

Z. HODULLAYEV

TIBBIYOT PSIXOLOGİYASI



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

Z. 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

**TOSHKENT
«IQTISOD-MOLIYA»
2008**

Taqrizchilar: tibbiyot fanlari doktori, professor **U.H.Alimov**;
psixologiya fanlari doktori, professor **V.M.Karimova**;
tibbiyot fanlari doktori, professor **B.G'.G'ofurov**

Ibodullayev Zarifboy

I-13 Tibbiyot psixologiyasi: Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari uchun darslik / Z.Ibodullayev; O'zR oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi. – T.: «IQTISOD-MOLIYA», 2008. - 380 b.



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

Ushbu darslikning biror bir qismi muallif ruxsatisiz kompyuterga kiritilishi yoki boshqa bir ko'rinishda chop qilinishi man etiladi.

BBK 56.1я73

SO‘Z BOSHI

Vujud ruh amriga vojibdir.

Abu Ali ibn Sino

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

Tibbiyot psixologiyasiga bag‘ishlangan dastlabki darslik XX asrning boshlarida mashhur nemis psixiatri va psixologi Ernst Krechmer tomonidan yaratildi. Uning tavsiyasi bilan tibbiyot psixologiyasi birinchi bor Yevropada alohida fan sifatida o‘qitila boshlandi. Keyinchalik tibbiyot psixologiyasiga oid bir qancha darsliklar yaratildi va bu fan dunyoning barcha universitetlarida, tibbiyot institutlarida o‘qitila boshlandi. Ta’kidlash lozimki, «tibbiyot» so‘zi juda keng qamrovga ega bo‘lgan atamadir va tabiyki psixolog tibbiyotning deyarli barcha sohasida faoliyat ko‘rsatadi. Ayniqsa, klinikada faoliyat ko‘rsatuvchi psixolog bevosita bemorlar bilan ishlaydi, kasallik klinikasini o‘rganadi va vrach kabi bemorlarni davolaydi. Shuning uchun aksariyat davlatlarda «Tibbiyot psixologiyasi» fani «Klinik psixologiya» deb ataladi.

Siz qo‘lingizda ushlab turgan «Tibbiyot psixologiyasi» darsligi tibbiyot institutlari uchun o‘zbek tilida tayyorlangan dastlabki darslikdir. Darslik 21 bobdan iborat bo‘lib, unda G‘arb va Sharq davlatlaridagi tibbiyot psixologiyasining tarixi, olimlar va faylasuflarning bemor psixologiyasiga oid qarashlari, miyaga oid va ruhiy jarayonlar, neyropsixologiya asoslari, bilish jarayonlariga (ong, diqqat, xotira va h.k) oid ma‘lumotlar, Freyd nazariyasi, psixogigiya, psixoprofilaktika va deontologiya asoslari o‘rin olgan. Darslikda bir nechta boblar psixosomatik tibbiyotga bag‘ishlangan bo‘lib, unda psevdonevrologik va psixosomatik sindromlar, seksual buzilishlar psixologiyasi, nevrozlar va depressiya, turli kasalliklarda (nevrologik, narkologik, jarrohlik, ginekologik, onkologik va h.k.) bemorlar psixologiyasidagi o‘zgarishlar va ularni davolash usullari yoritilgan. Psixodiagnostika bobida psixologik testlar va ulardan foydalanish usullari keltirilgan. Psixoterapiya va psixofarmakoterapiya usullari alohida bobda yoritilgan. Darslikning so‘ngida bemorlarda psixologik statusni tekshirishning umumiy qonun-qoidalari va tibbiy-psixologik atamalar tahlili yoritilgan.

Darslik bir qator psixologlar, shifokor olimlar va oliy ta’lim pedagoglari tavsiyalari va Davlat ta’lim standartlari talablarini e’tiborga olib tayarlandi.

I bob. TIBBIYOT PSIXOLOGIYASI FANINING VAZIFALARI VA QISQACHA TARIXI. MIYA VA RUH MUAMMOLARI

1.1. Fan haqida tushuncha

Tibbiyot psixologiyasi tom ma'noda bemorning psixologiyasini o'rganuvchi fandır. Lekin bu ta'rif uning barcha imkoniyatlarini qamrab olmaydi, albatta. Chunki u sog'lom kishilarda kasallik keltirib chiqaruvchi barcha tashqi va ichki omillarni ham o'rganadi, 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'tgan.

Tibbiyot psixologiyasi quyidagi asosiy masalalarni o'rganadi: 1) bemor va tibbiyot xodimining shaxsi, ular orasidagi o'zaro munosabatlarni; 2) psixoprofilaktika, psixogigiyena va deontologiya muammolarini; 3) shifokor siri va etikasini; 4) yosh bilan bog'liq tibbiy-psixologik muammolarni; 5) sezgi va idrok, diqqat va xotira, shaxs, xulq-atvor, temperament, stress, hissiyot, tafakkur, ong va ularning xususiyatlarini; 6) psixologik tekshirish usullarini.

Shuningdek, ushbu fan psixogen va organik kasalliklarda kuzatiladigan psixologik o'zgarishlarning etiologiyasi, klinikasi va diagnostikasini o'rganib, davolash choralarini ishlab chiqadi. Tibbiy psixologiyaning asosiy yo'nalishlaridan biri bu psixosomatik sindromlarni o'rganishdir.

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 tinchlantiradi, operatsiyaning muvaffaqiyatli o'tishiga ishontiradi, operatsiyadan keyin sog'ayib oyoqqa turib ketishiga unda ishonch uyg'otadi. Operatsiyadan keyin ham bemor bilan suhbatlashish asosan, uning ruhini ko'tarishga, asabini tinchlashtirishga yo'naltirilgan bo'ladi. Bu ish bilan albatta, jarrohning o'zi va boshqa tibbiyot xodimlari shug'ullanadi.

Homilador ayolning tug‘ish paytidagi ruhiy holati, ayniqsa, e‘tiborni talab qiladi. Qo‘rquvdan to‘lg‘oqning qaytib ketish hollari ham ko‘p uchraydi. Tug‘ayotgan ayoldagi qo‘rquvni uni shirin so‘z bilan tinchlantirib, yo‘qotish mumkin. Yoki teri-tanosil kasalliklarini olaylik. Qattiq asabiy zo‘riqishdan keyin terida paydo bo‘ladigan qichimalarni kuchli gormonal surtmalarni ishlatib ham yo‘qotish qiyin yoki mumkin emas. Lekin platseboterapiya va psixoterapiya usullarini qo‘llab bemorni oylab, ba‘zan yillab davom etayotgan qichima dardidan xalos etish mumkin.

Ma‘lumki, qattiq hissiy zo‘riqishdan keyin qand kasalligi, xafa-qon kasalligi, miokard infarkti, insult kabi og‘ir kasalliklar rivojlanadi. Hatto oshqozon-ichak yara kasalligi, qon kasalliklari ba‘zan ruhiy zo‘riqishlardan keyin paydo bo‘ladi. Odam organizmida sodir bo‘ladigan har qanday kasalliklarda ruhiy ta‘sir albatta ishtirok etadi. Bu esa har bir vrachning psixologiyani mukammal egallashini talab qiladi.

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 umid bog‘laydi. Bu, albatta, bemorning temperamentiga ham ko‘p jihatdan bog‘liq. Demak, bemorni davolashga kirishayotgan har bir vrach uning qaysi temperamentga (xolerik, sangvinik, melanxolik, flegmatik) taalluqli ekanligiga ham e‘tibor qaratishi lozim.

1.2. Tibbiyot psixologiyasining qisqacha tarixi

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

Qadimgi davr adabiyotiga nazar tashlaydigan bo‘lsak, tibbiyot, falsafa va psixologiya fanlarining chambarchas bog‘lanib ketganligining guvohi bo‘lamiz. Miloddan ilgari yashab o‘tgan deyarli barcha

faylasuflar tibbiyot va psixologiyaga oid o'z fikrlarini yozib qoldirishgan, chunki ular ruhiy kuchlarning manbaini inson miyasi bilan bog'lashgan.

Qadimgi Xorazm hududida miloddan ilgari VI asrda bitilgan zardushtiylarning muqaddas kitobi «**Avesto**» da tibbiyot va psixologiyaga oid muhim ma'lumotlar keltirilgan. «Avesto» uch kitobdan iborat bo'lib, uning birinchi kitobi «Vendidat»da tibbiyotga oid ma'lumotlar berilgan. Unda jismoniy va ruhiy poklanish haqidagi qonunlar majmuasi keltirilgan. «Avesto» kitobida biz ko'rish, eshitish, hid bilish va ta'm bilish markazlari miyada joylashgan, degan fikrlarni uchratamiz. Kitobda hayot markazi suyak iligida joylashgan deyilgan. Shuningdek, kitobda odam anatomiyasi va fiziologiyasiga oid juda qiziqarli ma'lumotlar keltirilgan. Inson salomatligini saqlash yo'llari yoritilgan.

«Avesto» kitobida nafaqat ruhiy tushkunlik, balki jismoniy zo'riqish ham kasallikka olib kelishi aytilgan. Kasalliklarni davolashda jarrohlik va ruhiy tinchlantirish davolashning asosiy usullaridan biri, deb ko'rsatilgan. «Avesto»da gigiyena, profilaktika, toza yurish, yomon narsalarga yaqinlashmaslik, toza havoda sayr qilish, sifatli ovqatlar tanovul qilish va toza ichimlik suvi ichish haqida ham ko'p ma'lumotlar keltirilgan. Kitobda yoshlar jismoniy va ruhiy baquvvat bo'lishi uchun to'yib ovqatlanishi, yetarli darajada ovqatlanmaydigan xalq kamquvvat bo'lishi ko'rsatilgan.

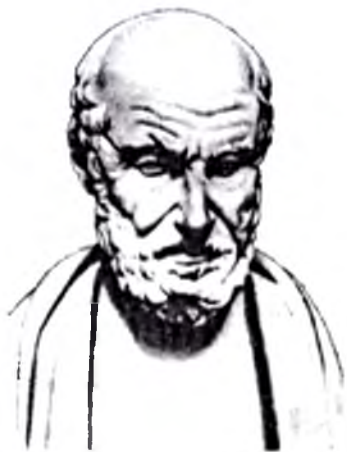
Miya va ruh orasidagi munosabatlarga oid qarashlari bilan mashhur bo'lgan tibbiyot fanining otasi **Gippokrat (Buqrot)** (miloddan avvalgi 460–377-yillar) asarlari bugungi kungacha yetib kelgan. U odam anatomiyasi va fiziologiyasini chuqur o'rgandi, bosh miyaning tuzilishi bilan qiziqdi. Gippokrat odamlar xulq-atvorini kasalliklar kechishiga bog'lab o'rgandi va temperament haqida ta'limot yaratdi. Gippokrat odam temperamentini to'rt tipga ajratdi: 1) **sangvinik** — harakatchan, xushchaqchaq, irodali odam, ularning organizmida qon ustunlik qiladi; 2) **xolerik** — tez jahli chiqib ketadigan, hissiyotga beriluvchan odam, ularda jigar o'ti ustunlik qiladi; 3) **flegmatik** — bosiq, kam harakatchan va sust odam, ularning organizmida flegma (shilliq, xilt) ustun turadi; 4) **melanxolik** — o'z kuchiga ishonmaydigan, doimo tushkun, tang ahvolda yuradigan, qiyinchiliklardan qo'rqadigan odam. Ularning qonida melanoza (savdo, qora o't) ustunlik qiladi.

Gippokratning fikricha, sangviniklar kasallikka kam chalinadilar, xoleriklar va melanxoliklar kasallikka moyil kishilardir. Gippokrat

kasalliklarning kechishi va bemorning tuzalishi uning temperamentiga bog'liq degan. Bu ta'limot keyinchalik barcha olimlarda qiziqish uyg'otdi. Hozirgi kunda yetakchi psixologlar va vrachlar bemorlarni davolashda bemorning temperamentiga alohida e'tibor berishadi.

Gippokratning tibbiyot oldidagi yana bir buyuk xizmati uning 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 kimsani o'z otanam 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 kimsaga o'ldiradigan dori bermayman va bunday yo'lni ko'rsatmayman, shuningdek, hech qanday ayolga bola tushiruvchi dori bermayman. O'z hayotim va san'atimni pok va nuqsonsiz o'tkazaman. Men qanday uyga kirmayin, u yerga hech qanday g'arazsiz va yomon niyatsiz, faqat bemor manfaatini ko'zlab qadam qo'yaman, ayniqsa, ayollar va erkaklar, ozod kishilar va qullar o'rtasidagi ishqiy ishlardan uzoq bo'lishga intilaman. Davolash jarayonida yoki usiz kishilarning hayotida oshkor qilinishi mumkin bo'lmagan va sir saqlangan nimaiki ko'rgan yoki eshitgan bo'lsam, bu haqda hech kimga hech narsa aytmayman. Menga, shu qasamyodni so'zsiz bajaruvchi sifatida hayot va san'atda abadiy baxt va shuhrat ato etsin. Bu qasamyodni buzuvchilar va yolg'on qasamyod beruvchilar uchun buning aksi bo'lsin.»*



Gippokrat
Miloddan avvalgi
460—377-yillar

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

Ma'lumki, vrach qanchalik urinmasin, davosi qiyin kechadigan kasalliklar bor. Bunday paytlarda vrach ruhan va jismonan charchaydi, bemori tuzalmaganidan aziyat chekadi. Ba'zan bemor va uning yaqinlari tomonidan dashnomlar eshitadi. Bu haqda Gippokrat shunday degan: «Tibbiyot asosan tinchlantiradi, ba'zan davolaydi, juda kam hollarda esa darddan butunlay xalos etadi». Demak, hamma bemorlarni ham ko'ngildagidek davolash qiyin. Gippokratning bu so'zlarida pessimizm ufurib turgan bo'lsa-da, zamirida achchiq haqiqat yotibdi. Bu so'zlarning aytilganiga bir necha asrlar bo'ldi, o'tgan davr ichida eng kuchli diagnostika va davolash usullari ishlab chiqildi, lekin shunday bo'lsa-da, bugungi kunda tibbiyot ba'zi kasalliklarni davolashda ojizlik qiladi.

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

Gippokratning tibbiyotga oid ba'zi ko'rsatmalarini keltirib o'tamiz: 1) jismoniy mehnat mushaklar va a'zolar uchun oziqdir; 2) fikrlash — kishi ruhini tetiklashtiradi; 3) bemorga yordam berishni eplay olmasang, unga ziyon keltirma; 4) me'yordan ko'p ovqatlanish kishi salomatligiga ziyon keltiradi; 5) bemorning ruhi tushmagan va ishtahasi saqlangan bo'lishi tuzalish uchun yaxshi aloomatdir; 6) odam tanasida kasallik bilan kurashuvchi kuch bor, tabibning vazifasi esa o'sha kuchni faollashtirishdan iborat; 7) bemorga beriladigan dorilar hadeb o'zgartirilmasligi kerak, faqat zaruratga qarab davolash muolajasi o'zgartirilsin; 8) tabiatda doimo ikki qarama-qarshi kuch bir-biriga qarshi turadi, qarama-qarshilikni qarama-qarshilik bilan davolash kerak; 9) tabib yuksak darajada axloqli, jonkuyar, ozoda va xush ko'rinishga ega bo'lishi kerak; 10) tabib o'z bilim va mahoratini doimo oshirib borishi va bemorlar hurmatiga sazovor bo'lishi kerak.

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

Platon (Aflotun) (miloddan avvalgi 430–348-yillar) ruh abadiydir, u tanaga bog'liq emas va xudo tomonidan yaratilgan degan. Uning fikricha ruh, tanadan ilgari 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, deb ta'kidlaydi Aflotun. Past tabaqali ruh abadiy emas. Hayvonlar uchun esa faqat past tabaqali ruh xos, degan.

Aristotel (Arastu) (miloddan avvalgi 384–322-yillar) miya, ruh va tana munosabatlariga oid bir qancha fikrlar bildirgan. Platonning shogirdi. Aristotel jonning uch xilini ajratgan: **o'simlik, hayvon va ongli jon**. O'simlik joni deganda, u oziqlanish va ko'payishni ko'zda tutgan bo'lsa, hayvon joni deganda his qilish, og'riq sezish, himoyalaniшни tushungan. Aristotel ongli jon faqat odamlar uchun xos va odamda jonning uch turi ham mavjud, degan. Uning fikricha, odam jonning uch turiga ega bo'lganligi bilan ham o'simlik va hayvonlardan farq qiladi. Aristotel «his-tuyg'ular», «xotira», «sezgi» kabi tushunchalardan foydalangan.

Rimlik mutafakkir **Galen** (miloddan avvalgi 129–201-yillar) ruhning fiziologik mexanizmlarini ilmiy tadqiqotlariga asoslanib o'rgandi. U ruhiy faoliyatning bosh miya bilan bog'liq bo'lganligini ilgari surdi. Galen hissiyot, xotira, sezgi va diqqat odam ongi, ruhi tomonidan idora



Platon
Miloddan avvalgi
430–348-yillar



Aristotel
Miloddan avvalgi
384–322-yillar



Galen
Miloddan avvalgi
129–201-yillar

qilinadi, degan. U hayvonlarda miyaga boruvchi sezgi tolalarini kesib ko'rib, ularning harakatini tekshirdi. Shu maqsadda u dorivor moddalarni ham ishlatdi. Shuningdek, Galen jinsiy yaqinlikda bo'lib turishning asab sistemasiga ta'sirini o'rgandi. U turmushga chiqmagan yoki beva ayollarda isterik belgilar paydo bo'lishini yozib qoldirgan.

Galen birinchilardan bo'lib xulq-atvorning tug'ma va orttirilgan shakllarini, ixtiyoriy va ixtiyorsiz harakatlar to'g'risidagi fikrlarni ilgari surdi, temperamentga oid fikrlarini qoldirdi. Lekin uzoq davr mobaynida fiziologiyaning rivoj topmaganligi sababli odam psixologiyasini o'rganish ham rivojlanishdan orqada qoldi.

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



Abu Bakr ar-Roziy
865–925-yillar

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

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

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

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 bo'lib xizmat qilgan. Ibn Sinoning og'ir bemorlarni davolashda ishlatgan turli xil usullari (giyohlar bilan davolash, ruhiy ta'sir qilish) afsonaga aylangan. Aslida bular afsonaga aylangan haqiqat edi.

Zigmund Freyd nevrozga uchragan bemorlarni davolashda Ibn Sino usulidan foydalangan bo'lsa, ajab emas. Zigmund Freyd bemorlarga nafaqat kasallik bilan bog'liq bo'lgan, balki shaxsiy hayotidagi muammolarni ham so'zlatib, bemorlarda psixologik katar-



Abu Ali ibn Sino
980–1037-yillar

sisini (ruhiy poklanish) yuzaga keltirgan. Birorta ham siri qolmay, barcha dardini soʻzlagan bemor ruhan ancha yengillashib, baʼzi hollarda butunlay tuzalib ham ketgan.

Ibn Sino kasalliklarning bir-biriga oʻxshash boʻlishiga qaramasdan, har bir bemorni davolashda ularni diqqat bilan oʻrganish, oilasi va yashash sharoiti bilan tanishish oʻta muhimligini uqtirgan. Bu bilan u hozirgi davrda psixogigiya deb ataluvchi fanga asos solgan. U psixoprofilaktika masalalari bilan ham shugʻullangan. Kasalliklarning oldini olishda tarbiyaning ahamiyatini oʻz asarlarida koʻrsatib oʻtgan. «Tarbiya erta bolalik davridan boshlanishi kerak», degan edi Ibn Sino. Bolani qoʻrqoq, gʻamgin yoki juda erka qilib oʻstirmaslikni uqtirib oʻtgan. 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, tanasini sogʻlom oʻstirishini taʼkidlab oʻtgan.

Ibn Sino kasalliklarning kelib chiqishida asab tizimining katta ahamiyati borligini taʼkidlagan. Gʻazab, qoʻrquv, qattiq siqilishlar organizmni holsizlantirib qoʻyadi va turli kasalliklarga moyil qiladi, degan.

Buni quyidagi tajriba orqali isbotlab bergan. Ibn Sino bitta qoʻyni oddiy sharoitda, ikkinchisini esa qafasda saqlab, ikkalasini ham bir xil boqqan. Qafasdagi qoʻyning atrofida boʻri aylanib yurgan. Bir-ikki kundan soʻng atrofida boʻri aylanib yurgan qafasdagi qoʻy yem yemay qoʻyadi va holdan toyib oʻladi. Ibn Sino qoʻyning oʻlimiga ruhiy zoʻriqish va buning natijasida organizmning holdan toyishi sabab boʻlgan, deb xulosa chiqargan.

Ibn Sinoning organizm faoliyatini boshqarishda asab tizimining ahamiyati haqidagi taʼlimoti Yevropa olimlari tomonidan XX asr boshlarida yaratilgan nervizm taʼlimotiga juda oʻxshab ketadi.

Ibn Sino tomir urishining asab tizimi faoliyatiga bogʻliqligini koʻp tajribalarda isbotlab bergan. U koʻpgina kasalliklarni tomir urishiga qarab aniqlagan. Ibn Sino nafaqat turli kasalliklarda tomir urishining oʻziga xos xususiyatlarini oʻrgangan, balki turli hissiy zoʻriqishlarda va asab kasalliklarida tomir urishining oʻzgarishlarini bayon qilgan.

Ibn Sino deontologiya muammolariga bagʻishlab ham koʻp risolalar bitgan. Uning «Kasallikni emas, kasalni davola», degan iborasi davolashda bemorning shaxsiga eʼtiborni qaratish lozimligini ilgari suradi. Ibn Sino Gippokratning temperament haqidagi taʼlimo-

tini chuqur o'rganib shunday 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. Ibn Sino kasalliklarning rivojlanishida ruhiy omillarga katta e'tibor qaratib, kasallikning har kimda har xil kechishini uqtirib o'tgan va bu holat bemorning mizojiga, oilaviy sharoitiga, qaysi ijtimoiy tabaqaga mansubligiga va qolaversa, uni kim davolayotganligiga bog'liq degan.

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

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

Mizoj va rutubatlar nazariyasi, ayniqsa, Sharq tibbiyotida uzoq vaqt hukm surdi. Tarixchi olim A.A.Qodirovning (2001) fikricha, bu vaziyat kasalliklar sababini eksperimental yo'llar bilan o'rganishni orqaga surib yubordi. Yevropa olimlari esa, 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)dan orqada qolib ketdi. G'arb olimlari aniq fanlar yutuqlaridan foydalanib,

Ibn Sino ishlarini aynan tajriba yo‘li bilan isbotlab, katta yutuqlarga erishdilar. Ibn Sino ba‘zi odamlarning beixtiyor o‘zlarida kasallik belgilarini paydo qilishini va undan aziyat chekib yurishlarini aytib o‘tganligi G‘arb olimlarida katta qiziqish uyg‘otgan.

Hozirgi zamonda nevrozlarning ayrim turlari mutafakkir aytgan shaklda rivojlanadi. Ibn Sino shunday degan edi: «Barcha ruhiy kuchlarning manbai va ta‘sir qiladigan joyi asabdir, uni ortiqcha zo‘riqtirish turli kasalliklarga olib keladi. Bosh miya markazlari butun organizm faoliyatini va ruhiy faoliyatni boshqaradi».

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

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

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

Ismoil Jurjoni y va shu kabi boshqa tabiblar (Iloqiy, Masixiy, Al Karvakiy Xazoraspiy, Chag‘miniy) hayoti bilan yurtimiz tibbiyot tarixini o‘rganishga katta hissa qo‘shgan olim, jarroh Otanazar Abdullayev (1931–1990) qiziqqan va ularning tibbiy faoliyati haqida o‘zining xolisona fikrlarini yozib qoldirgan.

Qadimgi Sharqda ilm-fan va tibbiyot gurkirab rivojlangan bo‘lsa, Yevropa mamlakatlarida fanda turg‘unlik hukmron edi. Yevropa fanidagi turg‘unlik ayniqsa, V–XV asrlarga to‘g‘ri kelgan (deyarli ming yil). XVI asrdan boshlab, Yevropada aniq fanlar rivojlana boshladi va

tibbiyotda ham buyuk kashfiyotlar yaratildi. Shuning uchun ham XVI-XVII asrlar Yevropada *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 qildiradi va ruhiy jarayonlar miya suyuqliklari boʻylab oqadi, deb fikr yuritadi.

Miya haqidagi qarashlarning oʻzgarishiga va umuman olganda, psixologiya va fiziologiya fanining rivojlanishiga fransuz mutafakkiri **R. Dekartning** (1596–1650) kashfiyotlari katta turtki boʻldi. U organizm bilan muhit orasidagi reflektor munosabatlarni oʻrgandi va ruhiy faoliyatning fiziologik asoslarini isbotlashga intildi. U yurak qon-tomir faoliyati mexanika qonunlariga boʻysungan holda boshqarilib turadi, degan fikrni oʻrtaga tashladi. Hayvonlar xulq-atvori, odamning harakat faoliyati reflektor tarzda boshqarilishini dastlab Dekart tajribalar orqali isbotlab berdi. U mushaklarning harakati tashqi ruhiy taʼsirlarsiz, asab tolalari orqali boshqarilib turishini isbotlab berdi. Shunday qilib, u organizmda kechadigan fiziologik jarayonlar ruhga bogʻliq emasligini va reflektor tarzda boshqarilishini isbotlagan. Dekart sezgi va hissiyotning qanday yuzaga kelishini tushuntirib bergan. U «ongli ruhni» tanadan chiqarib tashlab boʻlmaydi va u faqat odamga xosdir, degan.

Shunday qilib, Dekart sezgi aʼzolarining taʼsirlanishi va mushaklarning javob reaksiyasi orasidagi bogʻliqlikni oʻrganib, reflektor yoy haqidagi taʼlimotga asos soldi desak yanglishmagan boʻlamiz.

Chexiyalik atoqli olim, fiziolog **I. Proxozka** (1749–1820) Dekart taʼlimotiga asoslangan holda fanga «refleks» (aks ettirish) degan



A. Vezaliy
1514–1564-yillar



R. Dekart
1596–1650-yillar

tushunchani kiritdi. I. Proxozka reflektor yoyning tuzilishini ta'riflab bergan. U oliy nerv faoliyati va ruhiy faoliyat reflektor tarzda boshqarilishini yanada chuqur o'rgandi. Afsuski, o'sha paytdagi ilmfanning rivojlanish darajasi reflekslar haqidagi ta'limotni tadqiqotlar asosida to'la isbotlab berishga qodir emas edi. Bosh miya faoliyatini reflektor mexanizmlarga asoslangan holda tushuntirib berish imkoniyatlari yo'q edi. Shuning uchun ruhiy faoliyat asab tizimining fiziologik faoliyatidan ajratilgan holda o'rganildi. Buning natijasida odam organizmida tana va ruh bir-biriga bog'liq bo'lmagan narsalardir, deb hisoblandi.

Avstriyalik vrach va anatom **F. Gall** (1758–1828) odam miyasining tuzilishini juda mukammal o'rgandi va miyaning frenologik xaritasini yaratdi. U birinchilardan bo'lib bosh miya katta yarim sharlarining kulrang va oq moddasini bir-biriga bog'liq bo'lgan alohida tuzilmalar deb bildi. U bosh miya po'stlog'ida 40 ga yaqin ruhiy funksiyalarni joylashtirdi va ularni miyaning pushtalari (bo'rtiklari) bilan bog'ladi. U harakat, ko'ruv, eshituv va sezgi markazlari bilan birgalikda miyada xotira, tafakkur, sevgi, kamtarlik, donolik, ayyorlik markazlarini ham joylashtirdi. Uning fikricha, yuqori qobiliyatli odamlarning miyasidagi bo'rtiklar kuchli rivojlangan bo'ladi va kimning tafakkuri past bo'lsa, uning miyasi silliq bo'ladi.

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

Fransiyalik olim **J.M.Charkott** (1888) gipnoz asosida fiziologik jarayonlar yotadi, deb tushuntiradi. O'sha paytlari gipnoz usuli bilan bemorlarni davolash keng tarqaldi. Gipnoz bilan mashhur nevrologlar va psixiatrlar shug'ullanishgan. Ulardan J.Sharko, Benedikt, Forel, Levenfeld, Mopassan, S.S. Korsakov, Mebiuslarning nomi mutaxassislariga yaxshi tanish.

Shular orasida mashhur psixoanalitik deb nom chiqargan yosh shifokor olim **Zigmund Freyd** ham bor edi. Z. Freyd aslida nevropatolog bo'lgan. U 1856 yil 6 mayda Chexoslovakiyaning Prshibor (u paytdagi Freyburg) degan kichik bir shahrida dunyoga keladi. 1860 yili Freydlar oilasi Venaga ko'chib o'tishadi va Z. Freyd umrining oxirigacha Avstriyada yashab ijod qiladi. Fizika, biologiya, tarix va

falsafaga o'ch bo'lgan Z. Freyd doimo tabiatda bo'ladigan hodisalarning o'zini o'rganibgina qolmasdan, ularning sabablarini izlagan. Z. Freyd umrining oxirigacha determinist bo'lib qoldi, ya'ni ruhiy-asabiy buzilishlarning sababini, asl mohiyatini izladi. Z. Freyd avvaliga mashhur olim Ernst Bryukkning qo'l ostida fiziologiya sirlarini o'rgandi. U ilmiy ish bilan shug'ullanib, orqa miya fiziologiyasini o'rgana boshlaydi. Lekin Freyd ko'p bolali oilada tavallud topganligi uchun moddiy tomondan juda qiynalib qoladi va ilmiy ishni tashlab, amaliy nevrologiya sohasida ishlab, har kuni 8–10 soatlab bemorlarni qabul qiladi. Tibbiy amaliyotda olgan tajribalarini ilmiy tomondan o'rganib, tez orada mashhur nevropatolog vrach bo'lib nom chiqaradi. O'sha paytlari kasallarni davolashda keng qo'llanilgan fizioterapevtik usullarni Z. Freyd ham ko'p qo'llay boshlaydi. Lekin keyinchalik fizioterapevtik usul Z. Freydni qoniqtirmay qo'yadi. U gipnoz bilan qiziqib, uni Iosif Breyer va J. Sharkolardan o'rganib, kasallarni davolashda keng tadbqiq qiladi. Bolalar serebral falaji, afaziyalar bilan qiziqib, bir nechta maqolalar ham chop qildiradi.



Z. Freyd
1856–1939-yillar

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

Z. Freyd fanda yangi yo'nalish, ya'ni psixoanalizni yaratadi. U ruhiy-asabiy buzilishlarning har bir belgisini tahlil qildi, isterik simptomlarning sabablarini va sirlarini o'rgandi, ularni ruhiy ta'sir qilish yo'li bilan davolay boshladi. Ongsizlik haqida ta'limotni yaratdi. Seksual hayotning ruhiy faoliyat bilan uzviy bog'liqligini o'rgandi. Z. Freyd fiziologlar (I.M. Sechenov, I.P. Pavlov) hamda nevropatolog va psixolog olimlarning (Ernest Krechmer, Emil Krepelin, Eygen Bleyler) ishlaridan ham xabardor edi.

Z. Freyd fan olamida mard olimlardan biri edi. Agar uning dunyoqarashiga zid va isbotlangan yangi dalillar paydo bo'lsa, Z. Freyd ularni o'ziga xos mardlik bilan qabul qilardi. Masalan, isteriyalarni faqat seksual buzilishlar nuqtai nazaridan tushuntirib bergan Z. Freyd birinchi jahon urushida juda ko'p askarlar orasida

НАЧ 10510 17
AT

isterik simptomlarni kuzatgan, urushdan qaytgandan keyin esa bu askarlarda isteriya belgilari butunlay yo‘q bo‘lib ketgan. Bu holatni kuzatgan Freyd panseksualizm g‘oyasidan biroz chekindi. Shuni ta’kidlash lozimki, mashhur fiziolog I.P. Pavlovning eksperimental nevrozlar konsepsiyasini yaratish g‘oyasiga Z. Freydning shu sohaga taalluqli maqolasi ham sababchi bo‘lgan.

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

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

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

Shunday qilib, tibbiyot psixologiyasi barcha tabiiy va aniq fanlar ta’siri ostida rivojlandi va alohida fan sifatida butun dunyoda tan olindi. Albatta, ushbu kichik bir bobda tibbiyot psixologiyasining tarixini batafsil yoritish mushkul. Uning tarixi haqidagi qo‘shimcha ma’lumotlarni internet sahifalaridan va maxsus kitoblardan olish mumkin.

Nazorat uchun savollar

1. Psixologiya haqida nimalarni bilasiz?
2. Tibbiyot psixologiyasi qanday masalalarni o‘rganadi?
3. Tibbiyot psixologiyasi fani qanday bo‘limlarga bo‘linadi?
4. Tibbiyot psixologiyasi fanini o‘rganishning tibbiyot xodimi uchun qanday afzalliklari bor?

5. «Avesto» kitobi haqida soʻzlab bering.
6. Gippokratning psixologiya faniga qoʻshgan hissasi haqida soʻzlab bering.
7. Gippokrat qasamyodining maʼnosini aytib bering.
8. Gippokratning 10 koʻrsatmasini yoddan aytib bering.
9. Platonning dunyoqarashi toʻgʻrisida nimalarni bilasiz?
10. Aristotel jonning qanday turlarini ajratib koʻrsatgan?
11. Galen ruhning fiziologik mexanizmlarini qanday tushungan?
12. IX–X asrlarda Sharqning qaysi mamlakatlarida tibbiyot va psixologiya kuchli rivojlangan?
13. Abu Bakr ar-Roziyning tibbiyot faniga qoʻshgan hissasi haqida soʻzlab bering.
14. Abu Ali ibn Sinoning bemorlarni davolashda qoʻllagan usullari haqida nimalarni bilasiz?
15. Ibn Sino kasalliklarning kelib chiqishida asab tizimining ahamiyati haqida nimalar degan?
16. Ibn Sino odamning mizoji haqida nimalar degan?
17. Ibn Sino asab tizimi va ichki aʼzolar orasidagi bogʻliqlik toʻgʻrisida nimalar degan?
18. Ibn Sino xotira va tafakkur haqida nimalar degan?
19. Ismoil Jurjoniy haqida soʻzlab bering.
20. Yevropada turgʻunlik va Uygʻonish davrlari qachon boʻlgan?
21. Fransuz mutafakkiri Dekart reflektor munosabatlarni qanday tushungan?
22. Refleks degan tushuncha fanga qachon va kim tomonidan kiritilgan?
23. Gipnoz tushunchasi fanga qachon va kim tomonidan kiritilgan?
24. Zigmund Freydning hayoti va uning fanga qoʻshgan hissasi haqida soʻzlab bering.
25. XX asrning boshlarida psixologiya fanining rivojlanishiga ulkan hissa qoʻshgan olimlar kimlar?

1.3. Bola ruhiyati shakllanishining asosiy bosqichlari

Bolalik davridagi har qanday kasallik asab faoliyatining qoʻzgʻalish va tormozlanish jarayonlarini oʻzgartirib yuboradi. Shuning uchun bolaning ruhiy salomatligini saqlash choralari onaning homiladorlik davridan boshlab olib borilishi kerak. Homilador ayol asab tizimiga salbiy taʼsir koʻrsatuvchi omillardan oʻzini saqlay olsa, ruhan tetik

bola tug'adi. Homilador ayolga ruhiy sog'lom muhit yaratib berish, ruhan tetik bola dunyoga kelishiga zamin yaratadi. Shu masalaga oid bir misol keltiramiz. Uyida yolg'iz qolgan homilador ayol zerikkani-dan faqat pianinoda o'ziga yoqqan bitta kuyni chalar ekan. Bola tug'ilganidan keyin xuddi shu kuy chalinsagina tinch uxlar ekan. Bu o'ziga xos fenomen hanuzgacha ilmiy tomondan tasdiqlangani yo'q.

Xo'sh, qanday davrlarni jiddiy davrlar deyish mumkin?

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

Rivojlanishning jiddiy davrini o'rganish uchun nutqning shakllanish jarayonini misol qilib olish mumkin. Ma'lumki, nutqni egallab olish qobiliyati vaqt nuqtai nazaridan chegaralangan. Inson hayotining dastlabki davrlarida nutqni ta'minlab beruvchi jarayon boshqa yordamchi mexanizmlar bilan mustahkamlanib borilmasa, nutq funksiyasi so'nadi. Masalan, vaqtida aniqlanmagan tug'ma karlik nutq rivojlanishiga katta salbiy ta'sir ko'rsatadi. Bunda nutqni ta'minlab beruvchi sistema bola bir yoshga to'lmasdan buziladi. Bunday bolaning keyinchalik og'zaki nutqqa qobiliyati yo'qolib, faqat imo-ishoralarni tushunadi va imo-ishoralar bilan maqsadini atrofdagilarga tushuntiradi, xolos. Agar og'zaki nutq 4-5 yoshlarga qadar tiklanmasa, nutqning keyinchalik rivojlanishi katta shubha ostida qoladi. Shubha yo'qki, boshqa funksional sistemalar shakllanishi jarayonida ham jiddiy davrlar mavjud bo'lib, biron-bir tashqi yoki ichki salbiy ta'sir ostida sistemalararo aloqa xuddi shu davrda uzilib ketishi mumkin. Bunga qattiq qo'rquvdan keyin bolada nutqning birdan yo'qolishini misol qilsa bo'ladi.

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

Nutq rivojlanishida ruhiy funksiyalarning bir maromda rivojlanishligi katta ahamiyat kasb etadi. Bolada yozma nutq markazlarining sust rivojlanishligi soʻzlarni toʻgʻri yozishni oʻrgatishda qiyinchiliklar tugʻdirsa, ogʻzaki nutqning yetishmovchiligi oʻqish va sanashning buzilishiga sababchi boʻladi. Qoʻlida qalamni toʻgʻri ushlay olmaslik esa chiroyli yozish va chizishni oʻrganishga xalaqit beradi.

Shunday qilib, miya tuzilmalarining bir maromda rivojlanishi organizmning sinxron rivojlanishiga ijobiy taʼsir koʻrsatadi. Shuning uchun individual rivojlanishning jiddiy davrlarida kuzatiladigan har qanday asab-ruhiy kasallik oʻz vaqtida aniqlanib, unga davo qilinishi gʻoyat muhim masala hisoblanadi.

Endi eng murakkab muammolardan biri boʻlmish bolalarda uchraydigan giperaktiv sindrom haqida soʻz yuritamiz.

1.4. Giperaktiv sindrom

Giperaktiv sindrom, ayniqsa, erta maktab yoshidagi bolalarda koʻp kuzatiladi. Ota-onalar bolasining bebosh boʻlib qolganligiga, bir joyda oʻtira olmasligiga, gapga quloq solmasligiga, qoʻlidagi narsalarni hadeb tushirib yuborishiga, sergapligiga va uni hech tarbiyalab boʻlmayotganligiga shikoyat qilishadi. Aksariyat hollarda bu bolalarni psixologga koʻrsatmasdan ota-onalar qattiq tarbiyaning turli yoʻllarini ishga solishadi va bolani «mayib» qilib qoʻyishadi.

Bolalar yashashni hayotdan oʻrganadilar. Agar bola tanqid qilinaversa, u nafratlanishni oʻrganadi, agar bola adovatda yashasa, u tajovuzkorlikka oʻrganadi, agar bola masxara qilinsa, u indamas, odamovi boʻlib qoladi, agar bola hadeb tanqid qilinaversa, u oʻzini gunohkor his qilib oʻsadi. Agar bola sabr-toqat, xotirjamlik bilan oʻstirilsa, u boshqalarni tushunishni oʻrganadi, agar bola qoʻllab-quvvatlansa, u oʻz kuchiga ishonishni oʻrganadi, agar maqtalsa, u minnatdor boʻlmoqlikni oʻrganadi. Agar bola vijdoniylik va halollikda ulgʻaysa, u adolatli boʻlishni oʻrganadi, agar xavfsizlikda yashasa, u insonlarga ishonishni oʻrganadi.

Xoʻsh, giperaktiv sindromning sabablari nimalardan iborat? Homiladorlik paytidagi turli kasalliklar (anemiya, avitaminoz, infeksiyalar, aroqxoʻrlik, chekish, nevrologik kasalliklar va h.k), tugʻish paytidagi asoratlar, goʻdaklik davridagi kasalliklar va albatta ota-ona orasidagi urush-janjallar, notoʻgʻri tarbiya bu sindromning asosiy sabablaridandir.

Giperaktiv sindromning asosiy belgilari bola irodasining, his-tuyg'ularining va xulq-atvorining buzilishlaridan iborat: 1) impulsiv harakatlar; 2) bir joyda tinch o'tira olmaslik; 3) boshlagan o'yinni oxiriga yetkazmaslik; 4) birovning (ayniqsa, ota-onaning) 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 unutilib 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 darslarda 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** diagnozi 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-matонатni, sobitqadamlikni talab qiladi. Ularning tarbiyasida bir tomondan keraksiz qattiqqo'llikni, ikkinchi tomondan esa ortiqcha rahmdillikni kamaytirish kerak. Chunki o'ta qattiqqo'llik bolani battar qaysar va o'jar qilib qo'ysa, o'ta rahmdillik undagi yig'loqilikni va erkalikni kuchaytiradi. Bolani hadeb urib-so'kaverish unda butun umrga og'ir ruhiy jarohatlar qoldiradi. Bolaga qo'yilgan talab uning yoshiga mos bo'lishi kerak. Undan o'zi bajara olmaydigan ishlarni talab qilmaslik kerak. Bolani qanday tarbiyalash kerakligi to'g'risidagi bahslar uning yonida olib borilmasligi kerak. Tarbiya faqat tanbehdan iborat bo'lmasligi va boladagi har bir kamchilik unga yotig'i bilan tushuntirilishi zarur.

Psixolog ota-onagagiperaktiv 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 ishlar bilan davolash o'ta muhimdir. Buning uchun bola turli to'garaklarga va sportning o'zi xohlagan turiga (suzish,

gimnastika, 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 kasalliklari va turli surunkali infeksiyalar (tonzillit, gaymorit, otit va h.k) asorati ham bo'ladi. Nevrolog olimlar boladagi giperaktiv sindromning asl sababi bosh miya ba'zi to'qimalarining tug'ma yetishmovchiligi va notekis rivojlanishi (sababli) deb ham qaramoqdalar. Bunday paytlarda, odatda, miyaning minimal disfunktsiyasi diagnozi qo'yiladi. Ammo psixologlar bu fikrni inkor qilmagan holda giperaktiv sindromning asl sabablaridan yana biri, noto'g'ri tarbiyadir, deyishadi. Psixologlar og'ir nevrologik va somatik kasalliklar bilan xastalangan, lekin giperaktiv sindrom aniqlanmagan bolalarni bunga misol qilib ko'rsatishadi. Demak, tibbiy tomondan sog'lom bo'lgan bolalarda ham giperaktiv sindromni ko'p kuzatish mumkin.

Giperaktiv bolalarni davolashda ota-onalar faol ishtirok etishlari va quyidagi maslahatlarga amal qilishlari zarur. *Birinchi*dan, ota-ona bolaning «yomon qilg'idan» keyin jahliga erk bermasligi va bolani urishib tashlamasligi kerak. Nima bo'lganini aniqlab, bolani qo'llab-quvvatlab, uning xatosini tushuntirib berishi kerak. Ba'zan bu shart ham emas, chunki har gal uning xatosini tushuntiraverish teskari natijalarga olib keladi. Xatoni tuzatishdan ko'ra, uning oldini olish oson. Chunki biror narsaga intilgan bola xato qiladi. Shuning uchun ham uning intilishlarini rag'batlantirish kerak. *Ikkinchi*dan, ota-ona bolaga nisbatan qattiq va keskin iboralardan, 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 kerak. Bolaga bu so'zlar ta'sir qilmay, uni o'jar qilib qo'yadi. Ba'zi hollarda bola depressiyaga tushib, gapirmay qo'yadi. Bu holat, ayniqsa 3—5 yosh bolalarda ko'p kuzatiladi. *Uchinchi*dan, 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 multfilmlardan va kattalar ko'ruvchi kinofilmlardan asrash kerak. Televizor yonida uzoq o'tirish bolaning asabiga va ruhiga yomon ta'sir ko'rsatadi. Bolani sportning biror turiga berish va uning muvaffaqiyatlarini rag'batlantirib borish zarur.

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

1.5. Oliy nerv faoliyati va psixofiziologik jarayonlarning shakllanish bosqichlari

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

Oliy nerv faoliyatining psixologik jarayonlar bilan uzviy bog'liqligini I.M.Sechenov, I.P.Pavlov, U.Penfield, G.Jasper, K.Primram, J.Eklitz, O.Fox, P.K.Anoxin kabi olimlar chuqur o'rganishdi. Ular psixik jarayonlar reflektor tarzda boshqarilishi mumkinligini isbot qilishdi. I.M. Sechenovning fikricha, refleks – organizmning tashqi muhit bilan bo'lgan o'zaro munosabatining bir ko'rinishidir. U ikki xil refleks turlari mavjudligi haqidagi muammoni o'rtaga tashlagan. Birinchisi doimiy tug'ma reflekslar bo'lib, asab tizimining quyi tuzilmalari orqali amalga oshiriladi degan va uni «sof reflekslar» deb atagan. Ikkinchisi bosh miya po'stloq markazlari bilan bog'liq reflekslar bo'lib, ular o'zgaruvchan bo'ladi va individual rivojlanish mobaynida shakllanib boradi, degan. Bu reflekslarni I.M.Sechenov ham fiziologik, ham psixologik hodisa deb ta'riflagan. Bu borada

I.P.Pavlov (1849–1936) o'tkazgan tadqiqotlar e'tiborga molikdir. I.P.Pavlov **oliy nerv faoliyati** haqida ta'limot yaratdi va fanga «shartli refleks» degan iborani kiritdi.

Uning fikricha, asab faoliyatining barcha murakkab funksiyalari, quyidagi ikki xil asosiy mexanizmlardan iborat: 1) organizm faoliyati bilan tashqi omillar orasida vaqtinchalik aloqaning paydo bo'lish mexanizmi yoki shartli refleks mexanizmlari va 2) analizatorlar mexanizmi, ya'ni tashqi muhitni murakkab analiz (tahlil) qilib, uni bo'laklarga bo'lish.

Shartli reflektor faoliyat uchun nafaqat yangi shartli reflekslarning paydo bo'



I.P. Pavlov
1849–1936-yillar

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

Oliy nerv faoliyati yoki shartli va shartsiz reflekslarning asosiy prinsiplari nervizm, ruh vatananing yagonaligi, tuzilmava funksiyalarning yaxlitligi, organizm faoliyatining boshqarilishi mumkinligi va bunda tashqi muhitning ahamiyati juda muhimligini yuqorida nomi zikr qilingan olimlar ilgari surgan.

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

Shartli reflekslar hayvonlar va insonlarning faoliyatini keskin boyitadi. Shartli reflekslar ularning doimo o'zgarib turuvchi tashqi muhitga moslashib borishiga imkon yaratib beradi. Shartli reflekslar hayvonlar va insonlarning xulqiga, xatti-harakatining 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 tufayli 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. Shartsiz reflekslar tashqi muhitning organizmga bo'lgan ta'sir mexanizmlarini muvofiq-lashtirib turadi.

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

Oliy nerv 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 faoliyatiga asoslangan.

Shunday qilib sezgi, idrok, fikr, xotira, tafakkur – bular ruhiy jarayonlar bo‘lib, bosh miyaning faoliyati bilan chambarchas bog‘liqdir. 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.

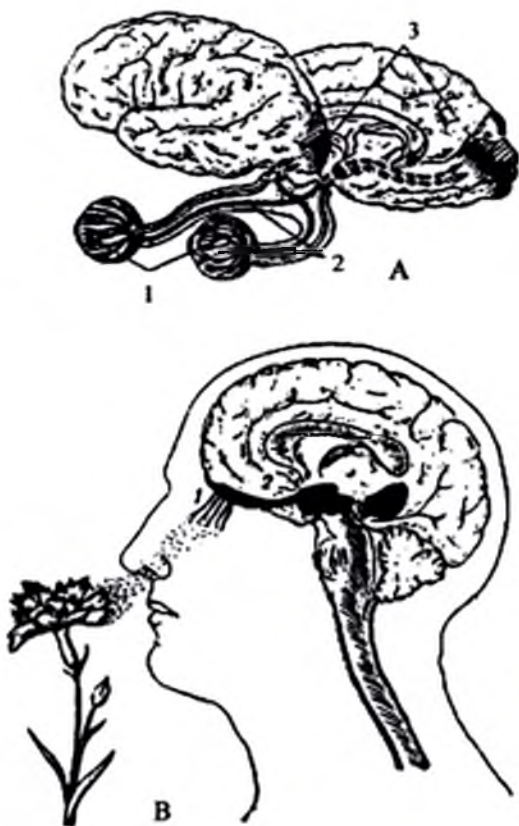
I.P. Pavlov oliy nerv faoliyatida tormozlanish jarayonlarini **passiv (shartsiz) va faol (shartli)** turlarga ajratgan: 1) passiv tormozlanishga tashqi tormozlanishni, ya’ni to‘satdan yoki bexosdan paydo bo‘ladigan ta’sirga o‘zini himoya qiluvchi javob reaksiyasining paydo bo‘lishini va haddan ortiq tormozlanish, ya’ni o‘ta kuchli, uzoq davom etadigan ta’sirlarga bo‘lgan javob reaksiyasini kiritgan. Ular hujayra va to‘qimalarni toliqish va halok bo‘lishdan asraydi; 2) faol yoki shartli tormozlanishning so‘nib boruvchi va kechikuvchi turlari farq qilinadi.

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

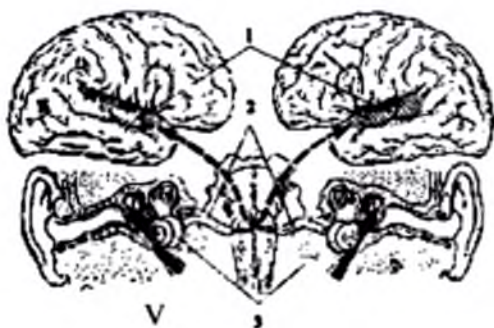
P.K. Anoxin (1898–1974) oliy nerv faoliyatida shartli reflektor faoliyatning birin-ketin keladigan 4 bosqichidan iboratligini ko‘rsatib berdi. Buni u **teskari afferentatsiya** deb atadi, ya’ni refleks bajarilganidan keyin markazga uning bajarilganligi yoki ushlanib qolinganligi haqida ma’lumot kelib tushadi va u xotirada saqlanib qoladi. Bu mexanizm quyidagicha amalga oshiriladi: **1-bosqich** retseptor ta’sirlantiriladi, nerv tolalarida qo‘zg‘alish paydo bo‘ladi va bu signal markaziy asab tizimining maxsus tuzilmalariga uzatiladi; **2-bosqich** qo‘zg‘alish sensor neyronlardan motor neyronlarga o‘tkaziladi; **3-bosqich** markazdan qochuvchi impuls bajaruvchi a‘zoga (mushakka, bezga) o‘tkaziladi; **4-bosqich** markazga topshiriq bajarilganligi haqida signal yuboriladi. Shunday qilib, shartli reflektor yoy sistemasida qaytuvchi bog‘lanish mavjudligi isbotlandi. Qaytuvchi bog‘lanish ongning shakllanishida muhim ahamiyatga ega.

Endi shu nazariyalarga asoslangan holda bosh miya yarim sharlari po‘stlog‘iga kelib tushgan signallarning qayta ishlanish jarayonini ko‘rib chiqamiz. Analizatorlar orqali qabul qilingan ma’lumotlar (signallar) bosh miya po‘stlog‘ining birlamchi maydoniga kelib tushadi.

Bu yerda hodisa va obyektning tasviri shakllanadi. Ammo u yoki bu tasvir shakllanishi uchun analizatorlar orasidagi o'zaro bog'liqlik saqlangan bo'lishi kerak. **Analizator** deb, tashqi va ichki muhitdan keluvchi signallarni analiz va sintez qiluvchi neyronlar guruhiga aytiladi (1-rasm). **Analiz** – bu miyaga kelib tushgan signallarni bo'laklarga bo'lib o'rganish bo'lsa, **sintez** – bu bo'laklardan yagona bir tasvir yaratish demakdir. Narsalarni va hodisalarni idrok etish asosida esa turli analizatorlarning o'zaro aloqasi va xotira mexanizmlari yotadi. Analizatorlar sistemasi iyerarxik tuzilishga ega (2-rasm).



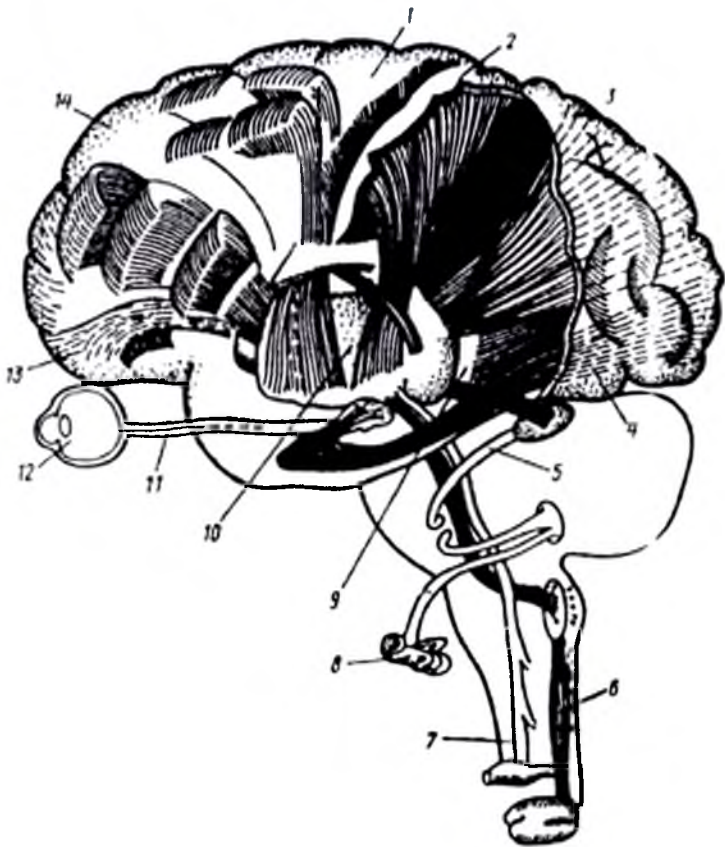
1-rasm (a qism). Analizatorlar. A – ko'ruv analizatorlari; B – hidlov analizatori. 1 – retseptorlar; 2 – o'tkazuvchi yo'llar; 3 – analizatorlarning markaziy qismi.



1-rasm (b qism). Analizatorlar. V – eshituv analizatorlari. 1 – retseptorlar; 2 – o'tkazuvchi yo'llar; 3 – analizatorlarning markaziy qismi; G – analizatorlarning bosim, og'riq, sovuq, issiq va taktil ta'sirlarni qabul qiluvchi chekka qismi.

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

Mashhur neyropsixolog A.R. Luriya har qanday ruhiy fao-liyat miyaning uchta funksional bloklari bir vaqtning o'zida barqaror

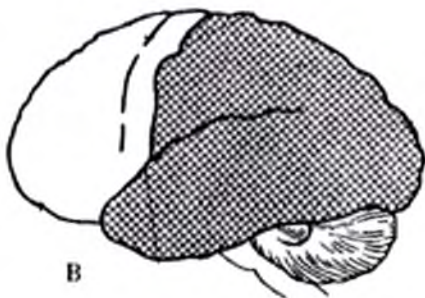


2-rasm. Analizatorlar sistemasining iyerarxik tuzilishi: 1 – bosh miya po‘stlog‘idagi harakat sohasi; 2 – sezgi sohasi; 3 – tepa soha; 4 – ko‘ruv sohasi; 5 – eshituv yo‘llari; 6 – chuqur sezgi yo‘llari; 7 – yuzadagi sezgi yo‘llari; 8 – chig‘anoq; 9 – Gratsiole tutami; 10 – talamus; 11 – ko‘ruv yo‘llari;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

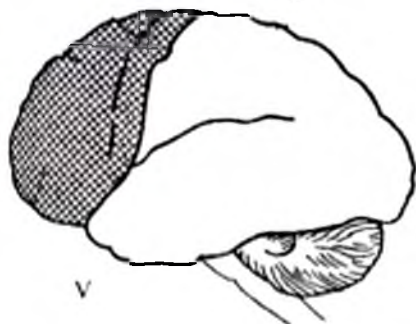
ishlashi natijasida amalga oshirilishini ta’kidlab o‘tgan (3-rasm). **Birinchi blok** – tetiklik va tonusni boshqaruvchi blok. Bu blokka limbiko-retikulyar kompleks kiradi. Evolutsiya mobaynida bu tuzilmalar birinchilardan bo‘lib paydo bo‘lgan. Birinchi blok qo‘zg‘alishni birinchi bo‘lib qabul qiladi. Bu signallar ichki a’zolaridan va sezgi (ko‘ruv, eshituv, hid, ta’m bilish, teri) a’zolari orqali tashqi muhitdan keluvchi signallardir. Birinchi blok bu



A



B



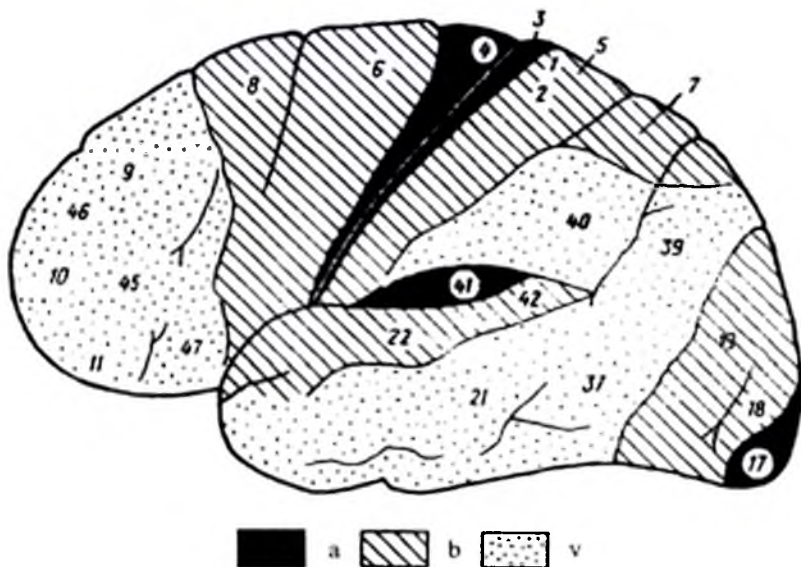
V

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

signallarni qayta ishlab, impulslar oqimiga aylantiradi va har doim ularni bosh miya po'stlog'iga yuborib turadi. Bu impulslar po'stloqning faolligini ta'minlab turadi, ularsiz po'stloq «so'nib» qoladi.

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

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



4-rasm (a, b, v). Bosh miya katta yarim sharlari po'stloq'ining tashqi yuzasi: a – birlamchi maydonlar; b – ikkilamchi maydonlar; v – uchlamchi maydonlar.

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 keng ixtisoslashganligi turli-tuman neyronlararo aloqalarning yuzaga kelishiga, har xil vazifalarni bajaruvchi murakkab neyronlar to'plamining shakllanishiga imkon yaratadi.

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

Asab tizimining filogenezi. Evolutsiya jarayonida asab tizimi rivojlanib, murakkablashib va takomillashib bordi. Oddiy bir hujayrali organizmdagi (amyobalar) yolg'iz hujayraning o'zi sezgi, harakat, hazm qilish va himoya funksiyalarini bajarib keldi. Tirik to'qima

qo'zg'alish, ya'ni tashqi ta'sirlarga javob berish xususiyatiga egadir. Filogenezda asab hujayralarining paydo bo'lishi organizm uchun tashqi ta'sirlarni qabul qilish, to'plash va tarqatish imkonini yaratib berdi.

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

Organizm rivojlangan va asab to'qimalari ishi takomillashgan sayin asab hujayralaridagi jarayonlar qo'zg'alishni tez o'tkazishi va ma'lum bir manzilga yo'naltirilganligi bilan ajralib turadi. Asab tizimining murakkablashib, takomillashib borishi, qabul qiluvchi (afferent) va uzatuvchi (efferent) sistemalarning paydo bo'lishi bilan kechadi. Nerv tarmoqlarining chekkasida maxsus retseptorlar paydo bo'lib, har biri faqat o'ziga tegishli bo'lgan ta'sirlarni farqlab qabul qila boshlaydi. Asab hujayralarining ixtisoslashib va takomillashib borishi natijasida impulslarning faqat bir tomonga yo'nalishini ta'minlaydigan sinapslar paydo bo'ladi. Xuddi shu bosqichda ba'zi vazifalarni bajaruvchi oddiy «aylana» tuzilmalar hosil bo'ladi.

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

Evolutsiyaning keyingi davrlarida asab sistemasining rivojlanishi bosh miya rivojlanishining ustuvorligi bilan kechadi, so'ngra bosh miya yarim sharlari po'stlog'i paydo bo'lgan, asab tizimi filogenezining bu davri **sefalizatsiya** davri deb ham ataladi. Sut emizuvchilarda asab tizimi yanada takomillasha borib, bosh miya katta yarim sharlar po'stlog'i va ularni o'zaro bog'lovchi yo'llar paydo bo'ldi. Organizm-

ning barcha funksiyalarini boshqarib, nazorat qilib turuvchi, o'tkazuvchi yo'llar sistemasi shakllandi. Odamda katta yarim sharlar po'stlog'i, ayniqsa, peshona va chakka bo'laklarining rivojlanishi yuksak darajaga yetdi. Hozirgi kunda odam bosh miyasining 78 foizini po'stloq tashkil qilib, uning 30 foizi peshona bo'lagiga to'g'ri keladi.

Evolutsion rivojlanishning sefalizatsiya davrida bosh miyada paydo bo'lgan markazlar quyi joylashgan tuzilmalarni o'ziga bo'y-sundira 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.

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

Nerv markazlari iyerarxiyasida bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'i asosiy o'rinni egallaydi. Butun organizmdan 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 biri hisoblanadi.

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

Asab tizimining ontogenezi. Yangi tug'ilgan chaqaloq bosh miyasining og'irligi 400 g atrofida bo'lib, tana og'irligining 1/8 qismini tashkil qiladi. Go'dakda po'stloqning egatchalari yaxshi rivojlangan bo'lib, pushtalar yirik-yirik bo'ladi, 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 barobarga kattalashadi. Bosh miyaning kattalashuvi, asosan, asab tolalarining miyelinlashuvi va tug'ilgan zahotiy oq bosh miyada mavjud bo'lgan 20 mlrd. hujayralarning kattalashuvi hisobiga kechadi.

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

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

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

Chaqaloqning periferik asab tizimi yetarlicha miyelinlashmagan, nerv tolalari siyrak bo'lib, notekis taqsimlangan. Miyelinlanish jarayoni turli nerv tolalarida turlicha kechadi. Kranial nervlarning miyelinlashuvi bir yoshga yetib tugallanadi. Orqa miya nerv tolalari miyelinlashuvi 2–3 yoshgacha davom etadi. Vegetativ asab tizimi chaqaloq tug'ilgandan boshlab faoliyat ko'rsata boshlaydi. Embriogenezning dastlabki bosqichlarida asab tizimining turli bo'limlarida aniq takomillashgan mustahkam aloqalar paydo bo'ladiki, ular tug'ma hayotiy muhim funksiyalarning asosini tashkil qiladi. Bu funksiyalarning yig'indisi tug'ilgandan keyin 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 odamning miyasi bir-biridan anchagina farq qiladi, chunki individual rivojlanish jarayonida yosh o'tgan sayin miya tuzilmalari yetilib boradi. Hatto, morfologik jihatdan yetilgan asab tizimida ham rivojlanishi yoki qayta paydo bo'lishi zarur bo'lgan funksional sistemalar mavjuddir.

Bosh miya evolutsiyasi jarayonida ikkita muhim strategik yo'nalishni aniqlash mumkin. Bularning birinchisi kelgusida yashash sharoitlariga o'ta tayyor turishi. Bu yo'nalish tug'ma, instinktiv reaksiyalarning katta to'plamidan iborat bo'lib, organizm hayot kechirishi mobaynida har qanday hodisalarga shay bo'lib turadi. Bular 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'shilib ketganini ko'ramiz. Sut emizuvchilar xatti-harakatida izlanish, o'zi turgan muhitini topish kabi xususiyatlarning shohidi bo'lamiz. Hayot kechirishning bunday turi uchun takomillashgan miya kerakligi o'z-o'zidan ayon, albatta.

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

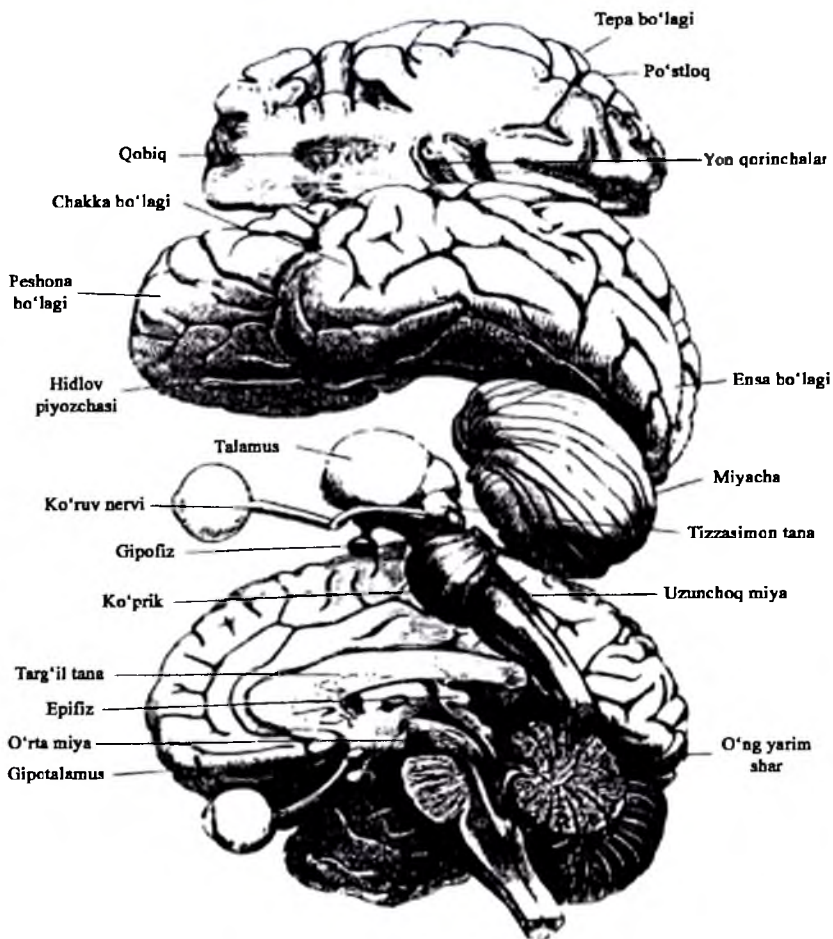
Barcha funksiyalarni po'stloq o'ziga «tortib» olishi uning takomillashib borishiga katta imkoniyatlar yaratib berdi. Shu bilan birga dunyoni anglab borish, o'rganish jarayoni, po'stloqning ma'lumotlar bilan to'lib borishi, asosan, bolalik davriga to'g'ri kelar ekan. Go'daklik davridan yetuk, barkamol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

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? Shaxsning uyg'un, ijodkor bo'lib rivojlanishi uchun nimalar zarur? Ba'zi olimlarning fikricha, hammasi tarbiyaga bog'liq. Haqiqatan ham shunday. Go'dakning miyasini hali to'ldirilmagan, yozilmagan daftarga o'xshatish mumkin. Daftarning tashqi ko'rinishi o'xshash bo'lsa-da, har bir nusxasi-ning, sahifasining o'ziga xos xususiyatlari bor. Bittasiga bir xil mazmunli, ikkinchi varag'iga boshqa mazmunli iboralarni yozish mumkin. Yozuvchi daftarni nima bilan to'ldirsa, keyinchalik shu yozuvni o'qiydi, shu yozuvga ko'zi tushadi. Demak, oppoq varaqlarni qanday to'ldirish, nima bilan to'ldirish o'zimizga bog'liq. Balki inson miyasini oddiy daftar bilan taqqoslash noto'g'ridir, chunki, inson miyasi ma'lumotlarni faqat «o'lik», «jonsiz» holatda o'zida saqlaydigan daftar emas, u ma'lumotlarni faol qayta ishlaydigan, yangi xulosalar chiqaradigan, ijodiy fikrlay oladigan katta bir jonli, harakatdagi sistemadir.

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

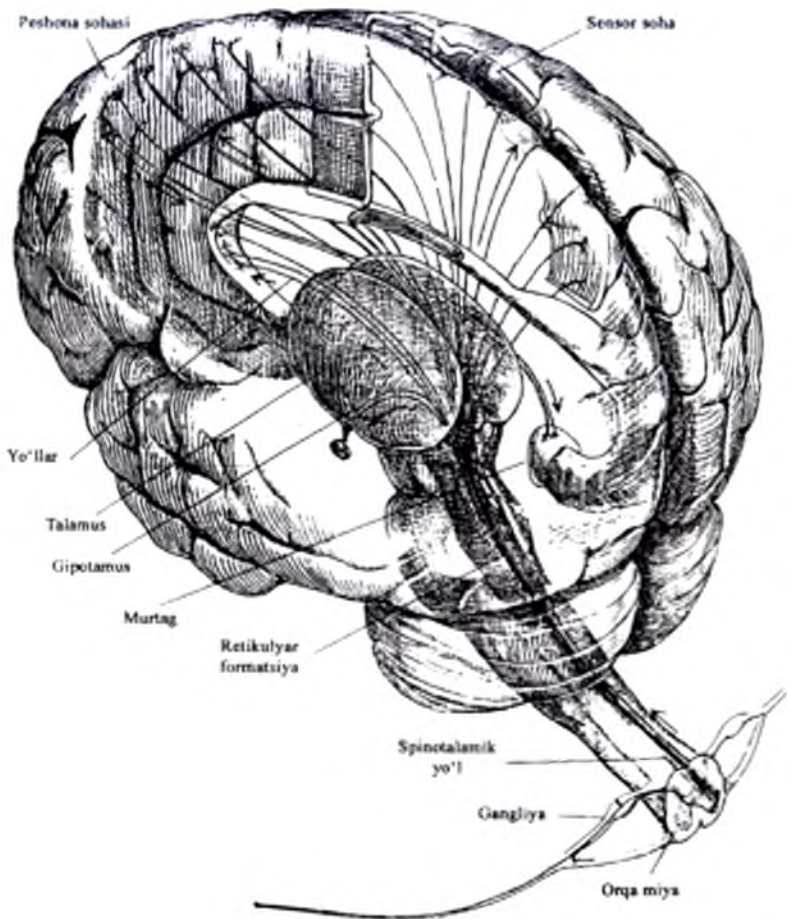
1.6. Miyaning funksional sistemasi

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



5-rasm (a). Bosh miya tuzilmalari.

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



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

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

Daslab, hayotiy muhim ahamiyati bo'lgan funksional sistemalar shakllanadi. Funksional sistemaga evolyutsion nuqtai nazardan

olganda, xilma-xil tuzilmalar qo‘shilishi mumkin. Shuning uchun bir bosqich darajasida funksional sistemaga kiruvchi ba‘zi tuzilmalarning turli darajada takomilga yetishini kuzatamiz. Ayni vaqtda, bir maromda rivojlanmaslik, ya‘ni geteroxronlikning ko‘rinishlariga ko‘p misollar keltirish mumkin. Masalan, go‘dakda emish jarayonida qatnashadigan asab hujayralari va to‘qimalari yuz nervlarining boshqa tolalariga qaraganda miyelin pardasi bilan oldinroq va yaxshiroq qoplangan bo‘ladi. Yuz nervining yuqori tolalari go‘dakda miyelin pardasi bilan yaxshi qoplanmaydi, go‘yoki bu tolalarga hozircha zarurat yo‘qdek.

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

Sistemogenezning bir nechta muhim jihatlari o‘rganilgan. Birinchisi shundan iboratki, funksional sistemalar bir vaqtda shakllanmaydi. Organizm uchun hayotiy muhim bo‘lgan sistemalar avval shakllana boradi. Masalan, yangi tug‘ilgan chaqaloq uchun hayotiy muhim bo‘lgan jarayonlar – emish, yutish, nafas olish tug‘ilgan zahoti faoliyat ko‘rsata boshlaydi. Ba‘zi jonzotlarda esa funksional sistema tug‘ilgan zahoti mukammallashgan bo‘ladi. Kenguruning bolasi tug‘ilgan zahoti onasining qornidagi xaltachaga sakrab 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. Shu bilan birga ko‘ruv, eshituv, harakat reaksiyalari yaxshi rivojlanmagan bo‘ladi. Asab tizimi ba‘zi bo‘limlarining bir maromda rivojlanmasligi va yetilmasligiga **geteroxronlik prinsipi** deyiladi.

Sistemogenezning ikkinchi prinsipi sistemalararo vasistemalar ichida geteroxronlik prinsipidir. **Sistemalararo geteroxronlik** – bu turli funksional sistemalarning (emish va ko‘ruv nazorati) turli

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

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

Sistemogenez haqidagi ta'limot bolaning asabiy-ruhiy rivojlanishining uzviyligi va ketma-ket rivojlanish qonuniyatlarini ochib beradi. Masalan, boshini ushlab turishdan keyin o'tirish, o'tirishdan keyin tik turish, tik turishdan keyin yurish boshlanadi. Boshini ushlab turish qobiliyati tana holatini nazorat qilishga zamin yaratib beradi. Bu muvozanat a'zosi va ko'ruv nazoratining takomillashuvi natijasida amalga oshiriladi.

Shuni ta'kidlash lozimki, juda ko'p funksional sistemalarning o'zi bir qancha kichik sistemalardan tarkib topgan. Bular bir vaqtning o'zida paydo bo'lmaydi va o'zaro bog'lanishlarni asta-sekin murakkablashtirib boradi. Masalan, harakatni boshqarish kompleksiga muskul tonusini, tana muvozanatini va koordinatsiyasini boshqaruvchi sistemalar kiradi. Bundan tashqari, har qanday harakatni amalga oshirish uchun biron-bir harakatni boshqa harakat bilan almash-tiruvchi, uning ustidan nazorat qiluvchi dastur zarur bo'ladi. Masalan, oldinga bir qadam tashlash uchun tananing og'irligini ikkinchi oyoqqa o'tkazish, shu vaqtda tananing muvozanatini saqlab qolish, bir guruh muskullarning qisqarishini, boshqalarining yozilishini amalga oshirish kerak bo'ladi.

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

Sistemogenez nuqtai nazaridan qaraganda, har bir yosh uchun xos bo'lgan normal funksiyalarning rivojlanish mexanizmlarini, 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 va takomillashib boraveradi. Masalan, chaqqon, o'yinqaroq bolalar diqqat-e'tiborni talab qiluvchi nozik harakatlarni bajara olmaydi. Buning sababi, harakatni boshqaruvchi miya po'stlog'i markazlari takomillashmaganligidir. Ba'zan kundalik hayotda beso'naqay bolalarda surat chizish, musiqiy asboblarni chiroyli chalish kabi mahoratni kuzatishga to'g'ri keladi.

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

Sistemogenez prinsiplari asab tizimining evolutsion rivojlanish jarayonida kuzatiladigan morfofunktional o'zgarishlarni takomillash-tirishga yordam beradi, rivojlanib kelayotgan sistemalarning kam-ko'stligining oldini olish yo'llarini ko'rsatadi. Bu yetishmovchiliklarni tuzatishning prinsiplarini 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, nuqsonning konkret shaklini topib, davolash choralarni o'tkazish bir nechta yo'nalishda olib borilishi kerak, lekin bunda

individual rivojlanish bosqichlaridagi uzviylikni ham e'tiborga olish zarurdir.

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

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

Bunda ikkita, ya'ni yangilanish va yo'qolish jarayoni bir maromda kechishi katta ahamiyatga egadir. Birlamchi avtomatizmlarning erta so'nishi miya rivojlanishidagi uzviylikni buzib yuborishi mumkin. Shu bilan birga, eskirib qolgan funksiyalarning juda kech yo'qolishi ham yaxshi emas, chunki u yangi, yanada murakkab sistemalarning paydo bo'lishiga xalaqit beradi. Reduksiya va yangilanish jarayonlarining bir maromda kechishiga bir yoshgacha bo'lgan bolalarda harakatning rivojlanishini misol qilib ko'rsatsa bo'ladi. Go'dakda boshning fazodagi holatini nazorat qiluvchi birlamchi tonik avtomatizmlar mavjud. Bu avtomatizmlar 2-3 oylarga borib so'nib, o'rniga boshni aniq ushlab turishini ta'minlovchi, muskul tonusini boshqaruvchi sistema rivojlanadi. Agar bu so'nish muddatidan kechiksa, birlamchi tonik avtomatizmlarni anomal hodisa deb qabul qilish kerak, chunki u boshni ushlab turuvchi mexanizmlarning rivojlanishiga xalaqit beradi. Keyinchalik zanjirli patologik holatlar

rivojlanib boraveradi: boshni ushlab tura olmaslik ko'ruv nazoratini va vestibulyar apparatning ishini buzadi, vestibulyar apparatning rivojlanmay qolishi natijasida o'tirishni ta'minlab beruvchi muskullar tonusi ishdan chiqadi va hokazo. Natijada yaxlit bir harakat mexanizmlari buzilib, aqliy zaiflik rivojlanishiga zamin vujudga keladi. Demak, ruhiy buzilishlarning bolalik davrida oldini olish uchun dastlabki shakllanayotgan patologik jarayonni o'z vaqtida davolash muhim ahamiyatga ega.

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

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

Ushbu bobda neyrofiziologik va psixofiziologik jarayonlar bilan tanishib chiqdik, funksional sistemalarning rivojlanish davrlarini o'rgandik. Keyingi bobda esa, bosh miya katta yarim sharlarining patologiyasini, ya'ni oliy ruhiy funksiyalarning buzilishini o'rganamiz. Bu muammo bilan neyropsixologiya fani shug'ullanadi.

Nazorat uchun savollar

1. Miya va ruhiy jarayonlarni o'rgangan olimlar haqida ma'lumot bering.
2. Ruhiy faoliyatning reflektor tarzda boshqarilishi qanday kechadi?
3. Analizatorlar haqidagi ta'limot psixologiyaning rivojlanishiga qanday ta'sir ko'rsatdi?
4. Shartli va shartsiz reflekslar haqida so'zlab bering.

5. Bosh miyada tormozlanish va qo'zg'alish jarayonlari qanday kechadi?
6. Shartli reflektor faoliyatining 4 bosqichini gapirib bering.
7. Funktsional bloklarga ta'rif bering.
8. Asab tizimining filogenezi va ontogenezi to'g'risida nimalarni bilasiz?
9. Sistemogenez nima, uning prinsiplari to'g'risida nimalarni bilasiz?
10. Bolalarda asabiy-ruhiy rivojlanish qanday kechadi?
11. Giperaktiv sindrom nima?
12. Rivojlanishning qanday davrlarini jiddiy davrlarga kiritish mumkin?
13. Miyaning funktsional sistemasi haqida so'zlab bering.

II BOB. NEYROPSIXOLOGIYA ASOSLARI

2.1. Fan haqida tushuncha va uning qisqacha tarixi

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

Neyropsixologiya fani quyidagi masalalarni o'rganadi: 1) psixologik sistemalar ta'limoti; 2) oliy ruhiy funksiyalarning shakllanish qonuniyatlari va ularning dinamik joylashuvi; 3) bosh miya katta yarim sharlarining spetsifik funksiyalari yoki funksional asimmetriya ta'limoti; 4) neyropsixologik buzilishlarning sindromolik tahlili; 5) topografik diagnostika usullari (Luriya usullari); 6) neyropsixologik korreksiya usullari va hokazo.

Bugungi kunda neyropsixologiya fanining vazifalari biroz boshqacha talqin qilinadi. O'z ilmiy yo'nalishlarini yo'qotmagan holda, neyropsixologiya fani tibbiy amaliyotga keskin kirib keldi. Neyropsixologlar jamiyati safi nevrologlar hisobiga kengaydi. Ko'pgina tibbiy universitetlarda klinik neyropsixologiya bo'limlari (kafedralari) faoliyat ko'rsata boshladi. Mashhur klinik psixologlar — Judit Todd va Artur



A.R. Luriya
(1902–1977-yillar)

K. Bogart (2001) neyropsixologiya fanini bosh miya zararlanishlarida kuzatiladigan barcha psixologik buzilishlarni (xulq-atvor, shaxs va h.k.) o'rganuvchi fandır hamda neyropsixologlar miya jarohatlarini davolashda faol ishtirok etishlari kerak, deb ta'kidlashadi.

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



P. Brok
(1824–1880-yillar)

1861-yili yosh fransuz olimi **P. Brok** nutqi buzilgan va tananing o'ng tomoni falajlangan bemorni kuzatadi. Bu bemor tez orada vafot qiladi. Uning bosh miyasi ochib tekshirilganda, chap yarim sharning pastki peshona pushtasining orqa qismida infarkt o'chog'i aniqlanadi (bu markaz hozirgi kunda Brok markazi deb ataladi). Bemor atrofdagilarning gapiga tushunsada, o'zi gapira olmasdi. Nutq buzilishining bu turi keyinchalik «motor afaziya» deb nom oldi. O'sha davrdan boshlab bosh miyada turli markazlarni izlash katta qiziqish bilan boshlanib ketadi. Biroz vaqt o'tmay, nemis psixiatri K. Vernike 1874-yili bosh miyaning chap chakka bo'lagining ustki pushtasi zararlanganda ham nutq buzilishini kuzatib, sensor nutq markazini aniqlaydi.

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

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

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

D. Jekson afaziyada nutq funksiyasining to‘la yo‘qolmasligiga e‘tibor berdi. Afaziya kuzatilgan bemorda maqsadga yo‘naltirilgan nutq buzilishi mumkin, biroq hissiy nutq saqlanib qoladi, deb fikr yurgizadi u. Masalan, biron-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 mavjud degan edi. Shuning uchun «nutqidan judo» bo‘lgan bemorning fikrlash jarayoni biroz pasaysada, hali fikr yuritishga qobiliyatli. D. Jekson maqsadga yo‘naltirilgan nutq bosh miyaning chap yarim shari bilan, hissiy nutq o‘ng yarim shari faoliyati bilan bog‘liq deb aytgan.

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

D. Jekson fikriga ko‘ra, har bir funksiya uchta bosqichdan iborat: «quyi» (orqa miya, miya ustuni), «o‘rta» (bosh miya po‘stlo-



D. Jekson
(1835–1911-yillar)

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

2.2. Neyropsixologik sindromlar

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

2.2.1. Ko'ruv agnoziyalari

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

Hozirgacha ko'ruv agnoziyalarining mexanizmlari batafsil o'rganilmagan. Ko'ruv agnoziyasining 6 ta turi farq qilinadi: 1) **narsalar agnoziyasi** – bemor ko'z oldida turgan narsalarning yoki narsalar tasvirining nomini bilmaydi, lekin bu narsalar nima uchun ishlatilishini aytib bera oladi; 2) **bet (yuz) agnoziyasi** – bemor avval o'ziga tanish bo'lgan odamlarning yuziga yoki suratiga qarab ularning kimligini aytib bera olmaydi. 3) **optik-fazoviy agnoziya** - atrofdagi obyektlarning fazoviy tuzilishini tasvirlash buziladi; 4) **harf agnoziyasi** – harflarni tanimaslik (o'zi yozganlarini ham); 5) **ranglar**

agnoziyasi — ranglarni to'g'ri ajrata olmaslik, tanimaslik; 6) **simultan agnoziya** — bemor obyektning ba'zi qismlarini taniydi xolos, biroq obyektini to'laligicha tanimaydi (bilmaydi). Simultan agnoziya Balint sindromi deb ham ataladi.

Endi ko'ruv agnoziyalarining klinik manzarasi bilan tanishib chiqamiz.

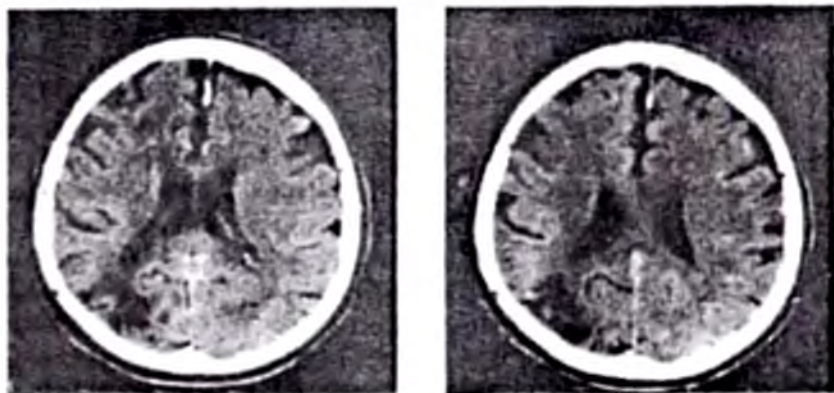
Narsalar agnoziyasi — agnoziyaning keng tarqalgan turidir. Bunda bemor obyektini go'yoki ko'radi, hatto uning ba'zi belgilarini aytib ham beradi, lekin nomini ayta olmaydi. Masalan, bemorga qalam ko'rsatilsa, u yozish va chizish uchun ishlatilishini biladi, biroq «bu qalam» deb ayta olmaydi, chunki tanimaydi.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

Yuz agnoziyasi (prozopagnoziya). Aytib o'tganimizdek, agnoziyaning bu turida bemor avval o'ziga tanish bo'lgan chehralarni tanimaydi. Bu bemorlar narsalarni tanishi mumkin. Ular yuzda joylashgan burun, qosh, ko'z va quloqlarning nomini aytib berishi mumkin, lekin bu odam kimligini aytib bera olmaydi, ular hatto xotinini, bola-chaqalarini, davolovchi vrachni ham tanishmaydi. Shu bilan birga avval tanish odamlarni, yaqinlarining, mashhur kishilarning suratlarini ham tanishmaydi. Og'ir holatlarda bemor hatto oynadagi o'z aksini yoki suratini ham tanimaydi. Shuningdek, bemor ayol va erkak betining farqiga bormaydi, ularning taxminiy yoshini chalkashtirib yuboradi. Bu bemorlar odamlarni ovozidan, kiyimidan, yurishidan tanib olishlari mumkin. Ba'zan tanib olishda tanish-bilishlarining soch tuzilishi, yuzidagi hollari, ko'zoynak taqishi kabi ortiqcha belgilar yordam beradi. Agar doimo ko'zoynak taqib yuradigan tanishi ko'zoynagini taqmay ko'rinsa, bemor uni tanimay qoladi. Ba'zan bunday bemorlarga sochi kalta ayol erkak kishidek ko'rinadi.

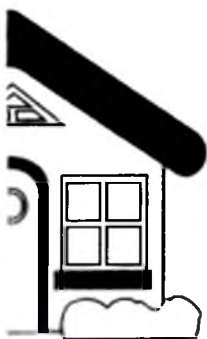
Yuz agnoziyasi nisbatan kam uchraydi va ko'pincha agnoziyaning boshqa turlari bilan birga kuzatiladi. Yuz agnoziyasi bosh miyaning orqa-ensa sohalari zararlanganda kuzatiladi.

Optik-fazoviy agnoziya. Agnoziyaning bu turi, ko‘pincha, bosh miyaning o‘ng yarim shari (tepa-ensa sohalari) yoki ikkala yarim shar ham zararlanganda kuzatiladi. Bunda bemorlar narsalarning fazoviy belgilarini tasvirlab bera olmaydilar. Bu yerda narsalarning yoki atrof-muhitdagi obyektlarning katta-kichikligining ahamiyati yo‘q. Ular geometrik figuralarning (uchburchak, romb, kvadrat) rasmini to‘g‘ri chiza olmaydilar. Agnoziyaning bu turida chap va o‘ng tomonlarni farqlash ham buziladi va bemor obyektlarning bir tomonini tan olmaydi, masalan daraxt, uy, gul (6-rasm, *a, b*). Bu holat «bir tomonni tan olmaslik» sindromi deb ataladi. U asosan, bosh miya o‘smalarida va og‘ir jarohatlarda kuzatiladi. Bu sindromni biz bosh miya o‘ng yarim sharining a.cerebri posterior qon bilan ta‘minlaydigan sohaning o‘tkir ishemik insultlarida ham kuzatganmiz. Optik-fazoviy agnoziya bosh miyaning o‘ng yarim shari zararlanganda ko‘p kuzatilgani uchun bemorlar obyektlarning chap tomoni borligini go‘yoki inkor qilishadi. Bunday bemorlar hatto o‘zining chap tomonini ham tan olishmaydi, qo‘l-oyoqlari harakati saqlangan bo‘lsa-da, bemor ko‘ylagini va shimini kiyayotganda chap qo‘lini ishlatmaydi. Bu sindrom chap tomonlama fazoviy agnoziya deb ham ataladi. Bu simptomlar bosh miyaning o‘ng yarim shari zararlanishi uchun juda xosdir.

Shuningdek, anozognoziya— tanadagi defektni (gemi plegiyani) anglamaslik va autotopognoziya — o‘z tanasining qismlarini bilmaslik

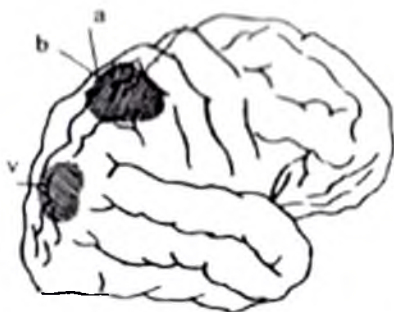


6-rasm (a). Fazoning bir tomonini inkor qilish sindromi (Z.R. Ibodullayev kuzatuvi, 2000-y). a — kompyuter tomogrammada bosh miya o‘ng yarim sharining ensa sohasida ishemik o‘choq.



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

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

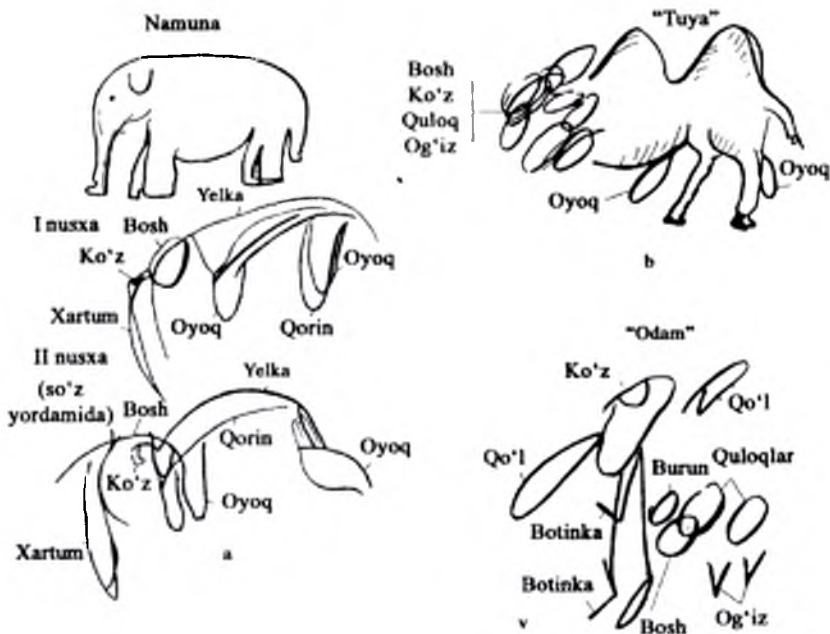


7-rasm (a, b, v). Bosh miya o‘ng yarim sharining tepa va ensa sohalari zararlanganda kuzatiladigan agnoziyalar: a – autotopognoziya – bemor o‘z tanasining qismlarini tanimaydi, bilmaydi; b – anozognoziya – bemor tanasidagi kamchiliklarni (masalan, gemiparezni) anglamaydi, inkor qiladi; v – ko‘ruv agnoziyasi – bemor narsalarni ko‘rib tursa-da, ularning nomini aytib bera olmaydi.

Og'ir holatlarda bemorda nafaqat o'ng-chap tomonlarni, balki yuqori-quyi koordinatlarni ham farqlash buziladi. Bemor rasmlarda obyektning fazoviy belgilarini ta'riflab bera olmaydi (uzoq-yaqin, katta-kichik, chap-o'ng, tepa-past). Masalan, bemordan biror jonzotning yoki odamning suratini chizib berish talab qilinsa, uning ba'zi qismlarini (qo'li, oyog'i, ko'z va quloqlarini) tanada qanday va qayerda joylashtirishni bilmaydi, go'yoki «unutadi» (8-rasm, a, b).

Optik-fazoviy buzilishlar ba'zan o'qish jarayoni buzilishi bilan ham kechadi. Bunday holatlarda bemorlar harflardagi chiziqlarning qanday va qaysi tomonga qarab yo'nalganini bilishmaydi, ayniqsa Ye, Sh, P, Ya harflarni o'qiy olishmaydi. Bemorlar «D» va «L» kabi harflarni farqlay olishmaydi. Klinik amaliyotda optik-fazoviy agnoziyalarni aniqlash uchun harflarni bilishni tekshirishdan ko'p foydalaniladi.

Harf agnoziyasida bemorlar harflarni to'g'ri ko'chirsa-da, ularning nomini aytib bera olmaydi, chunki ularni tanimaydi. Shuning



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

uchun ham bu bemorlarda o'qish qobiliyati buziladi (birlamchi aleksiya). Bunday bemorlar narsalarni to'g'ri taniydi, ularning tasviriga to'g'ri baho bera oladi va hatto murakkab fazoviy tasvirlarni to'g'ri farqlay olishadi-yu, harflarni tanishmaydi, ularni o'qiy olishmaydi.

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

Ranglar agnoziyasi ikki xil turga bo'lib o'rganiladi. Ranglar agnoziyasining haqiqiy turi va ranglarni tanib olish (anglash)ning buzilishlari (ranglarga ko'rlik) farqlanadi. Ranglarga ko'rlik va ranglarni tanishning buzilishi ko'ruv yo'llarining ham periferik, ham markaziy qismlari zararlanganda, ya'ni ham to'r parda, ham ko'ruv sistemasining po'stloq osti va po'stloq tuzilmalari zararlanganda kuzatiladi. Ma'lumki, ranglarni qabul qilishning buzilishi ko'z to'r pardasining degeneratsiyasi va kolbachalar patologiyasi bilan ham bog'liq.

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

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

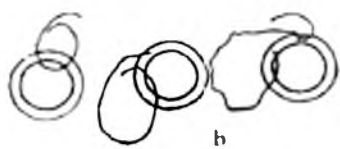
Ko'pincha, ranglar agnoziyasi narsalar agnoziyasi bilan birgalikda uchraydi. Ba'zan esa birlamchi aleksiya bilan ham kuzatiladi. Ranglar agnoziyasi kuzatilgan bemorlarda ko'ruv maydoni qisqarishi ba'zan uchrasa-da, u agnoziyaga xos belgi emas.

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

Agar bemorga aylana ichiga chizilgan kvadrat ko'rsatilsa, bemor yo kvadratni yoki aylanani ko'radi, ularning ikkalasini birga ko'rmaydi. Bemorlar uchun bitta so'zni o'qib, ikkinchisiga o'tish ham qiyin. Shuning uchun Balint (1909) ko'ruv agnoziyasining bu turini «nigohning ruhiy falaji» deb atagan, ba'zi 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 (9-rasm, a, b, v).



a



b

Handwritten symbols: two groups of three characters each, possibly representing letters or numbers.

Handwritten text: "qo'ycha bosh qo'ycha" (roughly "beginning, beginning").

Handwritten text: "qo'ycha ABCDEFIKLM" (roughly "beginning ABCDEFIKLM").

v

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

Nima uchun bemor ikkita tasvirdan bittasini koʻradi yoki bitta tasvirning bir qismini koʻradi? Bu bemorlarda koʻz olmasining toʻla harakati saqlansa-da, ular narsalarni toʻlaligicha qabul qila olmaydi. Mutaxassislarning fikricha, buning sababi nigoh boshqarilishining buzilishidir. Bemorning nigohi boshqarilmaydigan boʻlib qoladi, uning koʻz olmasi beixtiyor harakatlar qilaveradi va oqibatda koʻz orqali obyektzni izlash, uning konturlarini yaratish buziladi.

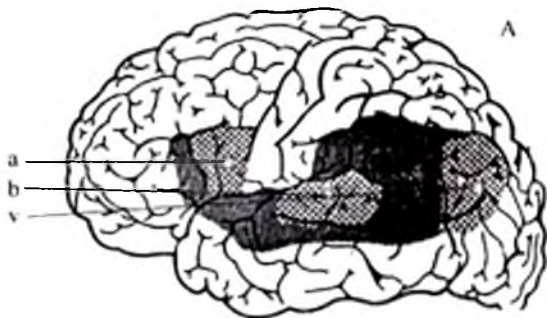
Simultan agnoziyaning sababi qilib, bosh miya poʻstlogʻida joylashgan koʻruv hujayralari faoliyatining pasayishi koʻrsatiladi, bu hujayralar faqat lokal qoʻzgʻalishlargagina qobiliyatlidir, deb taxmin qilinadi.

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

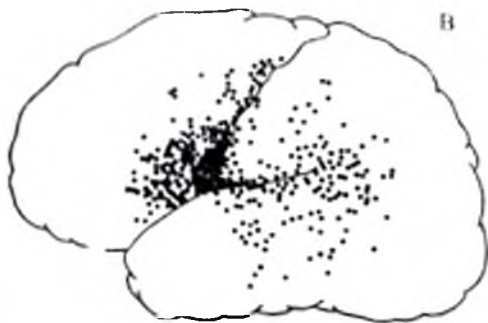
2.2.2. Afaziyalar

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

Afaziya bosh miyaning turli sohalari, ya'ni pastki peshona push-tasi, yuqori chakka pushtasining orqa qismi, pastki pariyetal soha va chakka-tepa-ensa sohalari tutashgan joylar zararlanganda kuzatiladi (10-rasm). Demak, nutq markazlari bosh miya katta yarim sharlarining katta sohasini egallaydi. Kuchli ifodalangan nutq buzilishlari, ayniqsa, Brok va Vernike sohalari zararlanganda kuzatiladi, bu markazlarga chega-radosh sohaslar zararlanganda, o'tib ketuvchi afaziyalar kuzatiladi.



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



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

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

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

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

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

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

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

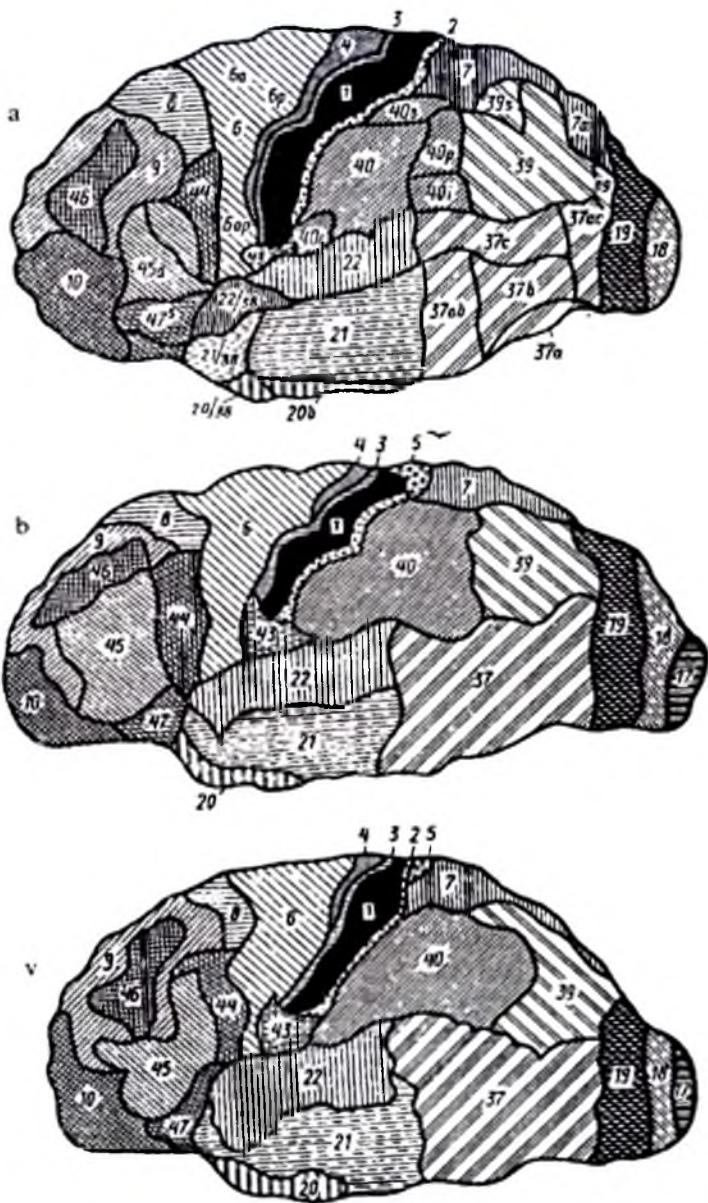
7. Amnestik afaziya – 37- va 40-maydonlar zararlanganda kuzatiladi.

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

Sitoarxitektonik maydonlar 11-rasmda keltirilgan.

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

Ekspressiv nutq **og‘zaki** va **yozma** nutqlarga ajratilsa, impressiv nutq **og‘zaki** va **yozma nutqni tushunishdan** iboratdir. Og‘zaki nutqqa monologik, dialogik va takroriy nutqlarni misol qilib keltirish mumkin. Narsalarning nomini aytish, ularning harakatini so‘z bilan ifodalash ham og‘zaki nutqning bir turidir. Yozma nutq **mustaqil** yoki **diktant** ko‘rinishida bo‘ladi.



11-rasm. Sitoarxitektonik maydonlar (Brodman maydonlari).

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

Afaziyalarni aniqlashda juda ko'p omillarga e'tibor beriladi. 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 tilini yaxshi biladimi va hokazo. Qo'shimcha tekshiruvlar, ya'ni elektroensefalografiya, dopplerografiya, kompyuter tomografiya usullari ham afaziya sababini aniqlashga yordam beradi. Afaziyaning turini aniqlash topografik tashxis uchun juda muhimdir.

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

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

Endi afaziyaning barcha turlari bilan tanishib chiqamiz.

Afferent motor afaziya. Har qanday so'z talaffuz qilinayotganda, har xil kuchga, yo'nalishga 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 gapirish 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 muskullarining holati, tilning harakati, boringki, nutqni tashkillashtiruvchi og'iz bo'shlig'idagi barcha tuzilmalardan kelib turadi.

Organizmining ontogenetik rivojlanishi davrida artikulyator harakatlar ma'lum bir stereotipga ega bo'lgan harakatlarga aylanadi. Bu harakatlarning dastlabki elementlari «ishga tushib» ketsa, odam bemalol gapirib ketadi. Ushbu harakatlarni boshqarib turishda bosh

miya katta yarim sharlarining orqa gnostik markazlari faol ishtirok etadi. Pastki pariyetal sohaning (40-maydon) zararlanishi artikulyator harakatlarning buzilishiga va o'z navbatida butun nutq funksional sistemasi faoliyatining keskin o'zgarishiga sababchi bo'ladi.

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

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

Afferent motor afaziyada literal parafaziyalar ko'p kuzatiladi, bemor mustaqil ravishda tovushlar va so'zlarni talaffuz qila olmaydi, bir tovushni boshqa tovush bilan almashtirib yuboradi (literal parafaziyalar). Masalan, «sanam» o'rniga «salam» yoki «kelin» o'rniga «kenil» va hokazo. 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, bemorlar bu so'zni talaffuz qilishda qiynaladi. Shuning uchun ham so'zlarni talaffuz qilishning buzilishi asosiy simptom hisoblangan afaziyaning bu turiga **motor afaziya** deb aytiladi.

Efferent motor afaziya bilan farqli o'laroq, afferent motor afaziyada so'zlarni beixtiyor talaffuz qilish (sanash, oylarni aytib chiqish) odatda saqlangan bo'ladi. Agar ongli ravishda bemor biror so'zni yoki jumlani takrorlamoqchi bo'lsa, qiyinchiliklarga uchraydi.

Gapirayotgan paytda bemor beixtiyor «e, jin ursin», «to‘g‘ri-to‘g‘ri», «ha-ha» kabi jumlalarni aytib yuboradi.

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

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

Ba‘zi mualliflar motor afaziyada nutqni tushunish saqlanib qoladi deyishsa, boshqalari buziladi, degan fikrda. Motor afaziyada faqat ekspressiv nutq buziladi, impressiv nutq esa saqlanib qoladi, degan fikrlar haqiqatga ziddir (A.R. Luriya, 1973). Ma‘lumki, nutqni tushunishning asosiy mezonlaridan biri — bu tovushlarni ajrata olishdir. Nutqning motor komponenti so‘zlarni, gaplarni idrok qilishda muhim ahamiyatga ega.

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

Ayniqsa, talaffuz qilinishi qiyin bo‘lgan, undosh tovushlardan iborat so‘zlarni takrorlash («trotuar», «traktor», «perron» va b.) bemorlar uchun o‘ta qiyindir. Bemorlar so‘zlarni noto‘g‘ri talaffuz qilishayotganligini o‘zlari tushunishadi, lekin og‘zi va tili go‘yoki ularga bo‘ysunmayotgandek tuyuladi.

Afferent motor afaziyada kinestetik nuqson sababli nutqning boshqa elementlari ham ikkilamchi tarzda buziladi. Ularda mustaqil yozish, diktant yozish buzilgan bo'ladi. Ayniqsa, bemorlar yozayotgan paytlarida «og'zingizni ochib yozing» yoki «tilingizni tishlaringiz bilan bosib yozing» degan ko'rsatmalar berilsa, ular katta xatolarga yo'l qo'yishadi. Bemorlar miyaga singib ketgan va doimo ishlatiladigan so'zlarni bemalol takrorlashlari mumkin, ammo murakkab so'zlarni faol nutqda noto'g'ri talaffuz qilishadi.

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

Efferent afaziyada ekspressiv nutqning barcha turi va shakli buziladi: monolog, dialog, avtomatlashgan va hokazo. Ko'proq ongli ravishda gapirish, ya'ni boshqa birovning ko'rsatmasi bo'yicha gapirish o'zgarsa, beixtiyoriy so'zlash 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 bo'g'indan ikkinchi bo'g'inga yoki so'zdan so'zga bemalol o'tishning qiyinligi, ya'ni nutq perseveratsiyalari efferent motor afaziyaning asosiy klinik belgilaridandir.

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

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

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

Dinamik afaziya. Nutq buzilishining bu turi 1934 yili K. Kleyst tomonidan yozilgan va o'rganilgan. Olim uni «nutq tashabbusining yetishmovchiligi» deb atagan. Ba'zi tadqiqotchilar (I.M. Tonkonogiy, 1973) dinamik afaziyani «nutq akineziyasi» deb ham atashadi. Dinamik afaziyaning xususiyati shundan iboratki, ularda nutq xotirasi, artikulatsiya va fonematik eshituv saqlangan bo'ladi. Bemorlar tovushlarni, so'zlarni, jummalarni, narsalarning nomini juda yaxshi takrorlashadi. O'qish va yozish ham buzilmagan bo'ladi. Ular na to'satdan, na mustaqil ravishda gapira oladi, biron-bir tushunarli so'z yoki gapni ravon ayta olishmaydi.

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

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

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

Sensor afaziya. Sensor afaziyaning asosida fonematik eshituvning buzilishi, ya'ni so'zlarning tovush tarkibini farqlash qobiliyatining buzilishi yotadi. Boshqacha qilib aytganda, tovushlarning akustik analizi va sintezi buziladi. Sensor afaziyaning asosiy nuqsoni — nutqni tushunmaslikdir. So'zlarning ma'nosiga, ko'rsatmalarga, birovning nutqiga bemor tushunmaydi.

Og'zaki nutqda literal parafaziyalar ko'payib ketadi, ya'ni bemor so'zlayotganda, bitta tovush o'rniga boshqasini aytib yuboradi. Masalan, «salom» o'rniga «salon» yoki «dori» o'rniga «tori» va hokazo.

Sensor afaziyada bemor o'z fikrini turli mimik harakatlar bilan ifodalashga intiladi.

Grammatik tarafdin buzilgan nutq bir-biriga bog'lanmagan literal va verbal parafaziyalardan iborat bo'ladi. Takroriy nutq ham o'ta buzilgan bo'ladi. Kuchli rivojlangan sensor afaziyada bemor hatto bitta harfni ham, so'zni ham takror ayta olmaydi. Fonematik tahlil buzilishi oqibatida, so'zlarning sifati ham buziladi, muxolif tovushlar o'rni almashib ketadi. Buning oqibatida narsalarning nomi va ismi shariflar buzib aytiladi. Bemorlar narsalarning nomini bilsada, so'zning kerakli fonetik tuzilishini topa olmaydi, ya'ni so'zning tovush tarkibi parchalanadi. Bunday bemorlar so'zlarni takrorlash uchun, narsalarning nomini aytish uchun ko'p urinishadi. Bemor «gapdonligi» (logorrea) bilan ajralib turadi, uning gapiga tushunib bo'lmasada, ko'p gapiraveradi. Ularning nutqi hissiy tusga, intonatsiyaga boy bo'ladi. Sensor afaziyada o'qish va yozish buziladi, lekin praksis va optik gnozis saqlanib qoladi.

