tug'ilgan davridagiga qaraganda bir necha barobar kattalashadi. Bosh miya kattalashuvi, asosan, nerv tolalari miyelinlashuvi va tug'ilgan zahotiy oq bosh miyada mavjud bo'lgan 20 mlrd. hujayraning kattalashuvi hisobiga kechadi.

Go'dakning miya to'qimasi hali takomillashmagan bo'ladi. Po'stloq hujayralari, po'stlog'osti tugunlari, piramidal yo'llar yaxshi rivojlanmagan, kulrang va oq modda orasidagi aloqalar mukammal bo'lmaydi. Go'dakning nerv hujayralari bosh miya katta yarim sharlari yuzasida va oq modda asosida to'planib joylashadi. Bosh miya kattalashgan sayin nerv hujayralari po'stloq tomonga siljiydi. 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, ularning shakli va topografik joylashuvi o'zgarib boradi. Ayniqsa, bu o'zgarish dastlabki besh yil mobaynida kuzatilib, 15-16 yoshlarga borib, po'stloq tuzilishi katta yoshdagilarnikidan deyarli farq qilmaydi. Yon qorinchalar bolalarda nisbatan keng va katta bo'ladi.

Go'daklarda ikkala yarim sharni birlashtirib turuvchi qadoqsimon tana nozik va qisqa bo'ladi. Bola besh yoshga to'lgunga qadar qadoqsimon tana yo'g'onlashib, uzayib boradi. Yigirma yoshlarda esa qadoqsimon tana to'la shakllanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqda miyacha sust rivojlangan bo'lib, uzunchoq shaklga ega, pushtalari va egatchalari sayoz, uzunchoq miya gorizontal joylashgan bo'ladi. 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 yaxshi rivojlangan. Go'dakning orqa miyasi katta yoshdagilarga qaraganda uzunroq bo'ladi. Keyinchalik orqa miya umurtqaning o'sishiga qaraganda orqada qoladi. Orqa miyaning o'sishi 20 yoshgacha davom etadi. Bu davr ichida uning og'irligi ham oshadi.

Chaqaloqning periferik nerv sistemasi yetarlicha miyelinlashmagan, nerv tolalari siyrak bo'lib, notekis taqsimlangan. Miyelinlanish jarayoni turli nerv tolalarida turlicha kechadi. Kranial nervlar miyelinlashuvi bir yoshga yetib tugallanadi. Orqa miyaning nerv tolalari miyelinlashuvi 2-3 yoshgacha davom etadi. Vegetativ nerv sistemasi chaqaloq tug'ilgandan boshlab faoliyat ko'rsata boshlaydi. Embriogeneznining dastlabki bosqichlarida nerv sistemasining turli qismlarida aniq takomillashgan mustahkam aloqalar paydo bo'ladiki, ular tug'ma hayotiy muhim funksiyalarning asosini tashkil qiladi. Bu funksiyalar tug'ilgandan so'ng hayotga dastlabki moslashuvni ta'minlab beradi (masalan, nafas olish, emish, yurak urishi va h.k.).

Ontogenetik rivojlanish jarayonida odamning miyasi kuchli o'zgarishlarga uchraydi. Anatomik jihatdan olganda, yangi tug'ilgan chaqaloq miyasi bilan katta yoshdagi odam miyasi bir-biridan anchagina farq qiladi. Chunki

individual rivojlanish jarayonida yosh o'tgan sayin miya tuzilmalari yetilib boradi. Hatto morfologik jihatdan yetilgan nerv sistemasida hali rivojlanishi yoki qayta paydo bo'lishi zarur bo'lgan funksional sistemalar mavjud.

Bosh miya evolyutsiyasida ikkita muhim strategik yo'nalish bor. Bularning birinchisi – kelgusida yashash sharoitlariga tayyor turish. 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 – ovqat, himoya, ko'payish mexanizmlari va boshqalar. Organizmni hamma narsaga o'rgatish shart emas. Zero, u ba'zi qobiliyatlarga tug'ilganidan egadir.

Agar biz xulq-atvori go'yoki avtomatlashib ketgan hasharotlar dunyosidan sut emizuvchilar dunyosiga bir nazar tashlasak, boshqacha manzaraga ko'zimiz tushadi, ya'ni xulq-atvorning tug'ma, instinktiv turlari maqsadga yo'naltirilgan, shaxsiy tajribaga asoslangan xatti-harakatlarga qo'shib 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 bosh miya hajmidagina emas, balki uning funksiyasida hamdir. Evolyutsiyaning ikkinchi yo'nalishi – individning xatti-harakatlariga katta imkoniyatlar yaratib berish. Bu esa bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'i hajmining to'xtovsiz kattalashuvi bilan parallel holda kuzatildi. Dunyoni anglab borish, o'rganish jarayoni, po'stloqning ma'lumotlar bilan to'lib borishi bolalik davrida yaqqol ko'zga tashlanadi. Go'daklik davridan yetuk yoshga yetgunga qadar bo'lgan davr har bir individ uchun uzoq bir masofadir.

Hech narsaga ega bo'lmagan go'dak keyinchalik ko'p narsalarni egallab, hayotga moslashib oladi. Xo'sh, bu jarayon qanday kechadi? Nima qilsa, xatolarga yo'l qo'yilmaydi? Ba'zi olimlar fikricha, hammasi tarbiyaga bog'liq. Go'dakning miyasi go'yoki yozilmagan daftarga o'xshaydi. Daftarning tashqi ko'rinishi boshqalaridan farq qilmasa-da, har bir nusxasi va sahifasining o'ziga xos xususiyatlari bor. Bitta varag'iga yozilgan matn ikkinchisida yozilganini mazmunan takrorlamasligi mumkin. Daftarni qanday yozuv bilan to'ldirsangiz, keyinchalik o'sha yozuvni o'qiysiz, boshqasini emas. Demak, oppoq varaqlarni qanday to'ldirish, nima bilan to'ldirish o'zimizga bog'liq. Bola miyasini to'g'ri ma'lumotlar bilan boyitib borish ham fiziologik jihatdan, ham psixologik jihatdan juda muhimdir. Inson miyasi ma'lumotlarni faqat «o'lik», «jonsiz» holatda o'zida saqlaydigan daftar emas, balki ularni faol qayta ishlab, xulosa qiladigan murakkab sistemadir.

Bolaning barkamol o'sishiga ta'sir qiluvchi sabablar uni o'rab turgan muhitga, albatta, bog'liq. Bolaning oldida turgan muammolar yechimini to'g'ri topishga ko'maklashish, uning xulq-atvorini to'g'ri shakllantirib boshish katta ahamiyatga egadir.

1.5. 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 sistema faoliyatini ta'minlashda nerv sistemasining (ayniqsa, bosh miyaning) barcha tuzilmalari ishtirok etadi. Bu jarayon neyronlararo aloqalarning ko'pligi sababli amalga oshiriladi.

Funksional sistema – biron bir funksiyani bajarishda ishtirok etuvchi neyronal tuzilmalar to'plami. U miyaning muhim, o'z-o'zini boshqaruvchi mexanizmi hisoblanadi. Nerv sistemasining individual rivojlanishini to'g'ri baholash uchun uning anatomik jihatdan yetukligi bilan birga biron bir funksiyani boshqarishi va bajara bilishi ham katta ahamiyatga ega. Demak, ontogenez jarayoni, ya'ni nerv to'qimalarining yakka holda emas, sistematik tarzda rivojlanishini sistemogenez nuqtai nazaridan tushunmoq 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 turli neyronal tuzilmalarning birin-ketin paydo bo'lishi bilan birga, ushbu ketma-ket rivojlanishning buzilishi ham ro'y berib turadi.

Dastlab hayotiy muhim ahamiyati bo'lgan funksional sistemalar shakllanadi. Funksional sistemaga evolyutsion rivojlanishning turli bosqichlarida xilma-xil tuzilmalar qo'shib boradi. Shuning uchun bir bosqich darajasida funksional sistemaga kiruvchi ba'zi tuzilmalarning turli darajada takomillashuvini kuzatamiz. Ayni vaqtda, bir maromda rivojlanmaslik, ya'ni geteroxronlikning ko'rinishlariga ko'p misollar keltirish mumkin. Masalan, go'dakda emish jarayonida qatnashadigan yuz nervining pastki tolalari mielin parda bilan oldinroq va yaxshiroq qoplangan bo'ladi. Ushbu nervning ustki tolalari esa mielin parda bilan to'liq qoplanmaydi, go'yoki bu tolalarga hozircha zarurat yo'qdek.

Sistemogenezga yaqqol misol bo'la oladigan go'dakda kuzatiladigan ushlab olish refleksi ham e'tiborga molik. Embrional rivojlanishning IV-VI oylarida qo'lning barcha nerv tolalari ichida eng yaxshi yetilgani barmoqlar bukilishini ta'minlovchi nerv tolalaridir. Bundan tashqari, bu davrga kelib sakkizinchi bo'yin segmentining oldingi shoxi motor hujayralari

ham takomillashgan bo'ladi. Ushbu motor neyronlar barmoqlarni bukuvchi mushaklarni innervatsiya qiladi. 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 shakllanib 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 chiqq 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 vaqtning o'zida amalga oshiriladi, keyinchalik bu qobiliyat yo'qolib boradi. Biroq ko'ruv, eshituv va harakat reaksiyalari yaxshi rivojlanmagan bo'ladi. Nerv sistemasi ba'zi tuzilmalarining bir maromda rivojlanmasligi va yetilmasligiga **geteroxronlik prinsipi** deyiladi.

Sistemogenezning ikkinchi tamoyili sistemalararo va sistemalar ichra geteroxronlik tamoyili hisoblanadi. **Sistemalararo geteroxronlik** – bu turli funksional sistemalarning turli davrlarda paydo bo'lishi va shakllanishidir. **Sistemalar ichra geteroxronlik** – bu shakllangan funksiyaning asta-sekin murakkablashib borishidir. Dastavval minimal funksiyani bajaruvchi nerv 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 uchrab turadi. Uch oylikdan so'ng so'rg'ich harakatlari faqat labiga tekkanda paydo bo'ladi va qalqib ketishlar kamayadi. Xuddi shunday manzarani ushlab olish refleksiga nisbatan ham kuzatishimiz mumkin. Go'daklik davrining dastlabki oylarida uning kaftiga sal tegilsa, qo'lini musht qilib oladi, keyinchalik ushlab olish biroz pasayadi.

Sistemalar ichra geteroxronlik biror funksional sistemaning nafaqat yetilishi, balki sistemalararo aloqaning o'rnatilishi bilan ham parallel tarzda kechadi. Masalan, avtomatik tarzda ushlab olish harakati ustidan ko'z nazorati kuchaya boshlaydi.

Sistemogenez haqidagi ta'limot bolada nerv sistemasi funksiyalari shakllanishining uzviy va ketma-ket rivojlanish qonuniyatlarini ochib beradi. Masalan, boshni ushlab turishdan so'ng o'tirish, o'tirishdan so'ng tik turish, tik turishdan so'ng yurish funksiyalari rivojlanib va takomillashib boradi. Boshni ushlab turish qobiliyati tana holatini nazorat qilishga zamin yaratib beradi. Bu muvozanat a'zosi (miyacha) 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, balki o'zaro bog'lanishlar negizida sekin-asta takomillashib boradi. Masalan, harakatni boshqarish kompleksiga muskul tonusi, tana muvozanati va koordinatsiyasini boshqaruvchi funksional 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 gavda og'irligini ikkinchi oyoqqa o'tkazish, shu vaqtda umumiy muvozanatni saqlab qolish, bir guruh muskullarning qisqarishi va shu paytda boshqalarining yozilishini amalga oshirish kerak.

Biz yurib borayotganimizda oyoqni qanday tashlash kerak, gavda va qo'llar qay holatda harakat qilishi zarurligi hisob-kitobini qilmasdan hammasini beixtiyor tarzda amalga oshiramiz. To'g'ri, biz ongli ravishda tezlikni oshiramiz yoki pasaytiramiz, qadamni katta yoki kichik tashlaymiz, ammo qaysi muskulni qisqartirib, qaysi birini bo'shashtirish lozimligi haqida o'ylamaymiz. Vaholanki, bular avtomatik tarzda amalga oshiriladi. Harakatni boshqaruvchi sistemalarning o'zaro muvofiqlashgan tarzda ishlashi bolalik davridan rivojlana boshlaydi. Turli yoshdagi bolalarning harakat faoliyatini kuzatib, ularning harakat funksiyalari takomillashib borayotganligi va kichik sistemalardan yirik integrativ sistemalar paydo bo'lishiga amin bo'lamiz.

Sistemogenez nuqtai nazaridan qaraganda, har bir yosh uchun xos bo'lgan normal funksiyalarning rivojlanish mexanizmlari va funksiyalar takomillashuvining kam-ko'stligini tushunib olish mumkin. Ba'zi funksional sistemalar yoki ularning bo'limlari rivojlanishi sust kechsa, boshqa funksional sistemalar esa normal rivojlanib, jadal ravishda takomillashib boradi. Masalan, chaqqon, o'yinqaroq bolalar diqqat-e'tiborni talab qiluvchi nozik harakatlarni bajara olmaydi. Buning sababi, harakatni boshqaruvchi po'stloq markazlari takomillashmaganidir. Ba'zan kundalik hayotda beso'naqay bolalarda surat chizish, musiqiy asboblarni chiroyli chalish kabi mahoratni kuzatamiz.

Bolalarda nutq buzilishlari sababi ham ko'pincha sistemalararo va sistemalar ichra aloqalarning yetilmay qolishi oqibatidir. Bolalarda harakatdagi beso'naqaylik duduqlanib so'zlash bilan birga uchrashini ko'p guvohi bo'lamiz. Ba'zan og'zaki nutq juda yaxshi rivojlansa-da, husnixati xunuk bolalar bo'ladi. Ayniqsa, yoshlar orasida qog'ozga qo'l bilan yozish yo'qolib, elektron aloqa vositalarida yozishga ommaviy tarzda o'tilishi nafaqat husnixatning buzilishiga, balki imloviy xatolar ko'payib ketishiga sabab bo'lmoqda. Yoshlar orasida og'zaki nutqdagi nuqsonlar ham ushbu muammo bilan bog'liq.

Sistemogenez nerv sistemasining evolyutsion rivojlanish jarayonida kuzatiladigan morfofunktsional o'zgarishlarni takomillashtirishga yordam beradi, rivojlanayotgan sistemalar kam-ko'stligining oldini olish yo'llarini ko'rsatadi. Bu yetishmovchiliklarni tuzatishning printsiplarini bir necha guruhlariga 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, mavjud nuqson turini o'z vaqtida aniqlab, tibbiy-profilaktik choralarni belgilab olish zarur bo'ladi. Lekin bunda individual rivojlanishga alohida e'tibor qaratish lozim.

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

Bosh miya o'z faoliyatida yagona bo'lib qolishiga qaramasdan, rivojlanishning har bir bosqichida u boshqacha miya va o'ziga xos sistemadir. Shuning uchun ba'zi funksional sistemalar rivojlanishining xronologiyasini mukammal o'rganib, ushbu jarayonni to'g'ri baholab borish albatta muhim. Bolada funksional sistemalarning rivojlanish tezligini velosipedchilar poygasiga taqqoslash mumkin. Masalan, bita velosipedchi poyga davomida doimo oldinda boravermaydi, bunga uning kuchi ham yetmagan bo'lar edi. U goh oldinda, goh orqada qolib ketadi va nihoyat, marrani birinchi bo'lib egallaydi. Rivojlanayotgan miyani o'rganganimizda bolaning dastlabki yoshida shunga o'xshash manzarani ko'ramiz. Rivojlanishning yangi shakllari paydo bo'lishi

go'dakdagi birlamchi avtomatizmlar reduksiyasi (yo'qolishi) bilan kechadi.

Bunda ikkita, ya'ni yangilanish va yo'qolish jarayoni bir maromda kechishi katta ahamiyatga ega. Birlamchi avtomatizmlarning erta so'nishi nerv sistemasi rivojlanishidagi uzviylikni buzib yuborishi mumkin. Shu bilan birga eskirib qolgan funksiyalarning juda kech yo'qolishi ham yaxshi emas, chunki u yangi va yanada murakkab funksional sistemalar 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 avtomatizmlar mavjud. Bu avtomatizmlar 2-3 oylarga borib so'nib, o'rniga boshni aniq ushlab turishini ta'minlovchi va muskul tonusini boshqaruvchi sistemalar rivojlanadi. Agar ushbu so'nish o'z muddatidan kechiksa, birlamchi tonik avtomatizmlar anomal hodisa deb qabul qilinadi. Chunki u boshni ushlab turuvchi mexanizmlar rivojlanishiga xalaqit beradi. Keyinchalik zanjirli patologik holatlar rivojlanib boraveradi: boshni ushlab tura olmaslik ko'ruv nazorati va vestibulyar apparatning ishini buzadi. Vestibulyar apparat rivojlanmay qolishi natijasida o'tirishni ta'minlab beruvchi muskullar tonusi ishdan chiqadi va hokazo. Oxir-oqibat yaxlit bir funksional mexanizmlar rivojlanmay, ikkinchi funksional sistema rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. Nutq va u bilan bog'liq bo'lgan oliy ruhiy funksiyalar buzilishining bolalik davrida oldini olish uchun dastlabki shakllanayotgan patologik jarayonni o'z vaqtida to'xtatish muhim ahamiyatga ega.

Shuni alohida ta'kidlash lozimki, reduksiya va yangilanish jarayonlarining bir maromda kechishi deganda, faqat bir funksiyaning ikkinchi funksiyaga yo'l ochib berishi tushunilmaydi. 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 kerak. Agar reduksiya jarayoni kechikib boraversa, yangi mexanizmlar shakllanishi sustlashadi va intellektual funksiyalar uchun mas'ul neyronal tizimlar rivojlanishdan orqada qoladi.

Ushbu bobda neyrofiziologik va psixofiziologik jarayonlar, tibbiy psixolog bilishi zarur bo'lgan funksional sistemalar rivojlanishining turli bosqichlari bilan tanishib chiqdik.

Nazorat uchun savollar

- 1. Tibbiyot psixologiyasi qanday fan va uning maqsadi nima?*
- 2. «Avesto» kitobi haqida soʻzlab bering.*
- 3. Tibbiyot psixologiyasining rivojlanish tarixini soʻzlab bering.*
- 4. Sharq mutafakkirlarining psixologiyaga oid ishlarini soʻzlab bering.*
- 5. Klinik psixologiyaning rivojlanish bosqichlarini aytib bering.*
- 6. Tibbiy psixologiya bilan klinik psixologiya orasida qanday farq bor?*
- 7. Oʻzbekistonda tibbiyot psixologiyasi rivojlanishi tarixini bilasizmi?*
- 8. Ruhiiy faoliyatning reflektor tarzda boshqarilishi qanday kechadi?*
- 9. Analizatorlar haqida soʻzlab bering.*
- 10. Miyaning funksional sistemasi haqida nimalarni bilasiz?*

II BOB. UMUMIY TIBBIYOT PSIXOLOGIYASI

2.1. Sezgi va idrok

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 yog'ilib, bosh miyaga uzatilib turadi.

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

Fanda sensor izolyatsiya degan tushuncha bor. Kosmonavtlarni tashqi axborotlardan to'la izolyatsiya qilib, ularning asab tizimi chuqur o'rganiladi va koinotda yashashga moslashtiriladi. To'la va qisman sensor izolyatsiya sinaluvchilarda olib borilganda, bir necha soatdan so'ng ular ahvoli yomonlashganidan shikoyat qilib, tadqiqotni to'xtatishni iltimos qilishgan. Bundan bir necha yil oldin AQShda infeksiya tushish xavfini mutlaqo yo'qotish uchun murakkab operatsiya o'tkaziladigan xonalarga umuman oyna qo'yilmagan va faqat eshik bo'lgan, xolos. Bunday xonalarda uzoq vaqt davom etadigan operatsiyalar paytida jarrohlar ruhan charchab qolavergan va bu holat operatsiyaning sifatiga salbiy ta'sir ko'rsatgan. Bundan ko'rinib turibdiki, eng murakkab jismoniy va aqliy mehnatni talab qiluvchi sharoitlarda sezgi a'zolarimizga tashqi olamdan tushuvchi axborotlarning ta'sir doirasi o'ta keng. 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 namoyon etadi, narsa va hodisalarning yaxlit obrazini yaratadi. Idrok sezgiga qaraganda murakkab jarayon. Idrok qilish odamning kasbi, hayot tajribasi, bilimi va ehtiyojiga bog'liq. 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. Bolada sezish idrok qilishdan ustun turadi. Chunki ularda miyaning ba'zi tuzilmalari to'la shakllanmaganligi sababli narsa va hodisalarning yaxlit obrazini yaratish qobiliyati sustroq. 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 kiyim-boshi, minbarda o'zini tutishi, kimligi, qancha vaqtdan buyon ma'ruza qilayotganligi va qachon tugatishi va hokazolarni umumlashtirib, u odamning ongimizda yaxlit obrazini yaratamiz, ya'ni idrok qilamiz. Biror narsa va hodisani yoki odamlarni idrok qilishda avvalgi tajribamiz muhim ahamiyat kasb etadi, ya'ni tajriba idrok etishni 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. Har qanday idrok saralash bosqichini o'taydi. Masalan, biz o'zimiz uchun ahamiyatsiz bo'lgan narsani idrok qilmaymiz (uni sezib tursakda). Shu o'rinda idrokning individualligini ham alohida ta'kidlab o'tish joiz. Har bir kishi narsalarning o'ziga kerakli xususiyatlarini yoki o'zi tushungan jihatlarini idrok qiladi. Bunda idrokning individual xususiyatlari uning maqsadga yo'naltirilganligi, hissiyligi va barqarorligida o'z aksini topadi. Idrok qilishda kuzatuvchanlikning ahamiyati ham juda katta. Odam o'zi kuzatmagan narsalar, voqealar va 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 odamda 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 tiklash **tasavvur** deb ataladi. Tasavvur

bizning ongimizda to'satdan paydo bo'lishi ham mumkin. Tasavvur o'ta individual bo'lib, odamning shaxsiga bog'liq. Odamning kasb-koriga qarab biron-birovda ko'ruv, boshqalarda esa eshituv a'zolari orqali tasavvur qilish yaxshi rivojlangan bo'ladi.

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

Sezgi va idrokning fiziologik mexanizmlari. Sezgi va idrok reflektor jarayon. 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 retseptorlar orqali qabul qilinadi. Shartli ravishda 3 xil retseptorlar farqlanadi: 1) **ekstraretseptorlar** – tashqi muhitdan keluvchi ta'sirotlarni qabul qiladi; 2) **intraretseptorlar** – ichki a'zolaridan keluvchi impulslarni qabul qiladi; 3) **proprioretseptorlar** – mushak, uning paylari, bo'g'imlar va suyaklardan keluvchi impulslarni qabul qiladi.

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

Retseptorlar analizatorlarning periferik qismi hisoblanadi. Og'riq, harorat va taktil sezgilar *yuzaki sezgi* hisoblanadi va ekstraretseptorlar orqali qabul qilinadi. Tanamiz va oyoq-qo'llarimizning fazodagi holati va harakatlari proprioretseptorlar orqali qabul qilinadi va ularga *chuqur sezgi* deb ataladi. Bulardan tashqari, *murakkab sezgi* ham farq qilinadi. Masalan, tanaga chizilgan turli figuralarni va kaftga qo'yilgan narsalarni ko'zni yumgan holda aniqlash.

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 va ular odamlarda ham, hayvonlarda ham mavjud. Ikkilamchi signal sistemasiga esa nutq va u bilan bog'liq bo'lgan oliy ruhiy funksiyalar kiradiki, ular faqat inson uchun xos. Ushbu jarayonlar analizatorlar ishtirokida amalga oshiriladi. Har qanday analizator uch qismdan iborat: 1) ta'sirotlarni qabul qiluvchi qismi, ya'ni retseptor; 2) o'tkazuvchi apparat, ya'ni nerv tolalari; 3) ma'lumotlarni tahlil qiladigan markaz (*rangli rasmga qarang*). Bu markazlar bosh miya katta yarim shar-

lari po'stlog'i bo'ylab tarqalgan. Bu yerda, ya'ni po'stloqda tashqi va ichki muhitdan keluvchi barcha ta'sirotlar analiz va sintez qilinadi. Ko'ruv, eshituv, vestibulyar, hid bilish, ta'm bilish, teri va haraqat analizatorlari farq qilinadi (2.1-jadval).

2.1-jadval.

Analizatorlar haqida umumiy ma'lumotlar

Analizator	Periferik qismi	O'tkazuvchi qismi	Markaziy qismi
Ko'ruv	Ko'z to'r pardasi	Ko'ruv nervi	Ensa qismi
Eshituv	Kortiy organi	Eshituv nervi	Chakka qismining lateral yuzasi
Vestibulyar	Yarim aylanasimon kanallar	Vestibulyar nerv	Chakka qismining medial yuzasi
Teri sezgisi	Ekstraretseptorlar	Yuzaki sezgi yo'li (spinalamik yo'l)	Orqa markaziy pushta
Harakat	Proprioretseptorlar	Goll va Burdax yo'llari	Orqa va oldingi markaziy pushtalar
Hidlov	Burun bo'shlig'idagi retseptorlar	Hidlov nervi	Chakka bo'lagining mediobazal yuzasi
Ta'm bilish	Til yuzasidagi retseptorlari	Yuz va til-halqum nervlari	Chakka bo'lagining mediobazal yuzasi

Bosh miya ikkita yarim shardan iborat bo'lib, uning ustki qatlami kulrang tusga ega. Bu qatlam bosh miya katta yarim sharlari **po'stlog'i** deb nom olgan. Po'stloq turli vazifani bajaruvchi ko'p miqdordagi neyronlar (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 h.k.) sezgilar doimo bir-biri bilan shartli bog'lanishlar hosil qilib turishi natijasida odam idrok qilish qobiliyatiga ega.

Endi sezgi va idrok uchun muhim ahamiyatga ega bo'lgan hidlov, ko'ruv, eshituv va teri analizatorlarining anatomo-fiziologik xususiyatlari to'g'risida to'xtalib o'tamiz (*rangli rasmga qarang*).

Optik signallar ko'zning to'r pardasida joylashgan maxsus retseptorlar orqali qabul qilinadi. Bu hujayralar tayoqchalar va kolbachalar shaklida bo'lib, birinchilari oq-qora tasvirni, ikkinchilari rangli tasvirni qabul qiladi. To'r parda hujayralarida paydo bo'lgan qo'zg'alishlar ko'ruv nervlari orqali markazga yo'naltiriladi. Bu impulslar tayoqchalar va kolbachalar-

dan ko'ruv nervlariga, xiazmaga, ko'ruv traktiga, ko'ruv do'ngligiga, u yerdan esa ko'ruv ta'sirotlarini analiz va sintez qiluvchi markaz – po'stloqning ensa sohasida joylashgan 17-maydonga uzatiladi.

Ushbu maydonda ko'ruv impulslari birlamchi tahlil qilinadi. Bu maydon zararlansa, bemorda ko'rish buziladi. Buni *kortikal ko'rlik* deb atashadi. 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 narsalarni hamda odamlarni tanimaydi. Buni neyropsixologlar *ko'ruv agnoziyasi* deb atashadi. Demak, 17-maydon ko'ruv ta'sirotlarini sezish markazi bo'lsa, 18- va 19-maydonlar esa ularni idrok qilish markazidir. Lekin idrok jarayonida po'stloqdagi barcha markazlar ishtirok etadi. Ko'ruv analizatori orqali qabul qilingan axborotlar xotirada saqlanadi va ko'ruv xotirasiga aylanadi.

Eshituv analizatori ham, boshqa analizatorlar kabi bir nechta bo'limlardan iborat. Odamning eshitish retseptorlari tebranish tezligi 16 dan 20000 Gts ga qadar bo'lgan tovush to'lqinlarini qabul qila oladi. Ichki quloq chig'anog'ida tovush to'lqinlarini qabul qiladigan murakkab retseptor apparat joylashgan bo'lib, uni *Kortiy organi* deb atashadi. Eshituv ta'sirotlari Kortiy organi orqali qabul qilinib, eshituv yo'llari bo'ylab po'stloqning chakka qismida joylashgan eshituv markaziga (41-maydonga) uzatiladi. Ushbu markazda eshituv organidan keluvchi tovushlar (ta'sirotlar) 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. Ushbu sohalar zararlenganda bemor oddiy tovushlarni (suvning oqishi, eshik g'ichirlashi, motorning g'urullashini va h.k.) eshitsa-da, nimaning tovushi ekanligini anglay 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 mukammallashib borishini ham esda tutish lozim.

Teri-kinestetik (yoki umumiy sezgi) analizatori o'ziga xos tuzilishga ega. Uning markazi orqa markaziy pushtada (1-, 2-, 3-maydonlar) va qisman yuqori pariyetal bo'lakda (5- va 7-maydonlar) joylashgan (*rangli rasm-*

larga qarang). Umumiy sezgi filogenetik jihatdan eng keksa bo'lib, inson uchun katta ahamiyatga ega. 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 emas. Umumiy sezgi tushunchasi yig'ma tushuncha bo'lib, unga taktil, og'riq va harorat, mushak-bo'g'im va murakkab sezgilar kiradi. Ushbu sezgilardan judo bo'lgan nafaqat odamlar, balki hayvonlarning ham hayot kechirishini tasavvur qilish qiyin, albatta. Chunki tashqi olamdan va o'z tanamizdan umumiy sezgi retseptorlari orqali doimo ma'lumot kelib turishi odamning harakat faoliyatini, demak, yashash tarzini belgilab beradi. Masalan, og'riq va harorat sezgisi orqali issiq-sovuqni sezsak, mushak-bo'g'im sezgisi harakatlarimiz haqida ma'lumot berib turadi, murakkab sezgi yordamida esa ko'zimiz yumuq holatda bo'lsa-da, kaftimizga qo'yilgan narsalarni paypaslab nima ekanligini 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 sezgilarisiz biz bir qadam ham yura olmaymiz yoki qoshiq bilan ovqatni og'zimizga olib bora 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 va barmoqlarimizni harakatga keltiramiz. Bu yerda ham yuzaki, ham chuqur, ham murakkab sezgilar va harakat funksiyasining mujassamlashganini ko'ramiz.

Sog'lom odamda 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 analizatorning miyadagi markazi ham shunga yarasha katta sohani egallaydi. Masalan, odamning po'stloqda joylashgan ko'ruv analizatori maymunnikiga qaraganda kichikroq.

Sezgi a'zolari bizning tashqi muhitga moslashib borishimizda katta ahamiyatga ega. **Moslashuv**, ya'ni adaptatsiya deb, sezgi a'zolari sezgirli-gining tashqi ta'sirotlar ostida o'zgarib borishiga aytiladi. Qo'zg'atuvchilar doimiy ta'sir qilib tursa, 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 beixtiyor o'rgana boshlaysiz yoki ovqatning tuzini hadeb ko'raversangiz, uning

sho'r yoki tuzi pastligini bilolmaysiz. Shuningdek, qorong'i xonadan birdan yorug' xonaga yoki aksincha yorug' xonadan qorong'i xonaga chiqqanda, avvaliga ko'zimiz ko'nikmaydi, so'ngra sekin-asta moslashib oladi.

Sezgi va idrok buzilishi. Sezgi buzilishlari xilma-xil bo'ladi. Sezgi analizatorining periferik qismidan tortib, to po'stloqdagi markaziy qismigacha bo'lgan har qanday sohasining zararlanishi sezgi buzilishi bilan kechadi. Teri sezuvchanligining turli xil o'zgarishlari asab kasalliklarida juda ko'p uchraydi. Teri sezuvchanligi pasayishiga *gipesteziya*, kuchayishiga *giperesteziya*, yo'qolishiga esa *anesteziya* deb aytiladi. Harorat sezgisi yo'qolishi bilan kechuvchi kasalliklarda, masalan, sirin-gomieliyada bemorning terisi qattiq kuysa ham og'riqni sezmaydi. Taktil sezgi (tanani yengil silaganda paydo bo'ladigan sezgi) og'riq va harorat sezgisiga qaraganda kamroq buziladi. Tana sezuvchanligi oshib ket-sa, 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 ketishi. Bunday bemor yorug'likka qaray olmaydi va arzimagan yorug'lik ham uning ko'zini qamashtiradi. Boshqalar uchun oddiy bo'lgan tovushlar bemorning qulog'iga jaranglab kiradi, hattoki eshikning g'ichirlashi, oqib turgan suvning jildiragan tovushi ham bemor uchun o'ta yoqimsiz tuyuladi. Ularning ba'zilarida bu tovushlardan qattiq boshi og'riydi. Birovning qo'li to'satdan ushbu odamning 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 giperesteziyaga sababchi bo'ladi. Bolada giperesteziya ortiqcha yig'lo-qilik bilan ham kechadi.

Psixogen gipesteziya tashqi ta'sirotlarni qabul qilishning pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Atrof-muhitdagi tovushlarning jarangdorligini bemor anglamaydi, hamma narsa qorong'i tumandagidek ko'rinadi. Boshqa birovning ovozida jarangdorlik va joziba yo'qdek tuyuladi.

Senestopatiyada esa bemor go'yoki badanning turli sohalaridan va ichki a'zolardan kelayotgan noxush sezgilarni his qiladi. Bu sezgilar xuddi kuy-diruvchi, bosuvchi, siquvchi va achishtiruvchi xususiyatlarga ega bo'ladi. Poliesteziyada tananing bitta joyi ta'sirlantirilsa, go'yoki uning ko'p joyi ta'sirlantirilgandek tuyuladi. Biror-bir tashqi ta'sirotning boshqa bir ta'sir

kabi qabul qilinishiga *dizesteziya* deb ataladi. Masalan, bemor issiq ta'sirot-ni sovuqdek, sovuqni issiqdek qabul qiladi.

Tananing yarmida sezgi yo'qolishiga *gemianesteziya*, bitta oyoq yoki qo'lda yo'qolsa *monoanesteziya* deyiladi. Og'riq sezgisi yo'qolishiga, *analgeziya*, harorat sezgisi yo'qolishiga *termoanesteziya* deb ataladi. Hech qanday tashqi ta'sirlarsiz tanada nina sanchgandek, uvishgandek, teri tortishgandek, badanda chumoli yurgandek kabi turli xil sezgilar paydo bo'lishiga *paresteziya* deyiladi.

Tanada kuzatiladigan *og'riqlar* teri sezuvchanligining buzilishida alohida o'rin kasb etadi. Og'riq tibbiyotda juda katta diagnostik ahamiyatga ega. Chunki og'riqlar odamga tanada paydo bo'lgan yoki qo'zg'algan kasallik haqida axborot beradi. Demak, u himoya vazifasini ham o'taydi. Bu og'riqlar periferik nervlar, nerv chigallari, orqa miyaning orqa ildizchasi, vegetativ tugunlar, ko'ruv do'ngligi, orqa markaziy pushta zararlanganida yoki ortiqcha ta'sirlantirilganda paydo bo'ladi. Ko'rib turganimizdek, teri sezuvchanligi buzilishlari turli-tuman bo'lib, ular asosan asab kasalliklarida ko'p uchraydi. Mushak-bo'g'im sezgisi buzilishi teri sezuvchanligi buzilishiga qaraganda kamroq kuzatiladi. Bunda bemor ko'zlari yumilgan holda bo'g'imlarda qilingan sust harakatlarni sezmaydi. Murakkab sezgi buzilishlaridan biri bo'lmish *astereognoziyada* bemor ko'zi yumuq holatda qo'lga 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 qismida turg'un qo'zg'alish paydo bo'lishi bilan tushuntiriladi. Ko'ruv analizatorining retseptor qismidan tortib to markaziy qismigacha bo'lgan zararlanishlar ko'rishning turli xil buzilishlari bilan kechadi.

Idrok buzilishi ayrim asab va ruhiy kasalliklarda kuzatiladi. Bularga gallyutsinatsiyalar, illyuziyalar va psixosensor buzilishlar kiradi. *Gallyutsinatsiya* deb, aslida bemor oldida mavjud bo'lmagan obyekt va hodisalarni idrok qilishga aytiladi. Gallyutsinatsiyalar 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 yuzaga keladi. Bosh miyada moddalar almashinuvi buzilishi ham gallyutsinatsiyaga olib kelishi mumkin. Ko'rish, eshitish,

hid va ta'm bilish hamda umumiy sezgi bilan bog'liq bo'lgan gallyutsinatsiyalar ham ko'p.

Gallyutsinatsiya soxta tasavvur hisoblanadi. Chunki ular atrof-muhitda mavjud bo'lmasa ham bemor xayolida paydo bo'laveradi. Ba'zan bemorga o'zi idrok qilayotgan narsa, hodisalar haqiqatan ham bordek tuyuladi. O'zi ham bunga ishonadi. Gallyutsinatsiyalar shizofreniya kasalligida ko'p kuzatiladi. Nevroz bilan xastalangan va tez-tez affekt holatiga tushib turadigan bemorda ham gallyutsinatsiyalar bo'lib turadi. Gallyutsinatsiya sog'lom odamda ham kuzatilishi mumkin. Masalan, sahroda adashib qolib bir o'zi ketayotgan odamga suv, qishloq, daraxtzor yoki u tomonga yurib kelayotgan odam ko'rinadi. Ko'ruv gallyutsinatsiyasida bemorning ko'z oldida aslida yo'q bo'lgan narsalar namoyon bo'ladi. Narsalar yo katta (makropsiya), yo kichik, (mikropsiya) bundan tashqari, bu narsalarning shakli ham qiyshiq va noaniq bo'lib ko'rinadi. Gallyutsinatsiyalar nafaqat psixoz yoki nevrozlarda, balki bosh miya po'stlog'ini ta'sirlantiruvchi organik kasalliklarda (masalan, o'smada) ham kuzatilib, muhim diagnostik ahamiyatga ega.

Eshitish gallyutsinatsiyalari ham turli-tuman bo'ladi. Eshitish gallyutsinatsiyasi deb, aslida yo'q bo'lgan tovushlar (gap, so'z)ning bemor qulog'iga eshutilishiga aytiladi. Tovushlar jarangdor, bo'g'iq, uzoq yoki yaqindan, pastdan yoki tepadan kelgandek bo'lib tuyuladi. Shunga yarasha bemor boshini tovush kelgan tomonga buradi yoki yurib boradi. Verbal gallyutsinatsiya, ayniqsa, bemor uchun xavflidir. Har tomondan keluvchi ovozlarda bemorga tahdid soluvchi, buyruq beruvchi tarzda bo'lib, bemorni yurib borayotgan avtomobil tagiga tashlashni, tomdan sakrashni, o'ziga yoki bировga pichoq sanchishni, sevimli farzandini o'ldirishni buyuradi. Bular imperativ gallyutsinatsiyalardir. Bunday ovozlarda hadab takrorlanaversa, bemor uni bajarib qo'yishi mumkin. Bu ovozlarda tanish yoki notanish odamning, ayol yoki erkak kishining ovozi sifatida namoyon bo'ladi. Ovozlar bir marta paydo bo'lib, to'xtab ham qoladi. Bemorning qilgan ishlarini ma'qullovchi yoki tanqid qiluvchi ovozlarda ham eshutiladi.

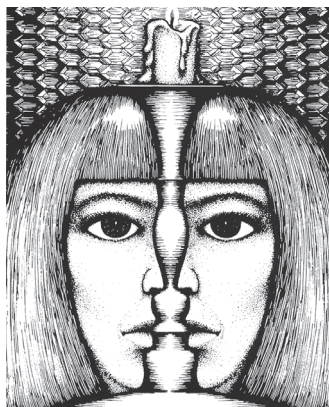
Taktil gallyutsinatsiyada bemor xuddi terisida biror narsa o'rmalab yurgandek ust-boshini qoqaveradi. Hid va ta'm bilish gallyutsinatsiyasida bemor badbo'y narsalar hidi va ta'mini sezadi. Gipnogogik gallyutsinatsiya bemor ko'zini yumib uxlamoqchi bo'lganda kuzatiladi. Bunda uning ko'z oldida har xil qo'rqinchli narsalar, hayvonlar, yomon odamlar paydo bo'ladi. Ko'zini ochsa yo'qoladi. Bu holat qo'rqoq bolalarda ko'p uchraydi.

Illyuziya deb, atrof-muhitda aslida mavjud bo'lgan narsa va hodisalarni yanglish idrok qilishga aytiladi. Demak, gallyutsinatsiyadan farqli

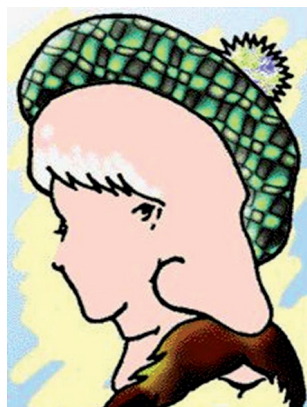
o'laroq, illyuziyada idrok etilayotgan narsalar mavjud, lekin ular noto'g'ri qabul qilinadi. Masalan, yerga tushib yotgan qora chopon uzoqdan xuddi uxlab yotgan itdek, do'ppi esa mushukdek, qorong'i xonada mixga ilingan palto xuddi o'g'ri turgandek tuyuladi. Illyuziya ham, xuddi gallyutsinatsiya singari ko'ruv, eshituv, hid va ta'm bilish turlariga bo'linadi. Illyuziya sog'lom odamda 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 elektron priborlar yoki dastgohlar orqali tekshirib ko'radi. Illyuziya nevroz va psixozlarda ko'p kuzatiladi. Turli xil illyuziyalar 2.1-rasmda keltirilgan.



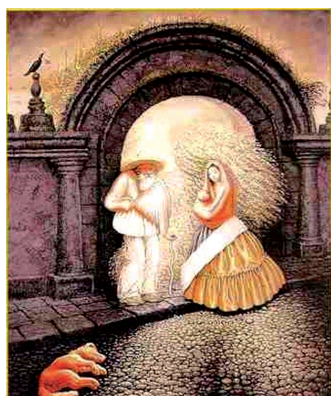
1



2



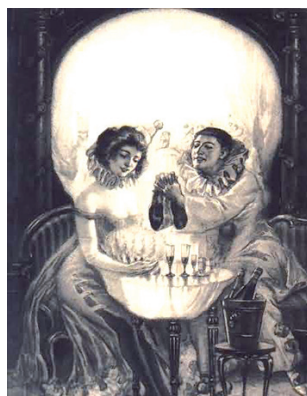
3



4



5



6

2.1-rasm. Idrokni tekshirish uchun taqdim qilinadigan rasmlar: 1-rasm: Sizningcha bu kim? G'amgin qariyasi yoki otliq; 2-rasm: Suratda bir kishining yuzimi? 3-rasm: Bir, ikki? Balki uch kishining yuzidir. 4-rasm: Suratda 9 kishi tasvirlangan. Ularni topa olasizmi? 5-rasm: Suratdagi yosh qizmi yoki qari kampir? 6-rasm: Oshiq masxaraboz.

Verbal illyuziyada bir nechta odamning suhbatini bemor uchun uning ustidan 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.

Psixosensor buzilishlar. Psixosensor buzilishlarga depersonalizatsiya, derealizatsiya, anozognoziyalarning kiradi. *Depersonalizatsiya* sindromida bemor o'z shaxsini yangilash idrok etadi, ya'ni uning tanasi ikkiga bo'lingandek, go'yo biri o'ziga bo'ysunmayotgandek va boshqa odamning tanasidek his qiladi. Unda tana tuzilishini to'g'ri idrok qilish ham buziladi: qo'li yoki oyog'i kattalashib ketgandek, birovning qo'ldek, yotgan paytlari yonida qo'l emas, xuddi yog'och yotgandek tuyuladi. Bemorga «axir bu qo'lingiz-ku, yog'och bunaqa bo'lmaydi-ku, desa, to'g'ri, lekin men qo'limni xuddi yog'ochdek his qilyapman», deydi. Demak, unda tanqidiy fikr saqlangan bo'ladi. Depersonalizatsiya sindromi bosh miyaning o'ng yarim shari (o'naqaylarda) zararlanganda kuzatiladi.

Derealizatsiya sindromida bemor borliqdagi narsalar va vaziyatni taniydi, biroq bu vaziyat unga boshqacha tuyuladi. Atrof-muhitdagi hamma narsa noaniq, begona, tushunarsiz, go'yoki parda bilan o'ralgandek go'yo, o'zi yashayotgan joy va u yerdagi tanish odamni ham begonadek his qiladi. Depersonalizatsiya va derealizatsiya shizofreniya, epilepsiya kasalliklarida, depressiv holatlarda ko'p uchraydi.

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

Nazorat uchun savollar

1. Sezgi va idrokka ta'rif bering.
2. Sezgi va idrokning fiziologik asoslari haqida so'zlab bering.
3. Retseptor nima va uning qanday turlarini bilasiz?
4. Sezgi buzilishining qanday turlari bor?
5. Analizator nima, uning qanday turlarini bilasiz?
6. Idrok buzilishlari haqida aytib bering.
7. Gallyutsinatsiya va illyuziyaning farqi nimada?
8. Depersonalizatsiya va derealizatsiyaning farqi nimada?
9. Anozognoziyaga ta'rif bering va misol keltiring.

2.2. Diqqat

Diqqat – bu ongning birorta obyekt yoki hodisaga yo'naltirilganligi va ularni tanlab qabul qilishga qaratilganligi. Ayonki, diqqat ruhiy jarayonlarning muvaffaqiyatli kechishiga yordam beradi. Diqqat pasayishi xotira jarayoniga ham salbiy ta'sir ko'rsatadi. 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 qilasiz.

Diqqatning asosiy xususiyati shuki, uning obyekti aniq va ravshan, yarqiragan, birmuncha tiniq va bo'rtib turadi. Buni har bir kishi o'zida osongina tekshirishi mumkin. Birorta buyum bir nazar tashlang-da, birozdan so'ng esa diqqatingizni yana shu buyumga qarating. Siz shu zahotiy o'sha buyumning ilgari ko'z ilg'amagan tomonlarini ko'rasiz, buyum go'yo yoritilgandek tuyuladi. Diqqat narsa va hodisalarni idrok etish bo'sag'asini qisqartiradi. Chunonchi, gapga diqqat bilan quloq solsak, past ovozni ham bemalol eshitamiz.

«Gapga diqqat bilan quloq sol», «bu narsaga e'tiboringni qarat» kabi iboralar diqqatni “charxlovchi” iboralardir. Diqqat ixtiyorsiz bo'lishi mumkin. Bunda bizning xohishimizdan qat'i nazar, tevarak-atrofdagi narsa va hodisalar diqqatimizni tasodifan jalb etadi. Bundan farqli o'laroq, ixtiyoriy diqqat ma'lum narsaga yo'naltirilgan bo'ladi. 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.

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 neyronlarning bir qismigina diqqat paytida faol holatda bo'ladi.

Muayyan faoliyat bilan mashg'ul bo'lgan va unga moslashgan ana shunday hujayralarning yig'indisi *neyronal qo'zg'alish markazi* deb ataladi. Nerv induksiyasi to'g'risidagi qonunga muvofiq ushbu markaz atrofidagi hujayralari mudroq holatda bo'ladi. Bordi-yu, kishi notiqni diqqat bilan tinglasa, bu paytda nutq tovushlarini idrok etadigan neyronlar qo'zg'algan, yaqin atrofdagi ko'rish, sezish, harakat va shu kabi boshqa markazlarning neyronlari esa tormozlangan bo'ladi. Masalan, diqqat bilan tinglovchining qulog'iga faqat notiq nutqi yetib boradi. Bundan boshqa narsalarga tinglovchi e'tibor qilmaydi yoki sezmaydi.

Tormozlangan markazga tushuvchi signallar o'sha markaz neyronlarini qo'zg'ab yuboradi. 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, ya'ni qo'ng'iroq, tovush yoki yorug'lik uni kuchaytiradi.

Diqqat buzilishi. Diqqatning fiziologik va patologik toliqishlari farqlanadi. Diqqat uzoq vaqt zo'riqqanida, 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 neyronlar tiklanishi uchun vaqt (dam) kerak. Qandaydir ishdan, aytaylik, matematik hisoblashlardan charchab, jismoniy ishga yoki boshqa aqliy mehnatga o'tilsa ham miya dam oladi va diqqat biroz yaxshilanadi. Demak, nerv hujayralarining muayyan ishga aloqador ayrim guruhlari toliqqan, boshqa funksional guruhlar esa faol bo'ladilar. Bir narsa yoki ish bilan uzoq vaqt shug'ullangandan ko'ra, navbatma-navbat bir necha ish bilan mashg'ul bo'lish maqsadga muvofiq. Shu fikr-mulohazalarni hisobga olgan holda o'quv mashg'ulotlarini tuzishda mazmunan bir-biriga o'xshash fanlarni, masalan, matematikaga oid fanlarni birin-ketin qo'ymaslik kerak. O'z-o'zidan ravshanki, mashg'ulotlar almashganda, diqqatni muayyan vaqtgacha saqlab qolish imkoni yaratiladi. Aks holda, umumiy toliqish yuz beradi va keyinchalik diqqat obyektini almashinuvi foyda bermaydi.

Katta individual tafovutlarga ega bo'lgan diqqatning fiziologik toliqishidan tashqari, ko'pgina kasalliklarda, masalan, bosh miyaning qon tomir kasalliklari, miya jarohatlari yoki turli zaharlanishlardan so'ng ham diqqatning patologik toliqishi kuzatiladi. Bemor diqqatining ortiqcha toliqqanligini, uning kasallikka qadar bo'lgan ish qobiliyati bilan solishtirib ko'rib aniqlash mumkin. Yetarlicha dam olib, umumiy quvvatga kirituvchi davolashdan so'ng diqqat toliqishi o'tib ketadi.

Diqqatning boshqa tez-tez uchrab turadigan buzilishi – uning chalg'iganligidir. Diqqat chalg'iganligining ikki turi – tashqi va ichki turi mavjud. Ba'zan kitob o'qib, varaqlarni sanaganimizda, bayon ipini yo'qotganligimizni payqab qolamiz, xayolimiz esa kitob mazmunidan uzoqlashib, chalg'ib ketadi. Bu esa diqqatning ichki chalg'iganligidir. Bu yerda bizni ichki kechinmalar chalg'itadi. Diqqatning tashqi chalg'iganligiga esa kitob o'qish bilan bog'liq bo'lmagan tashqi ta'sirotlar, ya'ni eshik g'ichirlashi, uzuq-yuluq gaplar va hokazolar sabab bo'ladi.

Toliqish, matnni tushunmaslik, obyektga qiziqish yo'qligi diqqat chalg'ishi sabablaridan biridir. Bundan tashqari, kuchli kechinmalar, ushalmagan orzu-niyatlar ichki chalg'ishni keltirib chiqaradi. Ular miyada qo'zg'alish o'chog'ini paydo qiladi. Bunda diqqatga aloqador kuchsiz qo'zg'alish o'chog'i, dominanta qonuniga muvofiq, miyada paydo bo'lgan kuchli qo'zg'alish bilan raqobat qila olmaydi. Kasal odamda diqqat chalg'ishi, uning o'z dardini o'ylab nechog'lik hayajonlanganiga, tanasidagi og'riqlarga, xayoldan ketmaydigan fikrlar paydo bo'lishiga ko'p jihatdan bog'liq. Agar qo'zg'aluvchanlikning tegishli o'choqlari juda yaqqol ifodalanganda, diqqatni zarur bo'lgan obyektga jalb qilish ham yaxshi ifodalangan bo'ladi.

Vrach og'ir bemor bilan suhbatlashar ekan, uni suhbat mavzuiga jalb etish qiyinroq bo'lishini esda 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'iganligini ko'pincha *parishonxotirlik* deb ham atashadi. Bu holat diqqatning tashqi va ichki chalg'iganligi bilan bog'liq. Bu haqda yuqorida so'z yuritgan edik. Parishonxotirlikning boshqa bir turi, aksincha, diqqatni bitta narsaga uzoq qaratish bilan bog'liq. Masalan, o'z kashfiyoti ustida berilib fikr yuritayotgan olim, bunga shunchalik berilib ketadiki, unga qaratib aytilgan savollarni eshitmaydi yoki poyma-poy javob beradi va atrofida kimlar o'tirganiga e'tibor ham qaratmaydi.

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 jarayonlarini idora etuvchi dorivor vositalar, masalan, trankvilizatorlar, psixostimulyatorlar va nootropolar tavsiya qilinadi. Aqliy mehnat jismoniy mehnat va sport bilan birgalikda olib borilsa, diqqat buzilishining oldi olinadi. Shuning uchun ham jismoniy mehnat yoki sport bilan shug'ullanmaydigan buyuklarning aksariyati parishonxotir bo'lishadi.

Diqqatni tekshirish usullari

Diqqatni tekshirish usullari ko'p bo'lib, uni quyidagi sinovlardan boshlash mumkin. Agar talabalar xonada 2-3 kundan oshiq dars o'tayotgan bo'lishsa, ularning diqqati yakka tartibda tekshiriladi.

Sinov talabalarni ogohlantirmasdan to'satdan o'tkaziladi. Buning uchun talabalardan bittasiga quyidagi savol bilan murojaat qilinadi: "Orqaga o'gi-

rilmasdan aytingchi, orqa tomonda nimalar bor?” yoki talabning ko‘zi bog‘lanadi va undan ushbu xonada nimalar bor, ularning soni nechta, ular 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.

Diqqatni tekshirish va baholash uchun uning bir qator funktsiya va xususiyatlaridan voqif bo‘lish kerak. Diqqat xususiyatlari quyidagilar: obyekt yoki subyektga yo‘naltirilganlik, jamlanganlik, hajm, taqsimlanganlik, tezlik, faollik, kenglik, turg‘unlik, bir obyektidan (subyekt) boshqa obyektga (subyekt) o‘tkazuvchanlik.

1. Diqqatning yo‘naltirilganligi va jamlanganligi. Diqqatni biror obyekt yoki subyektga qaratishga *diqqat yo‘naltirilganligi* deb aytiladi. Diqqatni o‘sha obyekt yoki subyektda ushlab turishga esa *diqqat jamlanganligi* deyiladi. Boshqa obyektlarga qaraganda bu obyekt (yoki subyekt) ongda yaqqolroq namoyon bo‘ladi. Chunki butun diqqat unga yo‘naltirilgan va unda jamlangan. Masalan, sayyoh bor nigohini Xivadagi kalta minorga qaratdi, ya‘ni uning ongi o‘sha obyektga yo‘naltirildi va uni diqqat bilan kuzatib boshladi. Demak, sayyohning diqqati o‘sha obyektida jamlandi. Bu paytda atrofdagi obyektlar va hodisalar uning diqqatidan chetda qoladi. Diqqat qaysi obyektga yo‘naltirilgan bo‘lsa, o‘sha obyekt ongda yaqqol aks etadi. Demak, ong va obyekt orasidagi bog‘liqlikni diqqat ta‘minlab beradi. Shu bois ham ongning obyektga yo‘naltirilganligiga diqqat deb aytiladi.

2. Diqqat hajmi. Bir paytning o‘zida bir nechta obyektни qamrab olishga *diqqat hajmi* deb aytiladi. Kattalarda diqqat hajmi 4-6 obyekt bo‘lsa, maktab yoshidagi bolalarda 2-4 obyekt hisoblanadi. Ba‘zi insonlar bir vaqtning o‘zida bir nechta obyekt, subyekt va hodisalarni o‘z diqqatida jamlay oladi. Odamning yon-atrofidagi narsa va hodisalar qanchalik bir-biriga bog‘liq bo‘lsa, diqqat hajmi shunchalik katta bo‘ladi. Hozirda diqqat hajmi maxsus pribor, ya‘ni taxistoskop (*yunon. “taxistos” – tezda, “skopeo” – qaramoq*) yordamida ham o‘rganiladi. Taxistoskop yordamida sinaluvchiga bir nechta obyekt 0,1 soniya ichida ko‘rsatiladi. Qanchalik ko‘p obyekt eslab qolinisa, diqqat hajmi shunchalik katta deb xulosa qilinadi.

3. Diqqat turg‘unligi. Diqqatni biror obyekt yoki subyektda uzoq vaqt ushlab tura olishga *diqqat turg‘unligi* deb aytiladi. Diqqat turg‘unligi, albat, uning yo‘naltirilganligi va jamlanganligiga ko‘p jihatdan bog‘liq. Diqqat qancha turg‘un bo‘lsa, kuzatilayotgan obyekt va subyektlar haqida shuncha ko‘p ma‘lumot eslab qolinadi. Chunki xotira diqqat turg‘unligiga bevosita bog‘liq. Umuman olganda, diqqat – bu xotira darvozasidir. Diqqatning barcha xususiyatlari yaxshi rivojlangan odamda eslab qolish qobiliyati ham kuchli bo‘ladi.

4. Diqqatni o'tkazish. Diqqatni bir obyektidan boshqa obyektga yo'naltirishga *diqqatni o'tkazish* deb aytiladi. Masalan, deraza oldida joylashgan ish stolingizdagi kompyuterda ishlab o'tiribsiz. Shu payt nigohingizni tashqarida o'sayotgan daraxtga qaratdingiz va uni kuzata boshladingiz. Ushbu holat diqqatni bir obyektidan ikkinchi obyektga o'tkazishga misol bo'la oladi. Diqqatni o'tkazish, odatda, ongli ravishda ro'y beradi. "Diqqatni o'tkazish" va "diqqat chalg'ishi" bir xil ma'noni anglatmaydi. Masalan, parishonxotir odam yoki yosh boladagi giperaktiv sindromda diqqat bir obyektidan ikkinchi obyektga hadeb o'taveradi. Bu holatga diqqat chalg'ishi deyiladi. Ularning diqqati tarqoq bo'ladi va ko'p chalg'ishadi.

Diqqat o'tkirligi va tezligini tekshirish

Bu sinama 2 xil variant yoki 2 bosqichda o'tkaziladi:

- 1) talabani ko'zi bog'lanadi va u savollarga javob berib 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'tkirroq ekanligini 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.

Diqqatni aniqlash uchun beriladigan savollar:

1. Xonada nechta stol bor?
2. Xonada nechta stol bor?
3. Devorga nechta portret osilgan?
4. Xonadagi qizlarning qo'li nechta?
5. Xonaga kiriladigan eshikning rangi qanday?
6. Nechta talaba oyna oldida o'tiribdi?
7. Xonada nechta kompyuter bor?
8. Stol ustida nechta kitob bor?
9. Nechta talaba galstuk taqib kelgan?
10. Nechta qiz shim kiygan?

So'ngra boshqa sinamalarga o'tiladi. Bular psixodiagnostikada keng tarqalgan Burdon, Shulte va Krepelin sinamalaridir. Ularni qo'llash usullari bilan tanishib chiqamiz.

Burdonning korrektura sinamasi

Maqsad: Diqqat o'tkirligi, turg'unligi va uni bir obyektidan ikkinchi obyektga o'tkazish tezligini tekshirish.

O'tkazish tartibi: Buning uchun maxsus blanklar va sekundomer kerak bo'ladi. Tekshiruv maqsadi tushuntiriladi. So'ngra tasodifiy ravishda joylashgan yirik raqamlar yozib qo'yilgan blank sinaluvchi qo'lga beriladi. U o'zi xohlagan bitta sonni (masalan, 8 ni) 60 soniya ichida vertikal ravishda o'chirib chiqishi kerak. Tekshiruvchi sekundomerni qo'lga olib "Boshlang", deb buyruq beradi va vaqtni belgilaydi. 60 soniyadan so'ng "Vaqt o'tdi" deyiladi va topshiriqni bajarish to'xtatiladi. Kelgan joyga belgi qo'yiladi. Har bir vertikal qator bajarilganda topshiriq to'xtatilib, tekshiruvga ketgan vaqt daftarga qayd qilib boriladi.

Burdonning korrektura sinamasi*(sinaluvchi qo'lida turadigan blank)*

Ism sharifi _____ yoshi _____ sana _____

Topshiriq: *Har bir qatordagi 8 raqamini vertikal yo'nalishda o'chirib chiqing. Sizga 60 soniya muhlat.*

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

Xulosa yozish tartibi. Tekshiruv natijalari o'chirmasdan o'tkazib yuborilgan raqamlar, o'chirilgan boshqa raqamlar va bajarishga ketgan vaqtga qarab baholanadi. Topshiriq 8-10 daqiqa ichida bajarilishi kerak. Bu norma. O'nta xatogacha yo'l qo'yish ham norma hisoblanadi.

1. Diqqatning kontsentratsiyasi darajasi quyidagi formula orqali hisoblanadi:

$$DK = (P1 - P2 - P3) / P \times 100\%$$

bunda:

P1 – to'g'ri o'chirilgan raqamlar;

P2 – o'tkazib yuborilgan raqamlar;

P3 – xato o'chirilgan raqamlar;

P – vertikal qatorda o'chirish uchun tavsiya qilingan raqamlar yig'indisi.

Diqqat kontsentratsiyasi darajasi (%):

81-100 – juda yuqori; 61-80 – yaxshi; 41-60 – o‘rta; 21-40 – yomon; 0-20 – juda yomon.

2. Diqqat turg’unligi har bir vertikal qator uchun quyidagi formula asosida alohida-alohida baholanadi:

$$A = S / t$$

bunda:

A – diqqat turg’unligi;

S – vertikal qatorda ko‘rib chiqilgan sonlar;

t – bajarishga ketgan vaqt.

Izoh: Har bir tekshiruv natijasini grafik chizmalarda baholab, “diqqat turg’unligi yoki charchashi”ni dinamikada ko‘rsatib berish mumkin.

3. Diqqatni bir obyektдан ikkinchi obyektga o‘tkazish ko‘rsatkichi-ni baholash quyidagi formula orqali bajariladi:

$$S = (S_0 / S) \times 100$$

bunda

S₀ – xato bajarilgan vertikal qatorlar soni;

S – sinaluvchi ko‘rib chiqqan umumiy qatorlar soni.

Krepelin sinamasi

(hisoblash qobiliyatini tekshirish)

Maqsad: Diqqat tezligi, charchashi va aqliy faoliyat darajasini tekshirish.

O‘tkazish tartibi: Krepelin jadvali, ya’ni blank, sekundomer va qalam kerak bo‘ladi. Topshiriq qanday o‘tkazilishi sinaluvchiga tushuntiriladi: “Ushbu blankdagi har bir vertikal qatorda orasiga qo‘shuv va ayiruv belgilari qo‘yilgan raqamlar bor. Siz ularni xayolda bajarib, natijani tagiga yozib borasiz. Men sizga har 20 soniya ichida “To‘xtang!” deyman. Shu payt to‘xtab keyingi vertikal qatorga o‘tasiz”.

Krepelin bo'yicha hisoblashni tekshirish blanki (sinaluvchi qo'lida bo'ladi)

Bemor_____; Yoshi____; jinsi____; Sana_____

Ko'rsatma: Ushbu jadvaldagi qo'shish va ayirishlarni xayolda bajarib, javobini yozib boshlang. Men "To'xtang!" deganda, topshiriqni bajarishdan to'xtaysiz.

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

Natijalarni aks ettirish uchun blank

(bu psixolog qo'lida bo'ladi)

To'g'ri yechilgan sonlar	Noto'g'ri yechilgan sonlar	Yechilmay o'tkazib yuborilgan sonlar

Natijalarni tahlil qilish va xulosa yozish. Har bir vertikal qator-da 20 soniya ichida qancha to'g'ri va noto'g'ri amallar bajarilganligi o'rganib chiqiladi. Masalan, sinaluvchi dastlabki 20 soniya ichida 12 ta qo'shuv-ayiruvni to'g'ri bajardi va 1 ta xatoga yo'l qo'ydi, keyingi 20 soniya ichida 10 ta to'g'ri, 2 ta noto'g'ri, undan keyingi 20 soniya ichida 11 ta to'g'ri, 3 ta noto'g'ri va h.k. Bu yerda diqqat va aqliy charchash bo'yicha grafik tuzish ham mumkin. Ushbu metod asosida *ishchanlik koeffitsiyenti* ($K_{ishch.}$) aniqlanadi:

$$K_{ishch.} = S2/S1$$

bunda:

S2 – oxirgi to'rt qatordagi to'g'ri bajarilgan amallar yig'indisi;

S1 – birinchi to'rt qatordagi to'g'ri bajarilgan amallar yig'indisi.

Agar $K_{ishch.} = 1$ bo'lsa yoki unga yaqinlashsa, demak diqqat charchashi (*buni aqliy charchash deb ham atashadi*) yo'q. Jadvaldagi amallarni bajarish mobaynida xatolarning ko'payib borishi diqqat toliqishi, ya'ni aqliy charchashdan dalolat beradi.

Shulte jadvali

(sonlarni topib chiqish usuli)

Maqsad: Diqqat tezligi, hajmi va toliqish darajasini tekshirish.

O'tkazish tartibi: Buning uchun 4 yoki 5 jadval tanlab olinadi. Har bir jadval kamida 30x30 sm li karton qog'ozda aks etgan bo'lishi kerak. Bu jadvallarda 1 dan 25 gacha bo'lgan sonlar xaotik tarzda joylashtirilgan bo'ladi. Qoida bo'yicha barcha jadvallar ketma-ket bajarib boriladi. Har bir jadvaldagi sonlarni topishga ketgan vaqt sekundomer yordamida daftarga qayd qilinadi. Sinaluvchi barcha sonlarni, ya'ni birdan oxirgi songacha ovoz chiqarib ko'rsatib berishi kerak.

Shulte jadvallari

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

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

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

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

Natijalarni tahlil qilish va xulosa chiqarish:

DT – diqqat tezligi (soniya) quyidagi formula yordamida aniqlanadi:

$$DT = J_1 + J_2 + J_3 + J_4 / 4$$

bunda:

J_1 – birinchi jadvalga ketgan vaqt (soniya)

J_2 – ikkinchi jadvalga ketgan vaqt (soniya)

J_3 – uchinchi jadvalga ketgan vaqt (soniya)

J_4 – to'rtinchi jadvalga ketgan vaqt (soniya)

Shulte jadvali bo'yicha turli yoshlarda diqqat tezligi ko'rsatkichlari (soniya)

Yoshi	Ballar				
	5 ball (juda yuqori)	4 ball (yuqori)	3 ball (o'rtacha)	2 ball (past)	1 ball (o'ta past)
6-7 yosh	51 gacha	61-70	71-80	81-90	91 dan ko'p
8-9 yosh	41 gacha	51-60	61-70	71-80	81 dan ko'p
10-11 yosh	31 gacha	41-50	51-60	61-70	71 dan ko'p
12 yosh va kattalar	30 gacha	31-45	46-60	61-75	76 dan ko'p

Shunday qilib, sog'lom odam bitta jadvaldagi barcha sonlarni to'g'ri topishga 30-50 soniya vaqt sarflaydi. Yosh oshgan sayin topshiriqni bajarishga ketgan vaqt ham oshib boradi. Shulte jadvalining kompyuterlashtirilgan varianti **asab.uz** saytiga joylashtirilgan bo'lib, har bir odam o'zining diqqat tezligi, hajmi va toliqishini mustaqil ravishda tekshirib olishi mumkin.

100 dan 7 ni ayirib kelish usuli

Maqsad. Diqqat tezligi va turg'unligini tekshirish

O'tkazilish tartibi. Bemorga "100 dan 7 ni ketma-ket ayirib keling" deb topshiriq beriladi. Bemor quyidagi tartibda 100 dan 7 ni ayirib borishi kerak: $100 - 7 = 93$; $93 - 7 = 86$; $86 - 7 = 79$; $79 - 7 = 72$; $72 - 7 = 65$. Topshiriq bajarilayotgan paytda uning to'xtab qolishi, noto'g'ri ayirishi, boshqa raqamlarni ishlatib yuborishiga e'tibor qaratiladi. Vazifani bajarayotganda bemorni shoshirmaslik kerak.

Xulosa yozish. Har bir to'g'ri ayirilgan son uchun 1 ball qo'yiladi. Bemor 5 ta ayirishni ham to'g'ri bajarsa, unga 5 ball qo'yiladi. Umumiy ballar yig'indisi - 0-5 ball. Ballar yig'indisi qancha past bo'lsa, uning diqqati shuncha past va tez charchaydigan, deb xulosa chiqariladi.

Nazorat uchun savollar

1. Diqqat deb nimaga aytiladi?
2. Diqqatni tekshirishning qanday usullarini bilasiz?
3. Burdonning korrektura sinamasi bo'yicha diqqatni tekshiring.
4. Shulte jadvali yordamida diqqatni tekshiring.
5. Krepelin jadvali yordamida diqqatni tekshiring.

2.3. Xotira

O'tmishda idrok qilingan narsa va hodisalarni, tajribani eslab qolish, esda saqlash, esga tushirish va 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 esida saqlab qoladi. Biz so'z va iboralarni, shuningdek, tasavvurlar holida tiklanishi mumkin bo'lgan obrazlarni eslab qolamiz va xotirada saqlab yuramiz.

Xotiraning uchta asosiy funksiyasi farq qilinadi: **eslab qolish (esda olib qolish)**, **esda saqlash** va **esga tushirish**. Shuningdek, unutish ham xotira jarayonlaridan biridir. Eslab qolishda izlar orasidagi muvaqqat aloqalar muhim ahamiyat kasb etadi. Bu muvaqqat aloqalar yoki assotsiatsiyalar shartli refleksning bir turi hisoblanadi. Masalan, bolaga uning uchun notanish bo'lgan 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 assotsiatsiyalar paydo bo'ladi va buning natijasida buyumning nomi xotirada qayta tiklanadi. Demak, xotira jarayonida assotsiatsiyalarning ahamiyati katta. *Assotsiatsiya* so'zi lotinchada – *associo* – birlashtirish, bog'lash degan ma'noni anglatadi.

Esda olib qolish muddatiga qarab **qisqa va uzoq muddatli xotira** farqlanadi. 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.

Qisqa muddatli xotirada axborot 20 soniya atrofida saqlanadi.

Qisqa muddatli xotiraning uzoq muddatli xotiraga o'tishi axborotning naqadar zarurligiga ham bog'liq. Masalan, biz telefon raqamlari bitilgan kitobga qarab, o'zimizga kerak bo'lgan telefon raqamini topamiz va shu raqamni teramiz. Agar bu raqam javob bermasa yoki bir marta gaplashib, so'ng o'sha raqamga qaytishning zarurati bo'lmasa, biz bu raqamni uzoq muddat xotiramizda saqlab qololmaymiz. Keyinchalik bu raqamni eslash uchun yana telefon kitobini varaqlashga to'g'ri keladi. Mabodo, odam ushbu telefon raqamini uzoq vaqtga eslab qolsa, demak, shu raqam bi-

lan bog'liq bo'lgan ma'lumot o'sha odamda qiziqish uyg'otdi va bu raqam uzoq muddatli xotiraga aylandi.

Nemis psixologi Ebbingauz qisqa muddatli xotira hajmi 7 elementga teng deb hisoblagan. Agar odam 7 raqamdan ortiq bo'lgan qandaydir sonlarni eslab qolmoqchi bo'lsa, ularni bir nechta qismlarga bo'lib tashlaydi. 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 so'nggi raqam bir-biriga qo'shib borilaveradi ($3+9=12$; $9+12=21$ va h. k.).

Qisqa muddatli xotirada material esda qolishi uchun uning hajmi uncha katta bo'lmasligi lozim. Masalan, reklamada bu qoidaga qattiq amal qilishadi. Shu bois ham reklamada uzundan-uzun matnlar uchramaydi. Demak, bemor bilan suhbatlashayotgan vrach yoki psixolog ham qisqa va lo'nda jumalarni ishlatishi va suhbat uzoqqa cho'zilib ketmasligi kerak. Ana shunda ularning tavsiyasi bemorning esida uzoq saqlanib qoladi. Yoki zarur so'zlarga alohida urg'u bergan holda so'zlash maqsadga muvofiq. Eslab qolishda alohida ta'kidlangan so'zlardan boshqasi faqat shovqin tusida qoladi, urg'uli so'zlar esa xotirada asosiy axborot bo'lib saqlanib qoladi. Bu usul gipnozda keng qo'llaniladi.

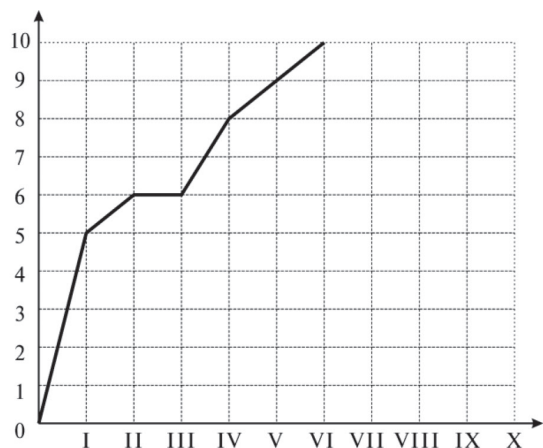
Shuni ta'kidlash lozimki, uzundan-uzoq gapiruvchi notiqalar ko'pincha jumalarni grammatik jihatdan noto'g'ri talaffuz qilishadi. Ularda gapning boshlanish mazmuni uning tugallanishiga to'g'ri kelmaydi. Chunki ular so'z boshida nima demoqchi bo'lganini uzoqqa cho'zilib ketgan gapi tufayli unutib qo'yadi.

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

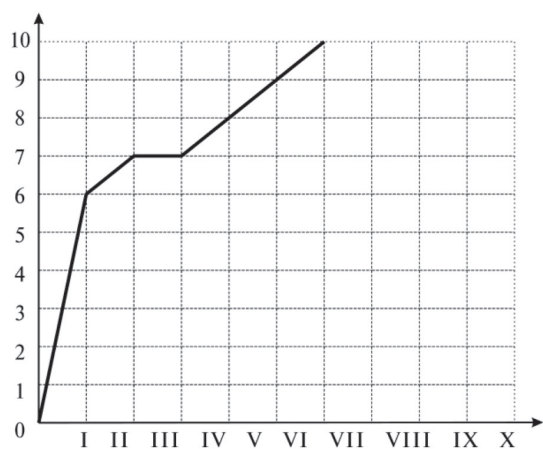
Dastlab axborot qisqa muddatli xotira bloklariga tushadi. Bu bloklarda neyronlarning muayyan guruhlari faollashadi. Ana shu bloklarda saqlanib turgan axborot keyinchalik uzoq muddatli xotira bloklariga o'tkaziladi. Lekin hamma vaqt ham shunday bo'lavermaydi. Qisqa muddatli xotira uzoq muddatli xotiraga aylanishi uchun axborot «tanlanadi». Ayonki, uzoq muddatli xotira bloklarining axborot izlari neyronlarda o'ta turg'un joylashgan bo'ladi. Bu jarayon xotiraning ana shu ikki turi bilan cheklanmaydi. Chunonchi, o'ta qisqa muddatli yoki operativ xotira ham farqlanadi. Matn teruvchining 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 muddatli xotiraga

o'tish mexanizmi yetarlicha o'rganilmagan, lekin bu jarayonda takrorlash asosiy ahamiyatga egadir.

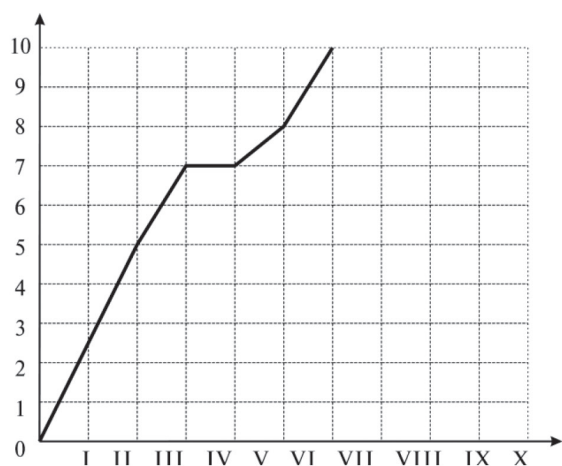
Shu o'rinda odam o'z ona tilida va begona tilda aytiladigan so'zlarni qancha davrgacha eslab qolishi haqida so'z yuritsak. Ba'zi mutaxassislar o'z ona tilidagi so'zlar yaxshi eslab qolinishini ta'kidlashadi. Bu, albatta, uzoq muddatli xotiraga taalluqli. Lekin qisqa muddatli xotirada-chi? Bu savolga javob topish uchun turli ilmiy markazlarda tadqiqotlar o'tkazilgan va turli xil natijalar olingan. Biz ham ushbu muammoga qiziqib o'z tadqiqotlarimizni o'tkazganmiz (Ibodullayev Z.R., 2001) Buning uchun rus tilini yaxshi biladigan o'zbek talabalarini tanlab olganmiz. O'zbek va rus tilidagi 10 ta so'zni (5 ta o'zbek + 5 ta ruscha) yodlatib, qayta esga tushirishni Ebbingauz usuli bilan tekshirib ko'rganmiz. Ushbu tadqiqotni boshlashdan oldin faqat o'zbek, so'ngra faqat rus tilidagi so'zlar qatori yodlatib tekshirib ko'rildi. Natija ikkala holatda ham deyarli bir xil darajada yodlab qolishni ko'rsatdi. Talabalardan qoidaga binoan ma'no jihatdan bir-biriga o'xshash bo'lmagan so'zlar (masalan, *uy, voda, havo, zima, qog'oz, trava, barg va h.k.*)ni yodlash va qayta esga tushirish so'raldi. Tajriba bir necha bor qaytarildi. Talabalar yodlab qolgan va qayta esga tushirgan o'zbek va rus tilidagi so'zlar soni deyarli bir xil bo'lib chiqdi (2.2-rasm). Faqat o'zbek tilidagi so'zlar (*a*), o'zbekcha-ruscha aralash so'zlar (*b*) va faqat rus tilidagi so'zlar (*v*) 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 holatda rus tilidagi so'zlar tanishligini va tushunarli ekanligini ham e'tiborga olish kerak.



A – faqat o‘zbek tilidagi so‘zlar;



B – o‘zbekcha-ruscha aralash so‘zlar;



V – faqat ruscha so‘zlardan iborat qator. Absissa o‘qi bo‘yicha tajriba ketma-ketligini ko‘rsatuvchi raqamlar; ordinata o‘qi bo‘ylab yodga tushirilgan so‘zlar soni.

2.2-rasm. Ebbingauz usuli bo‘yicha sog‘lom odamlarda 10 ta so‘zdan iborat qatorni yod olish va qayta esga tushirish (Ibodullayev Z.R. tajribasi, 2001-y.).

Xotira mexanizmlari. Xotira bosh miyaning umumiy funksiyasi bo'lib, uni ta'minlashda deyarli barcha analizatorlar ishtirok etadi. Miya po'stlog'iga signallarning deyarli 70 % ko'ruv analizatori orqali kelib tushadi. Xotira mexanizmlari haqida juda ko'p ta'limotlar mavjud. Ularning deyarli barchasi xotira mexanizmi sirlarini to'la-to'kis ochib bera olmaydi. Hozirgi kunda nuklein kislotalarning irsiy axborotni saqlashda va irsiy belgilarni uzatishda tutgan o'rni beqiyosligi tasdiqlangan. Ayniqsa, RNK xotira jarayonida bevosita ishtirok etadi. Uni ayrim olimlar spetsifik proteinlar ko'rinishidagi neyronal tuzilmalar ichida o'rnashgan deb hisoblaydilar. Tadqiqotchilar fikricha, lipoproteinlar «xotira moddasi» sanaladi. Neyrondan keluvchi axborotga birinchi bo'lib mitoxondriya ribonukleotidlari javob beradi. 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 zahotiy oq uni qayta ishlab boshlaydi. Olimlar fikricha, qabul qilinayotgan har qanday axborot sof kimyoviy jarayonlar hisobiga emas, balki hujayra yadrosi xromosomalari ayrim sohalari konfiguratsiyasining o'zgarishi hisobiga esda qoladi.

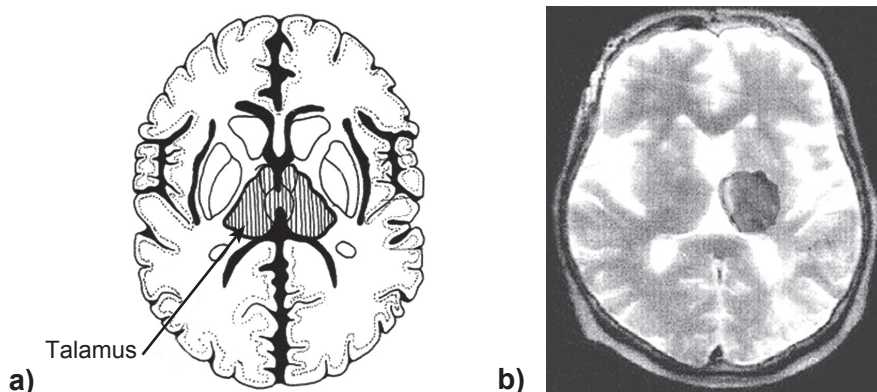
XX asrning 60-yillari U. Penfild miya po'stlog'ini maxsus elektrodlar bilan ta'sirlantirib, xotira mexanizmi va uning patologiyasini o'rgangan va qiziq ma'lumotlar to'plagan. Tajriba paytida bemor avval bo'lib o'tgan, lekin unutib yuborgan voqealar haqida gapirgan va bular keyinchalik to'g'ri bo'lib chiqqan. Shuningdek, miya po'stlog'ining muayyan sohasiga elektr bilan ta'sir etilganda, bemorning xotirasida eski, unutib yuborilgan ma'lumotlar qayta tiklangan. Ana shu soha takroran ta'sirlantirilganda, yana xuddi shunday eslash holati paydo bo'lgan.

Bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ining ko'pgina sohalari xotira jarayonida ishtirok etadi. A.R. Luriyaning xotirani o'rganish bo'yicha neyropsixologik tajribalari (1959–1973) buni isbotlab bergan. Shuningdek, hayvonlarda chakka bo'lakchasi olib tashlanganda, xotira buzilishi ro'y bermagan, ular o'rgatishga qobiliyatli bo'lgan.

Bugungi kunda xotiraning turli mexanizmlari uchun javob beradigan sohalar fMRT yordamida mukammal o'rganilmoqda va yangi ma'lumotlar qo'lga kiritilmoqda. Gippokamp qisqa muddatli xotiraga mas'ul. Bu avvaldan ma'lum. Hozirda uning atrofidagi neyronal tuzilmalarda qisqa muddatli xotiraga mas'ul to'qimalar aniqlanib, neyrokimyoviy mexanizmlarga oid ko'p kashfiyotlar qo'lga kiritilgan.

Ko'ruv do'ngligiga qon quyilgan N. ismli bemor 8 yil mobaynida kuzatuvimizda bo'lgan (Z.R. Ibodullayev, 2001–2007). Unda insultdan keyin-

gi voqea va hodisalar tez fursatda unutiladigan bo'lib qolgan edi, ya'ni u hozirgina bo'lib o'tgan voqealarni 5–10 daqiqadan so'ng mutlaqo unutilib yuborardi. Lekin bemor insultgacha bo'lgan barcha voqealarni eslab, so'zlab berardi. Bemor uni 5 yildan buyon nazorat qilayotgan vrachning yuz tuzilishi, yoshi, ismi va berilgan tavsiyalarni esida saqlab qolmasdi. Bemorni tekshirib bo'lgandan so'ng, u bilan nima ish qilganimiz so'ralganda, 5–10 daqiqadan so'ng hech birini aniq aytib bera olmasdi, ya'ni axborot tezda unutilardi. Bu holat Korsakov amneziyasining bir klinik ko'rinishidir. Bemor bosh miyasining kompyuter tomografiyasi 2.3-rasmda keltirilgan.



2.3-rasm. a) Talamus topografiyasi; b) Talamusga qon quyilgan soha.

Xotira jarayonini ta'minlashda po'stloq osti tuzilmalarining ham roli katta. Bu jarayonlar ham fMRT yordamida aniqlanmoqda. Tajribalarda aniqlanishicha, 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.

Eslab qolish. Eslab qolish xotiraning birinchi bosqichidir. Eslab qolish *ixtiyorsiz* va *ixtiyoriy* bo'ladi. Axborot qancha zarur bo'lsa, uni eslab qolish shuncha oson bo'ladi. Materialni tushunib olish eslab qolish uchun yanada katta ahamiyat kasb etadi. Tushunarsiz materialni eslab qolish mushkulroq va, aksincha, aniq misollar bilan ifodalangan materialni eslab qolish oson bo'ladi. Tadqiqotchilar fikricha, *kerakli material keraksiz materialga qaraganda 9 marotaba yaxshiroq eslab qolinadi*. O'qitish jarayonida o'quvchilar diqqati o'rgatilayotgan materialga dalillar bilan qaratilsa, eslab qolish yanada yaxshiroq bo'ladi. Bu usuldan, ayniqsa, nazariy ilmlarni o'qitishda unumli foydalanish mumkin. Masalan, biron bir klinik masala yetarlicha tushunarli bo'lmasa, uni eslab qolish mushkul, albatta. Biroq bu masalani

o'rganish mobaynida talabalar o'zlari bevosita ishtirok etishsa, u yaxshi eslab qolinadi.

Eslab qolish o'rganilayotgan narsaning naqadar qiziqarli yoki zarurligiga ham bog'liq. O'zi qiziqqan yoki umuman befarq bo'lgan kitobni o'qib bunga iqror bo'lish mumkin. Shuningdek, odamda muayyan his-tuyg'ularga sabab bo'ladigan voqealar osonroq esda qoladi. Juda ham kuchli haya-jonli voqealar esa, odatda, bir umr esda qoladi.

Ma'lumki, eslab qolish turli xil analizatorlar orqali amalga oshiriladi. Materialni idrok etishda qatnashuvchi retseptorlar va analizatorlar nechog'lik ko'p bo'lsa, eslab qolish shunchalik soz bo'ladi. Haqiqatan ham, qandaydir tibbiy moslamaning tuzilishi va ishlash uslubini yaxshi eslab qolish uchun u haqda eshitish (eshituv analizatori), chizmalar va modellar-ni ko'rib chiqish (ko'ruv analizatori), uning qismlarini yig'ish va ajratish (kinestetik sezgi)da ishtirok etish kerak. Maktablarda ko'rgazmali o'qitish-ning maqsadi ham ana shu mexanizmlarni ko'zlaydi.

Konspekt yozishni to'g'ri tashkil etish eslab qolishning muhim shartlari-dan biridir. Faqat to'g'ri yozilgan konspekt matni yaxshi eslab qolinadi. Konspekt yozganda kitobdan matnni anglamasdan turib daftarga qisqar-tirgan holda ko'chirish, materialni eslab qolishda qiyinchilik tug'diradi.

Material tushunib olingandan so'ng konspekt qilinsa, uning mazmuni yaxshi eslab qolinadi va xotirada uzoq saqlanadi. Materialni qayta-qayta o'qish ham uni esda olib qolish uchun katta ahamiyat kasb etadi. Material-ni qayta-qayta o'qish orasidagi vaqt materialni o'zlashtirish uchun muhim ahamiyatga ega. 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 takrorlash kerak bo'ladi. Bundan xulosa shuki, matnni esda saqlash uchun takrorlash orasidagi vaqt uzoqroq bo'lishi maqsadga mu-vofiq.

Hozirgi kunda o'quv muassasalarida berilgan materialni yaxshi eslab qolish ustida turli tadqiqotlar olib borilmoqda. Chunki yaxshi eslab qolin-gan materialni tushunish oson bo'ladi. Buning uchun ko'pgina o'quv mas-kanlari, ayniqsa, institut va universitetlarda yangi pedagogik texnologiyalar keng joriy qilingan. Shu o'rinda Konfutsiyning quyidagi so'zlarini keltirish ta'birga joizdir: «*Men eshitaman-u, unutib qo'yaman, ko'raman-u, eslab qolaman, ishlab bajaraman-u, tushunib olaman!*». Bu so'zlarni ilmiy tahlil qiladigan bo'lsak, bu faylasufning naqadar haq ekanligiga iqror bo'lamiz. Chunki, birinchi holatda, ya'ni eshitganda axborot faqat eshituv analizatori

orqali ishlanadi. Eshituv bilan bog'liq xotira esa odamda juda sust rivojlangan. Undan birmuncha yaxshi rivojlangan xotira bu ko'ruv xotirasidir. Biroq biror bir material ustida faol ishlansa, ya'ni o'quvchi o'qisa, boshqa o'quvchi bilan munozara qilsa, matnda berilgan ma'lumotlar ustida o'zi ishlasa va turli xil «o'yin» mashg'ulotlarini o'tkazsa, material uzoq vaqt esda saqlanib qoladi.

Shu yerda maktab va institutlarda keng joriy qilingan test imtihonlari haqida to'xtalib o'tish joiz. Test savollarini ko'r-ko'rona yodlash qisqa muddatli xotira sifatida esda qoladi. Test javoblarining miyada qisqa muddat saqlanib qolishining isboti uning imtihon o'tgandan so'ng miyadan o'chirilishidir. Agar test savollariga mantiqan yondashilsa va har bir savol ustida talaba fikran ishlasa, uning javobi uzoq muddat esda qoladi. Quyidagi jadvalda eslab qolish va yodga tushira olish layoqati keltirilgan.

2.3-jadval.

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

Axborotni qabul qilish yo'llari	Yodga tushirish (%)	
	3 soatdan keyin	3 kundandan keyin
Og'zaki	25	10
Yozma	70	20
Og'zaki + yozma	80	60
Material ustida faol ishlash	90	70

Shuni ta'kidlash lozimki, sezgi a'zolarimiz orqali ta'sir qiladigan barcha narsalar esda qolavermaydi. Eslab qolish jarayoniga dastlab idrokning bevosita davomi sifatida qarash kerak. Eslab qolinayotgan har bir narsa yoki hodisaning aniq ko'zga tashlanib turadigan elementlari xotirada yaxshi saqlanadi.

Axborotning xotirada saqlanishi xotira turiga ham bog'liq. Mutaxassislar semantik va epizodik xotira turlarini farqlashadi. Semantik xotira – ma'no haqida ma'lumot beruvchi xotiradir. Masalan, Zigmund Freyd tadqiqotchi olim, psixoanaliz haqidagi ta'limot asoschisi. Z. Freyd to'g'risidagi axborot u haqidagi turli ma'lumotlar ko'rinishida xotirada saqlanadi. U psixoanaliz borasida mashhur bo'lgan olim. Ba'zan ushbu olim ilmning qaysi sohasi bo'yicha mashhurligini odam yaxshi eslab qol-sa-da, olimning ismini unutib qo'yadi. Uning familiyasi yoki ismini es-

lamoqchi bo'lsa: U «haligi olimning familiyasi nima edi, u ko'p tanqidga ham uchragan, mashhur nevrolog ham bo'lgan-ku», deydi-yu, olimning ismini hech eslay olmaydi. Bu semantik xotira buzilishining bir turi.

Epizodik xotirada biror bir voqeaning bo'rtib turgan qismi esda qoladi. Masalan, ko'chada birovni mashina urib ketdi va uni darhol shifoxonaga olib ketishdi. Bir qancha vaqt o'tgandan so'ng o'sha voqeaning guvohi bo'lgan odamdan voqea 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 chaqirgani esidan chiqib ketgan bo'ladi.

Shunday qilib, xotira bir nechta funksional sistemalar faoliyati hosilasidir. Eslab qolingana narsa va voqealar miyada sintez qilinadi va maxsus kodga aylanadi. Kodlanish jarayoni qisqa muddatli xotiraning uzoq muddatli xotiraga aylanishida muhim ahamiyat kasb etadi. Xotirada o'sha inson uchun ahamiyatsiz bo'lgan narsa yoki voqealar eslab qolinmaydi.

Xotirada axborot ko'proq optik tasvirlar holida yaxshi saqlanadi, chunki aksariyat odamlarda ko'rish analizatori idrok etishning yetakchi tizimi hisoblanadi. Ko'pchilik olimlarning xotirasi kuchli bo'ladi, deyishadi. Bu hamma vaqt ham haqiqatga to'g'ri kelavermaydi. Ba'zi olimlar olamshumul kashfiyotlar qilishsa-da, xotirasi o'ta 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. O'z asarini tinglashga berilib ketgan Ch. Darvin: «Qiziq, qiziq, buni qarang-a, juda durust, bu asarni kim yozgan ekan-a», deb yuborgan. Ch. Darvinda xotira hamma vaqt ham zaif bo'lgan. Lekin bu nuqson uning alloma bo'lib yetishishiga xalaqit bermadi. 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 (1963) oddiy ishda ishlaydigan, biroq mustahkam xotiraga ega bo'lgan odamni deyarli 20 yildan ortiq kuzatgan. O'ta kuchli xotiraning sohibi bo'lgan bu odam bir necha yildan so'ng ham arzimagan mayda narsalargacha eslab qolib, ularni batafsil aytib bera olgan. Masalan, uni tekshirayotgan olim qanday shimda bo'lgan, xonaning qaysi burchagida nimalar bor edi, ob-havo qanday bo'lgan va bemor qanday uslubda tekshirilgan. Uning aql-zakovati oddiy odamlarnikidek bo'lgan, uncha murakkab bo'lmagan matematik masalalarni yecha olmagan, biroq har qanday uzunlikdagi sonlarni, betartib joylashtirilgan harflarni va murakkab formulalar-

ni bemalol yodida saqlab qololgan. Uni ogohlantirmasdan turib soʻralgan har qanday maʼlumotni 10–20 yildan soʻng ham bemalol aniq aytib bera olgan. A.R. Luriya bu shaxsning ustidan olib borgan hamma tajribalarni doimo daftarga qayd qilib borgan, lekin u kishidagi noyob isteʼdodni tushuntirib bera olmagan. Yaqinda xuddi shunday kuchli xotiraga ega oʻzbek yigiti haqida ommaviy-axborot vositalarida yoritildi. Albatta shunday kuchli xotiraga ega insonlar oramizda koʻp, biroq ularni izlab topish kerak.

Esda saqlash va qayta esga tushirish. Xotira «ombori» ixtiyoriy va ixtiyorsiz eslab qolish zaxirasi bilan mudom toʻlib boradi. Keyinchalik ana shu materiallar esda saqlanib qoladi. Esda saqlanib qolgan maʼlumotlar maʼlum darajada oʻzgarishga uchraydi. Koʻpgina obyektlar va voqealar esa uzoq vaqt va hatto umrbod xotirada qoladi. Aytib oʻtganimizdek, eslab qolish unutish bilan uzviy bogʻliq. Axborotlarning hammasi ham xotirada saqlanmasligi maʼlum darajada foydali hamdir, chunki xotira keraksiz maʼlumotlardan tozalanib turadi. Aytaylik, kishi oʻz majburiyatlarini unutib yuborsa, bu shubhasiz, uning ishga boʻlgan munosabatini bildiradi. Ayni vaqtda ruhan sogʻlom kishi muhim va unga yoqadigan voqea haqidagi xabarni unutib yuborishini tasavvur etish qiyin, albatta. Xuddi shu sababga koʻra bizni qiziqtirgan odamlarning ism-sharifi osongina esda qoladi, qiziqish boʻlmagan taqdirda bu ismlarni eslab qolish juda qiyin.

Qayta esga tushirish asosida miyada saqlanib qolgan xotira izlarining faollashuvi yotadi. Sogʻlom odamda konkret sharoitda unga zarur boʻlgan axborot yodda tiklanadi, qolgan maʼlumotlar xotira zaxirasida toʻplanib yotadi va zarur paytda qayta tiklanadi. Yaxshi eslab qolingan maʼlumotlar yodda tez tiklanadi. Qayta esga tushirish organizmning umumiy holatiga va insonning ruhiy salomatligiga ham bogʻliq.

Ixtiyoriy va ixtiyorsiz eslab qolish kabi esga tushirishning ham ixtiyoriy va ixtiyorsiz turlari farqlanadi. Ixtiyoriy esga tushirish insonning ish faoliyatida muhim ahamiyatga ega. Ixtiyoriy esga tushirish insonning irodasi, fikrlash qobiliyati va ruhiy salomatligiga koʻp jihatdan bogʻliq. Ixtiyorsiz esga tushirish insonning xohishiga bogʻliq boʻlmagan holda xotirada qolgan izlarning qayta tiklanishidir.

Endi **unutish** mexanizmlari bilan tanishib chiqamiz. Unutish xotira jarayonlarining ajralmas qismidir. Odam nega unutadi? «Unutish» iborasi axborot xotiradan oʻchdi degan maʼnoni beradi. Lekin haqiqatan ham shundaymi? Axir maxsus taʼsirotlar yoki gipnoz holatida inson “unutilgan” axborotlarni eslaydi-ku. Demak, axborot miyadan butunlay yoʻq boʻlib ketmaydi, balki u xotira zahirasida “hozircha kerakmas maʼlumot” sifatida

saqlanadi. Biz esa uni bir qator sabablarga ko'ra eslay olmaymiz. Shu bois «unutish» atamasi psixologiyada ikkita hodisani anglatadi: axborotning xotiradan o'chishi va xotiradan axborotni topa olmaslik. 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 yangi bir dorini tavsiya qiladi va buning natijasida avvalgi dorining dozasini unutib yubordi. Xotirada yangi axborot go'yoki eski axborotdan «bo'shab» qolgan joyni egalladi. Bu unutishning birinchi sababi. Ushbu axborot yana qayta tiklanishi mumkin.

Bolada uzoq muddatli xotira 2-3 yoshdan boshlab faoliyat ko'rsatib boshlaydi. Bu yoshgacha bo'lgan hamma narsalar xotiradan o'chadi yoki soxta xotira zaxirasiga tashlanadi. Xotira fikrlash jarayonida muhim elementlardan biridir. Vrach bemorni tekshira turib, uning shikoyatlarini eshitadi, kasallik anamnezini yig'adi. Vrach bemorda hozir aniqlagan kasallik belgilarini avval ko'rgan xuddi shunday kasallik belgilari bilan fikran solishtiradi. Bu esa vrachga to'g'ri tashxis qo'yishda yordam beradi. Biz shu o'rinda xotira va fikrlash jarayoni bir xil paytda faoliyat ko'rsatishining guvohi bo'ldik. Bu holat ma'lumotlarni eslab qolishda va esga tushirishda muhim ahamiyatga ega.

Xotira patologiyasi. Xotira buzilishiga olib keladigan kasalliklar juda ko'p. Ayniqsa, bosh miya zararlanishlari va ruhiy kasalliklarda xotira buzilishlari ko'p uchraydi. Bular – serebrovaskulyar kasalliklar, kranioserebral jarohatlar, Alxaymer tipidagi demensiyalar, toksik ensefalopatiyalar, surunkali alkogolizm, narkomaniya, epilepsiya va bir qator degenerativ kasalliklar. Umuman olganda, bosh miyadagi integrativ jarayonlarga salbiy ta'sir ko'rsatuvchi har qanday kasallik xotira buzilishiga olib kelishi mumkin.

Xotira buzilishlari ichida *konfabulyatsiyalar* (soxta xotiralar) alohida o'rin tutadi. Bunda bemor o'z hayotida ro'y bermagan voqealarni aslida u bilan ro'y bergan, deb o'ylaydi va bunga o'zi ham ishonadi. O'zimiz kuzatgan shunday bir misolni keltirib o'tamiz. D. ismli 23 yashar yigit mototsiklda Kamaz mashinasi orqasiga borib uriladi. Buning oqibatida peshona sohasi yoriladi. Murakkab neyroxirurgik operatsiya yordamida bemorning hayoti saqlab qolinadi. Biroq u xotirasini yo'qotadi. Bir necha oylik neyropsixologik davolashlar natijasida biz uning xotirasini tikladik. Biroq unda keyinchalik konfabulyatsiya belgilari paydo bo'ldi. Bemorni otasi yonimizga olib kelardi. Otasi: “Yur, bolam, bugun doktorga boramiz” desa, bemor shunday deb javob bergan: “Men bugun ertalab doktor oldiga bordim, meni “Neyropsixologik albom” bilan xotiramni tekshirdi, men bilan mashqlar

o'tkazdi, dorilar yozib berdi". Bemorning otasi uning bu so'zlariga ishongan. Biroq onasi bolasining uydan chiqmaganini aytgan. Bu holat psevdologizm emas, ya'ni bemor yolg'on so'zlamayapti. Bu holat konfabulyatsiya-ning yaqqol ko'rinishi. Chunki aslida bo'lmagan bu voqealarga uning o'zi ham ishonyapti.

Xotira buzilishining eng ko'p uchraydigan turi – bu amneziya. Xotira yo'qolishiga *amneziya* deyiladi. Uning quyidagi turlari farq qilinadi. *Anterograd amneziya* – bemor kasallik ro'y bergandan keyingi voqea va hodisalarni eslay olmaydi. *Retrograd amneziya* – kasallikdan oldin bo'lgan voqealar unutiladi. Xotiraning bunday buzilishlari, asosan, kranioserebral jarohatlarda ko'p kuzatiladi.

Umuman olganda, amneziyada xotira buzilishi turli xil ko'rinishda namoyon bo'ladi. Masalan, bemor avtomashina halokatidan so'ng halokat haqida ham, unga sabab bo'lgan safar to'g'risida ham hech nimani eslay olmaydi. U o'z turar joyini, qayerda ishlashini va kasbini ham unutib qo'yadi. Bemor uylanganini eslasa-da, lekin rafiqasi kim, nechta bolasi bor va ularning ismlari qanday kabi ma'lumotlarni esga tushira olmaydi. Oradan bir necha oy yoki yillar o'tib, xotira qayta tiklanishi mumkin.

Retrograd amneziyaga uchragan bemor «o'tmishsiz odam»dir. Bu mavzu badiiy adabiyotlar va kinofilmlarda o'tkir syujetlar asosini tashkil qiladi. Retrograd va anterograd amneziyalarning birgalikda kuzatilishiga *anteroretrograd amneziya* deb ataladi. Xotiraning patologik tarzda kuchayishiga *giperamneziya* deyiladi. Bu holat, asosan, ruhiy kasalliklarda, ayniqsa, shizofreniyada ko'p uchraydi.

Xotira buzilishining yana bir turi bu – *pseudoreminitsensiya*. 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 borgan. Pseudoreminitsensiya ham soxta xotira. Biroq konfabulyatsiyadan farqli o'laroq, pseudoreminitsensiyada voqea haqiqatan ham bemor hayotida sodir bo'lgan bo'ladi. Ba'zan ruhiy sog'lom odamda ham xuddi shunga o'xshash voqealar kuzatiladi, ya'ni odamning o'ngidagi kechinmalar va tushida ko'rgan voqealar orasida aniq-ravshan chegara o'chib ketadi. Bunda tushdagi voqealar haqiqatan ham ro'y bergandek, bo'lib o'tgan real voqealar esa tushida ko'rilgandek tuyuladi.

Xotirani tekshirish usullari O'nta so'zni yodlash (Ebbingauz usuli)

Maqsad: Eslab qolish darajasini tekshirish. Bu usul qisqa muddatli xotirani tekshirish uchun mo'ljallangan.

Zarur anjomlar: Buning uchun ma'no jihatdan bir-biriga yaqin bo'lmagan 10 ta so'z yozilgan jadval kerak. Masalan, *uy, olma, qalam, osmon, temir, ot, gul, qog'oz, daryo, rom*. Bu jadval psixologning qo'lida bo'lib, u bemorga tekshirish maqsadi va qoidalarini tushuntiradi.

Ko'rsatma: *"Hozir 10 ta so'zni o'qiyman. Siz meni diqqat bilan eshitib, o'sha so'zlarni eslab qolishingiz kerak. O'qishni tugatgach, siz ularni xohlagan ketma-ketlikda aytib berasiz"*.

Albatta, birinchi urinishda 10 ta so'zning barchasini eslab qolish qiyin. Shu bois bemorga yana quyidagi ko'rsatma beriladi:

"Hozir o'sha 10 ta so'zni qaytadan o'qib chiqaman. Siz esa ularning barchasini yana eslab qolib, menga aytib berishingiz kerak. Bir boshdan aytish shart emas".

Bemor barcha so'zlarni to'g'ri aytib bo'lmaguncha, 10 ta so'z qayta o'qilaveradi.

Natijalarni aks ettirib borish: Har bir urinish natijasi sinov blankida aks ettirib boriladi. Bemor qaysi so'zni aytgan bo'lsa, o'sha so'zning tagiga "+" belgisi qo'yiladi. Masalan, 1-urinishda 5 ta so'zni eslab aytib berdi, 2-urinishda 7 ta so'zni eslab aytib berdi va h.k. Agar bemor boshqa so'zni aytib yuborsa, ushbu so'z chetga yozib qo'yiladi. Oradan 30 daqiqa o'tgach, bemorni ogohlantirmasdan o'sha yodlab qolgan 10 ta so'zni qayta esga tushirib aytib berish so'raladi.

Sinov blanki

Ism sharifi _____ yoshi _____ sana _____

№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ortiqcha aytgan so'zi
	uy	olma	qalam	osmon	temir	ot	gul	qog'oz	daryo	rom	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
30 daq. so'ng											

Eslab qolish darajalari, ball:

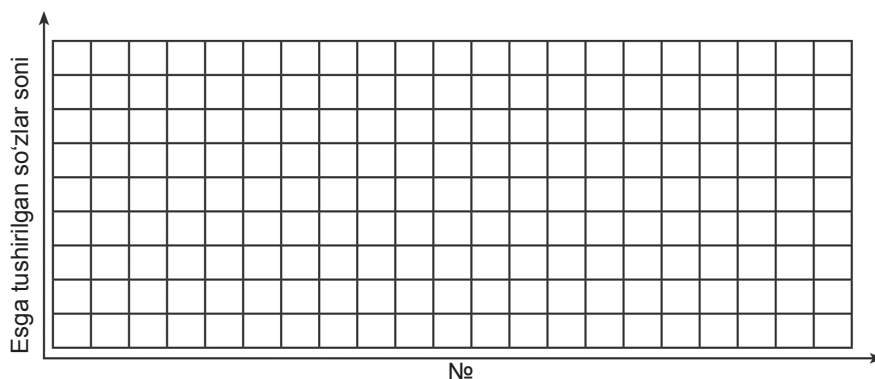
1. Eslab qolish juda yuqori – 4 ball (2-3 urinishdan so'ng 10 so'zni to'la eslab takrorladi);

2. Eslab qolishi yaxshi – 3 ball (5-6 urinishdan so'ng 10 so'zni to'la eslab takrorladi);

3. Eslab qolishi sust – 2 ball (7-8 urinishdan keyin 10 ta so'zni to'la eslab takrorladi);

4. Eslab qolish o'ta sust – 1 ball (9-10 urinishdan keyin ham eslab qola olmayapti, bir joyda qotib qolyapti).

Natijalar ushbu grafikda aks ettirib boriladi:



2.4-rasm. **Eslab qolishni belgilab borish grafigi.** Absissa o'qi bo'yicha – qayta esga tushirilgan so'zlar; Ordinata o'qi bo'yicha – bemorga taqdim etilgan urinishlarning tartib raqami.

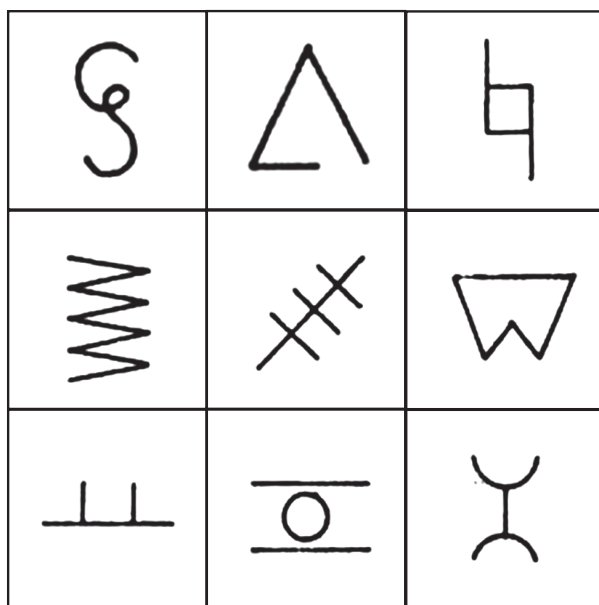
Xulosa chiqarish. Olingan natijalari bo'yicha grafik tuziladi va unda ma'lumotlar aks ettirib boriladi. Sog'lom odamda 10 ta so'z har gal aytib borilganda shuncha ko'p so'zlarni yodlab qoladi, xotirasi past odam esa so'zlarni qayta aytib bera olmay, ularni unutaveradi. Ba'zilar 4-5 urinishdan keyin bor-yo'gi 5-6 ta so'zni takroran aytib, to'xtab qoladi. Bunday holat diqqat charchashi va eslab qolish sustligidan dalolat beradi. Ortiqcha so'zlarni aytib yuborish, avval aytgan so'zlarini unutib qoldiraverish nafaqat diqqat tarqoqligi va eslab qolish sustligi, balki hissiy turg'unlik va fikrlar karaxtligi alomati hamdir. Yodlab qolingan so'zlarni 30 yoki 60 daqiqadan so'ng bemordan yana aytib berish so'ralishi mumkin. Agar avval eslab qolingan barcha so'zlar qayta yodga tushirilsa, demak uning uzoq muddatli xotirasi ham yaxshi. Biroq xotira turlari ko'p bo'lganligi bois, bitta tekshiruv asosida insonda xotira kuchli yoki sustligi haqida xulosa chiqarish mumkin emas.

Qisqa muddatli obrazli xotirani tekshirish

Maqsad: Qisqa muddatli obrazli xotirani tekshirish.

Zarur anjomlar: Turli xil geometrik shakllar aks ettirilgan jadval (2.5-rasm), sekundomer, daftar, qalam.

Ko'rsatma: «Sizga hozir 9 xil geometrik shakl aks ettirilgan jadvalni ko'rsataman. Jadvalga qarab 18 soniya ichida barcha shakllarni eslab qolishingiz kerak. So'ngra esingizda qolgan shakllarni daftarga chizib berasiz».



2.5-rasm. Obrazli xotirani tekshirish uchun geometrik shakllar.

Xulosa chiqarish: To'g'ri eslab qolingan geometrik shakllar asosida xulosa chiqariladi. Normada 6 va undan ko'p shaklni eslab qolishi kerak.

Xotira darajasi, ball:

3 ball – 7-9 shaklni eslab qoldi, obrazli xotirasi yuqori;

2 ball – 5-6 shaklni eslab qoldi, obrazli xotirasi yaxshi;

1 ball – 3-4 shaklni eslab qoldi, obrazli xotirasi sust;

0 ball – 1-2 shaklni eslab qoldi, obrazli xotira o'ta past.

Raqamlarni eslab qolish

Maqsad: Raqamlarni eslab qolishga bo'lgan qisqa muddatli xotirani tekshirish.

Zarur anjomlar: Turli sonlar aks ettirilgan jadval (2.5-jadval), daftar, qalam.

Ko'rsatma: «Sizga 9 ta turli raqamlar aks ettirilgan jadvalni 18 soniya ichida ko'rsatib turaman. Siz ularni eslab qolib, joylashgan joyi bo'yicha daftarga yozib berishingiz kerak».

14	54	26
65	12	47
49	38	93

2.5-jadval. Raqamlarga bo'lgan xotirani tekshirish uchun jadval.

Xulosa chiqarish va baholash tartibi. Qancha ko'p raqam eslab qolsa, uning raqamlarga bo'lgan xotirasi shuncha kuchli hisoblanadi. Normada 6-7 xil raqamni eslab qolishi kerak.

Xotira darajasi, ball:

3 ball – 7-9 raqamni eslab qoldi, xotirasi kuchli;

2 ball – 5-6 raqamni eslab qoldi, xotirasi yaxshi;

1 ball – 3-4 raqamni eslab qoldi, xotirasi sust;

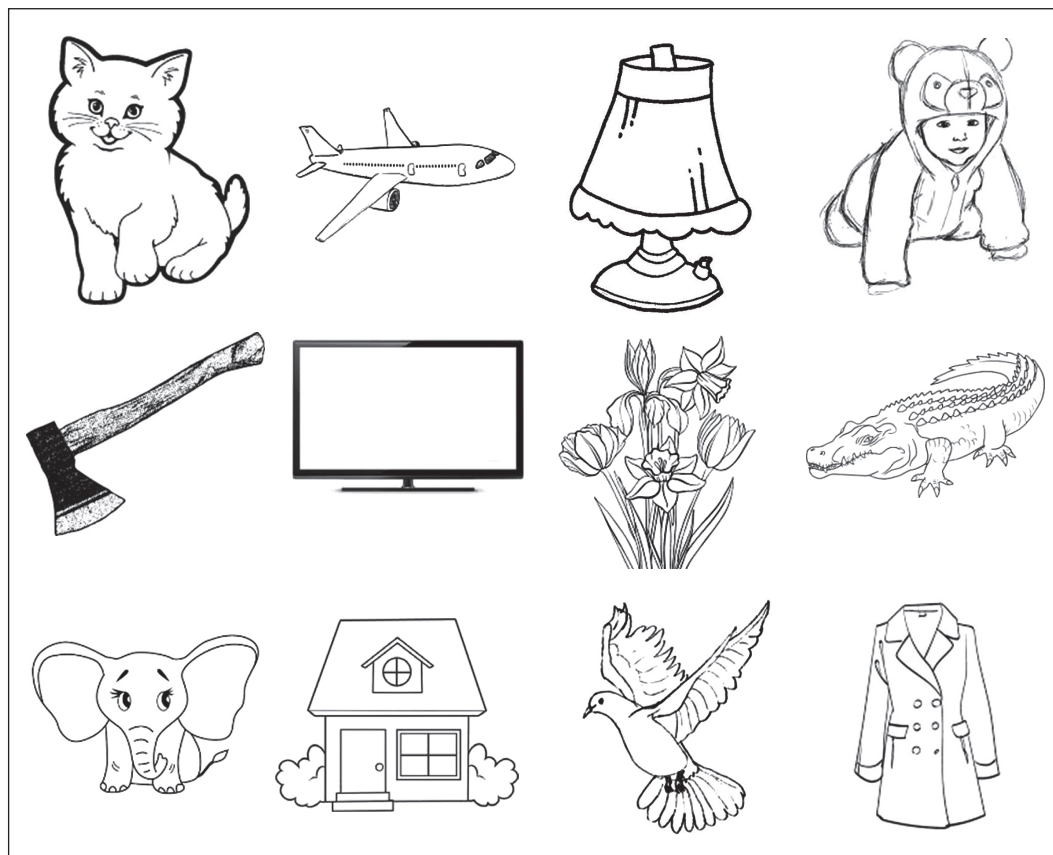
0 ball – 1-2 raqamni eslab qoldi, xotira o'ta past.

Qisqa muddatli ko'ruv xotirasini tekshirish

Maqsad: Qisqa muddatli ko'ruv xotirasini tekshirish. Bu maqsadda ma'noli rasmlar tanlab olinadi.

Zarur anjomlar: Turli hayvonlar yoki buyumlar rasmi aks ettirilgan jadval (2.6-rasm), sekundomer, daftar, qalam. Ma'noli rasmlar bo'lgani bois, ularning soni kamida 12 ta bo'lishi maqsadga muvofiq.

Ko'rsatma: "Ko'ruv xotirangizni tekshirish uchun sizga 12 xil rasm aks ettirilgan jadvalni ko'rsataman. Siz unga 20 soniya mobaynida qarab turib barcha rasmlarni eslab qolishingiz kerak. So'ngra esingizda qolgan rasmlarni menga aytib berasiz"



2.6-rasm. Ko'ruv xotirasini tekshirish uchun rasmlar.

Xulosa chiqarish: To'g'ri eslab qolingan rasmlar asosida xulosa chiqariladi. Qancha ko'p rasm eslab qolinsa, ko'ruv xotirasi shuncha kuchli deb xulosa qilinadi.

Xotira darajasi, ball:

- 3 ball – 10-12 rasmni eslab qolsa, ko‘ruv xotirasi kuchli;
- 2 ball – 7-9 rasmni eslab qolsa, ko‘ruv xotirasi yaxshi;
- 1 ball – 4-6 rasmni eslab qolsa, ko‘ruv xotirasi qoniqarli;
- 0 ball – 1-3 rasmni eslab qolsa, ko‘ruv xotirasi past.

Matni eslab qolishni tekshirish

Maqsad: Matni eslab qolishni tekshirish.

Ko‘rsatma: *“Sizga hozir kichik matni o‘qib eshittiraman. Siz meni diqqat bilan tinglang va matni biror iborasini ham tushirib qolmasdan menga aytib berasiz”.*

Matn: *“Insonning haqiqiy bahosini birov bera olmaydi. Birovning bahosi ko‘pincha yolg‘on bo‘lib chiqadi. Eng zo‘r baho – bu o‘zingga-o‘zing bergan baho. U a‘lo bo‘lsin! O‘zingni o‘zing angla! Ana shunda seni birov anglab yetadi. Birov seni anglashi shart ham emas. Bu uning shaxsiy ishi. Balkim ular sening asl shaxsingni to‘g‘ri baholay olish qobiliyatidan mahrumdir”.* *“Asab va ruhiyat” kitobidan.*

Xulosa chiqarish. Matn o‘qib bo‘lingandan so‘ng bemordan uni yoddan aytib berish yoki qog‘ozga yozishi so‘raladi. Bunda matndagi so‘zlar joy-joyida ishlatilayotganiga e‘tibor qaratiladi. So‘zlar o‘rnini ma‘no jihatdan boshqa so‘zlar bilan almashtirmay aytishi, so‘zlarni takrorlamasligi yoki jummalarni tushirib qoldirmasligi kerak. Chunki xotira tekshirilayapti. Sinov bir marta o‘tkaziladi. Agar talab butunlay bajarilsa, matnga bo‘lgan xotira o‘ta kuchli (3 ball), agar so‘zlar tushirib qoldirilib yoki o‘rniga o‘xshash so‘zlar ishlatib takrorlansa, xotira yaxshi (2 ball), agar matn ma‘nosi ham, undagi so‘zlar ham unutib takrorlansa, xotira sust (1 ball) deb baholanadi.

2.4. Tafakkur

Borliqni o'rganish sezish va idrok qilishdan boshlanadi. Bizni o'rab turgan dunyoni sezgi a'zolarimiz orqali qabul qilamiz va idrok etamiz, hodisalar va narsalarni, ular orasidagi bog'lanishlarni ongimizda aks ettiramiz, fikrlaymiz. Tafakkurni izohlashga oid bir qancha nazariyalar mavjud. Ularning ba'zilarini keltirib o'tamiz.

Bixeviorizm (ingl. *xulq-atvor* degani) tarafdorlari fikrlashning xulq-atvorga oid nazariyasini ilgari surishgan, ya'ni tafakkur ham xuddi nutq kabi harakat faoliyati bilan bog'liq deyishgan. Masalan, dars qilib o'tirgan bolaning lablari qimirlab turishi yoki biror bir muammo ustida kuchli fikr yurgizayotgan odam stolga qo'llari bilan to'qillatib urib o'tirishi yoki xonaning u yog'idan bu yog'iga hadeb yuraverishi va h.k. Demak, harakat bilan tafakkur orasida bevosita bog'liqlik bor. Masala nechog'lik murakkab bo'lsa, miyadagi neyronlar faolligi shunchalik yuqori bo'ladi. Bu jarayon hozirda fMRT yordamida o'rganib kelinmoqda. Hatto po'stloqning qaysi sohasi qanday tafakkur operatsiyasida qanday faollashuviga oid materiallar qo'lga kiritilgan.

Kognitiv psixologiya tarafdorlari olamni va o'z-o'zini anglash fikrlar to'qnashuvi negizida shakllanadi, 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 etishdan va tasavvurdan ko'ra kengroq bo'lib, uni biz tasavvur eta olmaydigan hodisalar qamrab olishi mumkin. Masalan, yerda hayot paydo bo'lishi to'g'risida biz millionlab yillar haqida fikr yuritamiz, holbuki, aslida million yil nimaligini tasavvur etish amrimahol.

Tafakkur, boshqa ruhiy jarayonlar singari, miya mahsuli bo'lib, bosh miyada amalga oshiriladi. Tabiiyki, hozirgi vaqtda bunga hech qanday shubha yo'q. Ma'lumki, bosh miya kasalliklarida fikrlash buziladi yoki bolaning miyasida tug'ma nuqson bo'lsa, u fikrlashdan orqada qolib rivojlanadi. Hozirda fMRT yordamida bosh miyada turli xil ma'lumotlarni fikrlash mobaynida qanday kimyoviy elementlar ishtirok etishi va qaysi neyronal guruhlar faollashuviga oid materiallar qo'lga kiritilgan.

Tafakkur rivojlanishida diqqatning ahamiyati juda katta. Diqqat bir joyga to'planmasa, fikrlash ham izchil va unumli bo'lmaydi. Tafakkur irodaga ham aloqador. Chunki mushkul masalalarni hal etish uchun odamga katta iroda kuchi talab qilinadi. Tafakkur sezgi bilan ham chambarchas bog'liq.

Chunki yuqorida ta'kidlab o'tganimizdek, bilish jarayonlari dunyoni sezish va idrok etishdan boshlanadi.

Tafakkur odamning boshqa ruhiy funksiyalari singari, tarbiya, o'qish va mehnat faoliyati ta'siri ostida hamda boshqa odamlar bilan doimo muloqotda bo'lish jarayonida taraqqiy etib boradi. Shunday qilib, tafakkur nafaqat biologik, balki ijtimoiy voqelik hamdir. Adabiyotlardan ma'lumki, o'rmonda adashib qolgan jajji bola bir qancha 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. Bu haqda "Maugli" nomli multfilm ham ishlangan. Ma'lum bo'lishicha, bunday bolalarda tushunsa bo'ladigan na nutq, na fikrlash bo'lgan. Ular aqliy jihatdan juda ham sust rivojlangan. Ularning o'zini tutishi, xulq-atvori ko'proq hayvonlarnikiga o'xshab ketgan. Bunday bolalar odamlar orasiga qaytarilganda ham, ularning odamlardek yashashi va taraqqiy etishi juda qiyin kechgan.

Jamiyatga aqlli robotlarning jadal kirib kelishi, so'z bilan aloqa o'rni ni kompyuterlashgan distant aloqa vositalari, deylik androidlar egallab borayotgani insonlarning tafakkur doirasini kengaytirib yuboryapti. Biroq bunday vositalar (smartfon, planshet va noutbuklar) yosh boladagi fikrlash faoliyatining fiziologik va biologik qonunlarga mos ravishda riojlanishini izdan chiqarib yubormoqda. Odam biologik muhitdan uzoqlashib, androidlar dunyosiga g'arq bo'lmoqda, u ko'proq robotlar dunyosiga qaram bo'lib bormoqda. Bunday taraqqiyotning salbiy ta'sirlari bolalarda bilish jarayonlarining nomutanosib rivojlanishiga turtki bo'ladi. Hindiston o'rmonlarida uzun daraxtzorlar va ongsiz mavjudotlar bilan aloqa qilmay o'sgan bola, ya'ni Mauglini insonlar orasiga qo'shishdagi qiyinchiliklar har birimizga ayon. Maugli o'ziga yashash uchun yana o'rmonzorni ma'qul ko'rdi.

Bundan 10 yillar oldin o'zim kuzatgan 6 yoshli boladagi xulq-atvor va patologik tarzda o'zgargan tafakkur doirasini o'rganib, Maugli ko'z oldimga keldi. AQShda istiqomat qilayotgan vatandoshimiz chaqaloqlik davridan bolasini planshet bilan tarbiyalagan. Olti yoshga to'lgan bolaning g'alati xatti-harakatlari va tafakkur doirasidan cho'chigan buvasi (o'zi olim odam) bolaning ota-onasi bilan birgalikda menga ko'rsatgani olib kelishdi. Unda o'tkazgan neyropsixologik tekshiruvlarim natijasida bu bolada yoshiga mos bo'lmagan tafakkur doirasi, nutq rivojlanishining orqada qolishi va hissiy reaksiyalarning ilgarilab ketishining guvohi bo'ldim. Beixtiyor Maugli ko'z oldimga keldi. O'zbekistonda yana 3 nafar shunday bolani kuzatib, "Zamonaviy Maugli" sindromi degan yangi bir kasallikni fanga kiri-

tish lozim deb topdim. Gap qo'l telefonlari sababli xulq-atvori keskin buzilgan bolalar haqida ketmayapti. Albatta, bunday bolalar son-sanoqsiz. Gap haqiqatan ham insonlar uchun xos bo'lgan nutq va u bilan bog'liq bo'lgan oliy ruhiy funksiyalarning orqada qolib, hayvonlar uchun xos bo'lgan hissiy reaksiyalar yaqqol ufurib turgan bola haqida boryapti.

Jamiyatni robotlashtirishning ildamlab ketishi kelajakda "Maugli sindromi" bilan kasallangan bolalar sonini keskin oshishiga sababchi bo'ladi. Shunday bolalarni yaratayotgan jamiyat va ota-onalarning bu yangi kasallik bilan kurashishga kuchi yetmaydi. Bu yerda neyropsixolog yordami albatta kerak bo'ladi. Bu sindrom yaqin kelajakda tibbiyot va psixologiya darsliklarida o'rin olsa ajab emas. Demak, ushbu sindromning etiopatogenetik mexanizmlari, klinikasi, psixodiagnostikasi, psixoterapiyasi va psixoreabilitatsiyasini mukammal o'rganib, xalqaro kasalliklar tasnifiga kiritish lozim deb hisoblaymiz.

Tafakkur buzilishi. Bosh miyadagi integrativ jarayonlarni izdan chiqaruvchi har qanday kasallik tafakkur buzilishiga olib keladi. Tafakkur buzilishining klinikada ko'p uchraydigan turlari bilan tanishib chiqamiz.

Oligofreniya – tafakkurning tug'ma zaifligi bo'lib, og'ir-yengilligi bo'yicha turli darajada ifodalanadi: debillik, imbetsillik, idiotiya. Oligofreniyaning yengil darajada ifodalangan turi *debillik* deb ataladi. Ularda 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) bajara olishadi, mexanik xotirasi saqlangan bo'ladi. Umumlashtirish va abstraksiyalash sust rivojlangan bo'ladi. Yaratuvchilik qobiliyati ham past bo'lib, ular faqat kam aqliy faoliyat talab qiladigan ishlarnigina bajara olishadi, xolos.

Imbetsillik – tafakkurning o'rta darajada buzilishi. Imbetsil bolalarning nutq funksiyasi va xotirasi o'ta sust bo'lib, ular biror narsani o'rganishda juda qiynalishadi. Ularga saboq berish juda qiyin. Ularning harakatlari qo'pol va beo'xshov bo'ladi. Bir necha so'zni yozish va o'ngacha sanashni eplay olishadi, xolos. Bunday bolalarda jismoniy zaiflik ham kuzatiladi.

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

Demensiya – tafakkur buzilishining orttirilgan turi. Bunda barcha kognitiv funksiyalar turli darajada buziladi. Uning asosiy sabablari: ateroskleroz, Alsxaymer kasalligi, og'ir entsefalopatiyalar, kranioserebral jarohatlar, alkogolizm, giyohvandlik, epilepsiya, lakunar insult. Demen-

siyaning yengil, o'rta va og'ir turlari farqlanadi. Bu kasallikning og'irlik darajasiga qarab diqqat, idrok, xotira va fikrlash jarayoni buzilib boradi va shaxs degradatsiyasi rivojlanadi. Demensiya haqida batafsil ma'lumot 3-bobda keltirilgan.

Tafakkurni tekshirish usullari

1. "Ortiqchasini chiqarib tashlash" usuli

Maqsad: Fikrlash doirasini aniqlash.

O'tkazilish tartibi: 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'zni (nomni) 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, qalam, bloknot, qog'oz.
4. Televizor, radio, kompyuter, pult, noutbuk.
5. Arra, bolg'a, mix, bolta, beshik, tasha.
6. Oltin, kumush, mis, alyuminiy, temir.
7. Parij, London, Samarqand, Rim, Tokio, Kopengagen.
8. Avstriya, Fransiya, Italiya, Norvegiya, Xiva.
9. Qo'y, it, echki, ot, tovuq, xo'roz, bo'ri.
10. Kahva, choy, vino, sut, sharbat, bo'tqa.

Xulosa chiqarish: agar qisqa muddat ichida hammasi to'g'ri izohlab berilsa, fikrlash doirasi yaxshi (3 ball), topshiriqni bajarishda birmuncha xatoliklarga yo'l qo'ysa, fikrlash doirasi qoniqarli (2 ball), topshiriqning ma'no-mazmuniga tushunmay uni bajara olmasa, fikrlash doirasi past (1 ball) deb xulosa chiqariladi.

2. "Tanlab ko'rsatish" usuli

Maqsad: Fikrlash doirasini aniqlash.

O'tkazilish tartibi: Sinaluvchiga turli narsalar (obyektlar) nomi yozilgan qator ko'rsatiladi. Sinaluvchi ularni diqqat bilan kuzatib turli xususiyatlari bo'yicha obyektlarni ketma-ket joylab chiqish kerak.

Ko'rsatma:

1. Uchish tezligi bo'yicha ketma-ket joylashtiring: *raketa, dron, o'q, vertolyot, samolyot.*
2. Yorug'lik darajasi bo'yicha ketma-ket joylashtiring: *projektor, fonar, oy, quyosh, lampa, sham.*
3. Sekin yurishi bo'yicha ketma-ket joylashtiring: *quyon, toshbaqa, tipratikan, timsoh, qoplon.*
4. Dumining uzunligi bo'yicha ketma-ket joylashtiring: *tuya, quyon, olmaxon, tipratikan.*
5. Tanani issiq tutish darajasi bo'yicha joylashtiring: *mayka, palto, ko'ylak, kostyum.*
6. Uzunligi bo'yicha joylashtiring: *Toshkent teleminorasi, Eyfel minorasi, Rio-de Janeyro teleminorasi, Ostankino teleminorasi.*
7. Ushbu viloyatlarni yer maydonining kattaligi bo'yicha joylashtiring: *Navoiy, Qashqadaryo, Xorazm, Farg'ona, Toshkent.*
8. Qaysi alloma oldin tug'ilganligi bo'yicha joylashtiring. *Alisher Navoiy, Amir Temur, Ibn Sino, Gippokrat, Platon.*
9. Issiqlikni tez o'tkazishi bo'yicha joylashtiring: *mis, alyuminiy, oltin, temir.*

Xulosa chiqarish: Agar qisqa muddat ichida hammasiga to'g'ri javob berib izohlab bersa, fikrlash doirasi yaxshi (3 ball), topshiriqni bajarishda birmuncha xatoliklarga yo'l qo'ysa, fikrlash doirasi qoniqarli (2 ball), topshiriqning ma'no-mazmuniga tushunmay uni bajara olmasa, fikrlash doirasi past (1 ball) deb xulosa chiqariladi. Albatta, bu yerda qo'yilgan savol bo'yicha bilim darajasi ham ahamiyatga ega. Masalan, qaysi mutafakkir qachon tug'ilganligini sinaluvchi bilmasligi mumkin va h.k.

3. Fikrlash faolligini aniqlash

Buning uchun talabalarga turli xil topshiriqlar beriladi va vaqt belgilab olinadi. Har bir topshiriq 1 daqiqa mobaynida bajarilishi kerak.

Birinchi topshiriq. *"Men vaqtini belgilayman. Sizlar 1 daqiqa mobaynida daftarga A harfi bilan boshlanuvchi shaharlar nomini yozasiz. Qancha ko'p yozsangiz shuncha yaxshi".* Belgilangan vaqt o'tishi bilan keyin daftarlari yig'ishtirib olinadi. Ko'rsatilgan harfga kim ko'p nom yozgan bo'lsa va ularning nomi to'g'ri bo'lsa, o'sha talabanning fikrlash faolligi yaxshi saqlangan hisoblanadi.

Ikkinchi topshiriq. *"Bir daqiqa mobaynida Toshkent shahrida mavjud bo'lgan yirik obyektlar 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 mevalar yoki sabzavotlar, uy hayvonlari, yovvoyi hayvonlar nomini yozib ham fikrlash faolligi va doirasini tekshirish mumkin. Bunday topshiriqlar esda saqlash darajasini ham ko'rsatib beradi.

Uchinchi topshiriq. «Bir daqiqa mobaynida M, O', V, S harflardan foydalanib jumla tuzing. Masalan: «Men o'z Vatanimni sevaman». Jumlar ma'no va mazmun jihatdan to'g'ri tuzilgan bo'lishi kerak. Topshiriq bajarilgandan so'ng to'g'ri tuzilgan jumlar soni hisoblab chiqiladi.

To'rtinchi topshiriq. O'qituvchi doskaga aylana, kvadrat, uzun chiziqlar, silindr, spiral, to'liqinli chiziq, doira va biror bir narsaning shaklini (masalan, uy, kema, poyezd) yaratsa bo'ladigan turli geometrik shakllarni chizadi. So'ng o'qituvchi talabalarga ko'rsatma beradi: *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 doirasini tekshirish uchun qo'llaniladi.

Barcha topshiriqlar bajarib chiqilgandan so'ng to'g'ri bajarilgan topshiriqlar soni hisoblab chiqiladi. Shu yo'l bilan nafaqat talabalarining fikrlash doirasi, balki ularning bilimini baholashda ham foydalanish mumkin. Topshiriqni birinchi bo'lib bajargan talabaga 5 ball, undan keyingi talabalarga esa 4, 3, 2 va 1 ball qo'yiladi.

4. Analogiya yaratish

Sinaluvchiga har xil so'zlar yozilgan material ko'rsatiladi. Sinaluvchi ularning ro'parasiga ma'no va mazmun jihatidan 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 Buxoro – shahar va h.k. Bu sinamani og'zaki tarzda o'tkazish ham mumkin.

5. Maqollar va aforizmlar ma'nosini tushuntirib berish

Sinaluvchiga bir nechta maqol va aforizmlar aytiladi. Sinaluvchi ularning ma'nosini tushuntirib berishi kerak. 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'lavermay-

di”, “Chumchuqdan qo‘rqqan tariq ekmaydi”, “Nima eksang, shuni o‘rsan”, “Yolg‘iz otning changi chiqmas, changi chiqsa ham dong‘i chiqmas”, “Bo‘ridan qo‘rqqan o‘rmonga bormas”, “Yetti o‘lchab, bir kes”, “Tilim mening, dushmanim mening”, “Bukrini go‘r to‘g‘rilaydi”, “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 h.k.

6. Intellekt darajasini tekshirish uchun Veksler testi (shkalasi)

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

Veksler bo‘yicha IQ-ko‘rsatkichlari:

1. Juda yuqori – 130 ball.
2. Yuqori – 120-129 ball.
3. Yaxshi – 110-119 ball.
4. O‘rtacha – 90-109 ball.
5. Past – 80-89 ball.
6. Yomon – 70-79 ball.
7. Aqliy defekt – u 2,2%

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.

Nazorat uchun savollar

1. *Tafakkur nima?*
2. *Tafakkurning qanday buzilishlari mavjud?*
3. *Oligofreniya bilan imbetsillik orasida qanday farq bor?*
4. *Idiotiya bilan demensiya orasidagi farqni aytib bering.*
5. *Tafakkur buzilishi qanday kasalliklarda kuzatiladi?*
6. *Tafakkurni tekshirish usullarini ko‘rsatib bering.*
7. *Veksler shkalasi bo‘yicha bir-biringizni tekshirib ko‘ring.*

2.5. Hissiyot va stress

Hissiyot deb bizni o‘rab turgan borliqdagi barcha mavjudotlar, narsa va hodisalarga bo‘lgan munosabatlar natijasida paydo bo‘ladigan tuyg‘ularga aytiladi. His-tuyg‘ularsiz birorta ruhiy jarayon kechmaydi. Hissiy qo‘zg‘alishlar yurakda ham aks etadi. Hayajonlanganda yurak urib ketishining kuchayishiga qarab qadimda hissiyot markazini yurakda deb hisoblashgan.

Sezgi va idrokdan tortib to tafakkurgacha bo‘lgan barcha operatsiyalar turli darajadagi hissiy o‘zgarishlar bilan namoyon bo‘ladi. Inson tabiati shunday yaralganki, u hissiy voqealarga ko‘proq ahamiyat beradi. 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.

His-tuyg‘u bizning tevarak-atrofga 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 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 va h.k.

His-tuyg‘u kishining fe‘l-atvorida turli darajada aks etib turadi va zarur paytda u qudratli kuchga aylanadi. His-tuyg‘u odam faoliyatining turli jihatlari bo‘lmish – mehnat, ilm-fan va san‘atga rag‘batlantiruvchi kuch ham hisoblanadi. Lekin shuni nazarda tutish lozimki, hissiyot inson faoliyatini faqatgina uyg‘unlashtirmasdan, balki uni izdan chiqarib qo‘yishi ham mumkin. Masalan, muhabbat odamni qahramonlikka, shijoatga, qat‘iylikka, qunt bilan ishlashga da‘vat etadi. Lekin aynan shu muhabbat insonning hayot tarzini barbod etishi, oldiga qo‘ygan maqsadlaridan chalg‘itib qo‘yishi ham mumkin. Ayniqsa, o‘spirinlarda fanatizm bilan ifodalangan salbiy hissiy reaksiyalar ularning normal hayotini izdan chiqarib yuboradi, kerak bo‘lsa, aqliy faoliyatiga ham salbiy ta‘sir ko‘rsatadi. Bunday yoshlar affekt holatlariga tez-tez tushib turadi. Hozirda yoshlar orasida hissiy to‘mtoqlik ham tez-tez ko‘zga tashlanmoqda. Bunga asosiy sabab ularning miyasi hazm qila olmaydigan axborotlarning ko‘payib ketishidir. Masalan, multfilmlardan tortib, kattalar ko‘radigan filmlarda real hayotda inson bajara olmaydigan g‘ayritabiiy kadrlar juda ko‘pligi ham salbiy oqibatlariga olib kelmoqda.

Hissiyot hayvonlarda ham bor. Ayniqsa, sut emizuvchilarda hissiyot birmuncha yaxshi rivojlangan. Masalan, kuchuk xursand bo‘lsa, dumini

likillatib erkalanadi, sakraydi, jahli chiqsa, tishini g'ijirlatadi va h.k. Biroq yuqori darajada ifodalangan his-tuyg'u faqat inson uchun xos. 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.

His-tuyg'ular orasida ham katta tafovutlar mavjud. Turli odamlarda hissiy qo'zg'aluvchanlik darajasi va ularning chuqurligi, jadalligi turli xil. Ba'zilarning o'zini tutishida his-tuyg'ular aks etib tursa, boshqa birovlarda ko'proq aql-idrok ustunlik qiladi. Gohida ular barobar ifodalangan bo'ladi.

His-tuyg'ular ichida *kayfiyat* deb ataluvchi umumiy his-tuyg'u ham mavjud. Sog'lik yoki biror bir kasallik haqida darak beruvchi ko'p sonli interoreseptiv impulslar yig'indisi kayfiyat darajasini belgilab beradi. Inson kayfiyatiga qarab tetik, dadil, jizzaki, ma'yus bo'ladi. Jizzakilik va ma'yuslik biror bir kasallik boshlanganining ilk alomati bo'lishi mumkin.

Hissiyotning fiziologik mexanizmlari. Bugungi kunda hissiy reaksiyalar yangicha talqin qilinmoqda. XX asrda hissiyot uchun mas'ul tuzilmalarni asosan Papes aylanasiga kiruvchi tuzilmalar bilan bog'lashgan bo'lsa, hozirda bu jarayonda prefrontal soha ishtirokiga oid yangi materiallar qo'lga kiritilgan (Baars B., Geydj N., 2016). Demak, faqat murakkab tafakkur operatsiyalariga mas'ul deb hisoblangan prefrontal soha hissiy reaksiyalarga ham bevosita aloqador bo'lib chiqmoqda.

Nanotibbiyotning jadal rivojlanib borishi va neyrofiziologlar, neyrobiologlar, neyropsixologlar hamda biofiziklarning hamkorlikda olib borayotgan tadqiqotlari qaysi neyrokimyoviy reaksiyalar qaysi hissiy reaksiyalarni amalga oshirishda ishtirok etishiga oid o'ta qimmatli ma'lumotlar to'planmoqda. Yaqin yillarda bunday neyronal tuzilmalarga maxsus mikrochiplar o'rnatib, inson hissiyotini boshqarish usullari ishlab chiqarilishi ehtimoldan yiroq emas.

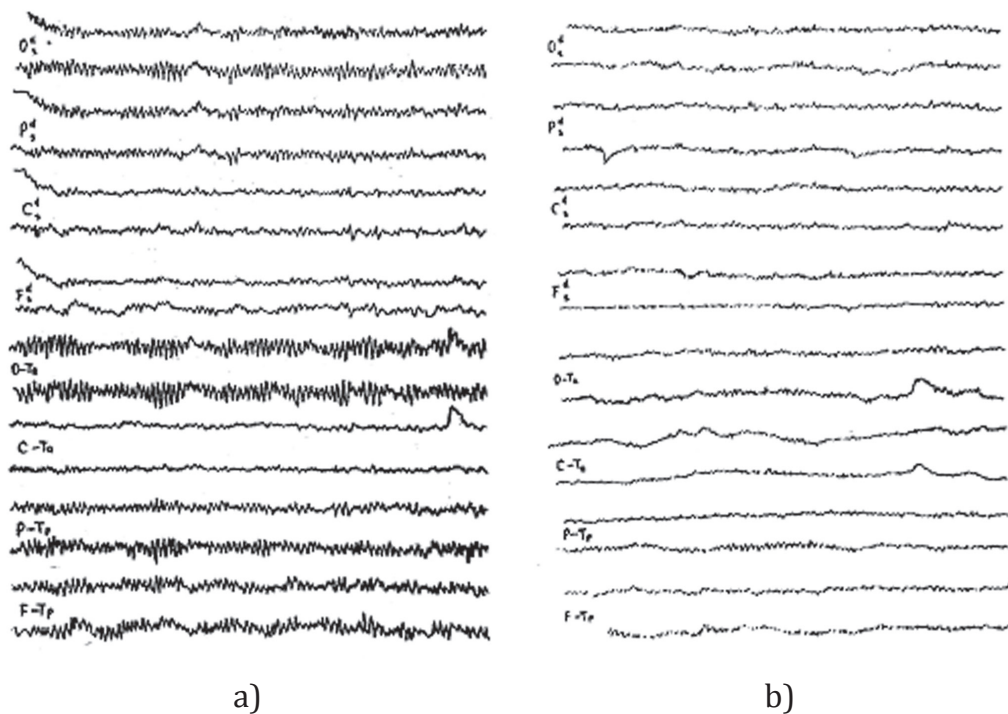
Ma'lumki, odam qo'rqib ketganida yoki g'azablanganida qonda adrenalni miqdori oshib ketadi. Yuzaga kelgan giperadrenalinemiya natijasida jigar va mushaklarda glikogen jadallik bilan parchalanadi. Bu paytda qonda qand miqdori ham oshadi va organizmni yonilg'i materiali bilan ta'minlaydi. Hissiy qo'zg'alishlarda gipofiz va qalqonsimon bezning inkretor faoliyati kuchayadi. His-tuyg'ular, ayniqsa, yurak-qon tomir sistemasiga va AQB ga keskin ta'sir ko'rsatadi. Bu holat turli darajada ifodalangan vegetativ o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi.

Vegetativ nerv sistemasi (VNS) har qanday hissiy reaksiyalarda bevosita ishtirok etadi. VNS simpatik va parasimpatik nerv sistemalaridan iborat. Simpatik nerv sistemasining faoliyati kuchayganda, qonda adrenalni va

noradrenalin miqdori oshsa, parasimpatik nerv sistemasi faoliyati kuchayishi qonga ko'proq xolinergik moddalar ajralib chiqishini faollashtiradi.

Hissiyotning neyrohumoral mexanizmini gipotalamo-gipofizar sistema ta'minlaydi. Ichki a'zolarga ushbu tizim bilan bog'liq signallar simpatik va parasimpatik nerv tolalari orqali uzatiladi va qabul qilib olinadi. Insonning his-tuyg'ulari shakllanishiga ta'lim-tarbiya, ijtimoiy omillar, ilm-idrok, atrof-muhit, hayot tajribasi, jismoniy va ruhiy salomatlik darajasi ham ta'sir ko'rsatishini esda tutish lozim.

Hissiy qo'zg'alishlarda bosh miyaning bioelektrik faolligi ham o'zgaradi: EEG da α -to'lqinlar faolligi pasayib, β -to'lqinlar faolligi oshadi, bilateral-sinxron to'lqinlar paydo bo'ladi. α -to'lqinlar miyaning tinch faoliyatini ifodalasa, β -to'lqinlar ko'proq xavotirli-fobik buzilishlarda namoyon bo'ladi (2.7-rasm).



2.7-rasm. Turli funksional holatlarda EEG. a – asabi tinch odamning elektroentsefalogrammasi. EEG da bir maromli alfa-to'lqinlar; b – asabiylashgan odamning elektroentsefalogrammasi. Unda alfa-to'lqinlar yo'q, miyaning barcha nuqtalari bo'ylab yuqori chastotali, past amplitudali to'lqinlar ro'yxatga olingan (Ibodulayev Z.R. kuzatuv, 2008).

Endi hissiyotga bevosita bog'liq bo'lgan stress haqida fikr yuritamiz. «**Stress**» so'zi odatdagi turmushda va tibbiy atamashunoslikda ancha keng tarqalgan. «Stress» deganda ruhiy zo'riqish va hayajonlanish tushuniladi. Odam qattiq siqilsa: «Kecha men stressga uchradim», deydi. Bu so'zni turmushda ishlatish shunga olib keldiki, XX asr oxiriga kelib, «stress» so'zi ishlatilganda 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 (1907–1982) kiritgan.

Stress – organizmning stressorga nisbatan javob reaksiyasi. *Hayot bor joyda stress bor, uning bo'lmasligi o'lim deganidir* (G.Sele, 1956).

Stress aslida «hayot» tushunchasiga hamohang. G. Sele bu muammoni ochiq-oydin yoritib berdi. Stress odam uchun xavf tug'dirmaydi. Distress xavflidir. *Distress* – organizmda psixofiziologik jarayonlarni izdan chiqaruvchi va unga falokatli ta'sir ko'rsatuvchi negativ omil. Stress esa ijobiy va salbiy turlarga ajratiladi.

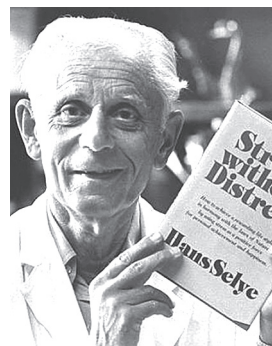
«Stress kasalliklari» degan tushuncha noto'g'ridir, «distress kasalliklari» deyilsa, to'g'riroq bo'ladi, degan edi G. Sele. Olim stressni 3 ta asosiy bosqichga ajratgan:

1-bosqich – xavotirlanish bosqichi. AQB va tana harorati pasayadi, kapillyarlar qon bilan to'lishadi, qonda qand miqdori kamayadi, alkaloz kuzatiladi, oshqozon-ichak sistemasida funksional o'zgarishlar paydo bo'ladi.

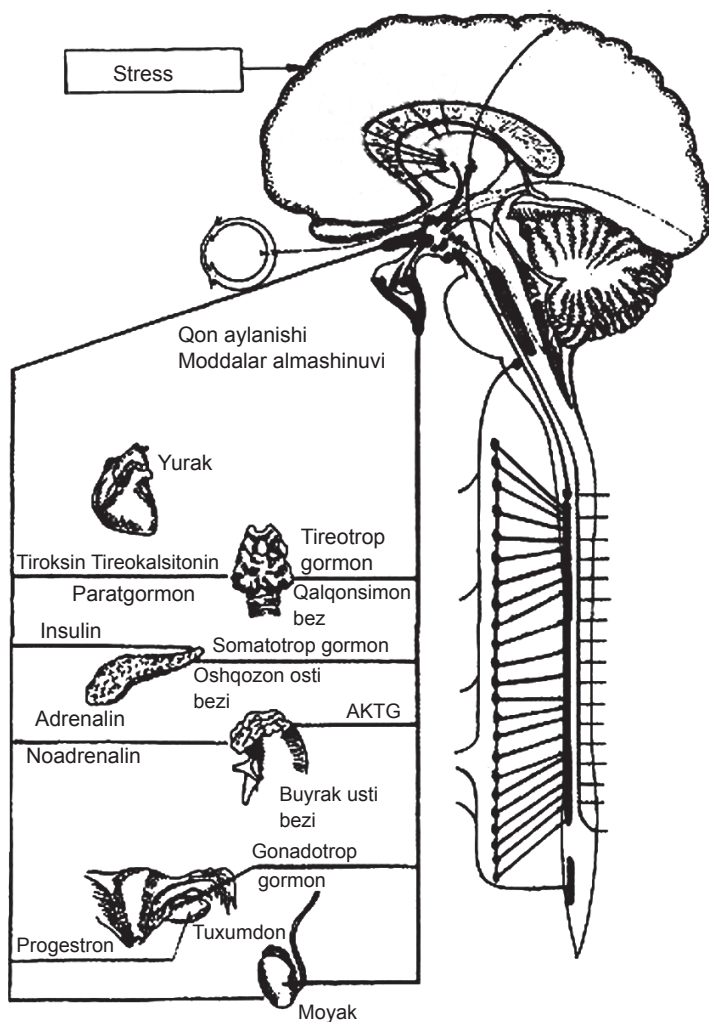
2-bosqich – qarshilik ko'rsatish bosqichi. Alkaloz asidoz bilan, gipoglikemiya giperqlikemiya bilan, arterial gipotoniya gipertoniya bilan almashadi, tana harorati ko'tariladi va buyrak usti bezi qobig'i shishadi, kortikosteroidlar ko'plab ajralib chiqadi.

3-bosqich – toliqish bosqichi. 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 nospetsifik reaksiyalarni G.Selegacha ham tadqiq qilishgan, lekin organizmda kechadigan patofiziologik o'zgarishlar bilan stress orasida bog'liqlik darajasiga e'tibor berilmagan. 2.8-rasmda stressning ichki a'zolar faoliyati va ichki sekretiya bezlari bilan munosabati ko'rsatilgan.



Gans Sele
(1907–1982)



2.8-rasm. Stressning asab tizimi va ichki a'zolarga ta'siri.

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

Hissiyot patologiyasi

1. Eyforiya – sababsiz ko‘tarinki kayfiyat. Demak, eyforiya – bu patologiya. Eyforiya holatidagi odamga atrofdagi barcha narsalar quvonchli va jozibali bo‘lib ko‘rinadi. Hech qanday asos bo‘lmasa-da, ular o‘zlarini dunyoda eng baxtiyor odam deb his qilishadi.

2. Disforiya ortiqcha jizzakilik, badjahllik, arzimagan narsaga xafa bo‘lish va atrofdagilarni yoqtirmaslik bilan namoyon bo‘ladigan hissiy buzilishlar majmuasi. Disforiyada sal narsaga hissiy portlash va agressiv xatti-harakatlar ko‘p kuzatiladi. Bunday shaxs badqovoq bo‘lib, ota-onasi yoki aka-ukalariga “Sizlar meni yomon ko‘rasizlar, yoqtirmaysizlar”, deb ulardan arazlab yuradi. Agar yaxshi bir vaziyatda uning kayfiyati ko‘tarilib qolsa, bu ham bir-ikki kundan oshmaydi, u yana nimadandir arazlab, disforiya holatiga tushadi, haftalab uydagilar bilan gaplashmay yuradi. Gipotimiyadan farqli o‘laroq, disforiyada jismoniy faollik sustlashmaydi.

3. Hissiy ambivalentlik – bir-biriga qarama-qarshi bo‘lgan ikki xil his-tuyg‘u, ya‘ni mehr va g‘azabning bir paytda namoyon bo‘lishi. Masalan, onasini jonidan ortiq sevadigan o‘spirin, unga ko‘p mehribonlik va g‘amxo‘rlik qila turib, begonalar oldida uni qattiq haqorat qilib tashlaydi yoki aybini aytib, ustidan xoxolab kuladi. Bunday holatlar ruhiy kasalliklarda ko‘p kuzatiladi. Shizofreniya tashxisi qo‘yilgan bir bemor yerda yotgan papiros qoldig‘iga ko‘zi tushib, 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», deb uni qo‘liga olgan.

4. Affekt – to‘satdan paydo bo‘lib, qisqa muddat davom etadigan hissiy portlash. Affektning *fiziologik* va *patologik* turlari farqlanadi. Fiziologik affekt paytida odam o‘z ahvolini anglab turadi yoki qisman nazoratni yo‘qotadi. Masalan, chinqirib yig‘lagan, sochini yulgan, farzandidan mahrum bo‘lgan onaizorda fiziologik affekt alomatlarini ko‘ramiz. Patologik affekt paytida odam o‘zini boshqara olmay qoladi va bemalol bironing (o‘zining ham) joniga qasd qilib qo‘yadi. Qahr, g‘azab, rashk, ajablanish va xursandchilik affektlari ham farqlanadi. Patologik affektda ong torayishi sababli qisman yoki to‘la amneziya kuzatiladi. Shu bois ham affekt paytida odam nima qilganini eslay olmaydi.

5. Apatiya – atrofdagi barcha voqea va hodisalar hamda biron bir faoliyatga qiziqishning yo‘qolishi bilan namoyon bo‘luvchi tushkun kayfiyat. Apatiya depressiyaga o‘xshab ketadi. Biroq depressiya bir nechta simptomlardan iborat surunkali davom etuvchi jiddiy kasallik bo‘lsa, apatiya asosan tushkun kayfiyat bilan namoyon bo‘luvchi sindrom. Agar apatiya

iroda so'nishi bilan birgalikda namoyon bo'lsa, u holda apato-abulik sindrom haqida so'z boradi.

6. Maniakal holat – yuqori xursandchilik, kuchli quvvat va ortiqcha harakatlar bilan namoyon bo'ladigan ruhiy holat. Maniakal holatdagi odam juda sho'x, xushchaqchaq, bo'lar-bo'lmasga hazillashib kuladi, raqsga tushgisi keladi, o'ta ishchan bo'lib qoladi. U qo'shiq xirgoyi qilib, bir haftada qilinmay yotgan ishlarni bir kechani o'zida bajarishi mumkin. Biroq bunday holat uzoqqa bormaydi va bemor yana depressiyaga tushib, o'chadi-qoladi. Ayniqsa, bunday holat maniakal-depressiv psixozlarda uchraydi.

7. Depressiya – uzoq davom etuvchi tushkun kayfiyat, fikrlar karaxtligi va har qanday harakatga bo'lgan motivatsiyaning so'nishi bilan namoyon bo'ladigan ruhiy buzilishlar majmuasi.

