

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ
ВАЗИРЛИГИ

ЗАРИФБОЙ ИБОДУЛЛАЕВ

ТИББИЁТ ПСИХОЛОГИЯСИ

*Ўзбекистон Республикаси олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги
томонидан тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари учун дарслик
сифатида тавсия этилган*

Тошкент
2010

Ушбу дарслик тиббиёт институтларининг барча факультетларида тиббиёт психологиясини ўқитиш учун олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги томонидан дарслик сифатида тавсия этилган. Дарслик классик ва замонавий тиббиётнинг ҳамда психология илмининг етук намоёндалари маълумотларига асосланиб ва Ўзбекистон Республикаси Давлат таълим стандартлари талабларига мос равишда тайёрланган. Дарслиқдан, шунингдек, клиник тиббиётдан дарс берувчи мутахассислар, амалий психологлар тайёрлаш факультетлари, тиббиёт коллежлари талаба ва ўқитувчилари, магистрлар, шифокорлар ва илмий ходимлар ҳам фойдаланишлари мумкин.

Муаллиф:

Зарифбой ИБОДУЛЛАЕВ,

Тошкент тиббиёт академияси асаб касалликлари кафедраси
профессори, тиббиёт фанлари доктори

Тақризчилар:

У.Ҳ.АЛИМОВ,

тиббиёт фанлари доктори, профессор

В.М.КАРИМОВА,

психология фанлари доктори, профессор

Б.Ғ.ҒОҒУРОВ,

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ушбу дарсликнинг бирор бир қисми муаллиф рухсатисиз компьютерга киритилиши ёки бошқа бир кўринишда чоп қилиниши манъ этилади.

ISBN _____

©З.Ибодуллаев. «Тиббиёт психологияси». 2010 йил.

ИККИНЧИ НАШРИГА СЎЗ БОШИ

*Вужуд руҳ амрига вожибдир.
Абу Али ибн Сино*

Ҳар қандай фан ўзининг йўналиши ва мақсадларига эга. Психология фани ҳам бундан истисно эмас. «Психе» атамаси юнонча сўз бўлиб, «руҳ», «руҳият» деган маънони англатади. Демак, психология инсон руҳиятини ўрганувчи фандир ва бу фаннинг тармоқлари жуда кўп. Тиббий психология ўз услублари ва йўналишларига эга фандир. У тиббий ва ижтимоий-гуманитар фанларга асосланиб ўргатилади.

Тиббиёт психологиясига бағишланган дастлабки дарслик XX асрнинг бошларида машҳур немис психиатри ва психологи Эрнст Кречмер томонидан яратилди. Унинг тавсияси билан тиббиёт психологияси биринчи бор Европада алоҳида фан сифатида ўқитила бошланди. Кейинчалик тиббиёт психологиясига оид бир қанча дарсликлар яратилди ва бу фан дунёнинг барча университетларида, тиббиёт институтларида ўқитила бошланди. Таъкидлаш лозимки, тиббий психолог соғлиқни сақлаш тизимининг барча соҳасида фаолият кўрсатади. Айниқса, клиникада фаолият кўрсатувчи психолог бевосита беморлар билан ишлайди, касаллик клиникасини ўрганади ва врач каби беморларни даволайди. Шунинг учун аксарият давлатларда «Тиббиёт психологияси» фани «Клиник психология» деб аталади.

Қўлингиздаги «Тиббиёт психологияси» дарслиги тиббиёт институтлари учун ўзбек тилида тайёрланган дастлабки дарсликнинг иккинчи нашридир. Дарслик XXI бобдан иборат бўлиб, унда Фарб ва Шарқ давлатларида тиббиёт психологиясининг тарихи, олимлар ва файласуфларнинг бемор психологиясига оид қарашлари, мия ва руҳий жараёнлар, нейропсихология асослари, билиш жараёнларига (онг, диққат, хотира ва ҳ.к) оид маълумотлар, Фрейд назарияси,

психогигиена, психопрофилактика ва деонтология асослари баён қилинган. Дарсликда бир нечта боблар психосоматик тиббиётга оид бўлиб, унда псевдоневрологик ва психосоматик синдромлар, сексуал бузилишлар психологияси, неврозлар ва депрессия, турли касалликларда (неврологик, наркологик, жарроҳлик, гинекологик, онкологик ва ҳ.к.) беморлар психологиясидаги ўзгаришлар ва уларни даволаш усуллари ёритилган. Психодиагностика бобда психологик тестлар ва улардан фойдаланиш усуллари келтирилган. Психотерапия ва психофармакотерапия усуллари алоҳида бобда баён қилинган. Дарсликнинг сўнгида беморларда психологик статусни текширишнинг умумий қонун-қоидалари ва тиббий-психологик атамалар таҳлили ёритилган.

Ушбу дарсликнинг биринчи нашри 2008 йил босмадан чиқди ва талабалар, ўқитувчилар орасида катта қизиқиш уйғотди. Фикримизча, бунинг асосий сабаби дарсликнинг Давлат таълим стандартларига мос равишда тайёрланганлигидир. Дарсликнинг иккинчи нашрига биз қўшимча маълумотлар киритдик. «Фан ҳақида тушунча», «Диққат ва хотира», «Шахс, темперамент ва характер» боблари янги материаллар билан тўлдирилди. «Асаб системаси касалликларида беморлар психологияси» бобига «Мия insultларида беморлар психологияси», «Менингит, менингоэнцефалит ва энцефалитларда беморлар психологияси» каби янги мавзулар киритилди. Аксарият боблардаги ортиқча маълумотлар қисқартирилиб, зарур маълумотлар билан бойитилди. Аксарият боблар психологик текширув усуллари билан тўлдирилди, уларга психологик тестлар киритилди. «Атамалар таҳлили» ҳам қўшимча маълумотлар билан тўлдирилди.

Дарсликнинг иккинчи нашри ҳам ўқувчиларга манзур бўлади, деган умиддамиз. Муаллиф психология фанлари номзоди, доцент Тўлаганова Г.Қ.га «Ўзбекистонда тиббиёт психологиясининг ривожланиш тарихи» қисмини ёзишда кўрсатган ёрдами учун ўз миннатдорчилигини билдиради.

Муаллиф

1 БОБ. ТИББИЁТ ПСИХОЛОГИЯСИ ФАНИ, ВАЗИФАЛАРИ ВА ҚИСҚАЧА ТАРИХИ. МИЯ ВА РУҲИЙ ЖАРАЁНЛАР

*Барча санъатлар ичида энг буюғи – тиббиётдир.
Гиппократ*

1.1. Фан ҳақида тушунча

Айтиш жоизки, “Тиббиёт психологияси” ва “Клиник психология” фанларига таъриф беришда ҳанузгача баҳслар давом этмоқда. Баъзи муаллифлар ушбу фанни иккала ном билан аталувчи битта фан дейишса, бошқа бир муаллифлар клиник психология тиббиёт психологиясининг бир қисми деб аташади. Аксарият давлатларда “Клиник психология” тушунчаси кенг тарқалган. Бироқ шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, бу фан қандай аталишидан қатъи назар, у тиббиёт ва психология фанлари негизда пайдо бўлганлигига шубҳа йўқдир. Клиник психологияга кўпроқ психоген (психосоматик) касалликлар клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари билан боғлиқ бўлган муаммоларни ўрганадиган фан сифатида қараш лозим. Бу унинг номига ҳам мос келади. Клиник психологияни клиник фанлардан (терапия, хирургия, гинекология ва ҳ.к.) ажратиб ўрганиб бўлмайди. Клиник психологиянинг мақсад ва вазифалари клиник фанларга ўхшаб кетади. Клиник психология – тиббиёт психологиясининг бир бўлиמידир.

Тиббиёт психологияси клиник психологияга қараганда кенгроқ маъно касб этувчи фан бўлиб, у тиббий йўналишдаги барча фанларни ўз ичига қамраб олади, яъни деонтология, этика, психодиагностика, психотерапия, тиббий-психологик экспертиза, психогигиена, психопрофилактика ва ҳ.к.

Тиббиёт психологиясини шартли равишда 2 га ажратиш мумкин: умумий тиббиёт психологияси ва хусусий тиббиёт психологияси ёки клиник психология.

Умумий тиббиёт психологияси қуйидаги муаммоларни ўрганади:
– тиббий ходимлар (врач, ҳамшира) ва беморлар орасидаги ўзаро муносабатларни;

– одамнинг психологик шаклланиш босқичларини (болалик, ўсмирлик, катта ва қариллик даври психологиясини);

– темперамент, характер ва шахс муаммоларини;

– деонтология ва этика тамойилларини;

- психогигиена ва психопрофилактика муаммоларини;
- психодиагностика (психометрия) ва психотерапия (психокоррекция) тамойилларини;
- тиббий-психологик экспертиза муаммоларини.

Хусусий тиббиёт психологияси (клиник психология) қуйидаги муаммоларни ўрганади:

- психосоматик бузилишларнинг этиологияси, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усулларини;
- турли хил касалликларда (терапевтик, хирургик, гинекологик ва ҳ.к) беморлар руҳиятида кузатиладиган ўзгаришларни;
- турли хил дефектлар билан туғилганлар психологиясини;
- психотерапия ва психофармакотерапия усулларини турли касалликларда қўллашни.

Тиббиёт психологияси билан ёндош бўлган бир неча фанлар ҳақида маълумот бериб ўтамиз. Булар:

– **нейропсихология** – психологик методларни қўллаб бош мия зарарланишларида кузатиладиган олий руҳий функцияларнинг бузилишларини ўрганади. Ушбу фан неврология ва психология фанлари негизида пайдо бўлган;

– **психоневрология** – асаб системасининг функционал бузилишларини ўрганувчи фан бўлиб, психиатрия ва неврология фанлари негизида пайдо бўлган;

– **психофизиология** – руҳий фаолият ва физиологик жараёнларни ягона жараён сифатида кўрадиган фан бўлиб, психология ва нейрофизиология фанлари негизида пайдо бўлган.

– **патопсихология** – шахс ва руҳиятнинг бузилиши қонуниятларини ўрганувчи фан бўлиб, психиатрия ва психология фанлари негизида пайдо бўлган;

– **психопатология** – психиатриянинг бир бўлими бўлиб, руҳий касалликларда учрайдиган симптом ва синдромларнинг этиологияси, патогенези, клиникаси ва диагностикасини ўрганади;

– **психосоматик тиббиёт** – тиббиёт психологиясининг бир бўлими бўлиб, психоген омиллар билан ички аъзолар касалликлари орасидаги ўзаро муносабатларни ўрганади;

– **психогигиена** – руҳий саломатликни таъминлаш, сақлаш ва қўллашга қаратилган фан бўлиб, тиббиёт психологияси ва гигиена фанлари негизида пайдо бўлган.

– **психопрофилактика** – руҳий касалликларнинг келиб чиқиши ва ривожланишининг олдини олишга қаратилган фан бўлиб, унинг вазифалари психогигиена билан чамбарчас боғланган;

– **психодиагностика** – инсоннинг руҳий ҳолатини психологик усулларни қўллаган ҳолда сифатий ва миқдорий баҳолашни ўргатувчи фан;

– **психоанализ** – инсон руҳиятини онг ва онгсизлик қонуниятларига асосланиб ўрганувчи фан бўлиб, инсоннинг хатти-ҳаракатлари шаклланишида инстинктив реакцияларга асосий урғу беради.

Ушбу фанларнинг аксарияти (психопрофилактика, психогигиена, психодиагностика, психосоматика, нейропсихология) тиббиёт психологиясининг бўлимлари сифатида ҳам ўрганилади.

1.2. Тиббиёт психологиясининг қисқача тарихи

Одамзот пайдо бўлибдики, турли касалликларга қарши курашиб келган. Бемородамни дарддан халос қилиш учун турли усуллар ўйлаб топишган. Қадимда беморларни даволашда гиёҳларни кўп қўллашганини тарихий манбалардан яхши биламиз, лекин руҳий таъсир ўтказиш йўли билан даволаш қачон қўлланилиб бошланганлиги бизга номаълум. Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, ҳозиргача номи маълум бўлган деярли барча табиблар беморларни даволашда руҳий таъсир этиш усулларини кўп қўллашган. Уларнинг аксарияти биринчи табиб – организмнинг ўзи ва айнан у ҳар қандай касалликка қарши курашиши керак, бизнинг вазифамиз эса унга ёрдам беришдир, дейишган.

Қадимги давр адабиётига назар ташлайдиган бўлсак, тиббиёт, фалсафа ва психология фанларининг чамбарчас боғланиб кетганлигининг гувоҳи бўламиз. Милоддан илгари яшаб ўтган деярли барча файласуфлар тиббиёт ва психологияга оид ўз фикрларини ёзиб қолдиришган, чунки улар руҳий кучларнинг манбаини инсон мияси билан боғлашган.

Қадимги Хоразм ҳудудида милоддан аввалги VI асрда битилган зардуштийларнинг муқаддас китоби **«Авесто»** да тиббиёт ва психологияга оид муҳим маълумотлар келтирилган. «Авесто» уч китобдан иборат бўлиб, унинг биринчи китоби («Вендидат»)да тиббиётга оид маълумотлар берилган. Унда жисмоний ва руҳий покланиш ҳақидаги қонунлар мажмуаси келтирилган. «Авесто» китобида биз кўриш, эшитиш, ҳид билиш ва таъм билиш марказлари мияда жойлашган, деган фикрларни учратамиз. Китобда «Ҳаёт маркази суяк илигида жойлашган», дейилган. Шунингдек, китобда одам анатомияси ва физиологиясига оид жуда қизиқарли маълумотлар келтирилган. Инсон саломатлигини сақлаш йўллари ёритилган.

«Авесто» китобида нафақат руҳий тушкунлик, балки жисмоний зўриқиш ҳам касалликка олиб келиши айtilган. Касалликларни даволашда жарроҳлик ва руҳий тинчлантириш даволашнинг асосий усулларидан бири, деб кўрсатилган. «Авесто»да гигиена, профилактика, озода юриш, ёмон нарсаларга яқинлашмаслик, тоза ҳавода сайр қилиш, сифатли овқатлар тановул қилиш ва тоза ичимлик суви ичиш ҳақида ҳам кўп маълумотлар келтирилган. Китобда ёшлар жисмоний ва руҳий бақувват бўлиши учун тўйиб овқатланиши, етарли даражада овқатланмайдиган халқ камқувват бўлиши кўрсатилган.

Мия ва руҳ орасидаги муносабатларга оид қарашлари билан машҳур бўлган тиббиёт фанининг отаси **Гиппократ (Буқрот)** – милoddан аввалги 460–377 йиллар) асарлари бугунги кунгача етиб келган. У одам анатомияси ва физиологиясини чуқур ўрганди, бош миянинг тузилиши билан қизиқди. Гиппократ одамлар хулқ-атворини касалликлар кечишига боғлаб ўрганди ва темперамент ҳақида таълимот яратди. Гиппократ одам темпераментини тўрт типга ажратди:

1) **сангвиник** – ҳаракатчан, хушчақчақ, иродали одам, уларнинг организмида қон устунлик қилади;

2) **холерик** – тез жаҳли чиқиб кетадиган, ҳиссиётга берилувчан одам, уларда жигар ўти устунлик қилади;

3) **флегматик** – босиқ, кам ҳаракатчан ва суст одам, уларнинг организмида флегма (шиллик, хилт) устун туради;

4) **меланхолик** – ўз кучига ишонмайдиган, доимо тушкун, танг аҳволда юрадиган, қийинчиликлардан қўрқадиган одам. Уларнинг қонида меланоза (сафро, қора ўт) устунлик қилади.

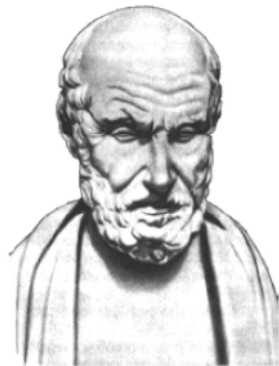
Гиппократнинг фикрича, сангвиниклар касалликка кам чалинадилар, холериклар ва меланхоликлар касалликка мойил кишилардир. Гиппократ «Касалликларнинг кечиши ва беморнинг тузалиши унинг темпераментига боғлиқ», деган. Бу таълимот кейинчалик барча олимларда қизиқиш уйғотди. Ҳозирги кунда етакчи психологлар ва врачлар беморларни даволашда уларнинг темпераментига алоҳида эътибор беришади.

Гиппократнинг тиббиёт олдидаги яна бир буюк хизмати унинг врач қасамёдини яратганлигидир.

Гиппократ қасамёди

«Табиб Аполлон, Асклепий, Ҳикиея ва Панакея ҳамда барча худолар номи билан уларни гувоҳликка олиб, қуйидагиларни кучим ва идроким борича ҳалол бажаришга қасамёд этаман ва ёзма равишда ваъда бераман: мени табиблик санъатига ўргатган кимсани ўз ота-онам би-

лан баробар кўраман, у билан бойлигимни бўлишаман, агар у муҳтож бўлиб қолса, ёрдам бераман, унинг авлодини ўз ака-укаларимдек кўраман ва бу санъатни ўрганишни истасалар, пул олмай ва ҳеч қандай шартсиз ўргатаман. Ўз ўғилларимни, устозимнинг ўғилларини ва талабаларимни қўлланма, оғзаки дарс ва бошқа усулларда ўқитаман. Мен ҳар қандай зарар келтириш ва адолатсизликдан сақланган ҳолда, ўз кучим ва идроким даражасида беморнинг ҳаёт тарзини унинг фойдасига йўналтираман. Мен ҳеч қачон мендан илтимос қилган кимсага ўлдирадиган дори бермайман ва бундай йўлни кўрсатмайман, шунингдек, ҳеч қандай аёлга бола туширувчи дори бермайман. Ўз ҳаётим ва санъатимни пок ва нуқсонсиз ўтказаман. Мен қандай уйга кирмайин, у ерга ҳеч қандай гаразсиз ва ёмон ниятсиз, фақат бемор манфаатини кўзлаб қадам кўяман, айниқса, аёллар ва эркаклар, озод кишилар ва қуллар ўртасидаги ишқий ишлардан узоқ бўлишга интиламан. Даволаш жараёнида ёки усиз кишиларнинг ҳаётида ошкор қилиниши мумкин бўлмаган ва сир сақланган нимаики кўрган ёки эшитган бўлсам, бу ҳақда ҳеч кимга ҳеч нарса айтмайман. Менга, шу қасамёдни сўзсиз бажарувчи сифатида ҳаёт ва санъатда абадий бахт ва шуҳрат ато этсин. Бу қасамёдни бузувчилар ва ёлеон қасамёд берувчилар учун бунинг акси бўлсин!»



Гиппократ
(милоддан аввалги
460–377-й. й.)

Гиппократ даврдан бошлаб бу қасамёдни барча табиблар қабул қилганлар. Ҳозирги кунда ҳам бу қасамёд ўз кучини йўқотгани йўқ ва барча мамлакатларда бўлажак врачлар уни қабул қилишади. Бу қасамёд врачни ўз касбини севишга ва улуғлашга, беморлар ва ҳамкасбларини ҳурмат қилишга, ўз илмини фақат одамлар саломатлиги йўлида сарфлашга, ёмон мақсадларда қўлламасликка чорлайди.

Маълумки, врач қанчалик уринмасин, давоси қийин кечадиган касалликлар бор. Бундай пайтларда врач руҳан ва жисмонан чарчайди, бемори тузалмаганидан азият чекади. Баъзан бемор ва унинг яқинлари томонидан дашномлар эшитади. Бу ҳақда Гиппократ шундай деган: «Тиббиёт асосан тинчлантиради, баъзан даволайди, жуда кам ҳолларда эса дарддан бутунлай халос этади». Демак, ҳамма беморларни ҳам кўнгилдагидек даволаш қийин. Гиппократнинг бу сўзларида пессимизм уфуриб турган бўлса-да, замирида аччиқ ҳақиқат ётибди. Бу сўзларнинг айтилганига бир неча асрлар бўлди, ўтган давр ичида энг кучли диагностика ва даволаш усуллари ишлаб чиқилди,



Платон
(милоддан аввалги
430–348-й.й.)

лекин шундай бўлса-да, бугунги кунда тиббиёт баъзи касалликларни даволашда ожизлик қилади.

Гиппократ бир қатор асаб ва руҳий касалликлар ҳақида рисолалар ёзиб қолдирган. У истерик касалликларни чуқур билимдонлик билан ўрганди ва беморларни даволаш йўлларини ишлаб чиқди. Гиппократ беморларни даволашда соғлом турмуш тарзига ва тўғри овқатланишга қаттиқ риоя қилиш кераклигини айтган, касалликларнинг сабабини аниқлаб, уларни бартараф қилишга интилган.

Гиппократнинг тиббиётга оид баъзи кўрсатмаларини келтириб ўтамиз:

- 1) жисмоний меҳнат мушаклар ва аъзолар учун озикдир;
- 2) фикрлаш – киши руҳини тетиклаштиради;
- 3) беморга ёрдам беришни эплай олмасанг, унга зиён келтирма;
- 4) меъёрдан кўп овқатланиш киши саломатлигига зиён келтиради;
- 5) беморнинг руҳи тушмаган ва иштаҳаси сақланган бўлиши тузалиш учун яхши аломатдир;
- 6) одам танасида касаллик билан курашувчи куч бор, табибнинг вазифаси эса ўша кучни фаоллаштиришдан иборат;
- 7) беморга бериладиган дорилар ҳадеб ўзгартирилмаслиги керак, фақат заруратга қараб даволаш муолажаси ўзгартирилсин;
- 8) табиатда доимо икки қарама-қарши куч бир-бирига қарши туради, қарама-қаршилиқни қарама-қаршилиқ билан енгиш керак;



Аристотель
(милоддан аввалги
384–322 й.й.)

9) табиб юксак даражада ахлоқли, жонкуяр, озода ва хуш кўринишга эга бўлиши керак;

10) табиб ўз билим ва маҳоратини доимо ошириб бориши ва беморлар ҳурматига сазовор бўлиши керак.

Ўз даврининг машҳур табиби ва файласуфи бўлган Гиппократ шарафли умр кечирди ва 83 ёшида вафот этди.

Платон (Афлотун – милоддан аввалги 430–348 йиллар) *«Рух абадийдир, у танага боғлиқ эмас ва худо томонидан яратилган. Рух танадан олдин пайдо бўлган, одам ва*

ҳайвон руҳи бир-биридан фарқ қилади, одам руҳи олий ва паст табақага бўлинади. Олий руҳ абадийдир, у тафаккур кучига эга, бир танадан иккинчисига ўтади ва танага боғлиқ эмас. Паст табақали руҳ абадий эмас. Ҳайвонлар учун эса фақат паст табақали руҳ хос», деган.

Аристотель (Арасту – милоддан аввалги 384–322-йиллар) мия, руҳ ва тана муносабатларига оид бир қанча фикрлар билдирган. Платоннинг шогирди. Аристотель жоннинг уч хилини ажратган: **ўсимлик, ҳайвон ва онгли жон**. Ҳайвон жони деганда, у озикланиш ва кўпайишни кўзда тутган бўлса, ҳайвон жони деганда ҳис қилиш, оғриқ сезиш, ҳимояланишни тушунган. Аристотель «*Онгли жон фақат инсонга хос ва унда жоннинг уч тури ҳам маъжуд*», деган. Унинг фикрича, инсон уларга эгаллиги билан ҳам ўсимлик ва ҳайвонлардан фарқ қилади. Аристотель «ҳис-туйғулар», «хотира», «сезги» каби тушунчалардан фойдаланган.

Римлик мутафаккир **Гален** (милоддан аввалги 129–201йиллар) руҳнинг физиологик механизмларини илмий тадқиқотларига асосланиб ўрганди. У руҳий фаолиятнинг бош мия билан боғлиқлиги фикрини илгари сурди. Гален ҳиссиёт, хотира, сезги ва диққат одам онги, руҳи томонидан идора қилинади, деган. У ҳайвонларда мияга борувчи сезги толаларини кесиб кўриб, уларнинг ҳаракатини текширди. Шу мақсадда у доривор моддаларни ҳам ишлатди. Шунингдек, Гален жинсий яқинликда бўлиб туришнинг асаб системасига таъсирини ўрганди. У турмушга чиқмаган ёки бева аёлларда истерик белгилар пайдо бўлишини ёзиб қолдирган.

Гален биринчилардан бўлиб хулқ-атворнинг туғма ва орттирилган шакллари, ихтиёрий ва ихтиёрсиз ҳаракатлар тўғрисидаги ҳамда темпераментга оид фикрларни илгари сурди. Лекин узоқ давр мобайнида физиология ривожланмаганлиги сабабли одам психологиясини ўрганиш ҳам орқада қолди.

IX аср бошларида Шарқда, яъни Бағдод, Бухоро ва Хоразмда бошқа табиий фанлар қатори тиббиёт ҳам жадал ривожланади. Бағдоддаги тиббиёт даргоҳларида беморларни даволашда руҳий таъсир қилиш усуллари кенг қўлланилган. Бемор билан тиббиёт ходими ўртасидаги муносабатлар, психологик усуллар, турли касалликларнинг келиб чиқишида руҳий омилларнинг аҳамияти, уларнинг олдини олиш каби



Гален
(милоддан аввалги
129–201-й.й.)



Абу Бакр ар-Розий
(865–925)

билимлар ривожлана бошлади, яъни тиббиёт психологиясининг пойдевори яратилиб бошланди. Бу даврда Бағдоддаги тиббиёт муассасалари бутун дунёда тан олиниб, Европада ҳам катта шуҳрат қозонди.

Эронда таваллуд топган машҳур мутафаккир **Абу Бакр ар-Розий** (865–925) тиббиёт оламида ўчмас из қолдирди. У ўз даврининг буюк табиби бўлган ва тарихчиларнинг ёзишича, беморларни даволашда хатога йўл қўймаган. У бирор янги дорини беморларга беришдан олдин ҳайвонларда синаб кўрган. Розий беморларни даволашда руҳий таъсир қилиш билан бирга парҳезга ҳам катта эътибор қаратган. У мизожлар, фалажликлар, жинсий алоқа, гигиеник тад-

бирлар ва доришунослик ҳақида кўп рисоалар битган. Уларнинг баъзилари ғарб тилларига таржима қилиниб, у ерда ҳам ўқитилган. Розий ўзи бошқараётган шифохонада «касаллик тарихномаси»ни яратган ва беморнинг ҳол-аҳволини даволашнинг биринчи кунларидан бошлаб мунтазам қайд қилиб борган. Бу эса унга беморни даволаш мобайнида синчковлик билан кузатув олиб бориш имконини берган. Абу Бакр ар-Розий беморларни кузатиш жараёнида касалликнинг келиб чиқиш сабабларини, унинг оқибатларини ўрганган ва шу тариқа тиббий профилактика ва психогигиена фанларига асос солган, десак муболаға бўлмайди. У врач бурчи, тиббий маслаҳатлар ҳақида ҳам ўз фикрларини ёзиб қолдирган.



Абу Али ибн Сино
(980–1037)

Шарқда яшаб ижод қилган табиблар ҳаёти ва ижодини замонамизнинг атоқли тарихчи олими, профессор Асадулла Қодиров «Тиббиёт тарихи» китобида батафсил ёритган. У ўзининг асарида Шарқ ва Ғарб олимларининг фикрларини бири бири билан таққослайди, классик фикрларни ҳозирги замон тиббиёти билан солиштириб ўрганади. Олим, айниқса, буюк мутафаккир **Абу Али ибн Сино** (980–1037) ҳаёти ва фаолияти ҳақида жуда катта таҳлилий маълумотлар келтирган.

Ибн Сино тиббиётнинг деярли барча соҳаларига тааллуқли «Тиб қонунлари»

асарида тиббиёт ва психологияга оид бир қанча фикрлар келтирган. Бу асар ҳақли равишда дунёнинг деярли барча тилларига таржима қилинган ва тиб илмини забт этишда дастуриламал бўлиб хизмат қилган. Ибн Синонинг аҳволи оғир беморларни даволашда ишлатган турли хил усуллари (гиёҳлар билан даволаш, руҳий таъсир қилиш) ҳақида афсоналар бор. Аслида булар афсонага айланган ҳақиқатдир.

Зигмунд Фрейд неврозга учраган беморларни даволашда Ибн Сино усулидан фойдаланган бўлса, ажаб эмас. У беморларга нафақат касаллик билан боғлиқ бўлган, балки шахсий ҳаётидаги муаммоларни ҳам сўзлатиб, уларда психологик катарсис (руҳий покланиш) ни юзага келтирган. Бирорта ҳам сири қолмай, барча дардини сўзлаган бемор руҳан анча енгиллашиб, баъзи ҳолларда бутунлай тузалиб ҳам кетган.

Ибн Сино ҳар бир беморни даволашда уларни диққат билан ўрганиш, оиласи ва яшаш шароити билан танишиш ўта муҳимлигини уқтирган. Бу билан у ҳозирги даврда психогигиена деб аталувчи фанга асос солган. У психопрофилактика масалалари билан ҳам шуғулланган. Касалликларнинг олдини олишда тарбиянинг аҳамиятини ўз асарларида кўрсатиб ўтган. «Тарбия эрта болалик давридан бошланиши керак», деган эди Ибн Сино. Шунингдек, у болани кўрқоқ, ғамгин ёки жуда эрка қилиб ўстирмасликни, ота-она бола нимани истаётганини доимо сезиши ва ўша нарсани болага етказиб беришга ҳаракат қилиши, ёмон нарсалардан эса йироқлаштиришлари зарурлигини уқтирган. Бу қоидаларга риоя қилиш боланинг зехнини ўткир, танасини соғлом ўсишини таъминлашини таъкидлаб ўтган.

Ибн Сино касалликларнинг келиб чиқиши асаб тизимига боғлиқ, ғазаб, кўрқув, қаттиқ сиқилиш организмни ҳолсизлантириб, бунга сабаб бўлишини айтган.

Бу фикрини у тажриба орқали ҳам исботлаб берган. Ибн Сино битта кўйни оддий шароитда, иккинчисини эса қафасда сақлаб, иккаласини ҳам бир хил боққан. Қафасдаги кўйнинг атрофида бўри айланиб юрган. Бир-икки кундан сўнг атрофида бўри айланиб юрган қафасдаги кўй ем емай кўяди ва ҳолдан тойиб ўлади. Ибн Сино кўйнинг ўлимига руҳий зўриқиш ва бунинг натижасида организмнинг ҳолдан тойиши сабаб бўлган, деб хулоса чиқарган.

Ибн Синонинг организм фаолиятини бошқаришда асаб тизимининг аҳамияти ҳақидаги таълимоти Европа олимлари томонидан XX аср бошларида яратилган нервизм таълимотига жуда ўхшаб кетади.

Ибн Сино томир уришининг асаб тизими фаолиятига боғлиқлигини кўп тажрибаларда исботлаб берган. У кўпгина

касалликларни томир уришига қараб аниқлаган. Ибн Сино нафақат турли касалликларда томир уришининг ўзига хос хусусиятларини ўрганган, балки турли ҳиссий зўриқишлар ва асаб касалликларида томир уришининг ўзгаришларини ҳам баён қилган.

Ибн Синодеонтология муаммоларига бағишлаб ҳам кўп рисоалар битган. Унинг *«Касалликни эмас, касални давола»*, деган ибораси билан даволашда унинг шахсига эътиборни қаратиш лозимлигини илгари суради. Ибн Сино Гиппократнинг темперамент ҳақидаги таълимотини чуқур ўрганиб, қуйидаги хулосага келади: барча ҳаётий муҳим жараёнларда иккита қарама-қарши ҳодисалар, яъни «қайноқ-совуқ» ва «қуруқ-нам» баробар бўлиши керак. Агар улар орасида номуаносиблик бошланса, мизож азият чекади ва касалликлар бошланади.

Ибн Сино *«Ҳар бир одам маълум мизожга тааллуқли ва беморни даволаётганда бунга, албатта, эътибор қилиш керак»*, деб ёзади. У касалликларнинг ривожланишида руҳий омилларга катта эътибор қаратиб, касалликнинг ҳар кимда ҳар хил кечишини уқтириб ўтган ва бу ҳолат беморнинг мизожи, оилавий шароити, қайси ижтимоий табақага мансублиги ва қолаверса, уни ким даволаётганига боғлиқ, деган.

Шу ерда «мизож» тушунчаси ҳақида батафсил тўхталиб ўтсак. Чунки темперамент ва мизож тушунчалари бир-бирига яқин турсада, бу сўзлар синоним эмас. «Мизож» тушунчасини Хитой, Юнонистон ва Шарқ олимлари ишларида кўп учратиш мумкин. Мизож деганда иссиқлик, совуқлик, қуруқлик ва ҳўллик омиллари кўзда тутилган. Ундан ташқари «рутубатлар» деган тушунча ҳам мавжуд. Рутубатлар деганда организмдаги тўрт хил суюқлик – қон, сафро (жигар ўти), савдо (қора ўт) ва флегма (шиллик суюқлик) кўзда тутилган. Рутубатлар (гуморал) тушунчасини юнон ҳақимлари ўйлаб топишган. Бу тушунчага асосланиб Гиппократ рутубатлар назариясини яратди ва одамларни тўрт тоифага ажратди, яъни темперамент ҳақида таълимот яратди.

Узоқ тарихга эга «мизож» тушунчаси қадимда тўртта унсур – ер, ҳаво, сув ва олов билан боғлаб ҳам тушунтирилган. *«Барча жонзотлар, шу жумладан, одам ҳам ана шу унсурлардан ташкил топган. Ҳар бир унсурнинг ўз хусусияти бор ва ўша хусусиятлар «мизож» деб аталган ва бундан келиб чиқиб «иссиқ мизож», «совуқ мизож» тушунчалари пайдо бўлган. Танадаги иссиқлик ва совуқлик орасидаги мувозанат бузилса, касаллик ривожланади, табибнинг вазифаси шу мувозанатни тиклашдан иборат»*, деб айтилган. Ибн Сино

ҳам мизож тушунчасини унсурлар билан боғлаган ва мизожни унсурлардан келиб чиққан хусусият деб билган.

Мизож ва рутубатлар назарияси, айниқса, Шарқ тиббиётида узоқ вақт ҳукм сурди. Тарихчи олим А.А.Қодировнинг (2001) фикрича, бу вазият касалликлар сабабини экспериментал йўллар билан ўрганишни орқага суриб юборди. Европа олимлари бу назарияларнинг истиқболсиз эканлигини пайқаб, XVII асрдаёқ ундан воз кечдилар ва тиббиётда тажриба усулини қўллаб, катта муваффақиятларга эришдилар. Шарқ тиббиёти эса бошқа аниқ фанлар (физика, математика) сингари орқада қолиб кетди. Ғарб олимлари аниқ фанлар ютуқларидан фойдаланиб, Ибн Сино ишларини айнан тажриба йўли билан исботлаб, катта ютуқларга эришдилар.

Ибн Сино баъзи одамларнинг беихтиёр ўзларида касаллик белгиларини пайдо қилишини ва ундан азият чекиб юришларини айтиб ўтганлиги ғарб олимларида катта қизиқиш уйғотган. Неврозларнинг айрим турлари мутафаккир айтган шаклда ривожланади. Ибн Сино шундай деган эди: *«Барча руҳий кучларнинг манбаи ва таъсир қиладиган жойи асабдир, уни ортиқча зўриқтириш турли касалликларга олиб келади. Бош мия бутун организм фаолиятини ва руҳий фаолиятни бошқаради»*.

Ибн Сино рисолаларида асаб марказлари ички аъзолардан махсус асаб толалари орқали маълумот олиб туриши ва уларнинг фаолиятини бошқариши ҳақидаги маълумотларни учратиш мумкин. Ибн Синонинг тана ва руҳиятнинг ягоналиги ҳақидаги қарашлари ҳозирги кунда замонавий тиббиёт ютуқлари сабабли тўла тасдиқланиб, психосоматик тиббиёт деб аталувчи фанга асос солди.

Ибн Сино *«Хотиранинг бузилиши бош миянинг орқа қисми, тафаккурнинг бузилиши миянинг ўрта қисми, идрокнинг бузилиши мия қоринчаларининг зарарланиши билан боғлиқ»*, деб фикр юритган. У депрессия, эпилепсия, онгнинг бузилишлари, галлюцинациялар, алаҳсираш, тафаккур ва хотира бузилишлари ҳақида кўп ёзган ҳамда уларнинг турларини ўрганган.

Шарқлик яна бир буюк аллома **Исмоил Журжоний** (1080–1141) ҳам бизга катта мерос қолдириб кетди. У Хоразмда яшаб ижод қилган ва тиббиётга оид бир қанча асарлар ёзиб қолдирган. Улардан энг машҳурлари «Ибн Сино ҳақида сўз», «Хоразмшоҳ хазинаси» ва «Хасталикларни аниқлаш усуллари»дир. Бу асарлар ичида «Хоразмшоҳ хазинаси» Журжонийга катта шуҳрат келтирди. Тарихчилар бу асарни Ибн Синонинг «Тиб қонунлари» асарига моҳиятан яқин қўйганлар. Бу китоб 10 қисмдан иборат бўлиб, унда тиббиёт ва беморлар психологиясига бағишланган бир қанча фикрлар баён қилинган.



А.Везалий
(1514–1564)

Исмоил Журжоний ва шу каби бошқа табиблар (Илоқий, Масихий, ал-Карвакий Хазораспий, Чағминий) ҳаёти билан юртимиз тиббиёт тарихини ўрганишга катта ҳисса қўшган олим, жарроҳ Отаназар Абдуллаев (1931–1990) қизиққан ва уларнинг тиббий фаолияти ҳақида ўзининг холисона фикрларини ёзиб қолдирган.

Қадимги Шарқда илм-фан ва тиббиёт гуркираб ривожланган бўлса, Европа мамлакатларида фанда турғунлик ҳукмрон эди. Европа фанидаги турғунлик айниқса, V–XV асрларга тўғри келган (деярли минг йил). XVI асрдан бошлаб Европада аниқ фанлар ривожлана бошлади ва тиббиётда ҳам буюк кашфиётлар яратилди. Шунинг учун ҳам XVI–XVII асрлар Европада *Ўйвониш даври* деб аталади. Бу даврда биология ва физиология соҳасида буюк олимлар етишиб чиқди (А. Везалий (1514–1564), В. Харвей (1578–1657) ва бошқалар). **А. Везалий** (1543) бош мияни очиб ўрганиб, ўзининг дастлабки хулосаларини чоп қилдиради ва *«Рухий жараёнлар мия суюқликлари бўйлаб оқади»*, деган хулосага келади.

Мия ҳақидаги қарашларнинг ўзгаришига ва умуман олганда, психология ва физиология фанининг ривожланишига француз мутафаккири **Р. Декартнинг** (1596–1650) кашфиётлари катта туртки бўлди. У организм билан муҳит орасидаги рефлектор муносабатларни ўрганди ва руҳий фаолиятнинг физиологик асосларини исботлашга интилди. У «Юрак қон-томир фаолияти



Р.Декарт
(1596–1650)

механика қонунларига бўйсунган ҳолда бошқарилиб туради», деган фикрни ўртага ташлади. Ҳайвонлар хулқ-атвори, одамнинг ҳаракат фаолияти рефлектор тарзда, мушакларнинг ҳаракати эса ташқи руҳий таъсирларсиз, яъни асаб толалари орқали бошқарилиб туришини, организмда кечадиган физиологик жараёнлар руҳга боғлиқ эмаслигини дастлаб Декарт тажрибалар орқали исботлаб берди. У сезги ва ҳиссиётнинг қандай юзга келишини тушунтириб *«Онгли руҳни» танадан чиқариб ташлаб бўлмайди ва у фақат одамга тааллуқлидир»*, деган.

Шундай қилиб, Декарт сезги аъзоларининг таъсирланиши ва мушакларнинг жавоб реакцияси орасидаги боғлиқликни ўрганиб, рефлектор ёй ҳақидаги таълимотга асос солди, десак янглишмаган бўламиз.

Чехиялик атоқли олим, физиолог **И. Прохозка** (1749–1820) Декарт таълимотига асосланган ҳолда фанга «рефлекс» (акс эттириш) деган тушунчани киритди. И. Прохозка рефлектор ёйнинг тузилишини таърифлаб берган. У олий нерв фаолияти ва руҳий фаолият рефлектор тарзда бошқарилишини янада чуқур ўрганди. Афсуски, ўша пайтдаги илм-фаннинг ривожланиш даражаси рефлекслар ҳақидаги таълимотни тадқиқотлар асосида тўла исботлаб беришга қодир эмас эди. Бош мия фаолиятини рефлектор механизмларга асосланган ҳолда тушунтириб бериш имкониятлари йўқ эди. Шунинг учун руҳий фаолият асаб тизимининг физиологик фаолиятдан ажратилган ҳолда ўрганилди. Бунинг натижасида одам организмида тана ва руҳ бир-бирига боғлиқ бўлмаган нарсалар, деб ҳисобланди.

Австриялик врач ва анатом **Ф. Галл** (1758–1828) одам миясининг тузилишини жуда мукамал ўрганди ва унинг френологик харитасини яратди. У биринчилардан бўлиб бош мия катта ярим шарларининг кулранг ва оқ моддасини бир-бирига боғлиқ бўлган алоҳида тузилмалар деб билди. У бош мия пўстлоғида 40 га яқин руҳий функцияни жойлаштирди ва уларни миянинг пушта (бўртики)лари билан боғлади. У ҳаракат, кўрув, эшитув ва сезги марказлари билан биргаликда мияда хотира, тафаккур, севги, камтарлик, донолик, айёрилик марказларини ҳам жойлаштирди. Унинг фикрича, юқори қобилиятли одамларнинг миясидаги бўртиклар кучли ривожланган бўлади ва кимнинг тафаккури паст бўлса, унинг мияси силлиқ бўлади.

XIX асрнинг ўрталарида психологиянинг ривожланишида катта ўзгаришлар юз берди. Бу даврда гипноз (юнонча – «уйку» дегани) ҳақида таълимот яратилди ва унинг асосчиси Месмер ҳисобланади. Гипноз тушунчасини 1843 йили англиялик жарроҳ Жеймс Бред таклиф қилган. Месмер гипнозда кузатиладиган ҳодисаларни «магнетизм» билан боғлайди.

Франциялик олим **Ж.М. Шарко** (1888) гипноз асосида физиологик жараёнлар ётади, деб тушунтиради. Ўша пайтлари гипноз усули билан беморларни даволаш кенг тарқалди. Гипноз билан машҳур неврологлар ва психиатрлар шуғулланишган. Улардан Бенедикт, Форел, Левенфелд, Мопассан, С.С. Корсаков, Мебиусларнинг номи мутахассисларга яхши таниш.

Шулар орасида машҳур психоаналитик деб ном чиқарган ёш шифокор олим **Зигмунд Фрейд** ҳам бор эди. З. Фрейд аслида



З.Фрейд
(1856–1939)

невропатолог бўлган. У 1856 йил 6 майда Чехословакиянинг Пршибор (у пайтдаги Фрейбург) деган кичик бир шаҳрида дунёга келади. 1860 йили Фрейдлар оиласи Венага кўчиб ўтишади ва З. Фрейд умрининг охиригача Австрияда яшаб ижод қилади. Физика, биология, тарих ва фалсафага ўч бўлган З. Фрейд доимо табиатда бўладиган ҳодисаларнинг ўзини ўрганибгина қолмай, уларнинг сабабларини ҳам излаган. З. Фрейд умрининг охиригача детерминист бўлиб қолди, яъни руҳий-асабий бузилишларнинг сабаби, асл моҳиятини излади. З. Фрейд аввалига ма-

шҳур олим Эрнст Брюккнинг қўли остида физиология сирларини ўрганди. У илмий иш билан шуғулланиб, орқа мия физиологиясини ўргана бошлайди. Лекин Фрейд кўп болали оилада таваллуд топганлиги учун моддий томондан жуда қийналиб қолади ва илмий ишни ташлаб, амалий неврология соҳасида ишлаб, ҳар куни 8-10 соатлаб беморларни қабул қилади. Тиббий амалиётда олган тажрибаларини илмий томондан ўрганиб, тез орада машҳур невропатолог врач бўлиб ном чиқаради. Ўша пайтлари беморларни даволашдаги физиотерапевтик усулларни З. Фрейд ҳам кўп қўллай бошлайди. Лекин кейинчалик бу усул З. Фрейдни қониқтирмай қўяди. У гипноз билан қизиқиб, уни Иосиф Брейер ва Ж. Шарколардан ўрганиб, беморларни даволашга кенг тадбиқ қилади. Болалар церебрал фалажи, афазиялар билан қизиқиб, бир нечта мақолалар ҳам чоп қилдиради.

1861 йили мотор нутқ марказини кашф қилган П. Брок нутқ бузилишини «афемия» деб атаганди. З. Фрейд мотор афазия ҳақида сўз юрита туриб, «Транскортикал мотор афазияда беморнинг гапиролмаслик сабаби Брок маркази функционал фаолиятининг пасайишидир», деган эди.

З. Фрейд фанда янги йўналиш, яъни психоанализни яратади. У руҳий-асабий бузилишларнинг ҳар бир белгисини таҳлил қилди, истерик симптомларнинг сабаби ва сирларини ўрганди, уларни руҳий таъсир қилиш йўли билан даволай бошлади. Онгсизлик ҳақидаги таълимотни яратди. Сексуал ҳаётнинг руҳий фаолият билан узвий боғлиқлигини ўрганди. З. Фрейд физиологлар (И.П. Павлов) ҳамда невропатолог ва психолог олимларнинг (Эрнст Кречмер, Эмил Крепелин, Эйген Блейлер) ишларидан ҳам хабардор эди.

3. Фрейд фан оламида мард олимлардан бири эди. Агар унинг дунёқарашига зид ва исботланган янги далиллар пайдо бўлса, З. Фрейд уларни ўзига хос мардлик билан қабул қиларди. Масалан, истерияларни фақат сексуал бузилишлар нуқтаи назаридан тушунтириб берган З. Фрейд биринчи жаҳон урушида жуда кўп аскарлар орасида истерик симптомларни кузатган, урушдан қайтгандан сўнг эса уларда бу белгилар бутунлай йўқ бўлиб кетган. Бу ҳолатни кузатган Фрейд пансексуализм ғоясидан бироз чекинди. Шунини таъкидлаш лозимки, машҳур физиолог И.П. Павловнинг экспериментал неврозлар концепциясини яратиш ғоясига З. Фрейднинг шу соҳага тааллуқли мақоласи ҳам сабаб бўлган.

3. Фрейд истерик неврозларнинг келиб чиқишида И.П. Павловнинг тормозланиш ва қўзғалиш жараёнлари ҳақидаги таълимотини юқори баҳолаган. Собиқ шўро тузуми даврида бу иккала буюк олимнинг ишлари бир-бирига қарама-қарши қўйилиб, машҳур психоаналитик З. Фрейд асоссиз қоралаб келинди. Аммо унинг инсон психологиясини ўрганишда қилган оламшумул ишлари бутун дунёда тан олинган эди.

3. Фрейд катта бир мактаб яратди ва бунинг натижасида фанда фрейдизм йўналиши пайдо бўлди. Бу ҳақда китобнинг «онгсизлик» қисмида батафсил маълумот берамиз. Унинг дастлабки сафдошлари ва шогирдлари А. Адлер ва К.Г. Юнглар неврозларнинг келиб чиқишига оид ўз назарияларини илгари суришди. А. Адлер фанда индивидуал психология ғоясини кўтариб чиққан бўлса, К.Г. Юнг ўз эътиборини аналитик психологияга қаратди.

XX асрнинг биринчи ярмида машҳур психиатр Э. Кречмер (уни тиббиёт психологиясининг отаси деб ҳам аташади) «Тиббиёт психологияси» асарини ёзади. У тиббиёт психологиясини алоҳида фан сифатида ажратди ва буни барча тиббий, фалсафий ва биологик фанлар ютуғига асосланиб ўрганиш зарурлигини уқтирди. Э. Кречмер одам руҳиятининг шаклланиши ва бузилишида туғма конституционал омилларга катта эътибор берди.

Ўзбекистонда тиббиёт психологиясининг ривожланиш тарихи

Ўзбекистонда тиббиёт психологияси фани тиббиёт институтларининг асаб ва руҳий касалликлари кафедраси таркибида, Ўзбекистон Миллий университетининг умумий психология, Низомий номидаги Тошкент Давлат педагогика университетининг амалий психологлар тайёрлаш кафедраларида ўқитиб келинмоқда. Узоқ йиллар тиббиёт психологиясига психиатриянинг бир қисми сифатида қаралган ва ушбу фанни фақат психиатрлар ўқитиб келган. Шунинг учун бўлса керак, тиббиёт психологияси бўйича тузилган ўқув дастурлари психиатрия фани бўйича тузилган дастурларга жуда ўхшаб кетган ва улар бошқа ривожланган давлатларнинг ўқув дастурларидан кескин фарқ қилган.

XX асрнинг 90-йилларида МДХ давлатларида тиббиёт психологиясини ўқитишга оид баҳс-мунозаралар бошланиб кетди. Тиббиёт психологиясини «Клиник психология» деб аташ лозимлиги ҳақида тавсиялар пайдо бўла бошлади. Нафақат тиббиёт университетларида, балки бошқа университетларда ҳам «Клиник психология» кафедралари ташкил қилинди. Масалан, Москва Давлат Университетидаги «Нейро- ва патопсихология» кафедрасининг номи «Клиник психология» деб ўзгартирилди. Клиник психологияни ким ўқитиши керак деган савол кўндаланг турди. Тиббиёт олийгоҳларини тугатган мутахассисми ёки умумий психология факультетларида клиник психология йўналишида таълим олган мутахассисми? Ривожланган хориж давлатларида тиббиёт ва умумий психология йўналишидаги олийгоҳларни тугатган мутахассислар «Клиник психология» кафедраларида дарс бериш ҳуқуқларига эгадирлар. Бироқ улар «Клиник психология» бўйича магистрлик дипломини ҳимоя қилган бўлишлари керак.

Ўзбекистонда тиббиёт психологиясини ўқитиш концепциясини ишлаб чиқиш ва соғлиқни сақлаш тизими учун малакали тиббий психологлар тайёрлашни кенг йўлга қўйиш керак. Бугунги замон талаби ҳам шу. Бунинг учун Тошкент тиббиёт академиясида «Тиббиёт психологияси» бўйича магистратура ташкил этиш мақсадга мувофиқ. Унга нафақат тиббиёт институтларида бакалавриатурани тугатганлар, балки Ўзбекистон Миллий университети ва Низомий номидаги Тошкент Давлат педагогика университетларининг психология факультетларини тугатганларни ҳам қабул қилиш лозим. Кейинчалик эса бошқа университетлардан ҳам психология фани бўйича бакалавриатурани тугатганларни қабул қилиш мумкин.

«Тиббиёт психологияси» бўйича магистратурани тугатган мутахассислар умумий амалиёт шифокорлари, олий малакали ҳамширалар ва тор доирадаги мутахассислар билан бир қаторда, соғлиқни сақлаш тизимида фаолият кўрсатишлари керак. Албатта, беморларга тиббий ёрдам кўрсатувчи мутахассислар тиббий илмга эга бўлишлари зарур. Худди тиббий ёрдамни мутахассис кўрсатгани каби, психологик ёрдамни ҳам мутахассис кўрсатиши керак. Бунинг учун Олий ўқув юртралида клиник психология бўйича тайёрланаётган мутахассисларни соғлиқни сақлаш тизимига жалб қилишимиз керак. Ваҳоланки, барча ривожланган давлатларнинг клиникаларида клиник психологлар врачлар билан ҳамкорликда ишлайди. Ўзбекистонда бу ишни йўлга қўйиш учун соғлиқни сақлаш тизимида фаолият кўрсатувчи «Тиббий ёки клиник психолог» статусини ишлаб чиқиш ва уларга юридик мақом бериш мақсадга мувофиқ.

Х.А. Алимов – Ўзбекистонда психиатрия фанининг асосчиларидан бири, тиббиёт фанлари доктори, профессор. Олим психиатриянинг бир қатор йўналишларига оид ишлари билан машҳур ва убу йўналишда катта мактаб яратди. Йирик ташкилотчи олим нафақат марказда, балки вилоятлардаги тиббиёт институтларига, соғлиқни сақлаш тизимига юқори малакаликادرларни тайёрлашда бевосита раҳбарлик қилди. Х.А. Алимов Тошкент давлат тиббиёт институтида психиатрия, наркология ва тиббиёт психологияси кафедрасининг муdiri бўлиб ишлаган ва бир қанча монографиялар, ўқув-услубий қўлланмалар яратган. Унинг асарларидан ҳанузгача тиббиёт институтларида ўқув жараёнида фойдаланиб келинмоқда.

Ш.А. Мурталибов – Тиббиёт фанлари доктори, профессор. Олимнинг ҳаёт фаолияти Тошкент врачлар малакасини ошириш институти билан боғлиқ бўлиб, бир неча йиллар психиатрия ва психотерапия кафедрасини бошқарган Ш.А. Мурталибов узоқ йиллар бош психиатр лавозимида ишлаб, юртимизда психиатрия хизматининг ривожланишига бевосита раҳбарлик қилган. Ш.А. Мурталибов шизофрения, алкоголизм, психоз ва церебрал атеросклерозга оид йирик илмий асарлар яратган. У руҳий бузилишларни даволашда психотерапия усулларидан фойдаланиш тамойилларини ишлаб чиққан. Олимнинг психотерапия бобида яратган илмий асарлари ҳанузгача тиббий амалиётда муваффақиятли қўллаб келинмоқда.

М.Г. Давлетшин – Ўзбекистонда психология фанининг ривожланишига улкан ҳисса қўшган йирик олим, психология фанлари доктори, профессор. У педагогик психологияга, айниқса ёш психологиясига оид ишлари билан машҳур. М.Г. Давлетшин раҳбарлигида яратилган «Қобилиятлар ва уларнинг диагностикаси»

асари амалий психологлар тайёрлашда кенг қўллаб келинмоқда. У ўзининг сўнгги пайтларда яратган асарларида Ўзбекистонда янги аср авлодини тарбиялашда психологиянинг ўрнини асослаб берди. Олимнинг асарлари Республикамизнинг барча олий ўқув масканларида янги давр психологлари тайёрлашда ўқитиб келинмоқда.

Э.Ф. Ғозиев – Ўзбекистон Миллий университети психология кафедраси мудир, психология фанлари доктори, профессор. Э.Ф. Ғозиев Ўзбекистонда психология фанининг ривожланишига улкан ҳисса қўшган олим. Унинг илмий фаолияти психологиянинг деярли барча соҳаларини қамраб олган, у айниқса, тафаккур психологиясига оид ишлари билан машҳур. Олимнинг ташаббуси билан Миллий университетнинг психология кафедрасида тиббиёт психологияси курси ўқитила бошланди. Унинг раҳбарлигида саломатлик психологияси, суд психологик экспертизаси, ақлий заиф болалар психологияси, юрак ишемик касалликларида беморлар шахси, психодиагностика, эмоционал ҳолатларни бошқариш каби асарлар яратилди. Олим асарларидан Республикамизнинг турли олийгоҳларида нафақат умумий психология, балки умумий ва тиббиёт психологиясини ўқитишда ҳам фойдаланиб келинмоқда.

У.Х. Алимов – Тошкент врачлар малакасини ошириш институти психиатрия ва психотерапия кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор. Бугунги кунда олим Ш.А. Мурталибов мактабининг давом эттириб, Ўзбекистонда психиатрия ва психотерапия фанларининг ривожланишига катта ҳисса қўшиб келмоқда. У.Х. Алимов “Психиатрия клиникасининг муқаддимаси” ва “Руҳий бузилишларга ташхис қўйиш ва даволаш моделлари” номли асарлар яратган. Олимнинг асосий илмий йўналишлари шизофрения, алкоголизм, наркомания ва шу каби турли руҳий касалликларга оид бўлиб, бу йўналишда бир қанча илмий ва ўқув-услубий қўлланмалар яратган. У.Х. Алимов соғлиқни сақлаш вазирлиги бош психиатри лавозимида Республикамизни ушбу ихтисосликка оид етук кадрлар билан таъминлашга бошчилик қилиб келмоқда.

В.М. Каримова – Ўзбекистонда оила психологияси бўйича йирик мутахассис, психология фанлари доктори, профессор. Республика «Оила» илмий-амалий маркази директори. Олима ўзбек аёлининг соғлом турмуш тарзи моделини яратди. У психологиянинг турли соҳаларига оид бир қанча дарсликлар, ўқув қўлланмалари ва методик кўрсатмалар муаллифи. В.М.Каримова оила ва саломатлик психологиясига оид бир қанча йирик асарлари билан машҳур. Унинг асарлари барча университетлар, тиббиёт олийгоҳлари, коллеж ва лицейларда ўқитиб келинмоқда. Унинг ўсмирлар тарбиясига оид бир

қанча илмий-тадқиқот ишлари чоп қилинган. В.М. Каримова ўз асарларида маънавий етук авлодни тарбиялаш ва вояга етказишда саломатлик тамойилларига амал қилишни тарғиб қилиб келади.

Б.Р. Қодиров – Психология фанлари доктори, профессор. Серқирра ижоди билан танилган олим психологиянинг бир қанча йўналишлари бўйича илмий изланишлар олиб борган. Булар – психофизиология, ёшга оид психология, шахс психологияси, психогенетика, олий нерв фаолияти, қобилиятлар психологиясидир. Унинг кейинги йилларда бажарган илмий-тадқиқот ишлари мактабгача бўлган болаларнинг психофизиологик етуклигини аниқлаш ва баҳолашга қаратилган. Олим бугунги кунда Ўзбекистон Миллий университетининг психология кафедрасида тиббиёт психологияси йўналишини бошқаради.

С.З. Ешимбетова – Тошкент врачлар малакасини ошириш институти психиатрия ва психотерапия кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори. Олиманинг асосий илмий ишлари турли руҳий касалликларда шахс патологияси, сексуал бузилишлар психологияси, депрессия, психофармакотерапия, тиббий-психологик экспертиза каби бир қанча йўналишларни ўз ичига қамраб олган. У Республикамизда биринчи бор виргогамияни илмий асослаб берди ва ушбу патологияга оид бир қанча ўқув-услубий ва амалий кўрсатмалар тайёрлади. Олима томонидан тайёрланган ўқув қўлланмалар амалий шифокорларни тайёрлашда дарс бериш жараёнларида кенг қўллаб келинмоқда. С.З. Ешимбетова Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош психотерапевти сифатида ҳам фаолият кўрсатиб келмоқда.

З.Р. Ибодуллаев – Тошкент тиббиёт академияси асаб касалликлари кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори. Асосий илмий йўналишлари бош мия касалликларида олий руҳий функцияларни ўрганишга қаратилган. У амбидекстларда инсульт моделини яратди ва миянинг психологик химоя концепциясини ишлаб чиқди. Унинг ташаббуси билан «Тиббиёт психологияси» дарслиги етук хориж давлатлари дарсликлариغا мослаб тузилди ва унга Фрейд назарияси, нейропсихология асослари, психосоматик синдромлар ва депрессияга оид янги материаллар киритилди. Тиббий-психологик статусни текшириш бўйича касаллик тарихномасини ишлаб чиқди. Унинг муаллифлигида Республикамизда илк бор яратилган «Тиббиёт психологияси» дарслиги «Йилнинг энг яхши дарслиги» совринига сазовор бўлди.

Шундай қилиб, тиббиёт психологияси барча табиий ва аниқ фанлар таъсири остида ривожланди ва алоҳида фан сифатида бутун дунёда тан олинди.

1.3. Бола руҳияти шаклланишининг асосий босқичлари

Болалик давридаги ҳар қандай касаллик асаб фаолиятининг кўзга-лиш ва тормозланиш жараёнларини ўзгартириб юборади. Шунинг учун онанинг ҳомиладорлик давридан бошлаб боланинг руҳий саломатлигини сақлаш чоралари кўрилиши керак. Ҳомиладор аёл асаб тизимига салбий таъсир кўрсатувчи омиллардан ўзини сақлай олса, руҳан тетик бола туғади. Шунинг учун унга руҳий соғлом муҳит ярати-б бериш лозим. Шу масалага оид бир мисол келтирамиз. Уйида ёлғиз қолган ҳомиладор аёл зерикканидан фақат пианинода ўзига ёққан битта куйни чалар экан. Бола туғилганидан сўнг худди шу куй чалинсагина тинч ухлар экан. Бу ўзига хос феномен ҳанузгача илмий жиҳатдан тасдиқлангани йўқ.

Хўш, қандай даврларни жиддий даврлар дейиш мумкин?

Функционал системалар шаклланадиган даврларни ривожланиш-нинг жиддий даврлари деб аташ мумкин. Эволюцион неврология учун бу даврларни ўрганиш ва аниқлаш жуда муҳим аҳамият касб этади, ваҳоланки, ривожланишнинг мана шу даврида ҳали шаклланмаган функция жуда суст ва тез шикастланадиган бўлади. Бу даврда юзага келиш эҳтимоли бўлган нуқсоннинг олдини олиш учун катта имкониятлар мавжуд.

Ривожланишнинг жиддий даврини ўрганиш учун нутқнинг шакл-ланиш жараёнини мисол қилиб олиш мумкин. Маълумки, нутқни эгаллаб олиш қобилияти вақт нуқтаи назаридан чегараланган. Инсон ҳаётининг дастлабки даврларида нутқни таъминлаб берувчи жараён бошқа ёрдамчи механизмлар билан мустаҳкамланиб борилмаса, нутқ функцияси сўнади. Масалан, вақтида аниқланмаган туғма карлик нутқ ривожланишига катта салбий таъсир кўрсатади. Бунда нутқни таъминлаб берувчи система бола бир ёшга тўлмасдан бузилади. Бун-дай боланинг кейинчалик оғзаки нутққа қобилияти йўқолиб, фақат имо-ишораларни тушунади ва имо-ишоралар билан мақсадини атрофдагиларга тушунтиради, холос. Агар оғзаки нутқ 4-5 ёшларга қадар тикланмаса, нутқнинг кейинчалик ривожланиши катта шубҳа остида қолади. Бошқа функционал системалар шаклланиши жараё-нида ҳам жиддий даврлар мавжуд бўлиб, бирон-бир ташқи ёки ички салбий таъсир остида системаларо алоқа худди шу даврда узилиб кетиши мумкин. Бунга қаттиқ кўрқувдан сўнг болада нутқнинг бир-дан йўқолишини мисол қилса бўлади.

Жиддий даврларни таҳлил қилиш кўпгина чекланишларнинг моҳиятини очиб беради. Шахснинг шаклланиши болалик давридан бошланади. Ота-онанинг ёмон кайфияти болада акс этмаслиги керак.

Босиқлик, меҳрибонлик, талабчанлик, ақл билан тўғри муносабат ўрнатиш болада асаб ва руҳий бузилишларнинг олдини олади. Катталарнинг жаҳлдорлиги, бўлар-бўлмасга болани койиш, унда асаб-руҳий функцияларнинг ривожланишига салбий таъсир кўрсатади.

Нутқ ривожланишида руҳий функцияларнинг бир маромда ривожланганлиги катта аҳамият касб этади. Болада ёзма нутқ марказларининг суст ривожланганлиги сўзларни тўғри ёзишни ўргатишда қийинчиликлар туғдирса, оғзаки нутқнинг етишмовчилиги ўқиш ва санашнинг бузилишига сабаб бўлади. Қўлида қаламни тўғри ушлаш олмаслик эса чиройли ёзиш ва чизишни ўрганишга халақит беради.

Шундай қилиб, мия тузилмаларининг бир маромда ривожланиши организмнинг синхрон ривожланишига ижобий таъсир кўрсатади. Шунинг учун индивидуал ривожланишнинг жиддий даврларида кузатиладиган ҳар қандай касаллик ўз вақтида аниқланиб, унга даво қилиниши фоят муҳим масала ҳисобланади.

Энди энг мураккаб муаммолардан бири бўлмиш болаларда учрайдиган гиперактив синдром ҳақида сўз юритамиз.

1.4. Гиперактив синдром

Гиперактив синдром, айниқса, эрта мактаб ёшидаги болаларда кўп кузатилади. Ота-оналар боласининг бебош бўлиб қолганлиги, бир жойда ўтира олмаслиги, гапга қулоқ солмаслиги, қўлидаги нарсаларни ҳадеб тушириб юбориши, сергаплиги ва уни ҳеч тарбиялаб бўлмаётганлигидан шикоят қилишади. Улар аксарият ҳолларда бу болаларни психологга кўрсатмасдан қаттиқ тарбиянинг турли йўллари ишга солиб «майиб» қилиб қўйишади.

Болалар яшашни ҳаётдан ўрганадилар. Агар бола танқид қилинаверса, нафратланишга, адоватда яшаса, тажовузкорликка ўрганади, масхара қилинса, у индамас, одамови бўлиб қолади, ҳадеб танқид қилинаверса, у ўзини гуноҳкор ҳис қилиб ўсади. Агар сабр-тоқат, хотиржамлик билан ўстирилса, у бошқаларни тушунишни, мақталса, у миннатдор бўлмоқликни ўрганади. Агар бола виждонийлик ва ҳалолликда улғайса, у адолатли бўлишни, хавфсизликда яшаса ҳамда қўллаб-қувватланса, унда ўз кучига ишонч пайдо бўлади ва бошқа инсонларга ишониш лозимлигини ўрганади.

Хўш, гиперактив синдромнинг сабаблари нималардан иборат? Ҳомиладорлик пайтидаги турли касалликлар (анемия, авитаминоз, инфекциялар, ароқхўрлик, чекиш, неврологик касалликлар ва ҳ.к), туғиш пайтидаги асоратлар, гўдаклик давридаги касалликлар ва ал-

батта, ота-она орасидаги уруш-жанжаллар, нотўғри тарбия бу синдромнинг асосий сабабларидандир.

Гиперактив синдромнинг асосий белгилари бола иродаси, ҳис-туйғулари ва хулқ-атворининг бузилишидан иборат. Шунингдек, бу ҳолат куйида кўрсатилган ҳолатларда ҳам яққол намоён бўлади:

- 1) импульсив ҳаракатлар.
- 2) бир жойда тинч ўтира олмаслик;
- 3) бошлаган ўйинни охирига етказмаслик;
- 4) бировнинг (айниқса, ота-онанинг) гапига қулоқ солмаслик;
- 5) ўз билганидан қолмаслик, қайсарлик;
- 6) диққатнинг пасайиши, уқувсизлик;
- 7) атрофдагилар иши ва бошқа болалар ўйинига аралашиш, уларга халақит бериш;
- 8) тез-тез жанжал чиқариш, укаларига азоб бериш ёки уларга бутунлай бефарқлик;
- 9) ўзининг нарсаларини боғча, мактаб ёки бошқа жойда унутиб қолдириш;
- 10) берилган саволга шошиб жавоб бериш;
- 11) тез хафа бўлиш, йиғлоқлик;
- 12) энурез;
- 13) боши оғриб туриши;
- 14) фикрининг тез чалғиши;
- 15) сергаплик.

Гиперактив болаларнинг аксарияти ўз тенгқурларидан зеҳни ўткирлиги билан ажралиб туради. Шундай бўлса-да, уларнинг нутқи яхши бўлмаслиги, нозик ҳаракатлар талаб қилувчи ишларни бажариш ёки янги машғулотларни ўзлаштиришда қийналишлари мумкин. Уларнинг баъзилари, умуман, расм солишга нўноқ бўлса, бошқа бирлари (айниқса, чапақайлари) жуда кучли рассом бўлишади. Юқорида санаб ўтилган симптомларнинг 70 фоизи аниқланган болаларга **гиперактив синдром** ташхиси қўйилади.

Оила аъзоларининг бундай болалар билан тўғри муносабатда бўлиши жуда катта аҳамиятга эга. Гиперактив боладаги ортиқча импульсив ҳаракатларни пасайтириш ва уларни бир маромга келтириш ота-онадан катта сабр-тоқат талаб қилади. Уларнинг тарбиясида бир томондан кераксиз қаттиққўлликни, иккинчи томондан эса ортиқча раҳмдилликни камайтириш керак. Чунки ўта қаттиққўллик болани баттар қайсар ва ўжар қилиб қўйса, ўта раҳмдиллик ундаги йиғлоқлик ва эркаликни кучайтиради. Болани ҳадеб уриб-сўкавериш унда бутун умрга оғир руҳий жароҳатлар қолдиради. Болага қўйилган талаб унинг ёшига мос бўлиши ва ундан ўзи бажар

ра олмайдиган ишларни талаб қилмаслик керак. Бола тарбияси ҳақида унинг ёнида баҳслашмаслик керак. Тарбия фақат танбеҳдан иборат бўлмаслиги ва боладаги ҳар бир камчилик унга ётиғи билан тушунтирилиши зарур.

Психолог ота-онага гиперактив болани даволаш узоқ вақт давом этишини тушунтириши ва аниқ кўрсатмалар бериши зарур. Боланинг хулқ-атворидаги ўзгаришларни фақат сўз билан эмас, балки унинг фикрини чалғитувчи ишлар билан даволаш ўта муҳимдир. Бунинг учун бола турли тўғараклар ва спортнинг ўзи истаган турига (сузиш, гимнастика, теннис, футбол ва ҳ.к) қатнашиши лозим. Спорт боланинг хулқ-атворига кескин ижобий таъсир кўрсатади. Болани спортга беришдан олдин уни тиббий кўриқдан ўтказиш ва аниқланган касалликларни ўз вақтида даволаш зарур. Чунки кўп ҳолларда гиперактив синдром боладаги бош мия касалликлари ва турли сурункали инфекциялар (тонзилит, гайморит, отит ва ҳ.к) асоратидан ҳам бўлиши мумкин. Невролог олимлар боладаги гиперактив синдромнинг асл сабаби бош мия баъзи тўқималарининг туғма етишмовчилиги ва нотекис ривожланиши сабабли деб ҳам қарамоқдалар. Бундай пайтларда, одатда, миянинг минимал дисфункцияси ташхиси қўйилади. Аммо психологлар бу фикрни инкор қилмаган ҳолда «*Гиперактив синдромнинг асл сабабларидан яна бири нотўғри тарбиядир*», дейишади. Психологлар оғир неврологик ва соматик касалликлар билан хасталанган, лекин гиперактив синдром аниқланмаган болаларни бунга мисол қилиб кўрсатишади. Демак, тиббий томондан соғлом бўлган болаларда ҳам гиперактив синдромни кўп кузатиш мумкин.

Гиперактив болаларни даволашда ота-оналар фаол иштирок этишлари ва қуйидаги маслаҳатларга амал қилишлари зарур: *биринчидан*, ота-она боланинг «ёмон қилиғидан» сўнг жаҳлига эрк бермаслиги ва уни уришиб ташламаслиги керак. Нима бўлганини аниқлаб, болани қўллаб-қувватлаб, хатосини тушунтириб бериши лозим. Баъзан бу шарт ҳам эмас, чунки ҳар гал унинг хатосини тушунтиравериш тескари натижаларга олиб келади. Хатони тузатишдан кўра унинг олдини олиш осон. Чунки бирор нарсага интиланган бола хато қилади. Шунинг учун ҳам унинг интилишларини рабатлантириш керак; *иккинчидан*, ота-она болага қаттиқ гапирмаслиги, зарда қилмаслиги ва қўрқитишлардан ўзини тийиши, ҳар қандай ҳолатда ҳам уни камситмаслиги керак. «Йўқ», «Мумкин эмас», «Ҳали мендан кўрасан», «Бас қил» каби ибораларни кўп ишлатмаслик керак. Акс ҳолда болага бу сўзлар таъсир қилмай, уни ўжар қилиб қўяди. Баъзи ҳолларда бола депрессияга тушиб, гапирмай қўяди. Бу

ҳолат, айниқса 3-5 ёшли болаларда кўп кузатилади; *учинчидан*, иложи борича болага алоҳида хона қилиб бериш ва уни турли нарса (ўйинчоқлар, қизиқарли китоблар, «лего» ва ҳ.к.) лар билан бойитиш зарур. Боланинг хонасидаги нарсалар ялтироқ ва қизил рангда бўлмагани маъқул. Болани узоқ давом этувчи мультфильмлар ва катталар кўрувчи кинофильмлардан асраш керак. Телевизор ёнида узоқ ўтириш боланинг асаби ва руҳиятига ёмон таъсир кўрсатади.

Гиперактив синдромни аниқлаш ва даволаш бўйича бир қанча нейропсихологик тестлар мавжуд. Бу синдромни даволашда турли дорилардан ҳам фойдаланилади.

1.5. Олий нерв фаолияти ва психофизиологик жараёнларнинг шаклланиш босқичлари

Аввал айтиб ўтганимиздек, психологиянинг ривожланишига физиологик тадқиқотлар жуда катта туртки бўлди. Тиббий психология ҳам фан сифатида шаклланиб, олий нерв фаолияти чуқур ўрганила бошланди. Бу давр ХХ асрнинг бошларига тўғри келди.

Олий нерв фаолиятининг психологик жараёнлар билан узвий боғлиқлигини И.П. Павлов, У. Пенфилд, Г. Жаспер, К. Примрам, Ж. Экклз, О. Фохт, П.К. Анохин каби олимлар чуқур ўрганишди. Улар психик жараёнлар рефлектор тарзда бошқарилиши мумкинлигини исбот қилишди. Физиологларнинг фикрича, рефлекс – организмнинг ташқи муҳит билан бўлган ўзаро муносабатининг бир кўринишидир. И.М.Сеченов икки хил рефлекс турлари мавжуд деган. Биринчиси доимий туғма рефлекслар бўлиб, асабнинг қуйи тузилмалари орқали амалга оширилади, деб уларни «соф рефлекслар»

деб атаган. Иккинчиси бош мия пўстлоқ марказлари билан боғлиқ рефлекслар бўлиб, улар ўзгарувчан бўлади ва индивидуал ривожланиш мобайнида шаклланиб боради, деган. Бу рефлексларни И.М. Сеченов ҳам физиологик, ҳам психологик ҳодиса деб таърифлаган. Бу борада **И.П. Павлов** (1849–1936) ўтказган тадқиқотлар эътиборга моликдир. И.П. Павлов **олий нерв фаолияти** ҳақида таълимот яратди ва фанга «шартли рефлекс» деган иборани киритди.



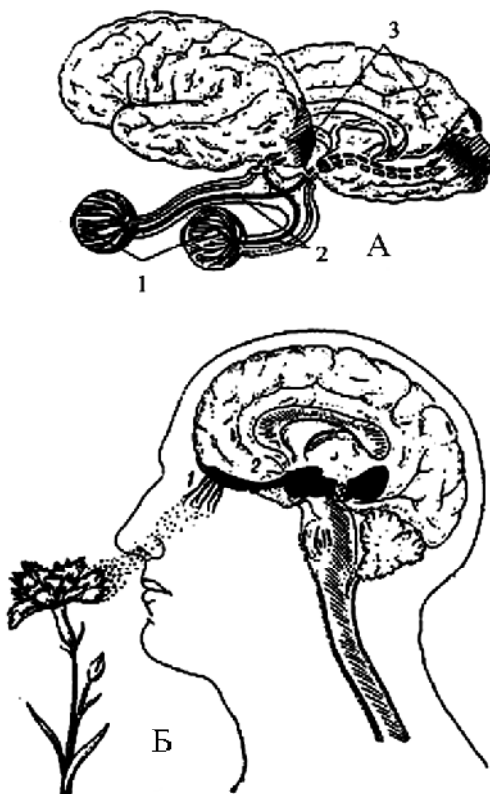
И.П.Павлов
(1849–1936)

Шартли рефлектор фаолият учун нафақат янги шартли рефлексларнинг пайдо бўлиши, балки пўстлоқдаги эски алоқа-

ларнинг йиғилиб, мураккаб боғланишлар ҳосил қилиши ҳам ўта муҳимдир. Бош мия организмнинг барча ташқи ва ички фаолиятини рефлектор принципга асосланган ҳолда бошқариб, бир-бири билан боғлаб туради.

Олий нерв фаолияти ёки шартли ва шартсиз рефлексларнинг асосий принциплари нервизм, руҳ ва тананинг ягоналиги, тузилма ва функцияларнинг яхлитлиги, организм фаолиятининг бошқарилиши мумкинлиги ва бунда ташқи муҳитнинг аҳамияти жуда муҳимлигини юқорида номи келтириб ўтилган олимлар илгари суришган.

Шундай қилиб, **шартли рефлекслар** организмнинг индивидуал ривожланиши натижасида шартсиз рефлекслар негизида бош мия

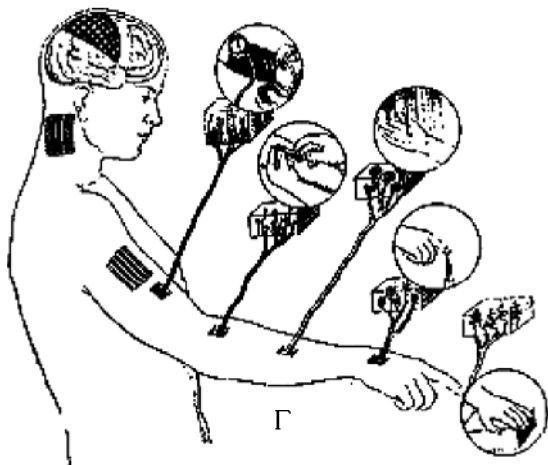
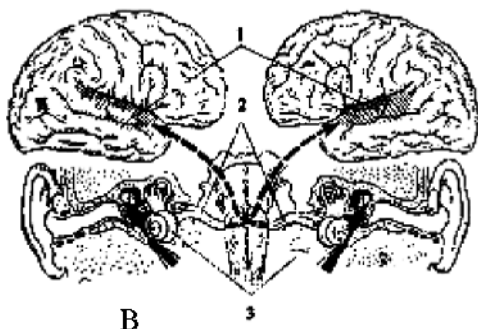


1-расм (А). Анализаторлар. А– кўрув анализаторлари: 1 – рецепторлар; 2 – ўтказувчи йўллар; 3 – анализаторларнинг марказий қисми. Б– ҳидлов анализатори.

пўстлоғида ҳосил бўлган вақтинчалик боғланишдир. Ташқи ва ички муҳитнинг ўзгаришига қараб, шартли рефлекслар йўқолиб ёки бошқа турга ўтиб туради, мабодо бу вақтинчалик боғланишлар мустаҳкамланиб турилмаса, уларнинг ўрнига янгилари пайдо бўлади.

Шартли рефлекслар ҳайвонлар ва инсонларнинг фаолиятини кескин бойитади, уларнинг доимо ўзгариб турувчи ташқи муҳитга мослашиб бориши учун имкон яратиб беради ҳамда уларнинг хулқи ва хатти-ҳаракатининг шаклланишига катта таъсир кўрсатади.

Шартли рефлекслардан фарқли ўлароқ, шартсиз рефлекслар туғма рефлекслардир. Улар фақат махсус фаолиятга тааллуқли бўлган таъсирлар сабабли пайдо бўлади. Масалан, оғриқ, ҳарорат, тактил

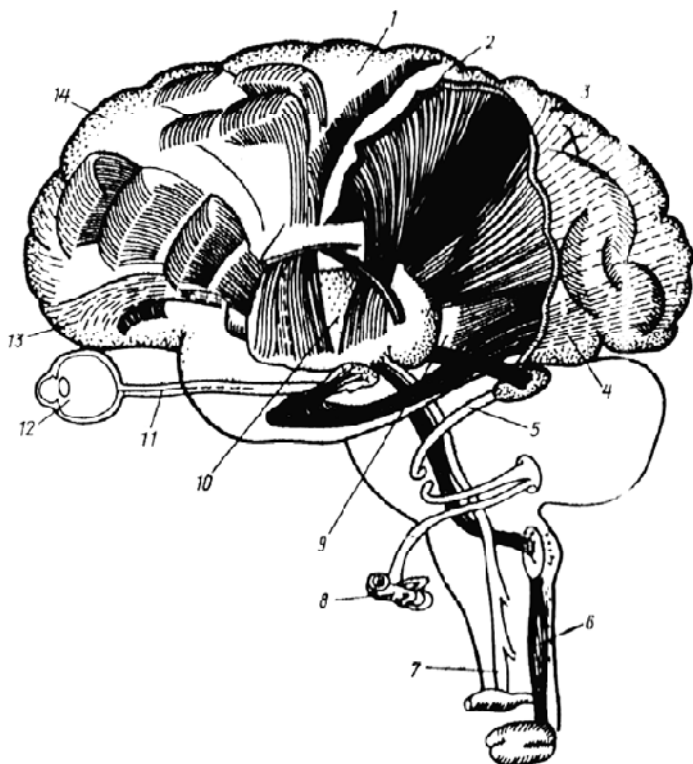


1-расм (Б). Анализаторлар. В – эшитув анализатори: 1 – рецепторлар; 2 – ўтказувчи йўллар; 3 – анализаторларнинг марказий қисми.
Г – анализаторларнинг босим, оғриқ, совуқ, иссиқ ва тактил таъсирларни қабул қилувчи чекка қисми.

ва бошқа таъсирларга жавоб реакциялари. Шартсиз рефлекслар ҳаётий муҳим биологик эҳтиёжларга боғлиқ бўлиб, доимий рефлексор йўллар орқали амалга оширилади. Улар ташқи муҳитнинг организмга бўлган таъсир механизмларини мувофиқлаштириб туради.

Эволюция жараёнида мия тузилмаларининг филогенетик ривожланиши натижасида туғма ва орттирилган (шартли) рефлексларнинг ўзаро муносабати биологик қонунларга бўйсунган ҳолда ўзгариб боради; умуртқасизлар ва бошқа ҳайвонларда фаолиятнинг туғма шакли орттирилган шаклидан устун турса, сут эмизувчиларда хатти-ҳаракатнинг индивидуал орттирилган шакллари ривожланиб боради, мураккаблашади ва устун туради.

Олий нерв тизими бош мия катта ярим шарларининг шартли рефлексор фаолияти билан боғлиқ бўлиб, организмнинг ташқи му-



2-расм. Анализаторлар системасининг иерархик тузилиши: 1—бош мия пўстлоғидаги ҳаракат соҳаси; 2— сезги соҳаси; 3— тепа соҳа; 4— кўрув соҳаси; 5— эшитув йўллари; 6— чуқур сезги йўллари; 7— юзадаги сезги йўллари; 8— чиғаноқ; 9— Грациоле тутами; 10— таламус; 11— кўрув йўллари; 12— кўз; 13— орбитал пўстлоқ; 14— префронтал соҳа.

ҳитга бўлган муносабатини белгилаб беради ва хулқ-атворнинг асосини ташкил қилади. Оддий (қуйи) нерв эса мия устунни ва орқа мия билан боғлиқ бўлиб, шартсиз рефлексор фаолиятига асосланган.

Шундай қилиб, сезги, идрок, фикр, хотира, тафаккур – руҳий жараёнлар бўлиб, бош мия фаолияти билан чамбарчас боғлиқ. Руҳий жараён марказий асаб тизимининг барча аъзолари воситасида амалга оширилади. Бу жараён ички ва ташқи таъсирларни қабул қилиб, сигналларга айлантириш, сигналларни анализ қилиш ва жавоб реакциясини тайёрлашдан иборат.

Экспериментал тадқиқотлар натижасида миёда қўзғалиш ва тормозланиш жараёнининг бузилиши неврозга олиб келиши исботланди. Бу психология фани учун ўта муҳим бўлган таълимотдир. Ваҳоланки, ҳиссий зўриқишларда пайдо бўладиган миёдаги кучли қўзғалиш ёки керагидан ортиқча тормозланиш жараёнлари неврозга олиб келиши кейинчалик ҳам олимлар ишида ўз аксини топди.

П.К. Анохин (1898–1974) шартли рефлексор фаолиятида биринкетин келадиган 4 босқичдан иборатлигини кўрсатиб берди. Буни у **тескари афферентация** деб атади, яъни рефлекс бажарилганидан сўнг марказга унинг бажарилганлиги ёки ушланиб қолинганлиги ҳақида маълумот келиб тушади ва у хотирада сақланиб қолади. Бу механизм куйидагича амалга оширилади:

1-босқич – рецептор таъсирлантирилади, нерв толаларида қўзғалиш пайдо бўлади ва бу сигнал марказий асаб тизимининг махсус тузилмаларига узатилади;

2-босқич – қўзғалиш сенсор нейронлардан мотор нейронларга ўтказилади;

3-босқич – марказдан қочувчи импульс бажарувчи аъзога ўтказилади;

4-босқич – марказга топшириқ бажарилганлиги ҳақида сигнал юборилади. Шундай қилиб, шартли рефлексор ёй системасида қайтувчи боғланиш мавжудлиги исботланди. Қайтувчи боғланиш онгинг шаклланишида муҳим аҳамиятга эга.

Энди шу назарияларга асосланган ҳолда бош мия ярим шарлари пўстлоғига келиб тушган сигналларнинг қайта ишланиш жараёнини кўриб чиқамиз. Анализаторлар орқали қабул қилинган маълумот (сигнал) лар бош мия пўстлоғининг бирламчи майдонига келиб тушади. Бу ерда ҳодиса ва объектларнинг тасвири шаклланади. Аммо у ёки бу тасвир шаклланиши учун анализаторлар орасидаги ўзаро боғлиқлик сақланган бўлиши керак. **Анализатор** деб, ташқи ва ички муҳитдан келувчи сигналларни анализ ва синтез қилувчи нейронлар гуруҳига айтилади (1-расм). **Анализ** – бу миёга келиб тушган сигнал-

ларни бўлақларга бўлиб ўрганиш бўлса, **синтез** – бу бўлақлардан ягона бир тасвир яратиш. Нарса ва ҳодисаларни идрок этиш асосида эса турли анализаторларнинг ўзаро алоқаси ва хотира механизмлари ётади. Анализаторлар системаси иерархик тузилишга эга (2-расм).

Шундай қилиб, бош мия катта ярим шарлари пўстлоғи турли анализаторлар орқали (кўрув, эшитув) қабул қилинадиган таъсирларни анализ ва синтез қилади. Пўстлоқ қабул қилинган маълумотларни хотирасида сақлаб, бошқа сигналлар билан солиштириб, таққослаб, хатоларини тузатиб, қайта ишлаб турувчи ҳужайралар тизимидан таркиб топган.

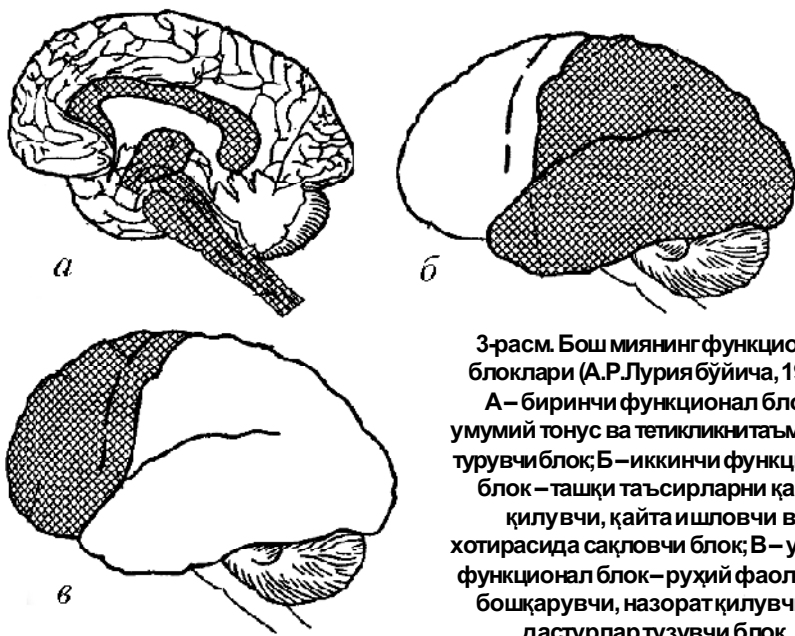
Машҳур нейропсихолог А.Р. Лурия ҳар қандай руҳий фаолият миянинг учта функционал блоклари бир вақтнинг ўзида барқарор ишлаши натижасида амалга оширилишини таъкидлаб ўтган (3-расм).

Биринчи блок – тетиклик ва тонусни бошқарувчи блок. Бу блокка лимбикоретикуляр комплекс киради. Эволюция мобайнида бу тузилмалар биринчилардан бўлиб пайдо бўлган. Биринчи блок кўзғалишни биринчи бўлиб қабул қилади. Бу сигналларички ҳамда сезги (кўрув, эшитув, ҳид, таъм билиш, тери сезгиси) аъзолари орқали ташқи муҳитдан келувчи сигналлардир. Биринчи блок бу сигналларни қайта ишлаб, импульслар оқимига айлантиради ва ҳар доим уларни бош мия пўстлоғига юбориб туради. Бу импульслар пўстлоқнинг фаоллигини таъминлаб туради, уларсиз пўстлоқ «сўниб» қолади.

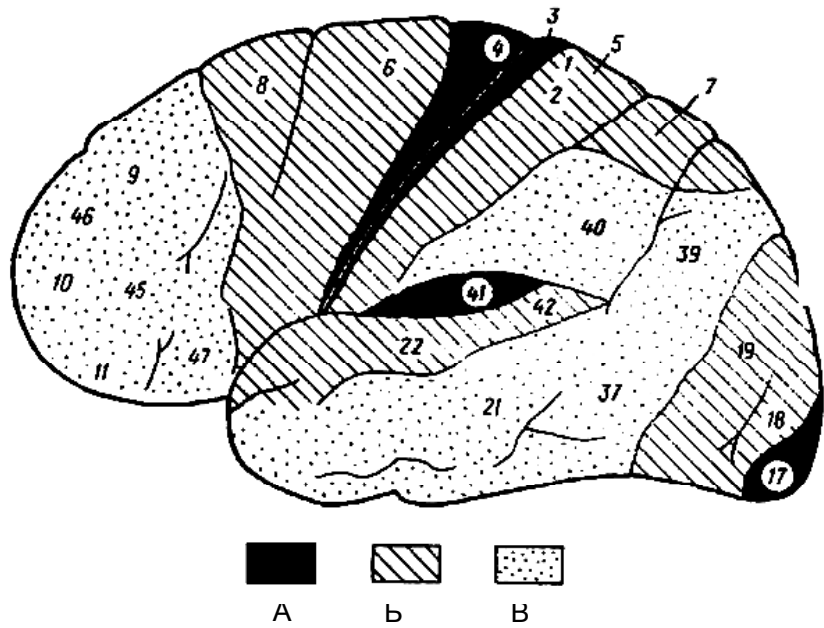
Иккинчи блок – маълумотларни қабул қилувчи, қайта ишловчи ва хотирасида сақловчи блок. Бу блок бош мия катта ярим шарларида жойлашган бўлиб, энса (кўрув), чакка (эшитув) ва тепа (умумий сезги) соҳаларидан иборат. Иккинчи блокка тааллуқли бу соҳалар иерархик тузилишга эга. Шартли равишда уларнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи соҳа (майдон) лари фарқланади (4-расм). Биринчиси ташқи оламдан қабул қилинган таъсиротларни (эшитув, кўрув, сезги) майда белгиларга парчалайди. Иккинчи блокнинг иккинчи соҳаси бу белгилардан ҳар хил тасвирлар яратади, учинчиси эса кўрув, эшитув, ҳид билиш ва теридан келувчи маълумотларни жамлайди.

Учинчи блок – руҳий фаолиятни назорат қилувчи ва дастурлар тузувчи блок. Бу блокни, асосан, миянинг пешона бўлағи ташкил қилади. Пешона бўлағи зарарланган беморнинг хулқи бузилади, оддий ҳаракатларни бажара олмайдиган бўлиб қолади. Бир сўз билан айтганда, инсоннинг шахси бузилади.

Мияга келиб тушаётган маълумотларнинг анализ ва синтези натижасида аниқ шартларга жавоб берувчи ҳаракат дастури ишлаб чиқилади. Мабодо ушбу дастур ёрдамида «топшириқ» бажарилма-



3-расм. Бош миянинг функционал блоклари (А.Р.Лурия буйича, 1970):
 А – биринчи функционал блок – умумий тонус ва тетикликни таъминлаб турувчи блок; Б – иккинчи функционал блок – ташқи таъсирларни қабул қилувчи, қайта ишловчи ва хотирасида сақловчи блок; В – учинчи функционал блок – руҳий фаолиятни бошқарувчи, назорат қилувчи ва дастурлар тузувчи блок.



4-расм. Бошмиа катта ярим шарлари пўстлоғининг ташқи юзаси: А – бирламчи майдонлар; Б – иккиламчи майдонлар; В – учламчи майдонлар.

са, мияда кетма-кет янги дастурлар яратилаверади. Бунинг натижа-сида тушаётган сигналларга бош мия, албатта, жавоб қайтаради. Шундай қилиб, бош мияда мураккаб қарорнинг пайдо бўлиш жараёнига қўзғалишнинг занжирли реакцияси сифатида қараш керак. Бу айлана бош мия ва унинг турли бўлимлари фаолиятининг асосини ташкил қилади. Бош мияда ассоциатив йўлларнинг катта имкониятлари борлиги ва пўстлоқ нейронларининг кенг ихтисослашганлиги турли-туман нейронлараро алоқаларнинг юзага келиши ва ҳар хил вазифаларни бажарувчи мураккаб нейронлар тўпламининг шаклланишига имкон яратади.

Бу жараёнларни янада тўлароқ тушуниш учун асаб системасининг филогенези ва онтогенези билан қисқача танишиб чиқамиз.

Асаб тизимининг филогенези

Эволюция жараёнида асаб тизими ривожланиб, мураккаб-лашиб ва такомиллашиб борди. Оддий бир ҳужайрали организм-даги (амёбалар) ёлғиз ҳужайранинг ўзи сезги, ҳаракат, ҳазм қилиш ва ҳимоя функцияларини бажариб келди. Тирик тўқима қўзғалиш, яъни ташқи таъсирларга жавоб бериш хусусиятига эгадир. Филогенезда асаб ҳужайраларининг пайдо бўлиши организм учун ташқи таъсирларни қабул қилиш, тўплаш ва тарқатиш имконини яратиб берди.

Асаб ҳужайралари орасидаги боғланишларнинг пайдо бўлиши ва оддий асаб тизимининг шаклланиши организмни интеграциянинг янги босқичига кўтарди. Оддий (примитив) асаб тизимига эга жонзотларда қўзғалиш ҳужайралардан барча йўналишларда тарқалиши мумкин, гўё бу импульс барча ҳужайраларга тааллуқли бўлиб, маълум бир манзилга эга эмасдек. Шундай бўлса-да, бу импульслар организмдаги у ёки бу жараёнларнинг кечишида фаол иштирок этади, лекин анализ қилиш қобилияти ҳали уларда бўлмайдди. Қўзғалишнинг асаб ҳужайраларида тўпланиши хотирага ўхшаш жараёнга замин яратади.

Организм ривожланган ва асаб тўқималари иши такомиллашган сайин асаб ҳужайраларидаги жараёнлар қўзғалишни тез ўтказиши ва маълум бир манзилга йўналтирилганлиги билан ажралиб туради. Асаб тизимининг мураккаблашиб, такомиллашиб бориши, қабул қилувчи (афферент) ва узатувчи (эфферент) системаларнинг пайдо бўлиши билан кечади. Нерв тармоқларининг чеккасида махсус рецепторлар пайдо бўлиб, ҳар бири фақат ўзига тегишли бўлган таъ-

сирларни фарқлаб қабул қила бошлайди. Асаб ҳужайраларининг ихтисослашиб ва такомиллашиб бориши натижасида импульсларнинг фақат бир томонга йўналишини таъминлайдиган синапслар пайдо бўлади. Худди шу босқичда баъзи вазифаларни бажарувчи оддий «айлана» тузилмалар ҳосил бўлади.

Кейинчалик эволюция мобайнида нерв тугунлари – ганглиялар пайдо бўлиб, улар бир ёки бир нечта вазифани амалга ошира бошлайди. Ганглияларнинг ишлаш услуби шундан иборатки, ҳар бир ганглия танадаги маълум сегмент (соҳа) учун жавоб беради. Ушбу сегмент даражасида ўта аниқ ва соз бошқарув жараёни кечади. Асаб тизимида мавжуд бўлган ганглиялар мажмуаси сезишнинг мураккаб турларини амалга ошира олади. Ганглияда ҳар қандай жараён гўёки аниқ бир дастурга эга. Бироқ сегментлар бир-бири билан етарли алоқага эга эмас. Бош мия ҳужайраларидан фарқли равишда бу ганглияларда бирон-бир марказнинг мувофиқлаштирувчи таъсири унча ривожланмаган.

Эволюциянинг кейинги даврларида асаб системасининг ривожланиши бош мия ривожланишининг устуворлиги билан кечади, сўнгра бош мия ярим шарлари пўстлоғи пайдо бўлган асаб тизими филогенезининг бу даври **цефализация** даври деб ҳам аталади. Сут эмизувчиларда асаб тизими янада такомиллаша бориб, бош мия катта ярим шарлар пўстлоғи ва уларни ўзаро боғловчи йўллар пайдо бўлди. Организмнинг барча функцияларини бошқариб, назорат қилиб турувчи, ўтказувчи йўллар системаси шаклланди. Одамда катта ярим шарлар пўстлоғи, айниқса, пешона ва чакка бўлақларининг ривожланиши юксак даражага етди. Ҳозирги кунда одам бош миясининг 78 фоизини пўстлоқ ташкил қилиб, унинг 30 фоизи пешона бўлагига тўғри келади.

Эволюцион ривожланишнинг цефализация даврида бош мияда пайдо бўлган марказлар қуйи жойлашган тузилмаларни ўзига бўйсундира бошлади. Натижада бош мияда ҳаётини муҳим марказлар пайдо бўлиб, улар организмнинг турли-туман фаолиятини автоматик тарзда бошқара бошлади. Ушбу марказлараро алоқалар иерархик тарзда фаолият кўрсатади. Интегратив жараён ва бошқариш функциясининг вертикал услубда фаолият кўрсатиши муҳим аҳамиятга эга.

Физиологиянинг дастлабки ривожланиш даврида олий нерв марказлари қуйи марказларга доимо тормозловчи таъсир кўрсатади, деган фикр мавжуд эди. Шунинг учун олий марказлар зарарланганда қуйи марказлар қўзғалади, гўёки улар фаоллашади. Лекин физиологик жараёнлар доим бу тарзда кечавермайди. Эволюцион

жиҳатдан ёш марказлар зарарланганда, кекса марказлар фаоллашади, гўёки эволюцион жараён тескарисига давом этади. Бу назария **диссоляция назарияси** деб ном олган. Дарҳақиқат, юқори поғонада жойлашган марказлар зарарланганда қуйи марказлар фаоллашганини кўрамыз. Бунга марказий ҳаракат нейрони зарарланганда орқа миянинг олдинги шохида жойлашган периферик ҳаракат нейронларининг фаоллашувини мисол қилиб келтириш мумкин. Аммо бу бузилишларнинг асл сабаби диссоляцияда ёки қуйи марказларнинг юқори марказлар «тутқунлигидан» озод бўлишида эмас. Чунки олий марказлар қуйи марказлар фаолиятини фақат тормозлабгина қолмайди, балки фаоллаштиради ҳам. Марказий таъсирлар сусайганда, қуйи жараёнларнинг автоматизми ва бошқариш «санъати» пасаяди, жараён қўпол ва содда бўлиб қолади. Бундан ташқари, қуйида жойлашган марказларнинг фаоллашуви компенсатор жараённинг бир кўриниши сифатида қабул қилиниши ҳам мумкин.

Нерв марказлари иерархиясида бош мия катта ярим шарлари пўстлоғи асосий ўринни эгаллайди. Бутун организм ва функционал системалардан маълумотларнинг пўстлоққа оқиб келиши, уларнинг мураккаб анализ ва синтез қилиниши, ассоциатив йўлларнинг пайдо бўлиши олий нерв фаолиятининг асосий механизмларидан бири ҳисобланади.

Хўш, асаб тизими тузилмаларининг онтогенезда ривожланиши қандай кечади ва бу жараёндаги бузилишлар руҳиятнинг шаклланишига қандай таъсир кўрсатади?

Асаб тизимининг онтогенези

Янги туғилган чақалоқ бош миясининг оғирлиги 400 г атрофида бўлиб, тана оғирлигининг 1/8 қисмини ташкил қилади. Гўдақда пўстлоқнинг эгатчалари яхши ривожланган, пушталар йирик-йирик, лекин чуқурлиги ва баландлиги унча ривожланмаган бўлади. Тўққиз ойларга бориб, миянинг дастлабки оғирлиги икки баробар ошади. 2 ёшда бош миянинг оғирлиги бола туғилган давридагига қараганда бир неча баробар катталашади. Бу жараён, асосан, асаб толаларининг миелинлашуви ва туғилган заҳотиёқ бош мияда мавжуд бўлган 20 млрд. ҳужайраларнинг катталашуви ҳисобига кечади.

Гўдакнинг мия тўқимаси ҳали такомиллашмаган бўлади. Пўстлоқ ҳужайралари, пўстлоқ ости тугунлари, пирамидал йўллар яхши ривожланмаган, кулранг ва оқ модда орасидаги алоқалар такомиллашмаган бўлади. Унинг асаб ҳужайралари бош миянинг

катта ярим шарлари юзаси ва оқ модданинг асосида тўпланиб жойлашади. Бош мия катталашган сайин асаб ҳужайралари пўстлоқ томонга силжиб боради. Бош мия қон томирлари ҳам ривожланиб, такомиллашиб боради.

Гўдақда катта ярим шарлар пўстлоғининг энса қисми катта ёшдагиларниқига қараганда йириқроқ бўлади. Бола ўсган сайин ярим шарлар пушталари шакли ва топографик жойлашуви ўзгариб боради. Айниқса, бу ўзгариш дастлабки беш йил мобайнида кузатилиб, 15-16 ёшларга бориб пўстлоқнинг тузилиши катта ёшдагиларниқидан деярли фарқ қилмайди. Ён қоринчалар болаларда нисбатан кенг ва катта бўлади.

Гўдақларда иккала ярим шарни бирлаштириб турувчи тарғил тана нозик ва қисқа бўлади. Бола беш ёшга тўлгунга қадар тарғил тана йўғонлашиб, узайиб боради. Йигирма ёшларда эса тўла шакланган бўлади. Янги туғилган чақалоқда мияча суст ривожланган, узунчоқ шаклга эга, пушталари ва эгатчалари саёз, горизонтал ҳолатда бўлиб, краниал нервлар мия асосида симметрик тарзда жойлашади.

Чақалоқда орқа мия бош мияга қараганда морфологик жиҳатдан тугалланган тузилишга эга. Шунинг учун ҳам орқа мия гўдақда нисбатан такомиллашган, катта ёшдагиларниқига қараганда узунроқ бўлади. Кейинчалик орқа мия ўсишда умуртқага қараганда орқада қолиб боради. Орқа миянинг ўсиши 20 ёшгача давом этади. Бу давр ичида унинг оғирлиги ҳам ошади.

Чақалоқнинг периферик асаб тизими етарлича мийелинлашмаган, нерв толалари сийрак бўлиб, нотекис тақсимланган. Миелинланиш жараёни турли нерв толаларида турлича кечади. Краниал нервларнинг миелинлашуви бир ёшга етиб тугалланади. Орқа мия нерв толалари миелинлашуви 2-3 ёшгача давом этади. Вегетатив асаб тизими чақалоқ туғилганидан бошлаб фаолият кўрсата бошлайди. Эмбриогенезнинг дастлабки босқичларида асаб тизимининг турли бўлимларида аниқ такомиллашган мустақкам алоқалар пайдо бўладик, улар туғма ҳаётий муҳим функцияларнинг асосини ташкил қилади. Бу функцияларнинг йиғиндиси бола туғилгач ҳаётга дастлабки мослашувни таъминлаб беради (масалан, нафас олиш, эмиш, юрак уриши ва ҳ.к.).

Онтогенетик ривожланиш жараёнида одамнинг мияси кучли ўзгаришларга учрайди. Анатомик жиҳатдан олганда, янги туғилган чақалоқ мияси билан катта ёшдаги одамнинг мияси бир-биридан анчагина фарқ қилади, чунки индивидуал ривожланиш жараёнида ёш ўтган сайин мия тузилмалари етилиб боради. Ҳатто, морфологик

жиҳатдан етилган асаб тизимида ҳам ривожланиши ёки қайта пайдо бўлиши зарур бўлган функционал системалар мавжуддир.

Бош мия эволюцияси жараёнида иккита муҳим стратегик йўналишни аниқлаш мумкин. Буларнинг биринчиси келгусида яшаш шароитларига ўта тайёр туриши. Бу йўналиш туғма, инстинктив реакцияларнинг катта тўпламидан иборат бўлиб, организм ҳаёт кечериши мобайнида ҳар қандай ҳодисаларга шай бўлиб туради. Булар овқатланиш, ҳимояланиш, кўпайиш механизмлари ва бошқалар. Организмни ҳамма нарсага ўргатиш шарт эмас. Зеро, у баъзи қобилиятларга туғилганидан бошлаб эгадир.

Агар биз хулқ-атвори гўёки автоматлашиб кетган ҳашаротлар дунёсидан сут эмизувчилар дунёсига бир назар ташласак, бошқача ҳолатга кўзимиз тушади, яъни хулқ-атворнинг туғма, инстинктив турлари мақсадга йўналтирилган, шахсий тажрибага асосланган хатти-ҳаракатларга кўшилиб кетганини кўрамиз. Сут эмизувчилар хатти-ҳаракатида изланиш, ўзи турган муҳитини топиш каби хусусиятларнинг шоҳиди бўламиз. Ҳаёт кечеришнинг бундай тури учун такомиллашган мия кераклиги ўз-ўзидан аён, албатта.

Аммо асосий гап миянинг ҳажмидагина эмас, балки унинг функциясидадир. Эволюциянинг иккинчи йўналиши индивиднинг хатти-ҳаракатларига катта имкониятлар яратиб берди. Бу эса бош мия катта ярим шарлари пўстлоғи ҳажмининг бетиним катталашуви билан параллел ҳолда кузатилади.

Барча функцияларни пўстлоқ ўзига «тортиб» олиши унинг такомиллашиб боришига катта имконият яратиб берди. Шу билан бирга дунёни англаб бориш, ўрганиш, пўстлоқнинг маълумотлар билан тўлиб бориш жараёни, асосан, болалик даврига тўғри келар экан. Гўдаклик даврдан етук, баркамол ёшгача бўлган давр ҳар бир индивид учун узоқ масофа ҳисобланади.

Гўдак, улғайиб, аста-секин ҳаётга мослашиб олади. Хўш, бу жараён қандай кечади? Нима қилса, хатога йўл қўйилмайди? Шахснинг уйғун, ижодкор бўлиб ривожланиши учун нималар зарур? Баъзи олимларнинг фикрича, ҳаммаси тарбияга боғлиқ. Гўдакнинг миясини ёзилмаган дафтарга ўхшатиш мумкин. Дафтарнинг ташқи кўриниши бошқаларидан фарқ қилмаса-да, ҳар бир нуسخаси ва саҳифасининг ўзига хос хусусиятлари бор. Битта варағига ёзилган матн иккинчисида такрорланмайди. Ёзувчи дафтарни нима билан тўлдирса, кейинчалик шу ёзувни ўқийди. Демак, оппоқ варақларни қандай тўлдириш, нима билан тўлдириш ўзимизга боғлиқ. Балки инсон миясини оддий дафтар билан таққослаш нотўғридир, чунки инсон мияси маълумотларни фақат «ўлик», «жонсиз» ҳолатда ўзида сақлайдиган дафтар эмас. У

маълумотларни фаол қайта ишлайдиган, янги хулосалар чиқарадиган, ижодий фикрлай оладиган катта бир жонли, ҳаракатдаги системадир.

Боланинг баркамол ва юксак тафаккурга эга бўлиб ўсишига таъсир қилувчи сабаблар уни ўраб турган муҳитга кўп жиҳатдан боғлиқ. Боланинг олдида турган муаммолар ечимини тўғри топишга кўмаклашиш, унинг хулқ-атворини тўғри шакллантириб бориш катта аҳамиятга молиқдир.

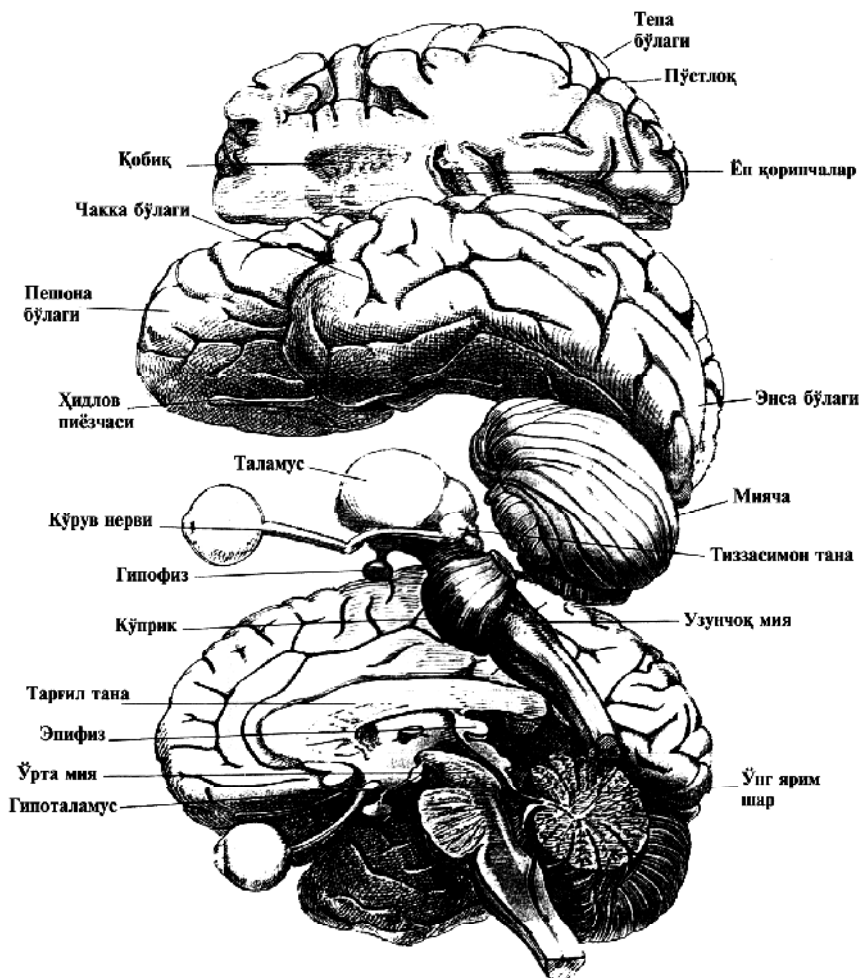
1.6. Миянинг функционал системаси

Бош миянинг ҳужайралар тўплами фақатгина содда вазифани бажариб қолмасдан, балки бошқа мукамал функцияларни бажаришда ҳам иштирок этади (П.К.Анохин, 1973). Функционал системанинг фаолиятини таъминлашда асаб тизими (айниқса, бош мия) нинг барча тузилмалари иштирок этади (5-расм, а). Бу жараён нейронлараро алоқаларнинг кўплиги сабабли амалга оширилади. Бу алоқалар психофункционал механизмларни таъминлашда муҳим аҳамиятга эга (5-расм, б).

Функционал система бирон-бир функцияни бажаришда иштирок этувчи асаб ҳужайралари тўпламидир. У миянинг муҳим, ўз-ўзини бошқарувчи механизми ҳисобланади. Асаб тизимининг индивидуал ривожланишини тўғри баҳолаш учун унинг анатомик жиҳатдан етуклиги билан бирга бирон-бир функцияни бошқариши ва бажара билиши ҳам катта аҳамият касб этади. Демак, онтогенез жараёнини, яъни нерв тўқималарининг якка ҳолда эмас, систематик тарзда ривожланишини системогенез нуқтаи назаридан тушунмоқ керак.

Функционал система тушунчаси индивидуал ривожланиш жараёнида юзага келиши мумкин бўлган асабий-руҳий бузилишларнинг моҳиятини очиб беришга ёрдам беради. Шунини таъкидлаш лозимки, эмбрионал ривожланиш жараёнида асаб тизими турли тузилмаларининг бирин-кетин пайдо бўлиши билан бирга, ушбу кетма-кет ривожланишнинг бузилиши ҳам рўй беради.

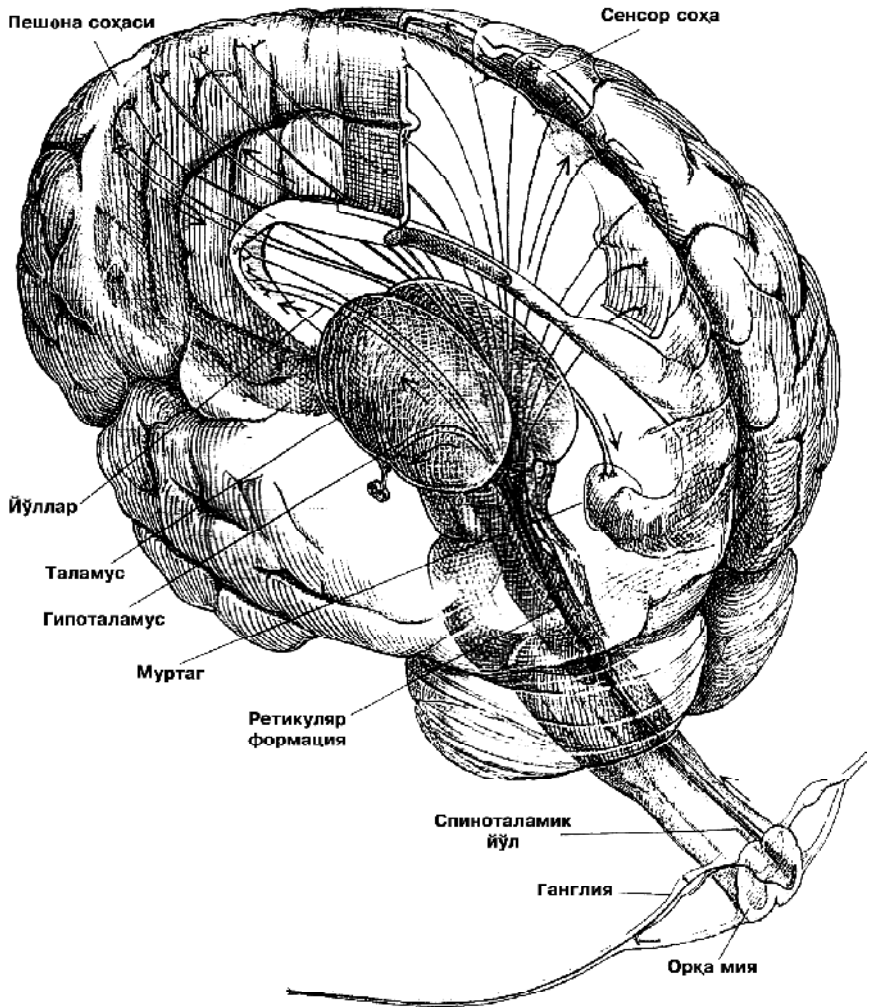
Дастлаб, ҳаётий муҳим аҳамияти бўлган функционал системалар шаклланади. Унга эволюцион нуқтаи назардан олганда, хилма-хил тузилмалар қўшилиши мумкин. Шунинг учун бир босқич даражасида функционал системага кирувчи баъзи тузилмаларнинг турли даражада такомилга етишини кузатамиз. Айни вақтда, бир маромда ривожланмаслик, яъни гетерохронликнинг кўринишларига кўп мисоллар келтириш мумкин. Масалан, гўдақда эмиш жараёнида қатнашадиган асаб ҳужайралари ва тўқималари юзнервларининг бошқа толаларига қараганда миелин пардаси билан олдинроқ ва яхшироқ



5-расм (а). Бош мия тузилмалари

қопланган бўлади. Юз нервнинг юқори толалари гўдақда миелин пардаси билан яхши қопланмайди, гўёки бу толаларга ҳозирча зарурат йўқдек.

Системогенезга яққол мисол бўла оладиган, гўдақда кузатиладиган, ушлаб олиш рефлeksi механизмига эътибор берайлик. Эмбрионал ривожланишнинг IV-VI ойларида қўлнинг барча нерв толалари ичида энг яхши етилгани бармоқларнинг букилишини таъминловчи нерв толаларидир. Бундан ташқари, бу даврга келиб саккизинчи бўйин сегментининг олдинги шох мотор ҳужайралари



5-расм (б). Психофункционал механизмларни таъминловчи асосий тузилмалар

ҳам такомиллашган бўлади. Бу мотор ҳужайралар бармоқларни букувчи мушакларни нервлайди, бундан ташқари, ушбу ҳужайраларни бошқарувчи асаб тизимининг юқорида жойлашган тузилмалари ҳам шаклланган бўлади.

Системогенезнинг бир нечта муҳим жиҳатлари ўрганилган. Биринчиси шундан иборатки, функционал системалар бир вақтда шаклланмайди. Организм учун ҳаётий муҳим бўлган системалар аввал шаклла-

на боради. Масалан, янги туғилган чақалоқ учун ҳаётий муҳим бўлган жараёнлар – эмиш, ютиш, нафас олиш туғилган заҳоти фаолият кўрсата бошлайди. Баъзи жонзотларда эса функционал система туғилган заҳоти мукаммаллашган бўлади. Кенгурунинг боласи туғилган заҳоти онасининг қорнидаги халтачага сакраб чиқа олади ёки эндигина тухумдан чиққан ғознинг боласи онасининг изидан юра бошлайди ва ҳоказо.

Янги туғилган чақалоқда туғма механизмлар гўё камдек туюлса-да, баъзи бошқарувчи вазифаларнинг жуда нозик иши киши эътиборини ўзига тортади. Масалан, гўдакда ютиш ва нафас олиш бир вақтнинг ўзида амалга оширилади, кейинчалик бу қобилият йўқолиб боради. Шу билан бирга кўрув, эшитув, ҳаракат реакциялари яхши ривожланмаган бўлади. Асаб тизими баъзи бўлимларининг бир маромда ривожланмаслиги ва етилмаслигига **гетерохронлик принципи** дейилади.

Системогенезнинг иккинчи принципи системалараро ва системалар ичра гетерохронлик принциpidир. **Системалараро гетерохронлик** – бу турли функционал системаларнинг (эмиш ва кўрув назорати) турли даврларда пайдо бўлиши ва шаклланишидир. **Системалар ичра гетерохронлик** – бу шаклланган функциянинг аста-секин мураккаблашиб боришидир. Даставвал минимал функцияни бажара олувчи асаб тўқималари етилиб боради, кейинчалик ташқи ва ички таъсирларга жавоб берувчи шу системанинг бошқа бўлимлари ҳам сафга туради. Масалан, гўдакда 3 ойгача сўриш рефлекси жуда осон чақирилади, лунжи ёки иягига қўл теккизилса бас, у дарров лабини чўчайтиради. Шу билан бирга, гўдакда қалқиб кетиш ёки ҳаво ютиб юбориш ҳолатлари ҳам тез-тез кузатилиб туради. Уч ойликдан сўнг сўргич ҳаракатлари фақат лабига текканда пайдо бўлади ва қалқиб кетишлар кам учрайди. Худди шундай ҳолатни ушлаб олиш рефлексига нисбатан ҳам кузатишимиз мумкин. Гўдаклик даврининг биринчи ойларида унинг кафтига сал тегилса, қўлини мушт қилиб олади, кейинчалик ушлаб олиш бироз пасаяди, яъни бош бармоқ қолганларига қаршилик кўрсата бошлайди.

Системалар ичра гетерохронлик бирор функционал системанинг нафақат етилиши, балки системалараро алоқанинг ўрнатилиши билан ҳам кечади. Масалан, автоматик тарзда ушлаб олишда ҳаракат мураккаблашиб боради, шу билан бирга қўлнинг ҳаракати устидан кўзнинг назорати кучая бошлайди.

Системогенез ҳақидаги таълимот боланинг асабий-руҳий ривожланишининг узвийлиги ва кетма-кет ривожланиш қонуниятларини очиб беради. Масалан, у бошини ушлагач ўтиради,

сўнг тик туради ва аста-секин юра бошлайди. Бошини ушлаб туриш қобилияти тана ҳолатини назорат қилишга замин яратиб беради. Бу мувозанат аъзоси ва кўрув назоратининг такомиллашуви натижасида амалга оширилади.