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

Akustik-mnestik afaziya uchun quyidagi simptomlar xos: 1) nutqni tushunishning buzilishi, bunda bemor og'zaki nutqni ham, matnlarni ham tushunmaydi; 2) og'zaki ekspressiv nutqning buzilishi; 3) nutq nominativ funksiyasining buzilishi; 4) so'zlar ma'nosini buzib aytish; 5) verbal parafaziyalar, so'zlayotganda so'zlarni tushirib qoldirish.

Bemorlarda og'zaki nutq va impressiv nutq buzilsada, yozish va o'qish saqlanib qoladi. Bu afaziyaning sensor afaziyadan farqi shundaki, ularning nutqi suhbatdoshiga tushunarli bo'lishi mumkin, bemor so'zlayotganda, o'z xatosini anglaydi, gapdonlik va eyforiya kuzatilmaydi.

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

A.R. Luriyaning fikricha, bu afaziyada operativ xotira buziladi. So'zlarning ma'nosi «beganalashadi», narsalar tasvirini yaratish

buziladi. Bu bemorlar narsalar tasvirini va hatto soʻzning grafik tasvirini yaratib bera olmaydi. Bu esa koʻruv va eshituv analizatorlarining oʻzaro munosabati buzilganligidan dalolat beradi.

Sensor va akustik-mnestik afaziyaning oʻxshash tomonlari: 1) ikkala afaziyada ham soʻzlar maʼnosi begonalashuvi kuzatiladi; 2) soʻzlarni izlayotganda, aytib yuborish yordam bermaydi. Agar soʻzlar maʼnosining begonalashuviga sabab sensor afaziyada fonematik eshituvning buzilishi boʻlsa, akustik-mnestik afaziyada soʻz bilan narsalar bogʻliqligi buziladi.

Semantik afaziya. Semantik afaziyaning asosiy belgisi soʻzlarning bir-biriga bogʻlanishining, yaʼni konstruksiyasining buzilishidir. Bunda artikulyator va akustik buzilishlar kuzatilmaydi. K. Goldshteyn 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, bemorlarga «aylana ustida xoch», «xoch aylana tagida», «tundan keyin kun keladi», «pashsha fildan kichik» kabi gaplarda farq sezishmaydi. Shuningdek, bemorlar «ruchka qalamdan uzunroq», «Lola Ergashdan oqroq» kabi gaplar orasidagi oʻzaro bogʻliqlikni tahlil qila olishmaydi.

Bemorlar qalam va ruchkani koʻrsating, degan koʻrsatmani toʻgʻri bajarishadi, lekin «qalam bilan ruchkani» yoki «ruchka bilan kitobni» koʻrsating, degan jummalarni tushunishmaydi va bajara olishmaydi.

Amnestik afaziya. Amnestik afaziyada nutqning nominativ funksiyasi buziladi. Biror narsaning nomini aytish uchun bemor bir nechta soʻzlarni 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 oʻsadigan, haligi, hozir bilaman, ey, jin ursin, ayta olmayapman» degan noaniq jummalarni aytib yuboradi.

Amnestik afaziyaning mexanizmlarini tushuntirib berishga koʻp urinishlar boʻlgan. Klassik tadqiqotchilarning fikrlarini keltirib oʻtamiz. K. Vernike va A. Lixtgeym amnestik afaziyaning «soʻzlarning motor va sensor obrazlari» orasidagi bogʻlanishlarning buzilishi deb bilsa, K. Kleyst va S. Xenshen soʻzlar xotirasi markazining parchalanishi bilan bogʻlashgan. K. Goldshteyn amnestik afaziyada narsalarning nomini unutishni abstrakt fikrlashning buzilishi bilan bogʻlagan. L.S. Vigotskiy

esa afaziyaning bu turida, aksincha, abstrakt fikrlashdan aniq fikrlashga o'tishning buzilishi asosiy ahamiyatga ega, deb aytgan. A.R. Luriya amnestik afaziyada narsalarning nomini aytish va hodisalarni ta'riflashda bemor ongida mavjud bo'lgan bir nechta so'zlardan keragini tanlab olish buziladi, deb aytgan.

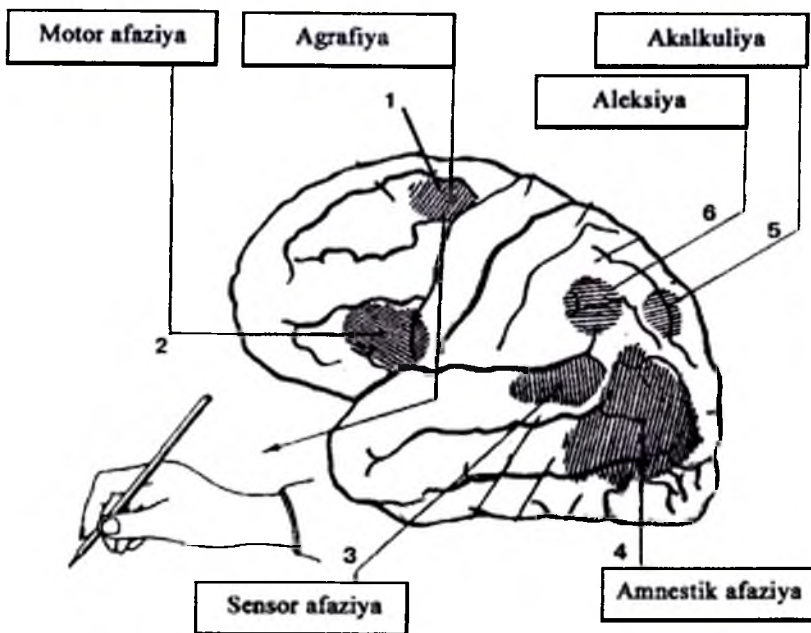
Sensor va akustik-mnestik afaziyadan farqli o'laroq, amnestik afaziyada so'zning boshini aytib yuborish yordam beradi. Nutqning nominativ funksiyasi buzilsa-da, boshqa funksiyalari — yozish va o'qish saqlanib qoladi. Amnestik afaziya alohida holda juda kam uchraydi va u asosan, akustik-mnestik yoki semantik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

2.2.3. *Agrafiya*

Eksner 1881-yili birinchilardan bo'lib bosh miyada alohida xat (yozish) markazi borligini aytib o'tgan. Ammo Vernike va Dejerin alohida xat markazi borligini inkor qilishgan. Agrafiya atamasi 1885-yili Benedikt tomonidan taklif qilingan bo'lib, yozishning buzilishi degan ma'noni anglatadi. Xenshen 1922-yili ikkinchi peshona pushtasining orqa qismi zararlanganda agrafiya kuzatilishini aytgan. Nelson (1946) yozish jarayoni (qobiliyati) ikkinchi va uchinchi peshona pushtalarining orqa qismi, burchak pushtasi va ularni bir-biri bilan bog'lovchi yo'llar zararlanishi hisobiga ham buzilishini ta'kidlab o'tgan. A.R. Luriya (2002) bosh miyaning ensa sohasi, pastki pariyetal va yuqori chakka pushtasining orqa qismlari zararlanganda agrafiya kuzatilishini aniqlagan. Shuningdek, u afaziyalarda agrafiyaning o'ziga xos xususiyatlarini o'rgangan. 12-rasmda agrafiya, akalkuliya, aleksiya va afaziyalar kuzatiladigan sohalar ko'rsatilgan.

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

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



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

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

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

jarayondir. Yozma nutqni o'zlashtirish uchun asosiy ahamiyatga ega bo'lgan narsa – bu mustaqil nutqni egallash va anglashdir.

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

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

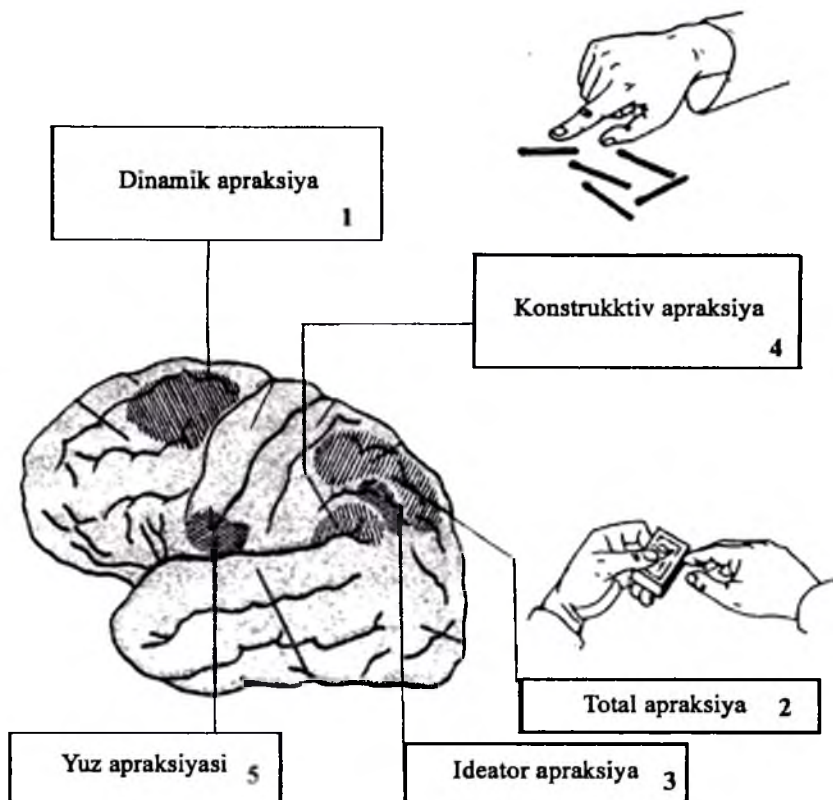
Yozma nutq quyidagi bosqichlarni o'tadi: 1) yozish uchun niyatning paydo bo'lishi; 2) nima haqida yozish; 3) qanday yozish; 4) tovushni harfga aylantirish; 5) yozish jarayonini boshqarish bosqichi. Yozayotgan paytda tovushni harfga aylantirish, o'qiyotgan paytda harfni tovushga aylantirish murakkab psixofiziologik jarayonlar hosilasidir.

Yozish jarayoni akustik, optik, kinestetik, kinetik, proprio-reseptiv analizatorlarning birgalikda ishlashi hisobiga kechadigan jarayondir. Tovushlarni analiz 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 hisobiga amalga oshiriladi. Demak, yozishning buzilishi miyaning peshona bo'lagi, uning mediobazal sohalari, chakka, pastki pariyetal va ensa sohasining oldingi qismlari zararlanganda kuzatiladi.

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

2.2.4. Apraksiya

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



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

Apraksiyaning tasnifi 1905-yili X. Lipmann tomonidan taklif qilingan bo'lib, hozirgi kungacha o'z kuchini yo'qotgani yo'q. U apraksiyaning uchta turini ajratgan: 1) **ideator apraksiya** – harakat to'g'risidagi g'oyaning buzilishi, parchalanishi; 2) **kinetik apraksiya** – harakat kinetik tasavvurining buzilishi; 3) **ideomotor apraksiya** – harakat haqidagi «g'oyani», 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 miya tepa bo'lagining zararlanishi bilan bog'lagan.

Ko'pchilik mualliflar oral, barmoqlar, tana va kiyinish apraksiya turlarini farq qilishadi. A.R. Luriya ham apraksiyaning 4 ta turini ajratib o'rgandi: 1) **kinestetik apraksiya**; 2) **fazoviy apraksiya yoki apraktoagnoziya**; 3) **kinetik apraksiya**; 4) **regulator (prefrontal) apraksiya**.

Kinestetik apraksiya bosh miya chap yarim sharining pastki pariyetal sohalari zararlanganda kuzatiladi. Bunda falajliklar bo'lmasda, harakatning kinestetik mexanizmlari buziladi. Bemorlar piyolaga choyni qanday quyilishi yoki shakar qoshiq bilan qanday olinadi-yu, piyolaga solib qanday eritilishini zarur narsalarsiz ko'rsatib bera olmaydi. Bunday paytlarda fazoviy harakatlar saqlangan bo'ladi, lekin harakat jarayonining proprioretseptiv (kinestetik) mexanizmlari ishlamaydi. Shuning uchun kinestetik apraksiyani tekshirganda, bemorning ko'zi yumilgan holatda bo'lishi kerak. Chap yarim shar zararlanganda, kinestetik apraksiya ikki tomonlama, o'ng yarim shar zararlanganda, bir tomonda, ya'ni faqat chap qo'lda kuzatiladi.

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

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

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

Regulator (prefrontal) apraksiya chap peshona bo‘lagining prefrontal sohasi zararlanganda kuzatiladi. Mushaklar tonusi va kuchi saqlangan bo‘ladi, lekin harakat dasturi buziladi, har qanday harakatning bajarilishini ongli tarzda nazorat qilib bo‘lmay qoladi. Bemorlar birinchi harakatdan ikkinchisiga bemalol o‘ta olmaydi. Masalan, kvadratni chizib, ketidan uchburchakni chizish talab qilinsa, bemor uchburchak o‘rniga kvadrat chizib qo‘yadi.

Nazorat uchun savollar

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

III BOB. SEZGI VA IDROK

3.1. Umumiy ma'lumotlar

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

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

Fanda sensor izolatsiya degan tushuncha bor. Kosmonavlarni tashqi axborotlardan to'la izolatsiya qilib, ularning asab tizimi chuqur o'rganiladi va koinotda yashashga moslashtiriladi. To'la va qisman sensor izolatsiya sinaluvchilarda olib borilganda, bir necha soatdan keyin ular ahvoli yomonlashganidan shikoyat qilib, tadqiqotni to'xtatishni iltimos qilishgan. Bundan bir necha yil oldin Amerika Qo'shma Shtatlarida infeksiya tushish xavfini mutlaqo yo'qotish uchun murakkab operatsiya o'tkaziladigan xonalarga umuman oyna qo'yishmagan va bu xonalarda faqat eshik bo'lgan, xolos. Bunday xonalarda uzoq vaqt davom etadigan operatsiyalar paytida jarrohlar ruhan charchab qolavergan va bu operatsiyaning sifatiga salbiy ta'sir ko'rsatgan. Bundan ko'rinib turibdiki, eng murakkab jismoniy va aqliy mehnatni talab qiluvchi sharoitlarda sezgi a'zolarimizga tashqi olamdan kelib turuvchi axborotlarning ta'sir doirasi o'ta kengdir. Bu va boshqa dalillar inson organizmining tashqi dunyodan sezgilar tarzidagi taassurotlarga ega bo'lish ehtiyoji naqadar kuchli ekanligidan dalolat beradi.

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

Idrokning asosiy xususiyati uning **yaxlitligidir**. Masalan, minbarda nutq so‘zlayotgan odamni idrok qilar ekanmiz, notiqning kiyimboshi, 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-yu hodisalarni va odamlarni idrok qilishda avvalgi tajribamiz muhim ahamiyat kasb etadi, ya’ni avvalgi tajriba idrokni osonlashtiradi. Masalan, biz hayvonot bog‘iga borganimizda, avval ko‘rmagan hayvon yoki qushlarga sinchkovlik bilan nazar tashlaymiz, ularning barcha xususiyatlarini o‘rganib idrok qilamiz. Keyingi gal borganimizda esa ularni idrok qilishimiz ancha osonlashadi.

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

Narsa va hodisalarni sezish kabi, ularni tasavvur qilish ham idrok jarayoni uchun zarur vositalardan biridir. Avvallari idrok qilingan

obrazlarni ongimizda jonlantirishga, ya'ni qayta tiklashga **tasavvur** deb ataladi. Tasavvur bizning ongimizda to'satdan paydo bo'lishi mumkin. Tasavvur o'ta individualdir, u odamning shaxsiga bog'liq. Odamning kasb-koriga qarab biron-birovda ko'ruv, boshqalarda esa eshituv a'zolari orqali tasavvur qilish yaxshi rivojlangan bo'ladi.

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

3.2. Sezgi va idrokning fiziologik mexanizmlari

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

Tashqi va ichki muhitdan kelayotgan har qanday ma'lumot maxsus **retseptorlar** orqali qabul qilinadi. Shartli ravishda uch guruh retseptorlar farq qilinadi: 1) **ekstraretseptorlar** – tashqi muhitdan keluvchi ta'sirotlarni qabul qiladi; 2) **intraretseptorlar** – ichki a'zolardan 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 birl bitta tashqi ta'sir uchun javob beradi (1-rasmga qaralsin). 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 bo'ladi. Ikkilamchi signal sistemasiga esa nutq va u

bilan bog'liq bo'lgan oliy ruhiy funksiyalar kiradiki, u faqat insonlar uchun xosdir. Bu barcha jarayonlar analizatorlar ishtirokida amalga oshiriladi. Har qanday analizator uch qismdan iborat: 1) ta'sirotlarni qabul qiluvchi qismi, ya'ni retseptor; 2) o'tkazuvchi apparat, ya'ni nerv tolalari; 3) ma'lumotlarni tahlil qiladigan markazlar. Bu markazlar bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'i bo'ylab tarqalgan. Bu yerda, ya'ni po'stloqda tashqi va ichki muhitdan keladigan barcha ta'sirotlar analiz va sintez qilinadi. Ko'ruv, eshituv, hid bilish, ta'm sezish va teri analizatorlari farq qilinadi. Demak, sezish jarayoni analizatorlar orqali amalga oshiriladi va bosh miya tuzilmalarida idrok qilinadi.

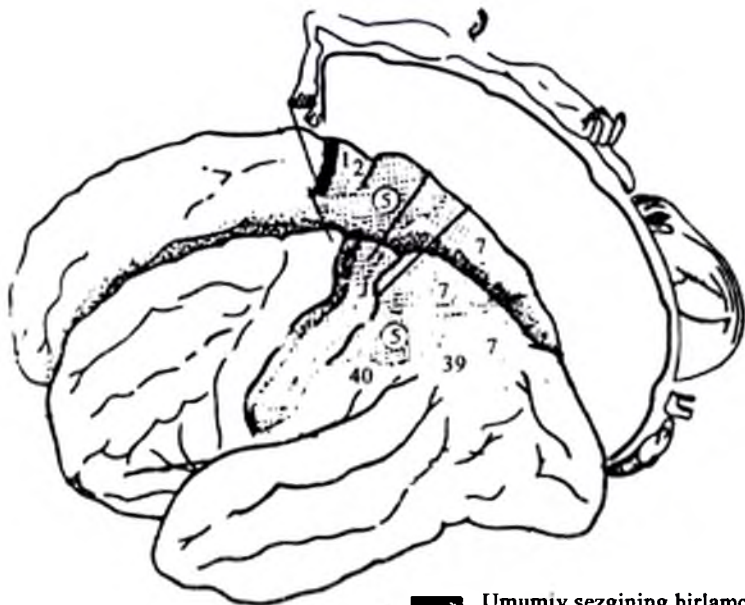
Bosh miya ikkita yarim shardan iborat bo'lib, uning ustki qatlami kulrang tusga ega. Bu qatlam bosh miya katta yarim sharlarining **po'stlog'i** deb nom olgan. Po'stloq turli vazifani bajaruvchi ko'p miqdordagi asab hujayralari (14 mlrd) to'plangan joydir. Bu yerda murakkab integrativ jarayonlar ro'y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




Endi sezgi va idrok uchun muhim ahamiyatga ega bo'lgan ko'ruv, eshituv va teri analizatorlarining anatomo-fiziologik xususiyatlari to'g'risida to'xtalib o'tamiz. Ko'ruv ta'sirotlari ko'zning to'r pardasida joylashgan yorug'likka qo'zg'aluvchi retseptor hujayralar 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 kolbachalardan ko'ruv nervlariga, xiazmaga, ko'ruv traktiga, ko'ruv do'ngligiga, u yerdan esa ko'ruv ta'sirotlarini analiz va sintez qiladigan markaz – bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ining ensa sohasida joylashgan 17-maydonga uzatiladi. Bu maydonda ko'ruv impulslari birlamchi tahlil qilinadi. Bu maydon zararlanganda bemorda ko'rish buziladi. Ko'ruv impulslari 17-maydondan 18- va 19-maydonlarga uzatiladi. Bu yerda ko'ruv ta'sirotlari idrok qilinadi va murakkab ko'ruv obrazlari yaratiladi. Bu soha zararlansa, bemor o'z ko'zi bilan ko'rib turgan va avval taniydigan narsalarni hamda odamlarni tanimaydi. Buni nevrologlar **ko'ruv agnoziyasi** deb atashadi. Demak, 17-maydon ko'ruv ta'sirotlarini sezish markazi bo'lsa, 18- va 19-maydonlar esa ularni idrok qilish markazidir. Lekin

idrok jarayonida po'stloqdagi barcha markazlar ishtirok qiladi. Ko'ruv analizatorlari 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 Gs ga qadar bo'lgan tovush to'lqinlarini qabul qila oladi. Eshituv analizatori quyidagicha tuzilgan. Ichki quloq chig'anoq'ida tovush to'lqinlarini qabul qiladigan murakkab retseptor apparat joylashgan, uni kortiy organi deb atashadi. Eshituv ta'sirotlari kortiy organi orqali qabul qilinib, eshituv yo'llari bo'ylab, bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ining chakka qismida joylashgan eshituv markaziga (41-maydonga) uzatiladi. Bu markazda, ya'ni 41-maydonda eshituv apparatlaridan 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. Bu sohalar zararlanganda bemor oddiy tovushlarni (suvning oqishi, eshikning g'ichirlashi, mashina motorining g'urullashini va h.k.) eshitsu-da, nimaning tovushi ekanligini aytib bera olmaydi. Demak, atrof-muhitdagi tovushlar bemor uchun hech qanday ma'no kasb etmaydi. Agar bola tug'ma kar bo'lsa yoki ilk bolalik davridan eshitmaydigan bo'lib qolsa, unda nutq rivojlanmasdan qoladi. Nutq esa insonni hayvonlardan ajratib turuvchi oliy ruhiy jarayondir. Bundan ko'rinib turibdiki, eshituv analizatorlari insonning ruhiy rivojlanishida juda katta ahamiyat kasb etadi. Lekin qulog'i yaxshi eshitmaydigan odamlarda boshqa sezgilar mukammallashgan bo'ladi.

Teri-kinestetik (yoki umumiy sezgi) analizatori o'ziga xos tuzilishga ega bo'lib, uning markazi orqa markaziy pushtada (1-, 2-, 3-maydonlar) va qisman yuqori pariyetal bo'lakda (5- va 7-maydonlar) joylashgan (14-rasm). Umumiy sezgi filogenetik jihatdan eng keksa bo'lib, uning inson uchun biologik ahamiyati beqiyosdir. Odam hid yoki ta'm bilish, eshituv yoki ko'ruv sezgilarisiz yashashi mumkin, biroq umumiy sezgisiz uning hayot kechirishi katta xavf ostida qoladi yoki umuman mumkin bo'lmaydi. Umumiy sezgi tushunchasi yig'ma tushuncha bo'lib, unga taktil, og'riq va harorat, mushak-bo'g'im va murakkab sezgilar kiradi. Ushbu sezgilardan judo bo'lgan nafaqat odamlarning, balki hayvonlarning ham hayot kechirishini tasavvur qilish qiyin, albatta. Chunki tashqi olamdan va o'z tanamizdan



- I  Umumiy sezgining birlamchi proeksion sohasi
- II  Ikkilamchi proeksion assotsiativ sohalari
- III  Uchlamchi assotsiativ sohalari

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

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 harakatlarimizning asosini tashkil qiladi, 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 sezgilarsiz biz bir qadam ham yura olmaymiz yoki qoshiq bilan ovqatni og‘zimizga olib kela olmaymiz, ya‘ni harakat ham, muvozanat ham buziladi. Demak, sezgi a‘zolari faqat tashqi va ichki olamdan ta‘sirotlarni qabul qilib olish vazifasinigina bajarib qolmasdan, balki ijro qilish jarayonlarida qatnashadigan harakat a‘zolari bilan ham uzviy bog‘langandir. Masalan, oldimizda turgan biror narsani paypaslab sezish va idrok qilish uchun qo‘limizni cho‘zimiz va barmoqlarimizni harakatga keltiramiz. Bu yerda ham yuzaki, ham chuqur, ham murakkab sezgilar va harakat funksiyasining mujassamlashganini ko‘ramiz.

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

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

3.3. Sezgi va idrokning buzilishi

Sezgi buzilishlari xilma-xil bo‘ladi. Sezgi analizatorlarining periferik qismidan tortib, to po‘stloqdagi markaziy qismigacha bo‘lgan har qanday sohasining zararlanishi sezgi buzilishi bilan kechadi. Teri sezuvchanligining har xil o‘zgarishlari asab kasalliklarida juda ko‘p kuzatiladi. Teri sezuvchanligining (og‘riq, harorat va taktil) pasayishiga **gipesteziya**, kuchayishiga **giperesteziya**, yo‘qolishiga esa **anesteziya** deb ataladi. Harorat sezgisining yo‘qolishi bilan kechuvchi

kasalliklarda, masalan, siringomiyeliyada 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 kuchayishining keskin turlarida bemorning badaniga arzimagan narsa bilan tegilsa ham kuchli og'riq paydo bo'ladi. Bunga **giperpatiya** deyiladi. Giperpatiyada ta'sir etilgan joydan boshqa joylarda ham og'riq kuzatiladi va biroz vaqt saqlanib turadi.

Giperesteziya psixologiyada kengroq ma'no kasb etuvchi atamadir. Giperesteziyatashqi qo'zg'alishlarni qabul qilishning me'yordan oshib ketishidir. Bunday bemorlar yorug'likka qaray olmaydi, arzimagan yorug'lik ham ularning ko'zini qamashtiradi. Boshqalar uchun oddiy bo'lgan tovushlar ularning qulog'iga jaranglab kiradi, hattoki eshikning g'ichirlagan tovushi, oqib turgan suvning tovushi ham bemorlar uchun o'ta yoqimsiz tuyuladi. Ularning ba'zilarida bu tovushlardan qattiq bosh og'rig'i kuzatiladi. Birovning qo'li to'satdan ularning tanasiga tegib ketsa ham g'ashiga tegadi. Hatto o'z egnidagi kiyimlari ham tanasini ta'sirlantirib turadi. Oddiy hidlar ham o'ta o'tkirdek tuyuladi. Bunday buzilishlar nevrozning ba'zi turlari, isteriya va psixozlar uchun xosdir. Uzoq davom etuvchi somatik kasalliklar ham giperesteziyalarga sababchi bo'ladi. Bolalarda giperesteziyalar ortiqcha yig'loqilik bilan ham kechadi.

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

Senestopatiyalarda esa bemor go'yoki badanning turli sohalaridan va ichki a'zolaridan kelayotgan noxush sezgilarni his qiladi. Bu sezgilar xuddi kuydiruvchi, bosuvchi, siquvchi va guldirovchi xususiyatlarga ega bo'ladi. Poliyesteziyalarda tananing bitta joyi ta'sirlantirilganda, go'yoki uning ko'p joylari ta'sirlantirilgandek tuyuladi. Biror-bir tashqi ta'sirning boshqa bir ta'sir kabi qabul qilinishiga **dizesteziya** deb ataladi. Masalan, bemor issiq ta'sirini sovuqdek, sovuqni issiqdek qabul qiladi.

Tananing yarmida sezgining yo'qolishiga **gemianesteziya**, bitta oyoq yoki qo'lda yo'qolsa **monoanesteziya** deyiladi. Og'riq sezgisining yo'qolishiga, **analgeziya**, harorat sezgisining yo'qolishiga **termoanesteziya** deb ataladi. Hech qanday tashqi ta'sirlarsiz tanada nina sanchgandek, uvishgandek, teri tortishgandek, badanda chumoli

yurgandek kabi turli xil sezgilarning paydo bo'lishiga **paresteziyalar** deyiladi. Tanada kuzatiladigan **og'riqlar** teri sezuvchanligining buzilishida alohida o'rin kasb etadi. Chunki og'riqlar odamga tanada paydo bo'lgan yoki qo'zg'algan kasallik haqida axborot yetkazuvchi omil hamdir. Demak, u himoya vazifasini ham bajaradi. Bu og'riqlar periferik nervlar, nerv chigallari, orqa miyaning orqa ildizchalari, vegetativ tugunlar, ko'ruv do'ngligi, orqa markaziy pushta zararlanganida yoki ortiqcha ta'sirlantirilganda kuzatiladi. Ko'rib turganimizdek, teri sezuvchanligi buzilishlari turli-tuman bo'lib, ular asosan asab kasalliklarida ko'p kuzatiladi va nevrologiya darsliklarida batafsil yoritilgan. Mushak-bo'g'im sezgilarining buzilishi, teri sezuvchanligining buzilishiga qaraganda kamroq kuzatiladi. Bunda bemor ko'zini yumgan holda bo'g'implarda qilingan sust harakatlarni sezmaydi. Murakkab sezgining buzilishlaridan bo'lmish **astereognoziyada** bemor ko'zini yumgan holda qo'liga qo'yilgan narsalarni paypaslab aytib bera olmaydi, ko'zi ochiq holatda esa ularni bemalol aytaladi.

Ko'ruv analizatorining buzilishlari haqida so'z yuritadigan bo'lsak, isteriyada kuzatiladigan ko'rishning to'satdan pasayib ketishini alohida ta'kidlash zarur. Bunda ko'ruv yo'llarida organik buzilishlar kuzatilmaydi, lekin bemorning ko'zi ko'rmaydi yoki xira ko'radi. Bu holat qattiq hissiy zo'riqish oqibatida miya po'stlog'ining ma'lum qismlarida turg'un qo'zg'alishning paydo bo'lishi bilan tushuntiriladi. Ko'ruv analizatorining retseptor qismidan tortib to markaziy qismigacha bo'lgan zararlanishlar ko'rishning turli xil buzilishlari bilan kechadi. Ko'ruv yo'llarining xiazmagacha bo'lgan qismi zararlansa, **amavroz**, xiazmaning ichki kesishgan qismi zararlansa, **bitemporal gemianopsiya**, tashqi, ya'ni kesishmagan qismi zararlansa, **binazal gemianopsiya** kuzatiladi. Miyaning chap tomondagi ko'ruv trakti zararlansa, o'ng tomonlama gemianopsiya, o'ng tomondagisi zararlansa, chap tomonlama gemianopsiya kuzatiladi. Ko'ruv markazlari zararlansa, kvadrant gemianopsiyalar, skotomalar (ko'ruv maydonida qora dog'lar) kuzatiladi.

Idrokning buzilishi ayrim asab va ruhiy kasalliklarda kuzatiladi. Bularga gallutsinatsiyalar, illuziyalar va psixosensor buzilishlar kiradi.

Gallutsinatsiyalar deb, aslida bemor oldida mavjud bo'lmagan obyektlarni va hodisalarni idrok qilishga aytiladi. Gallutsinatsiyalar bosh miya po'stlog'ida inert qo'zg'alishning paydo bo'lishi va uning dominantlik vazifasini bajarib turishi bilan tushuntiriladi. Inert qo'z-

g'alish bosh miya po'stlog'ining umumiy tormozlanishi oqibatida paydo bo'ladi. Bosh miyada moddalar almashinuvining buzilishi ham gallutsinatsiyalarga olib kelishi mumkin. Ko'rish, eshitish, hid va ta'm bilish hamda umumiy sezgi bilan bog'liq bo'lgan gallutsinatsiyalar farq qilinadi.

Gallutsinatsiyalar soxta tasavvur hisoblanadi, chunki ular atrof-muhitda mavjud bo'lmasa ham bemor fikrida paydo bo'laveradi. Ba'zan bemorga o'zi idrok qilayotgan narsa, hodisalar haqiqatan ham bordek tuyuladi va o'zi ham bunga ishonadi. Gallutsinatsiyalar shizofreniya kasalligida ko'p kuzatiladi. Nevroz bilan xastalangan va tez-tez affekt holatiga tushib turadigan bemorlarda ham gallutsinatsiyalar bo'lib turadi. Gallutsinatsiyalar 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 gallutsinatsiyalarida bemor ko'z oldida har xil narsalar ko'rinadi. Narsalar yo katta (makropsiya), yo kichik (mikropsiya) bo'lib ko'rinadi. Bundan tashqari, bu narsalarning shakli ham qiyshiq va noaniq bo'lib ko'rinadi. Gallutsinatsiyalar nafaqat psixoz yoki nevrozlarda, balki bosh miya po'stlog'ini ta'sirlantiruvchi organik kasalliklarda (masalan, o'smalarda) ham kuzatilib, muhim diagnostik ahamiyatga ega bo'lishi mumkin.

Eshitish gallutsinatsiyalari turli-tuman bo'ladi. Tovushlar jarangdor, bo'g'iq, uzoqdan yoki yaqindan, pastdan yoki tepadan kelgandek bo'lib tuyuladi. Shunga yarasha bemor boshini ham tovush kelgan tomonga buradi yoki yurib boradi. Verbal gallutsinatsiyalar, 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 gallutsinatsiyalardir. Ovozlarining eng xavflisi — ularning hadeb takrorlanaverishidir. Bu ovozlarda tanish yoki notanish odamning, ayol yoki erkak kishining ovozi bo'lishi mumkin. Ovozlar bir marta paydo bo'lib to'xtab ham qoladi. Bemorning qilgan ishlarini ma'qullovchi yoki tanqid qiluvchi ovozlarda ham eshitiladi. Taktil gallutsinatsiyalarda bemor xuddi terisida biror narsa o'rmlab yurgandek ust-boshini qoqaveradi. Hid va ta'm bilish gallutsinatsiyalarida bemor badbo'y narsalarning hidini va ta'mini sezadi. Gipnagogik gallutsinatsiyalar bemor ko'zini yumib uxlamoqchi bo'lganda kuzatiladi. Bunda uning ko'z oldida har xil qo'rqinchli

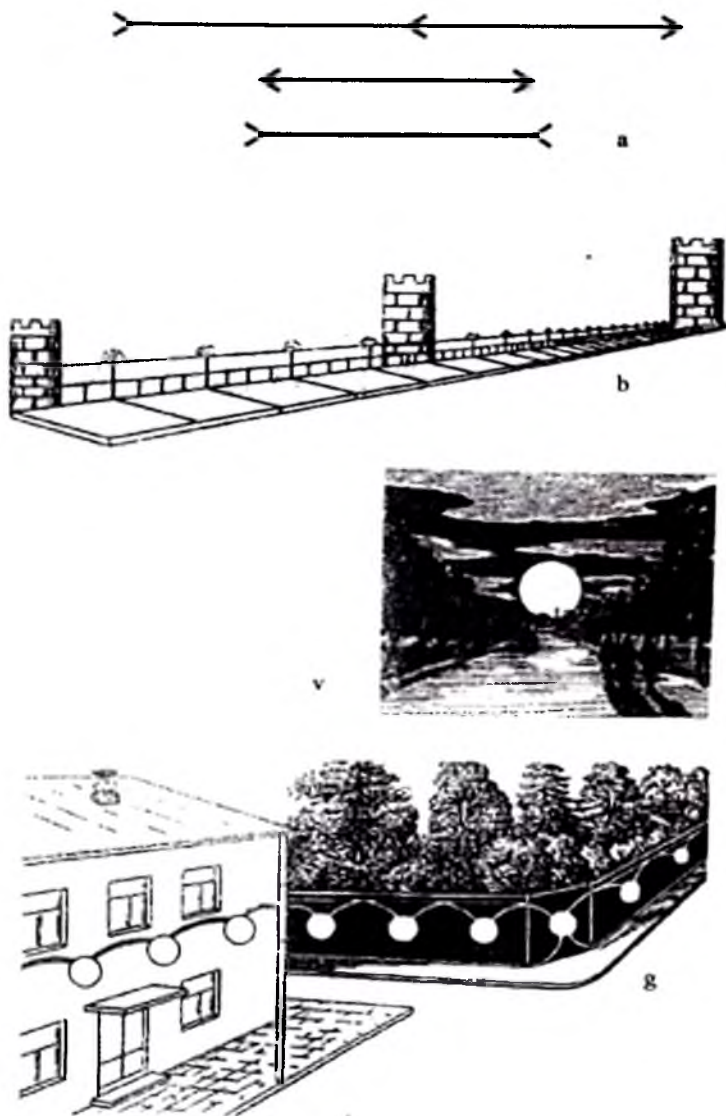
narsalar, hayvonlar, yomon odamlar namoyon bo'ladi. Ko'zini ochsa yo'qoladi. Bu holat bolalarda ham tez-tez uchrab turadi.

Illuziyalar deb, atrof-muhitda aslida mavjud bo'lgan narsa va hodisalarni yanglish idrok qilishga aytiladi. Demak, gallutsinatsiyalardan farqli o'laroq, illuziyalarda idrok etilayotgan narsalar mavjuddir, lekin ular noto'g'ri qabul qilinadi. Masalan, yerga tushib yotgan qora chopon uzoqdan xuddi uxlab yotgan itdek, do'ppi esa mushukdek, qorong'i xonada mixga ilib qo'yilgan palto xuddi o'g'ri turgandek tuyuladi. Illuziyalar ham, xuddi gallutsinatsiyalar singari ko'ruv, eshituv, hid va ta'm bilish turlariga bo'linadi. Illuziyalar sog'lom odamlarda ham uchrab turadi. Masalan, qurilish bo'layotgan joyda yog'ochlar uzoqdan xuddi egri joylashgandek, eshik va dera-zalar qiyshiq qo'yilgandek, devordagi chiziqlar egri chizilgandek bo'lib ko'rinadi. Ba'zan, quruvchi bularning to'g'riligini maxsus priborlar yoki dastgohlar bilan tekshirib ko'rib ishonch hosil qiladi. Illuziyalar asosan ruhiy va asabiy buzilishlarda, ayniqsa, toksik ensefalopatiyalarda va psixozlarda ko'p kuzatiladi. Turli xil illuziyalar 15-rasmda aks ettirilgan.

Verbal illuziyalarda bir nechta odamning suhbatini bemor uchun uning ustidan g'iybat qilayotgandek yoki fitna uyushtirish uchun reja tuzilayotgandek eshutiladi. Illuziyalar shizofreniya kasalligi xuruj qilganda, delirioz va oneyroid holatlar bilan kechuvchi kasalliklarda ko'p kuzatiladi.

Psixosensor buzilishlar. Psixosensor buzilishlarga depersonalizatsiya, derealizatsiya, anozognoziyalar kiradi. **Depersonalizatsiya** sindromida bemor o'z shaxsini yanglish idrok etadi, ya'ni uning tanasi ikkiga bo'lingandek, biri o'ziga bo'ysunmayotgandek va boshqa odamning tanasidek his qiladi. Ularda tana tuzilishini to'g'ri idrok qilish ham buziladi: qo'li yoki oyog'i kattalashib ketgandek, bironing 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 qilayapman» deydi. Demak, ularda tanqidiy fikr saqlangan bo'ladi. Depersonalizatsiya sindromi bosh miyaning o'ng yarim shari (o'naqaylarda) zararlanganda kuzatiladi.

Derealizatsiya — bemorlar borliqdagi narsalarni va vaziyatni taniydilar, biroq bu vaziyat ularga boshqachadek tuyuladi. Atrof-muhitdagi hamma narsalar noaniq, begona, tushunarsiz, go'yoki parda bilan o'ralgandek bo'lib tuyuladi, o'zi yashayotgan joyini va u



15-rasm. Illuziyalar (a, b, v, g): a – bir xil uzunlikdagi chiziqlarning kalta yoki uzun bo‘lib ko‘rinishi; b – uzoqda joylashgan ustunning uzun bo‘lib ko‘rinishi; v – botayotgan oyning katta bo‘lib ko‘rinishi; g – qora fonda oq chiroqlarning yonib turgandek bo‘lib ko‘rinishi.

yerdagi tanish odamlarni ham begonadek his qiladi. Depersonalizatsiya va derealizatsiya shizofreniya, epilepsiya kasalliklarida, depressiv holatlarda kuzatiladi.

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

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

Nazorat uchun savollar

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

IV BOB. DIQQAT VA XOTIRA

4.1. Diqqat haqida tushuncha

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

Diqqatning asosiy xususiyati shuki, uning obyektini birmuncha aniq va ravshan, yarqiragan, birmuncha tiniq va bo‘rtib turadigan bo‘ladi. Buni har bir kishi osongina tekshirishi mumkin. Birorta narsaga bir nazar tashlang-da, birozdan keyin esa diqqatingizni yana shu narsaga qarating. Siz shu zahotiy oq, narsaning ilgari ko‘z ilg‘amagan yangi tomonlarini ko‘rib qolasiz, buyumning o‘zi go‘yo yoritilgandek bo‘lib qoladi. Diqqat narsa va hodisalarni idrok etish bo‘lag‘asini qisqartiradi. Chunonchi, gapga diqqat bilan quloq solsak, past ovozni ham bemalol eshitishimiz mumkin.

«Gapga diqqat bilan quloq solish», «hidlab ko‘rish», «sinchiklab qarash» kabi iboralar diqqatning buyumga qaratilganini ifoda etsa, «ko‘rish», «eshitish» singari tushunchalar sust idrok etishni bildiradi. Diqqat ixtiyorsiz bo‘lishi mumkin, bunda bizning xohishimizdan qat’i nazar, tevarak-atrofdagi narsa va hodisalar tasodifan jalb etiladi. Bundan farqli o‘laroq, ixtiyoriy diqqatda ma’lum narsaga u muayyan maqsadda qaratiladi.

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

4.2. Diqqatning fiziologik mexanizmlari

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

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

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

4.3. Diqqatning buzilishi

Diqqatning fiziologik va patologik toliqishlari farq qilinadi. 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 nerv hujayralari tiklanishi uchun vaqt (dam) kerak. Qandaydir ishdan, aytaylik, matematik hisoblashlardan charchab, jismoniy ishga yoki boshqa aqliy mehnatga o'tilsa ham miya dam olishi va diqqat biroz yaxshilanishi mumkin. Demak, nerv hujayralarining muayyan ishga aloqador ayrim guruhlarigina toliqib, boshqa funksional guruhlar esa charchamagan bo'ladi. Bir narsa yoki ish bilan uzoq vaqt shug'ullangandan ko'ra, navbatma-navbat bir necha ishlar bilan mashg'ul bo'lish maqsadga muvofiqdir. 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 qolishga imkon yaratiladi. Aks holda, umumiy toliqish yuz beradi va keyinchalik diqqat obyekti almashinuvi foyda bermaydi.

Katta individual tafovutlarga ega bo'lgan diqqatning fiziologik toliqishidan tashqari, ko'pgina xastaliklarda, masalan, bosh miyaning qon tomir kasalliklarida, miya jarohatlarida, turli zaharlanishlardan keyin 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 toliqqanligi o'tib ketishi mumkin.

Diqqatning boshqa tez-tez uchrab turadigan buzilishi — uning **chalg'iganligidir**. Diqqat chalg'iganligining ikki turi — **tashqi** va **ichki** turi mavjud. Bordi-yu, 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'iganligida esa kitob o'qish bilan bog'liq bo'lmagan tashqi ta'sirlar: eshiklarning taraqlashi, uzuq-yuluq gaplar va hokazolar chalg'itadi.

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

Vrach og'ir bemorlar bilan suhbatlashar ekan, bunday bemorlarni o'sha suhbat yoki maslahat mavzuiga jalb etish ehtimoli juda kam 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. Bir holda u diqqatning tashqi va ichki chalg'iganligiga bog'liq bo'ladi, u bilan yuqorida tanishib chiqqan edik. Bunday parishonxotir odam tashqi ta'sirlardan va o'zga fikrlardan chalg'ib, o'z diqqatini uzoq saqlab tura olmaydi. Parishonxotirlikning boshqa turi, aksincha, diqqatni bitta narsaga

uzoq qaratishga aloqador bo‘ladi. Chunonchi, o‘z kashfiyoti ustida fikr yurgizayotgan olim, bunga shunchalik berilib ketadiki, unga qaratib aytilgan savollarni eshitmasligi yoki poyma-poy javob qilishi, yonidagilarga e‘tiborsiz bo‘lishi mumkin.

Parishonxotirlikka qarshi kurashish uchun diqqatga xalaqit beruvchi sabablarni imkoni boricha bartaraf etish lozim. Agar parishonxotirlik va diqqatning boshqa buzilishlari markaziy asab tizimining kasalliklari sababli rivojlansa, tegishli davo choralari o‘tkaziladi. Buning uchun bosh miya po‘stlog‘ida qo‘zg‘alish va tormozlanish jarayonlarini idora etuvchi dorivor vositalar, masalan, trankvilizatorlar, psixostimulyatorlar va nootropalar tavsiya qilinadi. Aqliy mehnat jismoniy mehnat va sport bilan birgalikda olib borilsa, diqqat buzilishining oldini oladi.

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



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

4.4. Xotira haqida tushuncha

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 holda 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 biri hisoblanadi. 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 bola 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 roli juda kattadir. **Assotsiatsiya** so'zi lotinchada – *associo* – birlashtirish, bog'lash degan ma'noni anglatadi.

Esda olib qolish muddatiga qarab **qisqa va uzoq muddatli xotira** farq qilinadi. Har qanday axborot avvaliga qisqa muddatli xotira sifatida saqlanadi. Agar miya tuzilmalarida ma'lumot zarurligi to'g'risida «qaror» qabul qilinsa, u uzoq muddatli xotiraga aylanadi. Aks holda, qisqa muddatli xotiraligicha qolaveradi, ya'ni axborot miyadan o'chirib yuboriladi.

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

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

Qisqa muddatli xotirada material esda qolishi uchun uning hajmi uncha katta bo'lmasligi kerak. Masalan, reklamada bu qoidaga juda amal qilishadi, shuning uchun ham reklamalarda uzundan-uzun matnlar uchramaydi. Shuning uchun ham bemor bilan suhbatlashayotgan vrach qisqa va lo'nda jummalarni ishlatishi kerak. Ana shunda vrachning tavsiyalari bemorning esida uzoq saqlanib qoladi. Yoki zarur so'zlarga alohida urg'ularni ishlatgan holda gapirish maqsadga muvofiqdir. Eslab qolishda urg'uli so'zlardan boshqa so'zlar faqat shovqin tusida qoladi, urg'uli so'zlar esa xotirada asosiy axborot bo'lib saqlanib qoladi. Bu usul gipnozda ko'p qo'llaniladi.

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

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

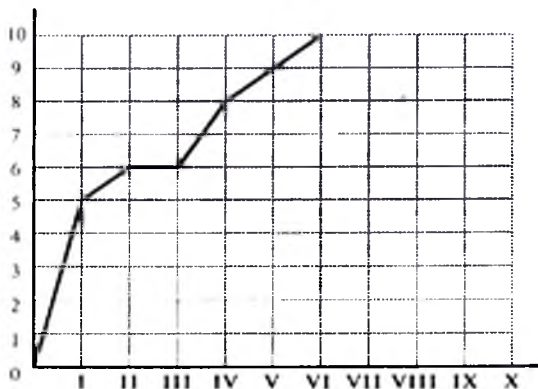
Dastlab axborot qisqa muddatli xotira bloklariga tushadi, bu bloklarga asab hujayralarining muayyan guruhlari xizmat ko'rsatadi.

Ana shu bloklarda saqlanib turgan axborot keyinchalik uzoq muddatli xotira bloklariga o'tadi. Lekin hamma vaqt ham shunday bo'lavermaydi. Qisqa muddatli xotira uzoq muddatli xotiraga aylanishi uchun axborot «tanlanadi». Ayonki, uzoq muddatli xotira bloklarining axborot izlari asab hujayralarida o'ta turg'un joylashgan bo'ladi. Bu jarayon xotiraning ana shu ikki turi bilan cheklanmasa kerak, degan fikrlar mavjud. Chunonchi, o'ta qisqa muddatli yoki operativ xotira ham farq qilinadi. Matn bosuvchining xotirasi bunga misol bo'la oladi, u xotirasida atigi bir necha so'zlarni klaviaturada bosilgungacha saqlab qoladi, xolos. Shuni aytib o'tish lozimki, qisqa muddatli xotiraning uzoq muddatli xotiraga o'tish mexanizmi yetarlicha o'rganilmagan, lekin bu jarayonda takrorlash asosiy ahamiyatga egadir.

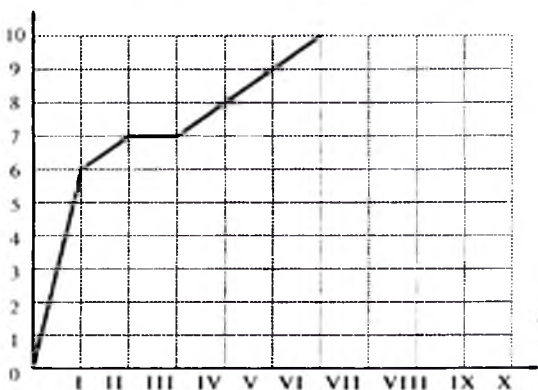
Shu o'rinda odam o'z ona tilida va begona tilda aytiladigan so'zlarni qancha davrgacha eslab qolishi haqida so'z yuritsak. Ba'zi mutaxassislar o'z ona tilidagi so'zlar yaxshi eslab qolinishini ta'kidlashadi. Bu, albatta, uzoq muddatli xotiraga taalluqli. Lekin qisqa muddatli xotirada-chi? Bu savolga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

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

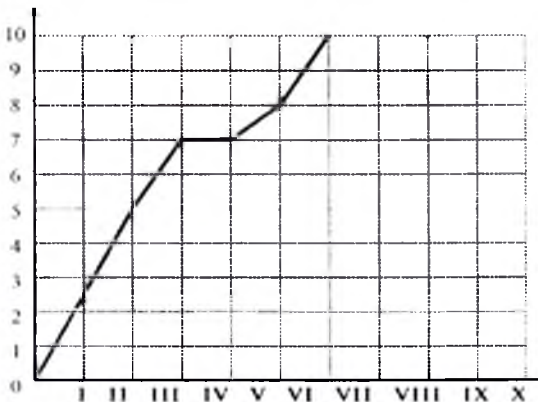
U sog'lom o'zbek talabalarida o'zbekcha va ruscha so'zlardan iborat 10 ta so'zni (5 ta o'zbekcha + 5 ta ruscha) yodlatib, qayta esga tushirishni Ebbingauz usuli bilan tekshirib ko'rdi (bundan oldin faqat o'zbekcha so'zlar qatori, keyin ruscha so'zlar qatori yodlatib tekshirib ko'rildi va deyarli bir xil natija olindi). Talabalardan qoidaga binoan ma'no jihatdan bir-biriga o'xshash bo'lmagan so'zlar (masalan, *uy, voda, havo, zima, qog'oz, trava, barg va h.k.*) ni yodlash va qayta esga tushirish so'raldi. Tajriba bir necha bor qaytarildi. Talabalar yodlab qolgan va qayta esga tushirgan o'zbekcha va ruscha so'zlar soni deyarli bir xil bo'lib chiqdi (17-rasm). Faqat o'zbek tilidagi so'zlar (*a*), o'zbekcha-ruscha aralash so'zlar (*b*) va faqat ruscha so'zlar (*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 yerda rus tilidagi so'zlar tanishligini va tushunarli ekanligini ham e'tiborga olish kerak.



17-rasm (a): a – faqat o'zbekcha so'zlardan iborat qator.



17-rasm (b): b – o'zbekcha-ruscha so'zlardan iborat qator.



17-rasm (v): Ebbingauz usuli bo'yicha sog'lom odamlarda 10 ta so'zdan iborat qatorni yod olish va qayta esga tushirish: v – faqat ruscha so'zlardan iborat qator. Absissa o'qi bo'yicha tajriba ketma-ketligini ko'rsatuvchi raqamlar; ordinata bo'yicha yodga tushirilgan so'zlar soni.

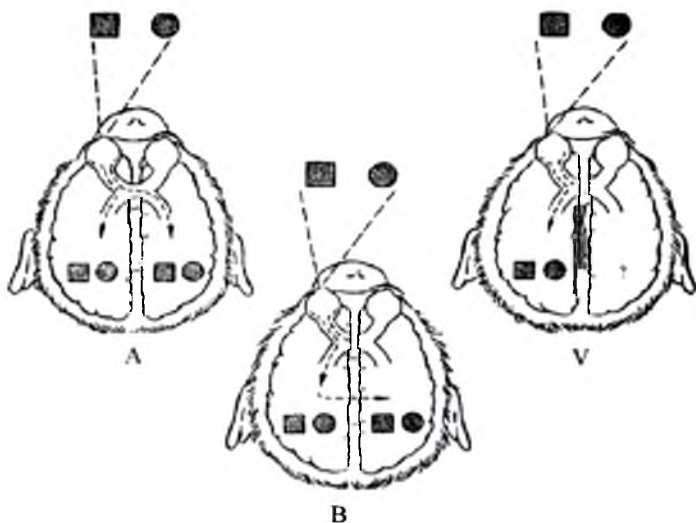
4.5. Xotira mexanizmlari

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

Taniqli neyroxirurg U.Penfiled (1959) miya po'stlog'ini maxsus elektrodlar bilan ta'sirlantirib, xotira mexanizmlarini 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 ettirganda, bemorning xotirasida bir zamonlar cherkovga borgani tiklangan. Ana shu soha takroran ta'sirlantirilganda, yana xuddi shunday eslash paydo bo'lgan. Xotira izlarining ana shunday faollashuvi miya po'stlog'ining o'ng yoki chap chakka sohasi ta'sirlantirilganda sodir bo'ladi.

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

Bosh miyaning chap va o'ng yarim sharlarining xotira va boshqa psixologik jarayonlarda ishtirokini alohida o'rganish maqsadida, Kaliforniya texnologik institutida mushuklarda qiziqarli bir tajriba o'tkazilgan (R. Sperry, 1964). Mushuklarda ham ko'ruv impulslarini o'tkazuvchi xiazmaning ichki tolalari kesishgan bo'ladi va buning natijasida bir ko'zdan tushuvchi impulslar bosh miyaning ikkala yarim shariga ham uzatiladi (18-rasm, A, B, V). Shuning uchun ham bitta ko'zni bog'lab qo'yib, ikkinchi ko'z orqali uzatilgan impuls



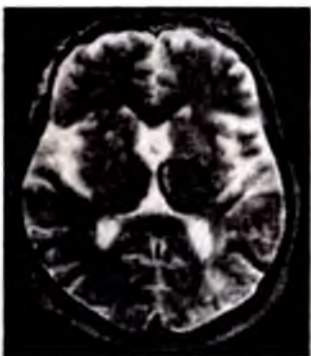
18-rasm (A, B, V). Yarimsharlararo optik impulslarni o'tkazish mexanizmlarini o'rganish uchun mushuklar bilan Sperry o'tkazgan tajribalar (1964). A – bitta ko'z bog'liq bo'lsa-da, impulslar xiazma orqali ikkinchi yarim sharga o'tkaziladi; B – agar bir ko'zni bog'lab, xiazmani kesib qo'ysa ham, impulslar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

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

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

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

Z.R.Ibodullayev ko'ruv do'ngligiga (talamusga) qon quyilgan N. ismli bemorni 5 yil mobaynida (2001–2007) kuzatib keldi. Unda insultdan keyingi voqea va hodisalar tez fursatda unutiladigan bo'lib qolgan edi, ya'ni u hozirgina bo'lib o'tgan voqealarni 5–10 daqiqadan keyin mutlaqo unutib yuborardi. Lekin bemor insultgacha



19-rasm. Talamusga qon quyilgan bemorning kompyuter tomografiyasi.

bo'lgan barcha voqealarni eslab, so'zlab berardi. Bemor uni ikki yildan buyon nazorat qilayotgan vrachning yuz tuzilishini, yoshini, ismini va berilgan tavsiyalarni esda saqlab qolmasdi. Bemorni tekshirib bo'lgandan keyin, u bilan vrach nima ishlar qilganligi so'ralsa, 5–10 daqiqadan keyin hech birini aytib bera olmasdi, ya'ni axborot tezda unutilardi. Bu holat Korsakov amneziyasining bir klinik ko'rinishidir. Bemor bosh miyasining kompyuter tomografiyasi 19-rasmda keltirilgan.

Xotira jarayonini ta'minlashda po'stloq osti tuzilmalarining ham roli katta.

N.P. Bextereva (1965) odam miyasiga oltindan tayyorlangan elektrodnlarni chuqur joylashtirib, xotira muammosiga doir bir qator qiziqarli qonuniyatlarini ochib bergan. Tajribalarda ko'rsatib berilishicha, odamning miyasi ma'lum bir vaqt ichida faqat bitta, muayyan faoliyat bilan mashg'ul bo'ladi. Ko'pgina tajribalarga asoslanib, po'stloq osti tuzilmalarining xotirada axborotni ushlab turishida talamusning ventral yadrosi, oq shar va dumli yadro ishtiroki aniqlangan.

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

4.6. Eslab qolish

Eslab qolish xotiraning birinchi bosqichidir. Eslab qolish **ixtiyorsiz va ixtiyoriy** bo'ladi. Kundalik kuzatuvlar va maxsus tajribalarning ko'rsatishicha, axborotning zarurligini anglagan odamlarda eslab qolish durustroq bo'ladi. Materialni tushunib olish eslab qolish uchun yanada katta ahamiyat kasb etadi. Tushunarsiz yoki yaxshi tushunilmagan materialni eslab qolish mushkulroq va aksincha, aniq misollar bilan keltirilgan materialni puxta egallash va eslab qolish oson bo'ladi. Masalan, kerakli materialni odam keraksiz materialga qaraganda 9 marotaba yaxshiroq eslab qolar ekan. 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 bevosita ishtirok etishsa va tushunib borishsa, u yaxshi eslab qolinadi.

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

Ma'lumki, eslab qolish turli xil analizatorlar orqali amalga oshiriladi. Materialni idrok etishda qatnashuvchi retseptorlar va analizatorlar nechog'lik ko'p bo'lsa, eslab qolish shunchalik soz bo'ladi. Haqiqatan ham, qandaydir tibbiy moslamaning tuzilishini va ishlash

uslubini yaxshi eslab qolish uchun u haqda eshitish (eshituv analizatorlari) chizmalar va modellarni ko'rib chiqish (ko'ruv analizatorlari), uning qismlarini yig'ish va ajratish (kinestetik sezgi) ishtirok etish kerak. Maktablarda ko'rgazmali o'qitish maqsadi ham ana shu mexanizmlarga asoslangan bo'ladi.

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

Materialni yaxshi tushunib olgandan keyin 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. Materialni 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, kuniga faqat bir marta o'qilsa, atigi 4 marta takrorlash kerak bo'lar ekan. Bundan xulosa shuki, matnni esda yaxshi olib qolish uchun takrorlash orasidagi vaqt uzoqroq bo'lishi maqsadga muvofiqdir.

Hozirgi kunda o'qitish muassasalarida berilgan materialni yaxshi eslab qolish ustida ko'p tadqiqotlar olib borilmoqda. Chunki yaxshi eslab qolingan materialni tushunish oson bo'ladi. Buning uchun ko'pgina o'quv maskanlarida, ayniqsa, institut va universitetlarda yangi pedagogik texnologiyalar keng joriy qilinmoqda. Bu yerda Konfutsiyning quyidagi so'zlarini keltirish ta'birga joizdir: «Men eshitaman-u, unutib qo'yaman, men ko'raman-u, eslab qolaman, men 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 miyaga axborot faqat eshituv analizatorlari orqali uzatiladi. Eshituv bilan bog'liq bo'lgan xotira esa odamda juda sust rivojlangan. Undan birmuncha yaxshi rivojlangan xotira bu ko'ruv xotirasidir. Lekin biror-bir material ustida faol ishlansa, ya'ni o'quvchi o'qisa, boshqa o'quvchi bilan munozara qilsa, o'z qo'li bilan matnda berilgan

ma'lumotlar ustida 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 zarur. Test savollarini yodlash talaba uchun, ko'pincha, qisqa muddatli xotira sifatida o'tib ketadi. Test javoblarning miyada qisqa fursatda saqlanib qolishining asl sababi uning imtihon o'tgandan keyin 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.

1-jadval

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

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

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

Axborotning xotirada saqlanishi xotiraning turiga ham bog'liq. Mutaxassislar semantik va epizodik xotira turlarini farqlashadi. Semantik xotira – ma'no haqida ma'lumot beruvchi xotira sifatida ko'rilishi mumkin. Masalan, Zigmund Freyd tadqiqotchi olim, psixoanaliz haqidagi ta'limot asoschisidir. Z. Freyd to'g'risidagi axborot ma'no va mazmun ko'rinishida saqlanadi. U biror ilmiy yo'nalish bo'yicha mashhur bo'lgan olim. Ba'zan ushbu olim ilmning qaysi sohasi bo'yicha mashhur bo'lganligini odam yaxshi eslab qolsa-da, olimning

isini unutib qo'yadi. Uning familiyasi yoki ismini eslamog'chi bo'lsa: U «haligi olimning familiyasi nima edi, u ko'p tanqidga ham uchragan, mashhur nevrolog ham bo'lgan-ku», deydi-yu, ushbu olimning ismini hech eslay olmaydi. Bu — semantik xotira buzilishining bir turidir. Epizodik xotirada biror-bir voqeaning bo'rtib turgan qismi esda qoladi. Masalan, ko'chada birovni mashina urib ketdi va uni darhol kasalxonaga olib ketishdi. Bir qancha vaqt o'tgandan keyin o'sha voqeaning guvohi bo'lgan odamdan voqeaning tafsiloti so'ralsa, guvoh faqat kimnidir mashina urib yuborganini eslab qoladi, qolgan narsalar, ya'ni aynan qanday mashina urib yuborgani, haydovchining ko'rinishi va taxminiy yoshi, «tez yordam»ni kim chaqirgani esida saqlanib qolmaydi.

Shunday qilib, xotira murakkab funksional sistema sifatida ko'rilishi kerak. Xotirada ikkinchi darajali narsa yoki voqealar eslab qolinmaydi. Esab qolingan narsa va voqealar miyada sintez qilinadi va maxsus kodga aylanadi. Kodlanish jarayoni qisqa muddatli xotiraning uzoq muddatli xotiraga aylanishida muhim ahamiyat kasb etadi.

Xotirada axborot ko'proq optik tasvirlar holida yaxshi saqlanadi, chunki aksariyat odamlarda ko'rish analizatori dunyoni idrok etishning yetakchi tizimi hisoblanadi. Shu bois eslab qolish usullaridan biri — xotira turlarining birgalikda bo'lishidir. Ko'rish, eshitish, ta'm bilish, taktill ta'sirotlar bilan bog'liq xotira shular sirasiga kiradi.

Xotira jarayonlari odam uchun hamma vaqt muhim bo'lgan. Xotira qadim zamonlardan buyon olimu fuzalolarni qiziqtirib kelgan. Greklar xotirani mustahkamlash uchun mnemonika xudosi-ga sig'inishgan. Barcha insonlar kuchli xotiraga ega bo'lishni orzu qilishgan. 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 o'zining xizmatkoriga o'zi yozgan «Turlarning kelib chiqishi haqida»gi asarini o'qishni buyuradi. CH. Darvin tinglashga berilib ketib shunday degan: «Qiziq, qiziq, buni qaranga, juda durust, bu asarni kim yozgan ekan-a», deb yuborgan. CH. Darvinda xotira hammavaqt ham zaif bo'lgan, lekin uning alloma bo'lib yetishishiga bu xalaqit bermagan. Shu bilan bir vaqtda aqlan zaif, lekin xotirasi kuchli odamlar ham bo'ladi, ammo, bunday xotira mantiqiy emas, ko'proq mexanik xotira hisoblanadi.

Ommabop adabiyotlarda xotirasi o'ta kuchli bo'lgan odamlar ta'riflangan. A.R. Luriya oddiy ishda ishlaydigan, biroq cheklanmagan xotiraga ega bo'lgan odamni deyarli 20 yildan ortiq kuzatgan. O'ta kuchli xotiraning sohibi bo'lgan bu odam bir necha yillardan keyin ham arzimagan mayda narsalargacha eslab qolib, ularni batafsil aytib bera olgan. Masalan, uni tekshirayotgan olim qanday shimda bo'lgan, xonaning qaysi burchagida qanday narsalar bor edi, ob-havo qanday bo'lgan va bemor qanday uslubda tekshirilgan? U kishining aql-zakovati oddiy odamlarnikidek bo'lgan, uncha murakkab bo'lmagan matematik masalalarni yecha olmagan, lekin har qanday uzunlikdagi sonlarni, betartib joylashtirilgan harflarni va murakkab formulalarni bermalol yodlab qola olgan. Uni ogohlantirmasdan turib so'ralgan har qanday ma'lumotlarni 10–20 yildan keyin ham bermalol aniq aytib bera olgan. A.R. Luriya bu shaxsning ustidan olib borgan hamma tajribalarni doimo daftarga qayd qilib borgan, lekin u kishidagi noyob iste'dodni tushuntirib bera olmagan. Bu xotiraning egasi axborotni obrazlarning butun bir majmui holida eslab qolgan. Bunday xotira «sinesteziya» nomini olgan. Ko'pincha, musiqa asarlarini yaratish ana shu qobiliyatga asoslangan bo'ladi.

Endi esda saqlash va qayta esga tushirish bilan tanishib chiqamiz.

4.7. Esda saqlash va qayta esga tushirish

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

Qayta esga tushirish asosida miyada saqlanib qolgan xotira izlarining faollashuvi yotadi. Sog'lom odamda konkret sharoitda unga zarur bo'lgan axborot yodda tiklanadi, qolgan ma'lumotlar xotira zaxirasida

to'planib yotadi va zarur paytda qayta tiklanadi. Yaxshi eslab qolingan ma'lumotlar yodda tez tiklanadi. Qayta esga tushirish organizmning umumiy holatiga va insonning ruhiy salomatligiga ham bog'liq.

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

Endi **unutish** mexanizmlari bilan tanishib chiqamiz. Unutish xotira jarayonlari bilan bog'langan bo'ladi. Odam nega unutadi? «Unutish» atamasi ilmiy atama hisoblanmaydi, chunki bu so'z axborot xotiradan o'chgan degan ma'noni beradi. Axborot xotirada avvalgidek saqlanishi mumkin, uni odam bir qator sabablarga ko'ra eslay olmaydi. Shu bois «unutish» atamasi psixologiyada ikkita hodisani anglatadi: axborotning xotiradan o'chishi va xotiradan axborotni topa bilmaslik. Masalan, vrach biron-bir dorini bir necha yil mobaynida bemorlarga tavsiya qilib keldi va bu dorining dozasi unga yod bo'lib qolgan. Endi vrach bu dorining o'rniga boshqa bir yangi dorini tavsiya qilib boshladi va buning oqibatida avvalgi dorining dozasini unutib yubordi. Xotirada yangi axborot go'yoki eski axborotdan «bo'shab» qolgan joyni egalladi. Bu unutishning birinchi sababi. Bu axborot yana qayta tiklanishi mumkin, masalan, meditatsiya va trans holatlarida.

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

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

bilan chambaras bog‘lanib ketganligini ko‘rsatdik. Bu holat ma‘lumotlarni eslab qolishda va esga tushirishda muhim ahamiyatga ega.

4.8. Xotira patologiyasi

Organizmدا kechadigan turli xil kasalliklar xotira buzilishiga olib kelishi mumkin. Ayniqsa, asab sistemasining kasalliklarida va ruhiy xastaliklarda xotiraning buzilishi ko‘p kuzatiladi. Serebral ateroskleroz, Alsgeymer kasalligi, toksik ensefalopatiyalar, surunkali alkogolizm, xurujlar bilan kechuvchi gipertoniya kasalligi va bir qator degenerativ kasalliklarda xotira buzilishlari ko‘p kuzatiladi. Umuman olganda, bosh miyadagi integrativ jarayonlarga salbiy ta‘sir ko‘rsatuvchi har qanday kasallik xotiraning buzilishiga olib kelishi mumkin. Bunda, ayniqsa, eslab qolish keskin pasayadi.

Xotira buzilishlari ichida **konfabulatsiyalar** (soxta xotiralar) alohida o‘rin tutadi. Bunda bemor o‘zi kechirmagan voqealarni real shaxsiy hayotda kechirgandek eslaydi, masalan, boshqa odamlarning tajribasini. Bu holat peshona sohasi zararlanganda va og‘ir ruhiy kasalliklarda ko‘p uchraydi. Quyidagi misol bunga yaqqol dalil bo‘la oladi. Bosh miyaning oldingi arteriyasi sohasiga qon quyilgan bemorda konfabulatsiyaning yaqqol belgilari namoyon bo‘ladi. Bemordan kecha nimalar qildingiz deb so‘ralganda, u shunday deb javob beradi: «Men kecha doktorga bordim, u yerda menga ukollar qilishdi, keyin bitta tanishimnikida mehmon bo‘ldim, u meni uyga olib kelib qo‘ydi va hokazo». Aslida esa bemor uyidan hech qayoqqa chiqmagan, chunki kasalligi sababli chiqa olmaydi ham. U bemor yana yemagan ovqatini yedim deydi yoki yegan bo‘lsa-da, yana ovqat olib keling deb so‘raydi va to‘yganini bilmaydi.

Xotira buzilishining eng ko‘p uchraydigan turi — bu **amneziyadir**. Xotiraning yo‘qolishiga **amneziya** deyiladi. Uning quyidagi turlari bo‘ladi. **Anterograd amneziya** — bemor kasallik rivojlangan paytdan boshlab, hech nimani eslay olmaydi. **Retrograd amneziya** — bemor kasallikdan oldin bo‘lgan hamma voqealarni unutilib qo‘yadi. Chunonchi, bemor avtomashina halokatida kalla suyagi shikastlanganidan 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 unutilib yuboradi. U uylanganini esda tutgan bo‘lsa-da, lekin xotini kimligini, bolalarining nechtaligini va ularning ismlarini aytib bera olmaydi.

Bemor o'tgan hayotiga bog'liq ma'noli ma'lumotlarni keltirishda juda qiynaladi. Halokatdan keyin biroz vaqt o'tgach, yuz bergan voqealarni birin-ketin eslay boshlaydi. Qattiq bosh miya jarohatidan keyin xotirasi umuman yo'qolganlar ham bo'ladi. Bunday paytlarda xotirani gipnoz yo'li bilan qayta tiklash mumkin.

Retrograd amneziyaga uchragan bemorlar «o'tmishsiz odamlar»dir. Bu mavzu badiiy adabiyotlarda va kinofilmlarda o'z aksini topgan. Retrograd va anterograd amneziyalarning birgalikda kuza-tilishiga **anteroretrograd amneziya** deb ataladi. Xotiraning patologik tarzda kuchayishiga **gipermneziya** deyiladi va bu holat asosan ruhiy kasalliklarda, ayniqsa, shizofreniya kasalida ko'p uchraydi.

Xotira buzilishining yana bir turi bu **pseudoreminissensiyadir**. 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. Pseudoreminissensiya ham soxta xotiradir. Ba'zan ruhiy sog'lom kishilarda ham xuddi shunga o'xshash voqealar ro'y berib turadi, ya'ni odamning o'ngidagi kechinmalar va tushida ko'rgan voqealar orasida aniq-ravshan chegara o'chib ketadi. Bunda tushdagi voqealar haqiqatda ro'y bergan voqeadek, odam ongida to'laligicha yoki qisman singib qoladi yoki real voqealar tushda ko'rgandek tuyuladi.

Nazorat uchun savollar

1. Diqqat nima?
2. Diqqatning fiziologik mexanizmlari nimalardan iborat?
3. Diqqatning qanday turlari mavjud, ularga ta'rif bering.
4. Diqqatning xususiyatlarini so'zlab bering.
5. Diqqatning fiziologik va patologik toliqishlari deganda nimani tushunasiz?
6. Parishonxotirlik nima?
7. Xotira nima?
10. Xotiraning asosiy vazifalari nimalardan iborat?
11. Xotira mexanizmlari haqida so'zlab bering.
12. Xotiraning qanday turlarini bilasiz?
13. Eslab qolish va esda saqlash haqida nimani bilasiz?
14. Esga tushirish haqida nimalarni bilasiz?
15. Qisqa va uzoq muddatli xotira haqida so'zlab bering.
16. Amneziyaning qanday turlarini bilasiz?
17. Konfabulatsiya va pseudoreminissensiya orasida qanday farq bor?

V BOB. TAFAKKUR

5.1. Umumiy ta'rif

Analizatorlar odamni tashqi dunyo bilan sezgi a'zolari orqali bog'lab turadi. Dunyoni 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. Bu haqida biz o'tgan boblarda ma'lumot berdik. Xo'sh tafakkur nima? Uning mexanizmlari nimalardan iborat?

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

Bixeviorizm (inglizchada *xulq-atvor* degani) tarafdorlari fikrlashning xulq-atvorga oid nazariyasini ilgari surishgan, ya'ni tafakkur ham xuddi nutq kabi harakat faoliyati bilan bog'liqdir, deyishgan.

Darhaqiqat, lab mushaklaridan yozib olingan biotoklar shuni ko'rsatadiki, murakkab masalalarni hal etish paytida lablar qimirlab turadi. Masala nechog'lik murakkab bo'lsa, elektr faolligi shunchalik kuchli bo'ladi. Bu faoliyat, asosan, bolalik davrida rivojlangan bo'ladi. Bu dalilni rad etuvchi tajribalar ko'ngillilar bilan o'tkazilgan. Ularga mushaklarni vaqtincha falaj qiladigan kurare zahari yuborilgan va bunda elektromiogrammada hech qanday harakatlar qayd qilinmagan. Ayni paytda, sinaluvchilarga birorta mantiqiy masalani yechish taklif etilgan. Ular buning uddasidan chiqishgan. Demak, lablar qimir-lamasligi fikrlash jarayoniga xalaqit bermagan.

Kognitiv psixologiya tarafdorlari olamni va o'z-o'zini anglash jarayoni dastlab hissiyot va harakat tusida bo'ladi, deb hisoblashadi. Bordi-yu, idrok etish voqyelikni bevosita o'rganishga yordam bersa, tafakkur esa buyum va hodisalardagi umumiylikni aks ettirib, ayrim buyumlarga nisbatan umumlashtirishni qo'llaydi. Bu — voqyelikni bevosita emas, balki bilvosita o'rganishdir. Tafakkur idrok etishdan va tasavvurdan ko'ra kengroqdir, uni biz tasavvur eta olmaydigan hodisalar qamrab olishi mumkin. Masalan, yerda hayotning paydo bo'lishi to'g'risida biz millionlab yillar haqida fikr yuritamiz, holbuki aslida million yil nimaligini tasavvur etish amrimaholdir. Hodisalar

(voqealar), shu jumladan, sabab-oqibat orasidagi aloqalar va munosabatlar fosh etilar ekan, bu voqealar yoki hodisalarni oldindan bilish va ularni boshqarish imkonini beradi.

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

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

Tafakkur, boshqa ruhiy jarayonlar singari, miya mahsuli bo'lib, bosh miyada amalga oshiriladi. Tabiiyki, hozirgi vaqtda bunga hech qanday shubha yo'q. Biz bilamizki, miya shikastlanganda va unda kasallik jarayonlari sodir bo'lganda, fikrlash buziladi, miya chala rivojlanganda, to'laqonli fikrlash yuz bermoq. Bundan tashqari, fikrlash jarayonida bosh miya po'stlog'ining tegishli bo'limlarida elektr to'l-qinlarida o'ta sezilarli darajada o'zgarishlar yuz berishi bosh miya faoliyatini tekshiruvchi sezgir asboblarning yordamida isbotlangan.

Boshqa tomondan, shuni esda tutish lozimki, tafakkur odamning boshqa ruhiy funksiyalari singari, tarbiya, o'qish va mehnat faoliyati ta'siri ostida, shuningdek, boshqa odamlar bilan doimo muloqotda bo'lish jarayonida taraqqiy etadi. Shunday qilib, tafakkur nafaqat biologik, balki ijtimoiy voqelik hamdir. Adabiyotlardan ma'lumki, o'rmonda adashib qolib ketgan jaji 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. Ma'lum bo'lishicha, bunday bolalarda tushunsa bo'ladigan na nutq, na fikrlash bo'lgan. Ular aqliy jihatdan juda ham sust rivojlangan bo'lgan. Ularning o'zini tutishi, xulq-atvori ko'proq hayvonlarnikiga o'xshab ketgan. Bunday bolalar odamlar orasiga qaytarilganda ham, ularning odam sifatida taraqqiy etishi juda qiyin kechgan.

Tafakkurning rivojlanishida diqqatning ahamiyati ham juda kattadir. Diqqat bir joyga to'planmasa, fikrlash ham izchil va unumli bo'lmay-

di. Tafakkur irodaga ham aloqadordir, chunki mushkul masalalarni hal etish uchun odamga katta iroda kuchi talab qilinadi. Tafakkur sezgi bilan ham bog'langandir, chunki yuqorida ta'kidlab o'tganimizdek, bilish jarayonlari dunyoni sezish va idrok etishdan boshlanadi.

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

5.2. Tafakkurning buzilishi

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

1. Tezligi bo'yicha:

- A) fikrlar tezlashuvi;
- B) fikrlar sekinlashuvi;
- V) fikrlash jarayonining to'xtab qolishi;
- G) mentizm.

2. Izchilligi bo'yicha:

- A) fikrlar tarqoqligi;
- B) so'zlar bog'liqsizligi;
- V) bo'g'inlar o'rtasida bog'liqlik yo'qligi (inkogerensiya);
- G) so'zlarni bir xilda takrorlayverish (verbigerensiya);
- D) xulosalarning mantiqqa zid ravishda qurilishi (paralogik tafakkur).

3. Mantiq bo'yicha:

- A) nasihatgo'ylik;
- B) mulohazalilik;
- V) perseveratsiya;
- G) autistik fikrlash.

4. Samaradorligi bo'yicha:

- A) i poxondrik g'oyalalar;
- B) o'ta qimmatli g'oyalalar;
- V) neologizmlar (tushunarsiz so'zlarni gapirish).

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

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

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

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

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

Nazorat uchun savollar

1. Tafakkur deganda nimani tushunasiz va u qanday rivojlanadi?
2. Tafakkur rivojlanishiga boshqa ruhiy jarayonlar qanday ta'sir ko'rsatadi?
3. Tafakkur buzilishining turlariga ta'rif bering.
4. Tafakkur buzilishi qanday kasalliklarda kuzatiladi?

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

Avraam Linkoln

VI BOB. HISSIYOT

6.1. Umumiy ta'rif

Hissiyot deb bizni o'rab turgan borliqdagi barcha mavjudotlarga, narsa va hodisalarga nisbatan munosabatlar natijasida paydo bo'ladigan tuyg'ularga aytiladi. His-tuyg'ularsiz birorta ruhiy jarayon kechmaydi. Har qanday his-tuyg'u nafaqat odamning, balki hayvonlarning (ayniqsa, maymunlarning) ham yuzida aks etib turadi (20-rasm). Insonning tashqi qiyofasidagi o'zgarishlardan uning hissiy kechinmalarini bilib olish mumkin. Hissiy qo'zg'alishlar yurakda ham aks etadi. Shuning uchun ham qadimgi faylasuflar miyaning ba'zi funksiyalarini, ayniqsa, hissiyot bilan bog'liq bo'lganlarini yurak bilan bog'lashgan (21-rasm).



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



21-rasm (a, b). Xursandchilik (a) va g'am-g'ussa (b) yuzda va yurakda aks etadi.

Sezgi va idrokdan tortib, to tafakkurgacha bo'lgan barcha operatsiyalar hissiy o'zgarishlar bilan kechadi. Inson tabiati shunday tuzilganki, 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.

XX asrda psixologiyada va tibbiyotda hissiyotni o'rganish ham keng ko'lamda olib borildi. Bunda 3 ta asosiy yo'nalish tanlab olindi: 1) psixogen kasalliklar mexanizmlarini o'rganish; 2) distress haqidagi

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

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

Odamning ichki dunyosini tushunish barcha psixologik maktablarning qiziqishini uyg'otib kelgan. Hissiyotni o'rganishda U.Jeyms (1890) va N.Lange (1892) antiqa bir nazariyani ilgari surishdi va bu nazariya psixologiyada keng ko'lamda tarqaldi. Jeyms-Lange nazariyasi his-tuyg'ularning paydo bo'lishini quyidagi tarzda tushuntirib beradi. Tashqi ta'sirlar yurak-qon tomir va nafas olish faoliyatini, mushaklar tonusini, teri rangini o'zgartirib yuboradi. Bu o'zgarishlar his-tuyg'ularning tanada aks etgan klinik ko'rinishlaridir.

Masalan, yaqin kishisidan judo bo'lgan odam qattiq xafa bo'ladi va yig'laydi, biror narsadan qo'rqan odam titraydi, asabi qattiq taranglashganidan qo'lini musht qilib tizzasiga uradi va hokazo. U.Jeyms va N.Lange xuddi shu holatni boshqacha talqin qilishga chaqiradi: **siz xafa bo'lganingiz uchun yig'layotganingiz yo'q, yig'layotganingiz uchun xafa bo'layapsiz; siz qo'rqqaningiz uchun titrayotganingiz yo'q, titrayotganingiz uchun qo'rqayapsiz; siz qattiq asabiylashganingizdan qo'lingizni musht qilib urayotganingiz yo'q, qo'lingizni musht qilib urayotganingiz uchun asabiylashayapsiz!**

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

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

His-tuyg'u kishining fe'l-atvorida qudratli kuch hisoblanadi. His-tuyg'u odam faoliyatining turli jihatlarini bo'lmish — mehnat, ilmu fan va san'atga rag'batlantiruvchi kuch ham hisoblanadi. Lekin shuni

nazarda tutish kerakki, hissiyot odam faoliyatini faqatgina uyg'unlashtirmasdan, balki uni izdan chiqarib qo'yishi ham mumkin. Masalan, muhabbat odamni qahramonlikka, shijoat ishlariga, qat'iylikka, qunt bilan ishlashga da'vat etadi. Lekin odamni qamrab olgan o'sha muhabbatning o'zi, uning hayot tarzini barbod etishi, ko'zda tutgan ishlarini izdan chiqarishi ham mumkin. Psixopatologiyada kuchli his-tuyg'ular hisoblangan qo'rquv, hayajon, tushkunlik, rashk odatiy ruhiy faoliyatni izdan chiqaradi (masalan, patologik affektlar).

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

N. ismli bemor ayol, 22 yoshda, qishloq maktabida o'qituvchi bo'lib ishlagan. Turmushga chiqqan. Erini yaxshi ko'rsa-da, u bilan yomon yashagan, uni doimo rashk qilgan va buning oqibatida uyda doimo janjal chiqib turgan. Eri yengil tabiatli va qo'rs odam bo'lib, boshqa ayollar bilan yuradigan bo'lgan. Buni bilsa-da, xotini chidab yurgan. Oxirgi eng katta janjal paytida ajralish masalasi ko'ndalang turadi, lekin er-xotin yana yarashib ketadi. Sababi N. eriga homilador bo'lib qolganini aytadi. Eri bunga javoban, o'z qilmishlariga pushaymon bo'lganini aytib, endi hech qachon janjal ko'tariladigan ish qilmaslikka so'z beradi. N. unga ishonadi, ammo ertasigayoq, N. bo'sh yotgan bir uy yonidan o'ta turib (voqeya qishloqda yuz bergan), qulog'iga tanish ovozlarni eshitib qoladi. Uyg'a kirsam, ne ko'z bilan ko'rsinki, o'zining eng yaqin dugonasi erining quchog'ida yotibdi. Orada birpaslik sukunat paydo bo'ladi. Eri va uning xushtori N.ga uning ayollik sha'niga tegadigan haqorat so'zlarni ayta boshlashadi. N. jahli chiqib ketib, o'zini yo'qotib qo'yadi va shu yerda yotgan o'roqni olib, dugonasining boshiga 2—3 marta qattiq tushiradi. Olingan qattiq jarohatdan dugonasining joni uziladi. Eriga tashlanayotganda, u qochib qoladi.

N. esa qo'lida o'roqni ushlagan holda katta ariqda oqib turgan suv yoqasiga boradi, u yerda ayollar kir yuvib o'tirishgan bo'ladi. N. ularning yoniga borib, qon tekkan kiyimini chaya boshlaydi. Undan: «Senga nima bo'ldi, tinchlikmi», deb so'ragan xotinlarga javob bermay, nuqul salom beravergan va kulavergan. Ishini bitirib, uyiga qaytgan va yotib qattiq uxlab qolgan.

Tez orada qamalgan. Qotillik qilganini rad etmagan, lekin nimalar qilganini unutib yuborganini qayta-qayta gapiravergan. Sud-psixiatriya ekspertizasi N. voqea ro'y bergan paytda kuchli patologik affekt

holatida bo'lganligi va buning oqibatida o'zini boshqara olmay qolganligini e'tiborga olib, xulosa chiqargan.

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

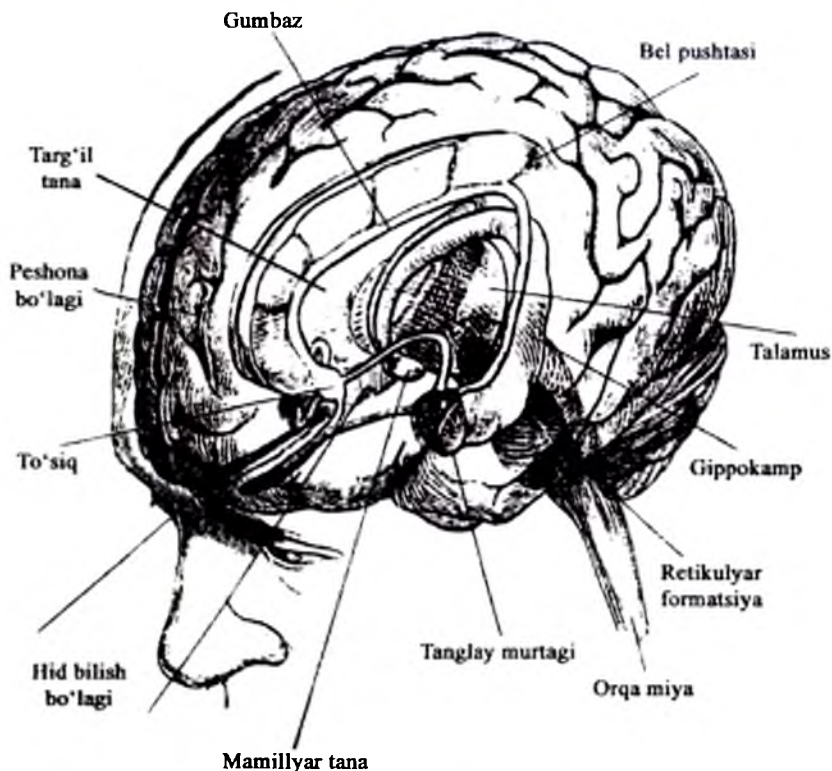
Har bir jamiyatning ham o'ziga xos his-tuyg'ulari bo'ladi. Muayyan jamiyatda va muayyan davrda go'zal deb hisoblangan his-tuyg'u boshqa bir jamiyatda va boshqa zamonda xunuk deb qabul qilinishi mumkin. Lekin, go'zallikning qandaydir doimiy bir mezonlari ham mavjud bo'ladi. Masalan, quyosh (oftob) ning chiqishi yoki tog'dagi qishki tabiat manzarasi yoshiga qaramay elatlar va madaniyati taraqqiy etgan deyarli barcha kishilarga estetik zavq-shavq bag'ishlaydi.

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

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

6.2. Hissiyotning fiziologik mexanizmlari

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

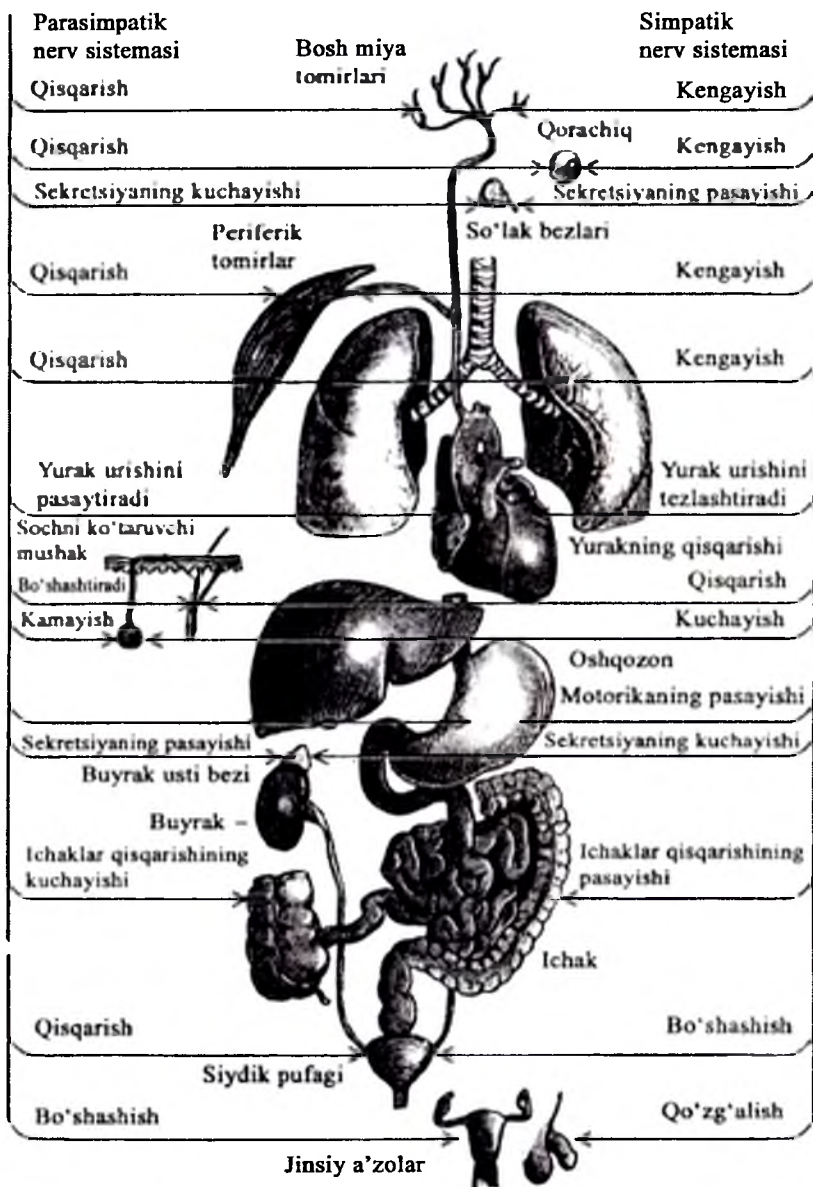


22-rasm. Hissiy faoliyatda ishtirok etuvchi miya tuzilmalari.

miqdori ham oshadi va organizmni yonilg'i materiali bilan ta'minlaydi. Hissiy qo'zg'alishlardagi pofiz vaqalqonsimon bezning inkretor faoliyati ham oshadi.

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

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

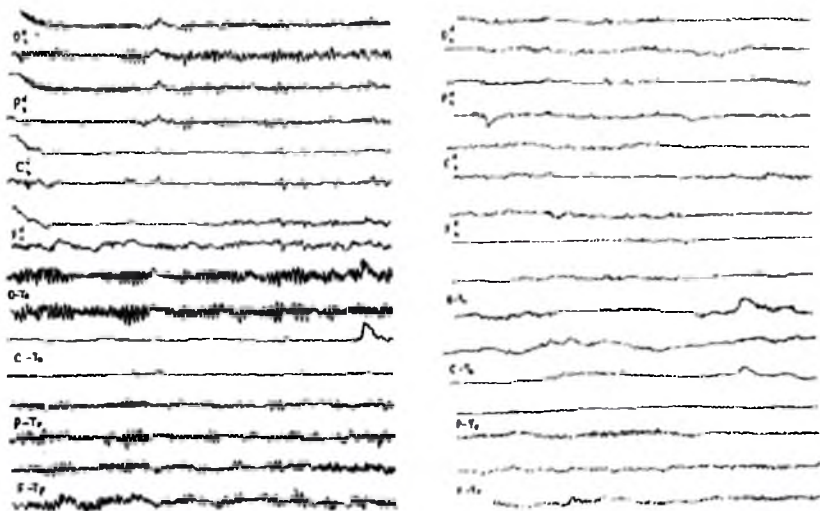


23-rasm. Simpatik va parasimpatik nerv sistemalarining organizmdagi barcha a'zo va sistemalarga ta'siri.

Vegetativ asab tizimi faoliyati funksional jihatdan ma'lum darajada bir-biriga qarama-qarshi bo'lgan ikkita sistemadan — **simpatik va parasimpatik sistemalardan** iborat. Simpatik sistemaning faoliyati kuchayganda, qonda adrenalin va noradrenalin miqdori oshsa, parasimpatik sistema faoliyatining kuchayishi qonga ko'proq xolinergik moddalarning ajralib chiqishini faollashtiradi. 23-rasmda bu ikkala sistemaning organizmdagi barcha a'zolarga ta'sir qilish mexanizmlari keltirilgan.

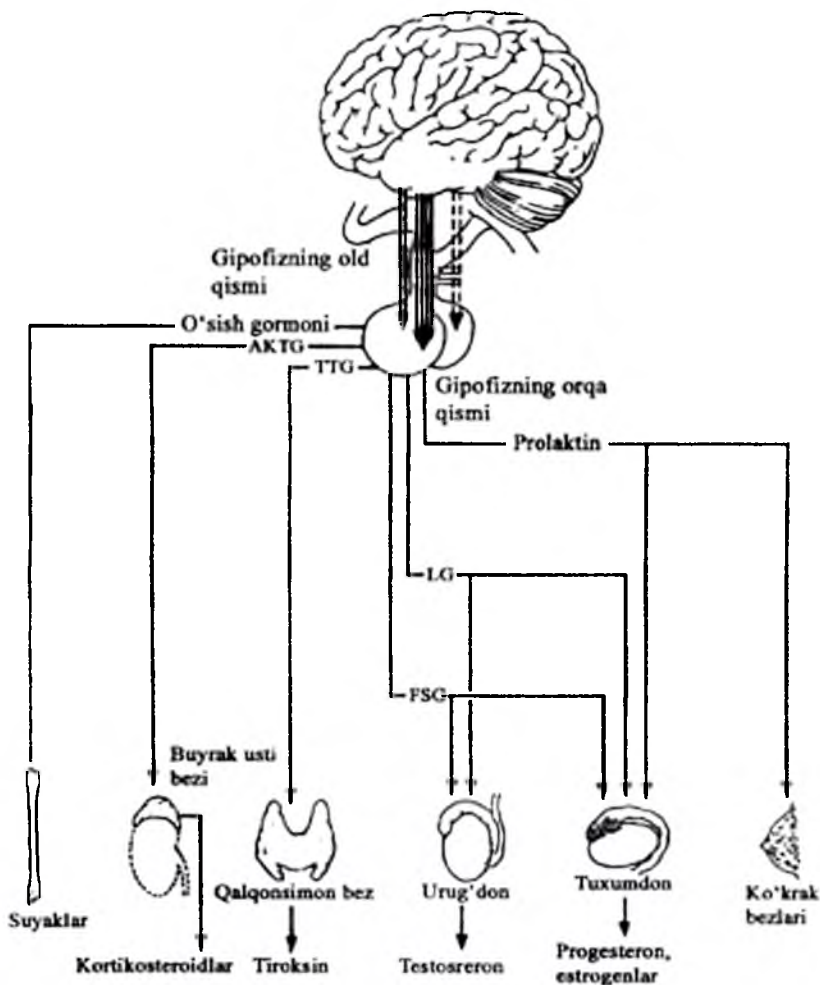
Hissiy qo'zg'alishlarda, shuningdek, bosh miyaning bioelektrik faolligi ham o'zgaradi. Elektroensefalografiyada alfa to'lqinlar faolligi pasayib, beta va boshqa o'tkir to'lqinlar faolligi oshadi, bilateral-sinxron tebranishlar paydo bo'ladi. Ma'lumki, alfa to'lqinlar miyaning tinch faoliyatini aks ettiruvchi to'lqinlardir, beta to'lqinlar esa xavotirli va doimiy xis-hayajonda yuradigan kishilar uchun xosdir (24-rasm, a,b).

His-tuyg'ular faoliyatini boshqarishda gi potalamus va limbiko-retikulyar kompleksning bevosita ishtiroki katta. Gipotalamus bir



24-rasm (a, b): a — asabi tinch odamning elektroensefalogrammasi. EEGda bir maromli alfa to'lqinlar ko'zga tashlanadi; b — asabiylashgan odamning elektroensefalogrammasi. Unda alfa to'lqinlar yo'q, miyaning barcha nuqtalari bo'ylab yuqori chastotali, past amplitudali beta to'lqinlar ro'yxatga olingan (Z.R. Ibodullayev kuzatuv, 2004).

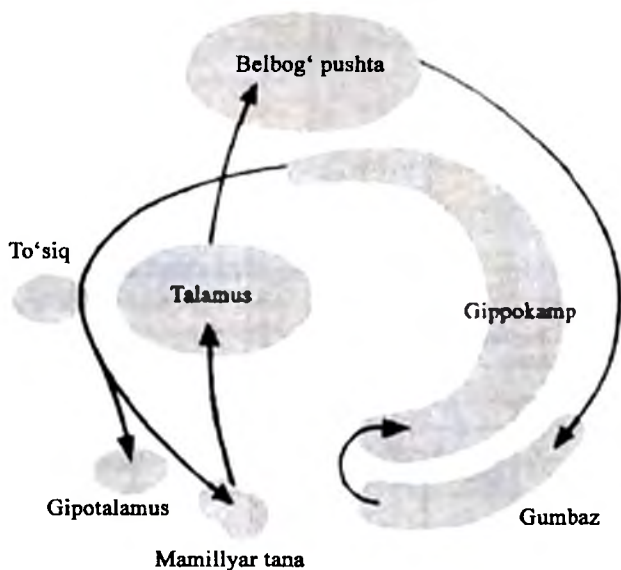
qator yadro tuzilmalaridan iborat bo'lib, bu tuzilmalar organizmda ko'p sonli neyrogumoral jarayonlarni hamda vegetativ asab tizimining simpatik va parasimpatik bo'limlari faoliyatini boshqarishda muhim o'rin tutadi (25-rasm). Gipotalamus funksiyasi gipofizning sekretor faoliyati bilan uzviy bog'langan. V.Kennon gipotalamik



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

sohani ta'sirlantirib, hayvonlarda affektiv holatlarni yuzaga chiqargan. Ularda ko'z qorachiqar kengaygan, taxikardiya, aritmiya, arterial bosimning oshuvi va ko'p miqdorda so'lak ajralishi kabi holatlar namoyon bo'lgan. 26-rasmda «Papes aylanasi» kiruvchi tuzilmalar bo'ylab «hissiy oqimlar» yo'nalishi tasvirlangan.

Olimlar dekortikatsiya qilingan mushuklarning fe'l-atvorini o'rganib, ularda beo'xshov g'azablanish va qo'rquv alomatlarini kuzatishgan. Olimlar buni gipotalamusning po'stloq nazoratidan chiqib ketishi natijasi, deb izohlashgan. Maymunlardagi gipotalamusni parchalab, shu parchalangan sohani elektr toki bilan ta'sirlantirganda, hech qanday hissiy o'zgarishlar kuzatilmagan. Holbuki, operatsiyagacha gipotalamus sohasiga ta'sir o'tkazilganda, qo'rquv va g'azablanish reaksiyalari yuzaga kelgan. Olimlarning tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, gipotalamusni elektr toki bilan ta'sirlantirilganda qo'rquv va g'azablanish reaksiyalari chin hissiy holatlardan anchagina farq qiladi, ularni soxta affektiv reaksiyalar deb atashgan. Ko'pchilik olimlar gipotalamusni hissiyotlar ifodalanishi yo'lidagi bir necha bekatlarning biri deb hisoblaydilar.



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

1953-yilda Olds o'z tajribalariga asoslanib, kalamushning bosh miyasida «qoniqish» markazini kashf etdi. U qafas ichida kalamushlar uchun dastak o'rnatdi. Kalamush dastakni bossa, uning tanasidan elektr toki o'tib, qoniqish hissini bergan. Demak, o'zida qoniqish hissini uyg'otish kalamushning o'ziga bog'liq bo'lgan. Imkoniyat berilganda, kalamush qoniqish hissiga to'yish uchun dastakni toliqib yiqilguncha bosib turavergan. U hatto qafasga qo'yilgan ovqatga ham qaramagan, ovqatdan ko'ra dastakni bosib, o'zini qoniqtirishni xush ko'rgan.

Keyingi tadqiqotlar miyaning ma'lum sohalarini qo'zg'atib, g'azab va qo'rquv hissi uyg'otish mumkinligini tasdiqlab berdi va dalillar bilan to'ldirdi. «Jazolash markazi»- ga ta'sir o'tkazilganda olingan his-tuyg'ular nihoyatda kuchli bo'lishi aniqlandi. Masalan, tajriba o'tkaziladigan maymunlar ayni paytda aftini bujmaytirib, qichqirib yuboradi, hayqiradi, tishlab olmoqchi va qochmoqchi bo'ladi. Ular titrab, yunglari tik turadi, ko'z qorachilari kengayadi. Bunday tajribalar uzoq vaqt davom ettirilgan paytlarda maymun toliqib kasallangan va nobud bo'lgan. O'ta toliqqan ushbu maymunlarda «kayf qilish», ya'ni «qoniqish» markazlarida joylashgan elektrodlar ta'sirlantirilganda, maymunlar ahvoli yaxshilanib borgan.

«Jazolash» va «qoniqish» markazlarinig kashf etilishi va ularning vegetativ jarayonlarga bevosita aloqador bo'lishi ba'zi bir psixosomatik sindromlarning rivojlanish mexanizmlarini bir qadar yaxshiroq tushunishga imkon berdi. Ma'lumki, peptik yaralarning kelib chiqishida salbiy his-tuyg'ularning roli kattadir. «Jazolash» va «qoniqish» markazlarining bir-biriga yaqin joylashganligi tufayli ularning birida yuzaga kelgan qo'zg'alish ikkinchisiga uzatiladi va salbiy his-tuyg'ularning nima sababdan peptik yarani paydo qilishi birmuncha ayon bo'lib qoladi.

Odamlarda bu tajribalar qanday natija bergan? Neyroxirurgik operatsiyalar mobaynida odam miyasining chuqur joylashgan tuzilmalarini elektrodlar orqali ta'sirlantirib, ularda ham salbiy xishayajonlar chaqiradigan markazlarni aniqlashga erishildi. Bu tadqiqotlar XX asrning 60-yillarida o'tkazila boshlandi. Bosh miyaning tekshirish uchun mo'ljallangan tuzilmalariga oltindan tayyorlangan elektrodlar kiritiladi, ular diagnostik va davolash chora- tadbirlarini amalga oshirish uchun muayyan vaqtga qadar ana shu yerda qoldiriladi.

Keyinchalik elektrodlar chiqarib olinadi. Turli xil po'stloq osti tuzilmalari (talamus, oq shar, dumli yadro, gippokamp)ga bir yo'la

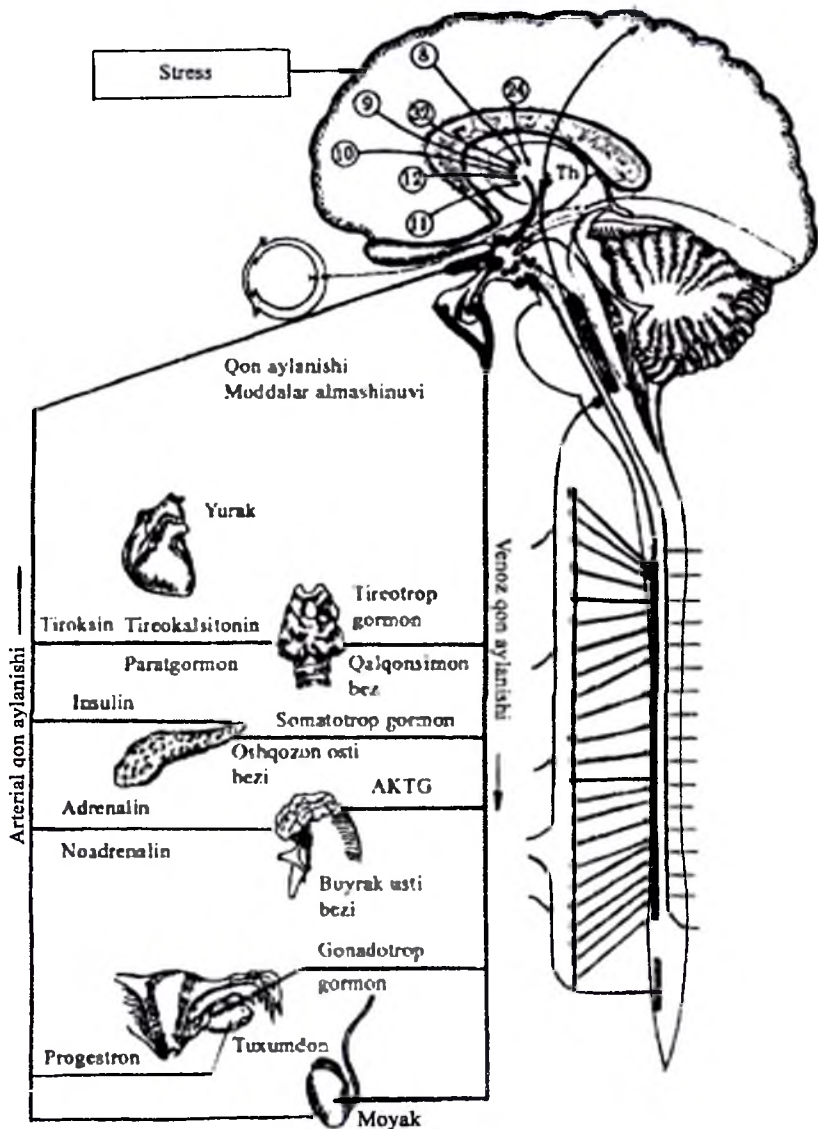
bir necha elektrodlar kiritilib, qaysi neyronlar guruhi odamda qanday his-tuyg'ular chaqirishi o'rganilgan. Ma'lum bo'lishicha, ko'pchilik nuqtalar ularga elektr toki bilan ta'sir ettirilganda, hissiy jihatdan betaraf bo'lgan va atigi o'n foizi turli xil hissiy alomatlar, ya'ni zavqlantirish, libido uyg'otish va shuningdek, aksincha qo'rquv, vahima alomatlarini yuzaga keltirgan.

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

Endi hissiyotga bevosita bog'liq bo'lgan stress haqida fikr yuritamiz. «**Stress**» so'zi odatdagi turmushda va tibbiy atamashunoslikda ancha keng tarqalgandir. Turmushda «stress» deganda ruhiy zo'riqish va hayajonlanish tushuniladi. Odam qattiq siqilsa: «Kecha men stressga uchradim» deb xitob qiladi. Bu so'zni turmushda ishlatish shunga olib keldiki, XX asr oxiri madaniyatida «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. Selye kiritgan.

Stress nima? **Stress** — organizmning stressorga nisbatan javob reaksiyasidir. Organizmning stressorga javob reaksiyalarida spetsifik va nospetsifik omillar kuzatiladi. Odam stressiz yashay olmaydi, *hayot bor joyda stress bor, uning bo'lmasligi o'lim deganidir* (G.Selye, 1956). Stress aslida «hayot» tushunchasiga hamohangdir. G. Selye bu muammoni ochiq-oydin yoritib berdi. Stress odam uchun xavf tug'dirmaydi. Distress xavflidir, bunda odam ancha vaqt kuchli darajada zo'riqqan bo'ladi. Stress ijobiy va salbiy xillarga ajratiladi, lekin fiziologik nuqtai nazardan olganda, organizmning kuchli shodlikka va qayg'uga javob reaksiyasi bir xil bo'ladi. «Stress kasalliklari» degan tushuncha noto'g'ridir, «distress kasalliklari» deyilsa, to'g'riroq hisoblanadi, degan edi G. Selye.

G.Selye stressni 3 ta asosiy bosqichga ajratgan va quyidagicha ta'riflagan. Birinchi bosqich — **xavotirlanish** bosqichidir. Bu bosqichda qon bosimi va tana harorati pasayadi, kapillarlarning qon bilan to'lishi va alkaloz kuzatiladi, oshqozon-ichak sistemasida funksional o'zgarishlar paydo bo'ladi, qonda qand miqdori kamayadi.



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

Ikkinchi bosqich — **qarshilik ko'rsatish** bosqichidir. Bu bosqichda alkaloz atsidoz bilan, gipoglikemiya giperqlikemiya bilan, arterial gipotoniya gipertoniyabilan almashadi, tana harorati ko'tariladi va buyrak usti bezi qobig'i shishadi, kortikosteroidlar ko'plab ajralib chiqadi. Uchinchi bosqich — **toliqish** bosqichidir. Bu bosqichda yurak mushaklarida distrofik o'zgarishlar kuzatiladi, oshqozon-ichak sistemasida yarachalar paydo bo'ladi, ularga nuqtasimon qon quyiladi. Demak, stress organizmning umumiy moslashuv sindromidir. Unda kuzatiladigan nospetsifik alomatlarini G.Selyegacha ham tadqiq qilishgan, lekin organizmda kechadigan patofiziologik o'zgarishlar bilan stress orasida bog'liqlik alomatini ko'rishmagan. 27-rasmda stressning ichki a'zolar faoliyati va ichki sekretiya bezlari bilan munosabati ko'rsatilgan.

Stress qanday qilib distressga o'tadi, haddan tashqari umumiy moslashuv sindromi qanday qilib yuzaga keladi? Bu muammolar hozirgi kunda olimlar tomonidan yana o'rganib kelinmoqda. G.Selye ta'biri bilan aytganda odamni yoshligidan «paxtaga o'rab-chirmash», ya'ni uni muammolardan avaylab-asrash umumiy moslashuv sindromining pasayishiga olib keladi. Bunda stress distressga o'tishi mumkin.