Nazorat uchun savollar

1. *Hissiyot nima?*
2. *Hissiyot uchun mas'ul tuzilmalar qaerda joylashgan?*
3. *Stress va distress nima? Ular bir-biridan qanday farq qiladi?*
4. *Stressning qanday bosqichlari bor?*
5. *Hissiyot buzilishining qanday turlarini bilasiz?*
6. *Eyforiya bilan disforiya farqi nimada?*
7. *Hissiy ambivalentlik nima?*
8. *Maniakal holat qanday kechadi?*
9. *Apatiya bilan depressiyaning bir-biridan farqi nima?*

2.6. Ong

Obyektiv borliqning miyamizda subyektiv aks etishiga **ong** deb aytiladi. Ong o'z tabiatiga ko'ra nihoyatda xilma-xil bo'lib, unga o'z-o'zini va atrof-muhitni anglash kiradi. Ong taraqqiyotning oliy darajasida yuzaga kelib, faqat insondagina bo'ladi. Hayvonlarda ong bo'lmaydi.

Odanda ong asta-sekin rivojlanadi. Yangi tug'ilgan bolada ong bo'lmaydi. Bola o'sib-ulg'aygan sayin uning ongi ham rivojlanib, takomillashib boradi. Ong integrativ jarayon bo'lib, yuqori darajada izchilligi, jadalligi, chuqurligi va kengligi bilan boshqa bilish jarayonlaridan farq qiladi. Biroq turli yoshda va turli odamlarda ong turlicha bo'ladi. Ong kimda qanday bo'lishidan qat'i nazar, u bir butundir.

Ong inson egallagan bilimlar va atrof-muhit ta'siri ostida shakllanadi va rivojlanadi. Bilimsiz ong bo'lmaydi. Biroq ong va bilim bir xil jarayon ham emas. Masalan, o'ta ilimli odamni o'ta ongli odam deb bo'lmaydi.

Ongga o'zini o'zi anglash, ya'ni «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. Ruhiy kasalliklarda ong buziladi.

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. Ruhiy kasalliklarda o'zini anglash ham, borliqni anglash ham izdan chiqadi, ya'ni ong buziladi.

O'z tanasini his qilish, atrofdagi narsalar va odamlarni tanish, o'zi turgan makonni bilish ong funksiyalaridan hisoblanadi. Odam tanasi faqat tashqi olamdan (ko'ruv, eshituv, hid bilish) emas, balki tanasining ichki a'zolaridan ham intrareseptorlar 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 o'z his-tuyg'ulari, sezgilari, xohishlari, ehtiyojlarini atrof-muhitdagi, ya'ni jamiyatdagi vaziyat bilan taqqoslaydi. Bu ongning eng muhim funksiyasidir.

Ong rivojlanishi va takomillashishida bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ining ahamiyati katta. Demak, ikkilamchi signal sistemasiga mas'ul bo'lgan po'stloq ong uchun o'ta muhim morfo-funksional tizimdir. Shuningdek, miya ustunida joylashgan retikulyar formatsiya ham ong jarayonida muhim o'rin tutadi. Retikulyar formatsiya uyqu va tetiklikni boshqarib, ong darajasiga bevosita ta'sir o'tkazadi. Nutq inson ongi shakllanishi uchun o'ta muhim bo'lgan bilish jarayonidir. Nutqi rivojlanmay qolgan bolada ong rivojlanishi ham oqsaydi.

Ong patologiyasi. Ongning psixotik va nopsixotik buzilishlari farqlanadi. Psixotik tipdagi buzilishlarga obnubilyatsiya, deliriya, oneyroid, amensiya, depersonalizatsiya, es-hushning kirdi-chiqdi bo'lib qolishi, ambulator avtomatizmlar va sobnambulizm kiradi. Ongning nopsixotik tipdagi buzilishlariga somnolensiya, sinkope, sopor va koma kiradi.

A. Ongning psixotik buzilishlari:

1. Obnubilyatsiya (*nubes* – bulut degani) – ongning yengil darajada buzilishi. Ochiq osmonni bulut xira qilgani kabi go'yoki ong ham biroz xiralashadi, voqelikni idrok etish sustlashadi. Obnubilyatsiya holatidagi odam baland ovoz yoki tovushda darrov o'ziga keladi. Obnubilyatsiya – ong buzilishining eng dastlabki bosqichi. Masalan, zaharlanishlarda ong buzilishi aynan obnubilyatsiyadan boshlanadi.

2. Deliriya (lot. *delirium* – aqldan ozmoq) – asosan ko'ruv gallyutsinatsiyasi va illyuziyalar bilan namoyon bo'ladigan ong buzilishi bo'lib, bunda o'z shaxsini anglash saqlanib qoladi. Deliriyani biz ko'pincha tana harorati oshgan bolalarda va turli xil zaharlanishlarda ko'ramiz. Bunday paytlarda ularning ko'ziga turli xil hayvonlar yoki boshqa dahshatli narsalar ko'rinadi, ularni qo'li bilan haydaydi, alahsirab yoniga hech kimni yo'latmaydi. Agar bola tuzala boshlasa, deliriya belgilari ham yo'qoladi. Spirtli ichimliklardan zaharlanishda ham deliriya holatlarini ko'p kuzatamiz. O'tkir meningitning dastlabki bosqichida, gipertermiya va kuchli infeksiyon intoksikatsiya paytida ham deliriya kuzatiladi. Deliriya ko'p holatlarda psixomotor qo'zg'alishlar bilan birga namoyon bo'ladi. Deliriya ruhiy kasalliklarda, ayniqsa, shizofreniyada ko'p uchrashi va surunkali davom etishini esda tutish lozim.

3. Oneyroid – gallyutsinatsiyalar va aql bovar qilmaydigan fantastik g'oyalar bilan namoyon bo'ladigan ong buzilishi. Oneyroid tevarak-atrofini, ya'ni real hayotni idrok etishning buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Bemor o'zini koinot bo'ylab uchib yurgandek, uzoq-uzoqlarda sarguzasht qilayotgandek, harbiy yurishlarda ishtirok etayotgandek tutadi. Ularning kechinmalari fantastik tusda bo'ladi. Deliriyadan farqli o'laroq, oneyroidda bemor kamroq qo'zg'algan, ya'ni bo'shashgan bo'lib, xayollar og'ushiga cho'madi.

4. Amensiya (lot. *amentia* – aqldan ozish) – o'zini va tevarak-atrofini anglashning to'la izdan chiqishi bilan namoyon bo'luvchi ong buzilishi. O'zini anglamaslik, atrofdagi odamlarni tanimaslik, vaqt va makonni adashib idrok etish, yuzuq-yuluq nutq, xotira va fikrlash buzilishi bilan namoyon bo'ladigan ushbu simptomlar majmuasi *amentiv sindrom* deb ham yuritiladi. Ushbu patologik holat organik psixoz va kuchli intoksikatsi-

yada ko'p uchraydi. Amensiya deliriyaga o'xshab ketsa-da, undan og'irroq holat. Amensiyadan chiqayotgan bemor (ayniqsa, intoksikatsiyada) avval deliriyaga tushib oladi.

5. Depersonalizatsiya (*shaxs parchalanishi*) – o'z shaxsini idrok etishning buzilishi bilan namoyon bo'luvchi patologik holat. Bemorga o'zining qo'l-oyoqlari katta yoki kichikdek, egri-bugridek, yuz-ko'zlari noto'g'ri shakldagidek, ba'zan qo'llari o'ziniki emas, birovnikidek tuyuladi. Bemorga tanasi ikki qismga bo'linib, bir-biridan alohida harakat qilayotgandek seziladi. Depersonalizatsiya shizofreniya, organik psixozlar va bosh miya o'ng yarim shari zararlanishi uchun xos. Chunki bosh miyaning o'ng yarim shari o'z tanasini anglash uchun ham javob beradi.

6. Es-hushning kirdi-chiqdi bo'lib qolishi ongning ancha ko'p uchrab turadigan buzilishlaridan biri. Ong torayishi bilan namoyon bo'luvchi ushbu holatda tashqi dunyodagi ma'lumotlar ongda to'la aks etmaydi. Bemor o'z o'y-xayollari og'ushiga cho'milib, atrofdagi voqelikdan ajralib yashaydi. U shifoxonada yotganini bila turib, o'zini xuddi uyda yoki ishxonadagidek tutadi, mantiqqa zid bo'lgan xatti-harakatlar qiladi. Bemorning ongi ichki patologik kechinmalar bilan mashg'ul bo'ladi. Unda birdan paydo bo'ladigan g'azab, uydan qochib chiqib ketish hissi, ota-onasiga yoki aka-ukalariga tashlanish kabi patologik holatlar kuzatilib turadi. Es-hushning kirdi-chiqdi bo'lib qolishi bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi.

7. Ambulator avtomatizmlar – o'z xohish-irodasiga bog'liq bo'lmagan holda kuzatiladigan xatti-harakatlar. Bunda gallyutsinatsiya, illyuziya yoki boshqa tipdagi affektiv buzilishlar bo'lmaydi. Avtomatizmlar epilepsiyada ko'p uchraydi. Epilepsiyada kuzatiladigan avtomatizmlar tez o'tib ketadi. Avtomatizmga g'alati holatlar ko'p kuzatiladi. Masalan, avtomatizm paytida bemor uydan chiqib, yo'lni kesib o'tadi, avtobusga o'tiradi, shaharning narigi chetiga borib, soy bo'yini aylanib yuradi, kechga yaqin yana uyiga qaytib kelib, joyiga yotib uxlaydi. Biroq ushbu bo'lib o'tgan voqealar uning esida qolmaydi. Shuning uchun ham ambulator avtomatizmlar somnambuliya (lunatizm) va trans holatlari bilan birgalikda namoyon bo'ladi. Ambulator avtomatizmlar bir necha daqiqa yoki bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi mumkin.

8. Somnambulizm (lunatizm) – uyqu paytida kuzatiladigan ong buzilishlari. Asosan bolalar va o'smirlarda uchraydi. Turli xil avtomatizmlar bilan namoyon bo'ladi. Somnambulizmga qisman yoki chala uyg'onishni kuzatish mumkin. Somnambuliya tunda kuzatiladi. Somnambuliya paytida bola uyg'onib, tomga chiqib o'tin tashlashi, paxsa ustida yiqilmay yurishi, soy ustidagi quvurdan yiqilmay u tomonga o'tishi mumkin.

B. Ongning nopsixotik buzilishlari:

1. Somnolensiya – uyqusirash bilan namoyon bo‘luvchi ong buzilishi. Somnolensiya holatida odam begona nutqni qabul qilmaydi, atrofida nima bo‘layotganini bilmaydi. Somnolensiya – haqiqiy uyqu va bedorlik orasidagi mudroq holat. Mudroq holatga tushib qolgan odamning qulog‘iga atrofdagi gap-so‘zlar tovushdek kirib turadi xolos, ya‘ni anglanmaydi. Somnolensiya og‘ir sindrom bo‘lmasdan, charchagan har qanday sog‘lom odamda ham uchrashi mumkin. Masalan, tuni bilan shifoxonada navbatchilik qilib, ertasi kuni professorning ma‘ruzasida mudrab o‘tirgan talaba somnolensiya holatidagi talabadir.

2. Sinkope – qisqa muddatli hushdan ketish. Ongning birdan yuz beradigan qisqa muddatli buzilishi bo‘lib, qattiq qo‘rqqanda, o‘ta hayajonli xabarlarini eshitganda, arterial qon bosim birdan tushib ketganda kuzatiladi. Sinkopening sabablari turli-tuman bo‘lib, bunda hushdan ketish qisqa muddat davom etadi.

3. Sopor – ongning ancha chuqurroq buzilishi bo‘lib, bosh miyani bevosita va bilvosita zararlovchi patologik holatlarda rivojlanadi.

4. Koma – ongning to‘la buzilishi bilan namoyon bo‘luvchi og‘ir patologik sindrom. Komadan keyingi davr – bu o‘limdir. Sopor va koma neyroreanimatologiyaga oid kitoblarda batafsil yoritilgan.

Nazorat uchun savollar

- 1. Ong deb nimaga aytiladi?*
- 2. Ong kimlarda bo‘lmaydi?*
- 3. Insonda ong shakllanishi qaysi davrdan boshlanadi?*
- 4. Ongning psixotik buzilishlariga nimalar kiradi?*
- 5. Depersonalizatsiya haqida so‘zlab bering.*
- 6. Ambulator avtomatizmlar qanday namoyon bo‘ladi?*
- 7. Ongning nopsixotik buzilishlariga nimalar kiradi?*
- 8. Somnambuliya bilan somnolensiyaning farqi nimada?*
- 9. Sinkope nima?*
- 10. Amensiya bilan demensiyaning farqi nimada?*

2.7. Ongsizlik va psixoanaliz ta'limoti

Freyd yaratgan psixonaliz to'g'risidagi ta'limot 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 osti, ya'ni ongsizlikdir** (2.9-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: «bessoznatelnoe» (ongsizlik), «podsoznatelnoe» (ongostlilik), «podsoznanie» (ong osti). Ba'zi o'zbek psixologlari “ongostlilik” degan atamani ma'qul topishadi. Adabiyotshunoslar esa “shuur” so'zi ong ostini izohlaydi deb hisoblashadi. Hanuzgacha fanda katta shov-shuvlarga sabab bo'lib kelayotgan va mohiyati to'laligacha o'rganilmagan ushbu noaniq psixologik jarayonlarning atamasi ham noaniq bo'lib qolmoqda. Ularning asl ma'nosini o'zgartirmasdan biz «ongsizlik» atamasini ma'qul topdik va darslikda ushbu atamadan foydalanamiz.



2.9-rasm. Z.Freyd bo'yicha inson ruhiyati modeli aysbergga qiyoslangan. Uning suv ustida ko'rinib turgan 6/1 qismi ong bo'lsa, suv ostida ko'rinmay yotgan 6/5 qismi ongsizlikdir.

Z. Freyd ta'biri bilan aytganda, ongdan siqib chiqarilgan odamning tabiiy instinktlari ong ostida qo'nim topadi. Ongsizlik tug'ma xususiyat bo'lib, insonning barcha xatti-harakatlarini ifodalab turadi. Ongsizlikni psixoanaliz ta'limoti o'rganadi. Psixoanaliz ta'limoti yaratilishiga, asosan, nevroz rivojlanishining asl mohiyatini izlash va bu kasallikni davolashda o'sha davrdagi mavjud psixoterapevtik usullar kam samara berishi turt-

ki bo'lgan. Z. Freyd nevrozning kelib chiqishini o'zi yaratgan psixoseksual nazariyaga asoslanib tushuntirib berdi.

Z. Freyd o'z kuzatuvlariga asoslanib, ruhiyatning yangi bir modelini yaratdi. Unga asosan, bir-biriga uzviy bog'liq bo'lgan 3 ta 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 «tepadan» nazorat qilib turadi. Bu tushunchalarning har biriga ta'rif berib chiqamiz.

Id yoki instinktlar. Freyd fikricha, evolyutsiyaning dastlabki bosqichida *o'zini himoya qilish va ovqat izlash instinkti* odamning xulq-atvorini belgilab bergan. Shu bilan parallel holda yoki birozdan so'ng ularga *seksual instinkt* qo'shilgan. Bu instinktlarni Freyd «Id» deb atagan. «Id» ongda aks etmaydi. U ong ostida joylashgan, to'g'rirog'i, ong ostiga tiqishtirilgan. «Id» qoniqish tamoyiliga asoslanib faoliyat ko'rsatadi. Bu yerda jinsiy qoniqishga alohida urg'u berilgan.

Dastlab Freyd barcha instinktlar ichida seksual instinktga katta urg'u beradi va odamning xatti-harakatlarini seksual qoniqmaslik bilan bog'laydi. Uning fikricha, aynan ushbu instinkt odamning xulq-atvorini tug'ilganidan buyon boshqarib keladi. Freyd qondirilmagan his-tuyg'u yoki jinsiy maylning ruhiy quvvati ong ostida to'planib boradi va o'z ifodasini topishga urinadi, deb fikr yuritadi. Shuning uchun ham uni panseksualizmda ayblashadi.

«Id» doimo «Men» va «Super-men» bilan murosasiz jang olib boradi, chunki ular «Id»ni tinimsiz nazorat qilishga intiladi. «Id» kuchli quvvatga 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» rivojlanishi odamning hayot tarzini o'zgartirib yubordi va uning xulq-atvorini nazorat ostiga oldi. O'sha davrda ham, hozirda ham psixoanalitiklar «Id» – bu odamning hayot tarzini belgilab beruvchi asosiy manba deb hisoblashgan.

«Id» o'zgarmas, «Men» esa o'zgarib, rivojlanib boradi. Odam boshqa jon-zotlardan ongi borligi bilan farq qiladi. Demak, ong – bu «Men» demakdir. Agar odam faqat «Id»ga bo'ysunib yashaganida edi, uning hayot tarzi hayvonlarnikiga o'xshab qolardi. Vaholanki, odam faoliyati ongli jarayon bo'lib, u o'z xatti-harakatlarida ham, asosan onnga tayanadi.

Psixoanalitiklar odamni, aniqrog'i, uning ruhini tirik hujayraga o'xshatishadi. Bunda hujayraning tashqi pardasi «Men» bo'lsa, uning ichki tarkibi – «Id». Hujayraning ichida moddalar almashinuvi natijasida katta quvvat

to'planadi va kuchli quvvatga 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 yig'indisi a'zolari, a'zolar to'plami organizmni tashkil qiladi. Demak, «Super-men» – barcha «Men»lar yig'indisi. Hujayra organizmda hayot kechirgani kabi, organizm ham hujayrasiz yashay olmaydi. Organizm – bu «Super-men».

«Super-men» – bu *jamiyat qonunlari, axloq tamoyillari va din talablari*. «Super-men» «Men» bilan birgalikda seksual xususiyatlarga boy bo'lgan «Id»ni nazorat qiladi. Buning natijasida ular orasidagi ziddiyatlar kuchayadi. Z.Freydning fikriga ko'ra, nevrozning kelib chiqishiga «Super-men» va «Men» aybdor. Psixoanalitiklar nevrozni psixoterapevtik yo'l bilan davolashda aynan mana shu nazoratni kamaytirish yoki to'xtatishga va shu yo'l bilan «Id»ni ong doirasiga suzib chiqishiga yordam berishadi. Buning natijasida «Id» tajovuzkorligi pasayib, nevroz belgilari chekinadi.



2.10-rasm. Psixoanalitiklar «Men», «Super-men» va «Id» orasidagi munosabatlarni qaltis yo'lda otni boshqarib borayotgan chavandozga qiyoslashgan: Men» – bu chavandoz, «Super-men» – atrof-muhit, «Id» – katta quvvatga ega ot.

Z. Freyd «Men» va «Id» orasidagi munosabatlarni chavandoz bilan otning munosabatlariga qiyoslab ham tushuntirib bergan (29-rasm). Freydgacha A.Shopengauyer xuddi shunday qiyoslashni iroda va ta-

fakkur orasidagi munosabatlarni ta'riflash uchun ishlatgan edi. Chavandoz o'tni o'zi boshqarsa-da, faqat uning quvvati hisobiga harakatlanadi. Kerak paytda chavandoz o'zanni qattiq ushlab, o'tni to'xtatishi va o'zi xohlagan 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 o'tning o'zi tanlaydi. Masalan, chavandoz uxlab qoladi, charchaydi yoki kasallanadi. «Men» (chavandoz)ning ahvoli «Id» (ot)ning ahvoliga qaraganda ancha xavotirli. Chunki «Men» bir tomondan atrof-muhit, ya'ni tashqi olamning qonun-qoidalariga amal qilishi, ikkinchi tomondan kuchli ot («Id»)ni boshqarishi kerak. «Men» ham tashqi olam, ya'ni «Super-men» talablarini, ham «Id» ehtiyojlarini qondirish uchun doim xavotirda yashaydi. Ushbu talablarni bajarish uchun «Men» doim sergak bo'lib turishi kerak. Talablar bajarilmasa, aybdorlik hissi aynan uning bo'yniga tushadi. Demak, «Men» doimo o'zini himoya qilish yo'llarini izlaydi. Freyd nevrozning kelib chiqishini ushbu ziddiyatli munosabatlardan izlagan.

Keyinchalik Freyd yaralangan harbiy xizmatchilarda ham nevroz va isteriya belgilarini kuzatadi. Bu kasalliklarni jinsiy mayl bilan izohlab bo'lmasdi, albatta. Shu bois u tanqidga uchraydi. Endi Freyd ong ostiga qamalgan va qondirilmagan ehtiyojlarni boshqacha yo'l bilan qondirish konsepsiyasi ustida bosh qotiradi. Seksual instinkt o'rnini bosa oladigan boshqa bir faoliyat bilan almashtirish zarurga o'xshaydi, deb fikr yurgizadi Freyd. Bu maqsadda Freyd "sublimatsiya" iborasini tanladi. Bu degani bir faoliyat turini ikkinchi faoliyat turi bilan almashtirish, ya'ni evrilish. U aytadiki, nevrozdan qutulish, ya'ni stressni bartaraf etish uchun seksual ehtiyojlarni qondirish shart emas. Buning uchun axloq qonunlariga zid kelmaydigan faoliyat bilan shug'ullanish ham mumkin. Masalan, rasm chizish, sayrga chiqish, sport bilan shug'ullanish, ijod qilish va h.k.

Psixoanalitik qanday davolaydi? Oddiyroq qilib aytganda, 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 shart. Aks holda natija bo'lmaydi. Ana shundagina, Freyd ta'biri bilan aytganda, ruhiy poklanish, ya'ni «katar-sis» ro'y beradi va tuzalish jarayoni jadal kechadi. Freydning fikricha, eng muhimi mazkur assotsiatsiyalar ong tomonidan boshqarilmasligi kerak va bemor fikrini erkin ifodalashi zarur. Buning natijasida ong ostiga qamalgan

istak-xohishlar va ong tomonidan taqiqlangan ziddiyatli muammolar o'z yechimini topadi va natijada nevroz chekinadi.

Freyddan keyingi psixoanaliz. Zigmund 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 ushbu ta'limotni avvaliga qo'llab-quvvatlashdi, keyinchalik undan qisman voz kechishdi. Ular o'zlarining ta'limotini yaratishdi. A. Adler individual psixologiya, K.G. Yung esa analitik psixologiya ta'limotini. Bu olimlar 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 xos va shaxs rivojlanishida katta ahamiyatga ega. A. Adler fikriga ko'ra, har bir inson umri mobaynida o'zidagi ushbu yetishmovchilikdan qutulish uchun boshqalar ustidan hukmronlik qilishga, ularning faolligini bostirishga intilib yashaydi. Buning uchun u o'zidagi barcha imkoniyatlarni ishga soladi va jamiyatda o'z o'rnini topishga intiladi. A. Adler bu jarayonni *kompensatsiya* yoki *superkompensatsiya* deb atadi. Superkompensatsiya – bu yetishmovchilik hissiga bo'lgan tug'ma reaksiyalarning ijtimoiy bir ko'rinishidir. Adlarning fikricha, ana shu tug'ma instinktlar odamni atrofdagilarga tajovuzkor qilib qo'yadi. Demak, odamda nevroz rivojlanishining oldini olish uchun undagi yetishmovchilik hissini bartaraf etish zarur. Vaholanki, A. Adler ham o'z ta'limotida inson ruhiyati rivojlanishida instinktiv reaksiyalarga urg'u bergan.

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

Yungning fikricha, individual ongsizlik odamning shaxsiy tajribasida aks etadi. Bu tajribalar, albatta, qachonlardir ongda aks etgan, lekin ongdan siqib chiqarilishi natijasida unut bo'lib ketgan. Jamoaga ongsizligi – bu umuminsoniy tajribalar bo'lib, har bir millat va elatlar uchun xos, u o'tmishimizning yashiringan xotira izlaridir. U mifologiyada, xalq dos-



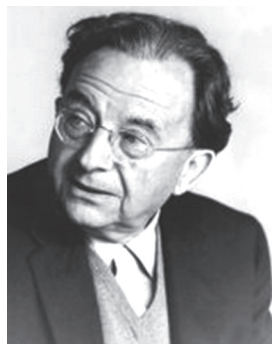
Alfred Adler
(1870–1937)



Karl Gustav Yung
(1875–1961)

tonlarida, diniy qarashlarda aks etgan bo'lib, hozirgi zamon kishilarining ongida tush ko'rish orqali namoyon bo'lib turadi. Yung Freydning seksual nazariyasini tan olmadi va nevroz rivojlanishining boshqa bir qancha sabablarini ko'rsatib, ularni isbot qilib berdi. Ularning ichida ijtimoiy kelishmovchiliklar, kishi hayotidagi fojiali davrlarni ham asosiy omil sifatida ko'rsatdi.

Z. Freyd nazariyasini talqin va tanqid qiluvchilar safi yana kengayib bordi. XX asrning 30-yillari oxirida *neofreydizm* yo'nalishi paydo bo'ldi. Bu yo'nalishning eng ko'zga ko'ringan tarafdorlari nemis olimi Erix Fromm (1900–1980) va amerikalik olima ayol Karen Xorni (1885–1952) edi.



Erix Fromm
(1900–1980)



Karen Xorni
(1885–1952)

Ular psixoanalizga ijtimoiy yo'nalishdagi ta'limotlarni kiritishdi. Bu ta'limotlar psixoanalizni panseksualizmdan yanada yiroqlashtirdi. E. Fromm va K. Xorni instinktiv jarayonlarni inkor qilmagan holda insonning yashash faoliyatida odamlar orasidagi munosabatlarni ustun qo'yishdi.

Neofreydizm tarafdorlari nevrozning kelib chiqish sababini quyidagicha talqin qilishadi: odam bolasi tug'ilgandan *xavotirda* yashaydi, chunki uning qarshisida adovatli dunyo paydo bo'ladi va bu xavotir e'tibor va mehribonlikning yo'qligidan kuchayib boradi. Keyinchalik esa individ ijtimoiy omillarning qaqshatqich zarbasiga duch keladi va jamiyatda yolg'izlanib qoladi, u o'zining jamiyatga nisbatan begonaligini angelaydi. Demak, neofreydistlar 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.

Erix Fromm shaxs rivojlanishida tug'ma omillar ahamiyatini, ya'ni bolaning seksual rivojlanishi, Edip kompleksi va jinsiy munosabatlar ahamiyatini bo'rttirib ko'rsatmaslikni aytadi. U har bir odamdagi ruhiy kechinmalarni ijtimoiy muhitga sho'ng'ib ketganlik oqibati, deb bildi. Demak, seksual instinktlar shaxsni shakllantirmas ekan, balki shaxsning o'zi ularni belgilab beradi.

Karen Xorni ta'limotida ham ijtimoiy omillar ahamiyati yuqori ekanligini ko'rish mumkin. U jamiyatga nisbatan munosabatiga qarab 3 toifa shaxs shakllanishini ko'rsatib o'tdi: **1) odamlarga intiluvchilar**, ya'ni

mehribonlik izlovchilar; **2) odamlardan yiroqlashuvchilar**, ya'ni yolg'izlikka intiluvchilar; **3) odamlarga qarshi turuvchilar**, ya'ni hukmronlikka intiluvchilar. Ushbu xususiyatlarning qay biri ustun kelishiga qarab 3 xil nevrotik shaxs shakllanadi: 1) itoatkor, qanday bo'lmasin, boshqalarning muhabbati va e'tiborini qozonishni istovchi; 2) jamiyatni yoqtirmay undan yiroqlashishga intiluvchi; 3) davlatparast va odamlar ustidan hukmronlikka intiluvchi.

K. Xorni fikricha, bu reaksiyalarning barchasi insonni qoniqtirmaydi, xavotir hech qachon yo'qolmaydi, aksincha, borgan sari kuchayib, yangi va yangi kelishmovchiliklarni yuzaga keltiraveradi. Bu esa baribir odamda nevroz rivojlanishiga mezon yaratadi.

Shunday qilib, K. Xorning nevroz haqidagi ta'limotini quyidagicha sharhlash mumkin: nevroz kurtaklari bola tug'ilgandan so'nggi xavotirdan boshlanadi va adovatli dunyo bilan kurashib hayot kechiradi. Buning natijasida yuqorida qayd qilingan uchta himoya strategiyasi ishlab chiqiladi.

Demak, xulosa shuki, nevrozdan qutulish qiyin. Biz ushbu bobni pessimistik ruhda tugallash niyatimiz yo'q. Albatta, Freyd yaratgan psixoanaliz nazariyasi va undan keyingi ta'limotlar nevroz rivojlanishi sabablarini juda yaxshi ko'rsatib bergan va yangi psixoterapevtik usullar ishlab chiqilgan.

Bugungi kunda psixoanaliz asosida yana yangi yo'nalishlar paydo bo'ldi. Biz shu yerda o'z nazariyamizni ham ilgari surmoqchi edik. O'ylaymizki, bizning nazariya nevroz profilaktikasi uchun ham, davosi uchun ham va og'ir asoratlarini to'xtatish uchun ham xizmat qiladi. Nevrozni yuzaga keltiruvchi qandaydir voqea ro'y bersa, "Shunday bo'lishi kerak edi", deb xitob qilish va shu holatga yana tushmaslik uchun "Shunday bo'lmasligi mumkin edi" deb xitob qilish zarur. Bu bizga nima beradi? Kattami, kichikmi ko'ngilsiz voqea ro'y berganida "Shunday bo'lishi kerak edi", deb xitob qilinishi o'sha odam uchun vaziyatni to'g'ri baholash va uning ilk sabablarini anglash uchun yordam bersa, "shunday bo'lmasligi mumkin edi", deb xitob qilinishi, shu va shu kabi holatlarga yana tushmaslik uchun individual strategiya ishlab chiqishga yordam beradi. Biz ilgari surayotgan ushbu nazariya nevrotik buzilishlar hali avj olib ketmasdan uni bartaraf etishga juda katta imkoniyat yaratib beradi va buning uchun psixoanalitik shart bo'lmasligi mumkin. Bunda bemorning o'zi psixoanalitik rolini o'taydi. Buning uchun ushbu ikkala iborani nafaqat xitob qilish, balki unga amal qilish kerak. Bu oson. Bir necha yillardan buyon biz o'zimiz ishlab chiqqan ushbu nazariyani ko'plab bemorlarda qo'llaganmiz va deyarli har doim yuqori samaraga erishganmiz. Bu nazariya har qanday savolga javob topadi va har qanday jumboqning yechimini ko'rsatib bera oladi.

Biz bemorlar bilan psixoanalitik suhbat o'tkazayotganda ushbu ikkala iboraga qanday amal qilishni tushuntiramiz, izohlab beramiz. Ushbu uslub nafaqat nevroz, depressiya, xavotir va stressni endi kurtak otgan zahoti bartaraf etishda, balki o'z joniga qasd qilish holatlarini ham oldini olishda qo'l kelmoqda.

Nevrozning ilk sabablari va mohiyatini o'rganishni boshlagan nevrolog olim Zigmund Freyd, keyinchalik mashhur psixoanalitik va faylasuf bo'lib yetishdi. Bugungi kunda uning ta'limoti tibbiy va ijtimoiy fanlarga chuqur kirib kelgan. Bular nevrologiya, psixiatriya, psixologiya, seksologiya, falsafa, badiiy san'at, etika, estetika, adabiyot va h.k.

Nazorat uchun savollar

1. *Ongsizlik deganda nimani tushunasiz?*
2. *«Id», «Men», «Super-men»ga ta'rif bering.*
3. *Z.Freyd haqida so'zlab bering.*
4. *Psixoanaliz ta'limoti yaratilishiga nima turtki bo'lgan?*
5. *Alfred Adler qanday ta'limot asoschisi?*
6. *Karl Gustav Yung qanday ta'limot yaratdi?*
7. *Neofreydizm davri qachon boshlandi?*
8. *«Katarsis» deganda nimani tushunasiz?*
9. *Erix Fromm va Karen Xorni ta'limotlari bir-biridan nimasi bilan farq qiladi?*
10. *«Shunday bo'lishi kerak edi» va «shunday bo'lmasligi mumkin edi» konsepsiyasiga izoh bering va hayotda qo'llab ko'ring.*

2.8. Shaxs, temperament, xarakter

Shaxs haqida tushuncha

Shaxs individualligi bilan ta'riflanadi. Kishi o'z jismoniy xususiyatlariga ko'ra boshqalarga o'xshamaydi, psixologik nuqtai nazardan qaraganda ham bir xil odam bo'lmaydi. Vrach bemorni o'rganayotib, uning shaxsiyatiga ham e'tibor beradi, shu bilan birga bemor ham vrach shaxsini diqqat bilan 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 bolada hamma narsani bilishga qiziqish yaqqol ifodalangan bo'ladi. Bu yoshdagi bolaning savollari odatda «Bu nima?», «Nega?», «Nima uchun?» dan iborat. Maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda o'yinchoqlar, ularni o'ynash va boshqa turli o'yinlarga qiziqish uyg'onadi. Xuddi shu davrda jonli tabiat va hayvonlarga ham qiziqish paydo bo'ladi. Keyin ertaklar, fantastika, kulgi, hazil-mutoyibalarga ham qiziqish uyg'onadi. Matematika, musiqa tinglash, rasm chizish, she'r to'qishlarga bo'lgan ishtiyoq ham erta rivojlanadi. Bu qiziqishlar vaqtinchalik va doimiy bo'lishi mumkin. Texnika va sportga, badiiy adabiyotlarni o'qishga intilish birmuncha erta boshlanadi. Bu qiziqishning o'ziga xos qonuniyatlari bor: avval ertaklarga, so'ngra sarguzasht, fantastik, detektiv adabiyotlarga, keyinchalik esa jinlar orasidagi munosabatlarga qiziqish paydo bo'ladi. Lekin ba'zi qiziqishlar parallel holda rivojlanishi ham mumkin.

O'zga jinsga qiziqish (mayl) 12-15 yoshdan boshlab rivojlanadi. Qiziqishlar turidan tashqari, ularning ijtimoiy mavqei va kengligi ham ahamiyatlidir. Qiziqishi chegaralangan odamlar faqat o'z hunari bilan cheklanib qoladi. Qolgan hech narsa ularni deyarli qiziqitirmaydi. Qiziqish doirasi keng bo'lgan odam ko'proq bilishga intiladi. Bunday odamlar o'z sohasidan tashqari, ilm-fan va taraqqiyotning boshqa sohalari, masalan, ijtimoiy-siyosiy masalalar, san'at va sport turlariga berilib ketadi. Lekin sanab o'tilgan barcha qiziqishlar odamda bir xil qimmatga ega bo'lmaydi. Ulardan biri asosiy, qolganlari ikkinchi darajali ahamiyatga ega bo'ladi. Chunonchi, har bir vrach uchun anatomiya, terapiya, farmakologiya va psixologiya eng diqqatga sazovor sanalsa-da, bular unga siyosat, musiqa, sport, she'riyat, ov qilish bilan qiziqishga xalaqit bermaydi.

Qiziqishlar barqaror bo'lishi ham ahamiyatlidir. Ba'zilar qiziqishlar doimiy bo'lsa, boshqa birovlarda, masalan, xoleriklarda qiziqishlar tez paydo bo'lib o'tib ketadi. Psixopatiyada ko'pincha qiziqishlar beqaror bo'ladi. Natijada, kishi shunchaki qiziquvchan bo'lib qoladi, amalda esa hech bir faol ish qilmaydi yoki chala bajaradi. Masalan, til o'rganishni boshlaydi-yu, bahona topib tashlab qo'yadi yoki biror joyga go'yoki qiziqib ishga kiradi-yu, yana bo'shab ketadi. Qiziqishlar kuchli va sust bo'lishi mumkin. Nimagadir kuchli qiziqqan odam har qanday to'siqlarni yengib o'ta oladi va boshlagan ishini oxiriga yetkazmasdan qo'ymaydi.

Shaxsga batafsil ta'rif berish uchun uning qiziqishlarini chuqur o'rganish zarur. Endi buyuk shaxslar haqida to'xtalsak.

Buyuk shaxslar o'z aql-zakovati va ilm doirasi kengligi bilan avliyo darajasigacha yetishgan. 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 intilgani, tarbiyasi, orttirgan bilimi va hayot tajribasiga bog'liq. Ijtimoiy-tarixiy shart-sharoitlar kishining dunyoqarashi shakllanishida muhim o'rin kasb etadi. Agar kishining dunyoqarashi jamiyatda kechayotgan salbiy jarayonlarga mos kelmasa va shunday bo'lsa-da, bu jarayonlar ijobiy deb tan olinsa, bu holat shaxsning jamiyatga 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 yoki qatag'on qilingan.

Ko'pchilik olimlarning yutuqlarida ularning shaxsi muhim ahamiyatga molik ekanligi va shaxsning 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.

Shaxs 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'lsa, nimagadir bo'lmaydi. Buni ota-ona darrov ilg'ab olsa, keyinchalik bola yetuk shaxs bo'lib voyaga yetishiga turtki bo'ladi. Alisher Navoiydagi she'riyatga bo'lgan qiziqish ilk bolalik yoshidan ilg'ab olingan va unga har tomonlama ko'mak berilgan. Natijada yosh Alisher kelajakda buyuk shaxs bo'lib yetishdi. 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, Pushkin, Morsart, Shekspir, Paskal, Leonardo da Vinchi, Mikelandjelo kabi allomalarda qobiliyat va iste'dod juda erta, ya'ni erta bolalik davridan hayratlanarli darajada rivojlangan. Biroq ko'pgina olimlar, ixtirochilar va davlat arboblarning iste'dodi yetuk yoshda namoyon bo'lgan holatlar haqida ham ko'p ma'lumotlar bor.

O'quvchilarda darslarni o'zlashtirish darajasi tamomila pedagogik jarayon sifatiga bog'liq va ularning barchasi yaxshi o'qishlari kerak, degan fikr xatodir. Bu fikr ta'lim jarayoni soxtalashuvi va o'zlashtirish sifatining tushib ketishiga sabab bo'ladi.

Shaxsga ta'rif bera turib, biz buyuk allomalarda talant kurtaklari erta yoshdan boshlab nish urishi haqida aytib o'tdik. Shu o'rinda shaxs bilan bog'liq yana bir qiziq muammo haqida so'z yuritishni lozim deb topdik, ya'ni, buyuk shaxslar (dohiyalar)ning ruhiy nuqsonlari to'g'risida. Psixopatiya alomatlari bo'lgan buyuk shaxslar haqida ilmiy adabiyotlarda turli ma'lumotlarni uchratamiz. Psixopatiya – o'zini ulug'lash, egoizm va g'ayri-ijtimoiy alomatlardan iborat patologik holat. Psixopatiya kasallik emas, balki shaxsning patologik bir ko'rinishidir. Psixopatiya negizida tug'ma omillar yotadi, deb hisoblanadi, biroq uning qay tarzda namoyon bo'lishiga ijtimoiy omillar katta ta'sir ko'rsatadi. Psixopatiyaga oid batafsil ma'lumot psixiatriya darsliklarida yoritilgan.

Psixiatrlar iqtidor va ruhiy nuqsonlar orasida uzviy bog'liqlikni aniqlashga doim harakat qilishgan. Bu masalani 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 to'plashgan. Buning natijasida antiqa bir xulosaga duch kelishgan: agar geneologik shajaraning bir shoxobchasi bo'ylab ularning ajdodlarida (ota-onasi, buvasi, buvisi) iqtidorli shaxslar aniqlangan bo'lsa, boshqa bir shoxobchasi bo'ylab ruhiy nuqsonlar, hatto ruhiy kasalliklar aniqlangan. Boshqa xorij olimlari qatori iqtidor bilan ruhiy nuqsonlar orasidagi bog'lanishni o'rganishga 1925-yili G.V. Segalin ham harakat qilgan. U eng buyuk shaxslarning hayotini va ulardagi ruhiy nuqsonlarni o'rgangan va quyidagi jadvallarni tuzgan.

2.6-jadval.

Otasida ruhiy nuqson bor, onasi esa iqtidorli bo'lgan buyuk shaxslar

Buyuk shaxslar	Otasi		Onasi	
	Iqtidor	Nuqson	Iqtidor	Nuqson
Uspenskiy	-	+	+	-
Stendal	-	+	+	-
Lev Tolstoy	-	+	+	-
F. Dostoyevskiy	-	+	+	-
J.J. Russo	-	+	+	-
Sharl Jerar	-	+	+	-

Izoh: «+» – bor, «-» – yo'q.

2.7-jadval

Otasida ham, onasida ham ruhiy nuqson aniqlangan buyuk shaxslar

Buyuk shaxslar	Otasi		Onasi	
	Iqtidor	Nuqson	Iqtidor	Nuqson
Kepler	+	+	-	+
Gyote	+	+	-	+
Aleksandr Blok	+	+	+	+
Mopassan	-	+	+	+
J.J. Russo	-	+	+	+
J. Bayron	+	+	-	+
Shopengauer	-	+	+	+
Balzak	+	+	-	+

Izoh: «+» – bor, «-» – yo'q.

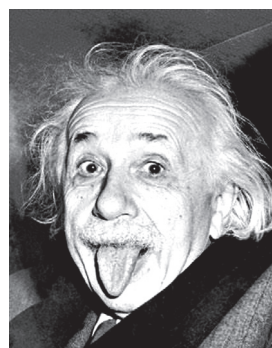
Bu jadvallardan ko'rinib turibdiki, buyuklik (aniqrog'i, iqtidor) va ruhiy nuqsonlar nasldan naslga o'tadi. Ular orasida uzviy bog'liqlik bor va ruhiy buzilishlar dunyo miqyosida nomi chiqqan buyuk shaxslar (Stendal, Nitshe, Eynshteyn, Russo, Gyote, Balzak, Landau va h.k)da aniqlangan. Ushbu muallif 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 yaqinlarida (akasi, ukasi yoki singlisida) kuzatilgan. Masalan, Gegel, Didro va Shumanning singillarida, L.Tolstoy, Gyugo, Feyerbax va Uspenskiylarning ukalarida ruhiy kasalliklar bo'lgan.

G.V.Segalinning fikricha, buyuk shaxslarning farzandlari aksariyat holatlarda aqli past va ruhiy nuqsonlarga boy bo'lishadi. Masalan, Bax, Shuman, Tasit, Mendelson, Gyotening o'g'illari va Mark Tvenning qizi ruhiy kasallik bilan og'rishgan.

Sharqning buyuk allomalari haqida bunday ma'lumotlar yo'q. Biz xuddi shunga o'xshash vaziyatni hozirda yashayotgan yoki yashab o'tgan taniqli insonlar oilasida tahlil qilib ko'rdik (hozircha chop qilmadik, chunki kuzatuvni davom ettiryapmiz). Haqiqatan ham ota-onasi buyuk bo'lib, farzandlari hatto imbetsil darajada bo'lgan yoki o'ta iqtidorli insonlarning aka-ukasida Alxaymer kasalligi turli xil psixozlar, imbetsillik, shizofreniya kabi holatlarni kuzatganmiz. Oila a'zolarida ruhiy nuqson va iqtidorning yonma-yon uchrashi, ayniqsa, matematik, rassom va kompozitorlar orasida ko'p uchraydi.

Tadqiqotchilar yana bir qiziq, umuman olganda, hammaga ma'lum bo'lgan bir taxmini o'rta tashlashadi. Ba'zida buyuk shaxslar sog'lom bo'lgan taqdirda ham, ular o'z talantini ro'yobga chiqarishi uchun aroqxo'rlikka ruju qo'yishgan, masalan, shoirlar. Haqiqatan ham eng jozibali she'rlar mast holda yaratilganligini ko'pchilik biladi. Go'yoki aroq talantni bosib turgan to'siqni olib tashlaydi va buyuk shoirga ilhom yog'ilib keladi. Bu fikrga qisman qo'shilish mumkin, albatta. Lekin hech qachon aroq yoki boshqa spirtli ichimlikni talantning yo'l boshchisi sifatida e'tirof etmaslik kerak. Fikrimizcha, buyuk shaxslarda uchraydigan aroqxo'rlik (ba'zan xotinbozlik) psixologik vakuumni to'ldiruvchi bir omildir, xolos. Bugungi kunda psixoanalitiklar, neyrobiologlar, psixofiziologlar talantni ro'yobga chiqaruvchi omillar ustida ish olib borishmoqda. Lekin maktabni zo'rg'a tamomlagan va doimo qoloq bo'lgan Albert Eynshteyn talantini ro'yobga chiqarish bilan hech kim alohida shug'ullanmagan. Shunday bo'lsa-da, u buyuk shaxs bo'lib yetishdi va olamshumul kashfiyotlari bilan Nobel mukofoti sovrindori bo'ldi.



Albert Eynshteyn
(1897-1955)

Yuqorida keltirilgan ma'lumotlarga qisman bo'lsa-da tanqidiy ko'z bilan qarash kerak. Vaholanki, faqat ruhiy nuqsonga ega bo'lgan odamgina buyuk shaxs bo'lib yetishadi, deb xulosa chiqarish haqiqatga zid bo'lur edi. Chunki Mosart, Shekspir, Dyuma, Shopen va Raxmaninov (bu ro'yxatni davom ettirish mumkin) kabi buyuk shaxslarda ruhiy nuqsonlar bo'lmagan. Yana shuni ta'kidlash lozimki, yuqorida nomi tilga olingan buyuklar ruhiy shifoxonada davolanishmagan va aksariyat hollarda ularning xulq-atvoridagi g'alati o'zgarishlarga qarab baho berilgan, xolos. Bunday paytlarda ruhiy kasallik haqida emas, balki shaxs aksentuatiyasi haqida fikr yuritish kerak deb hisoblaymiz.

Ko'rib turganimizdek, iqtidor ham, ruhiy nuqson ham go'yoki tug'ma alomatdir. Buyuk shaxslardagi talantni rivojlantirib, ruhiy nuqsonlarni hech bo'lmasa kamaytirish mumkinmi? Psixogenetiklar bu muammo ustida bosh qotirmoqdalar, tarbiya va ta'limning buyuk shaxslarni voyaga etkazishdagi ta'sirini o'rganmoqdalar. Ayniqsa, pedagogik faoliyatda bu muammoga katta e'tibor qaratish kerak. Masalan, "Sen to'polonchisan, sendan hech kim chiqmaydi", deb maktabda o'qituvchisidan dakki yegan bola kelajakda buyuk shaxs bo'lib kamolga yetishi mumkin. Iqtidorli bola har doim ham o'ta tartibli bo'lavermaydi. Endi Leongard bo'yicha shaxs turlari haqida so'z yuritsak.

Leongard bo'yicha shaxsning 10 toifasi

1. Namoyishkor shaxs. Bu toifaga 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 va 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 birovlarini 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, rahbarlikka intilishadi, atrofdagilarning e'tiborida bo'lishni yoqtirishadi. 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, maqtovgacha chanqoq bo'lishadi, agar atrofdagilar uni maqtamasa, u o'zini maqtaydi, yonida-

gi suhbatdoshini hayratda qoldiradigan uydirmalar o'ylab topadi, o'zining so'zamolligidan faxrlanishadi. Uning oldida birovni maqtashning foydasi yo'q, chunki bu uning kayfiyatini tushirib yuboradi, bunday paytda u suhbatni yana o'z foydasiga burishga intilib ko'radi yoki dialogni to'xtatib qo'ya qoladi. Mabodo u bilan avval ziddiyatli vaziyatlar ro'y bergan bo'lsa, suhbat chog'ida bu voqeani bo'rttirib so'zlab beradi, atrofda gilarda o'ziga 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. Ular doimo atrofida odamlarni to'plab, va'zxonlik qilishni, jamoaga yetakchi bo'lishni yoqtirishadi va o'zi alohida ko'zga tashlanib turishni istaydi. Ular yolg'izlikni yoqtirishmaydi. Shuning uchun ham ular doimo mansabga intilishadi, ularning ichki tuyg'ularini ro'yobga chiqaruvchi, o'zini ko'z-ko'z qilishga katta imkoniyat yaratib beruvchi yagona vaziyat – bu mansab. Shuning uchun ham ular qanday bo'lmasin, biror bir mansabni egallashni orzu qilib yashashadi. Aslida uning xatti-harakati doimo ham haqiqatga mos kelavermaydi, agar kichikroq bir favqulotda vaziyat yuzaga kelsa, jamoani yig'ib juda katta shov-shuv ko'taradi, yig'in paytida ataylab ziddiyatli vaziyat yaratadi, jamoa a'zolari ichidan aybdorni izlaydi, 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 (*psixooanalizda Freyd tomonidan taklif etilgan "siqib chiqarish" atamasi bor*) kuchli bo'ladi, ya'ni o'ziga yoqmagani voqea va hodisalar tafsilotini xotirasidan o'chirib tashlash qobiliyatiga ega bo'ladi. 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 bunday odamga keyinchalik bo'lib o'tgan voqealar aytib berilsa, eslay olmaydi, biroq haqiqatdan ham eslay olmayaptimi yoki eslashni xohlamayaptimi, bilib olish o'ta mushkul. Bunday odamlarni psevdolog, ya'ni yolg'onchi deb ham atashadi. Shu asnoda ularning fikrlash doirasi kengligini alohida ta'kidlab o'tish lozim. Bundaylar ba'zan inson hayratda qoladigan ishlarga tavakkal qilib qo'l urishadi va ishchanlik qobiliyati yuqoriligi uchun anchagina yutuqlarga erishishadi ham.

2. Qotma shaxs. Muloqotga hadeb kirishib ketmaydigan, kamgap, takabbur odam. Kam gapirsa-da, 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 odam janjal va kelishmovchiliklarni yuzaga kelishida tashabbuskor ham bo'ladi. Izzattalab, o'ziga qattiq ishonadigan va o'z bilganidan qolmaydigan sobitqadam bu shaxslar biror bir ishni qat'iyatlilik bilan boshlab oxiriga yetkazishadi ham. Ular o'ta ishchan bo'lib, har qanday sharoitda ham yuqori ko'rsatkichlarga erishishga intilishadi, boshlagan ishini birov bilan baham qo'rmay, yolg'iz o'zi bajarishni xush qo'rishadi. Qaysar, o'jar va tez-tez affekt holatiga tushib turadigan bu shaxsning xulq-atvorida haqiqatgo'ylik, ranjish, tez xafa bo'lish, gumonsirash, rashk kabi turli salbiy va ijobiy xislatlar birgalikda namoyon bo'ladi. Ular affekt holatiga tushishsa ham, buni darrov yuzaga chiqaraverishmaydi, ichida saqlab qo'yishadi va bu borada ularning fikrini tez ilg'ab olish qiyin.

3. Rasmiyatchi shaxs. Sinchkov, maydakash va o'ta rasmiyatchi odam. Janjal va kelishmovchiliklarga kam aralashadi, agar ziddiyatli 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 qo'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. Ruhij 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'usini jilovlay olmaydigan, qo'pol, janjalkash va tez g'azablanadigan kishilardir. Ularning xulq-atvorida instinktiv intilishlar ustun turadi. Ular badfe'l va zaharxanda kishilar bo'lib, birov bilan osonlikcha murosaga borish-

maydi, 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 tez-tez yuzaga keladigan kelishmovchiliklar sababli bir joyda uzoq ishlay olishmaydi. Ularda verbal va noverbal reaksiyalar ancha sust bo'ladi, shuning uchun ham odamlar bilan bemalol til topishib keta olishmaydi. Ular biror yumushga ishtiyoq bilan kirishmaydi, ishga ham zarurat uchun borishadi, biror sohani yoki ilmni o'zlashtirishga ham qiziqish bo'lmaydi. Kelajakka befarq bo'lib, bugungi kun bilan yashashadi, ko'ngillari o'yin-kulgi va vaqtichog'likni istaydi. Hamma bilan til topishavermagach, o'zilaridan kuchsizroq odamlar bilan muloqot qilishga va ularni o'ziga bo'ysundirishga intilishadi. Yuqori darajada qo'zg'aluvchan bu shaxslarni boshqarish qiyin bo'lib, ularning xatti-harakatlari atrofdagilar va jamoa obro'si uchun havfli vaziyatni yuzaga keltirishi mumkin.

5. Gipertim shaxs. Bu toifaga kiruvchi odamlar harakatchanligi, so'zamolligi, 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'l boshchi bo'lishni va shovqin-suronli hayotni xush qo'rishadi. Deyarli doimo yaxshi kayfiyatda bo'lishadi, o'zlarini yaxshi his qilishadi, yuqori hayotiy quvvatga va ishtahaga ega bo'lishadi, yuz-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, ishlarni zudlik bilan bajarib tashlashadi. Ular juda ajoyib suhbatdosh bo'lib, atrofdagilarni ko'nglini chog' qilib o'tirishni xush qo'rishadi, qo'ngilochar ishlarga yo'l boshchilik qilishadi, kerak bo'lsa, turli xursandchiliklarni 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 past kayfiyatda yurishi bilan ajralib turishadi. Ular tashqi ko'rinishdan o'ta bosiq odamni es-

latadi. 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'ygga 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 kiruvchilar birovlar bilan darrov muloqotga kirishib keta olishmaydi, doimo xavotirda bo'lishadi, qo'rqoq va uquvsiz bo'lish bilan birga, o'ziga ishonmaydi. Ular qorong'ilikdan, uyda yolg'iz qolishdan va hayvonlardan qo'rqishadi. O'z tengdoshlariga qo'shib keta olmaydi, ulardan o'zini chetga oladi, shovqinli, o'yinkulgili 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 imtihan topshirishga to'g'ri kelsa, bunday holatlarni u juda og'ir qabul qiladi, o'ziga ishonchsizligi yana kuchayadi, juda bezovtalanib boshlaydi. Agar biror bir masala bo'yicha nutq so'zlash kerak bo'lsa, yoki auditoriyada ma'lumot berish zarurati tug'ilsa, qattiq terga botib, uyalib ketishadi. 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. Unda 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 va 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. Gap ko'tara olmaydi, agar uni nohaq ayblashsa, o'zini himoya qilolmaydi, kuchliroq odamning 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 shaxslardir. Ularni

“Mehribonlik izlovchilar” deb atash mumkin. Ular o‘zlarini o‘zlari hi-moya qila olmaganliklari sababli hamkasblari tomonidan kulgili voqea-larning qahramonlariga aylanib qolishadi, shuning uchun biror bir no-jo‘ya voqea yuz bersa, osonlikcha uning bo‘yniga ag‘darishadi.

8. Xushchaqchaq shaxs. Bu toifaga kiruvchi odamning xulq-atvorida yaqqol ko‘zga tashlanib turadigan xislatlar – o‘ta baxtiyorlik, zavqlanish, xushchaqchaqlik, shodlanish, huzurlanish hissidir. Boshqalarda shod-lanish, zavqlanish hissini uyg‘ota olmaydigan vaziyatlar unda shunday his-tuyg‘ularni yuzaga keltira oladi. Ozgina bo‘lsa-da, quvonchli voqea-lar darrov ularning e‘tiborini tortadi va kayfiyatini qo‘taradi, xuddi shun-day g‘amgin voqealar esa uning kayfiyatini tushiradi. U muloqotga tez kirishib ketishi, so‘zamolligi va yoqimliliigi bilan boshqalardan ajralib turadi, u kulsa, yayrab kuladi. Shuning uchun ham u ko‘pchilikka yoqa-di. U bahslashishni xush ko‘radi, biroq bahsni janjalgacha yetkazmay-di. Turli xil kelishmovchiliklar orasiga tushib qolsa, vaziyatga qarab yo faol, yo passiv ishtirokchiga aylanadi. U do‘stlariga va yaqinlariga juda bog‘lanib yashaydi, unda achinish va rahmdillik hissi yaxshi rivojlangan bo‘ladi. O‘z his-tuyg‘ularini hech yashirmay yaqqol namoyon qila oladi. Agar suhbat chog‘ida uni yaqinroq bilishga biroz harakat qilinsa, bemalol buning uddasidan chiqish, ya‘ni u o‘z dardini yoyib tashlashi mumkin. Aksariyat hollarda vahimachi bo‘ladi, arzimagan vaqt ichida kayfiyati tez o‘zgarib qolishi va birdan “portlab ketishi” mumkin. U beqaror ruhiyat egasi hisoblanadi.

9. Emotsional shaxs. Bu toifaga kiruvchi shaxsning xulq-atvoridagi hislatlar bir qaraganda hushchaqchaq toifaga kiruvchilarga o‘xshab keta-di. Biroq emotsional 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 –bular insonparvarlik, odamlar va hayvonlarga nisbatan mehr-shafqat va mehribonlikdir. Ular boshqa birovlarning muvaffaqiyatidan quvonishadi, tashqi ta‘sirotlarga tez berilishadi, hayotda ro‘y berayotgan voqea va hodisalar ularga tez ta‘sir qiladi, yig‘lab ham olishadi. Kinofilm-lardagi zo‘ravonliklar ularni qattiq larzaga soladi. Bu filmlardan so‘ng kayfiyati uzoq vaqt buzilib yuradi, yomon tushlar ko‘ra boshlaydi. Jan-jalli voqealarga kam qo‘shiladi. Xafa bo‘lsa, ichiga yutadi. Ularda burchga bo‘lgan sadoqat kuchli ifodalangan bo‘ladi, topshiriqlarni bajarishda doi-mo ilg‘or bo‘lishadi. Ular tabiatni yaxshi ko‘rishadi, o‘simliklar o‘stirishni, hayvonlarni boqishni xush ko‘rishadi.

10. Siklotimik shaxs. Siklotimiya – yuqori kayfiyat (gipertimiya) va past kayfiyat (gipotimiya) holatlarining bir-biri bilan almashinib turishi bilan kechuvchi holat. Bunday shaxsning kayfiyati tez-tez o‘zgarib tura-di 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‘zlaridagi bu faollikdan ko‘tarinki kayfiyatda yurishadi, so‘zamol bo‘lib qolishadi, miyaga zo‘r g‘oyalar kela boshlaydi. Bunday holat *gipertimiya* deb ataladi. Agar to‘satdan g‘amgin voqealar yuz bersa, 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 bo‘yicha shaxs tiplari. Ayzenk shaxsni o‘rganish bo‘yicha o‘z kuzatuvlariga asoslanib odamlarni 2 toifaga, ya‘ni ekstravertlar va introvertlarni ajratib o‘rgangan.

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. Introvertlar. O‘ta kamgap, muloyim, uyatchan, his-tuyg‘ulari ichkariga yo‘naltirilgan shaxs. Ularning sirlarini bilib olish juda qiyin, darrov muloqotga boravermaydi, qaysi bir jamoada suhbatga 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 reja 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 pessimistik ruh ustunlik qiladi.

Psixologlar, shuningdek, psixologik va biologik yosh tiplarini alohida ajratib o‘rganish zarurligini ta’kidlashadi. Chunki oiladagi munosabat,

atrof-muhit, ta'lim-tarbiya va ijtimoiy omillar bolalar va o'smirlar rivojlanishiga turlicha ta'sir ko'rsatib, kimdir rivojlanishdan orqada qoladi, kimdir esa ilgarilab ketadi. Shu bois, **psixologik yosh** va **biologik yosh** degan iboralar fanga kirib qolgan. Agar bolaning ilm doirasi, xulq-atvoridagi yaxshi xislatlari uning biologik yoshidan ancha ustun kelib, yaxshi xislatlarga ega katta odamlarning xulq-atvorini eslatsa, demak, uning psixologik yoshi biologik yoshdan ustun deb qabul qilinadi. Masalan, 5 yashar bolaning fahm-farosati, 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. Bundaylar o'ta mas'uliyatli bo'lishadi, mustaqil hayotga erta qadam qo'yishadi, ota-onasining eng yaqin yordamchisiga aylanishadi, kattalar bilan bemalol muloqotga kirisha olishadi. Ularga doimo mas'uliyatli vazifalarni ishonib topshirishadi, yosh bo'lsa-da katta lavozimlarga taklif etishadi.

Agar odamning xulq-atvoridagi xislatlari uning biologik yoshidan ancha orqada qolib ketgan bo'lsa, o'zini tutishi bolalar yoki o'smirlar qiliqlarini eslatsa, bunday shaxslarning psixologik yoshi biologik yoshidan orqada qolgan hisoblanadi. Ayniqsa, bolani juda erkalatib tarbiyalash yoki 14-15 yoshga kirib qolgan o'smiringa 4-5 yashar boladek munosabatda bo'lish, uni mustaqil hayotga o'rgatmaslik psixologik yoshning orqada qolib ketishiga sabab bo'ladi. Bunday shaxslar ulg'ayganda mas'uliyatsiz bo'lib, o'zlari mustaqil ishga qo'l urishdan hayiqishadi, bironvga qaram bo'lib o'sishadi, hayotda ko'p turtulishadi. Ularni maqtasa, yosh boladek xursand bo'lib kulishadi, yoshiga mos bo'lmagan qiliqlar qilishadi. Bunday holatlarda **puerilizm** haqida so'z boradi. 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'quvchisi qiliqlarini eslatadi. Ular o'zidan kichik yoshdagilar bilan o'ynashni xush qo'rishadi, xatti-harakatlari isterik shaxslarni 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.

Oilaning uch toifasi. 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'la-

di, u hattoki erkak kishi bajarishi lozim bo'lgan oila yumushlarini ham o'zi qiladi. 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 oilani **“ona-o'g'il” toifasidagi oila** deyishadi. Bunday oilada so'nggi qaror xotin tomonidan qabul qilinadi, eri esa uning aytganlarini so'zsiz bajaradi.

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 o'taydi. Xotinning haq-huquqlari esa bu yerda juda kam ifodalangan bo'ladi, oilani boshqarish jarayoniga deyarli u aralashmaydi. 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 nuqtai 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:

A) “Ona-o'g'il” toifasidagi oilada voyaga yetgan qiz “ota-qiz” toifasidagi oilada voyaga yetgan o'g'ilga turmushga chiqsa, bu oila mustahkam bo'lmasligi mumkin. Chunki qiz ona hukmronlik qilgan oilada katta bo'lgan. Qiz oilani onasi boshqargandek boshqarishga, erini o'ziga bo'ysundirishga intilsa, yigit esa oilani xuddi otasidek boshqarishni istaydi va xotini o'ziga so'zsiz bo'ysunishini talab qiladi. Tabiiyki, buning uddasidan chiqish o'ta mushkul bo'lib, tez-tez bo'ladigan urush-janjallar sababli oila barbod bo'lishi mumkin.

B) “Ona-o'g'il” toifasidagi oilada voyaga yetgan o'g'il “ota-qiz” toifasidagi oilada ulg'aygan qizga uylandi, deylik. Bunday oiladan oila yo'l boshchisi 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. Ushbu yangi oilada yigit xotini yo'l bosh-

chi bo'lishini xohlasa, qiz esa aksincha, ya'ni eri yo'lboshchi bo'lishini xohlaydi. Ularning o'zlari oilani mustaqil boshqara olishmaydi, birov-larga qaram bo'lib yashashadi, maslahat uchun qiz otasining oldiga otlansa, o'g'il onasining oldiga chopadi. Bu vaziyat uzoq davom etadi va oxir-oqibat ular oilani boshqarishni o'zlashtirib olishadi.

3. "Aka-singil" toifasidagi oila. Bunday oila psixologik nuqtai nazardan olganda eng maqbul oiladir. Chunki bu erda er va xotinning vazifalari ular orasida taqsimlangan bo'ladi: er o'zi bajarishi lozim bo'lgan vazifalar bilan shug'ullanadi. Masalan, er oilani boshqarish-ning 60 % ni 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 yordamchisi bo'ladi. Demak, oilada er o'zini xuddi **aka** sifatida, xotin esa **singil** sifatida tutadi. Bunday oilada ayol kishining ham, er-kak kishining ham huquqlari saqlangan bo'ladi. Ota-ona orasidagi bun-day 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" toifasida-gi oilaga o'xshab amalga oshirishga harakat qilishadi.

Temperament va uning tiplari

Temperament - odamning individual xatti-harakatlarini ifoda-lab turuvchi tug'ma va turg'un psixofiziologik xususiyatlar yig'indisi. Temperament tug'ma va o'zgarmasdir. Odam qaysi temperament egasi bo'lsa, umrbod o'sha temperamentda qoladi. Temperament tafakkur darajasi yoki insoniylik fazilatlariga qarab bo'linmaydi. Shu bois ham barcha temperament vakillari ichida iqtidorli va iqtidorsiz, ilmli va ilm-siz, vijdonli va vijdonsiz kishilarni uchratish mumkin.



2.11-rasm. X. Bidstrup chizgan rasmlarda aks etgan temperament tiplarini ajratib ko'rsating.

Temperament 4 tipga ajratib o'rganiladi: **sangvinik, flegmatik, xolerik va melanxolik**.

1. Sangvinik – quvnoq, chaqqon, tirishqoq va ta'sirchan odam. U tevarak-atrofga tez moslashadi, voqea-hodisalarga reaksiyasi kuchli bo'ladi. Odatda, sangvinik gapdon odam, har qanday inson bilan muloqotga oson kirishib ketadi va suhbat paytida quvnoq mimikani ko'p ishga soladi. O'ziga yoqqan ishga osongina berilib ketsa-da, muntazam davom etuvchi ishlarda qovun tushirib qo'yadi. Sangvinikni kuldirish oson. Sangvinik kuchli tipga kiradi.

2. Flegmatik – vazmin, bosiq, kamharakat va hissiyotini jilovlab tura oladigan odam. Flegmatik odatda kamgap bo'lib, har qanday ishni shoshmasdan boshlaydi, biroq oxiriga yetkazib qo'yadi, murakkab yoki janjalli vaziyatlarda ortiqcha hissiyotga berilmaydi. Agar sangvinik tez yonib, tez so'nadigan alangaga o'xshasa, flegmatik sekin olov olib, uzoq yonadigan yog'ochga o'xshaydi. Tez javob berish zarur bo'lgan vaziyatlarda flegmatik ko'pincha vaqtni boy berib qo'yadi. Bunda sangvinik ustun keladi. Qat'iylik, iroda va sabr-toqat talab qilinadigan ishlarda esa flegmatik ustun. Flegmatikni kuldirish ham, jahlini chiqarish ham qiyin. Flegmatik kuchli tipga kiradi.

3. Xolerik – jizzaki, qiziqqon, chaqqon, beqaror, hissiy reaksiyaga boy odam. U juda harakatchan. Katta ish qobiliyatiga ega xolerik biror ishni qiziqib tez boshlaydi-yu, oxiriga etkazmay tashlab qo'yadi. Xolerik hech qachon bir maromda ishlay olmaydi, goh g'ayrat bilan, goh imillab ishlaydi. Ehtiyotkorlik, matonat va chidam talab qilinadigan vaziyatlarda xolerik qiyin ahvolga tushib qoladi. Xolerikning jahlini chiqarish juda oson. Xolerik ham kuchli tipga kiradi.

4. Melanxolik – g'amgin, zaif, yig'loqi va jur'atsiz odam. U salga xafa bo'ladi, jiddiyroq ishlarga jur'at etolmaydi, o'z fikriga ega emas. Melanxolik arzimagan qiyinchiliklarga bardosh bera olmaydi, ularga qarshi kurashdan voz kechadi. Sangvinik va flegmatik esa qiyinchiliklarni oson yengishadi, xolerik esa ularni hatto yo'q qilib yuboradi. Melanxolikda ijobiy his-tuyg'udan salbiy his-tuyg'ular ustunlik qiladi. Baxtli voqealarga qaraganda, noxush voqealar ularga ko'proq ta'sir qiladi. Shuning uchun ham melanxolik doimo tushkun kayfiyatda yuradi. Melanxolik – temperamentning kuchsiz tipi.

Sangvinik va flegmatiklar turmush qiyinchiliklariga yaxshi moslasha oladilar. Sangvinik va xoleriklar ko'p tarqalgan temperamentlar sirasiga kiradi.

Bir odamda 100 % xolerik yoki 100 % flegmatik xususiyatlari juda kam uchraydi. Masalan, kimdir 70 % xolerik bo'lsa, unda 30 % melanxoliya alo-matlari yoki 75 % flegmatik tipiga 25 % sangvinik tipini eslatuvchi xusu-siyatlar qo'shilib kelishi mumkin. Biroq bitta odamda ikkita temperament tipi 50/50 bo'lib kelmaydi.

Xarakter

«Temperament» va «xarakter» tushunchalari bir-biriga yaqin turadi. Xarakter shaxsning muhim va o'ziga xos sifatii tomonidir. Ayni paytda, shaxsning ayrim xususiyatlari ham xarakterga, ham temperamentga alo-qador bo'lishi mumkin. Xarakter shaxsning yo'nalganligi, irodasi va faoli-yati bilan uzviy bog'langan. Xarakterning ko'p sonli tasniflari mavjudligiga qaramasdan, uning umum qabul qilingan tasnifi hanuzgacha yo'q.

Xarakterning xususiyatlari juda ko'p. Uning uchun qat'iyatlilik, shijoat-lilik, tirishqoqlik, vazminlik, dovyuraklik, jasorat va aksincha, jur'atsizlik, qo'rqqoqlik, qat'iyatsizlik, gumonsirash kabi xususiyatlar xosdir. Odamning individual xususiyatlarini yetarlicha aks ettiruvchi xarakterning umum qabul qilingan tasnifi yo'qligidan, odatda, xarakterga baho berish uchun kishiga xos bo'lgan eng muhim belgilarni shunchaki sanab o'tish kifoya. Masalan, saxiy, maqtanchoq, quvnoq, yolg'onchi, kamsuqum, qasoskor, xasis, dovyurak, bag'rikeng, qat'iyatli. Agar temperament tug'ma xususi-yat hisoblanib, o'zgaras bo'lsa, xarakter temperamentdan farqli o'laroq o'zgaruvchandir. Xarakter shakllanishida ta'lim-tarbiya, atrof-muhit va ij-timoii omillar katta ahamiyatga ega.

Nazorat uchun savollar

- 1. Shaxs deganda nimani tushunasiz?*
- 2. Shaxs patologiyasi haqida gapirib bering.*
- 3. Leongard bo'yicha shaxs tiplari haqida so'zlab bering.*
- 4. Buyuk shaxslarda kuzatiladigan ruhiy nuqsonlar haqida nimalarni bilasiz?*
- 5. Temperament nima? Uning qanday tiplarini bilasiz?*
- 6. O'zingiz qaysi temperament egasiz?*
- 7. Xarakter haqida so'zlab bering. Sizning xarakteringiz qanday?*
- 8. O'zingizning xulqingizga qanday qaraysiz?*
- 9. Temperament va xakterni aniqlovchi qanday testlarni bilasiz?*

2.9. Psixogigiyna, psixoprofilaktika va deontologiya

Psixogigiyna

Psixogigiyna – bu ruhiy salomatlikni saqlash va ta’minlash uchun gigiyenik dasturlarni ishlab chiqib amalga oshiruvchi fan. Uning asosiy maqsadi psixogen va psixosomatik kasalliklarni oldini olishda zarur shart-sharoitlarni yaratishdir. Shu bois psixogigiyaning maqsad va vazifalari psixoprofilaktikaga o’xshab ketadi. Tibbiyot psixologiyasining katta yo’nalishlaridan biri bo’lmish ushbu egizak fanlar umumiy gigiyena va profilaktik tibbiyot qonun-qoidalari negizida shakllangan.

Psixogigiyna stress omillarining inson ruhiyatiga ta’sirini pasaytirish va psixologik immunitetni oshirishga qaratilgan chora-tadbirlar ishlab chiqadi. Sog’liqni saqlash tizimiga psixogigiyna qonun-qoidalarini keng tatbiq qilish aholi orasida nafaqat psixogen yoki psixosomatik kasalliklar, balki insult, infarkt, qandli diabet, oshqozon-ichak yaralari kabi organik kasalliklarning ham oldini olishda o’ta muhim ahamiyat kasb etadi. Demak, ruhiy salomatlikni asrashga qaratilgan chora-tadbirlar butun bir organizmni turli kasalliklardan himoya qilishga imkon yaratadi. Psixogigiyna o’ta murakkab ijtimoiy-psixologik muammo hisoblanmish giyohvandlik va o’z joniga qasd qilishning oldini olish bilan ham faol shug’ullanadi. Psixogigiyna muammolari inson shaxsini e’tiborga olgan holda yechiladi. Vaholanki, shaxsning barcha talablarga mos ravishda kamol topishi uchun psixoemotsional omillar ta’sirini imkon qadar pasaytirish lozim bo’ladi.

Ayniqsa, profilaktika yo’nalishida ta’lim olayotgan talabalar psixogigiyna fanini chuqur egallashi va uning qonunlarini bilishi zarur. Bu psixogen kasalliklar tarqalishi bilan bog’liq epidemiologik vaziyatni yaxshilashga oid yangi dasturlar tayyorlashga katta yordam beradi. Psixogen omillar ichki a’zolar kasalliklariga sababchi bo’lgani kabi, o’z vaqtida ichki a’zolar kasalliklari inson ruhiyati buzilishiga ham olib keladi. Shunday ekan, somatik klinikalarda ham psixogigiyenik chora-tadbirlarni amalga oshirish zarur.

Ruhiy buzilish ham «yuqumli» kasallikdir. Albatta, oilada asabi buzilgan yoki bir so’z bilan aytganda, nevroz yoki psixozga chalingan odam bo’lsa, buning salbiy ta’siri oila a’zolariga ham o’tadi va ularning ruhiy salomatligiga katta ziyon yetkazadi. Demak, psixogigiyaning katta muammolaridan yana biri, bu oila psixogigiyanasidir. Bitta odamning ruhiy salomatligini tiklash, uni o’rab turgan qarindosh-urug’larining ruhiy salomatligini ham tiklash yoki buzilishdan saqlab qolish demakdir.

Psixogigiya quydagi vazifalarni o'z oldiga qo'yadi: 1) sog'lom shaxsni tarbiyalash va shakllantirish; 2) turli maskanlarda gigiyena talablariga javob beradigan sharoit yaratish; 3) inson salomatligiga ziyon keltiruvchi omillarni kamaytirish va tugatish; 4) sportga qiziqtirish, uni keng ommaga yoyish; 5) har bir kishini o'z salomatligiga e'tibor bilan qarashga, uni saqlashga o'rgatish.

Psixogigiya shartli ravishda quydagi turlarga bo'linadi:

- 1) yosh davrlari psixogigiya;
- 2) aqliy va jismoniy mehnat psixogigiya;
- 3) o'rganish va o'rgatish psixogigiya;
- 4) oila va jinsiy hayot psixogigiya;
- 5) turmush psixogigiya;
- 6) bemor psixogigiya.

Yoshga oid psixogigiya bolalik davri, ya'ni chaqaloq tug'ilgan davrdan boshlanishi kerak. Chunki insonning shaxs sifatida shakllanishi juda erta boshlanadi. Ma'lumki, bolaning yashash faoliyati o'yinlarga asoslangan. Uning idroki ham yoshiga mos bo'lib, u o'zi qiziqqan narsa bilan shug'ullanadi. Bolaning yonida ehtiyot bo'lib so'zlash, uni to'g'ri yo'lga boshlash, kamchiliklarini o'z vaqtida tuzatib borish o'ta muhim. Bolani qattiqqo'llik bilan emas, balki uqtirish va tayinlash yo'li bilan tarbiyalash zarur. 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 o'ta muhim. Bolani teatr, sirk, hayvonot bog'iga olib borish, tabiat qo'ynida tarbiyalash uning sinxron rivojlanishida juda muhim ahamiyat kasb etadi.

Bolalar psixogigiya katta, avvalo ota-onaning xulq-atvori o'ta muhim. Doimo janjal bo'ladigan, ichkilik ichiladigan, kitob mutolaa qilinmaydigan oilada ruhiyati sog'lom farzand voyaga yetishi ancha mushkul. Bola ota-onaning yaxshi fazilatlariga ham, yomon qilig'iga ham taqlid qiladi. Hali bolada bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'i funksional jihatdan to'liq shakllanmagan bo'lsa ularda yaxshi-yomonni tahlil qilish imkoni past. Bolani hayotga o'rgatib borish, uning 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 qobiliyatini sezib qolsa, unga har tomonlama yordam berib, barcha sharoitni yaratib berishi zarur. Lekin bolani ilmi qilaman deb, unga keragidan ortiqcha talab qo'yib yuborish, dars qilishga majbur qilaverish, ko'chada biroz

o'ynagani qo'ymaslik bolada depressiya alomatlari rivojlanishiga sabab bo'ladi. U hech narsaga qiziqmay qo'yadi.

Bunga bir misol keltirib o'tamiz. *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 sabablari ni aniqlay olishmagani va tavsiya etilgan dorilar foyda bermayotgani ni aytishdi. Qizchani tekshirish mobaynida shu narsa ma'lum bo'ldiki, u umuman kam so'zlar, bir nuqtaga qarab turaverar, doktor bergan savollarga zo'rg'a javob berardi. O'zi haqida so'zlab berish iltimos qilinganda, faqat boshi og'rishini aytdi. Qizchani tekshirayotib unda depressiya alomatlarini aniqladik. Qiz avval hech qanday kasal bo'lmagan, miya jarohatlarini olmagan, ichki a'zolari ham sog'lom edi. Qizchadan boshing doimo og'riydimi, og'rimagan payti bormi deb so'ralganda u: «Ha, doimo 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 qaytganda, ingliz tili o'qituvchisi uyda u bilan mashg'ulot olib borgan, so'ng esa ota-onasi qizchani bilimni tekshirish bo'yicha doimo savol-javoblar o'tkazgan. Qizchani ko'chaga tengdoshlari bilan o'ynagani chiqishga ruxsat berilmagan. Albatta, bolaga qo'yilgan bu ortiqcha talablar uni ruhan charchatib qo'ygan. O'qituvchilar va ota-onasi oldida doimiy mas'uliyat sezgan qizchani miyasi har doim psixologik bosim ostida bo'lgan. U bora-bora kamgap, faqat savollargagina javob beradigan, o'z 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 xizmat safariga ketgan edi. Qizcha bu davrda, tabiiyki, dars qilmagan va ko'p vaqtini toza havoda o'z tengdoshlari bilan o'ynab o'tkazgan.

Biz vaziyatni har taraflama o'rganib, uning ota-onasi bilan suhbat o'tkazdik. Ularga qiziga qo'yilgan barcha talablarni kamaytirish, ularni qizning yoshiga moslash, ingliz tilini o'qitishni vaqtincha to'xtatish, toza havoda sayr qilishga imkon berish zarurligi tavsiya qilindi. Bu talablar bajarilgandan so'ng qizchada depressiya alomatlari (kamgaplik, ishtaha yo'qligi, hech narsaga qiziqmaslik va bosh og'rig'i) o'tib ketdi. Bu voqea bolalar psixogiyenasiga misol bo'la oladi. Vaholanki, psixogiyena talablariga amal qilish nafaqat psixogen buzilishning oldini oladi, balki bunday buzilishlarni bartaraf ham etadi.

Maxsus kuchaytirilgan maktabda o'qimoqchi bo'lgan har bir bolaga "Maxsus tibbiy-psixologik anketa" to'ldirilishi va bolalar har yili 2 marotaba ushbu anketa yordamida tekshiruvdan o'tib turishi zarur.

Psixologiya va umuman tibbiyot uchun eng dolzarb muammolarga to'la bo'lgan davr – bu **o'smirlik davri**. O'smirlik davrida nafaqat ruhiy o'zgarishlar, balki aqliy va jismoniy o'zgarishlar ham jadal kechadi. Bu davr — o'tish davridir. O'smir hali kechagi bola, lekin u hali katta ham emas. O'smir o'z oldida turgan muammolarni o'zi yechishga ruhan tayyor bo'lmasligi mumkin. Lekin uning yoshligini ro'kach qilib, hadeb tergayverish bolani qaysar, o'jar yoki odamovi qilib qo'yadi. O'smirning mustaqilligini tan olgan holda, unda har bir harakatiga mas'uliyat hissini tug'dirib borish o'ta muhim. U qarshisida paydo bo'layotgan muammolardan qo'rqmasligi, shu bilan birga bu muammoga yengiltaklik bilan qaramasligi kerak.

Seksual hayotdagi kechinmalar har bir o'smir uchun katta bir sinovdir. Qizlarda hayz kelishi ham chuqur hayajonlanish, qo'rquv va xavotir bilan kechishi mumkin. Bunday paytlarda qiz bolaga onasining maslahati juda zarur.

Tibbiy psixologga murojaat etilganda, u o'smirda kechayotgan jarayonlarni to'g'ri tahlil qila olishi kerak. Bunda o'smir yoshdagilar uchun mo'ljalangan maxsus psixologik testlardan foydalaniladi, o'smirlar psixologi suhbatlari ham o'ta muhim. Sport va badantarbiya mashqlarini bajarish, mehnatning o'ziga yoqqan turi bilan shug'ullanish, organizmni chiniqtirib borish o'smir uchun g'oyat muhimdir.

Oila mustahkam bo'lishi uchun nikohga ham katta e'tibor qaratilmog'i kerak. Turmush qurayotgan ikki yosh, albatta, tibbiy ko'rikdan, genetik va psixologik tekshiruvlardan o'tib, salomatligi haqida maxsus tibbiy ma'lumotnomani olgandan so'ng turmush qurish haqida xulosaga kelish mumkin. Aks holda, bu nikoh baxtsiz bo'ladi. Qiz bersang ham, olsang ham, yetti avlodini surishtir, deb bekorga aytmagan dono xalqimiz. Bitta oilaning baxtsizligiga butun bir jamiyatning muammosi sifatida qaramoq kerak. Haqiqatan ham shunday.

Jinsiy a'zolarining anatomiyasi va fiziologiyasi haqida turmush qurayotgan yoshlar dastlabki ilmga ega bo'lishlari kerak. Jinsiy a'zolar haqida oddiy bilimga ham ega bo'lmagan yoshlarning turmush qurishiga faqat ularning sevgi-muhabbatiga asoslanib ruxsat berish noto'g'ri. Turmush qurayotgan yigit yoki qizda ruhiy kasallik bormi-yo'qmi, bu borada nevropatolog, tibbiy psixolog yoki psixiatr xulosasi qanday? Afsuski, bularga e'tibor ko'pincha turmush qurishdan oldin emas, balki oila buzilganidan so'ng e'tibor

beriladi. Xuddi o'smirlar orasidagi kabi, qariyalar orasida ham o'z joniga qasd qilishlar ko'p uchraydi.

O'rta va katta yoshdagilar psixogigiyenasi ko'pincha kishining egallab turgan lavozimi, kasbi va ish faoliyatiga bog'liq. Bu davrda oila va jinsiy hayot psixogigiyenasi alohida e'tiborni talab qiladi. Ikki-uch bolali bo'lgan oilalarda ham ajralishlar ko'p uchrayotganligi nafaqat iqtisodiy, balki seksual muammolar bilan ham bog'liq. Aytib o'tganimizdek, bu muammoni o'z vaqtida Zigmund Freyd chuqur o'rgangan. Z. Freyd jinsiy hayotda baxtsizlikka uchragan oila psixologiyasini o'rganib, jinsiy hayot nuqtai nazaridan insonlarda nevrotik buzilishning kelib chiqish mexanizmlarini o'z kuzatuvlariga asoslanib yoritib berdi. Jinsiy zaiflik bor oilada baxtli hayot bo'lmaydi, bu oila a'zolari nafaqat oilada, balki jamiyatda ham o'z o'rnini topib keta olmasliklari mumkin. Er-xotin orasidagi nafaqat yaxshi munosabat va xushmuomalalik, balki sog'lom jinsiy munosabatlar ham mustahkam oila negizi hisoblanadi.

Qariyalar muammosi har qanday jamiyatda ko'ndalang turgan muammodir. Shu bois ham ko'pgina davlatlarda gerontopsixologiya yaxshi rivojlangan. Doimo faol hayot kechirib kelayotgan kishi nafaqaga chiqib ishsiz qolganda, uning ruhiyatiga katta ziyon yetishi mumkin. Chunki u psixologik vakuumga tushib qoladi. Ushbu vakuum qandaydir faoliyat bilan to'ldirishi kerak. Biror bir faoliyatga jalb qilinmay uyda yolg'iz qolgan qariyalar ishlab yurgan tengdoshlariga qaraganda tez qarib qoladi. Shu bois ham qariyalarni faol hayotga jalb qilish, ularning boy hayotiy tajribasidan foydalanish o'ta muhim. Hech bo'lmaganda ularni o'zlari avval ishlagan muassasada maslahatchi qilib olib qolish, mahallaga yoki bog'dorchilik ishlariga jalb qilish zarur.

Psixoprofilaktika

Psixoprofilaktika – turli kasalliklar kelib chiqishida psixogen omillarning oldini olish masalalarini o'rganuvchi fan. Bu yo'nalish XX asr o'rtalarida profilaktik tibbiyot va tibbiy psixologiya negizida shakllandi. Birlamchi va ikkilamchi psixoprofilaktika farq qilinadi. *Birlamchi psixoprofilaktika* aholining sog'lom qatlami orasida psixogen omillarning oldini olish bilan shug'ullanadi. Shu yo'l bilan u nafaqat psixogen va psixosomatik, balki somatik kasalliklar profilaktikasi ham amalga oshiriladi.

Psixoprofilaktika turli yoshdagi davrlarda o'zining maqsad va vazifalariga ega. Bolalik davridan boshlab insonning ruhiy salomatligini

nazorat qilib borish, o'z vaqtida yuqumli kasalliklarga qarshi emlash, ruhiy va jismoniy rivojlanishdan orqada qolayotgan bolalar tarbiyasiga e'tibor berish orqali erishiladi. Demak, psixoprofilaktikani nafaqat nevrolog, tibbiy psixolog va psixiatr, balki tibbiyotning boshqa soha mutaxassislari ham targ'ib qilishlari va amalga oshirishda ishtirok etishlari kerak. Birlamchi psixoprofilaktikaning asosiy vazifalaridan yana biri — yosh oila qurayotgan yigit-qizlarni tekshirib, irsiy kasalliklarni aniqlash, yangi tug'ilgan chaqaloqlar va yosh onalar salomatligini muhofaza qilish hamdir.

Ikkilamchi psixoprofilaktika – mavjud turli kasalliklarning avj olib ketishini oldini olish uchun qo'llaniladigan profilaktik uslublar majmuasi. Buning uchun davolash-profilaktika muassasalarining turli pog'onasida maxsus dastur asosida psixoterapiya va psixoreabilitatsiya chora-tadbirlari muntazam olib boriladi.

Deontologiya

«Barcha san'atlar ichida eng buyugi tibbiyotdir» degan edi Gippokrat. Vrachlik kasbini egallash uchun faqat shu sohaning bilimdoni bo'lish etarli emas, albatta. Vrach, avvalambor, haqiqiy inson bo'lmog'i kerak. Vrachni jang maydonidagi askarga o'xshatish mumkin. Askar dushman bilan olishayotib, faqat Vatan haqida o'ylaydi. Vrach ham bemorni darddan xalos etib sog'aytirib yuborish va uning hayotini saqlab qolish uchun qayg'uradi, tinimsiz 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 erib tugaguncha atrofga nur sochib, yorug'lik taratib turadi.

Tibbiyot deontologiyasi vrach burchi, qiyofasi, obro'si, nomusi va vijdoni haqidagi fan. Deontologiya – yunonchadan **burch**, degani bo'lsa, etika – grekchadan **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 etikasi rivojlanishiga ham 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 olimi Erkin Qosimov (1933 – 2007).

«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 bemorlarning hurmatini qozonishi zarur» (*Erkin Qosimovning bo'lajak shifokorlarga aytgan nutqidan*).



Erkin Qosimov
(1933–2007)

Tibbiyotda pullik xizmat paydo bo'lgach, deontologiyaning ba'zi yo'nalishlariga turlicha qarashlar shakllandi. «Axir pul to'lagandan so'ng baribir yaxshi qaraydi-da», degan fikr shular jumlasidandir. Vaholanki, bemorning tuzalib ketishi vrachga to'lagan pulining miqdori bilan belgilanmaydi, uning bilimi, tajribasi va muomalasi bilan belgilanadi. Qolaversa, deontologiya degani, faqat bemorga shirin so'z gapirib, unga 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 davosiz bo'lganida, doktor meni urishib bermasdi», deb o'ylaydi.

Ba'zan bemorga berilayotgan davo usuli uni qoniqtirmaydi. Ko'p dori-darmon yozilsa, «shuncha dori shartmikan yoki kasalim og'irmi, yo vrach tajribasizmi?» degan ishonchsizlik paydo bo'ladi. «Falonchi doktor falonchi bemorni ikkita dori berib tuzatib yuboribdi» degan so'zlarni ba'zan eshitishga to'g'ri keladi. Xo'sh, bunday paytda qanday yo'l tutish kerak? Ayniqsa, ba'zi kasalliklarni birmuncha uzoq davolashga to'g'ri keladi. Berilayotgan davo choralari darrov natija beravermaydi. Bunday paytlarda kasallikning mohiyatini bemor tushunadigan tilda bayon qilish kerak. Kerak bo'lsa, bemorni tinchlantirish uchun vrach o'zidan tajribaliroq hamkasbi bilan birgalikda bemorni ko'rishi zarur. Vrach bemor oldida aslo o'zini yo'qotib qo'ymasligi kerak. Shuni esda tutish lozimki, vrach bemorni tekshiradi, bemor esa vrachni kuzatadi.

Ko'p hollarda vrach bemorning so'zini oxirigacha tinglamaydi. Bunga sabab qilib, tashqarida kutib turgan bemorlarni va vaqti ziqligini ro'kach qiladi. Lekin shuni unutmang kerakki, hozir yoningizga kirgan bemor tashqarida kutib o'tirgan bemorlar yoki vaqtingiz ozligining qurboni bo'lmasligi kerak. Bu bemor sizni deb kelganligini unutmang. Qolaversa, oq xalatga dog' tushiradigan ishni qilmang. Bemorning dardini oxirigacha eshiting. Ba'zan bemor bir oz gapirganidan so'ng uning kasalligi doktorga

ayon bo'lib qoladi. Biroq, bemor hali so'zini tugatgani yo'q. U o'zini bezovta qilayotgan barcha shikoyatlarini doktorga aytmoqchi. Gap shundaki, bemor o'z kasalligi haqida qancha ko'p gapirsa, shuncha yengillashadi. Bemorning uzundan-uzoq so'zlari doktorga tashxis qo'yish uchungina emas, balki uning dardini yengillashtirish uchun ham kerak. Demak, vrach bemorni eshitayotib nafaqat uning kasalini aniqlaydi, balki davolaydi ham! To'g'ri, bemor kasaliga taalluqli bo'lmagan ma'lumotlarni ko'p so'zlashi, doktorning vaqtini behuda o'g'irlashi mumkin. Bunday paytda bemorga kasalligiga doir qo'shimcha savollar berib, uni to'g'ri yo'lga solish zarur.

Ayniqsa, nevrozga chalingan bemor ko'p so'zlashni, shikoyatlarini rang-barang qilib aytishni xush ko'radi. Yana u zamonaviy tibbiy asbob-uskunalarda bir qancha tekshiruvlardan o'tishni xohlaydi, bular bemorga shart bo'lmasa-da. Imkoniyatga qarab uning iltimoslarini bajarish kerak yoki bemor bir-ikkita tekshiruvlardan o'tgandan so'ng «Bularning xulosasi yaxshi chiqdi, qolganlari endi shart emas», deb uni 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 amrimahol. Vrachning har bir xatosi orqasida bemorning hayoti turadi. Bu xato sababli kimdir otasidan, kimdir onasidan, kimdir suyukli yoridan yoki farzandidan judo bo'ladi.

Vrach xatosining sabablarini shartli ravishda 2 guruhga bo'lish mumkin. *Birinchisi*, vrach savodsizligi sababli ro'y bersa, *ikkinchisi*, charchaganida ro'y beradi.

To'g'ri, ilmsizlik oqibatida vrachlar orasida xatolar uchrab turadi. Lekin ba'zida tajribali vrach ham xatoga yo'l qo'yadi. Nomi chiqqan tajribali vrachga ko'rinishni orzu qiladiganlar juda ko'p. Shunday holatlar bo'ladiki, bir kunda qabul qilingan bemorlar soni 20 nafardan oshib ketadi. Tajribali vrachga uyda ham, ishda ham, mehmondorchilikda ham, hattoki dam olish safarida ham tinchlik yo'q. Albatta, bunday paytda tajribali vrachning xato qilmasligiga kafolat berish qiyin. Bemorga «Yo'q, men charchadim» deya olmaydi. «Hozir men sizni qabul qila 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 sabab bo'ladi. Buning ustiga, to'g'ri kelgan joyda bemorni ko'rish noto'g'ri. 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 hamkasbiga tayinlashi maqsadga muvofiq.

Haqiqiy vrachning hayoti hech qachon oson va yengil kechgan emas. U kundalik hayotiga reja ham tuza olmaydi. Dam olish kuni ham o'zi xohlagandek kechmasligi mumkin: har daqiqa bemorni ko'rsatish uchun chaqirib qolishlari mumkin.

Vrachlik kasbi haqida nima deyish mumkin? Bu haqda bizning fikrimiz quyidagicha: O'qimay bir joyda to'xtab qolgan vrach xuddi ko'lmak suvni eslatadi. Uning yoniga hech qaysi jonzot yaqinlashmaydi, chunki bu suvdan iste'mol qilsa o'ladi. Haqiqiy vrach doimo ilm olishga intiladi, doim izlanadi, malakasini oshirish uchun tinim bilmaydi.

Tib ilmining sultoni Ibn Sino hayotining so'nggi daqiqalarida shunday degan ekan: «*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 vrachlar ko'p. Bilimdon vrach hech qachon bemorni izlamaydi. Uni bemorning o'zi izlab topadi. 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 uning obro'si oshib boraveradi. Ayniqsa, ko'p vrachlarga borib, shifoxonalarda yotib, dardiga shifo topa olmagan bemorni davolagan vrachning obro'siga obro' qo'shiladi.

S.P. Botkin (1832–1889) shunday degan edi: «*Vrach har qanday sharoitda ham o'zini yo'qotmasligi, muvaffaqiyatdan boshi gangimasligi, muvaffaqiyatsizlikdan esa tushkunlikka tushmasligi kerak*».

Tarixchilarning yozishicha, Ibn Sinoning xalq oldida obro'si shu qadar yuqori bo'lganki, uning bemor oldida paydo bo'lishining o'ziyoq ularga jon bag'ishlagan. Bunga u albatta betinim mehnat, uyqusiz mutolaa qilish va ilm olishga o'chligi sababli erishgan. Ibn Sinoning tarjimai holida shunday so'zlar bor: «Men 15 yoshimdan boshlab Yunoniston, Rim, Misr va Hindistonlik mutafakkirlar asarlarini o'rganishni boshladim». U o'z ustozini Abu Abdulloh al-Qotiliy 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 o'zib ketdi, tez orada uning nomi tillarda doston bo'ldi. U yana o'zi haqida shunday yozadi: «Men 19 yoshgacha ilm oldim, so'ngra esa uni ishlatdim». «Bolalik davrida olingan ilm toshga o'yib yozilgan harfga o'xshaydi, kech 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 davolab, boyitib borishning katta foydasi haqida shunday yozadi: «Men tib ilmini o'rganish bilan birga biryo'la bemorlarni ham doimo kuzatib bordim. Buning natijasida hali kitoblarda bitilmagan davolash usullarini o'ylab topdim va amaliyotda ishlatdim». Ibn Sino 16 yoshga yetmasdan nazariy va amaliy tibbiyotni juda puxta egallagan bo'lib, nafaqat Buxoro, 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'rganmanguncha tinchimadim. Keyin men Arastuning «Metafizika» asariga murojaat qildim. Lekin uni ko'p marotaba o'qib chiqqan bo'lsam-da, mag'zini chaqa olmadim. Buxoro ko'chalarini kezib yurganimda, 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 mavhum bo'lgan «Metafizika» asari mazmuni ayon bo'ldi-qoldi. Ushbu bobda ulug' mutafakkir hayotidan lavhalar keltirishimizning boisi, o'ta kuchli ilm sohibi bo'lgan bu olimning deontologiya tamoyillariga chuqur amal qilganligini yana bir bor ta'kidlash edi.

Xulosa qilib aytganda, psixogigiyena, psixoprofilaktika va deontologiya tamoyillariga rioya qilish psixodiagnostika va psixoterapevtik muolajalarni o'tkazishni osonlashtiradi.

Nazorat uchun savollar

1. *Psixogigiyena nima?*
2. *Psixogigiyenaning qanday davrlari mavjud?*
3. *Psixoprofilaktika nima?*
4. *Psixoprofilaktika va psixogigiyena orasida qanday bog'liqlik bor?*
5. *Birlamchi va ikkilamchi psixoprofilaktika haqida so'zlab bering.*
6. *Deontologiya haqida nimalarni bilasiz?*
7. *Vrach xatosining sabablari haqida so'zlab bering.*
8. *Botkin vrachlar haqida nima degan?*
9. *Ibn Sinoning tarjimai holini aytib bering.*

III BOB. NEYROPSIXOLOGIYA ASOSLARI

3.1. Neyropsixologiya tarixi

Neyropsixologiya tarixiga nazar tashlaydigan bo'lsak, u bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ida oliy ruhiy funksiyalar markazlarini aniqlashga urinishlardan boshlangan. 1836-yili Fransiyaning kichik bir shahrida tibbiy jamiyat yig'ilishlaridan birida oddiy vrach **Mark Daks** jamiyat raisidan o'zining kuzatuvlari to'g'risida ma'lumot berishga ruxsat so'raydi. Uning nutqida quyidagi ma'no aks etgan edi: «*Men bosh miyaning chap yarim shari zararlangan bemorlarning barchasida nutq buzilishlarini kuzatdim, lekin o'ng yarim shar zararlangan bemorlarning birortasida ham nutq buzilishi uchramadi. Demak, aynan bosh miyaning chap yarim shari nutq uchun mas'ul, 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 qildirmagan. Shuning uchun ham M. Daksning og'zaki aytgan ma'lumotiga o'sha kuni olimlar e'tibor ham qilmadi va ushbu to'g'ri fikr tez orada unutildi.

1861-yili yosh fransuz olimi antropolog **Pol Brok** nutqi buzilgan va tananing 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 soha keyinchalik Brok markazi deb atala boshlandi*). Ushbu bemorning miyasi hanuzgacha Parijdagi tibbiyot muzeyida saqlanadi. Bemor atrofdagilarning gapiga tushunsa-da, o'zi gapira olmasdi, faqat “ta-ta-ta” degan tovush chiqarardi xolos. 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, nemis psixiatri K.Vernike 1874-yili chap chakka bo'lagining ustki

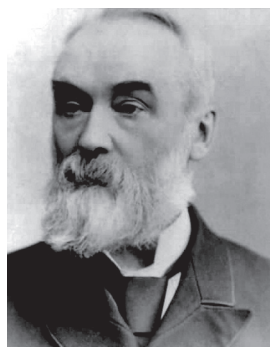


Pol Brok
(1824–1880)

pushtasi zararlanganda ham nutq buzilishini kuzatib, sensor nutq markazini kashf qiladi.

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

Albatta, bu kashfiyotlar o'sha davrdagi olimlarni hayratga soladi. Ular bosh miyada turli markazlar, hatto ong, xotira, tafakkur markazlarini izlay boshlashadi. Shu davrdan boshlab fanda «lokalizatsionizm» degan yo'nalish yuzaga keladi. «Lokalizatsiya» iborasi fransuzchada «joy» degan ma'noni anglatadi.



D. Jekson
(1835–1911)

1870-yili Finkelnburg lokalizatsionchilarga qarshi chiqib, bosh miya po'stlog'i zararlanganda «asimboliya» rivojlanadi, xolos, deydi. Uning fikricha, simvollarni ishlatish qobiliyati buzilishi natijasida nutq faoliyati, narsalarni tanish va turli ongli harakatlarni bajarish buziladi. Lokalizatsionchilar nuqtai nazari-ni 1864–1874-yillari o'zining kuzatuvlariga asoslanib, mashhur ingliz nevrologi D. Jekson tanqid qiladi. D. Jekson, asosan, nutqning dinamik tomonlari bilan qiziqdi. U «bosh miyada nutq buzilishiga sababchi bo'lgan zararlanishni joylashtirish» va «nutqning o'zini joylashtirish» ikki xil narsa, degan edi.

D. Jekson afaziyada nutq funksiyasining to'la yo'qolmasligiga e'tibor qaratadi. Afaziya kuzatilgan bemorda maqsadga yo'naltirilgan nutq buzilishi mumkin, biroq hissiy nutq saqlanib qoladi, deb fikr yuritadi u. Masalan, biror bir so'zni bemor affekt holatida aytib yuborishi, lekin 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 mavjuddir, deydi. Shuning uchun «nutqidan judo» bo'lgan bemorning fikrlash jarayoni biroz pasaysa-da, hali u fikr yuritishga qobiliyatli. D. Jekson maqsadga yo'naltirilgan nutq bosh miyaning chap yarim shari bilan, hissiy nutq esa o'ng yarim shar faoliyati bilan bog'liq, deb aytgan.

D. Jekson birinchilardan bo'lib, MNS funksiyalarining murakkab tuzilishi to'g'risidagi g'oyani ilgari surdi. Uning fikriga ko'ra, har bir funk-siya 3 bosqichdan iborat: «quyi» (orqa miya, miya ustuni), «o'rta» (bosh miya po'stlog'ining harakat va sezgi markazlari) va «oliy» (bosh miya-ni 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'rsatadi. Agar afaziyada so'zlash, o'qish va yozish qobiliyatlarining buzilishi salbiy alomatlar bo'lsa, hissiy nutq 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'lishgan. D. Jeksonning ushbu xulosalari bosh miyaning funksional asimmetriyasini o'rganishga turtki bo'ldi. Keyinchalik bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ida bir qancha markazlar kashf qilindi. Shuning uchun olimlar D. Jeksonni "miyaning funksional asimmetriyasi" haqidagi ta'limotni birinchi bo'lib ilgari surgan, deb hisoblashadi.

3.2. Neyropsixologiya fani haqida tushuncha

Neyropsixologiya – bosh miyaning lokal va diffuz zararlanishlarida oliy ruhiy funksiyalarni o'rganuvchi fan. Albatta, bu fan oliy ruhiy funksiyalarning ontogenezda shakllanish bosqichlarini miyaning morfofunktsional sistemalariga bog'lab o'rganadi. Neyropsixologiya nevrologiya, psixologiya va fiziologiya negizida shakllandi.

Dastlab neyropsixologiyada qo'llaniladigan asosiy atamalar va iboralar haqida to'xtalib o'tamiz.

1. Funksional sistema – turli xil ongli faoliyat uchun mas'ul bo'lgan afferent va efferent tizimlardan iborat morfofunktsional sistema.

2. Neyropsixologik simptom – bosh miya zararlanishida paydo bo'ladigan oliy ruhiy funksiyaning buzilishi.

3. Birlamchi neyropsixologik simptom – aniq bir psixologik funksiyaga mas'ul markazning bevosita zararlanishi sababli yuzaga kelgan simptom.

4. Ikkilamchi neyropsixologik simptom – birlamchi neyropsixologik simptom sababli yuzaga kelgan boshqa oliy ruhiy funksiyaning buzilishi.

5. Neyropsixologik sindrom – kelib chiqish mexanizmi bir-biriga bog'liq bo'lgan bir nechta neyropsixologik simptomlar yig'indisi.

6. Neyropsixologik faktor – neyropsixologik sindromni yuzaga keltiruvchi etiologik omil.

7. Sindrom analizi (faktor analizi) – morfofunktsional sistemalar zararlanishi sababli yuzaga kelgan neyropsixologik buzilishlarni aniqlash usuli.

8. Neyropsixologik tashxis – bosh miyaning lokal va diffuz zararlanishlarida topik tashxisni aniqlash maqsadida o‘tkaziladigan neyropsixologik tekshiruvlar natijasida olingan xulosa.

9. Oliy ruhiy funksiyalar lokalizatsiyasi – bosh miyaning ma’lum bir sohasini aniq bir oliy ruhiy funksiyaga mas’ulligini ko‘rsatib beruvchi tushuncha.

10. Yarimsharlararo funksional asimmetriya – bosh miyaning chap va o‘ng yarim sharida funksiyalarning asimmetrik joylashuvi.

11. Yarimsharlararo munosabatlar – ma’lum bir funksiyani bajarishda ikkala yarim sharning o‘zaro ishtirokini ko‘rsatib beruvchi tushuncha.

Oliy ruhiy funksiyalarning dinamik joylashuv qonuni. Yuqorida aytib o‘tganimizdek, lokalizatsionchilar har bir oliy ruhiy funksiyaga po‘stloqning ma’lum bir qismi javob beradi, deb hisoblashgan. Lokalizatsionizm ta’limoti namoyandasi nemis olimi K. Kleyst edi. U 1934-yili “Miyaning lokalizatsiya xaritasi”ni yaratdi va unda oliy ruhiy funksiyalar markazlarini joylashtirib chiqdi.

Parallel tarzda bu ta’limotga mutlaq teskari bo‘lgan yo‘nalish, ya’ni **ekvipotensializm** (antilokalizatsionizm) ta’limoti ham paydo bo‘ldi. Ekvipotensialistlar har bir oliy ruhiy funksiya uchun bosh miya po‘stlog‘ining barcha qismlari javob beradi, ularni bir joyda joylashtirish noto‘g‘ri, degan ta’limotni ilgari surishdi. Ushbu ta’limotning asoschilari P. Flurans, F. Xolts, K. Leshli edi.

Keyinchalik bu ikkala ta’limot ham inqirozga uchradi. Nima uchun? Birinchidan, po‘stloqning lokal zararlanishida har doim ham neyropsixologik buzilishlar yuzaga kelavermadi. Ikkinchidan, yuzaga kelgan neyropsixologik buzilishlar regressga uchraganda ham lokal buzilishlar saqlanib qolaverdi. Bu holat olimlarni o‘ylantirib qo‘ydi.

Ushbu ikkala ta’limotni o‘zaro solishtirib mukammal o‘rganishga urinishlar va klinikada qo‘lga kiritilgan yangi ma’lumotlar **oliy ruhiy funksiyalarning sistem dinamik joylashish qonuni** yaratilishiga turtki bo‘ldi. ORF po‘stloqning tor bir sohasida joylashishi mumkin emas, balki uning har biri uchun o‘zaro faoliyat ko‘rsatuvchi funksional sistemalar javobgardir, ya’ni har bir oliy ruhiy funksiyaning ta’minlanishida bosh miya katta yarim sharlari po‘stlog‘ining turli qismlari o‘z hissasini qo‘shadi.

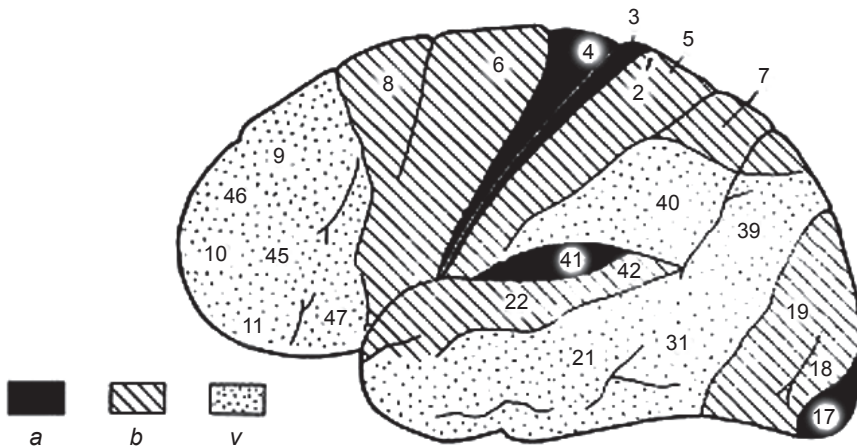
3.3. Bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'i

Bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'i (keyinchalik po'stloq) ham filogenetik, ham ontogenetik jihatdan keyin paydo bo'lgan yosh tuzilmadir. Po'stloqning asosiy vazifalaridan biri – insonning ruhiy faoliyatini boshqarish. Bir so'z bilan aytganda, po'stloq ongli faoliyatga mas'ul. Po'stloq kulrang tusga ega bo'lib, o'rtacha 14 mlrd. nerv hujayrasi, ya'ni neyronlardan tashkil topgan. Po'stloq qalinligi – 3-4 mm.

Po'stloq g'adir-budur tuzilishga ega bo'lib, unda pushtalar va egatchalar farq qilinadi. Po'stloq 6 qavatdan iborat: 1 – molekulyar qavat; 2 – tashqi donador qavat; 3 – kichik piramidal hujayralar qavati; 4 – ichki donador qavat; 5 – katta piramidal hujayralar qavati; 6 – polimorf hujayralar qavati.

Po'stloq neyronlararo aloqalarning juda ko'pligi bilan ajralib turadi. Bola dunyoga kelgandan to 18 yoshga to'lgunga qadar ushbu aloqalar soni ko'payib boradi.

Birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi maydonlar. Po'stloqda birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi maydonlar farq qilinadi (3.1-rasm).



3.1-rasm (a, b, v). Po'stloqda joylashgan proyeksion, proyeksion-assotsiativ va assotsiativ maydonlar: a – birlamchi maydonlar; b – ikkilamchi maydonlar; v – uchlamchi maydonlar.

Birlamchi maydonlar proeksion tipdagi hujayralardan iborat bo'lib, po'stloq markazlarini periferiya bilan bog'laydi. Masalan, oldingi va orqa markaziy pushta, ensa sohasida joylashgan ko'ruv markazi, chakka sohasida joylashgan eshituv markazi *birlamchi maydonlarga* kiradi (3.1-jadval).

Po'stloq maydonlari

Po'stloq maydonlari	Brodmann maydonlari
Birlamchi maydonlar (proeksion sohalari)	3 – orqa markaziy pushta 4 – oldingi markaziy pushta 17 – birlamchi ko'ruv sohasi 41 – birlamchi eshituv sohasi
Ikkilamchi maydonlar (proeksion-assotsiativ sohalari)	1, 2 va 5-maydonlar – teri-kinestetik analizatori; 18 va 19 – ko'ruv gnostik markazlari 22 va 42 – eshituv analizatori; 6 va 8-maydonlar – premotor soha
Uchlamchi maydonlar (assotsiativ sohalari)	Peshona sohasida – 9, 10, 11, 45, 46, 47; Chakka sohasida – 21 va 31 maydonlar; Pastki parietal pushta – 39 va 40 maydonlar

Barcha birlamchi maydonlarni topik tamoyil asosida tavsiflash mumkin. Chunki ushbu markazlar aniq bir funksiyani bajarishga ixtisoslashgan va periferiya bilan bog'langan. Masalan, ko'ruv retseptorlaridan 17-maydonga, eshituv retseptorlaridan 41-maydonga, umumiy sezgi retseptorlaridan 3-maydonga signallar keladi. Harakat bilan bog'liq yo'llar esa 4-maydon-dan boshlanadi. Umuman olganda, birlamchi maydonlar zararlanishi neyropsixologik simptomlar emas, balki nevrologik simptomlar bilan namoyon bo'ladi. Bunday buzilishlar nevrologik tekshiruvlar yordamida darrov aniqlanadi. Bunga misol qilib gemiparez, gemianesteziya, kortikal ko'rlikni misol qilib ko'rsatish mumkin.

Ikkilamchi maydonlar birlamchi maydonlar yonida joylashgan bo'lib, proeksion-assotsiativ soha deb ham aytiladi. Birlamchi maydonlarga kelib tushgan signallar ikkilamchi maydonlarga uzatiladi va bu yerda ular murakkab analiz va sintez qilinadi. Masalan, 17-maydon predmetni ko'radi, biroq uning nimaligini tanimaydi, 18 va 19-maydonlar esa predmetni taniydi. Shuning uchun ham 17-maydon zararlansa, kortikal ko'rlik. 18 va 19-maydonlar zararlansa, ko'ruv agnoziyasi rivojlanadi. Demak, 17-maydon obyektini ko'rish uchun javobgar bo'lsa, 18-maydon obyektini tanish (bilish) uchun javobgar.

Uchlamchi maydonlar faqat assotsiativ neyronlardan iborat bo'lib, po'stloqda bir necha analizatorlar bilan chegaradosh sohada joylashgan. Uchlamchi maydonlar po'stloqning deyarli yarmini egallagan bo'lib, turli funksional sistemalarni bir-biri bilan bog'lab turadi. Uchlamchi maydonlar joylashgan sohalarni po'stloqning **assotsiativ sohalari** deb

atashadi. Ular kalta o'siqchali yulduzsimon hujayralardan iborat. Assotsiativ sohalar po'stloqning temporal, parietal va oksipital bo'laklari chegarasida (TPO sohasi) hamda prefrontal sohada joylashgan. Faqat inson uchun xos bo'lgan o'ta murakkab intellektual operatsiyalar aynan uchlamchi maydonlar faoliyati bilan bog'liq. Bunga nutq va u bilan bog'liq bo'lgan ongli faoliyatni misol qilib ko'rsatish mumkin. Birlamchi va ikkilamchi maydonlar hayvonlarda ham bo'ladi. Biroq uchlamchi maydon ularda yo'q.

O'tkazuvchi yo'llar. Avval aytib o'tganimizdek, bosh miya katta yarim sharlarining oq moddasi o'tkazuvchi yo'llardan iborat. O'tkazuvchi yo'llar 3 turga ajratib o'rganiladi:

1) Assotsiativ – bitta yarim sharning turli sohalarini bir-biri bilan bog'lovchi yo'llar.

2) Komissural – ikkala yarim sharni bir-biri bilan bog'lovchi yo'llar (corpus callosum);

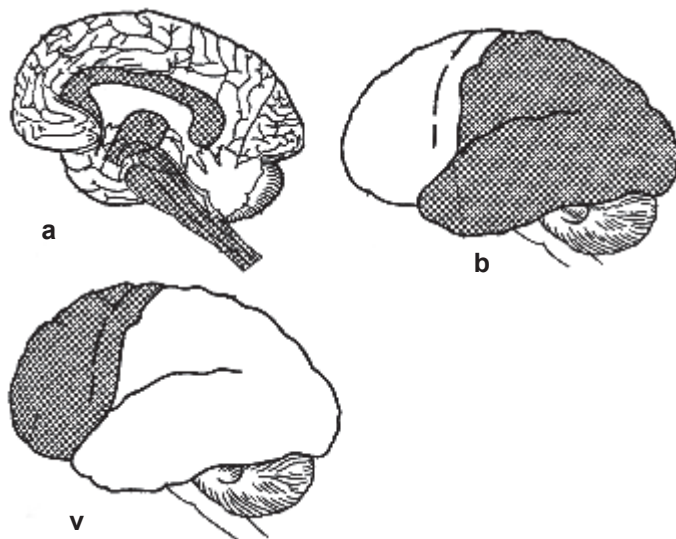
3) Proeksion – bosh miya katta yarim sharlarini pastki tuzilmalar bilan bog'lovchi yo'llar (piramidal yo'llar, sezgi yo'llari va h.k).

3.4. Miyaning funksional bloklari

A.R. Luriya bosh miyada 3 ta funksional blokni ajratib o'rgandi.

Birinchi funksional blok. Birinchi blok neyronlari nospetsifik hujayralardan iborat bo'lib, turli modallikdagi signallarni qabul qilib, qayta ishlov berib, ularni ikkinchi funksional blokka uzatadi. Nospetsifik hujayralar ham limbik, ham retikulyar formatsiyada mavjud. Bu tizimni yagona nom bilan, ya'ni **limbiko-retikulyar kompleks** (LRK) deb atashadi. LRK dan iborat birinchi blokning asosiy vazifasi – **organizmning umumiy tonusini ta'minlab berish** (3.2-rasm).

Birinchi blokning nospetsifik sistemasi **faollashtiruvchi** va **tormozlovchi** hujayralar tizimidan iborat. Bu hujayralar kalta o'siqchali aksonlar yordamida bir-biri bilan bog'langan bo'lib, retikulyar formatsiyani (RF) hosil qiladi. RF ning yuqoriga, ya'ni po'tsloq tomon yo'naluvchi yo'llari, hamda pastga orqa miyaning motor hujayralari tomon yo'naluvchi yo'llari mavjud. Agar po'stloq va spinal neyronlar faoliyati sustlashib ketsa, RF ning faollashtiruvchi tizimi ishga tushadi. Agarda po'stloq va spinal neyronlar faoliyati oshib ketsa, ularni tormozlovchi tizim ishga tushadi. Shu yo'l bilan MNS ning bir maromda ishlashi ta'minlanadi.



3.2-rasm. (a, b, v). Bosh miyaning funksional bloklari (A.R. Luriya, 1973):
A – birinchi funksional blok; B – ikkinchi funksional blok; V – uchinchi funksional blok.



Aleksandr Luriya
(1902–1977)

Birinchi blok zararlanganda barcha ruhiy funksiyalar sustlashadi. Bemor uyqu holatiga (somnia) tushib qoladi. Diqqat, xotira va ong faoliyati pasayadi, sustlashadi. Birinchi blok modal-nospetsifik hujayralardan iborat bo'lganligi bois, barcha turdagi xotira jarayonlari, ya'ni hid bilish, ta'm bilish, eshitish, ko'rish va harakat kabi xotiralar izdan chiqadi.

Birinchi blokka kiruvchi limbik sistema yadrolari (Papes aylanasi) **emotsional reaksiyalar va motivatsiyaning** anatomik substrati hisoblanadi. Shuningdek, limbik sistema gomeostazni ta'minlashda muhim ahamiyat kasb etadi, ya'ni turli neyrogumoral mexanizmlar orqali ichki a'zolar faoliyatini boshqarib turadi. Shu bois ham ushbu tizim zararlanganda ongning umumiy buzilishi, hissiy reaksiyalar turg'unligi, fobiya va turli vegetativ-vitseral buzilishlar yuzaga keladi.

Ikkinchi funksional blok. Ikkinchi funksional blokka bosh miya katta yarim sharlarining ensa, chakka va tepa bo'laklari kiradi. Ushbu blok tuzilmalari periferiyadan keluvchi ekstroseptiv signallarni analiz va sintez qilishdan iborat. Agarda birinchi blok neyronlari nospetsifik signallarni qabul qiluvchi hujayralardan iborat bo'lsa, ikkinchi blok neyronlari yuqori darajada modal-spetsifik xususiyatga ega. Masalan, ensa bo'la-

gining 17-maydon hujayralari faqat optik signallarni (ko'ruv analizatori), tepa bo'lagining 3-maydon hujayralari faqat umumiy sezgi bilan bog'liq signallarni (sezgi analizatori), chakka bo'lagining 41-maydon neyronlari faqat eshituv neyronlaridan keluvchi signallarni (eshituv analizatori) qabul qiladi.

Ierarxik tuzilishga ega 2-blok birlamchi (proeksion), ikkilamchi (proeksion-assotsiativ) va uchlamchi (assotsiativ) maydonlardan iborat. Birlamchi maydon aynan o'zi uchun yo'naltirilgan tashqi signallarni qabul qiladi va uni bo'laklarga bo'lib (analiz), ikkilamchi, ya'ni proeksion-assotsiativ sohalarga yuboradi. Bu yerda oddiy signallardan murakkab obrazlar yaratish, ya'ni sintez bosqichi boshlanadi. Qayta ishlovdan o'tgan bu signallar uchlamchi, ya'ni assotsiativ soha hujayralariga uzatiladi. Bu neyronlarda boshqa analizatorlar ishtirokida insonning ongli faoliyatini ta'minlab beruvchi murakkab funksional sistemalar shakllanadi. Ikkinchi blokning ensa sohasi optik-gnostik funksiyalar, tepa sohasi somatosensor analiz, chakka sohasi eshitish analizatori bilan bog'liq funksiyalar uchun javob beradi.

Ikkinchi funksional blokda orqa assotsiativ soha, ya'ni TPO (*temporo-parieto-occipitalis*) sohasi mavjud. TPO chakka bo'lagining orqa qismi, ensa bo'lagining oldingi qismi va tepa bo'lagi sohalaridan iborat sohadir. TPO 37, 39 va 40-maydonlardan iborat. TPO – turli toifadagi analizatorlar tutashgan va murakkab supermodal integrativ funksiyalarni bajaradigan assotsiativ hujayralar to'plamidan iborat soha. TPO – ontogenetik rivojlanish davrida kech shakllanadi (12-18 yoshlarda).

Uchinchi funksional blok. Uchinchi blokning anatomik tuzilmasi – bu peshona bo'lagining konveksital yuzasidir. Peshona bo'lagining konveksital yuzasi katta yarim sharlarning deyarli 25 % ini tashkil qiladi. Peshona bo'lagining mediobazal tuzilmalari birinchi funksional blokka kirishini esda tuting. Demak, 3-blokning anatomik tuzilmalari – bular oldingi markaziy pushta (4-maydon), premotor soha (6 va 8-maydon), prefrontal soha (9, 10, 11, 44, 45,46, 47-maydonlar).

Prefrontal soha 1-blok, ya'ni energetik blokdan bevosita “zaryadlanib” turadi. Bu esa 3-blokning faol ishlashini ta'minlaydi. Aks holda intellektual faoliyat sustlashib qolardi.

Shunday qilib, birinchi, ikkinchi va uchinchi bloklarning hamkorlikdagi faoliyati ham elementar, ham oliy ruhiy funksiyalarni boshqarishda muhim ahamiyatga ega. Bu jarayonlar boshqarilishida nutq funksiyasini alohida ta'kidlab o'tish lozim. Nutq – faqat insonlar uchun xos bo'lgan oliy ruhiy funksiyadir.

3.5. Ensa bo'lagi funksional anatomiyasi va zararlanish sindromlari

Ensa bo'lagi bosh miya katta yarim sharlarining orqa qismini tashkil etadi. Ensa bo'lagining tashqi yuzasi aniq chegaralangan pushta va egatlar-ga ega emas. Unda 17-maydon – birlamchi ko'ruv markazi, 18 va 19-maydonlar (ikkilamchi) optik-agnostik markazlar joylashgan.

Ensa bo'lagining asosiy funksiyasi – bu optik signallarni qabul qilish, qayta ishlash va xotirasida saqlashdir.

Ko'ruv agnoziyasi. Obyektlarni yoki ularning tasvirini tanish (bilish-ning) buzilishiga **ko'ruv agnoziyasi** deyiladi. Ko'ruv agnoziyasi, yuqorida ta'kidlaganidek, po'stloqning ensa sohasi (18 va 19-maydon) zararlangan-da kuzatiladi. Bunda ko'ruv o'tkirligi va ko'ruv maydoni kabi oddiy funksiyalar saqlanib qoladi. Ko'ruv agnoziyasining barcha turida bemor atrofdagi narsalarni bemalol ko'radi, ya'ni ko'ruv apparatining periferik tizimi funk-siyasi saqlangan bo'ladi, lekin ularni tanimaydi, nomini aytib bera olmaydi.

Ko'ruv agnoziyasining 6 turi farqlanadi:

1. Narsalarga agnoziya – narsalar yoki narsalar tasvirini tanimaydi, lekin bu narsalar nima uchun ishlatilishini biladi.

2. Yuz (bet) agnoziyasi – avval tanish bo'lgan odamlarni tanimaydi.

3. Optik-fazoviy agnoziya – obyektlarning fazoviy tuzilishi va joylashu-vini bilmaydi.

4. Harf agnoziyasi – harflarni tanimaydi.

5. Ranglar agnoziyasi – ranglarni tanimaydi.

6. Simultan agnoziya – obyektning ba'zi qismlarini taniydi xolos, biroq uni bus-butunligicha tanimaydi, nimaligini aytib bera olmaydi.

Endi ko'ruv agnoziyasining klinik turlari bilan tanishib chiqamiz.

Narsaga agnoziya optik agnoziyaning keng tarqalgan turi. Bunda bemor obyektни ko'radi, hatto uning ba'zi belgilarini ifodalab ham beradi, lekin nomini ayta olmaydi, tanimaydi. Masalan, bemorga qalam ko'rsa-tilsa, u yozish va chizish uchun ishlatilishini biladi, biroq «bu qalam» deb ayta olmaydi, chunki tanimaydi. Shunisi e'tiborliki, bemor narsalar-ga qarab ularni chizib beradi, lekin o'sha o'zi chizgan narsaning nomini aytib bera olmaydi, ya'ni tanimaydi. Agar narsalar qalashtirib tashlan-sa, ularning nomini aytish yanada qiyinlashadi. Masalan, qaychi, pichoq, bolg'acha, qoshiqlarni (yoki ularning rasmini) bir-biriga qalashtirib tash-lab, ularni birin-ketin topish so'ralsa, bemor bu ishni bajara olmaydi. U faqat turli tomonga ketgan chiziqlarni ko'radi, xolos. Bu usulni Poppel-reyter 1917-yili taklif qilgan.

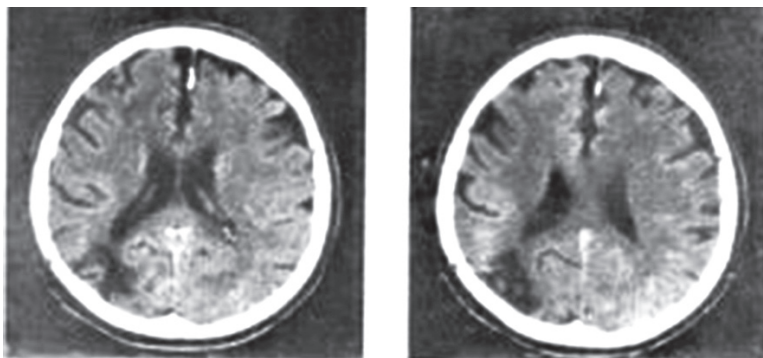
Yuz agnoziyasi (prozopagnoziya). Aytib o'tganimizdek, agnoziyaning bu turida bemor avval o'ziga tanish bo'lgan chehralarni tanimaydi. Bemor yuzda joylashgan burun, qosh, ko'z va quloqlarning nomini aytib beradi, biroq ushbu odam kimligini aytib bera olmaydi. Ular hatto rafiqasi, bola-chaqa, davolovchi vrachni, shu bilan birga avval tanish bo'lgan odamlar, yaqinlari, mashhur kishilarning suratlarini ham tanishmaydi. Og'ir holatlar-da bemor hatto oynadagi o'z aksini yoki suratini ham tanimaydi. Shuningdek, bemor ayol va erkak yuz-betining farqiga bormaydi, ularning taxminiy yoshini chalkashtirib yuboradi. Bemor odamlarni ovozi, kiyimi yoki yurishidan tanib oladi, xolos. Ba'zan tanib olishda tanish-bilishlarining soch tuzilishi, yuzidagi holi, ko'zoynak taqishi kabi qo'shimcha belgilar yordam beradi. Agar doimo ko'zoynak taqib yuradigan tanishi ko'zoynagini taqmay ko'rsa, bemor uni tanimay qoladi. Ba'zan bunday bemorga sochi kalta ayol erkak kishidek ko'rinadi.

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

Optik-fazoviy agnoziya. Agnoziyaning bu turi ko'pincha bosh miyaning o'ng yarim shari (parieto-okspital soha) yoki ikkala yarim shar bira-to'la zararlanganda kuzatiladi. Bunda bemor narsaning fazoviy belgilarini tasvirlab bera olmaydi. Bu yerda narsalar yoki atrof-muhitdagi obyektlar katta-kichikligining ahamiyati yo'q. Bemor geometrik figuralarning (uchburchak, romb, kvadrat) rasmini to'g'ri chiza olmaydi. Agnoziyaning bu turida chap va o'ng tomonlarni farqlash ham buziladi va bemor obyektlarning bir tomonini tan olmaydi (3.3-rasm, *a, b*).

Bu holat «fazo yoki obyektning bir tomonini inkor qilish» sindromi deb ataladi. Ushbu sindrom asosan, bosh miya o'smasi yoki og'ir kranioserebral jarohatlarda kuzatiladi. Bu sindromni biz bosh miya o'ng yarim sharining o'tkir ishemik insultida ham kuzatganmiz. Optik-fazoviy agnoziya bosh miyaning o'ng yarim shari zararlanganda ko'p kuzatilgani uchun bemor obyektlarning chap tomoni borligini go'yoki inkor qiladi. Bemor hatto o'zining chap tomonini ham tan olmaydi, qo'l-oyoqlar harakati saqlangan bo'lsa-da, ko'yilagi va shimini kiyayotganda chap tomonini kiymaydi, chap qo'lini ishlatmaydi. Bu sindrom **bir tomonlama fazoviy agnoziya** deb ham ataladi.

Anozognoziya – tanadagi defekt (masalan, gemiplegiyani) anglamaslik va autotopognoziya – o'z tanasi qismlarini bilmaslik yoki ularni noto'g'ri (katta, kichik yoki boshqa buyumdek) idrok qilish ham o'ng yarim shar zararlanganida uchrovchi belgilardir.

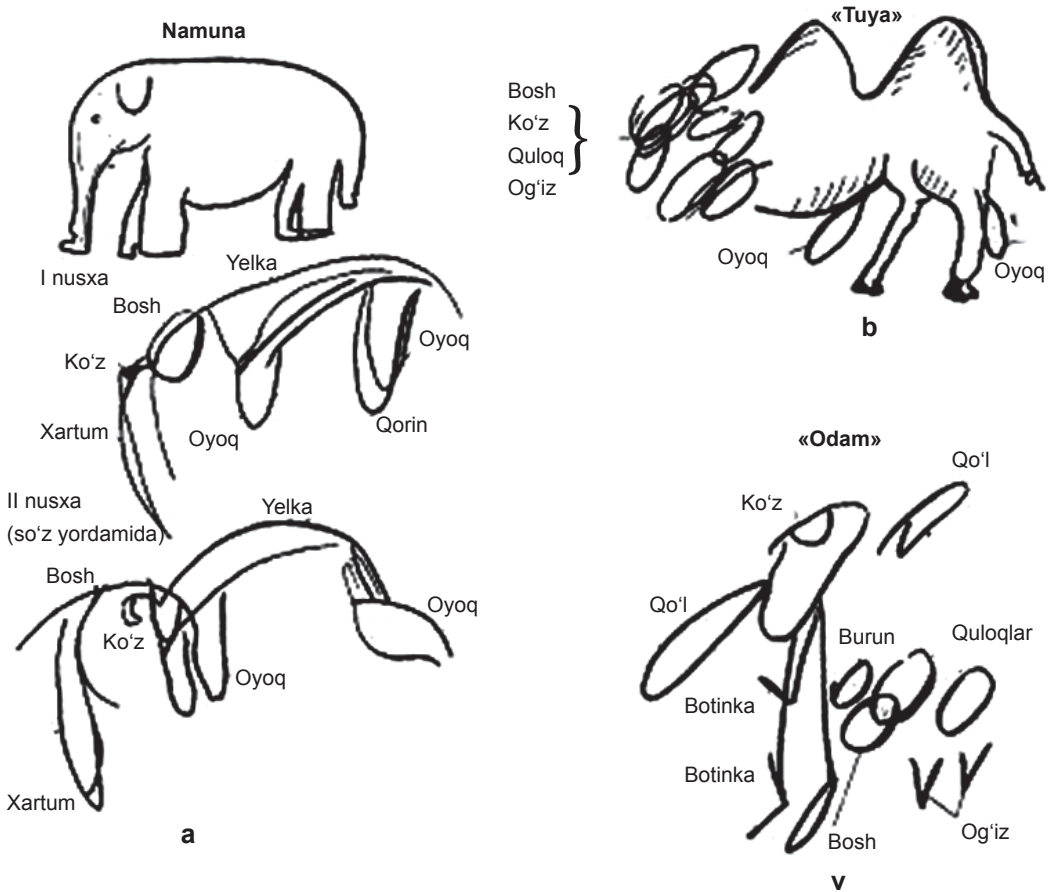


3.3-rasm (a). Fazoning bir tomonini inkor qilish sindromi (Z.R.Ibodullayev, 2000 y).
a – KT da bosh miya o'ng yarim sharining ensa sohasida ishemik o'choq.



3.3-rasm (b). b – bemordan uy va daraxt tasviridan nusxa ko'chirish so'ralganda, ularning chap tomonini chizmay qoldiradi, ya'ni inkor qiladi.

Og'ir holatlarda bemorda nafaqat o'ng-chap tomonlarni, balki yuqori-quyi koordinatlarni ham farqlash buziladi. Bemor rasmlarda obyektlarning fazoviy belgilarini ta'riflab bera olmaydi (uzoq-yaqin, katta-kichik, chap-o'ng, tepa-past). Masalan, bemordan biror jonzot yoki odamning suratini chizib berish talab qilinsa, uning ba'zi qismlarini (qo'li, oyog'i, ko'z va qu-loqlarini) chizadi-yu, ularni tanada joylashtira olmaydi (3.4-rasm, a, b, v).



3.4-rasm (a, b, v). Ko'ruv agnoziyasi kuzatilgan bemorning chizgan rasmlari (A.R. Luriya, 1973): a – fil rasmidan nusxa ko'chirish; b – tuyaning boshini chizishga urinish; v – odamni yoddan chizish.

Optik-fazoviy buzilishlar ba'zan o'qish jarayoni buzilishi bilan ham namoyon bo'ladi. Bunday holatlarda bemor harflardagi chiziqlarning qaysi tomonga qarab yo'nalganini anglamaydi. Ayniqsa E, M, P, R kabi bosma harflarni o'qiy olmaydi. Bemor «b» va «d» kabi harflarni farqiga bormaydi. Klinik amaliyotda optik-fazoviy agnoziyalarni aniqlash uchun harflarni bilishni tekshirishdan ko'p foydalaniladi.

Harfga agnoziyada bemor harflarni to'g'ri ko'chirsa-da, ularning nomini aytib bera olmaydi, chunki ularni tanimaydi. Shuning uchun ham bemorda o'qish qobiliyati buziladi (birlamchi aleksiya). Bemor narsalarni to'g'ri taniydi, ularning tasviriga to'g'ri baho bera oladi va hatto murakkab fazoviy tasvirlarni to'g'ri farqlay oladi-yu, harflarni tanimaydi, ularni o'qiy olmaydi. Agnoziyaning bu turi bosh miya chap yarim sharining (o'naqaylarda) chakka-ensa sohalari zararlanganda kuzatiladi.

Rangga agnoziya ikki xil turga bo'lib o'rganiladi. Ranglarga agnoziyaning haqiqiy turi va ranglarni tanib olishning buzilishi (ranglarga ko'rlik) farqlanadi. Ranglarga ko'rlik va ranglarni tanishning buzilishi ko'ruv yo'llarining ham periferik, ham markaziy qismlari zararlansa, ya'ni ham to'r parda, ham ko'ruv sistemasining po'stlog'osti va po'stloqdagi markazi (17-maydon) zararlansa kuzatiladi. Ma'lumki, ranglarni qabul qilishning buzilishi retina degeneratsiyasi va kolbachalar patologiyasi bilan ham bog'liq.

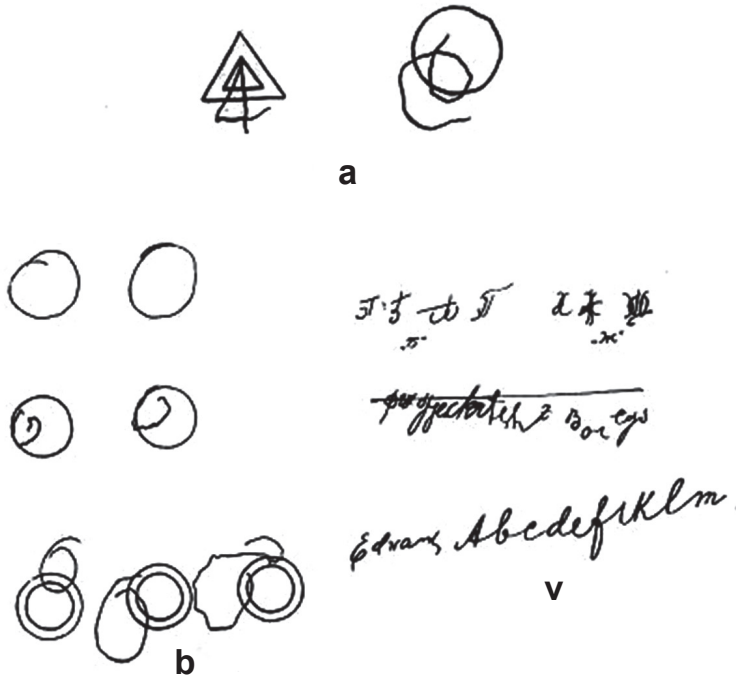
Vilbrand 1887-yili ranglarni tanimaslikni birinchi bo'lib bemorda aniqlagan va tashxisni **ranglarga amnestik afaziya** deb atagan. 1908-yili I. Levandovskiy qaysi narsalar qanday rangga ega bo'lishini aytib bera olmagan bemorni kuzatib, ranglarga agnoziyani ranglarni ajrata olmaslikdan farqini ko'rsatib bergan.

Ranglarga agnoziyada bemor narsa (olma, pomidor, apelsin) rangini aytib bera olmaydi. Agar bemorda rangni aytishda qiyinchiliklar tug'lsa, buni ranglarga amnestik afaziya, ranglarning nomi bo'yicha o'sha rangni ajrata olmasa – **ranglarga sensor afaziya** deyiladi.

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

Agnoziyaning yana bir murakkab turi bu – **simultan agnoziya**. Bunda bemor narsalarni butunligicha emas, balki ularning bo'lagini, bir qismini ko'radi, xolos. Simultan agnoziya *Balint sindromi* deb ham ataladi.

Agar bemorga aylana ichiga chizilgan kvadrat ko'rsatilsa, bemor yo kvadratni yoki aylananani ko'radi, ularning ikkalasini birgalikda ko'rmaydi. Bemor 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 mualliflar bu holatni «okulomotor ataksiya» deb ham atashadi. Simultan agnoziyani aniqlash uchun bemordan geometrik figuralar bilan ishlashni, matnni ko'chirish yoki yozishni talab qilib ko'rish kifoya (3.5-rasm, *a, b, v*).



3.5-rasm (a, b, v). Simultan agnoziyada geometrik figuralar bilan ishlash va husnixat buzilishi (A.R. Luriya, 1973): a, b – bemordan geometrik figuralar ustidan xuddi shunday qilib chizib chiqish soʻralganda u buning uddasidan chiqmagan; v – harflarni bir chiziqdan toʻgʻri yoza olmagan.

Nima uchun bemor ikkita tasvirdan birini koʻradi yoki bitta tasvirning bir qismini koʻradi, xolos? Bemorda koʻz olmasining toʻla harakati saqlansa-da, u narsalarni bus-butunligicha qabul qila olmaydi. Mutaxassislar fikricha, buning sababi nigoh boshqarilishi buzilishi bilan bogʻliq. Bemorning nigohi boshqarilmaydigan boʻlib qoladi, uning koʻz olmasi beixtiyor harakatlar qilaveradi va oqibatda koʻz orqali obʻektni izlash, uning konturlarini yaratish buziladi.

Simultan agnoziya kelib chiqishining sababi bosh miya poʻstlogʻida joylashgan koʻruv hujayralari faoliyatining pasayishidir, deydi tadqiqotchilar. Bu hujayralar faqat lokal qoʻzgʻalishlargagina qobiliyatli, deb taxmin qilindi. Simultan agnoziya ensa-tepa boʻlagining ikki tomonlama zararlanishida uchraydi. Koʻruv agnoziyalarini tekshirish usullari “Neyropsixologik albom” yordamida amalga oshiriladi.

3.6. Tepa bo'lagi funksional anatomiyasi va zararlanish sindromlari

Tepa bo'lagi *sulcus centralis* ning orqa qismida joylashgan bo'lib, unga orqa markaziy pushta *gyrus postsentralis*, yuqori va pastki parietal pushtalar (*lobulus parietalis sup et inferior*), *gyrus supramarginalis* va *gyrus angularis* lar kiradi. Bosh miya katta yarim sharlarining lateral yuzasida tepa bo'lagi va ensa bo'lagini bir-biridan ajratib turadigan alohida egatcha yo'q.

Bosh miya katta yarim sharlarining medial yuzasidagi *gyrus parietooccipitalis* tepa bo'lagini ensa bo'lagidan ajratib turadi. Ushbu egatchadan oldinda *precuneus*, orqa tomonda *cuneus* joylashgan. Demak, medial yuzada joylashgan *precuneus* tepa bo'lagi pushtasi, *cuneus* esa ensa bo'lagining pushtasi hisoblanadi.

Orqa markaziy pushta (3-maydon) – teri-kinestetik analizatori markazidir. 3-maydon birlamchi somatosensor maydon, ya'ni umumiy sezgining proeksion sohasi hisoblanadi. Orqa markaziy pushtaning orqa qirrasida bo'ylab joylashgan 1- 2-Brodmann maydonlari ikkilamchi maydonlar, ya'ni proeksion-assotsiativ sohalardir. Po'stloqning 3-maydonida xuddi 17-maydon kabi IV qavat yaxshi rivojlangan proeksion tipdagi afferent tolalardan iborat. 3-maydonga *tr. talamocorticalis* orqali tananing qarama-qarshi tomonidan oyoq, tana, qo'l va boshdan sezgi impulslari keladi.

Orqa markaziy pushtada eng katta proeksion soha, ya'ni yuz sohasi joylashgan. 3-maydon va qisman 1- 2-maydonlarga taktil, og'riq va harorat uchun javob beruvchi yuzaki sezgi tolalari kelib to'xtasa, 5- va 7-maydonlarga propriozeptiv (chuqur) sezgi uchun javob beruvchi tolalar kelib to'xtaydi.

Sezgi analizatori hisoblanmish 3-maydon harakat analizatori (4-maydon) bilan mustahkam aloqaga ega bo'lib, harakat funksiyalarini bajarishda muhim ahamiyat kasb etadi. 7-maydonda **o'z tanasi va uning qismlarini anglash** markazi, 40- va qisman 39-maydonda **stereognoz** va **praksis** markazlari joylashgan.

Orqa markaziy pushtaning eng pastki qismida (43-maydon) **ta'm bilish** markazi mavjud. Ta'm uchun shuningdek *uncus* ham javob beradi. 40- va 39-maydon chegarasida **o'qish** va **hisob-kitob markazi** (g. *angularis*) joylashgan. Orqa markaziy pushtaning medial yuzasida **oyoq panjasi, barmoqlar va jinsiy a'zolarining** proeksion sohasi joylashgan.

Parietal sindromlar. Topografik nuqtai nazardan yuqori va pastki parietal sindromlar farqlanadi.

Yuqori parietal sindromlar – yuqori parietal pushta (5- va 7-maydonlar) zararlanganda kuzatiladi. Bu sindrom, asosan, **tana sxemasi buzilishi (sوماتoagnoziya)** belgilari bilan namoyon bo'ladi, bemor tana qismlarining bir-biriga nisbatan joylashuvini bilmaydi, o'z tana qismlarini o'zi tanimaydi. Bu sindrom, asosan, o'ng yarim sharning parietal sohasi zararlanishi uchun xos (o'naqaylarda). Bemor o'ng tomoni borligini go'yoki inkor qiladi (anozognosiya) yoki qo'l va oyoqlarini o'z tanasida qanday joylashganini aytib bera olmaydi (autotopognosiya). Shuningdek, "Bu mening qo'lim emas, boshqaning qo'li". "Bu yog'och, mushuk va h.k." deb ishonadi.

Pastki parietal sindromlar tabiiyki pastki parietal pushta (39- va 40-maydonlar) zararlanganda kuzatiladi. Agar 5-7-maydonlar proekcion-assotsiativ sohasi hisoblanganda, 39-40-maydonlar assotsiativ sohasi hisoblanadi va shu bois bu yerda murakkab oliy ruhiy funksiyalar uchun mas'ul integrativ markazlar joylashgan. Uning asosiy simptomi – astereognosiya.

Astereognosiya – ko'zi yumuq holda qo'lga qo'yilgan narsalarni paypaslab nimaligini aytib bera olmaslik. Astereognosiya murakkab sezgi buzilishiga kiradi. Bunday bemorda yuzaki va chuqur sezgilar saqlangan bo'ladi. Bemor qo'lidagi narsaning shakl-shamoyili, issiq-sovuqligini aytib beradi, biroq uning nomini aytolmaydi. Pastki parietal pushta zararlanishining yana bir belgisi – **bu barmoq agnoziyasi**. Ushbu buzilishlar Gerstman sindromi tarkibiga kiradi. Barmoqlar agnoziyasi qarama-qarshi tomonda kuzatiladi va, asosan, o'ng yarim sharning pastki parietal pushtasi zararlanishi uchun xos. Chap yarim sharning pastki parietal pushtasi zararlanganda **harflar va raqamlar agnoziyasi** kuzatiladi. Bemor o'z tanasiga chizilgan harflar va raqamlarni tanimaydi (tabiiyki, o'ng tomoniga). Bu holatni **taktill aleksiya** deb ham atashadi. 40-maydon zararlanganda **afferent motor afaziya** va **kinestetik apraksiya** ham kuzatiladi. TPO sohasi (37-, 39-40-maydonlar) zararlanganda **semantik** va **amnestik afaziya** rivojlanadi.

3.7. Chakka bo'lagi funksional anatomiyasi va zararlanish sindromlari

Chakka bo'lagi (*lobus temporalis*) bosh miya katta yarim sharlarining lateral yuzasida joylashgan. Uning lateral va medial yuzalari farqlanadi. Chakka bo'lagining lateral yuzasi peshona va tepa bo'lagidan Silviy egatchasi, ya'ni lateral egatcha (*sulcus lateralis*) orqali ajralib turadi. Chakka

bo'lagida 2 ta egatcha (*s. temporalis sup et inf*) va 3 ta pushta (*g. temporalis sup, medius et inferior*) mavjud.

Chakka bo'lagining pastki bazal yuzasida lateral ensa-chakka pushtasi (*g. occipitotemporalis*) joylashgan. Undan tepada, ya'ni chakka bo'lagining medial yuzasida *g. occipitotemporalis medialis* joylashgan. Bu ikkala pushtani bir-biridan *s. occipitotemporalis* ajratib turadi. *G. occipitotemporalis medialis* dan tepada *sulcus collateralis* (uning davomi *s. rhinalis*, burun egatchasi) joylashgan. Silviy egatchasi tubida orolcha (*unsula*) yotadi.

Orolcha peshona, tepa va chakka bo'laklari bilan yuqoridan yopilgan. O'sha tomga o'xshab yopgich pushtani *operculum* deb atashadi. Orolchanning vazifasi ta'm bilish bilan bog'liq. Eshitish, hid bilish, ta'm bilish va sensor nutq, musiqal tovushlarni tahlil qilish – chakka bo'lagining asosiy funksiyalari.

Chakka bo'lagining birlamchi maydoniga (proeksion soha) 41-maydon (Geshl pushtasi) kiradi. Geshl pushtasi yuqori chakka pushtasining tagida joylashgan va tashqaridan ko'rinmaydi. XX asrning 60-yillarida olimlar ushbu pushtani elektrod yordamida ta'sirlantirishganda “Bemor qulog'imga turli xil tovushlar eshityapti” deb aytgan. Aslida unga hech qanday tovush bilan ta'sir ko'rsatilmagan. Shunda olimlar “*Miyaning bu qismida tovushlarni qabul qiluvchi markaz joylashgan ekan*” degan fikrga kelishgan va bu joyni **birlamchi eshituv maydoni** deb atashgan. Tovushlardan so'zlar va iboralar yasovchi maydonlar yuqori chakka pushtasida 22 va 42-maydonda joylashgan. Bu yerni **akustik-gnostik markaz**, ya'ni Vernike markazi deb atashgan. Bu soha zararlansa, **sensor afaziya** rivojlanadi.

Vestibulyar analizator markazi (20 - 21-maydonlar) o'rta va pastki chakka pushtalarida joylashgan. **Hidlov va ta'm bilish** analizatori filogenetik nuqtai nazardan miyaning eng keksa qismlari – *uncus* va amon shoxida (11-maydonlar) joylashgan. Ta'm bilish uchun shuningdek, *g. postcentralis* ning eng pastki qismi (43-maydon) va orolcha (*uncus*) javob beradi. Vernike markazi og'zaki nutqni tushunish va xotirada saqlashni ta'minlaydi. Yuqori chakka pushtasining o'rta qismida (22-maydon) musiqal tovushlarni anglash markazi joylashgan.

Eshituv agnoziyasi. Eshituv analizatorining birlamchi maydoni, ya'ni 41-maydon zararlansa, markaziy karlik rivojlanmaydi, chunki eshituv retseptorlaridan kelayotgan signallar ikkala yarim sharda ham qabul qilinadi. Bemor tovushlarning baland-pastligini eshitadi, biroq tovush nimaga taalluqli (suv shildirashi, qo'ng'iroq jiringlashi, eshiq

g'ichirlashi) ekanligini anglamaydi. Agar suvni oqizib qo'yib, bemordan bu nimaning tovushi deb so'ralsa, bu suvning tovushi ekanligini ayta olmaydi.

Shu yerda eshituv analizatorining o'ziga xos xususiyatini aytib o'tish joiz. Neyropsixologiyada nutq tovushi va nutqqa aloqador bo'lmagan tovush farqlanadi.

1) Nutq tovushlari – harflar, so'zlar va iboralar bilan bog'liq tovushlar. Bunga chap chakka bo'lagi javobgar.

2) Nutqqa aloqador bo'lmagan (turli shovqinlar va musiqali tovushlar) – atrof-muhitdagi va inson nutqiga aloqador bo'lmagan tovushlar. Bunga o'ng chakka bo'lagi javobgar.

Chap va o'ng chakka bo'laklari zararlanganda bir-biridan farq qiluvchi simptomlar rivojlanadi. Chap chakka bo'lagi zararlansa nutq tovushlarini analiz va sintez qilish buziladi, nutqqa aloqador bo'lmagan (shovqin va musiqa) tovushlarni tahlil qilish esa o'ng chakka bo'lagi zararlanganda izdan chiqadi. Chakka bo'lagi zararlangan bemor tovush turini ham, sonini ham farqlab aytib bera olmaydi. Bu holatni A.R. Luriya *aritmia* deb atagan. Chap chakka bo'lagi zararlanganda sensor *afaziya (akustik-gnostik afaziya)*, o'ng chakka bo'lagi zararlanganda *amuziya* rivojlanadi. Sensor afaziya negizida fonematik eshituv buzilishi yotadi. Fonematik eshituv – bu nutq tovushlarini farqlay olishdir. Sensor afaziyaning asosiy belgisi – bu nutqni tushunmaslik. Sensor afaziyada bemor o'z fikrini turli xil mimik harakatlar bilan ifodalashga urinadi. Ko'p so'zlaydi (logorreya).

Amuziya – musiqal tovushlarni anglay olmaslik, bilmaslik. Ushbu sindrom o'ng chakka bo'lagi zararlanishi uchun xos.

Akustik-mnestik afaziya – nutqqa aloqador bo'lgan so'zlar va iboralarni eslab qolish buzilishi sababli rivojlangan afaziya. Chunki har qanday nutq xotirada saqlab qolingan so'zlar asosida tuziladi. Ushbu xotira izdan chiqqanligi bois bemorda afaziya rivojlanadi. Bunday afaziya chap chakka bo'lagining mediobazal qismi zararlanganda paydo bo'ladi.

Psixoemotsional buzilishlar. Chakka bo'lagining mediobazal qismi limbik sistemani tashkil qiluvchi tuzilmalar tarkibiga kiradi. Limbik sistema esa emotsional reaksiyalar uchun mas'ul. Shu bois ham chakka bo'lagining mediobazal qismi zararlansa, turli xil psixoemotsional buzilishlar rivojlanadi. Bular – qo'rquv, xavotir, depressiya, ba'zida eyforiya, kardiofobiya va boshqa vegetovisserral paroksizmlar.

3.8. Peshona bo'lagi funksional anatomiyasi va zararlanish sindromlari

Bosh miya katta yarim sharlarining markaziy egatchadan oldinda joylashgan qismiga **pehona bo'lagi** deb aytiladi. Peshona bo'lagida uchinchi funksional blok joylashgan bo'lib, barcha ruhiy jarayonlarni boshqarish, dasturlar tuzish va nazorat qilish uchun javob beradi.

Peshona bo'lagida quyidagi sohalar farqlanadi:

1. Motor soha – oldingi markaziy pushta (4-maydon), birlamchi kortikal soha (proeksion soha). Bu yerdan, ya'ni V qavatdan *piramidal yo'llar* boshlanadi. Bu yo'llar miya ustunida hamda orqa miyada joylashgan motor hujayralarga borib tugaydi. Motor soha somatotopik tamoyilga asoslangan bo'lib, ixtiyoriy harakatlar uchun mas'uldir.

2. Premotor soha – oldingi markaziy pushtaning old qismida joylashgan bo'lib (6 va 8-maydonlar), ikkilamchi kortikal maydon ya'ni, proeksion-assotsiativ soha hisoblanadi. Bu yerda **adversiv maydon** ham joylashgan. Ushbu soha ta'sirlantirilsa, bosh va ko'z qarama-qarshi tomonga buriladi. Yuqori pehona pushtasining orqa qismi **koordinatsiya va muvozanatni** boshqarishning kortikal markazi (8-maydon) hisoblanadi. Bu yerdan *tr. fronto-ponto-cerebellaris* boshlanadi va miyachaning qarama-qarshi yarim shariga borib tugaydi. Pastki pehona pushtasining orqa qismida (44-maydon) **motor nutq markazi**, ya'ni Brok markazi joylashgan. Brok maydoni nutq artikulyatsiyasi uchun javob beradi va orqa markaziy pushtaning til, lab va tanglayni innervatsiya qiladigan proeksion soha bilan chambarchas bog'langan. Shuningdek, Brok markazi nutq modulyatsiyasi va musiqal intonatsiya uchun javob beradigan 45-maydon bilan ham mustahkam aloqaga ega. **Yozish markazi** o'rta pehona pushtasining orqa qismida (6-maydon), ya'ni qo'l proeksion sohasiga juda yaqin joylashgan. Yozish markazi Brok markazi bilan ham afferent va efferent aloqaga ega. Shu sababdan Brok afaziyasida ikkilamchi agrafiya kuzatiladi.

3. Prefrontal soha – pehona bo'lagining old yuzasida joylashgan (9, 10, 11, 45, 46, 47-maydonlar) bo'lib, assotsiativ neyronlardan iborat uchlamchi kortikal sohadir. Uning asosiy vazifasi barcha ruhiy faoliyat bo'yicha dasturlar tuzish, boshqarish va nazorat qilishdir.

4. Mediobazal soha – birinchi funksional blok tarkibiga kiruvchi soha bo'lib, limbikoretikulyar kompleks bilan mustahkam efferent va afferent aloqalarga ega.

Peshona bo'lagi zararlanishi sindromlari. Klinik amaliyotda ushbu sindromlar topik nuqtai nazardan quyidagi 4 guruhga ajratib o'rganiladi:

1. Motor soha zararlanishi sindromlari.
2. Premotor soha zararlanishi sindromlari.
3. Prefrontal soha zararlanishi sindromlari.
4. Mediobazal soha zararlanishi sindromlari.