Шунитаъкидлаш лозимки, жуда кўп функционал системаларнинг ўзи бир қанча кичик системалардан таркиб топган. Булар бир вақтнинг ўзида пайдо бўлмайди ва ўзаро боғланишларни аста-секин мураккаблаштириб боради. Масалан, ҳаракатни бошқариш комплексига мускул тонуси, тана мувозанати ва координациясини бошқарувчи системалар киради. Бундан ташқари, ҳар қандай ҳаракатни амалга ошириш учун бирон-бир ҳаракатни бошқа ҳаракат билан алмаштирувчи, унинг устидан назорат қилувчи дастур зарур бўлади. Масалан, олдинга бир қадам ташлаш учун тананинг оғирлигини иккинчи оёққа ўтказиш, шу вақтда тананинг мувозанатини сақлаб қолиш, бир гуруҳ мускулларнинг қисқариши ва бошқаларининг ёзилишини амалга ошириш керак бўлади.

Биз юриб бораётганимизда оёқни қандай ташлаш керак, гавда, қўллар қай ҳолатда ҳаракат қилиши зарурлиги ҳисоб-китобини қилмасдан ҳаммасини беихтиёр тарзда амалга оширамиз. Тўғри, биз онгли равишда тезликни оширишимиз ёки пасайтиришимиз, қадамни катта ёки кичик ташлашимиз мумкин, аммо қайси мускулни қисқартириб, қайси бирини бўшаштиришимиз кераклигини ўйламай амалга оширамиз. Ҳаракатни бошқарувчи системаларнинг бундай келишилган ҳолда ишлаши болалик давридан ривожлана бошлайди. Ҳар хил ёшдаги болаларнинг ҳаракат фаолиятини кузата бориб, уларнинг ҳаракат функциялари такомиллашиб бораётганлигини ва кичик системалардан йирик интегратив системалар пайдо бўлишини кузатиш мумкин.

Системогенез нуқтаи назаридан қараганда, ҳар бир ёш учун хос бўлган нормал функцияларнинг ривожланиш механизмлари ва такомиллашувининг кам-кўстини тушуниб олиш мумкин. Баъзи функционал системалар ёки уларнинг бўлимлари ривожланиши суст кечса, бошқа функционал системалар эса нормал ривожланиб ва такомиллашиб бораверади. Масалан, чаққон, ўйинқароқ болалар диққат-эътибор талаб қилувчи нозик ҳаракатларни бажара олмайди. Бунинг сабаби ҳаракатни бошқарувчи мия пўстлоғи марказлари такомиллашмаганлигидир. Баъзан кундалик ҳаётда бесўнақай болаларда сурат чизиш, мусиқий асбобларни чиройли чалиш каби маҳоратни кузатиш мумкин.

Болаларда нутқнинг турли бузилишлари кўпинча, системалараро ва системалар ичра алоқаларнинг етилмай қолиши оқибатида кузатилади. Ҳаракат бесўнақайлигининг дудуқланиб гапириш билан бир-

га келиши ёки ҳаракати тўлиқ ривожланган бўлса-да, дудуқланадиган болаларни кўп учратамиз. Баъзан оғзаки нутқ жуда яхши ривожланса-да, ҳуснихати хунук болаларни кузатиш мумкин.

Системогенез принциплари асаб тизимининг эволюцион ривожланиш жараёнида кузатиладиган морфофункционал ўзгаришларни такомиллаштиришга ёрдам беради, системаларнинг нотўғри ривожланишининг олдини олиш йўлларини кўрсатади. Бу етишмовчиликларни тузатишнинг принципларини бир неча гуруҳларга бўлиш мумкин:

1) ўсиш кўрсаткичларидан орқада қолаётган функцияларни рағбатлантириш;

2) бузилиб қайта ривожланаётган алоқаларни тўхтатиш ёки пайсантириш;

3) системалараро ва системалар ичра алоқаларнинг янги комплекслари шаклланишига ёрдам бериш ва ҳоказо.

Демак, нуқсоннинг конкрет шаклини топиб, даволаш бир нечта йўналишда олиб борилиши керак, лекин бунда индивидуал ривожланиш босқичларидаги узвийликни ҳам эътиборга олиш зарурдир.

Кўрув ва эшитув бош миянинг мураккаб функционал системалари гуруҳига киради. Ҳар қайси функционал система ёки унинг ҳар бир бўлими ўзининг ривожланиш дастурига эга бўлишига қарамасдан, бош мия доимо ягона яхлит аъзо сифатида ишлайди. Миянинг бу интегратив функцияси турли системаларнинг ўзаро муносабатини мустаҳкамлайди ва ривожлантиради. Бу ҳолда ривожланаётган мияда системалараро алоқаларни ўрнатиш механизми қандай кечади, деган саволга дуч келамиз.

Мия ўз фаолиятида ягона бўлиб қолишига қарамасдан, ривожланишнинг ҳар бир босқичида у бошқача мия ва бошқача системадир. Шунинг учун хатто баъзи функционал системалар ривожланишининг хронологиясини мукамал ўргансак-да, ҳаёт йўлининг ҳар бир конкрет ривожланиш даражасини тўғри баҳолаб бориш ўта мураккаб муаммодир. Болада функционал системаларнинг ривожланиш тезлигини велосипедчилар пойгасига ҳам қиёслаш мумкин. Масалан, битта велосипедчи пойга давомида доимо олдинда боравермайди, бунга унинг кучи ҳам етмаган бўлур эди. У гоҳ олдинда, гоҳ орқада қолиб боради ва ниҳоят, маррани биринчи бўлиб эгаллайди. Ривожланаётган мияни ўрганганимизда боланинг дастлабки ёшларида шунга ўхшаш ҳолатни кўрамиз. Ривожланишнинг янги шакллари пайдо бўлиши гўдақдаги бирламчи автоматизмнинг редукцияси (йўқолиши) билан кечади.

Бунда иккита, яъни янгиланиш ва йўқолиш жараёни бир маромда кечиши катта аҳамиятга эгадир. Бирламчи автоматизмнинг эрта сўниши мия ривожланишидаги узвийликни бузиб юбориши мумкин. Шу билан бирга, эскириб қолган функцияларнинг жуда кеч йўқолиши ҳам яхши эмас, чунки у янги, янада мураккаб системаларнинг пайдо бўлишига халақит беради. Редукция ва янгиланиш жараёнларининг бир маромда кечишига бир ёшгача бўлган болаларда ҳаракатнинг ривожланишини мисол қилиб кўрсатса бўлади. Гўдакда бошнинг фазодаги ҳолатини назорат қилувчи бирламчи тоник автоматизм мавжуд. Бу автоматизм 2-3 ойларга бориб сўниб, ўрнига бошни аниқ ушлаб туришни таъминловчи, мускул тонусини бошқарувчи система ривожланади. Агар бу сўниш муддатидан кечикса, бирламчи тоник автоматизмни аномал ҳодиса деб қабул қилиш керак, чунки у бошни ушлаб турувчи механизмларнинг ривожланишига халақит беради. Кейинчалик занжирли патологик ҳолатлар ривожланиб бораверади: бошни ушлаб тура олмаслик кўрув назорати ва вестибуляр аппаратнинг ишини бузади, вестибуляр аппаратнинг ривожланмай қолиши натижасида ўтиришни таъминлаб берувчи мускуллар тонуси ишдан чиқади ва ҳоказо. Натижада яхлит бир ҳаракат механизмлари бузилиб, ақлий заифлик ривожланишига замин яратилади. Демак, руҳий бузилишларнинг болалик даврида олдини олиш учун дастлабки шаклланаётган патологик жараённи ўз вақтида даволаш муҳим аҳамиятга эга.

Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, редукция ва янгиланиш жараёнларининг бир маромда кечиши деганда, фақат бир функциянинг иккинчи функцияга йўл очиб беришини тушунмаслик керак. Ваҳоланки, редукция фақат автоматизмларнинг бутунлай йўқолиши дегани ҳам эмас, балки мураккаб функционал системаларга қўшилиб кетиши дегани ҳамдир. Шунинг учун бирламчи автоматизм тўла редукцияга учрамаса-да, ривожланишнинг умумий режасига халақит бермаслиги ҳам керак. Агар редукциянинг кечикиши янги механизмлар шаклланишининг сустиги билан уйғунлашиб кетса, функционал системаларнинг ривожланишига катта салбий таъсир кўрсатиб, асабий-руҳий қолоқликка замин яратиб беради.

Шундай қилиб, функционал система баъзи бўлимларининг гетерохрон ривожланиши билан бирга, уларнинг ўзаро муносабатида синхронлик бўлиши керак, индивидуал онтогенезнинг ҳар қайси даврида баъзи системалар баркамолликнинг шу даврга мос босқичида бўлиши зарур. Боринги, бу фарқлар ҳар хил бўлсин, лекин улар маълум бир пайтда бир-бири билан уйғунлашган бўлиши шарт, акс

ҳолда зиддиятлар юзага келиб, функционал системаларнинг ривожланишига катта зиён етқизади.

Ушбу бобда нейрофизиологик ва психофизиологик жараёнлар билан танишиб чиқдик, функционал системаларнинг ривожланиш даврларини ўргандик. Кейинги бобда эса бош мия катта ярим шарларининг патологиясини, яъни олий руҳий функцияларнинг бузилишини ўрганамиз. Бу муаммо билан нейропсихология фани шуғулланади.

Назорат учун саволлар

1. Тиббиёт психологияси қандай фан?
2. «Авесто» китоби ҳақида сўзлаб беринг.
3. Гиппократ, Платон, Аристотел, Галеннинг психология фанига қўшган ҳиссаси ҳақида сўзлаб беринг.
4. Абу Бакр ар-Розийнинг тиббиёт фанига қўшган ҳиссаси ҳақида сўзлаб беринг.
5. Абу Али ибн Синонинг ишлари ҳақида сўзлаб беринг.
6. Исмоил Журжоний ҳақида сўзлаб беринг.
7. Европада турғунлик ва Уйғониш даврлари қачон бўлган?
8. Декарт реффлектор муносабатларни қандай тушунган?
9. Зигмунд Фрейд ҳақида нималар биласиз?
10. Ўзбекистонда тиббиёт психологияси фанининг ривожланиши ҳақида сўзлаб беринг
11. Руҳий фаолиятнинг реффлектор тарзда бошқарилиши қандай кечади?
12. Гиперактив синдром нима?
13. Анализаторлар ҳақида сўзлаб беринг.
14. Функционал блокларга таъриф беринг.
15. Асаб тизимининг филогенези ва онтогенези тўғрисида нималарни биласиз?
16. Миянинг функционал системаси ҳақида сўзлаб беринг.

II БОБ. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ АСОСЛАРИ

Барча руҳий кучларнинг манбаи миядир.

Абу Али ибн Сино

2.1. Нейропсихология фани ҳақида тушунча ва унинг қисқача тарихи

Нейропсихология фани мия ва психологик жараёнлар орасидаги ўзаро муносабатларни, бош миянинг локал ва диффуз зарарланишларида олий руҳий функцияларнинг бузилишларини ўрганувчи фандир. Нейропсихология психология, физиология ва неврология фанларининг ютуқларига таянган ҳолда XX асрнинг 40-йилларида алоҳида фан сифатида шакллана бошлади. Лекин дастлабки нейропсихологик текширувлар ўтган асрнинг бошларида ўтказила бошланган. Бу даврда нейропсихологиянинг ривожланишига Г.Хед, К.Голдштейн, К.Клейст, У.Пенфилд, М.Газзанига, Х.Липманн, Г.Жаспер каби олимлар катта ҳисса қўшдилар. Лекин нейропсихологиянинг алоҳида фан бўлиб шаклланишига улкан ҳисса қўшган олим, унинг асосчиларидан бири академик **Александр Романович Луриядир** (1902–1977).

Нейропсихология фани қуйидаги масалаларни ўрганади:

- 1) психологик системалар таълимоти;
- 2) олий руҳий функцияларнинг шаклланиш қонуниятлари ва уларнинг динамик жойлашуви;
- 3) бош мия катта ярим шарларининг специфик функциялари ёки функционал асимметрия таълимоти;
- 4) нейропсихологик бузилишларнинг синдромолик таҳлили;
- 5) топографик диагностика усуллари (Лурия усуллари);
- 6) нейропсихологик коррекция усуллари ва ҳоказо.



Лурия
(1902–1977)

Бугунги кунда нейропсихология фанининг вазифалари бироз бошқача талқин қилинади. Ўз илмий йўналишларини йўқотмаган ҳолда, нейропсихология фани тиббий амалиётга жадал кириб келди. Нейропсихологлар жамияти сафи невролог-

лар ҳисобига кенгайди. Кўпгина тиббий университетларда клиник нейропсихология бўлимлари (кафедралари) фаолият кўрсата бошлади. Машҳур клиник психологлар – Жудит Тодд ва Артур К.Богарт (2001) нейропсихология фанини бош мия зарарланишларида кузатиладиган барча психологик бузилишларни (хулқ-атвор, шахс ва ҳ.к.) ўрганувчи фандир ҳамда нейропсихологлар мия жароҳатларини даволашда фаол иштирок этишлари керак, деб таъкидлашади.



П.Брок
(1824–1880)

Бу фаннинг тарихига назар ташлайдиган бўлсак, у бош мия катта ярим шарларининг пўстлоғида олий руҳий функцияларнинг марказларини аниқлашга уринишлардан бошланган. 1836 йили Франциянинг кичик бир шаҳрида тиббий жамиятнинг йиғилишларидан бирида оддий врач **Марк Дакс** жамият раисидан ўзининг кузатувлари тўғрисида маълумот беришга рухсат сўрайди. Унинг нутқида куйидаги жумлалар бор эди: «Мен бош миянинг чап ярим шари зарарланган беморларнинг барчасида нутқ бузилишларини кузатдим, лекин бош миянинг ўнг ярим шари зарарланган беморларнинг бирортасида ҳам нутқ бузилиши учрамади. Демак, айнан бош миянинг чап ярим шари нутқ билан боғланган, яъни у ерда нутқ марказлари жойлашган». Бу пайтгача нутқ учун бош миянинг иккала ярим шари ҳам жавоб беради, деб фараз қилинарди. Лекин у ўз мулоҳазаларини анатомик текширувлар билан тасдиқламаган (бунга имконият бўлса-да) ва чоп қилдирмаган. Шунинг учун ҳам М.Дакснинг оғзаки берган маълумоти тез орада унут бўлиб кетди.

1861 йили ёш француз олими **П.Брок** нутқи бузилган ва танасининг ўнг томони фалажланган беморни кузатади. Бу бемор тез орада вафот этади. Унинг бош мияси очиб текширилганда, чап ярим шарнинг пастки пешона пуштасининг орқа қисмида инфаркт ўчоғи аниқланади (бу марказ ҳозирги кунда Брок маркази деб аталади). Бемор атрофдагиларнинг гапига тушунса-да, ўзи гапира олмасди. Нутқ бузилишининг бу тури кейинчалик «мотор афазия» деб ном олди. Ўша даврдан бошлаб бош мияда турли марказларни излаш катта қизиқиш билан бошланиб кетади. Бироз вақт ўтмай, немис психиатри К.Вернике 1874 йили бош миянинг чап чакка бўлагининг устки пуштаси зарарланганда ҳам нутқ бузилишини кузатиб, сенсор нутқ марказини аниқлайди.



Д. Жексон
(1835–1911)

1876 йили Ферриер чакка бўлагиди эшитув марказини, 1881 йили Мунк итларнинг энса соҳалари олиб ташланганда «нарсаларни кўрсада, танимаслигини», ўша йили Экснер ўрта пешона пуштасининг орқа қисмлари зарарланганда ёзишнинг бузилишини аниқлайдилар.

Албатта, бу кашфиётлар ўша даврдаги олимларни ҳайратга солади, яъни улар бош мияда турли марказларни, ҳатто онг, хотира, тафаккур марказларини излай бошлашади. Шу даврдан бошлаб, «локализационизм» деган оқим юзага келади. Французчада бу сўз «жой» деган маънони билдиради.

1870 йили Финкелнбург локализациончиларга қарши чиқиб, бош мия пўстлоғи зарарланганда «асимболия» ривожланади, деб айтади, яъни символларни ишлатиш қобилияти бузилиши натижасида нутқ, нарсаларни таниш ва турли онгли ҳаракатлар бузилади, деган фикр-ни илгари суради. Локализациончилар нуқтаи назарини 1864–1874 йиллари ўзининг кузатувларига асосланиб, машҳур инглиз неврологи **Д. Жексон** танқидий таҳлил қилди. Д. Жексон, асосан, нутқнинг динамик томонлари билан қизиқди. У «Бош мияда нутқ бузилишига сабаб бўлган зарарланишни жойлаштириш» ва «нутқнинг ўзини жойлаштириш» икки хил нарсадир, деган эди.

Д. Жексон афазияда нутқ функциясининг тўла йўқолмаслигига эътибор берди. Афазия кузатилган беморда мақсадга йўналтирилган нутқ бузилиши мумкин, бироқ ҳиссий нутқ сақланиб қолади, деб фикр юритади. Масалан, бирон-бир сўзни бемор аффект ҳолатида айтиб юбориши, ихтиёрий ҳолда эса гапира олмаслиги мумкин. Д. Жексон «Нутқини йўқотган одам сўзлардан ҳам жудо бўлган, дегани эмас, чунки сўзнинг анланмаган қисми ҳам мавжуд», деган эди. Шунинг учун «нутқидан жудо» бўлган беморнинг фикрлаш жараёни бироз пасайса-да, ҳали фикр юритишга қобилиятли. Д. Жексон «Мақсадга йўналтирилган нутқ бош миянинг чап ярим шари, ҳиссий нутқ ўнг ярим шари фаолияти билан боғлиқ», деб айтган.

Д. Жексон биринчилардан бўлиб, марказий асаб тизими функцияларининг мураккаб тузилиши тўғрисидаги ғояни илгари сурди.

Д. Жексон фикрига кўра, ҳар бир функция учта босқичдан иборат: «қуйи» (орқа мия, мия устунни), «ўрта» (бош мия пўстлоғининг ҳаракат ва сезги марказлари) ва «олий» (бош миянинг пешона бўлағи).

«Олий» марказлар зарарланганда нафақат патологик симптомлар пайдо бўлади, балки ижобий ўзгаришлар ҳам кузатилади: «қуйи» марказлар «олий» марказлар назоратидан халос бўлиб, ўз фаолиятини кучайтиради. Бунга марказий пирамидал йўллар зарарланганда спинал рефлексларнинг кучайишини мисол қилиб кўрсатиш мумкин. *«Агар афазияда гапириш, ўқиш ва ёзиш қобилиятларининг бузилиши салбий аломатлар бўлса, ҳиссий нутқнинг сақланиб қолиши ва бировнинг сўзига тушуниш ижобий хислатлардир»*, деган эди Д. Жексон. У 1868 йили афазия нафақат бош миянинг чап ярим шари, балки ўнг ярим шари зарарланганда ҳам кузатилишини эълон қилган. Бу беморлар чапақай бўлган. Д. Жексоннинг бу хулосалари бош миянинг функционал асимметриясини ўрганишга туртки бўлди.

2.2. Нейропсихологик синдромлар

Бош миянинг турли соҳалари зарарланганда кузатиладиган асосий нейропсихологик синдромлар билан танишиб чиқамиз. Булар амалиётда кўп учрайдиган **кўрув агнозиялари, афазиялар ва апраксиялардир**.

Кўрув агнозиялари

Объектлар ёки уларнинг тасвирини таниш (билиш) нинг бузилишига **кўрув агнозияси** деб аталади. Кўрув агнозиялари бош мия катта ярим шарлари пўстлогининг энса соҳалари зарарланганда кузатилади. Бунда кўрув ўткирлиги ва майдони каби оддий кўрув функциялари сақланиб қолади. Кўрув агнозиясининг барча турларида беморлар атрофдаги нарсаларни бемалол кўради, яъни кўрув апаратининг периферик тизимлари функцияси сақланган бўлади, лекин уларни танимайди, номини айтиб бера олмайди.

Ҳозиргача кўрув агнозияларининг механизмлари батафсил ўрганилмаган. Кўрув агнозиясининг 6 та тури фарқ қилинади:

1) **нарсалар агнозияси** – бемор кўз олдида турган нарсаларнинг ёки нарсалар тасвирининг номини айтиб бера олмайди, лекин бу нарсалар нима учун ишлатилишини айтиб бера олади;

2) **бет (юз) агнозияси** – бемор аввал ўзига таниш бўлган одамларнинг юзи ёки суратига қараб уларнинг кимлигини айтиб бера олмайди;

3) **оптик-фазовий агнозия** – атрофдаги объектларнинг фазовий тузилишини тасвирлаш бузилади;

4) **ҳарф агнозияси** – ҳарфларни танимаслик (ўзи ёзганларини ҳам);

5) **ранглар агнозияси** – рангларни тўғри ажрата олмаслик, танимаслик;

6) **симултан агнозия** – бемор объектнинг баъзи қисмларини танимайди, бироқ объектни бир бутун ҳолатда тўлалигича танимайди (билмайди). Симултан агнозия Балинт синдроми деб ҳам аталади.

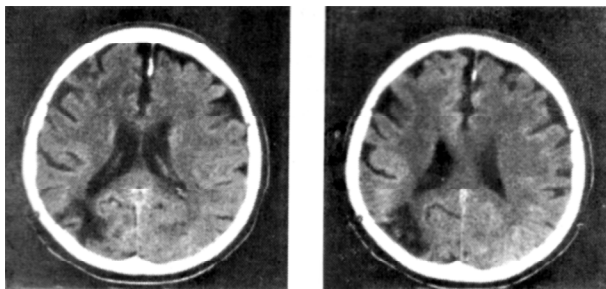
Энди кўрув агнозияларининг клиник турлари билан танишиб чиқамиз.

Нарсалар агнозияси агнозиянинг кенг тарқалган туридир. Бунда бемор объектни гўёки кўради, ҳатто унинг баъзи белгиларини айтиб ҳам беради, лекин номини айта олмайди. Масалан, беморга қалам кўрсатилса, у ёзиш ва чизиш учун ишлатилишини билади, бироқ «Бу қалам» деб айта олмайди, чунки танимайди. Агар нарсалар бир-бирига қалаштириб ташланса, уларнинг номини айтиш янада қийинлашади. Масалан, қайчи, пичоқ, болғача, қошиқлар (ёки уларнинг тасвири) ни бир-бирига қалаштириб ташлаб, уларни бирин-кетин топиш сўралса, бемор бу ишни бажара олмайди. У фақат турли томонга кетган чизиқларни кўради, холос. Бу усулни Поппелрейтер 1917 йили таклиф қилган. Шуниси эътиборлики, бемор нарсаларга қараб уларни чизиб беради, лекин ўша ўзи чизган нарсаларнинг номини ҳам айтиб бера олмайди, яъни танимайди.

Юз агнозияси (прозопагнозия). Айтиб ўтганимиздек, агнозиянинг бу турида бемор аввал ўзига таниш бўлган чехраларни танимайди. Бу беморлар нарсаларни таниши мумкин. Улар юзда жойлашган бурун, қош, кўз ва қулоқларнинг номини айтиб бериши мумкин, лекин бу одам кимлигини айтиб бера олмайди, улар ҳатто рафиқаси, бола-чақалари, даволовчи врачни, шу билан бирга аввалдан таниш одамларни, яқинларининг, машҳур кишиларнинг суратларини ҳам танишмайди. Оғир ҳолатларда бемор ҳатто ойнадаги ўз акси ёки суратини ҳам танимайди. Шунингдек, бемор аёл ва эркак юзининг фарқига бормайди, уларнинг тахминий ёшини чалкаштириб юборади. Бу беморлар одамларни овози, кийими ёки юришидан таниб олишлари ҳам мумкин. Баъзан таниб олишда таниш-билишларининг соч тузилиши, юзидаги холлари, кўзойнак тақиши каби ортиқча белгилар ёрдам беради. Агар доимо кўзойнак тақиб юрадиган таниши кўзойнагини тақмай кўринса, бемор уни танимай қолади. Баъзан бундай беморларга сочи калта аёл эркак кишидек кўринади.

Юз агнозияси нисбатан кам учрайди ва кўпинча агнозиянинг бошқа турлари билан бирга кузатилади. Юз агнозияси бош миянинг орқа-энса соҳалари зарарланганда кузатилади.

Оптик-фазовий агнозия. Агнозиянинг бу тури, кўпинча, бош миянинг ўнг ярим шари (тепа-энса соҳалари) ёки иккала ярим шар



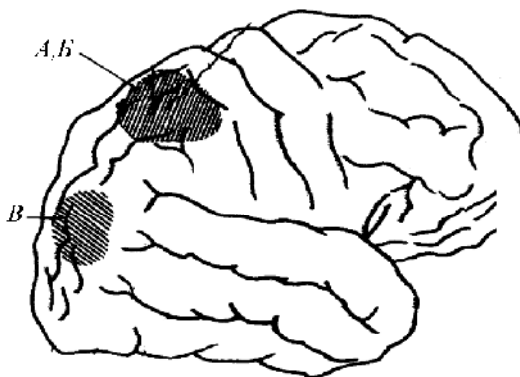
A



Б

6-расм. Фазонинг бир томонини инкор қилиш синдроми (З.Р. Ибодуллаев кузатуви, 2000 й): А – компьютер томограммада бош мия ўнг ярим шарининг энса соҳасида ишемик ўчоқ; Б – беморга уй ва дарахтнинг расми кўрсатилса, уларнинг чап томонини инкор қилган.

ҳам зарарланганда кузатилади. Бунда беморлар нарсаларнинг фазовий белгиларини тасвирлаб бера олмайдилар. Бу ерда нарсаларнинг ёки атроф-муҳитдаги объектларнинг катта-кичиклигининг аҳамияти йўқ. Улар геометрик фигуралар (учбурчак, ромб, квадрат) нинг расмини тўғри чиза олмайдилар. Агнозиянинг бу турида чап ва

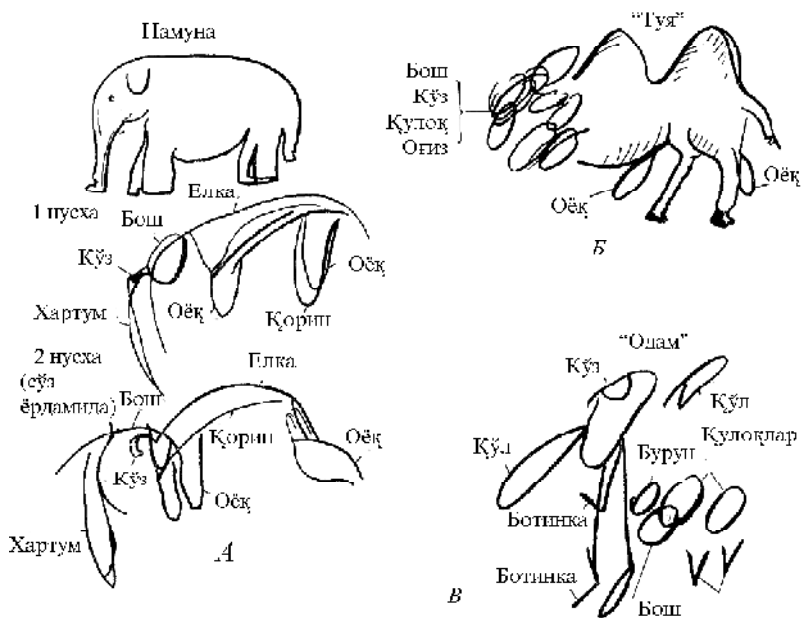


7-расм. Бош мия ўнг ярим шарининг тепа ва энса соҳалари зарарланганда кузатиладиган агнозиялар: А – аутопогнозия – бемор ўз танасининг қисмларини танимайди, билмайди; Б – анозогнозия – бемор танасидаги камчиликлар (масалан, гемипарез) ни англамайди, инкор қилади; В – кўрувагнозияси – бемор нарсаларни кўриб турса-да, уларнинг номини айтиб бера олмайди.

ўнг томонларни фарқлаш ҳам бузилади ва бемор объектларнинг бир томонини тан олмайди, масалан, дарахт, уй, гул (6-расм, А, Б). Бу ҳолат «бир томонни тан олмаслик» синдроми деб аталади. У асосан, бош мия ўсмаларида ва оғир жароҳатларда кузатилади. Бу синдромни биз бош мия ўнг ярим шарининг а. cerebri posterior қон билан таъминлайдиган соҳанинг ўткир ишемик инсультларида ҳам кузатганмиз. Оптик-фазовий агнозия бош миянинг ўнг ярим шари зарарланганда кўп кузатилгани учун беморлар объектларнинг чап томони борлигини гўёки инкор қилишади. Бундай беморлар ҳатто ўзининг чап томонини ҳам тан олишмайди, қўл-оёқлари ҳаракати сақланган бўлса-да, бемор кўйлаги ва шимини кияётганда чап қўлини ишлатмайди. Бу синдром чап томонлама фазовий агнозия деб ҳам аталади. Бу симптомлар бош миянинг ўнг ярим шари зарарланиши учун жуда хосдир.

Шунингдек, анозогнозия – танадаги дефект (гемиплегия) ни англамаслик ва аутопогнозия – ўз танасининг қисмларини билмаслик ёки уларни нотўғри (каттадек, кичикдек ёки бошқа буюмдек) идрок қилиш ҳам ўнг ярим шар зарарланишига хос белгилардир (7-расм).

Беморнинг аҳволи оғирлашган ҳолатларда нафақат ўнг-чап томонларни, балки юқори-қуйи координатларни ҳам фарқлаши бузилади. У расмларда объектларнинг фазовий белгиларини таърифлаб бера олмайди (узоқ-яқин, катта-кичик, чап-ўнг, тепа-паст). Масалан, бемордан бирор жонзот ёки одам суратини чизиб бериш



8-расм. Кўрув агнозиясикузатилган беморнинг чизган расмлари (А.Р. Луриядан олинди, 1973): А – фил расмидан нусха кўчириш; Б – туянинг бошни чизишга уриниш; В – одамни ёддан чизиш.

талаб қилинса, унинг баъзи қисмлари (қўли, оёғи, кўз ва қулоқлари) ни танада қандай ва қаерда жойлаштиришни билмайди, гўёки «уну-тади» (8-расм, А, Б).

Оптик-фазовий бузилишлар баъзан ўқиш жараёни бузилиши билан ҳам кечади. Бундай ҳолатларда беморлар ҳарфлардаги чизиқларнинг қандай ва қайси томонга қараб йўналганини билишмайди, айниқса кирилл алифбосидаги Э, Ш, П, Я ҳарфларни ўқий олишмайди, «Д» ва «Л» каби ҳарфларни фарқлай олишмайди. Клиник амалиётда оптик-фазовий агнозияларни аниқлаш учун ҳарфларни билишни текшириш усулидан кўп фойдаланилади.

Ҳарф агнозиясида беморлар ҳарфларни тўғри кўчирса-да, уларнинг номини айтиб бера олмайди, чунки уларни танимайди. Шунинг учун ҳам бу беморларда ўқиш қобилияти бузилади (бирламчи алекция). Бундай беморлар нарсаларни тўғри танийди, уларнинг тасвирига тўғри баҳо бера олади ва ҳатто мураккаб фазовий тасвирларни тўғри фарқлай олишади-ю, ҳарфларни танишмайди, уларни ўқий олишмайди.

Агнозиянинг бу тури бош мия чап ярим шарининг (ўнақайларда) чакка-энса соҳалари зарарланганда кузатилади.

Ранглар агнозияси икки хил турга бўлиб ўрганилади. Ранглар агнозиясининг ҳақиқий тури ва рангларни таниб олиш (англаш)нинг бузилишлари (рангларга кўрлик) фарқланади. Рангларга кўрлик ва рангларни танишнинг бузилиши кўрув йўлларининг ҳам периферик, ҳам марказий қисмлари зарарланганда, яъни ҳам тўр парда, ҳам кўрув системасининг пўстлоқ ости ва пўстлоқ тузилмалари зарарланганда кузатилади. Маълумки, рангларни қабул қилишнинг бузилиши кўз тўр пардасининг дегенерацияси ва колбачалар патологияси билан ҳам боғлиқ.

1887 йили Вилбранд беморнинг рангларни танимаслигини биринчи бўлиб аниқлаган ва уни **ранглар амнестик афазияси** деб атаган. 1908 йили И. Левандовский қайси нарсалар қандай рангда бўлишини айтиб бера олмаган беморни кузатиб, ранглар агнозиясининг рангларни ажрата олмаслиқдан фарқини кўрсатиб берди.

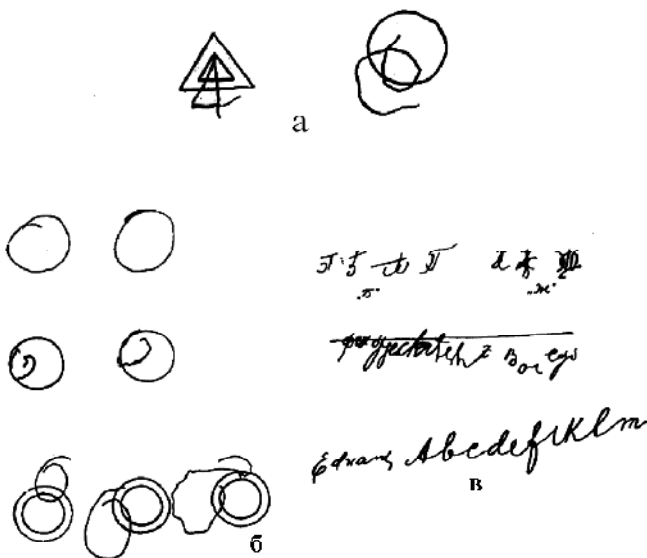
Ранглар агнозиясида беморлар рангларни ажратиб олиб ва қандай нарсалар қайси ранглар билан (олма, япроқ, апельсин ва ҳ.к.) бўялганини айтиб бера олмайди. Агар беморда рангни айтишда қийинчиликлар туғилса, бу **ранглар амнестик афазияси**, рангларнинг номи бўйича ўша рангни ажрата олмаса, **ранглар сенсор афазияси** дейилади.

Кўпинча, ранглар агнозияси нарсалар агнозияси билан биргаликда учрайди. Баъзан эса бирламчи алексия билан ҳам кузатилади. Ранглар агнозияси кузатилган беморларда кўрув майдони қисқариши баъзан учраса-да, у агнозияга хос белги эмас.

Агнозиянинг яна бир мураккаб тури бу **симултан агнозиядир**. Бунда бемор нарсаларни бутунлай эмас, балки уларнинг бўлагини, бир қисмини кўради, холос.

Агар беморга айлана ичига чизилган квадрат кўрсатилса, бемор ё квадратни ёки айланани кўради, уларнинг иккаласини бирга кўрмайди. Беморлар учун битта сўзни ўқиб, иккинчисига ўтиш ҳам қийин. Шунинг учун Балинт (1909) кўрув агнозиясининг бу турини «нигоҳнинг руҳий фалажи» деб атаган, баъзи мутахассислар бу ҳолатни «окуломотор атакция» деб ҳам аташади. Симултан агнозияни аниқлаш учун бемордан геометрик фигуралар билан ишлаш, матнни кўчириш ёки ёзишни талаб қилиб кўриш кифоя (9-расм, А, Б, В).

Нима учун бемор иккита тасвирдан биттасини кўради ёки битта тасвирнинг бир қисмини кўради? Бу беморларда кўз олмасининг тўла ҳаракати сақланса-да, улар нарсаларни тўлалигича қабул қила олмайди. Мутахассисларнинг фикрича, бунинг сабаби нигоҳ бошқарилишининг бузилишидир. Беморнинг нигоҳи бошқарилмай-



9-расм. Симултан агнозиядагеометрик фигуралар билан ишлашнинг ва хусни-хатнинг бузилиши (А.Р.Лурия, 1973): А, Б –бемордангеометрик фигураларнинг устидан худди шундай қилиб чизиб чиқиш сўралганда, у бунинг уддасидан чиқмаган; В –ҳарфларни бир чизиқдан тўғри ёза олмаган.

диган бўлиб қолади, унинг кўз олмаси беихтиёр ҳаракатлар қилаверади ва оқибатда кўз орқали объектни излаш, унинг контурларини яратиш бузилади.

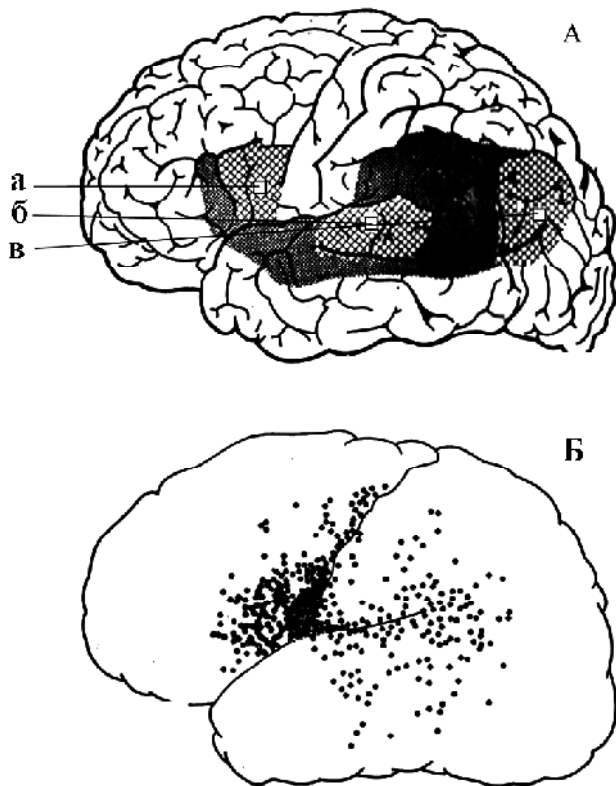
Симултан агнозиянинг сабаби қилиб, бош мия пўстлоғида жойлашган кўрув ҳужайралари фаолиятининг пасайиши кўрсатилади, бу ҳужайралар фақат локал кўзғалишларгагина қобилиятлидир, деб тахмин қилинади.

Симултан агнозия бош мия энса-тепа бўлагининг икки томонлама зарарланишида учрайди. Бош мияда ўсма, қон айланишининг ўткир бузилишлари, энса соҳасининг икки томонлама зарарланишлари шу синдромга олиб келади.

Афазиялар

Афазия – нутқнинг систем бузилиши бўлиб, бош мия пўстлоғида жойлашган нутқ марказларининг зарарланиши оқибатида кузатилади.

Афазия бош миянинг турли соҳалари, яъни пастки пешона пуштаси, юқори чакка пуштасининг орқа қисми, пастки париетал ва чакка-тепа-энса соҳалари туташган жойлар зарарланганда кузатилади



10-расм. Бош мия чап ярим шарининг нутқ билан боғлиқ соҳалари: А– чап ярим шарнинг нутқ марказлари: а – Брок маркази; б – Вернике маркази; в – сўзларнинг оптик тасавури маркази. Б – чап ярим шарнинг ушбу соҳалари ток билан таъсирлантирилганда нутқ бузилишлари кузатилган (У. Пенфилд ва Л. Робертс тажрибалари, 1959 й.).

(10-расм). Демак, нутқ марказлари бош мия катта ярим шарларининг катта соҳасини эгаллайди. Кучли нутқ бузилишлари, айниқса, Брок ва Вернике соҳалари зарарланганда, бу марказларга чегарадош соҳалар зарарланганда эса ўтиб кетувчи афазиялар кузатилади.

Афазияларнинг бир нечта таснифлари мавжуд. Уларни системалаштириб, А.Р. Лурия афазиянинг 7 та турини ажратади:

1. Афферент мотор афазия – ўнақайларда чап ярим шарнинг пастки париетал пуштаси айнан 22, 42-майдонлар билан чегарадош ва Operculumга туташ бўлган 40-майдон зарарланганда кузатилади.

2. Эфферент мотор афазия – пастки пешона пуштасининг орқа қисми (44, 45-майдонлар), яъни Брок маркази зарарланганда кузатилади.

3. Динамик афазия – Брок марказининг олдинги қисмида жойлашган премотор соҳа, яъни 9, 10 ва 46-майдонлар зарарланганда кузатилади.

4. Сенсор афазия – юқори чакка пуштасининг орқа қисми, яъни 22-майдон (Вернике маркази) зарарланганда кузатилади.

5. Акустик-мнестик афазия – ўрта чакка пуштаси (21 ва 37-майдонлар) зарарланганда кузатилади.

6. Семантик афазия – чакка-тепа ва энса соҳалари туташган жойлар, яъни 37 ва қисман 39-майдонлар зарарланганда кузатилади. Бу соҳа ТРО (яъни темпоро-парието-оксипитал) соҳаси деб ҳам юритилади. ТРО пўстлоқнинг учламчи соҳаси ҳисобланиб, «орқа ассоциатив комплексни» ташкил қилади.

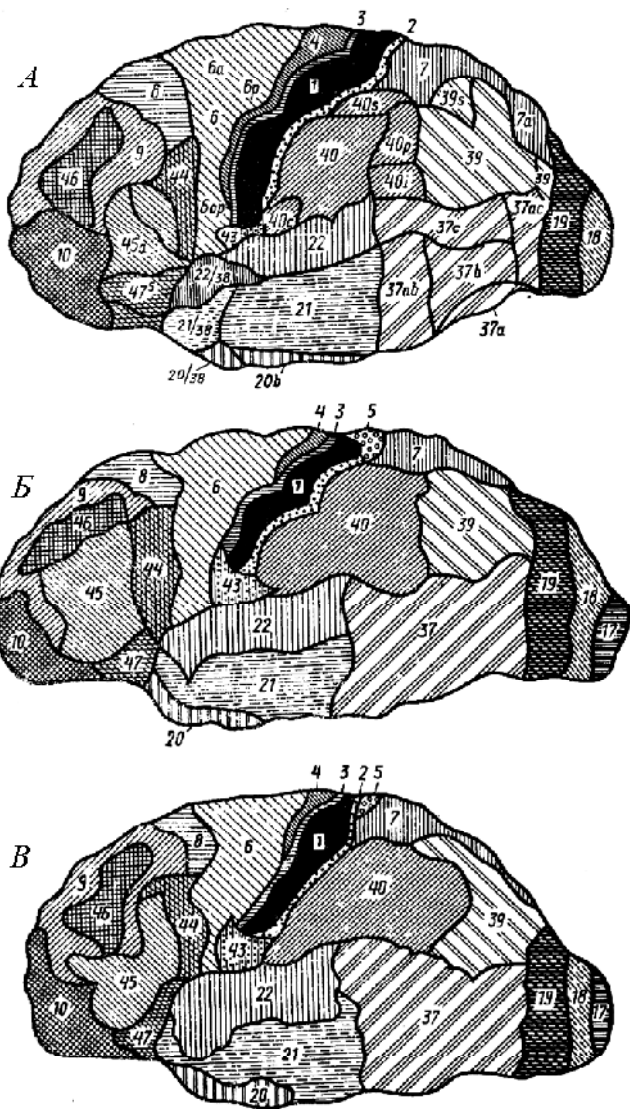
7. Амнестика афазия – 37 ва 40-майдонлар зарарланганда кузатилади.

Мия пўстлоғини ўрганишни осонлаштириш учун Бродман (1909) бош мия пўстлоғининг цитоархитектоник харитасини яратди ва уни 11 та соҳага бўлди, соҳаларни эса 52 та майдонга ажратди. Цитоархитектоник майдонлар 11-расмда келтирилган.

Нейропсихологлар нутқнинг иккита алоҳида турини фарқ қилишади. Бу **экспрессив нутқ** (сўзлаш) ва **импрессив нутқ** (сўзларни, гапларни тушуниш). Афазиянинг барча турларида у ёки бу даражада экспрессив ва импрессив нутқ бузилган бўлади. Масалан, мотор нутқ марказлари зарарланганда, асосан экспрессив нутқ, сенсор нутқ марказлари зарарланганда, кўпроқ импрессив нутқ бузилади.

Экспрессив нутқ **оғзаки** ва **ёзма** нутқларга ажратилса, импрессив нутқ **оғзаки** ва **ёзма нутқни тушунишдан** иборатдир. Оғзаки нутққа монологик, диалогик ва такрорий нутқларни мисол қилиб келтириш мумкин. Нарсаларнинг номини айтиш, уларнинг ҳаракатини сўз билан ифодалаш ҳам оғзаки нутқнинг бир туридир. Ёзма нутқ **мустақил** ёки **диктант** кўринишида бўлади.

Нутқ фаолияти ва унинг бузилишлари фақат локал принципларга асосланиб ўрганилмайди. Чунки нутқ функционал системасининг шаклланишида жуда кўп анализаторлар: ҳаракат, проприорецептив, тактил, эшитув, кўрув анализаторлари иштирок этади. Агар мана шу анализаторларнинг ўзаро мувофиқлашиб ишлаши бузилса, нутқ ҳам бузилади. Анализаторларнинг қайси соҳаси кўпроқ зарарланганлигига қараб турли даража ва кўринишдаги афазиялар ривожланади.



11-расм. Цитоархитектоник майдонлар (Бродман майдонлари).

Афазияларни аниқлашда жуда кўп омилларга эътибор берилади: болалик даврида беморнинг нутқи яхши бўлганми, ушбу нутқ бузилиши қачон пайдо бўлган, мактабда ўқиганми, олий маълумотга эга-

ми, рус ёки ўзбек тилини яхши биладими ва ҳоказо. Қўшимча текширувлар, яъни электроэнцефалография, доплерография, компьютер томография усуллари ҳам афазия сабабини аниқлашга ёрдам беради. Афазиянинг турини аниқлаш топографик ташхис учун жуда муҳимдир.

Нутқ бузилишлари клиникасини ўрганишда бир қанча шартларга амал қилинади: 1. Нутқнинг қандай тури, шакли ва функцияси бузилган, қайсилари сақланиб қолган? 2. Нутқнинг бузилиши олий нерв фаолиятининг яна қайси функцияларига таъсир кўрсатган? 3. Нутқ бузилишининг физиологик механизмларинималардан иборат?

Нутқ бузилишининг синдромологик таҳлили афазияга олиб келган омил ҳамда унинг асосида ётган механизм ва нуқсонларни очиб беради. Аниқ топографик ташхис қўйиш «асосий» ва «чегарадош» нутқ марказлари функцияси ва патологиясини батафсил билишни талаб қилади.

Энди афазиянинг барча турлари билан танишиб чиқамиз.

Афферент мотор афазия. Ҳар қандай сўз талаффуз қилинаётганда ҳар хил куч, йўналиш ва қамровга эга бўлган артикулятор ҳаракатлар қилинади. Ҳар қандай нутқ товушини чиқариш учун ҳам аниқ бир артикулятор ҳаракатлар йиғиндиси иштироки зарур. Ушбу ҳаракатларни бошқариб туриш учун нутқ аъзолари (лаб, тил, танглай ва ҳ.к.) дан мияга доимо тўхтовсиз сигналлар келиб туриши керак. Бу жараённи сигналлар афферентацияси деб ҳам аташади. Бу сигналлар оғиз мускулларининг ҳолати, тилнинг ҳаракати, боринги, нутқни ташкиллаштирувчи оғиз бўшлиғидаги барча тузилмалардан келиб туради.

Организмнинг онтогенетик ривожланиш даврида артикулятор ҳаракатлар маълум бир стереотипга эга бўлган ҳаракатларга айланади. Уларнинг дастлабки элементлари «ишга тушиб» кетса, одам бемалол гапириб кетади. Ушбу ҳаракатларни бошқариб туришда бош мия катта ярим шарларининг орқа гностик марказлари фаол иштирок этади. Пастки париетал соҳа (40-майдон) нинг зарарланиши артикулятор ҳаракатларнинг бузилиши ва ўз навбатида, бутун нутқ функционал системаси фаолияти кескин ўзгаришига сабаб бўлади.

Орқа гностик соҳаларнинг зарарланиши кинестетик сезгининг, яъни афферент мотор афазияда нутқ бузилишининг марказий механизмларидан бири бўлган омил – кинестетик омилнинг бузилишига сабаб бўлади. Бу марказий нуқсоннинг клиник кўриниши нималардан иборат? Товуш ва сўзларни талаффуз қилишда тил ва лабларга махсус ҳолатни бера олмаслик, яъни нозик артикулятор ҳаракатларни ташкиллаштира олмаслик, афферент мотор афазия учун ўта хос патологиядир.

Одатда, артикулятор аппаратлардан мияга тушиб турувчи сигналлар идрок қилинмайди, яъни одам бу импульсларни англамайди, сезмайди. Аммо нутқнинг кинестетик афферентацияси болада нутқнинг ривожланишида жуда муҳим аҳамият касб этади. Болалар диктанти таҳлил қилинганда артикуляция билан товушларни эшитиш орасида узвий боғлиқлик борлиги маълум бўлган. Мабодо, диктант ёзаётган болаларга оғзини очиб ўтириш ёки тилни тишлар орасида босиб туриш сўралса, бу артикуляцияни қийинлаштиради ва диктантда хатолар кўпайиб кетади. Демак, артикуляция сўзнинг товуш таркибини таҳлил қилиш учун ўта зарурдир. Нутқ шаклланишининг дастлабки босқичларида товуш ва артикуляциялар бир маромда ривожланишни талаб қилади. Демак, кинестетик нуқсоннинг пайдо бўлиши боланинг равон, қийналмасдан, сўз ва товушларни бузмасдан гапиришини имконсиз қилиб қўяди.

Афферент мотор афазияда литерал парафазиялар кўп кузатилади, бемор мустақил равишда товуш ва сўзларни талаффуз қила олмайди, бир товушни бошқа товуш билан алмаштириб юборади (литерал парафазиялар). Масалан, «санам» ўрнига «салам» ёки «келин» ўрнига «кенил» ва ҳоказо. Ўзбек ва рус тилларидаги (яъни кирилл алифбосидаги) «д», «л», «н» ҳарфлари, «г», «ҳ», «к» ҳарфлари артикулемалари бир-бирига ўхшашдир. Ушбу ҳарфлар битта сўз таркибиде келса, беморлар бу сўзни талаффуз қилишда қийналади. Шунинг учун ҳам сўзларни талаффуз қилишнинг бузилиши асосий симптом ҳисобланган афазиянинг бу турига **мотор афазия** деб айтилади.

Эфферент мотор афазиядан фарқли ўлароқ, афферент мотор афазияда сўзларни беихтиёр талаффуз қилиш (санаш, ойларни айтиб чиқиш), одатда, сақланган бўлади. Агар онгли равишда бемор бирор сўз ёки жумлани такрорламоқчи бўлса, қийинчиликларга учрайди. Суҳбат пайтида бемор беихтиёр «э, жин урсин», «тўғри-тўғри», «ҳа-ҳа» каби жумлаларни айтиб юборади.

Беморлар нафақат бир-бирига ўхшаш артикулемаларни нотўғри талаффуз қилишади, балки уларни қабул қилиш жараёни ҳам бузилган бўлади. Бу ҳолатни қуйидагича тушунтириш мумкин: мия пўстлоғининг артикуляцияга жавоб берувчи париятал соҳалари артикуляцияларни қабул қилувчи чакка соҳалари билан чамбарчас боғлиқ. Шунинг учун ҳам пастки париятал соҳа зарарланганда эшитиш системаси функциясининг иккиламчи бузилиши рўй беради.

Дастлаб мотор афазиянинг фақат битта тури ажратилган. Афферент (кинестетик) мотор афазияни А.Р. Лурия биринчи бўлиб мотор афазиянинг алоҳида бир тури сифатида ажратган. Афферент

мотор афазияни нутқ артикулятор аппаратининг апракцияси билан таққослаш мумкин. Афферент мотор афазияда кўпинча орал праксис ҳам бузилган бўлади. Улар ихтиёрий равишда ёки кўрсатма бўйича турли оғиз ҳаракатларини бажара олмайдилар. Масалан, бемор тилини чиқара олмайди, тилини устки ёки пастки лабига қўя олмайди, лунжини ҳавога тўлдиролмайди ва ҳоказо. Бу оғиз ҳаракатлари нутқ жараёнига кирмайди, лекин шунга қарамасдан, оғиз аппаратининг ихтиёрий бошқарилиши мураккаблиги нутқни қийинлаштиради.

Баъзи олимлар «Мотор афазияда нутқни тушуниш сақланиб қолади», дейишса, бошқалари «бузилади», деган фикрда. «Мотор афазияда фақат экспрессив нутқ бузилади, импрессив нутқ эса сақланиб қолади», деган фикрлар ҳақиқатга зиддир (А.Р. Лурия, 1973). Маълумки, нутқни тушунишнинг асосий мезонларидан бири товушларни ажрата олишдир. Нутқнинг мотор компоненти сўзларни идрок қилишда муҳим аҳамиятга эга.

Шунинг учун афферент мотор афазияда нутқ товушларини қабул қилаётганда, нутқ жараёнининг кинестетик таҳлили етишмовчилиги сабабли товушларни ажратиш, идрок қилиш ва тушуниш бузилади. Афферент мотор афазияни аниқлаш учун аввалига турли унли товушларни такрорлаш илтимос қилинади. Унли товушларни тез-тез такрорлаш талаб қилинса, бемор чалкашиб кетади.

Айниқса, талаффуз қилиниши қийин бўлган ундош товушлардан иборат сўзларни такрорлаш («тротуар», «трактор», «перрон» ва б. қ.) беморлар учун ўта қийиндир. Улар сўзни нотўғри талаффуз қилишаётганини тушунишади, лекин оғир ва тиллари гўёки ўзларига бўйсунмаётгандек туюлади.

Афферент мотор афазияда кинестетик нуқсон сабабли нутқнинг бошқа элементлари ҳам иккиламчи тарзда бузилади. Уларда ёзма нутқ ҳам бузилган бўлади. Айниқса, беморлар ёзаётган пайтларида уларга «оғзингизни очиб ёзинг» ёки «тилингизни тишларингиз билан босиб ёзинг» деган кўрсатмалар берилса, улар катта хатоларга йўл қўйишади. Беморлар мияга сингиб кетган ва доимо ишлатиладиган сўзларни бемалол такрорлашлари мумкин, аммо мураккаб сўзларни фаол нутқда нотўғри талаффуз қилишади.

Эфферент мотор афазия. Эфферент мотор афазияда нутқнинг кинетик таркиби (яъни ҳаракат қисми) бузилади. Бемор бир сўздан иккинчи сўзга ўта олмай, чайналади. Соғлом одамда дастлабки сўзлар нутқ учун жавоб берувчи мия структуралари томонидан тормозланиб, навбатдаги сўзларга йўл очиб берилади ва равон сўлашга имкон яратилади. Демак, эфферент мотор афазияда биринчи артикулятор ҳара-

катдан иккинчисига ўтиш бузилади ва бу бемор нутқда персеверацияларпайдо бўлади.

Эфферент афазияда экспрессив нутқнинг барча тури ва шакли бузилади: монолог, диалог, автоматлашган ва ҳоказо. Кўпроқ онгли равишда, яъни кимнингдир кўрсатмаси билан нутқдаги хатолар тузатилса, беихтиёр сўзлаш кам бузилади. Бемор 1 дан 10 гача бемалол санаши мумкин, лекин 10 дан 1 гача санай олмайди. Фаол нутқда ҳам, такрорий нутқда ҳам бир бўғиндан иккинчи бўғинга ёки сўздан сўзга бемалол ўтишнинг қийинлиги, яъни нутқ персеверациялари эфферент мотор афазиянинг асосий клиник белгиларидандир.

Афазиянинг бу турида бемор баъзи товуш ва бўғинли сўзларни тўғри талаффуз қилиши мумкин, лекин уларни қўшиб сўз ясай олмайди. Енгил ҳолатларда эса бир нечта сўздан жумлалар тузиш қийин бўлади. Ҳаттоки, ўта енгил кечувчи эфферент мотор афазияларда ҳам бемор қийин артикулятор тузилишга эга бўлган сўз ва жумлаларни айта олмайди (масалан, тез айтишларни). Шунинг учун ҳам аграмматизм кўп кузатилади.

Маълумки, Брок маркази миянинг чакка соҳаси тузилмалари билан ассоциатив йўллар орқали боғлангандир. Шунинг учун, эфферент мотор афазияда нутқ жараёнининг инертлиги сабабли нутқ фаолиятининг бошқа турлари, яъни ёзиш ва ўқиш ҳам бузилади.

Шундай қилиб, эфферент мотор афазия, худди бошқа афазиялар сингари, нутқ фаолиятининг систем бузилиши билан кечади ва бунда кузатиладиган асосий камчилик нутқ кинетикасининг етишмовчилигидир.

Динамик афазия. Нутқ бузилишининг бу тури 1934 йили К. Клейст томонидан ёзилган ва ўрганилган. Олим уни «нутқ ташаббусининг етишмовчилиги» деб атаган. Баъзи тадқиқотчилар динамик афазияни «нутқ акинезияси» деб ҳам аташади. Динамик афазиянинг хусусияти шундан иборатки, уларда нутқ хотираси, артикуляция ва фонематик эшитув сақланган бўлади. Беморлар товуш, сўз, жумлаларни ва нарсаларнинг номини жуда яхши такрорлашади. Ўқиш ва ёзиш ҳам бузилмаган бўлади. Улар на тўсатдан, на мустақил равишда гапира олади, бирон-бир тушунарли сўз ёки гапни равон айта олишмайди.

Маълумки, нутқ фақат сўздан эмас, гаплардан тузилган. Одамлар бир-бири билан фаол тузилган гаплар орқали мулоқотда бўлишади, фикрларини баён қилишади. Ҳар қандай фикрни баён қилиш ички (импрессив) нутқ ёрдамида яратилган динамик жараён бўлиб, ўзининг предикативлиги билан таърифланади. Предикативлик деганда, ҳаракатни ифодаловчи гаплар тушунилади. Масалан, «мен

кинога бормоқчиман», «мен китоб ўқимоқчиман» ва ҳоказо. Бу ерда «бормоқчиман», «ўқимоқчиман» сўзлари предикат ҳисобланади.

Демак, динамик афазиянинг марказий механизмлари ички нутқ етишмовчилиги, предикативлиги ва нутқ фаоллигининг бузилишидир. Бу беморларда нафақат нутқ фаоллигининг пасайиши, балки ҳаракат системасида ҳам сустлик, организмнинг умумий фаоллигининг пасайиши, гипомимия ҳам кузатилади, лекин ўз ҳолига танқидий муносабат сақланган бўлади. Шунингдек, динамик праксиснинг бузилиши, умумий ҳаракат ва ҳиссиётнинг сустлиги, атрофдагиларга қизиқишнинг пасайиши динамик афазия учун хосдир.

Шундай қилиб, динамик афазия – афазиянинг алоҳида бир тури бўлиб, унда нутқнинг сенсор ва мотор механизмлари сақланиб қолади, лекин гапиришга қобилият йўқолади ёки кескин пасаяди.

Сенсор афазия. Сенсор афазиянинг асосида фонематик эшитувнинг бузилиши, яъни сўзларнинг товуш таркибини фарқлаш қобилияти бузилиши ётади. Бошқача қилиб айтганда, товушларнинг акустик анализи ва синтези бузилади. Сенсор афазиянинг асосий нуқсони нутқни тушунмасликдир. Сўзларнинг маъноси, кўрсатмалар ва бировнинг нутқиغا бемор тушунмайди.

Оғзаки нутқда литерал парафазиялар кўпайиб кетади, яъни бемор сўзлаётганда, битта товуш ўрнига бошқасини айтиб юборади. Масалан, «салом» ўрнига «салон» ёки «дори» ўрнига «тори» ва ҳоказо. Сенсор афазияда бемор ўз фикрини турли мимик ҳаракатлар билан ифодалашга интилади.

Грамматик тарафдан бузилган нутқ бир-бирига боғланмаган литерал ва вербал парафазиялардан иборат бўлади. Такрорий нутқ ҳам ўта бузилган бўлади. Кучли ривожланган сенсор афазияда бемор бир сўзни, ҳатто бир ҳарфни ҳам такрор айта олмайди. Фонематик таҳлил бузилганлиги сабабли сўзларнинг сифати ҳам бузилади, муҳолиф товушлар ўрни алмашиб кетади. Бунинг оқибатида, нарсаларнинг номи ва исми-шарифлар бузиб айтилади. Беморлар нарсаларнинг номини билса-да, сўзнинг керакли фонетик тузилишини топа олмайди, яъни сўзнинг товуш таркиби парчланади. Бундай беморлар сўзларни такрорлаш ва нарсаларнинг номини айтиш учун кўп уринишади. Бемор «гагдонлиги» (логоррея) билан ажралиб туради, унинг гапига тушуниб бўлмаса-да, гапираверади. Уларнинг нутқи ҳаяжонли, интонацияга бой бўлади. Сенсор афазияда ўқиш ва ёзиш бузилади, лекин праксис ва оптик гнозис сақланиб қолади.

Акустик-мнестик афазия. Афазиянинг бу тури биринчи бор А.Р. Лурия томонидан тадқиқ этилган. Баъзи олимлар бу афазияни «ўтка-зувчи афазия», «транскортикал мотор афазия» деб ҳам аташади.

Акустик-мнестик афазия учун қуйидаги симптомлар хос:

- 1) нутқни тушунишнинг бузилиши, бунда бемор оғзаки нутқни ҳам, матнларни ҳам тушунмайди;
- 2) оғзаки экспрессив нутқнинг бузилиши;
- 3) нутқ номинатив функциясининг бузилиши;
- 4) сўзлар маъносини бузиб айтиш;
- 5) вербал парафазиялар, сўзлаётганда сўзларни тушириб қолдириш.

Беморларда оғзаки нутқ ва импрессив нутқ бузилса-да, ёзиш ва ўқиш сақланиб қолади. Бу афазиянинг сенсор афазиядан фарқи шундаки, уларнинг нутқи суҳбатдошига тушунарли бўлиши мумкин, бемор сўзлаётганда, ўз хатосини англайди, гапдонлик ва эйфория кузатилмайди.

Акустик-мнестик афазияда бемор нарсанинг қандай номланишини нутиб қўяди. Уни тушунтириш учун бемор ўша нарса ни таърифлайди. Масалан, «помидор» деб айтиш учун у «Ҳалиги қизил, юмалок бор-у, нимаиди?» ва ҳоказо. Шунинг учун ҳам афазиянинг бу турини оптик агнозия билан фарқлаш анча мушкулдир. Демак, акустик-мнестик афазияда фонематик эшитув ва товушларни фарқлаш сақланган бўлади.

А.Р. Луриянинг фикрича, бу афазияда оператив хотира бузилади. Сўзларнинг маъноси «бегоналашади», нарсалар тасвирини яратиш бузилади. Бу беморлар нарсалар тасвирини ва ҳатто сўзнинг график тасвирини яратиш бера олмайди. Бу эса кўрув ва эшитув анализаторларининг ўзаро муносабати бузилганлигидан далолат беради.

Сенсор ва акустик-мнестик афазиянинг ўхшаш томонлари:

- 1) иккала афазияда ҳам сўзлар маъноси бегоналашуви кузатилади;
- 2) сўзларни излаётганда, суҳбатдошининг айтиб юбориши ёрдам бермайди.

Агар сўзлар маъносининг бегоналашувига сабаб сенсор афазияда фонематик эшитувнинг бузилиши бўлса, акустик-мнестик афазияда сўз билан нарсалар боғлиқлиги бузилади.

Семантик афазия. Семантик афазиянинг асосий белгиси сўзларнинг бир-бирига боғланишининг, яъни конструкциясининг бузилишидир. Бунда артикулятор ва акустик бузилишлар кузатилмайди. К. Голдштейн афазиянинг бу турини тафаккур етишмовчилиги деб атаган. Одатда, экспрессив нутқ сақланиб қолади, бемор сўзлаши ва оддий гапларни тушуниши мумкин. Семантик афазияда бемор таркибида «устида», «тагида», «юқорида», «пастда», «олдида», «ёнида», «дан» каби сўз ва қўшимчалари бўлган жумлаларни ўқиб тушунмай-

ди. Масалан, беморларга «айлана устида хоч», «хоч айлана тагида», «тундан сўнг кун келади», «пашша филдан кичик» каби гапларда фарқ сезишмайди. Шунингдек, беморлар «ручка қаламдан узунроқ», «Лола Эргашдан оқроқ» каби гаплар орасидаги ўзаро боғлиқликни таҳлил қила олишмайди.

Беморлар «Қалам ва ручкани кўрсатинг», деган кўрсатмани тўғри бажаришади, лекин «Қалам билан ручкани» ёки «Ручка билан китобни кўрсатинг», деган жумлаларни тушунишмайди ва бажара олишмайди.

Амнестик афазия. Амнестик афазияда нутқнинг номинатив функцияси бузилади. Масалан, беморга олмани кўрсатиб: «Бу нима?» деб сўралса, у «Ҳалиги, бу беҳи, эй, нок эмас, бу, биласизми, еганда жуда мазали, нимаиди, ҳамма жойда ўсадиган, ҳалиги, ҳозир биламан, эй, жин урсин, айта олмаяпман», деган ноаниқ жумлаларни айтиб юборади.

Амнестик афазиянинг механизмларини тушунтириб беришга кўп уринишлар бўлган. Классик тадқиқотчиларнинг бу борадаги фикрларини келтириб ўтамыз: К. Вернике ва А. Лихтгейм амнестик афазияни «сўзларнинг мотор ва сенсор образлари» орасидаги боғланишларнинг бузилиши деб билса, К. Клейст ва С. Хеншен сўзлар хотираси марказининг парчаланиши билан боғлашган. К. Голдштейн амнестик афазияда нарсаларнинг номини унутишни абстракт фикрлашнинг бузилиши билан боғлаган. Л.С. Виготский эса «Афазиянинг бу турида, аксинча, абстракт фикрлашдан аниқ фикрлашга ўтишнинг бузилиши асосий аҳамиятга эга», деб айтган. А.Р. Лурия «Амнестик афазияда нарсаларнинг номини айтиш ва ҳодисаларни таърифлашда бемор онгида мавжуд бўлган бир нечта сўзлардан керагини танлаб олиш бузилади», деб айтган.

Сенсор ва акустик-амнестик афазиядан фарқли ўлароқ, амнестик афазияда сўзнинг бошини айтиб юбориш ёрдам беради. Нутқнинг номинатив функцияси бузилса-да, бошқа функциялари – ёзиш ва ўқиш сақланиб қолади. Амнестик афазия алоҳида ҳолда жуда кам учрайди ва у асосан, акустик-амнестик ёки семантик афазия билан биргаликда кузатилади.

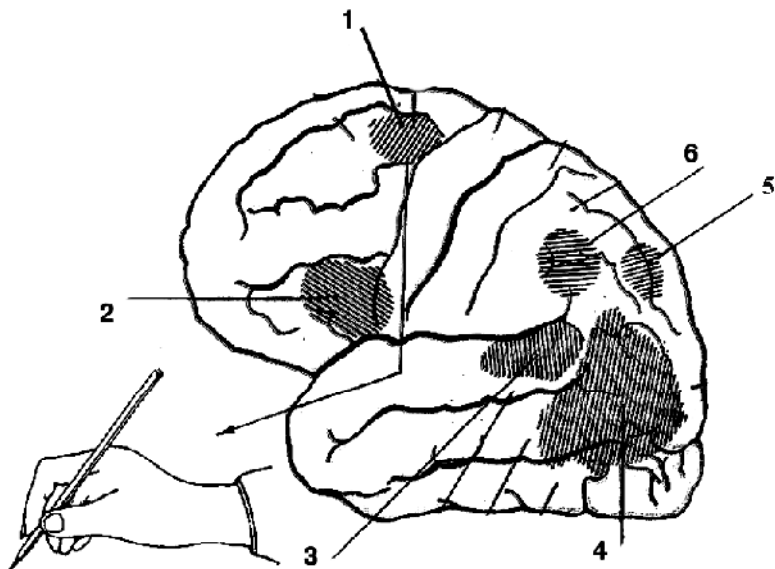
Аграфия

Экскнер 1881 йили биринчилардан бўлиб бош миёда алоҳида хат (ёзиш) маркази борлигини айтиб ўтган. Аммо Вернике ва Дежерин алоҳида хат маркази борлигини инкор қилишган. Аграфия атамаси 1885 йили Бенедикт томонидан таклиф қилинган бўлиб, ёзишнинг бузилиши деган маънони англатади. Хеншен 1922 йили иккинчи пешона пуштасининг

орқа қисми зарарланганда аграфия кузатилишини айтган. Нельсон (1946) ёзиш жараёни (қобилияти) иккинчи ва учинчи пешона пуштала-рининг орқа қисми, бурчак пуштаси ва уларни бир-бири билан боғловчи йўллар зарарланиши ҳисобига ҳам бузилишини таъкидлаб ўтган. А.Р. Лурия (1973) бош миянинг энса соҳаси, пастки париетал ва юқори чак-ка пуштасининг орқа қисмлари зарарланганда аграфия кузатилишини аниқлаган. Шунингдек, у афазияларда аграфиянинг ўзига хос хусусия-тларини ўрганган. 12-расмда аграфия, акалькулия, алексия ва афазия-лар кузатиладиган соҳалар кўрсатилган.

Афазияларда аграфия кузатилишининг сабаби қилиб, сўзларнинг товуш таркибини таҳлил қилиш, кинетик ва кинестетик асосларининг бузилиши кўрсатилади.

Ёзиш қобилиятининг шаклланишини ўрганадиган бўлсак, даст-лаб ёзиш жараёни оғзаки нутқдан алоҳида ривожлана бошлаб, фа-қат кейингина нутқ билан чамбарчас боғланиб кетади. Ёзиш жараё-ни ва оғзаки нутқнинг келиб чиқиши, шаклланиши, кечиши, мазму-ни ва функцияси бўйича бир-биридан фарқ қиладиган томонлари



12-расм. Бош мия чап ярим шарининг ўчоқли зарарланишларида кузатиладиган нейрпсихологик симптомлар: 1—аграфия; 2—мотор афазия; 3—сенсор афазия; 4—амнестикафазия; 5—акалькулия; 6—алексия.

жуда кўпдир. Масалан, бола 2 ёшга етганда оғзаки нутққа эга бўла бошласа, ёзишни, одатда, 5-7 ёшдан бошлайди. Оғзаки нутқ катталар билан мулоқот таъсирида ривожланса, ёзма нутқ онгли равишда ўрганиш мобайнида шаклланади. Аввалига бола бирор сўзни ёзиш учун ҳар бир ҳарфнинг товушини ажратади, ўша ҳарфнинг тузилишини кўз олдида келтиради, ёзади ва эслаб қолади. Ёзиш жараёни боланинг миясига сингган сайин ёзишни онгли тарзда бошқариш зарур бўлмай қолади ва ёзиш борган сайин автоматлашиб боради ва гўёки «беихтиёр» жараёнга айланади. Бунинг натижасида хатнинг тузилиши ҳам, боланинг ҳуснихати ҳам ўзгаради.

Ёзма нутқнинг талаффуз этилмаслиги эмас, балки фикрланиши уни оғзаки нутқдан ажратиб турадиган асосий жараёндир. Ёзма нутқнинг ўзига хос хусусиятлари бор. Ёзма нутқ оғзаки нутққа қараганда ихтиёрийроқдир. Агар товуш оғзаки нутқда автоматлашган бўлса, одам ёзишни ўрганаётганда ўша товушни майдалаб, анализ ва синтез қилиб ёзади. Ёзма нутқ аниқ мақсадга йўналтирилган онгли жараёндир. Ёзма нутқни ўзлаштириш учун асосий аҳамиятга эга бўлган нарса – бу мустақил нутқни эгаллаш ва англашдир.

Оғзаки нутқ, одатда, гапириш функциясини бажаради, масалан, суҳбат пайтида. Ёзма нутқ – ёзиш орқали фикрни баён қилиш, ёзиш орқали бошқалар билан мулоқотда бўлиш вазифасини ўтайди. Агар ёзма нутқ механизмларини таҳлил қиладиган бўлсак, ёзиш жараёнининг биринчи ва асосий таркиби – бу сўзнинг товушини таҳлил қилиш, яъни сўз товушларидан алоҳида фонемаларни ажрата олиш демакдир; иккинчидан, сўздан ажратиб олинган ҳар бир товушнинг ҳарфини таниш операциясини амалга ошириш; учинчидан эса ҳар бир ҳарфнинг оптик тасавури графикасини яратиш демакдир.

Сўзларни таҳлил қилиш, акустик ва кинестетик афферентацияларга асосланиб товушларни ажратиб олиш ва аниқлаштиришдан ташқари, ҳар бир сўзда қайси товушни қандай тартибда жойлаштириш ҳам муҳим аҳамият касб этади. Бу эса ўз вақтида товушларни қисқа вақтли хотирада сақлашни талаб қилади. Фақат мана шу жараёнлар амалга ошгандан кейингина сўздан ажратиб олинган ва аниқланган товуш ёзилаётган ҳарфга айлантирилиши мумкин. Бу мураккаб жараёнда кўрув анализаторлари ҳамда фазовий муносабатларни идрок қилиш ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Ёзма нутқ қуйидаги босқичларни ўтади:

- 1) ёзиш учун ниятнинг пайдо бўлиши;
- 2) нима ҳақида ёзиш;
- 3) қандай ёзиш;
- 4) товушни ҳарфга айлантириш;

5) ёзиш жараёнини бошқариш босқичи.

Ёзаётганда товушни ҳарфга, ўқиётганда эса аксинча, ҳарфни товушга айлантириш мураккаб психофизиологик жараёнлар ҳосиласидир.

Ёзиш жараёни акустик, оптик, кинестетик, кинетик, проприорецептив анализаторларнинг биргаликда ишлаши ҳисобига кечадиган жараёндир. Товушларни анализ қилиш эса акустик ва кинестетик анализаторларнинг биргаликда ишлаши ҳисобига амалга оширилади. Товушларни ҳарфларга айлантириш акустик, кинестетик, оптик анализаторлар ҳисобига, ҳарфларни ёзиш эса оптик, фазовий ва ҳаракат анализаторлари ҳисобига амалга оширилади. Демак, ёзишнинг бузилиши миянинг пешона бўлаги, унинг медиобазал соҳалари, чакка, пастки париетал ва энса соҳасининг олдинги қисмлари зарарланганда кузатилади.

Шундай қилиб, ёзма нутқ бош миянинг умумий функцияси бўлиб, у нутқ марказлари зарарланганда бузилади. Ёзишни фақат нутқ функциясига ёки фақат ҳаракат, ёки кўрув системасининг вазифасига кiritиб бўлмайди. Ёзиш мураккаб нейропсихологик жараёндир.

Апракция

Апракция мақсадга йўналтирилган ихтиёрий ҳаракатларни бажара олмасликдир. Қўлларда фалажлик бўлмаса-да, бемор турли нарса-лар билан бажариладиган ҳаракатларнинг уддасидан чиқа олмайди. Масалан, бемор гугурт кутиларида уйчалар, чўпларидан квадрат, ромб, учбурчак ясай олмайди (13-расм). Кийиниш, тугмасини тақиш, овқатни қошиқда оғзигача олиб келиш каби мақсадга йўналтирилган оддий ҳаракатларни бажара олмайди.

Апракциянинг таснифи 1905 йили Х. Липманн томонидан таклиф қилинган бўлиб, ҳозирги кунгача ўз кучини йўқотгани йўқ. У апракциянинг учта турини ажратган:

1) **идеатор апракция** – ҳаракат тўғрисидаги ғоянинг бузилиши, парчаланиши;

2) **кинетик апракция** – ҳаракат кинетик тасаввурининг бузилиши;

3) **идеомотор апракция** – ҳаракат ҳақидаги «ғоя» ва мақсадни, «ҳаракатни бажариш» марказига узатишнинг бузилиши. Идеатор апракцияни Липманн бош миянинг диффуз зарарланиши билан боғлиқ кинетик апракцияни премотор соҳанинг пастки қисми зарарланиши билан, идеомотор апракцияни эса мия тепа бўлагининг зарарланиши билан боғлаган.



13-расм. Бошмияча ярим шари пўстлоқ марказлари зарарланганда кузатиладиган параксиснинг бузилишлари: 1 – динамик апраксия; 2 – тотал апраксия; 3 – идеатор апраксия; 4 – конструктив апраксия; 5 – юз апраксияси.

Кўпчилик олимлар орал, бармоқлар, тана ва кийиниш апраксия турларини фарқ қилишади. А.Р. Лурия ҳам апраксиянинг 4 та турини ажратиб ўрганди. Улар:

- 1) **кинестетик апраксия;**
- 2) **фазовий апраксия ёки апрактоагнозия;**
- 3) **кинетик апраксия;**
- 4) **регулятор (префронтал) апраксия.**

Кинестетикапраксия бош мия чап ярим шарининг пастки париетал соҳалари зарарланганда кузатилади. Бунда фалажликлар бўлмаса-да, ҳаракатнинг кинестетик механизмлари бузилади. Бемор пиёлага чойнинг қандай қуйилиши ёки шакар қошиқ билан қандай олинади-ю, пиёлага солиб қандай эритилишини зарур нарсаларсиз кўрсатиб бера олмайди. Бундай пайтларда фазовий ҳаракатлар сақланган бўлади, лекин ҳаракат жараёнининг проприорецептив (кинестетик) механизмлари ишла-

майди. Шунинг учун кинестетик апракцияни текширганда беморнинг кўзи юмилган ҳолатда бўлиши керак. Чап ярим шар зарарланганда кинестетик апракция икки томонлама, ўнг ярим шар зарарланганда бир томонда, яъни фақат чап қўлда кузатилади.

Фазовий апракция ёки апрактоагнозия ҳаракатнинг фазовий тасавури, яъни «юқори-қуйи», «чап-ўнг» каби томонларни фарқлашнинг бузилиши оқибатида ривожланади. Аксарият ҳолларда фазовий апракция кўрув агнозиясисиз кузатилади. Агар оптик-фазовий агнозия фазовий апракция билан бирга учраса, унда тўла апрактоагнозия намоён бўлади. Беморда ҳолат, кийиниш ва ётадиган жойни тахлаш апракцияси ҳам кузатилади. Уларга кўрув назорати ёрдам бермайди. Ҳаракатларни бажаришда беморнинг кўзи очиқ ёки юмиқ ҳолатда бўлишининг аҳамияти йўқ. Бемор оддий фигуралар – айлана, квадрат, учбурчак кабиларни чиза олмайди.

Апрактоагнозия чап ярим шарнинг тепа-энса бўлаклари, аниқроғи 19- ва 39-майдонлар ёки иккала ярим шарнинг оксипитопариетал соҳалари зарарланганда кузатилади.

Кинетик апракцияда бемор чизиш, ёзиш ёки бармоғи билан буйруқ бериш каби оддий ҳаракатларни бажара олмайди. Кинетик апракция премотор соҳа (6, 8-майдонлар) зарарланганда юз беради. Бу апракция учун ҳаракат персеверациялари, яъни бирор-бир ҳаракатни бажариш учун бефойда уринишлар хосдир.

Регулятор (префронтал) апракция чап пешона бўлагининг префронтал соҳаси зарарланганда кузатилади. Мушаклар тонуси ва кучи сақланган бўлади, лекин ҳаракат дастури бузилади, ҳар қандай ҳаракатнинг бажарилишини онгли тарзда назорат қилиб бўлмай қолади. Беморлар биринчи ҳаракатдан иккинчисига бемалол ўта олмайди. Масалан, квадратдан сўнг учбурчак чизиш талаб қилинса, бемор учбурчак ўрнига квадрат чизиб қўяди.

Назорат учун саволлар

1. Нейропсихология фанига таъриф беринг.
2. Нейропсихология фанига кимлар асос солган?
3. Нейропсихология фани тарихи ҳақида сўзлаб беринг.
4. А.Р. Лурия нейропсихология фанининг ривожланишига қандай ҳисса қўшган?
5. Нейропсихология фани усуллари психология фани усулларидан қандай фарқ қилади?
6. Агнозия ва унинг турлари ҳақида сўзлаб беринг.
7. Афазия ва унинг турлари ҳақида сўзлаб беринг.
8. Аграфия нима, унинг қандай турларини биласиз?
9. Апраксия ҳақида сўзлаб беринг.

III БОБ. СЕЗГИ ВА ИДРОК

*Ота – ақл, она – идрок,
Ота – билак, она – юрак.
Ўзбек халқ мақоли*

3.1. Умумий маълумотлар

Биз сезги аъзолари орқали теварак-атрофдаги оламдан доимо маълумот олиб тураемиз. Бу маълумотлар организмга узлуксиз тушиб туради ва асаб тизимининг махсус тузилмалари орқали қабул қилинади, қайта ишланади ва жавоб реакцияси тайёрланади. Атроф-муҳитдаги барча нарса ва ҳодисалар тегишли рецепторларга таъсир этиб сезги ҳосил қилади. Ташқи оламдан киши онгигача маълумотлар кириб келадиган ягона йўл сезги аъзоларидир. Уларга бениҳоя катта миқдорда турли-туман маълумотлар оқими келиб, бош мияга узатилиб туради.

Сезги ташқи олам ва танамиз тўғрисидаги барча маълумотларни билишнинг дастлабки манбаидир. Организм меъёрда ривожланиши учун ташқи муҳитдан ҳамиша ахборот олиб туриши керак. Бу маълумотнинг кўпайиб ва камайиб кетишига организм мослашиб бориши зарур, акс ҳолда сезги ва идрок орасида номутаносиблик юзага келиб, асаб тизимида функционал бузилишлар рўй бериши мумкин.

Фанда сенсор изоляция деган тушунча бор. Космонавтларни ташқи ахборотлардан тўла изоляция қилиб, уларнинг асаб тизими чуқур ўрганилади ва коинотда яшашга мослаштирилади. Тўла ва қисман сенсор изоляция синаб кўрилганда, бир неча соатдан сўнг синалувчилар аҳволи ёмонлашганидан шикоят қилиб, тадқиқотни тўхтатишни илтимос қилишган. Бундан бир неча йил олдин Америка Қўшма Штатларида инфекция тушиш хавфини мутлақо йўқотиш учун мураккаб операция ўтказиладиган хоналарга умуман ойна қўйишмаган ва уларда фақат эшик бўлган, холос. Бундай хоналарда узоқ вақт давом этадиган операциялар пайтида жарроҳлар руҳан чарчаб қолаверган ва бу операциянинг сифатига салбий таъсир кўрсатган. Бундан кўриниб турибдики, энг мураккаб жисмоний ва ақлий меҳнат талаб қиладиган шароитларда сезги аъзоларимизга ташқи оламдан келиб турувчи ахборотларнинг таъсир доираси ўта кенгдир. Бу ва бошқа далиллар инсон организмнинг ташқи дунёдан сезгилар тарзидаги таассуротларга эга бўлиш эҳтиёжи нақадар кучли эканлигидан далолат беради.

Сезги негизда **идрок** шаклланади. Сезги бизни ўраб турган муҳитдаги нарса ва ҳодисаларнинг айрим хусусиятларини акс эттирса, идрок эса хилма-хил хоссаларни тартибга солиб, бирлаштириб онгимизда акс эттиради, нарса ва ҳодисаларнинг яхлит образини яратади. Идрок сезгига қараганда мураккаброқ жараёндир. Идрок қилиш одамнинг касби, ҳаёт тажрибаси, билими ва эҳтиёжига боғлиқдир. Ривожланиш жараёнида кишининг идрок қилиш қобилияти такомиллашиб, сараланиб боради. Нарса ва ҳодисаларни идрок қилиш одамнинг дунёқарашига ҳам боғлиқ: бир хил нарса ёки воқеани икки киши бир хил идрок қилмаслиги мумкин. Болаларда сезиш идрок қилишдан устун туради, чунки уларда миyaning баъзи тузилмалари тўла шаклланмаганлиги сабабли нарса-ю ҳодисаларнинг яхлит образини яратиш қобилияти сустроқ бўлади. Инсоннинг бутун умри мобайнида идрок қилиш жараёни ўзгариб боради.

Идрокнинг асосий хусусияти унинг **яхлитлигидир**. Масалан, минбарда нутқ сўзлаётган одамни идрок қилар эканмиз, нотиқнинг кийим-боши, ўзини тутиши, кимлиги, қанча вақтдан буён маъруза қилаётганлиги, қачон тугатиши ва ҳоказоларни умумлаштириб, онгимизда у одамнинг яхлит образини яратамиз, яъни идрок қиламиз. Бирор нарса-ю ҳодисаларни ва одамларни идрок қилишда аввалги тажрибамиз муҳим аҳамият касб этади, яъни аввалги тажриба идрокни осонлаштиради. Масалан, биз ҳайвонот боғига борганимизда, аввал кўрмаган ҳайвон ёки қушларга синчковлик билан назар ташлаймиз, уларнинг барча хусусиятларини ўрганиб идрок қиламиз. Кейинги гал борганимизда эса уларни идрок қилишимиз анча осонлашади.

Идрок қилиш эҳтиёж, майл ва истакларга ҳам узвий боғлиқ бўлади. Ҳар қандай идрок саралаш босқичини ўтайди. Масалан, биз ўзимиз учун аҳамиятсиз бўлган нарсани идрок қилмаймиз (уни сезиб турсакда). Бу ерда идрокнинг индивидуаллигини ҳам алоҳида таъкидлаб ўтиш жоиздир. Ҳар бир киши нарсаларнинг ўзига керакли хусусиятларини ёки ўзи тушунган жиҳатларини идрок қилади. Бунда идрокнинг индивидуал хусусиятлари унинг мақсадга йўналтирилганлиги, ҳиссийлиги, барқарорлиги ва ҳоказоларда ўз аксини топади. Идрок қилишда кузатувчанликнинг аҳамияти ҳам жуда каттадир. Одам ўзи кузатмаган нарса ва воқеа-ҳодисаларни идрок қилмайди. Демак, идрок сезгидан фарқли ўлароқ, фаол ва онгли жараёндир. Идрок қилишда инсон тафаккури ҳам муҳим аҳамият-га эга, масалан, тафаккури бузилган ёки ақли заиф одамларда идрок қилиш ҳам суст бўлади.

Нарса ва ҳодисаларни сезиш каби уларни тасаввур қилиш ҳам идрок жараёни учун зарур воситалардан биридир. Авваллари идрок қилин-

ган образларни онгимизда жонлантириш, яъни қайта тиклашга **тасаввур** деб аталади. Тасаввур бизнинг онгимизда тўсатдан пайдо бўлиши мумкин. Тасаввур ўта индивидуалдир, у одамнинг шахсига боғлиқ. Одамнинг касб-корига қараб бировда кўрув, бошқаларда эса эшитув аъзолари орқали тасаввур қилиш яхши ривожланган бўлади.

Масалан, рассомларда кўрув тасаввури кучли ривожланган бўлади. Уларнинг баъзилари аввал кўрган нарчасини фикрида тўлалигича қайта тиклай олишади. Бу ҳодисага **эйдетизм** деб аталади. Бастакорларда эса эшитув тасаввури кучли ривожланган бўлади. Худди шу қобилият Бах ва Моцартда ўта кучли бўлган.

3.2. Сезги ва идрокнинг физиологик механизмлари

Сезги ва идрок рефлектор жараёндир. Хўш, ҳайвонлардан фарқли ўлароқ, бу жараён одамда қандай кечади? Асаб тизимининг қайси тузилмалари сезги учун жавоб беради? Сезги ва идрокнинг анатомо-физиологик асослари нималардан иборат?

Ташқи ва ички муҳитдан келаётган ҳар қандай маълумот махсус **рецепторлар** орқали қабул қилинади. Шартли равишда уч гуруҳ рецепторлар фарқ қилинади:

1) **экстрарецепторлар** – ташқи муҳитдан келувчи таъсиротларни қабул қилади;

2) **интрарецепторлар** – ички аъзолардан келувчи импульсларни қабул қилади;

3) **проприорецепторлар** – мушак, унинг пайлари, бўғимлар ва суяклардан келувчи импульсларни қабул қилади.

Терида жойлашган рецепторлар турли-туман бўлиб, уларнинг ҳар бири битта ташқи таъсир учун жавоб беради (1-расмга қаранг). Краузе колбачалари совуққа таъсирланади, Руффини рецепторлари иссиқликни қабул қилади, Мейснер таначалари танани энгил силаганда кўзғалади.

Рецепторлар анализаторларнинг периферик қисми ҳисобланади. Оғриқ, ҳарорат ва тактил сезгилар **юзаки сезги** ҳисобланади ва экстрарецепторлар, танамиз ва оёқ-қўлларимизнинг фазодаги ҳолати ва ҳаракатлари эса проприорецепторлар орқали қабул қилинади ҳамда улар **чуқур сезги** деб аталади. Бундан ташқари, **мураккаб сезги** ҳам фарқ қилинади. Масалан, танага чизилган турли фигуралар ва кафтга қўйилган нарсаларни кўзни юмган ҳолда аниқлаш мумкин.

Сезги ва идрок **бирламчи** ва **иккиламчи сигнал системалари** иштирокида амалга оширилади. Эшитиш, кўриш, оғриқ сезиш, таъм ва ҳид билиш бирламчи сигнал системасини ташкил қилади ва улар

одамларда ҳам, ҳайвонларда ҳам бўлади. Иккиламчи сигнал системасига эса нутқ ва у билан боғлиқ бўлган олий руҳий функциялар кирадики, у фақат инсонлар учун хосдир. Бу барча жараёнлар анализаторлар иштирокида амалга оширилади. Ҳар қандай анализатор уч қисмдан иборат:

- 1) таъсиротларни қабул қилувчи қисми, яъни рецептор;
- 2) ўтказувчи аппарат, яъни нерв толалари;
- 3) маълумотларни таҳлил қиладиган марказлар. Бу марказлар бош мия катта ярим шарлари пўстлоғи бўйлаб тарқалган.

Бу ерда, яъни пўстлоқда ташқи ва ички муҳитдан келадиган барча таъсиротлар анализ ва синтез қилинади. Кўрув, эшитув, ҳид би-лиш, таъм сезиш ва тери анализаторлари фарқ қилинади. Демак, сезиш жараёни анализаторлар орқали амалга оширилади ва бош мия тузилмаларида идрок қилинади.

Бош мия иккита ярим шардан иборат бўлиб, унинг устки қатлами кулранг тусга эга. Бу қатлам бош мия катта ярим шарларининг **пўстлоғи** деб ном олган. Пўстлоқ турли вазифани бажарувчи кўп миқдордаги асаб ҳужайралари (14 млрд) тўпланган жойдир. Бу ерда мураккаб интегратив жараёнлар рўй беради. Анализаторларнинг марказий қисми жойлашган пўстлоқда турли тоифага мансуб бўлган (кўрув, эшитув ва ҳ.к.) сезгилар доимо бир-бири билан шартли боғланишлар ҳосил қилиб туриши натижасида одам идрок қилиш қобилиятига эга бўлади.

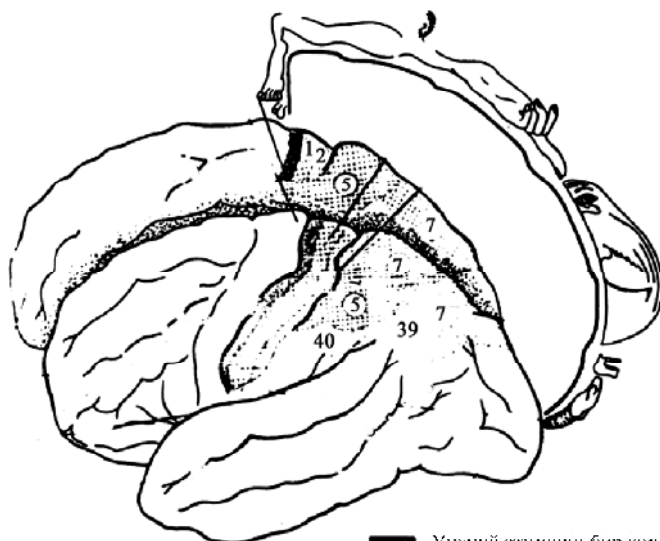
Энди сезги ва идрок учун муҳим аҳамиятга эга бўлган кўрув, эши-тув ва тери анализаторларининг анатомио-физиологик хусусиятлари тўғрисида тўхталиб ўта-миз. **Кўрув таъсиротлари** кўзнинг тўр парда-сида жойлашган ёруғликка кўзғалувчи рецептор ҳужайралар орқали қабул қилинади. Бу ҳужайралар таёқча ва колбачалар шаклида бўлиб, биринчилари оқ-қора, иккинчилари рангли тасвирни қабул қилади. Тўр парда ҳужайраларида пайдо бўлган кўзғалишлар кўрув нервлари орқали марказга йўналтирилади. Бу импульслар таёқча ва колбачалардан кўрув нервлари, хиазма, кўрув тракти, кўрув дўнгли-ги, у ердан эса кўрув таъсиротларини анализ ва синтез қиладиган марказ – бош мия катта ярим шарлари пўстлоғининг энса соҳасида жойлашган 17-майдонга узатилади. Бу майдонда кўрув импульслари бирламчи анализ қилинади. Бу майдон зарарланганда беморда кўриш бузилади. Кўрув импульслари 17-майдондан 18 ва 19-майдонларга узатилади. Бу ерда кўрув таъсиротлари идрок қилинади ва мураккаб кўрув образлари яратилади. Бу соҳа зарарланса, бемор ўз кўзи билан кўриб турган ва аввал танийдиган нарсалар ҳамда одамларни танимайди. Буни неврологлар **кўрув агнозияси** деб аташади. Демак,

17-майдон кўрув таъсиротларини сезиш маркази бўлса, 18 ва 19-майдонлар уларни идрок қилиш марказидир. Лекин идрок жараёнида пўстлоқдаги барча марказлар иштирок этади. Кўрув анализаторлари орқали қабул қилинган ахборотлар хотирада сақланади ва кўрув хотирасига айланади.

Эшитув анализатори ҳам бошқа анализаторлар каби бир нечта бўлимданиборат. Одамнинг эшитиш рецепторлари тебраниш тезлиги 16 дан 20000 Гц га қадар бўлган товуш тўлқинларини қабул қила олади. Эшитув анализатори қуйидагича тузилган: ички қулоқ чиганоғида товуш тўлқинларини қабул қиладиган мураккаб рецептор аппарат жойлашган, уни Кортий органи деб аташади. Эшитув таъсиротлари Кортий органи орқали қабул қилиниб, эшитув йўллари бўйлаб бош мия катта ярим шарлари пўстлоғининг чакка қисмида жойлашган эшитув маркази (41-майдон) га узатилади. Бу марказда, яъни 41-майдонда эшитув аппаратларидан келувчи товуш (таъсирот) лар қабул қилинади. Бу ерда товушлар бирламчи анализ босқичини ўтайди. Эшитув таъсиротларини идрок қилиш эса пўстлоқнинг чакка қисмида жойлашган 22 ва 42-майдонларда кечади. Бу майдонларда эшитилган товушларни таниш, яъни билиш маркази жойлашган. Бу соҳалар зарарланганда бемор оддий товушлар (сувнинг оқиши, эшикнинг ғичирлаши, машина моторининг ғуруллаши ва ҳ.к.) ни эшитсада, лекин бу ниманинг товуши эканини айтиб бера олмайди. Демак, атроф-муҳитдаги товушлар бемор учун ҳеч қандай маъно касб этмайди. Агар бола туғма кар бўлса ёки илк болалик давридан эшитмайдиган бўлиб қолса, унда нутқ ривожланмасдан қолади. Нутқ эса инсонни ҳайвонлардан ажратиб турувчи олий руҳий жараёнدير. Бундан кўриниб турибдики, эшитув анализаторлари инсоннинг руҳий ривожланишида жуда катта аҳамият касб этади. Лекин қулоғи яхши эшитмайдиган одамларда бошқа сезгилар мукаммаллашган бўлади.

Тери-кинестетик (ёки умумий сезги) анализатори ўзига хос тузилишга эга бўлиб, унинг маркази орқа марказий пушта (1, 2, 3-майдонлар) да ва қисман юқори париетал бўлак (5 ва 7-майдонлар) да жойлашган (14-расм).

Умумий сезги филогенетик жиҳатдан энг кекса бўлиб, унинг инсон учун биологик аҳамияти беқиёсдир. Одам ҳид ёки таъм билиш, эшитув ёки кўрув сезгиларисиз яшаши мумкин, бироқ умумий сезгисиз унинг ҳаёт кечириши катта хавф остида қолади ёки умуман мумкин бўлмайди. Умумий сезги тушунчаси йиғма тушунча бўлиб, унга тактил, оғриқ ва ҳарорат, мушак-бўғим ва мураккаб сезгилар киради. Ушбу сезгилардан жудо бўлган нафақат



- I Умумий сезгининг бирламчи проекцион соҳаси
- II Иккиламчи проекцион ассоциатив соҳалар
- III Учламчи ассоциатив соҳалар

14-расм. Бошмиякда ярим шарлари пўстлоғида тери-кинестетик (умумий сезги) анализатори жойлашган соҳалар: 3-майдон – умумий сезгининг бирламчи проекцион соҳаси; 1, 2, 5, 7-майдонлар – умумий сезгининг иккиламчи проекцион-ассоциатив соҳалари; 39, 40-майдонлар – учламчи ассоциатив соҳалар.

одамларнинг, балки ҳайвонларнинг ҳам ҳаёт кечиришини тасаввур қилиш қийин, албатта. Чунки ташқи олам ва танамиздан умумий сезги рецепторлари орқали доимо маълумот келиб туриши ҳаракат фаолиятини, демак, яшаш тарзимизни белгилаб беради. Масалан, оғриқ ва ҳарорат сезгиси орқали иссиқ-совуқни сезсак, мушак-бўғим сезгиси ҳаракатларимизнинг асосини ташкил қилади, мураккаб сезги ёрдамида эса кўзимиз юмуқ ҳолатда бўлса-да, кафтимизга қўйилган нарсаларни пайпаслаб нима эканини айта оламиз ва ҳоказо.

Мушак, бўғим ва суяклардан мияга келиб турувчи доимий сигналлар одам ҳаракатининг асосини ташкил қилади. Оёқ-қўлимиз ишласа-да, бу сезгиларсиз биз бир қадам ҳам юра олмаймиз ёки қошиқ билан овқатни оғзимизга олиб кела олмаймиз, яъни ҳаракат ҳам, мувозанат ҳам бузилади. Демак, сезги аъзолари фақат ташқи ва ички

оламдан таъсиротларни қабул қилиб олиш вазифасинигина бажариб қолмасдан, балки ижро қилиш жараёнларида қатнашадиган ҳаракат аъзолари билан ҳам узвий боғлангандир. Масалан, олдимизда турган бирор нарсани пайпаслаб сезиш ва идрок қилиш учун кўлимизни чўзамиз ва бармоқларимизни ҳаракатга келтирамиз. Бу ерда ҳам юзаки, ҳам чуқур, ҳам мураккаб сезгилар ва ҳаракат функциясининг мужассамлашганини кўрамиз.

Соғлом одамларда барча сезги анализаторлари деярли бир хил ривожланган. Ҳайвонларда эса ундай эмас. Делфинларда эшитув (товуш), каламушларда ҳид билиш, бургутларда кўриш анализатори кучли ривожланган. Маймунларда ҳам кўрув анализатори яхши ривожланган ва бу анализаторларнинг миядаги маркази ҳам шунга яраша катта соҳани эгаллайди. Масалан, одамнинг бош мия пўстлоғида жойлашган кўрув марказлари маймунларникига қараганда кичикроқ.

Сезги аъзолари бизнинг ташқи муҳитга мослашиб боришимизда катта аҳамиятга эга. **Мослашув**, яъни адаптация деб, сезги аъзолари сезгирлигининг ташқи таъсиротлар остида ўзгариб боришига айтилади. Қўзғатувчилар доимий таъсир қилиб тураверса, сезиш камайиб ёки йўқолиб боради. Масалан, териға таъсир қилаётган нарсанинг оғриқ бериши бироз ўтиб сусайиб қолади, ёмон ҳид келаётган жойда туриб қолсангиз, бироздан сўнг шу ҳидға кўникиб қоласиз ёки овқатнинг тузини ҳадеб кўраверсангиз, унинг шўр ёки шўр эмаслигини билолмай қоласиз. Шунингдек, қоронғи хонадан бирдан ёруғ хонаға ёки аксинча, ёруғ хонадан қоронғи хонаға чиққанда, аввалиға кўзимиз кўникмай туради, сўнг секин-аста мослашиб олади.

3.3. Сезги ва идрокнинг бузилиши

Сезги бузилишлари хилма-хил бўлади. Сезги анализаторларининг периферик қисмидан тортиб, то пўстлоқдаги марказий қисмигача бўлган ҳар қандай соҳасининг зарарланиши сезги бузилиши билан кечади. Тери сезувчанлигининг ҳар хил ўзгаришлари асаб касалликларида жуда кўп кузатилади. Тери сезувчанлигининг (оғриқ, ҳарорат ва тактил) пасайишиға **гипестезия**, кучайишиға **гиперестезия**, йўқолишиға эса **анестезия** деб аталади. Ҳарорат сезгисининг йўқолиши билан кечувчи касалликларда, масалан, сириномиелияда беморнинг териси қаттиқ куйса ҳам оғриқни сезмайди. Тактил (танани енгил силаганда пайдо бўладиган) сезги оғриқ ва ҳарорат сезгисига қараганда камроқ бузилади. Тана сезувчанлиги кучайишининг кескин турларида беморнинг баданиға арзимаган нарса билан

тегилса ҳам кучли оғриқ пайдо бўлади. Бунга **гиперпатия** дейилади. Гиперпатияда таъсир этилган жойдан бошқа жойларда ҳам оғриқ кузатилади ва биров вақт сақланиб туради.

Гиперестезия психологияда кенгроқ маъно касб этувчи атамадир. Гиперестезия ташқи кўзғалишларни қабул қилишнинг меъёрдан ошиб кетишидир. Бундай беморлар ёруғликка қарай олмайди, арзимаган ёруғлик ҳам уларнинг кўзини қамаштиради. Бошқалар учун оддий бўлган товушлар уларнинг қулоғига жаранглаб киради, ҳаттоки эшикнинг ғичирлаган товуши, оқиб турган сувнинг жилдираши ҳам ўта ёқимсиз туюлади. Уларнинг баъзиларида бу товушлардан қаттиқ бош оғриғи кузатилади. Бировнинг қўли тўсатдан уларнинг танасига тегиб кетса ҳам ғашига тегади. Ҳатто ўз эгнидаги кийимлари ҳам танасини таъсирлантириб туради. Оддий ҳидлар ҳам ўта ўткирдек туюлади. Бундай бузилишлар неврознинг баъзи турлари, истерия ва психозлар учун хосдир. Узоқ давом этувчи соматик касалликлар ҳам гиперестезияларга сабаб бўлади. Болаларда гиперестезиялар ортиқча йиғлоқилик билан ҳам кечади.

Психоген гипестезиялар гиперестезиялардан фарқли ўлароқ, ташқи таъсирларни қабул қилишнинг пасайиши билан кечади. Атрофмуҳитдаги товушларнинг жарангдорлигини бемор англамайди, ҳамма нарса қоронғи тумандагидек кўринади. Бошқа бировларнинг овозида жарангдорлик ва жозиба йўқдек туюлади.

Сенестопатияларда эса бемор гўёки баданнинг турли соҳалари ва ички аъзолардан келаётган нохуш сезгиларни ҳис қилади. Бу сезгилар худди куйдирувчи, босувчи, сиқувчи ва гулдировчи хусусиятларга эга бўлади. Полиестезияларда тананинг битта жойи таъсирлантирилганда, гўёки унинг кўп жойлари таъсирлантирилгандек туюлади. Бирорбир ташқи таъсирнинг бошқа бир таъсир каби қабул қилинишига **дизестезия** деб аталади. Масалан, бемор иссиқ таъсирни совуқдек, совуқни иссиқдек қабул қилади.

Тананинг ярмида сезгининг йўқолишига **гемианестезия**, битта оёқ ёки қўлда йўқолса, **моноанестезия**, оғриқ сезгисининг йўқолиши **аналгезия** ва ҳарорат сезгисининг йўқолишига **термоанестезия** деб айтилади. Ҳеч қандай ташқи таъсирларсиз танада нина санчгандек, увишгандек, тери тортишгандек, баданда чумоли юргандек каби турли хил сезгиларнинг пайдо бўлишига **парестезиялар** дейилади. Танада кузатиладиган **оғриқлар** тери сезувчанлигининг бузилишида алоҳида ўрин касб этади. Чунки оғриқлар одамга танада пайдо бўлган ёки кўзғалган касаллик ҳақида ахборот етказувчи омил ҳамдир. Демак, у ҳимоя вазифасини ҳам бажаради. Бу оғриқлар периферик нервлар, нерв чигаллари, орқа миянинг орқа илдизчалари, вегетатив тугун-

лар, кўрув дўнглиги, орқа марказий пушта зарарланганида ёки ортиқча таъсирлантирилганда кузатилади. Кўриб турганимиздек, тери сезувчанлиги бузилишлари турли-туман бўлиб, улар асосан асаб касалликларида кўп кузатилади ва неврология дарсликларида батафсил ёритилган. Мушак-бўғим сезгиларининг бузилиши тери сезувчанлигининг бузилишига қараганда камроқ кузатилади. Бунда бемор кўзини юмган ҳолда бўғимларда қилинган суст ҳаракатларни сезмайди. Мураккаб сезгининг бузилишларидан бўлмиш **астереогнозияда** бемор кўзини юмган ҳолда кўлига қўйилган нарсаларни пайпаслаб айтиб бера олмайди, кўзи очиқ ҳолатда эса уларни бемалолайта олади.

Кўрув анализаторининг бузилишлари ҳақида сўз юритадиган бўлсак, истерияда кузатиладиган кўришнинг тўсатдан пасайиб кетишини алоҳида таъкидлаш зарур. Бунда кўрув йўлларида органик бузилишлар кузатилмайди, лекин беморнинг кўзи кўрмайди ёки хира кўради. Бу ҳолат қаттиқ ҳиссий зўриқиш оқибатида мия пўстлоғининг маълум қисмларида турғун кўзғалишнинг пайдо бўлиши билан тушунтирилади. Кўрув анализаторининг рецептор қисмидан тортиб то марказий қисмигача бўлган зарарланишлар кўришнинг турли хил бузилишлари билан кечади. Кўрув йўлларининг хиазмагача бўлган қисми зарарланса, амавроз, хиазманинг ички кесишган қисми зарарланса, битемпорал гемианопсия, ташқи, яъни кесишмаган қисми зарарланса, биназал гемианопсия кузатилади. Миянинг чап томондаги кўрув тракти зарарланса, ўнг томонлама гемианопсия, ўнг томондагиси зарарланса, чап томонлама гемианопсия кузатилади. Кўрув марказлари зарарланса, квадрант гемианопсиялар, скотома (кўрув майдонида қора доғ) лар кузатилади.

Идрокнинг бузилиши айрим асаб ва руҳий касалликларда кузатилади. Буларга галлюцинациялар, иллюзиялар ва психосенсор бузилишлар киради.

Галлюцинациялар деб, аслида бемор олдида мавжуд бўлмаган объект ва ҳодисаларни идрок қилишига айтилади. Галлюцинациялар бош мия пўстлоғида инерт кўзғалишнинг пайдо бўлиши ва унинг доминантлик вазифасини бажариб туриши билан тушунтирилади. Инерт кўзғалиш бош мия пўстлоғининг умумий тормозланиши оқибатида пайдо бўлади. Бош миёда моддалар алмашинувининг бузилиши ҳам галлюцинацияларга олиб келиши мумкин. Кўриш, эшитиш, ҳид ва таъм билиш ҳамда умумий сезги билан боғлиқ бўлган галлюцинациялар фарқ қилинади.

Галлюцинациялар сохта тасаввур ҳисобланади, чунки улар атрофмуҳитда мавжуд бўлмаса ҳам бемор фикрида пайдо бўлаверади. Баъ-

зан беморга ўзи идрок қилаётган нарса, ҳодисалар ҳақиқатан ҳам бордек туюлади ва ўзи ҳам бунга ишонади. Галлюцинациялар шизофрения касаллигида кўп кузатилади. Невроз билан хасталанган ва тез-тез аффект ҳолатига тушиб турадиган беморларда ҳам галлюцинациялар бўлиб туради. Галлюцинациялар соғлом одамда ҳам кузатилиши мумкин. Масалан, саҳрода адашиб қолиб бир ўзи кетаётган одамнинг кўзига сув, қишлоқ, дарахтзор ёки у томонга юриб келаётган одам кўринади. Кўрув галлюцинацияларида бемор кўз олдида ҳар хил нарсалар кўринади. Нарсалар ё катта (макропсия), ё кичик (микропсия), бундан ташқари, бу нарсаларнинг шакли ҳам қийшиқ ва ноаниқ бўлиб кўринади. Галлюцинациялар нафақат психоз ёки неврозларда, балки бош мия пўстлогини таъсирлантирувчи органик касалликлар (масалан, ўсмалар) да ҳам кузатилиб, муҳим диагностик аҳамиятга эга бўлиши мумкин.

Эшитиш галлюцинациялари турли-туман бўлади. Товушлар жарангдор, бўғиқ, узоқ ё яқиндан, паст ё тепадан келгандек бўлиб туюлади. Шунга яраша бемор бошини ҳам товуш келган томонга буради ёки юриб боради. Вербал галлюцинациялар, айниқса, бемор учун хавфлидир. Ҳар томондан келувчи овозлар беморга таҳдид солувчи, буйруқ берувчи тарзда бўлиб, юриб бораётган автомобил тагига ташлаш, томдан сакраш, ўзига ёки бировга пичоқ санчиш, севимли фарзандини ўлдириш кабиларни буюради. Булар императив галлюцинациялардир. Овозларнинг энг хавфлиси – уларнинг ҳадеб такрорланаверишидир. Бу таниш ёки нотаниш одамнинг, аёл ёки эркак кишининг овози бўлиши мумкин. Овозлар бир марта пайдо бўлиб, тўхтаб ҳам қолади. Беморнинг қилган ишларини маъқулловчи ёки танқид қилувчи овозлар ҳам эшитилади. Тактил галлюцинацияларда бемор худди терисида бирор нарса ўрмалаб юргандек уст-бошини қоқаверади. Ҳид ва таъм билиш галлюцинацияларида бемор бадбўй нарсаларнинг ҳиди ва таъмини сезади. Гипногик галлюцинациялар бемор кўзини юмиб ухламоқчи бўлганда кузатилади. Бунда унинг кўз олдида ҳар хил қўрқинчли нарсалар, ҳайвонлар, ёмон одамлар намоён бўлади. Кўзини очса, улар йўқолади. Бу ҳолат болаларда ҳам тез-тез учраб туради.

Иллюзиялар деб, атроф-муҳитда аслида мавжуд бўлган нарса ва ҳодисаларни янглиш идрок қилишга айтилади. Демак, галлюцинациялардан фарқли ўлароқ, иллюзияларда идрок этилаётган нарсалар мавжуддир, лекин улар нотўғри қабул қилинади. Масалан, ерга тушиб ётган қора чопон узоқдан худди ухлаб ётган итдек, дўппи эса

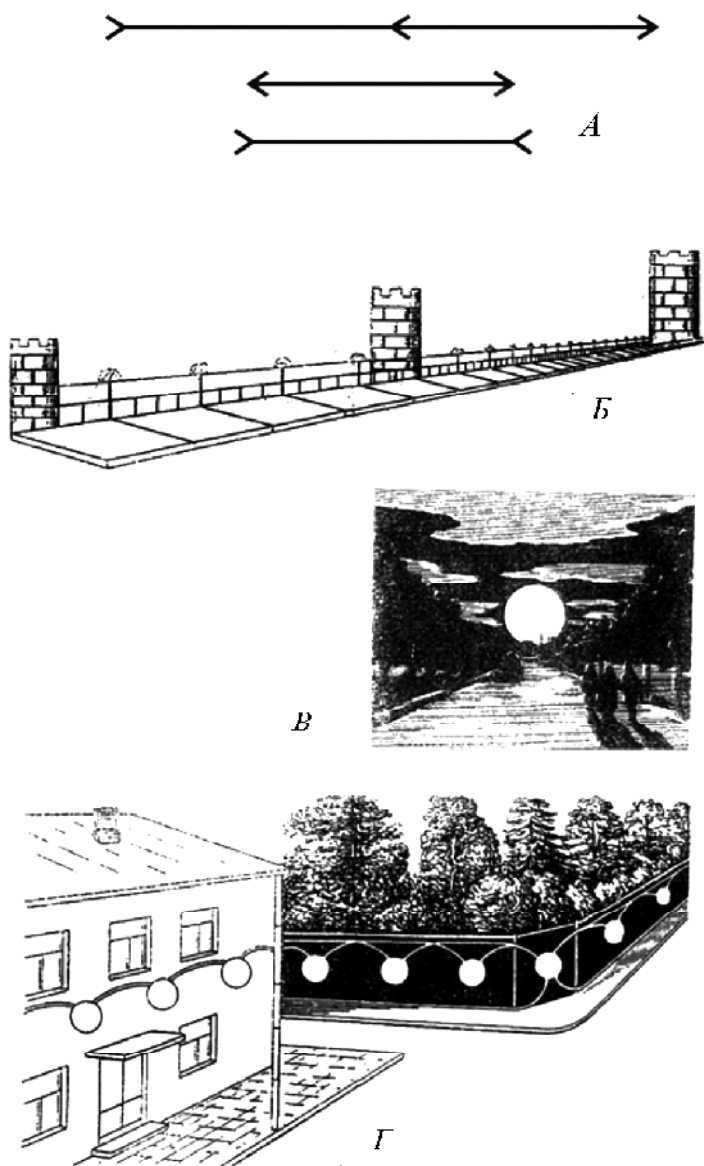
мушукдек, қоронғи хонада михга илиб қўйилган пальто худди ўғри тургандек туюлади. Иллюзиялар ҳам галлюцинациялар сингари кўрув, эшитув, ҳид ва таъм билиш турларига бўлинади. Иллюзиялар соғлом одамларда ҳам учраб туради. Масалан, қурилиш бўлаётган жойда ёғочларузоқдан худди эгри жойлашгандек, эшик ва деразалар қийшиқ қўйилгандек, девордаги чизиқлар эгри чизилгандек бўлиб кўринади. Баъзан, қурувчи буларнинг тўғрилигини махсус приборлар ёки дастгоҳлар билан текшириб кўриб ишонч ҳосил қилади. Иллюзиялар асосан руҳий ва асабий бузилишлар, айниқса, токсик энцефалопатиялар ва психозларда кўп кузатилади. Турли хил иллюзиялар 15-расмда акс эттирилган.

Вербал иллюзияларда бир неча одамнинг суҳбати беморга уни ғийбат қилаётгандек ёки фитнес уюштириш учун режа тузилаётгандек эшитилади. Иллюзиялар шизофрения касаллиги хуруж қилганда, делириоз ва онейроид ҳолатлар билан кечувчи касалликларда кўп кузатилади.

Психосенсор бузилишлар. Психосенсор бузилишларга деперсонализация, дереализация, анозогнозиялар киради. **Деперсонализация** синдромида бемор ўз шахсини янглиш идрок этади, яъни унинг тана си иккига бўлингандек, бири ўзига бўйсунмаётгандек ва бошқа одамнинг танасидек ҳис қилади. Уларда тана тузилишини тўғри идрок қилиш ҳам бузилади: кўли ёки оёғи катталашиб кетгандек, бировнинг кўлидек, ётган пайтлари ёнида кўл эмас, худди ёғоч ётгандек туюлади. Беморга «Ахир бу кўлингиз-ку, ёғоч бунақа бўлмайдик-ку», дейишса, «Тўғри, лекин мен кўлимни худди ёғочдек ҳис қилаяпман», дейди. Демак, уларда танқидий фикр сақланган бўлади. Деперсонализация синдроми бош миянинг ўнг ярим шари (ўнақайларда) зарарланганда кузатилади.

Дереализация – беморлар борлиқдаги нарсалар ва вазиятни танийдилар, бироқ бу вазият уларга бошқачадек туюлади. Атроф-муҳитдаги ҳамма нарсалар ноаниқ, бегона, тушунарсиз, гўёки парда билан ўралгандек туюлади, ўзи яшаётган жой ва у ердаги таниш одамларни ҳам бегонадек ҳис қилади. Деперсонализация ва дереализация шизофрения ҳамда эпилепсия касалликларида, депрессив ҳолатларда кузатилади.

Анозогнозиялар. Анозогнозия ўзидаги касаллик белгиларини англамаслик, деган маънони билдиради. Бош мия ўнг ярим шарининг париетал соҳалари зарарланганда кузатиладиган бу ҳолатларда бемор ўз танасидаги камчиликларни идрок қилмайди, яъни инкор қилади. Чап томони ишламай ётган бўлса-да, мен ҳозир юриб келдим, деб уқтиради.



15-расм. Иллюзиялар: А – бир хил узунликдаги чизиқларнинг калта ёки узун бўлиб кўриниши; Б – узокда жойлашган устуннинг узун бўлиб кўриниши; В – ботаётган ойнанинг катта бўлиб кўриниши; Г – қора фонда оқ чироқларнинг ёниб тургандек бўлиб кўриниши.

Сезги ва идрок бузилувчи касалликлар ҳақида неврология ва психиатрия дарсликларида батафсил маълумот берилган.

Назорат учун саволлар

1. Сезги ва идрокка таъриф беринг.
2. Сезги ва идрокнинг физиологик асослари ҳақида сўзлаб беринг.
3. Рецептор нима ва унинг қандай турларини биласиз?
4. Сезги бузилишининг қандай турларини биласиз?
5. Анализатор нима, унинг қандай турларини биласиз?
6. Идрок бузилишлари ҳақида нималарни биласиз?
7. Галлюцинация нима, унинг қандай турлари мавжуд?
8. Иллюзиялар ҳақида нималарни биласиз?
9. Деперсонализация ва дереализация нима?
10. Анозогнозияга таъриф беринг ва мисол келтиринг.

IV БОБ. ДИҚҚАТ ВА ХОТИРА

Инсоннинг яккаю ягона бойлиги – бу унинг хотирасидир.
Адам Смит

4.1. Диққат ҳақида тушунча

Диққат онгнинг бирорта объект ёки ҳодисаларга йўналтирилганлиги ва уларни танлаб қабул қилишга қаратилганлигидир. Табиийки, диққат руҳий жараённинг муваффақиятли кечишига ёрдам беради. Диққатнинг пасайиши руҳий фаолиятга халақит беради. Диққатни муайян объектга қаратсангиз, бегона таъсиротлардан чалғиган бўласиз. Сиз бирорта ишга қанчалик кўп берилсангиз, унга тегишли бўлмаган нарсаларга шунчалик кам эътибор берасиз.

Диққатнинг асосий хусусияти шуки, унинг объекти бирмунча аниқ ва равшан, ярқираган, бирмунча тиниқ ва бўртиб турадиган бўлади. Буни ҳар бир киши осонгина текшириши мумкин. Бирорта нарсага бир назар ташланг-да, бироздан сўнг диққатингизни яна шу нарсага қаратинг. Сиз шу заҳотиёқ нарсанинг илгари кўз илғамаган янги томонларини кўриб қоласиз, буюмнинг ўзи гўё ёритилгандек бўлиб қолади. Диққат нарса ва ҳодисаларни идрок этиш бўсағасини қисқартиради. Чунончи, гапга диққат билан қулоқ солсак, паст овозни ҳам бемалол эшитишимиз мумкин.

«Гапга диққат билан қулоқ солиш», «ҳидлаб кўриш», «синчиклаб қараш» каби иборалар диққатнинг буюмга қаратилганини ифода этса, «кўриш», «эшитиш» сингари тушунчалар сушт идрок этишни билдиради. Диққат ихтиёрсиз бўлиши мумкин, бунда бизнинг ишташ-истамаслигимиздан қатъи назар, теварак-атрофдаги нарса ва ҳодисалар тасодифан жалб этилади. Бундан фарқли ўлароқ, ихтиёрий диққат маълум нарса, у муайян мақсадга қаратилади.