6.3. Hissiyot patologiyasi

Hissiyot patologiyasi ruhiyatning har xil buzilishlari orasida, ayniqsa, muhim ahamiyat kasb etadi. Hozirgi davrda psixologlar XXI asrni depressiya asri deb bong urishmoqda. Xo'sh, depressiya o'zi nima? **Depressiya** — bu hozirgi kunga va kelajakka ishonchsizlik bilan qarash, doimo past kayfiyatda bo'lish, horg'inlik, biror faoliyatga intilmaslik va fikrlashning sustlashuvidir.

Albatta, fikrlashning sustlashuvi og'ir depressiv holatlar uchun xosdir. Ko'rib turganingizdek, depressiya inson uchun xos bo'lgan barcha ijobiy faoliyatni yo'qqa chiqaradi yoki susaytirib yuboradi. Bunda bemorlar atrofdagilarga befarq bo'lib qoladilar, kamgap, ma'yus, ko'pincha ko'zyoshi qiladilar. Ularning ongi ma'yus, g'amgin kechinmalarga to'lib ketadi. Hozirgi, o'tgan zamon va kelajak ularga qayg'uli bo'lib tuyuladi. Ular olamga go'yo qora ko'zoynak taqqan holda qaraydilar. Depressiya haqida banafsil ma'lumot XIII bobda keltirilgan.

Og'ir kechuvchi kasalliklarda bemorlar uzoq vaqt davom etadigan tushkunlikka tushib, ovqat yeyishdan bosh tortishadi, o'z joniga

(ayniqsa, o'smirlar orasida) suiqasd qilishga urinadilar. Ba'zan o'z joniga qasd qilish uchun arzimagan sabab turtki bo'ladi. Masalan, ota-onasi uning xohlagan kiyim-kechagini sotib olib bermasa yoki diskotekaga ruxsat bermasa, sevgan kishisi bilan uchrashgani qo'ymasa va hokazo.

Umuman olganda, o'smirni qattiq nazoratga olish og'ir oqibat-larga olib kelishi mumkin. Ota-ona, ayniqsa, 14–17yoshdagi farzandlari bilan ehtiyotkorlik bilan muloqotda bo'lishi, nazoratni tergovga aylantirib yubormasliklari kerak. Rossiyada o'smirlar orasida bo'lib o'tgan bir-ikkita o'z joniga qasd qilishlarning sababini keltirib o'tamiz. Barcha yoshlarning sevimli estrada qo'shiqchilari Viktor Soy, Igor Sorin hayotdan ko'z yumganlaridan keyin Rossiya yoshlari orasida o'z joniga qasd qilish juda ko'p kuzatilgan. Ular, ayniqsa, 15–17 yoshli o'smirlar edi. Igor Sorin o'zi yashaydigan uyning 6-qavatidan sakrab o'ladi. Biroz vaqt o'tgach, 15 yoshga hali to'lmagan qiz dugonasi bilan birga 9-qavatning tomiga chiqib, ikkalasi ham yerga sakrashadi va jon berishadi. Ularning yon daftarlarida shunday misralar bitilgan edi. «Igor! Bizga sensiz hayotning ne keragi bor. Biz ham sening ortingdan, sening bag'ringga, yulduzlarga ravona bo'lamiz! Bizni kechiringlar».

Nima uchun o'z joniga qasd qilishadi? Buning psixologik mexanizmlari nimalardan iborat? O'z joniga qasd qilishni 3 turga bo'lish mumkin: **haqiqiy, yashirin va tantanavor**. Haqiqiy suiqasd hech qachon to'satdan bo'lmaydi. Unga doimo past kayfiyat, depressiya hamroh bo'ladi. Bunday shaxslar tez-tez hayotning mantig'iga murojaat qilib turishadi. O'smirlar suiqasdning bu turiga javobsiz sevgidan, yorining bevafoolidan murojaat qilishsa, qariyalar farzandlaridan keskin xafa bo'lgan paytlarida o'limning ushbu turini tanlashadi. Odam o'zining muammolariga boshqalarning e'tiborini qaratmoqchi bo'lsa, o'z joniga qasd qilishning yashirin turini tanlaydi. Bunday odamlar ba'zan o'z joniga qasd qilajagini eng yaqin odamlariga aytib ham yurishadi. Lekin bunga e'tibor berilmaydi yoki kulib javob berishadi. Suiqasdning bu turi, ko'pincha, iqtisodiy qiynalgan odamlar orasida uchraydi. Tantavor tarzda hayotdan ko'z yumuvchilar o'smirlar orasida ko'p uchraydi. Bunga misol, yuqorida keltirganimizdek, sevimli qo'shiqchisi o'lganidan keyin o'z joniga qasd qilgan qizlardir. Keltirgan misollarimizning barchasi, eng avvalo, hissiy qo'zg'aluvchanlik darajasiga tegishlidir. Bu daraja individual ravishda xilma-xil bo'ladi. Depressiya, ko'pincha, nevrasteniya va psixoasteniya-

larga hamroh bo'ladi. Og'ir darajada ifodalangan depressiyalar shizofreniya kasalida uchraydi.

Depressiya holatlari bosh miyaning qon-tomir kasalliklarida, toksik ensefalopatiyalarda, uzoq davom etuvchi anemiyada va qiyin tuzaluvchi somatik kasalliklarda ham uchraydi.

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

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

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

Patologik affekt paytida odam o'zini boshqara olmay qoladi va bemalol birovning (o'zining ham) joniga qasd qilib qo'yadi. Qahr, g'azab, rashk, ajablanish va xursandchilik affektlari farq qilinadi. Patologik affektda ongning torayishi tufayli qisman yoki to'la amneziya ham kuzatiladi. Shuning uchun ham affekt paytida odam nima qilga-

nini eslay olmaydi (bunga misol keltirib o'tdik). Patologik affekt maniakal – depressiv sindromda, epilepsiyada yaqqol namoyon bo'ladi.

Apatiya — hissiy befarqlik holati bo'lib, barcha narsa va hodisalarga bemor o'ta e'tiborsizlik bilan qaraydi. Ba'zan ularda butunlay harakatsizlik kuzatiladi va bemorlar o'tirgan joyidan sira qo'zg'almaydi. Apatiyaning bu turi shizofreniyada, qari odamlarda va bosh miya o'smalarining ba'zi turlarida yaqqol ifodalangan bo'ladi.

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

Nazorat uchun savollar

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

VII BOB. ONG VA ONGSIZLIK

7.1. Umumiy tushuncha

Ong muammosi psixologiyada eng murakkab masalalardan biri sanaladi. **Ong** — obyektiv borliqni aks ettirishning oliy shaklidir, unga o'zini va atrof-muhitni anglash kiritiladi. Ong — odam miyasining funksiyasi bo'lib, uning yordamida obyektiv borliq subyektiv aks etadi. Ong o'z tabiatiga ko'ra, nihoyatda ko'p qirrali, rang-barang, uning turli-tuman xossalari mavjud. Shu bois u taraqqiyotning oliy darajasida yuzaga kelib, faqat insondagina bo'ladi. Hayvonlarda ong bo'lmaydi.

Ong integrativ jarayondir. Ana shu murakkab majmuaning har xil zanjirlari zararlanishi ongning izdan chiqishiga olib keladi. Buni ongning fiziologik mexanizmlarini o'rganishda e'tiborga olishadi.

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

Yuqorida aytib o'tganimizdek, bilimsiz ong bo'lmaydi, lekin ong va bilimni bir xil jarayon deb bo'lmaydi. Bilimlar har doim xotirada to'plansa-da, lekin hammavaqt ham ongda aks etavermaydi. Faqat bilimlarimizning ayrimlari ushbu paytda ong maydonida bo'lib, biz ularni fahmlaymiz. Bu yerda quyidagi qiyosni keltiramiz. Kishida xotira izlari, ya'ni, o'tgan hayot izlari miya hujayralarida saqlanar ekan, ularni ko'p sonli elektr chiroqlariga o'xshatish mumkin. «Ularning bir qismi yoqilganda tegishli obyektlar va kechinmalar ong nuri bilan yoritiladi?». Biz bilamizki, bilimlar yaxshi va puxta bo'lganda ham ong buzilishi mumkin. Xotira, fikrlash kabi odamning boshqa fazilatlariga baho berishda ongning ravshanligiga ishonch hosil qilish kerak. Aks holda, bemorda aslida bo'lmagan kasallik haqida noto'g'ri taxmin paydo bo'lishi mumkin.

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

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

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

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

O'z tanasini his qilish ham ong funksiyasiga kiradi. Odam tanasi faqat tashqi olamdan (ko'ruv, eshituv, hid bilish) dan emas, balki tanasining ichki a'zolaridan ham ta'sir yetkazuvchi retseptorlar 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-olam vaziyatlari bilan taqqoslaydi. Bu ongning eng muhim funksiyasidir.

Psixofiziologlar ongga bosh miya po'stlog'ining funksiyasi deb ta'rif berishadi. Ularning fikricha, bosh miya po'stlog'i va birinchi galda ikkinchi signal sistemasi ong uchun, uning rivojlanishi hamda saqlanib qolishi uchun hal etuvchi o'rin tutadi. Miya ustuni retikulyar formatsiyasi ham ong jarayonida muhim o'rin tutadi. Retikulyar formatsiya ongga ta'sir o'tkazadi, uyqu va tetiklikni idora etadi. Ikkinchi

signal sistemasi onga xos bo'lgan o'z-o'ziga hisobot berishni ta'minlasa, ong faoliyat ko'rsatishi uchun zarur bo'lgan po'stloqning tetiklik holati retikulyar formatsiyaning faoliyati bilan uzluksiz bog'langandir.

7.2. Ong patologiyasi

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

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

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

Sopor — ongning ancha chuqurroq buzilishi. Soporning uch xil darajasi farq qilinadi: 1) **yengil sopor** — bunda bemor yengil uyqu holatida bo'ladi, savollarga javob berishi susayadi, uyqu kelayotganligidan noliydi, sekin va cho'zib gapiradi; 2) **o'rta darajadagi sopor** — bunda uyquchanlik biroz kuchayadi, ko'z qorachig'ining yorug'likka ta'siri pasayadi, o'z holicha gapirmaydi, oddiy savollarga kechikib bo'lsa ham javob berishga intiladi, bemor ko'zini yumib yotaveradi; 3) **chuqur sopor** — savollarga javob bermaydi yoki ancha kechikib bir xil tarzda javob beradi, ko'z qorachig'ining

yorug'likka ta'siri yanada susayadi, ahvoli qattiq uxlab yotgan odamni eslatadi.

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

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

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

Somnambulizm (uyquda yurish yoki lunatizm), ayniqsa, bolalarda ko'p kuzatiladi. Somnambulizmida qisman yoki chala uyg'onishni kuzatish mumkin. Odamning harakat sistemasi go'yo uyqudan uyg'onadi, es-hushi esa paydo bo'lgandek bo'ladi, aslida ular uyqusida o'rnidan turib yurganini eslab qolmaydilar. Somnambulizmida bemor o'rnidan turib ketib, xonada yura boshlaydi, xonadan chiqib ketishi ham mumkin. Berilgan savollarga va murojaatlarga ular javob qaytarmaydilar yoki uyg'onib ketadilar. Ongning bu buzilishlari lunatizm deyilsa-da, oyga aloqador emas.

Adabiyotlarda shunga o'xshagan es-hushi buzilishlari bir necha hafta va oylar mobaynida davom etadigan hodisalar keltirilgan.

Deliriy — ong buzilishining ko'p uchraydigan turi bo'lib, bunda bemor o'z shaxsini anglay olsa-da, vaqtga, atrof muhitga bo'lgan idroki buziladi. Deliriy turli endogen va ekzogen zaharlanishlarda, bolalarda esa tana harorati oshgan paytlarda ko'p kuzatiladi. Ko'ruv

va eshituv gallutsinatsiyalarining mo'1-ko'1 bo'lishi deliriy uchun juda xosdir. Gallutsinator tasavvurlar, odatda, xatarli bo'ladi va qo'rquv bilan kechadi. Bemorlar ruhiy qo'zg'algan holatda bo'ladi, ular o'zlarini ta'qib etuvchi gallutsinator tasavvurlardan himoya qiladilar. Ularga hamla qilayotgan hayvonlarni go'yoki ushlab oladilar, «dushmanlar» ovozi eshitaladigan eshikni yopib qo'yadilar va hokazo.

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

Oneyroid (uyqusimon, tushga o'xshash holat) ong ham gallutsinatsiyalarning ko'p kuzatilishi bilan tavsiflanadi. Bunda bemorlarga ular koinotda murakkab sarguzashtlar qilgandek, harbiy harakatlarda ishtirok etgandek tuyuladi. Ularning kechinmalari fantastik tusda bo'ladi. Deliriylardan farqli o'laroq, oneyroidlarda bemorlar kamroq qo'zg'aluvchan, ko'pincha bo'shashgan holatda bo'ladilar. Es-hush uncha buzilmagan bo'lib, ularda kechinmalar kamroq kuzatiladi, delirioz holatlardagi kabi uzuq-yuluq bo'lmaydi.

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

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

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

7.3. Ongsizlik

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

Psixoanaliz fani o‘z oldiga ongdan yashirinib yotgan chuqur psixologik jarayonlarning sir-asrorini ochishni maqsad qilib qo‘yadi



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

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: «бессознательное» (ongsizlik), «подсознательное» (ongostlilik), «подсознание» (ong osti). Ba'zi o'zbek psixologlari «ongostlilik» degan atamani ma'qul ko'rishadi. Shunday qilib, hanuzgacha fanda katta shov-shuvlarga sababchi bo'lib kelayotgan va mohiyati to'laligacha o'rganilmagan ushbu noaniq psixologik jarayonlarning atamasi ham noaniq bo'lib qolmoqda. Bu atamalarning ma'nosini o'zgartirmagan holda biz ushbu darslikda «ongsizlik» atamasidan foydalanamiz.

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

Z.Freydning ta'biri bilan aytganda, ongdan siqib chiqarilgan odamning tabiiy instinktlari ong ostida joy topadi. Ongsizlik tug'ma xususiyat bo'lib, insonning barcha xatti-harakatlarini belgilab beradi.

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

Z.Freyd o'z kuzatuvlariga asoslanib, odam shaxsi va ruhiyatining yangi bir modelini yaratdi. Unga asosan, bir-biriga uzviy bog'liq bo'lgan 3 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. Z. Freydning fikricha, evolutsiyaning dastlabki bosqichida odamda o'z-o'zini saqlash, ya'ni ovqat izlash instinkti odamning xulq-atvorini belgilab bergan, shu bilan parallel holda yoki biroz keyin bu funksiyani ko'payish instinkti, ya'ni seksual instinkt bajara boshlagan. Bu instinktlar «id» ning o'zginasidir. «Id» onгда aks etmaydi, u ong ostida joylashgan, to'g'rirog'i, ong ostiga tiqishtirilgan. «Id» qoniqish prinsiplariga asoslanib faoliyat ko'rsatadi. Bu yerda jinsiy qoniqish alohida o'rin tutadi. Z. Freyd jinsiy mayl

tushunchasini bag‘oyat kengaytirib yuboradi. Ya’ni Z.Freyd ta’limoti bo‘yicha jinsiy mayl odamni tug‘ilganidan buyon boshqarib keladi. Z.Freyd qondirilmagan his-tuyg‘u yoki maylning ruhiy quvvati ong ostida to‘planib boradi va o‘z ifodasini topishga urinadi, deb fikr yurgizadi. Mayllar ichida u libidoni asosiy o‘ringa qo‘ygan.

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

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

«Men»ning rivojlanishi odamning hayot tarzini o‘zgartirib yuboradi va uning xulq-atvorini nazorat ostiga oladi. Shunga qaramasdan, psixoanalitiklar «id» ga odamning hayot tarzini belgilab beruvchi asosiy manba sifatida qarashadi.

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

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

Z.Freydning fikriga ko‘ra, nevrozlarning kelib chiqishiga «Super-men» va «men» sababchi. Psixoanalitiklar nevrozlarni psixoterapevtik yo‘l bilan davolashda aynan mana shu nazoratni kamaytirishga yoki to‘xtatishga va shu yo‘l bilan «id» ning ongga suzib chiqishiga yordam

berishadi. Buning natijasida «id» ning tajovuzkorligi pasayib, nevroz belgilari chekinadi.

Z. Freyd «men» va «id» orasidagi munosabatlarni chavandoz bilan ot orasidagi munosabatlarga qiyoslab ham tushuntirib bergan (29-rasm). Freydgacha A.Shopengauer xuddi shunday qiyoslashni iroda va tafakkur orasidagi munosabatlarni o'rganish uchun ishlatgan edi. Chavandoz otni o'zi boshqarsa-da, faqat uning quvvati hisobiga harakatlanadi. Kerak paytda chavandoz o'zanni qattiq ushlab otni



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

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 otning o'zi tanlaydi. Masalan, chavandoz uxlab qoladi, charchaydi yoki kasallanadi.

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

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

Umuman olganda, psixoanalitik yo'l bilan davolash nimaga asoslangan? Oddiyroq qilib tushuntirganda, psixoanalitik bilan yolg'iz qolgan mijoz o'zini erkin qo'yib ko'zlarini yarim yumgan holda yotadi yoki bemalol o'tiradi va xayoliga kelgan barcha fikrlarini oqizmay-tomizmay so'zlab beradi. Bu yerda birorta ham sir qolmasligi va bemor uyalmasligi kerak. Ma'noli so'zlarmi, ma'nosizmi, bemor ularni psixoanalitikka ochib tashlashi kerak, zarur bo'lsa, bu maqsadga erishish uchun gipnoz ham qo'llaniladi. Ana shundagina, Z. Freyd ta'biri bilan aytganda, ruhiy poklanish, ya'ni «katarsis» ro'y beradi va tuzalish jarayoni jadal kechadi. Z. Freyding fikricha, eng muhimi mazkur assotsiatsiyalar ong tomonidan boshqarilmasligi kerak va bemor fikrini erkin ifodalashi zarur. Psixoanalitiklarning ta'kidlashicha, ana shundagina ong ostiga qamalgan istak- xohishlar va ong tomonidan taqiqlangan ziddiyatli muammolar o'z yechimini topadi va natijada nevroz chekinadi.

7.4. Freyddan keyingi psixoanaliz

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

A. Adler fanga *«yetishmovchilik hissi»* degan tushunchani kiritdi. Uning fikricha, bu tuyg'u tabiiy va tug'ma bo'lib, har birimiz uchun xosdir va shaxsning rivojlanishida katta ahamiyatga ega. Adlarning fikricha, 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. 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. Shuning uchun ham odamda nevroz rivojlanishining oldini olish uchun undagi yetishmovchilik hissini bartaraf etish zarur. Demak, A.Adler ham o'z ta'limotida inson ruhiyatining rivojlanishida instinktiv reaksiyalarga urg'u bergan.

K.G.Yungning ta'limoti biroz boshqacha edi. U *«jamoaa ongsizligi»* degan tushunchani taklif qildi. Yung individual ongsizlik va jamoaa ongsizligi orasida aniq bir chegara chizig'ini o'tkazdi. Uning fikricha, jamoaa ongsizligi individual ongsizlikdan farqli o'laroq, avloddan avlodga uzatiladi va «men» jamoaa 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. Jamoaa ongsizligi — bu umuminsoniy tajribalar bo'lib, har bir millat va elatlar uchun xosdir, u o'tmishimizning yashiringan xotira izlaridir. U mifologiyada, xalq dostonlarida, diniy qarashlarda aks etgan bo'lib, hozirgi zamon kishilarining ongida tushlar ko'rish orqali namoyon bo'lib turadi. Yung Freydning seksual nazariyasini tan olmadi va nevrozlar rivojlanishining boshqa bir qancha sabablarini ko'rsatib,

ularni isbot qilib berdi. Ularning ichida ijtimoiy kelishmovchiliklar, kishi hayotidagi fojiali davrlarni ham asosiy omil sifatida ko'rsatdi.

Z. Freyd nazariyasini talqin va tanqid qiluvchilar safi yana kengaya bordi. O'tgan asrning 30-yillari oxirida **neofreydizm** shakllana boshladi. Bu yo'nalishning eng ko'zga ko'ringan tarafdorlari E. Fromm va K.Xorni edi. Ular psixoanalizni o'rganishda sotsiologik yo'nalishdagi nazariyalardan ham foydalanishdi. Ular instinktiv jarayonlarni inkor qilmagan holda insonning yashash faoliyatida odamlar orasidagi munosabatlarni ustun qo'yishdi. Ular nevrozlarning kelib chiqish sababini quyidagicha yoritishadi: odam bolasi tug'ilgandan **xavotirda** yashaydi, chunki uning qarshisida adovatli dunyo paydo bo'ladi va bu xavotir e'tibor va mehribonlikning yo'qligidan kuchayib boradi. Keyinchalik esa individ sotsial omillarning qaqshatqich zarbasiga duch keladi va jamiyatda yolg'izlanib qoladi, u o'zining jamiyatga nisbatan begonaligini anglaydi. Demak, ularning fikricha, jamiyat shaxsning sinxron rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. Shuning uchun ham, nevrozning asosiy sababchisi jamiyatdir va aynan individni sog'lomlashtirish orqali jamiyatni sog'lomlashtirish mumkin.

E.Fromm shaxsning rivojlanishida tug'ma omillarning ahamiyatini, ya'ni bolaning seksual rivojlanishini, Edip kompleksini, jinsiy munosabatlarning ahamiyatini bo'rtdirib ko'rsatmaslikni aytadi. U har bir odamdagi ruhiy kechinmalarni uning ijtimoiy muhitga sho'ng'ib ketganligidan deb biladi. Demak, seksual instenktlar shaxsni shakllantirmas ekan, balki shaxsning o'zi ularni belgilab beradi.

K. Xorni ta'limotida ham ijtimoiy omillarning ahamiyati yuqori ekanligini ko'rish mumkin. U insonning xulq-atvorida uni o'rab turgan jamiyatga nisbatan quyidagi uchta yo'nalishni ajratdi: **odamlarga intilish**, ya'ni mehribonlik izlash, **odamlardan yiroqlashish**, ya'ni yolg'izlikka intilish, **odamlarga qarshi turish**, ya'ni hukmronlikka intilish. Ushbu xususiyatlarning qaysi biri ustun kelishiga qarab 3 xil nevrotik shaxs shakllanarkan: 1) itoatkor, qanday bo'lmasin boshqalarning muhabbatini va e'tiborini qozonishni istovchi; 2) jamiyatga qarshi chiquvchi, undan yiroqlashishga intiluvchi; 3) davlatparast va odamlar ustidan hukmronlikka intiluvchi. K. Xorni fikricha, bu reaksiyalarning barchasi insonni qoniqtirmas ekan, xavotir hech qachon yo'qolmaydi, aksincha kuchaya borib, yangi va yangi kelishmovchiliklarni yuzaga keltiraveradi.

Shunday qilib, K.Xorning nevroz haqidagi ta'limotini quyidagicha sharhlash mumkin: nevroz kurtaklari bola tug'ilgandan keyingi

xavotirdan boshlanadi va unga dushman bo'lgan adovatli dunyo bilan kurashish natijasida davom etadi. Buning natijasida yuqorida qayd qilingan uchta himoya strategiyasi ishlab chiqiladi.

Psixoanaliz falsafiy fan sifatida ham o'rganib kelinmoqda. Bu yo'nalish nafaqat ongsiz jarayonlarni, balki ongli jarayonlarni ham chuqur o'rganishga zamin yaratdi. Shuningdek, psixoanaliz etika, estetika va boshqa madaniy fanlar rivojiga ham o'z ta'sirini ko'rsatdi. Ayniqsa, tibbiy psixologiyaga uning ta'siri o'ta kuchli bo'ldi. Bugungi kunda psixoanalitiklar eng og'ir psixopatologik sindromlarni davolashda katta muvaffaqiyatlarga erishib kelmoqdalar. Psixoanaliz inson tabiatini o'rganishda va psixoterapevtik muolajalar o'tkazishda keng qo'llanib kelinmoqda. Psixogen kasalliklarning kelib chiqishida ijtimoiy va madaniy omillar chuqurroq tahlil qilinmoqda.

O'z hayotini aynan nevrozlarning mohiyatini o'rganishdan boshlagan nevrolog olim Zigmund Freyd, keyinchalik mashhur psixiatr, psixoanalitik va faylasuf bo'lib yetishdi. Bugungi kunda uning ta'limoti tibbiy va ijtimoiy fanlarga chuqur kirib kelgan. Bular nevrologiya, psixiatriya, psixologiya, seksologiya, falsafa, etika, estetika va shu kabilardir.

Nazorat uchun savollar

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

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

O'tkir Hoshimov

VIII BOB. SHAXS. TEMPERAMENT. XARAKTER

8.1. Shaxs haqida tushuncha

Shaxs individualligi bilan ta'riflanadi. Kishi o'z jismoniy xususiyatlari bo'yicha 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 vrachning shaxsiga e'tibor qiladi va kuzatadi. Shaxsning aniq bir ta'rifini berish mushkul.

Psixologiyada shaxs o'zining yo'nalganligi va qobiliyati bilan xarakterlanadi. Yo'nalganligi deyilganda, odam ehtiyojlari, qiziqishlari, istaklari, moyilligi, e'tiqodi, orzulari va dunyoqarashi tushuniladi. Zamonaviy, madaniyatli kishilarning qiziqishlari turli-tuman bo'ladi. Qiziqishlar yoshga qarab o'zgarib boradi. Uch yoshdan besh yoshgacha bo'lgan sog'lom bolalarda hamma narsani bilishga qiziqish yaqqol ifodalangan bo'ladi. Bu yoshdagi bolalarning savollari «bu nima?», «nega?», «nima uchun?» dan iborat bo'ladi. Maktabgacha yoshda o'yinchoqlarga, ular bilan o'ynashga va mazmunli o'yinlarga qiziqish uyg'onadi. Xuddi shu davrda bolada rasm solishga, jonli tabiat va hayvonlarga qiziqish paydo bo'ladi. Keyin ertaklarga, fantastika, kulgi, hazil-mutoyibalarga ham qiziqish uyg'onadi. O'qishga va ayrim fanlarga (matematika, geografiya, adabiyot) qiziqish umuman ancha erta rivojlanadi. Bu qiziqishlar vaqtinchalik va doimiy bo'lishi mumkin. Texnika va sportga qiziqish ham birmuncha erta uyg'onadi. Badiiy adabiyotlarga qiziqishning o'ziga xos qonuniyatlari bo'ladi: avvalambor ertaklarga, keyin esa sarguzasht, fantastik, detektiv adabiyotlarga, so'ngra romantika, jinslar orasidagi munosabatlarga va siyosatga qiziqish paydo bo'ladi. Lekin ba'zi qiziqishlar parallel holda kuzatilishi ham mumkin.

Ilmiy va ijtimoiy-siyosiy adabiyotlar kitobxonlar qiziqishining boshqa bir tomonidir. Bemor kishining adabiyotlarga qiziqishini, albatta, tahlil qilish va u adabiyotlarni, kinofilmlarni qanday o'zlashtirayotganini bilish lozim. Bu shaxs xususiyatlarini, uning tafakkur doirasini tushunish uchun o'ta zarurdir.

Qiziqishlar odamning didiga ham bog'liq. Did odam hayotining turli xil davrlarida, goho erta, goho esa kech paydo bo'ladi. Dunyoqarash va falsafa masalalari va hayot mazmuniga qiziqishlar ko'pincha, qariyb yigirma yoshda paydo bo'ladi. Xuddi shu yoshda yoki biroz keyin jamoat ishlariga qiziqish uyg'onadi.

O'zga jinsga qiziqish (mayl) 12—15 yoshdan boshlab rivojlanadi. Qiziqishlarning turidan tashqari, ularning ijtimoiy mavqeyi va kengligi ham ahamiyatlidir. Qiziqishi chegaralangan odamlar faqat o'z hunari bilan cheklanib qoladi. Qolganlarining hammasi deyarli ularni qiziqitirmaydi. Qiziqish doirasi keng bo'lgan odam ko'proq bilishga intiladi. U fan-texnikaning turli xil sohalarini egallab, ijtimoiy-siyosiy masalalar, san'at, sport bilan qiziqadi. Lekin sanab o'tilgan barcha qiziqishlar bir xil qimmatga ega bo'lmaydi. Ulardan biri asosiy, qolganlari — ikkinchi darajali ahamiyatga ega bo'ladi. Chunonchi, vrach uchun quyidagi fanlar — anatomiya, terapeya, farmakologiya, psixologiya eng diqqatga sazovor sanalsa, bu esa unga siyosat, musiqa, sport, she'riyat, ov qilish bilan qiziqishga xalaqit bermaydi.

Qiziqishlarning barqarorligi ham ahamiyatlidir. Ba'zi bir odamlarda ularning asosiy qiziqishlari umrbod hamroh bo'ladi, boshqalarda tez paydo bo'lib, o'tadi-ketadi. Psixopatiyalarda, ko'pincha, qiziqishlar beqaror bo'ladi. Natijada, kishi shunchaki qiziquvchan bo'lib qoladi, amalda esa hech bir faol ish qilmaydi yoki chala bajaradi. Qiziqishlar kuchli va sust bo'lishi mumkin. Kuchli qiziqqan odam to'siqlarni yenga oladi, kerak bo'lsa, qurbon bo'ladi. Odam shaxsiga batafsil ta'rif berish uchun uning qiziqishlarini chuqur o'rganish zarur.

Buyuk shaxslar o'z aql-zakovati va ilmi bilan, ko'pincha, avliyo darajasigacha yetgan bo'ladi. Ahmad Yassaviy, Bahouddin Naqshbandiy, Najmiddin Kubro, Ibn Sino, Al-Xorazmiy, Imom Buxoriy kabi allomalarni bunga misol qilib ko'rsatish mumkin. Har bir odamning dunyoqarashi ko'proq uning biror maqsadga intilgani, tarbiyasi, orttirgan bilimlari va hayot tajribasiga bog'liq. Ijtimoiy-tarixiy shart-sharoitlar kishining dunyoqarashi shakllanishida muhim o'rin tutadi. 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, 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.

Shaxsning kamol topishida qobiliyat va iste'dodning ham ahamiyati katta. Qobiliyat muayyan faoliyatni muvaffaqiyatli amalga oshirish uchun zarur bo'lgan individual xususiyatdir. Odam qobiliyatli bo'lib tug'ilmaydi, balki yetishadi. Ilk bolalik davridan boshlab, odamda nimagadir qobiliyat nishonalari bo'ladi, nimagadir esa bo'lmaydi. Buni ota-ona darrov ilg'ab olsa, keyinchalik bola yetuk shaxs bo'lib yetishishi mumkin. Alisher Navoiydagi she'riyatga bo'lgan qiziqish ilk bolalik yoshidan ilg'ab olingan va unga har tomonlama ko'mak berilgan. Natijada, Hazrat Navoiy buyuk shaxs bo'lib yetishdi va she'riyat sultoni degan nomni oldi. Demak, qobiliyatni taraqqiy ettirish zarur. Bordi-yu qobiliyatning nishonasi bo'lmasa, uni rivojlantirib bo'lmaydi. Masalan, skripkachi bo'lish uchun bir emas, bir necha qobiliyatga ega bo'lish lozim. Skripkachi maromni sezishi, musiqiy va kinestetik xotirasi bo'lishi, qo'l barmoqlari mayin va aniq harakat qilmog'i lozim. Bunga yana musiqiy did, hissiylik va ko'pgina boshqa qobiliyatlar qo'shiladi. Ana shu xususiyatlar bo'lganda, sanab o'tilgan barcha qobiliyatlarni o'qish va mashq qilish jarayonida rivojlantirish mumkin.

Chunonchi, Ibn Sino, Al-Xorazmiy, Abu Rayhon Beruniy, Alisher Navoiy, Al-Farg'oniy, Bobur, Kamoliddin Behzod, Forobiy, Rudakiy, A.S. Pushkin, Motsart, Shekspir, Paskal, Leonardo da Vinchi, Mikelandjelo kabi allomalarda qobiliyat va iste'dod juda erta, ya'ni bolalik davridan hayratlanarli darajada rivojlangan. Lekin aksariyat olimlarning, ixtirochilarning, davlat arboblarning iste'dodi yetuk yoshda namoyon bo'ladi.

Ko'pchilik o'quvchilarning darslarni o'zlashtirishlari tamomila pedagogik jarayon sifatiga bog'liq va ularning barchasi yaxshi o'qishlari kerak, degan fikr xatodir. Barcha o'quvchilar ularning qobiliyatidan qat'i nazar, yaxshi o'qishlari zarur degan fikr, o'qitishning soxtalashuviga va sifatining pasayishiga, baholarni sun'iy ravishda oshirishga, maktab va oliy o'quv yurtlarida tegishli diplomni rasmiyatchilik asosida berishga olib keladi.

Shaxsga ta'rif bera turib, biz buyuk allomalarda talant kurtaklari erta yoshdan boshlab nish urib boshlashi haqida aytib o'tdik. Shu yerda shaxs bilan bog'liq yana bir qiziq muammo haqida so'z yuritishni

lozim deb topdik, ya'ni, buyuk shaxslarning (dohiylarning) ruhiy nuqsonlari to'g'risida. Psixopatiya alomatlari bo'lgan buyuk shaxslar haqida ilmiy adabiyotlarda turli ma'lumotlarni uchratish mumkin. Psixopatiya — bu shaxsning patologik o'zgarishi bo'lib, odatda tug'ma bo'ladi. Psixopatiyaga doir ma'lumotlar psixiatriya darsliklarida mufassal yoritilgan.

Psixiatrlar iqtidor va ruhiy nuqsonlar orasida uzviy bog'liqlikni aniqlashga doim harakat qilishgan. Bu bog'liqlikni o'rganish deyarli 100 yil oldin boshlangan. Olimlar tarixiy shaxslarning hayoti bilan qiziqib, ularning psixologik anamnezi, oila a'zolari, qarindosh-tuqqanlari, ota-onasi va farzandlari haqida ma'lumot yig'ishgan. Buning natijasida antiqa bir xulosaga duch kelishgan: agar geneologik shajaraning bir shoxchasi bo'ylab ularning ajdodlarida (ota-onasi, buvasi, buvisi) iqtidorli shaxslar aniqlangan bo'lsa, boshqa bir

2-jadval

Otasida ruhiy nuqson aniqlangan, onasi esa iqtidorli bo'lgan buyuk shaxslar ro'yxati

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

3-jadval

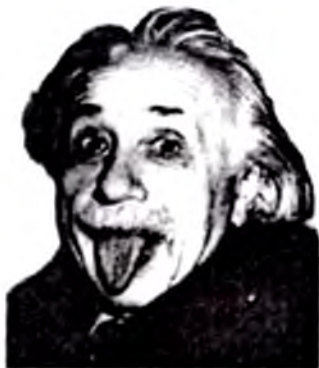
Otasida ham, onasida ham ruhiy nuqsonlar aniqlangan buyuk shaxslar ro'yxati

Buyuk shaxslar	Otasi		Onasi	
	Iqtidor	Nuqson	Iqtidor	Nuqson
Kepler	+	+		+
Gyote	+	+		+
Blok	+	+	+	+
Mopassan		+	+	+
Bayron	+	+	+	+
Shopengauer		+	+	+
Balzak	+	+	+	+

shoxchasi bo'ylab ruhiy nuqsonlar, hatto ruhiy kasalliklar aniqlangan. Boshqa xorij olimlari qatori iqtidor bilan ruhiy nuqsonlar orasidagi bog'lanishni aniqlashga 1925-yili rus tadqiqotchisi G.V.Segalini ham harakat qilgan. U eng buyuk shaxslarning hayotini va ulardagi ruhiy nuqsonlarni o'rgangan va yuqoridagi jadvallarni tuzgan.

Bu jadvallardan ko'rinib turibdiki, buyuklik (aniqrog'i — iqtidor) va ruhiy nuqsonlar nasldan-naslga o'tishi mumkin. Ular orasida uzviy bog'liqlik bor va ruhiy buzilishlar dunyo miqyosida nomi chiqqan buyuk shaxslar (Stendal, Nitsche, Eynshteyn, Russo, Gyote, Balzak va h.k.)da aniqlangan. Muallifning fikricha, ruhiy sog'lom kishilarda iqtidor sog'lom miya tomonidan "bosib" turiladi va talantning «otilib» chiqishiga yo'l qo'ymaydi. Ruhiy nosog'lom shaxslarda esa bunday to'siq yo'q va talant bimalol 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 kuzatilmasada, 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 hollarda aqli past va ruhiy nuqsonlarga boy bo'lishadi. Masalan, Bax, Shuman, Tatsit, Mendelson, Gyotening o'g'illari va Mark Tvenning qizi ruhiy kasallik bilan og'rishgan. Tadqiqotchilar yana bir qiziq, umuman olganda hammaga ma'lum bo'lgan bir taxminni o'rtaga tashlashadi. Ba'zida buyuk shaxslar sog'lom bo'lgan taqdirda ham, ular o'z talantlarini ro'yobga chiqarish uchun aroqxo'rlikka ruju qo'yishgan. (Ichkilikka ruju qo'ygan buyuk shoirlar O'zbekistonda ham uchrab turadi). Haqiqatan ham, eng jozibali she'rlar va kashfiyotlar mast holda yaratilganligini ko'pchilik biladi. Go'yoki aroq talantni bosib turgan to'siqni olib tashlaydi va buyuk shaxsning miyasida paydo bo'lgan olamshumul fikrlarni ro'yobga chiqaradi. Bu fikrga qisman qo'shilish mumkin albatta, lekin hech qachon aroqni yoki boshqa spirtli ichimliklarni talantning yo'lboshchisi sifatida ko'rmaslik kerak. Fikrimizcha, buyuk shaxslarda uchraydigan aroqxo'rlik (ba'zan xotinbozlik) ruhiy yetishmovchiliklarni qondiruvchi bir omildir, xolos. Bugungi kunda mutaxassislar talantni ro'yobga chiqaruvchi omillar ustida ish olib borishmoqda. Lekin maktabni zo'rg'a tamomlagan va doimo qoloq bo'lgan Albert Eynshteynning



A. Eynshteyn
(1879-1955)

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.

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 qilish haqiqatga zid bo'lur edi. Chunki, Motsart, Shekspir, Dyuma, Shopen va Raxmaninov (bu ro'yxatni davom ettirish mumkin) kabi buyuk shaxslarda ruhiy nuqsוןlar bo'lmagan. Yana shuni ta'kid-

lash lozimki, yuqorida nomi tilga olingan shaxslar ruhiy shifoxonalarda davolanishmagan va aksariyat hollarda ularning xulq-atvoridagi g'alati o'zgarishlarga qarab baho berilgan, xolos. Bunday paytlarda ruhiy kasallik haqida emas, balki shaxs aksentuatsiyasi haqida fikr yuritish kerak.

Ko'rib turganimizdek, iqtidor ham, ruhiy nuqsוןlar ham go'yo-ki tug'ma alomatlardir. Buyuk shaxslardagi talantni rivojlantirib, ruhiy nuqsוןlarni hech bo'lmasa kamaytirish mumkinmi? Psixogenetiklar bu muammo ustida bosh qotirmoqdalar, tarbiya va ta'limning buyuk shaxslarni voyaga yetkazishga ta'sirini o'rganmoqdalar. Ayniqsa, pedagogik faoliyatda bu muammoga katta e'tibor qaratish kerak. Zero, har bir buyuk shaxs yoki daho millionlab odamlarning taqdirini hal qiladi, chunki siyosat bilan shug'ullanadigan ba'zi "dohiyalar" xalqlar ustiga kulfatlar yog'dirgan va yog'dirmoqdalar.

8.2. Temperament va uning tiplari

Temperament odamning tevarak-atrofdagi voqealarga munosabatini, hissiyotining ayrim xususiyatlarini belgilab beradi. Temperament ong, xotira, aql-zakovat va qobiliyatni aks ettirmaydi. Shu bois ham barcha temperament vakillari orasida iqtidorli va iqtidorsiz, ilmi va ilmsiz, vijdonli va vijdonsiz kishilarni uchratish mumkin. Temperamentning to'rta tipi ma'lum: **sangvinik, flegmatik, xolerik va melanxolik.**

I.P.Pavlov eksperimental tarzda temperamentning fiziologik asoslarini o'rgandi. U shuningdek, temperamentning aniq tasnifiy belgilarini aniqlab, bu tushunchani ancha kengaytiradi va yangi ma'no-mazmun berib to'ldiradi. Biroq itlarda aniqlangan asab tizimi tiplari odamdagiga o'xshab ketsa-da, lekin ularni odamga mexanik tarzda ko'chirib bo'lmaydi.

Temperamentning 4 tipiga ta'rif beramiz.

Sangviniklar — chaqqon, tirishqoq, mehribon, ta'sirchan kishilardir. Ular tevarak-atrofga tez moslashadi. Reaksiyalari yetarlicha kuchli yoki o'rtamiyona bo'ladi. Ular bilimni tez va osongina o'zlashtirsalar-da, hamma vaqt ham puxta egallamaydilar. Muomalada ular ko'proq shirinsuxan, gapdon odamlardir. Sangviniklar ishga osongina berilib ketib, jadal ishlashga qodir bo'lishadi, lekin muntazam ravishda doimiy mehnat qilishga ancha qiynaladilar. Shu bilan birga ular tirishqoq va faol bo'ladilar. Ular ancha dadil bo'lib, boshqa kishilar bilan osongina muloqot qiladilar. Sangvinik temperament ayniqsa, bolalarda yaqqol namoyon bo'ladi.

Flegmatiklar — sangviniklarga qaraganda, birmuncha vazmin kishilardir. Ularda shoshmaslik, vazminlik ancha barqaror bo'ladi, murakkab hayotiy vaziyatlarda kamharakatchanlik kuzatilsa-da, qo'yilgan maqsadga erishishda birmuncha barqaror, bir so'zli va dadil bo'lishadi. Bilimlarni sekinroq o'zlashtirsalar ham, lekin puxta egalaydilar. Agar sangvinik alangaga o'xshatilsa (u tez yonib, tezda so'nadi), flegmatikka sekin va uzoq yonadigan alanga xos bo'ladi. Biror narsaga tez javob qilish kerak bo'lsa, flegmatiklar, ko'pincha, vaqtni boy beradilar. Bunda sangviniklar ulardan ustun keladi. Qat'iylik, iroda va sabr-toqat talab qilinadigan ishlarda flegmatiklar ustun keladi.

Xoleriklar — kuchli, chaqqon, vazmin bo'lmagan odamlardir. Ularning o'ziga xos xususiyati — jizzakilik va beqarorlikdir. Xoleriklar — faol, ishchan va to'xtovsiz reaksiyali odamlardir. Ular bir maromda ishlay olishmaydi, goh g'ayrat bilan, goh imillab ishlashadi. Shuning uchun ham ehtiyotkorlik, sabr-toqat va chidamlilik talab qilinadigan vaziyatlarda xoleriklar qiyin ahvolga tushib qolishlari mumkin.

Melanxoliklar — g'amgin, jur'atsiz va ma'yus kishilardir. Salga charchash, biror ishga yetarlicha jur'at etmaslik, o'z fikrlari va istaklarini qondira olmaslik ular uchun xosdir. Melanxoliklar, ko'pincha, arzimagan qiyinchiliklarga bardosh bera olmaydilar, ularga qarshi kurashdan voz kechadilar. Sangviniklar va flegmatiklar esa qiyinchiliklarni oson yengishadi, xoleriklar esa ularni hatto yo'q qilib

yuboradilar. Melanxoliklarda ijobiy his-tuyg'ulardan salbiy his-tuyg'ular ustunlik qiladi. Baxtli voqealarga qaraganda, ularga noxush voqealar ko'proq ta'sir qiladi. Shuning uchun ham ular doimo tushkunlikda yurishadi. Ular zaif va sust kishilardir. 30-rasmdagi vaziyatlar-ni tahlil qilib, kim qaysi temperament egasi ekanligini aniqlang.



30-rasm. Bu rasmda 4 vaziyat aks ettirilgan (X.Bidstrup bo'yicha). Vaziyat-ni diqqat bilan o'rganing va kim qaysi temperament egasi ekanligini aniqlang.

Ikkita temperament vakillari — sangvinik va flegmatiklar turmush qiyinchiliklariga juda turg'un moslasha oladilar. Sangvinik va xoleriklar ko'p tarqalgan temperamentlar sirasiga kiradi.

Hayvon va odam uchun umumiy bo'lgan oliy nerv faoliyati yoki temperamentlar tipiga qo'shimcha ravishda I.P.Pavlov odamlarni **fikrlovchi, shoirtabiat va aralash** tiplarga ajratgan. Fikrlovchilarda ikkinchi signal sistemasi birinchi signal sistemasidan ustun turadi. Bunday kishilar borliqni vositali, fikrlash orqali idrok etadi. Ulardan farqli o'laroq, shoirtabiatlarda bevosita idrok etish va his etish yaqqol ifo-dalangan bo'ladi va ularda birinchi signal sistemasi katta ahamiyatga ega bo'ladi. Shunga muvofiq «fikrlovchilar» intellektual faoliyat, tahlil va abstraksiyaga ko'proq moyil bo'lsa, shoirtabiat kishilar esa san'at bilan shug'ullanishga moyil bo'lishadi (artistlar, aktyorlar, shoirlar). Aralash tipgakiruvchilarning faoliyati aniq bir yo'nalishga ega bo'lmaydi. Shuni ta'kidlab o'tish joizki, I.P.Pavlov odamlarni «shoirtabiatlilar» va «fikrlovchilar» tiplariga uzil-kesil bo'lishga urinmasdan, balki kishilarda uchrab turadigan anashu tiplarni ajratgan, xolos.

8.3. Xarakter

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

Xarakterning xususiyatlari juda ko'pdir. Uning uchun qat'iyatlilik, shijoatlilik, tirishqoqlik, vazminlik, dovyuraklik, jasorat va aksincha, jur'atsizlik, qo'rqqoqlik, qat'iyatsizlik, gumonsirash kabi xususiyatlar mansubdir. 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'tishdan foydalaniladi. Masalan, saxiy, maqtanchoq, quvnoq, yolg'onchi, kamsuqum, o'ch oladigan, xasis, dovyurak, bag'ri keng, qat'iyatli. Agar temperament tug'ma xususiyat bo'lsa, xarakter ko'p jihatdan tarbiyaga va kishining hayot tajribasiga aloqador bo'ladi. Xarakterni shakllantirishda tarbiya, ta'lim berish va oilaning tutgan o'rnini ham eslatib o'tish joizdir.

Xarakter tana tuzilishiga bog'liqmi? Bu savol qadimdan ko'pchilikni qiziqtirib kelgan. 1921-yili Ernst Krechmer shu masalaga oid «Gavda tuzilishi va xarakter» nomli asarini chop qildiradi.

Ushbu monografiyada olim turli somatik konstitutsiyalarni bayon qilgan. Uning asarida pikniklar o'rta bo'yli, boshi, ko'kragi va qorni nisbatan katta va semizlikka moyil bo'lgan kishilar deb ta'riflanadi. Leptosomlar esa uzun gavdali, chayir bo'lishadi. Bu gavda tuzilishi atletik tuzilishdan kam farq qiladi. Diplastik gavdali kishilardata nomutanosib tuzilishi bilan ajralib turadi. Bunday holat yevnuxoidizm va boshqa nuqsonlari bo'lgan endokrinopatiyalarda kuzatiladi.

E.Krechmerning fikricha, leptosom, astenik, atletik va shuningdek, displastik, gavda tuzilishiga ega bo'lgan kishilar shizofreniya kabi kasalliklarga moyil bo'lishadi.

Keyinroq E.Krechmer shizoid va sikloidlarga quyidagicha ta'rif bergan: shizoidlar uchun autizm (yolg'izlikka moyillik), injiqlik, sovuqqonlik xosdir. Sikloid-pikniklarda kayfiyat o'zgarib turadi, ya'ni tushkunlik va gipomaniakal elementlar bir-biri bilan almashinib turadi. Xulq-atvorning xuddi shu xususiyatlari shizotimik va siklotimiklarda ham kuzatiladi. Uning fikricha, sog'lom shizotimiklar shizofreniyaga uchragan bemorlarning qarindoshlari orasida uchrab turadi, ayni paytda, shizofreniyaga chalinganlar kasal bo'lmasidan avval shizoidlar va shizotimiklar hisoblangan. Sog'lom siklotimiklar, psixopatik sikloidlar va maniakal depressiv psixozga uchragan bemorlar o'rtasida ham xuddi shunday bog'lanish bor.

E.Krechmerning bu nazariyasiga qarshi e'tirozlar ko'p bo'lgan va psixologlar sog'lom odam xarakterini tana tuzilishiga bog'lab o'rganish noto'g'ri deb hisoblashgan.

Sheldon gavda tuzilishini normal va patologik xulq bilan bog'lab o'rgangan. Sheldonning tipologiyasi u yoki bu embriologik tuzilmalarning ustun kelishiga asoslangan. U uch tipni ajratadi: 1) Endodermadan taraqqiy etuvchi ovqat hazm qilish sistemasining ustun turishi (endomorfizm). Bu tipga ishtahaning zo'r bo'lishi, quvnoqlik, shirinsuxanlik xos bo'ladi. Bu temperamentni Sheldon visserotoniya deb atadi. 2) Mezomorfizmda mezodermadan yo'l oladigan suyak-mushak sistemasining taraqqiy etishi ustun keladi. Bu temperament (samototoniya) faollik, hukmronlik bilan tavsiflanadi. 3) Ekto-morfizmda ektodermadan rivojlanuvchi asab sistemasi taraqqiy etishi ustun turadi.

Nazorat uchun savollar

1. Shaxs deganda nimani tushunasiz?
2. Temperament nima? Uning qanday tiplarini bilasiz?
3. O'zingiz qaysi temperament egasiz?
4. Xarakter haqida so'zlab bering.
5. O'zingizning xulqingizga qanday qaraysiz?
6. E. Krechmer va Sheldonning gavda tuzilishi va xarakter to'g'risidagi qarashlari haqida so'zlab bering.

Shifokor yuksak darajada axloqli, jonkuyar,
ozoda va xush ko'inishga ega bo'lishi kerak.

Gippokrat

IX BOB. PSIXOGIGIYENA, PSIXOPROFILAKTIKA VA DEONTOLOGIYA ASOSLARI

9.1. Psixogigiyyena

Psixogigiyyena — bu inson salomatligini saqlashga va mustahkamlashga qaratilgan fan bo'lib, psixoprofilaktika bilan chambarchas bog'lanib ketgan. Psixogigiyyena tibbiyotning dolzarb muammolarini hal qiluvchi umumiy gigiyenaning bir bo'limi sifatida ham o'rganiladi. Psixogigiyyena o'zining muammolari bilan nafaqat tibbiyotning, balki jamiyatimizning ham barcha jabhalariga kirib borgan. Psixogigiyyena fani nevrologiya va psixiatriya fanlariga yaqin turuvchi, psixonevrologik muammolarni birgalikda hal qiluvchi fandir.

Psixogigiyyena oliy nerv faoliyatini o'rganuvchi neyrofiziologiya fani bilan ham uzluksiz bog'langan. Chunki har qanday tashqi salbiy omillar asab tizimi funksional holatiga nojo'ya ta'sir ko'rsatmasdan qolmaydi.

Psixogigiyyena ushbu salbiy holatlarning asab tizimiga ta'sirini pasaytirish, asab markazlarining «immunitetini» mustahkamlash bilan ham faol shug'ullanadi. Psixogigiyyena muammolari psixoprofilaktika muammolariga o'xshab ketadi. Chunki har qanday psixogigiyyenik muolajalar ruhiy, asab va boshqa kasalliklar kelib chiqishining oldini olishda muhim ahamiyat kasb etadi.

Masalan, psixogigiyyena talablariga amal qilish nevrozlar, psixozlar, miokard infarkti, insult kabi og'ir kasalliklarning oldini olishga yordam beradi. Ayniqsa, xafaqon kasalligining rivojlanishida ruhiy omillar ahamiyati ko'pgina ilmiy tadqiqotlar bilan isbotlab berilgan. Akademik A.L.Myasnikov (1965) xafaqon kasalligini «asab markazlari nevrozi» deb atagan edi. Mashhur terapevt G.F.Lang (1943) Lenin-grad qamalida dushmanlar shaharni bombardimon qilishi haqidagi havo trevogasi paytida hatto 17—18 yashar yigit-qizlarda ham qon bosimi 180/100 gacha oshganini, samolyotlar qaytib ketganidan keyin esa qon bosimi yana me'yoriy raqamlarga tushganini aniqlab, xafaqon kasalligi rivojlanishida ruhiy omillarning ahamiyati naqadar katta ekanligini isbotlagan.

Sivilizatsiyaning jadal rivojlanishi davrida asab-ruhiy kasalliklar va asab zo'riqishidan kelib chiqadigan yurak-qon tomir kasalliklari soni kundan-kunga ko'payib bormoqda. Bu o'z navbatida psixogigiya faniga katta vazifalarni yuklaydi.

Kuchli hissiy hayajonlanish, og'ir musibat, aqliy zo'riqish organizmning umumiy holatiga nojo'ya ta'sir ko'rsatadi. Buning natijasida gomeostazning normal faoliyati buzilib, ichki a'zolar kasalliklari rivojlanishiga sharoit yaratiladi. Demak, ruhiy salomatlikni saqlash butun bir organizmni turli kasalliklardan asrash demakdir. Psixogigiya asab-ruhiy kasalliklar, shaxs o'zgarishlari, ichkilikka ruju qo'yish, giyohvandlik kabi illatlarning oldini olish bilan ham faol shug'ullanadi. Psixogigiya muammolari inson shaxsini e'tiborga olgan holda yechiladi. Vaholanki, shaxsning shakllanishi organizmning ruhiy-asabiy holatiga katta ta'sir ko'rsatadi.

Har bir vrachning psixogigiya fanini chuqur egallashi va uning qonunlarini bilishi kasalliklarni davolashda va oldini olishda, shuningdek psixoprofilaktikadan yangi dasturlar tayyorlashga katta yordam beradi. Shunday ekan, ruhiy zo'riqishlar ichki a'zolar kasalliklariga sababchi bo'lsa, o'z vaqtida ichki a'zolar patologiyasi inson ruhining buzilishiga olib kelishi mumkin.

Doimiy hasad, vahimaga tushaverish, har narsaga arazlayverish kabi holatlar inson ruhini ishdan chiqaradi. Bunday odamlar ruhiy salomatligidan ayrilib, ichkilikka ruju qo'yadigan, hech kimga ishonmaydigan, o'zining sog'ayib ketishiga ham katta gumon bilan qaraydigan bo'lib qolishadi. Ruhiy buzilish «yuqumli» kasallikdir. Albatta, oilada asabi buzilgan yoki bir so'z bilan aytganda, nevroz yoki psixozga chalingan odam bo'lsa, buning yomon ta'siri oila a'zolariga ham tezda o'tishi, ularning ruhiy salomatligiga katta ziyon yetkazishi mumkin. Demak, psixogigiyaning yana bir katta muammolaridan biri, bu oila psixogigiyanasidir. Bitta odamning ruhiy salomatligini tiklab berish, uni o'rab turgan qarindosh-urug'lari, yoru birodarlarining ruhiy salomatligini ham tiklash yoki buzilishdan saqlab qolish demakdir.

Psixogigiya muammosini va muvaffaqiyatlarini keng ma'noda tushunmoq kerak. Chunki psixogigiya bevosita jamiyat muammolarini ham hal qilishga ulkan hissa qo'shadi, ruhiy sog'lom bo'lgan shaxsgina biror-bir kasbni egallab, uning uddasidan chiqishi mumkin. Ruhan sog'lom kishigina yaxshi vrach, quruvchi, haydovchi, o'qituvchi yoki uchuvchi bo'lishi mumkin.

Xo'sh, psixogigiyenaning asosiy vazifalari, yo'nalishlari nimalardan iborat? Psixogigiyena quyidagi maqsadlarni o'z oldiga qo'yadi: 1) sog'lom shaxsni tarbiyalash va shakllantirish; 2) tibbiy maskanlarda gigiyena talablariga javob beradigan sharoit yaratish; 3) insonning salomatligiga ziyon keltiruvchi omillarni kamaytirish va tugatish; 4) bemorlarni, yoshu qarilarni sportga qiziqtirish, uni keng ommaga yoyish; 5) har bir kishini o'z salomatligiga e'tibor bilan qarashga, uni saqlashga o'rgatish.

Psixogigiyena shartli ravishda quyidagi turlarga bo'linadi: 1) yoshga oid psixogigiyena; 2) aqliy va jismoniy mehnat psixogigiyenasi; 3) o'rganish va o'rgatish psixogigiyenasi; 4) oila va jinsiy hayot psixogigiyenasi; 5) turmush psixogigiyenasi; 6) bemor odam psixogigiyenasi.

Yoshga oid psixogigiyena bolalik davridan, ya'ni chaqaloq tug'ilgan davrdan boshlanishi kerak. Chunki insonning shaxs sifatida shakllanishi juda erta boshlanadi. Bolaning yashash faoliyati o'yinlarga asoslangan bo'ladi. Uning idroki yoshiga mos bo'ladi. Bola o'zi qiziqqan narsa bilan shug'ullanadi. Bolaning yonida ehtiyot bo'lib gapirish, uni to'g'ri yo'lga boshlash, kamchiliklarini o'z vaqtida tuzatib borish o'ta muhimdir. Bolani qattiqqo'llik bilan emas, faqat uqtirish yo'li va tayinlash bilan tarbiyalash mumkin. Bolani ortiqcha erkalatib yuborish, uning aytganini qilaverish, talablarini bajaraverish ham yaxshi oqibatlariga olib kelmaydi, u qaysar, o'jar, ota-onani hurmat qilmaydigan bo'lib o'sadi. Bolani uning yoshiga mos turli o'yinlar bilan mashg'ul qilish kerak. Bolani teatrlarga, sirkka, hayvonot bog'lariga olib borish, uni tabiat qo'ynida tarbiyalash, bolaning sinxron rivojlanishida juda muhim ahamiyat kasb etadi.

Bolalar psixogigiyenasida kattalar xulq-atvori, avvalambor ota-onasining xulq-atvori o'ta muhim ahamiyatga ega. Doimo janjal bo'ladigan, ichkilik ichiladigan, kitob mutolaa qilinmaydigan oilada yaxshi farzand voyaga yetishi ancha murakkabdir. Bola ota-onaning yaxshi fazilatlariga ham, yomon qilig'iga ham taqlid qiladi. Hali bolada bosh miya yarim sharlari po'stlog'i funksional jihatdan to'la shakllanmaganligi sababli ularda yaxshi-yomonni tahlil qilish imkoni past bo'ladi. Bolani hayotga o'rgatib borish, uning tafakkuriga mos hikoyalar, ertaklar aytish, hayotdan misollar keltirib borish bolada hayotga qiziqish uyg'otadi, insonlarga mehr-muhabbatli bo'lishga undaydi.

Agar ota-ona bolada fanning, san'atning yoki hunarning qaysidir bir turiga qobiliyatni 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. Bunga shunday misol keltirish mumkin. Hali 8 yoshga to'lmagan G. ismli qizchani bizga ko'rsatishdi. Qizcha bosh og'rig'idan shikoyat qilar edi. Ota-onasi vrach qabulida bo'lib, qizchada bosh og'rig'i sabablarini aniqlay olishmaganligini va berilayotgan dorilar foyda bermayotganini aytishdi. Qizchani tekshirish mobaynida shu narsa ma'lum bo'ladiki, u umuman kam gapirar, bir nuqtaga qarab turaverar, doktor bergan savollarga zo'rg'a javob berar edi. O'zi haqida gapirib berishni iltimos qilganda, faqat boshi og'rishini aytgan. Qizni tekshirayotib unda depressiya alomatlarini aniqladik. Qiz avval hech qanday kasal bo'lmagan, miya jarohatlari olmagan, ichki a'zolari ham sog'lom edi. Qizchadan boshing doimo og'riydimi, og'rimagan payti bormi desa u: «Ha, 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 keyin shu narsa ma'lum bo'ldiki, qizni 6 yoshligidan boshlab o'qitish kuchaytirilgan maktabga berishgan. Bundan tashqari, qizcha maktabdan qaytganda, ingliz tili o'qituvchisi uyda u bilan mashg'ulot olib borgan, keyin esa ota-onasi qizchanning bilimini tekshirish bo'yicha doimo savol-javoblar o'tkazgan. Qizcha 6 yoshga to'lganidan keyin ko'chaga tengdoshlari bilan o'ynagani chiqishga qo'yilmagan. Albatta, bolaga qo'yilgan bu ortiqcha talablar uni ruhan charchatib qo'ygan. O'qituvchilar va ota-onasi oldida doimiy mas'uliyat sezgan qizchanning miyasi doimo hissiy zo'riqishda bo'lib, bora-bora u 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 esa qizcha maktabdan ta'tilga chiqqan, otasi esa boshqa shaharga xizmat safariga ketgan edi. Qizcha bu davrda, tabiiyki dars qilmagan va ko'p vaqtini toza havoda o'z tengdoshlari bilan o'ynab o'tkazgan. Bundan xulosa qilib, qizchanning ota-onasiga 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 keyin qizchada depressiya alomatlari (kamgaplik, ishtaha yo'qligi, hech narsaga qiziqmaslik va bosh og'rig'i) o'tib ketdi.

Bundan xulosa shuki, ko'pchilik asab-ruhiy buzilishlarning sababi noto'g'ri hayot tarzi, ortiqcha hissiy zo'riqish, yoshga mos bo'lmagan talablarning qo'yilishidir. Bu salbiy omillar bartaraf qilinmas ekan, dori-darmonlarning ta'siri ko'zlangan maqsadni bermaydi.

Psixogigiyenaning asosiy maqsadi ham salbiy asab-ruhiy omillarni bartaraf qilishdir. Bolalarni maxsus kuchaytirilgan maktabga bera-yotganda psixologga ko'rsatish zarur va ular keyinchalik ham vaqti-vaqti bilan psixolog nazoratida turishi kerak.

Shunday ekan, maktab yoshidagi bolalar psixogigiyenasi haqida alohida to'xtalib o'tish o'rinlidir. Bu yerda o'quvchilarga darsdagi ortiqcha yuk, ular orasidagi yoki o'quvchi bilan o'qituvchi orasidagi kelishmovchiliklarni o'rganish va ularni bartaraf etish yo'llarini izlab topish zarur.

Psixologiya va umuman tibbiyot uchun eng dolzarb muammolarga to'la bo'lgan davr — bu **o'smirlik davridir**. O'smirlik davrida nafaqat ruhiy o'zgarishlar, balki aqliy va jismoniy o'zgarishlar ham keskin kechadi. Bu davr — **o'tish davridir**. O'smir — hali kechagi bola, lekin u hali katta kishi ham emas. O'smir o'z oldida turgan muammolarni o'zi yechishga ruhan hali tayyor bo'lmasligi mumkin. Lekin uni hali sen yoshsan deb hadeb tergayverish unda qaysarlikni yuzaga keltirishi mumkin. O'smirning mustaqilligini tan olgan holda, uning oldida har bir narsaga mas'uliyat hissini tug'dira borish o'ta muhimdir. U yechishi kerak bo'lgan muammolardan qo'rqmasligi, shu bilan birga, bu muammoga yengiltaklik bilan qaramasligi kerak. Bu davrda o'smir uchun eng katta muammolardan biri seksual muammodir. Qizlarda esa hayzning kelishi ham chuqur hissiy hayajonlanishlar, qo'rquvlar bilan kechishi mumkin. Bunday paytlarda ota-onasining, yaqinlarining maslahati juda zarur. Bunday holatda vrach-psixologning vazifasi — o'smirda kechayotgan jarayonlarni o'z vaqtida hal qilib borishdan iborat. Sport va badantarbiya mashqlarini bajarish, mehnatning o'ziga yoqqan turlari bilan shug'ullanish, organizmni chiniqtirib borish o'smir uchun g'oyat muhimdir.

Katta yoshdagilar psixogigiyenasi, ko'pincha, kishining egal-lab turgan lavozimiga, kasbiga va ish faoliyatiga bog'liq. Bu davrda oila va jinsiy hayot psixogigiyenasi alohida e'tiborni talab qiladi. Bu muammoni o'z vaqtida Zigmund Freyd chuqur o'rgangan edi. Z.Freyd jinsiy hayotda baxtsizlikka uchragan oila psixologiyasini o'rganib, jinsiy hayot nuqtai nazaridan insonlarda nevroz, psixoz kabi kasalliklarning kelib chiqish mexanizmlarini o'z kuzatuvlariga

asoslanib yoritib berdi. Jinsiy zaiflik bor oilada baxtli hayot bo'lmaydi, bunda nafaqat oilada, balki jamiyatda ham ular o'z o'rnini topib keta olmasliklarini isbotlab bergan. Er-xotin orasidagi nafaqat yaxshi munosabat va xushmuomalalik, balki normal jinsiy munosabatlar ham mustahkam oilaning asosini tashkil qiladi.

Jinsiy hayot — hayot mazmunini ifodalab beruvchi vositadir, chunki busiz avlodni davom ettirib bo'lmaydi. Jinsiy hayotdagi keskin o'zgarishlar klimakterik davrda, involutsion davrda salbiy tomonga ketishi kishi ruhiy faoliyatiga ta'sir qilmasdan qolmaydi. Shuning uchun ham jinsiy hayot psixogigiyenasini alohida o'rganish talab qilinadi. Oila mustahkam bo'lishi uchun nikohga katta e'tibor qaratilmog'i kerak. Turmush qurayotgan ikki yosh, albatta, tibbiy ko'rikdan, genetik va psixologik tekshiruvlardan o'tib, salomatligi haqida maxsus tibbiy ma'lumotnomani olgandan keyin turmush qurish haqida xulosaga kelish mumkin. Aks holda, bu nikoh baxtsiz bo'ladi. Qiz bersang ham, olsang ham, yetti avlodini surishtirib ish qil, deb bekorga aytmagan xalqimiz. Bitta oilaning baxtsizligi, uning qarindoshlarining, qolaversa, butun jamiyatning baxtsizligi sifatida qaralishi 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 yoshlarga turmush qurishga faqat ularning sevgi-muhabbatiga asoslanib ruxsat beriladi. Hammaga ma'lumki, bu muhabbat, ko'pincha, tashqi ko'rinishga asoslangan bo'lib, turmush qurayotgan yigit yoki qizda ruhiy kasallik bormi-yo'qmi, nevropatolog yoki psixiatrlarning tibbiy xulosasi qanday? Bularga e'tibor, ko'pincha, turmush qurishdan oldin emas, balki buzilganidan keyin beriladi. Biz turmush qurgandan keyin turmush o'rtog'ining ruhiy kasalligi borligi va uning ota-onasi to'ydan oldin farzandining «aybini» yashirganligidan katta janjallar chiqib, butun boshli oilalar sudlashib yurganining guvohi bo'lganmiz.

Qariyalar muammosi har qanday jamiyatda ko'ndalang turgan muammodir. Chunki ular ishga yaroqsiz bo'lib qolganlaridan keyin, ba'zan farzandlari e'tiboridan ham chekkada qolib ketishadi. Ayniqsa, doimo faol hayot kechirib kelayotgan kishi nafaqaga chiqib, ishsiz qolganda, uning ruhiyatiga katta ziyon yetishi mumkin.

Shuning uchun qariyalarning salomatligini saqlash, ularni mahalla yoki o'zining avvalgi mutaxassisligi bilan bog'liq ishlarga jalb qilish,

ularning jismoniy va ruhiy salomatligini tiklashga va saqlashga yordam beradi.

Psixogigiya fani doimo takomillashib boradigan fandır. Bir necha yillardan so'ng psixogigiyaning maqsad va vazifalarida yangi yo'nalishlar paydo bo'lishi tabiiy.

9.2. Psixoprofilaktika

Psixoprofilaktikaning maqsadi asab-ruhiy va psixosomatik buzilishlarning oldini olishdir. Psixoprofilaktika umumiy profilaktikaning bir bo'limi bo'lib, birlamchi va ikkilamchi profilaktikalarga bo'linadi.

Birlamchi profilaktikaning maqsadlari psixogigiyaning maqsadlariga o'xshab ketadi va nafaqat asab-ruhiy kasalliklarning, balki barcha psixosomatik kasalliklarning oldini olish bilan ham shug'ullanadi. Bunga u qanday qilib erishadi? Bolalik davridan boshlab, insonning ruhiy salomatligini nazorat qilib borish, o'z vaqtida yuqumli kasalliklarga qarshi emlash, ruhiy va jismoniy rivojlanishdan orqada qolayotgan bolalar tarbiyasiga, jismoniy rivojlanishiga har tomonlama yordam ko'rsatish orqali erishadi. Demak, psixoprofilaktikani nafaqat nevrolog, psixolog va psixiatrlar, balki pediatrlar, terapevtlar, endokrinologlar va tibbiyotning boshqa mutaxassislari ham targ'ib qilishlari va amalga oshirishlari kerak. Birlamchi psixoprofilaktikaning asosiy maqsadlaridan yana biri — yosh oila qurayotgan yigit-qizlarni tekshirib irsiy kasalliklarni aniqlash, yangi tug'ilgan chaqaloqlar salomatligini saqlash, onalar salomatligini muhofaza qilish hamdir.

Ikkilamchi profilaktika psixogen va psixosomatik kasalliklarning qayta qo'zg'alishining oldini olish bilan shug'ullanadi. Shu maqsadda erta diagnoz qo'yish, aniqlangan belgilarni o'z vaqtida bartaraf etish, yangi davolash usullarini keng qo'llash, kasalliklarning surunkali davrga o'tib ketishining oldini olish choralari ko'riladi.

9.3. Deontologiya asoslari

«Barcha san'atlar ichida eng buyugi — tibbiyotdir» degan edi Gippokrat. Vrachlik kasbini egallash uchun faqat shu sohaning bilimdoni bo'lish yetarli emas, albatta. Vrach avvalambor haqiqiy inson bo'lmog'i kerak. Vrachni jang maydonidagi askarga o'xshatish mumkin. U dushman bilan olishayotib, faqat Vatan haqida o'ylaydi.

Vrach ham bemorning hayotini saqlab qolish, uni sog'aytirib yuborish uchun kurashadi.

Bunda u o'z manfaatini emas, faqat bemorning tezroq sog'ayib ketishini o'ylaydi. Shuning uchun ham, qadimda vrachni yonib turgan shamga o'xshatishgan, u o'zi yonib erib tugaguncha atrofga nur sochib, yorug'lik taratib turadi.

Tibbiyot deontologiyasi vrach burchi, qiyofasi, obro'si, nomusi va vijdoni haqidagi fandir. Deontologiya — yunonchadan **burch** degan ma'noni bersa, etika — grekchadan **axloq** degan ma'noni anglatadi. Gippokrat qasamyodida tibbiyot deontologiyasi va etikasiga oid ko'p iboralar keltirilgan. U axloqsiz vrachning bemorni davolashgahaqqi yo'q, deb xitob qilgan. Gippokrat qasamyodi tibbiyot etikasining rivojlanishiga katta ta'sir ko'rsatdi.

Hozirgi kunda shifokor (vrach va hamshira) bilan bemor orasidagi munosabatlar chuqur falsafiy mushohada yuritishni talab qiladi. Agar vrach bemor bilan til topishmasa, kuchli va foydali dorilar buyurilishidan qat'i nazar, bemorning tuzalib ketishi mushkul-lashadi, deb aytgan edi atoqli o'zbek deontologi va terapevti E.Y. Qosimov (2001). «Davoning boshi ishonchdan boshlanadi, ya'ni bemor shifokorga va uning berayotgan dori-darmonlariga ixlos qo'yishi kerak. Bu ishonchni paydo qiladigan inson, albatta shifokorning o'zidir, uning go'zal nutqidir. Shifokor o'zining xatti-harakatlari, shirin so'zi va tashqi ko'rinishi bilan bemorlarning hurmatini qozonishi zarur» (*E.Y. Qosimovning bo'lajak shifokorlarga atab aytgan nutqidan*).

Albatta, hozirgi kunda tibbiyotga pullik xizmatning kirib kelishi, deontologiyaning ba'zi yo'nalishlarini boshqacha tahlil qilishga undaydi. Sobiq Sho'ro davrida pullik xizmat deyarli yo'q edi. Hozir davlat tomonidan maxsus ruxsatnoma olib vrachlar, poliklinikalar va shifoxonalar pullik tibbiy xizmat ham ko'rsatishmoqda. Bu albatta, endi deontologiyaning keragi yo'q yoki ahamiyati pasaydi, degani emas. «Axir pul to'lagandan keyin baribir yaxshi qaraydi-da», degan fikr yanglish fikrdir. Vaholanki, bemorning tuzalib ketishi uning 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 shun-

dagina u vrachga ishonadi. «Agar kasalim haqiqatan ham tuzalmas 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, yoki vrach tajribasizmi?» degan fikrlar paydo bo'ladi. «Falonchi doktor falonchi bemorni ikkita dori berib tuzatib yuboribdi» degan so'zlarni ba'zan eshitib turish mumkin. Xo'sh, bunday paytlarda qanday yo'l tutish kerak? Ayniqsa, ba'zi kasalliklarni birmuncha uzoq davolashga to'g'ri keladi. Berilayotgan davo choralari darrov natija beravermaydi. Bunday paytlarda kasallikning mohiyatini bemor tushunadigan tilda bayon qilish kerak. Kerak bo'lsa, bemorni tinchlantirish uchun tashxisni yanada aniqroq qilish maqsadida, vrach o'zidan tajribaliroq hamkasblaridan maslahat so'rashi zarur. Vrach bemorning oldida aslo o'zini yo'qotib qo'ymasligi kerak. Shuni unutmaslik kerakki, vrach bemorni tekshiradi, bemor esa vrachni kuzatadi.

Ko'p hollarda shunday hodisalarga duch kelish mumkin. Professor qabuliga kelgan bemor qabulda yarim soatdan ortiq qolib ketsa, bezovtalana boshlaydi, professor yoki doktorlar haqida har xil gaplar gapiradi. Qizig'i shundaki, xuddi shu bemor (ya'ni professorni yarim soat ham kutgisi kelmagan bemor) tabibni bir necha soatlab, hattoki bir necha kunlab kutadi. Qancha ko'p kutgan sayin tabibga hurmati shuncha oshib boradi. Tabibni xuddi o'ziga o'xshab kutayotganlarga maqtaydi: «Zo'r tabib bo'lsa kerak, eshigida shuncha odam, bitta bemorni bir soatlab ko'rarkan». O'sha tabibga kirish uchun ba'zi bir bemorlar eshigining oldida ko'rpa-to'shak qilib yotib oladi.

Xo'sh, buning siri nimada? Tabiblarning «zo'rligidami?» Yoki bemorlarning tibbiyotdan va doktorlardan bezganidami? Yoki vrachlarning bemor dardini to'la eshishga «vaqtlari» yo'qligidami? Bu savollarni quyidagicha yoritish mumkin.

Birinchidan, afsuski, ko'p kasalliklar surunkali turga o'tib ketgan bo'lib, bir marta emas, bir necha bor davolashni talab qiladi.

Ikkinchidan, bemorlarni davolashdagi izchillikning buzilishida, ya'ni bemor kasalxonadan chiqib poliklinikada, u yerda davolanib bo'lganidan keyin, ko'rsatilgan muddatlarda sanatoriyalarda davolanishi zarur bo'ladi. Hamma bemorlar ham bunga amal qila olmaydi.

Uchinchidan, inson paydo bo'libdiki, antiqa narsalarga, mo'jizalarga intiladi. Ko'rmagan narsasini ko'rgisi, yemagan narsasini

yegisi, bormagan mamlakatga borgisi keladi. Bular har bir inson uchun xos fazilatlaridir. Mana shu fazilatlar bor ekan inson mo'jiza izlayveradi (kimdan, nimadan va qayerdan izlashning farqi yo'q, eng asosiysi «mo'jiza» topsa bo'ldi). Odamlarning tabiblarga intilishini ham shunday izohlash mumkin. Hamma joyda poliklinikalar, kasalxonalar ishlab turibdi, vrachlar ham yetarlidir. Deyarli har bir mahallada, har bir ko'p qavatli uyda doktor bor (vrachlar yetishmaydigan ba'zi qishloqlarni e'tiborga olmaganda). Bemorlar uchun vrachlarga murojaat qilish oddiy bir hol bo'lib qolgan: «unisi bo'lmasa bunisi, vrach topiladi». Doktorga ishi tushmagan odamni uchratish amrimahol, albatta. Bu mulohazani tabiblarga nisbatan ishlatib bo'lmaydi. Negaki, ularning soni oz. Ular uchun «tabibxonalar» yo'q. Ularni tayyorlaydigan institutlar ham yo'q. Ular ishlaydigan kasalxonalar ham yo'q. Agar bo'lganida, bemorlar tabiblariga ham ko'nikib qolib, ulardan mo'jiza izlamagan bo'lur edi.

Falon qishloqda bitta tabib chiqibdi, eshigi to'la odam emish deyishsa, odamlar o'sha tomonga qarab intiladi. U tabib maktabni tugatganmi yo'qmi, nega u ham asab, ham ruhiy, ham ichki kasalliklarni, ham bepushtlikni davolayveradi? Bular bilan bemorlar qiziqishmaydi. Eng asosiysi, eshigining oldida odam ko'p. Agar bemor biror vrachdan tuzalmasa yoki kasalxonadan to'la tuzalib chiqmasa, o'sha vrachni va kasalxonani yomonlaydi. Agar u tabibdan tuzalmasa, «ha, demak, kasalim tuzalmas ekan-da, tabib ham davolay olmadi» deb fikr yuritadi. Bu, ajablanarli hol albatta. Kasalxonalarda, poliklinikalarda tuzalgan, nogiron bo'lgan va o'lgan bemorlarning hisobi olib boriladi. Buning uchun Sog'liqni saqlash vazirligida katta statistika bo'limi ishlab turibdi. Olingan ma'lumotlar har chorak va har yili tahlil qilib boriladi. Tabiblar qo'lidan tuzalgan va tuzalmaganlarning hisobi olib borilmaydi. Ularda statistika ham yo'q. Og'ir bemorlarni esa ular davolamaydi. Shunday qilib, biz ularning ish faoliyatini nazorat qiladigan sharoitdan yiroqmiz.

Bu o'rinda, tabiblarni yomonlab, vrachlarni ulug'lash niyatimiz ham yo'q. Biz yuqorida keltirgan mulohazalar vrachlarni o'ylantirib qo'yimg'i kerak. Haqiqatan ham, ko'p hollarda, vrach bemorning so'zini oxirigacha tinglamaydi. Bunga sabab qilib, tashqarida kutib turgan bemorlarni va vaqti ziqligini ro'kach qiladi. Lekin shuni unutmaslik kerakki, hozir yoningizga kirgan bemor tashqarida kutib o'tirgan bemorlarning yoki sizning vaqtingiz ozligining qurboni bo'lmasligi kerak. Bu bemor Sizni deb kelganligini ham unutmaslik

kerak. Qolaversa, vrach obro‘-e‘tibori yo‘qoladigan ishlarni qilmasligi kerak. Bemorning dardini oxirigacha eshitish zarur. To‘g‘ri, ba‘zan bemor bir oz gapirganidan keyin uning kasali doktorga ayon bo‘lib qolishi mumkin. Biroq, bemor hali so‘zini tugatgani yo‘q. U o‘zini bezovta qilayotgan barcha shikoyatlarini doktorga aytmoqchi. Gap shundaki, bemor dardini qancha to‘kib solsa, shuncha yengillashadi. Bemorning uzundan-uzoq so‘zlari doktorga diagnoz qo‘yish uchun-gina 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 gaplarni ko‘p gapirishi, doktorning vaqtini behuda o‘g‘irlashi mumkin. Bunday paytlarda, bemorga kasalligiga doir qo‘shimcha savollar berib, uni to‘g‘ri yo‘lga solib olish kerak.

Ayniqsa, nevrozga chalingan bemorlar ko‘p so‘zlashni, shikoyatlarini rang-barang qilib gapirishni yaxshi ko‘rishadi. Yana ular zamonaviy apparatlarda bir qancha tekshirishlardan o‘tishni xohlashadi, bular bemorga shart bo‘lmas-da. Imkoniyatlarga qarab, bu iltimoslarni bajarish kerak yoki bemor bir-ikkita tekshirishlardan o‘tgandan keyin «bularning xulosasi yaxshi chiqdi, qolgan tekshirishlar endi shart emas», deb tinchlantirish lozim.

Vrach xatosi to‘g‘risida nima deyish mumkin. Agar vrach xatoga yo‘l qo‘ysa, u albatta jazoga tortilishi kerakmi? Xatoning sabablari nimadan iborat? «Bemor doimo haq» degan naql to‘g‘rimi? Bu savollar o‘ta qiyin bo‘lib, ularga batafsil javob topish amrimahol. Vrachning har bir xatosi orqasida bemorning hayoti yotadi. Bu xato tufayli kimdir otasidan, kimdir onaizoridan, kimdir suyuqli yoridan, farzandidan judo bo‘ladi. Vrach xatosining sabablarini 2 guruhga bo‘lish mumkin. *Birinchisi*, vrachning savodsizligi bo‘lsa, *ikkinchisi*, uning charchaganligidadir. Xo‘sh, vrach xatosini qanday aniqlash mumkin? U savodsizligidan xato qildimi yoki charchaganligidan? Ikkala holatda ham jazo bir xil bo‘lishi kerakmi?

To‘g‘ri, ilmsizlik oqibatida vrachlar orasida xatolar uchrab turadi. Lekin ba‘zan tajribali vrach ham xatoga yo‘l qo‘yishi mumkin. Nomi chiqqan tajribali vrachga ko‘rinishni orzu qiladiganlar juda ko‘p bo‘ladi. Shunday holatlar bo‘ladiki, bir kunda ko‘rinadigan bemorlar soni 20 tadan oshib ketadi. Tajribali vrachga uyda ham, ishda ham, mehmondorchilikda ham, hattoki dam olish safarida ham tinchlik bo‘lmaydi. Albatta, bunday paytlarda tajribali vrachning ham xato qilmasligiga kafolat berish qiyin. Bemorga «yo‘q, men charchadim»

deya olmaydi. Hozir men sizni ko'ra olmayman desa, vrach etikasiga to'g'ri kelmaydi, ko'rib qo'yaman desa, vrach ham ruhan, ham jismonan charchagan. Shuni unutmaslik kerakki, ruhiy charchash ko'p xatoliklarga sababchi bo'lishi mumkin. Buning ustiga, to'g'ri kelgan joyda bemorni ko'rib bo'lmaydi. Ikki og'iz so'z bilan tashxis qo'yib bo'lmaydi. «Itimos, doktor menga 5 daqiqa vaqt ajrating, meni ko'rib qo'ying» deb vrachni hol-joniga qo'ymaydigan kishilar o'z hayotini xavf ostiga qo'yishadi. Buning ustiga bemorni ko'rish uchun vrach ruhan tayyor bo'lishi kerak. Vrach charchagan paytlari bemorni ko'rib qo'yishni boshqa kunga tayinlashi (agar ahvoli og'ir bo'lmasa) maqsadga muvofiqdir.

Haqiqiy vrachning hayoti hech qachon oson va yengil kechgan emas. U kundalik hayotiga reja ham tuza olmaydi. Dam olish kunlari ham o'zi xohlagandek kechmasligi mumkin: har daqiqa bemorni ko'rsatish uchun chaqirib qolishlari mumkin. S.P.Botkin shunday degan edi: «Vrach har qanday sharoitda ham o'zini yo'qotmasligi, muvaffaqiyatlardan boshi gangimasligi, muvaffaqiyatsizlikdan esa tushkunlikka tushmasligi kerak. U doimo har bir ishidan xulosa chiqarib yashamog'i darkor». Vrach doimo ilm olishga intilishi kerak, chunki tibbiyot doimo rivojlanib boruvchi fandir. 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.

Tib ilmining sultoni bo'lmish 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 reklamalar ko'payib ketgan. Bilimdon vrach hech qachon reklamaga muhtoj bo'lmagan. Uni bemorlarning o'zi izlab topadi. Vrach uchun reklama — bu undan tuzalib ketgan bemordir. Bundan yaxshi reklama yo'q. Vrach hech qachon bemor oldida o'zini maqtamasligi kerak. Bu faqat uning obro'sini tushiradi. Vrachning qo'lidan tuzalib, sog'ayib ketgan bemorlar soni ko'paygan sayin uning obro'si oshib boraveradi. Ayniqsa, ko'p vrachlarga borib, kasalxonalarda yotib, dardiga shifo topa olmagan bemorni davolagan vrachning obro'siga obro' qo'shiladi.

Tarixchilarning yozishicha, Ibn Sinoning xalq oldida obro'si shu darajada yuqori bo'lganki, uning bemor oldida paydo bo'lishining o'ziyoq ularga jon bag'ishlagan. Bunga u albatta betinim mehnat,

uyqusiz mutolaa qilish va ilm olishga o'chligi tufayli erishdi. Ibn Sinoning tarjimai holida shunday so'zlar bor: «Men 15 yoshimdan boshlab Yunoniston, Rim, Misr va Hindistonlik mutafakkirlarning asarlarini o'rgana boshladim». U o'z ustози Abu Abdulloh al-Qotiliy haqida shunday yozadi: «Ustozim qaysi muammoni ilgari surmasin, men uning mohiyatini va sirini ochishga, nozik tomonlarini o'rganishga intildim, nainki ustozning o'zi bu muammolarning mag'zini oxirigacha anglay olmas edi». Haqiqatan ham, yosh olim ustozidan ham o'zib ketdi, tez orada uning nomi tillarda doston bo'ldi. U yana o'zi haqida shunday yozadi: «Men 19 yoshgacha ilm oldim, keyin esa uni ishlatdim». Bolalik davrida olingan ilm toshga o'yib yozilgan harfga o'xshaydi, keyin olingan ilm muzga o'yilgan harfga o'xshaydi. Vaqt o'tib muz erib, unga bitilgan harflar o'chib ketadi, toshdagi so'zlar esa umrbod qoladi, deb yozgan edi mutafakkir.

Ibn Sino kitobdan olgan bilimlarini bemorlarni ko'rib, boyitib borishning katta foydasi haqida shunday yozadi: «Men tib ilmini o'rgana borib, bir yo'la bemorlarni ham nazorat qilib bordim. Buning natijasida hali kitoblarda bitilmagan davolash usullarini o'ylab topdim va amaliyotda ishlatdim». Ibn Sino 16 yoshga yetmasdan nazariy va amaliy tibbiyotni juda puxta egallagan bo'lib, nafaqat Buxoroda, balki butun Sharqda mashhur bo'ldi. Tarixchilarning yozishicha, Ibn Sinoning kuchli qobiliyat sohibi bo'lishining asl sababi — o'z ustida tinmay ishlashidir. «Men, — deb yozadi Ibn Sino, tunlari mijja qoqmay faqat ilm olish bilan shug'ullandim. Dialektikani, matematikani va fizikani inson aql zakovati yetadigan darajada o'rganmaguncha tinchimadim. Keyin men Aristotelning «Metafizika» asariga murojaat qildim. Lekin uni ko'p marotaba o'qib chiqqan bo'lsam-da, mag'zini chaqa olmadim. Buxoro ko'chalarini kezib yurganimda, mening qo'limga ushbu kitobga Forobiy tomonidan yozilgan izoh tushib qoldi. Men uni bir marta o'qib chiqqanimdan keyin, avval yod bo'lib ketgan bo'lsa-da, menga tushunarsiz bo'lgan «Metafizika» asari mazmuni ayon bo'ldi-qoldi. Ushbu bobda ham ulug' mutafakkirning hayotidan lavhalar keltirishimizning boisi, o'ta kuchli ilm sohibi bo'lgan bu olimning deontologiya prinsiplariga chuqur amal qilganligini ko'rsatish edi.

Xulosa qilib aytganda, psixogigiya, psixoprofilaktika va deontologiya prinsiplariga rioya qilish psixoterapevtik muolajalarni o'tkazishni osonlashtiradi.

Nazorat uchun savollar

1. Psixogigiyena nima?
2. Psixogigiyenaning qanday davrlari mavjud?
3. Psixogigiyenaning inson salomatligini saqlashdagi ahamiyati qanday?
4. Psixogigiyena qanday muammolarni hal qiladi?
5. Psixoprofilaktika nima?
6. Psixoprofilaktika va psixogigiyena orasida qanday bog'liqlik bor?
7. Birlamchi va ikkilamchi psixoprofilaktika haqida so'zlab bering.
8. Deontologiya so'zi nimani anglatadi?
9. Bemorlar antiqa davolanish usullarini izlashining sababi nimada?
10. Vrach xatosining sabablari haqida so'zlab bering.
11. Hozirgi davr shifokori qanday bo'lmog'i kerak?

X BOB. PSEVDONEVROLOGIK VA PSIXOSOMATIK SINDROMLAR

10.1. Umumiy tushuncha

O'tkir va doimiy salbiy ta'sirotlar (psixogen omillar) natijasida asab tizimi va ichki a'zolarning faoliyati buziladi. Bosh va tananing turli joylarida og'riqlar va funksional xususiyatga ega bo'lgan boshqa patologik simptomlar paydo bo'ladi. Asab tizimi funksional faoliyatining buzilishi bilan kechuvchi va organik xususiyatga ega bo'lmagan nevrologik buzilishlarga **pseudonevrologik sindromlar** deb aytiladi. Ular nevrozlarning klinik ko'rinishi sifatida ham o'rganiladi. Ma'lumki, nevrozlarda nafaqat asab tizimi faoliyati, balki boshqa a'zolarning ham faoliyati buziladi. Bu buzilishlar o'tgan asrda (ba'zi mamlakatlarda hozir ham) «yurak nevrozi», «oshqozon nevrozi», «bo'g'im nevrozi» va shunga o'xshash nomlar bilan atalgan. Keyinchalik ichki a'zolar funksiyasining buzilishi bilan kechadigan funksional kasalliklar «**psixosomatik kasalliklar yoki sindromlar**» deb atala boshlandi.

Hozirgi kunda **psixosomatik kasallik** haqida so'z ketganda, o'tkir yoki doimiy stress sababli rivojlangan **organik kasalliklar** tushuniladi. Bular xafaqon kasalligi, bronxial astma, yara kasalligi, qandli diabet va hokazo. Shuning uchun ham mutaxassislar «psixosomatik kasallik» atamasi o'rniga «psixosomatik sindrom» yoki «somatoform buzilishlar» atamasini qo'llashni tavsiya qilishadi. Bu atamalarning sinonimlari juda ko'p va xilma-xildir: «psixovegetativ sindrom», «somatogen depressiya», «niqoblangan depressiya», «vegetonevroz» va hokazo. Biroq, klinik amaliyotda «psixosomatik sindrom» yoki «somatoform buzilishlar» atamasi keng qo'llaniladi. Agar funksional buzilishlar somatik kasallik oqibatida rivojlansa, bunga **somatopsixik sindrom** deb ataladi. Lekin bu atama klinik tibbiyotda juda kam ishlatiladi.

Pseudonevrologik va psixosomatik sindromlar deyarli barcha organik kasalliklarda uchraydigan klinik belgilarga o'xshash bo'lganligi tufayli, ularning har biriga ta'rif berib chiqishni joiz deb topdik. Chunki bemorni klinik tekshiruvdan o'tkazayotgan har bir vrach pseudonevrologik yoki psixosomatik belgilarga duch keladi va aksariyat hollarda

ularni farqlash mushkul bo'lib qoladi. Buning natijasida klinik diagnoz noaniq bo'lib qoladi va davolash muolajalari qiyinlashadi.

10.2. Pseudonevrologik sindromlar

Klinik amaliyotda eng ko'p uchraydigan pseudonevrologik sindromlar bilan tanishib chiqamiz. Ularga quyidagilar kiradi:

1. Psixogen bosh og'rig'i.
2. Psixogen bosh aylanishi.
3. Psixogen nevrologiyalar.
4. Psixogen bel og'riqlar.
5. Psixogen giperesteziya.
6. «Bezovta oyoqlar» sindromi.

10.2.1. Psixogen bosh og'rig'i

Bosh og'rig'i bemorlarning eng ko'p tarqalgan shikoyatlaridan biri bo'lib, aksariyat hollarda, uning sababini aniqlash juda qiyin bo'ladi. Albatta, bosh og'rig'ining sababi oddiy ruhiy va jismoniy charchashdan tortib, to bosh miya o'smasigacha bo'lishi mumkin. Shuning uchun doimo bu muammoga jiddiy e'tibor bilan qaralgan. Torontoda 2005-yil «Bosh og'rig'i muammolari» bo'yicha o'tkazilgan xalqaro konferensiyada qayd qilinishicha, rivojlangan davlatlarda bosh og'rig'i «sog'lom» kishilarning 80 foizida uchrarkan. Konferensiyada ta'kidlanishicha, bosh og'riqlarni keltirib chiqaruvchi kasalliklar soni kasalliklar va ularning ichida yetakchi o'rinlarni **depressiya** va **nevrozlar** egallaydi. Psixogen bosh og'riqlar erkaklarga qaraganda ayollarda ko'p uchraydi.

Psixogen bosh og'riqlar haqida so'z ketganda, avvalambor ularning xususiyatiga e'tibor qaratiladi. Bosh og'rig'i kallaning bir yarmida yoki ikkala tomonida ham joylashib, doimiy yoki vaqti-vaqti bilan bo'ladigan, xurujsimon, siqib og'riydigan, ertalab yoki kechga yaqin kuchayadigan bo'lishi mumkin. Psixogen xususiyatga ega bo'lgan bosh og'riqlar uchun xoslik, ularning ruhiy siqilishdan, aqliy zo'riqishdan va jismoniy charchashdan keyin paydo bo'lishidir. Dastlab bosh og'rig'i ruhiy zo'riqishlarda paydo bo'ladigan bo'lsa, keyinchalik depressiya yoki nevrozga chalingan bemor uchun oddiy ishga borib kelishning yoki avtobusda yurishning o'zi ham kifoyadir. Ma'lum bo'lishicha, psixogen bosh og'riqning 80 foizi ruhiy zo'ri-

qishda paydo bo'lib, shundan 60 foizi kunduzi yoki peshinda, 20 foizi ertalab namoyon bo'ladi.

Aytib o'tganimizdek, depressiv sindromlarda bosh og'rig'i ko'p kuzatiladi. Niqoblangan depressiyada bosh og'rig'i asosiy simptomlardan biridir. Bu bemorlarda boshda har xil joylashgan va har xil kuchga ega bo'lgan bosh og'rig'i oylab, yillab davom etadi. Asabning ozgina bo'lsa-da buzilishi, to'yib ovqat yeyish, bolasini emizish, do'konga borib kelish, yuqori qavatli uyning zinapoyasidan chiqish, hattoki kino va konsertlarga borib kelish bemorda bosh og'rig'ining boshlanib ketishiga turtki bo'ladi. Buning natijasida isterik va ipoxondrik belgilar paydo bo'ladiki, ular faqat bemor ahvolini og'irlashtiradi. Affektiv buzilishlar bilan kechadigan bosh og'riqlar doimiy va zo'rayib boruvchi tus olib, ba'zi holatlarda bosh miyada hajmli jarayon bor-yo'qligini aniqlashga majbur qiladi. Negaki, bu bemorlarda bosh og'rig'idan tashqari, ko'ngil aynish, qayt qilish, bosh aylanishi, yurganda chayqalib ketish, ko'rishning buzilishlari, qo'l va oyoqlarning uvishishlari ham tez-tez namoyon bo'lib turadi. Analgetiklar yordam bermaydi. Psixogen bosh og'rig'i bor bemorlarning shikoyatiga e'tibor bilan qaralsa, bosh miyaning organik kasalliklarida (masalan, o'smalarda) kelib chiqadigan bosh og'riqdan farq qiluvchi tomonlari ko'pdir. Psixogen bosh og'riqlarda bemorlar bosh og'rig'iga aniq bir ta'rif bera olmaydilar: «Nima desam ekan, ba'zan boshimning ichi go'yoki suvga to'lgandek og'ir bo'lsa, goho bo'm-bo'sh bo'lib qoladi, ba'zi paytlarda ikkala chakkam xuddi rezina bilan qattiq bog'lab qo'ygandek siqib og'riydi. Gohida esa ensam shunday og'riydiki, boshimni qimirlata olmayman, chunki qimirlatsam, miyam lo'qillab otilib chiqay deydi». Bemorni tinglayotganda shuni e'tiborga olish kerakki, ularning ko'pchiligi aynan bosh og'rig'idan emas, miyaning ichi og'riyotganidan shikoyat qilishadi. Bosh miyaning organik kasalliklarida bosh og'riq, ko'pincha, aniq joylashgan bo'lib, odatda turg'un bo'ladi. Psixogen bosh og'riqlarda bemorlar yozdan ko'ra qishni yoqtirishadi, negaki ular issiqni ko'tara olmaydilar. Shuning uchun ham yoz oylarida bosh og'rishiga shikoyat qilib vrachga murojaat qiluvchi nevrastenik bemorlar soni ko'payadi.

Doimiy psixogen bosh og'riqlar umumiy giperesteziyaga ham sababchi bo'ladi. Bunday bemorlar yorug'likni, 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 xotiraning buzilishi bilan

kechadi, ular parishonxotir bo'lib qoladi. Parishonxotirlik yoshlarda ham kuzatiladi. Bu bemorlar fikrini bir joyga jamlay olmaydilar.

Boshning faqat uyda yoki ishxonada, kunning aniq belgilangan vaqtida og'rishi aksariyat psixogen bosh og'riqlar uchun juda xosdir. Bosh og'rig'ining doimo kech soat oltida boshlanishidan shikoyat qilib V. ismli ayol qabulimizda bo'ldi. Yoshi 43 da. Oilali. U psixonevrologik dispanserda psixonevrolog nazoratida davolanib kelgan. Poliklinikada nevropatolog nazoratida «miya ichi gipertenziyasi» bilan davolanib yurgan. Bosh og'rig'i boshlaganiga 3 yil bo'lgan. Bemorning bosh og'rig'i ba'zan kuchayib ketib, faqat baralgin tabletkasini ichgandan keyin qolarkan. Keyinchalik vrach tavsiyasiga muvofiq bemor bosh og'riganda, baralginni tomiriga ola boshlaydi. Kechqurun soat oltida bosh og'rig'i baribir boshlanishiga o'rganib qolgan bemor qo'shni hamshirani chaqirib baralginni shpritsga tortib tayyorlab qo'yadigan bo'ladi. Bu holat, gohida uzilishlar bilan, bir oy davom etadi. Hamshira bu ukolni hadeb olavermaslik kerakligini, buning oqibatida yurakda og'ir asorat qolishi mumkinligini aytadi va yana bir bor vrach bilan maslahatlashish zarurligini tavsiya qiladi.

Bemor qabulimizga kelganida, uning shikoyatlarini eshitib, hayot va kasallik anamnezini o'rganib chiqdik. Olingan ma'lumotlardan qisqacha epizodlar keltirib o'tamiz: juda ishonuvchan va sal narsaga ortiqcha ta'sirlanuvchan ayol. O'ta parishonxotir. Oilada tez-tez janjalli voqealar bo'lib turgan, bosh og'rig'i navbatdagi kuchli stressdan keyin paydo bo'lgan. Ertasi kuni poliklinikaga nevropatolog qabuliga chiqqan. Vrach uni tekshirib «Bosh miya ichki bosimi oshib ketgan, tez davolanmasangiz oqibati yomon bo'ladi» degan. Bemor qo'rqib ketgan, chunki bemorning o'zidan katta akasi 6 oy oldin kuchli stressdan keyin qon bosimi oshib, ertasi kuni gemorragik insultdan o'lgan. Bemor zarur dori-darmonlarni topib «miya ichi gipertenziasidan» davolana boshlaydi. Har gal exoensefaloskopiya qildirganida miya ichi bosimi katta deb xulosa beriladi. Bu xulosaga ishongan bemor boshqa joyda tekshirilmaydi va poliklinikada davolanib yuradi. Eslatib o'tganimizdek, bemorning bosh og'rig'i aniq bir vaqtda, ya'ni kech soat oltida paydo bo'ladigan bo'lib qoladi. U depressiyaga tushadi, xulq-atvorida i poxondrik belgilar paydo bo'ladi.

Bemorning nevrologik statusi to'la tekshirilganda, miya ichi gipertenziyasi belgilari aniqlanmadi, buni paraklinik tekshirishlar ham tasdiqlamadi. Bemorning anketasidagi nevropatologning yozuvlarida ham miya ichi bosimini ko'rsatuvchi nevrologik

simptomlar aniqlanmadi. Anketadagi barcha exoensefaloskopik tekshiruvlar xulosalarida III qorincha kengligi 7–7,5 mm deb qayd qilingan. Bu esa normadan sal farq qiluvchi ko'rsatkichlar bo'lib, kuchli ifodalangan bosh og'riqlarga sababchi 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. Bemorning arterial qon bosimi 120/70 mm.sim.ust. Shunday qilib, klinik va paraklinik tekshirishlar xulosalari hamda bemorning psixologik anamnezi undagi bosh og'rig'ining psixogen xususiyatga ega ekanligini ko'rsatdi. Bu xulosaga yanada oydinlik kiritish uchun ikkita kichikroq tajriba o'tkazdik.

Birinchi, 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. Bemor aytgan vaqtimizda yetib keldi. Biz bemor bilan klinikaning bog'ida yurib laborantning «yetib kelishini» kutdik (voqea yoz kunlarining birida bo'layotgan edi). Bemor sal kam ikki soat mobaynida boshi qachon og'riy boshlaganini, qanchadan-qancha tekshirishlardan o'tganini, turli xil diagnozlar bilan davolanganini, yaxshi natija sezmaganini tinmay gapirar edi. Soat oltidan oshib, yetti bo'layotgan edi. Bemordan: «Mana soat ham yettiga yaqinlashib qoldi, soat olti bo'lmasdan keluvdingiz, boshingiz og'ridimi? deb so'ralganda, bemor: «Voy, gap bilan bo'lib, boshim og'rig'anini ham sezmasman! Yo'q, yo'q sezmasman emas, boshim haqiqatan ham og'rigani yo'q, qanday yaxshi! Nahotki endi boshim sira ham og'rimasa» deb hayratga tushgan edi. «Endi laborant ham kelmadi, ertaga kela qolasiz» deb bemor uyiga jo'natildi. Ikkinchi tajribamizni amalga oshirish uchun bemorga «baralginni endi novalginga o'zgartiramiz, bu dori uning sinonimi hisoblanadi, tarkibi xuddi baralginning o'zginasi» deb, bosh og'rig'i xuruji paytida o'sha dorini tomirdan yuborishni tavsiya qildik. Bemor rozi bo'ldi, lekin ikki kundan so'ng bizga telefon orqali «novalginning ta'siri juda past va qisqa ekan, birozdan keyin yana boshim og'riy boshladi» deb aytdi. 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

bemor ushbu doriga psixologik bog'lanib qolgan edi. Bemordan dorini tomir ichiga yuborgandan so'ng bosh og'rig'i qachon to'xtashini so'raganimizda, «besh daqiqaga yetmasdan» deb javob beruvdi. Aslida baralgin tomirlar spazmini sekin-astalik bilan yo'qotadi va bosh og'rig'ining butunlay pasayishiga 15—20 daqiqa kerak bo'ladi.

Biz ushbu bemor misolida bosh og'rig'ining kuchli stressdan keyin paydo bo'lganligini, uning aniq bir soatlarda kuzatilishini va aniq bir doriga bo'lgan psixologik bog'lanishning guvohi bo'ldik. Bu yerda bosh og'rig'i yatroptiya (vrachning noto'g'ri xulosalari) tusida ham yaqqol namoyon bo'ldi. Bunday bemorlarni davolash ancha murakkab kechadi, ya'ni bosh og'rig'i qayta-qayta paydo bo'laveradi. Bemorni davolash, uning fikrini davolashning boshqa usullariga chalg'itgan holda olib borildi. Unga platseboterapiya, igloterapiya, asabni tinchlantiruvchi va tetiklashtiruvchi dorilar elektroforezi, umumiy massaj muolajalari o'tkazildi. Bu muolajalardan keyin bemorda bosh og'rig'i xurujlari to'xtadi. Eng asosiysi — bemor bosh og'rig'i psixogen xususiyatga ega ekanligiga va uni davolash yo'llari boshqacha ekanligiga to'la ishontirildi.

Psixogen bosh og'riqlarning kamayishiga yoki yo'qolishiga ijobiy ta'sir ko'rsatuvchi omillar anchadir. Masalan, yashash joyini o'zgartirish, basseynida yoki boshqa suv havzalarida cho'milib turish, sayrga chiqib turish, o'ziga yoqqan kiyim-kechakni sotib olish va hokazo.

Psixogen bosh og'riqqa chalingan bemorlarning eng ko'p shikoyatlaridan biri — uyquning buzilishidir. Bemor uxlagani kirganda miyasiga turli xil fikrlar oqib kelaveradi, bu fikrlardan hech qutula olmaydi, ulardan miyasi yorilib ketadigan darajagacha boradi, mabodo uxlagan taqdirda ham tushlar ko'raverib battar qiynaladi.

Aksariyat hollarda psixogen bosh og'riqlarni boshqa etiologiyali bosh og'riqlardan farqlash qiyin bo'ladi. Subaraxnoidal qon quyilish, seroz meningit, o'sma kasalliklari, qon-tomir anevrizmalari, miya ichi gipertenziyasi bilan kechuvchi kasalliklar, migren, uch shoxli nerv nevralgiasi, kraniotservikalgiya kabi kasallik va sindromlar psixogen bosh og'rig'iga o'xshab ketadi. Bu kasalliklarning naqadar turli-tumanligi va murakkabligi tibbiy psixologdan nevrologiya fanini mukammal bilish yoki bo'lmasa bemorni, albatta, nevropatolog ko'rigidan o'tkazish zarurligini talab qiladi.

Mashhur nevrolog olim S.N. Davidenkov isterik sindromlarda uchraydigan bosh og'riqlar haqida yozgan risolalaridan birida shunday degan edi: «Isterik bemorlarda ham bosh miyaning og'ir kasalliklari

kuzatilishini aslo unutmaslik kerak. Agar biz bemorni tekshira turib, unda «funktional» yoki «organik» kasallik borligini aniqlashga qiynalsak, oson yoʻldan bormasdan, bemorga «organik» tashxisni qoʻyganimiz maʼqul, agar u keyinchalik xato boʻlib chiqsa ham. Negaki, «funktional» diagnoz qoʻyilgan bemorlar, koʻpincha, vrach eʼtiboridan chetda qoladi va ular koʻpincha yana qilinishi zarur boʻlgan klinik tekshiruvlardan mahrum boʻladilar. S.N. Davidenkov Moskva klinikalaridan birida sodir boʻlgan misolni keltirgan. Kechqurun «qabul boʻlimiga» boshi qattiq ogʻrib turgan ayolni olib kelishadi. Asab kasalliklari boʻlimidan ushbu bemorni koʻrib diagnozni aniqlash uchun navbatchi vrachni chaqirishadi. Vrach «qabul boʻlimiga» kelib qarasa, avval tanish boʻlgan va unga doimo bosh ogʻrigʻi sababli murojaat qiladigan bemor kushetkada yotibdi. Bu bemor ayol aynan mana shu vrach navbatchiligida bir necha bor tunda qattiq bosh ogʻrigʻidan shikoyat qilib, «Tez yordam» mashinasida shifoxonaga olib kelingan va yordam koʻrsatib, uyiga yuborilgan. Bemor isterik bosh ogʻriq bilan nevropatologda davolanib yurgan. Avvallari bemorning nevrostatusi tekshirilib, organik belgilar yoʻqligiga ishonch hosil qilgandan soʻng uyiga joʻnatilgan boʻlsa, bu gal bemorda «isteriya» diagnozi borligiga ishonch hosil qilgan vrach uning nevrostatusini tekshirmaydi va ogʻriq qoldiruvchi hamda tinchlantiruvchi dorilar qilib uyiga joʻnatadi. Bemor uyida vafot etadi. Patologoanatomik tekshiruvlar bosh miyaga anevrizmaning yori-lishidan qon quyilganligini aniqlaydi.

Bosh ogʻriqlar leptomeningitda ham koʻp kuzatiladi. Bu kasallik atoqli oʻzbek nevrologi akademik N.M.Majidov tomonidan yozilgan va chuqur oʻrganilgan. Leptomeningit bosh miyaning yumshoq va oʻrgimchak toʻrisimon pardalarining yalligʻlanish kasalligi boʻlib, aniq ifodalangan organik nevrologik simptomlardan iborat (N.M.Majidov, 1972). Leptomeningit koʻp etiologiyali kasallikdir va uning klinikasi turli-tumandir. Shuning uchun ham uni nevrozlar, bosh miya qon tomir kasalliklari, oʻsmalar bilan qiyoslashga toʻgʻri keladi. Baʼzan (ayniqsa, poliklinikalarda) faqat subyektiv simptomlarga asoslanib, leptomeningit diagnozi qoʻyiladigan holatlar uchrab turadi. Yoki nozologiya aniqlanmasdan «Miya ichi gipertenziyasi» deb xulosa beriladi. Buning uchun bemorda oʻtkazilgan gripp yoki bosh miya jarohati, exoensefaloskopiya dagi yengil oʻzgarishlar asos qilib olinadi. Lekin bemorlarning nevrologik statusi chuqur tekshirilganda, aniq ifodalangan nevrologik

simptomlar aniqlanmaydi, ko'z tubidagi va likvordagi o'zgarishlar qo'yilgan diagnozga mos kelmaydi. Bu bemorlarda ham borib-borib yatropatiya shakllanadi.