Motor soha zararlanishi sindromlari. Oldingi markaziy pushta (4-maydon) zararlansa, qarama-qarshi tomonda markaziy tipdagi falajliklar (monoparez, gemiparez) rivojlanadi. Demak, motor soha zararlanganda faqat nevrologik sindromlar aniqlanadi, biroq neyropsixologik buzilishlar kuzatilmaydi.

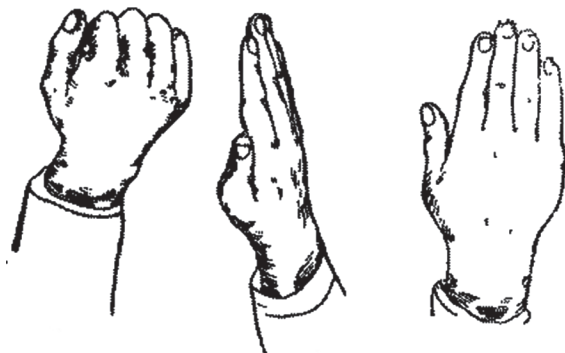
Premotor soha zararlanishi sindromlari. Premotor soha zararlansa, falajliklar kuzatilmaydi. Biroq har qanday harakatning kinetik mexanizmi izdan chiqadi. Bunda maqsadga yo'naltirilgan harakatlarni ketma-ket bajarish mumkin bo'lmay qoladi. Hayot davomida shakllangan va avtomatik darajaga yetgan ongli harakatlar dasturi izdan chiqadi. O'ymakor o'yishni, duradgor mix qoqishni, tikuvchi ko'ylak tikishni, musiqachi musiqa asboblarini chalishni eplay olmay qoladi. Bemor go'yoki no'noq va uquvsiz odamga aylanadi.

Premotor sindrom uchun yuqori darajada ifodalangan *harakat perseveratsiyalari* xos. Bir xil tusda hadeb takrorlanaveradigan maqsadsiz harakatlarga **harakatlar perseveratsiyasi** deyiladi. Bemor harakat qilishni boshlaydi, biroq keyingisiga o'ta olmaydi. Masalan, doira chizing va uning izidan uchburchak chizing deyilsa, u hadeb doira chizaveradi, biroq uchburchakka o'ta olmaydi.

Premotor sindromning asosiy simptomlaridan biri – bu **dinamik (kinetik) apraksiya**. Maqsadga yo'naltirilgan harakatlar ketma-ketligining buzilishiga *dinamik apraksiya* deb aytiladi. Ma'lumki, premotor soha maqsadga yo'naltirilgan harakatlarning efferent (kinetik) mexanizmini ta'minlab beradi. Uning izdan chiqishi dinamik praksis buzilishiga olib keladi.

Tekshirish usullari. Dinamik praksis quyidagi sinamalar yordamida o'rganiladi.

Birinchi sinama. Bemorda “musht-qirra-kaft” yoki “qirra-musht-kaft” sinamasi tekshiriladi. Dinamik praksisni tekshirishda bu sinama juda qo'l keladi. Chunki ushbu sinama orqali harakatlarning bir maromda ketma-ket bajarilishini kuzatish mumkin (3.6-rasm).

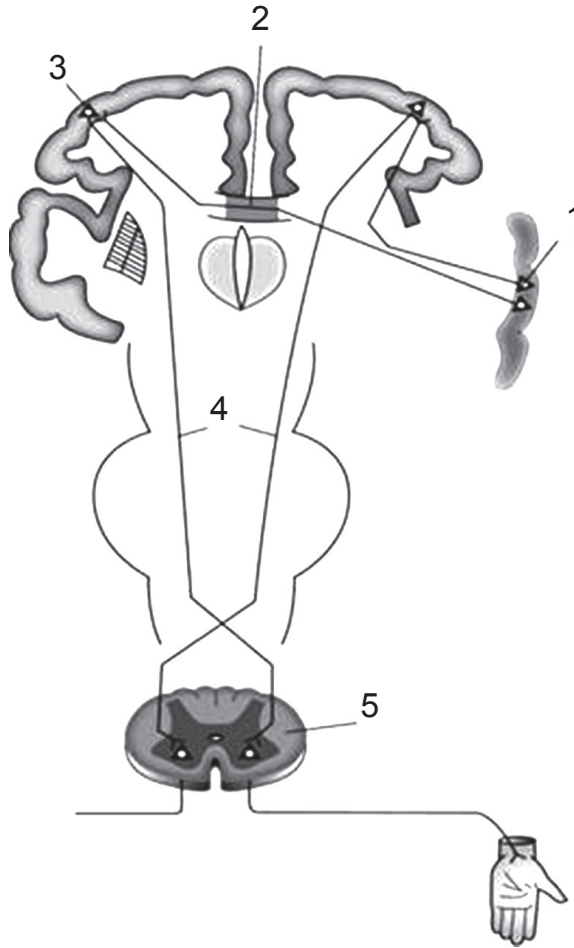


3.6-rasm. Musht-qirra-kaft sinamasi

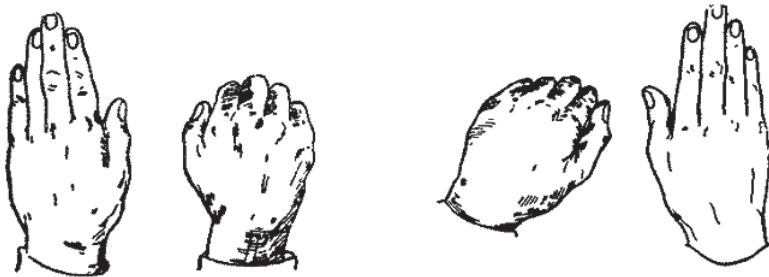
Premotor sindromda ushbu topshiriq soʻz orqali berilsa ham, qanday bajarilishi vrach tomonidan koʻrsatib berilsa ham, bemor uni bajarolmaydi. Chunki harakat mexanizmi izdan chiqadi. U bir xil harakatni hadeb takrorlayveradi yoki “musht-qirra-kaft” ni koʻrsatib berish oʻrniga “musht-qirra-musht” yoki “musht-qirra-qirra” kabi harakatlar qilaveradi. Sinamani bir qoʻlda bajarib boʻlgandan soʻng, uni ikkinchi qoʻlda ham bajarish soʻralishi kerak. Chap premotor soha zararlanganda, odatda, bu sinamani chap qoʻlda ham, oʻng qoʻlda ham bajarib boʻlmaydi. Oʻng yarim shardagi premotor soha zararlanganda esa, kinetik apraksiya faqat chap qoʻlda kuzatiladi.

Ikkinchi sinama. Vrach bemordan mushti, kafti, kaftning kirrasi bilan stolga ketma-ket urishni soʻraydi. Bu harakatlarni bemor bir necha bor vrach koʻrsatgan tartibda bajarishi lozim. Ana shundagina bemorda kinetik (dinamik) apraksiya bor-yoʻqligini aniqlab olish mumkin. Bu sinama ikkala qoʻlda ham alohida-alohida tekshiriladi.

Uchinchi sinama. Bemor bir qoʻlini musht qilib, ikkinchi qoʻlini yozgan holatda tizzasiga qoʻyadi. Keyin ularni ketma-ket bukib-ochish soʻraladi. Bunda bitta qoʻl panjasi musht qilinsa, ikkinchisi yoziladi va h.k. Premotor soha zararlanganda bu sinamani bajarib boʻlmaydi. Bemor sinamani yo bitta qoʻlda bajaraveradi, yo ikkala qoʻl panjasini ham bir xil ochib yumaveradi. Qadoqsimon tananing oldingi qismini zararlovchi parasagittal joylashgan oʻsmada resiprok koordinatsiya ikkala qoʻlda ham buziladi. Biroq dinamik harakatlarni bir qoʻlda bajarish, odatda, saqlanib qoladi. Harakatning kinestetik mexanizmini taʼminlab beruvchi pastki parietal soha zararlanganda resiprok koordinatsiya buzilmaydi. Resiprok koordinatsiya bajarilayotganda qarama-qarshi tomondagi qoʻlda harakatlar biroz sekin bajarilishi mumkin. Bu sinama gemiparez bilan namoyon boʻladigan lokal zararlanishlarda tekshirilmaydi.



3.7-rasm. Qadoqsimon tana zararlanganda chap qo'lda apraksiyaning kelib chiqish sxemasi. 1 – chap parietal soha po'stlog'i; 2 – sorpus callosum da patologik o'choq; 3 – o'ng yarim sharning oldingi markaziy pushtasida qo'l proeksion sohasi; 4 - kortiko-spinal yo'l; 5 – orqa miya bo'yin kengligining oldingi shoxi



3.8-rasm. Resiprok koordinatsiya.

To'rtinchi sinama. Qo'l panjalari bilan stolga ketma-ket to'qillatib urish sinamasi. Bemordan ikkala qo'l panjasini stolga qo'yish so'raladi. Undan o'ng qo'l bilan stolga ikki marta, chap qo'l bilan bir marta ketma-ket urish so'raladi. Bu sinamalar ketma-ket bir maromda vrach ko'rsatgan tartibda bajarilishi kerak:

Sog'lom odamda stolga urish aslida quyidagicha bajariladi:

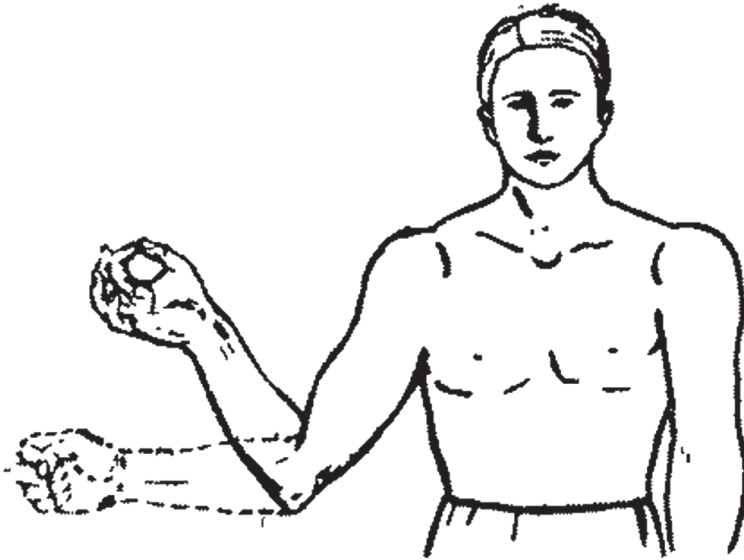
O'ng qo'l			
Chap qo'l			

Premotor sindromda yoki corpus callosum zararlanganda bu sinama quyidagicha bajariladi.

O'ng qo'l				
Chap qo'l			yoki	

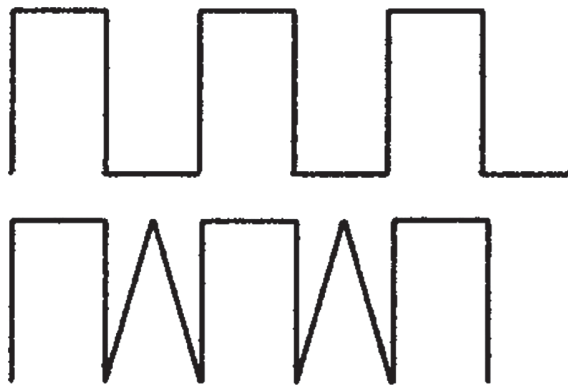
Bemordan harakatlar ketma-ketligini jadalroq ritmda bajarib berish so'ralsa, buzilishlar yaqqol ko'zga tashlanadi. Bemor sinamani bir maromda bajara olmay izdan chiqib ketaveradi. Agar patologik jarayon peshona bo'lagining chuqurroq qismida joylashsa, ushbu sinama impulsiv tarzda ortiqcha harakatlar bilan bajariladi: bemor stolga qattiq-qattiq uradi, ko'p urib yuboradi, o'zini to'xtata olmaydi. Premotor kortikal sindrom harakatlar perseveratsiyasi bilan namoyon bo'lsa-da, biroz sust bajariladi, so'z orqali noto'g'ri harakatlarni korreksiya qilsa bo'ladi. Chuqur tuzilmalar zararlanganda esa impulsiv harakatlarni so'z orqali korreksiya qilib bo'lmaydi.

Beshinchi sinama. Bitta qo'lda bajariladigan "Musht-halqa" sinamasi. Bemordan galma-gal qo'lini goho musht qilib, goho barmoqlari bilan halqa yasab oldinga tashlash so'raladi (rasmga qarang). Bu sinama osonroq sinamalardan biridir. Premotor soha zararlanganda bu sinama bir maromda bajarilmaydi, bir harakatdan ikkinchi harakatga qiyinchilik bilan o'tiladi yoki bemor qo'lini oldinga musht qilib tashlayveradi, tashlayveradi.



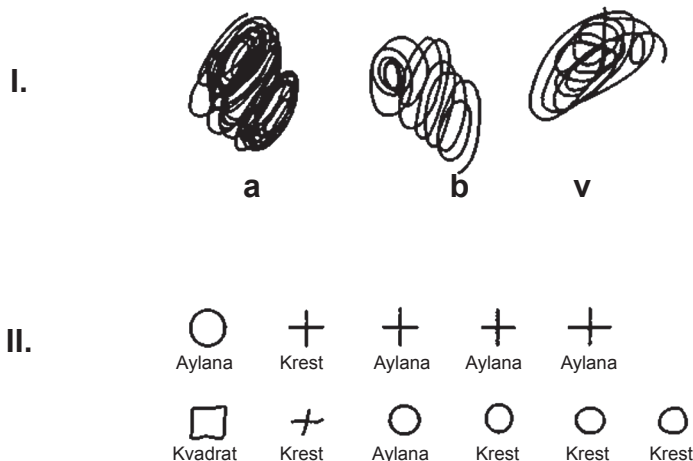
3.9-rasm. "Musht-halqa" sinamasi.

Oltinchi sinama. Panjara chizish sinamasi. Bemordan quyidagi ko'rishda panjara chizish so'raladi.



3.10-rasm. Panjara chizish sinamasi.

3.10-rasmda ko'rinib turganidek, panjarada Π va Λ shakli ketma-ket kelyapti. Premotor sindromda bemor faqat Π shaklini chizaveradi. Undan "Uchburchak shakli qolib ketdiku" deb so'rasangiz, "Ha, bo'ldi, tushundim" deydi-da, uchburchak shaklini chiza boshlaydi, biroq Π shakliga o'ta olmaydi. Bu yerda Luriya ta'biri bilan aytganda "kinetik melodiya" izdan chiqadi va harakatlar dezavtomatizatsiyasi va perseveratsiyalar kuzatiladi.



3.11-rasm. Premotor sindromda namoyon bo'layotgan harakat perseveratsiyalari (A.R. Luriya, 1973). I – chap peshona bo'lagida katta o'sma aniqlangan bemor: a) "Aylana chizing" topshirig'i; b) "2 raqamini yozing" topshirig'i; v) "5 raqamini yozing" topshirig'i. II. Turli figuralar bilan bog'liq chizmalarda harakat perseveratsiyalari. Bu yerda ham chap peshona bo'lagida o'sma bor.

Har qanday harakatni ta'minlashda kinestetik, kinetik va optik-fazoviy mexanizmlar bir paytning o'zida ishlashi kerak. Neyropsixolog esa maqsadga yo'naltirilgan harakatlarning qaysi mexanizmi qanday bosqichda izdan chiqqanini farqlay olishi lozim. Aks holda u topik tashxisni qo'yishda qiynaladi.

Prefrontal soha zararlanganida, quyidagi simptomlar yuzaga keladi:

1. Harakat dasturini tuzish buziladi.
2. Harakatni ongli tarzda boshqarish buziladi.
3. Stereotip harakatlarni takrorlayveradi (perseveratsiyalar).
4. Vrach ko'rsatgan harakatlarga taqlid qilib ularni takrorlayveradi.
5. Nutq orqali boshqarish izdan chiqadi.
6. Exolaliya – eshitgan so'z va jummalarni takrorlayveradi.

Maqsadga yo'naltirilgan harakatlarni bajarishning buzilishini aniqlashga oid sinamalar:

1. Men stolga bir marta urganimda, siz chap qo'lingizni ko'tarasiz, ikki marta urganimda o'ng qo'lingizni ko'tarasiz.
2. Men stolga bir marta urganimda, siz 2 marta urasiz, 2 marta urganimda 1 marta urasiz.
3. Men barmoqlarimni yozganimda, siz qo'lingizni tepaga ko'tarasiz.

Nutqning regulyator funksiyasini tekshirish usuli:

Bemorga soʻz orqali koʻrsatma berilsa, u oʻsha soʻzlarni qaytaradi, biroq koʻrsatmani bajarmaydi. Masalan, “Mening kaftimni 2 marotaba siqing” deb soʻralsa, u bu topshiriqni bajarish oʻrniga “Mening kaftimni 2 marotaba siqing” degan iborani takrorlaydi, biroq harakat bilan bogʻliq koʻrsatma bajarilmaydi.

Hisoblash qobiliyatining buzilishi:

Bemordan 100-7 = hisoblashni bajarib borish soʻraladi. Prefrontal sindromda 100 dan 7 ni ketma-ket ayirish topshirigʻini bemor bajara olmaydi. U bir xil, yaʼni stereotip raqamlarda qotib qoladi. Masalan, 100-7 = 93; 83..., 73..., 63 va = h.k.

Chap va oʻng yarim shar zararlanishida yuzaga keladigan prefrontal sindromlarining bir-biridan farq qiluvchi jihatlari koʻp.

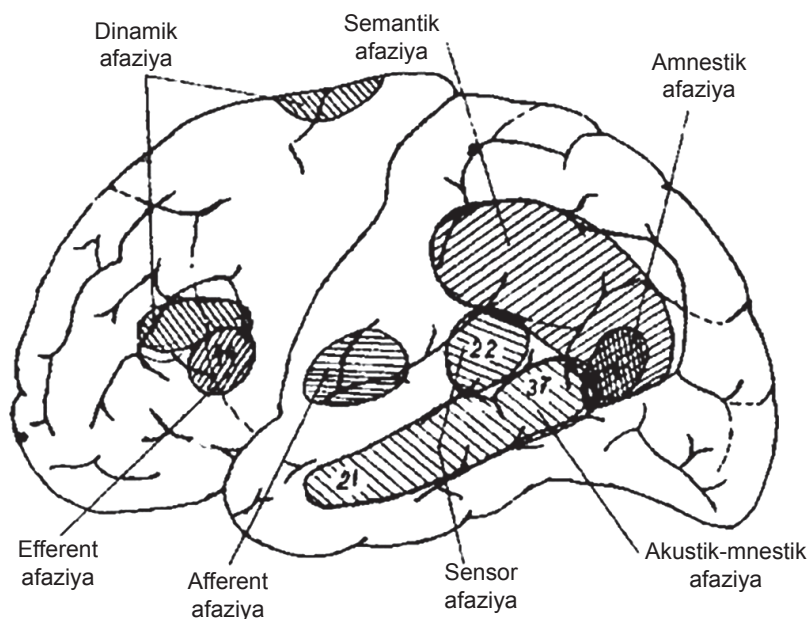
Yarimsharlararo munosabatlar. Chap peshona boʻlagi zararlanishida ixtiyoriy harakatlarni boshqarishda nutqning regulyator funksiyasi buzilishi yaqqol koʻzga tashlanadi, soʻz boyligi kamayadi, nutq sekinlashadi, umumiy motivatsiya sustlashadi. Intellektual va mnestik funksiyalar yaqqol buziladi. Oʻng peshona boʻlagi zararlanganda, aksincha, bemor soʻzamol boʻlib qoladi, maʼnosiz soʻzlarni koʻp gapiradi. Uning nutqida stereotip harakatlar, shtamplar koʻp aniqlanadi. Bunday bemor chetdan qaraganda maslahatgoʻy odamni eslatadi.

Peshona boʻlagining mediobazal qismi zararlanishi sindromlari.

Peshona boʻlagining ***mediobazal tuzilmalari*** birinchi funksional blok tarkibiga kiradi. Bu soha LRK bilan chambarchas bogʻlangan. Ularning oʻzaro funksiyasi deyarli bir xil. LRK faoliyatida emotsional reaksiyalar yetakchi oʻrinni egallagan boʻlsa, uning zararlanishida deyarli har doim psixoemotsional buzilishlar kuzatiladi. Zararlanish turiga qarab bemorda eyforiya, disforiya, abuliyasi, apatiya, agressiya, konfabulyatsiya, impulsiv harakatlar paydo boʻladi. Endi koʻp uchraydigan neyropsixologik sindromlar bilan tanishib chiqamiz.

3.9. Afaziya

Afaziya – po‘stloqda joylashgan nutq markazlari zararlanishi oqibatida rivojlanadigan nutqning sistem buzilishi. Afaziya chap yarim shar zararlanishi uchun o‘ta xos simptom. Afaziya bosh miyaning turli sohalari, ya’ni pastki peshona pushtasi, yuqori chakka pushtasining orqa qismi, pastki parietal soha va chakka-tepa-ensa sohalari tutashgan joylar zararlanganda kuzatiladi (3.12-rasm).



3.12-rasm. Po‘stloqda joylashgan nutq markazlari (A.R. Luriya bo‘yicha, 1973).

Demak, nutq markazlari bosh miya katta yarim sharlarining ko‘p qismini egallagan. Kuchli ifodalangan nutq buzilishlari, ayniqsa, Brok va Vernike sohalari zararlanganda yaqqol bilinadi. Bu markazlarga chegaradosh sohalari zararlanganda, o‘tib ketuvchi afaziyalar kuzatiladi, xolos.

Afaziyaning bir nechta tasniflari mavjud. Ularni sistemalashtirib, A.R. Luriya afaziyaning 7 ta turini ajratdi (1973):

1. Afferent motor afaziya – o‘naqaylarda chap yarim sharning pastki parietal pushtasi aynan 22- va 42-maydonlar bilan chegaradosh va *Operculum Rolandi* ga tutash bo‘lgan 40-maydon zararlanganda rivojlanadi.

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

3. Dinamik afaziya – Brok markazidan oldinda 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. Avval aytib o'tganimizdek, bu joy TPO (temporo-parieto-occipitalis) sohasi deb ham yuritiladi.

7. Amnestik afaziya – 37- va 40-maydonlar zararlanganda rivojlanadi.

Neyropsixologlar nutqning ikki xil turini farq qilishadi. Bu **ekspressiv nutq** (so'zlash) va **impressiv nutq** (so'zlarni, gaplarni tushunish). Afaziyaning barcha turida u yoki bu darajada ekspressiv va impressiv nutq buziladi. Masalan, motor nutq markazi zararlanganda, asosan, ekspressiv nutq, sensor nutq markazi zararlanganda, ko'proq impressiv nutq buziladi.

Ekspressiv nutq **og'zaki** va **yozma** nutqlarga ajratilsa, impressiv nutq **og'zaki** va **yozma nutqni tushunish** demakdir. Og'zaki nutqqa monologik, dialogik va takroriy nutqlar misol bo'la oladi. Narsalarning nomini aytish, ularning harakatini so'z bilan ifodalash ham og'zaki nutqning bir turi. Yozma nutq **mustaqil** yoki **diktant** ko'rinishida bo'ladi.

Nutq faoliyati va uning buzilishlari faqat lokal tamoyilga asoslanib o'rganilmaydi. Chunki nutq funksional sistemasi shakllanishida juda ko'p analizatorlar, ya'ni harakat, proprioretseptiv, taktil, eshituv va ko'ruv analizatorlari ishtirok etadi. Agar mana shu analizatorlar o'zaro muvofiqlashib ishlamasa, nutq buziladi. Qaysi analizatorning ko'proq zararlanishiga qarab, turli daraja va ko'rinishdagi afaziyalar rivojlanadi.

Afaziya turini aniqlashda juda ko'p omillarga e'tibor qaratiladi. Bemor bolalik davrida normal nutqqa ega bo'lganmi, ushbu nutq buzilishi qachon paydo bo'lgan, maktabda o'qiganmi, oliy ma'lumotga egami, rus yoki o'zbek tillarini yaxshi biladimi va hokazo. Qo'shimcha tekshiruvlar, ya'ni EEG, KT/MRT, MRA, fMRT usullari ham afaziya sababini aniqlashga yordam beradi. Har qanday afaziyaning turini aniqlash topografik tashxis uchun o'ta muhim.

Nutq buzilishlari klinikasini o'rganishda quyidagi shartlarga amal qilinadi:

1. Nutqning qanday turi, shakli va funksiyasi buzilgan, qaysilari saqlanib qolgan?

2. Nutq buzilishi oliy nerv faoliyatining yana qaysi funksiyasiga ta'sir ko'rsatgan?

3. Nutq buzilishining fiziologik mexanizmlari nimalardan iborat?

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

Endi afaziyaning barcha turlari bilan tanishib chiqamiz.

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

Organizmning ontogenetik rivojlanishi davrida artikulyator harakatlari ma'lum bir stereotipga ega bo'lgan harakatlarga aylanadi. Bu harakatlarning dastlabki elementlari «ishga tushib» ketsa, odam bema'lol gapirib ketadi. Ushbu harakatlarni boshqarib turishda bosh miya katta yarim sharlarining orqa gnostik markazlari faol ishtirok etadi. Pastki parietal sohaning (40-maydon) zararlanishi artikulyator harakatlari buzilishiga va o'z navbatida nutqqa aloqador funksional sistemaning izdan chiqishiga sabab bo'ladi.

Orqa gnostik markazning zararlanishi kinestetik sezgi, ya'ni afferent motor afaziyada nutq buzilishining markaziy mexanizmlaridan biri bo'lmish – kinestetik omilning izdan chiqishiga olib keladi. Bu markaziy nuqsonning klinik ko'rinishi nimalardan iborat? Tovushlar va so'zlarni talaffuz qilishda til va lablarga maxsus holatni bera olmaslik, ya'ni nozik artikulyator harakatlarni tashkillashtira olmaslik, AMA rivojlanishining negizini tashkil qiladi.

Odatda, artikulyator apparatlardan miyaga tushib turuvchi signallar idrok qilinmaydi, ya'ni odam bu impulslarni anglamaydi, sezmaydi. Ammo nutqning kinestetik afferentatsiyasi bolada nutq rivojlanishida muhim ahamiyat kasb etadi. Artikulyatsiya bilan tovushlarni eshitish orasida uzviy bog'liqlik borligi bolalar diktanti tahlil qilinganda ma'lum bo'lgan. Mabodo, diktant yozayotgan bolaga og'zini ochib o'tirish yoki tilni tishlar orasida bosib turish so'ralsa, bu artikulyatsiyani qiyinlashtiradi va diktantda xato-

lar ko'payib ketadi. Demak, artikulyatsiya – so'zning tovush tarkibini tahlil qilish uchun o'ta muhim. Nutq shakllanishining dastlabki bosqichida tovush va artikulyatsiya bir maromda rivojlanishni talab qiladi. Demak, bolada kinestetik nuqson paydo bo'lsa, uning ravon, qiynalmasdan, so'z va tovushlarni buzmasdan so'zlashi imkonsiz bo'lib qoladi.

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

EMA dan farqli o'laroq, AMA da so'zlarni beixtiyor talaffuz qilish (sanash, oylarni aytib chiqish), odatda, saqlangan bo'ladi. Agar ongli ravishda bemor biror so'z yoki jumlaning takrorlamoqchi bo'lsa, qiyinchiliklarga uchraydi. So'zlayotgan paytda bemor beixtiyor «e, jin ursin», «to'g'ri-to'g'ri», «ha-ha» kabi jummalarni bexosdan aytib yuboradi.

Bemor nafaqat bir-biriga o'xshash artikulemalarni noto'g'ri talaffuz qiladi, balki unda o'xshash artikulemalarni qabul qilish ham buziladi. Bu holatni quyidagicha izohlash mumkin. Miya po'stlog'ining artikulyatsiyaga javob beruvchi parietal sohalari artikulyatsiyalarni tushunuvchi chakka sohalari bilan chambarchas bog'liq. Shuning uchun ham pastki parietal soha zararlansa, eshitish sistemasi funksiyasining ikkilamchi buzilishi ro'y beradi.

Neyropsixologiya rivojlanishining dastlabki davrida motor afaziyaning faqat bitta turi ko'rsatib o'tilgan. Afferent (kinestetik) motor afaziya birinchi bo'lib A.R. Luriya tomonidan motor afaziyaning alohida bir turi sifatida ajratilgan. AMA ni nutq artikulyator apparatining apraksiyasi bilan taqqoslash mumkin. AMA da ko'pincha oral praksis ham buziladi. Bunda ixtiyoriy ravishda yoki ko'rsatma bo'yicha turli og'iz harakatlarini bajarib bo'lmaydi. 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 mualliflar motor afaziya nutqni tushunish saqlanib qoladi deyishsa, boshqalari buziladi, degan fikrda. Motor afaziya faqat ekspressiv nutq buziladi, impressiv nutq esa saqlanib qoladi, degan fikrlar haqiqatga

zid (A.R. Luriya, 1973). Zero, nutqni tushunishning asosiy mezonlaridan biri – bu tovushlarni ajrata olishdir.

Nutqning motor komponenti soʻz va gaplarni idrok qilishda muhim ahamiyatga ega. Shuning uchun AMA da nutq tovushlarini qabul qilayotganda, nutq jarayonining kinestetik tahlili yetishmovchiligi sababli tovushlarni ajratish, idrok qilish va tushunish buziladi. AMA ni aniqlash uchun avvaliga turli xil unli tovushlarni takrorlash iltimos qilinadi. Unli tovushlarni tez-tez takrorlash soʻralsa, bemor chalkashib ketadi. Ayniqsa, talaffuz qilish qiyin boʻlgan undosh tovushlardan iborat soʻzlarni («trotuar», «traktor», «perron») takrorlashda bemor qiynaladi. AMA oral apraksiya bilan birga kelganligi bois, bemor soʻzlarni notoʻgʻri talaffuz qiladi. Chunki ogʻzi va lablari unga boʻysunmaydi. Bemor notoʻgʻri soʻzlayotganini oʻzi bilib turadi.

AMA da kinestetik nuqson sababli nutqning boshqa elementlari ham ikkilamchi tarzda izdan chiqadi. Ularda mustaqil yozish ham, diktant yozish ham buziladi. Ayniqsa, yozayotgan paytda «ogʻzingizni ochib yozing» yoki «tilingizni tishlaringiz bilan bosib yozing» degan koʻrsatma berilsa, xato yozuvlar koʻpayib ketadi (ayniqsa bolada). Bemor miyaga singib ketgan va avtomatik tarzda doimo ishlatiladigan soʻzlarni bemalol takrorlashi mumkin, ammo murakkab soʻzlarni faol nutqda notoʻgʻri talaffuz qiladi.

Efferent motor afaziya (EMA). Bunda nutqning kinetik mexanizmi (yaʼni harakat qismi) buziladi. Bemor bir soʻzdan ikkinchi soʻzga oʻta olmay, dastlabki soʻzda toʻxtab qoladi. Sogʻlom odam gapirayotganda, dastlabki soʻzlar nutq uchun javob beruvchi miya markazlari tomonidan tormozlanib, soʻnggi soʻzlarga yoʻl ochib beradi va ravon soʻzlashga imkon yaratiladi. Demak, EMA da birinchi artikulyator harakatdan ikkinchisiga oʻtish buziladi va natijada nutq perseveratsiyasi paydo boʻladi.

Ushbu afaziyada ekspressiv nutqning barcha turi va shakli buziladi: monolog, dialog, avtomatlashgan va hokazo. Koʻproq ongli ravishda soʻzlash, yaʼni boshqa birovning koʻrsatmasi boʻyicha soʻzlash oʻzgarasa, beixtiyoriy soʻzlash esa kam buziladi. Bemor 1 dan 10 gacha bemalol sanashi mumkin, lekin 10 dan 1 gacha sanay olmaydi. Faol nutqda ham, takroriy nutqda ham bir boʻgʻindan ikkinchi boʻgʻinga yoki soʻzdan soʻzga bemalol oʻtish qiyinligi, yaʼni nutq perseveratsiyasi EMA ning asosiy klinik belgilaridan biridir.

Afaziyaning bu turida bemor baʼzi tovush va boʻgʻinli soʻzlarni toʻgʻri talaffuz qiladi, lekin ularni qoʻshib soʻz yasay olmaydi. Yengil holatlarda esa bir nechta soʻzlardan jumlar tuzish qiyinlashadi. Hattoki, oʻta yengil kechuvchi EMA da ham bemor qiyin artikulyator tuzilishga ega boʻlgan

soʻz va jummalarni talaffuz qila olmaydi (masalan, tez aytishlarni). Shuning uchun ham EMA da agrammatizm koʻp uchraydi.

Maʼlumki, Brok markazi miyaning chakka sohasi tuzilmalari bilan asotsiativ yoʻllar orqali bogʻlangan. Shu bois EMA da motor nutq markazi inertligi sababli nutq faoliyatining boshqa turlari, yaʼni, yozish va oʻqish ham buziladi.

Shunday qilib, EMA boshqa afaziyalar kabi, nutq faoliyatining sistem buzilishi bilan kechadi va bunda kuzatiladigan asosiy kamchilik nutq kinetikasi yetishmovchiligidir.

Dinamik afaziya (DA). Nutq buzilishining bu turi 1934-yili K. Kleyst tomonidan oʻrganilgan. Olim uni «nutq tashabbusining yetishmovchiligi» deb atagan. Baʼzi tadqiqotchilar (I.M. Tonkonogiy, 1973, 2007) dinamik afaziyani «nutq akineziyasi» deb atagan. DA xususiyati shundan iboratki, unda nutq xotirasi, artikulyatsiya va fonematik eshituv saqlanib qoladi. Bemor tovush, soʻz, jumla va narsalarning nomini juda yaxshi takrorlaydi. Bemor na toʻsatdan, na mustaqil ravishda gapira oladi, biror-bir tushunarli soʻz yoki gapni ravon ayta olmaydi. DA da oʻqish va yozish buzilmaydi.

Maʼlumki, nutq faqat soʻzdan emas, balki gaplardan ham tuzilgan. Odamlar bir-biri bilan soʻzlardan tuzilgan gaplar orqali muloqotda boʻlishadi, fikrlarini bayon qilishadi. Har qanday fikrni bayon qilish ichki (impressiv) nutq yordamida yaratilgan dinamik jarayon boʻlib, oʻzining predikativligi bilan taʼriflanadi. *Predikativlik* deganda, harakatni ifodalovchi gaplar tushuniladi. Masalan, «men kinoga bormoqchiman», «men kitob oʻqimoqchiman» va hokazo. Bu yerda «bormoqchiman» va «oʻqimoqchiman» soʻzlari predikat hisoblanadi.

Demak, DA ning markaziy mexanizmlari – bu ichki nutq yetishmovchiligi, predikativligi va nutq faolligining buzilishidir. Bunday bemorda nafaqat nutq faolligi pasayishi, balki dinamik apraksiya, umumiy harakatga motivatsiya susayishi, gipomimiya va hissiy karaxtlik ham kuzatiladi. Biroq oʻz ahvoliga tanqidiy munosabat saqlanib qoladi.

Shunday qilib, DA – afaziyaning alohida bir turi boʻlib, unda nutqning sensor va motor funksiyalari saqlanib qoladi, lekin soʻzlashga qobiliyat yoʻqoladi yoki keskin pasayadi.

Sensor afaziya (SA). SA da fonematik eshituv buziladi, yaʼni soʻzlarning tovush tarkibini farqlash qobiliyati izdan chiqadi. Boshqacha qilib aytganda, tovushlarning akustik analizi va sintezi buziladi. SA ning asosiy nuqsoni – bu nutqni tushunmaslik. Bemor bironing nutqiga ham, oʻzining nutqiga ham tushunmaydi. Ogʻzaki nutqda literal parafaziyalar koʻpayib ketadi, yaʼni bemor soʻzlayotganda, bitta tovush oʻrniga boshqasini aytib yubora-

di. Masalan, «salom» o'rniga «salon» yoki «dori» o'rniga «tori» va hokazo. SA da bemor o'z fikrini turli mimik harakatlar bilan ifodalashga intiladi.

SA da grammatik jihatidan buzilgan nutq bir-biriga bog'lanmagan literal va verbal parafaziyalarga to'la bo'ladi. Takroriy nutq ham keskin buziladi. Kuchli rivojlangan SA da bemor hatto bitta harfni ham, so'zni ham takror ayta olmaydi. Fonematik tahlil buzilganligi bois, so'zlarning sifati ham buziladi, muxolif tovushlar o'rni almashib ketadi. Buning oqibatida narsalar nomi va ism-shariflar buzib aytiladi. Bemor narsaning nomini bilsa-da, so'zning kerakli fonetik tuzilishini topa olmaydi, ya'ni so'zning tovush tarkibi parchalanadi. Bunday bemor so'zlarni takrorlash uchun, narsaning nomini aytish uchun ko'p urinadi. Bemor «gapdonligi» (logorreya) bilan ajralib turadi, uning gapiga tushunib bo'lmasa-da, ko'p gapiraveradi. Uning nutqi hissiy tusga, intonatsiyaga boy bo'ladi. SA da o'qish va yozish ham buziladi, lekin praksis va optik gnozis saqlanib qoladi.

Akustik-mnestik afaziya. Afaziyaning bu turi birinchi bor A.R. Luriya tomonidan tadqiq etilgan (1969). Yevropa adabiyotlarida 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 nutq buzilishi; 3) nutqning nominativ funksiyasi buzilishi; 4) so'zlar ma'nosini buzib aytish; 5) verbal parafaziyalar, so'zlayotganda so'zlarni tushirib qoldirish.

Og'zaki nutq va impressiv nutq buzilsa-da, yozish va o'qish saqlanib qoladi. Bu afaziyaning sensor afaziyadan farqi shundaki, uning nutqi suhbatdoshiga tushunarli bo'lishi mumkin, bemor so'zlayotganda, o'z xatosini anglaydi, gapdonlik va eyforiya kuzatilmaydi.

Akustik-mnestik afaziyada bemor narsaning qanday nomlanishini unutilib qo'yadi. Natijada u o'sha narsaga ta'rif bera boshlaydi. Masalan, «*pomidor*» deb aytish uchun u «*haligi qizil, yumaloq bor-u, nimaydi?*», deb yuboradi. Shuning uchun ham afaziyaning bu turini optik agnoziya bilan farqlash ancha mushkul. Demak, akustik-mnestik afaziyada fonematik eshituv va tovushlarni farqlash saqlanib qoladi.

Sensor va akustik-mnestik afaziyaning o'xshash tomonlari: 1) ikkala afaziyada ham so'zlar ma'nosi begonalashadi; 2) so'zlarni izlayotganda, aytib yuborish yordam bermaydi. Agar so'zlar ma'nosining begonalashuviga sabab sensor afaziyada fonematik eshituv buzilishi bo'lsa, akustik-mnestik afaziyada zarur so'zlarni (nomlarni) esga tushirish qiyinligidir.

Semantik afaziya (Sema). Semantik afaziyaning asosiy belgisi – bu so'zlarni bir-biriga bog'lanishi, ya'ni konstruktsiyasining buzilishidir. Bun-

da artikulyator va akustik buzilishlar kuzatilmaydi. K. Goldshteyn (1948) afaziyaning bu turini tafakkur yetishmovchiligi deb atagan. Odatda, ekspressiv nutq saqlanib qoladi, bemor soʻzlashi va oddiy gaplarni tushunishi mumkin. Semantik afaziyada bemor tarkibida «ustida», «tagida», «yuqorida», «pastda», «oldida», «yonida», «dan» kabi soʻz va qoʻshimchalari boʻlgan jummalarni oʻqib tushunmaydi. Masalan, «*aylana ustida xoch*», «*xoch aylana tagida*», «*tundan soʻng kun keladi*», «*pashsha fildan kichik*» kabi gaplarda farq sezmaydi. Shuningdek, «*ruchka qalamdan uzunroq*», «*Lola Ergashdan oqroq*» kabi gaplar orasidagi oʻzaro bogʻliqlikni tahlil qila olmaydi.

Bemor qalam va ruchkani koʻrsating, degan koʻrsatmani toʻgʻri bajaradi, lekin «*qalam bilan ruchkani*» yoki «*ruchka bilan kitobni*» koʻrsating, degan topshiriqni tushunmaydi va bajara olmaydi.

Amnestik afaziya. Ushbu afaziyada nutqning nominativ funksiyasi buziladi. Biror narsaning nomini aytish uchun bemor bir nechta soʻzlarni ketma-ket aytib tashlaydi. Masalan, bemorga olmani koʻrsatib: «*Bu nima?*», deb soʻralsa: U «*Haligi, bu behi, ey, nok emas, bu, bilasizmi, yeganda juda mazali, nimaydi, hamma joyda oʻsadi, haligi, hozir topaman, ey, jin ursin, ayta olmayapman*», degan noaniq jummalarni soʻzlab tashlaydi.

Sensor va akustik-mnestik afaziyadan farqli oʻlaroq, amnestik afaziyada soʻzning boshini aytib yuborish yordam beradi. Nutqning nominativ funksiyasi buzilsa-da, boshqa funksiyalari, yaʼni yozish va oʻqish saqlanib qoladi. Amnestik afaziya alohida holda juda kam uchraydi va u asosan, akustik-mnestik yoki semantik afaziya bilan birgalikda kuzatiladi.

Afaziyani tekshirish usuli

Har qanday nutqni tekshirish oddiy usullar bilan, yaʼni harflar, sonlar va fonemalarni tekshirishdan boshlanadi. Tekshirish paytida, albatta, nutqning motor va sensor tomonlariga eʼtibor qaratiladi.

1. Spontan va dialogik nutq.

Bemorga oddiy savollar beriladi:

- ismingiz nima?
- ahvolingiz qanday?
- yoshingiz nechada?

Bemor ularga “Ha, yoʻq, yaxshi, yomon” deb qisqa javob qaytaradi.

2. Avtomatlashgan nutq.

1-topshiriq. 1 dan 10 gacha sanang: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

2-topshiriq. Hafta kunlarini aytib chiqing: dushanba, seshanba, chorshanba, payshanba, juma, shanba, yakshanba.

3-topshiriq. Oylarni aytib chiqing: yanvar, fevral, mart, aprel, may, iyun, iyul, avgust, sentyabr, oktyabr, noyabr, dekabr.

3. Takroriy nutq.

1-topshiriq. Unli tovushlarni takrorlash: A, O, I, E, U, Yu.

2-topshiriq. Undosh tovushlarni takrorlash: M, N, P, L, T, K.

3-topshiriq. Muxolif fonemalarni takrorlash: B-P, P-B, D-T, T-D, Z-S, S-Z.

4-topshiriq. Tovushli birikmalarni takrorlash: BI-BA-BO; BA-BO-BI.

4. Soʻzlarni takrorlash.

- uy, tol, chol, oyna, bola, choynak;
trolleybus, tralli-vali, tarallabedod.

5. Birikmali soʻzlarni takrorlash.

- quloq-burun-koʻz;
- koʻz-quloq-burun.

6. Jummalarni takrorlash.

- qirq kokilli qizaloq.
- sepkilli Sayyora soyga sakradi;
- Qargʻalar qaragʻayga qoʻna olmay qaytib ketishdi.

7. Oddiy soʻzlar maʼnosini tushunish.

- koʻzingizni yuming;
- ogʻzingizni oching;
- tilingizni chiqaring.

8. Oddiy grammatik konstruksiyalarni tushunish.

- oʻng qoʻlingizni koʻtaring;
- qoshiqni choynak yoniga qoʻying;
chap qoʻlingiz bilan oʻng koʻzingizni koʻrsating.

9. Murakkab grammatik konstruksiyalarni tushunish.

- qalamni oʻng qoʻlingizga olib kitobning ichiga qoʻying;
- sochiqni yostiqlarning tagiga qoʻying;
- piyolani chap qoʻlingiz bilan olib oʻng tomonga qoʻying;
- Lola Karimdan oqroq, demak, kim qora?
- onasining singlisi unga kim boʻladi?
- akasining otasi ukasiga kim boʻladi?

Ushbu oddiy tekshiruvlar orqali bemorda afaziyaning motor (afferent, efferent) va sensor (akustik-gnostik, semantik) turlari aniqlab olinadi.

3.10. Agrafiya

Agrafiya – yozishning buzilishi. Eksner 1881-yili birinchilardan bo‘lib bosh miyada alohida yozish markazi borligini aytib o‘tgan. Ammo Vernike va Dejerin alohida yozish markazi borligini inkor qilishgan. Agrafiya atamasi 1885-yili Benedikt tomonidan taklif qilingan. Xenshen 1922-yili ikkinchi peshona pushtasining orqa qismi zararlanganda agrafiya kuzatilishini aytgan. Nelson (1946) yozish qobiliyati ikkinchi va uchinchi peshona pushtalarining orqa qismi, burchak pushtasi va ularni bir-biri bilan bog‘lovchi yo‘llar zararlanishi hisobiga 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 afaziyada agrafiyaning o‘ziga xos xususiyatlarini o‘rgangan. A.R. Luriya afaziyada agrafiya kuzatilishining sababi qilib, so‘zlarning tovush tarkibini tahlil qilish, kinetik va kinestetik mexanizmlari buzilishiga urg‘u bergan.

Yozish qobiliyati dastlab og‘zaki nutqdan alohida rivojlanadi va keyinchalik nutq takomillashishi bilan chambarchas bog‘lanib ketadi. Yozish va og‘zaki nutqning kelib chiqishi, shakllanishi, kechishi, mazmuni va funksiyasi bo‘yicha bir-biridan farq qiladigan tomonlari juda ko‘p. Masalan, bola 2 yoshga yetganda og‘zaki nutqqa ega bo‘la boshlasa, yozishni, odatda, 5-7 yoshdan boshlaydi. Og‘zaki nutq kattalar bilan muloqot negizida rivojlansa, yozma nutq ongli ravishda o‘tkaziladigan mashqlar asosida 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 uni ongli tarzda boshqarish shart bo‘lmay qoladi, yozish borgan sayin avtomatlashib boradi va go‘yoki «beixtiyoriy» jarayonga aylanadi. Buning natijasida xatning tuzilishi ham, husnixat ham o‘zgarib boradi.

Yozma nutqning talaffuz etilmasligi emas, balki fikrlanishi uni og‘zaki nutqdan ajratib turadi. Yozma nutqning o‘ziga xos xususiyatlari bor. Yozma nutq og‘zaki nutqqa qaraganda biroz ixtiyoriy. 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 jarayon. Yozma nutqni o‘zlashtirish uchun asosiy ahamiyatga ega bo‘lgan jarayonlar – mustaqil nutqni egallash va uni anglashdir.

Og‘zaki nutq, odatda, so‘zlash 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 tarki-

bi – bu soʻzning tovushini tahlil qilish, yaʼni soʻz tovushlaridan alohida fonemalarni ajrata olish demakdir; ikkinchidan, soʻzdan ajratib olingan har bir tovushning harfini tanish operatsiyasini amalga oshirish; uchinchidan esa har bir harfning optik tasavvuri grafikasini yaratish demakdir.

Yozma nutq quyidagi bosqichlardan oʻtadi: 1) yozish uchun niyatning paydo boʻlishi; 2) nima haqida yozish; 3) qanday yozish; 4) tovushni harfga aylantirish; 5) yozish jarayonini boshqarish. Yozayotgan paytda tovushni harfga aylantirish, oʻqiyotgan paytda harfni tovushga aylantirish murakkab psixofiziologik jarayonlar hosilasidir.

Yozish jarayoni akustik, optik, kinestetik, kinetik analizatorlarning birgalikda ishlashi hisobiga kechadigan jarayon. Tovushlarni tahlil qilish esa akustik va kinestetik analizatorlarning birgalikdagi ishlashi hisobiga amalga oshiriladi. Tovushlarni harflarga aylantirish akustik, kinestetik, optik analizatorlar hisobiga, harflarni yozish esa optik, fazoviy va harakat analizatorlari orqali amalga oshiriladi. Demak, yozish buzilishi miyaning peshona boʻlagi, uning mediobazal sohasi, chakka, pastki parietal va ensa sohasining oldingi qismi zararlanganda kuzatiladi. Dastlab bemorning harflarni unutish, oʻtkazib yuborish, boshqa joyga yozish, boshqa harf bilan almash-tirish, konfiguratsiyasini oʻzgartirib yuborish kabi shikoyatlari soʻraladi.

Agrafiyani tekshirish

1. Avtomatlashgan yozuv.

Familiyasi, ismi, otasining ismi: Qobulov Davron Olimovich.

2. Harflarni yozish.

Bosma harflarni koʻchirib yozish (bittali, juftli).

Harflarni verbal topshiriq orqali yozish (bittali, juftli).

n, t, o, l, s, a, sa, ln, tr, och, do, be, ds.

3. Soʻzlarni yozish.

4. Soʻzlarni koʻchirish: lola, bogʻ, piyola, lagan, baliq.

5. Verbal topshiriq orqali oddiy soʻzlarni yozish: ot, oyna, odam.

Verbal topshiriq orqali muxolif fonemalarni yozish.

Olam-odam, sanam-salom, tirnoq-turmoq.

6. Verbal topshiriq orqali murakkab soʻzlarni yozish.

Urbanizatsiya, signalizatsiya, sivilizatsiya.

7. Jumlani yozish.

8. Jumlani koʻchirish: quyosh chiqdi.

9. Jumlani verbal topshiriq orqali yozish: yomgʻir yogʻmoqda.

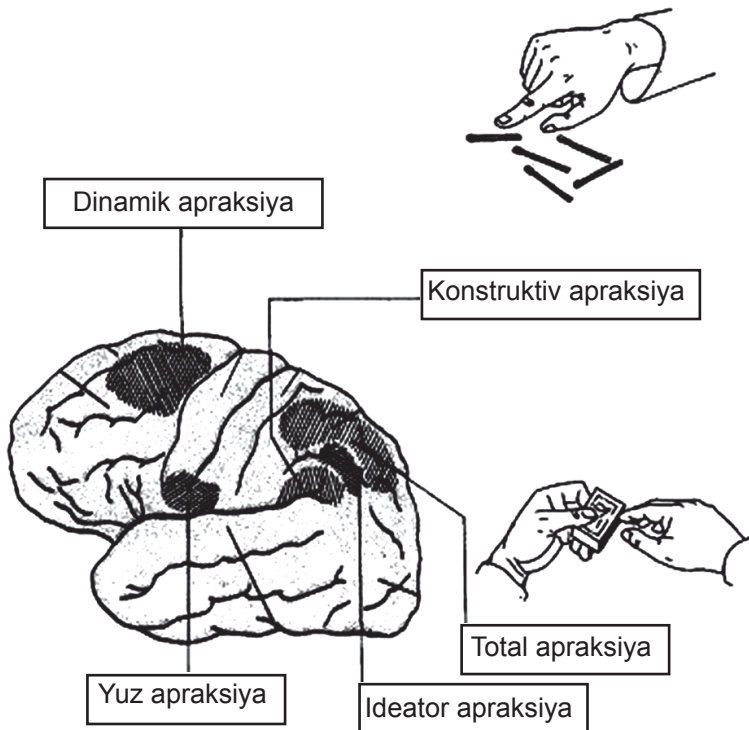
Yozish buzilishining turlariga qarab topik tashxis aniqlanadi va xulosa yoziladi.

3.11. Apraksiya

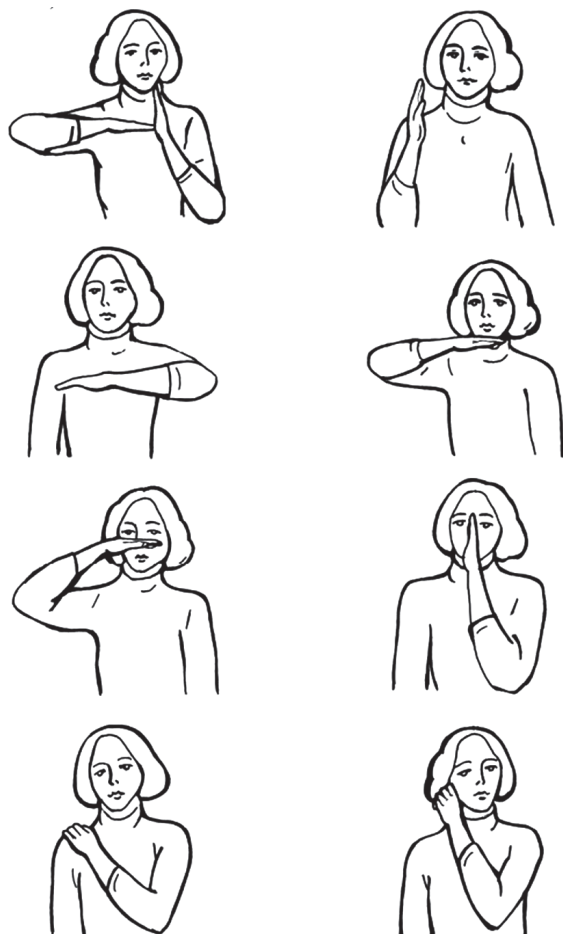
Apraksiya – maqsadga yo‘naltirilgan ixtiyoriy harakatlarni bajara olmaslik. Qo‘llarda falajlik bo‘lmasa-da, bemor biror bir maqsadni ko‘zlagan harakatlarni bajara olmaydi. Masalan, bemor gugurt qutilaridan uychalar, gugurt cho‘plaridan kvadrat, romb, uchburchak yasay olmaydi. Kiyinish, tugmasini taqish, ovqatni qoshiqda og‘zigacha olib kelish kabi maqsadga yo‘naltirilgan oddiy harakatlar mushkul bo‘lib qoladi.

Apraksiya tasnifi 1905-yili X. Lipmann tomonidan taklif qilingan bo‘lib, hozirgi kungacha ba‘zi davlatlarda qo‘llab kelinadi. U apraksiyaning 3 turini ajratgan: 1) **ideator apraksiya** – harakat to‘g‘risidagi g‘oyaning buzilishi, parchalanishi; 2) **kinetik apraksiya** – harakatning kinetik mexanizmi buzilishi; 3) **ideomotor apraksiya** – harakat qilish haqidagi maqsadni harakatni bajarish markaziga uzatishning buzilishi.

Ideator apraksiyani Lipmann bosh miyaning diffuz zararlanishi bilan bog‘lagan bo‘lsa, kinetik apraksiyani premotor sohaning pastki qismi zararlanishi bilan, ideomotor apraksiyani esa tepa bo‘lagi zararlanishi bilan bog‘lagan.



3-13-rasm. Po‘stloqning ushbu sohalari zararlanganda apraksiya kuzatiladi.

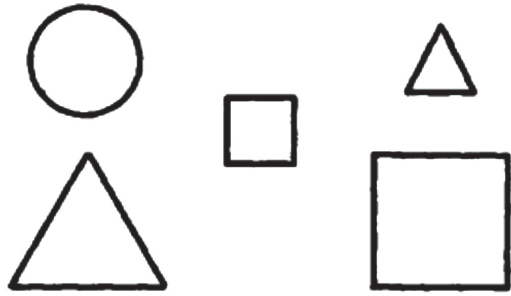
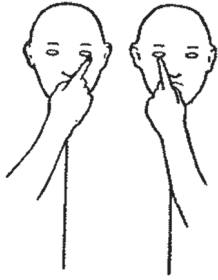


3.14-rasm. Optik-fazoviy apraksiyani tekshirish (Xed sinamasi).

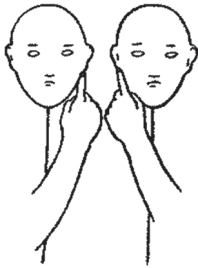
Sinovchi sinaluvchining ro'parasiga o'tirib oladi va quyidagi ko'rsatmani beradi: "Men o'ng qo'lim bilan nima qilsam, sen ham o'ng qo'ling bilan shuni qilasan. Chap qo'lim bilan nima qilsam, sen ham chap qo'ling bilan shuni qilasan". Har bir sinama bajarilganidan so'ng qo'l erkin holatga keltiriladi.

Ba'zi mualliflar oral, barmoqlar, tana va kiyinish apraksiyasi turlarini farq qilishadi. A.R. Luriya apraksiyaning 4 turini ajratib o'rgandi: 1) kinestetik apraksiya; 2) fazoviy apraksiya yoki apraktoagnoziya; 3) kinetik apraksiya; 4) regulyator (prefrontal) apraksiya.

1. Kinestetik apraksiya bosh miya chap yarim sharining pastki parietal sohasi zararlanganda rivojlanadi. Bunda falajliklar bo'lmasa-da, harakatning kinestetik mexanizmi izdan chiqadi. Bemor piyolaga choyning qanday quyilishi yoki shakar qoshiq bilan qanday olinadi-yu, piyolaga solib qanday eritilishini zarur narsalarsiz ko'rsatib bera olmaydi. Bunday paytda fazoviy harakatlar saqlangan bo'ladi, lekin harakat jarayonining propriozeptiv (kinestetik) mexanizmi 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 ro'y beradi.



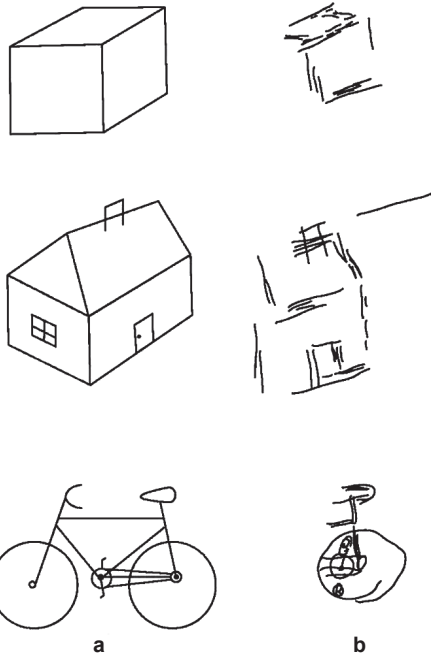
3.15-rasm. *Konstruktiv praksis.* Sinaluvchidan geometrik figuralarni xuddi shunday joylashuvda chizib chiqish so'raladi. Shakli ham, katta-kichikligi ham shunday bo'lishi kerak.



3.16-rasm. *Fazoviy praksis.* Sinaluvchidan o'ng qo'l bilan chap ko'zni, chap qo'l bilan o'ng quloqni ko'rsatish so'raladi (Xed sinamasi).



3.17-rasm. *Konstruktiv praksis.* Gugurt cho'pidan har xil shakllar yasash so'raladi (verbal topshiriq va ko'rsatma orqali).



3.18-rasm. *Konstruktiv praksis.* Nusxa ko'chirish: a – original rasmlar; b – bemor ko'chirgan nusxalar.

2. 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 rivojlanadi. Bemorda holat apraksiyasi, kiyinish va yotadigan joyni tartibga keltirish apraksiyasi ham kuzatiladi. Ularga ko'ruv nazorati yordam bermaydi. Harakatlarni bajarishda bemorning ko'zi ochiq yoki yopiq holatda bo'lishi ahamiyatli emas. Bemor oddiy shakllar – aylana, kvadrat, uchburchakni chiza olmaydi. Apraktoagnoziya chap yarim sharning tepa-ensa sohasi, aniqrog'i, 19- va 39-maydonlar zararlanganda yoki ikkala yarim sharning oksipitoparietal sohalari zararlanganda kuzatiladi.

So'ngra xuddi shu sinamalar verbal ko'rsatma orqali bajariladi: "O'ng qo'lingni ko'tar", "Chap qo'ling bilan o'ng qulog'ingni ushla" va h.k.

3. Kinetik (dinamik) apraksiyada bemor chizish, yozish yoki barmog'i bilan buyruq berish kabi oddiy harakatlarni bajara olmaydi. Kinetik apraksiya premotor soha (6-8-maydonlar) zararlanganda rivojlanadi. Bu apraksiya uchun harakat perseveratsiyalari, ya'ni bir harakatda to'xtab qolib uni hadeb takrorlayverish xos. Tekshirish usullari tepada batafsil keltirilgan.

4. 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. Bemor birinchi harakatdan ikkinchisiga bemalol o'ta olmaydi. Masalan, kvadratni chizib, ketidan uchburchakni chizish talab qilinsa, bemor uchburchak o'rniga kvadrat chizib qo'yadi.

3.12. Demensiya

Demensiya – kognitiv funksiyalarning orttirilgan buzilishi. Demensiya bosh miyaning og'ir zararlanishlari sababli rivojlanadi. Kognitiv funksiyalar deganda, diqqat, xotira, tafakkur, idrok, nutq, gnozis, praksis kabi oliy ruhiy funksiyalar tushuniladi. Demak, demensiya tafakkurning orttirilgan buzilishi, u tug'ma bo'lmaydi. Aqliy faoliyatning rivojlanishdan orqada qolishiga esa *oligofreniya* deb aytiladi. Shuning uchun tug'ilgandan buyon kognitiv buzilishlar aniqlangan bolalarga oligofreniya tashxisi qo'yiladi.

Epidemiologiyasi. Demensiya, odatda, 60 yoshdan so'ng rivojlana boshlaydi va kasallanganlar soni yosh oshgan sayin ko'payib boradi. Demensiya

60–65 yoshdagilarda 1–5 % kuzatilsa, 80 yoshga borib bu ko'rsatkich 30 % ga yetadi.

Tashxis. “Demensiya” sindromini aniqlash va baholash uchun bir necha algoritmlar ishlab chiqilgan. Bularning ichida eng ko'p qo'llaniladigani DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th ed. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1994*).

Demak, kognitiv funksiyalar buzilgan bemorga demensiya tashxisini qo'yish uchun, albatta, bosh miya zararlangan va bemorning hushi saqlangan bo'lishi kerak. Bu asosiy talablardan biridir.

Demensiyada xotiraning barcha turlari, ya'ni eshitish, ko'rish va harakat xotiralari buziladi. Eshituv xotirasi erta buzila boshlaydi va zo'rayib boradi. Bemor hozir va avval eshitgan gaplarni eslab qololmaydi. Bemor so'zlayotganda uning fikri chalg'isa (telefon jiringlab qoldi, uni eshitayotganlar luqma tashladi va h.k.), nima haqida gapirayotganini unutib qo'yadi. Unga kimdir biror voqeani ertalab so'zlab bersa, biroz vaqt o'tgach, uning tafsilotlarini unutib yuboradi yoki gap nima haqida ketganligi butunlay esidan chiqadi. Bunday bemorlar bilan xotirani kuchaytiruvchi aqliy mashqlar o'tkazish deyarli samara bermaydi. Og'ir holatlarda hozir eshitgan gapini tezda esidan chiqaradi, to'g'rirog'i, eslab qola olmaydi. Demensiyada xotiraning barcha bosqichlari, ya'ni eslab qolish, esda saqlash va qayta esga tushirish keskin buziladi.

Bir necha oydan so'ng uzoq muddatli xotira ham buzila boshlaydi. Bemor avvalgi hayotida bo'lib o'tgan voqealarni esiga tushura olmaydi. Kasallik zo'raygan sayin bemor o'tmishini umuman unutadi. Obrazli qilib aytganda, ularni “o'tmishi yo'q odamlar” deb atash mumkin. *Har doim ko'rib yuradigan tanishlarini yuziga qarab eslay olmaslik – demensiyaning dastlabki va eng ko'p uchraydigan belgilaridan biridir.* Prozo-pagnoziya deb atalmish bu simptom bosh miyaning ensa-tepa sohasi atrofiyasida ko'p kuzatiladi. Ushbu sohalar atrofiyasi optik-fazoviy agnoziya belgilari bilan namoyon bo'ladi. Oddiy qilib aytganda, bemorda geografik xotira buziladi. Bunday bemor ko'chaga chiqsa, uyini topib kela olmaydi. Boradigan joyini ham topolmaydi yoki nima uchun uydan chiqqanligini unutib qo'yadi. Agar bemorning ro'parasida o'tirib: “Mening o'ng qo'limni ko'rsating desangiz, u sizning chap qo'lingizni ko'rsatadi”. Bemor raqamsiz soatda vaqtни to'g'ri ko'rsata olmaydi yoki raqamli soatni to'g'ri chizolmaydi. Har xil vaqtlarni ko'rsatuvchi soat millariga qarab, soat necha bo'lganini aytib berishda juda qiynaladi. Shu bois, demensiyani aniqlashda soat bilan bog'liq sinamalardan ko'p foydalaniladi.

Semantik xotira ham erta buziladi. Unga: “Lola Karimdan oqroq, kim qora?” yoki “Olim Hakimdan uzunroq, kimning bo‘yi past?” deb so‘ralsa, so‘zlarning ma‘nosiga uzoq vaqt tushunmay turadi. Bu gaplarni bir necha bor qaytarsa ham, bemor to‘g‘ri javob bera olmaydi.

Eslatma. Demensiya tashxisini qo‘yish uchun yaqqol ifodalangan xotira va fikrlash buzilishlari kamida 6 oydan buyon kuzatilayotgan va davom etayotgan bo‘lishi kerak.

Demensiyada xotira buzilishi, albatta fikrlash jarayoni buzilishi bilan kechadi. Bemor fikrini bir joyga jamlab, iboralar tuza olmaydi, qaysidir voqea haqida so‘zlab bermoqchi bo‘lsa, uning uddasidan chiqa olmaydi, so‘zlardan gap tuza olmaydi. Bemorda umumiy fikrlash ham, abstrakt (lot. *abstractio* – biror bir narsa yoki hodisaning qaysidir bir xususiyati yoki belgisini ajratib ko‘rsatib berish, aytib berish) fikrlash ham buziladi. Abstraksiya fikrlash jarayonining asosini tashkil qiladi. Bemor atrof-dagi narsalar nomini to‘g‘ri aytib bera olmaydi, ya‘ni ularda amnestik afaziya simptomlari yaqqol ko‘zga tashlanadi. Maqsadga yo‘naltirilgan ixtiyoriy harakatlar ham buziladi, ya‘ni apraksiya rivojlanadi. Kasbiy faoliyat ham izdan chiqadi. Shuningdek, har doim bajariladigan oddiy amallar, ya‘ni kiyinish, soqol olish, tish yuvish, chiroqni o‘chirib-yoqish, tirnoq olish, choy damlash, dush qabul qilish, eshikni ochish kabi maqsadga yo‘naltirilgan faoliyat izdan chiqadi. Bemor oddiy arifmetik operatsiyalarni ham to‘g‘ri bajara olmay qoladi.

Demensiyada nutq funksiyasi uzoq vaqt saqlanib turadi. Keyinchalik nutq buzila boshlaydi va bemorda afaziyaning barcha turlarini (amnestik, sensor, motor) kuzatish mumkin. Dastlab amnestik afaziya, keyinchalik sensor va motor afaziya rivojlanadi. Albatta, nutq markazlarining o‘choqli zararlanishlari (masalan, insultdan so‘ng) sababli rivojlangan demensiya bundan istisno.

Demensiyada bemorning shaxsi ham o‘zgarib boradi. Unda o‘ziga va kasallikka bo‘lgan tanqidiy munosabat buziladi. Bemor kir va iflos yuradi, tozalikka rioya qilmaydi, uyalmaydi. Demensiyaning ba‘zi turlarida ruhiy faoliyatning keskin pasayishi (apatiya, depressiya, moti-vatsiyaning so‘nishi) kuzatilsa, boshqa holatlarda, aksincha, psixomotor qo‘zg‘alishlar (agressiya, giperdinamik holat) shakllanadi. Ayniqsa, fronto-temporal demensiya va Pik kasalligida shaxsning turli darajada buzilishlari kuzatiladi.

Aytib o'tganimizdek, bosh miya jarohatlarida ham demensiya rivojlanadi. Biroq bosh miya jarohatidan keyin rivojlangan xotiraning alohida buzilishlari (turli amneziyalar) – demensiya emas. Demensiya uchun barcha kognitiv funksiyalar buzilishi (amneziya, afaziya, apraksiya, agnoziya) xos. Har qanday etiologiyali demensiyada kognitiv buzilishlar to'xtovsiz zo'rayib boradi. Bu jarayon biroz to'xtashi yoki davolashlar natijasida qaysidir funksiyalar birmuncha tiklanishi mumkin. Biroq kasallik zo'rayib boraveradi. Demensiyaning so'nggi bosqichlarida bemor qayerda yashayotganini va o'zini anglay olmay qoladi. Bemor o'z bolalarini ham tanimaydi: uning yoniga kirgan qizi yoki o'g'liga «Siz kimsiz?», deb savol beradi. Bemor ovqat yeyman deb aytmaydi, hojatga o'zi bormaydi, siydik ushlay olmaydi. Uni qay holatda yotqizsa, shu holatda yotaveradi. Yuzdagi hissiy ifoda butunlay so'nadi. Bunday bemor ham ruhan, ham jismonan nogiron bo'lib qoladi.

Shu yerda depressiyada uchraydigan demensiya haqida to'xtalib o'tsak. Depressiya bilan kasallanganlarda ham demensiyaga o'xshash simptomlar aniqlanadi. Bu holat *pseudodemensiya* deb ataladi. Pseudodemensiya tashxisi qachon qo'yiladi? Ularda kognitiv buzilishlar boshlanishidan ancha oldin depressiya belgilari kuzatiladi. Pseudodemensiyada xotira buzilishi ustunlik qiladi. Apraksiya va afaziya esa kuzatilmaydi. Bunday bemorda neyropsixologik testlar turli xil natija beradi: ba'zida test natijalari bemorda hech qanday demensiya alomatlarini ko'rsatmasa, ba'zida demensiya aniqlanadi. Neyropsixologik testlar o'tkazishdan oldin bemorga tez ta'sir qiluvchi psixostimulyatorlar (masalan, kofein) qilinsa, test natijalari yaxshi bo'lishi mumkin. Oddiy neyropsixologik testlarni to'g'ri bajara olmaydigan bemorning kasbiy faoliyati saqlanib qolishi mumkin. Bemor ishga borib kelaveradi, uy yumushlarini bajarib yuradi, bozor-o'char qiladi, bolasi-ga mehribonlik ko'rsatadi, yaxshi kiyinadi, o'ziga e'tibor qiladi. Biroq har doim xotira buzilishidan shikoyat qilib yuradi: avval borib-kelib yurgan yo'llarini adashtiradi, shaharning qaysi chekkasiga qanday borishni unutib qo'yadi, odamlar bilan gaplashganda suhbat tafsilotini aytib bera olmaydi. Bemorda eslab qolish qobiliyati ancha buzilgan bo'ladi. Depressiya darajasi va kechishiga qarab kognitiv buzilishlar darajasi ham o'zgarib turaadi. Demensiya tashxisini qo'yishdan oldin, albatta depressiya bor-yo'qligi inkor qilinadi. Buning uchun bemorning psixologik statusi suhbatlar va psixologik testlar (Gamilton shkalasi) yordamida tekshiriladi. Chunki depressiya demensiyaga qaraganda ko'p uchraydi.

Demensiya nafaqat bosh miya katta yarim sharlarining po'stloq hujayralari, balki po'stlog'osti tuzilmalar zararlanganda ham rivojlanadi.

Po'stloq zararlanishida kuzatiladigan demensiyaga **kortikal demensiya**, po'stlog'osti tuzilmalari zararlanganda kuzatiladigan demensiyaga **po'stlog'osti demensiyasi** deb aytiladi. Po'stlog'osti demensiyasida afaziya, apraksiya va akalkuliya kabi kortikal simptomlar aniqlanmaydi. Po'stlog'osti tuzilmalari peshona markazlari bilan uzviy neyronal bog'lanishlarga ega. Shu bois po'stlog'osti zararlanishida frontal simptomlar ham paydo bo'ladi, ya'ni bradifreniya (psixik faoliyatning sustlashuvi), gipokineziya va shaxs buzilishlari.

Po'stlog'osti dementsiyasi deyarli har doim ekstrapiramidal buzilishlar (parkinsonizm) bilan birgalikda namoyon bo'ladi. Po'stlog'osti dementsiyasida gnostik jarayonlar, ya'ni bilish va tanish jarayonlari deyarli buzilmaydi. Kortikal dementsiyada esa ular keskin buziladi. Avval po'stlog'osti tuzilmalari zararlanib, keyin patologik jarayon po'stloq tuzilmalarini ham qamrab olsa, aralash tipdagi demensiya shakllanadi. O'tkir serebrovaskulyar kasalliklar sababli rivojlangan demensiyani ko'pincha aralash tipdagi demensiya deb atash mumkin.

Davolash. Davolash muolajalari kompleks tarzda olib boriladi va quyidagi dori vositalari qo'llaniladi. Takrin 1 kaps. (10 mg) dan kuniga 4 mahal ovqatdan oldin ichishga buyuriladi. Bemor takrinni yillar mobaynida qabul qilishi kerak. Donepezil kechqurun yotishdan oldin 5 mg dan ichishga buyuriladi. Bir oy o'tgach, bemor dorini 10 mg dan 6 hafta mobaynida ichishi lozim. Rivastigmin (ekselon) dastlab 1 mg dan kuniga 2 mahal ichishga buyuriladi va har 2 haftada dozasi oshirib boriladi. Memantin dastlab 5 mg dan ovqat paytida ichishga buyuriladi.

Prognoz. Ko'rsatib o'tilgan dorilar kasallikning boshlang'ich davrida samarali. Ammo demensiya sekin-asta zo'rayib boradigan kasallik. Demensiya qancha erta boshlansa, prognoz shuncha yomon hisoblanadi.

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 faniga qanday hissa qo'shgan?*
5. *Agnoziya va uning qanday turlari bor?*
6. *Nutq markazlari va afaziya haqida so'zlab bering.*
7. *Agrafiya nima, uning qanday turlarini bilasiz?*
8. *Apraksiya haqida so'zlab bering.*
9. *Demensiya sabablarini ayting.*
10. *Demensiya klinikasini so'zlab bering.*

IV BOB. BOLALIK DAVRI PSIXOLOGIYASI

4.1. Bola ruhiyati shakllanishining asosiy bosqichlari

Bolalik davridagi har qanday kasallik asab va ruhiy faoliyatning sog'lom tarzda rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi va organizmda turli darajada ifodalangan asoratlar qoldiradi. Shuning uchun ham 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 dunyoga keladi. Shuning uchun unga ruhiy sog'lom muhit yaratib berish lozim.

Shu yerda bir misol keltirib o'tamiz. Uyida yolg'iz qolgan homilador ayol zerikkanidan faqat pianinoda o'ziga yoqqan bitta kuyni chalib yuradi. Bola tug'ilganidan so'ng xuddi shu kuy chalinsagina tinch uxlaydigan bo'lib qoladi. Bu o'ziga xos fenomen hanuzgacha ilmiy tomondan tasdiqlangani yo'q. Hayotda bunga o'xshash misollar ko'p. Masalan, homiladorlik davrida hadeb ruhan ezilaveradigan ayolda bolaning ruhiy nuqsonlar bilan tug'ili-shi havfi juda yuqori bo'ladi.

Bola organizmi rivojlanishida jiddiy davrlar farqlanadi. Funksional sistemalar shakllanadigan davrlar rivojlanishning jiddiy davrlari deb ataladi. 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 davrlarini o'rganish uchun nutq shakllanishi jarayonini misol qilib olamiz. Ma'lumki, nutqni egallab olish qobiliyati vaqt nuqtai nazaridan chegaralangan. Bola tug'ilgach, nutq rivojlanishini ta'minlab beruvchi morfologik, biologik, neyrokimyoviy va psixofiziologik mexanizmlar ishida uzilish bo'lsa, nutq va u bilan bog'liq boshqa oliy ruhiy funksiyalar shakllanishida nuqsonlar yuza-

ga kela boshlaydi. Masalan, vaqtida aniqlanmagan tug'ma karlik nutq rivojlanishiga katta salbiy ta'sir ko'rsatadi. Bunda nutqni ta'minlab beruvchi funksional 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, keyinchalik nutq rivojlanishi katta shubha ostida qoladi. Buning orqasidan boshqa oliy ruhiy funksiyalar shakllanishi ham oqsay boshlaydi. Ularning shakllanish jarayonida ham jiddiy davrlar mavjud bo'lib, biron bir tashqi yoki ichki salbiy ta'sirlar ostida funksional sistemalararo bog'lanishlar to'xtab qolishi mumkin. Bunga qattiq qo'rquvdan so'ng bolada nutqning birdan yo'qolishi misol bo'la oladi.

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 va aql bilan to'g'ri munosabat o'rnatish bolaning aqliy va psixo-emotsional rivojlanishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, albatta.

Nutq shakllanishida ruhiy funksiyalarning bir maromda rivojlanganligi katta ahamiyatga ega. Bolada yozma nutq markazlarining sust rivojlanishi so'zlarni to'g'ri yozishni o'rgatishda qiyinchiliklar tug'dirsa, og'zaki nutqdagi nuqsonlar 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 asab va ruhiyat buzilishlari o'z vaqtida aniqlanib, unga davo qilinishi g'oyat muhimdir.

Endi tibbiy psixologiya va pediatriyada eng jiddiy kasalliklardan biri bo'lmish giperaktiv sindrom haqida so'z yuritamiz.

4.2. Giperaktiv sindrom

Bola xulq-atvori buzilishi bilan namoyon bo'ladigan bir qancha neyropsixologik va psixoemotsional buzilishlar majmuasiga **giperaktiv sindrom** deb aytiladi. Giperaktiv sindrom, ayniqsa, erta maktab yoshidagi bolalarda ko'p uchraydi. Ota-onalar bolasining bebosh bo'lib qolgani, 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 bolani psixologga ko'rsatmasdan tarbiyaning qattiq usullarini ishga solib «mayib» qilib qo'yishadi.

Etiologiyasi. Homiladorlik davridagi turli kasalliklar, ya'ni o'tkazilgan kuchli stresslar, anemiya, avitaminoz, virusli infeksiyalar homila rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Shuningdek, tug'ish paytidagi asoratlar, ilk bolalik davridan boshlab noto'g'ri tarbiya va, albatta, er-xotin orasidagi doimiy kelishmovchiliklar giperaktiv sindromning asosiy sabablari hisoblanadi.

Klinikasi. Giperaktiv sindromning asosiy belgilari bola irodasi, his-tuyg'ulari va xulq-atvori buzilishlaridan iborat: 1) impulsiv harakatlar; 2) bir joyda tinch o'tira olmaslik; 3) boshlagan o'yinni oxiriga yetkazmaslik; 4) birovning gapiga quloq solmaslik; 5) o'z bilganidan qolmaslik, qaysarlik; 6) diqqatning pasayishi, uquvsizlik; 7) atrofdagilar ishiga 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'chada, maktabda 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 ilmi bo'yicha ustunligi bilan ajralib turadi. Shunday bo'lsa-da, ular darsda yaxshi nutqqa ega bo'lmasliklari, nozik harakatlar talab qiluvchi ishlarni bajara olmasliklari, yangi mashg'ulotlarni o'zlashtira olmasliklari 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 sabr-toqatni talab qiladi. Bunday bolaning tarbiyasida bir tomondan keraksiz qattiqqo'llikni, ikkinchi tomondan esa ortiqcha rahmdillikni kamaytirish lozim. Chunki o'ta qattiqqo'llik bolani battar qaysar va o'jar qilib qo'ysa, o'ta rahmdillik

undagi yig'loqilik va erkalikni kuchaytiradi. Bolaga qo'yilgan talab uning yoshiga mos bo'lishi kerak. Undan o'zi bajara olmaydigan ishlarni talab qilmaslik lozim. Bolani qanday tarbiyalash kerakligi to'g'risidagi bahslar uning yonida olib borilmaydi. Tarbiya faqat tanbehdan iborat bo'lmasligi va boladagi har bir kamchilik unga yotig'i bilan tushuntirilishi zarur.

Tibbiy psixolog ota-onaga giperaktiv bolani davolash uzoq vaqt davom etishini tushuntirishi va aniq ko'rsatmalar berishi zarur. Bolaning xulq-atvoridagi o'zgarishlarni faqat so'zlar bilan emas, balki uning fikrini chalg'ituvchi yumushlar, topshiriqlar bilan davolash o'ta muhim. Buning uchun bola turli to'garaklar va sportning o'zi xohlagan turiga (suzish, badantarbiya, tennis, futbol va h.k) qatnashi 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 kasalligi va turli surunkali infeksiyalar (tonzillit, gaymorit, otit va h.k) asorati ham bo'ladi.

Nevrolog olimlar boladagi giperaktiv sindromning asl sababi bosh miya to'qimalarining tug'ma yetishmovchiligi va notekis rivojlanishi sababli deb ham qaramoqdalar. Bunday paytlarda, odatda, miyaning minimal disfunktsiyasi tashxisi qo'yiladi. Ammo psixologlar bu fikrni inkor qilmagan holda giperaktiv sindromning asl sabablaridan yana biri, noto'g'ri tarbiya deb hisoblashadi. 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 bolada ham giperaktiv sindromni kuzatish mumkin.

Tibbiy-psixologik yordam ko'rsatish. Giperaktiv bolani davolashda ota-onalar faol ishtirok etishlari va quyidagi maslahatlarga amal qilishlari zarur. *Birinchi*dan, ota-ona bolaning «yomon qilig'idan» so'ng jahliga erk bermay va bolani urishib tashlamay, nima bo'lganini aniqlab, bolani qo'llab-quvvatlab, uning xatosini tushuntirib beradi. Ba'zan bu shart ham emas, chunki har gal uning xatosini tushuntiraverish teskari natija beradi. Xatoni tuzatishdan ko'ra, uning oldini olish oson. Chunki biror narsaga intilgan bola xato qiladi. Shuning uchun ham uning intilishlarini rag'batlantirish kerak. *Ikkinchi*dan, ota-ona bolaga nisbatan qattiq va keskin iboralar, qo'rqitishlardan o'zini tiyishi, bolaga zarda qilmasligi va g'azab bilan gapirmasligi kerak. Har qanday holatda ham uni kamsitmaslik kerak. «Yo'q!», «Mumkin emas!», «Hali mendan ko'rasan!», «Bas qil!» kabi iboralarni ko'p ishlatmaslik lozim. Bolaga bu so'zlar ta'sir qilmay, uni o'jar qilib qo'yadi. Ba'zi hollarda bola depressiyaga tushib, gapirmay qo'yadi. Bu holat, ayniq-

sa 3-5 yoshli bolalarda ko'p kuzatiladi. *Uchinchidan*, iloji boricha bolaga alohida xona qilib berish va uni turli narsalar (o'yinchoqlar, qiziqarli kitoblar, «lego» va shunga o'xshash moslamalar) bilan boyitish zarur. Bolaning xonasidagi narsalar yaltiroq va qizil rangli bo'lmagani ma'qul. Bolani uzoq davom etuvchi multfilmlar va kattalar ko'ruvchi kinofilmlardan asrash kerak. Televizor oldida ko'p o'tirish va kompyuter bilan ko'p qolib ketish asab tizimi va ruhiyatiga yomon ta'sir ko'rsatadi. Bolani sport va musiqa to'garaklariga berish va uning muvaffaqiyatlarini rag'batlantirib borish juda zarur.

Profilaktikasi. Shu yerda buyuk mutafakkirlar tomonidan yozib qoldirilgan o'gitlarni keltirib o'tamiz.

Bola yashashni hayotdan o'rganadi. Agar bola tanbeh olaversa, u nafratlanishni o'rganadi, bola adovatda yashasa, tajovuzkor, masxara qilinsa, indamas, odamovi bo'lib qoladi, hadeb tanqid qilina-versa, o'zini gunohkor his qilib o'sadi. Agar bola sabr-toqat, xotirjamlik bilan o'stirilsa, u boshqalar-ni tushunishni o'rganadi, qo'llab-quvvatlansa, u o'z kuchiga ishona boshlaydi, maqtalsa, u minnatdor bo'lishni o'rganadi. Agar bola vijdoniylik va halollikda ulg'aysa, u adolatli inson bo'lib yetishadi, agar xavfsizlikda yashasa, u insonlarga ishonishni o'rganadi.

4.3. “Zamonaviy Maugli” sindromi

Tarixga bir nazar. Hindistonda tug'ilgan ingliz yozuvchisi Red'yar Kiplin 1895-yili “Changalzorlar kitobi” nomli asar yozadi. Ushbu kitobda inson oyog'i yetmas qalin o'rmonzorda o'sgan bola haqida hikoya qilinadi. Gap shundaki, chaqalog'i bilan qalin o'rmonzorga kirgan ota-ona sherga duch kelishadi. Undan qochayotib chaqaloqni qoldirib ketishadi. Sher bolaga tegmaydi. Chaqaloqni ona bo'ri topib oladi va u bo'rilar galasida ulg'aya boshlaydi..

Aslida bo'lib o'tgan ushbu voqea turli xil talqinlarda “Maugli” nomli multfilmlar yaratilishiga turtki bo'ldi. Maugli – ongsiz mavjudotlar, ya'ni hayvonlar orasida yashayotgan yovvoyi bola. Bu multfilmni ko'rmagan inson bo'lmasa kerak. Qalin o'rmonzorga ov qilishga borgan ovchilarning ko'zi bo'ri bolalari bilan o'ynab yurgan olti yoshlar chamasi bolaga tushadi. Bolakay bo'rilarga o'xshab to'rt oyoqlab yugurar, sakrar va uvillar edi. Uni ushlab olishganida irillab tishlarini g'ijirlatib odamlarni tishlashga urinadi.

Mauglini odamlar orasiga olib ketishadi. Ovchilar u bilan suhbatlashmoqchi bo'lishadi, biroq bola o'zini yovvoyi hayvonlardek tutar, tishini g'ijirlatar va odamlar qo'lidan otilib chiqib ulardan qochib ketishga urinar

edi. U soʻzlay olmasdi. Bir amallab bolani olib ketishadi va odamlar orasiga qoʻshib qoʻyishadi. Uni aqliy zaif deb oʻylashadi. Biroq u aqliy zaif emas edi. Faqat unda nutq rivojlanmay qolgan edi xolos. Maʼlumki, hayvonlarda nutq ham, ong ham boʻlmaydi. Faqat insonlar uchun xos boʻlgan nutq ong rivojlanishida oʻta muhim ahamiyatga ega. Odam chaqaloqlik davridan tortib nutq orqali boshqalar bilan muloqotda boʻladi va uning boshqa ruhiy funksiyalari ham nutq orqali rivojlanib boradi. Tabiiyki buning uchun ijtimoiy muhit ham kerak.

Bizning qavmimizdan deb, odamlar orasiga zoʻrlab olib kelingan bolakay yana hayvonlar galasiga, yaʼni olti yildan buyon yashab kelayotgan vatanga qaytadi. U odamlar jamoasidan koʻra, boʻrilar galasini maʼqul koʻradi. Bola ongli dunyodan voz kechib, ongsiz dunyoni maʼqul koʻrdi. Ovchilar bu bolaning aqli zaif deb notoʻgʻri xulosaga borishgan. Bu sindom – ilmiy tomondan boshqacha talqin qilinishi kerak boʻlgan sindrom. Bu sindromni taʼbir joiz boʻlsa, “Maugli sindrom” deb atash taklifini ilgari suramiz.

Men kuzatgan bitta holat oʻsha davrda roʻy bergan ongsiz dunyoda oʻsib ulgʻaygan bolani eslatdi. Qizigʻi bu bolaning ham yoshi oltida. Oʻsha davrdagi Maugli ongsiz muhitda (oʻrmonzor, hayvonlar) oʻsib ulgʻaygan boʻlsa, men kuzatgan bola ham ongsiz muhitda (planshet, smartfon) oʻsayotgan bola. Unda ham nutq rivojlanmay qolgan va uning xulq-atvori ham xuddi Maugli kabi edi. Oʻsha tekshiruvlarim natijasi bilan tanishib chiqsak.

U taʼlim sohasida suyagi qotgan ziyoli inson edi. Bir kuni qoʻl telefonim jiringlab qoldi. Keling, uning ismini oʻzgartirib Olim aka deb qoʻya qolay. Olim aka menga qoʻngʻiroq qilib, oʻz iltimosini uzoq tushuntira ketdi:

– Xorijdan qizim keldi, uning oʻgʻlini bir koʻrib bersangiz, xulq-atvori keskin oʻzgargan, koʻrsatmagan joyim qolmadi, har xil tashxislar qoʻyilgan, doktorlar aniq fikrga kelisha olmayapti, davolash samara bermayapti, bolani faqat neyropsixolog davolay olishi mumkin, deyishdi ular.

Bu oila bilan bizning azaldan bordi-keldimiz bor. Oʻgʻli Yevropada, qizi AQSh da yashaydi, nevaralar oʻsha yoqlarda tugʻilgan va tarbiyalanmoqda.

Ularni uyga taklif qildim. Ota-bobolarimiz rasm-rusumidan uzoqlashmay xontaxtaga dasturxon yozdim. Er-xotin qizi va ikkala nevarasi bilan kelishibdi. Oʻgʻil nevara olti yoshlardan oshgan, qiz nevara esa uch yoshlar chamasi edi. Oʻgʻil nevarasi eshikdan kirgan zahoti, butun diqqat-eʼtiborimizni oʻziga tortdi. U begona joyga kirgan baʼzi qiziqqon bolalarga oʻxshab, “U kim?”, “Bu nima?” deb savollar ham bermadi, bizga ham eʼtibor qilmadi. Odatda, toʻpolonchi bolalar ham begona joyga borsa, u yerni koʻzi bilan bir sidra oʻrganib chiqadi, ota-onasining pinjiga kirib, tinch oʻtirishga harakat qiladi. Bu bola esa sakrab dasturxon ustiga chiqib oldi-da, uning ustidagi

yeguliklarni pala-partish og'ziga sola boshladi, so'ngra bolaning ko'zi stol chekkasida turgan mening sensorli telefonimga tushdi. Bola dasturxonadan qo'lga olgan narsalarni turgan joyiga tashladi va undan sakrab tushib telefonga yopishdi. Telefonni darrov o'ynay ketdi va xonani bir aylanib chiqib, televizor pultiga yopishib oldi. Jajji qizaloq ham akasining xatti-harakatlariga taqlid qila boshladi. Bir zumda bo'layotgan bu holatdan uyalib ketgan (bizning uyga kelishmaganiga ikki yildan oshgandi) Olim aka nevarasini tartibga chaqirmoqchi bo'ldi. Nevara uning yelkasiga sakrab chiqib oldi. Olim aka nevarasini etagiga zo'rg'a tushirdi-da, telefon va televizor pultini qo'lidan olib menga uzatdi.

Oradan biroz fursat o'tib, qizim mehmonlar olib kelgan tovuq go'shtini to'g'rab, chinni idishlarga solib, dasturxonga tortdi. So'ngra pomidor sharbatini piyolalarga quyib, endi uzataman degan ham ediki, bola birinchi likopchadagi tovuqqa jon holatda tashlanib, uni bir-ikki tishladi-da dasturxonga irg'itdi. Pomidor sharbati solingan piyola ag'darilib dasturxonga to'kilib ketdi. Bu holatni ko'rib, buvisi qattiq xijolat tortdi va bolani uydan olib chiqa qol, dedi qiziga.

Bebosh bolani na onasi, na buvisi, na buvasi, na xotanim tartibga chaqira olardi. Men bolaga indamay, uni kuzatishda davom etdim, hatto o'z holiga qo'yinglar, o'ynayversin, dedim. Axiyri Olim aka qiziga qarab "Kichkinani tashqariga olib chiq, o'g'lingni Zarifboy akang bir tekshirsinlar", – dedi. So'ngra nevarasiga qarab u bilan gaplashmoqchi bo'ldi. Bu bola juda aqlli, qani ayt-chi deb kichik-kichik matematik savollar bera boshladi. Bola savollarga to'g'ri javob berardi, biroq hech narsaga e'tiborsiz, ko'zlari ko'p o'ynar va bir joyda tek turmasdan ko'p tipirchilar edi. Oradan yarim soatcha vaqt o'tdi. Bola hech tinim bilmas va inson bolasiga xos bo'lmagan xatti-harakatlarni qilishdan to'xtamasdi. Bunday bolada neyropsixologik tekshiruvlar o'tkazish uchun bir necha xodimlari bor kichik bir laboratoriya kerak edi. Rafiqam "Yur o'g'lim sanga hovlini ko'rsataman", deb bolaning buvisi bilan birgalikda tashqariga chiqishdi. Biz Olim aka bilan xonada yolg'iz qoldik.

– O'zingiz ko'rib turibsiz. Nevaramizda mana shu holat faqatgina uxlaganda tinchiydi. Bundoq qarasa, yoshidan ortiq aqli bor, biroq xulqi nega bunaqa? – dedi siqilib Olim aka.

– Bu nima? Bu o'sha Siz kitobingizda yozgan "Bebosh bola sindromi"mi?

– "Olim aka! Nevarangizdagi hulq-atvor buzilishlari bebosh bola sindromiga sig'maydi, bu boshqa sindrom, dedim. Bebosh bola sindromida tafakkur saqlanib qoladi, faqat xulq-atvor va diqqat-e'tibor buzilgan bo'ladi. Sizning nevarangizda diqqat umuman yo'qolgan, tafakkur doirasi ham toraygan.

Olim aka menga xavotir bilan qaradi-da:

– Ishqilib ruhiy kasallik emasmi? Nega nevaramda shuncha bo‘lmag‘ur qiliq, axir ular qayerdan paydo bo‘lgan, bizning naslimiz toza-ku?

– Bu “Zamonaviy Maugli” sindromi dedim.

Shifokor bo‘lmasa-da, dunyoqarashi keng bu inson ajablanib:

– Birinchi marta eshitishim, axir bunday sindrom yo‘q, shekilli?

– To‘g‘ri. Bunday tashxis yo‘q, biroq endi shunday tashxisni o‘ylab topishga to‘g‘ri keladi. Birinchi bor bu tashxisni Sizning nevarangizga qo‘ymoqchiman.

Olim aka indamay, bir nuqtaga tikilib xayol surib qoldi. Olim akaga aytib, qizini, ya‘ni bolaning onasini chaqirtirdim. Qizi hovlidan qaytib kelib yonimizga o‘tirdi. Men bolaning onasini asta suhbatga tortdim. Homiladorlik qanaqa o‘tgani, bola tug‘ilgach, uni qanday tarbiyalagani haqida so‘rab-surishtira boshladim.

– Mening bilishimcha, ikkala bola ham AQSh da tug‘ilgan va o‘sha yerda tarbiyalanyapti, to‘g‘rimi?

– Ha, – dedi u.

– Bola mening beshikdan boshlab turli xil elektron o‘yinchoqlarga o‘rgangan shekilli?

– Ha, adashmasam ikki oyliyidan planshetni arg‘imchoqqa osib qo‘yganman.

– Nega?

– Bolaning miyasini rivojlantirish uchun.

– O‘zingiz-chi, o‘zingiz bola bilan muloqot qilarmidingiz?

– Ha, bola katta bo‘lgan sayin men u bilan muloqot qilishga intilardim, biroq u men bilan muloqot qilmasdi.

– Unda bola kim bilan gaplashardi?

Ona mening savolimni tushundi shekilli:

– Planshet bilan, – dedi va xavotir bilan menga qaradi.

– Axir, onangiz tarbiyalashga sizlarnikiga borib turardilar shekilli?

– U ikkimizdan ham planshetni afzal ko‘rardi, unga planshet bo‘lsa bo‘lgani edi.

– Demak, bolaning ko‘z ochib ko‘rgani planshet bo‘lgan ekan-da?

– Ha, shunday desa ham bo‘ladi, aytdim-ku, mening o‘qishim bor, adasi deyarli bolaga qaray olmagan. Ishdan, o‘qishdan charchab kelib uxlab qolardik. Bilasiz, Amerikada yashash va o‘qishning o‘zi bo‘lmaydi, – dedi uning kayfiyati cho‘kib.

Men ularga hammaga yod bo‘lib ketgan Maugli haqidagi multfilmni neyropsixologik nuqtai nazardan tushuntirib berdim. Tug‘ilgandan

faqat hayvonlar orasida o'sib-ulg'aygan Maugli o'rmondagi barcha hayvonlarning xatti-harakatlarini bemalol takrorlagan, biroq odamga o'xshash birorta ongli harakatlarni qila olmagan, nutq ham rivojlanmay qolganligini barchamiz bilamiz. Maugli yer sharidagi yakka-yu yagona ongli mavjudot bo'lmish insonga xos fazilatlardan mahrum bo'lganidan ham xabarimiz bor. Chunki u odamlar bilan muloqotda bo'lmadi. Mauglini olimlar odamlar orasida tarbiyalab, unda odamlarga xos fazilatlarni shakllantirmoqchi bo'lishdi. Biroq hech qanday natijaga erishilmadi. Maugli odamlardan voz kechib, yana yirtqich hayvonlar orasida yashashni ma'qul topdi.

Ha, biz yoshligimizdan biladigan Maugli ongsiz mavjudotlar orasida katta bo'lganligi bois, unda ong rivojlanmay qoldi. Hozirgi bolalarni esa ona qornidan tushgan zahoti ham ongsiz, ham jonsiz narsalar, ya'ni planshetlar og'ushida katta qilishga harakat qilayapmiz. Natijada zamonaviy Mauglilar soni ortib bormoqda. Bu voqea, albatta, meni ham taajjubga soldi.

Neyropsixolog sifatida miyaning ba'zi funksiyalarini yana bir bor eslatib o'tmoqchi edim. Bu haqda men kitoblarim hamda OAV ga bergan intervyularimda ko'p bora ma'lumot berganman. Insonning miyasi ikki yarim shardan iborat. Chap yarim shar bola bilan nutq (muloqot) orqali rivojlanadi, ya'ni bola bilan suhbatlashib turish, hikoya va ertaklar eshitish orqali rivojlanadi. O'ng yarim shar miyaga nutqqa aloqasi bo'lmagan ma'lumotlar, ya'ni go'zal tabiat, chiroyli rasm va musiqalarni tahlil qilish orqali rivojlanadi. Demak, bola nuqsonsiz rivojlanishi uchun u bilan albatta suhbatlashib turish, ertaklar aytib berish hamda uni tabiat qo'yniga olib chiqib turish, teatr, hayvonot bog'i va musiqa maktablariga olib borish, rasm chizdirish kerak bo'ladi. Ana shunda bosh miyaning ikkala yarim shari bir xil rivojlanadi va keyinchalik uning o'zi ham mukammallikka intiladi. Shu bilan birga, miyaning har bir yarim sharida to'rtta bo'lak farqlanadi. Ensa bo'lagi – ko'z orqali, chakka bo'lagi – so'z orqali, tepa bo'lagi – silov orqali kelayotgan signallarni tahlil qiladi, so'ngra ma'lumotlar aql va tafakurga ko'proq aloqador bo'lgan peshona bo'lagidagi oliy markazlarga uzatiladi. Demak, bola ongi bir maromda rivojlanishi uchun bosh miyaning barcha tuzilmalariga tashqi muhitdan keluvchi signallar bir maromda tushib turishi kerak. Ushbu muvozanat buzilsa, miya rivojlanishdan orqada qoladi yoki miyaning qaysidir funksiyasi ortiqcha rivojlanadi, boshqa funksiyalar esa ortda qoladi. Inson ruhiyati va aql-farosati shakllanishida asosiy ahamiyatga ega bo'lgan vosita – bu so'z, ya'ni muloqot.

Go'zal tabiatning betakror manzarasi ham so'z va muloqotning o'rnini bosa olmaydi. Agar bosa olganida edi archazorlarga burkangan chiroyli o'rmonlar, tiniq daryolar va musaffo osmon qo'ynida ulg'aygan Maugli odamdan aqlli bo'lur edi. Vaholanki, bunday bo'lmadi! Demak, hech narsa o'zaro muloqotning o'rnini bosa olmaydi. Bir so'z bilan aytganda, inson so'z bilan tirik!

Men suhbat mobaynida "Zamonaviy Maugli" sindromini batafsil yoritishga harakat qildim. Bolaning xatti-harakatlari Maugli harakatlariga juda o'xshab turganligi bois, bu tashxis mening xayolimga hozir kelgan edi. Men fursatdan foydalanib, bola bilan bog'liq barcha vaziyatlarni o'rganishga harakat qildim. Suhbat chog'ida shu narsa ma'lum bo'ldiki, bola bilan muloqot deyarli bo'lmagan, bo'lgan taqdirda ham bolaning tug'ma instinktlari, ya'ni ovqatlanish va hojatga chiqish instinktlarini qondirish paytida ona bolaning yoniga kelgan. Bu paytda ham bola bilan gaplashmay, balki ona telefonda gaplashib o'tirgandir. Demak, bola bilan deyarli jonli muloqot bo'lmagan.

Natijada so'z orqali rivojlanadigan bosh miyaning chakka bo'lagi rivojlanmay qolgan. Chakka bo'lagi planshetdan chiqadigan tovushlarga moslashib rivojlangan. Bizning suhbat shu yerga kelganda, Olim aka qiziga qarab: "Borchi boladan bir xabar ol, uxlab qoldimikan, hamma yoq jim bo'lib qoldi", dedi. Shu payt buvisi bola bilan birga uyga kirib keldi. Bola uxlamagan edi. Bola ikkala qo'li bilan berilib planshetni o'ynayotgan edi. Olim aka va qizi menga qarab qo'yishdi.

– Men hozir sizlarga "Maugli sindromi"ning yana bir belgisini ko'rsataman, – dedim va o'rnimdan turib sekin bolaga yaqinlashdim. Men uning yoniga borganimni bola sezmedi. U hech kimga e'tibor qilmasdi, hatto uni qo'lidan ushlab, uyga olib kirishganini ham bola sezmedi. Bola virtual dunyoga boshi bilan sho'ng'igan edi. Men uning qo'lidan planshetni tortib oldim. U menga tashlanib ketdi va qo'limni tishlashga urindi. Men orqaga tisarildim, u tishini g'ijirlatib yana menga tashlandi. Planshetni qo'liga qaytarib beruvdim, darrov tinchlandi-qoldi. Olim aka hamma narsa tushunarli deb, qiziga bir qarab qo'ydi-da o'rnidan turib ketishga shaylandi. Biz mehmonlar bilan xayrlashdik. Ikki kundan keyin Olim akaning qizi o'g'li bilan "Zamonaviy Mauglilar" yurtiga uchib ketishdi.

Oradan bir muddat o'tmay, o'zimizning yurtda tug'ilib voyaga yetayotgan yana bir bolaga "Zamonaviy Maugli" sindromi deb tashxis qo'yishimga to'g'ri keldi.

Nazorat uchun savollar

1. Bola ruhiyati rivojlanishining asosiy bosqichlarini aytib bering.
2. Rivojlanishning qanday jiddiy davrlari farqlanadi?
3. Giperaktiv sindrom nima?
4. Giperaktiv sindromga olib keluvchi omillar haqida soʻzlab bering.
5. Giperaktiv sindrom qanday klinik belgilardan iborat?
6. Giperaktiv sindrom qanday oilada shakllanadi?
7. Giperaktiv sindromda qanday tibbiy-psixologik yordam koʻrsatiladi?
8. “Zamonaviy Maugli” sindromi – qanday kasallik?

V BOB. PSIXOSOMATIK TIBBIYOT ASOSLARI

Bugungi kunda **psixosomatik kasallik** haqida soʻz borganda, oʻtkir yoki doimiy stress sababli rivojlangan **organik kasalliklar** tushuniladi, yaʼni xafaqon kasalligi, bronxial astma, yara kasalligi, qandli diabet va hokazo. **Psixosomatik sindrom** deganda esa oʻtkir yoki doimiy stress sababli turli aʼzolarida rivojlangan **funksional buzilishlar** tushuniladi. Bu atamaning sinonimlari juda koʻp va xilma-xil: “psixovegetativ sindrom”, “somatogen depressiya”, “niqoblangan depressiya”, “vegetonevroz”, “vegetativ distoniya”, “somatonevroz” yoki “somatoform buzilishlar” va hokazo. Agar funksional buzilishlar somatik kasallik sababli rivojlansa, u holda **somatopsixik sindrom** atamasini qoʻllash tavsiya etiladi. Lekin bu atama klinik tibbiyotda juda kam ishlatiladi.

Somatoform buzilishlar tasnifi

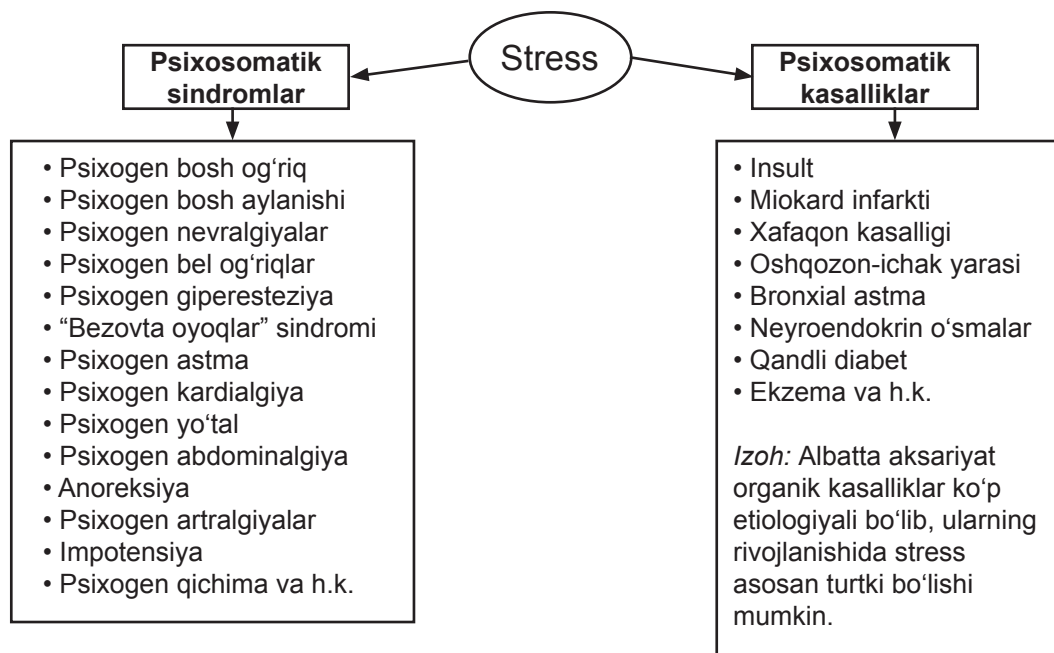
KXT-10 da psixosomatik buzilishlar degan atama yoʻq. Ular F40-48 kodi ichida turli nomlar bilan yuritiladi. F45 kodi ostida “**Somatoform buzilishlar**” alohida koʻrsatilgan.

5.1-jadval.

KXT-10 boʻyicha somatoform buzilishlar tasnifi

No	F45	Somatoform buzilishlar
1	F45.0	Somatizatsiyalashgan buzilishlar
2	F45.1	Differensiyalanmagan somatoform buzilishlar
3	F45.2	Ipxondrik buzilishlar
4	F45.3	Vegetativ nerv sistemasining somatoform disfunktsiyasi
5	F45.4	Turgʻun somatoform ogʻriqli sindrom
6	F45.8	Boshqa somatoform buzilishlar
7	F45.9	Aniqlashtirilmagan somatoform buzilishlar

Izoh: Klinik tasniflarda bu atamalar qaysi sindrom ustun kelishiga qarab oʻzgartirib keltiriladi.



5.1. Psixogen bosh og'riq

Psixogen bosh og'riq – o'tkir yoki doimiy psixoemotsional zo'riqishlar natijasida rivojlanadigan bosh og'riq. Depressiya va nevroz psixogen bosh og'riqlar (PBO) ning asosiy etiologik omillaridan biridir. PBO aniq bir xususiyatga ega emas. PBO boshning turli joyida kuzatiladi va turli ko'rinishda namoyon bo'ladi. Bosh og'riq kallaning teng yarmida yoki ikkala tomonida kuzatiladi, vaqti-vaqti bilan qo'zib turadi yoki doimiy tusda bo'ladi. Og'riqlar kuchli yoki kuchsiz, xurujsimon yoki simillovchi bo'lib, ertalab yoki kechasi qo'zg'aydi.

PBO deyarli har doim psixoemotsional zo'riqishdan keyin paydo bo'ladi yoki kuchayadi. Jismoniy charchash ham bosh og'rig'ini zo'raytiradi. Ba'zida bemor uyda yolg'iz qolsa ham «zerikkanidan» bosh og'riydi. Agar uning uyiga mehmon kelsa yoki o'zi mehmonga borsa, bemor bosh og'rig'ini unutilib qo'yadi. Dastlab bosh og'rig'i psixoemotsional zo'riqishdan so'ng paydo bo'lsa, bora-bora avtobusda ishga borib kelishning o'zi ham bosh og'riqni qo'zg'ab yuboradi.

Niqoblangan depressiyada bosh og'riq monosimptom sifatida kelishi mumkin. Bunday paytda bosh og'riqni bartaraf etish uchun albatta antidepressant tavsiya etishga to'g'ri keladi. Agar ushbu dori hech bo'limganda bir oy mobaynida tavsiya etilmasa, bosh og'riq surunkali tus oladi va yillab davom etadi. Bizning kuzatuvlarimiz shuni ko'rsatdiki, “intrakra-

nial gipertenziya” tashxisi bilan davolanib yurgan bemorlarning deyarli yarmidan oshig’ida psixogen etiologiyali bosh og’riqlar aniqlanadi. Shu bois bosh og’riqqa shikoyat qilgan har bir bemordan psixologik anamnez ham yig’ish zarur.

Astenik tipdagi bemorda to’yib ovqat yeyish, bola emizish, do’konga borib kelish, yuqori qavatli uyning zinapoyasidan chiqish, hattoki kino va konsertlarga borib kelish ham psixogen bosh og’riqni kuchaytirib yuboradi. Buning oqibatida bemorda isterik va ipoxondrik xarakter shakllanadi, u faqat bosh og’rig’i haqida o’ylaydigan bo’lib qoladi. Affektiv buzilishlar bilan kechuvchi bosh og’riqlar doimiy va zo’rayib boruvchi xususiyatga ega bo’lib, ba’zi holatlarda bosh miyada hajmli jarayon bor-yo’qligini aniqlashga to’g’ri keladi. Negaki, bemorlarda bosh og’rig’idan tashqari, ko’ngil aynish, qayt qilish, bosh aylanishi, yurganda chayqalib ketish, ko’rish buzilishi, qo’l va oyoqlar uvishishi ham tez-tez namoyon bo’lib turadi. Analgetiklar yordam bermaydi. Bemorning shikoyatlari tahlil qilinsa, bosh miyaning organik kasalliklarida kuzatiladigan bosh og’riqdan farq qiluvchi tomonlari ko’p bo’ladi. PBO da bemor bosh og’rig’iga aniq bir ta’rif bera olmaydi: *«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 ma’lum bir lokalizatsiyaga ega va odatda turg’un bo’ladi. PBO da esa bosh og’riqlar vaziyatga qarab o’zgarib turadi, bemor yozdan ko’ra qishni yoqtiradi, negaki u issiqni ko’tara olmaydi. Shuning uchun ham yozda psixogen bosh og’riqlar ko’p uchraydi.

Doimiy PBO umumiy giperesteziyaga ham sababchi bo’ladi. Bunday bemorlar yorug’lik va shovqinni, 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 xotira buzilishi bilan kechadi, ular parishonxotir bo’lib qolishadi. Bunday bemor fikrini bir joyga jamlay olmaydi. Boshning faqat uyda yoki ishxonada, kunning aniq belgilangan vaqtida og’rishi aksariyat PBO uchun juda xos.

Ko’p hollarda PBO ni boshqa etiologiyali bosh og’riqlardan farqlash qiyin. Subaraxnoidal qon quyilish, seroz meningit, o’sma kasalliklari, qon-

tomir anevrizmasi, IKG bilan kechuvchi kasalliklar, migren, uch shoxli nerv nevralfiyasi, kranioservikalgiya kabi kasallik va sindromlar PBOga o'xshab namoyon bo'ladi. Ba'zida bemorda chuqur tekshiruvlar o'tkazmay xatoliklarga yo'l qo'yiladi. Psixogen etiologiyali bosh og'riq bilan organik etiologiyali bosh og'riq orasida qiyosiy tashxis o'tkazishga qiy-nalغان har bir vrach, avvalambor bemorni chuqur tekshiruvdan o'tka-zishni davom ettirishi kerak.

Eslatma. *Psixosomatik tibbiyotning oltin qonuni: avvalambor or-ganik kasallikni inkor qil.*

Shunday bir voqea nevrologiyaga oid kitoblarda yozib qoldirilgan.

Kechqurun shifoxonaning qabul bo'limiga boshi qattiq og'rib turgan S. ismli 36 yoshli ayolni olib kelishadi. Asab kasalliklari bo'limidan ush-bu bemorni ko'rish uchun navbatchi vrachni chaqirishadi. Vrach qabul bo'limiga kelib qarasa, avval tanish bo'lgan va unga doimo bosh og'rig'i bilan murojaat qiladigan bemor uning qarshisida yana turibdi. Bu bemor aynan ushbu vrach navbatchiligida bir necha bor qattiq bosh og'rig'idan shikoyat qilib, «Tez yordam» mashinasida shifoxonaga olib kelingan va har gal barcha qoidalar bo'yicha unga yordam ko'rsatib uyiga yuborilgan. Bemor "Psixogen bosh og'riq" tashxisi bilan nevropatologda davolanib yur-gan. Navbatchi vrach bundan voqif edi. Bemor har gal murojaat qilgan-da vrach uning nevrostatusini tekshirib, birinchi yordam ko'rsatib, uyiga yuborgan. Biroq bu gal bosh og'riqlar funksional xususiyatga ega ekanli-giga ishonch hosil qilgan o'sha tanish navbatchi vrach uning nevrostatusi-ni tekshirmaydi va og'riq qoldiruvchi hamda tinchlantiruvchi dorilar qilib uyiga jo'natadi. O'sha kechasi tunda bemor navbatdagi bosh og'rig'i xuruji paytida o'lib qoladi. Patologoanatomik tekshiruv bosh miyaga anevrizma yorilishidan qon quyilganligini ko'rsatadi. Bemorni to'la tekshirmagan vrach yuridik javobgarlikka tortiladi.

Demak, necha bor murojaat qilishidan qat'i nazar, har bir bemor ob-dan tekshirilishi kerak. Unutmang: isterik bemorda ham anevrizma, o'sma yoki boshqa biror bir og'ir kasallik bo'lishi mumkin va h.k. Ba'zida iste-rik xulq-atvorga boy bemorda organik kasallik belgilari e'tibordan chetda qoladi.

Tashxis. Har qanday etiologiyali bosh og'riqning xronologiyasini o'rganish katta diagnostik ahamiyatga ega. Dastlab organik kasallikni

inkor qilish kerak! Bu qoida tibbiyotning oltin qonuni bo'lmog'i lozim. Shu bois bosh og'riqqa shikoyat qilgan bemor, albatta, standartda ko'rsatilgan tekshiruvlardan o'tkaziladi. Har qanday bosh og'riqda nevrologik status chuqur tekshiriladi. Birlamchi bosh og'riqlarda (migren, klaster sefalgiya) organik nevrologik buzilishlar kuzatilmasligini ham esda tutish lozim. Bosh og'riqlar ko'p etiologiyali sindrom bo'lganligi bois bemorning somatik statusi ham o'rganiladi. Har bir bemorda psixologik anamnezni yig'ish nafaqat tibbiy psixolog, balki boshqa soha vrachlari uchun ham asosiy qoidalardan biri bo'lishi kerak. Shuningdek, bemorning yashash va ishlash sharoiti, turmush tarzi, zararli odatlari batafsil o'rganiladi, qanday dorilar iste'mol qilayotgani aniqlanadi.

Davosi. Bosh og'riqlarni davolash, avvalambor, ularni yuzaga keltirgan sabablarni bartaraf etishdan boshlanadi. Dastavval, sog'lom turmush tarzi targ'ib qilinadi. Chekish va ichishdan voz kechish, ratsional ovqatlanish qoidalariga amal qilish, toza havoda sayr qilish va badantarbiya bilan shug'ullanish shular jumlasidandir. Bemor achchiq va sho'r narsalardan voz kechishi, xamirli ovqatlarni cheklashi ham juda muhim.

Surunkali bosh og'riqlarda dam olish sihatgohida davolanish samaralidir. Fizioterapiya, igna bilan davolash, yodbromli vannalar, massaj kabi reflektor davolash muolajalarining ahamiyati juda katta. Davolash muolajalarini olib borayotgan vrach birinchi navbatda bemorni tinchlantiradi, unda davolash samarali natija berishiga ishonch tug'diradi. Buning uchun bemor bilan rejali tarzda psixologik suhbatlar o'tkazib turiladi. Har qanday etiologiyali bosh og'riqda psixogen omillar yetakchi o'rinni egallashi mumkin. Bosh og'riqlarning surunkali tus olishiga ko'pincha bosh og'riq atrofida yuzaga kelgan salbiy psixologik muhit sababchi bo'ladi. Davolash muolajalari tugagandan keyin tibbiy nuqtai nazardan olganda bemor bosh og'riqdan qutuladi, biroq psixologik nuqtai nazardan hali unda bosh og'riqlar davom etaverishi mumkin. Demoqchimizki, bosh og'riqlar sababli miyada yuzaga kelgan dominant o'choq melanxolik va nevroitik shaxslarda yana davom etaveradi. Endi uni "organik" bosh og'riq emas, balki psixogen bosh og'riq bezovta qilayotgan bo'ladi. Bunday bemorga faqat platseboterapiya va psixoterapiya yordam beradi, xolos.

Shu yerda bir necha yillar oldin ro'y bergan voqeani keltirib o'tamiz.

Bu voqea o'tgan asrning 90-yillari ro'y bergan. Bosh og'rig'ining doimo kech soat oltida boshlanishidan shikoyat qilib V. ismli 43 yashar ayol bizga murojaat qildi. Poliklinikada nevropatolog nazoratida «Miya ichi gipertenziyasi» tashxisi bilan davolanib yurgan, shu bilan birga PND da ro'yxatda tur-

gan. Bosh og'rig'i boshlanganiga 3 yil bo'lgan. Bosh og'rig'i kuchaygan payti faqat baralgin tabletkasini ichib yurgan. Keyinchalik vrach tavsiyasiga muvofiq bemor bosh og'riganda baralginni tomiridan ola boshlaydi. Kechqurun soat oltida bosh og'rig'i baribir boshlanishiga o'rganib qolgan bemor qo'shni hamshirani chaqirib, baralginni shprisga o'zi tortib tayyorlab qo'yadigan bo'ladi. Uning uyiga qatnaydigan hamshira bu ukolni hadeb olavermaslikni, buning oqibatida yurakda asorat qolishi mumkinligini aytadi va yana bir bor vrach bilan maslahatlashish zarurligini tavsiya qiladi.

Bemor qabulimizga kelganida, uning shikoyatlarini eshitib, yashash tarzini, kasallik va psixologik 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 miyaning ichki bosimi oshib ketgan, tez davolanmasangiz oqibati yomon bo'ladi», degan. Bemor qo'rqib ketgan, chunki bemorning o'zidan katta akasi 6 oy oldin kuchli stressdan so'ng qon bosimi oshib, ertasi kuni gemorragik insultdan o'lgan. U zarur dori-darmonlarni topib «Miya ichi gipertenziyasidan» davolanishni boshlaydi. Har gal exoensefaloskopiya qildirganida «Miyaning ichki bosimi oshgan» degan xulosa beriladi. Bu xulosaga ishongan bemor boshqa joyda tekshirilmaydi va poliklinikada davolanib yuradi. Eslatib o'tganimizdek, bemorning bosh og'rig'i aniq bir vaqt, ya'ni kech soat oltida paydo bo'ladigan bo'lib qoladi. U depressiyaga tushadi, xulq-atvorida ipoxondrik belgilar paydo bo'ladi.

Bemorning nevrologik statusini to'la tekshirganimizda, miya ichi gipertenziyasi belgilari aniqlanmadi, buni paraklinik tekshirishlar ham tasdiqlamadi. Bemorning anketasidagi nevropatolog yozuvlarida ham miyaning ichki bosimi oshishi uchun xos bo'lgan nevrologik simptomlar yo'q edi. Anketadagi barcha exoensefaloskopik tekshiruvlar xulosalarida III qorincha kengligi 7 mm deb qayd qilingan. Bu esa normadan sal farq qiluvchi ko'rsatkich bo'lib, kuchli ifodalangan bosh og'riqlarga sabab bo'la olmaydi. Demak, bemor yetarli darajada tekshirilmagan yoki haqiqatan ham unda miya ichi gipertenziyasi bo'lmagan. Bemor terapevtlar ko'rigidan o'tkazilganda, somatik kasalliklar aniqlanmadi. AQB 120/70 mm.sim.ust. Shunday qilib, klinik va paraklinik tekshirish xulosalari hamda bemorning psixologik anamnezi undagi bosh og'riqning 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 dorini ishlatib 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. O'sha laborant bilan boshingizni o'zimiz exoensefaloskopiya qilib ko'ramiz, dedik. Bemor aytgan vaqtimizda yetib keldi. Biz bemor bilan klinika bog'ida yurib, laborantning «yetib kelishini» kutdik (voqea yoz kunlarining birida bo'layotgan edi). Bemor boshi qachon og'riy boshlagani, qanchadan-qancha tekshirishlardan o'tgani, turli xil tashxislar bilan davolangani, yaxshi samara bo'lmaganini tinmay so'zlardi. Soat oltidan oshib, yetti bo'layotgan edi. Bemordan: «Mana soat ham yettiga yaqinlashib qoldi, loabarant kelmadi, soat olti bo'lmasdan keluvdingiz, boshingiz og'ridimi, deb so'raganimda, u: «Voy, gap bilan bo'lib, boshim og'rigani ham sezmadman! Yo'q, yo'q sezmadman emas, boshim haqiqatan ham og'rigani yo'q, qanday yaxshi! Nahotki endi boshim sira ham og'rimasa», deb hayratlangandi. «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», dedi. Bemor yangi tavsiya qilingan doridan voz kechdi. Bemor biz bilan bo'lgan suhbatlarning birida «Baralginni yaratganlarga ming rahmat, tomirdan yuborgan zahoti bosh og'rig'imni oladi» degandi, ya'ni bemorda ushbu doriga nisbatan psixologik bog'lanib paydo bo'lgandi. 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'lgan, uning ma'lum bir soatda kuzatilishini va aniq bir doriga bo'lgan psixologik bog'lanishning guvohi bo'ldik. Shu o'rinda bosh og'rig'i yatropatiya (vrachning noto'g'ri xulosasi sababli)ning yaqqol bir ko'rinishi edi xolos. Bunday bemorlarni davolash ancha murakkab kechadi, ya'ni bosh og'rig'i qayta-qayta paydo bo'laveradi. Masalan, bemor davolana-yotgan paytida boshi og'rimaydi (chunki vrach doimo yonida, xavotirga o'rin yo'q), davolash tugab, bemor uyiga jo'natilgandan so'ng bosh yana og'riyveradi (chunki endi vrach yo'q, xavotir va kasallik belgilari yana qo'zg'aladi).

Tibbiy amaliyotda, ayniqsa, nevrologiyada bunday holat ko'p uchraydi. Fikrimizcha, bunday holatni «Vrach yo'qligi sindromi» deb atash maqsadga muvofiq. Bu sindromning klinik-psixologik manzarasini chuqurroq o'rganib, unga yuridik status berish joiz. Chunki mukammal davolash muolajalari to'g'ri o'tkazilgandan so'ng ham vrachdan norozi bo'lib yuruvchilar soni oz emas. Bu holat nevroz va ipoxondriyada ko'p uchraydi.

PBO kamayishi yoki yo'qolishiga ijobiy ta'sir ko'rsatuvchi omillar ancha. Masalan, yashash joyini o'zgartirish, suv havzalarida cho'milib turish, sayrga chiqish, o'ziga yoqqan kiyim-kechakni xarid qilish va hokazo.

PBO aniqlangan bemorning eng ko'p shikoyatlaridan biri – bu uyqu buzilishidir. Bemor uxlamoqchi bo'lganida miyasiga turli xil fikrlar kelaveradi, bu fikrlardan hech qutula olmaydi, ulardan miyasi «yorilib» ketadigan darajagacha boradi, mabodo uxlagan taqdirda ham tush ko'raverib, battar qiynaladi.

Aksariyat hollarda PbOni boshqa etiologiyali bosh og'riqdan farqlash ancha mushkul. Subaraxnoidal qon quyilish, seroz meningit, o'sma, anevrizma, intrakranial gipertenziya bilan kechuvchi kasalliklar, migren, uch shoxli nerv nevrалgiyasi, kranioservikalgiya kabi kasallik va sindromlar PbOga o'xshab ketadi. Ushbu kasalliklarning turli-tumanligi va murakkabligi tibbiy psixologdan nevrologiya fanini mukammal bilish yoki bo'lmasa bemorni, albatta, nevropatolog ko'rigidan o'tkazish zarurligini taqozo etadi.

5.2. Psixogen bosh aylanishi

Psixogen bosh aylanishi (PBA) nevroz, psixasteniya va depressiyada ko'p uchraydigan patologik holatdir. PBA psixosomatik sindromlarning bir turidir. PBA mexanizmi MNS funksional faolligining oshishi yoki pasayib ketishi, po'stloqda qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlari izdan chiqib, turg'un dominant o'choq shakllanishi bilan tushuntiriladi.

PBA alohida simptom sifatida kamdan-kam uchraydi. Ko'p hollarda yurak urib ketishi, holsizlanish, sovuq terga botish, quloqda shovqin, ko'ngil aynishi, oyoqlar titrashi va holsizlanish bosh aylanishlar bilan birga namoyon bo'ladi. Odatda, bu belgilar affektiv buzilishlardan so'ng kuchayadi. Bunday bemor balandlikdan qo'rqadi. Shuning uchun ham bemor balkon, baland ko'prik yoki tomdan pastga qaramaslikka harakat qiladi. Chunki bunday paytda bosh aylanishi kuchayadi.

PBA ga xos yana bir belgi uning vaziyatni oz bo'lsa-da o'zgartirganda kuchayishidir. Masalan, baland qavatli binoda yashaydigan bitta bemor, undan bir qavat tepada yashaydigan qo'shnisinikiga chiqib, balkondan

pastga qaraganda boshi aylanib, gansiraklab ketgan, ko'ngli aynigan, koridorga kirganda esa kamaygan va bir ozdan so'ng to'xtagan. Shunisi e'tiborliki, PBA da bemor liftdan ko'ra zinapoyadan ko'tarilishni afzal ko'radi. Qo'rquv va xavotir ham psixogen bosh aylanishning doimiy yo'ldoshidir. Buning aksi o'laroq, organik etiologiyali bosh aylanishlarda qo'rquv juda kam uchraydi yoki bosh aylanishi boshlanganidan so'ng paydo bo'ladi. PBA da bemor doimo bosh aylanishi qachon boshlashini kutib yuradi. Bu ham qo'rquv shakllanishiga turtki bo'ladi.

Bemor faqat balandlikdan qaraganda emas, balki avtomobillar qatnovi tez bo'lgan katta yo'lga qaraganida ham bosh aylanishi vujudga keladi yoki kuchayadi. Bunday paytda bemor katta tezlikda o'tayotgan avtomobillarga qaramaslikka harakat qiladi yoki oyoqlarining ostiga qarab qadamlarini nazorat qilib yuradi. Ana shunda uning bosh aylanishi kamayadi. Katta zallarda olib boriladigan majlislar yoki uzoq davom etuvchi seminar mashg'ulotlarda ham bosh aylanishi avj oladi. PBA faqat psixogen kasalliklarda kuzatilib qolmasdan, zo'riqib aqliy mehnat bilan shug'ullanadigan sog'lom odamlarda ham ro'y beradi. Talabada imtihonga berilib tayyorlik ko'rish, ijodkor va ilmiy xodimlarning tinimsiz ishlashi ham bosh aylanishga sabab bo'lishi mumkin. Lekin asteniyaga uchragan bemorda ruhiy-hissiy zo'riqish bosh aylanishini osongina keltirib chiqaradi.

PBA ba'zida qisqa vaqtga hushdan ketish (sinkope) bilan ham namoyon bo'ladi. Bu, ayniqsa, umumiy psixogen giperesteziya bilan kechuvchi psixogen kasalliklar uchun juda xos. Buning asosida vestibulyar apparatning kuchli darajada qo'zg'aluvchanligi yotadi. Tez-tez hushdan ketib turuvchi bemorlarning bosh miya qon tomirlari tekshirilganda, ularda tomirlar tonusining pasayganligi (gipotonus) yoki noturg'unligi (distoniya) aniqlanadi. Sinkope psixogen giperventilyatsiyada, AQB pasayganda va yurak kasalliklarida ham yuz beradi. Uzoq payt yotib qolgan bemor gorizontol holatdan vertikal holatga o'tsa, bosh aylanishi ortostatik kollaps bilan birga yuz beradi. Bu holat, ayniqsa, arterial gipotenziyada yaqqol namoyon bo'ladi. Bunday bemorlar, odatda, vagotonik bo'lishadi. Ba'zan yuqori darajada rivojlangan nevrasteniya yoki psixasteniyada bemor hushdan ketib qolishi uchun bitta qo'rquvning o'zi kifoya. Bemor bir marta hushidan ketisa (ayniqsa, odamlar orasida), u har doim navbatdagi xurujni kutib bezovta bo'lib yuradi. Nevrolog olimlardan biri Oppengeym (1894) «Har bir kishi o'zida bosh aylanishini yuzaga keltirishi mumkin, qachonki u muvozanat va bosh aylanishi haqida o'ylayversa», deb yozgan edi. Bosh aylanishining boshqa sabablari ko'p bo'lib, ularning mavjudligini har bir tibbiy psixolog bilishi zarur (5.2-jadval).

Bosh aylanishining boshqa sabablari***Psixogen bosh aylanishi bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladigan patologik holatlar va kasalliklar***

- Men'er kasalligi
- Vertebrobazilyar sohada qon aylanishi yetishmovchiligi
- Arterial gipotoniya yoki gipertenziyalar
- Intrakranial gipertenziya yoki gipotenziya
- Bo'yin osteoxondrozi
- Anemiyalar
- Yurak kasalliklari
- Turli etiologiyali vestibulopatiyalar
- Bosh miya o'smasi, ayniqsa, ensa chuqurchasida
- Vegetativ distoniya sindromi
- Surunkali charchash sindromi

PBA ba'zida yatropatiya asorati hisoblanadi. Shuning uchun ham bemordagi simptomlarni, agar ular psixogen xususiyatga ega bo'lsa, juda xavfli deyaverish yaxshi emas. Shaxsiy kuzatuvimizdan bir misol keltiramiz.

Uzoq yillardan buyon quloq, burun va tomoq kasalliklari maslahat poliklinikasida hamshira bo'lib ishlaydigan M. ismli 42 yoshli ayolda qattiq hissiy zo'riqishdan so'ng bosh aylanishi alomatlari paydo bo'ladi. U shu darajada kuchli bo'ladiki, hatto tik turishi uchun bir qo'lidan bo'yi yetgan qizi, ikkinchisidan esa turmush o'rtog'i ushlab turgan. Bu bemorga o'zi ishlaydigan joydagi vrachlar «Men'er kasalligi» deb tashxis qo'yishadi. Tashxis bir necha bor o'zgartiriladi. Men'er kasalligi bor bemorlarni bir necha marta o'zi ham ko'rgan va anketalar ochgan hamshirada bu kasallikning yaqqol belgilari namoyon bo'la boshlaydi. U boshqa mutaxassislarga (nevropatologga) ko'rinmasdan, 3 yil mobaynida LOR vrachlarida davolanib yuradi. Bosh aylanishi xurujlari tez-tez kuzatilib turadigan bu bemor bora-bora juda jahldor, arzimagan narsaga yig'layveradigan va affektiv holatga tez tushadigan bo'lib qoladi. Bemor miyasiga «Men'er kasalligi» shu darajada singib ketgandiki, har bir affektiv buzilishdan so'ng, unda xuddi Men'er kasalligiga o'xshash belgilar paydo bo'lar edi.

Navbatdagi bosh aylanish xurujidan so'ng unga nevropatologga borish zarurligi aytiladi. Bemor bizga murojaat qiladi. Unda bosh aylanishi xronologiyasi va psixologik anamnezini obdon o'rganib chiqdik, nevrologik va psixosomatik statusini tahlil qildik. Tekshiruvlarimiz natijasida bemor-

da Men'er kasalligi tashxisini inkor qildik. Barcha tekshiruvlardan so'ng bemorga «Men'er sindromi ko'rinishidagi niqoblangan depressiya» tashxisi qo'yildi, ya'ni unda psixogen (yatrogen) bosh aylanishi bor edi, xolos. Bemorning LOR hamshirasi bo'lib ishlashini e'tiborga olib, unga bu atamalar farqini tushuntirib berdik. O'z oyog'ida aslo tik tura olmaydigan va xonamizga ikkala qo'ltig'idan ushlab kirilgan bemor o'tkazilgan psixoterapiya va platseboterapiyadan so'ng o'z oyoqlari bilan xonamizdan yurib chiqib ketdi. Unda bosh aylanish qaytib kuzatilmadi.

Biz ushbu bemor misolida o'rinda yatropatiyaning yana bir klinik ko'rinishini tahlil qildik. Tabiiyki, talabada savol tug'ilishi mumkin: "Qanday qilib 3 yil samarasiz davolangan bemor bir kunning o'zida platseboterapiyadan butunlay tuzalib ketadi?". Ushbu savolga quyidagicha javob beramiz: organik tibbiyotda bemorni qancha uzoq davolasa, natija shuncha samarali bo'ladi, biroq psixosomatik tibbiyotda buning teskarisi, ya'ni davolash qancha cho'zilsa, bemorning ahvoli shuncha yomonlashib boraveradi yoki kasallik bir joyda "qotib" qoladi. Demak, har bir vrach o'zi tekshirayotgan bemordagi simptomlar funksional xususiyatga ega ekanligiga ishonch hosil qilsa, uning psixologik anamnezini chuqur o'rganib, platseboterapiyani darrov o'tkazishi lozim. Ushbu kitobda bunday misollarni iloji boricha ko'p keltiramiz. Albatta, vrachning obro'si bunda katta ahamiyatga ega. Aks holda platseboterapiya teskari natija berishi mumkin.

Yatropatiyaga melankolik va astenik bemorlar juda moyil bo'lishadi. Ularda yatropatiyani keltirib chiqarish uchun tibbiyot xodimining bexosdan aytib qo'ygan gapining o'zi yetarli, xolos. Nima uchun yatropatiya belgilari uzoq vaqt davom etadi? Neyrofiziologik nuqtai nazardan buni shunday tushuntirish mumkin: har qanday tashqi ta'sir (ayniqsa, salbiy) po'stloqda «dominant o'choq» hosil qiladi va bu sohaning neyronlari boshqa soha neyronlari faolligini pasaytiradi. Natijada miyaning integrativ faoliyati buzilib, funksional xarakterga ega bo'lgan patologik simptomlar shakllanadi. Ularni yo'qotish uchun miyaning funksional faoliyatini oshirish va po'stloqda boshqa, ya'ni ijobiy xususiyatga ega bo'lgan «dominant o'choq» hosil qilish kerak. Ana shunda avvalgi patologik o'choq barham topadi.

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 va ular 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.

5.3. Psixogen nevrалgiya

Har qanday psixogen giperesteziyalar tananing turli joylarida nevrалgiyaga yoki mialgiyaga o'xshash og'riqlar beradi. Ayniqsa, yuz sohasida kuzatiladigan og'riqlar bemorni 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'riq tish va milk sohasida kuzatilsa, gap psixogen stomatalgiya, tilda kuzatilsa, glossalgiya haqida so'z boradi. Psixoemotsional zo'riqishlar kuchaygan yoki tezlashgan sayin og'riq ham kuchayib, surunkali tus oladi.

Yuz sohasidagi psixogen og'riq uchun ovqat yeyotgan paytda kamayishi yoki yo'qolishi xos. Trigeminal og'riqlardan farqli o'laroq, psixogen og'riqlar V nerv innervatsiya qiladigan shoxchalar sohasiga to'g'ri kelmaydi, analgetiklar yordam bermaydi. To'g'ri olib borilgan psixoterapiya, platseboterapiya va yaxshi tanlangan anksiolitik dorilar yaxshi samara beradi. Ba'zan tuzalib ketgan bemor og'riqlar qayta qo'ziganidan shikoyat qilib, yana vrachga murojaat qiladi. Buning sababi, ko'pincha uydagi va ishdagi mojarolar bo'lib chiqadi.

Glossalgiya bilan kasallangan bir ayol bizning nazoratimizda turgan. Bemor davolash kursini olganidan so'ng biroz vaqt o'tgach, og'riqning kuchayishidan shikoyat qilib yana oldimizga keldi. Gap shundaki, bemorning turmush o'rtog'i aroqxo'r va uyida tez-tez janjal bo'lib turadi. Ushbu bemorda parallel tarzda kuchli ifodalangan affektiv buzilishlar ham bor edi. Har gal davolanib tuzaladigan bemor uyiga borishdan bezib qolgandi. Biz ushbu bemorni 2 yildan so'ng uchratib qolganimizda, u darddan butunlay xalos bo'lgani va endi vrachlarga qatnamayotganini aytdi. Biz uning oilaviy ahvolini so'raganimizda shu narsa ma'lum bo'ldiki, eri alkogolizmdan miyasiga qon quyilib bir kunda o'lib qolibdi. Qizig'i shundaki, erining vafotidan bir oy o'tib, bemordagi mavjud psixoemotsional buzilish va turli xil og'riqlar o'z-o'zidan barham topadi. Nima uchun shunday bo'ldi? Chunki ushbu buzilishlarni yuzaga keltiruvchi omil endi yo'q. Qo'rquv, ipoxondriya va depressiya psixogen nevrалgiyaning doimiy hamrohidir.

Psixogen nevrалgiyalar ichida qovurg'alararo og'riqlar alohida e'tiborni talab qiladi. Ayniqsa, ko'krak qafasining chap tomonida joylashgan og'riqlar har qanday bemorni xavotirga soladi. Chunki bu yerda yurak joylashgan.

Yosh ukasi avtomobil halokatidan o'lgan bemorning yurak sohasida san-chuvchi og'riq paydo bo'ladi. Bemor kardiologga murojaat qiladi. U bemorni yaxshilab tekshirib, kardiogramma qilib, yuragi sog'lom ekanligi, qattiq siqilganidan shu og'riq paydo bo'lgani, tinchlantiruvchi dorilar ichish kerakligi va nevropatologga murojaat qilishini tavsiya etadi. Nevropatolog ham bemorni obdon tekshirib, tinchlantiruvchi dorilar yozib beradi va psixoterapevtik muolajalar o'tkazadi. Shunga qaramasdan, bemor ikki oy ichida yurak sohasidagi og'riqlardan qo'rqib 16 marta EKG qildirgan va bir necha bor «Tez yordam» mashinasini chaqirgan.

Pseudoradikulyar sindrom. Psixogen xususiyatga ega bel og'riqlar keng tarqalgan bo'lishiga qaramasdan, ular haqida aniq statistik ma'lumotlar yo'q. Buning sababi, «psixogen radikulalgiya» tashxisi qo'yilmasligida yoki aniqlanmasligidadir. Vaholanki, XVIII asrdayoq «Orqa miya ipoxondriyasi» nomi bilan psixogen xususiyatga ega bo'lgan beldagi og'riqlar haqida yozib qoldirilgan.

Psixogen bel og'riq 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. *Birinchi*dan, og'riq yo'qolgandan so'ng (odatda, 4-5 kun o'tib) bemor vrachga qatnamay qo'yadi. *Ikkinchi*dan, radikulitning o'tkir davrida hamma vaqt ham nevrologik belgilar bo'lavermaydi. *Uchinchi*dan, 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 shu va shunga o'xshash muolajalardan so'ng bemor tuzalib ketadi. Bunday paytda radikulitning haqiqiy yoki psixogen xususiyatga ega ekanligini aniqlash vrach uchun ham ancha mushkul. Chunki belida qattiq og'riqdan shikoyat qilib kelgan bemorga har qanday vrach darrov yordam ko'rsatishga va uni og'riqdan tezroq xalos qilishga intiladi. Bularning hammasi og'riq kelib chiqishining asosiy sababini aniqlash imkonini pasaytiradi.

Aksariyat hollarda «Surunkali radikulitning zo'rayishi» tashxisi qo'yilgan bemorda nevrologik anamnez bilan psixologik anamnez ham to'plan-

sa, og'riq paydo bo'lishi bilan psixoemotsional stress orasida bog'liqlik topish mumkin. Psixogen radikulalgiyaga og'riqlar yilning ma'lum bir oyi yoki mavsumida (masalan, kuz kelishi bilan) paydo bo'lishi xos. 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 e'tiborga olish lozim. Ba'zan vrach o'zi xohlamagan 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, nevrasteniyaga yoki psixasteniyaga chalingan bemor qattiq rioya qiladi va oqibatda ularda «kutish sindromi» rivojlanadi. Bu esa ipoxondriya shakllanishiga olib keladi: bemor tanasidagi har qanday og'riqqa, hatto bo'g'inlarda kuzatiladigan shaqillashlarga ham ortiqcha e'tibor beradigan bo'lib qoladi.

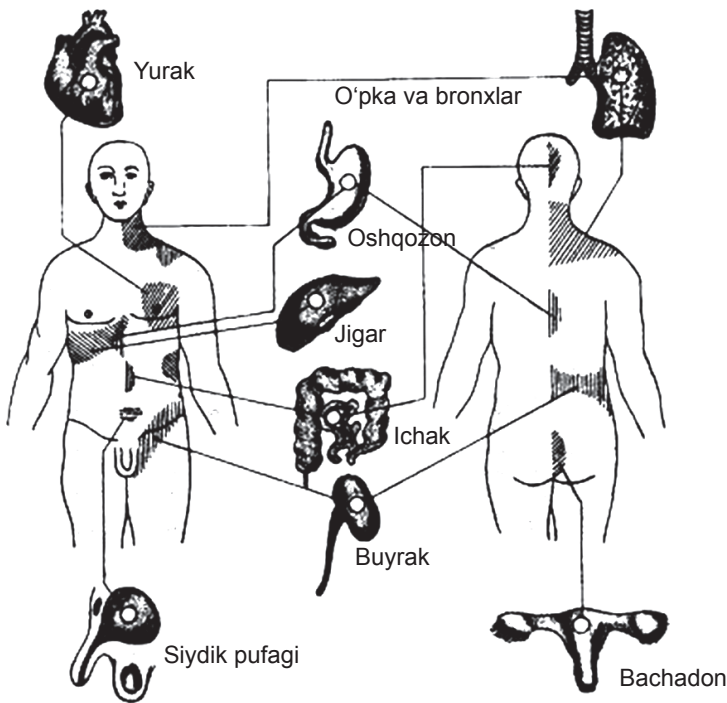
Psixogen radikulalgiyalar ichida, ayniqsa, bo'yin sohasida joylashgan og'riqlar alohida e'tibor talab qiladi. Odatda, bunday holatlarda nevropatolog bemorga bo'yin umurtqalarini rentgen yoki MRT qilishni tavsiya etadi. Yoshi 30-40 dan oshgan bemorda bo'yin umurtqalarida osteoxondrozning dastlabki belgilari aniqlanadi va bo'yin sohasidagi og'riqlar rentgen yoki MRTdagi o'zgarishlar bilan bog'lanadi. Vaholanki, instrumental tekshiruvlar natijasi har doim 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 platseboterapiyadan so'ng bir hafta ichida tuzalib ketadi. Bu holat bemorda **psixogen servikalgiya** borligidan dalolat beradi. Albatta, har doim dastlab haqiqiy radikulalgiyalarni inkor qilish kerak.

Shuningdek, bo'yindagi og'riqlarning bosh aylanishlar bilan birga kelishi va buning ustiga rentgen yoki MRT osteoxondroz aniqlanishi «bo'yin osteoxondrozi sababli rivojlangan vertebrobazillyar sindrom» tashxisini qo'yishga asos bo'la olmaydi. Ushbu holat niqoblangan depressiyaning klinik bir ko'rinishi bo'lishi mumkin, xolos. Buni tasdiqlash uchun psixologik anamnez yig'ish va to'la klinik-paraklinik tekshiruvlar o'tkazish zarur. Faqat kuchli rivojlangan osteoxondroz yoki umurtqa suyaklari anomaliyasi, umurtqa arteriyalarini osteofitlar bosib qo'yishi vertebrobazilyar sindromni yuzaga keltirishi mumkin. Bu tashxisni aniqlash yoki tasdiqlash uchun MRT va dopplerografiya tekshiruvlari o'tkaziladi.

5.4. Psixogen giperesteziya

Psixogen giperesteziya psixasteniya yoki nevrasteniyaning asosiy simptomlaridan biri sanaladi. Bunday bemorlar tashqi odatiy ta'sirlarga shu qadar sezgir bo'lishadiki, ularni quyosh nuri, biroz kuchli shamol esishi, avtomobil tovushi, telefon yoki eshikdagi qo'ng'iroqning jiringlashi, bolalarning shovqin-suroni ham qattiq bezovta qiladi. Odatda, bunday bemorlar har qanday tovushdan eti jimirlab ketishi, tanasini xuddi tok urgandek bo'lishi va hatto boshda kuchli og'riq turishidan shikoyat qilishadi. Bunday bemorning tanasiga qo'l tekkizib bo'lmaydi, hatto vrach tekshirayotganda ham seskanib turadi, chunki og'riq kuchayib ketishidan qo'rqadi. Agar vrach «Men sizga tekshirmasdan turib tashxis qo'ya olmayman», desa, bemor vrachning qo'lini o'zi ushlab, tanasining og'riydigan joylariga olib boradi. Ularning oyoqlari doimo muzlaydi. Ular, odatda, yozda ham paypoq kiyib yuradiganlar toifasiga kiradi.

Tanadagi giperesteziya sohalari ichki a'zolar kasalliklari natijasida ham bo'lishi mumkin. Bunday og'riqlar tananing hamma joyida emas, balki ma'lum bir sohasida kuzatiladi va **Xed-Zaxarin sohalari** deb ataladi (5.1-rasm).



5.1-rasm. Xed-Zaxarin sohalari.

Yana bitta bemorning tizza refleksi nevrologik bolg'acha bilan tekshirilayotganda, bemorning 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 juda xos. Masalan, trigeminal nuqtalar, oyoqlarda yirik nerv tolalari shoxchalari chiqadigan joy va h.k. Ba'zan bexosdan aytib qo'yilgan so'z yoki tashxisdan so'ng bemorda yatropatik xususiyatga ega bo'lgan turli og'riqlar va giperesteziyalar paydo bo'lishi ham mumkin.

Biz o'zimiz kuzatgan quyidagi ikkita bemor bunga misol bo'la oladi. Ik-kala voqea ham XX asrning 90-yillari ro'y bergan.

D. ismli 18 yashar kelin oilada yuz bergan falokatdan so'ng o'ziga o'zi pichoq uradi. Qorinning ikkita joyiga urilgan zarbadan so'ng bemor ko'p qon yo'qotib, jarrohlik bo'limiga tushadi. Bemorga shu zahoti ko'rsatilgan yordamdan so'ng yosh kelinning hayoti saqlab qolinadi. Bemor tuzalib chiqadi, biroq uning ikkala oyog'ida og'riq paydo bo'lib, bu og'riq borgan sayin kuchayib boradi va oyoqlar falajlanib qoladi. 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 bilib oladi va uning tanasidagi og'riqlar bel va oyoqlarda «to'planadi». Bemorning tanasida og'riq paydo qilish uchun uning tanasiga qo'l tekkizish shart ham emas edi. Chunki og'riqlar usiz ham, ayniqsa, tunda o'z-o'zidan paydo bo'lardi va bemor og'riq kuchidan chinqirib yig'lardi. Bemor badanini hatto choyshab bilan ham yopishga qo'ymasdi. Chunki choyshab biror joyiga tegib tursa, og'riq kuchayardi. U qo'rqqanidan o'z tanasiga o'zi ham qo'l tekkizmaslikka harakat qilgan. Bemor tanasida tez-tez va to'satdan paydo bo'ladigan og'riqlarni kutib, ikkala qo'li bilan to'shakning chekkasidan mahkam ushlab yotardi. Shunisi e'tiborliki, bemorga biror yordam kerak bo'lsa, faqat katta akasiga murojaat qilgan, boshqalarni (ota-onasi va ukasini) esa yoniga yo'latmagan. Bu holatni psixogen og'riqlarga qiyosiy tashxis qo'yishda 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 o'rganildi. Bemor suhbat chog'ida har gal: «Meni davolasangiz hech joyimga tegmasdan davolaysizmi?», «Orqa miyam haqiqatan ham jarohatlanmaganmi?» deb so'rardi. Bemor bilan umumiy til topilgandan so'ng, unda nevrostatikus to'la tekshirildi: oradan bir necha oy o'tganiga qaramasdan, bemor-

ning oyog'ida atrofiya va sezgi buzilishlari yo'q (umumiy giperesteziyadan tashqari), pay refleklari saqlangandi. Endi eng asosiysi, bemorda yatropatiya belgilarini yo'qotish va orqa miyada hech qanday jarohatlanish yo'qligiga ishonirish 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 platseboterapiya usuli bilan davolandi va butunlay sog'ayib ketdi.

Ikkinchi voqea ham yatrogeniyaga yaqqol misol bo'la oladi.

Bu voqea viloyat shifoxonalarining birida sodir bo'lgan. Uzoq yillardan buyon asab kasalliklari vrachi bo'lib ishlab kelayotgan doktor o'zining umr yo'ldoshiga «Disk churrasi» deb tashxis qo'yadi. To'yda tinmay yumush qilgan 40 yoshdan oshib qolgan bu ayolning belida kuchli og'riq paydo bo'lib, ikki kundan so'ng ikkala oyog'i ishlamay qoladi, to'g'rirog'i, kuchli og'riqdan qo'rqib, oyoqlarini sira qimirlatmaydi. Buning ustiga «Disk churrasi», asosan, operatsiya yo'li bilan davolaniladi deb o'ylagan bemorda affektiv holat yanada avj oladi. Oddiy ukollarni ham dod-voylab oladigan bemor 5 oy mobaynida konservativ yo'l bilan davolanadi. Nihoyat, bemorning turmush o'rtog'i uni operatsiya qilishga roziligini oladi va Toshkentga kelishadi. Bemor neyroxirurgiya klinikasiga yotqiziladi va o'sha kechasi unga epidural og'riqsizlantirish qilinadi (chunki oddiy novokainli blokadalar yordam bermasdi). Ertasi kuni bemorga epidural mielografiya qilinib, disk churrasi yo'qligi aniqlanadi va bemorga nevropatologga murojaat qilish tavsiya etiladi. Bemorda har tomonlama nevrologik va psixologik status tekshiriladi. Unda affektiv buzilishlar oqibatida rivojlangan psixogen giperesteziya va radikulalgiya aniqlanadi. Bemor shu kunning o'zida o'tkazilgan platseboterapiyadan tuzalib, shifoxonadan chiqib ketadi.

Savol tug'iladi: yatropatiyalar uzoq (oylab, yillab) davom etishi mumkinmi? Albatta mumkin. Davolash usullari muvaffaqiyatsiz tugay-versa, 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. Kasallikning davomiy-ligi bu erda ahamiyatga ega emas, aksincha, ruhiy ta'sir qilish kuchi ahamiyatlidir.

5.5. Psixogen kardialgiya

Ko'krak qafasining chap tomonidagi har qanday noxush sezgilar (uvi-shish, achishish, og'riq) bemor tomonidan katta xavotir bilan qabul qilina-di. 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 paydo bo'lsa, darrov doktor chaqiramiz, EKG qildiramiz, «Hammasi joyida, yuragingiz biroz siqilibdi, xolos» degan xulosani eshitgani zahoti tinchlanamiz. Chunki ko'pchilik uchun «yurak» tushunchasi «hayot» tushunchasiga sinonim.

Yurak sohasidagi og'riq, ya'ni kardialgiyani keltirib chiqaruvchi kasal-liklarni 3 asosiy guruhga ajratish mumkin. Bular: 1) yurak kasalliklari; 2) niqoblangan depressiya; 3) vertebrogen va miofatsial sindromlar. Demak, kardialgiyaning sababini aniqlash uchun kardiologik tekshiruvlarning o'zi etarli emas. Vertebrogen kasalliklar bemorda nevrostatusni chuqurroq o'rganishni, depressiya esa psixologik anamnez yig'ish lozimligini taqozo etadi.

Rivojlangan davlatlarning kardiologiya klinikalariga yurak sohasida-gi o'tkir og'riqdan shikoyat qilib, «stenokardiya» yoki «miokard infarkti» tashxisi bilan «tez yordam» mashinasida olib kelingan bemorlarning de-yarli 70 % da tashxis tasdiqlanmagan va bu og'riqlar psixogen xususiyatga ega bo'lib chiqqan. O'zbekistonda ham psixogen kardialgiya va aritmiyalar bir necha yillardan buyon o'rganib kelinadi (R.D. Qurbonov, A.I. Xodjaev, T.O. Abdullayev va b.q., 1988–2018). Ushbu mutaxassislar fikricha, yurak sohasidagi og'riqdan shikoyat qilgan har qanday bemor nafaqat kardio-logik, balki psixologik tekshiruvlardan ham o'tishi lozim. Demak, bu ikkala tekshiruvning birgalikda olib borilishi maqsadga muvofiq.

Psixogen kardialgiya ko'pincha boshqa affektiv buzilishlar bilan birga-likda uchraydi. Bular – o'lim qo'rquvi, «yurakka havo etishmasligi», uning tez-tez yoki «to'xtab-to'xtab» urishi, «qizib ketishi yoki muzlab qolishi», «tomoqqa tiqilishi» va shu kabi simptomlar. Psixogen kardialgiyada bemor yurak sohasidagi bitta nuqtani barmog'i bilan ko'rsatadi. Bu nuqta, odat-da, yurak uchiga to'g'ri keladi. Albatta og'riqlar ko'chib turishi mumkin. Shunday bir qiziq voqea ro'y bergan. Biz bemorga “Sizdagi og'riq psixogen xususiyatga ega. Yuragingiz sog'lom. EKG ham yaxshi chiqdi. Haqiqiy ste-nokardiyada og'riq to'sh suyagi orqasida joylashadi, og'riqlar chap qo'lga tarqaladi, qon bosim ham tushib ketadi”, deb bemorni tinchitib uyiga qay-targanmiz. Keyingi gal bemor yurak sohasidagi og'riqlar xuddi shu tarzda namoyon bo'lganini aytib yonimizga keldi. Haqiqatan ham bemor og'riqni

stenokardiya og'rig'i kabi xuddi kitobda yozilganidek ta'riflab berdi. Biz uni EKG ham qildirdik.