Буюм ёки ҳодиса бирмунча батафсил ва чуқурроқ ўрганилганда, айнан ихтиёрий диққат асосий ўрин тутаяди. Дарвоқе, ихтиёрий диққат ихтиёрсиз диққатга айланиши мумкин ва аксинча.

4.2. Диққатнинг физиологик механизмлари

Барча руҳий жараёнлар сингари диққат ҳам бош мия фаолиятининг бир кўринишидир. Диққат жараёнида бош мияда нималар содир бўлади? Маълумки, турли хил вазифаларни адо этувчи кўпгина асаб хужайраларининг бир қисмигина диққат пайтида фаол ҳолатда бўлади.

Муайян фаолият билан машғул бўлган ва унга мослашган ана шундай ҳужайраларнинг йиғиндиси **асаб қўзғалишининг «маркази»** деб аталади. Нерв индукцияси тўғрисидаги қонунга мувофиқ, ушбу марказнинг атрофидаги ҳужайралари «мудроқ» ёки тормозланиш ҳолатида бўлади. Борди-ю, киши диққат билан тингласа, бу пайтда нутқ товушларини идрок этадиган ҳужайралар қўзғалган, яқин атрофдаги кўриш, сезиш, овқат ҳазм қилиш ва шу каби бошқа марказларнинг ҳужайралари тормозланган бўлади. Масалан, диққат билан тингловчининг қулоғига фақат нотик нутқи етиб боради. Бундан бошқа нарсаларга тингловчи эътибор қилмайди ёки сезмайди.

Тормозланган марказларга тушувчи сигналлар ўша марказ ҳужайралари қўзғалишини кучайтириши мумкин. Айни пайтда бегона, ортиқча таъсирлар диққатга халақит бериши ҳам, уни яхшилаши ҳам мумкин. Бундай механизм қўзғалишнинг асосий ўчоғи етарли кучга эга бўлгандагина амалга ошади. Кучли ўткинчи оғриқ бунга мисол бўла олади. Бунда ҳар қандай таъсир (қўнғироқ, товуш, ёруғлик) уни кучайтириши мумкин.

4.3. Диққатнинг бузилиши

Диққатнинг физиологик ва патологик толиқишлари фарқ қилади. Диққат узоқ вақт зўриқса, у толиқади. Фаолият қанчалик мураккаб ва мушкул бўлса, толиқиш шунчалик тез бошланади. Гап шундаки, диққат қилиш жараёнида маълум миқдорда энергия сарфланади, миянинг тегишли бўлимларида кимёвий ўзгаришлар кучаяди. Толиққан нерв ҳужайралари тикланиши учун вақт (дам) керак бўлади. Қандайдир иш, айтайлик, математик ҳисоблашлардан чарчаб, жисмоний иш ёки бошқа ақлий меҳнатга ўтилса ҳам мия дам олиши ва диққат бироз яхшиланиши мумкин. Демак, нерв ҳужайраларининг муайян ишга алоқадор айрим гуруҳларигина толиққан, бошқа функционал гуруҳлар эса чарчамаган бўлади. Бир нарсга ёки иш билан узоқ вақт шуғуллангандан кўра навбатма-навбат бир неча иш билан машғул бўлиш мақсадга мувофиқдир. Шу фикр-мулоҳазаларни ҳисобга олган ҳолда ўқув машғулотларини тузишда мазмунан бир-бирига ўхшаш фанлар, масалан, математикага оид фанларни бирин-кетин қўймаслик керак, ўз-ўзидан равшанки, машғулотлар алмашганда, диққатни муайян вақтгача сақлаб қолишга имкон яратилади. Акс ҳолда, умумий толиқиш юз беради ва кейинчалик диққат объекти алмашинуви фойда бермайди.

Катта алоҳида тафовутга эга бўлган диққатнинг физиологик толиқишидан ташқари, кўпгина хасталиклар, масалан, бош миянинг қон-томир касалликлари, мия жароҳатлари, турли заҳарланишлар-

дан сўнг ҳам диққатнинг патологик толиқиши кузатилади. Бемор диққатининг ортиқча толиққанини, унинг касалликка қадар бўлган иш қобилияти билан солиштириб кўриб аниқлаш мумкин. Етарли дам олиб, умумий қувватга киритувчи даволашдан сўнг диққат толиққанлиги ўтиб кетиши мумкин.

Диққатнинг бошқа тез-тез учраб турадиган бузилиши – унинг **чалғиганлигидир**. Диққат чалғишининг икки – **ташқи ва ички** тури мавжуд. Борди-ю, китоб ўқиб, варақларни санаганимизда, баён ипини йўқотганимизни пайқаб қоламиз, хаёлимиз эса китоб мазмунидан узоқлашиб, чалғиб кетади. Бу диққатнинг ички чалғиганлигидир. Бу ерда бизни ички кечинмалар чалғитади. Диққатнинг ташқи чалғиганлигига эса китоб ўқиш билан боғлиқ бўлмаган ташқи таъсирлар: эшикларнинг тарақлаши, узуқ-юлуқ гаплар ва ҳоказолар киради.

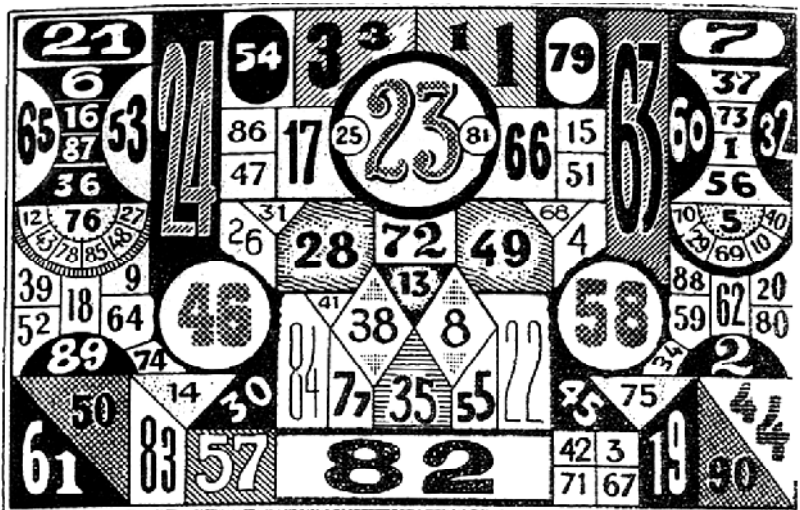
Толиқиш, материални тушунмаслик, объектга қизиқиш йўқлиги диққат чалғиганлигининг сабабларидан саналади. Бундан ташқари, кучли кечинмалар, ушалмаган орзу-ниятлар ички чалғиганликда алоҳида аҳамият касб этади. Улар мияда кўзғалиш ўчоғини яратади. Бунда диққатга алоқадор бирмунча кучсиз кўзғалиш ўчоғи, доминанта қонунига мувофиқ, мияда пайдо бўлган кучли кўзғалиш билан рақобат қила олмайди. Касал одамларда диққат чалғиши унинг ўз дардини ўйлаб нечоғлик ҳаяжонлангани, танасидаги оғриқлар ва хаёлдан кетмайдиган фикрлар пайдо бўлишига боғлиқ бўлади. Агар кўзғалувчанликнинг тегишли ўчоқлари яққол ифодаланган бўлса, диққатни зарур бўлган объектга жалб қилиш ҳам яхши ифодаланган бўлади.

Врач аҳволи оғир беморлар билан суҳбатлашар экан, уларни ўша суҳбат ёки маслаҳат мавзусига жалб этиш эҳтимоли жуда кам бўлишини ёдда тутиши лозим. Шунинг учун докторнинг сўзлари содда, лўнда ва тушунарли бўлмоғи керак, ана шундагина у бемор диққатини ўзига жалб қила олади. Диққат чалғиганини кўпинча **паришонхотирлик** деб ҳам аташади. Бу ҳолда у диққатнинг ташқи ва ички чалғиганлигига боғлиқ бўлади, у билан юқорида танишиб чиққан эдик. Бундай паришонхотир одам ташқи таъсирлар ва ўзга фикрлардан чалғиб, ўз диққатини узоқ сақлаб тура олмайди. Паришонхотирликнинг бошқа тури, аксинча, диққатни битта нарсага узоқ қаратишга алоқадор бўлади. Чунончи, ўз кашфиёти устида фикр юритаётган олим бунга шунчалик берилиб кетадики, унга қаратиб айтилган саволларни эшитмаслиги ёки пойма-пой жавоб қилиши, ёнидагиларга эътиборсиз бўлиши мумкин.

Паришонхотирликка қарши курашиш учун диққатга ҳалақит берувчи сабабларни имкони борича бартараф этиш лозим. Агар паришонхотирлик ва диққатнинг бошқа бузилишлари марказий асаб тизимининг касалликлари сабабли ривожланса, тегишли даво

чоралари ўтказилади. Бунинг учун бош мия пўстлоғида қўзғалиш ва тормозланиш жараёнларини идора этувчи дори воситалари, масалан, транквилизатор, психостимулятор ва ноотроплар тавсия қилинади. Ақлий меҳнат жисмоний меҳнат ва спорт билан биргаликда олиб борилса, диққат бузилишининг олди олинади.

Диққатни чиниқтириш ҳам мумкин. Бунинг учун турли машқлар мавжуд. Шулардан бири 16-расмда келтирилган. Унга қараб, иложи борича 1 дан 90 гача бўлган рақамни адашмасдан топиб чиқинг. Бу машқни ўртоқларингиз билан бажаринг. 90-рақамга тез етиб келган талабанинг диққати ўткир бўлади.



16-расм. Диққатни текширувчи ва чиниқтирувчи машқ-расм. Қисқа вақт ичида 1 дан 90гача бўлган рақамларнинг барчасини тартиб бўйича топинг.

4.4. Хотира ҳақида тушунча

Ўтмишда идрок қилинган нарса ва ҳодисаларни, тажрибани эслаб қолиш, эсда сақлаш, эсга тушириш ва унутиш каби руҳий жараёнларга **хотира** деб айтилади. Ҳар қандай кечинмани, ҳар қайси таъсирни одам қисқа ёки узок вақт мобайнида, ана шу воқеалар «изи» кўринишида ёдда сақлаб қолади. Биз сўз ва иборалар, шунингдек, тасаввурлар ҳолида тикланиши мумкин бўлган образларни эслаб қоламиз ва хотирада сақлаб юрамиз.

Хотиранинг учта асосий функцияси фарқ қилинади: **эслаб қолиш (эсда олиб қолиш)**, **эсда сақлаш** ва **эсга тушириш**. Шунингдек, унутиш ҳам хотира жараёнларидан бири ҳисобланади. Эслаб қолишда излар

орасидаги муваққат алоқалар муҳим аҳамият касб этади. Бу муваққат алоқалар ёки ассоциациялар шартли рефлекснинг бир тури ҳисобланади. Масалан, болага нотаниш нарса, дейлик кўзойнак, биринчи бор кўрсатилса, унинг номини айтиб бера олмайди. Лекин у аввал кўзойнакнинг тузилиши ҳақида эшитган бўлса, бу маълумот мияда хотира излари сифатида сақланиб қолади ва унга кўрсатилган кўзойнакнинг номини айтиб бера олади. Чунки кўриш образива «кўзойнак» сўзидан пайдо бўлган миядаги излар орасида шартли рефлектор боғланишлар, яъни ассоциациялар пайдо бўлади ва бунинг натижасида буюмнинг номи хотирада қайта тикланади. Демак, хотира жараёнида ассоциацияларнинг ўрни жуда каттадир. **Ассоциация** сўзи лотинча «associatio» сўзидан олинган бўлиб, бирлаштириш, боғлаш деган маънони англатади.

Эсда олиб қолиш муддатига қараб қисқа ва узоқ муддатли хотира фарқ қилинади. Ҳар қандай ахборот аввалига қисқа муддатли хотира сифатида сақланади. Агар мия тузилмаларида маълумот зарурлиги тўғрисида «қарор» қабул қилинса, у узоқ муддатли хотирага айланади. Акс ҳолда, қисқа муддатли хотиралигича қолаверади, яъни ахборот миядан ўчириб юборилади. Хотиранинг асосий турлари 1-жадвалда келтирилган.

Қисқа муддатли хотирада ахборот бир неча секунддан бир неча минутгача сақланади. Қисқа муддатли хотиранинг узоқ муддатлига ўтиши ахборотнинг нақадар зарурлигига ҳам боғлиқ. Масалан, биз телефон рақамлари битилган китобга қараб, ўзимизга керак бўлган рақамларни топиб терамиз. Агар бу рақам жавоб бермаса ёки бир марта гаплашгач, ўша рақамга қайтишнинг зарурати бўлмаса, биз уни узоқ муддат хотирамизда сақлаб қололмаймиз. Кейинчалик бу рақамни эслаш учун яна телефон китобини варақлашга тўғри келади. Мабодо, одам ушбу телефон рақамини узоқ вақт эслаб қолса, демак, шу рақам билан боғлиқ бўлган маълумот ўша одамда қизиқиш уйғотди ва бу рақам узоқ муддатли хотирага айланди.

Немис психологи Эббингауз тадқиқотларининг кўрсатишича, қисқа муддатли хотиранинг ҳажми 7 та элементга тенг экан. Агар одам 7 рақамдан ортиқ бўлган қандайдир сонни эслаб қолмоқчи бўлса, ушбу сонни икки-учта рақамга бўлиб ташлайди. Мабодо, талаба ўқув материални яхши эслаб қолишни истаса, у ушбу материални мазмун жиҳатдан бўлақлар (қисмлар) га ажратиб ўзлаштириши керак. Баъзи одамларнинг рақамларга, баъзиларнинг сўзларга хотираси кучли бўлади. Масалан, қуйидаги рақамлар тўпламини эслаб қолиш керак: 3912213354. Бу рақамларни эслаб қолиш мушкул, албатта. Лекин уларни 3-9-12-21-33-54 га бўлиб ташласак, эслаб қолиш осонлашади. Бунинг учун ҳар бир «→» дан кейинги рақам бир-бирига қўшиб борилаверади ($3+9=12$; $9+12=21$ ва ҳ. к.).

Хотиранинг асосий турлари

Хоҳиш-ирода, яъни ихтиёр бўйича		
Ихтиёрий	- ҳар қандай ахборотни хоҳиш бўйича эсда сақлаш. Ихтиёрий хотирада бирор бир мақсад кўзланган бўлади.	
Ихтиёрсиз	- ҳар қандай ахборотни ихтиёрсиз равишда эслаб қолиш (хоҳиш-иродага боғлиқ бўлмаган ҳолда ахборотларнинг автоматик тарзда эсда қолиши).	
Ахборотларнинг сақланиш муддати бўйича		
Лаҳзали	- ҳар қандай ахборотнинг бир лаҳзагина эсда қолиши. Одатда ихтиёрсиз хотира учун хос.	
Қисқа муддатли	- ҳар қандай ахборотнинг бир неча сониядан бир неча дақиқагача эсда қолиши (сўзлар, жумлалар, объектлар, воқеалар ва ҳ.к.). Ахборотнинг сенсор излари эсда қолади.	
Узоқ муддатли	- ҳар қандай ахборот (ихтиёрий, ихтиёрсиз) чекланмаган вақт ичида ёки умрининг охиригача эслаб қолинади. Масалан, ўзи ёки яқинларининг исми, яшаш жойи, она тили, туғилган куни, аянчли воқеалар, яхши ўзлаштирган материали, касбий маҳорати ва ҳ.к. Бу ерда семантик жараёнларнинг иштироки жуда юқори.	
Оператив	- хотиранинг мақсадли (ихтиёрий) тури бўлиб, ахборот маълум бир вақтгача, яъни олдиндан белгиланган вақтгача эслаб қолинади. Унинг қанча вақт эсда қолиши олдинга қўйилган вазифанинг бажарилишига боғлиқ. Масалан, тест саволларини ёдлаш, биров билан учрашиб ўзига керак бўлган ишни ҳал қилиш ва ҳ.к. Бу вазифалар бажарилганидан сўнг ахборот хотирадан ўчиб кетади ёки унинг излари қолади.	
Хотира жараёнида анализаторларнинг устунлиги бўйича		
Хотира турлари	Қайси анализатор устунлик қилади?	Бош миyaning қайси соҳаси кўпроқ маъсул?
Кўрув	Кўрув анализатори орқали қабул қилинган ахборотларни эслаб қолиш. Хотиранинг энг кучли тури.	Энса бўлаги
Эшитув	Эшитув анализатори орқали қабул қилинган ахборотларни эслаб қолиш. Хотиранинг бироз суст тури.	Чакка бўлаги

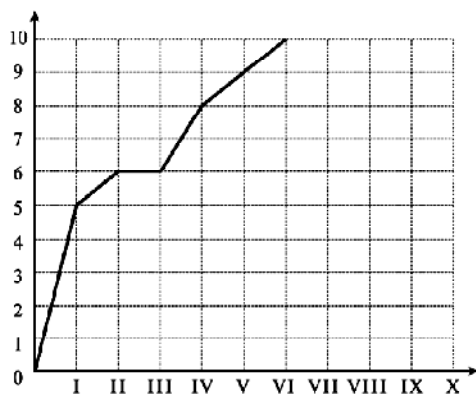
Ҳаракат	Ҳаракат анализатори орқали қабул қилинган ахборотларни эслаб қолиш. Масалан, асосан ҳаракат фаолияти орқали бажариладиган ишлар (тиббий муолажалар, устачилик ва шу каби жисмоний фаолият турлари).	Олдинги марказий пушта ва премотор соҳа
Умумий сезги	Умумий сезги (оғриқ, ҳарорат, тактил) анализаторлари орқали қабул қилинган ахборотларни эслаб қолиш.	Орқа марказий пушта ва париегал пушталар
Ҳидлов	Ҳидлов анализатори орқали қабул қилинган ахборотларни эслаб қолиш. Масалан, гулнинг ҳиди, атирнинг ҳиди ва ҳ.к.	Асосан гиппокамп пуштаси
Таъмбилиш	Таъм билиш анализатори орқали қабул қилинган ахборотларни эслаб қолиш. Масалан, аччиқ, шўр, ширин ва ҳ.к.	Асосан гиппокамп пуштаси

Қисқа муддатли хотирада материал ёдда қолиши учун унинг ҳажми унча катта бўлмаслиги керак. Масалан, рекламада бу қоидага жуда амал қилишади. Шунинг учун ҳам рекламаларда узундан-уzun матнлар учрамайди. Бемор билан суҳбатлашаётган врач қисқа ва лўнда жумлаларни ишлатиши керак. Ана шунда врачнинг тавсиялари беморнинг ёдида узоқ вақт сақланиб қолади. Ҳар доим зарур сўзларга алоҳида урғуларни ишлатган ҳолда гапириш мақсадга мувофиқдир. Эслаб қолишда урғули сўзлар хотирада асосий ахборот сифатида сақланиб қолади. Бошқа сўзлар эса фақат шовқинни англатади. Бу усул гипнозда кўп қўлланилади.

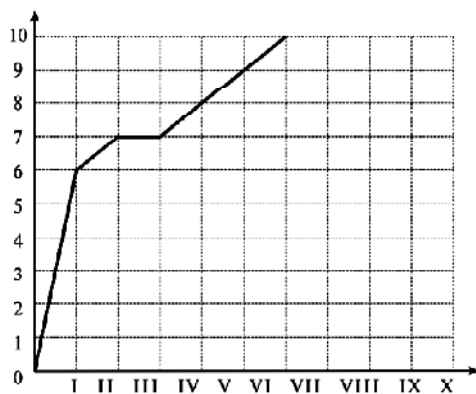
Шуни таъкидлаб ўтиш лозимки, узундан-узоқ гапирувчи нотиқлар, кўпинча, жумлаларни грамматик жиҳатдан нотўғри талаффуз қилишади, яъни жумла бошланиши унинг охирига москелмайди, чунки ана шу жумлани талаффуз этиш пайтида одам унинг бошланишини унутиб қўяди. Кўп бўғинли сўзларни ҳам худди шундай эслаб қолиш қийин.

Қисқа муддатли хотира жараёнларини ўрганишда психологлар кўп тадқиқотлар ўтказишган. Ахборот қисқа муддатли хотирадан қандай қилиб узоқ муддатлига ўтиши мумкин?

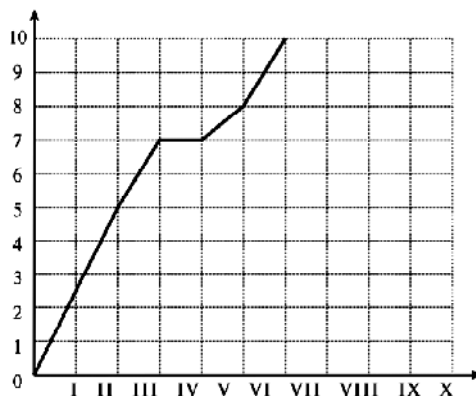
Дастлаб ахборот қисқа муддатли хотира блокларига тушади, бу блокларга асаб ҳужайраларининг муайян гуруҳлари хизмат кўрсатади. Ана шу блокларда сақланиб турган ахборот кейинчалик узоқ муддатли хотира блокларига ўтади. Лекин ҳамма вақт ҳам шундай бўлавермайди. Қисқа муддатли хотира узоқ муддатлига айланиши



A



B



B

17-расм. Эббингауз усули бўйича соялом одамларда 10 та сўздани борат қаторни ёд олиш ва қайта эсга тушириш: А – фақат ўзбек тилидаги сўзлар; Б – ўзбекча-русча аралаш сўзлар; В – фақат рус тилидаги сўзлардан иборат қатор. Абсцисса ўқи бўйича тажриба кетма-кетлигини кўрсатувчи рақамлар; ордината бўйича ёдга туширилган сўзлар сони (З.Р. Ибодуллаев тажрибаси, 2001).

учун ахборот «танланади». Табиийки, узоқ муддатли хотира блокларининг ахборот излари асаб ҳужайраларида ўта турғун жойлашган бўлади. Бу жараён хотиранинг ана шу икки тури билан чекланмаса керак, деган фикрлар мавжуд. Чунончи, ўта қисқа муддатли ёки оператив хотира ҳам фарқ қилади. Матн босувчининг хотираси бунга мисол бўла олади, у хотирасида атиги бир неча сўзларни клавиатурада босилгунгача сақлаб қолади, холос. Шуни айтиб ўтиш лозимки, қисқа муддатли хотиранинг узоқ муддатлига ўтиш механизми етарли ўрганилмаган, лекин бу жараёнда такрорлаш асосий аҳамиятга эгадир.

Шу ўринда одам ўз она тили ва бегона тилда айтиладиган сўзларни қанча вақтгача эслаб қолиши ҳақида сўз юритсак. Баъзи мутахассислар ўз она тилидаги сўзлар яхши эслаб қолинишини таъкидлашади. Бу, албатта, узоқ муддатли хотирага тааллуқли. Лекин қисқа муддатли хотирада-чи? Бу саволга жавоб топиш учун Москва Давлат университети ва бошқа баъзи хорижий институтларда тадқиқотлар ўтказилган ва турли хил натижалар олинган.

З.Р. Ибодуллаев (2001) шу тажрибани рус тилини яхши биладиган ўзбек талабалари орасида ўтказди.

У соғлом ўзбек талабаларига ўзбек ва рус тилидаги 10 та сўзни (5 та ўзбек + 5 та рус тилида) ёдлатиб, қайта эсга туширишни Эббингауз усули билан текшириб кўрди (бундан олдин фақат ўзбек, сўнг рус тилидаги сўзлар қатори ёдлатиб текшириб кўрилди ва деярли бир хил натижа олинди). Талабалардан қоидага биноан маъножиҳатдан бири-бирига ўхшаш бўлмаган сўзлар (масалан, *уй, вода, ҳаво, зима, қовоғ, трава, барг ва ҳ.к.*) ни ёдлаш ва қайта эсга тушириш сўралди. Тажриба бир неча бор қайтарилди. Талабалар ёдлаган ва қайта эсга туширган ўзбек ва рус тилидаги сўзлар сони деярли бир хил бўлиб чиқди (17-расм). Фақат ўзбек тилидаги сўзлар (**A**), ўзбекча-русча аралаш сўзлар (**B**) ва фақат русча сўзлар (**B**) билан ўтказилган тажрибада ҳам натижалар деярли бир хил бўлди. Демак, айнан ўзбек ва рус тили билан боғлиқ бўлган мана шу тадқиқотда қисқа муддатли хотира учун тилнинг аҳамияти аниқланмади. Бироқ бу ерда рус тилидаги сўзлар табиғлиги ва тушунарли эканини ҳам эътиборга олиш керак.

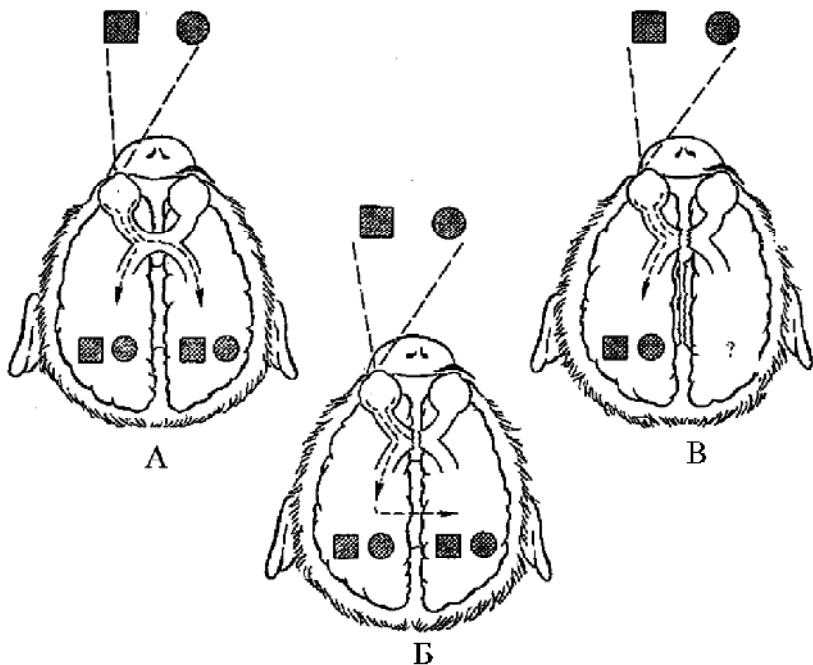
4.5. Хотира механизмлари

Хотира бош мианинг умумий функцияси бўлиб, уни таъминлашда деярли барча анализаторлар ва мианинг барча тузулмалари иштирок этади. Тадқиқотчи олимлар фикрича, инсоннинг асаб тизимида секундига 3 млрд.га яқин импульслар пайдо бўлиб туради.

Шулардан 2 млрд.га яқини мияга кўрув анализаторлари орқали тушади. Хотира механизмлари ҳақида жуда кўп таълимотлар мавжуд бўлиб, уларнинг деярли барчаси хотира механизмларининг сирларини тўла-тўқис очиб бера олмайди. Ҳозирги кунда нуклеин кислоталарнинг ирсий ахборотни сақлаш ва ирсий белгиларни уза-тишда тутган ўрни беқиёслиги тасдиқланган. Айниқса, РНК хотира жараёнида бевосита иштирок этади, уни айрим олимлар специфик протеинлар кўринишидаги нейронал тузилмалар ичида ўрнашган, деб ҳисоблайдилар. Тадқиқотчилар фикрига кўра, липопротеинлар «хотира моддаси» саналади. Олимлар ана шу моддаларнинг митохондриялар, ядроча ва ҳужайранинг бошқа бўлимларида кузатилувчи физик-кимёвий хоссаларини ўрганиб, нейрондан келувчи ахборотга биринчи навбатда митохондрия рибонуклеотидлари жавоб беришини исботлашган. Маълумот қабул қилингандан сўнг нейронларда турли хил кимёвий ўзгаришлар содир бўлади, яъни ҳужайра ядроси биологик фаол бўлган моддаларни цитоплазмага отиб чиқаради. Шундай қилиб, нейрон ахборотни қабул қилар экан, шу заҳотиёқ уни ёдда қайта ишлаб чиқади. Олимлар фикрича, қабул қилинаётган ҳар қандай ахборот соф кимёвий жараёнлар ҳисобига эмас, балки ҳужайра ядроси хромосомалари айрим соҳалари конфигурациясининг ўзгариши ҳисобига ёдда қолади. Ҳозирги вақтда илм-фан хотирани гистокимёвий ва генетик тадқиқ этиш даражасига етди. Бу истиқболли йўналишлардан биридир.

Таниқли нейрохирург У. Пенфилд (1959) мия пўстлоғини махсус электродлар билан таъсирлантириб, хотира механизмларини ва унинг патологиясини ўрганган ва қизиқ маълумотлар тўплаган. Тажриба пайтида бемор аввал бўлиб ўтган, лекин унутиб юборган воқеалар ҳақида гапирган ва булар кейинчалик тўғри бўлиб чиққан. Шунингдек, мия пўстлоғининг муайян соҳасига электр билан таъсир эттирилганда, беморнинг хотирасида бир замонлар черковга боргани тикланган. Ана шу соҳа такроран таъсирлантирилганда, яна худди шундай эслаш пайдо бўлган. Хотира излари ана шундай фаоллашуви мия пўстлоғининг ўнг ёки чап чакка соҳаси таъсирлантирилганда содир бўлади.

Бу тадқиқотлар натижасида бош миянинг чакка бўлимлари хотира жараёнининг асосини ташкил қилади, деган фикр келиб чиқмаслиги керак, албатта. Бош мия катта ярим шарлари пўстлоғининг кўпгина соҳалари хотира жараёнида иштирок этади. А.Р. Луриянинг (1959–1973) хотирани ўрганиш бўйича нейропсихологик тажрибалари буни исботлаб берган. Шунингдек, ҳайвонларда чакка бўлакчаси олиб ташланганда, хотира бузилишлари рўй бермаган, улар ўргатишга қобилиятли бўлган.



18-расм. Яримшарлараро оптик импульсларни ўтказиш механизмларини ўрганиш учун мушуклар билан Сперри ўтказган тажрибалар (1964). А – битта кўз боғлиқ бўлса-да, импульслар хиазма орқали иккинчи ярим шарга ўтказилади; Б – агар бир кўзни боғлаб, хиазмани кесиб қўйса ҳам, импульслар тарғил тана орқали иккинчи ярим шарга узатилади; В – бир кўзни боғлаб, хиазма ва тарғил тана кесиб қўйилса, кўрув импульслари иккинчи ярим шарга ўтмайди, яъни бир кўздан қабул қилинган импульс миянинг ўшато мондаги ярим шарига тушади, холос.

Бош миянинг чап ва ўнг ярим шарларининг хотира ва бошқа психологик жараёнларда иштирокини алоҳида ўрганиш мақсадида Калифорниядаги технология институтида мушукларда қизиқарли бир тажриба ўтказилган (Р. Сперри, 1964). Мушукларда ҳам худди одамлардаги каби кўрув импульсларини ўтказувчи хиазманинг ички толалари кесишган бўлади ва бунинг натижасида бир кўздан тушувчи импульслар бош миянинг иккала ярим шарига ҳам узатилади (18-расм, А, Б, В). Шунинг учун бир кўзни боғлаб қўйиб, иккинчи кўз орқали узатилган импульс иккала ярим шарда ҳам қабул қилинади (А). Тажриба хиазманинг ички толалари кесиб қўйилиб ўтказилганда ҳам, битта кўз орқали юборилган импульслар миянинг иккала ярим шарида ҳам акс этган. Чунки миянинг биринчи ярмига тушган кўрув

импульслари тарғил тана орқали унинг иккинчи ярмига узатилади (Б). Кейин тажриба хиазмани ҳам, тарғил танани ҳам кесиб қўйиб ўтказилади. Бунинг натижасида биринчи ярим шарга узатилган кўрув импульслари иккинчи ярим шарга ўта олмайди (В). Демак, тарғил тана орқали ахборотлар бир ярим шардан иккинчисига ўтиб, бош мия пўстлоғида хотира изларини қолдирар экан.



19-расм. Таламусга қон қуйилган беморнинг компьютер томографияси

Шунга ўхшаш тажрибалар маймунларда ҳам ўтказилган. Уларда ўзига хос «шахсиятнинг иккига бўлиниши» юз берган. Ушбу тажриба ўтказилган маймун бир кўзи билан илонга қараб туриб, ундан қўрққан бўлса, иккинчи кўзи уни кўрганда, қўрқмай қараб тураверган.

Хотиранинг кескин бузилиши гиппокамп ва сўрғичсимон тана зарарланишларида ҳам яхши ўрганилган. Гиппокамп икки томонлама олиб ташланган беморга бир неча топшириқни эслаб қолиш таклиф этилганда, уларни осонгина эсда сақлаган. Лекин бир неча дақиқа ўтгач, уларни мутлақо унутиб юборган.

Кўрув дўнглиги (таламус) га қон қуйилган Н. исмли бемор 7 йил мобайнида кузатувимизда бўлган (З.Р. Ибодуллаев, 2001–2007). У инсультдан сўнг воқеа ва ҳодисаларни тез фурсатда унутадиган бўлиб қолган эди, яъни у ҳозиргина бўлиб ўтган воқеаларни 5-10 дақиқа ўтгач, мутлақо унутиб юборарди. Инсульт бўлгунига қадар юз берган барча воқеаларни эса эслаб, батафсил сўзлаб берса-да, уни 5 йилдан буён назорат қилаётган бўлсамда менинг юз тузилишим, ёшим, исми ва берилган тавсияларимни эсида сақлаб қолмасди. Бемордан 5-10 дақиқадан сўнг қандай текширувлар ўтказдим деб сўраганимда, ҳеч бирини айтиб бера олмасди, яъни ахборот тезда унутилди. Бу ҳолат Корсаков амнезиясининг бир клиник кўринишидир. Бемор бош миясининг компьютер томографияси 19-расмда келтирилган.

Хотира жараёнини таъминлашда пўстлоқ ости тузилмаларининг ҳам ўрни катта. Одам миясига олтиндан тайёрланган электродларни чуқур жойлаштириб, хотира муаммосига доир бир қатор қизиқарли қонуниятларни очиб беришган. Тажрибаларда кўрсатиб берилишича, одамнинг мияси маълум бир вақт ичида фақат битта, муайян фаолият билан машғул бўлади. Кўпгина тажрибаларга асосланиб, пўстлоқ ости

тузилмаларининг хотирада ахборотни ушлаб туришида таламуснинг вентрал ядроси, оқ шар ва думли ядро иштироки аниқланган.

Умуман олганда, хотира механизмларини ўрганишга доир турли хил назария ва ёндашувлар мавжуд, лекин улар етарли даражада мукамал эмас.

4.6. Эслаб қолиш

Эслаб қолиш хотиранинг биринчи босқичи бўлиб, **ихтиёрсиз ва ихтиёрий** бўлади. Кундалик кузатувлар ва махсус тажрибалардан маълумки, ахборотнинг зарурлигини англаган одамларда эслаб қолиш дурустроқ бўлади. Материални тушуниб олиш эслаб қолиш учун янада катта аҳамият касб этади. Тушунарсиз ёки яхши тушунилмаган материални эслаб қолиш мушкулроқ ва аксинча, аниқ мисоллар келтирилган материални пухта эгаллаш ва эслаб қолиш осон бўлади. Масалан, керакли материални одам кераксизига қараганда 9 маротаба яхшироқ эслаб қолар экан. Ўқитиш жараёнида ўқувчилар диққати ўргатилаётган материалга далиллар билан қаратилса, янада яхшироқ эслаб қолинади. Бу усулдан, айниқса, назарий илмларни ўқитишда унумли фойдаланиш керак. Масалан, бирон-бир клиник масала етарлича тушунарли бўлмаса, уни эслаб қолиш мушкул, албатта. Бироқ, бу масалани ўрганиш мобайнида талабалар бевосита иштирок этишса ва тушуниб боришса, уни яхши эслаб қолишади.

Эслаб қолиш ўрганилаётган нарсанинг нақадар қизиқарли ёки зарурлигига ҳам боғлиқ. Қизиқарли ёки қизиқарсиз китобни ўқиб бунга иқрор бўлиш мумкин. Шунингдек, одамда муайян ҳис-туйғуларга сабаб бўладиган воқеалар осонроқ эсда қолишини юқорида айтиб ўтган эдик. Жуда ҳам кучли ҳаяжонга келтирувчи воқеалар эса кўпинча, бутун умр эсда сақланиб қолади.

Маълумки, эслаб қолиш турли хил анализаторлар орқали амалга оширилади. Материални идрок этишда қатнашувчи рецепторлар ва анализаторлар нечоғлик кўп бўлса, эслаб қолиш шунчалик соз бўлади. Ҳақиқатан ҳам қандайдир тиббий мосламанинг тузилиши ва ишлаш услубини яхши эслаб қолиш учун у ҳақда эшитиш (эшитув анализаторлари), чизма ва моделларни кўриб чиқиш (кўрув анализаторлари), унинг қисмларини йиғиш ва ажратиш (кинестетик сезги) да иштирок этиш керак. Мактабларда кўрғазмали ўқитиш мақсади ҳам ана шу механизмларга асосланган бўлади.

Конспект ёзишни тўғри ташкил этиш эслаб қолишнинг муҳим шартларидан биридир. Фақат тўғри ёзилган конспект матни яхши

эслаб қолинади. Конспект ёзганда китобдан матнни англамасдан туриб дафтарга қисқартирган ҳолда кўчириб қўйиш материални эслаб қолишда қийинчилик туғдиради. Бунинг учун уни бир ёки бир неча марта ўқиб чиқиш ўта фойдалидир.

Материални яхши тушуниб олгандан сўнг конспект қилинса ёки диққат билан қайта-қайта ўқилса унинг мазмуни яхши эслаб қолинади ва хотирада узоқ вақтгача сақланади. Материални қайта-қайта ўқиш орасидаги вақт эса уни ўзлаштиришда катта аҳамият касб этади. Тажриба пайтида синалувчилардан матнни тўла эслаб қолиши учун ҳар ярим соатда, ҳар икки соатда ва бир кунда бир марта қайта ўқиш талаб қилинган. Аниқланишича, матнни ҳар ярим соатда қайта ўқишда уни эсда олиб қолиш учун 11 марта такрорлаш, орада икки соат танаффус қилиб ўқилса, 7 марта, кунига фақат бир марта ўқилса, атиги 4 марта такрорлаш керак бўлар экан. Бундан хулоса шуки, матн яхши ёдда қолиши учун такрорлаш орасидаги вақт узоқроқ бўлиши мақсадга мувофиқдир.

Ҳозирги кунда ўқитиш муассасаларида берилган материални яхши эслаб қолиш устида кўп тадқиқотлар олиб борилмоқда. Чунки яхши эслаб қолинган материални тушуниш осон бўлади. Бунинг учун кўпгина ўқув масканларида, айниқса, институт ва университетларда янги педагогик технологиялар кенг жорий қилинмоқда. Бу ерда Конфуцийнинг қуйидаги сўзларини келтириш мақсадга мувофиқ: *«Мен эшитаман-у, унутиб қўяман, мен кўраман-у, эслаб қоламан, мен амалда бажараман-у, тушуниб оламан!»*. Бу сўзларни илмий таҳлил қиладиган бўлсак, файласуфнинг нақадар ҳақ эканлигига иқрор бўламиз. Чунки, биринчи ҳолатда, яъни эшитганда мияга ахборот фақат эшитув анализаторлари орқали узатилади. Эшитиш билан боғлиқ бўлган хотира эса одамда жуда суст ривожланган. Ундан бирмунча яхши ривожланган хотира бу кўрув хотирасидир. Лекин ўқувчи ўқиса, бошқа ўқувчи билан мунозара қилса, матнда берилган маълумотлар устида ишласа ва турли хил «ўйин» машғулотларини ўтказса, материал узоқ вақт ёдида қолади.

Шу ўринда мактаб ва институтларда кенг жорий қилинган тест имтиҳонлари ҳақида тўхталиб ўтмоқчи эдим. Тест саволларини ёдлаш талаба учун кўпинча, қисқа муддатли хотира сифатида ўтиб кетади. Бунинг сабаби унинг имтиҳон ўтгач, миядан ўчирилишидир. Агар тест саволларига мантиқан ёндашилса ва ҳар бир савол устида талаба фикран ишласа, унинг жавоби узоқ муддат ёдида қолади.

Қуйидаги жадвалда эслаб қолиш ва ёдга тушира олиш лаёқати келтирилган.

Ахборотни қабул қилиш йўллари ва уларни қайта ёдга тушириш лаёқати

Ахборотни қабул қилиш йўллари	Ёдга тушириш (%)	
	3 соатдан кейин	3 кундан кейин
Оғзаки	25	10
Ёзма	70	20
Оғзаки-ёзма	80	60
Турли «ўйинлар»ни қўллаган ҳолда материал устида фаол ишлаш	90	70

Шуни таъкидлаш лозимки, сезги аъзоларимиз орқали таъсир қиладиган барча нарсалар эсда қолавермайди. Эслаб қолиш жараёни дастлаб идрокнинг бевосита давоми сифатида кўрилади. Аввало ҳар бир нарса ёки ҳодисанинг аниқ кўзга ташланиб турадиган элементлари яхши эсда қолади.

Ахборотнинг хотирада сақланиши унинг турига ҳам боғлиқ. Мутахассислар семантик ва эпизодик хотира турларини фарқлашади. **Семантик хотира** – маъно ҳақида маълумот берувчи хотира тури ҳисобланади. Масалан, Зигмунд Фрейд тадқиқотчи олим, психоанализ ҳақидаги таълимот асосчисидир. З. Фрейд тўғрисидаги ахборот маъно ва мазмун кўринишида сақланади. У бирор илмий йўналиш бўйича машҳур бўлган олим. Баъзан ушбу олим илмнинг қайси соҳаси бўйича машҳур бўлганлигини одам яхши эслаб қолса-да, унинг исмини унутиб қўяди. Олимнинг фамилияси ёки исмини эсламоқчи бўлса, у «Ҳалиги олимнинг фамилияси нима эди, у кўп танқидга учраган, машҳур невролог бўлган-ку?!» дейди-ю, олимнинг исмини ҳеч эспай олмайди. Бу – семантик хотира бузилишининг бир туридир. Эпизодик хотирада бирор-бир воқеанинг бўртиб турган қисми эсда қолади. Масалан, кўчада бировни машина уриб кетди ва уни дарҳол касалхонага олиб кетишди. Бир қанча вақт ўтгач, унинг гувоҳи бўлган одамдан воқеанинг тафсилоти сўралса, гувоҳ фақат кимнидир машина уриб юборганини эслаб қолади, қолган нарсалар, яъни айнан қандай машина уриб юборгани, ҳайдовчининг кўриниши ва тахминий ёши, «тез ёрдам»ни ким чақирганини эспай олмайди.

Шундай қилиб, хотира мураккаб функционал система сифатида кўрилиши керак. Хотирада иккинчи даражали нарса ёки воқеалар

эслаб қолинмайди. Эслаб қолинган нарса ва воқеалар мияда синтез қилинади ва махсус кодга айланади. Кодланиш жараёни қисқа муддатли хотиранинг узоқ муддатлига айланишида муҳим аҳамият касб этади.

Хотирада ахборот кўпроқ оптик тасвирлар ҳолида яхши сақланади, чунки аксарият одамларда кўриш анализатори дунёни идрок этишининг етакчи тизими ҳисобланади. Шу боис эслаб қолиш усуллари билан бири хотира турларининг биргаликда бўлишидир. Кўриш, эшитиш, таъм билиш, тактил таъсиротлар билан боғлиқ хотира шулар сирасига кирилади.

Хотира жараёнлари одам учун ҳаммавақт муҳим бўлган. Хотира қадим замонлардан буён олиму фузалоларни қизиқтириб келган. Греklar хотирани мустаҳкамлаш учун мнемоника худосига сиғинишган. Барча инсонлар кучли хотирага эга бўлишни орзу қилишган. Кўпчилик одамлар олимларнинг хотираси кучли бўлади, дейишади. Бу ҳаммавақт ҳам ҳақиқатга тўғри келавермайди. Баъзи олимлар оламшумул кашфиётлар қилишса-да, хотираси жуда ёмон бўлган. Масалан, Ч. Дарвин хотирасида жиддий камчиликлар бўлган. Шундай бир воқеа тарихчилар томонидан ёзиб қолдирилган: 50 ёшдан ошган Ч. Дарвин хизматкорига ўзи ёзган «Турларнинг келиб чиқиши ҳақида»ги асарини ўқишни буюради. Ч. Дарвин тинглашга берилиб кетиб, шундай деган: «Қизиқ, қизиқ, буни қаранг-а, жуда яхши, бу асарни ким ёзган экан-а?» деб юборган. Ч. Дарвинда хотира ҳаммавақт ҳам заиф бўлган, лекин унинг аллома бўлиб етишишига бу халақит бермаган. Шу билан бир вақтда ақлан заиф, лекин хотираси кучли одамлар ҳам бўлади, аммо бундай хотира мантиқий эмас, кўпроқ механик хотира ҳисобланади.

Оммабоп адабиётларда хотираси ўта кучли бўлган одамлар таърифланган. А.Р. Лурия оддий ишда ишлайдиган, бироқ хотираси жуда кучли бир одамни деярли 20 йилдан ортиқ кузатган. У бир неча йил олдин юз берган воқеаларни майда-чуйда тафсилотларигача эслаб қолиб, батафсил айтиб бера олган. Масалан, уни текшираётган олим қандай шимда бўлган, хонанинг қайси бурчагида қандай нарсалар бор эди, об-ҳаво қандай бўлган ва бемор қандай услубда текширилган? У кишининг ақл-заковати оддий одамларникидек бўлган, унча мураккаб бўлмаган математик масалаларни еча олмаган, лекин ҳар қандай узунликдаги сонларни, бетартиб жойлаштирилган ҳарфларни ва мураккаб формулаларни бемалол ёдлаб қола олган. Уни огоҳлантирмасдан туриб сўралган ҳар қандай маълумотни 10-20 йилдан сўнг ҳам бемалол аниқ айтиб бера олган. А.Р. Лурия бу тажрибаларни доимо дафтарга қайд қилиб борган, лекин у кишида-

ги ноёб истеъдодни тушунтириб бера олмаган. Бу хотиранинг эгаси ахборотни образларнинг бутун бир мажмуи ҳолида эслаб қолган. Бундай хотира «синестезия» номини олган. Кўпинча, мусиқа асарларини яратиш ана шу қобилиятга асосланган бўлади.

4.7. Эсда сақлаш ва қайта эсга тушириш

Хотира «омбори» ихтиёрий ва ихтиёрсиз эслаб қолиш захираси билан мудом тўлиб боради. Кейинчалик ана шу материаллар эсда сақланиб қолади. Эсда сақланиб қолган маълумотлар маълум даражада ўзгаришга учрайди. Кўпгина объектлар ва воқеалар эса узоқ вақт ва ҳатто, умр бўйи хотирада қолади. Айтиб ўтганимиздек, эслаб қолиш унутиш билан узвий боғлиқдир. Ахборотларнинг ёддан кўтарилиши маълум даражада фойдалидир, чунки у хотирани кераксиз маълумотлардан халос этади. Айтайлик, киши ўз мажбуриятларини унутиб юборса, бу шубҳасиз, унинг ишга бўлган муносабатини билдиради. Айни вақтда руҳан соғлом киши муҳим ва унга ёқадиган воқеа ҳақида хабар олиб, уни унутиб юборишини тасаввур этиш қийин, албатта. Худди шу сабабга кўра бизни қизиқтирган одамларнинг исми-шарифи осонгина эсда қолади, қизиқиш бўлмаган тақдирда бу исмларни эслаб қолиш жуда қийиндир.

Қайта эсга тушириш асосида мияда сақланиб қолган хотира изларининг фаоллашуви ётади. Соғлом одамда конкрет шароитда унга зарур бўлган ахборот ёдда тикланади, қолган маълумотлар хотира захирасида тўпланиб ётади ва зарур пайтда қайта тикланади. Яхши эслаб қолинган маълумотлар ёдда тез тикланади. Қайта эсга тушириш организмнинг умумий ҳолатига ва инсоннинг руҳий саломатлигига ҳам боғлиқ.

Ихтиёрий ва ихтиёрсиз эслаб қолиш каби эсга туширишнинг ҳам ихтиёрий ва ихтиёрсиз турлари фарқ қилинади. Ихтиёрий эсга тушириш инсоннинг иш фаолиятида муҳим аҳамиятга эга. Ихтиёрий эсга тушириш инсоннинг иродаси, фикрлаш қобилияти ва руҳий саломатлигига боғлиқ. Ихтиёрсиз эсга тушириш эса инсоннинг хохишига боғлиқ бўлмаган ҳолда хотирада қолган изларнинг қайта тикланишидир.

Энди **унутиш** механизмлари билан танишиб чиқамиз. Унутиш хотира жараёнлари билан боғланган бўлади. Одам нега унутади? «Унутиш» атамаси илмий атама ҳисобланмайди, чунки бу сўз ахборот хотирадан ўчган, деган маънони беради. Ахборот хотирада аввалгидек сақланиши мумкин, уни одам бир қатор сабабларга кўра эслаб олмайди. Шу боис «унутиш» атамаси психологияда иккита ҳодисани англатади: ахборотнинг хотирадан ўчиши ва хотирадан

ахборотни топа билмаслик. Масалан, врач бирон-бир дорини бир неча йил мобайнида беморларга тавсия қилиб келди ва бу дорининг дозаси унга ёд бўлиб қолган. Энди врач бу дорининг ўрнига бошқа бир янги дорини тавсия қила бошлади ва бунинг оқибатида аввалги дорининг дозасини унутиб юборди. Хотирада янги ахборот гўёки эски ахборотдан «бўшаб» қолган жойни эгаллади. Бу унутишнинг биринчи сабаби. Бу ахборот яна қайта тикланиши мумкин, масалан, медитация ва транс ҳолатларида.

Ҳозирги кунда олимлар болаларда узоқ муддатли хотира қайси ёшдан бошлаб ишлай бошлашини аниқ айтиб беришга қийналадилар. Фараз қилинишича, бу жараён 2-2,5 ёшдан бошланади. Бу ёшгача бўлган ҳамма нарсалар хотирадан ўчар экан ёки умуман сохта хотираларда сақланар экан.

Хотира жараёнида фикрлаш бевосита иштирок этади. Врач беморни текшира туриб унинг шикоятларини эшитади, касаллик анамнезини йиғади. Касалликнинг хос белгиларини аниқлашда адашиб қолмаслик учун аввал бошидан кечирган касалликлари билан фикран солиштиради. Бу ҳолат врачга касалликнинг асл моҳиятини топиб олишга ёрдам беради. У беморга ёрдамчи саволлар бериб, касаллик тўғрисида ўзига зарур маълумотларни йиғиб олади. Чунки врачнинг фикри ташхисни тўғри қўйишга қаратилган бўлади. Врач беморнинг касали ҳақида маълумот тўплаган сайин кўп зиддиятларга дуч келиши мумкин. Унинг миясида турли ташхислар пайдо бўлади ва ниҳоят, уларнинг биттасида тўхталади. Биз бу мисол билан хотира жараёни қандай қилиб фикрлаш жараёни билан чамбарчас боғланиб кетганлигини кўрсатдик. Бу ҳолат маълумотларни эслаб қолиш ва эсга туширишда муҳим аҳамиятга эга.

4.8. Хотира патологияси

Организмда кечадиган турли хил касалликлар хотира бузилишига олиб келиши мумкин. Айниқса, асаб системасининг касалликлари ва руҳий хасталиклар, церебрал атеросклероз, Алцхаймер касаллиги, токсик энцефалопатиялар, сурункали алкоголизм, хуружлар билан кечувчи гипертония ва бир қатор дегенератив касалликларда хотира бузилишлари кўп кузатилади. Умуман олганда, бош миядаги интегратив жараёнларга салбий таъсир кўрсатувчи ҳар қандай касаллик хотиранинг бузилишига олиб келиши мумкин. Бунда, айниқса, эслаб қолиш кескин пасаяди.

Хотира бузилишлари ичида **конфабуляция** (сохта хотира) лар алоҳида ўрин тутади. Бунда бемор воқеаларни реал шахсий ҳаёт-

да бошидан кечиргандек туюлади, масалан, бошқа одамларнинг тажрибасини. Бу ҳолат пешона соҳаси зарарланганда ва оғир руҳий касалликларда кўп учрайди. Қуйидаги мисол бунга яққол далил бўла олади. Бош миянинг олдинги артерияси соҳасига қон қуйилган беморда конфабуляциянинг яққол белгиларини кузатган эдик. Бемордан «Кеча нималар қилдингиз?» деб сўраганимизда, у шундай деб жавоб берган эди: «*Мен кеча докторга бордим, у ерда менга уколлар қилишди, сўнг бир танишимникида меҳмон бўлдим, у мени уйга олиб келиб қўйди ва ҳоказо*». Аслида эса бемор уйдан касаллиги сабабли ҳеч қайёққа чиқмаган эди, чиқа олмасди ҳам. У бемор яна емаган овқатини едим, деган ва яна овқат сўраган эди.

Хотира бузилишининг энг кўп учрайдиган тури **амнезиядир**. Хотиранинг йўқолишига **амнезия** дейилади. Унинг қуйидаги турлари бўлади. **Антероград амнезия** – бемор касаллик ривожланган пайтдан бошлаб ҳеч нимани эслай олмайди. **Ретроград амнезияда** бемор касалликдан олдин бўлган воқеаларни унутиб қўяди. Чунончи, бемор автомашина ҳалокатида калла суяги шикастлангани учун ҳалокат ҳақида ҳам, унга сабаб бўлган сафар тўғрисида ҳам ҳеч нимани эслай олмайди. У турар жойи, қаерда ишлаши ва касбини ҳам унутиб юборади, уйланганини эсласа-да, лекин рафиқаси ким, болалари нечта ва уларнинг исмларини айтиб бера олмайди.

Ҳалокатдан сўнг бироз вақт ўтгач, юз берган воқеаларни биринкетин эслай бошлайди. Бош мияси қаттиқ жароҳатлангач, хотираси умуман йўқолганлар ҳам бўлади. Бундай пайтларда хотирани гипноз йўли билан қайта тиклаш мумкин.

Ретроград амнезияга учраган беморлар «ўтмишсиз одамлар»дир. Бу мавзу бадиий адабиёт ва кинофильмларда ўз аксини топган. Ретроград ва антероград амнезияларнинг биргаликда кузатилишига **антероретроград амнезия**, хотиранинг патологик тарзда кучайишига **гиперамнезия** дейилади ва бу ҳолат асосан руҳий касалликларда, айниқса, шизофренияда кўп учрайди.

Хотира бузилишининг яна бир тури бу **псевдореминисценциядир**. Бунда бемор хотирасидаги ахборотнинг унутилган жойини олдин бўлиб ўтган ҳодисалар билан тўлдиради. Масалан, шифохонада бир неча кундан бери даволанаётган бемор «Мен кеча концертга тушдим», дейди. Ҳақиқатан ҳам бемор концертга тушган, лекин бошқа вақт. Псевдореминисценция ҳам сохта хотирадир. Баъзан руҳий соғлом кишиларда ҳам худди шундай ҳодиса рўй бериб туради, яъни одамнинг ўнгидаги кечинмалар ва тушида кўрган воқеалар орасида аниқ-равшан чегара ўчиб кетади. Бунда тушдаги воқеаларни ҳақиқат-

да рўй бергандек, одам онгида тўлалигича ёки қисман сингиб қолади ёки реал воқеалар тушида кўргандек туюлади.

4.9. Диққат ва хотирани текшириш усуллари

Диққатни текшириш усуллари. Диққатни текшириш усуллари кўп бўлиб, уни қуйидаги синамалардан бошлаш мумкин. Агар талабалар хонада 2-3 кундан ошиқ дарс ўтаётган бўлишса, уларнинг диққатини якка тартибда текшириш мумкин. Синов талабаларни огоҳлантирмасдан тўсатдан ўтказилади. Бунинг учун талабалардан биттасига қуйидаги савол билан мурожаат қилинади: «Орқага ўгирилмасдан айтингчи, ушбу хонанинг орқа томонида нималар бор?» ёки талабанинг кўзи боғланади ва ундан ушбу хонада нималар бор, уларнинг сони нечта, улар қаерда ва қай тартибда жойлашганлиги сўралади. Синалувчи берган тўғри жавоблар сони қанча кўп бўлса, демак унинг диққати шунча ўткир бўлади.

Диққат ўткирлиги ва тезлигини текшириш усули. Синалаётган талабага қуйидаги саволлар билан мурожаат қилинади. Бу синамани 2 хил вариантда ёки 2 босқичда ўтказиш мумкин:

1) талабанинг кўзи боғланади ва у саволларга жавоб бера бошлайди;

2) талабага хонадаги нарсаларга бир кўз югуртириб (5 сония) кейин саволларга жавоб бериш буюрилади. Талаба тез-тез жавоб бериши керак. Агар синама бир нечта талабада ўтказилса, кимнинг диққати ўткирроқлигини аниқлаш учун секундомердан фойдаланилади. Барча талабалардан битта хонада синамани ўтказиш мумкин эмас, чунки улар хонадаги нарсаларни ёдлаб олиши мумкин. Диққат чарчаб қолмаслиги учун ҳазил-мутойибали саволлар ҳам бўлиши керак. Масалан:

1. Хонада нечта стул бор?
2. Нечта стол бор?
3. Хонадаги қизларнинг қўли нечта?
4. Хонадаги столларнинг оёғи нечта?
5. Нечта талаба ойна олдида ўтирибди?
6. Хонада нечта чироқ ёниб турибди?
7. Стол устида нечта китоб турибди, нечтаси очилган?
8. Нечта талаба галстук тақиб келган?
9. Чап томонда ўтирган талабаларнинг бармоқлари қанча?
10. Нечта қизшимда келган?

Шу ва шунга ўхшаш синамалардан кейин қуйидаги синамаларни ўтказиш мумкин.

1. Бурдоннинг корректура синамаси. Ушбу синама Бурдон томонидан 1895-йили тавсия қилинган ва ҳанузгача қўллаб келинади. Синама диққатни бир жойга жамлай олиш ва уни бир объектдан иккинчи объектга кўчириш қобилиятини текшириш учун қўлланилади. Синама жуда оддий бўлиб, уни ўтказиш учун махсус бланклар ва секундомер керак бўлади, холос. Синамани ўтказиш учун тасодифий равишда жойлашган йирик **рақамлар** ёзиб қўйилган бланк синалувчига кўрсатилади (3-жадвал). Талаб шундан иборатки, синалувчи ўзи хоҳлаган битта сонни (масалан, 8 ни), 60 сек ичида ўчириб чиқиши керак. Топшириқ: *«Сиз ушбу бланкдаги 8 сонларини вертикал йўналишда ўчириб чиқинг»*. Вақт белгиланади ва 60 секунддан сўнг топшириқни бажариш тезлиги, йўл қўйилган хатолар (баъзи 8 сонларининг ўчирилмай қолиши ёки бошқа сонларни ўчириб юбориш ва ҳ.к.) аниқланади. Синов натижалари ўчирилган сонлар ёки ўчирилмай қолдириб кетилган сонлар, бажариш учун кетган вақтга қараб баҳоланади (4-жадвал). Бу топшириқларни турли тарзда бериш мумкин. Шу йўл билан диққатнинг ўткирлиги, давомийлиги, чарчаш даражаси, бир топшириқдан иккинчи топшириққа ўтиш тезлиги баҳоланади. Синалувчи қанча кам хатога йўл қўйган бўлса, унинг диққати шунча ўткир ҳисобланади.

3-жадвал

Синалувчининг қўлига бериладиган бланк

<u>Исмшарифи</u>												<u>ёши</u>				<u>сана</u>						
1	4	5	7	3	9	6	4	6	3	3	3	6	8	4	6	3	3	3	6	8	6	4
5	8	1	3	4	7	5	5	5	6	4	4	4	0	5	5	6	4	4	4	0	5	5
7	4	2	5	6	2	4	6	2	7	8	6	7	8	6	2	7	8	6	7	8	4	6
8	3	5	7	8	3	6	2	4	8	9	8	3	6	2	4	8	9	8	3	6	6	2
6	8	4	2	6	8	7	3	5	3	6	9	4	3	3	5	3	6	9	4	3	7	3
4	6	3	3	3	6	8	7	8	4	2	1	5	4	7	8	4	2	1	5	4	8	7
5	5	6	4	4	4	0	8	6	7	3	2	3	7	8	6	7	3	2	3	7	0	8
6	2	7	8	6	7	8	7	5	2	8	3	2	9	7	5	2	8	3	2	9	8	7
2	4	8	9	8	3	6	5	5	5	5	4	3	6	5	5	5	5	4	3	6	6	5
3	5	3	6	9	4	3	3	3	6	4	6	4	3	3	3	6	4	6	4	3	3	3
7	8	4	2	1	5	4	4	5	4	6	8	2	4	4	5	4	6	8	2	4	4	4
8	6	7	3	2	3	7	8	4	3	5	4	4	8	8	4	3	5	4	4	8	7	8
7	5	2	8	3	2	9	4	6	3	3	3	6	8	4	6	3	3	3	6	8	9	4
5	5	5	5	4	3	6	5	5	6	4	4	4	0	5	5	6	4	4	4	0	6	5
3	3	6	4	6	4	3	6	2	7	8	6	7	8	6	2	7	8	6	7	8	3	6
4	5	4	6	8	2	4	2	4	8	9	8	3	6	2	4	8	9	8	3	6	4	2
8	4	3	5	4	4	8	3	5	3	6	9	4	3	3	5	3	6	9	4	3	0	5

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

4-жадвал

Натижаларни акс эттириш учун бланк (бу синовчида бўлади)

Кўриб чиқилган каторлар сони	Тўғри ўчирилган сонлар	Қўйиб юборилган сонлар (ҳарфлар, шакллар)

2. Крепелин бўйича ҳисоблаш қобилиятини текшириш усули. Ушбу усул 1895 йили Крепелин томонидан тавсия этилган ва ҳанузгача қўллаб келинади. Усул диққат тезлигини, турғунлигини ва диққатни бир объектдан (масаладан) иккинчи объектга кўчириш даражасини текшириш учун қўлланилади. Махсус бланкларга рақамлар устун-устун қилиб ёзиб чиқилади. Синалувчи ушбу рақамларни хаёлда бир-бирига қўшиши ёки бир-биридан айириши ва олинган натижаларни бланкда ёзиб бориши керак. Топшириқ бажарилганидан сўнг синовчи бажарилган ишни кўриб чиқади ва синалувчи йўл қўйган хатоларни текширади, яъни тўғри бажарилган топшириқлар ҳажми, топшириқни бажариш тезлиги, хатолар сони, бир устунни ечиб иккинчи устунга ўтиш тезлигини ва ҳ.к. Шу йўл билан диққатнинг деярли барча хусусиятларини, айниқса паришонхотирлик даражасини текшириш мумкин.

3. Шульте жадвалларида сонларни топиб чиқиш усули (5-жадвал). Махсус жадвалда сонлар хаотик тарзда жойлаштирилади (1 дан 25 тагача). Синалувчи барча сонларни биринчи сондан охириг сонгача овоз чиқариб кўрсатиб бериши керак. Синовчи эса сонларнинг тўғри кўрсатилаётганини ва топшириқнинг бажариш тезлигини назорат қилиб боради. Шу йўл билан диққат тезлиги, ҳажми, чалғиши ва чарчаш даражаси текширилади.

Шульте жадвали

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

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

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

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

4. Сонларни тескари тартибда айириб бориш усули Крепелин томонидан тавсия қилинган. Синалувчи 100 дан бир хил сонни айириб келади (Масалан, 100-3 ёки 100-7). Синалувчи топшириқни қандай бажараётганлиги назорат қилиб борилади, яъни тўхтаб қолиш, нотўғри айириш, бошқа рақамларни ишлатиб юбориш ва ҳ.к.

Хотирани текшириш усуллари

1. «Ўнта сўзни ёдлаш» усули. Синалувчига маъно жиҳатдан бири-бирига боғлиқ бўлмаган 10 та сўз айтилади ва синалувчи уларни ўзи хоҳлаган тартибда такрорлаб чиқиши керак. Масалан, *уй, олма, қалам, осмон, темир, от, гул, қогоз, дарё, ром*. Синалувчи барча сўзларни тўғри айтиб бўлмагунча, текшириш давом эттирилаверади, яъни синовчи 10 та сўзни яна қайта айтиб чиқади, синалувчи эса уларни яна такрорлайди. Олинган маълумотлар жадвалга қайд қилиб борилади (6-жадвал). Одатда 5-6 уринишдан сўнг барча 10 та сўз ҳам тўғри такрорланади. Агар 2-3 уринишдан кейин синалувчи барча 10 та сўзни ўзи хоҳлаган тартибда тўла айтса, демак, унинг **хотираси жуда юқори**, агар синовни 5-6 уринишдан кейин бажарса – **хотираси яхши**, агар 7-

8 уринишдан кейин бажарса – **хотираси биров сууст**, агар 9-10 уринишдан кейин бажарса ёки бажара олмаса, демак унинг **хотираси жуда паст** ҳисобланади. Ушбу сўзларни синалувчини огоҳлантирмасдан туриб 30 дақиқадан сўнг қайта айтиб беришни сўраш мумкин.

6-жадвал

10 та сўзни ёдлаш усули

Синов бланки

Исму шарифи _____ ёши _____ Сана _____

№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ортиқча айтиб юборган сўзи
	уй	олма	қалам	осмон	темир	от	гул	қоғоз	дарё	ром	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
30 мин сўнг											

2. Ҳикояларни такрор айтиб бериш усули. Синалувчига кичикроқ бир ҳикоя ўқиб эшиттирилади. Ҳикоя ўқиб бўлингандан сўнг синалувчидан уни такрор айтиб бериш ёки ушбу ҳикояни қоғозга тушириб бериш сўралади. Бунда синалувчи ҳикояни нақадар тўғри айтганлиги ёки тўғри ёзиб бергани текширилади. Синалувчи сўзларнинг ўрнини маъно жиҳатдан бошқа сўзлар билан алмаштирмай айтиши, сўзларни такрорламаслиги ёки жумлаларни тушириб қолдирмаслиги керак. Чунки хотира текширилаяпти. Синов бир марта ўтказилади.

3. Кўрув хотирасини текшириш усули. Синалувчига 10 та картон қоғозга чизилган турли хил геометрик фигуралар ва расмлар кўрса-

тилади. Масалан, ромб, учбурчак, тўртбурчак, жўжа, кўёш, пиёла, балиқ, соябон, миҳ, самолёт. Синалувчи уларни қоғозга чизиб бериши керак ёки номини ёзиши керак.

Назорат учун саволлар

1. Диққат нима?
2. Диққатнинг физиологик механизмлари нималардан иборат?
3. Диққатнинг қандай турлари мавжуд, уларга таъриф беринг.
4. Диққатнинг хусусиятларини сўзлаб беринг.
5. Диққатнинг физиологик ва патологик толиқишлари деганда нима тушунасиз?
6. Паришонхотирлик нима?
7. Хотира нима?
10. Хотиранинг асосий вазифалари нималардан иборат?
11. Хотира механизмлари ҳақида сўзлаб беринг.
12. Хотиранинг қандай турларини биласиз?
13. Амнезиянинг қандай турларини биласиз?
14. Конфабуляция ва псевдореминисценция орасида қандай фарқ бор?
15. Диққат қандай усуллар билан текширилади?
16. Хотирани текшириш усулларини санаб ўтинг.
17. Бир-бирининг диққат ва хотирангизни текширинг.

5.1. Умумий таъриф

Анализаторлар сезги аъзолари орқали одамни ташқи дунё билан боғлаб туради. Дунёни ўрганиш сезиш ва идрок қилишдан бошланади. Бизни ўраб турган борлиқни сезги аъзоларимиз орқали қабул қиламиз ва идрок этамиз, ҳодисалар ва нарсалар, улар орасидаги боғланишларни онгимизда акс эттираемиз, фикрлаймиз. Бу ҳақда биз ўтган бобларда маълумот бердик. Хўш, тафаккур нима? Унинг механизмлари нималардан иборат?

Ҳозирга қадар тафаккурнинг бир қанча назариялари мавжуд. Уларнинг баъзиларини келтириб ўтаемиз.

Бихевиоризм (инглизчада *хулқ-атвор* дегани) тарафдорлари фикрлашнинг хулқ-атворга оид назариясини илгари суришган, яъни «Тафаккур ҳам нутқ каби ҳаракат фаолияти билан боғлиқдир», дейишган.

Дарҳақиқат, лаб мушакларидан ёзиб олинган биотоклар мураккаб масалаларни ҳал этиш пайтида лаблар қимирлаб туришини кўрсатади. Масала нечоғлиқ мураккаб бўлса, электр фаоллиги шунчалик кучли бўлади. Бу фаолият, асосан, болалик даврида ривожланган бўлади. Бу борада ўтказилган тажрибалар натижаси бу фикрни рад этган. Кураре заҳари орқали мушакларни вақтинча фалаж қилишган. Бу тажрибада синаб кўрилганда электромиограммада ҳеч қандай ҳаракат қайд қилинмаган. Айни пайтда, синалувчиларга бирорта мантиқий масалани ечиш таклиф этилган. Улар бунинг уддасидан чиқишган. Демак, лаблар қимирламаслиги фикрлаш жараёнига ҳалқит бермаган.

Когнитив психология тарафдорлари оламни ва ўз-ўзини англаш жараёни дастлаб ҳиссиёт ва ҳаракат тусида бўлади, деб ҳисоблашади. Борди-ю, идрок этиш воқеликни бевосита ўрганишга ёрдам берса, тафаккур эса буюм ва ҳодисалардаги умумийликни акс эттириб, айрим буюмларга нисбатан умумлаштиришни қўллайдди. Бу – воқеликни бевосита эмас, балки билвосита ўрганишдир. Тафаккур идрок этиш ва тасаввурдан кўра кенгроқдир, уни биз тасаввур эта олмайдиган ҳодисалар қамраб олиши мумкин. Масалан, ерда ҳаётнинг пайдо бўлиши тўғрисида биз миллионлаб йиллар ҳақида фикр юритаемиз, ҳолбуки аслида миллион йил нималигини

тасаввур этиш амримаҳолдир. Ҳодиса (воқеа) лар, шу жумладан, сабаб-оқибат орасидаги алоқалар ва муносабатлар фош этилар экан, бу воқеалар ёки ҳодисаларни олдиндан билиш ва уларни бошқариш имконини беради.

Ҳодисалар ва сабаб-оқибат орасидаги муносабатлар шоирнинг куйидаги мисраларида ўз аксини топган:

Сен менга эл бўлмасанг,
Мен сенга эл бўлмасам,
Қачон бизнинг элимиз
Эл дегудек эл бўлар?!
Мен сен учун ўлмасам,
Сен мен учун ўлмасанг,
Эртага авлодларинг –
Кўз ёшлари сел бўлар...

Тафаккур, бошқа руҳий жараёнлар сингари, мия маҳсули бўлиб, бош мияда амалга оширилади. Табиийки, ҳозирги вақтда бунга ҳеч қандай шубҳа йўқ. Биз биламизки, мия шикастланганда ва унда касаллик жараёнлари содир бўлганда фикрлаш бузилади, мия чала ривожланганда тўлақонли фикрлаш юз бермайди. Бундан ташқари, фикрлаш жараёнида бош мия пўстлоғининг тегишли бўлимларида электр тўлқинлари ўта сезиларли даражада ўзгариши бош мия фаолиятини текширувчи сезгир асбоблар ёрдамида исботланган.

Бошқа томондан, шуни эсда тутиш лозимки, тафаккур одамнинг бошқа руҳий функциялари сингари, тарбия, ўқиш ва меҳнат фаолияти таъсири остида, шунингдек, бошқа одамлар билан доимо мулоқотда бўлиш жараёнида тараққий этади. Шундай қилиб, тафаккур нафақат биологик, балки ижтимоий воқелик ҳамдир. Адабиётлардан маълумки, ўрмонда адашиб қолиб кетган жажжи бола йиллар мобайнида одамлар билан мулоқотда бўлмасдан, ҳайвонлар орасида яшаган. Унда фикрлаш қобилияти ўта паст бўлган. Шунга ўхшаш болалар Ҳиндистонда ўрганилган эди. Маълум бўлишича, бундай болаларда тушунса бўладиган на нутқ, на фикрлаш бўлган. Улар ақлий жиҳатдан жуда ҳам суст ривожланган бўлган. Уларнинг ўзини тутиши, хулқ-атвори кўпроқ ҳайвонларникига ўхшаб кетган. Бундай болалар одамлар орасига қайтарилганда ҳам уларнинг инсон сифатида тараққий этиши жуда қийин кечган.

Тафаккурнинг ривожланишида диққатнинг аҳамияти ҳам жуда каттадир. Диққат бир жойга тўпланмаса, фикрлаш ҳам изчил ва унумли бўлмайди. Тафаккур иродага ҳам алоқадордир, чунки мушкул

масалаларни ҳал этиш одамдан кучли ирода талаб қилади. Тафаккур сезги билан ҳам боғлангандир, чунки юқорида таъкидлаб ўтганимиздек, билиш жараёнлари дунёни сезиш ва идрок этишдан бошланади.

Тафаккур учун ҳиссиётнинг аҳамияти ҳам беқиёсдир. Биз бирор мушкул ишнинг тўғри ечимини топганимизда, жуда хурсанд бўламиз, фикрлаш қобилиятимиздан қувонамиз. Мабодо, масалани еча олмасак, ранжиймиз ёки хатога йўл қўйсак, дарғазаб бўламиз. Шундай қилиб, серқирра ҳаётни фақат тафаккурга боғлаб қўйиш хато бўлур эди.

5.2. Тафаккурнинг бузилиши

Тафаккурнинг бузилиши нафақат асаб ва руҳий касалликларда, балки соматик касалликларда ҳам учрайди. Бош миёдаги интегратив фаолиятни бузувчи ҳар қандай касаллик фикрлашнинг бузилишига олиб келади. Тафаккур бузилиши тезлиги, изчиллиги (сифати), мантиқ ва самарадорлиги бўйича 4 турга ажратилади:

1. Тезлиги бўйича:

- а) фикрлар тезлашуви;
- б) фикрлар секинлашуви;
- д) фикрлаш жараёнининг тўхтаб қолиши;
- е) ментизм.

2. Изчиллиги бўйича:

- а) фикрлар тарқоқлиги;
- б) сўзларнинг боғланмаслиги;
- д) бўғинлар ўртасида боғланиш йўқлиги (инкогеренция);
- е) сўзларни бир хилда такрорлайвериш (вербигеренция);
- ф) хулосаларнинг мантиққа зид равишда қурилиши (паралогик тафаккур).

3. Мантиқ бўйича:

- а) насиҳатгўйлик;
- б) мулоҳазалилик;
- д) персеверация;
- е) аутистик фикрлаш.

4. Самарадорлиги бўйича:

- а) ипохондрик ғоялар;
- б) ўта қимматли ғоялар;
- д) неологизмлар (тушунарсиз сўзларни гапириш).

Тафаккур бузилишининг клиникада кўп учрайдиган турлари билан танишиб чиқамиз.

Олигофрения – тафаккурнинг туғма заифлиги бўлиб, оғир-енгиллиги жиҳатдан турли даражага бўлинади: дебиллик, имбециллик, идиотия. Олигофрениянинг энгил даражада ривожланган турига **дебиллик** деб аталади. Бунда сабоқ олишга айрим қобилиятлар сақланиб қолади, улар махсус мактабларда таълим олишади. Бу болаларда нутқ функцияси сақланган бўлиб, баъзи ақлий операцияларни (масалан, ҳисоб-китоб) амалга ошира олишади, механик хотираси сақланган бўлади. Умумлаштириш ва абстракциялаш сушт ривожланган, яратувчилик қобилияти ҳам паст бўлади, улар фақат кам ақлий фаолият талаб қиладиган ишларнигина бажара олишади.

Имбециллик – тафаккурнинг ўрта даражада бузилишидир. Уларда руҳий жараёнлар анча бузилган бўлади. Имбецил болаларнинг нутқ функцияси ва хотираси ўта сушт бўлиб, улар бирор нарсани ўрганишда жуда қийналишади. Уларни ўқитиш ҳам жуда қийин. Бундай болаларнинг ҳаракатлари қўпол ва беўхшовдир. Бир неча сўзни ёзиш ва ўнгача санашни эплай олишади, холос. Уларда жисмоний заифлик ҳам кузатилади.

Идиотия – тафаккурнинг ўта оғир даражада бузилиши бўлиб, чуқур руҳий ўзгаришлардан ташқари, жисмоний нуқсонлар ҳам кузатилади. Нутқ ҳам бузилган бўлади. Бемор ўзини идора қила олмайди ва доимо бировнинг ёрдамига муҳтож бўлади.

Деменция – тафаккур бузилишининг орттирилган тури. Унинг асосий сабаблари атеросклероз, Алцхаймер касаллиги, оғир энцефалопатиялар, хуруж билан кечувчи хафақон касаллиги, лакунар инсультлар. Бу беморларнинг фикрлаш доираси ўта тор бўлади, ахлоқи, хотираси, ўз ҳолатига танқидий қараши кескин бузилади. Яқинлари билан ҳам қизиқмай қўйишади. Деменциянинг энгилроқ турида хотира қисман бўлса-да, сақланиб қолади, ахлоқ доираси, ҳиссий кечинмалари ва тафаккур операциялари ўзгармайди.

5.3. Тафаккурни текшириш усуллари

1. «Ортиқчасини чиқариб ташлаш» усули

Синалувчига ҳар хил нарсаларнинг, ўсимликларнинг ва ҳайвонларнинг номлари ёзилган қатор кўрсатилади. Номлар қатори шундай тузилиши керакки, синалувчи уларнинг ичидан маъно бўйича туғри келмайдиган номларни чиқариб ташлаши керак.

Кўрсатма: Қуйидаги сўзларни ўқиб чиқинг. Маъно ва мазмун жиҳатдан ушбу қаторга туғри келмайдиган битта сўзни (номни) чи-

қариб ташланг. Сиз чиқариб ташлаган сўз (ном) нима учун ушбу қаторга тўғри келмаслигини тушунтириб беринг.

1. *Ўрдак, балиқ, товуқ, курка, хўроз.*
2. *Карам, сабзи, турп, олма, шолғом.*
3. *Китоб, дафтар, курси, блокнот, қозғоз.*
4. *Телевизор, радио, компьютер, телефон, батарея.*
5. *Арра, болға, миҳ, болта, бешиқ, теша.*
6. *Олтин, қумуш, мис, алюминий, темир.*
7. *Париж, Лондон, Берн, Рим, Токио, Копенгаген.*
8. *Австрия, Германия, Франция, Италия, Норвегия, Осло.*
9. *Қўй, ит, эчки, от, товуқ, хўроз, бўри.*
10. *Қаҳва, чой, вино, сут, шарбат, бўтқа.*

Бу усул фикрлаш қобилиятини текширишнинг энг оддий усули бўлиб, сўзлар ўрнига расмларни кўрсатиб ҳам ўтказиш мумкин.

2. «Танлаб кўрсатиш» усули

Бу синамани ўтказиш учун синалувчига турли нарсалар (объектлар) номи ёзилган ёки расми акс эттирилган қатор кўрсатилади. Синалувчи уларни диққат билан кузатиб турли хусусиятлари бўйича кетма-кет жойлаштириб чиқиши керак.

Кўрсатма:

1. Учиш тезлиги бўйича кетма-кет жойлаштириб чиқинг: *ракета, ўқ, вертолёт, самолёт.*

2. Ёруғлик даражаси бўйича кетма-кет жойлаштириб чиқинг: *прожектор, фонар, ой, қуёш, лампа, шам.*

3. Секин юриши бўйича кетма-кет жойлаштириб чиқинг: *қуён, тошбақа, типратикан, тимсоҳ, қоплон.*

4. Думининг узунлиги бўйича кетма-кет жойлаштириб чиқинг: *туя, қуён, олмахон, типратикан.*

5. Иссиқлик даражаси бўйича жойлаштириб чиқинг: *майка, пальто, кўйлак, костюм.*

6. Узунлиги бўйича жойлаштириб чиқинг: *Тошкент телеминораси, Эйфел минораси, Рио-де Жанейродаги телеминора, Останкино телеминораси.*

7. Ушбу вилоятларни ер майдонининг катталиги бўйича жойлаштириб чиқинг: *Навоий, Қашқадарё, Хоразм, Фарғона, Тошкент.*

8. Қайси аллома олдин туғилган? Тартиб бўйича жойлаштириб чиқинг. *Навоий, Ибн Сино, Гиппократ, Гален, Аристотел, Платон, Бобур.*

9. Қайси металл иссиқликни тез ўтказди? Тартиб бўйича жойлаштириб чиқинг: *Мис, алюминий, олтин, темир, қумуш.*

3. Фикрлаш фаоллигини аниқлаш усули

Бунинг учун талабаларга турли топшириқлар берилади ва вақт белгилаб олинади. Ҳар бир топшириқ бир дақиқа мобайнида бажарилиши керак.

1-кўрсатма: *«Мен вақтни белгилайман. Сизлар 1 дақиқа мобайнида дафтарга А ҳарфи билан бошланувчи шаҳарларнинг (давлатнинг, дарёларнинг, аёлларнинг, эркаларнинг ва ҳ.к.) отини ёзинг. Қанча кўп ёзсангиз шунча яхши».* Вақт ўтгандан кейин дафтарлар йиғиштириб олинади. Кўрсатилган ҳарфга ким кўп ном ёзган бўлса ва уларнинг номи тўғри бўлса ўша талабанинг (синалувчининг) фикрлаш фаоллиги яхши сақланган ҳисобланади.

2-кўрсатма: *«Бир дақиқа мобайнида Тошкент шаҳрида мавжуд бўлган объектларнинг номини ёзиб чиқинг. Ким кўп ном ёзса ўша голиб ҳисобланади. Бироқ орфографик ва стилистик хатоларга йўл қўйманг. Қисқарттиришлар бўлмасин».*

Худди шу тартибда биз истеъмол қиладиган мева ва сабзавотлар, биз биладиган ҳайвонлар, геометрик фигураларнинг номларини ёзиб ҳам фикрлаш фаоллигини (қобилиятини) текшириш мумкин. Бундай топшириқлар эсда сақлаш даражасини ҳам кўрсатиб беради.

3-кўрсатма: *«Бир дақиқа мобайнида М, Ў, В, С ҳарфлардан фойдаланиб жумла тузинг».* Масалан: **«Мен ўз ватанимни севаман».** Жумлалар маъно ва мазмун жиҳатдан тўғри тузилган бўлиши керак. Топшириқ бажарилгандан сўнг тўғри тузилган жумлалар сони ҳисоблаб чиқилади.

4-кўрсатма: Ўқитувчи доскага турли геометрик шакллар чизиб чиқади: айлана, квадрат, узун чизиқлар, спирал, тўлқинли чизиқ, доира ва бирор бир нарсанинг тасвирини яратса бўладиган турли геометрик шакллар. Ушбу шакллар доскага чизиб бўлингандан сўнг ўқитувчи талабаларга кўрсатма беради. Кўрсатма: *«Ҳурматли талабалар! Сизлар бир дақиқа мобайнида ушбу геометрик шакллардан иложи борича кўпроқ тугалланган расмлар яратишингиз керак. Фақат доскада кўрсатилган шакллардан фойдаланинг».* Топшириқ бажариб бўлингандан сўнг тўғри тузилган расмлар санаб чиқилади. Бу топшириқ диққат ва хотира ўткирлиги, фикрлаш қобилиятини текшириш учун қўлланилади.

Барча топшириқлар бажариб чиқилгандан сўнг тўғри бажарилган топшириқлар сони ҳисоблаб чиқилади. Шу йўл билан нафақат

талабаларнинг фикрлаш қобилияти, балки уларнинг билимини баҳолашда ҳам фойдаланиш мумкин. Айниқса ОСКИ ўтказишда.

4. Аналогия яратиш усули

Синалувчига ҳар хил сўзлар ёзилган материал кўрсатилади. Синалувчи уларнинг рўпарасига маъно ва мазмун жиҳатдан мос келувчи сўзларни ёзиб чиқиши керак. Сўзларнинг кам ёки кўплигига қараб вақт белгиланади (1, 3, 5 дақиқа). Масалан, ўн – *сон*, кучук – *ҳайвон*, арча – *дарахт*, қиш – *совуқ*, сўз – *гап*, жигар – *аъзо*, психология – *фан*, душанба – *ҳафта куни*, телефон – *алоқа воситаси*, Тошкент – *пойтахт* ёки Тошкент – *шаҳар* ва ҳ.к. Бу синамани оғзаки тарзда ўтказиш ҳам мумкин.

5. Мақоллар ва афоризмлар маъносини тушунтириб бериш

Синалувчига турли мақоллар ва афоризмлар айтилади. Синалувчи уларнинг маъносини тушунтириб бериши керак. Бу ерда вақт белгиланиши шарт эмас. Масалан, «Темирни қизиганда бос»; «Шамол бўлмаса дарахтнинг учи қимирламайди», «Кўрпанга қараб оёқ узат», «Балиқ бошидан сасийди», «Дарахтни чопса, унинг шохлари учади», «Ҳамма ялтираган нарса ҳам олтин бўлавермайди», «Чумчуқдан кўрққан тариқ экмайди», «Нима эксанг, шуни ўрасан», «Ёлғиз отнинг чанги чиқмас, чанги чиқса ҳам донғи чиқмас», «Бўридан кўрққан ўрмонга бормас», «Етти марта ўлчаб, бир марта кес», «Тилим менинг, душманам менинг», «Букрини гўр тўғирлайди», «Бир болага етти маҳалла ота-она», «Жўжани кузда санашади», «Кийимга қараб кутиб олишади, ақлига қараб кузатиб кўйишади», «Томдан тараша тушгандек», «Эр-хотиннинг уриши, доқа рўмоннинг қуриши» ва ҳ.к.

6. Интеллект даражасини текшириш учун Векслер тести (шкаласи)

Векслер тести (шкаласи) интеллект даражасини текшириш учун энг кўп қўлланиладиган тест ҳисобланади. Дэвид Векслер томонидан 1939 йили ишлаб чиқилган. Ушбу тест турли ёшдагиларнинг интеллект даражасини, аниқроғи ақлий ривожланиш даражасини аниқлаш ва баҳолаш учун қўлланилади.

Д. Векслер умумий интеллект даражасини аниқлаш учун вербал ва новербал тест саволларини тузиб чиққан. Векслер тести (шкаласи) 11 та алоҳида субтестдан иборат бўлиб, уларни 2 га ажратган: 6

та вербал ва 5 та новербал субтестлар. Ҳар бир тест 10 тадан 30 тагача бирин-кетин мураккаблашиб борадиган саволлар ва топшириқлардан иборат. Вербал тестлар умумий саводхонликка оид савол ва топшириқлардан таркиб топган бўлса, новербал тестлар турли шаклларнинг етишмаётган деталларини топиш, мураккаб фигуралар яратиш, уларнинг кетма-кетлигини аниқлаш каби кўрсатмалардан иборат. Бажарилган ҳар бир субтестга балл қўйиб борилади ва уларнинг ҳаммаси умумлаштирилиб интеллект даражасини (IQ) кўрсатувчи ягона балл аниқланади.

Векслер бўйича IQ-кўрсаткичлари:

– Жуда юқори – 130 балл

– Юқори – 120-129 балл

– Яхши – 110-119 балл

– Ўртача – 90-109 балл

– Паст – 80-89 балл

– Ёмон – 70-79 балл

Мутахассислар фикрича, ер шари аҳолисининг 2,2 % жуда юқори, 6,7 % юқори, 16,1 % яхши, 50 % ўртача, 16,1 % паст, 6,7 % ёмон интеллектга эга бўлса, аҳолининг 2,2 % ақлий дефект билан туғилган. Бироқ бу тадқиқот иши барча давлатларни ўз ичига қамраб олмаган.

Фикрлаш қобилияти ва интеллект даражасини текшириш учун жуда кўп тестлар мавжуд, уларни махсус адабиётлардан топиш мумкин. Тест ўтказишда эҳтиёт бўлиш ва уларни кетма-кет қўллавериш керак эмас. Чунки бу синалувчининг диққатини чарчатиб қўяди ва унинг фикрлаш қобилияти ҳақида нотўғри хулоса чиқариб қўйишга олиб келади. Демак, тест ўтказувчи махсус тайёргарликдан ўтган бўлиши керак.

Назорат учун саволлар

1. Тафаккур деганда нимани тушунасиз?
2. Тафаккур ривожланишига бошқа руҳий жараёнлар қандай таъсир кўрсатади?
3. Тафаккур бузилишининг турларига таъриф беринг.
4. Тафаккур бузилиши қандай касалликларда кузатилади?
5. Тафаккурни текшириш усуллари қандай?
6. Векслер тести бўйича интеллект даражангизни текшириб кўринг.

VI БОБ. ҲИССИЁТ

*Менинг гам-гуссаларимни барчага тақсимлашганда эди,
ер юзининг бирортажойида бахтиёр одамни учратмаган
бўлур эдингиз.
Авраам Линколн*

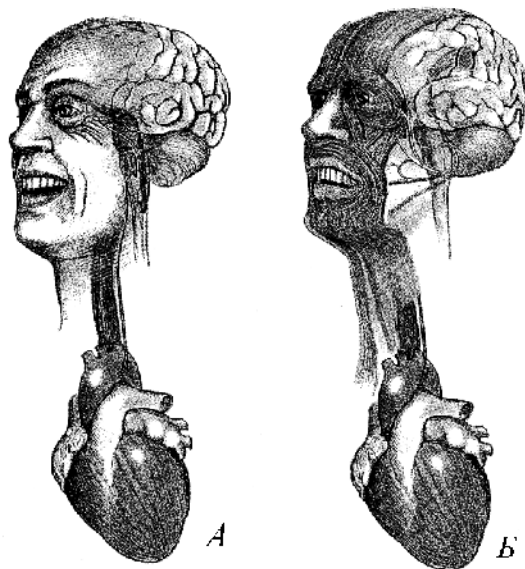
6.1. Умумий таъриф

Ҳиссиёт деб бизни ўраб турган борлиқдаги барча мавжудотлар, нарса ва ҳодисаларга нисбатан муносабатлар натижасида пайдо бўладиган туйғуларга айтилади. Ҳис-туйғуларсиз бирорта руҳий жараён кечмайди. Ҳар қандай ҳис-туйғу нафақат одамнинг, балки ҳайвонлар (айниқса, маймунлар) нинг ҳам юзида акс этиб туради (20-расм). Инсоннинг ташқи қиёфасидаги ўзгаришлардан унинг ҳиссий кечинмаларини билиб олиш мумкин. Ҳиссий кўзғалишлар юракда ҳам акс этади. Шунинг учун ҳам қадимги файласуфлар миянинг баъзи функцияларини, аиниқса, ҳиссиёт билан боғлиқларини юрак билан боғлашган (21-расм).

Сезги ва идрокдан тортиб, то тафаккургача бўлган барча операциялар ҳиссий ўзгаришлар билан кечади. Тиббиётда ҳис-туйғулар муаммосига, аиниқса, катта эътибор берилади. Бемор билан врач, врач билан ҳамшира, ҳамшира билан бемор орасидаги



20-расм. Ҳиссиёт (йиғи, кулги, роҳатланиш)нинг одам ва маймун юзида ифодаланиши



21-расм. Хурсандчилик (А) ва ғам-ғусса (Б) юзда ва юракда акс этади

муносабатларга бағишлаб жуда кўп асарлар ёзилган. Бу асарларда ҳис-туйғулар муаммосига катта эътибор қаратилган.

XX асрда психология ва тиббиётда ҳиссиётни ўрганиш кенг қўламда олиб борилди. Бунда 3 та асосий йўналиш танлаб олинди:

- 1) *психоген касалликлар механизмларини ўрганиш;*
- 2) *дистресс ҳақидаги таълимот;*
- 3) *одамга психотерапевтик таъсир этиш усулларини кенг қўламда тадбиқ этиш.*

Буларнинг ҳаммаси у ёки бу даражада одамнинг ҳиссиёт соҳасини ўрганишга катта ҳисса қўшди. Ақл-идроққа мослаб тузилган психотерапевтик усуллар (когнитив психотерапия) беморнинг ҳис-туйғуларини эътиборга олиб давом эттирилмаса, муваффақиятсиз бўлиб чиқиши мумкин.

Жеймс-Ланге назарияси психотерапияда кенг қўлланилади. XX аср бошларида бу назарияга жуда кўп эътирозлар бўлган, лекин сўнги пайтларда унга қизиқиш ортиб, бу таълимотга яқин турадиган ҳиссиёт ҳақида янги назариялар пайдо бўлди ва бу кўп жиҳатдан индивидуал психологиянинг ривожланиши билан ҳам боғлиқ.

Ҳис-туйғу бизнинг теварак-атрофга нисбатан бўлган муносабатимизни акс эттиради, дедик. Албатта, биз содир бўлаётган воқеаларни фақат идрок этмасдан, балки унга муайян тарзда ўз муносабатимизни

ҳам билдирамиз. Одамнинг турли хил ва кўп қиррали ҳис-туйғулари маълум даражада ижобий ва салбий хилларга ажратилади. Масалан, ишқ-муҳаббатдаги ижобий ҳиссиётга рашкнинг салбий ҳис-туйғуси қўшилиб қолиши мумкин.

Ҳис-туйғу кишининг феъл-атворида қудратли куч ҳисобланади. Ҳис-туйғу одам фаолиятининг турли жиҳатлари бўлмиш – меҳнат, илм-фан ва санъатга рағбатлантирувчи куч ҳам ҳисобланади. Лекин шуни назарда тутиш керакки, ҳиссиёт одам фаолиятини фақатгина уйғунлаштирмасдан, балки уни издан чиқариб қўйиши ҳам мумкин. Масалан, муҳаббат одамни қаҳрамонлик ва қатъийликка ундайди, кунт билан ишлашга даъват этади. Лекин муҳаббат унинг ҳаёт тарзини барбод этиши, кўзда тутган ишларини издан чиқариши ҳам мумкин. Психопатологияда кучли ҳис-туйғулар ҳисобланган кўрқув, ҳаяжон, тушкунлик, рашк одатий руҳий фаолиятни издан чиқаради (масалан, патологик аффектлар).

Патологик аффект кучли ифодаланган бўлиб, бунда одам нима қилаётганини билмай қолади ва ўз устидан онгли назоратни йўқотади. Бунга мисол қилиб, машҳур психиатр Н.В. Канторович қуйидаги воқеани ёзиб қолдирган:

Н. исмли бемор аёл, 22 ёшда, қишлоқ мактабида ўқитувчи бўлиб ишлаган. Турмушга чиққан. Турмуш ўртоғини яхши кўрса-да, у билан ёмон яшаган, уни доимо рашк қилган ва бунинг оқибатида уйда доимо жанжал бўлиб турган. Турмуш ўртоғи енгил табиатли ва кўрс одам бўлиб, бошқа аёллар билан ишқий муносабатда бўлган. Охири энг катта жанжал пайтида Н. турмуш ўртоғига ҳомиладор эканини айтади. Турмуш ўртоғи бунга жавобан, ўз қилмишларига пушаймон бўлганини айтиб, энди ҳеч қачон жанжал кўтариладиган иш қилмасликка сўз беради. Н. унга ишонади, аммо эртасигаёқ, Н. бўш ётган бир уй ёнидан ўта туриб (воқеа қишлоқда юз берган), таниш овозларни эшитиб қолади. Уйга кирса, не кўз билан кўрсинки, ўзининг энг яқин дугонаси турмуш ўртоғининг кучоғида ётибди. Орага бир зум сукунат чўқади. «Ошиқ-маъшуқлар» Н.га унинг аёллик шаънига тегадиган ҳақорат сўзларни айта бошлашади. Н. жаҳли чиқиб кетиб, ўзини йўқотиб қўяди ва шу ерда ётган ўроқни олиб, дугонасининг бошига 2-3 марта қаттиқ туширади. Олинган қаттиқ жароҳатдан дугонасининг жони узилади, турмуш ўртоғи қочиб кетади. Н. эса қўлида ўроқни ушлаган ҳолда аёллар кир ювиб ўтирган катта ариқ ёқасига боради ва қон теккан кийимини чая бошлайди. Ундан: «Сенга нима бўлди, тинчликми?» деб сўраган аёлларга жавоб бермай, нуқул салом бераверган ва кулаверган. Ишини битириб, уйига қайтгач, ётиб қаттиқ ухлаб қолган.

Тез орада қамалган. Қотиллик қилганини рад этмаган, лекин нималар қилганини унутиб юборганини қайта-қайта гапираверган. Суд-психиатрия экспертизаси Н. воқеа рўй берган пайтда кучли патологик аффект ҳолатида бўлгани ва бунинг оқибатида ўзини бошқара олмай қолганини эътиборга олиб, хулоса чиқарган.

Ҳис-туйғулар ҳайвонларда ҳам бўлади, лекин юқори даражадаги си фақат инсонлар учун хосдир. Одамзод ҳис-туйғулари турли-туман бўлиб, уларга қуйидагилар киради: **қувонч, ғазаб, ғам-ғусса, ваҳима** ва шунингдек, организмда кучли вегетатив ўзгаришлар билан кечадиган – **очлик, чанқаш, оғриқ** ва **жинсий ҳис-туйғулар**. Улар айна пайтда организмдаги биологик жараёнлар билан чамбарчас боғланган бўлади.

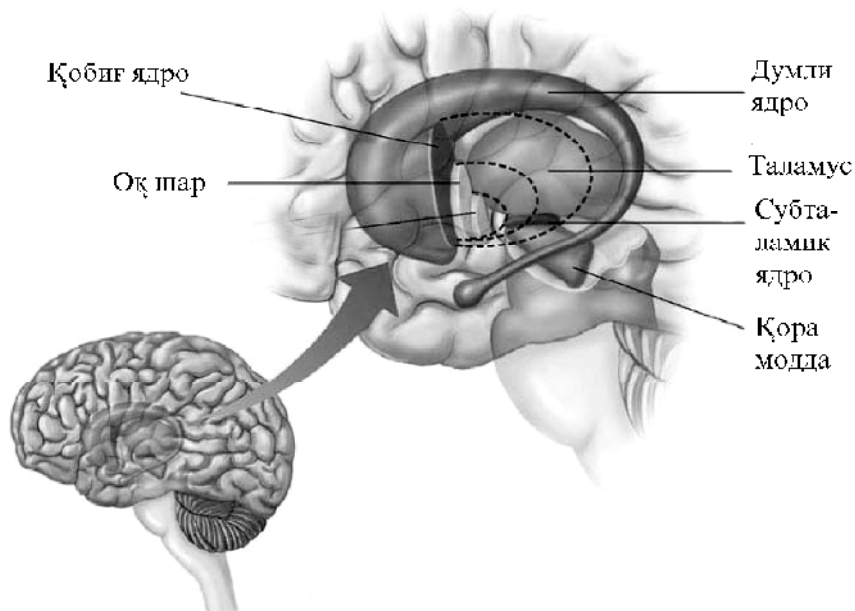
Ҳар бир жамиятнинг ҳам ўзига хос ҳис-туйғулари бўлади. Муайян жамиятда ва муайян даврда гўзал деб ҳисобланган ҳис-туйғу бошқа бир жамият ва бошқа замонда хунук деб қабул қилиниши мумкин. Лекин гўзалликнинг қандайдир доимий мезонлари ҳам мавжуд бўлади. Масалан, қуёш (офтоб) нинг чиқиши ёки тоғдаги қишки табиат манзараси ёши, жинси, миллатига қарамай, барчага баробар эстетик завқ-шавқ бағишлайверади.

Ҳис-туйғулар орасида ҳам катта тафовутлар мавжуд. Одамларда ҳиссий кўзгалувчанлик даражаси ва уларнинг чуқурлиги, жадаллиги ҳар хил бўлади. Баъзиларнинг юриш-туришида ҳис-туйғулар устун келса, бошқаларникида эса ақл-идрок кўпроқ намоён бўлади. Гоҳида эса улар баробар ифодаланади.

Ҳис-туйғулар ичида **кайфият** деб аталувчи умумий ҳис-туйғу ҳам мавжуд. Тан соғлиги ёки хасталиги ҳақида дарак берувчи кўп сонли интерорецептив импульслар йиғиндиси кайфиятга таъсир кўрсатади. Одам кайфиятига қараб тетик, дадил, жиззаки, маъюс бўлади. Жиззакилик ва маъюслик бирор хасталик бошланганининг илк аломати бўлиши ҳам мумкин.

6.2. Ҳиссиётнинг физиологик механизмлари

Сўнги йилларда фанда ҳиссиётнинг физиологик механизмлари хусусида талайгина маълумотлар тўпланган. Ҳиссий фаолиятда бош мия пўстлоғи, мия ости тузилмалари, вегетатив асаб тизими, шунингдек, гормонлар ва медиаторлар иштирок этади. Ҳиссий фаолиятда фаол иштирок этувчи тузилмалар 22-расмда келтирилган. Одамнинг аксарият ҳис-туйғулари сўз таъсири билан боғланган. Маълумки, одам кўрқиб кетганида ёки ғазабланганида қонда адреналин миқдори ошиб кетади. Юзага келган гипердрена-



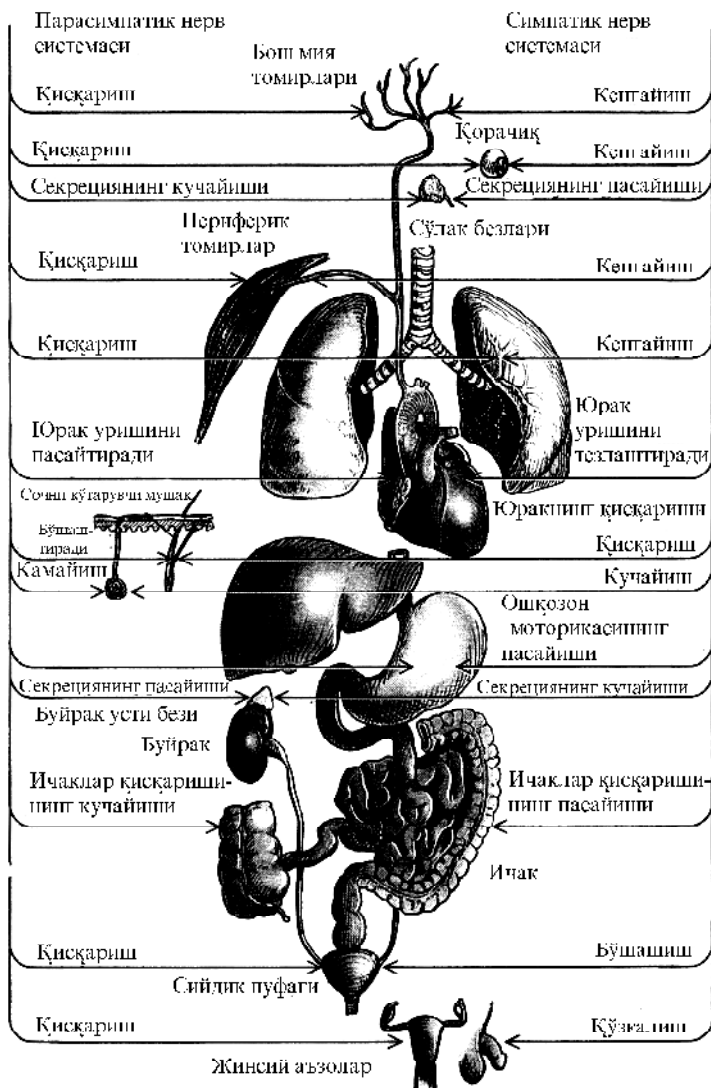
22-расм. Ҳиссий фаолиятни таъминлаб берувчи асосий тузилмалар

линемия натижасида жигар ва мушакларда гликоген жадаллик билан парчаланadi. Бунда қонда қанд миқдори ҳам ошади ва организмни ёнилғи материали билан таъминлайди. Ҳиссий қўзғалишларда гипофиз ва қалқонсимон безнинг инкретор фаолияти ҳам ошади.

Ҳис-туйғулар, айниқса, юрак-қон томир системаси ва артериал қон босимига кескин таъсир кўрсатади. Бу ҳолат турли даражадаги вегетатив ўзгаришлар билан намоён бўлади. Ҳиссий ўзгаришлар тери галваник реакцияси (ТГР) ни ўзгартиради. Бу бағоят сезгир реакция шундан иборатки, ҳатто енгил ҳиссий таъсирлар сезгир галванометр билан ўлчанадиган терининг электр потенциали ўзгаришларига сабаб бўлади.

ТГРда ҳиссий қўзғалишдан галванометр стрелкасининг ўзгаришигача бўлган масофа тер безлари фаолиятининг ўзгариши орқали ўтади, безларни эса симпатик асаб тизими фаоллаштиради.

Вегетатив асаб тизими фаолияти функционал жиҳатдан маълум даражада бир-бирига қарама-қарши бўлган иккита система – **симпатик ва парасимпатик системалардан** иборат. Симпатик системанинг фаолияти кучайганда қонда адреналин ва норадреналин миқдори ошса, парасимпатик система фаолиятининг кучайиши қонга кўпроқ

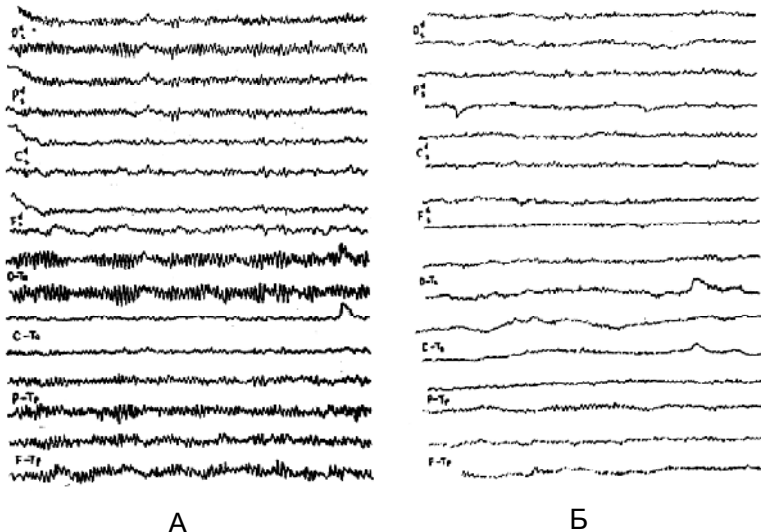


23-расм. Симпатик ва парасимпатик нерв системаларининг организмдаги барча аъзо ва системаларга таъсири

холинергик моддалар ажралиб чиқишини фаоллаштиради. 23-расмда бу иккала системанинг организмдаги барча аъзоларга таъсир қилиш механизмлари кўрсатилган.

Шунингдек, ҳиссий кўзғалишларда бош миyaning биоэлектрик фаоллиги ҳам ўзгаради. Электроэнцефалографияда альфа тўлқин-

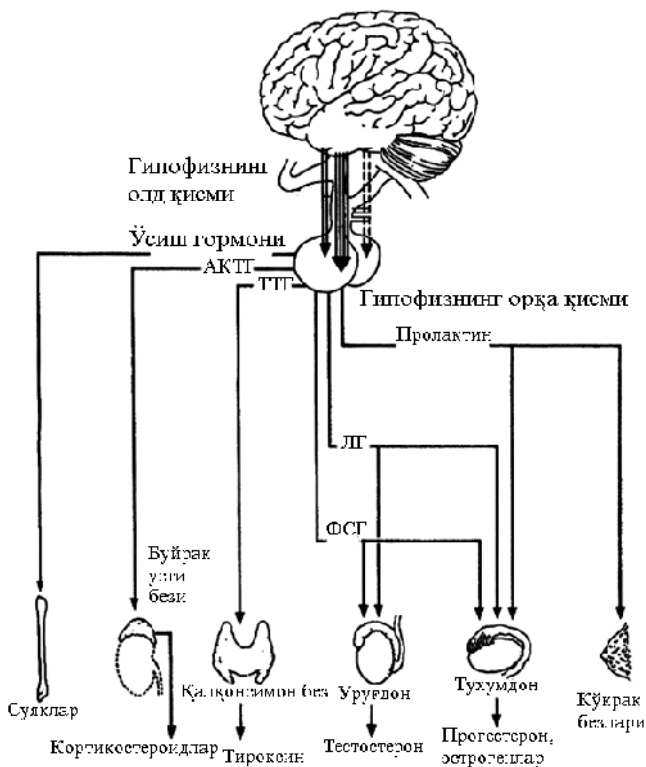
лар фаоллиги пасайиб, бета ва бошқа ўткир тўлқинлар фаоллиги ошади, билатерал-синхрон тебранишлар пайдо бўлади. Маълумки, альфа тўлқинлар миянинг тинч фаолиятини акс эттирса, бета тўлқинлар эса хавотирли ва доимий ҳис-ҳаяжонда юрадиган кишилар учун хосдир (24-расм, А,Б).



24-расм. А– асаби тинч одамнинг электроэнцефалограммаси. ЭЭГда бир маромли альфа тўлқинлар кўза ташланади; Б– асабийлашган одамнинг электроэнцефалограммаси. Унда альфа тўлқинлар йўқ, миянинг барча нуқталари бўйлаб юқори частотали, паст амплитудали бета тўлқинлар рўйхатга олинган (З.Р. Ибодуллаев кузатуви, 2004)

Ҳис-туйғулар фаолиятини бошқаришда гипоталамус ва лимбико-ретикуляр комплекснинг бевосита иштироки катта. Гипоталамус бир қатор ядро тузилмаларидан иборат бўлиб, у организмда кўп сонли нейрогуморал жараёнларни ҳамда вегетатив асаб тизимининг симпатик ва парасимпатик бўлимлари фаолиятини бошқаришда муҳим ўрин тутди (25-расм). Гипоталамус функцияси гипофизнинг секретор фаолияти билан узвий боғланган. В. Кеннон гипоталамик соҳани таъсирлантириб, ҳайвонларда аффектив ҳолатларни юзага чиқарган. Уларда кўз қорачиқлари кенгайган, тахикардия, аритмия, артериал босимнинг ошуви ва кўп миқдорда сўлак ажралиши каби ҳолатлар намоён бўлган.

Олимлар декортикация қилинган мушукларнинг феъл-атворини ўрганиб, уларда беўхшов ғазабланиш ва қўрқув аломатларини кузатишган. Улар буни гипоталамуснинг пўстлоқ назоратидан чиқиб



25-расм. Гипоталамус махсус медиаторлар орқали организмдаги барча аъзо ва тўқималарнинг фаолиятини бошқариб туради

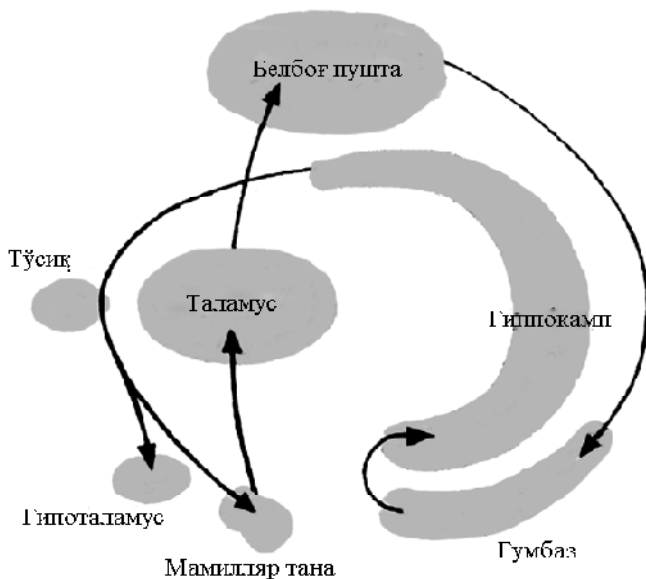
кетиши натижаси, деб изоҳлашган. Маймунларда гипоталамуснинг бир қисмини парчалаб, шу соҳани электр токи билан таъсирлан-тирганда, ҳеч қандай ҳиссий ўзгаришлар кузатилмаган. Ҳолбуки, операциягача гипоталамус соҳасига таъсир ўтказилганда, кўрқув ва ғазабланиш реакциялари юзага келган. Олимларнинг тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, гипоталамусни электр токи билан таъсирлан-тирилганда кўрқув ва ғазабланиш реакциялари чин ҳиссий ҳолатлардан анчагина фарқ қилади, уларни сохта аффектив реакциялар деб аташган. Кўпчилик олимлар гипоталамусни ҳисси-ётлар ифодаланиши йўлидаги бир неча бекатларнинг бири деб ҳисоблайдилар. 26-расмда «Папес айланаси»га кирувчи тузилмалар бўйлаб «ҳиссий оқимлар» йўналиши тасвирланган.

1953 йилда Олдс ўз тажрибаларига асосланиб, каламушнинг бош миясида «қониқиш» марказини кашф этди. У қафас ичида каламушлар учун дастак ўрнатди. Каламуш дастакни босса, унинг тана-

сидан электр токи ўтиб, қониқиш ҳиссини берган. Демак, ўзида қониқиш ҳиссини уйғотиш каламушнинг ўзига боғлиқ бўлган. Имконият берилганда, каламуш қониқиш ҳиссига тўйиш учун дастакни толиқиб йиқилгунча босиб тураверган. У ҳатто қафасга қўйилган овқатга ҳам қарамаган, овқатдан кўра дастакни босиб, ўзини қониқтиришни хуш кўрган.

Кейинги тадқиқотлар миянинг маълум соҳаларини қўзғатиб, ғазаб ва кўрқув ҳисси уйғотиш мумкинлигини тасдиқлаб берди ва далиллар билан тўлдирди. «Жазолаш маркази» га таъсир ўтказилганда олинган ҳис-туйғулар ниҳоятда кучли бўлиши аниқланди. Масалан, тажриба ўтказиладиган маймунлар айни пайтда афтини бужмайтириб, қичқириб юборади, ҳайқиради, тишлаб олмоқчи ва қочмоқчи бўлади. Улар титраб, юнглари тик туради, кўз қорачиқлари кенгайди. Бундай тажрибалар узоқ вақт давом эттирилган пайтларда маймун толиқиб касалланган ва нобуд бўлган. Ўта толиққан ушбу маймунларда «кайф қилиш», яъни «қониқиш» марказларида жойлашган электродлар таъсирлантирилганда эса уларнинг аҳволи яхшиланиб борган.

«Жазолаш» ва «қониқиш» марказларининг кашф этилиши ва уларнинг вегетатив жараёнларга бевосита алоқадор бўлиши баъзи



26-расм. У. Папес (1937) бошмиянинг ушбу тузилмаларини ҳиссий реакцияларни бошқаришда асосий аҳамиятга эга эканлигини исботлаган. Стрелкалар билан «ҳиссий оқимлар» йўналиши кўрсатилган

бир психосоматик синдромларнинг ривожланиш механизмларини бир қадар яхшироқ тушунишга имкон берди. Маълумки, пептик яра-лар пайдо бўлишида салбий ҳис-туйғулар роли каттадир. «Жазолаш» ва «қониқиш» марказлари бир-бирига яқин жойлашгани сабабли уларнинг бирида юзага келган қўзғалиш иккинчисига узатилади ва салбий ҳис-туйғуларнинг нима сабабдан пептик яра пайдо қилиши бирмунча аён бўлиб қолади.

Одамларда бу тажрибалар қандай натижа берган? Нейрохирургик операциялар мобайнида одам миясининг чуқур жойлашган тузилмаларини электродлар орқали таъсирлантириб, уларда ҳам салбий ҳис-ҳаяжонлар чақирадиган марказларни аниқлашга эришилди. Бу тадқиқотлар XX асрнинг 60-йилларида ўтказила бошланди. Бош миянинг текшириш учун мўлжалланган тузилмаларига олтидан тайёрланган электродлар киритилади, улар диагностик ва даволаш чоратадбирларини амалга ошириш учун муайян вақтга қадар ана шу ерда қолдирилади.

Кейинчалик электродлар чиқариб олинади. Турли хил пўстлоқ ости тузилмалари (таламус, оқ шар, думли ядро, гиппокамп)га бир йўла бир неча электродлар киритилиб, қайси нейронлар гуруҳи одамда қандай ҳис-туйғу чақирishi ўрганилган. Маълум бўлишича, кўпчилик нуқталар уларга электр токи билан таъсир эттирилганда, ҳиссий жиҳатдан бетараф бўлган ва атиги ўн фоизи турли хил ҳиссий аломатлар, яъни завқлантириш, либидо уйғотиш ва шунингдек, аксинча қўрқув, ваҳима аломатларини юзага келтирган.

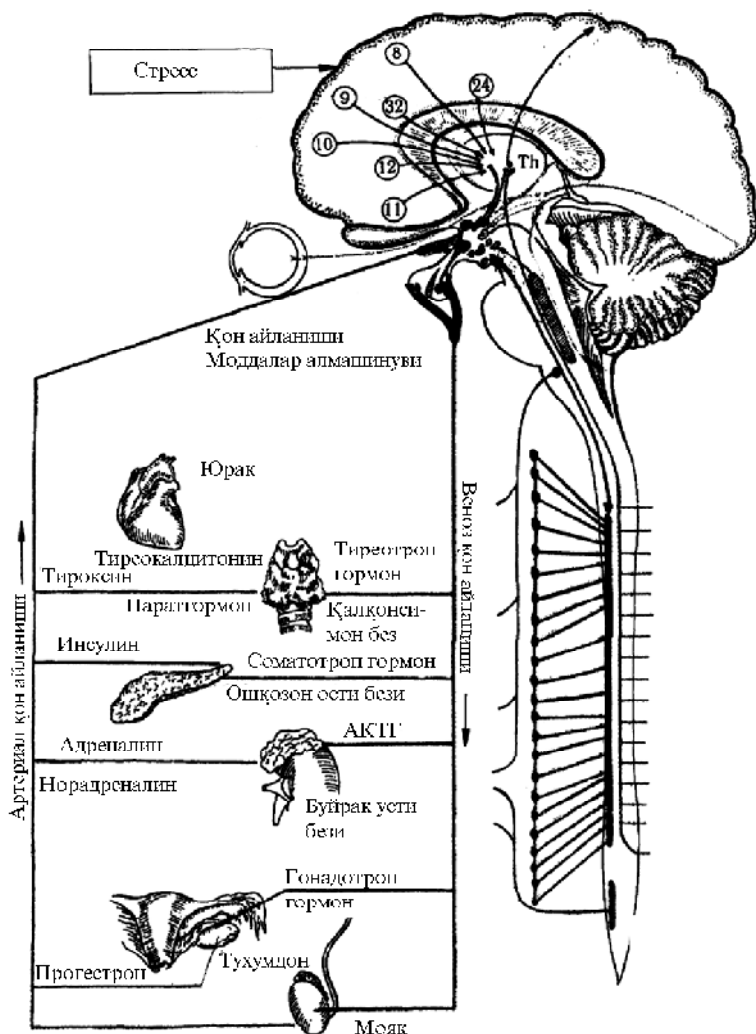
Ҳис-туйғуларнинг физиологик механизмлари тўғрисидаги билимни яқунлар эканмиз, шуни таъкидлаб ўтиш керакки, ҳиссиёт ҳар хил функционал системаларнинг ўзаро мураккаб таъсир кўрсатишининг интегратив маҳсули ҳисобланади. Улар ижтимоий омиллар, тарбия, муҳит, ҳаёт тажрибаси, одамнинг саломатлик даражаси ва осийшталигига боғлиқ бўлади.

Стресс

Энди ҳиссиётга бевосита боғлиқ бўлган стресс ҳақида фикр юритамиз. **«Стресс»** сўзи одатдаги турмушда ва тиббий атамашуносликда анча кенг тарқалгандир. Турмушда «стресс» деганда руҳий зўриқиш ва ҳаяжонланиш тушунилади. Қаттиқ сиқилсак: «Кеча мен стрессга учрадим!» деб хитоб қиламиз. Бу сўзни турмушда ишлатиш шунга олиб келдики, XX аср охири маданиятида «стресс» сўзи ишлатилганда одамлар фақат салбий руҳий зўриқишни тушунадиган бўлиб қолишди. Аслида «стресс» сўзини фақат салбий маънода тушуниш

нотўғридир. «Стресс» атамасини 1936 йили фанга канадалик физиолог олим Г. Селе киритган.