N.K.Bogolepov o'zining «Klinik exoensefalografiya» (1973) nomli asarida bemorlarga exoensefalografik tekshiruvlar o'tkazayotganda nihoyatda ehtiyot bo'lish kerakligini va olingan xulosani albatta klinik belgilar bilan solishtirib ko'rish va ular bir-biriga mos kelgan taqdirdagina «miya ichi gipertenziyasi» to'g'risida xulosa qilish kerak deb yozgan. Mashhur nevrolog olim X.G.Xodos (2000) diagnozni aniqlashda «nevrologik mikrosimtomlarga» hadeb yon bosavermaslik kerakligini, chunki tanadagi barcha tashqi belgilar ham simmetrik bo'lmasligini aytib o'tgan edi. Olim ko'z yorig'ining va ko'z qorachig'ining katta-kichikligi, burun atrofidagi burmalar simmetrik bo'lmasligi, tomoq va pay reflekslarining sog'lom odamlarda ham har xil bo'lishini yozib qoldirgan edi.

10.2.2. Psixogen bosh aylanishi

Bosh aylanishi ham bosh og'rig'i kabi eng ko'p tarqalgan simptomlardan biridir. Asabning zo'riqishi bilan kechuvchi kasalliklar, Menyer kasalligi, bosh miya qon tomir kasalliklari, vegetativ-tomir distoniyalari, arterial gipertenziya yoki gipotenziya, surunkali anemiyalar, yurak kasalliklari bosh aylanishining asosiy sabablari hisoblanadi. Bularning ichida psixovegetativ buzilishlar bilan kechuvchi niqoblangan depressiyalarda kuzatiladigan bosh aylanishlar alohida o'rin tutadi. Psixonevrologik va psixosomatik sindromlarda uchraydigan bosh aylanishlarning mexanizmlarini markaziy asab tizimining funksional faolligining oshishi yoki pasayib ketishi, neyronal sistemalarda qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlari orasida nomutanosiblikning yuzaga kelib, turg'un tormozlanish yoki qo'zg'alishning shakllanishi bilan tushuntirish mumkin.

Bosh aylanishi kamdan-kam hollarda alohida uchraydi. Aksariyat hollarda yurak urib ketishi, holsizlanish, sovuq terga botish, quloqda shovqin paydo bo'lishi, ko'ngil aynishi, oyoqlarning titrashi bosh aylanishi bilan birga kuzatiladi. Odatda, bu belgilar affektiv buzilishlardan keyin kuchayadi. Bu bemorlar balandlikdan qo'rqishadi, shuning uchun ham ular balkondan, baland ko'prikdan yoki tomdan pastga qaramaslikka harakat qiladilar, chunki bunday paytda bosh aylanishi kuchayadi.

Psixogen bosh aylanishlarga xos yana bir belgi uning vaziyatni oz bo'lsa-da o'zgartirganda kuchayishidir. Masalan, baland qavatli binoda yashaydigan bitta bemor, undan bir qavat tepada yashaydigan qo'shnisidikiga chiqib, balkondan pastga qaraganda boshi aylanib, gindiraklab ketgan, ko'ngli aynigan, koridorga kirganda esa kamaygan va bir ozdan keyin to'xtagan. Shunisi e'tiborliki, psixogen bosh aylanishda bemorlar liftdan ko'ra zinapoyadan ko'tarilishni afzal ko'rishadi. Aksariyat psixogen bosh aylanishlar qo'rquv bilan kechadi. Buning aksi o'laroq, vertebrobazillyar sindromlarda bosh aylanishi qo'rquvsiz uchraydi yoki qo'rquv bosh aylangandan keyin kuzatiladi.

Bemorlarda faqat balandlikdan qaraganda emas, balki avtomobillar qatnovi tez bo'lgan katta yo'lga qaraganlarida ham bosh aylanishi paydo bo'ladi yoki kuchayadi. Ular bunday paytlari katta tezlikda o'tayotgan avtomobillarga qaramaslikka harakat qilishadi yoki oyoqlarining ostiga qarab qadamlarini nazorat qilib yurishadi. Ana shunda ularda bosh aylanishi kamayadi. Katta zallarda olib boriladigan majlislar yoki uzoq davom etuvchi darslarda ham bemorlarda bosh aylanishi avj oladi. Talabalarda imtihonlarga berilib tayyorgarlik ko'rish, ilmiy xodimlar va yozuvchilarning tinmay asarlar yozishi yoki har qanday sog'lom odamda kuzatilishi mumkin bo'lgan ortiqcha aqliy zo'riqishlar ham bosh aylanishiga sababchi bo'ladi. Lekin asteniyaga uchragan bemorlarda ruhiy-hissiy zo'riqish bosh aylanishini osongina keltirib chiqarishi mumkin.

Bosh aylanishi, aksariyat hollarda, qisqa vaqtga hushdan ketish (sinkope) bilan kechadi. Bu, ayniqsa, umumiy psixogen giperesteziya bilan kechuvchi psixonevrologik kasalliklar uchun juda xosdir. Buning asosida vestibulyar apparatning kuchli darajada qo'zg'aluvchanligi yotadi. Tez-tez hushdan ketib turadigan bemorlarning bosh miya qon tomirlari tekshirilganda, ularda tomirlar tonusining o'ta darajada pasayganligi (gipotonus) yoki o'zgaruvchanligi (distoniya) aniqlanadi. Sinkope holatlari psixogen giperventilatsiyada, arterial qon bosimi pasayganda va yurak kasalliklarida ham yuz beradi. Uzoq payt yotib qolgan bemorlar gorizontol holatdan vertikal holatga o'tishsa, bosh aylanishi ortostatik kollaps bilan birga yuz beradi. Bu holat, ayniqsa arterial gipotenziyada yaqqol ifodalangan bo'ladi. Ba'zan yuqori darajada rivojlangan nevrasteniyalar yoki psixoasteniyalarda bemor hushdan ketib qolishi uchun bitta qo'rquvning o'zi kifoya. Bemor bir marta hushidan ketsa (ayniqsa, odamlar orasida), u doim navbatdagi xurujni kutib bezovta bo'lib yuradi. Nevrolog

olimlardan biri Oppengeym (1894) «har bir kishi o'zida bosh aylanishini yuzaga keltirishi mumkin, agarda u muvozanat va bosh aylanishi haqida o'ylayversa», degan edi.

Ba'zan bosh aylanishi yatropatiya asorati hisoblanadi. Shuning uchun ham bemordagi simptomlarni, agar ular psixogen xususiyatga ega bo'lsa, juda xavfli deyaverish kerak emas. Shaxsiy kuzatuvimizdan bir misol keltiramiz. Uzoq yillardan buyon quloq, burun va tomoq kasalliklari poliklinikasida hamshira bo'lib ishlaydigan va tez-tez asabiylashadigan ayolda qattiq hissiy zo'rqiishdan keyin bosh aylanishi alomatlari paydo bo'ladi. U shu daraja kuchli bo'ladiki, hatto tik turishi uchun bir qo'lidan bo'yi yetgan qizi, ikkinchisidan esa eri ushlab turgan. Bu bemorga o'zi ishlaydigan poliklinikada «Menyer kasalligi» deb diagnoz qo'yiladi. Diagnoz bir necha bor o'zgartiriladi. Bunday 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 mutaxassislariga (nevropatologga) ko'rinmasdan, uch yil mobaynida LOR vrachlarida davolanib yuradi. Bosh aylanishi xurujlari tez-tez kuzatilib turadigan bu bemor borib-borib juda jahldor, arzimagan narsaga yig'layveradigan va affektiv holatga tez tushadigan bo'lib qoladi. Bemor miyasiga «Menyer kasalligini» shu darajada singdirib olgandiki, har bir affektiv buzilishdan so'ng, unda xuddi Menyer kasalligiga o'xshash belgilar paydo bo'lavergan. Psixoterapevtik muolajalar yetarlicha o'tkazilmaganligi uchun davolanish jarayoni juda cho'zilgan. Bir so'z bilan aytganda, bemorda yatropatiya rivojlangan edi.

Navbatdagi xurujdan so'ng bemorga nevropatologga ko'rinish tavsiya qilinadi va bizga konsultatsiyaga yuboriladi. Uning kasallik va hayot anamnezi bilan tanishib chiqib, unda nevrologik va psixologik tekshiruvlar o'tkazdik va yana bir bor LOR vrachlari bilan maslahatlashib, «Menyer kasalligi» ni inkor qildik. Barcha tekshiruvlardan so'ng bemorga «Menyer sindromi ko'rinishidagi niqoblangan depressiya» diagnozi qo'yildi, ya'ni haqiqiy «Menyer kasalligi» inkor qilindi. Bemorning hamshiraligi e'tiborga olinib, unga bu atamalar farqi tushuntirildi. Tekshiruvlar natijasi bemorga tushuntirib berildi. Bularning hammasi hamshiraga katta ijobiy ta'sir ko'rsatdi va u endi davolash muolajalariga katta ishonch bilan qaray boshladi. O'tkazilgan platseboterapiya va psixoterapiya muolajalaridan keyin bemor tuzalib ketdi. Biz bu yerda yatropatiyaning yana bir klinik ko'rinishini tahlil qildik.

Yatropatiyaga astenik bemorlar juda moyil bo'lishadi, uni keltirib chiqarish uchun tibbiyot xodimining bexosdan aytib qo'ygan gapining o'zi yetarli, xolos. Nima uchun yatropatiya belgilari bemorda uzoq vaqt davom etadi? A.A.Uxtomskiy ta'biri bilan aytganda, har qanday tashqi ta'sir (ayniqsa, salbiy) bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ida «dominant o'choq» paydo qiladi va bu sohaning neyronlari boshqa soha neyronlari faolligini pasaytiradi. Natijada miyaning integrativ faoliyati buzilib, funksional xarakterga ega bo'lgan patologik simptomlar yuzaga keladi. Ularni yo'qotish uchun miyaning funksional faoliyatini oshirish va po'stloqda boshqa, ya'ni ijobiy xususiyatga ega bo'lgan «dominant o'choq» paydo qilish kerak.

Aksariyat hollarda bosh aylanishi senestopatik va ipoxondrik simptomlar bilan namoyon bo'ladi. Bunda tanada sira ketmaydigan turli xil sezgilar, uvishishlar, og'riqlar, qo'l va oyoqlarning karaxt bo'lib qolishi kuzatiladi va 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.

10.2.3. Psixogen nevrалgiyalar

Har qanday psixogen giperesteziyalar tananing turli joylarida nevrалgiyaga yoki mialgiyaga o'xshash og'riqlar beradi. Ayniqsa, yuz sohasida kuzatiladigan og'riqlar bemorlarni juda qiynab qo'yadi. Bu og'riqlar kuchi turli darajada, oddiy achishishdan tortib kuchli sanchuvchi og'riqlargacha rivojlangan bo'ladi. Og'riq ikkala chakka, peshona, iyak sohalarida kuzatilishi mumkin. Agar og'riqlar tish va milklar sohasida kuzatilsa, gap psixogen stomatolgiyalar, tilda kuzatilsa glossalgiyalar haqida boradi. Ruhiy zo'riqishlar kuchaygan yoki tezlashgan sayin og'riqlar ham kuchayib boradi.

Yuz sohasidagi psixogen og'riqlar uchun ularning ovqat yeyotgan paytda kamayishi yoki yo'qolishi xosdir. Uch shoxli nerv nevrалgiyasiga o'xshab kechuvchi psixogen og'riqlarda, sezgi buzilishlari nervlanadigan sohalarga mos kelmaydi va har kuni bemor turli sohadagi yoki turli darajadagi og'riqdan shikoyat qiladi. Nevrogen og'riqlardan farqli o'laroq, psixogen og'riqlarda analgetiklar yordam bermaydi. To'g'ri olib borilgan psixofarmakoterapevtik muolajalar bemor ahvolini yengillashtiradi. Ba'zan tuzalib ketgan bemorlar og'riqning

kuchayganidan shikoyat qilib, yana vrachga murojaat qilishadi. Buning sababi, ko'pincha uydagi va ishdagi mojarolardir. Bizning nazoratimizda glossalgiya bilan xastalangan bitta ayol kuzatilgan. Bemor davolash kursini olib ketganidan keyin biroz vaqt o'tgach, og'riqning kuchayganidan murojaat qilib yana kelardi. Gap shundaki, bemorning eri aroqxo'r va uyida tez-tez janjal bo'lib turadi. Bu bemorda kuchli darajadaifodalangan affektiv buzilishlar aniqlandi.Chunki qo'rquv, ipoxondriya va depressiya psixogen nevrалgiyalarning doimiy hamrohidir.

Psixogen nevrалgiyalar ichida qovurg'alararo og'riqlar alohida e'tiborni talab qiladi. Ayniqsa, yurak sohasida joylashgan og'riqlar bemorlarni o'ta bezovta qiladi. Yosh ukasi avtomobil halokatidan o'lgan bemorning yurak sohasida sanchuvchi og'riq paydo bo'ladi. Bemor kardiologga murojaat qiladi. U bemorni yaxshilab tekshirib, kardiogramma qilib, yuragi sog'lom ekanligini, qattiq siqilganidan shu og'riq paydo bo'lganini, tinchlantiruvchi dorilar ichish kerakligini va nevropatologga murojaat qilishini tavsiya qiladi. Nevropatolog ham bemorni obdan tekshirib, tinchlantiruvchi dorilar yozib beradi va psixoterapevtik muolajalar o'tkazadi. Shunga qaramasdan, bemor ikki oy ichida yurak sohasidagi og'riqlardan 16 marta EKG qildirgan va 10 marta «Tez yordam» mashinasini chaqirgan.

Statistik ma'lumotlarga ko'ra, ko'krak qafasining o'ng tomonida psixogen og'riqlar juda kam uchraydi. Buning asl sababi, yurakning chap tomonda joylashganligidir. Bu yana bir marta «qovurg'alararo nevrалgiya» va «Stenokardiya» tashxislariga ehtiyotkorlik bilan yondashish kerakligini talab qiladi.

10.2.4. Psixogen bel og'riqlar (pseudoradikulyar sindrom)

Psixogen bel og'riqlar juda keng tarqalgan bo'lishiga qaramasdan, ularning aniq soni hanuzgacha noma'lum. Buning sababi, «psixogen radikulalgiya» diagnozi vrachlar tomonidan deyarli qo'yilmasligida yoki aniqlanmasligidadir. Vaholanki, XVIII asrdayoq, «orqa miya ipoxondriyasi» nomi bilan psixogen xususiyatga ega bo'lgan bel-dagi og'riqlar haqida yozib qoldirilgan. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, katta yoshdagilarning 20 foizi bel og'rig'idan shikoyat qiladi. Psixogen bel og'riqlar ham niqoblangan depressiyaning klinik ko'rinishlaridan biridir. Bu og'riqlar vrachlar tomonidan, ko'pincha, «lumbago», «lumbalgiya», «lumboishialgiya», «radikulit», «ishias», «disk chur-rasi» kabi diagnozlar bilan belgilanadi. Ushbu diagnozlarning qanchasi

keyinchalik tasdiqlanadi va qanchasi psixogen xususiyatga ega bo'lib chiqadi, bu aniq emas. Buning sabablarini quyidagicha izohlash mumkin. *Birinchidan*, og'riq yo'qolgandan keyin (odatda 4—5 kundan keyin) bemorlar vrachga qatnamay qo'yadi. *Ikkinchidan*, radikulitning o'tkir davrida hamma vaqt ham nevrologik belgilar bo'lavermaydi. *Uchinchidan*, boshqa psixogen og'riqlardan farqli o'laroq, beldagi og'riqni har qanday bemor «radikulit» deb qabul qiladi va bu kasallikda qilinadigan choralardan voqif bo'ladi (hozir men doktorga borsam, novokainli blokada qiladi, belga issiq buyuradi, voltaren qiladi). Albatta, ana shu va shunga o'xshash muolajalardan keyin bemor tuzalib ketadi. Bunday paytlarda radikulitning haqiqiy yoki psixogen xususiyatga ega ekanligini aniqlash vrach uchun ham qiyin bo'lib qoladi. Chunki belida qattiq og'riqdan shikoyat qilib kelgan bemorga har qanday vrach darrov yordam ko'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» diagnozi qo'yilgan bemorlarda nevrologik anamnez bilan birgalikda psixologik anamnez ham to'planganda, og'riqning paydo bo'lishi bilan ruhiy zo'riqish orasida bog'liqlikni topish mumkin. Psixogen radikulalgiyalar uchun og'riqning yilning ma'lum bir oyida yoki masvumda (masalan, kuz kelishi bilan) paydo bo'lishi xosdir. Bitta bemor 6 yildan buyon mezon kirdi deguncha belida og'riq paydo bo'lishidan shikoyat qilgan. Lekin unda organik nevrologik belgilar kuzatilmagan. Biroq psixogen radikulalgiyalar dastlab haqiqiy radikulit bo'lgan bemorlarda ko'p uchrashini ham e'tiborga olish kerak. Ba'zan vrachning o'zi xohlama-gan holda bemorda yatropatiyani yuzaga keltiradi, ya'ni bemor radikulit bilan xastalanadi, davolanadi va vrachdan «belni issiq tutib yurish, og'ir narsa ko'tarmaslik, og'riq paydo bo'lganda, darhol doktorga murojaat qilish» kabi ko'rsatmalar oladi. Bu maslahatlarga ayniqsa, nevrasteniya yoki psixoastenyaga chalingan bemorlar qattiq rioya qiladi va oqibatda ularda «kutish sindromi» rivojlanadi. Bu o'z vaqtida ipoxondriyaning shakllanishiga olib keladi: bemor tanasidagi har qanday og'riqqa, hatto bo'g'inlarda kuzatiladigan shaqillashlarga ham ortiqcha e'tibor bera boshlaydi. Natijada, psixogen og'riqlar paydo bo'ladi yoki yanada zo'rayadi.

Psixogen radikulalgiyalar ichida ayniqsa, bo'yin sohasida joy-lashgan og'riqlar alohida o'rin tutadi. Bemorlar, odatda, nevropatolog tomonidan bo'yin umurtqalarini rentgen qilib kelishga jo'natiladi.

Yoshi 30—40 dan oshgan bemorlarda bo‘yin umurtqalarida osteoxondrozning dastlabki belgilari aniqlanadi va bo‘yin sohasidagi og‘riqlar rentgendagi o‘zgarishlar bilan bog‘lanadi. Vaholanki, rentgenogrammadagi o‘zgarishlar hamma vaqt 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 muolajalardan yoki platseboterapiyadan keyin bir hafta ichida tuzalib ketadi. Bu holat bemorda *psixogen servikalgiya* borligidan dalolat beradi. Albatta, umurtqalarda o‘zgarishlarsiz kechadigan va faqat ildizchalarining o‘zi yallig‘lanishi bilan kuzatiladigan haqiqiy radikulitlar bundan istisno.

Shuningdek, bo‘yindagi og‘riqlarning bosh aylanishlar bilan birga kelishi va buning ustiga rentgenda osteoxondroz aniqlanishi «bo‘yin osteoxondrozi sababli rivojlangan vertebrobazillyar sindrom» tashxisini qo‘yishga asos bo‘la olmaydi. Bu niqoblangan depressiyaning bir klinik ko‘rinishi bo‘lishi mumkin, xolos. Buni isbotlash uchun psixologik anamnez yig‘ish va to‘la klinik-paraklinik tekshiruvlar o‘tkazish lozim. Faqat kuchli rivojlangan osteoxondroz yoki umurtqa suyaklari anomalialari, osteofitlarning umurtqa arteriyalarini bosib turishlari vertebrobazillyar sindromni yuzaga keltirishi mumkin. Bu tashxisni aniqlash yoki tasdiqlash uchun bitta rentgenogrammaning o‘zi kifoya emas, bu yerda angiografiya, dopplerografiya va MRT—angiografiya tekshiruvlari xulosasi kerak bo‘ladi.

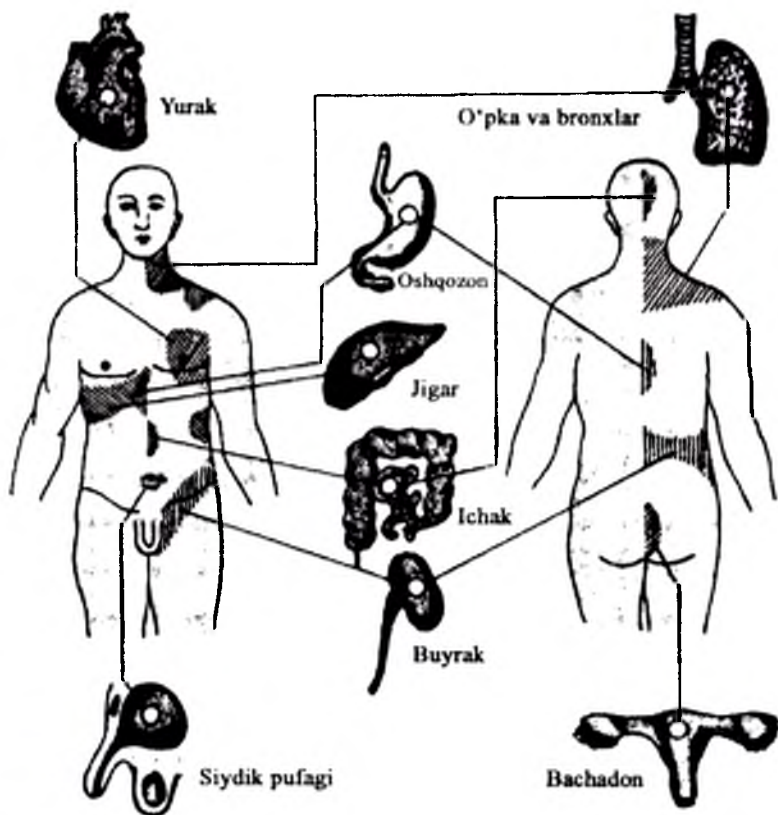
10.2.5. Psixogen giperesteziya

Psixogen giperesteziya psixoasteniyasi yoki nevrasteniyasi kasalliklarining asosiy simptomlaridan biri sanaladi. Bunday bemorlar tashqi odatiy ta’sirlarga shu qadar sezgir bo‘lishadiki, ularni quyoshning nuri, shamolning biroz qattiq esishi, avtomobillarning tovushi, telefonning yoki eshikdagi qo‘ng‘iroqning jiringlashi, bolalarning shovqin-suroni ham juda bezovta qiladi. Odatda, bunday bemorlar har qanday tovushdan eti jimirlab ketishini, tanasini xuddi tok urgandek bo‘lishini, boshi qattiq og‘rib ketishini ta’kidlashadi. Ularning tanasiga qo‘l tekkizib bo‘lmaydi. Ularni vrach tekshirayotganda, doimo seskanib turishadi, tanasiga qo‘l bilan tekkani qo‘yishmaydi, chunki og‘riq kuchayib ketishidan qo‘rqishadi. Agar vrach «tekshirmasdan turib men sizga diagnoz qo‘ya olmayman» desa, bemor

vrachning qo'lini o'zi ushlab tanasining og'riydigan joylariga olib boradi. Bunday bemorlarda tananing eng sezgir joylari, odatda bosh va oyoqlar hisoblanadi.

Tanadagi giperesteziya sohalari ichki a'zolar kasalliklari sababli ham bo'lishi mumkin va ular tananing hamma joyida emas, balki ma'lum bir sohalarida kuzatiladi. Bu sohalar *Xed-Zaxarin sohalari* deb ataladi (31-rasm).

Psixogen giperesteziyalar ayniqsa, bosh terisida yaqqol ifodalangan bo'ladi. Psixonevroz bilan xastalangan bemorning boshini tekshirayotgan vrachning qo'lini bemor itarib yuborgan. U boshida



31-rasm. Xed-Zaxarin sohalari. Ichki a'zolar kasalliklarida terida kuzatiladigan iperesteziyalar.

qattiq ogʻriq paydo boʻlganidan shikoyat qilib, doktor qabulida 10 daqiqagacha oʻtirib qolgan. Oradan 3—4 daqiqa oʻtgach «ogʻriq oʻtib ketdimi, yoki biror ogʻriq qoldiradigan dori beraymi» deb soʻralganda bemor: «Yoʻq, hozir oʻzi oʻtib ketadi, nega mendan soʻramasdan boshimni bosib qoʻydingiz» deb vrach yordamidan voz kechgan.

Yana bitta bemorning tizza refleksi nevrologik bolgʻacha bilan tekshirilayotganda, bemorning oyogʻida kuchli ogʻriq paydo boʻlib, yura olmay qoladi va birozdan keyin oʻtib ketadi. Psixogen giperesteziyalar uchun ogʻriqlarning aynan tanadagi sezgir nuqtalarda paydo boʻlishi xosdir. Masalan, trigeminal nuqtalarda, oyoqlardagi nerv stvollari sohasidagi nuqtalarda va hokazo. Baʼzan bexosdan aytib qoʻyilgan soʻzdan yoki tashxisdan keyin bemorlarda yatropatik xususiyatga ega boʻlgan turli ogʻriqlar va giperesteziyalar paydo boʻlishi ham mumkin.

Biz oʻzimiz kuzatgan quyidagi ikkita bemor bunga misol boʻla oladi. D. ismli 18 yashar kelin oilada yuz bergan falokatdan keyin oʻziga-oʻzi pichoq uradi. Qorinning ikkita joyiga urilgan zarbadan bemor koʻp qon yoʻqotib, jarrohlik boʻlimiga tushadi. Bemorga shu zahoti koʻrsatilgan yordamdan keyin yosh kelinning hayoti saqlab qolinadi. Bemor tuzalib chiqadi, biroq uning ikkala oyogʻida ogʻriq paydo boʻlib, bu ogʻriq borgan sayin kuchayib boradi. Ikkala oyoqda falajlik paydo boʻladi. Bemorni nevropatologga koʻrsatishadi. U «pichoq orqa miyadagi nerv tolalarini ham shikastlagan» deb xulosa chiqaradi va davolash choralari tavsiya qiladi. Bemor bu diagnozni qoʻyarda-qoʻymay ota-onasidan bilib oladi va bemorning tanasidagi ogʻriqlar belda va oyoqlarda «toʻplanadi». Bemorning tanasida ogʻriq paydo qilish uchun uning tanasiga qoʻl tekkizish shart emas edi, chunki ogʻriqlar usiz ham, ayniqsa, tunda oʻz-oʻzidan paydo boʻlardil va bemor ogʻriq kuchidan qichqirib yigʻlab yuborardi. Bemor badanini hatto choyshab bilan ham yoqtirmas edi. Chunki «choyshab biror joyiga tegib tursa, ogʻriq kuchayardi». U qoʻrqqanidan oʻzining tanasiga oʻzi ham qoʻl tekkizmas edi. Bemor tanasida tez-tez va toʻsatdan paydo boʻladigan ogʻriqlarni kutib, ikkala qoʻli bilan toʻshakning chekkasidan mahkam ushlab yotardi. Shunisi eʼtiborliki, bemorga biror yordam kerak boʻlsa, faqat katta akasiga murojaat qilardi, boshqalarni (ota-onasini, ukalarini) yoniga yoʻlatmasdi. Bu holatni psixogen ogʻriqlarga qiyosiy diagnoz qoʻyganda eʼtiborga olish zarur. Nega bunday qilasiz, degan savolga bemor: «Akam hech joyimni ogʻritmasdan yordam beradi» deb javob bergan. Buning oqibatida

uyga kelgan vrachlarni ham yoniga yo'latmagan. Bemor bilan ikki kun mobaynida suhbat uyushtirilib, uning psixologik statusi tekshirildi. Bemor suhbat chog'ida har gal: «Meni davolasangiz hech joyimga tegmasdan davolaysizmi?», «Orqa miyam haqiqatan ham jarohatlanmaganmi?» deb so'rardi. Bemor bilan umumiy til topilgandan keyin, bemorda to'la nevrostatus tekshirildi, oradan bir necha oy o'tganiga qaramasdan, bemorning oyog'ida atrofiyalar yo'q edi, pay reflekslari saqlangan, sezgi buzilishlari ham yo'q edi (faqat umumiy gi peresteziyadan tashqari). Endi eng asosiysi bemorda yatrogeniya belgilarini yo'qotish va orqa miyada hech qanday jarohatlanish yo'qligiga ishontirish kerak edi. Bu vazifaning uddasidan chiqqanimizdan keyin bemor davolanishga katta ishonch bilan qarab, tavsiya qilingan barcha muolajalarni ola boshladi. Bemor, asosan, psixoterapevtik muolajalar hamda platseboterapiya usuli bilan davolandi va sog'ayib ketdi. Chunki og'riq va falajlik organik xususiyatga ega emasdi.

Ikkinchi voqea ham yatrogeniyaga yaqqol misol bo'la oladi. Bu voqea viloyat shifoxonalarining birida sodir bo'lgan edi. Uzoq yillardan buyon asab kasalliklari vrachi bo'lib ishlab kelayotgan doktor o'zining umr yo'ldoshiga «Disk churrasi» deb diagnoz qo'yadi. To'yda tinmay yumush qilgan 40 yoshdan oshib qolgan bu ayolning belida kuchli og'riq paydo bo'lib, ikki kundan keyin 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 rivoj oladi. Oddiy ukollarni ham dod-voylab oladigan bemor 5 oy mobaynida konservativ yo'l bilan davolanadi. Nihoyat, bemorning eri uni operatsiya qilishga roziligini oladi va bemorni Toshkentga olib keladi. Bemor neyroxirurgiya klinikasiga yotqiziladi va o'sha kechasi bemorga epidural og'riqsizlantirish qilinadi (chunki oddiy novokainli blokadalar yordam bermas edi). Ertasi kuni bemorga epidural miyelografiya 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 gi peresteziya va radikulalgiya aniqlanadi. Bemor maxsus davolash muolajalaridan keyin tuzalib ketadi.

Savol tug'iladi: yatropatiyalar uzoq (oylab, yillab) davom etishi mumkinmi? Ha, albatta davom etishi mumkin. Bemor qancha ko'p muvaffaqiyatsiz davolash usullari bilan davolansa, psixogen kasallik nafaqat uzoq vaqt davom etadi, balki zo'rayib ham boradi. Bu psi-

xogen sindromlar qancha uzoq davom etsa, davolash ham shuncha cho'ziladi degani emas. Diaqnoz to'g'ri aniqlangandan keyin bemorning psixologiyasiga moslab tuzilgan davo choralari shu zahoti yoki bir-ikki kun ichida foyda beradi. Kasallikning davomiyligi bu yerda ahamiyatga ega emas, aksincha, ruhiy ta'sir qilish kuchi ahamiyatlidir.

10.2.6. «Bezovta oyoqlar» sindromi

Bu sindromga XIX asr boshidayoq fransuz psixiatrlari e'tibor qaratishgan. «Bezovta oyoqlar» sindromi niqoblangan depressiyaning bir klinik ko'rinishi bo'lib, bu kasallikda kechasi va tunda oyoqda turli xil paresteziyalar paydo bo'ladi, ular kunduz kuni va harakat qilgan paytlarida o'tib ketadi. Bemorlar oyog'iga xuddi birov nina bilan sanchgandek, tovonning tagi yonib turgandek, go'yoki oyoqlarining ustiga qizib turgan qum sepib qo'yilgandek sezishadi, oyoqlari bir qizib, bir sovib ketadi. Bularning hammasi tunda boshlanadi, bemorlar uxlay olmay xonama-xona yurib chiqadilar. Tong otishi bilan esa bu belgilar yo'qoladi. Kunduzi bemor hech narsaga shikoyat qilmaydi. Bu bemorlarning nevrologik statusida organik belgilar aniqlanmaydi. «Bezovta oyoqlar» sindromi affektiv buzilishlar bilan kechadi va uni organik kasalliklarda uchraydigan og'riqlardan ajratib turadi.

Nazorat uchun savollar

1. Psevdonevrologik va psixosomatik sindromlar deganda nimani tushunasiz?
2. Psixogen bosh og'rig'i nima?
3. Psixogen bosh aylanishi nima?
4. Psixogen bel og'riqlarning klinikasini gapirib bering.
5. Psixogen giperesteziya deganda nimani tushunasiz?
6. «Bezovta oyoqlar» sindromi nima?

10.3. Psixosomatik sindromlar

Psixosomatik sindromlarning tibbiy amaliyotda ko'p uchraydigan turlari bilan tanishib chiqamiz:

1. Psixogen kardialgiyalar.
2. Yurak ritmining psixogen buzilishlari.
3. Psevdoevmatizm.

4. Psixogen astma.
5. Oshqozon-ichak sistemasining buzilishlari.
6. Psevdurologik sindromlar.
7. Psixogen jinsiy buzilishlar.
8. Psevdermatologik sindromlar.

10.3.1. Psixogen kardialgiyalar

Ko'krak qafasining chap tomonidagi har qanday sezgilar (uvi-shish, og'riq) bemorlar tomonidan katta xavotirlik bilan qabul qilinadi. Negaki, bu yerda yurak joylashgan. Mabodo boshimiz og'rib qolsa, bemalol analgin yoki sitramon ichib ishga ketaveramiz (ba'zan, ichmasdan ham), lekin yurak sohasida og'riq sezsak, darrov doktor chaqiramiz, kardiogramma qildiramiz, «hammasi joyida, yuragingiz biroz siqilibdi, xolos» degan xulosani eshitganimizdan keyingina tinchlanamiz. Chunki, ko'pchilik odamlar uchun «yurak» tushunchasi, «hayot» tushunchasining sinonimidir.

Yurak sohasidagi og'riqlarning sababi hamma vaqt ham yurak kasalligi hisoblanadimi? Yana qanday kasalliklar yurak sohasida og'riq keltirib chiqaradi?

Yurak sohasidagi og'riqlarni, ya'ni kardialgiyalarni keltirib chiqaruvchi kasalliklarni uchta asosiy guruhga ajratish mumkin. Bular: 1) yurak kasalliklari; 2) niqoblangan depressiya; 3) vertebrogen va miofassial sindromlar. Demak, kardialgiyalarning sababini aniqlash uchun kardiologik tekshiruvlarning o'zi yetarli emas. Vertebrogen kasalliklar bemorda chuqur nevrologik tekshiruvlar o'tkazishni, depressiv sindromlarning ko'payganligi esa psixologik tekshiruvlar o'tkazish lozimligini taqozo qiladi.

Rivojlangan davlatlarning kardiologiya klinikalariga yurak sohasidagi o'tkir og'riqdan shikoyat qilib, «stenokardiya» yoki «miokard infarkti» diagnozi bilan «tez yordam» mashinasida olib kelingan bemorlarning deyarli yarmida diagnoz tasdiqlanmagan va bu og'riqlar psixogen xususiyatga ega bo'lib chiqqan. Hattoki ba'zi mualliflarning (Katon W. J., 2000) ma'lumotiga ko'ra, kardialgiyalar bilan ambulatoriyalarga murojaat qiluvchilar soni 80 foizga yetar ekan. Shuning uchun ham yurak sohasidagi og'riqdan shikoyat qilgan har qanday bemor psixologik va kardiologik tekshiruvlardan o'tishi lozim. Demak, bu ikkala tekshiruvning birgalikda olib borilishi esa maqsadga muvofiqdir.

Psixogen kardialgiyalar boshqa affektiv buzilishlar bilan birgalikda kuzatiladi. Bular — o‘lim qo‘rquvi, «yurakka havo yetishmasligi», yurakning tez-tez yoki «to‘xtab-to‘xtab» urishi, yurakning «qizib ketishi yoki muzlab qolishi», «yuragining tomoqqa tiqilishi» va shu kabi simptomlardir. Psixogen kardialgiyalarda bemorlar yurak sohasidagi bitta nuqtani barmog‘i bilan ko‘rsatishadi. Bu nuqta, asosan, yurak uchiga to‘g‘ri keladi, bunda og‘riq bitta joyda doimo yoki ko‘chib-ko‘chib turadi. Og‘riq joylashgan sohada kuchli psixogen giperesteziyaham aniqlanadi. Buni *kardiosenestopatik sindrom* deb ham atashadi. Haqiqiy stenokardiyada esa odatda, psixogen giperesteziya kuzatilmaydi. Og‘riqning orqa kurak atrofiga berishi «stenokardiya» diagnozini tasdiqlashga yoki inkor qilishga sababchi bo‘ladi. Yurak sohasidagi og‘riq bir nuqtadan boshlanib, butun bir ko‘krak qafasining yarmini egallab oladi, keyin chap qo‘lga tarqaydi va boshning ensa sohasiga hamda oyoqqa qarab yo‘naladi, deb ta‘riflashadi bemorlar og‘riqning yo‘nalishini. Bu paytda havo yetishmay qoladi, bo‘g‘iladi va til tagiga tashlangan nitroglitserin ham yordam bermaydi, tinchlantiruvchi dorilar esa bemor ahvolini yengillashtiradi. Ba‘zan bemorlarni shifoxonaga olib borib, barcha zarur tekshiruvlarni qilmaguncha, yurak sohasidagi og‘riq o‘tib ketmaydi. Bemor kardiologik tekshiruv xulosalarini intiqlik bilan kutadi, yurak kasalligi tasdiqlanmagan sayin yurak sohasidagi og‘riq kamayib boraveradi.

Psixogen kardialgiyalar stenokardiya va miokard infarktidan farqli o‘laroq, uzoq davom etadi va nitratlardan keyin, jismoniy ishni kamaytirgandan keyin o‘tib ketmaydi. Ayniqsa, anamnezida uzoq yillardan (20—30 yoshligidan) buyon yurakdagi og‘riqlardan shikoyat qilib keladigan bemorlarda uchraydigan kardialgiyalar, odatda, yurak ishemik kasalligi hisobiga kuzatilmaydi. Psixogen kardialgiyalarda ipoxondriya va fobiya shakllanadi: ular yurak urishini nazorat qilib yurishadi, o‘lib qolishdan qo‘rqishadi (35 yashar ayol 5—6 oy ichida uyidagilar bilan bir necha bor vidolashgan va kardiologik tekshiruvlardan o‘tgan).

Bo‘yin-ko‘krak osteoxondrozida yurak sohasidagi og‘riqlar bosh yoki tanani yon tomonlarga burganda, egilib-tik turganda, yo‘talganda va qattiq aksirganda kuchayadi. Umurtqa suyaklarini va paravertebral nuqtalarni bosganda, og‘riq kuchayadi, zararlangan orqa miya ildizchalari innervatsiya qiladigan sohalarda sezgi buzilishlari (ko‘pincha gipesteziyalar) kuzatiladi. Spondilogrammada osteoxondroz belgilarining topilishi diagnozni tasdiqlaydi.

Miofassial ogʻriqlar koʻkrak mushaklarining zararlanishi natijasida rivojlanadi. Bunda zararlangan mushaklar ustini bosganda, kuchli ogʻriqlar kuzatiladi, mushaklar biroz shishgan boʻladi. Trigger nuqtalariga novokainli blokada qilinganda ogʻriq kamayadi yoki tarqab ketadi.

10.3.2. Yurak ritmining psixogen buzilishlari

Yurak ritmining psixogen buzilishlari, odatda, yurak urishining tezlashuvi bilan ifodalanadi. Bu paytda yurak urishlari minutiga 100—120 gacha yetadi va koʻpincha oʻlim vahimasi bilan kechadi. Bunda bemorlar yurakning har bir urishini aniq sezib turadi. Nafas yetishmaydi, sovuq terga botadi, oyoqlari titraydi va bemor, odatda, yotib oladi. Yurak ritmining psixogen buzilishlari, jismoniy zoʻriqishlardan keyin emas, balki hissiy zoʻriqishlardan keyin paydo boʻladi.

Affektiv-*i*poxondrik bemorlar oʻzlarining odatdagi ishlash yoki yashash uslubini oʻzgartirishsa, uzoq vaqt transportda yurishsa yoki hissiy va aqliy zoʻriqishlarga olib keluvchi har qanday vaziyatlarda yurak urishlari tezlashib ketadi. Ular yozning issiq kunlarini yomon oʻtkazishadi, doimo salqin joyga intilishadi, asosan kunning ikkinchi yarmida yurak urishi kuchayadi va nafas yetishmaydi. Ovqatni (ayniqsa, xamir ovqatni) toʻyib yeyish, mehmonda uzoq vaqt qolib ketish ham yurak urishlarining kuchayishiga olib keladi. Psixogen taxikardiyalarda EKG da organik oʻzgarishlar kuzatilmaydi. Bemorlarda simpatik tonusning oshishi sinusli taxikardiya, parasimpatik tonusning oshishbi sinusli bradikardiya bilan namoyon boʻladi. Odatda, bradikardiya kam uchraydi va qon bosimining tushib ketishi, bosh aylanishi, ichak peristaltikasining kuchayishi bilan kechadi. Bu bemorlarda yurak sohasi «qotib qolgandek», yurak urishdan «toʻxtagandek» tuyuladi, nafas yetishmaydi, boʻgʻilib yordamga chaqira boshlaydi. Yurak urishlarning funksional tarzda oʻzgarishi affektiv holatlarda koʻp kuzatiladi. Psixogen taxikardiya unga qarshi dorilar bilan davolanganda emas, balki sedativ dorilar yoki antidepressantlar berilganda kamayadi.

10.3.3. Psevdoevmatizm

Oyoq va qoʻllarda, turli boʻgʻimlarda har xil ogʻriqlardan shikoyat qiluvchi bemorlar son-sanoqsizdir. Boʻgʻimlar sohasidagi ogʻriqqa shikoyat qilib «bod» (revmatizm) tashxisi qoʻyilgan bemorlarni keyinchalik yana chuqur klinik va laborator tekshiruvlardan oʻtkaz-

ganda, ularning deyarli yarmisida bu og'riqlar nevrogen xususiyatga ega bo'lib chiqqan. Hozirgi gipodinamiyaasrida artralgiyalar dolzarb muammo bo'lib, niqoblangan depressiyaning yaqqol, hamma vaqt ham aniqlash qiyin bo'lgan belgilaridan biri bo'lib qolmoqda. Suyak va bo'g'imlarda kuzatiladigan va hadeb o'tib ketavermaydigan artralgiyalar, odatda, boshqa psixonevrologik simptomlar bilan birga kechadi. Aksariyat atoqli nevrologlar «serebral revmovaskulit» diagnozini qo'yish ko'pchilik shifoxonalarda, ayniqsa, poliklinikalarda odat tusiga aylanib ketganligini, bu diagnozni qo'yish uchun boshdagi, yurak sohasidagi va bo'g'imlardagi og'riqlarning o'zi yetarli emasligini, bu belgilar nevrotik xususiyatga ega bo'lishi mumkinligini ta'kidlab o'tishgan. Ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, poliklinikalar va statsionarlarda «revmovaskulit» va «revmokardit» diagnozlari 50—60 foiz hollarda noto'g'ri bo'lib chiqqan. Hozirgi davrda ham bu muammo dolzarb bo'lib qolmoqda. Ba'zan anamnezida bod kasalligi mavjudligini asos qilib hamda psixogen xususiyatga ega bo'lgan bosh og'riqlar, psevdonevrologik, psevdokardiologik belgilar hamda EEG, REG dagi funksional o'zgarishlarga qarab, aniq ifodalangan nevrologik belgilarni topmasdan, eksperimental va gistomorfologik tekshiruvlar o'tkazmasdan, jiddiy xulosalar qilib, klinik diagnoz qo'yish holatlari kuzatilib turadi. XX asning 70-yillarida aksariyat nevrologlar serebral revmovaskulitda bosh miya qon tomirlarida va uning atrofidagi nerv to'qimalarida chuqur organik o'zgarishlar kuzatilishi va aniq ifodalangan nevrologik belgilar aniqlanishini ko'rsatib o'tishgan. Hozirgi kunda nevrologlar «serebral revmovaskulit» atamasi mavhum tushuncha ekanligini aytishmoqda, chunki u bosh miya qon tomirlarida kechadigan organik o'zgarishlarni va shu sababli kelib chiqadigan klinik sindromlarni aniq ta'riflab bera olmaydi.

Psixogen og'riqlar faqat bo'g'imlarda kuzatilmasdan, suyaklarga, mushaklarga tarqab, bemorning harakat qilishiga butunlay xalaqit berishi mumkin. Uzoq vaqt bir xil holatda turib qolish, stanok yonida bir necha soat tik turib ishlash bemorda oyoqdagi og'riqlarni kuchaytiradi. Ikkala oyog'imga xuddi tosh osib qo'ygandek, yurayotganda oyoqlarimni qimirlata olmayman, qadam tashlagan sayin yurishim qiyinlashib boraveradi, deb shikoyat qiladi bemorlar. Bunday bemorlar, ko'pincha, «oyoqda venoz qon aylanishining buzilishi» xulosasi bilan angioxirurglarga yuboriladi. Ular bu yerda davolanadi yoki yana qaytadan «nevroz» diagnozi bilan nevropatologga yuboriladi. Psixogen artralgiyalar va mialgiyalar uchun og'riqlarning ko'chib

yurishi juda xosdir. Bu ko'chib yurish aniq bir nerv tolasi bo'ylab emas, balki betartib yo'nalishda namoyon bo'ladi: og'riq bo'g'imdan tepaga yoki pastga qarab, ba'zan boshqa sohalaridan bo'g'im tomonga qarab yo'naladi. Bemor o'z og'riqlariga ta'rif berayotganda hech joyi og'rimay turadi yoki og'riqlarni sezmaydi. Bemor shikoyatlarini aytib bo'lgandan keyin doktor tekshirishga kirishsa, og'riq yana paydo bo'ladi. Bunga psixogen og'riqlar bilan organik xususiyatga ega bo'lgan og'riqlarni qiyoslash paytida, albatta, e'tibor berish kerak.

Psixogen artralgiyalarda bo'g'imlarda shish paydo bo'lib, hattoki bo'g'im atrofiga suyuqlik to'planishi mumkin. Bu manzara og'riq kuchli bo'lgan paytlarda yuz beradi. Shunisi e'tiborliki, bu «o'tkir bo'g'im sindromi» affektiv buzilishlarda aniq bir vaqtda ro'y beradi, ya'ni bemorlar navbatdagi xurujning vaqtini aniq aytib bera olishadi (masalan, har uch kunda, har haftada). Yallig'lanishga qarshi davo choralari o'tkazilmasa-da, bu sindrom o'tib ketadi. Ba'zan tashxis tasdiqlanmasdan, faqat og'riqning kuchini asos qilib olib, bo'g'im bo'shlig'idan suyuqlik olinadi va uning ichiga garmon yuboriladi. Bu muolaja ikki-uch marta takrorlangandan keyin o'ta toza bo'lgan bo'g'im yorig'iga infeksiya tushib, haqiqiy yallig'lanish jarayoni boshlanib ketadi.

Ba'zi hollarda artralgiyalarning sababi affektiv buzilishlar ekanligi aniqlanmasdan, konservativ usul yordam bermagandan keyin bemorlarga jarrohlik usullari tavsiya qilinadi. XIX asrning mashhur nevrolog olimlaridan biri H. Oppenheim (1894) shunday bir voqeani misol keltiradi. «Menga tizza bo'g'imini rezeksiya qilish tavsiya qilingan bitta bemorni ko'rsatishadi. Lekin jarrohlardan bittasining tavsiyasi tufayli bemor operatsiyadan oldin menga maslahatga yuboriladi. Ikkita qo'ltiq hassada kirib kelgan bemor biroz vaqtdan keyin 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 voqea bizning tajribamizda ham ro'y bergan edi. Viloyatdan A. ismli 15 yashar qizni travmatologiya-ortopediya bo'limiga davolanishga yuborishadi. Bu yerda manzara boshqacharoq edi. Bemorning hech joyi og'rimasdi, u faqat oyoqlarini tizza bo'g'imida buka olmas edi, xolos. Kasallikning boshlanganiga uch oy bo'lib, qilingan barcha choralar yordam bermaganligi sababli, bemorni Toshkentga davolanishga yuborishadi. Unga turli tashxislar qo'yilgan edi: «revmatoid artrit», «revmatizm», «bo'g'imlar orasiga suyak o'sib chiqqan» va hokazo. Lekin rentgenogrammada tizza bo'g'imlarida hech qanday patologik o'zgarish

yo'q edi. Bunga viloyatdagi doktorlar ham e'tibor qilishgan, albatta. Lekin davolash muolajalari yordam bermayotgani sababli bemorni markazga maslahatga yuborishgan. Bemor tashqi ko'rinishidan juda tinch, o'ziga bino qo'ygan, yoshiga qaraganda gavdali edi. Uning otasidan (bemor otasi bilan kelgan edi) qizning xulq-atvori haqida so'raganimizda, qiziga ijobiy ta'rif bergan edi: «Uydagi hamma ishlarni qiladi, onasiga qarashadi, lekin sal erkaroq, aytganini qildiradi». Qizda kasallik boshlanishidan oldin ruhiy siqilishlar bo'lganmi, deb so'raganimizda, otasi yo'q, deb javob berdi. Biz bemorni xonada yurgizib, kursida o'tqazib va karavotda yotqizib tekshirib ko'rdik. Bu harakatlarni u ikkala oyog'ini tizzasida bukmasdan bajardi. Bemorning otasidan qizning kechqurun uxlaganda oyoqlari qay 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. Bizda kasallik psixogen xususiyatga ega ekanligiga hech qanday shubha qolmadi. Bemorga shu kunning o'zidayoq, psixologik suhbatdan keyin davolash muolajasini boshladik. Bu yerda ham platseboterapiya usulini qo'lladik, ya'ni bemorga «Germaniyada ishlab chiqarilgan, tizzani darrov bukib-ochib yuboradigan dorini shpritsga tortib tizza qopqog'ining atroflariga yuborishimizni» va bemorning tizzasini 10 daqiqadan keyin qizib ketishini, ana shunda uning o'zi asta-sekin tizzasini bukib-ochishi kerakligini uqtirdik. Xuddi kutganimizdek, 10 daqiqadan keyin bemor ikkala tizzasining qizib borayotganini aytdi. Biz unga tizzasini endi bukib-ochishi zarurligini qattiq tayinladik. Bemor bizning talabimizni bajarib, bemalol xonada yura boshladi.

Ikki kundan keyin bizga qizning onasi qo'ng'iroq qilib, muhim bir ma'lumotni berdi. Ma'lum bo'lishicha, qiz otasidan dugonasi-nikiga o'xshash qimmatbaho palto olib berishini so'ragan. Otasi rad javobini bergan va qizini urishgan. Onasi ham otasining tarafini olgan. Qiz yig'lab-yig'lab uxlab qoladi va ertalab tursa, ikkala oyog'i ham qotib qolgan bo'ladi. Tabiiyki, ota-ona qizidagi bu holatni kechagi janjal bilan bog'lamagan va qizimizning oyoqlari «shamollab» qolibdi, deb kasalxonaga yugurishgan. Bu voqea otasining esidan chiqib ketgan, onasi esa faqat biz «ruhiy siqilishlar bo'lmaganmi», deb so'raganimizdan keyingina shu voqeani esladi.

Bunday psixogen buzilishlar yosh bolalarda ham bo'ladi. Uch yoshdan sal oshgan bola yugurib o'ynab yurgan paytida qattiqroq

yiqlib tushadi va chap oyog'ining sonidan lat yeydi. Og'riqdan oyog'ini qimirlata olmay qoladi, qattiq yig'laydi. Bolani o'sha zahoti kasalxonaga olib borib, travmatologga ko'rsatishadi. Oyog'i rentgen qilinganda, bolada suyakning singan belgilari topilmaydi. Lekin bolaning oyog'i ozgina lat yegan edi, shuning uchun bolaga og'riqsizlantiruvchi ukollar qilib, lat yegan joyni bog'lab uyiga jo'natiladi. Bolani bir hafta mobaynida ehtiyot qilish, iloji boricha oyoqni avaylash buyuriladi. Bir hafta doktorning tavsiyalari bajariladi va bola iloji boricha qo'lda ko'tarib yuriladi. Lat yegan joy butunlay bitib ketadi. Doktor bog'lamlarni olib tashlaydi va bolani yerga qo'yib «endi o'zing yurgin» deydi. Bola bu iltimosni rad qilib, chinqirib yig'lab onasiga yopishadi. Onasi bolani ko'tarib olgandan keyin 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 turar edi. 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. 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 koptokning izidan yugurib ketdi.

Bo'g'im sohasidagi og'riqlarga shikoyat qiladigan bemorlarning psixologik statusini yaxshilab tekshirmasdan, ularni kuchli antibiotiklar, gormonlar, salitsilatlar, fizioterapevtik muolajalar bilan uzoq vaqt muvaffaqiyatsiz davolashlar poliklinika va statsionarlarda uchrab turadi. Bunday uslubda ishlaydigan vrachlarni mix kirib yorilgan

ballonning teshigini, mixni olib tashlamasdan, har xil zamonaviy bo'yoqlar, yelimlar bilan yopishga uringan ustalarga o'xshatishgan. Xo'sh, unda qanday qilib bemorda psixogen artralgiya borligini aniqlash mumkin? Gap shundaki, hozirgi davrda psixogen artralgiya, ko'pincha, tasodifan yoki «revmatizmga» qarshi dorilar foyda bera-vermaganidan keyingina aniqlanadi. Bu davrda bemor deyarli barcha mutaxassislarda bo'lib chiqadi va nihoyat, unda psixogen artralgiya borligi aniqlanadi. Shuning uchun ham ba'zi mutaxassislar artralgiya aniqlangan bemorlarni psixiatr yoki nevropatologga ko'rsatish zarurligini aytib o'tishgan.

Revmokardit haqida so'z yuritadigan bo'lsak, bu yerda ham differensial diagnoz muammolari ko'ndalang turadi. Yurak sohasidagi og'riqlar, funksional sistolik shovqin va psixogen gi pertermiya qonda o'tib ketuvchi leykotsitoz (neytrofilezsiz), ECHR oshishi va tana haroratining 37–37,5° gacha ko'tarilishi revmokardit diagnozini qo'yishga asos bo'la olmaydi (V.A.Nasonova, M.G.Astapenko, 2000).

4-jadval

Psixogen artralgiya va bo'g'imlarning yallig'lanish kasalliklari solishtirma diagnozi (V.D.Topolyanskiy, M.V.Strukovskaya, 2001)

Simptomlar (sindromlar)	Psixogen poliartralgiya	Bod kasalligi	Revmatoid artrit
1	2	3	4
Artralgiyalar	Affektiv buzilishlarda paydo bo'ladi yoki kuchayadi, ya'ni kayfiyatga bog'liq bo'ladi	Kasallikning o'tkir bosqichida kuchayadi	Doimo erta rivojlanadi
Og'riqning xususiyati	Ko'chib yuruvchi xususiyatga ega, kechasi yoki tunda paydo bo'ladi, yengil jismoniy ishdan keyin pasayadi	Og'riq harakat paytida kuchayadi, obhavoga bog'liq bo'ladi	Ertalab og'riq kuchli bo'lib, bo'g'imlarni qimirlatgani qo'ymaydi, kechga borib esa pasayadi

1	2	3	4
Artralgiyaning joylashuvi	Barcha bo'g'imlarda (shu jumladan umurtqa pog'onasida ham)	Yirik simmetrik joylashgan bo'g'imlarda (tizza va tovon bo'g'imlarida)	Qo'l va oyoqlarning simmetrik joylashgan kichik bo'g'imlari
Bo'g'imning organik zararlanish belgilari	Bo'lmaydi	Kasallikning o'tkir davrida kuchli rivojlangan bo'ladi	Bo'g'imlar deformatsiyasi, ankiloz, atrof-dagi mushaklar atrofiyasi
Rengtgenologik o'zgarishlar	Kuzatilmaydi	Sust rivojlangan	Osteoporoz; bo'g'im yorig'ining torayishi va yuzasining patologik o'zgarishi
Yurakning organik zararlanish belgilari	Xos emas	Revmokardit, yurak illati va yurak yetishmovchiligi belgilari	Odatda xos emas; yengil miokardit, perikardit belgilari bo'lishi mumkin
Qonning laborator ko'rsatkichlari	Xos emas	Neytrofil leykotsitoz; ECHR oshishi; giperfibrinogenemiya; ASLO ASK titrlarining oshishi, S — reaktiv oqsilning paydo bo'lishi	O'tkir davrida neytrofil leykotsitoz, ECHRning va fibrinogenning oshishi, S — reaktiv oqsilning paydo bo'lishi

1	2	3	4
Kasallikning kechishi	Qisqa yoki uzoq vaqt davom etuvchi va ruhiy zo'riqishlarda kuchayuvchi, sedativ dorilardan keyin qoluvchi og'riqlar	Kuz va bahor oylarida qo'zg'aluvchi; kechishi davolash natijalariga bog'liq	Faslga bog'liq bo'lmagan holda zo'rayib boruvchi, patologik jarayonning yangi bo'g'imlarga o'tishi
Yallig'lanishga qarshi dori-darmonlarning ta'siri	Ta'siri kam	3-4 kundan keyin ahvol yaxshilana boshlaydi	Ijobiy natija beradi
Psixoterapiyaning ta'siri	Juda katta	O'tkir davrida deyarli yordam bermaydi	Kam yordam beradi

10.3.4. Psixogen astma

Psixogen astma o'tkir va surunkali siqilishlardan keyin kuzatiladigan xurujsimon kechuvchi nafas bo'g'ilishidir. O'tkir stress va hissiy zo'riqishlardan so'ng nafas yetishmovchiligi, bo'g'ilish kabi holatlar nevrozga chalingan bemorlarda ko'p uchraydi. Psixogen bo'g'ilish uchun o'ta xos bo'lgan simptomlardan biri, nafas chiqarishdan ko'ra, nafas olishning qiyinligidir; ular «to'yib nafas ololmasliklariga, havo o'pkasining oxirigacha yetib bormasligiga» shikoyat qilishadi. Bu holat keyinchalik surunkali tus olishi mumkin va bemorda xuddi astma kasalligiga o'xshash xurujlar kuzatila boshlaydi.

Xo'sh, psixogen astma haqiqiy astmadan nimasi bilan farq qiladi? Psixogen bo'g'ilishlar tomoqning qurib qolishi, qichishi, ko'krakning siqilishi, nafas yo'llarining torayishi kabi turli xil belgilar bilan kechadi. Psixogen bo'g'ilishlar uchun tik turganda bemalol nafas olish, yotganda esa bo'g'ilish juda xosdir. Shu narsaga ahamiyatni qaratish lozimki, bo'g'ilish chalqanchasiga yotganda paydo bo'ladi, chap va o'ng tomonga qarab yotganda kuzatilmaydi. Barcha psixogen

buzilishlar singari psixogen bo'g'ilishlar ham ko'pincha, kechasi va tunda kuzatiladi. Bizning nazoratda turgan bir bemor «tunda doimo bo'g'ilib uyg'onib ketsam, chalqancha yotgan bo'laman, shuning uchun uxlamochi bo'lsam, yonboshlab, devorga suyanib yotib olaman», degan edi.

Xuddi affektiv-nevrotik buzilishlarning boshqa simptomlari kabi nafas olishning buzilishlari ham unga e'tibor ortiqcha qaratilganda kuzatiladi. Professor V.F.Zelenin talabalarga ma'ruza o'qiyotgan paytida, ulardan nafas olishini nazorat qilib turishlarini buyurgan. Ikki-uch daqiqadan so'ng kimning nafas olishi qiyinlashganini so'rsa, talabalarining yarmi qo'lini ko'targan. Talabalar nisbatan sog'lom guruhga kiradi, demak, bemorlarda bundan ham ko'p ko'rsatkich kuzatilishi tabiiy hol, albatta. Chunonchi, nevrozga chalingan bemorlarning ko'pchiligi o'zida kechayotgan holatlarni doimo nazorat qilib borishadi. Statistika ma'lumotlariga ko'ra, asab tizimining funksional kasalliklarida bemorlarning 76 foizigacha nafas yetishmovchiligidan shikoyat qiladi.

Ipxondriyaga chalingan bemorlarning deyarli barchasi doimiy yoki vaqti-vaqti bilan bo'ladigan nafas yetishmovchiligidan shikoyat qiladi. Shuning uchun ham N.Highmore (1651) nafas yetishmovchiligini ipoxondriyaning asosiy belgisi deb hisoblagan. «Bo'g'ilib qolish, nafas yo'llariga biror narsa tiqilib qolgandek bo'lishi, nafas olish juda og'ir ekanligi»dan shikoyat qilish, ayniqsa, yosh bemorlar orasida ko'p kuzatiladi. Mabodo bu belgilar xurujsimon bo'lib kelsa, ba'zi hollarda bemorlarga «bronxial astma» tashxisi qo'yiladi.

Quyidagi voqea bunga yaqqol misol bo'la oladi. Bizga 20 yashar yigitni ko'rsatishdi. U allergologiya bo'limida «bronxial astma» tashxisi bilan davolanib kelardi. Bemor juda ozib ketgan, har 30 daqiqada qo'lidagi berotekni og'ziga sepib nafas olishini osonlashtirardi. Bo'g'ilishning har 30 daqiqada paydo bo'lib turishi bizning e'tiborimizni qaratdi va qo'yilgan tashxisga shubha uyg'otdi. Tibbiy anamnezi bilan birgalikda, bemorning psixologik anamnezi ham 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 bor-yo'g'i bitta bola bo'lganligi uchun ota-onasi bolasining har bir xarxashasiga ko'nikib, bajarib kelishgan. Bolaning yoshligidan asabi buzilsa, nafasi bo'g'ilib qoladigan bo'lgan. Biroq, bolaning psixonevrologik statusi tekshirilmasdan, unga bolalik davridan

buyon «astma» tashxisini qo‘yib, davolab kelingan. Borib-borib, xurujlarni oddiy dorilar bilan to‘xtatish qiyinlashadi va bemorga gormonal dorilar (berotek) tavsiya qilinadi. Lekin bu dorini ham bemor doimo ishlatmagan (ba‘zan oylab). Bemor yana bir bor tajribali allergologga ko‘rsatiladi va «bronxial astma» tashxisi inkor qilinadi.

Bemorning psixologik statusini yaxshilab o‘rganib chiqqandan keyin 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 mumkinligini, shuning uchun ham bu dorini qanday bo‘lmasin boshqa doriga o‘zgartirish zarurligini» uqtirdik. Gap shundaki, bemorga berotekni yozgan doktor «mana shu dori sening asosiy doring, bu astmaning har qanday turida og‘izga sepgan zahoti bo‘g‘ilishni to‘xtatadi» deb aytgan. Bu yerda shu narsani alohida ta‘kidlash lozimki, bo‘g‘ilishni berotekning kuchi emas, balki doktor aytgan so‘zlar («sizga faqat shu dori yordam beradi») to‘xtatgan.

Bemor bilan umumiy til topishgandan so‘ng berotekni boshqa doriga o‘zgartirishga uni ko‘ndirdik va maxsus dorini og‘izga sepsa bo‘ladigan idish topib, 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 ikki soat ichida to‘rt marta «astma» xuruji kuzatildi va biz tavsiya etgan «dori» bilan to‘xtatildi. Shu yo‘sinda astmaning psixogen xususiyatga ega ekanligi yana bir bor tasdiqlandi.

Endigi muammo bu dorini ham qo‘llamaydigan qilish va bemorning fikridan «astma» so‘zini umuman olib tashlash edi. Bir-ikki kundan keyin 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 qolsa, uning sog‘lig‘iga tuzatib bo‘lmas putur yetkazib qo‘yishimiz mumkinligini angladik. Bemorga bu dorini yana bir hafta ishlatishini, undan keyin biz unga xuruj paytida tilning tagiga tashlab so‘riladigan tabletka berishimizni aytdik. Shuningdek, bu dorining afzalliklari ko‘pligini, ya‘ni yarim soat emas, dastlabki kuni bir soat, keyingi kuni ikki soat, qolgan kunlari esa faqat kuniga uch mahal ishlatlsa 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 xolos bo'ldi.

Ba'zan shunday hodisalar bo'ladiki, bemorda bo'g'ilish aniq bir sharoitlarda yuzaga keladi. Bunday paytlarda sharoitni o'zgartirish bo'g'ilishni kamaytiradi yoki butunlay yo'qotadi. Xorazm viloyatidan bizga bir yosh kelinni maslahatga olib kelishadi. Bemor turmushga chiqqanidan keyin uyida turmush o'rtog'i bilan kelishmay doimo janjal chiqib turadi. Janjal avjiga chiqqanda yosh er-xotinlar bir-birini bo'g'ishgacha borishgan. Borib-borib, yosh kelinda eri ishdan qaytganidan keyin bo'g'ilish xurujlari paydo bo'ladigan va tinchlantiradigan dori ichmaguncha (faqat seduksen, uning analogi bo'lgan sibazon, diazepam bersa, foyda bermaydi) yoki eri uydin chiqib ketmaguncha bo'g'ilish o'tib ketmaydigan bo'ladi. Bemor barcha davolash usullaridan foydalangan (shu jumladan, platseboterapiya, psixoterapiya) va har qanday yangi taklif etilgan usuldan bosh tortar edi. Bemor yoz oylarida tekshirilayotgan edi. Bemorga onasi bilan bir oyga daryo bo'yiga borish, dorilarni esa uyga tashlab ketish zarurligi aytili. Bu taklifimiz bemorga ma'qul tushdi. Ona va qiz ikkalasi daryo bo'yidagi uylardan birida ijarada yashashdi.

Oradan bir hafta o'tgach, «bemorning» holidan xabar olgani daryo bo'yiga uning eri bilan bordik. Bemorda bo'g'ilish xurujlari daryo bo'yiga kelgan kuniyoq to'xtagan edi. Bemorning 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 toza havoda ko'proq bo'lishni, boshqa joylarga sayr qilib turishning ruhiy salomatlik uchun foydasi kattaligini uqtirdik. Bu voqeada biz uchun e'tiborni qaratadigan narsa platseboterapiya va psixofarmakoterapiyaning yordam bermaganligidir. Haqiqatan ham ilmiy adabiyotlarda, ipoxondrik sindromlardasedativ dorilar hamma vaqt ham yordam beravermasligi haqida yozilgan. Ipoxondriyaga olib kelgan asosiy omil yo'qotilmas ekan, uni davolash o'ta mushkul.

Psixogen bo'g'ilishlarning yana bir xususiyati shundan iboratki, bemorlarda doimo chayqalish hissi bo'ladi: ular xuddi o'zlarini transportda, liftda, samolyotda ketayotgandek sezishadi. Bunday bemorlar metroning eskalatoridan tusha olmaydilar. Bizning nazoratda turgan bemor tunda uxlab yotganida, tez-tez xuddi zilzila bo'lgandek, seskanib uyg'onib ketishini aytgan edi.

Ba'zan psixogen bo'g'ilishlar xuruji to'satdan, qattiq qo'rquvdan keyin boshlanadi va gallutsinatsiyalar bilan birga kechadi. Bizning

institutda o'qiydigan talabalarimizdan biri kechqurun derazaga qarab yotib, qorong'ida nimaningdir aksini ko'radi va qo'rqib ketadi. U ko'zini yumsa, ko'ziga har xil narsalar ko'rinsa boshlaydi: qora kalxatlar uchib yuradi, hammayoq qorong'i, atrofni faqat qo'rqinchli narsalar o'rab olgan bo'ladi. Buning natijasida nafas ololmay qiynaladi, bo'g'iladi. Biz bemorni bu simptomlar boshlangandan ikki kundan so'ng kuzatdik (kechasi soat o'nda). Bemor chuqur depressiya holatida bo'lib, bir xil ohangda gapirardi, qattiq qo'rqani ko'zidan bilinipturardi. U bo'lgan voqea xuddi tushida bo'lgandek, mabodo uxlab qolsa, yana shunaqa yomon tushlar ko'rishdan qo'rqishini aytdi. Bemor trans holatiga tushirildi va quyidagi so'zlar aytili: «*Hozir sen shirin uyquga ketasan, tush ko'rasan, tushingda moviy dengizni ko'rasan, dengizga charaqlagan quyosh nurlari sochilib, dengiz 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 keyin qirg'oqqa chiqib, gullar ustida yotib dam olasan. Atrof go'zal, birorta qora narsa yo'q. Ertalab yengil bo'lib, xursand bo'lib uyg'onasan va tushingda nimalar ko'rganingni menga aytib berasan*».

Ertasi kuni ertalab bemorning oldiga yotoqxonaga bordik. Bemor uyg'ongan va o'zini yaxshi his qilardi, lekin uyqusirayotgani ko'zidan sezilib turardi. Biz aytgan vaziyat bemorning tushida to'laligicha namoyon bo'lgandi va bu unga katta huzur bag'ishlaganini aytib berdi. U hatto tushidagi vaziyatning kichik detallarigacha bizga aytib berdi, o'zini juda ham yengil his qilayotganini va yana uxlab, xuddi shu tarzidagi tushni ko'rishni xohlayotganligini aytdi.

Bu uslubni mashhur nemis gipnozchisi N. Lefenveld «tetiklik holatidagi gipnoz» deb atagan. Biz bu bemorni davolashda olimning 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'rishi haqidagi so'zlar bir marta aytili, xolos. Ma'lumki, chuqur depressiya paytida trans va gipnozga tushirish oson kechadi.

Psixogen bo'g'ilishlar, ko'pincha, quruq yo'tal bilan kechadi. «Yo'tal shu daraja uzoq davom etadiki, — deb yozgan edi J.M. Charcot (1888), bemor kun bo'yi tinmaydi, ular faqat ovqat yeb olish uchungina yo'talmay turadi, xolos». Psikogen yo'tal quruq bo'ladi va balg'am ajralib chiqmaydi. Bunday paytlarda bemorning ovozi xirillab

qoladi, gapira olmaydi. Biroz suhbatdan keyin uning ovozi yana ochilib, asta-sekin qanday kasal bo'lganlarini so'zlay boshlaydi.

Psixogen bo'g'inish, odatda arterial bosimning pasayishi, bosh aylanish, yurganda chayqalib ketish, qo'llarning titrashi, uyquning buzilishi va umumiy holsizlik bilan birga kechadi. Ular doimo tez-tez gripp bo'lib turishdan (hatto yozda ham) vashuning oqibatida «bronxit» bo'lib qolganlaridan shikoyat qilishni yaxshi ko'rishadi. Haqiqatan ham keyingi paytlarda ambulatoriya va poliklinikalardagi bemorlarning anketasini varaqlaganda, «surunkali bronxit» diagnozini tez-tez uchratish mumkin. Bu bemorlar aksariyatining psixonevrologik statusi tekshirilganda, niqoblangan depressiya aniqlanadi.

10.3.5. Oshqozon-ichak sistemasining psixogen buzilishlari

Ruhiy siqilishlarda oshqozon-ichak faoliyatining buzilishi (ko'ngil aynish, qayt qilish, ich ketish, qorinda og'riqlar) Gippokrat davridan buyon ma'lum. Tanada kechadigan har qanday jarayon miya ishtirokisiz bo'lmasligi Gippokrat, Galen va Dekart asarlarida qayd qilingan. Galen va Ibn Sino «qora o'tning» o't pufagida ko'payib ketishi ipoxondriyaga olib kelishini aytib o'tishgan. Ibn Sino «Tib qonunlari» asarida oshqozon-ichak sohasida asab buzilishlari sababli uchraydigan turli belgilar va ularni davolash usullari haqida yozib qoldirgan. «Vujud ruh amriga voojibdir» degan edi Ibn Sino.

Hozirgi davrda o'tkir va surunkali asab buzilishlaridan keyin rivojlanadigan oshqozon-ichak sohasidagi buzilishlarga ta'rif berish uchun turli atamalar taklif qilingan: «abdominal ipoxondriya», «abdominal depressiya», «psixogen gastrointestinal sindrom», «somatogen depressiya» va hokazo. Lekin shuni alohida ta'kidlash lozimki, agar yurak va nafas olish sistemalarining psixogen buzilishlarida bemorlar nisbatan nevropatologga ko'proq murojaat qilishsa, oshqozon-ichak kasalliklari to'g'risida bunday xulosa qilish juda qiyin. Negaki, aksariyat bemorlar (hatto doktorlar ham) oshqozon-ichak sistemasining faoliyati buzilganda nevropatolog yoki psixologga murojaat qilishmaydi. Buni tushunish mumkin albatta, chunki odamlarning tasavvurida «oshqozon miyadan uzoqda joylashgan va ularning bir-biriga aloqasi yo'q». O'tgan asrning boshlarida mashhur nevrolog olimlardan biri (Strumpel A., 1902) dispepsiylarning 70 foizida hissiy zo'riqishlarning ahamiyati kattadir, degan edi. Ovqat hazm qilishning funksional buzilishlari, abdominalgiyalar,

umumiy holsizlik, ishtahaning pasayishi kabi simptomlar, xuddi bosh og'rig'i va bosh aylanishi simptomlari kabi nevrastenianing asosiy simptomlaridir (Silverberg M., 2002).

O'tkir yoki doimiy ruhiy jarohatlar, jinsiy muammolar, qattiq qo'rquv kabi omillar oshqozon-ichak faoliyatining funksional buzilishlariga olib kelishi mumkin. Bunday paytlarda mutaxassislar «gastrointestinal beqarorlik» haqida so'z yuritishadi. Bu toifa odamlarda ruhiy siqilishlar paytida albatta oshqozon-ichak faoliyati buziladi, biroq bosh og'rig'i, bosh aylanishi, nafas yetishmovchiligi kabi simptomlar kuzatilmaligi 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. Bu simptomlar bemorning kayfiyatiga qarab, goh kuchayib, goh pasayib turadi. Aynan ana shu bemorlar terapevtik muolajalar uzoq vaqt yordam bermaganligidan tabiblarga murojaat qilishadi. Har bir gastroenterolog psixolog bo'lishi davr talabidir, deb yozgan edi R.A.Luriya (1941). Uning bu so'zlari hozirgi kunda ham o'z kuchini yo'qotgani yo'q. Bemorlarning tabiblarga va antiqa davolash usullariga bo'lgan qiziqishi sabablarini biz «Deontologiya» bo'limida yoritganmiz.

Psixogen anoreksiya va shu bilan bog'liq bo'lgan boshqa simptomlar. Psixogen anoreksiya atamasi 1868 yili W. Gull tomonidan taklif qilingan. Ishtahaning kayfiyatga g'oyat bog'liqligi shubhasizdir. «Kecha ovqatni ishtaha bilan tanovvul qiluvdim», «bugun kayfiyatim buzildi, hech narsa yegim kelmayapti» kabi iboralarni tez-tez eshitib turamiz. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, melankoliyalalar va siklotimiyalarda anoreksiya 40 foiz bemorlarda kuzatilarkan. Ishtahaning pasayishi bemorlarda ta'm va hid bilishning buzilishi bilan kechadi («bu ovqatning umuman mazasini sezmayapman, hidi ham yomon»). Agar bemor o'ziga yoqmagan ovqatni yesa (u sifatli bo'lishidan qat'i nazar), ko'ngli aynib, qusadi, hattoki ichi ketadi. Mabodo ich ketishi to'xtamasa va bemorga «ovqatdan zaharlanish» yoki «dizenteriya» tashxisi qo'yilsa, unda yuqorida qayd qilingan belgilar uzoq vaqt davom etadi.

Ba'zan bemorlarda ishtahaning kuchayib ketishi (bulimiya) kuzatiladi. Somatik depressiyaga uchragan bemorlar ba'zan shu darajada ovqatni ko'p iste'mol qilishadiki, ular shunda ham to'yishmaydi. Bir o'tirishda bir buxanka non, bir lagan osh va uch choynak choy ichib to'yimgan 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 psixonevrologga maslahatga yuboriladi.

Bemordagi bu holat kuchli oilaviy mojarodan keyin kelib chiqqan (umr yo'ldoshi unga xiyonat qilgan). Ba'zi hollarda psixogen simptomlar bilan tashqi salbiy ta'sir orasida mantiqiy bog'lanishni kuzatish mumkin. Masalan, bemorning rafiqasini o'zi bilan birga choyxonadagi ulfatdoshi «yo'ldan» urgan.

Bulimiya va polifagiya (ko'p suyuqlik ichish) mexanizmini to'yish hissining yo'qolishi bilan tushuntirish mumkin. Bu markazlar gipotalamusda joylashgan bo'lib, u yerdagi maxsus neyronlar «oshqozon ovqatga to'lganligi» to'g'risidagi ma'lumotni olmaganicha bemor o'zini to'ygandek his qilmaydi. Ipoxondriya va depressiv sindromlarda aynan mana shu murakkab mexanizm buziladi. Qanday qilib biz och bo'lganligimizni sezamiz? Organizmdagi ovqat resurslari kamayganda, dastlab qonda qand miqdori kamayadi va darrov bu haqdagi signal gipotalamusda joylashgan maxsus retseptorlarga borib tushadi. Bosh miya buning asosida «ovqatlanish kerak» degan qarorni qabul qiladi. Xo'sh, 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 keyin miya «organizmni asrash to'g'risida qaror qabul qiladi», ya'ni birinchi bo'lib jigar va mushaklarda to'planib yotgan glikogen parchalanib glukozaga, suv va energiyaga aylanadi. Glukoza esa qonga tushib, ochlik hissini kamaytiradi yoki yo'qotadi. Shuning uchun ham biroz kutsak, ochlik hissi o'tib ketadi.

Nevrozga chalingan bemorlarning aksariyati shirinlikka (ayniqsa shokoladga, chunki uning tarkibida asabni tetiklashtiruvchi moddalar ko'p bo'ladi), muzqaymoqqa va shirin ta'mli ichimliklar (fanta va sprayt)ga o'ch bo'lishadi. Tarkibida uglevodi bor oziq-ovqatlar ochlikni tez qondiradi, shuning uchun ham ba'zi bemorlar (sog' odamlar ham), odatda ovqatlangandan keyin shirinlik iste'mol qilishadi.

Vaqtida tartib bilan ovqatlanish nafaqat oshqozon-ichak kasalliklarining, balki asab buzilishlarining ham oldini oladi.

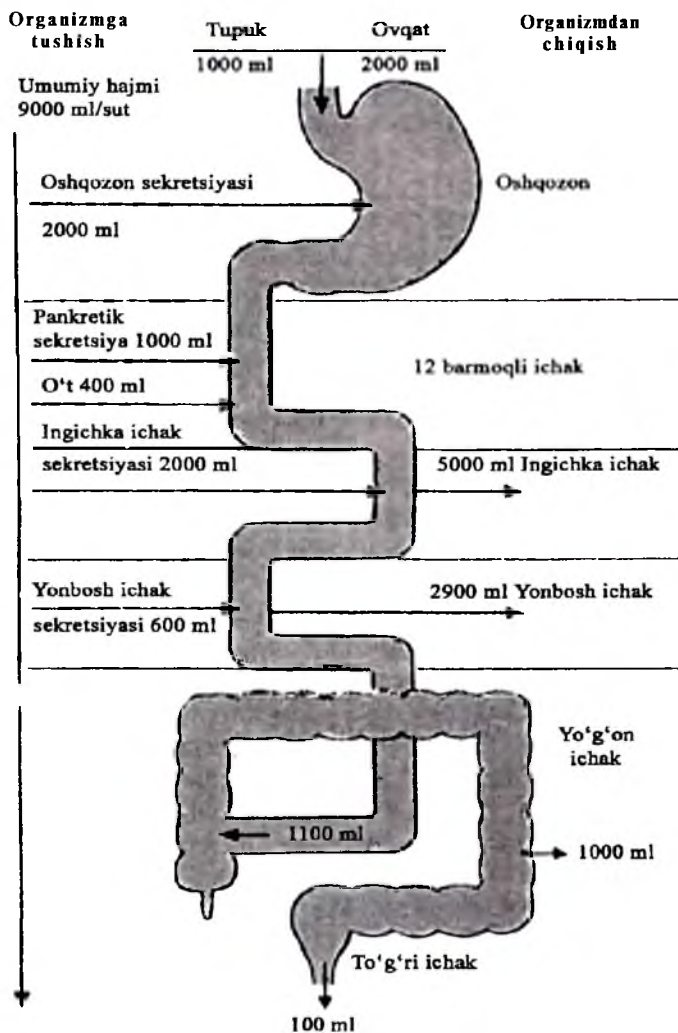
Ipoxondrik nevrozlarda tez-tez uchrab turadigan yana bir belgi — bu **ko'ngil aynish va qusishdir**. Hissiy qo'zg'aluvchan bemorlarda bu simptomlarni keltirib chiqarish juda osondir. Juda ko'p hollarda ko'ngil aynish, qusish va jig'ildon qaynashi birgalikda uchraydi. Atrofdagi hamma narsalar: oziq-ovqatlar, iflos kiyim kiygan odamlar,

chang va iflos ko'chalar ham bunday bemorlarda ko'ngil aynish va qusishga sababchi bo'ladi. Bunday bemorlarni ko'pchilik «injiq» odam deb ham atashadi. Hozirgi gipodinamiya va hissiy zo'riqish asrida bemorlarda bu shikoyatlarning ko'payganligi «yalqov oshqozon sindromi» atamasini taklif qilishgacha olib keldi va televideniya bunga qarshi dorilar ham reklama qilina boshlandi. Psixogen ko'ngil aynish ovqat bilan bog'liq bo'lmasligi, qusgandan keyin qolmasligi, og'izda doimo achchiq ta'm bo'lishi va yegan ovqatning oshqozonga tushmay tomog'ida tiqilib turishi bilan tavsiflanadi. Parhyez, odatda, yordam bermaydi.

Psixosomatik buzilishlarning yana bir turi **qabziyatdir**. Gastroenterologlarning fikriga ko'ra, qabziyatdan shikoyat qiluvchi bemorlarning 56 foizida ichak kasalliklari topilmaydi. Bunday bemorlar psixonevrolog tomonidan tekshirilganda, ularda ipoxondriya, depressiya va isteriya belgilari topiladi. Nevrozlarga chalingan bemorlar aksariyatining haftasiga zo'rg'a bir marta ichi keladi. Asab buzilishlarida qabziyat sabablarini turlicha tushuntirish mumkin: *Birinchidan*, bu bemorlarning aksariyati passiv, kam harakatchan bo'lishadi, sport bilan kam shug'ullanishadi yoki umuman shug'ullanishmaydi; *ikkinchidan*, ular ovqatlanish rejimini doim buzishadi va ko'proq uglevodlarni xush ko'rishadi; *uchinchidan*, trankvilizatorlarni ko'p iste'mol qilishadi, ular esa ichaklar peristaltikasini susaytiradi. Shuningdek, doimiy ruhiy zo'riqishlarda ba'zan yo'g'on ichakda suyuqlikning so'rilishi kuchayishi aniqlangan. Bu esa qabziyatga olib keladi. Ichaklarda suyuqlik so'rilishining susayishi esa ich ketishga sababchi bo'ladi. Ich kelishning buzilishi simpatik va parasimpatik tonusning holatiga ham bog'liq. Simpatik tonus oshganda peristaltika sekinlashib, atonik qabziyat, parasimpatik tonus oshganda peristaltika kuchayib, spastik qabziyatga olib keladi. Peristaltikaning kuchayishi nafaqat qabziyatga, balki diareyaga ham olib keladi.

Psixogen qabziyatlarda bemorlar doimo ichagida guldiragan tovushlarni eshitadilar. Qorinning pastki qismi siqib og'riydi, ichi ko'p gazga to'lib yuradi. Hojatxonaga kirsas, asosan ichakdan yel chiqadi va axlati qo'ying axlatiga o'xshab dumaloq-dumaloq bo'lib chiqadi, soatlab o'tirsa-da, defekatsiyadan qoniqmaydi. Bemorning qorni palpatsiya qilib tekshirilganda (ayniqsa, spastik tarzda qabziyatlarda), yo'g'on ichaklarning qattiq, silindrsimon ekanligi aniqlanadi. Bemorlar ichi kelishini xohlab turli xil usullarni, turli xil dorilarni qo'llab ko'rishadi. Ular, odatda, har qanday yangilikka ishonuvchan bo'lishadi.

Har qanday qabziyatda oshqozon-ichak sistemasida suyuqlikning so'rilishi va ajralishi buziladi. Normal holatda oshqozon-ichak sistemasida suyuqlikning transport yo'llari qanday bo'lishi 32-rasmda ko'rsatilgan.



32-rasm. Odam organizmida (oshqozon-ichak sistemasida) suyuqlikning dinamikasi.

Keyingi paytlarda «ichaklarni turli xil shlaklardan tozalaydigan» dorivor vositalar, ya'ni «ovqatga qo'shimcha vositalar» ko'p reklama qilinmoqda. Ularning ko'pchiligi foydali bo'lib, tarkibi ichak faoliyatini yaxshilovchi, organizm tonusini oshiruvchi moddalar va vitaminlarga boy. Ular chiroyli idishlarda ishlab chiqariladi va shunga loyiq etiketkalar yopishtiriladi. Bunday idishdagi dorilar albatta inson psixologiyasiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Lekin bunday vositalarni iste'mol qilishdan oldin vrach bilan, albatta, maslahatlashish zarur.

1997 yili «Trud» gazetasida «Xorij dorilari biznikidan nimasi bilan afzal» nomli maqola chop qilindi. Unda jurnalistning savollariga klinik farmakolog, professor javob beradi. U tana haroratini tushiruvchi va og'riq qoldiruvchi dorilar haqida shunday deydi: «Bu yaqin orada tez og'riq qoldiradigan va tana haroratini tushiradigan vosita hali kashf qilingani yo'q. Hammasi bundan yuz yil oldin kashf qilingan aspirinning o'zginasidir, faqat ular shakli, rangi va ularga qo'shilgan xushbo'y hid taratuvchi bo'yoqlari bilan bir-biridan farq qiladi». U intervyusini quyidagi so'zlar bilan tugallaydi: «aspirinni 10 so'mga yoki 1000 so'mga sotib olish — bu albatta bemorga havola».

Bemorlarni davolashda juda ehtiyot bo'lish kerak. Ularga «sizing qabziyatingiz jahlingiz tez chiqishidan, ko'p ruhiy ezilishlaringizdan, mana bu tinchlantiradigan dorini ichsangiz tuzalib ketasiz» degan bilan ish oson kechmaydi. Bu yerda platseboterapiya usulini qo'llashga to'g'ri keladi. Bizga bir bemor kishi murojaat qilib: «Meni doimo qabziyat bezovta qiladi, avval terapevtlarda davolandim, ichaklaringni «shamollatibsan» deyishdi. «Shamollashga» qarshi davolandim, ozgina foyda berdi, keyin yana qabziyat davom etaverdi. Jahlim tez-tez chiqadigan bo'lib qoldi. Nevropatologga yuborishdi, u hammasi asabdan deb tinchlantiruvchi dorilar buyurdi va tuzalib ketishimga ishontirdi. Biroq, qabziyat davom etayapti, endi qornimning pasti ham og'riydigan va tinchlantiruvchi dori ichmasam, uxlay olmaydigan bo'lib qoldim», deb shikoyat qildi.

Biz bemorning psixonevrologik statusini o'rganib chiqib, haqiqatan ham uning dardi og'ir emas ekanligini, faqat doktorlardan 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 bittasini ichishi, ikkinchisini qornining pastki qismiga surishi va uchinchisini har kun kechasi issiq vannaga tashlab, bir soat mobaynida bo'ynigacha suvga

cho'milib yotishi zarurligini tayinladik. Bu muolajalar bir kunda bir mahal, faqat kechasi qilinishi zarurligi aytilib, aniq bir soat belgilandi. Tayyorlab berilgan dorilarimizning uchalasi ham suyuq bo'lib, tarkibida tinchlantiruvchi, ichni suruvchi vositalar bor edi. Bemor spirtli ichimliklarni 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'tkazilib, ijobiy natijaga erishildi.

Abdominal og'riqlar. Qorin sohasidagi og'riqlar xuddi bosh va yurak sohasidagi og'riqlar kabi dolzarb muammolardan hisoblanadi.

Bu sindrom bilan bemorlar, odatda, tez-tez doktorlarga murojaat qilib turishadi (terapevtidan tortib, to onkologgacha). Bolalarda qorin sohasida psixogen xususiyatga ega bo'lgan o'tib ketuvchi og'riqlar 2 foizni, kattalarda 40 foizni tashkil qilarkan (Silverberg M., 2002). R.B.Teylorning (2002) ma'lumotiga ko'ra, tez yordam bo'limiga olib kelingan bemorlarning kamida 20 tadan bittasi qorin sohasidagi og'riqlardan shikoyat qilarkan. Shunisi e'tiborliki, bu bemorlarning 41 foiziga «qorin sohasida sababi aniqlanmagan og'riq» deb yakuniy tashxis qo'yilarkan. Moskva klinikalarining birida qilingan ilmiy tahlil shuni ko'rsatganki, «appenditsit» tashxisi bilan operatsiya qilinganlarning har uchtasidan bittasida, olib tashlangan o'simta gistologik tekshiruvdan o'tkazilganda, normal holatda bo'lgan. Rossiyadagi vegetativ patologiya markazida o'tkazilgan tekshiruvlarga muvofiq, qorin sohasidagi og'riqlar sababli qo'yilgan «ganglionevrit», «solyarit» kabi tashxislar keyinchalik noto'g'ri bo'lib chiqib, bemorlarda og'riqlar affektiv buzilishlar natijasida kelib chiqqanligi aniqlangan.

Psixogen abdominalgiyalarni M.I.Astvatsaturov (1934) umumiy psixogen giperesteziyaning bir turi, bu impulslar ongda aks etmasada, og'riq shaklida qabul qilinadi, degan. Umumiy psixogen giperesteziyaga glossalgiyalar (glossodiniya) yaqqol misol bo'la oladi: bemorlar tilida paydo bo'ladigan, gohida chidab bo'lmas darajada kuchli bo'lgan og'riqlardan shikoyat qilishadi. Ularning jig'ildoni va qizilo'ngachi juda sezgir bo'ladi: tez-tez kekirish natijasida oshqozondagi kislotali moddalarning yuqoriga ko'tarilib turishi bemorlarning jig'iga tegib, ovqat yeyishdan bosh tortishgacha olib keladi. Bunday bemorlar sal issiq choyni, issiqroq ovqatni ham icha olmaydilar; chunki bu darrov ularning jig'ildonini «qaynatadi» va ko'krak sohasida qattiq og'riq paydo qiladi, shuning uchun ular doimo suyuqliklarni iliq holatda qabul qilishadi. Har qanday tashqi

va ichki ta'sirlarga ortiqcha e'tibor qilaveradigan bu bemorlar o'ta injiq bo'lib qolishadi: «E xudoyim-yey, 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 ketadi, og'riy boshlaydi» deb yig'i qilishadi. Shuning uchun bu bemorlarda ovqatlanish vaqti keldi deguncha qo'rquv boshlanadi, ularga biron ovqat yeng deyishi shart emas, soatga qarab ham «tushlik payti bo'ldi, mening esa ishtaham yo'q, ana yana jig'ildonim qaynay boshladi, ovqat yemasam o'lib qolaman-ku» deb aziyat chekishadi. Och yurish natijasida har ikki-uch soatda oshqozon-ichak sistemasining peristaltikasi kuchayib, qorin sohasida og'riqlar paydo qiladi va borib-borib bu holat tez-tez takrorlanadigan bo'lib qoladi. Mana shundan keyin 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'lsa-da, 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 keyin, kayfiyat buzuq paytlarda va asosan kunning ikkinchi yarmida paydo bo'ladi. Ba'zan og'riqlarning aniq bir soatlarda boshlanishi e'tiborga loyiq. Masalan, ertalab bemorlar o'zlarini yaxshi his qilib turishadi, kechga borib qorinda og'riqlar paydo bo'ladi yoki buning aksi kuzatiladi. Parhyez saqlash ularning ahvolini battar og'irlashtiradi, ya'ni ular faqat parhyezni buzib qo'ymaslik, ovqat vaqtiga amal qilish, parhyez uchun zarur bo'lgan masalliqnlarni qanday topish haqida o'ylab yurishadi. Asabning bunday zo'riqib ishlashini albatta ular ko'tara olmaydilar va parhyezni ham buzib yuborishadi va hatto, biroz yengil ham tortishadi. Natijada ular tibbiyotdan bezib, yangi antiqa usullar bilan davolaydigan «doktorlarni», tabiblarni izlay boshlashadi.

10.3.6. Psevdurologik sindromlar

Siydik ajratish sistemasida kuzatiladigan psixogen (nevrogen) buzilishlar bilan nevropatolog yoki psixonevrologga murojaat qilish juda kam uchraydi. Bunday bemorlar, ko'pincha, «piyelonefrit», «glomerulonefrit», «buyrak tosh kasalligi» «sistalgiya», «sistit», «uretrit» diagnozlari bilan nefrolog yoki urologlarda davolanib yurishadi. Shu narsaga e'tibor qaratish lozimki, bu diagnozlar davolash mobaynida bir necha bor o'zgarib turadi. Nihoyat, bu kasallarga hamma urologik simptomlarni o'zida mujassamlashtirgan umumiy diagnoz — «nevrogen siydik pufagi» qo'yiladi. Affektiv buzilishlarda siydik yo'llarida turli belgilarning paydo bo'lishi niqoblangan depressiyaning klinik ko'rinishlaridan biri bo'lishi mumkin. Tez-tez hojatxonaga qatnash, shunda ham siyganidan qoniqmay chiqish va yana hojatxonaga qaytib kirish, xuddi siydik pufagi to'la bo'shalmagandek bo'lishi, qornining pastki qismida og'riq sezish holatlari asab tizimining funksional buzilishlari uchun xosdir. Siydik ajralib chiqishining nevrotik buzilishlari ikki xil variantda kechishi mumkin: tez-tez siygisi kelishi va siyishning ushlanib qolishi. Qattiq kulganda, aksirganda, yo'tal paytida, og'ir narsa ko'targanda ozgina siyib yuborish yoki soatlab siydik tutilishlari niqoblangan depressiya uchun juda xosdir.

Tez-tez siyish (pollakiuriya) ko'pchilik urologik kasalliklar (sistit, uretrit, prostatit) uchun ham, niqoblangan depressiyalar uchun ham xos bo'lganligi uchun, bu bemorlar zarur bo'lgan tekshiruvlarni to'la o'tishlari lozim. Ikkala holatda ham sovuq joyda ko'p turib qolish, sho'r, achchiq va nordon narsalarni va spirtli ichimliklarni (ayniqsa pivoni) iste'mol qilish, qattiq siqilish siyishning tezlashuviga olib keladi. Erkaklarda, ayniqsa, jinsiy aloqadan keyin 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 bir fikrini va diqqatini siydik pufagiga qaratishadi, sharmanda bo'lib qolishdan qo'rqishadi. Tabiiyki, bu vaziyat bemorning asabiga putur yetkazadi va kasallik belgilarini yanada kuchaytiradi. Bunday bemorlar mabodo begona ayol bilan jinsiy yaqinlik 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'y-maslik, keyinchalik og'ir oqibatlariga olib kelishi mumkin. Chunki insonning ruhiy rivojlanishi tarbiyaga va uni o'rab turgan atrofdagi dunyoga ko'p bog'liq. Shu masalada B.D.Karvasarskiy (1990) qiziq bir misolni keltiradi. Ilmiy tekshirish institutlarining birida ishlaydigan 37 yoshga kirgan K. ismli ilmiy xodim jamoat joylaridagi hojatxonaga siya olmasligidan shikoyat qiladi. Bu narsa uni 17 yoshligidan buyon bezovta qilsa-da, 20 yil mobaynida uyalganidan bu «aybini» doktorlarga aytmasdan va, tabiiyki davolanmasdan kelgan. 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 hojatxonalardan foydalanishni qat'iy man qilgan edi; «chunki u yerga hamma boradi, ularning kasali senga yuqishi mumkin» deb uqtirgan. Bola «domda» yashaganligi uchun u xohlaydimi yo'qmi, ishtoniga «yuborib» qo'ymasin deb, onasi uni doimo tuvakka o'tqazgan, yoniga esa o'yinchoqlarini qo'yan. 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 bu muhim fiziologik jarayon, «ozoda» yuradigan ona tomonidan boshqarilgan. Bola tuvakda uzoq vaqt o'tirib qolar va onasi kelib olmaguncha turmasdi. Onasi tuvakda axlat yoki siydikni ko'rmasa, bolani yana o'tqazib qo'ya-vergan. 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 tomondan aniq belgilab qo'yilgan. Bularning oqibatida bola atrofdagi narsalardan jirkanadigan va nozik tabiat 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 pollutsiya 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 chiqa boshlaganini ko'radi. Spermani «yo'qotishdan» qo'rqib, siyish jarayonini iloji

boricha to'xtatishga intiladi. Agar avval jamoat hojatxonalarida odamlar bor joyda siyishdan o'zini tiyadigan bo'lsa (chunki siyayotganda ereksiya ham kuzatilgan), keyinchalik atrofda oyoq ovozi eshitilsa ham siya olmaydigan bo'lib qoladi. Keyinchalik institutni tugatadi, aspiranturaga kiradi, nomzodlik dissertatsiyasini yoqlaydi. Uylanadi, 3 ta bolalik bo'ladi. Jinsiy aloqalar qisqa davom etganligi sababli qoniqmaydi. Urologda uch yil natijasiz davolanadi. Psixonevrolog ko'rib quyidagi diaqnozni qo'yadi: *pseudourologik simptomlar bilan kechuvchi ipoxondrik nevroz*. Olib borilgan davolash choralari individual psixoterapiya bilan birgalikda o'tkaziladi va bemor tuzalib ketadi.

Bundan xulosa shuki, odamning psixologiyasini boshqarish mumkin, biroq normal kechayotgan fiziologik jarayonlarga sun'iy yo'l bilan ta'sir qilmagan ma'qul. Siydik chiqarish sistemasining asab tomondan mukammal boshqarilishining shakllanishi ikki-uch yoshlardan keyin boshlanadi.

«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. Bu doimiy tashvishlar albatta jinsiy quvvatsizlikka olib keladi. Bemorlarda na davolanishga, na oilasiga va na hayotga qiziqish qoladi (bu haqda biz «Jinsiy buzilishlar» ga bag'ishlangan bobda so'z yuritamiz).

Statistik ma'lumotlarga ko'ra, bolalarda uchraydigan enurezning 65-80 foizi bosh miya po'stloq disfunktsiyasi hisobiga rivojlanadi. Mutaxassislarning fikricha, diurezning buzilishi affektiv buzilishlarda yuzaga keladigan siydik pufagi qo'zg'aluvchanligining oshishi yoki pasayishi hisobiga kuzatiladi. Tagiga siyib 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 berilib so'zlab berishadi. Bu belgilar nevroz alomatlari bo'lib, uning sabablarini aniqlash va o'z vaqtida davolash zarur.

Funksional polidipsiyalar (ko'p suyuqlik ichish) va poliuriyalar (ko'p siyish) asab buzilishlarida ko'p uchrab turadigan simptomlardir. Bunday bemorlar kuniga 5 l va undan ham ko'p suv ichishadi. Ular doimo chanqab yurishdan va suv ichganda qoniqmaslikdan shikoyat qilishadi. Tabiiyki, bunday paytlarda qandsiz diabet haqida fikr paydo bo'ladi. Shunday bo'lsa-da, bemor ichgan suv va ajralib chiqqan siydik miqdori, uning hissiy holatiga juda bog'liq bo'ladi. Hatto sog'lom odamlarda ham ortiqcha hissiy zo'riqishlar paytida,

masalan abituriyentlar, talabalar imtihon paytida, ilmiy xodim dissertatsiya himoya qilayotgan paytida, ikkita kishi bir-biri bilan urush-janjal qilayotgan paytida og'zi qurib suv ichgisi keladi va tez-tez hojatga qatnaydi. Ularning terisi ko'p suv ichishiga qaramasdan quruq bo'ladi (tumbochkasi har xil kremlarga boy bo'ladi), qon bosimi past bo'ladi, boshi tez-tez og'riydigan bo'ladi, biror ish qilishsa, tez charchab qolishadi. Ko'p suv ichganliklari tufayli, organizmda elektrolitlar almashinuvi buziladi va battar chanqab, suv ichgisi kelaveradi. Buning natijasida albatta qandsiz diabet diagnozini inkor qilish uchun laborator tekshiruvlar o'tkazishga to'g'ri keladi.

Buyrakning konsentratsiya qobiliyati buzilmaganligi, siydikning nisbiy zichligi 1010 dan yuqori ekanligi, bemorda kuzatilayotgan o'zgarishlarning nevrotik (psixogen) tabiatga ega ekanligini ko'rsatadi. Qandsiz diabetda poliuriya birlamchi, polidipsiya esa ikkilamchi ekanligini unutmash kerak, chunki poliuriya plazmaning quyuqlashuviga sababchi bo'ladi; siydikning nisbiy zichligi qotgan non yeganda ham 1007–1010 dan oshmaydi; suyuqlik ichishni kamaytirganda, hattoki, butunlay to'xtatganda ham poliuriya yo'qolmaydi. Shunday sinov usuli bor, bunda bemorga 6–8 soat ichida bir necha bor suvsizlantirilgan non beriladi. Agar buning natijasida diurez keskin pasaysa, siydikning nisbiy zichligi 1012 dan oshsa, bemor tana og'irligini ko'p yo'qotmasa va uning umumiy ahvoli qoniqarli holda saqlanib qolsa, demak, unda qandsiz diabet yo'q.

Nazorat uchun savollar

1. Psixogen kardialgiyalar haqida so'zlab bering.
2. Psixogen kardialgiyalarga olib keluvchi asosiy kasalliklar qanday uchta turga bo'linadi?
3. Yurak ritmining psixogen buzilishlari qanday kechadi?
4. Psevdoevmatizm haqida so'zlab bering.
5. Artralgiyalarning solishtirma diagnozini o'tkazing.
6. Psixogen astma nima, unga misollar keltiring.
7. Ipoxondriya belgilarini yo'qotish uchun nimaga e'tibor berish lozim?
8. Psixogen yo'tal nima, u qanday kechadi?
9. Niqoblangan depressiya deganda nimani tushunasiz?
10. Asab buzilishlari oshqozon-ichak sistemasining funksional faoliyatiga qanday ta'sir ko'rsatadi?

11. «Gastrointestinal beqarorlik» nima?
12. Psixogen anoreksiya nima, u qanday va kimlarda rivojlanadi?
13. Psixogen ko'ngil aynish va qusish deganda nimani tushunasiz?
14. «Yalqov oshqozon sindromi» degani nima va u kimlarda rivojlanadi?
15. Diyeta oshqozon-ichak faoliyatining psixogen buzilishlarida yordam beradimi?
16. Asabiy odamlarda ich ketish va qabziyat qanday rivojlanadi?
17. Reklama qilinadigan dorilarning inson ruhiga ta'siri haqida gapirib bering.
18. Abdominal og'riqlar deganda nimani tushunasiz?
19. Psevdurologik simptomlar deganda nimani tushunasiz?
20. Psixogen pollakiuriya va poliuriya nima?
21. Noto'g'ri tarbiyaning normal fiziologik jarayonlarga qanday salbiy ta'siri bor?
22. Enurez qanday bolalarda ko'p uchraydi?
23. Funksional polidipsiya nima?
24. Funksional polidipsiya bilan qandsiz diabet o'rtasida qiyosiy diagnoz o'tkazing.

XI BOB. SEKSUAL BUZILISHLAR PSIXOLOGIYASI

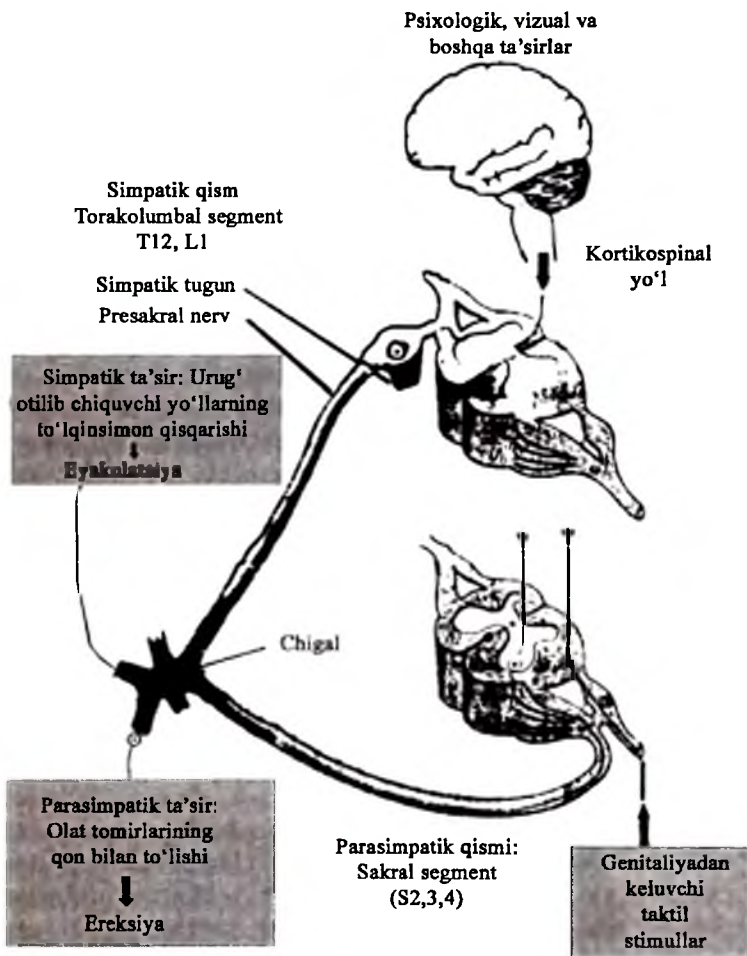
11.1. Jinsiy a'zolar haqida umumiy ma'lumotlar

Asab tizimining funksional kasalliklarida jinsiy buzilishlar juda ko'p uchraydi. Ayniqsa isteriya, depressiya, i poxondriya va fobik sindromlarda jinsiy buzilishlar tez-tez kuzatilib turadi.

Jinsiy buzilishlarga ta'rif berishga o'tishdan oldin odamda jinsiy funksiyalarning asab tizimi tomonidan boshqarilish mexanizmlarini ko'rib chiqamiz. Odamning jinsiy faoliyatini boshqarishda quyidagi markazlar ishtirok etadi: 1) **bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'i**. Bu yerda jinsiy faoliyat ongli tarzda boshqariladi va umumiy nazorat qiladi; 2) **gipotalamus**. Jinsiy faoliyat paytida kuzatiladigan vegetativ reaksiyalarni ta'minlaydi; 3) **orqa miyaning II–IV dumg'aza segmentlarida joylashgan ereksiya va II–IV bel qismi segmentlarida joylashgan eyakulatsiya markazi**.

Spinal markazlar gipotalamus va po'stloq markazlari hamda jinsiy a'zolarida joylashgan retseptorlar bilan bog'langan. Jinsiy markazlarning o'zaro ishi juda muvofiqlashtirilgandir. Jinsiy mayl (libido) va orgazm serebrospinal markazlarning murakkab faoliyati natijasida yuzaga keladigan murakkab psixofiziologik jarayondir. Ereksiya va eyakulatsiya spinal reflekslar sirasiga kiradi, shuning uchun ham bel-dumg'aza segmentlaridan yuqorida joylashgan jarohatlanishlarda bu funksiyalar saqlanib qoladi. Biroq, jinsiy jarayonlarning birortasi faoliyati pasaysa, qolganlariga ham salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Ereksiya va eyakulatsiyaning boshqarilish mexanizmi 33-rasmda keltirilgan.

Jinsiy gormonlar jinsiy markazlarning shartsiz reflektor qo'zg'atuvchisi hisoblanadi va jinsiy maylning kuchini va tonusini belgilab beradi. Prostata, gi pofiz va buyrak usti bezi gormonlarining ahamiyati juda kattadir. Prostata bezining gormonlari muntazam qonga tushib turadi; ular kam miqdorda tushsa, urug'don sekretsiasini faollashtiradi, ko'p miqdorda tushsa, susaytiradi. Agar erkak kishi bir necha kun jinsiy aloqasiz yashasa, unda jinsiy maylning susayishi kuzatilishi mumkin va aksincha, yana jinsiy aloqa qila boshlasa, libido paydo bo'ladi. Bu holatni quyidagicha tushuntirish mumkin: tez-tez bo'la-



33-rasm. Ereksiya va eyakulatsiyaning boshqarilish mexanizmlari.

digan jinsiy aloqada, eyakulatsiya bilan tashqariga ko'p miqdorda prostata sekreti chiqariladi va uning juda oz miqdori qonga so'riladi. Sekretning qonga tushishining kamayishi, urug'don faoliyatini oshiradi, uning gormonlari esa libidoni kuchaytiradi. Aksincha, jinsiy aloqa qancha kam amalga oshirilsa, unga bo'lgan talab yanada kamayib boraveradi, chunki prostataning sekreti qonga katta miqdorda tushadi va urug'donning faoliyatini pasaytiradi. Mabodo, 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 ejakulatsiya kastratsiya qilingan erkak va ayollarning deyarli 50 foizida u yoki bu darajada saqlanib qoladi. Lekin faqat balog'atga yetgandan keyin qilingan kastratsiyada jinsiy funksiya saqlanib qolishi mumkin. Bitta urug'donning xaltachasiga tushmay qolishi yoki yallig'lanishi ham jinsiy qobiliyatni pasaytirmaydi.