Yonimizdagi kardiologga ham ko'rsatdik. Biroq natijalar yaxshi chiqdi. Nega bemorda shunday og'riq yuzaga keldi? Chunki biz o'zimiz xohlama-gan holda unda yatropatiyani yuzaga keltirdik. Biz unga "Stenokardiya yo'q, aslida uning og'rig'i mana bunday ko'rinishda bo'ladi" deganimizdan so'ng bemor "Shu rostmikan?", deb internetga kiradi va stenokardiya uchun xos bo'lgan og'riqlarni o'qiydi. Ertasi kuni uning yurak sohasidagi og'riqlar xuddi stenokardiyadagidek namoyon bo'ladi. Demak, internet bemor uchun ham, vrchlar uchun ham o'ziga yarasha qiyinchiliklar tug'di-radi. Ayniqsa, bemorlarning tibbiy saytlarga ko'p murojaat qilishi psixogen va psixosomatik buzilishlarning klassik tarzda namoyon bo'lishini yo'qqa chiqarishmoqda. Bu esa bizdan yanada ziyrak va psixosomatik tibbiyotni mukammal bilishni taqozo etadi.

Bemordagi organik kasallikning subyektiv simptomlari psixosomatik sindromning subyektiv simptomlariga juda o'xshab ketishi mumkin. Bu esa organik va psixogen kasalliklar orasida qiyosiy tashxis o'tkazishni mushkullashtiradi. Yuqoridagi voqea bunga yaqqol misol bo'la oladi. Bu esa har bir vrachdan o'ta ziyraklikni talab qiladi va tibbiy-psixologik tek-shirish usullaridan voqif bo'lish lozimligini taqozo etadi.

Yurak sohasida joylashgan og'riqlar juda ko'p holatlarda psixogen giperesteziya bilan ham namoyon bo'ladi. Bunday paytda *kardiosenestopatik sindrom* haqida so'z boradi. Haqiqiy stenokardiyada odatda, psixo-gen giperesteziya kuzatilmaydi. Og'riqning orqa kurak atrofiga berishi «stenokardiya» tashxisini tasdiqlash yoki inkor qilishga asos bo'la oladi. Psixogen kardialgiyada yurak sohasida bir nuqtada boshlangan og'riq ko'krak qafasining yarmini egallab oladi, so'ng chap qo'lga tarqaydi va boshning ensa sohasiga hamda oyoqqa qarab yo'naladi, deb ta'rifla-shadi bemorlar og'riqning yo'nalishini. Bu paytda havo yetishmay qoladi, bo'g'iladi va til tagiga tashlangan nitrogliserin yordam bermaydi, tinch-lantiruvchi dorilar esa bemor ahvolini yengillashtiradi. Ba'zan bemorni shifoxonaga olib borib, barcha zarur tekshiruvlarni qilmaguncha, yurak sohasidagi og'riq o'tib ketmaydi. Bemor kardiologik tekshiruv xulosala-rini intiqlik bilan kutadi, stenokardiya yoki miokard infarkti tasdiqlan-magach, bemor xursand bo'ladi va yurak sohasidagi og'riqlar kamayib boradi.

Psixogen kardialgiya stenokardiya va miokard infarktidan farqli o'laroq, uzoq davom etadi va nitratlar qabul qilgandan va jismoniy zo'riqishlarni kamaytirgandan so'ng ham o'tib ketavermaydi. Ayniqsa, anamnezida uzoq

yillardan (20-30 yoshligidan) buyon yurakdagi og'riqdan shikoyat qilib yuradigan bemorda kardialgiya, odatda, yurak ishemik kasalligi hisobiga kuzatilmaydi. Psixogen kardialgiyada ipoxondriya va fobiya shakllanadi: bemor yurak urishini nazorat qilib yuradi, o'lib qolishdan qo'rqadi (35 yashar ayol 5-6 oy ichida uyidagilar bilan bir necha bor vidolashgan va tinmay kardiologik tekshiruvlardan o'tgan).

Bo'yin-ko'krak osteoxondrozida yurak sohasidagi og'riqlar bosh yoki tanani yon tomonga burganda, engashib yana 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) aniqlanadi. MRT tekshiruvi xulosasiga ham tayanish lozim.

Miofassial og'riqlar ko'krak mushaklarining zararlanishi natijasida rivojlanadi. Bunda zararlangan mushaklar ustini bosganda, kuchli og'riqlar paydo bo'ladi va hatto mushaklar biroz shishadi ham. Trigger nuqtalarga novokainli blokada qilinganda og'riq kamayadi.

5.6. Yurak ritmining psixogen buzilishlari

Yurak ritmining psixogen buzilishlari, odatda, taxikardiya, bradikardiya yoki aritmiyalar bilan namoyon bo'ladi. Taxikardiya paytida yurak urishlari bir daqiqada 140 gacha yetadi, bradikardiyada 50 gacha tushadi va, shuningdek, o'tib ketuvchi aritmiyalar ham kuzatiladi. Simpatik tonusning oshishi taxikardiya, parasimpatik tonusning oshishi bradikardiya bilan namoyon bo'ladi. Bemorning fikru-zikri yurak urishini tinglashga qaratilgan bo'ladi. U hatto nafas olmay yurak urishini tinglashga harakat qiladi. Yurak urishlari o'zgargan paytda nafas yetishmay bo'g'ilish hissi paydo bo'ladi, sovuq ter bosadi, oyoqlar titrab jon qochadi. Bu simptomlarning barchasi psixoemotsional zo'riqishlardan so'ng paydo bo'ladi yoki kuchayadi. Jismoniy harakatlar paytida organik etiologiyali aritmiyalar zo'raysa, psixogen aritmiyalar go'yoki unutiladi. Chunki bemorning fikri chalg'iydi.

Aritmiya uzoq davom etsa, ipoxondrik xulq-atvor shakllanadi. U erta-yu kech o'z kasalligi haqida o'ylayveradi, tibbiy saytlarga kirib kasaliga davo izlaydi yoki kuchli doktor haqida eshitib qolsa, avvalgi doktor tavsiyasini to'xtatib, uning yoniga chopadi va h.k. Uzoq vaqt transportda yurish, aqliy zo'riqish, issiq joyda qolib ketish, spirtli ichimlik ichish, to'yib ovqatlanish ham taxikardiya, bradikardiya yoki aritmiyani yuzaga keltiradi. Biroq

bemor nafasini rostdash uchun biroz dam olsa, masalan yarim soat, yurak urishi yana maromiga keladi.

Ular yozning issiq kunlarini yomon o'tkazishadi, doimo salqin joyni izlashadi, asosan kunning ikkinchi yarmida yurak urishi yanada kuchayadi va nafas yetishmaydi. Psixogen taxikardiyada EKGda organik o'zgarishlar kuzatilmaydi. Odatda, bradikardiya kam uchraydi va AQB tushib ketishi, bosh aylanishi, ichak peristaltikasi kuchayishi bilan kechadi. Bemorga yurak sohasi «qotib qolgandek», urishdan «to'xtagandek» tuyuladi, nafas yetishmaydi, bo'g'ilib yordamga chaqira boshlaydi. Yurak ritmining psixogen buzilishlari unga qarshi dorilar bilan davolanganda emas, balki sedativ dorilar yoki antidepressantlar berilganda kamayadi. Psixoterapevtik suhbatlar va platseboterapiya samarali bo'ladi.

5.7. Psixogen artralgiyalar

Oyoq-qo'llarning turli bo'g'imlarida har xil og'riqdan shikoyat qiluvchi bemorlar son-sanoqsiz. Bo'g'imlar sohasidagi og'riqlarga shikoyat qilib artrit yoki revmatizm tashxisi qo'yilgan bemorlar keyinchalik chuqur klinik va laborator tekshiruvlardan o'tkazilganda, ularning deyarli yarmidan ko'pida og'riqlar psixogen xususiyatga ega bo'lib chiqadi. Hozirgi gipodinamiya va stress asrida artralgiyalar dolzarb muammo bo'lib, niqoblangan depressiyaning suyak-bo'g'im sistemasida namoyon bo'ladigan yaqqol belgisidir.

Psixogen artralgiyalar, odatda, boshqa psixosomatik buzilishlar bilan kechadi. Bular fobiya, xavotir, apatiya, disforiya va shu kabilar. Psixogen og'riqlar faqat bo'g'imlarda kuzatilmasdan, suyak va mushaklarga tarqab, bemorning harakat qilishini cheklab qo'yishi mumkin. Bir xil holatda ko'proq turib qolish yoki cho'kkalab o'tirish ham og'riqlarni kuchaytiradi. Ba'zi bemorlar bo'g'imlar harakatlansa, undagi "tuzlar" tarqaydi deb, ularni harakatlantirib uqalayversa, boshqa bir bemorlar "og'riqlar" dan qo'rqib iloji boricha o'sha bo'g'imlarni qimirlatmaslikka harakat qilishadi. Buning natijasida bo'g'imlarda shish ham paydo bo'lishi mumkin.

«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 angiojarrohlarga yuboriladi. Ularda tashxis tasdiqlanmay bemor tibbiy psixologga borishi kerakligi uqtiriladi. Psixogen artralgiya va mialgiyalar uchun og'riqlarning ko'chib yurishi xos. Bu ko'chib yurish aniq bir yo'nalishda

emas, balki betartib yo'nalishda namoyon bo'ladi: og'riq bo'g'imdan tepaga yoki pastga qarab, 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, 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 artralgiyada bo'g'implarda shish paydo bo'lib, hattoki bo'g'im atrofiga suyuqlik to'planishi mumkin. Ushbu manzara og'riq kuchli bo'lgan paytlarda yuz beradi. Shunisi e'tiborliki, bu «o'tkir bo'g'im sindromi» affektiv buzilishda aniq bir vaqtda paydo bo'ladi, ya'ni bemor navbatdagi xuruj vaqtini aniq aytib bera oladi (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 artralgiyaning sababi affektiv buzilishlar ekanligi aniqlanmasdan, konservativ usul yordam bermagandan so'ng bemorga jarrohlik usuli tavsiya etiladi. XIX asrning mashhur nevrolog olimlaridan biri Oppengeym (1894) shunday bir voqeani misol keltiradi. «Menga tizza bo'g'imini rezeksiya qilish tavsiya qilingan bemorni ko'rsatishadi. Jarrohlardan birining tavsiyasi bo'yicha uni operatsiyadan oldin menga maslahatga yuborishadi. Ikkita qo'ltiq hassada kirib kelgan bemor biroz vaqtdan so'ng bu hassalarni 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 o'zimiz kuzatgan 2 xil voqeani keltirib o'tamiz.

Brinchi voqea. *A. ismli 15 yashar qizni travmatologiya-ortopediya bo'limiga davolanishga yuborishadi. Bemorning hech joyi og'rimasdi, u faqat oyoqlarini tizza bo'g'imida buka olmas edi, xolos. Kasallikning boshlanganiga 3 oy bo'lib, qilingan barcha choralar yordam bermagani sababli, bemorni Toshkentga davolanishga yuborishadi. Unga turli tashxislar qo'yilgan: «revmatoid artrit», «revmatizm», «bo'g'implar orasiga suyak o'sib chiqqan» va hokazo. Biroq rentgenogrammada tizza bo'g'implarida hech qanday patologik o'zgarish aniqlanmadi. Bunga viloyatdagi doktorlar ham e'tibor qilishgan, albatta. Lekin davolash muolajalari yordam bermayotgani bois bemorni markazga maslahatga yuborishgan. Bemor tashqi ko'rinishidan*

juda tinch, o'ziga bino qo'ygan, yoshiga qaraganda gavdali edi. Uning otasidan (bemor otasi bilan kelgandi) qizning xulq-atvori haqida so'raganimizda, qiziga ijobiy ta'rif beradi: «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 tizzasini bukmasdan bajaradi. Bemorning otasidan qizning kechqurun uxlaganda oyoqlari qay ahvolda bo'lishini bilib berishini so'radik. Viloyatga, qizning onasiga telefon qilib, bu savolni berganimizda, haqiqatan ham bemor kechasi uxlab yotganda, u yoq-bu yoqqa qayrilib yotarkan, ba'zan esa g'ujanak bo'lib olarkan. Ushbu ma'lumotlardan so'ng bizda kasallik psixogen xususiyatga ega ekanligiga hech qanday shubha qolmadi. Shu zahotiy oq davolash muolajasini boshladik. Bu yerda ham platseboterapiya usulini qo'lladik, ya'ni bemorga «Germaniyada ishlab chiqarilgan, tizzani darrov bukib-ochib yuboradigan dorini shprisga tortib, tizza qopqog'ining atroflariga yuborishimizni» va bemorning tizzasini 10 daqiqadan so'ng 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, xonada bemalol yura boshladi.

Ikki kundan so'ng bizga qizning onasi qo'ng'iroq qilib, muhim bir ma'lumotni berdi. Ma'lum bo'lishicha, qiz otasidan dugonasinikiga o'xshash qimmatbaho palto olib berishini so'ragan. Otasi rad javobini bergan va qizini qattiq koyigan. 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 shifoxonaga yugurishgan. Bu voqea otasining esidan chiqib ketgan, onasi esa faqat biz «Ruhiy siqilishlar bo'lmaganmi?» deb so'raganimizdan so'nggina shu voqeani esladi.

Bunday psixogen buzilishlar yosh bolalarda ham bo'ladi.

Ikkinchi voqea. 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 chinqirab yig'laydi. Ota-onasi qo'rqib ketib, bolani o'sha zahoti travmatolog ko'rigiga olib borishadi. Oyog'i rentgen qilinganda, bolada suyak sinish belgilari topilmaydi. Lekin bolaning oyog'i ozgina lat yegan edi, shuning uchun bolaga og'riqsizlantiruvchi ukollar qilib, lat egan joyini bog'lab uyiga jo'natiladi. Uni bir hafta

mobaynida ehtiyot qilish, iloji boricha oyoqni avaylash onasiga tayinlanadi. Bir hafta doktorning tavsiyalari bajariladi va onasi bolani iloji boricha qo'lda ko'tarib yuradi. 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 etib, 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. Bolaning injiqligi va buning ustiga qattiq qo'rqqanligi bilinib turardi. Uni kursiga o'tqazib tekshirayotganda yig'lab yuborishi, onasining oldiga o'tqazib 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 uqtirildi (bola uyda tekshirilayotgan edi). Bola aytganimizni 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 turdik. Bola gilam ustiga cho'kkalab olib, xonaning u yog'idan bu yog'iga g'ildirakli tankni haydab rosa o'ynadi. Onasi bolaning bu harakatlariga hayron bo'lib qarab turdi. 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 berdik. 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 koptok ketidan yugurib ketdi.

Bo'g'im sohasidagi og'riqqa shikoyat qiluvchi bemorning psixo-emotsional statusini yaxshilab tekshirmasdan, antibiotiklar, gormonlar, salitsilatlar, fizioterapevtik muolajalar bilan uzoq vaqt muvaffaqiyatsiz davolash uchrab turadi. Hozirgi davrda psixogen artralgiya ko'pincha tasodifan yoki «bodga» qarshi dorilar foyda beravermagandan so'nggina aniqlanadi. Bu davrda bemor deyarli barcha mutaxassislarda bo'lib chiqadi va nihoyat, unga psixogen artralgiya tashxisi qo'yiladi. Shuning uchun ham turli xil artralgiya aniqlangan bemorni albatta tibbiy psixologga ko'rsatish zarur.

5.8. Neurorespirator sindrom

Neurorespirator sindrom (NRS) – asosan, nafas olish ritmi buzilishi bilan namoyon bo‘luvchi psixovegetativ buzilishlar majmuasi.

Etiologiyasi va patogenezi. NRS ni yuzaga keltiruvchi asosiy etiologik omillar – bular o‘tkir va surunkali stresslar, doimiy xavotir va depressiyadir. Aynan kuchli psixoemotsional zo‘riqishlar nafas olish ritmini darrov izdan chiqaradi va neurorespirator sindrom rivojlanishiga turtki bo‘ladi. Chunki nafas olish sistemasi xuddi yurak-qon tomir sistemasi kabi hissiy qo‘zg‘alishlarga o‘ta sezgir. Shu bois ham NRS, asosan, po‘st-loqda shakllangan salbiy dominant o‘choq sababli rivojlanadi. NRS juda kam hollarda somatik va endokrin kasalliklar, metabolik buzilishlar va intoksikatsiyalar sababli yuzaga keladi. Biz “giperventilyatsion sindrom” atamasi o‘rniga NRS atamasini qo‘llash lozim deb hisoblaymiz. Chunki “giperventilyatsiya” – nafas olishning tezlashuvi, kuchayishi degan ma‘noni anglatadi va kasallik mohiyatini to‘la ochib bera olmaydi. Vaholanki, NRS atamasida ham neyronal, ham respirator buzilishlar aks etgan. Boz ustiga “neurorespirator sindrom” atamasi hali tibbiy adabiyotlardan to‘liq olib tashlanmagan.

Klinikasi. Nafas olish ritmi buzilishi, qo‘rquv, xavotir, bosh aylanishi, sinkopal holatlar va tetanik spazmlar bu sindrom uchun asosiy klinik simptomlaridir. Nafas olish buzilishlari nafas olishdan qoniqmaslik, havo (kislorod) yetishmasligi, ko‘p esnash, chuqur xo‘rsinish kabi belgilar bilan namoyon bo‘ladi. Bemor o‘pkasini havoga to‘ldirish uchun chuqur-chuqur nafas oladi va bu odatiy holga aylanadi. Bemor deyarli har doim havo (kislorod) yetishmayotganidan shikoyat qiladi, yoqasi ochiq kiyimlar kiyib yuradi, derazani ochaveradi. Agar bemor odamlar gavjum avtobuslar, metro va katta yig‘ilishlar o‘tkaziladigan zallarga tushib qolsa, uning nafas olishi yanada qiyinlashadi, iloji boricha toza havoga chiqishga harakat qiladi. Shuningdek, psixoemotsional stress (imtihon yoki odamlar oldida so‘zga chiqish) paytida nafas buzilishlari kuchayadi. Nafas yetishmovchiligining surunkali ko‘rinishlarida ba‘zan adashib, bronxial astma tashxisi qo‘yiladi.

Aksariyat bemorlarda bosh aylanishi (ba‘zida, bosh og‘rig‘i), ko‘p terlash, yuz va oyoq-qo‘llarda paresteziyalar, uyqu buzilishi, hushdan ketish, qo‘rquv va xavotir kabi simptomlar kuzatiladi. Shu o‘rinda sinkopal buzilishlarni alohida ta‘kidlab o‘tish lozim. Ular yengil tarzda namoyon bo‘ladi: bemorning ko‘z oldi qorong‘ilashadi, holdan toyib o‘tirib qoladi, boshi aylanib biroq hushdan ketadi. Bu paytda umumiy ichki titroq keladi va

bemorni ter bosadi. Yaqqol ifodalangan sinkopal holatlar, odatda, qattiq stress (urush-janjallar) paytida ro'y beradi. Ba'zida vrachlar bu holatni isteriyaga yo'yishadi. Biroq u navbatdagi giperventilyatsion paroksizm bo'lishi mumkin. NRS nafas olish ritmining buzilishidan tashqari yana bir qator klinik simptomlar bilan namoyon bo'ladi.

Vegetativ markazlar disfunktsiyasi sababli yurak-qon tomir faoliyati ham buziladi. Yurak tez-tez urishi, "uning bo'g'izga tiqilib kelishi", o'sha sohada uvishish, og'riq, ko'krak qafasi siqishi ko'p kuzatiladi. AQB o'zgarishlari bemorning qaysi vegetativ tipga kirishiga bog'liq. Agar u vagotonik bo'lsa, AQB giperventilyatsion xurujlar paytida tushib ketadi, simpatikotonik bo'lsa, oshadi.

NRS klinikasida nerv-mushak qo'zg'aluvchanligi oshishi alohida o'rin tutadi. Buning natijasida muskullar spazmi, ya'ni tetaniya (*yun. tetanos – muskul titrashi va spazmi*) paydo bo'ladi. Titroq bilan namoyon bo'luvchi tonik spazmlar ko'pincha qo'llarning distal qismida ro'y beradi. Tonik spazmlar va titrashlar paytida bemorning qo'l panjasi tortishib, «akusher qo'li» simptomi paydo bo'ladi, oyoq panjasi ham tortishib, ichkariga va pastga bukilib qoladi. Tonik spazmlar va titrashlar yuz muskullarida ham kuzatiladi. Xvostek va Trusso simptomlari aniqlanadi. Bunday holatlar giperventilyatsion paroksizmlar paytida vujudga keladi yoki kuchayadi. Ular tinch paytda kuzatilmashligi mumkin.

Neyrorespirator sindromda oshqozon-ichak sistemasida ham turli xil funksional buzilishlar aniqlanadi: kekirish, disfagiya, og'iz qurishi, qorin sohasida noxush sezgilar, og'riqlar, qabziyat va h.k. Bemor ichaklar g'o'rilashini sezib turadi, qorni ko'pincha dam bo'ladi, ishtahasi pasayadi.

Boshqa psixosomatik buzilishlar kabi psixogen astma ham unga e'tibor ortiqcha qaratilganda ro'y beradi yoki kuchayadi. Psixosomatik buzilishlarga oid barcha statistik ma'lumotlar va bizning kuzatuvlar ham psixogen astmaning ayollarda ko'p uchrashini ko'rsatadi.

Bir professor ma'ruza o'qiyotgan paytida talabalarga nafas olishini nazorat qilib turishlarini buyurgan. Oradan 2-3 daqiqa o'tgach kimning nafas olishi qiyinlashgani so'ralganda, talabalarning yarmi qo'lini ko'targan. Talabalar nisbatan sog'lom guruhga kiradi, demak, bemorlarda bundan ham ko'p ko'rsatkich kuzatilishi tabiiy hol, albatta. Nafas olishni hadeb nazorat qilish psixogen astma belgilarini kuchaytiradi xolos.

Bo'g'ilib qolish, nafas yo'llariga biror narsa tiqilib qolgandek bo'lishi, nafas olish qiyinlashib borayotganligidan shikoyat qilish, ayniqsa, ipoxondriyada ko'p uchraydi. Mabodo bu belgilar xurujlar bilan namoyon bo'lsa, adashib bronxial astma tashxisi ham qo'yilishi mumkin.

Shu yerda psixogen va bronxial astmaning qiyosiy belgilarini keltirib o'tamiz (5.3-jadval).

5.3-jadval.

Psixogen astma bilan bronxial astmaning qiyosiy belgilari

Psixogen astma	Bronxial astma
<ul style="list-style-type: none"> • Xuruj stressdan keyin va ko'pincha odamlar bor paytda boshlanadi • Nafas olish qiyin • Yuz terisi o'zgarmagan • Bo'yin tomirlari bo'rtib turmaydi • Balg'amsiz yo'tal • Auskultatsiyada vezikulyar nafas • Emfizema yo'q • Barmoqlar shakli o'zgarmagan • Yurak chegaralari o'zgarmagan • Platseboterapiya yordam beradi 	<ul style="list-style-type: none"> • Xuruj allergen omillardan keyin yoki besabab boshlanadi • Nafas chiqarish qiyin • Yuz va lablarda sianoz • Bo'yin tomirlari bo'rtib turadi • Balg'amli yo'tal • Auskultatsiyada xushtaksimon nafas • Emfizema bor • Barmoqlar baraban tayoqchalari shaklida • Platseboterapiya yordam bermaydi

Quyidagi voqea bunga yaqqol misol bo'la oladi.

R. ismli 20 yashar yigit ko'rigimizda bo'ldi. 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 daqiqada paydo bo'lib turishi bizning e'tiborimizni tortdi va qo'yilgan tashxisga shubha uyg'otdi. Tibbiy anamnez bilan birgalikda, psixologik anamnez ham to'la o'rganib chiqildi va bo'g'ilish xurujlari psixogen xususiyatga ega ekanligi aniqlandi. Bemor bolalik davridan nimjon bo'lib o'sgan, tez-tez kasallanib turgan. Oilada yagona farzand bo'lganligi bois ota-onasi bolasining har bir xarxashasiga ko'nikib yashagan, uning aytgani-aytgan bo'lgan. Bolaning yoshligidan asabi buzilsa, nafasi bo'g'ilib qolar ekan. Biroq bemorning tibbiy-psixologik statusi tekshirilmadan, unga bolalik davridan buyon «astma» tashxisi qo'yilib, davolab kelingan. Bora-bora xurujlarni oddiy dorilar bilan to'xtatish qiyinlashadi va bemorga gormonal dorilar (berotek) tavsiya qilinadi. Lekin bu dorini ham bemor doimo ishlatmagan (ba'zan oylab).

Bemorning psixologik statusini yaxshilab o'rganib chiqqandan 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 bola bo'lmasligi mumkinligi, shuning uchun ham bu dorini qanday bo'lmasin boshqa doriga o'zgartirish zarurligini» uqtirdik. Gap shundaki, bemorga berotekni yozgan doktor «Mana shu dori sen uchun asosiy dori, 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. Chunki bemorda bronxial emas, balki psixogen astma edi.

Bemor bilan umumiy til topishgandan so'ng berotekni boshqa doriga o'zgartirishga uni ko'ndirdik va og'izga sepsa bo'ladigan idish topib, idishning 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 2 soat ichida 4 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 umuman qo'llamaydigan qilish va bemorning fikridan «astma» so'zini olib tashlash edi. Bir-ikki kundan so'ng bemorni qabulga chaqirib hol-ahvolini so'radik. U o'zini juda yaxshi his qilayotganligini va bu dorining nomini so'radi. Biz bu «tadqiqotimiz»ni uzoq davom ettirib bo'lmasligini, bemor hamma sirdan voqif bo'lib qol-sa, uning sog'lig'iga putur yetkazib qo'yishimiz mumkinligini angladik. Bemorga bu dorini yana bir hafta ishlatishini, undan so'ng biz unga xuruj paytida tilning tagiga tashlab so'riladigan tabletka berishimizni aytdik. Shuningdek, bu dorining afzalliklari ko'pligi, ya'ni yarim soat emas, dastlabki kuni bir soat, so'nggi kuni 2 soat, qolgan kunlari esa faqat kuniga 3 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» kasalligidan xalos bo'ldi.

Ba'zan shunday hodisalar bo'ladiki, bemorda bo'g'ilish aniq bir vaziyatda yuzaga keladi. Bunday paytda o'sha sharoitni o'zgartirish bo'g'ilishni kamaytiradi yoki butunlay yo'qotadi.

Xorazm viloyatidan bizga L. ismli 20 yoshli kelinni maslahatga olib kelishadi. 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. Bora-bora 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 sibazon yoki diazepam bersa, foyda qilmaydi) yoki turmush o'rtog'i uydan chiqib ketmaguncha bo'g'ilish davom etaveradigan bo'ladi. Bemor barcha davolash usullaridan foydalangan (shu jumladan, platseboterapiya, psixoterapiya) va har qanday yangi taklif etilgan usuldan bosh tortar edi. Bemor yoz oylarida tekshirilayotgandi. Unga onasi bilan bir oy daryo bo'yiga borish, dorilarni esa uyga tashlab ketish zarurligi aytili. Bu taklifimiz bemorga ma'qul tushdi. Ona-bola daryo bo'yidagi uylardan birida ijarada yashashdi.

Oradan bir hafta o'tgach, bemorning holidan xabar olgani daryo bo'yiga uning turmush o'rtog'i bilan bordik. Bemorda bo'g'ilish xurujlari daryo bo'yiga kelgan kuniyoq to'xtagan edi. Uning eriga rafiqasidan xabar olgani daryo bo'yiga borib turishni tayinladik. Shunisi e'tiborliki, bo'g'ilish xurujlari erini daryo bo'yida ko'rganda kuzatilmadi. Er-xotinga endi janjal qilishni to'xtatish, toza havoda ko'proq bo'lishni, boshqa joylarga sayr qilib turishning ruhiy salomatlik uchun foydasi kattaligini uqtirdik.

Bu voqeada biz uchun e'tiborli tomoni platseboterapiya va psixofarmakoterapiyaning yordam bermaganligi. Haqiqatan ipoxondriyada sedativ dorilar hamma vaqt ham yordam beravermaydi. Ipoxondriyaga olib kelgan asosiy omil yo'qotilmas ekan, bemorni davolash mushkulashadi.

Psixogen astmaning yana bir xususiyati shundan iboratki, bemor doimo o'zini chayqalayotgandek sezadi: u xuddi o'zini transportda, liftda, samolyotda ketayotgandek his etadi. Bunday bemorlar metroning eskalatoridan tusha olmaydilar. Bizning nazoratda turgan bemor tunda uxlab yotganida, xuddi hozir zilzila bo'layotgandek tez-tez uyg'onib ketishini aytgandi. Ba'zan psixogen bo'g'ilishlar xuruji to'satdan, qattiq qo'rquvdan so'ng boshlanadi va gallyutsinatsiyalar bilan birga kechadi. Quyida qiziqarli bir misolni keltirib o'tamiz.

Bizning institutda o'qiydigan S. ismli talaba qiz 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. Buning natijasida nafas ololmay qiynaladi, bo'g'iladi. Biz bemorni ushbu simptomlar boshlangan vaqtdan ikki kun o'tib kuzatdik (kechasi soat o'nda). Bemor

chuqur depressiya holatida bo'lib, bir xil ohangda gapirardi, qattiq qo'rqqani ko'zidan bilinib turardi. U voqea xuddi tushida bo'layotgandek, mabodo uxlab qolsa, yana shunaqa yomon tushlar ko'rishdan qo'rqishini aytdi. Bemorga gipnoterapiya usulini qo'lladik. Uni trans holatiga tushirib: «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 charchaganingdan so'ng qirg'oqqa chiqib, gullar ustida yotib dam olasan. Atrof go'zal, birorta qora narsa yo'q. Ertalab yengil bo'lib, ko'tarinki kayfiyatda 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, biroq uni yana uyqu bosayotgandi. Biz aytgan vaziyat bemorning tushida to'laligicha namoyon bo'lgandi va bu unga katta huzur bag'ishlaganini aytib berdi. U hatto tushidagi vaziyatning kichik detallarigacha batafsil bayon etdi. O'zini juda ham yengil his qilayotgani va yana uxlab, xuddi shu tarzidagi tushni ko'rishni xohlayotganligini bildirdi.

Bu uslubni mashhur nemis gipnozchisi Lefenveld «tetiklik holatidagi gipnoz» deb atagan. Biz bu bemorni davolashda olimning ushbu usulidan foydalandik. Xonada bemorning o'zidan tashqari otasi va talabalar ham bo'lishiga qaramasdan, uni trans holatiga tushirish juda oson kechdi. Hattoki uning qanday tush ko'rish haqidagi so'zlar bir marta aytildi, xolos. Ma'lumki, chuqur depressiya paytida trans va gipnozga tushirish oson kechadi.

Psixogen astmada quruq yo'tal ham ko'p uchraydi. «Yo'tal shu daraja uzoq davom etadiki, – deb yozgan edi J.M.Sharko (1888), – bemor kun bo'yi tinmaydi, faqat ovqat eb olish uchungina yo'talmay turadi, xolos». Psixogen yo'tal quruq bo'ladi va balg'am ajralib chiqmaydi. Bunday paytda bemorning ovozi xirillab qoladi, gapira olmaydi. Biroz suhbatdan so'ng uning ovozi yana ochilib, asta-sekin kasali haqida so'zlay boshlaydi.

Tashxis qo'yish. Tashxis, asosan, klinik simptomlarga tayanib qo'yiladi. Bu yerda bemorning shikoyatlari asosiy o'rin tutadi.

Davosi. Davolash kompleks tarzda olib boriladi. Bunda asosiy urg'u bemorga psixoterapevtik ta'sir ko'rsatish, to'g'ri nafas olish ko'nikmasini shakllantirish va minerallar buzilishni bartaraf etishga qaratiladi.

Psixoterapevtik davolash usullari va sog'lom turmush tarzi.

Bemorning hayot tarzi va ish sharoiti o'rganiladi. NRS rivojlanishiga turtki bo'luvchi asosiy stress omili psixodiagnostik usullar va testlar yordamida aniqlab olinadi. Kasallik sababi aniqlangach, ratsional psixoterapiya yoki psixodinamik terapiya yordamida ushbu buzilishlar korreksiya qilinadi. Psixodinamik terapiyani psixoanaliz usullarini chuqur biladigan mutaxassis o'tkazadi. Bu yerda xatoga yo'l qo'yish turli yatropatiyalarni yuzaga keltirishi mumkin. Bemor sog'lom turmush tarziga o'rgatiladi, chekish va spirtli ichimliklar ichish man etiladi. Ba'zida NRS ni yuzaga keltirgan asosiy sabab bartaraf qilinsa, kasallik darrov orqaga chekinadi. Masalan, o'ziga yoqmaydigan ishxonadan bo'shadi, eri ichkilikni tashladi, betob yotgan bolasi tuzalib ketdi va h.k. Ertalab va kechqurun toza havoda sayr qilish, piyoda yurish kabi yengil jismoniy mashqlarning foydasi juda katta. Aksariyat hollarda bemor dori-darmonlarsiz tuzalib ketadi.

Farmakologik davolash usullari. Asosan, psixotrop va vegetotrop dorilar tavsiya etiladi. Bu dorilar qo'rquv, xavotir va depressiya alohatlarini bartaraf etadi. Ayniqsa, anksiolitiklar o'ta samaralidir. Amitriptilin, paroksetin, fluvoksamin, velaksin kabi dorilardan foydalanish mumkin. Amitriptilin kuniga 50-75 mg dan tavsiya etiladi. Amitriptilinning dastlabki kunlari namoyon bo'ladigan sedativ ta'siri giperventilyatsiyani bartaraf etishda juda samarali hisoblanadi. Agar dorining nojo'ya ta'sirlari (og'iz qurishi, taxikardiya) bemorga yoqmasa, fluvoksamin kuniga 50-100 mg, paroksetin 20-40 mg, sertralin 50-100 mg, velaksin 75-150 mg miqdorda tavsiya etiladi. Antidepressantlar bilan davolash, odatda, 2-4 oy mobaynida olib boriladi. Bemor tez tuzalib ketsa, bu dorilarni uzoq muddat berishga hojat yo'q.

Minerallar almashinuvini maromga keltirish va nerv-mushak qo'zg'aluvchanligini pasaytirish maqsadida kalsiy va magniy preparatlarini ichish tavsiya etiladi. Bu maqsadda ergokalsiferol (vitamin D₂) kuniga 20000-40000 XB, kalsiy glitserofosfat va kalsiy glyukonat kabi dorilar 1-2 oy mobaynida ichiladi. Bemor tarkibida kalsiy va magniy tuzlarini saqlovchi har qanday polivitaminlarni (Magne B₆) qabul qilishi mumkin. Magne B₆ tarkibida laktat magniy va piridoksin bor. Bu dori nafaqat muskullar, balki nerv markazlari qo'zg'alishini ham pasaytiradi, muskullarda minerallar almashinuviga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Magne B₆ 2 tabl. kuniga 3 mahal ichiladi.

Prognoz. Deyarli har doim yaxshi.

5.9. Gastrointestinal buzilishlar

Psixoemotsional stress oshqozon-ichak faoliyatiga jiddiy ta'sir ko'rsatib, turli xil gastrointestinal buzilishlarni yuzaga keltiradi. Bular ichida ko'ngil aynishi, qayt qilish, ich ketishi, qabziyat, qorin sohasida og'riqlar ko'p uchraydi. 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 va ruhiyat buzilishlari sababli uchraydigan turli belgilar va ularni davolash usullari haqida yozib qoldirgan.

Hozirgi davrda o'tkir va surunkali stressdan so'ng rivojlanadigan oshqozon-ichak sohasidagi buzilishlarga ta'rif berish uchun turli xil atamalar taklif qilingan: «abdominal ipoxondriya», «ta'sirlangan ichak sindromi» «abdominal depressiya», «psixogen gastrointestinal sindrom», «somatogen depressiya» va hokazo. Lekin shuni alohida ta'kidlash lozimki, agar yurak va nafas olish sistemalarining psixogen buzilishlarida bemorlar nevropatolog va tibbiy psixologga ko'proq murojaat qilishsa, oshqozon-ichak kasalliklari to'g'risida bunday xulosa qilish qiyin. Negaki, aksariyat bemorlar (hatto doktorlar ham) oshqozon-ichak sistemasi faoliyati buzilganda faqat terapevtga yoki gastroenterologga ko'rinishadi. Buni tushunish mumkin, albatta. Chunki odamlar nazdida «oshqozon miyadan uzoqda joylashgan va ularning bir-biriga aloqasi yo'q».

XX asr boshida mashhur nevrolog olim Shtryumpel (1902) dispepsiya ko'p hollarda hissiy zo'riqishlar sababli namoyon bo'ladi, degan edi. O'sha davr nevrologlari ovqat hazm qilishning funksional buzilishlari, abdominalgiya, umumiy holsizlik, ishtaha pasayishi kabi simptomlar xuddi bosh og'rig'i va bosh aylanishi kabi nevrastenianing asosiy belgilari deb hisoblashgan. O'sha paytlari somatonevroz haqida fikrlar kirib keldi.

Toshkent shahrida Z. ismli 39 yoshli ayol 10 yil mobaynida dispepsiyadan aziyat chekib, deyarli barcha yirik ilmiy markazlarning klinikalarida turli tashxislar bilan davolangan. Uni bir necha bor operatsiyaga ko'ndirmoqchi bo'lishgan. So'nggi 3 yilda hatto ho'l meva yeyishni man qilishgan. U deyarli 5 yildan oshiq ichak faoliyatini yaxshilaydigan maxsus pektin ichib yurgan. Bemor davolanish uchun Isroil davlatiga xat bilan murojaat qiladi. Doktorlardan biri bemorga tibbiy psixologga murojaat qilishni tavsiya etadi. Xulosa shu ediki, unda bor-yo'g'i psixogen dispepsiya edi xolos. U 10 kun ichida bu-

tunlay tuzalib ketdi. Bemorning birinchi bergan savoli: “Nok va olmani endi esam bo‘ladimi?”

O‘tkir yoki doimiy ruhiy zo‘riqishlar, jinsiy muammolar, qattiq qo‘rquv kabi omillar oshqozon-ichak faoliyatining funksional buzilishlariga olib kelishi mumkin. Bunday paytda 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 kuzatilmaslgi mumkin. Shuning uchun ham ipoxondriyada o‘t yo‘llari diskineziyasi, doimiy anoreksiya (ular ovqatni qorin ochganda emas, soatga qarab yeyishadi), qabziyat yoki diareya ko‘p uchraydi. Ushbu simptomlar bemorning kayfiyatiga qarab, goh kuchayadi, goh pasayib turadi. Aynan ana shu bemorlar terapevtik muolajalar uzoq vaqt yordam bermaganligidan tabiblarga murojaat qilishadi. Bemorlarning tabib va antiqa davolash usullariga bo‘lgan qiziqishi sabablarini «Deontologiya» bo‘limida yoritganmiz.

Psixogen anoreksiya. Psixogen anoreksiya atamasi 1868-yili W. Gull tomonidan taklif qilingan. Ishtahaning kayfiyatga bog‘liqligi shubhasiz. «Kecha ovqatni ishtaha bilan tanovul qiluvdim», «Bugun kayfiyatim buzildi, hech narsa egim kelmayapti» kabi iboralarni eshitib turamiz. Statistik ma‘lumotlarga ko‘ra, melanxoliya va siklotimiyada anoreksiya 40 % bemorda uchraydi. Ishtahasi pasaygan bemorda ta‘m va hid bilish ham buziladi (“bu ovqatning ta‘mini umuman sezmayapman, hidi ham yomon”). Agar bemor o‘ziga yoqmagan ovqatni yesa (u sifatli bo‘lishidan qat‘i nazar), ko‘ngli aynib qusadi va 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 ishtaha kuchayib ketadi, ya‘ni bulimiya kuzatiladi. Somatik depressiyaga uchragan bemor ba‘zan shu darajada ovqatni ko‘p tanovul qiladiki, u shunda ham to‘ymaydi. Bir o‘tirishda bir buxanka non, bir lagan osh va uch choynak choy ichib ham to‘ymagan bemorning 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 tibbiy psixologga maslahatga yuboriladi. Bemordagi bu holat rafiqasi unga xiyonat qilgandan so‘ng kelib chiqqan. Bemorning rafiqasini choyxonadagi o‘z ulfati «yo‘ldan» urgan. Demak, ba‘zan psixogen simptomlar rivojlanishi va tashqi salbiy ta‘sir orasida mantiqiy bog‘lanishni kuzatish mumkin.

Bulimiya va polifagiya mexanizmini to'yish hissining yo'qolishi bilan tushuntirish mumkin. Bu markazlar gipotalamusda joylashgan bo'lib, u yerdagi maxsus neyronlar «oshqozon ovqatga to'la» degan signalni olmaguncha bemor o'zini to'ygandek his qilmaydi. Ipoxondriya va depressiv sindromlarda aynan mana shu murakkab mexanizm izdan chiqadi. Qanday qilib biz och bo'lganligimizni sezamiz? Organizmdagi 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 glyukoza, suv va energiyaga aylanadi. Glyukoza esa qonga tushib, ochlik hissini kamaytiradi yoki so'ndiradi. Shuning uchun ham biroz kutsak, ochlik hissi o'tib ketadi.

Nevrozda bemorlarning aksariyati shirinlikka (ayniqsa, shokoladga) o'ch bo'lishadi. Chunki uning tarkibida asabni tetiklashtiruvchi moddalar ko'p. Ular muzqaymoq va shirin ta'mli ichimliklarga (kola, fanta va sprayt) o'ch bo'lishadi. Tarkibida uglevodi bor oziq-ovqatlar ochlikni tez qondiradi, shuning uchun ham biz ovqatlangandan so'ng shirinlik iste'mol qilishni xush ko'ramiz. Ovqatlanish tartib-qoidalariga amal qilish nafaqat oshqozon-ichak kasalliklari, balki asab va ruhiyat buzilishlarining oldini ham oladi.

Gastrointestinal buzilishlarda tez-tez uchraydigan belgilar – bular **ko'ngil aynishi** va **qusishdir**. Hissiy qo'zg'aluvchan bemorlarda bu simptomlarni keltirib chiqarish juda oson. Ko'p hollarda ko'ngil aynishi, qusish va jig'ildon qaynashi birgalikda uchraydi. Atrofdagi hamma narsalar, ya'ni oziq-ovqatlar, kir-chir kiyim kiygan odamlar, chang va iflos ko'chalar bunday bemorda ko'ngil aynish va qusishni yuzaga keltirishi mumkin. Ularni «injiq» odam deb ham atashadi. Hozirgi gipodinamiya va stress asrida bemorlarda bu shikoyatlarning ko'payganligi «yalqov oshqozon sindromi» atamasini taklif qilishgacha olib keldi va OAV da bunga qarshi dorilar ham reklama qilinmoqda. Psixogen ko'ngil aynish ovqat bilan bog'liq bo'lmasligi, qusgandan so'ng qolmasligi, og'izda doimo achchiq ta'm bo'lishi va yegan ovqatning oshqozonga tushmay tomog'ida tiqilib turishi bilan tavsiflanadi. Parhez, odatda, yordam bermaydi.

Gastrointestinal buzilishlarning yana bir turi – bu **qabziyat**. Gastroenterologlar fikricha, qabziyatdan shikoyat qiluvchi bemorlarning deyarli yarmida ichak kasalliklari aniqlanmaydi. Bunday bemorlar tibbiy

psixolog tomonidan tekshirilganda, ularda ipoxondriya, depressiya va isteriya belgilari topiladi. Nevroz aniqlangan bemorlarning aksariyatidi haftasiga zo'rg'a bir marta ichi keladi. Nevroz yoki depressiyada qabziyat sabablarini turlicha tushuntirish mumkin: *birinchidan*, bu toifa bemorlarning aksariyati passiv va kam harakatchan bo'lishadi, sport bilan deyarli shug'ullanishmaydi; *ikkinchidan*, ovqatlanish tartibiga deyarli amal qilishmaydi va ko'proq uglevodlarni xush ko'rishadi; *uchinchidan*, trankvilizatorlarni ko'p iste'mol qilishadi, ular esa ichaklar peristaltikasini susaytiradi.

Shuningdek, doimiy ruhiy-hissiy zo'riqishlarda ba'zan yo'g'on ichakda suyuqlikning so'rilishi kuchayadi. Bu esa qabziyatga olib keladi. Ichaklarda suyuqlik so'rilishi susayishi esa ich ketishga sababchi bo'ladi. Ich buzilishi simpatik va parasimpatik tonus holatiga ham bog'liq. Simpatik tonus oshganda peristaltika sekinlashib, atonik qabziyat, parasimpatik tonus oshganda peristaltika kuchayib, spastik qabziyat rivojlanadi. Peristaltikaning kuchayishi nafaqat qabziyat, balki diareyaga ham sabab bo'ladi.

Psixogen qabziyatda bemor doimo ichagida g'uldiragan tovushlarni eshitadi, qorning pastki qismi siqib og'riydi, ichaklarga gaz to'planadi. Hojatxonaga kirsa, asosan, ichakdan yel chiqadi va axlati qo'ying axlatiga o'xshab dumaloq-dumaloq shaklda bo'ladi, soatlab o'tirsa-da, defekatsiyadan qoniqmaydi. Bemorning qorni palpatsiya qilib tekshirilganda (ayniqsa, spastik tarzdgagi qabziyatda), yo'g'on ichakning qattiq va silindrsimon ekanligi aniqlanadi. Bemor ich kelishini xohlab turli xil usul va dorilarni qo'llab ko'radi. Bunday bemorlar, odatda, har qanday yangilikka ishonuvchan bo'lishadi.

Har qanday qabziyatda oshqozon-ichak sistemasida suyuqlikning so'rilishi va ajralishi buziladi. 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 modda va vitaminlarga boy. Ular chiroyli idishlarda ishlab chiqariladi va shunga loyiq yorliqlar yopishtiriladi. Bunday idishdagi dorilar albatta inson psixologiyasiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi va kayfiyatni ko'taradi. Lekin bunday vositalarni iste'mol qilishdan oldin vrach bilan, albatta, maslahatlashish zarur.

Bemorlarni davolashda juda ehtiyot bo'lish kerak. Ularga «Sizdagi qabziyat jahlingiz tez chiqishidan, ko'p ruhiy siqilishdan, mana bu tinchlantiradigan dorini ichsangiz, tuzalib ketasiz», degan bilan ish bitmaydi. Bu yerda ratsional psixoterapiya va platseboterapiya usullarini qo'llashga to'g'ri keladi.

Bizga N. ismli 24 yashar bemor murojaat qildi. «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 etyapti, endi qornimning pastki ham og'riydigan va tinchlantiruvchi dori ichmasam, uxlay olmaydigan bo'lib qoldim», deb shikoyat qildi.

Biz bemorning tibbiy-psixologik statusini o'rganib chiqib, haqiqatan ham uning dardi og'ir emas ekanligini, faqat doktorlar va dorilardan shifo izlayvermasdan, uning 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 birini ichishi, ikkinchisini qornining pastki qismiga surishi va uchinchisini har kun kechasi issiq vannaga tashlab, bir soat mobaynida bo'ynigacha suvga ko'milib yotishi zarurligini tayinladik. Bu muolajalar bir kunda bir mahal, faqat kechasi qilinishi zarurligini aytib, 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 qilardi, bu odatidan voz kechmasa, unga hech qaysi doktor va hech qaysi dori yordam bermasligi uqtirildi. Bemorga psixoterapiya, platseboterapiya muolajalari ham o'tkazilgach, samarasi juda yuqori bo'ldi.

Abdominal og'riqlar. Bu sindrom bilan bemorlar, odatda, tez-tez turli doktorlarga murojaat qilib turishadi (terapevtidan tortib, to onkologgacha). Mutaxassislar ma'lumotiga ko'ra, "Tez yordam" bo'limiga olib kelingan bemorlarning deyarli 10 % i qorin sohasidagi og'riqlardan shikoyat qiladi. Shunisi e'tiborliki, bu bemorlarning deyarli 40 foiziga «qorin sohasida sababi aniqlanmagan og'riq» deb yakuniy tashxis qo'yiladi. Yetuk klinikalarning birida o'tkazilgan ilmiy tahlil shuni ko'rsatdiki, «ko'richak» tashxisi bilan operatsiya qilinganlarning har uch nafaridan birida olib tashlangan o'simta gistologik tekshiruvdan o'tkazilganda, sog'lom bo'lgan. Shu bilan birga, qorin sohasidagi og'riqlar affektiv buzilishlar natijasida kelib chiqqanligi aniqlanib, qo'yilgan «ganglionevrit», «solyarit» kabi tashxislar bekor qilingan.

Abdominalgiya bilan birgalikda glossalgiyalar ham kuzatiladi. Glossalgiya (glossodiniya) – tilda bo'ladigan kuchli og'riqlar. Bunday bemorlarning jig'ildoni va qizilo'ngachi juda sezgir bo'ladi: tez-tez kekirish natijasida oshqozondagi kislotali moddalarning yuqoriga

ko'tarilib turishi bemorning jig'iga tegib, ovqat yeyishdan bosh tortish-gacha olib keladi. Bunda bemor issiqroq choy yoki ovqatni ham icha olmaydi, chunki darrov uning jig'ildoni qaynaydi. Shuning uchun bunday bemorlar doimo suyuqliklarni iliq holatda qabul qilishadi.

Har qanday tashqi va ichki ta'sirlarga ortiqcha e'tibor qilaveradigan bemor o'ta injiq bo'lib qoladi: «E Xudoyim-ey, bu qanaqasi, nega men boshqalarga o'xshab ishtaha bilan ovqat tanovvul qila olmayman, qornim doimo to'q yuradi, ochiqmayman, bir tishlam nonni og'zimga solsam ham qornim shishib, og'rib boshlaydi», deb shikoyat qilishadi. Shuning uchun ularda ovqatlanish vaqti keldi deguncha qo'rquv boshlanadi. Bemorga 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 chekadi. Jig'ildon qaynashi, ayniqsa, tunda kuchayadi. U yarim kechasi o'rnidan turib, suvga soda qo'shib ichib yuradi yoki almagel kabi dorilar qabul qiladi.

Och yurish natijasida har ikki-uch soatda oshqozon-ichak sistemasining peristaltikasi kuchayib, qorin sohasida og'riqlar paydo qiladi va bora-bora bu holat tez-tez takrorlanadigan bo'lib qoladi. Mana shundan so'ng bemorda qattiq azoblar boshlanadi, u «Ovqat yemaganimdan yara kasaliga duchor bo'ldim», deb jarrohlarga murojaat qila boshlaydi, zondlar yutib, oshqozonini bir necha marta tekshirtiradi ham. Bemorni birinchi bor tekshirganda: «Sizda yara yo'q, bor-yo'g'i oshqozon shilliq qavatida ozgina o'zgarishlar 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. Bitta 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 buzuv paytlarda va asosan kunning ikkinchi yarmida paydo bo'ladi. Ba'zan og'riqning aniq bir soatda boshlanishi e'tiborga loyiq. Masalan, ertalab bemor o'zini yaxshi his qilib turadi, 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, parhez uchun zarur bo'lgan masallqlarni

qanday topish haqida o'ylab yurishadi. Asabning bunday zo'riqib ishlashini albatta ushbu bemorlar ko'tara olishmaydi va parhezni ham buzib yuborishadi va hatto biroz yengil ham tortishadi. Natijada ular tibbiyotdan bezib, antiqa usullar bilan davolaydigan doktor yoki tabiblarni izlay boshlashadi.

Endi klinik amaliyotda ko'p uchraydigan ta'sirlangan ichak sindromi haqida so'z yuritamiz.

5.10. Ta'sirlangan ichak sindromi

Ta'sirlangan ichak sindromi (TIS) – surunkali abdominalgiya, disforiya, meteorizm, qabziyat yoki dispepsiya bilan namoyon bo'luvchi psixosomatik sindrom.

Epidemiologiyasi. Statistik ma'lumotlariga ko'ra, 10-16 % aholi TIS bilan kasallangan. Bu sindrom 20-40 yoshlarda ko'p kuzatiladi, kasallanish darajasi ayollar orasida 2 barobar ko'p. Bolalik va o'smirlik davrida ham kasallanish ko'paymoqda. Mutaxassislar fikricha, TIS aniqlangan bemorlarning deyarli yarmi vrachga murojaat qilmaydi.

Etiologiyasi va patogenezini. TIS kelib chiqishining asosiy sababchisi – bu doimiy psixoemotsional stresslar. Shu bois ham ushbu sindrom psixosomatik buzilishlar sirasiga kiradi. Doimiy asabiy-ruhiy zo'riqishlar, melankoliya va shaxsning nevroitik tipda shakllanishi kasallik rivojlanishiga turtki bo'ladi. Fikr-xayoli oshqozon-ichak faoliyatiga yo'naltirilgan odamlar (masalan, gastrofobiya, kanserofobiya) ham TIS rivojlanishiga moyil bo'lishadi. Ular har qanday ovqatni tiskinib tanovul qilishsa, darrov ichaklar disfunktsiyasi rivojlanadi. Bunday bemorlar gazli va shirin ichimliklarni ko'tara olmaydi, yog'li ovqatlarni hazm qila olmaydi, spirtli ichimliklar qabul qilsa zardasi qaynaydi, kechasi bilan qorin sohasi bezovta qilib, hojatxonaga qatnab chiqadi.

Agarda melankoliklar yoki gastrofobiya aniqlangan bemorlar gastrit, xolesistit, enterokolit yoki ovqatdan zaharlanishlarni boshidan kechirishsa, ularda ham keyinchalik TIS rivojlanishi xavfi yuqori. Bunday bemorlar ushbu kasalliklardan tuzalib ketishgan bo'lishsa-da, TIS dan aziyat chekib yurishadi. Har qanday stress yoki psixoemotsional charchash kasallikni qo'zg'ab yuboradi. Bu esa gastroenterit, xoletsistit yoki surunkali enterokolit kabi tashxislarni uzoq yillar mobaynida asossiz qo'yib yurishga sababchi bo'ladi. TIS aniqlangan deyarli barcha bemorlar vagotonik bo'lishadi, ya'ni ushbu sindrom rivojlanishida parasimpatik nerv sistemasi disfunktsiyasi ustuvorlik qiladi.

Klinikasi. Qorin sohasida surunkali og'riqlar, meteorizm, qabziyat yoki diareya, ichaklarning to'la bo'shamaganlik hissi kabi holatlar ushbu sindromning asosiy klinik belgilaridir. Ba'zi holatlarda qabziyat ustunlik qilib, haftasiga bor-yo'g'i 2-3 marotaba ich kelsa, boshqa holatlarda dispepsiya rivojlanadi. Ikkala vaziyatda ham defekatsiya paytida ichaklarning to'la bo'shamaganlik hissi mavjuddir. Qabziyat paytida axlat qumaloqdek bo'lib chiqadi, ko'p yel ajraladi. Bemor hojatxonada o'tirgan paytida kindik atrofini qo'llari bilan silayverib, yoqimsiz sezgi va og'riqlarni bartaraf etishga urinadi.

Ba'zi bemorlar tez-tez va betartib ovqatlanishga ruju qo'yishsa, ba'zilar ovqat yemay yurishni va shu yo'l bilan ushbu azobdan qutulishga urunishadi. Ularda xavotirli fobik buzilishlar bilan bir qatorda apatiya, depressiya, diqqat tarqoqligi, xotira pasayishi, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, tomoqqa bir narsa tiqilib turgandek bo'lishi, surunkali charchash sindromi, yozda ko'p terlash, qishda esa oyoq-qo'llarning muzlab yurishi kabi simptomlar paydo bo'ladi. Ba'zi bemorlarda ipoxondrik xulq-atvor shakllanadiki, ularni uzoq muddat tibbiy-psixologik reabilitatsiya qilishga to'g'ri keladi. Deyarli har uchinchi bemorda psevdourogik va psixoseksual buzilishlar kuzatiladi. Palpatsiya paytida deyarli qorin sohasining barcha qismida og'riq seziladi, biroq bu og'riqlar ko'proq yo'g'on ichak proeksiyasida aniqlanadi.

Klinik turlari. Qaysi sindrom ustun kelishiga qarab TIS shartli ravishda 3 ta klinik turga ajratiladi: 1) qabziyat; 2) dispepsiya; 3) abdominalgiya.

Tashxis va qiyosiy tashxis. Quyidagi 3 ta simptomni aniqlash zarur: bular – so'nggi 6 oy mobaynida qorin sohasida davom etuvchi og'riqlar va noxush sezgilar, qabziyat yoki diareya, axlat shaklining o'zgarishi, defekatsiyadan so'ng og'riqlar kamayishi. TIS tashxisini qo'yishda quyidagi vaziyatga alohida urg'u berish kerak: defekatsiyadan oldin qorin sohasidagi og'riqlar va kuchli noxush sezgilar, defekatsiyadan so'ng esa ular keskin pasayadi. Shuningdek, abdominal simptomlarning psixoe-motsional buzilishlar bilan bog'liqligiga ham alohida e'tibor qaratiladi. TIS tashxisini qo'yishda, tabiiyki, psixologik anamnezni chuqur o'rganish zarur.

Agar bemorda kasallik belgilari 50 yoshdan keyin boshlansa, anoreksiya ozish bilan namoyon bo'lsa, surunkali diareya, subfebrilitet, axlatda eritrositlar paydo bo'lsa, TIS tashxisini inkor qilishga to'g'ri keladi. Buning uchun kolonoskopiya, UTT va laborator tekshiruvlar o'tkaziladi. Qiyosiy tashxis gastrit, gastroenterit, enterokolit, xolesistit, ichak o'smasi, endokrin enteropatiyalar bilan o'tkaziladi.

Davolash. TIS tashxisi aniq qo'yilgach, birinchi navbatda, tibbiy psixolog tomonidan *psixoterapevtik davolash* muolajalari olib boriladi. Buning uchun bemorning psixologik statusi va shaxs tipi mukammal o'rganilib, individual psixoterapevtik dastur asosida davolash o'tkaziladi. Ratsional psixoterapiya antidepressantlar bilan birgalikda olib borilsa, samarasi yanada yuqori bo'ladi. Ayniqsa, bemorda oshqozon-ichak sistemasining organik kasalligi yo'qligi, mavjud simptomlar ruhiyat bilan bog'liq ekanligiga bemorni ishontirish undagi fobiya va xavotirni bartaraf etishga imkon yaratadi. Bunday bemorda davolash samarali kechadi. TIS bilan bemor tibbiy psixologga emas, balki terapevtga murojaat qilishini har doim esda tutish kerak. Demak, psixoterapiyani o'rinli qo'llay oladigan terapevt TIS aniqlangan bemorni o'zi mustaqil ravishda samarali davolay oladi. Ayniqsa, psixoterapiyani platseboterapiya bilan birgalikda o'tkazish yuqori natija beradi. Har qanday psixoterapevtik yondashuv miyada ijobiy dominant o'choqni yarata olishi kerak. Aks holda psixoterapiya ta'siri o'ta sust yoki befoyda bo'ladi.

Parhez. Ichaklarda gaz hosil qiluvchi oziq-ovqatlar (no'xat, loviya, kartoshka, uzum, karam, qovun) va ichimliklar (kvas, sut, kola, fanta, sprayt va h.k.) iste'mol qilish cheklanadi yoki taqiqlanadi. Qiyin hazm bo'ladigan yog'li ovqatlar ham cheklanadi. Spirtli ichimliklarning hech qaysisi, ayniqsa pivo va vino mumkin emas. TIS qabziyat bilan namoyon bo'lsa, yangi meva va sabzavotlardan tayyorlangan salat, bo'tqa va sharbatlar (ayniqsa olxo'ri, behi) qabul qilish lozim bo'ladi. Shuningdek, qora bug'doy, suli yormasidan qilingan bo'tqalar, o'simlik yog'ida tayyorlangan yengil hazm bo'luvchi ovqatlar kundalik ratsiondan o'rin olishi kerak. TIS diareya bilan namoyon bo'lsa, mevali-sabzavotli kisel, achchiq choy, qurutilgan oq non, guruchli bo'tqa, yog'siz mol, tovuq yoki baliq go'shtidan qaynatma sho'rva, olmal yoki bananli pyure tavsiya etiladi. Disbakteriozda prebiotiklar ko'p qo'llaniladi. Prebiotiklar ichakdan so'rilmaydi. Prebiotiklar ichaklarning normal mikroflorasini saqlash uchun foydali bo'lgan mikroorganizmlar o'sishini ta'minlovchi moddalardir.

Farmakoterapiya. Antidepressantlardan fluoksetin 20-40 mg, fevarin 50-100 mg yoki sertralin (stimuloton) 50-100 mg, birortasi tanlab olinadi va 2-3 oy mobaynida tavsiya etiladi. Bu dorilar xavotir, fobiya va depressiya simptomlarini bartaraf etish bilan bir qatorda, vegetotrop ta'sirga ham ega bo'lib, turli xil vegetativ-vitseral buzilishlar va og'riqli sindromlarni bartaraf etadi.

Og'riqlarni olish uchun dyuspatalin 1 kaps. (200 mg) kuniga 2 mahal ovqatlanishdan yarim soat oldin bir stakan suv bilan ichiladi. Qabziyatda

metoklopramid 2 ml (10 mg) venadan yoki mushak ichiga qilinadi yoki 1 tabl. (10 mg) kuniga 2-3 mahal ovqatdan yarim soat oldin qabul qilinadi. Domperidon (motilium) 1 tabl. (10 mg) ovqatdan oldin kuniga 3 mahal ichishga buyuriladi. Dyufalak 20 ml kuniga 2-3 mahal ichiladi. Kechqurun yotishdan oldin ham 1 tabl. ichib yotish tavsiya etiladi. Diareyada loperamid 2-4 mg dan kuniga 4-6 marotaba juda kam suv bilan ichiladi. Meteorizmni bartaraf etish uchun tarkibida faollashgan ko'mir saqlovchi dori vositalari va boshqa turdagi enterosorbentlar tavsiya etiladi.

Profilaktikasi va prognoz. Ma'lumki, sog'lom turmush tarzi – barcha kasalliklarning oldini olishda asosiy vositadir. Ayniqsa, TIS kabi kasalliklarda buning o'rni juda katta. Stressdan o'zini saqlash va parhezga rioya qilish ta'sirlangan ichak sindromining oldini olishda ham, tezroq tuzalib ketishda ham o'ta muhim omillardir. Ta'sirlangan ichak sindromi bilan bemor tibbiy psixolog nazoratida turishi lozim.

5.11. Surunkali charchash sindromi

Surunkali charchash sindromi – uzoq davom etadigan umumiy charchoq holati. Charchoq bir necha oylab kuzatiladi va bemorning normal ish faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. “*Surunkali charchash sindromi*” atamasi 1988-yili AQSh olimlari tomonidan taklif etilgan. 1988-yilgacha surunkali charchash sindromiga o'xshash holatlar nevrasteniya, psixasteniya, isteriya, vegetativ tomir distoniyasi, psixosomatik sindrom, somatonevroz, surunkali stress asorati, o'tkazilgan neyroinfeksiyalar asorati, neyromialgik sindrom va shu kabi boshqa tashxislar bilan atalgan. Surunkali charchash sindromi har qanday yoshda uchraydi. Biroq bu sindrom 25-45 yoshda ko'p kuzatiladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Surunkali charchash sindromining asosiy etiologik omillaridan biri – bu o'tkazilgan virusli infeksiyalar. Ma'lumki, har qanday virusli infeksiya dastlab immunitetni nishonga oladi. Shuning uchun ham organizmda qo'zg'algan barcha virusli infeksiyalarda *umumiy holsizlik* kuzatiladi. Surunkali charchash sindromi og'ir somatik kasalliklardan tuzalib chiqqan bemorlarda ham rivojlanadi. Ularda o'tkazilgan kasallik belgilari barham topsa-da, avvalgi jismoniy faollik to'la qayta tiklanmaydi. Bu holat, ayniqsa, jismonan ojiz, depressiyadan aziyat chekadigan va immunologik statusi sust bo'lgan shaxslarda rivojlanadi. Ular uzoq vaqt avvalgi ish faoliyatini tiklay olmay yurishadi, tez charchab qolishaveradi. Surunkali charchash sindromi o'tkazilgan kuchli stresslardan so'ng ham rivojlanadi.

Klinikasi. Asosiy belgisi – bu uzoq saqlanadigan charchoq holati. Charchoq jismoniy harakatlardan so‘ng kuchayadi, dam olgandan keyin ham o‘tib ketmaydi, bemorning xoli bo‘lmay yotaveradi. Albatta, bu holsizlik bemorning aqliy faoliyatiga ham ta’sir ko‘rsatadi. Bemor biror bir matnni o‘qib o‘zlashtira olmaydi, ishi ham unumsiz bo‘ladi va natijada o‘z kasbida to‘laqonli ishlay olmaydi. Ushbu holatlar uni ortiqcha asabiylashtiradi, jizzaki qilib qo‘yadi, diqqatini buzadi va normal hayot tarziga jiddiy ta’sir ko‘rsatadi. Bemor ba’zida ishyoqmas, dangasa, bahonachi, yalqov va mug‘ombir laqabini oladi. Bu holat oilaviy janjallar sababchisi bo‘lishi ham mumkin.

Bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, uyqu buzilishi, ishtaha yo‘qolishi, kayfiyatning tez-tez o‘zgarib turishi, parishonxotirlik kabi simptomlar ham kuzatiladi. Shuningdek, kardialgiya, abdominalgiya, sistalgiya, mialgiya kabi psixosomatik buzilishlar ham yuzaga kelishi mumkin. Virusli infeksiyalardan so‘ng rivojlangan surunkali charchash sindromida limfatik tugunlar kattalashadi. Kasallik surunkali charchash sindromi deb atalsa-da, uning simptomlari ko‘p hollarda o‘tkir boshlanadi. Bu esa o‘z vaqtida tashxis qo‘yishni ancha qiyinlashtiradi. Bunday patologik holat uchun spesifik simptomlar yo‘qligi va kasallik sababini aniqlash qiyinligi bemorni ham, vrachlarni ham ancha sarson qilib qo‘yadi. Uzoq tekshiruvlar, chuqur anamnestik ma’lumotlar va boshqa kasalliklarning yo‘qligiga asoslanib, vrach bemorga surunkali charchash sindromi tashxisini qo‘yadi. Doimiy stresslar kasallik kechishini og‘irlashtiradi. Bu holat uzoq davom etaversa, ketma-ket tekshiruvlar o‘tkazilaversa, bemorda apatiya va reaktiv depressiya holati vujudga kelishi mumkin. Kasallik kechishi temperament tipiga ham bog‘liq: melanxoliklarda og‘irroq kechadi va uzoq davom etadi, sangviniklar esa bu holatdan tezroq chiqishadi.

Davosi. Avvalambor, bemor atrofida sog‘lom psixologik muhit yaratish lozim. Tashxis qo‘yilgach, bemorga bu og‘ir kasallik emas, balki umumiy charchoq sindromi ekanligi tushuntiriladi. Bu holat vaqtincha va bemorga, albatta, tuzalib ketishi aytiladi. Bunday ma’lumotlar, uning ruhiyatiga ijobiy ta’sir ko‘rsatadi. Psixoterapiya, fizioterapevtik muolajalar, igna bilan davolash, uqalash va umumiy tonusni oshiruvchi dorilar yuqori samara beradi. Spirtli ichimliklar ichish va chekish mumkin emasligi, sog‘lom turmush tarziga rioya qilish lozimligi bemorga uqtiriladi. Yilda bir marotaba dam olish sihatgohlariga borib turish tavsiya etiladi.

Prognoz. Har doim yaxshi.

5.12. Pseudourologik sindromlar

Siydik ajratish sistemasida kuzatiladigan psixogen buzilishlar bilan tibbiy psixologga 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, ularga barcha urologik simptomlarni o'zida mujassamlashtirgan umumiy tashxis – “nevrogen qovuq” sindromi 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 siyganidan qoniqmay chiqish va yana hojatxonaga qaytib kirish, xuddi siydik pufagi to'la bo'shalmagandek bo'lishi, qorinning pastki qismida og'riq sezish holatlari pseudourologik sindromlar uchun xos. Siydik ajralib chiqishining psixogen buzilishlarida ikki xil holatni kuzatish 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 tutilishlari niqoblangan depressiya uchun juda xos.

Tez-tez siyish (pollakuriya) ko'pchilik urologik kasalliklar (sistit, uretrit, prostatit) uchun ham, niqoblangan depressiya uchun ham xos bo'lganligi bois, bunday bemorlar zarur bo'lgan tekshiruvlarni to'la o'tishlari lozim. Ikkala holatda ham sovuq joyda ko'p turib qolish, sho'r, achchiq va nordon narsalar hamda spirtli ichimliklarni (ayniqsa, pivoni) iste'mol qilish, qattiq siqilish siyishning tezlashuviga olib keladi. Erkaklarda, ayniqsa, jinsiy aloqadan so'ng ana shunday vaziyat yuzaga keladi.

Biroz rivojlangan affektiv buzilishlarda uchraydigan dizuriya transportda, katta majlislar bo'layotgan paytda, o'zi biror narsani ko'pchilik oldida o'qib berayotgan paytda namoyon bo'ladi. Natijada ularda ipoxondrik sindrom rivojlanadi: bunday bemorlar butun fikrini va diqqatini siydik pufagiga qaratishadi, sharmanda bo'lib qolishdan qo'rqishadi. Tabiiyki, bu vaziyat bemorning asabiga salbiy ta'sir etadi va kasallik belgilarini yanada kuchaytiradi. Bunday bemor mabodo begona ayol bilan jinsiy yaqinlik qilsa, o'zida bo'layotgan barcha belgilarni hali tasdiqlanmagan venerik kasallik bilan bog'laydi. Xotiniga 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'ynagani qo'yimaslik keyinchalik

og'ir oqibatlarga olib kelishi mumkin. Chunki insonning ruhiy rivojlanishi tarbiya va uni o'rab turgan atrofdagi muhitga chambarchas bog'liq. Shu masalada B.D. Karvasarskiy (2002) qiziq bir misolni keltiradi.

K. ismli 37 yashar ilmiy xodim jamoat joylaridagi hojatxonaga kira olmasligidan shikoyat qiladi. Bu narsa uni 17 yoshligidan buyon bezovta qilsa-da, 20 yil mobaynida uyalganidan bu «aybini» doktorlarga aytmay va, tabiiyki, davolanmay yurgan. Bemorning hayot anamnezidan shu narsa ma'lum bo'ladiki, u onasining qattiq nazoratida o'sgan. Uni onasi ko'chada bolalar bilan o'ynagani qo'ymas, umumiy hojatxonadan foydalanishni esa qat'iy man qilgan. «Chunki u yerga hamma boradi, ularning kasali senga yuqishi mumkin», deb uqtirgan. Bola xohlaydimi-yo'qmi, ishtonini «ho'l qilib» qo'ymasin deb, onasi uni doimo tuvakka o'tqazgan, yoniga esa o'yinchoqlarini qo'ygan. Bola ham o'ynab, ham tuvakda «jasorat» ko'rsatib o'tirgan. Bola nafaqat tuvakda o'ynab o'tirgan, hatto onasi uning yonida o'tirib ertaklar aytib bergan, kuylagan, odob haqida tarbiya bergan. Shunday qilib, har bir odamning o'zi bajarishi zarur bo'lgan ushbu 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 yegan. Bu aybni qilib qo'ymaslik uchun bola doimo qo'rqib xavotirda yashagan. Mabodo ona-bola mehmonga ketishmoqchi bo'lishsa, bola albatta o'z uyida hojatxonaga kirib chiqishi, mehmonda esa siygisi kelsa ham iloji boricha kutib turishi va faqat uyga qaytgandagina hojatxonaga borishi ona tomonidan aniq belgilab qo'yilgan. Bularning oqibatida bola atrofdagi narsalardan jirkanadigan va noziktabiati bo'lib o'sadi.

Siydik yo'llaridagi funksional buzilishlarning kelib chiqishida bemorning jinsiy rivojlanishi ham alohida o'rin tutadi. Bemor 16 yoshida bir qiz bilan jinsiy yaqinlik qilishga urinadi, lekin jinsiy aloqa qila olmaydi, chunki darrov pollyutsiya ro'y beradi. Bu yangi alomatdan u juda qo'rqib ketadi va tez kunlarda ichi qotib, hojatxonada ko'p o'tirib qolsa, siydik yo'lidan shilliq narsa chiqib boshlaganini ko'radi. Spermani «yo'qotishdan» qo'rqib, siyish jarayonini iloji boricha to'xtatishga intiladi. Agar avval jamoat hojatxonalariga kirishdan o'zini tiyadigan bo'lsa (chunki yozilayotganda ereksiya ham kuzaatilgan), keyinchalik atrofda oyoq ovozi eshitilsa ham siya olmaydigan bo'lib qoladi. Vaqt o'tib u institutni tugatadi, aspiranturaga kiradi va nomzodlik dissertatsiyasini yoqlaydi. Uylanadi, 3 ta bolalik bo'ladi. Jinsiy aloqalar qisqa davom etganligi bois qoniqmaydi. Urologda uch yil natijasiz davolanadi. So'ngra unga quyidagi tashxis qo'yiladi: psevdourologik simptomlar bilan

kechuvchi ipoxondrik nevroz. Olib borilgan davolash choralari individual psixoterapiya bilan birgalikda o'tkaziladi va bemor tuzalib ketadi.

Bu klinik misoldan xulosa shuki, odamning psixologiyasini boshqarish mumkin, biroq normal kechayotgan fiziologik jarayonlarga sun'iy yo'l bilan ta'sir qilmagan ma'qul.

«Urologik» 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. Ushbu doimiy tashvishlar, albatta, jinsiy quvvatsizlikka olib keladi. Bemorda na davolanishga, na oilasiga va na hayotga qiziqish qoladi (psixoseksual buzilishlar bo'limiga qarang).

Statistik ma'lumotlarga ko'ra, bolalarda uchraydigan enurezning deyarli 80 % i bosh miya po'stlog'i disfunktsiyasi bilan bog'liq. Mutaxassislar fikricha, diurezning buzilishi affektiv buzilishlarda yuzaga keladigan siydik pufagi qo'zg'aluvchanligining oshishi yoki pasayishi hisobiga kuzatiladi. Tagini ho'l qilib qo'yadigan bolalar, odatda, o'ta injiq, tinib-tinchimaydigan, yig'loqi va ko'p tush ko'radigan bo'lishadi. Ular shu qadar rang-barang tushlar ko'radiki, xuddi kattalarga o'xshab, tushining mazmunini ota-onasiga ertakona so'zlab berishadi.

Funksional polidipsiya (ko'p suyuqlik ichish) va poliuriyalar (ko'p siyish) ko'p uchrab turadigan psixosomatik buzilishlardir. Bunday bemorlar kuniga 5 litr va undan ham ko'p suv ichishadi. Ular doimo chanqash va suv ichganda qoniqmaslikdan shikoyat qilishadi. Tabiiyki, bunday paytda qandsiz diabet kasalligiga taxmin qilinadi. Shunday bo'lsa-da, bemor ichgan suv va ajralib chiqqan peshob miqdori, uning hissiy holatiga juda bog'liq bo'ladi. Hatto sog'lom odamda ham ortiqcha hissiy zo'riqishda, masalan, abituriyentlar, talabalar imtihon paytida, ilmiy xodim dissertatsiya himoya qilayotganida, ikkita kishi bir-biri bilan urush-janjal qilayotganida og'zi qurib, suv ichgisi keladi va tez-tez hojatga qatnaydi. Ko'p suv ichishiga qaramasdan, ularning terisi quruq (tumbochkasi har xil kremlarga boy), AQB past, boshi tez-tez og'riydigan bo'ladi va biror ish qilishsa, tez charchab qolishadi. Ko'p suv ichilganligi bois organizmda elektrolitlar almashinuvi buziladi va battar chanqab, yana suv ichgisi kelaveradi. Buning natijasida, albatta, qandsiz diabet tashxisini inkor qilish uchun laborator tekshiruvlar o'tkazishga to'g'ri keladi.

5.13. Seksual buzilishlar psixologiyasi

Surunkali va o'tkir stresslar deyarli har doim seksual buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Bunday bemorlarni albatta seksopatolog va tibbiy psixolog davolaydi. Ayniqsa, isteriya, melanxoliya, depressiya, ipoxondriya va xavotirli-fobik sindromlarda jinsiy buzilishlar juda ko'p uchraydi.

Jinsiy buzilishlarga ta'rif berishdan oldin odamda jinsiy funksiyalarning nerv sistemasi tomonidan boshqarilish mexanizmlarini ko'rib chiqamiz.

Odamning jinsiy faoliyatini boshqarishda quyidagi markazlar ishtirok etadi:

1) Bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'i – jinsiy faoliyatni ongli tarzda boshqaradi va umumiy nazorat qiladi.

2) Gipotalamus – jinsiy faoliyat paytida kuzatiladigan vegetativ reaksiyalarni ta'minlaydi.

3) Orqa miya – bu erda *ereksiya* (S_2 - S_4) va *eyakulyatsiya* (L_2 - L_4) markazlari joylashgan.

Spinal markazlar gipotalamus va po'stloq markazlari hamda jinsiy a'zolarida joylashgan retseptorlar bilan ikki tomonlama afferent va efferent aloqalarga ega. Jinsiy markazlarning o'zaro ishi yuqori darajada muvofiqlashtirilgan. Jinsiy mayl (libido) va orgazm serebrospinal markazlarning murakkab faoliyati natijasida yuzaga keladigan murakkab psixofiziologik jarayondir. Ereksiya va ejakulyatsiya spinal reflekslar sirasiga kiradi, shuning uchun ham bel-dumg'aza segmentlaridan yuqorida joylashgan jarohatlanishlarda bu funksiyalar saqlanib qoladi. Biroq jinsiy faoliyatni boshqarishda ishtirok etuvchi markazlardan biri izdan chiqsa, qolganlariga ham salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Jinsiy gormonlar jinsiy markazlarning shartsiz reflektor qo'zg'atuvchisi hisoblanadi va jinsiy maylning kuchini belgilab beradi. Bu jarayonda prostata, gipofiz va buyrakusti bezi gormonlarining ahamiyati juda katta. Prostata bezi gormonlari qonga muntazam tushib turadi: ular kam miqdorda tushsa, urug'don sekretiyasini faollashtiradi, ko'p miqdorda tushsa, susaytiradi. Agar erkak kishi bir necha kun jinsiy aloqasiz yashasa, unda jinsiy mayl (libido) susayishi mumkin va aksincha, yana jinsiy aloqa qila boshlasa, libido paydo bo'ladi. Bu holatni quyidagicha izohlash mumkin: tez-tez bo'ladigan jinsiy aloqada ejakulyatsiya 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 kamayib ketsa, unga bo'lgan talab yanada kamayadi, chunki

prostataning sekreti qonga ko'p miqdorda tushadi va urug'don faoliyatini susaytiradi. Mabodo, 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 ejakulyatsiya kastrassiya qilingan erkak va ayollarning deyarli 50 foizida u yoki bu darajada saqlanib qoladi. Lekin faqat balog'atga yetgandan so'ng qilingan kastrassiyada jinsiy funktsiya 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. Ayollar libidosi buyrakusti bezining po'stloq hujayralarida ishlab chiqariladigan androgenlarga, ya'ni erkaklar jinsiy gormonlariga ham bog'liq. Shuning uchun ham tuxumdonlarni olib tashlash, odatda, libido so'nishiga sabab bo'lmaydi, buyrak usti bezlari faoliyatining susayishi esa ayollarda libidoni pasaytiradi. Erkaklar jinsiy gormonlari ayollarda erotik tusdagi his-tuyg'ularini uyg'otadi, organizmga faollashtiruvchi ta'sir ko'rsatadi, erogen sohalari sezgirligini oshiradi. Bundan farqli o'laroq, erkaklarga yuborilgan ayollar gormoni erkaklik funksiyasini sustlashtiradi.

Ammo jinsiy qo'zg'alish nafaqat gormonlar ta'siri ostida, balki erogen sohalardan miyaga keluvchi signallar orqali ham paydo bo'ladi. Eng sezgir erogen sohalari – 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, orgazmni chaqirish mumkin. Lekin ko'krak bezining uchi va qinning orqa qismi sezgirligi sust rivojlangan ayollar ham bor.

Ginekologlar fikriga ko'ra, ayol kishi har doim ham qiniga kirgizilgan narsaning hajmini aytib bera olmaydi. Biroq aksariyat ayollar jinsiy aloqa paytida qinning tubida paydo bo'ladigan to'lqinlarni yaxshi sezishadi. Lekin koitus (jinsiy aloqa) paytida kuzatiladigan orgazm olatning qin devoriga ishqalanishidan hosil bo'ladigan impulslar hisobiga paydo bo'ladi, deb qaraladi. Jinsiy aloqadan so'ng orgazm kuzatilmasa, klitorni qo'l bilan ta'sirlantirish orqali orgazmni chaqirish mumkin. Bu, albatta, vaginal orgazmdan ko'ra, klitor orgazmi kuchli rivojlangan ayollarda osonroq. 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, ayol kishining birinchi bor erkak kishi bilan jinsiy yaqinlikni qanday boshlaganiga ham bog'liq.

Jinsiy qo'zg'alish shartli reflektor qo'zg'atuvchilar (ko'rish, eshitish, hid bilish va h.k.) ta'siri ostida ham yuzaga keladi. Lekin u har kimda va turli yoshda har xil rivojlangan: eshitish yoki ko'rish a'zolari orqali kelgan ta'sirotlar orqali jinsiy qo'zg'alish hosil bo'lishi mumkin. Bunday jinsiy qo'zg'alishlar ayniqsa, o'spirinlarda kuchli rivojlangan. Ular yalang'och ayollar surati yoki erotik tusdagi rasmlarni ko'rib, kuchli ta'sirlanishi va bu holat orgazm bilan tugashi mumkin. Biroq erkaklarning yalang'och surati hamma vaqt ham ayollarda 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 sababchi bo'lsa, odatda, ayollarga bu kam ta'sir qiladi. Jinsiy aloqa boshlanayotgan paytda erkaklar ayollarga qaraganda kuchliroq qo'zg'aladilar. Shuning uchun ham ularda ba'zan jinsiy aloqa boshlanmasdan turib, eyakulyatsiya ro'y beradi. Lekin jinsiy qo'zg'alish darajasi jinsiy mizojga ham bog'liq.

Jinsiy qo'zg'alishlarda ayollarda ham, erkaklarda ham jinsiy a'zolar qon bilan to'lishadi. 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 suyuqlik qinni namlashtiradi va bu bilan qinga olatning kirishini osonlashtiradi. Friksiya paytida (lot. *frictio* – ishqalanish) jinsiy a'zolarida joylashgan periferik retseptorlarda juda ko'p yoqimli qo'zg'alishlar paydo bo'ladi va jinsiy aloqa oxirida erkaklarda sperma otilib chiqadi, ya'ni eyakulyatsiya sodir bo'ladi, ayollarda bartolini bezlari va bachadonning bo'yin sohasida joylashgan bezlardan suyuqlik qin bo'shlig'iga tashlanadi. Bu paytda qin to'lqinsimon qisqara boshlaydi, bachadon qinga tomon biroz tushadi va servikal naydan uncha ko'p bo'lmagan suyuqlikni qinga yo'naltiradi. Bunda bachadon tubining bir maromda to'lqinsimon qisqarishi qindagi spermani bachadonga so'radi. Ushbu jarayonlarning hammasi urug'lanishni, ya'ni homilador bo'lishni osonlashtiradi. Urug'lanish orgazm bo'lmasa ham kuzatilaveradi. Eyakulyatsiyadan so'ng erkaklar jinsiy a'zolarida ham, ayollarda ham taranglashish pasayadi, giperemiya ham tezda orqaga qayta boshlaydi, ereksiya yo'qoladi. Eyakulyatsiya barvaqt boshlanib ketsa, uni to'xtatish qiyin. Jinsiy aloqa paytida erkaklarda eyakulyatsiya orgazm bilan tugaydi, ayollarda jinsiy aloqa hamma vaqt ham orgazm bilan tugayvermaydi. Orgazm, ya'ni o'ta yoqimli tuyg'uning paydo bo'lishi, jinsiy aloqadan so'ng erkak-

larda 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. AQB ko'tariladi. Bunday vegetativ o'zgarishlar faqat jinsiy aloqadan so'ng kelgan orgazm paytida emas, 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. Ba'zi mualliflar 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 badaniga ko'rsatilgan taktil ta'sirotlar ham yoqimli tuyg'ular paydo bo'lishida ishtirok etadi. 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 % klitor orgazmini, 36 % vaginal orgazmni his qilgan bo'lsa, 44 % esa orgazm nimadan paydo bo'lganini aytib bera olmagan. Lekin bu ko'rsatkich juda nisbiy bo'lib, har xil so'rovnomalarda o'zgarib turadi. Shuning uchun bu masalaga individual yondashish zarur.

Erkaklarda uchraydigan seksual buzilishlar. Hayvonlardan farqli o'laroq, insonlarda jinsiy yaqinlik nafaqat biologik, balki ongli jarayon hamdir. Jinsiy faoliyat asab markazlari orqali boshqarilishini aytib o'tdik. Jinsiy ojizlik ko'pincha asabiy-ruhiy siqilishlar natijasida rivojlanadi. Biror marta bo'lsa-da, seksual funksiyasi kamaymagan erkak kishini uchratish qiyin. Jinsiy faoliyat buzilishiga bosh va orqa miyaning organik kasalliklari, urologik va endokrin kasalliklar, turli intoksikatsiyalar, asteniyaga olib keluvchi somatik kasalliklar, aroqxo'rlik va giyohvandlik sabab bo'ladi.

O'smirlik davrida jinsiy rivojlanish jadal kechadi. Ular erotik tushlarni ko'p ko'rishadi, uxlab yotganda ejakulyatsiya ro'y berib turadi. 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 rivojlanish ham jiddiy o'zgarishlarga uchraydi. Har qanday tashqi stress ularning ruhiyatida og'ir iz qoldiradi va jinsiy faoliyatga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Erkaklarda uchraydigan jinsiy zaiflikka **impotensiya** deyiladi. Potensiyaning me'yorda qanday bo'lishi ko'p jihatdan yoshga va kishining hayot tarziga bog'liq. Jinsiy buzilishlardan shikoyat qiluvchi erkaklarning 50-60 % jinsiy aloqaning davomiyligidan qoniqmagan kishilardir.

G.S.Vasilchenko (2000) ma'lumotlariga ko'ra, jinsiy aloqa davri (koitus) eng kami 1 daq. 14 soniya (68 friksiya) bo'lsa, eng uzog'i 3 daq. 34 soniya (100 friksiya) hisoblanadi. Uning fikricha, koitusning o'rtacha davomiyligi 2 daq. 2 soniya (62 friksiyada). Lekin sun'iy yo'l bilan jinsiy aloqa davrini 10 daqiqa va undan ortiq ham cho'zish mumkin («quruq» friktsiyalar). 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 pasayib turishi mutlaqo sog'lom odamda ham kuzatiladi va 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 ham jismonan, ham ruhan zo'riqib ishlashni talab qiladigan davrlar bor. Bu davr birovda bir hafta, boshqa birovda bir oyga cho'zilishi mumkin. Bunday paytda jinsiy faoliyat biroz susayishi yoki «esdan chiqishi» mumkin. Shuning uchun ham mutaxassislarning fikricha, jinsiy aloqa normada bir kunda 1-2 martadan, oyiga esa 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 olgandan so'ng o'tib ketishi mumkin bo'lgan jinsiy quvvatsizlik va vrach tomonidan to'la tekshirmasdan turib qo'yilgan tashxis og'ir oqibatlarga olib kelishi mumkin. Bu yerda erkak va ayol orada paydo bo'lgan muammoning sabablarini birgalikda o'rganib chiqib, bir-birini tushunib ish tutishi juda katta ahamiyatga molik. «Tinchlikmi, sizga nima bo'ldi?» qabilidagi ayolning e'tirozlari erkak kishining qalbini jarohatlashi va ahvolini yanada og'irlashtirishi mumkin.

So'nggi ma'lumotlarga ko'ra, jinsiy zaiflikning deyarli 80 % funksional xususiyatga ega, qolganlari organik kasalliklar sababli rivojlanadi (2018). Lekin bemorlarning aksariyati seksopatolog yoki tibbiy psixologga uchramay, urologlarga murojaat qilishadi va aksariyat hollarda dastlabki qo'yiladigan tashxis prostatit bo'ladi. Prostatitning impotentsiyaga olib kelishi tushunarli, biroq impotentsiya aniqlangan bemorlarning hammasida ham prostatit aniqlanavermaydi. Erektillik disfunktsiyaning har qanday ko'rinishida bemorning hayot va kasallik anamnezi, ijtimoiy ahvoli, kasbi, ishlash uslublari, ayoli haqida ma'lumotlar o'rganilishi va aniqlanishi zarur. Ular tibbiy-psixologik tekshiruvlardan o'tib, maxsus psixoterapevtik yordam olishlari kerak.

Aytib o'tilganidek, nevrasteniyada jinsiy zaiflik tez-tez kuzatilib turadi. Ularda nafaqat xotiniga, balki boshqa ayollarga ham jinsiy mayl susayadi yoki yo'qoladi. Ayol kishiga yaqinlashganda ereksiya paydo bo'lmaydi yoki sust bo'lib, tez so'nadi. Avvallari ayol kishining yonida yechinishning o'zi ereksiyani yuzaga keltirsa, endi esa bunday bo'lmaydi. Bundan xavotirga tushgan er turli yo'llar bilan ereksiyani keltirishga harakat qiladi va butun fikru – zikrini jinsiy holatiga qaratadi. U bora-bora jahldor va jizzaki bo'lib qoladi. Ishga qo'li bormaydi. Hech kim bilan bordi-keldi qilmaydi. Quyidagi voqea bunga misol bo'la oladi.

Bemor I. 24 yoshda, talaba. Har narsani ko'ngliga og'ir oladigan shaxs. O'qishi pasayib ketgan, sal narsaga asabiylashadigan, tez charchaydigan bo'lib qolgan. Bungacha xotini bilan haftasiga 2-3 marta jinsiy aloqa qilib yashagan, 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 ereksiya ham yo'qolgan. Xotini bunga to'g'ri munosabatda bo'lgan va turmush o'rtog'ini tinchlantirgan. «Bu hammasi charchash alomati, doktorga uchrang», deb maslahat bergan.

Bemor doktorga uchraydi. Doktor tomonidan mukammal tekshiriladi va uning jinsiy zaifligi charchash alomati ekanligi aytiladi. O'z faoliyatini tartibga solib, biroz dam olish zarurligi tavsiya qilinadi. Faqat kuchli jinsiy mayl paydo bo'lgandagina jinsiy aloqa qilishi mumkinligi tayinlanadi. Bemor 3 hafta mobaynida asabni tinchlantiruvchi va umumiy quvvatlantiruvchi dorilarni qabul qiladi. Bu vaqt ichida jinsiy qobiliyat yana to'la tiklanadi.

Impotentsiyaning alohida turi bo'lmish **vaziyatli impotentsiyani** ko'p uchratish mumkin. Bunda impotentsiya aniq bir vaziyatda yoki aniq bir shaxsga nisbatan kuzatiladi. Boshqa paytlari esa jinsiy qobiliyat saqlanib,

hatto ertalabki erektsiyalar ham mavjud bo'ladi. Vaziyatli impotensiyaning sabablari quyidagilar: xotining jinsiy munosabatga sovuqqonlik bilan qarashi (frigidlik), uzoq davom etuvchi janjallar; bir xil shaklda (holatda) jinsiy aloqa qilaverish; jinsiy yaqinlikka xotini tomonidan aniq bir vaqtning belgilab qo'yilishi; xotiniga xiyonat qilganidan vijdoni qiynalib yurishi; ayol kishidan keladigan yoqimsiz hid yoki uning o'ziga yaxshi e'tibor bermasligi; xotini unga yoqmaydigan jinsiy usullarga majbur qilish va shunga o'xshash holatlar. Shuni ta'kidlash lozimki, vaziyatli impotensiya ruhan te'tik va sog'lom odamlarda kuzatilmaydi. U melanxolik, tez ta'sirlanuvchan va jizzaki erkaklarda ko'p uchraydi. Quyidagi voqea bunga yaqqol misol bo'la oladi:

Bemor N. 28 yoshda, muhandis, o'ta ta'sirchan, tez xafa bo'ladigan, o'ziga uncha ishonmaydigan yigit. Jinsiy qobiliyati uncha kuchli bo'lmaganligi bois butun diqqatini shunga qaratgan, o'zini doimo kamsitib yurgan va doimo ayollar ustida «jasorat» qilishni orzu qilgan. Xotini jinsiy aloqa paytida qoniqsa ham, buni alohida ko'rsatib bera olmagan, to'shakda jinsiy munosabatlar paytida o'zini sust tutgan. Xotinini «Meni erkak o'rnida ko'rmaysan», deb, tez-tez koyib yurgan. Jinsiy munosabatlar borgan sayin sovuqlashib borgan. Turmush qurishganiga 3 yil to'lgandan so'ng, yigit bitta yosh ayol bilan tanishadi va jinsiy yaqinlikda bo'ladi. Jinsiy aloqa paytida N. bu ayolning bor ovozi chiqarib ingrashlari, bo'ronli orgazmiga hayron qoladi, ayol ham o'z vaqtida uni «Haqiqiy yigit ekansan!» deb maqtaydi. N. xotinini tashlab, o'sha ayolga uylanadi.

Turmush qurishgandan so'ng biroz vaqt ham o'tmasdan, sezadiki, yangi xotini unga e'tibor qilmaydigan bo'lib qoladi. Orada tez-tez janjal bo'lib tursada, bu ayol bilan bir yarim yil birga yashaydi. Keyingi paytlarda N.ning ishi yurishmaydi, tez charchaydigan va jahldor bo'lib qoladi. Kunlardan bir kuni xotini mehmondan juda kech va mast bo'lib keladi. Orada janjal chiqadi. Janjal paytida xotini: «Jonimga tegdi o'zimni go'llikka solish, to'g'risini aytsam, sen bilan bir to'shakda yotganimda men sira ham jinsiy yaqinlikdan qoniqmayman. Seni erkak o'rnida ko'rmayman!» Bu so'zlarni birinchi bor xotiniidan eshitayotgan N. karaxt bo'lib qoladi. Bo'lib o'tgan bu janjaldan so'ng nafaqat xotiniga, balki boshqa ayollarga ham qiziqishi mutlaqo yo'qoladi. Jinsiy hirsning yo'qolganidan xavotirga tushadi. Juda asabiy bo'lib qoladi, uyqusi buziladi. Doktorlarga murojaat qiladi, davolanadi. Davo natijalaridan o'zi qoniqmaydi. Haqoratlanganidan va avvalgi xotinini tashlab ketganidan aziyat chekaveradi. Birinchi rafiqasi yoniga boradi. U bolalari bilan N. ni iliq kutib oladi. O'sha kechasi birinchi bor rafiqasiga nisbatan yana kuchli jinsiy

qo'zg'alish paydo bo'ladi. Tez orada ikkinchi rafiqasini tashlab, birinchisiga qaytadi. Normal jinsiy hayot kechira boshlaydi. Boshqa ayollarga qiziqishi mutlaqo yo'qoladi.

Ushbu kuzatuvdan shunday xulosa qilish mumkinki, bemor o'zining jinsiy qobiliyatini o'ta past baholagan va bundan ham ortiq qobiliyatga ega bo'lishini orzu qilgan. Bu «yetishmovchilikni» to'g'rilashga urinishi esa muvaffaqiyatsiz tugagan. Ayniqsa, ikkinchi xotining aytgan haqoratomuz so'zlari uning erkaklik qadr-qimmatini yerga urgan.

Seksologlar ta'biri bilan aytganda, er-xotin orasidagi seksual buzilishlarning asosiy sabablaridan biri – bu xohish bilan imkoniyatning bir-biriga to'g'ri kelmasligidir. Jinsiy imkoniyatlarni to'g'ri baholay olmaslik bu yerda vaziyatli impotensiyaga olib keladi. Bu fenomen asosida shartli reflektor bog'lanishlar yotadi. Aksariyat hollarda ayoldagi frigidlik erkakda vaziyatli impotensiya sababchisi bo'ladi.

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. Xotini va bolalarini haddan ortiq yaxshi ko'radi, xotinini qattiq hurmat qiladi. Jinsiy aloqaga esa xotini qiziqmaydigan bo'ladi, turmush o'rtog'i birga yotishni talab qilsa, turli bahonalar (boshim og'riydi, holim yo'q) bilan jinsiy yaqinlikdan bosh tortadi. Xotining jinsiy aloqani yaxshi ko'rmasligi sababli G. xotini bilan jinsiy munosabatlarni kamaytira boshlaydi va natijada unda jinsiy quvvatsizlik rivojlanadi. Boshqa ayollarga ham qiziqishi yo'qoladi. «Kasal bo'lib qoldim», deb qo'rqadi. Turli xil stimulyatorlar qabul qiladi, ular ham vaqtincha yordam beradi. Bu davr ichida jinsiy tomondan o'ta faol ayol bilan tanishadi va shu ayolning iltimosiga binoan birga qo'shilishadi. Kuchli orgazm paydo bo'ladi, hech qanday stimulyatorlarsiz jinsiy aloqa yana takrorlanadi. Shu bilan birga, o'z ayoliga farzandlarining onasi sifatida bo'lgan hurmati saqlanib qoladi. Bu voqealardan so'ng xotini bilan jinsiy aloqa qilmoqchi bo'lib ko'radi, lekin jinsiy hirs paydo bo'lmaydi.

Ushbu misolda erkak kishida libido susayishida xotining jinsiy aloqaga qiziqishi yo'qligi sabab bo'lgan. Shunday bo'lsa-da, boshqa ayolga jinsiy qobiliyati saqlanib qoladi. Jinsiy aloqa paytida ayol kishi o'zini erkak kishiga ruhiy jarohat keltiradigan holda tutishi ham libido yo'qolishiga olib keladi. Buni quyidagi misolda ko'rish mumkin.

Bemor V., 34 yoshda, texnika institutlarining birida dotsent lavozimida ishlaydi, xulq-atvori yaxshi, biroq jur'atsiz. Doktorga jinsiy zaiflik, umumiy holsizlik, asabiylashish va ish faoliyatining susayganidan shikoyat qilib keldi. Xotini o'zidan 8 yosh kichik bo'lib, avval o'z qo'lida o'qigan talaba qiz. Turmush qurgandan so'ng 2-3 oy mobaynida jinsiy qobiliyati uncha kuchli bo'lmasa-da, saqlangan bo'ladi. Jinsiy munosabatlar paytida xotini o'zini juda sust tutadi va keyinchalik turmush o'rtog'idan qoniqmayotganini ochiqchasiga aytib, uni impotent deb haqorat qila boshlaydi. Buning oqibatida V.ning jinsiy faolligi keskin pasayib boradi va tez orada so'nadi. U xotini oldida o'zini juda aybdor sezib, «gunohini» yuvish uchun ayolining barcha xarxashalarini so'zsiz bajara boshlaydi. Bundan foydalangan yosh xotin turmush o'rtog'ini uy xizmatkoriga aylantiradi va barcha uy yumushlarini unga yuklaydi. Qiyinchiliklarga chidamagan er xotini bilan ajrashmoqchi bo'ladi, lekin boshqasini ham «qoniqtira» olmasam-chi, deb o'ylab, bu fikridan voz kechib, chidashga qaror qiladi.

V. bir kuni doktorga murojaat qiladi. Bemorning tibbiy-psixologik va urologik statusi tekshirilgandan so'ng unga nevrasteniya tashxisi qo'yiladi va so'nggi gal rafiqasi bilan birga kelish buyuriladi. V. ning rafiqasidan alohida uning jinsiy aloqalari haqida so'raladi. U turmushga chiqqunga qadar boshqa yigitlar bilan ham jinsiy yaqinlikda bo'lganligi va hech qanday qoniqish his qilmaganligini aytadi. Shunday qilib, ayolda frigidlik, ya'ni jinsiy sovuqqonlik aniqlanadi. Bu ayolga turmush o'rtog'idagi nevrastenianing sababi uning frigidligi hisobiga, turmush o'rtog'ida esa jinsiy ojizlikka olib keluvchi hech qanday urologik kasallik yo'qligi aytiladi. Unga ajrashish yoki jinsiy aloqadan o'zini o'ta qoniqqandek ko'rsatishi zarurligi uqtiriladi. Ayol ikkinchi maslahatni qabul qiladi. Bemor V.ga esa umumiy quvvatni oshiruvchi, tinchlantiruvchi dorilar beriladi va 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 tiklangani, o'zi esa avvalgidek jinsiy yaqinlikka sovuqligi va buni eriga sezdirmayotganini aytadi.

Bu misolda biz erkakda rivojlangan impotensiyaning asl sababini 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. Hamma voqea to'y kechasi bo'lib o'tadi. To'y tugagandan so'ng kelin-kuyov o'zlari uchun tayyorlangan xonaga kirishadi. Yigit avval bir

ayol bilan jinsiy yaqinlikka urinib ko'rgan, lekin kuchli hayajonlanganidan eyakulyatsiya boshlanib ketgan. Undan so'ng ayollar bilan jinsiy yaqinlikka intilmagan. O. to'y kechasi yechinish oldidan juda hayajonlanadi. Qiz «Bugun shu ishni qilmay qo'ya qolaylik» deydi. Biroq yigit udum bo'yicha o'z vazifasini ado etib, yangalar oldida yuzi yorug' bo'lishi kerak edi. 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 atrofida 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, senda ereksiya yo'qoldi (qiz tibbiyot instituti talabasi), avval qizlar bilan yurib, o'zingga kasal yuqtirgansan, senda zaxm bo'lsa kerak», deb yigitni haqorat qilib tashlaydi. Yigit avval jinsiy yaqinlikka urinib ko'rganligi esiga tushib, «Haqiqatan ham zaxm yuqtirgan bo'lsam kerak», deb xavotirga tushadi. Qiz yigitning e'tiroziga qaramasdan, tashqarida poylab turgan opalarini chaqiradi. Vaziyat shu darajada keskin tus oladiki, yigit nima bo'layotganini ham anglamay qoladi. Ham qo'rqib, ham uyalib ketgan yigit uchta ayolning ichida qolib ketadi. Qiz opalariga bo'lgan vaziyatni oqizmay-tomizmay gapirib beradi. Qizning opalari ginekolog edi va ular yigitning esankirab qolganligidan foydalanib, uni tinchlantirishadi, tanish doktorlari borligini va uni albatta davolatishlarini aytishadi. Qizdan esa qon chiqmaganligining sababi, uning olati qinga kirmaganligidan deb tushuntiriladi (keyinchalik yigitning yana bir bor eslashicha, bitta friksiya aniq bo'lgan). Davolash bir oy davom etishini, bu davr ichida xotini bilan jinsiy yaqinlikni umuman to'xtatib turishni, aks holda undagi «zaxm» xotinigay uqishini, so'ng esa bola bo'lmasligi mumkin, deb qo'rqishadi. Yigit xotininig opalari topib bergan doktorda aslida yo'q bo'lgan «zaxmdan» yashirin davolanadi. Unda yashashga ham, jinsiy yaqinlikka ham hech qanday qiziqish qolmaydi, chunki davolash natija bermayotgandi. Boz ustiga xotini ham unga sovuq munosabatda bo'ladi, erkaklik sha'niga teguvchi haqoratomuz so'zlarni har kechasi aytadi, sog'ayib ketmasa, undan ketib qolishi, o'rtoqlari oldida sharmanda bo'lishini eslatib turadi. Yigit esa, albatta, davolanish uchun eng kuchli doktorlarga borishi, tuzalib ketishi va ajralmaslikni xotinidan har gal iltimos qiladi. Bora-bora 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 davolatishga Toshkentga keladi. Bemor bosh og'rig'i, uyqusizlik, tez asabiylashib ketishdan shikoyat qilardi (avvaliga u jinsiy zaiflikni bizdan yashirdi), qo'llari qaltirab, ko'ziga tez-tez yosh olardi. Bemorning

asab tizimi har tomonlama tekshirilib, unda hech qanday og'ir kasallik belgilari yo'qligini, lekin nevrasteniya kasalligi borligi, bu esa sababi yo'qotilsa, butunlay tuzaladigan dard ekanligi aytili. Bemor 2-3 kundan so'ng bizga bo'lib o'tgan voqeani batafsil aytib berdi. Bemorning e'tiroziga qaramasdan, uni qaytadan urologga va dermatovenerologga ko'rsatdik. Laborator va paraklinik tekshiruvlardan so'ng quyidagi xulosaga kelindi: bemorda avval ham, hozir ham hech qanday venerik kasallik bo'lmagan. Bu xulosalar bemorning kayfiyatini ko'tarib yubordi. U bizning barcha maslahatlarimiz va tavsiyalarimizga to'la amal qildi. Ikki oy Toshkentda yurdi. Ayollar bilan yaqinlashganda jinsiy mayl va ereksiya paydo bo'ladigan bo'ldi. Unga hayotda erkak kishi tetikroq va ziyrak bo'lishi, hamma aldovlarga uchavermasligini ta'kidlab, o'z yurtiga – uyiga yuborildi.

Bemor bilan bir necha oydan so'ng uchrashganimizda, xotini bilan ajrashgani, boshqa qizga uylangani va u homilador ekanligi, jinsiy muammolar endi yo'qligini xursand bo'lib gapirib berdi. Keyin ma'lum bo'lishicha, bemorning avvalgi xotini suyuqoyoq bo'lgan, o'qib yurgan paytida homilador bo'lib qolgan va bolasini 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 mexanizmi nimalardan iborat? Tanadagi kamchiliklarga doir o'ta salbiy ma'lumotlar bosh miya po'stlog'ida turg'un o'choq paydo qiladi va dominanta qonuniyatiga 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 ushbu dominant o'choqning faoliyatini pasaytirish yoki yo'qotish uchun po'stloqda undan ham kuchli ta'sirga ega yangi «ijobiy dominant o'choq»ni 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 yoki gipnoz orqali, davolash mobaynida ishlatiladigan samarali usullar orqali paydo qilish mumkin. Bizning misolimizda po'stloq faoliyatini o'ziga bo'ysundirib turgan “salbiy dominant o'choq” – bu to'y kechasi kelinning yigitga aytgan so'zlari “*Sen impotentsan, jinsiy aloqa boshlamasdan turib, senda ereksiya yo'qoldi, avval qizlar bilan yurib, o'zingga kasal yuqtirgansan, senda zaxm bo'lsa kerak*”, bo'lsa, biroz fursat o'tgandan so'ng miya po'stlog'ida paydo qilingan yangi dominant qo'zg'a-

lish – 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 eyakulyatsiya mexanizmlari to‘g‘risida so‘z yuritamiz. Eyakulyatsiyaning 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 va sog‘lom yigitda eyakulyatsiya tez kelishi fiziologik jarayon. Unda jinsiy aloqani boshlagandan bir necha soniya o‘tgach, darrov eyakulyatsiya ro‘y berishi mumkin. Bunday paytda eyakulyatsiyadan so‘ng ereksiya biroz so‘nmay turadi. Ularda jinsiy aloqa bir necha soat yoki bir-ikki kundan so‘ng takrorlansa, eyakulyatsiyaning kelish davri bir oz cho‘ziladi.

Ba‘zan jinsiy aloqadan oldingi o‘zaro erkalatishlar ayolga qaraganda, erkakka ko‘proq ta‘sir ko‘rsatadi. Jinsiy aloqa qilishdan oldin ayol tomonidan erkakning erogen sohalarini ko‘p ta‘sirlantirish, tez qo‘zg‘aluvchan erkaklarda eyakulyatsiyani tezlatishi mumkin. Seksologlar 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 eyakulyatsiya haqida so‘z boradi. Uzoq jinsiy aloqa qiluvchilarda keyinchalik koitus davri qisqarsa ham vaqtli eyakulyatsiya haqida so‘z yuritish mumkin. Birinchi bor jinsiy aloqa qilayotganlarda, ba‘zan olatni qinga kirgizmasdan turib eyakulyatsiya ro‘y beradi.

Nevrasteniyada tez paydo bo‘ladigan eyakulyatsiya 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 **pollyutsiya** deb ataladi. Pollyutsiya ko‘pincha tunda, uxlab yotganda kuzatiladi. Pollyutsiya o‘smir yoshida ko‘p uchraydi. Bunday paytda, odatda, erkak kishi erotik tushlar ko‘rayotgan bo‘ladi.

Xo‘sh, pollyutsiya qachon va nega kuzatiladi? U qanday jarayon va uning mexanizmlari nimalardan iborat?

Pollyutsiya urug‘ pufakchalarida katta miqdorda sperma to‘planganda ro‘y beradi. Bunday paytda eyakulyatsiya markazi reflektor tarzda ta‘sir lanadi, ya‘ni o‘z-o‘zini boshqarish mexanizmi ishga tushadi. Pollyutsiyadan so‘ng seksual qo‘zg‘alish pasayadi. Nevrasteniyada urug‘ pufakchalari da ozgina sperma to‘planishining o‘zi pollyutsiyani yuzaga kelishi uchun

yetarlidir. Chunki ularda serebral va spinal markazlar yuqori darajada qo'zg'aluvchan bo'ladi. Astenik bemorda tez-tez kuzatiladigan pollyutsiyalar ba'zan charchash alomati, uyquning yo'qolib qolishi, kayfiyat buzilishi bilan kechadi. Ular pollyutsiya bo'lganini iloji boricha yonida yotgan xotinidan yashirishga intilishadi. Chunki yuqorida aytib o'tganimizdek, spermaning «beruxsat» otilib chiqishi, uzoq vaqt jinsiy aloqa qilinmagandan bo'ladi. Shuning uchun ham pollyutsiya er-xotin orasidagi janjallar sababchisi ham bo'lishi mumkin («Tushingda mendan boshqani afzal ko'rding»).

Nevrasteniya kuzatiladigan pollyutsiyalar davolangach va sihatgohlarda dam olgandan so'ng o'tib ketadi. Bunda jismoniy tarbiya va sportning ahamiyati katta. O'smirlik paytida onanizm bilan shug'ullanib, sun'iy ravishda ejakulyatsiyaga erishuvchilarda uylangandan so'ng jinsiy aloqaning birinchi kunida ejakulyatsiya tez paydo bo'lishi mumkin. Ko'pincha erkaklar o'smirlik davridagi onanizmni kasallik alomati deb tushunib, o'zining jinsiy sohadagi muvaffaqiyatsizliklarini onanizm asorati deb o'ylashadi. O'smirlik davridagi onanizm – bu fiziologik jarayon bo'lib, u keyinchalik jinsiy ojizlikka olib kelmaydi.

Tibbiy adabiyotlarda quyidagi voqea yozib qoldirilgan.

Bemor U. 26 yoshda, texnik xodim, vasvasaga beriladigan, o'ta rahmdil yigit. Ejakulyatsiya tez kuzatilishidan shikoyat qilib, doktorga maslahatga keladi. O'smirlik davrida tez-tez pollyutsiyalar bo'lib turgan. 17-18 yoshida qizlar bilan diskotekalarda raqsga tushganda kuchli ereksiya va ba'zan esa ejakulyatsiyalar kuzatilgan. 19 yoshida birinchi bor jinsiy yaqinlik paytida darrov ejakulyatsiya ro'y bergan. 20-22 yoshida bo'lgan jinsiy aloqalarda ikkita friksiyadan so'ng ejakulyatsiya kuzatilgan. Eng uzoq cho'zilgan koitus 10 soniya. 24 yoshida uylangan. Bevaqt ejakulyatsiya saqlanib qolgan. Jinsiy aloqadan xotini hammavaqt ham qoniqavermagan. So'nggi paytlarda jinsiy aloqa paytida xotining qini quruq bo'lib qolayotgani 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 tekshiruvlarda bemorning jinsiy a'zolarida kamchilik topilmagan. Urologik patologiya ham aniqlanmagan. Shundan so'ng bemor nevropatologga yuborilgan va unda nevrasteniya aniqlangan. Samarali davolanish uchun unga ereksiyani mustahkamlovchi va koitus davrini uzaytiruvchi davolash muolajalari o'tkazilgan. Bu muolajalar tafsiloti bemorning xotiniga ham tushuntirilgan. Xotiniga turmush o'rtog'idagi muammolar asab zo'riqishi bilan bog'liq, deb aytilgan. Bemorga bir oy mobaynida jinsiy aloqadan o'zini tiyib

turish buyurilgan. Bu davr ichida xotini bilan birga yotishni davom ettiraverish va ereksiya bo'lsa-da, jinsiy aloqa qilmaslik tavsiya qilingan. Xotiniga ham shunday maslahat berilgan va 2 haftadan so'ng turmush o'rtog'i jinsiy aloqa qilishni xohlab qolsa, buni rad etmaslik buyurilgan. Eyakulyatsiya tez sodir bo'lib qolmasligi uchun jinsiy aloqa paytida turmush o'rtog'ini biroz boshqarib turishi, friksiyani vaqti-vaqti bilan to'xtatib turishi zarurligi tushuntirilgan. Eriga esa ereksiya paydo 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 uzayganligi, bu natijaga 2 haftadan so'ng erishgani va 1 oygacha kutmay, rafiqasi bilan jinsiy yaqinlikni boshlab yuborgani va avvalgi muammolar ham yo'qolganini aytadi.

Bu bemorni kuzatgan doktorning fikriga ko'ra, mana shu yo'l bilan tez paydo bo'ladigan eyakulyatsiyani bartaraf etish mumkin. Biroq ba'zi mualliflar bu fikrga qo'shilmaydi va bunday mashqlar doimo yaxshi natija bilan tugashiga shubha bilan qarashadi.

Bevaqt eyakulyatsiya nevrasteniyadan tashqari, bosh va orqa miya jarohatlanishida, yallig'lanish va degenerativ kasalliklarda, zo'r berib jinsiy aloqa bilan shug'ullanaverishda, urologik kasalliklarda, prostata bezi atoniyasida kuzatiladi. Shuning uchun vaqtli ro'y beradigan eyakulyatsiyada bemor albatta tibbiy-psixologik tekshiruvdan o'tishi kerak.

Ayollarda uchraydigan seksual buzilishlar. Ayollarda uchraydigan jinsiy sovuqqonlikka **frigidlik** deb aytiladi. Libidosi yo'q va orgazm kuzatilmaydigan ayollar frigid hisoblanishadi. Frigidlikning 3 darajasi farqlanadi: *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 aloqani o'ta yomon ko'radi, jinsiy aloqadan qochishga intiladi, jinsiy aloqa paytida kuchli og'riq sezadi.

Mutaxassislar shartli ravishda frigidlikning 4 turini ajratishgan: 1) retardatsion; 2) psixogen; 3) simptomatik; 4) konstitusional.

1. 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 davrda rivojlanavermaydi. Orgazm turmush qurgandan bir hafta, bir oy, ba'zan yillar o'tgandan so'ng kuzatilib boshlaydi. Ko'pchilik ayollarda u o'smirlik davridan boshlansa, boshqalarda faqat turmushga chiqqach yoki tuqqanidan 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 erkaklar-

da yuqori bo'ladi, 30 yoshdan so'ng esa libido biroz pasayib boradi. Qolgan holatlarda buning aksi kuzatiladi, ya'ni libido 30 yoshdan so'ng kuchayadi. Lekin 45-50 yoshga yetmasdan jinsiy mayli pasayib boradigan va butunlay yo'qoladigan ayollar soni ham ko'p. Bu ikkala bir-biriga zid holatning aniq bir statistik ko'rsatkichlari yo'q. Ba'zan erkaklar yosh ayollarning jinsiy hayotga bo'lgan fiziologik talabini ortiqcha baholab yuborishadi va yoshi kattaroq ayollarnikini esa past deb o'ylashadi. Chunonchi, 30 yoshgacha bo'lgan ayollarning aksariyati turmush o'rtog'ining jinsiy tomondan juda faolligini aytishsa, 30 yoshdan oshgandan so'ng esa ularning sustligidan shikoyat qilishadi. 16-18 yashar qizlarning jinsiy hayoti 25-30 yashar ayollarnikidan 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, erta boshlangan (o'zaro xohish bilan bo'lsa-da) jinsiy hayotdan aksariyat qizlar o'zlarini haqoratlangandek sezishadi.

2. Psixogen frigidlik. Psixogen frigidlik seksual ehtiyojlarni ruhiy yo'llar bilan to'xtatib yurishda ro'y beradi. Buning sabablari turlicha. Sevmasdan turmush qurish, erining jinsiy zaifligi, oilaviy janjallar, boshqa birovni sevib qolish, farzand bo'lmasligi, jinsiy aloqalar paytida har tomon o'z usulini taklif qilaverishi kabi psixologik holatlar psixogen frigidlik rivojlanishiga olib keladi. Lekin ushbu buzilishlar vaqtincha bo'lib, psixologik to'siqlar olib tashlansa o'tib ketadi.

Bu vaziyatga oid adabiyotlarda yozib qoldirilgan bir misolni keltirib o'tamiz. Jismoniy tarbiya institutini tugatgan 25 yoshli qiz kichik bir shaharga o'qituvchi bo'lib ishga keladi. O'sha shaharga o'zi bilan birga o'qigan jismonan baquvvat yigit ham ishga yuboriladi. Qiz unga turmushga chiqishga rozilik beradi. Nikohning birinchi kechasi vino ichib mast bo'lib qolgan kuyov avvallari qizlar bilan nima ishlar qilgani, ular uning qobiliyatini doimo yuqori baholaganliklarini maqtanib, oqizmay-tomizmay yoriga gapirib beradi. Bu gaplar qizda yigitga nisbatan qattiq nafrat uyg'otadi. Turmush o'rtog'ining jinsiy qobiliyati yaxshi bo'lsa-da, unga nisbatan hech qanday jinsiy mayl sezmaydi. Boshqa yigit bilan (jinsiy tomondan uncha kuchli bo'lmasa-da) jinsiy aloqa paytida orgazm ro'y bergan. U eri 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 defloratsiya, kasallanib qolish va boshqalarga gap-so'z bo'lishdan qo'rqish kabi holatlar ham kiradi.

3. Simptomatik frigidlik. Birorta kasallik natijasida rivojlanadigan frigidlikka *simptomatik frigidlik* deb ataladi. Bosh miya va orqa miyaning organik kasalliklari, endokrin buzilishlar, urologik va ginekologik kasalliklar, nasliy kasalliklar, giyohvandlik, aroqxo'rlilik, turli etiologiyali ensefalopatiyalar, endogen depressiya, og'ir yuqumli kasalliklar frigidlikka olib kelishi mumkin.

4. Konstitutsional 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. Bunday ayollar uchun frigidlik kasallik emas, balki tug'ma nuqsondir. Odatda, ular ichida onanizm bilan shug'ullanganlari bo'lmaydi, erkaklar bilan jinsiy yaqinlikka intilishmaydi, odatda, sevib turmush qurishmaydi, jinsiy aloqa orgazm bilan tugamaydi, vrachlarga borib davolanishni xohlashmaydi ham.

Frigidlikning bunday tasnifini mukammal deb bo'lmaydi, chunki simptomatik va retardatsion frigidlikda psixologik omilni inkor qilish qiyin.

Disgamiya. Er-xotin orasidagi jinsiy munosabatlar uyg'unligi buzilishiga *disgamiya* deb ataladi. Disgamiya ikki tomondan birining jinsiy qoniqmasligi tufayli oila buzilishi, o'zaro xiyonat yoki turli darajada ifodalangan nevrozlarga sabab bo'ladi. Aksariyat hollarda disgamiyaning asosiy sababi jinsiy aloqaning tez tugashidir (sust ereksiya va vaqtli eyakulyatsiya sababli). Chunki ayol kishi jinsiy aloqaning orgazm bilan tugashini xohlaydi. Aytib o'tganimizdek, erkak kishiga qaraganda, ayol kishida orgazm kelishi birmuncha mushkul. Jinsiy aloqaning vaqtli tugashi nafaqat ayol kishi, balki erkak kishi ruhiyatiga ham ziyon yetkazadi va erkak kishi xotini oldida erkaklik burchini bajara olmaganidan o'zini gunohkor deb biladi. Frigidlikdan farqli o'laroq, disgamiyani ayol kishi ruhan og'ir kechiradi. Ayol kishi bir tomondan, turmush o'rtog'ini inson sifatida, bolalarining otasi sifatida yaxshi ko'radi, ikkinchi tomondan undan jinsiy qoniqish hosil qilmaydi. Aynan mana shunday vaziyatga ko'p oilalar duch keladi va buning oqibatida tez-tez janjallar kelib 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. Ayol kishida orgazm uzoqroq davom etadi. Erkak kishi jinsiy aloqa tugagandan so'ng tez turib ketishni xohlasa, ayol kishi esa uni eri yana erkalatib yotishini xohlaydi. Ayol kishida

orgazm bir soatgacha davom etishi ham mumkin. Seksolog olimlar fikricha, orgazmning kelish tezligi va davomiyligi ayol kishining mizojiga ham bog'liq.

Ba'zi ayol va erkaklar orgazmni olatning hajmiga bog'lashadi. Bu qadimdan ko'pchilikni qiziqtirib kelgan va uni o'rganish uchun juda ko'p shaxsiy suhbatlar va so'rovnomalar o'tkazilgan. Sohani chuqur o'rgangan mutaxassislar fikricha, orgazm olat hajmiga bog'liq emas va bu yerda ruhiy omil katta ahamiyatga ega.

Chunki olatning kichik hajmda bo'lishi faqat og'ir endokrin kasalliklarda (nanizm, gipopituitarizm) kuzatiladi va bor-yo'g'i 2 foizni tashkil qiladi. Seksologlar fikricha, erimning olati kichik deb shikoyat qiladigan ayollar soni (jinsiy aloqadan qoniqishsa-da) o'rtacha 30 % ni tashkil qilarkan. Ayollarning aksariyati – eng asosiysi, jinsiy aloqaning qoniqish bilan tugashi, deb hisoblashadi. Ayollar orasida o'tkazilgan so'rovnomalar natijasi quyidagicha: hajmdan ko'ra orgazm afzal.

Shuni unutmangki, jinsiy yaqinlik paytida erkak ham, ayol ham barcha sanitariya va gigiena talablariga, albatta, amal qilishlari kerak.

Vaginizm. Jinsiy aloqa va ginekologik tekshiruvlar paytida qinning qattiq qisqarishiga *vaginizm* (lot. *vagina* – qin) deb ataladi. Bunday paytlarda tos organlari mushaklari bilan birgalikda qorin mushaklari ham qisqarib, ikkala son bir-biriga jipslashadi. Jinsiy aloqa paytida vaginizm rivojlanishi uchun ruhiy omillar katta ahamiyatga ega. Birinchi marta jinsiy aloqa qilayotgan va parda yirtilishida paydo bo'ladigan og'riqdan qattiq qo'rqudigan qizlarda vaginizm ko'p uchraydi.

Vaginizmning 3 darajasi farq qilinadi: **I daraja** – vaginizm olatni yoki ginekolog asbobni qinga kirgizganda paydo bo'ladi; **II daraja** – olat yoki asbobning qinga yaqinlashganida ro'y beradi; **III daraja** – vaginizm paydo bo'lishi uchun jinsiy aloqa yoki asboblar bilan tekshirishni tasavvur qilishning o'zi kifoya.

Jinsiy aloqani rang-barang qilish maqsadida ba'zi ayol va erkaklar mazoxizm va sadizmni xush ko'rishadi. Jinsiy yaqinlik paytida o'ziga jismoniy shikastlar yetkazilgandagina qoniqish hosil qilishga *mazoxizm*, hamrohiga azob berishdan qoniqishga *sadizm* deb ataladi.

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.

5.14. Psevdo dermatologik sindromlar

Qadimdan teri kasalliklari kelib chiqishida salbiy ruhiy omillarga katta urg'u berilgan. Masalan, ekzemani ruhiy kasallikning terida aks etgan klinik ko'rinishi deb hisoblashgan. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, og'ir hissiy kechinmalar 70 % bemorda eshakemi kasalligi, 85 % da alopeziya (soch to'kilishi), 66 % ida neyrodermatitlar rivojlanishiga turtki 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 paytda yuz oqaradi, g'oz terisi paydo bo'ladi, odamni sovuq ter bosadi, so'ng teri qizara boshlaydi, ba'zan esa qizil toshmalar toshib, terida qichishish paydo bo'ladi. Terida kuzatiladigan trofik o'zgarishlar, ayniqsa, e'tiborga loyiq. Doimiy depressiv holatda yuradigan bemorning terisi, odatda, quruq bo'ladi, elastikligini yo'qotadi, ko'z va og'iz burmalari qalindashib, yuziga ajin tushadi. Bu holat odamni yoshidan katta qilib ko'rsatadi va ayniqsa, ayollar bundan qattiq tashvishga tushishadi, yuz terisiga surtiladigan turli kremlardan foydalanishadi. Ajinlarning kelib chiqish sababi psixoemotsional stress bo'lganligi bois, kremlar foyda bermaydi yoki vaqtincha o'zgarish kuzatiladi, xolos. Ba'zi bemorlarning qo'l terisi va tovonlari yorilib ketadi. Sochning ko'p to'kilishi (ayniqsa, 30 yoshdan oshganda) ularni juda bezovta qilib qo'yadi. Bunday paytda psixoterapevtik davolash muolajasini olmasdan turib ijobiy natijaga erishish mushkul.

O'tkir stressdan so'ng terida 1-2 kun ichida to'satdan chuqur patologik o'zgarishlar paydo bo'lishi tibbiy amaliyotda ko'p uchraydi. Xuddi shunday holatni biz Sh. ismli bemorda kuzatganmiz. Unda katta oilaviy fojidan so'ng bir kunning o'zida 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 yozishgan. Soch to'kilishi 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 bo'ladi. Bir necha kundan so'ng bolaning sochi yana o'sa boshlaydi.

Uzoq davom etuvchi affektiv buzilishlarning somatik ko'rinishlaridan yana biri tirnoqlardagi trofik o'zgarishlardir. Bunda tirnoqning rangi o'chib, unda uzun chiziqlar paydo bo'ladi, tirnoq (ayniqsa, oyoqdagi) sinadigan bo'lib qoladi, qalinlashadi. Hamma tirnoqning bir xil tarzda o'zgarishi, patologik jarayonning sekin-asta zo'rayib borishi, barmoqda yallig'lanish belgilari yo'qligi, uning psixogen xususiyatga aloqador ekanligidan dalolat beradi.

Umumiy yoki mahalliy gipergidroz (qo'l panjasi, qo'ltig'osti va oyoqlarda) ham hissiy-ruhiy zo'riqishlarda ko'p kuzatiladi. Ushbu patologik o'zgarishlar ayniqsa, yoshlarda ko'p uchraydi va aksariyat hollarda kuchli psixoemotsional stressdan so'ng to'satdan paydo bo'ladi. Bunday bemorlar sal hayajonlansa, issiqroq narsa ichsa, jismoniy mehnat qilsa, ob-havo o'zgarsa, darrov terlab ketishadi. Buni fanda «ho'l depressiya» deb ham atashadi. Ularni eng ko'p qiynaydigan va jig'iga tegadigan narsa – bu badbo'y hid kelishidir. Ter va yog' bezlari faoliyatining patologik kuchayishi psixovegetativ sindromning doimiy hamrohidir. Shuni alohida ta'kidlash lozimki, qo'ltig'osti va chov sohasida joylashgan ter bezlari tana haroratining boshqarilishida ishtirok etmaydi va jinsiy balog'atga yetgandan so'nggina faoliyat ko'rsata boshlaydi. Bunda ular o'zgacha hid taratuvchi moddalar (feromonlar) ishlab chiqaradi. Ushbu fiziologik mexanizm jinsning seksual xulq-atvoriga moslashib turadi. Aynan mana shu o'rinda ayol kishidan kelayotgan hid, erkak kishidan taralayotgan 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. Bunday bemordagi o'ziga xos hidga asoslanib, unda psixovegetativ sindrom borligini aniqlash mumkin.

Teridagi doimiy terlaydigan joylar ko'pincha qizarib turadi. Bu joyda allergik o'zgarishlar paydo bo'ladi, qo'ltiq ostidagi limfa tugunlari kattalashadi. Aynan mana shunday odamda neyrodermit yoki ekzema oson rivojlanadi. Kuchli hissiy zo'riqishlar bunday bemorda teri kasalliklari avj olib ketishiga sabab bo'ladi. Masalan, psoriasis 40 % bemorda yaqinlari bilan sodir bo'lgan baxtsiz hodisadan, 52 % holatda boshqa kuchli salbiy hissiy buzilishlardan so'ng rivojlanadi. Shu o'rinda sabab va oqibat orasidagi muddat bor-yo'g'i 2-14 kuni tashkil qiladi, 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 buzilishning dastlabki klinik ko'rinishi bo'lishi mumkin.

Aksariyat hollarda teridagi o'zgarishlar bemordagi ruhiy buzilishlar kuchayganda zo'rayib, kamayganda esa susayib boradi. Teri kasal-

liklarini davolashda bu fenomenni e'tiborga olib, faol psixoterapevtik muolajalarni o'tkazish kerak. Ma'lumki, teri va undagi kamchiliklar odam ruhiyatiga jarohat yetkazadi, shuning uchun ham deyarli barcha bemorlarda turli darajada ifodalangan ipoxondriya shakllanadi. Ular butun fikru zikrini (ayniqsa, dastlabki paytlarda) teridagi nuqsonlarga qaratishadi. Dermatolog va psixologlarning ta'kidlashicha, bemor ushbu buzilishlardan qanchalik ko'p siqilsa, kasallik belgilari shunchalik kuchli namoyon bo'ladi (to'g'ri davolanishdan qat'i nazar). Agar bemorning fikri uzoq vaqt boshqa narsaga chalg'itilsa, teridagi ijobiy o'zgarishlar tezlashadi.

Ikkinchi jahon urushi davrida dermatologlar qiziq bir holatni kuza-tishgan, ya'ni urush boshlangandan so'ng aksariyat bemorlar surunkali teri kasalliklaridan tuzalib ketishgan. Bu fenomenga quyidagicha izoh berish mumkin. Urush boshlanishdan oldin bemor uchun asosiy muammo – teridagi patologik o'zgarishlar bo'lsa, urush boshlangandan so'ng esa, undan ham katta muammo paydo bo'ldi, ya'ni uning va yaqin-larining hayoti xavf ostida qoldi. Urush boshlandi! U endi o'zini, oilasini va Vatanni himoya qilishi kerak! Dominanta prinsipiga muvofiq, bosh miya po'stlog'idagi **kuchsiz qo'zg'alishlar** (urushgacha bo'lgan terida-gi o'zgarishlar) o'rnini **kuchli qo'zg'alishlar** (urush boshlanishi va o'lim xavfi) egalladi. Bosh miya po'stlog'ida paydo bo'lgan kuchli domi-nant o'choq avvalgi o'choqning faoliyatini yo'qqa chiqardi va miyadagi kompensator mexanizmlarni ishga soldi, funksional sistemalarni faol-lashtirdi. Miyadagi ushbu keskin o'zgarishlar terida o'z aksini topdi va undagi patologik jarayonlar chekindi.

Teridagi patologik o'zgarishning inson ruhiyatiga bog'liqligini quyida-gi misol ham tasdiqlaydi. Bir ayolning otasi og'ir kasallikdan qiynalayot-ganda sochi ko'p to'kilgan, vafotidan biroz vaqt o'tgandan so'ng esa soch to'kilishi to'xtagan. Demak, affektiv buzilish davrida soch to'kilgan, adap-tassiya davrida esa soch to'kilishi to'xtagan.

Teri giperesteziyasi. Ushbu buzilish umumiy giperesteziyaning bir turi bo'lib, bunda arzimagan tashqi ta'sir terida kuchli patologik o'zgarish-larga olib keladi. Ma'lumki, chuqur affektiv buzilishlar qonda katexola-minlar miqdori oshishi bilan kechadi. Ushbu fiziologik jarayon, albatta, teridagi moddalar almashinuviga o'z ta'sirini o'tkazmasdan qolmaydi. Bu asab tizimining stressga bo'lgan moslashish va himoya reaksiyasidir. Teri filogenetik jihatdan keksa a'zo. Har qanday psixoemotsional stress terida o'z aksini topadi. Demak, teri giperesteziyasi ham psixosomatik buzilishlarning klinik ko'rinishidir. Teri giperesteziyasi kuchli ifodalan-

gan bemorning tanasiga barmoq bilan tegilsa, o'sha joyning o'zida shish va qichishish paydo bo'ladi. Agar uning tanasiga sal o'tkirroq narsa bilan tegsa, butun tanasida eritema yuzaga keladi. Albatta, bunday bemorni tekshirish ancha mushkul. U hatto o'z qo'lini ham tanasiga tegib ketishidan qo'rqadi, kechqurun kiyimini ham yechmay uxlaydi. Chunki kiyimini ikkinchisi bilan o'zgartirish tanada og'riqlar paydo bo'lishi va boshqa belgilarning kuchayishiga olib keladi. O'zgarishlar, ayniqsa, barmoqlarda kuchli ifodalangan bo'ladi, bemor botinka bog'ini bog'lay olmaydi, ovqatni qoshiqsiz ichishga harakat qiladi, biror ish qilmoqchi bo'lsa, iloji boricha rezina qo'lqop kiyib oladi. Bunday bemorga ba'zan adashib «allergik dermatit» deb tashxis qo'yiladi.

Teridagi patologik o'zgarishlar barmoqlardan boshlab tepaga ko'tarilib, bo'yin sohasiga yetib boradi va ba'zan bo'g'ilish alomatlari paydo bo'ladi. Bemor butun fikrini terida bo'layotgan azobli o'zgarishlarga qaratadi, unda ipoxondriya rivojlanadi va kasallikning yanada avj olishiga sababchi bo'ladi. O'tkazilgan og'ir somatik kasalliklar, ayniqsa operatsiyalar ham terida ana shunday kuchli o'zgarishlarga olib kelishi mumkin.

Bir necha somatik a'zolar operatsiyasidan so'ng rivojlangan teri giperesteziyasiga misol keltiramiz. Ushbu bemor bizning nazoratimizda bo'lgan.

R. ismli ayol, 35 yoshda, kasbi sotuvchi (asosan shirinliklar sotadi), avval shifoxonada oshpaz bo'lib ishlagan. Bir yilda ikkita og'ir operatsiyani boshdan kechiradi: birinchi safar katta mioma borligi sababli bachadon olib tashlanadi; ikkinchi operatsiyada 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 qichima va og'riqlar paydo bo'ladi. Agar shu narsalardan foydalanmasa, terida hech qanaqa o'zgarishlar kuzatilmaydi. Bemor bezovta bo'lib, ya'ni terimda allergik kasallik paydo bo'ldi, deb dermatolog va allergologga uchraydi. Ular achchiq, sho'r va issiq narsalarga yaqinlashmaslik, o'tkir narsalarni ushlamaslikni tavsiya qilishib, antigistamin dorilarni qabul qilishni buyurishadi. Uy bekasi bo'lgan bemor iloji boricha doktorlar tavsiyasiga amal qilishga harakat qiladi, lekin ovqat qilish, kir yuvish, uy tozalash kabi yumushlarni ham bajarishga majbur bo'ladi. Bemorda asta-sekin ipoxondriya va fobiya rivojlanadi. Chunki u doktorlar tavsiya qilgan rejimga rioya qila olmaydi va bundan aziyat chekadi, boz ustiga unda yangi va yangi simptomlar paydo bo'layotgandi.

Endi bemor qo'lini sovunlab yuvsa ham, qo'lida shakar ushlasa ham terisida qizarish, qichima, qizil pufakchalar va chidab bo'lmas og'riqlar paydo bo'laveradi. U shakardan turli xil shirinliklar pishirib sotishni to'xtatadi. Bu ishini umuman tashlaydi. Doktorma-doktor qatnab tuman va viloyat shifoxonalarida davolanadi, lekin biror ijobiy natijaga erishmaydi. Kasallik zo'raygandan-zo'rayib, bemorning qo'luga nima tegsa ham (yumshoq-qattiqligidan qat'i nazar) teriga qizil pufakchali toshmalar toshib ketaveradigan, tanada kuchli og'riq paydo bo'ladigan, so'ngra nafasi siqib bo'g'iladigan bo'lib qoladi. Ahvol shu darajaga borib yetadiki, u hatto beshta barmog'ini bir-biriga yaqinlashtira olmaydigan, qo'lini musht qila olmaydigan bo'lib qoladi, chunki barmoqlar bir-biriga tegsa ham giperesteziya va giperemiya belgilari paydo bo'laveradi. Bemor har gal siqilganda va kechalari teridagi belgilar kuchayib ketadi.

Nevrostatusda kuchli ifodalangan organik nevrologik simptomlar yo'q. Psixoemotsional statusi vegetativ, ipoxondrik va fobiya belgilaridan iborat. Bemorda barcha allergik sinamalar o'tkaziladi. Unga bir oy mobaynida anti-allergen dorilar bilan bir qatorda, psixoterapevtik davolash muolajalari o'tkaziladi, antidepressantlar va sedativ dorilar buyuriladi. Birato'la platseboterapiya ham qilinadi. Bemor tibbiy-psixologik 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.

Mutaxassislar fikricha, aksariyat hollarda terida boshlangan o'zgarish dastlab funksional xususiyatga ega bo'ladi va keyinchalik organik tus oladi, ya'ni terida surunkali yallig'lanish jarayoni 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 o'tgandan so'ng nafaqat funksional belgilar, balki organik simptomlar ham o'tib ketdi yoki keskin pasaydi. Bemorni davolashda buni albatta e'tiborga olish zarur.

Agar laborator va paraklinik tekshiruvlarda patologik o'zgarishlar topilmasa, dermatologik va allergiyaga qarshi davo choralari yordam bermasa, teridagi o'zgarishlarni niqoblangan depressiyaning klinik ko'rinishi sifatida baholashga to'g'ri keladi. Chunki teridagi eritema, shish va kichik yarachalar vegetotrofik o'zgarishlarning klinik ko'ri-

nishi bo'lib, ular *psevdoallergik simptomlar* deb ham ataladi. Patologik jarayon cho'zilgan sayin parasimpatik tonusning oshib borishi va asetilxolinning ko'p miqdorda ajralib chiqishi natijasida terida joylashgan mayda qon tomirlarning patologik tarzda kengayishi ro'y beradi. Teridagi vegetotrofik o'zgarishlar asosida mana shu jarayon ham o'ta muhim ahamiyatga ega.

Umumiy teri giperesteziyasining klinik ko'rinishlaridan yana biri – terida gemorragik toshmalar paydo bo'lishidir. Bemorni tekshirayotganda (palpassiya, perkussiya) yoki biror joyini ushlaganda o'sha joyi darrov ko'karib qoladi. Klinik va laborator tekshirishlarda gematologik, immunologik va boshqa organik simptomlar yo'qligi bemorda gemorragik vasculit 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 egadir.

Nazorat uchun savollar

1. *Psixosomatik tibbiyot nimani o'rganadi?*
2. *Psixosomatik kasallik bilan psixosomatik sindrom farqini ayting.*
3. *Psixogen bosh og'riqlar haqida so'zlab bering.*
4. *Psixogen tipdagi bosh aylanishlar haqida nimalarni bilasiz?*
5. *Psixogen nevralgia belgilari qanday namoyon bo'ladi?*
6. *Pseudoradikulyar sindrom nima?*
7. *Psixogen va haqiqiy kardialgiya farqi qanday?*
8. *Yurak ritmining psixogen buzilishlari qanday namoyon bo'ladi?*
9. *Neyrorespirator sindrom nima?*
10. *Psixogen artralgiyalar haqida so'zlab bering.*
11. *Pseudourogik simptomlar haqida nimalarni bilasiz?*
12. *Seksual buzilishlar psixologiyasi haqida so'zlab bering.*
13. *Libido, ereksiya va ejakulyatsiya nima?*
14. *Orgazm nima va uning qanday turlari bor?*
15. *Friksiya va koitus nima? Ularning farqi nimada?*
16. *Impotensiya haqida nimalarni bilasiz?*
17. *Teri giperesteziyasi qanday kasallik?*

VI BOB. ASAB KASALLIKLARIDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

Psixodiagnostika va psixoterapiya usullarini muvaffaqiyatli amalga oshirish uchun vrach va bemorning muloqoti to'laqonli bo'lishi kerak. Biroq asab sistemasi, ayniqsa, bosh miya kasalliklarida buning har doim ham iloji bo'lavermaydi. Chunki bosh miya ruhiyat markazi hisoblana-di va uning zararlanishi bemorlarda muloqotni cheklab qo'yadi. Ularda kuzatiladigan nutq, xotira va tafakkur buzilishlari hamda xulq-atvordagi keskin o'zgarishlar psixologik suhbat qurish va anamnez yig'ishga alohi-da yondashuvni talab qiladi. Bunday paytda tibbiy psixologiya negizida yetishib chiqadigan neyropsixologlar yordami zarur bo'ladi. Quyida tur-li xil asab kasalliklarida bemorlar psixologiyasida kuzatiladigan o'zga-rishlar bilan tanishib chiqamiz.

6.1. Miya insultida bemorlar psixologiyasi

Bosh miyada qon aylanishining o'tkir buzilishiga **insult** deb aytiladi. Insultda nafaqat nevrologik buzilishlar (gemiparez, gemianesteziya), bal-ki neyropsixologik (afaziya, apraksiya, agnoziya) va psixoemotsional (as-teniya, depressiya, xavotir, fobiya) buzilishlar ham ko'p uchraydi. Insult-dan keyin bemorning psixologiyasi turli darajada o'zgaradi: ba'zi bemorlar apatiya va depressiyaga tushib qolsa, boshqa birlarida kuchli xavotir va agressiv holatlar paydo bo'ladi. Chunki, kechagina sog'lom yurgan odam-ning bir necha soat ichida to'satdan tildan qolishi va falajlik tufayli to'shak-ka mixlanib yotishi har bir inson uchun kuchli psixologik zarbadir.

Miya insultida kuzatiladigan patologik o'zgarishlar ushbu kasallik bosh miyaning qaysi yarim sharida va miyaning qaysi sohasida rivojlangani-ga hamda insult davriga bog'liq. Miya insultining deyarli 70 % bosh miya tashqi yuzasining katta bir qismini qon bilan ta'minlovchi *arteriya* sohasi-da kuzatiladi. Ushbu arteriya harakat, sezgi va nutq markazlarini qon bilan ta'minlaydi. Shuning uchun ham bu arteriyada qon aylanishining o'tkir bu-

zilishi oyoq-qo'llar falajligi (gemiparez, monoparez), tananing bir tomonida sezgi (gemianesteziya, monoanesteziya) va nutq buzilishlari (motor va sensor afaziyalar) bilan namoyon bo'ladi.

Agar insult bosh miyaning chap yarim sharida (ChYaSh) rivojlansa, tananing o'ng tomonidagi gemiparez va gemianesteziya afaziyalar bilan birgalikda namoyon bo'ladi. O'ng yarim sharda (O'YaSh) kuzatilgan insult esa tananing chap tomonida gemiparez va gemianesteziyalarni yuzaga keltiradi, biroq nutq buzilmaydi. Nutq buzilishi o'naqaylarda ChYaSh, chapaqaylarda O'YaSh, ambidekstrlarda esa ikkala yarim shar zararlanganda ham kuzatiladi. Ambidekstrlarda nutq buzilishi o'naqaylarga qaraganda tezroq tiklanadi (Ibodullayev Z.R., 2005). Miya insultida kuzatiladigan psixoemotsional buzilishlar miyaning chap va o'ng yarim sharlari zararlanishida turlicha namoyon bo'ladi.

Chap yarim shar insultida bemorlar psixologiyasi. Oyoq-qo'llardagi falajlikning nutq buzilishi (motor va sensor afaziyalar) bilan birgalikda namoyon bo'lishi bemor uchun og'ir psixologik jarohatdir. Insult sababli nutqning to'satdan yo'qolishi bemor psixologiyasini o'zgartirib yuboradi, u yonidagilar gapini faqat tovush holatida eshitadi, ma'nosini anglamaydi, o'zi ham fikrini tushuntirib bera olmaydi. Buning natijasida bemor jizzaki bo'lib qoladi, yaqinlarini urishadi, hadeb gapirishga urinadi-yu biroq fikrini to'g'ri bayon qila olmay qiynalib ketadi. Boshqalar so'zini tushunmaslikka sensor afaziya deb aytiladi. Ba'zan bemor indamay yotadi, yonidagilar savolini tushunsa-da, javob bera olmaydi, ya'ni gapira olmaydi. Bu holat motor afaziya uchun xos.

Nutq funksiyasi, odatda, falajliklarga qaraganda oldinroq tiklanadi, masalan, insultning o'tkir davridayoq (21 kun ichida) nutq tiklana boshlaydi. Nutq tiklanishi insult turi, zararlangan joy hajmi va albatta davolash jarayoni qanday olib borilishiga ko'p jihatdan bog'liq.

Agar insult uzoq paytdan buyon xafaqon kasalligi, ateroskleroz, qandli diabet va yurak kasalliklari bilan og'riyotgan bemorda kuzatilsa, nutq tiklanishi qiyin kechadi. Surunkali alkogolizmdan aziyat chekayotgan bemorda insult nutq buzilishi, xulq-atvorning keskin o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi va nutq faoliyati kech tiklanadi. Bunday bemorlar bilan muloqot qilish juda qiyin bo'lib, ular vrach va yaqinlarining aytganlarini bajarmaydi, tez urishib ketadi yoki yig'layveradi, ovqat yeyishdan bosh tortadi, tagini ho'l qilib qo'yadi. Uni parvarish qilishga (soch-soqolini olish, cho'miltirish, to'shak-ko'rpani to'g'rilab qo'yish) yo'l qo'ymaydi, davolash muolajalaridan voz kechadi. Tabiiyki, bunday bemorni davolash va parvarish qilish ancha mushkul.

Nutqi buzilgan odamning xulq-atvori albatta o'zgaradi. Chunki insonning biror bir faoliyatini nutqsiz tasavvur qilish qiyin. Nutqsiz hech qaysi oliy ruhiy funksiya to'laqonli faoliyat ko'rsata olmaydi. Nutq stressni oluvchi vosita hamdir. Nutq orqali biz boshqalar bilan dardlashamiz, ichki kechinmalarimizni bayon qilamiz. Bu esa o'ziga yarasha katarsis, ya'ni ruhiy poklanish demakdir. Nutqi rivojlanmay qolgan bolani ko'z oldingizga keltiring. Bunday bolalar xarakteri keskin o'zgarib, ularni boshqarib bo'lmay qoladi yoki bola ruhan so'nadi. Demak, nutq – xarakterni boshqaruvchi va nazorat qiluvchi vosita. Shu bois ham nutqi tiklangan bolaning xulq-atvori ham yaxshilanib boradi.

Insult o'tkazgan bemorda nutq tiklangandan so'ng davolash jarayonidagi ba'zi qiyinchiliklar barham topadi. Bemor endi o'z tanasida kechayotgan kasallik alomatlarini yaqinlari va davolovchi vrachga bemalol aytib bera oladi, uning tavsiyasini bajara boshlaydi va natijada davolash jarayonida ijobiy natijalar yuz beradi.

ChYaSh insultida psixoemotsional buzilishlar, asosan, xavotirli-depressiv sindrom ko'rinishida namoyon bo'ladi. Xavotirli-depressiv buzilishlarning mavjudligi ChYaSh ni O'YaSh insultida kuzatiladigan psixoemotsional buzilishlardan farqlovchi sindromlardan biridir.

ChYaSh insultida bemor o'zida ro'y bergan kasallik alomatlaridan qattiq aziyat chekadi, vrachning har bir tashrifida nutqi va harakat faoliyatining tiklanib ketish-ketmasligidan xavotirga tushadi, vrachning har bir so'zini ilinj va umid ila tinglaydi, uning tavsiyalarini so'zsiz bajarishga intiladi, davolash natijasida ro'y berayotgan ijobiy o'zgarishlardan xursand bo'ladi. Albatta, ChYaSh insulti uchun xos bo'lgan xavotir bilan kechuvchi bunday simptomlar uning tezroq sog'ayib ketishiga yordam beradi. Shuning uchun ham ChYaSh insultida buzilgan harakat funksiyalarining qayta tiklanish O'YaSh insultiga qaraganda tezroq kechadi.

O'ng yarim shar insultida bemorlar psixologiyasi. Yuqorida qayd qilinganidek, O'YaSh insultida tananing chap tomonida harakat va sezgi buzilishlari kuzatiladi, ya'ni gemiparez va gemianesteziyalar. Nutq va u bilan bog'liq bo'lgan aksariyat oliy ruhiy funksiyalar (o'qish, yozish) saqlanib qoladi. Buning asosiy sababi – miyaning o'ng yarim shari nutq uchun mas'ul emas (o'naqaylarda). O'YaSh, asosan, optik-fazoviy funksiyalar, aniqrog'i, o'z tanasi va atrof-muhitning (fazoning) tuzilishi haqida miyaga kelayotgan ta'sirotlarni analiz va sintez qilish uchun javobgardir. Demak, O'YaSh insultida tana va fazo tuzilishini noto'g'ri qabul qilish simptomlari yuzaga keldi. Bular – anozognoziya, autotopognoziya, psev-

dopolimeliya, optik-fazoviy agnoziyalar. Bu belgilar umumlashtirilib, tana sxemasi buzilishi deb 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 va chap qo'lni itarib yuboradi. Ba'zan chap qo'l xuddi kichik hayvon (mushuk, olmaxon, quyon) ko'rinishida bemorga erkalanadi yoki bemor o'ng qo'li bilan chap qo'lini silaydi. "Nimaga bunaqa qilyapsiz?" desa, u "Mushugimni erkalatyapman" deydi. Go'yoki tana ikkiga bo'linganu, uning har bir yarim tomoni o'zicha faoliyat ko'rsatyapti.

Bemor insult oqibatida o'z tanasida paydo bo'lgan nuqsonlarni (falajliklarni) inkor qiladi, mening oyoq-qo'llarim ishlayapti deydi. Bunday holat anozognoziya deb ataladi. Bemor falajliklar sababli bir necha kundan buyon to'shakka mixlanib qolgan bo'lsa-da, "Men hozirgina hojatxonaga borib keldim, turib hovlida yurdim", deydi. U kiyinayotganida ham chap tomonini to'la inkor qiladi: ko'ylagining o'ng yengini, oyoq kiyimining o'ng tomondagisini kiyadi, lagandagi ovqatning (masalan, oshning) faqat o'ng tomondagisini yeydi, uyga kirayotganda chap yelkasini eshikka urib kiradi. Soqol olayotganda yuzining chap tomoni qolib ketadi, tishini yuvayotganda faqat o'ng tomonini yuvadi va h.k. Demak, chap tomon butunlay inkor qilinadi, go'yoki fazoning chap tomoni yo'qdek. Bemordagi bu holat nafaqat o'z tanasiga nisbatan, balki tashqi olamga nisbatan ham kuzatiladi. Bemor fazodagi narsalarning ham bir tomonini inkor qiladi. Bunday buzilishlar O'YaSh zararlanishida ko'p kuzatilgani bois neyropsixologiyaga "fazoning bir tomonini inkor qilish" sindromi degan termin kiritilgan.

O'YaSh insulti uchun aynan xos bo'lgan psixoemotsional buzilishlar – o'z kasaliga bo'lgan befarqlik, iroda so'nishi va apatiya. Agar ChYaSh insultida depressiya kuchli ifodalangan xavotir bilan namoyon bo'lsa, O'YaSh insultida depressiya apatiya bilan birgalikda namoyon bo'ladi. Agar bemorga 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 tomondagi qo'l-oyoqlari qanday holatda bo'lsa, shu holatda yotaveradi, biroz bo'lsa-da paydo bo'lgan harakatlarni faollashtirishga urinmaydi. "Hozir qayerda yotibsiz?" deb so'ralsa, u "Men shifoxonada davolanayapman", deb javob beradi yoki "Toshkentda davolanyapman", deydi. Vaholanki, bu

paytda u o'z uyida yoki o'zi yashayotgan viloyat shifoxonasida davolanayotgan bo'ladi.

Aksariyat hollarda bemor juda so'zamol, maslahatgo'y bo'lib qoladi, zarur bo'lmagan masalalar ustida so'z ochadi va yaqinlari yoki uni ko'rgani kelgan begona odamlarni soatlab yonida olib o'tiradi. Ertasi kuni bemordan "Kecha yoningizga kim keldi?", deb so'ralsa, uning kimligi va qachon kelganini eslay olmay, yoki "Bir oy oldin keldi", deb javob beradi. Demak, O'YaSh insultida vaqt va makonni to'g'ri baholash ham buziladi.

Ba'zan bemor ovqatlanmoqchi bo'lsa, qoshiqni sog'lom qo'li bilan ham kosaga to'g'ri olib bora olmaydi, og'zini topa olmaydi, ovqatni yoqasiga to'kib yuboradi va natijada ovqat yeyishdan bosh tortadi, unga o'z-o'zidan yig'i keladi. Buni zo'raki yig'i deyishadi va bu holat arzimagan narsaga kulish bilan almashinib turadi, ya'ni bemorga salbiy voqealar haqida gapirsangiz, darrov yig'lab yuboradi, biroz hazil qo'shib gapirsangiz, kulib yuboradi. Bu holat takroriy insultlar uchun xos, masalan, bir yil oldin ChYaSh, yaqinda esa O'YaSh da kuzatilgan insultlarda zo'raki yig'lash va kulish simptomlari rivojlanadi.

Bemorda o'z tanasini idrok qilishning buzilishi atrof-muhitni idrok qila olmaslik bilan birgalikda namoyon bo'ladi. 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. U viloyatlararo qatnovchi avtobus haydovchisi bo'lsa-da, Samarqand yoki Farg'ona Toshkentga nisbatan qaysi tomonda joylashganini chalkashtiradi va h.k. Bunday holatlar har doim ham bo'lavermaydi, faqat O'YaSh ning katta qismini egallagan insultda kuzatiladi.

Umumlashtirib aytadigan bo'lsak, O'YaSh insultiga xos psixoemotsional passivlik harakat funksiyalari tiklanishiga salbiy ta'sir etib sog'ayish davri cho'zilishiga sababchi bo'ladi.

Insultda psixoreabilitatsiya. Insult rivojlangan zahoti bemor zudlik bilan shifoxonaga yotqizilishi va tibbiy-psixologik yordam kasallikning dastlabki soatlaridanoq ko'rsatilishi 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'rin. Aksincha, insult rivojlangandan so'ng 3-6 soat ichida ko'rsatilgan malakali tibbiy yordam bemorning to'la tuzalib ketishiga, endi boshlanayotgan falajlikning oldini olishga, qolaversa, bemorning hayotini saqlab qolishga juda katta imkoniyat yaratib beradi.