Стресс нима? **Стресс** – организмнинг стрессорга нисбатан жавоб реакциясидир. Бу ҳолатда специфик ва носпецифик реакциялар кузатилади. Инсон стрессиз яшай олмайди, **ҳаёт бор жойда стресс бор, унинг бўлмаслиги ўлим деганидир** (Г.Селе, 1956). Стрессасида «ҳаёт»



27-расм. Стресснинг асос тизими ва ички аъзоларга таъсири. Доирачалар ичидаги рақамлар билан Бродман майдонлари кўрсатилган

тушунчасига ҳамохангдир. Г. Селе бу муаммони очиқ-ойдин ёритиб берди. Стресс инсон учун хавф туғдирмайди. Дистресс хавфлидир, чунки у анча вақт кучли зўриқиш натижасидир. Стресс ижобий ва салбий хилларга ажратилади, лекин физиологик нуқтаи назардан олганда, организмнинг катта шодлик ва қайғуга жавоб реакцияси бир хил бўлади. «Стресс касалликлари» деган тушунча нотўғридир, «дистресс касалликлари» дейилса, тўғрироқ ҳисобланади», деган эди Г. Селе.

Г.Селе стрессни 3 та асосий босқичга ажратган ва уни қуйидагича таърифлаган: биринчи босқич – **хавотирланиш** босқичи. Бу босқичда қон босими ва тана ҳарорати пасаяди, капиллярларнинг қон билан тўлиши ва алкалоз кузатилади, ошқозон-ичак системасида функционал ўзгаришлар пайдо бўлади, қонда қанд миқдори камаяди; иккинчи босқич – **қаршилик кўрсатиш** босқичи. Бу босқичда алкалоз ацидоз билан, гипогликемия гипергликемия билан, артериал гипотония гипертония билан алмашади, тана ҳарорати кўтарилади ва буйрак усти бези қобиғи шишади, кортикостероидлар кўплаб ажралиб чиқади; учинчи босқич – **толиқиш** босқичи. Бу босқичда юрак мушакларида дистрофик ўзгаришлар кузатилади, ошқозон-ичак системасида ярачалар пайдо бўлади, уларга нуқтасимон қон қуйилади. Демак, стресс организмнинг умумий мослашув синдромидир. Унда кузатиладиган носпецифик аломатларни Г.Селегача ҳам тадқиқ қилишган, лекин организмда кечадиган патофизиологик ўзгаришлар билан стресс орасида боғлиқлик аломатини кўришмаган. 27-расмда стресснинг ички аъзолар фаолияти ва ички секреция безлари билан муносабати кўрсатилган.

Стресс қандай қилиб дистрессга ўтади, ҳаддан ташқари умумий мослашув синдроми қандай қилиб юзага келади? Бу муаммолар ҳозирги кунда олимлар томонидан яна ўрганиб келинмоқда. Г.Селе таъбири билан айтганда, одамни ёшлигидан «пахтага ўраб-чирмаш», яъни уни муаммолардан авайлаб-асраш умумий мослашув синдромининг пасайишига олиб келади. Бунда стресс дистрессга ўтиши мумкин.

6.3. Ҳиссиёт патологияси

Ҳиссиёт патологияси руҳиятнинг ҳар хил бузилишлари орасида, айниқса, муҳим аҳамият касб этади. Ҳозирги даврда психологлар ХХI асрни депрессия асри деб бонг уришмоқда. Хўш, депрессия ўзи нима?

Депрессия бугунги кун ва келажакка ишончсизлик билан қараш, доимо паст кайфиятда бўлиш, ҳорғинлик, бирор фаолиятга интилмаслик ва фикрлашнинг сустлашувидир.

Албатта, фикрлашнинг суствлашуви оғир депрессив ҳолатлар учун хосдир. Кўриб турганингиздек, депрессия инсондаги барча ижобий фаолиятни йўққа чиқаради ёки сусайтириб юборади. Бунда беморлар атрофдагиларга бефарқ, камгап, маъюс бўлиб қоладилар, кўпинча кўз ёши қиладилар. Уларга ҳамма нарса қайғули бўлиб туюлади. Улар оламга гўё қора кўзойнак таққан ҳолда қарайдилар. Депрессия ҳақида XIII бобда батафсил тўхталамиз.

Оғир кечувчи касалликларда беморлар узоқ вақт давом этадиган тушкунликка тушиб, овқат ейишдан бош тортишади, ўз жонига (айниқса, ўсмирлар орасида) қасд қилишга уринадилар. Баъзан бунинг учун арзимаган сабаб туртки бўлади. Масалан, ота-онаси унинг хоҳлаган кийим-кечагини сотиб олиб бермаса, дискотекага рухсат бермаса ёки севган киши билан учрашгани қўймаса ва ҳоказо.

Умуман олганда, ўсмирни қаттиқ назоратга олиш оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Ота-она, айнақса, 14-17 ёшдаги фарзандларига эҳтиёткорлик билан муомала қилиши, назоратни терговга айлантриб юбормаслигикерак. Бунинг Россияда ўсмирлар орасида бўлиб ўтган бир-иккита ўз жонига қасд қилишларнинг сабаби мисолида кўриб ўтамиз. Барча ёшларнинг севимли эстрада кўшиқчилари Виктор Цой ва Игор Сорин ҳаётдан кўз юмганларидан сўнг Россия ёшлари орасида жонига қасд қилиш ҳоллари кузатилган. Улар, айнақса, 15-17 ёшли ўсмирлар эди. Игор Сорин ўзияшайдиган уйнинг 6-қаватидан сакраб ўлади. Бироз вақт ўтгач, 15 ёшга ҳали тўлмаган қиз дугонаси билан бирга 9-қаватнинг томига чиқиб, ерга сакрашади ва жон беришади. Уларнинг ён дафтарларида шундай мисралар битилган эди: «Игор! Бизга сенсиз ҳаётнинг не кераги бор? Биз ҳам сенинг ортингдан, бағринга, юлдузларга равона бўламиз! Бизни кечиринглар!»

Нима учун ўз жонига қасд қилишади? Ўз жонига қасд қилишни шартли равишда 3 турга ажратиш мумкин: **ҳақиқий, яширин ва тантанавор**. **Ҳақиқий** суиқасд ҳеч қачон тўсатдан бўлмайдди. Унга доимо ёмон кайфият, депрессия ҳамроҳ бўлади. Бундай шахслар тез-тез ҳаётнинг мантиғига мурожаат қилиб туришади. Ўсмирлар суиқасднинг бу турига жавобсиз севги ёки ёрининг бевафолигидан мурожаат қилишса, қариялар фарзандларидан кескин хафа бўлган пайтларида ўлимнинг ушбу турини танлашади. Одам ўзининг муаммоларига бошқаларнинг эътиборини қаратмоқчи бўлса, ўз жонига қасд қилишнинг яширин турини танлайди. **Яширин** суиқасд тўсатдан амалга оширилади. Бунинг ҳеч ким билмай қолади. Суиқасднинг бу тури турли ёшда учраши мумкин. **Тантанавор** тарзда ҳаётдан кўз юмувчилар ўсмирлар орасида кўп учрайди. Бунга мисол,

юқорида келтирганимиздек, севимли кўшиқчиси оламдан ўтгач, ўз жонига қасд қилган қизлардир.

Кайфиятнинг турли хил бузилишларидан бўлмиш эйфория ва дисфория ҳам кенг тарқалган симптомлардир. **Эйфория** – бу асоссиз кўтаринки кайфият бўлиб, патологик белги ҳисобланади. Эйфория аниқланган одамларга атрофдаги барча нарсалар қувончли, жозибали бўлиб кўринади. Улар ўзларини дунёда энг бахтиёр кишидек ҳис қилишади (бунга ҳеч қандай асос бўлмаса-да). **Дисфория** эса ортиқча жиззакилик, ўз-ўзидан ва атрофдагилардан хафа бўлиш, арзимаган нарсага асабийлашавериш билан ифодаланади. Бунга бадқовоқлик, ёқтирмаслик ва баджаҳллик кўшилиши ҳам мумкин. Дисфория эпилепсияда кўп учрайди.

Баъзи бир руҳий хасталикларда **ҳиссий амбивалентлик** кузатилади: беморларда бир вақтнинг ўзида бир-бирига қарама-қарши, ақл бовар қилмайдиган туйғулар пайдо бўлади. Онасини жуда севган ўсмир бола унга кўп меҳрибонлик ва ғамхўрлик қила туриб, бегоналар олдида қаттиқ ҳақорат қилиши ёки айбини айтиб, устидан хахолаб кулиши мумкин. Шунини эътиборга олиш керакки, амбивалентликнинг айрим хусусиятлари соппа-соғ одамларда ҳам учраб туради. Чунинчи, бемор дуруст кайфиятда бўла туриб, арзимаган нарсадан жирканади. Баъзан ҳис-туйғуларнинг номуносиб кўринишлари ҳам учраб туради. Масалан, шизофренияга чалинган бир бемор ерда ётган папирос қолдиғини кўриб қолиб, йиғлаб юборган ва шундай деган: «Бечорагинам, ёлғизгинам, бир ўзинг ётибсан-а, ҳеч ким сенга қарамайди ҳам, ҳеч ким сенга ачинмайди ҳам, юр кетдик».

Аффект – бу тўсатдан пайдо бўладиган, қисқа муддат давом этувчи ҳиссий портлашдир. **Физиологик** ва **патологик** аффектлар фарқ қилинади. Масалан, фарзандидан жудо бўлиб, чинқириб йиғлаган, сочини юлган онаизорда физиологик аффект аломатларини кўра миз. Физиологик аффект пайтида одам ўз аҳволини англаб туради ёки қисман назоратни йўқотади.

Патологик аффект пайтида одам ўзини бошқара олмай қолади ва бемалол бировнинг (ўзининг ҳам) жонига қасд қилиб кўяди. Қаҳр-ғазаб, рашк, ажабланиш ва хурсандчилик аффектлари фарқ қилинади. Патологик аффектда онгнинг торайиши сабабли қисман ёки тўла амнезия ҳам кузатилади. Шунинг учун ҳам аффект пайтида одам нима қилганини эслай олмайди (бунга мисол келтириб ўтдик). Патологик аффект маниакал – депрессив синдром ва эпилепсияда яққол намоён бўлади.

Апатия – ҳиссий бефарқлик ҳолати бўлиб, барча нарса ва ҳодисаларга бемор ўта эътиборсизлик билан қарайди. Баъзан улар-

да бутунлай ҳаракатсизлик кузатилади, яъни ўтирган жойларидан сира кўзғалмайдилар. Апатиянинг бу тури шизофренияда, кексаларда ва бош мия ўсмаларининг баъзи турларида яққол кўзга ташланади.

Маниакал ҳолат – ўз-ўзини ва имкониятларини ортиқча баҳолашга алоқадор бўлган ҳолат. Беморлар аския қилишга мойил бўлади. Улар бўлар-бўлмасга ҳазил-ҳузул қилишади, мазах қилиб бировнинг устидан кулишади, ашула айтиш ва рақсга тушишни яхши кўришади, фаол ҳаракат қилишга интилишади, аммо бу ҳаракатлар тартибсиз бўлади. Маниакал кайфият, айниқса, қатор хасталиклар орасида маниакал-депрессив психозда яққол кузатилади.

Назорат учун саволлар

1. Ҳиссиёт нима?
2. Ҳайвонлар билан ҳиссиётни ўрганиш борасида қандай тажрибалар ўтказилган?
3. Ҳиссиётнинг физиологик механизмларини сўзлаб беринг.
4. Стресс ва дистресс нима? Улар бир-биридан қандай фарқ қилади?
5. Стресснинг қандай босқичлари бор?
6. Депрессия нима?
7. Эйфория ва дисфория нима?
8. Аффект нима, унинг қандай турлари мавжуд?
9. Апатия ва маниакал ҳолат ҳақида нималарни биласиз?

*Агар Фрейд бўлмаганда эди, уни ўйлаб
топиш керак бўларди.*

К.Хорни

7.1. Умумий тушунча

Онг муаммоси психологияда энг мураккаб масалалардан бири саналади. **Онг** – объектив борлиқни акс эттиришнинг олий шакли, унга ўзини ва атроф-муҳитни англаш киритилади. Онг – одам миясининг функцияси бўлиб, унинг ёрдамида объектив борлиқ субъектив акс этади. Онг ўз табиатига кўра ниҳоятда кўп қиррали, ранг-баранг, унинг турли-туман хоссалари мавжуд. Шу боис у тараққиётнинг олий даражасида юзага келиб, фақат инсондагина бўлади. Ҳайвонларда онг бўлмайди.

Одамда онг аста-секин ривожлана боради. Янги туғилган болада онг бўлмайди, лекин у руҳан ва жисмонан улғайган сари ривожланиб боради ва такомиллашади. Онгга юқори даражали изчиллик хосдир. У доим жадаллиги, чуқурлиги ва кенглиги билан бошқа билиш жараёнларидан фарқ қилади. Одам ҳаётининг турли даврларида – ўсмирлик, ўрта ёш, қариллик чоғида онг турли кўринишда бўлса-да, у бир бутундир.

Юқорида айтиб ўтганимиздек, билимсиз онг бўлмайди, лекин онг ва билимни бир хил жараён деб бўлмайди. Билимлар ҳар доим хотирада тўпланса-да, лекин ҳаммавақт ҳам онгда акс этавермайди. Фақат билимларимизнинг айримлари ушбу пайтда онг майдонида бўлиб, биз уларни фаҳмлаймиз. Бу ерда қуйидаги қиёсний келтирамиз: инсонда хотира излари, яъни, ўтган ҳаёт излари мия ҳужайраларида сақланар экан, уларни кўп сонли электр чирокларига ўхшатиш мумкин. Уларнинг бир қисми ёқилганда тегишли объектлар ва кечинмалар онг нури билан ёритилади. Биз биламизки, билимлар яхши ва пухта бўлганда ҳам онг бузилиши мумкин. Хотира, фикрлаш каби одамнинг бошқа фазилатларига баҳо беришда онгнинг равшанлигига ишонч ҳосил қилиш керак. Акс ҳолда, беморда аслида бўлмаган касаллик ҳақида нотўғри тахмин пайдо бўлиши мумкин.

Шундай экан, онгга ўзини-ўзи англаш, «мен» онги киради. «Мен» деган онг, одатда, биздан йўқолмайди ва анча яққол ифодаланган бўлади.

Онг бизнинг руҳий жараёнларимиз ва ҳаётий вазиятлар динамикасини ўзида акс эттиради. Ҳозир сиз – муаллим, атрофдагиларингиз

– ўқувчилар, бугун сиз – врач, эртага – бемор, бугун сиз – меҳмон, эртага – мезбон ва ҳоказо. Бир оз вақт ўтгач, худди шу жамоада ўрин алмашиши мумкин. Вазиятни тўғри баҳолай олиш ва шунга мувофиқ ўзини тута билиш – нормал онг таърифига мансуб бўлади. Руҳий касалликларда эса вазиятни англаш издан чиқади.

Кўпинча, бемор касалхонага тушиб қолиб, расмий жиҳатдан у қаерда эканини тўғри айта олади, яъни унда жойга нисбатан ориентация бузилмаган бўлади. Лекин шу билан бир қаторда, вазиятга нолойиқ тарзда қувноқ бўлади, ҳазил-ҳузул қилади, ҳатто хурсандчиликка сабаб бўлмаса ҳам кўшиқ айтади. Бу ҳолат вазиятни тўғри баҳолай олмасликка киради.

Онгда доимо турган жойимиз ва вақт акс этиб туради. Эс-ҳуши жойида бўлган одам ҳаммавақт қаердалигини англайди, соат нечалигини, ҳеч бўлмаганда, тахминан айта олади. Ўзини қаердалигини билишнинг қўпол бузилишларида бемор ҳатто тахминан қаердалигини ва қанча вақтдан буён шу ерда эканлигини айтиб беролмайди. Атрофдаги нарсалар ва одамларни таниш ўз маконини билишда муҳим аҳамиятга эга. Танийолишда мазкур ҳиссиётни ўтмиш изларига солиштириш ва ўхшатиш керак бўлади. Умуман таний олмаслик мумкин. Гоҳо таний билишда адашиш кузатилади: бемор аёл врачни ўз отаси деб ўйлайди. Ўзини қаердалигини тўғри англаш, кўпинча, васвасали ва галлюцинатор кечинмаларга алоқадор бўлади.

Ўз танасини ҳис қилиш ҳам онг функциясига киради. Одам танаси фақат ташқи олам (кўрув, эшитув, ҳид билиш) дан эмас, балки ўзининг ички аъзоларидан ҳам рецепторлар орқали маълумот олиб туради, лекин улар онгда акс этмайди. Ташқи оламдан ахборот олиш ва ўзини-ўзи англаш доимо онгда акс этиб туради. Ана шу жараёнлар натижасида одам ҳис-туйғу, сезги, хоҳиш, эҳтиёжларини атрофдаги вазият билан таққослайди. Бу онгнинг энг муҳим функциясидир.

Психофизиологлар онгга бош мия пўстлоғининг функцияси деб таъриф беришади. Уларнинг фикрича, бош мия пўстлоғи ва биринчи галда иккинчи сигнал системаси онг учун, унинг ривожланиши ҳамда сақланиб қолиши учун ҳал қилувчи ўрин тутаяди. Мия устуни ретикуляр формацияси ҳам онг жараёнида муҳим ўрин тутаяди. Ретикуляр формация онгга таъсир ўтказаяди, уйқу ва тетикликни идора этади. Иккинчи сигнал системаси онгга хос бўлган ўз-ўзига ҳисобот беришни таъминласа, онг фаолият кўрсатиши учун зарур бўлган пўстлоқнинг тетиклик ҳолати ретикуляр формациянинг фаолияти билан узлуксиз боғлангандир.

7.2. Онг патологияси

Сомноленция (уйқу босиши) – соғлом одамларда ҳам кузатилади. Масалан, кечаси билан касалхонада навбатда туриб, эртаси куни ҳам ишлаганда, вақтида ухлаб дам олмаган ҳолатларда, узоқ йўлга машина ҳайдаб чиққанда ва ҳоказо. Сомноленция бедорлик ва уйқу орасидаги чегарадош ҳолатдир. Турли хил касалликларда сомнолент ҳолат анча вақт давом этиши (соатлаб ёки бир неча кун) мумкин. Бемор уйқучан бўлиб қолади. Унинг мудроқ онгида ҳақиқий идрок этиш ва тушсимон кечинмалари чалкашиб кетади. Унда гоҳо у ёки бу кечинмалар устунлик қилади. Бемор диққатини бирор нарсага қисқа вақт жалб этса, атрофидаги нарсаларга диққатини тўплаб қараса, ниманидир англаши мумкин, лекин бу нарсалар хотирасида турмайди. Бундай ҳолат, айниқса, гиёҳвандларда, спиртли ичимликлар ва уйқу дорисини кўп истеъмол қилганда кузатилади.

Обнубиляция («nubes» – булут дегани) ҳам сомнолент онга ўхшаб кетади. Бу онгнинг энгил бузилишидир. Булут осмонни хира қилгани каби баъзи касалликларда онг хиралашуви ҳам кузатилади. Онг бир неча дақиқа хиралашади, холос. Бунда теварак-атрофни англаш, атрофдаги одамларни таниш ва хотиранинг бузилиши кузатилмайди.

Онгнинг бирдан юз берадиган қисқа муддатли бузилишига, яъни ҳушдан кетишга **синкопе** деб аталади. Бу ҳолат қаттиқ кўрққанда, ўта ҳаяжонли хабарларни эшитганда, артериал қон босим бирдан пасайиб кетганда кузатилади. Синкопенинг сабаблари турли-туман бўлиб, бунда ҳушдан кетиш қисқа муддат давом этади.

Сопор – онгнинг анча чуқурроқ бузилиши. Сопорнинг уч даражаси фарқ қилинади:

1) **енгил сопор** – бунда бемор энгил уйқу ҳолатида бўлади, саволларга жавоб бериши сусаяди, уйқу келаётганлигидан нолийди, секин ва чўзиб гапиреди;

2) **ўрта даражадаги сопор** – бунда уйқучанлик ва қарахтлик бироз кучаяди, кўз қорачиғининг ёруғликка таъсири пасаяди, ўз ҳолича гапирмайди, оддий саволларга кечикиб бўлса ҳам жавоб беришга интилади, бемор кўзини юмиб ётаверади;

3) **чуқур сопор** – саволларга жавоб бермайди, кўз қорачиғининг ёруғликка реакцияси янада сусаяди, аҳволи қаттиқ ухлаб ётган одамни эслатади.

Кома – онгнинг батамом бузилиши бўлиб, бемор ташқи дунёдан бутунлай узилиб қолади. Бундай пайтларда бемор ҳеч қандай ташқи таъсир (оғриқ, ҳарорат) га жавоб бермайди. Кўз қорачиғининг ёруғликка жавоб реакцияси йўқолган бўлади, конъюнктивал ва корнеал

ҳамда пай рефлекслари чақирилмайди. Мушаклар тонуси йўқолади. Кома бир неча кундан бир неча ойгача давом этиши мумкин.

Эс-ҳушнинг кирди-чиқди бўлиб қолиши онгнинг анча кўп учраб турадиган бузилишларига киради. Эс-ҳушнинг кирди-чиқди бўлиши онг торайишига тааллуқли, бунда ташқи таассуротлар онгга тўла етиб келмайди. Бундай беморлар ўз ўй-хаёлларига чўмиб кетиб, атрофдаги воқелиқдан ажралиб қолгандек бўлади. Беморлар шифохонада ётганларини била туриб, ўзини худди уйдагидек ёки ишхонадагидек тутишади, ҳақиқатга тўғри келмайдиган антиқа ҳаракатлар қилишади. Умуман, бундай беморлар онги ички патологик кечинмалар билан машғул бўлади. Уларда бирдан пайдо бўладиган ғазаб, қочиш ҳисси, ҳамшира ёки докторга ҳужум қилиш каби патологик ҳолатлар кузатилиб туради. Эс-ҳушнинг кирди-чиқди бўлиши бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин.

Амбулатор автоматизмлар ҳолати. Бу ҳолат ҳам хулқ-атворнинг бузилиши билан кечади. Беморлар худди уйқусираб юрган одамни эслатади. **Сомнамбулия ёки лунатизм ва транс** ҳолатлари амбулатор автоматизмларга мисол бўла олади.

Сомнамбулизм (уйқуда юриш ёки лунатизм), айниқса, болаларда кўп учрайди. Сомнамбулизмда қисман ёки чала уйғонишни кузатиш мумкин. Одамнинг ҳаракат системаси гўё уйқудан уйғонади, эс-ҳуши эса пайдо бўлгандек бўлади, аслида улар уйқусида ўрнидан туриб юрганни эслаб қолмайдилар. Сомнамбулизмда бемор ўрнидан туриб юра бошлайди, хонадан чиқиб кетиши ҳам мумкин, берилган саволлар ва мурожаатларга жавоб қайтармайди ёки уйғониб кетади. Онгнинг бу бузилишлари лунатизм дейилса-да, ойга алоқадор эмас.

Делирий – онг бузилишининг кўп учрайдиган тури бўлиб, бунда бемор ўз шахсини англай олса-да, вақт ва атроф-муҳитга бўлган идрок бузилади. Делирий турли эндоген ва экзоген заҳарланишларда, болаларда эса тана ҳарорати ошган пайтларда кўп кузатилади. Кўрув ва эшитув галлюцинацияларининг мўл-кўл бўлиши делирий учун жуда хосдир. Беморлар руҳий кўзғалган ҳолатда ўзларини таъқиб этувчи бундай тасаввурлардан ҳимоя қиладилар. Уларга ҳамла қилаётган ҳайвонларни гўёки ушлаб оладилар, «душманлар» овози эшитиладиган эшикни ёпиб қўядилар ва ҳоказо.

Беморнинг онги ташқи таъсирларга узвий боғланган бўлади. Галлюцинациялар камайганда, онг вақтинча тикланади, кўпайганда яна бузилади. Онгнинг бундай ўзгариши делирийга хос хусусият ҳисобланади. Лекин эс-ҳуш вақтинча тикланган пайтларда ҳам узук-юлуқ ва чала фикрлаш, юзаки идрок этиш ва мўлжал олиш, нарса ва

ҳодисаларга танқидий кўз билан қарашнинг кескин бузилишини қайд қилиш мумкин. Делирий, одатда, бир неча кун давом этади.

Онейроид уйқусимон, тушга ўхшаш ҳолат билан кечадиган онг бузилиши бўлиб галлюцинацияларнинг кўп кузатилиши билан тавсифланади. Бунда беморларга коинотда мураккаб саргузаштларни бошларидан ўтказгандек, ҳарбий ҳаракатларда иштирок этишгандек туюлади. Уларнинг кечинмалари фантастик тусда бўлади. Делирийлардан фарқли ўлароқ, онейроидларда беморлар камроқ кўзгалувчан, кўпинча бўшашган ҳолатда бўладилар. Эс-ҳуш унча бузилмаган бўлиб, уларда кечинмалар камроқ кузатилади, делириоз ҳолатлардаги каби узук-юлуқ бўлмайди.

Аментив ҳолат ҳам онг бузилиши турларига киради. Аменцияда эс-ҳушнинг чалкашлиги турли даражада бўлади. Бемор ўзини йўқотиб қўйиши ва атрофдаги одамларни тўла тушунмаслиги аменциянинг асосий белгиси ҳисобланади. Эс-ҳуш чалкашганлиги сабабли бемор жой, вақт ва вазиятда адашиб, атрофдагиларни танимаслик даражасигача етади. Аменцияда англашнинг бузилиши ҳақиқий бўлиб, беморлар айрим нарсаларни идрок этадилар, лекин уларни таҳлил қила олмайдилар. Масалан, оқ либос кийган аёл беморнинг томирини ушлаб, у билан қисқа суҳбат қуради, аммо биров вақтдан сўнг бемор врач билан ҳозиргина нима ҳақда гаплашганини айтиб бера олмайди.

Аментив ҳолатда, кўпинча, ўзини-ўзи англашдан кўра теварак-атрофни идрок этиш издан чиқади. Беморлар бу хасталиқда атрофда нималар содир бўлаётганини тушунмай ўзини йўқотиб қўйиб, хавотирланиб ёки кўрқиб қоладилар. Аменция – энг узоқ давом этадиган эс-ҳуш бузилишларига мансуб бўлиб, у бир неча ҳафта ва ойларга чўзилиб кетиши мумкин. Ўткир инфекциялардан кейинги психозларда ҳам аментив ҳолатлар кузатилади.

Эс-ҳуш бузилишларига юқорида биз кўриб чиққан шахсиятни идрок этишнинг бузилиши, яъни **деперсонализация** ҳам киради. Беморга ўз танасининг қисмлари, масалан, боши катталашиб, қўллари узаяётгандек, баъзан эса қўллари ўзиники эмас, бировникидек, танаси икки қисмга бўлиниб, бир-биридан алоҳида ҳаракат қилаётгандек туюлади. Деперсонализация шизофрения касаллиги ва бош мия ўнг ярим шарининг органик зарарланишларида кузатилади.

7.3. Онгсизлик

3.Фрейд яратган психоанализ тўғрисидаги назария инсон руҳини бир муз тоғига қиёслайдики, гўё унинг устки, яъни олтидан бир қисми онг бўлса, сув остида кўринмай ётган олтидан беш қисми **онг остидаги жараёнлардир, яъни онгсизликдир** (28-расм).

Психоанализ фани ўз олдида онгдан яшириниб ётган чуқур психологик жараёнларнинг сир-асрорини очишни мақсад қилиб қўяди ва шу йўл билан неврозни келтириб чиқарувчи омилларни ўрганади. 3.Фрейд «яшириниб» ётган психологик жараёнларни онгсиз жараёнлар деб атади. Рус психологлари бу ҳолатни турли атамалар билан таърифлашади: «безсознательное» (онгсизлик), «подсознательное» (онгостлилик), «подсознание» (онг ости). Баъзи ўзбек психологлари «онгостлилик» ёки «ботиний онг» деган атамани маъқул кўришади. Шундай қилиб, ҳанузгача фанда катта шовшувларга сабаб бўлиб келаётган ва моҳияти тўлалигича ўрганилмаган ушбу ноаниқ психологик жараёнларнинг атамаси ҳам ноаниқ бўлиб қолмоқда. Уларнинг маъносини ўзгартирмаган ҳолда биз «онгсизлик» атамасини маъқул топдик.

Онгсизлик бу шундай ҳолатки, бунда одам ихтиёрсиз тарзда, ўзи билмасдан ёки англамасдан турли хатти-ҳаракатларни амалга оширади. Бу хатти-ҳаракатлар ўз-ўзидан кундалик ҳаётда, уйкуда,



28-расм. Психоаналитиклар фикрича инсон руҳиятининг модели. Улар онг ва онгсизликни муз тоғига қиёслашади. Муз тоғининг сувдан чиқиб кўриниб турган олтидан бир қисми онг бўлса, сувнинг тагида кўринмай ётган олтидан беш қисми онгсиз жараёнлардир.

яъни туш кўраётганда ёки гипнотик ҳолатларда кузатилиб туради. Онгсизлик, табиийки, онгга боғлиқ бўлмаган ҳолат.

3. Фрейднинг таъбири билан айтганда, онгдан сиқиб чиқарилган одамнинг табиий инстинктлари онг остидан жой топади. Онгсизлик туғма хусусият бўлиб, инсоннинг барча хатти-ҳаракатини белгилаб беради.

Онгсизликини 3. Фрейднинг психоанализ ҳақидаги таълимоти ўрганади. Психоанализ таълимотининг яратилишига, асосан, болалар психологияси, неврозлар клиникаси ва психотерапия усуллари туртки бўлган. Психоанализ ўрганадиган асосий йўналишлардан бири шахснинг жинсий ривожланишидир. 3. Фрейд неврозларнинг келиб чиқишини ўзи яратган психосексуал назарияга асосланиб тушунтириб берди.

3. Фрейд ўз кузатувларига асосланиб, одам шахси ва руҳиятининг янги бир моделини яратди. Унга асосан, бир-бирига узвий боғлиқ бўлган 3 та психологик тузилма мавжуд. Булар **ид**, **эго** ва **супер-эго**. **«Ид»** – бу инстинктлар. У онгдан холис. **«Эго»** – бу Мен. Унинг онги бор. **«Супер-эго»**, яъни Супер-мен – бу одамни ўраб турган муҳит, жамият. У одамнинг хулқ-атворини «юқоридан» назорат қилиб туради. Бу тушунчаларнинг ҳар бирига таъриф бериб чиқамиз.

Ид ёки инстинктлар. 3. Фрейднинг фикрича, эволюциянинг дастлабки босқичида ўз-ўзини сақлаш, яъни овқат излаш инстинкти одамнинг хулқ-атворини белгилаб берган, шу билан параллел ҳолда ёки биров сўнг бу функцияни кўпайиш инстинкти, яъни сексуал инстинкт бажара бошлаган. Бу инстинктлар «ид» нинг ўзгинасидир. «Ид» онгда акс этмайди, у онг остида жойлашган, тўғрироғи, онг остига тиқиштирилган. «Ид» қониқиш принципларига асосланиб фаолият кўрсатади. Бу ерда жинсий қониқиш алоҳида ўрин тутаяди. 3. Фрейд жинсий майл тушунчасини бағоят кенгайтириб юборади. Яъни 3. Фрейд таълимоти бўйича жинсий майл одамнинг хатти-ҳаракатини туғилганидан буён бошқариб келади. 3. Фрейд *«Қондирилмаган ҳис-туйғу ёки майлнинг руҳий қуввати онг остида тўпланиб боради ва ўз ифодасини топишга уринади»*, деб фикр юритган. Майллар ичида у либидони асосий ўринга қўйган.

«Ид» доимо **«мен»** ва **«супер-мен»** билан муросасиз жанг олиб боради, чунки улар **«ид»** ни доимо назорат қилишга интилади. **«Ид»** кучли энергияга эга бўлса-да, **«мен»** уни онг остидан сузиб чиқишига йўл қўймайди. Шунинг учун ҳам **«ид»** тажовузкордир.

«Мен» назоратни тўла қўлга олгунга қадар инстинктлар гўёки одамнинг ҳаёт тарзини, яъни хулқ-атворини белгилаб берган.

«Мен»нинг ривожланиши одамнинг ҳаёт тарзини ўзгартириб юборди ва унинг хулқ-атворини назорат остига олди. Шунга қарамай, психоаналитиклар «ид» га одамнинг ҳаёт тарзини белгилаб берувчи асосий манба сифатида қарашади.

«Ид» ўзгармас, «мен» эса ривожланиб боради. Одам бошқа жонзотлардан ақл-заковатнинг, яъни онгнинг борлиги билан фарқ қилади. Демак, онг «мен» демакдир. Агар одам фақат «ид» га бўйсуниб яшаганида эди, унинг ҳаёт тарзи ҳайвонларникига ўхшаб қоларди. Ваҳоланки, одам фаолияти онгли жараён дир ва у ўз хатти-ҳаракатларида ҳам асосан онга таянади.

Психоаналитиклар одамни, аниқроғи унинг руҳини тирик ҳужайрага ўхшатишади. Бунда ҳужайранинг ташқи пардаси «мен» бўлса, унинг ички таркиби «ид» дир. Ҳужайранинг ичида моддалар алмашинуви натижасида катта энергия тўпланади ва кучли энергияга эга бўлган «ид» ташқарига ёриб чиққиси келади. Бунга эса ҳужайранинг ташқи пардаси, яъни «мен» йўл қўймайди. Хўш унда «Супер-мен» нима? Маълумки, ҳужайралар тўплами тўқимани, тўқималар аъзоларни, аъзолар эса организмни ташкил қилади. Демак, «Супер-мен» барча «мен»ларнинг йиғиндиси дир. Ҳужайра организмда ҳаёт кечиргани каби организм ҳам ҳужайрасиз яшай олмайди. Организм – бу «супер-мен». «Супер-мен» – бу жамият, маданият, ахлоқ ва диннинг талаблари. «Супер-мен» «мен» билан биргаликда сексуал хусусиятларга бой бўлган «ид» ни назорат қилади ва улар орасидаги зиддиятларни кучайтиради.

3. Фрейднинг фикрига кўра, неврозларнинг келиб чиқишига «Супер-мен» ва «мен» сабабчи. Психоаналитиклар неврозларни психотерапевтик йўл билан даволашда айнан мана шу назоратни камайтириш ёки тўхтатишга ва шу йўл билан «ид» нинг онга сузиб чиқишига ёрдам беришади. Бунинг натижасида «ид» нинг тажовузкорлиги пасайиб, невроз белгилари чекинади.

3. Фрейд «мен» ва «ид» орасидаги муносабатларни чавандоз билан от орасидаги муносабатларга қиёслаб ҳам тушунтириб берган (29-расм). Фрейдгача А.Шопенгауер худди шундай қиёслашни ирода ва тафаккур орасидаги муносабатларни ўрганиш учун ишлатган эди. Чавандоз отни ўзи бошқарса-да, фақат унинг қуввати ҳисобига ҳаракатланади. Керак пайтда чавандоз ўзанни қаттиқ ушлаб отни тўхтатиши ва ўзи истаган томонга йўналтира олиши зарур, акс ҳолда у йиқилиб қаттиқ жароҳат олади ёки ҳалок бўлади. Баъзи вазиятларда қачон тўхташ ва қайси томонга юриш кераклигини чавандоз эмас, балки отнинг ўзи танлайди. Масалан, чавандоз ухлаб қолади, чарчайди ёки касал бўлиб қолади.



29-расм. Психоаналитиклар «Мен», «Супер-мен» ва «Ид» орасидаги муносабатларни қалтис жойда отни бошқараётган чавандозга ўхшатишади; «Мен» – бу чавандоз, «Супер-мен» – атроф-муҳит, «Ид» – катта кучга эга от.

«Мен» (чавандоз) нинг аҳволи **«ид»** (от) нинг аҳволига қараганда бироз мураккаброқ. Чунки **«мен»** бир томондан атроф-муҳитнинг, яъни ташқи оламнинг қонун-қоидаларига амал қилиши, иккинчи томондан эса кучли от (**«ид»**) ни бошқариши керак. **«Мен»** ҳам ташқи оламнинг, яъни «супер-мен»нинг талабларини, ҳам **«ид»**нинг эҳтиёжларини қондириши учун доим хавотирда яшайди. Бу талабларни бажариш учун «мен» доим сергак туриши керак, улар бажарилмаса, айбдорлик ҳисси айнан унинг бўйнига тушади. Демак, «мен» доимо ўзини ҳимоя қилиш йўлларини излайди. З. Фрейд неврозларнинг келиб чиқишини ушбу зиддиятли муносабатлардан излаган.

Кейинчалик З. Фрейд яраланган ҳарбий хизматчиларда ҳам невроз ва истерия ҳолатларини кузатади. Бу касалликларни жинсий майл билан изоҳлаб бўлмасди, албатта. Энди З. Фрейд онг остига қамалган ва қондирилмаган эҳтиёжларни бошқача йўл билан қондириш йўлларини излади, яъни у сексуал фаолиятни бошқа фаолият билан алмаштириш (сублимация) мумкинлигини илгари сурди. Бу фаолият нима? Унга ахлоқ қонунларига зид келмайдиган фаолиятлар (фан, маданият, спорт, ижод ва ҳ.к) киради. Бу назарияни З. Фрейдгача ҳам ўрганишган. Бироқ З. Фрейд инсоният

яратган маданий бойликларни ана шу хил эврилиш (сублимация) маҳсули деб билди.

Умуман олганда, психоаналитик йўл билан даволаш нимага асосланган? Оддийроқ қилиб тушунтирганда, психоаналитик билан ёлғиз қолган мижоз ўзини эркин қўйиб, кўзларини ярим юмган ҳолда ётади ёки бемалол ўтиради ва хаёлига келган барча фикрларини оқизмай-томизмай сўзлаб беради. Бу ерда бирорта ҳам сир қолмаслиги ва бемор уялмаслиги керак. Маъноли сўзларми, маъносизми, бемор уларни психоаналитикка очиб ташлаши керак. Зарур бўлса, бу мақсадга эришиш учун гипноз ҳам қўлланилади. Ана шундагина, З. Фрейд таъбири билан айтганда, рухий покланиш, яъни «катарсис» рўй беради ва тузалиш жараёни жадал кечади. З. Фрейднинг фикрича, энг муҳими мазкур ассоциациялар онг томонидан бошқарилмаслиги керак ва бемор фикрини эркин ифодалаш зарур. Психоаналитикларнинг таъкидлашича, ана шундагина онг остига қамалган хоҳиш-истаклар ва онг томонидан тақиқланган зиддиятли муаммолар ўз ечимини топади ва натижада невроз чекинади.

7.4. Фрейддан кейинги психоанализ

З. Фрейд таълимотининг тарафдорлари ҳам, танқидчилари ҳам кўп бўлган. Унинг энг яқин сафдошлари ва шогирдлари бўлмиш Альфред Адлер ва Карл Густав Юнг унинг таълимотини аввалига қўллаб-қувватлашди, кейинчалик ундан қисман воз кечишди. А. Адлер индивидуал психология, К.Г. Юнг аналитик психология тўғрисидаги ўзларининг таълимотларини яратишди. Ўз таълимотларида З. Фрейдни танқид қилишса-да, аслида улар танлаган йўналиш психоанализнинг давоми эди.

А. Адлер фанга **«етишмовчилик ҳисси»** деган тушунчани киритди. Унинг фикрича, бу туйғу табиий ва туғма бўлиб, ҳар биримиз учун хосдир ва шахснинг ривожланишида катта аҳамиятга эга. Адлернинг фикрича, ҳар бир инсон умри мобайнида ўзидаги ушбу етишмовчиликдан қутулиш учун бошқалар устидан ҳукмронлик қилиш ва уларнинг фаоллигини бостиришга интилиб яшайди. Бунинг учуну ўзидаги барча имкониятларни ишга солади ва жамиятда ўз ўрнини топишга интилади. Адлер бу жараённи **компенсация** ёки **суперкомпенсация** деб атади. Суперкомпенсация етишмовчилик ҳиссига бўлган туғма реакцияларнинг ижтимоий бир кўринишидир. Адлернинг фикрича, ана шу туғма инстинктлар одамни атрофдагиларга нисбатан тажовузкор қилиб қўяди. Шу сабабли

одамда невроз ривожланишининг олдини олиш учун ундаги етишмовчилик ҳиссини бартараф этиш зарур. Демак, А.Адлер ҳам ўз таълимотида инсон руҳиятининг ривожланишида инстинктив реакцияларга урғу берган.

К.Г. Юнгнинг таълимоти бироз бошқача эди. У **«жамоа онгсизлиги»** деган тушунчани таклиф қилди. Юнг индивидуал онгсизлик ва жамоа онгсизлиги орасида аниқ бир чегара чизиги ўтказди. Унинг фикрича, жамоа онгсизлиги индивидуал онгсизликдан фарқли ўлароқ, авлоддан-авлодга узатилади ва «мен» жамоа онгсизлиги таъсири остида ривожланади.

Юнгнинг фикрича, индивидуал онгсизлик одамнинг шахсий тажрибасида акс этади. Бу тажрибалар, албатта, қачонлардир онгда акс этган, лекин ундан сиқиб чиқарилиши натижасида унут бўлиб кетган. Жамоа онгсизлиги – бу умуминсоний тажрибалар бўлиб, ҳар бир миллат ва элатлар учун хос, у ўтмишимизнинг яширинган хотира излари. У мифология, халқ дostonлари ва диний қарашларда акс этган бўлиб, ҳозирги замон кишиларининг онгида тушлар кўриш орқали намоён бўлиб туради. Юнг Фрейднинг сексуал назариясини тан олмади ва неврозлар ривожланишининг бошқа бир қанча сабабларини кўрсатиб, уларни исбот қилиб берди. Уларнинг ичида ижтимоий келишмовчиликлар ва инсон ҳаётидаги фожиали даврларни ҳам асосий омил сифатида кўрсатди.

3. Фрейд назариясини талқин ва танқид қилувчилар сафи яна кенгая борди. Ўтган асрнинг 30-йиллари охирида **неофрейдизм** шакллана бошлади. Бу йўналишнинг энг кўзга кўринган тарафдорлари Э. Фромм ва К.Хорни эди. Улар психоанализни ўрганишда социологик йўналишдаги назариялардан ҳам фойдаланишди. Улар инстинктив жараёнларни инкор қилмаган ҳолда инсоннинг яшаш фаолиятида одамлар орасидаги муносабатларни устун қўйишди. Улар неврозларнинг келиб чиқиш сабабини қуйидагича ёритишади: одам боласи туғилгандан **хавотирда** яшайди, чунки унинг қаршисида зиддиятли дунё пайдо бўлади. Хавотир эса эътибор ва меҳрибонликнинг йўқлигидан кучайиб боради. Кейинчалик эса индивид социал омилларнинг қақшатқич зарбасига дуч келади ва жамиятда ёлғизланиб қолади, у ўзининг жамиятга нисбатан бегоналигини англайди. Демак, уларнинг фикрича, жамият шахснинг синхрон ривожланишига тўсқинлик қилади. Шунинг учун ҳам неврознинг асосий сабабчиси жамиятдир ва айнан индивидни соғломлаштириш орқали жамиятни соғломлаштириш мумкин.

Е. Фромм шахснинг ривожланишида туғма омилларнинг аҳамиятини, яъни боланинг сексуал ривожланиши, Эдип комплекси ва жинсий муносабатларнинг аҳамиятини бўрттириб кўрсатмасликни айтади. У ҳар бир одамдаги руҳий кечинмаларни ижтимоий муҳитга шўнғиб кетганлигида деб билади. Демак, сексуал инстинктлар шахсни шакллантирмас экан, балки шахснинг ўзи уларни белгилаб беради.

К. Хорни таълимотида ҳам ижтимоий омилларнинг аҳамияти юқори эканлигини кўриш мумкин. У инсоннинг хулқ-атворида уни ўраб турган жамиятга нисбатан қуйидаги учта йўналишни ажратди: **одамларга интилиш**, яъни меҳрибонлик излаш, **одамлардан йироқлашиш**, яъни ёлғизликка интилиш, **одамларга қарши туриш**, яъни ҳукмронликка интилиш. Ушбу хусусиятларнинг қайси бири устун келишига қараб 3 хил невротик шахс шаклланаркан:

1) итоаткор, қандай бўлмасин бошқаларнинг муҳаббати ва эътиборини қозонишни истовчи;

2) жамиятга қарши чиқувчи, ундан йироқлашишга интилувчи;

3) давлатпараст ва одамлар устидан ҳукмронликка интилувчи. К. Хорни фикрича, бу реакцияларнинг барчаси инсонни қониқтирмас экан, хавотир ҳеч қачон йўқолмайди, аксинча, кучая бориб, янги ва янги келишмовчиликларни юзага келтираверади.

Шундай қилиб, К. Хорнининг невроз ҳақидаги таълимотини қуйидагича шарҳлаш мумкин: невроз куртаклари бола туғилгандан кейинги хавотирдан бошланади ва зиддиятларга бой бўлган адоватли дунё билан курашиш натижасида давом этади. Бунинг натижасида юқорида қайд қилинган учта ҳимоя стратегияси ишлаб чиқилади.

Психоанализ фалсафий фан сифатида ҳам ўрганиб келинмоқда. Бу йўналиш нафақат онгсиз жараёнларни, балки онгли жараёнларни ҳам чуқур ўрганишга замин яратди. Шунингдек, психоанализ этика, эстетика ва бошқа маданий фанлар ривожига ҳам ўз таъсирини кўрсатди. Айниқса, тиббий психологияга унинг таъсири ўта кучли бўлди. Бугунги кунда психоаналитиклар энг оғир психопатологик синдромларни даволашда катта муваффақиятларга эришиб келмоқдалар. Психоанализ инсон табиатини ўрганиш ва психотерапевтик муолажалар ўтказишда кенг қўллаб келинмоқда. Психоген касалликларнинг келиб чиқишида ижтимоий ва маданий омиллар чуқурроқ таҳлил қилинмоқда.

Ўз фаолиятини айнан неврозларнинг моҳиятини ўрганишдан бошлаган невролог олим Зигмунд Фрейд, кейинчалик машҳур психиатр, психоаналитик ва файласуф бўлиб етишди. Бугунги кунда

унинг таълимоти тиббий ва ижтимоий фанларга чуқур кириб келган. Булар неврология, психиатрия, психология, сексология, фалсафа, этика, эстетика ва шу кабилардир.

Назорат учун саволлар

1. Онга таъриф беринг.
2. Оннинг хоссалари ҳақида сўзлаб беринг.
3. Оннинг бошқа руҳий жараёнлар билан боғлиқлиги ҳақида нималарни биласиз?
4. Оннинг физиологик механизмлари ҳақида сўзлаб беринг.
5. Онг бузилишининг қандай турларини биласиз?
6. Аменция онейроиддан нимаси билан фарқ қилади?
7. Болаларда онг бузилишининг қайси тури кўпроқ учрайди?
8. Онсизлик деганда нимани тушунасиз?
9. З.Фрейднинг психоанализ таълимоти ҳақида сўзлаб беринг.
10. Фрейддан кейинги психоанализ қандай ривожланди?
11. Катарсис деганда нимани тушунасиз?

VIII БОБ. ШАХС. ТЕМПЕРАМЕНТ. ХАРАКТЕР

*Одам ҳар нарсадан тўйиши мумкин,
лекин меҳрдан тўймайди.
Ўтқир Ҳошимов*

8.1. Шахс ҳақида тушунча

Шахс индивидуаллиги билан таърифланади. Киши ўз жисмоний хусусиятлари бўйича бошқаларга ўхшамайди, психологик нуқтаи назардан қараганда ҳам бир хил одам бўлмайди. Врач беморни ўрганаётиб, унинг шахсиятига ҳам эътибор беради, шу билан бирга бемор ҳам врачнинг шахсига эътибор қилади ва уни кузатади. Шахснинг аниқ бир таърифини бериш мушкул.

Психологияда шахс ўзининг йўналганлиги ва қобилияти билан характерланади. Йўналганлиги дейилганда, одам эҳтиёжлари, қизиқишлари, истаклари, мойиллиги, эътиқоди, орзулари ва дунёқараши тушунилади. Замонавий, маданиятли кишиларнинг қизиқишлари турли-туман бўлади. Қизиқишлар ёшга қараб ўзгариб боради. Уч ёшдан беш ёшгача бўлган соғлом болаларда ҳамма нарсани билишга қизиқиш яққол ифодаланган бўлади. Бу ёшдаги болаларнинг саволлари «Бу нима, нега, нима учун?» дан иборат бўлади. Мактабгача ёшда ўйинчоқлар ва мазмунли ўйинларга қизиқиш уйғонади. Худди шу даврда болада расм солиш, жонли табиат ва ҳайвонларга қизиқиш пайдо бўлади. Ўқишга ва айрим фанларга (математика, мусиқа, расм солиш, шеър тўқиш) қизиқиш умуман анча эрта ривожланади. Бу қизиқишлар вақтинчалик ва доимий бўлиши мумкин. Бола техника ва спортга ҳам бирмунча эрта қизиқа бошлайди. Бадиий адабиётларга қизиқишнинг ўзига хос қонуниятлари бўлади: авваламбор, эртақларга, сўнг эса саргузашт, фантастик, детектив адабиётларга, сўнгра романтика, жинслар орасидаги муносабатлар ва сиёсатга қизиқиш уйғонади. Лекин баъзи қизиқишлар параллел ҳолда кузатилиши ҳам мумкин.

Илмий ва ижтимоий-сиёсий адабиётлар китобхонлар қизиқишининг бошқа бир томонидир. Беморнинг адабиётларга қизиқишини, албатта, таҳлил қилиш ва уларни ҳамда кинофильмларни қандай ўзлаштираётганини билиш лозим. Бу шахс хусусиятларини, унинг тафаккур доирасини тушуниш учун ўта зарурдир.

Қизиқишлар одамнинг дидига ҳам боғлиқ. Дид одам ҳаётининг турли даврларида, гоҳо эрта, гоҳо эса кеч пайдо бўлади. Дунёқараш, фалсафа масалалари ва ҳаёт мазмунига қизиқишлар, кўпинча,

қарийб йигирма ёшда пайдо бўлади. Худди шу ёшда ёки бироз сўнг жамоат ишларига қизиқиш уйғонади.

Ўзга жинсга қизиқиш (майл) 12-15 ёшдан бошлаб ривожланади. Қизиқишларнинг туридан ташқари, уларнинг ижтимоий мавқеи ва кенглиги ҳам аҳамиятлидир. Қизиқиши чегараланган одамлар фақат ўз ҳунари билан чекланиб қолади. Бошқа ҳеч нарса деярли уларни қизиқтирмайди. Қизиқиш доираси кенг бўлган одам кўпроқ билишга интилади. У фан-техниканинг турли хил соҳаларини эгаллаб, ижтимоий-сиёсий масалалар, санъат ҳамда спорт билан қизиқади. Лекин санаб ўтилган барча қизиқишлар бир хил қимматга эга бўлмайди. Улардан бири асосий, қолганлари иккинчи даражали аҳамиятга эга бўлади. Чунончи, врач учун қуйидаги фанлар – анатомия, терапия, фармакология, психология энг диққатга сазовор саналса, унга сиёсат, мусиқа, спорт, шеърят, ов қилиш билан қизиқишига ҳалақит бермайди.

Қизиқишларнинг барқарорлиги ҳам аҳамиятлидир. Баъзиларда уларнинг асосий қизиқишлари умрбод ҳамроҳ бўлади, бошқаларда тез пайдо бўлиб, ўтади-кетди. Психопатияларда, кўпинча, қизиқишлар беқарор бўлади. Натижада, киши шунчаки қизиқувчан бўлиб қолади, амалда эса ҳеч бир фаол иш қилмайди ёки чала бажаради. Қизиқишлар кучли ва суст бўлиши мумкин. Кучли қизиққан одам тўсиқларни енга олади, керак бўлса, қурбон бўлади. Инсонга батафсил таъриф бериш учун унинг қизиқишларини чуқур ўрганиш зарур.

Буюк шахслар ақл-заковати ва илми билан, кўпинча, авлиё даражасигача етган бўлади. Аҳмад Яссавий, Баҳоуддин Нақшбандий, Нажмиддин Кубро, Ибн Сино, ал-Хоразмий, Имом Бухорий каби алломаларни бунга мисол қилиб кўрсатиш мумкин. Ҳар бир одамнинг дунёқараши кўпроқ унинг бирор мақсадга интилиши, тарбияси, орттирган билимлари ва ҳаёт тажрибасига боғлиқ. Ижтимоий-тарихий шарт-шароитлар кишининг дунёқараши шаклланишида муҳим ўрин тутди. Агар улар дунёқараши жамиятда кечаётган салбий жараёнларга мос келмаса ва шундай бўлса-да, бу жараёнлар ижобий деб тан олинса, бу ҳолат шахснинг жамият ва атрофдагиларга бўлган муносабатини бутунлай ўзгартириб юборади. Шунинг учун ҳам буюк шахслар (Чўлпон, Фитрат ва бошқалар) ўз замонасининг қурбони бўлишган.

Кўпчилик олимларнинг ютуқларида шахси муҳим аҳамиятга эгаллиги илм-фан ривожланишига катта таъсир кўрсатиши айтиб ўтилади. Ҳар қандай одам, у қайси касб эгаси бўлишидан қатъи назар, шахс бўлиб камол топиши керак.

Шахснинг камол топишида қобилият ва истеъдоднинг ҳам аҳамияти катта. Қобилият муайян фаолиятни муваффақиятли амалга

ошириш учун зарур бўлган индивидуал хусусиятдир. Одам қобилиятли бўлиб туғилмайди, балки етишади. Илк болалик давридан бошлаб одамда нимагадир қобилият нишонлари бўлади, нимагадир эса бўлмайди. Буни ота-она дарров илғаб олиб унинг қизиқишини тўғри йўналтирса, кейинчалик бола буюк шахс бўлиб етишиши мумкин. Алишер Навоийдаги шеърятга бўлган қизиқиш илк болалик давридан илғаб олинган ва унга ҳар томонлама кўмак берилган. Натижада, Ҳазрат Навоий буюк шахс бўлиб етишди ва шеърят султони деган номни олди. Демак, қобилиятни тараққий эттириш зарур. Борди-ю қобилиятнинг нишонаси бўлмаса, уни ривожлантириб бўлмайди. Масалан, скрипкачи бўлиш учун бир эмас, бир неча қобилиятга эга бўлиш лозим. Скрипкачи маромни сезиши, мусиқий ва кинестетик хотираси бўлиши, қўл бармоқлари майин ва аниқ ҳаракат қилмоғи лозим. Бунга яна мусиқий дид, ҳиссийлик ва кўпгина бошқа қобилиятлар қўшилади. Ана шу хусусиятлар бўлганда, санаб ўтилган барча қобилиятларни ўқиш ва машқ қилиш жараёнида ривожлантириш мумкин.

Чунончи, Ибн Сино, ал-Хоразмий, Абу Райҳон Беруний, Алишер Навоий, ал-Фарғоний, Бобур, Камолиддин Беҳзод, Форобий, Рудакий, А.С. Пушкин, Моцарт, Шекспир, Паскал, Леонардо да Винчи, Микеланджело каби алломаларда қобилият ва истеъдод жуда эрта, яъни болалик давридан ҳайратланарли даражада ривожланган. Лекин аксарият олимлар, ихтирочилар ва давлат арбобларининг истеъдоди етук ёшда намоён бўлади.

Кўпчилик ўқувчиларнинг дарсларни ўзлаштиришлари тамомила педагогик жараён сифатига боғлиқ ва уларнинг барчаси яхши ўқишлари керак, деган фикр хатодир. Бу фикр ўқитишнинг сохталашуви ва сифатининг пасайиши, баҳоларни сунъий равишда ошириш ҳамда мактаб ва олий ўқув юртларида тегишли дипломни расмиятчилик асосида беришга олиб келади.

Шахсга таъриф бера туриб, биз буюк алломаларда талант куртаклари эрта ёшдан бошлаб ниш ура бошлаши ҳақида айтиб ўтдик. Шу ерда шахс билан боғлиқ яна бир қизиқ муаммо ҳақида сўз юритишни лозим деб топдик, яъни буюк шахслар (доҳийлар) нинг руҳий нуқсонлари тўғрисида. Психопатия аломатлари бўлган буюк шахслар ҳақида илмий адабиётларда турли маълумотларни учратиш мумкин. **Психопатия** – бу шахснинг патологик ўзгариши бўлиб, унинг шаклланишида туғма омилларга катта урғу берилади. Психопатияга доир маълумотлар психиатрия дарсликларида муфассал ёритилган.

Психиатрлар иқтидор ва руҳий нуқсонлар орасида узвий боғлиқликни аниқлашга доим ҳаракат қилишган. Бу боғлиқликни

Ўрганиш деярли 100 йил олдин бошланган. Олимлар тарихий шахсларнинг ҳаёти билан қизиқиб, уларнинг психологик анамнези, оила аъзолари, қариндош-уруғлари, ота-онаси ва фарзандлари ҳақида маълумот йиғишган. Бунинг натижасида антиқа бир хулосага дуч келишган: агар генеологик шажаранинг бир шохчаси бўйлаб уларнинг аждодларида (ота-онаси, буваси, бувиси) иқтидорли шахслар аниқланган бўлса, бошқа бир шохчаси бўйлаб руҳий нуқсонлар, ҳатто руҳий касалликлар аниқланган. Бошқа хориж олимлари қатори иқтидор билан руҳий нуқсонлар орасидаги боғланишни аниқлашга 1925 йили рус тадқиқотчиси Г.В. Сегалин ҳам ҳаракат қилган. У энг буюк шахсларнинг ҳаёти ва улардаги руҳий нуқсонларни ўрганиб, қуйидаги жадвалларни тузган:

7-жадвал

Отасида руҳий нуқсон аниқланган, онаси эса иқтидорли бўлган буюк шахслар руйҳати

Буюк шахслар	Отаси		Онаси	
	Иқтидор	Нуқсон	Иқтидор	Нуқсон
Успенский		+	+	
Стендал		+	+	
Лев Толстой		+	+	
Достоевский		+	+	
Жан Жак Руссо		+	+	
Шарл Жерар		+	+	

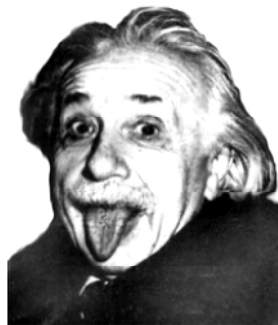
8-жадвал

Отасида ҳам, онасида ҳам руҳий нуқсонлар аниқланган буюк шахслар руйҳати

Буюк шахслар	Отаси		Онаси	
	Иқтидор	Нуқсон	Иқтидор	Нуқсон
Кеплер	+	+		+
Гёте	+	+	+	+
Блок	+	+	+	+
Мопассан		+	+	+
Байрон	+	+		+
Шопенгауер		+	+	+
Балзак	+	+		+

Бу жадваллардан кўриниб турибдики, буюклик (аниқроғи, иқтидор) ва руҳий нуқсонлар наслдан-наслга ўтиши мумкин. Улар орасида узвий боғлиқлик бор ва руҳий бузилишлар дунё миқёсида номи чиққан буюк шахслар (Стендал, Ницше, Эйнштейн, Руссо, Гёте, Балзак ва ҳ.к) да аниқланган. Муаллифнинг фикрича, руҳий соғлом кишиларда иқтидор соғлом мия томонидан «босиб» турилади ва талантнинг «отилиб» чиқишига йўл қўймайди. Руҳий носоғлом шахсларда эса бундай тўсиқ йўқ ва талант бемалол ўзини тўла намоён қила олади. Тадқиқотчи ўз фикрини давом эттира туриб, куйидаги хулосада тўхталади: **буюк кишиларнинг генида иккита компонент мавжуд бўлиб, улардан бири унинг аждодларидан ўтган иқтидор бўлса, иккинчиси руҳий нуқсондир.** Бундай ирсий бузилишлар буюк шахсларнинг ўзида кузатилмаса-да, уларнинг яқинлари (акаси, укаси ёки синглиси)да кузатилган. Масалан, Гегел, Дидро ва Шуманнинг сингиллари, Л.Толстой, Гюго, Фейербах ва Успенскийларнинг укалари руҳий касал бўлган.

Г.В.Сегалиннинг фикрича, буюк шахсларнинг фарзандлари аксарият ҳолларда ақли паст ва руҳий нуқсонларга бой бўлишади. Масалан, Бах, Шуман, Тацит, Менделсон, Гётенинг ўғиллари ва Марк Твеннинг қизи руҳий касал бўлган. Тадқиқотчилар яна бир қизиқ, умуман олганда, ҳаммага маълум бўлган бир тахминни ўртага ташлашади. Баъзида буюк шахслар соғлом бўлган тақдирда ҳам улар ўз талантларини рўёбга чиқариш учун ароқхўрликка ружу қўйишган. Ҳақиқатан ҳам энг жозибали шеърлар ва кашфиётлар маст ҳолда яратилганлигини кўпчилик билади. Гўёки ароқ талантни босиб турган тўсиқни олиб ташлайди ва буюк шахснинг миясида пайдо бўлган оламшумул фикрларни рўёбга чиқаради. Бу фикрга қисман қўшилиш мумкин, албатта, лекин ҳеч қачон ароқни ёки бошқа спиртли ичимликларни талантнинг йўлбошчиси сифатида эътироф этмаслик керак. Бизнингча, буюк шахсларда учрайдиган ароқхўрлик (баъзан хотинбозлик) руҳий етишмовчиликларни қондирувчи бир омил, холос. Бугунги кунда мутахассислар талантни рўёбга чиқарувчи омиллар устида иш олиб боришмоқда. Лекин мактабни зўрға тамомлаган ва доимо қолоқ бўлган Альберт Эйнштейннинг талантини рўёбга чиқариш билан ҳеч ким алоҳида шуғулланмаган. Шундай бўлса-да, у буюк шахс



А.Эйнштейн
(1879–1955)

бўлиб етишди ва оламшумул кашфиётлари билан Халқаро Нобел мукофоти совриндори бўлди.

Юқорида келтирилган маълумотларга қисман бўлса-да, танқидий кўз билан қараш керак. Ваҳоланки, фақат руҳий нуқсони бўлган одамгина буюк шахс бўлиб етишади, деб хулоса қилиш ҳақиқатга зид бўлур эди. Чунки, Моцарт, Шекспир, Дюма, Шопен ва Рахманинов (бу рўйхатни кўплаб давом эттириш мумкин) каби буюк шахсларда руҳий нуқсонлар бўлмаган. Яна шуни таъкидлаш лозимки, юқорида номи тилга олинган шахслар руҳий шифохоналарда даволанишмаган ва аксарият ҳолларда уларнинг хулқ-атворидаги ғалати ўзгаришларга қараб баҳо берилган, холос. Бундай пайтларда руҳий касаллик ҳақида эмас, балки шахс акцентуацияси ҳақида фикр юритиш керак.

Кўриб турганимиздек, иқтидор ҳам, руҳий нуқсонлар ҳам гўёки туғма аломатлардир. Буюк шахслардаги талантни ривожлантириб, руҳий нуқсонларни ҳеч бўлмаса камайтириш мумкинми? Психогенетиклар бу муаммо устида бош қотирмоқдалар, тарбия ва таълимнинг буюк шахсларни вояга етказишга таъсирини ўрганмоқдалар. Айниқса, педагогик фаолиятда бу муаммога катта эътибор қаратиш керак. Зеро, ҳар бир буюк шахс ёки даҳо миллионлаб одамларнинг тақдирини ҳал қилади, чунки сиёсат билан шуғулланадиган баъзи «доҳийлар» халқлар устига кулфатлар ёғдирган ва ёғдирмоқдалар.

8.2. Шахс типлари

Леонгард шахснинг 10 та типини ажратиб ўрганди. Қуйида уларнинг таърифини келтирамыз:

1. Намойишкор шахс. Бу типга мансуб шахсларнинг хулқ-атворида намойишкорлик доимо сезилиб туради, улар барча хатти-ҳаракатларини намойишкорона бажаришни хуш кўришади. Атрофдагилар билан тез ва осонликча мулоқотга киришади, ишчан ва ҳаракатчан бўлишади. Ҳийла ва найрангга уста, ёлғон гапиришга мойил, олифта, маккор, хаёлпараст, ўз шахсини бўрттириб кўрсатувчи ва шу билан бирга бошқа бировларни бир-бирига тўқнаштириб жанжалли вазиятларни юзага келтиришни хуш кўришади. Мақтовталаб, манман бўлишади. Ҳар қандай ишга таваккал қилиб қўл уриб кўришади, раҳбарчиликка интилишади, атрофдагиларнинг эътиборида бўлишга интилиб яшашади. Одамлар билан тез тил топишиб кетишади, ҳар қандай вазиятга тез мослашиб олишади, агар уларнинг хатти-ҳаракатлари атрофдагилар томонидан тан олинмаса ёки эътибор

қилинмаса, уларнинг кайфияти тез бузилади ва суҳбатни бошқа йўналишга ўзгартириб юборишади. Мана шундай пайтларда улар ўз фойдасига жанжалли вазиятларни юзага келтиришга уришиб кўришади ва бунга эришишади ҳам. Улар жудаям эгоист бўлишади, доимо диққат-эътиборда бўлишни хоҳлашади, мақтовга чанқоқ бўлишади, агар атрофдагилар уни мақтамаса, у ўзини мақтаб бошлайди, ёнидаги суҳбатдошини ҳайратда қолдирадиган уйдирмалар ўйлаб топади, ўзининг сўзамоллигидан фахрланиб юради. Унинг олдида бировни мақташнинг фойдаси йўқ, чунки бу унинг кайфиятини тушириб юборади, бундай пайтларда у суҳбатни яна ўз фойдасига буришга интилиб кўради ёки диалогни тўхтатиб қўя қолади. Мабодо у билан аввал оғирроқ вазиятлар рўй берган бўлса, суҳбат чоғида бу воқеани бўрттириб сўзлаб беради, атрофдагиларда унга нисбатан ҳамдарадлик ва ачиниш ҳиссини пайдо қилишни хуш кўради. Агар унинг сўзларига эътибор қилинмаса, тез жаҳли чиқади, бироқ буни сездирмасликка ҳаракат қилади. У доимо атрофида одамларни тўплаб ваъзхонлик қилишни, жамоага етакчилик қилишни ёқтиради ва ўзи алоҳида кўзга ташланиб туришни истайди. У ёлғизликни ёқтирмайди. Шунинг учун ҳам у доимо мансабга интилади, ички туйғуларини рўёбга чиқарувчи, ўзини кўз-кўз қилишга катта имкониятлар яратиб берувчи ягона вазият – бу мансабдир. Шунинг учун ҳам у қандай бўлмасин бирор бир мансабни эгаллашни орзу қилиб яшайди. Аслида унинг хатти-ҳаракатлари доимо ҳам ҳақиқатга мос келавермайди, агар кичикроқ бир фавқулудда вазият юзага келса, жамоани йиғиб жуда катта шов-шув кўтаради, йиғин пайтида атайлаб зиддиятли вазият яратади, жамоа аъзолари ичидан айбдорни излай бошлайди, топа олмаса бировни-бировга тўқнаштириб айбдорни топиб олади ва унинг обрўсини ҳамманинг олдида ерга уриб ташлайди, ўзини эса фаол ҳимоя қилишга интилади. Жанжални ҳам ўз фойдасига ҳал қилиб, вазиятдан «қаҳрамон» бўлиб чиқишга уринади ва аксарият ҳолларда бунга эришади ҳам. Унда сиқиб чиқариш хусусияти (*психоанализда Фрейд томонидан таклиф қилинган «сиқиб чиқариш» атамаси бор*) кучли бўлади, яъни ўзига ёқмаган воқеа ва ҳодисалар тафсилотини хотирасидан ўчириб ташлаш қобилиятига эга бўлишади. Ёлғон гапириш унинг учун одатий ҳолдир, унинг ҳаёт тарзида ёлғон ва ҳақиқатлар шу даражада чалкашиб кетадики, кейинчалик гапирган гапларининг қайси бири ёлғону, қайси бири ҳақиқатлигини ўзи ҳам англай олмай қолади. Шунинг учун ҳам уларга кейинчалик бўлиб ўтган воқеалар айтиб берилса эслай олишмайди, бироқ ҳақиқатдан ҳам эслай олмаяптими ёки эслашни хоҳламаяптими, билиб олиш ўта мушкулдир. Бундай одамларни псевдолог, яъни ёлғончи

деб ҳам аташади. Шу аснода уларнинг фикрлаш доираси кенглигини алоҳида таъкидлаб ўтиш лозим, баъзан инсон ҳайратда қоладиган ишларга таваккал қилиб қўл уришади ва ишчанлик қобилияти юқорилиги учун анча ютуқларга эришишади ҳам.

2. Қотма шахс. Мулоқотга ҳадеб киришиб кетмайдиган, камгап, такаббур одам. Кам гапирсада, насиҳат қилишни хуш кўради. Унга нисбатан аслида мавжуд бўлмаган адолатсизликдан азият чекиб юради. Шу сабабли унинг хатти-ҳаракатида одамларга нисбатан ишончсизлик ва эҳтиёткорлик устун туради. Гина ва хафагарчиликка берилувчан, тез ранжийдиган, воқеа ва ҳодисаларга шубҳа билан қарайдиган шахс. У билан юз берган воқеалардан узоқ вақт сиқилиб юради, хафагарчиликдан осон чиқа олмайди, қасоскор бўлади. Бундай одамлар жанжал ва келишмовчиликларни юзага келтиришда ташаббускор бўлиб қолишлари мумкин. Иззатталаб, ўзига қаттиқ ишонадиган ва ўз билганидан қолмайдиган собитқадам бу шахс бирор бир ишни қатъиятлилиқ билан бошлаб охирига етказиши ҳам. Улар ўта ишчан бўлиб, ҳар қандай шароитда ҳам юқори кўрсаткичларга эришишга интилишади, бошлаган ишини биров билан баҳам кўрмай ёлғиз ўзи бажаришни хуш кўришади. Қайсар, ўжар ва тез-тез аффект ҳолатларига тушиб турадиган бу шахсларнинг хулқ-атворида ҳақиқатгўйлик, ранжиш, тез хафа бўлиш, гумонсираш, рашк каби турли хислатлар биргаликда намоён бўлади. Улар аффект ҳолатига тушишса ҳам, буни дарров юзага чиқараверишмайди, ичида сақлаб қўйишади ва бу борада уларнинг фикрини тез билиб олиш қийин.

3. Расмиятчи шахс. Синчков, майдакаш ва ўта расмиятчи шахс. Жанжал ва келишмовчиликларга кам аралашади, агар жанжалли вазиятларда пайдо бўлиб қолса, ўзини четга олади ёки пассив иштирокчига айланади, холос. Шундай бўлса-да, шаклланиб қолган тартиб-қоидаларнинг бузилишига тезда диққатини жалб этади. Ишда у ҳақиқий бюрократ бўлиб, ҳар бир ишда расмиятчиликка боради, қўл остида ишлайдиганларга жуда кўп талаблар қўйиб ташлайди. Ўз ишига пухта, ўзига ва бошқаларга ўта талабчан, тартибни хуш кўрадиган, ғоятда синчков бўлиб, ҳар бир ишни режа асосида бажаришни ёқтиради. Бирор бир ишни бошлашдан олдин уни синчковлик билан ўрганади, режа тузади, ўзи ҳам ўша режага қаттиқ амал қилишга ҳаракат қилади, ўз олдига қўйган ишларни шошмасдан, бироқ юқори даражада сифатли бажаришга интилади. Хатога йўл қўйилмадими деб, ўзини ва бошқаларни тез-тез текшириб туради. Расмиятчилик унинг ҳаёт тарзига айланган бўлади, вазият шуни тақозо этса мансабдан осонлик билан воз кечади. Руҳий жароҳатларни узоқ вақт эсида сақлаб юридиган, оғир табиатли ва ўч олишга мойил шахс.

4. Таъсирчан (қўзғалувчан) шахс. Жиззаки, ўз ҳис-туйғуларини жиловлай олмайдиган, қўпол, жанжалкаш ва тез ғазабланадиган кишилардир. Уларнинг хулқ-атворида инстинктив интилишлар устун туради. Улар бадқовоқ ва заҳарханда кишилар бўлиб, биров билан осонликча муросага боришмайди, доимо жанжалнинг ўртасида бўлишади, одамлар орасида келишмовчиликларнинг юзага келишида фаол иштирокчилардир, аксарият ҳолларда эса жанжалнинг муаллифи уларнинг ўзи бўлиб чиқишади. Жамоада узоқ ишлай олишмайди, тез-тез юзага келадиган келишмовчиликлар сабабли бир жойда ишлай олишмайди. Уларда вербал ва новербал реакциялар анча суст бўлади, шунинг учун ҳам одамлар билан бемалол тил топишиб кета олишмайди. У бирор бир ишга иштиёқ билан киришмайди, ишга ҳам зарурат учун боради, бирор бир соҳани ёки илмни ўзлаштиришга ҳам иштиёқ бўлмайди. Келажакка бефарқ, бугунги кун билан яшайди, кўнгли ўйин-кулги ва вақтичоғликни истайди. Ҳамма билан тил топишавермагач, ўзидан кучсизроқ одамлар билан мулоқот қилишга ва уларни ўзига бўйсундиришга интилади. Юқори даражада қўзғалувчан бу шахсларни бошқариш қийин бўлиб, уларнинг хатти-ҳаракатлари атрофдагилар ва жамоа обрўси учун хавфли вазиятни юзага келтириши мумкин.

5. Гипертим шахс. Бу тоифага кирувчи одамлар юқори даражада ҳаракатчанлиги, сўзамонлиги, мимикаларга бой хатти-ҳаракатлари, дилкашлиги билан ажралиб туришади. Улар ҳар қандай одамлар билан тезда мулоқотга кириб кета олади, улфатчиликни хуш кўришади, шум ва шўх бўлишади. Суҳбат чоғида дастлабки мавзудан тезда четга чиқиб кетиши мумкин, буни ўзи ҳам сезмай қолади. Ўз тенгдошлари орасида эътиборда бўлишни, иложи бўлса уларга йўлбошчи бўлишни ва шовқин-суронли ҳаётни хуш кўради. Деярли доимо яхши кайфиятда бўлишади, ўзларини яхши ҳис қилишади, юқори ҳаётий қувватга ва иштаҳага эга бўлишади, юзи-кўзи кулиб туради, ҳаётдан қувониб яшашади. Улар ўзига юқори баҳо беришади, чаққон ва енгилтак бўлишади, қувноқ ҳаётни ёқтиришади, ишбилармонлиги билан ажралиб туришади, юзаки ишларни зудлик билан бажариб ташлашади. Улар жуда ажойиб суҳбатдош бўлиб, атрофдагиларнинг кўнглини чоғ қилиб ўтиришни хуш кўришади, кўнгил ёзар ишларга йўлбошчилик қилишади, керак бўлса турли хурсандчиликларни ўзлари ўйлаб топишади ва бошқаларни бунга жалб қилишади. Бу ишларга керагидан ортиқча берилиш жанжалли вазиятларнинг келиб чиқишига туртки бўлади. Агар улар қилаётган ишларига очик тўсқинликни сезишса ёки бу ишларни амалга ошираётганда муваффақиятсизликка учраса, асабийлашиб кетишади, ғазаби қўзғайди. Баъзан ўз мажбуриятларига юзаки

қарашади, қаттиқ тартиб-интизомга уларнинг тоқати йўқ. Ҳаёт тарзида бир хилликни ва ёлғизликни ёқтиришмайди, баъзан ахлоқсиз ишларга қўл уриб қўйишади.

6. Дистимик шахс. Бу тоифага кирувчи одамлар ўзининг жиддийлиги билан ажралиб туришади, улар ўта босиқ бўлиб, кайфияти паст одамни эслатади. Уларнинг ҳаракатлари суст бўлиб, келажакка пессимистик руҳда қарашади, ўз имкониятларини ҳам паст баҳолашади. Улар бировлар билан кам мулоқотга киришади, давраларда суҳбатга аралашмай жим ўтиришни хуш кўришади. Бундай одамлар кўча-кўйларга чиқмай уйда ўтиришни афзал кўришади, ғалағовур ва шовқинли жойлардан четроқ юришади, ёлғизликни ёқтиришади. Бундайларни ўтроқ ҳаёт кечирувчилар деб аташ мумкин, бироқ улар билан яқинлашишга интиланларни ҳурмат қилишади, уларга бўйсунушга ҳам тайёр туришади, ҳаққоний дўстликнинг қадрига етишади. Тўғрилиқ ва ҳақиқатгўйликка интилишади, бироқ ўз фикрини баён қилишда анча суст бўлишади.

7. Хавотирли шахс. Бу тоифага кирувчи одамлар бировлар билан дарров мулоқотга киришиб кета олишмайди, доимо хавотирда бўлишади, қўрқоқ ва укувсиз бўлишади, ўзига ишонмайди. Улар қоронғуликдан, уйда ёлғиз қолишдан ва ҳайвонлардан қўрқишади. Ўз тенгдошларига қўшилиб кета олмайди, улардан ўзини четга олади, шовқинли, ўйин-кулгули жойларни ёқтиришмайди, мабодо бундай жойларда пайдо бўлиб қолишса ҳам уялиб четда томошабин бўлиб туришади. Агар уларнинг меҳнат ёки ўқув фаолиятини кимдир текширмоқчи бўлса ёки бирор бир фандан имтиҳон топширишга тўғри келса, бундай ҳолатларни у жуда оғир қабул қилади, ўзига ишончсизлиги яна кучаяди, жуда безовталана бошлайди. Агар бирор бир масала бўйича нутқ сўзлаш керак бўлса ёки аудиторияда маълумот бериш зарурати туғилса, у қаттиқ терга ботади, уялиб кетади. Шунинг учун ҳам улар ўз хоҳиши билан минбарга чиқишмайди. Катталар ҳимоясига ўзини жон деб атади, бироқ уларнинг узундан-узоқ панд-насиҳатлари унда виждон азобини кўзғайди, ўзининг укувсизлигидан ва уятчанлигидан азият чекади, шундай бўлсада ўзини юпатиб юради, шундайлигидан сиқилиб баъзан йиғлаб ҳам олади. Уларда бурчга садоқат, масъулият ҳисси, юқори даражадаги ахлоқ ва одоб тамойиллари анча эрта шаклланади. Ўзида мавжуд бўлган камчиликларни бартараф этиш учун қудрати етадиган ишлар билан шуғулланишга интилади, ўша ерда ўз имкониятларини тўла очишга ҳаракат қилади.

Болалиқ пайтидан мавжуд бўлган уятчанлиги ва тортинчоқлиги сабабли катта бўлганда ҳам ўзи хоҳлаган одамлар билан тезда

мулоқотга киришиб кета олмайди. Кўп гап кўтара олмайди, агар уни ноҳақ айблашса, ўзини ҳимоя қила олмайди, ўша ерда кучлироқ одамларнинг ҳимоясини хоҳлаб қолади. Атрофдагилар билан жанжалли воқеаларга кам аралашади, агар келишмовчиликлар орасига тушиб қолса, пассив иштирокчига айланади, холос. Улар билан дўстона муносабатларни бошлаш осон, улар ўз имкониятларини танқидий баҳолай олишади, хулқ-атворидаги камчиликларни ҳис этишади, ҳар қандай топшириқни бажаришга тайёр туришади. Уларни «Меҳрибонлик изловчилар» деб аташ мумкин. Улар ўзларини-ўзлари ҳимоя қила олмаганликлари сабабли ҳамкасблари томонидан кулгули воқеаларнинг қаҳрамонларига айланиб қолишади, шунинг учун бирон бир ножўя воқеа юз берса осонликча унинг бўйнига ағдаришади.

8. Хушчақчақ шахс. Бу тоифага кирувчи одамларнинг хулқ-атворида яққол кўзга ташланиб турадиган хислатлар – булар ўта бахтиёрлик, завқланиш, хушчақчақлик, шодланиш, ҳузурланиш ҳиссидир. Бошқаларга шодланиш, завқланиш ҳиссини юзага келтира олмайдиган вазиятлар уларда шундай ҳис-туйғуларни юзага келтира олади. Озгина бўлсада, қувончли воқеалар дарров уларнинг эътиборини тортади ва кайфиятини кўтаради, худди шундай ғамгин воқеалар эса уларнинг кайфиятини туширади. Улар мулоқотга тез киришиб кетиши, сўзамонлиги ва ёқимлилиги билан бошқалардан ажралиб туришади, улар кулишса яйраб кулишади. Шунинг учун ҳам улар кўпчиликка ёқади. Улар баҳслашишни хуш кўришади, бироқ баҳсни жанжалгача етказишмайди. Турли хил келишмовчиликлар орасига тушиб қолишса, вазиятга қараб ё фаол ё пассив иштирокчига айланишади. Улар дўстларига ва яқинларига жуда боғланиб яшашади, ачиниш ва раҳмдиллик ҳисси яхши ривожланган бўлади, ўз ҳис-туйғуларини ҳеч яширмай яққол намоён қила олишади. Агар суҳбат чоғида уларни яқинроқ билишга бироз ҳаракат қилинса, бемалол бунинг уддасидан чиқиш мумкин, яъни улар ўзлардини ёйиб ташлашлари мумкин. Аксарият ҳолларда ваҳимачи бўлишади, арзимаган вақт ичида кайфияти тез ўзгариб қолиши ва бирдан «портлаб кетиши» мумкин. Улар беқарор руҳият эгаси ҳисобланишади.

9. Эмоционал шахс. Бу тоифага кирувчиларнинг хулқ-атворидаги хислатлар бир қараганда хушчақчақ тоифага кирувчиларга ўхшаб кетади, бироқ эмоционал шахслар ўзларининг ҳис-туйғуларини яққол намоён қилишавермайди, яъни улар бироз ниқобланган ҳолатда бўлади. Улар учун ҳиссиётга берилувчанлик, таъсирчанлик, ваҳима, қўрқоқлик, хавотир ва кўп сўзлаш хосдир. Уларнинг хулқ-атворида яққол намоён бўлувчи хислатлар инсонпарварлик, одамлар ва

хайвонларга нисбатан меҳр-шафқатлилик, меҳрибонликдир. Улар бошқа бировларнинг муваффақиятидан қувонишади. Улар ташқи таъсиротларга тез берилишади, ҳаётда рўйбераётган воқеа ва ҳодисалар уларга тез таъсир қилади, йиғлаб ҳам олишади. Кинофильмлардаги зўравонликлар уларни қаттиқ ларзага солади. Бу фильмлардан сўнг кайфияти узоқ вақт бузилиб юради, ёмон тушлар кўра бошлайди. У жанжалли воқеаларга кам қўшилади, хафа бўлса ичига ютади. Уларда бурчга садоқат кучли ифодаланган бўлади, топшириқларни бажаришда доимо илғор бўлишади. Улар табиатни яхши кўришади, ўсимликлар ўстиришни, ҳайвонларни боқишни хуш кўришади.

10. Циклотик шахс («циклотимия» – грекчадан *кайфият*, *ҳис-туйғу* дегани). Гипертимик (юқори кайфият) ва дистимик (бузуқ кайфият) ҳолатларнинг бир-бири билан алмашиб туриши билан кечади. Бундай шахсларнинг кайфияти тез-тез ўзгариб туради ва улар ташқи таъсиротларга жуда боғлиқ бўлади. Баъзан ҳеч қандай сабабсиз кайфияти бузилиши мумкин, кайфиятни кўтарувчи воқеалар рўй берса, уларнинг фаоллиги ошиб жуда ишчан бўлиб қолишади, ташлаб қўйган ишларини завқланиб қайта бошлаб юборишади, ўзидаги бу фаолликни кўриб кўтаринки кайфиятда юради, сўзамон бўлиб қолади, миясига зўрғоялар кела бошлайди. Бундай ҳолат *гипертимия* деб аталади. Агар тўсатдан ғамгин воқеалар юз бера бошласа, барча қилаётган ишларини тўхтатиб қўяди, кайфияти бузилади, фикри карахт ва камгап бўлиб қолади, иштаҳаси йўқолади, жанжал кўтаради, ғазабланиб юради. Бу ҳолат *дистимия* деб аталади. Шунинг учун ҳам уларга жиддий ишларни топшириб бўлмайди. Циклотимия маниакал-депрессив психозларда кўп кузатилади. Дистимияни депрессиядан ажратиш баъзан қийин кечади, шунинг учун уларни узоқ вақт кузатувга олиш зарур.

Айзенк шахсни ўрганиш бўйича ўз кузатувларига асосланиб, одамларни 2 тоифага ажратиб ўрганган, яъни экстравертлар ва интравертларга.

1. Экстравертлар. Улар жуда дилкаш, ҳис-туйғулари ташқарига йўналган, сир-саноатларини бошқаларга ёйиб юрадиган ва одамлар билан мулоқотда бўлишни хуш кўрадиган инсонлардир. Улар учун бировлар билан мулоқотда бўлиш жуда ёқимлидир, улар хушчақчақ, қувноқ, тез қўзғалувчан, сержаҳл ва жиззаки шахслардир. Улар келажакка оптимизм билан қарашади, ўта ишчан ва фаол бўлишади, лекин сир сақлай олишмайди, ўз ҳис-туйғуларини назорат қила олишмайди, жаҳли чиқса тажовузкор бўлиб қолишлари мумкин. Жиддий ишларга, айниқса, узоқ вақт давом этувчи ишларга уларни шерик қилишда эҳтиёткорлик керак.

2. Интравертлар. Ўта камгап, мулойим, уятчан, ҳис-туйғулари ичкарига йўналтирилган шахслар. Уларнинг сирларини билиб олиш жуда қийин, дарров мулоқотга боравермайди, қайси бир жамоада суҳбатларга аралашиб қолса кам сўзлайди ёки индамай ўтиришни хуш кўради. Ўз хатти-ҳаракатларини таҳлил қилиб юради. Ҳаммага ҳам қўшилавермайди, дўстлари кам бўлади. Қилиниши керак бўлган ишларни яхшилаб ўйлаб олади, кейин режасини тузади, унинг бирор қарорга келиши қийин, ўз ҳис-туйғуларини назорат қила олади, унинг жаҳлини чиқариш ҳам қийин. Ахлоқий нормаларга амал қилувчи бу шахсларда оптимизмга қараганда пессимизм устунлик қилади.

Одамлар шахсини турли усуллар билан таҳлил қилиб психологлар **психологик ёш** ва **биологик ёш** деган атамаларни ҳам таклиф қилишган. Агар одамнинг хулқ-атворидаги хислатлари унинг биологик ёшидан анча устун келиб катта одамларнинг хулқ-атворини эслатса, демак унинг психологик ёши биологик ёшдан устун деб қабул қилинади. Масалан, 5 яшар боланинг гап-сўзлари, ўзини тутиши 10 яшар болани ёки 20 яшар талаба 30-35 яшар кишининг хулқ-атворини эслатса, демак психологик ёш биологик ёшдан анча илгарилаб кетган бўлади. Бундайларни одатда ақлли бола ёки ақлли инсон деб таърифлашади, уларни ҳамма ҳурмат қилади. Улар ўта маъсулиятли бўлишади, мустақил ҳаётга эрта қўл уришади, ота-онасининг энг яқин ёрдамчиси бўлишади, катталар билан бемалол мулоқотга киришиб кета олишади. Маъсулиятли ишларни доимо уларга топширишади, ёш бўлса-да катта лавозимларга таклиф қилишади.

Агар одамнинг хулқ-атворидаги хислатлари унинг биологик ёшидан анча орқада қолиб кетган бўлса, ўзини тутиши болалар ёки ўсмирларнинг қилиқларини эслатса, бундай шахсларнинг психологик ёши биологик ёшидан орқада қолган ҳисобланади. Айниқса, болани жуда эркалатиб тарбиялаш ёки 14-15 ёшга кириб қолган болага 4-5 яшар болага муносабат қилгандек муносабатда бўлиш психологик ёшнинг орқада қолиб кетишига сабаб бўлади. Улар улғайганда масъулиятсиз бўлиб етишади, ўзлари бирон бир ишни мустақил эплай олишмайди, бировга қарам бўлиб ўсишади. Уларни мақтаса ёш боладек хурсанд бўлиб кулишади, ёшига мос бўлмаган қилиқлар қилишади. Бундай ҳолатларда **нуэрилизм** ҳақида сўз кетади. Психологик ёш орқада қолган 10 яшар боланинг гап-сўзлари, ўзини тутиши 5 яшар болани ёки 25 яшар талабанинг ўзини тутиши мактаб ўқувчисининг қилиқларини эслатади. Улар ўзидан кичик ёшдагилар билан ўйнашни хуш кўришади, хатти-ҳаракатлари истерик беморларни эслатади, енгилтак бўлишади, жиддий ишларга юзаки қарашади ёки

қўл уришмайди, тенгдошлари уларга (айниқса, қиз бола бўлса) тегажоқлик қилиб юришни хуш кўришади.

Психологлар эр-хотин орасидаги муносабатларга қараб оиланинг 3 хил тоифасини ажратишган: «Она-ўғил», «Ота-қиз» ва «Ака-сингил» тоифасидаги оилалар.

1.«Она-ўғил» тоифасидаги оила. Бундай оилада аёл киши оилани бошқаришни деярли бутунлай қўлга олади, унинг ҳуқуқлари беқиёс бўлади. У ҳаттоки эркак киши бажариши лозим бўлган оила юмушларини ҳам ўзи бажаради, яъни у хотин эмас, балки **Она** ролини ижро этади. Эрнинг ҳақ-ҳуқуқлари эса бу ерда жуда кам ифодаланган бўлади, оилани бошқариш ишларига у деярли аралашмайди, яъни у оилада эр эмас, балки **ўғил** вазифасини ижро этади. Оилани бошқаришнинг бундай усули иккала томонни ҳам қониқтиради, яъни эр-хотин орасидаги муносабатлар шундай вазиятни юзага келтиради. Хотин эрини ўз ҳимоясига олади, уни бошқа эркаклардан асрайди, унга доимо маслаҳат бериб юради. Шунинг учун ҳам бундай оилаларга **«Она-ўғил» тоифасидаги оила** деб қарашади. Бундай оилаларда сўнги қарор хотин томондан қабул қилинади, эри эса унинг талабларини сўзсиз ижро этади.

2.«Ота-қиз» тоифасидаги оила. Оиладаги барча юмушларни эркак киши бажаради, эрнинг ҳуқуқлари беқиёс бўлади, у ҳаттоки аёл киши бажариши лозим бўлган ишларга ҳам аралашаверади, хотинига қиз болага қарагандек муносабатда бўлади, яъни у эр эмас, балки **Ота** вазифасини бажаради. Хотиннинг ҳақ-ҳуқуқлари эса бу ерда жуда кам ифодаланган бўлади, оилани бошқариш жараёнига деярли у аралашмайди, аёл киши бажариши лозим бўлган ишларга ҳам эридан берухсат қўл урмайди, яъни у оилада она эмас, балки **қиз** вазифасини ижро этади. Оилани бошқаришнинг бундай усули иккала томонни ҳам қониқтиради, яъни эр-хотин орасидаги муносабатлар шундай вазиятни юзага келтиради. Шунинг учун ҳам бундай оилаларни **«Ота-қиз» тоифасидаги оила** деб аташади.

Психологик нуқтаи назардан олганда «Она-ўғил» ва «Ота-қиз» тоифасидаги оилада вояга етган фарзандларнинг ҳаёти кейинчалик хавф остида қолиши мумкин. Уларнинг кейинги тақдирини 2 хил вариантда ўрганиб чиқамиз:

Биринчи вариант: «Она-ўғил» тоифасидаги оилада вояга етган қиз «Ота-қиз» тоифасидаги оилада вояга етган ўғилга турмушга чиқса, бу оила барбод бўлиши мумкин. Чунки қиз Она ҳукмронлик қилган оилада катта бўлади. Қиз оилани Онаси бошқаргандек бошқаришга, эрини ўзига бўйсундиришга интилса, йигит эса оилани худди Отаси бошқаргандек бошқаришни истайди ва хотинини ўзига сўзсиз бўйсун-

диришга ҳаракат қилади. Табиийки, бунинг уддасидан чиқиш ўта мушкул бўлиб, тез-тез бўладиган уруш-жанжаллар сабабли оила барбод бўлиши мумкин.

Иккинчи вариант: «Она-ўғил» тоифасидаги оилада вояга етган ўғил «Ота-қиз» тоифасидаги оилада улғайган қизга уйланди дейлик. Бундай оиладан оила йўлбошчиси етишиб чиқиши жуда қийин, чунки ўғил ота онага бўйсуниб яшаган оилада катта бўлган, қиз эса она отага бўйсуниб яшаган оилада вояга етган, яъни «кичик» ролни ўйновчилар турмуш қуришади. Ушбу янги оилада йигит хотини йўлбошчи бўлишини хоҳласа, қиз бунинг тескарисини, яъни эри йўлбошчи бўлишини хоҳлайди. Уларнинг ўзлари оилани мустақил бошқара олишмайди, бировларга қарам бўлиб яшашади, маслаҳат учун қиз Отасининг олдига отланса, ўғил Онасининг олдига отланади. Бу вазият узоқ давом этиб, ахийри улар оилани бошқаришни ўзлаштириб олишади.

3. «Ака-сингил» тоифасидаги оила. Бундай оила психологик нуқтаи назардан олганда энг мақбул оиладир, чунки бу ерда эр ва хотиннинг вазифалари улар орасида тақсимланган бўлади: эр ўзи бажариши лозим бўлган вазифалар билан шуғулланиб масалан, оилани бошқаришнинг 60 % ини ўз қўлига олса, 40% юмушни хотинига қолдиради. Оила бўйича муҳим қарорларни қабул қилиш эркак кишининг қўлида бўлади, у оиланинг йўлбошчиси ва ҳимоячиси бўлса, аёл киши эса унинг энг яқин маслақдоши бўлади. Демак, оилада эр ўзини худди **ака** сифатида, хотин эса **сингил** сифатида кўрсатади. Бундай оилада аёл кишининг ҳам, эркак кишининг ҳам ҳуқуқлари сақланган бўлади, ота-она орасидаги бундай муносабатлар таъсири остида вояга етган ўғил аёл кишини, қиз эса эркак кишини ҳурмат қиладиган бўлиб ўсади. Бундай оила мустаҳкам бўлиб, унинг аъзоларини ҳамма ҳурмат қилади, уларнинг фарзандлари ҳам кейинчалик оила қуришса, ўзаро муносабатларини «Ака-сингил» тоифасидаги оилага ўхшаб амалга оширишга ҳаракат қилишади.

8.3. Шахсни текшириш усуллари

1. Тугалланмаган гаплар усули. Синалувчига унинг шахсини очиб берувчи ва атроф-муҳитга муносабатини кўрсатиб берувчи бир нечта тугалланмаган гапларга ўзи хоҳлаган сўзини қўйиш таклиф этилади. Масалан, «*Мен опамни..... кўраман*», «*Ишхонамиз раҳбари менга*», «*Менинг укам.....*», «*Менинг эрим.....*», «*Менинг хотиним*», «*Мен уни*», «*У мени.....*», «*Мен унга*», «*Менинг қўл остимдагилар*

.....», «У одам» «Мен қизларни кўраман», «Мен онамни кўраман». «Мен отамникўраман», «Менинг кайфиятим доимо, «Менинг кайфиятим кечга яқин, «Мен ҳаётдан яшайман», «Мен ўзимни кўраман», «Мен келажакка.....», «Мен хоҳлардим», «Мен болалик давримдан.....», «Менинг ота-онамбўлган», «Мақтабда менинг устозларим.....», «Мен гаплашаётган йигит ва қизни кўрсам.....», «Менимча барча ёш йигитлар ва қизлар.....», «Катталар мени.....», «Мен фарзандларимдан.....», «Мабодо мен ўлиб қолсам, атрофдагилар.....» ва ҳ.к. Иложи борича бу гаплар сони кўп бўлиши керак (20-30 та). Синалувчи гапларни қандай тузишига қараб унинг шахсини аниқлаб олиш мумкин.

2. Тематик аперцептив тест (ТАТ). Ушбу тест турли воқеалар акс этган 20 та сюжетли картинадан иборат. Синалувчи ҳар бир картинага қараб ҳикоя тузиши керак. Шу йўл билан синалувчининг тасавури, қобилияти, ҳиссиёти, воқеаларга бўлган муносабати ва мимикасига қараб унинг шахсига оид маълумотлар тўпланади.

3. Шахсни ҳар тарафлама текширишга мўлжалланган Миннесот саволномаси (ММРІ). 1957 йил Кеттел томонидан тавсия қилинган. Шахсининг барча хусусиятларини текшириш учун мўлжалланган. Шунинг учун ҳам илмий ва амалий психологияда кўп қўлланилади. Синалувчининг тестда кўрсатилган саволларга шахсий муносабати, яъни ижобий, салбий ва бефарқлиги ўрганилади. Саволноманинг тўла варианты 187 та, қисқартирилган варианты 71 та саволдан иборат.

4. Люшер тести. Бу тестни ўтказиш учун 6 та картадан фойдаланилади: уларнинг 4 таси асосий ранглар – ҳаворанг, яшил, қизил, сариқ ва 4 таси қўшимча ранглар – бинафшаранг, жигарранг, қора, кулранг. Синалувчининг қайси рангни танлашига қараб унинг руҳий ҳолати, кайфияти ва шахсий хусусиятлари аниқланади.

5. Айзенк шкаласи экстраверсия-интраверсия ва нейротизм даражасини аниқлаш учун қўлланилади. Анкета 57 та саволдан иборат бўлиб, улардан 24 та савол экстраверсия-интроверсия шкаласи билан, 24 та савол нейротизм шкаласи билан боғлиқ бўлса, қолган 9 таси Ё-шкаласи бўлиб, синалувчининг саволларга алдамасдан нақадар тўғри жавоб берганлигини кўрсатади (XIX бобга қаранг).

Саволномага жавоб бериб бўлингандан сўнг, саволнома калити ёрдамида Э – экстраверсия, Н – нейротизм, Ё – ёлгон кўрсаткичлари бўйича шахс хусусиятлари аниқланади. Синалувчида шахсининг қайси хусусияти, яъни экстраверсия, интраверсия, нейротизм кўпроқ намоён бўлганлиги ва унинг темпераменти аниқланади. Кўрсаткичлар нормадан фарқ қилса, синалувчига ўз шахси устида ўйлаб кўриш учун зарур маслаҳатлар берилади.

Умуман олганда, экстраверсия-интраверсия ва нейротизм шахсининг туғма хусусиятларидир. *Экстравертлар* хулқ-атвори кўпроқ ташқарига йўналтирилган бўлади, улар ўз ҳис-туйғуларини бошқалар билан баҳам кўриб яшашади, ҳамма билан киришиб кетишади, кўп дўст орттиришга интилишади, ўз ҳис-туйғуларини назорат қила олишмайди ва кўп гапиришга мойил бўлишади.

Интравертларда бунинг тескарисини кўриш мумкин, яъни улар камгап, ўз ички дунёсини ва ҳис-туйғуларини биров билан баҳам кўрмайдиган, дўстлари кам, ташқи томондан фақат ўйланиб юрадиган одамни эслатувчи шахслардир. *Нейротизм* эса ҳиссиётга берилувчанликни, ортиқча хавотирни, доимо таранг ҳолатда юришни ва депрессияга мойилликни белгилаб берувчи шахс кўрсаткичидир.

8.4. Темперамент ва унинг типлари

Темперамент одамнинг теварак-атрофдаги воқеаларга муносабати ва ҳиссиётининг айрим хусусиятларини белгилаб беради. Темперамент онг, хотира, ақл-заковат ва қобилиятни акс эттирмайди. Шу боис ҳам барча темперамент вакиллари орасида иқтидорли ва иқтидорсиз, илмли ва илмсиз, виждонли ва виждонсиз кишиларни учратиш мумкин. Темпераментнинг тўртта типни маълум: **сангвиник, флегматик, холерик ва меланхолик**.

Қуйида уларнинг ҳар бирига алоҳида-алоҳида таъриф бериб ўта-миз.

Сангвиниклар – чаққон, тиришқоқ, меҳрибон, таъсирчан кишилардир. Улар теварак-атрофга тез мослашади. Реакциялари етарлича кучли ёки ўртамиёна бўлади. Улар билимни тез ва осонгина ўзлаштирсалар-да, ҳаммавақт ҳам пухта эгалламайдилар. Муомалада улар кўпроқ ширинсухан, гапдон одамлардир. Сангвиниклар ишга осонгина берилиб кетиб, жадал ишлашга қодир бўлишади, лекин мунтазам равишда меҳнат қилишга анча қийналадилар. Шу билан бирга улар тиришқоқ ва фаол бўладилар, бошқалар билан осонгина мулоқотга киришадилар. Сангвиник темперамент, айниқса, болаларда яққол намоён бўлади.

Флегматиклар сангвиникларга қараганда бирмунча вазмин кишилардир. Уларда шошмаслик, вазминлик анча барқарор бўлади, мураккаб ҳаётий вазиятларда камҳаракатлилик кузатилса-да, қўйилган мақсадга эришишда бирмунча барқарор, бирсўзли ва дадил бўлишади. Билимларни секинроқ ўзлаштирсалар ҳам, лекин пухта эгалладилар. Агар сангвиник алангага ўхшатилса (у тез ёниб, тезда сўна-

ди), флегматикка секин ва узоқ ёнадиган аланга хос бўлади. Бирор нарсага тез жавоб қилиш керак бўлса, флегматиклар, кўпинча, вақтни бой берадилар. Бунда сангвиниклар улардан устун келади. Қатьийлик, ирода ва сабр-тоқат талаб қилинадиган ишларда эса флегматиклар устун келади.

Холериклар ҳис-ҳаяжонга берилувчи одамлардир. Уларнинг ўзига хос хусусияти жиззакилик ва беқарорликдир. Холериклар фаол, ишчан ва тўхтовсиз реакцияли одамлардир. Улар бир маромда ишлай олишмайди, гоҳ ғайрат билан, гоҳ имиллаб ишлашади. Шунинг учун



30-расм. Бу расмда 4 вазият акс эттирилган (Х.Бидstrup бўйича). Вазиятни диққатбилан ўрганинг ва ким қайси темпераментэгаси эканлигини аниқланг.

ҳам эҳтиёткорлик, сабр-тоқат ва чидам талаб қилинадиган вазиятларда холериклар қийин аҳволга тушиб қолишлари мумкин.

Меланхоликлар ғамгин, журъатсиз ва маъюс кишилардир. Салга чарчаш, бирор ишга етарлича журъат этмаслик, ўз фикрлари ва истакларини қондира олмаслик улар учун хосдир. Меланхоликлар, кўпинча, арзимаган қийинчиликларга бардош бера олмайдилар, уларга қарши курашдан воз кечадилар. Сангвиниклар ва флегматиклар эса қийинчиликларни осон енгишади, холериклар уларни ҳатто йўқ қилиб юборади. Меланхоликларда ижобий ҳис-туйғулардан салбий ҳис-туйғулар устунлик қилади. Бахтли воқеаларга қараганда, уларга нохуш воқеалар кўпроқ таъсир қилади. Шунинг учун ҳам улар доимо тушкун кайфиятда юришади. Улар заиф ва суст кишилардир.

30-расмдаги вазиятларни таҳлил қилиб, ким қайси темперамент эгаси эканлигини аниқлашга уриниб кўринг.

Икки темперамент вакиллари – сангвиник ва флегматиклар турмуш қийинчиликларига жуда турғун мослаша оладилар. Сангвиник ва холериклар кўп тарқалган темпераментлар сирасига киради.

Ҳайвон ва инсон учун умумий бўлган олий нерв фаолияти ёки темпераментлар типига қўшимча равишда И.П. Павлов одамларни **фикрловчи, шоиртабиат** ва **аралаш** типларга ажратган. Фикрловчиларда иккинчи сигнал системаси биринчи сигнал системасидан устун туради. Бундай кишилар борлиқни воситали фикрлаш орқали идрок этади. Улардан фарқли ўлароқ, шоиртабиатларда бевосита идрок этиш ва ҳис этиш яққол ифодаланган бўлади ва уларда биринчи сигнал системасикатта аҳамиятга эга бўлади. Шунга мувофиқ «фикрловчилар» интеллектуал фаолият, таҳлил ва абстракцияга, шоиртабиат кишилар эса санъат билан шуғулланишга кўпроқ мойил бўлишади (артистлар, актёрлар, шоирлар). Аралаш типга кирувчиларнинг фаолияти аниқ бир йўналишга эга бўлмайди. Шуни таъкидлаб ўтиш жоизки, И.П. Павлов одамларни «шоиртабиат» ва «фикрловчи» типларга узил-кесил бўлишга уринмасдан, балки кишиларда учраб турадиган ана шу типларни ажратган, холос.

8.5. Характер

«Темперамент» ва «характер» тушунчалари бир-бирига яқин туради. Характер шахснинг муҳим ва ўзига хос сифатий томонидир. Аини пайтда, шахснинг айрим хусусиятлари ҳам характерга, ҳам темпераментга алоқадор бўлиши мумкин. Характер шахснинг йўнал-

ганлиги, иродаси ва фаолияти билан узвий боғлангандир. Характернинг кўп сонли таснифлари мавжудлигига қарамасдан, унинг умум қабул қилинган таснифи ҳанузгача йўқ.

Характернинг хусусиятлари жуда кўпдир. Унинг учун қатъиятлик, шижоатлик, тиришқоқлик, вазминлик, довюраклик, жасорат ва аксинча, журъатсизлик, қўрқоқлик, қатъиятсизлик, гумонсираш каби хусусиятлар хосдир. Инсоннинг индивидуал хусусиятларини етарлича акс эттирувчи характернинг умум қабул қилинган таснифи йўқлигидан, одатда, характерга баҳо бериш учун унга хос бўлган энг муҳим белгиларни шунчаки санаб ўтишдан фойдаланилади. Масалан, сахий, мақтанчоқ, қувноқ, ёлғончи, камсуқум, қасоскор, хасис, довюрак, бағри кенг, қатъиятли. Агар темперамент туғма хусусият бўлса, характер кўп жиҳатдан тарбияга ва кишининг ҳаёт тажрибасига алоқадор бўлади. Характерни шакллантиришда тарбия, таълим бериш ва оиланинг тутган ўрнини ҳам эслатиб ўтиш жоиздир.

Характер тана тузилишига боғлиқми? Бу савол қадимдан кўпчиликни қизиқтириб келган. 1921 йили Эрнст Кречмер шу масалага оид «Гавда тузилиши ва характер» номли асарини чоп қилдиради.

Ушбу монографияда олим турли соматик конституцияларни баён қилган. Унинг асарида **пикниклар** ўрта бўйли, боши, кўкраги ва қорни нисбатан катта ва семизликка мойил бўлган кишилар деб таърифланади. **Лептосомлар** эса узун гавдали, чайир бўлишади. Бу гавда тузилиши атлетик тузилишдан кам фарқ қилади. **Дипластик** гавдали кишиларда тана номутаносиб тузилиши билан ажралиб туради. Бундай ҳолат **евнухоидизм** ва бошқа нуқсонлари бўлган **эндокринопатияларда** кузатилади.

Э. Кречмернинг фикрича, лептосом, астеник, атлетик ва шунингдек, диспластик гавда тузилишига эга бўлган кишилар шизофрения каби касалликларга мойил бўлишади.

Кейинроқ Э. Кречмер **шизоид** ва **циклоидларга** қуйидагича таъриф берган: шизоидлар учун аутизм (ёлғизликка мойиллик), инжиқлик, совуққонлик хосдир. Циклоид-пикникларда кайфият ўзгариб туради, яъни тушқунлик ва гипоманиакал элементлар бир-бири билан алмашилиб туради. Хулқ-атворнинг худди шу хусусиятлари шизотимик ва циклотимикларда ҳам кузатилади. Унинг фикрича, соғлом шизотимиклар шизофренияга учраган беморларнинг қариндошлари орасида учраб туради, айти пайтда, шизофренияга чалинганлар касал бўлмасидан аввал шизоидлар ва шизотимиклар ҳисобланган. Соғлом циклотимиклар, психопатик циклоидлар ва маниакал депрессив психозга учраган беморлар ўртасида ҳам худди шундай боғланиш бор.

Э. Кречмернинг бу назариясига қарши эътирозлар кўп бўлган ва психологлар соғлом одам характери тана тузилишига боғлаб ўрганиш нотўғри деб ҳисоблашган.

Шелдон гавда тузилишини нормал ва патологик хулқ билан боғлаб ўрганган. Шелдоннинг типологияси у ёки бу эмбриологик тузилмаларнинг устун келишига асосланган. У қуйидаги уч типни ажратади:

1. Эндодермадан тараққий этувчи овқат ҳазм қилиш системасининг устун туриши (эндоморфизм). Бу типга иштаҳанинг зўр бўлиши, қувноқлик, ширинсуханлик хос бўлади. Бу темпераментни Шелдон висцеротония деб атади.

2. Мезоморфизмда мезодермадан йўл оладиган суяк-мушак системасининг тараққий этиши устун келади. Бу темперамент (самототония) фаоллик, ҳукмронлик билан тавсифланади.

3. Эктоморфизмда эктодермадан ривожланувчи асаб системаси тараққий этиши устун туради.

Назорат учун саволлар

1. Шахс деганда нимани тушунаси?
2. Шахс типлари ҳақида сўзлаб беринг.
3. Шахсни текшириш усуллари биласизми?
4. Темперамент нима? Унинг қандай типларини биласиз?
5. Ўзингиз қайси темперамент эгасиз?
6. Характер ҳақида сўзлаб беринг.
7. Э. Кречмер ва Шелдоннинг гавда тузилиши ва характер тўғрисидаги қарашлари ҳақида сўзлаб беринг.

IX БОБ. ПСИХОГИГИЕНА, ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ВА ДЕОНТОЛОГИЯ АСОСЛАРИ

*Шифокор юксак даражада ахлоқли, жонкуяр,
озода ва хуш кўринишга эга бўлиши керак.*

Гиппократ

9.1. Психогигиена

Психогигиена – бу руҳий саломатликни сақлаш ва мустаҳкамлашга қаратилган фан бўлиб, умумий гигиена ва клиник тиббиётнинг ажралмас қисмига айланган.

Психогигиена фани бошқа тиббий-биологик фанлар билан бирга психосоматик бузилишларнинг олдини олиш йўллари ни излайди ва гигиена талабларига жавоб берувчи шароит яратиш усулларини ишлаб чиқади.

Психогигиена ташқи салбий омилларнинг асаб тизими га таъсирини камай тириш, асаб марказларининг «иммунитетини» мустаҳкамлаш билан ҳам фаол шуғулланади. Психогигиена муаммолари психопрофилактика муаммоларига ўхшаб кетади. Чунки ҳар қандай психогигиеник муолажалар руҳий, асаб ва бошқа касалликлар келиб чиқишининг олдини олишда муҳим аҳамият касб этади.

Масалан, психогигиена талабларига амал қилиш неврозлар, психозлар, миокард инфаркти, инсульт каби оғир касалликларнинг олдини олишга ёрдам беради. Айниқса, хафақон касаллигининг ривожланишида руҳий омилларнинг таъсири кўпгина илмий тадқиқотлар билан исботлаб берилган.

Цивилизациянинг жадал ривожланиши даврида асабий-руҳий касалликлар ва юрак-қон томир касалликлари сони кундан-кунга кўпайиб бормоқда. Бу ўз навбатида психогигиена фанига катта вазифаларни юклайди.

Кучли ҳаяжонланиш, оғир мусибат, ақлий зўриқиш организмнинг умумий ҳолатига ноҳўя таъсир кўрсатади. Бунинг натижасида гомеостазнинг нормал фаолияти бузилиб, ички аъзолар касалликлари ривожланишига шароит яратилади. Демак, руҳий саломатликни сақлаш бутун бир организмни турли касалликлардан асраш демақдир. Психогигиена асабий-руҳий касалликлар, шахс ўзгаришлари, ичкиликка ружу қўйиш, гиёҳвандлик каби иллатларнинг олдини олиш билан ҳам фаол шуғулланади. Психогигиена муаммолари инсон шахсини эътиборга олган ҳолда ечилади. Ваҳоланки, шахснинг шаклланиши организмнинг руҳий-асабий ҳолатига катта таъсир кўрсатади.

Ҳар бир врачнинг бу фанни чуқур эгаллаши ва унинг қонунларини билиши касалликларни даволаши ва унинг олдини олишда, шунингдек, психопрофилактикадан янгидастурлар тайёрлашида катта ёрдам беради. Руҳий зўриқишлар ички аъзолар касалликларига сабабчи бўлса, ўз вақтида ички аъзолар патологияси инсон руҳининг бузилишига олиб келиши мумкин.

Доимий ҳасад, ваҳимага тушавериш, ҳар нарсага аразлайвериш каби ҳолатлар инсон руҳини ишдан чиқаради. Бундай одамлар руҳий саломатлигидан айрилиб, ичкиликка ружу қўядиган, ҳеч кимга ишонмайдиган, ўзининг соғайиб кетишига ҳам катта шубҳа билан қарайдиган бўлиб қолишади. Руҳий бузилиш «юқумли» касалликдир. Албатта, оилада асаби бузилган ёки бир сўз билан айтганда, невроз ёки психозга чалинган одам бўлса, бунинг ёмон таъсири оила аъзоларига ҳам тезда ўтиши, уларнинг руҳий саломатлигига катта зиён етказиши мумкин. Демак, психогигиенанинг яна бир катта муаммоларидан бири, бу оила психогигиенасидир. Бир одамнинг руҳий саломатлигини тиклаб бериш, унинг атрофидаги қариндош-уруғлари, ёрбировдарларининг руҳий саломатлигини ҳам тиклаш ёки бузилишдан сақлаб қолиш демакдир.

Психогигиена муаммоси ва муваффақиятларини кенг маънода тушунмоқ керак. Чунки психогигиена бевосита жамият муаммоларини ҳам ҳал қилишга улкан ҳисса қўшади, руҳий соғлом бўлган шахсгина бирор-бир касбни эгаллаб, унинг уддасидан чиқиши мумкин. Руҳан соғлом кишигина яхши врач, қурувчи, ҳайдовчи, ўқитувчи ёки учувчи бўлиши мумкин.

Психогигиена қуйидаги мақсадларни ўз олдига қўяди:

- 1) соғлом шахсни тарбиялаш ва шакллантириш;
- 2) тиббий масканларда гигиена талабларига жавоб берадиган шароит яратиш;
- 3) инсоннинг саломатлигига зиён келтирувчи омилларни камайтириш ва тугатиш;
- 4) беморларни жисмоний тарбия ва спортга қизиқтириш, уни кенг оммага ёйиш;
- 5) ҳар бир инсонни ўз саломатлигига эътибор билан қараш ҳамда уни сақлашга ўргатиш.

Психогигиена шартли равишда қуйидаги турларга бўлинади:

- 1) ёшга оид;
- 2) ақлий ва жисмоний меҳнат;
- 3) ўрганиш ва ўргатиш;
- 4) оила ва жинсий ҳаёт;

5) турмуш;

6) бемор психогигиенаси.

Ёшга оид психогигиена болалик давридан, яъни чақалоқ туғилган даврдан бошланиши керак. Чунки инсоннинг шахс сифатида шаклланиши жуда эрта бошланади. Боланинг яшаш фаолияти ўйинларга асосланган бўлади. Унинг идроки ёшига мос бўлади. Бола ўзи қизиққан нарса билан шуғулланади. Боланинг ёнида эҳтиёт бўлиб гапириш, уни тўғри йўлга бошлаш, камчиликларини ўз вақтида тuzатиб бориш ўта муҳимдир. Болани қаттиққўллик билан эмас, фақат уқтириш йўли ва тайинлаш билан тарбиялаш мумкин. Болани ортиқча эркалатиб юбориш, унинг айтганини қилавериш, талабларини бажаравериш ҳам яхши оқибатларга олиб келмайди, у қайсар, ўжар, ота-онани ҳурмат қилмайдиган бўлиб ўсади. Болани унинг ёшига мос турли ўйинлар билан машғул қилиш керак. Уни театр, цирк ва ҳайвонот боғларига олиб бориш, табиат қўйнида тарбиялаш, боланинг синхрон ривожланишида жуда муҳим аҳамият касб этади.

Болалар психогигиенасида катталар хулқ-атвори, авваламбор, ота-онасининг хулқ-атвори ўта муҳим аҳамиятга эга. Доимо жанжал бўладиган, ичкилик ичиладиган, китоб мутолаа қилинмайдиган оилада яхши фарзанд вояга етиши анча мураккабдир. Бола ота-онанинг яхши фазилатларига ҳам, ёмон қилиғига ҳам тақлид қилади. Ҳали болада бош мия ярим шарлари пўстлоғи функционал жиҳатдан тўла шакланмаганлиги сабабли уларда яхши-ёмонни таҳлил қилиш имкони паст бўлади. Бола тафаккурига мос ҳикоялар, эртақлар айтиш, ҳаётдан мисоллар келтириб бориш унда ҳаётга қизиқиш уйғотади, инсонларга меҳр-муҳаббатли бўлишга ундайди.

Агар ота-она болада фан, санъат ёки ҳунарнинг қайсидир бир турига қобилиятни сезиб қолса, унга ҳар томонлама ёрдам бериб, барча шароитни яратиб бериши зарур. Лекин болани илмли қилман деб, унга керагидан ортиқча талаб қўйиб юбориш, дарс қилишга мажбур қилавериш, кўчада бироз ўйнагани қўймаслик унда депрессия аломатлари ривожланишига сабаб бўлади. Бунга шундай мисол келтириш мумкин: ҳали 8 ёшга тўлмаган Г. исмли қизчани бизга кўрсатишди. Қизча бош оғриғидан шикоят қилар эди. Ота-онаси врач қабулида бўлиб, қизчада бош оғриғи сабабларини аниқлай олишмаганини ва берилаётган дорилар фойда бермаётганини айтишди. Қизча жуда кам гапирар, бир нуқтага қараб тураверар, доктор берган саволларга зўрға жавоб берар эди. Врач ўзи ҳақида гапириб беришини илтимос қилганда, фақат боши оғришини айтган. Қизни текшираётиб унда депрессия аломатларини аниқладик. Қиз аввал ҳеч

қандай касал бўлмаган, мия жароҳатлари олмаган, ички аъзолари ҳам соғлом эди. Қизчадан бошинг доимо оғрийдими, оғримаган пайти борми деса у: «Ҳа, доим оғриydi, лекин ноябр ойида оғримади», деб жавоб беради (бемор феврал ойида текширилаётган эди).

Қиздаги бош оғриқнинг сабаблари ҳар томонлама текширилиб, касаллик анамнези яхшилаб ўрганилгандан сўнг шу нарса маълум бўлдики, қизни 6 ёшидан бошлаб ўқитиш кучайтирилган мактабга беришган. Бундан ташқари, қизча мактабдан қайтгач, инглиз тили ўқитувчиси уйда у билан машғул олди борган, сўнг ота-онаси билимини текшириш учун доимо савол-жавоблар ўтказган. Қизча 6 ёшга тўлгач кўчага тенгдошлари билан ўйнагани чиқишга қўйилмаган. Албатта, болага қўйилган бу ортиқча талаблар уни руҳан чарчатиб қўйган. Ўқитувчилар ва ота-онаси олдида доимий масъулият сезган қизчанинг мияси доимо ҳиссий зўриқишда бўлиб, бора-бора у камгап, фақат саволларгагина жавоб берадиган, тенгдошлари билан ўйнамайдиган бўлиб қолади. Сўнгра эса қизчада доимий бош оғриқ ривожланади. Ноябрь ойида қизча мактабдан таътилга чиққан, отаси эса бошқа шаҳарга хизмат сафарига кетган эди. Қизча бу даврда, табиийки, дарс қилмаган ва кўп вақтини тоза ҳавода тенгдошлари билан ўйнаб ўтказган. Бундан хулоса қилиб, қизчанинг ота-онасига барча талабларни камайтириш, уларни қизнинг ёшига мослаш, инглиз тили ўқитишни вақтинча тўхтатиш, тоза ҳавода сайр қилишга имкон бериш зарурлиги тавсия қилинди. Бу талаблар бажарилгач, қизчада депрессия аломатлари (камгаплик, иштаҳа йўқлиги, ҳеч нарсага қизиқмаслик ва бош оғриғи) ўтиб кетди.