Ayollarda libidoni nafaqat ayollar, balki erkaklar gormoni ham kuchaytiradi. Ayollarning jinsiy mayli buyrak usti bezining po'stloq hujayralarida ishlab chiqariladigan androgenlarga, ya'ni erkaklar jinsiy gormonlariga ham bog'liq. Shuning uchun ham tuxumdonlarni olib tashlash, odatda libidoning yo'qolishiga sabab bo'lmaydi, buyrak usti bezlari faoliyatining susayishi esa ayollarda libidoni pasaytiradi. Erkaklar jinsiy gormonlari ayollarda erotik tusdagi his-tuyg'ular uyg'otadi, organizmga faollashtiruvchi ta'sir ko'rsatadi, erogen sohalarning sezgirligini oshiradi. Bundan farqli o'laroq, erkaklarga yuborilgan ayollar gormoni erkaklik funksiyasini pasaytiradi.

Ammo jinsiy qo'zg'alish nafaqat gormonlar ta'siri ostida, balki miyaga erogen sohalardan keluvchi signallar orqali ham paydo bo'ladi. Eng sezgir erogen sohalari — erkaklarda penisning kallasi va uning asosi, kamroq sezgir soha moyak xaltasi bo'lsa, ayollarda kuchli erogen soha — bu klitor, keyin kichik lablar, undan keyin esa qinning kirish joyidir. Aksariyat ayollarda ko'krak bezining uchi ham kuchli erogen soha hisoblanadi va uni ta'sirlantirib, orgazmni chaqirishi mumkin. Lekin ko'krak bezining uchi va qinning orqa qismi sezgirligi sust rivojlangan ayollar ham kuzatiladi.

Ginekologlarning ma'lumotlariga ko'ra, 86 foiz ayol qiniga kirgizilgan narsalarning hajmini aytib bera olmaydi, 95 foizi esa qinning bachadonga yaqin joyida na bosimni sezadi, na cho'zilishni.

Biroq, aksariyat ayollar jinsiy aloqa paytida qinning tubida paydo bo'ladigan to'lqinlarni sezishadi. Lekin koitus (jinsiy aloqa) paytida kuzatiladigan orgazm olatning qin devorlariga ishqalanishidan hosil bo'ladigan impulslar hisobiga paydo bo'ladi, deb qaraladi. Jinsiy aloqadan keyin orgazm kuzatilmasa, klitorni qo'l bilan ta'sirlantirish yo'li bilan ham orgazmni chaqirish mumkin. Bu holat, odatda, vaginal orgazmdan ko'ra, klitor orgazmi kuchli rivojlangan ayollarda kuzatiladi. Lekin orgazm kelishini faqat tananing ma'lum bir erogen

sohalari bilan uzviy bog'lash xato bo'lur edi. Vaholanki, orgazm kelishida jinsiy qovushish paytida kuzatiladigan boshqa (o'pishish, quchoqlashib yotish, erkalash) omillar ham muhim ahamiyatga ega. Shuningdek, orgazmning qaysi usulda va qachon kelishi, 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 har xil rivojlangan bo'ladi: birov eshitib, boshqa birov ko'rib, o'zida jinsiy qo'zg'alish hosil qilishi mumkin. Bu ayniqsa, o'spirinlarda kuchli rivojlangan bo'ladi. Ular yalang'och ayollar suratini, erotik filmlarni ko'rib, kuchli ta'sirlanishi va bu ta'sirlanish orgazm darajasigacha yetishi mumkin. Biroq, ayollarda erkaklarning yalang'och surati erotik qo'zg'alishni chaqiravermaydi. Ba'zan tashqi ta'sirlar jinsiy hirsni susaytirishi yoki to'xtatib qo'yishi mumkin (masalan, hadeb erotik filmlar ko'raverish). Erotik fantaziyalarga berilish erkaklarda jinsiy qo'zg'alishga sababchi bo'lsa, odatda, ayollarga bu kam ta'sir qiladi. Jinsiy aloqa boshlanayotgan paytda, erkaklar ayollarga qaraganda, kuchliroq qo'zg'aladilar. Shuning uchun ham erkaklarda ba'zan jinsiy aloqa boshlanmasdan turib, ejakulatsiya kuzatiladi. Lekin tez jinsiy qo'zg'alish jinsiy mizojga ham bog'liq.

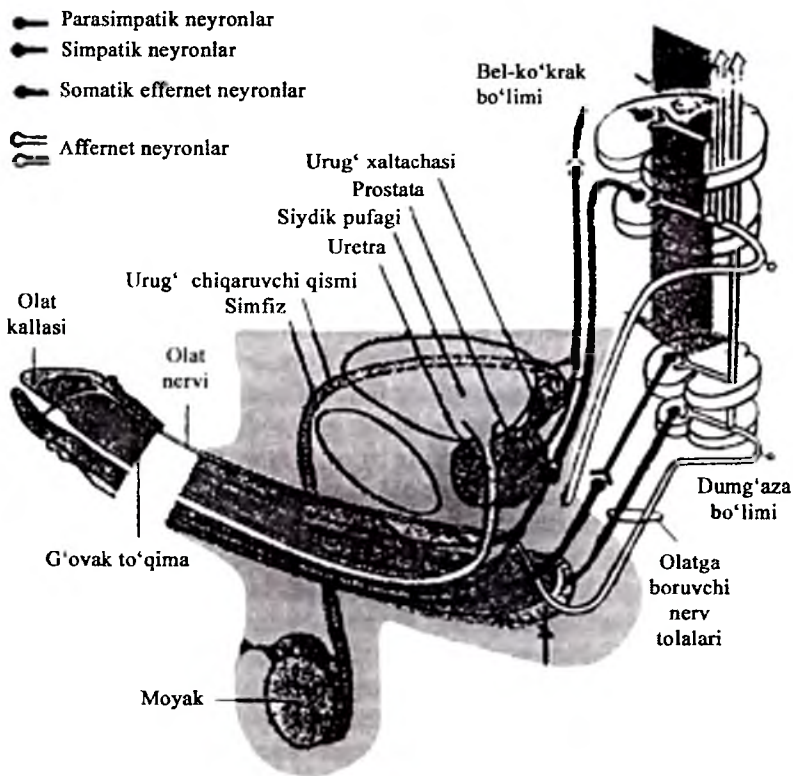
Jinsiy qo'zg'alishlarda ayollarda ham, erkaklarda ham jinsiy a'zolar qon bilan to'lishadi. Buning natijasida erkaklarda olat ancha kattalashadi, ya'ni ereksiya paydo bo'ladi; ayollarda esa kichik labda va klitorda giperemiya yuzaga keladi. Ayollarda jinsiy a'zo bezlaridan chiqqan suyuq sekret qinni namlashtiradi va bu bilan qinga olatning kirishini osonlashtiradi. Friksiya paytida (lotinchadan frictio — ishqalanish) jinsiy a'zolarida joylashgan periferik nerv tolalarida juda ko'p yoqimli qo'zg'alishlar paydo bo'ladi va jinsiy aloqa oxirida erkaklarda sperma otilib chiqadi, ya'ni ejakulatsiya sodir bo'ladi, ayollarda bartolini bezlaridan va bachadonning bo'yin sohasida joylashgan bezlardan suyuq sekret qin bo'shlig'iga tashlanadi. Bu paytda qin to'lqinsimon qisqara boshlaydi, bachadon qinga tomon biroz tushadi va servikal kanaldan uncha ko'p bo'lmagan sekretni qinga yo'naltiradi. Bunda bachadon tubining bir maromda to'lqinsimon qisqarishi qindagi spermani bachadonga so'radi. Bu jarayonlarning hammasi urug'lanishni, ya'ni homilador bo'lishni osonlashtiradi. Urug'lanish orgazm bo'lmasa ham kuzatilaveradi. Ejakulatsiyadan keyin erkaklar jinsiy a'zolarida ham, ayollarda

ham taranglashish pasayadi, giperemiya ham tezda orqaga qayta boshlaydi, ereksiya yo'qoladi. Eyakulatsiya barvaqt boshlanib ketsa, uni to'xtatish qiyin bo'ladi. Jinsiy aloqa paytida erkaklarda eyakulatsiya 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 keyin erkaklarda bor-yo'g'i bir necha soniya davom etsa, ayollarda bu jarayon biroz cho'ziladi. Orgazm paytida kuchli vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi: yurak urishi tezlashadi (150 gacha), arterial qon bosim ko'tariladi (200/100 mm.sim.ust.gacha). Bunday vegetativ o'zgarishlar faqat jinsiy aloqadan keyin kelgan orgazm paytida emas, seksual tasavvurlardan keyingi orgazmda ham kuzatilishi mumkin.

Zigmund Freyd orgazmning ikki xil turini farq qilgan: qin va klitor orgazmlari. Birinchisi — olatni qinga chuqur kirgizganda ro'y bersa, ikkinchisi — klitorni ta'sirlantirganda kuzatiladi. Aytib o'tganimizdek, ba'zi ayollarda qin orgazmi, boshqalarida esa klitor orgazmi kuchli rivojlangan bo'ladi. Ba'zi 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 tanasining turli qismlarida kuchli taktil sezgi paydo bo'ladi. Bunda erkak bilan qo'shilganlik tufayli paydo bo'lgan ruhiy qo'zg'alish ham katta ahamiyatga ega. Sog'lom ayollar so'rov qilinganda, ularning 20 foizi klitor orgazmini, 36 foizi vaginal orgazmni his qilgan bo'lsa, 44 foizi esa orgazm nimadan paydo bo'lishini aniq aytib bera olmagan. Lekin bu ko'rsatkich juda nisbiydir va har xil so'rovlarda o'zgarib turadi. Shuning uchun bu masalaga individual yondashish zarur.

11.2. Erkaklarda uchraydigan seksual buzilishlar

Hayvonlardan farqli o'laroq, insonlarda jinsiy aloqa nafaqat biologik, balki ongli jarayon hamdir. Har qanday jinsiy jarayon asab markazlari orqali boshqarilishini aytib o'tdik. 34-rasmda erkaklar jinsiy a'zolarining innervatsiyasi keltirilgan. Jinsiy ojizlik, ko'pincha, asabiy-ruhiy siqilishlar natijasida rivojlanadi. Biror marta bo'lsa-da, seksual potensiyasi kamaymagan erkak kishini uchratish qiyin. Jinsiy faoliyatning buzilishiga bosh va orqa miyaning organik kasalliklari, urologik va endokrin kasalliklar, turli intoksikatsiyalar, asteniyaga olib keluvchi somatik kasalliklar, aroqxo'rlik va giyohvandlik olib keladi.



34-rasm. Erkaklar jinsiy a'zolarining innervatsiyasi.

So'nggi ilmiy statistik (2005) ma'lumotlarga ko'ra, impotensiya-ning 60–65 foizi funksional xususiyatga ega, qolgan 35–40 foizi organik kasalliklar (asosan, endokrin, urologik va venerik) natijasida rivojlanadi. Aksariyat hollarda 55 yoshdan keyin ham impotensiyaning kelib chiqishida ruhiy omilga katta e'tibor qaratishadi.

O'smirlik davrida jinsiy rivojlanish jadal kechadi. Ular erotik tushlarni ko'p ko'rishadi, uxlab yotganda ejakulatsiya tez-tez kuzatiladi. Bu davrda aksariyat o'spirinlar jinsiy hirsini qondirish uchun chetdan mijoz izlab venerik kasalliklarni yuqtirib qo'yishadi. Demak, o'smirlik davrida nafaqat jinsiy a'zolar to'la shakllana boshlaydi, balki ruhiy rivojlanish ham jiddiy o'zgarishlarga uchraydi.

Bu davrda har qanday tashqi stress ularning ruhida og‘ir iz qoldiradi va jinsiy faoliyatga o‘ta salbiy ta‘sir ko‘rsatishi mumkin.

Erkklarda uchraydigan jinsiy zaiflikka **impotensiya** deb ataladi. Potensiyaning normada qanday bo‘lishi ko‘p jihatdan yoshga va kishining hayot tarziga bog‘liq. Jinsiy buzilishlarga shikoyat qiluvchi erkaklarning 56 foizi jinsiy aloqaning davomiyligidan qoniqmagan kishilardir.

G.S.Vasilchenkoning (2000) ma‘lumotlariga ko‘ra, jinsiy aloqa davri (koitus) eng kami 1 min 14 s (68 friksiya) bo‘lsa, eng uzog‘i 3 min 34 s (100 friksiya) hisoblanadi. Uning fikricha, koitusning o‘rtacha davomiyligi 2 min 2 s (62 friksiyada). Lekin, sun‘iy yo‘l bilan jinsiy aloqa davrini 10 min va undan ortiq ham cho‘zish mumkin («quruq» friksiyalar). Ba‘zi ma‘lumotlarga ko‘ra, 30 yoshgacha bo‘lgan erkklarda 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 kerak. Jismonan va ruhan sog‘lom kishilarda organizmning o‘zi me‘yorni topib oladi».

Jinsiy faollikning doimo o‘zgarib turishi mutlaqo sog‘lom odamlarda ham kuzatiladi va bu ko‘pincha, kayfiyatga bog‘liq. Aksariyat hollarda kayfiyatning ahamiyati e‘tiborga olinmay, «impotensiya» yoki «prostatit» tashxisi qo‘yiladi va buning oqibatida bemor yatropatiyadan davolanib yuradi. Bu esa inson ruhiga qattiq ziyon (ba‘zan tuzatib bo‘lmas) yetkazadi. Masalan, hayotda ko‘pchilik erkklarda ham jismonan, ham ruhan zo‘riqib ishlashni talab qiladigan davrlar bo‘ladi. Bu davr birovda bir hafta, boshqa birovda bir oyga cho‘zilishi mumkin. Bu davrda jinsiy faoliyat biroz susayishi yoki «esdan chiqishi» mumkin. Shuning uchun ham mutaxassislarning fikricha, jinsiy aloqa normada bir kunda 1–2 martadan tortib, oyiga 2–3 martagacha bo‘lishi mumkin va bu ko‘rsatkich, albatta, ko‘proq odamning ruhiy va jismoniy faoliyatiga bog‘liq. Har bir odam jinsiy aloqa haqidagi barcha ma‘lumotlarni o‘zi ham mukammal bilishi kerak. Buning

uchun keng ommaga moslab yozilgan adabiyotlar yetarlidir. Aks holda, hissiy va jismoniy zo'riqib ishlash (ayniqsa, tunlari) davrida kuzatiladigan va bir-ikki kun dam olgandan keyin o'tib ketishi mumkin bo'lgan jinsiy quvvatsizlik va vrach tomonidan to'la tekshirmasdan turib qo'yilgan diagnoz og'ir oqibatlariga 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 molikdir. Bu davrda ayol kishining e'tirozi, «tinchlikmi, sizga nima bo'ldi?» qabilidagi savollari erkak kishining qalbini jarohatlashi va ahvolini yanada og'irlashtirishi mumkin.

Barcha statistik ma'lumotlarni tahlil qiladigan bo'lsak, o'rtacha hisoblaganda jinsiy zaiflikning 60 foizdan oshig'i funksional xususiyatga ega va qolgan 40 foizi organik kasalliklar sababli rivojlanadi. Lekin, bu bemorlarning kamida 70–80 foizi urologlarga murojaat qilisharkan va aksariyat hollarda, dastlabki qo'yiladigan tashxis «prostatit» bo'ladi. Prostatitning impotensiyaga olib kelishi tushunarli, biroq impotensiya aniqlangan bemorlarning hammasida ham prostatit kuzatilavermaydi. Bunday bemorlar maxsus psixologik yordamni olishlari kerak. Impotensiyaning har qanday ko'rinishlarida bemorning hayot va kasallik anamnezi, ijtimoiy ahvoli, kasbi, ishlash uslublari, ayoli haqida ma'lumotlar o'rganilishi va aniqlanishi zarur. Undan tashqari, bemorning psixonevrologik statusi to'la tekshirilishi shart.

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, tezda yana so'nib qoladi. Avvallari ayol kishining yonida yechinishining o'zi ereksiyani yuzaga keltirsa, endi esa foyda bermay qo'yadi. Bundan xavotirga tushgan er turli yo'llar bilan ereksiyani keltirishga harakat qiladi va butun fikri-zikrini jinsiy holatiga qaratadi. Jahldor, jizzaki bo'lib qoladi. Ishga qo'li bormaydi. Hech kim bilan gaplashgisi kelmaydi. Bunday paytlarda ayol kishi faollik ko'rsatib, erkak kishini tinchlantirib, uning erogen sohalarini turli usullar bilan ta'sirlantirsa, ereksiya paydo bo'lishi va koitus amalga oshirilishi mumkin. Potensiyaning bunday buzilishi nevrasteniyaning giipostenik turidaham kuzatiladi. Bemordagi astenik holat davolansa, bu holat tez o'tib ketadi. Buning uchun bemorni ruhan tinchlantirish, psixostimulyatorlar berish hamda kundalik muammolarni biroz unutish tavsiya qilinadi. Bunga misol qilib quyidagi kuzatuvni keltiramiz (bu va bundan keyingi misollar chet el adabiyotlaridan olingan).

Bemor I., 24 yoshda, talaba. Har narsani ko'ngliga oladigan shaxs. O'qishi pasayib ketgan, sal narsaga asabiylashadigan, tez charchaydigan bo'lib qolgan. Bungacha rafiqasi bilan haftasiga 2–3 marta jinsiy aloqa qilib yashagan, keyinchalik bir oyda bir marta, unda ham ayoli tomonidan faollik ko'rsatilsagina. Ereksiya uzoq davom etmaydigan va tez so'nadigan bo'lib qoladi. To'satdan, o'z-o'zidan paydo bo'ladigan ereksiyalar ham yo'qolgan. Rafiqasi bunga to'g'ri munosabatda bo'lgan va erini tinchlantirgan. Bu hammasi charchaganlik alomati, doktorga uchrang, deb maslahat bergan.

Bemor doktorga uchraydi. Doktor tomonidan bemor yetarlicha tekshiriladi va uning jinsiy zaifligi charchashning alomati ekanligi aytiladi. Barcha ishlarni kamaytirib, 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.

Impotensiyaning alohida turi bo'lmish **vaziyatli impotensiyan** ko'p uchratish mumkin. Bunda impotensiya aniq bir vaziyatda yoki aniq bir shaxsga nisbatan kuzatiladi. Boshqa paytlari esa jinsiy qobiliyat saqlangan bo'ladi. Ertalabki ereksiyalar ham saqlangan bo'ladi. Vaziyatli impotensiyaning sabablari quyidagilar: xotining jinsiy munosabatga sovuqqonlik bilan qarashi (frigidlik); xotini bilan uzoq davom etuvchi janjallar; bir xil shaklda (holatda) jinsiy aloqa qilavereish; 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 tetik va sog'lom odamlarda kuzatilmaydi. U astenik, ruhiy-hissiy tomondan ojiz, tez ta'sirlanuvchan va jizzaki erkaklarda ko'p kuzatiladi. Quyidagi voqea bunga yaqqol misol bo'la oladi:

Bemor N., 28 yoshda, injener, ta'sirchan, tez xafa bo'ladigan, o'ziga uncha ishonmaydigan yigit. Jinsiy qobiliyati uncha kuchli bo'lmaganligi uchun 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. Xotini «meni erkak o'rnida ko'rmaysan» deb, tez-tez koyib turgan. Jinsiy munosabatlar borgan sayin sovuqlashib borgan. Turmush

qurishganiga 3 yil to'lgandan keyin, yigit bitta yosh ayol bilan tanishadi va jinsiy aloqa qiladi. Jinsiy aloqa paytida N. bu ayolning bor ovozi chiqarib ingrashlariga, bo'ronli orgazmiga hayron qoladi, ayol ham o'z vaqtida uni «haqiqiy yigit ekansan» deb maqtaydi. N. xotinini tashlab o'sha ayolga uylanadi.

Turmush qurishganlariga biroz vaqt ham o'tmasdan sezadiki, «yangi» xotini unga e'tibor qilmaydigan bo'lib qoladi. Orada tez-tez janjal bo'lib tursa-da, bu ayol bilan bir yarim yil birga yashaydi. Keyingi paytlarda N.ning ishi yurishmay qoladi, 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: «Mening jonimga tegdi o'zimni go'llikka solish, to'g'risini aytсам, sen bilan bir to'shakda yotganimda men sira ham jinsiy mayl va qoniqish hissini sezmayman. Seni erkak o'rnida ko'rmayman!» Bu so'zlarni birinchi bor xotinidan eshitayotgan N. karaxt bo'lib qoladi. Bo'lib o'tgan bu janjaldan keyin 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 xotini yoniga boradi. U bolalari bilan N. ni iliq kutib oladi. O'sha kechasi birinchi bor xotiniga nisbatan yana kuchli jinsiy qo'zg'alish paydo bo'ladi. Tez orada, ikkinchi xotinini tashlab, birinchisiga qaytadi. Normal jinsiy hayot kechira boshlaydi. Boshqa ayollarga qiziqishi mutlaqo yo'qoladi.

Bu kuzatuvdan shunday xulosa qilish mumkinki, bemor o'zining jinsiy qobiliyatlarini o'ta past baholagan va bundan ham ortiq qobiliyatga ega bo'lishini orzu qilgan. Bu «yetishmovchilikni» to'g'rilashga muvaffaqiyatsiz harakat qilgan. Ayniqsa, ikkinchi xotining aytgan haqoratomuz so'zlari uning erkaklik qadr-qimmatini yerga urgan. Xotinidan eshitgan bu gaplari N. uchun aslo kutilmagan ma'lumot bo'lganligi uchun ham, bu ma'lumotning zarba kuchi yanada dahshatli bo'lgan.

I.M.Feygenberg ta'biri bilan aytganda, xohish bilan imkoniyatning bir-biriga to'g'ri kelmasligi seksual buzilishlarga sababchi bo'ladi. Jinsiy imkoniyatlarni to'g'ri baholay olmaslik bu yerda vaziyatli impotensiyaga sababchi bo'ldi. Bu fenomenning asosida shartli reflektor bog'lanishlar yotadi. Quyidagi misolda esa vaziyatli impotensiyaga boshqa holatlar sababchi bo'lgan.

Bemor G., 30 yoshda, o'qituvchi, burchga sadoqatli, lekin jur'atsiz kishi. Jahldorlik, uyqusizlik va tez-tez bo'ladigan bosh og'rig'idan shikoyat qilib, nevropatologga murojaat qiladi. Ma'lum bo'lishicha, G.ning uylanganiga 6 yil bo'lgan. Xotini va bolalarini haddan ortiq yaxshi ko'radi, xotinini qattiq hurmat qiladi. Jinsiy aloqaga esa xotini qiziqmaydigan bo'ladi, eri birga yotishni talab qilsa, turli bahonalar (boshim og'riydi, holim qochadi) bilan jinsiy yaqinlikdan bosh tortadi. Xotining jinsiy aloqani yaxshi ko'rmasligi hisobiga 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 bolalarining onasi sifatida bo'lgan hurmati saqlanib qoladi. Bu voqealardan keyin xotini bilan jinsiy aloqa qilmoqchi bo'lib ko'radi, lekin jinsiy qo'zg'alish paydo bo'lmaydi.

Bu misolda erkak kishida jinsiy maylning 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 libidoning yo'qolishiga sababchi bo'ladi. Buni quyidagi misolda ko'rish mumkin.

Bemor V., 34 yoshda, texnika institutlarining birida dotsent lavozimida ishlaydi, xulqi yumshoq, jur'atsiz. Doktorga jinsiy zaiflik, umumiy holsizlik, asabiylashish va ish faoliyatining susayganidan shikoyat qilib keladi. Xotini o'zidan 8 yosh kichik bo'lib, avval o'z qo'lida o'qigan talaba qiz bo'lgan. Turmush qurgandan keyin 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 eridan qoniqmayotganini ochiqchasiga aytib, uni impotent deb haqorat qila boshlaydi. Buning natijasida V.ning jinsiy faolligi keskin pasayib boradi va tez orada to'xtab qoladi. U xotini oldida o'zini juda aybdor sezib, «gunohini» yuvish uchun ayolining barcha xarxashalarini so'zsiz bajara boshlaydi. Bundan foydalangan xotin erini uy xizmatkoriga aylantiradi, barcha uy yumushlarini unga buyuradi. Qiyinchiliklarga chidamagan er xotini bilan ajralishmoqchi bo'ladi, lekin boshqasini ham «qoniqtira» olmayman deb, bu qaroridan voz kechadi.

Bemor doktorga murojaat qiladi. Bemorning psixonevrologik va urologik statusi tekshirilgandan keyin unga nevrasteniya diagnozi qo'yiladi va keyingi gal xotini bilan birga kelish buyuriladi. Bemorning xotinidan alohida uning jinsiy aloqalari haqida so'raladi. U turmushga chiqqunga qadar boshqa yigitlar bilan ham jinsiy aloqada bo'lganligini va hech qanaqa qoniqish sezmagandligini aytadi. Shunday qilib, ayolda frigidlik, ya'ni jinsiy sovuqqonlik aniqlanadi. Bu ayolga eridagi nevrastenianing sababi uning frigidligi hisobiga, erida esa jinsiy o'zlikka olib keladigan hech qanday urologik kasallik yo'qligi aytiladi. Unga yo'ajralish kerakligi, yoki jinsiy aloqadan o'zini o'ta qoniqqandek ko'rsatishi zarurligi aytiladi. Ayol ikkinchi maslahatni qabul qiladi. Bemor V.ga esa umumiy quvvatni oshiruvchi, tinchlantiruvchi dorilar berilib 1 oy davolash kursi o'tkaziladi. Bir oydan keyin V.ning jinsiy quvvati yana kuchayib, tuzalib ketadi. Bemorning xotini doktorga chaqirilib, ular orasidagi munosabat so'ralganda, erida jinsiy quvvat to'la tiklanganini, o'zi esa avvalgidek jinsiy yaqinlikka sovuq bo'lib qolganligini, eri buni bilmasligini, jinsiy aloqa paytida eri uchun yolg'ondan ingrab yotishini va koitus tugaganda, o'zini kuchli orgazm sezgandek tutishini aytadi.

Bu misolda biz erkakda rivojlangan impotensianing asl sababini ayol kishining frigidligi sababli 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 keyin kelin-kuyov o'zlari uchun tayyorlangan to'shakka kirishadi. Yigit avval bir ayol bilan jinsiy yaqinlikka urinib ko'rgan, lekin kuchli hayajonlanganidan ejakulatsiya boshlanib ketgan. Undan keyin ayollar bilan jinsiy yaqinlikka intilmagan. Yechinish oldidan juda hayajonlanadi. Qizga yechinishni buyuradi, lekin u «bugun shu ishni qilmay qo'ya qolaylik» deydi. Biroq yigit udum bo'yicha kelinning haqiqatan ham qiz ekanligini to'y kuni tasdiqlashi lozim edi. Buning uchun qonga bo'yalgan dokani kelinning va kuyovning xolalari ko'rishi zarurligini aytadi. Uzoq bahsdan keyin yigit kelinni jinsiy yaqinlikka ko'ndiradi. Ular yechinishadi. Yigitda ereksiya paydo bo'ladi. Lekin uning olati kelinning qiniga hech qanday to'siqsiz kiradi va bunda qin atrofidan qon paydo bo'lmaydi. Ereksiya shu zahoti so'nadi. Yigit yorining qiz ekanligini isbotlash uchun jinsiy aloqa qilishga yana urinib ko'radi. Lekin yo'qolgan ereksiya qaytadan paydo bo'lmaydi.

«Qiz» fursatdan foydalanib, yigitni «sen impotentsan, jinsiy aloqa boshlamasdan turib, ereksiyang yo'qoldi (qiz tibbiyot instituti talabasi), avval qizlar bilan yurib, o'zingga kasal orttirgansan, senda zaxm bo'lsa kerak» deb yigitni haqorat qiladi. 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 o'zining opalarini chaqiradi. Vaziyat shu darajada keskin tus oladiki, yigit nima bo'layotganini ham anglamay qoladi. Ham qo'rqib, ham uyalib ketgan yarim yalang'och yigit uchta ayolning ichida qolib ketadi. «Qiz» opalariga bo'lgan vaziyatni oqizmay-tomizmay gapirib beradi. Qizning opalari ginekolog bo'lishadi 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 edi). Davolash bir oy davom etishini, bu davr ichida xotini bilan jinsiy yaqinlikni umuman to'xtatib turishni, aks holda undagi «zaxm» xotiniga yuqishini, keyin esa bola bo'lmay qolishi mumkinligini tayinlashadi. Yigit xotini opalari topib bergan doktorda, aslida yo'q bo'lgan «zaxmdan» yashirin davolanadi. Unda yashashga ham, jinsiy yaqinlikka ham hech qanaqa qiziqish qolmaydi, chunki davolash natija ham bermayotgan edi. Buning ustiga xotini ham unga sovuq munosabatda bo'ladi, erkaklik sha'niga teguvchi haqoratomuz so'zlarni har kechasi aytadigan bo'ladi, sog'ayib ketmasa, undan ketib qolishini, o'rtoqlari orasida sharmanda bo'lishini eslatib turadi. Yigit esa, albatta, davolanish uchun eng kuchli doktorlarga borishini, tuzalib ketishini, ajralmaslikni xotinidan har gal iltimos qiladi. Borib-borib, yigitda uyqu yo'qoladi, jahldor bo'lib qoladi, ish faoliyati pasayadi, unda ipoxondriya va depressiyaga xos simptomlar paydo bo'ladi. Davolanish natija bermagach, yigit taqdirga tan berib, asabini 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 borligini, bu esa sababi yo'qotilsa, butunlay tuzaladigan dard ekanligi aytili. Bemor 2–3 kundan keyin bizga bo'lib o'tgan hamma voqeani aytib berdi. Bemorning e'tiroziga qaramasdan, uni qaytadan

urologga va dermatovenerologga ko'rsatdik. Laborator va paraklinik tekshiruvlardan o'tkazdik. Xulosa: bemorda avval ham, hozir ham hech qanday venerik kasallik bo'lmagan. Bu xulosalar bemorning kayfiyatini ko'tarib, uning ruhiga katta ijobiy ta'sir ko'rsatdi. U bizning barcha maslahatlarimizga 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 viloyatga, uyiga yuborildi.

Bemor bilan keyin uchrashganimizda, avvalgi xotini bilan ajralganini, boshqa qizga uylanganini va hozirgi xotini homilador ekanligini, 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'lgan va bolasini oldirib tashlab, opalarining maslahati bilan O.ga turmushga chiqqan.

Bu misolda turg'un jinsiy zaiflikning kuchli stressdan keyin bir kechada paydo bo'lganining guvohi bo'ldik. Xo'sh, bu bemorda jinsiy qo'vvatning birdan yo'qolishi va uzoq davom etishining mexanizmlari nimalardan iborat? Tanadagi kamchiliklarga doir o'ta salbiy ma'lumotlar, bosh miya po'stloq tuzilmalarida turg'un o'choq paydo qiladi (I.P.Pavlov ta'biri bilan aytganda) va dominanta prinsipiga asosan (A.A.Uxtomskiy bo'yicha) po'stloqning boshqa qismlarida yangi qo'zg'alishlarni «bosib» turadi. Buning oqibatida bosh miya faoliyati, avval paydo bo'lgan dominant o'choq ta'siri ostida bo'ladi. Bu paytda nevroz (asosan, ipoxondriya va isteriya) kasalligi shakllana boshlaydi. Miya po'stlog'ida katta qo'zg'alish kuchiga ega bo'lgan bu dominant o'choqning faoliyatini pasaytirish yoki yo'qotish uchun po'stloqda shunga o'xshash kuchga ega bo'lgan yangi «qo'zg'alish o'chog'i» paydo qilish kerak. Ana shundagina avvalgi qo'zg'alish kuchi pasayadi yoki yo'qoladi. Bu yangi qo'zg'alishni qanday paydo qilish mumkin? Bu qo'zg'alishni odamga kuchli ta'sir qiladigan verbal ta'sirlar orqali, gipnoz orqali, davolash mobaynida ishlatiladigan antiqa usullar orqali paydo qilish mumkin. Bizning misolimizda A.A.Uxtomskiyning dominanta prinsipiga muvofiq, po'stloq faoliyatini o'ziga bo'ysundirib turgan turg'un qo'zg'alish bu to'y kechasi kelinning yigitga aytgan so'zlari («sen impotentsan, jinsiy aloqa boshlamasdan turib, ereksiyang yo'qoldi, avval qizlar bilan yurib, o'zingga kasal orttirgansan, sen zaxmga chalingansan») bo'lsa, biroz fursat o'tgandan keyin miya po'stlog'ida paydo qilingan

yangi dominant qo'zg'alish — bu «sizda hech qanday venerik kasallik alomatlari yo'q» degan ibora. Buning natijasida bemorda Z.Freyd ta'biri bilan aytganda «katarsis» (ruhiy poklanish) ro'y berdi.

Endi eyakulatsiyaning kelish mexanizmlari to'g'risida so'z yuritamiz. Eyakulatsiyaning tez kelishi ko'p omillarga, lekin eng avvalo, jinsiy markazlarning umumiy seksual qo'zg'alish darajasiga bog'liq. Uzoq vaqt jinsiy aloqa qilmay yurgan va onanizm bilan shug'ullanadigan yosh sog'lom yigitlarda eyakulatsiyaning tez kelishi fiziologik hodisadir. Ularda jinsiy aloqani boshlagandan bir necha soniya o'tgandan keyin darrov eyakulatsiya ro'y berishi mumkin. Bunday paytlardi eyakulatsiyadan keyin ereksiya biroz so'nmay turadi. Ularda jinsiy aloqa bir necha soatdan yoki bir-ikki kundan keyin takrorlansa, eyakulatsiyaning kelish davri bir oz cho'zilishi mumkin.

Ba'zan jinsiy aloqadan oldingi o'zaro erkalatishlar ayol kishiga qaraganda, erkak kishiga ko'p ta'sir ko'rsatadi. Jinsiy aloqa qilishdan oldin ayol kishi tomonidan erkak kishining erogen sohalarini ko'p ta'sirlantirish, tez qo'zg'aluvchan erkaklarda eyakulatsiyani tezlatishi mumkin. Seksologlarning fikriga ko'ra, 30—35 yoshdan keyin 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 keyin kelsa, vaqtli eyakulatsiya haqida gapirish mumkin. Avval uzoq jinsiy aloqa qiluvchilarda keyinchalik koitus davri qisqarsa ham vaqtli eyakulatsiya haqida so'z yuritish mumkin. Birinchi bor jinsiy aloqa qilayotganlarda, ba'zan olatni qinga kirgizmasdan turib eyakulatsiya paydo bo'lib qoladi.

Nevrasteniyada tez paydo bo'ladigan eyakulatsiya ereksiyaning sustligi bilan birga kuzatiladi. Yuqori darajada qo'zg'aluvchan va tez holdan toyadigan erkaklarda kechqurunlari sperma o'z-o'zidan otilib ketishi mumkin (bunday paytda kishi uyg'onib ketadi). Xohishirodaga qaramasdan spermaning o'z-o'zidan otilib ketishi **pollutsiya** deb ataladi. Pollutsiya, ko'pincha, tunda, uxlab yotganda kuzatiladi. Bunday paytlarda, odatda, erkak kishi erotik tushlar ko'rayotgan bo'ladi.

Xo'sh, pollutsiya nega kuzatiladi, u qanday jarayon, uning mexanizmlari nimalardan iborat?

Pollutsiya urug' pufakchalarida katta miqdorda sperma to'planganda ro'y beradi. Bunday paytlarda eyakulatsiya markazi reflektor tarzda

ta'sirlanadi, ya'ni o'z-o'zini boshqarish mexanizmi ishga tushadi. Pollutsiyadan keyin seksual qo'zg'alish pasayadi. Nevrasteniyalarda urug' pufakchalarida ozgina sperma to'planishining o'zi pollutsiyani yuzaga kelishi uchun yetarlidir, chunki ularda asab markazlari yuqori darajada qo'zg'aluvchan bo'ladi. Astenik bemorda tez-tez bo'ladigan pollutsiyalar ba'zan ularda charchash alomatlari, uyquning yo'qolib qolishi, kayfiyatning buzilishi bilan kechadi. Ular pollutsiya 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 pollutsiya er-xotin orasidagi janjallarning sababchisi ham bo'lishi mumkin («tushingda mendan boshqani afzal ko'rding» va h.k.).

Nevrasteniyada kuzatiladigan pollutsiyalar davolangandan, sihatgohlarda dam olgandan keyin o'tib ketadi. Bunda fizikultura va sportning ham roli katta. O'smirlik paytida onanizm bilan shug'ullanib, sun'iy ravishda ejakulatsiyaga erishuvchilarda uylangandan keyin jinsiy aloqaning birinchi kunida, ejakulatsiya tez paydo bo'lib qolishi 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 o'jizlikka olib kelmaydi.

Bemor U., 26 yoshda, texnik xodim, vasvasaga beriladigan, o'ta rahmdil, o'z kasbini sevadigan yigit. Ejakulatsiya tez kuzatilishiga shikoyat qilib, doktorga maslahatga keladi. O'smirlik davrida tez-tez pollutsiyalar bo'lib turgan. 17—18 yasharligida qizlar bilan diskotekalarda raqsga tushganda kuchli ereksiyalar va ba'zan esa ejakulatsiyalar kuzatilgan. 19 yoshligida birinchi bor jinsiy yaqinlik paytida darrov ejakulatsiya paydo bo'lgan. 20—22 yoshida bo'lgan jinsiy aloqalarda ikkita friksiyadan keyin ejakulatsiya kuzatilgan. Eng uzoq cho'zilgan koitus 10 soniya. 24 yoshida uylangan. Bevaqt ejakulatsiya saqlanib qolgan. Jinsiy aloqadan xotini hammavaqt ham qoniqavermagan. So'nggi paytlarda jinsiy aloqa paytida xotining qini quruq bo'lib qoladigan bo'ladi va jinsiy aloqani qiyinlashtiradi. Bu voqealar uning kayfiyatini tushurib yuboradi, bor fikrini mana shu qiyinchiliklarga qaratadi. Urologda olgan davolash muolajalari (prostata massaji, fizioterapiya) va gormonal dorilar natija bermaydi.

Obyektiv tekshirishlardan keyin bemorning jinsiy a'zolarida kamchilik topilmagan. Urologik patologiya ham aniqlanmagan. Shundan keyin bemor psixonevrologga yuborilgan va unda nevrasteniya aniqlangan. Samarali davolanish uchun unga ereksiyaning mustahkamlovchi va koitus davrini uzaytiruvchi davolash muolajalari o'tkazilgan. Bu muolajalar tafsiloti bemorning xotiniga ham tushuntirilgan. Xotiniga eridagi muammolar asab bilan bog'liqligi tushuntirilgan va unga maxsus ko'rsatmalar berilgan. 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 haftalardan keyin eri jinsiy aloqa qilishni xohlab qolsa, buni rad etmaslik buyurilgan. Eyakulatsiya tez sodir bo'lib, qolmasligi uchun xotiniga jinsiy aloqa paytida erini biroz boshqarib turishi, friksiyaning vaqti-vaqti bilan to'xtatib turishi zarurligi tushuntirilgan. Eriga ereksiya bo'lgan zahoti jinsiy aloqani boshlab yubormaslik va o'zaro erkatlashlarni davom ettirib yotaverish, tavsiya qilingan.

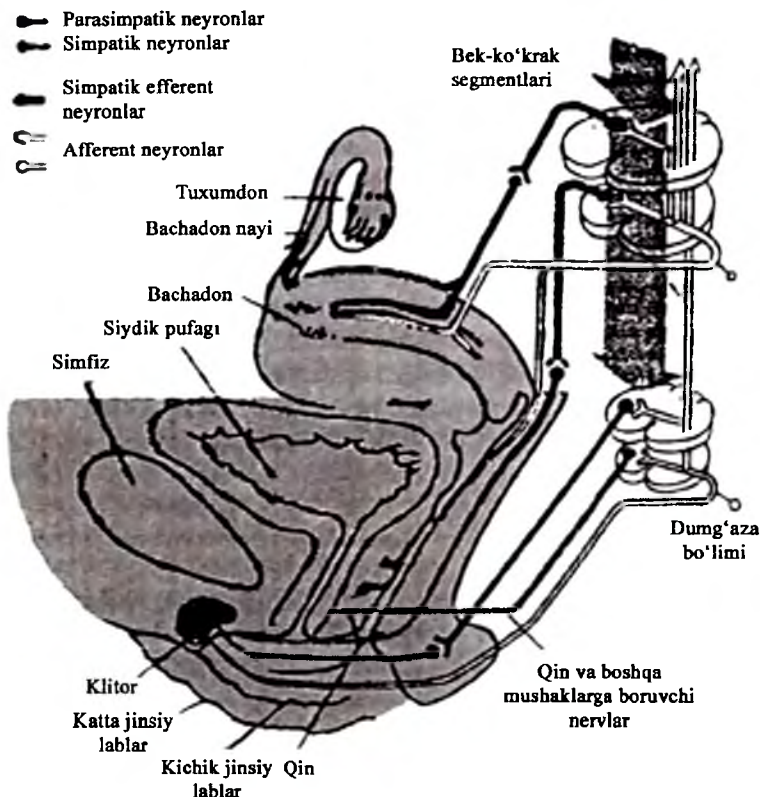
Bir oydan keyin bemor doktor qabuliga kelib, ereksiya davri uzayganligini, bu natijaga 2 haftadan keyin erishganini va 1 oygacha kutmay, xotini bilan jinsiy aloqani boshlab yuborganini va avvalgi muammolar ham yo'qolganini aytadi.

Bu bemorni kuzatgan doktorning fikriga ko'ra, mana shu yo'l bilan tezlikda tugashi kuzatiladigan eyakulatsiyani bartaraf etish mumkin. Biroq ba'zi mualliflar bu fikrga qo'shilavermaydi va bunday mashqlar doimo yaxshi natija bilan tugashiga shubha bilan qarashadi.

Bevaqt eyakulatsiya nevrasteniya tashqari, bosh va orqa miyaning jarohatlanishlarida, yallig'lanish va degenerativ kasalliklarida, zo'r berib jinsiy aloqa bilan shug'ullanaverishlarda, urologik kasalliklarda, prostata bezining atoniyasida kuzatiladi. Shuning uchun tez eyakulatsiya kuzatiladigan bemorlar nevrologik, psixonevrologik va urologik tekshiruvlardan o'tishlari lozim.

11.3. Ayollarda uchraydigan seksual buzilishlar

Frigidlik. Ayollarda uchraydigan jinsiy sovuqqonlikka **frigidlik** deb ataladi. Jinsiy mayli yo'q va orgazm kuzatilmaydigan ayollar frigid hisoblanishadi. Ayollar jinsiy a'zolarining innervatsiyasi 35-rasmda keltirilgan.



35-rasm. Ayollar jinsiy a'zolarining innervatsiyasi.

Frigidlik belgilarining rivojlanishiga qarab, uning 3 darajasi farq qilinadi: I daraja – jinsiy aloqa ozgina bo'lsa-da, yoqimli taassurotlar ostida ro'y beradi, qin ho'llanadi, lekin orgazm kuzatilmaydi; II daraja – jinsiy aloqaga befarq, jinsiy qo'zg'alish va yoqimli taassurotlar yo'q; III daraja – jinsiy aloqani o'ta yomon ko'radi, jinsiy aloqadan qochishga intiladi, jinsiy aloqa paytida kuchli og'riq sezadi.

Shartli ravishda frigidlikning 4 turi farqlanadi (A.M. Svyadosh, 2002): 1) retardatsion; 2) psixogen; 3) simptomatik; 4) konstitusional.

Retardatsion frigidlik - jinsiy hirsning kech rivojlanishi bilan bog'liq bo'lib, o'tib ketuvchi xususiyatga ega. Umuman olganda, hamma sog'lom ayollarda ham orgazmni his qilish bir xil paytda rivojlanavermaydi. Ko'pchilik ayollarda u o'smirlikdan paydo bo'la

boshlasa, boshqalarda faqat turmushga chiqqandan keyin yoki tuqqanidan keyin rivojlanadi. Aksariyat qizlarda orgazm (taxminan 25 %) to'la jinsiy balog'at yoshiga yetganda paydo bo'ladi. Jinsiy hayotga bo'lgan talab 25–30 yoshgacha bo'lgan erkaklarda yuqori bo'ladi, 30 yoshdan keyin esa libido biroz pasayib boradi. Aksariyat ayollarda buning aksi kuzatilarkan, ya'ni libido 30 yoshdan keyin kuchayib borarkan. Lekin 45–50 yoshga yetmasdan jinsiy mayli pasayib boradigan va butunlay yo'qoladigan ayollar soni ham ko'p uchrarkan. 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 bo'lgan ayollarnikini esa past baholashadi. Chunonchi, 30 yoshgacha bo'lgan ayollarning aksariyati erining jinsiy tomondan juda faolligini aytishsa, 30 yoshdan oshgandan keyin esa ularning sustligidan shikoyat qilishadi.

16–18 yashar qizlarning jinsiy hayoti 25–30 yashar ayollarnikidan biroz farq qiladi. Ularning ko'pchiligi uchun sevish va sevilish, xiyobonlarda sayr qilish, tez-tez uchrashib turish, o'pishib-quchoqlashish jinsiy aloqaga qaraganda afzal hisoblanadi. Jinsiy yaqinlikka, asosan, yigitlar majburlashadi, erta boshlangan (o'zaro xohish bilan bo'lsa-da) jinsiy hayotdan aksariyat qizlar o'zlarini haqoratlangandek sezishadi.

Statistik ma'lumotlarga ko'ra, birinchi nikoh kechasi bo'lib o'tgan jinsiy aloqa ushbu ayollarda orgazm bilan tugamaydi. Orgazm turmush qurgandan bir hafta, bir oy, ba'zan yillar o'tgandan keyin kuzatila boshlaydi.

Psixogen frigidlik. Psikogen frigidlik seksual ehtiyojlarni ruhiy yo'llar bilan to'xtatib yurishda ro'y beradi. Buning sabablari turlichadir. Sevmasdan turmush qurish, erining jinsiy zaifligi, oilaviy janjallar, boshqa birovni sevib qolish, farzand bo'lmasligi, jinsiy aloqalar paytida har bir tomonning o'z usulini taklif qilishlari kabi psixologik holatlar psixogen frigidlik rivojlanishiga olib keladi. Lekin bu buzilishlar doimo vaqtincha bo'lib, psixologik to'siqlar olib tashlangandan keyin o'tib ketadi.

Misol keltiramiz. 25 yashar qiz fizkultura institutini tugatgandan keyin kichik bir shaharga o'qituvchi qilib jo'natiladi. O'sha shaharga o'zi bilan birga o'qigan jismoniy baquvvat yigit ham ishga keladi. Qiz unga turmushga chiqishga rozilik beradi. Nikohning birinchi kechasi vino ichib mast bo'lgan eri avvallari qizlar bilan nima ishlar qilganini,

qizlar uning qobiliyatini doimo yuqori baholaganliklarini maqtanib, oqizmay-tomizmay yoriga gapirib beradi. Bu qizda qattiq nafrat uyg'otadi. Erining jinsiy qobiliyati yaxshi bo'lsa-da, unga nisbatan hech qanday jinsiy mayl sezmagani. Boshqa yigit bilan (jinsiy tomondan uncha kuchli bo'lmasa-da) jinsiy aloqa paytida orgazm kuzatilgan. 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 qolishdan va boshqalarga gap-so'z bo'lishdan qo'rqish kabi holatlar ham kiradi.

Simptomatik frigidlik. Birorta kasallik natijasida rivojlanadigan frigidlikka **simptomatik frigidlik** deb ataladi. Bosh miya va orqa miyaning organik kasalliklari, endokrin buzilishlar, urologik va ginekologik kasalliklar, nasliy kasalliklar, giyohvandlik, aroqxo'rlik, turli etiologyali ensefalopatiyalar, endogen depressiyalar, og'ir yuqumli kasalliklar frigidlikka olib kelishi mumkin.

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 rivojlangan frigidlik kuzatiladi. Ular uchun frigidlik kasallik emas, balki tug'ma nuqsonidir. Odatda, bunday ayollar ichida onanizm bilan shug'ullanganlari bo'lmaydi, ular erkaklar bilan jinsiy yaqinlikka intilmaydi, odatda, sevib turmushga chiqmaydi, jinsiy aloqa orgazm bilan tugamaydi, vrachlarga borib davolanishni xohlashmaydi ham. Bu frigidlikning sabablari hozirgacha fanga noma'lum.

Frigidlikning bunday tasnifini mukammal deb bo'lmaydi, chunki simptomatik va retardatsion frigidlikda psixologik omilni inkor qilish qiyin.

11.4. Disgamiya

Er-xotin orasidagi jinsiy munosabatlar uyg'unligining buzilishiga **disgamiya** deb ataladi. Disgamiya ikki tomondan birining jinsiy hirslarining qoniqmasligi tufayli oilaning buzilishiga, o'zaro xiyonatga yoki turli darajada ifodalangan nevrozlarga sababchi bo'ladi. Aksariyat

hollarda disgamiyaning asosiy sababi, jinsiy aloqaning tez tugashidir (sust ereksiya va vaqtli ejakulatsiya sababli). Chunki, ayol kishi jinsiy aloqaning orgazm bilan tugashini xohlaydi. Aytib o'tganimizdek, erkak kishiga qaraganda, ayol kishida orgazm kelishi ancha mushkulroq. Jinsiy aloqaning vaqtli tugashi nafaqat ayol kishining, balki erkak kishining ham ruhiga katta ziyon yetkazadi va erkak kishi xotining 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, erini inson sifatida, bolalarining otasi sifatida yaxshi ko'radi, lekin ikkinchi tomondan undan jinsiy hirsini qondira olmaydi. Aynan mana shunday vaziyatga ko'p oilalar duch keladi va buning oqibatida tez-tez janjallar chiqadi.

Erkakda ham, ayolda ham jinsiy aloqa bir xil paytda orgazm bilan tugasa, ikkala tomon ham jinsiy yaqinlikdan katta qoniqish his qiladi va o'zaro ayblovlarga o'rin qolmaydi. Ayol kishida orgazm uzoqroq davom etadi. Erkak kishi jinsiy aloqa tugagandan keyin tez turib ketishni xohlasa, ayol kishi esa uni yana erkalatib yotishlarini xohlaydi. Ayol kishida orgazm bir soatgacha davom etishi ham mumkin. Mutaxassislarning fikricha, orgazmning kelish tezligi va davomiyligi ayol kishining mizojiga ham bog'liq. Ba'zi ruhiy kasalliklarda orgazm juda cho'zilib ketishi ham mumkin.

Ba'zi ayollar va erkaklar orgazmning kelishini olatning hajmiga ham bog'lashadi. Bu muammo qadimdan ko'pchilikni qiziqtirib kelgan va uni o'rganish uchun juda ko'p shaxsiy suhbatlar va so'rovlar o'tkazilgan. Bu sohani chuqur o'rgangan olim Zigmund Freydning fikricha, orgazmning kelishi olatning hajmiga bog'liq emas va bu yerda ruhiy omil juda katta ahamiyatga ega. U olati juda kichik bo'lgan erkak bilan jinsiy aloqa qilib, doimo kuchli orgazm sezgan bir ayol haqida yozib qoldirgan. Z. Freyd erining jinsiy qobiliyati yaxshi bo'lsa-da, uning olati kichikligini ro'kach qilib ajralgan ayollarda so'rov o'tkazgan. Bu ayollarning 80 foizi bu masalada adashganini, shulardan 40 foizi esa avvalgi orgazm kuzatilmayotganligini aytishgan.

Chunki olatning kichik hajmda bo'lishi faqat og'ir endokrin kasalliklarda (nanizm, gipopituitarizm) kuzatiladi va bor-yo'g'i 2 foizni tashkil qiladi. Har xil statistik ma'lumotlarni to'plaganida, «erimning olati kichik deb shikoyat qiladigan ayollar soni (jinsiy aloqadan qoniqishsa-da) esa o'rtacha 30 foizni tashkil qilarkan. Psixolog va seksologlarning fikricha, jinsiy yaqinlikda bo'ladigan ayollarning deyarli 90 foizdan ortig'i jinsiy aloqada eng asosiysi, uning qoniqish

bilan tugashi deb hisoblasharkan. Turli holatda jinsiy aloqa qilish, erogen sohalarni ko'proq ta'sirlantirish, aloqa tugagandan keyin ham shirin so'zlar bilan ayolni erkalatib yotish ayol kishining qoniqishi uchun asosiy omil hisoblanadi (Z.Freyd).

Kama Sutrada seksual munosabatlarga bag'ishlab, ko'p narsalar bitilgan; unda jinsiy aloqa qilishning 30 dan ortiq usuli, ayol va erkak kishi jinsiy aloqa qilayotgan paytidagi o'yinlar, erogen sohalarni ta'sirlantirish bo'yicha maslahatlar, jinsiy qondirishning antiqa usullari yoritilgan. Unda, shuningdek, «erning boshqa ayolga ketib qolmasligi uchun, xotin kishi dunyoda bor bo'lgan hirsni qondiruvchi barcha usullardan foydalanib, erni qondirish yo'lini izlashi kerak» deyilgan. Xuddi shu so'zlar erkak kishi uchun ham taalluqlidir. Asosiy maqsad qoniqish ekan, unga yetishning turli yo'llarini qo'llash lozim («Ars amatoria»). Seksologlarning fikricha, uylangan erkak kishilarning (ayollarning ham) boshqa ayollar (erkaklar) bilan yurib ketishining aksariyat sabablari «antiqa sevgi» izlashdir. Bunday odamlar «u bilan har xil usulda shug'ullana olaman, o'zimniki bilan esa mumkin emas» qabilida ish tutisharkan. Jinsiy yaqinlik paytida aksariyat yosh erkaklar erogen sohalarini ta'sirlantirishni uncha yoqtirishmas ekan, chunki ular jinsiy hirsning yanada kuchayib ketib, ejakulatsiya boshlanib ketishidan qo'r-qisharkan.

Shuni unutmash lozimki, jinsiy yaqinlik paytida erkak ham, ayol ham barcha sanitariya va gigiyena talablariga, albatta, amal qilishlari kerak.

11.5. Jinsiy yaqinlik paytida kuzatiladigan seksual buzilishlar

Vaginizm. Jinsiy aloqa va ginekologik tekshiruvlar paytida qinning qattiq qisqarishiga **vaginizm** (lot. vagina – qin) deb ataladi. Bunday paytlarda tos organlari mushaklari bilan birgalikda qorin mushaklari ham qisqarib, ikkala son bir-biriga jipslashadi. Jinsiy aloqa paytida vaginizmning rivojlanishi uchun ruhiy omillar katta ahamiyatga ega. Birinchi marta jinsiy aloqa qilayotgan va parda yirtilishida paydo bo'ladigan og'riqdan qattiq qo'rqadigan qizlarda vaginizm ko'p uchraydi.

Vaginizmning uch xil darajasi farq qilinadi: **I daraja** – vaginizm olatni yoki ginekolog instrumentni qinga kirgizganda paydo bo'ladi; **II daraja** – olat yoki instrumentning qinga yaqinlashganida ro'y beradi;

III daraja – vaginizm paydo bo'lishi uchun jinsiy aloqani yoki instrumentlar bilan tekshirishni tasavvur qilishning o'zi yetarli bo'ladi.

Jinsiy aloqani rang-barang qilish maqsadida ba'zi ayolu erkaklar mazoxizm va sadizmni xush ko'rishadi. Jinsiy yaqinlik paytida o'ziga jismoniy shikastlar yetkazilgandagina qoniqish hosil qilishga **mazoxizm**, hamrohiga azob berishdan qoniqishga **sadizm** deb ataladi.

Vaginizm, ayniqsa, nevroz, isteriyavai poxondriyadako'p kuzatiladi. Mabodo qizlar birinchi jinsiy aloqadan keyin qattiq og'riq sezsa, keyinchalik ularda turli darajada rivojlangan vaginizm paydo bo'lishi mumkin. Shuning uchun yosh kelinlarni jinsiy aloqaga ruhan tayyorlash katta ahamiyatga ega.

Nazorat uchun savollar

1. Jinsiy faoliyatning funksional buzilishlari deganda nimani tushunasiz?

2. Jinsiy a'zolar markazlari haqida so'zlab bering. Ularning ishlash prinsipi qanaqa?

3. Erogen sohalar tananing qayerlarida joylashgan?

4. Jinsiy a'zolarida joylashgan eng kuchli erogen sohalarni aytib bering.

5. Libido nima, u qanday paydo bo'ladi?

6. Ereksiya nima, u qanday paydo bo'ladi?

7. Eyakulatsiya nima va u qanday paydo bo'ladi?

8. Libido, ereksiya va eyakulatsiyaning markazlari asab tizimining qaysi tuzilmalarida joylashgan?

9. Orgazm nima va uning qanday turlari bo'ladi? Orgazm paytida ayol kishida qanday vegetativ o'zgarishlar yuz beradi?

10. Friksiya va koitus nima? Ularning farqi nimada?

11. Shartli reflektor qo'zg'atuvchilar deganda nimani tushunasiz?

12. Erkaklarda jinsiy faoliyatining susayishiga qanday kasalliklar olib keladi?

13. Asab buzilishlari erkaklarning jinsiy faolligiga qanday ta'sir ko'rsatadi?

14. Impotensiya nima? U qaysi kasalliklarda ko'p uchraydi?

15. Me'yordagi jinsiy aloqa deganda nimani tushunasiz?

16. Doimiy xavotir va siqilish erkak kishining potensiyasiga qanday ta'sir ko'rsatadi? Hayotdan misollar keltiring.

17. Ayol kishining xulq-atvori erkaklik funksiyasiga qanday ta'sir ko'rsatadi? Misollar keltiring.

18. Pollutsiya nima? U qanday paytlarda va kimlarda yuzaga keladi?
19. Onanizm nima? Uning organizmga zarari bormi?
20. Ayollarda jinsiy faoliyat buzilishiga olib keluvchi asosiy sabablarni va kasalliklarni sanab o‘ting.
21. Frigidlik nima? Uning qanday turlari bor?
22. Disgamiya nima? Uning sabab va oqibatlari haqida gapirib bering. Hayotdan misollar keltiring.
23. Ayolning jinsiy qoniqishi erkaklar olatining hajmiga bog‘liqmi? Bu haqda Z.Freyd nima degan?
24. Disgamiyaning oldini olish uchun nimalar qilish kerak?
25. Kama Sutrada erkak va ayollarga qanday maslahatlar berilgan?
26. Vaginizm nima? Uning qanday turlarini bilasiz?
27. Mazoxizm va sadizm deganda nimani tushunasiz?

Bitta doktor davolasa yaxshi, ikkitasiga ham chidasa bo'ladi,
lekin uchta doktor — bu dahshat!
X.F. Gufelyand

XII BOB. TERIDA KUZATILADIGAN PATOLOGIK O'ZGARISHLAR

12.1. Umumiy ma'lumotlar

Asab buzilishlarida terida uchraydigan turli xil belgilar odam ichki dunyosi kechinmalarining terida aks etishidir. Teri kasalliklarining kelib chiqishi sabablarini aniqlashda ruhiy omillarga qadimdan katta e'tibor qaratishgan. Masalan, ekzemani ruhiy kasallikning terida aks etgan klinik ko'rinishi deb atashgan. Og'ir hissiy kechinmalar 70%—bemorda eshakemi kasalligi, 85% — alopetsiya (soch to'kilishi), 66%— neyrodermatitlar rivojlanishiga sababchi bo'ladi (Fornasa C.V. yet al., 1998). Ekzema aniqlangan bemorlarning psixologik anamnezi o'rganilganda, ularning yarmidan ko'pi ilgari depressiyaga tushgan va deyarli barcha holatlarda kasallik qaytalashiga aynan o'tkir stress sababchi bo'lgan.

Tez-tez kuzatiladigan affektiv holatlarda vegetativ reaksiyalarning terida aks etishini har bir vrach amaliyotda ko'p kuzatgan. Bunday paytlarda yuz oqaradi, g'oz terisi paydo bo'ladi, odamni sovuq ter bosadi, keyin teri qizara boshlaydi, ba'zan esa qizil toshmalar toshib, terida qichishish paydo bo'ladi. Terida kuzatiladigan trofik o'zgarishlar, ayniqsa, e'tiborga loyiqdir. Doimiy depressiv holatda yuradigan bemorlarning terisi doimo quruq bo'ladi, elastikligini yo'qotadi, ko'z va og'iz burmalari qalinlashib, yuziga ajinlar tushadi. Bu holat odamni yoshidan katta qilib ko'rsatadi va ayniqsa, ayollar bu ahvolni og'ir kechirishadi, yuz terisiga surtiladigan turli kremlardan foydalanishadi. Bu ajinlarning kelib chiqish sababi asab buzilishlari bo'lganligi bois, kremlar foyda bermaydi yoki vaqtincha o'zgarish kuzatiladi. Ba'zi bemorlarning qo'l terisi va tovonlari yorilib ketadi. Sohning doimo to'kilishi (ayniqsa, 30 dan oshgan bemorlarda) ularni juda bezovta qilib qo'yadi. Bu yerda ham asabni davolamasdan turib, turli xil davolashlarni qo'llash kam samaralidir. Aksariyat bemorlar (ayollar ham) 40 yoshga yetmasdan kal bo'lib qolishadi.

O'tkir stressdan keyin terida 1—2 kun ichida to'satdan chuqur patologik o'zgarishlar paydo bo'lishi mumkin. Xuddi shunday holatni

biz SH. ismli bemorda kuzatganmiz. Unda katta oilaviy fojidan keyin 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 keyin qo'rqqanidan sochi butunlay to'kilib ketgan sirk artisti haqida ham yozilgan. Soch to'kilishi bolalarda ham uchraydi. 8 yashar bolaning tushiga yaqinda vafot qilgan buvasi kiradi va u tobutdan chiqib kelib bolaning sochidan qattiq tortarkan. Bu dahshatli tushni bola bir necha kun uzluksiz ko'rgan va har gal sochi to'kilavergan. Bola gipnoz usuli bilan davolanib, yomon tush ko'rmaydigan qilingan. Bir necha kundan keyin bolaning sochi yana o'sa boshlagan (A.S. Golibin, 1999).

Uzoq cho'ziladigan astenodepressiv sindromlarning somatik ko'rinishlaridan yana biri tirnoqlardagi trofik o'zgarishlardir. Bunda tirnoqlarning rangi o'chib, unda uzun chiziqlar paydo bo'ladi, tirnoqlar (ayniqsa, oyoqdagi) sinadigan bo'lib qoladi, qalinlashadi. Hamma tirnoqlarning bir xil tarzda o'zgarishi, patologik jarayonning sekin-asta zo'rayib borishi, barmoqda yallig'lanish belgilarining yo'qligi, uning psixogen xususiyatga aloqador ekanligidan dalolat beradi. Umumiy yoki mahalliy gipergidroz (qo'l panjasi, qo'ltiq osti va oyoqlarda) ham hissiy-ruhiy buzilishlarda ko'p kuzatiladi. Bu patologik o'zgarishlar ayniqsa, yoshlarda ko'p uchraydi va aksariyat hollarda kuchli hissiy zo'riqishdan keyin to'satdan paydo bo'ladi. Bunday bemorlar sal hayajonlansa, issiqroq narsa ichsa, jismoniy mehnat qilsa, atrof-muhitning harorati balandroq bo'lsa, tezda terlab ketishadi. Buni fanda «ho'l depressiya» deb ham atashadi. Ularni eng ko'p qiynaydigan va jig'iga tegadigan narsa bu yomon hid kelishidir. Ter va yog' bezlari faoliyatining patologik kuchayishi psixovegetativ sindromlarning doimiy hamrohidir. Shuni alohida ta'kidlash lozimki, qo'ltiq osti va chov sohasida joylashgan ter bezlari tana haroratining boshqarilishida ishtirok etmaydi va jinsiy balog'atga yetgandan keyingina faoliyat ko'rsata boshlaydi. Bunda ular o'zgacha hid taratuvchi moddalar (feromonlar) ishlab chiqara boshlashadi. Bu fiziologik mexanizm jinsning seksual xulq-atvoriga moslashib turadi. Aynan mana shu o'rinda ayol kishidan kelayotgan hid, erkak kishidan taralayotgan hiddan keskin farq qiladi. Astenodepressiv sindromlarda kuzatiladigan kuchli seksual buzilishlar apokrin bezlarning sekretor holatiga katta ta'sir ko'rsatadi va yoqimsiz hid paydo bo'lishiga sababchi bo'ladi. Bu bemorlardagi o'ziga xos hidga qarab, ularda psixovegetativ sindrom borligini aniqlash mumkin.

Teridagi doimo terlab yuradigan joylar, ko'pincha, qizarib turadi, u yerlarda allergik o'zgarishlar paydo bo'ladi, qo'ltiq ostidagi limfa tugunlari kattalashadi. Aynan mana shunday bemorlarda neyrodermit yoki ekzema kasalliklari oson rivojlanadi. Kuchli hissiy zo'riqishlar bunday bemorlarda teri kasalliklarining avj olib ketishiga sababchi bo'ladi. Masalan, psoriasis – 40% bemorlarda yaqinlari bilan sodir bo'lgan baxtsiz hodisalardan, 52% bemorlarda boshqa kuchli salbiy hissiy buzilishlardan keyin rivojlanarkan. Bu yerda sabab va oqibat orasidagi davr bor-yo'g'i 2–14 kunni tashkil qilgan, kamroq hollarda esa bir oyga cho'ziladi (Seville R.H., 2002). Shuning uchun teridagi o'zgarishlar har tomonlama puxta o'rganilishi zarur, chunki ular ruhiy buzilishlarning dastlabki klinik ko'rinishlari bo'lishi mumkin.

Aksariyat hollarda teridagi o'zgarishlar bemordagi ruhiy buzilishlar kuchayganda kuchayib, kamaygan paytda esa susayib boradi. Teri kasalliklarini davolashda bu fenomenni e'tiborga olib, faol psixoterapevtik muolajalarni o'tkazish kerak bo'ladi. Ma'lumki, teri va undagi kamchiliklar odam ruhiga jarohat yetkazadi, shuning uchun ham deyarli barcha bemorlarda turli darajada rivojlangan i poxondriya shakllanadi. Ular butun fikri-zikrini (ayniqsa, dastlabki paytlarda) teridagi nuqsonlarga qaratishadi. Dermatologlar va psixologlarning ta'kidlashicha, bemorlar ushbu buzilishlardan qanchalik ko'p siqilishsa, kasallik belgilari shunchalik kuchayarkan (to'g'ri davolanishdan qat'i nazar). Agar bemorning fikri uzoq vaqt boshqa narsalarga chalg'itilsa, teridagi ijobiy o'zgarishlar tezlashadi. Ikkinchi jahon urushi davrida dermatologlar qiziq bir holatni kuzatishgan, ya'ni urush boshlangandan keyin aksariyat bemorlar surunkali teri kasalliklaridan tuzalib ketishgan. Bu fenomenga quyidagicha izoh berish mumkin. Urush boshlanishdan oldin bemorlar uchun asosiy muammo – teridagi patologik o'zgarishlar bo'lsa, urush boshlangandan keyin esa, undan ham o'tkir muammo paydo bo'ldi, ya'ni uning va yaqinlarining hayoti xavf ostida qoldi. Urush boshlandi! U endi o'zini, oilasini va Vatanni himoya qilishi kerak! Dominanta prinsipi ga muvofiq, bosh miya po'stlog'idagi **kuchsiz qo'zg'alishlar** (urushgacha bo'lgan teridagi o'zgarishlar) o'rnini **kuchli qo'zg'alishlar** (urushning boshlanishi, o'lim xavfi) egalladi. Bosh miya po'stlog'ida paydo bo'lgan kuchli dominant o'choq avvalgi o'choqning faoliyatini yo'qqa chiqardi va miyadagi kompensator mexanizmlarni ishga soldi, funksional sistemalarni kuchaytirdi. Miyadagi keskin bu o'zgarishlar terida o'z aksini topdi va undagi patologik jarayonlar chekindi.

Teridagi patologik o'zgarishlarning inson ruhiga bog'liqligini quyidagi misol ham tasdiqlab beradi. Bitta ayolning otasi og'ir kasallikdan vafot qilayotganda sochi ko'p to'kilgan, vafotidan biroz vaqt o'tgandan keyin esa soch to'kilishi to'xtagan. Demak, affektiv buzilish davrida soch to'kilgan, adaptatsiya davrida esa soch to'kilishi to'xtagan.

Shuning uchun ham bunday bemorlarni davolashda psixodinamik terapiyadan keng foydalanish kerak. Shuningdek, antidepressantlar, fizioterapiya, sihatgohlarda davolanish ham yaxshi natijalar beradi.

12.2. Teri giperesteziyasi

Teri giperesteziyasi organizmning umumiy giperesteziyasining bir turi bo'lib, bunda arzimagan tashqi ta'sir terida juda kuchli patologik o'zgarishlarga olib keladi. Ma'lumki, chuqur affektiv buzilishlar qonda katexolaminlar miqdori oshishi bilan kechadi. Bu fiziologik jarayon, albatta teridagi moddalar almashinuviga o'z ta'sirini ko'rsatadi. Bu asab tizimining stressorga bo'lgan moslashish va himoya reaksiyasidir. Teri filogenetik jihatdan kekxa a'zo hisoblanadi. Har qanday affektiv buzilishlar terida o'z aksini topadi va teri giperesteziyasi ham ruhiy buzilishlarning klinik ko'rinishlaridan biridir. Teri giperesteziyasi kuchli ifodalangan bemorlarning tanasiga barmoq bilan tegilsa, o'sha joyning o'zida shish va qichishish paydo bo'ladi. Agar ularning tanasiga sal o'tkirroq narsa bilan tegsa, bemorning butun tanasiga eritemalar toshib ketadi. Albatta, bunday bemorlarni tekshirish o'ta mushkuldir. Ular hatto o'zlarining qo'lini ham o'z tanasiga tegishidan qo'rqishadi, kechqurun kiyimda uxlashga yotishadi, chunki tanadagi bitta kiyimni ikkinchisi bilan o'zgartirish tanada og'riqlar paydo bo'lishiga va boshqa belgilarning kuchayishiga olib keladi. O'zgarishlar, ayniqsa, barmoqlarda kuchli rivojlangan bo'ladi. Ular botinka bog'ini bog'lay olmaydilar, ovqatni qoshiqsiz ichishga harakat qiladilar, biror ish qilishmoqchi bo'lishsa, iloji boricha rezina qo'lqop kiyib oladilar. Bunday bemorlarga ba'zan adashib «allergik dermatit» deb diagnoz qo'yiladi.

Teridagi o'zgarishlar aksariyat hollarda barmoqlardan boshlab tepaga ko'tariladi va bo'yin sohasiga yetib borib, bemorda bo'g'ilish belgilarini beradi. 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 sababchi bo'ladi.

Bir necha somatik organlar operatsiyasidan keyin rivojlangan teri giperseteziyasiga misol keltiramiz. Bu bemor bizning nazoratimizda bo'lgan.

R. ismli ayol, yoshi 35 yoshda, kasbi sotuvchi (asosan shirinliklar sotadi), avval kasalxonada oshpaz bo'lib ishlagan. Bir yilda ikkita og'ir operatsiyani boshdan kechiradi: birinchi gal katta mioma borligi sababli bachadon olib tashlanadi; ikkinchi gal jigardan exinokokkoz pufakchalari olib tashlanadi. Umumiy narkoz bilan o'tkazilgan bu operatsiyalardan keyin bemorning terisi o'ta sezgir bo'lib qoladi. Dastlab piyoz tozalaganda, ovqatga murch ishlatganda, issiq narsalarni ushlaganda, tanasiga o'tkirroq narsa tegib ketganda terida qichimalar, og'riqlar kuzatiladigan 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 dermatologga va allergologga uchraydi. Ular achchiq, sho'r va issiq narsalarga yaqinlashmaslikni, o'tkir narsalarni ushlamaslikni tavsiya qilishib, antigistamin vositalar qabul qilishni buyurishadi. Uy bekasi bo'lgan bemor iloji boricha doktorlarning tavsiyasiga amal qilishga harakat qiladi, lekin ovqat qilish, kir yuvish, uy tozalash kabi yumushlarni ham qilib turadi. Bemorda asta-sekin ipoxondrikvafobik belgilar shakllana boshlaydi. Chunki u doktorlar tavsiya qilgan rejimga rioya qila olmayotgan edi, bundan aziyat chekar edi, buning ustiga yangi-yangi simptomlar paydo bo'layotgan edi. Endi bemor qo'lini sovunlab yuvsa ham, qo'lida shakar ushlsa ham terisida qizarishlar, qichimalar, qizil pufakchalar va chidab bo'lmas og'riqlar paydo bo'la boshlaydi. U shakardan turli xil shirinliklar pishirib sotishni to'xtatadi. Bu ishini umuman tashlaydi. Doktorma-doktor qatnab tuman, viloyat shifoxonalarida davolanadi, lekin biror natijaga erishmaydi. Kasallik zo'raygandan-zo'rayib, bemorning qo'lga nima tegsa ham (yumshoq-qattiqligidan qat'i nazar) teriga qizil pufakchali toshmalar toshib ketaveradigan, tanada kuchli og'riq paydo bo'ladigan, keyin esa 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 ishqalansa, butun tanasida umumiy giperesteziyabelgilari boshlanib ketib, bo'g'ila boshlardi. Bemor har gal siqilganda, ayniqsa, kechalari teridagi belgilar kuchayib ketardi.

Bemorning nevrostatusi tekshirilganda kuchli ifodalangan organik nevrologik simptomlar topilmadi. Unda vegetativ, ipoxondrik va

fobik belgilar aniqlandi. Bemorda hamma allergik sinamalar o'tkaziladi. Unga ham allergiyaga qarshi, ham tinchlantiruvchi dorilar buyuriladi. Bir oy mobaynida psixoterapevtik muolajalar, trankvilizatorlar, antidepressantlar buyuriladi. Bira to'la platseboterapiya qilinadi. Bemor qilingan kompleks davolash muolajalaridan keyin butunlay tuzalib ketadi.

Biz bu misolda avval ruhan sog'lom bo'lgan bemorda o'tkazilgan ikkita og'ir operatsiyadan keyin rivojlangan umumiy giperesteziya bilan kechuvchi somatopsixiksindromning guvohi bo'ldik.

Mutaxassislarning fikricha, aksariyat hollarda terida boshlangan o'zgarish dastlab funksional xususiyatga ega bo'ladi va keyinchalik organizmning immuniteti pasayishi natijasida kasallik organik tus oladi, ya'ni terida surunkali yallig'lanish jarayonlari boshlanadi. Demak, teridagi patologik jarayonlarni faqat funksional buzilishlar bilan bog'lash kerak emas. Buning tasdig'ini yuqoridagi misollarda ko'rdik: barcha holatlarda teridagi organik simptomlar funksional belgilar bilan birgalikda namoyon bo'ldi va shu bilan birga affektiv buzilishlar o'tgandan keyin nafaqat funksional belgilar, balki organik simptomlar ham o'tib ketdi yoki keskin pasaydi. Bemorlarni davolashda buni albatta e'tiborga olish kerak.

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 davolash mumkin. Chunki teridagi eritemalar, shishlar va kichik yarachalar vegetotrofik o'zgarishlarning klinik ko'rinishi bo'lib, ular *psvedoallergik simptomlar* deb ham ataladi. Patologik jarayon cho'zilgan sayin parasimpatik tonusning oshib borishi va atsetilxolinning ko'p miqdorda ajralib chiqishi natijasida terida joylashgan mayda qon tomirlarining uzoq vaqt va kuchli darajada kengayishi ro'y beradi. Teridagi vegetotrofik o'zgarishlarning asosida mana shu jarayon ham o'ta muhim ahamiyat kasb etadi.

Umumiy teri giperesteziyasining klinik ko'rinishlaridan yanabiri — bu terida **gemorragik toshmalarning** paydo bo'lishidir. Bemorni tekshirayotganda (palpatsiya, perkussiya) yoki biror joyini ushlaganda darrov o'sha joyi ko'karib qoladi. Klinik va laborator tekshirishlarda gematologik, immunologik va boshqa organik belgilarning yo'qligi, bemorda gemorragik vaskulit diagnozini 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 (nevrogen) xususiyatga ega bo‘ladi.

Ushbu bobda biz terida kuzatiladigan patologik jarayonlarning psixogen xususiyatga ega ekanligini o‘rgandik. Shuning uchun ham bu bemorlarni davolashda psixoterapevtik muolajalar, ayniqsa, psixodinamikterapeya keng qo‘llanishi kerak.

Nazorat uchun savollar

1. Hissiy-ruhiy buzilishlar bilan teridagi o‘zgarishlar orasida qanday bog‘liqlik bor?

2. Teri kasalliklarining necha foizi asab buzilishlari natijasida kelib chiqadi?

3. Terida kuzatiladigan va psixogen xususiyatga ega bo‘lgan asosiy simptomlarni sanab o‘ting.

4. Soch to‘kilishining qanday sabablarini bilasiz?

5. Umumiy teri giperesteziyasi deganda nimani tushunasiz? Misol keltiring.

6. Bolalar terisida ham psixogen giperesteziyalar uchraydimi?

7. Asab buzilishlarida umumiy va mahalliy gipergidroz qanday kechadi?

8. O‘tkir affektiv buzilishlarda to‘satdan terida kuzatiladigan simptomlar haqida so‘zlab bering.

9. Asab buzilishlarida terida kechadigan patologik jarayonlarning mexanizmini tushuntirib bering.

10. Bu patologik belgilarni yo‘qotish uchun qanday davolash belgilarini qo‘llagan ma‘qul?

Nevroz — bu kasallik emas, balki noto‘g‘ri hayot tarzidir.

Alfred Adler

XIII BOB. NEVROZLAR VA DEPRESSIYA

13.1. Nevrozlar

«**Nevroz**» atamasi 1776 yili shotlandiyalik vrach Kellen tomonidan taklif qilingan. O‘sha davrda nevrozga quyidagicha ta‘rif berilgan: bu kasallikda tana harorati ko‘tarilmaydi, biron-bir a‘zo zararlanmaydi, tanada lat yegan joylar bo‘lmaydi, biroq bemorning asabi buzilgan bo‘ladi. Keyinchalik nevrozga turlicha ta‘riflar berildi va uning bir qancha tasniflari yaratildi.

Barcha asab kasalliklari **organik** va **funksional** kasalliklarga ajratildi. Nerv to‘qimalarida morfologik o‘zgarishlar bilan kechuvchi kasalliklarga **organik**, asab tizimining faqat funksiyasi buzilishi bilan kechuvchi kasalliklarga **funksional kasalliklar** deb nom berildi. Hozirgi kunda tibbiy amaliyotda nevrozlarga asab tizimining funksional kasalligi sifatida qaraladi. Ba‘zi olimlar bu fikrga qo‘shilmaydi va nevrozlarda aniqlangan turli metabolik va yengil organik buzilishlarni misol qilib ko‘rsatishadi, ya‘ni ularning fikricha, organik simptomlar nevrozlar uchun ham xos. Biroq, bu organik va metabolik buzilishlar nevroz sababli paydo bo‘lganmi yoki avval o‘tkazilgan kasallik asoratimi, bunga aniq javob berish ancha mushkul.

Shunday qilib nevrozga qanday ta‘rif berish mumkin? Nevroz asab tizimining funksional kasalligi bo‘lib, insonga ruhiy jarohat yetkazuvchi tashqi va ichki omillar natijasida rivojlanadi. Demak, nevroz psixogen kasallikdir. Nevrozda aniq ifodalangan morfologik buzilishlar bo‘lmasa-da, uning aksariyat turlarida vegetativ-trofik o‘zgarishlar kuzatiladi. Nevroz belgilari uzoq yoki qisqa vaqt davom etishidan qat‘i nazar, bemorlarni ijobiy natija bilan davolash mumkin. Biroq, bu davolash jarayoni uzoq davom etishi ham mumkin.

Nevrozning uchta turi farqlanadi: **nevrasteniya (tom ma‘noda nevroz), isteriya, miyadan ketmaydigan fikrlar.**

13.1.2. Nevrasteniya

Nevrasteniya (grekchadan neuron — nerv, astenia — zaiflik) **asabning zaifligi** degan ma‘noni anglatadi. Nevrasteniya asabning ortiqcha zo‘riqishidan kelib chiqadi. Asabi tor odamlar nevrasteniya

tez chalinishadi. Aqliy va jismoniy mehnatning nomutanosibligi ham nevrasteniyaga rivojlanishiga sababchi bo'ladi. Doimiy hissiy zo'riqishlar, yaqin kishisidan judo bo'lish, oiladagi va ishxonadagi kelishmovchiliklar, doimiy qo'rquv va xavotir nevrasteniya uchun sababchi bo'lishi mumkin. Nevrasteniyaning oila a'zolarida uchrashi uning rivojlanishida nasliy omillarning ahamiyatini ham ko'rsatib beradi. Yosh bolalarda nevrasteniyaning rivojlanishiga uni o'rab turgan muhit, ayniqsa, ota-ona orasidagi janjallar sababchi bo'ladi. Bolalik davrida olgan tana jarohatlari ham bundan mustasno emas.

Nevrasteniya nafaqat jahldor odamlarda, balki o'ta andishali odamlarda ham rivojlanishi mumkin. Paydo bo'lgan hissiy zo'rg'alishni ushlab qolish qiyin, degan edi mashhur fiziolog P.K. Anoxin (1973). Ayniqsa, andishali odamlar janjal chiqqanda, hissiyotga zo'r bermaslikka, o'zini boshqarib turishga harakat qilishadi, birovning ko'nglini og'ritib qo'yishsa, aziyat chekishadi. Bu holatlar, aksariyat hollarda, asab tizimining charchashiga sababchi bo'ladi. Shuningdek, vitaminlar yetishmovchiligi, kamqonlik, surunkali va og'ir kasalliklar ham nevrasteniya uchun sababchi bo'ladi.

Nevrasteniyaning klinikasi turli-tuman bo'lib, ular ichida tez-tez asabiylashish, jahldorlik, uyqu buzilishi, bosh og'rishi, bosh aylanishi, umumiy holsizlik, yurak urib ketishi, parishonxotirlik, aqliy va jismoniy mehnatning pasayishi kabi simptomlar juda ko'p kuzatiladi. Nevrozning asosiy simptomlariga psevdonevrologik sindromlar bobida batafsil ta'rif berganligimiz uchun bu yerda ular haqida to'xtalmadik.

Nevrasteniya, aytib o'tganimizdek, butunlay davolanadigan kasallikdir. Biroq, davolash muddati va natijasi ko'proq uning to'g'ri olib borilishiga bog'liq. Davolashni boshlashdan oldin nevrasteniya uchun sabablar aniqlanishi va ular iloji boricha bartaraf qilinishi kerak. Asosiy sabablar bartaraf qilinganda, aksariyat bemorlarda davolashni davom ettirishga hojat ham qolmaydi, ular tuzalib ketishadi. Lekin ba'zi hollarda nevrasteniyaning sababini aniqlash va ularni yo'qotish ancha mushkul bo'ladi.

Bemorning oilaviy ahvoli va ishlash sharoiti bilan tanishib, unga dam olib ishlash, ish soatlarini qisqartirish, ovqatlanish tartibiga rioya qilish, teatr va kinolarga borib turish tavsiya qilinadi.

Nevrasteniyaning davolash uchun juda ko'p dori-darmonlar mavjud. Lekin ularga individual tarzda yondashish kerak. Bu maqsadda turli trankvilizatorlardan, sedativ dorilardan va psixostimulyatorlardan

foydalaniladi. Lekin nevrasteniyani davolashda ishlatiladigan aksariyat dorilar kuchli sedativ ta'sirga ega bo'lganligi uchun ularni ishlab yurgan bemorlarga tavsiya qilib bo'lmaydi. Kam miqdorda tavsiya qilinsa, natijasi past bo'ladi. Bunday paytlarda kuchli tinchlantiruvchi ta'sirga ega va nojo'ya ta'siri kam bo'lgan dorilardan foydalaniladi. Xuddi psixosomatik sindromlarni davolashda ishlatiladigan psixodinamikterapeya nevrozlarni davolashda keng qo'llaniladi. Shuningdek, bemorlarga umumiy massaj, igna bilan davolash, ertalabki gimnastika va sportning o'ziga ma'qul turlari bilan shug'ullanish ham tavsiya qilinadi. Yilda bir marta sihatgohlarda dam olib turish ham o'ta foydalidir.

13.1.3. Isterik nevroz (Isteriya)

«Isteriya» so'zi — yunoncha «hysteria» so'zidan olingan bo'lib, **bachadon** degan ma'noni anglatadi. Bu kasallik belgilari haqida qadimgi risolalarda ko'p yozilgan va isteriyani avvallari bachadon funksiyasi bilan bog'lashgan, chunki uni, asosan, ayollarda kuza-tishgan. Keyinchalik isterik buzilishlar erkaklarda ham aniqlangan bo'lsa-da, uning avvalgi nomi saqlanib qolgan. Isteriya nevrozning boshqa turlari kabi keng tarqalgan kasallikdir.

Isterik nevroz, asosan, yoshlik davrida, ko'proq ayollarda kuza-tiladi, ayni paytda, uning kelib chiqishida xulq-atvorning bolalikdan isterik tarzda shakllanishi katta ahamiyat kasb etadi.

Ortiqcha ta'sirlanish, har narsaga haddan tashqari e'tibor berish, mustaqil fikrlay olmaslik, ortiqcha ishonuvchanlik, rang-barang his-tuyg'ularga berilish isteriya uchun juda xos belgilardir. Ular ruhan va jismonan zaif kishilar hisoblanadi. Ko'pchilik isterik bemorlar fe'l-atvori bolalar fe'l-atvoriga o'xshab ketadi. Bunday bemorlar uchun atrofdagilar diqqatini o'ziga jalb etish xosdir. Isterik buzilishlar faqat nevrozlarda emas, balki psixopatiyalarda ham kuzatiladi. Isterik nevroz simptomlari aksariyat hollarda, aslida bemorda bo'lmaydigan xilma-xil kasalliklar alomatlarini eslatadi, shu bois ham isteriyani «katta mug'ombir» deb atashadi. Ularda barcha somatik kasalliklar belgilarini kuzatish mumkin, aslida esa bu somatik kasalliklar ularda aniqlanmaydi.

Isterik nevrozning turlari xilma-xildir. Ularning barchasi, odatda, ruhiy jarohatdan (ayniqsa, janjal va xafagarchilikdan) keyin darhol paydo bo'ladi.

Endi isteriyaning keng tarqalgan turlari bilan tanishib chiqamiz.

Es-hushning kirarli-chiqarli bo‘lib qolishi. Birdan boshlanadigan va aksariyat hollarda tez tugallanadigan holat bo‘lib, bunda bemor odam atrofga befarq bo‘ladi, qayerda ekanligini fahmlay olmaydi, hozir soat nechaligini, o‘zi nima qilayotganini bilmaydi. Bu holat bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etishi mumkin. Es-hushning isterik torayishida bemor atrofda sodir bo‘layotgan voqealardan qisman voqif bo‘lsa-da, bo‘lib o‘tgan hodisalarni eslab qola olmaydi.

Isterik fuga (lotincha «fuga» – qochish demakdir). Bunda bemor kishi janjal yoki boshqa bir ruhiy jarohatdan so‘ng to‘satdan uydan, ishxonadan yoki boshqa joydan qochib chiqib ketadi, uning xatti-harakatlari maqsadsiz bo‘ladi, vaziyatni tushunish va atrofda nimalar sodir bo‘layotganini fahmlash buziladi. Ammo, chetdan qaraganda, boshqa birovlariga uning yurish-turishi maqsadga muvofiqdek ko‘rinadi. Arzimagan urush-janjaldan keyin bunday shaxslar, hatto, boshqa shaharga ham ancha vaqtga ketib qolishi mumkin. Keyinchalik bu bemorlarning ko‘pchiligi ular bilan nimalar sodir bo‘lganini eslay olmaydi yoki qisman eslaydi, ammo gipnoz holatida hamma narsalarni eslatish mumkin.

Isterik shaxslarda uchrab turadigan yana bir sindrom – bu **Ganzer sindromidir**. U odatda, o‘tkir rivojlanadi, ruhiy shikastdan so‘ng to‘satdan boshlanadi. Uning asosiy xususiyati – bemorning aql bovar qilmaydigan tuturuqsiz harakatlaridir. Ular eng oddiy savollarga tuturuqsiz javob berishadi. Masalan, ikki karra ikki necha bo‘ladi deb so‘ralsa, bemor oliy ma‘lumotli bo‘lishiga qaramay, «besh» deb javob beradi yoki qo‘lda nechta barmoq bor desa, xohlagan sonni aytadi. Uning belgilari demensiyani eslatadi, lekin demensiyada bemorlar aksariyat savollarni tushunishmaydi, ulardan iltimos qilgan narsalarni emas, boshqalarini bajaradilar yoki o‘z fikrini to‘g‘ri ifodalay olmaydilar, avval orttirgan ko‘nikmalarini yo‘qotishadi. Demensiya belgilari, odatda, zo‘rayib borsa, isterik «demensiya» belgilari o‘tib ketadi.

Ruhiy jarohat g‘oyat kuchli bo‘lganda **isterik stupor** rivojlanishi mumkin. Bunday paytlarda bemor tamomila harakatsiz bo‘lib qoladi, indamaydi va atrofga befarq bo‘ladi, yuzida aziyat chekkan ifoda paydo bo‘ladi. Bu holat bir necha soat yoki kun davomida o‘tib ketishi mumkin. Davolash muolajalari o‘tkazilmasa, bir necha oylab davom etadi.

Puerilizm — bolalar xatti-harakatini eslatuvchi holat bo'lib, yoshi kattalarda kuzatiladi. Ular bolalarga xos bo'lgan qiliqlar ko'rsatadi, boladek ingichka tovush chiqarib gapiradi, ko'zlarini katta-katta ochadi, kipriklarini pirpiratadi, birov gapirganda, og'zini ochib turadi. Bemor shu qilig'i bilan boshqalarning diqqatini o'ziga jalb qiladi. Ammo, bundan oldin orttirilgan ko'nikmalari saqlangan bo'ladi.

Isterik buzilishlarning yana bir turi — bu **isterik depressiyadir**. Bunda bemor o'ta past kayfiyatda bo'ladi va bu qilig'i bilan atrofdagilar diqqatini o'ziga jalb etishga intiladi, ularni o'ziga rahmdil bo'lishga chaqiradi. U naqadar og'ir ahvolda ekanligiga boshqalarning e'tibor berishlarini xohlaydi va hokazo.

Isterik **tutqanoq** xuruji ham keng tarqalgan simptomlardan biridir. Isteriyada kuzatiluvchi tutqanoqlar har xil bo'ladi va ularning epilepsiyada kuzatiladigan haqiqiy tutqanoqlardan farq qiladigan tomoni ko'pdir. Isterik tutqanoq hech qachon bemor yolg'iz qolganda ro'y bermaydi, chunki unga doim tomoshabinlar kerak bo'ladi. Talvasa tutganda, bemor birdan yerga yiqilib, mushaklari tortishadi va talpina boshlaydi, lekin boshi bilan qattiq narsalarga urilmaydi. Ular tutqanoq xuruji paytida o'ziga qulay joy topib, biror joyiga qattiq shikast yetkazmasdan yiqilishadi. Xuruj paytida bemorlar, odatda, yoy singari egiladi — bunga **isterik yoy** deb ataladi. Bunday fe'l-atvor ko'pgina injiq va erka bolalarga xosdir. Masalan, onasi yangi o'yinchoq olib bermaganda, ular do'konda yerga yiqilib, qo'l va oyoqlarini yerga urishadi, goho boshini ham yerga urib qattiq chinqirab yig'laydi. Agar qo'rqib ketgan ona bolasi so'ragan o'yinchoqni olib bersa, bola shu zahoti tinchlanadi. Bu odat keyinchalik voyaga yetgan yoshda ham namoyon bo'lishi mumkin.

Isterik xurujda mushaklar tortishuvi (xalq orasida buni tomir tortishuvi deb ham atashadi) hamma vaqt ham kuzatilavermaydi va xilma-xil bo'ladi, ularda soxtalik va atayinlik seziladi. Masalan, bemor kishi go'yo uni kimdir urmoqchi bo'lgandek, yuzini qo'li bilan berkitadi, qichqirib yuboradi, xo'rsinib yig'laydi va hokazo. Isterik tutqanoqda bemorlarning es-hushi joyida bo'ladi, ular tevarak-atrofni to'la idrok etishadi va unga tegishlicha reaksiya qilishadi. Masalan, agar xuruj tutganini birov mazax yoki kalaka qilgudek bo'lsa, bemor darhol xurujni to'xtatadi va o'rnidan turib ketadi. Xuruj paytida bemor epilepsiyada bo'lgani kabi tilini tishlab olmaydi va bexosdan siyib yubormaydi.

Xafaqon kasalligi xuruji yoki yurak xurujini eslatuvchi isterik tutqanoqlar ham ko'p kuzatiladi. Yurakning tez-tez urishi, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi va hushni yo'qotish bilan kechadigan vegetativ xurujlar ana shular jumlasidandir. Xuruj paytida bemor boshdan-oyoq titraydi va hamma yerim qaqshab og'riyapti deb noliydi. Me'da spazmi bilan kechuvchi xurujlarda qorinda kuchli og'riq paydo bo'ladi, bemor to'lg'anib yotib oladi, qayt qiladi.

Isterik nevrozda turli xil falajliklar ham kuzatiladi. **Isterik falajlar** ba'zan miya insultidan keyingi klinik manzarani eslatadi. Bu manzara mutaxassis bo'lmagan kishining fikrini chalg'itishi mumkin. Isterik falajliklarda reflekslar va mushaklar tonusi o'zgarmay qoladi, patologik reflekslar kuzatilmaydi. Tananing qoq o'rta chizig'i bo'ylab, falajlangan tomonda sezgi ham buziladi. Periferik falajlikda kuzatiluvchi mushaklar atrofiyasi, mushak kuchining susayishi qayd qilinmaydi. Bordi-yu, isterik falajlik noto'g'ri davolansa yoki uni davolash cho'zilib ketsa, bemorda uzoq vaqt davom etadigan oyoq-qo'llardagi harakatsizlik mushaklarning diffuz atrofiyasiga sababchi bo'lishi mumkin, xolos.

Isteriyaga chalingan bemorlarda **giperkinezlar** (beixtiyoriy harakatlar) ham kuzatilishi mumkin. Bu harakatlar bemorda hayajonlanganda kuchayadi va tinchlanganda kamayadi yoki butunlay to'xtaydi. Giperkinezlar isterik xuruj tugagandan keyin ham yuz berishi mumkin. Ba'zan bemorda falajliklar giperkinezlar bilan birgalikda kuzatiladi. Isterik giperkinezlar butun gavdaning silkinishi, titroq xurujlari, bosh va oyoqlarning titrashi, ayrim mushak guruhlarning uchib turishi, qo'llarning g'ayritabiiy harakat qilishi bilan kechadi. Chin giperkinezlardan farqli o'laroq, ular bemorning hissiy holatiga, ruhga shikast yetkazuvchi vaziyatga ko'p jihatdan bog'liq. Bu simptomlar uzoq vaqt davom etishi va arzimagan kelishmov-chiliklarda kuchayib ketishi mumkin.

Isterik astaziya-abaziya. Bu holat tik tura olmaslik va yura olmaslik bilan namoyon bo'ladi. Bosh miya katta yarim sharlari peshona bo'lagi zararlanishlarida kuzatiladigan astaziya-abaziyadan farqli o'laroq, isteriyada kuzatiladigan bu sindromda bemorlar yerga emas, balki uni ushlab turgan odam ustiga ag'anaydi. Ularda ham mushaklar gipotoniyasi kuzatiladi, lekin boshqa organik nevrologik simptomlar kuzatilmaydi. Diagnostik murakkab holatlarda paraklinik tekshiruvlar o'tkaziladi.

Isterik algiyalar (ya'ni og'riqlar) — eng ko'p tarqalgan buzilishlardan bo'lib, deyarli barcha isterik sindromlarda turli

ko'rinishlarda kuzatiladi. Bemorlar tananing turli joylarida – orqa, qorin, yurak, bosh sohalarida doim og'riq turishidan shikoyat qiladilar. 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 bemorlar hamma vaqt turli ixtisoslikdagi doktorlarga murojaat qilib yurishadi. Ba'zan bemorlar jarrohlik operatsiyasini o'tkazishni qattiq talab qilishadi.

Isteriyada yuqorida aytib o'tganimizdek, turli xil **sezgi buzilishlari** ham kuzatiladi. Organik va funksional sezgi buzilishlari orasidagi farqni faqat maxsus nevrologik tekshiruvlardan so'ng aniqlab olish mumkin. Har bir nerv tanadagi muayyan sohaning sezgisi va harakati uchun javob beradi. Isterik anesteziyalarda bu qoida saqlanmaydi. Ayni paytda, pay reflekslarida ham o'zgarishlar kuzatilmaydi, eng jiddiy nevrologik tekshiruvlar ham sezgi buzilishini izohlab beradigan hech qanday organik kasallikni aniqlab bera olmaydi.

Tarixiy adabiyotlarda tug'maydigan ayollarda **isterik homiladorlik** haqida ham yozib qoldirilgan. Bu holatni ba'zi mutaxassislar ichaklarga ortiqcha gaz to'planishi bilan izohlashsa, boshqa birlari qorin mushaklarining vaqtincha bo'shshib kattalashishi hisobiga deb tushuntirishadi. Isterik homiladorlikda qorin juda kattalashmaydi.

Shuningdek, «sehrli shifolar» haqida klassik adabiyotlarda uchratish mumkin: bemor sehrli tumorgacha emaklab borib, ularga qo'l tekkizgan zahoti birdan shifo topganlar, o'rnidan turib, yurib ketganlar. Isteriyada «soxta o'lim» haqida ham ma'lumotlarni uchratish mumkin. Bunday bemorlarga tabib «sehrli» qo'lini tekkizganda yoki og'ziga sehrli giyoh eritmasini tomizganda, ular «tirilgan».

So'nggi davrda isterik buzilishlarning klinik alomatlari o'zgardi, bu — kishilar hayot tarzining o'zgarganiga ham bog'liq. Bu vaziyatni axborot hajmi va tibbiyotga oid adabiyotlar ko'payganligi, odamlarning internetdan salomatlikka oid ma'lumotlardan foydalana boshlaganliklari bilan ham tushuntirish mumkin. Bu adabiyotlar odamlarning tibbiy sohaga oid bilimlarini bir oz kengaytirdi. Bu ma'lumotlarning ijobiy tomonlaridan tashqari, salbiy tomonlari ham ko'pdir.

Aksariyat hollarda, isterik nevroz simptomlari birmuncha xilma-xil bo'lib, uning kechishi ko'p tarqalgan kasalliklarni eslatadi: insult, meningit, ensefalit, tarqoq skleroz, o'sma kasalliklari va hokazo. Ba'zi hollarda, isterik bemordagi kasallik belgilari uning boshqa kishilarda kuzatgan yoki tibbiy adabiyotlarda o'qib olgan kasalliklariga o'xshab ketadi. Shu bois, diagnozni to'g'ri qo'yish uchun turli

ixtisosdagi vrachlar nafaqat isterik nevrozning klassik alomatlarini, balki «zamonaviy» isterik simptomlarning klinik belgilarini ham o'zlashtirib borishlari kerak.

Ko'rsatib o'tilgan xususiyatlar turli ixtisoslikdagi vrachlarga isterik buzilishlarni chin kasalliklardan ajratishda yordam beradi. Shuningdek, isterik nevrozning barcha alomatlari soxtadir. Bemor atrofdagilarga shunday deb yuboradi: «Menga e'tibor bermaganingizdan ana shu ahvolga tushib qoldim-ku! Men falaj bo'lib qoldim (yoki ovozim bo'g'ildi, eshitmay qoldim, ko'rmay qoldim va shu kabilar), sizning aybingiz bilan a'zoi badanim qaqshab og'riyapti va dardim bedavo bo'lib qolgan».

Isterik belgilarni davolashni o'ta qisqa muddat ichida olib borish kerak. Davolash muolajalari qancha ko'p cho'zilsa, ijobiy natijaga erishish shuncha qiyin bo'ladi. Bemorlar to'la tuzalgandan keyin ham oilaviy va boshqa mojarolar oqibatida yana doktor qabuliga kelib qolishlari mumkin. Isterik bemorlar vrachlar va tabiblarga eng ko'p qatnaydigan bemorlar sirasiga kiradi.

13.1.4. Miyadan ketmaydigan fikrlar

Nevrozning bu turi qadimdan ma'lum bo'lib, bu kasallik psixoasteniya deb ham atalgan. Psixasteniya atamasini fransuz olimi Pyer Jane taklif qilgan va miyadan ketmaydigan fikrlar bu kasallikning asosiy belgisi ekanligi aytgan.

Agar tarixga bir nazar tashlaydigan bo'lsak nevrasteniya, isteriya va psixasteniyaning klinik belgilari to'g'risida Sharq olimlari (ayniqsa, Ibn Sino) risolalarida ko'p bor eslatib o'tilgan. Bir necha asrlardan keyin deyarli barcha kasalliklar singari nevroz va psixasteniya ham Yevropa olimlari tomonidan sistemalashtirildi, ularga nom berildi va tasniflari yaratildi. Shuning uchun bo'lsa kerak, biz Yevropa olimlari tomonidan yaratilgan darsliklarda Sharq (Markaziy Osiyo, Xitoy, Eron, Iroq va h.k) olimlarining nomlarini juda kam uchratamiz.

Miyadan ketmaydigan fikrlar nevrozning bir turi hisoblanib, uning uchun psixastenik belgilar juda xosdir, ya'ni doimiy shubhalar, qo'rquv, miyaga azob beruvchi tasavvurlar va g'oyalar, turli harakatlar va intilishlar. Bemor bu fikrlarning barchasidan qutulishga harakat qiladi, intiladi, davo choralari izlaydi, lekin bu urinishlar, ko'pincha, zoye ketadi, uni miyaga o'rtnashib qolgan fikrlar qiynayveradi. Miyadan ketmaydigan fikrlarning doimiyligi, takrorla-

nuvchanligi va ulardan qutulishning o'ta qiyinligi bemorni qiyin ahvolga solib qo'yadi. Bu holatlarga bemor tanqidiy nuqtai nazar bilan qaraydi, ularning asosli emasligini, g'alati ekanligini tushunadi, ularga bardosh berishga intiladi, lekin fikrlar uning irodasiga va xohishiga bog'liq bo'lmagan holda paydo bo'laveradi. Bemor ularni mustaqil ravishda yenga olmaydi.

Miyadan ketmaydigan fikrlarning yaqqol klinik ko'rinishlari, bular **qo'rquv (fobiyalar)** va miyaga o'rnashgan **turli g'oyalardir (obsessiyalar)**. **Fobiya** — bu xayoldan ketmaydigan qo'rquvdir. Uning quyidagi turlari farq qilinadi: **kanserofobiya** — rakka chalinib qolishdan qo'rqish, **kardiofobiya** — tuzatib bo'lmaydigan yurak kasalligiga chalinishdan qo'rqish, **lisofobiya** — ruhiy xastalikka chalinishdan qo'rqish, **klaustrofobiya** — yopiq joydan qo'rqish (masalan, lift kabinasi, kichik xona), **agarofobiya** — aksincha, ochiq joylardan qo'rqish va hokazo. Balandlikdan, metroda yurishdan, biror yuqumli kasallik yuqib qolishidan, iflos bo'lishdan, odamlar oldida so'zga chiqishdan qo'rqish kabi simptomlar ham fobiyalar uchun xosdir.

Dastlabki qo'rquv muayyan vaziyatlarda paydo bo'ladi va bu qo'rquv miyaga o'rnashib qoladi. Masalan, bemor hamma yoqni ko'rish uchun tomga chiqadi va pastga qaragan zahoti qattiq qo'rqib ketadi, boshi aylanadi, u go'yo pastga qarab, qulab tushayotgandek xavfsiraydi. Buning oqibatida bemorda balandlikdan qo'rqish miyaga o'rnashib qoladi va keyinchalik u boshqa vaziyatlarda ham paydo bo'laveradi. Dastlab qo'rquv balandlikka ko'tarilish kerak bo'lganda, keyin esa balandlikka ko'tarilish ehtimoli paydo bo'lganda, so'ngra ana shu balandlikka ko'tarilish kerak, degan xayolga borganda paydo bo'ladi. Bemorda balandlikdan qo'rqadigan vaziyatlar borgan sari ko'payadi. Endilikda u liftda yurishdan va derazadan qarashdan qo'rqadi, u hatto balandlik uncha katta bo'lmaganda ham cho'chib tushadi.

Fobiyalar paydo bo'lganda vegetativ simptomlar ham namoyon bo'ladi — bemorning yuzi qizaradi yoki rangi o'chadi, og'zi quriydi, yuragi tez-tez uradi, arterial bosim oshib ketadi, ter bosadi, ko'z qorachiq-lari kengayadi va hokazo.

Birorta og'ir ichki a'zolar kasalligi paydo bo'lishidan qo'rqish, odatda, psixosomatik simptomlar bilan birga kechadi, ya'ni bemor o'z salomatligiga haddan ortiq katta e'tibor beradi. Masalan, kardiofobiyada yurak urishini eshitib turadi, tomir urishini sanaydi

yoki arterial qon bosimini o'ldayveradi, har safar yuragi noto'g'ri ishlayotganidan gumonsirab, terapevtidan EKG qilishini va puxta tekshiruv o'tkazishini iltimos qiladi.

Kasallik xuruji qo'zg'alib qolishidan aksariyat bemorlar yo'lda odamlar bor joydan yuradilar, tibbiyot muassasalariga yaqin bo'lgan yo'lni tanlaydilar, yo'l-yo'lakay dorixonaga kirib turadilar, u yerda yurak dorilari va tibbiy xodimlar borligini ko'rib tinchlanadilar.

Obsessiyalar bu miyadan ketmaydigan xayollar, fikr-mulohazalar, xotiralar va shubhalanishlardir. Bu xayolu fikrlar bemorning irodasiga va xohishiga bog'liq bo'lmagan holda quyilib kelaveradi. Bu xayollar bemorga og'ir botadi, aslida yoqmaydi va ulardan vrach yordamisiz qutula olmaydi.

Miyada o'rnashib qolgan shubhalarda bemorlar uyidan chiqq turib, eshikni qulfladimmi, yo'qmi, olovni o'chirdimmi, suvni berkitdimmi kabi fikrlar bezovta qilaveradi. Uyga qaytib kirib, qayta tekshiradi, hammasi tinchligiga ishonch hosil qiladi va yana ko'chaga qaytib chiqadi. Uydan biroz uzoqlashgandan keyin yana haligi fikrlar yog'ilib kelaveradi va yana uyiga qaytadi. Siqilib ketganidan yig'lab yuboradi, hech qayoqqa chiqmay qo'yadi. O'zida kechayotgan bu alomatlariga, albatta, bemor tanqidiy ko'z bilan qaraydi va ulardan qutulishni xohlaydi, lekin hech buning ilojini topa olmaydi.

Ba'zan bemorda mantiq jihatdan bir-biriga zid bo'lgan xayollar paydo bo'ladi. Masalan, yaqinlashib kelayotgan mashina tagiga o'zini tashlash istagi paydo bo'ladi-yu, mashina yaqinlashganda, birdan qo'rqib ketib, orqaga tisariladi. Ba'zi bemorlarning miyasiga o'ziga yoki boshqa birovga pichoq sanchishdek fikrlar keladi va shu ishni qilib qo'ymay deb pichoqqa yaqin borishmaydi yoki uni berkitib qo'yishadi.

Miyadan ketmaydigan fikrlar nevrozi o'z vaqtida davolanganda barham topadi. Ba'zi hollarda esa, bir necha oygacha va hatto, bir qancha yillargacha cho'zilib ketishi mumkin. Remissiya bilan kuzatiladigan xom xayollar ham bo'ladi, ya'ni bemor bir necha oy yaxshi bo'lib yuradi va keyin miyadan ketmaydigan fikrlar yana paydo bo'ladi.

Nevrasteniya va isterik nevrozdan farqli o'laroq, miyadan ketmaydigan fikrlar surunkali kechishga moyil bo'ladi. Aksariyat bemorlar tuzalib ketganidan keyin ham xursand bo'lish o'rniga, yana o'sha kasallik belgilari qachon paydo bo'lishini kutib yashashadi.

13.2. Depressiya

Butun Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, yer sharida depressiya bilan ro'yxatga olinganlar soni 110.000.000 dan oshiq. Biroq, aksariyat mutaxassislar fikricha, depressiya bilan kasallangan har 3 bemordan 1 tasi vrach nazoratida turadi, xolos. Boshqa bir mutaxassislar fikricha, depressiya bilan kasallanganlar sonini aniqlash mushkul, chunki u turli klinik ko'rinishda namoyon bo'lmoqda va hamma vaqt ham diagnoz to'g'ri aniqlanayotgani yo'q. Chunki depressiya bilan og'rigan bemorlarning hammasi ham psixiatr yoki psixologlarga murojaat qilishmaydi. Yevropa davlatlari mutaxassislarining ma'lumotlariga ko'ra, depressiyada somatik buzilishlar ko'p uchraganligi sababli, bemorlarning deyarli 80 % umumiy amaliyot shifokoriga murojaat qilishadi. Biroq, ular tomondan 5 % holatlardagina "Depressiya" diagnozi to'g'ri aniqlanadi. Boshqa bemorlar turli diagnozlar bilan turli mutaxassislarda davolanib yurishadi. Kasallik avj olib, bemor og'ir depressiya holatiga tushgandan keyin ular psixiatrga yoki psixologga yuboriladi.

Depressiyaning takrorlanishi, vaqti-vaqti bilan klinik belgilarining kuchayib turishi va surunkali kechishi bu kasallik bilan og'rigan bemorlarni doimiy nazoratga olishni taqozo etadi.