Odatda, 21 kungacha insultning o'tkir davri hisoblanib, bu vaqtda bemor shifoxonada davolanishi kerak. Kasallikning o'tkir davrida aksari-

yat bemorlarning hushi turli darajada buzilgan bo'lib, falajliklar, nutq va xulq-atvor buzilishlari bilan namoyon 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 kelishyaptimi?" deb so'rasa, unga "Albatta kelishyapti, biroq doktorlar ularga ruxsat berishmayapti, biroz tuzalغانingizdan 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'rsatadi.

Ayniqsa, nutqi buzilgan bemor yoniga keluvchilarni so'zlash qobiliyati tiklangunga qadar to'xtatib turish lozim. Nutq esa aksariyat hollarda 2-3 hafta ichida tiklanadi. Davolash muolajasi to'g'ri va o'z vaqtida olib borilsa, avval bemorning oyoqlarida harakat paydo bo'ladi, qo'l tiklanishi esa biroz kech boshlanadi.

Bemor shifoxonadan har doim ham tuzalib chiqib ketavermaydi. Insultda buzilgan funksiyalar, odatda, bir yil mobaynida tiklanadi, vaqt o'tgan sayin bu jarayon sustlashib boradi. Shuning uchun ham ushbu davrda neyropsixoreabilitatsiya usullari o'ta mohirlik bilan olib borilishi kerak. Afsuski, insult o'tkazgan bemorda turli darajada ifodalangan nogironlik ko'rsatkichlari juda yuqori bo'lib, bu ko'rsatkich 80 foizgacha yetadi. Hech qanday o'tkir rivojlanuvchi kasallikda nogironlik bu darajada yuqori emas. Demak, bunday bemorni normal hayot tizimiga qaytarish lozim va bu yo'nalishda bir qancha mutaxassislar, ya'ni rehabilitolog, nevropatolog, neyropsixolog, psixoterapevt, logoped va terapevt ishtirok etishadi. Umumiy amaliyot shifokori esa ushbu mutaxassislarning ko'rigini ta'minlaydi va ularning tavsiyalariga asoslanib, bemorni kuzatib boradi.

Yirik shaharlarda reabilitatsiya markazlari mavjud bo'lib, insultning tiklanish davrida davolashni ushbu markazlarda davom ettirish maqsadga muvofiq. Insultning og'ir turini o'tkazgan bemorni o'z-o'zini eplay olish, ya'ni ovqatlanish, yuvinish, cho'milish, soqol olish, kiyinib-yechinish, hojatxonaga borib kelish kabi kundalik yumushlarni mustaqil ravishda bajaradigan holatga keltirish neyropsixoreabilitatsiyaning asosiy vazifalaridan biridir. Insult yengil kechgan holatlarda esa mehnat qobiliyatining

tiklanish darajasiga qarab, bemorni avval o'zi faoliyat ko'rsatgan kasbga yana jalb qilish maqsadga muvofiq. Ularda mehnatga layoqatlilik darajasini aniqlash zarur bo'ladi. Aksariyat bemorlarga nogironlikning birinchi yoki ikkinchi darajasi, yengil holatlarda esa uchinchi daraja belgilanadi.

Insult o'tkazganlarda kuzatiladigan mushak-bo'g'im kontrakturasi, ayniqsa, qo'l panjasi va tirsak bo'g'imida kuchli ifodalanadi. Bu tabiiyki, bemorga o'zini eplash bilan bog'liq yumushlarni bajarish imkoniyatini chegaralaydi. Uni bartaraf etish yoki oldini olish uchun turli jismoniy mashqlar mavjud. Mutaxassislar tavsiyasiga ko'ra, bemor ushbu mashqlarni bajarishi, falajlangan oyoq-qo'llarga nuqtali uqalashlar va fizioterapevtik muolajalar olishi va spastik tonusni pasaytiruvchi dorilarni iste'mol qilishi zarur.

Nutq buzilishlarini korreksiya qilishda logopedik mashqlar o'tkazish o'ta muhim. Odatda kasallik sababli paydo bo'lgan nutq va xulq-atvor buzilishlarini neyropsixolog davolaydi. Ushbu mutaxassis yo'q joyda neyropsixologik muolajalarni yaxshi biladigan nevropatolog o'tkazishi mumkin.

Insult o'tkazgan bemorni jamiyatdan va oilada bo'ladigan tadbirlardan chekkalab tashlash aslo mumkin emas. Aks holda ular psixologik izolyatsiyada qolishadi. Bemorni oilada va mahallada rejalashtirilayotgan ishlarga ularning imkon 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 ish joyini va yaqinlarining e'tiborini yo'qotgan bemorda o'z joniga qasd qilishlar 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 muolajalarining to'g'ri va o'z vaqtida olib borilishiga bog'liq.

6.2. Kranioserebral jarohlarda bemorlar psixologiyasi

Kranioserebral jarohatlar (KSJ) nafaqat turli darajada ifodalangan nevrologik, balki psixoemotsional buzilishlar bilan ham namoyon bo'ladi. Psixoemotsional buzilishlar klinikasi va kechishi jarohat turi va og'irligi, bemorning temperamenti va shaxs xususiyatlariga ko'p jihatdan bog'liq.

KSJ ichida bosh miya chayqalishi ko'p uchraydi. Aynan mana shunday bemorda nevrologik buzilishlarga qaraganda, neyropsixologik va psixoe-

motsional buzilishlar ko'p kuzatiladi va ular tibbiy-psixologik yordamga muhtoj. Oilaviy mojarolar sababli bosh miyasiga bir necha marotaba jarohat (masalan, ayollarda) olganlar ham shular toifasiga kiradi.

Posttravmatik serebrasteniy. Serebrasteniy KSJ sababli rivojlanadigan eng ko'p tarqalgan sindromdir. Uning uchrash darajasi haqida aniq bir statistik ma'lumot yo'q. Chunki serebrasteniy bilan aksariyat bemorlar vrachga murojaat qilishmaydi va bemordagi serebrasteniy holatlari aynan u o'tkazgan bosh miya jarohati bilan bog'liqligini ko'rsatib berish ham mushkul. Serebrasteniy turli xil subyektiv simptomlardan iborat. Bular jizzakilik, jahldorlik, sabrsizlik, ruhan tez charchab qolish, parishon-xotirlik, uyqu buzilishlari, bosh og'riqlari va shu kabilar.

Ko'p hollarda KSJ dan so'ng kuchli xavotir va fobiya rivojlanadi. Masalan, avtohalokat sababli jarohatlangan bemor ko'chaga chiqishdan, piyodalar uchun mo'ljallangan joydan o'tishdan va hattoki avtotransportda biror joyga borishdan qo'rqadi yoki unda o'lim qo'rquvi rivojlanadi.

KSJ dan so'ng **apatiya** holatlari ham ko'p uchraydi. Klinik belgilari jihatidan depressiyaga yaqin bu holatni ba'zan to'g'ri aniqlash qiyin. Posttravmatik apatiya umumiy karaxtlik, bo'shashish, atrofdagi voqealarga qiziqish yo'qolishi, ba'zida xohish-irodaning so'nishi kabi belgilar bilan namoyon bo'ladi. Bemor biror bir ishni boshlab qo'yib, oxiriga yetkazmaydi yoki o'sha ishi zarur bo'lsa-da, u bilan shug'ullanmaydi. Posttravmatik apatiyada diqqat tarqoqligi, eslab qolishning engil buzilishlari ham kuzatiladi.

Posttravmatik psixozlar. KSJ sababli rivojlanadigan psixozlar o'tkir va surunkali turlarga ajratiladi. O'tkir psixoz, odatda, KSJ ro'y bergandan so'ng 2-5 kun o'tgach boshlanadi va asosan, miyaning lat yeyishi tufayli kuzatiladi. Ayniqsa, bosh miyaning peshona bo'lagi jarohatida psixomotor qo'zg'alishlar kuchli ifodalangan bo'ladi. KT yoki MRT tekshiruvlarida bosh miyaning peshona sohasida lat yeyish belgilari yoki gematoma aniqlanadi. Bunday vaziyatda neyroxirurgik amaliyot bajarilishi kerak. Bosh miyaning biror qismi jarohatlanishi hisobiga kuzatiladigan o'tkir psixozlar, odatda, nevrologik simptomlar bilan birgalikda namoyon bo'ladi, ya'ni falajliklar, koordinator buzilishlar, bosh miya nervlari zararlanishi simptomlari va h.k. Shuningdek, oliy ruhiy funksiyalar buzilishi, ya'ni afaziya, apraksiya va agnoziyalar ham kuzatilishi mumkin. Bunday bemorning ahvoli og'ir bo'lib, u doimo nazoratda bo'lishi kerak.

O'tkir psixozda turli darajada ifodalangan hush buzilishlari kuzatiladi, ya'ni hushning xiralashishidan tortib, to sopor holatigacha. Hush xiralashuvida bemor bilan muloqot buziladi, u savollarga aniq javob

bera olmaydi, nutqi uzoq-yuluq va tartibsiz bo'ladi, ba'zan tinmay gapiraveradi (logorreya). Logorreya, asosan, bosh miyaning chakka qismi zararlanishi uchun xos. Bizning tajribada bosh miya jarohatining o'tkir davrida 24 soat tinmay gapirgan bemor bo'lgan va davolangan. Unga kuchli uxlatuvchi dorilar yuborilgach, uxlab, uyqudan uyg'ongandan so'ng yana bir necha soat tinmay gapiravergan. Ushbu bemorda logorreya kasallikning 5-kuni kamaygan. Miyaning zararlanish belgilari kamaygan sayin, logorreya holati ham o'tib ketadi. Shuning uchun ham bunday paytda tinchlantiruvchi dorilar bilan chegaralanib qolmasdan, kasallikning o'tkir davrida davolash standartida ko'rsatilgan barcha muolajalar qilinishi kerak.

Ba'zan KSJ o'tkazgan bemor darrov uzoq vaqt uyquga ketadi. Bu, albat,ta, koma emas. Uzoq vaqt uyquga ketish bosh miyaning himoya funksiyasidir. Ushbu fenomen to'la o'rganilmagan. Ba'zi mutaxassislar bosh miyaning og'ir jarohatini o'tkazgan bemorni uzoq vaqtgacha uxlatib (20-30 kunlab) davolashni tavsiya qilishadi. Ularning fikricha, bunday usul jarohatdan so'ng kuzatiladigan og'ir ruhiy o'zgarishlar, ayniqsa, xotira buzilishini oldini oladi. Odatda, oilaviy bo'lib avtohalokatga uchragan va oila a'zolari halok bo'lgan bemorlarga ushbu usulni qo'llashadi. Buning uchun shifoxonada barcha sharoit yaratilgan bo'lishi, organizmning hayotiy muhim funksiyalari faoliyati va yaxshi parvarish ta'minlanishi hamda etika tamoyillariga to'la rioya qilinishi kerak.

Posttravmatik psixozlar ko'pincha gallyutsinatsiya, illyuziya, deliriya va agressiv holatlar bilan ham namoyon bo'ladi. Agressiv holatlarda bemor jahl ustida o'ziga va atrofdagilarga qattiq tan jarohati yetkazib qo'yishi mumkin. Psixozning bunday klinik ko'rinishini kuzatgan vrach bemorni albatta psixiatr yoki psixonevrologga ko'rsatishi zarur. Ba'zan posttravmatik psixozda puerilizm kuzatiladi, ya'ni kattalar o'z yoshiga mos kelmaydigan va bolalik davri uchun xos bo'lgan qiliqlar qilishadi. Puerilizm, ayniqsa, o'smirlik yoshida KSJ o'tkazganlarda aniqlanadi. O'smirlarda KSJ sababli keyinchalik isterik xulq-atvor shakllanadi, ba'zida esa giperseksualizm kuzatiladi. Giperseksualizm peshona bo'lagi zararlanishida ham uchrab turadi.

Mast kishilarda KSJ ro'y bersa, psixoz darajasi va sababini aniqlash biroz qiyin. Bunday bemorda psixoz KSJ tufaylimi yoki o'ta mastlik sabablimi, javob topish qiyin. Bunday holatda "Tez yordam" shifokorlari zudlik bilan KSJ va bo'yin umurtqalari jarohatini inkor qilishi kerak.

Korsakov sindromi og'ir KSJ sababli rivojlanadigan o'tkir psixoz bo'lib, uning klinik belgilari, odatda, bemor hushiga kelgandan so'ng namoyon

bo'ladi. Bu sindromning asosiy belgisi – eslab qolishning buzilishidir. Bemor bo'lib o'tayotgan voqealarni esida saqlab qola olmaydi. Bemor kun, hafta, oy kunlari va o'zi yotgan joyni eslay olmaydi. U hushida bo'lib, atrofdagilar bilan muloqoti saqlangan bo'ladi, biroq o'z ahvoliga nisbatan tanqidiy qarashi keskin pasayadi. Korsakov sindromi bir necha kundan bir necha oygacha davom etishi mumkin. Bu sindrom, ayniqsa, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qiluvchilarda og'ir kechadi. Korsakov sindromida xotiraning barcha turlari, ayniqsa, eslab qolish bosqichi buzilganligi uchun ham uni *xotiraning birlamchi buzilishi* deb atashadi.

KSJ sababli xotira yo'qolsa, u bir necha oylab, hatto yillab tiklanmasligi mumkin. Tiklanish davri ba'zida bemor umrining oxirigacha davom etadi. Hattoki, xotira tiklanishi kuzatilsa-da, u to'la bo'lmasligi mumkin.

Posttravmatik psixozning ba'zi turlarida hissiyot buzilishi ruhiy buzilishdan ustunlik qiladi. Masalan, asossiz ko'tarinki kayfiyat, ya'ni eyforiya turli ko'rinishda namoyon bo'ladi: bemor ko'p so'zlaydi, bo'lib o'tgan jarohatlarni batafsil gapirib yuradi, qanday omon qolganini bayon qilishni xush ko'radi. Odatda, eyforiya surunkali psixoz uchun xos. Ba'zan avval saxiy va betakalluf bo'lgan odam bosh miya jarohatidan so'ng ziqna va egoist bo'lib qoladi.

Og'ir kranioserebral jarohatda, ayniqsa, ochiq jarohatda tutqanoq xurujlari yoki kuchli vegetativ paroksizmlar kuzatiladi. Posttravmatik epilepsiya, odatda, KSJ dan so'ng bir necha oy yoki yillar o'tgach rivojlanadi. Ayniqsa, Jekson tipidagi xurujlar ko'p uchraydi. Tez-tez hushdan ketish bilan kechuvchi tutqanoq xurujlari borib-borib, bemor xulq-avtorini patologik tarzda o'zgartirib yuboradi.

KSJ o'tkazgan bemorda *“avval ko'rgan”* yoki *“hech qachon ko'rmagan”* fenomen rivojlanadi. Bemor o'zi avval bormagan va ko'rmagan joyda paydo bo'lib qolsa, bu yerga xuddi ilgari kelgandek, barcha narsalar tanishdek ko'rinadi. Ba'zida esa avval borgan va bir necha bor ko'rgan joyiga borsa, bu yerda hech qachon bo'lmagandek, barcha narsa va voqealar notanish tuyuladi. Bu fenomen mexanizmi to'la o'rganilmagan. KSJ o'tkazganlarda, ayniqsa, peshona va chakka bo'laklarining ketma-ket ro'y bergan jarohatlarida keyinchalik demensiya rivojlanishi ham mumkin.

KSJ dan so'ng kuzatiladigan ruhiy buzilishlarning oldini olish uchun avvalambor bemorga kasallikning o'tkir davridayoq neyropsixologik yordam to'g'ri tashkil etilishi zarur. Bunday bemorlar ular uchun ishlab chiqilgan maxsus neyropsixoreabilitatsiya dasturlari asosida neyropsixolog (tibbiy psixolog) nazorati ostida davolanishlari zarur.

6.3. Meningit va meningoensefalitlarda bemorlar psixologiyasi

Meningit – bosh miya pardalarining o‘tkir yuqumli-yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, asosan yoshlarda ko‘p uchraydi. Meningit aniqlangan bemor zudlik bilan yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqiziladi. Meningitning o‘tkir davrida ruhiy buzilishlar o‘tkir psixozlar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Bular – psixomotor qo‘zg‘alishlar, gallyutsinatsiya, deliriya, psixosensor buzilishlar (umumiy giperesteziya va h.k.). Gallyutsinatsiya va deliriya ko‘pincha kasallikning o‘tkir davrida kuzatiladi va 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‘ladi, og‘riq kuchidan bemor ingrab boshini qo‘llari bilan changallab oladi, ko‘zlarini yumib, chiroqni o‘chirishni yoki pardani yopib, xonani qorong‘i qilishni, televizor va radioning ovozi 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.

Meningitning o‘tkir davrida tutqanoq xurujlari, psixomotor va psixosensor buzilishlar ko‘p kuzatiladi. Bemorning tanasiga qo‘l tegizilsa u 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, atrofda qilarni tanimaydi, savollarga noaniq javob beradi.

Psixomotor qo‘zg‘alishlar kuchli darajada ifodalanganda, bemorni tekshirish va davolash muolajalarini o‘tkazish juda mushkul. Tana harorati yuqori bo‘lganda kuzatiladigan psixotik buzilishlar kuchli terlash bilan namoyon bo‘ladi. Ushbu buzilishlarni bartaraf etish uchun zudlik bilan 2 ml valium (relanium, sibazon) yoki analgin, dimedrol va novokain eritmaları, pipolfen, aminazin kabi dorilar tomirga yoki mushak ichiga yuborilishi kerak.

Deliriya meningitning o‘tkir bosqichida ko‘p uchraydigan ruhiy buzilish bo‘lib, bunda bemorning ongi xiralashadi. U o‘z ahvolini chala bo‘lsa-da anglaydi, biroq atrof-muhitda u bilan sodir bo‘layotgan hodisalar va shifokorlar xatti-harakatlarini to‘g‘ri baholay olmaydi. Qayerda yotgani, qachon bu yerga kelib qolgani va taxminiy vaqtni aytib bera olmaydi. Deliriyada ko‘ruv va eshituv gallyutsinatsiyalari ko‘p kuzatiladi. Bunda

bemor go'yo ko'z oldida paydo bo'layotgan narsalarni qo'li bilan haydaydi, yaqinlarini tanimaydi, yo'q odamlarning ismini aytib chaqiradi, qo'rqib baqirib yuboradi. Bunday holatlar, ayniqsa, bolalarda ko'p uchraydi.

Meningoensefalit – miya pardalari va to'qimasining birgalikda yallig'lanishi. Meningoensefalit og'ir kasallik bo'lib, meningitdan farqli o'laroq chuqur nevrologik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi, ya'ni monoparez, gemiparez, tetraparez, giperkinezlar va h.k.

Meningoensefalit ham bolalar va o'smirlarda ko'p uchraydi. Shuning uchun bolalik va o'smirlik davrida o'tkazilgan meningoentsefalitda nafaqat nevrologik, balki turli darajada ifodalangan neyropsixologik asoratlar ham qoladi. Ma'lumki, bolalik va o'smirlik davrida murakkab funksional sistemalar va oliy ruhiy funksiyalar shakllanadi. Bosh miyada kechadigan og'ir kasalliklar esa ushbu murakkab mexanizmlarni izdan chiqaradi, aqliy rivojlanish jarayoni kasallik paydo bo'lgan vaqtdan boshlab sustlashadi. Meningoensefalit bilan kasallangan bola qancha yosh bo'lsa, u aqliy rivojlanishdan shuncha orqada qolib boradi. Vaqt o'tgan sayin bunday bolada 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.

Meningoensefalitda kuzatiladigan neyropsixologik buzilishlar patologik jarayon bosh miyaning qaysi yarim sharida ketayotganiga ko'p bog'liq. Agar yallig'lanish jarayoni ko'proq ChYaSh da joylashsa, bolada aqliy rivojlanishning kechikishi nutq buzilishlari bilan birgalikda namoyon bo'ladi. Ma'lumki, bolaning aqliy rivojlanishida nutqning ahamiyati beqiyos. Kuchli ifodalangan intellektual buzilishlar O'YaSh zararlangan-da kuzatilmaydi. Chunki bu yarim shar nutq funksiyalari uchun bevosita javob bermaydi. Biroq o'ng yarimshardagi neyropsixologik buzilishlar apraksiya, anozognoziya, autotopognoziya va xulq-atvor buzilishlari ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Meningoentsefalit o'tkazgan bolaning xulq-atvori boshqarib bo'lmaydigan darajada o'zgaradi. Albatta, ushbu buzilishlarning qay darajada ifodalanishi oyoq-qo'llardagi falajliklar darajasiga ham bog'liq. Odatda, chuqur falajliklar xulq-atvorning og'ir buzilishlari bilan birgalikda namoyon bo'ladi. Tetraparez bilan kuzatiladigan meningoentsefalitda, aksincha, bola o'ta sust, nutqi buzilgan, aqliy rivojlanishdan orqada qolgan va tos a'zolari funksiyalari buzilgan bo'ladi. Bunday bola doimiy yordamga muhtoj bo'lib, odatda, uzoq yashamaydi. Chunki tana harorati ko'tarilishi bilan kechuvchi kasalliklarda ularning ahvoli yanada og'irlashib qoladi. Masalan, bunday bola grippdan so'ng og'irlashib qolishi mumkin.

Falajliklarning uzoq davom etishi umurtqa pog'onasida deformatsiya, qo'l va oyoq bo'g'imlarida kontraktura rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bu esa neyropsixoreabilitatsiya muolajalarini yanada qiyinlashtiradi. Ba'zan meningoensefalitda falajlik to'la yo'qoladi, biroq nutq va xulq-atvor buzilishi uzoq vaqt saqlanib qoladi. Rejali tarzda olib borilgan davolash natijasida bunday buzilishlar to'la barham topishi mumkin. Xulosa qilib aytganda, meningoensefalit o'tkazgan bolalar uzoq muddat maxsus neyropsixologik reabilitatsiyaga muhtoj bo'lishadi.

Entsefalit – bosh miya to'qimasi yallig'lanishi. Agar patologik jarayon po'stlog'osti tuzilmalarida joylashsa, unda pallidar (parkinsonizm) yoki striar (giperkinezlar) sindrom rivojlanadi. Bu holat po'tlog'osti ensefaliti uchun xos. Po'stlog'osti tuzilmalari hissiyot shallanishida muhim ahamiyatga ega. Bu soha patologiyasi, albatta, hissiyot buzilishlari bilan namoyon bo'ladi. Masalan, bolaning burun bo'shliqlarida uzoq davom etuvchi yallig'lanish jarayonlari kuzatilsa va shu sababli hidlov funksiyasi izdan chiqsa, bolaning xulq-atvori buziladi, ya'ni unda giperaktiv sindrom shakllanadi. Chunki hidlov nervi orqali po'stlog'osti tuzilmalariga keluvchi impulslar hissiy reaksiyalarga mas'ul bo'lgan Papes aylanasi uchun o'ta muhim. Hushbo'y hid kayfiyatni ko'tarishining sababi ham ana shunda.

Pallidar sindrom bilan namoyon bo'luvchi ensefalitda bolaning barcha ixtiyoriy harakatlari sustlashadi. Bunday bemor sekin gapiradi (monoton nutq), sekin harakatlanadi (bradikineziya), mimik mushaklar harakati ham sust bo'lib (amimiya, gipomimiya), uning tashqi ko'rinishi yuziga niqob kiygan odamni eslatadi. Hatto ko'z mushaklari harakatlari ham sustlashadi. Shu bois bunday bemor bir nuqtaga tikilib turadi. Yuzda ifodalangan bunday patologik belgilar bolalar va o'smirlar uchun xos bo'lgan quvnoqlik va sho'xlik alomatlarini butunlay yo'qqa chiqaradi, hissiy reaksiyalarni aks ettirib turuvchi yuz va ko'zlar go'yoki qotib qoladi. Bunday bolaning tashqi ko'rinishi va harakatlari yoshi katta odamni eslatadi. Ular kam kulishadi, kulsayam ochilib kulolmaydi. 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.

Pallidar sindrom uchun ipoxondrik buzilishlar juda xos. Bemor sal narsaga xafa bo'laveradi, sababsiz yig'lab yuboradi, hech kimga ishonmaydi, bir gapni hadeb takrorlayveradi, qaysar bo'ladi. Bemorning uyquasi ham buziladi, kechalari uxlamay chiqadi yoki tez-tez uyg'onaveradi. Kunduzi esa uyqu bosadi. Shuningdek, xotira buzili-

shi, fikrlar karaxtligi, hissiy karaxtlik kabi holatlar kuzatiladi. Odatda, bunday bemorni davolash bir necha oyga cho‘ziladi. Ijobiy natija kuzatilavermagach, bemorda davolanishga bo‘lgan ishonch yo‘qoladi. Bunday paytda neyropsixolog (tibbiy psixolog) individual psixoreabilitatsiya dasturi asosida bemorni tinchlantirib, davolash jarayoni uzoq davom etishi mumkinligini, buning uchun sabr-toqat va irodali bo‘lish kerakligini tushuntiradi.

Po‘stlog‘osti entsefaliti *giperkinezlar* bilan ham namoyon bo‘ladi. Giperkinezlar – tananing turli joylarida kuzatiladigan ixtiyorsiz harakatlardir. Bular ichida xoreya alohida o‘rin tutadi. Xoreya yuz mushaklarida ko‘p kuzatiladi. 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 infeksiyasi, ayniqsa tonzillitdir. Tonzillit sababli paydo bo‘lgan xoreik giperkinezlar, odatda, kasallik sababi yo‘qotilgandan so‘ng o‘tib ketadi. Po‘stlog‘osti ensefalitida esa ijobiy natijaga erishish ancha qiyin.

Xoreik giperkinezlar boshlanishidan 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. Bolaning xulq-atvori shu darajada o‘zgaradiki, uni maktabda ham, uyda ham tartibga chaqirishaveradi. Ammo tanbehlar 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 bola joyida ham tinch o‘tira olmaydi, ovqatlanayotgan paytda choyni yoki qoshiqdagi ovqatni to‘kib yuboradi, shoshib ovqatlanadi. Shu sababli ular ota-onasidan tez-tez dakki yeb turishadi. Yuzdagi giperkinezlar hayajonlanganda kuchayadi, tinchlanganda kamayadi, uyqu paytida esa to‘xtaydi.

Giperkinez kuzatiladigan bola nafaqat uyda, balki ko‘chada ham doimo dakki eshitishi mumkin. Toshkent metrosida shunday qiziq bir voqea ro‘y bergan. Yuzida xoreik giperkinezlar bor N. ismli 15 yashar yigit ertalab metroga tushadi. Vagonda uning ro‘parasiga xuddi shu yoshlardagi xushro‘y qiz onasi bilan o‘tirib qoladi. Qiz o‘ta chiroyli bo‘lganligi bois 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 pirqirataveradi. Ikkala yosh orasidagi bunday g‘alati munosabatdan jahli chiqqan va atrofdagilardan uyalgan

ona “Yoshgina bo‘lib uyalmasanmi?!” deb yigitning yuziga bir shapaloq tushiradi. Bola qattiq uyalganidan keyingi bekatda vagondan tushib qoladi va uyiga kelib “Meni doktorga olib boring”, deb janjal ko‘taradi. Shu kuni ushbu yigit onasi bilan bizning qabulimizga keldi. Kulgili bu vaziyatning yuzaga kelishiga sabab giperkinezning bitta, ya‘ni faqat o‘ng ko‘zda bo‘layotgani edi.

Shunday qilib, bosh miya va pardalari yallig‘lanishi kasalliklarida kuzatiladigan psixoemotsional buzilishlar davolash jarayonida neyropsixolog, ya‘ni tibbiy psixologning doimiy ishtiroki zarurligini ko‘rsatadi.

6.4. Epilepsiyada bemorlar psixologiyasi

Epilepsiyada bemor xulq-atvori turli darajada o‘zgaradi. Ushbu kasallikda shaxs o‘zgarishlari o‘ziga xosligi bilan ajralib turadiki, buning natijasida tibbiy amaliyotda *epileptik xarakter* degan ibora paydo bo‘ldi. Bunday bemor juda ezma, qaysar, besabr, tez xafa bo‘ladigan, kayfiyati o‘zgaruvchan, arzimagan mayda ishlarga o‘ralashib yuradigan, o‘ta jizzaki va janjalkash bo‘ladi. Albatta, bu belgilar turli darajada ifodalangan bo‘lishi mumkin. Ularning qay darajada namoyon bo‘lishi epileptik xurujlarning turi, sabablari, qanchalik ko‘p kuzatilishi va bemorning davolanish tarziga bog‘liq.

Epilepsiya bilan kasallangan aksariyat bemorlarning xarakteri beqaror bo‘ladi. Yaxshi kayfiyatda yurgan bemor birdan o‘zgarib qolishi va qo‘pol so‘zlar bilan yaqinlarini haqorat qila boshlashi mumkin. Bunday holat har qanday vaziyatda ro‘y berishi mumkin. Masalan, u biror narsasini topa olmasa, qilayotgan ishiga kimdir aralashib xatosini ko‘rsatsa, unga zid fikr bildirilsa, tezda janjal ko‘taradi. Ba‘zan arzimagan narsadan ko‘tarilgan janjal affekt darajasigacha yetadi va bemor o‘ziga yoki atrofdagilarga tan jarohati yetkazib qo‘yadi. Shu bois bunday bemorni davolayotgan vrach uni psixiatrga albatta ko‘rsatishi kerak.

Bemorda xulq-atvor o‘zgarishlari yaqqol namoyon bo‘lib, affektiv buzilishlar tez-tez ro‘y beraversa, ushbu bemorni davolashni psixiatr davom ettiradi. Epilepsiya bilan kasallangan “muloyim” bemorning ham jahlini chiqarish juda oson. Agar uning ko‘ngliga yoqmaydigan so‘z aytilsa yoki tanbeh berilsa, bemor o‘zgarib, qaysar va o‘jar bo‘lib qoladi. Bemor biror odamdan qattiq ranjisa, u bilan mutlaqo gaplashmay qo‘yishi mumkin.

Xulq-atvor o'zgarishlari ba'zida "ijobiy" tus oladi. Masalan, bemor begona odamlarga o'ta mehribon, muloyim va har qanday ishga bel bog'lab kirishib ketadigan shaxsga aylanadi. Shunday bo'lsa-da, bunday mehribonlik o'z yaqinlariga ko'rsatilmaydi, ya'ni bemor o'z yaqinlari bilan doimo janjallashib, ota-onasining aytganini qilmaydi. Shunday holat shizofreniyada ham uchraydi. Shizofreniyada bemorning butun qahr-g'azabi oila a'zolariga qaratilgan bo'ladi, begonalar bilan esa tez til topishib oladi, hatto do'st tutinadi.

Fikrlar karaxtligi bemorning nutqida ham aks etadi. Bemor berilgan savollarga lo'nda javob bera olmaydi, bir aytgan gapini bir necha bor takrorlayveradi yoki suhbat boshida tushunarli bo'lib qolgan voqeani yana so'zlab beradi. Ular, odatda, hissiyotga berilib so'zlashadi, goh kamgap, goh sergap bo'lib qolishadi. Ba'zida asossiz ko'tarinki kayfiyat, ya'ni *eyforiya* kuzatiladi. Bemor begona odam bilan ham bo'lar-bo'lmasga hazillashaveradi, masxarabozlik qiladi, kulgili voqea, uyatsiz latifalar o'ylab topadi, gap orasida hadeb kechirim so'rayveradi. Bemor tanishini uchratib qolsa, unga dardini aytib yig'lab ham oladi. Ba'zida, ayniqsa, prefrontal epilepsiyada jinsiy faollik oshib ketadi, ya'ni giperseksual holat vujudga keladi.

Ba'zi bemorlar yolg'onga juda o'ch bo'lishadi. Bunday bemorni *pseudolog* deb atashadi. Boshqa birlari esa juda haqiqatparvar bo'lib, adolatsizlikka chiday olmaydi. Uning uchun begona bo'lgan odam nohaqlikdan aziyat cheksa, uzoq vaqt u haqida gapirib yuradi, qo'lidan kelsa yordamga shoshadi. Ba'zi bemorlar uyi va ishxonasini juda saranjom va sarishta tutishadi, ozoda yurishadi, chiroyli kiyinishadi, ya'ni ular tartibga qattiq rioya qilishadi.

Epilepsiyada *kleptomaniya* ham uchrab turadi, ya'ni bunday bemor keraksiz narsalarni o'g'irlab yashirib yuradi. Masalan, bemor unga kerak bo'lmasa-da, doktorning bolg'achasini unga bildirmasdan uyiga olib ketishi mumkin. O'sha kechasi bu qilgan ishidan "vijdoni qiynalib" ertasi kuni vrachga olib kelib beradi ham. Fransuz qiroli Lyudovik XIV ham kleptomaniya bilan kasallangan. Qirol saroy mulozimlari va o'ziga tegishli narsalarni turli joylarga yashirib qo'yar va ularni izlab yurganlarga qarab lazzatlanar edi.

Epilepsiyada kuzatiladigan shaxs buzilishlari darajasi kasallikning qaysi yoshda boshlangani, bosh miyaning qaysi sohasi zararlanganligi, xurujlar soni va turi, o'tkazilayotgan davolash muolajalari qanday olib borilayotganiga uzviy bog'liq. Kasallik qanchalik erta yoshda boshlansa va xurujlar ko'p takrorlanaversa (ayniqsa, hushning yo'qolishi bilan),

bemor shaxsida patologik o'zgarishlar shunchalik tez rivojlanadi va og'ir kechadi.

Bosh miyaning peshona va chakka sohalari zararlanishi sababli rivojlangan epilepsiyada bemorning xulq-atvori keskin o'zgaradi.

Ba'zi yoshi katta bemorlarda, ayniqsa ayollarda, *puerilizm*, ya'ni bolalarga xos xulq-atvor kuzatiladi. Ularning nafaqat xatti-harakatlari, balki fikrlash doirasi ham yoshiga mos kelmaydi. Ba'zan esa 5–7 yashar bolada kattalarga xos aql-zakovat xislatlarini ko'rish mumkin. Ular xuddi kattalardek fikr yuritishadi, foydali maslahatlar berishadi. Bolaning ota-onasi bunday “qobiliyat”dan qo'rqib ketib, uni psixiatrga ko'rsatishadi. Ba'zilar esa bolasida ushbu “noyob qobiliyat”dan faxrlanib yurishadi. Shunga oid bitta voqeani keltirib o'tamiz. Epilepsiya bilan kasallangan 3 yoshga to'lgan bolani ko'rikdan o'tkazib, uning otasiga zarur dorini yozib berdim. Bola dori yozilgan qog'ozni qo'liga olib, unga tikilib qaradi-da, so'radi: “Doktor bu dorilarni ovqatdan oldin ichaymi yoki keyinmi?” Albatta, 3 yashar bolaning bu so'zlari meni hayratda qoldirdi. Unga: “Bolam, o'qishni bilasanmi?” dedim. U “Yo'q” deb javob berdi. “Axir hozir o'zing qaragan qog'ozda dorini qachon ichish yozilgan-ku”, dedim. Shunda u “Men o'qishni bilmasam ham, dorini qachon ichishni bilaman”, deb javob berdi. Keyinchalik bolaning tafakkur darajasini baholovchi bir qator neyropsixologik testlar o'tkazib ko'rdim. Uning fikrlash qobiliyati kamida 7 yashar bolanikidek edi.

Epilepsiya bilan kasallangan bemorning tafakkur doirasi yillar davomida torayib boradi va *kognitiv buzilishlar* rivojlanadi. Bemor diqqatini bir joyga jamlay olmaydi, fikrlar teranligi izdan chiqadi va buning oqibatida diqqat-e'tibor talab qiluvchi ishlarni bajara olmaydi. Bemor bir ishni boshlasa, uni oxiriga yetkazmay tashlab qo'yadi. Fikrlar karaxtligi va xulq-atvor beqarorligi sababli birinchi va ikkinchi darajali ishlarni ajrata olmaydi, keraksiz ishlar bilan o'ralashib yuradi.

Epilepsiyada tafakkur buzilishi ba'zida og'ir darajaga yetadi va *epileptik demensiya* rivojlanadi. Ayniqsa, organik etiologiyali va kichik yoshda boshlangan tonik-klonik xurujlarda aqliy zaiflik tez shakllanadi. Uzoq yillar mobaynida benzonal ichib yurish ham bolaning aqliy rivojlanishdan orqada qolishiga sabab bo'ladi. Bolada epileptik xurujlarning aqliy rivojlanishga ta'sir qilishi, hali ularda oliy ruhiy funksiyalarning to'la shakllanmaganligi bilan bog'liq. Shuning uchun ham, bolalik davrida rivojlangan bosh miyaning har

qanday og'ir kasalligi oliy ruhiy funksiyalarning u yoki bu darajada buzilishlari bilan kechadi. Keyinchalik bosh miyaning turli kasalliklari (bosh miya jarohati, meningit, qon tomir kasalliklari, ichki-likbozlik) rivojlansa, tutqanoq xurujlari qayta qo'zg'ab, ruhiy buzilishlar yanada avj oladi. Idiopatik epilepsiyada kognitiv buzilishlar kuzatilmaydi.

Epilepsiyada ruhiyat buzilishlari yaqqol ifodalangan sindromlar bilan namoyon bo'ladi. Bular disforiya, deliriya, oneyroid, gallyutsinatsiya, epileptik stupor, amneziya, patologik uyqu va h.k. Bularning ichida eng ko'p uchraydigani *disforiya* bo'lib, u bemorda arzimagan bir sabab tufayli paydo bo'ladi. Disforiya nafaqat kayfiyat buzilishi, balki sababsiz xavotir, siqilish, qo'rquv, gumonsirash, miyaga turli fikrlarning yog'ilib kelishi: suitsidal xayollar, birovni o'ldirish, o'g'rilikka intilish kabi alomatlar bilan namoyon bo'ladi.

Epilepsiyada *stupor* ham kuzatiladi. U turli darajada ifodalanadi: oddiy kam harakatlikdan tortib, to qotib qolishgacha. Qotib qolgan bemorda mutizm paydo bo'ladi, biroq u birovning so'zi va harakatini takrorlayveradi. Odatda, stupor bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi. Stupor to'satdan barham topib, faol harakatlar yana paydo bo'lishi ham kuzatilib turadi. Bunday paytda bemor atrofdagi narsalarni otib yuborib, yonidagilar bilan urishib ketishi mumkin. Stupor, odatda, ba'zi epileptik xurujlardan so'ng vujudga keladi. Bunda to'la va qisman amneziya kuzatiladi.

Epilepsiyada to'satdan paydo bo'luvchi depersonalizatsiya, derealizatsiya, katapleksiya va anozognoziyalar ham uchrab turadi. Alahsirash bilan kechuvchi ruhiy buzilishlar, odatda, o'tkir va surunkali ko'rinishda namoyon bo'ladi. O'tkir psixotik buzilishlarda bemorni birov ta'qib qilayotgandek, zaharlamoqchidek, og'ir tan jarohati yetkazmoqchidek tuyuladi. Bu holat *epileptik paranoyya* deb ataladi. Epileptik paranoyya bir necha kundan bir necha oygacha cho'ziladi. Odatda, disforiya bilan paydo bo'lgan o'tkir ruhiy buzilishlar qisqa vaqt davom etadi. Ushbu buzilishlar to'satdan ro'y berishi, yo'qolib ketishi, pasayishi va bir necha kunlardan so'ng yana paydo bo'lishi mumkin.

Surunkali psixotik buzilishlar ko'pincha paranoid va parafrenik belgilar bilan namoyon bo'ladi va ular epileptik oneyroid, deliriya yoki boshqa psixopatologik holatlardan so'ng rivojlanadi. Surunkali psixotik buzilishlar klinikasida alahsirash asosiy belgilardan biridir va u tez-tez takrorlanib turadi.

Epileptik xurujlar butunlay to'xtagan taqdirda ham yuqorida ko'rsatilgan barcha alomatlardan iborat epileptik xarakter bemor hayotining oxirigacha saqlanib qolishi mumkin. Epileptik demensiya rivojlangan bemorda xurujlar soni keskin kamayadi yoki butunlay to'xtaydi. Buning asosiy sababi po'stloqning kuchli atrofiyasidir. Bunday bemorni tibbiy psixolog yoki psixiatr nazoratga olishi kerak.

Bemor va uning yaqinlariga beriladigan tavsiyalar. Bemorni sog'lom turmush tarziga o'rgatish davolovchi vrachning bevosita vazifasidir. Ushbu qoidaga amal qilmagan vrach davolash qoidalari ni qanchalik to'g'ri olib bormasin, u samarasiz tugayveradi. Davolash muolajalari uzoq yillar davom etgani uchun ham, bemorni bitta vrach davolagani ma'qul. Bu vrach uchun ham yaxshi (chunki uning malakasi oshadi), bemor uchun ham yaxshi (davolashda uzilishlar bo'lmaydi). Shu o'rinda buyuk Gufelyandning quyidagi so'zlari juda o'rinli. *“Bemorni bitta vrach davolasa yaxshi, ikkitasiga ham chidasa bo'ladi, biroq uchta vrach davolashi – bu dahshat”*. Deyarli 300 yil oldin aytilgan bu dono fikr hanuzgacha o'z ahamiyatini yo'qotgani yo'q. To'g'ri, vrach tashxis qo'yishda qiynalishi mumkin. Qiyinchilik va xatolar hatto tajribaga ega vrachda ham ro'y berib turadi. Bunday paytda hamkasblar bilan konsilium o'tkazish lozim. Ammo muolajani davolovchi vrachning o'zi olib borgani ma'qul. Albatta, davolovchi vrachni bemorning o'zi tanlaydi. Buning uchun bemorning ishonchini qozonish o'ta muhim.

Televizor va kompyuter. Hozirgi kunda aholining aksariyat qismi televizor va kompyuter monitori oldida kunini o'tkazadi. Epilepsiya bilan kasallangan bemor bunday elektron uzatgich vositalaridan iloji boricha kamroq foydalanishi kerak. Televizorni qorong'i xonada emas, balki yorug' xonada ko'rish tavsiya etiladi. Ungacha bo'lgan masofa 2 m dan ortiq bo'lishi lozim, teleko'rsatuvlarni tomosha qilish davomiyligi 2 soatdan oshmasligi kerak. Fotosensitiv epilepsiyada televizor ko'rish yoki kompyuter monitori oldida o'tirish man etiladi.

Maktab va bog'cha. Epilepsiya bilan kasallangan bolalarning deyarli barchasi boshqa bolalar singari, maktab va bog'chalarga qatnashlari mumkin. Ayniqsa, idiopatik epilepsiyada bolaning intellekti saqlangan bo'lganligi uchun ular umumta'lim maktablarida o'qishadi. Bola umumta'lim maktabida o'qishi kerakmi yoki maxsus maktabdami? Bu masalani faqat neyropsixologik testlar yordamida bolaning oliy ruhiy faoliyatini o'rgangach, nevropatolog yoki tibbiy psixolog hal qilishi lozim. Ba'zida maktabda epileptik xurujlar kuzatilgan bolani maktab o'qituv-

chisi o'qitishdan voz kechadi. Hech qachon epileptik xuruj kuzatilishi bolani maxsus maktabga o'tkazishga asos bo'la olmaydi. Tibbiy-psixologik xulosa asosida ruhiy o'zgarishlar aniqlangan taqdirdagina bola maxsus maktabga o'tkazilishi mumkin. Agar epileptik xurujlar oligofreniya, bolalar serebral falajligi, o'tkazilgan meningoentsefalit va shu kabi bosh miyaning organik kasalliklari sababli rivojlangan bo'lsa, bola maxsus maktabda ta'lim olishi kerak.

Sport va jamiyat. Bemorni faqat tutqanoq xuruji borligi sababli jamiyatdan ajratib qo'yish yoki alohida tarbiyalash noto'g'ri. Aksincha, bunday bemorning to'laqonli hayot kechirishiga imkoniyat yaratib berish kerak. Agar bemor (bola) til o'rganmoqchi, sport bilan jiddiy shug'ullanmoqchi va jismoniy mashqlarga qatnashmoqchi bo'lsa, bunga ruxsat berish kerak. Biroq trenerni ogohlantirib qo'yish zarur. Bemorning bunday tadbirlarda qatnashish yoki qatnashmasligi individual tarzda davolovchi vrach tomonidan hal qilinadi. Xuruj tez-tez kuzatiladigan holatlarda bemor davolash muolajalarini olishi lozim. Xuruj kam kuzatiladigan holatlarda u sportning yengil turlariga (badantariya, stol tennisi, sekin yugurish va h.k.) qatnashishi mumkin. Sportning ba'zi turlari, ya'ni boks, shtanga ko'tarish, kurash, suzish va 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'tirishlari oqibatida kuchayib ketayotganligini ta'kidlashmoqda.

Faol hayot va jismoniy mehnat. Yirik amerikalik epileptolog V. Lennoksning "*Faol hayot – xurujlar antagonistidir*" degan gapini yuqorida keltirgan edik. Epileptologlarning e'tirof etishlaricha, epilepsiyada xurujlar passiv hayot kechiruvchi bemorda ko'p takrorlanadi. Faol aqliy va jismoniy mehnat bilan shug'ullanuvchi bemorda esa bu holat kam kuzatiladi. Shu bois bemorni, ayniqsa, bolalar va o'smirlarni jismoniy ishlardan, o'qishdan chegaralab qo'yish va ularning ko'z o'ngida oila davrasida kasalini muhokama qilaverish og'ir ruhiy jarohatlarni yuzaga keltiradi. Bunday bolada melankoliyaga xos xulq-atvor shakllanadi, u ruhiy jihatdan nogiron bo'lib o'sadi. Biroq ortiqcha ruhiy va jismoniy zo'riqishlar xurujlar sonini ko'paytirishini ham unutmazlik kerak. Kuchli stress xurujlarni qo'zg'ab yuborishi mumkin. Hayot uchun xavfli, ya'ni haydovchilik, o't o'chirish, militsiya, soqchilik va qutqaruvchilik kasblarida ishlash man etiladi. Shuningdek, kimyoviy vositalar mavjud joylarda yoki baland binolarda, ja-

rohatlanish xavfi yuqori bo'lgan zavod va fabrikalarda ishlash man etiladi. Tunda ishlash umuman mumkin emas. Chunki tunda uyquga to'ymaslik xurujlar takrorlanishi yoki ko'payib ketishiga olib keladi.

Uy-ro'zg'or yumushlari va boshqa tadbirlar. Bemor dush qabul qilganida eshikni ichkaridan bekitmasligi, issiq yoki o'ta sovuq dush qabul qilmasligi, saunaga bormasligi, vannada uzoq vaqt qolib ketmasligi zarur. Tandirda non yopish, katta qozonda ovqat tayyorlash, o'tkir narsalar bilan ishlashdan ehtiyot bo'lish lozim. Fizioterapevtik muolajalar ham man etiladi. Ishxonada doimiy ishlovchilardan bir-ikkitasi uning kasalligidan voqif bo'lishi kerak. Shuningdek, bemor uzoq safarga bir o'zi bormasligi va mehmonxonada yolg'iz qolmasligiga e'tibor berish zarur.

6.5. Nevroz va reaktiv buzilishlar

Ruhiy jarohat yetkazuvchi omillar natijasida rivojlanadigan asab sistemasining funksional kasalligiga **nevroz** deyiladi. Demak, nevroz – psixogen kasallik. Nevrozda organik simptomlar kuzatilmaydi, biroq vegetativ buzilishlar aniqlanishi mumkin. Nerv to'qimalarida morfologik o'zgarishlar bilan kechuvchi kasallikka **organik**, funksional buzilishlar bilan kechuvchi holatlarga **funksional kasalliklar** deyiladi.

Tasnifi. KXT-10 da “Nevroz” degan alohida bo'lim yo'q. Nevrotik buzilishlar, ya'ni xavotir, fobiya, obsessiya, kompulsiya, isteriya, somatonevroz va stressga bo'lgan reaksiyalar KXT-10 ning F40-F48 kodi ostida bir nechta ruknlarda keltirilgan (6.1-jadval).

6.1-jadval.

KXT-10 bo'yicha nevrotik, stress bilan bog'liq va somatoform buzilishlar tasnifi (F40-48)

№	Kod: F40-48	Nevrotik, stress bilan bog'liq va somatoform buzilishlar turlari
1	F40	Fobik xavotirli buzilishlar
	Rubrikalar	F40.0 – Agorafobiya F40.1 – Sotsial fobiyalar F40.2 – Spesifik (izolyatsiyalangan) fobiyalar F40.8 – Boshqa fobik xavotirli buzilishlar F40.9 – Aniqlashtirilmagan fobik xavotirli buzilishlar

2	F41	Boshqa xavotirli buzilishlar
	Rubrikalar	<p>F41.0 – Panik buzilishlar (epizodik paroksizmal xavotir) F41.1 – Tarqalgan xavotirli buzilishlar F41.2 – Aralashgan xavotirli va depressiv buzilishlar F41.3 – Boshqa aralashgan xavotirli buzilishlar F41.8 – Boshqa aniqlashtirilgan xavotirli buzilishlar F41.9 – Aniqlashtirilmagan xavotirli buzilishlar</p>
3	F42	Obsessiv-kompulsiv buzilishlar
	Rubrikalar	<p>F42.0 – Asosan yopishqoq fikrlar yoki o‘y-xayollar F42.1 – Asosan kompulsiv harakatlar (yopishqoq rituallar) F42.2 – Aralashgan yopishqoq fikrlar va harakatlar F42.8 – Boshqa obsessiv-kompulsiv buzilishlar F42.9 – Aniqlashtirilmagan obsessiv-kompulsiv buzilishlar</p>
4	F43	Og‘ir stressga reaksiya va moslashuvning buzilishi
	Rubrikalar	<p>F43.0 – Stressga o‘tkir reaksiya F43.1 – Posttravmatik stress buzilishlari F43.2 – Moslashuv reaksiyalarining buzilishi F43.8 – Og‘ir stressga boshqa reaksiyalar F43.9 – Aniqlashtirilmagan og‘ir stressga reaksiya</p>
5	F44	Dissotsiativ (konversion) buzilishlar
	Rubrikalar	<p>F44.0 – Dissotsiativ amneziya F44.1 – Dissotsiativ fuga F44.2 – Dissotsiativ stupor F44.3 – Trans va chidam F44.4 – Dissotsiativ harakat buzilishlari F44.5 – Dissotsiativ konvulsiyalar F44.6 – Dissotsiativ anesteziya yoki sezishni qabul qilishning buzilishlari F44.7 – Aralashgan dissotsiativ (konversion) buzilishlar F44.8 – Boshqa dissotsiativ (konversion) buzilishlar F44.9 – Aniqlashtirilmagan dissotsiativ (konversion) buzilishlar</p>

6	F45	Somatoform buzilishlar
	Rubrikalar	F45.0 – Somatizatsiyalashgan buzilishlar F45.1 – Differentsiyalanmagan somatoform buzilishlar F45.2 – Ipxondrik buzilishlar F45.3 – Vegetativ nerv sistemasining somatoform disfunksiyasi F45.4 – Turg'un somatoform og'riqli sindrom F45.8 – Boshqa somatoform buzilishlar F45.9 – Aniqlashtirilmagan somatoform buzilishlar
7	F48	Boshqa nevroitik buzilishlar
	Rubrikalar	F48.0 – Nevrasteniya F48.1 – Depersonalizatsiya-derealizatsiya sindromi F48.8 – Boshqa aniqlashtirilgan nevroitik buzilishlar F48.9 – Aniqlashtirilmagan nevroitik buzilishlar

Izoh: Eslatib o'tamiz, KXT-10 asosan tibbiy statistika maqsadida qo'llaniladi. Tibbiy amaliyotda esa ushbu tasnif asosida yaratilgan klinik tasniflardan foydalaniladi.

Nevrozning 3 turi farqlanadi: **nevrasteniya (astenik nevroz), isteriya, miyaga o'rnashgan fikrlar nevrozi.**

Nevrasteniya (astenik nevroz)

Nevrasteniya (yun. *neuron* – nerv, *astenia* – zaiflik) **asab zaifligi** degan ma'noni anglatadi. Doimiy hissiy zo'riqishlar, dam olmay ishlash, aqliy zo'riqishlar, doimiy stress holatlari nevrasteniya sababchisidir. Nevrasteniyaning bir necha oila a'zolarida uchrashi uning etiologiyasida nasliy omillar ahamiyatini ko'rsatadi. Yosh bolalarda nevrasteniya rivojlanishiga uni o'rab turgan muhit, ayniqsa, ota-ona orasidagi janjallar sabab bo'ladi. Bolalik davrida olingan ruhiy jarohatlar ham bundan mustasno emas.

Nevrasteniya nafaqat jahldor, balki o'ta andishali odamda ham rivojlanadi. Andishali odam janjal chiqqanda hissiyotga zo'r bermaslikka va o'zini boshqarib turishga harakat qiladi, bironing ko'nglini og'ritib qo'ymay, deydi. Bu holatlar ham nevroz shakllanishiga turtki bo'ladi. Shuningdek, vitaminlar yetishmovchiligi, kamqonlik, surunkali va og'ir kasalliklar ham nevrasteniya olib kelishi mumkin.

Klinikasi. Nevrasteniya klinikasi turli-tuman bo'lib, ularga aqliy va jismoniy faoliyatdan tez charchab qolish, jahldorlik, uyqu buzilishi, bosh

og'rig'i, bosh aylanishi, umumiy holsizlik, parishonxotirlik kiradi. Bunday odamda ish unumdorligi pasayadi, uzoq davom etuvchi psixoemotsional zo'riqishlarga u bardosh bera olmaydi. Ular shovqin-suronni, g'ala-g'ovur-ni, jiddiy aqliy mehnat talab qilinadigan ishlarni yoqtirishmaydi. Jismoniy mehnatga ham ishtiyoq yo'qoladi, muskullarda og'riqlar va tanada umumiy giperesteziya paydo bo'ladi.

Tashxis qo'yish algoritmi. KXT-10 bo'yicha astenik nevroz (nevrasteniya) tashxisini qo'yish uchun quyidagi belgilar bo'lishi lozim:

1. Odatiy aqliy faoliyat talab qilinadigan ishlardan ham tez charchab qolish, umumiy xolsizlikning paydo bo'lishi.

2. Jismoniy faoliyatga ishtiyoq so'nishi va tez holdan toyish.

3. Quyidagi simptomlardan kamida ikkitasi kuzatilishi kerak: jahldorlik, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, uyqu buzilishi, muskullarda og'riqlar, bosh, tana va oyoq-qo'llarda uvishishlar.

4. Og'ir depressiya, xavotirli-fobik va affekt holatlarida kuzatiladigan kuchli psixoemotsional buzilishlar bo'lmasligi kerak. Aks holda nevrasteniya emas, boshqa tashxis izlanadi.

Davosi. Davolashni boshlashdan oldin nevrasteniyaning keltirib chiqargan sabablar aniqlanishi va ular iloji boricha bartaraf qilinishi kerak. Asosiy sabablar bartaraf etilganda, aksariyat bemorlarda davolashni davom ettirishga hojat ham qolmaydi, ular tuzalib ketishadi. Lekin ba'zi hollarda nevrasteniyaning sababini aniqlash va uni bartaraf etish ancha mushkul. Bemorning oilaviy ahvoli va ishlash sharoiti bilan tanishib, unga dam olib ishlash, ish soatlarini qisqartirish, ovqatlanish tartibiga rioya qilish, teatr va kinolarga borib turish tayinlanadi.

Dori-darmonlar tavsiya etishga individual yondashish kerak. Bu maqsadda psixostimulyatorlar, sedativ dorilar va jenshen preparatlaridan foydalaniladi. Ratsional psixoterapiya, geshtalterapiya, kognitiv-bixeviorial terapiya va psixodinamik terapiya nevrozni davolashda keng qo'llaniladi. Freyd ta'limotining yaratilishiga ham nevrozni davolashga urinish turtki bo'lgan. Shuningdek, bemorga umumiy massaj, igna bilan davolash, ertalabki badantarbiya va sportning o'ziga ma'qul turlari bilan shug'ullanish tavsiya etiladi. Yilda bir marta sihatgohlarda dam olib turish yaxshi samara beradi.

Isterik (dissotsiativ) nevroz

Histeria yun. *bachadon* degani. Kasallik belgilari haqida qadimgi risolalarda ko'p yozilgan va uni dastlab bachadon funksiyasi bilan bog'lashgan. Chunki isteriya, asosan, ayollarda uchragan. Keyinchalik isterik buzilishlar erkaklarda ham aniqlangan bo'lsa-da, uning avvalgi nomi saqlanib qolgan.

Isterik nevroz, asosan, yoshlik davrida, ko'proq kuzatiladi. Ushbu kasallikning kelib chiqishida xulq-atvorning bolalikdan isterik tarzda shakllanishiga katta urg'u beriladi.

Klinikasi. Ortiqcha ta'sirlanish, har narsaga haddan tashqari e'tibor berish, mustaqil fikrlay olmaslik, ortiqcha ishonuvchanlik, his-tuyg'ularga berilish isteriya uchun juda xos. Ular ruhan va jismonan zaif kishilardir. Ko'pchilik isterik bemorlar fe'l-atvori bolalar fe'l-atvoriga o'xshab ketadi. Bunday bemor uchun atrofdagilar diqqatini o'ziga jalb etish xos. Isterik buzilishlar faqat nevrozda emas, balki psixopatiyada ham kuzatiladi. Isterik nevroz simptomlari aksariyat hollarda xilma-xil kasalliklar aloqatlarini eslatadi. Shu bois ham isteriyani «katta mug'ombir» deb atashadi. Isteriya aniqlangan bemorda barcha somatik kasalliklarga xos belgilarni kuzatish mumkin, biroq aslida ular mavjud emas. Isteriya uchun atrofdagi adekvat ta'sirotlarga, noadekvat javob qaytarish o'ta xos.

KXT-10 da isterik nevroz F44 kodi ostida **“Dissotsiativ (konversion) buzilishlar”** nomi bilan keltirilgan. Uning bir nechta turlari mavjud (*yuqoridagi jadvalga qarang*). Isterik simptomlar negizida ichki nizoni tashqariga yo'naltirish yotadi. **Converto** – lotinchadan *boshqa tomonga yo'naltirish* degan ma'noni anglatadi. Isterik (konversion) buzilishlar doimo boshqalar oldida ro'y beradi va yolg'iz qolganda hech qachon kuzatilmaydi.

Endi isterik buzilishlar turlari bilan tanishib chiqamiz.

Puerilizm – katta yoshdagilarda bolalar xulq-atvorini eslatuvchi holat. Bolaga xos bo'lgan qiliqlar, ingichka tovush chiqarib gapirish, ko'zlarni katta-katta qilib ochish, kipriklarni pipiratish, birov gapirganda, og'zini ochib turish puerilizm uchun juda xos. Bemor shu qilig'i bilan boshqalarning diqqatini o'ziga jalb etadi.

Isterik buzilishlarning yana bir turi – bu **isterik depressiya**. Bunda bemor o'ta tushkun kayfiyatda bo'ladi va bu qilig'i bilan atrofdagilar diqqatini o'ziga qaratishga intiladi, ularni o'ziga rahmdil bo'lishini xohlaydi. U naqadar og'ir ahvolda ekanligini ko'rsatadi, boshqalar unga achinishini istaydi.

Isterik algia (ya'ni og'riq) eng ko'p tarqalgan buzilishlardan biri bo'lib, deyarli barcha isterik sindromlarda turli ko'rinishda namoyon bo'ladi. Bemor tanasining turli joy, ya'ni orqa, qorin, yurak va bosh sohasida har doim og'riq bo'lib turishidan shikoyat qiladi. Og'riq, shuningdek, bo'g'imlarda, qo'l yoki oyoqda, tilda, xullas, tananing barcha joyida paydo bo'ladi. Ayni paytda, bunday og'riqdan shikoyat qiluvchi bemor turli xil doktorlarga murojaat qilib yuradi. Ba'zan u o'zida jarrohlik operatsiyasini o'tkazishni talab qiladi.

Isteriyada turli xil **sezgi buzilishlari** ham kuzatiladi. Organik va funksional sezgi buzilishlari orasidagi farqni faqat maxsus nevrologik tekshiruvlardan so'ng aniqlash mumkin. Har bir nerv tanadagi muayyan sohaning sezgisi va harakati uchun javob beradi. Isterik anesteziyada bu qoida buziladi, ya'ni pay reflekslari patologik tarzda o'zgarmaydi va sezgi buzilishini izohlab beruvchi hech qanday organik kasallik aniqlanmaydi.

Es-hushning kirdi-chiqdi bo'lib qolishi. Birdan boshlanadigan va ak-sariyat hollarda tez tugallanadigan holat bo'lib, bunda bemor atrofdagilar-ga befarq bo'ladi, qayerda ekanligini fahmlay olmaydi, hozir soat nechaligi, o'zi nima qilayotganini bilmaydi. Ushbu holat bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi. Bu paytda hozir bo'lib o'tgan voqea esida qol-maydi.

Isterik amneziya. Haqiqiy amneziyadan farqli o'laroq, isterik amnezi-yada bemorning o'ziga taalluqli voqea va hodisalarga nisbatan xotira yo'qoladi, boshqa voqea va hodisalarga esa saqlanib qoladi.

Isterik fuga (lot. *fuga* – qochish). 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 tushunmaydi va atrofda nimalar sodir bo'layotganini fahmlamaydi. Ammo, chetdan qaraganda, boshqa birovlariga uning yurish-turishi maqsadga muvofiqdek tuyuladi. Arzimagan urush-janjaldan so'ng bunday shaxslar hatto boshqa shaharga ham ancha vaqtga ketib qolishadi. Keyinchalik bemor o'zi bilan nimalar sodir bo'lganini eslay olmaydi yoki qisman eslaydi. Ammo gipnoz holatida sodir bo'lgan voqealarning barchasini eslatish mumkin.

Ganzer sindromi – aql bovar qilmaydigan tuturuqsiz harakatlar bilan namoyon bo'luvchi belgilar majmuasi. Ruhiy jarohatdan so'ng to'satdan paydo bo'ladi. U eng oddiy savolga ham tuturuqsiz javob beradi. Masalan, "Ikki karra ikki necha bo'ladi", deb so'ralsa, bemor oliy ma'lumotli bo'lsa-da, "5" deb javob beradi yoki qo'lda nechta barmoq bor desa, xohlagan sonni aytadi. Uning belgilari demensiyaning eslatadi. Biroq bu holat psevdodemensiya bo'lib, bir-ikki kun ichida o'tib ketadi.

Isterik stupor – ruhiy siqilishdan so'ng turgan joyda qotib qolish sindromi. Bunday paytda bemor tamomila harakatsiz bo'lib qoladi, indamaydi, bir nuqtaga tikilib turaveradi, yuz-ko'zida aziyat chekkan ifoda paydo bo'ladi. Bu holat bir necha soat ichida o'tib ketadi, ba'zan bir-ikki kun saqlanib turadi. Davolash muolajasi o'tkazilmasa, tuzalib ketishi qiyinlashadi.

Tutqanoq xurujlari keng tarqalgan isterik simptomlar sirasiga kiradi. Isterik tutqanoqlar turli-tuman bo'lib, ularning epileptik xurujlardan farq qiladigan tomonlari ko'p. Isterik tutqanoq hech qachon bemor yolg'iz qolganda ro'y bermaydi, chunki unga har doim tomoshabin kerak. Isterik xuruj tutganda, bemor birdan yerga yiqiladi, mushaklari tortishadi va titrab boshlaydi, lekin boshi bilan qattiq narsalarga urilmaydi. Bemor isterik xuruj paytida o'ziga qulay joy topib, biror joyiga qattiq shikast yetkazmasdan yiqilishga harakat qiladi. Xuruj paytida uning gavdasi yoy singari egiladi. Bu holat **isterik yoy** deb ataladi. Bunday fe'l-atvor ko'pgina injiq va erka bolalarga xos. Masalan, onasi yangi o'yinchoq olib bermaganda, bola do'konda uning oyog'i tagiga yiqilib, qo'l-oyoqlarini tapillataveradi, goho boshini yerga urib qattiq chinqirab yig'laydi. Agar qo'rqib ketgan ona bolasi so'ragan o'yinchoqni olib bersa, u shu zahoti tinchlanadi. Bu odat keyinchalik voyaga yetgan yoshda ham namoyon bo'lishi mumkin.

Isterik xurujda mushaklar tortishishi (buni xalq orasida tomir tortishuvi deb atashadi) har doim ham kuzatilavermaydi va xilma-xil bo'ladi. Ularda soxtalik va 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 bemorning es-hushi joyida va tevarak-atrofga idroki saqlangan bo'ladi. Masalan, xuruj tutganini birov mazax yoki kalaka qilgudek bo'lsa, bemor darhol xurujni to'xtatib, o'rnidan turib ketadi. Xuruj paytida u epilepsiyada bo'lgani kabi tilini tishlab olmaydi va bexosdan siyib yubormaydi.

Yurak xurujini eslatuvchi isterik tutqanoqlar ham uchrab turadi. Yurakning tez-tez urishi, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi va hushni yo'qotish bilan kechadigan vegetativ xurujlar ana shular jumlasidan. Xuruj paytida bemor boshdan-oyoq titraydi va «hamma yerim qaqshab og'riyapti», deb noliydi. Me'da spazmi bilan kechuvchi xurujda qorinda kuchli og'riq paydo bo'ladi, bemor to'lg'anib yotib oladi va qayt qiladi.

Isterik falajlik – oyoq qo'llarning ishlamay qolishi. Bunday falajliklar monoparez, paraparez yoki gemiparez shaklida namoyon bo'lishi mumkin. Miya insultidan keyingi holatni eslatadigan ushbu falajliklar mutaxassis bo'lmagan kishini chalg'itadi. Isterik falajlikda reflekslar va mushaklar tonusi o'zgarmaydi, patologik reflekslar kuzatilmaydi. Tananing qoq o'rta chizig'i bo'ylab falajlangan tomonda sezgi buziladi. Mushaklar atrofiyasi bo'lmaydi, mushaklar kuchi pasaymaydi yoki yolg'ondan pasayadi.

Isterik giperkinezlar – bemor tomonidan atayin qilinadigan tartibsiz ortiqcha harakatlar. Isterik giperkinezlar gavda silkinishi, yuz, ko'z, bosh va oyoqlar titrashi, ayrim mushaklar uchishi, qo'llar bilan g'ayrita-

biiy harakat qilish bilan namoyon bo'ladi. Haqiqiy giperkinezlardan farqli o'laroq, ular bemorning ruhiy-hissiy holatiga ko'p jihatdan bog'liq. Bu simptomlar bir yo'qolib, bir paydo bo'lishi va oilaviy arazlashlar sababli kuchayib ketishi mumkin.

Isterik astaziya-abaziya – tik tura olmaslik va yura olmaslik. Bosh miyaning peshona bo'lagi zararlanishda kuzatiladigan astaziya-abaziya yadan farqli o'laroq, isteriyada kuzatiladigan ushbu sindromda bemor yerga emas, balki uni ushlab turgan odam ustiga ag'anaydi. Ularda ham mushaklar gipotoniyasi kuzatiladi, lekin boshqa organik nevrologik simptomlar aniqlanmaydi.

Klassik adabiyotlarda «sehrli shifolar» haqida turli ma'lumotlarni uchratish mumkin: bemor sehrli tumorgacha emaklab borib, unga qo'l tekizgan zahoti birdan shifo topgan, o'rnidan turib yurib ketgan. Isteriyada «soxta o'lim» haqida ham ma'lumotlar bor. Bunday bemorga tabib «sehrli» qo'lini tegizsa yoki og'ziga sehrli giyoh eritmasini tomizsa, u «tirilgan».

Aksariyat hollarda isterik nevroz simptomlari xilma-xil bo'lib, uning kechishi quyidagi kasalliklarni eslatadi: insult, meningit, entsefalit, tarqoq skleroz, o'sma va hokazo. Ba'zi hollarda isterik bemordagi kasallik belgilari uning boshqa kishilarda kuzatgan yoki tibbiy adabiyotlarda o'qib olgan kasalliklariga o'xshab ketadi.

Isteriya haqida nafaqat nevropatolog va tibbiy psixologlar, balki tibbiyotning turli sohasida faoliyat ko'rsatuvchi vrachlar, hatto hamshiralalar ham voqif bo'lishlari kerak. Umumiy amaliyot vrachi isterik buzilishlarni chin kasalliklardan ajrata olishi lozim. Aytib o'tilganidek, isterik nevrozning barcha alomatlari soxtadir. Bemor atrofdagilarga: "Menga e'tibor bermaganingizdan ana shu ahvolga tushib qoldim. Meni hech kim davolay olmayapti. Dardim juda og'ir, vrachlar aybi bilan bedavo dardga chalindim», deb zorlanadi.

Davosi. Agar bemorning iltimosi bajarilsa yoki uning niyati amalga oshsa, u albatta tuzalib ketadi. Biroq bu uslub keyinchalik unda isterik xarakter yanada kuchliroq namoyon bo'lishiga va xudbinlik shakllanishiga olib kelishi mumkin. Chunki isterik buzilishlar negizida o'z maqsadiga erishish yotadi. Isterik belgilarni bartaraf etishni o'ta qisqa muddat ichida olib borish kerak. Davolash muolajasi qancha cho'zilsa, ijobiy natijaga erishish shuncha qiyinlashadi. Bemor to'la tuzalgandan so'ng ham oilaviy va boshqa mojarolarga duch kelganida kasallik belgilari yana paydo bo'laveradi. Isterik bemor vrach va tabibga eng ko'p qatnaydiganlar sirasiga kiradi. Tuzalib ketgandan so'ng ham biroz vaqt o'tgach, unda «Vrach yo'qligi sindromi» qo'zg'ab, yana o'zi davolagan vrach qabuliga tashrif buyuradi. Ush-

bu sindrom haqida “Asab va ruhiyat” kitobida batafsil ma’lumot berilgan. Bunday hollarda bemorga qo’llanilgan avvalgi davolash usulini o’zgartirishga to’g’ri keladi.

Miyaga o’rnashgan fikrlar nevrozi

Bu kasallikning boshqacha nomi “Obsessiv-kompulsiv buzilishlar” bo’lib, KXT-10 da F42 kod ostida keltirilgan. Psixiatriyaga oid darsliklarda bu holat “Psixasteniya” tashxisi bilan ham berilgan.

Obsessiya – insonga azob beruvchi doimiy shubha, qo’rquv, vahima kabi miyaga o’rnashib olgan yoqimsiz fikrlar bo’lib, bemorni g’ayritabiiy harakatlar qilishga undaydigan holat. Obsessiya surunkali kechuvchi va stereotip tarzda takrorlanib turuvchi xususiyatga ega.

Bemor yoqimsiz fikr-xayollarning barchasidan qutulishga intiladi, davo choralarini izlaydi, lekin bu urinishlar ko’pincha zoe ketadi. O’z ahvoriga bemor tanqidiy nuqtai nazar bilan qaraydi, ularning asossiz va g’alati ekanligini tushunadi va bardosh berishga intiladi. Biroq bu “shilqim” g’oyalari uning irodasi va xohishiga bog’liq bo’lmagan holda paydo bo’laveradi. Bemor ularni mustaqil ravishda yenga olmaydi. Natijada kompulsiv harakatlar shakllanadi. Shuning uchun ham bu kasallikda deyarli har doim avval obsessiya, so’ngra kompulsiya rivojlanadi.

Kompulsiya – obsessiyadan qutulish uchun ketma-ket bajariladigan stereotip harakatlar. Masalan, bemor qo’lini yoki o’zi ovqatlanadigan idish-tovoqlarni hadeb yuvaveradi, ustini qoqaveradi, vannaga kirsas tinmay cho’miladi va h.k. Shu kabi harakatlar takror va takror bo’laverгани bois, tashqi tomondan xuddi ritual harakatlarga o’xshaydi.

O’zida ro’y berayotgan bu qiliqlar unga yoqmaydi, joniga tegib ketadi, biroq xatti-harakatlarini bajarishga majburlaydigan miyaga o’rnashib olgan g’oya – bu obsessiyadir. Bunday bemor doimo shubha bilan yashaydi. Masalan, uyidan chiqib ketgan zahoti, uning miyasiga eshikni qulfladimmi, olovni o’chirdimmi, suvni berkitdimmi kabi xayollar kelaveradi. U uyiga qaytib kiradi, hammayoqni ko’zdan kechiradi, hammasi joyida ekanligiga ishonch hosil qilgach, tinchgina ko’chaga chiqib ketadi. Uydan biroz uzoqlashgach haligi fikrlar yana yog’ilib keladi va u yana uyiga qaytadi. Hammasi joyida ekanligini ko’rib, siqilib ketganidan yig’lab yuboradi va ko’chaga chiqmay qo’yadi. O’zida kechayotgan bu alomatlariga u albatta, tanqidiy ko’z bilan qaraydi va ulardan qutulishni xohlaydi, lekin buning ilojini topa olmaydi.

Ba’zan bemorni mantiq jihatdan bir-biriga zid bo’lgan xayollar chulg’ab oladi. Masalan, yaqinlashib kelayotgan mashina tagiga o’zini tashlash istagi paydo bo’ladi-yu, mashina yaqinlashganda birdan qo’rqib ketib, orqaga

tisariladi. Gohida bemorning miyasiga o'ziga yoki boshqa birovga pichoq sanchishdek fikrlar keladi va shu ishni qilib qo'yamay deb, pichoqqa yaqin bormaydi yoki uni berkitib qo'yadi.

Davosi. Davolashda psixoterapiya, fizioterapiya, refleksoterapiya, anti-depressantlar va atipik neyroleptiklardan keng foydalaniladi. Yaxshi natijaga erishish bir necha oy va hatto, bir qancha yillargacha cho'zilib ketadi. Ayniqsa, ipoxondriya bilan namoyon bo'luvchi nevroz va psixasteniyani bartaraf etish ancha mushkul. Remissiya bilan kuzatiladigan holatlar ham ko'p ko'zga tashlanadi, ya'ni bemor bir necha oy yaxshi bo'lib yuradi va so'ng miyadan ketmaydigan fikrlar yana paydo bo'ladi. Nevrasteniya va isterik nevrozdan farqli o'laroq, miyadan ketmaydigan fikrlar surunkali kechishga moyil. Nevroz tashxisi qo'yilgan bemor o'z vaqtida davolansa, samarali natija bilan tuzalib ketadi. Aksariyat bemorlar sog'ayib ketgandan so'ng ham xursand bo'lish o'rniga, yana o'sha kasallik belgilari qachon paydo bo'lishini kutib yashaydi.

Nevrotik buzilishlarda xavotir, fobiya, obsessiya, kompulsiya, asteniya va depressiya holatlarining alohida sindrom sifatida yaqqol namoyon bo'lishini ko'p kuzatamiz. Masalan, depressiyaning nevrotik buzilishlar ichida "bo'rtib" turishi klinik tasniflarda "Nevrotik depressiya" nomli tashxisni alohida ajratish zarurligini ko'rsatdi. Albatta, endogen depressiyaga qaraganda, nevrotik depressiya yengil kechadi. Fobiya ham bir nechta turlarga bo'linadi, KXT-10 da ular hatto alohida ruknlarda ko'rsatilgan (*agarofobiya – F40.0; sotsial fobiya – F40.1; spetsifik fobiya – F40.2*). Xuddi shuningdek, xavotir, obsessiya va kompulsiv buzilishlar ham bir nechta ruknlarga ajratilgan. Bu sindromlar negizida psixogen omillar yotsa-da (genetik omillarga ham katta urg'u beriladi), ularning har biri nevrotik buzilishlar klinikasida yaqqol sindrom sifatida bo'rtib turadi va bunday holatlarda tibbiy-psixologik yordam ko'rsatish uslublari ham o'zgacha.

To'g'ri tashxis qo'yishni osonlashtirish maqsadida ushbu buzilishlarning har bir turiga KXT-10 ga asoslanib ta'rif berib o'tamiz.

F40. Xavotirli-fobik buzilishlar

Xavotirli-fobik buzilishlar – bemor uchun xavfli bo'lmagan vaziyat va holatlar sababli paydo bo'ladigan xavotir va fobiyalar.

Asosiy belgilari:

- turli vaziyat yoki obyektlar sababli yuzaga kelgan turg'un xavotir va qo'rquv, doimo asabiy holatda yurish;
- qo'rquv va xavotir sababi aslida xavfsiz, biroq o'sha sabablar tufayli ushbu belgilar ilgari yuzaga kelgan (odatda, bolalik va o'smirlik davrida);

- qo'rquvni yuzaga keltiruvchi vaziyat va obyektidan uzoq yurishga intilish, ularni eslaganda qo'rquv, xavotir va hadiksirash paydo bo'lishi;

- o'z xatti-harakatlarini nazorat qilishga intilish (biroq buning uddasidan chiqa olmaydi);

- psixovegetativ buzilishlar – bosh aylanishi, yurak urib ketishi, nafas yetishmovchiligi, ter bosishi, ko'ngil aynishi, umumiy titroq va holsizlik, tanada og'riqlar va yoqimsiz sezgilar, vaziyatga qarab kayfiyatning o'zgarib turishi, tez charchab qolish, uyqu buzilishi, jinni bo'lib qolishdan qo'rqish;

Shuni esda tutish lozimki, xavotirli-fobik buzilishlar oilaviy bo'lib uchrashi ham mumkin. Faqat fobiya har bir oila a'zosida turlicha namoyon bo'ladi. Demak, ushbu sindrom kelib chiqishida nasliy moyillikning o'rni katta. Vaholanki, bolalik yoki o'smirlik davrida qattiq qo'rqan barcha insonlarda ham ushbu sindrom rivojlanavermaydi.

Agar fobiya konkret bir vaziyat yoki obyektga nisbatan kuzatilsa, u holda spetsifik (izolyatsiyalangan) fobiya (F40.2) haqida so'z boradi. Masalan, chumolidan qo'rqish (araxnofobiya), yopiq joydan qo'rqish (klaustrofobiya), samolyotda uchishdan qo'rqish, qondan qo'rqish va h.k.

Uning quyidagi turlari mavjud:

F40.0 Agorafobiya

F40.1 Sotsial fobiya

F40.2 Spetsifik (izolyatsiyalangan) fobiya

Agorafobiya – ochiq joylardan qo'rqish degani. Mutaxassislar bu terminni kengroq ma'noda talqin etishni tavsiya qilishgan. Xususan, na faqat ochiq joylar, balki jamoa transportida (avtobus, poyezd, samolyot), bozor va do'konlarda yolg'iz yurishga qo'rqish ham agorafobiya tarkibiga kiritilgan. Bir so'z bilan aytganda, uydan ko'chaga yolg'iz chiqishga qo'rqish – bu agorafobiyadir. Ular ko'chaga chiqish uchun doimo hamroh izlashadi. Agar yonida kimdir bo'lsa, bemalol ko'chaga chiqadi. Hamrohi yonidan uzoqlashsa, uni xavotir va fobiya bosadi. Bundaylar uyda yolg'iz qolishga majbur insonlardir.

Ular boshqa shahar yoki davlatga borishga (yonida hamrohi bo'lsa-da) cho'chishadi. Ko'chada hamrohini yo'qotib qo'yishni ko'z oldiga keltirishning o'zi aksar hollarda ularni vahimaga soladi va xavotirga tushishadi. Albatta, agorafobiyada ham boshqa fobiyalardagi kabi psixovegetativ buzilishlar ko'p uchraydi. Bu belgilarning qay tarzda namoyon bo'lishi individning qaysi vegetativ tip, ya'ni simpatikotonik yoki vagotonikligiga ham bog'liq. Agorafobiyada sotsial fobiya belgilari kuzatilsa-da, ular yaqqol namoyon bo'lmaydi. Shuningdek, obsessiv va depressiv belgilar ham aniqlanadi. Agorafobiya to'liqinsimon tarzda kechadi, belgilar goh zo'rayib,

goh pasayib turadi. Masalan, bemor ko'chaga kam chiqsa, kasallik yengil kechadi, unda xavotir va fobiya kuzatilmaydi. Umuman olganda, agorafobiya yada xavotirga qaraganda fobiya kuchliroq namoyon bo'ladi. Agar bu sindrom uzoq davom etsa, ipoxondrik xulq-atvor shakllanadi. Mashhur kino aktrisasi Merilin Monro ochiq maydonlar va odamlar to'planadigan joylardan juda qo'rqgan.

Agorafobiyaning panik buzilishlar (F41.0) bilan namoyon bo'lishi yoki bo'lmasligiga qarab, uning quyidagi turlari farqlanadi: F40.00 Panik buzilishlarsiz agorafobiya; F40.01 Panik buzilishlar bilan kuzatiladigan agorafobiya.

Sotsial fobiya (sotsiofobiya) – ijtimoiy muhitda odamlar orasida nutq so'zlash yoki biror bir harakatni amalga oshirishdan qo'rqish. Ayniqsa, rasmiy uchrashuvlar yoki turli majlislarda odamlar diqqati unga qaratilsa, fobiya paydo bo'ladi yoki kuchayadi. Majlis ishtirokchilari unga qanchalik jim o'tirib quloq solishsa, fobiya shunchalik yaqqol namon bo'ladi. Bundaylar ko'pchilik oldida minbarga chiqib nutq so'zlash yoki o'rnidan turib savol berish, biror bir ishlanmalarini ko'rsatib berishdan iloji boricha qochishadi. Jiddiyroq hollarda shu vaziyatlarni o'ylashning o'zi xavotir va fobiyani kuchaytirib yuboradi. Xavotir va fobiya darajasiga qarab ularda turli darajada ifodalangan psixovegetativ reaksiyalar, ya'ni rang-ro'yining oqarib yoki qizarib ketishi, qo'l-oyoqlarning titray boshlashi, taxikardiya, ter bosish, nafas yetishmovchiligi, tildan qolish paydo bo'ladi. Ular tanqiddan qo'rqishadi, agar qaysidir yig'inda tanqidga uchrasa, hech qanday majlisga bormay qo'yadi, borgan taqdirda ham orqa qatorda ko'rinmay o'tiradi, uni turg'izib fikrini so'rashlaridan qo'rqadi.

Spetsifik (izolyatsiyalangan) fobiya – aniq bir vaziyat bilan chegaralangan fobiya. Albatta, xavotir bunday fobiyaning ham doimiy hamrohidir. Masalan, o'rgimchak, hayvonlar, balandlik, mamoadldiroq, qorong'ilik, yopiq joylar, ukol, qon kabi holat va vaziyatlardan qo'rqishlar. Spetsifik fobiyalar ham boshqa fobiyalar kabi bolalik va o'smirlik davrlarida boshlanadi. Agorafobiya va sotsial fobiyaga qaraganda spetsifik fobiya birmuncha turg'un bo'lib, uni bartaraf etish ancha murakkab. Masalan, chumoli yoki qondan qo'rqish umrbod saqlanishi mumkin. Spetsifik fobiya uchun uni yuzaga keltiradigan vaziyat va obyektlardan yiroq yurish, ularga yaqinlashmaslik juda xos. Bunday bemorda psixopatologik va psixovegetativ buzilishlar juda kam uchraydi yoki kuzatilmaydi. Sotsial fobiyadan farqli o'laroq, spetsifik fobiyada individ bemalol odamlar orasida yuraveradi, katta davralarda o'z fikrini aytishdan qo'rqmaydi, omma bilan muloqotda

bo'lib, ularni boshqara oladi, biroq boshqalar uchun arzimagan ko'ringan vaziyatlar va narsalardan qo'rqadi.

Spetsifik fobiyadan aziyat cheksa-da, insoniyat tarixida buyuk ishlari bilan iz qoldirgan mashhurlar haqida to'xtalib o'tsak. Mikki Maus mult-filmini dunyoga taqdim etgan Uolt Disney sichqondan juda qo'rqqan. Qo'rqinchli filmlar qiroli deb nom chiqargan mashhur yozuvchi Stiven King qorong'ilikdan juda qo'rqqan va har doim chiroqni yoqib uxlagan. Eng qizig'i, bir nechta yurti zabt etgan Napoleon Bonapart, Gitler va Yuliy Sesar mushukdan qo'rqishgan. Eyfel minorasini yaratgan Gustav Eyfelning o'zi balandlikdan qattiq xavotirga tushib qolardi. Nikola Tesla mikrobdan, Iosif Stalin esa samolyotda uchishdan qo'rqqan.

Panik buzilishlar (epizodik paroksizmal xavotir) – to'satdan ro'y berib o'tib ketuvchi, takrorlanib turuvchi o'ta kuchli qo'rquv, xavotir va vahimalar hamda yaqqol ifodalangan vegetativ buzilishlar bilan kechuvchi holat. Shuning uchun ham klinik tibbiyotda "panik buzilishlar" o'rni-ga "panik atakalar" iborasi ko'p qo'llaniladi. "Pan" iborasi qadimgi Yunoniston mifologiyasida "Qo'rquvlar Xudosi" deb bilingan. Shu bois "panika" so'zi ilmiy adabiyotlarga ham kirib qolgan.

Boshqa xavotirli-fobik buzilishlarga qaraganda panik atakalar "sababsiz" boshlanadi, shiddat bilan kechadi, qo'rquv va xavotir yuqori darajada namoyon bo'ladi va, albatta, vegetativ paroksizmlar bilan kechadi.

Panik ataka ro'y berishi uchun biror bir vaziyat bo'lishi shart emas. U to'satdan yuzaga keladi va kuchli vegetativ buzilishlar bilan namoyon bo'lib, bir necha daqiqa ichida o'tib ketadi. Panik atakalar shu tarzda kechganligi uchun ham, uning ikkinchi nomi – epizodik paroksizmal xavotir.

Vegetativ buzilishlar quyidagicha namoyon bo'ladi: yurak urishi keskin darajada kuchayibketadi, ko'krak sohasida og'riq va bo'g'ilish hissi paydo bo'ladi, bosh aylanib, kuchli ter bosadi. Shu paytda bemorni o'lim qo'rquvi bosadi, o'zini qo'yarga joy topa olmay bezovtalanaveradi, qo'rqib yotib oladi, boshqa xonaga o'tmoqchi bo'ladi, o'rnidan turib yurmoqchi bo'lsa, boshi aylanib gandraklab ketadi. Ba'zi bemorlarda o'zini va atrof-muhitni anglash xuruj paytida yo'qoladi. Panik atakalar takrorlanib turuvchi xususiyatga ega bo'lganligi bois, bemorda doimiy qo'rquv va ipoxondriya shakllanadi. Chunki ushbu paroksizmlar uni "ogohlantir-masdan" ro'y beradi.

Panik buzilishlar tashxisini qo'yish uchun vegetativ paroksizmlar bir oy ichida bir necha bor takrorlanishi, "sababsiz" ro'y berishi, xurujlararo davrda xavotirli simptomlar kuzatilmaligi kerak.

F41.1 Tarqalgan xavotirli buzilishlar

Tarqalgan xavotirli buzilishlar – biror bir vaziyatga bog‘liq bo‘lmagan o‘ta turg‘un va tarqalgan xavotirli buzilishlar (TXB). Demak, ushbu buzilishlar na sotsiumga, na balandlik yoki qorong‘ilikka, na hasharotlar, na samolyotda uchishga bog‘liq. Bir so‘z bilan aytganda, bu tipdagi xavotirlar yuzaga kelishi uchun qandaydir bir muhit yoki obyekt bo‘lishi shart emas.

TXB doimiy stress ostida yashaydigan va ishlaydigan insonlarda rivojlanadi. Bunday odamlar doimo asabi tarang holatda bo‘ladi. Shu vaziyat bilan kurashishga harakat qiladi, biroq buning uddasidan chiqa olmay, asabi yanada taranglashadi va xulq-atvori ham o‘zgarib boradi, hatto ular “mening xarakterim jinnisifat bo‘lib boryapti”, deb nola qilishadi. Bemor vrach xonasida ham tinch o‘tira olmaydi, turib xonada yuraveradi, kelib yana o‘rniga o‘tiradi, yuragim urib ketyapti, havo yetishmayapti, deb ko‘kragini silayveradi.

Agar diqqat bilan razm solsa, qo‘rquv va xavotir nafaqat bemorning yuz-ko‘zlarida, balki butun tanasiga tarqalganini ko‘ramiz. Bemorning og‘rimagan yoki bezovta qilmagan joyi yo‘q, boshi, bo‘yni, ko‘krak qafasi, epigastral soha, barcha muskullarda og‘riq yoki yoqimsiz sezgilar (dizesteziya, paresteziya, giperesteziya, giperpatiya) kuzatiladi. Shu bois ham bu kasallik nomi – tarqalgan xavotirli buzilishlar. Goh kuchayib, goh susayib turuvchi titroq, bosh aylanishi, umumiy holsizlik va terlash, disforiya ham doimiy simptomlardan hisoblanadi. Bemor doimo parishonxotir bo‘lib yuradi, xotirasi faqat o‘zi va yaqinlari bilan bog‘liq xavotirli voqealarga kuchli bo‘ladi.

TXB da bemor yaqinlari uchun ko‘p bezovta bo‘laveradi, ularning hayotidan asossiz xavotirga tushaveradi. Agar bolasi yoki turmush o‘rtog‘i kasal bo‘lib qolsa, “o‘lib qolsa, nima qilaman” qabilidagi fikr va xayollar miyasiga o‘rnashib qoladi. Agar o‘sha yaqini tuzalib ketsa ham, uning yana kasal bo‘lib qolishidan qo‘rqib xavotirda yashaydi. Ularga telefon qilib yoki sms yozib “yaxshi yuribsanmi” deb so‘rayveradi. Demak, ba‘zi xavotirli-fobik sindromlardan farqli o‘laroq, TXB da bemor o‘zi emas, balki yaqinlari o‘lib qolishidan qo‘rqadi. Biroq u men o‘lib qolsam, oilamga nima bo‘ladi, deb ham doimiy xavotirda yashaydi. U oldinda kutilayotgan tadbirlarni ham hadik bilan kutishadi. Masalan, bir necha yillardan keyin bo‘ladigan farzandlarining to‘yini ham o‘ylab, hadiksirashadi. Natijada ularda ikkilamchi apatiya va depressiya holatlari shakllanadi. Ayollarda ko‘p uchraydigan bu kasallik, odatda, surunkali tus oladi va to‘lqinsimon kechadi.

F41.2 Aralashgan xavotirli va depressiv buzilishlar

Klinik tibbiyotda “xavotirli-depressiv sindrom” nomi bilan ko‘p ishlatiladigan ushbu tashxisda xavotir va depressiya belgilari bir xil darajada uchraydi. Agar xavotir kuchli bo‘lib, depressiya sustroq namoyon bo‘lsa, u holda bu tashxis qo‘yilmaydi va yuqorida ko‘rsatilgan xavotirli sindromlardan biri tanlanadi. Agar depressiya yaqqol ifodalanib, xavotir belgilari sust bo‘lsa, u holda depressiya tashxisi qo‘yiladi va uning turlari ko‘rsatiladi.

F43.0 Stressga o‘tkir reaksiya

O‘ta kuchli psixologik stressga javoban ruhan sog‘lom odamda rivojlanadigan va bir necha soat yoki 2-3 kun ichida o‘tib ketadigan holat **stressga o‘tkir reaksiya** deb aytiladi. Uning sabablari juda ko‘p. Masalan, jinsiy zo‘ravonlik, hayotiga tajovuz qilish, kuchli tabiiy ofatlar ostida qolish, uyga o‘g‘ri tushishi va h.k. Demak, inson hayotiga va salomatligiga havf soluvchi har qanday kuchli va to‘satdan kuzatilgan voqelik shu holatni keltirib chiqarishi mumkin. Stressga o‘tkir reaksiya ko‘pincha psixologik stupor va mutizm bilan namoyon bo‘ladi. Ba‘zi holatlarda dissotsiativ amneziya rivojlanadi. Agar 3 kun o‘tgach, stressga bo‘lgan reaktiv belgilar barham topmasa va kasallik davom etaversa, bemorga boshqa tashxis qo‘yiladi.

F43.1 Posttravmatik stress buzilishlari

Posttravmatik stress buzilishlari – haddan ziyod kuchli stress oqibatida rivojlangan ruhiy buzilishlar. Buning asosiy sabablari – bemor ko‘z oldida ro‘y bergan qotillik, bировga yoki o‘ziga nisbatan qo‘llanilgan qiynoq, uning hayotiga havf soluvchi kuchli holat va jangovor voqealar, zilzila yoki boshqa halokatlar sababli yaqinlaridan judo bo‘lish va h.k. Demak, o‘zi yoki eng yaqin insonining hayotiga havf soluvchi keskin vaziyatlar ushbu buzilishlar sababchisi bo‘ladi. Ruhij jarohat belgilari darrov emas, balki keyinchalik, ya‘ni bir necha hafta yoki oydan so‘ng rivojlanadi. Albatta, uning qay tarzda namoyon bo‘lishi shaxs tipiga ham bog‘liq. O‘ta ta‘sirchan va astenik tipdagi shaxslarda ushbu buzilishlar tez rivojlanadi, og‘ir kechadi va uzoq davom etadi.

Uning simptomlari qanday namoyon bo‘ladi? Bo‘lib o‘tgan dahshatli voqea bemorning ko‘z oldiga kelaveradi, uni azob bilan yig‘lab eslaydi, yomon tush ko‘rib uyg‘onib ketadi, unutishga harakat qiladi, biroq voqea tafsilotlari ko‘z oldida qayta gavdalanib, yana kuchli affekt holatiga tushadi. Bir so‘z bilan aytganda, o‘sha dahshatli voqea uning hamrohiga aylanib qoladi. Buning oqibatida real hayotdan uzilib, o‘zga voqelikka sho‘ng‘iydi, yaqinlari bilan gplashmay qo‘yadi, bo‘lib o‘tgan voqeaga o‘xshash, holatni eslatuvchi vaziyat yoki ko‘rsatuvlar ko‘rsa, uning ahvoli darrov og‘irlashib qoladi.

Qoʻrqib uygʻonib ketish, tunda baqirib yuborish, oʻsha vaziyat bilan bogʻliq alahsirashlar koʻp kuzatiladi. Dastlab qoʻrquv, xavotir, keyinchalik depressiya qoʻshiladi. Bemor bu azoblardan qutulish uchun baʼzida oʻz joniga qasd qiladi. Vaqt oʻtishi bilan kasallik belgilari asta-sekin barham topadi. Gipnoterapiya yaxshi samara beradi.

6.6. Vegetativ distoniya sindromi

Vegetativ distoniya sindromi (VDS) – bir qator vegetativ, psixoemotional va psixosomatik buzilishlar bilan namoyon boʻluvchi sindrom. VDS psixosomatik buzilishlarga boy patologik holat. Psixosomatik buzilishlar boʻrtib turgan holatlarda “psixosomatik sindrom” klinik tashxisda aks etishi lozim, deb hisoblaymiz.

VDS, asosan, yoshlar orasida koʻp uchraydi. VDS turli kasalliklarning klinik sindromi sifatida namoyon boʻlganligi bois, uning aholi orasida tarqalishiga oid aniq statistik maʼlumotlar yoʻq.

Etiologiyasi. VDS kelib chiqishida *nasliy-konstitutsional omillarga* katta urgʻu beriladi. VNS ning simpatik va parasimpatik qismlari orasidagi morfofunktsional nomutanosiblik yoki ularning kechikib rivojlanishi VDS kelib chiqishining asosiy etiopatogenetik omillaridan biridir. Ushbu nomutanosiblik, ayniqsa, oʻsmirlik yoshida klinik simptomlar bilan namoyon boʻla boshlaydi. VDS ga moyilligi bor odamda jinsiy yetilish davri, hayz koʻrish, homiladorlik, psixoemotsional stress, nosogʻlom turmush tarzi kabi holatlar vegetativ disfunktsiyani yanada kuchaytirib yuboradi. Nasliy-konstitutsional moyillik yaqqol namoyon boʻlgan oʻsmirlarda hatto toʻyib ovqat ye-yish, maktab, kollej yoki litseydagi talablar, yoshiga mos boʻlmagan ogʻir jismoniy mehnat, miriqib uxlamaslik, oiladagi nosogʻlom muhit, havoning isib ketishi va boshqa meteorologik omillar VDS rivojlanishiga turtki boʻladi.

Erta bolalik davrida *oʻtkir respirator infeksiya va surunkali kechuvchi yiringli jarayonlar* (sinusit, otit, tonsillit) koʻp kuzatiladigan, yaʼni xalq tili bilan aytganda, koʻp shamollaydigan bolalar ham VDS rivojlanishiga moyil boʻlishadi. Ushbu sindrom rivojlanishida bosh miya kasalliklarining ham oʻrni katta. Chunki bosh miyada suprasegmentar vegetativ markaz joylashgan. Shu bois har qanday serebral patologiya yoki neyroinfeksiyalar VNS disfunktsiyasiga sabab boʻladi. VNS turli patogen omillarga oʻta sezgir ekanligini ham alohida taʼkidlab oʻtish lozim. Maʼlumki, VNS gomeostazni, yaʼni ichki aʼzolar va sistemalar faoliyatini taʼminlab, organizmni oʻzgarib turuvchi turli tashqi taʼsirlarga moslashtiradi, psixoemotsional va jismoniy faollikni oshirishda bevosita ishtirok etadi.

Organizmdagi hech bir fiziologik va patofiziologik jarayonlar VNS ishtirokisiz kechmaydi. Turli ekzogen va endogen omillarga javoban yuzaga keladigan vegetativ reaksiyalar himoya funksiyasi, deb e'tirof etiladi. Ma'lum bir vaziyatda ushbu himoya funksiyasi vegetativ buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Shuning uchun ham turli xil patologik holatlarda vegetativ reaksiyalarni kuzatamiz. Ularning qay darajada yuzaga kelishi organizmning patogen omillarga bo'lgan reaksiyasi va ta'sir etish kuchiga ko'p jihatdan bog'liq. Albatta, bu yerda nasliy-konstitutsional moyillikning o'rni ham katta.

Gipotalamo-gipofizar soha zararlanishi simpatoadrenal va xolinergik krizlar hamda kuchli metabolik buzilishlar bilan namoyon bo'lishini alohida ta'kidlash lozim. Bunday holatlar qo'shimcha ravishda laborator tekshiruvlar o'tkazishni taqozo etadi. Surunkali alkogolizm, giyohvandlik va zaharli kimyoviy vositalar bilan ishlash ham vegetativ disfunktsiyani vujudga keltiradi. Bir qator somatik kasalliklar, ya'ni arterial gipertoniya, surunkali bronxit, bronxial astma, oshqozon-ichak sistemasi kasalliklarida ham vegetativ buzilishlar ro'y berib turadi. Vegetativ buzilishlar klimakterik davrda ham ko'p uchraydi.

Klinikasi. Asosiy klinik simptomlar – bular turli-tuman vegetativ-visseral buzilishlar bo'lib, ko'pincha ichki a'zolar disfunktsiyasi bilan namoyon bo'ladi. Ularning qay tarzda kechishi esa bemor qaysi vegetativ tipga taalluqli ekanligiga ko'p jihatdan bog'liq. Ma'lumki, simpatik yoki parasimpatik nerv sistemalarining funksional ustuvorligiga qarab odamlar **simpatikotonik** va **vagotonik** tiplarga ajratiladi.

Simpatikotoniklar. Simpatikotoniklarga xos belgilar bolalik davri-dayoq yaqqol ko'zga tashlana boshlaydi. Ular qizg'in xarakterga ega, atrof-dagi voqea va o'ziga bo'lgan munosabatlarga darhol reaksiya beradigan, kayfiyati tez o'zgarib turadigan, og'riqlarga sezgir, fikri tez chalg'iydigan shaxslardir. Bunday odamlarda sangvinik va xoleriklarga xos xulq-atvorni kuzatish mumkin. Bu belgilar giperstenik nevroz belgilariga ham o'xshab ketadi. Stressli vaziyatlarda ularning qorachiq-lari kengayib og'zi quriydi, rangi oqaradi, yurak urishi tezlashadi va sanchib og'riydi, AQB ko'tariladi, boshi va tanasi qizib ketadi, oyoq-qo'llari "muzlab" qoladi va uvishadi. Stressli vaziyat o'tib ketgach, bemorning qovug'i bo'shashib hojatxonaga tez-tez qatnab boshlaydi.

Simpatikotonik yaxshi ishtahaga ega bo'lsa-da, deyarli semirmaydi va astenik tana tuzilishiga ega bo'ladi. Buning asosiy sababi unda moddalar almashinuvining tezligi bilan izohlanadi. Uni ko'pincha atonik qabziyat va meteorizm bezovta qiladi. Terisi oqimtir tusga ega va doimo quruq,

oyoq-qo'llarining uchi sovuq va tez uvishadigan bo'ladi. Obyektiv tekshirishlar kuchli oq dermografizmni ko'rsatadi. Vestibulyar va respirator buzilishlar xos emas. EKG da sinusli taxikardiya, R-Q intervali qisqargan, ST segmenti izometrik chiziqdan pastga siljigan va T tish silliqlashgan bo'ladi.

Vagotoniklar. Sayyor nerv (*n.vagus*) miya ustunida joylashgan parasimpatik nerv sistemasi yadrolarining eng muhim qismidir. *N.vagus* tarmoqlari aksariyat ichki a'zolar va sistemalarni innervatsiya qiladi, ularning faoliyatini boshqarishda bevosita ishtirok etadi. Shuning uchun ham "parasimpatikotoniya" atamasi o'rniga "vagotoniya" atamasi ko'p qo'llaniladi. Vagotoniklarda simpatikotoniklarga xos xulq-atvorning aksini ko'rish mumkin. Ularda apatiya, asteniya va melanxoliya ustuvorlik qiladi. Ortiqcha hissiy va jismoniy zo'riqishlar vagotoniklar ish faoliyatini susaytirib yuboradi.

Vagotonik ishtahasi sust bo'lsa-da, semirishga moyil odam hisoblanadi. Buning asosiy sababi – moddalar almashinuvi sustligidir. Ular "suv ichsam ham semiraman" deb shikoyat qiluvchilar toifasiga kiradi. Vagotonikning jahli chiqsa, qorachiqdari torayadi, yurak urishi sekinlashadi, AQB tushib ketadi, boshi aylanadi, ko'ngli ayniydi va quloqlari shang'illab boshlaydi. Bunday paytda sinkope rivojlanishi ham mumkin. Stress paytida havo yetishmay qolishi, bo'g'ilish, tomoqda biror narsa turgandek kabi holatlar ham kuzatiladi.

Bunday toifaga kiruvchilarga chuqur xo'rsinib qo'yishlar ko'p uchraydi. Odamlar gavjum va havosi dimiqqan joylar ularga yomon ta'sir qiladi, sovuqqa ham chidamsiz bo'lishadi. Shu bois vagotoniklar radikulalgiya va artralgiyalarga moyil kishilardir. Tunda kuzatiladigan "bezovta oyoqlar" hamda surunkali charchash sindromlari, akrosianoz, terining marmar tusda bo'lishi, kuchli qizil dermografizm, ko'p terlash, terining yog'li va nam bo'lishi ham vagotoniklar uchun juda xos. Ertalab uyg'onganda ularning yuz-ko'zlari biroz shishgan va ko'zlar tagi salqigan bo'ladi. Chunki ularda suyuqlikning organizmda ushlanib qolishiga moyillik bor. Ba'zida ayollar "shishib ketyapman" deb diuretiklar ichishni xush ko'rishadi va nefrolog yoki endokrinolog qabuliga ko'p qatnashadi. Vagotonikni gipersalivatsiya (ayniqsa, tunda), spastik kolit, ba'zida diareya, ovqatning qiyin hazm bo'lishi va abdominalgiyalar ham bezovta qiladi. Bunday shikoyatlar bilan ular terapevtlarga tez-tez murojaat qilishadi.

Vagotoniklarda yurak muskullari tonusi pasaygan va yurak toni bo'g'iq bo'ladi. EKG da sinusli bradikardiya (ba'zida, bradiaritmiya yoki ekstrasistoliya) aniqlanadi, R-Q intervali cho'zilgan, ST segmenti izometrik chiziqdan yuqoriga siljigan va T tish amplitudasi kattalashgani aniqlanadi.

Kardiovaskulyar buzilishlar. Bunday buzilishlar VDS ning eng ko'p uchraydigan simptomlari hisoblanadi. Simpatikotoniklar va vagotoniklarda kardiovaskulyar buzilishlar turlicha kechadi. Bu haqda yuqorida aytib o'tdik. Amaliy tibbiyotda VDS ning kardiovaskulyar buzilishlar ustunlik qiladigan turi neyrosirkulyator distoniya deb ataladi. VDS bilan kasallangan 40 yoshdan oshgan bemorlarda kardialgiyaning ko'p kuzatilishi ularni xavotirga solib qo'yadi. Bunday bemorlar stenokardiyadan qo'rqib, bir necha bor EKG tekshiruvlaridan o'tishadi. Yurak sohasidagi og'riqlar sanchuvchi, kuydiruvchi va siquvchi xususiyatga ega. Stenokardiyadan farqli o'laroq, bu og'riqlar jismoniy zo'riqishlarda kuchaymaydi, irradiatsiya qilmaydi, nitratlardan so'ng o'tib ketmaydi, EKG da ishemiya belgilari aniqlanmaydi. Kardialgiyalar, asosan, psixoemotsional stresslardan so'ng yoki vegetativ krizlar paytida vujudga keladi. Og'riqlar ko'p hollarda soatlab saqlanadi, kam hollarda tez o'tib ketadi. Shuningdek, yurak sohasida uvishish, giperventilyatsiya, qo'rquv va xavotir belgilari paydo bo'ladi. Bu belgilar majmuasi *kardiosenestopatik sindrom* deb ataladi.

Psixovegetativ buzilishlar VDS ning ko'p uchraydigan turidir. Bu buzilishlar aksariyat hollarda VDS ning asosiy klinikasini belgilab beradi. Psixovegetativ buzilishlar yaqqol namoyon bo'lganda, bevosita "*psixovegetativ sindrom*" atamasini qo'llash maqsadga muvofiq. Psixovegetativ sindrom depressiyaga moyil kishilarda, epilepsiya, shizofreniya, gormonal disfunksiya, tez-tez takrorlanuvchi stresslar va surunkali ravishda spirtli ichimliklar iste'mol qiluvchilarda ko'p uchraydi. Melanxolik tipdagi shaxslar ham psixovegetativ buzilishlarga moyil bo'lishadi.

Psixovegetativ sindromda bemor disforiya holatida yuradi, arzimagan narsaga jahli chiqaveradi, hissiy portlashlar tez-tez kuzatilib turadi, atrofdagi voqealardan doimo norozi bo'lib yuradi. Ba'zida depressiyaga tushib, hech kim bilan gaplashmay qo'yadi, hech narsadan qoniqmaydi. Aqliy va jismoniy ishlarga xohishi bo'lmaydi, parishonxotir bo'ladi, xotirasi doimo pand beradi. Ushbu buzilishlar kuchli taxikardiya yoki bradikardiya, AQB o'ynab turishi, gipo- yoki gipergidroz, ishtaha buzilishlari va boshqa psixosomatik buzilishlar bilan birgalikda kuzatiladi. Aksariyat hollarda psixovegetativ sindrom kuchli qo'rquv va xavotir bilan namoyon bo'ladi. Qo'rquv va xavotir bemorning butun vujudini qamrab oladi. Bemorning fikru xayoli fobiyadan qutulish bo'lib qoladi. Psixovegetativ sindromda obsessiv-kompulsiv buzilishlar ko'p uchraydi. Bunday bemorlar to'la tibbiy-psixologik yordamga muhtoj.

Respirator buzilishlar neyrorespirator sindromda kuzatiladigan belgilar bilan namoyon bo'ladi. Bu sindromni alohida mavzu sifatida yoritganmiz.

Gastroenterologik buzilishlar ishtaha buzilishi, qabziyat, qorin sohasida yoqimsiz og'riqlar va meteorizm belgilari bilan namoyon bo'ladi. Bemor ovqatning qiyin hazm bo'lishi, jig'ildon qaynashi, yutinganda tomoqda xuddi bir narsa turgandek tuyulishi, ich qotishi va dam bo'lishidan shikoyat qiladi. Bemor och qolsa, titrab ketadi va darrov ovqat eb olishi kerak bo'ladi. Obyektiv tekshiruvlarda oshqozon-ichak sistemasining organik kasalliklari aniqlanmaydi. Bunday bemorga terapevtlar "ta'sirlangan ichak sindromi" deb tashxis qo'yishadi.

Ter ajralishi buzilishlari gipo- yoki gipergidroz bilan namoyon bo'ladi. Biroq gipergidroz ko'p uchraydi. Ba'zida bemor shu qadar ko'p terlaydiki, artinganda hatto sochiq ham ho'l bo'lib ketadi. Terlash hayajonlanganda, jismoniy ish qilganda va to'yib ovqatlanganda kuchayadi. Bunday bemor terlashdan qutulish uchun doktorma-doktor qatnab yuradi.

Gipertermik sindrom. Vegetativ distoniyaning boshqa turlariga qaraganda kam uchraydi. Bunday holatlar ko'pincha o'tkazilgan neyroinfektsiyalar, bosh miya jarohatlari, endokrin buzilishlar va kuchli stressdan so'ng rivojlangan VDS da kuzatiladi. Ko'p hollarda tana harorati 37–38°C, kam hollarda 39–40°C ga yetadi. Bunday bemor qonida yallig'lanish reaksiyalari aniqlanmaydi, ular holsizlanib yotib qolishmaydi, vrach qabuliga bemalol o'zlari qatnashadi. Yallig'lanishga qarshi dorilar, aspirin va antibiotiklar ta'siri juda past yoki umuman ta'sir qilmaydi.

Anksiolitiklar yoki boshqa vegetotrop dorilar esa tana haroratini yaxshi pasaytiradi. Psixoemotsional stress sababli rivojlangan va vegetativ buzilishlarsiz namoyon bo'ladigan gipertermik sindromda "psixogen gipertermiya" tashxisi qo'yiladi. Subfebrilitet bir necha oy va yillar davomida saqlanishi mumkin. Tana harorati kunduzi baland (38–39°C), kechasi biroz pastroq (37–38°C) bo'ladi. Shuningdek, bemor tinchlansa, trankvilizator ichganda ham tana harorati me'yorga tushadi. Ba'zida esa hech qanday dori-darmonlar samara bermaydi. Bemorni bu tarzda hadeb samarasiz davolashga urinaverish unda yatropatiyani yuzaga keltiradi. Bunday bemorni rejali kuzatuvga olish va ularga psixoterapevtik yordam ko'rsatishning o'zi kifoyadir. Vaqt o'tib tana harorati yana normaga qaytadi.

Gipotermiya gipertermiyaga qaraganda kam uchraydi va birmuncha og'ir kechadi. Tana harorati 35°C dan pastga tushganda gipotermiya xulosasi chiqariladi. Gipotermiya arterial gipotenziya, umumiy holsizlik, ko'p terlash va umumiy titroq bilan namoyon bo'ladi. Bemor sovuq qotganidan shikoyat qiladi. Issiq odeyalga o'ranib oladi. Bemorlar gipotermiyani gipertermiyaga qaraganda og'irroq kechirishadi. Gipotermiya gipertermiyaga o'xshab uzoq davom etmaydi.

Vegetativ distoniya sinrdromi, shuningdek, nevrogen qovuq sindromi va erektil disfunktsiyalar bilan ham namoyon bo'ladi.

Kechishi. Vegetativ distoniya sindromi klinikasi bir xil kechmaydi. Simptomlar goh zo'rayib, goh susayib turadi. Tinch holatda va bemorning atrofida yaxshi psixologik muhit yaratilsa, VDS yengil kechadi. Psixoemotional stress, jismoniy zo'riqishlar, meteoqo'zg'alishlar (ayniqsa, yerning magnit maydoni kuchayishi) va o'tkir infeksiyalardan so'ng kasallik belgilari kuchayadi. Bu vaziyatlar tez-tez takrorlanaversa, vegetativ buzilishlar soni ko'payadi, yangi simptomlar qo'shiladi va bemorning tuzalishi qiyinlashadi. VDS turli vegetativ krizlar bilan ham kechadi.

Tashxis. Bir-ikkita vegetativ buzilishlarga asoslanib, VDS tashxisini qo'yish mumkin emas. VDS – o'zgarib turuvchi turli-tuman psixoemotional, vegetativ va somatik buzilishlardan iborat sindrom. Tashxis qo'yishda kasallik va hayot anamnezi, subyektiv simptomlar xronologiyasi, obyektiv (vegetativ) buzilishlar dinamikasi e'tiborga olinadi.

Bemorning hayot anamnezini o'rganish asnosida bolalik davridayoq uning vegetativ buzilishlarga moyilligini sezish mumkin. Shu yo'l bilan bemorda vagotoniya yoki simpatikotoniya belgilari aniqlanadi. Keyinchalik turli etiologik omillar ushbu vegetativ disfunktsiyalarni kuchaytirib yuborgani ma'lum bo'ladi. Buning uchun etiologik tashxisni aniqlab olish lozim. Vagotoniklarda ko'pincha bronxial astma, oshqozon yara kasalligi, neyrodermit aniqlansa, simpatikotoniklarda – arterial gipertoniya, YuIK, QD va gipertireoz aniqlanadi. VDS tashxisi qo'yilgan aksariyat bemorlarning bolalik davri og'ir kechgan bo'ladi. Ular ko'pincha nosog'lom oilaviy muhitda yashagan, og'ir jismoniy mehnat qilgan va kasalmand bolalar bo'lishadi.

Obyektiv simptomlar, asosan, vegetativ buzilishlardan iborat. Bu belgilarni VNS ni tekshiruvchi sinamalar orqali bilib olish mumkin. Vegetativ sinamalar orqali bemorning qaysi vegetativ tipga taalluqligi aniqlanadi. Buning uchun mahalliy va reflektor dermografizm, pilomotor reflekslar, teri haroratini o'lchash, Danini-Ashner refleksi, klinostatik va ortostatik sinamalar, EKG va kardiointervalografiya usullari qo'llaniladi. Vegetativ tonusni tekshirishda farmakologik sinamalar ham qo'llanilishi mumkin.

Qo'shimcha ravishda neyrofiziologik (EEG) polisomnografik va psixofiziologik tekshiruvlar o'tkaziladi. Shaxs tipini aniqlash uchun Ayzenk testi juda qulay hisoblanadi. Uning yordamida ekstraversiya, introversiya va neyrotizm darajasi baholanadi. Ayniqsa, psixovegetativ sindromlarda psixologik testlarning diagnostik ahamiyati katta. Qo'rquv va xavotir darajasini baholashda Spilberger-Xanin va Gamilton shkalalaridan ko'p foydalaniladi. Ushbu testlarning xulosasi psixoterapiya usulini tanlash va

to'g'ri o'tkazishga yordam beradi. Ba'zida psixiatr maslahati zarur bo'ladi. Bemorning gormonal statusini o'rganish o'ta muhimligi bois, ular endokrinologik tekshiruvlardan ham o'tishlari lozim.

Davolash. Aytib o'tganimizdek, VDS alohida kasallik emas, balki klinik sindromdir. Shu bois dastavval uning etiologiyasi aniqlanadi va davolash etiologik omillarni bartaraf etishdan boshlanadi. Stressli vaziyatlarni bartaraf etish – davolashning eng muhim mezonlaridan biridir. Shuning uchun ham tashxis qo'yish va davolash jarayonida tibbiy psixolog, albatta, ishtirok etishi lozim. Ayniqsa, psixoanalitik terapiyaning samarasi juda katta. Bemorga autotrening usullaridan foydalanish qoidalari ham o'rgatiladi.

Infeksion-toksik etiologiyali vegetativ distoniyada bemorning immunitetini ko'tarish va surunkali infeksiya o'choqlarini sanassiya qilishga asosiy e'tibor qaratiladi. Og'ir jismoniy mehnat va bemorning kasbi bilan bog'liq muammolar ham bartaraf etiladi. Endokrin buzilishlar (gipotireoz, gipertireoz) korreksiya qilinadi. Bemorga tungi ishlarda va ekstremal vaziyatlarda ishlamasligi tayinlanadi. Farmakologik davolash usullaridan trankvilizatorlar, sedativ dorilar, anksiolitiklar va psixostimulyatorlar qo'llaniladi. Ular vegetotrop ta'sirga ega.

Sedativ dorilar. Valerian va arslonquyruq nafaqat tinchlantiruvchi, balki miya ustunida joylashgan vegetativ markazlar orqali umumiy vegetativ tonusga ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Valerian ildizlari yoki arslonquyruq damlamasini (10 g o't 200 ml suvda damlanadi) 1 osh qoshiqdan 3 mahal och qoringa ichish buyuriladi. Kechqurungisi yotishdan oldin ichiladi.

Trankvilizatorlar anksiolitik ta'sirga ega bo'lib, ular qo'rquv va xavotirni, tanadagi psixogen og'riqlarni bartaraf etadi va kuchli uxlatuvchi dori hisoblanadi.

Bu maqsadda quyidagi dorilar qo'llaniladi:

1. Diazepam (elenium, relanium, seduksen) 2,5–5 mg dan kuniga 2–3 mahal ichishga tavsiya etiladi. Simpatoadrenal krizlarni bartaraf etishda 2 ml diazepam 5 ml natriy xloridning fiziologik eritmasiga qo'shib venadan sekin yuboriladi.

2. Fenazepam 0,5-1 mg dan kuniga 2–3 mahal ichishga buyuriladi.

3. Oksazepam (nozepam, tazepam) 10 mg dan kuniga 2–3 mahal tavsiya etiladi.

4. Medazepam (mezepam, rudotel) 10 mg dan kuniga 2–3 mahal ichiladi.

5. Tofizopam (grandaksin) – kunduzgi trankvilizator 50 mg dan kuniga 2–3 mahal ichish tavsiya etiladi. Trankvilizatorlar 2–3 hafta mobaynida qabul qilinadi.

6. **Belloid** 1 tabl. kuniga 2–3 mahal ichishga tavsiya etiladi.

7. **Bellataminal** 1 tabl. kuniga 2–3 mahal ichishga buyuriladi.

8. Tinchlantiruvchi dorilardan **persen**, novopassit, valerian ekstrakti 1–2 tabl. kuniga 3 mahal ichishga tavsiya etiladi.

Antidepressantlar depressiya, qoʻrquv va xavotir hamda psixosomatik buzilishlarni korreksiya qilishda keng qoʻllaniladi. Bu maqsadda quyidagi dorilardan biri tanlanadi.

1. **Amitriptilin** (triptizol) 25 mg dan kuniga 2–3 mahal buyuriladi.

2. **Imipramin** (imizin, melipramin) 25 mg dan kuniga 2–3 mahal tavsiya etiladi.

3. **Teralen** 20 mg dan kuniga 2 mahal buyuriladi.

4. **Azafen** 25 mg kuniga 2 mahal ichiladi.

5. **Fluoksetin** (prozak) 20 mg kuniga 2–3 mahal tavsiya etiladi.

6. **Paroksetin** (reksetin) 20 mg kuniga 2–3 mahal buyuriladi.

7. **Sertralin** (zoloft) 50 mg kuniga 2–3 mahal qabul qilinadi.

8. **Velaksin** 75 mg kuniga 2–3 mahal ichiladi.

Simpatoadrenal sistema faolligi oshishi sababli yuzaga kelgan vegetativ buzilishlarda (taxikardiya, arterial gipertoniya) beta-adrenoblokatorlar keng qoʻllaniladi. Bu maqsadda *propranolol* (anaprilin, inderal, obzidan) buyuriladi. Propranolol kuniga 40–120 mg dan 4–6 hafta mobaynida ichiladi. Koʻzlangan natijaga erishilgach, uning dozasi kamaytiriladi. Bu dori simpatikotoniklarda qoʻrquv va xavotirni ham bartaraf etishga yordam beradi. Arterial gipotoniya, adinamiya, asteniya, apatiyalarda *jenshen damlamasi* va *eleuterokokk ekstrakti* 20–30 tomchidan kuniga 3 mahal ichishga tavsiya etiladi. Bugungi kunda tarkibida jenshen saqllovchi dorilar turi koʻp boʻlib, vegetativ buzilishlarni korreksiya qilishda ulardan keng foydalaniladi.

Abdominal buzilishlarni (ogʻriq, meteorizm, ichaklar spastikasi) korreksiya qilish uchun sulpirid (prosulpin) kuniga 200–600 mg, metoklopramid 20–40 mg, motilium 20–30 mg, faollashtirilgan koʻmir 10 kg tana vazniga 250 mg (1 tabl.) ichish tavsiya etiladi. Shuningdek, noshpa va nikotin kislotasi ham ichak disfunksiyasida samaralidir. Bemor spirtli ichimliklar, achchiq va shoʻr ovqatlarni isteʼmol qilishdan oʻzini tiyishi kerak. Xamirli ovqatlarni cheklash lozim. Yaxshi hazm boʻladigan yengil ovqatlarni ozdan tanovul qilish tavsiya etiladi.

Kuchli terlashda formalin, kaliy permanganat yoki tanin kislotali vannalar qabul qilinadi. Shuningdek, turli trankvilizatorlar, sedativ dorilar, anksiolitiklar, balchiq bilan davolash, boʻyin-elka sohasiga tinchlantiruvchi dorilar elektroforezi ham ortiqcha terlashni kamaytiradi. Psixogen

gipertermiyada pirroksan 15 mg dan kuniga 3 mahal ichishga tavsiya etiladi. Gipertermiya va boshqa vegetativ buzilishlarni korreksiya qilishda 20–40 mg (1–2 amp.) amitriptilin 0,9 % li 250 ml natriy xlor eritmasida venadan tomchilatib yuboriladi. Bu muolaja 5–7 kun mobaynida qilinishi mumkin. Vegetativ buzilishlarni bartaraf etishda turli giyohlardan tayyorlangan damlamalar, fizioterapevtik usullar, umumiy massaj, igna bilan davolash kabi muolajalar keng qoʻllaniladi.

Arterial gipertoniya bilan namoyon boʻluvchi vegetativ buzilishlarda boʻyin-elka sohasiga 5–10 % natriy yoki kaliy bromid eritmasi, 5 % li magniy sulfat eritmasi hamda novokain, anaprilin, panangin va nikotin kislotasi elektroforez yoʻli bilan yuborilishi mumkin. Dorilarni elektroforez yoʻli bilan yuborish, ayniqsa, ipoxondriya bilan namoyon boʻluvchi VDS da juda foydali. Chunki bunday bemorlar turli xil davolash usullarini yoqtirishadi. Ushbu maqsadda platseboterapiya usuli ham keng qoʻllaniladi.

Arterial gipotoniya da boʻyin-yelka sohasiga kofein elektroforezi qilinadi. Bu sohaga elektrostimulyatsiya va dorsanval muolajalari yaxshi samara beradi. Radonli, yod-bromli, oltingugurtli, azotli, karbonat anhidridli vannalar vegetativ buzilish va vegetativ ogʻriqlarni korreksiya qilishda samarali vositalardir. Mahalliy ogʻriqlar bilan namoyon boʻluvchi vegetativ buzilishlarda elektro- va magnitoterapiya, parafin va balchiq applikatsiyalari samarali hisoblanadi. Vegetativ buzilishning har qanday turida sihatgohlarda dam olish va moʻtadil iqlimga ega davlatlarga sayr qilib turish ham foydadan xoli emas.

Prognoz. Aksariyat hollarda yaxshi.

6.7. Vegetativ krizlar

Vegetativ krizlar – toʻsatdan roʻy beruvchi va kuchli ifodalangan vegetativ buzilishlar bilan kechuvchi paroksizmlar boʻlib, ular oʻrtacha 30–60 daqiqa davom etadi. Vegetativ krizning vagoinsulyar va simpatoadrenal tiplari farqlanadi:

1. Vagoinsulyar kriz – AQB pasayib ketishi, rangning oqarib ketishi, koʻngil aynishi, qusish, gipotermiya, kardialgiya, abdominalgiya, nafas siqishi, ter bosish, umumiy titroq va baʼzida xushdan ketish kabi belgilar bilan namoyon boʻladigan holat.

2. Simpatoadrenal kriz – AQB koʻtarilishi, kuchli qoʻrquv va xavotir, oʻlib qolishdan qoʻrqish, bosh ogʻriq, umumiy titroq, taxikardiya, kardialgiya, ogʻiz qurishi, tana harorati oshishi va poliuriya bilan

namoyon bo'ladigan holat. Kuchli xavotir va qo'rquv bilan kechuvchi vegetativ kriz *psixovegetativ kriz* deb ham ataladi. KXT-10 da vegetativ krizlar alohida ajratilmagan. Shunday bo'lsa-da, bu atamadan klinik tibbiyotda foydalanishadi.

Klinikasi. Vegetativ kriz, odatda, 20-40 yoshdagilarda va ayollarda ko'p kuzatiladi. Vegetativ kriz to'satdan ro'y beradi. Kuchli qo'rquv, xavotir va titrashlar bemorning butun vujudini qamrab oladi, yurak xuddi o'z qinidan chiqib ketayotgandek tez-tez ura boshlaydi, havo yetishmay qolib nafasi bo'g'iladi, bo'g'ziga xuddi biror narsa tiqilgandek tuyuladi, bemor bo'ynining tagini, ko'krak qafasini qo'llari bilan silayveradi, go'yoki shu yo'l bilan nafas yo'llarini ochmoqchi (shuning uchun ham bu holatni "panik ataka" deyishadi) bo'ladi. Ushbu belgilar bilan birgalikda kardialgiya, yurak sohasida uvishish va jimirlashlar, qizib-sovib ketish, disforiya ham ro'y beradi. Bemorning boshi aylanib xushi tumanlashadi, ya'ni predsinkopal holatga tushadi. Shuningdek, ko'ngil aynish, epigastral sohada noxush sezgi va og'riq, tez-tez siyishga qatnash kuzatiladi.

Kriz paytida obyektiv tekshiruvlar o'tkazganda quyidagi belgilar aniqlanadi: bemorning rangi oqarib ketgan, ko'zlari katta-katta ochilgan va qorachiqlari kengaygan bo'ladi (*qattiq qo'rqan odamning yuz-ko'zini ko'z oldingizga keltiring*). AQB oshadi (biroq juda baland emas), taxikardiya kuzatiladi, tanasi va barmoqlar uchi sovuq bo'lib, tovuq terisi shaklini oladi. Bemorning temperamentiga bog'liq bo'lgan holda turli reaktiv holatlar ro'y beradi. Xolerik va sangviniklarda giperaktiv holat ro'y bersa, flegmatiklarda bu reaksiyalar biroz sust ifodalanadi. Melanxoliklar esa chuqur apatiya va depressiya holatiga tushib qoladi. Ularni o'lib qolish qo'rquvi bezovta qilaveradi va har gal yaqinlari bilan vidolashaveradi. Kriz 20-30 daqiqa davom etsa-da, tez-tez takrorlanib turish xususiyatiga ega. Ba'zilarida bir kunda bir necha bor kuzatilsa, boshqa birovlarda bir oyda bir necha marotaba ro'y beradi. Ularda bora-bora turli xil fobiya (agarofobiya, klaustrofobiya, kardiofobiya, lisofobiya) va insomniya (yoki uyquchanlik) rivojlanadi.

Tashxis va qiyosiy tashxis. Vegetativ kriz tashxisi yuqorida ko'rsatib o'tilgan klinik simptomlar va ularning kechishi asosida qo'yiladi. Shuningdek barcha zarur laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi. Vegetativ krizni bir qator nevrologik, endokrin, ruhiy va somatik kasalliklar bilan qiyoslashga to'g'ri keladi. Vegetativ krizni ayniqsa, mezotemporal epilepsiya (amigdalo-gippokampal sindrom), paroksizmal taxikardiya sindromi, sinkopal holatlar, migren xurujlari, bronxial astma xuruji, ves-

tibulopatiya, shizofreniya, maniakal-depressiv psixoz, isteriya, depressiya, ipoxondrik nevroz, insulinoma, feoxromositoma bilan qiyoslash birmuncha qiyinchiliklar tug'diradi. Ba'zi mutaxassislar fikricha, psixovegetativ paroksizm ruhiy kasalliklar (endogen depressiya, shizofreniya)ning boshlang'ich davri bo'lishi ham mumkin. Shu bois bunday bemorlarni psixiatr nazoratidan o'tkazib turish lozim.

Davolash. Kriz paytida avvalambor bemor tinchlantiriladi va uning atrofida normal psixologik muhit yaratiladi.

Quyidagi dorilar tavsiya etiladi:

1. **Valokardin yoki korvalol** 20 tomchi iliq suvga solib ichiladi (yengil holatlarda).
2. **Diazepam (5 mg) yoki anaprilin** (20 mg) til tagiga tashlab so'riladi.
3. **Amitriptilin** 25-75 mg/kun, melipramin 25-75 mg/kun, sertralin 50-100 mg/kun, alprazolam 1-2 mg/kun, fluvoksamin 20-40 mg/kun.
4. **Afobazol** 10-30 mg/kun, ataraks 25-75 mg/kun, sanopaks 25-50 mg/kun, sulpirid 50-200 mg/kun, klonazepam 1-2 mg/kun, trazodon 25-50 mg/kun.
5. **Propranolol** 20-40 mg/kun, nadolol (korgard) 40 mg/kun, trazikor 20-40 mg/kun, pirroksan 15-30 mg/kun.

Shuningdek, igna bilan davolash, turli tinchlantiruvchi va kalsiy saqlovchi dorilar elektroforezi, yengil massaj va boshqa reflektor davolash muolajalari va albatta ratsional va kognitiv-bixevioral psixoterapiya juda yaxshi samara beradi. Tibbiy psixolog tomonidan tibbiy-psixologik muolajalarning rejali tarzda o'tkazilishi juda katta ahamiyatga ega.

Ba'zida bemor chuqur-chuqur, ravon nafas olsa ham kriz belgilari ancha pasayadi. Buning uchun bemorning qo'liga salafan xalta tutqaziladi. U salafan xalta ichiga bir necha marotaba nafas olib, chiqaradi. Natijada salafan ichida SO₂ gazi to'planadi. Bu gaz chiqib ketmasligi uchun salafan bo'g'zini germetik tarzda ushlab kerak. Bemor SO₂ ga boy havo bilan ketma-ket nafas olsa, qo'zg'algan vegetativ markazlar sustlashadi va vegetativ simptomlar jadalligi pasayadi. Ba'zan vegetativ krizni ushbu yo'l bilan bartaraf etish mumkin. Bemorni turli xil ukollarga o'rgatib qo'ymaslik kerak. Aks holda unda turli "najot beruvchi ukollarga" psixologik bog'lanish shakllanadi. Aksariyat hollarda psixovegetativ krizni til tagiga tashlanadigan tinchlantiruvchi dorilar bilan barham toptirish mumkin.

6.8. Yuzning psixogen og'riqlari

Odatda, yuz sohasida kuzatiladigan og'riqning asosiy sabablaridan biri – bu *trigeminal nevralgia*. Biroq nevrasteniya, isteriya, psixasteniya, fobiya va xavotirli sindrom bilan kasallangan bemorlarda yuz sohasida turli xil og'riqlar va yoqimsiz uvishishlar tez-tez kuzatilib turadi. Ayniqsa, kosmetologik operatsiyalar va tish oldirishlardan so'ng yuz sohasida turli xil og'riqlar va paresteziyalar yuzaga keladi. Ularning aksariyati psixogen xususiyatga ega bo'lib, *atipik prozopalgia* deb ham ataladi. Atipik prozopalgia – yuzning bir yoki ikkala tomonida ham kuzatiladigan psixogen xususiyatga ega doimiy og'riq va paresteziyalar. Kasallik, asosan, 30-40 yoshda uchraydi. Ayollarda bu kasallik ko'p kuzatiladi.

Atipik prozopalgia stomatologik operatsiyalardan so'ng paydo bo'ladi. Bunday og'riqlar ko'pincha yuqori va pastki jag' tishlarini o'zgartirgan va ularga protez qo'ydirganlarda ko'p kuzatiladi. Atipik prozopalgia klinikasi kranial nevralgia yoki nevropatiya klinikasiga o'xshasa-da, obyektiv nevrologik simptomlar (giperesteziya, gipesteziya) aniqlanmaydi. Yuzda trigger sohalar ham bo'lmaydi. Stomatologik muolaja o'tkazilgan joylar chuqur tekshirilganda ham, ENMG tekshiruvlari o'tkazilganda ham nervlarda organik buzilishlar topilmaydi. Og'riq va paresteziyalar nafaqat operatsiya o'tkazilgan joyda, balki yuzning boshqa sohasida ham kuzatiladi. Kasallik uchun qisqa muddatli og'riq xuruji xos emas, og'riqlar goh zo'rayib, goh kamayib turadi.

Atipik prozopalgianing yana bir klinik turi – bu atipik odontalgiya. Tish olingan joyda uzoq vaqt saqlanadigan og'riqlarga *atipik odontalgiya* deb aytiladi. Atipik odontalgiyada ham obyektiv nevrologik simptomlar aniqlanmaydi. Bu sindrom tish oldirib tish qo'ydirgan bemorda yoki uzoq vaqt davom etgan stomatologik muolajadan so'ng kuzatiladi. Tish olingan joyda kuydiruvchi va boshqa tishlarga irradiatsiya qiluvchi og'riq bir oygacha, ba'zida undan ham ko'p vaqt saqlanib qoladi. Aksariyat hollarda og'riq ovqatlanayotgan paytda kamayadi, ruhiy-hissiy zo'riqishlarda, sovuqda yoki yuziga biror narsa tegib ketsa kuchayadi. Atipik odontalgiya klinikasi dental pleksalgiya klinikasiga o'xshab ketadi, biroq unga qaraganda yengil kechadi.

Dental pleksalgiya – yuqori va pastki jag'ning nerv chigallari ta'sirlantirilganda kuzatiladi. Dental pleksalgiyaning asosiy sababi – yuqori va pastki jag' tishlarida o'tkazilgan stomatologik muolajadir. Og'riq vegetativ simptomlar bilan birgalikda namoyon bo'ladi, chunki bu yerdagi nerv chigallari vegetativ gangliyalari bilan chambarchas bog'langan. Dental pleksalgiyada

yuz sohasida og'riq va dizesteziya paydo bo'lsa-da, obyektiv nevrologik simptomlar (gipesteziya, giperesteziya) kuzatilmaydi. Dental pleksalgiya, odatda, oylab davom etadi, ba'zida bir yildan oshadi. Uzoq davom etuvchi og'riq reaktiv nevrotik buzilishga olib keladi. Bemorni tinchlantirish va bu belgilarning vaqtinchalik ekanligiga ularni ishontirish o'ta muhim. Agarda vrach buni uddalay olsa, og'riqlar tez orada barham topadi.

6.9. Bezovta oyoqlar sindromi

Bezovta oyoqlar sindromi (BOS) – ikkala oyoqning tizzadan pastki qismida, asosan, tunda kuzatiladigan kuchli uvishish, siqilish, tortishish kabi yoqimsiz sezgilar bilan namoyon bo'luvchi sensomotor buzilishlar. Bemor bu holatga chidolmay tuni bilan bezovta bo'lib uxlamay chiqadi. Tong yorishgach bu azoblar o'tib ketadi. BOS uchun og'riqlar xos emas. Agar bemordan “Oyoqlaringiz kechasi bilan og'rib chiqadimi?” deb so'ralsa, u *“Yo'q! Buni og'riq deb bo'lmaydi. Tizzamdan pasti, ayniqsa, boldir muskullari va oyoqlarim panjasi qattiq siqiladi, muskul-lar tortishadi va kuchli uvishish paydo bo'ladi. Bunga chidab bo'lmaydi! Tuni bilan uxlolmay chiqaman! Bu azobdan qutulish uchun oyoqlarimni uqalayman, mushtim bilan boldir va oyoqlarim panjasiga urib chiqaman. Bu azobdan faqat tong yorishgandan so'ng qutulaman. Kunduz kuni esa bu holat kuzatilmaydi”* deydi azoblanib. Shuning uchun ham ushbu patologik holat **“Bezovta oyoqlar” sindromi** nomini olgan.

Etiologiyasi. BOS turli yoshda uchraydi, biroq 40-60 yoshlarda ko'p kuzatiladi (ayniqsa, ayollarda). Ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, surunkali insomniya (uyqusizlik) bilan aziyat chekadiganlar BOS bilan ko'p kasallanishadi (Earley C. J., 2003).

Simptomatik va idiopatik BOS farqlanadi. Simptomatik BOS sabablari juda ko'p. Homiladorlik, uremiya va anemiya holatlarida BOS deyarli 40 % holatlarda uchraydi. Ko'p ayollarda BOS tug'ruqdan so'ng o'tib ketadi. Buyrak yetishmovchiligi sababli dializ muolajalarini olib yurgan bemorlarda bu sindrom ko'p kuzatiladi. Shuningdek, qandli diabet, amiloidoz, alkogolizm, revmatoid artrit, Shegren sindromi, qalqonsimon bez disfunktsiyasi, porfiriya, oyoq arteriyalari va venalari kasalliklari, krioglobulinemiya, B₁₂ vitamini, folat kislotasi, tiamin va magniy yetishmovchiligi BOS rivojlanishida asosiy etiologik omildir. Turli etiologiyali mielopatiya, mielit, tarqoq skleroz ham BOS rivojlanishiga sabab bo'ladi. Sanab o'tilgan kasalliklar va patologik holatlarda BOS aksional polinevropatiyaning simptomi sifatida namoyon bo'ladi.

Simptomatik BOS ko‘pincha 45 yoshdan so‘ng rivojlanadi va zo‘rayib borish xususiyatiga ega. Parkinson kasalligi, essensial tremor, Turett sindromi, Xantington kasalligi, yon amiotrofik skleroz, turli gormonal dorilar va neyroleptiklarni uzoq vaqt qabul qilib yurish ham BOS rivojlanishiga olib keladi.

BOS aksariyat hollarda hech qanday sababsiz yuzaga keladi. Bunday holatlar **idiopatik yoki birlamchi BOS** deb yuritiladi. Birlamchi BOS, odatda, 30 yoshgacha bo‘lgan davrda boshlanadi va nasliy xususiyatga ega. Uning oilaviy bo‘lib uchrashi ko‘p bora qayd qilingan. Asosan, avtosom-dominant tipda nasldan naslga uzatiladi. Demak, idiopatik yoki simptomatik BOS ni farqlash uchun qo‘shimcha ravishda genetik tekshiruvlar zarur.

Klinikasi. Tunda ikkala oyoqning tizzadan pastki qismida yoqimsiz subyektiv sezgilar paydo bo‘ladi. Ular siquvchi, sanchuvchi, bosuvchi, tortuvchi xususiyatga ega bo‘lgan turli xil dizesteziya va paresteziyalardir. Biroq ushbu subyektiv belgilar og‘riq emas va bemor oyoqlarim og‘riyapti, deb shikoyat qilmaydi. Bu esa BOSni boshqa kasalliklar, masalan, revmatoid artrit yoki diabetdagi crampi tipidagi og‘riqlardan farqlovchi muhim belgidir. *“Tungi dizesteziya va paresteziya”* deb nom olgan ushbu patologik subyektiv belgilar dastlab boldirning ichki qismida paydo bo‘ladi, keyinchalik esa oyoq panjasiga tarqaydi. Shunday holat uzoq vaqt oyoqning distal qismida saqlanib qoladi. Keyinchalik dizesteziya va paresteziya oyoqning son qismiga va anogenital sohaga tarqaladi. Kasallik belgilari, odatda, ikkala oyoqda ham simmetrik tarzda namoyon bo‘ladi, kam hollarda bitta oyoqda kuzatiladi.

BOS uyqu buzilishi bilan birgalikda namoyon bo‘ladi. Aksariyat hollarda tungi uyqu buzilishining sababi BOS bo‘lsa, ba‘zan BOS uzoq davom etgan insomniyadan so‘ng rivojlanadi. Demak, ikkala patologik holat bir-biriga bog‘liq. Odatda, bemor tongga yaqin uxlab qoladi. BOS bilan og‘riganlar yaxshi uxlay olmaganliklari sababli kunduzi lanj bo‘lib yurishadi, apatiya holatiga tushib qolishadi, boshi og‘riydi, jahldor va parishonxotir bo‘lishadi. Ba‘zida BOS depressiya bilan birgalikda kuzatiladi.

BOS belgilari bemor yotgan holatda yoki o‘tirganda paydo bo‘ladi, turib yurganda kamayadi. Bemor ushbu azoblarni kamaytirish uchun oyoqlarini bukadi, yozadi, ularning ustiga o‘tirib oladi yoki oyog‘iga og‘ir narsa qo‘yadi, turli holatda yotib ko‘radi. Biroq bu urinishlar deyarli yordam bermaydi. Bemor o‘rnidan turib, xonada yura boshlansa, oyoqlardagi yoqimsiz sezgilar kamayadi, o‘rniga borib yotib olsa,

dizesteziyalar yana paydo bo'ladi. Oqibatda u kechasi bilan uxlay olmay xonada yurib chiqadi yoki kuchli uxlatadigan dori ichib yotadi.

BOS simptomlarining paydo bo'lishi kundalik ritmga juda bog'liq: dizesteziya va paresteziyalar faqat kechasi yoki tunda paydo bo'ladi. Tong erta yorishadigan mavsumda, ya'ni yozda bu patologik sezgilar tungi 4 gacha, qish kunlari esa ertalabki 6-7 gacha davom etadi. Biroq bu – aniq chegaralangan vaqt emas. Bemor kechqurun qaysi soatda uxlasa, ya'ni kechqurun 21.00 yoki 22.00 dami, kasallik belgilari yarim soat o'tar-o'tmas bemorni bezovta qila boshlaydi. Og'ir holatlarda kasallikning kundalik ritmi buzilib, BOS belgilari kunduz kuni ham paydo bo'lishi mumkin. Ayniqsa, bemor uzoq vaqt samolyotda uchganda, avtobusda, teatr yoki kinoda uzoq vaqt o'tirsa ham bezovtalik boshlanadi.

Bemor tunda uxlab qolganda uning oyoq panjasida stereotip harakatlarni kuzatish mumkin. Ushbu harakatlar ko'pincha bosh barmoqning yuqoriga qayrilishi, qolgan barmoqlarning esa pastga biroz bukilib yozilishi bilan namoyon bo'ladi. Ushbu holat xuddi Babinskiy simptomini eslatadi. Shuningdek, oyoqda turli xil mioklonik titrashlar, bo'g'implarda bukilib-yozilishlar kuzatiladi. Uxlab yotgan bemorda bu harakatlar 1-5 soniya davom etadi va har 20-40 soniyada takrorlanib turadi. Bu harakatlar tuni bilan kuzatilib chiqadi. BOS tashxisini qo'yishda bunday harakatlarni aniqlab olish o'ta muhim va uni aniqlashda bemorning yaqinlari yordam beradi. Shifoxona sharoitida esa polisomnografiya tekshiruvini o'tkazilib, ushbu harakatlar davomiyligi, qay darajada kuzatilishi va qanday namoyon bo'lishi aniqlab olinadi.

Kechishi. Birlamchi BOS, odatda, bemorning butun umri mobaynida davom etadi va stress holatlarida, qahva va spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilganda, homiladorlik davrida, kuchli jismoniy mehnatdan so'ng zo'rayib turadi. Ko'p hollarda kasallik belgilari asta-sekin kuchayib boradi. Ba'zida esa, ya'ni bemor dam olishga chiqsa, bunday bezovtalanishlar kamayadi yoki yo'qoladi. Uzoq davom etuvchi remis-siya kam kuzatiladi. Kasallikning qay darajada kechishi uni yuzaga keltirgan etiologik omilga ham bog'liq. Masalan, folat kislotasi va vitaminlar yetishmovchiligi yoki temir tanqisligi sababli yuzaga kelgan BOS ushbu yetishmovchilikni bartaraf etgandan so'ng o'tib ketadi yoki yengil kechadi.

Tashxis va qiyosiy tashxis. BOS ko'p uchraydigan sindrom bo'lsa-da, vrachlar to'g'ri tashxis qo'yishga qiynalishadi. Buning asosiy sababi – BOS dan barcha vrachlar ham xabardor emasligi. Ko'pincha nevroz, osteoxondroz, artrit, polinevropatiya, angiopatiya kabi tashxislar

qo'yiladi. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining tadqiqotchilar guruhi tomonidan BOS ga tashxis qo'yish algoritmi ishlab chiqilgan.

Birlamchi BOS da bemorning nevrologik va somatik statusi tekshirilganda, odatda, boshqa kasalliklar aniqlanmaydi. Ikkilamchi (simptomatik) BOS da esa yuqorida keltirib o'tilgan kasalliklardan biri yoki bir nechtasi aniqlanadi. BOS tashxisini qo'yishda uni bir necha kasallik bilan qiyoslash kerak. Avvalambor polinevropatiya (ayniqsa, crampi bilan namoyon bo'ladigan), fibromialgiya, parestetik meralgiya va artralgiyalar bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladi. Shuningdek, birlamchi va ikkilamchi BOS orasida qiyosiy tashxis o'tkazish zarur. Buning uchun genetik tekshiruvlarga e'tibor qaratish, shuningdek, nevrologik va somatik kasalliklarni aniqlash ham o'ta muhim. Ayniqsa, qandli diabet, temir tanqisligi anemiyasi, uremiya, eklampsiya, bod, va shuningdek, folat kislotasi, temir, magniy va vitaminlar yetishmovchiligini aniqlash zarur.

Davosi. Simptomatik BOS ni bartaraf etish uchun avvalambor uni yuzaga keltirgan birlamchi kasallik davolanadi. Organizm zarur mineral moddalar va vitaminlar bilan ta'minlanishi kerak. Buning uchun bemor yetarli miqdorda vitaminlar, folat kislotasi, tarkibida temir moddasini saqlovchi dorilar va magniy preparatlari ichishi zarur.

Shuningdek, fizioterapiya, refleksoterapiya, jismoniy tarbiya va maxsus parhez tavsiya etiladi. Idiopatik BOS ni davolashda genetik buzilishlarni korreksiya qilish imkoniyati bugungi kunda ishlab chiqilmagan. Birlamchi BOS ni davolash simptomatik tarzda olib borilsa-da, uning natijasi ham samaralidir.

Dorisiz davolash usullari. Bu kasallikda dorisiz davolash usuli ko'p qo'llaniladi. Chunki aksariyat hollarda ushbu usullar yaxshi samara beradi. Davolashni boshlashdan oldin bemor qanday kasalliklarga chalinganligi va qaysi dorilarni iste'mol qilayotganligini aniqlash zarur. Agar bemor BOS rivojlanishiga ko'proq sabab bo'luvchi dorilarni, masalan, neyroleptiklar (galoperidol, rispolept), antidepressantlar (amitriptilin, fluoksetin), tarkibida litiy saqlovchi dorilar (litiy karbonat, litiy oksibutirat), antigistamin vositalar, N₂-retseptorlar antagonistlari (gidrokarbonat natriy, kalsiy karbonat, magniy oksidi, alyuminiy gidroksidi), kalsiy antagonistlari (nifedipin, diltiazem, verapamil) qabul qilayotgan bo'lsa, iloji boricha ularning dozasi kamaytiriladi, analogi bilan o'zgartiriladi yoki to'xtatiladi.

BOS da olib boriladigan davolashning asosiy mezonlaridan biri – bu sog'lom turmush tarziga rioya qilish. Rejali tarzda sport bilan shug'ul-

lanish (suzish, jismoniy tarbiya), kechqurungi sayr, yotishdan oldin dush qabul qilish, sho‘r, achchiq va yog‘li ovqatlarni cheklash, qahva va spirtli ichimliklardan voz kechish, papiros chekmaslik, tarkibida kofein saqlovchi oziq-ovqatlardan (shokoladlar, koka-kola va h.k) tiyilish, achchiq choyni suiiste‘mol qilmaslik, xamir ovqatlardan voz kechish, ko‘proq meva-sabzavotlar va quruq mevalar tanovul qilish tavsiya etiladi. Aqliy va jismoniy mehnat orasidagi mutanosiblikni saqlash, tungi ishdan voz kechish va stressli vaziyatlardan saqlanish ham o‘ta muhim.

Ushbu kasallikni mukammal o‘rgangan Ekbom (1945) “Ikkala oyog‘i sovqotib yuradigan odamlarda BOS ko‘p uchraydi, yotishdan oldin oyoqni issiq qilib yotish ham o‘ta muhim” deb yozgan edi. Haqiqatan ham kechqurun yotishdan oldin ikkala oyoqqa issiq vanna qabul qilish va undan so‘ng oyoqlarni sochiqqa o‘rab yotish tungi og‘riqlarni kamaytiradi. Oyoqlarga qilinadigan har qanday fizioterapevtik va reflektor muolajalar juda foydali. Ayniqsa, dorsanval, yengil elektrostimulyatsiya, uqalash muolajasi, vibromassaj, dorilar elektroforezi, igna bilan davolash, magnitoterapiya yaxshi samara beradi.

Dori bilan davolash. Dorisiz davolash usullari samarasi kam bo‘lsa, farmakologik vositalardan foydalaniladi. Buning uchun quyidagi dorilar qo‘llaniladi: 1) *benzodiazepinlar*; 2) *dofaminergik dori vositalari*; 3) *antikongulsantlar*; 3) *opioidlar*.

Benzodiazepinlardan klonazepam, diazepam, oksazepam, fenazepam, nozepam, xlozepidlardan biri tavsiya etiladi. Ular uxlatuvchi, tinchlantiruvchi, mushaklarni bo‘shashtiruvchi, sensomotor qo‘zg‘alishlarni pasaytiruvchi xususiyatga ega. Ushbu dorilardan biri kechasi yotishdan oldin qabul qilinadi. Bunda tungi dizesteziya va paresteziyalar, muskulardagi spazm va motor qo‘zg‘alishlar sustlashadi, bemor tezda uxlab qoladi. Masalan, klonazepam 0,5-2 mg yoki alprazolam 0,25-0,5 mg yotishdan oldin ichishga buyuriladi.

Benzodiazepinlarni uzoq vaqt qabul qilish ularning ta‘sir kuchini pasaytiradi va natijada bemor dorini katta dozada icha boshlaydi. Bu esa doriga narkotik bog‘lanib qolish xavfini tug‘diradi. Benzodiazepinlarning nojo‘ya ta‘sirilaridan biri – bu kunduz kuni uyqusirab, lanj bo‘lib yurishidir. Dori katta dozada qabul qilinsa, uyquda apnoe holati yuzaga kelishi mumkin. Yoshi kattalarda esa kognitiv buzilishlarni yuzaga keltirish ehtimoli bor. Shuning uchun ham benzodiazepinlar BOS belgilari kuchayganda 15-30 kun mobaynida buyuriladi. Odatda, bu vaqt ichida bemorning ahvoli yaxshilanadi va dori dozasi kamaytirib to‘xtatiladi.

Levodopa preparatlaridan kechqurun yotishdan 1-2 soat oldin *Madopar-125* ning 1/2 qismi ichishga buyuriladi. Bemor dorini shu miqdorda bir hafta mobaynida qabul qiladi. Dori ko'zlangan natijani bermasa, uning dozasi 100 mg gacha oshiriladi. *Antikonvulsantlardan* gabapentin kuniga 300 mg dan tavsiya etiladi. Dori yotishdan oldin ichiladi.

Boshqa dori vositalari. BOS da boshqa dorilar ham ko'p qo'llaniladi. Folat kislotasi (2 mg dan 3 mahal), magniy B₆ (100 mg magniy+10 mg piridoksin), B₁, B₁₂, E vitaminlari buyuriladi. Shuningdek, amantadin (100 mg dan 3 mahal), baklofen (25 mg dan 3 mahal), zolpidem (5 mg yotishdan oldin), propranolol (20 mg dan 3 mahal) tavsiya etilishi mumkin. Aksariyat hollarda ushbu dorilarning o'zi ham BOS belgilarini bartaraf eta oladi. Farmakologik dorilar bilan davolash fizioterapevtik muolajalar bilan birgalikda olib borilsa, samarasi yanada yuqori bo'ladi.

Homilador ayollarni davolash. Ularda vitaminlar, temir moddasi, magniy tuzi va folat kislotasi yetishmovchiligini bartaraf etish lozim. Shuningdek, homilador ayollar uchun belgilangan maxsus parhezga amal qilish, o'z vaqtida dam olish va toza havoda sayr qilish o'ta foydali.

6.10. Uyqu buzilishlari

Uyqu buzilishi sabablari juda ko'p. Oddiy psixoemotsional zo'riqish yoki jismoniy charchashdan tortib, to MNS ning og'ir kasalliklarigacha uyqu buzilishiga olib kelishi mumkin. Uyqu buzilishi sog'lom odamlarda ham ko'p uchraydi, biroq uzoq davom etmaydi.

Uyqu buzilishining quyidagi turlari farqlanadi:

- **insomniya** – uyqu qochishi, uyqusizlik;
- **gipersomniya** – ortiqcha uyquchanlik, ya'ni ko'p uyqu bosishi;
- **parasomniya** – uyqu bilan bog'liq psixomotor qo'zg'alishlar.

A) Insomniya. Insomniya belgilari uyquga ketishning qiyinligi, tez uyg'onib ketaverish, erta uyg'onish va uzoq uxlasa-da, uyquga to'ymaslik hissi bilan namoyon bo'ladi. Bunday holatni bemor oddiy so'z bilan "uyqusizlik" deb baholaydi. Tunda uxlay olmagan bemorni kunduz kuni uyqu bosadi, o'zini lohas sezadi va natijada uning ish faoliyati sustlashadi. U iloji boricha biror joy topib, uxlab olishga harakat qiladi. Agar buning imkoni topilsa, bemor yana tetiklashadi. Kunduz kuni uxlaydigan ba'zi odamlar tunda uxlay olmaydi. Shu bois ular kunduzi uxlamaslikka harakat

qilishadi. Albatta, tungi uyqu kunduzgi uyquga qaraganda kishiga ko'proq orom beradi. Shu bois tunda uxlay olmaydiganlar ertasi kuni bezovta bo'lib yurishadi. Uyquning bu tarzda buzilishiga **psixofiziologik insomniya** deb ataladi. Bunday holat har qanday sog'lom odamda uchrashi mumkin.