Бундан хулоса шуки, кўпчилик асабий-руҳий бузилишларнинг сабаби нотўғри ҳаёт тарзи, ортиқча ҳиссий зўриқиш, ёшга мос бўлмаган талабларнинг қўйилишидир. Бу салбий омиллар бартараф қилинмас экан, дори-дармонларнинг таъсири кўзланган мақсадни бермайди.

Психогигиенанинг асосий мақсади ҳам психоген омилларни бартараф қилишдир. Болаларни махсус кучайтирилган мактабга бераётганда психологга кўрсатиш зарур ва улар кейинчалик ҳам вақти-вақти билан психолог назоратида туриши керак.

Шундай экан, мактаб ёшидаги болалар психогигиенаси ҳақида алоҳида тўхталиб ўтиш ўринлидир. Шу ўринда дарслардаги ортиқча юк, ўқувчилар орасидаги ёки ўқувчи билан ўқитувчи орасидаги келишмовчиликларни ўрганиш ва уларни бартараф этиш йўллари излаб топиш зарур.

Психология ва умуман тиббиёт учун энг долзарб муаммоларга тўла бўлган давр – бу **ўсмирлик давридир**. Ўсмирлик даврида нафақат руҳий ўзгаришлар, балки ақлий ва жисмоний ўзгаришлар ҳам

кескин кечади. Бу давр – **ўтиш даври** ҳисобланади. Ўсмир – бу кечаги бола, лекин у ҳали катта киши ҳам эмас. У олдида турган муаммоларни ўзи ечишга руҳан ҳали тайёр бўлмаслиги мумкин. Лекин «Ҳали сен ёшсан», деб уни ҳадеб тергайвериш қайсар ва ўжарликни юзага келтириши мумкин. Ўсмирнинг мустақиллигини тан олган ҳолда, унинг олдида ҳар бир нарсага масъулият ҳиссини туғдира бориш ўта муҳимдир. У ечиши керак бўлган муаммолардан қўрқмаслиги, шу билан бирга, бу муаммога енгилтаклик билан қарамаслиги керак. Бу даврда ўсмир учун энг катта муаммолардан бири сексуал муаммодир. Қизларда эса ҳайзнинг келиши ҳам чуқур ҳиссий ҳаяжонланишлар, қўрқувлар билан кечиши мумкин. Бундай пайтларда ота-онаси, яқинларининг маслаҳати жуда зарур. Врач-психологнинг вазифаси эса ўсмирда кечаётган жараёнларни ўз вақтида ҳал қилиб боришдан иборат. Спорт ва бадантарбия машқларини бажариш, меҳнатнинг ўзига ёққан тури билан шуғулланиш, организмни чиниқтириб бориш ўсмир учун ғоят муҳимдир.

Катта ёшдагилар психогигиенаси, кўпинча, кишининг эгаллаб турган лавозими, касби ва иш фаолиятига боғлиқ. Бу даврда оила ва жинсий ҳаёт психогигиенаси алоҳида эътибор талаб қилади. Зигмунд Фрейд жинсий ҳаётда бахтсизликка учраган оила психологиясини чуқур ўрганиб, жинсий ҳаёт нуқтаи назаридан инсонларда невроз, психоз каби касалликларнинг келиб чиқиш механизмларини ёритиб берди. Жинсий заифлик бор оилада бахтли ҳаёт бўлмайди, ана шундай оилаларнинг жамиятда ҳам ўз ўрнини топиб кета олмасликларини кузатувларига асосланиб исботлаб берган. Эр-хотин орасидаги нафақат яхши муносабат ва хушмуомалалик, балки нормал жинсий муносабатлар ҳам мустаҳкам оиланинг асосини ташкил қилади.

Жинсий ҳаёт – ҳаёт мазмунини ифодалаб берувчи восита бўлиб, усиз авлодни давом эттириб бўлмайди. Жинсий ҳаётдаги кескин ўзгаришлар климактерик ва инволюцион даврда салбий томонга кетиши киши руҳий фаолиятига таъсир қилмасдан қолмайди. Шунинг учун ҳам жинсий ҳаёт психогигиенасини алоҳида ўрганиш талаб қилинади. Оила мустаҳкам бўлиши учун никоҳга катта эътибор қаратилмоғи керак. Турмуш қураётган икки ёш, албатта, тиббий кўрик ҳамда генетик ва психологик текширувлардан ўтиб, саломатлиги ҳақида махсус тиббий маълумотномани олгач, турмуш қуриш ҳақида хулосага келиш мумкин. Акс ҳолда, бу никоҳ бахтсиз бўлади. «Қиз берсанг ҳам, олсанг ҳам етти авлодини суриштириб иш қил», деб бекорга айтмаган халқимиз. Бир оиланинг бахтсизлиги, унинг қариндошлари, қолаверса, бутун жамиятнинг бахтсизлиги сифатида қаралиши керак. Ҳақиқатан ҳам шундай.

Жинсий аъзоларнинг анатомияси ва физиологияси ҳақида турмуш қураётган ёшлар дастлабки илмга эга бўлишлари керак. Турмуш қураётган йигит ёки қизда руҳий касаллик борми-йўқми, невропатолог ёки психиатрнинг тиббий хулосаси қандай? Буларга эътибор, кўпинча, турмуш қуришдан олдин эмас, балки бузилгач берилади. Биз турмуш қургач, турмуш ўртоғининг руҳий касали борлиги ва унинг ота-онаси тўйдан олдин фарзандининг «айбини» яширганидан катта жанжаллар чиқиб, бутун бошли оилалар судлашиб юрганининг гувоҳи бўлганмиз.

Қариялар муаммоси ҳар қандай жамиятда кўндаланг турган муаммодир. Чунки улар ишга яроқсиз бўлиб қолишгач, баъзан фарзандлари эътиборидан ҳам четда қолиб кетишади. Айниқса, доимо фаол ҳаёт кечириб келаётган киши нафақага чиқиб, ишсиз қолганда, унинг руҳиятига катта зиён етиши мумкин.

Шунинг учун қарияларни маҳалла ёки ўзининг аввалги мутахассислиги билан боғлиқ ишларга жалб қилиш, уларнинг жисмоний ва руҳий саломатлигини тиклаш ва сақлашга ёрдам беради.

Психогигиена фани доимо такомиллашиб борадиган фандир. Бир неча йиллардан сўнг психогигиенанинг мақсад ва вазифаларида янги йўналишлар пайдо бўлиши табиий.

9.2. Психопрофилактика

Психопрофилактиканинг мақсади психоген бузилишларнинг олдини олишдир. Психопрофилактика умумий профилактиканинг бир бўлими бўлиб, бирламчи ва иккиламчи турларга бўлинади.

Бирламчи профилактиканинг мақсадлари психогигиенанинг мақсадларига ўхшаб кетади ва нафақат асабий-руҳий касалликлар, балки барча соматик касалликларнинг олдини олиш билан ҳам шуғулланади. Бунга у қандай қилиб эришади? Бунга болалик давридан бошлаб, инсоннинг руҳий саломатлигини назорат қилиб бориш, ўз вақтида юқумли касалликларга қарши эмлаш, руҳий ва жисмоний ривожланишдан орқада қолаётган болалар тарбияси ва жисмоний ривожланишига ҳар томонлама ёрдам кўрсатиш орқали эришади. Демак, психопрофилактикани нафақат невролог, психолог ва психиатрлар, балки педиатр, терапевт, эндокринолог ва тиббиётнинг бошқа мутахассислари ҳам тарғиб қилишлари ва амалга оширишлари керак. Бирламчи психопрофилактиканинг асосий мақсадларидан яна бири ёш оила қураётган йигит-қизларни текшириб ирсий касалликларни аниқлаш, янги туғилган чақалоқлар саломатлигини сақлаш, оналар саломатлигини муҳофаза қилиш ҳамдир.

Иккиламчи профилактика психоген касалликларнинг қайта қўзғалишининг олдини олиш билан шуғулланади. Шу мақсадда эрта ташхис қўйиш, аниқланган белгиларни ўз вақтида бартараф этиш, янги даволаш усулларини кенг қўллаш, касалликларнинг сурункали даврга ўтиб кетишининг олдини олиш чоралари кўрилади.

9.3. Деонтология асослари

«Барча санъатлар ичида энг буюги тиббиётдир» деган эди Гиппократ. Врачлик касбини эгаллаш учун фақат шу соҳанинг билимдони бўлиш етарли эмас, албатта. Врач, авваламбор ҳақиқий инсон бўлмоғи керак. Врачни жанг майдонидаги аскарга ўхшатиш мумкин. У душман билан олишаётиб, фақат Ватан ҳақида ўйлайди. Врач ҳам беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш, уни соғайтириб юбориш учун курашади.

Бунда у ўз манфаатини эмас, фақат беморнинг тезроқ соғайиб кетишини ўйлайди. Шунинг учун ҳам қадимда врачни ёниб турган шамга ўхшатишган, у ўзи ёниб эриб тугагунча атрофга нур сочиб, ёруғлик таратиб туради.

Тиббиёт деонтологияси врач бурчи, қиёфаси, обрўси, номуси ва виждони ҳақидаги фандир. Деонтология – юнончадан **бурч** деган маънони берса, этика – грекча **ахлоқ** деган маънони англади. Гиппократ қасамёдида тиббиёт деонтологияси ва этикасига оид кўп иборалар келтирилган. У «Ахлоқсиз врачнинг беморни даволашга ҳаққи йўқ», деб хитоб қилган. Гиппократ қасамёди тиббиёт этикасининг ривожланишига катта таъсир кўрсатди.



Э.Й. Қосимов
(1933–2007)

Ҳозирги кунда шифокор (врач ва ҳамшира) билан бемор орасидаги муносабатлар чуқур фалсафий мушоҳада юритишни талаб қилади. «Агар врач бемор билан тил топишмаса, кучли ва фойдали дорилар буюрилишидан қатъи назар, беморнинг тузалиб кетиши мушкуллашади», деб айтган эди атоқли ўзбек деонтолог ва терапевти Э.Й. Қосимов (2001). «Давонинг боши ишончдан бошланади, яъни бемор шифокорга ва унинг бераётган дори-дармонларига ихлос қўйиши керак. Бу

ишончни пайдо қиладиган инсон, албатта, шифокорнинг ўзидир, унинг гўзал нутқидир. Шифокор ўзининг хатти-ҳаракатлари, ширин сўзи ва ташқи кўриниши билан беморларнинг ҳурматини қозониши зарур» (Э.И.Қосимовнинг бўлажак шифокорларга айтган нутқидан).

Албатта, ҳозирги кунда тиббиётга пуллик хизматнинг кириб келиши, деонтологиянинг баъзи йўналишларини бошқача таҳлил қилишга ундайди. Собиқ шўро даврида пуллик хизмат деярли йўқ эди. Ҳозир давлат томонидан махсус рухсатнома олиб врачлар, поликлиникалар ва шифохоналар пуллик тиббий хизмат ҳам кўрсатишмоқда. Бу, албатта, энди деонтологиянинг кераги йўқ ёки аҳамияти пасайди, дегани эмас. «Ахир пул тўлагандан сўнг барибир яхши қарайди-да», деган фикр янглиш фикрдир. Ваҳоланки, беморнинг тузалиб кетиши тўлаган пули миқдори билан эмас, врачнинг билими, тажрибаси ва муомаласи билан белгиланади. Қолаверса, деонтология фақат беморга ширин сўз гапириб, кулиб қараб туриш дегани эмас, деонтологиянинг устувор йўналишларидан бири, таъкидлаб ўтганимиздек, **ишончдир**. Баъзан ҳадеб ваҳима қилаверадиган беморни қаттиқроқ «койиб» қўйишга ҳам тўғри келади. Ана шундагина у врачга ишонади. «Агар касалим ҳақиқатан ҳам тузалмас бўлганида, доктор мени уришиб бермасди», деб ўйлайди.

Баъзан даво усули беморни қониқтирмайди. Кўп дори-дармон ёзилса, унда «Шунча дори шартмикан ёки касалим оғирми, ёки врач тажрибасизми?» деган фикрлар пайдо бўлади. «Фалончи доктор фалончи беморни иккита дори бериб тузатиб юборибди», деган сўзларни баъзан эшитиб туриш мумкин. Хўш, бундай пайтларда қандай йўл тутиш керак? Айниқса, баъзи касалликларни бирмунча узоқ даволашга тўғри келади. Муолажалар дарров натижа беравермайди. Бундай пайтда касалликнинг моҳиятини бемор тушунадиган тилда баён қилиш керак. Керак бўлса, беморни тинчлантириш учун ташхисни янада аниқроқ қўйиш мақсадида, врач ўзидан тажрибалироқ ҳамкасбларидан маслаҳат сўраши зарур. У беморнинг олдида асло ўзини йўқотиб қўймаслиги керак. Шунини унутмаслик керакки врач беморни текширади, бемор эса врачни кузатади.

Кўп ҳолларда шундай ҳодисаларга дуч келиш мумкин. Профессор қабулига келган бемор у ерда ярим соатдан ортиқ қолиб кетса, безовталана бошлайди, профессор ёки докторлар ҳақида ҳар хил гаплар гапиради. Қизиғи шундаки, худди шу бемор (яъни профессорни ярим соат ҳам кутгиси келмаган бемор) табибни бир неча соатлаб, ҳаттоки бир неча кунлаб кутади. Қанча кўп кутган

сайин табибга ҳурмати шунча ошиб боради. Табибни худди ўзига ўхшаб кутаётганларга мақтайди: «Зўр табиб бўлса керак, эшигида шунча одам, битта беморни бир соатлаб кўраркан. Ўша табибга кириш учун баъзи беморлар эшигининг олдида кўрпа-тўшак қилиб ётиб олади».

Хўш, бунинг сири нимада? Табибларнинг «зўрлигидами?» Ёки беморларнинг тиббиёт ва докторлардан безганидами? Ёки врачларнинг бемор дардини тўла эшитишга «вақтлари» йўқлигидами? Бу саволларни куйидагича изоҳлаш мумкин:

биринчидан, афсуски, кўп касалликлар сурункали турга ўтиб кетган бўлиб, бир марта эмас, бир неча бор даволашни талаб қилади;

иккинчидан, беморларни даволашдаги изчилликнинг бузилишида, яъни бемор касалхонадан чиқиб поликлиникада, у ерда даволаниб бўлгач, кўрсатилган муддатларда санаторийларда даволаниши зарур бўлади. Ҳамма беморлар ҳам бунга амал қила олмайди;

учинчидан, инсон пайдо бўлибдигани, антиқа нарсалар ва мўъжизаларга интилади. Кўрмаган нарчасини кўргиси, емаган нарчасини егиси, бормаган мамлакатга боргиси келади. Булар ҳар бир инсонга хос хусусиятлардир. Ана шу қизиқиш бор экан, инсон мўъжиза излайверади (кимдан, нимадан ва қаердан излашнинг фарқи йўқ, энг асосийси «мўъжиза» топса бўлди). Одамларнинг табибларга интилишини ҳам шундай изоҳлаш мумкин. Ҳамма жойда поликлиникалар, касалхоналар ишлаб турибди, врачлар ҳам етарли. Деярли ҳар бир маҳалла, ҳар бир кўп қаватли уйда доктор бор (врачлар етишмайдиган баъзи қишлоқларни эътиборга олмаганда). Беморлар учун врачларга мурожаат қилиш оддий бир ҳол бўлиб қолган: «Униси бўлмаса буниси, врач топилади». Докторга иши тушмаган одамни учратиш амри маҳол, албатта. Бу мулоҳазани табибларга нисбатан ишлатиб бўлмайди. Негаки, уларнинг сони кам. Уларни тайёрлайдиган институтлар йўқ. Улар ишлайдиган «табибхоналар», касалхоналар ҳам йўқ. Агар бўлганида, беморлар табибларга ҳам кўникиб қолиб, улардан мўъжиза изламаган бўлур эди.

Фалон қишлоқдан бир табиб чиқибди, эшиги тўла одам эмиш дейишса, одамлар ўша томонга қараб интилишади. У табиб мактабни тугатганми-йўқми, нега у ҳам асаб, ҳам руҳий, ҳам ички касалликлар, ҳам бепуштлиқни даволайверади? Булар билан беморлар қизиқишмайди. Энг асосийси, эшигининг олдида одам кўп. Агар бемор бирор врачдан тузалмаса ёки касалхонадан тўла тузалиб чиқмаса, ўша врачни ва касалхонани ёмонлайди. Агар у табибдан тузалмаса, «Ҳа, демак, касалим тузалмас экан-да, табиб ҳам даволай олмади», деб фикр юритади. Бу, ажабланарли ҳол, албатта.

Касалхоналар ва поликлиникаларда тузалган, ногирон бўлган ва вафот этган беморларнинг ҳисоби олиб борилади. Бунинг учун Соғлиқни сақлаш вазирлигида катта статистика бўлими ишлаб турибди. Олинган маълумотлар ҳар чорак ва ҳар йили таҳлил қилиб борилади. Табиблар қўлидан тузалган ва тузалмаганларнинг ҳисоби олиб борилмайди. Уларда статистика ҳам йўқ. Оғир беморларни эса улар даволамайди. Шундай қилиб, биз уларнинг иш фаолиятини назорат қиладиган шароитдан йироқмиз.

Бу ўринда, табибларни ёмонлаб врачларни улуғлаш ниятимиз ҳам йўқ. Биз юқорида келтирган мулоҳазалар врачларни ўйлантириб қўймоғи керак. Ҳақиқатан ҳам кўп ҳолларда врач беморнинг сўзини охиригача тингламайди. Бунга сабаб қилиб, ташқарида кутиб турган беморларни ва вақти зиқлигини рўқач қилади. Лекин шуни унутмаслик керакки, ҳозир ёнингизга кирган бемор ташқарида кутиб ўтирган беморларнинг ёки сизнинг вақтингиз озлигининг қурбони бўлмаслиги керак. Бу бемор Сизни деб келганлигини ҳам унутмаслик, қолаверса, врач обрў-эътибори йўқоладиган ишларни қилмаслик керак. Беморнинг дардини охиригача эшитиш зарур. Тўғри, баъзан бемор бир оз гапиргач, унинг касали докторга аён бўлиб қолиши мумкин. Бироқ у ҳали сўзини тугатгани йўқ, ўзини безовта қилаётган барча шикоятларини докторга айтмоқчи. Гап шундаки, бемор дардини қанча тўкиб солса, шунча енгиллашади. Беморнинг узундан-узоқ сўзлари докторга ташхис қўйиш учунгина эмас, балки унинг дардини енгиллаштириш учун ҳам керак. Демак, врач беморни тинглаётиб нафақат унинг касалини аниқлайди, балки даволайди ҳам! Тўғри, бемор касалига тааллуқли бўлмаган гапларни кўп гапириши, докторнинг вақтини беҳуда ўғирлаши мумкин. Бундай пайтларда, беморга касаллигига доир қўшимча саволлар бериб, уни тўғри йўлга солиб олиш керак.

Айниқса, неврозга чалинган беморлар кўп сўзлашни, шикоятларини ранг-баранг қилиб гапиришни яхши кўришади. Яна улар замонавий аппаратларда бир қанча текширишлардан ўтишни исташади, булар беморга шарт бўлмаса-да, имкониятга қараб, бу илтимосларни бажариш керак ёки бемор бир-иккита текширишлардан ўтгач, «Буларнинг хулосаси яхши чиқди, қолган текширишлар энди шарт эмас», деб тинчлантириш лозим.

Врач хатоси тўғрисида нима дейиш мумкин? Агар врач хатога йўл қўйса, у, албатта, жазога тортилиши керакми? Хатонинг сабаблари нимадан иборат? «Бемор доимо ҳақ» деган нақл тўғрими? Бу саволлар ўта қийин бўлиб, уларга батафсил жавоб топиш амри маҳол. Врачнинг ҳар бир хатоси орқасида беморнинг – бир инсоннинг ҳаёти

ётади. Бу хато сабабли кимдир яқин одами (отаси, онаизори, суюкли ёри, фарзанди)дан жудо бўлади. Врач хатосининг сабабларини 2 гуруҳга бўлиш мумкин: *биринчиси*, врачнинг саводсизлиги бўлса, *иккинчиси*, унинг чарчаганлигидадир. Хўш, врач хатосини қандай аниқлаш мумкин? У саводсизлигидан хато қилдими ёки чарчаганидан? Иккала ҳолатда ҳам жазо бир хил бўлиши керакми?

Тўғри, илмсизлик оқибатида врачлар орасида хатолар учраб туради. Лекин баъзан тажрибали врач ҳам хатога йўл қўйиши мумкин. Номи чиққан тажрибали врачга кўринишни орзу қиладиганлар жуда кўп бўлади. Шундай ҳолатлар бўладики, бир кунда кўринадиган беморлар сони 20 дан ошиб кетади. Тажрибали врачга уйда ҳам, ишда ҳам, меҳмондорчиликда ҳам, ҳаттоки дам олиш сафарида ҳам тинчлик бўлмайди. Албатта, бундай пайтларда тажрибали врачнинг ҳам хато қилмаслигига кафолат бериш қийин. Беморга «Йўқ, мен чарчадим», дея олмайди. «Ҳозир мен сизни кўра олмайман», деса врач этикасига тўғри келмайди, «Кўриб қўяман», деса врач ҳам руҳан, ҳам жисмонан чарчаган. Шунинг учун унутмаслик керакки, руҳий чарчаш кўп хатоликларга сабабчи бўлиши мумкин. Бунинг устига, тўғри келган жойда беморни кўриб, икки оғиз сўз билан ташхис қўйиб бўлмайди. «Илтимос, доктор, менга 5 дақиқа вақт ажратинг, мени кўриб қўйинг», деб врачни ҳол-жонига қўймайдиган кишилар ўз ҳаётини хавф остига қўйишади. Бунинг устига беморни кўриш учун врач руҳан тайёр бўлиши керак. Врач чарчаган пайтлари беморни кўриб қўйишни бошқа кунга тайинлаши (агар аҳволи оғир бўлмаса) мақсадга мувофиқдир.

Билимдон врачнинг ҳаёти ҳеч қачон осон ва енгил кечган эмас. У кундалик ҳаётига режа ҳам туза олмайди. Дам олиш кунлари ҳам ўзи истагандек ўтмайди, ҳар дақиқа беморни кўрсатиш учун чақириб қолишлари мумкин. С.П. Боткин шундай деган эди: «*Врач ҳар қандай шароитда ҳам ўзини йўқотмаслиги, муваффақиятлардан боши гангемаслиги, муваффақиятсизликдан эса тушкунликка тушмаслиги керак*». Врач доимо илм олишга интилиши керак, чунки тиббиёт доимо ривожланиб боровчи фандир. Ўқимай бир жойда тўхтаб қолган врач кўлмак сувни эслатади. Унинг ёнига ҳеч қайси жонзот яқинлашмайди, чунки бу сувдан истеъмол қилса, ўлади.

Тиб илмининг султони бўлмиш Ибн Сино ҳаётининг сўнги дақиқаларида шундай деган: «Ҳаётдан кўз юмаётиб шунга амин бўлдимки, илм соҳасида ҳали ҳеч нарсани эгалламаган эканман». Ҳозир «Мен у касалликни даволайман, бу касалликдан халос қиламан», дегувчи рекламалар кўпайиб кетган. Билимдон врач ҳеч қачон рекламага муҳтож бўлмаган. Уни беморларнинг ўзи излаб топади. Врач учун

реклама – бу ундан тузалиб кетган бемордир. Бундан яхши реклама йўқ. Врач ҳеч қачон бемор олдида ўзини мақтамаслиги керак. Бу фақат унинг обрўсини туширади. Врачнинг қўлидан тузалиб, соғайиб кетган беморлар сони кўпайган сайин обрўси ошиб бораверади. Айниқса, кўп врачларга бориб, касалхоналарда ётиб, дардига шифо топа олмаган беморни даволаган врачнинг обрўсига обрў кўшилади.

Тарихчиларнинг ёзишича, Ибн Синонинг халқ олдида обрўси шу даражада юқори бўлганки, унинг бемор олдида пайдо бўлишининг ўзиёқ уларга руҳ бағишлаган. Бунга у, албатта, бетиним меҳнат, уйқусиз мутлаа қилиш ва илм олишга ўчлиги сабабли эришди. Ибн Синонинг таржимаи ҳолида шундай сўзлар бор: «Мен 15 ёшимдан бошлаб Юнонистон, Рим, Миср ва Ҳиндистонлик мутафаккирларнинг асарларини ўргана бошладим». У устози Абу Абдуллоҳ ҳақида шундай ёзади: «Устозим қайси муаммони илгари сурмасин, мен унинг моҳияти ва сирини очишга, нозик томонларини ўрганишга интилдим, наинки устознинг ўзи бу муаммоларнинг мағзини охиригача англай олмас эди». Ҳақиқатан ҳам, ёш олим устозидан ҳам ўзиб кетди, тез орада унинг номи тилларда дoston бўлди. У яна ўзи ҳақида шундай ёзади: «Мен 19 ёшгача илм олдим, сўнг эса уни ишлатдим. Болалик даврида олинган илм тошга ўйиб ёзилган ҳарфга ўхшайди, кейин олинган илм музга ўйилган ҳарфга ўхшайди. Вақт ўтиб муз эриб, унга битилган ҳарфлар ўчиб кетади, тошдаги сўзлар эса умрбод қолади».

Ибн Сино китобдан олган билимларини беморларни кўриб, бойитиб боришнинг катта фойдаси ҳақида шундай ёзади: «Мен тиб илмини ўргана бориб, бир йўла беморларни ҳам назорат қилиб бордим. Бунинг натижасида ҳали китобларда битилмаган даволаш усулларини ўйлаб топдим ва амалиётда ишлатдим». Ибн Сино 16 ёшга етмасдан назарий ва амалий тиббиётни жуда пухта эгаллаган бўлиб, нафақат Бухорода, балки бутун Шарқда машҳур бўлди. Тарихчиларнинг ёзишича, Ибн Синонинг кучли қобилият соҳиби бўлишининг асл сабаби ўз устида тинмай ишлашидир. «Мен, – деб ёзади Ибн Сино, – тунлари мижжа қоқмай фақат илм олиш билан шуғулландим. Диалектика, математика ва физикани инсон ақл заковати етадиган даражада ўрганмагунча тинчимадим. Кейин мен Аристотелнинг «Метафизика» асарига мурожаат қилдим. Лекин уни кўп маротаба ўқиб чиққан бўлсам-да, мағзини чақа олмадим. Бухоро кўчаларини кезиб юрганымда менинг қўлимга ушбу китобга Форобий томонидан ёзилган изоҳ тушиб қолди. Мен уни бир марта ўқиб чиққанымдан сўнг аввал ёд бўлиб кетган бўлса-да, менга тушунарсиз бўлган «Метафизика» асари мазмуни аён бўлди-қолди».

Ушбу бобда ҳам улуғ мутафаккирнинг ҳаётидан лавҳалар келтиришимизнинг боиси, ўта кучли илм соҳиби бўлган бу олимнинг деонтология принципларига чуқур амал қилганлигини кўрсатиш эди.

Хулоса қилиб айтганда, психогигиена, психопрофилактика ва деонтология принципларига риоя қилиш психотерапевтик муолажалар ўтказишни осонлаштиради.

Назорат учун саволлар

1. Психогигиена нима?
2. Психогигиенанинг қандай даврлари мавжуд?
3. Психогигиенанинг инсон саломатлигини сақлашдаги аҳамияти қандай?
4. Психогигиена қандай муаммоларни ҳал қилади?
5. Психопрофилактика нима?
6. Психопрофилактика ва психогигиена орасида қандай боғлиқлик бор?
7. Бирламчи ва иккиламчи психопрофилактика ҳақида сўзлаб беринг.
8. Деонтология сўзи нимани англатади?
9. Беморлар антиқа даволаниш усулларини излашининг сабаби нимада?
10. Врач хатосининг сабаблари ҳақида сўзлаб беринг.
11. Ҳозирги давр шифокори қандай бўлмоғи керак?

Х БОБ. ПСЕВДОНЕВРОЛОГИК ВА ПСИХОСОМАТИК СИНДРОМЛАР

Касалликни эмас, касални давола.

Абу Али ибн Сино

10.1. Умумий тушунча

Ўткир ва доимий салбий таъсиротлар (психоген омиллар) натижасида асаб тизими ва ички аъзоларнинг фаолияти бузилади. Бош ва тананинг турли жойларида оғриқлар ва функционал хусусиятга эга бўлган бошқа патологик симптомлар пайдо бўлади. Асаб тизими функционал фаолиятининг бузилиши билан кечувчи ва органик хусусиятга эга бўлмаган неврологик бузилишларга **псевдоневрологик синдромлар** деб айтилади. Улар неврозларнинг клиник кўриниши сифатида ҳам ўрганилади. Маълумки, неврозларда нафақат асаб тизими фаолияти, балки бошқа аъзоларнинг ҳам фаолияти бузилади. Бу бузилишлар ўтган асрда (баъзи мамлакатларда ҳозир ҳам) «юррак неврози», «ошқозон неврози», «бўғим неврози» ва шунга ўхшаш номлар билан аталган. Кейинчалик ички аъзолар функциясининг бузилиши билан кечадиган функционал касалликлар **«психосоматик синдромлар»** деб атала бошланди.

Психосоматик касаллик ҳақида сўз кетганда эса ўткир ёки доимий стресс сабабли ривожланган **органик касалликлар** тушунилади, яъни хафақон, бронхиал астма, қандли диабет, яра касаллиги ва ҳоказо. Бу атаманинг синонимлари жуда кўп ва хилма-хилдир: «психовегетатив синдром», «соматоген депрессия», «ниқобланган депрессия», «вегетоневроз» ва ҳоказо. Бироқ клиник амалиётда «психосоматик синдром» атамаси кенг қўлланилади. Агар функционал бузилишлар соматик касаллик оқибатида ривожланса, бунга **соматопсихик синдром** деб аталади. Бу атама клиник тиббиётда жуда кам ишлатилади.

Псевдоневрологик ва психосоматик синдромлар деярли барча органик касалликларда учрайдиган клиник белгиларга ўхшаш бўлганлиги сабабли уларнинг ҳар бирига таъриф бериб чиқишни лозим деб топдик. Чунки беморни клиник текширувдан ўтказаяётган ҳар бир врач псевдоневрологик ва психосоматик белгиларга дуч келади ва аксарият ҳолларда уларни фарқлаш мушкуллашади. Бунинг натижасида клиник ташхис ноаниқ бўлиб қолади ва даволаш муолажалари қийинлашади.

10.2. Псевдоневрологик синдромлар

Клиник амалиётда энг кўп учрайдиган псевдоневрологик синдромлар билан танишиб чиқамиз. Уларга қуйидагилар киради:

1. Психоген бош оғриғи.
2. Психоген бош айланиши.
3. Психоген невралгиялар.
4. Психоген бел оғриқлар.
5. Психоген гиперестезия.
6. «Безовта оёқлар» синдроми.

Психоген бош оғриғи

Бош оғриғи беморларнинг энг кўп тарқалган шикоятларидан бири бўлиб, аксарият ҳолларда, унинг сабабини аниқлаш жуда қийин бўлади. Албатта, бош оғриғининг сабаби оддий руҳий ва жисмоний чарчашдан тортиб, то бош мия ўсмасигача бўлиши мумкин (9-жадвал). Шунинг учун доимо бу муаммога жиддий эътибор билан қаралган. «Бош оғриғи муаммолари» бўйича ўтказиладиган халқаро конференцияларда қайд қилинишича, ривожланган давлатларда бош оғриғи «соғлом» кишиларнинг 80 фоизда учрар экан. Конференцияда таъкидланишича, бош оғриқларни келтириб чиқарувчи касалликлар сони йилдан-йилга ошиб бормоқда ва уларнинг ичида етакчи ўринларни **депрессия** ва **неврозлар** эгаллайди. Психоген бош оғриқлар эркакларга қараганда аёлларда кўп учрайди.

Психоген бош оғриқлар ҳақида сўз кетганда, авваламбор, уларнинг хусусиятига эътибор қаратилади. Бош оғриғи калланинг бир ярмида ёки иккала томонида ҳам доимий ёки вақти-вақти билан бўладиган, хуружсимон, сиқиб оғрийдиган, эрталаб ёки кечга яқин кучаядиган бўлиши мумкин. Психоген хусусиятга эга бўлган бош оғриқлар учун уларнинг руҳий сиқилиш, ақлий зўриқиш ва жисмоний чарчашдан сўнг пайдо бўлиши хосдир. Дастлаб бош оғриғи руҳий зўриқишларда пайдо бўладиган бўлса, кейинчалик депрессия ёки неврозга чалинган бемор учун оддий ишга бориб келиш ёки автобусда юришнинг ўзи кифоядир. Маълум бўлишича, психоген бош оғриқнинг 80 фоизи руҳий зўриқишда пайдо бўлиб, шундан 60 фоизи кундузи ёки пешинда, 20 фоизи эрталаб намоён бўлади.

**Психоген бош оғриқни бошқа этиологияли бош оғриқлар
билан қиёслаш**

<p>Психоген бош оғриқни аниқлаш учун аксарият ҳолларда қуйидаги касалликларда пайдо бўладиган бош оғриқлар билан қиёсий ташхис ўтказиш зарур бўлади.</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Интракраниал гипертензиялар – Субарахноидал бўшлиққа қон қуйилиш – Мигрен – Менингитлар – Бош мия ўсмалари – Қон-томир аневризмлари – Уч шохли нерв невралгияси – Краниоцервикалгия – Сурункали чарчаш синдроми – Бошқа этиологияли бош оғриқлар

**Мигрен касаллигида бош оғриқ даражасини баҳолаш учун МИДАС
(Migraine Disability Assessment) шкаласи**

Баллар	Даражаси	Оғриқ таърифи
0-5	I	Оғриқ кам даражада ифодаланган, кундалик фаоллик пасаймаган ёки кам даражада пасайган.
6-10	II	Оғриқ бироз кучли ифодаланган, кундалик фаоллик бироз пасайган.
11-20	III	Кучли оғриқ, кундалик фаоллик ўта пасайган.
21 ва ундан юқори	IV	Кучли ва узоқ давом этувчи оғриқ, кундалик фаоллик ўта пасайган.

Айтиб ўтганимиздек, депрессив синдромларда бош оғриғи кўп кузатилади. Ниқобланган депрессияда бош оғриғи асосий симптомлардан биридир. Бу беморлар бошининг турли қисмидаги ҳар хил даражадаги оғриқ ойнаб, йиллаб давом этади. Асабнинг озгина бўлса-да бузилиши, тўйиб овқат ейиш, боласини эмизиш ёки юқори қаватли уйнинг зинапоясидан чиқиш, ҳаттоки кино ва концертларга бориб келиш ҳам беморда бош оғриғининг бошланиб

кетишига туртки бўлади. Бунинг натижасида истерик ва ипохондрик белгилар пайдо бўладики, улар фақат бемор аҳволини оғирлаштиради. Аффектив бузилишлар билан кечадиган бош оғриқлар доимий ва зўрайиб борувчи тус олиб, баъзи ҳолатларда бош мияда ҳажмли жараён бор-йўқлигини аниқлашга мажбур қилади. Негаки, бу беморларда бош оғриғидан ташқари, кўнгил айниш, қайт қилиш, бош айланиши, юрганда чайқалиб кетиш, кўришнинг бузилиши, қўл ва оёқнинг увишиши ҳам тез-тез намоён бўлиб туради. Аналгетиклар ёрдам бермайди. Психоген бош оғриғи бор беморларнинг шикоятига эътибор билан қаралса, бош миянинг органик касалликлари (масалан, ўсмалар) да келиб чиқадиган бош оғриқдан фарқ қилувчи томонлари кўпдир. Психоген бош оғриқларда беморлар бош оғриғига аниқ бир таъриф бера олмайдилар: «Нима десам экан, баъзан бошимнинг ичи гўёки сувга тўлгандек оғир бўлса, гоҳо бўм-бўш бўлиб қолади, баъзи пайтларда иккала чаккам худди резина билан қаттиқ боғлаб қўйгандек сиқиб оғрийди. Гоҳида эса ансам шундай оғрийдики, бошимни қимирлата олмайман, чунки қимирлатсам, миям лўқиллаб отилиб чиқай дейди». Беморни тинглаётганда шуни эътиборга олиш керакки, уларнинг кўпчилиги айнан бош оғриғидан эмас, миянинг ичи оғриётгандан шикоят қилишади. Бош миянинг органик касалликларида бош оғриқ, кўпинча, аниқ жойлашган бўлиб, одатда турғун бўлади. Психоген бош оғриқларда беморлар ёздан кўра қишни ёқтиришади, негаки улар иссиқни кўтара олмайдилар. Шунинг учун ҳам ёз ойларида бош оғриғидан шикоят қилиб врачга мурожаат қилувчи неврастеник беморлар сони кўпаяди.

Доимий психоген бош оғриқлар умумий гиперестезияга ҳам сабаб бўлади. Бундай беморлар ёруғликни, шовқинни ва атрофида одамлар кўп бўлишини ёқтиришмайди. Уларнинг териси ҳам жуда сезгир бўлади. Баъзан терига тошмалар тошиб, қичишиб юради. Ёши катталарда бош оғриқ диққат ва хотиранинг бузилиши билан кечади, улар паришонхотир бўлиб қолади. Паришонхотирлик ёшларда ҳам кузатилади. Бу беморлар фикрини бир жойга жамлай олмайдилар.

Бошнинг фақат уй, ишхона ёки куннинг аниқ белгиланган вақтида оғриши аксарият психоген бош оғриқлар учун жуда хосдир. Қабулимизда бўлган В. исмли аёл бош оғриғининг доимо кеч соат олтида бошланишидан шикоят қиларди. Ёши 43 да. Оилали. У психоневрологик диспансерда психоневролог назоратида даволаниб келган. Поликлиникада невропатолог назоратида «мия ичи гипертензияси» билан даволаниб юрган. Бош оғриғи бошланганига 3 йил бўлган. Беморнинг бош оғриғи баъзан кучайиб кетиб, фақат баралгин таблеткасини ичгандан сўнг қоларкан. Кейинчалик врач

тавсиясига мувофиқ, бемор боши оғриганда баралгинни томирига ола бошлайди. Кечқурун соат олтида бош оғриғи барибир бошланишига ўрганиб қолган бемор қўшни ҳамширани чақириб баралгинни шприцга тортиб тайёрлаб қўядиган бўлади. Бу ҳолат, гоҳида узилишлар билан, бир ой давом этади. Ҳамшира бу уколни ҳадеб олавермаслик кераклигини, бунинг оқибатида юракда оғир асорат қолиши мумкинлигини айтади ва яна бир бор врач билан маслаҳатлашиш зарурлигини тавсия қилади.

Беморнинг шикоятларини эшитиб, ҳаёт ва касаллик анамнезини ўрганиб чиқдик. Олинган маълумотлардан қисқача эпизодлар келтириб ўтамиз: жуда ишонувчан ва сал нарсага ортиқча таъсирланувчан аёл. Ўта паришонхотир. Оилада тез-тез жанжалли воқеалар бўлиб турган, бош оғриғи навбатдаги кучли стрессдан сўнг пайдо бўлган. Эртаси куни поликлиникага невропатолог қабулига чиққан. Врач уни текшириб «Бош мия ички босими ошиб кетган, тез даволанмасангиз оқибати ёмон бўлади», деган. Бемор қўрқиб кетган, чунки унинг акаси 6 ой олдин кучли стрессдан сўнг қон босими ошиб, эртаси куни геморрагик инсультдан вафот этган эди. Бемор зарур дори-дармонларни топиб «мия ичи гипертензиясидан» даволана бошлайди. Ҳаргал эхоэнцефалография қилдирганида мия ичи босими катта, деб хулоса берилади. Бу хулосага ишонган бемор бошқа жойда текширтирмайди ва поликлиникада даволаниб юради. Айтиб ўтганимиздек, беморнинг боши аниқ бир вақтда, яъни кеч соат олтида оғрийдиган бўлиб қолган. У депрессияга тушади, хулқ-атворида ипохондрик белгилар пайдо бўлади.

Беморнинг неврологик статуси тўла текширилганда мия ичи гипертензияси белгилари аниқланмади, бунинг параклиник текширишлар ҳам тасдиқламади. Беморнинг анкетасидаги невропатологнинг ёзувларида ҳам мия ичи босимини кўрсатувчи неврологик симптомлар аниқланмади. Анкетадаги барча эхоэнцефалографик текширув хулосаларида III қоринча кенглиги 7-7,5 мм деб қайд қилинган. Бу эса меъёрдан сал фарқ қилувчи кўрсаткичлар бўлиб, кучли бош оғриқларга сабаб бўла олмайди. Демак, бемор етарли даражада текширилмаган ёки ҳақиқатан ҳам унда мия ичи гипертензияси бўлмаган. Бемор терапевт кўригидан ўтказилганда, соматик касалликлар аниқланмади. Унинг артериал қон босими 120/70 мм.сим.уст. Шундай қилиб, клиник ва параклиник текширишлар хулосалари ҳамда беморнинг психологик анамнези ундаги бош оғриғининг психоген хусусиятга эга эканлигини кўрсатди. Бу хулосага янада ойдинлик киритиш учун иккита кичикроқ тажриба ўтказдик.

Биринчиси, беморнинг бош оғриғи кеч соат олтида қандай бошланишини аниқлаш бўлса, **иккинчиси** баралгин ўрнига бошқа дори тавсия қилиб кўриш эди. Биринчи тажрибамизни пешинда беморни клиникага таклиф қилишдан бошладик. Бунинг учун беморга «Бошингизни айнан оғриётган пайтда текшириб кўришимиз керак», деб тайинладик. Бемор айтган вақтимизда етиб келди. Биз бемор билан клиниканинг боғида юриб лаборантнинг «етиб келишини» кутдик (воқеа ёз кунларининг бирида бўлаётган эди). Бемор бир соат мобайнида боши қачон оғрий бошлагани, қанчадан-қанча текширишлардан ўтгани, турли хил ташхислар билан даволанганини, лекин натижасини сезмаганини тинмай гапирар эди. Соат олтидан ошиб, етти бўлаётган эди. Бемордан: «Мана, соат ҳам еттига яқинлашиб қолди, соат олти бўлмасдан келувдингиз, бошингиз оғридими?» деб сўралганда, бемор: «Вой, гап билан бўлиб, бошим оғриганини ҳам сезмабман! Йўқ, йўқ сезмабман эмас, бошим ҳақиқатан ҳам оғригани йўқ, қандай яхши! Наҳотки, энди бошим сира ҳам оғримаса?!» деб ҳайратга тушган эди. «Энди лаборант ҳам келмади, эртага кела қоласиз», деб бемор уйига жўнатилди. Иккинчи тажрибамизни амалга ошириш учун беморга «Баралгинни энди новалгинга ўзгартирамиз, бу дори унинг синоними ҳисобланади, таркиби худди баралгиннинг ўзгинаси», деб бош оғриғи хуружи пайтида ўша дорини томирдан юборишни тавсия қилдик. Бемор рози бўлди, лекин икки кундан сўнг бизга телефон орқали «Новалгиннинг таъсири жуда паст ва қисқа экан, бироздан сўнг яна бошим оғрий бошлади», деб айтди ва янги тавсия қилинган доридан воз кечди. У биз билан бўлган суҳбатларнинг бирида «Баралгинни яратганларга минг раҳмат, томирдан юборган заҳоти бош оғриғимни олади», деганди, яъни бемор ушбу дорига психологик боғланиб қолган эди. Бемордан дорини томир ичига юборгандан сўнг бош оғриғи қачон тўхташини сўраганимизда, «Беш дақиқага етмасдан», деб жавоб берувди. Аслида баралгин томирлар спазмини секин-асталик билан йўқотади ва бош оғриғининг бутунлай пасайишига 15-20 дақиқа керак бўлади.

Биз ушбу бемор мисолида бош оғриғининг кучли стрессдан сўнг пайдо бўлганини, унинг аниқ бир соатда кузатилиши ва аниқ бир дорига бўлган психологик боғланишнинг гувоҳи бўлдик. Бу ерда бош оғриғи ятропатия (врачнинг нотўғри хулосалари) тусида ҳам яққол намоён бўлди. Бундай беморларни даволаш анча мураккаб кечади, яъни бош оғриғи қайта-қайта пайдо бўлаверади. Беморни даволаш, унинг фикрини даволашнинг бошқа усулларига чалғитган ҳолда олиб борилди. Унда плацеботерапия, иглотерапия, асабни тинчлантирувчи ва тетиклаштирувчи дорилар электрофорези, умумий массаж

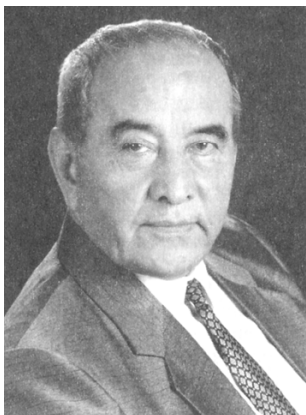
муолажалари ўтказилди. Бу муолажалардан сўнг беморда бош оғриғи хуружлари тўхтади. Энг асосийси – бемор бош оғриғи психоген хусусиятга эга ва уни даволаш йўллари бошқача эканлигига тўла ишонтирилди.

Психоген бош оғриқларнинг камайиши ёки йўқолишига ижобий таъсир кўрсатувчи омиллар анчадир. Масалан, яшаш жойини ўзгартириш, бассейнда ёки бошқа сув ҳавзаларида чўмилиб туриш, сайрга чиқиб туриш, ўзига ёққан кийим-кечак сотиб олиш ва ҳоказо.

Психоген бош оғриққа чалинган беморларнинг энг кўп шикоятларидан бири уйқунинг бузилишидир. Бемор ухлагани кирганда миясига турли хил фикрлар оқиб келаверади, бу фикрлардан ҳеч қутула олмайди, улардан мияси «ёрилиб» кетадиган даражагача боради, мабодо ухлаган тақдирда ҳам тушлар кўравериш баттар қийналади.

Аксарият ҳолларда психоген бош оғриқларни бошқа этиологияли бош оғриқлардан фарқлаш қийин бўлади. Субарахноидал қон қуйилиш, сероз менингит, ўсма касалликлари, қон-томир аневризмалари, мия ичи гипертензияси билан кечувчи касалликлар, мигрен, уч шоҳли нерв невралгияси, краниоцервикалгия каби касаллик ва синдромлар психоген бош оғриғига ўхшаб кетади. Бу касалликларнинг нақадар турли-туманлиги ва мураккаблиги тиббий психологдан неврология фанини мукамал билиш ёки бўлмаса беморни, албатта, невропатолог кўригидан ўтказиш зарурлигини талаб қилади.

Машҳур невролог олим С.Н. Давиденков истерик синдромларда учрайдиган бош оғриқлар ҳақида ёзган рисолаларидан бирида шундай деган эди: «Истерик беморларда ҳам бош миянинг оғир касалликлари кузатилишини асло унутмаслик керак. Агар биз беморни текшира туриб, унда «функционал» ёки «органик» касаллик борлигини аниқлашга қийналсак, агару кейинчалик хато бўлиб чиқса ҳам осон йўлдан бормасдан, беморга «органик» ташхисни қўйганимиз маъқул. Негаки, «функционал» ташхис қўйилган беморлар, кўпинча, врач эътиборидан четда қолади ва улар яна ўтказилиши зарур бўлган клиник текширувлардан маҳрум бўладилар. С.Н. Давиденков Москва клиникаларидан бирида содир бўлган мисолни келтирган. Кечқурун «қабул бўлимига» боши қаттиқ оғриб турган аёлни олиб келишади. Асаб касалликлари бўлимидан ушбу беморни текшириш учун навбатчи врачни чақиришади. Бу бемор аёл айнан мана шу врач навбатчилигида бир неча бор тунда қаттиқ бош оғриғидан шикоят қилиб, «Тез ёрдам» машинасида шифохонага олиб келинган ва ёрдам кўрсатиб, уйига юборилган эди. Бемор истерик бош оғриқ билан невропатологга даволаниб юрган. Авваллари унинг невростатуси текширилиб, органик белгилар йўқлигига ишонч ҳосил қилинган, уйига жўнатилган бўлса,



Н.М.Мажидов
(1928–2010)

бу гал беморда «истерия» ташхиси борлигига ишонч ҳосил қилган врач унинг невростатусини текширмайди ва оғриқ қолдирувчи ҳамда тинчлантирувчи дорилардан муолажа қилиб уйига жўнатади. Бемор уйда вафот этади. Патологоанатомик текширувлар бош мияга аневризмининг ёрилишидан қон қуйилганини аниқлайди.

Бош оғриқлар лептоменингитда ҳам кўп кузатилади. Бу касалликни атоқли ўзбек неврологи, академик Н.М.Мажидов чуқур ўрганган. Лептоменингит бош миянинг юмшоқ ва ўргимчак тўриси мон пардаларининг яллиғланиш касаллиги бўлиб, аниқ

ифодаланган органик неврологик симптомлардан иборат (Н.М.Мажидов, 1972). Лептоменингит кўп этиологияли касаллик бўлиб, унинг клиникаси турли-тумандир. Шунинг учун ҳам уни неврозлар, бош мия қон-томир касалликлари, ўсмалар билан қиёслашга тўғри келади. Баъзан (айниқса, поликлиникаларда) фақат субъектив симптомларга асосланиб, лептоменингит ташхиси қўйиладиган ҳолатлар учраб туради. Ёки нозология аниқланмасдан «мия ичи гипертензияси» деб хулоса берилади. Бунинг учун беморда ўтказилган грипп ёки бош мия жароҳати, эхоэнцефалографиядаги энгил ўзгаришлар асос қилиб олинади. Лекин беморнинг неврологик статуси чуқур текширилганда, аниқ ифодаланган неврологик симптомлар аниқланмайди, кўз туби ва ликвордаги ўзгаришлар қўйилган ташхисга мос келмайди. Бу беморларда ҳам бориб-бориб ятропатия шаклланади.

Н.К.Боголепов ўзининг «Клиник эхоэнцефалография» (1973) номли асарида «Беморларга эхоэнцефалографик текширувлар ўтказётганда ниҳоятда эҳтиёт бўлиш керак, олинган хулосани, албатта, клиник белгилар билан солиштириб кўриб улар бир-бирига мос келган тақдирдагина «интракраниал гипертензия» тўғрисида хулоса қилиш керак», деб ёзган.

Машҳур невролог олим Х.Г. Ходос (2000) ташхисни аниқлашда «неврологик микросимптомларга» ҳадеб ён босавермаслик кераклигини, чунки танадаги барча ташқи белгилар ҳам симметрик бўлмаслигини айтиб ўтган эди. Олим кўз ёриғи ва қорачиғининг катта-кичиклиги, бурун атрофидаги бурмалар симметрик бўлмаслиги, томоқ ва пай рефлексларининг соғлом одамларда ҳам ҳар хил бўлишини ёзиб қолдирган эди.

Психоген бош айланиши

Бош айланиши ҳам бош оғриғи каби энг кўп тарқалган симптомлардан биридир. Асабнинг зўриқиши билан кечувчи, Менъер ва бош мия қон-томир, юрак касалликлари, вегетатив-томир дистониялари, артериал гипертензия ёки гипотензия, сурункали анемиялар бош айланишининг асосий сабаблари ҳисобланади (11-жадвал). Буларнинг ичида психовегетатив бузилишлар билан кечувчи ниқобланган депрессияларда кузатиладиган бош айланишлар алоҳида ўрин тутади. Психоневрологик ва психосоматик синдромларда учрайдиган бош айланишларнинг механизмларини марказий асаб тизими функционал фаоллиги ошиши ёки пасайиб кетиши, нейронал системаларда қўзғалиш ва тормозланиш жараёнлари орасида номутаносиблик юзага келиб, турғун тормозланиш ёки қўзғалишнинг шаклланиши билан тушунтириш мумкин.

11-жадвал

Психоген бош айланишни бошқа этиологияли бош айланишлар билан фарқлаш

Бош айланишга сабабчи бўлувчи асосий касалликлар ва патологик ҳолатлар.

- Менъер касаллиги
- Вертебробазилляр соҳада қон айланишининг етишмовчилиги
- Артериал гипотония ёки гипертензиялар
- Интракраниал гипертензия ёки гипотензия
- Бўйин остеохондрози
- Анемиялар
- Юрак касалликлари
- Турли этиологияли вестибулопатиялар
- Бош мия ўсмалари, айниқса энса чуқурчасида
- Вегетатив-томир дистониялари
- Сурункали чарчаш синдроми
- Бошқа этиологияли бош айланишлар

Бош айланиши камдан-кам ҳолларда алоҳида учрайди. Аксарият ҳолларда юрак уриб кетиши, ҳолсизланиш, совуқ терга ботиш, қулоқда шовқин пайдо бўлиши, кўнгил айнаши, оёқларнинг титраши билан бирга кузатилади. Одатда, бу белгилар аффектив бузилишлардан сўнг кучаяди. Бу беморлар баландликдан қўрқишади, шунинг учун ҳам улар балкон ва баланд кўприқдан ёки томдан паст-

га қарамасликка ҳаракат қиладилар, чунки бундай пайтда бош айланиши кучаяди.

Психоген бош айланишларга хос яна бир белги унинг вазиятни оз бўлса-да ўзгартирганда кучайишидир. Масалан, баланд қаватли бинода яшайдиган бир бемор ундан бир қават юқори яшайдиган қўшнисиникига чиқиб, балқондан пастга қараганда боши айланиб, гандираклаб кетган, кўнгли айниган, йўлакка чиққанда эса камайган ва бир оз вақт ўтгач, тўхтаган. Шуниси эътиборлики, психоген бош айланишда беморлар лифддан кўра зинапоядан кўтарилишни афзал кўришади. Аксарият психоген бош айланишлар кўрқув билан кечади. Бунинг акси ўлароқ, вертебробазилляр синдромларда бош айланиши кўрқувсиз учрайди ёки кўрқув бош айлангандан сўнг пайдо бўлади.

Беморларда фақат баландликдан эмас, балки автомобиллар қатнови тез бўлган катта йўлга қараганларида ҳам бош айланиши пайдо бўлади ёки кучаяди. Улар бундай пайтлар катта тезликда ўтаётган автомобилларга қарамасликка ҳаракат қилишади ёки оёқларининг остига қараб қадамларини назорат қилиб юришади. Ана шунда уларда бош айланиши камаяди. Катта залларда олиб бориладиган мажлислар ёки узоқ давом этувчи дарсларда ҳам беморларда бош айланиши авж олади. Талабаларда имтиҳонларга берилиб тайёргарлик кўриш, илмий ходимлар ва ёзувчиларнинг тинмай асарлар ёзиши ёки ҳар қандай соғлом одамда кузатилиши мумкин бўлган ортиқча ақлий зўриқишлар ҳам бош айланишига сабаб бўлади. Лекин астенияга учраган беморларда руҳий-ҳиссий зўриқиш бош айланишини осонгина келтириб чиқариши мумкин.

Бош айланиши, аксарият ҳолларда, қисқа вақтга ҳушдан кетиш (синкопе) билан кечади. Бу, айниқса, умумий психоген гиперестезия билан кечувчи психоневрологик касалликлар учун жуда хосдир. Бунинг асосида вестибуляр аппаратнинг кучли даражада кўзғалувчанлиги ётади. Тез-тез ҳушдан кетиб турадиган беморларнинг бош мия қон томирлари текширилганда, уларда томирлар тонусининг ўта даражада пасайганлиги (гипотонус) ёки ўзгарувчанлиги (дистония) аниқланади. Синкопе ҳолатлари психоген гипервентиляцияда, артериал қон босими пасайганда ва юрак касалликларида ҳам юз беради. Узоқ вақт ётиб қолган беморлар горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтишса, бош айланиши ортостатик коллапс билан бирга юз беради. Бу ҳолат, айниқса, артериал гипотензияда яққол ифодаланган бўлади. Баъзан юқори даражада ривожланган невралгиялар ёки психоастенияларда бемор ҳушдан кетиб қолиши учун битта кўрқувнинг ўзи кифоя. Бемор бир марта ҳушидан кетса

(айниқса, одамлар орасида), у доим навбатдаги хуружни кутиб безовта бўлиб юради. Невролог олимлардан бири Оппенгейм (1894) «Ҳар бир киши ўзида бош айланишини юзага келтириши мумкин, агарда у мувозанат ва бош айланиши ҳақида ўйлайверса», деган эди.

Баъзан бош айланиши ятропатия асорати ҳисобланади. Шунинг учун ҳам бемордаги симптомларни, агар улар психоген хусусиятга эга бўлса, жуда хавфли деявериш керак эмас. Шахсий кузатувимиздан бир мисол келтирамиз. Узоқ йиллардан буён қулоқ, бурун ва томоқ касалликлари поликлиникасида ҳамшира бўлиб ишлайдиган ва тез-тез асабийлашадиган аёлда қаттиқ ҳиссий зўриқишдан сўнг бош айланиши аломатлари пайдо бўлади. У шу даражада кучли бўладики, ҳатто бир кўлидан бўйи етган қизи, иккинчисидан эса турмуш ўртоғи ушлаб тургандагина тик тура оларди. Бу беморга ўзи ишлайдиган поликлиникада «Менъер касаллиги» деб ташхис қўйилади. Ташхис бир неча бор ўзгартирилади. Бундай касали бор беморларни бир неча марта ўзи ҳам кўрган ва анкеталар очган ҳамширада бу касалликнинг яққол белгилари намоён бўла бошлайди. У бошқа мутахассислар (невропатолог)га кўринмасдан, уч йил мобайнида ЛОР врачларида даволаниб юради. Бош айланиши хуружлари тез-тез кузатилиб турадиган бу бемор бориб-бориб жуда жаҳлдор, арзимаган нарсага йиғлайверади ва аффектив ҳолатга тез тушадиган бўлиб қолади. Бемор миясига «Менъер касаллигини» шу даражада сингдириб олгандики, ҳар бир аффектив бузилишдан сўнг унда худди шу касалликка ўхшаш белгилар пайдо бўлаверган. Психотерапевтик муолажалар етарлича ўтказилмаганлиги учун даволаниш жараёни жуда чўзилган. Бир сўз билан айтганда, беморда ятропатия ривожланган эди.

Навбатдаги хуруждан сўнг беморга невропатологга кўриниш тавсия қилинади ва бизга маслаҳатга юборилади. Касаллик ва ҳаёт анамнези билан танишиб чиққач, унда неврологик ва психологик текширувлар ўтказдик ва яна бир бор ЛОР врачлари билан маслаҳатлашиб, «Менъер касаллиги» ни инкор қилдик. Барча текширувлардан сўнг беморга «Менъер синдроми кўринишидаги ниқобланган депрессия» ташхиси қўйилди, яъни ҳақиқий «Менъер касаллиги» – инкор қилинди. Беморнинг ҳамширалиги эътиборга олиниб, унга бу атамалар фарқи ҳамда текширувлар натижаси тушунтириб берилди. Буларнинг ҳаммаси ҳамширага катта ижобий таъсир кўрсатди ва у энди даволаш муолажаларига катта ишонч билан қарай бошлади. Ўтказилган плацеботерапия ва психотерапия муолажаларидан сўнг бемор тузалиб кетди. Биз бу ерда ятропатиянинг яна бир клиник кўринишини таҳлил қилдик.

Астеник беморлар ятропатияга жуда мойил бўлишади, уни келтириб чиқариш учун тиббиёт ходимининг бехосдан айтиб қўйган биргина сўзининг ўзи кифоя. Нима учун ятропатия белгилари беморда узоқ вақт давом этади? Экспериментал физиология маълумотларига кўра, ҳар қандай ташқи таъсирот (айниқса, салбий) бош мия катта ярим шарлари пўстлоғида «доминант ўчоқ» пайдо қилади ва бу соҳанинг нейронлари бошқа соҳа нейронлари фаоллигини пасайтиради. Натижада миянинг интегратив фаолияти бузилиб, функционал характерга эга бўлган патологик симптомлар юзага келади. Уларни йўқотиш учун миянинг функционал фаолиятини ошириш ва пўстлоқда бошқа, яъни ижобий хусусиятга эга бўлган «доминант ўчоқ» пайдо қилиш керак.

Аксарият ҳолларда бош айланиши сенестопатик ва ипохондрик симптомлар билан намоён бўлади. Бунда танада сира кетмайдиган турли хил сезгилар, увишишлар, оғриқлар, қўл ва оёқларнинг қарахт бўлиб қолиши кузатилади ва йилнинг турли фаслларида кучайиб ёки пасайиб туради. Касалликнинг бундай мавсумий кечиши, албатта, органик касалликни излашга мажбур қилади. Бу ерда хатога йўл қўймаслик учун клиник текширувлар психологик текширувлар билан биргаликда олиб борилиши керак.

Психоген невралгиялар

Ҳар қандай психоген гиперестезиялар тананинг турли жойларида невралгия ёки миалгияга ўхшаш оғриқлар беради. Айтиқса, юз соҳасида кузатиладиган оғриқлар беморларни жуда қийнаб қўяди. Бу оғриқлар кучи турли даражада, оддий ачишишдан тортиб кучли санчувчи оғриқларгача ривожланган бўлади. Оғриқ иккала чакка, пешона, ияк соҳаларида кузатилиши мумкин. Агар оғриқлар тиш ва милклар соҳасида кузатилса, гап психоген стоматалгиялар, тилда кузатилса глоссалгиялар ҳақида боради. Рухий зўриқишлар кучайган ёки тезлашган сайин оғриқлар ҳам кучайиб боради.

Юз соҳасидаги психоген оғриқлар учун уларнинг овқат еяётган пайтда камайиши ёки йўқолиши хосдир. Уч шохли нерв невралгиясига ўхшаб кечувчи психоген оғриқларда сезги бузилишлари нервланадиган соҳаларга мос келмайди ва ҳар куни бемор турли соҳадаги ёки турли даражадаги оғриқдан шикоят қилади. Невроген оғриқлардан фарқли ўлароқ, психоген оғриқларда аналгетиклар ёрдам бермайди. Тўғри олиб борилган психофармакотерапевтик муолажалар бемор аҳволини энгиллаштиради. Баъзан тузалиб кетган беморлар оғриқнинг кучайганидан шикоят қилиб, яна врачга

мурожаат қилишади. Бунинг сабаби кўпинча уйдаги ва ишдаги можаролардир. Глоссалгия билан хасталанган бир аёл даволаш курсини олиб кетганидан сўнг бироз вақт ўтгач, яна оғриқнинг кучайганидан мурожаат қилиб келарди. Гап шундаки, беморнинг турмуш ўртоғи ичкиликка муккасидан кетган ва шу сабабли уйда тез-тез жанжал бўлиб турарди. Бу беморда кучли даражадаги аффектив бузилишлар аниқланди. Чунки қўрқув, ипохондрия ва депрессия психоген невралгияларнинг доимий ҳамроҳидир.

Психоген невралгиялар ичида қовурғаларо оғриқлар алоҳида эътиборни талаб қилади. Айниқса, юрак соҳасида жойлашган оғриқлар беморларни ўта безовта қилади. Ёш укаси автомобил ҳалокати сабабли ҳаётдан кўз юмган беморнинг юрак соҳасида санчувчи оғриқ пайдо бўлади. Бемор кардиологга мурожаат қилади. У беморни яхшилаб текшириб, кардиограмма қилиб, юраги соғлом экани, қаттиқ сиқилганидан шу оғриқ пайдо бўлгани, тинчлантирувчи дорилар ичиш лозимлигини ва невропатологга мурожаат қилишни тавсия қилади. Невропатолог ҳам беморни обдан текшириб, тинчлантирувчи дорилар ёзиб беради ва психотерапевтик муолажалар ўтказди. Шунга қарамай, бемор икки ой ичида юрак соҳасидаги оғриқлардан 16 марта ЭКГ қилдирган ва 10 марта «Тез ёрдам» машинасини чақирган.

Статистик маълумотларга кўра, кўкрак қафасининг ўнг томонида психоген оғриқлар жуда кам учрайди. Бунинг асл сабаби юракнинг чап томонда жойлашганлигидир. Бу яна бир марта «қовурғаларо невралгия» ва «стенокардия» ташхисларига эҳтиёткорлик билан ёндашиш кераклигини талаб қилади.

Психоген бел оғриқлар (псевдорадикуляр синдром)

Психоген бел оғриқлар жуда кенг тарқалган бўлишига қарамасдан, уларнинг аниқ сони ҳанузгача номаълум. Бунинг сабаби «психоген радикулалгия» ташхиси врачлар томонидан деярли қўйилмаслиги ёки аниқланмаслигидир. Ваҳоланки, XVIII асрдаёқ, «орқа мия ипохондрияси» номи билан психоген хусусиятга эга бўлган белдаги оғриқлар ҳақида ёзиб қолдирилган. Психоген бел оғриқлар ҳам ниқобланган депрессиянинг клиник кўринишларидан биридир. Бу оғриқлар врачлар томонидан, кўпинча, «люмбаго», «люмбалгия», «люмбоишиалгия», «радикулит», «ишиас», «диск чурраси» каби ташхислар билан белгиланади. Ушбу ташхисларнинг қанчаси кейинчалик тасдиқланади ва қанчаси психоген хусусиятга эга бўлиб чиқади, бу аниқ эмас. Бунинг сабабларини қуйидагича изоҳлаш мумкин: *бирин-*

чидан, оғриқ йўқолгандан (одатда 4-5 кундан) сўнг беморлар врачга қатнамай қўяди; *иккинчидан*, радикулитнинг ўткир даврида ҳаммавақт ҳам неврологик белгилар бўлавермайди; *учинчидан*, бошқа психоген оғриқлардан фарқли ўлароқ, белдаги оғриқни ҳар қандай бемор «радикулит» деб қабул қилади ва бу касалликда қилинадиган чоралардан воқиф бўлади (ҳозир мен докторга борсам, новокаибли блокада қилади, белга иссиқ буюради, оғриқ қолдирувчи дори қилади). Албатта, ана шу ва шунга ўхшаш муолажалардан сўнг бемор тузалиб кетади. Бундай пайтларда радикулитнинг ҳақиқий ёки психоген хусусиятга эга эканлигини аниқлаш врач учун ҳам қийин бўлиб қолади. Чунки белида қаттиқ оғриқдан шикоят қилиб келган беморга ҳар қандай врач дарров ёрдам кўрсатиб, оғриқдан халос қилишга интилади. Буларнинг ҳаммаси оғриқ келиб чиқишининг асосий сабабини аниқлаш имконини пасайтиради.

Аксарият ҳолларда «сурункали радикулитнинг зўрайиши» ташхиси қўйилган беморларда неврологик анамнез билан биргаликда психологик анамнез ҳам тўпланганда, оғриқнинг пайдо бўлиши билан руҳий зўриқиш орасида боғлиқликни топиш мумкин. Психоген радикулалгиялар учун оғриқнинг йилнинг маълум бир ойи ёки мавсумда (масалан, куз келиши билан) пайдо бўлиши хосдир. Бир бемор бйилдан буён мезон кирди, дегунча белида оғриқ пайдо бўлишидан шикоят қилган. Лекин унда органик неврологик белгилар кузатилмаган. Бироқ психоген радикулалгиялар дастлаб ҳақиқий радикулит бўлган беморларда кўп учрашини ҳам эътиборга олиш керак. Баъзан врач ўзи истамаган ҳолда беморда ятропатияни юзага келтиради, яъни бемор радикулит билан хасталанади, даволанади ва врачдан «белни иссиқ тутиб юриш, оғир нарса кўтармаслик, оғриқ пайдо бўлганда, дарҳол докторга мурожаат қилиш» каби кўрсатмалар олади. Бу маслаҳатларга, айниқса, неврастения ёки психоастенияга чалинган беморлар қаттиқ риоя қилади ва оқибатда уларда «кутиш синдроми» ривожланади. Бу ўз вақтида ипохондриянинг шаклланишига олиб келади: бемор танасидаги ҳар қандай оғриққа, ҳатто бўғинларда кузатиладиган шакиллашларга ҳам ортиқча эътибор бера бошлайди. Натижада, психоген оғриқлар пайдо бўлади ёки янада зўраяди.

Психоген радикулалгиялар ичида, айниқса, бўйин соҳасида жойлашган оғриқлар алоҳида ўрин тутати. Беморлар, одатда, невропатолог томонидан бўйин умуртқаларини рентген қилиб келишга жўнатилади. Ёши 30-40 дан ошган беморларда бўйин умуртқаларида остеохондрознинг дастлабки белгилари аниқланади ва бўйин соҳасидаги оғриқлар рентгендаги ўзгаришлар билан боғланади. Ваҳоланки, рентгенограммадаги ўзгаришлар ҳаммавақт ҳам касал-

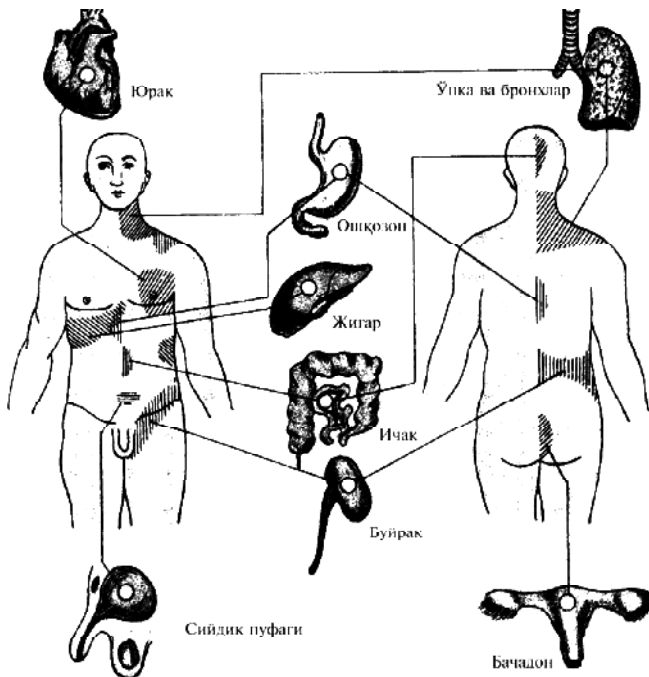
лик белгилари билан мос келавермайди. Остеохондроз оз бир-икки ҳафтада тузаладиган касаллик эмас, аммо бўйин соҳасидаги оғриқларни айнан «остеохондроз» билан боғлаган бемор психотерапевтик муолажалар ёки плацеботерапиядан сўнг бир ҳафта ичида тузалиб кетади. Бу ҳолат беморда **психоген цервикалгия** борлигидандалолат беради. Албатта, умуртқаларда ўзгаришларсиз кечадиган ва фақат илдизчаларнинг ўзи яллиғланиши билан кузатиладиган ҳақиқий радикулитлар бундан истисно.

Шунингдек, бўйиндаги оғриқларнинг бош айланишлар билан бирга келиши ва бунинг устига рентгенда остеохондроз аниқланиши «бўйин остеохондрози сабабли ривожланган вертебробазилляр синдром» ташхисини қўйишга асос бўла олмайди. Бу ниқобланган депрессиянинг бир клиник кўриниши бўлиши мумкин, холос. Буни исботлаш учун психологик анамнез йиғиш ва тўла клиник-параклиник текширувлар ўтказиш лозим. Фақат кучли ривожланган остеохондроз ёки умуртқа суяклари аномалиялари, остеофитларнинг умуртқа артерияларини босиб туриши вертебробазилляр синдромни юзага келтириши мумкин. Бу ташхисни аниқлаш ёки тасдиқлаш учун битта рентгенограмманинг ўзи kifоя эмас, буерда доплерография ва ангиография текширувлари ҳулосаси керак бўлади.

Психоген гиперестезия

Психоген гиперестезия психоастения ёки неврастения касалликларининг асосий симптомларидан бири саналади. Бундай беморлар ташқи одатий таъсирларга шу қадар сезгир бўлишадикки, уларни куёш нури, шамолнинг бироз қаттиқ эсиши, автомобиллар товуши, телефон ёки эшик қўнғироғининг жиринглаши, болаларнинг шовқин-сурони ҳам жуда безовта қилади. Одатда, бундай беморлар ҳар қандай товушдан эти жимирлаб кетиши, танасини худди ток ургандек бўлиши ва боши қаттиқ оғриб, ўзларини жуда ёмон ҳис қилишларидан шикоят қилишади. Уларни врач текшираётганда, доимо сесканиб туришади, танасига қўл теккизгани қўйишмайди, чунки оғриқ кучайиб кетишидан қўрқишади. Агар врач «Мен сизга текширмай туриб ташхис қўя олмайман», деса бемор врачнинг қўлини ўзи ушлаб танасининг оғрийдиган жойларига олиб боради. Бундай беморларда тананинг энг сезгир жойлари, одатда бош ва оёқлар ҳисобланади.

Танадаги гиперестезия соҳалари ички аъзолар касалликлари натижасида ҳам бўлиши мумкин ва улар тананинг ҳамма жойида эмас, балки маълум бир соҳаларида кузатилади. Бу соҳалар **Хед-Захарин соҳалари** деб аталади (31-расм).



31-расм. Хед-Захарин соҳалари. Ички аъзолар касалликларида терида кузатиладиган гиперестезиялар.

Психоген гиперестезиялар, айниқса, бош терисида яққол ифодаланган бўлади. Психоневроз билан хасталанган беморнинг бошини текшираётган врачнинг қўлини бемор итариб юборган. У бошида қаттиқ оғриқ пайдо бўлганидан шикоят қилиб, доктор қабулида 10 дақиқагача ўтириб қолган. Орадан 3-4 дақиқа ўтгач «Оғриқ ўтиб кетдими ёки бирор оғриқ қолдирадиган дори берайми?» деб сўралганда, бемор: «Йўқ, ҳозир ўзи ўтиб кетади, нега мендан сўрамасдан бошимни босиб қўйдингиз?» деб врач ёрдамидан воз кечган.

Яна бир беморнинг тизза рефлeksi неврологик болғача билан текширилаётганда оёғида кучли оғриқ пайдо бўлиб, юра олмай қолади ва бироздан сўнг ўтиб кетади. Психоген гиперестезиялар учун оғриқларнинг айнан танадаги сезгир нуқталарда пайдо бўлиши хосдир. Масалан, тригеминал ва оёқлардаги нерв стволлари соҳасидаги нуқталарда ва ҳоказо. Баъзан беҳосдан айтиб қўйилган сўз ёки ташхисдан сўнг беморларда ятропатик хусусиятга эга бўлган турли оғриқлар ва гиперестезиялар пайдо бўлиши ҳам мумкин.

Биз ўзимиз кузатган қуйидаги икки бемор бунга мисол бўла олади: Д. исмли 18 яшар келин оилада юз берган фалокатдан сўнг ўзига-ўзи

пичоқ уради. Қориннинг иккита жойига урилган зарбадан бемор кўп қон йўқотиб, жарроҳлик бўлимига келтирилади. Шу заҳоти кўрсатилган ёрдамдан сўнг ёш келиннинг ҳаёти сақлаб қолинади. Бемор тузалиб чиқади, бироқ унинг оёқларида пайдо бўлган оғриқ борган сайин кучайиб боради. Иккала оёқда фалажлик пайдо бўлади. Беморни невропатологга кўрсатишади. У «Пичоқ орқа миядаги нерв толаларини ҳам шикастлаган», деб хулоса чиқаради ва даволаш чораларини тавсия қилади. Бемор бу ташхисни кўярда-қўймай ота-онасидан билиб олгач, танасидаги оғриқлар бел ва оёқларда «тўпланади». Оғриқлар тунда ўз-ўзидан пайдо бўлар ва бу азобга чидолмай қичқириб йиғлаб юборарди. Бемор баданини ҳатто чойшаб билан ҳам ёптирмас эди. Чунки чойшаб бирор жойига тегиб турса, оғриқ кучаярди. У ҳатто танасига ўзи ҳам қўл теккизмас эди. Бемор танасида тез-тез ва тўсатдан пайдо бўладиган оғриқларни кутиб, иккала қўли билан тўшакнинг четидан маҳкам ушлаб ётарди. Агар унга бирор ёрдам керак бўлса, фақат катта акасига мурожаат қиларди, бошқалар (ота-онаси, укалари) ни ёнига йўлатмасди. Бу ҳолатни психоген оғриқларга қиёсий ташхис қўйганда эътиборга олиш зарур. «Нега бундай қиласиз?» деган саволга бемор: «Акам ҳеч жойимни оғритмасдан ёрдам беради», деб жавоб берган. У уйга келган врачларни ҳам ёнига йўлатмаган. Бемор билан икки кун мобайнида суҳбат уюштирилиб, унинг психологик статуси текширилди. Бемор суҳбат чоғида ҳар гал: «Мени ҳеч жойимга тегмай даволайсизми?», «Орқа миям ҳақиқатан ҳам жароҳатланмаганми?» деб сўрарди. Бемор билан умумий тилтопилгандан сўнг унда невростатус тўла текширилди. Орадан бир неча ой ўтганига қарамасдан, беморнинг оёғида атрофиялар ва сезги бузилишлари йўқ (фақат умумий гиперестезиядан ташқари), пай рефлекслари сақланган эди. Энди энг асосийси беморда ятрогения белгиларини йўқотиш ва орқа мияда ҳеч қандай жароҳатланиш йўқлигига ишонтириш керак эди. Бу вазифанинг уддасидан чиққанимиздан сўнг бемор даволанишга катта ишонч билан қараб, тавсия қилинган барча муолажаларни ола бошлади. Бемор, асосан, психотерапевтик муолажалар ҳамда плацеботерапия усули билан даволанди ва соғайиб кетди. Чунки оғриқ ва фалажлик органик хусусиятга эга эмасди.

Иккинчи воқеа ҳам ятрогенияга яққол мисол бўла олади. Бу воқеа вилоят шифохоналарининг бирида содир бўлган эди. Узоқ йиллардан буён ишлаб келаётган асаб касалликлари врачлари умр йўлдошига «диск чурраси» ташхисини қўяди. Тўйда тинмай юмуш қилган 40 ёшдан ошиб қолган бу аёлнинг белида кучли оғриқ пайдо бўлиб, икки кундан сўнг оёғлари ишламай қолади, тўғрироғи, кучли оғриқдан

кўрқиб, уларни сира қимирлатмайди. Бунинг устига «диск чурраси», асосан, операция йўли билан даволанади, деб ўйлаган беморда аффектив ҳолат янада ривож олади. Оддий уколларни олганда ҳам дод-вой қилиб 5 ой мобайнида консерватив йўл билан даволанади. Ниҳоят, турмуш ўртоғи операция қилдиришга рози бўлгач, уни Тошкентга олиб келишади. Бемор нейрохирургия клиникасига ётқизилади ва ўша кечаси унга эпидурал оғриқсизлантириш қилинади (чунки оддий новокаинли блокадалар ёрдам бермас эди). Эртаси куни беморга эпидурал миелография қилиниб, диск чурраси йўқлиги аниқланиб, невропатологга мурожаат қилиш тавсия этилади. Беморда ҳар томонлама неврологик ва психологик статус текширилади. Унда аффектив бузилишлар оқибатида ривожланган психоген гиперестезия ва радикулалгия аниқланади. Бемор махсус даволаш муолажаларидан сўнг тузалиб кетади.

Савол туғилади: ятропатиялар узоқ (ойлаб, йиллаб) давом этиши мумкинми? Ҳа, албатта, давом этиши мумкин. Бемор қанча кўп муваффақиятсиз даволаш усуллари билан даволанса, психоген касаллик нафақат узоқ вақт давом этади, балки зўрайиб ҳам боради. Бу психоген синдромлар қанча узоқ давом этса, даволаш ҳам шунча чўзилади, дегани эмас. Ташхис тўғри аниқлангандан сўнг беморнинг психологиясига мослаб тузилган даво чоралари шу заҳоти ёки бирикки кун ичида фойда беради. Бу ерда касалликнинг давомийлиги эмас, аксинча, руҳий таъсир қилиш катта аҳамиятга эгадир.

«Безовта оёқлар» синдроми

Бу синдромга XIX аср бошидаёқ француз психиатрлари эътибор қаратишган. «Безовта оёқлар» синдроми ниқобланган депрессиянинг бир клиник кўриниши бўлиб, бу касалликда кечаси ва тунда оёқда турли хил парестезиялар пайдо бўлади, улар кундуз куни ва ҳаракат қилган пайтларида ўтиб кетади. Беморлар оёғига худди биров нина билан санчгандек, товонининг таги ёниб тургандек, гўёки оёқларининг устига қизиб турган қум сепиб қўйилгандек сезишади, оёқлари бир қизиб, бир совиб кетади. Буларнинг ҳаммаси тунда бошланади, беморлар ухлай олмай хонама-хона юриб чиқадилар. Тонг отиши билан эса бу белгилар йўқолади. Кундузи бемор ҳеч нарсадан шикоят қилмайди. Бу беморларнинг неврологик статусида органик белгилар аниқланмайди. «Безовта оёқлар» синдроми аффектив бузилишлар билан кечади ва уни органик касалликларда учрайдиган оғриқлардан ажратиб туради.

10.3. Психосоматик синдромлар

Ўткир ва доимий стресс натижасида ички аъзоларда ривожланган функционал тузилишларга **психосоматик синдромлар** деб айтади.

Психосоматик синдромларнинг тиббий амалиётда кўп учрайдиган турлари билан танишиб чиқамиз:

- 1) психоген кардиалгиялар;
- 2) юрак ритмининг психоген бузилишлари;
- 3) псевдоревматизм;
- 4) психоген астма;
- 5) ошқозон-ичак системасининг бузилишлари;
- 6) псевдоурологик синдромлар;
- 7) психоген жинсий бузилишлар;
- 8) псевдодерматологик синдромлар.

Психоген кардиалгиялар

Кўрак қафасининг чап томонидаги ҳар қандай сезгилар (увишиш, оғриқ) беморлар томонидан катта хавотир билан қабул қилинади. Негаки, бу ерда юрак жойлашган. Мабодо, бошимиз оғриб қолса, бемалол анальгин ёки цитрамон ичиб ишга кетаверамиз (баъзан ичмасдан ҳам), лекин юрак соҳасида оғриқ сезсак, дарров доктор чақирамиз, кардиограмма қилдирамиз, «Ҳаммаси жойида, юрагингиз бироз сиқилибди, холос», деган хулосани эшитгачгина тинчланамиз. Чунки кўпчиликучун «юрак» тушунчаси, «ҳаёт» тушунчасининг синонимидир.

Юрак соҳасидаги оғриқларнинг сабаби ҳаммавақт ҳам юрак касаллиги ҳисобланадими? Яна қандай касалликлар юрак соҳасида оғриқ келтириб чиқаради?

Юрак соҳасидаги оғриқларни, яъни кардиалгияларни келтириб чиқарувчи касалликларни учта асосий гуруҳга ажратиш мумкин. Булар:

- 1) юрак касалликлари;
- 2) ниқобланган депрессия;
- 3) вертеброген ва миофациал синдромлар.

Демак, кардиалгияларнинг сабабини аниқлаш учун кардиологик текширувларнинг ўзи етарли эмас. Вертеброген касалликлар беморда чуқур неврологик, депрессив синдромларнинг кўпайганлиги эса психологик текширувлар ўтказиш лозимлигини тақозо қилади.

Ривожланган давлатларнинг кардиология клиникаларига юрак соҳасидаги ўткир оғриқдан шикоят қилиб, «стенокардия» ёки «миокард инфаркти» ташхиси билан «тез ёрдам» машинасида олиб келинган

беморларнинг деярли ярмида ташхис тасдиқланмаган ва бу оғриқлар психоген хусусиятга эга бўлиб чиққан. Ҳаттоки баъзи олимларнинг (Катон W. Ж., 2000), маълумотига кўра, кардиалгиялар билан амбулаторияларга мурожаат қилувчилар сони 80 фоизга тенг. Шунинг учун ҳам юрак соҳасидаги оғриқдан шикоят қилган ҳар қандай бемор психологик ва кардиологик текширувлардан ўтиши лозим. Демак, бу иккала текширувнинг биргаликда олиб борилиши мақсадга мувофиқдир. Ўзбекистонда ҳам психоген кардиалгиялар ва аритмиялар бир неча йиллардан буён ўрганиб келинмоқда (Р.Д. Курбанов, А.И. Ходжаев, Т.О. Абдуллаев, 1998–2010).

Психоген кардиалгиялар бошқа аффектив бузилишлар билан биргаликда кузатилади. Булар – ўлим кўркуви, «юракка ҳаво етишмаслиги», унинг тез-тез ёки «тўхтаб-тўхтаб» уриши ҳамда «қизиб кетиши ёки музлаб қолиши», «томоққа тиқилиши» ва шу каби симптомлардир. Психоген кардиалгияларда беморлар юрак соҳасидаги битта нуқтани бармоғи билан кўрсатишади. Бу нуқта, асосан, юрак учига тўғри келади, бунда оғриқ битта жойда доимо ёки кўчиб-кўчиб туради. Оғриқ жойлашган соҳада кучли психоген гиперестезия ҳам аниқланади. Бунини **кардиосенестопатик синдром** деб ҳам аташади. Ҳақиқий стенокардияда эса одатда, психоген гиперестезия кузатилмайди. Оғриқнинг орқа курак атрофига бериши «стенокардия» ташхисини тасдиқлаш ёки инкор қилишга сабаб бўлади. Юрак соҳасидаги оғриқ бир нуқтадан бошланиб, бутун бир кўкрак қафасининг ярмини эгаллаб олгач, чап қўлга тарқайди ва бошнинг энса соҳаси ҳамда оёққа қараб йўналади, деб беморлар оғриқнинг йўналишини таърифлашади. Бу пайтда ҳаво етишмай қолади, бўғилади ва тилтагига ташланган нитроглицерин ҳам ёрдам бермайди, тинчлантирувчи дорилар эса бемор аҳволини энгиллаштиради. Баъзан уларни шифохонага олиб бориб, барча зарур текширувлардан ўтказилмагунча, юрак соҳасидаги оғриқ ўтиб кетмайди. Бемор кардиологик текширув хулосаларини интиқлик билан кутади, юрак касаллиги тасдиқланмаган сайин юрак соҳасидаги оғриқ камайиб бораверади.

Психоген кардиалгиялар стенокардия ва миокард инфарктдан фарқли ўлароқ, узоқ давом этади, нитратлардан сўнг ва жисмоний иш камайтирилгач ҳам ўтиб кетмайди. Айниқса, анамнезида узоқ йиллардан (20-30 ёшлигидан) буён юракдаги оғриқлардан шикоят қилиб келадиган беморларда учрайдиган кардиалгиялар, одатда, юрак ишемик касаллиги ҳисобига кузатилмайди. Психоген кардиалгияларда ипохондрия ва фобия шаклланади: улар юрак уришини назорат қилиб юришади, ўлиб қолишдан кўрқишади (35 ёшли аёл 5-6 ой ичида уйдагилар билан бир неча бор видолашган ва кардиологик текширувлардан ўтган).

Бўйин-кўкрак остеохондрозида юрак соҳасидаги оғриқлар бош ёки танани ён томонга бурганда, эгилиб-тик турганда, йўталганда ва қаттиқ аксирганда кучаяди. Умуртқа суяклари ва паравертебрал нуқталарни босганда оғриқ кучаяди, зарарланган орқа мия илдизчалари иннервация қиладиган соҳаларда сезги бузилишлари (кўпинча гипестезиялар) кузатилади. Спондилограммада остеохондроз белгиларининг топилиши ташхисни тасдиқлайди.

Миофациал оғриқлар кўкрак мушакларининг зарарланиши натижасида ривожланади. Бунда зарарланган, бироз шишган мушаклар устини босганда кучли оғриқлар кузатилади. Триггер нуқталарига новокаинли блокада қилинганда оғриқ камаяди ёки тарқаб кетади.

Юрак ритмининг психоген бузилишлари

Юрак ритмининг психоген бузилишлари, одатда, юрак уришининг тезлашуви билан ифодаланади. Бу пайтда юрак уришлари бир дақиқада 100 дан 120 гача етади ва кўпинча ўлим ваҳимаси билан кечади. Бунда беморлар юракнинг ҳар бир уришини аниқ сезиб туради. Нафас етишмайди, совуқ терга ботади, оёқлари титрайди ва бемор, одатда, ётиб олади. Юрак ритмининг психоген бузилишлари жисмоний зўриқишлардан эмас, балки ҳиссий зўриқишлардан сўнг пайдо бўлади.

Аффектив-ипохондрик беморлар ўзларининг одатдаги ишлаш ёки яшаш услубини ўзгартиришса, узоқ вақт транспортда юришса ёки ҳиссий ва ақлий зўриқишларга олиб келувчи ҳар қандай вазиятларда юрак уришлари тезлашиб кетади. Улар ёзнинг иссиқ кунларини ёмон ўтказишади, доимо салқин жойга интилишади, асосан куннинг иккинчи ярмида юрак уриши кучаяди ва нафас етишмайди. Овқат (айниқса, хамир овқат) ни тўйиб ейиш, меҳмонда узоқ вақт қолиб кетиш ҳам юрак уришининг кучайишига олиб келади. Психоген тахикардияларда ЭКГ да органик ўзгаришлар кузатилмайди. Беморларда симпатик тонуснинг ошиши синусли тахикардия, парасимпатик тонуснинг ошиши синусли брадикардия билан намоён бўлади. Одатда, брадикардия кам учрайди ва қон босимининг тушиб кетиши, бош айланиши, ичак перисталтикасининг кучайиши билан кечади. Бу беморларда юрак соҳаси «қотиб қолгандек», юрак уришдан «тўхтагандек» туюлади, нафас етишмайди, бўғилиб ёрдамга чақира бошлайди. Юрак уришининг функционал тарзда ўзгариши аффектив ҳолатларда кўп кузатилади. Психоген тахикардия унга қарши дорилар билан даволанганда эмас, балки седатив дорилар ёки антидепрессантлар берилганда камаяди.

Псевдоревматизм

Оёқ-қўллар ва турли бўғимлардаги оғриқлардан шикоят қилувчи беморлар сон-саноқсиздир. «Бод» (ревматизм) ташхиси қўйилган беморларни кейинчалик яна чуқур клиник ва лаборатор текширувлардан ўтказилганда, уларнинг деярли ярмида бу оғриқлар невроген хусусиятга эга бўлиб чиққан. Ҳозирги гиподинамия асрида артралгиялар долзарб муаммо бўлиб, ниқобланган депрессиянинг яққол, ҳаммавақт ҳам аниқлаш қийин бўлган белгиларидан бири бўлиб қолмоқда. Суяк ва бўғимларда кузатиладиган ва ҳадеганда ўтиб кетавермайдиган артралгиялар, одатда, бошқа психоневрологик симптомлар билан бирга кечади. Аксарият атоқли неврологлар «церебрал ревмоваскулит» ташхисини қўйиш кўпчилики шифохоналар, айниқса, поликлиникаларда одат тусига айланиб кетганини, бунинг учун бош, юрак соҳаси ва бўғимлардаги оғриқларнинг ўзи етарли эмаслигини, бу белгилар невротик хусусиятга эга бўлиши мумкинлигини таъкидлаб ўтишган. Баъзи маълумотларга кўра, поликлиникалар ва стационарларда «ревмоваскулит» ва «ревмокардит» ташхислари 50-60 фоиз ҳолларда нотўғри бўлиб чиққан. Ҳозирги даврда ҳам бу муаммо долзарб бўлиб қолмоқда. Баъзан анамнезида бод касаллиги мавжудлигини асос қилиб ҳамда психоген хусусиятга эга бўлган бош оғриқлар, псевдоневрологик, псевдокардиологик белгилар ва ЭЭГ, РЭГ даги функционал ўзгаришларга қараб, аниқ ифодаланган неврологик белгиларни топмасдан, экспериментал ва гистоморфологик текширувлар ўтказмасдан, жиддий хулосалар қилиб, клиник ташхис қўйиш ҳолатлари кузатилиб туради. XX асрнинг 70-йилларида аксарият неврологлар церебрал ревмоваскулитда бош мия қон томирлари ва унинг атрофидаги нерв тўқималарида чуқур органик ўзгаришлар кузатилиши ва аниқ ифодаланган неврологик белгилар аниқланишини кўрсатиб ўтишган. Ҳозирги кунда неврологлар «церебрал ревмоваскулит» атамаси мавҳум тушунча эканлигини айтишмоқда, чунки у бош мия қон томирларида кечадиган органик ўзгаришларни ва шу сабабли келиб чиқадиган клиник синдромларни аниқ таърифлаб бера олмайди.

Психоген оғриқлар фақат бўғимларда кузатилмай, суяк ва мушакларга тарқаб, беморнинг ҳаракат қилишига бутунлай халақит бериши мумкин. Узоқ вақт бир хил ҳолатда туриб қолиш, станок ёнида бир неча соат тик туриб ишлаш бемор оёғидаги оғриқларни кучайтиради. «Иккала оёғимга худди тош осиб қўйгандек, юраётганда оёқларимни қимирлата олмайман, қадам ташлаган сайин юришим қийинлашиб

бораверади», деб шикоят қилади беморлар. Бундай беморлар, кўпинча, «оёқда веноз қон айланишининг бузилиши» хулосаси билан ангиохирургларга юборилади. Улар бу ерда даволанади ёки яна қайтадан «невроз» ташхиси билан невропатологга юборилади. Психоген артралгиялар ва миалгиялар учун оғриқларнинг кўчиб юриши жуда хосдир. Бу кўчиб юриш аниқ бир нерв толаси бўйлаб эмас, балки бетартиб йўналишда намоён бўлади: оғриқ бўғимдан юқорига ёки пастга, баъзан бошқа соҳалардан бўғим томонга қараб йўналади. Бемор ўз оғриқларига таъриф бераётганда, ҳеч жойи оғримай туради ёки оғриқларни сезмайди. Бемор шикоятларини айтиб бўлгандан сўнг доктор текширишга киришса, оғриқ яна пайдо бўлади. Бунга психоген оғриқлар билан органик хусусиятга эга бўлган оғриқларни қиёслаш пайтида, албатта, эътибор бериш керак.

Психоген артралгияларда бўғимларда шиш пайдо бўлиб, ҳаттоки атрофига суюқлик тўпланиши мумкин. Бу ҳолат оғриқ кучли бўлган пайтларда юз беради. Шуниси эътиборлики, бу «ўткир бўғим синдроми» аффектив бузилишларда аниқ бир вақтда рўй беради, яъни беморлар навбатдаги хуружнинг вақтини аниқ айтиб бера олишади (масалан, ҳар уч кунда, ҳар ҳафтада). Яллиғланишга қарши даво чоралари ўтказилмасан-да, бу синдром ўтиб кетади. Баъзан ташхис тасдиқланмасдан, фақат оғриқнинг кучини асос қилиб олиб, бўғим бўшлиғидан суюқлик олинадиган ва унинг ичига гормон юборилади. Бу муолажа икки-уч марта такрорлангандан сўнг ўта тоза бўлган бўғим ёриғига инфекция тушиб, ҳақиқий яллиғланиш жараёни бошланиб кетиши мумкин.

Баъзи ҳолларда артралгияларнинг сабаби аффектив бузилишлар эканлиги аниқланмасдан, консерватив усул ёрдам бермагач, беморларга жарроҳлик усуллари тавсия қилинади. XIX асрнинг машҳур невролог олимларидан бири Оппенгейм (1894) шундай бир воқеани мисол келтиради: «Тизза бўғимини резекция қилиш тавсия қилинган бир беморни жарроҳлардан бири операциядан олдин менга маслаҳатга юборган экан. Иккита қўлтиқ ҳассада кириб келган бемор бироз вақтдан сўнг уларни қўлида ушлаб, менинг хонамдан ўзи юриб чиқиб кетади. Чунки унда бор-йўғи «бўғим неврози» эди, холос».

Худди шунга ўхшаш воқеа бизнинг тажрибамизда ҳам рўй берган. Вилоятдан А. исмли 15 яшар қизни травматология-ортопедия бўлимига даволанишга юборишади. Беморнинг ҳеч жойи оғримасди, у фақат тиззаларини бука олмас эди, холос. Касалликнинг бошланганига уч ой бўлиб, қилинган барча чоралар ёрдам бермагани сабабли беморни Тошкентга даволанишга юборишади. Унга турли ташхислар қўйилган эди: «ревматоид артрит», «ревматизм», «бўғимлар орасига суяк ўсиб чиққан» ва ҳоказо. Лекин рентгенограммада

тизза бўғимларида ҳеч қандай патологик ўзгариш йўқ эди. Бунга вилоятдаги докторлар ҳам эътибор қилишган, албатта. Лекин даволаш муолажалари ёрдам бермаётгани сабабли беморни марказга маслаҳат учун юборишган. Бемор ташқи кўринишидан жуда тинч, ўзига бино қўйган, ёшига қараганда гавдали эди. Унинг отасидан (бемор отаси билан келган эди) қизнинг хулқ-атвори ҳақида сўраганимизда, қизига ижобий таъриф берган эди: «Уйдаги ҳамма ишларни қилади, онасига қарашади, лекин сал эрқароқ, айтганини қилдиради». «Қизда касаллик бошланишидан олдин руҳий сиқилишлар бўлганми», деб сўраганимизда, отаси «Йўқ», деб жавоб берди. Биз беморни хонада юргизиб, курсида ўтқазиб ва каравотда ётқизиб текшириб кўрдик. Бу ҳаракатларни у иккала оёғини тиззасида букмасдан бажарди. Беморнинг отасидан қизнинг кечкурун ухлаганда оёқлари қай ҳолатда бўлишини билиб беришини сўрадик. У вилоятга, қизнинг онасига телефон қилиб, қизи кечаси ухлаб ётганда, у ёқ-бу ёққа қайрилиб ётишини, баъзан эса ғужанак бўлиб олишини билиб берди. Бизда касаллик психоген хусусиятга эга эканлигига ҳеч қандай шубҳа қолмади. Шу заҳотиёқ психологик суҳбатдан сўнг даволай бошладик. Бу ерда ҳам плацеботерапия усулини қўлладик, яъни беморга «Германияда ишлаб чиқарилган, тиззани дарров букиб-очиш юборадиган дорини шприцга тортиб тизза қопқоғининг атрофларига юборишимизни» ва беморнинг тиззаси 10 дақиқа ўтгач, қизи кетишини, ана шунда унинг ўзи аста-секин тиззасини букиб-очиши кераклигини уқтирдик. Худди кутганимиздек, 10 дақиқадан сўнг бемор иккала тиззасининг қизи бораётганини айтди. Биз унга тиззасини энди букиб-очиши зарурлигини қаттиқ тайинладик. Бемор бизнинг талабимизни бажариб, бемалол хонада юра бошлади.

Икки кундан сўнг бизга қизнинг онаси кўнғироқ қилиб, муҳим бир маълумот берди. Маълум бўлишича, қиз отасидан дугонасиникига ўхшаш қимматбаҳо пальто олиб беришини сўраган. Отаси рад жавобини берган ва қизини уришган. Онаси ҳам отасининг тарафини олган. Қиз йиғлаб-йиғлаб ухлаб қолади ва эрталаб турса, иккала оёғи ҳам қотиб қолган бўлади. Табиийки, ота-она қиздаги бу ҳолатни кечаги жанжал билан боғламаган ва «Қизимизнинг оёқлари шамоллаб қолибди», деб касалхонага югуришган. Бу воқеа отасининг эсидан чиқиб кетган, онасининг эса фақат биз «Руҳий сиқилишлар бўлмаганми?» деб сўраганимиздан сўнггина эсига тушди.

Бундай психоген бузилишлар ёш болаларда ҳам бўлади. Уч ёшдан сал ошган бола югуриб ўйнаб юрган пайтида қаттиқроқ йиқилиб тушади ва чап оёғининг сонидан лат ейди. Оғриқдан оёғини қимирлата олмай қолади, қаттиқ йиғлайди. Болани ўша заҳоти касалхонага олиб

бориб, травматологга кўрсатишади. Оёғи рентген қилинганда, болада суюкнинг синган белгилари топилмайди. Лекин боланинг оёғи озгина лат еган эди, шунинг учун болага оғриқсизлантирувчи уколлар қилиб, лат еган жойни боғлаб уйига жўнатилади. Болани бир ҳафта мобайнида эҳтиёт қилиш, иложи борича оёғини авайлаш буюрилади. Бир ҳафта докторнинг тавсиялари бажарилади ва бола иложи борича қўлда кўтариб юрилади. Лат еган жой бутунлай битиб кетади. Доктор боғламларни олиб ташлайди ва болани ерга кўйиб «Энди ўзинг юр!» дейди. Бола бу илтимосни рад қилиб, чинқириб йиғлаб онасига ёпишади. Онаси болани кўтариб олгандан сўнг бола йиғлашдан тўхтайдди. Бола йиқилганда, нерв толалари эзилган бўлиши мумкин, оғриқ ўшандан бўлса керак, деб невропатологга маслаҳатга бориш тавсия қилинади. Болани бизга олиб келишади. Унинг инжиқлиги ва бунинг устига, қаттиқ қўрққани билиниб турар эди. Уни курсига ўтқизиб текшираётганда, йиғлаб юбориши, онасининг олдига ўтқизиб текширганда эса жим ўтириши эътиборимизни тортди. Чалғитиш услубига ўтдик. Болага: «Мен текшираётганимда сен курсида индамай ўтирсанг, мана шу конфетни оласан», деб уқтирдим (бола уйда текширилаётган эди). Бола айтганимни қилди. Топшириқ янада мураккаблаштирилди: «Энди курсидан ўзинг тушсанг, мана бу ўйинчоқни бераман». Ўйинчоқ (танк) жуда чиройли бўлганидан бола «оғриқни» ҳам эсидан чиқариб, курсидан сакраб тушди. «Энди сен мана шу ўйинчоқни ўйнаб тур, биз онанг билан маслаҳатлашиб оламиз», деб боланинг ҳаракатларини чеккадан кузатиб турдим. Бола пилам устига чўккалаб олиб, хонанинг уёғидан бу ёғига филдиракли танкни ҳайдаб роса ўйнади. Она-бола кетишга шайланишганда, бола яна кўтаринг, деб онасига ёпишиб олди. Болага «Агар сен зинапоядан пастга ўзинг юриб тушсанг, мен сенга балкондан мана шу коптокни ташлайман», деб ваъда бердим. Бола беш қаватли уйнинг бешинчи қаватидан онаси билан ўзи юриб пастга тушди. Копток балкондан пастга ташланганда, думалаб анча жойга кетиб қолди. Бола хурсанд бўлганидан коптокнинг изидан югуриб кетди.

Поликлиника ва стационарларда бўғимлардаги оғриқлардан шикоят қиладиган беморларнинг психологик статусини яхшилаб текширмасдан кучли антибиотиклар, гормонлар, салицилатлар, физиотерапевтик муолажалар билан узоқ вақт муваффақиятсиз даволаш ҳоллари учраб туради. Бундай услубда ишлайдиган врачларни миҳ кириб ёрилган баллоннинг тешигини миҳни олиб ташламасдан туриб ҳар хил замонавий бўёқлар ва елимлар билан ёпишга уринган усталарга ўхшатишган. Хўш, унда қандай қилиб беморда психоген артралгия борлигини аниқлаш мумкин? Гап шундаки,

ҳозирги даврда психоген артралгия, кўпинча, тасодифан ёки «бод»-га қарши дорилар фойда беравермаганидан сўнггина аниқланади. Бу даврда бемор деярли барча мутахассисларнинг қабулида бўлади ва ниҳоят, унда психоген артралгия борлиги аниқланади. Шунинг учун ҳам баъзи мутахассислар артралгия аниқланган беморларни психиатр ёки невропатологга кўрсатиш зарурлигини айтиб ўтишган.

Психоген астма

Психоген астма ўткир ва сурункали сиқилишлардан сўнг кузатиладиган хуружсимон кечувчи нафас бўғилишидир. Ўткир стресс ва ҳиссий зўриқишлардан сўнг неврозга чалинган беморларда нафас етишмовчилиги, бўғилиш каби ҳолатлар кўп учрайди. Психоген бўғилиш учун ўта хос бўлган симптомлардан бири нафас чиқаришдан кўра нафас олишнинг қийинлигидир. Улар «тўйиб нафас ололмасликлари ва ҳаво ўпқасининг охиригача етиб бормаслигидан» шикоят қилишади. Бу ҳолат кейинчалик сурункали тус олиши мумкин ва беморда худди астма касаллигига ўхшаш хуружлар кузатила бошлайди (12-жадвал).

12-жадвал

Психоген астма ва бронхиал астманинг қиёсий белгилари (З.Р. Ибодуллаев, 2008).

Психоген астма	Бронхиал астма
<ul style="list-style-type: none"> – Хуруж стрессдан кейин ва кўпинча одамлар бор пайтда бошланади. – Нафас йўллари тораймайди. – Хуруж кам-камдан қисқа вақт кузатилади. – Нафас олиш қийин. – Юз териси ўзгармаган. – Бўйин томирлари бўртиб турмайди. – Балғамсиз йўтал. – Аускултацияда везикуляр нафас. – Эмфизема кузатилмайди. – Бармоқлар шакли ўзгармаган. – Плацеботерапия ёрдами катта. 	<ul style="list-style-type: none"> – Хуруж ҳар қандай вазиятда ривожланиши мумкин (стресс, аллергия, ўткир инфекциялар). – Нафас йўллари тораяди. – Хуруж бир неча дақиқадан бир неча соатгача давом этади. – Нафас чиқариш қийин. – Юз ва лабларда цианоз . – Бўйин томирлари бўртиб туради. – Балғамли йўтал. – Аускултацияда хуштаксимон нафас. – Эмфизема хос. – Бармоқлар барабан. таёқчалари шаклида. – Плацеботерапия ёрдами кам.

Психоген астма ҳақиқий астмадан нимаси билан фарқ қилади? Психоген бўғилишлар томоқнинг қуриб қолиши, қичиши, кўкракнинг сиқилиши, нафас йўлларида торайиши каби турли хил белгилар билан кечади. Психоген бўғилишлар учун тик турганда бемалол нафас олиш, ётганда эса бўғилиш жуда хосдир. Шу нарсага эътибор бериш лозимки, бўғилиш чалқанча ётганда пайдо бўлади, чап ва ўнг томонга қараб ётганда кузатилмайди. Барча психоген бузилишлар сингари психоген бўғилишлар ҳам кўпинча кечаси ва тунда кузатилади. Бизнинг назоратда турган бир бемор «тунда доимо бўғилиб уйғониб кетсам, чалқанча ётган бўламан, шунинг учун ухламоқчи бўлсам, ёнбошлаб, деворга суяниб ётиб оламан», деган эди.

Худди аффектив-невротик бузилишларнинг бошқа симптомлари каби нафас олишнинг бузилишлари ҳам унга эътибор ортиқча қаратилганда кузатилади. Лектор маъруза ўқиётган пайтида талабаларга нафас олишларини назорат қилиб туришларини буюрган. Икки-уч дақиқадан сўнг кимнинг нафас олиши қийинлашганини сўраса, талабаларнинг ярми қўлини кўтарган. Талабалар нисбатан соғлом гуруҳга киради, демак, беморларда бундан ҳам кўп кўрсаткич кузатилиши табиий ҳол, албатта. Чунончи, неврозга чалинган беморларнинг кўпчилиги ўзида кечаётган ҳолатларни доимо назорат қилиб боришади.

Ипохондрияга чалинган беморларнинг деярли барчаси доимий ёки вақти-вақти билан бўладиган нафас етишмовчилигидан шикоят қилади. Шунинг учун ҳам мутахассислар нафас етишмовчилигини ипохондриянинг асосий белгиси деб ҳисоблашган. «Бўғилиб қолиш, нафас йўлларига бирор нарса текилиб қолгандек бўлиши ва нафас олиш жуда оғир эканлиги» дан шикоят қилиш, айниқса, ёш беморлар орасида кўп кузатилади. Мабодо, бу белгилар хуружсимон бўлса, баъзи ҳолларда беморларга «бронхиал астма» ташхиси қўйилади.

Қуйидаги воқеа бунга яққол мисол бўла олади. Бизга 20 яшар йигитни кўрсатишди. У аллергология бўлимида «бронхиал астма» ташхиси билан даволаниб келарди. Бемор жуда озиб кетган, ҳар 30 дақиқада қўлидаги беротекни оғзига сепиб нафас олишини осонлаштирарди. Бўғилишнинг ҳар 30 дақиқадан сўнг пайдо бўлиб туриши бизнинг эътиборимизни тортди ва қўйилган ташхисга шубҳа уйғотди. Беморнинг тиббий анамнези билан бирга, психологик анамнези ҳам ўрганиб чиқилди ва бўғилиш хуружлари психоген хусусиятга эга эканлиги аниқланди.

Бемор болалик давридан нимжон бўлиб, тез-тез касалга чалиниб турган. Оилада ягона фарзанд бўлганлиги учун ота-онаси ҳар бир хархашасига кўникиб, бажариб келишган. Асаби бузилса, нафаси

бўғилгани учун унга психоневрологик статуси текширилмай «астма» ташхиси қўйилиб, шу пайтгача даволаб келинган. Бориб-бориб, хуружларни оддий дорилар билан тўхтатиш қийинлашади ва беморга гормонал дорилар (беротек) тавсия қилинади. Лекин бу дорини ҳам бемор доимо ишлатмаган (баъзан ойлаб). Бемор яна бир бор тажрибали аллергологга кўрсатилди ва «бронхиал астма» ташхиси инкор қилинди.

Беморнинг психологик статусини яхшилаб ўрганиб чиққанимиздан сўнг психотерапияда кенг тарқалган «стресс терапия» усулини қўллашни маъқул топдик. Беморга «беротекка ўрганиб қолса, эркаклик функцияси сусайиши (бемор яқинда уйланиши керак эди) ва уйланган тақдирда ҳам фарзанд кўрмаслиги мумкинлигини, шунинг учун ҳам бу дорини қандай бўлмасин, бошқасига ўзгартириш зарурлигини» уқтирдик. Гап шундаки, беморга беротекни ёзган доктор «Мана шу сенинг асосий доринг, бу астманинг ҳар қандай турида оғизга сепган заҳоти бўғилишни тўхтатади», деб айтган. Бу ерда шу нарсани алоҳида таъкидлаш лозимки, бўғилишни беротекнинг кучи эмас, балки доктор айтган сўзлар («сенга фақат шу дори ёрдам беради») тўхтатган.

Бемор билан умумий тил топишгандан сўнг беротекни бошқа дорига ўзгартиришга уни кўндирдик ва махсус дорини оғизга сепса бўладиган идиш топиб, ичига ҳеч қандай таъсирга эга бўлмаган эритма қўйдик. Беморда ҳар ярим соатда хуруж бўлиб туришини эътиборга олиб, ёнимизда икки соатга олиб қолдик (текшириш поликлиникада ўтказилаётганди). Беморда икки соат ичида тўрт марта «астма» хуружи кузатилди ва биз тавсия этган «дори» билан тўхтатилди. Шу йўсинда астманинг психоген хусусиятга эга эканлиги яна бир бор тасдиқланди.

Эндиги муаммо бу дорини ҳам қўлламайдиган қилиш ва беморнинг фикридан «астма» сўзини умуман олиб ташлаш эди. Бир-икки кундан сўнг уни қабулга чақириб ҳол-аҳвол сўраддик. У ўзини жуда яхши ҳис қилаётганини ва бу дорининг номини сўради. Биз бу «тадқиқотимиз»ни узоқ давом эттириб бўлмаслигини, бемор ҳамма сирдан воқиф бўлиб қолса, соғлиғига тузатиб бўлмас путур етказиб қўйишимиз мумкинлигини англадик. Беморга дорини яна бир ҳафта ишлатиш кераклигини, сўнг хуруж пайтида тилнинг тагига ташлаб сўриладиган таблетка беришимизни айтдик. Шунингдек, бу дорининг афзалликлари кўплигини, яъни ярим соат эмас, дастлабки куни бир соат, кейинги куни икки соат, қолган кунлари эса фақат кунига уч маҳал ишлатса ҳам бўлишини тушунтирдик. Бемор бизнинг ҳар бир гапимизни яхшилаб тинглаб, тавсияларимизга албатта амал қили-

шини айтди. Натижа ўйлаганимиздек бўлиб чиқди. Кейинчалик бемор бутунлай «астма» касалидан халос бўлди.

Баъзан шундай ҳодисалар бўладики, беморда бўғилиш аниқ бир шароитда юзага келади. Бундай пайтларда шароитни ўзгартириш бўғилишни камайтиради ёки бутунлай йўқотади. Хоразм вилоятидан бизга бир ёш келинни маслаҳатга олиб келишди. Бемор турмушга чиққанидан сўнг уйида турмуш ўртоғи билан келишмай доимо жанжал чиқиб туради. Жанжал авжига чиққанда ёш эр-хотинлар бир-бирини бўғишгача боришган. Бориб-бориб, ёш келинда турмуш ўртоғи ишдан қайтганидан сўнг бўғилиш хуружлари пайдо бўладиган ва тинчлантирадиган дори ичмагунча (фақат седуксен, унинг аналоги бўлган сибазон, диазепам берса, фойда бермайди) ёки турмуш ўртоғи уйдан чиқиб кетмагунча бўғилиш ўтиб кетмайди. Бемор барча даволаш усулларида фойдаланган (шу жумладан, плацеботерапия, психотерапия). Шунинг учун ҳар қандай янги таклиф этилган усулдан бош тортар эди. Бемор ёз ойларида текширилаётган эди. Беморга онаси билан бир ойга дарё бўйига бориши, дориларни эса уйга ташлаб кетиши зарурлиги айтилди. Бу таклифимиз унга маъқул тушди. Она ва қиз дарё бўйидаги уйлاردан бирида ижарада яшай бошлашди.

Орадан бир ҳафта ўтгач, «беморнинг» ҳолидан хабар олгани дарё бўйига турмуш ўртоғи билан бордик. Беморда бўғилиш хуружлари дарё бўйига келган куниёқ тўхтаган эди. Беморнинг турмуш ўртоғига рафиқасидан хабар олгани дарё бўйига бориб туришни тайинладик. Шуниси эътиборлики, бўғилиш хуружлари турмуш ўртоғини дарё бўйида кўрганда кузатилмади. Эр-хотинга тоза ҳавода кўпроқ бўлишни, бошқа жойларда сайр қилиб туришнинг руҳий саломатлик учун фойдаси катталигини уқтирдик. Бу воқеада бизнинг эътиборимизни тортган нарса плацеботерапия ва психофармакотерапиянинг ёрдам бермаганлигидир. Ҳақиқатан ҳам илмий адабиётларда ипохондрик синдромларда седатив дорилар ҳаммавақт ҳам ёрдам беравермаслиги ҳақида ёзилган. Ипохондриёга олиб келган асосий омил йўқотилмас экан, уни даволаш ўта мушкул.

Психоген бўғилишларнинг яна бир хусусияти шундан иборатки, беморларда доимо чайқалиш ҳисси бўлади: улар ўзларини худди транспорт, лифт ёки самолётда кетаётгандек сезишади. Бундай беморлар метронинг эскалаторидан туша олмайдилар. Бизнинг назоратда турган бемор тунда ухлаб ётганида, тез-тез худди зилзила бўлгандек, сесканиб уйғониб кетишини айтган эди.

Баъзан психоген бўғилишлар хуружи тўсатдан, қаттиқ қўрқувдан сўнг бошланади ва галлюцинациялар билан бирга кечади. Биз-

нинг институтда ўқийдиган талабаларимиздан бири кечкурун деразага қараб ётиб, қоронғида ниманингдир аксини кўради ва кўрқиб кетади. У кўзини юмса, кўзига ҳар хил нарсалар кўрина бошлайди: қора калхатлар учиб юради, ҳаммаёқ қоронғи, атрофни фақат кўрқинчли нарсалар ўраб олган бўлади. Бунинг натижасида нафас ололмай қийналади, бўғилади. Биз беморни бу симптомлар бошлангач, икки кундан сўнг кузатдик (кечаси соат ўнда). Бемор чуқур депрессия ҳолатида бўлиб, бир хил оҳангда гапирарди, қаттиқ кўрққани кўзидан билиниб турарди. У бу воқеа худди тушида бўлгандек, мабодо ухлаб қолса, яна шундай ёмон тушлар кўришдан кўрқинчини айтди. Бемор транс ҳолатига туширилди ва куйидаги сўзлар айтилди: *«Ҳозир сен ширин уйкуга кетасан, туш кўрасан, тушингда мовий денгизни кўрасан, денгизга чарақлаган куёш нурлари сочилиб, унинг юзидаги томчилар марвариддек товланиб туради. Қирғоқ эса бир-биридан гўзалгулларга бурканган, гулларнинг устида ранг-баранг капалаклар учиб юради. Сен денгизда дугонанг билан чўмиласан, тўйгунингча сузасан, денгиздан ҳеч чиққинг келмайди, сузшидан чарчагач, қирғоққа чиқиб, гуллар устида ётиб дам оласан. Атроф гўзал, бирорта қора нарса йўқ. Эрталаб енгил, хурсанд бўлиб уйғонасан ва тушингда нималар кўрганингни менга айтиб берасан».*

Эртаси куни эрталаб беморнинг олдига ётоқхонага бордик. Бемор уйғонган ва ўзини яхши ҳис қиларди, лекин уйқусираётгани кўзидан сезилиб турарди. Биз айтган манзара беморнинг тушида тўлалигича намоён бўлганди ва бу унга катта ҳузур бағишлаганини айтиб берди. У ҳатто тушидаги ҳолатнинг кичик деталларигача бизга айтиб берди, ўзини жуда ҳам енгил ҳис қилаётганини ва яна ухлаб, худди шундай туш кўришни истаётганини айтди.

Бу машҳур немис гипнозчиси Н. Лефенвелднинг «тетиклик ҳолатидаги гипноз» деб аталадиган усули бўлиб, бу беморни даволашда биз ундан фойдаландик. Хонада беморнинг ўзидан ташқари, отаси ва талабалар ҳам бўлишига қарамай, уни транс ҳолатига тушириш жуда осон кечди. Ҳаттоки, унга қандай туш кўриши кераклиги ҳақидаги сўзлар бир марта айтилди, холос. Маълумки, чуқур депрессия пайтида транс ва гипнозга тушириш осон кечади.

Психоген бўғилишлар, кўпинча, қуруқ йўтал билан кечади. «Йўтал шу даражада узоқ давом этадики, – деб ёзган эди Ж.М.Шарко (1888), – бемор кун бўйи тинмайди, фақат овқат еб олиш учунгина йўталмай туради, холос». Психоген йўтал қуруқ бўлади ва балғам ажралиб чиқмайди. Бундай пайтларда беморнинг овози хириллаб қолади, гапира олмайди. Бироз суҳбатдан сўнг унинг овози яна очилиб, аста-секин қандай касал бўлганини сўзлай бошлайди.

Психоген бўғилиш, одатда, артериал босимнинг пасайиши, бош айланиш, юрганда чайқалиб кетиш, қўлларнинг титраши, уйқунинг бузилиши ва умумий ҳолсизлик билан бирга кечади. Улар доимо тез-тез грипп бўлиб туришдан (ҳатто ёзда ҳам) ва шунинг оқибатида «бронхит» бўлиб қолганларидан шикоят қилишни яхши кўришади. Ҳақиқатан ҳам кейинги пайтларда амбулатория ва поликлиникалардаги беморларнинг анкетасини варақлаганда «сурункали бронхит» ташхисини тез-тез учратиш мумкин. Бу беморлар аксариятининг психоневрологик статуси текширилганда, ниқобланган депрессия аниқланади.

Ошқозон-ичак системасининг психоген бузилишлари

Рухий сиқилишларда ошқозон-ичак фаолиятининг бузилиши (кўнгил айниш, қайт қилиш, ич кетиш, қоринда оғриқлар) Гиппократ давридан буён маълум. Танада кечадиган ҳар қандай жараён мия иштирокисиз бўлмаслиги Гиппократ, Гален ва Декарт асарларида қайд қилинган. Гален ва Ибн Сино «қора ўтнинг» ўт пуфагида кўпайиб кетиши ипохондрияга олиб келишини айтиб ўтишган. Ибн Сино «Тиб қонунлари» асарида ошқозон-ичак соҳасида асаб бузилишлари сабабли учрайдиган турли белгилар ва уларни даволаш усуллари ҳақида ёзиб қолдирган.