Iqtisodiy tomondan olganda ham depressiya "eng qimmat kasalliklardan" biridir. Masalan, AQSh da depressiyani davolash bilan bog'liq bo'lgan sarf-xarajatlar yiliga 48 mlrd. dollarga tengdir. Taqqoslash uchun: yurak qon-tomir kasalliklarini davolashga 43, o'pka kasalliklarini davolashga 18 mlrd. dollar sarf qilinadi.

Barcha tibbiy kasalliklar ichida depressiyaning tarqalish darajasi 22–33 foizga teng bo'lib, eng ko'p tarqalgan kasallik bo'lmish arterial gipertenziyadan oshib ketadi (W.Katon, M.Sullivan, 1990; S.L. Dubovsky, 2003).

Depressiyaning rivojlangan davlatlarda ko'p uchrashi, uning shakllanishida ijtimoiy omillar ahamiyatiga ham katta urg'u berishadi. XXI asr - stress asri deyilmoqda. Bu asr deyarli barcha davlatlarda kuchli ijtimoiy-inqilobiy burilishlar bilan boshlandi. Aksariyat mutaxassislar depressiyaning tarqalish darajasi davlatning egallab turgan iqtisodiy-ijtimoiy maqomiga bog'liq emas, deb hisoblashadi, boshqa birlari esa mamlakatning ijtimoiy-iqtisodiy ahvoli depressiyaning tarqalish darajasiga ta'sir ko'rsatadi, deyishadi. Biroq, tan olish lozimki, hayot tarzining keskin o'zgarib borishi, vaqtning

doimo tig'izligi, jamiyatdan orqada qolmaslik, individuumga talablarning kundan-kunga oshib borishi, turmushning poygaga o'xshab borayotganligi, muvaffaqiyatsizliklardan qo'rqib yashash kabi vaziyatlar ham depressiya shakllanishiga turtki bo'ladi.

Depressiya bilan og'rikanlar soni va ular orasida o'z joniga qasd qilayotganlarning yildan yilga ko'payib borishi bu kasallikning katta tibbiy-ijtimoiy muammoga aylanganligini ko'rsatadi. Aksariyat xorij davlatlarida bu muammoning yechimini samarali hal qilish uchun umumiy amaliyot shifokorlari depressiya bo'yicha maxsus dasturlar orqali o'qitilmoqda va bemorlarga yordam ko'rsatish usullari o'rgatilmoqda. Ya'ni umumiy amaliyot shifokori depressiyani aniqlashi va uni mutaxassisga jo'natishi, mutaxassis tavsiyalari bilan tanishib chiqqan holda bemorni nazoratga olishi kerak va davolash jarayonida faol ishtiroketishi lozim. Diplomga ega tibbiy psixolog xuddi psixiatr kabi depressiyaning og'ir turlarini o'zi mustaqil davolashga haqlidir.

Depressiya insonning yashash tarziga salbiy ta'sir ko'rsatadi, bemorning atrof-muhitga moslashuvini susaytiradi, odamlar bilan munosabatini murakkablashtiradi. Depressiya - surunkali kechuvchi patologik holat bo'lib, aksariyat hollarda, somatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi.

Depressiya etiologiyasi

Depressiya, asosan, o'tkir va surunkali ruhiy jarohatlardan keyin paydo bo'ladi. Ba'zan hech qanday sababsiz rivojlanadi, bunday paytlarda depressiyaga nasliy moyillik haqida so'z ketadi. Depressiya og'ir va uzoq davom etuvchi somatik kasalliklar bilan og'riydigan bemorlarda ham rivojlanib, somatik kasalliklar kechishini og'irlashtirishi mumkin. Depressiya ba'zan uzoq vaqtli remissiyalardan keyin takrorlanib turishi mumkin. Davolanishdan qat'i nazar, yillab davom etadigan depressiyalar ham bo'ladi, bunday paytlarda uning og'ir turi haqida so'z yuritiladi. Somatik simptomlar ustunlik qiluvchi yoki ruhiy-hissiy buzilishlarsiz faqat somatik simptomlar bilan kechuvchi depressiyalar ham mavjud. Bunday hollarda diagnozni to'g'ri aniqlash ancha vaqtni talab qiladi, ba'zan u aniqlanmay qoladi.

Depressiyaning kelib chiqishida tibbiy-psixologik omillardan tashqari, ijtimoiy va biologik omillarga ham katta urg'u beriladi. Biologik omillardan, avvalambor, miyada mediatorlar (serotonin, noradrenalin, atsetilxolin va h.k.) almashinuvi buzilishiga katta e'tibor qaratiladi.

Depressiyani erta aniqlash o'ta muhim muammolardan biridir. Ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, depressiya bilan og'rigan bemorlarning 80 % umumiy amaliyot shifokorlariga va 20 % yaqini psixiatrlarga murojaat qiladi, holos.

Depressiyaning ana'naviy tasnifiga binoan uning kelib chiqishiga qarab psixogen, konstitutsional, endogen, va somatogen (organik) turlari farq qilinadi. Ularning klinik ko'rinishlari ham bir-biridan biroz farq qiladi. Kasalliklarning 10-xalqaro tasnifiga binoan ruhiy va xulq-atvor buzilishlari sindromal prinsipga asoslanib tuzilgan. Bunda asosiy urg'u kasallikning klinik manzarasiga qaratiladi.

Depressiya diagnostikasi

Depressiya aksariyat hollarda bemorlar tomonidan ham, yaqinlari tomonidan ham, ba'zan vrachlar tomonidan ham yomon xulq-atvorning bir ko'rinishi sifatida qabul qilinadi va shu sabablarga ko'ra, vaqtida aniqlanmay qoladi. Psixosomatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladigan depressiya ham o'z vaqtida aniqlanmay "ichki kasalliklar" diagnozlari qo'yiladi. Depressiya - faqat kayfiyatning tushishi bilan bog'liq bo'lgan holat emas, balki bir nechta simptomlardan iborat kasallikdir. Bu kasallikni erta aniqlash va davolash muolajalarini erta boshlash bemorning depressiyadan tezda chiqib ketishiga yordam beradi.

Ba'zan bemorlar "Depressiya" diagnozi aniqlangandan so'ng ham vrachga yoki psixologga murojaat qilmasdan yurishadi. Buning sabablari turlichadir: qarindosh-tuqqanlardan, hamkasblardan, qo'ni-qo'shnilardan uyalish; psixiatr yoki psixonevrolog nazoratida qolib ketishdan qo'rqish; ishdan haydalishtan yoki ishga qabul qilinmaslikdan qo'rqish, tuzalib ketishiga ishonmaslik, psixotrop dorilarni qabul qilishdan qo'rqish va h.k. Aksariyat holatlarda, depressiya oila va ishdagi muvaffaqiyatsizliklardan yoki baxtsiz voqealardan so'ng rivojlanadi. Bunday paytlarda bemorlar "Shu ahvolga tushganimning sababi aniq-ku, psixolog nima ham qilib berardi, vaqt o'tib tuzalarman" deb, davolanishdan voz kechib yurishadi. Psixolog bemorni aynan shu kabi vaziyatlardan chiqaruvchi mutaxassis ekanligini unutib qo'yishadi yoki anglab yetishmaydi. Odatda, bunday bemorlarni uning yaqinlari, tanish-bilishlari psixologga murojaat qilishga undashadi. Demak, ular psixolog qabuliga majburan kelishadi. Psixolog qabulida dastlabki suhbatdan o'tgan

bemorning dunyoqarashi, aksariyat hollarda, keskin o'zgaradi va keyinchalik uning o'zi psixolog qabuliga qatnay boshlaydi. Albatta, dastlabki suhbatning natijali tugashi psixologning mahoratiga ham ko'p jihatdan bog'liq.

Depressiyaning klinik belgilari va tasnifi

Depressiyaning klinik manzarasi turli-tuman bo'lib, ruhiy-hissiy, somatik, xulq-atvor va kognitiv buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Ularni shartli ravishda quyidagicha ajratib chiqish mumkin.

Ruhiy-hissiy buzilishlar:

- tushkun kayfiyat, umidsizlik, g'am-g'ussa, azoblanib yurish;
- uyqu buzilishi (uyquchanlik yoki uxlay olmaslik);
- doimo xavotirda bo'lish, dardli ichki kechinmalar, yomon voqealarni kutib yashash, jahldorlik;
- aybdorlik hissi, o'zini hadeb ayblayverish;
- o'zidan qoniqmaslik va o'zini kamsitish;
- yaxshi va yoqimli damlarni eslaganda, qoniqish hosil qilmaslik, atrofdagi voqealarga, yaqinlariga qiziqishning yo'qolishi yoki kamayishi.

Somatik buzilishlar:

- bosh og'rig'i, bosh aylanishi, tananing turli joyida og'riqlar;
- kardialgiya, nafas olish faoliyatining buzilishlari;
- ishtahaning buzilishi (kuchayishi yoki kamayishi);
- qabziyat, ba'zi hollarda ich ketish;
- libidoning pasayishi, hayz ko'rishning buzilishi, amenoreya;
- jismoniy mehnat bilan shug'ullanganda tez charchab qolish;
- terida qichimalar va h.k.

Xulq-atvor o'zgarishlari:

- o'z joniga qasd qilishga intilish;
- qaysarlik, o'jarlik;
- hech qanday faoliyatga qiziqmaslik;
- yolg'izlikka intilish, birovlar bilan muloqotdan qochish;
- o'yin-kulgili va ko'ngil ochar joylardan qochish;
- ichkilikka yoki turli farmakologik dorilarga ruju qo'yish.

Kognitiv buzilishlar:

- fikrini bir joyga jamlay olmaslik, parishonxotirlik, xotira pasayishi;
- bir qarorga kelishning qiyinligi;

- o'zini, dunyoda bo'layotgan voqealarni, kelajakni faqat yomon fikrlar bilan o'ylash;

- fikrlar inertligi.

Depressiya diagnozini qo'yish uchun yuqorida sanab o'tilgan simptomlarning aksariyati kamida ikki hafta mobaynida kuzatilishi lozim.

Kasalliklarning xalqaro 10-tasnifida "Affektiv buzilishlar" rubrikasiga quyidagilar kiritilgan: hozir kuzatilayotgan depressiv epizod, rekurrent (takrorlanuvchi) depressiya, bipolyar buzilishlar (depressiya va maniakal holatlarning almashinib turishi), siklotimiya va distimiyani o'zida mujassam etgan kayfiyatning surunkali buzilishlari. Affektiv buzilishlar klinikasidadepressiv epizodlar (kattadepressiya, unipolyar yoki monopolyar depressiya, avtonom depressiya) alohida o'rin kasb etadi. Shuningdek, ushbu tasnifda nopsixotik shaklga ega affektiv buzilishlar ichida "Stress bilan bog'liq nevroitik va somatik buzilishlar" hamda "Aralash xavotirli va depressiv buzilishlar" farq qilinadi.

Agar xavotir va depressiya belgilari birgalikda namoyon bo'lsa-yu, biroq vegetativ buzilishlar ustunlik qilsa, unda depressiyaning yengil turi haqida so'z ketadi. Bunday holatni mutaxassislar "Xavotirli depressiya" deb atashadi. Agar vegetativ buzilishlar va depressiya belgilari bir xil tarzda namoyon bo'lsa, "Aralashgan xavotirli-depressiv buzilishlar" tashxisi qo'yiladi. Bularning ichida depressiv epizod, odatda, to'la tuzalish bilan yakunlanadi, biroq, ba'zi bemorlarda vegetativ belgilar uzoq davom etadi. Tuzalgan bemorlarning 30 foizida depressiya qaytalanishi mumkin. Bunday paytlarda rekurrent (takrorlanuvchi) depressiv buzilishlar haqida so'z ketadi.

Depressiya diagnostikasida uning kechishini to'g'ri baholash o'ta muhimdir. Masalan, tibbiy amaliyotda ko'p uchraydigan rekurrent (takrorlanuvchi) depressiya, depressiv va maniakal bosqichlarning almashinib turishi bilan kechadigan bipolyar buzilishlar ba'zi bir diagnostik qiyinchiliklar tug'dirish mumkin.

Xalqaro tasnifga muvofiq, depressiyaning yengil (subdepressiya), o'rtacha va og'ir turlari farqlanadi.

Depressiyani aniqlashda gipodiagnostika ko'p uchraydi va 10 ta bemordan bor yo'g'i bittasi maxsus davolash muolajalarini oladi, xolos. Somatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladigan depressiyalarda bemorlarga zarur bo'lmagan tekshiruvlar va shart bo'lmagan dori-darmonlar buyuriladi. Tabiiyki, bunday yo'l kutilgan ijobiy natijani bermaydi.

Aytib o'tganimizdek, depressiya uchun kayfiyatning pasayishi, fikrlar karaxtligi va harakatga bo'lgan motivatsiyaning yo'qolishi xosdir. Mana shu uchta simptomning uzoq vaqt birgalikda namoyon bo'lishi, depressiya diagnozini qo'yishga asos bo'la oladi. Depressiya bilan og'rikan bemorlarga dunyoni va atrofda bo'layotgan voqealarni negativ tarzda qabul qilish, o'zining hayotda tutgan o'rnini pessimistik ruhda baholash, o'zini hech kimga keraksizdek his qilish o'ta xosdir. Ular doimo xavotirda yashashadi, hech qanday faoliyatga qiziqish bo'lmaydi, atrofdagi o'yin-kulgilarga va yaqinlarining taqdiriga e'tibor ham qilmaydi. Ular doimo xo'rsinib yuradi, ularni chalg'itish uchun biror-bir ishga majburlash mumkin, biroq, uni hech qanday e'tiborsiz bajaradi va bemorning kayfiyati ko'tarilishiga bu ta'sir qilmaydi. Bemorlar uxlay olishmaydi yoki faqat uyqu bosaveradi, yomon tushlar ko'rib chiqadi. Ular turli-tuman bo'lib, bemor tushida birovlarni bo'g'ib o'ldirib yuradi, pichoqlaydi, olamdan o'tgan yaqinlarni va qonli voqealarni ko'p ko'radi. Bunday tushlar bemorlar kayfiyatini yanada tushiradi va ahvolini og'irlashtiradi.

Depressiyaga ta'rif bera turib, ushbu kasallik uchun xos bo'lgan yana bir xavfli belgini aytib o'tish lozim, ya'ni o'z joniga qasd qilishga intilish. Shuning uchun ham depressiya barcha davlatlarda ijtimoiy muammoga aylangan. Depressiyada anoreksiya ham ko'p uchraydi.

Anoreksiya ovqat yeyishdan bosh tortish bilan namoyon bo'ladi. Ruhii shifoxonalarda depressiyaning og'ir turi bilan davolanayotgan va ovqatlanishdan butunlay bosh tortgan bemorlarni majburlab, zond orqali ovqatlantirishga to'g'ri keladi. Lekin bu muammoni ba'zi bemorlarga tushuntirish orqali yechish mumkin.

Past kayfiyat depressiya xuruji davrida doimo namoyon bo'ladi va atrofdagi vaziyatning o'zgarishiga qarab o'zgaravermaydi. Biroq, kun davomida kuchayib yoki kamayib turishi mumkin.

Aksariyat psixologlarning fikricha, depressiya kuchli, maqsadga intiluvchan, biroq hissiyotga beriluvchan odamlarda ko'p kuzatiladi. Ularning depressiyaga tushishdan oldingi hayoti o'rganilganda, quyidagi xususiyatlar aniqlangan:

- depressiyaga uchragan shaxslarning o'ziga xos dunyoqarashi bo'ladi, ular atrofdagi voqealarni o'z dunyoqarashidan kelib chiqqan holda tahlil qiladigan va hissiyotga beriluvchan shaxslardir. Ular ko'pincha, hayotdan qoniqmay yashashadi, erishgan yutuqlari ularni qoniqtirmaydi, o'z faoliyatiga tanqidiy munosabatda bo'lishadi, ular

faqat marrani egallash uchun yashashadi. Shu bilan birga, ular boshqalarning, masalan, hamkasblarining xatolarini topishni va maslahat berib yurishni xush ko'rishadi. Odatda, ular kuchli odamlardir. Agar uning xatosini ko'rsatishsa, bundan qattiq aziyat chekadi va shu odamni yoqtirmay qoladi.

- ular oilada ham, uyda ham aniq bir reja asosida hayot kechirishga intilishadi, o'ta talabchan bo'lishadi, bola-chaqasidan ham shunday yashashni talab qilishadi. Bu, ko'pincha, oilaviy majoralarga sababchi bo'ladi.

- ular oila va ishdagi muvaffaqiyatsizliklarni va musibatli voqealarni og'ir qabul qilishadi, ular ichkilikka ham tez ruju qo'yishlari mumkin;

- ular yolg'izlikni yoqtirishadi, biror bir ishni boshlashsa yoki rahbarlardan topshiriq olishsa, uni mukammal bajarishga intilishadi. Bunday odamlar arzimagan bahodan juda xursand va arzimagan koyishdan qattiq xafa bo'lishi mumkin. Shuning uchun ham ularning jahlini chiqarish yoki kayfiyatini tushirish osondir.

Depressiyani davolash

Depressiyani davolashda psixoterapiya va psixofarmakoterapiyaga asosiy urg'u beriladi.

Har qanday depressiyada psixofarmakoterapiya psixoterapiya bilan boshlanishi va psixoterapiya bilan tugallanishi kerak. Farmakoterapiyadan oldin o'tkazilgan psixoterapiya davolanish jarayonini yengillashtirsa, undan keyin o'tkazilgan psixoterapiya esa depressiya qaytalanishining oldini oladi. Bugungi kunda depressiyani davolash jarayonida qo'llaniladigan psixoterapevtik usullar juda ko'p bo'lib, ularning ba'zilar haqida to'xtalib o'tamiz.

Psixoterapiya

Psixoanaliz (psixodinamik terapiya). Psixodinamik nazariyaga muvofiq depressiyaning negizida ichki ongsiz ziddiyatlar yig'indisi yotadi: shaxs bir tomondan, birovlariga qaram bo'lishni xohlamaydi, ikkinchi tomondan, boshqalar uni e'tirof etishini, qo'llab-quvvatlashini xohlaydi. Albatta, ushbu bir-biriga zid holatlar doimiy qoniqmaslik hissini yuzaga keltiradi, ya'ni boshqalarga nisbatan qahrg'azab va xafagarchilik shaxsning ichki dunyosini qamrab oladi. Shu

asnoda shaxsning o'zi esa boshqalarning nazdida mehribon, odamovi va ajoyib inson sifatida tan olinishni xohlaydi. Psixanalitiklarning fikricha, mana shu istaklarning ro'yobga chiqmasligi depressiyaning shakllanishiga turtki bo'ladi. E'tirof etilmagan har bir xohish va istak yillar mobaynida ong ostida qo'nim topadi va ular yig'ilgan sayin ichki ziddiyatlar kuchaya boradi. Bunday paytlarda depressiyaning o'tkir tarzda yuzaga kelishi uchun kuchli stressning o'zi yetarlidir. Surunkali tarzda shakllanadigan depressiya esa doimiy ruhiy-hissiy zo'riqishlar ta'siri ostida rivojlanadi.

Psixodinamik terapiyaning asosiy maqsadi depressiya kasalligiga uchragan bemorlarda ichki ziddiyatlarni to'la ochib tashlashga qaratilgan. Bu terapiya, albatta, individual tarzda olib boriladi va har bir bemorda ichki ziddiyatlar sababini ochishga qaratilgan bo'ladi. Psixodinamik terapiya bemorda katarsis, ya'ni ruhiy poklanishga erishilgunga qadar olib boriladi. Ijobiy natijaga bir necha kun ichida erishish mumkin, ba'zan esa bu jarayon bir necha oyga cho'ziladi.

Kognitiv psixoterapiya bemorda o'zini, atrofdagi voqealarni, kelajakni ijobiy va optimistik tarzda fikrlash sa'natini shakllantirishga qaratilgan bo'ladi. Bu terapiyaning asosida ham bemorning fikrlash dunyosini ijobiy tomonga o'zgartirish yotadi. Kognitiv psixoterapiyaning metodlari ko'p bo'lib, ular maxsus adabiyotlarda batafsil yoritilgan. Bemor bilan olib boriladigan psixologik suhbatlar depressiyaning turiga, og'ir-yengilligiga qarab, 10-20 seansgacha bo'lishi mumkin.

Depressiyaga uchragan bemorlarni davolashda, uning yaqinlari bilan o'zaro muloqotlar olib borish ham juda foydalidir. Biroq, bu muloqot teskari natija berishi ham mumkin, agar bemor bunga ruxsat bermasa. Albatta, psixolog bemorning yaqinlari bilan suhbatlar olib borishi kerak, chunki bu suhbatlar bemor haqida to'la ma'lumotga ega bo'lishga yordam beradi. Shuningdek, psixolog bemorning yaqinlariga uning oldida o'zlarini qanday tutish lozimligini tushuntiradi. Bu juda muhimdir. Chunki ba'zi oila a'zolari bemor bilan birgalikda uyda motamsaro muhit yaratadiki, bu faqat bemorning ahvolini yanada og'irlashtirishi va suitsidal urinishlarni kuchaytirishi mumkin. Bemorga hadeb yonbosaverish ham mumkin emas va uning xulq-atvorini tanqid qilaverish ham mumkin emas. Suitsidal fikrlar va urinishlar mavjud bemorlarni yolg'iz qoldirmaslik kerak. Oila a'zolari tomonidan nazorat shunday bo'lishi kerakki, bemorning o'zi buni bilmasin. Chunki, hadeb bemorni qo'riq-

layverish uning joniga tegishi mumkin. Bemorning ishonchini qozongan oila a'zolari bilan ko'chaga chiqib, aylanib kelish va sayr paytida, asosan, bemorni so'zlatish, uning his-tuyg'ulariga hamdard bo'lish o'ta muhimdir. Bemor doimo psixolog bilan har qanday vaziyatda ham bog'lana oladigan bo'lishi lozim, chunki zudlik bilan psixolog yordami lozim bo'lib qolishi mumkin.

Farmakologik vositalar bilan davolash

Farmakologik vositalar depressiyaning barcha turlarida va uning darajasidan qat'i nazar tavsiya etilishi mumkin. Vrach yoki psixologning bemor oldiga qo'yadigan eng asosiy shartlaridan biri - davolanishni reja asosida olib borish va psixolog tavsiyalarini so'zsiz bajarishdir.

Bugungi kunda dorivor vositalardan antidepressantlar keng qo'llaniladi. Antidepressantlardan fluoksetin (prozak, profluzak), sertralin (zoloft), sitalopram (sipramil), paroksetin (paksil), fluvoksamin (fevarin), tianeptin (koaksil), mianserin (Ierivon), moklobemid (auroriks), milnatsipran (iksel), mirtazapin (remeron) va h.k. lar ko'p ishlatiladi.

Antidepressantlar bilan davolash qonun-qoidalari:

1. Depressiya turi, darajasi, klinik manzarasi va bemorning somatik ahvolidan kelib chiqqan holda, aniq bir antidepressant tanlab olinadi. Uning kundalik miqdori belgilanadi va davolash sxemasi tuziladi.

2. Antidepressantlar bilan davolaganda, depressiya belgilari sekin-asta yo'qolib borishi (odatda, 1-2 haftadan keyin) bemorga tushuntiriladi. Uni vrachdan bemaslahat to'xtatib qo'yish mumkin emasligi uqtiriladi. Antidepressantlarni bir necha oy ichish zarurligi va depressiya belgilari butunlay yo'qolgandan keyin vrachning o'zi davolashni to'xtatish vaqtini belgilashi aytiladi.

3. Antidepressantlarni kasallik belgilari yo'qolgandan keyin ham yana 4-6 kun mobaynida, ba'zan undan ham ko'p ichish zarurligi tushuntiriladi. Bu qoida depressiyaning yana qaytalamasligi uchun qabul qilingan.

Farmakologik dorilar bilan davolash jarayonida rejali tarzda psixoterapiya muolajalarining o'tkazilishi bemorning depressiyadan chiqish davrini tezlashtiradi. Psixoterapevtik muolajalar paytida, bemor bilan muloqotlar olib boriladi, antidepressantlarni qabul qilish bilan bog'liq bo'lgan muammolar yechiladi (chunki, aksariyat

bemorlar 1 oydan keyin dori ichishni to'xtatib qo'yishadi), bemorda yaxshi natijalarga ishonch hosil qilinadi.

Bugungi kunda depressiyani davolashda ishlatiladigan antidepressantlar soni ko'pdir. Bunda antidepressantlarni (tимоanaleptiklarni) to'g'ri tanlay olish o'ta muhimdir. Ularni erta to'xtatib qo'yish yoki asossiz tarzda kam miqdorda berish - kutilgan ijobiy natijani bermaydi. Bemor depressiya belgilari tugaguncha doimo vrach nazoratida bo'lishi zarur. Dorilarni to'satdan to'xtatish depressiyaning yana qo'zg'ashiga sababchi bo'ladi.

Depressiyani davolashda antidepressantlar bilan birgalikda, fizioterapiya, igloterapiya, fitoterapiya, davolash gimnastikalarini qo'llash bemorning tuzalishini tezlashtiradi.

O'zbekistonda depressiyani davolashda ko'p qo'llaniladigan antidepressantlar haqida qisqacha ma'lumot berib o'tamiz.

Zoloft (sertpalin) depressiyani va obsessiv-kompulsiv buzilishlarni davolashda keng qo'llaniladi. Zoloft organizmga xolinolitik, kardiotoxik va sedativ ta'sir ko'rsatmaydi va uni barcha yoshdagi bemorlarga tavsiya qilish mumkin, shu jumladan, o'smirlarga ham. Dori yaqqol ifodalangan timoanaleptik va yengil ifodalangan stimullovchi ta'sirga ega. Dorining ta'siri bir haftalardan so'ng ko'zga tashlanib boradi, biroq, aniq ifodalangan ta'siri 3-4 haftalarda, ba'zan 6-8 haftalarda bilinadi. Zoloft depressiyaning barcha turlarini davolashda ishlatiladi. Zoloft kam miqdorda (kundalik dozasi 50-100 mg) profilaktik maqsadda rekurrent depressiyalarda qo'llaniladi. Obsessiv-kompulsiv buzilishlarda kuniga 150-200 mg dan 2-4 oy mobaynida buyuriladi. Zoloft 50 mg dan tabletka ko'rinishida ishlab chiqariladi.

Zoloft alkogol, karbamazepin, galoperidolning ta'sirini kuchaytirmaydi. Yurak qon-tomir kasalliklari zoloftni tavsiya qilishga mo'nelik qilmaydi, shuning uchun ham uni infarktdan so'ng kuzatiladigan xavotirli-depressiv buzilishlarni davolashda qo'llash mumkin. Dorini uzoq vaqt qabul qilish unga bog'lanib qolishni chaqirmaydi. Dorining sedativ ta'sirining yo'qligi bemorning jismoniy va ruhiy faolligiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.

Fevarin (fluvoksamin) 50 mg, 100 mg li tabletkalarda ishlab chiqariladi. Depressiya profilaktikasi va davolash uchun ishlatiladi, ayniqsa obsessiv-kompulsiv buzilishlarni davolashda fevarin ko'p ishlatiladi.

Fevarin dastlab 50 mg yoki 100 mg dan kuniga 1 mahal kechqurun tavsiya qilib boshlanadi. Dorining dozasini sekin-asta oshirish zarur

va bemorning doriga bo'lgan reaksiyasiga qarab oshiriladi. Aksariyat hollarda kuniga 1 mahal 100 mg ning o'zi depressiya belgilarini yo'qotish uchun yetarlidir. Zaruratga qarab dorining kundalik miqdorini 300 mg gacha yetkazish mumkin. Fevarinning tavsiya qilinadigan kundalik dozasi 150 mg dan oshsa uni 2 yoki 3 mahalga bo'lib berish tavsiya qilinadi. Masalan, ertalab 50 mg, kechqurun 100 mg yoki 50 mg dan 3 mahal. Butun Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining tavsiyasiga ko'ra antidepressantlar bilan davolashni depressiya simptomlari to'la yo'qolgandan keyin yana kamida 6 oy tavsiya etish zarur. Depressiya qaytalanishining oldini olish uchun fevarin kuniga 100 mg dan kechqurun tavsiya etiladi.

Obsessiv-kompulsiv buzilishlarni davolash uchun dorining dastlabki dozasi kuniga 50 mg dan 3-4 kun beriladi. Har 3-5 kundan dorining dozasi oshirib boriladi va 100-300 mg gacha yetkazilishi mumkin. Kattalar uchun dorining kundalik yuqori dozasi 300 mg dan oshmasligi kerak.

Fevarinni 8 yoshdan keyin tavsiya etish mumkin va uning dastlabki kundalik dozasi 25 mg bo'lib, asta-sekin oshirib boriladi. Zaruratga qarab, dorining kundalik terapevtik dozasi o'smirlar uchun 50-150 mg ga yetkaziladi. Dorining kundalik dozasi 100 mg dan oshsa, u 2-3 mahalga bo'lib beriladi.

Dorining terapevtik dozasi vrach tomonidan individual tarzda aniqlanadi va uni asossiz yuqori miqdorda berish mumkin emas. Shuning uchun bemor doimo vrach nazoratida turishi zarur. Fevarinning ta'siri 7 kunlardan keyin ko'zga tashlana boshlaydi, agar 10 hafta mobaynida ko'zlangan ijobiy maqsadga erishilmasa, fevarin qabul qilishni to'xtatish zarur. Albatta, psixofarmakoterapiya psixoterapiya bilan birgalikda olib borilsa, natijaga erta erishish mumkin.

Fevarin tabletkasi chaynamasdan suv bilan ichiladi.

Nojo'ya ta'sirlari: ko'ngil aynish, ba'zan qayd qilish (odatda, davolashning dastlabki haftasida kuzatiladi), qabziyat, anoreksiya, dispepsiya, diareya, epigastral sohada noxush sezgilar, og'iz qurishi, jigar fermentlari faollashuvi. Kam hollarda uyquchanlik, bosh aylanishi, bosh og'rig'i, uxlay olmaslik, xavotirga tushish, psixomotor qo'zg'alishlar, vahima kelishi, tremor, taxikardiya, terlash. Biroq, bu belgilarning aksariyati depressiya uchun xos bo'lganligi uchun ham ularning mavjudligi fevarinni tavsiya qilishga mo'nelik qilmaydi. Fevarinni to'satdan to'xtatganda, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynish, vahimaga tushish paydo bo'lishi mumkin.

Fevarin qariyalarga tavsiya qilinganda, oz miqdordan boshlanib, dozasi sekin-asta oshirib boriladi.

Fevarinni tavsiya qilishga mo'nelik qiluvchi holatlar va alohida ko'rsatmalar:

⇒ MAO ingibitorlarini qabul qilayotganda, tavsiya etilmaydi. Ularni to'xtatgandan 2 hafta o'tgach fevarinni boshlash mumkin.

⇒ 8 yoshgacha bo'lgan bolalar;

⇒ epilepsiya va tutqanoq xurujlari (zaruratga qarab tavsiya etiladi, agar tutqanoq xurujlari kuzatilsa, dorini qabul qilish to'xtatiladi);

⇒ jigar va buyrak yetishmovchiligi (zaruratga qarab tavsiya etiladi, agar jigar fermentlari faolligi oshsa, dorini qabul qilish to'xtatiladi);

⇒ homilaga zararli ta'siri aniqlanmagan bo'lsa-da, fevarin homilador ayollarga ehtiyotkorlik bilan tavsiya qilinadi. Fluvoksamin ko'krak suti orqali oz miqdorda ajralib chiqishi mumkin, shuning uchun ham laktatsiya davrida buyurilmaydi;

⇒ fevarin qabul qilayotganda spirtli ichimliklar ichish man etiladi;

⇒ yallig'lanishga qarshi nosteroid dorilar va aspirin qabul qilib yurgan hamda anamnezida qon ketishga moyilligi bor bemorlarga ham fevarin ehtiyotkorlik bilan tavsiya etiladi.

Fevarinni kuniga 150 mg gacha bo'lgan miqdorda qabul qilish bemorning avtomobil haydashida va zavodlarda turli mashinalar bilan ishlashida xavfli vaziyat keltirib chiqarmaydi.

Reksetin (paroksetin) 20 mg.li tabletkalarda ishlab chiqariladi.

Reksetin depressiyaning barcha turlarida tavsiya qilinadi, shu jumladan, xavotir-depressiv va obsessiv-kompulsiv buzilishlar, fobik sindromlar, turli jarohatlardan keyingi stress holatlari va h.k. Reksetinning dastlabki kundalik dozasi 20 mg. Dorining ta'siri sekin-asta namoyon bo'lib boshlaydi. Dorining dozasi har haftada 10 mg ga oshirib boriladi, tavsiya qilish mumkin bo'lgan eng yuqori doza kuniga 60 mg.

Depressiya belgilari yo'qolgandan keyin ham reksetinni kuniga 20 mg dan 4-6 oy mobaynida qabul qilish tavsiya etiladi. Dori qabul qilishni to'satdan to'xtatib qo'yish mumkin emas, buning uchun uning dozasini asta-sekin kamaytira borish lozim. Reksetin kuniga 1 mahal, odatda, ertalab ovqat paytida qabul qilinadi va chaynamay yutiladi. Ojiz bemorlar va qariyalar uchun dorining dastlabki dozasi kuniga 10 mg bo'lishi kerak. Bemorning ahvoriga qarab, dorining dozasi har haftada 10 mg ga oshirib boriladi. Masalan, dorining kundalik dozasini 40 mg ga yetkazish uchun 4 hafta zarur bo'ladi.

Reksetinning kundalik dozasi asossiz oshirilmaligi kerak va kutilgan natijaga erishilsa, kam miqdorda berib boriladi.

Nojo'ya ta'sirlari: ko'ngil aynish, ba'zan qayd qilish (odatda, davolashning dastlabki haftasida kuzatiladi), qabziyat, anoreksiya, dispepsiya, diareya, epigastral sohada noxush sezgilar, og'iz qurishi, jigar fermentlari faollashuvi. Kam hollarda, uyquchanlik, bosh aylanishi, bosh og'rig'i, uxlay olmaslik, xavotir bo'lish, psixomotor qo'zg'alishlar, tutqanoq xurujlari, tremor, taxikardiya, arterial qon bosimning o'zgarib turishi, sinkopye, somnambuliya, libidoning o'zgarishi, kam hollarda, siyishga qiynalish, terlash, ko'rish qobiliyatining buzilishi, o'tkir glaukoma xurujlari, bronxospazm, angionevrotik shish, qichima.

Mo'nelik qiluvchi holatlar:

⇒ MAO ingibitorlarini qabul qilayotganda tavsiya etilmaydi. Ularni to'xtatgandan 2 hafta o'tgach, reksetinni qabul qilish tavsiya etiladi;

⇒ homiladorlik va laktatsiya davri;

⇒ 18 yoshgacha bo'lgan davr;

⇒ epilepsiyada, glaukomada, jigar va buyrak funksiyalari yetishmovchiligida ehtiyotkorlik bilan tavsiya qilinadi;

⇒ yurak qon-tomir faoliyatining buzilishlari;

⇒ peroral antikoagulyantlar va neyroleptiklar bilan birgalikda qabul qilinmaydi;

⇒ davolanishning dastlabki haftasida suitsidal fikrlarni kuchaytirib yuborishi mumkin;

⇒ spirtli ichimliklar ichish tavsiya etilmaydi;

⇒ davolanishning dastlabki davrida avtomobil haydash tavsiya etilmaydi.

Fluoksetin (sinonimlari: prozak, portal, fluval, prodel) 20 mg li tabletkalarda ishlab chiqariladi. Depressiyaning barcha turlarida tavsiya qilinadi, shu jumladan, obsessiv-kompulsiv buzilishlar, bulimiyalar, fobiyalarda samarali antidepressantdir. Sedativ ta'sirga ega emas. O'rtacha terapevtik dozasi yurak qon-tomir sistemasi faoliyatiga nojo'ya ta'sir ko'rsatmaydi. Dastlabki dozasi kuniga 20 mg dan bo'lib, kunning birinchi yarmida bir mahal ichish tavsiya qilinadi. Dorining keyingi dozasi 3-4 haftadan keyin oshirib boriladi va kuniga 2-3 mahal qabul qilish buyuriladi. Fluoksetinning eng yuqori kundalik dozasi 80 mg gacha.

Nojo'ya ta'sirlari: yengil xavotir bo'lish va uyquchanlik, tremor, bosh og'rig'i, uyqu buzilishi, ko'ngil aynishi, diareya, terlash,

gipoglikemiya, libidoning pasayishi, toshmalar toshishi, qichima, artralgiyalar.

Monelik qiluvchi holatlar: Glaukoma, siydik pufagi atoniyasi, buyrak funksiyasining buzilishi, prostata giperplaziyasi, MAO inhibitorlari bilan birga tavsiya qilmaslik, epilepsiya va tutqanoq sindromlari, homiladorlik, laktatsiya. Shuningdek, spirtli ichimliklar ichish mumkin emas.

Fluoksetinni qabul qilishning dastlabki haftalarida avtomobil haydash va aniq mexanizmlil mashinalarda ishlash tavsiya etilmaydi.

Akademik A.B. Smulevich (2005) fikricha, depressiyani aniqlash tibbiyotning aksariyat sohasi mutaxassislari uchun qiyinchilik tug'dirmaydi, qiyinchilik uni davolash bilan bog'liqdir. Umumiy amaliyot shifokorlari somatik, vegetativ va nevroitik buzilishlar bilan kechuvchi depressiyalarni, ya'ni niqoblangan depressiyalarni to'g'ri aniqlay olishlari zarur. Biroq, hamma vaqt ham buning uddasidan chiqilmaydi, chunki niqoblangan depressiyani umumiy tibbiyot yo'nalishida faoliyat ko'rsatayotgan barcha mutaxassislar ham o'z vaqtida aniqlayvermaydi. Ba'zan diagnozni to'g'ri aniqlash uchun bir necha oylar ketadi. Turli ma'lumotlarga ko'ra, 10–55 % holatlardagina to'g'ri diagnoz aniqlanadi va ularning 13 % ga antidepressantlar tavsiya etiladi (D. Mischoulon et al., 2004). Aksariyat mutaxassislar buning asosiy sababi qilib, vrachlarning depressiya klinik ko'rinishlarini mukammal bilmasligi va to'g'ri baholay olmasligi deb hisoblashmoqda.

Xulosa qilib aytganda, depressiya bilan tibbiyot sohasida faoliyat ko'rsatuvchi barcha mutaxassislar ro'baro' kelishi mumkin. Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining barcha fakultetlarida, shu jumladan, oliy ma'lumotli hamshiralalar tayyorlash fakultetida ham "Tibbiy psixologiya" fani chuqur o'rgatiladi. Demak, hamshiralardan tortib, umumiy amaliyot shifokorlarining barchasi eng ko'p tarqalgan va yildan-yilga ko'payib borayotgan depressiya kasalligi belgilaridan voqif bo'lishlari va diagnozni to'g'ri aniqlay olishlari lozim. Albatta, davolash jarayonida muammolar paydo bo'lishi mumkin. Agar suitsidal fikrlar yoki urinishlar paydo bo'lgan bemorlar murojaat qilishsa, tor mutaxassislarga (psixiatr, psixolog) murojaat qilish zarur. Depressiyaning yengil turlari, ayniqsa, somatik buzilishlar bilan namoyon bo'lgan turlari bilan murojaat qilgan bemorlarni umumiy amaliyot shifokori ham davolashi mumkin.

Nazorat uchun savollar

1. Nevrozga ta'rif bering, uning qanday turlarini bilasiz?
2. Ruhij jarohat deganda nimani tushunasiz?
3. Hozirgi davr nevrozining o'ziga xos xususiyatlari haqida so'zlab bering.
5. Nevrasteniyaning klinik ko'rinishlarini so'zlab bering.
6. Isterik nevrozga ta'rif bering.
7. Qanday isterik holatlarni bilasiz?
8. Isterik sindromlarni asab tizimining organik kasalliklaridan qanday farqlash mumkin?
9. Mi'yanadan ketmaydigan fikrlarga ta'rif bering.
10. Depressiya nima?
11. Depressiyaning asosiy sabablari nimalardan iborat?
12. Depressiyaning qanday turlarini bilasiz?
13. Depressiya qanday aniqlanadi?
14. Depressiyaning asosiy klinik belgilari haqida so'zlab bering?
15. Depressiyani davolashda qanday psixoterapevtik usullar qo'llaniladi?
16. Depressiyani davolashda antidepressianlar qanday qo'llaniladi?
17. Antidepressiantlarni qo'llash uchun monelik qiluvchi holatlar haqida so'zlab bering.
18. O'zingiz guvohi bo'lgan depressiyaga tushgan bemorlar haqida so'zlab bering.

Behalovat uyqu miya uchun zarardir,
orom olib uxlash miya uchun darmondir.

Ibn Sino

XIV BOB. ASAB SISTEMASI KASALLIKLARIDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

14.1. Bosh miya jarohatlarida kuzatiladigan ruhiy-hissiy buzilishlar

Bosh miya jarohatlari nafaqat turli darajada ifodalangan nevrologik buzilishlar, balki ruhiy-hissiy buzilishlar bilan ham kechadi.

Bosh miya jarohatlari paytida va undan keyin nevrologik buzilishlar bilan birgalikda, ruhiyat va hissiyotning buzilishlari ham kuzatiladi. Ushbu buzilishlar jarohatning og'irligi, turi, bemorning yoshi, yo'ldosh kasalliklarning bor-yo'qligi va shu kabi boshqa omillarga bog'liq.

Bosh miya jarohatlarida bosh miyaning lat yeyishi yoki miya chayqalishi ko'p kuzatiladi. Bosh miya jarohatlarida aksariyat bemorlar hushini yo'qotadi va uning naqadar chuqur yo'qolishi jarohat darajasiga bog'liqdir. Odatda, bemor hushiga kelganidan keyin turli ko'rinish va darajada xotira buzilishlari kuzatiladi. Agar bemor hushiga kelgandan keyin bosh miya jarohatigacha bo'lgan davrni unutsa - **retrograd amneziya**, jarohatdan keyin xotirasi yo'qolsa — **anterograd amneziya**, jarohatdan oldingi va keyingi davrlarda ham xotira keskin buzilgan bo'lsa, **anteroretrograd amneziya** deb ataladi.

Posttravmatik asteniya (serebrasteniya). Serebrasteniya bosh miya jarohatlaridan keyin kuzatiladigan eng ko'p tarqalgan sindromdir. Uning uchrash darajasi haqida aniq bir statistik ma'lumot yo'q, chunki serebrasteniya bilan aksariyat bemorlar vrachga murojaat qilishmaydi va bemordagi serebrasteniya holatlari aynan bemor o'tkazgan bosh miya jarohati bilan bog'liqligini ko'rsatib berish ham mushkul. Serebrasteniya turli xil subyektiv simptomlardan iborat. Bular jizzakilik, jahldorlik, tezda asabiylashish, sabrsizlik, ruhan tez charchab qolish, parisonxotirlik, uyqu buzilishlari, bosh og'riqlari va shu kabi boshqa belgilardir.

Ko'p hollarda bosh miya jarohatlaridan keyin kuchli fobiya rivojlanadi. Masalan, avtohalokat sababli jarohatlangan bemorlar ko'chaga chiqishdan, piyoda o'tish uchun mo'ljallangan joylardan

ham o'tishdan va hattoki avtotransportlarda biror joyga borishdan ham qo'rqishadi yoki o'lim qo'rquvi rivojlanadi.

Bosh miya jarohatlari **apatiya** holatlarini yuzaga keltirishi mumkin. Klinik belgilari jihatdan depressiyaga yaqin bu holatni ba'zan to'g'ri aniqlash qiyin bo'ladi. Posttravmatik apatiya umumiy karaxtlik, bo'shshish, atrofdagi voqealarga qiziqishning va ish faoliyatida ijodkorlikning pasayishi, xohishning yo'qolishi, bemor biror bir ishni boshlab oxiriga yetkazmay tashlab qo'yadi yoki o'sha ishi zarur bo'lsa-da, u bilan shug'ullanmaydi. Xotiraning yengil darajada o'ziga xos buzilishlari kuzatiladi. Posttravmatik apatiya ba'zi hollarda yengil darajada ifodalangan vegetativ va psixosomatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi.

Travmatik psixozlar. Psixozlar o'tkir va surunkali bo'lishi mumkin. O'tkir psixoz, odatda, jarohatning dastlabki kunlarida va asosan, miyaning lat yeyishida kuzatiladi. Ayniqsa, bosh miyaning peshona bo'lagi zararlangan, psixozlar kuchli ifodalangan bo'ladi. Bu bemorlarda kompyuter tomografiyada bosh miyaning peshona sohasida lat yeyish belgilari yoki gematoma aniqlanadi. Bunday bemorlar neyroxirurgik yordamga muhtoj. Bosh miyaning biror qismi zararlanishi hisobiga kuzatiladigan o'tkir psixozlar, odatda, nevrologik simptomlar bilan birgalikda namoyon bo'ladi, ya'ni falajliklar, koordinator buzilishlar, bosh miya nervlari zararlanish simptomlari va h.k. Shuningdek, oliy ruhiy funksiyalar buzilishlari, ya'ni nutq buzilishlari, apraksiyalar, agnoziyalar ham kuzatilishi mumkin. Bunday bemorlar ahvoli og'ir bo'lib, ular neyroxirurg, nevropatolog yoki neyropsixolog nazoratida bo'lishi kerak.

O'tkir psixozlarda turli darajada ifodalangan hushning buzilishlari kuzatiladi, ya'ni hushning xiralashishidan tortib, sopor holatlarigacha. Hushning xiralashishlarida bemor bilan muloqot buziladi, u savollarga aniq javob bera olmaydi, nutqi uzuq-yuluq va tartibsiz bo'ladi, ba'zan esa tinmay gapiraveradi (logorrey). Logorrey, asosan, bosh miyaning chakka sohasi zararlanganda kuzatiladi. Bizning kuzatuvda, bosh miya jarohatining o'tkir davrida 24 soat tinmay gapirgan bemor bo'lgan va davolangan. Unga kuchli uxlatuvchi dorilar yuborilgandan keyin uxlab, uyqudan uyg'ongandan keyin yana bir necha soat tinmay gapirgan. Ushbu bemorda logorrey kasallikning 5-6-kunlari kamaya boshlagan, chunki miyaning zararlanish belgilari kamaygan sayin, logorrey kamayib boradi. Shuning uchun ham bunday paytlarda tinchlantiruvchi dorilar bilan chegaralanib

qolmasdan, kasallikning o'tkir davrida qilinadigan barcha dori-darmonlar buyurilishi kerak, chunki aytib o'tganimizdek, logorreya bosh miyaning lokal zararlanishi belgisidir.

Ba'zan bosh miya jarohatlaridan keyin bemorlar uzoq vaqt uyquga ketadi, bu albatta koma emas. Uzoq vaqtga uyquga ketish miyaning himoya funksiyasining bir ko'rinishidir. Bu fenomen to'la o'rganilmagan. Ba'zi mutaxassislar bosh miyaning og'ir jarohatlarini o'tkazgan bemorlarni uzoq vaqtgacha uxlatib (30-40 kunlab) davolashni tavsiya qilishadi. Ularning fikricha, bunday usul jarohatdan keyin kuzatiladigan og'ir ruhiy buzilishlarning, ayniqsa, xotira buzilishlarining oldini oladi. Fikrimizcha, oilaviy bo'lib avtohalokatga uchragan va oila a'zolari halok bo'lgan bemorlarga bu usulni qo'llash mumkin. Buning uchun shifoxonada barcha sharoitlar yaratilgan bo'lishi, organizmning hayotiy muhim funksiyalari faoliyati va yaxshi parvarish ta'minlangan bo'lishi hamda etika prinsiplariga to'la rioya qilinishi kerak.

Travmatik psixozlarda gallutsinatsiyalar, illuzor va delirioz buzilishlar, agressiv holatlar ham kuzatilishi mumkin. Ular odatda, qattiq jahl ustida o'ziga va atrofdagilarga qattiq tan jarohati yetkazib qo'yishadi. Psixozning bunday klinik ko'rinishlarini biror marta bo'lsa-da, kuzatgan shifokor bemorni, albatta, psixiatrga yoki psixonevrologga ko'rsatishi zarur. Agar vrach bemorni mutaxassisga ko'rsatmay davolab yursa va bemor bironing joniga yoki o'zining joniga qasd qilgudek bo'lsa, bemor emas, balki uni kuzatib yurgan vrach yuridik javobgarlikka tortiladi.

Ba'zan travmatik psixozlarda puerilizm kuzatiladi, ya'ni kattalar o'z yoshiga mos kelmaydigan va bolalik davri uchun xos bo'lgan qiliqlar qiladi. Puerilizm, ayniqsa, o'smirlik yoshida bosh miyaning og'ir jarohatlarini o'tkazgan odamlarda kuzatiladi. Bosh miya jarohatlaridan keyin xulq-atvorning isterik tarzda shakllanishi, depressiyalar, seksual buzilishlar ham kuzatiladi. Masalan, bosh miyaning peshonasohasi zararlanganda, giperseksualizm rivojlanishi mumkin. Isteriya, depressiya va seksual buzilishlar haqida avvalgi boblarda batafsil ma'lumotlar keltirilgan. Ularning etiologiyasida bosh miya jarohatlari ham muhim ahamiyat kasb etadi.

Mast odamlarda rivojlangan bosh miya jarohatlarida psixozlar darajasi va sababini aniqlashda biroz qiyinchiliklar yuzaga keladi. Psixozlarni bosh miya jarohati yoki alkogoldan og'ir mastlik hisobigami, aniqlash qiyin bo'ladi.

Korsakov sindromi bosh miyaning og‘ir jarohatlaridan keyin rivojlanadigan o‘tkir psixoz bo‘lib, uning klinik belgilari, odatda, bemor hushiga kelgandan keyin namoyon bo‘la boshlaydi. Bu sindromning asosiy belgisi eslab qolishning buzilishidir. Bemor bo‘lib o‘tayotgan voqealarni eslab qola olmaydi. Bemor kun, hafta, oy kunlarini eslab qola olmaydi, uni davolayotgan shifokorlarning (tibbiyot xodimlarining) ismini va o‘zining yotgan joyini eslab qola olmaydi. Bemorning hushi joyida bo‘ladi, uning atrofdagilar bilan muloqoti saqlangan bo‘ladi, biroq o‘z ahvoliga nisbatan tanqidiy qarashi keskin pasayadi. Korsakov sindromi bir necha kundan bir necha oygacha davom etadi. Bu sindrom, ayniqsa, spirtli ichimliklarni suistiyemol qiluvchilarda og‘ir kechadi. Korsakov sindromida xotiraning barcha turlari, ayniqsa, eslab qolish bosqichi buzilganligi uchun ham uni xotiraning birlamchi buzilishi deb atashadi.

Bosh miya jarohatlaridan keyin xotira yo‘qolishining davomiyligi turlicha bo‘lishi mumkin va bu davr ba‘zi hollarda bemor umrining oxirigacha davom etadi. Hattoki, xotira tiklanishi kuzatilsa-da, u to‘la bo‘lmasligi mumkin.

Travmatik psixozlarning ba‘zi turlarida hissiyotning buzilishlari ruhiy buzilishlardan ustunlik qiladi. Masalan, kayfiyatning asossiz tarzda baland bo‘lishi, ya‘ni eyforiya turli ko‘rinishda namoyon bo‘ladi, ular ko‘p so‘zlashadi, bo‘lib o‘tgan jarohatlarni batafsil gapirib yurishni, qanday omon qolganlarini bayon qilishini xush ko‘rishadi, beg‘am bo‘lishadi. Odatda, eyforiya surunkali psixozlar uchun xosdir. Ba‘zan avval saxiy va betakalluf bo‘lgan odam bosh miya jarohatidan keyin egoist va berahm bo‘lib qoladi.

Bosh miyaning og‘ir jarohatlarida, ayniqsa, ochiq jarohatlar-da tutqanoq xurujlari yoki kuchli vegetativ paroksizmlar kuzatiladi. Posttravmatik epilepsiya odatda, bosh miya jarohatidan keyin bir necha yildan so‘ng rivojlanadi. Ayniqsa, Jekson xurujlari hamda hushdan ketib rivojlanuvchi tonik-klonik xurujlar, absanslar ko‘p uchraydi. Tez-tez hushdan ketish bilan kechuvchi tutqanoq xurujlari borib-borib, bemor xulq-avtorini patologik tarzda o‘zgartira boshlaydi.

Bosh miya jarohatlarini o‘tkazgan bemorlarda **“avval ko‘rgan” yoki “hech qachon ko‘rmagan”** fenomeni rivojlanadi. Bemorlar o‘zi avval bormagan va ko‘rmagan joyda paydo bo‘lib qolsa, bu yerga xuddi avval kelgandek, barcha narsalar tanishdek ko‘rinadi yoki avval borgan va bir necha bor ko‘rgan joyiga borsa, bu yerda

hech qachon bo'lmagandek va barcha narsalar va voqealar notanishdek tuyuladi. Bu fenomen mexanizmlari to'liq o'rganilmagan.

Bosh miya jarohatlaridan so'ng aqli zaiflik ham rivojlanadi. Statistik ma'lumotlarga ko'ra bu holat jarohat o'tkazgan bemorlarning 5 foizida kuzatiladi va u peshona va chakka sohalari zararlanishi bilan bog'liq.

Bosh miya jarohatlarida kuzatiladigan ruhiy buzilishlarning oldini olish uchun avvalambor bemorlarni kasallikning o'tkir davrida to'g'ri davolash zarur. Ma'lumki, bosh miya jarohatlarining o'tkir davrida bemorlar neyroxirurgiya yoki neyrot travmatologiya bo'limlariga qabul qilinadi. Ba'zan bemorlar 4-5 kun ichida shifoxonadan chiqarib yuboriladi. Shifoxonadan chiqqach, ular zudlik bilan nevropatolog nazoratiga, ruhiy buzilishlar aniqlangan holatlarda esa psixiatr nazoratida turishlari va davolanishlari kerak.

14.2. Epilepsiya va tutqanoq sindromlarda bemorlar psixologiyasi

Epilepsiya asab sistemasining eng ko'p tarqalgan kasalliklaridan biri bo'lib, katta tibbiy-ijtimoiy muammoga aylangan. **Epilepsiya** - bosh miyaning xurujlar bilan kechuvchi surunkali kasalligi bo'lib, ular harakat, sezgi, vegetativ va ruhiy buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Epilepsiyaning aholi orasida tarqalishi 1000 kishiga 7-10 ta. Kasallik ko'p etiologiyali bo'lganligi sababli, turli yoshda uchrashi mumkin, biroq epilepsiyaning 75 foizi 20 yoshgacha bo'lgan davrda boshlanadi. Kasallanish darajasi erkak va ayollarda deyarli bir xil tarqalgan. Mutaxassislar ma'lumotlariga qaraganda, epilepsiya bilan kasallangan bemorlarning kamida 30 foizida ruhiy buzilishlar kuzatiladi.

Tarixdan ma'lumki, Suqrot, Platon, Yuliy Sezar, Janna D 'Ark, Van Gog, Napoleon, F. Dostoyevskiy kabi buyuk shaxslar epilepsiya kasalligi bilan og'rikan. Shuning uchun ham ba'zi mutaxassislar faqat kuchli tafakkur egalari epilepsiya bilan og'rishadi deyishsa, boshqa birlari esa tutqanoq xurujlari odamda talant kurtaklarini qo'zg'ab yuboradi, deb hisoblashadi. Bu fikrlarga to'liq qo'shilish qiyin, biroq, epilepsiya bilan og'riydigan ba'zi bemorlarda kuchli talant belgilarini uchratish mumkin. Masalan, biz ham o'z amaliyotimizda «Qur'on» va «Hadis» kitoblarini yoddan biladigan yosh yigitni, kuchli rassom, shoir va matematiklarni uchratganmiz. Bunday bemorlar ichida inson hayratda qoladigan hikmatli iboralar

o‘ylab topuvchilar, hikmatlarga boy bo‘lgan to‘rtliklar bituvchilari ham bo‘ladi. Ularni vrachlar yon daftarlariga yozib yurishsa, foydadan xoli bo‘lmaydi. Doimo xuruj kuzatiladigan bir bemor qizda sezgi va idrok qobiliyatining kuchayganini kuzatganmiz. Biroq, epilepsiya kasalligi bilan og‘riydigan aksariyat bemorlarda tutqanoq xurujlari vaqtida to‘xtatilmasa, og‘ir ruhiy buzilishlarga olib keladi, ularning aqli zaiflashib boradi. Tutqanoq xurujlari qanchalik erta yoshda boshlansa, ruhiy buzilishlar shuncha erta rivojlanishi mumkin. Shunday bo‘lsa-da, og‘ir ruhiy buzilishlar epilepsiyaning barcha turida ham kuzatilavermaydi.

5-jadval

Epilepsiya sabablari (Ichki kasalliklar bo‘yicha Xarrison spravochnigi), 2005-y.

Yosh	Epilepsiya sabablari
2 yoshgacha	Tug‘ish paytida miyaning jarohatlanishlari Perinatal gipoksiya va ishemiya O‘tkir infeksiya Metabolik buzilishlar (gipoglikemiya, gipokalsiyemiya, gipomagniyemiya, piridoksin yetishmovchiligi) Rivojlanish illatlari Genetik buzilishlar
2- 12 yoshgacha	Idiopatik O‘tkir infeksiya Jarohatlar Febril tutqanoqlar
12-18 yoshgacha	Idiopatik Jarohatlar Dori, alkohol abstinensiyasi Arteriovenoz anevrizmalar (rivojlanish illatlari)
18-35 yoshgacha	Jarohatlar Alkogolizm Miya o‘smalari
35 yoshdan so‘ng	Miya o‘smalari Bosh miya qon tomir kasalliklari Metabolik buzilishlar (uremiya, jigar yetishmovchiligi, elektrolitlar almashinuvining buzilishi, gipoglikemiya) Alkogolizm

Xuddi boshqa asab kasalliklaridagi kabi epilepsiyada nasliy omilning ham ahamiyati bor. O'tgan asrning 50-yillarigacha aksariyat davlatlarda epilepsiyada nasliy omilning ahamiyati juda bo'rttirib ko'rsatilgan, keyinchalik ilm-fanning yutuqlari bunday gumonni yo'qqa chiqardi. Hozirgi davrning statistik ma'lumotlariga qaraganda, ota-onaning bittasi epilepsiya bilan og'risa, ulardan kasal bola tug'ilishi xavfi 10 foizdan oshmaydi. Epilepsiya sabablari umumlashtirilib 5-jadvalda keltirilgan.

Epilepsiyaning etiologiyasi, klinik ko'rinishlari aksariyat hollarda bemorning yoshiga bog'liq. Masalan, erda bolalik davrida kuzatiladigan tutqanoq xurujlarining sababi — homila va bola tug'ilishi davrlarida yuzaga keladigan gipoksiya holatlari, virusli infeksiyalar, anemiyalar va h.k.

Epilepsiyaning tasnifi ko'p bo'lib, tibbiy amaliyotda epilepsiyani ko'proq 3 turga ajratib o'rganishadi. Agar epilepsiya bosh miyaning biror-bir kasalligi sababli rivojlansa — simptomatik epilepsiya, nasliy omil aniqlangan va bosh miya kasalliklari aniqlanmagan holatlarda — idiopatik epilepsiya va nihoyat, hech qanday sabab aniqlanmagan holatlarda— kriptogen epilepsiya farq qilinadi. Shuningdek, o'choqli (parsial, fokal, lokal) xurujlar farq qilinadi. O'choqli xurujlar bosh miya tuzilmalarining, ayniqsa, po'stloq markazlarining qo'zg'alishlari natijasida kelib chiqadi. Ular qaysi markazlar qo'zg'alishiga qarab, yuz, qo'l va oyoqda harakat va sezgi xurujlari bilan namoyon bo'ladi.

Shuningdek, o'choqli xurujlar ko'ruv, eshituv, hid va ta'm bilish gallutsinatsiyalari hamda «avval ko'rgan» yoki «hech qachon ko'rmagan» fenomeni, to'satdan keladigan qo'rquv va qorinda kuzatiladigan og'riq xurujlari ko'rinishida ham kuzatiladi. Ularning davomiyligi 30 sek dan oshmaydi. O'choqli xurujlarda bemor hushini yo'qotmaydi va bular oddiy parsial xurujlar deb ataladi, agar o'choqli xurujlar hushdan ketish bilan namoyon bo'lsa, murakkab parsial xurujlar haqida gap ketadi. Murakkab parsial xurujlarda hushsiz yotgan bemorda yutinish, chaynash, biror joyini silash, chapak chalish kabi avtomatik harakatlar kuzatiladi. Murakkab parsial xurujlarning davomiyligi ham 30 sek atrofida bo'ladi va bemor o'ziga kelgandan keyin biroz karaxt bo'lib turadi.

Epilepsiyaning tonik va klonik xurujlar bilan kechuvchi turi biroz og'ir kechadi. Aynan epilepsiyaning mana shu turi bemorning yaqinlarini ko'proq vahimaga soladi va biroz murakkab kechadi. Chunki bu xurujlar hushsiz yotgan bemorda kuzatiladi. Bunda ruhiy

buzilishlar ham ko'p kuzatiladi. Tonik va klonik xurujlar bilan kechuvchi epilepsiya auralar bilan kechishi mumkin.

Auralarni - epilepsiyaning xabarchilari deb ham atashadi. Xurujlar boshlanishiga bir necha soat qolganda, ba'zan esa bir-ikki kun oldin bemorning uyqusi qochadi, xavotir paydo bo'ladi, jahldor bo'lib qoladi, yuzi yoki tanasining ba'zi joylarida uyushishlar paydo bo'ladi, lab burchaklari titray boshlaydi. Odatda, mana shu belgilardan keyin katta tutqanoq xurujlari boshlanadi. Tutqanoq xurujlaridan oldin auralarning kelishi bu yaxshi. Chunki bunday paytlarda bemor o'zini xavfsiz joyga oladi, ota-onasi yoki o'zi uydan chiqib ketmaydi, xavfli joylarda yurgan bo'lsa, xavfsiz joylarga o'tadi va h.k. Aurasiz uchraydigan katta tutqanoq xurujlari hayot uchun xavflidir va bunda bosh miya va tana jarohatlari ko'p kuzatiladi. Chunki xurujlar bo'lish paytini bemor bilmaydi va o'zini xavfsiz joylarga ola olmaydi.

Agar xurujlar aura kuzatilgandan keyin boshlansa, bunday xurujlarni ikkilamchi-tarqalgan xurujlar deb atashadi. Agar xurujlar aurasiz kuzatilsa, ularni birlamchi-tarqalgan xurujlar deb atashadi. Xuruj boshlanganda, dastlab mushaklarda tonik qisqarishlar ro'y beradi, bu paytda bemor qichqirib yuborishi va tilini tishlab olishi mumkin. Qisqa vaqt nafas ham to'xtab qoladi, rangi ko'karib ketadi. Bu davrni xurujlarning tonik bosqichi deb atashadi va u, odatda, 30-60 sek davom etadi. Keyin xurujlarning klonik bosqichi boshlanadi. Bunda bosh va oyoq-qo'llar titray boshlaydi. Bosh orqa va yon tomonga buraladi, ko'z olmasi yuqori va yon tomonga qarab og'adi. Shu holatda titrashlar davom etib turadi. Xurujning klonik bosqichi ko'p holatlarda tagiga siyib yuborish bilan tugaydi. Klonik bosqich 2-3 min davom etadi. Tonik-klonik xurujlarning umumiy davomiyligi 3-5 min ga teng. Xurujlardan keyin bemor qattiq uyquga ketadi, odatda, 2 soat, bunday paytda uni uyg'otmaslik kerak. Uyqudan turgandan keyin bosh og'rig'i kuzatiladi.

Epilepsiyaning tutqanoq xurujlarisiz kuzatiladigan turiga **absanslar (petit mal)** deb ataladi. Ular, asosan, bolalik va o'smirlilik davrida kuzatiladi. Xuruj paytida bola bir nuqtaga qarab qotib qoladi, ko'zi ochiq bo'ladi, biroq qoshini pirpiratib turishi mumkin, boshi sal orqaga qayrilishi mumkin. Savollarga javob bermaydi, hushsiz qotib tursa-da, yiqilib tushmaydi. Xuruj 10-20 sek davom etadi va ba'zan atrofdagilarga bilinmay o'tib ketadi. Bunday xurujlar bir kunda 20-30 marta kuzatilishi mumkin. Bu xurujni vrachning o'zi kuzatib

ko'rmochi bo'lsa, bemordan 5-6 marta tez-tez chuqur-chuqur nafas olishni talab qilishning o'zi kifoya, shunda bemorda absans kuzatiladi.

Tungi xurujlar. Tunda bo'ladigan xurujlar turli-tuman bo'ladi. Xurujlarning ba'zilar quyidagicha kechishi mumkin. Bemor birdan uyg'onib ketadi, qattiq boshi og'riyotgan bo'ladi, qayt qilishi mumkin va asta-sekin ko'zi va boshi yon tomonga qayrilgan holda tutqanoq xurujlari boshlanib ketadi. Yuz qiyshayib qoladi, so'lak oqadi, duduqlanib qoladi. Ba'zan bemorlar yotgan joyidan to'satdan turib, o'tirib oladi, oyoqlari bilan velosiped haydayotgandek harakatlar qiladi yoki g'ujanak bo'lib yotib oladi, turib yurib ketadi va birozdan keyin to'xtaydi, ba'zan uydan chiqib ketadi. Bu xurujlar 30 sek dan 2-3 min gacha davom etishi mumkin. Keyin bemor o'ziga keladi, nimalar qilganini eslay olmaydi, ba'zi bemorlar esa ba'zi qiliqlarini chala bo'lsa-da aytib beradi. Tunda bo'ladigan xurujlarda bemor tilini tishlab oladi, og'zidan qon aralash ko'pik chiqadi, tagiga siyib yuboradi. Epelepsiya bilan og'riyan bemorlar uchun kech uyquga ketish va majburan erta uyg'onish xavflidir, uyquning davomiyligi 6-8 soatdan kam bo'lmasligi kerak. Ertalab uyg'ongandan keyin majburan ko'p uxlayverish ham mumkin emas. Bunday bemorlarda ba'zan kunduz kuni to'satdan uxlab qolish holatlari kuzatiladi va bu holat **narkolepsiya** deb ataladi.

Epilepsiyada ruhiy buzilishlar

Epilepsiyada bemor xulq-atvorining turli darajada o'zgarishi bilan kechuvchi ruhiy buzilishlar kuzatiladi. Boshqa ruhiy buzilishlardan farqli o'laroq, epilepsiyada bemor shaxsining o'zgarishi o'ziga xosligi bilan ajralib turadiki, buning natijasida, tibbiy amaliyotda "epileptik xulq-atvor" degan ibora paydo bo'ldi. Bunday bemorlar juda ezma, qaysar, besabr, tez xafa bo'ladigan, kayfiyati tez o'zgarib turadigan, arzimagan mayda ishlarga o'ralashib yuradigan, tez janjal ko'taradigan, mayda gap va jahldor bo'lishadi. Albatta, bemorda bu belgilar turli darajada ifodalangan bo'lishi mumkin va ularning qanchalik yaqqol namoyon bo'lishi tutqanoq xurujlarining naqadar ko'p kuzatilishiga, epilepsiya turiga va bemorning davolanish tarziga bog'liq. Yaxshi kayfiyatda yurgan bemor birdan o'zgarib qolishi va qo'pol so'zlar bilan yaqinlarini haqorat qila boshlashi mumkin. Bunday holat u biror narsasini topa olmasa, uning qilayotgan ishiga chetdan kimdir aralashib xatosini ko'rsatsa, uning fikriga zid fikr

bildirsa va h.k. ro'y beradi Bunday paytlarda, bemor tezda janjal ko'tarib urishib ketadi, ba'zan arzimagan narsadan ko'tarilgan janjal affekt darajasigacha ko'tarilishi mumkin va bemor o'ziga yoki atrof-dagilarga tan jarohatini yetkazib qo'yishi mumkin. Shuning uchun ham, bunday bemorlarni davolayotgan vrachlar ularni psixiatr nazoratiga yuborishi kerak. Demak, xulq-atvorning keskin o'zgarishi bilan kechadigan epilepsiya kuzatilgan bemor psixiatr nazoratida turishi va unda davolanishi kerak.

Epilepsiyada bemorlarning xulq-atvoridagi o'zgarishlar, ba'zan, "ijobiy" tus olgan bo'ladi. Masalan, ular birovlariga keragidan ortiqcha mehribon, bosh yordamchi, kulib turadigan, muloyim, har qanday ishga bel bog'lab kirishib ketadigan shaxslardir. Bu mehribonlik ba'zi hollarda oila a'zolariga emas, begonalarga ko'rsatiladi. Shunday bo'lsa-da, ularning jahlini chiqarish oson, qilayotgan ishlariga mos e'tiborni sezmasa yoki tanbeh olsa, ular yana o'zgarib qoladi, qaysar va o'jar bo'lib qoladi. Bemor birorta odamdan qattiq ranjisa, u bilan muloqotga bormasligi mumkin.

Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarning tafakkur doirasida ham patologik o'zgarishlar paydo bo'ladi, ya'ni fikrlar inertligi kuzatiladi. Ularda fikrlar teranligi susayadi, diqqatni bir joyga qo'ya olishmaydi, diqqat-e'tiborni talab qiluvchi aqliy mashqlarni bajarishda qiynalishadi yoki uddasidan chiqqa olmaydi. Bir ishga kirishib ketib, oxiriga yetkaza olmay tashlab qo'yishadi. Ishlarning eng asosiyini va ikkinchi darajalisini ajrata olishmaydi, mayda keraksiz ishlarga o'ralashib qolib ketishadi.

Fikrlar inertligi bemorning nutqida ham aks etadi. Berilgan savollarga lo'nda qilib javob bera olmaydi, bir aytgan gapini keyin yana bir necha bor takrorlashi mumkin yoki suhbat boshida tushunarli bo'lib qolgan voqeani yana hadeb gapiraveradi. Ular hissiyotga berilib so'zlashadi, ba'zan kamgap, ba'zan sergap bo'lishadi, bu - bemorning kayfiyatiga bog'liq.

Epilepsiya bilan kasallangan ba'zi bemorlar yolg'onga o'ch bo'lsa, boshqa birlari haqiqatparvar bo'lishadi, adolatsizlikka chiday olishmaydi. Uning uchun begona bo'lgan odam nohaqlikdan aziyat cheksa, uzoq vaqt u haqida gapirib yuradi, qo'lidan kelsa, yordamga shoshadi. Ba'zi bemorlar uyni va ishxonasini juda saranjom va sarishta tutadi, ozoda yuradi, chiroyli kiyinadi, ya'ni ular tartibga qattiq rioya qilishadi.

Yoshi katta bemorlarda puerilizm, ya'ni bolalarga xos xulq-atvor kuzatiladi. Bu holat ko'proq ayollarda kuzatiladi. Ularning nafaqat

xatti-harakatlari, balki fikrlash doirasi ham yoshidan orqada qolishi mumkin. Ba'zan esa, 5-7 yashar bolalar o'z yoshiga mos kelmaydigan aql-zakovatni ko'rsatishi mumkin. Ular xuddi kattalardek fikr yurgizishadi, foydali maslahatlar berib qo'yishadi. Ba'zi ota-onalar boladagi bunday qobiliyatdan qo'rqib ketib, bolani psixiatrga ham ko'rsatib yurishadi yoki bo'lmasa faxrlanib yurishadi va boladagi noyob qobiliyatni epilepsiya bilan bog'lashmaydi. Demak, boshqa ruhiy kasalliklardan farqli o'laroq, epilepsiya bir-biriga zid bo'lgan ruhiy o'zgarishlar bilan kechuvchi kasallikdir.

Aytib o'tilganidek, epilepsiya kasalligida kuzatiladigan shaxs buzilishlari darajasi kasallikning qaysi yoshda boshlanganligiga, xurujlar soni va turiga, o'tkazilayotgan davolash muolajalarining qanday olib borilayotganligiga uzviy bog'liq. Kasallik qanchalik erta yoshda boshlangan bo'lsa, xurujlar hadeb takrorlanaversa (ayniqsa, hushning yo'qolishi bilan kechuvchi xurujlar), bemor shaxsidagi patologik o'zgarishlar shunchalik tez rivojlanadi va og'ir kechadi. Ayniqsa, bosh miyaning chakka bo'lagi zararlanishi sababli yuzaga kelgan epilepsiyalarda shaxs buzilishlari kuchli ifodalangan bo'ladi.

Epilepsiyada kuzatiladigan tafakkur buzilishlari chuqur ifodalangan hollarda aqli zaiflik rivojlanganligi haqida so'z ketadi. Epilepsiyada turli darajada ifodalangan aqli zaiflik kasallik bolalik davrida boshlangan holatlarda ko'p kuzatiladi va u deyarli har ikkinchi bemorda namoyon bo'ladi. Buning sababi, bolalarda oliy ruhiy funksiyalarning to'la shakllanmaganligidir. Shuning uchun ham, bolalik davrida kuzatiladigan bosh miyaning har qanday og'ir kasalligi ruhiyat va tafakkurning u yoki bu darajada buzilishlari bilan kechadi. Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarda keyinchalik bosh miyaning turli kasalliklari kuzatilsa, masalan, bosh miya jarohati, meningit, qon tomir kasalliklari, alkogolizm va h.k., tutqanoq xurujlari va ruhiy buzilishlar kuchayishi mumkin.

Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarda ruhiyat buzilishlari yaqqol ifodalangan sindromlar bilan kechishi mumkin. Bular disforiya, deliriy, oneyroid sindrom, gallutsinatsiyalar, epileptik stupor, amneziya, alahsirovchi psixozlar, patologik uyqu va h.k. Bularning ichida eng ko'p uchraydigan disforiya bo'lib, u bemorda hech qanday sababsiz paydo bo'laverishi mumkin. Disforiya nafaqat kayfiyatning buzilishi bilan, balki sababsiz xavotir, siqilish, qo'rquv, gumonsirash, miyaga turli fikrlarning yog'ilib kelishi, suitsidal fikrlar, birovni o'ldirish, o'g'rilikka intilish hissi kabi belgilar ham kuzatiladi.

Juda kam holatlarda kayfiyatning ko'tarilib yurishi kuzatiladi. Ular begona odam bilan ham (keldi-kelmadi) hazillashaveradi, biror-bir kulgili voqea o'ylab topib gaplashib ketaverishadi, masxarabozlik ko'rsatishadi, uyatsiz latifalar o'ylab topishadi, gap orasida hadeb kechirim so'rayverishadi. Tanish odamlarni uchratib qolishsa, yig'lab ham olishadi. Ba'zi bemorlarda jinsiy faollikning oshib ketishi ham kuzatiladi.

Epilepsiyada stupor turli darajada ifodalangan bo'lishi mumkin: oddiy kamharakatlikdan tortib, qotib qolishgacha. Qotib qolgan bemorlarda mutizm kuzatiladi, biroq ular birovning so'zi va harakatini takrorlashi ham mumkin. Odatda, stupor bir necha minutdan bir necha soatgacha davom etadi. Stupor to'satdan to'xtab faol harakatlar paydo bo'lishi va bemor atrofdagi narsalarni otib yuborib, yonidagilar bilan urishib ketishi mumkin. Stupor, odatda, xurujlardan keyin kuzatiladi, bunda to'la va qisman amneziya ham kuzatiladi.

Epilepsiyada to'satdan paydo bo'luvchi depersonalizatsiya, derealizatsiya, katapleksiya, anozognoziya kuzatilishi mumkin. Bu simptomlarning klinik manzarasi avvalgi boblarda keltirilgan.

Epilepsiyada alahsirash bilan kechuvchi psixozlar, odatda, o'tkir va surunkali ko'rinishda namoyon bo'ladi. O'tkir psixozlarda birov uni ta'qib qilayotgandek, zaharlamoqchidek, og'ir tana jarohati yetkazmoqchi bo'layotgandek tuyuladi. Bu holatni epileptik paranoyya deb ham atashadi va u bir necha kundan bir necha oygacha davom etishi mumkin. Odatda, disforiya bilan paydo bo'lgan o'tkir psixozlar qisqa vaqt davom etadi. Psixozlar to'satdan paydo bo'lishi, yo'qolib ketishi, pasayishi va bir necha kunlardan keyin yana paydo bo'lishi mumkin.

Surunkali psixozlar ham paranoid va parafrenik belgilar bilan namoyon bo'ladi va, odatda, epileptik oneyroid, deliriy yoki boshqa psixopatologik holatlardan keyin rivojlanadi. Surunkali psixozlarning klinikasida alahsirash asosiy belgilardan biri hisoblanadi va u tez-tez takrorlanib turadi. Bunda ham ta'qib, zaharlanish va shu kabi belgilar ko'p kuzatiladi.

Epilepsiyada ruhiyat, hissiyot va tafakkurning buzilishlari kasallikning so'nggi bosqichlarida kuchli rivojlangan va klinik manzarasi yaqqol ifodalangan bo'ladi. Ruhiiy buzilishlar yaqqol ifodalangan bemorlarda tutqanoq xurujlari butunlay to'xtagan bo'lishi ham mumkin. Shuning uchun ham psixiatrlar epilepsiyaning so'ngi bosqichlarida tutqanoq xurujlari o'rnini ruhiyatning buzilishlari egallaydi, deb aytishadi.

Davolash va parvarish prinsiplari

Aksariyat davlatlarda epileptologlar assotsiatsiyalari mavjud. Bir qancha ilmiy jamiyatlar, laboratoriyalar va institutlar epilepsiya kasalligi va uni davolash ustida ilmiy-tadqiqot ishlarini olib borishmoqda. Yiliga epilepsiyaga oid yuzlab jiddiy ilmiy maqolalar chop qilinmoqda va samarali dorivor vositalar ishlab chiqarilmoqda. Epilepsiyani davolash bo'yicha xalqaro standartlar ishlab chiqilmoqda va bunga bemorlarni davolovchi barcha vrachlar amal qilishlari zarur. Bemorlarni davolashda antikonvulsantlarni ko'r-ko'rona tavsiya qilavermasdan, epilepsiyaning turini va unga ta'sir qiluvchi samarali dorilarni to'g'ri aniqlab olish zarur. Kuzatilgan bitta xurujdan keyin darrov antikonvulsantlar tavsiya qilish ham noo'rindir.

Aksariyat mutaxassislar tutqanoq xurujlari 2-3 marta kuzatilgandan keyingina epilepsiya diagnozi ustida so'z yuritish va uni davolash rejasini tuzish mumkin deb hisoblashadi. Ba'zi mutaxassislar yilda 1 yoki 2 marta tutqanoq xurujlari kuzatiladigan bemorlarga ham antikonvulsantlar buyurish shart emas, deb hisoblashadi. Albatta, agar xurujlar soni ko'paymasa, antikonvulsantlar bermaslik mumkin, biroq, ularni vrach nazoratiga olish zarur. Chunki xurujlar keyinchalik ko'payishi va har haftada yoki har kuni kuzatila boshlashi mumkin.

Davolashning muvaffaqiyatli kechishi to'g'ri aniqlangan diagnozga va to'g'ri tanlangan dori turiga bog'liq. Dastlab antikonvulsantlar kam miqdorda beriladi va ularning miqdori oshirib boriladi. Ma'lum bir samaraga erishilgandan keyin dori berish ko'rsatilgan miqdorda davom ettiriladi. Agar tanlangan antikonvulsant samara bermasa, uning miqdori sekin-asta kamaytirilib, boshqa doriga o'tiladi. Dorini birdan to'xtatish mumkin emas, ayniqsa, u yuqori miqdorda berilayotgan bo'lsa. Iloji boricha dorini ertalab va kechqurun tavsiya etish zarur, buning uchun ta'sir kuchi 12 soat davom etadigan dorilarni tanlagan ma'qul. Ularning soni ko'p. Chunki ertalab va kechqurun hamma uyda bo'ladi va bemorga dori ichishni eslatuvchilar ko'p bo'ladi. Juda ko'p mutaxassislar (hattoki, bemorlarning o'zi ham) xurujlarning takrorlanishiga va qayta paydo bo'lishiga dori ichishni unutish sabab deb bilishadi. Aksariyat holatlarda, dorining kunduz kuni ichiladigan qismi unutiladi. Epilepsiyaning aksariyat turlari uchun fikrlar inertligi va xotira buzilishi xos. Ba'zan uyda ham bemor dorini ichdim, deb o'ylaydi, kecha qabul qilgan dorisini xuddi bugun ichgandek tuyuladi va shu sababli ham xurujlar

takrorlanishi mumkin. Odatda, dorini ichishni to'xtatgandan 2-3 kun o'tib, xuruj paydo bo'ladi. Xurujlar dori ichib yurgan taqdirda ham takrorlanaversa, uning miqdorini bemorlar vrach ruxsatisiz oshirmasligi kerak yoki bu dori foyda qilmadi deb, to'xtatib qo'ymaslik kerak. Bu og'ir oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Hozirgi paytda epilepsiyada monoterapiyaga ko'proq e'tibor qaratilmoqda, chunki mutaxassislarining fikricha, epilepsiyaning aksariyat turlarini bir xil dori berib davolash mumkin. Epilepsiyaning ba'zi turlarida esa 2-3 xil antikonvulsantni birgalikda tavsiya etish mumkin, biroq undan ortig'ini emas. Lekin bir-birining ta'sirini pasaytiradigan yoki organizmga zaharli ta'sir ko'rsatadigan dorilarni bemorga tavsiya qilmaslik kerak.

Valproatlar. Valproatlar (depakin, konvuleks) epilepsiyaning deyarli barcha turlarida samarali dorivor vositadir. Shuning uchun ham vrach bemorda epilepsiya diagnozini aniqlasa-yu, biroq uning turini aniqlashda va antikonvulsantlar tanlashda qiynalsa, davolashni valproatlardan boshlashi mumkin. Valproatlar epilepsiyada kuzatiladigan ruhiy buzilishlarni bartaraf etishda ham samarali vositadir. Valproatlarga mone'lik qiluvchi holatlarni aniqlab olgach, ularni kam miqdorda tavsiya qilib, davolashni boshlash lozim. Valproatlar ichida depakin eng ko'p tavsiya qilinadigan dorivor vositadir.

Depakin ovqat mahalida ichiladi. Valproatlarni kam miqdorda boshlab, ularning dozasini har 3 kunda oshirib, borish dorining ortiqcha sedativ ta'sirini kamaytiradi. Ma'lumki, antikonvulsantlarning sedativ ta'siri dastlabki kunlari yaqqol ifodalangan bo'ladi. Dastlab, dorini kechqurun ichish tavsiya qilinadi, keyin kunduz kuni, undan keyin esa, ertalab buyuriladi. Dorining dozasi ham kechqurun beriladigani hisobiga oshiriladi. Iloji boricha, dorini ertalab va kechqurun tavsiya qilish zarur va kechqurungi doza eratlabbkisi-dan yuqori bo'lishi kerak. Tutqanoq xurujlari butunlay to'xtagandan keyin dorining terapevtik dozasini aniqlab olib belgilangan miqdorda davom ettirish kerak. Dorining dozasi asossiz ravishda ko'tarilmasligi kerak. Tutqanoq xurujlarini kam miqdordagi antikonvulsantlar bilan to'xtatishga erishilsa, ular faqat kechqurun tavsiya qilingani ma'qul. Bunday paytlarda, ta'siri uzoq davom etuvchi antikonvulsantlar buyuriladi, masalan, depakin xrono va h.k. Depakin o'tkir va surunkali gepatitlarda, pankreatitlarda, trombotsitopeniya, gemorragik diatez, porfiriya holatlarida buyurilmaydi. Depakinni tavsiya qilish sxemasi 6-jadvalda keltirilgan.

Depakinni tavsiya qilish bo'yicha ko'rsatmalar

Tana vazni kg	Kundalik boshlang'ich dozasi		Kundalik terapevtik dozasi		
	10 mg/kg	15 mg/kg	15 mg/kg	20 mg/kg	30 mg/kg
5	50	75	75	100	150
10	100	150	150	200	300
15	150	225	225	300	450
20	200	300	300	400	600
25	250	375	375	500	750
30	300	450	450	600	900
35	350	525	525	700	1050
40	400	600	600	800	1200
45	450	675	675	900	1350
50	500	750	750	1000	1500
55	550	825	825	1100	1650
60	600	900	900	1200	1800
65	650	975	975	1300	1950
70	700	1050	1050	1400	2100
75	750	1125	1125	1500	2200
80	800	1200	1200	1600	2400
85	850	1275	1275	1700	2550
90	900	1350	1350	1800	2700
95	950	1425	1425	1900	2850
100	1000	1500	1500	2000	3000

Agar xurujlar takrorlansa, depakin dozasi bemorning yoshi va tana vazniga qarab oshiriladi. Odatda, valproatlar buyurilgandan 2-4 kun o'tgach, xurujlar kamaya boshlaydi yoki to'xtaydi. Tanlangan dorining samaradorligini ko'rsatuvchi asosiy belgi - bu xurujlarning to'xtaganligidir. Agar valproatlar bemor yoshiga va tana vazniga mos ravishda yuqori terapevtik dozada buyurilgan taqdirda ham xurujlar davom etaversa va nojo'ya ta'sirlar bo'lmasa, qon plazmasida valproat miqdori aniqlanishi kerak. Shuningdek, xurujlarning to'xtamayotganiga sabab, bosh miyaning organik zararlanishi bo'lishi ham mumkin. Demak, xuruj sabablari bosh miyaning organik kasalliklari bo'lsa,

ularni ham parallel ravishda davolab borish kerak, chunki bunday paytlarda, boshqa antikonvulsantlar ham yordam bermasligi mumkin.

Mutaxassislar valproatlarni monoterapiya ko‘rinishida berishni tavsiya qilishadi, masalan, karbamazepin valproatning ta‘sirini pasaytirishi mumkin. Bemorga buyurilgan antikonvulsant ta‘sir ko‘rsatmasa, u sekin-asta olib tashlanadi va shu asnoda sekin-asta boshqa doriga o‘tiladi.

Epilepsiyada eng ko‘p tavsiya qilinadigan yana bir antikonvulsant - bu **finlepsindir (karmabazepin)**. Finlepsin tutqanoq xurujlarini to‘xtatish bilan birgalikda, antimaniakal, anti psixotik, normotimik va analgetik ta‘sirga ega.

Finlepsin tavsiya qilinadigan epilepsiyaning turlari: katta tutqanoq xurujlari, psixomotor buzilishlar bilan kechuvchi parsial xurujlar, uyquda kuzatiladigan katta tutqanoq xurujlar, epilepsiyaning aralashgan turlari, alkogol abstinensiyasi sindromida tutqanoq xurujlari, maniakal-depressiv psixozlar, ipoxondrik depressiyalar, affektiv psixozlar. Finlepsin absanslarda va mioklonik xurujlarda buyurilmaydi.

Dorining dozasi individual tarzda aniqlanadi va bunda bemorning somatik ahvoli, yoshi va kasallikning kechishi e‘tiborga olinadi. Katta yoshdagilarga finlepsinning dastlabki kundalik miqdori 200-400 mg buyuriladi, keyin dorining dozasi kuniga 800-1200 mg gacha oshiriladi. Bolalarga finlepsin tana vaznining har kilogrammiga 10-20 mg dan tavsiya qilinadi (7-jadval).

7-jadval

Finlepsinni tavsiya qilish tartibi

Bemorlar	Boshlang‘ich dozasi	Terapevtik dozasi
6-10 yoshli bolalar	200 mg kechasi	200 mg ertalab va 200-400 mg kechqurun
11-15 yoshli bolalar	150-200 mg kechasi	200-400 mg ertalab va 400-600 mg kechqurun
Katta yoshdagilar	200-300 mg kechasi	200-400 mg ertalab va 400-600 mg kechqurun

Epilepsiya va uning asoratlarini davolash yillab davom etadi. Antikonvulsantlarning dozasini kamaytirish yoki butunlay to‘xtatish 2-3-yil mobaynida xurujlar kuzatilmayotgan holatlardagina amalga oshiriladi. Dorining kundalik miqdori kamaytira borilib, keyin

to'xtatiladi, to'satdan to'xtatish xurujlarning qayta paydo bo'lishiga yoki kuchayishiga sabab bo'ladi.

Epilepsiyada ruhiy buzilishlarni davolash va oldini olish uchun finlepsin kuniga 200-400 mg tavsiya qilinadi. Zaruratga qarab, uning kundalik miqdorini 800 mg gacha oshirish mumkin. Yurak-qon tomir sistemasining og'ir kasalliklari, og'ir jigar va buyrak kasalliklari va yoshi ulug' bemorlarga finlepsin kam miqdorda tavsiya qilinadi. Finlepsinni ovqatdan keyin ko'proq suv bilan ichish tavsiya qilinadi. Boshqa dorivor vositalar dozasi va tavsiya qilish tartibi 8-jadvalda keltirilgan.

8-jadval

Yoshi kattalarda epilepsiyani davolashda ishlatiladigan dorilarni tavsiya qilish bo'yicha ko'rsatmalar (J.Fisher, N.Graves, 1999, o'zgartirishlar bilan)

<i>Dorivor vosita</i>	<i>Dorining dozasi, mg</i>	<i>Boshlang'ich kundalik dozasi</i>	<i>O'rtacha kundalik dozasi</i>
Valproatlar	200, 300, 500	5-10 mg/kg	15-60 mg/kg
Fenobarbital	50, 100	0,5-1 mg/kg	1-3 mg/kg
Fenitoin	100	4-5 mg/kg	4-7 mg/kg
Etosuksimid	250	4-10 mg/kg	10-30 mg/kg
Felbamat	400-600	1200 mg	1200-3600 mg
Lamotridjin	25, 100, 150, 200	25-50 mg	300-500 mg
Tiagabin	5, 10, 15	4 mg	32-56 mg
Topiramat	25, 100, 200	50 mg	200-600 mg
Vigabatrin	500	500-1000 mg	2000-4000 mg
Zonisamid	100, 200	100-200 mg	400-600 mg
Okskarbazepin	150, 300	300-600 mg	900-3000 mg
Levetiratsetam	500	1000 mg	1000-3000 mg

Izoh: Bu yerda ko'rsatilgan dorilar dozasi ishlab chiqaruvchi firmaning tavsiyasidan farq qilishi mumkin. Chunki jadvaldagi ma'lumotlar klinik tekshiruvlar asosida tayyorlangan.

Bemorlarga beriladigan tavsiyalar

Epilepsiya bilan ogʻrigan bemorlarni nazoratga olgan tibbiy psixolog yoki vrach uning hayot tarzini chuqur oʻrganib, sogʻlom turmush tarziga oʻrgatishi lozim. Masalan, hozirgi kunda aholining aksariyat qismi televizor va kompyuter monitori oldida kunini oʻtkazadi. Epilepsiya bilan kasallangan bemorlar bunday elektron uzatgich vositalaridan foydalanishni chegaralashlari zarur. Televizorni qorongʻi xonada emas, yorugʻ xonada koʻrish kerak va televizorgacha boʻlgan masofa 2 m dan ortiq boʻlishi zarur, telekoʻrsatuvlarni tomosha qilish davomiyligi 2 soatdan oshmasligi kerak. Fotosensitiv epilepsiyada televizor koʻrish yoki kompyuter monitori oldida oʻtirish man etiladi.

Epilepsiya bilan kasallangan bolalarning deyarli barchasi boshqa bolalar singari, maktab va yasilarga qatnashishlari mumkin. Biroq oligofreniya, bolalar serebral falajligi kabi bosh miyaning organik kasalliklarida kuzatiladigan tutqanoq xurujlarida bolalar, albatta, maxsus maktablarda taʼlim olishlari kerak. Bemor bolalarni faqat tutqanoq xuruji borligi sababli jamiyatdan ajratib tarbiyalash notoʻgʻri, bunday qonunlar ham yoʻq. Aksincha, ularga toʻlaqonli hayot kechirishga imkoniyat yaratib berish lozim. Ular til oʻrganmoqchi boʻlsa, sport va fizkultura mashqlariga qatnashmoqchi boʻlsa, ruxsat berish lozim, biroq trenerni ogʻohlantirib qoʻyish kerak. Bemorning bunday tadbirlarda qatnashish-qatnashmasligini, albatta, vrach hal qilishi lozim. Masalan, xuruj tez-tez kuzatiladigan holatlarda, bemor davolanish muolajalarini oʻtishi lozim, xuruj kam boʻladigan holatlarda u sportning yengil turlariga qatnashishi mumkin. Sportning baʼzi turlari, yaʼni boks, shtanga koʻtarish, kurash, suzish, tez yugurish mumkin emas. Shuni alohida taʼkidlash lozimki, rejali tarzda sportning yengil turlari bilan shugʻullanish foydalidir, chunki soʻnggi paytlarda mutaxassislar oʻsmirlarda kuzatiladigan tutqanoq xurujlarining kompyuter monitori oldida uzoq oʻtirishdan kuchayib ketayotganligini taʼkidlashmoqda.

Yirik amerikalik epileptolog V. Lennoks “faol hayot - xurujlar antagonistidir” degan edi. Mutaxassislar epilepsiya kasalligida xurujlarning passiv hayot kechiruvchi bemorlarda koʻp kuzatilishi, faol aqliy va jismoniy mehnat bilan shugʻullanuvchi bemorlarda esa, xurujlar kam kuzatilishini aytishadi. Shuning uchun ham bemorlarni, ayniqsa, bolalar va oʻsmirlarni jismoniy xatti-harakatlardan,

o'qishdan chegaralab tashlash va ularning ko'z o'ngida oilaviy bo'lib, kasalligini muhokama qilaverish og'ir ruhiy asoratlar qoldiradi. Bunday bolalarda melanoliklarga xos bo'lgan xulq-atvor shakllanadi, ular ruhiy nogiron bo'lib o'sadi. Biroq ortiqcha ruhiy va jismoniy zo'riqishlar xurujlar sonini ko'paytirishini ham unutmash kerak.

Bemorlarga hayot uchun xavfli bo'lgan ishlarda, ya'ni haydovchilik qilish, o't o'chirish, militsiya, soqchilik va qutqaruvchilik kasblarini egallashi va shuningdek, kimyoviy vositalar bilan ishlash, baland binolarda ishlash, jarohatlanish xavfi yuqori bo'lgan zavod va fabrikalarda ishlash mumkin emas. Tungi ishlarda ishlash umuman man etiladi, chunki tunda uyquga to'yamaslik xurujlarning takrorlanishiga yoki ko'payib ketishiga sababchi bo'ladi.

Epilepsiyaning ba'zi turlarida tez yordam talab qilinmaydi, masalan, absanslarda. Aksariyat tutqanoq xurujlarining davomiyligi 3-5 min bo'lib, bemorga yordam ko'rsatguncha o'tib ketadi. Ko'pincha, tonik-klonik xurujlar bilan kechuvchi epilepsiyalarda bemorlarga tez yordam ko'rsatishga to'g'ri keladi. Chunki epilepsiyaning bu turida jarohatlanishlar ko'p kuzatiladi. Tez yordam ko'rsatish bemorga jarohat yetkazishi mumkin bo'lgan xavfli narsalarni zudlik bilan chekkaga olishdan boshlanishi kerak. Bemorni xavfsiz va yumshoq joyga o'tkazish va uning yoqasini ochish lozim. Agar xuruj yopiq joyda kuzatilsa, derazalarni ochib, bemorga toza havo kelishini ta'minlash kerak. Bemorning boshini kuch ishlatmasdan, yon tomonga burgan holatda ushlab lozim, ana shunda bemorning tili tomog'iga tiqilib qolmaydi. Buning uchun bemorning yoniga yon tomondan emas, balki bosh uchidan borish kerak. Chunki xuruj paytida bemor qo'li bilan qattiq urib yuborishi mumkin. Agar tutqanoq xurujlari bemorning boshi va tanasi chap tomonga qayrilib kuzatilayotgan bo'lsa, uni chapga, o'ngga qayrilib kuzatilayotgan bo'lsa, o'ngga buragan holda ushlab zarur. Bemor tilini tishlab olmasligi uchun shpatel yoki qoshiqni dokaga o'rab, yon tomondan tishlari orasiga qo'yish lozim, biroq bemorning jag'ini zo'rlab ochish mumkin emas. Xuruj bo'layotgan paytda, bemorning oyoq-qo'llarini zo'rlab ushlab, yuziga suv sepmaslik, nashatir va piyoz hidlatmaslik kerak.

Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarning uyida tez yordam ko'rsatish uchun dorivor vositalar bo'lishi kerak. Masalan, relanium (valium, sibazon), magniy sulfat va h.k. Xuruj paytida 2 ml relaniumni mushak orasiga ehtiyotkorlik bilan yuborish mumkin.

Bemor dush yoki vanna qabul qilganida, eshikni ichkaridan bekitmasligi, issiq yoki o'ta sovuq dush qabul qilmasligi kerak, saunalarga tashrif buyurmasligi, uzoq vaqt vannada qolib ketmasligi zarur. Tandirda non yopish, olov yonida katta qozonlarda ovqat tayyorlash, doimo o'tkir narsalar bilan ishlashdan ehtiyot bo'lish lozim. Ishxonada doimiy ishlovchilardan bir-ikkitasi kasallikdan xabardor bo'lishi lozim, uzoq komandirovkalarga yolg'iz ketmagan va mexmonxonlarda yolg'iz yotmagan ma'qul.

Nazorat uchun savollar

1. Bosh miya jarohatlarida qanday ruhiy-hissiy buzlishlar kuzatiladi?

2. Posttravmatik amneziyaning qanday turlarini bilasiz?

3. Posttravmatik asteniya va apatiya nima?

4. Posttravmatik psixozlar qanday rivojlanadi?

5. Korsakov sindromi haqida nimalarni bilasiz?

6. O'zingiz guvohi bo'lgan vaziyatlar haqida so'zlab bering.

7. Epilepsiya nima?

8. Epilepsiya bilan qaysi buyuk shaxslar kasallangan?

9. Epilepsiya sabablarini aytib bering.

10. Aura nima?

11. Epilepsiyada qanday ruhiy buzilishlar kuzatiladi?

12. Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarni davolash prinsiplari haqida so'zlab bering.

13. Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarga qanday tavsiyalar beriladi?

Faqat o'ta donolarga va o'ta nodonlarga aql o'rgatib bo'lmaydi.

Konfutsiy

XV BOB. ALKOGOLIZM VA GIYOHVANDLIKDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

15.1. Alkogolizm da bemorlar psixologiyasi

Ichkilikbozlik muammosi qadimdan ma'lumdur. Bugungi kunda esa bu muammo nafaqat tibbiy-psixologik, balki ijtimoiy muammoga ham aylangan. Chunki ichkilikbozlik nafaqat spirtli ichimliklarni iste'mol qiluvchining salomatligiga ziyon keltiradi, balki oilaning buzilishiga, farzandlar tarbiyasiga katta salbiy ta'sir ko'rsatadi. Surunkali alkogolizm da kuzatiladigan psixik buzilishlar turli-tuman bo'lib, ularning qay darajada rivojlanganligi bemorning necha yildan beri spirtli ichimliklarni iste'mol qilishi, uning miqdori, jismoniy salomatligi kabi bir qancha omillarga bog'liq.

Aksariyat mualliflar surunkali alkogolizm da psixik buzilishlarning yuzaga kelishini kasallikning og'ir bosqichga o'tganligidan dalolat beradi, deb ta'kidlashadi. Surunkali alkogolizm da psixik buzilishlarning tez shakllanishini spirtli ichimliklarni ortiqcha iste'mol qilish sababli yuzaga keladigan o'tkir zaharlanishlar kuchaytiradi. Har bir o'tkir zaharlanish turli darajada ifodalangan o'tkir psixozlar bilan namoyon bo'ladi.

Klinik manzarasi. Alkogolizm da yuzaga keladigan ruhiy-hissiy buzilishlarning tasnifi bir qancha. Biroq biz tibbiy amaliyotda eng ko'p uchraydigan ruhiy-hissiy buzilishlarning ba'zi turlarini keltirib o'tamiz. Bular ichida alkogol deliriyasi alohida o'rin tutadi. Alkogol deliriyasi turli darajada ifodalangan psixovegetativ buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Unda ko'ruv gallutsinatsiyalari, ongning tumanlashuvi, vahimavaxavotir, giperdinamiya, alahsirashlar, betoqatlik kuzatiladi. Shuningdek, taxikardiya, gipergidroz, gipertermiya, qon bosimning o'zgarib turishlari ham namoyon bo'ladi. Delirioz holatlar ichkilikbozlikka uzoq vaqtdan buyon berilgan shaxslarda ko'p kuzatiladi.

Delirioz holatlarda bemorning ahvoli yomonlashsa, u atrof-dagilarga e'tibor bermay qo'yadi, yaqinlarini tanimaydi, gap so'zlarning ma'nosini anglamaydi, ma'nosiz gaplar gapiradi va qiliqlar qiladi. Og'ir holatlarda, tana harorati ko'tariladi, oliguriya

kuzatiladi, arterial qon bosim pasayib ketadi va oxir oqibat bemorning hayoti katta xavf ostida qoladi.

Alkogolizmda gallutsinatsiyalar ham alohida o'rin kasb etadi. Ularning o'tkir va surunkali turlari farq qilinadi. Ayniqsa, eshituv gallutsinatsiyalari ko'p uchraydi. Ular shovqin, hushtak, shivirlash, turli xil so'zlar shaklida bemorga, asosan, kechqurun yoki tunda eshitaladi. Eshituv gallutsinatsiyalari ularda xavotir, qo'rquv va uyquning buzilishi bilan birgalikda namoyon bo'ladi. Aksar hollarda, ularning xulq-atvori keskin o'zgarib, xuddi ruhiy bemorlarga o'xshab qoladi. Deliriydan farqli o'laroq, gallutsinatsiyalarda bemorning ongi saqlangan bo'ladi. Eshituv gallutsinatsiyalari ko'p hollarda affektiv va vegetativ buzilishlar bilan ham namoyon bo'ladi.

Alkogolizmda alahlashli psixozlar vahima, ortiqcha beo'xshov harakatlar, sensor buzilishlar, uyqusizlik, gumonsirash, ta'qib kabi affektiv buzilishlar bilan kechadi.

Ensefalopatiyalar

Spirтли ichimliklarni katta miqdorda va uzoq vaqt iste'mol qilish o'tkir va surunkali ensefalopatiyalar rivojlanishiga sababchi bo'ladi. O'tkir ensefalopatiyalar ichida Gaye-Vernike ensefalopatiyasi alohida o'rin tutadi. Ushbu ensefalopatiya o'tkir boshlanadi va kuchli ifodalangan delirioz psixozlar, nevrologik va somatik belgilar bilan birgalikda namoyon bo'ladi. Mutaxassislar mazkur ensefalopatiya patogenezida B₁ vitamini yetishmovchiligiga katta urg'u berishadi. Nevrologik simptomlar turli-tuman bo'lib, ular psixik buzilishlar darajasiga ham bog'liq bo'ladi, ayniqsa, vegetativ buzilishlar. Yuz va tananing turli joylarida fibrillatsiyalar va fassikulatsiyalar, giperkinezlar, mushaklar distoniyasi, tutqanoq xurujlari, bulbar va psevdobulbar simptomlar, patologik piramidal belgilar paydo bo'ladi.

Surunkali alkogolizmida ruhiy-hissiy buzilishlar kuchaya borib, bosh miya tuzilmalarida chuqur organik buzilishlar paydo bo'ladi, ya'ni toksik ensefalopatiya rivojlanadi. Toksik ensefalopatiya, ayniqsa, sifatsiz spirtli ichimliklar, ya'ni alkogol surrogatlarini doimo iste'mol qilishda ham ko'p kuzatiladi. Toksik ensefalopatiyalar yaqqol ifodalangan nevrologik belgilar bilan namoyon bo'ladi va ruhiy-hissiy buzilishlar kuchli ifodalangan bo'ladi. Bular amentiv va affektiv holatlar, tez-tez va uzoq davom etuvchi deliriylar, gallutsinatsiyalar, illuziyalar, Korsakov amneziasiyasi, konfabulatsiyalar,

stupor, depressiya, oneyroid sindrom va boshqa turli xil psixik avtomatizmlar.

Abstinent sindrom

Abstinent sindrom katta miqdorda va doimo alkogol ichib yuradiganlarda ro'y beradi va turli darajada ifodalangan psixovegetativ, nevrologik va somatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Ushbu buzilishlar zarur miqdorda alkogol iste'mol qilgandan keyin kamayadi yoki yo'qoladi. Abstinent sindromni xalq orasida "alkogoldan judo bo'lganlik" sindromi deb ham atashadi.

Abstinent sindromining klinik belgilari turlicha namoyon bo'lishi mumkin va uning ba'zi turlarida nevrologik, ba'zilarida ruhiy-hissiy, boshqa birlarida somatik buzilishlar yaqqol ko'zga tashlanadi, biroq ularning barchasida ruhiy buzilishlar alohida o'rin kasb etadi. Demak ichkilik ichib yuradigan odam aroqdan to'ygandan keyin uni iste'mol qilmay qo'ysa, abstinent sindrom rivojlanadi, bunda bemor juda bezovta bo'lib asabiylashaveradi, bir joyda tinch o'tira olmaydi, o'zini xotin bola-chaqalariga nisbatan agressiv tutadi, aroq topib berishni talab qilaveradi, janjal ko'taradi, xulq-atvori jinnisifat bo'lib qoladi.

Abstinent sindrom ba'zi bemorlarda kuchli agressiv holat bilan namoyon bo'lsa, ba'zi bemorlarda apatiya bilan namoyon bo'ladi, ya'ni bemor yig'layveradi, atrofdagilardan, ayniqsa, umr yo'ldoshidan kechirim so'rayveradi: "boshqa ichmayman, lekin hozir, albatta, aroq topib ber, bo'lmasa o'lib qolaman" deb yolvoraberadi. Haqiqatan ham, yetarli miqdorda aroq ichgandan keyin tinchlanadi va uxlab qoladi.

Shuningdek, abstinent sindromda qon bosimning tushib ketishi yoki aksincha, juda yuqori ko'tarilishi, rangining oqarib-ko'karib ketishi, mavjud somatik kasalliklarning qo'zg'ashi, ayniqsa, bemor sigaret chekadigan bo'lsa va unda surunkali bronxit bo'lsa, uni qattiq yo'tal tutishi mumkin. Bunday vaziyatlar ba'zan o'lim bilan tugaydi. Shuningdek, kuchli bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi va qayt qilish, kuchli terlash, siyib yuborish, taxikardiya, muvozanatning buzilishi kabi belgilar ham kuzatiladi. Bemor uxlay olmaydi, yomon tushlar ko'rib uyg'onib ketadi, miyasiga suitsidal fikrlar keladi.

Albatta, yuqorida qayd qilingan belgilar turli bemorlarda turlicha namoyon bo'ladi, ba'zan bu belgilar uning oila va jamiyatda tutgan o'rniga, mizojiga, somatik va ruhiy holatiga ham bog'liq bo'ladi.

Shunday bo'lsa-da, o'ta yaxshi xulq-atvorli va jamiyatda hurmat va e'tiborga ega bo'lgan, biroq ichkilikni xush ko'radigan shaxslarda abstinent sindrom rivojlansa, ular o'ta sharmandali ahvolga tushib qolishi mumkin. Ular yaqin do'stlarini ham qattiq haqorat qilib, uzoq yillik do'stona munosabatlarni umrbod uzib qo'yishlari mumkin. Shuning uchun ham alkogolizmdan oila va jamiyatga ham moddiy, ham ma'naviy katta ziyon yetkazilishini e'tiborga olsak, haqiqatan ham alkogolizm katta ijtimoiy muammo ekanligining yana bir bor guvohi bo'lamiz.

15.2. 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 edi. Dorivor o'simliklarni qayta ishlash va faolroq moddalarni olish texnologiyasi rivojlana borgan sari, giyohvand moddalarning organizmga bo'lgan zararli ta'sirini mukammal o'rganish ham rivojlana boshladi. Giyohvand moddalarni iste'mol qiluvchilar va shu sababli rivojlangan og'ir kasalliklar soni tobora ortib bordi. Giyohvandlik ijtimoiy muammoga aylandi.

Giyohvand moddalarning aholi orasida keng tarqalishining sabablari bir qator bo'lib, ular orasida psixologik omillar ham alohida o'rin kasb etadi. Giyohvandlikka berilishning sabablari juda ko'pdir. Ular ichida ruhiy-hissiy zo'riqishlar ham yetuk omillardan biri hisoblanadi. Ayniqsa, ruhiy-hissiy zo'riqishlardan so'ng "psixologik vakuum" ning paydo bo'lishi, oiladagi nosog'lom muhit, salbiy hissiyotlarga berilish, kayfiyatni dori orqali ko'tarishga intilish shular jumlasidandir.

Ma'lumki, giyohvandlikka ruju qo'yish, asosan, o'smirlik davridan boshlanadi va bunda oiladagi noto'g'ri tarbiya eng kuchli salbiy omillardan biridir. Ota-ona tomonidan bolalarga ko'rsatilgan haddan tashqari g'amxo'rlik yoki bo'lmasa, bolaning yetarli darajada mehr-oqibatsiz tarbiyalanishi, o'ta darajada qattiqqo'llik bolaning jamiyat talablariga javob beradigan sog'lom shaxs bo'lib rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. O'smirlar uydan bezib ko'chadan mehr izlay boshlashadi va giyohvand moddalar tarqatuvchilar qo'lga tushib qoladi. Ularning o'zi ham keyinchalik giyohvand moddalarni qabul qila boshlashadi, bu moddalarga jismoniy va ruhiy qaramlik paydo bo'ladi. Albatta, giyohvandlikda ruhiy moyillikdan tashqari, bosh

miyada turli darajada ifodalangan metabolik buzilishlar ro'y beradi-ki, bu haqida maxsus adabiyotlarda batafsil ma'lumotlar keltirilgan.