Psixofiziologik insomniyaning sabablari bir nechta. Ular – nevrasteniya, psixasteniya, stress, uzoq joyga borish, tunda ishlash va h.k. Psixofiziologik insomniya, odatda, uzoq davom etmaydi va bir necha kundan so'ng tungi uyqu qayta tiklanadi. Agar bu holat cho'zilaversa, insomniyaning boshqa sabablarini izlash kerak. Hech qanday sababsiz uzoq yillar (ba'zida umri-ning oxirigacha) davom etadigan uyqusizlik **idiopatik insomniya** deb nomlanadi. Bunday odamlarni xalq tilida "uxlamaydigan odamlar" deb atashadi. Ular bolalik davridan buyon uyqu nimaligini bilishmaydi, kunduz kuni ham tetik yurishadi va ish qobiliyatini yo'qotishmaydi. Ular haqida xalq orasida turli afsonalar yuradi. Buyuk xoqonlar sira uxlamaydigan odamlarni izlab topishga farmonlar chiqarishgan va ularni o'zlariga tan-soqchi qilib qo'yishgan. Somnologlar fikricha, sira uxlamaydigan odamlar bo'lmaydi, ular qisqa muddat bo'lsa-da, mizg'ib olishadi.

Uzoq muddat, ya'ni bir necha hafta yoki oylab uyquning yo'qolishi surunkali davom etuvchi jiddiy kasalliklarda kuzatiladi. Bunday bemorlar uxlashni xohlashadi, biroq mavjud kasallik bunga yo'l qo'ymaydi. Tanadagi doimiy og'riqlar bilan kechuvchi kasalliklarni bunga misol qilib ko'rsatish mumkin. Ular og'riq qoldiruvchi va uxlatuvchi dorilar ichgan-dagina uxlaydi.

Yana bir qator patologik holatlar va kasalliklar surunkali uyqusizlikka sabab bo'ladi. Bular – maniakal-depressiv psixozning maniakal bosqichi, xavotirli-fobik sindrom, tunda qo'zg'aydigan "bezovta oyoqlar" sindromi, nevrogen qichima, astma, yo'tal, buyrak va jinsiy a'zolar kasalliklari va h.k. Tungi uyqusizlik bemorni juda holsiz qilib qo'yadi, u parishonxotir, jizzaki va o'ta lohas bo'lib qoladi. Bu holat, albatta, asosiy kasallikning kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Surunkali tarzda uyquni qochiruvchi dorilarni (psixostimulyatorlar, kofein) iste'mol qilganlarda ham insomniya kuzatili-shini esda tutish lozim. Tamaki chekadiganlar ham doimo uyqu buzili-shidan aziyat chekishadi. Ayniqsa, sigaretni kechqurunlari chekish tungi uyquni yo'qotadi. Chunki tamaki tarkibidagi nikotin tungi uyquga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Insomniyada davolash ushbu holatni yuzaga keltirib chiqargan asl sabablarni bartaraf etishdan boshlanadi. Buning uchun bemorning hayot tarzi, ya'ni oilaviy sharoiti, kasbi va ish faoliyati, tungi ishlari, iste'mol qilayotgan dorilari, mavjud kasalliklari, zararli odatlari (giyohvandlik, alkogolizm,

ko'p sigaret chekish) o'rganib chiqiladi. Bemor bilan suhbatlashayotgan vrach uyqu qochishiga sabab bo'luvchi har qanday omilni (qarz oldi-berdilar va h.k.) o'rganib chiqishi kerak.

Uyqu buzilishini bartaraf etish dastlab bemor bilan psixoterapevtik suhbatlar o'tkazishdan boshlanadi. Masalan, psixofiziologik tipdagi uyqu buzilishida (odatiy uyqu buzilishi) uyquni normal holatga qaytarish uchun sog'lom turmush tarziga rioya qilish tavsiya etiladi. Bular – vaqtda uxlash va turish, kechasi yengil hazm bo'luvchi ovqatlar tanovul qilish, chekish va ichkilikdan voz kechish, qo'rqinchli va hayajonli filmlar ko'rmaslik (ayniqsa, bolalar), uyquga yotishdan oldin ko'chada biroz sayr qilish, qahva va achchiq choy iste'mol qilmaslik, issiq dush qabul qilish yoki ikkala oyoqni iliq suvga solib o'tirish va h.k. Ushbu qoidalarga amal qilinsa, uyquning biologik ritmi izga tushadi va uyqu qayta tiklanadi. Ba'zi odamlarda 3-4 kun uyqu qochsa, ular darrov vahimaga tushishadi, endi kasal bo'lib qolaman, deb qo'rqishadi. Buning natijasida uyqusizlik yana davom etadi. Bunday bemor bilan suhbatlashib, uni tinchlantirish va uxlamaslikning odamga ziyoni yo'qligini aytish kerak. Siz hozir uxlamayotgan ekansiz, demak, miya shuni xohlayapti, vaqti kelib uyqungiz yana tiklanadi va siz uxlay boshlaysiz, kabi iboralar bilan bemor tinchlantiriladi. Unga darrov uxlatuvchi dorilar tavsiya etish shart emas. Masalan, bemorni quyidagi iboralar bilan tinchlantirish mumkin: *“Uyqu go'yoki yoningizda turgan qush. U sizniki va uzoqqa uchib ketmaydi. Unga qancha yaqinlashsangiz, u ham sizdan shuncha uzoqlashaveradi. Ushbu qushga ega bo'lishni istasangiz, kaftingizni ochib indamay turing. Vaqti kelib uning o'zi sizning qo'lingizga kelib qo'nadi”*. Albatta, bu iboralar uyqusi qochgan odamga katta ijobiy ta'sir ko'rsatadi va uning uyqusi tez kunda tiklanadi.

O'rta yoshdagi insonlar uchun 6-8 soatlik (yoz oylarida 4-6 soat) tungi uyqu yetarlidir. Yosh bolalar esa ko'p uxlashadi. Keksalik davrida uxlash davri ancha qisqaradi. Agar qariya kam uyqudan shikoyat qilsa, unga buning tabiiy hol ekanligi tushuntiriladi. Aksincha, hadeb uxlayveradigan qariyalarni tibbiy ko'rikdan o'tkazish lozim. Yosh bolada kam uxlash biror bir kasallik alomati bo'lsa, qariyada ko'p uxlash qandaydir bir kasallik sababli bo'lishi mumkin.

Uyqusizlik uzoq davom etaversa, kuchli ta'sirga ega uyqu dorilariga o'tish shart emas. Aksariyat hollarda yengil toifadagi tinchlantiruvchi dorilarni kechqurun qabul qilish ham uyquni keltiradi. Masalan, kechasi 1 tabl. (25 mg) sinnarizin ichib yotishning o'zi yetarli bo'lishi mumkin.

Uxlatuvchi ta'sirga ega dorilar ushbu jadvalda keltirilgan.

6.2-jadval

**Uxlatuvchi ta'sirga ega dori vositalari
(D.R. Shtulman, O.S. Levin, 2018)**

Farmakologik nomi	Firma bo'yicha nomlanishi	Dozasi, mg
Qisqa muddat ta'sir qiluvchi benzodiazepinlar		
Midazolam	Dormikum	7,5 – 15,0
Triazolam	Xalsion	0,125 – 0,250
Uzoqroq muddat ta'sir qiluvchi benzodiazepinlar		
Oksazepam	Tazepam	5 – 10
Lorazepam	Merlit	1
Alprazolam	Ksanaks	0,5 – 1
Bromazepam	Leksotan	1,5 – 3,0
Flunitrazepam	Rogipnol	0,5 – 1,0
Nitrazepam	Radedorm	5 – 10
Uzoq ta'sir qiluvchi benzodiazepinlar		
Flurazepam	Benazil	15
Diazepam	Relanium	5 – 10
Xlordiazepoksid	Elenium	10
Fenazepam	Fenazepam	0,25 – 1
Antidepressantlar		
Amitriptilin	Triptizol	12,5 – 75
Agomelatin	Valdoksan	25 – 50
Mirtazapin	Remeron	7,5 – 30
Trazodon	Trittiko	25 – 100
Benzodiazepin retseptorlari agonistlari		
Zolpidem	Ivadal	5 – 10
Zopiklon	Imovan, Somnol	3,75 – 7,5
Zaleplon	Andante, Sonata	5 – 20
Boshqa dorilar		
Doksilamin	Donormil	15 – 30
Klometiazol	Geminevrin	600 – 900
Gidroksizin	Ataraks	10 – 50
Melatonin	Melaksen	1,5 – 3,0
Sinnarizin	Sinnarizin	25 – 50
Levomepromazin	Tizersin	25 – 50

Izoh: Ushbu dorilar qariyalarga kam dozalarda buyuriladi.

Nevroz va xavotirli-fobik sindromlar bilan bog'liq uyqu qochishlarida kechasi 1 tabl. (25 mg) amitriptilin qabul qilish normal uyquni tiklaydi. Amitriptilinni bemor kam dozada kunduz kuni ham ichib yurishi mumkin. Yengil nevroitik holatlarda uyqu keltirish uchun tarkibida valerian ekstrakti, arslonquyruq va brom saqlovchi dorilardan foydalaniladi. Qo'shimcha ravishda bo'yin-yelka sohasiga natriy brom bilan elektroforez qilish, igna bilan davolash, iliq mineral vanna qabul qilish va umumiy uqalashlar qo'llaniladi.

Agar anksiolitiklar, sedativ dorilar va reflektor davolash muolajalari ko'zlangan natijani bermasa, biroz kuchliroq ta'sirga ega uxlatuvchi dorilarga o'tiladi. Bu maqsadda dastlab trankvilizatorlardan (tazepam, fenazepam) foydalaniladi. Ular doimiy tarzda emas, balki kichik-kichik kurslar bilan tavsiya etiladi. Masalan, uxlatuvchi dori 3-5 kun mobaynida yotishdan oldin ichishga buyuriladi. So'ngra bemor 2-3 kun dori ichishni to'xtatib, o'zi uxlashga harakat qilishi kerak. Bu usul aksariyat hollarda tungi uyquni yana tiklaydi.

Uxlatuvchi dorilar ichida benzodiazepinlar keng qo'llaniladi. Uyquga ketish qiyin bo'lgan holatda qisqa muddat ichida ta'sir qiluvchi dorilar tavsiya etiladi. Uxlagandan keyin tez-tez uyg'onib ketish va turli bezovtaliklarda uzoqroq muddat ta'sir etuvchi dorilar (tazepam, fenazepam, roqipnol, relanium) buyuriladi. Ruhiiy kasalliklar bilan bog'liq (endogen depressiya) insomniyada uxlatuvchi neyroleptiklar (tizersin) tavsiya etiladi.

B) Gipersomniya. Gipersomniya, ya'ni ortiqcha uyquchanlik juda ko'p nevrologik, ruhiy va somatik kasalliklar sababli rivojlanadi. Po'st-log'osti ensefalit (Ekonomo letargik ensefaliti), surunkali intrakranial gipertenziya, III qorincha va gipotalamus sohasi o'smasi, vertebrobazilyar yetishmovchilik, endokrin buzilishlar (gipotireoz), nerv sistemasi intoksikatsiyalari, toksik va metabolik ensefalopatiyalar gipersomniyaga sabab bo'ladi. Shuningdek, turli dorilarni qabul qilish ham uyquchanlik holatini yuzaga keltiradi. Masalan, antikonvulsantlar, antidepressantlar (ayniqsa, amitriptilin), antigistamin dorilar (ayniqsa, suprastin, pipolfen), neyroleptiklar (ayniqsa, tizertsin, aminazin) ichib yuradiganlarda kunduz kunlari ham uyqu bosaveradi. Demak, insomniyaga qaraganda gipersomniya holati ko'p uchraydi va uning sabablari anchagina. Ba'zi odamlar qattiq stress yoki qo'rquvdan so'ng bir necha kunlab uyquga ketadi. Shizofreniyaning ba'zi turlarida ham uyquchanlik ko'p kuzatiladi.

Endi gipersomniyaning klinik turlari bilan tanishib chiqamiz.

Idiopatik gipersomniya – kunduz kuni uyqu bosishi bilan kechadigan patologik sindrom. Gipersomniya monosimptom sifatida namoyon bo‘ladi, ya‘ni boshqa nevrologik va psixotik buzilishlar kuzatilmaydi. Bunday bemor tunda qattiq uyquga ketadi va ertalab uyg‘otmasa, kunduzi soat 12 gacha uxlab qoladi. Sababi noaniq bo‘lgan ushbu sindrom ko‘proq yoshlarda uchraydi. Bu holatni pasaytirish uchun psixostimulyatorlar buyuriladi yoki kunduz kungi jismoniy mehnatga jalb etiladi.

Narkolepsiya – kunduz kuni to‘satdan uxlab qolish, muskullar tonusining birdan yo‘qolishi va keskin psixoemotsional buzilishlar bilan kechuvchi patologik sindrom. Har qanday yoshda kuzatiladigan ushbu sindromning etiopatogenezi to‘la o‘rganilmagan. Uning kelib chiqishiga nasliy omillar sababchi deb ko‘rsatiladi.

Narkolepsiya kunduz kunlari kuchli darajada uyqu bosishi, katapleksiya, gipnogogik holatlar, nutq buzilishi (gapira olmay qotib qolish) va kuchli emotsional reaksiyalar (xoxolab kulib yuborish, yonidagi odamga ajablaniy yoki o‘ta qahr ila qarash) bilan namoyon bo‘ladi. Shunday bo‘lsa-da, birovga tan jarohati yetkazmaydi. Bu holat bir necha daqiqa yoki soat davom etadi va o‘tib ketadi. Shu bois uni isterik xurujlar bilan adashtirishadi va tashxis qo‘yishda qiyinchilik tug‘diradi.

Katapleksiya – muskullar tonusining birdan yo‘qolishi bilan namoyon bo‘luvchi holat. Shu sababli bemor yiqilib tushadi va bir necha soniya (yoki daqiqalar) mobaynida oyoq-qo‘llarini qimirlata olmay yotadi. Biroq uning xushi saqlangan bo‘ladi. Agarda katapleksiya jag‘ muskullarida ro‘y bersa, bemorning pastki jag‘i osilib qoladi. Bunday holat, ko‘pincha qattiq kulganda ro‘y beradi.

Narkolepsiyada kunduz kungi gipersomniya kuzatilsa-da, kechasi tez-tez uyg‘onib ketishlar ro‘y berib turadi. Agar bemor uyg‘onib qolsa, ko‘zini ochadi-yu, oyoq-qo‘llarini qimirlata olmaydi. Bunday holat qattiq qo‘rqib uyg‘onib ketgan sog‘lom odamda ham kuzatilib turadi (ayniqsa, o‘smirlarda).

Tashxis. Kasallikka xos klinik simptomlar, uning kechishi va polisomnografiya tekshiruvlari yordamida qo‘yiladi. Narkolepsiyani bartaraf etish birmuncha qiyin bo‘lib, har doim ko‘zlangan natijani beravermaydi. Narkolepsiya patogenezi noaniqligi bois, simptomatik terapiyadan foydalaniladi. Kunduz kungi uyquchanlikni pasaytirish uchun psixostimulyatorlar, psixotik buzilishlarni kamaytirish uchun antidepressantlar (fluoksetin, prozak) tavsiya etiladi. Spirtli ichimliklar iste‘mol qilish, to‘yib ovqatlanish, og‘ir ishlarda ishlash taqiqlanadi. Stressli vaziyatlardan saqlanish lozim. Yengil holatlarda o‘z-o‘zidan tuzalib ketish ro‘y beradi.

Uyqu paytidagi apnoe (UPA) – uxlab yotgan odamda bir necha soniya mobaynida nafas to‘xtashi bilan namoyon bo‘luvchi holat. UPA sabablari bir qancha. Ular LRK disfunktsiyasini yuzaga keltiruvchi patologik holatlar, ya’ni surunkali alkogolizm, giyohvandlik, gipotireoz, semizlik, nafas olish markazi faoliyatini susaytiruvchi dorilar, toksinlar, metabolitlar va h.k. UPA, shuningdek, yuqori nafas yo‘llari kasalliklari, ya’ni burun bo‘shlig‘idagi to‘siqlar, surunkali rinit, etmoidit, tonzillit, faringit, laringit, bronxitda ham kuzatiladi.

UPA klinikasi quyidagi simptomlardan iborat: nafas olish ritmi buzilishidan tashqari, chuqur-chuqur shovqinli nafas olib uxlash, kuchli xurrak otish, uyqu paytidagi bezovtaliklar va tez-tez uyg‘onib ketish. Bu holat, albatta bosh miyada venoz qon aylanish tizimiga va likvor aylanishiga salbiy ta’sir ko‘rsatadi. Bunday odam ertalab boshi og‘ir bo‘lib, yuz-ko‘zlari biroz shishib, uyqudan qoniqmay uyg‘onadi. Kunduz kuni esnab lanj bo‘lib yuradi. Hadeb esnayverish – miyada gipoksiya belgisidir. UPA va tinmay xurrak otish ishemik gipoksiya va surunkali serebrovaskulyar buzilishlarini kuchaytiradi. Ayniqsa, arterial gipertenziya, ateroskleroz, yurak aritmiyasi, yurak klapanlari yetishmovchiligi bilan og‘rigan bemorda UPA paytida ishemik insult ro‘y berishi yoki YuIK qo‘zg‘ashi mumkin. Spirtli ichimliklarni iste’mol qilib mast holatda uxlab qolganda tunda ro‘y beradigan ishemik insult ko‘pincha UPA paytida kuzatiladi. Chunki alkogol nafaqat giperkoagulyatsiya, gipoksiya va ishemiya holatini yuzaga keltiradi, balki nafas olishda ishtirok etuvchi yuqori nafas muskullari tonusini ham pasaytiradi. Shu sababli mast holatda uxlab qolganlarda xurrak otish kuchayib ketadi. Demak, UPA va tinmay xurrak otishni ishemik insultga olib keluvchi xatarli omillar sirasiga kiritish mumkin.

UPA ni bartaraf etish bir qator tadbirlarni amalga oshirishdan boshlanadi. Dastlab kasallik sababi aniqlanadi. Yuqori nafas yo‘llari kasalliklari aniqlansa, ular bartaraf etiladi. Spirtli ichimliklarni iste’mol qilish to‘xtatiladi, ortiqcha tana vazni me’yorga keltiriladi, yurak-qon tomir kasalliklari davolanadi va h.k. Shuningdek, nafas olish faoliyatiga salbiy ta’sir ko‘rsatuvchi dorilarni qabul qilish cheklanadi. Agar bolalik davridayoq yuqori nafas yo‘li kasalliklari bartaraf etilmasa, bola nimjon bo‘lib o‘sadi.

V) Parasomniya. Uyqu paytida ro‘y beradigan turli xil psixomotor qo‘zg‘alishlarga *parasomniya* deb aytiladi. Bu qo‘zg‘alishlar epileptik xususiyatga ega emas. Uni tungi epileptik xurujlar bilan adashtirmaslik kerak. Parasomniyalarga uyqu paytida oyoq-qo‘llar, bosh va tanani qimirlatib yotish, titrab ketish, tishlarni g‘ijirlatish, tungi qo‘rquv va turib yurishlar, katapleksiya (oyoq-qo‘llarning qimirlamay qolishi) kiradi. Bunday holat-

lar sog'lom odamda ham kuzatiladi va maxsus davolashni talab qilmaydi. Faqat tez-tez qo'rqib uyg'onish va psixomotor qo'zg'alishlarda yotishdan oldin sedativ dorilar yoki trankvilizatorlar tavsiya etiladi.

6.11. Stupor

Stupor (*lot. stupor* – “qotib qolish”, “dong qotish”) – tashqi ta'sirotda javob reaksiyasining butunlay so'nishi va mutizm bilan namoyon bo'luvchi qotib qolish.

Stuporning quyidagi turlari farqlanadi:

- katatonik
- depressiv
- reaktiv

Katatonik stupor og'ir ruhiy kasalliklarda rivojlanadi va bemorning turli holatlarda butunlay qotib qolishi bilan namoyon bo'ladi. U gapirmaydi (mutizm), og'riqni sezmaydi, hech qanday harakat qilmaydi, ko'zlari ochiq holatda bir nuqtaga tikilib qoladi. Tik holatda qotib qolgan bemor yiqilib ham tushmaydi, xuddi haykalga o'xshab qotib turadi. Agar vrach bemorning muskullarini bukib-yozmoqchi bo'lsa, buning uddasidan chiqa olmaydi. Chunki bemorda yuqori darajada muskullar gipertonusi kuzatiladi. Bemor bilan hech qanday muloqotga kirishib bo'lmaydi, u o'zining atrofida nimalar (o'yin-kulgi, urush-janjal) bo'layotganini sezmay qotib turaveradi yoki oyoq-qo'llari va gavdasi bukilgan holatda yotaveradi.

Katatonik stuporda ba'zan quyidagi negativ holatlar ro'y beradi: bemorni joyiga yotqizmoqchi yoki o'rniga o'tqazmoqchi bo'lsangiz, u faol qarshilik ko'rsatadi; oldidagi ovqat solingan idishni olmoqchi bo'lsangiz, idishga yopishadi, yoniga yaqinlashsangiz, u sizdan uzoqlashadi yoki xonadan chiqib ketmoqchi bo'lsangiz, u siz bilan muloqotga kirishishga harakat qiladi va h.k. Shuningdek, baland ovozda berilgan savolga javob bermagan bemorning qulog'iga shivirlab gapirilsa, javob qaytaradi. Ba'zi bemorlar tunda o'rnidan turib yuradi, o'zini tartibga keltiradi, hojatxonaga borib keladi, hatto ovqatlanadi ham. So'ngra yotog'iga kelib uxlab qoladi. Ertasi kuni o'ziga kelsa va shu qilgan ishlarini aytib bersa, eslay olmaydi.

Depressiv stupor og'ir endogen depressiya uchun xos va bunda ham butunlay qotib qolish kuzatiladi. Bunday bemorning yuzida depressiya va aziyat chekkanlik hissi bilinib turadi. Bemor bilan muloqotga kirishish mumkin, biroq u faqat monoton tovushda javob beradi yoki boshini qimirlatib “ha-ha”, “yo'q-yo'q” qabilida javob qaytaradi. Bemor yotgan joyi va ust-boshiga qaramay qo'yadi, hammayoq besaranjom bo'lib yotadi.

Depressiv stupor ba'zida psixomotor qo'zg'alishlarga o'tib ketadi. Bunday paytda u o'ziga va atrofdagilarga tan jarohati yetkazishi mumkin. Shuning uchun ham stupor holatiga tushgan bemorning yoniga bolalar va qariyalar-ni yaqinlashtirmaslik kerak.

Reaktiv (psixogen) stupor – og'ir musibat yoki kuchli stressdan so'ng sog'lom odamda kuzatiladigan qotib qolish. Reaktiv stupor ham yuqorida ko'rsatilgan belgilar bilan namoyon bo'ladi, biroq jiddiy simptomlar kuza-tilmaydi. Bu stupor, odatda, bir kun ichida o'tib ketadi.

Tez yordam. Har qanday stuporda bemor zudlik bilan ruhiy kasalliklar shifoxonasi yoki boshqa shifoxonaning tez yordam bo'limiga yotqiziladi va nazoratga olinadi. Uning yonida doimo kuzatuvchi va parvarish qiluvchi odam bo'lishi kerak. Chunki bemor o'ziga kelganidan so'ng o'z joniga qasd qilishi mumkin.

Katatonik stuporda dastlab 20 % li 2 ml kofein eritmasi mushak ichi-ga qilinadi. Oradan 3-5 daqiqa o'tgach, barbamilning 5 % li 5 ml eritma-si mushak ichiga yoki vena ichiga juda sekinlik bilan yuboriladi. Venaga yuborish tezligi 1 daqiqaga 1 ml dan oshmasligi kerak. Bemor o'ziga kel-gach (mimik reaksiya paydo bo'ladi, bir-ikki so'zlar gapira boshlaydi), bar-bamil qilish to'xtatiladi. Chunki barbamil ko'p qilinsa, bemor uzoq uyquga ketishi mumkin.

Neyroleptiklardan 2,5 % li 2 ml aminazin yoki 0,5 % li 2 ml (10 mg) frenolon yoki 1 % li 2 ml (20 mg) majeptil mushak ichiga yuboriladi. Al-batta, bu dorilar bilan nafas olish markazlari faolligini so'ndirib qo'ymaslik kerak. Kuchli katatonik stuporda bemor insulin bilan gipoglikemik komaga tushirilishi mumkin.

Depressiv stuporda ham barbamil va kofein qilinadi. Bemor o'ziga kel-gach, melipramin 200-300 mg ichishga beriladi yoki 1,25 % li 2 ml miqdor-da mushak ichiga yuboriladi. Reaktiv (psixogen) stuporda 0,5 % li 2 ml diazepam (seduksen, relanium) mushak ichiga qilinadi. So'ngra 10-20 mg elenium yoki 3-5 mg fenazepam bir-ikki kun mobaynida ichishga tavsiya etiladi.

Nazorat uchun savollar

- 1. Miya insultida bemorlar psixologiyasi qanday o'zgaradi?*
- 2. Chap yarim shar insultida qanday neyropsixologik va psixoemotsional buzilishlar kuzatiladi?*
- 3. O'ng yarim shar insultida qanday neyropsixologik va psixoemotsional buzilishlar aniqlanadi?*

4. *Insult o'tkazganlarda psixoreabilitatsiya qanday olib boriladi?*
5. *Kranioserebral jarohatlarda bemorlar psixologiyasidagi o'zgarishlarni aytib bering?*
6. *Meningitlarda bemorlar psixologiyasi qanday o'zgaradi?*
7. *Meningoensefalit o'tkazganlarda qanday neyropsixologik va psixoemotsional buzilishlar ro'y beradi?*
8. *Epilepsiyada qanday psixoemotsional buzilishlar kuzatiladi va xarakter qanday o'zgaradi?*
9. *Epilepsiyada qanday tibbiy-psixologik yordam ko'rsatiladi?*
10. *Nevroz qanday kasallik va uning turlari haqida nimalarni bilasiz?*
11. *Dissotsiativ nevroz – nevrozning qanday turi?*
12. *Miyaga o'rnashgan fikrlar nevrozi haqida so'zlab bering.*
13. *Vegetativ distoniya sindromi haqida so'zlab bering.*
14. *Vegetativ krizlar qanday namoyon bo'ladi?*
15. *Yuzning psixogen og'riqlari haqida so'zlab bering.*
16. *Bezovta oyoqlari sindromi qanday kasallik?*
17. *Uyqu buzilishlarining qanday turlarini bilasiz?*
18. *Stuporda tez tibbiy-psixologik yordam qanday ko'rsatiladi?*

VII BOB. DEPRESSIYA VA AFFEKTIV BUZILISHLAR

7.1. Umumiy ma'lumotlar

JSST ma'lumotlariga ko'ra (2018) dunyo bo'yicha depressiya tashxisi bilan ro'yxatga olinganlar soni 300 mln. kishiga yetdi. 2020-yilga kelib depressiya rivojlangan davlatlarda tarqalish darajasi bo'yicha birinchi o'ringa chiqib olishi taxmin qilinmoqda. Depressiya har besh bemorning birida surunkali tus olib og'ir kechadi va yillab davom etadi.

O'z joniga qasd qiluvchilar ichida depressiya eng oldingi o'rinlardan birini egallagan. O'zbekistonda ham depressiya bilan kasallanganlar soni ortib bormoqda va tabiiyki, bu holat o'z joniga qasd qiluvchilar soni ko'payishiga ham olib keladi. Turli ma'lumotlarga ko'ra, depressiya bilan kasallanganlarning bor-yo'g'i 20 % psixiatr ko'rigiga boradi. Qolganlari esa boshqa soha mutaxassislari, ya'ni terapevt, nevropatolog, tibbiy psixolog, umumiy amaliyot vrachlariga murojaat qilishadi. Buning asosiy sababi psixiatrga murojaat qilishdan uyalish, psixotrop dorilar ichishdan qo'rqish va depressiyaning somatoform buzilishlar bilan namoyon bo'lishini alohida ta'kidlab o'tish lozim. Bu muammo Yevropa davlatlarida ham mavjud. Shu bois ham xorijda depressiya aniqlangan bemorlar bilan ishlash va ularga tibbiy-psixologik yordam ko'rsatish bo'yicha bir qator dastur va yo'riqnomalar ishlab chiqilgan. Masalan, boshqa soha vrachlariga ham mustaqil ravishda antidepressantlar tavsiya etish huquqi berilgan. Ushbu qoidani dastlab qabul qilgan davlatlarda o'z joniga qasd qilishga urinishlar soni keskin kamaygan. Qaysidir bemorda depressiya belgilarini ilk bor kuzatgan har bir soha shifokori bemorni tibbiy psixolog yoki psixiatrga yo'llashi kerak. Demak, boshqa soha mutaxassislarning tibbiy psixolog va psixiatrlar bilan doimiy muloqotda bo'lishi katta ahamiyatga ega. Depressiyada professional darajada yordam ko'rsata oladigan mutaxassislar – bular tibbiy psixolog va psixiatrlar.

7.2. Etiologiyasi va patogenezi

Depressiya – ko‘p etiologiyali kasallik. Ushbu kasallik tashqi omillar sababli rivojlansa – **ekzogen**, hech qanday sababsiz rivojlansa – **endogen** depressiya haqida so‘z boradi. Ekzogen depressiya negizida psixosotsial omillar yoki og‘ir somatik kasalliklar yotsa, endogen depressiya negizida genetik omillar yotadi.

Ekzogen depressiya sabablari juda ko‘p. Ularning ichida eng yaqin kishisidan judo bo‘lish, bolalik davrida o‘tkazilgan ruhiy jarohatlar, og‘ir dardga chalinish, oila va ishxonadagi mojarolar kabi bir qancha sabablarni sanab o‘tish mumkin. Biroq bunday holatlarga duch kelgan barcha insonlarda ham depressiya rivojlanavermaydi. Shu bois ekzogen depressiya ham ushbu kasallikka moyil insonlarda rivojlanadi, deguvchi gipotezalar mavjud. Mutaxassislar fikricha, depressiya tashxisi qo‘yilgan har qanday bemorning bosh miyasida turli darajada ifodalangan neyrobiologik, neyrokimyoviy va neyroendokrin buzilishlar aniqlanadi. Albatta, bu o‘zgarishlar endogen depressiyada yaqqol namoyon bo‘ladi.

Depressiya patogenezida neyroaminlar, xususan, serotonin, noradrenalin va dofamin almashinuvi buzilishi ham ahamiyatlidir. Ayniqsa, bosh miya markazlarida serotonin yetishmovchiligi depressiya rivojlanishida asosiy etiopatogenetik omillardan biri hisoblanadi.

Kognitiv psixoterapevtlar tomonidan depressiyaning kognitiv modeli ham ilgari surilgan. Ularning fikricha, bolalik davrida o‘tkazilgan ruhiy jarohat uning miyasiga o‘rnashib qoladi va katta yoshga yetganida salbiy ijtimoiy-psixologik omillar ta’siri ostida qo‘zg‘alib, depressiya rivojlanishiga olib keladi. Ushbu shaxslarning hayot anamnezi o‘rganilganda, aksariyatida o‘ziga ishonch yo‘q, o‘z imkoniyatlarini past baholaydi, atrofdagi voqelikni qora bo‘yoqlarda ko‘radi va kelajakka pessimistik ruhda qaraydi.

Depressiya neyroleptiklar, psixostimulyatorlar, levodopa, glyukokortikosteroidlar, benzodiazepinlar va narkotik xususiyatga ega dori vositalarini uzoq muddat yoki katta dozada qabul qilib yurgan bemorlarda ham rivojlanadi. Bunday paytlarda farmakologik depressiya haqida so‘z boradi.

Yuqorida aytib o‘tilganidek, depressiya somatik kasalliklar sababli ham rivojlanadi. Ayniqsa, og‘ir yoki ketma-ket o‘tkazilgan jarrohlik operatsiyalari, bir necha oylab davom etayotgan osteomielit, sil, jigar, buyrak, teri-tanosil va OITS kabi kasalliklar ham somatogen depressiya sababchisidir. Gipotireozda ham depressiya ko‘p uchraydi. Shu bois depressiyada qalqonsimon bez gormonlarini tekshirib ko‘rish tavsiya etiladi.

Tashqi (ijtimoiy-psixologik) yoki ichki (somatogen) jiddiy omillardan so'ng depressiya o'tkir rivojlanib, uning belgilari kamida 2 hafta davom etsa, reaktiv depressiya haqida so'z boradi. Biroq uning belgilari ushbu muddatdan oshib ketsa, depressiyaning boshqa turlari izlanadi.

Ba'zi fikrlarga ko'ra, quyosh nuri yoki yorug'lik yetishmasligi ham depressiya rivojlanishiga turtki bo'ladi. Qish va kuz oylarida depressiyaning ko'p uchrashi bunga misol bo'la oladi, ya'ni quyosh nuri kam bo'lgan mavsumlarda depressiya rivojlanadi. Biroq ushbu ilmiy farazni inkor qiladigan qarashlar ham bor. Masalan, shaxtyorlarda depressiyaning uchrash darajasi, yorug'likda ishlaydiganlardan deyarli farq qilmaydi. Shuningdek, depressiya bilan kasallanganlar yorug'likni emas, balki qorong'ilikni xush ko'rishadi.

Aksariyat mutaxassislar depressiya uchrashi bosh miyaning funksional asimmetriyasiga ham bog'liq, deb hisoblashadi. Ularning fikricha, o'naqaylarga qaraganda chapaqaylar depressiyaga moyil va hissiyotga beriluvchan bo'lishadi.

Depressiya bosh miyaning diffuz va lokal zararlanishlarida ham uchraydi. Masalan, turli etiologiyali, ya'ni vaskulyar, toksik va metabolik ensefalopatiya va neyrodegenerativ kasalliklarda ham depressiya rivojlanadi. Bosh miyaning boshqa bo'laklariga qaraganda, uning chakka bo'lagi zararlanishida depressiya ko'p uchrashini ham ta'kidlab o'tish lozim. Shu bois bosh miyaning chakka bo'lagini "emotsional miya" deb atashadi. Masalan, KSJ da bosh miyaning chakka bo'lagi zararlansa, depressiya rivojlanishi xavfi bir necha barobarga oshadi. Biroq fMRT tekshiruvlari natijasida olingan so'nggi ma'lumotlar prefrontal soha zararlanishida ham affektiv buzilishlar, shu jumladan, depressiya rivojlanishini ko'rsatdi (B.Baars, N.Geydj., 2016). Prefrontal soha zararlenganda apato-abulik sindrom kuzatilishi ham xuddi depressiyaga o'xshash belgilar bilan namoyon bo'ladi. Bu holatni neyropsixiatrlar apatik depressiya deb ham atashadi.

Serebral insultda depressiyaning uchrash darajasi 12-34 % ni tashkil etadi. Chap va o'ng yarim shar insultlarida depressiyaning klinik belgilari bir-biridan farq qiladi. Chap yarim shar insultida ortiqcha qo'rquv, xavotir va ortiqcha qo'zg'alish bilan namoyon bo'luvchi depressiya ko'p uchrasa, o'ng yarim shar insultida hissiy karaxtlik, passivlik va anozognoziya bilan namoyon bo'luvchi depressiya ko'p uchraydi (Ibodullayev Z.R., 2005).

7.3. Depressiyaning xalqaro tasnifi

KXT-10 da depressiya bilan namoyon bo'luvchi patologik holatlar bir qancha kodlar va ruknlarda bayon qilingan (7.1-jadval).

7.1-jadval.

KXT-10 bo'yicha depressiya va kayfiyat buzilishi bilan namoyon bo'luvchi holatlar

No	F32	Depressiv epizodlar
1	F32.0	Yengil darajali depressiv epizod
2	F32.1	O'rta darajali depressiv epizod
3	F32.2	Og'ir darajali depressiv epizod, psixotik simptomlarsiz
4	F32.3	Og'ir darajali depressiv epizod, psixotik simptomlar bilan
5	F32.8	Boshqa depressiv epizodlar
6	F32.9	Aniqlashtirilmagan depressiv epizodlar
	F33	Rekurrent depressiv buzilishlar
1	F33.0	Yengil epizodli rekurrent depressiv buzilishlar
2	F33.1	O'rta darajadagi rekurrent depressiv buzilishlar
3	F33.2	Og'ir darajadagi rekurrent depressiv buzilishlar, psixotik buzilishlarsiz
4	F33.3	Og'ir darajadagi rekurrent depressiv buzilishlar, psixotik buzilishlar bilan
5	F33.4	Rekurrent depressiv buzilishlarning remissiya davri
	F34	Kayfiyatning turg'un buzilishlari (affektiv buzilishlar)
1	F34.0	Siklotimiya
2	F34.1	Distimiya
3	F34.8	Kayfiyatning boshqa turg'un buzilishlari (affektiv buzilishlar)

Izoh: Klinik tasniflarda bu atamalar qaysi sindrom ustun kelishiga qarab o'zgartirib beriladi.

7.4. Klinik turlari va tashxis qo'yish tartibi

Depressiya tashxisini qo'yish KXT-10 va DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV, ruhiy buzilishlar bo'yicha diagnostik va statistik qo'llanma, IV nashri*) bo'yicha olib boriladi. KXT-10 bo'yicha depressiyaning **asosiy** va **qo'shimcha** simptomlari farq qilinadi. Ushbu xalqaro tasnifga binoan "**depressiya**" tashxisini qo'yish uchun quyidagi

asosiy simptomlardan kamida ikkitasi, qo'shimcha simptomlardan esa kamida uchtasi bemorni 2 haftadan oshiq bezovta qilayotgan bo'lishi kerak.

A. Depressiyaning asosiy simptomlari:

1. O'ta tushkun kayfiyat.
2. Qiziqish, qoniqish va xursand bo'lish hissi yo'qligi.
3. Umumiy quvvat so'nib, tez toliqib qolish.

B. Depressiyaning qo'shimcha simptomlari:

1. Hayotga pessimistik ruhda qarash.
2. Aybdorlik hissi, o'zini hadeb ayblayverish.
3. O'zidan qoniqmaslik va o'zini doimo kamsitish.
4. Fikrlar karaxtligi, biror qarorga kela olmaslik.
5. O'z joniga qasd qilish xayollariga borish.
6. Ishtaha pasayishi, ba'zida kuchayishi.
7. Uyqu buzilishi (uyqusizlik yoki uyquchanlik).

DSM-IV bo'yicha depressiya tashxisini qo'yishga bo'lgan talablar. Unga binoan quyidagi 9 ta simptomdan beshtasi bemorni 2 haftadan oshiq bezovta qilayotgan bo'lishi kerak.

1. Depressiv kayfiyat.
2. Har qanday faoliyatga bo'lgan qiziqish va ulardan qoniqish his-sining keskin pasayishi yoki yo'qolishi.
3. Ishtaha yo'qolishi va tana vazni kamayishi (gohida ishtaha kuchayishi va tana vazni ortishi).
4. Insomniya (gohida gipersomniya).
5. Psixomotor qo'zg'alishlar yoki tormozlanish.
6. Quvvatsizlik va tez toliqish.
7. O'zini kamsitib hech kimga kerak emasdek his qilish.
8. Diqqatni bir joyga jamlay olmaslik, fikrlar karaxtligi.
9. O'z joniga qasd qilish xayollari.

Endi KXT-10 bo'yicha har bir depressiv epizodning tashxis qo'yish algoritmi bilan tanishib chiqamiz.

F32 Depressiv epizod. Bemorda depressiya avval umuman kuzatilmagan bo'lsa, "depressiv epizod" tashxisi qo'yiladi. KXT-10 bo'yicha depressiv epizodning *yengil, o'rta* va *og'ir* darajalari farq qilinadi. Uning har birida tushkun kayfiyat, qiziqishlar so'nishi, qoniqish hissi yo'qligi, umumiy quvvat so'nib, tez toliqib qolish kuzatiladi. Bemor o'zini hech kimga kerak emasdek va aybdordek his qiladi. Kayfiyat kun bo'yi o'zgarib turadi, gohida ko'tariladi, gohida pasayadi. Ertalab uyg'onganda tushkun kayfiyat, kuchli

xavotir, ishtaha yo'q, fikrlar karaxt bo'lsa, kechga yaqin kayfiyat ko'tarilib, bu belgilar biroz barham topishi mumkin. Aqliy va jismoniy mehnat unumdorligi pasayadi. Bemor diqqatini bir joyga jamlab ishlay olmaydi. Oddiy jismoniy faollikdan ham tez charchab qoladi, toliqadi. Uyqu buziladi (insomniya yoki gipersomniya), ishtaha yo'qoladi. O'ziga ishonch kasallikning yengil turida ham keskin pasayadi, o'zini kamsitaveradi. Kayfiyat tushib ketgan paytlarda somatik simptomlar paydo bo'ladi yoki kuchayadi. Yuqorida zikr etilgan barcha belgilar depressiya darajasiga bog'liq bo'lib, yengil, o'rta yoki og'ir darajada namoyon bo'ladi.

Endi KXT-10 talablariga binoan depressiya darajasi, turi va affektiv buzilishlar bilan tanishib chiqamiz.

F32.0 Yengil darajali depressiv epizod. Yuqorida qayd qilingan asosiy simptomlardan 2 ta, qo'shimcha simptomlardan 2-3 ta belgi kuzatiladi va ular bemorning kundalik turmush tarzi hamda kasbiy faoliyatiga ta'sir etmaydi. Bunda depressiya belgilari 2 haftadan oshmasligi lozim. Qisqa muddat davom etganligi bois buni *reaktiv depressiya* deyishadi.

F32.1 O'rta darajadagi depressiv epizod. Yuqorida ko'rsatilgan asosiy simptomlardan 2 ta, qo'shimcha simptomlardan 3 tasi aniqlanadi. Ular o'rta darajada ifodalangan bo'lib, bemorning kundalik turmush tarzida biroz qiyinchiliklarni yuzaga keltiradi va sotsial adaptatsiyani birmuncha murakkablashtiradi.

F32.2 Og'ir darajadagi depressiv epizod (psixotik buzilishlar-siz). Yuqorida zikr etilgan asosiy simptomlardan 3 ta, qo'shimcha simptomlardan 4 yoki undan ko'p belgilar aniqlanadi va yaqqol ifodalangan bo'ladi. Ushbu simptomlar bemorning turmush tarziga jiddiy ta'sir ko'rsatadi va sotsial adaptatsiyani izdan chiqaradi. Psikotik buzilishlar kuzatilmaydi.

F32.3 Og'ir darajadagi depressiv epizod psixotik buzilishlar bilan. Ushbu depressiv epizod F32.2 da ko'rsatilgan barcha simptomlar hamda gallyutsinatsiya, alahsirash, psixomotor qo'zg'alishlar, stupor va o'z joniga qasd qilishga urinishlar bilan kechadi. Bemor o'z galar parvarishiga muhtoj bo'lib qoladi va sotsial adaptatsiya butkul izdan chiqadi.

F33 Rekurrent depressiv buzilishlar. Ushbu tashxisni qo'yish uchun bemor avvallari depressiv epizodlardan birini boshidan kechirgan bo'lishi kerak. Masalan, bemorda bir necha oy ilgari 2 hafta mobaynida o'rta darajada ifodalangan depressiv epizod kuzatildi va 2-3 oy remissiyadan so'ng u yana depressiyaga tushdi. Mana shunday holatlarda "rekurrent depressiv buzilishlar" tashxisi qo'yiladi. Kasallikning yengil, o'rta va og'ir darajadagi turlari farqlanadi.

F34. Kayfiyatning turg'un buzilishlari (affektiv buzilishlar). KXT-10 da kayfiyatning turg'un buzilishlari kodi ostida F34.0 – siklotimiya va F34.1 – distimiya alohida ruknlarda keltirilgan.

F34.0 Siklotimiya. Yun. “*ciclo*” – aylana, “*timos*” – kayfiyat degani. Siklotimiya – kayfiyatning to'liqinsimon o'zgarib turishi bo'lib, u gohida pasayadi (gipotimiya), gohida ko'tariladi (gipertimiya). Siklotimiya og'ir kechmaydi va uzoq davom etmaydi. Shunisi bilan bipolyar affektiv buzilishlar (F31) va rekurrent depressiv buzilishlardan (F33) farq qiladi. KXT-11 da “siklotimiya” o'rniga “siklotimik buzilishlar” iborasini qo'llash taklif qilinmoqda. Siklotimiya ko'pincha bipolyar affektiv buzilishlar bilan kasallanganlarning yaqin qarindoshlarida aniqlanadi. Siklotimiya keyinchalik bipolyar affektiv buzilishlarga o'tishi mumkin. Bu atamadan shaxs tiplarini ifodalashda ham foydalaniladi. Masalan, sikloid tip – hech qanday sababsiz kayfiyati goh buzilib, gohida ko'tarilib turuvchi shaxs.

F34.0 Distimiya. Distimiya kayfiyatning turg'un buzilishi bo'lib, ikki yildan oshiq davom etadi va depressiyaga o'xshab og'ir kechmaydi. Distimiya ko'pincha o'smirlik davrida boshlanadi, biroq involyutsion distimiya ham farq qilinadi. Distimiya uchun quyidagi belgilar xos: 1) ishtaha pasayib ketishi yoki keragidan ortiq ovqat yeb yuborish; 2) o'ziga nisbatan ishonchning yo'qolishi; 3) uyqusizlik yoki hadeb uxlayverish; 4) umumiy quvvat va ishchanlikning so'nishi; 5) fikrini bir joyga jamlay olmaslik; 6) ozgina tanbeh eshitsu, ko'zi yoshlanishi; 7) yosh bo'lsa-da seksual hayotga qiziqmaslik va undan qoniqmaslik; 8) kundalik yumushlarni oxiriga yetkaza olmay to'xtatib qo'yish; 9) pessimizm; 10) yoqimsiz voqealarni eslab xayolga botib yurish; 11) odamlarga qo'shilmay yolg'izlikni ma'qul ko'rish, jamiyatdan qochish; 12) kamgaplik; 13) psixologik stuporga tushib turish.

F31 Bipolyar affektiv buzilishlar. KXT-10 da alohida kod bilan belgilangan ushbu buzilishlar *maniakal-depressiv psixoz* deb ham ataladi. Bipolyar affektiv buzilishlar – maniakal va depressiv holatlarning galma-gal kuzatilishi bilan namoyon bo'luvchi affektiv holatdir. Maniya – depressiyaga teskari bo'lgan ruhiy holat. Bu paytda bemorning kayfiyati yuqori darajada ko'tariladi va u sho'x-shodon bo'lib qoladi, hazil-mutoyibalar qiladi, hatto qo'shiq aytib raqsga tushadi, jismoniy faolligi ham kuchayib ketadi (bir haftadan buyon qilinmay yotgan ishlarni bir kunda bajarib tashlaydi), libido kuchayib seksual faolligi oshadi, gapdon bo'lib qoladi (bir necha kundan buyon jim yurgan odam endi oila a'zolari bilan qizg'in suhbat qura boshlaydi). Uning bu holatini ko'rgan farzandlari “Oyim depressiyadan chiqibdi” deb xursand bo'lishadi. Biroq bu xursandchilik uzoqqa bormaydi. Bir-ikki haftadan keyin bemor yana depressiyaga tu-

shadi, ya'ni maniakal davr tugab, depressiya davri boshlanadi. Bipolyar affektiv buzilishlar, ya'ni maniakal-depressiv psixoz endogen depressiyalar toifasiga kiradi va bir bosqichdan ikkinchi bosqichga tashqi ta'sirlarsiz o'tib turadi. Bu haqda batafsil ma'lumot psixiatriya darsliklarida keltirilgan.

Endi depressiyaning boshqa turlari bilan tanishib chiqamiz.

Kichik depressiya (subdepressiya, subklinik depressiya) – o'ta yengil turdagi depressiya. Undagi belgilar KXT-10 dagi F32.0 "Yengil depressiv epizod" ga to'g'ri keladi (avvalgi sahifalarga qarang). Kichik depressiyani *psixogen depressiya* deb ham atashadi.

Unipolyar depressiya – maniakal davrlarsiz kechadigan depressiya.

Atipik depressiya – depressiya uchun xos bo'lgan tipik simptomlar aniqlanmaydigan depressiya. Kayfiyat tez-tez o'zgarib turishi, paradoksal angedoniya (*paradoxical anhedonia*), bezovtalik, ishtahasi ochilib ketib, ko'p ovqatlanish ("kayfiyatimni ovqat yeb ko'taraman") va shu sababli semirib ketish, ko'p uxlash, og'ir qadam tashlash ("yurganda oyoqlarim og'ir bo'lib qoladi") va ko'pchilikka qo'shib ketish qiyinligi bilan namoyon bo'ladi. Ushbu somatik simptomlar va xarakterologik o'zgarishlarga depressiyaning bir turi sifatida qarab "atipik depressiya" atamasi kiritilgan. Boz ustiga, ularga antidepressantlar yaxshi yordam beradi. Biroq ak-sariyat mutaxassislar bu atamani ma'qullashmaydi.

Niqoblangan depressiya (somatizatsiyalashgan depressiya) – ruhiy buzilishga qaraganda somatoform buzilishning ustunligi bilan namoyon bo'luvchi depressiya. Somatik buzilishlar niqobida namoyon bo'layotgan ushbu depressiyaning klinik simptomlari KXT-10 bo'yicha "depressiv epizodlar" klinikasiga to'g'ri keladi, biroq psixopatologik simptomlar sust ifodalangan bo'ladi. Depressiya bilan kasallangan bemorlarning aksariyati tibbiy psixolog yoki psixiatr-ga emas, balki UAV yoki boshqa mutaxassis-larga murojaat qilib yurishining asosiy sababi ham umumiy populyatsiya-da niqoblangan depressiyaning ko'p uchrashidir. Niqoblangan depressiya ko'p hollarda uzoq davom etuvchi monosimptomlar bilan namoyon bo'ladi. Masalan, doimiy bosh og'riq, doimiy kardialgiya, abdominalgiya, artralgiya, sistalgiya, nevralgiyalar. Niqoblangan depressiyaning klinik ko'rinish-lari haqida batafsil ma'lumot ushbu kitobning "Psixosomatik tibbiyot asos-lari" bobida yoritilgan.

Melanxolik depressiya – hech narsadan qoniqmaslik, ya'ni angedoniya va kayfiyatni ko'taruvchi voqealardan rohatlanish hissining yo'qligi bilan namoyon bo'luvchi depressiya. Bunday depressiya, asosan, melanxolik tip-dagi shaxslarda uchraydi. Ularning kayfiyati doimo past bo'lib, atrofda yuz

berayotgan voqea-hodisalarga qiziqishmaydi, aqliy va jismoniy mehnat qilishga xohish-istak o'ta sust bo'ladi. Bunday toifaga kiruvchilar ertalab tushkun kayfiyatda uyg'onishadi, ishtahasi bo'lmaydi va yuz-ko'zidan hissiy karaxtlik yaqqol sezilib turadi.

Involutsion depressiya lotinchadan *involutio* – *teskariga rivojlanish, orqaga qarab ketish* degan ma'nolarni anglatadi. Psixiatrlar involutsion davrni ayollar uchun 45-55 yosh, erkaklar uchun 50-65 yoshdan so'ng boshlanadi, deb hisoblashadi. Biroq JSST tasnifiga ko'ra, bu davrlar o'rta yoshga kiritilgan. Katta yosh – 60-75 yosh, keksalik davri – 75 – 89 yosh, 90 yoshdan oshganlar esa uzoq umr ko'ruvchilar toifasiga kiritiladi. Involutsion depressiya endokrin va jinsiy bezlar atrofiyasi boshlanishi bilan bog'liq depressiv buzilishlar majmuasi bo'lib, doimiy tushkun kayfiyat, qo'rquv va xavotir, ipoxondriya, hayotga bo'lgan ishtiyoq pasayishi, turli somatovegetativ buzilishlar va o'z joniga qasd qilishga urinishlar bilan kechadi. Ba'zan kuchli psixopatologik o'zgarishlar psixoz darajasigacha etadi. Bunday holatda *involutsion psixoz* haqida so'z boradi. Ushbu kasallik, ayniqsa, jufti halolidan ayrilganlarda yaqqol namoyon bo'ladi yoki kuchayadi.

Postnatal depressiya (tug'ruqdan keyingi depressiya) ayniqsa, bolasi o'lik tug'ilgan ayollarda rivojlanadigan affektiv buzilishlar bo'lib, depressiyaning barcha alomatlari bilan namoyon bo'ladi. Odatda, bu holat 1-3 oy davom etadi. Bunday depressiya bolasi sog'lom tug'ilgan ayollarda ham kuzatiladi, biroq uning belgilari bir necha kun ichida o'tib ketadi.

Mavsumli depressiya (mavsumli affektiv buzilishlar) – yilning ma'lum bir mavsumida kuzatilib, boshqa paytlari o'z-o'zidan o'tib ketadigan depressiya. Ushbu depressiya kuz yoki qish mavsumida kuzatiladi, bahor yoki yoz oyida o'tib ketadi. Ba'zi odamlar mavsumli depressiyaga juda moyil bo'lishadi. Ular yilning o'sha mavsumida (masalan, qishda) depressiyaga tushib, mehnat faoliyatini umuman yig'ishtirib qo'yishadi. Ba'zan ularda psixomotor qo'zg'alishlar ham kuzatiladi. Depressiyaning qishda ko'p uchrashi bu faslda yorug' kunlarning kamligi bilan izohlanadi. Shuningdek, depressiyada gelioterapiya, ya'ni quyosh nurlari bilan davolash samara berganligi uchun ham mavsumli depressiya rivojlanishiga bulutli kunlar turtki bo'ladi, deb hisoblashadi. Shu bois ham qishda odamlar quyoshli o'lkalarga intilishadi va depressiyaning yengil hamda o'rta darajadagi turlaridan xalos bo'lib qaytishadi. Biroq shunday bo'lsa-da, mavsumli depressiya klinik tashxis sifatida ko'rsatilmaydi va uning mavjudligiga e'tirozlar bor.

Endi depressiyaga o'xshab kechuvchi kasallik, ya'ni apatiya haqida to'xtalib o'tamiz.

Apatiya – hamma narsaga befarqlik bilan namoyon bo'luvchi ruhiy holat. Apatiyaning klinik manzarasi depressiyaga juda o'xshab ketganligi bois, bu sindrom haqidagi ma'lumotni ushbu bobda keltirib o'tamiz. Apatiyada bemor hech narsaga qiziqmaydi, hech qaysi tadbirda ishtirok etmaydi yoki yoqar-yoqmas qatnashadi, atrofda bo'layotgan voqealarga o'ta befarq bo'ladi. Depressiyaga juda o'xshab ketadigan ushbu holat hissiy reaksiyalar so'nishi bilan namoyon bo'ladi. Bunday bemorni ko'rgan vrach ba'zida adashib “depressiya” tashxisini qo'yadi. Apatiya har kimda har xil kechadi. Masalan, oila a'zolaridan, ishdan yoki rahbariyatdan ko'ngli sovingan odam ham ba'zida apatiyaga tushadi. Bu oddiy apatiya bo'lib, vaziyat o'zgarsa, tezda o'tib ketadi.

O'zida qandaydir kasallik borligini bilgan odam ham apatiyaga tushishi mumkin. Mabodo zahm, OITS, sil yoki boshqa bir jiddiy kasalliklar aniqlansa, odam apatiyaga tushadi. Bu holat keyinchalik depressiyaga o'tishi ham mumkin. Shuningdek, bosh miyaning bir qator qon-tomir (ensefalopatiya, insult) va degenerativ kasalliklarida (Alsxaymer, parkinsonizm) bemor apatiyaga tushadi.

Agar apatiya iroda so'nishi bilan namoyon bo'lsa, apato-abulik sindrom haqida so'z boradi. Bu holat, ayniqsa, bosh miyaning peshona bo'lagi zararlanishi uchun xos. Apatiya depressiyaga qaraganda yengil ruhiy holat. Apatiyada depressiyadagi kabi kuchli psixopatologik simptomlar kuzatilmaydi. Masalan, fikrlar karaxtligi bo'lmaydi, o'z joniga qasd qilishga urinishlar kuzatilmaydi va antidepressantlar ham tavsiya etilmaydi. Vaziyat yaxshi tomonga o'zgarsa yoki apatiyaga olib kelgan kasallikdan bemor xalos bo'lsa, apatiya tezda barham topadi. Apatiyada psixoterapiya yuqori darajada samaralidir.

7.5. Davolash usullari va profilaktikasi

Davolashni boshlashdan oldin bemorni depressiyaga olib kelgan sababni aniqlash zarur. Aks holda davolash samarasiz bo'ladi. Bitta psixologik suhbat yordamida bunga erishib bo'lmaydi. Shuningdek, bemor uchun standart bo'lib qolgan gipodinamik turmush tarzini faol hayot tarziga o'zgartirish ham muhim. Bu qanchalik qiyin bo'lmasin, uni amalga oshirish tibbiy psixologning bevosita vazifasidir.

Depressiya jiddiy kasallik bo'lib, bemorni davolash faqatgina psixoterapiya va antidepressiv terapiyadan iborat bo'lmamligi kerak. Aksariyat holatlarda vrachlar mana shu usullar bilan chegaralanib qoladi va kutilgan

natijaga erishmaydi. Davolash jarayonida psixoterapiya, farmakoterapiya, musiqaterapiya, fizioterapiya, refleksoterapiya, logoterapiya, gelioterapiya, talassoterapiya, sotsial terapiya, sport yoki jismoniy tarbiya kabi davolash-reabilitatsiya usullaridan unumli foydalanish zarur bo'ladi. Quyidagi 4 xil davolash usulini albatta qo'llash zarur: a) psixoterapiya; b) farmakoterapiya; 3) musiqaterapiya; 4) sihatgohlarda dam olib turish.

Endi depressiyada bemorni davolashga oid klinik standartda ko'rsatilgan talab va qoidalar haqida to'xtalib o'tamiz. Depressiyaning yengil va o'rta darajadagi turlarida bemorni davolash ambulator sharoitda olib boriladi. Og'ir darajali depressiya, suitsid va psixotik buzilishlar bilan namoyon bo'layotgan holatlarda bemor, albatta, statsionarga yotqizilishi lozim. Ular psixiatr nazoratida davolanishadi. Biroq depressiya turi qanday bo'lishi va bemor qayerda davolanishidan qat'i nazar ushbu jarayonda tibbiy va sotsial psixolog ishtiroki talab etiladi. Sotsial psixolog bemorning sotsial adaptatsiyasi bilan shug'ullanadi va uning ishga layoqatlilik darajasini aniqlaydi. Suitsid yaqqol namoyon bo'lgan holatlarda suitsidolog yordami zarur bo'ladi.

Somatik kasalliklar negizida rivojlangan depressiyada dastavval yoki parallel tarzda ushbu kasalliklarni davolashni boshlash zarur. Masalan, gipotireoz aniqlansa, uni davolashni zudlik bilan boshlash kerak. Depressiya bosh miyaning diffuz patologiyasi (ensefalopatiya, parkinsonizm, epilepsiya) yoki lokal zararlanishlari (insult, miya ezilishlari, gematoma) sababli rivojlangan bo'lsa, bu holatlarni ham bartaraf etish lozim bo'ladi. Biror bir kasallik tufayli bemor qabul qilib yurgan dorilar depressiyani keltirib chiqarish xususiyatiga ega bo'lsa, ularni ham o'rganish zarur.

Psixoterapiya. Har qanday depressiyada davolash jarayoni psixoterapiya bilan boshlanishi va psixoterapiya bilan tugallanishi kerak. Farmakoterapiyadan oldin o'tkazilgan psixoterapiya davolanish jarayonini yengillashtirsa, undan keyin o'tkazilgan psixoterapiya depressiya qaytalanishining oldini oladi. Psixoterapiya, ayniqsa, depressiyaning yengil va o'rta darajadagi turlarida juda samaralidir. To'g'ri tanlangan psixoterapiya yordamida aksariyat hollarda bemorga antidepressant tavsiya etmasdan turib, uni depressiyadan chiqarish mumkin. Shuningdek, antidepressantning nojo'ya ta'siri ko'p bo'lgan holatlarda yoki ularni belgilangan terapevtik dozada qabul qila olmasa ham psixoterapiyani bosqichma-bosqich va davomli o'tkazish orqali bemorni depressiyadan xolos qilish mumkin. Ayniqsa, depressiyadagi xavotirli buzilishlar va xarakterdagi o'zgarishlar psixoterapiya yordamida samarali bartaraf etiladi. Har qanday psixo-

terapiyaning asosiy maqsadi – bemorning sog‘lom psixologik portretini qayta tiklashdan iborat bo‘lmog‘i kerak.

Bugungi kunda bemorlarni davolash jarayonida qo‘llaniladigan psixoterapevtik usullar juda ko‘p bo‘lib, ularning ba‘zilari haqida to‘xtalib o‘talmiz.

Psixozanaliz (psixodinamik terapiya). Psixodinamik nazariyaga muvofiq psixoemotsional buzilishlar negizida bolalik davrida olingan kuchli psixologik zarbalar yotadi. Ular ong ostida yillar mobaynida to‘planib yashirinib yotadi va kuchli ziddiyatlar o‘chog‘ini yaratadi. Buning oqibatida nevrotik shaxs shakllanadi va bunday odamlar isteriya, depressiya va psixosomatik buzilishlarga moyil bo‘lishadi. Shaxs bir tomondan, bировga qaram bo‘lishni xohlamaydi, ikkinchi tomondan, boshqalar uni e‘tirof etishi va qo‘llab-quvvatlashini istaydi. Albatta, buning har doim ham iloji yo‘q. Natijada bir-biriga zid bo‘lgan ushbu holatlar doimiy qoniqmaslik hissini yuzaga keltiradi, ya‘ni boshqalarga nisbatan qahr-g‘azab va nafrat shaxsning ichki dunyosini qamrab oladi. Shu asnoda u boshqalar nazdida mehribon, odamovi va ajoyib inson sifatida tan olinishni xohlaydi. Psixozanalitiklar fikricha, mana shu istaklarning ro‘yobga chiqmasligi nevrotik shaxs va keyinchalik depressiya shakllanishiga turtki bo‘ladi. Yillar mobaynida ong ostida qo‘nim topib e‘tirof etilmagan har bir xohish va istak bora-bora ichki ziddiyatlarni kuchaytirib, odamlarga nisbatan ishonchsizlikka, yomon ko‘rishga olib keladi. Shu sababli ular o‘zini ham kechirmaydi va suitsidga qo‘l uradi. Bunday shaxslarda depressiya rivojlanishi uchun kuchli stress yoki yoqimsiz munosabatlarning o‘zi kifoya. Albatta, bu yerda doimiy psixoemotsional zo‘riqishlarning ahamiyati katta.

Psixodinamik terapiyaning asosiy maqsadi – bemorda katarsis, ya‘ni ruhiy poklanishga erishishni yuzaga keltirish. Buning uchun bolalik davrida boshidan kechirgan ruhiy jarohatlar va kechinmalar mukammal o‘rganiladi, ularning hozirgi davrda ro‘y berayotgan nevrotik buzilishlar, shu jumladan, depressiya bilan bog‘liqlik tomonlari yoritiladi. Psixozanalitik oldida bemor albatta barcha sir-asror va azobli kechinmalarni yashirmasdan ochib tashlashi kerak. Bu uslub to‘la katarsis ro‘y berguncha olib boriladi. Ijobiy natijaga bir necha seans ichida erishiladi.

Kognitiv psixoterapiya yoki kognitiv terapiya (angl. *cognitive therapy*), Bu yo‘nalish asoschisi – amerikalik mashhur psixoterapevt Aaron Bek (1921). A.Bek psixozanalitik terapiya maktablarida tahsil oladi va psixozanalizga asoslanib, kognitiv psixoterapiya yo‘nalishini ishlab chiqadi. Bu usulni Bek depressiyani davolashda keng qo‘llaydi va yuqori samaraga erishadi.

Kognitiv psixoterapevtlar fikricha, nevroz, depressiya va fobiya negizida miyaga oʻrnashib olgan xato fikrlar va ularga ishonish yotadi. Oʻziga, boshqalarga va jamiyatda boʻlayotgan voqealarga yomon munosabatni shakllantirgan ushbu stereotip gʻoyalar bemorning xulq-atvorini, turmush tarzini, odamlarga va jamiyatga boʻlgan munosabatini oʻzgartirib yuboradi. Bemorga azob berayotgan kasallik alomatlaridan xalos boʻlish uchun miyaga oʻrnashib olgan azobli gʻoya va fikrlardan xalos boʻlishi kerak. Ushbu vazifani kognitiv psixoterapevt amalga oshiradi.

Kognitiv psixoterapevt bemor bilan ishlash jarayonida uni ayni paytda qiynayotgan azobli fikrlari, his-tuygʻulari, fantaziyalari, istaklari va amalga oshmayotgan orzu-umidlarini bilib, notoʻgʻri qarashlarini shu kundan boshlab yengish yoʻllarini koʻrsatadi va tuzalishga ishonch tuygʻusini bemorning miyasiga singdirib boradi. Psixoterapevtik suhbatlar orasida erishilgan yutuqlar muhokama qilinadi va hali miyani tark etmayotgan azobli fikrlardan tozalab, ularning oʻrni yanada yangi niyat va gʻoyalar bilan toʻldirib boriladi.

Psixoanalizda davolash uslubi bemorga oʻtmishni, ayniqsa, bolalik davrini eslatishdan boshlansa, kognitiv psixoterapevt bugungi kun, yaʼni hozirgi payt bilan ishlaydi. A. Bek psixoanalizni tanqid qila turib shunday degan edi: *“Kasal odamga oʻtmishdagi dardlarini eslatishga ne hojat, axir bugungi kun bilan ishlab yuqori natijaga erishsa boʻladi-ku!”*. Shunday boʻldi ham. Oʻz natijalaridan zavqlangan A. Bek 1965-yili shunday qoidani oʻrtaga tashlaydi: *“Shu yerda va hozir”*. Bu iboralar keyinchalik kognitiv psixoterapiya shioriga aylanadi.

Bixevioral terapiya (ingl. *behaviour* – “xulq-atvor”). 1913-yili amerikalik psixolog Jon Uotson (1878–1958) bixeviorizm haqida oʻzining dastlabki maqolasini chop ettiradi. U shunday deb yozgan edi: *“Odamning fikrini va ruhiyatini oʻzgartirmoqchi boʻlsangiz, avvalambor uning xulq-atvorini oʻzgartiring”*. Ushbu gʻoya asosida bixevioral psixoterapiya shakllandi va XX asrning 50–60-yillari oʻsmirlardagi xulq-atvor buzilishlarini korreksiya qilishda keng qoʻllana boshlandi va eʼtirof etildi. Ushbu terapiya xulq-atvori oʻzgargan oʻsmirlarda yuqori natija beradi, biroq katta yoshdagilar-da taʼsiri kam. Bixevioral terapiya nevroz, isteriya va depressiya tufayli oʻzgargan xulq-atvorni korreksiya qilish hamda bunga muvofiq uquv va koʻnikmalarni shakllantirishni oʻz oldiga maqsad qilib qoʻyadi. Bixevioral terapiya oʻtkazilayotganda oʻsmirdagi xulq-atvorning har bir koʻrinishi tahlil etilib, korreksiya qilib boriladi.

Bosqichma-bosqich oʻtkazilayotgan psixoterapevtik muolajalar paytida xulq-atvordagi patologik oʻzgarishlar sogʻlom xulq-atvor sifatleri bilan

“almashtiriladi”. Demak, bixevioral terapiya depressiyaga olib kelgan sabablar ustida emas, balki shu sababli yuzaga kelgan patologik xulq-atvorni o'zgartirish bilan ishlaydi. Sog'lom xulq-atvor hamda o'zini o'zi boshqarish uquvlari shakllangan sayin o'smirdagi depressiya va xavotir belgilari orqaga chekinadi, undagi fikr o'zgaradi, o'ziga ishonch paydo bo'ladi va turmush tarzi o'zgarib sotsial adaptatsiyaga erishadi.

Kognitiv-bixevioral psixoterapiya. XX asrning 60-yillarida kognitiv va bixevioral terapiya negizida kognitiv-bixevioral psixoterapiya yo'nalishi paydo bo'ldi. Ushbu metodlarning uchta o'xshash va farq qiluvchi tomonlari nimalardan iborat?

1) ikkala metod ham o'rganish va o'zgartirishga asoslangan. Kognitiv psixoterapiya *fikrni*, bixevioral psixoterapiya esa *xulq-atvorni* o'rganib, ularni o'zgartirishni maqsad qilib qo'yadi. 2) ikkala metod ham kasallikni keltirib chiqargan sabablar bilan qiziqsa-da, o'tmishni eslatib o'tirmasdan hozirgi paytdagi muammo bilan ishlaydi: kognitiv psixoterapevt – kasallikni yuzaga keltirgan *fikrlarni* o'zgartirish ustida ishlasa, bixevioral psixoterapevt – kasallik tufayli o'zgargan *xulq-atvorni* bartaraf etishga urg'u beradi. 3) Ikkala metod ham o'z mijoziga uyga vazifa beradi, uni bajarilishini o'rgatadi va rag'batlantiradi. Kognitiv-bixevioral psixoterapiyani har qanday yoshda qo'llasa bo'ladi.

Hozirda kognitiv-bixevioral terapiya dunyoning yirik psixoterapevtik maktablarida o'qitiladi va deyarli barcha psixoemotsional buzilishlarni korreksiya qilishda keng qo'llaniladi.

Ratsional-emotiv terapiya. 1955-yili Albert Ellis ratsional-emotiv terapiya nazariyasini ilgari surdi. Bu nazariyaning asosiy mohiyati ham kishining o'zi, o'zgalar va jamiyat haqidagi fikrlarini o'zgartirishga qaratilgan. Bu nazariyaga binoan depressiya, xavotir, aybdorlik hissi va shu kabi boshqa psixologik muammolar ruhiy jarohat yetkazuvchi omillar va vaziyatlar sababli emas, balki kishining ushbu omillar va vaziyatlarga nisbatan *shaxsiy munosabati va qarashlari* sababli yuzaga keladi. Masalan, sizni kimdir qattiq xafa qildi va bundan kayfiyatingiz tushib ketdi. Bu vaziyatda siz u odamni emas, balki o'zingizni aybdor deb hisoblaysiz. Demak, siz tanqidga loyiqsizki, u sizni shu ko'yga soldi. Aslida ayb sizda emas, balki sizni tanqid qilgan odamda yoki tanqid muhiti yaratilgan o'sha vaziyatda. A.Ellis shunday deb yozadi: *“Insonda o'zi haqidagi bunday noto'g'ri tasavvurlar uzoq davom etaversa, unda turli xil ruhiy-hissiy buzilishlar, shu jumladan, depressiya rivojlanadi”*. Ellis shunday qoidani o'rta tashlaydi: *“Aybdor sen emas, balki boshqalar”*.

Ellis ishlaridan ba'zi parchalarni keltirib o'tamiz. "Atrof-muhitda ro'y berayotgan asabingni buzadigan va hissiy zo'riqishga majbur qiladigan voqea-hodisalar senga qaratilmagan, ular doimo ro'y beraveradi. Kim tomonidan ko'rsatilishidan qat'i nazar senga nisbatan bildirilayotgan ayblov va kamsitishlar aslida sening haqiqiy shaxsingni ifodalamaydi. Bu o'sha odamning shaxsiy fikri. U o'z dunyoqarishi va senga bo'lgan munosabatidan kelib chiqib shu fikrda. Aslida esa unday emas!

Ellisning fikricha, quyidagi 3 qoidaga qat'iyon amal qilishga urinish kishini har doim xavotirda ushlaydi: 1) o'ziga hadeb talab qo'yaverish (*"men unday bo'lishim kerak, bunday bo'lishim kerak"*); 2) boshqalarning unga hadeb talab qo'yaverishi (*"sen unday bo'lishing kerak, bunday bo'lishing kerak"*); 3) uning boshqalarga hadeb talab qo'yaverishi (*"odamlar unday bo'lishi kerak, bunday bo'lishi kerak"*). Mana shu uch "kerak" tamoyili – xavotir va depressiya manbaidir.

Uchta "kerak" qoidasiga amal qilaverish odamda quyidagi fikrlarni shakllantiradi va xavotirga mezon yaratadi:

1. Men shunday harakatlar qilishim kerakki, meni boshqalar tan olsin! Aks holda men hech kimman!

2. Men qanday xohlasam, atrofdagilar meni shundayligimcha qabul qilishi kerak! Aks holda ular yomon odam va har qanday jazoga mahkum!

3. Men nimani, qachon va qayerda xohlasam, shunga ega bo'lishim kerak! Menga kerak bo'lmagan narsalarga toqatim yo'q!

Ratsional-emotiv terapiya o'zi haqida insonning miyasiga o'rnashib qolgan stereotip fikrlardan uni ozod etish va shu sababli o'zgargan xatti-harakatlarni korreksiya qilishga qaratilgan. Ratsional-emotiv terapiya uslubida ham kognitiv-bixevioral terapiyadagi kabi fikr va xulq-atvor parallel tarzda korreksiya qilib boriladi. Biroq uslub boshqacha. Bu uslubda ham uyga vazifalar beriladi, uni bajarishga qiynalgan paytlarda yordam qilinadi, vazifalar to'la bajarilsa, rag'batlantiriladi. Biroq psixoterapevtik muolajalar paytida psixoterapevtning o'zi ham "Kerak" iborasini mijozning miyasiga quyaverishdan ehtiyot bo'lishi lozim.

Shaxslararo (interpersonal) psixoterapiya insonning kayfiyati bilan uni o'rab turgan ijtimoiy muhit orasida bog'liqlik izlaydi. Shaxslar orasidagi kelishmovchiliklar, shaxsning ijtimoiy muhitga ko'nikib ketishiga to'sqinlik qilayotgan, uni xavotirga solayotgan, kayfiyatini buzayotgan va salbiy hissiy kechinmalar keltirib chiqarayotgan vaziyatlar birgalikda o'rganib tahlil qilinadi. Psixoterapevtik muolajalar paytida shaxs o'zini jamiyatda qanday tutishi, kimlar bilan qanday munosabatda bo'lishi, qanday vaziyatlar va odamlardan yiroq yurish yo'llari tushuntiriladi, o'rgati-

ladi. Ayniqsa, bu uslub nevrotik tipdagi shaxslar bilan ishlaganda va distimiyada keng qo'llaniladi.

Oilaviy psixoterapiya avvalambor oila a'zolari bilan psixologik muhitni yaxshilashga qaratilgan. Bunda mijozning har bir oila a'zosi bilan bo'ladigan munosabatlari o'rganib tahlil qilinadi. Oiladagi kelishmovchiliklar qanday paytda yuzaga keladi, nima uchun kelib chiqadi, qaysi vaziyatda u o'zini qanday tutadi kabi savollarga oydinlik kiritiladi, javob izlanadi va ushbu ulardan chiqish bo'yicha mashqlar o'tkaziladi. Bu maqsadda oila a'zolari bilan ham suhbatlar quriladi. Chunki psixologga murojaat qilib kelgan bemor deyarli har doim o'zini vaziyat qurboni deb biladi. Aslida esa unday bo'lmasligi mumkin. Shuning uchun bemor haqida oila a'zolarining fikrini bilish ham o'ta muhim.

Oilaviy psixoterapevt mijozning yaqinlariga uning oldida o'zlarini qanday tutish lozimligini tushuntiradi. Bu o'ta muhim. Chunki ba'zan oilada shunday motamsaro muhit yaratiladiki, bu faqat nevroz yoki depressiyadan aziyat chekayotgan odamning ahvolini og'irlashtiradi va suitsidal urinishlarni kuchaytiradi xolos.

Har qanday psixoterapevtik muolajada mijozga hadeb yonbosaverish ham, uning xulq-atvorini tanqid qilaverish ham mumkin emas. Undagi yomon fikrlar depressiya belgisi, bu belgilar vaqt kelib albatta o'tib ketadi, kabi so'zlar bilan taskin beriladi. Suitsidal fikrlar va urinishlar aniqlangan holatda uni yolg'iz qoldirmaslik kerak. Oila a'zolari tomonidan nazorat shunday tashkil etilishi kerakki, bemorning o'zi buni bilmasin. Chunki hadeb uni qo'riqlayverish joniga tegadi. Bemorning ishonchini qozongan oila a'zolari bilan ko'chaga chiqib aylanib kelish va sayr paytida, asosan, uni so'zlatish va his-tuyg'ulariga hamdard bo'lish o'ta muhim.

Farmakoterapiya. Psixoterapevtik muolajalar antidepressantlar bilan birgalikda olib borilsa, davolash samaradorligi yanada oshadi. Dori vositalari bilan davolash jarayonida rejali tarzda psixoterapiya muolajalarining o'tkazilishi bemorning depressiyadan chiqishini osonlashtiradi. Psixoterapevtik muolajalar paytida bemor bilan muloqotlar olib boriladi, antidepressantlarni qabul qilish bilan bog'liq muammolar hal etiladi (chunki aksariyat bemorlar 1 oydan keyin dori ichishni to'xtatib qo'yishadi), bemorda yaxshi natijaga ishonch hosil qilinadi. Bugungi kunda depressiya bartaraf etish uchun ishlab chiqilgan antidepressantlar soni ko'p. Biroq ularni to'g'ri tanlay olish kerak. to'satdan to'xtatish ham depressiya-ning yana qo'zg'alishiga sabab bo'ladi.

Endi depressiyada keng qo'llaniladigan psixotrop dorilar haqida to'xtalib o'tamiz.

7.2-jadval.

Tibbiy amaliyotda keng qo'llaniladigan antidepressantlar

Trisiklik antidepressantlar	Serotoninni qayta qamalga olinishiga to'sqinlik qiluvchi selektiv ingibitorlar
Amitriptilin Melipramin Klomipramin Azafen Doksepin Tianeptin	Fluoksetin Sertralin Paroksetin Sitaprolam Venlafaksin Fluvoksamin

7.3-jadval.

Antidepressantlar va ularning bir kunlik dozasi

Nomi	Sinonimi	Ishlab chiqarilish shakli va dozasi	Bir kunlik dozasi, mg	
			Minimal	maksimal
Antidepressantlar-stimulyatorlar				
Melipramin	Imipramin	Amp. 1,25 % - 2 ml; 25 mg (tabl.)	12,5	50
Anafranil	Klomipramin	Amp. 1,25 %-2 ml; 25 mg (tabl.)	12,5	75
Prozak	Fluoksetin	20 mg (tabl. va kaps.)	10	40
Paroksetin	Reksetin	20 mg va 30 mg (tabl. va kaps.)	5	40
Iksel		25 mg va 50 mg (tabl.)	25	200
Velaksin	Venlaksor	37,5; 75 va 150 mg (tabl. va kaps.)	37,5	375
Sertralin	Zoloft	50 mg (tabl. va kaps.)	50	200
Sedativ ta'sirga ega antidepressantlar				
Amitriptilin	Triptizol	Amp. 1 %-2 ml; 10 mg va 25 mg (tabl. va kaps.)	10	75
Azafen	Pipofezin	25 mg (tabl. va kaps.)	25	150
Koaksil		12,5 mg (tabl. va kaps.)	12,5	75
Ludiomil	Maprotilin	Amp. 1,25 %-2 ml; 12,5 mg va 25 mg (tabl.)	12,5	150
Fluvoksamin	Fevarin	50 mg va 100 mg (tabl.)	25	300

Mianserin				
Trazodon	Trittiko	25, 50, 100 mg (kaps.) Amp. 1% - 5 ml (50 mg)	25-50	300-500

7.4-jadval.

Tibbiy amaliyotda keng qo'llaniladigan benzodiazepinlar (trankvilizatorlar)

Dorining nomi	Dastlabki dozasi, mg	Terapevtik dozasi, mg
Diazepam	5-10	10-20
Lorazepam	1-2	2-4
Fenazepam	0,5-1	1-2
Medazepam	10-15	20-30
Alprazolam	0,25-0,5	1-2
Nitrazepam	2,5-5	5-10
Tofizepam	50-100	100-150

Davolashning boshqa turlari

Jismoniy tarbiya va sport. Harakatga bo'lgan motivatsiyaning so'nishi depressiyaning jiddiy simptomlaridan biridir. Avvallari bemorlarni depressiyadan chiqarishda jismoniy tarbiya imkoniyatlariga jiddiy e'tibor qaratilmagan. 2005–2010 yillarda bir qator davlatlarda o'tkazilgan randomizatsiyalashgan klinik tadqiqotlar natijasi shuni ko'rsatdiki, bemorni davolashda jismoniy tarbiya imkoniyatlari psixoterapiya va farmakoterapiya bilan bir qatorda turadi. Hatto 2015-yili yevropalik mutaxassislar o'tkazgan tadqiqotlar jismoniy tarbiyaning o'zi bilan bemorni depressiyaning yengil turlaridan butkul chiqarish mumkinligini isbotladi. Jismoniy tarbiya va sportni muvazabat terapiya bilan birgalikda olib borish esa davolash samaradorligini yanada oshiradi.

Shuningdek, depressiyada kuzatiladigan psixosomatik buzilishlar, ayniqsa, doimiy bosh og'riq hamda arterial gipertenziya belgilari yugurish, suzish va yengil badantarbiya bilan shug'ullanib boshlaganda 2-3 oy ichida barham topadi. Jismoniy harakatlar bilan depressiya orasida qanday bog'liqlik bor?

Jismoniy tarbiya va sport orqali depressiyadan xalos bo'lish mexanizmlari quyidagilardan iborat:

1. Jismoniy harakatlar miyada kayfiyat gormonlari hisoblanmish endorfin va serotonin miqdorini oshiradi.
2. Arterial gipertenziya rivojlanishida asosiy omillardan biri bo'lgan qondagi adrenalin va kortizol miqdorini pasaytiradi.
3. Organizmning vegetativ tonusi maromlashib, vegetativ hamda somatoform buzilishlar barham topadi.
4. Organizmda T- va B-limfositlar miqdori oshib, immunitet mustahkamlanadi va virusli infeksiyaga chidamlilik oshadi.
5. Psixoterapevt bilan o'zaro muloqotga bemor osongina kirishib keta oladi va davolash samarasi tez ko'zga tashlanadi.
6. Qabul qilinayotgan antidepressantlar miqdori kamaytiriladi va davomiyligi qisqartiriladi.
7. Shaxslararo munosabatlar yaxshilanib, sotsial adaptatsiya kuchayadi va bemorning ish faoliyati qayta tiklanadi.

Yorug'lik bilan davolash. Ushbu davolash usuli, ayniqsa, mavsumli depressiyada keng qo'llaniladi. Ertalab uyg'ongandan so'ng quyosh nurlari tushadigan havoda 30-60 daqiqa sayr qilish tavsiya etiladi. Bu terapiyani kamida bir oy mobaynida amalga oshirish kerak. Quyosh nurlari bilan davolash talassoterapiya (dengizda cho'milish) bilan birgalikda olib borilsa, natijasi yanada yuqori bo'ladi. Quyosh nuri kam bo'lgan shimoliy o'lkalarda yashaydiganlarga depressiya mavsumi boshlangan paytlari dengizga va issiq o'lkalarga sayohat uyushtirish tavsiya etiladi.

Uyqu deprivatsiyasi. Inglizchadan *sleep deprivation* – *uyqudan mahrum qilish*. Bu usul qachon qo'llaniladi? Depressiyaning tinmay uyqu bilan kechadigan turlari bor. Ana shunday bemorlarni depressiyadan chiqarish uchun uyqu deprivatsiyasi usulidan foydalaniladi. Biroq bu usulni insomniya, ya'ni uyqusizlik bilan kechuvchi depressiyada qo'llab bo'lmaydi.

Nima uchun depressiyaga tushgan bemorlar ko'p uxlaydi yoki ko'p uxlashni ma'qul ko'radi? Chunki ularning ong tubiga quyidagi fikrlar yashiringan bo'ladi: *“Mening depressiyaga tushishimga ushbu bevafo dunyo va unda yashayotgan odamlar sababchi. Yaxshisi, ko'zlarimni yumib, ularni ham, dunyoni ham, o'zimni ham ko'rmay”*. O'zini yomon ko'rish, odamlarni yomon ko'rish va tashqi olamdan qochish – bilamizki, depressiyaga xos belgilar. Fikrimizcha, ular ushbu uchta muammoni bitta o'q, ya'ni uyqu bilan hal qilib qo'ya qolishadi. Uyqu – o'limning bu dunyodagi kichik bir shakli. Depressiyada uyquni ma'qul topish (ular ba'zida uyqusi kelmasa ham yotaveradi, chunki shunisi ma'qul) va o'z joniga qasd qilishga uri-

nish tagida bir xil fikr yotadi – bu dunyodan, odamlardan va hatto o‘zidan qochish. Ushbu fikrlar uning ong tubida depressiya boshlanishidan oldin qo‘nim topgan bo‘lishi mumkin.

Uyqu deprivatsiyasi texnikasi quyidagilardan iborat: bemor uchun maxsus dastur tuziladi va u psixoterapevt tomonidan nazorat qilib boriladi. U 1-2 kun mobaynida tunda ham, kunduzi ham uxlamasligi kerak. O‘sha kunlari unga faol jismoniy harakatlar, ya‘ni sportning har qanday yengil turlari bilan shug‘ullanish tavsiya etiladi. Buni uyda ham yoki tunda faoliyat ko‘rsatadigan psixoterapevtik klinikalarda ham amalga oshirish mumkin. Albatta, bu usul maxsus klinikalarning sport zalida musiqa-terapiya bilan birgalikda olib borilsa, samarasi juda yuqori bo‘ladi. Ushbu terapiya orada 3-5 kunlik tanaffus bilan 1 oy mobaynida o‘tkaziladi. Uyqu deprivatsiyasi bilan davolash usuli suitsidal fikrlarni ham bartaraf etishga yordam beradi.

Transkraniyal magnit stimulyatsiya (TMS). Bir qator nevrologik kasalliklarni davolashda qo‘llaniladigan ushbu usul depressiyani davolashda ham tavsiya etiladi. Oldinroq yaratilgan TMS metodi 2000 yildan keyin tibbiy amaliyotda keng qo‘llanila boshlandi. AQSh da 2008 yili TMS metodi depressiyada qo‘shimcha davolash usuli sifatida qo‘llashga ruxsat berilgan. TMS noinvaziv davolash usuli bo‘lib, unda miyaning chuqur neyronal tuzilmalariga magnit to‘lqinlari orqali ta‘sir ko‘rsatiladi. Ushbu terapiya tarafdorlari fikricha, TMS o‘tkazilgan bemorning miyasida kayfiyatni ko‘taruvchi neyromediatorlar faollashadi, neyronlararo impulslar o‘tkazuvchanligi yaxshilanadi va depressiya hamda uning somatik belgilari kamayadi.

Depressiya profilaktikasi. Depressiya rivojlanishini oldindan bilish qiyin. Vrach faqat endi rivojlanayotgan depressiya alomatlarini o‘z vaqtida ilg‘ab olishi mumkin. Depressiya takrorlanishi, vaqti-vaqti bilan klinik belgilarining kuchayib turishi va surunkali kechishi bu kasallik bilan og‘rigan bemorni doimiy nazoratga olishni taqozo etadi. Davolash-profilaktika muassasalarida faoliyat ko‘rsatadigan vrachlar depressiya belgilaridan voqif bo‘lishlari kerak. Depressiyaning yengil, ayniqsa, somatik buzilishlar bilan namoyon bo‘luvchi turlari bilan murojaat qilgan bemorni terapevt mustaqil ravishda davolay olishi lozim. Albatta bunday paytda tibbiy psixolog konsultatsiyasidan ham foydalaniladi. Doimiy jismoniy faollik, sog‘lom turmush tarzi, psixologik treninglarga qatnab turish, vaqtida dam olish, sihatgohlar va sayohatlarga tez-tez borish ham depressiya rivojlanishining oldini oladi va hatto uning yengil turlarini bartaraf etishga yordam beradi.

Nazorat uchun savollar

1. *Depressiya qanday kasallik va uning sabablari nima?*
2. *Depressiyaning KXT-10 bo'yicha tasnifini izohlab bering.*
3. *Depressiv epizodlar klinikasi haqida nimalarni bilasiz?*
4. *Depressiyaga o'xshash affektiv buzilishlar qanday kechadi?*
5. *Psixodinamik terapiya haqida so'zlab bering.*
6. *Bixevioral terapiya qanday o'tkaziladi?*
7. *Kognitiv terapiya uslublari haqida so'zlab bering.*
8. *Kognitiv-bixevioral terapiya qanday davolash usuliga kiradi?*
9. *Antidepressantlar bilan davolash qanday olib boriladi?*
10. *Depressiyada yana qanday davolash usullari qo'llaniladi?*
11. *Depressiya profilaktikasi haqida so'zlab bering.*

VIII BOB. SUITSID SABABLARI VA PROFILAKTIKASI

Umumiy ma'lumotlar

O'z joniga bilib turib qasd qilishga **suitsid** (lot. *sui caedere* – o'zini o'ldirmoq) deb aytiladi. Suitsid barcha davlatlarda global ijtimoiy-psixologik muammoga aylangan. Ayniqsa, uning bolalar va o'smirlar orasida ko'p uchrayotgani jamoatchilikni qattiq xavotirga solmoqda. O'z joniga qasd qilishga uringan, biroq tirik qolganlarga nisbatan "suitsidga urinish" iborasi qo'llaniladi. Suitsidga urinish suitsidga qaraganda 20 barobar ko'p uchraydi.

Epidemiologiyasi. Dunyo bo'ylab har yili 1 mln. odam suitsid orqali hayotdan ko'z yumadi (JSST, 2016 yil). Bu ko'rsatkich 100 000 aholiga o'rtacha 16 kishini tashkil qiladi. Dunyo miqyosida suitsid bo'yicha eng oldinda borayotgan davlatlar – Rossiya (26,5), Litva (25,7) va Qozog'iston (22,8). Taqqoslash uchun Janubiy Koreyada 20,2, Belgiyada 15,7, Yaponiyada 14,3, AQShda 13,7, Fransiyada 12,1, Shveytsariyada 11,3, Germaniyada 9,1, Isroilda 5,2 suitsid kuzatiladi. Ushbu ko'rsatkichlar har yili o'zgarib turadi. Masalan, 2012-yili Janubiy Koreyada suitsid darajasi 28,9 ni tashkil qilgan. E'tibor qilinadigan bo'lsa, turmush darajasi yuqori bo'lgan davlatlarda suitsid sodir etilishi ham yuqori bo'lib qolmoqda.

Eslatma: *Dunyo bo'yicha har 40 soniyada bitta odam suitsid sababli hayotdan ko'z yumadi.*

Musulmon davlatlarida suitsid darajasi ancha past (Qozig'iston bundan istisno). Masalan, 100 000 aholiga Qirg'izistonda 9,1; O'zbekistonda 7,4; Turkiyada 7,2; Turkmanistonda 7,2; Baxreynda 5,7; Saudiya Arabistonida 3,4; Tojikistonda 3,3; Birlashgan Arab Amirliklarida 2,7; Ozarbayjonda 2,6; Quvaytda 2,2 suitsid ro'y beradi (JSST, 2016-yil). Yillab urush girdobida qolgan davlatlarda suitsid kam uchrashi e'tiborni tortadi. Masalan, Afg'onistonda bu ko'rsatkich 6,4; Iroqda 4,1; Livanda 3,2; Suriyada 2,4 ga teng. Karib dengizi davlatlari va Bagam orollarida suitsid juda kam uchraydi.

Suitsidologlar fikricha, ushbu ko'rsatkichlar turli davlatlarda rasmiy statistikada ko'rsatilgan ma'lumotlardan ancha yuqori bo'lishi mumkin. Chunki baxtsiz hodisa bilan suitsidni har doim ham farqlash oson emas va ba'zi davlatlarda suitsidning haqiqiy ko'rsatkichi yashiriladi.

Suitsidning yoshga bog'liqligi. Bolalik davrida suitsid juda kam uchraydi. Suitsidologlar fikricha, o'z joniga qasd qilish 10 yoshdan keyin boshlanadi. Bu davr avval yuqori bo'lgan, ya'ni 14-15 yosh. Suitsidning "yosharishi", avvalambor, axborot texnologiyasining juda yuqori sur'atlarida rivojlanishi, inson hayotiga internet kirib kelishi bilan bog'liq. Ayniqsa, suitsidga undovchi turli xil saytlar ko'payib borayotgani va ota-onalar o'z farzandlarini nazoratsiz qoldirishi 10 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida ham suitsidlar soni ko'payishiga turtki bo'lmoqda. Hatto bir paytning o'zida guruh-guruh bo'lib o'z joniga qasd qilish holatlari ham uchramoqda. Bolalar orasida ro'y beradigan bunday holatlar anglanmagan suitsid hisoblanadi.

Inson hayotida suitsid ko'p uchraydigan davrlarni shartli ravishda 3 davrga bo'lish mumkin: 1-davr – 14–24 yosh; 2-davr – 35–55 yosh; 3-davr – 70–80 yosh oralig'i. Birinchi davrda "Men" ongi shakllanishi bilan bog'liq muammolar suitsidga asosiy sabab bo'lsa, ikkinchi davrda ish bilan bog'liq muvaffaqiyatsizlik va oilaviy mojarolar, uchinchi davrda esa yolg'izlik va kasallik bilan bog'liq tashvishlar asosiy omildir. Suitsid o'rta yoshga qaraganda o'smirlik va keksalik davrlarida ko'p uchraydi.

O'smirlik davrida, ya'ni 14-19 yosh oralig'ida suitsid sodir etish ehtimoli yuqori bo'ladi. Bunda "Men" ongi shakllanishi bilan bog'liq krizis holatlarni alohida ko'rsatib o'tish lozim. Xulq-atvordagi tajovuzkorlik, hissiy portlashlar, ota-ona bilan kelishmaslik va sevgi-muhabbatda muvaffaqiyatsizliklar suitsidga turtki bo'luvchi asosiy omillardir. Bularning negizida, albatta, neyroqumoral holatlar, disgormonal o'zgarishlar va erta namoyon bo'luvchi psixopatizatsiya yotadi. Bu davrda giyohvandlikka ruju qo'yishni ham alohida ko'rsatib o'tish lozim. O'smirlik davrida fanatizmning har qanday ko'rinishi ham suitsidga undovchi xatarli omil bo'lib xizmat qilishi mumkin. Masalan, futbol jamoasining yutqazib qo'yishi ba'zan fanat o'smirning suitsid sodir etishiga sabab bo'ladi.

Keksa yoshdagilarda turmush o'rtog'i vafot etib yolg'izlanib qolishi, farzandlar e'tiborsizligi, ya'ni qarovsiz qolish yoki farzandlariga yuk bo'lishni o'zi xohlamasligi va og'ir kasalliklar (demensiya, depressiya, apatiya, ateroskleroz, saraton, yurak kasalligi) suitsidga turtki bo'ladi.

Suitsidning jinsga bog'liqligi. Suitsid ayollarga qaraganda erkaklarda deyarli 3 barobar ko'p uchraydi. Bu davr ko'pincha o'rta yoshga to'g'ri keladi. Ishsizlik, oilani boqish va farzandlar tarbiyasidagi iqtisodiy qiyinchiliklar,

kredit uzish bilan bog'liq muammolar, chorasizlik, umidsizlik sababli ertangi kunga ishonch yo'qoladi va suitsidga undaydi. Aksariyat davlatlarda erkak kishi asosiy oila boquvchisi bo'lganligi bois, suitsidlar soni ushbu jins vakillarida ko'p. O'smirlik davrida bu statistika teskari tarzda o'zgaradi, ya'ni qizlarda suitsid o'g'il bolalarga qaraganda 3 barobar ko'p uchraydi. Biroq keksalik davriga kelib, suitsidlar soni bo'yicha erkaklar yana oldinga chiqib oladi.

Suitsidga urinishlar. Suitsidga urinish ayollarda erkaklarga qaraganda 3-4 barobar ko'p uchraydi. Demak, erkaklar suitsidni ayollarga qaraganda tezroq amalga oshirishadi. Yuqorida ta'kidlab o'tganimizdek, o'z joniga qasd qilishga urinib, tirik qolgan holatlarda *"suitsidga urinish"* xulosasi qo'llaniladi. Bu rasmiy xulosa bo'lib, bunday shaxslar zudlik bilan suitsidolog kuzatuviga olinadi. Ularga maxsus dastur asosida psixiatrik, tibbiy-psixologik va sotsiologik rehabilitatsiya o'tkaziladi. Odatda, suitsidga urinish dastlabki 3 oy ichida yana takrorlanadi va falokatli tugash xavfi juda yuqori. Chunki suitsidga keyingi urinishlar, birinchi urinishga qaraganda ko'pincha o'lim bilan yakun topadi. Biroq suitsidga hadeb urinaverish negizida o'z maqsadiga erishish niyati yotishi mumkin, masalan isteriyada. Ularda suitsid simulyatsiya ko'rinishida namoyon bo'ladi. Agar isterik shaxs o'z maqsadiga erishsa, suitsidga urinishlar barham topadi. Biroq suitsidal urinishlar isteriya tufayli ro'y beryaptimi yoki haqiqatdanmi, uni to'g'ri aniqlash imkoni ancha mushkul. Chunki isteriya ham, suitsid ham o'smirlarda ko'p uchraydi. Shunday ekan, o'smirni tekshirayotgan tibbiy psixolog yoki boshqa bir mutaxassis ehtiyotkorlikni unutmashligi kerak.

Shu yerda suitsidga urinishlar barham topadigan ba'zi holatlarni misol tariqasida keltirib o'tamiz. Bular – qamoqxonadan ozodlikka chiqish, qarzdandan qutulish, oila barbod bo'lishini saqlab qolish, uzoq davom etayotgan og'ir kasallikdan sog'ayib ketish, unga azob beruvchi odamning vafot etishi, sevgisiga erishish va h.k.

Suitsidning naslga bog'liqligi. Suitsid naslga bog'liq emas, deb hisoblaydi ko'pchilik mutaxassislar. Biroq yaqin oila a'zolarida suitsidning bir-muncha ko'proq uchrashi, bu holatga nasliy moyillikni inkor qilmaydi, deguvchi gipotezalar ham mavjud. Shu bilan birga yaqin qarindoshlarda suitsidning ketma-ket ro'y berishi taqlid ko'rinishida namoyon bo'layotgan falokatli holat deb ham qaraladi. Har holda suitsid bilan nasl orasidagi bog'liqlikni yanada mukammal o'rganish lozim.

Suitsidning ta'lim darajasi va kasbga bog'liqligi. Oliy va o'rta ma'lumotga, shuningdek, kasbiy ta'limga ega bo'lmagan shaxslar orasida suitsid ko'p uchraydi. Ta'lim va kasbiy malaka qanchalik yuqori bo'lsa, suitsid darajasi shunchalik past bo'ladi, degan qarashlar ko'p. Biroq individiumga salbiy

ta'sir ko'rsatuvchi ijtimoiy omillar bu ko'rsatkichga salbiy ta'sir ko'rsatishiga ham alohida urg'u beriladi. Bunga misol rivojlangan davlatlarda suitsidning ko'p uchrashidir. Shu bilan birga ta'limdan mahrum bo'lgan Afrika, Hindiston, Braziliya va ba'zi Osiyo davlatlari aborijenlari, papuaslari va eskimoslari orasida suitsid ko'p kuzatiladi. Sotsiumdan ajralib qolgan ushbu aholi qatlamlarida suitsidga bag'ishlangan tantanali tadbirlar paytida o'z joniga qasd qilishlar ritual ko'rinishida hanuzgacha saqlanib qolmoqda.

O'z kasbining mutaxassisi bo'lgan ba'zi kasb egalarida suitsid namoyon bo'lishida "Xodimning ruhiy-hissiy so'nish sindromi" alohida o'rin tutadi. Sog'liqni saqlash tizimida suitsid xirurglar, reanimatologlar va psixiatrlar orasida ko'p uchraydi. Boshqa kasb egalari, ya'ni aviadispatcherlar, uchuvchilar, shaxtyorlar, rok musiqachilari, bankirlar, menenjerlar, sug'urtachilar, sudyalalar, fermerlar, harbiylar va politsiyachilar ham suitsid bo'yicha havfli guruhga kirishadi. Suitsid eng kam uchraydigan kasb egalari – bular kutubxonachilar, bog'cha tarbiyachilari, muzey xodimlari va o'qituvchilar.

Suitsidning kasalliklarga bog'liqligi. Suitsidga olib keluvchi kasalliklar ichida depressiya oldingi o'rinda kelmoqda. Uning ketidan shizofreniya, alkogolizm, narkomaniya va boshqa ruhiy buzilishlar yetakchilik qiladi. Shuningdek, saraton, sil, OITS va uzoq davom etuvchi boshqa og'ir kasalliklar ham o'z joniga qasd qilish sababchilaridan biridir. Bu ko'rsatkichlarga, albatta, shaxs tipi, oilaviy sharoiti, diniy e'tiqodi, yaqin insonlar munosabati va ijtimoiy-psixologik muhit ham o'z ta'sirini ko'rsatadi.

Davlat, din va jamiyatning suitsidga ta'siri. Yuqoridagi statistik ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, suitsid darajasi rivojlangan davlatlarda ham, ba'zi davlatlarning o'ta qoloq hududlarida ham yuqori bo'lib qolmoqda. Kuchli iqtisodiy o'sish kuzatilib, turmush darajasi oshib borayotgan davlatlarda suitsid ko'p uchraydi.

Din o'z joniga qasd qilishni qoralaydi. Ayniqsa, islom diniga qat'iy e'tiqod qiluvchi aholi qatlamida o'z joniga qasd qilish deyarli uchramaydi. Islom dini o'z joniga qasd qilganlarga janoza o'qishni taqiqlaydi. Shu bois ham islom diniga e'tiqod qiluvchi davlatlarda suitsid darajasi juda past.

Demokratik jamiyat va ijtimoiy adolat qonunlariga amal qilinadigan, inson huquqlari e'tirof etiladigan, inson manfaati ustun bo'lgan va qonun ustuvorligi ta'minlangan davlat va jamiyatda o'z joniga qasd qilishlar o'ta past bo'ladi.

Suitsidning mavsumiyliigi. Statistik tahlillarga ko'ra, suitsid bahor va yoz oylarida ko'p, qishda esa kam kuzatiladi.

Suitsidga moyil shaxslarning o'zaro muloqoti. Suitsidga moyil shaxslar bir-biri bilan o'zaro muloqotda bo'lishsa, suitsidga urinishlar soni osha-

di. Bu holat ayniqsa yoshlar orasida ko'p. Nikoh to'yi o'tkazilganiga ko'p bo'lmasdan o'z joniga birgalikda qasd qilgan kelin-kuyov haqida ma'lumotimiz bor. Ular o'zlarini osishgan. Yigitning onasi bilan suhbatlashganimizda ularda o'zlarini osishga hech qanday vaj bo'lmaganini aytdi. Keyinchalik ma'lum bo'lishicha, qiz ham, yigit ham avvallari o'z joniga qasd qilishga urinib ko'rishgan ekan.

Suitsidni amalga oshirish uchun qo'llaniladigan vositalar. O'z joniga qasd qiladiganlar ko'pincha ko'p miqdorda dori ichish, o'zini osish, venasini kesish, transportlar tagiga o'zini tashlash, qurol-yaroqlardan foydalanish (ayniqsa, politsiyachi va harbiylar), baland binodan sakrash, zaharli vositalardan foydalanish kabi usullardan foydalanishadi. Qanday vosita yoki usulni tanlash, albatta, yashab turgan muhitga ham ko'p jihatdan bog'liq. Yirik shaharlarda baland binodan sakrash ko'p uchrasa, qishloq hududlarida o'zini osish, dori yoki zaharli vositalardan foydalanish ko'p uchraydi. Masalan, bir paytlar Hindistonning yirik plantatsiyasi ishchilari o'z joniga qasd qilishda pestisidlardan ko'p foydalanishgan. Bunday holatlar ko'payib ketganligi bois, hukumat tomonidan maxsus qaror qabul qilinib, qishloq xo'jaligi sohasida zaharli pestisidlarni qo'llashga cheklovlar qo'yilgan, maxsus himoya mexanizmlari ishlab chiqilgan va nazorat kuchaytirilgan. Bu yaxshi natija berib, ushbu soha xodimlari orasida suitsidlar soni keskin kamaygan.

Suitsidning oiladagi muhitga bog'liqligi. O'smirlar orasida suitsid ko'p uchrashi aksariyat hollarda oilada isterik tipdagi shaxs voyaga etayotgani bilan bog'liq. Nima uchun to'q oila farzandlari suitsidga ko'proq qo'l urishadi? Uning negizida qanday omillar yotadi? Bolalik davridanoq farzandni mehrga burkab o'stirish yaxshi. Biroq uni parallel tarzda mehnat va mas'uliyatga o'rgatib bormaslik oqibatida bola ulg'aygan sayin ota-onadan mehrni yana va yana istayveradi. Biroq 3-5 yoshligidan mehnatga o'rgatilmagan bola 12-15 yoshdan so'ng uning uchun yot bo'lgan faoliyat turiga, ya'ni mehnatga qo'l urgisi kelmay qoladi. Buning oqibatida, tabiiyki, ota-ona bilan farzand o'rtasida nizo paydo bo'ladi.

Mehnat nimaligini bilmay ulg'aygan bola, unga mehr nimaga berilayotganini ham anglab yetmaydi. U farzandlik burchini unutib qo'yadi. Bunday bola ota-onaga xuddi shu tarzda javob qaytara olmaydi. Farzandning ong ostiga ota-onaga nisbatan "Ota-onam menga e'tibor qaratishi kerak, biroq ular meni yomon ko'rishadi, ukamni yaxshi ko'rishadi" degan aqida o'tirib qoladi. Natijada ota-ona o'zi bilmagan va xohlamagan holda isterik va egoist shaxsni tarbiyalab qo'yadi. Isteriya esa suitsidning asosiy sabablaridan biri. Demak, bolaga ortiqcha mehr berib va uni mehnatga o'rgatmaslik oxir-oqibat suyuqli farzandidan judo bo'lish bilan tugallanishi mumkin.

Ta'lim va tarbiya birgalikda olib borilishi har doim ta'kidlanadi. Biroq bu yerga mehnatni ham qo'shish kerak. "Ta'lim, tarbiya va mehnat" uchligi bolaning to'g'ri kamol topishida eng kuchli shior bo'lib qolmog'i kerak. Kitob bolani ilmi qilsa, mehnat uni tarbiyalaydi, ota-onaga oqibatli qiladi va uni hayot mashaqqatlariga tayyorlaydi. Tabiiyki, bunday o'smirning xayoliga o'z joniga qasd qilish kelmaydi, aksincha, u hayotdan zavqlanib yashaydi.

Suitsidga qarshi omillar. Homiladorlik suitsidga qarshi eng kuchli omildir. Emizikli ayollarda ham suitsid deyarli uchramaydi. Shuningdek, dinga kuchli e'tiqod qilish ham suitsidni yo'qqa chiqaradi. Bu toifaga olimlar, ixtirochilar, yirik loyiha ustida ishlayotgan mutaxassislar va katta ijodiy rejalar bilan yashayotgan kasb egalari ham kiradi. Xavotirli-fobik sindromning o'limdan qo'rqish bilan kechuvchi turi ham o'z joniga qasd qilishdan saqlovchi omildir.

Iqtisodiy tomondan yaxshi ta'minlangan, ijtimoiy himoyaga ega oilada ham suitsid juda kam uchraydi yoki uchramaydi. Agar har bir ota-ona farzandlariga kuniga bir soat vaqt ajratib, ularni tinglasa va muammolariga sherik bo'lib, yechimini topishga ko'maklashsa, o'smirlar orasida suitsid darajasi keskin pasayadi yoki kuzatilmaydi. Albatta, buning uchun bola ishonchini qozonsh kerak. Aks holda ko'zlangan natijaga erishib bo'lmaydi.

Shuningdek, qadimiy qo'l mehnati vakillari, ya'ni duradgorlar, o'ymakor ustalar va kosiblar orasida ham suitsid kam uchraydi. Chunki ular ilk bolalikdan mehnatga va hayot mashaqqatlariga o'rganib borishadi. Bunday kasb egalarining ustaxonalari ko'pincha o'z uyida bo'ladi va tabiiyki ularning farzandlari ham 3-5 yoshligidan og'ir mehnatni o'z ko'zi bilan ko'rib boradi va o'zi ham ishtirok etadi. Og'ir bolalik davrini boshidan kechirib, hayotda o'z o'rnini topganlarda ham suitsid kam kuzatiladi. Masalan, Ikkinchi jahon urushi davrida front ortida og'ir sharoitlarda yashagan va mehnat qilganlar orasida suitsid juda kam bo'lgan yoki uchramagan.

Suitsid turlari. Suitsidning yashirish va tantanavor turlari farqlanadi. Hech kimga bildirmay o'z joniga qasd qilishga *yashirin suitsid* deb aytiladi. Bunday shaxs niyatini qattiq sir tutadi. Kerak bo'lsa, o'sha kuni oila a'zolari bilan "dildan" suhbatlashib o'tiradi, teatr va kinolarga borib keladi, do'stining tug'ilgan kuniga sovg'a-salom bilan tashrif buyuradi yoki kursdoshining nikoh to'yida ishtirok etadi, hatto raqsga tushadi va uyga qaytgach, hammani arosatda qoldirib, shu kechasiyoq qabih niyatini amalga oshiradi.

O'z joniga qasd qilishni oshkor aytib yurib, so'ngra uni amalga oshirishga, *tantanavor suitsid* deyiladi. Bunday suitsid, odatda, o'smirlar uchun xos. O'smir nimadandir qoniqmasa, sevgisiga yetolmasa, tengdoshlari oldida kalaka qilinsa, qaysidir talabi bajarilmasa yoki unga nisbatan zug'um o'tka-

zilsa, suitsidal xayollarga boradi va tantanavor suitsidga qo'l urishi mumkin. Ularning aksariyati xat yozib qoldirishadi. Tantavor suitsidni amalga oshirmoqchi bo'lgan shaxs o'z maqsadini yaqinlariga bildiradi, ularga qattiq talab qo'yadi, hayotdan noroziligi uning xatti-harakatlaridan, nutqidan bilinib turadi. Uning nega shu fikrga kelgani aniqlanib, talablari qondirilsa, suitsidni bartaraf etish mumkin. Ba'zida ota-onalar uning gapiga e'tibor qilishmaydi, bunday bema'ni gaplaringni yig'ishtir, deb koyib berishadi, uni bafurja tinglashmaydi. Natijada suitsidning oldi olinmay qoladi.

Isterik toifaga kiruvchi o'smirlarda yolg'ondakam suitsid uchrab tura-di. Bundaylar bir nechta tabletkani ichib yuborib, reanimatsiyaga tushadi, ya'ni dorini ko'p miqdorda qabul qilmaydi. Ba'zilari qo'lini kesadi va birozdan so'ng qon ketayotgan joyni bog'lab qo'yadi yoki uncha baland bo'lmagan binodan sakraydi va oyog'i sinib shifoxonaga tushadi. Yana biri uzoqdan kelayotgan mashina tagiga o'zini otadi (shofyor tormozni bosishga ulgurishi kerak) va h.k. Buning negizida o'ziga e'tibor qaratish va o'z maqsadiga erishish yotadi. Albatta, bu holat yana takrorlanmasligi uchun uning talablarini qondirish kerak.

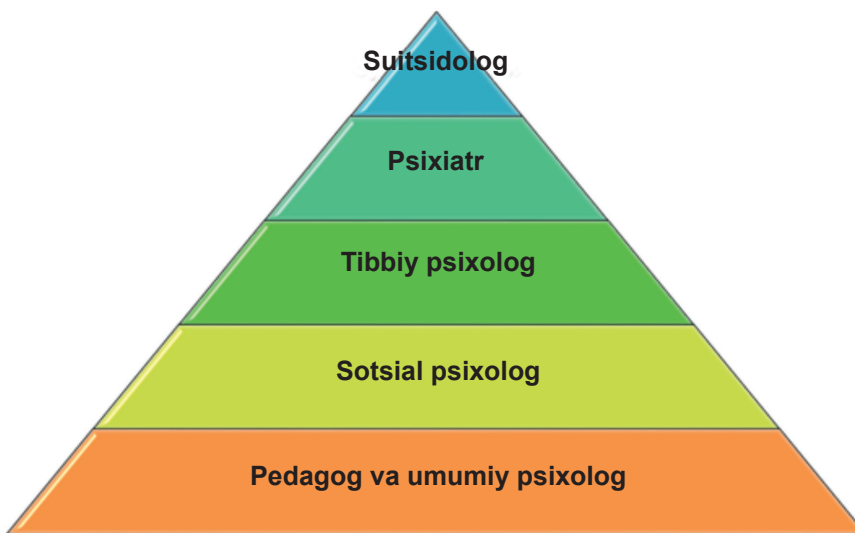
Shuni alohida ta'kidlash lozimki, yashirin tarzda o'z joniga qasd qilmoqchi bo'lgan shaxsning niyati atrofdagilarga ayon bo'lib qolsa, aksariyat hollarda u suitsiddan voz kechadi. Chunki bundaylarning asosiy maqsadi – suitsidni hech kimga bildirmay amalga oshirish. Ular shu tarzda hayotdan ko'z yumishni xush ko'rishadi. Bu sir ularning ichida qolishi kerak. Agar uning siri o'zining ehtiyotsizligi tufayli yoki psixanalitik bilan suhbat chog'ida oshkor bo'lib qolsa, u suitsiddan voz kechadi. Ammo bu odamda keyingi suitsidal urinishlarni to'xtatib qolib bo'ladimi yoki yo'qmi, bu holat shaxs tipiga va uning asl niyatiga bog'liq. Shaxs psixopatizatsiyasi, fanatizm va suitsidga bo'lgan obsessiya mavjud odamlarda o'z joniga qasd qilishning oldini olish ancha mushkul.

Qariyalarda uchraydigan suitsidal harakatlarning o'ziga xos xususiyatlari haqida to'xtalib o'tsak. Aytib o'tganimizdek o'smirda suitsidning asosiy sababi isteriya bo'lsa, o'rta yoshda ishsizlik, qariyalarda esa yolg'izlikdir. Aksariyat qariyalarda o'z joniga qasd qilish fikri turmush o'rtog'i vafotidan so'ng keladi. Ba'zilari to'satdan shu ishga qo'l ursa, boshqa birlari bunga uzoq muddat tayyorgarlik ko'radi. Masalan, qarzini uzadi, farzandlarini yoniga chaqirib "men o'lsam otangning (onangning) yoniga qo'yinglar, bir-biringga ahil bo'linglar" qabilida maslahatlar beradi, yaqin do'stlaridan xabar olgani boradi, qabristonga qatnashni odat qiladi, hatto o'ziga qabr tayyorlatib qo'yadi (to'satdan o'lib qolsa, farzandlari shoshib qolmasligi uchun), kamgap bo'lib qoladi, hayotdan nolish odatini chiqaradi, shuncha farzand tarbiyalab nimaga erishdim, hammasi o'zi bilan o'zi ovora, turmush

o'rtog'im ham o'tib ketdi, deb qo'shnilar yoki yaqinlariga nolib yuradi. Agar ziyrak farzand bunga e'tibor qaratsa, ota-onasiga izzat-ikrom ko'rsatsa, holidan xabar olib tursa, nabiralardan birini uning yoniga qo'ysa, dam olish sihatgohlariga olib borsa, albatta, suitsidning oldini olish mumkin. Qariyaga zarur shart-sharoit yaratilmas ekan, suitsidolog yoki psixolog suhbatlari befoyda. Qariyalar farzandlaridan ko'ra, nabiralar bilan yaxshi chiqishadi. Aqlli nabira buvasi yoki buvisining hayot mazmuniga aylanishi tabiiy.

Suitsid profilaktikasi

Suitsid global ijtimoiy-psixologik muammo bo'lganligi bois, u bilan jamoatchilik, umumiy va sotsial psixologlar, tibbiy psixolog va psixoterapevtlar, psixiatr va suitsidologlar shug'ullanishadi. Suitsid o'ta individual holatdir. Shuning uchun ham ishlab chiqilgan profilaktika choralari har doim ham ko'zlangan natijani beravermaydi. Buning isbotini rivojlangan davlatlardagi suitsid darajasidan ham bilib olsa bo'ladi. Shunday bo'lsa-da, hech bir davlat suitsid muammosi bilan shug'ullanishni bir muddatga ham to'xtatgan emas. O'zbekistonning barcha shaharlarida suitsid profilaktikasi bo'yicha tunu kun faoliyat ko'rsatadigan "Krizis markazlari" tashkil etilgan. Bu masalada eng katta yuk tibbiy psixolog va psixoterapevtlar, psixiatrlar va suitsidologlar zimmasiga tushadi. Fikrimizcha, suitsid profilaktikasi piramidasi quyidagi ko'rinishga ega bo'lishi va unda mutaxassislar quyidagi tartibda joylashishi kerak (8.1-rasm).



8.1-rasm. Suitsid profilaktikasi piramidasi.

Ushbu piramidadan ko‘rinib turibdiki, suitsidning oldini oluvchi ilk mutaxassislar – pedagog va umumiy psixologdir. Chunki ular suitsidga olib keluvchi dastlabki omillarni bartaraf etishadi. Pedagog to‘g‘ri tarbiya bilan suitsidning oldini olsa, umumiy psixolog, ayniqsa maktab psixologi xulq-atvori buzilgan bolalar bilan ishlab suitsidga turtki bo‘luvchi omillarni bartaraf qiladi. Sotsial psixolog esa suitsidga turtki bo‘luvchi ijtimoiy muammolar yechimini izlab topadi va shaxsning ijtimoiy muhitga moslashuvi bilan shug‘ullanadi.

Tibbiy psixolog suitsidga turtki bo‘luvchi patologik holatlar, ya‘ni isteriya, depressiya, apatiya, agressiya, psixosomatik va somatopsixik buzilishlar psixogigiyenasi va psixoprofilaktikasi bilan shug‘ullansa, psixiatrlar shizofreniya, narkomaniya, alkogolizm, reaktiv psixozlarni samarali davolab, suitsidning oldini oladi. Suitsidolog esa suitsidal urinish ro‘y bergan shaxslar bilan individual tarzda maxsus dasturlar asosida shug‘ullanadi. Ushbu piramidadan ko‘rinib turibdiki, suitsid profilaktikasi bilan bog‘liq asosiy yuk suitsidologga emas, balki boshqa soha mutaxassislariga yuklanadi. Biroq suitsidolog bunday holatlarni nazoratga oluvchi, statistikani yurgizuvchi va metodologik yordamni tashkil qiluvchi asosiy mutaxassisdir.

Suitsid ro‘y berishi xavfini aniqlash va ularni bartaraf etish. Avvalambor psixiatr ham, suitsidolog ham kuchli psixolog bo‘lishlari kerak. Suitsidga birinchi bor urinib tirik qolgan shaxs keyingi urinishda, albatta, niyatiga erishishi mumkin. Ular bilan suhbat olib borishda o‘ta ehtiyotkor bo‘lish lozim. Chunki bunday shaxslar orasida suitsid muvaffaqiyatsiz chiqqanidan, o‘zi xohlab yuz o‘g‘irgan hayotiga yana qaytganidan afsus chekadigan va hammaga sharmanda bo‘ldim, undan ko‘ra o‘lib ketsam bo‘lmasmidi, deyidiganlar ham bo‘ladi. Bu ham o‘ziga yarasha ruhiy zarba. Shu bois suitsidga keyingi urinishlar ko‘p holatlarda o‘lim bilan tugaydi. Yashashdan ko‘ra, o‘lishni afzal ko‘rdimi, demak, uning fikru xayoli keyingi suitsidni amalga oshirishda bo‘ladi. Bundaylarni ruhiy nogironlar deb atash mumkin. Ular juda katta tibbiy-psixologik va ijtimoiy-psixologik reabilitatsiyaga muhtoj bo‘lib, bunday shaxslar bilan suitsidolog mukammal shug‘ullanishi kerak.

Bemor albatta suitsidologga boradi, uning suhbatlariga quloq tutadi. Odamlarni o‘z joniga qasd qilishdan saqlab qoluvchi ushbu mutaxassisning nimalar deyishi va qanday usullarni qo‘llashi uning uchun qiziqarli tuyuladi. Bunday paytda noo‘rin aytilgan bir og‘iz so‘z yoki suitsidni aniqlash uchun qo‘llanilgan savolnomadagi biror jumla ushbu shaxs tomonidan noto‘g‘ri talqin qilinishi mumkin. Shu bois ular bilan savol-javob

nega suitsidga qo'l urgani haqida emas, balki mutlaq boshqa narsalar, masalan, uning kasbiga oid savollar bilan boshlanishi kerak. Masalan, u musiqashunos bo'lsa, "Sizni juda talantli inson deyishadi, agar mumkin bo'lsa bitta kuy chalib bering", agar u soat ustasi bo'lsa, "Qo'l soatimni bir ko'rib berasizmi, anchadan buyon ishlamayapti", rassom bo'lsa, "Agar mumkin bo'lsa mening portretimni chizib berasizmi?", u kompyuter ustasi bo'lsa, "Mana shu noutbukni bir ko'rib berasizmi, antivirus yaxshi ishlamayapti" qabilidagi savollar bilan unga murojaat qilib, ruhiy karaxt holatga tushib qolgan insonni sekin-asta hayotga qaytarish mumkin. Buning uchun avvalo bir-ikki psixologik suhbat orqali bemorning ishonchiga kirib olish va uni muloqotga juda ehtiyotkorlik bilan chorlash kerak. Chunki suitsidga urinib tirik qolgan odam ancha muddat hech kim bilan suhbatlashgisi kelmay yuradi.

"Sog'lom shaxs"da ro'y bergan suitsidal urinishlar va davom etayotgan suitsidal fikrlar sababini aniqlashda psixoanalitik uslub juda qo'l keladi. Psixoanaliz har doim bunday shaxslar bilan ishlashda yuqori natija bergan. Shu bois "Krizis markazlar"da faoliyat ko'rsatadigan tibbiy psixologlar, psixoterapevtlar, psixiatrlar va suitsidologlar psixoanaliz va psixodinamik terapiya bo'yicha malaka oshirib turishadi.

Shuni alohida ta'kidlash lozimki, suitsid muammosi bilan nafaqat tibbiyot xodimlari va psixologlar, balki keng jamoatchilik ham shug'ullinishi kerak. Bu borada har bir sektorning o'ziga yarasha qiladigan ishlari mavjud. Biroq jamoatchilik "Krizis markazlari" tomonidan ishlab chiqilgan keng ommaga mo'ljallangan adabiyotlar, metodik ko'rsatmalar asosida ishlashi talab etiladi. Masalan, bolalar va o'smirlar orasidagi suitsidal urinishlarga nafaqat oiladagi muhit, balki maktabda o'quvchi shaxsiyatiga tegadigan noto'g'ri xatti-harakatlar ham sabab bo'ladi. Bu yoshdagilarda suitsidga undovchi asosiy omillar isteriya va autoagressiyadir. Uning kelib chiqishiga yo'l qo'ymaslik uchun maktab psixologlari faol ishlashlari kerak.

Nevroz, isteriya, depressiya, agressiya, apatiya, psixopatiya kabi psixogen kasalliklar va shaxs buzilishlari aholi orasida juda keng tarqalgan va aynan mana shu holatlar bora-bora suitsid ro'y berishiga sabab bo'lishi mumkin. Demak, tibbiy psixolog va psixoterapevtlar tomonidan ishlab chiqiladigan psixogigiyena va psixoprofilaktika xizmati keng yo'lga qo'yilishi kerak.

Islom dini suitsidni qattiq qoralaydi. Shunday ekan, suitsid profilaktikasi bilan shug'ullanadigan mutaxassislar o'z joniga qasd qilishni qoralaydigan oyat va suralardan voqif bo'lishlari va ulardan muntazam foydalanishlari zarur.

Shuningdek, davlat, jamiyat va mahalliy hokimiyat organlarining aholi turmush tarzini yaxshilash va ishsizlikni bartaraf etish borasida olib borayotgan ishlari ham suitsidni oldini olishida muhim ahamiyatga ega.

Nazorat uchun savollar

1. *Suitsid deb nimaga aytiladi?*
2. *Suitsid qaysi davlatlarda keng tarqalgan va nima uchun?*
3. *Suitsidal urinish deganda nimani tushunasiz?*
4. *Islom davlatlarida suitsid nima uchun kam uchraydi?*
5. *Suitsidga turtki bo'luvchi sabablarni ayting va izohlab bering.*
6. *O'smirlar va qariyalarda suitsidga qanday holatlar turtki bo'ladi?*
7. *“Suitsid profilaktikasi piramidasi” tuzilishi qanday?*
8. *Suitsidga uringanlar bilan tibbiy psixolog qanday ish olib boradi?*
9. *Suitsidolog vazifalariga nimalar kiradi?*
10. *Suitsid profilaktikasida jamoatchilikning roli qanday?*

IX BOB. JARROHLIK AMALIYOTIDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

9.1. Jarroh va bemor orasidagi psixologik munosabatlar

Tibbiyotda jarrohlik amaliyoti alohida o‘rin tutadi. Xalq orasida «Agar bemor dori-darmon bilan tuzalmasa, uni operatsiya qilib, jarrohlar tuzatishadi», degan fikr yuradi. Terapevtik amaliyotga nisbatan, jarrohlik amaliyoti aksariyat bemorlar va ularning yaqinlari uchun katta bir psixologik sinovdir. Demak, tibbiyotning boshqa yo‘nalishlaridagi kabi jarrohlik amaliyotida ham psixologik yordamning ahamiyati juda yuqori. Buni jarrohlik kasbini tanlayotgan har bir talaba anglashi zarur.

Tibbiy psixologiyadan ma‘ruza tugashiga biroz qolganda “Savollar bormi?” deb talabalarga yuzlandim. Yaxshi o‘qiydigan bir talaba qo‘l ko‘tarib, “Ustoz, men jarroh bo‘lmoqchiman, otam ham jarroh, operatsiyaga qatnashib yuraman, yaxshi jarrohlar navbatchiligiga kelib turaman, jarroh bo‘laman, deb institutga kirdim. Operatsiyaga buyurilgan bemor bilan jarroh uzoq vaqt suhbatlashib o‘tirishi kerakmi? Masalan, jarroh kuchli bo‘lsa, psixologik suhbatlar shartmi? Shunga siz nima deysiz?” – deb so‘radi.

Savol o‘rinli edi. Albatta, jarroh va bemor uchun muvaffaqiyatli o‘tgan operatsiya har qanday psixologik suhbatdan yuqori. Lekin afsuski, ko‘pchilik vrachlar psixologning asosiy vazifasi bemor bilan suhbatlashib, uni tinchlantirish deb bilishadi. Suhbat – bu psixodiagnostika va psixoterapiyaning asosiy quroli. Biroq psixologiya – inson tasavvuri doirasiga ham sig‘maydigan beqiyos imkoniyatlar va o‘zining turli uslublariga ega fan. Psixologiyaning imkoniyatlari cheksiz!

Talabaning savoliga quyidagi voqea tafsilotlari javob bo‘lsa 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 tekshirayotgan ekan. Men professor ko'rigi tugashini kutib chekkaroqda turdim. Bemorni operatsiya qilgan yosh vrach kasallik varaqasini o'qib beryapti. Vrach o'z navbatchiligi paytida bemorni "o'tkir appendisit" tashxisi bilan tezda operatsiyaga olgan. Operatsiya mahalliy og'riqsizlantirish usuli orqali qilingan va muvaffaqiyatli o'tgan. Operatsiyadan so'ng bemor ertalabgacha uxlagan. Ertalab soat o'nlarda "Operatsiya bo'lgan joyim kuchli og'riyapti", deb palata vrachini chaqirgan. Vrach kirib qarasa, bemor oyoqlarini bukib, yonboshlab yotibdi. Vrach operatsiya qilingan joyni tekshirgan va u yerda hech qanday asoratlarni ko'rmagach, hamshiraga tinchlantiruvchi ukol qilishni buyurgan. Bemor ukoldan so'ng uxlab qolgan, biroq uyg'ongandan so'ng «Yana og'riyapti, operatsiya qilingan joyda tampon yoki boshqa biror narsa qolgan bo'lsa kerak», deb yig'layvergan. Kechga yaqin og'riq kuchaygan, bemor g'ujanak bo'lib yotib olgan, tana harorati ham 38°C ga ko'tarilgan. Bemor tinchlantiruvchi ukoldan voz kechgan. «Operatsiya qilingan joyda vrach biror narsani unutilib qoldirgan» deb, vrachlarni qayta operatsiyaga undagan. O'sha kuni kechqurun bemorni boshqa bir yoshi katta jarroh, fan nomzodi operatsiya qiladi. Ikkinchi operatsiyani qilgan ushbu jarroh ham bemorni ko'rishda ishtirok etayotgan edi. U operatsiya haqida ma'lumot berdi. Operatsiya joyi ikkinchi bor ochilganda, u yerda hech qanday narsa unutilib qolinmagani va birinchi operatsiya haqiqatan ham muvaffaqiyatli o'tganini aytdi. Biroq, shunday bo'lsa-da, mana bugun, ya'ni dastlabki operatsiyaning 4-kuni ham og'riq to'xtamayotgani, aksincha, kuchaygani va shu bois nevropatolog chaqirishganini professorga aytishdi. Professor ikkala jarrohni ham tinglab bemorga yuzlandi. G'ujanak bo'lib yotib olgan bemor qo'rquv-xavotir to'la ko'zlari bilan professorga tikildi. Karovatning bosh qismida bemorning qizi ham suhbatga qo'shildi va onasining kechasi bir necha bor og'riqdan uyg'ongani, og'riq qoldiruvchi ukollardan voz kechganini aytdi. Professorning «Nima uchun og'riq qoldiruvchi doridan voz kechyapsiz, axir og'riq qolsa, o'zingizga yaxshi-ku», degan savoliga bemor "Axir appenditsitda og'riq qoldiruvchi dori qilsa bo'lmaydi, u yorilib, yiring 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 tekshirish boshladi. Bemor g'ujanak bo'lib olgan, qornini ochib, tekshirish va hatto, tanasiga qo'l tegizishga yo'l bermasdi. 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 qo'rqib sekin oyoqlarini uzatdi. «Endi ko'ylak-

ni ko'taring», dedi doktor. Bemor «Lekin qornimga tegmaysiz», deb ko'ylagini sekin ko'tardi va qo'rquv-xavotir bilan doktorga qaradi. Operatsiya qilingan joy bint bilan yopib qo'yilgan va leykoplastir yopishtirilgan edi. Professor «Endi bu bintni olamiz, men operatsiyalar qanday o'tkazilganini ko'rishim kerak», dedi. Biroz urinishlardan so'ng bemor ko'ndi. 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 xuddi bir narsa 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, baqira boshladi 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, operatsiyadan so'ng oyoqlarni cho'zib yotish kerak edi. Nega shuni bemorga aytmadinglar, ana endi kesilgan nervlar bitish o'rniga tugilib qolibdi», deb doktorlarni koyigandek bo'ldi. Ba'zi doktorlar professor nima demoqchi ekanligini anglab yetishgan bo'lsa, boshqa birlari nima uchun u «nervlar tugilib qolgan», deb aytayotganidan hayron bo'lishdi. Ingrab yotgan bemor esa birdan ziyrak tortib, «Endi nima bo'ladi?», deb xavotir bilan professorga yuzlandi. Professor birinchi operatsiya qilgan doktorga qarab, «5 grammlı 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 va og'riq 10 daqiqaga yetmasdan to'xtaydi», dedi. Bemor biroz ikkilanib turdi-da, qo'rqa-pisa xavotir bilan oyoqlarini yozdi va o'zi qornini ochdi. Professor operatsiya qilingan joyni spirt bilan tozalab, chandiqlning ikki chetiga shpris tiqib, novokain qildi. Bemor dodlab yubordi. Professor «Ayt-dim-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, qani tez-tez bo'ling!». Bemor shosha-pisha professorning keskin tarzda bergan buyruqni bajardi. «Endi o'tirib oling, qani tez-tez bo'ling!» deb, bemorni shoshirdi. Bemor «Axir ...» deb so'zga shaylanuvdi hamki, professor «Aytganimni qiling» dedi buyruq ohangida. Bemor biroz qiynalib bo'lsa-da, o'tirib oldi. «Endi o'rningizdan turib yuring, tez bo'ling!». Deyarli 5 kundan buyon turib yurmayotgan va faqat og'riqdan shikoyat qilib yotgan bemor

biroz ishonchsizlik bilan bo'lsa-da, o'rnidan turib yura boshladi. Endi bemor og'riq sezmayotgan va o'zida yo'q xursand edi. Bemor palatada yura boshladi, bemor ko'rigida ishtirok etayotganlar ikkiga bo'linib, unga yo'l berishdi. Professorning ko'zi menga tushdi. «Iye, nevropatologimiz ham shu yerda ekanlar-ku, bu bemorga endi nevropatologning keragi yo'q. Mana, o'zimiz davolab qo'ydik», dedi kulib. Professor operatsiya qilgan vrachga qarab, «Bu bemorga bugunoq uyga javob bering, endi u sog'!» dedi yumshoq ohangda. Deyarli yarim soat oldin og'riqdan hatto oyog'ini ham ochib-yoza olmayotgan bemor professor tomonidan juda ustomonlik bilan o'tkazilgan psixoterapiya va platseboterapiyadan so'ng darddan xalos bo'ldi. U endi uyga ketishi 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 asnosida ma'lum bo'ldiki, bemorning yonida parvarish qilib o'tirgan 24 yashar qizi viloyatda «o'tkir appendisit» tashxisi bilan uch marta operatsiya bo'lgan va ikkala holatda ham operatsiya muvaffaqiyatsiz chiqqan: birinchi gal vrach tamponni unutib qoldirgan va u ikkinchi operatsiyada olib tashlangan, operatsiya qilingan joy yiringlab ketib, «appendektomiya 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.

Uchta operatsiya 3 ta vrach tomonidan amalga oshirilgan. Dastlabki operatsiyani qilgan vrach bemorni 3 kunda uyga chiqarib yuborishni va'da qilgan. Biroq vaziyat og'ir tus olgan. Ushbu vaziyat 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 ketgan. Lekin 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 appenditsit bo'lib qoladi va vaziyat yuqorida ko'rsatilganidek keskin tus oladi.

Professor ishlatgan usulni bemorni operatsiya qilgan ikkala jarroh ham qo'llashi mumkin edi. Biroq ularda uquv va tajriba yetishmadi. Bu oddiy bir appendisit bilan bo'lgan voqea. Jarrohlik amaliyotida bir qancha murakkab holatlar mavjudki, ularning aksariyati psixologik yondashuvni talab qiladi. Demak, jarrohlik operatsiyasi muvaffaqiyatli o'tishi uchun har bir jarroh nafaqat o'z kasbining mutaxassisi, balki yetuk psixolog ham bo'lishi kerak.

Jarrohlik kasbida shoshilinch operatsiyalarning ko'pligi, vaqt tig'izligi jarrohlar bilan bemorlar orasida o'zgacha psixologik muhitning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Yana shuni ta'kidlash lozimki, tibbiyotning boshqa yo'nalishlariga qaraganda jarrohlikda bemordan 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 bundan mustasno. Ba'zi jarrohlar operatsiya sababi va undan kutiladigan natija haqida bemorga ma'lumot berishmaydi. Bu esa unda xavotir uyg'otishi mumkin. Bunday paytda bemor belgilangan operatsiyadan voz kechishi yoki bo'lmasa, operatsiya tafsilotlarini yoritib beruvchi boshqa jarrohni tanlashi mumkin. Biroq shuni tan olish lozimki, operatsiyani muvaffaqiyatli bajaradigan va katta obro'-e'tiborga ega jarrohdan bemor har qanday vaziyatda ham voz kechmaydi, hatto u qo'pol bo'lsa ham.

Jarrohlik operatsiyasi bemor psixologiyasiga, uning his-tuyg'ulariga turlicha ta'sir qiladi. Chunki vujud va tana yagona bir tizimdir. Operatsiyadan so'ng ruhiy muvozanatning salbiy yoki ijobiy tomonga qarab o'zgarishi, albatta, operatsiya natijasiga bog'liq. Operatsiya muvaffaqiyatli bajarilsa, operatsiyadan oldingi qo'rquv, xavotir va o'zaro tushunmovchiliklar darrov barham topadi. Agar operatsiya natijasi muvaffaqiyatsiz bo'lsa, operatsiyadan oldingi gumon, xavotir va shu kabi tushunmovchiliklar jarroh uchun yomon tus olishi, ba'zan esa katta janjalga aylanib ketishi mumkin. Shuning uchun ham aksariyat G'arb davlatlarida operatsiyaning barcha tafsilotlari, ustunliklari va asoratlari bemorning yaqin qarindoshlari hamda uning o'ziga tushuntirib beriladi, albatta, deontologiya va etika qoidalariga amal qilgan holda. Sir saqlanishi shart bo'lmagan holatlarni bemordan yashirishga hojat yo'q. Chunki saqlanishi shart bo'lmagan sir-sinoatlar bemor va uning qarindoshlarida jarroh va u o'tkazayotgan operatsiyasiga nisbatan katta gumon uyg'otishi mumkin. Bu gumon operatsiya muvaffaqiyatsiz chiqqan taqdirda, jarrohni yomon vaziyatda qoldirishi va ikki o'rtada sudlashuvlar boshlanib ketishiga sabab bo'ladi.

Agar operatsiya biror bir a'zo yoki uning bir qismini olib tashlash bilan yakunlansa, operatsiya muvaffaqiyatli chiqqan taqdirda ham bemor ruhiyati buziladi. Chunki u ushbu operatsiya sababli avvalgi kasbida ishlay olmasligi yoki to'laqonli hayot kechirolmasligi mumkin. Albatta, bunday paytda jarroh ushbu operatsiyani qilmasa, boshqa asoratlar yuzaga kelishi mumkinligi, endi bundan so'ng jarrohlik muammosidan xalos bo'lganligi, sog'lig'iga e'tibor qilib yurishini bemorga tushuntirib, uni tinchlantirishi lozim.

Mutaxassislar fikricha, jarrohlik amaliyotini boshidan o'tkazgan bemorlarning 30 % da, ba'zi ma'lumotlarga ko'ra 70 % da u yoki bu ko'rinishda ruhiy o'zgarishlar kuzatiladi, ayniqsa, ipoxondriyada. Ular jarrohdan kasalligini sinchkovlik bilan tekshirish, bir nechta vrachlar ishtirokida konsilium o'tkazilishini talab qilishadi. Ba'zilar esa boshqa bir jarrohlar bilan maslahatlashadi, «Operatsiya shartmi-yo'qmi?» deb, o'zi taniydigan vrachlar oldiga boradi. Boshqa bir bemorlar esa o'zini qiynab yurgan darddan operatsiya orqali birato'la qutulish istagida jarrohlarga murojaat qilishadi. Ko'pincha bunday holatlar isteriyaga duchor bo'lgan bemorlarda kuzatiladi. Bemor o'zini qiynab yurgan bo'yoqni yoki bo'lmasa, qorin sohasidagi doimiy og'riqdan batamom qutulish uchun operatsiya qildiradi. Haqiqatan ham tonzilloektomiya, strumektomiya, xolesistoektomiya, appendoektomiya kabi operatsiyalar bemor xohishiga qarab (albatta, tibbiy ko'rsatmalarni e'tiborga olgan holda) o'tkazib turiladi. 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 appenditsit bo'lib, operatsiya bo'lgan odamlarda kuzatiladi. O'zining ham shu holatga tushib qolishidan qo'rqib, jarrohga murojaat qiladi. Appendoektomiya operatsiyasi uncha murakkab bo'lmaganligi bois, ba'zan jarrohning o'zi uni bemorning qarindoshlariga tavsiya qiladi. 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 bilan zudlik bilan tunda operatsiya qildirgan. Operatsiyadan so'ng jarroh bemorning yaqinlariga kasallik peritonitga o'tishiga oz qolganligini aytadi. Uning ahvolidan qo'rqqan akasi o'z xohishi va vrach tavsiyasiga ko'ra, appendoektomiyaga rozi bo'ladi.

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 moddalarni va spirtli ichimliklarni ko'p iste'mol qiluvchilarda hamda ruhiy kasalligi bor bemorda o'tkir jarrohlik kasalliklari kuzatilsa, bu vrachlar uchun katta tashvish tug'diradi. Ayniqsa, bolalarda oligofreniya, imbetsil holatlar va boshqa tug'ma nuqsonlar, qariyalarda esa involyutsion psixoz yoki demensiya jarrohlar uchun bir qancha qiyinchiliklarni yuzaga keltiradi. Bunday bemorlarning xulq-atvoridagi patologik o'zgarishlar tashxisni to'g'ri aniqlashga to'sqinlik qiladi, ular operatsiyadan so'ng vrach tavsiyasiga to'la amal qila olishmaydi va buning natijasida, operatsiya qilingan joy ochilib ketishi, qon ketishi kabi bemor

hayoti uchun xavfli vaziyatlar paydo bo'lishi mumkin. Bunday bemorlar operatsiyadan oldin ham, keyin ham tibbiy psixolog yoki psixiatr nazoratiga olinishi zarur.

9.2. Bemorni operatsiyaga tayyorlash

Bemorni operatsiyaga tayyorlash murakkab jarayondir. Chunki asabi o'ta mustahkam odam ham operatsiyadan hayiqishi mumkin. Bemorni operatsiyaga nafaqat tibbiy ko'rsatmalarni e'tiborga olgan holda, balki psixologik nuqtai nazardan ham tayyorlash zarur. «Hammasi yaxshi bo'ladi, qo'rqmang» degan an'anaviy iboralar bemorni hamma vaqt 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'liq. Yosh jarroh hali uncha ko'p operatsiya qilmagan bo'ladi va tabiiyki, u tanilishi va o'z mahoratini ko'rsatishi uchun bemor bilan ishlashi kerak. Yuqori darajada professional jarroh darajasiga yetish uchun yosh jarrohlar bunday operatsiyalarni ko'plab bajarishlari lozim. Operatsiya muvaffaqiyatli o'tishi va o'ziga ishonch uyg'otishi uchun jarroh bemor bilan psixologik suhbatlar o'tkazib turishi kerak. Barcha mashhur jarrohlar dastlab shu yo'ldan boshlagan.

Operatsiyadan oldin bemorda turli xil psixovegetativ va psixosomatik belgilar kuzatilishi mumkin. Bular uyqu buzilishi, bosh aylanishi, yomon tush ko'rish, ko'p terlash, titrash, taxikardiya, AQB o'ynab turishi, o'lim qo'rquvi, ich ketish, tez-tez siyish va boshqalar. Ma'lumki, operatsiyaga monelik qiluvchi holatlarni aniqlash uchun bemor boshqa mutaxassislar, masalan, terapevtga ko'rsatiladi, turli xil laborator va diagnostik tekshiruvlardan o'tkaziladi.

Ba'zan bemor terapevtidan qandaydir bir umid bilan «Bu bemorga operatsiya mumkin emas, uni dori-darmonlar bilan davolanglar», degan so'zlarni eshitgisi keladi. Hatto operatsiyadan oldin yaqinlari bilan vidolashadigan, yaqinlariga vasiyat qiladigan holatlar ham uchrab turadi. Bemorni operatsiyaga psixologik nuqtai nazardan tayyorlashda nafaqat operatsiya qiluvchi jarroh, balki boshqa tibbiy xodimlar, ya'ni palata vrachi, hamshira (ayniqsa, operatsiyada ishtirok etuvchi) ham faol ishtirok etishlari zarur. Ba'zi bemorlar uni operatsiya qiluvchi jarroh so'ziga emas, balki

boshqa bir vrach yoki hamshira va hattoki o'sha bo'limda davolanayotgan bemorning so'zlariga quloq tutadi va operatsiyadan voz kechadi. Shifokorlar orasidagi o'zaro ishonch va etika tamoyillari ham katta ahamiyatga ega. Chunki doimo operatsiyalarda ishtirok etib yuruvchi hamshira bemorni uni operatsiya qiluvchi jarrohdan aynitib qo'yishi mumkin.

Operatsiyadan voz kechish sabablari turli-tuman bo'lib, ular asosan rejali operatsiyalarga taalluqli. Bunday vajlarning ba'zilari haqida to'xtalib ham o'tdik. Bular – yaqin kishisining xuddi shunday tarzda o'tkazilgan operatsiyadan keyin vafot etishi yoki nogiron bo'lib qolishi, yaqinlarining operatsiya qildirmaslik haqidagi talabi, narkozdan qo'rqish, jarroh va bemor orasidagi nosog'lom psixologik vaziyat yoki tushuntirish ishlarining yetarli darajada olib borilmasligi, qarilik davri, bir necha bor operatsiya o'tkazgan bemorlar maslahati, isteriya yoki ruhiy kasalliklar.

Jarrohlikda psixologiya fani naqadar ahamiyatli ekanligi haqida yuqorida ma'lumot berdik. Ba'zan ruhiy jarohatlarni davolashda jarrohlik usullaridan ham foydalanish zarurati tug'iladi. Hattoki gipnoz yordamida ham davolab bo'lmaydigan ba'zi og'ir ruhiy jarohatlarni davolashda jarrohlik operatsiyasiga murojaat qilishga to'g'ri keladi. Toshkent viloyatida bo'lib o'tgan ushbu voqea bunga yaqqol misol bo'la oladi.

Voqea yoz kunlarining birida ro'y bergan. Bir ayol «insomniya», bilan nevropatologda davolanib yuradi. U kechalari uxlay olmasdi. Uyqusizlikdan aziyat chekib, yana vrachning oldiga borganida, vrach unga kuchliroq uxlatuvchi dori buyuradi. Bemor dorini ichsa-da, hech uyqusi kelavermaydi. Uyqusi qochgan ayol tunda to'lin oy yog'dusida pastqam uyining derazasidan tashqariga qarab xayol surib yotadi. Derazaning tagidan kichik bir ariqcha oqib o'tardi. U ariqchada sakrab suzib yurgan baqalarga tikilib, «Buncha kichik bo'lmasa bular, uxlab yotganimda ichimga kirib ketishsa-ya», degan xayol bilan choyshabni ustiga yopib uxlab qoladi. Tush ko'radi. Tushida kichikroq bir baqa derazadan u yotgan karovat tomon sakrab-sakrab yuradi va bemorning og'ziga kirib ketadi. Bemor qo'rqib uyg'onib ketadi va birdan derazaga qaraydi. Tong endi otayotgan edi. Yorug'lik tusha boshlagan deraza tokchasi-da 2–3 ta baqa sakrab yurganiga ko'zi tushadi. Ularni ko'rib, bemorda qattiq kekirik paydo bo'ladi va u baqaning sayraganiga o'xshab eshitiladi. Kekirik tez-tez takrorlanaveradi. Har bir kekirishi baqa sayragandek bo'lib chiqadi. 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 qusishga harakat qiladi. Kekirik kuchayib boraveradi va tez-tez takrorlanana boshlaydi.

Bu ayolning eri olamdan o'tgan bo'lib, voyaga yetgan 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 sezardim, men aniq bilaman, baqa og'zimga kirib ketganidan so'ng uyg'onib ketdim, ko'zimni ochsam, deraza tokchasida baqalar o'ynab yuruvdi, bu tush emas!» deydi zorlanib. 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 shu atrofda yashaydigan tanish doktorning uyiga bori shadi va bo'lgan voqeani aytib berishadi. Bemor tinmay kekirardi. Doktor uni tekshirmasdan, kulib shunday deydi: «Baqani yutib bo'lmaydi, u tomoqdan o'tmaydi, baqa hech qachon odamning og'zidan uning ichiga kira olmaydi». Bemor doktordan norozi bo'lib, uning yonidan chiqib ketadi. Bemor qizi bilan boshqa vrachlarga qatnay boshlaydi, ulardan turli tekshiruvlar o'tkazishni talab qilaveradi. Uni nevropatolog, psixiatr, jarroh, terapevt, rentgenologlar tekshirishadi. Tekshiruvda qatnashgan barcha shifokorlar bemorning ichida baqa yo'qligiga uni ishontirmoqchi bo'lishadi. Biroq bu urinishlar zoye ketadi. Bemor tabiblarga qatnay boshlaydi. Ularning deyarli hammasi bir xil gapni aytishardi: «Baqa odamning ichiga kira olmaydi, siz yomon tush ko'rgansiz». Bemorning tinchi buziladi, u nima esa, qusib tashlayveradi, kekirish sira qolmaydi.

Bemor shu ahvolda bir oy qiynalib yuradi va ozib ketadi. Bu voqeadan xabardor odamlar: «Baqa qolgan bo'lsa ham u o'lib bo'lgan, organizmdan chiqib ketgan», deb ishontirishga harakat qilishadi. Lekin bu gaplar hech naf bermaydi. Baqa ichimga kirib ketdi, degan fikr uning miyasiga o'tirib qolgan edi. U jarrohlardan operatsiya qilib, baqani olib tashlashni talab qila boshlaydi. «Baqa mening oshqozonimda yashab yuribdi, u hali o'lmagan, ichimni kemiryapti», deb yig'layveradi. Axiyri uni professorga ko'rsatishadi. Professor bo'lib o'tgan barcha voqealarni batafsil o'rganib chiqadi, bemorni to'la tekshiradi va bemorga jarroh bilan maslahatlashib, uning qornini operatsiya qilib ochib ko'rishni va'da qiladi: «Agar haqiqatan ham baqa ichingizda yashayotgan bo'lsa, uni olib tashlash kerak!» deydi. Bu so'zlardan bemorning ko'ngli taskin topadi. Uni jarrohlik bo'limiga yotqizib operatsiyaga tayyorlashadi.

Professor «oshqozondan baqani olib tashlash» operatsiyasi bilan bog'liq bo'lgan barcha muolajalarni butunlay sir saqlashni operatsiyani o'tkazuvchi jarrohga va hamshiraga tayinlaydi. Bemor operatsiya xonasiga olib kiriladi va u dori ta'sirida uxlatiladi. Operatsiyadan oldin kichikroq bir

baqa topib kelishadi 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 uchta odam, ya'ni jarroh, hamshira va professor ishtirok etishadi. Bu g'aroyib operatsiyaning sirini faqat ular bilishardi. Professor hamshiraga bemor ko'zini ochgan zahoti baqa solingan idishni ochib yuborishni buyuradi. Narkozning ta'siri qaytgach, bemor ko'zini ochadi. Shu payt hamshira baqa solingan idishni ochib yuboradi. Baqa bemorning ustidan bir-ikki sakrab pastga tushib ketadi. Bemor bu holatni o'z ko'zi bilan ko'radi. Professor bemorga boqib: «Siz to'g'ri aytgan ekansiz, baqa haqiqatan ham qattiq uxlab yotganingizda ichingizga kirib ketgan ekan, lekin u shuncha vaqt ichingizda o'lmay yashaganiga hayronman!» deydi. Jarroh ham «Men bunaqa operatsiyani birinchi marta qilishim», deydi kulib. «Axiyri mening aytganim to'g'ri chiqdi», deydi bemor ko'zlariga yosh olib. Xullas, bemor butunlay tuzalib ketadi, kekirish shu zahoti yo'qoladi, ishtahasi ochiladi, uyqusi ham tiklanadi. Qornida faqat kesilgandan yengil chandiq qoladi, xolos.

Oradan bir yil o'tadi. Bir kuni bozorda «baqa yutib yuborgan ayol» qizi bilan aylanib yurib, o'sha hamshirani uchratib qoladi. Hamshira uni zo'rg'a taniydi, kasallikdan qiynalib, ozib ketgan bu ayol endi semirib, tanib bo'lmas darajada o'zgarib ketgan edi. Ular quchoqlashib ko'rishadi, qadrdon dugonalardek uzoq vaqt suhbat qurishadi, uni operatsiya qilib og'ir va uyatli darddan xalos qilgan doktorlarga mingdan-ming qulluq qiladi. Suhbat orasida «Menga o'xshab baqa yutib yuborgan ayollar kelishyaptimi?» – deb so'raydi kulib. Sobiq bemor qizi bilan ketishga shaylanayotganida hamshiraning kallasiga bema'ni bir fikr keladi: «Aslida nima bo'lganini aytib bersammikan, oradan bir yil o'tdi-ku, baribir bemor tuzalib ketgan-u». Beburd hamshira bo'lib o'tgan voqea tafsilotini oqizmay-tomizmay bemorga so'zlab boradi. Hamshira shifokor etikasiga mutlaqo zid bo'lgan o'ta qaltis ishga qo'l uradi. Barcha haqiqatni o'z qulog'i bilan uni operatsiya qilishda ishtirok etgan hamshiradan eshitgan ayol turgan joyida qotib qoladi. Uning ko'zlari bir nuqtaga tikilgan va qulog'iga hech narsa kirmas edi. U turgan joyida qotib qoladi, ya'ni stuporga tushadi. Onasining bu holatini ko'rgan qizi hamshirani so'zlashdan to'xtatadi. Hamshira bu holatni ko'rib, qo'rqib ketadi va voqea joyini tark etadi. Ayolni ruhiy kasalliklar shifoxonasiga joylashtirishadi. Bemor suv ichmay, ovqat yemay qo'yadi. Uni zond orqali ovqatlantirish ham juda qiyn kechadi. U ozib ketadi. Oradan bir oy ham o'tmasdan ayol vafot etadi. Hamshira esa qamaladi.

Bu, albatta, ayanchli voqea. Bir tomondan, og'ir psixopatologik sindromni bartaraf etishda mashhur professorning yuksak darajada qo'llagan jarrohlik mahoratini ko'rsak, ikkinchi tomondan, o'rta tibbiyot xodimining bir og'iz so'zi oqibatida avvalgisidan ham og'ir psixopatologik sindrom, ya'ni yatropatiya rivojlanib, o'lim bilan tugaganining guvohi bo'lamiz. Shifokor yuqori darajada mas'uliyatli bo'lishi va har bir so'zni o'ylab gapirishi kerak.

Mashhur terapevt va deontolog olim Erkin Qosimov ta'biri bilan aytganda, shifokor – bu «vrach» so'zining sinonimi emas, u keng ma'noli atamadir, «shifokor» deganda, bemorga shifo berishda ishtirok etuvchi barcha tibbiyot xodimlari, ya'ni vrachlar, hamshiralar va kichik tibbiy xodimlar (sani-tarkalar) tushuniladi. Har bir shifokor deontologiya va etika tamoyillariga qat'iyon amal qilishlari shart.