Ҳозирги даврда ўткир ва сурункали асаб бузилишларидан сўнг ривожланадиган ошқозон-ичак соҳасидаги бузилишларга таъриф бериш учун турли атамалар таклиф қилинган: «абдоминал ипохондрия», «абдоминал депрессия», «психоген гастроинтестинал синдром», «соматоген депрессия» ва ҳоказо. Лекин шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, агар юрак ва нафас олиш системаларининг психоген бузилишларида беморлар нисбатан невропатолога кўпроқ мурожаат қилишса, ошқозон-ичак касалликлари тўғрисида бундай хулоса қилиш жуда қийин. Негаки, аксарият беморлар (ҳатто докторлар ҳам) ошқозон-ичак системаси фаолияти бузилганда невропатолог ёки психолога мурожаат қилишмайди. Буни тушуниш мумкин, албатта, чунки одамларнинг тасаввурида «ошқозон миядан узоқда жойлашган ва уларнинг бир-бирига алоқаси йўқ». Ўтган асрнинг бошларида машҳур невролог олимлардан бири (Штрюмпел А., 1902) «Диспепсияларнинг 70 фоизи ҳиссий зўриқишга боғлиқ», деган эди. Овқат ҳазм қилишнинг функционал бузилишлари, абдоминалгиялар, умумий ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши каби симптомлар, худди бош оғриғи ва бош айланиши каби невралгиянинг асосий симптомларидир (Силверберг М., 2002).

Ўткир ёки доимий руҳий жароҳатлар, жинсий муаммолар, қаттиқ қўрқув каби омиллар ошқозон-ичак фаолиятининг функционал бузилишларига олиб келиши мумкин. Бундай пайтларда мутахассислар «гастроинтестинал беқарорлик» ҳақида сўз юритишади. Бу тоифа одамларда руҳий сиқилишлар пайтида, албатта, ошқозон-ичак фаолияти бузилади, бироқ бош оғриғи, бош айланиши, нафас етишмовчилиги каби симптомлар кузатилмаслиги мумкин. Шунинг учун ҳам ипохондрияда ўт йўллари дискинезияси, доимий анорексия (улар овқатни қорни очганда эмас, соатга қараб ейишади), қабзият ёки диарея кўп учрайди. Бу симптомлар беморнинг кайфиятига қараб, гоҳ кучайиб, гоҳ пасайиб туради. Айнан ана шу беморлар терапевтик муолажалар узоқ вақт ёрдам бермаганлигидан табибларга мурожаат қилишади. Беморларнинг табиблар ва антиқа даволаш усулларига бўлган қизиқиши сабабларини биз «Деонтология» бўлимида ёритганмиз.

Психоген анорексия ва шу каби бошқа симптомлар

Психоген анорексия атамаси 1868 йили В. Гулл томонидан таклиф қилинган. Иштаҳанинг кайфиятга ғоят боғлиқлиги шубҳасиздир. «Кеча овқатни иштаҳа билан тановул қилувдим», «Бугун кайфиятим бузилди, ҳеч нарса егим келмаяпти» каби ибораларни тез-тез эшитиб тураемиз. Статистик маълумотларга кўра, меланхолиялар ва циклотимияларда анорексия 40 фоиз беморларда кузатиларкан. Иштаҳанинг пасайиши уларда таъм ва ҳид билишнинг бузилиши билан кечади («Бу овқатнинг умуман мазасини сезмаяпман, ҳиди ҳам ёмон»). Агар бемор ўзига ёқмаган овқатни еса (у сифатли бўлишидан қатъи назар), кўнгли айниб, қусади, ҳаттоки ичи кетади. Мабодо, ич кетиши тўхтамас ва беморга «овқатдан заҳарланиш» ёки «дизентерия» ташхиси қўйилса, унда юқорида қайд қилинган белгилар узоқ вақт давом этади.

Баъзан беморларда иштаҳанинг кучайиб кетиши (булимия) кузатилади. Соматик депрессияга учраган беморлар баъзан овқатни жуда кўп истеъмол қилишади, лекин қорнилари тўйганини билишмайди. Бир беморнинг бир буханка нон, бир лаган ош ва уч чойнак чой ичиб тўймаганининг гувоҳи бўлганмиз. У «Ошқозоним чўзилиб кетган бўлса керак», деб терапевт ва жарроҳларга маслаҳатга боради, параклиник ва лаборатор текширишлардан ўтади. Беморда органик касаллик аниқланмайди ва у психоневрологга маслаҳатга юборилади.

Бемордаги бу ҳолат оилавий можаролардан сўнг пайдо бўлган (умр йўлдоши унга хиёнат қилган). Психоген симптомлар

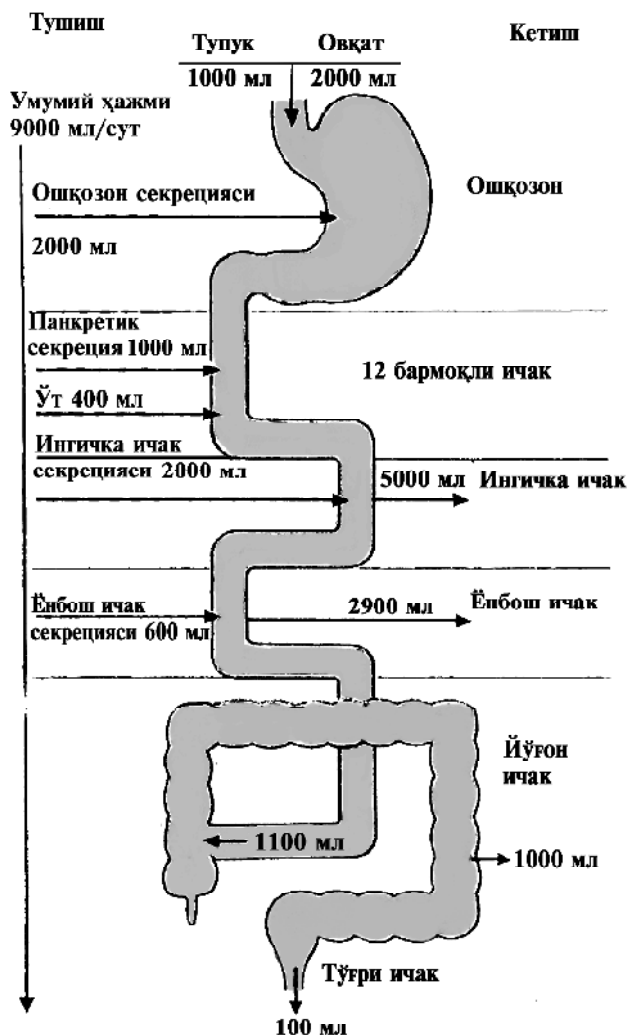
ривожланиши билан ташқи салбий таъсир орасида мантиқий боғланишни кузатиш мумкин. Масалан, беморнинг рафиқасини ўзининг чойхонадаги улфатдоши «йўлдан» урган.

Булимия ва полифагия (кўп суюқлик ичиш) механизмини тўйиш ҳиссининг йўқолиши билан тушунтириш мумкин. Бу марказлар гипоталамусда жойлашган бўлиб, у ердаги махсус нейронлар «ошқозон овқатга тўлганлиги» тўғрисидаги маълумотни олмагунча бемор ўзини тўйгандек ҳис қилмайди. Ипохондрия ва депрессив синдромларда айнан мана шу мураккаб механизм бузилади. Қандай қилиб биз оч қолганимизни сезамиз? Организмда овқат ресурслари камайганда, дастлаб қонда қанд миқдори камайди ва дарров бу ҳақдаги сигнал гипоталамусда жойлашган махсус рецепторларга бориб тушади. Бош мия бунинг асосида «овқатланиш керак» деган қарорни қабул қилади. Бу топшириқ бажарилмас нима бўлади? Гипоталамус ядролари оч қолганлигимиз тўғрисидаги сигналларни маълум вақтгача қабул қилади (масалан, ярим соат, бир соат). Ундан сўнг мия «организмни асраш тўғрисида қарор қабул қилади», яъни биринчи бўлиб жигар ва мушакларда тўпланиб ётган гликоген парчаланиб, глюкоза, сув ва энергияга айланади. Глюкоза қонга тушиб, очлик ҳиссини камайтиради ёки йўқотади. Шунинг учун ҳам бироз кутсак, бу ҳолат ўтиб кетади.

Неврозга чалинган беморларнинг аксарияти ширинликка (айниқса, шоколадга, чунки унинг таркибида асабни тетиклаштирувчи моддалар кўп бўлади), музқаймоқ ва ширин таъмли ичимликлар (кола, фанга ва спрайт) га ўч бўлишади. Таркибида углеводи бор озиқ-овқатлар очликни тез қондиради, шунинг учун ҳам баъзи беморлар (соғ одамлар ҳам), одатда овқатлангандан сўнг ширинлик истеъмол қилишади.

Вақтида тартиб билан овқатланиш нафақат ошқозон-ичак касалликларининг, балки асаб бузилишларининг ҳам олдини олади.

Ипохондрик неврозларда тез-тез учраб турадиган яна бир белги **кўнгил айниши** ва **қусишдир**. Ҳиссий қўзғалувчан беморларда бу симптомларни келтириб чиқариш жуда осондир. Жуда кўп ҳолларда кўнгил айниш, қусиш ва жиғилдон қайнаши биргаликда учрайди. Атрофдаги ҳамма нарсалар: озиқ-овқат, кир кийим кийган одамлар, чанг ва ифлос кўчалар ҳам бундай беморларда кўнгли айниши ва қусишига сабаб бўлади. Бундай беморларни кўпчилик «инжиқ» одам деб ҳам аташади. Ҳозирги гиподинамия ва ҳиссий зўриқиш асрида беморларда бу шикоятларнинг кўпайганлиги **«ялқов ошқозон синдроми»** атамасини таклиф қилишгача олиб келдига телевиденияда бунга қарши дорилар ҳам реклама қилиб бошланди. Психоген кўнгил айниш овқат билан боғлиқ бўлмаслиги, қусгандан сўнг ҳам



32-расм. Одам организми (ошқозон-ичаксистемаси) да суюқлик сўрилишининг динамикаси.

қолмаслиги, оғизда доимо аччиқ таъм бўлиши ва еган овқатининг ошқозонга тушмай, томоғида тиқилиб туриши билан тавсифланади. Парҳез, одатда, ёрдам бермайди.

Психосоматик бузилишларнинг яна бир тури **қабзиятдир**. Гастроэнтерологларнинг фикрига кўра, қабзиятдан шикоят қилувчи беморларнинг деярли ярмида ичак касалликлари топилмайди. Бун-

дай беморлар невролог ёки тиббий психолог томонидан текширилганда, уларда ипохондрия, депрессия ва истерия белгилари топилади. Неврозга чалинган беморлар аксариятининг ҳафтасига зўрға бир марта ичи келади. Асаб бузилишларида қабзият сабабларини турлича тушунтириш мумкин: *биринчидан*, бу беморларнинг аксарияти пассив, кам ҳаракат бўлишади, спорт билан ҳам кам ёки умуман шуғулланишмайди; *иккинчидан*, улар овқатланиш режимини доим бузишади ва кўпроқ углеводларни хуш кўришади; *учинчидан*, транквилизаторларни кўп истеъмол қилишади, улар эса ичаклар перисталтикасини сусайтиради. Шунингдек, доимий руҳий зўриқишларда баъзан йўғон ичакда суюқликнинг сўрилиши кучайиши аниқланган. Бу эса қабзиятга олиб келади. Ичакларда суюқлик сўрилишининг сусайиши эса ич кетишга сабаб бўлади. Ич келишининг бузилиши симпатик ва парасимпатик тонуснинг ҳолатига ҳам боғлиқ. Симпатик тонус ошганда перисталтика секинлашиб, атоник қабзият, парасимпатик тонус ошганда эса перисталтика кучайиб, спастик қабзиятга олиб келади. Перисталтиканинг кучайиши нафақат қабзиятга, балки диареяга ҳам сабаб бўлади.

Психоген қабзиятларда бемор доимо ичагида гулдираган товушларни эшитади. Қориннинг пастки қисми сиқиб оғрийди, ичи кўп газга тўлиб юради. Ҳожатхонага кирса, асосан ичакдан ел чиқади ва ахлати кўйнинг ахлатига ўхшаб думалоқ-думалоқ бўлади, соатлаб ўтирса-да, дефекациядан қониқмайди. Беморнинг қорни палпация қилиб текширилганда (айниқса, спастик тарздаги қабзиятларда), йўғон ичакларнинг қаттиқ, цилиндрсимон эканлиги аниқланади. Беморлар ичи келишини истаб турли хил усулларни ва дориларни қўллаб кўришади. Улар, одатда, ҳар қандай янгиликка ишонувчан бўлишади.

Ҳар қандай қабзиятда ошқозон-ичак системасида суюқликнинг сўрилиши ва ажралиши бузилади. Нормал ҳолатда ошқозон-ичак системасида суюқликнинг ўтиш йўллари қандай бўлиши 32-расмда кўрсатилган.

Кейинги пайтларда «ичакларни турли хил шлаклардан тозалайдиган» доривор воситалар, яъни «овқатга қўшимча воситалар» кўп реклама қилинмоқда. Уларнинг кўпчилиги фойдали бўлиб, таркиби ичак фаолиятини яхшиловчи, организм тонусини оширувчи моддалар ва витаминларга бой. Улар чиройли идишларда ишлаб чиқарилади ва шунга лойиқ этикеткалар ёпиштирилади. Бундай идишдаги дорилар, албатта, инсон психологиясига ижобий таъсир кўрсатади. Лекин бундай воситаларни истеъмол қилишдан олдин врач билан албатта, маслаҳатлашиш зарур.

Хориж газеталарининг бирида «Хориж дорилари бизникидан нимаси билан афзал» номли мақола чоп қилинди. Унда журналистнинг саволларига клиник фармаколог, профессор жавоб беради. У тана ҳароратини туширувчи ва оғриқ қолдирувчи дорилар ҳақида шундай дейди: «Бу яқин орада тез оғриқ қолдирадиган ва тана ҳароратини туширадиган восита ҳали кашф қилингани йўқ. Ҳаммаси бундан юз йил олдин кашф қилинган аспириининг ўзгинасидир, фақат улар шакли, ранги ва уларга қўшилган хушбўй ҳид таратувчи бўёқлари билан бир-биридан фарқ қилади». У интервьюсини қуйидаги сўзлар билан тугаллайди: «Аспиринни 10 центга ёки 100 центга сотиб олиш, албатта, беморнинг ўзига ҳавола».

Беморларни даволашда жуда эҳтиёт бўлиш керак. Уларга «Сиздаги қабзият жаҳлингиз тез чиқишидан, кўп руҳий эзилишингиздан, мана бу тинчлантирадиган дорини ичсангиз, тузалиб кетасиз», деган билан иш осон кечмайди. Бу ерда плацеботерапия усулини қўллашга тўғри келади. Бизга бир бемор мурожаат қилиб: «Мени доимо қабзият безовта қилади, аввал терапевтларда даволандим, ичкларингни «шамоллатибсан» дейишди. «Шамоллашга» қарши даволандим, озгина фойда берди, сўнг яна қабзият давом этаверди. Жаҳлим тез-тез чиқадиган бўлиб қолди. Невропатологга юборишди, у «Ҳаммаси асабдан», деб тинчлантирувчи дорилар буюрди ва тузалиб кетишимга ишонтирди. Бироқ қабзият давом этаяпти, энди қорнимнинг пасти ҳам оғрийдиган ва тинчлантирувчи дори ичмасам, ухлай олмайдиган бўлиб қолдим», деб шикоят қилди.

Биз беморнинг тиббий-психоневрологик статусини ўрганиб чиқиб, ҳақиқатан ҳам унинг дарди оғир эмаслигини, фақат докторлар ва дорилардан шифо излайвермасдан, ўзи ҳам даволаш жараёнида фаол иштирок этиши зарурлигини уқтирдик. Даволаш жараёни бир ойга чўзилиши мумкинлигини ҳам айтдик. Бир ҳафта ичида унга учта антиқа дори тайёрлаб беришимизни, унинг биттасини ичиши, иккинчисини қорнининг пастки қисмига суриши ва учинчисини ҳар куни кечаси иссиқ ваннага ташлаб, бир соат мобайнида бўйнигача сувда чўмилиб ётиши зарурлигини тайинладик. Бу муолажалар бир кунда бир маҳал, фақат кечаси қилиниши зарурлиги айтилиб, аниқ бир соат белгиланди. Тайёрлаб берилган дориларимизнинг учаласи ҳам суюқ бўлиб, таркибида тинчлантирувчи, ични сурувчи воситалар бор эди. Бемор спиртли ичимликлар ҳам истеъмол қиларкан. Биз унга бу одатидан воз кечмаса, ҳеч қайси доктор ва ҳеч қайси дори ёрдам беролмаслигини уқтирдик. Шундан сўнг психотерапия, плацеботерапия муолажалари ҳам ўтказилгач, ижобий натижага эришилди.

Абдоминал оғриқлар

Қориндаги оғриқлар худди бош ва юрак соҳасидаги оғриқлар каби долзарб муаммолардан ҳисобланади.

Бу синдром билан беморлар, одатда, тез-тез докторларга мурожаат қилиб туришади (терапевтдан тортиб, то онкологгача). Мутахассислар маълумотига кўра, тез ёрдам бўлимига олиб келинган беморларнинг 5-10 фоизи қорин оғриғидан шикоят қиларкан. Шуниси эътиборлики, бу беморларнинг 41 фоизига «қориндаги сабаби аниқланмаган оғриқ» деб якуний ташхис қўйиларкан. Етук клиникаларнинг бирида қилинган илмий таҳлил шуни кўрсатганки, «аппендицит» ташхиси билан операция қилинганларнинг ҳар уч нафаридан бирида, олиб ташланган ўсимта гистологик текширувдан ўтказилганда, нормал ҳолатда бўлган. Шу билан бирга, қориндаги оғриқлар аффектив бузилишлар натижасида келиб чиққанлиги аниқланиб, қўйилган «ганглионеврит», «солярит» каби ташхислар бекор қилинган.

Умумий психоген гиперестезияга глоссалгия (глоссодиния) лар яққол мисол бўла олади: беморлар гоҳида тили чидаб бўлмас даражада оғришидан шикоят қилишади. Уларнинг жиғилдони ва қизилўнғачи жуда сезгир бўлади: тез-тез кекириш натижасида ошқозондаги кислотали моддаларнинг юқорига кўтарилиб туриши беморларнинг жиғига тегиб, овқат ейишдан бош тортишгача олиб келади. Бундай беморлар чой ёки овқатни сал иссиқ бўлса ҳам ича олмайдилар, чунки бу дарров уларнинг жиғилдонини «қайнатади» ва кўкрагида қаттиқ оғриқ пайдо қилади, шунинг учун улар доимо суюқликларни илиқ ҳолатда ичишади. Ҳар қандай ташқи ва ички таъсирларга ортиқча эътибор қилаверадиган бу беморлар ўта инжиқ бўлиб қолишади: «Э худойим-ей, бу қанақаси, нега мен бошқаларга ўхшаб иштаҳа билан овқат тановул қила олмайман, қорним сира очмайди. Бир тишлам нонни оғзимга солсам ҳам қорним шишиб кетади, оғрий бошлайди», деб шикоят қилишади. Шунинг учун бу беморларда овқатланиш вақти келди дегунча қўрқув бошланади, уларга биров овқат енг дейиши шарт эмас, соатга қараб ҳам «Тушлик пайти бўлди, менинг эса иштаҳам йўқ, ана яна жиғилдоним қайнай бошлади, овқат емасам ўлиб қоламан-ку!» деб азият чекишади. Оч юриш натижасида ҳар икки-уч соатда ошқозон-ичак системасининг перисталтикаси кучайиб, қорин оғрий бошлайди ва бориб-бориб бу ҳолат тез-тез такрорланиб туради. Шундан сўнг бемор қаттиқ азоб чека бошлайди, у «Овқат емаганимдан яра касалига дучор бўлдим», деб жарроҳларга мурожаат қилади, зонд ютиб, ошқозонини бир неча бор текширтиради ҳам.

Беморни биринчи бор текширганда: «Сизда яра йўқ, бор-йўғи ошқозон шиллиқ қаватида озгина ўзгариш бор, бунақа ўзгариш ҳозир кимда йўқ дейсиз», деб докторнинг тинчлантиришига қарамасдан, у «Мен режим билан овқатланмаяпман, бунақада ошқозоним яра бўлиб қолиши ҳеч гап эмас, мени яна текшириб кўринг!» деб илтимос қилади. Зонд ютиш улар учун ўлим билан баробар бўлсада, баъзи беморлар айтганидан қолмайди. Бир бемор қорнини уч марта операция қилдирган ва ҳеч нарса топишмагач, бошқа бир жарроҳнинг маслаҳатига биноан овқат яхши ўтиши учун махсус баллон ёрдамида қизилўнгачи «кенгайтирилган».

Абдоминал оғриқлар, айниқса, ҳиссий зўриқишлардан сўнг кайфият бузилганда ва асосан куннинг иккинчи ярмида пайдо бўлади. Баъзан оғриқларнинг аниқ бир соатларда бошланиши эътиборга лойиқ. Масалан, эрталаб бемор ўзини яхши ҳис қилади, кечга бориб қоринда оғриқ пайдо бўлади ёки бунинг акси кузатилади. Парҳез сақлаш уларнинг аҳволини баттар оғирлаштиради, яъни улар фақат парҳезни бузиб қўймаслик, овқат вақтига амал қилиш, зарур масаллиқларни қандай топиш ҳақида ўйлаб юришади. Асабнинг бундай зўриқиб ишлашини, албатта, улар кўтара олмай парҳезни ҳам бузиб юборишади ва ҳатто, бироз енгил ҳам тортишади. Натижада улар тиббиётдан безиб, янги антиқа усуллар билан даволайдиган «доктор» ва табибларни излай бошлашади.

Псевдоурологик синдромлар

Сийдик ажратиш системасида кузатиладиган психоген (невроген) бузилишлар билан невропатолог ёки психоневрологга мурожаат қилиш жуда кам учрайди. Бундай беморлар, кўпинча, «пиелонефрит», «гломерулонефрит», «буйрак тош касаллиги», «цисталгия», «цистит», «уретрит» ташхислари билан нефролог ёки урологларда даволаниб юришади. Шу нарсага эътибор қаратиш лозимки, бу ташхислар даволаш мобайнида бир неча бор ўзгариб туради. Ниҳоят, бу касалларга ҳамма урологик симптомларни ўзида мужассамлаштирган умумий ташхис – «невроген сийдик пуфаги» қўйилади. Аффектив бузилишларда сийдик йўлларида турли белгиларнинг пайдо бўлиши ниқобланган депрессиянинг клиник кўринишларидан бири бўлиши мумкин. Тез-тез ҳожатхонага қатнаш, шунда ҳам қовуғи бўшаганидан қониқмай чиқиш ва қорнининг пастиди оғриқ сезиш ҳолатлари асаб тизимининг функционал бузилишлари учун хосдир. Сийдик ажралиб чиқишининг невротик бузилишлари икки хил кўринишда кечиши мумкин: тез-тез сийгиси келиши ва сийишнинг ушланиб

қолиши. Қаттиқ кулганда, аксирганда, йўтал пайтида, оғир нарса кўтарганда озгина сийиб юбориш ёки соатлаб сийдик тутилишлар ниқобланган депрессия учун хосдир.

Тез-тез сийиш (поллакиурия) кўпчилик урологик касалликлар (цистит, уретрит, простатит) учун ҳам, ниқобланган депрессиялар учун ҳам хос бўлганлиги учун бу беморлар зарур бўлган текширувлардан тўла ўтишлари лозим. Иккала ҳолатда ҳам совуқ жойда кўп туриб қолиш, шўр, аччиқ, нордон нарсалар ва спиртли ичимликлар (айниқса, пиво) ни истеъмол қилиш, қаттиқ сиқилиш сийишнинг тезлашувига олиб келади. Эркакларда, айтиқса, жинсий алоқадан сўнг ана шундай ҳолат юзага келади. Бироз ривожланган аффектив бузилишларда учрайдиган дизурия транспортда юрганда, катта мажлислар бўлаётган пайтда, ўзи бирор нарсани кўпчилик олдида ўқиб бераётганда намоён бўлади. Натижада, уларда ипохондрик синдром ривожланади: бундай беморлар бутун фикри ва диққатини сийдик пуфагига қаратишади, шарманда бўлиб қолишдан қўрқишади. Табиийки, бу вазият беморнинг асабига путур етказди ва касаллик белгиларини янада кучайтиради. Бундай беморлар мабодо бегона аёл билан жинсий яқинлик қилган бўлса, бу ҳолатни ҳали тасдиқланмаган венерик касаллик билан боғлайди. Рафиқасига яқинлаша олмайди, доим хавотирда яшайди ва хиёнат қилганини билдириб қўяди.

Болалик давридан бошлаб ортиқча талаблар қўйиб тарбиялаш, уйдан ташқарига чиқармаслик, ўртоқлари билан ўйнашга рухсат бермаслик кейинчалик оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Чунки инсоннинг руҳий ривожланиши тарбия ва унинг атрофидаги муҳитга боғлиқ бўлади. Шу масалада Б.Д. Карвасарский (2002) қизиқ бир мисолни келтиради. Илмий текшириш институтларининг бирида ишлайдиган 37 ёшли К. исмли илмий ходим жамоат жойларидаги ҳожатхонага кира олмаслигидан шикоят қилади. Бу нарса уни 17 ёшидан буён безовта қилсада, 20 йил мобайнида уялганидан докторларга мурожаат қилмаган. Беморнинг ҳаёт анамнезидан шу нарса маълум бўладикки, у онасининг қаттиқ назоратида ўсган. Унинг онаси кўчада болалар билан ўйнаши ва умумий ҳожатхоналарга боришини «У ерга ҳамма боради, уларнинг касали сенга юқиши мумкин», деб қатъиян ман қилган эди. Бола кўп қаватли уйлардаги хонадонда яшагани учун у хоҳлайдимми-йўқми, иштониға «юбориб» қўймасин деб, онаси уни доимо тувакка ўтқизган, ёниға эса ўйинчоқларини қўйган. Бола тувакда ўйнаб ўтирган, онаси эса унинг ёнида ўтириб эртақлар айтиб берган, куйлаган, одоб ҳақида тарбия берган. Шундай қилиб, ҳар бир одамнинг ўзи бажариши зарур бўлган

бу муҳим физиологик жараён «озода» юрадиган она томонидан бошқарилган. Бола тувақда узоқ вақт ўтириб қолар ва онаси келиб олмагунча турмасди. Онаси тувақда ахлат ёки сийдикни кўрмаса, болани яна ўтқазиб қўяверган. Бола баъзан иштониға сийиб қўйса, онасидан роса дакки еган. Бу айбни қилиб қўймаслик учун у доимо кўрқиб, хавотирда яшаган. Мабодо она-бола меҳмонға кетишмоқчи бўлишса, бола, албатта, уйдаги ҳожатхонаға кириб чиқиши, меҳмонда эса сийгисикелса ҳам иложи борича кутиб туриши ва фақат уйға қайтгандагина ҳожатхонаға боришни онаси аниқ белгилаб қўйган. Бунинг оқибатида бола атрофдаги нарсалардан жирканадиган ва нозиктабиат бўлиб ўсади.

Сийдик йўлларидаги функционал бузилишлар келиб чиқишида беморнинг жинсий ривожланиши ҳам алоҳида ўрин тутлади. Бемор 16 ёшида бир қиз билан жинсий яқинлик қилишға уринади, лекин дарров поллюция рўй бергани учун уни амалға оширолмади. Бу янги аломатдан у жуда кўрқиб кетади ва тез кунларда ичи қотиб ҳожатхонада кўп ўтириб қолса, сийдик йўлидан шиллиқ нарса чиқа бошлаганини кўради. Спермани «йўқотишдан» кўрқиб, сийиш жараёнини иложи борича тўхтатишға интилади. Агар аввал жамоат ҳожатхоналарида одамлар бор жойда сийишдан ўзини тиядиган бўлса (чунки сияётганда эрекция ҳам кузатилган), кейинчалик атрофда оёқ овози эшитилса ҳам сия олмайдиган бўлиб қолади. Кейинчалик институтни тугатади, аспирантураға киради, номзодлик диссертациясини ёқлайди. Уйланади, 3 нафар фарзандлик бўлади. Қисқа давом этганлиги сабабли жинсий алоқалардан қониқмайди. Урологда уч йил натижасиз даволанади. Невролог кўриб қуйидаги ташхисни қўяди: «псевдоурологик симптомлар билан кечувчи ипохондрик невроз». Муолажалар индивидуал психотерапия билан биргаликда олиб борилади ва бемор тузалиб кетади.

Бундан хулоса шуки, одамнинг психологиясини бошқариш мумкин, бироқ нормал кечаётган физиологик жараёнларға сунъий йўл билан таъсир қилмаган маъқул. Сийдик чиқариш системасининг асаб томондан мукамал бошқарилишининг шаклланиши икки-уч ёшлардан сўнг бошланади.

Урологик касалликларға чалинган беморлар жуда кўп тиббий текширувлардан ўтишади, ҳар хил докторларда бўлишади, доимо даволанишнинг янги усулларини излашади ва ўзларида қўллаб кўришади. Бу доимий ташвишлар, албатта, жинсий қувватсизликка олиб келади. Беморларда на даволанишға, на оиласиға ва на ҳаётға қизиқиш қолади (бу ҳақда биз «Жинсий бузилишлар» га бағишланган бобда фикр юритамиз).

Статистик маълумотларга кўра, болаларда учрайдиган энурезнинг 65-80 фоизи бош мия пўстлоқ дисфункцияси ҳисобига ривожланади. Мутахассисларнинг фикрича, диурезнинг бузилиши аффектив бузилишларда юзага келадиган сийдик пуфаги қўзғалувчанлигининг ошиши ёки пасайиши ҳисобига кузатилади. Тунда тагини ҳўл қилиб қўядиган болалар, одатда, ўта инжиқ, тиниб-тинчимас, йиғлоқи ва кўп туш кўрадиган бўлишади. Улар шу қадар ранг-баранг тушлар кўрадики, худди катталарга ўхшаб, унинг мазмунини ота-онасига берилиб сўзлаб беришади. Бу белгилар невроз аломатлари бўлиб, унинг сабабларини аниқлаш ва ўз вақтида даволаш зарур.

Функционал полидипциялар (кўп суюқлик ичиш) ва полиуриялар (кўп сийиш) асаб бузилишларида кўп учрайдиган симптомлардир. Бундай беморлар кунига 5 литр ва ундан ҳам кўп сув ичишади. Улар доимо чанқаб юриши ва сув ичганда қоникмаслигидан шикоят қилишади. Табиийки, бундай пайтларда қандсиз диабет ҳақида фикр пайдо бўлади. Шундай бўлса-да, бемор ичган сув ва ажралиб чиққан сийдик микдори, унинг ҳиссий ҳолатига жуда боғлиқ бўлади. Ҳатто соғлом одамларда ҳам ортиқча ҳиссий зўриқишлар пайтида, масалан, абитуриентлар, талабалар имтиҳон топшираётган, илмий ходим диссертация ҳимояси пайтида ёки икки киши бир-бири билан жанжаллашаётганда оғзи қуриб сув ичгиси келади ва тез-тез ҳожатга қатнайди. Уларнинг териси кўп сув ичишига қарамай қуруқ (тумбочкаси ҳар хил кремларга бой бўлади), қон босими паст, боши тез-тез оғрийдиган бўлади, бирор иш қилишса, тез чарчаб қолишади. Кўп сув ичганлари сабабли организмда электролитлар алмашинуви бузилади ва баттар чанқаб, сув ичгиси келаверади. Бунинг натижасида, албатта, қандсиз диабет ташхисини инкор қилиш учун лаборатор текширувлар ўтказишга тўғри келади.

Буйракнинг концентрация қобиляти бузилмаганлиги, сийдикнинг нисбий зичлиги 1010 дан юқори эканлиги беморда кузатилаётган ўзгаришларнинг невротик (психоген) хусусиятга эга эканини кўрсатади. Қандсиз диабетда полиурия бирламчи, полидипция эса иккиламчи эканини унутмаслик керак, чунки полиурия плазманинг қуюқлашувига сабаб бўлади; сийдикнинг нисбий зичлиги қотган нон еганда ҳам 1007-1010 дан ошмайди; суюқлик ичишни камайтирганда, ҳаттоки, бутунлай тўхтатганда ҳам полиурия йўқолмайди. Буни қуйидаги усул билан синаб кўриб билиш мумкин: беморга 6-8 соат ичида бир неча бор сувсизлантирилган нон берилади. Агар бунинг натижасида диурез кескин пасайиб, сийдикнинг нисбий зич-

лиги 1012 дан ошиб, бемор тана оғирлигини кўп йўқотмаса ва унинг умумий аҳволи қониқарли ҳолда сақланиб қолса, демак, унда қанд-сиз диабет йўқ.

Назорат учун саволлар

1. Псевдоневрологик ва психосоматик синдромлар деганда нимани тушунасиз?
2. Психоген бош оғриғи нима?
3. Психоген бош айланиши нима?
4. Психоген бел оғриқларнинг клиникасини гапириб беринг.
5. Психоген гиперестезия деганда нимани тушунасиз?
6. «Безовта оёқлар» синдроми нима?
7. Психоген кардиалгиялар ҳақида сўзлаб беринг.
8. Юрак ритмининг психоген бузилишлари қандай кечади?
9. Артралгияларнинг қиёсий ташхисини ўтказинг.
10. Психоген астма нима, унга мисоллар келтиринг.
11. Психоген йўтал нима, у қандай кечади?
12. Ниқобланган депрессия деганда нимани тушунасиз?
13. «Гастроинтестинал беқарорлик» нима?
14. Психоген анорексия нима, у қандай ва кимларда ривожланади?
15. «Ялқов ошқозон синдроми» кимларда ривожланади?
16. Абдоминал оғриқлар деганда нимани тушунасиз?
17. Псевдоурологик симптомлар деганда нимани тушунасиз?
18. Психоген поллакиурия ва полиурия нима?
19. Энурез қандай болаларда кўп учрайди?

*Ид қаерда бўлса,
Эго ҳам ўша ерда.
Зигмунд Фрейд*

11.1. Жинсий аъзолар ҳақида умумий маълумот

Асаб тизимининг функционал касалликларида жинсий бузилишлар жуда кўп учрайди. Айниқса, истерия, депрессия, ипохондрия ва фобик синдромларда жинсий бузилишлар тез-тез кузатилиб туради.

Жинсий бузилишларга таъриф беришга ўтишдан олдин одамда жинсий функцияларнинг асаб тизими томонидан бошқарилиш механизмларини кўриб чиқамиз. Одамнинг жинсий фаолиятини бошқаришда куйидаги марказлар иштирок этади:

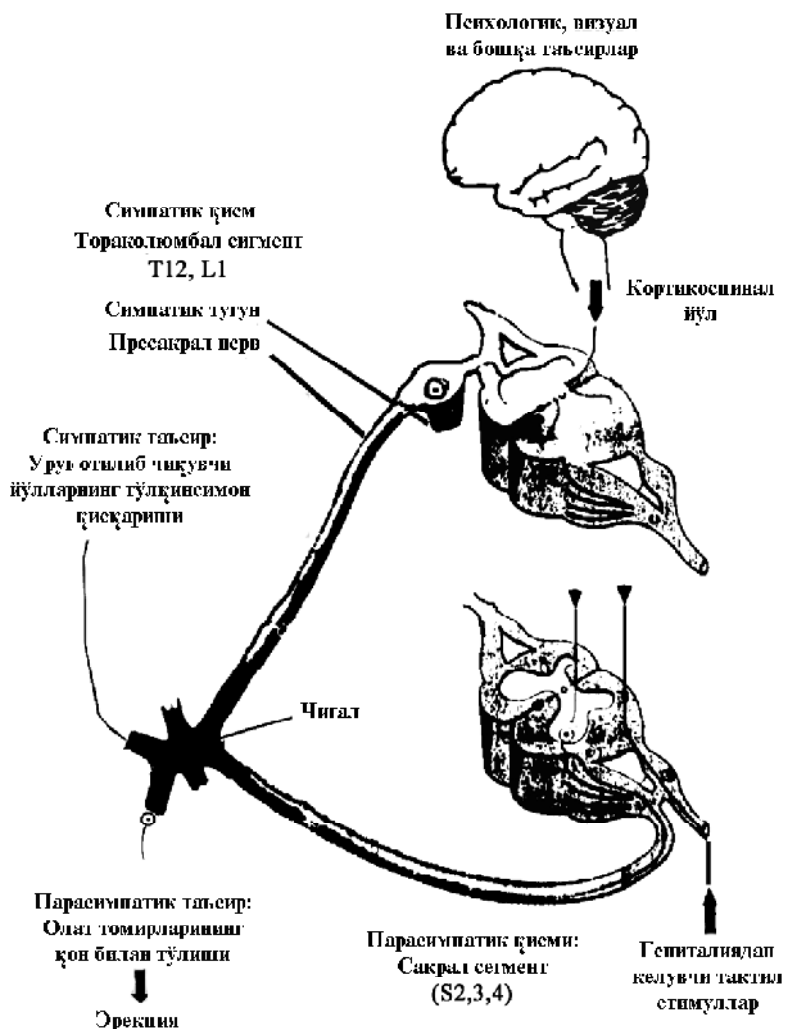
1. **Бош миякатта ярим шарлари пўстлоғи.** Бу ерда жинсий фаолият онгли тарзда бошқарилади ва умумий назорат қилинади.

2. **Гипоталамус.** Жинсий фаолият пайтида кузатиладиган вегетатив реакцияларни таъминлайди.

3. **Орқа мианинг II-IV думғаза сегментларида жойлашган эрекция ва II-IV бел қисми сегментларида жойлашган эякуляция маркази.**

Спинал марказлар гипоталамус ва пўстлоқ марказлари ҳамда жинсий аъзоларда жойлашган рецепторлар билан боғланган. Жинсий марказларнинг ўзаро иши жуда мувофиқлаштирилгандир. Жинсий майл (либидо) ва оргазм цереброспинал марказларнинг мураккаб фаолияти натижасида юзага келадиган мураккаб психофизиологик жараёндыр. Эрекция ва эякуляция спинал рефлекслар сирасига киради, шунинг учун ҳам бел-думғаза сегментларидан юқорида жойлашган жароҳатланишларда бу функциялар сақланиб қолади. Бироқ жинсий жараёнлардаги бирорта фаолият пасайса, қолганларига ҳам салбий таъсир қилиши мумкин. Эрекция ва эякуляциянинг бошқарилиш механизми 33-расмда келтирилган.

Жинсий гормонлар жинсий марказларнинг шартсиз реффлектор қўзғатувчиси ҳисобланади ва жинсий майлнинг кучи ва тонусини белгилаб беради. Простата, гипофиз ва буйрак усти беги гормонларининг аҳамияти жуда каттадыр. Простата безининг гормонлари мунтазам қонга тушиб туради; улар кам миқдорда тушса, уруғдон секретиясини фаоллаштиради, кўп миқдорда тушса, сусайтиради. Агар эркак киши бир неча кун жинсий алоқасиз яшаса,



33-расм. Эрекция ва эякуляциянинг бошқарилиш механизмлари.

унда жинсий майлнинг сусайиши кузатилиши мумкин ва аксинча, яна жинсий алоқа қила бошласа, либидо пайдо бўлади. Бу ҳолатни қуйидагича тушунтириш мумкин: тез-тез бўладиган жинсий алоқада, эякуляция билан ташқарига кўп миқдорда простата секретини чиқарилади ва унинг жуда оз миқдори қонга сўрилади. Секретнинг қонга тушишининг камайиши уруғдон фаолиятини оширади, унинг

гормонлари эса либидони кучайтиради. Аксинча, жинсий алоқа қанча кам амалга оширилса, унга бўлган талаб янада камайиб бораверади, чунки простатанинг секретари қонга катта миқдорда тушади ва уруғдоннинг фаолиятини пасайтиради. Мабодо, ёши 50 дан ошган эркекда жинсий майл кучайса, бу, одатда, простата аденомаси билан боғлиқ бўлади, чунки аденома безнинг фаолиятини пасайтиради.

Жинсий гормонлар секретор функцияни бошқаришда катта аҳамиятга эга бўлса-да, либидо эрекция ва эякуляция кастрация қилинган эркек ва аёлларнинг деярли 50 фоизда у ёки бу даражада сақланиб қолади. Лекин фақат балоғатга етган қилинган кастрацияда жинсий функция сақланиб қолиши мумкин. Битта уруғдоннинг халтачасига тушмай қолиши ёки яллиғланиши ҳам жинсий қобилятни пасайтирмайди.

Аёлларда либидони нафақат аёллар, балки эркеклар гормони ҳам кучайтиради. Аёлларнинг жинсий майли буйрак усти безининг пўстлоқ ҳужайраларида ишлаб чиқариладиган андрогенларга, яъни эркеклар жинсий гормонларига ҳам боғлиқ. Шунинг учун ҳам тухумдонларни олиб ташлаш, одатда, либидонинг йўқолишига сабаб бўлмайди, буйрак усти безлари фаолиятининг сусайиши эса аёлларда либидони пасайтиради. Эркеклар жинсий гормонлари аёлларда эротик тусдаги ҳис-туйғулар уйғотади, организмга фаоллаштирувчи таъсир кўрсатади, эроген соҳаларнинг сезгирлигини оширади. Бундан фарқли ўлароқ, эркекларга юборилган аёллар гормони эркеклик функциясини пасайтиради.

Аmmo жинсий қўзғалиш нафақат гормонлар таъсири остида, балки мияга эроген соҳалардан келувчи сигналлар орқали ҳам пайдо бўлади. Энг сезгир эроген соҳалар – эркекларда пениснинг калласи ва унинг асоси, камроқ сезгир соҳа мойк халтаси бўлса, аёлларда кучли эроген соҳа – бу клитор, сўнг кичик лаблар, ундан сўнг эса қиннинг кириш жойидир. Аксарият аёлларда кўкрак безининг учи ҳам кучли эроген соҳа ҳисобланади ва уни таъсирлантириб, оргазм чақириш мумкин. Лекин кўкрак безининг учи ва қиннинг орқа қисми сезгирлиги сустривожланган аёллар ҳам кузатилади.

Гинекологларнинг маълумотларига кўра, 86 фоиз аёл қинига киргизилган нарсаларнинг ҳажмини айтиб бера олмайди, 95 фоизи эса қиннинг бачадонга яқин жойида на босимни сезади, на чўзилишни.

Бироқ, аксарият аёллар жинсий алоқа пайтида қиннинг тубида пайдо бўладиган тўлқинларни сезишади. Лекин коитус (жинсий алоқа) пайтида кузатиладиган оргазм олатнинг қин деворларига ишқаланишидан ҳосил бўладиган импульслар ҳисобига пайдо бўлади, деб қаралади. Жинсий алоқадан сўнг оргазм кузатилмаса,

клиторни қўл билан таъсирлантириш йўли билан ҳам оргазм чақириш мумкин. Бу ҳолат, одатда, вагинал оргазмдан кўра клитор оргазми кучли ривожланган аёлларда кузатилади. Лекин оргазм келишини фақат тананинг маълум бир эроген соҳалари билан узвий боғлаш хато бўлур эди. Ваҳоланки, оргазм келишида жинсий қовушиш пайтида кузатиладиган бошқа (ўпишиш, кучоқлашиб ётиш, эркалаш) омиллар ҳам муҳим аҳамиятга эга. Шунингдек, оргазмнинг қайси усулда ва қачон келиши аёлнинг биринчи бор эркак билан жинсий яқинликни қандай бошлаганига ҳам боғлиқ.

Жинсий қўзғалиш шартли рефлектор қўзғатувчилар (кўриш, эшитиш, ҳид билиш ва ҳ.к.) таъсири остида ҳам юзага келади. Лекин у ҳар кимда ҳар хил ривожланган бўлади: биров эшитиб, бошқа биров кўриб, ўзида жинсий қўзғалиш ҳосил қилиши мумкин. Бу, айниқса, ўспиринларда кучли ривожланган бўлади. Улар яланғоч аёллар суратини, эротик фильмларни кўриб, кучли таъсирланиши, бу эса оргазм даражасигача етиши мумкин. Бироқ аёлларда эркакларнинг яланғоч сурати эротик қўзғалишни чақиравермайди. Баъзан ташқи таъсирлар жинсий ҳирсни сусайтириши ёки тўхтатиб қўйиши мумкин (масалан, ҳадеб эротик фильмлар кўравериш). Эротик фантазияларга берилиш эркакларда жинсий қўзғалишга сабаб бўлса, одатда, аёлларга бу кам таъсир қилади. Жинсий алоқа бошланаётган пайтда эркаклар аёлларга қараганда кучлироқ қўзғаладилар. Шунинг учун ҳам эркакларда баъзан жинсий алоқа бошланмасдан туриб, эякуляция кузатилади. Лекин тез жинсий қўзғалиш жинсий мизожга ҳам боғлиқ.

Жинсий қўзғалишларда аёлларда ҳам, эркакларда ҳам жинсий аъзолар қон билан тўлади. Бунинг натижасида эркакларда олат анча катталашади, яъни эрекция пайдо бўлади; аёлларда эса кичиклаб ва клиторда гиперемия юзага келади. Аёлларда жинсий аъзо безларидан чиққан суюқ секрет қинни намлайди ва бу билан унга олатнинг киришини осонлаштиради. Фрикция пайтида (лотинчадан «*friticio*» – ишқаланиш) жинсий аъзоларда жойлашган периферик нерв толаларида жуда кўп ёқимли қўзғалишлар пайдо бўлади ва жинсий алоқа охирида эркакларда сперма отилиб чиқади, яъни эякуляция содир бўлади, аёлларда бартолиниҳамда бачадоннинг бўйин соҳасида жойлашган безлардан суюқ секрет қин бўшлиғига ташланади. Бу пайтда қин тўлқинсимон қисқара бошлайди, бачадон қинга томон бироз тушади ва цервикал каналдан унча кўп бўлмаган секретни қинга йўналтиради. Бунда бачадон тубининг бир маромда тўлқинсимон қисқариши қиндаги спермани бачадонга сўради. Бу жараёнларнинг ҳаммаси уруғланишни, яъни ҳомиладор бўлишни осонлаштиради. Уруғланиш оргазм бўлмаса ҳам кузатилаверади. Эякуляциядан сўнг эр-

каклар жинсий аъзоларида ҳам, аёлларда ҳам таранглашиш пасаяди, гиперемия ҳам тезда орқага қайта бошлайди, эрекция йўқолади. Эякуляция барвақт бошланса, уни тўхтатиш қийин бўлади. Жинсий алоқа пайтида эркакларда эякуляция оргазм билан тугайди, аёлларда эса ҳаммавақт ҳам бундай бўлавермайди. Оргазм, яъни ўта ёқимли туйғунинг пайдо бўлиши жинсий алоқадан сўнг эркакларда бор-йўғи бир неча сония давом этса, аёлларда бу жараён бироз чўзилади. Оргазм пайтида кучли вегетатив ўзгаришлар кузатилади: юрак уриши тезлашади (150 гача), артериал қон босим кўтарилади (200/100 мм.смм. уст.гача). Бундай вегетатив ўзгаришлар сексуал тасаввурлардан кейинги оргазмда ҳам кузатилиши мумкин.

Одатда оргазмнинг икки хил тури фарқ қилинади: қин ва клитор оргазмлари. Биринчиси олатни қинга чуқур киргизганда рўй берса, иккинчиси клиторни таъсирлантирганда кузатилади. Айтиб ўтганимиздек, баъзи аёлларда қин оргазми, бошқаларида эса клитор оргазми кучли ривожланган бўлади. Баъзи мутахассислар алоҳида вагинал оргазм борлигига шубҳа билан қарашади, чунки олатни қинга чуқур киргизиб чиқазаётган пайтда бир йўла клитор, кичик лаблар, қиннинг ўзи ва ташқи жинсий аъзолар биргаликда таъсирланади. Шунингдек, аёл танасининг турли қисмларида кучли тактил сезги пайдо бўлади. Бунда эркак билан қўшилганлик сабабли пайдо бўлган руҳий қўзғалиш ҳам катта аҳамиятга эга. Соғлом аёллар сўров қилинганда, уларнинг 20 фоизи клитор оргазмини, 36 фоизи вагинал оргазмни ҳис қилган бўлса, 44 фоизи эса оргазм нимадан пайдо бўлишини аниқ айтиб бера олмаган. Лекин бу кўрсаткич жуда нисбийдир ва ҳар хил сўровларда ўзгариб туради. Шунинг учун бу масалага индивидуал ёндашиш зарур.

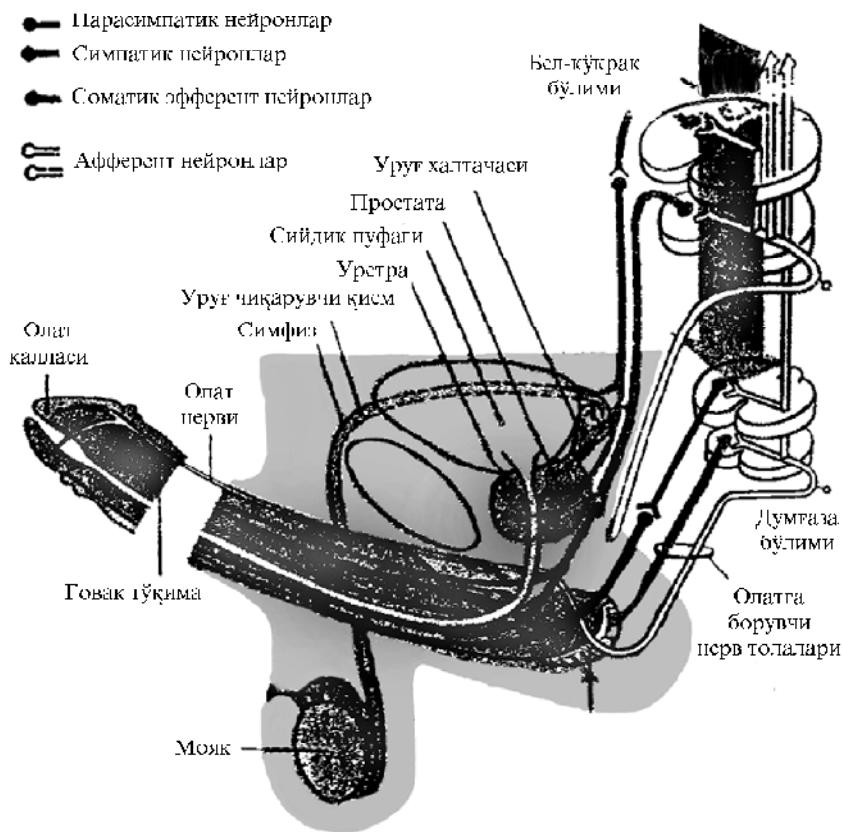
11.2. Эркакларда учрайдиган сексуал бузилишлар

Ҳайвонлардан фарқли ўлароқ, инсонларда жинсий алоқа нафақат биологик, балки онгли жараён ҳамдир. Ҳар қандай жинсий жараён асаб марказлари орқали бошқарилишини айтиб ўтдик. 34-расмда эркаклар жинсий аъзоларининг иннервацияси келтирилган. Жинсий ожизлик, кўпинча, асабий-руҳий сиқилишлар натижасида ривожланади. Бирор марта бўлса-да, сексуал потенцияси камаймаган эркак кишини учратиш қийин. Бош ва орқа миянинг органик, урологик, эндокрин, астенияга олиб келувчи соматик касалликлар, турли интоксикациялар, ароқхўрлик ва гиёҳвандлик жинсий фаолиятнинг бузилишига сабаб бўлади.

Сўнги статистик (2005) маълумотларга кўра импотенциянинг 60-65 фоизи функционал хусусиятга эга, қолган 35-40 фоизи органик (асосан,

эндокрин, урологик ва венерик) касалликлар натижасида ривожланади. Аксарият ҳолларда 55 ёшдан сўнг ҳам импотенциянинг сабабини руҳий омигдан излашади.

Ўсмирлик даврида жинсий ривожланиш жадал кечади. Улар эротик тушларни кўп кўришади, ухлаб ётганда эякуляция тез-тез кузатилади. Бу даврда аксарият ўспиринлар жинсий ҳирсини қондириш учун четдан мижоз излаб венерик касалликларни юқтириб олишади. Демак, ўсмирлик даврида нафақат жинсий аъзолар тўла шакллана бошлайди, балки руҳий ривожланишда ҳам жиддий ўзгаришлар юз беради. Бу даврда ҳар қандай ташқи стресс уларнинг руҳида оғир из қолдиради ва жинсий фаолиятга ўта салбий таъсир кўрсатиши мумкин.



34-расм. Эркалар жинсий аъзоларининг иннервацияси.

Эркаклардаги жинсий заифликка **импотенция** деб аталади. Потенциянинг нормада қандай бўлиши кўп жиҳатдан кишининг ёши ва ҳаёт тарзига боғлиқ. Жинсий бузилишлардан шикоят қилувчи эркакларнинг 56 фоизи жинсий алоқанинг давомийлигидан қониқишмаган.

Сексопатологларнинг фикрича, жинсий алоқа даври (коитус) энг ками 1 мин. 14 с (68 фрикция) бўлса, энг узоғи 3 мин. 34 с (100 фрикция) ҳисобланади. Уларнинг фикрича, коитуснинг ўртача давомийлиги 2 мин. 2 с (62 фрикцияда). Лекин сунъий йўл билан жинсий алоқа даврини 10 мин. ва ундан ортиқ ҳам чўзиш мумкин (қуруқ фрикциялар). Баъзи маълумотларга кўра 30 ёшгача бўлган эркакларда жинсий алоқа ҳафтасига ўртача олганда 3 марта, 30 ёшдан сўнг 2 ва 50 ёшдан сўнг эса 1 марта кузатиларкан. Сексологларнинг фикрича, 30-45 ёш орасида бўлган эркаклар ҳафтасига 2-3 марта жинсий алоқа қилиш қобилиятига эгадирлар.

Жинсий ҳирснинг умуман бўлмаслиги фақат туғма бўлиши мумкин, қолган вазиятларда у, албатта, сақланган бўлади. Бу ҳирсни фақат уйғота олиш керак, холос. Умуман олганда, «Эркак киши ўртача бир кунда ёки бир ҳафтада неча марта жинсий алоқа қилиш қобилиятига эга?» деган саволга сексолог олимлар шундай жавоб қилишади: «Ҳар ким ўзига-ўзи индивидуал меъёрни аниқлаб олмоғи керак. Бу масалага индивидуал ёндашиш лозим. Жисмонан ва руҳан соғлом кишиларда организмнинг ўзи меъёрни топиб олади».

Жинсий фаолликнинг доимо ўзгариб туриши мутлақо соғлом одамларда ҳам кузатилади ва бу кўпинча, кайфиятга боғлиқ. Аксарият ҳолларда кайфиятнинг аҳамияти эътиборга олинмай, «импотенция» ёки «простатит» ташхиси қўйилади ва бунинг оқибатида бемор ятропатиядан даволаниб юради. Бу эса инсон руҳига қаттиқ зиён (баъзан тузатиб бўлмас) етказди. Масалан, ҳаётда кўпчилик эркакларда ҳам жисмонан, ҳам руҳан зўриқиб ишлашни талаб қиладиган даврлар бўлади. Бу давр бировда бир ҳафта, бошқа бировда бир ойга чўзилиши, шунда жинсий фаолият бироз сусайиши ёки «эсдан чиқиши» мумкин. Шунинг учун ҳам мутахассисларнинг фикрича, жинсий алоқа нормада бир кунда 1-2 мартадан тортиб, ойига 2-3 мартагача бўлиши мумкин ва бу кўрсаткич, албатта, кўпроқ одамнинг руҳий ва жисмоний фаолиятига боғлиқ. Ҳар бир одам жинсий алоқа ҳақидаги барча маълумотларни ўзи ҳам мукамал билиши керак. Бунинг учун кенг оммага мослаб ёзилган адабиётлар етарлидир. Акс ҳолда, ҳиссий ва жисмоний зўриқиб ишлаш (айниқса, тунлари) даврида кузатиладиган ва бир-икки кун дам олгач, ўтиб кетиши мумкин бўлган жинсий қувватсизлик ва врач тўла текширмай

туриб қўйган ташхис ёмон оқибатларга олиб келиши мумкин. Бундай ҳолат юз берганда эркак ва аёл муаммонинг сабабларини биргалликда ўрганиб чиқиб, бир-бирини тушуниб иш тутиши жуда катта аҳамиятга моликдир. Бу даврда аёл кишининг эътирози, «Тинчликми, сизга нима бўлди?» қабилдаги саволлари эркак кишининг қалбини жароҳатлаши ва аҳволини янада оғирлаштириши мумкин.

Барча статистик маълумотларни таҳлил қиладиган бўлсак, ўртача ҳисоблаганда жинсий заифликнинг 60 фоиздан ошиғи функционал хусусиятга эга ва қолган 40 фоизи органик касалликлар сабабли ривожланади. Лекин бу беморларнинг камиди 70-80 фоизи урологларга мурожаат қилишаркан ва аксарият ҳолларда, дастлабки қўйиладиган ташхис «простатит» бўлади. Простатитнинг импотенцияга олиб келиши тушунарли, бироқ импотенция аниқланган беморларнинг ҳаммасида ҳам простатит кузатилавермайди. Бундай беморлар махсус психологик ёрдамни олишлари керак. Импотенциянинг ҳар қандай кўринишларида беморнинг ҳаёт ва касаллик анамнези, ижтимоий аҳволи, касби, ишлаш услублари, аёли ҳақида маълумотлар ўрганилиши ва аниқланиши зарур. Ундан ташқари, беморнинг психоневрологик статуси тўла текширилиши шарт.

Айтиб ўтилганидек, неврастенияда жинсий заифлик тез-тез кузатилиб туради, жинсий майл сусаяди ёки йўқолади. Аёл кишига яқинлашганда эрекция пайдо бўлмайди ёки суст бўлиб, тезда яна сўниб қолади. Авваллари аёл кишининг ёнида ечинишининг ўзи эрекцияни юзага келтирган бўлса, энди фойда бермай қўяди. Бундан хавотирга тушган эр турли йўллар билан эрекцияни келтиришга ҳаракат қилади ва бутун фикри-зикрини жинсий ҳолатига қаратади. Жаҳлдор, жиззаки бўлиб қолади. Ишга қўли бормайди. Ҳеч ким билан гаплашгиси келмайди. Бундай пайтларда аёл киши фаоллик кўрсатиб, эркак кишини тинчлантириб, унинг эроген соҳаларини турли усуллар билан таъсирлантирса, эрекция пайдо бўлиши ва коитус амалга оширилиши мумкин. Потенциянинг бундай бузилиши неврастениянинг гипостеник турида ҳам кузатилади. Бемордаги астеник ҳолат даволанса, бу муаммо тез ҳал бўлади. Бунинг учун беморни руҳан тинчлантириш, психостимуляторлар бериш ҳамда кундалик муаммоларни бироз унутиш тавсия қилинади. Бунга мисол қилиб қуйидаги кузатувни келтирамиз (бу ва бундан кейинги мисоллар чет эл адабиётларидан олинган).

Бемор И., 24 ёшда, талаба. Ҳар нарсани кўнглига оладиган шахс. Ўқиши пасайиб кетган, сал нарсага асабийлашадиган, тез чарчайдиган бўлиб қолган. Бунгача рафиқаси билан ҳафтасига 2-3 марта жинсий алоқа қилиб яшаган бўлса, кейинчалик бир ойда бир мар-

та, унда ҳам аёли томонидан фаоллик кўрсатилсагина. Эрекция узоқ давом этмайдиган ва тез сўнадиган бўлиб қолади. Тўсатдан, ўз-ўзидан пайдо бўладиган эрекциялар ҳам йўқолган. Рафиқаси бунга тўғри муносабатда бўлган ва турмуш ўртоғини тинчлантирган. «Бу ҳаммаси чарчаганлик аломати, докторга учранг», деб маслаҳат берган.

Бемор докторга учрайди. Доктор беморни текширгач, жинсий заифлиги чарчаш аломати эканлиги, бироз дам олиши зарурлигини, фақат кучли жинсий майл пайдо бўлгандагина жинсий алоқа қилиши мумкинлиги тайинлаган. Бемор 3 ҳафта мобайнида асабни тинчлантирувчи ва умумий қувватлантирувчи дориларни қабул қилади. Бу вақт ичида жинсий қобилият яна тўла тикланади.

Импотенциянинг алоҳида тури бўлмиш **вазиятли импотенцияни** кўп учратиш мумкин. Бунда импотенция аниқ бир вазиятда ёки аниқ бир шахсга нисбатан кузатилади. Бошқа пайтлари эса жинсий қобилият ва эрталабки эрекциялар сақланган бўлади. Вазиятли импотенциянинг сабаблари қуйидагилар: рафиқасининг жинсий муносабатга совуққонлик билан қараши (фригидлик); рафиқаси билан узоқ давом этувчи жанжаллар; бир хил ҳолатда жинсий алоқа қилавериш; жинсий яқинликка рафиқасининг аниқ бир вақт белгилаб қўйиши; рафиқасига хиёнат қилганидан виждони қийналиб юриши; аёл кишидан келадиган ёқимсиз ҳид ёки унинг ўзига яхши эътибор бермаслиги; рафиқасига ёқмайдиган жинсий усулларга мажбур қилиш ва шунга ўхшаш ҳолатлар. Шуни таъкидлаш лозимки, вазиятли импотенция руҳан тетик ва соғлом одамларда кузатилмайди. У астеник, руҳий-ҳиссий жиҳатдан ожиз, тез таъсирланувчан ва жиззаки эркакларда кўп кузатилади. Қуйидаги воқеа бунга яққол мисол бўла олади:

Бемор Н., 28 ёшда, муҳандис, таъсирчан, тез хафа бўладиган, ўзига унча ишонмайдиган йигит. Жинсий қобилияти унча кучли бўлмаганлиги учун бутун диққатини шунга қаратган. Рафиқаси қониқса ҳам буни алоҳида кўрсатиб бера олмагани учун жинсий муносабатлар пайтида уни «Мени эркак ўрнида кўрмайсан», деб тез-тез койиб турган. Уларнинг муносабатлари борган сайин совуқлашиб борган. Турмуш қуришганига 3 йил тўлгандан сўнг, йигит бир ёш аёл билан танишиб қолади ва ишқий муносабатда бўлади. Жинсий алоқа пайтида Н. бу аёлнинг овозини чиқариб инграшларига, бўронли оргазмга ҳайрон қолади, аёл ҳам ўз вақтида уни «Ҳақиқий йигит экансан» деб мақтайди. Н. рафиқасини ташлаб, ўша аёлга уйланади.

Турмуш қурганларидан сўнг кўп ўтмай «янги» рафиқаси унга эътибор қилмай қўяди. Орада тез-тез жанжал бўлиб турса-да, бу аёл билан бир ярим йил бирга яшайди. Кейинги пайтларда Н.нинг иши

юришмай, тез чарчайдиган ва жаҳлдор бўлиб қолади. Кунлардан бир куни рафиқаси меҳмондан жуда кеч ва маст бўлиб келади. Орада жанжал чиқади. Жанжал пайтида рафиқаси: «Жонимга тегди ўзимни гўлликка солиш, тўғрисини айтсам, сен билан бир тўшақда ётганимда мен сира ҳам жинсий майл ва қониқиш ҳиссини сезмайман. Сени эркак ўрнида кўрмайман», дейди. Бу сўзлардан Н. карахт бўлиб қолади, бу жанжалдан сўнг унда жинсий ҳирс йўқолади. Бундан у хавотирга тушади. Жуда асабий бўлиб қолади, уйқуси бузилади. Докторларга мурожаат қилади, даволанади. Муолажа натижаларидан ўзи қониқмайди. Ҳақоратланганидан ва аввалги рафиқасини ташлаб кетганидан азият чекаверади ва унинг ёнига қайтади. У болалари билан Н. ни илиқ кутиб олади. Ўша кечаси биринчи бор рафиқасига нисбатан яна кучли жинсий кўзғалиш пайдо бўлади. Нормал жинсий ҳаёт кечира бошлайди. Бошқа аёлларга қизиқиши мутлақо йўқолади.

Бу кузатувдан шундай хулоса қилиш мумкинки, бемор ўзининг жинсий қобилиятини ўта паст баҳолаган ва бундан ҳам ортиқ қобилиятга эга бўлишни орзу қилган. Бу «етишмовчиликни» тўғри-лашга муваффақиятсиз ҳаракат қилган. Айниқса, кейинги рафиқасининг айтган ҳақоратомуз сўзлари унинг эркаклик қадр-қимматини ерга урган.

Сексологлар таъбири билан айтганда, истак билан имкониятнинг бир-бирига тўғри келмаслиги сексуал бузилишларга сабаб бўлади. Жинсий имкониятларни тўғри баҳолай олмаслик бу ерда вазиятли импотенцияга сабаб бўлди. Бу феноменнинг асосида шартли рефлексор боғланишлар ётади. Қуйидаги мисолда эса вазиятли импотенцияга бошқа ҳолатлар сабаб бўлган.

Бемор Г., 30 ёшда, ўқитувчи, бурчга садоқатли, лекин журъатсиз киши. Жаҳлдорлик, уйқусизлик ва тез-тез бўладиган бош оғриғидан шикоят қилиб, невропатологга мурожаат қилади. Маълум бўлишича, Г. нинг уйланганига 6 йил бўлган. Рафиқаси ва болаларини ҳаддан ортиқ яхши кўради. Бироқ рафиқаси жинсий алоқага сира қизиқмайди, турмуш ўртоғи бирга ётишни талаб қилса, турли баҳоналар (бошим оғрийди, чарчадим) билан жинсий муносабатдан бош тартади. Турмуш ўртоғи Г. рафиқаси билан жинсий муносабатларни камайтира бошлайди ва натижада унда жинсий қувватсизлик ривожланади. «Касал бўлиб қолдим», деб кўрқади. Турли хил стимуляторлар қабул қилади, улар ҳам вақтинча ёрдам беради. Бу давр ичида жинсий томондан ўта фаол аёл билан танишади ва унинг илтимоси билан жинсий муносабатда бўлади. Кучли оргазм пайдо бўлади, ҳеч қандай стимуляторларсиз жинсий алоқа яна

такрорланади. Шу билан бирга, ўз аёлига болаларининг онаси сифатида бўлган ҳурмати сақланиб қолади. Бу воқеалардан сўнг рафиқаси билан жинсий алоқага уриниб кўради, лекин жинсий кўзғалиш пайдо бўлмайди.

Бу мисолда эркак кишининг жинсий майли сусайишида рафиқасининг жинсий алоқага қизиқиши йўқлиги сабаб бўлган.

Жинсий алоқа пайтида аёл киши ўзини эркак кишига руҳий жароҳат келтирадиган ҳолда тутиши ҳам либидонинг йўқолишига сабаб бўлади. Буни қуйидаги мисолда кўриш мумкин:

Бемор В., 34 ёшда, техника институтларининг бирида доцент лавозимида ишлайди, табиатан юмшоқ, журъатсиз йигит. Докторга жинсий заифлик, умумий ҳолсизлик, асабийлашиш ва иш фаолиятининг сусайганидан шикоят қилиб келади. Рафиқаси ўзидан 8 ёш кичик бўлиб, аввал ўзининг талабаси бўлган. Турмуш қуришгандан сўнг 2-3 ой мобайнида жинсий қобиляти унча кучли бўлмаса-да, сақланган бўлади. Жинсий муносабатлар пайтида рафиқаси ўзини жуда сушт тутуди ва кейинчалик турмуш ўртоғидан қониқмаётганини очиқчасига айтиб, уни импотент деб ҳақорат қила бошлайди. Бунинг натижасида В.нинг жинсий фаоллиги кескин пасайиб боради ва тез орада тўхтаб қолади. У рафиқаси олдида ўзини жуда айбдор сезиб, «гуноҳини» ювиш учун аёлининг барча хархашаларини сўзсиз бажара бошлайди. Бундан фойдаланган аёл турмуш ўртоғини уй хизматкорига айлантиради, барча уй юмушларини унга буюради. Қийинчиликларга чидамаган эр рафиқаси билан ажрашмоқчи бўлади, лекин бошқасини ҳам «қониқтира» олмайман, деб бу қароридан воз кечади.

Бемор докторга мурожаат қилади. Беморнинг психоневрологик ва урологик статуси текширилгандан сўнг унга неврастения ташхиси қўйилади ва кейинги сафар рафиқаси билан бирга келиш буюрилади. Беморнинг рафиқаси билан алоҳида жинсий муносабатлари ҳақида суҳбат ўтказилади. Аёл бу унинг иккинчи турмуши эканини, олдинги турмушида ҳам жинсий алоқадан ҳеч қандай қониқиш сезмаганини айтади. Шундай қилиб, аёлда фригидлик, яъни жинсий совуққонлик аниқланади. Бу аёлга турмуш ўртоғидаги неврастениянинг сабаби унинг фригидлиги ҳисобига, турмуш ўртоғида жинсий ожизликка олиб келадиган ҳеч қандай урологик касаллик йўқлиги айтилади. Унга ё ажралиш кераклиги ёки жинсий алоқадан ўзини ўта қониққандек кўрсатиши зарурлиги айтилади. Аёл иккинчи маслаҳатни қабул қилади. Бемор В. га эса умумий қувватни оширувчи, тинчлантирувчи дорилар берилиб 1 ой даволаш курси ўтказилади. Бир ойдан сўнг В. нинг жинсий қуввати яна кучайиб,

тузалиб кетади. Беморнинг рафиқаси докторга чақирилиб, улар орасидаги муносабат сўралганда, турмуш ўртоғида жинсий қувват тўла тикланганини, ўзи эса аввалгидек жинсий яқинликка совуқлигини ва буни сездирмаётганини айтади.

Бу мисолда биз эркакда ривожланган импотенциянинг асл сабаби аёл кишининг фригидлигидан эканини кўрдик. Қуйида ўзимиз гувоҳи бўлган бир воқеани келтирамиз.

Бемор О., 23 ёшда, талаба, ҳиссиётга берилувчан ва таъсирчан йигит. Уйланади. Тўй тугагач, келин-куёв ўзлари учун тайёрланган гўшангага киришади. Йигит аввал бир аёл билан жинсий яқинликка уриниб кўрган, лекин кучли ҳаяжонланганидан эякуляция бошланиб кетган. Шундан сўнг у бошқа жинсий яқинликка интилмаган. Ечиниш олдидан жуда ҳаяжонланади. Қизга ечинишни буюради, лекин у «Бугун шу ишни қилмай қўя қолайлик», дейди. Бироқ йигит удум бўйича келиннинг ҳақиқатан ҳам қиз эканлигини тўй кунини тасдиқлаши лозим эди. У бошқа хонада кутиб ўтирган янгиларга белгини кўрсатиш зарурлигини айтади. Узоқ баҳсдан сўнг йигит келинни жинсий яқинликка кўндиради. Йигитда эрекция пайдо бўлади. Лекин унинг оллати келиннинг қинига ҳеч қандай тўсиқсиз киради ва бунда қин атрофидан қон пайдо бўлмайди. Эрекция шу заҳоти сўнади. Йигит ёрининг қиз эканлигини исботлаш учун жинсий алоқа қилишга яна уриниб кўради. Лекин йўқолган эрекция қайтадан пайдо бўлмайди.

«Қиз» фурсатдан фойдаланиб, йигитни «Сен импотентсан, жинсий алоқа бошламасдан туриб, эрекциянг йўқолди (қиз тиббиёт институти талабаси), аввал қизлар билан юриб, ўзинга касал орттиргансан, сенда захм бўлса керак», деб йигитни ҳақорат қилади. Йигитнинг аввал жинсий яқинликка уриниб кўргани эсига тушиб, «Ҳақиқатан ҳам захм юқтирган бўлсам керак», деб хавотирга тушади. Қиз йигитнинг эътирозига қарамасдан, ташқарида кутиб турган опаларини чақиради. Вазият шу даражада кескин тус оладики, йигит нима бўлаётганини ҳам англамай қолади. Ҳам кўрқиб, ҳам уялиб кетган ярим яланғоч йигит уч аёлнинг орасида қолиб кетади. Қиз опаларига бўлган вазиятни оқизмай-томизмай гапириб беради. Қизнинг опалари гинеколог бўлишади ва улар йигитнинг эсанкираб қолганидан фойдаланиб, уни тинчлантиришади, таниш докторлари борлигини ва уни, албатта, даволатишларини айтишади. Қиздан қон чиқмаганининг сабабини эса унинг оллати қинга кирмаганлигидан, деб тушунтирилади (кейинчалик йигитнинг яна бир бор эслашича, битта фрикция аниқ бўлган эди). Даволаш бир ой давом этишини, бу давр ичида жинсий яқинликни умуман тўхтатиб туришни, акс ҳолда ундаги «захм» келинга юқса, бола бўлмай қолиши мумкинлигини тайинлашади. Йигит улар топиб берган докторда, аслида йўқ

бўлган «захмдан» яширин даволанади. Унда яшашга ҳам, жинсий яқинликка ҳам ҳеч қандай қизиқиш қолмайди, чунки даволаш натижа ҳам бермаётган эди. Бунинг устига рафиқаси ҳам унга совуқ муносабатда бўлади, ҳар кеча эркаклик шаънига тегувчи ҳақоратомуз сўзларни айтади, соғайиб кетмаса, ажралиб кетишини, ўртоқлари орасида шарманда бўлишини эслатиб туради. Йигит эса ҳар сафар албатта, даволаниш учун энг кучли докторларга боришини, тузалиб кетишини, ажралмасликни ундан илтимос қилади. Бориб-бориб, йигитда уйку йўқолади, жаҳлдор бўлиб қолади, иш фаолияти пасаяди, унда ипохондрия ва депрессияга хос симптомлар пайдо бўлади. Даволаниш натижа бермагач, йигит тақдирга тан бериб, асабини даволатиш учун Тошкентга келади. Бизга етиб келган бемор бош оғриғи, уйқусизлик, тез асабийлашишидан шикоят қилади (аввалига у жинсий заифликни биздан яширди), кўллари қалтираб, кўзига тез-тез ёш олади. Беморнинг асаб тизими ҳар томонлама текширилиб, унда ҳеч қандай оғир касаллик белгилари йўқлиги, лекин неврастения касали борлиги, бу эса сабаби йўқотилса, бутунлай тузаладигандард экани айтилди. Бемор 2-3 кундан сўнг бизга бўлиб ўтган ҳамма воқеани айтиб беради. Беморнинг эътирозига қарамай, уни қайтадан уролог ва дерматовенеролога кўрсатдик. Лаборатор ва параклиник текширувлардан ўтказгач куйидаги хулосага келдик: беморда аввал ҳам, ҳозир ҳам ҳеч қандай венерик касаллик бўлмаган. Бу хулосалар беморнинг кайфиятини кўтариб юборди. У бизнинг барча маслаҳат ва тавсияларимизга тўла амал қилгач, уйига қайтиб кетди.

Бемор билан яна бир учрашганимизда, аввалги рафиқаси билан ажралиб, бошқа қизга уйланганини ва яқинда фарзанд кўришларини, жинсий муаммолар энди йўқлигини хурсанд бўлиб гапириб берди. Кейин маълум бўлишича, беморнинг аввалги рафиқаси ўқиб юрган пайтида ҳомиласини олдириб ташлаб, опаларининг маслаҳати билан О. га турмушга чиққан экан.

Бу мисолда турғун жинсий заифликнинг кучли стрессдан сўнг бир кечада пайдо бўлганининг гувоҳи бўлдик. Хўш, бу беморда жинсий ожизликнинг бирдан йўқолиши ва узоқ давом этишининг механизмлари нималардан иборат? Танадаги камчиликларга доир ўта салбий маълумотлар бош мия пўстлоқ тузилмаларида турғун ўчоқ пайдо қилади ва доминанта принципига асосан пўстлоқнинг бошқа қисмларида янги қўзғалишларни «босиб» туради. Бунинг оқибатида бош мия фаолияти аввал пайдо бўлган доминант ўчоқ таъсири остида бўлади. Бу пайтда невроз (асосан, ипохондрия ва истерия) касаллиги шакллана бошлайди. Мия пўстлоғида катта қўзғалиш кучига эга бўлган бу доминант ўчоқнинг фаолиятини пасайтириш ёки йўқотиш учун пўстлоқда шунга ўхшаш кучга эга бўлган янги «қўзғалиш ўчоғи»

пайдо қилиш керак. Ана шундагина аввалги қўзғалиш кучи пасаяди ёки йўқолади. Бу янги қўзғалишни қандай пайдо қилиш мумкин? Бу қўзғалишни одамга кучли таъсир қиладиган вербал таъсирлар, гипноз ҳамда даволаш мобайнида ишлатиладиган антиқа усуллар орқали пайдо қилиш мумкин. Бизнинг мисолимизда пўстлоқ фаолиятини ўзига бўйсундириб турган турғун қўзғалиш бу тўй кечаси келиннинг йигитга айтган сўзлари («Сен импотентсан, жинсий алоқа бошламасдан туриб, эрекциянг йўқолди, аввал қизлар билан юриб, ўзинга касал орттиргансан, сен захмга чалингансан») бўлса, биров фурсат ўтгач, мия пўстлоғида пайдо қилинган янги доминант қўзғалиш – бу «Сизда ҳеч қандай венерик касаллик аломатлари йўқ», деган ибора. Бунинг натижасида беморда Э. Фрейд таъбири билан айтганда, «катарсис» (руҳий покланиш) рўй бериши.

Энди эякуляциянинг келиш механизмлари тўғрисида сўз юритамиз. Эякуляциянинг тез келиши кўп омилларга, лекин энг аввало, жинсий марказларнинг умумий сексуал қўзғалиш даражасига боғлиқ. Узоқ вақт жинсий алоқа қилмай юрган ва онанизм билан шуғулланадиган ёш соғлом йигитларда эякуляциянинг тез келиши физиологик ҳодисадир. Уларда жинсий алоқа бошлаганидан бир неча сония ўтгач, дарров эякуляция рўй бериши мумкин. Бундай пайтларда эякуляциядан сўнг эрекция биров сўнмай туради. Уларда жинсий алоқа бир неча соатдан ёки бир-икки кундан сўнг такрорланса, эякуляциянинг келиш даври бир оз чўзилиши мумкин.

Баъзан жинсий алоқадан олдинги ўзаро эркалатишлар аёлларга қараганда эркакларга кўп таъсир кўрсатади. Жинсий алоқа қилишдан олдин аёл томонидан эркак кишининг эроген соҳаларини кўп таъсирлантириш, тез қўзғалувчан эркакларда эякуляцияни тезлатиши мумкин. Сексологларнинг фикрига кўра, 30-35 ёшдан сўнг умумий жинсий қўзғалиш биров бўлса-да, сусаяди. Бунинг натижасида эрекция пайдо бўлиши қийинроқ бўлса-да, жинсий алоқа даври биров чўзилади. Агар эркак кишида оргазм 15-20 фрикциядан сўнг келса, вақтли эякуляция ҳақида гапириш мумкин. Аввал узоқ жинсий алоқа қилувчиларда кейинчалик коитус даври қисқарса ҳам вақтли эякуляция бўлиши мумкин. Биринчи бор жинсий алоқа қилаётганларда, баъзан олатни қинга киргизмасдан туриб эякуляция пайдо бўлиб қолади.

Неврастения касаллигида тез пайдо бўладиган эякуляция эрекциянинг сустлиги билан бирга кузатилади. Юқори даражада қўзғалувчан ва тез ҳолдан тоядиган эркакларда кечқурунлари сперма ўз-ўзидан отилиб кетиши мумкин (бундай пайтда киши уйғониб кетади). Хоҳиш-иродага қарамасдан сперманинг ўз-ўзидан отилиб кетиши

поллюция деб аталади. Поллюция, кўпинча, тунда, ухлаб ётганда кузатилади. Бундай пайтларда, одатда, эрақ киши эротик тушлар кўраётган бўлади.

Хўш, поллюция нега кузатилади, у қандай жараён, унинг механизмлари нималардан иборат?

Поллюция уруғ пуфакчаларида катта миқдорда сперма тўпланганда рўй беради. Бундай пайтларда эякуляция маркази рефлектор тарзда таъсирланади, яъни ўз-ўзини бошқариш механизми ишга тушади. Поллюциядан сўнг сексуал қўзғалиш пасаяди. Неврастения касаллигида уруғ пуфакчаларида озгина сперма тўпланишининг ўзи поллюцияни юзага келиши учун етарлидир, чунки уларда асаб марказлари юқори даражада қўзғалувчан бўлади. Астеник беморда тез-тез бўладиган поллюциялар баъзан чарчаш аломатлари, уйқунинг йўқолиши, кайфиятнинг бузилиши билан кечади. Улар поллюция бўлганини иложи борича ёнида ётган рафиқасидан яширишга интилишади, чунки юқорида айтиб ўтганимиздек, сперманинг «берухсат» отилиб чиқиши, узоқ вақт жинсий алоқа қилинмаганида рўй беради. Шунинг учун ҳам поллюция эр-хотин орасидаги жанжалларга сабаб ҳам бўлиши мумкин.

Неврастенияда кузатиладиган поллюциялар даволангач ва сиҳаттоҳларда дам олингач, ўтиб кетади. Бунда жисмоний тарбия ва спортнинг ҳам роли катта. Айримлар ўсмирлик пайтида онанизм билан шуғулланиб, сунъий равишда эякуляцияга эришганлари учун уйланганларидан сўнг жинсий алоқанинг биринчи кунда эякуляция тез пайдо бўлиб қолиши мумкин. Кўпинча, эрақлар буни касаллик аломати деб тушуниб, жинсий соҳадаги муваффақиятсизликларини онанизм асорати, деб ўйлашади. Ўсмирлик давридаги онанизм – бу физиологик жараён бўлиб, у кейинчалик жинсий ожизликка олиб келмайди.

Бемор У., 26 ёшда, техник ходим, васвасага берилувчан, ўта раҳмдил, ўз касбини севадиган йигит. Эякуляция тез пайдо бўлишидан шикоят қилиб, докторга маслаҳатга келади. Ўсмирлик даврида тез-тез поллюциялар бўлиб турган. 17-18 ёшида қизлар билан дискотекаларда рақсга тушганда кучли эрекциялар ва баъзан эса эякуляциялар кузатилган. 19 ёшида биринчи бор жинсий яқинлик пайтида дарров эякуляция пайдо бўлган. 20-22 ёшида бўлган жинсий алоқаларда иккита фрикциядан кейин оқ эякуляция кузатилган. Энг узоқ чўзилган коитус 10 сония. 24 ёшида уйланган. Бевақт эякуляция сақланиб қолган. Жинсий алоқадан рафиқаси ҳаммавақт ҳам қониқавермаган. Сўнгги пайтларда жинсий алоқа пайтида рафиқасининг қини қуриб қолиши, жинсий алоқани қийинлаштиради. Бу

воқеалар унинг кайфиятини тушуриб юборади, бор фикрини мана шу қийинчиликларга қаратади. Урологда олган даволаш муолажалари (простата массажи, физиотерапия) ва гормонал дорилар натижа бермайди.

Объектив текширишлардан сўнг беморнинг жинсий аъзоларида камчилик топилмаган, урологик патология ҳам аниқланмаган. Шундан сўнг бемор невропатологга юборилган ва унда неврастения аниқланган. Самарали даволаниш учун унда эрекцияни мустаҳкамловчи ва коитус даврини узайтирувчи даволаш муолажалари ўтказилган. Бу муолажалар тафсилоти ва турмуш ўртоғидаги муаммоларнинг асаб билан боғлиқлиги рафиқасига ҳам тушунтирилиб, махсус кўрсатмалар берилган. Беморга бир ой мобайнида жинсий алоқадан ўзини тийиб туриш буюрилган. Бу давр ичида уларга бирга ётишни давом эттиравериш ва эракда эрекция бўлса-да, жинсий муносабатда бўлмаслик тавсия қилинган. Рафиқасига 2 ҳафтадан сўнг турмуш ўртоғи жинсий алоқа қилишни истаса, буни рад этмаслик, эякуляция тез содир бўлмаслиги учун жинсий алоқа пайтида турмуш ўртоғини бироз бошқариб туриши, фрикцияни вақти-вақти билан тўхтатиб туриши зарурлиги тушунтирилган. Эракка эса эрекция бўлган заҳоти жинсий алоқани бошлаб юбормаслик ва ўзаро эркалатишларни давом эттириш тавсия қилинган.

Орадан бир ой ўтгач, бемор доктор қабулига келиб, эрекция даври узайгани, 2 ҳафтадан сўнг муаммолари ҳал бўлганини айтади.

Бу беморни кузатган докторнинг фикрича шу йўл билан тез тугайдиган эякуляцияни бартараф этиш мумкин. Бироқ ҳамма мутахассислар ҳам бу фикрга қўшилавермайди ва бундай машқлар доимо яхши натижа билан тугашига шубҳа билан қарашади.

Бевақт эякуляция неврастениядан ташқари бош ва орқа мия жароҳатланишлари, яллиғланиш, дегенератив ва урологик касалликларда, зўр бериб жинсий алоқа билан шуғулланаверганда ҳамда простата безининг атониясида кузатилади. Шунинг учун бундай беморлар неврологик, психоневрологик ва урологик текширувлардан ўтишлари лозим.

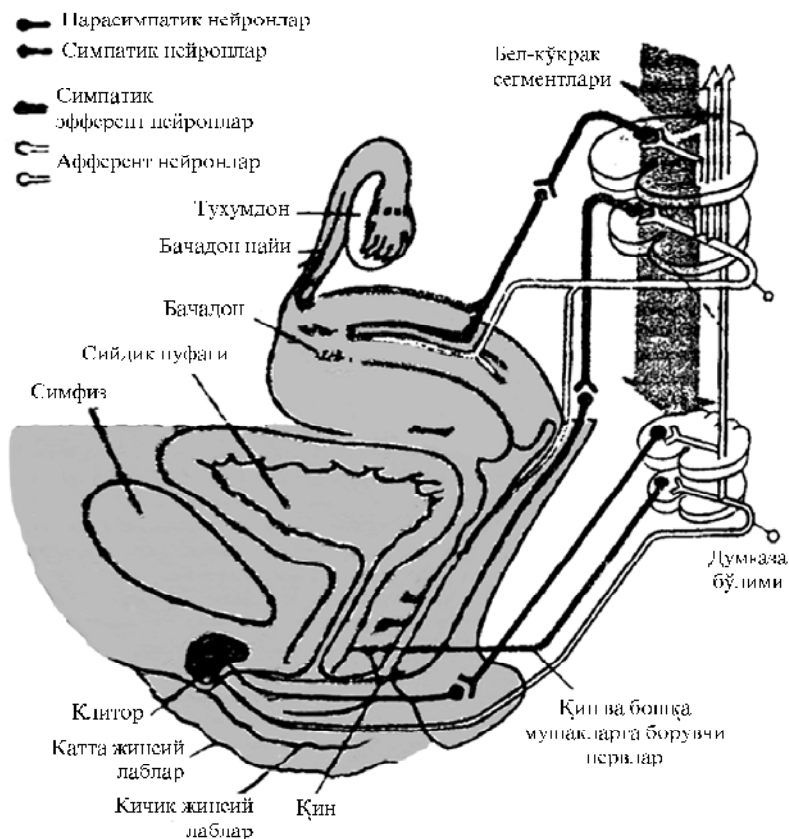
11.3. Аёлларда учрайдиган сексуал бузилишлар

Фригидлик. Аёлларда учрайдиган жинсий совуққонликка **фригидлик** деб аталади. Жинсий майли йўқ ва оргазм кузатилмайдиган аёллар фригид ҳисобланишади. Аёллар жинсий аъзоларининг иннервацияси 35-расмда келтирилган.

Фригидлик белгиларининг ривожланишига қараб, унинг 3 даражаси фарқ қилинади: I даража – жинсий алоқа озгина бўлса-да, ёқимли таассуротлар остида рўй беради, қин хўлланади, лекин оргазм кузатилмайди; II даража – жинсий алоқага бефарқ, жинсий кўзғалиш ва ёқимли таассуротлар йўқ; III даража – жинсий алоқадан қочишга интилади ва бундай пайт кучли оғриқ сезади.

Мутахассислар шартли равишда фригидликнинг 4 турини ажратишган:

- 1) ретардацион;
- 2) психоген;
- 3) симптоматик;
- 4) конституционал.



35-расм. Аёллар жинсий аъзоларининг иннервацияси.

Ретардацион фригидлик – жинсий ҳирсинг кеч ривожланиши билан боғлиқ бўлиб, ўтиб кетувчи хусусиятга эга. Умуман олганда, ҳамма соғлом аёлларда ҳам оргазм жараёни бир хил пайтда ривожланавермайди. Кўпчилик аёлларда у ўсмирликдан пайдо бўла бошласа, бошқаларда фақат турмушга чиққач ёки туққанидан сўнг ривожланади. Аксарият қизларда оргазм (тахминан 25 %) тўла жинсий балоғат ёшига етганда пайдо бўлади. Жинсий ҳаётга бўлган талаб 25-30 ёшгача бўлган эркакларда юқори бўлади, 30 ёшдан сўнг эса либидо бироз пасайиб боради. Аксарият аёлларда бунинг акси кузатилади, яъни либидо 30 ёшдан сўнг кучайиб боради. Лекин 45-50 ёшга етмасдан жинсий майли пасайиб борадиган ва бутунлай йўқоладиган аёллар ҳам кўпчиликни ташкил қилади. Бу иккала бир-бирига зид ҳолатнинг аниқ бир статистик кўрсаткичи йўқ. Баъзан эркаклар ёш аёлларнинг жинсий ҳаётга бўлган физиологик талабини ортиқча, ёши каттароқ аёлларникини эса паст баҳолашади. Чунончи, 30 ёшгача бўлган аёлларнинг аксарияти турмуш ўртоғининг жинсий фаол эканини айтишса, 30 ёшдан кейин эса уларнинг суствлигидан шикоят қилишади.

16-18 яшар қизларнинг жинсий ҳаёти 25-30 ёшли аёлларникидан бироз фарқ қилади. Уларнинг кўпчилиги учун севиш ва севилиш, хиёбонларда сайр қилиш, тез-тез учрашиб туриш, ўпишиб-кучоқлашиш жинсий алоқага қараганда афзал ҳисобланади. Жинсий яқинликка, асосан, йигитлар мажбурлашади, ўзаро хоҳиш билан турмуш қурилган бўлса-да, бундан аксарият қизлар ўзларини ҳақоратлангандек сезишади.

Биринчи никоҳ кечаси бўлиб ўтган жинсий алоқа аёлларда ҳар доим ҳам оргазм билан тугамайди. Оргазм турмуш қургандан бир ҳафта, бир ой, баъзан йиллар ўтгач кузатилиб бошланади.

Психоген фригидлик. Психоген фригидлик сексуал эҳтиёжларни руҳий йўллар билан тўхтатиб юришда рўй беради. Бунинг сабаблари турличадир. Севмасдан турмуш қуриш, турмуш ўртоғининг жинсий заифлиги, оилавий жанжаллар, бошқа бировни севиб қолиш, фарзанд бўлмаслиги, жинсий алоқалар пайтида ҳар бир томоннинг ўз усулини таклиф қилишлари каби психологик ҳолатлар психоген фригидлик ривожланишига олиб келади. Лекин бу бузилишлар вақтинча бўлиб, психологик тўсиқлар олиб ташлангач, ўтиб кетади.

Бу вазиятга оид мисол келтирамиз. 25 яшар қиз жисмоний тарбия институтини тугатгач, кичик бир шаҳарга ўқитувчи қилиб жўнатилади. Уша шаҳарга ўзи билан бирга ўқиган йигит ҳам ишга келади. Қиз унга турмушга чиқишга розилик беради. Никоҳнинг биринчи кечаси вино ичиб маст бўлган куёв авваллари қизлар билан нима

ишлар қилганини, қизлар унинг қобилиятини доимо юқори баҳолаганликларини мақтаниб, оқизмай-томизмай ёрига гапириб беради. Бу қизда унга нисбатан қаттиқ нафрат уйғотади. Турмуш ўртоғининг жинсий қобилияти яхши бўлса-да, унга нисбатан ҳеч қандай жинсий майл сезмаган. Бошқа йигит билан (жинсий жиҳатдан унча кучли бўлмаса-да) жинсий алоқа пайтида оргазм кузатилган. У турмуш ўртоғи билан ажрашиб, ўша йигитга турмушга чиққан. Бу воқеа психологик фригидликка яққол мисол бўла олади ва жинсий алоқанинг нафақат физиологик, балки психологик жараён эканини тасдиқлайди.

Жинсий туйғуни тўхтатадиган руҳий омилларга жинсий алоқа пайтида кузатиладиган оғриқли дефлорация, касалланиб қолиш ва бошқаларга гап-сўз бўлишдан қўрқиш каби ҳолатлар ҳам киради.

Симптоматик фригидлик. Бирорта касаллик натижасида ривожланадиган фригидликка **симптоматик фригидлик** деб аталади. Бош мия ва орқа мианинг органик, урологик, гинекологик, наслий ва оғир юқумли касалликлар, гиёҳвандлик, ароқхўрлик, турли этиологияли энцефалопатиялар, эндокрин бузилишлар, эндоген депрессиялар фригидликка олиб келиши мумкин.

Конституционал фригидлик. Бунинг асосида психосексуал функцияларнинг туғма етишмовчилиги ётади. Масалан, худди туғма муסיқий карлик бўлгани каби туғма фригид аёллар ҳам бўлади. Бу аёлларда бошқа ҳамма аъзо ва системалар соғлом, жинсий аъзолари анатомик жиҳатдан яхши ривожланган, оналик функцияси сақланган бўлиши мумкин, лекин уларда турли даражада ифодаланган фригидлик кузатилади. Улар учун фригидлик касаллик эмас, балки туғма нуқсондир. Одатда, бундай аёллар ичида онанизм билан шуғулланганлари бўлмайди, улар эркаклар билан жинсий яқинликка интилмайди, одатда, севиб турмушга чиқмайди, жинсий алоқа оргазм билан тугамайди, врачларга бориб даволанишни исташмайди ҳам. Бу фригидликнинг сабаблари ҳозиргача фанга номаълум.

Фригидликнинг бундай таснифини мукамал деб бўлмайди, чунки симптоматик ва ретардацион фригидликда психологик омилни инкор қилиш қийин.

11.4. Дисгамия

Эр-хотин орасидаги жинсий муносабатлар уйғунлигининг бузилишига **дисгамия** деб аталади. Дисгамия, яъни икки томондан бирининг жинсий ҳирсларининг қониқмаслиги оиланинг бузилиши ва хиёнат ёки турли даражадаги неврозларга сабаб бўлади. Аксарият

ҳолларда дисгамиянинг асосий сабаби жинсий алоқанинг тез тугашидир (суст эрекция ва вақтли эякуляция сабабли). Чунки аёл киши жинсий алоқанинг оргазм билан тугабини истайди. Айтиб ўтганимиздек, эркак кишига қараганда, аёлларда оргазм келиши анча мушкулроқ. Жинсий алоқанинг вақтли тугаши нафақат аёлнинг, балки эркак кишининг ҳам руҳига катта зиён етказади ва у рафиқасининг олдида эркаклик бурчини бажара олмаганидан ўзини гуноҳкор ҳис қилади. Фригидликдан фарқли ўлароқ, дисгамияни аёллар руҳан оғир кечиради. Аёл киши бир томондан, турмуш ўртоғини инсон сифатида, болаларининг отаси сифатида яхши кўради, лекин иккинчи томондан, ундан жинсий ҳирсини қондира олмайди. Кўп оилалар айнан мана шундай вазиятга дуч келади ва бунинг оқибатида тез-тез жанжаллар чиқади.

Эркакда ҳам, аёлда ҳам жинсий алоқа бир хил пайтда оргазм билан тугаса, иккала томон ҳам жинсий яқинликдан катта қониқиш ҳис қилади ва ўзаро айбловларга ўрин қолмайди. Аёлларда оргазм узоқроқ давом этади. Эркак киши жинсий алоқа тугагач, тез туриб кетишни истаса, аёл уни яна эркалатиб ётишларини истайди. Аёлларда оргазм бир соатгача давом этиши ҳам мумкин. Мутахассисларнинг фикрича, оргазмнинг келиш тезлиги ва давомийлиги аёлнинг мизожига ҳам боғлиқ. Баъзи руҳий касалликларда оргазм жуда чўзилиб кетиши ҳам мумкин.

Баъзи аёллар ва эркаклар оргазмнинг келишини олатнинг ҳажмига ҳам боғлашади. Бу муаммо қадимдан кўпчиликни қизиқтириб келган ва уни ўрганиш учун жуда кўп шахсий суҳбатлар ва сўровлар ўтказилган. Бу соҳани чуқур ўрганган мутахассисларнинг фикрича, оргазмнинг келиши олатнинг ҳажмига боғлиқ эмас ва бу ерда руҳий омил жуда катта аҳамиятга эга.

Чунки олатнинг кичик бўлиши фақат оғир эндокрин касалликлар (нанизм, гипопитуитризм) да кузатилади ва бор-йўғи 2 фоизни ташкил қилади. Ҳар хил статистик маълумотларни тўплаганда, «эримнинг олати кичик», деб шикоят қиладиган аёллар сони (жинсий алоқадан қониқишса-да) ўртача 30 фоизни ташкил қиларкан. Психолог ва сексологларнинг фикрича, жинсий яқинликда бўладиган аёлларнинг деярли 90 фоиздан ортиғи жинсий алоқада энг асосийси, унинг қониқиш билан тугаши деб ҳисоблашаркан. Турли ҳолатда жинсий алоқа қилиш, эроген соҳаларни кўпроқ таъсирлантириш, алоқа тугагач ҳам ширин сўзлар билан аёлни эркалатиб ётиш унинг қониқишида асосий омил ҳисобланади.

«Кама Сутра»да сексуал муносабатларга бағишлаб кўп нарсалар битилган. Унда жинсий алоқа қилишнинг 30 дан ортиқ усули, аёл ва

эркак киши жинсий алоқа қилаётган пайтидаги ўйинлар, эроген соҳаларни таъсирлантириш бўйича маслаҳатлар, жинсий қондиришнинг антиқа усуллари ёритилган. Унда, шунингдек, «Турмуш ўртоғининг бошқа аёлга кетиб қолмаслиги учун рафиқаси ҳирсни қондирувчи барча усуллардан фойдаланиб, эрни қондириш йўлини излаши керак», дейилган. Худдишу сўзлар эркак кишига ҳам тааллуқлидир. Асосий мақсад қониқиш экан, унга етишнинг турли йўллари ни қўллаш лозим («Ars amatoria»). Сексологларнинг фикрича, уйланган эркакларнинг (аёлларнинг ҳам) бошқа аёллар (эркаклар) билан юриб кетишининг аксарият сабаблари «антиқа севги» излашдир. Бундай одамлар «У билан ҳар хил усулда шуғуллана оламан, ўзимники билан эса мумкин эмас», қабалида иш тутишаркан.

Шуни нутмаслик лозимки, жинсий яқинлик пайтида эркаклар ҳам, аёллар ҳам барча санитария ва гигиена талабларига, албатта, амал қилишлари керак.

11.5. Жинсий яқинлик пайтида кузатиладиган сексуал бузилишлар

Вагинизм. Жинсий алоқа ва гинекологик текширувлар пайтида қиннинг қаттиқ қисқаришига **вагинизм** (лот. «*vagina*» – қин) деб аталади. Бундай пайтларда тос органлари мушаклари билан биргаликда қорин мушаклари ҳам қисқариб, иккала сон бир-бирига жипслашади. Жинсий алоқа пайтида вагинизмнинг ривожланиши учун руҳий омиллар катта аҳамиятга эга. Биринчи марта жинсий алоқа қилаётган ва парда йиртилишида пайдо бўладиган оғриқдан қаттиқ қўрқадиган қизларда вагинизм кўп учрайди.

Вагинизмнинг уч хил даражаси фарқ қилинади: **I даража** – вагинизм олатни ёки гинеколог асбобини қинга киргизганда пайдо бўлади; **II даража** – олат ёки асбобнинг қинга яқинлашганида рўй беради; **III даража** – вагинизм пайдо бўлиши учун жинсий алоқани ёки асбоблар билан текширишни тасаввур қилишнинг ўзи етарли бўлади.

Жинсий алоқани ранг-баранг қилиш мақсадида баъзи аёлу эркаклар мазохизм ва садизмни хуш кўришади. Жинсий яқинлик пайтида ўзига жисмоний шикаст етказилгандагина қониқиш ҳосил қилишга **мазохизм**, ҳамроҳига азоб беришдан қониқишга **садизм** деб айтилади.

Вагинизм, айниқса, невроз, истерия ва ипохондрияда кўп кузатилади. Мабодо қизлар биринчи жинсий алоқадан сўнг қаттиқ оғриқ сезса, кейинчалик уларда турли даражада ривожланган вагинизм

пайдо бўлиши мумкин. Шунинг учун ёш келинларни жинсий алоқага руҳан тайёрлаш катта аҳамиятга эга.

Назорат учун саволлар

1. Жинсий аъзолар марказлари ҳақида сўзлаб беринг. Уларнинг ишлаш принципи қандай?
2. Эроген соҳалар тананинг қаерларида жойлашган?
3. Либидо, эрекция, эякуляция нима? Уларга таъриф беринг.
4. Оргазм нима ва унинг қандай турлари мавжуд?
5. Фриксия ва коитус нима? Уларнинг фарқи нимада?
6. Импотенция нима? У қайси касалликларда кўп учрайди?
7. Меъёрдаги жинсий алоқа деганда нимани тушунаси?
8. Поллюция нима? У қандай пайтларда ва кимларда юзага келади?
9. Онанизм нима? Унинг организмга зарари борми?
10. Фригидлик нима? Унинг қандай турлари бор?
11. Дисгамия нима? Унинг сабаб ва оқибатлари ҳақида гапириб беринг.
12. Дисгамиянинг олдини олиш учун нималар қилиш керак?
13. «Кама Сутра»да эркак ва аёлларга қандай маслаҳатлар берилган?
14. Вагинизм нима? Унинг қандай турларини биласиз?
15. Мазохизм ва садизм деганда нимани тушунаси?

XII БОБ. ТЕРИДА КУЗАТИЛАДИГАН ПАТОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

*Битта доктор даволаса яхши, иккитасига ҳам
чидаса бўлади, лекин учта доктор бу даҳшат.*

Х.Ф. Гуфеланд

12.1. Умумий маълумотлар

Асаб бузилишларида терида учрайдиган турли хил белгилар одам ички дунёси кечинмаларининг унда акс этишидир. Тери касалликларининг келиб чиқиши сабабларини аниқлашда руҳий омилларга қадимдан катта эътибор қаратишган. Масалан, экземани руҳий касалликнинг терида акс этган клиник кўриниши деб аташган. Статистик маълумотларга кўра, оғир ҳиссий кечинмалар 70 фоиз беморда эшакеми касаллиги, 85 фоизда алопеция (соч тўкилиши), 66 фоизда нейродерматитлар ривожланишига сабаб бўлади. Экзема аниқланган беморларнинг психологик анамнези ўрганилганда, уларнинг ярмидан кўпи илгари депрессияга тушган ва деярли барча ҳолатларда касаллик қайталашига айнан ўткир стресс сабаб бўлган.

Тез-тез кузатиладиган аффектив ҳолатларда вегетатив реакцияларнинг терида акс этишини ҳар бир врач амалиётда кўп кузатган. Бундай пайтларда юз оқаради, ғоз териси пайдо бўлади, одамни совуқ тер босади, сўнг тери қизара бошлайди, баъзан эса қизил тошмалар тошиб, қичишиш пайдо бўлади. Терида кузатиладиган трофик ўзгаришлар, айниқса, эътиборга лойиқдир. Доимий депрессив ҳолатда юрадиган беморларнинг териси доимо қуруқ бўлади, эластиклигини йўқотади, кўз ва оғиз бурмалари қалинлашиб, юзига ажинлар тушади. Бу ҳолат одамни ёшидан катта қилиб кўрсатади ва айниқса, аёллар бу аҳволни оғир кечирishaди, юз терисига суртиладиган турли кремлардан фойдаланишади. Бу ажинлар асаб бузилишларидан пайдо бўлганлиги сабабли, кремлар фойда бермайди ёки вақтинча ўзгариш кузатилади. Баъзи беморларнинг қўл териси ва товонлари ёрилиб кетади. Сочнинг доимо тўкилиши (айниқса, 30 дан ошган беморларда) уларни жуда безовта қилиб қўяди. Бундай беморларнинг ҳам аввало асабини даволаш лозим. Бошқа даволаш усулларини қўллаш эса кам самаралидир.

Ўткир стрессдан сўнг терида 1-2 кун ичида тўсатдан чуқур патологик ўзгаришлар пайдо бўлиши мумкин. Худди шундай ҳолатни биз Ш. исмли беморда кузатганмиз. Унинг катта оилавий фожиадан сўнг бир кунда сочлари тўкилиб, қош ва киприклари оқариб,

терисининг деярли ҳамма жойини оқ доғлар (пигментсизланиш ҳисобига) босиб кетади. Ўргатилган айиқ тишлагандан сўнг кўрққанидан сочи бутунлай тўкилиб кетган цирк артисти ҳақида ҳам ёзилган. Бу ҳолат болаларда ҳам учрайди. 8 яшар боланинг тушига яқинда вафот этган буваси киради ва у тобутдан чиқиб келиб боланинг сочидан қаттиқ тортади. Бу даҳшатли тушни бола бир неча кун узлуксиз кўрган ва ҳар гал сочи тўкилаверган. Бола гипноз усули билан даволаниб, ёмон туш кўрмайдиган қилинган. Бир неча кундан сўнг боланинг сочи яна ўса бошлаган (А.С. Голибин, 1999).

Узоқ давом этадиган аффектив бузилишларнинг соматик кўринишларидан яна бири тирноқлардаги трофик ўзгаришлардир. Бунда тирноқларнинг ранги ўчиб, қалинлашади, узун чизиқлар пайдо бўлади ва (айниқса, оёқдаги) синадиган бўлиб қолади. Ҳамма тирноқларнинг бир хил тарзда ўзгариши, патологик жараённинг секин-аста зўрайиб бориши, бармоқда яллиғланиш белгиларининг йўқлиги унинг психоген хусусиятга алоқадор эканидан далолат беради. Умумий ёки маҳаллий гипергидроз (қўл панжаси, қўлтиқ ости ва оёқларда) ҳам ҳиссий-руҳий бузилишларда кўп кузатилади. Бу патологик ўзгаришлар, айниқса, ёшларда кўп учрайди ва аксарият ҳолларда кучли ҳиссий зўриқишдан сўнг тўсатдан пайдо бўлади. Бундай беморлар сал ҳаяжонланса, иссиқроқ нарса ичса, жисмоний меҳнат қилса ва ҳавонинг ҳарорати сал кўтарилса ҳам тезда терлаб кетишади. Буни фанда «хўл депрессия» деб ҳам аташади. Уларни энг кўп қийнайдиган ва жиғига тегадиган нарса бу ёмон ҳид келишидир. Тер ва ёғ безлари фаолиятининг патологик кучайиши психовегетатив синдромларнинг доимий ҳамроҳидир. Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, қўлтиқ ости ва чов соҳасида жойлашган тер безлари тана ҳароратининг бошқарилишида иштирок этмайди ва жинсий балоғатга етгандан сўнггина фаолият кўрсата бошлайди. Бунда улар ўзгача ҳид таратувчи моддалар (феромонлар) ишлаб чиқара бошлашади. Бу физиологик механизм жинснинг сексуал хулқ-атвориغا мослашиб туради. Айнан мана шу ўринда аёлдан таралаётган ҳид эркак кишидан келаётган ҳиддан кескин фарқ қилади. Психовегетатив синдромларда кузатиладиган кучли сексуал бузилишлар апокрин безларнинг секретор ҳолатига катта таъсир кўрсатади ва ёқимсиз ҳид пайдо бўлишига сабаб бўлади. Бу беморлардаги ўзига хос ҳидга қараб, уларда психовегетатив синдром борлигини аниқлаш мумкин.

Теридаги доимо терлаб юрадиган жойлар, кўпинча, қизариб туради, у ерларда аллергик ўзгаришлар пайдо бўлади, қўлтиқ остидаги лимфа тугунлари катталашади. Айнан мана шундай беморларда нейродермит ёки экзема касалликлари осон ривожланади. Кучли ҳис-

сий зўриқишлар бундай беморларда тери касалликларининг авж олиб кетишига сабаб бўлади. Масалан, псориаз 40 фоиз беморда яқинлари билан содир бўлган бахтсиз ҳодисалардан, 52 фоизда бошқа кучли салбий ҳиссий бузилишлардан сўнг ривожланади. Бу ерда сабаб ва оқибат орасидаги давр бор-йўғи 2-14 кунни ташкил қилган, камроқ ҳолларда эса бир ойга чўзилади (Seville R.H., 2002). Шунинг учун теридаги ўзгаришлар ҳар томонлама пухта ўрганилиши зарур, чунки улар руҳий бузилишларнинг дастлабки клиник кўринишлари бўлиши мумкин.

Аксарият ҳолларда теридаги ўзгаришлар бемордаги руҳий бузилишлар зўрайганда кучайиб, камайган пайтда эса сусайиб боради. Тери касалликларини даволашда бу феноменни эътиборга олиб, фаол психотерапевтик муолажаларни ўтказиш керак бўлади. Маълумки, теридаги камчиликлар одам руҳига жароҳат етказди, шунинг учун ҳам деярли барча беморларда турли даражада ривожланган ипохондрия шаклланади. Улар бутун фикри-зикрини (айниқса, дастлабки пайтларда) теридаги нуқсонларга қаратишади. Дерматологлар ва психологларнинг таъкидлашича, беморлар ушбу бузилишлардан қанчалик кўп сиқилишса, касаллик белгилари шунчалик кучаяди (тўғридаволанишдан қатъи назар). Агар беморнинг фикри узоқ вақт бошқа нарсаларга чалғитилса, теридаги ижобий ўзгаришлар тезлашади. Иккинчи жаҳон уруши даврида дерматологлар қизиқ бир ҳолатни кузатишган, яъни уруш бошлангандан сўнг аксарият беморлар сурункали тери касалликларидан тузалиб кетишган. Бу феноменга қуйидагича изоҳ бериш мумкин: уруш бошланишидан олдин беморлар учун асосий муаммо – теридаги патологик ўзгаришлар бўлса, уруш бошлангандан сўнг эса ундан ҳам муҳим муаммо пайдо бўлди, яъни унинг ва яқинларининг ҳаёти хавф остида қолди. Уруш бошланди! У энди ўзини, оиласи ва Ватанни ҳимоя қилиши керак! Доминанта принципига мувофиқ, бош мия пўстлоғидаги кучсиз кўзғалишлар (урушгача бўлган теридаги ўзгаришлар) ўрнини кучли кўзғалишлар (урушнинг бошланиши, ўлим хавфи) эгаллади. Бош мия пўстлоғида пайдо бўлган кучли доминант ўчоқ аввалги ўчоқнинг фаолиятини йўққа чиқарди ва миядаги компенсатор механизмларни ишга солди, функционал системаларни кучайтирди. Миядаги кескин бу ўзгаришлар терида ўз аксини топди ва ундаги патологик жараёнлар чекинди.

Теридаги патологик ўзгаришларнинг инсон руҳига боғлиқлигини қуйидаги мисол ҳам тасдиқлаб беради: бир аёлнинг отаси оғир касалликдан вафот этаётганда сочи кўп тўкилган. Бу жудоликдан бироз вақт ўтгач эса соч тўкилиши тўхтаган. Демак, аффектив бузилиш

даврида соч тўкилган, адаптация даврида эса соч тўкилиши тўхтаган.

Шунинг учун ҳам бундай беморларни даволашда психодинамик терапиядан кенг фойдаланиш керак. Шунингдек, антидепрессантлар, психотерапия, физиотерапия, сиҳатгоҳларда даволаниш ҳам яхши натижалар беради.

12.2. Тери гиперестезияси

Тери гиперестезияси организмнинг умумий гиперестезиясининг бир тури бўлиб, бунда арзимаган ташқи таъсир терида кучли патологик ўзгаришларга олиб келади. Маълумки, чуқур аффектив бузилишлар қонда катехоламинлар миқдори ошиши билан кечади. Бу физиологик жараён, албатта, теридаги моддалар алмашинувига таъсир этади. Бу асаб тизимининг стрессорга бўлган мослашиш ва ҳимоя реакциясидир. Тери филогенетик жиҳатдан кекса аъзо ҳисобланади. Ҳар қандай аффектив бузилишлар терида ўз аксини топади ва тери гиперестезияси ҳам руҳий бузилишларнинг клиник кўринишларидан биридир. Тери гиперестезияси кучли даражада бўлган беморларнинг танасида бармоқ билан тегилса, ўша жойнинг ўзида шиш ва қичишиш пайдо бўлади. Агар уларнинг танасига сал ўткирроқ нарса билан тегилса, беморнинг бутун танасида эритемалар пайдо бўлади. Албатта, бундай беморларни текшириш ўта мушкулдир. Улар ҳатто қўлларини ҳам таналарига тегишидан қўрқишади, кечкурун кийимларини ҳам ечмай ухлашга ётишади, чунки бир кийимни иккинчиси билан ўзгартириш танада оғриқ пайдо бўлиши ва бошқа белгиларнинг кучайишига олиб келади. Ўзгаришлар, айниқса, бармоқларда кучли ривожланган бўлади. Улар ботинка боғини боғлай олмайдилар, овқатни қошиқсиз ичишга ҳаракат қиладилар, бирор иш қилишмоқчи бўлишса, иложи борича резина қўлқоп кийиб оладилар. Бундай беморларга баъзан адашиб «аллергик дерматит» ташхиси қўйилади.

Теридаги ўзгаришлар аксарият ҳолларда бармоқлардан бошланиб бўйин соҳасига аста етиб боради ва беморда бўғилиш белгиларини беради. Бемор бутун фикрини терида бўлаётган азобли ўзгаришларга қаратади, унда ипохондрия ривожланади ва бу касалликнинг янада авж олишига сабаб бўлади. Ўтказилган оғир соматик касалликлар, айниқса, операциялардан сўнг ҳам терида ана шундай кучли ўзгаришлар бўлади.

Бир неча соматик органлар операциясидан сўнг ривожланган тери гиперестезиясига мисол келтирамиз.

Р. исмли аёл, 35 ёшда, касби сотувчи (асосан шакар сотади), аввал касалхонада ошпаз бўлиб ишлаган. Бир йилда иккита оғир операцияни бошдан кечиради: биринчисида катта миома борлиги сабабли бачадон, иккинчи сафар жигардан эхинококкоз пуфакчалари олиб ташланади. Умумий наркоз билан ўтказилган бу операциялардан сўнг беморнинг териси ўта сезгир бўлиб қолади. Дастлаб пиёз тозалаянда, овқатга мурч ишлатганда, иссиқ нарсаларни ушлаганда, танасига ўткирроқ нарса тегиб кетганда терида қичималар, оғриқ пайдо бўлади. Агар шу нарсалардан фойдаланмаса, терида ҳеч қандай ўзгариш бўлмаган. Бемор безовта бўлиб, яъни «Теримда аллергик касаллик пайдо бўлди», деб дерматолог ва аллергологга учрайди. Улар аччиқ, шўр, иссиқ нарсаларга яқинлашмаслик ва ўткир нарсаларни ушламасликни тавсия қилиб, антигистамин воситалар қабул қилишни буюришади. Уй бекаси бўлган бемор иложи борица докторларнинг тавсиясига амал қилишга ҳаракат қилади, лекин овқат қилиш, кир ювиш, уй тозалаш каби юмушларни ҳам қилиб туради. Беморда аста-секин ипохондрик ва фобик белгилар шакллана бошлайди. Чунки у докторлар тавсия қилган режимга риоя қила олмаётгани учун азият чекар, бунинг устига янги-янги симптомлар пайдо бўлаётган эди. Энди бемор қўлини совунлаб ювса ҳам, шакар ушласа ҳам терисида қизариш ва қичима, қизил пуфакчалар ҳамда чидаб бўлмас оғриқ пайдо бўла бошлайди. У шакардан турли хил ширинликлар пишириб сотишни тўхтатади. Докторма-доктор қатнаб туман, вилоят шифохоналарида даволанади, лекин бирор натижага эришмайди. Касаллик зўрайгандан-зўрайиб, беморнинг қўлига нима тегса ҳам (юмшоқ-қаттиқлигидан қатъи назар) терига қизил пуфакчали тошмалар тошиб кетаверадиган, танада кучли оғриқ пайдо бўладиган, сўнг эса нафаси сиқиб бўғиладиган бўлиб қолади. Аҳвол шу даражагача бориб етадики, у ҳатто бешта бармоғини бир-бирига яқинлаштириб, қўлини мушт қила олмайдиган бўлиб қолади, чунки бармоқлар бир-бирига ишқаланса, бутун тана-сида умумий гиперестезия белгилари пайдо бўлиб, бўғилиб бошларди. Бемор ҳар гал сиқилганда, айниқса, кечалари касали зўраяди.

Беморнинг невростатуси текширганимизда кучли даражадаги органик неврологик симптомлар топилмади. Унда вегетатив, ипохондрик ва фобик белгилар аниқланди. Беморда ҳамма аллергик синамалар ўтказилади. Унга ҳам аллергияга қарши, ҳам тинчлант-рувчи дорилар, бир ой мобайнида психотерапевтик муолажалар, транквилизаторлар, антидепрессантлар буюрилди. Бира тўла плацеботерапия қилинади. Бемор комплексдаволаш муолажаларидан сўнг бутунлай тузалиб кетади.

Биз бу мисолда аввал руҳан соғлом бўлган беморда ўтказилган иккита оғир операциядан сўнг ривожланган умумий гиперестезия билан кечувчи соматопсихик синдромнинг гувоҳи бўлдик.

Мутахассисларнинг фикрича, аксарият ҳолларда терида бошланган ўзгариш дастлаб функционал хусусиятга эга бўлади ва кейинчалик организмнинг иммунитетини пасайиши натижасида касаллик органик тус олади, яъни терида сурункали яллиғланиш жараёнлари бошланади. Демак, теридаги патологик жараёнларни фақат функционал бузилишлар билан боғлаш керак эмас. Бунинг тасдиғини юқоридаги мисолларда кўрдик: барча ҳолатларда теридаги органик симптомлар функционал белгилар билан биргаликда намоён бўлди ва шу билан бирга аффектив бузилишлар барҳам топгач, нафақат функционал белгилар, балки органик симптомлар ҳам ўтиб кетди ёки кескин пасайди. Беморларни даволашда буни, албатта, эътиборга олиш керак.

Агар лаборатор ва параклиник текширувларда патологик ўзгаришлар топилмаса, дерматологик ва аллергияга қарши даво чоралари ёрдам бермаса, теридаги ўзгаришларни ниқобланган депрессиянинг клиник кўриниши сифатида даволаш мумкин. Чунки теридаги эритемалар, шиш ва кичик ярачалар вегетотрофик ўзгаришларнинг клиник кўриниши бўлиб, улар псевдоаллергик симптомлар деб ҳам аталади. Патологик жараён чўзилган сайин парасимпатик тонуснинг ошиб бориши ва ацетилхолин кўп миқдорда ажралиб чиқиши натижасида терида жойлашган майда қон томирларининг узоқ вақт ва кучли даражада кенгайиши рўй беради. Теридаги вегетотрофик ўзгаришлар асосида мана шу жараён ҳам ўта муҳим аҳамият касб этади.