Giyohvandlikda xulq-atvorning o'zgarishi va bemorlar psixologiyasi. Shuni alohida ta'kidlash lozimki, giyohvandlikda avvalambor, bemorning irodasi so'nib boradi, unda giyohvand moddaga nisbatan kuchli mayl shakllanadi. Asta-sekin bu mayl kuchaya borib, bemor unga qarshi kurashishga ojiz bo'lib qoladi, unda ruhiy qaramlik sindromi rivojlanadi. Bemorning fikru xayoli giyohvand moddalarni topishga va uni iste'mol qilishga qaratiladi. Ruhiy qaramlik sindromida narkotik vositalarning yo'qligi, bemorda doimo noxush kayfiyat paydo qiladi, u bo'lar-bo'lmasga janjal ko'taradigan bo'lib qoladi. Giyohvand moddani iste'mol qilgan kuni esa kayfiyati yana ko'tariladi, ya'ni xulq-atvorida ijobiy xislatlar paydo bo'ladi.

Mutaxassislarning fikricha, ruhiy qaramlik sindromida bosh miyada maqsad va istaklar kurashi, qarama-qarshi fikrlar, miyani tark etmaydigan istak va xayollarning oqimi yuzaga keladi. Albatta, miyadagi bu jarayonlar giyohvand moddalarni qancha miqdorda, necha yildan buyon iste'mol qilayotganligiga, ularning turiga bog'liq bo'ladi. Ta'kidlash lozimki, giyohvand moddalarni endigina qabul qila boshlagan bemor o'zida paydo bo'lgan ruhiy qaramlikni darrov anglay olmaydi. U borib-borib, o'zida yuzaga kelgan vaziyatga bog'lanib qoladi. Giyohvandlikdan chiqib ketishning qiyinligi ham shundan iboratki, bemor ruhiy qaramlikdan tashqari, giyohvand moddalar bilan bog'liq oldi-sotdilarga aralashib, jinoyat yo'lga kirib qoladi.

Giyohvand moddalarni qabul qilib yurgan bemor uchun kundalik hayotdan qoniqmaslik, sababsiz urush-janjallar, jizzakilik, doimiy norozilik alomatlar va shuningdek, giyohvand moddalarni topish haqida gap ochilganda, beixtiyor jonlanishning paydo bo'lishi xosdir.

Ruhiy qaramlik sindromida bemorning ichki dunyosida keskin o'zgarishlar ro'y beradi, uni yaqin oila a'zolariga, farzandlariga, ota-onasiga munosabati o'zgara boshlaydi, ular orasida mehr-oqibat yo'qolib boradi. Bemorning xulq-atvorida o'ziga xos qaysarlik va o'jarlik shakllanadi, u yaqinlarining tanqidlariga qaramasdan, o'z fikrini tasdiqlashga yoki qilayotgan nojo'ya ishlarini oqlashga intiladi. To'g'ri, ba'zan bemor og'ir bir dardga duchor bo'lganligini anglab, bu yo'ldan qaytishga urinadi, biroq avvalgidek to'laqonli sog'lom hayot tarziga qaytish o'ta qiyin bo'ladi. Bunday vaziyatlarda bemorning

o'zi, uning yaqinlari, psixolog, narkologlarning hamnafas bo'lib ishlashi ijobiy natija berishi mumkin. Ba'zan bemor "o'zim boshlaganman, o'zim to'xtataman" deb tibbiy-psixologik muolajalardan voz kechadi. Odatda, bunday bemorlar giyohvand moddalarni qabul qilishning yanada og'irroq turlariga o'tib ketishadi, 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 boshlanadigan va uzoq davom etadigan sindromdir. Giyohvand moddalarni iste'mol qilishni to'xtatgandan keyin ham bemor ruhiy qaramlikdan ancha vaqtgacha chiqa olmay yuradi. Shuning uchun ham ularga doimo psixolog yordami zarur bo'ladi. Ruhiy qaramlik sindromini dastlabki davrlarida aniqlash psixologdan yuksak darajadagi ziyraklikni va mahoratni talab etadi. Chunki bemor turli xil yo'llar bilan giyohvand moddalarni qabul qilib yurganini atrofdagilardan yashiradi va o'zida ruhiy qaramlik paydo bo'lganini bilmay qoladi.

Kasallik avj olgan sari ruhiy qaramlik sindromidan og'irroq bo'lgan abstinensiya va jismoniy qaramlik (kompulsiv) sindromlari shakllana boshlaydi. Bemor giyohvand moddalarni ko'p iste'mol qila boshlaydi va buning oqibatida, hayotiy muhim mayllar, ya'ni jinsiy, och qolish, himoya instinktlari ular uchun ikkinchi darajali bo'lib qoladi.

Kompulsiv sindrom obstinent sindromga qaraganda og'ir kechadi. Kompulsiv sindrom bemorning xulq-atvorida to'la aks etadi, ya'ni bemor doimo giyohvand moddalarni izlab topish yo'liga o'tib oladi. Jismoniy qaramlikda bemor doimo qabul qilib yurgan giyohvand moddani boshqasiga o'zgartirsa, qoniqish sezmaydi, g'amgin holatda yuradi. Demak, giyohvand moddalarning aniq bir turiga ruju qo'yish kompulsiv sindromga xos belgilardan biridir va organizmning aynan shu giyohvand moddaga ko'nikib qolganligi alomatidir. Agar shu giyohvand modda qabul qilinmasa yoki butunlay to'xtatilsa, abstinient sindrom rivojlanadi. Abstinient sindromning klinik manzarasi turlicha bo'ladi va asosan jahlning tez chiqishi, uyqusizlik, qo'llarda yoki butun tanada tremor, og'ir hollarda tutqanoq xurujlari, yurak va nafas olish faoliyatining buzilishi kuzatiladi.

Giyohvandlikning barcha turlari uchun organizmda qabul qilayotgan moddaga nisbatan tolerantlikning paydo bo'lishi xosdir, shuning uchun ham bemor doimo giyohvand moddaning miqdorini oshirib borishga majbur. Aks holda, eyforiya ro'y bermaydi yoki abstinient sindrom rivojlanadi.

Giyohvand moddalarni surunkali qabul qilaverish intoksikatsiya holatini yuzaga keltiradi, bunda bemorning shaxsiyati patologik tarzda o'zgarib boradi va tez-tez o'tkir psixozlar kuzatilib turadi. Chunki giyohvand moddalar ruhiyatga tez ta'sir qilishi bilan boshqa farmakologik dorivor vositalardan ajralib turadi. Shuningdek, giyohvand moddalar qon tomirlarga, parenximatoz a'zolariga dastlabki kunlardanoq salbiy ta'sir ko'rsata boshlaydi. Keyinchalik organizmdagi barcha a'zo va to'qimalar faoliyati buzilib boradi.

Giyohvandlikning barcha turlari 3 bosqichda kechadi: *adaptatsiya (moslashuv)*, *abstinentsiya* va *toliqish* bosqichlari.

Adaptatsiya bosqichida giyohvand moddalar tushgan organizm faoliyati o'zgarib boshlaydi, ya'ni ichki a'zolar ushbu moddalar bilan faoliyat ko'rsatishga moslashib oladi. Bu jarayonlar bilan parallel tarzda ruhiy qaramlik rivojlanib boradi. Avvaliga himoya mexanizmlari ishga tushadi, bu esa ko'ngil aynish, qayd qilish, terida qichimalar paydo bo'lishi, bosh aylanish bilan namoyon bo'ladi. Biroq bu belgilar sekin-asta yo'qolib boradi, chunki organizm giyohvand moddalarga moslashib oladi.

Abstinentsiya bosqichida ruhiy qaramlikka jismoniy qaramlik qo'shiladi. Organizmda giyohvand modda miqdorining kamayishi uning o'rnini qoplash uchun bemorda kuchli darajada ishtiyoq hosil qiladi (kompulsiv intilish). Aks holda, organizmning kompensator imkoniyatlari zo'riqib, abstinent sindrom yanada kuchayadi. Ba'zi vaziyatlarda bu sindrom uzoq vaqt giyohvand moddalarni qabul qilmay yurgan bemorlarda ham yuzaga keladi. Uzoq vaqtli remissiyadan keyin giyohvand moddani yana organizmga yuborish yana jismoniy qaramlikni paydo qiladi, hatto kuchaytiradi ham. Bunda, nafaqat yuqori miqdordagi giyohvand moddalarga ko'nikish, balki uni doimiy tarzda qabul qilish yana boshlanib ketadi. Keyinchalik katta miqdordagi giyohvand moddalar ham kayfiyatni ko'tara olmay qoladi va bemor yanada kuchliroq giyohvand moddalarga o'ta boshlaydi. Abstinent sindrom tananing turli joylarida kuchli og'riqlar bilan kechganligi va ularni boshqa dorilar bilan to'xtatish qiyinligi sababli, bemor giyohvand moddani yana qabul qilishiga to'g'ri keladi.

Toliqish bosqichida organizmning barcha himoya funksiyalari keskin pasaygan bo'ladi, bemorning deyarli barcha a'zolarida nafaqat funksional buzilishlar, balki organik o'zgarishlar paydo bo'ladi, terida turli xil yarachalar yuzaga keladi. Bunday bemorlar tez-tez kasal bo'ladigan bo'lib qolishadi. Bu bosqichda giyohvand modda-

larning tetiklashtiruvchi va kayfiyatni ko'taruvchi ta'siri ham pasayadi. Organizmni ruhan va jismonan qoniqarli holatda ushlab uchun bemorlar giyohvand moddalarni kam miqdorda qabul qilib yurishadi. Chunki bu moddalarsiz organizmning faoliyat ko'rsatishi o'ta mushkul bo'lib qoladi va uni yangi muhitga o'tkazish qiyinlashadi. Abstinent sindrom bir necha oylarga cho'zilishi mumkin.

Davolash. Narkomanlarni davolash prinsiplari maxsus adabiyot va dasrliklarda mukammal yoritilgan. Ammo tibbiy psixolog bemorlarni 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 yana paydo bo'lishi, giyohvand moddani yana iste'mol qilishga majbur qiladi. Davolash muolajalari narkolog nazorati ostida giyohvand moddalarni qabul qilishni to'xtatishdan boshlanishi lozim. Sog'lom va yosh bemorlarda giyohvand moddalarni qabul qilishni birdaniga va butunlay to'xtatish mumkin, keksa va o'ta ojiz bemorlarda bosqichma-bosqich to'xtatiladi.

Giyohvandlikni davolash, odatda, bir necha bosqichda olib boriladi. Bular dezintoksikatsiya muolajalari, psixopatologik va somatonevrologik buzilishlarni davolash, metabolik buzilishlarni bartaraf etish, ruhiy qaramlikning asosiy mexanizmlariga qarshi yo'naltirilgan davolash muolajalari o'tkazish, kasallikning takrorlanishiga qarshi davolash choralari ta'minlash.

Dezintoksikatsiya maqsadida reopoliglukin, xlorid natriyning izotonik eritmasi va boshqa elektrolitlar kuniga 2000 ml gacha yuborilishi mumkin. Zaruratga qarab, qon preparatlari - albumin, plazma, toza qon ham buyuriladi. Og'ir vaziyatlarda gemosorbsiya va gemodializ muolajalari ham o'tkaziladi. Shuningdek, kalsiy xlor 10 ml - 10% li, tiosulfat natriy 10 ml - 30% li, magniya sulfat 5-10 ml - 25% li, tomir ichiga, uniol 5-10 ml 5% li mushak orasiga yuboriladi.

Nootroplardan nootropil kuniga 20-40 ml dan tomir ichiga tomchilatib yuboriladi, vitaminlar - B1, B6, S kuniga 10 ml gacha 40% li glukozada tomir ichiga yuborilishi mumkin.

Abstinent sindromni davolashda psixotrop dorilardan 2,5% li aminazin 1-3 ml 5-7 kun mobaynida t/i, m/o ga yoki 2,5% li tizersin 2-4 ml t/i, m/o ga, 1% li dimedrol 1-2 ml valium 0,5% li 2-4 ml t/i, m/o ga. Shuningdek, kordiamin, kamfora, kofein, meproamat, galoperidol kabi dorilarni ham buyurish mumkin. Yurak va nafas

faoliyatini normal holatda ushlab turish uchun, albatta, kordiamin tavsiya qilinadi.

Neyroleptiklardan neuleptil kuniga 10-20 mg, sonapaks 100-200 mg dan buyuriladi. Uzoq davom etuvchi neyroleptiklardan piportil 2 mg 2 haftada 1 mahal, keyinchalik, har oyda bir mahal. Antidepressantlardan fluoksetin, zoloft kabi dorilar buyuriladi.

Albatta, giyohvandlikni davolash o'ta murakkab va mashaqqatli jarayon bo'lib, farmakologik dorilar bilan davolash usullari narkologiya darsliklarida batafsil yoritilgan. Giyohvandlikni davolashda ishlatiladigan psixoterapiya usullari turli-tumandir – oddiy suhbatdan tortib gipnozgacha. Psixoanaliz usullari ham judasamaralidir. Bemorning jismoniy mehnat bilan shug'ullanishi esa davolash jarayoniga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Bemor abstinent holatdan chiqqandan keyin uzoq vaqt narkolog va psixolog nazoratida turishi lozim.

Nazorat uchun savollar

1. Alkogolizmda ruhiy buzilishlarning sababi nimadan iborat?
2. Alkogolizmda ruhiy buzilishlarning klinik manzarasi qanday?
3. Alkogolizmda o'tkir va surunkali ensyefalopatiyalar klinikasi haqida so'zlab bering.
4. Abstinent sindrom nima?
5. Giyohvand moddalarga ruju qo'yishning sabablari qanday?
6. Giyohvandlikka ruhiy va jismoniy qaramlik qanday rivojlanadi?
7. Giyohvandlikning kechish bosqichlari haqida so'zlab bering?
8. Giyohvandlikni davolash prinsiplari vapsixologiyordam usullari nimalardan iborat?

Men ko‘rish, eshitish va o‘rganish
mumkin bo‘lgan narsalarni afzal ko‘raman.

Diogen

XVI BOB. JARROHLIK KASALLIKLARIDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

16.1. Jarroh va bemor orasidagi psixologik munosabatlar

Tibbiyotda jarrohlik amaliyoti alohida o‘rin tutadi. Xalq orasida “agar bemor dori-darmonlar bilan tuzalmasa, uni operatsiya qilib, jarrohlarni tuzatishadi” degan fikr yuradi. Terapevtik amaliyotlarga qaraganda, jarrohlik amaliyoti aksariyat bemorlar va ularning yaqinlari uchun katta bir psixologik sinov hamdir. Demak, tibbiyotning boshqa yo‘nalishlaridagi kabi jarrohlik amaliyotida ham psixologik yordamning ahamiyati juda yuqori. Buni jarrohlik kasbini tanlayotgan har bir talaba anglab yetishi zarur.

Tibbiy psixologiyadan ma‘ruza tugashiga biroz qolganda “Savollar bormi?” deb talabalarga murojaat qildim. Yaxshi o‘qiydigan bir talaba qo‘l ko‘tarib, “Ustoz, men xirurg bo‘lmoqchiman, otam ham xirurg, operatsiyalarga qatnashib yuraman, yaxshi xirurglar navbatchiligiga kelaman, xirurg bo‘laman, deb institutga kirdim. Axir operatsiya buyurilgan bemor bilan xirurg suhbatlashib o‘tir-maydi-ku. Albatta, yaxshi psixologik suhbat o‘tkazish mumkin, biroq operatsiya yomon chiqsa, suhbatning nima keragi bor? Muvaffaqiyatli operatsiyaning o‘zi har qanday psixologik suhbatdan ustun-ku. Shunga Siz nima deysiz?” - deb so‘radi. Bu savol o‘rinli. Chunki, jarroh va bemor uchun muvaffaqiyatli o‘tgan operatsiya har qanday psixologik suhbatdan yuqori. Lekin afsuski, ko‘pchilik vrachlar psixologning asosiy vazifasi bemorlar bilan suhbatlashib, ularni tinchlantirish deb bilishadi. Suhbat – bu psixodiagnostika va psixoterapiyaning bir uslubi va albatta, psixologiyada uning ahamiyati beqiyos. Biroq, psixologiya – inson tasavvuri darajasiga ham sig‘maydigan beqiyos imkoniyatlarga va o‘zining turli usullariga ega bo‘lgan fan.

Psixologiyaning imkoniyatlari cheksiz! Talabaning savoliga quyidagi voqea tafsilotlari javob bersa kerak. Meni jarrohlik bo‘limiga nevropatolog konsultatsiyasi kerak, deb chaqirib qolishdi. Bemor yotgan palataga kirsam, professor bir qancha vrachlar, talabalar va

o'qituvchilar bilan men konsultatsiya qilishim kerak bo'lgan bemorni tekshira boshlagan ekan. Men professor ko'rigi tugashini kutib turdim. Bemorni operatsiya qilgan yosh vrach kasallik tarixnomasini o'qib beryapti. Vrach o'z navbatchiligi paytida bemorni "o'tkir appenditsit" diagnozi asosida zudlik bilan operatsiya qilgan. Operatsiya mahalliy og'riqsizlantirish orqali qilingan. Operatsiya muvaffaqiyatli o'tgan. Operatsiyadan keyin bemor ertalabgacha yotib uxlagan. Ertalab soat o'nlarda "operatsiya bo'lgan joyim kuchli og'riyapti" deb palata vrachini chaqirgan. Vrach kirib qarasa, bemor oyoqlarini bukib, yonboshlab yotib olgan. Vrach operatsiya qilingan joyni tekshirgan va u yerda hech qanday asoratlarni ko'rmagan va hamshiraga tinchlantiruvchi ukol qilishni buyurgan. Bemor ukoldan keyin uxlab qolgan, biroq uyg'ongandan keyin "yana og'riyapti, operatsiya qilingan joyda tampon yoki boshqa narsa qolgan bo'lsa kerak" deb yig'layvergan. Kechga yaqin og'riq kuchaygan, bemor g'ujanak bo'lib yotib olgan, tana harorati ham 38 gradusga 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 qilayotgan 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 aytadi. Biroq, shunday bo'lsa-da, mana bugun, ya'ni dastlabki operatsiyaning 4-kuni ham og'riq to'xtamayotganini, aksincha, kuchayganini va shuning uchun nevropatolog chaqirishganini professorga aytishdi. Professor ikkala xirurgni ham tinglab bemorga yuzlandi. U g'ujanak bo'lib yotib olgan va ko'zlarida qo'rquv bor edi. Karovatning bosh qismida bemorning qizi ham suhbatga qo'shildi va onasining kechasi bir necha bor og'riqdan uyg'onganini, og'riq qoldiruvchi ukollardan voz kechganini aytdi. Professor bemordan "nima uchun og'riq qoldiruvchi dorilardan voz kechayapsiz, axir og'riq qolsa, o'zingizga yaxshi-ku" degan savolga bemor "axir appenditsitda og'riq qoldiruvchi dori qilsa bo'lmaydi, u yorilib, yiringlar qoringa o'tib ketadi" deyishadi-ku dedi. Talabalardan bittasi suhbatga aralashib, operatsiyadan oldin og'riqsizlantiruvchi ukollar qilinmaydi, operatsiyadan keyin esa mumkin, dedi. Professor bemor bilan bahslashib o'tirmasdan, uni tekshira boshladi. Bemor g'ujanak bo'lib olgan, qornini ochib,

tekshirishga va hattoki, tanasiga qo‘l tegizishga qo‘ymasdi. Bemor gap bilan chalg‘iganda, og‘riqqa e‘tibor qilmas, operatsiya haqida so‘z ketganda, og‘riqdan ingrardi. Professor “endi siz oyoqlaringizni sekin asta yozib yuboring, shunday qilsangiz, aksincha, og‘riq kamayadi” dedi. Bemor sekin qo‘rqib, oyoqlarini uzatdi. “Endi ko‘ylakni ko‘taring” dedi doktor. Bemor “lekin qornimga tegmay-siz”, deb ko‘ylagini sekin ko‘tardi va qo‘rquv bilan doktorga qaradi. Operatsiya qilingan joy bint bilan yopib qo‘yilgan va leykoplastir bilan yopishtirilgan edi. Doktor “endi bu bintni olamiz, men operatsiyalar qanday o‘tkazilganini ko‘rishim kerak” dedi. Biroz urinishlardan so‘ng bemor ko‘ndirildi. Professor operatsiya bo‘lgan joyni ko‘rib, ikkala operatsiya ham muvaffaqiyatli o‘tganiga yana bir bor ishonch hosil qildi. Biroq bemor hamon og‘riqqa 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, baqirib yubordi va yana oyoqlarini g‘ujanak qilib oldi. Professor “ana xolos” deb operatsiya qilgan xirurglarga yuzlandi. U “operatsiyalar yaxshi o‘tgan, biroq bemor g‘ujanak bo‘lib yotaverganidan, operatsiya o‘rnidagi nervlar tugilib qolgan, operatsiyadan keyin oyoqlarni cho‘zib yotish kerak edi. Nega shuni bemorga aytmadinglar, ana endi kesilgan nervlar bitish o‘rniga tugilib qolgan”, 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‘lib qarab turishardi. Bemor esa birdan ziyrak tortib, “endi nima bo‘ladi”, deb xavotir bilan professorga qaradi. Professor birinchi operatsiya qilgan doktorga yuzlanib, “5 grammlı shpritsga 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, keyin siz oyoqlaringizni og‘risayam, bukib-ocha boshlaysiz va ana shundan keyin tugilgan nerv ochilib ketadi va og‘riq 10 minutga yetmasdan to‘xtaydi” dedi. Bemor qo‘rqqa-pisa, yuzida xavotir bilan oyoqlarini yozdi va o‘zi qornini ochdi. Professor operatsiya qilingan joyni spirt bilan tozalab, chandiqling ikki chetiga shpritsni tiqib, zudlik bilan novokain yubordi. Bemor dodlab yubordi. Professor “aytdim-ku sizga, og‘riydi deb, qani endi aytganimni qiling, tez-tez oyoq-

laringizni bukib-yozing ana shunda nervlar yozilib og‘riq kamaya boshlaydi, aks holda, yana 3-operatsiyani qilib, o‘sha uzilgan nervlarni bir-biriga ulashga to‘g‘ri keladi” dedi. Bemor shoshib-pishib professorning keskin tarzda berilgan buyruqlarini bajara boshladi. “Endi o‘tirib oling”, dedi u. “Qani tez-tez bo‘ling” deb, bemorni shoshirdi. Bemor biroz qiynalib bo‘lsa-da, o‘tirib oldi. “Endi o‘rningizdan turib yuring”, deb topshiriq berildi. Deyarli 5 kundan buyon turib yurmayotgan va faqat og‘riqqa shikoyat qilib yotgan bemor biroz ishonchsizlik bilan bo‘lsa-da o‘rnidan turib yurdi. Endi bemor og‘riq sezmayotgan va o‘zida yo‘q xursand edi. Bemor 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 hazillashib. Professor operatsiya qilgan vrachga boqib, “bu bemorni bugunoq uyga yuborsangizlar bo‘ladi, endi u sog‘” dedi. Deyarli yarim soat oldin og‘riqdan hatto oyog‘ini ham ochib-yoza olmayotgan bemor professor tomonidan juda ustomonlik bilan o‘tkazilgan psixoterapiya va platseboterapiyadan keyin darddan xalos bo‘ldi. U endi uyga ketish mumkinligi haqidagi yangilikdan xursand bo‘lib, o‘zi yotgan o‘rnini taxlab, qiziga topshiriqlar berib, ketish taraddudiga tushib qoldi.

Professor yonidagi shogirdlari va talabalar bilan boshqa palatalardagi bemorlarni ko‘rgani chiqib ketdi. Men bemor bilan suhbatlasha boshladim. Suhbat orasida ma‘lum bo‘ldiki, bemorning yonida parvarish qilib o‘tirgan 24 yashar qizi “o‘tkir appenditsit” diagnozi bilan uch marta operatsiya bo‘lgan va ikkala holatda ham operatsiya muvaffaqiyatsiz chiqqan: birinchi gal vrach tamponni unutilib qoldirgan va u ikkinchi operatsiyada olib tashlangan, operatsiya qilingan joy yiringlab ketib, “appendoektomiya asorati, chegaralangan peritonit” diagnozi 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 bemorning 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

ham ketgan. Lekin bemor qiynalib bo'lsa-da, tuzalgan. Oradan 2 yil o'tmay, Toshkentda o'qib yurgan talaba o'g'lini qizi bilan birga ko'rgani kelgan onaning o'zi appenditsit bo'lib qoladi va vaziyat yuqorida ko'rsatilganidek keskin tus oladi.

Professor ishlatgan usulni bemorni operatsiya qilgan ikkala xirurg ham ishlatishi mumkin edi. Biroq ular bu usulni qo'llashmadi yoki bilishmadi. Bu oddiy bir appenditsit bilan bo'lgan voqea, biroq jarrohlik amaliyotida bir qancha murakkab holatlar mavjudki, ularning aksariyati psixologik yondashuvni talab qiladi. Demak, jarrohlik operatsiyalari muvaffaqiyatli o'tishi uchun har bir jarroh nafaqat o'z kasbining yetuk mutaxassisi, balki yetuk psixolog ham bo'lishi kerak.

Jarrohlik kasbida shoshilinch operatsiyalarning ko'pligi, vaqtning tig'izligi, jarrohlik bo'limi shifokorlari bilan bemorlar orasida o'zga-cha psixologik muhitning paydo bo'lishiga sababchi bo'ladi. Yana shuni ta'kidlash lozimki, tibbiyotning boshqa yo'nalishlariga qaraganda, jarrohlikda bemorlardan faollik emas, aksincha, ehtiyotkorlik va kam harakat talab qilinadi. Jarrohlik kasbining o'ziga xosligi — tez qaror qabul qilib, zudlik bilan uni amalga oshirishdir, agar rejali operatsiyalar e'tiborga olinmaganda. Ba'zan bunday paytlarda bemor bilan jarroh orasida qandaydir bir psixologik vaziyat yuzaga kelishi mumkin. Bemor belgilangan operatsiyadan voz kechishi yoki bo'lmasa, operatsiya tafsilotlarini yoritib beruvchi boshqa bir jarrohni tanlashi mumkin. Biroq shuni tan olish lozimki, operatsiyani muvaffaqiyatli bajaradigan va katta obro'-e'tiborga ega bo'lgan jarrohdan bemor har qanday vaziyatda ham voz kechmasligi mumkin, hatto u qo'pol bo'lsa ham.

Jarrohlik operatsiyalarining o'zi ham bemor psixologiyasiga, uning his-tuyg'ulariga turlicha ta'sir qiladi. Chunki tirik organizmda ruh va tana yagona bir sistemadir. Operatsiyadan keyin ruhiy muvozanatning salbiy yoki ijobiy tomonga qarab o'zgarishi, albatta, operatsiyaning natijasiga bog'liq. Operatsiya muvaffaqiyatli bajarilsa, operatsiyadan oldingi qo'rquvlar, xavotir va o'zaro tushunmovchiliklar darrov barham topadi. Agar operatsiya muvaffaqiyatsiz bajarilsa, operatsiyadan oldingi gumon, xavotir va shu kabi tushunmovchiliklar jarroh uchun yomon tus olishi mumkin, ba'zan katta janjalga aylanib ketishi mumkin. Shuning uchun ham aksariyat G'arb davlatlarida operatsiyaning barcha tafsilotlari, ustunliklari va asoratlari bemorning yaqin qarindoshlariga va bemorning o'ziga tushuntirib

beriladi, albatta deontologiya va etika prinsiplarini saqlagan holda. Ya'ni bemor va uning qarindoshlari sir saqlanishi shart bo'lmagan vaziyatlardan voqif bo'lishadi. Bu, albatta, yaxshi. Chunki saqlanishi shart bo'lmagan sir-sanoatlar bemor va uning qarindoshlarida jarroh va u o'tkazayotgan operatsiya haqida katta gumon paydo qilishi mumkin. Bu gumon operatsiya muvaffaqiyatsiz chiqqan taqdirda, jarrohni yomon vaziyatda qoldirishi va ikki o'rtada sudlashuvlar boshlanib ketishi mumkin.

Agar operatsiyalar biror bir a'zoni yoki uning bir qismini olib tashlash bilan yakunlansa, operatsiya muvaffaqiyatli chiqqan taqdirda ham bemor ruhiyati buzilishi mumkin. Chunki bemor ushbu operatsiya sababli avvalgi kasbida ishlay olmasligi yoki to'laqonli hayotga qayta olmasligi mumkin. Albatta, bunday paytlarda jarroh ushbu operatsiyani qilmasa, boshqa asoratlar yuzaga kelishi mumkinligini, endi bundan keyin jarrohlik muammolaridan xolos bo'lganligini, sog'lig'iga e'tibor qilib yurishini bemorga tushuntirib, uni tinchlantirishi lozim.

Mutaxassislar fikricha, jarrohlik kasalliklariga duchor bo'lgan bemorlarning 30 foizida, ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, 70 foizida u yoki bu ko'rinishda ruhiy buzilishlar kuzatiladi, ayniqsa, ipoxondriya ko'rinishida. Ular jarrohdan kasalligini sinchkovlik bilan tekshirilishini, bir nechta vrachlar ishtirokida konsilium o'tkazilishini talab qilishadi. Ba'zilar esa boshqa bir jarrohlardan bilan maslahatlashib yuradi, operatsiya shartmi-yo'qmi deb, o'zi taniydigan vrachlardan so'raydi. Boshqa bir bemorlar esa o'zini qiynab yurgan kasalidan operatsiya orqali birato'la qutilish istagida jarrohlarga murojaat qilishadi. Ko'pincha, bunday holatlar isteriyaga duchor bo'lgan bemorlarda kuzatiladi. Ular o'zlarini qiynab yurgan buqoqni yoki bo'lmasa, qorin sohasidagi doimiy og'riqni bira to'la operatsiya qilib davolatsam, deb o'ylashadi. Haqiqatan ham tonzilloektomiya, strumektomiya, xoletsistoektomiya, appendoektomiya kabi operatsiyalar bemor xohishiga qarab (albatta, tibbiy ko'rsatmalarni e'tiborga olgan holda) o'tkazilib turadi. Masalan, sog'lom odamlar "og'ir appenditsit 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 stoliga tushib qolgan odamlarda kuzatiladi. O'zining ham shu holatga tushib qolishidan qo'rqib, jarrohga murojaat qiladi. Appendoektomiya operatsiyasi uncha murakkab bo'lmaganligi sababli, ba'zan jarroh-

larning o‘zi uni bemorning qarindoshlariga tavsiya qilishadi. Bu bir tomondan to‘g‘ridir ham. Chunki o‘tkir appenditsit ba‘zi hollarda peritonit asoratini beradi yoki diagnoz o‘z vaqtida aniqlanmay, ko‘richak yorilib ketadi. Bu esa hayot uchun havflidir. Yaqin bir tanishim “flegmonoz appenditsit” diagnozi bilan zudlik bilan tunda operatsiya qilingandi. Operatsiyadan keyin jarroh bemorning yaqinlariga kasallik peritonitga o‘tishiga oz qolganligini aytadi. Uning ahvolidan qo‘rqqan akasi o‘z xohishi va vrach tavsiyasiga ko‘ra, ko‘richagini oldirib tashlatadi.

Giyohvand moddani bir marta bo‘lsa-da qabul qilish va tanasidagi kuchli og‘riqlardan qutulish uchun ba‘zi narkomanlar jarrohlik operatsiyasiga ham tayyor turishadi. Giyohvand moddalarni va spirtli ichimliklarni ko‘p iste‘mol qiluvchilarda hamda ruhiy bemorlarda o‘tkir jarrohlik kasalliklari kuzatilsa, bu vrachlar uchun katta tashvishlar tug‘diradi. Ayniqsa, bolalarda oligofreniya, imbetsil holatlar va boshqa tug‘ma nuqsonlar, qariyalarda esa involutsion psixozlar, demensiyalar jarrohlar uchun bir qancha qiyinchiliklarni yuzaga keltirishi mumkin. Ularning xulq-atvoridagi patologik o‘zgarishlar diagnozni to‘g‘ri aniqlashga to‘sqinlik qiladi, ular operatsiyadan keyin vrach tavsiyalariga to‘la amal qila olishmaydi va buning natijasida, operatsiya qilingan joylar ochilib ketishi, qon ketishi kabi bemor hayoti uchun xavfli vaziyatlar paydo bo‘lishi mumkin. Bunday bemorlar operatsiyadan oldin ham, keyin ham psixonevrolog yoki psixiatr nazoratiga olinishi zarur.

16.2. 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‘liqdir. Yoshlar hali uncha ko‘p operatsiyalar 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. Demak, jarrohlik operatsiyalarini ko‘plab bajarishlari uchun ular bemorlar bilan ishlashlariga, o‘zlarida ishonch tug‘dirish uchun uzoq vaqt bemor bilan muloqotda bo‘lishlariga to‘g‘ri keladi. Barcha mashhur jarrohlar shu yo‘lni o‘tgan. Hali yuqorida aytib o‘tganimizdek, yoshi ulug‘ va bir nechta operatsiyalarni muvaffaqiyatli bajargan jarrohlarni, odatda, bemorlarning o‘zi hech qanday psixologik tayyorlov suhbatisiz tanlashadi.

Operatsiyadan oldin bemorlarda turli xil psixovegetativ va psixosomatik belgilar kuzatilishi mumkin. Bular uyqu buzilishi, bosh aylanishi, yomon tushlar ko‘rish, ko‘p terlash, titrash, taxikardiya, arterial qon bosimning o‘ynab turishi, o‘lim qo‘rquvi, ich ketish, tez – tez siyish va boshqalar. Ma‘lumki, operatsiyaga mone‘lik qiluvchi holatlarni aniqlash uchun bemorlar boshqa mutaxassislariga, masalan, terapevtlarga ko‘rsatiladi, turli xil laborator va diagnostik tekshiruvlardan o‘tkaziladi. Ba‘zan bemorlar terapevtlardan qandaydir bir umid bilan “Bu bemorga operatsiya mumkin emas, uni dori-darmonlar bilan davolanglar” degan so‘zlarni eshitgisi keladi. Hatto operatsiyadan oldin yaqinlari bilan vidolashib qo‘yadigan, yaqinlariga vasiyatlar beradigan holatlar ham uchrab turadi. Bemorni operatsiyaga psixologik nuqtai nazardan tayyorlashda nafaqat operatsiya qiluvchi jarroh, balki boshqa tibbiy xodimlar ham, ya‘ni palata vrachi, hamshira (ayniqsa, operatsiyada ishtirok etuvchi) ham faol ishtirok etishlari zarur. Ba‘zan bemor uni operatsiya qiluvchi jarrohning gaplariga emas, balki palata vrachi va hamshiraning so‘zlariga ko‘proq ishongisi keladi, uni operatsiya qiluvchi vrach haqidagi gap-so‘zlarga quloq tutadi. Shifokorlar orasidagi o‘zaro ishonch va etika prinsiplari bu yerda katta ahamiyatga ega, chunki doimo operatsiyalarda ishtirok etib yuruvchi hamshira bemorni uni operatsiya qiluvchi jarrohdan voz kechtira olishi mumkin.

Operatsiyadan voz kechish sabablari turli-tumandir va ko‘pincha, rejali operatsiyalarga taalluqli. Ularning ba‘zilari haqida to‘xtalib ham o‘tdik. Bular: yaqin kishisining xuddi shunday tarzda o‘tkazilgan operatsiyadan o‘lganligi yoki nogiron bo‘lib qolganligi, yaqinlarining operatsiya qildirmaslik haqidagi talabi, narkozdan qo‘rqish, jarroh va bemor orasidagi nosog‘lom psixologik vaziyat yoki tushuntirish ishlarining yetarli darajada olib borilmaganligi, qarilik davri, bir

necha bor operatsiya o'tkazgan bemorlar, isteriya yoki ruhiy kasalliklar.

Jarrohlikda psixologiya fani naqadar ahamiyatli ekanligi bilan tanishib chiqdik. Ba'zan psixogen buzilishlarni davolashda jarrohlik usullaridan ham foydalaniladi. Hattoki, gipnoz yordamida ham davolab bo'lmaydigan ba'zi chuqur psixogen buzilishlarni davolashda, jarrohlik operatsiyalariga murojaat qilishga to'g'ri keladi. Toshkent viloyatida bo'lib o'tgan bir voqea bunga yaqqol misol bo'la oladi. Voqea yoz kunlarining birida ro'y beradi. Bir ayol insomniya diagnozi bilan nevropatologda davolanib yuradi. U kechalari uxlay olmay chiqardi. Keyingi gal borganida, vrach unga kuchliroq ta'sir qiluvchi uxlatuvchi dori buyuradi. Bemor dorini ichsa-da hech uyqusi kelavermaydi. Uyqusi qochgan bu ayol tunda to'lin oynining yorug'ida pastqam uyining derazasidan tashqariga qarab o'tiradi. Derazaning tagidan kichik bir ariqcha oqib o'tardi. U ariqchada sakrab o'ynab yurgan baqalarga tikilib qarab o'tirib, xayolga ketadi: "Buncha kichik bo'lmasa bular, uxlab yotganimda ichimga kirib ketishsa, nima qilaman" deb, choyshabni ustiga yopib uxlab qoladi. Tush ko'radi. Tushida kichikroq bir baqa derazadan u yotgan karovat ustiga sakrab chiqib, bemorning og'ziga kirib ketadi. Bemor qo'rqib, uyg'onib ketadi va birdan derazaga qaraydi. Tong endi otayotgan bo'ladi. Quyosh nuri tusha boshlagan deraza tokchasida 2-3 ta baqa sakrab yurganiga ko'zi tushadi. Bemorda qattiq kekirik paydo bo'ladi va u baqaning sayraganiga o'xshab eshitiladi. Kekirik tez-tez takrorlanaveradi. Hovliga chiqadi va vodoprovod jo'mragini ochib og'zini chayib tashlaydi, qusishga harakat qiladi, qusa olmaydi. Bir kosa iliq suvni to'ldirib ichadi va yana natijasiz qusishga harakat qiladi. Kekirik kuchayib boraveradi va tez-tez kuzatila boshlaydi. Bu ayolning eri olamdan o'tgan bo'lib, voyaga yetgan bitta qizi bilan yashardi. Qo'rqib ketib, qizini uyg'otadi va unga "Men uxlab yotganimda, baqa yutib yubordim shekilli, u oshqozonimda turibdi" deb yig'lab yuboradi. Qizi uni tinchlantirishga harakat qiladi, balki tush ko'rgandirsiz, deydi. "Yo'q, tushim bo'lganida bilardim, men aniq bilaman, baqa og'zimdan kirib ketgandan keyin uyg'onib ketdim, bu tushim emas, uyg'onganimdan keyin deraza tokchalarida baqalar o'ynab yuruvdi" deydi. Qizining "Oyijon, ba'zan odamning tushini o'ngidan ajratish qiyin bo'ladi-ku, siz tush ko'rgansiz", deyishiga qaramasdan, doktorga boramiz, deb turib oladi. Ular erta saharda bir tanish doktorning uyiga borishadi va bo'lgan voqeani aytib berishadi. Bemor

tinmay kekirardi. Doktor uni tekshirmasdan kulib: “Baqani yutib bo‘lmaydi, u tomoqdan o‘tmaydi, baqa hech qachon odamning og‘zidan uning ichiga kira olmaydi” deydi. Bemor doktordan norozi bo‘lib, uning yonidan chiqib ketadi. Bemor qizi bilan birgalikda boshqa vrachlarga qatnay boshlashadi. Bemor barcha tekshirishlardan o‘tadi. Uni nevropatolog, psixiatr, jarroh, terapevt, rentgenologlar tekshirishadi. Tabiblarga borib davolanadi. Ularning deyarli hammasi bir xil gapni gapirishardi: “Baqa odamning ichiga kira olmaydi, siz yomon tush ko‘rgansiz”. Bemorning tinchi buziladi, u nima yesa, qusib tashlayveradi, kekirish sira qolmaydi. Bemor shu ahvolda bir oy qiynalib yuradi, ozib ketadi. “Baqa qolgan bo‘lsa ham u o‘lib bo‘lgan, organizmdan chiqib ketgan” deb ishontirishga harakat qilishadi, baribir foydasi bo‘lmaydi. U jarrohdan operatsiya qilib, baqani olib tashlashni talab qila boshlaydi. Qayerga va qaysi doktorga uchrasa, oshqozonini operatsiya qilib, baqani olib tashlashni talab qilaveradi. “U mening oshqozonimda yashab yuribdi, u hali o‘lmagan, ichimni kemirayapti” deb yig‘layveradi. Axiyri uni professorga ko‘rsatishadi. Professor bo‘lib o‘tgan barcha voqealarni batafsil o‘rganib chiqadi, bemorni to‘la tekshiradi va bemorga jarroh bilan maslahatlashib uning qornini operatsiya qilib, ochib ko‘rishni va‘da qiladi. Agar haqiqatan ham u yerda baqa yashayotgan bo‘lsa, uni olib tashlash kerak, deydi. Bemorni jarrohlik bo‘limiga yotqizishib, 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 narkotik dori ta‘sirida uxlatiladi. Operatsiyadan oldin kichikroq bir baqa topib kelinadi va u yopilib-ochiladigan idishga joylanadi. Operatsiyaning barcha qonun-qoidalariga amal qilingan holda bemorning qorin terisi, teri osti yog‘ qatlami kesiladi va qayta tikib qo‘yiladi. Operatsiyada bor yo‘g‘i uchta odam, ya‘ni jarroh, hamshira va professor ishtirok etishadi. Professor hamshiraga bemor ko‘zini ochgan zahoti baqa solingan idishni ochib yuborishni buyuradi. Bemor ko‘zini ochadi, hamshira baqa solingan idishni ochib yuboradi. Baqa bemorning ustidan bir-ikki sakrab pastga tushib ketadi. Professor “Siz to‘g‘ri aytgan ekansiz, baqa haqiqatan ham qattiq uxlab yotganigizda, ichingizga kirib ketgan ekan, lekin u shuncha kun ichingizda o‘lmay yashaganiga hayronman” deydi. Jarroh ham “Men bunaqa operatsiyani birinchi marta qilishim” deydi. Xullas, bemor butunlay tuzalib ketadi,

kekirish yo'qoladi, ishtahasi ochiladi, uyquasi ham tiklanadi. Jarrohga 4-5 kun qatnab, operatsiya bo'lgan joylarini davolatadi, qornida faqat kesilgandan yengil chandiqlik qoladi, xolos.

Oradan bir yil o'tadi. Bir kuni bozorda "baqa yutib yuborgan ayol" qizi bilan aylanib yurib, hamshirani uchratib qoladi. Hamshira uni zo'rg'a taniydi, kasallikdan qiynalib, avval ozib ketgan bu ayol endi semirib, tanib bo'lmaydigan darajada o'zgarib ketgan edi. Ular qadrdon dugonalardek uzoq vaqt suhbat qurishadi, uni operatsiya qilib og'ir va uyatli darddan xolos qilgan doktorlarga salom aytib qo'yishni so'raydi. Suhbat orasida "Menga o'xshab baqa yutib yuborgan ayollar kelishayaptimi" deb so'raydi kulib. Hamshiraning xayolidan "barcha haqiqatni aytib bersammikan, oradan bir yil o'tdi-ku, baribir bemor tuzalib ketdi-ku" degan fikr o'tadi va bo'lib o'tgan voqealarni aytib beradi. Shunday qilib, hamshira shifokor etikasiga mutlaqo zid bo'lgan ishga qo'l uradi. Barcha haqiqatni o'z qulog'i bilan uni operatsiya qilishda ishtirok etgan hamshiradan eshitgan ayol ruhiy karaxt holatga tushib qoladi, ya'ni u tik turgan joyida bir nuqtaga tikilib qotib qoladi. Psixiatriyada bu holat stupor deb ataladi. Deontologiyada bunday holatlar yatroptiya deb ham ataladi, ya'ni shifokorning noto'g'ri xatti-harakatlari sababli bemorda rivojlangan turli xil kasalliklar yoki sindromlar. Katta qiyinchiliklardan endi qutulgan ayol uchun bir-biriga zid bo'lgan bu ma'lumotlar ulkan bir ruhiy jarohat edi. Hamshira qo'rqib, voqea joyidan ketib qoladi. Ayolni ruhiy kasalliklar shifoxonasiga joylashadi. Bemor suv ichmay, ovqat yemay qo'yadi. Uni zond orqali ovqatlantirish ham juda qiyin kechadi va u tez orada kaxeziya holatiga tushib qoladi va vafot etadi. Hamshira esa qamaladi.

Demak, haqiqatan ham ruh va tana yagonadir. Ushbu va boshqa boblarda keltirilgan materiallar qadimdan bahs va munozaralarga sababchi bo'lib kelayotgan bu iboraning to'g'riligini yana bir bor tasdiqlaydi. Bemorni davolayotgan shifokor yuqori darajada ma'suliyatli bo'lishi va har bir so'zni o'ylab gapirishi kerak. Mashhur terapevt va deontolog olim E.Y. Qosimov ta'biri bilan aytganda, shifokor — bu "vrach" so'zining sinonimi emas, u keng ma'noli atamadir, "shifokor" deganda, bemorga shifo berishda ishtirok etuvchi barcha tibbiyot xodimlari, ya'ni vrachlar, hamshiralar va kichik tibbiy hamshiralar (sanitarkalar) tushuniladi. Har bir shifokor deontologiya va etika prinsiplariga qat'iyon amal qilishlari lozim.

Nazorat uchun savollar

1. Jarrohlik kasbi uchun psixologiya fani naqadar muhim?
2. Bemorni operatsiyaga tayyorlashda nimalarga e'tibor qaratmoq kerak?
3. Jarroh, hamshira va bemor orasida ziddiyatli munosabatlar qanday yuzaga kelishi mumkin?
4. O'zingiz guvoh bo'lgan vaziyatlar haqida so'zlab bering va muhokama qiling.

XVII BOB. AKUSHERLIKDA VA GINEKOLOGIK KASALLIKLARDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

17.1. Tug‘ruqdan keyin kuzatiladigan ruhiy o‘zgarishlar

Ba’zi ayollarda tuqqandan keyin turli-tuman ruhiy-hissiy buzilishlar kuzatiladi. Atrofdagilarning yaxshi munosabatidan qat’i nazar, tuqqan ayolning kayfiyati keskin o‘zgarishi mumkin. Ayniqsa, sababsiz jizzakilik, tez xafa bo‘lish, yig‘loqilik, vahima, uyquning buzilishi kabi belgilar ko‘p kuzatiladi va ular hech qanday tibbiy-psixologik yordamsiz o‘tib ketishi mumkin. Bu holatlar ayniqsa, birinchi bor tuqqan ayollarda ko‘proq kuzatiladi va ko‘pincha, charchoq bilan namoyon bo‘ladi. Bunday vaziyatlarda umr yo‘ldoshining, ota-onasining va boshqa yaqinlarning katta e’tibori, mehr-oqibati ushbu ruhiy o‘zgarishlarni tezroq bartaraf qilishga yordam beradi.

Ba’zi mutaxassislarning fikricha, tug‘ruqdan keyingi bunday ruhiy o‘zgarishlar 10-15 % ayollarda kuzatiladi va odatda, bir oygacha davom etishi mumkin. Biroq hamma vaqt ham bu statistika to‘liq deb aytib bo‘lmaydi, chunki aksariyat hollarda psixologga murojaat qilinmaydi va bunday buzilishlarning hisobi olib borilmaydi. Shuni alohida ta’kidlash lozimki, tuqqan ayolning atrofida salbiy muhit yaratilsa, ruhiy o‘zgarishlar chuqurlashib, ruhiy-hissiy buzilishlarga o‘tishi mumkin (masalan depressiyalarga).

Ruhiy-hissiy buzilishlar ichida tug‘ruqdan keyingi depressiyalar alohida o‘rin kasb etadi va bu yerda albatta, psixolog yordami kerak bo‘ladi. Ayolning o‘zi bu holatdan chiqib keta olmasligi mumkin. Tug‘ruq bilan bog‘liq bo‘lgan depressiyalar, ayniqsa, bola o‘lik yoki biror bir kamchilik bilan tug‘ilgan vaziyatlarda ko‘p kuzatiladi. Bola tirik tug‘ilgan holatlarda kuzatiladigan depressiyalarning asosiy belgilaridan biri o‘z bolasiga va eriga qiziqishining mutlaqo yo‘qolishidir. Bunday holatlarda bolani emizishga berish uchun yaqinlari va shifokorlar ba’zan soatlab yolvorib o‘tirishadi. Bolasi yig‘lab yotgan holatlarda uni qo‘liga olmaydi, qo‘liga berishsa ham qaytarib beradi, o‘zi ham yig‘layveradi. Ba’zan esa ko‘ziga yig‘i

kelmaydi, bolasiga yoki atrofdagilarga teskari o'g'irilib yotib oladi. Kechalari uxlamay chiqadi.

Ko'p holatlarda depressiyalar qo'rquv, xavotir va turli darajada ifodalangan vegetativ va somatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Ayniqsa, niqoblangan depressiyaning tuqqandan keyin yuzaga kelishi vrachlar uchun ham katta diagnostik mushkulliklar tug'diradi. Avvalgi boblarda aytib o'tilganidek, niqoblangan depressiya bu turli somatik kasalliklar yoki sindromlar ko'rinishida namoyon bo'luvchi depressiyadir. Shuning uchun ham niqoblangan depressiyani to'g'ri aniqlash ham tibbiy, ham psixologik tekshirishlarni talab qiladi. Odatda, niqoblangan depressiyada somatik buzilishlar subyektiv bo'lib, obyektiv tekshiruvlarda tasdiqlanmaydi.

Tug'ruqdan keyin kuzatiladigan ruhiy buzilishlar va xavotirli-depressiv belgilarni davolashda antidepressantlardan keng foydalaniladi. Bular fevarin, zoloft, portal, gelarikum, amitriptilin va shular kabi boshqa dorivor vositalardir. Biroq ruhiy buzilishlarni ushbu dorivor vositalar bilan davolashda ularni emizuvchi ayolga mone'lik qiluvchi tomonlarini, go'dakka nojo'ya ta'sirlarini va ruhiy buzilishning og'irlik darajasini e'tiborga olish lozim. Fluoksetin (prozak), zoloft va sipramillarni eksperimentda ham, klinik amaliyotda ham teratogen ta'siri aniqlanmagan. Ushbu dorilar homilador va tuqqan ayollarga depressiv buzilishlarda tavsiya etilishi mumkin (Stove Z.N., 1995 r.; Stove Z.N., Nemeroff S.V., 1996 r.).

Tug'ruqdan keyin rivojlanishi mumkin bo'lgan havotirli-depressiv buzilishlarning oldini olish o'ta muhimdir. Buning uchun homilador ayollarni psixolog ko'rigidan o'tkazish zarur. Bu usul rivojlangan xorij davlatlarida bir necha o'n yillar oldin yo'lga qo'yilgan. Chunki endi rivojlanib kelayotgan depressiyaning yashirin belgilarini faqat psixolog aniqlay oladi va ularni o'z vaqtida kam miqdordagi antidepressantlar yoki anksiolitiklar bilan bartaraf qilish mumkin.

17.2. Ginekologik operatsiyalardan keyin kuzatiladigan ruhiy o'zgarishlar

Turli xil ginekologik kasalliklarni davolash operatsiya yo'li orqali amalga oshiriladi. Bachadonni olib tashlash, gisterektomiya, kuchli qon ketishlarni to'xtatish, tug'ish paytida kuzatiladigan xavfli vaziyatlarda o'tkaziladigan operatsiyalar ayol uchun katta bir ruhiy-hissiy buzilishlarga sababchi bo'ladi. Masalan, bachadonning olib

tashlanishi yosh ayollar uchun og'ir ruhiy jarohat hisoblanadi. Ayniqsa, farzandsiz ayollar yoki yana farzand ko'rishni xohlagan ayollarda bachadonning olib tashlanishi juda og'ir kechadi.

Bachadonga ega bo'lish va regular tarzda hayz ko'rish aksariyat ayollar uchun ayollik ramzidir. Bachadonning olib tashlanishi ular uchun ayollik va yoshlikning orqada qolgani, endi hayot ma'nosiz bo'lib qolganini anglatadi. Bachadoni olib tashlangan ayollar bir necha oylab odatiy hayot tarziga qayta olmay yurishadi, depressiya va apatiyaga tushishadi, o'zlarini xuddi yaqin bir kishisidan judo bo'lgandek his qilishadi. Ularning somatik shikoyatlari ham ko'payadi, qornida har xil og'riqlar, oyoq-qo'llarida uyushishlar paydo bo'ladi, bel og'riqlari, tez-tez siyish, umumiy holsizlik, charchab qolish, o'z-o'zidan yig'i kelish kabi belgilar kuzatiladi.

Sekin-asta bachadoni olib tashlangan ayol me'yoriy hayotga qayta boshlaydi, ayniqsa, psixologning aralashuvi, aynan hayotiy muhim ko'rsatmalar sababli bachadonning olib tashlanganligini tushuntirish ayol kishining ruhiyatiga taskin beradi. Mutaxassislarning fikricha, bachadoni olib tashlangan ayollarning odatiy hayotga qaytishi 2 yilgacha cho'zilishi mumkin. Bu holat, ayniqsa, avvaldan o'ta ta'sirchan yoki ruhiy-hissiy buzilishlar bilan psixolog nazoratida bo'lgan ayollarda kuzatiladi. Albatta, psixologning aralashuvi bu davrni bir necha oylarga qisqartirishi mumkin. Ba'zan ginekologik operatsiyalardan so'ng turli darajada ifodalangan vegetativ-endokrin buzilishlar kuzatiladi va ular dorivor vositalar bilan faol davolashni talab qiladi.

17.3. Abortdan keyin kuzatiladigan ruhiy o'zgarishlar

Statistik ma'lumotlarga ko'ra, deyarli har beshinchi homiladorlik bola tushirish bilan yakunlanadi va ular homiladorlikning dastlabki davrida kuzatiladi. Bola tushirish u yoki bu ko'rinishda ruhiyatning buzilishi bilan kechadi. Ayniqsa, birinchi homiladorlikda bo'lajak farzanddan judo bo'lish og'ir depressiv holatlarni yuzaga keltirishi mumkin. Ayol motamsaro vaziyatga tushib qoladi, ko'p yig'laydi, jizzaki bo'lib qoladi, ishtahasi pasayadi, ishga qo'li bormaydi, uyquasi buziladi, bolasini tushlarida ko'radi. Bola nobud bo'lganiga o'zini aybdordek sezadi.

Bir marta bola tushirgan ayollarning ba'zilarida turli kasalliklar sababli yana va yana bola tushirishlar kuzatiladi. Bunday hollarda oilaga darz ketishi mumkin. Erkak va ayol vrachma-vrach qatnay

boshlashadi, bola tushirish sabablarini izlashadi. Bu tabiiy, albatta. Ginekologlarning malumotlariga ko'ra, bola tushirishning 50 % ga yaqini jinsiy a'zolar infeksiyalari bilan bog'liqdir, albatta, bu yerda venerik kasalliklar alohida o'rin tutadi. Birinchi bola tushirishdan keyingi homiladan ham ajralib qolmaslik uchun ayol doimo xavotirda yashaydi, hadeb ginekologga qatnayveradi, uning ko'rsatmalarini so'zsiz bajarib borishga intiladi, ya'ni reaktiv nevroz yuzaga keladi. Bu yerda, albatta, ayol bilan psixologik suhbat o'tkazish juda o'rinlidir. Chunki doimiy xavotir va qo'rquv ham ba'zi hollarda bola rivojlanishiga ta'sir qilishi va to'satdan bola tushishi bilan tugashi mumkin. Shuning uchun ham homilador ayol kishi uchun ruhiy tinchlik yaratish, oila a'zolari orasida sog'lom psixologik muhitning bo'lishi, tinch uyqu bola tushirishlarning oldini olishi va sog'lom farzandning dunyoga kelishini ta'minlab beradi. Ba'zan esa anti-depressantlar tavsiya qilishga to'g'ri keladi.

17.4. Hayz buzilishlarida ayollar psixologiyasi

Ayollarda o'tkir va surunkali ruhiy siqilishlar aksariyat hollarda, hayz buzilishlariga olib keladi. So'nggi yillarda qizlarda hayz ko'rishning barvaqt kelishiga e'tibor qaratilmoqda va bu vaziyatni hayot tarzining gurkirab o'zgarib kelayotgani, ruhiy va jismoniy rivojlanish orasida nomutanosiblik bilan bog'lashadi. Psixologlar qizlarda seksual faollikning erta shakllanishiga ochiq matbuotda va internetda intim hayotga bog'liq ma'lumotlarning ko'payib borayotgani ham sabab bo'layotganiga katta urg'u berishadi.

Hayz ko'rishning buzilishlari ichida amenoreya alohida o'rin kasb etadi. Amenoreyaga oid dastlabki ma'lumotlar va uning ruhiyatga bog'liqligi ikkinchi jahon urushi davrida aniqlangan. Urush davrida hayoti xavf ostida qolgan ayollarda hayz kelishning uzoq vaqtga yo'qolishi kuzatilganligi yozib qoldirilgan. Shu davrda mutaxassislar amenoreyani ginekologik kasalliklar sababli emas, balki ruhiy buzilishlar va xavotir sababli kelib chiqishini bir necha ayollarda kuzatishgan. Turmushga chiqqan va eri urushga ketib halok bo'lgan ayollarda ham amenoreya kuzatilishi ushbu holatning ruhiyat buzilishi bilan bog'liqligini ko'rsatgan.

Stress asri deb atalmish XXI asrda esa amenoreya eng ko'p uchraydigan patologik holatlardan biridir. Ayniqsa, oiladagi doimiy janjallar, farzand bo'lmasligi, ishdagi kelishmovchiliklar hayz keli-

shining buzilishiga sababchi bo'ladi. Mutaxassislarning fikricha, ayniqsa, xavotir bilan kechuvchi ruhiy-hissiy buzilishlar ameno-reyaga olib kelishi mumkin. Demak, amenoreya - nevrozning bir klinik ko'rinishidir.

17.5. Hayz oldi sindromi

Hayz kelishidan oldin ruhiy-asabiy, vegetativ, endokrin va somatik buzilishlar kuzatilishi mumkin. Ushbu buzilishlar umumiy vegeto-nevroz ko'rinishida namoyon bo'lib, ba'zi mutaxassislar tomonidan hayz kelishi bilan bog'lanmay qoladi. Demak, hayz oldi sindromi deb atalmish affektiv buzilishlar mavjudligini vrachlar doimo yodda tutishi lozim. Ushbu belgilar hayz kelgandan so'ng yoki tugagandan keyin o'tib ketadi. Nevrotik belgilarga boy hayz oldi sindromi ayol kishining ish faoliyatiga, o'qishiga va shu kabi faol hayot tarzini talab qiluvchi vaziyatlarga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Bunday paytlarda u o'qishga yoki ishga borgisi kelmaydi, uy yumushlarini tashlab qo'yadi, umumiy holsizlik kuzatiladi, apatiyaga tushadi, hech kim bilan gaplashmay uyda yotgisi keladi. Ba'zan vrachlar e'tiboridan ham chetda qoladigan bu holat oila a'zolari tomonidan noto'g'ri qabul qilinishi va turli xil majoralarga sababchi bo'lishi mumkin.

Hayz oldi sindromida yashirish ruhiy-hissiy buzilishlar qo'zg'ashi mumkin. Masalan, depressiyaga moyil ayollarda depressiya, bosh og'riqqa moyillarda bosh og'rig'i, yurak qon-tomir kasalliklariga moyillarda kardialgiyalar, oshqozon-ichak sistemasi kasalliklariga moyil ayollarda psixosomatik buzilishlar kuzatilishi mumkin. Bosh og'riq bilan keladigan sindromlarda hayz migreni alohida o'rin kasb etadi. Bunda hayz yaqinlashgan sayin migren xurujlari kuchayib kelaveradi, hayz tugagandan so'ng o'tib ketadi. Shuningdek, o'z-o'zidan yig'lash, fikrlarning chalg'ib ketishi, parixonxotirlik, xavotir, uyquchanlik, kardiofobiya, ko'krak uchida og'riqlar, elektrolitlar almashinuvining buzilishi hisobiga oyoq-qo'lning shishishi, qabziyat, bo'g'imlarda og'riqlar va boshqa psixosomatik buzilishlar kuzatiladi. Hayz oldi sindromi faqat monosimptomlar bilan ham namoyon bo'lishi mumkin, masalan, bosh aylanishi sindromi bilan. Buning asl sababi neyroregulator buzilishdir, buni ba'zan shifokorlar kamqonlik bilan ham bog'lashadi.

To'g'ri yig'ilgan anamnez va bemorning shikoyatlari xronologiyasi hayz oldi sindromini aniqlashni osonlashtiradi. Yuqorida ko'rsatib

o'tilgan sindromlar hayz kelishidan 5-6 kun oldin kuchayib, hayz boshlanishi bilan keskin kamaya boshlaydi yoki butunlay yo'qoladi. Aynan mana shu holat hayz oldi sindromini to'g'ri aniqlashga yordam beradi.

17.6. Klimakterik davrda psixologik o'zgarishlar

Sog'lom ayol organizmida reproduktiv sistema 7-8 yoshdan boshlab faoliyat ko'rsata boshlaydi va 60-65 yoshga yetganda, o'z faoliyatini to'xtatadi. Reproaktiv sistemada sodir bo'ladigan orqaga qaytuvchi o'zgarishlar **klimaks** nomini olgan. Buning natijasida, avval homilador bo'lish, keyin esa hayz ko'rish faoliyati to'xtaydi. Bu davr 10 yilgacha, ba'zan undan ham ortiq davom etishi mumkin.

Klimakterik davr - fiziologik jarayonlardan iborat davr bo'lib, organizmning reproduktiv sistemasida involutsion jarayonlar ustunlik qiladi.

Bu davrda avval homilador bo'lish, keyin esa hayz ko'rish to'xtaydi. Bu jarayonni quyidagi davrlarga ajratishadi:

- **premenopauza**— 45 yoshdan menopauza boshlangunga qadar davr;
- **perimenopauza**— premenopauza davri bilan menopauzadan keyingi ikki yil;
- **menopauza**— so'nggi hayz;
- **postmenopauzal davr**— menopauzadan keyin boshlanadi va umrning oxirigacha davom etadi.

Premenopauzal davrning fiziologik kechishida tuxumdon funksiyasining sekin-asta pasayishi kuzatiladi, bu jarayonning klinik manzarasi menopauzaning boshlanganligidan dalolat berib turadi. Reproaktiv sistemaning postmenopauzal davrida involutiv o'zgarishlar estrogenlar miqdorining keskin kamayishi hisobiga kechadi.

Menopauza fiziologik jarayon bo'lib, ichki a'zolar va sistemalar faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatmasdan namoyon bo'lishi mumkin. Menopauzadan keyin ichki a'zo va to'qimalarda o'ziga xos qarish jarayoni boshlanadi, ayniqsa, endokrin bezlarda, jinsiy a'zolarida hujayralar hajmining kichrayishi kuzatiladi. Estrogenlar miqdorining yetishmasligi sababli osteoporoz rivojlansa, progesteron miqdori yetishmasligi ichki a'zo va to'qimalarda giperplastik jarayonlarni jadallashtirishi mumkin va shu sababli, bachadon yoki sut bezlari o'smasi rivojlanishi mumkin. Organizmda estrogenlar va progesteron

teronlar miqdorining yetarli darajada bo'lishi kayfiyatning yuqori darajada bo'lishiga ham yordam beradi. Shuning uchun ham bu gormonlarning yetishmovchiligi ruhiyat va hissiyotning turli darajada ifodalangan buzilishlariga, ayniqsa, xavotirli depressiyalarga sababchi 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.

17.6.1. Ayollarda klimakterik sindrom

Klimakterik sindrom klimakterik davrda bir qancha psixopatologik, vegetativ, endokrin, somatik va moddalar almashinuvining buzilishlari bilan kechadigan sindromdir. Turli ma'lumotlarga ko'ra, klimakterik davrda klimakterik sindromning uchrash darajasi 40-60 foizni tashkil qiladi. Ushbu sindrom premenopauza davrida 36-40 %, menopauza boshlanganda 40-80 %, menopauzdan keyingi 1 yil mobaynida 26 %, menopauzadan keyin 2-5 yil o'tgach, 3 % bemorlarda uchraydi.

Klinik manzarasi. Klimakterik sindromning klinik manzarasi klimakterik davrda ko'p uchraydigan asab sistemasi va yurak-qon tomir kasalliklariga ham bog'liq.

Demak, klimakterik sindromning 80 % ga yaqini hayz ko'rish butunlay to'xtaganda (menopauza) yoki menopauzadan keyin bir yil mobaynida rivojlanadi. Aksariyat hollarda, kasallikning boshlanishiga kuchli ruhiy-hissiy zo'riqish turtki bo'ladi.

Klimakterik sindromning klinik belgilari:

A) ruhiy-hissiy buzilishlar:

- jahldorlik;
- uyquchanlik;
- holsizlik;
- bezovtalanish;
- depressiya;
- xotiraning buzilishi;
- parishonxotirlik;
- ishtaha buzilishi;
- libidoning pasayishi;

- mehnat faoliyatining susayishi;
- hissiy zo'riqishlar.

B) vazomotor buzilishlar:

- qizib ketishning yog'ilib kelishi (yuz va boshda);
- terga botish, muzlab ketish;
- bosh og'riqlar, bosh aylanishlar;
- arterial gipo- yoki gipertoniya;
- taxikardiya, nafas yetishmasligi;
- oyoq-qo'llar uyushishi, og'riqlar.

V) urogenital buzilishlar:

- qin namligining yo'qolishi, ya'ni qurib qolishi;
- jinsiy yaqinlik paytida og'riqlar;
- qinning qichishishi, achishishi;
- tez-tez siyish, nikturiya;
- ba'zan siydik tuta olmaslik;
- qin devorining tushishi.

G) terida kuzatiladigan o'zgarishlar:

- terining qurishi;
- tirnoqlar sinishi;
- soch tushishi;
- ajinlar paydo bo'lishi.

D) endokrin buzilishlar:

- semirish;
- osteoporoz;
- qandli diabet;
- qalqonsimon bez faoliyati buzilishlari;
- mastopatiya;
- bo'g'imlar va mushaklardagi og'riqlar.

Klimakterik sindrom uchun o'ta xos bo'lgan belgi (90-95 %) - bu **qizib ketishning yog'ilib kelishidir**. Bir kunda bir necha marotaba kuzatiladigan bu simptomning davomiyligi 1-2 daqiqadir. Tananing yuqori qismi, ayniqsa, yuz va boshga qizib ketish to'satdan yog'ilib keladi va darrov o'tib ketadi. Bu paytda bemorni kuchli ter bosadi, terisi qizib ketadi, yurak urishi tezligini ba'zan sanab bo'lmay qoladi, ya'ni u bir daqiqada 150 dan oshib ketishi mumkin. Kuchli taxikardiya bilan birgalikda arterial qon bosim ham oshib ketadi. Xafaqon kasalligi bor bemorlarda arterial qon bosim 200/100 mm.sim.ust. va undan yuqorigacha ko'tarilishi mumkin. Ozigina ruhiy siqilish ham bu xurujni yuzaga keltirishi mumkin. Klimakterik sindromda qizib

ketishning yog‘ilib kelishi simptomi gi potalamusning termoregulator faoliyati buzilish bilan tushuntiriladi. Ba‘zan klimakterik xuruji stenokardiya xuruji bilan farqlashga to‘g‘ri keladi, chunki yurak sohasida og‘riqlar ham kuzatiladi. Klimakterik sindromda kardialgiyaning kuzatilishi kardiomiotsitlarda moddalar almashinuvining buzilishi va simpatik iritatsiyaning kuchayishi bilan bog‘liq deb hisoblanadi. Odatda, klimakterik sindrom mavjud yurak ishemik kasalligini kuchaytiradi.

Menopauzadan keyin organizmning immunologik qarshiligi pasayishi sababli, mavjud surunkali kasalliklar qo‘zg‘ashi mumkin. Bemorning yuqori nafas yo‘llarida o‘tkir respirator infeksiyalarga o‘xshash holatlar tez-tez kuzatiladi. Ular sal sovuqqa ham tez-tez “shamollab” qolishlari mumkin. Shuningdek, surunkali bronxit, vazomotor rinit, konyunktivit, stomatit, laringit, astma va shu kabi boshqa allergik kasalliklar, teri kasalliklari qo‘zg‘aladi. Klimakterik sindromda esterogenlar miqdorining pasayishi ichki a‘zo va sistemalarning turli patologik holatlarga chidamliligini pasaytiradi, ular tashqi va ichki ta‘sirotlarga sezgir bo‘lib qoladi. Natijada, ichki a‘zolar sohasida, ayniqsa, Xed-Zaharin sohalarida achishtiruvchi og‘riqlar paydo bo‘ladi.

Menopauzadan keyin jinsiy va siydik ajratish a‘zolari to‘qimalarida atrofik jarayonlar davom etadi va bunday jarayonlar ham estrogenlar miqdorining pasayishi bilan bog‘liqdir. Bachadon va sut bezlarida o‘smaga o‘xshash holatlarning paydo bo‘lishi, buyrak va bachadon sohasida og‘riqlar, siydikning achishib chiqishi, tez-tez siyish, (ayniqsa, tunda) va libidoning so‘nishi klimakterik sindromning barcha turlarida kuzatiladi. Esterogenlar yetishmovchiligi nafaqat jinsiy a‘zolar faoliyatiga, balki boshqa to‘qimalarga ham jiddiy salbiy ta‘sir ko‘rsatadi. Shuning uchun ham teri quriy boshlaydi va yupqalashadi, ajinlar paydo bo‘ladi, tirnoqlar mo‘rtlashadi, soch to‘kiladi.

Klimakterik sindromda ruhiyat va hissiyotning buzilishlari turli-tuman bo‘lib, ular bemorning temperamentiga, oilada va jamiyatda tutgan o‘rniga, yillar mobaynida shakllanib qolgan xulq-atvoriga, asab kasalliklari va ruhiy buzilishlar mavjudligiga bog‘liq. Klimakterik sindrom xurujlaridan keyin ba‘zi bemorlarda depressiya, xavotir va apatiya alomatlarini kuzatilsa, boshqa birlarida agressiv holat kuzatiladi. Bu holatlar, albatta, yig‘loqilik, qo‘rquv va uyqu buzilishlari bilan namoyon bo‘ladi. Ular har xil hidlarga, yorug‘likka, tovushlarga sezgir bo‘lib qolishadi, bu narsalar ularni asabiylashtiradi. Bemor

klimakterik xurujlardan keyin ortiqcha shovqin-suronlardan qochib, tinch va qorong'i xonada dam olishga intiladi.

Kechishi. Klimakterik sindromning kechishi, asosan, uning qachon va qanday boshlanganligiga, kasallik darajasiga 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 etishiga va asoratlar bilan kechishiga sababchi bo'ladi. Shu bilan birga, klimakterik sindrom ham somatik kasalliklarning kechishini og'irlashtiradi. Ma'lumotlarga ko'ra, klimakterik sindromning deyarli yarmi turli xil asoratlar bilan kechadi. Bu asoratlar ateroskleroz va yurak ishemik kasalligining zo'rayishi, gipertonik xurujlarning qo'zishi, oshqozon-ichak faoliyatining buzilishlari bilan namoyon bo'ladi. Oshqozon-ichak faoliyatining buzilishlari anoreksiya, og'riqlar, meteorizm va diareya bilan namoyon bo'ladi.

Klimakterik sindrom kechishi darajasiga qarab, **yengil, o'rtacha va og'ir** turlari farq qilinadi. Ularni farqlash, asosan, klimakterik xurujlarning soniga qarab belgilanadi. Agar qizib ketishning yog'ilib kelishi xuruji kuniga 10 martagacha kuzatilsa-**yengil**, 10-20 martagacha kuzatilsa-**o'rtacha**, undan ko'p kuzatilsa-**og'ir** kechishi deb yuritiladi. Klimakterik sindromning yengil kechishi deyarli 20 %, o'rta darajada kechishi 30 % va og'ir kechishi 50 % ni tashkil qiladi. Albatta, turli mualliflarning ma'lumotlari bir-biridan biroz farq qiladi, ammo deyarli aksariyat ma'lumotlarda klimakterik sindromning har ikkinchi bemorda og'ir kechishi ta'kidlanadi.

Klimakterik sindromning yengil kechishida bemorning umumiy ahvoli qoniqarli, somatik buzilishlar kam kuzatiladi, biroq uning jismoniy va aqliy mehnat faoliyati biroz susaygan bo'ladi. Sindromning o'rtacha turida neyrovegetativ, somatik va endokrin buzilishlar kuchliroq ifodalangan bo'ladi. Bemorda bosh og'riqlari, bosh aylanishi, yurak urishlari, uyqu va xotira buzilishlari, tananing turli joyida og'riqlar, oshqozon-ichak faoliyati buzilishlari kabi simptomlar aniqlanadi. Sanab o'tilgan ushbu barcha belgilar kuchli darajada ifodalangan xavotirli-depressiya 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 buzilishlarning ham o'rni katta. Kasallikning og'ir turida bemorlarga uy sharoitida bir kunda bir necha bor tez tibbiy yordam ko'rsatishga

va aksariyat bemorlarni shifoxonaga joylashga to'g'ri keladi. Ular ko'pincha paroksizmal taxikardiya, arterial gipertoniya va yurak ishemik kasalligi xurujlari diaqnozlar bilan kardiologiya bo'limiga yotqiziladi. Odatda, klimakterik sindrom qancha erta boshlansa, shuncha og'ir kechadi va uzoq davom etadi, masalan 40-45 yoshgacha kuzatilgan menopauzalarda kasallik shunday kechadi. Albatta, bu davr mehnat faoliyati davri bo'lganligi sababli ham kasallikning og'ir kechishi bemorlarni ishga umuman layoqatsiz qilib qo'yadi. Xurujlar sonining ko'pligidan esa bemorning yaqinlaridan bittasi uni parvarish qilish uchun uyda qolishga majbur bo'ladi.

Diagnostikasi. Klimakterik sindrom bilan bemorlar zarur mutaxassislar va bir qancha tekshiruv muolajalaridan o'tishlari zarur. Ayniqsa, ginekolog endokrinolog, nevropatolog, kardiolog va albatta psixolog ko'riklari zarur bo'ladi. Umumiy amaliyot shifokori esa klimakterik sindromni to'g'ri aniqlash uchun mutaxassislar tekshiruvlarini tashkil qilishi, mutaxassislar xulosalaridan keyin esa bemorni davolashni o'z nazoratiga olishi zarur.

Diagnozni to'g'ri aniqlash uchun umumiy amaliyot shifokori quyidagi tekshiruvlarni tashkillashtiradi: mutaxassislardan terapevt, ginekolog, nevropatolog, endokrinolog, mammolog, urolog va zaruratga qarab boshqa mutaxassislar; paraklinik tekshiruvlardan EKG, EEG, kraniogramma yoki gipotalamo-gipofizar sohani ko'rish uchun kompyuter tomografiya, arterial qon bosim monitoringi ichki to'sa'zolarini ultratovush tekshiruvlar, mammografiya; laborator tekshiruvlardan elektrolitlar, qand miqdori, garmonlar (esterogen, progesteron, qalqonsimon bez garmonlari) tekshiriladi. Shuningdek, atipik hujayralarni aniqlash uchun sitologik tekshiruvlar ham o'tkaziladi.

Davolash dasturi. Diaqnoz to'g'ri aniqlangandan so'ng uning kechishiga mos ravishda davolash dasturi ishlab chiqiladi. U bir nechta bosqich va muolajalardan iborat bo'lib, kompleks tarzda olib borilsa, ijobiy natijaga erishish oson bo'ladi. Bular: 1) mehnat va dam olishni to'g'ri tashkil etish; 2) ratsional ovqatlanish; 3) ratsional psixoterapiya; 4) psixofarmakoterapiya (antidepressantlar, trankvilizatorlar, sedativ vositalar, ba'zan neyroleptiklar); 5) fizioterapevtik muolajalar va jismoniy tarbiya; 6) B-adrenoblokatorlar; 7) gormonoterapiya, vitaminoterapiya; 8) osteopozni davolash; 9) dam olish sihatgohlarida davolanish.

Jismoniy mashqlar. Bemorlarni davolashda oddiy badan tarbiyadan tortib, to maxsus jismoniy mashqlargacha tavsifa etiladi. Ularning

ijobiy ta'siri juda kattadir. Bemor har kuni ertalab 15-20 daqiqa badan tarbiya qilishi kerak, haftasiga 2-3 marotaba sog'lomlashtirish markazlariga qatnashi va turli jismoniy mashqlarda qatnashishi lozim, ayniqsa, suzishning ahamiyati katta. Bemorlar uchun ertalabki sekin qadamlar bilan yugurish, tushlikdan keyin ko'chaga sayrga chiqib turish ham juda ahamiyatlidir. Jismoniy mashqlar to'qimalarning kislorod bilan ta'minlanishini kuchaytiradi, yurak faoliyatini mustahkamlaydi, organizmning turli infeksiyalarga qarshiligini oshiradi. Shuning uchun ham barcha to'qimalarda moddalar almashinuvining buzilishi bilan kechuvchi klimakterik sindromda rejali tarzda olib boriladigan sportning yengil turlari mutaxassislar tomonidan ko'p tavsiya qilinadi. Shuningdek, umumiy massaj yoki bo'yin-yelka sohalariga massaj ham buyuriladi. Jismoniy mashqlar bemorning ruhiyatiga ham ijobiy ta'sir ko'rsatib xurujlar sonini kamaytirishga yoki yengil o'tishiga yordam beradi.

Ratsional ovqatlanish. Klimakterik sindromda anoreksiya va bulemiya holatlarining ko'p kuzatilishi ovqatlanish tartibini buzib yuboradi. Shuning uchun ham ratsional ovqatlanish qonun-qoidalarini ishlab chiqish va har bir bemor uchun individual tarzda qo'llash o'ta muhimdir. Ovqat sifatli, vitaminlarga boy, yengil hazm bo'ladigan va osh tuzini kam ishlatib tayyorlangan bo'lishi lozim. Ovqat, asosan, o'simlik yog'iga tayyorlangan bo'lishi, meva va sabzavotlar ko'p, uglevodlar esa kam iste'mol qilinishi lozim. Polivitaminlar ham buyuriladi.

Sihatgohlarda davolanish. Organizmni tabiiy chiniqtirish uchun sihatgohlarda dam olish, ayniqsa, shanba, yakshanba kunlari dam olish maskanlariga chiqib turish, uy sharoitlarida esa turli giyohlardan iborat vannalar qabul qilish, sovuqroq suvlarda dush qabul qilish ham buyuriladi. Kislorodli, radonli va yodbromli vannalar buyurish, igna bilan davolash ham yaxshi yordam ko'rsatadi. Shuningdek, suv osti massajlari, balchiq bilan davolash, ko'rsatmalarga qarab dorilarni elektroforez orqali yuborish ham mumkin. Chunki faol ta'sir ko'rsatuvchi fizioterapevtik muolajalar arterial qon bosimning tez-tez ko'tarilib turishida, bachadon miomasida, mastopatiyalarda mumkin emas. Sihatgohlarda bunday muolajalar bilan davolanish, asosan, klimakterik sindromning yengil turlarida, ba'zan o'rta darajada kechuvchi turlarida buyuriladi. Klimakterik sindromning og'ir turida esa fizioterapevtik muolajalar mumkin emas.

Gormonoterapiya. Gormonlar klimakterik sindromning yengil turida buyurilmaydi. Gormonoterapiyaning maqsadi klimakterik sind-

romda kuzatiladigan gormonlar yetishmovchiligining o'rnini qoplashdir. Bu maqsadda estrogenlar, gestogenlar, androgenlar qo'llanilishi mumkin. Gormonlar bilan davolashni va qanday gormon tavsiya qilishni ginekolog yoki shu sohada faoliyat ko'rsatuvchi endokrinolog hal qiladi. Gormon bilan davolashga mone'lik 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 muhimdir, 1-2 yildan oshiqroq maxsus davolash muolajalarini qabul qilmay yurgan bemorlarda davolash biroz qiyin kechadi. Odatda, davolash muolajalari to'g'ri boshlansa, 6 oy ichida klimakterik sindromning klinik ko'rinishlarini va xurujlar sonini ancha pasaytirish mumkin.

Profilaktika. Aksariyat mutaxassislarning fikricha, ayol kishini zarur tibbiy-psixologik tekshiruvlardan o'tkazib, uni klimakterik davrga psixologik tayyorlash bu sindromning ancha yengil o'tishiga yordam beradi. Ayol kishi klimakterik davr barcha ayollarda ertami-kechmi, albatta kuzatilishini, uning sabablarini, qanday kechishini, klinik manzarasi, davolash usullari va profilaktikasi haqida batafsil ma'lumotga ega bo'lishi zarur. Ayol kishini klimakterik davrga tayyorlashda umumiy amaliyot shifokorining o'rne juda katta. Chunki turli kasalliklar sababli, aksariyat ayollar unga murojaat qiladi. Umumiy amaliyot shifokori 35-40 dan oshgan barcha ayollar bilan ushbu sindrom haqida suhbatlar o'tkazishi zarur. Klimakterik sindrom haqida to'la ma'lumotga ega bo'lgan ayollar o'zlarining hayot tarzini keskin o'zgartirishga, o'zida mavjud bo'lgan kasalliklardan davolanishga, ruhan va jismonan faol hayot tarziga o'tishga intilishadi, albatta.

17.6.2. Erkaklarda klimakterik sindrom

Erkaklar klimaksi ayollar klimaksi kabi normal fiziologik jarayondir va u organizmda qarish davri boshlanganligidan dalolat beradi. Erkaklar klimaksi hech qanday subyektiv va obyektiv simptomlarsiz kechishi mumkin. Agar klimaks 45 yoshgacha kuzatilsa - erta, 60 yoshdan keyin kuzatilsa - kech klimaks haqida so'z ketadi. Agar klimaks psixonevrologik, kardiologik, urologik va boshqa somatik buzilishlar bilan namoyon bo'lsa, patologik klimaks haqida so'z ketadi. Erkaklarda 40-70 yoshlar orasida jinsiy bezlarda atrofik jarayonlar boshlanadi va androgenlar sintezi pasaya boshlaydi.

Urug'donlarning testosteronga sezgirligi pasayadi, moyakda degenerativ o'zgarishlar yuzaga keladi. Jinsiy a'zoldagi yallig'lanish kasalliklari, ayniqsa, giperplastik jarayonlar, surunkali alkogolizm, kastratsiya, yurak-qon tomir sistemasi kasalliklari klimaksning patologik tarzda kechishiga turtki bo'lishi mumkin.

Erkaklar klimaksida ham qizib ketishning yog'ilib kelishi, yuz va qo'llarning qizarib ketishi, taxikardiya, ko'z oldi qorong'ilashuvi, nafas yetishmovchiligi, bosh aylanishi kuzatiladi. Albatta, bu jarayonlar kayfiyatning tushib ketishi, jahlning tez ko'tarilishi, arterial qon bosimning oshishi, bosh og'riqlar, yurak sohasida og'riqlar bilan kechadi. Bu davrda prostata bezi adenomasi ko'p kuzatilganligi sababli, siydik ajratish sistemasi va jinsiy a'zolar faoliyatining buzilishni ko'rsatuvchi bir qator simptomlar yuzaga keladi. Siydik yo'llaridagi og'riqlar, siyishning qiyinligi, jinsiy faoliyatning susayishi shular jumlasidandir.

Erkaklar klimaksi ayollarnikiga qaraganda yengil kechadi. Biroq erkaklar klimaksi klinikasida ham ruhiyat va hissiyotning buzilishlari asosiy o'rin tutadi. Bular arzimagan sababdan jahl chiqishi, qo'rquv, bezovtalanish, uyqu va xotira buzilishlaridir. Terida ajinlar paydo bo'ladi, mushaklar bo'shashadi, jismonan va ruhan tez charchash paydo bo'ladi. Odatda, erkaklar klimaksi 2-5 yil davom etib, keyin simptomlar sekin-asta qayta boshlaydi.

Davolash. Erkaklar klimaksini davolash ham ayollar klimaksini davolashdagi kabi kompleks tarzda olib boriladi, ya'ni psixoterapiya, antidepressantlar, trankvilizatorlar, sedativ dorilar, simptomatik davo, fizioterapiya, jismoniy tarbiya, sihatgohlarda davolanish. Gormonlardan androgenlar (metiltestosteron, testosteron, sustanon) klimaks og'ir kechgan holatlarda tavsiya qilinadi. Qo'shimcha tarzda jinsiy faoliyatni kuchaytiruvchi dorilar tavsiya qilinadi.

Nazorat uchun savollar

1. Klimakterik sindrom nima?
2. Ginekologik operatsiyalardan so'ng kuzatiladigan ruhiy buzilishlar haqida so'zlab bering?
3. Abortdan keyin qanday ruhiy buzilishlar kuzatilishi mumkin?
4. Hayz buzilganda ayollar xulq-atvorida qanday o'zgarishlar yuz berad?
5. Hayz oldi sindromi nima?
6. Erkaklar klimaksi haqida so'zlab bering.

XVIII BOB. ONKOLOGIK KASALLIKLARDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

18.1. Umumiy ma'lumotlar

Bugungi kunda onkologik kasalliklar o'lim va nogironlikning uchrashi bo'yicha dunyoda birinchi, ba'zi davlatlarda ikkinchi o'rinni egallaydi. Tibbiyot sohasida faoliyat ko'rsatuvchi barcha yo'nalish mutaxassislari o'z amaliyotida xavfli o'smalar bilan ishlashiga to'g'ri keladi. Chunki onkologik kasalliklar inson organizmining deyarli barcha a'zolarida uchraydi. Onkologik kasalliklarga qarshi kurashda nafaqat tibbiyot xodimlari, balki biologlar, ximiklar, fiziklar, genetiklar va shu kabi ilm-fanning bir qancha yo'nalishida faoliyat ko'rsatayotgan mutaxassislar ishtirok etishmoqda.

Olimlarning intilishlari onkologik kasalliklarni erta aniqlash va davolash sohasida katta yutuqlarga erishish imkonini berdi. Masalan, nevrologiya sohasini misol qilib oladigan bo'lsak, kompyuter tomografiya yoki magnitli-rezonans tomografiya bosh miya o'smalarini juda erta aniqlash va samarali davolash imkonini berayapti. Masalan, XX asrning 80-yillarigacha miya o'smasi diagnozini aniqlash o'ta mushkul va juda ko'p urinishlarni talab qilardi. "Bosh miya o'smasi" diagnozi faraz qilingan bemorga chuqur klinik tekshiruvlardan tashqari, bir qancha paraklinik tekshiruvlar, ya'ni rentgenoskopiya, exoensefaloskopiya, elektroensefalografiya, reoensefalografiya, lumbal punksiya, pnevmoensefalografiya, serebral angiografiya tekshiruvlari o'tkazilardi. Oxirgi 3 ta tekshiruv katta diagnostik ahamiyatga ega edi. Bu tekshiruvlarni o'tkazish uchun bemor shifoxonaga, ya'ni neyroxirurgiya bo'limiga yotqizilardi.

Yuqorida qayd qilingan barcha tekshiruvlardan tashqari, bemorni nevropatolog, otonevrolog, okulist, psixiatrlar ham ko'rishi va o'z xulosasini berishi zarur bo'lardi. Ushbu mutaxassislar xulosalari asosida yoki ularning ishtirokida konsilium o'tkazilardi va ana shundan keyin bosh miyada o'sma bor yoki yo'qligi haqida bir fikrga kelinardi. Demak, bemorni shifoxonaga yotqizmasdan va shuncha tekshiruvlarni o'tkazmasdan turib miya o'smasini aniqlab bo'lmasdi. Demak, bitta bemorga aniq diagnozni qo'yish uchun deyarli 10 ta shifokor kamida

10 kun mobaynida mehnat qilishiga to'g'ri kelardi. Vaholanki, tekshiruvlarga yo'qotilgan har bir kun erta davolashni boshlash uchun yo'qotilgan har bir kun bilan barobardir. Mana shu kunlar mobaynida, vrachlarning xatti-harakatidan aksariyat bemorlar o'zida o'sma kasalligi izlanayot-ganligini bilib olardi, bu esa bemor va uning yaqinlari uchun katta bir psixologik sinov bo'lgan. Hozirchi? Hozir bemorda bosh miya o'smasi bor-yo'qligini aniqlash uchun deyarli bir soat vaqtning o'zi yetarli, xolos, ya'ni KT yoki MRT tekshiruvlariga ketgan vaqt.

Albatta, bitta bemorni bir nechta mutaxassisning sinchkovlab tekshirishi va o'zaro maslahatlashishlari vrachning klinik tafakkurini oshiradi, bir qancha hamkasblari bilan muloqotda bo'lgan vrachning mahorati yanada ko'tarilardi. Biroq, u paytlari ham, hozir ham vrachning maqsadi yagona bo'lgan, bundan keyin ham shunday bo'lib qoladi. Bu ham bo'lsa diagnozni erta aniqlash va davolashni erta boshlash.

Shu yerda aytib o'tish lozimki, KT va MRT kabi zamonaviy tekshirish usullari bebaho tekshiruvlardir, biroq ularning paydo bo'lishi vrachlarni dangasa qilib qo'yimoqda, ular o'z ustida ishlamay qo'yishmoqda, degan fikrlar mavjud. Bu holat tibbiyotga endi qadam qo'yib kelayotgan vrachlarda klinik tafakkurning shakllanishiga to'sqinlik qilmoqdami? Bu savolga ham «ha», xam «yo'q», deb javob berish mumkin. Shu muammoni nevrologiya misolida tahlil qilib ko'raylik. Chunki, nevrologiyada klinik diagnozni aniqlashda topografik diagnostikaning ahamiyati juda yuqori. Agar nevropatolog bemorning nevrologik statusini tekshirmasdan turib, uni KT yoki MRT tekshiruviga yuborsa, albatta unda klinik tafakkur rivojlanishi orqada qolishi mumkin. Agar u bemorni obdon tekshirib turib, keyin KT yoki MRT tekshiruviga yuborsa, albatta, uning klinik tafakkuri rivojlanib boradi. Chunki u diagnozni to'g'ri yoki noto'g'ri qo'rganini bilib oladi. Xatosining sabablarini izlaydi, qayerda qanday kamchilikka yo'l qo'rganini anglab yetadi. Bemorni yana tekshirib ko'radi va KT da topilgan o'choq bilan o'zi tekshirib topgan belgilarni solishtirib ko'radi. Demak, zamonaviy tekshirish usullari faqat vrachning mahoratini oshirishi mumkin va bu esa vrachning ushbu tekshiruvlardan qanday tarzda foydalanishiga ko'p bog'liq.

Onkologik kasalliklarda bemorlar psixologiyasi haqida so'z yuritishni bosh miya o'smasi diagnostikasi bilan bog'liq bo'lgan vaziyatlar bilan boshlashimiz bejiz emas. Chunki organizmning boshqa a'zolarida joylashgan o'smalardan farqli o'laroq, bosh miya

o'smalarining o'zi bir qator ruhiy buzilishlarga olib keladi. Bundan tashqari, miyasida o'sma aniqlangan va uni operatsiya qilib davolash mumkinligini bilgan bemor og'ir ruhiy vaziyatga tushadi. Chunki gap bosh miya haqida ketayapti! Demak, bu yerda vrachning vazifasi ushbu muolajalar bilan bog'liq bo'lgan psixologik taranglikni yumshatishdan iborat bo'lmog'i va bu masala bilan psixolog emas, aynan neyroxirurgning o'zi shug'ullanishi lozim. Operatsiya murakkab bo'lsa-da, undan keyin bemorning ahvoli ancha yaxshilanishi va uni qiynayotgan dardlardan xalos bo'lishini bemorga davolayotgan neyroxirurgning o'zi tushuntirishi lozim.

Neyroxirurgiya markaziga yoki bo'limiga taklif qilingan psixolog nafaqat bemorda o'sma sababli paydo bo'lgan ruhiy buzilishlarni aniqlashi va davolashi, balki neyroxirurglar bilan hamkorlikda bemorni operatsiyaga tayyorlashda va operatsiyadan keyingi davrdagi davolash jarayonlarida faol ishtirok etishi lozim.

18.2. Onkologik kasalliklarda ruhiy-hissiy buzilishlarning sabablari

Ma'lumki, xavfli o'smalar onkologik kasalliklar ichida eng xavflisidir. Bu kasallik aniqlangan bemorlar iloji boricha unda xavfli o'sma borligidan bexabar bo'lishi lozim. Bunday vaziyatlarda vrach qanday yo'l tutishi kerak. Odatda, "Sizda haqiqatan ham o'sma aniqlandi, biroq u xavfsiz, ya'ni hayotingizga xavf solmaydi, uni davolash mumkin" deyiladi. Biroq bemorda o'smaning xavfli turi borligini vrach uning qarindoshlariga aytishi lozim. Gap shundaki, bemor ertami kechmi o'z kasalligi haqida qarindoshlaridan bilib oladi yoki bo'lmasa, shifokorlarning xatti-harakatidan, bemor bilan qilgan muloqotlaridan bilib oladi. Bu yerda, ayniqsa, hamshiralalar juda ehtiyot bo'lishlari lozim. Chunki bemorlar ba'zan aldov yo'llari bilan hamshiralardan haqiqatni bilib olishga intilishadi va buning uddasidan chiqishadi ham. Buning yuridik javobgarligi borligini har bir tibbiyot xodimi unutmasligi kerak. Yuridik javobgarlik turli ko'rinishda bo'lishi mumkin: ishdan haydalihsidan 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 u yerda sirni kimdan bilib olganligini ko'rsatishi ham mumkin. Ba'zi hollarda bemor o'z kasalligini bemorlardan bilib oladi. Shuning uchun ham shifokorlar boshqa bir bemorning kasalligini ikkinchi bir bemorga aytmasligi

kerak. Sirni bilgan bemor davolanishga qattiq qarshilik ko'rsatishi, davolanishdan voz kechib shifoxonani tark etishi yoki davolash jarayonlarida juda katta qiyinchiliklar tug'dirishi mumkin.

Odatda, sirdan voqif bo'lgan bemorda dastlab ruhiy karaxtlik ro'y beradi, bu xabarni u o'lim haqida chiqarilgan hukmdек qabul qiladi. Nima qilishini bilmay qoladi, xayolan har xil rejalar tuzadi, aniq bir qarorga kela olmaydi, doktorlar xato qilmadimikan deb o'ylaydi, qayta tekshirishlarini iltimos qiladi. Boshqa mutaxassislar yoki boshqa tibbiy markazlar bilan maslahatlashib ko'rishni yaqinlaridan talab qiladi.

Biz gurkirab rivojlanib kelayotgan axborot texnologiyalari asrida yashamoqdamiz, internetdan foydalanuvchilar soni ham kundankunga oshib bormoqda. Deyarli barcha ta'lim muassasalari, shifoxonalar, korxonalar bilan bir qatorda, har bir xonadonga internet kirib kelmoqda. U yerdan juda ko'p ma'lumotlarni bemalol olish mumkin. Bemor ham bundan foydalanishi va o'ziga kerakli ma'lumotni topib olishi mumkin. Bu yerda talabalar ham ehtiyot bo'lishi lozim, bemor ulardan ham o'ziga kerakli ma'lumotlarni bilib olishi qiyin emas. Talabalar bemorlarni ko'rgani kirganda, palatalarda darslik va o'quv qo'llanmalarini qoldirmasliklari, ularni so'ragan bemorlarga bermasliklari kerak.

Qo'llanilayotgan diagnostika va davolash usullaridan ham bemor o'z kasalligi turini bilib olishi mumkin. Masalan, ko'pchilik nur bilan davolash usuli xavfli o'smalarda ko'p qo'llanilishini yoki og'riqlarni qoldirish uchun narkotik analgetiklar buyurilishini, ozib ketish rak uchun xos ekanligini bilishadi.

Demak, onkologiyada sir saqlash o'ta murakkab masaladir, biroq buning uddasidan chiqishga intilish lozim va bemor sirni bilib qolgandan keyin vrach qanday yo'l tutishni ham o'ylab qo'yishi kerak. Odatda, sirdan voqif bo'lgan bemorlarda reaktiv nevroz yoki reaktiv psixoz rivojlanadi. Bu yerda, albatta, psixologning yordami kerak bo'ladi va undan unumli foydalanish kerak. Umuman olganda, onkologiya, neyroxirurgiya, ftiziatriya, kardiologiya, xirurgiya va travmatologiya ilmiy markazlarida, harbiy gospitallarda psixologlar uchun ish joylari ajratilgan bo'lishi kerak. Deyarli barcha rivojlangan davlatlarda shunday. Chunki bu markazlarda kasallik turlari va bemorlar soni ko'p. 2008-yildan boshlab Respublikamizning barcha shifoxonalarida psixosomatik tibbiyot bo'limlari ochilishi rejalashtirilmoqda. Ushbu bo'limlarda tibbiy psixologlar faoliyat ko'rsata boshlashadi.

18.3. Onkologik bemorlarda ruhiy-hissiy buzilishlarning klinik manzarasi

Onkologik kasalliklarda reaktiv holatlar, birinchi navbatda, xavotirli-depressiv sindrom rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi. Shuningdek, ipoxondriya, isteriya, insomniya va agressiv holatlar yuzaga kelishi yoki aksincha, bemorda o'z kasalligiga nisbatan butunlay befarqlik paydo bo'lib, vrachlarning xulosalarini butunlay inkor qilish darajasigacha yetishi mumkin. Agar bemorga o'tkazilgan operatsiyalar muvaffaqiyatli chiqsa, reaktiv nevroz va psixoz belgilari o'z-o'zidan kamaya boshlashi ham mumkin.

Kasallik avj olib, bemorning ahvoli og'irlashaversa, ruhiy buzilishlar kuchayib, turli xil gallutsinatsiyalar, konfabulatsiyalar, psevdoreminissensiya, derealizatsiya, depersonalizatsiya va deliriylar rivojlanishi mumkin. Bu sindromlar haqida avvalgi boblarda ma'lumotlar berganmiz. Ular kaxeksiya rivojlangan bemorlarda ko'p kuzatiladi va o'tkir ko'rinishda namoyon bo'lishi hamda remissiyalar bilan kechishi mumkin. Kasallik o'ta kuchaygan paytlarda stupor holatlari ham kuzatilib turadi.

Deylik, bemor o'zida rak kasalligi borligini bilib oldi va uni vrachga aytdi. Vrach ushbu vaziyatda qanday yo'l tutishi kerak? Ta'kidlash lozimki, ba'zi davlatlarda rak kasalligi aniqlangandan keyin, masalan, leykoz, bemordan kasallik yashirilmaydi, unga davolanish va uning natijalari bilan bog'liq bo'lgan barcha ma'lumotlar beriladi. Chunki bu kasallik bilan bog'liq bo'lgan nafaqat tibbiy muammolar, balki oila a'zolari va ish joyi bilan bog'liq bo'lgan bir qator yuridik muammolarni (masalan, vorislik masalalari) ham hal qilishga to'g'ri keladi. Shuning uchun ham xavfli kasalliklar aniqlangan bemorlarga kasallik haqida ma'lumot berishni individual tarzda hal qilish lozim. Bunda bemorning yoshi, oila va jamiyatda tutgan o'rni hisobga olinishi lozim. Albatta, bemorga uning kasalligi turi haqidagi ma'lumot berilishidan oldin, uning yaqin oila a'zolari bilan maslahatlashish lozim. Agar oila a'zolari bunga qarshi tursa, sirni ochmagan ma'qul.

Mabodo, xabarni eshitgan bemor "Menda undoq kasallik yo'q, men ishonmayman" deb, ma'lumotni inkor qilsa, vrach uning fikrini ma'qullashi zarur. Faqat xavfli o'sma barcha tekshiruvlar natijasida aniqlangan taqdirdagina, uni bemorning yaqinlariga aytish lozim. Chunki, onkologik kasalliklar diagnostikasida yo'lga qo'yilgan xatolik og'ir asoratlarga va janjallarga sababchi bo'lishi mumkin.

Afsuski, “Xavfli o’sma” diagnozining keyingi tekshiruvlarda xavfsiz bo‘lib chiqqani tibbiy amaliyotda uchrab turadi. Ba’zan gistologik tekshirishlarda ham xatoga yo‘l qo‘yiladi. Demak, tekshiruvlar o‘ta aniqlik bilan o‘tkazilishi zarur.

Bemorga kasallik haqida ma’lumot bermaslikning salbiy tomonlari ham bor. Masalan, yaqin orada to‘yi rejalashtirilgan yigit yoki qizning ota-onasiga farzandining kasalligi haqida deontologiya va etikaning barcha prinsiplariga amal qilgan holda ma’lum qilish zarur. Yoki kasalligi jiddiy ekanligidan bexabar bemor ko‘rsatilgan vaqtda davolanish muolajalariga kelmasligi va zarur dori-darmonlarni vaqtida qabul qilmasligi mumkin, jiddiy kasalligidan bexabar bemor uzoq safarlarga ketishi, zararli fizioterapevtik muolajalar olishi mumkin. Shuningdek, ushbu kasallik bilan ishlashga mone‘lik qiluvchi kasb egalarida, ya’ni uchuvchi, poyezd mashinisti, haydovchi va shu kabi o‘zi va boshqa birovlar xayoti uchun havfli vaziyatlar yuzaga kelishi mumkin. Bunday vaziyatlar juda ko‘p va ular vrach tomonidan e’tiborga olinishi zarur.

Bemorga kasallik haqida xabar berilgandan keyin uni davolashning afzalliklari haqida batafsil ma’lumot berish lozim. Vrach juda ustalik 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 foyda beradi.

Obro‘-e’tiborga ega vrach ishonchli psixologik usullardan foydalangan holda, o‘ta og‘ir onkologik bemorlar bilan ham til topisha oladi va ularga o‘z fikrini singdira oladi. Bemorning fikri-zikri esa vrach tavsiyalarini bajarishga qaratilgan bo‘ladi, hatto umrining so‘nggi kunlarigacha, ahvoli og‘irlashgan paytda ham vrachning tavsiyalaridan voz kechmaydigan va hayotga umid bilan yashovchi bemorlar bo‘ladi. Bemorlar bilan bunday hamnafas bo‘lishga erishish uchun onkolog o‘ta mahoratli psixolog bo‘lishi kerak.

Onkologik shifoxonalarda psixologik yordam faqat psixologik 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 bilan uchrashuvlar tashkil qilish ham foydali. Yuqorida aytib o‘tilganidek, nafaqat bemorning o‘ziga, balki uning yaqin oila a’zolariga ham psixologik yordam berishga to‘g‘ri keladi. Agar ular bilan psixologlar va onkologlar shug‘ullanmasa, bemorlar va ularning yaqinlari

“rakdan butunlay xalos qilishni” va’da qilayotgan tabiblarga va psevdovrachlarga murojaat qilib, to’g’ri davolanish uchun o’ta zarur bo’lgan qimmatli vaqtni boshqa muolajalarga yo’qotib yurishadi.

Quyidagi voqea bunga yaqqol misol bo’lsa kerak.

Tibbiyot institutini tugatgan va o’sma kasalligining dastlabki bosqichlaridayoq, maxsus tibbiy yordamlardan voz kechib, tabibning tavsiyasi bilan “rak kasalligini kuydirib yo’qotish uchun” kerosinni burniga tomizib, shuningdek, oz-ozdan ichib yurgan va keyinchalik toksik ensefalopatiya, kuchli darajada ifodalangan gallutsinator-illuzor buzilishlar, deliriyalar rivojlangan bemorni uyiga ko’rgani borganimda, uning ahvoli o’ta og’ir edi. U yotgan joyida alahsirab yotardi, ro’parasida turgan osma ukol osib qo’yilgan kiyim osgichga qarab, “yo’qotinglar uni, yo’qotinglar uni” deb, baqirardi. Men “Kim u?” deb so’raganimda, “U tabib, tabib, u meni zaharladi, yo’qotinglar uni, yo’qotinglar” deb, alahsirab baqirardi. Xotini “Adasi, hozir sizga osma ukol qo’yishadi, u tabib emas, kiyim osadigan veshalka” desa ham, hadeb hozir aytgan gaplarini takrorlayverardi. Xotinini goh tanirdi, goh uning yonida yig’lab o’tirgan singlisi bilan adashtirardi. Xotiniga baqirib, “Xotinimni chaqirib kel” derdi, xotini yig’lab, “Adasi bu menman” desa, unga tikilib qarab turib, ma’nosiz uzuq-yuluq gaplarni takrorlayverardi. Ovqatga qarab turib, uni itarib to’kib yubordi. Tomirdan qilinadigan dorilarni bemorni uxlatib, yuborishga to’g’ri keldi va davolanishni shu tarzda davom ettirish tavsiya etildi. Eng achinarlisi, endi 28 yoshga kirgan bu yigitda oshqozon saratoni aniqlangan edi, uni operatsiya qilib davolasa bo’lardi, u boshqa a’zolarga metastaz bermagan edi. Bitta o’g’il va qizli bu doktor bemorning xotini ham tibbiyot institutini tugatgan edi (ular birga o’qishgan). Meni konsultatsiyaga olib kelgan akasi ham vrach edi. Aynan akasi tabibda emas, onkologlarda davolanishni, operatsiya qildirishni qayta-qayta ukasiga uqtirgan. Biroq u vrachlarga va akasining so’zlariga qo’loq 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 keyin 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 chiqilgan emas. Biroq zamonaviy

davolash usullarini qoʻllab, bemorni xavfli oʻsmalarning dastlabki bosqichidayoq, butunlay xolos qilish mumkin. Bu haqida bemorlarga va ularning yaqinlariga samarali tushuntirish ishlarini olib borish lozim. Shifoxonalarda bu haqida ilmiy-ommabop devoriy gazetalar osib qoʻyish, kichik-kichik broshuralar tayyorlash ham oʻta muhimdir.

Nazorat uchun savollar

1. Onkologik kasalliklarda ruhiy buzilishlarning kelib chiqish sabablari nimalardan iborat?

2. Onkologiyada bemor va shifokor orasidagi psixologik munosabatlarda qanday ziddiyatlar yuzaga kelishi mumkin?

3. Onkologik bemorlarda ruhiy buzilishlarning klinik manzarasi haqida soʻzlab bering.

4. Onkologik kasallarda oʻzingiz guvohi boʻlgan vaziyatlar haqida soʻzlab bering.

XIX BOB. PSIXODIAGNOSTIKA. PSIXOLOGIK TESTLAR

Tibbiy amaliyotda depressiya va xavotirni aniqlashda Gamilton, Sung va Spilberger-Xanin shkalalari ko'p qo'llaniladi. Ular oddiy va sodda tuzilgan bo'lib, depressiya va xavotir darajasini tezkorlik bilan aniqlash va baholash mumkin. Ayniqsa, somatik buzilishlar bilan namoyon bo'ladigan xavotirli-depressiv sindromlarda Gamilton shkalalari keng qo'llaniladi.

19.1. Depressiyani aniqlash va baholash

Gamilton shkalasi. Ushbu shkala "Depressiya" diagnozi aniqlangan bemorlarda kasallik darajasini baholash va dinamikada o'rganish uchun qo'llaniladi. Shkaladagi savollar bemorni so'ngi hafta ichida bezovta qilayotgan simptomlarni aniqlashga va baholashga qaratilgan. Sung shkalasidan farqli o'laroq, *Gamilton shkalasi mutaxassis tomonidan to'ldiriladi*. Shkalani to'ldiruvchi mutaxassis tajribali bo'lishi, depressiyaning klinik ko'rinishlarini va shkalada ko'rsatilgan savollarni mukammal bilishi lozim. Shkalani to'ldirayotganda bemorni shoshirmaslik, unga bosim o'tkazmaslik, bemor savollar ma'nosini anglay olmasa, uni lo'nda va sodda til bilan tushuntirish lozim. Agar shkalani to'ldirayotgan mutaxassisda bemorning javoblari shubha uyg'otsa, qo'shimcha ma'lumot uchun uning ahvolini yaqindan biladigan qarindoshlarini yoki uni davolayotgan vrachni jalb qilish mumkin.

Ushbu shkala bo'yicha qayta tekshiruvlar o'tkazilayotganda bemorga ham, mutaxassisga ham avvalgi to'ldirilgan shkala ma'lumotlaridan foydalanish man qilinadi, faqat qayta tekshiruv o'tkazib bo'lingandan keyin uning xulosalari avvalgi tekshiruv xulosalari bilan solishtirilishi mumkin.

Shkaladagi har bir savolga berilgan javob variantlari 0 - 2 ball, 0 - 3 ball va 0 - 4 ball qilib belgilangan. 16-ustundagi tana vaznini baholash bo'yicha berilgan savolga 16A yoki 16B bo'yicha javob berish kerak. Shkala birinchi gal to'ldirilayotganda 16A punkt bo'yicha (anamnezga asoslanib), ikkinchi gal to'ldirilayotganda, ya'ni bemorning ahvoli dinamikada o'rganilayotganda javobni 16B punkt bo'yicha (tana vaznini obyektiv tekshiruvlarga) 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 punktda ko'rsatilgan. Agar bemorning ahvolidan kun bo'yi o'zgarishlar kuzatilmasa 18A punkt bo'yicha 0 ball belgilanadi, bunda 18B punkt bo'sh qoldiriladi. Agar kun bo'yi depressiya alomatlari kuchayib turishi kuzatilsa, 18A punkt bo'yicha uning ertalab yoki kechqurun bo'layotganligi baholanadi, 18B punkt bo'yicha esa ushbu kuchayishlarning darajasi baholanadi.