Nazorat uchun savollar

- 1. Jarrohlik kasbi uchun psixologiya fani naqadar muhim?*
- 2. Jarrohlik amaliyotida yatrogeniya qanday holatlarda rivojlanadi?*
- 3. Bemor operatsiyaga qanday tayyorlanadi?*
- 4. Bemorni operatsiyaga tayyorlashda nimalarga e'tibor qaratiladi?*
- 5. Bemor ruhiyati operatsiyadan keyingi qanday omillarga bog'liq?*
- 6. O'zingiz guvohi bo'lgan vaziyatlar haqida so'zlab bering.*

X BOB. AKUSHERLIKDA VA GINEKOLOGIK KASALLIKLARDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

10.1. Tug‘ruqdan so‘ng kuzatiladigan ruhiy o‘zgarishlar

Ba‘zi ayollarda tuqqanidan so‘ng turli xil ruhiy-hissiy buzilishlar ro‘y beradi. Atrofdagilarning yaxshi munosabatidan qat‘i nazar, tuqqan ayolning kayfiyati keskin o‘zgarishi mumkin. Ayniqsa, sababsiz jizzakilik, tez xafa bo‘lish, yig‘loqilik, vahima, xavotir, uyqu buzilishi kabi belgilar ko‘p kuzatiladi va ular hech qanday tibbiy-psixologik yordamsiz o‘tib ketishi mumkin. Bu holatlar, ayniqsa, birinchi bor tuqqan ayolda ko‘p kuzatiladi va charchoq bilan namoyon bo‘ladi. Bunday vaziyatda umr yo‘ldoshi, ota-onasi va boshqa yaqinlarining katta e‘tibori, mehr-oqibati ushbu ruhiy o‘zgarishlarni tezroq bartaraf etishga yordam beradi.

Mutaxassislar fikricha, tug‘ruqdan keyingi bunday psixoemotsional buzilishlar deyarli 20 % ni tashkil qiladi va bir oygacha cho‘zilishi mumkin. Ayniqsa, bola chala tug‘ilsa, unda nuqsonlar aniqlansa, ruhiy buzilishlar kuchayadi. Aksariyat hollarda tug‘ruqdan oldingi xavotir tug‘ruqdan keyin ham saqlanib qoladi. Shu bois ham rivojlangan xorij davlatlarida tug‘ruqdan oldin ayollarni klinik psixolog ko‘rigidan o‘tkazish diagnostika standartiga kiritilgan. Tuqqan ayolning atrofida salbiy muhit yaratilsa, ruhiy-hissiy buzilishlar zo‘rayib, og‘ir depressiyaga o‘tish havfi bor. Tug‘ruqdan keyin o‘z farzandidan voz kechish yoki o‘z joniga qasd qilish holatlari shu sababli ro‘y berishi mumkin.

Ruhiy-hissiy buzilishlar ichida tug‘ruqdan so‘ng kuzatiladigan depressiya alohida o‘rin tutadi va bunda albatta, tibbiy psixolog yordami kerak bo‘ladi. Ayolning o‘zi bu holatdan chiqib keta olmasligi mumkin. Tug‘ruq bilan bog‘liq depressiya, ayniqsa, bola o‘lik yoki biror bir kamchilik bilan tug‘ilgan vaziyatda ko‘p uchraydi. Bola tirik tug‘ilgan holda kuzatiladigan depressiyaning asosiy belgilaridan biri – bu o‘z bolasi va eriga qiziqishning so‘nishi. Bunday vaziyatda bolani emizish zarurligini yaqinlari ayoldan yolvorib so‘rashadi. Ona esa yig‘layotgan bolaga e‘tiborsiz bo‘ladi, chaqa-

loqni uning ko'ksiga olib borishsa, qo'liga olmaydi, qo'liga berishsa itarib yuboradi, o'zi ham yig'layveradi. Ba'zan esa ko'ziga yig'i kelmaydi, bolasiga yoki atrofdagilarga teskari o'girilib yotib oladi.

Aksariyat hollarda depressiya qo'rquv, xavotir va turli darajada ifodalangan vegetativ va somatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Ayniqsa, niqoblangan depressiyaning tug'ruqdan so'ng yuzaga kelishi vrach uchun ham katta diagnostik qiyinchilik tug'diradi. Avvalgi boblarda aytib o'tilganidek, niqoblangan depressiya turli somatik kasalliklar yoki sindromlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Shuning uchun niqoblangan depressiyani to'g'ri aniqlash ham tibbiy, ham psixologik tekshiruvlar o'tkazishni taqozo etadi. Niqoblangan depressiyada somatik buzilishlar subyektiv bo'lib, obyektiv tekshiruvlarda tasdiqlanmaydi.

Tug'ruqdan so'ng kuzatiladigan xavotirli-depressiv buzilishlarni davolashda zamonaviy antidepressantlardan keng foydalaniladi. Biroq ruhiy buzilishlarni ushbu dorilar bilan davolashda ularni emizuvchi ayolga monelik qiluvchi tomonlari, go'dakka nojo'ya ta'sirlari va ruhiy buzilishning og'irlik darajasini e'tiborga olish lozim.

Tug'ruqdan so'ng rivojlanishi mumkin bo'lgan xavotirli-depressiv buzilishlarning oldini olish o'ta muhim. Buning uchun har bir homilador ayolga "Tibbiy-psixologik anketa" to'ldirilishi va tibbiy psixolog ularni nazoratga olishi zarur. Chunki endi rivojlanib kelayotgan depressiyaning yashirin belgilarini faqat tibbiy psixolog aniqlay oladi va ularni o'z vaqtida psixoterapevtik yo'llar bilan bartaraf etadi.

10.2. Ginekologik operatsiyalardan so'ng kuzatiladigan psixoemotsional buzilishlar

Ginekologik kasalliklarda davolash ba'zida operatsiya yo'li bilan amalga oshiriladi. Bachadonni olib tashlash, gisterektomiya, kuchli qon ketishlarni to'xtatish, tug'ish paytida kuzatiladigan xavfli vaziyatlarda o'tkaziladigan operatsiyalar turli xil ruhiy zarbalar sababchisidir. Masalan, bachadon olib tashlanishi yosh ayollar uchun stress manbai hisoblanadi. Ayniqsa, farzandsiz ayol yoki yana farzand ko'rishni xohlagan ayolda bachadonning olib tashlanishi og'ir ruhiy asoratlar qoldiradi.

Bachadonga ega bo'lish va regulyar tarzda hayz ko'rish aksariyat ayollar uchun ayollik ramzidir. Bachadon olib tashlanishi deyarli barcha ayollar uchun endi yoshlikning orqada qolgani, hayot ma'nosiz bo'lib qolganini anglatadi. Bunday operatsiyadan keyin ayol bir necha oylab odatiy hayot

tarziga qayta olmaydi, depressiya va apatiyaga tushadi, o'zini xuddi yaqin bir kishisidan judo bo'lgandek his qiladi. Ularning somatik shikoyatlari ham ko'payadi, qornida har xil og'riqlar, oyoq-qo'llarida uvishishlar paydo bo'ladi, bel og'riqlari, tez-tez siyish, umumiy holsizlik, charchab qolish, o'z-o'zidan yig'i kelish kabi belgilar kuzatiladi.

Tibbiy psixolog psixoterapevtik muolajalarni erta boshlasa, ayoldagi mavjud psixoemotsional buzilishlar vaqtli orqaga chekinadi va u normal hayotga qaytadi. Mutaxassislar fikricha, bachadoni olib tashlangan ayolning odatiy hayotga qaytishi 2 yilga qadar cho'zilishi mumkin. Bu holat, ayniqsa, depressiyadan aziyat chekib yurgan yoki melankolik ayollarda kuzatiladi. Albatta, tibbiy psixologning aralashuvi bu davrni bir necha oyga qisqartiradi. Ba'zan ginekologik operatsiyadan so'ng turli darajada ifodalangan vegetativ-endokrin buzilishlar kuzatiladi va ular dori vositalari bilan faol davolashni talab qiladi.

10.3. Abortdan so'ng kuzatiladigan psixoemotsional buzilishlar

Statistik ma'lumotlarga ko'ra, deyarli har beshinchi homiladorlik bola tushishi bilan yakunlanadi va ular homiladorlikning dastlabki davrida ro'y beradi. Bola tushishi u yoki bu ko'rinishda ruhiyat buzilishi bilan kechadi. Ayniqsa, birinchi homiladorlikda bo'lajak farzandidan judo bo'lish og'ir depressiv holatlarni yuzaga keltirishi mumkin. Ayol motamsaro vaziyatga tushib qoladi, ko'p yig'laydi, jizzaki bo'ladi, ishtahasi pasayadi, ishga qo'li bormaydi, uyqusi buziladi, bolasini tushlarida ko'radi. Bola nobud bo'lganiga o'zini aybdor deb biladi.

Bir marta bolasi tushgan ayollarning ba'zilarida turli kasalliklar sababli yana va yana bola tushib qolishi kuzatiladi. Buning oqibatida oila barbod bo'lishi mumkin. Er-xotin vrachlarga qatnab, bola tushishi sabablarini izlashadi. Bu tabiiy hol, albatta. Ginekologlar ma'lumotlariga ko'ra, bola tushishi deyarli 50 % holatlarda jinsiy a'zolar infeksiyasi bilan bog'liq. Bu yerda venerik kasalliklar alohida o'rin tutadi. Birinchi bola tushganidan keyingi homiladan ham ajralib qolmaslik uchun ayol doimo xavotirda yashaydi, hadeb ginekologga qatnayveradi, uning ko'rsatmalarini so'zsiz bajarishga intiladi, buning natijasida reaktiv nevroz rivojlanadi va ipoxondrik xarakter shakllanadi. Bunday paytda, albatta, ayol bilan rejali tarzda olib boriladigan psixologik suhbatlar juda o'rinlidir. Chunki doimiy xavotir va qo'rquv ham homila rivojlanishiga ta'sir qiladi va yana

bola tushishi ro‘y berishi mumkin. Shu bois homilador ayol uchun ruhiy tinchlik yaratish, uning oilasida sog‘lom psixologik muhit hukm surishi muhimdir. Ba‘zi hollarda esa antidepressantlar tavsiya qilishga to‘g‘ri keladi.

10.4. Hayz buzilishida ayollar psixologiyasi

Ayollarda o‘tkir va surunkali stresslar aksariyat hollarda hayz buzilishiga olib keladi. Qizlarda hayz ko‘rishning barvaqt kelishi hayot tarzining keskin o‘zgarayotgani, ruhiy va jismoniy rivojlanish orasida nomutanosiblik bilan bog‘liq deb hisoblashadi. Qizlarda erta seksual rivojlanish sabablaridan biri internetda intim hayotga bog‘liq ma‘lumotlarning ko‘pligi bilan izohlanadi.

Hayz ko‘rishning buzilishi bilan kechuvchi kasalliklar ichida amenoreya alohida o‘rin tutadi. Amenoreyaga oid dastlabki ma‘lumotlar va uning ruhiyatga bog‘liqligi Ikkinchi jahon urushi davrida aniqlangan. Ikkinchi jahon urushida hayoti xavf ostida qolgan ayollarda hayz kelishning uzoq vaqtga yo‘qolgan. Amenoreya va dismenoreya holatini kuzatgan har bir ginekolog bemorni tibbiy psixologga yuborishi kerak. Chunki amenoreya rivojlanishida psixoemotsional stress asosiy omil hisoblangan.

Stress asri deb atalmish XXI asrda esa amenoreya eng ko‘p uchraydigan patologik holatlardan biridir. Ayniqsa, oiladagi janjallar, farzand bo‘lmasligi, ishdagi kelishmovchiliklar hayz kelishining buzilishiga sabab bo‘ladi. Xavotir bilan kechuvchi ruhiy-hissiy zo‘riqishlar dismenoreya va amenoreyani keltirib chiqaradi.

Hayz oldi sindromi. Hayz kelishidan oldin ruhiy-hissiy, vegetativ, endokrin va somatik buzilishlar kuzatilishi mumkin. Ushbu buzilishlar umumiy vegetonevroz ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Demak, hayz oldi sindromi deb atalmish affektiv buzilishlar mavjudligini vrachlar doimo yodda tutishi lozim. Ushbu belgilar hayz kelgach yoki tugagandan so‘ng o‘tib ketadi. Psixoemotsional belgilarga boy hayz oldi sindromi ayol kishining ish faoliyati, o‘qishi va shu kabi faol hayot tarzini talab qiluvchi vaziyatlarga salbiy ta‘sir ko‘rsatadi. Bunday paytda u o‘qish yoki ishga borgisi kelmaydi, uy yumushlarini tashlab qo‘yadi, holsiz bo‘lib yotadi, apatiyaga tushadi, hech kim bilan gaplashmay qo‘yadi. Ba‘zan vrachlar e‘tiboridan ham chetda qoladigan ushbu holat oila a‘zolari tomonidan noto‘g‘ri qabul qilinishi va turli xil oilaviy mojarolarga sabab bo‘lishi mumkin, ya‘ni “yalqov kelin sindromi”.

Hayz oldi sindromida yashirin yotgan ruhiy-hissiy buzilishlar qo'zg'ashi mumkin. Masalan, depressiyaga moyil ayollarda depressiya, bosh og'rig'i bezovta qilib turadigan ayollarda bosh og'rig'i, yurak qon-tomir kasalligiga moyillarda kardialgiya, oshqozon-ichak sistemasi kasalligiga moyil ayollarda gastrointestinal buzilishlar paydo bo'ladi. Bosh og'riq bilan keladigan sindromda hayz migreni alohida o'rin tutadi. Bunda hayz yaqinlashgan sayin migren xurujlari kuchayadi, hayz tugagandan so'ng o'tib ketadi. Shuningdek, o'z-o'zidan yig'lash, fikrlar chalg'ib ketishi, parishonxotirlik, xavotir, uyquchanlik, kardiofobiya, ko'krak uchida og'riqlar, elektrolitlar almashinuvi buzilishi hisobiga qo'l va oyoqning shishishi, qabziyat, bo'g'imlarda og'riqlar va boshqa psixosomatik buzilishlar kuzatiladi. Hayz oldi sindromi faqat monosimptomlar masalan, bosh aylanishi bilan ham namoyon bo'lishi mumkin. Buning asl sababi neyroregulyator buzilishdir, buni ba'zan shifokorlar kamqonlik bilan ham bog'lashadi.

To'g'ri yig'ilgan tibbiy-psixologik anamnez va shikoyatlar xronologiyasini o'rganish hayz oldi sindromini aniqlashni osonlashtiradi. Yuqorida ko'rsatib o'tilgan sindromlar hayz kelishidan 5-6 kun oldin kuchayib, hayz boshlanishi bilan keskin kamayib boradi yoki butunlay o'tib ketadi. Bu esa hayz oldi sindromini to'g'ri aniqlashga yordam beradi.

10.5. Klimakterik sindrom

Sog'lom ayol organizmida reproduktiv sistema 60-65 yoshga yetganda o'z faoliyatini to'xtatadi. **Klimakterik davr (sin: klimaks)** – reproduktiv sistemada involyutsion davr boshlanganidan dalolat beruvchi patofiziologik jarayonlardan iborat davr. Bu davr 10 yilgacha, ba'zan undan ham ortiq davom etadi. Bu davrda avval homilador bo'lish, so'ngra hayz ko'rish to'xtaydi.

Klimakterik davr ketma-ket keluvchi 3 bosqichga bo'lib o'rganiladi.

1. Premenopauza – 45-47 yoshlarda boshlanadi va hayz tugaguncha davom (2-10 yil) etadi.

2. Menopauza – so'nggi hayz. Aksariyat ayollarda hayz kelishi 50 yoshda butunlay to'xtaydi, ya'ni menopauza boshlanadi. Ba'zi ayollarda hayz 40 yoshda to'xtasa, ba'zida bu jarayon 60 yoshgacha davom etadi.

3. Postmenopauza – menopauzadan so'nggi davr.

Premenopauzal davrning fiziologik kechishida tuxumdon funksiyasining sekin-asta pasayishi kuzatiladi. Bu jarayonning klinik manzarasi menopauzaning boshlanganligidan dalolat berib turadi. Reprodukativ

sistemaning postmenopauzal davrida kuzatiladigan o'zgarishlar estrogenlar miqdorining keskin kamayishi bilan bog'liq.

Menopauza fiziologik jarayon bo'lib, odatda, ichki a'zo va sistemalar faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatmasdan namoyon bo'ladi. Menopauzadan so'ng ichki a'zo va to'qimalarda o'ziga xos qarish jarayoni boshlanadi, ayniqsa, endokrin bezlar va jinsiy a'zolar hajmi kichrayib boradi. Estrogenlar miqdorining yetishmasligi sababli osteoporoz rivojlansa, progesteron miqdori etishmasligi ichki a'zo va to'qimalarda giperplastik jarayonlarni jadallashtiradi. Shu bois bu a'zolarida o'sma rivojlanishi ham mumkin. Organizmda estrogenlar va progesteronlar miqdorining yetarli darajada ekanligi kayfiyatning yuqori darajada bo'lishiga yordam beradi. Shuning uchun ham bu gormonlarning yetishmovchiligi ruhiyat va hissiyotning turli darajada ifodalangan buzilishlari, ayniqsa, xavotirli depressiyalarga sabab bo'ladi.

Klimakterik davrning fiziologik kechishiga bir qancha omillar o'z ta'sirini ko'rsatadi, ya'ni homiladorlik va tug'ish davrlarining sog'lom tarzda kechishi, ratsional tarzda ovqatlanish, jismoniy faollik, zararli odatlar (ichish, chekish) ning yo'qligi, mehnat va dam olishni to'g'ri tashkil etish va h.k.

Ayollarda klimakterik sindrom

Klimakterik sindrom klimakterik davrda bir qancha psixopatologik, vegetativ, endokrin va somatik buzilishlar bilan kechadigan holat. Turli ma'lumotlarga ko'ra, klimakterik davrda klimakterik sindrom deyarli 50 % ayolda uchraydi. Ushbu sindrom premenopauza davrida 30 %, menopauza boshlanganda 70 % ayolda kuzatiladi.

Klinikasi. Kasallik klinikasi turli-tuman simptomlarga boy bo'lib, ularni alohida-alohida keltirib o'tamiz.

- **Psixoemotsional buzilishlar:** jahldorlik, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, uyquchanlik, hissiy bezovtalanish, depressiya, ishtaha buzilishi, libido pasayishi, parishonxotirlik.

- **Vazomotor buzilishlar:** ketma-ket keluvchi birdan qizib ketishlar, terga botish, muzlab ketish, qon bosim o'ynashi, oyoq-qo'llar uvishishi, akrosianoz, periferik og'riq va shishlar.

- **Urogenital simptomlar:** qin namligi yo'qolib qurib borishi, jinsiy yaqinlik paytida og'riqlar, qinda qichishish va achishish, poliuriya, nikturiya, qin devori tushishi.

- **Endokrin buzilishlar:** semirish, osteoporoz, giperglikemiya, gipotireoz, gipertireoz, mastopatiya, artralgiya va mialgiyalar.

• **Terida kuzatiladigan o'zgarishlar:** teri qurishi, tirnoqlar sinishi, soch to'kilishi, ajinlar paydo bo'lishi.

Klimakterik sindrom uchun o'ta xos bo'lgan belgi (90-95 % holatlar-da) **birdan qizib ketishdir**. Bir kunda bir necha marotaba kuzatiladigan bu simptom 1-2 daqiqa davom etadi. Tananing yuqori qismi, ayniqsa, yuz, bosh va bo'yin qizib ketishi to'satdan yog'ilib keladi va darrov o'tib ketadi. Bu paytda bemorni kuchli ter bosadi, qizib ketadi, yurak urishi tezligini ba'zan sanab bo'lmay qoladi, ya'ni u bir daqiqada 150 dan oshiq uradi. Kuchli taxikardiya bilan birgalikda AQB ham keskin ko'tariladi. Gipertoniya kasalligi bor bemorda AQB 200/100 mm sim.ust. va undan yuqorigacha oshadi. Ba'zan ozgina ruhiy siqilish ham bu xurujni qo'zg'ab yuboradi. Klimakterik sindromda birdan qizib ketish simptomi gipotalamusning termoregulyator faoliyati buzilishi bilan izohlanadi. Ba'zan klimakterik xurujni stenokardiya xuruji bilan farqlashga to'g'ri keladi, chunki yurak sohasida ham og'riqlar paydo bo'ladi. Klimakterik sindromda kardialgiyaning kuzatilishi kardiomiotsitlarda moddalar almashinuvining buzilishi va simpatik iritatsiyaning kuchayishi bilan bog'liq, deb hisoblanadi.

Menopauzadan so'ng organizmning immunologik qarshiligi pasayishi sababli, mavjud surunkali kasalliklar qo'zg'ashi mumkin. Masalan, YuIK, bronxial astma va b.q. Bemorning yuqori nafas yo'llarida o'tkir respirator infeksiyalarga o'xshash holatlar tez-tez kuzatiladi. Ular sal sovuqqa ham o'ta sezgir bo'lishadi. Shuningdek, surunkali bronxit, vazomotor rinit, kon'yunktivit, stomatit, laringit, astma va shu kabi boshqa allergik kasalliklar ham qo'zg'aladi. Klimakterik sindromda estrogenlar miqdorining pasayishi ichki a'zo va sistemalarning turli patologik holatlarga chidamliligini pasaytiradi, ular tashqi va ichki ta'sirlarga sezgir bo'lib qoladi. Natijada, ichki a'zolar sohasida, ayniqsa, Zaxarin-Xed sohalarida achishtiruvchi og'riqlar paydo bo'ladi.

Menopauzadan so'ng jinsiy va peshob ajratish a'zolari to'qimalarida atrofik jarayonlar davom etadi. Sut bezlari va bachadonda patologik o'zgarishlar paydo bo'lishi, buyrak va qovuq sohasida og'riqlar, peshob achishib chiqishi, tez-tez siyish, (ayniqsa, tunda) va libido so'nishi klimakterik sindromning barcha turida kuzatiladi. Estrogenlar yetishmovchiligi nafaqat jinsiy a'zolar faoliyati, balki boshqa to'qimalarga ham salbiy ta'sir ko'rsatadi. Shuning uchun ham teri quriy boshlaydi va yupqalashadi, ajinlar paydo bo'ladi, tirnoqlar mo'rtlashadi va soch to'kiladi.

Klimakterik sindromda ruhiy-hissiy buzilishlar turli-tuman bo'lib, ular bemorning temperamenti, oila va jamiyatda tutgan o'rni, yillar mo-

baynida shakllanib qolgan xulq-atvoriga bog'liq. Klimakterik sindrom xurujlaridan so'ng ba'zi bemorlarda depressiya, xavotir va apatiya alo-matlari kuzatilsa, boshqa birlarida agressiv holat yuzaga chiqadi. 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-surondan 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 kasalliklari, 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 kasalliklar kechishini og'irlashtiradi. Ma'lumotlarga ko'ra, ushbu sindromning deyarli yarmi turli xil asoratlar bilan kechadi. Bu asoratlar ateroskleroz va yurak ishemik kasalligining zo'rayishi, gipertonik xurujlar qo'zishi, oshqozon-ichak faoliyati buzilishlari bilan namoyon bo'ladi.

Klimakterik sindromning *yengil, o'rta va og'ir darajada* kechishi farqlanadi. Ularni farqlash, asosan, klimakterik xurujlarning soniga qarab belgilanadi. Agar birdan qizib ketish xurujlari kuniga 10 marotaba kuzatilsa – *yengil*, 10-20 marotaba kuzatilsa – *o'rtacha*, undan ko'p kuzatilsa – *og'ir* kechishi deb yuritiladi.

Klimakterik sindromning *yengil kechishida* bemorning umumiy ahvoli qoniqarli bo'lib, somatik buzilishlar kam kuzatiladi. Ammo bemorning aqliy va jismoniy mehnat faoliyati biroz susayadi. *O'rta darajada kechishida* neyrovegetativ, somatik va endokrin buzilishlar kuchliroq ifodalangan bo'ladi. Bemorda bosh og'rig'i, bosh aylanishi, yurak urishi, uyqu va xotira buzilishi, tananing turli joyida og'riqlar, oshqozon-ichak faoliyati buzilishi kabi simptomlar vujudga keladi. Sanab o'tilgan barcha simptomlar kuchli darajada ifodalangan xavotirli-depressiv buzilishlar bilan kechadi. Bular bemorning mehnat va yashash faoliyatini keskin pasaytiradi.

Klimakterik sindromning *og'ir kechishida* xurujlar sonidan tashqari, kuchli ifodalangan va asoratlar bilan kechuvchi somatik buzilishlar o'rni ham katta. Kasallikning og'ir turida bemorga uy sharoitida bir kunda bir necha bor tez tibbiy yordam ko'rsatishga to'g'ri keladi va aksariyat bemorlar shifoxonaga yotqiziladi. Ular ko'pincha paroksizmal taxikardi-

ya, arterial gipertoniya va yurak ishemik kasalligi xurujlari tashxislari bilan kardiologiya bo'limida davolanadilar. Odatda, klimakterik sindrom qancha erta boshlansa, shuncha og'ir kechadi va uzoq davom etadi, masalan, 40-45 yoshgacha kuzatilgan menopauzada kasallik shunday kechadi. Albatta, bu mehnat faoliyati davri bo'lganligi bois ham kasallikning og'ir kechishi bemorni ishga layoqatsiz qilib qo'yadi. Xurujlar soni ko'pligidan esa bemorning yaqinlaridan biri uni parvarish qilishga majbur bo'ladi.

Tashxis. Klimakterik sindromda boshqa mutaxassislar ko'rigi, ya'ni, ginekolog, mammolog, endokrinolog, nevropatolog, kardiolog va albatta psixolog ko'riklari zarur bo'ladi.

Shuningdek EKG, EEG, kraniogramma, MRT, AQB monitoringi, ichki va tos a'zolari UTD, mammografiya qilinadi. Elektrolitlar, qand miqdori, gormonlar (estrogen, progesteron, qalqonsimon bez gormonlari) tekshiriladi. Atipik hujayralarni aniqlash uchun sitologik tekshiruvlar ham zarur bo'lishi mumkin.

Davolash. Tashxis to'g'ri aniqlangandan so'ng uning kechishiga mos ravishda davolash dasturi ishlab chiqiladi. U bir nechta bosqichdan iborat bo'lib, kompleks tarzda olib borilsa, ijobiy natijaga erishish kafolatlanadi. Bular: 1) mehnat va dam olishni to'g'ri tashkil etish; 2) ratsional ovqatlanish; 3) ratsional psixoterapiya; 4) psixofarmakoterapiya (antidepressantlar, trankvilizatorlar, sedativ dorilar, ba'zan neyroleptiklar); 5) fizioterapevtik muolajalar va jismoniy tarbiya; 6) beta-adrenoblokatorlar; 7) gormonoterapiya, vitaminoterapiya; 8) osteoporozni bartaraf etish; 9) dam olish sihatgohlarida davolanish.

Jismoniy mashqlar. Bemorni davolashda oddiy badantarbiyadan tortib, to maxsus jismoniy mashqlargacha buyuriladi. Jismoniy mashqlarning ijobiy ta'siri juda katta. Bemor har kuni ertalab 15-20 daqiqa badantarbiya qilishi, haftasiga 2-3 marotaba sog'lomlashtirish markazlariga qatnashi va turli jismoniy mashqlarda ishtirok etishi zarur, ayniqsa, suzishning ahamiyati katta. Ertalabki sekin qadamlar bilan yugurish, tushlikdan so'ng sayrga chiqish ham juda foydali. Jismoniy mashqlar to'qimalarni 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, bo'yin-yelka sohalarini uqalash buyuriladi. Jismoniy mashqlar bemorning ruhiyatiga ijobiy ta'sir ko'rsatib xurujlar sonini kamaytirishga yoki yengil o'tishiga yordam beradi.

Ratsional ovqatlanish. Klimakterik sindromda anoreksiya va bulimiyaning 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 muhim. Ovqat sifatli, vitaminlarga boy, yengil hazm bo'ladigan va osh tuzini kam ishlatib tayyorlangan bo'lishi kerak. Ovqat, asosan, o'simlik yog'iga tayyorlanishi, meva va sabzavotlar ko'p, uglevodlar esa kam iste'mol qilinishi lozim.

Sihatgohlarda davolanish. Organizmni tabiiy chiniqtirish uchun sihatgohlarda dam olish, ayniqsa, shanba, yakshanba kunlari dam olish maskanlariga chiqish, uy sharoitida esa turli giyohlardan iborat vanna qabul qilish, sovuqroq suvda dush qabul qilish buyuriladi. Kislorodli, radonli va yod-bromli vannalar hamda igna bilan davolash ham juda samarali. Shuningdek, suvosti uqalashlari, balchiq bilan davolash va dorilarni elektroforez orqali yuborish tavsiya etiladi. Sihatgohlarda bunday muolajalar bilan davolanish, asosan, klimakterik sindromning yengil turlari, ba'zan o'rta darajada kechuvchi turlarida buyuriladi.

Klimakterik sindromning og'ir turida fizioterapevtik muolajalar mumkin emas. Shuningdek, faol ta'sir ko'rsatuvchi fizioterapevtik muolajalar arterial gipertoniya, bachadon miomasi va mastopatiyada buyurilmaydi.

Gormonoterapiya. Gormonlar klimakterik sindromning yengil turida tavsiya etilmaydi. Gormonoterapiyaning maqsadi klimakterik sindromda kuzatiladigan gormon yetishmovchiligining o'rnini qoplashdir. Bu maqsadda estrogen, gestagen va androgenlar qo'llanilishi mumkin. Gormon bilan davolashni va qanday gormon tavsiya etishni ginekolog yoki shu sohada faoliyat ko'rsatuvchi endokrinolog hal qiladi. Gormon bilan davolashga monelik qiluvchi holatlar: bachadon, tuxumdon va sut bezi o'smalari, bachadon va boshqa ichki a'zoldan qon ketishi, o'tkir tromboflebit, buyrak va jigar yetishmovchiliklari, xafaqon kasalligining og'ir turlari, qandli diabet.

Klimakterik sindromda davolash muolajalarini erta boshlash o'ta muhim. Kasallik boshlanganiga 1-2 yil o'tsa-da, rejali davolanishni cho'zib yurgan bemorda keyinchalik davolash muolajalari samarasi past bo'ladi. Odatda, davolash vaqtida va to'g'ri boshlansa, 6 oy ichida klimakterik sindrom alomatlari bartaraf etiladi.

Profilaktika. Ayol kishini zarur tibbiy-psixologik tekshiruvlardan o'tkazib, uni klimakterik davrga psixologik tayyorlash bu sindromning ancha yengil o'tishiga yordam beradi. Klimakterik davr barcha ayollarda ertami-kechmi, albatta kuzatiladi. Uning qanday kechishi, davolash

usullari va profilaktikasi haqida ayollar batafsil ma'lumotga ega bo'lishi zarur. Ayol kishini klimakterik davrga tayyorlash tibbiy psixologga ham katta mas'uliyat yuklaydi. Chunki turli kasalliklar sababli aksariyat ayollar unga murojaat qilishadi. 35-40 yoshdan oshgan barcha ayollar yiliga 2 marta tibbiy-psixologik tekshiruvlardan o'tib turishlari lozim.

Erkaklarda klimakterik sindrom

Erkaklar klimaksi ayollar klimaksi kabi normal fiziologik jarayondir. U organizmda qarish davri boshlangandan dalolat beradi. Erkaklar klimaksi hech qanday subyektiv va obyektiv simptomlarsiz kechishi mumkin. Klimaks 45 yoshgacha kuzatilsa – erta, 60 yoshdan so'ng kuzatilsa – kech klimaks deyiladi. Erkaklarda klimaks kardiologik, urologik va boshqa somatik buzilishlar bilan namoyon bo'lsa, patologik klimaks haqida so'z boradi. Erkaklarda 40-70 yoshlar orasida jinsiy bezlarda atrofik jarayonlar boshlanadi va androgenlar sintezi sustlashadi. Urug'donlarning testosteronga sezgirligi pasayadi, moyakda degenerativ o'zgarishlar paydo bo'la boshlaydi. Jinsiy a'zoldagi yallig'lanish kasalliklari, ayniqsa, giperplastik jarayonlar, surunkali alkogolizm, kastrassiya, yurak-qon tomir sistemasi kasalliklari klimaksning patologik tarzda kechishiga turtki bo'ladi.

Erkaklar klimaksida ham birdan qizib ketish, yuz, qo'llar va bo'yin sohasining qizib ketishi, taxikardiya, ko'z oldi qorong'ilashuvi, nafas yetishmovchiligi, bosh aylanishi kuzatiladi. Albatta, bu jarayonlar kayfiyat tushib ketishi, jahlning tez ko'tarilishi, AQB oshishi, bosh og'riq va kardialgiya bilan kechadi. Bu davrda prostata bezi adenomasi kasalligi ko'p kuzatilganligi bois siydik ajratish sistemasi va jinsiy a'zolar faoliyatining buzilishi kabi bir qator simptomlar yuzaga keladi. Peshob yo'llaridagi og'riqlar, siyishning qiyinligi, jinsiy faoliyatning susayishi shular jumlasidan.

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, bezovtalik, 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.

Davosi. Erkaklar klimaksida ham davolash muolajasi kompleks tarzda olib boriladi. Psixoterapiya, antidepressantlar, trankvilizatorlar, sedativ dorilar, fizioterapiya, jismoniy tarbiya, sihatgohlarda davolanish buyuriladi. Klimaks og'ir kechgan holatda androgenlar (metiltestosteron, testosteron, sustanon), shuningdek, qo'shimcha tarzda jinsiy faoliyatni kuchaytiruvchi dorilar tavsiya qilinadi.

Nazorat uchun savollar

- 1. Tugʻruqdan soʻng ayollar psixologiyasi qanday oʻzgaradi?*
- 2. Abortdan soʻng psixoemotsional buzilishlar qay tarzda kechadi?*
- 3. Hayz oldi sindromi nima?*
- 4. Klimakterik davr qachon boshlanadi?*
- 5. Ayollarda klimakterik sindrom qanday kechadi?*
- 6. Klimakterik sindromda qanday davolash olib boriladi?*
- 7. Erkaklar klimaksi haqida soʻzlab bering.*
- 8. Klimakterik sindromda tibbiy psixolog vazifasi qanday boʻladi?*

XI BOB. ONKOLOGIK KASALLIKLARDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

11.1. Umumiy ma'lumotlar

Onkologik kasalliklarda bemorlar psixologiyasi alohida e'tiborni talab qiladi. Ayniqsa o'zida "rak" tashxisini eshitgan zahoti bemor ruhiyati qattiq zarbaga uchraydi. Shuning uchun ham bu tashxis bemordan sir tutiladi. Biroq aksariyat bemorlar ularga qilinayotgan nur terapiyasi, kimyoterapiya yoki o'rta tibbiy xodimlar orqali kasallikdan voqif bo'lishadi. Bunday paytda bemordan turli xil psixologik reaksiyalarni kutish mumkin. Biri o'z joniga qasd qilish xayoliga borsa, boshqasi depressiyaga tushadi yoki bu tashxisga ishonmay qayta-qayta tekshiruvlardan o'ta boshlaydi, yana boshqa biri aksincha, yanada kuchli va matonatli bo'ladi, oila a'zolari davrasida ko'proq vaqt o'tkazishga intiladi. Shu o'rinda o'zimiz guvohi bo'lgan bir voqeani keltirib o'tsak. Ushbu voqeada davosiz kasallik butun bir boshli oilani nafaqat halokat yoqasidan saqlab qoladi, balki undagi psixologik muhitni tubdan o'zgartirib yuboradi.

B. ismli katta amaldorning bir o'g'li va bir qizi bor edi. Qizi aqlli va zukko, o'g'li esa, aksincha, juda takasaltang bo'ladi. Chunki yarim tunda ishdan qaytadigan ota oila a'zolari davrasida deyarli bo'lmas edi. Buning oqibatida uning A. ismli 14 yashar o'g'li betarbiya va o'ta bezori bo'lib ulg'ayadi, onasiga quloq solmaydi, singlisiga tinmay azob berib yashaydi. Hatto akasining zug'umiga chiday olmay singlisi o'z joniga qasd qiladi, biroq hayoti saqlab qolinadi. Shundan so'ng ona depressiya kasaliga duchor bo'ladi. O'g'il hatto ko'cha bezoriligi uchun qisqa muddatga qamalib ham chiqadi.

Shunday notinch kunlarning birida otasida rak kasalligining og'ir turi aniqlanadi va u ishdan ketadi. Hayot zarbalariga ko'p uchragan amaldor tushkunlikka tushmaydi, aksincha o'zida kuch topib, matonatli insonga aylanadi. U endi butun e'tiborini oilasiga qaratadi: bor ilm va tajribasini farzandlariga bag'ishlaydi, xotinini depressiyadan chiqarib oladi, apato-abulik

sindrom darajasiga tushib qolgan qizini hayotga qaytaradi, o'g'lining qiziqishlari va dunyoqarashini zimdan o'rganib (chunki o'z o'g'lining ichki dunyosini bilmadi), u bilan do'st bo'lib oladi. Albatta bu oson kechmaydi. Avvallari otadan doimo qochadigan farzand endi otasini suhbatiga to'ymaydi, u bilan sirdosh bo'lib qoladi. Oiladagi psixologik muhit bir yil ichida har kim havas qilgudek darajada o'zgaradi.

Saraton o'pkaga metastaz berib, otaning ahvoli og'irlashadi. O'tkazilayotgan nur terapiyasi va kimyoterapiya tufayli unda mador qolmaydi. Ishxonadagilardan hech kim xabar olmasdi. Oila iqtisodiy qiyinchilikda qoladi, chunki bu oilada faqat ota ishlardi. Ular hovlini sotib, uch xonali uyga ko'chib o'tishadi. Chunki davolanish uchun ham ko'p pul sarflanayotgandi. Otaning ahvoli og'irlashib boraveradi. O'g'il otaga shu qadar bog'lanib qoladiki, hatto shifoxonada ham uning yonidan jilmaydi. Kundan kun ozib-to'zib borayotgan otani o'g'li cho'miltirar, avrat joylarini yuvib qo'yar, ovqatiga qarar, yonida o'tirib, turli xil kitoblar o'qib berar edi. Ona va qiz ham mehr bilan kasal otani parvarish qilishadi. Ota olamdan ko'z yumadi. Biroq o'zidan baxtli oila qoldirib ketdi. U farzandlari qalbining to'ridan joy oldi. Bu voqeani menga so'zlab bergan A. ismli ushbu o'g'il hozirda 2 farzandning otasi va yaqinda katta lavozimlardan birida ish boshladi. Biroq u har bir so'zida men uchun eng asosiysi – bu oilam, onam va farzandlarim tarbiyasi, der edi.

Oila boshiga tushgan musibat ularni birlashtirdi va unda og'ir dardga duchor bo'lgan otaning roli juda katta bo'ldi. Bu yerda biz og'ir kasallikka bo'lgan psixologik reaksiya mutlaqo ijobiy ko'rinishda namoyon bo'lganining guvohi bo'ldik. Katta lavozimda ishlab, oilasiga qaray olmagan ota, og'ir kasalligida oilani tarbiyalab ketdi.

Mabodo bemorda xavfli o'sma aniqlansa, iloji boricha ushbu kasallikdan bexabar bo'lishi kerak. Bunday vaziyatda vrach qanday yo'l tutadi? Odatda, «Sizda haqiqatan ham o'sma aniqlandi, biroq u xavfsiz, ya'ni hayotingizga xavf solmaydi, uni davolash mumkin», deyiladi. Lekin bemorda o'smaning xavfli turi borligini vrach uning qarindoshlariga aytishi lozim. Gap shundaki, bemor ertami-kechmi o'z kasali haqida qarindoshlaridan bilib oladi yoki bo'lmasa shifokorlarning xatti-harakatidan, o'zaro muloqotlaridan sezib qoladi. Bu yerda, ayniqsa, hamshiralar juda ehtiyot bo'lishlari lozim. Chunki bemor ba'zan aldov yo'llari bilan hamshiradan haqiqatni bilib olishga intiladi va buning uddasidan chiqadi ham. Buning yuridik javobgarligi borligini har bir tibbiyot xodimi unutmasligi kerak. Yuridik javobgarlik turli ko'rinish-

da bo'lishi mumkin: ishdan haydalishtan tortib, ozodlikdan mahrum bo'lishgacha. Chunki o'zida xavfli kasallik borligini bilgan bemor o'z joniga qasd qilishi mumkin. Ba'zan bemor yaqinlariga xat yozib qoldiradi va sirni kimdan bilib olganligini ko'rsatadi. Ba'zi hollarda bemor o'z kasali haqida yonida davolanayotganlardan bilib oladi. Shuning uchun ham shifokorlar bir bemorning tashxisini boshqa bemorga aytmasligi kerak. Sirni bilgan bemor davolashga katta qiyinchiliklar tug'dirishi yoki shifoxonani tark etishi mumkin.

Odatda, sirdan voqif bo'lgan bemorda dastlab ruhiy karaxtlik ro'y beradi, bu xabarni u o'lim haqida chiqarilgan hukmdan qabul qiladi. Nima qilishini bilmay qoladi, xayolan har xil rejalar tuzadi, aniq bir qarorga kela olmaydi, doktorlar xato qilmadimikan deb o'ylaydi, qayta tekshiruvlar o'tkazilishini iltimos qiladi. Boshqa mutaxassislar yoki boshqa tibbiy markazlar bilan maslahatlashib ko'rishni yaqinlaridan talab qiladi.

Biz tez sur'atda rivojlanayotgan axborot texnologiyalari asrida yashamoqdamiz. Deyarli har bir insonda internetdan shu zahoti foydalanish imkoniyati bor va har qanday ma'lumotga darrov ega bo'lish mumkin. Bemorlar ham tibbiy saytlarga ko'p kiradigan bo'lishgan. Demak, tibbiyot xodimlari bu yerda sirni saqlashda o'zlariga ega bo'lish mumkin. Bemorlar ham tibbiy saytlarga ko'p kiradigan bo'lishgan. Demak, tibbiyot xodimlari bu yerda sirni saqlashda o'zlariga ega bo'lish mumkin. Iloji boricha bemorlarga tibbiyot xodimlari uchun mo'ljallangan saytlarga kirish o'z kasalligi haqida noto'g'ri xulosa chiqarishga sababchi bo'lishi mumkinligi haqida ogohlantirilishi kerak. Bu yerda talabalar ham ehtiyot bo'lishlari lozim, bemor ulardan ham o'ziga kerakli ma'lumotlarni bilib olishi qiyin emas. Talabalar bemorlarni ko'rgani kirganda, palatada darslik va o'quv qo'llanmalarini qoldirmasliklari, ularni bemorga bermasliklari kerak.

Qo'llanilayotgan diagnostika va davolash usullaridan ham bemor o'z kasalining og'ir-yengil darajasini bilib olishi mumkin. Masalan, ko'pchilik nur bilan davolash usuli asosan xavfli o'smalarda ko'p qo'llanilishi yoki og'riqlarni qoldirish uchun narkotik analgetiklar buyurilishi, ozib ketish rak kasalligi uchun xos ekanligini biladi.

Demak, onkologiyada sir saqlash o'ta murakkab masala. Biroq buning uddasidan chiqishga intilish va bemor sirni bilib qolgandan so'ng vrach qanday yo'l tutishni ham o'ylab qo'yishi kerak.

11.2. Onkologik bemorlarda psixoemotsional buzilishlar

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 kasaliga nisbatan butunlay befarqlik paydo bo'lib, ularda apato-abulik sindrom rivojlanishi mumkin. Agar operatsiya yoki boshqa davolash muolajalari muvaffaqiyatli o'tsa, reaktiv nevroz va psixoz belgilari o'z-o'zidan kamaya boshlaydi.

Kasallik avj olib, bemorning ahvoli og'irlashaversa, ruhiy buzilishlar kuchayib, turli xil gallyutsinatsiya, konfabulyatsiya, psevdoreminissentsiya, derealizatsiya, depersonalizatsiya va deliriyalar rivojlanishi mumkin. Bu sindromlar haqida avvalgi boblarda ma'lumotlar berganmiz. Ular kaxeksiya rivojlangan bemorda ko'p kuzatiladi va gohida o'tkir ko'rinishda namoyon bo'ladi. Kasallik kuchaygan paytda stupor paydo bo'ladi.

Deylik, bemor o'zida rak kasali borligini bilib qoldi va uni vrachga aytdi. Vrach ushbu vaziyatda qanday yo'l tutishi kerak? Ta'kidlash lozimki, ko'pchilik davlatlarda rak tashxisi qo'yilgandan so'ng bemordan kasallik yashirilmaydi, unga davolanish natijalariga oid barcha ma'lumotlar beriladi. Chunki bu kasallik sababli yuzaga keladigan nafaqat tibbiy muammo, balki oila a'zolari va ish joyi bilan bog'liq bir qator yuridik muammolarni (masalan, vorislik masalasi) ham hal qilishga to'g'ri keladi. Shu bois rak aniqlangan bemorga kasallik haqida ma'lumot berishni individual tarzda hal qilish lozim. Bunda bemorning yoshi, dunyoqarashi, oila va jamiyatda tutgan o'rni hisobga olinadi. Albatta, bemorga undagi kasallik turi haqidagi ma'lumot berilishidan oldin, uning yaqin oila a'zolari bilan maslahatlashib olinadi. Agar oila a'zolari bunga qarshi tursa, sirni ochmagan ma'qul.

Mabodo, xabarni eshitgan bemor «Menda bunday kasallik yo'q, men ishonmayman» deb, ma'lumotni inkor qilsa, vrach uning fikrini ma'qullashi kerak. Faqat xavfli o'sma barcha tekshiruvlar natijasida aniqlangan taqdirdagina, uni bemorning yaqinlariga aytish mumkin. Chunki onkologik kasalliklar diagnostikasida yo'l qo'yilgan xatolik og'ir asoratlar va janjallarga sabab bo'ladi. «Xavfli o'sma» tashxisining so'nggi 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 qonun-qoidalariga amal qilgan holda ma'lum qilish zarur. Kasalligi jiddiy ekanligidan bexabar bemor belgilangan muddatda muolajalarga kelmasligi va zarur dori-darmonlarni o'z vaqtida qabul qilmasligi yoki uzoq safarga ketishi, zararli fizioterapevtik muolajalar olishi mumkin. Shuningdek, ushbu kasallik bilan ishlashga monelik qiluvchi kasb egalari uchuvchi, poyezd mashinisti, haydovchi va shu kabilar o'zi va boshqalar hayoti uchun xavfli vaziyatlar yuzaga kelishiga sababchi bo'lib qolishini ham unutmash kerak. Bunday vaziyatlar juda ko'p va ular vrach tomonidan e'tiborga olinishi zarur.

Bemorga kasallik haqida xabar berilgandan so'ng unga davolashning afzalliklari haqida batafsil ma'lumot beriladi. Vrach juda ustomonlik bilan har bir jumlaning to'g'ri tanlagan holda bemor bilan suhbat o'tkazishi zarur. Ushbu kasallik bilan davolangan va yaxshi natijalar kuzatilgan bemorlarni misol keltirishi ham foydadan holi emas.

Obro'-e'tiborga ega vrach ishonchli psixologik usullardan foydalanish holda o'ta og'ir onkologik bemorlar bilan ham til topisha oladi va ularga o'z fikrini bemalol singdiradi. Bemorning fikri-zikri esa vrach tavsiyalarini bajarishga qaratilgan bo'ladi, hatto umrining so'nggi kunlarigacha, ahvoli og'irlashgan paytda ham vrach tavsiyalaridan voz kechmaydigan va hayotga umid bilan yashovchi bemorlar ko'p. Bemor bilan bunday hamnafas bo'lishga erishish uchun onkolog o'ta mahoratli psixolog bo'lishi kerak.

Onkologik shifoxonalarda psixologik yordam faqat suhbatdan iborat bo'libgina qolmasdan, 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 va tibbiy psixologlar bilan uchrashuvlar tashkil qilish ham foydali. Yuqorida aytib o'tilganidek, nafaqat bemorning o'ziga, balki uning oila a'zolariga ham psixologik yordam berishga to'g'ri keladi. Agar ular bilan psixolog va onkologlar shug'ullanmasa, bemor va ularning yaqinlari «rakdan butunlay xalos qilishni» va'da qilayotgan tabiblarga va psevdovrachlarga murojaat qilib, to'g'ri davolanish uchun o'ta zarur bo'lgan qimmatli vaqtni yo'qotishadi.

Quyidagi voqea bunga yaqqol misol bo'ladi.

Tibbiyot institutini tugatgan va o'sma kasalligining dastlabki bosqichlaridayoq maxsus tibbiy yordamdan voz kechib, tabibning tavsiyasi bilan «rak kasalligini kuydirib yo'qotish uchun» kerosinni burniga tomizib, shuningdek, oz-ozdan ichib yurgan va keyinchalik toksik ensefalopatiya, kuchli darajada ifodalangan gallyutsinator-illyuzor buzilishlar, deliriyalar rivojlangan bemorning uyiga ko'rgani borganimda, uning ahvoli o'ta og'ir edi. U yotgan joyida alahsirar, ro'parasida turgan osma ukol osib qo'yilgan kiyim osgichga qarab, «Yo'qotinglar uni, yo'qotinglar uni», deb qo'l siltardi. Men «Kim u?» deb so'raganimda, «U tabib, tabib, u meni zaharladi, yo'qotinglar uni, yo'qotinglar», deb baqirardi. Xotini «Adasi, hozir sizga osma ukol qo'yishadi, u tabib emas, kiyim osadigan narsa», desa ham, hadeb hozir aytgan gaplarini takrorlayverdi. Xotini goh tanir, goh uning yonida yig'lab o'tirgan singlisi bilan adashtirardi. «Xotinimni chaqirib kel», deb uning o'ziga baqirardi. Xotini yig'lab: «Adasi, bu menman» desa, unga tikilib qarab, ma'nosiz uzuq-yuluq gaplarni takrorlayverardi. U yonidagi ovqatga tikilib qarab turdi-da, uni itarib to'kib yubordi va unga zahar qo'shilgan dedi. Tomirdan qilinadigan dorilarni avval bemorni uxlatib qo'yib keyin yuborishga to'g'ri keldi va davolanishni shu tarzda davom ettirish tavsiya etildi. Eng achinarlisi, endi 28 yoshga kirgan bu yigitda oshqozon raki aniqlangan edi, uni operatsiya qilib davolasa bo'lardi, u boshqa a'zolarga metastaz bermagan edi. Bir o'g'il va qizi bor ushbu bemorning o'zi ham, xotini ham shifokor edi (ular birga o'qishgan). Meni konsultatsiyaga olib kelgan akasi ham vrach. Aynan akasi tabibda emas, onkologlarda davolanishni, operatsiya qildirishni qayta-qayta ukasiga uqtirgan. Biroq u vrachlarga va akasining so'zlari-ga 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. 6 oy ichida bir qancha kasallik paydo bo'lgan. Yana bir oydan so'ng bemor vafot etdi. Faqat rakdan emas, zaharlanish asoratlaridan! U yana necha yil yashashi mumkin edi.

Shuni unutmash kerakki, hanuzgacha rakdan butunlay xalos qiluvchi giyoh yoki dori ishlab chiqilmagan. Biroq zamonaviy davolash usullarini qo'llab, bemorni aksariyat xavfli o'smalardan butunlay xalos etish mumkin. Bu haqda bemor va uning yaqinlariga tushuntirish ishlarini olib borish lozim. Shifoxonalarda bu haqda ilmiy-ommabop devoriy gazetalar osib qo'yish, kichik-kichik broshyuralar tayyorlash ham o'ta muhim.

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 klinikasi haqida soʻzlab bering.*
4. *Bemorda xavfli oʻsma borligini uning qarindoshlariga qanday qilib yetkaziladi?*
5. *Bemorning oʻzi bu haqda bilishi shartmi? Agar bilib qolsa, vrach qanday yoʻl tutishi kerak?*
6. *Talabalar havfli oʻsma aniqlangan bemorni tekshirayotganda qanday yoʻl tutishi kerak?*
7. *Baʼzan bemor oʻzida xavfli kasallik borligidan xabardor boʻlgani maʼqul. Nima uchun?*
8. *Oʻzingiz guvohi boʻlgan vaziyatlar haqida soʻzlab bering.*

XII BOB. ALKOGOLIZM VA GIYOHVANDLIKDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

12.1. Alkogolizmدا bemorlar psixologiyasi

Alkogolizm nafaqat tibbiy-psixologik, balki katta ijtimoiy psixologik muammo hamdir. Chunki alkogolizm nafaqat spirtli ichimliklarni iste'mol qiluvchining salomatligiga ziyon keltiradi, balki oiladagi psixologik muhitga ham juda katta salbiy ta'sir ko'rsatadi. Oila barbod bo'lishi hamda farzandlar tarbiyasining izdan chiqib ketishi ham ko'pincha alkogolizm oqibatida ro'y beradi.

Surunkali alkogolizmدا 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.

Spirtli ichimliklarni iste'mol qilish barcha xalqlar va elatlar orasida turli darajada tarqalgan. Bu yomon illatga qarshi kurashish har doim ham ko'zlangan natijani beravermaydi. Kam dozada qabul qilingan spirtli ichimlik ruhiy taranglikni pasaytiradi, kayfiyatni ko'taradi. Odam go'yoki turli g'am-g'ussalardan ozod bo'ladi. Spirtli ichimliklar qabul qilganda yuzaga keladigan eyforiya holati – alkogolizm tomon qo'yilgan dastlabki qaltis qadamdir.

Ichkilikni erta boshlagan (masalan, 20 yoshgacha) odamda alkogolizmning surunkali tus olishi vaqtli rivojlanadi. Bir necha muddat o'tmasdan unda o'zini nazorat qilish va o'ziga nisbatan tanqidiy munosabat sustlashib boradi. Bir so'z bilan aytganda, uning xulq-atvori o'zgarib, shaxsiyati parchalana boshlaydi va u boshqa odamga aylanib qoladi. Arzimagan narsa yoki voqeaga jahl qilish, kayfiyatning tushib ketishi, atrofdagilarga agresiv munosabatda bo'lish alkogolizmga ruju qo'ygan bemor uchun juda xos. Ba'zi bemorlar depressiyaga tushib qoladi. Bu esa ularning ichkilikka yanada ruju qo'yishiga sabab bo'ladi. Disforiya bunday bemorning doimiy hamrohi bo'lib, unda affektiv holatlar tez-tez ro'y beradi. U turli qaltis ishga qo'l uradi, o'z yaqinlari yoki begonaga tan jarohati yetkazadi va hatto

birovning joniga qasd qilishgacha boradi. Ichkilikni muttasil ravishda qabul qilish unga ham psixologik, ham jismonan bog'lanib qolishni yuzaga keltiradi. Ichilgan ichimlikning deyarli 10 % organizmdan o'pka, buyrak va teri orqali chiqariladi. Qolgan qismi jigarda metabolizmga uchraydi. Sog'lom odam organizmida bir marta ichilgan spirtli ichimlik ta'siri 2 hafta mobaynida saqlanib qoladi.

Oshqozon-ichak sistemasiga tushgan spirtli ichimlik qon tomirlarga so'riladi va qon orqali barcha a'zolarga, shu jumladan, MNS ga yetib boradi. Ichimlik bosh miya katta yarim sharlari va miyacha tuzilmalarida ko'proq to'planadi. Po'stloq spirtli ichimlikka juda sezgir. Katta dozada qabul qilingan ichimlik po'stloq miya ustunida joylashgan hayotiy muhim markazlarni tormozlaydi. Ko'p miqdorda spirtli ichimlik ichgandan o'lib qolish holatlari – bu yurak-qon tomir va nafas olish markazlari faoliyatining birdan to'xtashi bilan bog'liq.

Mast bo'lish turli odamlarda turlicha kechadi: ba'zi odamlar 100 gramm aroqdan sarxush bo'lsa, boshqa birovlar 0,5-1 litr aroq ichgandagina mast bo'lishadi. Bu esa nerv sistemasi tipi va organizmning umumiy holatiga bog'liq. Ruhan va jismonan nimjon odam tez mast bo'lib qoladi. Shuningdek, och qoringa yoki havo issiq kunlari ichkilik ichish ham tez mast bo'lishga sabab bo'ladi. Bolalar, qariyalar, yurak, jigar va buyrak kasalliklari bilan og'riganlar organizmi ham spirtli ichimlikka juda sezgir.

Mastlikning shartli ravishda 3 xil darajasi farq qilinadi: **yengil, o'rtacha va og'ir**. Bundan ham og'ir holatlarda alkogoldan zaharlanish ro'y beradi va bemor komaga tushadi.

Yengil darajadagi mastlik. Bu holat kam miqdorda ichkilik ichganda kuzatiladi. Odamning kayfiyati ko'tariladi, atrofdagilar bilan tez muloqotga kirishib ketadi. Diqqat ozgina sustlashadi, o'z imkoniyatlarini yuqori baholay boshlaydi, qilayotgan ishlari bilan faxrlanib so'zlaydi. Gap-so'zlarida ketma-ketlik biroz izdan chiqadi. Oyektiv tekshiruvlarda yuz-ko'zlar, bo'yin terisi, kaftlari bir oz qizargan bo'ladi, yengil ter bosadi. Uning ko'zlari yonib turadi (baxtiyor odamning ko'zlarini eslatuvchi holat). Bu holat teri va teri osti kapilyarlarining kengayishi, vegetativ markazlarning faollashuvi bilan bog'liq. Yengil bradikardiya yoki taxikardiya, AQB tushishi, muskullar tonusining diffuz tarzda pasayishi, sezilar-sezilmas koordinator buzilishlar paydo bo'ladi.

O'rta darajadagi mastlikda kayfiyat sezilarli darajada o'zgaradi: shaxs o'z xatti-harakati va so'zlarini nazorat qila olmay qoladi, arzimagan narxadan jahli chiqib xafa bo'ladi yoki urishib ketadi, norozilik alomatlari yaqqol namoyon bo'ladi. O'ziga yoqmaydigan odam bilan bir dasturxon

atrofida o'tirgan bo'lsa, u bilan tortishaveradi, ba'zida yoqalashib ketadi. Jismoniy baquvvat bo'lsa, kuchini ko'rsatishga harakat qiladi. Jismonan va ruhan nimjon bo'lsa, o'zini ayblab yig'layveradi yoki kulaveradi. Bunday odamlar birovlar bilishi shart bo'lmagan oilaviy sirlarini aytib qo'yishadi va ertasi kuni uyatga qolib yurishadi. Mastlik paytida xotira va fikrlash izdan chiqadi. Natijada o'sha kuni aytilgan so'zlar va kimlar bilan yoqalashganini ertasi kuni eslay olmaydi. Hatto atrofida kimlar bilan o'tirganini ham unutib yuboradi. O'tirgan joyda uxlab qolish holatlari ham ko'p uchraydi. Uyg'onganidan keyin mastlik belgilari biroz pasayadi, biroq kuchli bosh og'rig'i boshlanadi. Agar bemor ko'p ovqat yegan bo'lsa, miya ustunidagi vegetativ markazlar qo'zg'alishi tufayli ko'ngil aynishi va qusish ro'y beradi.

Obyektiv tekshiruvda koordinator funksiyalar buzilganligi, muskullarning diffuz gipotoniya, taxikardiya va AQB oshganligi aniqlanadi. Bemorning yuz-ko'zlari va butun tanasi qizargan bo'ladi, ko'p terlaydi. Bemorda gipertoniya kasalligi yoki ateroskleroz bo'lsa, unda gipertonik kriz, stenokardiya yoki tranzitor ishemik ataka ro'y berishi mumkin. Ba'zida infarkt yoki insult rivojlanadi. Miya tomirlari anevrizmasi bor odamlarda AQB oshishi natijasida anevrizma yorilib, gemorragik insult rivojlanishi ehtimoli juda yuqori. Mastlikning turli bosqichlarida psixozlar ro'y berishini ham esda tutish lozim.

Mastlikning og'ir darajasida bemorning hushi va oliy ruhiy funksiyalar keskin buziladi. Tashqi muhitni va o'zini nazorat qilish butunlay izdan chiqadi, nutqi uzuq-yuluq bo'ladi, to'xtab-to'xtab so'zlaydi, tez-tez hiqichoq tutadi, g'alati mimik harakatlar qiladi, ko'zlari yumilib ketaveradi. Vestibulyar buzilishlar yaqqol namoyon bo'ladi, ataksiya bilan birgalikda kuchli bosh aylanishi, ko'ngil aynish va ketma-ket qusishlar ro'y beradi. Bu bosqichda bemor hushini yo'qota boshlaydi va chuqur sopor rivojlanadi. Yurak-qon tomir faoliyati keskin buziladi, nafas olish qiyinlashadi (bradipnoe yoki taxipnoe). Nafas olish va yurak-qon tomir ishini boshqaruvchi markazlar faoliyati to'xtashi sababli bemor o'lib qolishi mumkin. Spirtli ichimliklarni ko'p miqdorda iste'mol qilganlarda o'lim shu tarzda ro'y beradi.

Tibbiy yordam ko'rsatish. Tibbiy yordam ko'pincha mastlikning o'rta va og'ir darajalarida ko'rsatiladi. Spirtli ichimlikning oshqozon-ichak sistemasidan so'rilishini kamaytirish uchun bemorga 2-3 osh qoshiq faollashtirilgan ko'mir kukuni ichiriladi. Oradan 10-15 daqiqa o'tgach, oshqozon soda solingan iliq suv bilan yuviladi, ya'ni ko'p miqdorda (0,5-1 litr) bu suyuqlik ichishga beriladi. Keyin qusish refleksi chaqiriladi. Ba'zi bemor-

lar bir kosa iliq suv ichgan zahoti qusa boshlaydi. Keyin bemorga novshadil spirti hidlatiladi yoki bir stakan iliq suvga 10 tomchi novshadil spirti tomizib ichiriladi. Ich kelishini jadallashtirish uchun 25 g magniy sulfat kukuni beriladi. Teri ostiga 10 % 2 ml kofein yoki 2 ml kordiamin qilinadi. Shuningdek, 2 ml kordiaminni 40 % 10 ml glyukoza eritmasiga qo'shib venadan sekin yuborish ham mumkin.

Og'ir darajadagi mastlikda bemorni yaqinroq joylashgan shifoxonaga darhol yetkazish va tibbiy yordamni zudlik bilan boshlash kerak. Bunday bemor sopor yoki koma holatida bo'ladi, uning og'zidan spirt burqsib turadi. Unda jarohatlar bor-yo'qligi tekshiriladi, gemorragik insult, diabetik yoki uremik koma rivojlanmaganmi, degan savollarga darhol javob topish kerak bo'ladi. Dastlab bemorning bo'yin umurtqalari va kalla suyagini obdon tekshirib, keyin faol davolash choralari ko'riladi. Diagnostik amallardan keyin bemorning oshqozonini zond orqali yuvishga kirishiladi. Buning uchun 300-500 ml iliq suvga natriy karbonat yoki kaliy permanganat qo'shiladi va tayyor bo'lgan eritma zond orqali oshqozonga yuboriladi. Oshqozon shu yo'l bilan ketma-ket yuviladi. Bemorga novshadil spirti hidlatiladi. Qovuqqa kateter qo'yiladi.

Shuningdek, 0,5 % 10 ml bemegrid + 1 ml kordiamin 0,9 % 10 ml natriy xlor yoki 40 % 10 ml glyukoza eritmasiga qo'shib venadan sekin-astayuboriladi. Bemegrid barbituratning antagonisti hisoblanib, ularning toksik ta'sirini kamaytiradi, nafas olish va qon aylanish markazlarini te tiklashtiradi. Kordiamin miya ustunida joylashgan hayotiy muhim markazlarni stimulyatsiya qiladi. Shu bois, bu dorilar bitta shprisdabirgalikda qilinadi. Og'iz bo'shlig'iga to'plangan ovqat qoldiqlari va so'laklar aspiratsiya qilinadi, vaziyat taqozo etsa, traxeya intubatsiya qilinadi.

Og'ir holda yotgan mast odamga tez tibbiy yordam yetib kelgunga qadar quyidagi tarzda yordam ko'rsatish mumkin: uning ikkala qulog'ini kaftingiz bilan qizarib ketguncha qattiq ishqalang. Quloqlarga qonning oqib kelishi va aurikulyar nuqtalarning qo'zg'alishi mast odamni hushiga keltiradi. Shundan keyin u vrach bilan so'zlashib boshlashi ham mumkin. Buning uchun bemor gorizontol holatda yotishi, kalla suyagi va bo'yin jarohatlari yo'qligiga ishonch hosil qilish kerak. Bemor hushiga kelgach, shifoxonaga olib boriladi.

Ichkilik bilan bog'liq psixozda tez yordam. Spirtli ichimliklarni qabul qilganlarda turli xil psixozlar (deliriya, gallyutsinatsiya, oneyroid va h.k.) ro'y beradi. Bunday paytda dastlab organik etiologiyali psixozlarni (ayniqsa, travmatik psixoz) inkor qilish kerak. O'tkir alkogolli psixozlarni (deliriya) vaqtincha bartaraf etish uchun 100 ml aroq ichkaziladi. Intensiv infu-

ziona terapiya bilan birgalikda quyidagi dorilardan biri zudlik bilan qilinadi. Seduksen 0,5 % 2-4 ml v/i ga kuniga 2-3 mahal, 0,5 % 1-2 ml galoperidol m/i ga, 2,5 % 2 ml tizertsin yoki aminazin v/i ga yoki m/i ga yuboriladi. B₁ vitamini 5 ml dan kuniga 3-4 mahal tavsiya etiladi.

12.2. Ensefalopatiya

Spirтли ichimliklarni katta miqdorda va uzoq vaqt iste'mol qilish o'tkir va surunkali ensefalopatiya rivojlanishiga sabab bo'ladi. O'tkir ensefalopatiyalar ichida Gae-Vernike ensefalopatiyasi alohida o'rin tutadi. Ushbu ensefalopatiya o'tkir boshlanadi va kuchli ifodalangan delirioz psixoz, nevrologik va somatik belgilar bilan birgalikda namoyon bo'ladi. Mutaxassislar mazkur ensefalopatiya patogenezida B₁ vitamini yetishmovchiligiga katta urg'u berishadi. Kasallik klinikasi neyropsixologik, psixoemotsional va vegetativ-visseral buzilishlarga boy bo'ladi. Ularda turli xil giperkinezlar, tutqanoq xurujlari, bulbar va psevdobulbar falajliklar, polinevropatiya belgilari ko'p uchraydi. Spirтли ichimlikni ko'p iste'mol qilgan kuni o'tkir affektiv buzilishlar rivojlanadi. Bular – psixomotor qo'zg'alishlar, deliriya, gallyutsinatsiya, illyuziya, Korsakov amneziyasi, konfabulyatsiya, stupor, depressiya, oneyroid va boshqa turli xil ruhiy avtomatizmlar.

12.3. Abstinent sindrom

Abstinent sindrom doimiy ravishda ko'p miqdorda alkogol ichib yurib, uni birdan to'xtatganda ro'y beradi va turli darajada ifodalangan psixo-vegetativ, nevrologik va somatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Shu bois abstinent sindromni "alkogoldan judo bo'lganlik" sindromi deb ham atashadi. Ushbu buzilishlar zarur miqdorda alkogol iste'mol qilgandan so'ng kamayadi yoki o'tib ketadi.

Abstinent sindromning klinik belgilari turlicha. Uning ba'zi turlarida nevrologik, ba'zilarida psixoemotsional, boshqa birlarida somatik buzilishlar ustunlik qiladi. 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 oila a'zolariga nisbatan agressiv tutadi, aroq topib berishni talab qilib janjal ko'taraveradi, xulq-atvori jinnisifat bo'lib qoladi.

Abstinent sindrom ba'zi bemorlarda kuchli agressiv holat bilan namoyon bo'lsa, boshqa birlarida apatiya kuzatiladi, ya'ni yig'layveradi, atrof-dagilardan, ayniqsa, umr yo'ldoshidan kechirim so'rayveradi: "Boshqa ichmayman, lekin hozir, albatta, aroq topib ber, iltimos, bo'lmasa o'lib qolaman", deb yolvoradi. Haqiqatan ham yetarli miqdorda aroq ichgandan so'ng tinchlanib uxlab qoladi.

Abstinent sindromda AQB tushib ketishi yoki aksincha, juda yuqori ko'tarilishi, yuzi oqarib-ko'karib ketishi, mavjud somatik kasalliklar qo'zg'alishi mumkin. Masalan, bemor sigaret chekadigan bo'lsa, unda surunkali bronxit qo'zg'alib, ketma-ket yo'tal kuchayib ketadi. Bunday vaziyatlar ba'zan o'lim bilan tugaydi. Shuningdek, kuchli bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi va qayt qilish, terga botish, siyib yuborish, taxikardiya yoki bradikardiya, gandiraklab yiqilib tushib jarohat olish kabi holatlar kuzatiladi. Ba'zan suitsidal fikrlar ham xayoliga kelaverib, o'z joniga qasd qilishi mumkin. Mast bo'lib uxlab qolgan odamda til-halqum muskullari gipotoniyasi tufayli xurrak otishlar kuchayib, tunda apnoe ro'y berishi va o'lim bilan tugashi mumkin. Shuningdek, ovqatni to'yib yeb, uxlab qolgan mast odam xurrak otayotgan paytda oshqozondagi ovqat tepaga qarab yo'naladi va qaytib nafas yo'llariga tushishi oqibatida to'satdan o'lim ro'y beradi.

Albatta, yuqorida qayd qilingan belgilar turli bemorlarda turlicha kechadi. Ba'zan ushbu belgilar uning oila va jamiyatda tutgan o'rniga, mizojiga, somatik va ruhiy holatiga ham bog'liq. Shunday bo'lsa-da, o'ta yaxshi xulq-atvorli va jamiyatda hurmat-e'tiborga ega bo'lgan, biroq ichkilikni xush ko'radigan odamda abstinent sindrom rivojlansa, u o'ta noqulay ahvolga tushib qoladi. Bunday shaxslar yaqin do'stlarini ham qattiq haqorat qilib, uzoq yillik do'stona munosabatlarni bir kunning o'zida barbod qilishadi.

12.4. Giyohvandlikda bemorlar psixologiyasi

Giyohvandlikning kelib chiqish sabablari. XVIII–XIX asrlarda giyohvand moddalar (narkotiklar)ning inson organizmiga o'ta salbiy ta'siri e'tiborga olinmasdi va hatto ularning ijobiy ta'siri bor, degan fikrlar mavjud bo'lgan. Dorivor o'simliklarni qayta ishlash va faolroq moddalarni olish texnologiyasi rivojlangani sari, giyohvand moddalarning organizmga zararli ta'siri mukammal o'rganila boshlandi. Ularni iste'mol qiluvchilar va shu sababli rivojlangan og'ir kasalliklar soni tobora ortib bordi.

Giyohvand moddalarning aholi orasida keng tarqalishi sabablari bir qator bo'lib, ular ichida ruhiy-hissiy zo'riqishlar asosiy omillardan biri hisoblanadi. Bunday zo'riqishlardan so'ng "psixologik vakuum" paydo bo'lishi, oiladagi nosog'lom muhit, salbiy hissiyotga berilish, kayfiyatni dori orqali ko'tarishga intilish shular jumlasidan.

Ma'lumki, giyohvandlikka ruju qo'yish, asosan, o'smirlik davridan boshlanadi va bunda oiladagi noto'g'ri tarbiya eng katta sabablardan biridir. Ota-ona tomonidan bolaga ko'rsatilgan haddan tashqari g'amxo'rlik yoki yetarli darajada mehr bermaslik, haddan ortiq qattiqqo'llik uning sog'lom shaxs bo'lib rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. O'smir uydan bezib, ko'chadan mehr izlay boshlaydi va giyohvand moddalar tarqatuvchilar guruhiga beixtiyor qo'shilib qoladi. Uning o'zi ham keyinchalik giyohvand moddalarni qabul qila boshlaydi. Bora-bora unda ushbu moddalarga jismoniy va ruhiy qaramlik paydo bo'ladi.

Giyohvandlikda xulq-atvor buzilishi va bemor psixologiyasi. Giyohvandlikda, avvalambor bemorning irodasi so'nib boradi, unda giyohvand moddaga nisbatan kuchli mayl shakllanadi. Asta-sekin bu mayl kuchayib, bemor unga qarshi kurashishga ojiz bo'lib qoladi, unda **ruhiy qaramlik sindromi** rivojlanadi. Bemorning fikr-xayoli faqat giyohvand moddani topish va uni iste'mol qilishga qaratiladi. Ruhiy qaramlik sindromida giyohvand moddaning yo'qligi bemorda doimo noxush kayfiyat paydo qiladi, u bo'lar-bo'lmasga janjal ko'taradi. Giyohvand moddani iste'mol qilgan kuni esa kayfiyati yana ko'tariladi, ya'ni xulq-atvorida ijobiy xislatlar paydo bo'ladi.

Ruhiy qaramlik sindromida bemorni miyadan ketmaydigan ziddiyatli fikrlar egallab oladi, uning xulq-atvori o'zgarib ketadi. Albatta, miyadagi bu jarayonlar giyohvand moddani qancha miqdorda, necha yildan buyon iste'mol qilayotgani va uning turiga bog'liq. Odatda, giyohvand moddani endigina qabul qilishni boshlagan bemor o'zida paydo bo'lgan ruhiy qaramlikni darrov anglay olmaydi. U bora-bora yuzaga kelgan vaziyatga bog'lanib qoladi. Giyohvandlikdan chiqib ketish qiyinligining asosiy sabablaridan biri ruhiy qaramlikdan tashqari, giyohvand moddalar bilan bog'liq oldi-sotdilarga aralashib, jinoyat yo'lga kirib qolishidir.

Giyohvand moddalarni qabul qilib yurgan bemor kundalik hayotdan qoniqmaydi, sababsiz urush-janjal qiladi, uning vujudini jizzakilik va doimiy norozilik alomatlari egallab oladi. Agarda giyohvand moddalarni topish imkoniyati paydo bo'lganligi haqida so'z borsa, u o'zini o'ta baxtiyor sezadi va oila a'zolari bilan xushchaqchaq kayfiyatda so'zlashib boshlaydi, saxiy bo'lib qoladi.

Ruhiy qaramlik sindromida bemorning ichki dunyosida keskin o'zgarishlar ro'y beradi. Uning umr yo'ldoshi, farzandlari va ota-onasiga munosabati o'zgarib boshlaydi, ular orasida mehr-oqibat yo'qolib boradi. Bemorning xulq-atvorida o'ziga xos qaysarlik va o'jarlik shakllanadi, u yaqinlarining tanqidga qaramasdan, o'z fikrini tasdiqlashga yoki qilayotgan nojo'ya ishlarini oqlashga intiladi. To'g'ri, ba'zan bemor og'ir bir dardga duchor bo'lganligini anglab, bu yo'ldan qaytishga urinadi, biroq avvalgidek to'laqonli sog'lom hayot tarziga qaytish o'ta qiyin bo'ladi. Bunday vaziyatda bemorning o'zi, uning yaqinlari, psixolog va narkologlarning hamnafas bo'lib ishlashi ijobiy natija berishi mumkin. Ba'zan bemor "O'zim boshlaganman, o'zim to'xtataman", deb tibbiy-psixologik yordamdan voz kechadi. Odatda, bunday bemor giyohvand moddalarni qabul qilishning yanada og'irroq, kuchli ta'sirga ega turlariga o'tib ketadi, xolos.

Ruhiy qaramlik nafaqat muayyan bir giyohvand modda bilan, ba'zan uning boshqa turlari ta'sirida ham qoniqtirilishi mumkin. Giyohvandlikda ruhiy qaramlik sindromi ancha erta boshlanadi va uzoq davom etadi. Bunday moddalarni iste'mol qilishni to'xtatgandan so'ng ham bemor ruhiy qaramlikdan ancha vaqtgacha chiqib ketolmay yuradi. Shuning uchun ham ularga doimo psixoterapevt yordami zarur bo'ladi. Ruhiy qaramlik sindromini dastlabki davridayoq aniqlash tibbiy psixologdan yuksak darajadagi ziyraklik va mahoratni talab etadi. Chunki bemor turli xil yo'llar bilan giyohvand moddalarni qabul qilib yurganini atrofdagilardan yashiradi va o'zi ham ruhiy qaramlik paydo bo'lganini bilmay qoladi.

Kasallik avj olgan sari ruhiy qaramlik sindromidan og'irroq bo'lgan abstinensiya va jismoniy qaramlik (kompulsiv) sindromlari shakllanadi. Bemor endi giyohvand moddalarni haddan tashqari ko'p iste'mol qila boshlaydi va buning oqibatida hayotiy muhim mayllar – jinsiy, och qolish, himoya instinktlari u uchun ikkinchi darajali bo'lib qoladi.

Kompulsiv sindrom – giyohvandlikda uchraydigan jismoniy qaramlik sindromi. Abstinentsindromga qaraganda og'ir kechadi. Kompulsiv sindrom bemorning xulq-atvorida to'la aks etadi, ya'ni bemor giyohvand moddalarni izlab topishga mukkasidan beriladi va har doim qabul qilib yurgan giyohvand moddani boshqasiga o'zgartirganida qoniqish hosil qilmaydi. Demak, giyohvand moddaning aniq bir turiga ruju qo'yish kompulsiv sindrom uchun juda xos bo'lib, organizm aynan shu giyohvand moddaga ko'nikib qolganligidan dalolat beradi. Agar ushbu giyohvand modda qabul qilinmasa yoki butunlay to'xtatilsa, abstinentsindrom rivojlanadi.

Giyohvandlikning barcha turi uchun qabul qilayotgan moddaga nisbatan organizmda tolerantlik paydo bo'lishi juda xos. Shu bois bemor doimo giyohvand moddaning miqdorini oshirib borishga majbur. Aks holda, eyforiya ro'y bermaydi yoki abstinent sindrom rivojlanadi.

Giyohvand moddani surunkali tarzda qabul qilish intoksikatsiya holatini yuzaga keltiradi. Bunda bemorning shaxsiyati patologik tarzda o'zgaradi va o'tkir psixozlar tez-tez kuzatilib turadi. Chunki giyohvand moddalar ruhiyatga tez ta'sir qilishi bilan boshqa farmakologik dori vositalaridan ajralib turadi. Giyohvand moddalar barcha a'zo va to'qimalarda kuchli morfofunktsional buzilishlarni yuzaga keltiradi. Ayniqsa, bu moddalar bosh miya va jigarga falokatli ta'sir ko'rsatadi.

Giyohvandlikning klinik kechishi 3 bosqichda davom etadi:

1-bosqich – adaptatsiya (moslashuv);

2-bosqich – abstinentsiya;

3-bosqich – toliqish.

1. Adaptatsiya bosqichida giyohvand modda 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 aynishi, qayt qilish, terida qichimalar paydo bo'lishi, bosh aylanishi bilan namoyon bo'ladi. Biroq ushbu belgilar sekin-asta yo'qoladi, chunki organizm giyohvand moddaga moslashib oladi.

2. Abstinentsiya bosqichida ruhiy qaramlikka jismoniy qaramlik qo'shiladi. Agar qabul qilib yurgan giyohvand modda miqdorini kamaytirsang, bemor bezovtalanaveradi va o'sha dozaning o'rnini to'ldirishga intiladi (kompulsiv intilish). Agar doza yetarli miqdorga ko'tarilmasa, organizmning kompensator imkoniyatlari zo'riqib, abstinent sindrom yanada kuchayadi. Ba'zi vaziyatlarda bu sindrom ancha vaqt giyohvand moddani qabul qilmay yurgan bemorda ham rivojlanadi. Uzoq muddatli remissiyadan so'ng giyohvand moddani organizmga yuborish yana jismoniy qaramlikni keltirib chiqaradi, hatto kuchaytiradi ham. Bunda nafaqat yuqori dozadagi giyohvand moddaga ko'nikish, balki uni doimiy tarzda qabul qilish yana boshlanib ketadi. Keyinchalik katta dozadagi giyohvand modda ham kayfiyatni ko'tara olmay qoladi va bemor giyohvand moddaning o'tkir turini izlashga tushadi yoki avvalgisining dozasini oshiradi. Abstinent sindrom tanada kuchli og'riqlar bilan kechganligi va ularni boshqa dorilar bilan to'xtatish qiyinligi sababli, bemor giyohvand moddani yana qabul qilishiga to'g'ri keladi.

3. Toliqish bosqichida organizmning barcha himoya funksiyalari keskin pasayadi, deyarli barcha a'zolarida nafaqat funksional, balki organik buzilishlar yuzaga keladi, terida turli xil yaralar paydo bo'ladi. Bunday bemor turli kasalliklarga tez chalinadi. Bu bosqichda giyohvand moddalarning tetiklashtiruvchi va kayfiyatni ko'taruvchi ta'siri ham pasayadi. Organizmni ruhan va jismonan qoniqarli holatda ushlab uchun bemor giyohvand moddani kam miqdorda qabul qilib yurishga majbur bo'ladi. Chunki usiz organizmning faoliyat ko'rsatishi o'ta mushkul bo'lib qoladi. Ular doimiy tibbiy-psixologik reabilitatsiyaga muhtojdir.

Davolash. Giyohvandlikka ruju qo'yganlarni davolash usullari maxsus adabiyot va darsliklarda mukammal yoritilgan. Ammo tibbiy psixolog va psixoterapevt bemorni davolash bilan bog'liq bo'lgan bir qator muammolarni bilishi zarur.

Dastavval bemor statsionarga yotqizilishi shart. Chunki davolanish sharoitida kuzatiladigan noxush holatlar va abstinent sindromning qayta paydo bo'lishi, giyohvand moddani yana iste'mol qilishga majbur qiladi. Bemor "do'stlaridan" izolyatsiya qilinishi kerak. Uni uyda qoldirib ham bo'lmaydi. Davolash muolajasi narkolog nazorati ostida giyohvand moddani qabul qilishni to'xtatishdan boshlanadi. Sog'lom va yosh bemorda giyohvand moddani qabul qilishni birdaniga to'xtatish mumkin, biroq keksa va o'ta oqib bemorda bu jarayon bosqichma-bosqich amalga oshiriladi.

Dezintoksikatsiya maqsadida reomakrodeks, natriy xloridning izotonik eritmasi va boshqa elektrolitlar kuniga 2000 ml gacha yuboriladi. Zaruratga qarab qon preparatlari – albumin, plazma, toza qon ham tavsiya qilinadi. Og'ir vaziyatda gemosorbsiya va gemodializ o'tkaziladi. Shuningdek, 10 ml 10 % kaltsiy xlor, 10 ml 30 % tiosulfat natriy, 5-10 ml – 25 % magniy sulfat tomir ichiga, 5-10 ml 5 % unitiol mushak orasiga yuboriladi. Vitaminlar – B₁, B₆, C kuniga 10 ml gacha 40 % glyukozada vena ichiga qilinadi.

Abstinent sindromda psixotrop dorilardan 2,5 % aminazin 1-3 ml 5-7 kun mobaynida yoki 2,5 % tizersin 2-4 ml, 1 % dimedrol 1-2 ml, 0,5 % sibazon 2-4 ml venaga yoki mushak ichiga yuboriladi. Shuningdek, kamfora, kofein, meprobamat, galoperidol kabi dorilarni ham buyurish mumkin. Yurak va nafas faoliyati uchun kordiamin qilinadi.

Neuroleptiklardan neuleptil kuniga 10-20 mg, sonapaks 100-200 mg, antidepressantlardan fluoksetin 20 mg, zoloft 50 mg ichishga buyuriladi.

Giyohvandlikning tibbiy-psixologik korreksiyasi va reabilitatsiyasi bir necha bosqichda olib boriladi. Dezintoksikasiya muolajasi, psixopatologik va somatonevrologik buzilishlar korreksiyasi, metabolizmni yaxshilash, ruhiy qaramlikni yo'qotishga oid maxsus psixoterapevtik dastur va rejali

davomli psixoreabilitatsiya chora-tadbirlari olib boriladi. Tibbiy psixolog bemorning oila a'zolari bilan ham muntazam uchrashib turishi, bemorga nisbatan salbiy munosabatlarini ijobiy tomonga o'zgartirish bilan ham shug'ullanishi zarur. Aks holda ijobiy natijaga erishish qiyin kechadi.

Nazorat uchun savollar

- 1. Alkogolizm negizida qanday ijtimoiy-psixologik muammolar yotadi?*
- 2. Alkogolizm da qanday psixoemotsional buzilishlar kuzatiladi?*
- 3. Abstinent sindrom nima?*
- 4. Inson nima uchun giyohvand moddalarga ruju qo'yadi?*
- 5. Giyohvandlikka ruhiy va jismoniy qaramlik qanday rivojlanadi?*
- 6. Giyohvandlikning kechish bosqichlari haqida so'zlab bering.*
- 7. Alkogolizm va giyohvandlikning oldini olishda tibbiy psixolog vazifalari nimalardan iborat?*

XIII BOB. TIBBIYOTDA PSIXODIAGNOSTIKA

13.1. Tibbiy-psixologik tekshiruvlar o'tkazishning umumiy qonun-qoidalari

Tibbiyotda ham, umumiy psixologiyada ham bemor holatini tekshirish sxemalari mavjud. Biroq tibbiyot psixologiyasi uchun alohida shunday tarixnoma hanuzgacha yo'q. Bu maqsadda ko'pincha ruhiy bemorlarni tekshirish uchun ishlab chiqilgan kasallik tarixnomasi yoki umumiy psixologiyada qo'llaniladigan diagnostik sxemalardan foydalaniladi. Ular esa tibbiy psixologiya talablariga to'la javob bermaydi va barcha zarur ma'lumotlarni o'z ichiga qamrab olmaydi. Shu bois biz tibbiy-psixologik statusni tekshirish sxemasini ishlab chiqdik (Z. Ibodullayev, 2009). Undan psixosomatik tibbiyot bo'limlari va tibbiy-psixolog xonalarida tibbiy-psixologik anketasifatida foydalanish tavsiya etiladi.

Tibbiy-psixologik statusni tekshirish sxemasi *(tibbiy-psixologik anketa)*

I. Umumiy ma'lumotlar

Bemorning ismi, sharifi

Tibbiy anketa (tarixnoma) raqami

Yoshi.....

Jinsi

Millati.....

Oilaviy ahvoli.....

Yashash joyi

Ma'lumoti va kasbi.....

Mehnatga layoqati.....

Chapaqay, o'naqay yoki ambidekstr

Klinikaga (poliklinikaga) murojaat qilgan kuni

Klinikada (poliklinikada) qo'yilgan tibbiy tashxis (tashxislar)
Tibbiy-psixologga murojaat qilgan kuni
Asosiy shikoyatlari

II. Anamnestik ma'lumotlar

Bemorning hayot anamnezi (ilk bolalik davridan boshlab yig'iladi, qanday tarbiyalangan, qanday muhitda o'sgan va h.k.) Bemorning jinsiy hayoti va oilaviy anamnezi. Bemorning tibbiy anamnezi (qanday kasalliklar bilan og'rikan), psixologik anamnezi, nasliy anamnezi.

III. Yordamchi tekshirishlar va boshqa mutaxassislar xulosasi

Laborator tekshiruvlar
Elektroensefalografiya
Psixiatr
Nevropatolog
Patopsixolog
Neyropsixolog
Terapevt
Seksopatolog
Boshqa mutaxassislar
Psixologik testlar xulosasi

IV. Temperamentni tekshirish xulosalari

Suhbat yoki psixologik testlar yordamida bemorning qaysi temperament egasi ekanligi aniqlanadi. Keyin xulosaga sangvinik, xolerik, flegmatik yoki melanxolik deb yozib qo'yiladi.

V. Shaxs va xulq-atvorni tekshirish xulosalari

Bemorning yaqinlari yordamida va uning o'zidan ilk bolaligidan boshlab, xulq-atvori xususiyatlari haqida ma'lumot yig'iladi. Yaslida, maktabda, o'spirinlik davri, oila qurgandan keyingi hayoti, ishda va jamoada o'zini tutishi har tomonlama so'rab-surishtirib o'rganiladi. Bu maqsadda psixologik testlardan ham foydalaniladi.

Suhbat va testlar yordamida quyidagi shaxs tiplari ajratib ko'rsatiladi: siklotimik, emotsional, distimik, gipertimik, xavotirli, qo'zg'aluvchan, qotma, ekstravert, introvert, xushchaqchaq shaxs. Xulq-atvoriga qarab quyidagi xulosalar beriladi: mehribon, xudbin, mansabparast, toshyurak, kamtar, xotirjam va hokazo.

VI. Hissiyotni tekshirish xulosalari

Suhbat chog'ida bemorning mimikasi, o'zini tutishi, psixolog va atrof-dagilarga bo'lgan munosabatiga e'tibor qaratiladi. Keyin bemorning his-tuyg'ulari va kayfiyatiga quyidagicha ta'rif beriladi: hayajonlangan, g'azablangan, xavotirda, kayfi chog', tushkunlikka tushgan, vahima bosgan. Shu holatlar aniqlangandan so'ng bemorning hissiyoti to'g'risida, eyforiya, disforiya, depressiya, affekt yoki hissiy ambivalent holatida degan xulosa qayd qilinadi. Xulosani yanada oydinlashtirish uchun psixologik test natijalaridan ham foydalaniladi.

VII. Sezgi va idrokni tekshirish xulosalari

Sezgi buzilishlarini tekshirayotganda, uning organik va funksional tipda ekanligi aniqlanadi. Ikkala holda ham sezgining quyidagi buzilishlari farq qilinadi: monoanesteziya, gemianesteziya, giperesteziya, dizesteziya, senes-topatiya, kauzalgiya, og'riqlar (boshda, tanada va ichki a'zolar sohasida).

Idrokni tekshirayotganda illyuziya, gallyutsinatsiya, anozognoziya, derealizatsiya va depersonalizatsiya bor-yo'qligi e'tiborga olinadi va xulosa o'rnida yozib qo'yiladi.

VIII. Iroda va maylni tekshirish xulosalari

Irodani tekshirayotganda, mustahkam irodali, matonatli, maqsadga intiluvchan, ikkilanuvchan, mustaqil, jur'atsiz kabi xulosalar beriladi. Shuningdek, iroda va mayl buzilishlariga ta'rif berishda quyidagi atamalardan ham foydalaniladi: abuliya, gipobuliya, giperbuliya, dipsomaniya, dromomaniya, kleptomaniya, mazoxizm, sadizm, anoreksiya, polifagiya, polidipsiya, gomoseksualizm, suitsidal mayllar.

IX. Nutqni tekshirish xulosalari

Bemorning nutqidagi nuqson suhbat chog'ida yoki maxsus tekshirishlar orqali aniqlanadi. Nutqni oddiy va murakkab so'zlarni takrorlatib turib ham tekshirish mumkin. Nutq buzilishlari neyropsixologik testlar yordamida aniqlanadi. Nutqning quyidagi buzilishlari xulosa o'rnida qayd qilinadi: afferent motor afaziya, efferent motor afaziya, sensor afaziya, akustik-mnestik afaziya, amnestik afaziya, semantik afaziya, dinamik afaziya, soqovlik, duduqlanish, dizartriya, dislaliya.

X. Diqqat va xotirani tekshirish xulosalari

Diqqatning ba'zi xususiyatlari suhbat chog'ida aniqlab olinadi. Shuningdek, diqqatni tekshiruvchi testlar, ya'ni Krepelin, Shulte jadvali va Burdon-

ning korrektura sinamasidan foydalaniladi. Diqqati tarqoq, parishonxotir, jamlangan, o'tkir kabi xulosalar yoziladi.

Bemorning diqqati tekshirib bo'lingandan so'ng yoki parallel holda kundalik va bo'lib o'tgan voqealarga bo'lgan xotirasi tekshiriladi: ma'nosiz (gul, qarg'a, oyna) so'zlardan iborat qisqa qator, qisqa va uzun jumlar, matallarni yod olish va qayta esga tushirish. Xuddi shu uslubda ko'rish xotirasi (turli fotosuratlar ko'rsatib, birozdan so'ng qayta tanish so'raladi) va harakat xotirasi tekshiriladi (bemor qo'li bilan turli harakatlarni amalga oshiradi va ularni birozdan so'ng takrorlash so'raladi). Ebbingauz sinamasi bo'yicha "10 ta so'zni yodlab esga tushirish" usulidan ham foydalaniladi.

Xotira buzilishlari darajasi ko'rsatiladi. Shuningdek, amneziya (retrograd, anterograd, anteroretrograd), konfabulyatsiya, psevdoreminisentsiya kabi xulosalar qayd etiladi.

XI. Tafakkurni tekshirish xulosalari

Tafakkurni tekshirayotganda, uning izchilligi va tezligiga e'tibor qaratiladi. Fikrlash darajasi yoshiga mos keladi, debillik, imbessillik, idiotiya, demensiya deb xulosa yoziladi. Bu buzilishlarni aniqlash uchun hikoyalarning mazmuni, kichik matematik masalalar, tugallanmagan jumlar, maqollar ma'nosi va tafakkur darajasini ifodalovchi psixologik testlardan (Koos kubikchalari, Bine-Simon, Veksler testlari, tafakkur koeffitsientini (IQ) aniqlash) usullaridan foydalaniladi.

XII. Ongni tekshirish xulosalari

Ong buzilishining shartli ravishda nopsixotik va psixotik shakllari ajratiladi: birinchisiga obnubulyatsiya, somnolentsiya, sopor va koma, ikkinchisiga esa deliriya, trans, amensiya, somnambuliya, ambulator avtomatizmlar, oneyroid kiradi. Shuningdek, ong darajasiga ta'rif berayotganda, bemorning es-hushi joyida, vaqt, joy va vaziyatni adashtirmasligi, atrofdagi voqealarni aniq-ravshan anglashiga e'tibor beriladi.

Xulosa. Bemorning tibbiy-psixologik statusi to'la tekshirilgandan so'ng olingan ma'lumotlar psixologik testlar, laboratoriya natijalari va boshqa mutaxassislar xulosalari bilan solishtiriladi. Keyin bemorda **tibbiy-psixologik tashxis** aniqlab olinadi va tarixnomaga qayd qilinadi.

13.2. Psixologik testlar

Psixik statusni baholashning qisqa shkalasi

(Mini-Mental State Examination)

MMSE shkalasi (1975) turli etiologiyali kognitiv buzilishlarni aniqlash va baholash uchun keng qo'llaniladi. Undan demensiyaga gumon qilingan bemorni ko'rikdan o'tkazayotgan har bir nevropatolog, psixolog va psixiatr foydalanishi mumkin.

MMSE shkalasi blanki

Tekshiriluvchi funksiya	Topshiriq	Ballar yig'indisi
Vaqtni anglash	Vaqtni ayting (sana, oy, hafta kuni, yil, fasl)	0–5
Makonni anglash	Hozir biz qaerdamiz? (xona, shifoxona, uy, shahar, davlat)	0–5
Idrok	Quyidagi 3 ta so'zni takrorlang: suv, nina, qalam	0–3
Diqqat	100 dan 7 ni ayirib boring	0–5
Xotira	Haligi 3 ta so'zni qayta esga tushiring	0–3
Gnozis	Bu nima? (bemor unga ko'rsatilgan narsaning nomini aytishi kerak)	0–2
Jumlani takrorlash	Jumlani takrorlang: "Hech bo'lmaganda, hech qachon"	0–1
Topshiriqni tushunish	Qog'ozni o'ng qo'lingiz bilan oling-da, uni ikki buklab stol ustiga qo'ying.	0–3
O'qish	Ushbu yozuvni ("Ko'zingizni yuming") ovoz chiqarib o'qing va uni bajaring	0–1
Yozish	Biror bir jumlaning o'ylab uni qog'ozga yozing	0–1
Chizish	Ushbu rasmni chizing	0–1
Ballar yig'indisi		0–30

MMSE shkalasini to'ldirishning qonun-qoidalari

Vaqtni anglash. Bemordan bugungi sana, hafta kuni, oy, fasl va yilni to'la aytib berish so'raladi. Har bir to'g'ri javob uchun 1 ball qo'yiladi. Shunday qilib, sinalluvchi 0 dan 5 balgacha to'plashi mumkin. Demak, umumiy ballar yig'indisi 0–5.

Makonni anglash. Sinaluvchiga quyidagi savol bilan murojaat qilinadi: “Hozir biz qayerdamiz?” Sinaluvchi davlat, shahar yoki viloyat, qayerda tekshiruv o‘tkazilayotgani (uy yoki shifoxona), hudud yoki bino, qavat yoki xona raqamini to‘g‘ri aytib berishi kerak. Har bir to‘g‘ri javobga 1 ball qo‘yiladi. Bu vazifa uchun ham sinaluvchi 0 balldan 5 balgacha to‘plashi mumkin. Demak, umumiy ballar yig‘indisi 0–5.

Idrok. “Quyidagi 3 ta so‘zni takrorlang va eslab qoling “suv, nina, qalam” deb sinaluvchiga topshiriq beriladi. Psixolog ushbu so‘zlarni shoshmasdan lo‘nda qilib talaffuz qilishi kerak (bir soniyada bir so‘z). Har bir to‘g‘ri takrorlangan so‘zga 1 ball qo‘yiladi. Shundan so‘ng undan “So‘zlarni yodlab qoldingizmi, qani yana bir bor qaytaring-chi”, – deyiladi. Agar sinaluvchi so‘zlarni shu ketma-ketlikda qayta aytib berishga qiynalsa, psixolog ushbu so‘zlarni yana takrorlaydi va ularni qayta aytish so‘raladi. Shu tartibda so‘zlarni bir necha bor (biroq 5 ta urinishdan ortiq emas) takroran aytib berish so‘raladi. Agar birinchi takrorlashda sinaluvchi 3 ta so‘zni ketma-ket to‘g‘ri aytsa – 3, ikkinchi urinishda to‘g‘ri aytsa – 2, uchinchi urinishda to‘g‘ri aytsa – 1 ball qo‘yiladi. Agar sinaluvchi keyingi urinishlarda ham topshiriqni bajara olmasa, 0 ball qo‘yiladi. Umumiy ballar yig‘indisi 0–3.

Diqqat. Sinaluvchiga “100 dan 7 ni ketma-ket ayirib keling” deyiladi. U 100 dan 7 ni quyidagi tartibda ayirib borishi kerak: $100-7=93$; $93-7=86$; $86-7=79$; $79-7=72$; $72-7=65$. Har bir to‘g‘ri ayirilgan son uchun 1 ball qo‘yiladi. Sinaluvchi 5 ta ayirishni ham to‘g‘ri bajarsa, unga 5 ball qo‘yiladi. Vazifani bajarayotganda sinaluvchini shoshirmang. Umumiy ballar yig‘indisi 0–5.

Xotira. Sinaluvchidan idrokni tekshirayotganda qo‘llanilgan so‘zlarni yodga tushirib aytib berish so‘raladi. Har bir to‘g‘ri eslangan so‘z uchun 1 ball qo‘yiladi. Umumiy ballar yig‘indisi 0–3.

Gnozis (ko‘ruv gnozisi). Sinaluvchiga qalam ko‘rsatib, undan “Bu nima? deyiladi. Xuddi shu tartibda boshqa narsa (masalan, soat) ko‘rsatib, u nimaligi so‘raladi. Har bir to‘g‘ri javob uchun 1 ball qo‘yiladi. Umumiy ballar yig‘indisi 0–2.

Jumlani takrorlash. Sinaluvchidan quyidagi jumlaning takrorlash so‘raladi: “Hech bo‘lmaganda, hech qachon”. Bu jumla faqat bir marta aytiladi. Sinaluvchi uni xuddi shunday takrorlashi kerak. To‘g‘ri takrorlasa – 1 ball, takrorlay olmasa – 0 ball qo‘yiladi.

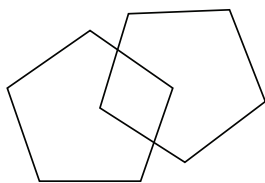
Topshiriqni tushunish. Sinaluvchiga bajarilishi 3 bosqichdan iborat topshiriq og‘zaki tarzda beriladi. “Qog‘ozni o‘ng qo‘lingiz bilan oling-da,

uni ikki buklab stol ustiga qo‘ying». Har bir to‘g‘ri bajarilgan bosqichga 1 ball qo‘yiladi. Bu topshiriq bir marta beriladi. Umumiy ballar yig‘indisi 0–3.

O‘qish. Sinaluvchiga katta harflar bilan “KO‘ZINGIZNI YUMING” degan jumla bitilgan qog‘oz beriladi. Unga: “Ushbu yozuvni ovoz chiqarib o‘qing va uni bajaring”, deyiladi. Sinaluvchi ushbu so‘zlarni o‘qib, ko‘zlarini yumishi kerak. Agar sinaluvchi qog‘ozdagi so‘zlarni o‘qib haqiqatan ham ko‘zlarini yumsa, unga 1 ball qo‘yiladi. Topshiriq bajarilmasa – 0 ball.

Yozish. Sinaluvchiga biron jumlaning o‘ylab, uni qog‘ozga yozing deyiladi. Qog‘ozga yozilgan jumla grammatik jihatdan to‘g‘ri va ma‘noli bo‘lsa, unga 1 ball qo‘yiladi.

Chizish. Sinaluvchidan bir-biri bilan kesishgan 2 ta besh burchakli figurani xuddi shunday ko‘rinishda chizib berish so‘raladi. O‘rtada to‘rtburchak hosil bo‘lishi kerak. Agar topshiriq to‘g‘ri bajarilsa – 1 ball, noto‘g‘ri bajarilsa – 0 ball qo‘yiladi.



Baholash ballari

Ballar yig‘indisi, ball	Kognitiv buzilishlar darajasi
28–30	Kognitiv buzilishlar yo‘q
20–27	Yengil demensiya
11–19	O‘rta darajadagi demensiya
0–10	Og‘ir demensiya

Sog‘lom odam 28–30 balgacha to‘playdi. Kognitiv buzilishlar chuqurlashgan sayin to‘plangan ballar yig‘indisi kamayib boradi. MMSE shkalasi bosh miyaning diffuz zararlanishida (serebrovaskulyar kasalliklar, turli etiologiyali ensefalopatiya, diffuz serebral atrofiyalar) keng qo‘llaniladi. Ammo bosh miyaning lokal zararlanishi sababli rivojlangan demensiyada bu testdan foydalanilmaydi.

Sung so'rovnomasi
(depressiyani baholash uchun)

Ism-sharifi _____ Tekshiruv sanasi _____

Ko'rsatma: 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 javobga "+" qo'ying.

No	Savollar, vaziyatlar	Hech qachon	Ba'zan	Tez-tez	Deyarli har doim
1.	Men tushkunlikni his qilyapman				
2.	Ertalab o'zimni juda yaxshi his qilaman				
3.	Men yig'lab turaman				
4.	Men tunda yomon uxlayman				
5.	Ishtaham yomon emas, ya'ni odatiy				
6.	Menga yoqqan odamlar bilan suhbatlashgim, ularning yonida bo'lgim keladi				
7.	Men vaznimni yo'qotayotganimni sezyapman				
8.	Meni qabziyat bezovta qiladi				
9.	Yuragim odatdagidan tezroq uradi				
10.	Men hech qanday sababsiz charchayman				
11.	Fikrlarim har doimgidek aniq va ravshan				
12.	Qo'limdan keladigan ishlarni osonlikcha bajaraman				
13.	Bezovtalikni his qilyapman va bir joyda o'tira olmayapman				
14.	Menda kelajakka ishonch bor				
15.	Jahlim odatdagidan tezroq chiqyapti				
16.	Bir qarorga kelishim juda oson				

17.	Men foydali va zarur ekanligimni his qilaman				
18.	Men to'laqonli hayot kechiryapman				
19.	Men o'lsam boshqalarga yaxshi bo'lishini his qilyapman				
20.	Meni avvallari xursand qiladigan narsalar hozir ham xursand qiladi				

Tekshiruv natijasi bo'yicha xulosa chiqarish uchun ushbu kalitdan foydalaniladi. Unda javob variantlari va baholash ballari keltirilgan. Ushbu kalit psixolog qo'lida bo'ladi.

Sung so'rovnomasi kaliti

№	Javob variantlari va baholash ballari			
	Hech qachon	Ba'zan	Tez-tez	Deyarli har doim
1	1	2	3	4
2	4	3	2	1
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	4	3	2	1
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	1	2	3	4
10	1	2	3	4
11	4	3	2	1
12	4	3	2	1
13	1	2	3	4
14	4	3	2	1
15	1	2	3	4
16	4	3	2	1
17	4	3	2	1
18	4	3	2	1
19	1	2	3	4
20	4	3	2	1

Ma'lumotlarni tahlil qilish va hisoblash

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

Depressiya darajasi (DD) quyidagi formula orqali aniqlanadi:

$$DD = \sum_{\text{to'g'ri}} + \sum_{\text{tes}}$$

Bu yerda $\sum_{\text{to'g'ri}}$ – belgilangan “to'g'ri” savollar yig'indisi;
 \sum_{tes} – belgilangan “teskari” savollar yig'indisi.

Ballar yig'indisi:

Depressiya yo'q – 25-49

Yengil depressiya – 50-59

O'rta darajali depressiya – 60-69

Og'ir depressiya – 70 va undan yuqori.

Spilberger-Xanin so'rovnomasi (xavotir darajasini baholash uchun)

Ushbu so'rovnoma reaktiv va shaxsiy xavotirni aniqlash va baholash uchun qo'llaniladi. So'rovnoma 40 ta savoldan iborat bo'lib, 1 dan 20 gacha bo'lgan savollar – reaktiv xavotir (RX), 21 dan 40 gacha bo'lgan savollar – shaxsiy xavotir (ShX) darajasini baholash uchun tanlangan. So'rovnomani to'ldirishga 10 daqiqa vaqt ketadi.

So'rovnoma blanki

Ism-sharifi _____ Tekshiruv sanasi _____

Ko'rsatma. Har bir jumlaning 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 javob katagiga “+” belgisini qo'ying,

Blankning old tomoni (reaktiv xavotir)

№	Savollar, vaziyatlar	Aslo unday emas	Balki shundaydir	To'g'ri	Juda to'g'ri
1.	Men tinchman				
2.	Menga hech narsa xavf solmaydi				
3.	Mening asablarim taranglashgan				
4.	Men afsus chekyapman				
5.	Men o'zimni erkin his etyapman				
6.	Men xafaman				
7.	Meni ro'y berishi mumkin bo'lgan muvaffaqiyatsizliklar qiynayapti				
8.	Men ruhiy xotirjamlikni his qilyapman				
9.	Men xavotirdaman				
10.	Men ichki qoniqishni his qilyapman				
11.	Men o'zimga ishonaman				
12.	Men asabiylashyapman				
13.	O'zimni qo'yishga joy topa olmayapman				
14.	Mening asablarim tarang				
15.	Men tanglikni his qilmayapman, siqilmayapman				
16.	Men mamnunman				
17.	Men tashvishdaman				
18.	Asablarim juda qo'zg'algan va o'zimni nazorat qila olmayapman				
19.	Men xursandman				
20.	Kayfiyatim chog'				

Blankning orqa tomoni (shaxsiy xavotir)

№	Savollar, vaziyatlar	Hech qachon	Deyarli hech qachon	Tez-tez	Deyarli har doim
21.	Doim ko'tarinki kayfiyatda yuraman				
22.	Mening jahlim chiqib turadi				
23.	Mening xafa bo'lishim oson				
24.	Men ham xuddi boshqalar kabi omadli bo'lishni xohlardim				
25.	Men ko'ngilsizliklardan qattiq siqilaman va uzoq vaqt unuta olmay yuraman				
26.	Men kuch-quvvat yog'ilib kelishini his qilaman va ishga sho'ng'igim keladi				
27.	Men tinchman, sovuqqonman va o'zimni yig'ib olganman				
28.	Meni ro'y berishi mumkin bo'lgan qiyinchiliklar xavotirga soladi				
29.	Men arzimagan narsaga ham juda siqilaveraman				
30.	Menda o'ta baxtivorlik onlari bo'lib turadi				
31.	Men hamma narsani yuragimga yaqin olaveraman				
32.	Menda o'zimga ishonch yetishmaydi				
33.	Men o'zimni himoyasizdek his qilaman				
34.	Men o'ta og'ir vaziyatlar va qiyinchiliklardan chetroq yurishga harakat qilaman				
35.	Men o'zimni ma'yus his etaman				
36.	Mening ko'nglim shod bo'lib turadi				
37.	Arzimagan narsalar mening fikrimni chalg'itadi va hayajonga soladi				
38.	Men o'zimni omadsizdek his qilib turaman				
39.	Men vazmin odamman				
40.	Ishlarim va rejalarim haqida o'ylasam, meni kuchli xavotir egallab oladi				

Reaktiv xavotir ham, shaxsiy xavotir ham ushbu kalit orqali baholanadi. Unda savollar (vaziyatlar) raqami, javoblar varianti va baholash ballari keltirilgan. Ushbu kalit psixolog qo'lida bo'ladi.

Spilberger-Xanin so'rovnomasi kaliti

№	Javoblar				№	Javoblar			
	Aslo unday emas	Balki shundaydir	To'g'ri	Juda to'g'ri		Hech qachon	Deyarli hech qachon	Tez-tez	Deyarli har doim
<i>Reaktiv xavotir</i>					<i>Shaxsiy xavotir</i>				
1	4	3	2	1	21	4	3	2	1
2	4	3	2	1	22	1	2	3	4
3	1	2	3	4	23	1	2	3	4
4	1	2	3	4	24	1	2	3	4
5	4	3	2	1	25	1	2	3	4
6	1	2	3	4	26	4	3	2	1
7	1	2	3	4	27	4	3	2	1
8	4	3	2	1	28	1	2	3	4
9	1	2	3	4	29	1	2	3	4
10	4	3	2	1	30	4	3	2	1
11	4	3	2	1	31	1	2	3	4
12	1	2	3	4	32	1	2	3	4
13	1	2	3	4	33	1	2	3	4
14	1	2	3	4	34	1	2	3	4
15	4	3	2	1	35	1	2	3	4
16	4	3	2	1	36	4	3	2	1
17	1	2	3	4	37	1	2	3	4
18	1	2	3	4	38	1	2	3	4
19	4	3	2	1	39	4	3	2	1
20	4	3	2	1	40	1	2	3	4

Ma'lumotlarni tahlil qilish va hisoblash

Σ_1 – 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 raqamlar yig'indisi;

Σ_2 – 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 raqamlar yig'indisi.

Quyidagi formula

$$RX = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 50$$

bo'yicha *reaktiv xavotir* (RX) darajasi aniqlanadi.

Xuddi shunday tarzda *shaxsiy xavotir* (ShX) darajasi aniqlanadi:

$$ShX = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35$$

Σ_1 – 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 raqamlar yig'indisi;

Σ_2 – 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 raqamlar yig'indisi.

Ikkala xavotir uchun baholash ballari:

Yengil – 30 balgacha;

O'rta – 31–45 ball;

Kuchli – 46 va undan yuqori ball.

To'plangan ballar yig'indisi 20 dan 80 balgacha bo'lishi mumkin. Qancha ko'p ball to'plansa, xavotir (reaktiv va shaxsiy) darajasi shuncha yuqori bo'ladi. Yuqori darajadagi xavotir (> 46) – yuqori darajadagi ichki ziddiyatlar va psixoemotsional buzilishlar hosilasidir. Bunday odam, albatta, psixoterapevt (psixolog) yordamiga muhtoj. Psixolog unda xavotir sabablarini aniqlaydi va psixoterapevtik muolajalar orqali ushbu insonda sog'lom shaxs uchun xos bo'lgan xususiyatlar, ya'ni o'ziga ishonch, sobitqadamlik va muammoni xotirjam hal qilishni shakllantiradi.

Past darajadagi xavotir (<12) – apatiya, depressiya va so'ngan motivatsiya alomatidir. Ba'zida inson o'zida mavjud bo'lgan xavotirni siqib chiqarish uchun yoki o'zi haqidagi xulosani “ijobiy ko'rsatish” maqsadida javob variantni o'zgartirib belgilaydi. Umuman olganda o'ta past darajadagi xavotirga ega odamda motivatsiya o'ta sust bo'ladi, u mas'uliyatsiz bo'ladi. Shu bois bunday odam hayotda o'z o'rnini topib ketishda, turli qarorlar qabul qilishda va faol ishlash talab etiladigan joyda qiynalib qoladi. Shuning uchun ham u psixolog ko'rigiga muhtoj. Psixolog unda motivatsiyani tiklash yoki jonlantirish, “Men” ongini shakllantirish ustida ish olib boradi.

Yengil va o'rta darajadagi xavotir (masalan, 20-40 ball) – har qanday faol hayot kechiruvchi inson uchun xos bo'lgan ko'rsatkich. Demak, bu patologiya emas. Yengil va o'rta darajadagi xavotir tabiiy hol bo'lib, bunday odamga psixoterapevtik yordam zarur emas.

RX – insonni shu kunlarda xavotirga solayotgan vaziyatlarni baholab beruvchi holat bo‘lib, atrofda bo‘layotgan voqealarga uning munosabatini ifodalaydi. Vaziyat o‘zgarsa, xavotir darajasi ham o‘zgaradi. Shu bois ham reaktiv RX o‘zgaruvchandir. RXning ikkinchi nomi – bu vaziyatga xavotir.

ShX – har qanday insonning xavotirga bo‘lgan moyilligini aks ettiruvchi va uning individualligini belgilab beruvchi xususiyat. Inson xayotiga tahdid soluvchi xavfli omillar shaxsiy xavotirda aks etadi. ShX reaktiv xavotirga qaraganda turg‘un bo‘lib, uning yordamida shaxs tiplariga ham oydinlik kiritiladi.

Xavotir va depressiyaning hospital shkalasi (The hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Ushbu shkala 1983-yili A.S. Zigmond va R.P. Snaith tomonidan ishlab chiqilgan bo‘lib, somatik klinikalarda depressiya va xavotirni aniqlash uchun taklif etilgan. Shu bois ham bu shkala vrachlar tomonidan keng qo‘llaniladi. HADS so‘rovnomasini to‘ldirish uchun 10-15 daqiqa yetarli. So‘rovnomani bemorning o‘zi to‘ldiradi.

HADS so‘rovnomasi blanki

Ko‘rsatma: Har bir savolni diqqat bilan o‘qib chiqing va xayolingizga kelgan javob ro‘parasiga «+» qo‘ying. Savollar ustida uzoq o‘ylanmang, vaholanki, xayolga kelgan birinchi fikr to‘g‘ri bo‘ladi.

1. Xavotir	Mening asablarim taranglashgan. O‘zimni qo‘yishga joy topa olmayapman
3	Har doim
2	Tez-tez
1	Ba‘zida
0	Aslo unday emas
2. Depressiya	Menda avvallari katta qoniqish hissini uyg‘otgan holat, hozir ham shunday his-tuyg‘uni uyg‘otadi
0	Xuddi shunday
1	Shunday bo‘lsa kerak
2	Juda kam holatlarda
3	Aslo unday emas

3.Xavotir	Meni qo'rquv va xavotir bosyapti. Hozir men bilan dahshatli voqea sodir bo'ladigandek tuyulyapti
3	Xuddi shunday va qo'rquv o'ta kuchli
2	Ha, shunday, biroq qo'rquv uncha kuchli emas
1	Ba'zan, biroq bundan men bezovta emasman
0	Aslo bunday emas
4.Depressiya	Men kulgili voqealarni o'ylab topa olish va xoxolab kulish qobiliyatiga egaman
0	Xuddi shunday
1	Shunday bo'lsa kerak
2	Juda kam holatlarda
3	Aslo unday emas
5.Xavotir	Menga tinchlik bermaydigan fikrlar miyamni chulg'ab olgan
3	Deyarli har doim
2	Ba'zi-ba'zida
1	Kam holatlarda
0	Deyarli kuzatilmaydi
6.Depressiya	Men o'zimni tetik his qilaman
3	Aslo bunday emas
2	Juda kam holatlarda
1	Ko'p holatlarda
0	Deyarli har doim
7.Xavotir	Men bermalol o'tirib tinchlana olaman
0	Xuddi shunday
1	Shunday bo'lsa kerak
2	Ba'zida
3	Aslo unday emas
8.Depressiya	Go'yoki hamma ishlarni sekin qilayotgandekman
3	Deyarli har doim
2	Tez-tez
1	Ba'zan
0	Aslo unday emas
9.Xavotir	Men ichki taranglikni va titroqni his qilaman
0	Aslo his qilmayman
1	Ba'zida
2	Tez-tez
3	Deyarli har doim

10.Depressiya	Men tashqi ko‘rinishimga e‘tibor qilmay qo‘ydim
3	Ha, xuddi shunday
2	Bunga vaqt topa olmayapman
1	Balki bunga kam e‘tibor qaratayotgandirman
0	Men o‘zimga alohida e‘tibor qilaman
11.Xavotir	Men bir joyda tinch o‘tira olmayman, doim behalovatman
0	Xuddi shunday
1	Shunday bo‘lsa kerak
2	Ba‘zida
3	Unday emas
12.Depressiya	Qilayotgan ishlarim menda qoniqish hissini hosil qiladi
0	Xuddi shunday
1	Ha, biroq avvalgidek emas
2	Juda kam hollarda
3	Aslo sezmayman
13.Xavotir	Meni birdan vahima bosadi
3	Haqiqatan ham, juda ko‘p
2	Tez-tez
1	Ba‘zida
0	Aslo unday emas
14.Depressiya	Menda yaxshi kitob, film, radio- va teleko‘rsatuvlar qoniqish hissini uyg‘otadi
0	Tez-tez
1	Ba‘zida
2	Kam
3	Juda kam

Shkala 14 punktdan iborat bo‘lib, uning “xavotir” va “depressiya” uchun belgilangan qismlari mavjud:

Xavotir qismi (toq raqamlar — 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13)

Depressiya qismi (juft raqamlar — 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Javoblar varianti: 0 – belgi yo‘q; 1 – engil; 2 – o‘rtacha; 3 – og‘ir; 4 – o‘ta og‘ir. Demak, ballar darajasining oshib borishi depressiya va xavotir darajasi oshib borayotganini ko‘rsatadi.

Ballar yig‘indisi:

0-7 — norma (xavotir va depressiya yo‘q);

8-10 — subklinik xavotir va depressiya;

11 va undan yuqori – kuchli xavotir va depressiya.

Gamilton shkalasi

Ushbu shkala xavotirli-depressiv buzilishlar kuzatilgan bemorlarda qo‘llaniladi. Shkaladagi savollar bemorni so‘nggi hafta ichida bezovta qilayotgan simptomlarni aniqlash va baholashga qaratilgan. Yuqorida keltirilgan so‘rovnomalardan farqli o‘laroq, *Gamilton shkalasi mutaxassis tomonidan to‘ldiriladi*. Ushbu mutaxassis tajribali bo‘lishi va depressiyaning klinik simptomlarini mukammal bilishi kerak.

Shkalani to‘ldirayotganda bemorni shoshirmaslik, unga bosim o‘tkazmaslik, agarda u savollar ma‘nosini anglay olmasa, uni lo‘nda va sodda til bilan tushuntirish zarur. Agar shkalani to‘ldirayotgan mutaxassisda bemorning javoblari shubha uyg‘otsa, qo‘shimcha ma‘lumot uchun uning ahvolini yaqindan biladigan qarindoshi yoki uni davolayotgan vrach jalb qilinadi. 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‘tkazilgach, uning xulosai avvalgi tekshiruv xulosasi bilan solishtiriladi.

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 16 a yoki 16 b bo‘yicha javob berish kerak. Shkala ilk bor to‘ldirilayotganda 16 a punkt bo‘yicha (anamnezga asoslanib), ikkinchi safar to‘ldirilayotganda, ya‘ni bemorning ahvoli dinamikada o‘rganilayotganda javobni 16 b punkt bo‘yicha (tana vaznini obyektiv tekshiruvga asoslanib) belgilagan ma‘qul. 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-punktida ko‘rsatilgan. Agar bemorning ahvolidagi kun bo‘yi o‘zgarishlar kuzatilmasa, 18 a punkt bo‘yicha 0 ball belgilanadi, bunda 18 b punkt bo‘sh qoldiriladi. Agar kun bo‘yi depressiya alomatlari kuchayib turishi kuzatilsa, 18 a

punkt bo'yicha uning ertalab yoki kechqurun bo'layotganligi baholanadi, 18 b punkt bo'yicha esa ushbu kuchayishning darajasi baholanadi.

Gamiltonning depressiyani (HAM-D) va xavotirni aniqlash shkalasi (NAM-A) mavjud. Dastlab depressiyani aniqlovchi shkalani keltirib o'tamiz.

Gamilton shkalasi blanki
(depressiyani aniqlash uchun)

Ism-sharifi.....; Yoshi.....; jinsi.....; sana.....

Ball	1. Depressiv kayfiyat
0	Yo'q
1	Ko'rsatilgan holatlar so'ralganda aytiladi
2	To'satdan o'zi shikoyat qiladi
3	Xulq-atvoridan (harakatlari, holati, mimikasi, ovozi, yig'loqilik) 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 berish hissi
2	O'zini kamsitish hissi, o'z xatolari va gunohlarini azob bilan eslash
3	Hozirgi kasalligini go'yoki unga berilgan jazodek his qiladi, aybdorlik hissi
4	Ayblovchi va/yoki qoralovchi mazmundagi verbal gallyutsinatsiyalar, va/yoki qo'rqituvchi mazmundagi ko'ruv gallyutsinatsiyalari
3. Suitsidal niyatlar	
0	Yoq
1	Yashashning keragi yo'q deb his qilish
2	O'lish xohishi yoki o'lishi mumkinligi haqidagi xayollar
3	O'z joniga qasd qilish haqida gapirish yoki imo-ishorasida bildirish
4	Suitsidal urinishlar
4. Erta uyqusizlik	
0	Qiyinalmay 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 bo'yi bir necha bor uyg'onib ketish, o'rnidan turish

6. Kechikkan uyqusizlik	
0	Yo'q
1	Erta uyg'onib ketish va keyin yana uyquga ketish
2	Saharda butunlay uyg'onib ketish
7. Ishchanlik va faollik	
0	Qiyinchiliklar yo'qligi
1	Ishga qodir emaslik hissi, charchash va holsizlik holati
2	Ishga va boshqa faoliyatga qiziqishning yo'qolishidan shikoyat qilish yoki xulq-atvorida sezdirib turish, beqarorlik va apatiya (qo'shimcha tarzda ishga yoki faollikka tashqaridan undashga muhtoj)
3	Faollikni namoyon qiluvchi belgilarning yo'qligi yoki ish samaradorligining pasayishi
4	Kasallik sababli ishdan voz kechish
8. Karaxtlik <i>(fikrlar karaxtligi va nutqning sekinlashuvi, fikrni bir joyga jamlay olmaslik, harakat faolligining pasayishi)</i>	
0	Nutq va fikrlash saqlangan
1	Suhbat chog'ida yengil karaxtlik
2	Suhbat chog'ida sezilarli karaxtlik
3	Fikrni jamlay olmaslik yaqqol bilinib turadi
4	Stupor
9. Ajitatsiya	
0	Yo'q
1	Notinchlik
2	Qo'li bilan tartibsiz harakatlar qilishi, sochini yulish
3	Qimirayverish, bir joyda o'tira olmaslik
4	Qo'li bilan chertaverish, tirnog'ini tinimsiz tishlash, sochini yulish, labini tishlash
10. Ruhiiy xavotir	
0	Yo'q
1	Subyektiv taranglik va jahldorlik
2	Arzimagan narsaga bezovtalanish
3	So'zida va yuzida aks etgan xavotir
4	Qo'rquvning yuzida aks etib turishi
11. Somatik xavotir <i>(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 + peshobning tezlashuvi, terlash.</i>	
0	Yo'q

1	Sust
2	O'rtacha
3	Kuchli
4	O'ta kuchli
12. Oshqozon-ichak sistemasi belgilari	
0	Yo'q
1	Ishtaha yo'qolishi, biroq ovqat yeyishga ortiqcha zo'rlamaslik, qorinda og'irlik hissi
2	Kuchli undashlar hisobiga ovqatlanishga rozi bo'lish, ichni suruvchi doriga 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 ifodalangan simptomlar
14. Genital simptomlar (libido yo'qolishi, xayz buzilishi)	
0	Yo'q
1	Sust ifodalangan
2	Kuchli ifodalangan
15. Ipxondriya	
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	Ipxondrik g'oyalar
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 h.k. dan deb bilish
2	Betobligini butunlay anglamaydi

	18. Kundalik ikkilanishlar <i>(B punkt baholanishi uchun A punktda buzilishlar aniqlanishi kerak)</i>
	A. Simptomlar o'ta rivojlangan paytda
0	Ikkilanishlar yo'q
1	Ertalab
2	Kechqurun
	B. Rivojlanganlik darajasi:
0	Yo'q
1	Sust
2	Kuchli
	19. Depersonalizatsiya va derealizatsiya <i>(o'zining va atrofdagilarning o'zgarganligi)</i>
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 fikrlari
	21. Obsessiv va kompulsiv simptomlar
0	Yo'q
1	Yengil
2	Og'ir

Gamilton shkalasi kaliti
(*depressiyani baholash uchun*)

Shkala punktlari	Belgilar darajasi (ball)				
	Yo'q	Yengil	O'rtacha	Og'ir	O'ta og'ir
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		
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 vazni kamayishi A	0	1	2	3	
16. Tana vazni 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 kompulsiv simptomlar	0	1	2		

Depressiya darajasi (ball):

- 0–7 – depressiya yo‘q
- 8–13 – yengil depressiya
- 14–18 – o‘rta darajadagi depressiya
- 19–22 – og‘ir depressiya
- 23 dan yuqori – o‘ta og‘ir depressiya

Gamilton shkalasi*(xavotirni aniqlash uchun)*

Shkalaning ushbu varianti (HAM-A) xavotir darajasini aniqlash va baholash uchun qo‘llaniladi. Bu shkala 14 ko‘rsatkichdan iborat bo‘lib, yonida simptomlar tavsifi ham keltirilgan. Har bir ko‘rsatkich 0 balddan 4 balgacha baholanadi. 0 ball xavotir yo‘qligini bildirsa, 4 ball xavotirning yuqori darajasini ko‘rsatadi. Umumiy ballar yig‘indisiga ko‘ra so‘nggi xulosa yoziladi.

Gamilton shkalasi blanki*(xavotirni aniqlash uchun)*

Ism-sharifi..... Yoshi..... Jinsi..... Sana.....

Shkala punktlari	Tavsifi	Ball
1. Xavotirli kayfiyat	Tashvishlanish, yomonlikni kutish, xavotirlanish, hadiksirash, jahldorlik	
2. Taranglik	Asablar tarangligi, seskanish, darrov yig‘i kelishi, titroq bosish, bezovtalanish hissi, bo‘shashib tinchlana olmaslik	
3. Qo‘rquv	Qorong‘ilik, begonalar, yolg‘izlik, hayvonlar, olomon va transportdan qo‘rqish	
4. Insomniya	Uyqu kelishi qiyinligi, uzoq-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, kayfiyatning kun bo'yi o'zgarib turishi	
7. Somatik motor simptomlar	Og'riqlar, titrash, taranglik, klonik titrashlar, tishlarni g'ichirlatish, ovoz titrab chiqishi, mushaklar tarangligi	
8. Somatik sensor simptomlar	Quloqda shovqin, ko'z oldi tumanlashuvi, qizib ketish yoki sovuq qotish, holsizlikni his qilish, tanada noxush sezgilar	
9. Yurak-qon tomir simptomlari	Taxikardiya, yurak urib ketishi, ko'krak qafasida og'riqlar, tomir urishini sezib turish, tez-tez xo'rsinish	
10. Respirator simptomlar	Ko'krak qafasi bosilgandek va siqilgandek bo'lishi, nafas olish qiyinligi, tez-tez xo'rsinish	
11. Gastrointestinal simptomlar	Yutish qiyinlashuvi, meteorizm, qorinda og'riq, jig'ildon qaynashi, oshqozonda to'qlik hissi, ko'ngil aynish, qusish, qorinda g'o'ldirash, diareya, qabziyat, tana vazni kamayishi	
12. Siydik ajratish sistemasi va jinsiy a'zolar simptomlari	Peshobning tezlashuvi, siyishga kuchli istakning paydo bo'lishi, amenoreya, menoragiya, frigidlik, erta eyakulyatsiya, libido so'nishi, impotensiya	
13. Vegetativ simptomlar	Og'iz qurishi, teri qizarib yoki oqarib ketishi, terga botish, siquvchi bosh og'riqlar	
14. Ko'rik paytida xulq-atvori	Tinch o'tira olmaslik, bezovtalangan mimik harakatlar, tremor, yuzda taranglik va xo'mrayish alomatleri, xo'rsinaverish yoki nafas olishning tezlashuvi, tupugini yutaverish	
Ballar yig'indisi		

Gamilton shkalasi kaliti
(xavotirni baholash)

Shkala punktlari	Belgilar darajasi va ballar				
	Yo'q	Yengil	O'rtacha	Og'ir	Juda og'ir
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 sensor 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

Ballar yig'indisi

Ballar yig'indisi:

0-7 – xavotir yo'q

8-19 – yengil xavotir

20 va undan yuqori – kuchli xavotir

Ayzenk shkalasi

(shaxs xususiyatlarini baholash)

Ayzenk shkalasi (savolnomasi) ekstraversiya–introversiya va neyrotizm darajasini aniqlash uchun qo'llaniladi. Ekstraversiya-introversiya va neyrotizm shaxsning tug'ma xususiyatlaridir.

Ekstravertning xulq-atvori ko'proq tashqariga yo'naltirilgan bo'ladi, u o'z his-tuyg'ularini boshqalar bilan baham ko'rgisi keladi, hamma bilan kirishib ketadi, ko'p do'st orttirishga intiladi, o'z his-tuyg'ularini nazorat qila olmaydi va ko'p gapiradi. **Introvert**da buning teskarisini ko'rish mumkin, ya'ni u kamgap, o'z ichki dunyosini va his-tuyg'ularini birovga bildirmaydi, do'stlari kam, tashqi tomondan faqat o'ylanib yuradigan odamni eslatadi. **Neyrotizm** esa hissiyotga beriluvchanlik, ortiqcha xavotir, doimo tarang holatda yurish va depressiyaga moyillikni belgilab beruvchi shaxs ko'rsatkichidir. Ushbu shkala yordamida sinaluvchining temperamenti ham aniqlanadi.

Ayzenk shkalasi 57 savoldan iborat. Ulardan 24 ta savol ekstraversiya-introversiya shkalasi, 24 ta savol neyrotizm shkalasi bilan bog'liq, qolgan 9 tasi Yo-shkalasi bo'lib, sinaluvchining savollarga qanchalik to'g'ri javob berganligini ko'rsatadi.

Ayzenk savolnomasi blanki

Ismi-sharifi..... Yoshi..... jinsi.....
Ma'lumoti Sana.....

Ko'rsatma: Quyidagi savolnomani o'qigach, "Ha" yoki "Yo'q" deb, xayolingizga kelgan birinchi javobni belgilang. Ular ustida uzoq o'ylab o'tirmang, chunki to'g'ri va noto'g'ri javobning o'zi yo'q, bu yerda bor-yo'g'i sizning shaxsingiz aniqlanadi xolos.

№	Savollar	Javoblar varianti: Ha – "+" Yo'q – "-"
1	Sizda o'zingizni chalg'itish uchun yangi ta'sirotlarga berilish, kuchli va hayajonli sinovlardan o'tish istagi tez-tez paydo bo'ladimi?	
2	Sizni tushunadigan, ma'qullaydigan va kechinmalingizga 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'lmasa-da?	
7	Sizda kayfiyatning birdan tushib va ko'tarilib ketishi tez-tez bo'lib turadimi?	
8	Siz ishga tez kirishib va odamlar bilan osongina til topishib keta olasizmi, o'ylab olishga ko'p vaqt sarflamaysizmi?	
9	Sizda jiddiy bir sabab bo'lmasa-da, baxtsizlik hissi paydo bo'lganmi?	
10	Bahslashish 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 osonmi?	
17	Siz ko'proq odamlar orasida bo'lishni yoqtirasizmi?	
18	Sizga ba'zan "Buni hech kimga aytishni xohlamasdim" degan fikr keladimi?	
19	Sizning ba'zan kuch-quvvatga to'lib toshishingiz va o'zingizda 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'am-tashvishsiz do'stlar davrasida o'ynab-kulishga qodirmisiz?	
26	Sizning asabingiz o'ta taranglashgan desa bo'ladimi?	
27	Sizni chaqqon va quvnoq odam deb baholasa bo'ladimi?	
28	Siz ishni bajarib bo'lganingizdan so'ng "Bundan ham yaxshiroq qilishim mumkin edi", degan fikrga tez-tez borasizmi?	

29	Siz katta davralarda o'zingizni noqulay his qilasizmi?	
30	Sizda gap tashib turishlar bo'ladimi?	
31	Sizni har xil fikrlar bezovta qilaverib uxlo olmay chiqasizmi?	
32	Agar sizni qandaydir ma'lumot qiziqтира, uni do'stlardan 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 ishlarni xush ko'rasizmi?	
40	Hammasi yaxshilik bilan tugagan bo'lsa-da, siz bilan ro'y berishi mumkin bo'lgan turli xil yoqimsiz va qo'rqinchli voqealar haqidagi xayollar ko'nglingizga g'ulg'ula solishi rostmi?	
41	Siz beg'am va kamharakatmisiz?	
42	Siz qachondir ishga yoki uchrashuvga kech qolganmisiz?	
43	Tez-tez yomon tush 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 ishonaman 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 kulib hazillashishni yoqtirasizmi?	
57	Sizni uyqusizlik bezovta qiladimi?	

Javoblar varaqasi

Raqami		Javoblar		Raqami		Javoblar		Raqami		Javoblar	
№	Ha	Yo'q	№	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					
Σ:		E=			N=					Yo =	

Olingan natijalar tahlili. Savollarga javob berilgach, so'ng, savolnoma kaliti yordamida E — ekstraversiya, N — neyrotizm, Yo — yolg'on ko'rsatkichi bo'yicha shaxs xususiyatlari aniqlanadi.

Ayzenk savolnomasi kaliti**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.

Ayzenk savolnomasi xulosalari

Ballar	Shaxs tipi
1. Ekstraversiya-introversiya:	
5 va undan kam	Yaqqol introvert
6 – 9	Introvert
10 – 11	Introversiyaga moyillik
12	Ekstravert ham, introvert ham emas
13 -14	Ekstraversiyaga moyillik
15 – 18	Ekstravert
19 va undan yuqori	Yaqqol ekstravert
2. Neyrotizm	
Neyrotizm darajasi	
8 va undan kam	Past
9 – 13	O'rta
14 – 18	Yuqori
19 va undan baland	Juda yuqori
3. Yolg'on shkalasi	
4 va undan past	Norma
5 va undan yuqori	Javoblar namoyishkorona sun'iy to'qilgan, ya'ni o'zini ko'rsatishga harakat qilgan

Olingan natijalarga ko'ra sinalluvchining shaxs xususiyatlari aniqlanib xulosa yoziladi. Sinalluvchida shaxsning qaysi xususiyati (ekstraversiya, introversiya, neyrotizm) ko'proq namoyon bo'lganligi va uning temperamenti aniqlanadi.

Nazorat uchun savollar

1. Tibbiyotda psixodiagnostika qanday vazifalarni o'z oldiga qo'yadi?
2. Tibbiy-psixologik tekshiruvlar o'tkazishning umumiy qonun-qoidalari haqida so'zlab bering.
3. Tibbiy-psixologik anketa to'ldirilishi va xulosa qanday yozilishi haqida nimalarni bilasiz?
4. MMSE shkalasini kim to'ldiradi va u qachon qo'llaniladi?
5. Sung shkalasi bilan nima tekshiriladi? Bu shkalani kim to'ldiradi?
6. Spilberger-Xanin shkalasi bilan qanday buzilishlar aniqlanadi?

7. Xavotir va depressiyani aniqlashning hospital shkalasini kim to'ldiradi: vrachmi yoki bemor?
8. Gamilton shkalasi yordamida nima o'rganiladi va uni kim to'ldiradi?
9. Ayzenk shkalasi yordamida qanday psixologik xususiyatlar aniqlanadi?
10. Tibbiy amaliyotda yana qanday psixologik shkalalar qo'llaniladi?

XIV BOB. PSIXOTERAPIYA VA PSIXOFARMAKOTERAPIYA

14.1. Psixoterapiya

Psixoterapiya – qalb va ruhni davolash, degan ma’noni anglatadi. Tibbiyot paydo bo’lgandan beri psixoterapiya usulidan keng foydalanilgan. Psixoterapiya usuli asli Sharqda tarqalgan bo’lib, bemorlarni davolashda u eng samarali hisoblangan.

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 kasalliklar bilan yotib qolgan bemorlar ularning tashrifidan va ishlatgan so’zlaridan tuzalib, oyoqqa turib ketganlar.

So’z buyuk kuchdir! Psixoterapiyaning asosiy maqsadi ham so’zni topib ishlata bilishda. So’zni bemorni davolashda ishlata olish ham bir san’at. So’z tibbiy psixologning asosiy quroli bo’lib, undan o’ta ehtiyotkorlik bilan foydalanish kerak. Ozigina ehtiyotsizlik tuzatib bo’lmas oqibatlariga sabab bo’lishi mumkin. Tibbiy psixolog aynan **so’z** orqali psixodiagnostika o’tkazadi va **so’z** orqali psixoterapiya olib boradi.

Psixoterapiya usuli Yevropada XVII asrda venalik vrach va olim Mesmer tomonidan keng qo’llanila 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 qo’llagan.

Psixoterapiya jarayoni bemor va vrach psixologiyasining asosiy obyektidir. Psixoterapiya o’tkazayotgan paytda bemorning ruhiy holati, temperamenti, kasallikni keltirib chiqargan omillar va bemorning umumiy ahvoli albatta e’tiborga olinadi. Psixoterapevtik tajribasi yo’q vrach bemorni davolashda qiynaladi. Har bir vrach psixologik usullardan foydalangan holda bemorni davolashi lozim. Bu ish bilan faqat tibbiy psixolog shug’ullanishi shart emas, albatta. Iloji boricha, bemorni

davolaydigan vrachlar soni kam bo'lishi maqsadga muvofiq. 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 u davolovchi vrachlar ko'payishi, bemorning sog'ayib ketishini qiyinlashtiradi, demoqchi. Hamkasblarni maslahatga chaqirish mumkin, lekin davolovchi vrach bitta bo'lishi maqsadga muvofiq.

Shu o'rinda yatrogeniya haqida to'xtalib o'tsak. *Yatrogeniya* deb, vrach yoki boshqa tibbiyot xodimining bexosdan aytib qo'ygan so'zi yoki tibbiy muolaja tufayli bemorda avval mavjud bo'lmagan kasallik alomatlarining paydo bo'lishiga aytiladi. Buning oqibatida yatropatiya rivojlanadi. Masalan, ukoldan so'ng bemorning qo'li yoki oyog'i «ishlamay» qolishi, noto'g'ri tibbiy muolajadan so'ng mavjud bo'lmagan paydo bo'lishi va h.k. Yatropatiyaga misollar avvalgi boblarda keltirilgan.

Har qanday psixoterapiya o'ta mohirlik bilan o'tkazilishi kerak. Psixoterapiya bemorning shaxsi, temperamenti va kasallik turiga qarab ishlab chiqilmog'i lozim. Malakali vrachning psixoterapevtik muolajalari natijasi muvaffaqiyatli o'tadi. Psixoterapiyaning yana bir afzal tomonlaridan biri unga bo'lgan ishonch va ixlosdir. Psixoterapevtik muolajalar bemorning ahvoriga qarab, kasallik anamnezini chuqur o'rgangan holda uzoq yoki qisqa vaqt davom ettirilishi mumkin. Davolash muolajasi 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.

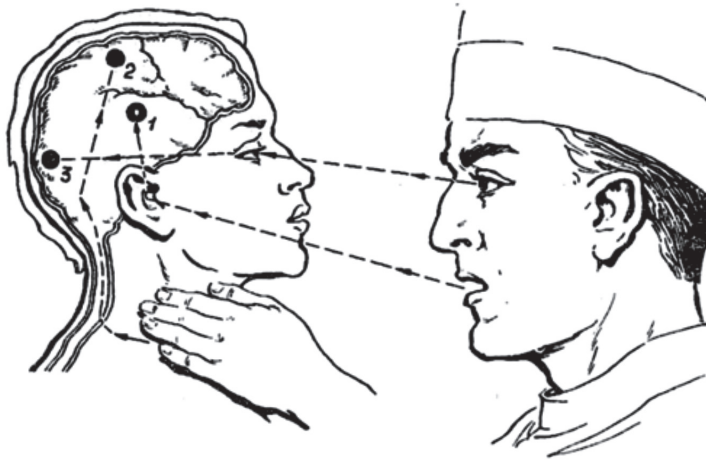
Tibbiy amaliyotda shunday holatlar bo'ladiki, bemor doktorning tajribasiga, bilimiga ishonadi, biroq o'zining sog'ayib ketishiga ishonmaydi, kasalim tuzalmas va dardim og'ir, deb miyasiga singdirib oladi. Bu, ayniqsa, nevroz va ipoxondriya uchun juda xos. Bemorda davom etayotgan surunkali kasallik sababli uning oila a'zolari ham aziyat chekadi. Ko'p hollarda qaysidir bemorda uzoq davom etayotgan nevroz yoki depressiyaning sababi oiladagi, ayniqsa turmush o'rtog'i bilan bo'ladigan kelishmovchiliklar bo'ladi. Bunday paytda bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ida turg'un "salbiy dominant o'choq" paydo bo'lgani va uni parchalab yuborish uchun undan-da kuchli "ijobiy dominant o'choq" hosil qilish kerak. Ushbu dominant o'choq shu darajada kuchli bo'lishi kerakki, u har qanday salbiy dominant o'choqni parchalab yuborishi lozim. Bu esa vrach yoki tibbiy psixologning ilmi va mahoratiga ko'p jihatdan bog'liq.

Gipnoterapiya

Gipnoterapiya qadim-qadimdan ma'lum. Uni barcha psixoterapevtik usullardan oldin qo'llay boshlashgan, degan fikrlar mavjud. Gipnoterapiya turlari juda ko'p bo'lib, turli sohada keng qo'llaniladi. Tibbiyotda gipnoterapiya juda katta ahamiyatga ega. Ayniqsa, nevroz, depressiya va

psixosomatik kasalliklarda gipnoterapiya yuqori darajada samaralidir. Gipnoterapiyani organik kasalliklarda ham qo'llab ijobiy natijaga erishilmoqda. Allergik dermatozlar, ekzema va bronxial astmani bunga misol qilib ko'rsatish mumkin.

Gipnoterapiya paytida hozirda «bo'rtib» turgan belgiga, klinik simptomga e'tibor qaratiladi va uni bartaraf etishga kirishiladi. Gipnoz o'tkazayotgan vrach bemorga *silash, ko'z va so'z* orqali ta'sir qilsa, miya po'stlog'ida joylashgan uch xil, ya'ni sezgi, ko'ruv va eshituv markazlari tormozlanadi va gipnozga tushish osonlashadi (14.1-rasm).



14.1-rasm. **Gipnoz texnikasi.** So'z orqali ta'sir qilish – nutq (1), silash – sezgi (2) va ko'z bilan ta'sir etish – ko'ruv markazlarini (3) tormozlaydi. Buning natijasida bemor trans holatiga tez tushadi va gipnoz qilish oson kechadi.

Gipnoterapiya o'tkaziladigan xona. Gipnoz uchun keng, tinch, osoyishta, ortiqcha tovush va hidlardan holi xona zarur. Past tovushda yengil musiqa yangrab turishi mumkin. Xona devorida fikrni chalg'ituvchi kartinalar, ayniqsa, odamlar portreti bo'lmagani ma'qul. Agar devorda yilning to'rt faslini aks ettiruvchi 4 xil kartina osig'liq tursa, bu insonning ruhiyatiga yaxshi ta'sir ko'rsatadi Xonadagi mebellar orasi ham iloji boricha ochiq bo'lishi lozim. Albatta, yumshoq kreslo va shu kabi boshqa yotoq mebellar bo'lishi kerak.

Gipnoz texnikasi. Turli xil gipnoz o'tkazish texnikalari mavjud. Ulardan birini keltirib o'tamiz.

Gipnoterapiya bosqichlari quyidagicha:

1-bosqich. Bemorni yumshoq kresloga o'tkazing. O'zingiz uning ro'parasiga o'tirib oling. Siz stulda shunday joylashingki, ko'zlaringiz uning yuzidan

teparoqda bo'lsin. O'ng qo'lingiz bilan bemorning chap qo'lini, ya'ni puls urishini tekshiradigan joydan ohista ushlang. Chap qo'lingizni uning o'ng yelkasiga qo'ying.

2-bosqich. "O'zingizni bo'sh qo'ying! Mening ko'zlarimga qarang" deb, dadil ovoz bilan buyruq bering. Siz esa uning ko'zlariga emas, balki ikkala qoshining o'rtasiga qarang. Aks holda uning nigohi kuchli bo'lsa, sizning ko'zlaringizni toliqtirib qo'yishi mumkin. Shu holatda 3 daqiqa uning ikkala qoshi o'rtasiga tikilib turing. Bu holat uning ko'zlarini charchatib qo'yadi va transga tushishni osonlashtiradi. Bu paytda yo'talish, ovoz qirib qo'yish yoki bemorning diqqatini chalg'ituvchi boshqa harakatlar qilish mumkin emas.

3-bosqich. Shoshilmasdan, ishonchli ovozda uning ko'zlariga tikilib, quyidagilarni so'zlang:

– Butun tanangiz bo'shshagan va uni iliqlik qamrab olgan. Yuqori qovoqlaringiz og'irlashib kelyapti, uxlingiz kelyapti, bunga qarshilik qilmang. Hozir uyquga ketasiz! Uyqungiz uzoq davom etmaydi va siz uchun o'ta foydali. Siz uyqudan tana va ruhingiz sog'lom bo'lib uyg'onasiz, qushdek yengil bo'lasiz! Dard sizni tark etadi, kayfiyatigiz yuqori bo'ladi.

4-bosqich. Siz faqat mening ovozimni eshityapsiz. Bir necha daqiqadan so'ng siz uyquga ketasiz. Sizda uyquga ketish xohishi ortib bormoqda. Siz bunga qarshilik ko'rsata olmayapsiz. Hozir men o'ngacha sanayman va siz uyquga ketasiz!

5-bosqich. Shoshilmasdan dono-dono qilib birdan o'ngacha sanaladi:

- Bir. Yuqori qovoqlaringiz og'irlashgandan-og'irlashmoqda.
- Ikki. Siz faqat mening ovozimni eshityapsiz.
- Uch. Uyquga ketish xohishi har soniya kuchayib bormoqda.
- To'rt. Tanangiz bo'shshagan. Butun vujudingiz meni tinglamoqda.
- Besh. Ko'zlaringiz yumilgan. Butunlay harakatsiz holatdasiz.
- Olti. Siz uxlayapsiz.
- Yetti. Uxlayapsiz, uxlayapsiz, uxlayapsiz...
- Sakkiz. Sizni butkul uyqu bosgan.
- To'qqiz. Siz uxlayapsiz, uxlayapsiz, uxlayapsiz.
- O'n. Siz uxlab qoldingiz.

Eslab qoling: Gipnoz o'tkazadigan xona talabga javob bersa va gipnoterapiya qoidalariga amal qilinsa, bemor gipnoz holatiga tez tushadi. Bu yerda, albatta gipnozchi mahorati va tajribasi katta ahamiyatga ega. Gipnozchi qanchalik mashhur amaliyotchi bo'lsa, u haqda odamlar yaxshi fikrda bo'lsalar, har qanday insonni gipnozga tushirish oson bo'ladi. Elga tanilgan kuchli gipnozchilar bir-ikki so'z va o'tkir nigohi bilan insonni dar-

rov gipnozga tushirib qo'yishadi va somnambuliya bosqichiga tez erishadi. Agar gipnozni o'rganmoqchi bo'lsangiz, avval ushbu texnikani o'smirlarda qo'llab ko'ring. Ularni gipnozga tushirish oson.

Bemorning chuqur gipnozga tushganiga ishonch hosil qilmoqchi bo'lsangiz yoki bunga amin bo'lsangiz, uning bir qo'lini biroz ko'tarib tashlab yuboring yoki "Men hozir chap qo'lingizni tepaga ko'taraman va uni shu holatda ushlab turasiz", deb ayting. Bemor xuddi shunday qiladi ham. Chunki u faqat gipnozchini eshitadi. Mabodo birov xonaga kirib shunday topshiriq bersa, bemor uni bajarmaydi. Chunki u gipnozchiga mutlaq tobe. Gipnozning chuqur bosqichiga *somnambuliya* deyiladi. Bunday holatga tushgan odamni qush kabi sayratish, baland musiqa qo'yib raqsga tushirish, kiyikka o'xshatib sakratish, chaqaloqqa o'xshab yig'latish va uning esidan chiqib ketgan bolalik davrini so'zlatish mumkin. Gipnozchilarning barisi ham gipnozni somnambuliya darajasiga yetkaza olmaydi. Shu bois aksariyat gipnozchilar odamni trans holatiga tushirib ishlashadi. Trans holatida ham yaxshi natijalarga erishish mumkin.

Gipnoz paytida bemor sizning oldingizga qaysi darddan xalos bo'lish uchun kelgan bo'lsa, trans yoki somnambuliya paytida o'sha kasallik haqida so'zlash kerak. Siz darddan butunlay xalos bo'lib uyg'onasiz deyiladi va u qaysi kasallikdan qutulish uchun sizga murojaat qilib kelgan bo'lsa, albatta, o'sha kasallik haqida so'z borishi kerak. Masalan, "Siz endi allergiyadan butunlay xalos bo'lasiz". "Endi sizni bosh og'rig'i hech qachon bezovta qilmaydi". "Endi sizning falajlangan chap qo'lingiz butunlay ishlaydi". "Endi siz duduqlanishdan mutlaq ozod bo'lasiz va ravon so'zlab boshlaysiz". "Endi siz nafas bo'g'ilishidan butunlay xalos bo'lasiz va ravon nafas olasiz". "Endi sizning yo'qolgan xotirangiz butunlay tiklanadi va siz bo'lib o'tgan voqealarni eslay boshlaysiz" va h.k.

Gipnozdan chiqarish texnikasi. Gipnozdan chiqarish ham asta-sekin amalga oshirilishi kerak. "Hozir men sizni gipnoz holatidan chiqara boshlayman. Men 10 dan 1 gacha sanayman"

- O'n. Siz yengil uyqudan uyg'onishni xohlayapsiz.
- To'qqiz. Butun tanangizda iliqlik sezyapsiz.
- Sakkiz. Tanangiz qushdek engil.
- Yetti. Siz faqat mening ovozimni eshityapsiz va uyg'onishni istayapsiz.
- Olti. Ko'zlaringizni ochishni yana va yana istayapsiz.
- Besh. Siz menga quloq solib uyg'onishda davom etasiz.
- To'rt. Yuqori qovoqlaringiz juda yengil, ko'zlaringizni ochgingiz kelyapti.
- Uch. Ha! Ko'zlaringizni ochgingiz kelyapti.

– Ikki. Siz hozir ularni ochasiz.

– Bir. Oching ko‘zlarinigizni!

Ushbu tartibda bemor uyg‘otiladi. Oxirgi so‘zlar baland ovozda aytiladi. Bemor albatta o‘zini juda yengil his qilib uyg‘onadi va hali bir oz trans holatida bo‘ladi. U bilan o‘zini qanday his qilgani, nimalarni eshitgani haqida suhbatlashiladi. Gipnoz paytida gapirilgan kasallik haqida u uyg‘ongandan so‘ng eslash shart emas. Birozdan so‘ng bemor tetik holatda uyiga yuboriladi. Zaruratga qarab gipnotik seans 3-5 marotaba o‘tkazilishi mumkin. Biz hozir klassik gipnoz va uning tibbiyotda qo‘llanilishi haqida so‘z yuritdik.

Erikson gipnozi. Milton Erikson (1901–1980) gipnozning boshqa metodini o‘ylab topdi. Uning klassik gipnozdan farqi shundaki, mijoz somnambuliyaga tushirilmaydi va u bilan trans holatida ishlanadi. Hozirda bu uslub “Erikson gipnozi” deyiladi va tibbiyotda juda keng qo‘llaniladi. Erikson shunday degan edi: *“Insonni gipnoz orqali darddan forig‘ etish uchun uni somnambuliyaga tushirish shart emas, trans holatida ham shunday natijaga erisha bo‘ladi”*.

Erikson gipnozida bemorga to‘g‘ridan-to‘g‘ri buyruq berilmaydi, Siz hozir uyquga ketishingiz kerak deyilmaydi. Oddiy so‘z bilan aytganda, mijoz “Men hozir gipnozchining barcha buyruqlarini so‘zsiz bajarishim kerak” degan xayolga bormaydi. Unga juda erkin harakatlarga ruxsat beriladi. Hatto gipnoz paytida unga turib yurish, derazadan tashqariga qarash va hatto gipnoz seansini to‘xtatib chiqib ketishingiz ham mumkin, deb ogohlantirib qo‘yiladi. Bunday uslub, tabiiyki, gipnoterapiyaga “ichki qarshilikni” yo‘qotadi va mijoz o‘zini juda erkin tuta boshlaydi. Shu bois ham klassik gipnozda erishilmagan natijani Erikson gipnozida bemalol amalga oshirish mumkin. Erikson gipnozini o‘rganish albatta oson va uni ushbu metodga qiziqqan har qanday vrach yoki psixolog egallay oladi.

Klassik gipnozda “Eshitasan va bo‘ysunasan” qoidasi hukmron bo‘lsa, Erikson gipnozida “Eshit va xohlasang bo‘ysun” qabilida ish olib boriladi. Bunday erkinlik gipnozdan qo‘rqadigan ko‘pchilik insonlarga ma‘qul keladi va nafaqat mijoz, balki gipnozchi ham erkin va bemalol ishlaydi. Erikson gipnozi paytida mijoz bilan ko‘zlari ochiq holatda boshqa narsalar haqida gaplashib ham o‘tirishi mumkin va birozdan so‘ng unga “Qalay endi asosiy muammoga o‘tamizmi” deb gipnoz seansiga qaytiladi.

Erikson gipnozi paytida mijozga tushunarli bo‘lgan turli xil metaforalar qo‘llaniladi. Maqsad mijozning ichki resurklarini ong darajasiga chiqarish va uni ishga solishdan iborat. Erikson seanslari paytida, albatta, ong ostiga ta‘sir o‘tkaziladi va ruhiy sokinlik, osoyishtalik, go‘zallik, o‘ziga va inson-

larga mehr-muhabbat haqida soʻz yuritiladi. Iboralar, albatta, mijozning shaxs tipi va temperamentidan kelib chiqib ishlatiladi.

Psixoterapiya bir nechta bemorga bir paytda olib borilishi ham mumkin. Bunday paytda kollektiv gipnoz haqida soʻz boradi. V.M. Bexterev (1915) bemorlarni toʻplab, gipnoz oʻtkazishning ahamiyati toʻgʻrisida shunday degan edi: “Koʻpchilik bilan seans oʻtkazish paytida bemorlar gipnozni bir-biriga yuqtirishadi va uning taʼsir kuchi yanada oshadi. Bemor nimalarni koʻp takrorlayotganiga gipnozchi ahamiyat berishi va bundan unumli foydalanishi kerak”.