Умумий тери гиперестезиясининг клиник кўринишларидан яна бири терида **геморрагик тошмаларнинг** пайдо бўлишидир. Беморни текшираётганда (палпация, перкуссия) ёки бирор жойини ушлаганда дарров ўша жойи кўкариб қолади. Клиник ва лаборатор текширишларда гематологик, иммунологик ва бошқа органик белгиларнинг йўқлиги, беморда геморрагик васкулит ташхисини инкор қилишга ёрдам беради. Фақат аффектив бузилишлар кучайганда пайдо бўлиб ёки зўрайиб, узоқ вақт дам олганда, психотерапевтик муолажалар ўтказганда, руҳан тинчланганда ўтиб кетадиган теридаги патологик ўзгаришлар доимо психоген хусусиятга эга бўлади.

Ушбу бобда биз терида кузатиладиган патологик жараёнларнинг психоген хусусиятга эга эканлигини ўргандик. Шунинг учун ҳам бу беморларни даволашда психотерапевтик муолажалар, айниқса психодинамик терапия кенг қўлланиши керак.

Назорат учун саволлар

1. Ҳиссий-руҳий бузилишлар билан теридаги ўзгаришлар орасида қандай боғлиқлик бор?
2. Тери касалликларининг неча фоизи асаб бузилишлари натижасида келиб чиқади?
3. Терида кузатиладиган ва психоген хусусиятга эга бўлган асосий симптомларни санаб ўтинг.
4. Соч тўкилишининг қандай сабабларини биласиз?
5. Умумий тери гиперестезияси деганда нимани тушунасиз? Мисол келтиринг.
6. Болалар терисида ҳам психоген гиперестезиялар учрайдими?
7. Асаб бузилишларида умумий ва маҳаллий гипергидроз қандай кечади?
8. Ўткир аффектив бузилишларда тўсатдан терида кузатиладиган симптомлар ҳақида сўзлаб беринг.
9. Асаб бузилишларида терида кечадиган патологик жараёнларнинг механизмини тушунтириб беринг.
10. Бу патологик белгиларни йўқотиш учун қандай муолажа усулларини қўллаган маъқул?

XIII БОБ. НЕВРОЗЛАР ВА ДЕПРЕССИЯ

*Невроз бу – касаллик эмас,
балки нотўғри ҳаёт тарзидир.
Альфред Адлер*

13.1. Неврозлар

«**Невроз**» атамаси 1776 йили шотландиялик врач Келлен томонидан таклиф қилинган. Ўша даврда неврозга қуйидагича таъриф берилган: бу касалликда тана ҳарорати кўтарилмайди, бирон-бир аъзо зарарланмайди, танада лат еган жойлар бўлмайди, бироқ беморнинг асаби бузилган бўлади. Кейинчалик неврозга турлича таърифлар берилди ва унинг бир қанча таснифлари яратилди.

Барча асаб касалликлари **органик** ва **функционал** касалликларга ажратилди. Нерв тўқималарида морфологик ўзгаришлар билан кечувчи касалликларга **органик**, асаб тизимининг фақат функцияси бузилиши билан кечувчи касалликларга **функционал касалликлар** деб ном берилди. Ҳозирги кунда тиббий амалиётда неврозларга асаб тизимининг функционал касаллиги сифатида қаралади. Баъзи олимлар бу фикрга қўшилмайди ва неврозларда аниқланган турли метаболик ва енгил органик бузилишларни мисол қилиб кўрсатишади, яъни уларнинг фикрича, органик симптомлар неврозлар учун ҳам хос. Бироқ, бу органик ва метаболик бузилишлар невроз сабабли пайдо бўлганми ёки аввал ўтказилган касаллик асоратими, бунга аниқ жавоб бериш анча мушкул.

Шундай қилиб, неврозга қандай таъриф бериш мумкин? Невроз асаб тизимининг функционал касаллиги бўлиб, инсонга руҳий жароҳат етказувчи ташқи ва ички омиллар натижасида ривожланади. Демак, невроз психоген касалликдир. Неврозда аниқ кўринган морфологик бузилишлар бўлмаса-да, унинг аксарият турларида вегетатив-трофик ўзгаришлар кузатилади. Невроз белгилари узоқ ёки қисқа вақт давом этишидан қатъи назар, беморларни самарали даволаш мумкин. Бироқ, бу даволаш жараёни баъзан узоқ давом этади.

Неврознинг учта тури фарқланади: **неврастения (том маънода невроз), истерия, миядан кетмайдиган фикрлар**.

Неврастения

Неврастения (грекчадан «*neuron*» – нерв, «*astenia*» – заифлик) **асабининг заифлиги** деган маънони англатади. Неврастения асабнинг ортиқча зўриқишидан келиб чиқади. Асаби тор одамлар

неврастенияга тез чалинишади. Ақлий ва жисмоний меҳнатнинг номуаносиблиги, доимий ҳиссий зўриқишлар, яқин кишидан жудо бўлиш, оиладаги ва ишхонадаги келишмовчиликлар, доимий кўрқув ва хавотир неврастенияга сабаб бўлиши мумкин. Неврастениянинг оила аъзоларининг бир нечтасида учраши унинг ривожланишида наслий омиллар ўрнини ҳам кўрсатиб беради. Ёш болаларда неврастениянинг ривожланишига уни ўраб турган муҳит, айниқса, ота-она орасидаги жанжаллар сабаб бўлади. Болаликдаврида олган тан жароҳатлари ҳам бундан мустасно эмас.

Неврастения нафақат жаҳлдор одамларда, балки ўта андишали одамларда ҳам ривожланиши мумкин. Айниқса, андишали одамлар жанжал чиққанда ҳиссиётга зўр бермасликка ва ўзини бошқариб туришга ҳаракат қилишади, бировнинг кўнглини оғритиб қўйишса, азият чекишади. Бу ҳолатлар, аксарият ҳолларда, асаб тизимининг чарчашига сабаб бўлади. Шунингдек, витаминлар етишмаслиги, камқонлик, сурункали ва оғир касалликлар ҳам неврастенияга олиб келади.

Неврастениянинг клиникаси турли-туман бўлиб, улар ичида тез-тез асабийлашиш, жаҳлдорлик, уйқу бузилиши, бош оғриши, бош айланиши, умумий ҳолсизлик, юрак уриб кетиши, паришонхотирлик, ақлий ва жисмоний меҳнатга қобилятнинг пасайиши каби симптомлар кўп кузатилади. Неврознинг асосий симптомларига псевдоневрологик синдромлар бобида батафсил таъриф берганлигимиз учун бу ерда улар ҳақида тўхталмадик.

Неврастения, даволаш муддати ва натижаси кўпроқ унинг тўғри олиб борилишига боғлиқ. Даволашни бошлашдан олдин неврастенияга олиб келувчи сабаблар аниқланиши ва улар иложи борича бартараф қилиниши керак. Асосий сабаблар бартараф қилинганда, аксарият беморларда даволашни давом эттиришга ҳожат ҳам қолмайди, улар тузалиб кетишади. Лекин баъзи ҳолларда неврастениянинг сабабини аниқлаш ва уларни йўқотиш анча мушкул бўлади.

Беморнинг оилавий аҳволи ва ишлаш шароити билан танишиб, унга дам олиб ишлаш, иш соатларини қисқартириш, овқатланиш тартибига риоя қилиш, театр ва киноларга бориб туриш тавсия қилинади.

Неврастенияни даволаш учун жуда кўп дори-дармонлар мавжуд. Лекин уларга индивидуал тарзда ёндашиш керак. Бу мақсадда турли транквилизаторлар, седатив дорилар ва психостимуляторлардан фойдаланилади. Лекин неврастенияни даволашда ишлатиладиган аксарият дорилар кучли седатив таъсирга эга бўлганлиги учун улар-

ни ишлаб юрган беморларга тавсия қилиб бўлмайди. Кам миқдорда тавсия қилинса, яхши натижага эришиб бўлмайди. Шунинг учун кучли тинчлантирувчи таъсирга эга ва ножўя таъсири кам бўлган дорилардан фойдаланилади. Психосоматик синдромларни даволашда ишлатиладиган психодинамик терапия неврозларни даволашда ҳам кенг қўлланилади. Шунингдек, беморларга умумий массаж, игна билан даволаш, эрталабки гимнастика ва спортнинг ўзига маъқул турлари билан шуғулланиш тавсия қилинади. Йилда бир марта сиҳатгоҳларда дам олиб туриш ҳам ўта фойдалидир.

Истерик невроз (Истерия)

«Истерия» сўзи юнонча *«hysteria»* сўзидан олинган бўлиб, **бачадон** деган маънони англатади. Бу касаллик белгилари ҳақида қадимги рисолаларда кўп ёзилган ва истерияни авваллари бачадон функцияси билан боғлашган, чунки уни, асосан, аёлларда кузатишган. Кейинчалик истерик бузилишлар эркакларда ҳам аниқланган бўлса-да, унинг аввалги номи сақланиб қолган. Истерия неврознинг бошқа турлари каби кенг тарқалган касалликдир.

Истерик невроз, асосан, ёшлик даврида, кўпроқ аёлларда кузатилади, айти пайтда, унинг келиб чиқиши хулқ-атворнинг болалиқдан истерик тарзда шаклланишига боғлиқ.

Ортиқча таъсирланиш, ҳар нарсага ҳаддан ташқари эътибор бериш, мустақил фикрлай олмаслик, ортиқча ишонувчанлик, ранг-баранг ҳис-туйғуларга берилиш истерия учун жуда хос белгилардир. Улар руҳан ва жисмонан заиф кишилар ҳисобланади. Кўпчилик истерик беморлар феъл-атвори болаларники каби бўлади. Бундай беморлар учун атрофдагилар диққатини ўзига жалб этиш хосдир. Истерик бузилишлар фақат неврозларда эмас, балки психопатияларда ҳам кузатилади. Истерик невроз симптомлари аксарият ҳолларда хилма-хил касалликлар аломатини эслатади, шу боис ҳам истерияни «катта муғомбир» деб аташади. Уларда барча соматик касалликлар белгисини кузатиш мумкин, аслида эса бундай касалликлар уларда аниқланмайди.

Истерик неврознинг турлари хилма-хилдир. Уларнинг барчаси, одатда, руҳий жароҳат (айниқса, жанжал ва хафгагарчилик) дан сўнг пайдо бўлади.

Энди истериянинг кенг тарқалган турлари билан танишиб чиқамиз.

Эс-ҳушнинг кирди-чикди бўлиб қолиши. Бирдан бошланадиган ва аксарият ҳолларда тез тугалланадиган ҳолат бўлиб, бунда бемор атрофга бефарқ бўлади, қаерда эканлигини фаҳмлай олмайди, ҳозир соат нечалиги ва ўзи нима қилаётганини билмайди. Бу ҳолат бир неча

дақиқадан бир неча соатгача давом этиши мумкин. Эс-хушнинг истерик торайишида бемор атрофда содир бўлаётган воқеалардан қисман воқиф бўлса-да, бўлиб ўтган ҳодисаларни эслаб қола олмайди.

Истерик фуга (лотинча «*fuga*» – қочиш демакдир). Бунда бемор жанжал ёки бошқа бир руҳий жароҳатдан сўнг тўсатдан уй, ишхона ёки бошқа жойдан қочиб чиқиб кетади, унинг хатти-ҳаракатлари мақсадсиз бўлади, вазиятни тушуниш ва атрофда нималар содир бўлаётганини фаҳмлаш бузилади. Аммо, четдан қараганда, бошқа бировларга унинг юриш-туриши мақсадга мувофиқдек кўринади. Арзимаган уруш-жанжалдан сўнг бундай шахслар, ҳатто, бошқа шахарга ҳам анча вақтга кетиб қолиши мумкин. Кейинчалик бу беморларнинг кўпчилиги улар билан нималар содир бўлганини эслаб олмайди ёки қисман эслайди, аммо гипноз ҳолатида ҳамма нарсани эслатиш мумкин.

Истерик шахсларда учраб турадиган яна бир синдром **Ганзер синдромидир**. У, одатда, ўткир ривожланади, руҳий шикастдан сўнг тўсатдан бошланади. Унинг асосий хусусияти беморнинг ақл бовар қилмайдиган тугуруқсиз ҳаракатларидир. Улар энг оддий саволларга тугуруқсиз жавоб беришади. Масалан: «Икки карра икки неча бўлади?» деб сўралса, бемор олий маълумотли бўлишига қарамай, «Беш», деб жавоб беради ёки қўлда неча бармоқ бор деса, оғзига келган сонни айтади. Унинг белгилари деменцияни эслатади, лекин деменцияда беморлар аксарият саволларни тушунишмайди, улардан илтимос қилган нарсаларни эмас, бошқаларини бажарадилар ёки фикрларини тўғри ифода қила олмайдилар, аввал орттирган кўникмаларини йўқотишади. Деменция белгилари, одатда, зўрайиб борса, истерик «деменция» белгиларига ўтиб кетади.

Руҳий жароҳат ғоят кучли бўлганда **истерик ступор** ривожланиши мумкин. Бундай пайтларда бемор тамомилан ҳаракатсиз бўлиб қолади, индамайди ва атрофга бефарқ бўлади, юзида азият чеккан ифода пайдо бўлади. Бу ҳолат бир неча соат ёки кун давомида ўтиб кетиши мумкин. Лекин даволаш муолажалари ўтказилмаса, бу ҳолат бир неча ойгача давом этади.

Пуэрилизм – болалар хатти-ҳаракатини эслатувчи ҳолат бўлиб, ёши катталарда кузатилади. Улар болаларга хос бўлган қилиқлар қилишади: боладек ингичка товуш чиқариб гапиради, кўзларини катта-катта очади, киприкларини пирпиратади, биров гапирганда оғзини очиб туради. Бемор шу қилиғи билан бошқаларнинг диққатини ўзига жалб қилади. Аммо бундан олдин орттирилган кўникмалари сақланган бўлади.

Истерик бузилишларнинг яна бир тури **истерик депрессиядир**. Бунда бемор ўта паст кайфиятда бўлади ва бу қилиғи билан

атрофдагилар диққатини ўзига жалб этишга интилади, уларни ўзига раҳмдил бўлишга чақиради. У нақадар оғир аҳволда эканлигига бошқаларнинг эътибор беришларини истайди ва ҳоказо.

Истерик **тутқаноқ** хуружи ҳам кенг тарқалган симптомлардан биридир. Истерияда кузатилувчи тутқаноқлар ҳар хил бўлади ва уларнинг эпилепсияда кузатиладиган ҳақиқий тутқаноқлардан фарқ қиладиган томони кўпдир. Истерик тутқаноқ ҳеч қачон бемор ёлғиз қолганда рўй бермайди, чунки унга доим томошабинлар керак бўлади. Талваса тутганда, бемор бирдан ерга йиқилиб, мушаклари тортишади ва талпина бошлайди, лекин боши билан қаттиқ нарсаларга урилмайди. Улар тутқаноқ хуружи пайтида ўзига қулай жой топиб, бирор жойига қаттиқ шикаст етказмасдан йиқилишади. Хуруж пайтида беморлар, одатда, ёй сингари эгилади – бунга **истерик ёй** деб аталади. Бундай феъл-атвор кўпгина инжиқ ва эрка болаларга хосдир. Масалан, онаси янги ўйинчоқ олиб бермаса, дўконда ерга йиқилиб, қўл ва оёқларини, гоҳо бошини ҳам ерга уриб қаттиқ чинқираб йиғлайди. Агар қўрқиб кетган она сўраган ўйинчоғини олиб берса, бола шу заҳоти тинчланади. Бу одат кейинчалик вояга етган ёшда ҳам намоён бўлиши мумкин.

Истерик хуружда мушаклар тортишуви (халқ орасида бунини томир тортишуви деб ҳам аташади) ҳаммавақт ҳам кузатилавермайди ва хилма-хил бўлади, уларда сохталик ва атайинлик сезилади. Масалан, бемор гўё уни кимдир урмоқчи бўлгандек, юзини қўли билан беркитади, қичқириб юборади, хўрсиниб йиғлайди ва ҳоказо. Истерик тутқаноқда беморларнинг эс-ҳуши жойида бўлади, теваарак-атрофни тўла идрок этишади ва унга тегишлича реакция қилишади. Масалан, агар хуруж тутганини биров мазах ёки калака қилгудек бўлса, бемор дарҳол хуружни тўхтатади ва ўрнидан туриб кетади. Хуруж пайтида бемор эпилепсияда бўлгани каби тилини тишлаб олмайди ва бехосдан қовуғи бўшаб кетмайди.

Хафақон касаллиги хуружи ёки юрак хуружини эслатувчи истерик тутқаноқлар ҳам кўп кузатилади. Юракнинг тез-тез уриши, бош айланиши, кўнгил айнаши ва ҳушни йўқотиш билан кечадиган вегетатив хуружлар ана шулар жумласидандир. Хуруж пайтида бемор бошдан оёқ титрайди ва «Ҳамма жойим қақшаб оғрияпти», деб нолийди. Меъда спазми билан кечувчи хуружларда қоринда кучли оғриқ пайдо бўлади, бемор тўлғаниб ётиб олади, қайт қилади.

Истерик неврозда турли хил фалажликлар ҳам кузатилади. **Истерик фалажлар** баъзан мия инсультидан сўнгги клиник ҳолатни эслатади. Бу эса мутахассис бўлмаган кишининг фикрини чалғитиши мумкин. Истерик фалажликларда рефлекслар ва мушаклар тонуси ўзгармай қолади, патологик рефлекслар кузатилмайди. Тананинг қоқ

ўрта чизиғи бўйлаб, фалажланган томонда сезги ҳам бузилади. Периферик фалажликда кузатилувчи мушаклар атрофияси, мушак кучининг сусайиши қайд қилинмайди. Борди-ю, истерик фалажлик нотўғри даволанса ёки уни даволаш чўзилиб кетса, беморда узоқ вақт давом этадиган оёқ-қўллардаги ҳаракатсизлик мушакларнинг диффуз атрофиясига сабаб бўлиши мумкин, холос.

Истерияга чалинган беморларда **гиперкинезлар** (беихтиёрий ҳаракатлар) ҳам кузатилиши мумкин. Бу ҳаракатлар беморда ҳаяжонланганда кучаяди ва тинчланганда камаяди ёки бутунлай тўхтади. Гиперкинезлар истерик хуруж тугагач ҳам юз бериши мумкин. Баъзан беморда фалажликлар гиперкинезлар билан биргаликда кузатилади. Истерик гиперкинезлар бутун гавданинг силкиниши, бош ва оёқларнинг титраши, айрим мушак гуруҳларининг учиб туриши, қўлларнинг ғайритабиий ҳаракат қилиши билан кечади. Чин гиперкинезлардан фарқли ўлароқ, улар беморнинг ҳиссий ҳолати ва руҳга шикаст етказувчи вазиятга кўп жиҳатдан боғлиқ. Бу симптомлар узоқ вақт давом этиши ва арзимаган келишмовчиликларда кучайиб кетиши мумкин.

Истерик астазия-абазия. Бу ҳолат тик тура олмаслик ва юра олмаслик билан намоён бўлади. Бош мия катта ярим шарлари пешона бўлаги зарарланишларидаги астазия-абазиядан фарқли ўлароқ, истерияда кузатиладиган бу синдромда беморлар ерга эмас, балки уни ушлаб турган одам устига ағанайди. Уларда ҳам мушаклар гипотонияси кузатилади, лекин бошқа органик неврологик симптомлар кузатилмайди. Диагностик мураккаб ҳолатларда параклиник текширувлар ўтказилади.

Истерик алгиялар (яъни оғриқлар) – энг кўп тарқалган бузилишлардан бўлиб, деярли барча истерик синдромларда турли кўринишларда кузатилади. Беморлар тананинг турли жойлари – орқа, қорин, юрак, бош соҳалари доим оғришдан шикоят қиладилар. Оғриқ, шунингдек, бўғим, қўл ёки оёқ, тил, хуллас, тананинг барча жойида пайдо бўлади. Айни пайтда, бундай оғриқдан шикоят қилувчи беморлар турли ихтисосликдаги докторларга мурожаат қилиб юришади. Баъзан беморлар жарроҳлик операцияси ўтказишни қаттиқ талаб қилишади.

Истерияда юқорида айтиб ўтганимиздек, турли хил **сезги бузилишлари** ҳам кузатилади. Органик ва функционал сезги бузилишлари орасидаги фарқни фақат махсус неврологик текширувлардан сўнг аниқлаб олиш мумкин. Ҳар бир нерв танадаги муайян соҳанинг сезгиси ва ҳаракати учун жавоб беради. Истерик анестезияларда бу қоида сақланмайди. Айни пайтда, пай рефлексларида ҳам ўзгаришлар кузатилмайди, энг жиддий неврологик текширувлар ҳам сезги

бузилишини изоҳлаб берадиган ҳеч қандай органик касалликни аниқлаб бера олмайди.

Тарихий адабиётларда беморларда аёлларда учрайдиган **истерик ҳомиладорлик** ҳақида ҳам ёзиб қолдирилган. Бу ҳолатни баъзи мутахассислар ичакларга ортиқча газ тўпланиши билан изоҳлашса, бошқа бирлари қорин мушакларининг вақтинча бўшашиб катталашиши ҳисобига деб тушунтиришади. Истерик ҳомиладорликда қоринунча катталашмайди.

Шунингдек, «сеҳрли шифолар» ҳақида классик адабиётларда учратиш мумкин: бемор сеҳрли туморгача эмаклаб бориб, уларга қўл теккизган заҳоти шифо топган, ўрнидан туриб, юриб кетган. Истерияда «сохта ўлим» ҳақида ҳам маълумотларни учратиш мумкин. Бундай беморларга табиб «сеҳрли» қўлини теккизганда ёки оғзига сеҳрли гиёҳ эритмасини томизганда, улар «тирилган».

Сўнги даврда истерик бузилишларнинг клиник аломатлари ўзгарди, бу кишилар ҳаёт тарзининг ўзгарганига ҳам боғлиқ. Бу вазиятни ахборот ҳажми ва тиббиётга оид адабиётлар кўпайганлиги, одамларнинг интернетдан саломатликка оид маълумотлардан фойдаланиб бошлаганликлари билан ҳам тушунтириш мумкин. Бу адабиётлар одамларнинг тиббий соҳага оид билимларини бир оз кенгайтди. Бу маълумотларнинг ижобий томонларидан ташқари, салбий томонлари ҳам кўпдир.

Аксарият ҳолларда истерик невроз симптомлари бирмунча хилма-хил бўлиб, унинг кечиши кўп тарқалган касалликларни эслатади: инсулт, менингит, энцефалит, тарқоқ склероз, ўсма касалликлари ва ҳоказо. Баъзи ҳолларда, истерик бемордаги касаллик белгилари унинг бошқа кишиларда кузатган ёки тиббий адабиётларда ўқиган касалликларига ўхшаб кетади. Шу боис, ташхисни тўғри қўйиш учун турли ихтисосдаги врачлар нафақат истерик неврознинг классик аломатларини, балки «замонавий» истерик симптомларнинг клиник белгиларини ҳам ўзлаштириб боришлари керак.

Кўрсатиб ўтилган хусусиятлар турли ихтисосликдаги врачларга истерик бузилишларни чин касалликлардан ажратишда ёрдам беради. Шунингдек, истерик неврознинг барча аломатлари сохтадир. Бемор атрофидагиларга шундай деб юборади: «Менга эътибор бермаганингиздан ана шу аҳволга туриб қолдим-ку! Мен фалаж бўлиб қолдим (ёки овозим бўғилди, эшитмай қолдим, кўрмай қолдим ва шу кабилар), сизнинг айбингиз билан аъзои баданим қақшаб оғрияпти ва дардим бедаво бўлиб қолган», деб зорланади.

Истерик белгиларни даволашни ўта қисқа муддат ичида олиб бориш керак. Даволаш муолажалари қанча кўп чўзилса, ижобий натижага эришиш шунча қийин бўлади. Беморлар тўла тузалгандан

сўнг ҳам оилавий ва бошқа можаролароқибаотида яна доктор қабул-ига келиб қолишлари мумкин. Истерик беморлар врачлар ва табибларга энг кўп қатнайдиган беморлар сирасига киради.

Миядан кетмайдиган фикрлар

Неврознинг бу тури қадимдан маълум бўлиб, бу касаллик психоастения деб ҳам аталган. Психастения атамасини француз олими Пьер Жане таклиф қилган ва миядан кетмайдиган фикрлар бу касалликнинг асосий белгиси эканлигини айтган.

Агар тарихга бир назар ташлайдиган бўлсак неврастения, истерия ва психоастениянинг клиник белгилари тўғрисида Шарқ олимлари (айниқса, Ибн Сино) рисолаларида кўп бор эслатиб ўтилган. Бир неча асрлардан сўнг деярли барча касалликлар сингари невроз ва психоастениялар ҳам Европа олимлари томонидан система-лаштирилди, уларга ном берилди ва таснифлари яратилди. Шунинг учун бўлса керак, биз Европа олимлари томонидан яратилган дарсликларда Шарқ (Марказий Осиё, Хитой, Эрон, Ироқ ва ҳ.к) олимларининг номларини жуда кам учратамиз.

Миядан кетмайдиган фикрлар неврознинг бир тури ҳисобланиб, унинг учун психоастеник белгилар хосдир, яъни доимий шубҳа, қўрқув, мияга азоб берувчи тасаввурлар ва ғоялар, турли ҳаракатлар ва интилишлар. Бемор бу фикрларнинг барчасидан қутулишга ҳаракат қилади, даво чораларини излайди, лекин бу уринишлар, кўпинча, зое кетади, уни мияга ўрнашиб қолган фикрлар қийнайверади. Миядан кетмайдиган фикрларнинг доимийлиги, такрорланувчанлиги ва улардан қутулишнинг ўта қийинлиги беморни қийин аҳволга солиб қўяди. Бу ҳолатларга бемор танқидий нуқтаи назар билан қарайди, уларнинг асосли эмаслиги ва ғалати эканлигини тушунади, уларга бардош беришга интилади, лекин фикрлар унинг хоҳиш-ирода сига боғлиқ бўлмаган ҳолда пайдо бўлаверади. Бемор уларни мустақил равишда енга олмайди.

Миядан кетмайдиган фикрларнинг яққол клиник кўринишлари, булар **қўрқув (фобиялар)** ва мияга ўрнашган **турли ғоялардир (обсессиялар)**. **Фобия** хаёлдан кетмайдиган қўрқувдир. Унинг қуйидаги турлари фарқ қилинади:

концерофобия – ракка чалиниб қолишдан қўрқиш;

кардиофобия – тузатиб бўлмайдиган юрак касалига чалинишдан қўрқиш;

лисофобия – руҳий хасталикка чалинишдан қўрқиш;

клаустрофобия – ёпиқ жойдан қўрқиш (масалан, лифт кабинаси, кичик хона);

агарофобия – аксинча, очиқ жойлардан кўрқиш ва ҳоказо.

Баландлик, метрода юриш, бирор юкумли касаллик юқиб қолиши, ифлос бўлиш ва одамлар олдидан сўзга чиқишдан кўрқиш каби симптомлар ҳам фобиялар учун хосдир.

Дастлабки кўрқув муайян вазиятларда пайдо бўлади ва умияга ўрнашиб қолади. Масалан, бемор ҳамма ёқни кўриш учун томга чиқади ва пастга қараган заҳоти қаттиқ кўрқиб кетади, боши айланади, у гўё пастга қулаб тушаётгандек хавфсиради. Бунинг оқибатида беморда баландликдан кўрқиш мияга ўрнашиб қолади ва кейинчалик у бошқа вазиятларда ҳам пайдо бўлаверади. Дастлаб кўрқув баландликка кўтарилиш керак бўлганда, сўнг эса баландликка кўтарилиш эҳтимоли бўлса ва ана шу баландликка кўтарилиш керак, деган хаёлга борганда пайдо бўлади. Беморда баландликдан кўрқадиган вазиятлар борган сари кўпаяди. Эндиликда у лифтда юриш ва деразадан қарашдан кўрқайди, у ҳатто баландлик унча катта бўлмаганда ҳам чўчиб тушади.

Фобиялар пайдо бўлганда вегетатив симптомлар ҳам намоён бўлади – беморнинг юзи қизаради ёки ранги ўчади, оғзи қурийдими, юраги тез-тез уради, артериал босим ошиб кетади, тер босади, кўз қорачиқлари кенгаяди ва ҳоказо.

Бирорта оғир ички аъзолар касаллиги пайдо бўлишидан кўрқиш, одатда, психосоматик симптомлар билан бирга кечади, яъни бемор саломатлигига ҳаддан ортиқ эътибор беради. Масалан, кардиофобияда юрак уришини эшитиб туради, томир уришини санайди ёки артериал қон босимини ўлчайверади, ҳар сафар юраги нотўғри ишлаётганидан гумонсираб, терапевтдан ЭКГ қилишини ва пухта текширув ўтказишини илтимос қилади.

Касаллик хуружи қўзғалиб қолишидан кўрққан аксарият беморлар йўлда одамлар бор жойдан юрадилар, тиббиёт муассасаларига яқин бўлган йўлни танлайдилар, йўл-йўлакай дорихонага кириб турадилар, у ерда юрак дорилари ва тиббий ходимлар борлигини кўриб тинчланадилар.

Обсессиялар бу миядан кетмайдиган шубҳали хаёллар, фикрлар бўлиб, кетма-кет ёғилиб келаверади. Улар беморнинг хоҳиш-иродасига боғлиқ бўлмаган ҳолда қуйилиб келаверади ва унга оғир ботади, аслида ёқмайди ва улардан врач ёрдамисиз қутула олмайди.

Мияда ўрнашиб қолган фикрлар беморларни уйдан чиқа туриб, «Эшикни қулфладимми, оловни ўчирдимми, сувни беркитдимми?» каби хаёллар безовта қилаверади. Уйга қайтиб кириб, қайта текширади, ҳаммаси тинчлигига ишонч ҳосил қилади ва яна кўчага қайтиб чиқади. Уйдан бироз узоқлашгандан сўнг яна ҳалиги фикрлар ёғилиб келаверади ва яна уйига қайтади. Сиқилиб кетганидан

йиғлаб юборади, ҳеч қаёққа чиқмай қўяди. Ўзида кечаётган бу аломатларга, албатта, бемор танқидий кўз билан қарайди ва улардан қутулишни истайди, лекин ҳеч бунинг иложини топа олмайди.

Баъзан беморда мантиқан бир-бирига зид хаёллар пайдо бўлади. Масалан, яқинлашиб келаётган машина тагига ўзини ташлаш истаги пайдо бўлади-ю, машина яқинлашганда, бирдан қўрқиб кетиб, орқага тисарилади. Баъзи беморларнинг миясига ўзига ёки бошқа бировга пичоқ санчишдек фикрлар келади ва шу ишни қилиб қўймай деб пичоққа яқин боришмайди ёки уни беркитиб қўйишади.

Обсессиялар билан азият чекадиганларда компулсиялар ҳам кўп учрайди. Компулсиялар бир хил ҳаракатларнинг тинмай кузатилавериши билан намоён бўлади. Масалан, бемор қўлини ювиб бошла-са уни тўхтата олмайди, яъни ҳадеб совунлаб юваверади, юваверади. Уйни ҳадеб йиғиштиравериш, сочини ҳадеб турмаклайвериш, ҳадеб душ қабул қилавериш, ҳадеб китоб варақлайвериш ва ҳ.к. Бу ҳатти-ҳаракатларни бемор ўз хоҳиши билан тўхтата олмайди ва қийналиб кетганидан йиғлаб юборади.

Миядан кетмайдиган фикрлар неврози ўз вақтида даволанганда барҳам топади. Баъзи ҳолларда эса бир неча ой ва ҳатто, бир неча йилларгача чўзилиб кетиши мумкин. Ремиссия билан кузатиладиган хом хаёллар ҳам бўлади, яъни бемор бир неча ой яхши юради, сўнг миядан кетмайдиган фикрлар яна пайдо бўлади.

Неврастения ва истерик невроздан фарқли ўлароқ, миядан кетмайдиган фикрлар сурункали кечишга мойил бўлади. Аксарият беморлар тузалиб кетганидан сўнг ҳам хурсанд бўлиш ўрнига, яна ўша касаллик белгилари қачон пайдо бўлишини кутиб яшашади.

13.2. Депрессия

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра ер шарида депрессия билан рўйхатга олинганлар сони 160.000.000 дан ошган. Бироқ, аксарият мутахассислар фикрича, депрессия билан касалланган ҳар уч беморнинг бири врач назоратида туради, холос. Бошқа бир гуруҳ мутахассисларнинг фикрича эса депрессия билан касалланганлар сонини аниқлаш мушкул, чунки у турли клиник кўринишда намоён бўлмоқда ва ҳаммавақт ҳам ташхис тўғри аниқланаётгани йўқ. Чунки депрессия билан оғриган беморларнинг ҳаммаси ҳам психиатр ёки психологларга мурожаат қилишмайди. Европа давлатлари мутахассисларининг маълумотларига кўра депрессияда соматик бузилишлар кўп учрагани сабабли беморларнинг деярли 80 фоизи умумий амалиёт шифокорига мурожаат қилишади. Бироқ, улар томондан 5 фоиз ҳолатлардагина

«депрессия» ташхиси тўғри аниқланади. Бошқа беморлар турли ташхислар билан турли мутахассисларга даволаниб юришади. Касаллик авж олиб, бемор оғир депрессия ҳолатига тушгандан сўнг улар психиатр ёки психологга юборилади.

Депрессиянинг такрорланиши, вақти-вақти билан клиник белгиларининг кучайиб туриши ва сурункали кечиши бу касаллик билан оғриган беморларни доимий назоратга олишни тақозо этади.

Иқтисодий жиҳатдан олганда ҳам депрессия «энг қиммат касалликлардан» биридир. Масалан, АҚШ да депрессияни даволаш билан боғлиқ бўлган сарф-харажатлар йилига 48 млрд. долларга тенгдир. Таққослаш учун: юрак қон-томир касалликларини даволашга 43, ўпка касалликларини даволашга 18 млрд. доллар сарф қилинади.

Барча тиббий касалликлар ичида депрессиянинг тарқалиш даражаси 22-33 фоизга тенг бўлиб, энг кўп тарқалган касаллик бўлмиш артериал гипертензиядан ошиб кетади (W. Katon, M. Sullivan, 2006).

Депрессия ривожланган давлатларда кўп учрагани учун унинг шаклланишида ижтимоий омилларга ҳам эътибор беришади. XXI аср – стресс асри дейилмоқда. Бу аср деярли барча давлатларда кучли ижтимоий-инқилобий бурилишлар билан бошланди. Аксарият мутахассислар депрессиянинг тарқалиш даражаси давлатнинг эгаллаб турган иқтисодий-ижтимоий мақомига боғлиқ эмас, деб ҳисоблашади, бошқа бирлари эса мамлакатнинг ижтимоий-иқтисодий аҳволи депрессиянинг тарқалиш даражасига таъсир кўрсатади, дейишади. Бироқ, тан олиш лозимки, ҳаёт тарзининг кескин ўзгариб бориши, вақтнинг доимо тифизлиги, жамиятдан орқада қолмаслик, индивидуумга талабларнинг кундан-кунга ошиб бориши, турмушнинг пойгага ўхшаб бораётганлиги, муваффақиятсизликлардан кўрқиб яшаш каби вазиятлар ҳам депрессия шаклланишига туртки бўлади.

Депрессия билан оғриганлар сони ва улар орасида жонига қасд қилаётганларнинг йилдан-йилга кўпайиб бориши бу касалликнинг катта тиббий-ижтимоий муаммога айланганини кўрсатади. Аксарият хориж давлатларида бу муаммонинг ечимини самарали ҳал қилиш учун умумий амалиёт шифокорлари депрессия бўйича махсус дастурлар орқали ўқитилиб, беморларга ёрдам кўрсатиш усуллари ўргатилмоқда. Яъни умумий амалиёт шифокори депрессияни аниқлаши ва уни мутахассисга жўнатиши, мутахассис тавсиялари билан танишиб чиққан ҳолда беморни назоратга олиши ва даволаш жараёнида фаол иштирок этиши лозим. Дипломга эга тиббий психолог худди психиатр каби депрессиянинг оғир турларини ўзи мустақил даволашга ҳақлидир.

Депрессия инсоннинг яшаш тарзига салбий таъсир кўрсатади, беморнинг атроф-муҳитга мослашувини сусайтиради, одамлар билан муносабатини мураккаблаштиради. Депрессия – сурункали кечувчи патологик ҳолат бўлиб, аксарият ҳолларда, соматик бузилишлар билан намоён бўлади.

Депрессия этиологияси

Депрессия, асосан, ўткир ва сурункали руҳий жароҳатлардан сўнг пайдо бўлади. Баъзан ҳеч қандай сабабсиз ривожланади, бундай пайтларда депрессияга наслий мойиллик ҳақида сўз кетади. Депрессия оғир ва узоқ давом этувчи соматик касалликлар билан оғрийдиган беморларда ҳам ривожланиб, унинг аҳволини оғирлаштиради. Депрессия баъзан узоқ вақтли ремиссиялардан сўнг такрорланиб туриши мумкин. Даволанишдан қатъи назар, йиллаб давом этадиган депрессиялар ҳам бўлади, бундай пайтларда унинг оғир тури ҳақида сўз юритилади. Соматик симптомлар устунлик қилувчи ёки руҳий-ҳиссий бузилишларсиз фақат соматик симптомлар билан кечувчи депрессиялар ҳам мавжуд. Бундай ҳолларда ниқобланган депрессия ташхиси қўйилади ва уни тўғри аниқлаш анча вақт талаб қилади, баъзан у аниқланмай қолади.

Депрессиянинг келиб чиқишида тиббий-психологик омиллардан ташқари, ижтимоий ва биологик омилларга ҳам катта эътибор берилади. Биологик омиллардан, авваламбор, мияда медиаторлар (серотонин, норадреналин, ацетилхолин ва ҳ.к.) алмашинуви бузилишига катта эътибор қаратилади.

Депрессиянинг анъанавий таснифига биноан унинг келиб чиқишига қараб психоген, конституционал, эндоген ва соматоген (органик) турлари фарқ қилинади. Уларнинг клиник кўринишлари ҳам бир-биридан биров фарқ қилади. Касалликларнинг 10-халқаро таснифига биноан руҳий ва хулқ-атвор бузилишлар синдромал принципга асосланиб тузилган.

Депрессия диагностикаси

Депрессия аксарият ҳолларда беморлар томонидан ҳам, яқинлари томонидан ҳам, баъзан врачлар томонидан ҳам ёмон хулқ-атворнинг бир кўриниши сифатида қабул қилинади ва шунинг учун вақтида аниқланмай қолади. Психосоматик бузилишлар билан намоён бўладиган депрессия ҳам ўз вақтида аниқланмай «ички касалликлар» ташхиси қўйилади. Депрессия – фақат кайфиятнинг тушиши билан боғлиқ бўлган ҳолат эмас, балки бир нечта

симптомлардан иборат касалликдир. Бу касалликни эрта аниқлаш ва даволаш муолажаларини эрта бошлаш беморнинг депрессиядан тезда чиқиб кетишига ёрдам беради.

Баъзан беморлар «депрессия» ташхиси аниқлангандан сўнг ҳам врач ёки психологга мурожаат қилишмайди. Бунинг сабаблари турличадир: қариндош-уруғлардан, ҳамкасблар ва қўни-қўшнилардан уялиш; психиатр ёки психоневролог назоратид а қолиб кетишдан қўрқиш; ишдан ҳайдалиш ёки ишга қабул қилинмасликдан қўрқиш, тузалиб кетишига ишонмаслик, психотроп дориларни қабул қилишдан қўрқиш ва ҳ.к. Аксарият ҳолатларда, депрессия оила ва ишдаги муваффақиятсизликлар ёки бахтсиз воқеалардан сўнг ривожланади. Бундай пайтларда беморлар «Шу аҳволга тушганимнинг сабаби аниқ-ку, психолог нима ҳам қилиб берарди, вақт ўтиб тузаларман», деб даволанишдан воз кечишади. Психолог беморни айнан шу каби вазиятлардан чиқарувчи мутахассис эканини унутиб қўйишади ёки англаб етишмайди. Одатда, бундай беморларни унинг яқинлари, таниш-билишлари психологга мурожаат қилишга ундашади. Демак, улар психолог қабулига мажбуран келишади. Психолог қабулида дастлабки суҳбатдан ўтган беморнинг дунёқараши, аксарият ҳолларда, кескин ўзгаради ва кейинчалик унинг ўзи психолог қабулига қатнай бошлайди. Албатта, дастлабки суҳбатнинг самараси психологнинг маҳоратига ҳам кўп жиҳатдан боғлиқ.

Депрессиянинг клиник белгилари ва таснифи

Депрессиянинг клиник кўриниши турли-туман бўлиб, руҳий-ҳиссий, соматик, хулқ-атвор ва когнитив бузилишлар билан намоён бўлади. Уларни шартли равишда қуйидаги турларга ажратиш мумкин.

Руҳий-ҳиссий бузилишлар:

- кайфиятнинг тушиб кетиши, умидсизлик, ғам-ғусса;
- доимий хавотир, ёмон воқеаларни кутиб яшаш;
- айбдорлик ҳисси ёки ўзини ҳадеб айблавериш;
- қайсарлик, ўжарлик, ўз билганидан қолмаслик;
- ўз ҳаётидан қониқмаслик ва ўзини камситиш;
- атрофдаги воқеаларга, яқинларига қизиқишнинг йўқолиши.

Соматик бузилишлар:

- бош оғриғи, нафас олишнинг бузилиши;
- анорексия, булимия, қабзият, баъзан диарея;
- либидонинг пасайиши, импотенция, ҳайз кўришнинг бузилиши;
- псевдодерматологик симптомлар.

Хулқ-атвор ўзгаришлари:

- ўз жонига қасд қилишга уринишлар;
- бирор-бир фаолиятга интилмаслик, камҳаракатлилик;
- ёлғизликка интилиш, бировлар билан мулоқотдан қочиш;
- ичкиликка ёки турли фармакологик дориларга ружу қўйиш.

Когнитив бузилишлар:

- фикрлар карахтлиги, ақлий фаолиятнинг пасайиши (деменциядан фарқли ўлароқ ўтиб кетувчи хусусиятга эга);
- паришонхотирлик, хотира пасайиши, айниқса эслаб қолишнинг бузилиши;
- уйқу бузилиши (уйқусизлик ёки уйқучанлик).

Депрессия ташхисини қўйиш учун юқорида санаб ўтилган симптомларнинг аксарияти камида икки ҳафта мобайнида кузатилиши лозим.

Касалликларнинг 10-халқаро таснифида «Аффектив бузилишлар» рукнига қуйидагилар киритилган: ҳозир кузатилаётган депрессив эпизод, рекуррент (такрорланувчи) депрессия, биполяр бузилишлар (депрессия ва маниакал ҳолатларнинг алмашилиб туриши), циклотимия ва дистимияни ўзида мужассам этган кайфиятнинг сурункали бузилишлари. Аффектив бузилишлар клиникасида депрессив эпизодлар (катта, униполяр ёки монополяр ва автоном депрессиялар) алоҳида ўрин тутаяди. Шунингдек, ушбу таснифда нопсихотик кўринишдаги аффектив бузилишлар ичида «стресс билан боғлиқ невротик ва соматик бузилишлар» ҳамда «аралаш хавотирли ва депрессив бузилишлар» фарқ қилинади.

Агар хавотир ва депрессия белгилари биргаликда намоён бўлсаю, бироқ вегетатив бузилишлар устунлик қилса, унда депрессиянинг энгил тури ҳақида сўз юритилади. Бундай ҳолатни мутахассислар «Хавотирли депрессия» деб аташади. Агар вегетатив бузилишлар ва депрессия белгилари бир хил тарзда намоён бўлса, «аралашган хавотирли-депрессив бузилишлар» ташхиси қўйилади. Буларнинг ичида депрессив эпизод, одатда, тўла тузалиш билан якунланади, бироқ, баъзи беморларда вегетатив белгилар узоқ давом этади. Тузалган беморларнинг 30 фоизида депрессия қайталаниши мумкин. Бундай ҳолат рекуррент (такрорланувчи) депрессив бузилишлар деб аталади.

Депрессия диагностикасида унинг кечишини тўғри баҳолаш ўта муҳимдир. Масалан, тиббий амалиётда кўп учрайдиган рекуррент (такрорланувчи) депрессия, депрессив ва маниакал босқичларнинг алмашилиб туриши билан кечадиган биполяр бузилишлар баъзи бир диагностик қийинчиликлар туғдириши мумкин.

Халқаро таснифга мувофиқ, депрессиянинг енгил (субдепрессия), ўртача ва оғир турлари фарқланади.

Депрессияни аниқлашда гиподиагностика кўп учрайди ва ўнта бемордан бор-йўғи биттаси махсус даволаш муолажаларини олади, холос. Соматик бузилишлар билан намоён бўладиган депрессияларда беморларга зарур бўлмаган текширувлар ва шарт бўлмаган дори-дармонлар буюрилади. Табиийки, бундай йўл кутилган ижобий натижани бермайди.

Айтиб ўтганимиздек, депрессияга кайфиятнинг пасайиши, фикрлар қарахтлиги ва ҳаракатга бўлган иштиёқнинг йўқолиши хосдир. Мана шу учта симптомнинг узоқ вақт биргаликда намоён бўлиши, депрессия ташхисини қўйишга асос бўла олади. Депрессия билан оғриган беморларга дунёни ва атрофда бўлаётган воқеаларни салбий тарзда қабул қилиш, ўзининг ҳаётда тутган ўрнини пессимистик руҳда баҳолаш, ўзини ҳеч кимга кераксиздек ҳис қилиш ўта хосдир. Улар доимо хавотирда яшашади, ҳеч қандай фаолиятга қизиқиш бўлмайди, атрофдаги ўйин-кулгилар ва яқинларининг тақдирига эътибор ҳам қилмайди. Улар доимо хўрсиниб юришади, чалғитиш учун бирор-бир ишга мажбурлаш мумкин, бироқ буни шунчаки бажаришади. Беморлар ухлай олишмайди ёки фақат уйқу босаверади, ёмон тушлар кўришади (бировларни бўғиб ўлдиришади, пичоқлайди, оламдан ўтган яқинлари ва қонли воқеаларни кўп кўради). Бу эса беморлар кайфиятини янада туширади ва аҳволини оғирлаштиради.

Депрессияга таъриф бера туриб, ушбу касаллик учун хос бўлган яна бир хавфли белгини айтиб ўтиш лозим, яъни ўз жонига қасд қилишга интилиш. Шунинг учун ҳам депрессия барча давлатларда ижтимоий муаммога айланган.

Абдоминал бузилишлар ҳақида сўз юритадиган бўлсак, депрессияда анорексиянинг ҳам кўп учрашини таъкидлаш лозим.

Анорексия овқат ейишдан бош тортиш билан намоён бўлади. Руҳий шифохоналарда депрессиянинг оғир тури билан даволанаётган ва овқатланишдан бутунлай бош тортган беморларни мажбурлаб, зонд орқали овқатлантиришга тўғри келади. Лекин бу муаммони баъзи беморларга тушунтириш орқали ҳал қилиш мумкин.

Паст кайфият депрессия хуружи даврида доимо намоён бўлади ва атрофдаги вазиятга қараб ўзгаравермайди. Бироқ кун давомида кучайиб ёки камайиб туриши мумкин.

Аксарият психологларнинг фикрича, депрессия кучли, мақсадга интилувчан, бироқ ҳиссиётга берилувчан одамларда кўп кузатилади. Уларнинг депрессияга тушишдан олдинги ҳаёти ўрганилганда, қуйидаги хусусиятлар аниқланган:

1. Депрессияга учраган шахсларнинг ўзига хос дунёқараши бўлади, улар атрофдаги воқеаларни ўз дунёқарашидан келиб чиққан ҳолда таҳлил қиладиган ва ҳиссиётга берилувчан шахслардир. Улар, кўпинча, ҳаётдан қониқмай яшашади, эришган ютуқлари уларни қониқтирмайди, фаолиятларига танқидий муносабатда бўлишади, фақат маррани эгаллаш учун яшашади. Шу билан бирга, бошқаларнинг, масалан, ҳамкасбларининг хатоларини топишни ва маслаҳат бериб юришни хуш кўришади. Одатда, улар кучли одамлардир. Агар унинг хатосини кўрсатишса, бундан қаттиқ азият чекади ва шу одамни ёқтирмай қолади.

2. Улар оилада ҳам, уйда ҳам аниқ бир режа асосида ҳаёт кечиришга интилишади, ўта талабчан бўлишади, бола-чақасидан ҳам шундай яшашни талаб қилишади. Бу, кўпинча, оилавий можароларга сабаб бўлади.

3. Улар оила ва ишдаги муваффақиятсизликлар, мусибатли воқеаларни оғир қабул қилишади, ичкиликка ҳам тез ружу қўйишлари мумкин.

4. Улар ёлғизликни ёқтиришади, бирор ишни бошлашса ёки раҳбарлардан топшириқ олишса, уни мукамал бажаришга интилишади. Бундай одамлар арзимаган баҳодан жуда хурсанд ва арзимаган қойишдан қаттиқ хафа бўлиши мумкин. Шунинг учун ҳам уларнинг жаҳлини чиқариш ёки кайфиятини тушириш осондир.

Даволаш усуллари

Депрессияни даволашда психотерапия ва психофармакотерапияга асосий урғу берилади.

Ҳар қандай депрессияда психофармакотерапия психотерапия билан бошланиши ва тугалланиши керак. Фармакотерапиядан олдин ўтказилган психотерапия даволаниш жараёнини енгиллаштиради, ундан сўнг ўтказилгани депрессия қайталанишининг олдини олади. Бугунги кунда депрессияни даволаш жараёнида қўлланиладиган психотерапевтик усуллар жуда кўп бўлиб, уларнинг баъзилари ҳақида тўхталиб ўтамиз.

Психотерапия

Психоанализ (психодинамик терапия). Психодинамик назарияга мувофиқ депрессиянинг негизида ички онгсиз зиддиятлар йиғиндиси ётади: шахс бир томондан, бировларга қарам бўлишни истамайди, иккинчи томондан, бошқалар уни эътироф этиши ва қўллаб-қув-

ватлашини истайди. Албатта, ушбу бир-бирига зид ҳолатлар доимий қониқмаслик ҳиссини юзага келтиради, яъни бошқаларга нисбатан қаҳр-ғазаб ва хафагарчилик шахснинг ички дунёсини қамраб олади. Шу аснода шахснинг ўзи эса бошқаларнинг наздида меҳрибон, одамови ва ажойиб инсон сифатида тан олинишни истайди. Психоаналитикларнинг фикрича, мана шу истакларнинг рўёбга чиқмаслиги депрессиянинг шаклланишига туртки бўлади. Эътироф этилмаган ҳар бир хоҳиш ва истак йиллар мобайнида онг остида қўним топади ва улар йиғилган сайин ички зиддиятлар кучая боради. Бундай пайтларда депрессиянинг ўткир тарзда юзага келиши учун кучли стресснинг ўзи етарлидир. Сурункали тарзда шаклланадиган депрессия эса доимий руҳий-ҳиссий зўриқишлар таъсири остида ривожланади.

Психодинамик терапиянинг асосий мақсади депрессияга учраган беморларда ички зиддиятларни тўла очиб ташлашга қаратилган. Бу терапия, албатта, индивидуал тарзда олиб бориладива ҳар бир беморда ички зиддиятлар сабабини очишга қаратилган бўлади. Психодинамик терапия беморда катарсис, яъни руҳий покланишга эришилгунга қадар олиб борилади. Ижобий натижага бир неча кун ичида эришиш мумкин, баъзан эса бу жараён бир неча ойга чўзилади.

Когнитив психотерапия беморда ўзини, атрофдаги воқеалар ҳамда келажакни ижобий ва оптимистик тарзда фикрлаш санъатини шакллантиришга қаратилган бўлади. Бу терапиянинг асосида ҳам беморнинг фикрлаш дунёсини ижобий томонга ўзгартириш ётади. Когнитив психотерапиянинг методлари кўп бўлиб, улар махсус адабиётларда батафсил ёритилган. Бемор билан олиб бориладиган психологик суҳбатлар депрессиянинг тури ва оғир-енгиллигига қараб, 10-20 сеансгача бўлиши мумкин.

Депрессияга учраган беморларни даволашда унинг яқинлари билан ўзаро мулоқотлар олиб бориш ҳам жуда фойдалидир. Бироқ агар бемор бунга рухсат бермаса, бу мулоқот тескари натижа бериши ҳам мумкин. Албатта, психолог беморнинг яқинлари билан суҳбатлар олиб бориши керак, чунки бу суҳбатлар бемор ҳақида тўла маълумотга эга бўлишга ёрдам беради. Шунингдек, психолог беморнинг яқинларига унинг олдида ўзларини қандай тутиш лозимлигини тушунтиради. Бу жуда муҳимдир. Чунки баъзи оила аъзолари яқинларининг аҳволидан шундай куйинишади-ки, натижада уйда мотамсаро муҳит яратилади, бу фақат беморнинг аҳволини янада оғирлаштириши ва суицидал уринишларни кучайтириши мумкин. Беморга ҳадеб ёнбосавериш ҳам, унинг хулқ-атворини танқид қилавериш ҳам мумкин эмас. Суицидал фикрлар ва уринишлар мав-

жуд беморларни ёлғиз қолдирмаслик керак. Оила аъзолари томонидан назорат шундай бўлиши керакки, беморнинг ўзи буни билмасин. Чунки, ҳадеб беморни қўриқлайвериш унинг жонига тегиши мумкин. Беморнинг ишончини қозонган оила аъзолари билан кўчага чиқиб, айланиб келиш ва сайр пайтида, асосан, беморни сўзлатиш, унинг ҳис-туйғуларига ҳамдард бўлиш ўта муҳимдир. Бемор доимо психолог билан ҳар қандай вазиятда ҳам боғлана оладиган имконият бўлиши лозим, чунки зудлик билан психолог ёрдами лозим бўлиб қолиши мумкин.

Фармакологик воситалар билан даволаш

Фармакологик воситалар депрессиянинг барча турларида ва унинг даражасидан қатъи назар, тавсия этилиши мумкин. Врач ёки психологнинг бемор олдига қўядиган энг асосий шартларидан бири даволанишни режа асосида олиб бориш ва психолог тавсияларини сўзсиз бажаришдир.

Бугунги кунда дори воситалардан антидепрессантлар кенг қўлланилади. Антидепрессантлардан флуоксетин (прозак, профлузак), сертралин (золофт), циталопрам (ципрамил), пароксетин (паксил), флувоксамин (феварин), тианептин (коаксил), миансерин (леривон), моклобемид (аурорикс), милнаципран (иксел), миртазапин (ремерон)лар кўп ишлатилади.

Антидепрессантлар билан даволаш қонун-қоидалари.

1. Депрессия тури, даражаси, клиник манзараси ва беморнинг соматик аҳволдан келиб чиққан ҳолда аниқ бир антидепрессант танлаб олинади. Унинг кундалик миқдори белгиланади ва даволаш схемаси тузилади.

2. Антидепрессантлар билан даволаганда, депрессия белгилари секин-аста йўқолиб бориши (одатда, 1-2 ҳафтадан сўнг) беморга тушунтирилади. Уни врачдан бемаслаҳат тўхтатиб қўйиш мумкин эмаслиги уқтирилади. Антидепрессантларни бир неча ой ичиш зарурлиги ва депрессия белгилари бутунлай йўқолгач, врачнинг ўзи даволашни тўхтатиш вақтини белгилаши айтилади.

3. Антидепрессантларни касаллик белгилари йўқолгандан сўнг ҳам яна 4-6 ой мобайнида, баъзан ундан ҳам кўп ичиш зарурлиги тушунтирилади. Бу қоида депрессиянинг яна қайталанмаслиги учун қабул қилинган.

Фармакологик дорилар билан даволаш жараёнида режали тарзда психотерапия муолажаларининг ўтказилиши беморнинг депрессиядан чиқиш даврини тезлаштиради. Психотерапевтик муолажалар пайти-

да бемор билан мулоқотлар олиб борилади, антидепрессантларни қабул қилиш билан боғлиқ бўлган муаммолар ечилади (чунки аксарият беморлар 1 ойдан сўнг дори ичишни тўхтатиб қўйишади), беморда яхши натижаларга ишонч ҳосил қилинади.

Бугунги кунда депрессияни даволашда ишлатиладиган антидепрессантлар сони кўпдир. Бунда антидепрессантларни (тимоаналептикларни) тўғри танлай олиш ўта муҳимдир. Уларни муддатидан олдин тўхтатиб қўйиш ёки асоссиз тарзда кам миқдорда бериш кутилган ижобий натижани бермайди. Бемор депрессия белгилари тугагунча доимо врач назоратида бўлиши зарур. Дориларни тўсатдан тўхтатиш депрессиянинг яна кўзғалишига сабаб бўлади.

Депрессияни даволашда антидепрессантлар билан биргаликда, физиотерапия, иглотерапия, фитотерапия, даволаш гимнастикаларини қўллаш беморнинг тузалишини тезлаштиради.

Энди Ўзбекистонда депрессияни даволашда кўп қўлланиладиган антидепрессантлар ҳақида қисқача маълумот бериб ўтамыз.

Золофт (сертралин) депрессия ва обсессив-компульсив бузилишларни даволашда кенг қўлланилади. Золофт организмга холинолитик, кардиотоксик ва седатив таъсир кўрсатмайди ва уни барча ёшдаги беморларга тавсия қилиш мумкин, шу жумладан, ўсмирларга ҳам. Дори тимоаналептик ва энгил стимулловчи таъсирга эга. Дори бир ҳафтадан сўнг таъсир қила бошлайди, бироқ аниқ таъсири 3-4, баъзан 6-8 ҳафталарда сезилади. Золофт депрессиянинг барча турларини даволашда ишлатилади. Золофт кам миқдорда (кундалик дозаси 50-100 мг) профилактик мақсадда рекуррент депрессияларда, обсессив-компульсив бузилишларда эса кунига 150-200 мг. дан 2-4 ой мобайнида буюрилади. Золофт 50 мг. дан таблетка кўринишида ишлаб чиқарилади.

Золофт алкоголь, карбамазепин, галоперидолнинг таъсирини кучайтирмайди. Юрак қон-томир касалликлари золофтни тавсия қилишга монелик қилмайди, шунинг учун ҳам уни инфарктдан сўнг кузатиладиган хавотирли-депрессив бузилишларни даволашда қўллаш мумкин. Дорини узоқ вақт қабул қилиш унга боғланиб қолишни чақирмайди ҳамда седатив таъсирининг йўқлиги беморнинг жисмоний ва руҳий фаоллигига салбий таъсир кўрсатмайди.

Феварин (флувоксамин) 50 мг, 100 мг. ли таблеткаларда ишлаб чиқарилади. Депрессия профилактикаси ва даволаш учун, айниқса, обсессив-компульсив бузилишларда кўп ишлатилади.

Феваринни дастлаб 50 мг ёки 100 мг миқдоридан кечкурунлари кунига 1 маҳалдан ичиш тавсия қилинади. Беморнинг дорига бўлган реакциясига қараб дозаси секин-аста оширилади. Аксарият ҳолларда

100 мг. дан кунига 1 маҳал ичиш депрессия белгиларини йўқотиш учун етарлидир. Заруратга қараб дорининг кундалик миқдорини 300 мг. гача етказиш мумкин. Февариннинг кундалик дозаси 150 мг. дан ортиқ ичилиши лозим бўлса, уни 2 ёки 3 маҳалга бўлиб бериш тавсия қилинади. Масалан, эрталаб 50 мг, кечкурун 100 мг ёки 50 мг. дан 3 маҳал. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг кўрсатмасига кўра антидепрессантлар билан даволашни депрессия симптомлари тўла йўқолгандан сўнг яна камидан 4-6 ой давом эттириш зарур. Қайталанишининг олдини олиш учун феварин кунига 100 мг. дан кечкурун тавсия этилади.

Обсессив-компульсив бузилишларни даволаш учун дорининг дастлабки дозаси кунига 50 мг. дан 3-4 кун берилади. Ҳар 3-5 кундан сўнг дорининг дозаси ошириб борилади ва 100-300 мг. гача етказилиши мумкин. Катталар учун эса унинг кундалик дозаси 300 мг. дан ошмаслиги керак.

Феваринни 8 ёшдан сўнг тавсия этиш мумкин ва унинг дастлабки кундалик дозаси 25 мг бўлиб, аста-секин ошириб борилади ва заруратга қараб ўсмирлар учун 50-150 мг. га етказилади. Агар 100 мг. дан ошса, у 2-3 маҳалга бўлиб берилади.

Дорининг терапевтик дозаси врач томонидан индивидуал тарзда аниқланади ва уни асоссиз юқори миқдорда бериш мумкин эмас. Шунинг учун бемор доимо врач назоратида туриши зарур. Унинг таъсири 7 кундан сўнг сезила бошлайди, агар 10 ҳафта мобайнида кўзланган ижобий мақсадга эришилмаса, феварин қабул қилишни тўхтатиш зарур. Албатта, психофармакотерапия психотерапия билан биргаликда олиб борилса, кўзланган натижага олдинроқ эришиш мумкин.

Феварин таблеткасини чайнамасдан сув билан ичиш лозим.

Ножўя таъсирлари: кўнгил айниш, баъзан қайд қилиш (одатда, даволашнинг дастлабки ҳафтасида кузатилади), қабзият, анорексия, диспепсия, диарея, эпигастрал соҳада нохуш сезгилар, оғиз қуриши, жигар ферментлари фаоллашуви. Кам ҳолларда уйқучанлик, бош айланиши, бош оғриғи, ухлай олмаслик, хавотирга тушиш, психомотор кўзғалишлар, ваҳима, тремор, тахикардия, терлаш. Бироқ, бу белгиларнинг аксарияти депрессия учун хос бўлганлиги учун феваринни тавсия қилишга монелик қилмайди. Феваринни тўсатдан тўхтатганда, бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айниш, ваҳимага тушиш пайдо бўлиши мумкин.

Феварин қарияларга тавсия қилинганда, оз миқдордан бошланиб, дозаси секин-аста ошириб борилади.

Феваринни тавсия қилишга монелик қилувчи ҳолатлар ва алоҳида кўрсатмалар:

- MAO ингибиторларини қабул қилаётганда, тавсия этилмайди. Уларни тўхтатгач, 2 ҳафтадан сўнг феваринни бошлаш мумкин;
- 8 ёшгача бўлган болалар;
- эпилепсия ва тутқаноқ хуружлари (заруратга қараб тавсия этилади, агар тутқаноқ хуружлари кузатилса, дорини қабул қилиш тўхтатилади);
- жигар ва буйрак етишмовчилиги (заруратга қараб тавсия этилади, агар жигар ферментлари фаоллиги ошса, дорини қабул қилиш тўхтатилади);
- ҳомилага зарарли таъсири аниқланмаган бўлса-да, феварин ҳомиладор аёлларга эҳтиёткорлик билан тавсия қилинади. Флувоксамин кўкрак сути орқали оз миқдорда ажралиб чиқиши мумкин, шунинг учун лактация даврида буюрилмайди;
- феварин қабул қилаётганда спиртли ичимликлар ичиш ман этилади;
- яллиғланишга қарши ностероид дорилар ва аспирин қабул қилиб юрган ҳамда анамнезида қон кетишга мойиллиги бор беморларга ҳам феварин эҳтиёткорлик билан тавсия этилади.

Феваринни кунига 150 мг. миқдорда қабул қилиш беморнинг автомобил ҳайдаши ва заводларда турли машиналар билан ишлашида хавфли вазият келтириб чиқармайди.

Рексетин (пароксетин) 20 мг.ли таблеткаларда ишлаб чиқарилади.

Рексетин депрессиянинг барча турларида тавсия қилинади, шу жумладан, хавотир-депрессив ва обсессив-компульсив бузилишлар, фобик синдромлар, турли жароҳатлардан кейинги стресс ҳолатлари ва ҳ.к. Рексетиннинг дастлабки кундалик дозаси 20 мг. Дорининг таъсири секин-аста намоён бўла бошлайди. Дорининг дозаси ҳар ҳафтада 10 мг. га ошириб борилади, тавсия қилиш мумкин бўлган энг юқори доза кунига 60 мг.

Депрессия белгилари йўқолгандан сўнг ҳам рексетинни кунига 20 мг. дан 4-6 ой мобайнида қабул қилиш тавсия этилади. Дори қабул қилишни тўсатдан тўхтатиб қўйиш мумкин эмас, бунинг учун унинг дозасини аста-секин камайтира бориш лозим. Рексетин кунига 1 маҳал, одатда, эрталаб овқат пайтида қабул қилинади ва чайнамай ютилади. Ожиз беморлар ва қариялар учун дорининг дастлабки дозаси кунига 10 мг бўлиши керак. Беморнинг аҳволига қараб, дорининг дозаси ҳар ҳафтада 10 мг. га ошириб борилади. Масалан, дорининг кундалик дозасини 40 мг. га етказиш учун 4 ҳафта зарур бўлади. Рексетиннинг кундалик дозаси асоссиз оширилмаслиги керак ва кутилган натижага эришилса, кам миқдорда бериб борилади.

Ножўя таъсирлари: кўнгил айнаш, баъзан қайт қилиш (одатда, даволашнинг дастлабки ҳафтасида кузатилади), қабзият, анорексия, диспепсия, диарея, эпигастрал соҳада ноҳуш сезгилар, оғиз қуриши, жигар ферментлари фаоллашуви. Айрим ҳолларда уйқучанлик, бош айланиши, бош оғриғи, ухлай олмаслик, хавотир бўлиш, психомотор кўзғалишлар, тутқаноқ хуружлари, тремор, тахикардия, артериал қон босимнинг ўзгариб туриши, синкопе, сомнамбулия, либидонинг ўзгариши, сийишга қийналиш, терлаш, кўриш қобилиятининг бузилиши, ўткир глаукома хуружлари, бронхоспазм, ангионевротик шиш, қичима.

Монелик қилувчи ҳолатлар:

- MAO ингибиторларини қабул қилаётганда тавсия этилмайди. Уларни тўхтатгач, 2 ҳафтадан сўнг рексетинни қабул қилиш тавсия этилади;

- ҳомиладорлик ва лактация даври;

- 18 ёшгача бўлган давр;

- эпилепсия, глаукома, жигар ва буйрак функциялари етишмовчилигида эҳтиёткорлик билан тавсия қилинади;

- юрак қон-томир фаолиятининг бузилишлари;

- перорал антикоагулянтлар ва нейрорептиклар билан биргаликда қабул қилинмайди;

- даволанишнинг дастлабки ҳафтасида суицидал фикрларни кучайтириб юбориши мумкин;

- спиртли ичимликлар ичиш тавсия этилмайди;

- даволанишнинг дастлабки даврида автомобил ҳайдаш тавсия этилмайди.

Флуоксетин (синонимлари: прозак, портал, флувал, продел) 20 мг. ли таблеткаларда ишлаб чиқарилади. Депрессиянинг барча турларида тавсия қилинади, шу жумладан, обсессив-компульсив бузилишлар, булимиялар, фобияларда самарали антидепрессантдир. Седатив таъсирга эга эмас. Ўртача терапевтик дозаси юрак қон-томир системаси фаолиятига ножўя таъсир кўрсатмайди. Дастлаб 20 мг. дан куннинг биринчи ярмида бир маҳал ичиш тавсия қилинади. Дорининг кейинги дозаси 3-4 ҳафта ўтгач ошириб борилади ва кунига 2-3 маҳал қабул қилиш буюрилади. Флуоксетиннинг энг юқори кундалик дозаси 80 мг. гача.

Ножўя таъсирлари: энгил хавотир ва уйқучанлик, тремор, бош оғриғи, уйқу бузилиши, кўнгил айнаши, диарея, терлаш, гипогликемия, либидонинг пасайиши, тошмалар тошиши, қичима, артралгиялар.

Монелик қилувчи ҳолатлар: глаукома, сийдик пуфағи атонияси, буйрак функциясининг бузилиши, простата гиперплазияси, MAO

ингибиторлари билан бирга тавсия қилмаслик, эпилепсия ва тутқаноқ синдромлари, ҳомиладорлик, лактация. Шунингдек, спиртли ичимликлар ичиш мумкин эмас.

Флуоксетин қабул қилишнинг дастлабки ҳафталаарида автомобил ҳайдаш ва аниқ механизмли машиналарда ишлаш тавсия этилмайди.

Мутахассислар фикрича, депрессияни аниқлаш қийинчилик туғдирмайди, қийинчилик уни даволаш билан боғлиқдир. Умумий амалиёт шифокорлари соматик, вегетатив ва невротик бузилишлар билан кечувчи депрессияларни, яъни ниқобланган депрессияларни тўғри аниқлай олишлари зарур. Бироқ ҳаммавақт ҳам бунинг уддасидан чиқилмайди, чунки ниқобланган депрессияни умумий тиббиёт йўналишида фаолият кўрсатаётган барча мутахассислар ҳам ўз вақтида аниқлайвермайди. Баъзан ташхисни тўғри аниқлаш учун бир неча ойлар кетади. Турли маълумотларга кўра 10-55 фоиз ҳолатлардагина тўғри ташхис аниқланади ва уларнинг 13 фоизига антидепрессантлар тавсия этилади. Аксарият мутахассислар бунинг асосий сабаби врачларнинг депрессия клиник кўринишларини мукамал билмаслиги ва тўғри баҳолай олмаслиги, деб ҳисоблашмоқда.

Хулоса қилиб айтганда, депрессия билан тиббиёт соҳасида фаолият кўрсатувчи барча мутахассислар рўбарў келиши мумкин. Тиббиёт олий ўқув юртларининг барча факультетлари, шу жумладан, олий маълумотли ҳамширалар тайёрлаш факультетида ҳам «Тиббий психология» фани чуқур ўргатилади. Демак, ҳамширалардан тортиб, умумий амалиёт шифокорларининг барчаси энг кўп тарқалган ва йилдан-йилга кўпайиб бораётган депрессия касаллиги белгиларидан воқиф бўлишлари ва ташхисни тўғри аниқлай олишлари лозим. Албатта, даволаш жараёнида муаммолар пайдо бўлиши мумкин. Агар суусидал фикрлар ёки уринишлар пайдо бўлган беморлар мурожаат қилишса, тор мутахассисларга (психиатр, психолог) кўринишини тавсия қилиш зарур. Депрессиянинг енгил, айниқса, соматик бузилишлари намоён бўлган турлари билан мурожаат қилган беморларни эса умумий амалиёт шифокори ҳам психолог маслаҳатидан кейин даволаши мумкин.

Назорат учун саволлар

1. Неврозга таъриф беринг, унинг қандай турларини биласиз?
2. Руҳий жароҳат деганда нимани тушунасиз?
3. Неврастениянинг клиник кўринишларини сўзлаб беринг.
4. Қандай истерик ҳолатларни биласиз?
5. Миядан кетмайдиган фикрларга таъриф беринг.

6. Депрессия нима ва у қандай аниқланади?
7. Депрессиянинг асосий сабаблари нималардан иборат?
8. Депрессияни даволашда қандай психотерапевтик усуллар қўлланилади?
9. Депрессияни даволашда антидепрессантлар қандай қўлланилади?

XIV БОБ. АСАБ СИСТЕМАСИ КАСАЛЛИКЛАРИДА БЕМОРЛАР ПСИХОЛОГИЯСИ

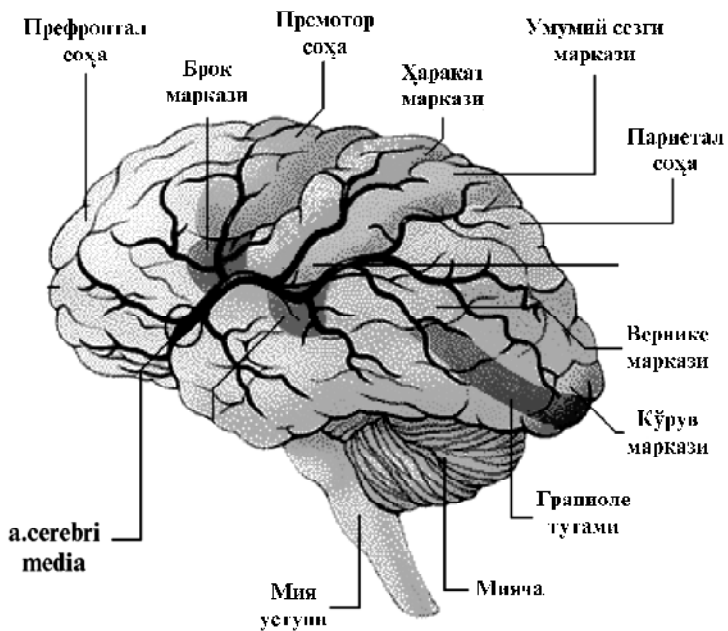
*Беҳаловат уйқу мия учун зарардир,
ором олибухлаш мия учун дармондир.
Ибн Сино*

Асаб системаси касалликларида, айниқса бош миянинг зарарланиши билан кечувчи патологик ҳолатларда пайдо бўладиган фалажликлар ва шу каби бошқа неврологик бузилишлар беморлар психологиясида оғир асоратлар қолдиради. Шунингдек, марказий асаб системаси касалликларида неврологик бузилишлардан ташқари, руҳий-ҳиссий бузилишлар ҳам кузатиладики, бу белгиларни аниқлаш, даволаш ва реабилитация жараёнларида невропатолог эътиборга олиши зарур. Тиббий амалиётда энг кўп кузатиладиган касалликлар бўлмиш инсультлар, бош мия жароҳатлари, менингоэнцефалитлар ва эпилепсия касалликларида кузатиладиган беморлар психологиясидаги ўзгаришларни кўриб чиқамиз.

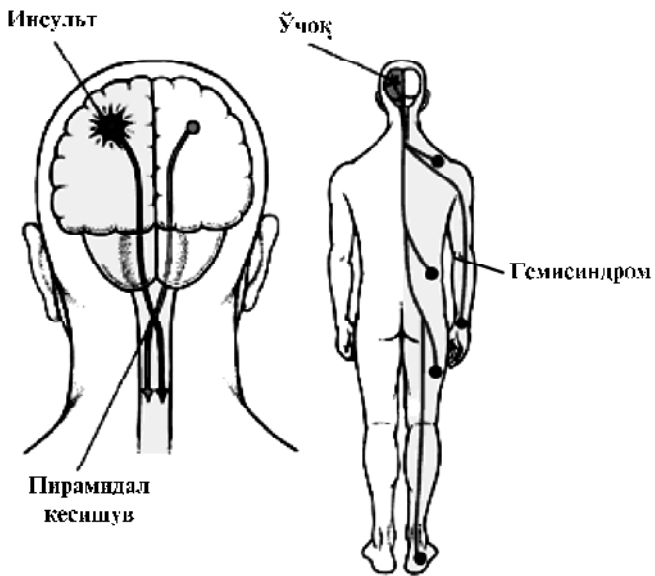
14.1. Мия инсультларида беморлар психологияси

Бош миёда қон айланишининг ўткир бузилишига инсульт деб аталади ва бу касаллик нафақат неврологик бузилишлар, балки турли даражада ифодаланган нейропсихологик бузилишлар билан ҳам намоён бўлади. Ўзбекистонда мия инсультларида кузатиладиган нейропсихологик синдромлар З.Р. Ибодуллаев томонидан чуқур ўрганилган (1999–2009). Мия инсультлари энг кўп учрайдиган касалликлардан бири бўлиб, тўсатдан пайдо бўлган неврологик бузилишлар бемор руҳиятида оғир асоратлар қолдиради. Ушбу касалликнинг кечагина соғлом деб ҳисобланган беморда ўткир бошланиши, оёқ-қўлларда тўсатдан пайдо бўлган фалажликлар сабабли беморнинг тўшакка миҳланиб қолиши, энг яқинларининг гапига тушунмай қолиши ёки ўзи бир оғиз сўзни ҳам эплаб гапира олмаслиги бемор учун ҳам, унинг яқинлари учун ҳам катта фалокатдир.

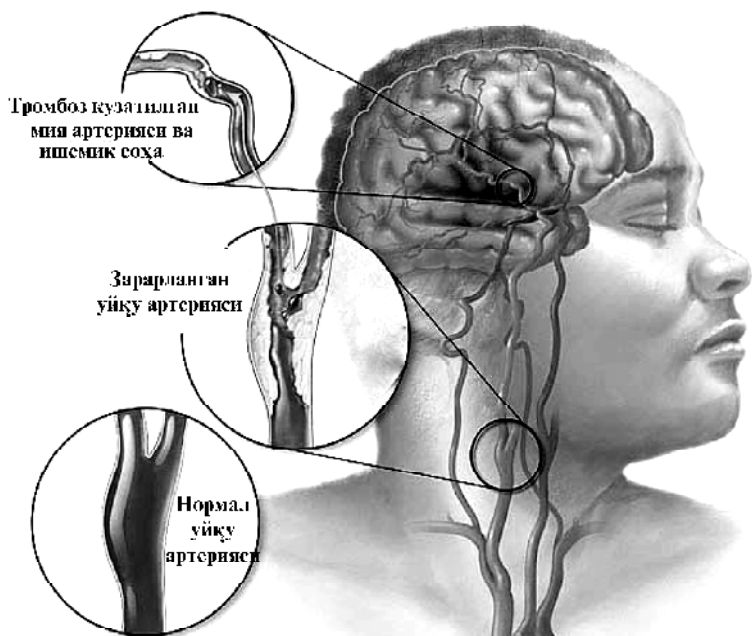
Мия инсультларида кузатиладиган патологик ўзгаришлар ушбу касаллик бош миянинг қайси соҳасида ривожланганлиги, касаллик тури, зарарланган ўчоқнинг ҳажми ва инсульт даврига боғлиқ. Бу ҳақда батафсил маълумотлар неврологияга оид дарсликлар ва ўқув қўлланмаларида келтирилган. Мия инсультининг деярли 70 фоизи бош мия катта ярим шарлари ташқи юзасининг катта бир қисмини қон билан таъминловчи а.серебри медиа соҳасида кузатилади. Чунки бу



36-расм. Бошмияча ярим шари



37-расм. Гемисиндром



38-расм. Қонтомирлар ҳолати ва инсульт ривожланиши

артерия ички уйқу артериясининг бевосита давомчиси ҳисобланади. *A. cerebri media* ҳаракат, сезги ва нутқ марказларини қон билан таъминлайди, шунинг учун ҳам ушбу артерияда қон айланишининг ўткир бузилиши оёқ-қўллар фалажлиги (гемипарез, монопарез), тананинг бир томонида сезги бузилишлари (гемианестезия, моноанестезия) ва нутқ бузилишлари (мотор ва сенсор афазиялар) билан намоён бўлади.

Агар инсульт бош миянинг чап ярим шарида ривожланса, тананинг ўнг томонида кузатиладиган фалажликлар (гемипарез) ва сезги бузилишлари (гемианестезия) нутқ бузилишлари (афазиялар) билан намоён бўлади (37-расм). Агар инсульт бош миянинг ўнг ярим шарида рўй берса, фалажликлар ва сезги бузилишлари тананинг чап томонида кузатилади, бироқ нутқ бузилишлари бўлмайди. Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, нутқ бузилишлари ўнақайларда бош миянинг чап ярим шари, чапақайларда ўнг ярим шар зарарланганда кузатилса, амбидекстрларда иккала ярим шар зарарланганда ҳам кузатилади. Бироқ, чапақай ва амбидекстрларда нутқ бузилишлари ўнақайларга қараганда тезроқ тикланади.

Мия инсультларида кузатиладиган хулқ-атвор бузилишлари миянинг чап ва ўнг ярим шарлари зарарланганда турлича бўлади.

Бош миянинг чап ярим шари инсултларида беморлар психологияси

Оёқ-қўллардаги фалажликларнинг нутқ бузилишлари (мотор ва сенсор афазиялар) билан биргаликда намоён бўлиши бемор учун оғир психологик жароҳатдир. Инсонни бошқа жонзотлардан фарқ қилиб турувчи нутқнинг тўсатдан бузилиши беморнинг психологиясини ўзгартириб юборади, у атрофдагиларни фақат товуш ҳолатида эшитади, маъносини тушунмайди, ўзи ҳам фикрини тушунтириб бера олмайди, бунинг натижасида бемор жиззаки бўлиб қолади, яқинларини уришади, ҳадеб гапиришга уринаверади, бироқ фикрини тўғри баён қилиб бера олмайди. Бу ҳолат сенсор афазия учун хосдир (дарсликнинг иккинчи бобида афазияларнинг клиник кўриниши ва диагностикаси ҳақида батафсил маълумот берилган). Баъзан бемор индамай ётади, фақат атрофдагиларнинг саволига жавоб беришга уринади, оддийроқ саволларга жавоб беради ҳам, бироқ ўзи гапирмай ётади. Бу ҳолат мотор афазия учун хосдир. Нутқ одатда фалажликларга қараганда олдинроқ тикланади, масалан инсултнинг ўткир давридаёқ (21 кун ичида) нутқ тикланиб бошлайди. Нутқнинг тез тикланиш даражаси инсултнинг турига, зарарланган жойнинг ҳажмига ва албатта даволаш жараёнини қандай олиб борилаётганига кўп жиҳатдан боғлиқ.

Агар инсулт узок пайтдан буён хафақон касаллиги, атеросклероз, қандли диабет ва юрак касалликлари билан оғриётган беморларда ривожланса нутқ тикланиши фалажликлар каби қийин кечади. Сурункали алкоголизмдан азият чекаётган беморларда инсулт ривожланса нутқ бузилишлари хулқ-атворнинг кескин бузилишлари билан намоён бўлади ва нутқ ҳам кеч тикланади. Бундай беморлар билан мулоқот қилиш жуда қийин бўлиб, улар врач ва яқинларининг айтганларни бажармайди, тез уришиб кетади, ёки йиғлайверади, овқат ейишдан бош тортади, тагига сийиб юборади. Уни парвариш қилиш (соч-соқолини олиш, чўмилтириш ва ҳ.к) га йўл қўймайди, даволаш муолажаларидан воз кечади. Табиийки, бундай беморларни даволаш шифокорлар учун қийинчиликлар туғдиради. Одатда, нутқи бузилган одамнинг хулқ-атвори ҳам бузилган бўлади. Бунга нутқи ривожланмай қолган болаларни мисол қилиб кўрсатиш мумкин, уларнинг аксариятида хулқ-атвор ўта бузилган бўлади. Инсон хулқ-атворининг бошқарувчанлиги ҳам унда нутқ функциясининг мавжудлигига кўп боғлиқ. Инсулт ўтказган беморларда нутқ тиклангандан сўнг даволаш жараёнидаги баъзи қийинчиликлар бартараф бўлади, бемор энди ўз танасида кечаётган касаллик аломатларини

яқинларига ва шифокорларга бемалол айтиб бера олади, уларнинг тавсиясини бажара бошлайди ва натижада даволаш жараёнида ижобий натижалар юз бера бошлайди.

Бош мианинг чап ярим шарида рўй берган insultларда хавотир билан кечувчи невротик ҳолатлар кўп кузатилади. Айнан мана шу хавотирли неврознинг мавжудлиги чап ярим шар инсультаини ўнг ярим шар инсультаида кузатиладиган хулқ-атвор бузилишларидан фарқловчи симптомлардан биридир. Хавотир қандай кўринишда намоён бўлади? Бемор insult оқибатида танасида пайдо бўлган касаллик аломатларидан азиат чекаверади, врачнинг ҳар бир ташрифида нутқи ва ҳаракат фаолиятнинг тикланиб кетиш-кетмаслиги ҳақида сўрайверади, врачнинг ҳар бир сўзига хавотир билан қулоқ тутуди, унинг ҳар-бир тавсияларини сўзсиз бажаришга интилади, даволаш натижасида рўй бераётган ҳар бир ижобий ўзгаришдан хурсанд бўлади. Албатта, мианинг чап ярим шари insultлари учун хос бўлган хавотир билан кечувчи бундай симптомлар унинг тезроқ соғайиб кетишига ёрдам беради. Шунинг учун ҳам мианинг чап ярим шари insultларида неврологик функцияларнинг тикланиш жараёни ўнг ярим шари insultларига қараганда тезроқ кечади. Чунки хавотирли невроз ўнг ярим шар insultларида кузатилмайди.

Бош мианинг ўнг ярим шари insultларида беморлар психологияси

Юқорида қайд қилинганидек, ўнг ярим шар insultларида тананинг чап томонида ҳаракат ва сезги бузилишлари кузатилади, яъни гемипарезлар, гемианестезиялар пайдо бўлади. Нутқ ва у билан боғлиқ бўлган аксарият олий руҳий функциялар (ўқиш, ёзиш) сақланиб қолади. Бунинг сабаби мианинг ўнг ярим шарида нутқ марказларининг бўлмаслигидир (ўнақайларда). Бош мианинг ўнг ярим шари асосан пертсептив жараёнлар, аниқроғи ўз *танасининг тузилиши* ҳақида миёга келаётган таъсиротларни анализ ва синтез қилиш учун жавоб беради. Демак, ўнг ярим шарнинг зарарланиши тана тузилишини нотўғри қабул қилиш симптомларини юзага келтиради. Булар анозогнозия, аутоптогнозия, псевдополиметрия, фазонинг (ўз танасининг ҳам) бир томонини инкор қилиш симптомлари билан намоён бўлади. Бемор ўзида юз бераётган бу ўзгаришларни танқидий кўз билан қабул қилади, яъни унда том маънода олганда руҳий бузилишлар кузатилмайди. Бу бузилишлар умумлаштириб тана схемасининг «бузилиши» деб ҳам аталади. Беморнинг боши ёки бир қўли катталаниб кетаётгандек, қўли ёки оёғи тананинг бошқа қисм-

ларида жойлашгандек (аутотопгнозия), тананинг чап томони худди бировнинг танасидек, чап қўли ўзиники эмас, бировникидек ёки ёнида ғўла ётгандек туюлади. Баъзи ҳолларда беморнинг ярим фалажланган чап қўли уни бўғмоқчи бўлса, ўнг қўли эса бунга йўл қўймайди, чап қўлни итариб юборади. Баъзан чап қўл худди кичик ҳайвонлар (мушук, олмахон, куён) кўринишида беморга эркаланади ёки бемор ўнг қўли билан чап қўлини силайди. «Нимага бунақа қилаяписиз?» деса, у «Мушугимни эркалатаяпман» дейди. Гўёки тана иккига бўлингану, унинг ҳар ярми ўзича фаолият кўрсатаяпти. Бемор инсулт оқибатида ўз танасида пайдо бўлган дефектларни (фалажликларни) инкор қилади, менинг оёқ-қўлларим ишляяпти дейди. Бундай ҳолат анозогнозия деб аталади. Бемор фалажликлар сабабли бир неча кундан буён тўшака михланиб қолган бўлса-да, «Мен ҳозиргина туалетга бориб келдим, туриб ҳовлида юрдим» дейди. Бемор кийинаётганда ҳам чап томонни тўла инкор қилади: кўйлагининг ўнг енгини, оёқ кийимининг ўнг томондагисини кияди, лагандаги овқатнинг (масалан, ошнинг) фақат ўнг томондагисини ейди, эшикдан кираётганда чап елкасини эшикка уриб киради. Соқол олаётганда юзининг чап томони қолиб кетади, тишини юваётганда фақат ўнг томонини ювади ва ҳ.к. Демак, чап томон бутунлай инкор қилинади, гўёки фазонинг чап томони йўқдек. Бемор ўз касалига жуда бефарқ бўлади, врачларнинг ва яқинларининг касалликка оид берган тавсияларини инкор қилади: «Жойингиздан турманг, Сизга туриб юриш мумкин эмас» деса «Хўп бўлади» деб жавоб беради-ю, барибир туриб юради, врач тавсиясига кўра вақтида бажариш лозим бўлган жисмоний машқларни бажармайди, фалажланган қўл ва оёқлари қандай ҳолатда бўлса, шу ҳолатда ётаверади, бироз бўлса-да пайдо бўлган ҳаракатларни фаоллаштиришга уринмайди. «Ҳозир қаерда ётибсиз» деб сўраса, у «Меншифохонада даволанаяпман» деб жавоб беради ёки «Тошкентда даволанаяпман» дейди. Ваҳоланки, у ўз уйида ёки вилоят шифохоналарининг бирида даволанаётган бўлади. Аксарият ҳолларда бемор жуда сўзамол, маслаҳатгўй бўлади, зарур бўлмаган масалалар устида сўз очади ва яқинларини ёки уни кўргани келган яқинларини соатлаб ёнида олиб ўтиради. Уни кўргани келган одамнинг кимлиги ва у қачон келганлиги эртаси куни сўралса унутиб қўяди ёки у «Бир ой олдин келди» деб жавоб беради. Демак, уларда вақтни ва маконни тўғри баҳолаш ҳам бузилган бўлади. Баъзан бемор овқатланмоқчи бўлса қошиқни соғлом қўли билан ҳам косага тўғри олиб бора олмайди, оғзини тўғри топа олмайди, овқатни ёқасига тўкиб юборади ва натижада овқат ейишдан бош тартади, ўз-ўзидан йиғи келади. Ўз-ўзидан йиғи келиши, баъзан эса

арзимаган нарсага кулиш бир неча бор такрорий кузатилган инсултлар учун хос. Табиийки бундай беморларда ҳаракат функцияларининг тикланиши ўта суст кечади. Шунинг учун ҳам ўнг ярим шарда юз берган инсултларда беморларнинг соғайиб кетиши чап ярим шар инсультига қараганда суст кечади.

Беморда ўз танасини идрок қилишнинг бузилиши атроф-муҳитни идрок қилишнинг бузилиши билан биргаликда кузатилади. Масалан, бемор уйдан чиқиб кетиб, ўз уйини тўғри топиб кела олмайди, кўчанинг бошқа томонига кетиб қолади, аввал таниш бўлган дўкон ёки бозор қайси томонда жойлашганлигини адаштиради. Қуёш қайси томондан чиқиб қайси томонга ботишини адаштиради, у вилоятлараро қатновчи автобус ҳайдовчиси бўлсада, Самарқанд ёки Фарғона Тошкентга нисбатан қайси томонда жойлашганини адаштириб айтади ва ҳ.к. Бундай ҳолатлар ҳар доим ҳам бўлавермайди, фақат ўнг ярим шарнинг катта қисмини зарарловчи инсултларда рўй беради.

Инсулт ўтказган беморларга кўрсатиладиган психореабилитация тадбирлари

Инсулт нафақат бемор учун, балки унинг яқинлари учун ҳам катта руҳий жароҳатдир. Ушбу касалликнинг инсон камолотга етгандан сўнг рўй бериб бошлаши, яъни 40-50 ёшлардан кейин, оила учун катта фалокатдир. Тўсатдан рўй берган инсулт ҳаёт измини йўлдан чиқариб юборади. Инсулт ривожланган заҳоти бемор зудлик билан шифохонага ётқизилиши ва тиббий-психологик ёрдам касалликнинг дастлабки соатлариданоқ бошланиши керак. Бу ерда иккиланишга ҳеч қандай ўрин йўқ! «Беморни кўзғатмаслик керак, бирон соат уйда бўлсин, ҳозир мумкин эмас» қабалидаги гаплар ноўриндир. Аксинча инсулт ривожлангандан сўнг 3-6 соат ичида кўрсатилган малакали тиббий ёрдам беморнинг тўла тузалиб кетишига, энди бошланаётган фалажликларнинг олдини олишга, қолаверса беморнинг ҳаётини сақлаб қолишга жуда катта имкониятлар яратиб беради.

Баъзан инсулт ривожлангандан сўнг «Тез ёрдам» машинаси етиб келгач, беморнинг яқинлари «Ҳозир беморнинг аҳволи оғир, бироз шошмай турайлик, қон босими жойига келсин, йўлда бир гап бўлиб қолиши мумкин», деб етиб келган врачни аросатда қолдиришади. Одатда, беморнинг бир нечта қариндошлари орасида қолган врачларнинг айтганига кўнади ёки «Бемор йўлда ёмон бўлиб қолса жавоб берасизми?» қабалидаги саволлардан чўчиб, беморни уйда қолдиради. Врач бу сўзларга эътибор қилмасдан беморга дастлаб-

ки тиббий ёрдамни кўрсатиб дарҳол шифохонага етказиши зарур. Мабодо тиббий ёрдам вақтида кўрсатилишига қарамасдан беморнинг аҳволи шифохонага олиб бораётганда оғирлашиб қолса дарров врачни айблаш керак эмас, чунки инсультнинг дастлабки кунида ўлим ва бошқа оғир ҳолатлар кўп кузатилади. Бундай вазиятларда беморга малакали тиббий ёрдамни фақат шифохона шароитида кўрсатиш мумкин. Бу қондани врач ҳам, беморнинг яқинлари ҳам билиши лозим. Чунки инсультнинг биринчи куни ўлим даражаси жуда юқори бўлади, уйда қолдирилган беморга эса малакали тиббий ёрдам кўрсатиш ўта мушкул. Касалликнинг дастлабки куниёқ диагностик мақсадда орқа мия суюқлигини текшириш учун беморга зудлик билан люмбал пункция қилиш керак.

Одатда, 21 кунгача бўлган давр инсультнинг ўткир даври ҳисобланиб, бу даврда бемор шифохонада даволанади. Касалликнинг ўткир даврида беморнинг ҳуши бузилган бўлади, фалажликлар, нутқ ва хулқ-атвор бузилишлари яққол ифодаланган бўлади. Бу даврда унга руҳий тинчлик ўта зарурдир! Шунинг учун беморни кўришга келаётганлар сонини кескин камайтириш лозим, унинг ёнида турмуш ўртоғи ёки фарзандларидан бири парвариш қилиш учун қолиши мумкин. Чунки ҳар қандай ташриф кечагина оёқ устида юрган, бугун эса тўшакка миҳланиб қолган беморга руҳий жароҳат етказиши мумкин. Бундай ҳолатлар, айниқса, бирга ишлайдиганлар ва қўни-қўшнилар ташриф буюрганда рўй бериши эҳтимолдан холи эмас. Агар бемор «Танишларим мени кўргани келишмаяптими?» деб сўраса, унга «Албатта келишмаяпти, бироқ докторлар уларга рухсат беришмаяпти, биров тузалганингиздан сўнг уларни ёнингизга қўйишади. Барча келиб кетаётганлар Сизни тезроқ соғайиб кетсин дейишмоқда» қабалидаги сўзлар билан беморни тинчлантириш лозим. Акс ҳолда беморнинг «Нега улар мени кўргани келишмаяпти?» деб ортиқча ҳаяжонланиши беморнинг соғлиғига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Айниқса, нутқи бузилган беморлар ёнига келувчилар сонини нутқ тиклангунга қадар тўхта-тиб туриш лозим. Нутқ эса аксарият ҳолларда 2-3 ҳафта ичида тиклана бошлайди. Даволаш муолажалари тўғри ва ўз вақтида олиб борилса, олдин беморнинг оёқларида ҳаракат пайдо бўлади, қўлнинг тикланиши эса биров суст боради. Чунки мия пўстлоғида жойлашган оёқ марказларини иккала қон томир (а. *cerebri anterior* ва а. *cerebri media*) қон билан таъминлайди, Қўл марказларини эса фақат а. *cerebri media* қон билан таъминлайди. Шунинг учун ҳам ушбу артерия соҳасида кузатилган инсультларда қўл ҳаракатларининг тикланиши суст кечади.

Бемор шифохонадан ҳар доим ҳам тузалиб чиқиб кетмайди, чунки 3 ҳафтада фалажланган қўл ва оёқлар тўла тикланиб кетмайди, баъзи ҳолларда нутқ ҳам тўла тикланмай қолиши мумкин. Инсултда бузилган функцияларнинг тикланиши одатда бир йил мобайнида давом этади, вақт ўтган сайин тикланиш жараёнлари сусутлашиб бораверади. Шунинг учун ҳам ушбу даврда реабилитация усуллари ўта устамонлик билан олиб борилиши керак. Афсуски, инсулт ўтказган беморларда турли даражада ифодаланган ногиронлик кўрсаткичлари жуда юқори бўлиб, 80 фоизгача етади. Ҳеч қандай ўткир ривожланувчи касалликда ногиронлик бу даражада юқори эмас. Демак, ушбу беморларни нормал ҳаёт тизимига қайтариш лозим ва бу йўналишда бир қанча мутахассислар, яъни реабилитологлар, невропатологлар, психологлар, логопедлар, терапевтлар, иштирок этади. Умумий амалиёт шифокори эса ушбу мутахассисларнинг кўригини таъминлайди ва уларнинг тавсияларига асосланиб беморни даволаб кузатиб боради.

Йирик шаҳарларда реабилитация марказлари мавжуд бўлиб, инсултнинг тикланиш даврида даволашни ушбу марказларда давом эттириш мақсадга мувофиқдир. Инсултнинг оғир турини ўтказган беморларга ўз-ўзини эплай олиш, яъни овқатланиш, ювиниш, чўмилиш, соқол олиш, кийиниб-ечиниш, ҳожатхонага бориб келиш каби кундалик юмушларни мустақил равишда бажара оладиган ҳолатга келтириш реабилитациянинг асосий вазифаларидан биридир. Инсулт энгил кечган ҳолатларда эса меҳнат қобилиятининг тикланиш даражасига қараб, беморни аввал ўзи фаолият кўрсатган ишларга яна жалб қилиш мумкин. Инсулт ўтказган беморларда меҳнатга лаёқатлилиқ даражасини аниқлаш лозим, аксарият беморларга ногиронликнинг I ёки II даражаси белгиланади, энгил ҳолатларда эса III даражали ногиронлик белгиланади.

Инсултда кузатиладиган аксарият фалажликларда мушаклар тонусининг спастик тарзда ошиши бўғимларда контрактуралар пайдо бўлишига сабабчи бўлади. Мушак-бўғим контрактуралари айниқса қўл панжалари ва тирсак бўғимида кучли ифодаланган бўлади, бу табиийки, беморга ўзини эплаш билан боғлиқ бўлган юмушларни бажариш имкониятини чегаралайди. Бу муаммоларни бартараф этиш ёки олдини олиш учун турли жисмоний машқлар мавжуд, мутахассислар тавсиясига кўра бемор ушбу машқларни бажариши, фалажланган оёқ-қўлларга нуқтали уқалашлар олиши, физиотерапевтик муолажаларни ва спастик тонусни пасайтирувчи дориларни истеъмол қилиши зарур. Нутқ бузилишларини даволашда доривор воситалардан ташқари логопедик муолажалар ўтказиш ҳам ўта му-

ҳимдир. Одатда, касаллик сабабли пайдо бўлган нутқ ва хулқ-атвор бузилишларини нейропсихологлар даволаши зарур, ушбу мутахассислар йўқ жойларда нейропсихологик муолажаларни яхши тушунадиган невропатолог ёки тиббий психолог даволаш муолажаларини ўтказиши мумкин.

Инсулт ўтказган беморларни жамиятда ва оилада бўлаётган тадбирлардан чеккалаб ташлаш асло мумкин эмас, акс ҳолда улар психологик изоляцияда қолади. Беморларни оилавий ва маҳаллада режалаштирилаётган ишларга уларнинг имконият даражасига қараб жалб қилиш лозим, акс ҳолда улар ўзларини оилага ҳам, жамиятга ҳам кераксиз, деб ҳис қилиб чуқур депрессияга тушиши мумкин. Баъзи ҳолларда касаллик сабабли бир ой ичида иш жойини ва яқинларининг эътиборини йўқотган беморда ўз жонига қасд қилиш ҳоллари ҳам рўй бериб туради. Уларнинг ҳаёт тажрибасидан маҳалла фаоллари, беморнинг яқин қариндошлари ва фарзандлари унумли фойдаланншлари лозим.

Шундай қилиб, инсулт ўтказган беморларни даволаш ва уларни одатий турмуш тарзига қайтариш узоқ давом этувчи мураккаб тиббий-психологик жараён бўлиб, унинг муваффақиятли тугаши ўтказилаётган муолажаларнинг тўғри ва ўз вақтида олиб борилишига боғлиқ.

14.2. Бош мия жароҳатларида беморлар психологияси

Бош мия жароҳатларидан сўнг неврологик бузилишлар билан биргаликда, руҳият ва ҳиссиётнинг бузилишлари ҳам кузатилади. Ушбу бузилишлар жароҳатнинг оғирлиги, тури, беморнинг ёши, йўлдош касалликларнинг бор-йўқлиги ва шу каби бошқа омилларга боғлиқ.

Бош мия жароҳатларида бош миянинг лат ейиши ёки мия чайқалиши кўп кузатилади. Бундай ҳолларда аксарият беморлар ҳушини йўқотади ва унинг нақадар чуқур йўқолиши жароҳат даражасига боғлиқдир. Одатда, бемор ҳушига келгач, турли кўриниш ва даражада хотира бузилишлари кузатилади.

Посттравматик астения (церебрастения)

Церебрастения бош мия жароҳатларидан сўнг кузатиладиган энг кўп тарқалган синдромдир. Унинг учраш даражаси ҳақида аниқ бир статистик маълумот йўқ, чунки церебрастения билан аксарият беморлар врачга мурожаат қилишмайди ва церебрастения ҳолатлари

айнан бемор ўтказган бош мия жароҳати билан боғлиқлигини кўрсатиб бериш ҳам мушкул. Церебрастения турли хил субъектив симптомлардан иборат. Булар жиззакилик, жаҳлдорлик, сабрсизлик, руҳан тез чарчаб қолиш, паришонхотирлик, уйқу бузилишлари, бош оғриқлари ва шу каби бошқа белгилардир.

Кўп ҳолларда бош мия жароҳатларидан сўнг кучли фобия ривожланади. Масалан, автоҳалокат сабабли жароҳатланган беморлар кўчага чиқиш, пиёдалар учун мўлжалланган жойлардан ўтиш ва ҳаттоки автотранспортларда бирор жойга боришдан ҳам қўрқишади ёки ўлим қўрқувидан азият чекишади.

Бош мия жароҳатлари **апатия** ҳолатларини юзага келтириши мумкин. Клиник белгилари жиҳатдан депрессияга яқин бу ҳолатни баъзан тўғри аниқлаш қийин бўлади. Посттравматик апатияда умумий қарахтлик, бўшашиш, атрофдаги воқеаларга қизиқишнинг йўқлиги ва иш фаолиятида ижодкорликнинг пасайиши, иштиёқнинг йўқолиши, бирор ишни бошлаб охирига етказмай ташлаб қўйиш ёки ўша иши зарур бўлса-да, у билан шуғулланмаслик ҳоллари, хотиранинг енгил даражада ўзига хос бузилишлари кузатилади. Посттравматик апатия баъзи ҳолларда енгил даражадаги вегетатив ва психосоматик бузилишлар билан намоён бўлади.

Травматик психозлар

Психозлар ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Ўткир психоз, одатда, жароҳатнинг дастлабки кунларида ва асосан, миянинг лат ейишида кузатилади. Айниқса, бош миянинг пешона бўлаги зарарланган беморларда компьютер томографияда лат ейиш белгилари ёки гематома аниқланади. Бундай беморлар нейрохирург ёрдамига муҳтож. Бош миянинг бирор қисми зарарланиши ҳисобига кузатиладиган ўткир психозлар, одатда, неврологик симптомлар билан биргаликда намоён бўлади, яъни фалажликлар, координатор бузилишлар, бош мия нервлари зарарланиш симптомлари ва ҳ.к. Шунингдек, олий руҳий функциялар, яъни нутқ бузилишлари, апракциялар, агнозиялар ҳам кузатилиши мумкин. Бундай беморларнинг аҳволи оғир бўлиб, улар нейрохирург, невропатолог ёки нейропсихолог назоратида бўлиши зарур.

Ўткир психозларда турли даражадаги ҳушнинг бузилишлари кузатилади, яъни ҳушнинг хиралашишидан тортиб, сопор ҳолатларигача. Ҳушнинг хиралашишларида бемор билан мулоқот бузилади, у саволларга аниқ жавоб бера олмайди, нутқи узуқ-юлуқ ва тартибсиз бўлади, баъзан эса тинмай гапирaveraди (логоррея).

Логоррея, асосан, бош миянинг чакка соҳаси зарарланганда кузатилади. Бизнинг кузатувда, бош мия жароҳатининг ўткир даврида 24 соат тинмай гапирган бемор бўлган ва даволанган. Унга кучли ухлатувчи дорилар юборилгандан сўнг ухлаб, уйқудан уйғонгач, яна бир неча соат тинмай гапирган. Ушбу беморда логоррея касаллигининг 5-6 кунлари миянинг зарарланиш белгилари камайган сайин, камайиб борган. Шунинг учун ҳам бундай пайтларда тинчлантирувчи дорилар билан чегараланиб қолмасдан, касаллигининг ўткир даврида қилинадиган барча дори-дармонлар буюрилиши керак, чунки айтиб ўтганимиздек, логоррея бош миянинг локал зарарланишида ҳам кузатилади.

Баъзан бош мия жароҳатларидан сўнг беморлар узоқ вақт уйқуга кетади, бу, албатта, кома эмас. Узоқ вақтга уйқуга кетиш миянинг ҳимоя функциясининг бир кўринишидир. Бу феномен тўла ўрганилмаган. Баъзи мутахассислар травматик психозларни ўтказган беморларни узоқ вақтгача ухлатиб (30-40 кунлаб) даволашни тавсия қилишади. Уларнинг фикрича, бундай усул жароҳатдан сўнг кузатиладиган оғир руҳий бузилишларнинг, айниқса, хотира бузилишларининг олдини олади. Бизнингча, оилавий бўлиб автоҳалокатга учраган ва оила аъзолари ҳалок бўлган беморларга бу усулни қўллаш мумкин. Бунинг учун шифохонада барча шароитлар яратилиши, организмнинг ҳаётий муҳим функциялари фаолияти ва яхши парвариш таъминланиши ҳамда этика принципларига тўла риоя қилиниши керак.

Травматик психозларда галлюцинациялар, иллюзор ва делириоз бузилишлар, агрессив ҳолатлар ҳам кузатилиши мумкин. Улар, одатда, жаҳл устида ўзига ва атрофдагиларга қаттиқ тан жароҳати етказиб қўйишади. Психознинг бундай клиник кўринишларини бирор марта бўлса-да, кузатган шифокор беморни, албатта, психиатр ёки психоневрологга кўрсатиши зарур.

Баъзан травматик психозларда пуэрилизм кузатилади, яъни катталар ёшига мос келмайдиган ва болалик даври учун хос бўлган қилиқлар қилади. Пуэрилизм, айниқса, ўсмирлик пайтида бош миянинг оғир жароҳатларини ўтказган одамларда кузатилади. Бош мия жароҳатларидан сўнг хулқ-атворнинг истерик тарзда шаклланиши, депрессиялар, сексуал бузилишлар ҳам кузатилади. Масалан, бош миянинг пешона соҳаси зарарланганда гиперсексуализм ривожланиши мумкин. Истерия, депрессия ва сексуал бузилишлар ҳақида аввалги бобларда батафсил маълумотлар келтирилган. Уларнинг этиологиясида бош мия жароҳатлари ҳам муҳим аҳамият касб этади.

Маст одамларда ривожланган бош мия жароҳатларида психозлар даражаси ва сабабини аниқлашда бироз қийинчиликлар юзага келади.

Психозларни бош мия жароҳати ёки алкогольдан оғир мастлик ҳисобига эканини аниқлаш қийин бўлади.

Корсаков синдроми бош миянинг оғир жароҳатларидан сўнг ривожланадиган ўткир психоз бўлиб, унинг клиник белгилари, одатда, бемор ҳушига келгач, намоён бўлиб бошлайди. Бу синдромнинг асосий белгиси эслаб қолишнинг бузилишидир. Бемор бўлиб ўтаётган воқеаларни кун, ҳафта, ой кунларини, уни даволаётган шифокорлар (тиббиёт ходимлари)нинг исми ва ўзининг ётган жойини эслаб қола олмайди. Беморнинг ҳуши жойида, атрофдагилар билан мулоқоти сақланган бўлади, бироқ ўз аҳволига нисбатан танқидий қараши кескин пасаяди. Корсаков синдроми бир неча кундан бир неча ойгача давом этади. Бу синдром, айниқса, спиртли ичимликларни истеъмол қилувчиларда оғир кечади. Корсаков синдромида хотиранинг барча турлари, айниқса, эслаб қолиш босқичи бузилганлиги учун ҳам уни хотиранинг бирламчи бузилиши деб аташади.

Бош мия жароҳатларидан сўнг хотира йўқолишининг давомийлиги турлича бўлиши мумкин ва бу давр баъзи ҳолларда бемор умрининг охиригача давом этади. Ҳаттоки, хотира тикланиши кузатилсада, у тўла бўлмаслиги мумкин.

Травматик психозларнинг баъзи турларида ҳиссиётнинг бузилишлари руҳий бузилишлардан устунлик қилади. Масалан, кайфиятнинг асоссиз тарзда баланд бўлиши, яъни эйфория турли кўринишда намоён бўлади, улар кўп сўзлашади, бўлиб ўтган жароҳатларни батафсил гапириб юришни, қандай омон қолганларини баён қилишни хуш кўришади, беғам бўлишади. Одатда, эйфория сурункали психозлар учун хосдир. Баъзан аввал сахий ва самимий бўлган одам бош мия жароҳатидан сўнг эгоист ва бераҳм бўлиб қолади.

Бош миянинг оғир жароҳатларида, айниқса, очиқ жароҳатларда тутқаноқ хуружлари ёки кучли вегетатив пароксизмлар кузатилади. Посттравматик эпилепсия, одатда, бош мия жароҳатидан сўнг бир неча йил ўтгач ривожланади. Айниқса, Жексон хуружлари ҳамда ҳушдан кетиб ривожланувчи тоник-клоник хуружлар, абсанслар кўп учрайди. Тез-тез ҳушдан кетиш билан кечувчи тутқаноқ хуружлари бориб-бориб, бемор хулқ-авторини патологик тарзда ўзгартира бошлайди.

Бош мия жароҳатларини ўтказган беморларда **«аввал кўрган»** ёки **«ҳеч қачон кўрмаган»** феномени ривожланади. Беморлар ўзи аввал бормаган ва кўрмаган жойда пайдо бўлиб қолса, бу ерга худди аввал келгандек, барча нарсалар танишдек кўринади ёки аввал борган ва бир неча бор кўрган жойига борса, бу ерда ҳеч қачон бўлмагандек ва барча нарса ва воқеалар нотанишдек туюлади. Бу феномен механизмлари тўлиқ ўрганилмаган.

Бош мия жароҳатларидан сўнг ақли заифлик ҳам ривожланади. Статистик маълумотларга кўра, бу ҳолат жароҳат ўтказган беморларнинг 5 фоизда кузатилади ва у пешона ҳамда чакка соҳалари зарарланиши билан боғлиқ.

Бош мия жароҳатларида кузатиладиган руҳий бузилишларнинг олдини олиш учун авваламбор, беморларни касалликнинг ўткир даврида тўғри даволаш зарур. Маълумки, бош мия жароҳатларининг ўткир даврида беморлар нейрохирургия ёки нейротравматология бўлимларига қабул қилинади. Баъзан беморлар 4-5 кун ичида шифохонадан чиқариб юборилади. Шифохонадан чиққач, улар зудлик билан невропатолог, руҳий бузилишлар аниқланган ҳолатларда эса психиатр назоратида туришлари ва даволанишлари керак.

14.3. Менингит ва менингоэнцефалит ўтказган беморлар психологияси

Менингит – бош мия пардаларининг ўткир юқумли-яллиғланиш касаллиги бўлиб, асосан ёшларда кўп кузатилади. Менингит юқумли касаллик бўлганлиги учун ҳам, ушбу касаллик аниқланган беморлар зудлик билан юқумли касалликлар шифохонасига ётқизи-лиши зарур. Касаллик аниқланган беморнинг оиласида, боғча ва мактабда дарҳол дезинфекция ишлари ўтказилиб, унга яқин бўлганлар врач назоратига олинади. Менингит ҳам инсультга ўхшаб тўсатдан бошланади. Беморнинг ҳарорати 40 градусгача кўтарилади, юзи ва танасига тошмалар тошиб кетади, боши қаттиқ оғрийдди, қусади, ёруғликка қарай олмайди, ҳоли қочиб ётиб қолади. Неврологик текширувларда менингиал симптомлар аниқланади. Менингит айниқса болаларда оғир кечади ва улар дарров ҳушини йўқотиб кома ҳолатига тушиб қолишлари мумкин. Шунинг учун тана ҳарорати кўтарилган ҳар қандай бемор дарҳол мутахассисга кўрсатилиши лозим. Одатда, менингит ташхисини невропатолог ёки юқумли касалликлар шифокори қўяди. Бироқ умумий амалиёт шифокори менингитни аниқлай олиши ва зудлик билан беморни юқумли касалликлар шифохонасига юборилишини ташкиллаштириши лозим. Бемор шифохонадан қайтгандан кейин эса уни назоратга олиши ва яна мутахассислар кўригини таъминлаши керак.

Менингит касаллигининг тури кўп бўлиб, уларни тўғри аниқлаш учун албатта беморнинг орқа мия суюқлигини, яъни ликворни текшириб касаллик қўзғатувчисини аниқлаш лозим. Бу эса зарур антибиотикларни тўғри танлаб олишга ёрдам беради. Люмбал пункция, яъни мия суюқлигини текшириш, менингит касаллигида албат-

та қилиниши лозим бўлган муолажадир. Йирингли менингитларда бу муолажа бир неча бор қилиниши мумкин. Люмбал пункция орқали нафақат касаллик кўзғатувчисини аниқлаш мумкин, балки бемор учун ўта хавфли бўлган мия шишини камайтириш, беморнинг комага тушишининг олдини олиш, мия пардаларида кетаётган яллиғланиш жараёнларини пасайтириш ёки йирингли жараённинг мия тўқимасига ўтиб кетишини ва менингоэнцефалит ривожланишининг олдини олиш мумкин. Мия қоринчаларининг хориоидал чигалларида 24 соат ичида 400-450 мл мия суюқлиги ишлаб чиқарилади ва қайта сўрилиб туради. Бу жараён турли касалликларда кучайиб ёки пасайиб туриши мумкин. Менингитларда йирингли жараён оқибатида лойқаланган ликворни люмбал пункция орқали олиб туриш, тоза мия суюқлиги ишлаб чиқарилишини жадаллаштиради. Акс ҳолда мия пардалари орасида қолиб кетган йирингли жараён мия тўқимасига сўрилиб оғир асоратлар қолдириши мумкин, яъни тутқаноқ хуружлари, кўришнинг бузилиши, хотира бузилишлари, невроз, психоз ва ҳ.к.

Таъкидлаб ўтилганидек, юқумли касалликлар шифохоналарида менингит билан касалланган беморларга люмбал пункциялар қилиниши табиий ҳолдир. Бироқ бемор ҳаёти учун ўта зарур бўлган ушбу муолажанинг ўз вақтида ўтказилишига беморнинг яқинлари йўл кўйишмайди ёки «Пункция қилмайсиз!» деб туриб олишади. Айниқса, болалар юқумли касалликлари шифохонасида ишловчи шифокорлар бундай ҳолатларга кўп дуч келишади. «Агар болада мия суюқлиги олинса, у ақлий ривожланишдан орқада қолади», деган мутлақо нотўғри фикр ота-оналар орасида тарқалган. Менингит билан касалланган беморларни консультация қилишга борганимизда бундай саволларга биз ҳам кўп дуч келганмиз. Баъзан шифокорлар консультацияга келган врачга «Сиз ҳам ушбу текшириш зарурлигини айтинг, боланинг ота-онасини кўндира олмаяпмиз» деб илтимос қилишади. Аксарият ҳолларда ушбу муолажанинг ўта зарурлигини тушунтириш анча вақтни талаб қилади. Бу ерда врачлар люмбал пункцияни амалга ошириш зарурлигини беморнинг қариндошлари билан маслаҳатлашиб эмас, фақат тиббий кўрсатмаларга асосланиб ҳал қилади. Баъзи ҳолларда беморнинг қариндошлари «Бизлар билан маслаҳатлашмай мия суюқлигини олибсиз, нега бундай қилдингиз?» деб врач устидан арз қилиб юришади. Бундай шикоятлар юридик кучга эга эмас.

Одамлар орасида мия суюқлигини текшириш ҳақида бундай нотўғри фикрларнинг пайдо бўлишига шифокорлар айбдор десак, муболаға қилмаган бўламиз. Афсуски, бундай фикрларни люмбал пункция ҳақида тўғри маълумотга эга бўлмаган шифокорлар тар-

қатишади. Қуйида ушбу масалага оид ўзимиз гувоҳи бўлган ачинарли бир ҳолатни келтириб ўтамиз. Мени қамоқхоналардан бирига битта маҳбусни кўриб тиббий хулоса бериш учун таклиф қилишди. Беморни текшириб туришимни кузатиб турган ва шу ерда ишлайдиган бир ходим «Невропатологмисиз?» деб сўради. Мен «Ҳа» деб жавоб бердим. У «Беморни кўрганингиздан кейин кетиб қолманг, Сизда ишим бор» деди. Беморни кўриб бўлгандан кейин у мени алоҳида хонага олиб кириб «Доктор, айтингчи менингитда орқа мия суюқлигини текшириш керакми?» деб сўради. Мен «Албатта, керак!» деб жавоб бердим. «Нима учун?» сўради у. Мен «Бу муолажа ташхисни тўғри қўйиш учун зарур» деб айтдим. «Нима, пункция қилмаса менингит ташхисини қўйиб бўлмайдимми?» деб сўради ва менингитга хос симптомларни бирин-кетин айтиб бошлади, ҳатто неврологик симптомларни ҳам. Тўғриси, унинг менингитга хос белгиларни бехато айтаётгани мени ҳайратда қолдирди. «Доктор эмасмисиз ўзи?» деб сўрадим ундан. «Бунинг нима фарқи бор, менинг умуман тиббиётга алоқам йўқ! Сиз менинг саволимга жавоб бермадингиз» деб совуққонлик билан яна ҳалиги саволни қайтарди: «Орқа мия суюқлигини текширмаса, менингит ташхисини қўйиб бўлмайдимми?». Мен «Қўйиб бўлади, бироқ бу муолажа фақат тўғри ташхис учун эмас, тўғри даволаш учун ҳам зарур» дедим. «Тинчликми, нимага бунча менингит билан қизиқиб қолдингиз, яхшиям докторман, Сизнинг маҳбусингиз эмасман» дедим ҳазиллашиб. У бўлса «Яқинда битта доктор менинг маҳбусим бўлади!» деди жиддий тарзда ва менинг олдимга катта бир қизил папкани ташлади. «Илтимос, шу материаллар билан танишиб чиқинг» деди. Мен папкадаги материаллар билан танишиб чиқдим. Қисқаси, 30 ёшлар атрофидаги ушбу қамоқхона ходимининг 2 ёшга тўлмаган боласи менингит билан касалланиб юкумли касалликлар шифохонасига оғир ҳолатда келтирилади. Беморни мутахассислар кўришади ва зудлик билан даволаш муолажаларини бошлашади. Болани даволаётган палата врачлари уни люмбал пункция қилмасдан даволай бошлайди. Бола тез тузалавермайди ва ҳушини йўқотиб бошлайди ва сопор ҳолатига тушади. Менингит бўйича диссертация ишини бажараётган бошқа бир врач ўз навбатчилигида мия суюқлигини олиб текшириш учун болага люмбал пункция муолажасини ўтказади, чунки боланинг аҳволи оғирлашаётган бўлади. Эрталабгача мия шиши белгилари камайиб, бола ҳушига келади. Анализ натижалари тайёр бўлгач менингит қўзғатувчиси аниқланиб, беморга берилаётган антибиотиклар ва бошқа дори-дармонлар ўзгартирилади. Бола 4-5 кун ичида ўзига келиб тузалиб бошлайди. Бола комага тушса унинг ҳаёти хавф остида қоларди.