19.1.1. Depressiyani baholash uchun Gamilton shkalasi

1. Depressiv kayfiyat.

(tushkunlik, ishonchsizlik, o'zini kamsitish hissi)

0- yo'q

1- ko'rsatilgan holatlar so'ralganda aytiladi

2- to'satdan o'zi shikoyat qiladi

3- hulq-atvori (tana vaziyati, mimikasi, ovozi, yig'loqilik)dan bilib olinadi

4- ko'rsatilgan holatlar ham gapirishidan, ham xulq-atvoridan bilinib turadi

2. Aybdorlik hissi.

0- yo'q

1- o'zini kamsitish, boshqalarga pand berganlik hissi

2- o'zini kamsitish hissi, o'z xatolarini va gunohlarini azob bilan eslash

3- hozirgi kasalligini go'yoki unga berilgan jazodek his qiladi, aybdorlik hissi

4- ayblovchi va/yoki qoralovchi mazmundagi verbal gallutsiatsiyalar, va/yoki qo'rqituvchi mazmundagi ko'ruv gallutsiatsiyalari

3. Suitsidal niyatlar.

0- yo'q

1- yashashning keragi yo'qdek 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- qiynalmay uyquga ketish

1- ba'zan uyqu kelmasligiga shikoyat qilish (30 daqiqadan ko'proq)

2- har kecha uxlay olmayotganiga shikoyat qilish

5. O'rta uyqusizlik.

0- yo'q

1- tun mobaynida notinch uyquga shikoyat qilish

2- butun tun mobaynida bir necha bor uyg'onib ketish, o'rnidan turish

6. Kechikkan uyqusizlik.

0- yo'q

1- erta uyg'onib ketish va keyin yana uyquga ketish

2- erta saharda butunlay uyg'onib ketish

7. Ishchanlik va faollik.

0- qiyinchiliklar yo'qligi

1- ishga qodir emaslik hissi, charchash va holsizlik hissi,

2- ishga va boshqa faoliyatga qiziqishning yo'qolishiga 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.

(fikrlar karaxtligi va nutqning sekinlashuvi, fikrni bir joyga jamlay olmaslik, harakat faolligining pasayishi)

0- nutq va fikrlash saqlangan

1- suhbat chog'ida yengil karaxtlik

2- suhbat chog'ida sezilarli karaxtlik

3- so'rov-suhbat chog'ida kuchli qiyinchiliklar

4- stupor

9. Ajitatsiya.

0- yo'q

1- notinchlik

2- qo'li bilan tartibsiz harakatlar qilishi, sochini yulish

3- qimirlayverish, bir joyda o'tira olmaslik

4- qo'li bilan chertaverish, tirnog'ini tishlayverish, sochini yulish, labini tishlash

10. Ruhiy xavotir.

0- yo'q

1- subyektiv taranglik va jahldorlik

2- arzimagan sababdan bezovtalanish

3- so'zida va yuzida aks etgan xavotir

4- qo'rquvning yuzida aks etib turishi

11. Somatik xavotir.

(xavotirning fiziologik ko'rinishlari - **gastrointestinal** - og'iz qurishi, meteorizm, dispepsiya, diareya, spazmlar, kekirish, **yurak-qon tomir** - yurak urishi, bosh og'riqlar, **nafas olish** - giperventilatsiya, nafas yetishmovchiligi bilan siyishning tezlashuvi, terlash)

0- yo'q

1- sust

2- o'rtacha

3- kuchli

4- o'ta kuchli

12. Oshqozon-ichak sistemasi belgilari.

0- yo'q

1- ishtahaning yo'qolishi, biroq ovqatni yeyishga ortiqcha zo'rlamaslik, qorinda og'irlik hissi

2- kuchli undashlar hisobiga ovqatlanishga rozi bo'lish, ichni suruvchi dorilarga 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.

(libidoning yo'qolishi, hayz buzilishi)

0- yo'q

1- sust ifodalangan

2- kuchli ifodalangan

15. Ipoxondriya.

0- yo'q

1- o'z dunyosiga g'arq bo'lish

2- sog'lig'idan haddan tashqari aziyat chekish

3- shikoyatlar ko'pligi, yordam haqida iltimoslar

4- ipoxondrik alahsirashlar

16. Tana vaznining kamayishi.

(yo 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 ovqatlardanidan, charchaganidan, ob-havodan va h.k. dan deb bilish
- 2- betobligini butunlay anglamaslik

18. Kundalik o'zgarishlar (simptomlarning kun mobaynida kuchayishi).

(B punkt baholanishi uchun A punktda buzilishlar aniqlanishi kerak)

A. Simptomlar kuchayishi.

- 0- kuchayish yo'q
- 1- ertalab
- 2- kechqurun

B. Kuchayish darajasi.

- 0- yo'q
- 1- sust
- 2- kuchli

19. Depersonalizatsiya va derealizatsiya.

(o'zining va atrofdagilarning o'zgarganligi)

- 0- yo'q
- 1- sust
- 2- o'rtacha
- 3- kuchli
- 4- o'ta kuchli

20. Paranoidal simptomlar.

- 0- yo'q
- 1- gumonsirash
- 2- munosabatlar g'oyasi
- 3- ta'qib qilinish fikrlari

21. Obsessiv va kompulsiv simptomlar.

- 0- yo'q
- 1- yengil
- 2- og'ir

GAMILTON SHKALASI BLANKI
(depressiyani baholash uchun)

Shkala punktlari	KO'RSATKICHLAR (to'g'ri javob belgilab chiqiladi)				
	0	1	2	3	4
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. Ipxondriya	0	1	2	3	4
16. Tana vaznining kamayishi A	0	1	2	3	
16. Tana vaznining kamayishi B	0	1	2	3	
17. Tanqidiy munosabat	0	1	2		
18. Kundalik o'zgarish A	0	1	2		
18. Kundalik o'zgarish B	0	1	2		
19. Depersonalizatsiya va derealizatsiya	0	1	2	3	4
20. Paranoidal simptomlar	0	1	2	3	
21. Obsessiv va kompuls simptomlar	0	1	2		

Ballar yig'indisi: shkalada eng past ball 0 bo'lsa, eng yuqorisi 52 ball hisoblanadi.

Depressiya darajasi qo'yidagicha baholanadi:

0-6 ball – depressiya yo'q;

7-15 ball – yengil depressiya;

Ballar yig'indisi 16 va undan oshgan sayin depressiya darajasi og'ir hisoblanib borilaveradi. Masalan, 52 ball to'plansa – depressiyaning eng og'ir darajasi aniqlangan hisoblanadi. Savolnomani to'ldirishga ketgan vaqt 30 minutdan oshmasligi kerak.

19.1.2. Depressiyani baholash uchun Sung shkalasi

Ismi sharifi _____ Tekshiruv sanasi _____

Ko'rsatma: "Quyida keltirilgan har bir jumlaning diqqat bilan o'qing va aynan hozirgi paytda o'zingizni qanday his qilayotgan bo'lsangiz, shunga mos javoblar to'g'risiga "+" belgisini qo'ying. Savollar ustida uzoq o'ylanmang va fikringizga kelgan birinchi javobni belgilang, chunki to'g'ri yoki noto'g'ri javoblar yo'q".

No	SAVOLLAR, VAZIYATLAR	Hech qachon	Ba'zan	Tez-tez	Deyarli har doim
1	2	3	4	5	6
1.	Men tushkunlikni his qilayapman				
2.	Ertalab men o'zimni juda yaxshi his qilaman				
3.	Men yig'lab turaman				
4.	Men tunda yomon uxlayman				
5.	Ishtaham yomon emas				
6.	Menga yoqqan odamlar bilan suhbatlashgim, ularning yonida bo'lgim keladi				
7.	Men vaznimni yo'qotayotganimni sezayapman				
8.	Meni qabziyatlar bezovta qiladi				
9.	Yuragim odatdagidan tezroq uradi				
10.	Men hech qanday sababsiz charchayman				
11.	Mening fikrlarim har doimdagidek aniq				
12.	Qo'limdan keladigan ishlarni osonlikcha bajaraman				
13.	Bezovtalikni his qilayapman va bir joyda o'tira olmayapman				
14.	Menda kelajakka ishonch bor				
15.	Meni odatdagidan jahlim tezroq chiqayapti				

1	2	3	4	5	6
16.	Menga bir qarorga kelish juda oson				
17.	Men foydali va zarur ekanligimni his qilaman				
18.	Men to'laqonli hayot kechirayapman				
19.	Men o'lsam, boshqalarga yaxshi bo'lishini his qilayapman				
20.	Meni avvallari xursand qiladigan narsalar hozir ham xursand qiladi				

Miqdoriy baholash variantlari:

Hech qachon	1
Ba'zan	2
Tez-tez	3
Deyarli har doim	4
To'g'ri savollar:	1,3,4,7,8,9,10,13,15,19
Teskari savollar:	2,5,6,11,12,14,16,17,18,20.
To'g'ri savollar bahosi	1 2 3 4
Teskari savollar bahosi	1 2 3 4

Depressiya darajasi (DD) quyidagi formula orqali aniqlanadi:

$$DD = \sum to'g'. + \sum tes.,$$

Bu yerda $\sum to'g'.$ – belgilangan “to'g'ri” savollar yig'indisi;
 $\sum tes.$ – belgilangan “teskari” savollar yig'indisi.

Depressiya darajasi:

Depressiya yo'q - 50 ballgacha (yoki 40 xom ballar);
 Yengil depressiya - 50–59 (40-48 xom ballar);
 O'rta darajali depressiya - 60–69 (48–55 xom ballar);
 Og'ir depressiya - 70 va undan yuqori (56 va undan yuqori xom ballar)

Xom ballar = to'g'ri +teskari ballar;

Standart ballar = (xom ballar x 100)/80

19.2. Xavotirni aniqlash va baholash uchun testlar

19.2.1. Xavotirni baholash uchun Gamilton shkalasi

Gamilton shkalasi ham xavotirli-depressiv sindrom aniqlangan bemorlarda *xavotir darajasini* baholash uchun ishlatiladi. Xavotir darajasini aniqlash uchun qo'llaniladigan Spilberger-Xanin shkalasidan farqli o'laroq, Gamilton shkalasi *mutaxassis tomonidan* to'ldiriladi va buning uchun bemorni so'ngi haftada bezovta qilayotgan subyektiv simptomlardan foydalaniladi. Shkaladagi savollar ham ruhiy, ham somatik buzilishlar darajasini aniqlashga moslab tuzilgan.

1. Xavotirli kayfiyat.

(tashvishlanish, yomonlikni kutish, xavotirlanish, jahldorlik)

2. Keskinlik, taranglik.

(keskinlikni, taranglikni his qilish, seskanish, darrov yig'lash, titroq bosish, bezovtalanish hissi, bo'shasha olmaslik)

3. Qo'rquv.

(qorong'ilikdan, begonalardan, yolg'izlikdan, hayvonlardan, olomondan, transportdan)

4. Insomniya.

(uyqu kelishning qiyinligi, uzuq-yuluq uyqu, uyqudan charchab turish, yomon tushlar ko'rish)

5. Intellektual buzilishlar.

(fikrni bir joyga jamlay olmaslik, xotira buzilishi)

6. Depressiv kayfiyat.

(odatiy qiziqishlarning yo'qolishi, o'zi yoqtirgan faoliyatdan qoniqmaslik, tushkun kayfiyat, erta uyg'onish, kundalik kayfiyatning o'zgarib turishi)

7. Somatik motor simptomlar.

(og'riqlar, titrash, taranglik, klonik titrashlar, tishini g'ichirlatish, ovozning titrab chiqishi, mushaklar tonusining oshuvi)

8. Somatik sensor simptomlar.

(quloqda shovqin, ko'rishning xiralashuvi, qizib ketish yoki sovuq qotish, holsizlikni his qilish, sanchuvchi og'riqlar sezish)

9. Yurak-qon tomir simptomlari.

(taxikardiya, yurak urishi, ko'krak qafasida og'riq, tomir urishlarini sezib turish, tez-tez xo'rsinish)

10. Respirator simptomlar.

(ko'krak qafasi bosilgandek va siqilgandek bo'lish, bo'g'ilish, tez-tez xo'rsinish)

11. Gastrointestinal simptomlar.

(yutishning qiyinlashuvi, meteorizm, qorinda og'riq, jig'ildon qaynash, oshqozonda to'qlik hissi, ko'ngil aynish, qusish, qorinda g'o'ldirash, diareya, qabziyat, tana vaznining kamayishi)

12. Siydik ajratish sistemasi va jinsiy a'zolar simptomlari.

(siyishning tezlashuvi, siyishga kuchli istakning paydo bo'lishi, amenoreya, menoragiya, frigidlik, erta eyakulatsiya, libidoning so'nishi, impotensiya)

13. Vegetativ simptomlar.

(og'iz qurishi, terining qizarib yoki oqarib ketishi, terga botish, zo'riqish hissi bilan keluvchi bosh og'riqlar)

14. Ko'rik paytida xulq-atvori.

(kursida tinch o'tirmaslik, bezovta mimika va bezovtalanib yurish, tremor, yuzida taranglik va xo'mrayish alomatlari, xo'rsinaverish yoki nafas olishning tezlashuvi, tufugini yutaverish)

Demak, shkala 14 punktdan iborat bo'lib, javob variantlari simptomlarning ifodalanish darajasiga qarab 0 dan 4 ballgacha qilib belgilangan:

0. Yo'q.

1. Yengil darajada.

2. O'rta darajada.

3. Og'ir darajada.

4. Juda og'ir darajada.

Bemor ahvolini dinamikada ko'rish zarurati tug'ilsa, qayta tekshiruvlar avvalgi savolnoma ma'lumotlaridan foydalanmagan holda o'tkaziladi. Agar davolash muolajalaridan keyin xavotir darajasi 50 foizdan ortiq kamaysa, natija ijobiy deb hisoblanadi. Savolnomani to'ldirishga ketgan vaqt 30 minutdan oshmasligi kerak.

GAMILTON SHKALASI BLANKI

Shkala punktlari	KO'RSATKICHLAR (to'g'ri javob belgilab chiqiladi)				
1. Xavotirli kayfiyat	0	1	2	3	4
2. Keskinlik, taranglik	0	1	2	3	4
3. Qo'rquv	0	1	2	3	4
4. Insomniya	0	1	2	3	4
5. Intellektual buzilishlar	0	1	2	3	4
6. Depressiv kayfiyat	0	1	2	3	4
7. Somatik motor simptomlar	0	1	2	3	4
8. Somatik 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

Xavotir darajasi quyidagicha baholanadi:

0-7 ball – xavotir yo'q;

8-19 ball – yengil xavotir;

20 balldan yuqori – kuchli xavotir. Eng yuqorisi – 56 ball.

19.2.2. Xavotirni baholash uchun Spilberger-Xanin shkalasi

Ism, sharifi _____ Tekshiruv sanasi _____

Ko'rsatma: "Quyida keltirilgan har bir jumlaning diqqat bilan o'qing va aynan hozirgi paytda o'zingizni qanday his qilayotgan bo'lsangiz shunga mos javoblar to'g'risiga "+" belgisini qo'ying. Savollar ustida uzoq o'ylanmang va fikringizga kelgan birinchi javobni belgilang, chunki to'g'ri yoki noto'g'ri javoblar yo'q".

Blankning old tomoni

№	SAVOLLAR, VAZIYATLAR	Aslo unday emas	Balki shun- daydir	To'g'- ri	Juda to'g'- ri
1.	Men tinchman				
2.	Menga hech narsa xavf solmaydi				
3.	Mening asablarim taranglashgan				
4.	Men afsus chekayapman				
5.	Men o'zimni ozod his etayapman				
6.	Men xafaman				
7.	Meni ro'y berishi mumkin bo'lgan muvaffaqiyatsizliklar qiynayapti				
8.	Meni o'zimni dam olgandek his qilayapman				
9.	Men xavotirdaman				
10.	Men ichki qoniqmaslikni his qilayapman				
11.	Men o'zimga ishonaman				
12.	Men asabiylashayapman				
13.	O'zimni qo'yishga joy topa olmayapman				
14.	Men o'ta tarang holatdaman				
15.	Men tanglikni his qilayapman, siqilayapman				
16.	Men mamnunman				
17.	Men tashvishdaman				
18.	Mening asablarim juda qo'zg'algan va o'zimni nazorat qila olmayapman				
19.	Men xursandman, shodman				
20.	Mening ko'nglim xush				

№		Deyarli hech qachon	Ba'zan	Tez- tez	Deyarli har doim
21.	Men qoniqish his qilaman				
22.	Men juda tez charchayman				
23.	Men tez yig'lab yuborishim mumkin				
24.	Men ham boshqalarga o'xshab baxtli bo'lishni xohlardim				
25.	Darrov bir qarorga kela olmaganim uchun ham ba'zan yutqazib qo'yaman				
26.	Odatda, men o'zimni tetik his qilaman				
27.	Men tinchman, o'zimni bosib olganman, vazminman				
28.	Kutilayotgan qiyinchiliklar, odatda, meni juda xavotirga soladi				
29.	Men arzimagan narsalarga ham juda siqilaveraman				
30.	Men juda baxtiyorman				
31.	Men hamma narsani yuragimga yaqin olaveraman				
32.	Menda o'zimga ishonch yetishmaydi				
33.	Odatda, men o'zimni xavfsizlikdaman, deb bilaman				
34.	Men o'ta og'ir vaziyatlardan va qiyinchiliklardan chetroq yurishga harakat qilaman				
35.	Men o'zimni ma'yus sezib turaman				
36.	Mening ko'nglim to'q				
37.	Arzimagan narsalar mening fikrimni qochiradi va hayajonga soladi				
38.	Men xafa bo'lsam uzoq vaqt o'zimga kela olmay va unuta olmay yuraman				
39.	Men vazmin odamman				
40.	Ishlarim va rejalarim haqida o'ylasam, meni kuchli xavotir egallab oladi				

Ma'lumotlarni tahlil qilish va hisoblash:

Belgilangan 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 raqamlar yig'indisi – ($\Sigma 1$) hisoblanadi, keyin qolgan 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 raqamlar yig'indisi – ($\Sigma 2$) hisoblanadi.

Quyidagi formula

$$RX = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50$$

bo'yicha **reaktiv xavotir** (RX) darajasi aniqlanadi.

Xuddi shunday tarzda $SHX = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$ formula bo'yicha **shaxsiy xavotir** (SHX) darajasi aniqlanadi.

Bu yerda,

$\Sigma 1$ – 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 raqamlar bo'yicha javoblar yig'indisi;

$\Sigma 2$ – 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 raqamlar bo'yicha qolgan javoblar yig'indisi.

Xavotir darajalari:

Yengil xavotir – 30 ballgacha;

O'rta darajadagi xavotir – 31–45 ball;

Kuchli xavotir – 46 va undan yuqori ball.

Bemorning ruhi tushmagan va ishtahasi saqlangan
bo'lishi tuzalish uchun yaxshi alomat.

Gippokrat

XX BOB. PSIXOTERAPIYA VA PSIXOFARMAKOTERAPIYA

20.1. Psixoterapiya

Psixoterapiya — qalbni, ruhni davolash degan ma'noni anglatadi. Tibbiyot paydo bo'libdiki, psixoterapiya qo'llanib kelingan. Psixoterapiya usullari asli Sharqda keng tarqalgan bo'lib, bemorlarni davolashda ko'p qo'llaniladigan usullardan biri bo'lgan.

Abu Ali Ibn Sino, Abu Bakr ar-Roziy, Ismoil Jurjoniy, Al-Karvakiy Xazoraspiy kabi buyuk allomalar o'zlarining davolash usullarida giyohlardan tashqari, psixoterapiya usullarini ham qo'llashgan. Asab-ruhiy xastaliklar bilan yotib qolgan bemorlar ularning tashrifidan, ular ishlatgan so'zlardan tuzalib, oyoqqa turib ketganlar. **So'z buyuk kuchdir.** Psixoterapiyaning asosiy maqsadi ham so'zni topib ishlata bilishdadir. So'zni bemorlarni davolashda ishlata olish ham bir san'atdir. So'z — inson uchun berilgan oliy ne'matdir, bundan bemorlarni davolashda o'ta bilimdonlik bilan foydalanish kerak. Ozgina ehtiyotsizlik salbiy natija berib qo'yishi mumkin.

Psixoterapiya usuli Yevropada XVII asrda venalik vrach va olim Mesmer tomonidan keng qo'llana 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 usulini asab kasalliklarini davolashda keng qo'llagan. Har bir nevropatolog J.Sharkoni bir qancha irsiy-degenerativ kasalliklarni bayon qilgan muallif sifatida yaxshi biladi. Bu olim Yevropada shu qadar mashhur bo'lganki, hatto unga «nevrozlar Napoleoni» deb laqab qo'yishgan. Undan ta'lim olish uchun yosh olimlar (shu jumladan, Z.Freyd ham) Parijga intilishgan.

Psixoterapiya jarayoni bemor va vrach psixologiyasining asosiy obyektidir. Psixoterapiya o'tkazayotgan paytda bemorning ruhiy holatiga, temperamentiga, kasallikni keltirib chiqargan sabablarga, organizmning umumiy ahvoriga, albatta, e'tibor qaratish lozim.

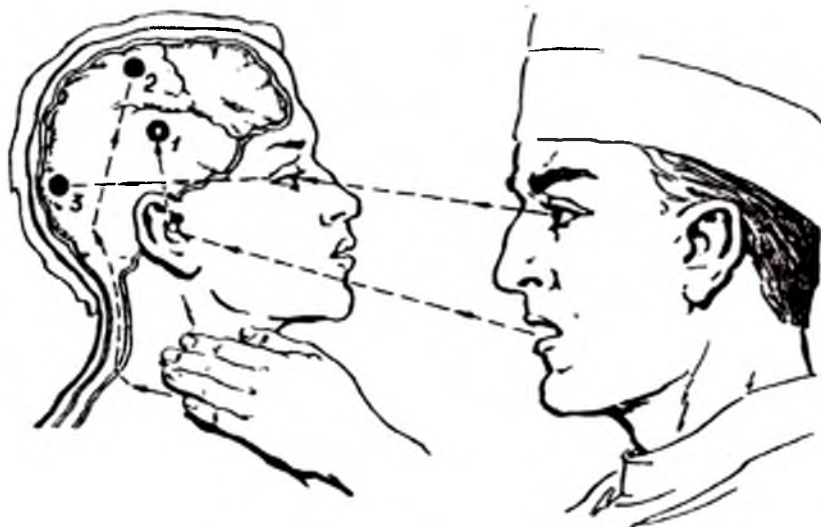
Vrach katta bilimdonlik bilan bemorning ko'nglini og'ritmasdan, kasallik sabablarini aniqlab olishi zarur. Bemor kasallik bilan bog'liq barcha sirini doktorga aytib bera olishi kerak. Psixoterapiya usuli individual bo'lishi, har bir bemor uchun individual tarzda ishlab chiqilmog'i lozim. Bemorning shaxsini to'la o'rganish psixoterapiyada muvaffaqiyat qozonishning garovidir. Bemor ruhiga ijobiy ta'sir qilish, tashxis qo'yish jarayonida boshlanadi. Davolashning muvaffaqiyatli bo'lishi vrachning obro'-e'tiborini oshiradi. Nomi chiqqan vrachning psixoterapevtik muolajalari muvaffaqiyatli chiqadi. Psixoterapiyaning yana bir afzal tomonlaridan biri unga bo'lgan ishonch va ixlosdir. Psixoterapevtik muolajalar kasalning og'ir-yengilligiga qarab, kasallik anamnezini chuqur egallagan holda uzoq yoki qisqa vaqt davom ettirilishi mumkin. Davolash muolajalarining cho'zilib ketishi, bir xil bo'lib qolishi yoki «sizni uzoq vaqt davolashga to'g'ri keladi» qabilidagi gaplar ijobiy natijalarni yo'qqa chiqarishi mumkin.

Bu yerda Z.Freydning hanuzgacha bahs va munozaralarga sababchi bo'lib kelayotgan so'zlarini keltiramiz: «Natijasi qanday tugashidan qat'i nazar, davolash jarayoni oldindan belgilangan paytda tugatilishi kerak». Demak, davolash muddati oldindan belgilanishi va buni bemor bilishi zarur.

Bemorni davolashdagipnoz, uqtirish, tushuntirish va ishontirish usullarini qo'llash zarur. Chunki shunday holatlar bo'ladi, bemor doktorning kuchiga ishonadi, lekin o'zining sog'ayib ketishiga ishonmaydi, kasalini tuzalmas, og'ir deb miyasiga singdiradi. Bu, ayniqsa, nevrozlar uchun juda xosdir. Dard sababli bemor o'z ishidan, bola-chaqasidan, xotinidan va qarindosh-urug'laridan, tinimsiz davom etayotgan davolash usullaridan bezgan bo'ladi. Bunday paytlarda neyrofiziologlar ta'biri bilan aytganda, bosh miya katta yarim sharlarining po'stlog'ida inert qo'zg'alish paydo bo'ladi. Bu o'choqni «parchalab» yuborishgina bemorni kasallik belgilaridan xalos qilishi mumkin.

Psixoterapiya bir nechta bemorlarni to'plagan holda ham olib boriladi. V.M.Bexterev bemorlarni to'plab, gipnoz o'tkazishning ahamiyati to'g'risida shunday degan edi: «Ko'pchilik bilan seans o'tkazish paytidabemorlar gipnozni bir-biriga yuqtirishadi va uning ta'sir kuchi yanada oshadi. Bemorni gipnoz usuli bilan davolamoqchi bo'lgan vrach bemor shikoyatlarini aytayotganda, nimalarni ko'p takrorlayotganiga ahamiyat berishi va bundan foydalanishi

kerak». Gipnoterapiya paytida «boʻrtib» turgan belgilarga eʼtibor berish joiz. Gipnoz oʻtkazayotgan vrach bemorga *silash, koʻz va soʻz* orqali taʼsir qilsa, miya poʻstlogʻida joylashgan uchta markazni (sezgi, koʻruv va eshituv markazlarini) tormozlash imkoniga ega boʻladi (36-rasm). Bu tormozlanish poʻstlogʻning barcha sohalariga tarqaladi va bemor gipnotik uyquga ketadi.



36-rasm. Gipnoz. Gipnoz paytida soʻz orqali taʼsir qilish nutq markazlarini (1), silash - sezgi markazlarini (2), koʻz bilan boqish — koʻruv markazlarini(3) tormozlaydi va bemorning gipnotik uyquga ketishi osonlashadi.

Psixoterapevtik tajribasi boʻlmagan vrach bemorni davolashda qiynaladi, ayniqsa, nevroz bilan kasallangan bemorda psixosomatik belgilar kuzatilsa, diagnoz qoʻyish ham ancha mushkullashadi. Bu yerda nevropatologlar ham, terapevtlar ham bir xil muammoga duch kelishadi. Masalan, bemorga uning shikoyatlariga qarab (maxsus tekshirishlar oʻtkazilmasdan), «oshqozon yarasi kasalligi» tashxisi qoʻyiladi. U bu kasallik bilan 10 yildan buyon ogʻriydi. Qorindagi ogʻriqlar siqilganda kuchayib, tinchlanganda kamaysa, ovqat rejimiga bogʻliq boʻlmasa, tashxisning toʻgʻriligi, albatta, gumon uygʻotadi. Kuchli ogʻriq bilan kechib, 10 yillab davom etadigan «oshqozon

yarasi kasalligi» biron-bir asorat berishi gastroenterolog va jarrohlarga ayon, albatta. Demak, bu o'rinda bemorni maxsus tekshirishlardan o'tkazib, «oshqozon yara kasalligi» tashxisini inkor qilgandan keyin, vrach uni psixologik usullardan foydalangan holda davolashi lozim. Bu ish bilan faqat nevropatolog yoki psixonevrolog shug'ullanishi shart emas, albatta.

O'ziga taalluqli bo'lmagan bemorni «sizda nevroz bor, endi nevropatologda davolaning» deb, bemorni doktordan-doktorga yuboraverish yomon natijalarga olib kelishi mumkin. Qolaversa, nevrozga chalingan bemorga barcha mutaxassislikdagi vrachlar dastlabki yordamni ko'rsata olishlari kerak. Iloji boricha, bemorni davolaydigan vrachlar soni kam bo'lishi maqsadga muvofiqdir. Bu haqda mashhur vrach X.F.Gufelyand (1762–1836) shunday degan edi. «Bitta vrach davolasa yaxshi, ikkitasiga ham chidasa bo'ladi, lekin uchtasi – bu dahshat!» Bu bilan u kasalni davolovchi vrachlar hadeb ko'payaversa, bemorning tuzalishi qiyinlashadi, demoqchi. Doktorlarni maslahatga chaqirish mumkin, lekin davolovchi vrach bitta bo'lmog'i kerak.

Psixoterapevtik muolajalar farmakoterapiya, fizioterapiya va davolash gimnastikalari bilan olib borilsa, natijasi yanada samaraliroq bo'ladi. Bu borada kasallik anamnezini yig'ishga ham katta e'tibor qaratish lozim. To'la yig'ilgan anamnez – yarim davo deb bejiz aytishmagan. Ba'zan bemor shifoxonada necha kun yotsa, shuncha kun anamnez yig'ish bilan o'tadi, natijada diagnoz ham, davolash ham hadeb o'zgartirilaveradi. Bu, albatta, bemorning asabiga tegadi. Davolovchi vrach to'plagan anamnez dotsentni, u yiqqan anamnez professorni qoniqtirmaydi va hokazo. Anamnez yig'ish boshqa, uni tahlil qilish boshqadir. Masalan, bemor o'zi kuyib-pishib gapirayotgan belgi tashxis uchun ahamiyatsiz bo'lib, kasalning jig'iga tegayotgan bir simptom bo'lishi mumkin, xolos. Vrach tashxis qo'yayotganda, ba'zan subyektiv simptomlarning quli bo'lib qoladi. *Bunday simptomlar tunda butalar orasidagi sharpaga o'xshaydi. Sharpa eshitiladi, odam qo'rqadi, qochadi yoki bekinib oladi. Aslida, sharpaning sababchisi – esib turgan begunoh shamoldir.* Kasallikning obyektiv belgilariga katta ahamiyat berish lozim. Har bir subyektiv va obyektiv belgi tanqidiy tahlil qilinishi kerak, ana shunda xatoga yo'l qo'yilmaydi.

Yatrogeniyalar ham aynan mana shu sabablar natijasida paydo bo'ladi. **Yatrogeniya** deb, vrach yoki boshqa tibbiyot xodimining bexosdan aytib qo'ygan so'zidan yoki tashxisidan bemorning ahvoli

og'irlashishiga aytiladi. Buning oqibatida yatropatiyalar rivojlanadi. **Yatropatiya** – bu tibbiyot xodimining ehtiyotsizligi tufayli bemorda rivojlanadigan simptom yoki sindromlardir. Masalan, ukoldan keyin bemorning qo'li yoki oyog'i «ishlamay» qolishi, vrach bemorning yuragidagi funksional shovqinni «yurak illati» hisobiga deb, xulosa chiqarishi va hokazo.

Ba'zan, vrach tomonidan olib borilayotgan to'g'ri davolash muolajalari ta'siri bemorning yaqinlarini qoniqtirmasligi mumkin. Ba'zan, surunkali kasallikdan aziyat chekayotgan bemor, doktorning so'zlaridan ko'ra, boshqa birovlarining gaplariga quloq solishi ham mumkin. Shunday hollar bo'ladiki, tajribali, obro'li doktor tavsiya qilgan dorini, deylik, tramvay haydovchisi: «E, bu dori bo'lmaydi, mening ammamga berishuvdi, ta'sir qilmadi» desa, bemor shu dorini sotib olmasdan, doktorning oldiga boshqa dori yozib berishlarini so'rab qaytib keladi. Bemorni davolayotgan paytda vrach bu vaziyatlarni ham ko'zda tutishi, bemorning yaqinlari, tanish-bilishlari bilan ham muloqotda bo'lib turishi kerak. Bemorlarda psixoterapevtik muolajalar o'tkazayotgan paytda o'z-o'zini boshqarish hissini uyg'ota bilish kerak. Ulardagi ishonchsizlikni ishonch va ixlos tuyg'ulari bilan, yolg'izlikka intilishni odamlarga, jamoaga intilish hissi bilan o'zgartirish vrachning burchidir. Bu muammolarni hal qilmasdan turib, psixoterapevtik natija olish ancha mushkuldir. Psixoterapevtik usullar psixotrop dorilarni qo'llab olib borilsa, davolash yanada muvafaqqiyatli kechadi.

20.2. Psixofarmakoterapiya

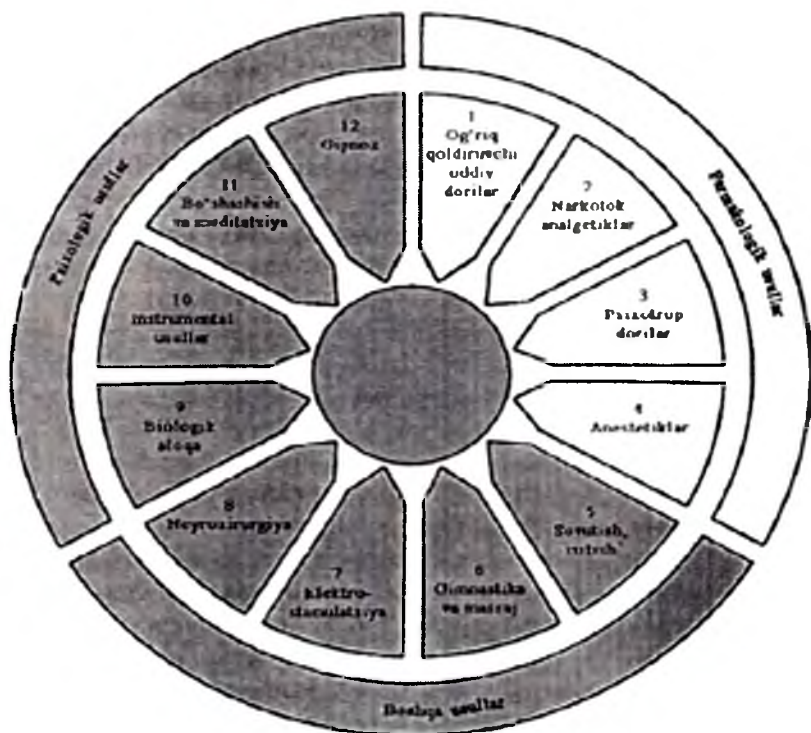
Psixogen buzilishlarni farmakologik dorilarni ishlatib davolashga **psixofarmakoterapiya** deyiladi. Psixoterapiya va gipnoterapiyaning ta'sirini kuchaytirish uchun turli psixotrop dorilardan keng foydalaniladi.

Psixotrop dorilar psixogen buzilishlarni bartaraf qilibgina qolmasdan, balki organizmda kechadigan vegetativ jarayonlarga, qon aylanishiga, yurak va nafas olish faoliyatiga ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Shuningdek, bu dorilar gastrointestinal, urologik va jinsiy buzilishlarga ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Demak, funksional buzilishlarni davolash uchun ishlatiladigan psixotrop dorilar butun bir organizmning faoliyatini yaxshilaydi. Shuning uchun ham psixotrop dorilar turli xil funksional buzilishlarni davolashda keng

qo'llaniladi. Faqat ularning dozalarini ehtiyotkorlik bilan aniqlab, bemorlarga tavsiya qilish zarur.

Ba'zan bitta simptomni yo'qotish yoki uning belgilarini kamaytirish uchun bir qancha davolash usullarini qo'llashga to'g'ri keladi. Masalan, og'riqni kamaytirish uchun ishlatiladigan vositalar 37-rasmda keltirilgan.

Psixotrop dorilarga nimalar kiradi? Turli kasalliklarda psixogen buzilishlarni davolashda ishlatiladigan va ruhiy jarayonlarga ta'sir qiluvchi dorivor moddalarga **psixotrop dorilar** deyiladi. Dastlabki psixotrop dorilar XX asrning 50-yillarida ishlab chiqarila boshlangan. Bu davrgacha bu toifadagi dorilar juda kam bo'lib, ularning ta'sir



37-rasm. Og'riqni qoldirish uchun qo'llaniladigan vositalar va usullar.

kuchi past bo'lgan. U davrda kofein, korazol, brom va valerian vositalari keng qo'llanilgan.

1957-yili dastlabki antidepressant (imipramin) kashf qilindi va psixonevrologik sindromlarni davolashda keng qo'llana boshlandi. Keyinchalik, ya'ni 70-yillarning boshida **piratsetam** kashf qilindi. Bu dastlabki nootrop dori psixotrop dorilar tarkibiga kiritildi va uning ruhiy funksiyalarga ijobiy ta'siri aniqlandi. Shunday qilib, farmakologiyaning katta bir bo'limi yaratildi va unga **psixofarmakologiya** deb nom berildi.

1966 yili Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti psixotrop dorilarning quyidagi tasnifini taklif qildi:

- a) antidepressantlar;
- b) neyroleptiklar;
- v) trankvilizatorlar;
- g) sedativ dorilar;
- d) nootrop dorilar;
- ye) psixostimulyatorlar.

20.2.1. Antidepressantlar

Antidepressantlar tasodifan kashf qilindi. 1957 yili sil kasalligiga qarshi ishlab chiqarilgan dorilardan birini qabul qilgan bemorlarda eyforiya holati kuzatilgan. Bu dorini ruhiy kasallarga berib sinab ko'rishganda, uning depressiyani kamaytirish xususiyati aniqlangan.

Bu dorining kimyoviy nomi 2-Izopropil-1- izoniko-tinoilgidrazin. Uni qisqartirib, «**iproniazid**» deb atashadi. Keyinchalik, boshqa bir dorining antidepressiv xususiyati aniqlanadi. Bu dori «**imipramin**» deb nomlanadi. Bu kashfiyotlardan keyin olimlar yangi antidepressantlar ustida ish olib borishadi va ularning yangi turlarini yaratishadi. Antidepressantlar bosh miyadagi psixik jarayonlarga murakkab ta'sir ko'rsatadi. Ular bosh miyadagi noradrenergik va serotoninergik sistemalarga ta'sir qilib neyronlardagi qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlarini muvofiqlashtiradi. Ularning aksariyati MAO ingibitori va tritsiklik antidepressantlardir. Antidepressantlar markaziy asab tizimining barcha strukturalari orasidagi funksional bog'lanishlarni tiklaydi.

Barcha antidepressantlar uchun xos bo'lgan xususiyat ularning timoleptik ta'siridir, ya'ni ular bemorlar kayfiyatini oshirib, affektiv buzilishlarni kamaytiradi. Ba'zi antidepressantlar (zoloft, ksanaks va h.k) anksiolitik ta'sirga ham ega.

Dastlab antidepressantlar faqat psixiatriya amaliyotida keng tavsiya qilingan bo'lsa, hozirgi davrda antidepressantlardan psixosomatik sindromlarni davolashda ham keng foydalaniladi va bu dorilarni maxsus retseptlar orqali terapevtlar ham tavsiya qiladi. Ayniqsa, kardionevrozlarni, kardiofobik sindromlarni, psixogen abdominal-giyalarni va boshqa somatogen depressiyalarni davolashda antidepressantlar keng tavsiya qilinmoqda. Antidepressantlarni tavsiya qilishning o'ziga xos qoidalari mavjud. Surunkali psixogen buzilishlarni davolashda barcha antidepressantlar dastlab past dozalarda buyuriladi va har ikki-uch kunda ularning dozasi oshirib boriladi. Antidepressantlarning terapevtik ta'siri 5–7 kunlardan keyin ko'zga tashlana boshlaydi. Ularning kech ta'sir qila boshlashini neyromediatorlarning sinapslarda asta-sekin to'planishi va retseptorlar sezuvchanlik darajasining o'zgarishi bilan bog'lashadi.

Ba'zi antidepressantlar (amitriptilin) kattaroq dozalarda kardiotoksik ta'sir ko'rsatadi. Amitriptilin glaukoma, og'ir yurak-qon tomir kasalliklari, prostata adenomasi va siydik pufagi atoniyasida tavsiya qilinmaydi. Homiladorlik va bola emizish davrlarida ba'zi antidepressantlar buyurilmaydi yoki zaruratga qarab, kam miqdorda tavsiya qilinadi.

20.2.2. Neyroleptiklar

«Neyroleptiklar» atamasi 1967 yili taklif qilingan. Dastlab, og'ir psixozlarni davolashda ishlatiladigan bu dorivor vositalar **neyroleptiklar** deb atala boshlandi. Ko'pchilik davlatlarda «neyroleptiklar» o'rniga «anti psixotik 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 anti psixotik vositalar ustida ish olib bormoqdalar.

Neyroleptiklarga aminazin, galoperidol, droperidol, frenolon, triflazin kabi dorilar kiradi. Ularning turi juda ko'p bo'lib, asosan psixiatriyada qo'llaniladi. Bu dorilarning eng ko'p tarqalgan nojo'ya ta'siri turli darajada ifodalangan **ekstrapiramidal buzilishlardir**. Shuning uchun ham neyroleptiklar tavsiya qilingan bemorlarga ekstrapiramidal buzilishlarning oldini oluvchi dorilar (siklodol, parkopan) buyuriladi. Psixosomatik sindromlarni davolashda neyroleptiklar deyarli tavsiya qilinmaydi. Lekin shu guruhga kiruvchi eglonil ekstrapiramidal buzilishlarni kam keltirib chiqarganligi uchun psixosomatik buzilishlarni davolashda keng tavsiya qilinadi.

Neyroleptiklarni qabul qilgan bemorlarda psixomotor va affektiv reaksiyalar pasayadi, karaxtlik paydo bo'ladi, ular uyqusiray boshlaydi. Bu dorilar uxlatuvchi va sedativ dorilarning kuchini oshiradi.

20.2.3. *Trankvilizatorlar*

«Trankvilizatorlar» atamasi lotincha so'z bo'lib, tranquilloare, ya'ni **tinchlantiraman**, degan ma'noni anglatadi. 1957-yili, asosan, nev-rozlarni davolashda ishlatiladigan tinchlantiruvchi xususiyatga ega bo'lgan dorilar **trankvilizatorlar** deb atala boshlandi. Bu dorilar nevrozlarda ko'p uchraydigan xavotir, qo'rquv va asabiylashishlarni yo'qotadi. Neyroleptiklardan farqli o'laroq, trankvilizatorlar kuchli anti-psixotik ta'sirga ega emas va ekstrapiramidal buzilishlarga olib kelmaydi.

Trankvilizatorlar «anksiolitiklar», ya'ni qo'rquv va xavotirni oluvchi dorilar deb ham ataladi. Haqiqatan ham, trankvilizatorlar dastlab qo'rquv va xavotirlanishni pasaytiradi. Lekin ular nafaqat anksiolitik ta'sirga, balki uxlatuvchi, tutqanoq xurujlarini va mushaklar tonusini pasaytiruvchi xususiyatlarga ham ega. Trankvilizatorlar bemorlarga neyroleptiklar yoki analgetiklar bilan birga berilsa, psixonevrologik sindromlarda kuzatiladigan turg'un og'riqlarga kuchli ta'sir ko'rsatadi. Trankvilizatorlardan gipnotik seanslarni o'tkazayotganda ham foydalanish mumkin.

Bugungi kungacha trankvilizatorlarning ta'sir qilish mexanizmi to'liq o'rganilmagan. Bu dorilar limbik sistemaning qo'zg'aluvchanligini pasaytiradi, bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ida tormozlanish jarayoniga ta'sir ko'rsatadi. Ular bosh miyaning noradrenergik, serotoninergik va dofaminergik sistemalariga ham ta'sir qiladi. Trankvilizatorlar polisinaptik spinal reflekslarga tormozlovchi ta'sir ko'rsatishi hisobiga mushaklar tonusini pasaytiradi.

Trankvilizatorlar ruhiy kasalliklarda kuzatiladigan gallutsinatsiyalar, alahsirashlar, affektiv, fobik va ipoxondrik buzilishlarni yo'qota olmaydi yoki vaqtincha pasaytiradi. Trankvilizatorlarni tavsiya qilishda psixopatologik simptomlarning turiga va ular kunning qaysi yarmida paydo bo'lishiga ham e'tibor qaratish lozim. Lekin ba'zi dorilar (masalan, seduksen) nevrozning turli klinik ko'rinishlarini bir xil pasaytirishi mumkin yoki biroz kattaroq miqdorda tavsiya qilingan boshqa trankvilizatorlarning ham ta'sir doirasi kengdir.

Trankvilizatorlarga elenium, seduksen, fenazepam, tazepam, rudotel, meproamat, mebikar, trioksazin, grandaksin kabi dorilar

kiradi. Bu dorilarning sinonimlari juda ko'p bo'lib (ba'zan 20 taga yetadi), ularning nomlanishi qaysi firma tomonidan ishlab chiqarilganligiga bog'liq.

20.2.4. Sedativ dorilar

Sedativ dorilar (sedatio – tinchlanish) psixonevrologik kasalliklarni davolashda keng qo'llaniladi. Trankvilizatorlarga qaraganda, sedativ dorilar qo'rquv va xavotirlanishga kamroq ta'sir ko'rsatadi. Ular mushaklar tonusiga kam ta'sir ko'rsatadi, koordinatsiyani kam buzadi. Lekin kundalik miqdori oshib ketsa, uyquchanlik va bo'shashish kuzatilishi mumkin. Sedativ dorilar tormozlanish jarayonini kuchaytirib, qo'zg'alish jarayonini pasaytirib, markaziy asab tizimining faoliyatini boshqaradi va nevroitik belgilarni pasaytiradi.

Sedativ dorilar analgetiklar va boshqa psixotrop dorilarning ta'sir kuchini oshiradi. Sedativ dorilarga, asosan, o'simliklardan tayyorlangan turli dorivor vositalar kiradi. Bular valerian ekstrakti, novopassit va hokazo.

20.2.5. Nootrop dorilar

«Nootrop» atamasi 1972 yili piratsetamni kashf qilgan olim K. Jiurjea tomonidan taklif etilgan. Shu yildan boshlab, miyaning integrativ funksiyasini, xotira va diqqatni yaxshilovchi, aqliy faoliyatni tiklovchi dorilar **nootroplar** deb atala boshlandi. Nootroplarning oliy ruhiy funksiyalarga ijobiy ta'sirini e'tiborga olib, ular psixotrop dorilar guruhiga kiritildi. Keyinchalik yangi va yangi nootrop dorilar ishlab chiqarila boshlandi va ularning nomlanishi ham o'zgardi. Nootroplarning aksariyati hozirgi kunda **serebroprotektor**, **neyroprotektor**, **neyrotrop dorilar** deb ham ataladi.

Farmakologik xususiyati bo'yicha nootropplar boshqa psixotrop dorilardan farq qiladi. Ular kuchli ifodalangan sedativ ta'sirga ega emas. Nootropplar bosh miyada neyronlararo o'tkazuvchanlikni osonlashtiradi, ikkala yarim shar orasidagi funksional buzilishlarni tiklaydi, integrativ jarayonlarni yaxshilaydi, retikulyar format-siyaning faoliyatini kuchaytiradi. Shuningdek, bu dorilar markaziy neyronlardagi energetik jarayonlarni, ishemiyaga uchragan asab to'qimalarining glukoza va kislorod bilan ta'minlanishini yaxshilaydi. Nootropplar markaziy neyronlardagi bir qator metabolik jarayonlarni

faollashtiradi. Buning natijasida intellektual va mnestik funksiyalar faollashadi.

Nootroplarning antigi poksik va metabolik ta'siri bu dorilarni bosh miyaning deyarli barcha kasalliklarida keng qo'llashga yo'l ochib berdi. Bu dorilarning bosh miyada qon aylanishini yaxshilash xususiyati ularning ikkilamchi ta'siridir. Nootroplarning yana bir ijobiy xususiyati zaharli ta'sirining o'ta pastligidadir. Bu xususiyat eksperimental sharoitlarda o'rganilgan va tasdiqlangan. Klinik tibbiyotda ham piratsetam va uning analoglaridan zaharlanishlar deyarli qayd qilinmagan.

Nootroplarning ta'sir mexanizmlari ham batafsil o'rganilmagan. Ular bosh miya neyronlariga ta'sir qiladi, lekin spinal neyronlarga ta'sir ko'rsatmaydi. Shuning uchun nootroplarni orqa miya kasalliklarida tavsiya qilish befoydadir. Nootroplar antidepressantlarning ta'sir kuchini oshiradi. Shuning uchun ham ularni depressiyalarni davolashda keng qo'llasa bo'ladi. Somatovegetativ, nevrotik va psixosomatik sindromlarda ham nootroplardan foydalanish samarali natijalar beradi. Nootroplarning yurak ishemik kasalliklarida ham foydali ta'siri haqida ma'lumotlar bor. Nootroplar psixogen va ishemik kardialgiyalarda ham foydali vositadir. Bu dorilar bolalarda uchraydigan aqliy zaiflikni davolashda ham keng tavsiya qilinadi. Markaziy asab tizimining turli zaharlanishlarida (spirtli ichimliklar, morfin, barbituratlardan) uchraydigan deliriylar, abstinent sindromlarda piratsetamni parenteral yuborish zaharli moddalarning neyronlarga salbiy ta'sirini pasaytiradi. Surunkali alkogolizmda nootroplarni uzoq vaqt tavsiya qilish ruhiy buzilishlarning oldini oladi.

Nootrop dorilarning vakillari juda ko'pdir: piratsetam (nootropil), fenibut, pantogam, encefabol, sermion va hokazo.

20.2.6. Psixostimulatorlar

Bosh miyada ruhiy jarayonlarni faollashtiruvchi dorivor vositalarga **psixostimulatorlar** deb ataladi. Ular nafaqat ruhiy, balki jismoniy faoliyatni ham kuchaytiradi. Bu dorilarning aksariyati tarkibida kofyein moddasini saqlaydi. Psixostimulatorlar asab tizimini tetiklashtiradi, uyquchanlikni, kam harakatchanlikni yo'qotadi. Shuning uchun ham bu dorilar apatiya, gipotoniya va adinamiyabilan kechuvchi **psixosteniyalarda** tavsiya qilinadi. Ushbu kasalliklarda kuzatiladigan bosh og'riqlarni pasaytiradi. Psixostimulatorlar giperstenik nevrast-

teniyada va qo'zg'aluvchi psixozlarda berilmaydi, shuningdek, uyqudan oldin tavsiya qilinmaydi. Bu dorilarni kunning birinchi yarmida tavsiya qilgan ma'qul.

Endi psixofarmakoterapiya usullari haqida so'z yuritamiz va psixogen buzilishlarni davolashda samarali bo'lgan ba'zi dorivor vositalarga ta'rif keltiramiz. Psixofarmakoterapiya usullari turlicha bo'lib, ularni shartli ravishda **2 turga** bo'lish mumkin:

1) **monoterapiya usuli**, ya'ni faqat bitta psixotrop dorini tavsiya qilish. Buning uchun kasallikning patogenezi, klinik ko'rinishlari chuqur o'rganilib, kompleks ta'sirga ega bo'lgan bitta dori tanlab olinadi va bemorga buyuriladi;

2) **politerapiya usuli**, ya'ni ruhiy buzilishlarni davolash uchun ikkita yoki undan ko'p psixotrop dorilarni tavsiya qilish. Masalan, trankvilizator, nootrop va antidepressantlar.

Davolash jarayonida bu ikkala usulning nojo'ya ta'sirlari, dorini (dorilarni) iste'mol qilishning davomiyliigi, zarur paytlarda tavsiya qilingan dorini boshqa dorilar bilan almashtirish rejalarini oldindan hal qilish kerak.

Endi ushbu dorilarning ba'zilari bilan tanishib chiqamiz.

Novopassit. Bu dori turli dorivor o'simliklardan tayyorlangan bo'lib, kuchli tinchlantiruvchi ta'sirga ega. U xavotirlanish, vahima, qo'rquv va turli ruhiy-hissiy zo'riqlashlarni kamaytiradi va yo'qotadi. Novopassit asab buzilishi bilan kechuvchi barcha kasalliklarda, shuningdek, psixosomatik sindromlarda keng tavsiya qilinadi.

Novopassit ichish uchun kuniga 1 tabletka yoki 1 choy qoshiqdan (5 ml) 3 mahal buyuriladi. Zaruratga qarab, dorining kundalik dozasi 2–3 barobarga oshiriladi. Novopassit eritmasini choy yoki turli sharbatlarga qo'shib ichish mumkin. Oshqozon-ichak buzilishlari bor bemorlarga bu dori ovqat paytida tavsiya qilinadi, boshqa paytlari ovqatdan oldin ichgan ma'qul. Novopassit tabletka (30 tabletka) va eritma (100 ml li flakon) ko'rinishida ishlab chiqariladi.

Eglonil. Antipsixotik ta'sirga ega. Markaziy neyronlardagi D2-dopamin retseptorlarini qamal ichiga oladi va shu yo'l bilan bosh miyada tormozlanish va qo'zg'alish jarayonlariga ta'sir ko'rsatadi. Eglonilda neyroleptik va antidepressantlarga xos xususiyatlar mavjud, lekin ular kuchli ifodalanmagan. Shuning uchun ham eglonilni qabul qilgan bemorlarda boshqa neyroleptiklarga xos bo'lgan uyqusirash, koordinator va ekstrapiramidal buzilishlar kuzatilmaydi. Bu dorining antipsixotik ta'siri uning markaziy asab tizimiga faollashtiruvchi

ta'siri bilan namoyon bo'ladi. Eglonilning bu xususiyati uni ruhiy faoliyatning o'ta pasayishi bilan kechuvchi turli kasalliklarda, ya'ni ruhiy, nevrologik va psixosomatik kasalliklarda keng qo'llash imkonini beradi. Eglonil autizm, abuliya, adinamiya va xulq-atvorning buzilishlarini (ayniqsa, bolalarda) davolashda ham keng qo'llaniladi. Eglonil hiqichoqni, ko'ngil aynishini, bosh aylanishni, qusishni ham kamaytiradi. Shuningdek, bu dori me'da va o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligida ham tavsiya qilinadi, lekin u antatsid ta'sirga ega emas.

Eglonilni kuniga 200 mg dan 1600 mg gacha tavsiya qilish mumkin. Yengil psixotik buzilishlarda eglonil 1 tabletkadan (200 mg) 3 mahal, og'ir buzilishlarda 2 tabletkadan (400 mg) 3–4 mahal tavsiya qilinadi. Apatiya va adinamiya bilan kechuvchi o'tkir psixozlarda eglonil mushak orasiga 100–800 mg yuboriladi. Surunkali psixozlarda va psixosomatik sindromlarda bu dori 100–200 mg dan (2–4 kapsula) uzoq vaqt mobaynida (odatda, 1 oy) beriladi. Eglonilning bolalarga tavsiya qilinadigan kundalik dozasi tana og'irligining har kilogrammiga 5–10 mg dan to'g'ri kelishi kerak.

Eglonil psixomotor qo'zg'alishlarda, arterial qon bosim baland bo'lgan holatlarda, feoxromotsitomada tavsiya qilinmaydi, homiladorlik paytida kam miqdorda beriladi. Eglonilni uzoq davr mobaynida qabul qilish ekstrapiramidal buzilishlarga olib kelishi mumkin. Bu buzilishlar dorini qabul qilishni to'xtatgandan keyin o'tib ketadi.

Eglonil kapsulada 50 mg, tabletkada 200 mg, ampulada 2ml (100 mg) dan ishlab chiqariladi. Shuningdek, eglonilning 0,5% eritmasi 200 ml flakonda (1 choy qoshiqda 5 mg) ishlab chiqarilgan.

Instenon. Instenon 3 ta faol moddadan iborat: *etamivan*, *geksabindin* va *etofillin*. Shuning uchun ham bu dori bosh miyaning faoliyatiga, ayniqsa, qon aylanishiga kompleks ta'sir ko'rsatadi. *Etamivan* miya ustunida joylashgan retikulyar formatsiyaning faoliyatini kuchaytiradi, buning natijasida po'stloq va po'stloq osti tuzilmalarining funksional faolligi oshadi.

Geksabindin neyronlarning glukoza va kisloroddan to'la foydalanishini kuchaytiradi, ularning quvvatini oshiradi. U shuningdek, bosh miya va yurak mushaklarining qon bilan ta'minlanishini kuchaytiradi.

Etofillin yurakning minutli hajmini oshirish hisobiga bosh miyaning ishemiya va gi poksiyaga uchragan sohalarning qon tomirlarida perfuzion bosimni oshiradi. Buning natijasida, bu sohalarning qon bilan ta'minlanishi va metabolizmi yaxshilanadi. Instenon insult oqi-

batida rivojlanadigan nutq buzilishlarini ham tiklaydi (Ibodul-layev Z.R. 2002).

Instenonning yuqorida ko'rsatilgan xususiyatlari uni psixonevrologik buzilishlar va psixosomatik sindromlarni davolashda keng qo'llash imkonini yaratadi. Bizning amaliyotda apatiya bilan kechuvchi depressiv sindromlar, xotira va nutq buzilishlari, psixogen astmalar va kardiosenestopatik sindromlarda instenonni tavsiya qilib, sezilarli natijalarga erishildi.

Psixonevrologik buzilishlar va psixosomatik sindromlarda 2 ml instenon mushak orasiga 10 kun mobaynida yuboriladi, keyin 1 tabletkadan kuniga 2–3 mahal buyuriladi. Davolash davomiyligi o'rtacha 20–30 kunni tashkil qiladi. Instenon kuchli rivojlangan miya ichi gipertenziyalarida, tutqanoq kasalligida, gemorragik insultlarda tavsiya qilinmaydi. Homiladorlik va laktatsiya davrida zaruratga qarab buyuriladi. Instenon tabletka (30 va 50 dona) va ampula (2 ml) ko'rinishida ishlab chiqariladi.

Nootropil — nootrop dorilarning eng yorqin namoyondasidir. Nootropil nafaqat nevrologik kasalliklarni, balki ruhiy buzilishlarni davolashda ham keng qo'llaniladi. Bu dorini barcha yoshdagi (1 yoshdan boshlab) bemorlarga tavsiya qilish mumkin, chunki nootropilning zaharli ta'siri o'ta pastdir. Nootropil diqqat, xotira, nutq va fikrlash qobiliyatini yaxshilaydi. Nootropilni nevrozning barcha turlarini, ya'ni depressiya, astenik holatlar, ipoxondrik buzilishlar, fobik sindromlarni davolashda samarali vosita sifatida keng tavsiya qilish mumkin. Nootropil sedativ dorilar va antidepressantlar ta'sirini kuchaytiradi, shuning uchun ham u kuchli ifodalangan depressiyalarda qo'shimcha dori sifatida buyuriladi. Nootropil shizofreniya va boshqa ruhiy kasalliklarni davolashda ham tavsiya qilinadi.

Surunkali alkogolizm va giyohvandliklarda deliriy va abstinent holatlarni pasaytirishda nootropil samarali vositadir. Morfin, barbituratlar va spirtli ichimliklar bilan zaharlanishlarni bartaraf qilishda ham nootropil beriladi.

Bosh miyadagi integrativ va kognitiv jarayonlarga ijobiy ta'siri nootropilni gerontologik kasalliklarni (Alsgeymer kasalligi, qarilik demensiyasi) davolashda ham keng qo'llash imkonini beradi.

Bolalarda serebrasteniyalar, ensefalopatiyalar, aqliy rivojlanishdan orqada qolishlar, xulq-atvor buzilishlarini davolashda ham nootropil tavsiya qilinadi. Nootropilni boshqa psixotrop dorilar bilan birga tavsiya qilish ham mumkin.

Yosh bolalarga nootropilni granulalardan tayyorlangan sharbat ko'rinishida berish mumkin. Sharbatni tayyorlash uchun granulalar qaynatilgan yoki distillangan suvda eritiladi. Tayyorlangan eritma 100 ml dan oshmasligi kerak. 1 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga o'lchovli qoshiqcha (10ml) bilan kuniga 3 mahal beriladi. Bu yoshdagi bolalar uchun kundalik doza 30–40 ml. 5–16 yoshgacha nootropil sharbati 20 ml dan kuniga 3 mahal buyuriladi. Davolash 3 haftadan 2–6 oygacha davom ettiriladi. Zaruratga qarab, 2–3 oydan keyin davolash takrorlanadi. O'qishi past va xulq-atvori yomon bolalarga (8–13 yosh) nootropil tabletkasi 3,3 g yoki 8 ml 20 foizli, 5 ml 33 foizli eritmasi kuniga 2 mahal buyuriladi. Davolash 6 oydan 1 yilgacha davom ettiriladi. Nootropil ovqatdan keyin buyuriladi.

Og'ir kechuvchi depressiv sindromlarda, deliriy va abstinensiya holatlarida nootropil kuniga 2–4 g dan (10–20 ml) boshlab, 4–6 g gacha (20–30 ml) tomir ichiga yuboriladi. Nootropilni 20 ml gacha shpris orqali tomirdan sekin yuborish mumkin, undan katta dozalarni fiziologik eritmada tomchilatib yuborgan ma'qul, aks holda, psixomotor qo'zg'alish kuzatilishi mumkin. Nootropil bilan davolash davomiyligi klinik belgilarning kamayishiga qarab, vrach tomonidan belgilanadi va odatda, 20-30 kunni tashkil qiladi. Klinik simptomlar kamaygandan yoki yo'qolgandan keyin nootropil yana 1–3 oy mobaynida (ba'zan 6 oy) ichish uchun buyuriladi. Buning uchun nootropil kuniga 2,4 g dan 8 g gacha buyuriladi. Keyin sekin-asta kamaytirilib, to'xtatiladi. Ko'zlangan maqsadga erishish uchun nootropilni ko'rsatilgan dozalardan kam miqdorda buyurmaslik kerak.

Nootropil, odatda, bemorlar tomonidan yaxshi qabul qilinadi, chunki uning nojo'ya ta'sirlari juda kam. Ba'zan psixomotor qo'zg'alishlar, jahldorlik, uyqu buzilishi, yoshi katta bemorlarda koronar yetishmovchilikning kuchayishi va dispepsiya belgilari kuzatiladi. Ular nootropilning dozasi pasaytirilsa yoki qabul qilish to'xtatilsa, o'tib ketadi.

Nootropil tavsiya qilishga mone'lik qiluvchi holatlar: o'tkir buyrak yetishmovchiligi, allergik holatlar, bolalarda diareya.

Nootropil ichish uchun 400 mg, 800 mg, 1200 mg kapsula va tabletkalarda, 20 foizli 125 ml eritma hoida ishlab chiqariladi. Parenteral yuborish uchun 1 g (5 ml), 3 g (15 ml) miqdordagi ampulalarda va 12 g (60 ml) flakonlarda ishlab chiqariladi.

Aktovegin. Bu dori to'qimalarda moddalar almashinuvini va ulardagi regenerativ jarayonlarni faollashtiradi, ularning trofikasini yaxshilaydi.

Aktovegin glukoza va kislorodning transportini kuchaytiradi, buning natijasida ular hujayralarda yetarli darajada to'planib, oqilona sarflanadi. Bu jarayonlar ATF metabolizmining kuchayishi bilan kechadi, ATF esa hujayraning asosiy energetik manbai hisoblanadi. Aktovegin to'qimalarning qon bilan ta'minlanishini ham yaxshilaydi. Bu jarayonlar barcha to'qimalarda kechadi. Shuning uchun ham aktovegin asab, yurak, ichki a'zolar, teri kasalliklari va shuningdek, turli psixosomatik sindromlarda to'qimalardagi regenerativ jarayonlarni faollashtirish uchun qo'llaniladi.

Aktovegin ichish uchun 1–2 drajedan kuniga 3 mahal ovqatdan oldin buyuriladi. Shuningdek, 2 va 5 ml dan mushak orasiga yoki tomir ichiga yuboriladi. Aktovegin natriy xlor va glukozaning fiziologik eritmalarida 10, 20 yoki 50 ml miqdorda tomir ichiga tomchilatib ham yuboriladi. Ba'zi holatlarda, ya'ni bosh miyaning qon tomir kasalliklarida, kuchli trofik buzilishlar bilan kechuvchi kasalliklarda (diabet, kuyish, trofik yaralar) 250 ml (1g) aktovegin eritmasi har kuni yoki kunora tomir ichiga tomchilatib yuboriladi. Aktovegin surtmasi teridagi trofik yaralarni davolash uchun ishlatiladi. Davolashning davomiyligi va dorining dozasi kasallik turiga va uning og'ir-yengilligiga qarab belgilanadi. Odatda, aktoveginni 10–30 kun mobaynida qabul qilish buyuriladi. Aktoveginni barcha yoshdagi bemorlarga tavsiya qilish mumkin. Uni qo'llashga mone'lik qiluvchi holatlar yo'q, shunday bo'lsa-da homiladorlik va bolani emizish davrida tavsiya etish cheklangan.

Aktovegin quyidagi ko'rinishlarda ishlab chiqariladi: draje 50 dona; inyeksiya uchun 2, 5 va 10 ml li ampulalar.

Nazorat uchun savollar

1. Psixoterapiya nima?
2. Gipnoz usulini kimlar qo'llashgan?
3. Psixoterapiyaning asosiy vositalari nimalardan iborat?
4. X.F.Gufelyand vrachlar haqida nima degan?
5. Yatrogeniya va yatropatiya nima?
6. Psixotrop dorilarga nimalar kiradi?
7. Antidepressantlar qachon tavsiya qilinadi?
8. Neyroleptiklarga nimalar kiradi?
9. Qanday trankvilizatorlarni bilasiz?
10. Nootroplarga nimalar kiradi?
11. Psixostimulyatorlar qachon tavsiya qilinadi?

XXI BOB. BEMORLAR PSIXOLOGIYASINI TEKSHIRISHNING UMUMIY QONUN-QOIDALARI

Bugungi kunda tibbiyotda ham, umumiy psixologiyada ham bemorlarni (mijozlarni) tekshirish sxemalari mavjud, biroq bizning mamlakatimizda bemorlar psixologiyasini tekshirish uchun alohida kasallik tarixnomasi ishlab chiqilmagan. Bu maqsadda, ko'pincha, ruhiy bemorlarni tekshirish uchun ishlab chiqilgan tarixnomalardan yoki umumiy psixologik tekshiruvlardan foydalaniladi. Ular esa klinik psixologiya talablariga to'la javob beravermaydi. Shuning uchun ham barcha tarixnomalarni o'rgangan holda va o'zimizning bir necha yillik tajribamizdan foydalanib tibbiy-psixologik tekshiruvlar uchun tarixnoma ishlab chiqdik va u ushbu darslikda birinchi bor e'lon qilinayapti. Bugungi kunda tibbiyot institutini tugatayotgan talaba tibbiy-psixologik tekshiruvlar o'tkazishga tayyormi? Umuman olganda tibbiy (klinik) psixolog tibbiy va psixologik ilmga ega bo'lishi zarur, chunki u bemorlar bilan ishlaydi. Buning uchun barcha tibbiyot institutlarida «pedagogika va psixologiya», «klinik psixologiya» kurslari (kafedralari) mavjud bo'lib, ularda psixologiya fani chuqur o'rgatiladi. Bu kafedralarda psixologiya fanining tibbiy fanlarga asoslangan holda o'rgatilishi bo'lajak shifokorlarning psixologiya fanini ham mukammal egallashiga katta imkon beradi va ularning tibbiy psixolog sifatida ishlashiga sharoit yaratadi. Shuningdek, tibbiy psixolog boshqa psixologlardan farqli o'laroq, farmakologik dorilarni ishlatish huquqiga ham ega. Tibbiyotga aloqasi bo'lmagan institutlarni tugatgan psixologlar bemorlar bilan ishlashi uchun tibbiy ilmga ega bo'lishi zarur yoki bemorlar bilan o'tkaziladigan muolajalarni vrachlar bilan hamkorlikda amalga oshirishlari kerak.

Tibbiy psixologning bemorlar bilan ishlashi tibbiy va psixologik etikani saqlagan holda olib boriladi. Dastlab bemorning psixologga tashrifi sabablari aniqlanadi. Buning uchun unga quyidagi savollar bilan murojaat qilish mumkin: «Sizni psixologga murojaat qilishga nima undadi?», «Sizni nima bezovta qilayapti?», «Sizga qanday yordam kerak?». Agar bemor yaqinlari bilan kelgan bo'lsa, avval ular bilan suhbatni boshlab, keyin bemor bilan davom ettirish mumkin.

Bemorning tashqi ko'rishiga katta e'tibor qaratish lozim: u o'zini qanday tutayapti, es-hushi joyidami, jismoniy kamchiliklari yoki lat yegan joylari yo'qmi, qanday kiyingan, kim bilan kelgan?

Harakati koordinatsiyasi, yurishi, gavdatuzilishi qanday, giperkinezlar yoki falajliklar yo'qmi? Bemorning his-tuyg'ulari va xulq-atvori qanday? Bu yerda bemorni savolga ko'mib tashlamaslik va unga shikoyatini to'la aytishga imkon berish zarur. Qisqa suhbatdan so'ng bemor gapirishni istamasa, avval psixologik testlar o'tkazib, keyin uning testda belgilagan javoblariga qarab suhbatni davom ettirish lozim. Bunday paytlarda qisqa testlardan foydalangan ma'qul, masalan, Sung, Spilberger-Xanin va temperamentni aniqlovchi testlar. Psixologik testlar orqali bemorlardan juda ko'p ma'lumotlarni yig'ib olish mumkin. Ba'zan bemor juda so'zamol bo'ladi. Bunday paytlarda uning nimani xohlayotganini bilib olib, suhbat yo'nalishini o'zgartirish zarur.

Suhbat psixologik tashxis uchun juda muhimdir. Shuning uchun bemorni zimdan kuzatib borish lozim. Bemorning nutqiga ham katta e'tibor qaratish kerak, chunki nutqning buzilishi ham juda ko'p (ayniqsa neyropsixologik) ma'lumotlar beradi. Zaruratga qarab bemorni logopedga yuborish mumkin.

Ba'zi bemorlar (ayniqsa, ruhiy kasallikka chalinganlar) eshikdagi «psixolog» yozuviga ko'zi tushib, huzuringizga tashrif buyurishni xush ko'rishadi. Ularni ko'proq psixolog yordami emas, balki psixologning unga nima deyishi qiziqtiradi. Bunday bemorlar iloji boricha psixiatrning maxsus yo'llanmasi bilan yoki bo'lmasa yonida yaqinlari bilan kelgan taqdirda qabul qilinishi kerak. Chunki ular psixologni soatlab eshitib o'tirishlari mumkin, biroq qabul tugagandan keyin berilgan maslahatlarga amal qilishlari nogumon. Ba'zan bemorlarning ruhiy kasalga chalinganligini aniqlash juda qiyin bo'ladi yoki psixologik suhbat chog'ida sezilib qoladi. Bunday paytlarda bemorga zarur maslahatlar berib psixiatrga yuboriladi.

Agar psixiatrda davolanib chiqqan bemor yo'llanma bilan psixolog qabuliga tashrif buyursa (bunday bemorlar, asosan, yaqin qarindoshlari bilan kelishadi), ularning tarixnomasi bilan yaxshilab tanishib chiqish, zaruriyatga qarab bemorni davolagan psixiatr bilan bog'lanish kerak. Haqiqatan ham ko'pchilik ruhiy kasalliklarga chalingan bemorlar psixiatrlar tavsiyasi bilan kasallikning remissiya davrida psixologga yuboriladi.

Bemorning dunyoqarashini o'rganish, qarindosh-urug'lariga, umr yo'ldoshiga, ishiga munosabatini ham bemordan so'rash va bu ma'lumotning haqiqatga to'g'ri kelishini uning oila azolaridan bilib olish kerak.

Ko'p hollarda bemordagi psixologik buzilishlar ulardagi nevrologik yoki somatik kasalligi sababli emas, balki ishdagi va oiladagi kelishmovchiliklar hisobiga kuzatiladi. Bunday paytlarda umumiy psixologik tekshirishlar o'tkazishga ham to'g'ri keladi. Ishdagi kelishmovchiliklar, ko'pincha, bemorlarning o'z imkoniyatlarini ortiqcha yoki past baholaganliklari oqibatida kelib chiqadi. Bu esa doimiy stress holatlarini yuzaga keltiradi va psixosomatik kasalliklarning zo'rayishiga ham sababchi bo'ladi. Bu yerda psixolog bemorning shu kungacha erishgan yutuqlarini uning o'zidan so'rab bilib olishi va unga katta ijobiy baho berishi kerak. Bu bemorda ishga va hayotga bo'lgan qiziqishini yanada oshiradi va u o'z imkoniyatlarini to'g'ri baholay boshlaaydi. Beriladigan maslahatlar bemorning imkoniyatlari doirasida bo'lishi lozim.

Ba'zan bemor biror surunkali kasallikka chalinib, undan uzoq vaqt natijasiz davolanib yurganiga shikoyat qiladi. Bunday paytlarda bemorning tarixnomasi bilan tanishib chiqiladi va davolash mobaynida kuzatilgan ijobiy o'zgarishlarga (sezilarli bo'lmasa-da) bemorning diqqati jalb etiladi. Bu bilan uning sog'ayib ketishiga bo'lgan ishonchi va ixlosi tiklanadi. Shuning uchun ham bemorlar ilohiy joylarni ziyorat qilmoqchi va tabiblarga ham uchramoqchi bo'lsa, bunga aslo to'sqinlik qilmaslik kerak.

Bemor affektiv holatlarga tushganmi, o'ziga va birovlarga hamla qilganmi va bu holatlar qachon bo'lganligini aniqlash ham o'ta muhimdir. Uning ichkilikka, chekishga va giyohvand moddalarga bo'lgan munosabatini ham aniqlash zarur. Ba'zi bemorlar giyohvand moddalar iste'mol qilishini yashirishga intilishsa, boshqa birlari aynan giyohvandlikdan qutulish uchun ham psixologga murojaat qilib kelishadi. Bunday bemorlarga iloji boricha mutaxassislar ishtirokida yordam qilish rejasini tuzib chiqish kerak. Ularga, ayniqsa, psixologning maslahatlari juda qo'l keladi. Hozirgi kunda giyohvandlikni davolash usullarining aksariyati psixologik ta'sirga asoslangan.

Bemorlarning jinsiy muammolari to'g'risida ham ma'lumot yig'ish zarur. Aytib o'tganimizdek, nevrozlarning kelib chiqishida jinsiy buzilishlarning ahamiyati juda katta. Aniqlangan psixoseksual buzi-

lishlarni, albatta, bartaraf qilish va zaruratga qarab bu ishga psixoseksologlarni jalb etish lozim.

Xulosa qilib aytganda, tibbiy-psixologik statusni tekshirish quyidagi masalalarni o'z oldiga maqsad qilib qo'yadi:

- 1) bemorning psixologga murojaat qilishining sabablarini aniqlash;
- 2) tibbiy va psixologik anamnezni to'plash;
- 3) tibbiy diagnozni aniqlash (mutaxassislar yordamida);
- 4) psixologik diagnozni aniqlash;
- 5) davolash choralarini ishlab chiqish (psixoterapiya, psixofarmakoterapiya va h.k.).

BEMORLARNING TIBBIY-PSIXOLOGIK STATUSINI TEKSHIRISH SXEMASI

(tibbiy-psixologik anketa)

I. Umumiy ma'lumotlar

Bemorning ismi, sharifi

Anketaning (tarixnomaning) 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 diagnoz (diagnozlar)

Psixologga murojaat qilgan kuni

Asosiy shikoyatlari

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'rigan)

Bemorning psixologik anamnezi

Bemorning nasliy anamnezi

II. Yordamchi tekshirishlar va boshqa mutaxassislar xulosalari

(Bu tekshirishlar zaruratga qarab, psixologik statusni tekshirishdan oldin yoki keyin o'tkazilishi mumkin)

Laborator tekshirishlar (qon, siydik va likvor), elektroensefalografiya

Psixiatr

Nevropatolog

Patopsixolog

Neyropsixolog

Terapevt

Seksopatolog

Boshqa mutaxassislar

Psixologik testlar xulosasi

III. Bemorning temperament

Suhbat yoki psixologik testlar yordamida bemorning qaysi temperament egasi ekanligi aniqlanadi. Keyin xulosaga sangvinik, xolerik, flegmatik yoki melanxolik deb yozib qo'yiladi.

IV. Bemorning shaxsini va xulq-atvorini tekshirish xulosalari

Bemorning yaqinlari yordamida va uning o'zidan ilk bolaligidan boshlab, xulq-atvorining 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, o'rganiladi. Psixologik testlardan ham foydalaniladi.

Suhbat va testlar yordamida bemorning shaxsiga va xulq-atvoriga quyidagicha ta'rif beriladi: mehribon, xudbin, mansabparast, toshyurak, kamtar, kalondimog', xotirjam, intravert, ekstravert va hokazo.

V. Hissiyotni tekshirish xulosalari

Suhbat chog'ida bemorning mimikasiga, o'zini tutishiga, psixologga va atrofdagilarga bo'lgan munosabatiga e'tibor qaratiladi. Keyin bemorning his-tuyg'ulariga va kayfiyatiga quyidagicha ta'rif beriladi: hayajonlangan, g'azablangan, xavotirda, kayfi chog', tushkunlikka tushgan, vahima bosgan. Shu holatlar aniqlangandan keyin bemorning hissiyoti to'g'risida (eyforiya, disforiya, depressiya, affekt va emotional ambivalent) xulosalar beriladi. Xulosani yanada oydinlashtirish uchun psixologik testlardan foydalanish mumkin.

VI. Sezgi va idrokni tekshirish xulosalari

Sezgi buzilishlarini tekshirayotganda, uning organik (nevrologik) va isterik tusda ekanligi aniqlanadi. Ikkala holda ham sezgining quyidagi buzilishlari farq qilinadi: monoanesteziya, gemianesteziya, giperesteziya, dizesteziya, senestopatiyalar, kauzalgiya, og'riqlar (boshda, tanada va ichki a'zolar sohasida).

Idrok tekshirilganda, quyidagi patologik holatlarga e'tibor qaratiladi: illuziyalar (xom xayollar), gallutsinatsiyalar, anozognoziya, derealizatsiya, depersonalizatsiya.

VII. Iroda va maylni tekshirish xulosalari

Irodani tekshirayotganda, mustahkam irodali, matonatli, maqsadga intiluvchan, ikkilanuvchan, mustaqil, jur'atsiz deb belgilanadi. Shuningdek, iroda va mayl buzilishlariga ta'rif berishda quyidagi atamalardan ham foydalaniladi: abuliya, gipobuliya, giperbuliya, dipsomaniya, dromomaniya, kleptomaniya, mazoxizm, sadizm, anoreksiya, polifagiya, polidipsiya, gomoseksualizm, suitsidal mayllar.

VIII. Nutqni tekshirish xulosalari

Bemorning nutqi to'g'risida ma'lumotlar suhbat chog'ida yoki maxsus tekshirishlar orqali aniqlanadi. Nutqni oddiy va murakkab so'zlarni takrorlatib turib ham tekshirish mumkin. Nutq buzilishlarini neyropsixologik testlar yordamida ham aniqlash mumkin. Agar bemorda nutqning murakkab buzilishlari kuzatilsa, ularni davolash uchun neyropsixolog yoki logoped yordami kerak bo'ladi. Nutqning quyidagi buzilishlari farqlanadi: afaziyalar (afferent motor, efferent motor, sensor, amnestik, semantik, dinamik), soqovlik, duduqlanish, dizatriya, dislaliya.

IX. Diqqat va xotirani tekshirish xulosalari

Diqqatning ba'zi xususiyatlari suhbat chog'ida ham aniqlab olinadi. Diqqatning saqlangan yoki buzilganligi ko'rsatiladi. Amaliyotda parishonxotir atamasi ko'p ishlatiladi. Shuningdek, diqqatni tekshiruvchi testlardan (Krepelin, korrektura sinovi va shu kabilar) foydalanish mumkin.

Bemorning diqqati tekshirib bo'lingandan keyin yoki parallel holda kundalik va bo'lib o'tgan voqealarga bo'lgan xotirasi tekshiriladi: ma'nosiz (gul, qarg'a, oyna) so'zlardan iborat qisqa qatorni, qisqa va uzun jummalarni, matallarni yod olish va qayta esga tushirish. Xuddi shu uslubda ko'rish xotirasi (turli fotosuratlar ko'rsatib, birozdan keyin 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 va Luriya tomonidan ishlab chiqilgan turli psixologik testlardan ham foydalanish mumkin.

Xotiraning boshqa buzilishlari (retrograd, anterograd, anteroretrograd, konfabulatsiya, psevdoreminissensiya) ham teshiriladi.

X. Tafakkurni tekshirish xulosalari

Tafakkurni tekshirayotganda, uning izchilligiga va tezligiga e'tibor qaratiladi. Fikrlash darajasi yoshiga mos keladi, debillik, imbetsillik,

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 koeffitsiyentini (IQ) aniqlash) foydalaniladi.

XI. Ongni tekshirish xulosalari

Ong buzilishining shartli ravishda nopsixotik va psixotik shakllari ajratiladi: birinchisiga obnubulatsiya, somnolensiya, sopor va koma, ikkinchisiga esa deliriy, trans, amensiya, somnambuliya, ambulator avtomatizmlar, oneyroid kiradi. Shuningdek, bemorning ong darajasiga ta'rif berayotganda, bemorning es-hushi joyida, vaqt, joy va vaziyatni adashtirmasligiga, atrofdagi voqealarni aniq-ravshan anglashiga e'tibor beriladi.

XULOSA

Bemorlarda psixologik status to'la tekshirilgandan keyin, olingan ma'lumotlar psixologik testlar, laboratoriya natijalari va boshqa mutaxassislar xulosalari bilan solishtiriladi. Keyin bemorga *tibbiy-psixologik tashxis* qo'yiladi. Masalan, bemorda psixosomatik buzilishlar aniqlansa, diagnozni quyidagicha ifodalash mumkin: «Psixosomatik sindrom, psixogen kardialgiya». Demak, avval kasallik yoki sindromni ko'rsatib, keyin uning yaqqol ifodalangan belgisi yoziladi.

Diagnoz tasdiqlangandan keyin davolash choralari belgilanadi, prognoz aniqlanadi va individual psixoreabilitatsiya rejalari ishlab chiqiladi.

X O T I M A

Hurmatli talaba! Mana Siz “Tibbiyot psixologiyasi” darsligi bilan tanishib chiqdingiz. Siz tibbiy fanlarni o‘rganish uchun qaysi kafedraga bormang, ustozlaringiz Sizda o‘sha fanga mehr uyg‘otishga harakat qiladi. Bu tabiiy hol albatta. Har bir vrach tibbiyotning qaysi sohasini egallashidan qat’i nazar psixologiyani chuqur bilishi zarurligini aytib o‘tganmiz. Bunga bir necha bor dalillarga asoslangan misollar keltirganmiz. Tibbiyotni psixologiyasiz tasavvur qilish qiyin. Umuman olganda, tibbiyotni inson organizmiga va uning a‘zolarini esa tibbiy fanlarga qiyoslash mumkin. Masalan, miyani – nevrologiya faniga, yurakni – kardiologiyaga, qonni – gematologiyaga, o‘pkani – pulmonologiyaga, oshqozon-ichak sistemasini – gastroenterologiyaga, jigarni – gepatologiyaga, buyrakni – urologiya yoki nefrologiya faniga va h.k. Ushbu tilga olingan a‘zolar organizmning ichkarisida qo‘nim topgan va tashqi nojo‘ya ta’sirotlardan yaxshi himoyalangan. Tibbiyot psixologiyasini organizmning qaysi a‘zosiga qiyoslash mumkin? Albatta teriga! Agar teri tashqi nojo‘ya ta’sirotlardan ichki a‘zolari himoya qilib tursa, tibbiyot psixologiyasi yuqorida zikr qilingan barcha fanlarning himoyachisidir. Agar biz terimizga e‘tibor qilsak, uni jiddiyroq parvarish qilsak, u ko‘z oldimizda butun bir go‘zalligi bilan namoyon bo‘ladi, agar uning biror joyi lat yesa yoki yiringlasa nafaqat teri aziyat chekadi, balki butun bir organizm xavf ostida qoladi! Demak, obrazli qilib aytganda teri ichki a‘zolarining juda katta himoyachisidir. Xuddi egizaklarni bir-biridan ajratib tarbiyalab bo‘lmaganday, tibbiyotni ham psixologiyadan ajratib o‘rganib bo‘lmaydi.

Ushbu darslik taqrizchilar (nevrologlar, psixologlar, terapevtlar, psixiatriklar) tomonidan bildirilgan barcha tanqidiy fikrlarni e‘tiborga olib tayyorlandi. Shunday bo‘lsa-da, darsligimiz kamchiliklardan xoli degan fikrdan yiroqmiz. Darslik bo‘yicha bildirilgan mulohazalarning har birini chuqur o‘rganib chiqishga va kitobning keyingi nashrlarini tayyorlashda ularni e‘tiborga olishga harakat qilamiz. Darslik tibbiyot oliy o‘quv yurtlari talabalari, o‘qituvchilari, umumiy amaliyot shifokorlari, amaliy psixologlar, pedagogika va psixologiya yo‘nalishida ta‘lim olayotgan talabalar uchun xizmat qiladi, degan umiddamiz.

ATAMALAR TAHLILI

- Absans** – ongning o'ta qisqa vaqtga yo'qolishi
Aggravatsiya – kasallik alomatlarini oshirib ko'rsatish
Agrafiya – yozish qobiliyatining buzilishi
Agripniya – uyqusizlik
Akalkuliya – sanash, hisoblash qobiliyatining buzilishi
Aleksiya – o'qish qobiliyatining buzilishi
Amavroz – ko'rishning yo'qolishi
Amneziya – xotiraning yo'qolishi
Analgeziya – og'riq sezgisining yo'qolishi
Anesteziya – sezgining yo'qolishi
Anoreksiya – ishtahaning yo'qolishi
Anosmiya – hid bilishning yo'qolishi
Anterograd amneziya – kasallik boshlangandan keyin bo'lgan voqealarni unutib qo'yish
Apatiya – jismoniy va ruhiy faoliyatning pasayib ketishi
Apraksiya – maqsadga yo'naltirilgan harakatlarni bajara olmaslik
Arefleksiya – reflekslarning yo'qolishi
Astaziya-abaziya – tik turolmaslik, yurolmaslik
Asteniya – ruhiy quvvatsizlik
Ataksiya – harakat koordinatsiyasining buzilishi, chayqalib ketish
Atoniya – mushaklar tonusining yo'qolishi
Aura – xabar beruvchi
Autizm – o'z dunyosiga g'arq bo'lib ketish, birovlar bilan muloqotga kirishmaslik.
Afaziya – nutqning buzilishi
Afoniya – tovush chiqmay qolish
Affekt – hissiy portlash
Bulimiya – ishtahaning oshib ketishi
Vasvasa – haqiqatga to'g'ri kelmaydigan xayollarning paydo bo'lishi
Gallutsinatsiyalar – atrofda yo'q bo'lgan obyektlarni bordek his qilish
Gemianopsiya – ko'ruv maydoni yarmining yo'qolishi
Gemikraniya (migren) – bosh yarim qismining og'rish
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** – haddan tashqari uyquga berilish
- Gipnoz** – grekchadan – uyqu, uxlatish degani
- Gipotoniya** - tonusning pasayishi
- Gomoseksualizm** - o‘z jinsiga taalluqli kishilar bilan jinsiy yaqinlikka intilish
- Debillik** – yengil darajadagi aqli zaiflik
- Degradatsiya** – shaxsning «parchalanishi», buzilishi
- Dezoriyentatsiya** – o‘zi joylashgan joyni, vaqtni aniqlay olmaslik
- Deliriy** – es-hushning buzilib, go‘yoki uyquda yotgandek bo‘lib qolish, zamon va makonni bilmay qolish
- Demensiya** – fikrlash qobiliyatining pasayishi
- Depressiya** – kayfiyatning pasayib ketishi
- Dipsomaniya** – ichkilikka ruju qo‘yish
- Idiotiya** – yuqori darajadagi tug‘ma aqli zaiflik
- Illuziya** – atrofda mavjud bo‘lgan ta‘sirotni noto‘g‘ri idrok etish
- Imbetsillik** – o‘rtacha darajadagi tug‘ma aqli zaiflik
- Imperativ** – buyuruvchi, buyruq beruvchi
- Impulsiv** – to‘satdan, besabab
- Katalepsiya** – bir holatda qotib qolish
- Katamnez** – bemor shifoxonadan chiqarilgandan keyin uning kasalligi haqida olingan ma‘lumotlar
- Kauzalgiya** – achishtiruvchi, kuydiruvchi kuchli og‘riq
- Kleptomaniya** – o‘zi uchun zarur bo‘lmagan narsalarni o‘g‘irlashga intilish
- Klimaks** – jinsiy bezlar faoliyatining so‘nish davri
- Koma** – ongning kuchli darajada buzilishi
- Kommotsiya** – miyaning chayqalishi
- Konfabulatsiya** – xotira buzilishi natijasida yolg‘on so‘zlash
- Letargiya** – uzoq davom etadigan qattiq uyqu
- Maniakal holat** – bo‘lar-bo‘lmasga kuzatiladigan kayfi chog‘lik
- Melanxoliya** – behafsalalik, kayfi pastlik, birovga qaramlik
- Monoplegiya** – bir qo‘l yoki oyoqning falajligi
- Mutizm** – gapirmaydigan, gung bo‘lib qolish
- Narkolepsiya** – to‘satdan boshlanadigan patologik uyqu
- Giyohvandlik** – giyohvand moddalarga ruju qo‘yish
- Oligofreniya** – tug‘ma aqli pastlik
- Perseveratsiya** – bemorning biror harakat, so‘z yoki jumlani hadeb takrorlayverishi

- Psixasteniya** – ruhiy faoliyatning susayib ketishi
Psixopatiya – xulq-atvorning, shaxsning patologik ko‘rinishi
Psixoterapiya – ruhiy ta’sir etish yo‘li bilan davolash
Remissiya – kasallik belgilarining vaqtincha yo‘qolishi
Retrograd amneziya – kasallikdan oldin bo‘lib o‘tgan voqealarni eslay olmaslik
Sadizm – bировga azob berish hisobiga hirsni qondirish
Sensor afaziya – gapni, nutqni tushunmaslik
Simulatsiya – 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
Fobiyalar – vahima bosish, qo‘rquv
Eyforiya – kayfi chog‘lik, bo‘lar-bo‘lmasga ko‘tarinki kayfiyat
Emotsiya – hissiyot
Enurez – siydik tutolmaslik
Yatropatiya – tibbiyot xodimining xatosi oqibatida bemorda turli kasallik alomatlarining paydo bo‘lishi

ATAMALAR KO'RSATKICHLARI

Abdominal og'riqlar.....	194, 200
Absans.....	270
Abstinent sindrom.....	285
Avesto kitobi.....	6
Agarofobiya.....	246
Agnoziya.....	48
Agrafiya.....	65
Aktovegin.....	355
Alkogolizm.....	283
Amavroz.....	79
Amensiya.....	128
Amneziya.....	101, 263
Analgeziya.....	78
Analizatorlar.....	27
Antidepressantlar.....	256, 344
Apatiya.....	123, 264
Apraksiya.....	68
Asab tizimining ontogenezi.....	34
Asab tizimining filogenezi.....	31
Astaziya-abaziya.....	243
Auralar.....	270
Afaziya.....	55
Affekt.....	122
Bezovta oyoqlar sindromi.....	163, 179
Bemorni operatsiyaga tayyorlash.....	298
Birlamchi va ikkilamchi signal sistemalari.....	73
Bosh miya jarohatlari.....	263
Brok markazi.....	46
Buyuk shaxslar.....	138
Vaginizm.....	228
Vaziyatli impotensiya.....	214
Valproatlar.....	276
Vernike markazi.....	46, 62
Gallutsinatsiyalar.....	79
Gamilton shkalalari.....	326, 333
Ganzer sindromi.....	241
Gemianesteziya.....	78
Geteroxronlik prinsipi.....	39

Giyohvandlik.....	286
Ginekologik kasalliklarda bemorlar psixologiyasi.....	304
Giperaktiv sindrom.....	21
Giperesteziya.....	77,234
Gipnoz.....	340
Gippokrat qasamyodi.....	7
Deliriya.....	127
Demensiya.....	106
Deontologiya.....	154
Depakin.....	277
Depersonalizatsiya.....	129
Depressiya.....	120, 248
Diqqat.....	84
Disgamiya.....	227
Dissolatsiya nazariyasi.....	33
Distress.....	118
Disforiya.....	122
Dohiyalar.....	138
Yetishmovchilik hissi.....	134
Jarrohlikda bemorlar psixologiyasi.....	292
Jeyms-Lange nazariyasi.....	109
Jinsiy buzilishlar.....	207
Jinsiy gormonlar.....	207, 210
Zoloft.....	257
Id.....	130
Idiotiya.....	106
Idrok.....	71
Illuziyalar.....	81
Imbetsillik.....	106
Impotensiya.....	213
Instenon.....	351
Isterik stupor.....	241
Isterik falajlar.....	243
Isterik fuga.....	241
Isterik homiladorlik.....	244
Isteriya.....	240
K. Xorni ta'limoti.....	135
Qabziyat.....	197
Kayfiyat.....	111
Kama Sutra.....	228

Klimakterik sindrom.....	309
Qobiliyat	139
Koitus.....	213
Koma.....	127
Konfabulatsiya.....	101
Korsakov sindromi.....	94, 266, 284
Ko'ngil aynish va qusish.....	196
Libido.....	207
Logorreya.....	63
Mazoxizm.....	229
Maniakal holat.....	123
Mizoj.....	13
Miyadan ketmaydigan fikrlar.....	245
Motor afaziya.....	59
Nevrasteniya.....	238
Nevrozlar.....	238
Neyroleptiklar.....	345
Neyropsixologik sindromlar.....	48
Neofreydizm.....	134
Novopassit.....	350
Nootrop dorilar.....	347
Nootropil.....	352
Obnubilatsiya.....	126
Obsessiyalar.....	247
Oligofreniya.....	106
Oliy nerv faoliyati.....	24
Ong	124
Ongsizlik.....	124, 129
Oneyroid.....	128
Onkologik kasalliklarda bemorlar psixologiyasi.....	318
Orgazm.....	209
Organik kasalliklar.....	162
Paresteziya.....	79
Pollutsiya.....	221
Portal (fluoksetin)	261
Posttravmatik asteniya.....	263
Psevdoallergik simptomlar.....	236
Psevdo dermatologik sindromlar.....	231
Psevdonevrologik sindromlar.....	163
Psevdo revmatizm.....	182

Psevdourologik sindromlar.....	202
Psixoanaliz.....	129, 255
Psixogen anoreksiya.....	195
Psixogen astma.....	189
Psixogen bel og'riqlar.....	173
Psixogen bosh aylanish.....	169
Psixogen bosh og'riq.....	163
Psixogen gi peresteziya.....	175
Psixogen yo'tal.....	190
Psixogen kardialgiyalar.....	180
Psixogen nevrалgiyalar.....	172
Psixogen seksual buzilishlar.....	207
Psixogen servikalgiya.....	175
Psixogigiyena.....	148
Psixologik testlar.....	326
Psixologiya.....	4, 17, 338, 365
Psixoprofilaktika.....	154
Psixosensor buzilishlar.....	81
Psixosomatik kasalliklar.....	162
Psixosomatik sindromlar.....	162, 179
Psixostimulatorlar.....	348
Psixoterapiya.....	130, 255, 338
Psixofarmakoterapiya.....	338, 342
Puerilizm.....	242
Reksetin.....	259
Retseptorlar.....	73
Sadizm.....	229
Sedativ dorilar.....	347
Sezgi.....	71
Seksual buzilishlar.....	207
Sele nazariyasi.....	118
Sensor afaziya.....	62
Sinkope.....	126
Somatopsixik sindrom.....	162
Somnambulizm.....	127
Sopor.....	126
Spilberger-Xanin shkalasi.....	335
Stress	118
Suiqasd turlari.....	121
Super-Ego.....	130

Tafakkur.....	103
Temperament.....	6, 137, 142
Teri gi peresteziyasi.....	234
Tib qonunlari.....	11
Tibbiy psixologiya.....	3, 4, 5, 292, 365
Tibbiy-psixologik anketa.....	360
Travmatik psixozlar.....	264
Trankvilizatorlar.....	346
Tug‘ruqdan keyingi psixozlar.....	304
Tungi xurujlar.....	271
Tutqanoq xurujlari.....	242
Unutish.....	100
Fevarin (fluvoksamin)	257
Finlepsin.....	278
Fobiyalar.....	246
Freyd ta’limoti.....	17, 129
Frigidlik.....	223
Friksiya.....	213
Funksional bloklar.....	29
Funksional sistema.....	36
Hayz oldi sindromi.....	308
Xarakter.....	145
Xed-Zaxarin sohalari.....	176
Hissiyot.....	107
Xotira.....	88
Sung shkalasi.....	331
Shartli va shartsiz reflekslar.....	25
Shaxs.....	137
Eglonil.....	350
Ego.....	17, 129
Eyforiya.....	122
Epilepsiya.....	267
Epilepsiyada ruhiy buzilishlar.....	271
Ereksiya.....	207, 213
Erkaklarda klimakterik sindrom.....	316
Eyakulatsiya.....	207, 213
“Yalqov oshqozon” sindromi.....	197
Yatrogeniya.....	341
Yatropatiya.....	342

ADABIYOTLAR

1. **Абдуллаев А.А.** Очерки истории развития медицины в Хорезме. Т., 1980. 160 с.
2. **Abu Ali Ibn Sino.** Tib qonunlari. X jildli. Т., 2000.
3. **Адизова Т.М.** Психокоррекция. (Учебное пособие). Т., 2005.
4. **Vasila Karimova.** Salomatlik psixologiyasi. Т., 2005.
5. **Визел Т.Г.** Основы нейропсихологии. М.: 2000.
6. **Гельмут К., Дженифер Б.** Гипнотерапия. М. 2002.
7. **Джудит Тодд, Артур К. Богарт.** Основы клинической и консультативной психологии. / Пер с англ. СПб 2001.
8. **Ibadullayev Z.R.** Dominant va subdominant yarim sharlarning o'tkir ishemik zararlanishlarida хотира buzilishining neyropsixologik tahlili // «Umumiy amaliyot vrachi» jurnali. 2001. 3. 71-74 b.
9. **Ибадуллаев З.Р., Асадуллаев М.М.** История нейропсихологических открытий (к 100-летию А.Р. Лурия)// Журнал Неврология. 2002. 1. С.48-51.
10. **Ибадуллаев З.Р.** Нейропсихологический анализ расстройства памяти при кровоизлияниях в область зрительного бугра // Журнал «Ученые записки» им. И.П.Павлова. 2002.2. С.125-127.
11. **Ибадуллаев З.Р.** Межполушарная функциональная асимметрия и нейропсихологические синдромы при церебральных инсультах, пути их коррекции. Дисс. ... докт. мед. наук. Т. 2005.
12. **Изард Е.Е.** Психология эмоций. – СПб.: Питер.М. 2000.
13. **Карвасарский Б.Д.** Клиническая психология. М., 1990.
14. **Karimova V.M.** Psixologiya. Т., 2003.
15. **Лурия А.Р.** Основы нейропсихологии. М., 2002.
16. **Мажидов Н.М.** О нервной системе в трудах Абу Али ибн Сины / Журнал Неврология. 2001. 1. С.2-3
17. **Olimov X.O., Olimov U.X.** Psixiatriya klinikasining muqaddimasi. Т. 1997.
18. **Дмитриева Т.Б.** Клиническая психиатрия: Рук-во для врачей и студентов. М. 1999.
19. **Корвасарский Б.Д.** Психотерапия. СПб.: Питер. 2000.
20. **Сахакиан У.С.** Техника консультирования и психотерапия. Пер с англ. М.: 2000.

21. Хомская Е.Д., Ахутина Т.В. Международная конференция памяти А.Лурия: Сборник докладов. М.: 1998.
22. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы: Рук-во для врачей. М.: 2001.
23. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: В 2 т. — Спб.: Питер, 2002.
24. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: 2002.
25. Солсо К. Когнитивная психология. М.:2002.
26. Сукиасян С.Г. Соматизированные психические нарушения //Журнал неврологии и психиатрии. 2001. 2. С. 57-61.
27. Хомская Е.Д. Нейропсихология. СПб.: Питер 2005. — 496 с.
28. Хомская Е.Д. Батова Н.Я. Мозг и эмоции. М.: МГУ, 1998.
29. Хо‘jayeva N.I., Shoyusupova A.U. Psixiatriya. Toshkent. O‘quv adabiyoti. 1995.
30. Ergashev SH.B. Abu Ali Ibn Sino buyuk merosi va zamonaviy fan yutuqlari. T., 2000.
31. Qodirov A.A. Tibbiyot tarixi. T., 1994.
32. Qosimov E.Y. Shifokorning nutq madaniyati va bemor bilan muloqot san’ati. T. 2001.

MUNDARIJA

Soʻz boshi.....	3
-----------------	---

I BOB. TIBBIYOT PSIXOLOGIYASI FANINING VAZIFALARI VA QISQACHA TARIXI. MIYA VA RUH MUAMMOLARI

1.1. Fan haqida tushuncha.....	4
1.2. Tibbiyot psixologiyasining qisqacha tarixi	5
1.3. Bola ruhiyati shakllanishining asosiy bosqichlari	19
1.4. Giperaktiv sindrom	21
1.5. Oliy nerv faoliyati va psixofiziologik jarayonlarning shakllanish bosqichlari	24
1.6. Miyaning funksional sistemasi	36

II BOB. NEYROPSIXOLOGIYA ASOSLARI

2.1. Fan haqida tushuncha va uning qisqacha tarixi	45
2.2. Neyropsixologik sindromlar	48
2.2.1. Koʻruv agnoziyalari	48
2.2.2. Afaziyalar	55
2.2.3. Agraifiya	65
2.2.4. Apraksiya	68

III BOB. SEZGI VA IDROK

3.1. Umumiy maʼlumotlar	71
3.2. Sezgi va idrokning fiziologik mexanizmlari	73
3.3. Sezgi va idrokning buzilishi	77

IV BOB. DIQQAT VA XOTIRA

4.1. Diqqat haqida tushuncha	84
4.2. Diqqatning fiziologik mexanizmlari	84
4.3. Diqqatning buzilishi.....	85
4.4. Xotira haqida tushuncha	88
4.5. Xotira mexanizmlari	92
4.6. Eslab qolish.....	95
4.7. Esda saqlash va qayta esga tushirish	99

4.8. Xotira patologiyasi	101
--------------------------------	-----

V BOB. TAFAKKUR

5.1. Umumiy ta'rif	103
5.2. Tafakkurning buzilishi	105

VI BOB. HISSIYOT

6.1. Umumiy ta'rif	107
6.2. Hissiyotning fiziologik mexanizmlari	111
6.3. Hissiyot patologiyasi	120

VII BOB. ONG VA ONGSIZLIK

7.1. Umumiy tushuncha	124
7.2. Ong patologiyasi	126
7.3. Ongsizlik	129
7.4. Freyddan keyingi psixoanaliz	133

VIII BOB. SHAXS. TEMPERAMENT. XARAKTER

8.1. Shaxs haqida tushuncha	137
8.2. Temperament va uning tiplari	142
8.3. Xarakter	145

IX BOB. PSIXOGIGIYENA, PSIXOPROFILAKTIKA VA DEONTOLOGIYA ASOSLARI

9.1. Psixogigiyena	148
9.2. Psixoprofilaktika	154
9.3. Deontologiya asoslari	154

X BOB. PSEVDONEVROLOGIK VA PSIXOSOMATIK SINDROMLAR

10.1. Umumiy tushuncha	162
10.2. Pseudonevrologik sindromlar	163
10.2.1. Psixogen bosh og'rig'i	163
10.2.2. Psixogen bosh aylanishi	169

10.2.3. Psixogen nevroziyalari	172
10.2.4. Psixogen bel og'riqlar (pseudoradikulyar sindrom)	173
10.2.5. Psixogen giperesteziya	175
10.2.6. «Bezovta oyoqlar» sindromi	179
10.3. Psixosomatik sindromlar	179
10.3.1. Psixogen kardialgiyalari	180
10.3.2. Yurak ritmining psixogen buzilishlari	182
10.3.3. Pseudorevmatizm	182
10.3.4. Psixogen astma	189
10.3.5. Oshqozon-ichak sistemasining psixogen buzilishlari	194
10.3.6. Pseudourologik sindromlar	202

XI BOB. SEKSUAL BUZILISHLAR PSIXOLOGIYASI

11.1. Jinsiy a'zolar haqida umumiy ma'lumotlar	207
11.2. Eraklarda uchraydigan seksual buzilishlar	211
11.3. Ayollarda uchraydigan seksual buzilishlar	223
11.4. Disgamiya	226
11.5. Jinsiy yaqinlik paytida kuzatiladigan seksual buzilishlar	228

XII BOB. TERIDA KUZATILADIGAN PATOLOGIK O'ZGARISHLAR

12.1. Umumiy ma'lumotlar	231
12.2. Teri giperesteziyasi	234

XIII BOB. NEVROZLAR VA DEPRESSIYA

13.1. Nevrozlar	238
13.1.2. Nevrasteniya	238
13.1.3. Isterik nevroz (Isteriya)	240
13.1.4. Miyadan ketmaydigan fikrlar	245
13.2. Depressiya	248

XIV BOB. ASAB SISTEMASI KASALLIKLARIDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

14.1. Bosh miya jarohatlarida kuzatiladigan ruhiy-hissiy buzilishlar ..	263
14.2. Epilepsiya va tutqanoq sindromlarda bemorlar psixologiyasi	267

XV BOB. ALKOGOLIZM VA GIYOHVANDLIKDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

15.1. Alkogolizmda bemorlar psixologiyasi	283
15.2. Giyohvandlikda bemorlar psixologiyasi	286

XVI BOB. JARROHLIK KASALLIKLARIDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

16.1. Jarroh va bemor orasidagi psixologik munosabatlar	292
16.2. Bemorni operatsiyaga tayyorlash	298

XVII BOB. AKUSHERLIKDA VA GINEKOLOGIK KASALLIKLARDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI (D.R. ABDULLAYEVA)

17.1. Tug‘ruqdan keyin kuzatiladigan ruhiy o‘zgarishlar	304
17.2. Ginekologik operatsiyalardan keyin kuzatiladigan ruhiy o‘zgarishlar	305
17.3. Abortdan keyin kuzatiladigan ruhiy o‘zgarishlar	306
17.4. Hayz buzilishlarida ayollar psixologiyasi	307
17.5. Hayz oldi sindromi	308
17.6. Klimakterik davrda psixologik o‘zgarishlar	309
17.6.1. Ayollarda klimakterik sindrom	310
17.6.2. Erkaklarda klimakterik sindrom	316

XVIII BOB. ONKOLOGIK KASALLIKLARDA BEMORLAR PSIXOLOGIYASI

18.1. Umumiy ma’lumotlar	318
18.2. Onkologik kasalliklarda ruhiy-hissiy buzilishlarning sabablari .	320
18.3. Onkologik bemorlarda ruhiy-hissiy buzilishlarning klinik manzarasi	322

XIX BOB. PSIXOLOGIK TESTLAR

19.1. Depressiyani aniqlash va baholash	326
19.1.1. Depressiyani baholash uchun Gamilton shkalasi	327
19.1.2. Depressiyani baholash uchun Sung shkalasi	332
19.2. Xavotirni aniqlash va baholash uchun testlar	334

19.2.1. Xavotirni baholash uchun Gamilton shkalasi	334
19.2.2. Xavotirni baholash uchun Spilberger-Xanin shkalasi.....	337

XX BOB. PSIXOTERAPIYA VA PSIXOFARMAKOTERAPIYA

20.1. Psixoterapiya	340
20.2. Psixofarmakoterapiya	344
20.2.1. Antidepressantlar	346
20.2.2. Neyroleptiklar	347
20.2.3. Trankvilizatorlar	348
20.2.4. Sedativ dorilar	349
20.2.5. Nootrop dorilar	349
20.2.6. Psixostimulatorlar	350

XXI BOB. BEMORLAR PSIXOLOGIYASINI TEKSHIRISHNING UMUMIY QONUN-QOIDALARI

Bemorlarning tibbiy-psixologik statusini tekshirish sxemasi.....	359
Xulosa	363
Xotima	364
Atamalar tahlili.....	365
Atamalar ko'rsatkichkari	368
Adabiyotlar	373

IBODULLAYEV ZARIFBOY RAJABOVICH
tibbiyot fanlari doktori, professor

TIBBIYOT PSIXOLOGIYASI

Darslik

Muharrir *L. Baxranov*
Kompyuterda sahifalovchi *A. Ro'ziyev*

Bosishga ruxsat etildi 14.03.2008. Qog'oz bichimi 60x84¹/₁₆.
Hisob-nashr tabog'i 23,75. Adadi 1000.
Buyurtma № 88.

«IQTISOD-MOLIYA» nashriyotida tayyorlandi.
100084, Toshkent, Kichik xalqa yo'li ko'chasi, 7-uy.
Hisob-shartnoma.

«Toshkent tezkor bosmaxonasi» MCHJ da chop etildi
100200. Toshkent, Radial tor ko'chasi 10 uy.