Psixodinamik terapiya

Ushbu terapiya psixoanaliz asoschisi Z. Freyd tomonidan tavsiya etilgan. Psixodinamik nazariyaga muvofiq psixoemotsional buzilishlar negizida bolalik davrida olingan kuchli psixologik zarbalar yotadi va ular ong ostida toʻplanib, yillar mobaynida yashiringan boʻladi va kuchli ziddiyatlar oʻchogʻini yaratadi. Buning oqibatida bemorda nevroitik shaxs shakllanadi va u isteriya, depressiya va psixosomatik buzilishlarga moyil boʻladi. Shaxs bir tomondan birovlariga qaram boʻlishni xohlamaydi, ikkinchi tomondan boshqalar uni eʼtirof etishi va qoʻllab-quvvatlashini istaydi. Albatta, buning har doim ham iloji boʻlavermaydi. Natijada bir-biriga zid boʻlgan ushbu holatlar doimiy qoniqmaslik hissini yuzaga keltiradi, yaʼni boshqalarga nisbatan qahr-gʻazab va xafagarchilik shaxsning ichki dunyosini qamrab oladi. Shu asnodda shaxsning oʻzi boshqalar nazdida mehribon, odamovi va ajoyib inson sifatida tan olinishni xohlaydi. Psixoanalitiklar fikricha, mana shu istaklarning roʻyobga chiqmasligi nevroitik shaxs va keyinchalik depressiya shakllanishiga turtki boʻladi. Yillar mobaynida ong ostida qoʻnim topib, eʼtirof etilmagan har bir xohish va istak bora-bora ichki ziddiyatlarni kuchaytirib, odamlarni yomon koʻrishga olib keladi. Shu sababli ular oʻzini ham kechirmaydi va suitsidga qoʻl uradi. Bunday shaxsda depressiya rivojlanishi uchun kuchli stress yoki yoqimsiz atrof-muhitning oʻzi kifoya. Albatta, shu oʻrinda doimiy psixoemotsional zoʻriqishlarning ahamiyatini alohida koʻrsatib oʻtish lozim.

Psixodinamik terapiyaning asosiy maqsadi – bemorda katarsis, yaʼni ruhiy poklanishni yuzaga keltirish. Buning uchun bolalik davrida boshidan kechirgan ruhiy jarohatlar va kechinmalar mukammal oʻrganiladi, ularning hozirgi davrda roʻy berayotgan nevroitik buzilishlar, shu jumladan, depressiya bilan bogʻliqlik tomonlari aniqlanadi. Psixoanalitik oldida bemor barcha sir-asror va azobli kechinmalarni yashirmasdan aytib berishi kerak. Bu uslub toʻla katarsis roʻy berguncha olib boriladi. Ijobiy natijaga bir necha seans ichida erishiladi.

Bixevioral terapiya

Bixevioral terapiya (ingl. *behaviour* – “xulq-atvor”). 1913-yili amerikalik psixolog Djon Uotson (1878–1958) bixeviorizm haqida o‘zining dastlabki maqolasini chop etadi. U shunday deb yozgan edi: *“Odamning fikri va ruhiyatini o‘zgartirmoqchi bo‘lsangiz, avvalambor, uning xulq-atvorini o‘zgartiring”*. Ushbu g‘oya asosida bixevioral psixoterapiya shakllandi va XX asrning 50–60-yillari o‘smirlardagi xulq-atvor buzilishlarini korreksiya qilishda keng qo‘llanila boshlandi va e‘tirof etildi. Ushbu terapiya xulq-atvori o‘zgargan o‘smirlarda yuqori natija beradi, biroq katta yoshdagilarda samarasi pastroq. Bixevioral terapiya patologik tarzda o‘zgargan xulq-atvorni korreksiya qilish va uning uchun to‘g‘ri bo‘lgan uquvlarni shakllantirishni o‘z oldiga maqsad qilib qo‘yadi. Bixevioral terapiya o‘tkazilayotganda o‘smirdagi xulq-atvorning har bir ko‘rinishi tahlil qilinadi va ular korreksiya qilib boriladi.

Bosqichma-bosqich o‘tkazilayotgan psixoterapevtik muolajalar paytida xulq-atvordagi patologik o‘zgarishlar sog‘lom xulq-atvor sifatlari bilan “almashtiriladi”. Demak, bixevioral terapiya xulq-atvor o‘zgarishiga olib kelgan sabablar ustida emas, balki bevosita patologik xulq-atvorni yaxshi tomonga o‘zgartirish ustida ish olib boradi. Sog‘lom xulq-atvor hamda o‘zini o‘zi boshqarish uquvlari shakllangan sayin, undagi fikr ham o‘zgarib boradi, o‘smirda o‘ziga ishonch paydo bo‘ladi, uning turmush tarzi ham o‘zgarib, sotsial adaptatsiyaga erishiladi.

Kognitiv-bixevioral psixoterapiya¹

Kognitiv-bixevioral psixoterapiya (KBP) – inson fikri va xulq-atvori bilan bog‘liq muammolarini yengib o‘tish uchun o‘ziga baho berish qobiliyati, strategiyasi va yo‘nalishlarini o‘zgartirishga qaratilgan psixoterapevtik yondashuv. Bu yo‘nalish asoschisi amerikalik psixoterapevt A. Bek (1921-yil tug‘ilgan). KBP 2 xil maktab, ya‘ni kognitiv va bixevioral psixoterapiya negizida shakllandi.

KBP da quyidagi uch holat farq qiladi:

1. *Kognissiya* – ma‘lumotni esga olish, xayolida qayta ishlash, argumentassiya qilish va anglab yetish kabi tushunchalardan iborat.
2. *Konassiya* – maqsadga yo‘naltirilgan harakat, motivatsiya, instinkt, xohish va iroda kabi tushunchalardan iborat.
3. *Affekt* – hissiy reaksiyalar va kayfiyatdan iborat.

¹ Ushbu mavzu muallifi Djalilova S.X.

KBP quyidagi maqsad va vazifalar yechimini izlaydi:

1. Kognitiv xatolar va xulq-atvor buzilishlar sababini izlab topish.
2. Miyaga o'rnashib qolgan patologik fikrlar va shu sababli yuzaga kelgan xulq-atvor buzilishlarini korreksiya qilish.
3. Residiv holatlarining oldini olish.
4. Farmakoterapiya samarasini oshirish.
5. Ijtimoiy-psixologik muammolar yechimini topish.

KBP, asosan, obsessiv-kompulsiv buzilishlar, xavotirli-fobik buzilishlar, miyadan ketmaydigan fikrlar nevrozi, xulq-atvor buzilishlari, ipoxondrik nevroz, sport tibbiyotida keng qo'llaniladi.

KBP avvalambor miyaga o'rnashib olib, bemorga azob berayotgan salbiy fikrlar, ya'ni aybdorlik hissi, o'zini o'zi kamsitish fikrlarini bartaraf etishga qaratilgan. Bemor psixoterapevtik muolaja texnikasini mustaqil bajarishni o'rgangunga qadar psixoterapevt nazoratida turadi.

Psixoterapevtik muolaja texnikasi. Bemorning ko'zlari yumuq holatda bo'ladi. Undan miyasiga o'rnashib qolgan yomon o'y-xayollarning mayda detalligacha diqqatini qaratish buyuriladi. O'sha negativ tusdagi fikrlar ahamiyatlimi, ahamiyatsizmi, farqi yo'q. Shu yo'l bilan barcha o'y-xayollar bir joyga jamlanadi. Hamma yomon fikrlar miyada jamlangach, bemor barmog'i bilan psixologga ishora beradi (masalan, ko'rsatkich barmog'ini ko'taradi).

Bemor ishora bergan zaxoti psixoterapevt dadil va jarangdor ovozda "TO'XTANG" deb buyruq beradi. So'ngra psixolog bemordan ushbu so'zdan keyin xayoliga nimalar kelganini so'raydi. Odatda, bu paytda bemorning negativ fikrlari o'chadi va yo'qoladi. Agarda ijobiy natija bo'lmasa, ya'ni miyadan yomon fikrlar ketmasa, mashq bir necha bor qaytariladi. Ushbu mashq uyga vazifa qilib ham beriladi. Bemor o'ziga o'zi buyruq berib shu mashqni uyda yolg'iz takrorlashi mumkin.

Psixologik bo'shliqni to'ldirish texnikasi. Miyaga o'rnashib qolgan fikrlarni o'chirishdan keyingi vazifa – negativ fikrlar o'rnini *pozitiv fikrlar bilan to'ldirish*. Agar ushbu vazifa bajarilmasa, miyaga yana negativ fikrlar qaytib kelaveradi. Fanda antisipatiya degan tushuncha bor. *Antisipatiya* – vahimali fikrlarning yana qaytib kelishidan qo'rqish. Shu holat kuzatilmisligi uchun har bir seansda psixologik bo'shliqni pozitiv fikrlar bilan to'ldirib borish zarur. Aks holda bemor miyadagi negativ fikrlar orqali "o'zi bilan o'zi gaplashib yuraveradi". Bu holat esa obsessiyani kuchaytiradi va bemor yana azobli o'y-xayollar iskanjasida qoladi.

Psixoterapevtik muolajadan so'ng bemorga uy vazifasi beriladi. Endi bemor har kuni o'zi bilan o'zi faqat pozitiv fikrlar orqali gaplashib yurishi lozim. Psixoterapevtik mashqlardan avval bemor bilan "Pozitiv suhbat qurish" senariysini tuzadi. Buni amalga oshirish uchun turli xil rolklar

o'ylab topiladi. Olingan natijalarga qarab, ushbu senariy bora-bora takomillashtirib boriladi.

Psixologik bo'shliqni to'ldirish metodi Albert Ellis tomonidan ishlab chiqilgan sxema bo'yicha amalga oshiriladi. Bu maqsadda ABC-metodi qo'llaniladi. A – vaziyatni yuzaga keltirgan omil; V – avtomatik paydo bo'lgan xayol; S – emotsional javob reaksiyasi.

AVS bilan ishlash algoritmi. 1. Muammo haqida so'raladi; 2. Muammoni tarqatishga kirishiladi; 3. S va A larga baho beriladi; 4. V bilan S ning o'zaro bog'liqligi tushuntiriladi; 5. V ga baho beriladi; 6. V bilan S bog'lanadi; 7. Bemorning tushunganlik darajasi o'rganiladi; 8. Uyga vazifa beriladi.

Kognitiv psixoterapiya tarafdorlari insondagi barcha muammolar negativ fikrlash sababli kelib chiqadi, deb hisoblashadi. Muammo tashqi vaziyatlarni inson tomonidan quyidagi sxema bo'yicha interpretatsiya qilishidan boshlanadi: tashqi vaziyat (stimullar) → kognitiv sistema → interpretatsiya (xayollar) → hissiyot yoki xulq-atvor. «Xayollarimiz hissiyotimizda aks etadi, hissiyotimiz xulq-atvorimizni o'zgartiradi, xulq-atvorimiz bizning kimligimizni ko'rsatib turadi va unga qarab o'zgaralar bizga baho berishadi”.

“Muammo bu dunyo yomonligida emas, biz uni qanchalar yomon deb bilishimizda”, degan edi A. Bek (1967). A. Bek bo'yicha KBP – bu ma'lum bir tizimga asoslangan fikrlash va xulq-atvorni o'zgartirishga qaratilgan metodlar majmuasi. Ushbu metod asosida bemorni to'g'ri fikrlash va shu asnoda xulq-atvorini o'zgartirishga asoslangan o'rgatish texnikasi yotadi.

Psixoterapevt oldida turgan asosiy vazifalar: 1) sotsiumda yashash uchun insonga azob beruvchi avtomatik fikrlarni aniqlash; 2) mijozga ushbu o'y-xayollardan xalos bo'lishi zarurligini tushuntirish; 3) bemorni pozitiv fikrlar bilan ishlashga o'rgatib, xulq-atvorini ijobiy tomonga o'zgartirish.

Avtomatik fikrlarni aniqlash bosqichlari:

Birinchi qadam. Bemor miyasiga o'rnashib qolgan, unga har doim azob beradigan va uning xulq-atvorini o'zgartirib yuborgan avtomatik fikrlarni izlab topishi va bir joyga jamlay olishi.

Ikkinchi qadam. Avtomatik fikrlar aniqlangandan so'ng bemor ularni psixoterapevtga birin-ketin ovoz chiqarib aytib berishi.

Uchinchi qadam. Psixoterapevt bemorni diqqat bilan tinglaydi, uning ifodalanishiga nazar soladi, bemorning xatti-harakatlarini kuzatadi va azobli fikrlar darajasini qog'ozga belgilab boradi.

Avtomatik fikrlar – odamni o'zi bilan o'zi gaplashib yurishiga majbur qiladigan va to'satdan paydo bo'ladigan o'y-xayollar. Avtomatik fikrlar har bir odamda mavjud bo'lib, ushbu fikrlarning azobli yoki azobsiz bo'lishi ularning mazmun-mohiyatiga bog'liq. Agar sizga negativ fikrlar o'rnashib

olgan bo'lsa, ular "miyangizni egovlayveradi, aqlingizni chalg'itaveradi" va og'ir his-tuyg'ular manbaiga aylanadi. Buning oqibatida xulq-atvorin-giz o'zgaradi va shunga munosib ravishda odamlarning sizga nisbatan munosabati o'zgarib, zanjirli reaksiya yuzaga keladi.

Ratsional-emotiv psixoterapiya

Ratsional-emotiv psixoterapiya metodi 1955-yili Albert Ellis tomonidan ilgari surilgan. Uning asosiy mohiyati ham kishining o'zi, o'zgalar va jamiyat haqidagi fikrlarini o'zgartirishga qaratilgan. Bu nazariyaga binoan nevroz, depressiya, xavotir, aybdorlik hissi va shu kabi boshqa psixologik muammolar ruhiy jarohat yetkazuvchi omillar va vaziyatlar sababli emas, balki kishining ushbu omillar va vaziyatlarga nisbatan *shaxsiy munosabati va o'y-xayollari* sababli yuzaga keladi. Masalan, sizni kimdir qattiq xafa qildi va bundan kayfiyatingiz tushib ketdi. Bu vaziyatda siz u odamni emas, balki o'zingizni aybdor deb hisoblaysiz. Demak, siz tanqidga loyiqsizki, u sizni shu kuyga soldi. Aslida unday emas. Ayb sizda emas, balki sizni tanqid qilgan odamda yoki tanqid muhiti yaratilgan o'sha vaziyatda. A.Ellis shunday deb yozadi: *"Insonda o'zi haqidagi bunday noto'g'ri tasavvurlar uzoq davom etaversa, unda turli xil ruhiy-hissiy buzilishlar, shu jumladan, depressiya rivojlanadi."* Ellis shunday qoidani o'rtaga tashlaydi: *"Aybdor sen emas, balki boshqalar"*.

Ellis ishlaridan ba'zi parchalarni keltirib o'tamiz. Atrof-muhitda ro'y berayotgan asabni buzadigan va hissiy zo'riqishga majbur qiladigan voqea-hodisalar sizga qaratilgan emas, ular o'z-o'zicha ro'y beraveradi. Kim tomonidan ko'rsatilishidan qat'i nazar, sizga nisbatan bildirilayotgan ayblov va kamsitishlar aslida sizning haqiqiy shaxsingizni ifodalab bermaydi, bu o'sha odamning shaxsiy fikri. U o'z dunyoqarashi va sizga bo'lgan munosabatidan kelib chiqib, shu fikrda. Aslida unday emas!

Ellis fikricha, quyidagi uch qoidaga qat'iy amal qilishga urinaverish, kishini har doim xavotirda ushlaydi: 1) o'ziga hadeb talab qo'yaverish (*"men unday bo'lishim kerak, bunday bo'lishim kerak"*); 2) boshqalarning unga hadeb talab qo'yaverishi (*"sen unday bo'lishing kerak, bunday bo'lishing kerak"*); 3) uning boshqalarga hadeb talab qo'yaverishi (*"odamlar unday bo'lishi kerak, bunday bo'lishi kerak"*). Mana shu *"Uchta kerak"* tamoyili – xavotir va depressiya manbaidir.

"Uchta kerak" qoidasiga amal qilaverish o'zingiz haqingizda quyidagi fikrlarni shakllantiradi va xavotirga mezon yaratadi:

4. Men shunday harakatlar qilishim kerakki, meni boshqalar tan olsin! Aks holda men hech kimman!

5. Men qanday xohlasam, atrofdagilar meni shundayligimcha qabul qilishi kerak! Aks holda ular yomon odam va har qanday jazoga mahkum!

6. Men nimani, qachon va qayerda xohlasam, shunga ega bo'lishim kerak! Menga kerak bo'lmagan narsalarga mening toqatim yo'q!

Ratsional-emotiv terapiya o'zi haqida insonning miyasiga o'rnashib qolgan stereotip fikrlardan uni ozod etish va shu sababli o'zgargan xatti-harakatlarni korreksiya qilishga qaratilgan. Ratsional-emotiv terapiya uslubida ham kognitiv-bixevioral terapiyadagi kabi fikr va xulq-atvor parallel tarzda korreksiya qilinadi. Biroq uslub boshqacha. Bu metodda ham uyga vazifalar beriladi, uni bajarishga qiynalgan paytlarda yordam qilinadi, vazifalar to'la bajarilsa, rag'batlantiriladi. Biroq psixoterapevtik muolaja paytida psixoterapevtning o'zi ham "kerak" stilini o'z mijoziga qo'llayvermasligi lozim.

Interpersonal psixoterapiya

Shaxslararo (interpersonal) psixoterapiya insonning kayfiyati bilan uni o'rab turgan ijtimoiy muhit orasida bog'liqlik izlaydi. Shaxslararo kelishmovchiliklar, individning ijtimoiy muhitga ko'nikib ketishiga to'sqinlik qilayotgan, uni xavotirga solayotgan, kayfiyatini buzayotgan va salbiy hissiy kechinmalarni keltirib chiqarayotgan vaziyatlar birgalikda o'rganib tahlil qilinadi. Psixoterapevtik muolajalar paytida shaxs o'zini jamiyatda qanday tutishi, o'zaro munosabati, qanday vaziyatlar va odamlardan yiroq yurishi yo'llari tushuntiriladi, o'rgatiladi. Ayniqsa, bu uslub nevrotik tipdagi shaxslar bilan ishlaganda va distimiyada keng qo'llaniladi.

Oilaviy psixoterapiya

Oilaviy psixoterapiya, avvalambor, oila a'zolari bilan psixologik muhitni yaxshilashni o'z oldiga maqsad qilib qo'yadi. Bunda mijozning har bir oila a'zosi bilan bo'ladigan munosabatlari o'rganiladi va tahlil qilinadi. Oiladagi kelishmovchiliklar qanday paytda yuzaga keladi, nima uchun kelib chiqadi, qaysi vaziyatda u o'zini qanday tutadi kabi savollarga oydinlik kiritiladi, javob izlanadi va bu vaziyatdan chiqish bo'yicha mashqlar qilinadi. Oila a'zolari bilan ham suhbatlar o'tkaziladi. Chunki psixologga murojaat qilib kelgan bemor deyarli har doim o'zini vaziyat qurboni deb biladi. Aslida esa unday bo'lmasligi mumkin. Shuning uchun u haqida oila a'zolarining fikrini bilish ham kerak.

Oilaviy psixoterapevt mijozning yaqinlariga uning oldida o'zlarini qanday tutish lozimligini tushuntiradi. Bu o'ta muhim. Chunki ba'zan oilada shunday motamsaro muhit yaratiladiki, bu faqat nevroz yoki depressiyadan aziyat chekayotgan odamning ahvolini og'irlashtiradi, yomon fikrlarni kuchaytiradi va suitsidal urinishlarga turtki bo'ladi.

Har qanday psixoterapevtik muolajada mijozga hadeb yonbosaverish ham, uning xulq-atvorini tanqid qilaverish ham mumkin emas. Undagi yomon fikrlar depressiya belgisi, bu belgilar vaqt kelib o'tib ketadi, kabi so'zlar bilan taskin beriladi. Suitsidal fikrlar va urinishlar aniqlangan holatda uni yolg'iz qoldirmaslik kerak. Oila a'zolari tomonidan nazorat shunday o'rnatilishi kerakki, mijozning o'zi buni bilmasin. Chunki hadeb bemorni qo'riqlayverish uning joniga tegadi. Uning ishonchini qozongan oila a'zolari bilan ko'chaga chiqib aylanib kelish va sayr paytida, asosan, uni so'zlatish va his-tuyg'ulariga hamdard bo'lish o'ta muhim.

Psixoterapevtik muolajalar psixofarmakoterapiya bilan birgalikda olib borilsa, yanada yuqori samaraga erishiladi. Psixotrop dorilar nerv sistema-siga neyromediatorlar orqali ta'sir ko'rsatganligi bois, avval ular haqida qisqacha ma'lumot berib o'tamiz.

14.2. Neyromediatorlar va sinaptik o'tkazishlar

Neyromediatorlar (neuroaminlar, neurotransmitterlar) – bir neyron dan ikkinchi neyronga yoki boshqa to'qimalarga sinapslar orqali nerv impulslari o'tkazilishini ta'minlovchi gormonlar. Neyromediatorlar presinaptik membranadagi vezikulalarda to'planadi va qo'zg'alish paytida sinaptik yoriqqa tushadi. So'ngra ular postsinaptik membranada joylashgan maxsus reseptorlar orqali qabul qilib olinadi. Buning natijasida presinaptik neyronda joylashgan nerv impulsi postsinaptik neyronga uzatiladi.

Nerv impulslarini o'tkazishda ishtirok etuvchi har qanday gormon yoki mediatorni neyromediator deb atash mumkin. Ularning yaqqol namoyandalari – bular asetilxolin, serotonin, dofamin, noradrenalin, gistamin. Shuningdek, quyidagi aminokislotalar ham neyromediator rolini o'ynaydi: GAYoK, glutamin kislotasi, glisin, asparagin kislotasi.

Endi neyronal o'tkazishda alohida ahamiyatga ega bo'lgan neyromediatorlar bilan tanishib chiqamiz.

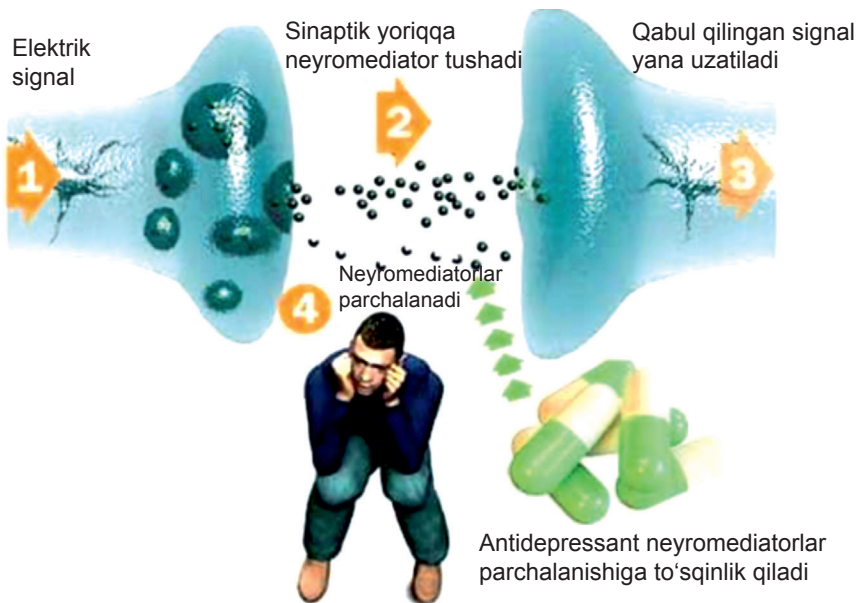
1. Asetilxolin – nerv impulslarini o'tkazishda ishtirok etuvchi o'ta muhim neyromediator. Asetilxolin organizmda xolin-asetiltransferaza fermenti ta'siri ostida xolindan sintez bo'ladi. Asetilxolin kognitiv funksiyalarni ta'minlashda juda katta ahamiyatga ega. Uning yetishmasligi ma'lumotlarni qabul qilish va esda saqlab qolishga jiddiy ziyon yetkazadi. Shu bilan birga har doim kitob (gazeta va jurnallar) mutolaa qilish na-faqat asetilxolin sarflanishi, balki uning sintez qilinishini jadallashtiradi va xotirani mustahkamlaydi. Shuning uchun ham mutaxassislar orasida

“Asetilxolin – bilim mediatori” degan aforizm yuradi. Neyronlarda asetilxolin yetishmasligi Alxaymer kasalligi rivojlanishiga turtki bo‘ladi.

2. Serotonin (5-gidroksitriptamin, 5-NT) – kayfiyat va boshqa hissiy reaksiyalarni ta’minlashda muhim ahamiyatga ega neyromediator. Bu gormon yetishmasa depressiya rivojlanadi. Shu bois “Serotonin – kayfiyat mediatori” nomini olgan. Organizmda serotonin triptofandan sintez bo‘ladi va bunda quyosh nurining roli katta. Serotonin, shuningdek, kognitiv funksiyalarni faollashtiradi, uyquni yaxshilaydi. Oshqozon-ichak sistemasida serotonin juda katta miqdorda saqlanadi va ovqat hazm bo‘lishi jarayoniga ta’sir ko‘rsatadi. Ma’lumki, kayfiyat va ishtaha orasida uzviy bog‘liqlik bor. Shu bois depressiyada deyarli har doim anoreksiya yoki bulimiya kuzatiladi va bu holat serotonin balansi buzilishi bilan bog‘liq.

Serotoninni qabul qilib oluvchi retseptorlarga *serotoninergik retseptorlar* deb aytiladi. Bugungi kunda ularning 7 xil turi aniqlangan. Serotoninergik neyronlar miya ustuni, ya’ni uzunchoq miya, ko‘prik va o‘rta miyaning o‘rta chizig‘i bo‘ylab joylashgan. Bu soha *miyaning serotoninergik sistemasi* deb ham ataladi. Uning neyronlari limbik sistema bilan chambarchas bog‘langan.

Serotoninergik sistema faoliyati boshqa neyromediatorlar faoliyati kabidir: serotonin presinaptik membranadan sinaptik yoriqqa tushadi va uning katta qismi postsinaptik membrana retseptorlari orqali qabul qilib olinadi (14.2-rasm.).



14.2-rasm. Antidepressantlarning ta’sir qilish mexanizmi.

Biroq serotoninning qolgan qismi qayta ushlanib, orqaga qaytariladi va presinaptik neyronga o'tkazib yuboriladi. Aksariyat antidepressantlar aynan mana shu jarayonni ta'minlab beradi, ya'ni serotoninning orqaga qaytishiga to'sqinlik qiladi. Bu serotoninni qayta ushlab olinishini ingibitsiya qiluvchi, ya'ni to'sqinlik qiluvchi antidepressantlardir. Bir so'z bilan aytganda, postsinaptik neyronlarga serotonin qancha ko'p o'tsa, depressiya shunchalik kam namoyon bo'ladi.

3. Noradrenalin (norepinefrin) – katexolaminlar guruhiga mansub gormon. Noradrenalin buyrakusti bezida ishlab chiqariladi. Noradrenalin dofamindan hosil bo'ladi va neyromediator sifatida bosh miyada o'ta muhim funksiyalarni bajaradi. Mutaxassislar *“Noradrenalin – tez qaror qabul qilish va tetiklik neyromediator”* deb hisoblashadi. Ekstremal holatlarda, masalan, sportdagi xavfli vaziyatlarda noradrenalin ham qo'rquv, ham rohat beruvchi gormon rolini o'ynaydi.

Noradrenergik neyronlar nerv sistemasining turli tuzilmalarida tarqalib joylashgan. Ayniqsa, bunday neyronlar miya ustunidagi havorang dog'da (*locus coeruleus*) ko'p to'plangan. Noradrenalin simpatik nerv sistemasining asosiy neyromediatorini hisoblanadi.

Noradrenalinning quyidagi retseptorlari farqlanadi: alfa-1, alfa-2 va beta-adrenoretseptorlar. Demak, noradrenalin ushbu retseptorlar orqali nerv impulslarini o'tkazadi. Qon yo'qotishlar, shok, kranioserebral jarohatlar, psixoemotsional zo'riqishlar, o'ta kuchli qo'rquv va xavotirli holatlarda qonda noradrenalin miqdori oshib ketadi. Noradrenalin organizmni havf-xatarga tayyorlaydi, diqqat-e'tiborni bir joyga jamlab, xulq-atvorimizni shunga moslashtirishga yordam beradi. Bir so'z bilan aytganda, *noradrenalin – ekstremal vaziyatlar neyromediatorini*.

4. GAYoK (gamma-amin-yog' kislotasi) – nerv sistemasini tormozlovchi asosiy neyromediator. GAYoK organizmda glutamin kislotasidan hosil bo'ladi. GAYoK presinaptik membranadan sinaptik yoriqqa tushgach, GAYoK-retseptorlari orqali qabul qilib olinadi. Ushbu neyromediator organizmga stress ta'sirini pasaytiradi, psixoemotsional va kognitiv funksiyalarni yaxshilaydi. GAYoK noradrenalin, adrenalin, dopamin va serotonin kabi neyromediatorlarga ta'sir o'tkazib, nerv sistemasining bir maromda ishlashiga mezon yaratadi. GAYoK yetishmasligi bosh miyada ortiqcha qo'zg'aluvchanlikni yuzaga keltiradi. Bolalarda agressiv xulq-atvor shakllanishiga olib keladi, ba'zi holatlarda epilepsiya rivojlanishi mumkin. Masalan, epilepsiyada qo'llaniladigan ko'p antikonvulsantlar GAYoK sistemasi orqali ta'sir qiladi.

Neyronlar va va sinaptik uzatishlar

1. Xolinergik neyronlar va retseptorlar. *Xolinergik neyronlar* deb nerv tolasining terminal qismida asetilxolin ishlab chiqaruvchi neyronlarga aytiladi. Qo'zg'alishni asetilxolin orqali uzatuvchi sinapslarga *xolinergik sinapslar* deyiladi. Presinaptik membranadan sinaptik yoriqqa tushgan asetilxolinlarni postsinaptik membranadagi maxsus retseptorlar qabul qilib oladi. Bunday reseptorlarga *xolinoretseptorlar* deyiladi. Xolinergik retseptorlar farmakologik nuqtai nazardan nikotin (N-retseptorlar) va muskarin (M-retseptorlar) retseptorlariga ajratiladi. Ushbu retseptorlar MNS, PNS, VNS tuzilmalari hamda nerv-mushak sistemasida tarqalib joylashgan.

2. Gistamin va gistaminergik retseptorlar. Gistamin barcha a'zo va to'qimalarda bor. Nerv sistemasida joylashgan gistamin neyromediator vazifasini o'taydi. Gistamin turli patologik holatlar, ayniqsa, infeksiya kasalliklarida faollashadi, mikrosirkulyatsiya va immunitetni ushlab turishda katta ahamiyat kasb etadi. Gistamin ta'siri ostida qo'zg'aluvchi retseptorlarga *gistaminergik retseptorlar* deb aytiladi. Bunday retseptorlar somatik hujayralardan tashqari neyronlarda ham joylashgan. Masalan, N3-retseptorlar nerv impulslarini o'tkazishda ishtirok etadi. Ular qo'zg'alganda noradrenalin, dopamin, serotonin va asetilxolin kabi neyromediatorlar ajralib chiqadi.

3. Dofamin va dofaminergik retseptorlar. Maxsus fermentlar ta'siri ostida tirozindan L-DOFA hosil bo'ladi. L-DOFA esa dofaminga aylanadi. Bu jarayon neyronlar sitoplazmasida kechadi. Presinaptik membranadan sinaptik yoriqqa tushgan dofamin postsinaptik membrananing dofaminergik reseptorlar orqali qabul qilib olinadi, bir qismi esa qayta ushlanib, presinaptik neyronga qaytariladi. Dofaminergik retseptorlar bosh miyada yoyilib joylashgan, strionigral sistemada esa ularning soni juda ko'p. Bunday reseptorlar somatik a'zolar, ayniqsa buyrak va buyrakusti bezlarida ham etarlicha uchraydi.

14.3. Psixofarmakoterapiya

Psixogen buzilishlarni farmakologik dorilar yordamida korreksiya qilishga *psixofarmakoterapiya* deb aytiladi. Psixoterapiya ta'sirini kuchaytirish uchun turli xil psixotrop dorilardan foydalaniladi.

Psixotrop dorilar psixogen buzilishlarni bartaraf qilibgina qolmasdan, balki organizmda kechadigan vegetativ jarayonlar, qon aylanishi, yurak va nafas olish faoliyatiga ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Shuningdek, bu dorilar

gastrointestinal, urologik va jinsiy buzilishlarni davolashda ham samaralidir.

Psixotrop dorilarga nimalar kiradi? Turli kasalliklarda psixogen buzilishlarni davolashda qo'llaniladigan va ruhiy jarayonlarga ta'sir qiluvchi dori vositalariga *psixotrop dorilar* deyiladi. Dastlabki psixotrop dorilar XX asrning 50-yillarida ishlab chiqarilgan. Bu davrgacha bunday toifadagi dorilar juda kam bo'lib, ularning 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 psixogen buzilishlarni davolashda keng qo'llana boshlandi. Keyinchalik, ya'ni 70-yillarning boshida pirasetam kashf qilindi. Ushbu dastlabki nootrop dorining ruhiy funksiyalarga ijobiy ta'siri aniqlandi. Shunday qilib, farmakologiyaning katta bir bo'limi yaratildi va unga psixofarmakologiya deb nom berildi.

1966-yili JSST psixotrop dorilarning quyidagi tasnifini taklif qildi:

1. Antidepressantlar.
2. Sedativ dorilar.
3. Trankvilizatorlar.
4. Neyroleptiklar.
5. Nootrop dorilar.
6. Psixostimulyatorlar.

14.3.1. Antidepressantlar

Depressiya darajasini pasaytirish yoki uni bartaraf etishda qo'llaniladigan dorilarga *antidepressantlar* deb aytiladi.

Antidepressantlar bilan davolashning umumiy qonun-qoidalari

- Depressiya turi, darajasi, klinikasi va bemorning somatik ahvolidan kelib chiqqan holda aniq bir antidepressant tanlab olinadi. Uning kundalik dozasi belgilanadi va davolash sxemasi tuziladi.

- Antidepressant avval kam dozada tavsiya etiladi va har 3-5 kunda uning dozasi oshirib boriladi. Depressiya alomatlari sezilarli darajada kamaysa, ushbu doza o'zgartmaydi. Bu terapevtik doza hisoblanadi. Antidepressant o'rta darajali depressiyada 4-6 oy mobaynida, ba'zan undan ham ko'p muddat (2 yilgacha) ichishga tavsiya etiladi. Ushbu qoida depressiyaning yana qaytalamasligi uchun qabul qilingan.

- Antidepressant bilan davolash boshlangandan 1-2 hafta o'tgandan keyingina bemorning ahvoli yaxshilanishini tushuntirish o'ta muhim. Aks holda "Bu dorilar menga yordam bermayapti", deb bemor ularni ichish-

dan voz kechishi mumkin. Dorilarni vrachdan bemaslahat to'xtatib qo'yish mumkin emas!

- Antidepressant qabul qilib yurgan bemor kamida har 3 oyda bir marta vrach nazoratidan o'tishi kerak. Uning qanday antidepressant qabul qilib yurganidan boshqa vrachlar ham xabardor bo'lishi lozim. Chunki boshqa dorilar bilan birgalikda tavsiya etish mumkin bo'lmagan antidepressantlar ham mavjud.

Antidepressantlarning quyidagi turlari mavjud: 1) uch halqali antidepressantlar; 2) to'rt halqali antidepressantlar; 3) MAO ingibitorlari; 4) serotoninni qayta ushlab olinishiga to'sqinlik qiluvchi selektiv ingibitorlar.

Uch halqali antidepressantlar

Tarixi. Uch halqali antidepressant (UHA) tasodifan kashf qilingan. XX asrning 50-yillari sil kasalligi uchun yaratilgan *imipramin* antidepressiv ta'sirga ega bo'lib chiqdi. "Uch halqali" degan nom ularning kimyoviy tuzilishiga qarab berilgan. Chunki UHA molekulasi bir-biriga birlashgan uchta uglerodli halqadan iborat.

Dori turlari. Amitriptilin (triptizol), imipramin (melipramin), klo-mipramin (anafranil), nortriptilin (nortrilen), trimipramin (gerfonal), doksepin (dosulepin).

Farmakologik ta'siri. UHA noselektiv antidepressantlar toifasiga kiradi, chunki reseptor tanlab o'tirmaydi, ya'ni serotonin, noradrenalin, xolin, muskarin, gistamin retseptorlariga ham ta'sir qilaveradi. Shu bois salbiy ta'siri ko'p. UHA presinaptik membranadan sinaptik yoriqqa tushgan noradrenalin va serotoninning qayta so'rilishiga to'sqinlik qiladi. Natijada sinaptik yoriqda ularning miqdori oshadi va postsinaptik membranaga uzatiladi. Nerv hujayralariga ko'p miqdorda tushgan neurotransmitterlar depressiya darajasini kamaytiradi.

Asosiy ko'rsatmalar. O'rta va og'ir darajadagi depressiya, kuchli qo'rquv, xavotir, vahima va ortiqcha bezovtalik bilan namoyon bo'luvchi psixotik buzilishlar, reaktiv nevroz va psixozlar, agressiv xulq-atvor, medikamentoz psixoz, shizofreniya qo'zigan paytlari, nevrogen bulimiya yoki psixogen anoreksiya, enurez, nevrogen tipdagi o'tkir va surunkali og'riqlar, shu jumladan, migren xurujlari.

Nojo'ya ta'sirlari

– UHA yaqqol xolinolitik (antixolinergik) ta'sirga ega bo'lganligi bois, ularning eng ko'p uchraydigan nojo'ya ta'sirlari – bular og'iz qurishi, qabziyat, siydik tutilishi, midriaz, akkomodatsiya falaji, kam uchraydiganlari

– ko‘z bosimi oshishi, kseroftalmiya, taxikardiya, disfagiya hamda ichak peristaltikasi pasayishi.

– Markaziy antixolinergik ta‘siri tufayli diqqat tarqoqligi, xotira buzilishi, fikrlash sustlashuvi, deliriya, epileptik xurujlar qo‘zg‘alishi, gallyutsinatsiya, gipomaniakal holatlar va bezovtaliklar paydo bo‘lishi mumkin.

– Alfa-adrenergik ta‘siri hamda gistamin retseptorlarni qamalga olishi kuchli uyquchanlik, ortostatik gipotenziya, bosh aylanishi, umumiy holsizlik, ruhiy va jismoniy karaxtlik bilan namoyon bo‘ladi.

– Turli markaziy va periferik retseptorlarni qamalga olishi – tana vazni oshishi, ko‘ngil aynishi, qusish, ichak peristaltikasi pasayishi, siydik tutilishi, bosh og‘riq, eyforiya, senestopatiya, miokloniya, vestibulo-koordinator buzilishlar, tremor, nistagm, ataksiya, dizartriya, psixoz va paranoidal buzilishlar, dermatoz, anemiya, agranulositoz, eozinofiliya, trombositopeniya kabi nojo‘ya ta‘sirlarga sabab bo‘ladis.

– Kardiotoksik ta‘siri taxikardiya, AV-o‘tkazuvchanlik buzilishi, miokard ishemiyasi kuchayishi bilan namoyon bo‘lsa, seksual funksiyalarga ta‘siri libido pasayishi, ereksiya sustlashuvi, ejakulyatsiya ushlanib qolishi va orgazm sezmaslik kabi holatlar kuzatiladi. Homilador ayollar qabul qilsa, bola tushishi xavfi va teratogen ta‘siri mavjud.

Izoh. *Ushbu nojo‘ya ta‘sirlarni maqbul dozalarni tanlab pasaytirish mumkin. Biroq antidepressantlar kam doza va kam muddatga tavsiya etilsa, ko‘zlangan natijaga erishilmasligi va depressiya surunkali tus olishini esda tutish lozim.*

Boshqa dorilar bilan o‘zaro ta‘siri. UHA qabul qilib yurgan bemorga MAO ingibitorlari (selegin, razagilin, pargilin, pirazidol, befol) tavsiya etilmaydi. Aks holda bemorda gipertermiya, deliriya va tutqanoq xurujlari rivojlanib, hayot uchun xavfli vaziyat yuzaga kelishi mumkin. Ushbu dorilarni tavsiya etish uchun orada 14 kunlik tanaffus bo‘lishi lozim. UHA fluvoksamin, sertralin kabi antidepressantlar bilan ham birgalikda buyurilmaydi. Chunki *serotonin sindromi* rivojlanishi xavfi bor. UHA benzodiazepinlar, anksiolitiklar, sedativ va uxlatuvchi dorilar bilan ham birgalikda tavsiya etilmaydi yoki o‘ta ehtiyotkor bo‘lish kerak. UHA levodopa dorilari (nakom, madopar) bilan birgalikda tavsiya etilsa, gipertonik kriz, klozapin (azaleptol) bilan birgalikda buyurilsa, neyroleptik sindrom, tireotrop (L-tiroksin, eutiroks) dorilar bilan birgalikda qabul qilinsa, AV-o‘tkazuvchanlik buzilib, aritmiya yoki ekstrakstoliya rivojlanishi mumkin. Umuman olganda yurak ritmi buzilgan bemorga UHA tavsiya qilinmagani ma‘qul. Furazolidon bilan birgalikda qabul qilinsa, AQB oshadi.

UHA ning kam tavsiya etilishi sabablari: nojo'ya ta'sirlari ko'p, toksik ta'siri yuqori, kuchli sedatsiya chaqiradi, aksariyat antidepressantlar bilan birgalikda tavsiya etib bo'lmaydi, neyretseptorlarni tanlab ta'sir qiluvchi samarali antidepressantlar paydo bo'lganligi.

UHA ning atipik turlari

Ushbu atipik antidepressantlarning bunday atalishiga sabab, ularning kimyoviy tuzilishi UHA kabi, biroq ta'sir qilish mexanizmi unday emas, ya'ni antidepressiv ta'siri asosiy emas. Atipik UHA ning yaqqol namoyandasidan biri – bu alprazolam (ksanaks, zolomaks). Alprazolam kuchli ifodalangan anksiolitik, kamroq ifodalangan antidepressiv ta'sirga ega.

Uch halqali tuzilishga ega boshqa turga mansub psixotrop dorilar ham, atipik neyroleptik tiordazin (sonapaks) ham antidepressiv ta'sirga ega. Shuningdek, levomepromazin (tizersin), alimemazin (teralen), xlorprotiksen (truksal), klozapin (azaleptol), tianeptin (koaksil) ham yuqoridagi xususiyatga ega. Bu dorilarning antidepressiv ta'siri kam dozada namoyon bo'ladi dofaminergik sistema orqali amalga oshiriladi va haqiqiy antidepressantlarga qaraganda sust ifodalangan.

UHA turlari

1. Triptizol (amitriptilin) – yaqqol ifodalangan timoleptik, sedativ va anksiolitik ta'sirga ega antidepressant. Sedativ ta'siri tez namoyon bo'lsa, antidepressiv ta'siri 2–3 haftadan keyin bilinadi. Og'ir shizofreniya va depressiv psixozda tizersinni seduksen bilan birgalikda kattaroq dozada berishga to'g'ri keladi. Biroq AQB nazoratda bo'lishi kerak. Xolinolitik va adrenergik ta'sirga ega bo'lganligi bois parenteral yuborilganda ortostatik gipotenziya kuzatiladi (ayniqsa, o'rnidan turganda). Shu bois bemor inyeksiya qilib bo'lingach, yarim soatdan ortiq gorizontol holatda yotishi kerak. Qariyalar va bolalarga kam dozada beriladi. Bolalarga 6 yoshdan keyin tavsiya etish mumkin. *Ishlab chiqarilishi:* tabletka – 10 va 25 mg; ampula – 2 ml (20 mg) 1 % li eritma.

2. Imipramin (melipramin) – farmakologik ta'siri, ko'rsatmalar, nojo'ya ta'sirlari va monelik qiluvchi holatlari amitriptilinga o'xshash. Undan farqli o'laroq, stimulyatsiya qiluvchi xususiyatga ega. *Ishlab chiqarilishi:* tabletka – 25 mg; ampula – 2 ml 1,2 5% li eritma.

3. Klomipramin (anafranil) – amitriptilin va imipraminga qaraganda kuchliroq ta'sirga ega antidepressant. Anafranil depressiyadagi psixomotor va emotsional karaxtlikni bartaraf etishda juda samarali. Obsessiv-kompulsiv buzilishlarda yuqori ta'sirga ega. Qolgan barcha ko'rsatmalari va nojo'ya ta'siri amitriptilin va imipraminga o'xshaydi. Bolalarga 6 yoshdan keyin tavsiya etiladi. Pediatriya amaliyotida obsessiv-kompulsiv buzilish-

larda keng qo'llaniladi. Ushbu buzilishlar 2 haftadan so'ng kamayib, 4-6 haftalardan keyin terapevtik samarasi yaqqol bilinadi. *Ishlab chiqarilishi*: draje – 25 mg; ampula – 2 ml (25 mg).

4. Nortriptilin (sensivan) – sedativ va xolinolitik ta'siri amitriptilinga qaraganda sust ifodalangan. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka – 25 mg.

5. Ftorasizin (fluasizin). *Ishlab chiqarilishi*: tabletka – 10 va 25 mg; ampula – 1 ml 1,25 % li eritma.

To'rt halqali antidepressantlar

Bunday antidepressantlar to'rt halqali kimyoviy tuzilishga ega bo'lib, ular geterosiklik antidepressantlar deb ham ataladi. Ularning ta'sir qilish mexanizmi UHA kabi, biroq selektiv ingibitorlarga o'xshash xususiyatlari ham bor. To'rt halqali antidepressantlarga maprotilin (ludiomil), mianserin (lerivon), mirtazapin (remeron) kabi dorilar kiradi. UHA dan farqli o'laroq, to'rt halqali antidepressantlarning toksik va nojo'ya ta'sirlari kam.

1. Maprotilin (lyudiomil) – to'rt halqali antidepressant. Surunkali kechuvchi depressiya va xavotirli-fobik (shu jumladan, involyutsion va klimakterik davrdagi) buzilishlarda keng qo'llaniladi. Depressiya tufayli rivojlangan somatik buzilishlarda amitriptilinga qaraganda samarali va nojo'ya ta'sirlari kam. Bu dori 18 yoshgacha tavsiya etilmaydi. Stenokardiya, miokard infarkti va aritmiyada ham buyurilmaydi. *Ishlab chiqarilishi*: 10, 25 va 50 mg; ampula – 2 ml 1,25 % li eritma. Faqat venadan qilinadi, ya'ni 250 ml natriy xlorning fiziologik eritmasiga qo'shib, 1,5-2 soat mobaynida venadan tomchilab yuboriladi.

2. Mianserin (koaksil, lerivon) – to'rt halqali antidepressant. Turli etiologiyali, shuningdek, involyutsion depressiyada keng qo'llaniladi. Bu dori 18 yoshgacha tavsiya etilmaydi. *Nojo'ya ta'sirlari*: uyquchanlik, AQB tushishi, og'iz qurishi va umumiy holsizlik. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka – 30 mg. *Sinonimi*: koaksil, lerivon.

Serotoninni qayta ushlab olinishiga to'sqinlik qiluvchi selektiv ingibitorlar

Umumiy ma'lumotlar. Serotoninni qayta ushlab olinishiga to'sqinlik qiluvchi selektiv ingibitorlar (SQUOTQSI) – depressiya va xavotirli-fobik buzilishlarda keng qo'llaniladigan antidepressantlar. SQUOTQSI uchinchi avlod antidepressantlari qatoriga kiradi. Bu dorilarni umumiy amaliyot vrachlari ham tavsiya etishi mumkin.

UHA ga qaraganda, SQUOTQSI ning xolinolitik va kardiotoksik ta'siri deyarli yo'q. Shu bois ular taxikardiya, ortostatik gipotenziya, akkomadatsiya buzilishi, og'iz qurib qolishi va siydik tutilishi kabi nojo'ya ta'sirlar chaqirmaydi. Bu dorilarni uzoq muddat, ya'ni oylab yoki yillab tavsiya etish

mumkin, profilaktik ta'sirga ega, residivning oldini oladi, davolash samaradorligi uzoq muddat saqlanib qoladi.

Ta'sir qilish mexanizmi. SQUOTQSI presinaptik neyronlardan sinaptik bo'shliqqa ajralib chiqqan serotoninni qayta ushlab olinishiga to'sqinlik qiladi. Natijada sinaptik yoriqda serotonin miqdori ko'payadi. Serotoninni postsinaptik membranada joylashgan maxsus *serotonin reseptorlari* qabul qilib oladi. Buning natijasida depressiya kamayadi. Bu dorilarning aksariyati nafaqat serotonin, balki dofamin va noradrenalinning qayta ushlab olinishiga ham to'sqinlik qiladi. Demak, organizmda, ayniqsa MNS da serotonin yetarli miqdorda bo'lsa, depressiya belgilari, shu jumladan, xavotir va fobiya bartaraf etiladi.

Ko'rsatmalar. Turli etiologiyali depressiyalar, xavotirli-fobik buzilishlar, obsessiv-kompulsiv sindrom, qo'rquv, xavotir va vahima hurujlari, fobiyaning har qanday turlari, psixosomatik va somatoform buzilishlar, involyutsion depressiya, klimakterik sindrom, psixotik og'riqlar va senes-topatiyalar, bolalar va o'smirlarda depressiya bilan namoyon bo'luvchi xulq-atvor buzilishlari.

Esda tuting. Suitsidal fikrlar kuzatilayotgan bo'lsa, stimullovchi xususiyatga ega antidepressant tavsiya etishda ehtiyot bo'lish talab etiladi yoki ularning sedativ xususiyatga ega turi tanlanadi. Shuningdek, bu dorilarni tanlashda bemorning yoshi, umumiy ahvoli va somatik kasalliklar mavjudligi e'tiborga olinadi. Maniakal holatlar kuzatilayotgan bo'lsa, antidepressant tavsiya etilmaydi. Stimullovchi antidepressantlar kunning birinchi, sedativ xususiyatga ega turlari kunning ikkinchi yarmida tavsiya etiladi.

Nojo'ya ta'sirlari

- bosh og'rish, bosh aylanishi, ko'p uxlash yoki uyqu qochishi, xavotir, tez charchab qolish, ya'ni jismoniy holsizlik, tremor, terlash, libido pasayishi, sust ereksiya, anorgazmiya, frigidlik;

- ko'ngil aynishi, qusish, dispepsiya, qorinda og'riqlar, anoreksiya, diareya yoki qabziyat;

- ekstrapiramidal buzilishlar (akatiziya, distoniya, parkinsonizm, diskineziya), tutqanoq xurujlari;

- jahldorlik, tajovuzkorlik, suitsid kuchayishi, disforiya, maniya yoki gipomaniya, motivatsiya so'nishi, hissiy to'mtoqlik;

- leykopeniya, trombositopeniya.

Boshqa dorilar bilan o'zaro ta'siri

- MAO ingibitorlari bilan birgalikda qabul qilish mumkin emas, aks holda og'ir serotonin sindromi rivojlanadi;

- UHA bilan birga qilish tavsiya etilmaydi, aks holda UHA ning toksik va nojo'ya ta'sirlari kuchayib ketadi, ba'zida og'ir serotonin sindromi rivojlanadi;

- Tipik neyroleptiklar (galoperidol, tizersin, triftazin) bilan birga tavsiya qilsa, neyroleptiklarning nojo'ya ta'sirlari kuchayishi mumkin;

- SQUOTQSI benzodiazepinlar bilan birga tavsiya qilinsa, qonda benzodiazepinlar miqdori ko'payadi;

- SQUOTQSI antiagregantlar, antikoagulyantlar va aspirin saqllovchi dorilar bilan birgalikda qabul qilinsa, oshqozon-ichak sistemasiga qon quyulishi xavfi oshadi;

- Nosteroid dori vositalari bilan birgalikda qabul qilinsa, antidepressiv ta'siri pasayishi mumkin;

- Trankvilizatorlar va sedativ dorilar bilan birgalikda tavsiya qilinsa, MNS ga tormozlash ta'sirini kuchaytirish mumkin.

Kamchiliklari. Antidepressiv ta'siri kech boshlanadi (5-10 kundan so'ng), terapevtik samaraga erishish uchun bir necha hafta yoki oy kutish kerak, davolashning dastlabki kunlari bezovtalik, jahldorlik, qo'rquv, xavotir va suitsidal fikrlar kuchayadi (ayniqsa, antidepressant-stimulyatorlarda), seksual disfunktsiya chaqiradi.

Serotonin sindromi. Bu sindrom o'ta xavfli bo'lib, o'lim bilan tugashi mumkin. Ushbu sindrom SQUOTQSI bilan MAO birgalikda tavsiya qilinganda ro'y beradi. Serotonin sindromi rivojlanmasligi uchun ikkala guruh dorilarini tavsiya qilish orasidagi muddat kamida 14 kun bo'lishi kerak.

Monelik qiluvchi holatlar. MAO qabul qilayotgan bemor, homiladorlik va laktatsiya davri, epilepsiya va tutqanoq sindromlari, buyrak va jigar yetishmovchiligi, yopik burchakli glaukoma, oshqozon-ichak yarasi, spirtli ichimliklardan hamda psixotrop dorilardan zaharlanish. Ba'zilari bolalik va o'smirlik davrida tavsiya etilmaydi.

Stimullovchi xususiyatga ega turlari

1. Prozak (fluoksetin, fluval, portal, prodel). *Ishlab chiqarilishi* – 20 mg li tabletka yoki kapsula. *Eslatma:* 18 yoshgacha tavsiya etilmaydi.

2. Paroksetin (reksetin, paksil, paroksetin, depress). *Ishlab chiqarilishi* – 20 va 30 mg li tabletka yoki kapsula. *Eslatma:* 18 yoshgacha tavsiya etilmaydi.

3. Sertralin (zoloft, stimoloton). *Ishlab chiqarilishi* – 50 mg li tabletka yoki kapsula. *Eslatma:* 8 yoshgacha tavsiya etilmaydi.

4. Venlafaksin (velaksin, venlaksor, velafaks). *Ishlab chiqarilishi:* 25; 37,5; 75 mg li tabletka yoki kapsula. *Eslatma:* 18 yoshgacha tavsiya etil-

maydi, yaqinda o'tkazilgan miokard infarkti, nostabil stenokardiya, arterial gipertenziyada, taxikardiyada ehtiyotkorlik talab etiladi.

5. Essitalopram (sevpram, selektra, sipraleks). *Ishlab chiqarilishi:* 10 va 20 mg li tabletka. Bu dori 18 yoshgacha tavsiya etilmaydi.

6. Milnasipran (iksel). *Ishlab chiqarilishi:* 25 va 50 mg li kapsula. Kognitiv funksiyalarga va AV-o'tkazuvchanlikka ta'sir qilmaydi. Shu bois demensiya va depressiya birgalikda namoyon bo'lsa, ushbu dori tanlanishi mumkin. AQB ni pasaytirmaydi, 15 yoshgacha tavsiya etilmaydi. *Eslatma:* Sumatriptan qabul qiluvchi bemorga ikxel mumkin emas (koronarospazm).

Sedativ xususiyatga ega antidepressantlar

1. Fluoksamin (fevarin, fluoksamin) – yengil sedativ ta'sirga ega antidepressant. *Ishlab chiqarilishi:* 50 va 100 mg li tabletka. Postinfarkt depressiyada tavsiya etish mumkin. Dorini 8 yoshgacha bo'lgan bolalarga tavsiya etish mumkin emas.

2. Mirtazapin (mirtel, remeron, mirtalan) – kuchli sedativ ta'sirga ega antidepressant. *Ishlab chiqarilishi:* 30 mg li tabletkalar. Zo'riqish stenokardiyasi, yaqinda o'tkazilgan miokard infarkti, serebral gemodinamika tushib ketadigan patologik holatlar, ishemik insult, arterial gipotenziya, AV-o'tkazuvchanlik buzilishida ehtiyotkorlik talab etiladi yoki boshqa antidepressant tanlanadi. 18 yoshgacha tavsiya etilmaydi.

3. Trazodon (trittiko) – yengil sedativ ta'sirga ega antidepressant. *Ishlab chiqarilishi* – 100 mg li kapsula. Kuchli depressiyada samarasi past, shu bois yengil turida keng qo'llaniladi. Boshqa antidepressantlardan farqli o'laroq, seksual funksiyaga ijobiy ta'siri bor, benzodiazepinlarga bog'lanib qolishni oldini oladi. Demensiya bilan namoyon bo'layotgan depressiyada ham keng qo'llaniladi. Dorini 6 yoshgacha bo'lgan davrda tavsiya etish mumkin emas.

MAO ingibitorlari va boshqa kimyoviy guruhga mansub dorilar

1. Nialamid (nuredal, niamid, novazid) – A va B tiplarga mansub MAO ingibitori. Turli etiologiyali ruhiy buzilishlar, ya'ni endogen, nevrogen, involyutsion depressiya hamda siklotimiya, melankoliya, psixasteniya, nevrasteniya va apatoabulik sindromda tavsiya etiladi. Antidepressiv ta'siri 7-14 kundan so'ng yuzaga chiqadi. Shuningdek, oligofreniyada psixoemotsional faollikni oshirish uchun buyuriladi. Nevrogen, psixogen va kardiogen og'riqlarda qo'shimcha dori sifatida qo'llaniladi. Masalan, stenokardiyada 25 mg dan kuniga 2 mahal buyuriladi. Trigeminal nevralgiya va diabetik nevropatiyada ham tavsiya etiladi. Uch va to'rt halqali antidepressantlar bilan birgalikda qabul

qilish mumkin emas. Reaktiv psixoz va agressiv holatlarda buyurilmaydi. Ishemik insultning o'tkir davrida tavsiya etilmaydi, chunki ortostatik gipotenziya tufayli miyada qon aylanishini pasaytirishi mumkin. Yurak faoliyati dekompensatsiyasida ham mumkin emas. Nialamid psixostimulyatsiya xususiyatiga ega bo'lganligi bois, kechqurun tavsiya qilinmaydi, chunki uyquni qochiradi. *Nojo'ya ta'sirlari*: uyqusizlik, bosh og'rig'i, og'iz qurishi, dispepsiya. *Ishlab chiqarilishi*: 25 mg li tabletkalar.

2. Duloksetin (simbalta) – noradrenalin va serotoninni qayta ushlab olinishiga to'sqinlik qiluvchi selektiv ingibitor. Ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar ikselga o'xshash. Surunkali nevrалgiya va nevropatiya hamda fibromialgiyada qo'shimcha dori sifatida buyuriladi. Suitsidni kuchaytirish ehtimoli bor. Bu dori 18 yoshga to'lmaganlarga mumkin emas. *Ishlab chiqarilishi* – 30 va 60 mg.li kapsula.

14.3.2. Trankvilizatorlar

Qo'rquv, xavotir, vahimani bartaraf etuvchi dorilarga **trankvilizatorlar** deyiladi. Lot. *trancvilio* – “*tinchlantiraman*” degani. Trankvilizatorlarning yana bir nomi – bu anksiolitik. Lot. *anxietas* – “*xavotir, qo'rquv*” ma'nosi ni anglatsa, yunoncha *lytikos* – eritmoq, yumshatmoq degani. Bu guruhga kiruvchi ba'zi dorilar “ataraktiklar” deb ham ataladi. Yunoncha *ataraxia* – “*xotirjamlik*” degani.

Tarixi. XX asrning 50-yillarida markaziy miorelaksant yaratishga urinishlar tinchlantiruvchi xususiyatga ega yangi bir dorining kashf qilinishiga turtki bo'ldi. 1952-yili sintez qilingan ushbu doriga meprotran (meprobamat) deb nom berildi. Meprobamatni klinik amaliyotda tinchlantiruvchi dori sifatida qo'llay boshlashadi. Shu davrdan boshlab tinchlantiruvchi xususiyatga ega dorilarni yaratish bo'yicha turli tadqiqotlar avj oladi. 1957-yili “trankvilizator” atamasi taklif etiladi. O'sha yillari antigistamin dori sifatida sintez qilingan gidroksizin (ataraks) ham anksiolitik xususiyatga ega ekanligi isbotlanadi.

Kuchliroq trankvilizator yaratish ustida olib borilgan tadqiqotlar natijasi o'laroq, 1955-yili dastlabki benzodiazepin, ya'ni xloridiazepoksid kashf qilinadi. Bu dorining kuchli tinchlantiruvchi, muskullarni bo'shashtiruvchi va tutqanoq xurujlarini pasaytiruvchi xususiyatlari aniqlanadi. Xloridiazepoksid klinik amaliyotda keng qo'llanila boshlanadi va shu kabi benzodiazepinlar sintezi yo'lga qo'yiladi. Masalan, 1959-yili diazepam, 1961-yili oksazepam, 1971-yili lorazepam,

1976-yili midazolam kashf qilinadi. Avvallari vrachlar tinchlantirish uchun bromidlarni, uxlatish uchun barbituratlarni qo'llab kelishgan bo'lsa, endilikda tinchlantirish uchun trankvilizatorlar, uxlatish uchun benzodiazepinlarni tanlab boshlashadi. Biroq xursandchilik uzoqqa cho'zilmaydi.

1980-yilga kelib, benzodiazepinlarni uzoq muddat qabul qilish ularga qaramlikni yuzaga keltirishi ma'lum bo'lib qoldi. Tez orada bunday dorilarni tavsiya etishga cheklovlar qo'yiladi va qat'iy nazoratga olinadi.

Eslab qoling. *Benzodiazepin ham trankvilizator hisoblanadi, biroq kuchli trankvilizator. Benzodiazepin deyilishiga sabab, ular benzol va diazepin halqalaridan iborat kimyoviy birikmadir.*

Trankvilizatorlarning quyidagi uch avlodi ko'rsatib o'tiladi:

1-avlod – meprobamat, gidroksizin, benaktizin va boshqalar;

2-avlod – bular benzodiazepinlar qatori, ya'ni xlordiazepoksid, diazepam, oksazepam, lorazepam, midazolam va h.k.

3-avlod – buspiron va boshqalar

14.1-jadval.

Trankvilizatorlar tasnifi

A. Kimyoviy tuzilishi bo'yicha:

Benzodiazepin unumlari: xlordiazepoksid, diazepam, lorazepam, midazolam, medazepam, oksazepam, temazepam, tofizepam, fenazepam, klorazepat, klonazepam, flunitrazepam, triazolam, nitrazepam, alprazolam.

Karbamat propandiol unumlari: meprobamat

Trimetoksibenzoy kislota unumlari: trimetozin

Azapiron unumlari: buspiron

Difenilmetan unumlari: benaktizin

Piperazin unumlari: gidroksizin

Turli kimyoviy tuzilishga mansub trankvilizatorlar: mebikar, fenibut

B. Ta'sir qilish davomiyligi va farmakodinamikasi bo'yicha:

Davomiyligi bo'yicha:

Davomiyligi uzoq bo'lgan (20 soatdan oshiq): xlordiazepoksid, diazepam, klorazepat.

Davomiyligi o'rta darajada bo'lgan (5-20 soat): lorazepam, oksazepam, alprazolam;

Qisqa muddatga ta'sir qiluvchi (5 soatgacha): triazolam.

Farmakodinamikasi bo'yicha:

Ko'proq anksiolitik xususiyatga ega: diazepam, xlordiazepoksid, lorazepam, klonazepam, alprazolam, fenazepam.

Ko'proq uxlatish xususiyatiga ega: triazolam, temazepam, flunitrazepam, midazolam, brotizolam, nitrazepam, diazepam;

Ko'proq antikonvulsiv xususiyatga ega: klonazepam, diazepam, nitrazepam, fenazepam, xlordiazepoksid.

Ko'proq neyroleptik xususiyatga ega: klozapin.

Ko'proq antidepressiv xususiyatga ega: alprazolam.

Trankvilizatorlarning asosiy ta'sirlari

- **Anksiolitik** – qo'rquv, xavotir, vahimani bartaraf etadi.
- **Sedativ** – jahldorlik, hissiy qo'zg'aluvchanlik va asabiylashishni pasaytiradi.
- **Uxlatish** – uyqu kelishini tezlashtiradi, uxlash davomiyligini uzaytiradi.
- **Antikonvulsiv** – epileptik xurujlarni to'xtatadi.
- **Miorelaksatsiya** – muskullarni bo'shashtiradi.

Nojo'ya ta'sirlari: muskullar holsizligi, bosh aylanishi, ataksiya, uyquchanlik, og'iz qurishi. *Monelik qiluvchi holatlar:* jigar va buyrakning og'ir kasalliklari, miasteniya.

Benzodiazepin unumlari

1. Alprazolam (ksanaks, zolomaks) – yuqori anksiolitik ta'sirga ega trankvilizator. Panik ataka, fobiya va xavotirli-depressiv buzilishlarda tavsiya etiladi. Shuningdek, alkogolizm, demensiya va klimakterik nevrozda ham qo'llaniladi. Davolash davomiyligi – 2-3 oy. *Nojo'ya ta'sirlari:* uyquchanlik, bosh aylanishi, ataksiya, qabziyat, uzoq muddat ichilsa, o'rganib qolish kuzatiladi. 18 yoshgacha mumkin emas. Epilepsiya bu dorini tavsiya etishga monelik qilmaydi. Boshqa trankvilizatorlar kabi terapevtik dozada qabul qilinayotgan paytda birdan to'xtatib bo'lmaydi. Bunday paytda qo'rquv va xavotir yana qo'zg'aydi. *Monelik qiluvchi holatlar:* glaukoma, miasteniya, uyqudagi apnoe, nafas yetishmovchiligi, homiladorlik, laktatsiya davri, jigar va buyrak yetishmovchiligi. *Ishlab chiqarilishi:* tabletka – 0,25, 0,5 va 1 mg. Bir kunlik maksimal dozasi – 4 mg.

2. Medazepam (rudotel, mezanam, nobrium) – benzodiazepinlar guruhiga mansub trankvilizator bo'lib, anksiolitik, antikonvulsiv va miorelaksatsiya ta'siriga ega. Kuchli sedatsiya chaqirmaydi, shu bois kunduzgi trankvilizator hisoblanadi. Psixonevroz, ayniqsa, giperstenik tipdagi nevroz va o'smirlardagi xulq-atvor buzilishida keng qo'llaniladi. 10 yoshgacha tavsiya etilmaydi. Alkogolizmدا kuzatiladigan abstinent sindromlarda ham samarasi bor. *Nojo'ya ta'sirlari:* bosh aylanishi, taxikardiya, akkomodatsiya buzilishi. Miasteniya da mumkin emas. *Ishlab chiqarilishi:* tabletka – 10 mg.

3. Nozepam (oksazepam, tazepam) – sedativ ta'sirga ega trankvilizator. Boshqa trankvilizatorlar kabi psixonevrotik buzilishlarda tavsiya qilinadi. 18 yoshgacha buyurilmaydi. *Ishlab chiqarilishi:* tabletka – 10 mg.

4. Diazepam (sibazon, seduksen, valium, relanium) – kuchli sedativ va antikonvulsiv ta'sirga ega trankvilizator. Seduksen yordamida

tutqanoq xuruji va kuchli psixomotor qo'zg'alishlar darrov to'xtatiladi. Shu bois tez tibbiy yordam xizmatida bu doridan keng foydalaniladi. Alkogolizm va narkomaniyada kuzatiladigan abstinentsindrom ham seduksen orqali bartaraf qilinadi. Uzoq muddat qabul qilinsa, doriga bog'lanib qolish xavfi mavjud. Chaqaloqlarga 1 oyga to'lgandan keyin tavsiya etib boshlash mumkin. Bu davrda, ko'pincha tutqanoq xuruji-ni bartaraf etish uchun qo'llaniladi. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka – 5 mg; ampula – 2 ml 0,5 % li eritma.s

5. Fenazepam – uxlatuvchi, tinchlantiruvchi, miorelaksatsiya beruvchi va tutqanoq xurujini to'xtatuvchi kuchli trankvilizator. Ushbu dori kuchli qo'rquv va xavotir, bezovtalik bilan namoyon bo'luvchi psixomotsional qo'zg'alishlarda juda samarali. Shuningdek, shaxsning psixopatologik va ipoxondrik tipdagi o'zgarishlari, senestopatiya, surunkali uyqu buzilishlarida ham qo'llaniladi. Epilepsiyada kuzatiladigan psixopatologik o'zgarishlar, MNS zararlanishi sababli yuzaga kelgan mushaklar gipertonusi va giperkinezlarda ham tavsiya etiladi. Dorini uzoq muddat qabul qilish mumkin emas. Aks holda boshqa benzodiazepinlar kabi o'rganib qolish sindromi rivojlanadi. 18 yoshga qadar buyurilmaydi. Og'ir va uzoq davom etuvchi depressiyada tavsiya etilsa, suitsidal fikrlar kuchayishi mumkin. *Monelik qiluvchi holatlar*: miasteniya, bronxial astma, glaukoma va tungi apnoe. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka – 0,25; 0,5 va 1 mg.

6. Triazolam (xalsion) – benzodiazepinlar guruhiga mansub qisqa muddat ta'sir etuvchi va tez uyqu chaqiruvchi trankvilizator. Bu dori qabul qilingach, 15-20 daqiqa ichida uyqu keladi. Triazolam, shuningdek, miorelaksatsiya, antikonvulsiv va kuchli anksiolitik ta'sirlarga ham ega. 18 yoshgacha tavsiya etilmaydi. Asosiy ko'rsatmasi – uyqusizlik. *Nojo'ya ta'sirlari*: uyquchanlik, bosh aylanishi, koordinatsiya buzilishi. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka – 0,25 mg.

7. Xlordiazepoksid (elenium, xlozepid, librium) – seduksenga qaraganda yengilroq ta'sirga ega trankvilizator. Ko'rsatmasi, nojo'ya ta'sirlari va monelik qiluvchi holatlar seduksen kabi, biroq birmuncha yengil ifodalangan. Bu dori 4 yoshgacha tavsiya etilmaydi. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka – 5 va 10 mg; ampula – 2 ml (100 mg).

8. Klonezapam (rivotril, antelepsin, kloneks) – benzodiazepinlar guruhiga mansub antikonvulsant. Kuchli anksiolitik, sedativ va miorelaksatsiya chaqiruvchi ta'sirlarga ega. Psixopatologik o'zgarishlar bilan namoyon bo'luvchi epilepsiya, organik psixoz va psixomotor qo'zg'alishlar, somnambuliya, muskullar gipertonusi, uyqusizlik, ab-

stinent sindrom, o'tkir affektiv buzilishlar, tremor, neyroleptik sindrom (akatiziya, diskineziya, katalepsiya, katotoniya, bezovta oyoqlar sindromi), migren, trigeminal nevrалgiya, deliriya va gallyutsinatsiya, fobiya va xavotir bilan kechuvchi nevrologik kasalliklarda buyuriladi. Bu dori har qanday yoshda, hatto chaqaloqlarga ham beriladi. Farmakorezistent epilepsiyada ham samarali. Klonazepamni boshqa antipsixotik dorilar (masalan, neyroleptiklar), antikonvulsantlar, trisiklik antidepressantlar, uxlatuvchi dorilar, sedativ dorilar, analgetiklar, miorelaksantlar bilan birgalikda tavsiya etish mumkin. *Nojo'ya ta'sirlari*: uyquchanlik, bosh aylanishi, bosh og'rishi, terida toshmalar, umumiy holsizlik. *Monelik qiluvchi holatlar*: Miasteniya, homiladorlik, laktatsiya davri, bronxial astma, glaukoma, o'tkir mastlik davrida va og'ir depressiyada tavsiya etilmaydi (suitsid kuchayishi mumkin). *Ishlab chiqarilishi*: 0,25, 05, 1 va 2 mg li tabletkalar.

Turli kimyoviy guruhga mansub tranvilizatorlar

1. Benaktizin (amizil) – markaziy xolinolitik ta'sirga ega kuchli trankvilizator. Spazmolitik, antigistamin, analgetik va antiserotoninergik ta'sirlarga ega. *Ko'rsatmalari*: nevrasteniya, xavotir, fobiya, depressiya, neyrodermit, parkinsonizm, oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasi, xolesistit, kolit, nevrogen yo'tal, ichki a'zolar operatsiyasidan keyingi og'riqlar. *Nojo'ya ta'sirlari*: bosh aylanishi, taxikardiya, midriaz, og'iz qurishi, dispepsiya. Glaukomada mumkin emas. *Ishlab chiqarilishi*: tabletkalar – 2 mg.

2. Meprotran (meprobamat, trankvil, sedazil) – anksiolitik, sedativ va miorelaksant ta'sirga ega trankvilizator. *Ko'rsatmalari*: reaktiv nevroz va psixoz, vegetativ distoniya sindromi, oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasi, klimakterik va predmenstrual buzilishlar, uyqusizlik, arterial gipertenziyaning boshlang'ich davri, psixosomatik va somatogen og'riqlar. *Nojo'ya ta'sirlari*: eyforiya, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, koordinatsiya buzilishi, ortiqcha asabiy qo'zg'aluvchanlik. *Monelik qiluvchi holatlar*: epilepsiya, miasteniya, homiladorlik (I trimestr), laktatsiya davri, 8 yoshga to'lmagan bolalar. *Ishlab chiqarilishi*: tabletkalar – 200 va 400 mg.

3. Tofizopam (grandaksin) – benzodiazepin unumlarining atipik turiga mansub kunduzgi anksiolitik. Trankvilizatsiya va psixostimulyatsiya qilish xususiyatlari deyarli bir xil ifodalangan. Shu bois vegetativ distoniya sindromining barcha turlarida psixovegetativ regulyator sifatida keng qo'llaniladi. Nevroz, somatonevroz, klimakterik sindrom, posttravmatik stress sindromi, psixosomatik buzilishlar, alkogolizm da abstinent sind-

rom, simpatalgiya, psixalgiya va neyropatik og'riqlarda tavsiya etiladi. Klassik benzodiazepinlardan farqli o'laroq, terapevtik dozada qabul qilinsa, jismoniy va ruhiy qaramlik chaqirmaydi, miorelaksatsiya kuzatilmaydi, gipnosedatsiya bo'lmaydi. Shu bois miasteniya va miopatiya bu dorini tavsiya etishga monelik qilmaydi. *Nojo'ya ta'sirlari*: ortiqcha asabiy qo'zg'aluvchanlik, bosh og'rig'i, uyqusizlik, allergik reaksiyalar. *Monelik qiluvchi holatlar*: homiladorlik (I trimestr), laktatsiya davri, giperstenik nevroz, agressiya, tungi apnoe. Bu dori 18 yoshgacha tavsiya etilmaydi. *Nisbiy monelik qiluvchi holatlar*: glaukoma va epilepsiya. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka – 50 mg.

4. Mebikar (adaptol) – kunduzgi trankvilizator (anksiolitik). Uyqu va miorelaksatsiya chaqirmaydi, koordinatsiyaga ta'sir qilmaydi. Neyroleptiklar va boshqa trankvilizatorlar bilan birgalikda tavsiya qilish mumkin. *Ko'rsatmalar*: nevroitik va psixotik buzilishlar, shu jumladan, qo'rquv, xavotir, vahima, ortiqcha emotsional qo'zg'aluvchanlik, gipomaniakal holatlar, senil psixozlar, alkogolizm va narkomaniyada psixopatologik o'zgarishlar, organik gallyutsinozlar, nikotinga bog'lanib qolish (yordamchi dori sifatida). *Tavsiya etish tartibi*: Kattalarga 300-500 mg dan kuniga 2-3 mahal, 10 yoshdan oshgan bolalarga ushbu dozaning yarmi tavsiya etiladi. Biroq kasallik turi va darajasiga qarab kattaroq dozalarda ham beriladi. Davolash davomiyligi 3 oygacha. *Nojo'ya ta'sirlari* kam. Teri qichishi, arterial gipotoniya, uyquchanlik, bosh aylanishi, umumiy holsizlik kuzatilishi mumkin. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka va kapsula shaklida – 300 va 500 mg. *Monelik qiluvchi holatlar*: homiladorlik va laktatsiya davri. AQB o'ta past holatlarda ehtiyotkorlik talab qilinadi.

5. Trimetozin (trioksazin) – tinchlantiruvchi xususiyatga ega kunduzgi trankvilizator. Miorelaksatsiya chaqirmaydi. *Ko'rsatmalar*: nevrasteniya, qo'rquv, xavotir, vahima, apatiya, adinamiya, surunkali charchash sindromi, vagotoniya bilan kechuvchi vegetonevroz. *Qabul qilish tartibi*: Bir tabl. (300 mg) kuniga 2 mahal ovqatdan keyin ichishga buyuriladi. Bolalarga kam dozada tavsiya etiladi. *Nojo'ya ta'sirlari*: og'iz qurishi. ko'ngil aynishi, uyquchanlik, xolsizlik. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka – 300 mg.

6. Afobazol – benzodiazepin retseptorlari agonistlari sinfiga kirmaydigan selektiv anksiolitik. Gipnosedatsiya va miorelaksatsiya chaqirmaydi. Kognitiv funksiyalarga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi, balki ruhiyatni faollashtirish xususiyatiga ega. Doriga o'rganib qolish kuzatilmaydi. *Ko'rsatmalar*: astenik nevroz, xavotirli-fobik sindromlar, vegetonevroz, somatonevroz

(psixosomatik buzilishlar), uyqu buzilishlari, klimakterik va menstrual davrdagi psixoemotsional buzilishlar, adaptatsiya buzilishlari. *Monelik qiluvchi holatlar:* homiladorlik va laktatsiya davri, 18 yoshgacha bo'lgan davr. *Tavsiya etish tartibi:* Bir tabl (10 mg) dan kuniga 3 mahal. *Ishlab chiqarilishi:* tabletka – 10 mg.

14.3.3. Neyroleptiklar

“Neyroleptik” 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 ifodalangan antipsixotik vositalar ustida ish olib bormoqdalar.

Neyroleptiklarga aminazin, galoperidol, droperidol, frenolon, triftazin, neuleptil kabi dorilar kiradi. Ularning turi juda ko'p bo'lib, asosan psixiatriyada qo'llaniladi. Klassik neyroleptiklarning eng ko'p tarqalgan nojo'ya ta'siri turli darajada ifodalangan **ekstrapiramidal buzilishlardir**. Shuning uchun ham klassik neyroleptik tavsiya qilingan bemorga ekstrapiramidal buzilishlarning oldini oluvchi dorilar (siklodol, parkopan) buyuriladi.

Keyinchalik atipik neyroleptiklar ishlab chiqarildi va ular ekstrapiramidal buzilishlarni deyarli chaqirmaydi. Bular olanzapin, risperidon, kvetiapin, sulpirid va h.k. Psixosomatik buzilishlarda atipik neyroleptiklar masalan, sulprid qo'llaniladi. Atipik neyroleptikni qabul qilgan bemorda psixomotor va affektiv reaksiyalar pasayadi, biroz karaxtlik paydo bo'ladi, uyqusirab yuradi. Bunday dorilar uxlatuvchi va sedativ dorilarning kuchini oshiradi.

Neyroleptiklarning kimyoviy tuzilishi va farmakologik ta'siriga qarab turli xil tasniflari mavjud. Tipik va atipik neyroleptiklarga ta'rif berib o'tamiz.

I. Tipik neyroleptiklar

1. Xlorpromazin (aminazin) – kuchli antipsixotik ta'sirga ega tipik neyroleptik. Kuchli sedatsiya chaqiradi. Psixomotor qo'zg'alishlar, alkohol va narkotik dorilar bilan bog'liq o'tkir psixoz va deliriya (abstinent sindrom), o'tkir gallyutsinatsiya va vasvasalar, kuchli xavotirli-fobik buzilishlar, maniakal psixozlar, ketma-ket qusishlar (shu jumladan, homiladorlikda), kuchli dermatozlar, Men'er sindromi xuruji, kuchli

xavotir, tinimsiz bezovtalikda qo'llaniladi. *Nojo'ya ta'sirlari*: AQB tushishi, kollaps, parkinsonizm. *Ishlab chiqarilishi*: draje – 25, 50 va 100 mg; ampula – 1, 2, 5 va 10 ml 2,5 % li eritmalar.

2. Galoperidol – kuchli antipsixotik ta'sirga ega tipik neyroleptik. Shizofreniya va shunga o'xshash og'ir ruhiy kasalliklarda keng qo'llaniladi. Nevrologiya amaliyotida kuchli giperkinezlarni bartaraf etishda ham buyuriladi. Ayniqsa, Turett sindromida yaxshi natija beradi. Qayt qilish va tinimsiz hiqichoqda o'ta samarali. Tezda parkinsonizm chaqirganligi bois birinchi kundan qo'shimcha ravishda siklodol ham ichishga buyuriladi. KSJ tufayli rivojlangan organik psixozda mumkin emas. *Ishlab chiqarilishi*: 1,5 mg va 5 mg li tabletkalar; 0,5 % li 1 ml eritma. Galoperidol dekanot nomi bilan uzoq ta'sir qiluvchi inyektsiyalari ham ishlab chiqariladi (Haftada bir marotaba 1 ml mushak ichiga qilinadi).

3. Levomepromazin (tizersin) – kuchli antipsixotik ta'sirga ega tipik neyroleptik. Tezda sedatsiya chaqiradi. Ko'rsatmalar va nojo'ya ta'sirlari xuddi aminazinga o'xshaydi. Deyarli barcha turdagi psixotik buzilishlarda qo'llaniladi, nevrogen qusishlarni tezda bartaraf etadi. Kuchli xavotirli-fobik buzilishlar va bezovtaliklarda ushbu dorini 5 kun venadan tomchilatib yuborib, so'ngra trankvilizator yoki trisiklik antidepressantga o'tish mumkin. Ba'zida kuchli stress tufayli bemor klinikaga tushib qolsa, tizersinni bir marotaba venadan sekin tomchilatib yuborib, so'ngra yengilroq trankvilizatorga o'tiladi. Bemor kollaps holatiga tushib qolishidan ehtiyot bo'lish kerak. Odatda, bunday paytda kofein 2 ml m/i ga qilinadi. Aminazindan farqli o'laroq, tizersinni uzoq muddat tavsiya etsa bo'ladi, ayniqsa, shizofreniyada. Bolalarga 6 yoshdan keyin tavsiya etiladi. *Ishlab chiqarilishi*: draje – 25 mg; ampula – 2,5 % li 1 ml eritma.

4. Trifluoperazin (triftazin) – kuchli antipsixotik ta'sirga ega tipik neyroleptik. Ko'rsatmalari tizersinga o'xshash. Tizersindan farqli o'laroq, biroz stimullovchi xususiyatga ega, ayniqsa kam dozada. Apa-toabulik sindrom va hissiy karaxtlik bilan kechuvchi ruhiy buzilishlarda kengroq qo'llaniladi. Markaziy tipdagi qusishlarni yaxshi bartaraf etadi. Xuddi boshqa klassik neyroleptiklar kabi, triftazin ham shizofreniyada turli gallyutsinator buzilishlar va suitsidal fikrlarni yo'qotishda juda samarali. *Nojo'ya ta'sirlari*: parkinsonizm va allergik reaksiyalar. 6 yoshgacha bo'lgan bolalarga tavsiya etilmaydi. *Ishlab chiqarilishi*: tabletkalar – 5 va 10 mg; ampula – 0,2 % li 1 ml eritma.

5. Flufenazin (ftorfenazin, moditen-depo) – kuchli antipsixotik ta'sirga ega tipik neyroleptik. Ko'rsatmalari triftazinga o'xshab ketadi. Demak, psixostimulyatsiya xususiyati ham bor. Biroq gallyutsinatsiyani

bartaraf etishda triftazindan kuchsizroq. Uzoq davom etuvchi shizofreniyada bu dori 1-5 mg dan kuniga 1 mahal ichishga tavsiya etiladi. Shuningdek, in'ektsiyasi har oyda 1-2 marotaba m/i ga yuboriladi. Ta'siri uzoq davom etadi. Biroq in'eksiya qilishdan oldin siklodol 2 mg ichishga buyuriladi. Bu dorini kuchli bezovtalik bilan namoyon bo'layotgan va boshqa dorilar ta'sir qilmayotgan nevroitik buzilishda ham qisqa muddatga buyurish mumkin. *Nojo'ya ta'sirlari*: parkinsonizm va epileptik xurujlar. *Ishlab chiqarilishi*: tabletkalar – 1, 2,5 va 5 mg; ampulalar – 1 va 2 ml 2,5% li yog'li eritma.

6. Perfenazin (etaperazin) – psixostimulyatsiya xususiyatiga ega tipik neyroleptik. Apatoabulik sindromlar bilan namoyon bo'luvchi ruhiy kasalliklar, psixopatiya va psixasteniya, astenik nevrozda qo'llaniladi. Nevrotik tipdagi qusish (shu jumladan, homilador ayolda) va tinimsiz hiqichoqni ham bartaraf etadi. Boshqa neyroleptiklar kabi psixogen gipertermiyada ham qo'llaniladi. Yengil antigistamin ta'sirga egaligi uchun neyrodermatitlarda qo'shimcha ravishda tavsiya etiladi. *Nojo'ya ta'sirlari*: yengil parkinsonizm, arterial gipotoniya. *Ishlab chiqarilishi*: tabletkalar – 4, 6 va 10 mg.

7. Tioproperazin (majeptil) – kuchli antipsixotik ta'sirga ega tipik neyroleptik. Sedativ ta'siri kamroq. Uzoq davom etuvchi shizofreniya va surunkali psixasteniya (shu jumladan, katatoniya) qo'llaniladi. Nojo'ya ta'sirlari boshqa neyroleptiklarga o'xshash. *Ishlab chiqarilishi*: tabletkalar – 10 mg; ampulalar – 1 ml (10mg) 1% li eritma.

8. Perisiazin (neuleptil) – sedativ xususiyatga ega tipik neyroleptik. Bu dorini "xulq-atvor korrektori" deb ham atashadi. Chunki o'smirlarda kuzatiladigan agressiya bilan namoyon bo'luvchi xulq-atvor buzilishlarida yaxshi samara beradi. Tunda bezovtalanib uyg'onishlarda uyqudan oldin 1 kaps. (10 mg) ichib yotiladi. Psixogen gipertermiyani ham davolashda samarali hisoblanadi. *Nojo'ya ta'sirlari*: boshqa neyroleptiklar kabi, biroq sust ifodalangan. *Ishlab chiqarilishi*: kapsulalar – 10 mg. Bolalar uchun flakonlarda – 4% li eritma (1 tomchida 1 mg neuleptil bor).

9. Pipotiazin (piportil) – organizmda uzoq muddat saqlanuvchi tipik neyroleptik. Kuchli ifodalangan turg'un gallyutsinatsiya va shu kabi boshqa psixopatologik sindromlar bilan kechuvchi og'ir shizofreniya va surunkali psixozlarda keng qo'llaniladi. *Ishlab chiqarilishi*: tabletkalar – 10 mg; ichish uchun tomchilar – 30 ml 4% li eritma; ampulalar – 1 ml (25 mg) va 4 ml (100 mg) li yog'li eritma, mushak ichiga inyeksiya uchun.

10. Propazin – kuchli antipsixotik ta'sirga ega tipik neyroleptik. Ta'sir qilish mexanizmi va ko'rsatmalari aminazinga o'xshaydi. Biroq undan biroz kuchsizroq va kam sedatsiya chaqiradi, toksik ta'siri ham kam. Shu bois

bu dori bolalar va madorsiz bemorlardagi psixotik buzilishda tavsiya etiladi. *Nojo'ya ta'sirlari*: aminazinga qarang. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka – 2,5 mg, 5 mg; ampula – 2 ml 2,5 % li eritma.

11. Droperidol – tez va qisqa muddat ta'sir qiluvchi kuchli neyroleptik. Shu bois anesteziologiya va neyroleptanalgeziya amaliyotida ko'p qo'llaniladi. Operatsiyadan oldingi va keyingi psixomotor qo'zg'alishlar, boshqarib bo'lmaydigan o'tkir psixoz, alkogol va narkotik deliriya, og'riqli sindrom, og'riqli shokda (miokard infarkti, katta kussyishlar) qo'llaniladi. Parenteral yuborilgandan so'ng 3–10 daqiqa ichida ta'sir etadi. Neyroleptik va sedativ ta'siri 4-12 soat saqlanadi. *Nojo'ya ta'sirlari*: arterial gipotoniya, aritmiya, vaqtinchalik apatiya va depressiya holati. Dori mushak ichiga qilinadi yoki venadan juda sekinlik bilan yuboriladi. 2 yoshgacha bo'lgan bolalarga mumkin emas. *Ishlab chiqarilishi*: ampula – 10 ml 0,25 % li eritma.

12. Pimozid (orap, oralep) – kuchli antipsixotik ta'sirga ega tipik neyroleptik. Ta'sir qilish mexanizmi, ko'rsatmalari, nojo'ya ta'sirlari galoperidolga o'xshaydi, biroq ta'siri uzoqroq davom etadi. Shu bois surunkali kechuvchi shizofreniya, ruhiy va nevrologik kasalliklar tufayli o'zgargan turg'un davom etuvchi xulq-atvor buzilishlari va giperaktiv holatlar, paranoyya, surunkali alkogolizm va narkomaniya sababli rivojlangan psixopatologik sindromlarda qo'llaniladi. Nevrologiya amaliyotida surunkali kechuvchi giperkinezlarda (masalan, Turett sindromi) ham samarali. Bolalarga 12 yoshdan keyin tavsiya etiladi. *Ishlab chiqarilishi*: 1 mg li tabletkalar.

13. Trifluoperidol (trisedil) – kuchli antipsixotik ta'sirga ega tipik neyroleptik. Yaxshi ifodalangan antiepileptik ta'siri ham bor. Psixomotor qo'zg'alishlar, o'tkir maniakal-depressiv psixoz, turli etiologiyali deliriya, gallyutsinator-illyuzor buzilishlar, ajitatsiya bilan kechuvchi depressiyada keng qo'llaniladi. Epileptiform psixozlar va turg'un epixarakterda ham samarali. Boshqa neyroleptiklar kabi nojo'ya ta'sirlari bor. Bolalarga 2 yoshdan keyin mumkin. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka 0,5 mg; ampula – 1 ml 0,25 % li eritma (m/i ga qilinadi); flakonlar – 10 ml 0,1 % li eritma (ichish uchun).

14. Fluspirilen – kuchli antipsixotik ta'sirga ega tipik neyroleptik. Ta'sir mexanizmi galoperidolga o'xshasa-da, sedatsiya va uyqu chaqirmaydi. Shu bois ambulator tibbiyotda surunkali kechuvchi ruhiy kasalliklarda keng tavsiya etiladi. *Ishlab chiqarilishi*: ampula – 2 ml (suspensiya). Bir haftada bir marotaba m/i ga qilinadi.

15. Alimemazin (teralen) – biroz yengil antipsixotik ta'sirga ega neyroleptik, sedativ, antigistamin va spazmolitik xususiyati ham bor. Ta'sir

doirasi sanopaksga o'xshaydi. Psixovegetativ va psixosomatik buzilishlarda keng qo'llaniladi, hiqichoq, qayt qilish, teri qichimasi va turli senestopatiyalarda samarali, gipertermiyani pasaytiradi. Ipoxondrik nevroz, psixasteniyaya, xavotirli-depressiv sindrom, fobiya va uyqu buzilishlarida keng qo'llaniladi. Farmakologik ta'siri yengil ifodalanganligi va nojo'ya ta'siri kamligi bois, bolalar (7 yoshdan oshgan) va qariyalarga ham tavsiya etiladi. Psixosomatik tibbiyotda keng qo'llaniladi. Shizofreniya kabi jiddiy ruhiy kasalliklarda samarasi o'ta sust. Ko'rsatmaga binoan bir kunda 2-3 mahal tavsiya etiladi. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka – 5 mg; ampula – 5 ml 0,5% li eritma; ichish uchun tomchilar – 4 % li eritma.

16. Metofenazat (frenolon) – yengil tipik neyroleptik. Antipsixotik ta'siri tizersin va triftazinga qaraganda sustroq. Frenolon psixostimulyatsiya qilish xususiyatiga ega. Shu bois stupor va apatoabulik sindrom bilan namoyon bo'luvchi shizofreniya va boshqa ruhiy buzilishlar, shu jumladan, nevrotik depressiya va astenik tipdagi nevrozlarda tavsiya etiladi. Bolalarda oligofreniya xulq-atvorning keskin buzilishlari bilan namoyon bo'lsa ham frenolon buyuriladi. Qariyalarda demensiya psixomotor karaxtlik va depressiya bilan kuzatilsa frenolon yaxshi samara beradi. Nojo'ya ta'siri yengil parkinsonizm. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka (draje) – 5 mg; ampula – 0,5 % li 1 ml eritma.

II. Atipik neyroleptiklar

1. Azaleptin (azaleptol, klozalan, leponeks, klozapin) – atipik neyroleptik. Ekstrapiramidal buzilishlar chaqirmaydi, biroq ko'p uxlatadi. Psixoz bilan namoyon bo'luvchi parkinsonizm ham buyuriladi. Shizofreniyaning har qanday turida va maniakal-depressiv psixoz va suitsidal urinishlarda samarali. Avval kichik dozada tavsiya etiladi va terapevtik dozaga yetkazilgach, uzoq muddat (oylab, yillab) ichishga buyuriladi. Terapevtik dozada qabul qilinayotgan dorini birdan to'xtatish mumkin emas. Azaleptin va shu kabi boshqa dorilarni asossiz ravishda kam dozada tavsiya etish va davolashni vaqtli to'xtatish ko'zlangan natijani bermaydi. 5 yoshdan oshgan bolalarga tavsiya etish mumkin. UHA va karbamazepin bilan birgalikda berishdan ehtiyot bo'lish kerak. *Nojo'ya ta'sirlari*: muskullar holsizligi, uyquchanlik, ortostatik sindrom. *Monelik qiluvchi holatlar*: og'ir yurak-qon tomir, jigar va buyrak kasalliklari, gematologik buzilishlar, epilepsiya, glaukoma, homiladorlik. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka – 25 va 100 mg; ampula – 2 ml 2,5% li eritma (m/i ga).

2. Karbidin (dikarbin) – antipsixotik va antidepressiv ta'sirga ega atipik neyroleptik. Shizofreniyaning har qanday turi va shu kabi boshqa ruhiy

buzilishlarda alkogol bilan bog'liq psixozlar, abstinent sindrom, apatiya, abuliy va depressiya bilan namoyon bo'luvchi ruhiy kasalliklarda keng qo'llaniladi. *Ishlab chiqariliish*: tabletka – 25 mg; ampula – 2 ml 1,25 % li eritma (m/i ga).

3. Olanzapin (zipreksa, egolanza, olzap) – ta'sir doirasi keng atipik neyroleptik. Psixiatriya va psixonevrologiya amaliyotida keng qo'llaniladi. Barcha turdagi o'tkir va surunkali ruhiy buzilishlarda tavsiya etiladi. 18 yoshgacha mumkin emas. Bir kunlik terapevtik dozasi – 5-20 mg. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka 2,5; 5; 7,5 va 10 mg; Flakon 5 ml (10 mg olanzapin). Faqat mushak ichiga tavsiya etiladi, t/o va v/i ga esa yuborilmaydi.

4. Risperidon (rispolept, rispaksol, sedareks) – atipik neyroleptik. Shizofreniya va shu kabi boshqa ruhiy kasalliklarda, shu jumladan, farmakorezistent turida keng qo'llaniladi. Ruhiy kasalliklar qayta qo'zg'amasligi uchun remissiya davrida ham profilaktik dozada buyuriladi. Boshqa neyroleptiklar kabi obsessiv-kompulsiv buzilishlarda ham tavsiya etiladi. Yengil sedativ, gipotermik va qusishga qarshi ta'sirlari ham bor. O'smirlarda xulq-atvorning agressiv ko'rinishlarini korreksiya qilishda ham ishlatiladi (15 yoshdan keyin). *Nojo'ya ta'sirlari*: uyqu buzilishi, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qabziyat va kam hollarda ekstrapiramidal buzilishlar. *Monelik qiluvchi holatlar*: parkinsonizm va epilepsiya. *Ishlab chiqarilishi*: tabletka – 1, 2 va 4 mg (ichish va til ostiga); flakon – 30 va 100 ml ichish uchun.

5. Kvetiapin (ketilept) – atipik neyroleptik. Kvetiapin bosh miyaning bir qator, ya'ni serotonin, dofamin, gistamin va adrenergik reseptorlariga ta'sir ko'rsatadi. Shu bois uning ta'sir doirasi keng. Psixiatrlar: *“Ruhiy kasalliklarda kvetiapin samarasi galoperidol bilan deyarli teng, biroq dozani zarur miqdorga etkaza olish kerak”*, deb hisoblashadi. Kvetiapin organizmda 12 soat saqlanadi, shu bois kuniga 2 mahal tavsiya qilinadi. Ekstrapiramidal buzilishlar deyarli kuzatilmaydi. Shu bois bu dori uyqusizlik va psixotik buzilishlar bilan namoyon bo'luvchi parkinsonizmga kam dozada (25-50 mg) buyuriladi. *Ko'rsatmalar*: endogen depressiya, o'tkir va surunkali psixozlar, shu jumladan, shizofreniya, maniakal-depressiv psixoz va boshqa turdagi bipolyar buzilishlar. *Tavsiya qilish tartibi*: ovqatga bog'liq bo'lmagan holda quyidagi sxema bo'yicha kuniga 2 mahal ichishga buyuriladi: bir kunlik doza 1-kuni 50 mg, 2-kuni 100 mg, 3-kuni 200 mg, 4-kuni 300 mg. So'nggi kunlari dorining dozasi sekin-asta 500 mg gacha oshirib boriladi. Biroq bunday sxema shizofreniya va boshqa og'ir ruhiy kasalliklarda qo'llaniladi. Engil holatlarda kam dozada (25-50 mg) tavsiya etiladi. Dastlabki kunlari dori kuchli uyquchanlik chaqiradi va arterial

gipotenziya kuzatiladi. Ba'zida ortostatik gipotenziya kuchliroq namoyon bo'ladi. Bu haqda bemor ogohlantirilishi kerak. Agar shunday vaziyat ro'y bersa, 2 ml kofein mushak ichiga qilinadi. Shu bois ambulator tibbiyotda kechqurun ichishga buyuriladi. Kvetiapin, ayniqsa, maniakal-depressiv buzilishlarda samarali. Chunki uning ham antipsixotik, ham antidepressiv ta'sirlari bor, biroq antidepressiv ta'siri sust. Kvetiapinni boshqa neyroleptiklar, trankvilizatorlar va antidepressantlar bilan birgalikda buyurish mumkin. Chunki aksariyat hollarda ularning samarasini oshiradi. *Nojo'ya ta'sirlari*: uyquchanlik, ortostatik gipotenziya, ba'zida sinkope, bosh aylanishi, rinit, taxikardiya, og'iz qurishi, dispepsiya. *Monelik qiluvchi holatlar*: homiladorlik va laktatsiya davri, 18 yoshgacha bo'lgan bolalar. *Nisbiy monelik qiluvchi holatlar*: epilepsiya, insult, infarkt, og'ir yurak-qon tomir yetishmovchiligi, arterial gipotenziya, keksalik, jigar yetishmovchiligi. *Ishlab chiqarilishi*: tabletkalar – 25, 100, 150, 200, 300 mg.

6. Tioaksanten gidroklorid (xlorprotiksen, truksal, xlotiksen) – yumshoq ta'sirga ega neyroleptik. Ambulator tibbiyotda keng qo'llaniladi. Antipsixotik, sedativ, antidepressiv va birmuncha antikonvulsiv hamda analgetik ta'sirga ega. Turli etiologiyali psixotik, nevrotik va somatoform buzilishlar, shu jumladan, organik psixozlarda keng qo'llaniladi. Qo'rquv, xavotir, vahima va agressiya bilan namoyon bo'luvchi patologik sindromlarda samarali. Alkogolizm va narkomaniyada kuzatiladigan abstinent sindrom va xulq-atvor buzilishlari, bolalardagi agressiya va psixomotor qo'zg'alishlarda ham buyuriladi. Bolalarga 6 yoshgacha tavsiya etilmaydi. Ambulator tibbiyotda sust kechuvchi shizofreniyada uzoq muddat qabul qilinadi. Senil demensiyadagi agressiv xulq-atvorni korreksiya qilishda ham keng qo'llaniladi. Gipotermik xususiyati bor, qayt qilishni kamaytiradi. *Nojo'ya ta'sirlari*: gipotoniya, taxikardiya, ba'zida ekstrapiramidal buzilishlar. *Monelik qiluvchi holatlar*: parkinsonizm, epilepsiya, barbituratlar, alkooldan zaharlanish. *Ishlab chiqarilishi*: tabletkalar (draje) – 15 va 50 mg.

7. Tioridazin (sonapaks, melleril) – yumshoq antipsixotik ta'sirga ega neyroleptik. Yengil stimulyatsiyalovchi, timoleptik, antigistamin va antidepressiv xususiyatlari bor. Biroz yengil ifodalangan psixotik va nevrotik buzilishlar, shu jumladan, organik psixozda keng qo'llaniladi. Bu dori surunkali kechuuvchi paranoidal shizoaffektiv buzilishlar, psixopatik xulq-atvor, involyutsion psixoz, surunkali alkogolizm va abstinent sindromlar, psixosomatik va psixovegetativ buzilishlar, depressiv kayfiyat va vahima bilan kechuvchi markaziy nerv sistemasining organik kasalliklarida tavsiya etiladi. Teridagi tinimsiz qichima, yaracha, dog'lar va psixogen gipertermiyada ham buyuriladi. Yaqqol terapevtik ta'siri 7-10 kundan ke-

yin bilinadi. Odatda, 1 tabletka (10 yoki 20 mg) kuniga 2-3 mahal tavsiya etiladi. Bolalarda (7 yoshdan soʻng) giperaktiv holatlarni pasaytirish uchun ham buyurilishi mumkin. *Ishlab chiqarilishi*: draje – 10 va 25 mg.

8. Sulpirid (eglonil, prosulpin) – yengil antipsixotik, vegetotrop, timoleptik va stimulyatsiyalovchi xususiyatlarga ega atipik neyroleptik. Bolalar, oʻsmirlar va kattalarda kuzatiladigan psixovegetativ va psixosomatik buzilishlarni korreksiya qilishda keng qoʻllaniladi. Shuningdek, apatiya, astenik nevroz va nevroitik depressiyada ham samarali. *Nojoʻya taʼsirlari*: AQB oshishi, uyqu buzilishi, ortiqcha qoʻzgʻaluvchanlik, giperprolaktinemiya. Oʻrganib qolish chaqirmaydi. Bolalarga 6 yoshdan keyin mumkin. *Monelik qiluvchi holatlar*: parkinsonizm, epilepsiya, feoxromositoma, koʻkrak bezi va gipofiz oʻsmalari. *Ishlab chiqarilishi*: kapsula (tabl) – 50 va 200 mg; ampula – 2 ml 5 % li eritma (m/i ga); flakon – 200 ml (bolalarga ichish uchun).

14.3.4. Sedativ dorilar

Sedativ dorilar – asosan giyohli oʻsimliklardan tayyorlangan yengil tinchlantiruvchi xususiyatga ega dorilar. Trankvilizatorlarga qaraganda sedativ (lot. *sedatio* – tinchlantirmoq) dorilarning fobiya va xavotirga taʼsiri ancha past. Bu guruhga mansub dorilar MNS qoʻzgʻaluvchanligi bilan bogʻliq nevroitik buzilishlarni bartaraf etadi, yurak-qon tomir faoliyatiga ijobiy taʼsir koʻrsatadi, spazmolitik xususiyatga ham ega. Ular trankvilizatorlarga oʻxshab kuchli uyquchanlik chaqirmaydi, muvozanat va koordinatsiyaga salbiy taʼsir qilmaydi, muskullar tonusini pasaytirmaydi, oʻrganib qolish taʼsiriga ega emas. Lekin kundalik dozasi oshib ketsa, uyquchanlik chaqiradi va bemorni birmuncha boʻshashtiradi. Sedativ dorilarning organizmga nojoʻya taʼsiri kamligi tufayli ularni ish faoliyatidan ajralmagan holda qabul qilish mumkin. Mashina haydashga ham cheklovlar qoʻyilmaydi. Sedativ dorilar analgetik va boshqa psixotrop dorilar taʼsirini kuchaytiradi. Sedativ dorilarni 1-2 oydan ortiq qabul qilish tavsiya etilmaydi.

Sedativ dorilar 2 guruhga ajratiladi: 1) bromidlar; 2) giyohli oʻsimliklardan tayyorlangan dorivor vositalar.

Bromidlar – brom asosida kimyoviy usul bilan tayyorlangan dorilar.

1. Natriy bromid. Nevrasteniya, kardionevroz, nevroitik tiklar va arteriyal gipertoniyaning dastlabki bosqichida keng qoʻllaniladi. Natriy bromidni bir yoshdan boshlab berish mumkin. Bolalarga 1 choy qoshiqdan, kattalarga 1 osh qoshiqdan kuniga 3 mahal yoki 2 tabletkadan 3 mahal ichish tavsiya etiladi. *Ishlab chiqarilishi*: 0,5 g li tabletka, kukun va 3 % li 100 ml

flakon. Dorini uzoq muddat qabul qilsa, “bromizm” rivojlanadi. Uning belgilari: burun bitishi, konyunktivit, yo‘tal, teriga toshma toshishi va umumiy holsizlik. Bunday paytda 0,9 % li 1000 ml natriy xlorid venadan tomchilatib yuboriladi, kam-kamdan ko‘p miqdorda suv ichiladi.

2. Kaliy bromid. Ko‘rsatmalari, ta‘sir qilishi va tavsiya etiladigan dozasi xuddi natriy bromid kabi. Ishlab chiqarilishi 0,5 g li kukun va tabletkalar.

3. Bromkamfora. Ko‘rsatmalari, ta‘sir qilishi va tavsiya etiladigan dozasi xuddi boshqa bromidlar kabi. Ishlab chiqarilishi: 0,25 g li tabletkalar.

Giyohli o‘simliklardan tayyorlangan sedativ dorilar

1. Valerian dorilari. Turli ko‘rinishlarda ishlab chiqariladi. **1) Valerian nastoykasi.** Kattalarga 20-30 tomchidan $\frac{1}{4}$ stakan suvga qo‘shib kuniga 3 mahal ichishga buyuriladi. Ovqatdan yarim soat oldin ichiladi. Bu dori 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga hamda homiladorlik va laktatsiya davrida buyurilmaydi. Ishlab chiqarilishi: 30 ml li flakonlar. **2) Valerian ekstrakti.** Bu dori 2 tabletka (40 mg) kuniga 3-4 mahal ichishga buyuriladi. Ovqatdan yarim soat oldin ichiladi. Vaziyatga qarab dorining dozasi oshirilishi mumkin. Ishlab chiqarilishi: 20 mg – tabletkalar. Homiladorlik va laktatsiya davrida berilmaydi. Shuningdek, 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga mumkin emas.

2. Korvalol (valokordin). Sedativ va spazmolitik ta‘siridan tashqari, yurak urib ketishini pasaytirish va qon bosimni biroz tushirish xususiyatiga ega. Kuchli asabiylashish, qo‘rquv, vahima sababli yuzaga kelgan yurak faoliyati buzilishlarida (masalan, taxikardiya, koronarospazm) “tez yordam” maqsadida keng qo‘llaniladi va tez tinchlantiradi. Biroq uxlatuvchi ta‘siri deyarli yo‘q. Nevrotik qo‘zg‘alishlar sababli ko‘tarilgan AQB ni tushiradi. Ovqatdan oldin 15-30 tomchidan kuniga 2-3 mahal ichishga tavsiya etiladi. Taxikardiya va yurak arteriyalari spazmida 40 tomchi beriladi. Bromidlarga qaraganda karvalol ta‘sirini bemor tezroq sezadi va nojo‘ya ta‘siri deyarli yo‘q. Ishlab chiqarilishi: 15 ml li flakonlar.

3. Arslonquyruq tindirmasi (Tinctura Leonuri). Ko‘rsatmalari va ta‘sir qilishi xuddi valerian dori vositalari kabi. Nojo‘ya ta‘siri deyarli yo‘q. Ishlab chiqarilishi: 25 ml li flakonlarda.

Kompleks tarkibga ega sedativ dorilar

1. Sedavit – tarkibida quyuq sedavit ekstrakti, piridoksin gidroxlorid va nikotinamid saqlovchi sedativ dori. Nevrasteniya, doimiy psixoemotsional zo‘riqish bilan ishlaydigan holatlar (menejer sindromi), reaktiv nevroz va psixoz (yengil turlari), surunkali charchash sindromi, diqqat tarqoqligi, kardionevroz, arterial gipertenziyaning yengil bosqichi, uyqusizlik, nevrogen qichimalar, zo‘riqish, bosh og‘rig‘i, migren (yordamchi dori sifatida), klimakterik sindrom, nevroz sababli hayz buzilishlarida tavsi-

ya etiladi. Sedavit 2 tabletkadan kuniga 3 mahal ovqatdan oldin ichishga buyuriladi. Shuningdek, hayajonli uchrashuvlar yoki kutilayotgan stressli voqealardan 30-60 daqiqa oldin 2 tabletkaga qabul qilish ham mumkin. *Nojo'ya ta'sirlari*: ko'ngil aynishi, taxikardiya, AQB pasayishi, qorinda og'riq, jig'ildon qaynashini kuchaytiradi. *Monelik qiluvchi holatlar*: depressiya, yurak ishemik kasalligi, bronxial astma, spazmofiliya, kuchli arterial gipotenziya, bradikardiya, miasteniya, oshqozon va 12-barmoqli ichak yarasi, giperurikemiya, podagra, siydik-tosh kasalligi, 12 yoshgacha bo'lgan davr, homiladorlik va laktatsiya davri. Tabletkaga shaklida ishlab chiqariladi.

2. Vamelan tarkibida valerian moddasi, qalampir yalpiz va melissa saqlovchi sedativ xususiyatga ega dori. Valerian ekstrakti kabi, biroq undan kuchliroq ta'sirga ega. Kuniga 1 kapsuladan 3 mahal tavsiya etiladi. Yengil uyqu buzilishda uyqudan oldin 1 kapsula ichiladi. *Nojo'ya ta'sirlari*: ko'ngil aynishi, apatiya, qorinda og'riqlar, qabziyat, jismoniy faoliyatning susayishi. *Monelik qiluvchi holatlar*: depressiya, homiladorlik va laktatsiya davri, 18 yoshgacha bo'lgan davr. Kapsula shaklida ishlab chiqariladi.

3. Novo-passit – valerian ildizchalari, do'lana, melissa, dalachoy kabi bir nechta tinchlantiruvchi xususiyatga ega o'simliklardan tayyorlangan sedativ dori. Ta'sir doirasi va ko'rsatmalari sedavitga o'xshash. *Qabul qilish tartibi*: Kattalar va 12 yoshdan oshganlarga 5 ml yoki 1 tabletkaga kuniga 3 mahal ichishga buyuriladi. Ovqatdan oldin qabul qilinadi, agar ko'ngil aynishi paydo bo'lsa, ovqat paytida ichiladi. Zaruratga qarab 10 ml yoki 2 tabletkaga kuniga 3 mahal qabul qilish mumkin. *Monelik qiluvchi holatlar*: miasteniya, 12 yoshgacha bo'lgan davr, surunkali alkogolizm, epilepsiya, og'ir kranioserebral jarohatlar, homiladorlik va laktatsiya davri. Ishlab chiqarilishi: tabletkaga va 100 hamda 200 ml flakonlar.

14.3.5. Nootroplar

“Nootrop” atamasi 1972-yili pirasetamni kashf qilgan olim K. Jiurjea tomonidan taklif etilgan. Shu yildan boshlab mnestik-intellektual funksiyalarini yaxshilovchi dorilar *nootroplar* deb yuritila boshlandi. Nootroplarning oliy ruhiy funksiyalarga ijobiy ta'sirini e'tiborga olib, ular psixotrop dorilar guruhiga kiritildi. Keyinchalik yangi va yangi nootrop dorilar ishlab chiqarildi va ularning nomlanishi ham o'zgardi. Nootroplarning aksariyati hozirgi kunda serebroprotektor, neyroprotektor, neyrotrop dorilar deb ham ataladi.

Farmakologik xususiyati bo'yicha nootrop boshqa psixotrop dorilardan farq qiladi. Ular kuchli ifodalangan sedativ ta'sirga ega emas. Noot-

roplar bosh miyada neyronlararo o'tkazuvchanlikni osonlashtiradi, ikkala yarim shar orasidagi funksional buzilishlarni qayta tiklaydi, integrativ jarayonlarni yaxshilaydi, retikulyar formatsiya faoliyatini kuchaytiradi. Shuningdek, bu dorilar markaziy neyronlardagi energetik jarayonlarga, ishemiyaga uchragan asab to'qimalarining glyukoza va kislorod bilan ta'minlanishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Nootroplar markaziy neyronlardagi bir qator metabolik jarayonlarni tezlashtiradi. 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. Ushbu dorilarning bosh miyada qon aylanishini yaxshilash xususiyati ularning ikkilamchi ta'siridir. Nootroplarning yana bir ijobiy xususiyati organizmga salbiy ta'sirining pastligida.

Nootroplar bosh miya neyronlariga ta'siri kuchli, lekin spinal neyronlarga ta'sir ko'rsatmaydi. Shuning uchun nootroplarni orqa miya kasalliklarida tavsiya qilish befoyda. Nootroplar antidepressantlarning ta'sir kuchini oshiradi. Shuning uchun ham ularni depressiyada qo'shimcha dori sifatida qo'llash mumkin. Somatovegetativ, nevrotik va psixosomatik sindromlarda ham nootroplardan foydalanish samaralidir. Bu dorilar bolalarda uchraydigan aqliy zaiflikni davolashda ham tavsiya qilinadi.

Anksiolitik xususiyatga ega ba'zi nootroplar va ularning qo'llanilishi haqida to'xtalib o'tamiz.

1. Fenibut gidroklorid (γ -amin- β -fenil-yog' kislotasi) – anksiolitik xususiyatga ega nootrop dori. *Farmakologik ta'siri:* Kimyoviy tuzilishi bo'yicha fenibut GAYoK ning fenil unumi hamda feniletilamin unumi hisoblanadi. Ushbu dori atipik neyroleptiklar, trankvilizatorlar, psixostimulyatorlar va antiparkinsonik dorilar ta'sirini kuchaytirdi. Fenibut psixostimulyatsiya qiluvchi ta'sirga ham ega. *Ko'rsatmalar:* nevrasteniya, nevrotik depressiya, apatiya, qo'rquv, xavotir va uyqu buzilishi bilan kechuvchi kasalliklar, bolalarda diqqat tarqoqligi sindromi, tikoz giperkinezlar, duduqlanish, Men'er sindromi va boshqa turdagi bosh aylanishlar, surunkali charchash sindromi, alkogol abstinent sindrom. *Tavsiya etish tartibi:* Bir kunlik terapevtik dozasi 8 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun – 50-125 mg, kattalar uchun kasallik darajasiga qarab 750-1000 mg. *Nojo'ya ta'sirlari:* odatda, yaxshi qabul qilinadi. Dozasi oshirilsa, ortiqcha bezovtalik, jahldorlik, ko'ngil aynishi, qusish va allergik reaksiyalar kuzatiladi. *Monelik qiluvchi holatlar:* homiladorlik (I tirmestr), laktatsiya davri, 2 yoshgacha bo'lgan davr, oshqozon-ichak yarasi. *Ishlab chiqarilishi:* tabletka – 250 mg. Bu dori noofen nomi bilan ham ishlab chiqariladi.

2. Gopanten kislota (pantogam, gopantam) – sedativ xususiyatga ega nootrop dori. *Farmakologik ta'siri.* Pantogamning kimyoviy tuzilishi uning tarkibida pantoten hamda gamma-amin-yog' kislota mavjudligi bilan izohlanadi. Dorining nootrop, sedativ va antikonvulsiv xususiyatlari uning GAYoK reseptorlariga bevosita ta'sir ko'rsatishi bilan bog'liq. Pantogam serebral metabolizmni yaxshilaydi, neyronlarning gipoksiyaga chidamligini oshiradi va ortiqcha qo'zg'aluvchanligini pasaytiradi. Dorining sedativ xususiyati birmuncha stimullovchi ta'siri bilan birgalikda namoyon bo'ladi. Shu bois bu dori aqliy zo'riqishlar bilan ishlaydigan vaziyatlarda ruhiy va jismoniy faollikni ushlab turadi. *Ko'rsatmalari:* bolalar va kattalarda diqqat va xotira buzilishlari, oligofreniya, demensiya, epilepsiya, giperaktiv sindrom, giperkinezlar, duduqlanish, neyroleptik sindrom, enurez. *Nojo'ya ta'sirlari:* uyquchanlik yoki uyqu qochishi, ortiqcha bezovtalik, muskullar holsizligi, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, allergik reaksiyalar. *Monelik qiluvchi holatlar:* homiladorlik (I trimestr), jigar va buyrak yetishmovchiligi. *Tavsiya qilinishi:* Dori dozasi bemorning yoshi va kasallik darajasiga qarab belgilanadi. Kattalar uchun bir kunlik terapevtik dozasi 500 mg dan 3-4 mahal. Qabul qilish davomiyligi – 3-6 oy. Ovqatdan yarim soatdan so'ng ichishga buyuriladi. *Ishlab chiqarilishi:* 250 va 500 mg li tabletka, 100 ml flakon idishlar. *Eslatma:* fenibut va pantogam bir-biriga sinonim emas.

3. Piritinol (ensefabol) – serebral metabolizmni yaxshilovchi psixotrop xususiyatga ega nootrop dori. *Ko'rsatmalar:* oligofreniya, demensiya, turli etiologiyali xotira va diqqat buzilishlari, nevrasteniya, psixasteniya. *Tavsiya etilishi:* chaqaloqlarga kuniga 1 ml suspenziya bir oy davomida ertalab ichiriladi; 2-3 oydan oshgan bolalarga 2,5-5 ml (1/2 va 1 choy qoshiq; 6 oylikdan 1 yoshgacha bo'lgan bolalarga 1/2-1 choy qoshiq suspenziyadan kuniga 1-3 mahal (50 – 300 mg piritinol). Shunday qilib, yosh oshgan sayin dorining dozasi ham oshirib boriladi. Kattalarga 2 choy qoshiqdan kuniga 3 mahal (600 mg piritinol) ichishga beriladi. Dori ovqat paytida yoki ovqatdan keyin ichiladi. Davolash davomiyligi kasallik darajasiga bog'liq bo'lib, 2-4 oyni tashkil qiladi. Oradan 3-4 oy o'tib, bemorning holatiga ko'ra dorini yana tavsiya etish mumkin. Perinatal ensefalopatiyada davolash davomiyligi 6 oygacha. *Nojo'ya ta'sirlari:* psixomotor qo'zg'alishlar, uyqu qochishi, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, jahldorlik. *Monelik qiluvchi holatlar:* epilepsiya, psixomotor qo'zg'alishlar. *Ishlab chiqarilishi:* hajmi 200 ml li flakon.

Glitsevit. Sedativ xususiyatga ega metabolik. Uning tarkibida GAYoK (gamma-amin-yog' kislotalari), glitsin, glutamin kislotalari, piridoksin va folat kislotalari bor. Glitsevitning bunday tarkibi uning sedativ va metabolik ta'sirini ta'minlab beradi.

Farmakologik ta'siri: GAYoK nerv sistemasini tormozlovchi asosiy neyromediator bo'lib, organizmga stress ta'sirini kamaytiradi, psixoemotsional va kognitiv funksiyalarni yaxshilaydi. Glitsin tormozlovchi neyromediator bo'lib, bir qator oqsillar va biologik faol birikmalar tarkibiga kiradi, bosh miyada metabolizmni yaxshilaydi, psixoemotsional qo'zqalishlarni pasaytiradi, sedativ ta'sirga ega, uyquni maromlashtiradi, kognitiv funksiyalarga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, o'rganib qolishni chiqirmaydi.

Glutamin kislotalari bosh miyaning barcha integrativ jarayonlarida ishtirok etuvchi eng muhim aminokislotalar, glutamatergik sinapslar orqali ta'sir ko'rsatib, diqqat, xotira va boshqa mnestik jarayonlarni ta'minlashda bevosita ishtirok etadi, neyronlarda kalsiy kanallarini ochadi, neyronal biokimyoviy ta'sir qilib epileptik qo'zqalishlarni sustlashtiradi. Glutamin kislotalari epilepsiya, somatogen, involyutsion, intoksikatsion psixozlar, reaktiv holatlar, depressiya, aqliy rivojlanishdan orqada qolish, muskullarning zo'rayib boruvchi distrofiyasida keng qo'llaniladi.

Piridoksin markaziy va periferik nerv sistemasining barcha metabolik jarayonlarida ishtirok etadi, epilepsiya va epileptik sindromlar, parkinsonizm, bolalar va kattalarda kuzatiladigan mnestik-intellektual buzilishlar, reaktiv holatlar, nevroz va vegetonevrozlarni davolashda o'ta muhim vitamin hisoblanadi. Folat kislotalari organizm, shu jumladan, nerv sistemasini uchun zarur bo'lgan barcha metabolik jarayonlarda ishtirok etadi.

Ko'rsatmalar: Diqqat va xotira buzilishlari bilan namoyon bo'luvchi nevrasteniyalar, psixasteniyalar, ensefalopatiyalar, epilepsiyada kognitiv va psixoemotsional buzilishlar, bezovta oyoqlar sindromi, polineyropatiyalar, miopatiyalar, o'smirlarda xulq-atvor buzilishlari, surunkali charchash sindromi.

Qabul qilish tartibi: Glitsevit 1 tabl kuniga 2 mahal tavsiya qilinadi.

Nojo'ya ta'sirlari: Bu haqda ma'lumot yo'q.

Monelik qiluvchi holatlar: homiladorlik va laktatsiya davri, individual ko'tara olmaslik va 6 yoshgacha bo'lgan davr.

Ishlab chiqarilishi: 30 tabletkali karton qutichalar.

14.3.6. Psixostimulyatorlar

Psixostimulyatorlar – markaziy nerv sistemasini stimulyatsiya qilib, ruhiy va jismoniy faollikni oshiruvchi dorilar.

Farmakologik ta’siri. Psixostimulyatorlar MNS ning barcha tuzilmalari, shu jumladan, po’stloq, miya ustunidagi uyqu va tetiklik, yurak-qon tomir va nafas olish markazlariga bevosita qo’zg’atuvchi ta’sir ko’rsatadi, reflektor faoliyatni kuchaytiradi. Buning natijasida ruhiy va jismoniy faollik oshadi, diqqat va xotira kuchayadi, uyquchanlik yo’qolib, tetiklik paydo bo’ladi, tashqi ta’sirotlarga reaksiyalar tezlashadi. To’qimalarda moddalar almashinuvi kuchayadi, qonda glyukoza miqdori oshadi, suv-elektrolit almashinuvi faollashadi. Yurak urishi va nafas olish tezlashadi, AQB ko’tariladi, arteriyalar va ichki a’zolar qon tomirlari kengayib, ularda qon oqish tezligi kuchayadi, bronxlar kengayadi, trombositlar agregatsiyasi pasayadi, oshqozon sekresiyasi kuchayadi, diurez faollashadi.

Asosiy ko’rsatmalar: ruhiy va jismoniy faollik keskin pasaygan holatlar, ya’ni apatiya, karaxtlik, astenik nevroz va depressiya, uyquchanlik, melanxoliya, narkolepsiya, surunkali alkogolizm, diqqat tarqoqligi, xotira pasayishi, zo’riqish bosh og’rig’i, migren, turli xil zaharlanishlar sababli nafas olish faoliyati sustlashishi, og’ir ruhiy va somatik kasalliklarda to’shakka “mixlanib qolish”, neyroleptiklar, trankvilizatorlar va uxlatuvchi dorilar ta’siridan chiqarish.

Nojo’ya ta’sirlari: kuchli qo’zg’aluvchanlik va bezovtalik kuzatiladi, uyqu qochadi, taxikardiya kuchayadi, AQB ko’tariladi. Katta dozada ruhiy qo’zg’alishlarni kuchaytirib, tajovuzkorlik chaqiradi, gallyutsinatsiya paydo bo’ladi.

Monelik qiluvchi holatlar: reaktiv nevroz va psixozlar, psixomotor qo’zg’alishlar, qo’rquv va xavotir, uyqusizlik, yurak-qon tomir sistemasining og’ir kasalliklari, shu jumladan, arterial gipertenziya, ateroskleroz, taxikardiya, epilepsiya.

Tibbiy amaliyotda qo’llaniladigan ba’zi psixostimulyatorlar bilan tanihib chiqamiz. Bunday dorilarning yaqqol namoyandasi – bu kofein.

1. Kofein-benzoat natriy – tibbiy amaliyotda keng qo’llaniladigan psixostimulyator. Farmakologik ta’siri, asosiy ko’rsatmalari, nojo’ya ta’sirlari va monelik qiluvchi holatlar yuqorida yoritilgan. *Ishlab chiqarilishi:* ampula – 1 ml (200 mg) va tabletka – 100 mg. Teri ostiga kuniga 1 yoki 2 mahal qilinadi yoki 1-2 tabl. kuniga 2-3 mahal ichishga buyuriladi. Kofein bir qator dorilar tarkibiga ham qo’shilgan.

2. Eleuterokokk ekstrakti. Ruhiy va jismoniy faollikni oshirish maqsadida 20-30 tomchidan kuniga 3 mahal ovqatdan yarim soat oldin suvga qo'shib ichishga buyuriladi. Davolash davomiyligi – 1-2 oy. Eleuterokokk tabletkalarda ham ishlab chiqariladi va 1 tabletkadan kuniga 2-3 mahal tavsiya etiladi. Eleuterokokk, ayniqsa, AQB tushib ketadigan, nimjon, boshi ko'p aylanadigan, ruhan va jismonan tez charchab qoladigan, ko'p yotoqchilaydigan astenik tipdagi o'smirlarga va, shuningdek, uzoq davom etgan somatik kasalliklarda holdan toygan bemorlarga tavsiya etiladi.

3. Jenshen dorilari. Xitoy tibbiyotida ko'p qo'llaniladigan va "Hayot daraxti" deb nom chiqargan jenshen ildizchalaridan tibbiyotda ham, xalq tabobatida ham keng foydalaniladi. Jenshen juda ko'p foydali ingredientlardan iborat va asosan umumiy (ruhiy va jismoniy) quvvatni oshirish maqsadida tavsiya etiladi. Jenshen tindirmasi 20 tomchidan ovqatdan oldin kuniga 2-3 mahal ichishga tavsiya etiladi. Qancha muddat berilishi bemorning ahvoriga bog'liq. Jenshen qo'shib tayyorlanadigan boshqa turdagi dorilar ham ko'p.

14.2-jadval.

Psixotrop dorilarning turli yoshdan boshlab tavsiya etilishi

Antidepressantlar		Trankvilizatorlar	
Dorining nomi	Qaysi yoshdan tavsiya etilishi (yil)	Dorining nomi	Qaysi yoshdan tavsiya etilishi (yil)
Amitriptilin	6	Alprazolam	18
Melipramin	6	Rudotel	10
Anafranil	6	Nozepam (tazepam)	18
Lyudiomil	18	Diazepam (sibazon)	1 oylik
Koaksil	18	Fenazepam	18
Fluoksetin	18	Triazolam (xalsion)	18
Reksetin	18	Elenium (librium)	4
Zoloft	8	Rivotril (kloneks)	1 oylik
Velaksin	18	Meprobamat	8
Sevpram	18	Grandaksin	18
Iksel	15	Mebikar (adaptol)	10
Fevarin	8	Afobazol	18
Mirtel	18	Trioksazin	10
Trittiko	6	Pirroksan	6

Neyroleptiklar			
Tipik neyroleptiklar		Atipik neyroleptiklar	
<i>Dorining nomi</i>	<i>Qaysi yoshdan tavsiya etilishi (yil)</i>	<i>Dorining nomi</i>	<i>Qaysi yoshdan tavsiya etilishi (yil)</i>
Aminazin	1	Azaleptol (klozalan)	5
Galoperidol	3	Karbidin (dikarbin)	18
Tizersin	6	Zipreksa (egolanza)	18
Triftazin	6	Risperidon	15
Moditen-Depo	18	Ketilept	18
Etaperazin	12	Truksal (xlotiksen)	6
Majeptil	18	Sanopaks (melleril)	7
Neuleptil	3	Sulpirid	6
Piportil	18	Sedativ dorilar	
Propazin	12	<i>Dorining nomi</i>	<i>Qaysi yoshdan tavsiya etilishi (yil)</i>
Droperidol	2	Natriy bromid	1
Pimozid	12	Kaliy bromid	1
Trisedil	2	Valerian ekstrakti	12
Fluspirilen	18	Novo-passit	12
Teralen	7	Sedavit	12
Frenolon	10	Sedonik	12
Psixostimulyatorlar		Nootroplar	
<i>Dorining nomi</i>	<i>Qaysi yoshdan tavsiya etilishi (yil)</i>	<i>Dorining nomi</i>	<i>Qaysi yoshdan tavsiya etilishi (yil)</i>
Kofein	2	Fenibut	2
Eleuterokokk	12	Pantogam (gopantam)	2
Jenshen	12	Piritinol(entsefabol)	1 oy

Analeptiklar

Alohida farmakologik guruhga mansub ushbu dorilar psixostimulyatsiya qilish xususiyatiga ega bo'lganligi bois, ular haqida ma'lumotni shu yerda berib o'tamiz. Analeptiklar psixostimulyatorlarga (masalan, kofeinga) qaraganda miya ustunidagi yurak-qon tomir va nafas olish markazlarini kuchliroq qo'zg'aydi. Shu bois ham bu dorilar tez tibbiy yordam qutichasi-

dan o‘rin olgan. Masalan, is gazidan zaharlanib, yurak va nafas olish faoliyati keskin buzilgan holatlarda ushbu analeptiklar qilinadi.

1. Kordiamin – analeptik dori. Turli etiologiyali asfiksiya, kollaps va shokda ushbu doridan tez yordam maqsadida foydalaniladi. Shuningdek, alkogol va narkotiklar hamda suitsid maqsadida ko‘p miqdorda dori qabul qilganlarga ham yurak va nafas faoliyatini tiklash uchun qo‘llaniladi. Bu dorini bir kun qilib to‘xtatib qo‘yish kerak emas (ba‘zan shunday xatoga yo‘l qo‘yiladi). Kordiamin ichish uchun flakonda va parenteral yuborish uchun inyeksiya (1-2 ml li ampula) ko‘rinishida ishlab chiqariladi. Bolalar uchun yoshiga qarab 5-10 tomchi, kattalarga 20 tomchidan kuniga 2-3 mahal ichishga beriladi. Kordiamin inyeksiyasi 1-2 ml dan kuniga 2-3 mahal t/o, m/i va venaga (juda sekin) qilinadi. Dori asfiktsiyaga tushib qolgan chaqaloqlarga teri ostiga qilinadi.

2. Kamfora – turli dori shakllariga ega analeptik. Avvallari ambulator tibbiyotda juda keng qo‘llanilgan. Hozir ham o‘z ahamiyatini yo‘qotgani yo‘q. Kamfora xuddi kordiamin kabi yurak-qon tomir va nafas olish markazini faollashtiradi, yurak urishini va nafas olishni ravonlashtiradi, to‘qimalarda moddalar almashinuvini kuchaytiradi, trombositlar agregatsiyasini kamaytiradi, barcha mayda tomirlarda, ayniqsa, terida periferik qon aylanishni yaxshilaydi. Kamfora koronar va alveolyar qon aylanishni ham faollashtiradi. Kamfora organizmdan nafas olish yo‘llari orqali chiqaytib, balg‘am ajralib chiqishini yengillashtirali. Kamfora pixta moyida ko‘p bo‘lganligi bois, saunada undan ko‘p foydalanishadi. Kamfora va efir moyi qo‘shilgan moddalardan aromaterapiya maqsadida ham ishlatiladi. Kamfora o‘tkir va surunkali yurak yetishmovchiligi, nafas faoliyati so‘nishi bilan kechadigan patologik holatlar, zotiljam, kollaps va turli infeksiyon kasalliklarda ham qo‘llaniladi. Shuningdek, turli xil dorilar, shu jumladan, narkotiklardan zaharlanishda ham tavsiya etiladi. *Kamforaning dori shakllari:* Inyeksiya uchun 20 % li yog‘li eritma, 1 va 2 ml li ampulada ishlab chiqariladi. Teri ostiga qilinadi! Venaga tushishiga ehtiyot bo‘lish kerak, chunki yog‘ emboliyasi rivojlanishi mumkin. Yoshga qarab bir mahal qilinadigan quyidagi dozalarda buyuriladi: 1 yoshgacha bo‘lgan bolaga 0,5–1 ml dan teri ostiga qilinadi. Keyingi dozalari yoshga qarab oshirilib boriladi. Kattalar uchun bir martalik dozasi 3 ml. Vaziyatga qarab bir kunda 2-3 mahal tavsiya etiladi. Ukol qilishdan oldin ampula qizdiriladi. Epilepsiyada mumkin emas. Ishlab chiqarilishi: 20 % li 1 yoki 2 ml ampula. Kamforaning spirtli eritmasi tananing turli joylari lat yeyishi (lekin ochiq yara emas), nevrалgiya, miozitet va artritda teriga ishqalab surtiladi. Tarkibida spirt borligi tufayli uning antiseptik xususiyati ham bor. Kamforaning yog‘li eritma-

si ham shu maqsadda teriga surib qo'llaniladi. Hozirda tarkibiga kamfora qo'shilgan kompleks ta'sir qiluvchi turli xil dorilar (bromkamfora), mazlar va eritmalar ham mavjud.

3. Sulfokamfokain. Farmakologik ta'siri va ko'rsatmalari kamforaga o'xshash analeptik. Asosan, o'tkir yurak va nafas yetishmovchilgida qo'llaniladi. Dori 10 % - 2 ml li ampulalarda ishlab chiqariladi. Teri osti yoki mushak ichiga qilinadi. Kardiogen shokda vena ichiga 2 ml yuboriladi. Zaruratga qarab kuniga 2-3 mahal qilinishi mumkin. Hozirda yanada samarali dorilar yaratilganligi bois, tibbiy amaliyotda bu dori kam qo'llaniladi.

4. Bemegrid samarali analeptiklardan biri bo'lib, barbituratlar (uxlatuvchi dorilar) antagonist hisoblanadi. Masalan, suitsid maqsadida ko'p miqdorda uxlatuvchi dori qabul qilganga tez yordam maqsadida bemegrid qo'llaniladi. Bemegrid shu toifaga kiruvchi dorilarning organizmga toksik ta'sirini kamaytiradi. Bu dorining MNS ga stimullovchi ta'siri kuchli bo'lib, yurak va nafas olish faoliyatini keskin tushib ketishi bilan bog'liq o'tkir holatda bemorni tezda hushiga kelishiga yordam beradi. Masalan, o'tkir zaharlanish, ortiqcha narkoz berilishi, ko'p miqdorda alkogol va narkotiklar qabul qilib qo'yish, is gazidan zaharlanish va h.k. Bemegrid 0,5 % li 10 ml natriy xloridning izotonik eritmasida ishlab chiqariladi (50 mg bemegrid). Yuqorida ko'rsatilgan shoshilinch holatlarda 10 ml bemegrid vena ichiga sekinlik bilan yuboriladi. Agar bemor xushiga kelmasa, 5 daqiqadan so'ng shu doza takrorlanadi yoki qo'shimcha ravishda 1 % li 1 ml mezaton venadan sekinlik bilan yuboriladi.

***Izoh:** Biz tibbiy psixolog amaliyotida, shu jumladan, tez tibbiy-psixologik yordamda qo'llaniladigan asosiy dorilar haqida ma'lumot berib o'tdik. Qo'shimcha ma'lumotlar "Klinik farmakologiya" yoki psixofarmakoterapiyaga oid adabiyotlarda keltirilgan.*

Nazorat uchun savollar

1. Psixoterapiya nima?
2. Shifokorlik kasbida psixoterapiyaning o'rni qanday?
3. Gipnoz o'tkazish texnikasi haqida so'zlab bering.
4. Erikson gipnozi klassik gipnozdan nimasi bilan farq qiladi?
5. Bixeviorial terapiya nima va u kimlarda o'tkaziladi?
6. Kognitiv-bixeviorial terapiya haqida so'zlab bering.
7. Ratsional-emotiv terapiya haqida so'zlab bering.
8. Psixodinamik terapiya qanday o'tkaziladi?

9. *Shaxslararo psixoterapiyani o'tkazish usullarini aytib bering.*
10. *Psixofarmakoterapiya maqsad va vazifalari nimalardan iborat?*
11. *Neyromediatorlar va sinaptik o'tkazishlar haqida so'zlab bering.*
12. *Antidepressantlar haqida nimalarni bilasiz?*
13. *Neyroleptiklarga nimalar kiradi?*
14. *Qanday trankvilizatorlarni bilasiz?*
15. *Sedativ dorilar haqida nimalarni bilasiz?*
16. *Nootroplar haqida so'zlab bering.*
17. *Psixostimulyatorlar qachon tavsiya qilinadi?*

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. **Abu Ali Ibn Sino.** Tib qonunlari. I–X jildlar. –T.: – 2000-y.
2. **Barotov Sh.R.** Psixologik xizmat. Darslik. – T.: “Navro‘z” nashriyoti, 2018. – 344 b.
3. **G‘oziev E.G‘.** Umumiy psixologiya. Darslik. –T.: 2010. 542 b.
4. **Ibodullayev Z.R.** Asab kasalliklari. Darslik. –T.: 2014-y. – 1000 b.
5. **Ibodullayev Z.R.** Asab va ruhiyat. Ilmiy-ommabop risola. 3-nashri. –T.: 2018. 232 b.
6. **Ibodullayev Z.R.** Tibbiyot psixologiyasi. Darslik., 2-nashri. 2009. –T.: 393 b.
7. **Karimova V.M.** Psixologiya. –T.: 2003.
8. **Karimova V.M.** Salomatlik psixologiyasi. –T.: 2005.
9. **Qodirov A.A.** Tibbiyot tarixi. Darslik. –T.: 2005. 176 b
10. **Qodirov B.R.** Iqtidorli bolalarning birlamchi tanlovi metodikalari. Metodik qo‘llanma. Toshkent, 2014. 75 bet.
11. **Shoumarov G‘.B., Rasulova Z.A.** Oila ensiklopediyasi. –T.: 2016. 416 b.
12. **Баарс Б, Гейдж Н.** Мозг, познание, разум. Введение в когнитивные нейронауки. В 2-томах. Пер. с англ. –М.: 2016. – 541 с. (1-й том); 464 с. (2-й том).
13. **Джеймс Л.Джекобсон., Алан М.Джекобсон.** Секреты психиатрии. Пер. с англ.; Под общ. ред. акад. П.И.Сидорова. –М.: 2007. 2-е изд. 576 с.
14. **Ибодуллаев З.Р.** Межполушарная функциональная асимметрия и нейропсихологические синдромы при церебральных инсультах, пути их коррекции. Дисс. ... докт. мед. наук. –Ташкент: 2005.
15. **Клиническая психология.** Учебник. 5-е изд. /Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер. 2018. 896 стр.
16. **Лурия А.Р.** Основы нейропсихологии. –М.: 2002.
17. **Мавлянов И.Р., Маҳкамова Р.К., Кац П.С.** Клиник фармакология. Т.: 2012. – 476 бет;
18. **Роберт Солсо.** Когнитивная психология. 6-е изд. СПб.: Питер, 2006. 589 с.
19. **Тонконогий И.М., Пуанте А.** Клиническая нейропсихология. – СПб.: Питер, 2007. – 528 с
20. **Фрейд Зигмунд.** Введение в психоанализ. Лекции. –М.: 2015. 770 с.
21. **Эрих Фромм.** Анатомия человеческой деструктивности. –М.: АСТ, 2015. 624 с.
22. **Albert Ellis and Debbie Joffe Ellis.** Rational Emotive Behavior Therapy. New York. 2011., 154 p.
23. **Albert M.S., De Kosky S.T., Diskon D . et al.** The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer’s disease: recommendations from the National

Institute on Aging and Alzheimer's Association Workgroup// *Alzheimers Dement.* 2011. Vol . 7. P. 270-279.

24. Amsten A.F.T. Stress signaling pathways that impair prefrontal cortex structure and function // *Nat. Rev. Neurosci.* 2009. Vol. 10. P. 410-422.

25. Balodis I.M., Kober H., Worhunsky P.D. et al. Diminished frontostriatal activity during processing of monetary rewards and losses in pathological gambling // *Biol. Psychiatry* 2012/ Vol. 71. 749-757.

26. Baumen M.h. Ayestas M.A. Partilla J.S. et al. The designer methcathinone analogs mephedrone and methylone are substrates for monoamine transporters in brain tissue // *Neuropsychopharmacology* 2012. Vol 37 P. 1192-1203.

27. Berridge C.W., Shumskiy J.S., Andrzejewski M.E. et al. Differential sensitivity to psychostimulants across prefrontal cognitive tasks: differential involvement of noradrenergic α_1 - and α_2 -receptors // *Biol. Psychiatry.* 2012. Vol. 71. P. 467-473.

28. Bradberry C.W. Dose-dependent effect of ethanol on extracellular dopamine in mesolimbic striatum of awake rhesus monkeys: comparison with cocaine across individuals// *Psychopharmacology.* 2002. Vol. 165.

29. Buccafusco J.J. Emerging cognitive enhancing drugs//*Expert Opin. emerg Drugs* 2009. Vol 14. P. 577-589.

30. Buchman A.S.,Boyle P.A., Yu L. et al. Total daily physical activity and the risk of AD and cognitive decline in older adults // *Neurology* 2012 Vol. 78 P. 1323-1329.

31. Carhart-Harris R.L. Erritzoe D Williams T et al. Neural correlates of the psychedelic state as determined by studies with psilocybin // *Proc. Natl Acad. Sci USA* 2012 Vol. 109 P. 2138-2143.

32. Chetelat G., Villemagne V.L., Villain N. et al. Accelerated cortical atrophy in cognitively normal elderly with high b-amyloid deposition //*Neurology* 2012/ Vol78/ P.477-484.

33. Cohen – Swerdluk, McGraw – Hill. Psychological testing and assessment: an introduction to tests and measurement. 7th edition. USA. 2010., 696 p.

34. Cummings J.L. Biomarkers in Alzheimers disease drug development // *Alzheimers Dement.* 2011. Vol.7. P. e 13-e44.

35. David H. Barlow. *The Oxford Handbook of Clinical Psychology.* New York. 2014., 977 p.

36. Diskerson B.C., Stoub T.R. Shah R.C. et al. Alzheimersignature MRI biomarker predicts AD dementia in cognitively normal adults // *Neurology.* 2011. Vol. 76. P. 1395-1402.

37. Flament M.F., Bissada H., Spettigue W. Evidence based pharmacotherapy of eating disorders// *Int. J. Neuropsychopharmacol*2012. Vol. 15 P. 189-207.

38. Franklin T., Wang Z., Suh J.J. et al. Effects of varenicline on smoking cue triggered neural and craving responses// *Arch.Gen psychiatry* 2011. Vol 68. P.189-207.

39. Fusar-Poli P., Rubia K., Rossi G., Sartori G. et al. Striatal dopamine transporter alterations in ADHD: pathophysiology or adaptation to psychostimulants? A meta-analysis // *Am. J.Psychiatry.* 2012. Vol. 169. P. 264-272.

- 40. Greahardt A.N., Yokum S. Orr P.T et al.** Neural correlates of food addiction //Arch. Gren . Psychiatry 2011 Vol68. P. 808-816.
- 41. Group.** Use of florbetapir PET for imaging B-amyloid pathology //JAMA. 2011 Vol.305. P.275-283.
- 42. Hannestad J., Gallezot J.D., Planeta-Wilson B. et al.** Clinically relevant doses of methylphenidate significantly occupy norepinephrine transporters in humans in vivo // Biol. Psychiatry. 2010. Vol. 68. P. 854-860.
- 43. Ian Anderson, Stephen Pilling, Alison Barnes, Linda Bayliss, Victoria Bird.** Depression: the treatment and management of depression in adults. London. 2017., 707 p.
- 44. Jennifer L. Tackett, Benjamin B. Lahey.** Oxford handbook of Neuroticism. Chicago. 2017., 512 p.
- 45. John D. Preston, John H. O'Neal, Mary C. Talaga.** Handbook of Clinical Psychopharmacology for Therapists. New York. 2017, 376 p.
- 46. Judith S. Beck foreword by Aaron T. Beck** Cognitive behavioral therapy: Basic and beyond. – 2nd edition. London. 2011., 391 p.
- 47. Kales H.C. Kim H.M., Zivin K. et al.** Risk of mortality among individual antipsychotics in patients with dementia // Am. J. Psychiatry 2012. Vol. 169. P. 71-79.
- 48. Kurt D. Ackerman, Andrea F. Dimartini.** Psychosomatic medicine. 1st edition. New York 2015., 488 p.
- 49. Lambert M.J. Shimokasha K.** Collecting Client Feedback In J.C. Norcross Psychotherapy relationships that work . New York . Oxford University Press 2011-P 203-223.
- 50. Lambert M.J. Smart D.W. Campbell M.P. et al.** Psychotherapy outcome as measured by the OQ 45 in African American , Asian/ Pacific Islander Latino and Native American clients compared to matched Caucasian clients // Journal of College Student Psychotherapy 2006 . vol 20. P 17-29.
- 51. Lambert M.J. Whipple J.L. Bishop M.J. et al.** Comparison of empirically derived and rationale directed methods for identifying patients at risk for treatment failure .clinical Psychology and Psychotherapy 2002. Vol 9. P. 149-164.
- 52. Lampropoulous G.K. Dixon D.N.** Psychotherapy integration in internship and counseling psychology doctoral programs // Journal of Psychotherapy integration 2007 Vol 17. P. 185-208.
- 53. Lazarus R.S.** Coping theory and research Past, present, and future// Psychosomatic Medicine 1993 Vol 55 P234-247.
- 54. Marcus Deminco.** Bipolar Affective Disorders – general aspects. Independently published. 2018., 98 p.
- 55. Masud Husain, Jonathan M. Schott.** Cognitive neurology and Dementia. New York. 2016., 481 p.
- 56. Montgomery S.** Why do we need new and better antidepressants //Mediographia 2005 – Vol. 27 P. 213-216.
- 57. Paul H. Blaney, Robert F. Krueger, Theodore Millon.** Psychopathology. Textbook. 3rd edition. New York. 2014., 872 p.

- 58. Peter J. Tyrer, Kenneth R. Silk.** Effective treatment in Psychiatry. London. 2010., 920 p.
- 59. Pingault J.B., Tremblay R.E., Vitaro F. et al.** Childhood trajectories of inattention and hyperactivity and prediction of educational attainment in early adulthood: a 16-year longitudinal population-based study // Am. J. Psychiatry. 2011. Vol. 168. P.1164-1170.
- 60. Randy Larsen, David M. Buss.** Personality Psychology. Domains of knowledge about human nature. New York. 2017., 768 p.
- 61. Richard J. Shaw, David R. DeMaso.** Textbook of Pediatric Psychosomatic medicine. New York. 2010., 551 p.
- 62. Satterthwaite T.D., Wolf D.H., Loughhead J., et al.** Association of enhanced limbic response to threat with decreased cortical facial recognition memory response in schizophrenia //Am. J. Psychiatry. 2010, Vol. 167. P. 418-426.
- 63. Stahl S.M.** The prefrontal cortex is out tune in attention deficit/ hyperactivity disorder // J. Clin. Psychiatry. 2009. Vol. 70. P. 950-951.
- 64. Stahl S.M.** The serotonin-7 receptor as a novel therapeutic target // J. Clin. Psychiatry. 2010. Vol. 71. P. 1414-1415.
- 65. Teofilo L. Lee-Chiong.** Sleep medicine essentials. Wiley-Blackwell. 2010., 280 p.
- 66. The ICD – 10 Classification of mental and behavioral disorders.** Diagnostic criteria for research. World Health Organization. Geneva., 2001., 256 p.
- 67. Virginia Brabender, April Fallon.** Group Psychotherapy in inpatient, Partial hospital and residential care settings. Philadelphia, 2019., 450 p.

ATAMALAR TAHLILI

- Absans** – ongning o‘ta qisqa vaqtga yo‘qolishi
Aggravatsiya – kasallik alomatlarini oshirib ko‘rsatish
Agrafiya – yozishning buzilishi
Agripniya – uyqusizlik
Akalkuliya – hisoblashning buzilishi
Aleksiya – o‘qishning buzilishi
Amavroz – ko‘rmay qolish
Amneziya – xotira yo‘qolishi
Analgeziya – og‘riq sezmaslik
Anesteziya – sezgi yo‘qolishi
Anoreksiya – ishtaha yo‘qolishi
Anosmiya – hid bilmaslik
Anterograd amneziya – kasallik boshlangandan so‘ng bo‘lgan voqealarni unutib qo‘yish
Apatiya – jismoniy va ruhiy faoliyatning pasayib ketishi
Apraksiya – maqsadga yo‘naltirilgan harakatlarni bajara olmaslik
Arefleksiya – refleks yo‘qolishi
Astaziya-abaziya – tik turolmaslik, yurolmaslik
Asteniya – ruhiy quvvatsizlik
Ataksiya – harakat koordinatsiyasi buzilishi, chayqalib ketish
Atoniya – mushaklar tonusi yo‘qolishi
Aura – xabar beruvchi
Autizm – o‘z dunyosiga g‘arq bo‘lish, birovlar bilan muloqotga kirishmaslik
Afaziya – nutq buzilishi
Afoniya – tovush chiqmay qolish
Affekt – hissiy portlash
Bulimiya – ishtaha ochilib ketishi
Vasvasa – haqiqatga to‘g‘ri kelmaydigan xayollarning paydo bo‘lishi
Gallyutsinatsiya – atrofda yo‘q bo‘lgan obyektlarni bordek his qilish
Gemianopsiya – ko‘ruv maydoni yarmining yo‘qolishi
Gemikraniyalgiya – boshning yarmida kuchli og‘riq
Gemiparez – tananing yarim qismida harakatning pasayishi

- Gemiplegiya** – tananing yarim qismida harakatning yo‘qolishi
Giperesteziya – sezuvchanlikning kuchayib ketishi
Giperkinez – tanada kuzatiladigan ixtiyorsiz harakatlar
Gipesteziya – sezgining pasayishi
Gipersomniya – ko‘p uxlash
Gipnoz – yunonchadan uyqu, uxlatish degani
Gipotoniya – tonusning pasayishi
Gomoseksualizm – o‘z jinsidagi kishilar bilan jinsiy yaqinlikka intilish
Debillik – yengil darajadagi aqli zaiflik
Degradatsiya – shaxs “parchalanishi”
Dezorientatsiya – o‘zi joylashgan joyni, vaqtni aniqlay olmaslik
Deliriya – es-hushning buzilib, go‘yoki uyquda yotgandek bo‘lib qolish, zamon va makonni anglamaslik
Demensiya – orttirilgan aqli zaiflik
Depressiya – tushkun kayfiyat, fikrlar karaxtligi va motivatsiya so‘nishi bilan namoyon bo‘ladigan holat
Dipsomaniya – ichkilikka ruju qo‘yish
Idiotiya – yuqori darajadagi tug‘ma aqli zaiflik
Illyuziya – atrofda mavjud bo‘lgan narsalarni noto‘g‘ri idrok etish
Imbesillik – o‘rta darajadagi tug‘ma aqli zaiflik
Imperativ – buyuruvchi, buyruq beruvchi
Impulsiv – to‘satdan, besabab
Katalepsiya – bir holatda qotib qolish
Katamnez – bemor shifoxonadan chiqarilgandan so‘ng uning kasalligi haqida olingan ma‘lumot
Kauzalgiya – achishtiruvchi, kuydiruvchi kuchli og‘riq
Kleptomaniya – o‘zi uchun zarur bo‘lmagan narsalarni o‘marishga intilish
Klimaks – jinsiy bezlar faoliyatining so‘nish davri
Koma – ongning kuchli darajada buzilishi
Kommossiya – miya chayqalishi
Konfabulyatsiya – xotira buzilishi natijasida yolg‘on so‘zlash
Letargiya – uzoq davom etadigan qattiq uyqu
Maniakal holat – bo‘lar-bo‘lmasga kuzatiladigan kayfichog‘lik
Melanxoliya – ruhan zaiflik, birovga qaramlik
Monoplegiya – bir qo‘l yoki oyoqda falajlik
Mutizm – gapirmay gung bo‘lib qolish
Narkolepsiya – to‘satdan boshlanadigan patologik uyqu
Giyohvandlik – giyohvand moddalarga ruju qo‘yish

Oligofreniya – tug‘ma aqli zaiflik

Perseveratsiya – biror harakat yoki so‘zlarni hadeb takrorlayverish

Psixasteniya – ruhiy faoliyatning susayib ketishi

Psixopatiya – shaxsning patologik ko‘rinishi

Psixoterapiya – ruhiy ta‘sir etish yo‘li bilan davolash

Remissiya – kasallik belgilarining vaqtincha so‘nishi

Retrograd amneziya – kasallikdan oldin bo‘lib o‘tgan voqealarni eslay olmaslik

Sadizm – birovga azob berish hisobiga jinsiy qoniqish

Sensor afaziya – gapni, nutqni tushunmaslik

Simulyatsiya – o‘zini kasal qilib ko‘rsatish

Sindrom – simptomlar majmuasi

Somatik – tana, tanadagi

Stupor – harakat qila olmaslik, qotib qolish

Suggestiya – ishontirish, so‘z bilan ta‘sir qilish

Suitsid – o‘z joniga qasd qilish

Surdomutizm – kar-soqovlik

Fobiya – miyaga o‘rnashib qolgan turg‘un qo‘rquv

Eyforiya – kayfichog‘lik, bo‘lar-bo‘lmasga ko‘tarinki kayfiyat

Emotsiya – hissiyot

Enurez – siydik tutolmaslik

Yatrogeniya – tibbiyot xodimining xatosi oqibatida bemorda turli kasallik alomatining paydo bo‘lishi.