Эрталабки шифокорлар йиғинида бўлим мудир палата врачини ўз вақтида пункция қилмаганлиги учун койийди ва навбатчи врачга миннатдорчилик билдиради. Ҳамкасблари олдида изза бўлган врач тузалиб кетган боланинг отасига «Болангиздан мия суюқлигини олмасаям тузаларди, бу муолажани қилиш учун беморнинг ота-онасидан ёки даволовчи врачдан рухсат олиш керак эди, энди болангиз ақли заиф бўлиб ўсади. Навбатчи врач болангизни бир касалликдан тузатиб, иккинчи касалликка йўлиқтирди» дейди. «Пункция қилган врач диссертация ишини бажараяпти, ишонмасангиз текшириб кўринг, шунинг учун ҳам у болани навбатчилик пайтида пункция қилди, пункциядан кейин боланинг аҳволи оғирлашиб қолса нима бўларди, бу муолажани кундуз куни қилса бўларди-ку. Биз бир нечта болаларни пункция қилмасдан ҳам даволяяпмиз, ишонмасангиз бошқа врачлардан ва ҳамширалардан сўранг» дейди. Қамоқхонада терговчи бўлиб ишлайдиган бу одамнинг миясига ноқобил врачнинг «Бола энди ақли заиф бўлиб ўсади» деган сўзлари ўрнашиб қолади. У илмий иш қилаётган врач ҳақида маълумотлар йиғиб бошлайди, унинг диссертация материалларидан боласи ҳақидаги хулосаларни ҳам далил учун олади, бирин-кетин ушбу муолажа ҳақида барча врачларнинг фикрини сўраб бошлайди. Энг ачинарлиси «Менингит касаллигида пункция қилиш керакми-йўқми?», «Люмбал пункцияни навбатчиликда қилиш шартмиди ёки шарт эмасмиди?», «Мия суюқлиги олинган болада кейинчалик ақли заифлик ривожланадими ёки йўқми?» «Беморни пункция қилиш учун яқин қариндошларнинг рухсатини олиш керакми ёки йўқми?» каби саволларга боланинг отаси турли врачлардан турлича жавоб олади. Бу саволларга баъзи врачлар «Ҳа» деб жавоб берса, бошқа бирлари «Йўқ» деб жавоб беради. Бу жавоблардан терговчи отанинг мияси гангиб қолади ва масалага ойдинлик киритиш учун менингитга оид маълумотларни дарсликлардан излаб бошлайди ва неврологик симптомларни қандай текширишни ҳам ўзлаштириб олади. Сўхбат чоғида у менга «Нима учун докторлар ягона қонун бўйича ишлашмайди, ҳар ким ҳар хил гапирди, ахир ўтказиладиган муолажалар маълум бир қонун-қоида асосида олиб борилиши керакку, нега баъзи врачлар талабалар учун мўлжалланган дарсликлардаги маълумотларни ҳам чала билишади? Менинг улардан жуда кўнглим қолиб кетди. Ҳатто шунча йилдан буён ишлаётган врачларнинг баъзилари пункция ҳақида аниқ бир маълумотга эга эмас» деб гапирганиди хуноби ошиб. Балким бу одам ҳиссиётга берилиб шундай гапларни гапиргандир, лекин мен бир нарсага аминманки, агар қилинажак муолажа ҳақида у сўроққа тутган врачларнинг фикри бир жойдан

чиққанда эди, врачлар ҳақида у салбий фикрга бормаган бўлур эди. Ахир тиббий муолажалар ҳақида умумқабул қилинган қонун-қоидалар борку ва барча шифокорлар уларга қатъиян амал қилишлари керак! Нега биз уларни унутиб қўямиз ёки билмаймиз? Бунинг натижасида тиббиётга алоқаси бўлмаган одамлар орасида юзимиз шувут бўлиб қолади, улар бизларга ишонмай қўйишади. Бир неча йилдан буён менингит касаллиги билан шуғулланаётган врачларнинг фикри нега ҳар хил бўлиб чиқди. Бу ерда навбатчи врач жуда тўғри иш қилган. Менингитда албатта люмбал пункция қилиниши шарт! Бу ҳақда врач фақат тиббий кўрсатмаларга риоя қилади, беморнинг қариндошларига бу муолажа ҳақида ҳисобот бериб ўтирмайди, беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш учун зарур бўлган ҳар қандай тиббий муолажа зудлик билан бажарилиши керак. Бу қоида талабаларга барча фанларда ўргатилиб келинади. Фақат режали тарзда бажариладиган муолажалар куни ёки соати олдиндан белгиланиши мумкин. Бунда ҳам қилинадиган муолажа режали тарзда бажариладими ёки зудлик билан бажариш лозимми, олдиндан ҳал қилиб олиш керак. «Мия суюқлиги олинган болаларда кейинчалик ақлий заифлик ривожланади» деган фикрлар мутлақонотўғри! Аксинча, люмбал пункция қилинмай даволанган болаларнинг нафақат тузалиши қийин кечади, балки мия суюқлигидаги йирингли ажратмалар мия бўшлиқларида тўпланиб мия тўқималарини зарарлайди ва натижада мия тўқимаси атрофияга учрайди, кисталар пайдо бўлади. Бундай ҳолатлар кейинчалик турли хил асаб ва руҳий бузилишлар ривожланишига туртки бўлади. Энди ушбу бузилишлар билан танишиб чиқамиз.

Менингит билан касалланган беморларда кузатиладиган руҳий-ҳиссий бузилишлар

Менингитнинг ўткир даврида руҳий бузилишлар ўткир психозлар кўринишида намоён бўлади. Булар психомотор қўзғалишлар, галлюцинациялар, делирийлар, психосенсор бузилишлар (умумий гиперестезия ва ҳ.к.). Галлюцинациялар ва делирийлар касалликнинг ўткир даврида кўп кузатилади ва улар менингит учун хос бўлган неврологик симптомлар билан биргаликда намоён бўлади. Менингитда кузатиладиган бош оғриқ ўта кучли ва чидаб бўлмас даражада бўлиб, бош қаттиқ сиқиб оғрийди, оғриқ кучидан бемор инграб бошини қўллари билан чангаллаб олади, кўзларини юмиб, чироқларни ўчиришни ёки пардаларни ёпиб хонани қоронғи қилишни, телевизор ва радионинг овозини ўчиришни, ҳатто чиқиллаб турган соатни хонадан олиб чиқиб кетишни талаб қилади. Бемор оғриқ

кучидан тўлғаниб оёқ-қўллари букиб ғужанак бўлиб олади. Чунки ҳар қандай ёруғлик ва шовқин беморнинг бош оғриғини кучайтириб юборади. Менингитларда кузатиладиган кучли бош оғриқнинг сабаби мия пардаларини иннервация қиладиган уч шохли нерв (V жуфт) рецепторлари кўзғалишидир. Мия парадаларини иннервация қилишда сайёр нерв (X жуфт) ва симпатик толалар ҳам иштирок этади. Уларнинг кўзғалиши натижасида кучли бош оғриқ кетма-кет кўнгил айнаш ва қусиш билан намоён бўлади. Ушбу симптомларнинг пайдо бўлишига мия ички босимининг ошиб кетиши ва мия устунни тузилмаларининг (вегетатив марказларнинг) кўзғалиши ҳам сабабчи бўлади. Қусиш, айниқса IV қоринча тубида, яъни ромбсимон чуқурчада жойлашган вегетатив марказларнинг кўзғалиши ҳисобига рўй беради. Мия пардалари қанча кучли яллиғланган ва мия ички босими қанча юқори бўлса бош оғриғи ва бошқа вегетатив симптомлар ҳам шунча кучли ифодаланган бўлади.

Юмшоқ пардада кетаётган кучли яллиғланиш ҳисобига бош мия катта ярим шарларининг устки қисми, яъни пўстлоғнинг таъсирланиши ҳисобига тутқаноқ хуружлари, психомотор ва психосенсор бузилишлар рўй беради. Беморнинг ҳуши бузилган бўлади, унинг танасига қўл тегизса сакраб тушади, тригеминал нуқталарни босиб текшираётганда юзини бужмайтириб бошини олиб қочади, текширувчининг қўлини итариб юборади, кўзини юмган ҳолда ҳар ёққа ўзини ташлайверади, бақиради, ўрнидан туриб кетишга ҳаракат қиладди, атрофдагиларни танимайди. Саволларга ноаниқ жавоб беради. Бундай бузилишлар кучли даражада ифодаланса, беморни текшириш ва даволаш муолажаларини ўтказиш мушкул бўлиб қолади. Тана ҳарорати юқори ҳолатда кузатилаётган ушбу бузилишлар кучли терлаш билан намоён бўлади. Ушбу бузилишларни бартараф этиш учун зудлик билан 2 мл валиум (реланиум, сибазон) ёки анальгин, димедрол ва новокаин эритмалари, пиполфен, аминазин каби дориларни томир ичига ёки мушак орасига юбориш керак ва «тез ёрдам» хизмати орқали бемор шифохонага жўнатилади.

Делирийлар менингитнинг ўткир босқичида кўп учрайдиган руҳий бузилишлар бўлиб, бунда беморнинг онги хиралашган бўлади, у ўз аҳволини чала бўлса-да англай олади, бироқ атроф-муҳитда у билан содир бўлаётган текширувларни, шифокорларнинг хатти-ҳаракатларини тўғри баҳолай олмайди. Қаерда ётганини, қачон бу ерга келиб қолганини ва тахминий вақтни айтиб бера олмайди. Делирийда кўрув ва эшитув галлюцинациялари кўп кузатилади. Бунда бемор кўз олдидаги нарсаларни қўли билан ҳайдайди, яқинларини танимайди, йўқ одамларнинг исмини айтиб чақиради, кўз олдида йўқ

нарсаларни кўради, қўрқиб бақириб юборади. Бундай ҳолатлар айниқса болаларда кўп кузатилади. Шунинг учун ҳам боланинг бу аҳволини кўриб унинг яқинлари қўрқиб кетади, «Болам руҳий касал бўлиб қолмайдими?» деб докторлардан сўрайверади. Албатта, бундай психомотор қўзғалишлар менингитнинг дастлабки кунларида рўй беради ва дарров ўтиб кетади. Шунинг учун беморнинг яқинларига бу ҳақда маълумот бериб, уларни тинчлантириш лозим. Баъзан бундай ҳолатлар тана ҳарорати кўтарилган болада уйда рўй бериб қолса, ота-оналар боласини ўқитишга табибга олиб боришади ва зарур вақтни қўлдан бой бериб бола нобуд бўлади. «Боламга кўз тегди, бирдан ҳарорати кўтарилиб руҳий касал бўлиб қолди, табибларга ўқитсак ҳам ёрдам қилмади ва тўсатдан вафот этди», деб аюҳаннос солиб йиғлашади. Бола эса менингитдан ўлган бўлади. Бундай ҳолатлар айниқса 2 ёшгача бўлган болаларда кузатилади. Уларда менингитнинг оғир турлари кўп кузатилади, айниқса йирингли менингитлар. Бу ёшдаги болаларнинг тана ҳарорати кўтарилса ухлашаверади, айниқса кечаси, ота-она эса буни сезмай қолишади ёки «Болам бугун чарчабди шекилли, ухлайверсин» деб уни безовта қилишмайди. Тиббий ёрдам кўрсатилмаган бола эса эрталабгача ўлиб қолади. Баъзан ота-оналар боланинг танасига спирт ўрнига ароқ суркаб тана ҳароратини туширишга ҳаракат қилишади (ароқ тана ҳароратини туширмайди) ёки анальгин ва димедрол қилиб қўйиша қолади ва антибиотик қилишмайди. Анальгин ва димедрол аралашмаси ёки тана ҳароратини туширувчи доривор воситалар менингитга даво бўла олмайди, бундай ҳолатларда албатта антибиотик қилиб бошлаш зарур ва болани зудлик билан шифохонага олиб бориш керак.

Шу ўринда айтиб ўтмоқчи эдим: тана ҳароратини туширувчи дориларни оммавий ахборот воситаларида реклама қилиш мутлақо мумкин эмас. Чунки тана ҳарорати ошишининг асл сабаби менингит бўлиши мумкин! Бу дорилар тана ҳароратини туширади, бироқ касаллик сабабини йўқотмайди. Телевизорда зўр бериб реклама қилинаётган тана ҳароратини туширувчи дорилардан бирини 2 кун мобайнида 12 яшар болага ичиришади, бироқ боланинг аҳволи оғирлашаверади. Касалликнинг учинчи кунини болани шифохонага олиб боришади ва унда йирингли менингит аниқланади. Бола 7 кун комада ётади ва вафот этади. Умуман олганда, дориларни телевизор ва радио орқали реклама қилиш нотўғридир, уларни газета ва журналларда реклама қилиш мумкин. Шундаям дорининг барча ножўя таъсирларини кўрсатган ҳолда.

Ўрта ёшдагиларда сероз менингит кўп кузатилади. Менингитнинг бу турида тана ҳарорати 38 градусгача кўтарилади. Беморнинг боши

оғриди, қайт қилади, ҳоли қочади, тез чарчаб қолади, уйку келаверади, иштаҳаси бузилади, жаззак бўлиб қолади, кўп терлайди. Агар бу беморларда менингиал симптомлар текширилмаса, сероз менингит ташхиси қўйилмаслиги ва бемор «ўткир респиратор касаллик» ташхиси билан даволаниб юриши мумкин. Одатда, бундай беморлар парацетамол ёки унинг аналоглари ва антибиотик қабул қилиб юришади. Албатта, бу дорилар менингитга хос белгиларни камайтиради ва бу ҳам ташхиснинг кеч аниқланишига сабабчи бўлади. Шунинг учун ҳам тана ҳарорати ошган ҳар қандай беморда менингеал симптомлар текширилиши шарт. Фақат ана шундагина менингит ташхиси ўз вақтида аниқланади. Ўткир менингит ташхисини аниқлашда КТ ёки МРТ аҳамиятли эмас, балки у махсус клиник, неврологик, бактериологик, вирусологик ва ликворологик текширувлар орқали аниқланади.

Менингоэнцефалит ва энцефалитларда кузатиладиган руҳий-ҳиссий бузилишлар

Менингоэнцефалит – бу бош мия пардалари ва мия тўқимасининг яллиғланиш касаллигидир. Бош мия ёки унинг пардаларида кетаётган патологик жараёни анатомик нуқтаи назардан келиб чиққан ҳолда ўрганиш мушкул, албатта. Масалан, аксарият ҳолларда мия пардаларида кечаётган яллиғланиш жараёнлари мия тўқимасига ўтиши, яъни менингоэнцефалит ривожланиши ёки вирусли инфекциялар гематоэнцефалик тўсиқдан ўтиб бош мия тўқималарида яллиғланиш жараёнларини (энцефалитлар) юзага келтириши мумкин. Менингоэнцефалит оғир касаллик бўлиб, менингитдан фарқли ўлароқ чуқур неврологик бузилишлар билан намоён бўлади, яъни монопарез, гемипарез, тетрапарезлар, гиперкинезлар ва ҳ.к. Ушбу неврологик бузилишларнинг пайдо бўлиши яллиғланиш жараёни мия тўқимасининг қайси қисмида жойлашганига боғлиқ. Бу маълумотлар неврология дарсликларида келтирилган.

Бошқа яллиғланиш касалликлари каби менингоэнцефалитлар билан ҳам асосан ёш болалар ва ўсмирлар кўп касалланишади. Шунинг учун ҳам болалик ва ўсмирлик даврларида ўтказилган менингоэнцефалитларда неврологик асоратлардан ташқари, турли даражада ифодаланган нейропсихологик (нутқ, хотира, тафаккур, ҳиссийёт ва ҳ.к) асоратлар ҳам қолади. Бу даврларнинг ҳар бир босқичида мураккаб функционал системалар ва олий руҳий функциялар жадаллик билан шаклланиб боради (бу ҳақда биз батафсил маълумотни 1 бобда берганмиз). Бош мия ва унинг тўқималарида

кечадиган оғир касалликлар эса ушбу мураккаб механизмларни издан чиқаради, гўёки ривожланиш жараёни касаллик пайдо бўлган вақтдан бошлаб секинлашади ёки бутунлай тўхтайди. Менингоэнцефалит билан касалланган бола қанча ёш бўлса, у ақлий ривожланишдан шунча орқада қолиб бориши мумкин. Вақт ўтган сайин бундай болаларда биологик ёш билан психологик ёш орасидаги фарқ катталашиб бораверади. Бунга йўл қўймаслик учун барча даволаш муолажаларини нейропсихологик муолажалар билан биргаликда олиб бориш зарур.

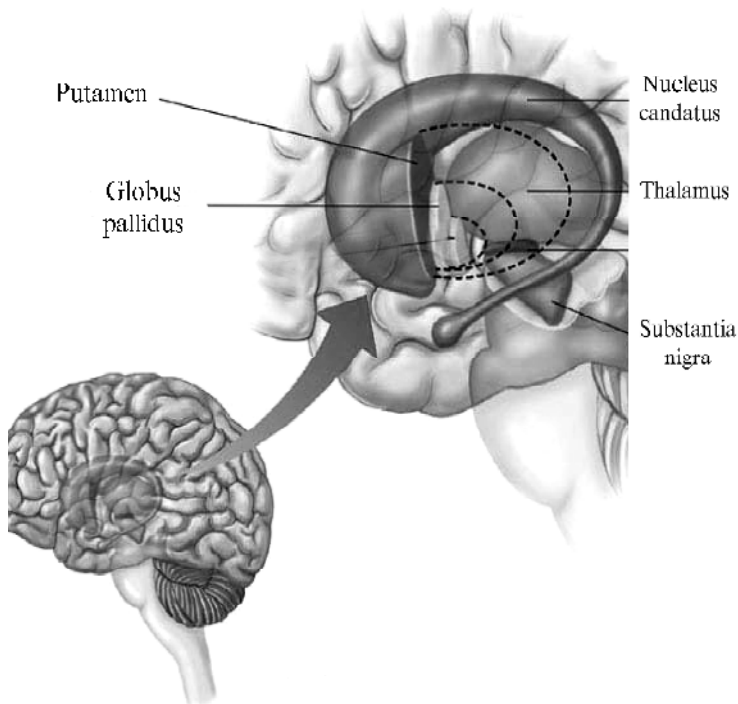
Менингоэнцефалитларда кузатиладиган нейропсихологик бузилишлар патологик жараён бош миянинг қайси ярим шарида кетаётганлигига ҳам боғлиқ. Агар яллиғланиш жараёни кўпроқ бош миянинг чап ярим шарида жойлашса, болада ақлий ривожланишнинг кечикиши нутқ бузилишлари билан биргаликда намоён бўлади. Боланинг тафаккури шаклланишида нутқнинг аҳамияти беқиёсдир, шунинг учун ҳам патологик жараён нутқ марказлари жойлашган чап ярим шарда жойлашса интеллектуал бузилишлар кучлироқ ифодаланган бўлади. Бу даражада кучли ифодаланган интеллектуал бузилишлар бош миянинг ўнг ярим шари зарарланганда кузатилмайди, чунки бу ярим шар нутқ функциялари учун бевосита жавоб бермайди. Бироқ боладаги нейропсихологик бузилишлар апраксиялар, анозогнозиялар, аутотопогнозиялар ва хулқ-атвор бузилишлари кўринишида намоён бўлади.

Боланинг хулқ-атвори бошқариб бўлмайдиган даражада ўзгаради, албатта, бу бузилишларнинг қай даражада ифодаланиши оёқ-қўллардаги фалажликлар даражасига ҳам боғлиқ. Одатда, чуқур фалажликлар хулқ-атворнинг оғир бузилишлари билан намоён бўлади. Тетрапарезлар (иккала қўл ва иккала оёғдаги фалажликлар) билан кузатиладиган менингоэнцефалитларда аксинча бола ўта суст, нутқи бузилган, ақлий ривожланишдан орқада қолган ва тос аъзолари вазифалари бузилган бўлади. Бундай болалар доимий ёрдамга муҳтож бўлиб, одатда, узоқ яшамайдилар. Чунки тана ҳарорати кўтарилиши билан кечувчи касалликларда уларнинг аҳволи янада оғирлашиши мумкин. Менингоэнцефалит ўтказган болаларда юрак фаолияти ҳам бузилган бўлади, одатда брадикардия кўп кузатилади.

Фалажликларнинг узоқ давом этиши умуртқа поғонасида деформация, қўл ва оёқ бўғимларида контрактураларнинг ривожланишига сабабчи бўлади. Бу эса нейропсихореабилитация жараёнларини янада қийинлаштиради. Баъзан менингоэнцефалитларда фалажликлар тўла йўқолиб, болада нутқ ва хулқ-атвор бузилишлари-

нинг энгил турлари кузатилади. Режали тарзда олиб бориладиган даволашлар натижасида бундай бузилишлар тўла барҳам топиши мумкин.

Энцефалит – бош мия тўқималарининг яллиғланиши. Агар патологик жараён пўстлоқ ости тузилмаларида жойлашса, унда палидар (паркинсонизм) ёки стриар (гиперкинезлар) синдром ривожланади. Бу ҳолат **пўстлоқ ости энцефалити** учун хосдир. Пўстлоқ ости тузилмалари ҳиссиёт шаклланишида ўта муҳим аҳамиятга эга. Ҳиссиёт ва уни таъминлаб берувчи тузилмалар ҳақида VI бобда батафсил маълумот берилган. Пўстлоқ ости тузилмаларининг ҳар қандай патологияси, албатта, ҳиссиёт бузилиши билан намоён бўлади. Масалан, боланинг бурун бўшлиқларида узоқ давом этувчи яллиғланиш жараёнлари кузатилса ва шу сабабли ҳидлов функцияси бузилса боланинг хулқ-атвори бузилади, яъни унда гиперактив синдром белгилари пайдо бўлади. Чунки ҳидлов нерви орқали пўстлоқ ости тузилмаларига келиб турувчи импульслар ҳиссиёт айланаси бўлмиш Папес айланаси фаолияти учун ўта муҳимдир. Хушбўй



39-расм. Энцефалитда зарарланадиган пўстлоқ ости тузилмалари.

ҳид кайфиятни кўтаришининг сабаби ҳам ана шунда. Пўстлоқ ости тузилмалари 39-расмда келтирилган.

Паллидар синдром билан намоён бўлувчи энцефалитларда боланинг барча ихтиёрий ҳаракатлари ўта сустлашган бўлади, улар секин гапиради (монотон нутқ), секин ҳаракатланади (брадикинезия), мимик мушаклар ҳаракати ҳам суст бўлиб (амимия, гипомимия), уларнинг ташқи кўриниши юзига ниқоб кийган одамни эслатади. Ҳатто кўз мушаклари ҳаракатлари ҳам сустлашади, шунинг учун ҳам улар бир нуқтага тикилиб қараб туришади. Юзда ифодаланган бундай патологик белгилар болалар ва ўсмирлар учун хос бўлган қувноқлик ва шўхлик аломатларини бутунлай йўққа чиқаради, ҳиссий реакцияларни акс эттириб турувчи юз ва кўзлар гўёки қотиб қолади. Бундай болаларнинг ташқи кўриниши ва ҳаракатлари ёши бир жойга бориб қолган одамни эслатади. Улар кам кулишади, кулсаям очилиб кула олмайди, бунга қотиб қолган мимик мушаклар йўл қўймайди ва натижада кулмоқчи бўлган болада оғиз кўндалангига чўзилади, холос. Буни «кўндаланг кулги» деб аташади.

Хуснихат ҳам ўзгаради, яъни каттароқ ҳарфлар билан бошланган ёзув кичрайиб бораверади (микрография). Бунинг асл сабаби ҳаракатланган сайин бармоқ мушаклари тонусининг ошиб боришидир. Бемор овқатланаётганда, кийинаётганда, сочини тараётганда, тишини юваётганда секин ҳаракат қилади. У бирор бир юмушни узоқ вақт бажара олмайди, чунки бунга қўл ва оёқларда пластик тарзда ошган мушаклар тонуси йўл қўймайди. Бемор ҳаракатланган сайин мушаклар тонуси ошиб бораверади, бу ҳолат пластик гипертонус учун хосдир. Инсултларда кузатиладиган спастик фалажликларда эса ҳаракатланган сайин мушаклар тонуси пасайиб боради.

Кўз олмаси ва мимик мушаклардан тортиб, то оёқ ва қўлларда жойлашган йирик мушаклар тонусининг бу тарзда ошуви беморни худди музейларда биров букилиб турган манекенга ўхшатиб қўяди. Бўйин мушаклари тонусининг ошганлиги сабабли бош биров олдинга букилади, қўл ва бармоқлардаги букувчи мушаклар тонусининг ошгани ҳисобига улар ҳам букилган ҳолатда бўлади, оёқни букувчи мушаклар тонусининг ошиши эса гавдани букиб қўяди. Бундай ҳолатни «букилувчилар ҳолати» деб аташади. Паллидар система зарарланганда кузатиладиган бундай патологик симптомлар **Паркинсон касаллиги** учун ҳам хосдир. Бундай беморлар бир жойда тик қотиб соатлаб туриб қолишлари мумкин, улар учун турган жойдан ҳаракатни бошлаш қийин, кейин эса бошланган ҳаракатни тўхтатиш қийин бўлади. Бемор юриб бошласа худди орқадан биров туртиб юборгандек тез юриб кетади. Бу ҳолат пропульсия деб аталади.

Беморни орқага туртиб юборса орқага юриб кетиши (ретропулсия), ён томондан туртса ён томонга юриб кетиши (латеропулсия) мумкин.

Паллидар синдром учун ипохондрик бузилишлар хос. Бундай беморлар сал нарсага хафа бўлишади, тез йиғлашади, уларнинг фикрини гумон эгаллаган бўлади, ҳеч кимга ишонишмайди, бир гапни ҳадеб такрорлашаверади, қайсар бўлишади. Беморнинг уйқуси ҳам бузилган бўлади, кечалари ухламай чиқади ёки тез уйғонади. Кундузи эса ухлаши мумкин. Уларнинг хотираси бузилган бўлади, фикрлаш доираси тораяди, ижодий ишларни бажара олишмайди. Одатда, бундай беморларни даволаш йиллаб давом этади. Ижобий натижа тез кузатилавермагач беморда даволанишга бўлганишонч йўқолади. Бундай пайтларда врач беморни тинчлантириб, даволаш жараёни узоқ давом этиши мумкинлигини, бунинг учун сабр-тоқат ва иродали бўлиш кераклигини айтиш керак.

Пўстлоқ ости энцефалитлари **гиперкинезлар** билан ҳам намоён бўлади, агар патологик жараён стриар система ядроларида жойлашса. Гиперкинезлар – тананинг турли жойларида кузатилган ихтиёрсиз ҳаракатлардир. Булар ичида хорея алоҳида ўрин тутади. Хорея – асосан юзда жойлашган мушакларда кечадиган тез-тез бўлиб турувчи гиперкинезлардир. Бироқ хореик гиперкинезлар тез орада бўйин мушаклари ва қўл бармоқларига ҳам ўтиши мумкин. Хореик гиперкинезлар болаларда кўп учрайди ва бунинг сабаби ЛОР аъзолари инфекциялари, айниқса тонзиллитдир. Тонзиллит сабабли пайдо бўлган хореик гиперкинезлар одатда касаллик сабаби йўқотилгандан кейин ўтиб кетади, бироқ пўстлоқ ости энцефалитларида эса ижобий натижага эришиш анча қийин кечади.

Хореик гиперкинезлар бошладан бир неча ой илгари боланинг хулқ-атвори ўзгариб бошлайди. Ота-она, ҳатто врачлар ҳам болада жиддий касаллик бошланаётганлигини дарров пайқашмайди ва унга «Гипердинамик синдром» деб ташхис қўйишади (1-бобга қаранг). Боланинг хулқ-атвори шу даражада ўзгарадики уни мактабда ҳам, уйда ҳам тартибга чақиришаверади. Аммо улар ёрдам бермайди. Бирон ойлardan кейин боланинг кўз атрофи мушакларида гиперкинезлар пайдо бўлади, бола кўзини юмиб очаверади, қошини қоқаверади. Кўзни юмиб-очувчи мушакларда бўладиган бундай гиперкинезлар блефароспазм деб аталади. Бундай болалар жойида ҳам тинч ўтира олмайди, овқатланаётган пайтда чойни ёки қошиқдаги овқатни тўкиб юборади, шошиб овқатланади. Бундай болалар ота-онасидан тез-

тез даки еб туришади. Хореик гиперкинезлар, айниқса юздаги, ҳаяжонланганда кучаяди, тинчланганда камаяди, уйқу пайтида эса бўлмайди. Хореик гиперкинез билан касалланган беморлар нафақат уйда, балки кўчадан ҳам даки еб келишлари мумкин. Тошкент метросида шундай бир қизиқ воқеа юз берган. Юзида хореик гиперкинезлар бор Н. исмли 15 яшар йигит эрталаб метрога тушади. Вагонда унинг рўпарасига худди шу ёшлардаги қиз онаси билан ўтириб қолади. Қиз жуда чиройли бўлганлиги сабабли Н. унга тикилиб қарайверади. Қиз ҳам унга кулиб қарайди. Ҳаяжонланганидан Н. нинг кўз атрофи мушакларида гиперкинезлар бошланади, яъни у қошини қоқиб, кўзини пирпиратаверади. Иккала ёш орасидаги бундай вазиятдан жаҳли чиққан ва атрофдагилардан уялган она «Ёшгина бўлиб уялмайсанми?!» деб йигитнинг юзига бир шапалоқ туширади. Бола қаттиқ уялганидан кейинги бекатда вагондан тушиб кетади ва уйига келиб «Мени докторга олиб боринг» деб жанжал кўтаради. Шу куни бу йигит онаси билан бизнинг қабулимизга келди. Кулгили бу вазиятнинг юзага келишига сабаб гиперкинезларнинг битта, яъни фақат ўнг кўзда бўлаётгани эди.

Гиперкинезларнинг кам учрайдиган, бироқ оғир турлари ҳам мавжуд. Булар торсион дистония, атетоз, гемибаллизм, гемитремор ва ҳ.к. Улар ҳақида маълумотлар неврология дарсликларида келтирилган.

Шундай қилиб, бош мия ва унинг яллиғланиш касалликларида кузатиладиган руҳиятнинг турли даражадаги бузилишлари ва уларнинг неврологик симптомлар билан биргалиқда намоён бўлиши бу бузилишларни эрта аниқлаш, даволаш ва реабилитация муолажаларини тўғри олиб боришни тақозо этади.

14.4. Эпилепсия ва тутқаноқ синдромларида беморлар психологияси

Эпилепсия асаб системасининг энг кўп тарқалган касалликларидан бири бўлиб, катта тиббий-ижтимоий муаммога айланган. **Эпилепсия** – бош миянинг хуружлар билан кечувчи сурункали касаллиги бўлиб, ҳаракат, сезги, вегетатив ва руҳий-ҳиссий бузилишлар билан намоён бўлади. Эпилепсиянинг аҳоли орасида тарқалиши 1000 кишига 7-10 та. Касаллик кўп этиологияли бўлганлиги сабабли турли ёшда учраши мумкин, бироқ эпилепсиянинг 75 фоизи 20 ёшгача бўлган даврда бошланади. Касалланиш даражаси эркак ва аёлларда деярли бир хил тарқалган. Мутахассислар маълумотларига қараган-

да, эпилепсия билан касалланган беморларнинг камида 30 фоизда руҳий бузилишлар кузатилади.

Тарихдан маълумки, Суқрот, Платон, Юлий Цезар, Жанна Д'Арк, Ван Гог, Наполеон, Ф. Достоевский каби буюк шахслар эпилепсия касали билан оғриган. Шунинг учун ҳам баъзи мутахассислар фақат кучли тафаккур эгалари эпилепсия билан оғришади дейишса, бошқа бирлари эса тутқаноқ хуружлари одамда талант куртакларини кўзғаб юборади, деб ҳисоблашади. Бу фикрларга тўлиқ қўшилиш қийин, бироқ эпилепсия билан оғрийдиган баъзи беморларда кучли талант белгиларини учратиш мумкин. Масалан, биз ҳам ўз амалиётимизда «Куръон» ва «Ҳадис» китобларини ёддан биладиган ёш йигитни, кучли рассом, шоир ва математикларни учратганмиз. Бундай беморлар ичида инсон ҳайратда қоладиган ҳикматли иборалар ўйлаб топувчилар, ҳикматларга бой бўлган тўртликлар битувчиларни кузатганмиз. Уларни врачлар ён дафтарларига ёзиб юришса, фойдадан холи бўлмайди. Доимо хуруж кузатиладиган бир бемор қизда сезги ва идрок қобилиятининг кучайганини кузатганмиз. Бироқ эпилепсия касали бор аксарият беморларда тутқаноқ хуружлари вақтида тўхта-тилмаса, оғир руҳий бузилишларга олиб келади, уларнинг ақли заифлашиб боради. Тутқаноқ хуружлари қанчалик эрта ёшда бошланса, руҳий бузилишлар шунча эрта ривожланиши мумкин. Шундай бўлса-да, оғир руҳий бузилишлар эпилепсиянинг барча турида ҳам кузатилавермайди.

Худди бошқа асаб касалликларидаги каби эпилепсия ҳам наслий омилга боғлиқ. Ўтган асрнинг 50-йилларигача аксарият давлатларда бу боғлиқлик жуда бўрттириб кўрсатилган, кейинчалик илм-фаннинг ютуқлари бундай гумонни йўққа чиқарди. Ҳозирги даврнинг статистик маълумотларига қараганда, ота-онанинг бири эпилепсия билан оғривса, улардан касал бола туғилиши хавфи 10 фоиздан ошмайди. Эпилепсия сабаблари умумлаштирилиб 13-жадвалда келтирилган.

Эпилепсиянинг этиологияси, клиник кўринишлари аксарият ҳолларда беморнинг ёшига боғлиқ. Масалан, эрта болалик даврида кузатиладиган тутқаноқ хуружларининг сабаби ҳомила ва бола туғилиши даврларида юзага келадиган гипоксия ҳолатлари, вирусли инфекциялар, анемиялар ва ҳ.к.

Эпилепсиянинг таснифи кўп бўлиб, тиббий амалиётда кўпроқ у 3 турга ажратиб ўрганилади. Агар эпилепсия бош миянинг бирор-бир касаллиги сабабли ривожланса – **симптоматик эпилепсия**, наслий омил аниқланган ва бош мия касалликлари аниқланмаган

ҳолатларда – **идиопатик эпилепсия** ва ниҳоят, ҳеч қандай сабаб аниқланмаган ҳолатларда – **криптоген эпилепсия**, шунингдек, ўчоқли (парциал, фокал, локал) хуружлар фарқ қилинади. Ўчоқли хуружлар бош мия тузилмалари, айниқса, пўстлоқ марказларининг қўзғалишлари натижасида келиб чиқади. Улар қайси марказлар қўзғалишига қараб, юз, қўл ва оёқда ҳаракат ва сезги хуружлари билан намоён бўлади.

13-жадвал

Эпилепсия сабаблари (Ички касалликлар бўйича Харрисон маълумотномаси). 2005 йил

Ёш	Эпилепсия сабаблари
2 ёшгача	Туғиш пайтида миyaning жарої атланишлари Перинатал гипоксия ва ишемия Ўткир инфекция Метаболик бузилишлар (гипогликемия, гипокальциемиа, гипомagneмия, пиридоксин етишмовчилиги) Ривожланиш иллатлари Генетик бузилишлар
2-12 ёшгача	Идиопатик Ўткир инфекция Жарої атлар Фебрил тутї аної лар
12-18 ёшгача	Идиопатик Жарої атлар Дори, алкоголь абстиненцияси Артериовеноз аневризмлар (ривожланиш иллатлари)
18-35 ёшгача	Жарої атлар Алкоголизм Мия есмалари
35 ёшдан сeнг	Мия есмалари Бош мия ї он томир касалликлари Метаболик бузилишлар (уремия, жигар етишмовчилиги, электролитлар алмашинувининг бузилиши, гипогликемия) Алкоголизм

Шунингдек, ўчоқли хуружлар кўрув, эшитув, ҳид ва таъм билиш галлюцинациялари ҳамда «аввал кўрган» ёки «ҳеч қачон кўрмаган» феномени тўсатдан келадиган кўрқув ва қоринда кузатиладиган оғриқ хуружлари кўринишида ҳам кузатилади. Уларнинг

давомийлиги 30 секунддан ошмайди. Ўчоқли хуружларда бемор ҳушини йўқотмайди ва булар оддий парциал хуружлар, агар ҳушдан кетиш билан намоён бўлса, мураккаб парциал хуружлар деб аталади. Мураккаб парциал хуружларда ҳушсиз ётган беморда ютиниш, чайнаш, бирор жойини силаш, чапак чалиш каби автоматик ҳаракатлар кузатилади. Мураккаб парциал хуружларнинг давомийлиги ҳам 30 секунд атрофида бўлади ва бемор ўзига келгандан сўнг биров карахт бўлиб туради.

Эпилепсиянинг тоник ва клоник хуружлар билан кечиши биров оғир тури бўлиб, беморнинг яқинларини кўпроқ ваҳимага солади. Чунки бу хуружлар кечаётганда бемор ҳушсиз бўлиб, бунда руҳий бузилишлар ҳам кўп кузатилади. Тоник ва клоник хуружларда эпилепсия ауралар билан бошланиши мумкин.

Аураларни эпилепсиянинг хабарчилари деб ҳам аташади. Хуружлар бошланишига бир неча соат қолганда, баъзан эса бир-икки кун олдин беморнинг уйқуси қочади, хавотир пайдо бўлади, жаҳлдор бўлиб қолади, юзи ёки танасининг баъзи жойлари уюшади ҳамда лаб бурчаклари титрай бошлайди. Одатда, мана шу белгилардан сўнг катта тутқаноқ хуружлари бошланади. Тутқаноқ хуружларидан олдин аураларнинг келиши яхши. Чунки бундай пайтларда бемор ўзини хавфсиз жойга олади, ота-онаси ёки ўзи уйдан чиқиб кетмайди, хавфли жойларда юрган бўлса, хавфсиз жойларга ўтади ва ҳ.к. Аурасиз учрайдиган катта тутқаноқ хуружлар ҳаёт учун хавфлидир ва бунда бош мия ва тана жароҳатлари кўп кузатилади. Чунки хуружлар бўлиш пайтини бемор билмайди ва ўзини хавфсиз жойга ола олмайди.

Агар хуружлар аура кузатилгандан сўнг бошланса, бундай хуружларни **иккшламчи тарқалган хуружлар** деб аташади. Агар хуружлар аурасиз кузатилса, уларни **бирламчи тарқалган хуружлар** деб аталади. Хуруж бошланганда, дастлаб мушакларда тоник қисқаришлар рўй беради, бу пайтда бемор қичқириб юбориши ва тилини тишлаб олиши мумкин. Қисқа вақт нафас ҳам тўхтаб қолади, ранги кўкариб кетади. Бу давр хуружларнинг **тоник босқичи** деб аталади ва у, одатда, 30-60 сек. давом этгач, **клоник босқичи** бошланади. Бунда бош ва оёқ-қўллар титрай бошлайди. Бош орқа ва ён томонга буралади, кўз олмаси юқори ва ён томонга қараб оғади. Шу ҳолатда титрашлар давом этиб туради. Хуружнинг клоник босқичи кўп ҳолатларда қовуғи бўшаб кетиш билан тугайди. Бу босқич 2-3 дақиқа давом этади. Тоник-клоник хуружларнинг умумий давомийлиги 3-5 дақиқага тенг. Хуружлар тугагач, бемор қаттиқ уйқуга кетади, одатда, 2 соат, бундай пайтда уни уйғотмаслик керак. Уйқудан тургандан сўнг эса бош оғриғи кузатилади.

Эпилепсиянинг тутқаноқ хуружларисиз кузатиладиган турига **аб-санслар (Petit mal)** деб аталади. Улар, асосан, болалик ва ўсмирлик даврида кузатилади. Хуруж пайтида бола бир нуқтага қараб қотиб қолади, кўзи очиқ бўлади, бироқ қошини пирпиратиб туриши ва боши сал орқага қайрилиши мумкин. Саволларга жавоб бермайди, ҳушсиз қотиб турса-да, йиқилиб тушмайди. Хуруж 10-20 сек. давом этади ва баъзан атрофдагиларга билинмай ўтиб кетади. Бундай хуружлар бир кунда 20-30 марта кузатилиши мумкин. Бу хуружни врачнинг ўзи кузатмоқчи бўлса, бемордан 5-6 марта тез-тез чуқур-чуқур нафас олишни талаб қилишнинг ўзи кифоя.

Тунги хуружлар. Тунда бўладиган хуружлар турли-туман бўлади. Уларнинг баъзилари қуйидагича кечиши мумкин: бемор бирдан уйғониб кетади, қаттиқ боши оғриётган бўлади, қайт қилиши мумкин ва аста-секин кўзи ва боши ён томонга қайрилган ҳолда тутқаноқ хуружлари бошланиб кетади. Юз қийшайиб, сўлак оқади ва дудуқланиб қолади. Баъзан ётган жойидан тўсатдан туриб, ўтириб олади, оёқлари билан велосипед ҳайдаётгандек ҳаракатлар қилади ёки ғужанак бўлиб ётиб олади, туриб юриб кетади ва бироздан сўнг тўхтайтиди, баъзан уйдан чиқиб кетади. Бу хуружлар 30 сек. дан 2-3 дақиқача давом этиши мумкин. Кейин бемор ўзига келади, нималар қилганини эслай олмайди, баъзи беморлар эса баъзи қилиқларини чала бўлса-да айтиб беради. Тунда бўладиган хуружларда бемор тилини тишлаб олади, оғзидан қон аралаш кўпик чиқади, қовуғи бўшаб кетади. Эпилепсия билан оғриган беморлар учун кеч уйқуга кетиш ва мажбуран эрта уйғониш хавфлидир, уйқунинг давомийлиги 6-8 соатдан кам бўлмаслиги керак. Эрталаб уйғонгандан сўнг мажбуран кўп ухлайвериш ҳам мумкин эмас. Бундай беморларда баъзан кундуз кунни тўсатдан ухлаб қолиш ҳолатлари ҳам кузатилади ва бу ҳолат **нарколепсия** деб аталади.

Эпилепсияда руҳий бузилишлар

Эпилепсияда бемор хулқ-атворининг турли даражада ўзгариши билан кечувчи руҳий бузилишлар кузатилади. Бошқа руҳий бузилишлардан фарқли ўлароқ, эпилепсияда бемор шахсининг ўзгариши ўзига хослиги билан ажралиб турадики, бунинг натижасида, тиббий амалиётда «эпилептик хулқ-атвор» деган ибора пайдо бўлди. Бундай беморлар жуда эзма, қайсар, бесабр, тез хафа бўладиган, кайфияти тез ўзгариб турадиган, арзимаган майда ишларга ўралашиб юрадиган, тез жанжал кўтарадиган, майда гап ва жаҳлдор бўлишади. Албатта, беморда бу белгилар турли кўринишда бўлиши мумкин ва

уларнинг қанчалик яққол намоён бўлиши тутқаноқ хуружларининг нақадар кўп кузатилиши, эпилепсия тури ва беморнинг даволаниш тарзига боғлиқ. Яхши кайфиятда юрган бемор бирдан ўзгариб қолиши ва кўпол сўзлар билан яқинларини ҳақорат қила бошлаши мумкин. Бундай ҳолат у бирор нарчасини топа олмаса, унинг қилаётган ишига четдан кимдир аралашиб хатосини кўрсатса, унинг фикрига зид фикр билдирса ва ҳ.к. рўй беради. Шунда бемор тезда жанжал кўтариб уришиб кетади, баъзан арзимаган жанжал аффект даражасигача кўтарилиши ва бемор ўзига ёки атрофдагиларга тан жароҳати етказиб қўйиши мумкин. Шунинг учун ҳам бундай беморларни даволаётган врачлар уларни психиатр назоратига юбориши керак. Демак, хулқ-атворнинг кескин ўзгариши билан кечадиган эпилепсия кузатилган бемор психиатр назорати остида даволаниб туриши лозим.

Эпилепсияда беморнинг хулқ-атворидаги ўзгаришлар, баъзан «ижобий» тус олиши ҳам мумкин. Масалан, улар бировларга керагидан ортиқча меҳрибон, яқин ёрдамчи, кулиб турадиган, мулойим, ҳар қандай ишга бел боғлаб киришиб кетадиган шахслардир. Бу меҳрибонлик баъзи ҳолларда оила аъзоларига эмас, бегоналарга кўрсатилади. Шундай бўлса-да, уларнинг жаҳлини чиқариш осон, қилаётган ишларига мос эътиборни сезмаса ёки танбеҳ олса, улар яна ўзгариб, қайсар ва ўжар бўлиб қолади. Бемор бирорта одамдан қаттиқ ранжиса, у билан бошқа мулоқотда бўлмаслиги мумкин.

Эпилепсия билан касалланган беморнинг тафаккур доирасида ҳам патологик ўзгаришлар пайдо бўлади, яъни фикрлар инертлиги кузатилади, фикрлар теранлиги сусаяди, диққатни бир жойга қўя олмайди, диққат-эътибор талаб қилувчи ақлий машқларни бажаришда қийналишади ёки уйдасидан чиқа олмайди. Бир ишга киришиб кетиб, охирига етказа олмай ташлаб қўяди. Ишларнинг энг асосийси ва иккинчи даражалисини ажрата олмайди, майда, кераксиз ишларга ўралашиб қолиб кетади.

Фикрлар инертлиги беморнинг нутқида ҳам акс этади. Берилган саволларга лўнда қилиб жавоб бера олмайди, бир айтган гапини сўнг яна бир неча бор такрорлаши мумкин ёки суҳбат бошида тушунарли бўлиб қолган воқеани яна такрорлайверади. Улар ҳиссиётга берилиб сўзлашади, баъзан камгап, баъзан сергап бўлишади, бу – беморнинг кайфиятига боғлиқ.

Эпилепсия билан касалланган баъзи беморлар ёлғончи, бошқа бирлари ҳақиқатпарвар бўлишади, адолатсизликка чидай олишмайди. Унинг учун бегона бўлган одам ноҳақликдан азият чекса,

узоқ вақт у ҳақида гапириб юради, кўлидан келса, ёрдамга шошади. Баъзи беморлар уйи ва ишхонасини жуда саранжом ва саришта туттади, озода юради, чиройли кийинади, яъни улар тартибга қаттиқ риоя қилишади.

Ёши катта беморлар, айниқса, аёлларда пуэрилизм, яъни болаларга хос хулқ-атвор кузатилади. Уларнинг нафақат хатти-ҳаракатлари, балки фикрлаш доираси ҳам ёшидан орқада қолиши мумкин. Баъзан эса 5-7 яшар болалар ўз ёшига мос келмайдиган ақл-заковатни кўрсатиши мумкин. Улар худди катталардек фикр юритишади, фойдали маслаҳатлар бериб қўйишади. Баъзи ота-оналар боладаги бундай қобилиятдан кўрқиб кетиб, психиатрга ҳам кўрсатишади ёки бўлмаса, фахрланиб юришади ва бу ноёб қобилиятни эпилепсия билан боғлашмайди. Демак, бошқа руҳий касалликлардан фарқли ўлароқ, эпилепсия бир-бирига зид бўлган руҳий ўзгаришлар билан кечувчи касалликдир.

Айтиб ўтилганидек, эпилепсияда кузатиладиган шахс бузилишлари даражаси касалликнинг қайси ёшда бошланганлиги, хуружлар сони ва тури, ўтказилаётган даволаш муолажаларининг қандай олиб борилаётганига узвий боғлиқ. Касаллик қанчалик эрта ёшда бошланган бўлса, хуружлар ҳадеб такрорланаверса (айниқса, ҳушнинг йўқолиши билан кечувчи хуружлар), бемор шахсидаги патологик ўзгаришлар шунчалик тез ривожланади ва оғир кечади. Айниқса, бош миянинг чакка бўлаги зарарланиши сабабли юзага келган эпилепсияларда шахс бузилишлари кучли ифодаланган бўлади.

Эпилепсияда кузатиладиган тафаккур бузилишлари чуқурлашган ҳолларда ақлизаифлик ривожланади. Турли даражадаги ақли заифлик касаллик болалик даврида бошланган ҳолатларда кўп кузатилади ва у деярли ҳар иккинчи беморда намоён бўлади. Бунинг сабаби болаларда олий руҳий функцияларнинг тўла шаклланмаганлигидандир. Шунинг учун ҳам болалик даврида кузатиладиган бош миянинг ҳар қандай оғир касаллиги руҳият ва тафаккурнинг у ёки бу даражада бузилишлари билан кечади. Эпилепсия билан касалланган беморларда кейинчалик бош миянинг турли касалликлари кузатилса (масалан, бош мия жароҳати, менингит, қон томир касалликлари, алкоголизм ва ҳ.к.), тутқаноқ хуружлари ва руҳий бузилишлар кучайиши мумкин.

Эпилепсия билан касалланган беморларда руҳият бузилишлари яққол кўзга ташланадиган синдромлар билан кечиши мумкин. Булар дисфория, делирий, онейроид синдром, галлюцинациялар, эпилептик ступор, амнезия, алаҳсировчи психозлар, патологик уйқу ва ҳ.к. Буларнинг ичида энг кўп учрайдигани дисфория бўлиб, у беморда ҳеч қандай сабабсиз пайдо бўлавериши мумкин.

Дисфорияда нафақат кайфиятнинг бузилиши, балки сабабсиз хавотир бўлиш, сиқилиш, қўрқув, гумонсираш, мияга турли фикрларнинг ёғилиб келиши, суицидал фикрлар, бировни ўлдириш, ўғриликка интилиш ҳисси каби белгилар ҳам кузатилади.

Жуда кам ҳолатларда кайфиятнинг кўтарилиб юриши кузатилади. Улар бегона одам билан ҳам (келди-келмади) ҳазиллашаверади, бирор-бир кулгили воқеа ўйлаб топиб, гаплашиб кетаверишади, масхарабозлик қилишади, бепарда латифалар ўйлаб топишади, гап орасида ҳадеб кечирим сўрайверишади. Таниш одамларни учратиб қолишса, йиғлаб ҳам олишади. Баъзи беморларда жинсий фаолликнинг ошиб кетиши ҳам кузатилади.

Эпилепсияда ступор турли кўринишда бўлиши мумкин: оддий кам-ҳаракатликдан тортиб, қотиб қолишгача. Қотиб қолган беморларда мутизм кузатилади, бироқ улар бировнинг сўзи ва ҳаракатини такрорлаши ҳам мумкин. Одатда, ступор хуружлардан сўнг кузатилади ва бир неча дақиқадан бир неча соатгача давом этади. Ступорда тўсатдан тўхтаб, фаол ҳаракатлар пайдо бўлиши ва бемор атрофдаги нарсаларни отиб юбориб, ёнидагилар билан уришиб кетиши ҳам мумкин, бунда тўла ва қисман амнезия ҳам кузатилади.

Эпилепсияда тўсатдан пайдо бўлувчи деперсонализация, дереализация, катаплексия ва анозогнозия кузатилиши мумкин. Бу симптомларнинг клиник аломатлари аввалги бобларда келтирилган.

Эпилепсияда алаҳсираш билан кечувчи психозлар, одатда, ўткир ва сурункали кўринишда намоён бўлади. Ўткир психозларда биров уни таъқиб қилаётгандек, заҳарламоқчидек, оғир тан жароҳати етказмоқчи бўлаётгандек туюлади. Бу ҳолат **эпилептик паранойя** деб ҳам аталади ва у бир неча кундан бир неча ойгача давом этади. Одатда, дисфория билан пайдо бўлган ўткир психозлар қисқа вақт давом этади. Психозлар тўсатдан пайдо бўлиши, йўқолиб кетиши, пасайиши ва бир неча кундан сўнг яна пайдо бўлиши мумкин.

Сурункали психозлар ҳам параноид ва парафреник белгилар билан намоён бўлади ва одатда, эпилептик онейроид, делирий ёки бошқа психопатологик ҳолатлардан сўнг ривожланади. Сурункали психозларнинг клиникасида алаҳсираш асосий белгилардан бири ҳисобланади ва у тез-тез такрорланиб туради. Бунда ҳам юқоридаги ҳолатлар кўп кузатилади.

Эпилепсияда руҳият, ҳиссиёт ва тафаккурнинг бузилишлари касалликнинг сўнгги босқичларида кучли ривожланади ва бу яққол кўзга ташланади. Бундай беморларда тутқаноқ хуружлари бутунлай тўхтаган бўлиши ҳам мумкин. Шунинг учун ҳам психиатрлар эпилепсиянинг сўнгги босқичларида тутқаноқ хуружлари ўрнини руҳиятнинг бузилишлари эгаллайди, деб айтишади.

Даволаш ва парвариш қилиш йўллари

Аксарият давлатларда эпилептологлар ассоциациялари мавжуд. Бир қанча илмий жамият, лаборатория ва институтлар эпилепсия касаллиги ва уни даволаш устида илмий тадқиқот ишлари олиб боришмоқда. Йилига эпилепсияни даволашга оид юзлаб жиддий илмий мақолалар чоп қилинмоқда ҳамда самарали дори воситалари, халқаро стандартлар ишлаб чиқилмоқда ва бунга беморларни даволовчи барча врачлар амал қилишлари зарур. Беморларни даволашда антиконвулсантларни кўр-кўрона тавсия қилавермасдан, эпилепсиянинг тури ва унга таъсир қилувчи самарали дориларни тўғри аниқлаб олиш зарур. Кузатилган битта хуруждан сўнг дарров антиконвулсантлар тавсия қилиш ҳам ноўриндир.

Аксарият мутахассислар тутқаноқ хуружлари 2-3 марта кузатилгандан сўнггина эпилепсия ташхиси ҳақида сўз юритиш ва уни даволаш режасини тузиш мумкин, дейишса, айримлари йилда 1 ёки 2 марта тутқаноқ хуружлари кузатиладиган беморларга ҳам антиконвулсантлар буюриш шарт эмас, деб ҳисоблашади. Албатта, агар хуружлар сони кўпаймаса, антиконвулсантлар бермаслик мумкин, бироқ уларни врач назоратига олиш зарур. Чунки хуружлар кейинчалик кўпайиши ва ҳар ҳафтада ёки ҳар куни кузатилиб бошлаши мумкин.

Даволашнинг муваффақиятли кечиши тўғри аниқланган ташхисга ва тўғри танланган дори турига боғлиқ. Дастлаб антиконвулсантлар кам миқдорда берилади ва уларнинг миқдори ошириб борилади. Маълум бир самарага эришилгач, дори бериш кўрсатилган миқдорда давом эттирилади. Агар танланган антиконвулсант самара бермаса, унинг миқдори секин-аста камайтириб, бошқа дорига ўтилади. Дорини бирдан тўхтатиш мумкин эмас, айниқса, юқори миқдорда берилаётган бўлса. Иложи борича дорини эрталаб ва кечқурун тавсия этиш зарур, бунинг учун таъсир кучи 12 соат давом этадиган дориларни танлаган маъқул. Уларнинг сони кўп. Чунки эрталаб ва кечқурун ҳамма уйда бўлади ва беморга дори ичишни эслатиб туришади. Жуда кўп мутахассислар (ҳаттоки, беморларнинг ўзи ҳам) хуружларнинг такрорланиши ва қайта пайдо бўлишига дори ичишни унутиш сабаб, деб билишади. Аксарият ҳолатларда, дорининг кундуз куни ичиладиган қисми унутилади. Эпилепсиянинг аксарият турлари учун фикрлар инертлиги ва хотира бузилиши хос. Баъзан уйда ҳам бемор дорини ичдим, деб ўйлайди, кеча қабул қилган дорисини худди бугун ичгандек туюлади ва шу сабабли ҳам хуружлар такрорланиши мумкин. Одатда, дори ичиш

тўхтатилгандан сўнг 2-3 кун ўтиб, хуруж пайдо бўлади. Хуружлар дори ичиб юрган тақдирда ҳам такрорланаверса, унинг миқдорини врач рухсатисиз оширмаслик керак ёки бу дори фойда қилмади, деб тўхта-тиб қўймаслик керак. Бу оғир оқибатларга олиб келиши мумкин.

Ҳозирги пайтда эпилепсияда монотерапияга кўпроқ эътибор қаратилмоқда, чунки мутахассисларнинг фикрича, эпилепсиянинг аксарият турларини бир хил дори бериб даволаш мумкин. Эпилепсиянинг баъзи турларида эса 2-3 хил антиконвулсантни бир-галикда тавсия этиш мумкин, бироқ ундан ортиғини эмас. Лекин бир-бирининг таъсирини пасайтирадиган ёки организмга заҳарли таъсир кўрсатадиган дориларни беморга тавсия қилмаслик керак.

Валпроатлар (депакин, конвулекс) эпилепсиянинг деярли барча турларида самарали дори воситасидир. Шунинг учун ҳам врач беморда эпилепсия ташхисини аниқласа-ю, бироқ унинг турини аниқлашда ва антиконвулсантлар танлашда қийналса, даволашни валпроатлардан бошлаши мумкин. Валпроатлар эпилепсияда кузатиладиган руҳий бузилишларни бартараф этишда ҳам самарали воситадир. Валпроатларга монелик қилувчи ҳолатларни аниқлаб олгач, уларни кам миқдорда тавсия қилиб, даволашни бошлаш лозим. Валпроатлар ичида депакин энг кўп тавсия қилинадиган доривор воситадир. Депакин овқат маҳалида ичилади.

Валпроатларни кам миқдорда бошлаб, уларнинг дозасини ҳар 3 кунда ошириб бориш дорининг ортиқча седатив таъсирини камайтиради. Маълумки, антиконвулсантларнинг седатив таъсири дастлабки кунлари яққол намоён бўлади. Дастлаб, дорини кечқурун ичиш тавсия қилинади, сўнг кундуз куни, ундан кейин эса эрталаб буюрилади. Дорининг дозаси ҳам кечқурун бериладигани ҳисобига оширилади. Иложи борича, дорини эрталаб ва кечқурун тавсия қилиш зарур ва кечқурунги доза эратлабкисидан юқори бўлиши керак. Тутқаноқ хуружлари бутунлай тўхтагандан сўнг дорининг терапевтик дозасини аниқлаб олиб, белгиланган миқдорда давом эттириш керак. Дорининг дозаси асосиз равишда оширилмаслиги керак. Тутқаноқ хуружларини кам миқдордаги антиконвулсантлар билан тўхтатишга эришилса, улар фақат кечқурун тавсия қилинган маъқул. Бундай пайтларда таъсири узоқ давом этувчи антиконвулсантлар буюрилади, масалан, депакин хроно ва ҳ.к. Депакин ўткир ва сурункали гепатит, панкреатит, тромбоцитопения, геморрагик диатез ҳамда порфирия ҳолатларида буюрилмайди. Депакинни тавсия қилиш схемаси 14-жадвалда келтирилган.

Агар хуружлар такрорланса, депакин дозаси беморнинг ёши ва тана вазнига қараб оширилади. Одатда, валпроатлар буюрилгандан

2-4 кун ўтгач, хуружлар камая бошлайди ёки тўхтайдди. Танланган дорининг самарадорлигини кўрсатувчи асосий белги хуружларнинг тўхтаганлигидир. Агар валпроатлар бемор ёши ва тана вазнига мос равишда юқори терапевтик дозада буюрилган тақдирда ҳам хуружлар давом этаверса ва ножўя таъсирлар бўлмаса, қон плазмасида валпроат миқдори аниқланиши керак. Шунингдек, хуружларнинг тўхтамаётганига сабаб бош миянинг органик зарарланиши бўлиши ҳам мумкин. Демак, хуруж бош миянинг органик касалликлари сабабли бўлса, уларни ҳам параллел равишда даволаб бориш керак, чунки бундай пайтларда бошқа антиконвулсантлар ҳам ёрдам бермаслиги мумкин.

14-жадвал

Депакинни тавсия қилиш бўйича кўрсатмалар

Тана вазни, кг	Кундалик бошланғич дозаси		Кундалик терапевтик дозаси		
	10 мг/кг	15 мг/кг	15 мг/кг	20 мг/кг	30 мг/кг
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

Мутахассислар валпроатларни монотерапия кўринишида беришни тавсия қилишади. Беморга буюрилган антиконвулсант таъсир кўрсатмаса, у секин-аста камайтиради ва шу аснода бошқа дорига ўтилади.

Эпилепсияда энг кўп тавсия қилинадиган яна бир антиконвулсант **финлепсиндир (карбамазепин)**. Финлепсин тутқаноқ хуружларини тўхтатиш билан биргаликда, антимианкал, антипсихотик, нормотимик ва аналгетик таъсирга эга.

Финлепсин тавсия қилинадиган эпилепсиянинг турлари: катта тутқаноқ хуружлари, психомотор бузилишлар билан кечувчи парциал ва уйқуда кузатиладиган катта тутқаноқ хуружлар, эпилепсиянинг аралашган турлари, алкогол абстиненцияси синдромида тутқаноқ хуружлари, маниакал-депрессив психозлар, ипохондрик депрессиялар, аффектив психозлар. Финлепсин абсансларда ва миоклоник хуружларда буюрилмайди. Карбамазепин валпроатлар билан бирга тавсия қилинмайди. Улар бир-бирининг таъсирини пасайтириши мумкин.

Дорининг дозаси индивидуал тарзда аниқланади ва бунда беморнинг соматик аҳволи, ёши ва касалликнинг кечиши эътиборга олинади. Катта ёшдагиларга финлепсиннинг дастлабки кундалик миқдори 200-400 мг буюрилади, сўнг дорининг дозаси кунига 800-1200 мг. гача оширилади. Болаларга финлепсин тана вазнининг ҳар килограммига 10-20 мг. дан тавсия қилинади (15-жадвал).

15-жадвал

Финлепсинни тавсия қилиш тартиби

Беморлар	Бошланғич дозаси	Терапевтик дозаси
6-10 ёшли болалар	200 мг кечаси	200 мг эрталаб ва 200-400 мг кечі урун
11-15 ёшли болалар	150-200 мг кечаси	200-400 мг эрталаб ва 400-600 мг кечі урун
Катта ёшдагилар	200-300 мг кечаси	200-400 мг эрталаб ва 400-600 мг кечі урун

Эпилепсия ва унинг асоратларини даволаш йиллаб давом этади. Антиконвулсантларнинг дозасини камайтириш ёки бутунлай тўхтатиш 2-3 йил мобайнида хуружлар кузатилмаётган ҳолатлардагина амалга оширилади. Дорининг кундалик миқдори

камайтира борилиб, сўнг тўхта-тилади, тўсатдан тўхтатиш хуружларнинг қайта пайдо бўлишига ёки кучайишига сабаб бўлади.

Эпилепсияда руҳий бузилишларни даволаш ва олдини олиш учун финлепсин кунига 200–400 мг тавсия қилинади. Заруратга қараб, унинг кундалик миқдорини 800 мг гача ошириш мумкин. Юрак-қон томир системаси ҳамда жигар ва буйракдаги оғир касалликларда ва ёши улғу беморларга финлепсин кам миқдорда тавсия қилинади. Финлепсинни овқатдан сўнг кўпроқ сув билан ичиш керак.

Бошқа дориларнинг дозаси ва тавсия қилиш тартиби 16-жадвалда келтирилган.

16-жадвал

Ёши катталарда эпилепсияни даволашда ишлатиладиган дориларни тавсия қилиш бўйича кўрсатмалар (Ж.Фишер, Н. Гравес, 1999, ўзгартиришлар билан)

Доривор восита	Ишлаб чиқаришдаги дозаси, мг	Бошланғич кундалик дозаси	Ертача кундалик дозаси
Валпроатлар	200, 300, 500	5–10 мг/кг	15–60 мг/кг
Фенобарбитал	50, 100	0,5–1 мг/кг	1–3 мг/кг
Фенитоин	100	4–5 мг/кг	4–7 мг/кг
Этосукцимид	250	4–10 мг/кг	10–30 мг/кг
Фелбамат	400–600	1200 мг	1200–3600 мг/кг
Ламотриджин	25, 100, 150, 200	25–50 мг	300–500 мг
Тиагабин	5, 10, 15	4 мг	32–56 мг
Топирамат	25, 100, 200	50 мг	200–600 мг
Вигабатрин	500	500–1000 мг	2000–4000 мг
Зонисамид	100, 200	100–200 мг	400–600 мг
Окскарбазетин	150, 300	300–600 мг	900–3000 мг
Леветирацетам	500	1000 мг	1000–3000 мг

Изоҳ: Бу ерда кўрсатилган дорилар дозаси ишлаб чиқарувчи фирманинг тавсиясидан фарқ қилиши мумкин. Чунки жадвалдаги маълумотлар клиник текширувлар асосида тайёрланган.

Беморларга бериладиган тавсиялар

Тиббий психолог ёки врач эпилепсия билан оғриган беморларни назоратига олиб, чуқур ўрганиб, соғлом турмуш тарзига ўргатиши лозим. Масалан, ҳозирги кунда аҳолининг аксарият қисми телевизор ва компьютер монитори олдида кунини ўтказди. Эпилепсия билан касалланган беморлар бундай электрон узатгич воситаларидан фойдаланишни чегаралашлари зарур. Телевизорни қоронғи хонада эмас, ёруғ хонада кўриш керак ва телевизоргача бўлган масофа 2 м. дан ортиқ бўлиши, телекўрсатувларни томоша қилиш давомийлиги 2 соатдан ошмаслиги керак. Фотосенситив эпилепсияда телевизор кўриш ёки компьютер монитори олдида ўтириш ман этилади.

Эпилепсия билан касалланган болаларнинг деярли барчаси бошқа болалар сингари, мактаб ва боғчаларга боришлари мумкин. Бироқ олигофрения, болалар церебрал фалажлиги каби бош миянинг органик касалликларида кузатиладиган тутқаноқ хуружларида болалар, албатта, махсус мактабларда таълим олишлари керак. Бемор болаларни фақат тутқаноқ хуружи борлиги сабабли жамиятдан ажратиб тарбиялаш нотўғри, бундай қонунлар ҳам йўқ. Аксинча, уларга тўлақонли ҳаёт кечиршига имконият яратиб бериш лозим. Улар тил ўрганмоқчи бўлса, жисмоний тарбия машқлари ва спортга врач рухсат берса, қатнашиши мумкин, бироқ бу ҳақда тренерни огоҳлантириб қўйиш керак. Чунки хуруж тез-тез кузатиладиган ҳолатларда бемор даволаниши лозим, хуруж кам бўладиган ҳолатларда у спортнинг енгил турларига қатнашиши мумкин. Спортнинг баъзи турлари, яъни бокс, штанга кўтариш, кураш, сузиш, тез югуриш мумкин эмас. Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, режали тарзда спортнинг енгил турлари билан шуғулланиш фойдалидир, чунки сўнгги пайтларда мутахассислар ўсмирларда кузатиладиган тутқаноқ хуружларининг компьютер монитори олдида узоқ ўтиришдан кучайиб кетаётганлигини таъкидлашмоқда.

Йирик америкалик эпилептолог В. Леннокс «Фаол ҳаёт хуружлар антагонистидир», деган эди. Мутахассислар эпилепсия касаллигида хуружларнинг пассив ҳаёт кечирувчи беморларда кўп кузатилиши, фаол ақлий ва жисмоний меҳнат билан шуғулланувчи беморларда эса кам кузатилишини айтишади. Шунинг учун ҳам беморларни, айниқса, болалар ва ўсмирларни жисмоний хатти-ҳаракатлардан, ўқишдан чегаралаб қўйиш ва уларнинг кўз ўнгида оилавий бўлиб, касалини муҳокама қилавериш оғир руҳий асоратлар қолдиради. Бундай болаларда меланхоликларга хос бўлган хулқ-атвор шаклланади, улар руҳий ногирон бўлиб ўсади. Бироқ ортиқча руҳий ва

жисмоний зўриқишлар хуружлар сонини кўпайтиришини ҳам унутмаслик керак.

Беморларга ҳаёт учун хавфли бўлган ҳайдовчилик қилиш, ўт ўчириш, милиция, соқчилик ва қутқарувчилик касбларини эгаллаш, шунингдек кимёвий воситалар билан, баланд биноларда ҳамда жароҳатланиш хавфи юқори бўлган завод ва фабрикаларда ишлаш мумкин эмас. Тунги сменаларда ишлаш умуман ман этилади, чунки уйқуга тўймаслик хуружларнинг такрорланиши ёки кўпайиб кетишига сабаб бўлади.

Эпилепсиянинг баъзи турларида тез ёрдам талаб қилинмайди, масалан, абсансларда. Аксарият тутқаноқ хуружларининг давомийлиги 3-5 дақиқа бўлиб, беморга ёрдам кўрсатгунча ўтиб кетади. Кўпинча, тоник-клоник хуружлар билан кечувчи эпилепсияларда беморларга тез ёрдам кўрсатишга тўғри келади. Чунки эпилепсиянинг бу турида жароҳатланишлар кўп кузатилади. Тез ёрдам кўрсатиш беморга жароҳат етказиши мумкин бўлган хавфли нарсаларни зудлик билан чеккага олишдан бошланиши керак. Беморни хавфсиз ва юмшоқ жойга ўтказиш ва унинг ёқасини очиш лозим. Агар хуруж ёпиқ жойда кузатилса, деразаларни очиб, беморга тоза ҳаво келишини таъминлаш керак. Беморнинг бошини куч ишлатмасдан, ён томонга бурган ҳолатда ушлаш лозим, ана шунда беморнинг тили томоғига тикилиб қолмайди. Бунинг учун беморнинг ёнига ён томондан эмас, балки бош учидан бориш керак. Чунки хуруж пайтида бемор қўли билан қаттиқ уриб юбориши мумкин. Агар тутқаноқ хуружлари беморнинг боши ва танаси чап томонга қайрилиб кузатилаётган бўлса, уни чапга, ўннга қайрилиб кузатилаётган бўлса, ўннга бураган ҳолда ушлаш зарур. Бемор тилини тишлаб олмаслиги учун шпател ёки қошиқни докага ўраб, ён томондан тишлари орасига қўйиш лозим, бироқ беморнинг жағини зўрлаб очиш мумкин эмас. Хуруж бўлаётган пайтда, беморнинг оёқ-қўлларини зўрлаб ушламаслик, юзига сув сепмаслик, нашатир ва пиёз ҳидлатмаслик керак.

Эпилепсия билан касалланган беморларнинг уйида тез ёрдам кўрсатиш учун дори воситалари бўлиши керак. Масалан, реланиум (валиум, сибазон), магний сульфат ва ҳ.к. Хуруж пайтида 2 мл реланиумни мушак орасига эҳтиёткорлик билан юбориш мумкин.

Бемор душ ёки ванна қабул қилганида, эшикни ичкаридан бекитмаслиги, иссиқ ёки ўта совуқ душ қабул қилмаслиги керак, сауналарга бормаслиги, узоқ вақт ваннада қолиб кетмаслиги зарур. Физиотерапевтик муолажалар ўтказиш ҳам мумкин

эмас. Тандирда нон ёпиш, олов ёнида катта қозонларда овқат тайёрлаш, доимо ўткир нарсалар билан ишлашдан эҳтиёт бўлиш, ишхонасида доимий ишловчилардан бир-иккитаси касалликдан хабардор бўлиши лозим, узоқ хизмат сафарларига ёлғиз бормагани ва меҳмонхоналарда ёлғиз ётмагани маъқул.

Назорат учун саволлар

1. Мия инсультларида қандай нейропсихологик бузилишлар кузатилади?
2. Бош мия жароҳатларида қандай руҳий-ҳиссий бузилишлар кузатилади?
3. Посттравматик амнезиянинг қандай турларини биласиз?
4. Корсаков синдроми ҳақида нималарни биласиз?
5. Менингит ва менингоэнцефалитдан сўнг қандай руҳий асоратлар қолади?
6. Ўзингиз гувоҳи бўлган вазиятлар ҳақида сўзлаб беринг.
7. Эпилепсия нима?
8. Эпилепсия сабабларини айтиб беринг.
9. Эпилепсия билан қайси буюк шахслар касалланган?
10. Аура нима?
11. Эпилепсияда қандай руҳий бузилишлар кузатилади?
13. Эпилепсия билан касалланган беморларга қандай тавсиялар берилади?

XI БОБ. АЛКОГОЛИЗМ ВА ГИЁҶВАНДЛИҚДА БЕМОРЛАР ПСИХОЛОГИЯСИ

*Фақат ўта доноларга ва ўта нодонларга
ақл ўргатиб бўлмайди.
Конфуций*

15.1. Алкоголизмда беморлар психологияси

Ичкиликбозлик муаммоси қадимдан маълумдир. Бугунги кунда эса бу муаммо нафақат тиббий-психологик, балки ижтимоий муаммога ҳам айланган. Чунки ичкиликбозлик нафақат спиртли ичимликларни истеъмол қилувчининг саломатлигига зиён келтиради, балки оиланинг бузилиши ва фарзандлар тарбиясига ҳам катта салбий таъсир кўрсатади. Сурункали алкоголизмда кузатиладиган руҳий бузилишлар турли-туман бўлиб, уларнинг қай даражада ривожланганлиги беморнинг неча йилдан бери спиртли ичимликларни истеъмол қилиши, унинг миқдори, жисмоний саломатлиги каби бир қанча омилларга боғлиқ.

Аксарият мутахассислар сурункали алкоголизмда психик бузилишларнинг юзага келишини касалликнинг оғир босқичга ўтганидан далолат беради, деб таъкидлашади. Сурункали алкоголизмда руҳий бузилишларнинг тез шаклланишини спиртли ичимликларни ортиқча истеъмол қилиш сабабли юзага келадиган ўткир заҳарланишлар кучайтиради. Ҳар бир ўткир заҳарланиш турли даражадаги ўткир психозлар билан намоён бўлади.

Клиникаси. Алкоголизмда юзага келадиган руҳий-ҳиссий бузилишларнинг таснифи бир қанча. Биз тиббий амалиётда энг кўп учрайдиган руҳий-ҳиссий бузилишларнинг баъзи турларини келтириб ўтамиз. Булар ичида алкоголь делирийси алоҳида ўрин тутади. Алкогол делирийси турли даражадаги психовегетатив бузилишлар билан намоён бўлади. Унда кўрув галлюцинациялари, онгнинг туманлашуви, ваҳима ва хавотир, гипердинамия, алаҳсирашлар, бетоқатлик кузатилади. Шунингдек, тахикардия, гипергидроз, гипертермия, қон босимнинг ўзгариб туришлари ҳам намоён бўлади. Делириоз ҳолатлар ичкиликбозликка узоқ вақтдан буён берилган шахсларда кўп кузатилади.

Делириоз ҳолатларда беморнинг аҳволи ёмонлашса, у атрофдагиларга эътибор бермай қўяди, яқинларини танимайди, гапсўзларнинг маъносини англамайди, маъносиз гаплар гапиради ва қилиқлар қилади. Оғир ҳолатларда тана ҳарорати кўтарилади,

олигурия кузатилади, артериал қон босим пасайиб кетади ва охиروقибат беморнинг ҳаёти катта хавф остида қолади.

Алкоголизмда галлюцинациялар ҳам алоҳида ўрин касб этади. Уларнинг ўткир ва сурункали турлари фарқ қилинади. Айниқса, эшитув галлюцинациялари кўп учрайди. Улар шовқин, хуштак, шивирлаш, турли хил сўзлар шаклида беморга, асосан, кечкурун ёки тунда эшитилади. Эшитув галлюцинациялари уларда хавотир, кўрқув ва уйқунинг бузилиши билан биргаликда намоён бўлади. Аксар ҳолларда уларнинг хулқ-атвори кескин ўзгариб, руҳий беморларники каби бўлади. Делирийдан фарқли ўлароқ, галлюцинацияларда беморнинг онги сақланган бўлади. Эшитув галлюцинациялари кўп ҳолларда аффектив ва вегетатив бузилишлар билан ҳам намоён бўлади.

Алкоголизмда алаҳлашли психозлар ваҳима, ортиқча беўхшов ҳаракатлар, сенсор бузилишлар, уйқусизлик, гумонсираш, таъқиб каби аффектив бузилишлар билан кечади.

Энцефалопатиялар

Спиртли ичимликларни кўп миқдорда ва узоқ вақт истеъмол қилиш ўткир ва сурункали энцефалопатиялар ривожланишига сабаб бўлади. Ўткир энцефалопатиялар ичида Гае-Вернике энцефалопатияси алоҳида ўрин тутади. Ушбу энцефалопатия ўткир бошланади ва кучли делириоз психозлар, неврологик ва соматик белгилар билан биргаликда намоён бўлади. Мутахассислар мазкур энцефалопатия патогенезида В₁ витамини етишмаслигига катта урғу беришади. Неврологик симптомлар турли-туман бўлиб, улар психик бузилишлар даражасига ҳам боғлиқ бўлади, айниқса, вегетатив бузилишлар. Юз ва тананинг турли жойларида фибрилляциялар ва фасцикуляциялар, гиперкинезлар, мушаклар дистонияси, тутқаноқ хуружлари, булбар ва псевдобулбар симптомлар, патологик пирамидал белгилар пайдо бўлади.

Сурункали алкоголизмда руҳий-ҳиссий бузилишлар кучая бориб, бош мия тузилмаларида чуқур органик бузилишлар пайдо бўлади, яъни токсик энцефалопатия ривожланади. Токсик энцефалопатия, айниқса, сифатсиз спиртли ичимликлар, яъни алкоголь суррогатларини доимо истеъмол қилишда ҳам кўп кузатилади. Токсик энцефалопатиялар яққол кўзга ташланадиган неврологик белгилар ва кучли руҳий-ҳиссий бузилишлар билан намоён бўлади. Булар аментив ва аффектив ҳолатлар, тез-тез ва узоқ давом этувчи делирийлар, галлюцинациялар, иллюзиялар, Корсаков амнезияси,

конфабуляциялар, ступор, депрессия, онейроид синдром ва бошқа турли хил психик автоматизмлардир.

Абстинент синдром

Абстинент синдром доимий равишда кўп миқдорда алкоголь ичиб юриб уни тўсатдан тўхтатганларда рўй беради ва турли даражада, психовегетатив, неврологик ва соматик бузилишлар билан намоён бўлади. Ушбу бузилишлар зарур миқдорда алкоголь истеъмол қилгандан сўнг камаяди ёки йўқолади. Абстинент синдром халқ орасида «алкоголдан жудо бўлиш» синдроми деб ҳам аталади.

Абстинент синдромнинг клиник белгилари турлича намоён бўлиши мумкин ва унинг баъзи турларида неврологик, баъзиларида руҳий-ҳиссий, бошқа бирларида соматик бузилишлар яққол кўзга ташланади, бироқ уларнинг барчасида руҳий бузилишлар алоҳида ўрин тутади. Демак, ичкилик ичиб юрадиган одам уни истеъмол қилмай қўйса, абстинент синдром ривожланади, бунда бемор жуда безовта бўлиб асабийлашаверади, бир жойда тинч ўтира олмайди, ўзини хотини ва бола-чақаларига нисбатан агрессив тутади, ароқ топиб беришни талаб қилаверади, жанжал кўтаради, хулқ-атвори жинни-сифат бўлиб қолади.

Абстинент синдром баъзи беморларда кучли агрессив ҳолат билан, баъзи беморларда эса апатия билан намоён бўлади, яъни бемор йиғлайверади, атрофдагилардан, айниқса, умр йўлдошидан кечирим сўрайверади: «Бошқа ичмайман, лекин ҳозир, албатта, ароқ топиб бер, бўлмаса ўлиб қоламан», деб ёлвораверади. Ҳақиқатдан ҳам етарли миқдорда ароқ ичгандан сўнг тинчланади ва ухлаб қолади.

Шунингдек, абстинент синдромда қон босимнинг тушиб кетиши ёки аксинча, жуда юқори кўтарилиши юз рангининг оқариб-кўкариши, мавжуд соматик касалликларнинг кўзғалиши, айниқса, бемор сигарет чекадиган ва унда сурункали бронхит бўлса, қаттиқ йўтал тутиши мумкин. Бундай вазиятлар баъзан ўлим билан тугайди. Шунингдек, кучли бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айланиши ва қайт қилиш, кучли терлаш, сийиб юбориш, тахикардия, мувозанатнинг бузилиши каби белгилар ҳам кузатилади. Бемор ухлай олмайди, ёмон тушлар кўриб уйғониб кетади, миясига суицидал фикрлар келади.

Албатта, юқорида қайд қилинган белгилар турли беморларда турлича намоён бўлади, баъзан бу белгилар унинг оила ва жамиятда тутган ўрни, мизожи, соматик ва руҳий ҳолатига ҳам боғлиқ бўлади. Шундай бўлса-да, ўта яхши хулқ-атворли ва жамиятда ҳурмат-эътиборга эга бўлган, бироқ ичкиликни хуш кўрадиган шахс-

ларда абстинент синдром ривожланса, улар ўта шармандали аҳволга тушиб қолиши ва яқин дўстларини ҳам қаттиқ ҳақорат қилиб, узоқ йиллик дўстона муносабатларни умрбод узиб қўйишлари мумкин. Демак, бундан оила ва жамиятга ҳам моддий, ҳам маънавий катта зиён етказилишини эътиборга олсак, алкоголизмнинг катта ижтимоий муаммо эканига яна бир бор ишонч ҳосил қиламиз.

15.2. Гиёҳвандликда беморлар психологияси

Гиёҳвандликнинг келиб чиқиш сабаблари. Доривор ўсимликларни қайта ишлаш ва фаолроқ моддаларни олиш технологияси ривожлана борган сари, гиёҳванд моддаларнинг организмга бўлган зарарли таъсирини мукамал ўрганиш ҳам ривожланиб бошлади. Гиёҳванд моддаларни истеъмол қилувчилар ва шу сабабли ривожланган оғир касалликлар сони тобора ортиб борди. Гиёҳвандлик ижтимоий муаммога айланди.

Гиёҳванд моддаларнинг аҳоли орасида кенг тарқалишининг бир қатор сабаблари бўлиб, улар орасида психологик омиллар ҳам алоҳида ўрин тутди. Гиёҳвандликка берилишнинг сабаблари жуда кўпдир. Улар ичида руҳий-ҳиссий зўриқишлар ҳам етук омиллардан бири ҳисобланади. Айниқса, руҳий-ҳиссий зўриқишлардан сўнг «психологик вакуум» нинг пайдо бўлиши, оиладаги носоғлом муҳит, салбий ҳиссиётларга берилиш, кайфиятни дори орқали кўтаришга интилиш шулар жумласидандир.

Маълумки, гиёҳвандликка ружу қўйиш, асосан, ўсмирлик давридан бошланади ва бунда оиладаги нотўғри тарбия энг кучли салбий омиллардан биридир. Ота-она томонидан болаларга кўрсатилган ҳаддан ташқари ғамхўрлик ёки бўлмаса, уларнинг меҳр-оқибат кўрсатмай тарбияланиши, ўта даражада қаттиққўллик боланинг жамият талабларига жавоб берадиган соғлом шахс бўлиб ривожланишига тўсқинлик қилади. Ўсмирлар уйдан безиб кўчадан меҳр излай бошлашади ва гиёҳванд моддалар тарқатувчилар қўлига тушиб, кейинчалик гиёҳванд моддаларни қабул қила бошлашади, бу моддаларга жисмоний ва руҳий қарамлик пайдо бўлади. Албатта, гиёҳвандликда руҳий мойилликдан ташқари, бош миёда турли даражадаги метаболик бузилишлар рўй беради-ки, бу ҳақда махсус адабиётларда батафсил маълумотлар келтирилган.

Гиёҳвандликда хулқ-атворнинг ўзгариши ва беморлар психологияси. Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, гиёҳвандликда авваламбор, беморнинг иродаси сўниб боради, унда гиёҳванд моддага нисбатан кучли майл шаклланади. Аста-секин бу майл кучая бориб,

бемор унга қарши курашишга ожиз бўлиб қолади, унда руҳий қарамлик синдроми ривожланади. Беморнинг фикру хаёли гиёҳванд моддаларни топиш ва уни истеъмол қилишга қаратилади. Руҳий қарамлик синдромида наркотик воситаларнинг йўқлиги беморда доимо нохуш кайфият пайдо қилади, у бўлар-бўлмасга жанжал кўтарадиган бўлиб қолади. Гиёҳванд моддани истеъмол қилган куни эса кайфияти яна кўтарилади, яъни хулқ-атворида ижобий хислатлар пайдо бўлади.

Мутахассисларнинг фикрича, руҳий қарамлик синдромида бош мияда мақсад ва истаклар кураши, қарама-қарши фикрлар, мияни тарк этмайдиган истак ва хаёлларнинг оқими юзага келади. Албатта, миядаги бу жараёнлар гиёҳванд моддаларнинг турига, қанча миқдорда, неча йилдан буён истеъмол қилаётганлигига боғлиқ бўлади. Таъкидлаш лозимки, гиёҳванд моддаларни эндигина қабул қила бошлаган бемор ўзида пайдо бўлган руҳий қарамликни дарров англай олмайди. У бориб-бориб, ўзида юзага келган вазиятга боғланиб қолади. Гиёҳвандликдан чиқиб кетишнинг қийинлиги ҳам шундан иборатки, бемор руҳий қарамликдан ташқари, гиёҳванд моддалар билан боғлиқ олди-сотдиларга аралашиб, жиноят йўлига кириб қолади.

Гиёҳванд моддаларни қабул қилиб юрган бемор учун кундалик ҳаётдан қониқмаслик, сабабсиз уруш-жанжаллар, жиззакилик, доимий норозилик аломатлари ва шунингдек, гиёҳванд моддаларни топиш ҳақида гап очилганда, беихтиёр жонланишнинг пайдо бўлиши хосдир.

Руҳий қарамлик синдромида беморнинг ички дунёсида кескин ўзгаришлар рўй беради, яқин қариндошлари, фарзандлари ва ота-онасига муносабати ўзгара бошлайди, улар орасида меҳр-оқибат йўқолиб боради. Беморнинг хулқ-атворида ўзига хос қайсарлик ва ўжарлик шаклланади, у яқинларининг танқидларига қарамасдан, ўз фикрини тасдиқлашга ёки қилаётган ноҳўя ишларини оқлашга интилади. Тўғри, баъзан бемор оғир бир дардга дучор бўлганини англаб, бу йўлдан қайтишга уринади, бироқ аввалгидек тўлақонли соғлом ҳаёт тарзига қайтиш ўта қийин бўлади. Бундай вазиятларда беморнинг ўзи, унинг яқинлари, психолог, наркологларнинг ҳамнафас бўлиб ишлаши ижобий натижа бериши мумкин. Баъзан беморнинг «Ўзим бошлаганман, ўзим тўхтатаман», деб тиббий-психологик муолажалардан воз кечиши оқибати гиёҳванд моддалар қабул қилишнинг янада оғирроқ турига ўтиб кетишига олиб келади.

Руҳий қарамлик нафақат муайян бир гиёҳванд модда билан, баъзан унинг бошқа турлари таъсирида ҳам қондирилиши мумкин. Ги-

ёҳвандликда руҳий қарамлик синдроми анча эрта бошланадиган ва узоқ давом этадиган синдромдир. Гиёҳванд моддаларни истеъмол қилишни тўхтатгандан сўнг ҳам бемор руҳий қарамликдан анча вақтгача чиқа олмай юради. Шунинг учун ҳам уларга доимо психолог ёрдами зарур бўлади. Руҳий қарамлик синдроми дастлабки даврларида аниқлаш психологдан юксак даражада зийраклик ва маҳорат талаб этади. Чунки бемор турли хил йўллар билан гиёҳванд моддаларни қабул қилиб юганини атрофдагилардан яширади ва ўзида руҳий қарамлик пайдо бўлганини билмай қолади.

Касаллик авж олган сари руҳий қарамлик синдромидан оғирроқ бўлган абстиненция ва жисмоний қарамлик (компульсив) синдромлари шакллана бошлайди. Бемор гиёҳванд моддаларни кўп истеъмол қила бошлайди ва бунинг оқибатида ҳаётий муҳим майллар, яъни жинсий, оч қолиш ҳамда ҳимоя инстинктлари улар учун иккинчи даражали бўлиб қолади.

Компульсив синдром абстинент синдромга қараганда оғир кечади. Компульсив синдром беморнинг хулқ-атворида тўла акс этади, яъни бемор доимо гиёҳванд моддаларни излаб топиш йўлига ўтиб олади. Жисмоний қарамликда бемор доимо қабул қилиб юрган гиёҳванд моддани бошқасига ўзгартирса, қониқиш сезмайди, ғамгин ҳолатда юради. Демак, гиёҳванд моддаларнинг аниқ бир турига ружу кўйиш компульсив синдромга хос белгилардан биридир ва организмнинг айнан шу гиёҳванд моддага кўникиб қолганлиги аломатидир. Агар шу гиёҳванд модда қабул қилинмаса ёки бутунлай тўхтатилса, абстинент синдром ривожланади. Абстинент синдромнинг клиник кўриниши турлича бўлади ва асосан жаҳлнинг тез чиқиши, уйқусизлик, қўлларда ёки бутун танада тремор, оғир ҳолларда тутқаноқ хуржлари, юрак ва нафас олиш фаолиятининг бузилиши кузатилади.

Гиёҳвандликнинг барча турлари учун организмда қабул қилаётган моддага нисбатан толерантликнинг пайдо бўлиши хосдир, шунинг учун ҳам бемор доимо гиёҳванд модданинг миқдорини ошириб боришга мажбур. Акс ҳолда, эйфория рўй бермайди ёки абстинент синдром ривожланади.

Гиёҳванд моддаларни сурункали қабул қилавериш интоксикация ҳолатини юзага келтиради, бунда беморнинг шахсияти патологик тарзда ўзгариб боради ва тез-тез ўткир психозлар кузатилиб туради. Чунки гиёҳванд моддалар руҳиятга тез таъсир қилиши билан бошқа фармакологик доривор воситалардан ажралиб туради. Шунингдек, гиёҳванд моддалар қон томирлар ва паренхиматоз аъзоларга дастлабки кунларданоқ салбий таъсир кўрсатиб бошлайди. Кейинчалик организмдаги барча аъзо ва тўқималар фаолияти бузилиб боради.

Гиёҳвандликнинг барча турлари 3 босқичда кечади: *адаптация (мослашув), абстиненция ва толиқиш* босқичлари.

Адаптация босқичида гиёҳванд моддалар тушган организм фаолияти ўзгара бошлайди, яъни ички аъзолар ушбу моддалар билан фаолият кўрсатишга мослашиб олади. Бу жараёнлар билан параллел тарзда руҳий қарамлик ривожланиб боради. Аввалига ҳимоя механизмлари ишга тушади, бу эса кўнгил айнаши, қайт қилиш, терида қичималар пайдо бўлиши, бош айланиш билан намоён бўлади. Бироқ бу белгилар секин-аста йўқолиб боради, чунки организм гиёҳванд моддаларга мослашиб олади.

Абстиненция босқичида руҳий қарамликка жисмоний қарамлик қўшилади. Организмда гиёҳванд модда миқдорининг камайиши унинг ўрнини қоплаш учун беморда кучли иштиёқ ҳосил қилади (компульсив интилиш). Агар бу иштиёқ қондирилмаса организмнинг компенсатор имкониятлари зўриқиб, абстинент синдром янада кучаяди. Баъзи вазиятларда бу синдром узоқ вақт гиёҳванд моддаларни қабул қилмай юрган беморларда ҳам юзага келади. Узоқ вақтли ремиссиядан сўнг гиёҳванд моддани организмга юбориш яна жисмоний қарамликни пайдо қилади, ҳатто кучайтиради ҳам. Бунда нафақат юқори миқдордаги гиёҳванд моддаларга кўникиш, балки уни яна доимий тарзда қабул қилиш бошланиб кетади. Кейинчалик катта миқдордаги гиёҳванд моддалар ҳам кайфиятни кўтара олмай қолади ва бемор янада кучлироғига ўта бошлайди. Абстинент синдром тананинг турли жойларида кучли оғриқлар билан кечганлиги ва уларни бошқа дорилар билан тўхтатиш қийинлиги сабабли бемор гиёҳванд моддани яна қабул қилишига тўғри келади.

Толиқиш босқичида организмнинг барча ҳимоя функциялари кескин пасайган бўлади, беморнинг деярли барча аъзоларида нафақат функционал бузилишлар, балки органик ўзгаришлар юзага келади, терида турли хил ярачалар пайдо бўлади. Бундай беморлар тез-тез касалликка чалинишади. Бу босқичда гиёҳванд моддаларнинг тетиклаштирувчи ва кайфиятни кўтарувчи таъсири ҳам пасаяди. Организмни руҳан ва жисмонан қониқарли ҳолатда ушлаш учун беморлар гиёҳванд моддаларни кам миқдорда қабул қилиб юришади. Чунки буларсиз организмнинг фаолият кўрсатиши ўта мушкул бўлиб қолади ва уни янги муҳитга ўтказиш қийинлашади. Абстинент синдром бир неча ойларга чўзилиши мумкин.

Даволаш. Гиёҳвандликка ружу қўйганларни даволаш тамойиллари махсус адабиёт ва дарсликларда мукамал ёритилган. Аммо тиббий психолог беморларни даволаш билан боғлиқ бўлган бир қатор қонун-қоидаларни билиши зарур.

Даставвал, бемор стационарга ётқизилиши шарт, чунки даволаниш шароитида кузатиладиган нохуш ҳолатлар ва абстинент синдромнинг қайтадан пайдо бўлиши, гиёҳванд моддани яна истеъмол қилишга мажбур қилади. Даволаш муолажалари нарколог назорати остида гиёҳванд моддаларни қабул қилишни тўхтатишдан бошланиши лозим. Соғлом ва ёш беморларда гиёҳванд моддаларни қабул қилишни бирданига ва бутунлай тўхтатиш мумкин, кекса ва ўта ожизларда эса бу жараён босқичма-босқич олиб борилади.

Гиёҳвандликни даволаш, одатда, бир неча босқичда амалга оширилади. Булар дезинтоксикация муолажалари, психопатологик ва соматоневрологик бузилишларни даволаш, метаболик бузилишларни бартараф этиш, руҳий қарамликнинг асосий механизмларига қарши йўналтирилган даволаш муолажалари ўтказиш, касалликнинг такрорланишига қарши даволаш чораларини таъминлаш.

Дезинтоксикация мақсадида реополиглюкин, натрий хлориднинг изотоник эритмаси ва бошқа электролитлар кунига 2000 мл. гача юборилади. Заруратга қараб, қон препаратлари, тоза қон ҳам буюрилади. Оғир вазиятларда гемосорбция ва гемодиализ муолажалари ўтказилади. Шунингдек, 10 мл 10 фоизли кальций хлор, 10 мл 30 фоизли тиосульфат натрий, 5-10 мл 25 фоизли магния сульфат томир ичига, 5-10 мл 5 фоизли унитиол мушак орасига юборилади.

Абстинент синдромни даволашда психотроп дорилардан 2,5 фоизли аминазин 1-3 мл 5-7 кун мобайнида т/и, м/о га ёки 2,5 фоизли тизерцин 2-4 мл т/и, м/о га, 1 фоизли димедрол 1-2 мл, 0,5 фоизли валиум 2-4 мл т/и, м/о га. Шунингдек, кордиамин, камфора, кофеин, мепробамат, галоперидол каби дориларни ҳам буюриш мумкин. Юрак ва нафас фаолиятини нормал ҳолатда ушлаб туриш учун албатта, кордиамин тавсия қилинади.

Нейролептиклардан неулептил кунига 10-20 мг, сонепакс 100 мг. дан, таъсири узоқ давом этувчи нейролептиклардан пипортил 2 мг. дан 2 ҳафтада 1 маҳал, кейинчалик ҳар ойда бир маҳал. Антидепрессантлардан флуоксетин, золофт каби дорилар буюрилади.

Албатта, гиёҳвандликни даволаш ўта мураккаб ва машаққатли жараён бўлиб, фармакологик дорилар билан даволаш усуллари наркология дарсликларига батафсил ёритилган. Гиёҳвандликни даволашда ишлатиладиган психотерапия усуллари турли-тумандир – оддий суҳбатдан тортиб гипнозгача. Психоанализ усуллари ҳам жуда самаралидир. Беморнинг жисмоний меҳнат билан шуғулланиши эса даволаш жараёнига ижобий таъсир кўрсатади.

Бемор абстинент ҳолатдан чиққандан сўнг узоқ вақт нарколог ва психолог назоратида туриши лозим.

Назорат учун саволлар

1. Алкоголизмда руҳий бузилишларнинг сабаби нимадан иборат?
2. Алкоголизмда руҳий бузилишларнинг клиник кўриниши қандай?
3. Алкоголизмда ўткир ва сурункали энцефалопатиялар клиникасини сўзлаб беринг.
4. Абстинент синдром нима?
5. Гиёҳванд моддаларга ружу қўйишнинг сабаби нима?
6. Гиёҳвандликка руҳий ва жисмоний қарамлик қандай ривожланади?
7. Гиёҳвандликнинг кечиш босқичлари ҳақида сўзлаб беринг.
8. Гиёҳвандликни даволаш тамойиллари ва психологик ёрдам усуллари нималардан иборат?

XVI БОБ. ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДА БЕМОРЛАР ПСИХОЛОГИЯСИ

*Мен кўриш, эшитиш ва ўрганиш мумкин бўлган нарсаларни афзал кўраман.
Диоген*

16.1. Жарроҳ ва бемор орасидаги психологик муносабатлар

Тиббиётда жарроҳлик амалиёти алоҳида ўрин тутати. Халқ орасида «Агар бемор дори-дармонлар билан тузалмаса, уни операция қилиб, жарроҳлар тузатишади», деган фикр юради. Терапевтик амалиётларга қараганда, жарроҳлик амалиёти аксарият беморлар ва уларнинг яқинлари учун катта бир психологик синов ҳамдир. Демак, тиббиётнинг бошқа йўналишларидаги каби жарроҳлик амалиётида ҳам психологик ёрдамнинг аҳамияти жуда юқори. Буни жарроҳлик касбини танлаётган ҳар бир талаба англаб етиши зарур.

Тиббий психологиядан маъруза тугашига бироз қолганда «Саволлар борми?» деб талабаларга мурожаат қилдим. Яхши ўқийдиган бир талаба қўл кўтариб, «Устоз, мен жарроҳ бўлмоқчиман, отам ҳам жарроҳ, операцияларга қатнашиб юраман, яхши жарроҳлар навбатчилигига келаман. Ахир операция буюрилган бемор билан жарроҳ суҳбатлашиб ўтирмайди-ку. Албатта, яхши психологик суҳбат ўтказиш мумкин, бироқ операция ёмон чиқса, суҳбатнинг нима кераги бор? Муваффақиятли операциянинг ўзи ҳар қандай психологик суҳбатдан устун-ку. Шунга сиз нима дейсиз?» деб сўради. Бу савол, албатта, ўринли. Албатта, жарроҳ ва бемор учун муваффақиятли ўтган операция ҳар қандай психологик суҳбатдан яхши. Лекин афсуски, кўпчилик врачлар психологнинг асосий вазифаси беморлар билан суҳбатлашиб, уларни тинчлантириш, деб билишади. Суҳбат – бу психодиагностика ва психотерапиянинг бир услуби ва албатта, психологияда унинг аҳамияти беқиёс. Бироқ психология инсон тасаввури даражасига ҳам сиғмайдиган беқиёс имкониятлар ва ўзининг турли усулларига эга бўлган фан.

Психологиянинг имкониятлари чексиз! Талабанинг саволига қуйидаги воқеа тафсилотлари жавоб берса керак. Мени жарроҳлик бўлимига «Невропатолог маслаҳати керак», деб чақириб қолишди. Бемор ётган палатага кирсам, профессор бир қанча врачлар, талабалар ва ўқитувчилар билан мен кўришим зарур бўлган беморни текширишаётган экан. Мен профессор кўриги тугабини кутиб тур-

дим. Беморни операция қилган ёш врач касаллик тарихномасини ўқиб беряпти. Жарроҳ ўз навбатчилиги пайтида беморни «ўткир аппендицит» ташхиси асосида зудлик билан маҳаллий оғриқсизлантириш орқали қилган операцияси муваффақиятли ўтган. Операциядан сўнг бемор эрталабгача ухлаган. Эрталаб соат ўнларда «Операция бўлган жойим қаттиқ оғрияпти», деб палата врачини чақирган. Врач кириб оёқларини букиб, ёнбошлаб ётиб олган беморнинг операция қилинган жойини текшириб, ҳеч қандай асоратларни кўрмаган ва ҳамширага тинчлантирувчи укол қилишни буюрган. Бемор уколдан сўнг ухлаб қолган, бироқ уйғонгач, «Яна оғрияпти, операция қилинган жойда тампон ёки бошқа нарса қолган бўлса керак», деб йиғлайверган. Кечга яқин оғриқ кучайган, бемор ғужанак бўлиб ётиб олган, тана ҳарорати ҳам 38 даражага кўтарилган. Бемор тинчлантирувчи уколдан воз кечган. «Операция қилинган жойда врач нимадир унутиб қолдирган», деб сира тинчланмаган. Ўша куни кечқурун беморни бошқа бир ёши катта жарроҳ, фан номзоди операция қилади. Бу жарроҳ ҳам беморни кўришда иштирок этаётган эди. У операция ҳақида маълумот берди. Операция жойи иккинчи бор очилганда, у ерда ҳеч нарса унутилиб қолдирилмагани ва биринчи операция ҳақиқатан ҳам муваффақиятли ўтганини айтиди. Бироқ, шундай бўлса-да, мана бугун, яъни дастлабки операциянинг 4-куни ҳам оғриқ тўхтамаётганини, аксинча, кучайганини ва шунинг учун невропатолог чақирилганини профессорга айтишди. Профессор иккала жарроҳни ҳам тинглаб беморга юзланди. У ғужанак бўлиб ётиб олган ва кўзларида қўрқув бор эди. Шу ерда турган беморнинг қизи ҳам суҳбатга қўшилди ва онасининг кечаси бир неча бор оғриқдан уйғонганини ва оғриқ қолдирувчи уколлардан воз кечганини айтди. Профессор бемордан «Нима учун оғриқ қолдирувчи дорилардан воз кечаяпсиз, ахир оғриқ қолса, ўзингизга яхши-ку?!» деб сўраганда, бемор «Ахир аппендицитда оғриқ қолдирувчи дори қилса бўлмайди, у ёрилиб, йиринглар қоринга ўтиб кетади дейишади-ку», деди. Талабалардан бири суҳбатга қўшилиб, «Операциядан олдин оғриқсизлантирувчи уколлар қилинмайди, операциядан сўнг эса мумкин», деди. Профессор бемор билан баҳслашиб ўтирмасдан, уни текшириб бошлади. Бемор ғужанак бўлиб олган, кўйлагини кўтариб, текширишга ва ҳаттоки, танасига қўл теккизишга қўймасди. Бемор гап билан чалғиганда, оғриққа эътибор қилмас, операция ҳақида сўз кетганда, оғриқдан инграрди. Профессор «Сиз оёқларингизни секин-аста ёзиб юборинг, шундай қилсангиз, оғриқ камаяди», деди. Бемор секин қўрқиб, оёқларини узатди. «Энди операция қилинган жойни кўрсатинг», деди

профессор. Бемор «Лекин қорнимга тегмайсиз», деб кўйлагини секин кўтарди ва кўрқув билан докторга қаради. Операция қилинган жой бинт билан ёпиб қўйилган ва лейкопластир билан ёпиштирилган эди. Профессор «Энди бу бинтни оламинг, мен операциялар қандай ўтказилганини кўришим керак», деди. Бироз уринишлардан сўнг бемор кўндирилди. Профессор операция бўлган жойни кўриб, иккала операция ҳам муваффақиятли ўтганига яна бир бор ишонч ҳосил қилди. Бироқ бемор ҳамон оғриқдан шикоят қилар ва «Операция бўлган жойда бир нарса худди тугундек тикилиб турибди», деб йиғларди. Вазиятдан чиқиш керак эди. Профессор беморни кўндириб, операция бўлган жойни текшира бошлади ва кесилган жойнинг атрофини атайлаб бирдан босиб юборди. Бемор дод-вой солиб, бақриб юборди ва яна оёқларини ғужанак қилиб олди. Профессор «Ана, холос!» деб операция қилган жарроҳларга юзланди. У «Операциялар яхши ўтган, бироқ бемор ғужанак бўлиб ётаверганидан, операция ўрнидаги нервлар тугилиб қолган. Нега операциядан сўнг оёқларни чўзиб ётиш кераклигини беморга айтмадинглар? Ана энди кесилган нервлар битиш ўрнига тугилиб қолган», деб докторларни койигандек бўлди. Баъзи докторлар профессор нима демоқчи эканлигини англаб етган бўлса, бошқа бирлари нима учун у «нervлар тугилиб қолган», деб айтаётганидан ҳайрон бўлиб қараб туришарди. Бемор эса бирдан зийрак тортиб, «Энди нима бўлади?» деб хавотир билан профессорга қаради. Профессор биринчи операция қилган докторга юзланиб, «5 граммли шприцга новокаин тортиб келинг», деди. «Энди ўша «нervлар тугилиб» қолган жойга новокаин юборамиз ва тугунни ёзиб юборамиз», деди ва беморга қараб, «Энди чидайсиз, новокаин юбораётганимда оғриқ яна кучаяди, сўнг сиз оёқларингизни оғрисаям, букиб-оча бошлайсиз ва ана шундан сўнг тугилган нерв очилиб кетади ва оғриқ 10 дақиқага етмасдан тўхтайдими», деди. Бемор кўрқа-писа, юзида хавотир билан оёқларини ёзди ва ўзи қорнини очди. Профессор операция қилинган жойни спирт билан тозалаб, чандиқнинг икки четига шприцни тикиб, зудлик билан новокаин юборди. Бемор додлаб юборди. Профессор «Айтдим-ку сизга, оғриқ деб, қани энди айтганимни қилинг, тез-тез оёқларингизни букиб-ёзинг, ана шунда нервлар ёзилиб, оғриқ камая бошлайди, акс ҳолда, яна 3-операцияни қилиб, ўша узилган нервларни бир-бирига улашга тўғри келади», деди. Бемор шошиб-пишиб профессорнинг кескин тарзда берилган буйруқларини бажара бошлади. «Энди ўтириб олинг», деди у. «Қани, тез-тез бўлинг!» деб беморни шоширди. Бемор бироз қийналиб бўлса-да, ўтириб олди. «Энди ўрнингиздан туриб юринг», деб топшириқ берди.

Деярли 5 кундан буён туриб юрмаётган ва фақат оғриқдан шикоят қилиб ётган бемор бироз ишончсизлик билан бўлса-да ўрнидан туриб юрди. Энди бемор оғриқ сезмаётган ва ўзида йўқ хурсанд эди. Бемор кўригида иштирок этаётганлар иккига бўлиниб, унга йўл беришди. Профессорнинг кўзи менга тушди. «Ие, невропатологимиз ҳам шу ерда эканлар-ку, бу беморга энди невропатологнинг кераги йўқ. Мана, ўзимиз даволаб қўйдик», деди ҳазиллашиб. Профессор операция қилган врачга боқиб, «Бу беморни бугуноқ уйга юборсангизлар бўлади, энди у соғ», деди. Деярли ярим соат олдин оғриқдан ҳатто оёғини ҳам очиб-ёза олмаётган бемор профессор томонидан жуда устомонлик билан ўтказилган психотерапия ва плацеботерапиядан сўнг дарддан халос бўлди. У энди уйга кетиш мумкинлиги ҳақидаги янгиликдан хурсанд бўлиб, ўзи ётган ўрнини тахлаб, қизига топшириқлар бериб, кетиш тараддудига тушиб қолди.

Профессор ёнидаги шогирдлари ва талабалар билан бошқа палаталардаги беморларни кўргани чиқиб кетди. Мен бемор билан суҳбатлаша бошладим. Суҳбат орасида маълум бўлдики, беморнинг ёнида парвариш қилиб ўтирган 24 яшар қизи «ўткир аппендицит» ташхиси билан уч марта операция бўлган ва иккала ҳолатда ҳам операция муваффақиятсиз чиққан: биринчи гал жарроҳ тампонни унутиб қолдирган ва бошқа жарроҳ иккинчи бор операция қилиб уни олиб ташлаган. Операция қилинган жой йиринглаб кетиб, «аппендоэктомия асорати, чегараланган перитонит» ташхиси билан учинчи бор операция қилинган. Барча воқеалар онасининг кўз олдида бўлиб ўтган. Бемор 20 кундан ортиқроқ жарроҳлик бўлимида қолиб кетган ва шу вақт мобайнида унинг ёнида доимо онаси бўлган. Дастлабки операцияни қилган жарроҳ беморни 3 кунда уйга чиқариб юборишни ваъда қилган. Бироқ вазият оғир тус олган. Бу ҳолат бутун бир оилада катта руҳий жароҳат қолдирган. Онаси «Қизим энди тузалмайди, ногирон бўлиб қолади», деб кўрқиб юрган. Чунки 20 кун ичида қизи жуда озиб ҳам кетган. Лекин бемор қийналиб бўлса-да, тузалган. Орадан 2 йил ўтмай, Тошкентда ўқиб юрган талаба ўғлини қизи билан бирга кўргани келган онанинг ўзи аппендицит бўлиб қолади ва вазият юқорида кўрсатилганидек кескин тус олади.

Юқоридаги усулдан беморни операция қилган иккала жарроҳ ҳам фойдаланиши мумкин эди. Бироқ улар бундай қилишмади ёки буни билишмади. Бу оддий бир аппендицит билан боғлиқ воқеа, бироқ жарроҳлик амалиётида бир қанча мураккаб ҳолатлар мавжудки, уларнинг аксарияти психологик ёндашувни талаб қилади. Демак, операциялар муваффақиятли ўтиши учун ҳар бир жарроҳ нафақат

Ўз касбининг етук мутахассиси, балки етук психолог ҳам бўлиши керак.

Жарроҳлик касбида шошилинич операцияларнинг кўплиги, вақтининг тиғизлиги жарроҳлик бўлими шифокорлари билан беморлар орасида ўзгача психологик муҳитнинг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Яна шуни ҳам таъкидлаш лозимки, тиббиётнинг бошқа йўналишларига қараганда, жарроҳликда беморлардан фаоллик эмас, аксинча, эҳтиёткорлик ва кам ҳаракат талаб қилинади. Жарроҳлик касбининг ўзига хослиги тез қарор қабул қилиб, зудлик билан уни амалга оширишдир. Режали операциялар, албатта, бундан мустасно. Бундай пайтларда бемор билан жарроҳ орасида қандайдир бир психологик вазият юзага келиши мумкин. Яъни бемор белгиланган операциядан воз кечиши ёки бўлмаса, операция тафсилотларини ёритиб берувчи бошқа бир жарроҳни танлаши мумкин. Бироқ, шуни тан олиш лозимки, операцияни муваффақиятли бажарадиган ва катта обрў-эътиборга эга бўлган жарроҳдан бемор ҳар қандай вазиятда ҳам воз кечмайди, ҳатто у кўпол бўлса ҳам.

Жарроҳлик операциялари ҳам бемор психологияси ва ҳис-туйғуларига турлича таъсир қилади. Чунки тирик организмда руҳ ва тана ягона бир системадир. Операциядан сўнг руҳий мувозанатнинг салбий ёки ижобий томонга қараб ўзгариши, албатта, операциянинг натижасига боғлиқ. Операция муваффақиятли бажарилса, операциядан олдинги кўрқувлар, хавотир ва ўзаро тушунмовчиликлар дарров барҳам топади, агар муваффақиятсиз бажарилса, операциядан олдинги гумон, хавотир ва шу каби тушунмовчиликлар жарроҳ учун ёмон тус олиб, баъзан катта жанжалга айланиб кетиши мумкин. Шунинг учун ҳам аксарият ғарб давлатларида операциянинг барча тафсилотлари, устунликлари ва асоратлари албатта, деонтология ва этика принципларини сақлаган ҳолда, беморга ва яқин қариндошларига тушунтириб берилади. Яъни бемор ва унинг қариндошлари сир сақланиши шарт бўлмаган вазиятлардан воқиф бўлишади. Бу, албатта, яхши. Чунки сақланиши шарт бўлмаган сир-синаотлар бемор ва унинг қариндошларида жарроҳ ва у ўтказаятган операция ҳақида катта гумон пайдо қилиши, операция муваффақиятсиз чиққан тақдирда жарроҳ ёмон вазиятда қолиши ва икки ўртада судлашувлар бошланиб кетиши мумкин.

Агар операциялар бирор-бир аъзони ёки унинг бир қисмини олиб ташлаш билан яқунланса, операция муваффақиятли чиққан тақдирда ҳам бемор руҳияти бузилиши эҳтимоли бор. Чунки бемор ушбу операция сабабли аввалги касбида ишлай олмаслиги ёки тўлақонли ҳаётга қайта олмаслиги мумкин. Албатта, бундай пайтларда жарроҳ

ушбу операцияни қилмаса, бошқа асоратлар юзага келиши мумкинлигини, энди жарроҳлик муаммоларидан халос бўлгани ва бундан сўнг соғлиғига эътибор қилиб юришини беморга тушунтириб, уни тинчлантириши лозим.

Мутахассислар фикрича, операция қилиниши лозим бўлган беморларнинг 30 фоизида, баъзи маълумотларга кўра 70 фоизида у ёки бу кўринишда руҳий бузилишлар кузатилади, айниқса, ипохондрия кўринишида. Улар жарроҳдан касаллигини синчковлик билан текширилиши ва врачлар иштирокида консилиум ўтказилишини талаб қилишади. Баъзилари эса бошқа ўзи танийдиган жарроҳлар билан «Операция шартми-йўқми», деб маслаҳатлашиб юради. Бошқа бир беморлар эса ўзини қийнаб юрган касалидан операция орқали бира-тўла кутулиш истагида жарроҳларга мурожаат қилишади. Кўпинча, бундай ҳолатлар истерияга дучор бўлган беморларда кузатилади. Улар ўзларини қийнаб юрган буқоқни ёки бўлмаса, қорин соҳасидаги доимий оғриқни бира тўла операция қилиб даволатишни ўйлашади. Ҳақиқатан ҳам тонзиллэктомия, струмэктомия, холецистэктомия, аппендэктомия каби операциялар бемор хоҳишига қараб (албатта, тиббий кўрсатмаларни эътиборга олган ҳолда) ўтказилиб туради. Масалан, соғлом одамлар «Оғир аппендицит бўлиб қолсам нима бўлади, яхшиси соғ пайтимда кўричақдан кутулиб қўя қолай», деб ўзлари онгли равишда операция қилдиришади. Бундай ҳолатлар, айниқса, яқинлари тўсатдан аппендицит бўлиб, операция столига тушиб қолган одамларда кузатилади. Аппендэктомия операцияси унча мураккаб бўлмаганлиги сабабли баъзан жарроҳларнинг ўзи уни беморнинг қариндошларига тавсия қилишади. Бу бир томондан тўғридир ҳам. Чунки ўткир аппендицит баъзи ҳолларда перитонит асоратини беради ёки ташхис ўз вақтида аниқланмай, кўричақ ёрилиб кетади. Бу эса ҳаёт учун хавфлидир. Яқин бир танишим «флегмоноз аппендицит» ташхиси қўйилиб, зудлик билан тунда операция қилинганди. Операциядан сўнг жарроҳ беморнинг яқинларига касаллик перитонитга ўтишига оз қолганлигини айтади. Унинг аҳволидан қўрққан акаси ўз хоҳиши ва жарроҳ тавсиясига кўра кўричагини олдириб ташлатади.

Гиёҳванд моддани бир марта бўлса-да қабул қилиш ва танасидаги кучли оғриқлардан кутулиш учун баъзи наркоманлар жарроҳлик операциясига ҳам тайёр туришади. Гиёҳванд моддалар ва спиртли ичимликларни кўп истеъмол қилувчиларда ҳамда руҳий беморларда ўткир жарроҳлик касалликлари кузатилса, бу жарроҳ учун катта ташвиш туғдиради. Айниқса, болаларда олигофрения, имбецил ҳолатлар ва бошқа туғма нуқсонлар, қарияларда эса инволюцион психозлар,

деменциялар. Уларнинг хулқ-атворидаги патологик ўзгаришлар ташхисни тўғри аниқлашга тўсқинлик қилади, улар операциядан сўнг врач тавсияларига тўла амал қила олишмайди ва бунинг натижасида, операция қилинган жойлар очилиб, қон кетиши каби бемор ҳаёти учун хавфли вазиятлар пайдо бўлиши мумкин. Бундай беморлар операциядан олдин ҳам, сўнг ҳам психоневролог ёки психиатр назоратига олиниши зарур.

16.2. Беморни операцияга тайёрлаш

Беморни операцияга тайёрлаш мураккаб жараёндир, чунки асаби ўта мустаҳкам одам ҳам ундан кўрқиши мумкин. Шунинг учун беморни операцияга нафақат тиббий кўрсатмаларни эътиборга олган ҳолда, балки психологик нуқтаи назардан ҳам тайёрлаш зарур. «Ҳаммаси яхши бўлади, кўрқманг!» деган анъанавий иборалар беморни ҳаммавақт ҳам қониқтиравермайди. Жарроҳ дастлаб бемордаги кўрқувни бартараф қилишга ҳаракат қилиши лозим, операцияга ва ўзига ишонч туғдира олиши керак. Айниқса, бу сўзлар жарроҳлик касбини эгаллаб, эндигина амалиётга кириб келаётган ёшлар учун ўта зарур. Бошқа касблардан фарқли ўлароқ, жарроҳнинг обрў-эътибори унинг муваффақиятли ўтказган операцияларига пропорционал тарзда боғлиқдир. Ёшлар ҳали унча кўп операция қилмаган бўлади ва табиийки, у танилиши ва ўз маҳоратини кўрсатиши учун бемор билан ишлаши ва узоқ вақт мулоқотда бўлиши керак. Юқори малакали жарроҳ даражасига етиш учун ёш жарроҳлар бундай операцияларни кўплаб бажаришлари лозим. Барча машҳур жарроҳлар ана шу йўл билан тажриба тўплашган. Бундай жарроҳларни, одатда, беморларнинг ўзи ҳеч қандай психологик тайёрлов суҳбатисиз танлашади.

Операциядан олдин беморларда турли хил психовегетатив ва психосоматик белгилар кузатилиши мумкин. Булар уйқу бузилиши, бош айланиши, ёмон тушлар кўриш, кўп терлаш, титраш, тахикардия, артериал қон босимнинг ўйнаб туриши, ўлим кўрқуви, ич кетиш, тез-тез сийиш ва бошқалар. Маълумки, операцияга монелик қилувчи ҳолатларни аниқлаш учун беморлар бошқа мутахассисларга, масалан, терапевтларга кўрсатилади, турли хил лаборатор ва диагностик текширувлардан ўтказилади. Ҳар бир бемор терапевтдан умид билан «Бу беморни операция қилмаса ҳам бўлади, уни дори-дармонлар билан даволанглар», деган сўзларни эшитгиси келади. Ҳатто операциядан олдин яқинлари билан видолашиб уларга васиятлар қиладиган ҳолатлар ҳам учраб туради. Беморни операцияга

психологик нуқтаи назардан тайёрлашда нафақат операция қилувчи жарроҳ, балки бошқа тиббий ходимлар – палата врач, ҳамшира (айниқса, операцияда иштирок этувчи) ҳам фаол иштирок этишлари зарур. Баъзан бемор уни операция қилувчи жарроҳга эмас, балки палата врач ва ҳамширанинг сўзларига кўпроқ ишонгиси келади, уни операция қилувчи жарроҳ ҳақидаги гап-сўзларга қулоқ тутлади. Шифокорлар орасидаги ўзаро ишонч ва этика принциплари бу ерда катта аҳамиятга эга, чунки доимо операцияларда иштирок этиб юрувчи ҳамшира беморни уни операция қилувчи жарроҳдан воз кечтира олиши мумкин.

Операциядан воз кечиш сабаблари турли-тумандир ва бу кўпинча, режали операцияларга тааллуқли. Уларнинг баъзилари ҳақида тўхталиб ҳам ўтдик. Булар: яқин кишининг худди шундай тарзда ўтказилган операциядан ўлганлиги ёки ногирон бўлиб қолганлиги, яқинларининг операция қилдирмаслик ҳақидаги талаби, наркоздан қўрқиш, жарроҳ ва бемор орасидаги носоғлом психологик вазият ёки тушунтириш ишларининг етарли даражада олиб борилмаганлиги, қарилик даври, бир неча бор операция қилинган беморлар, истерия ёки руҳий касалликлар.

Шундай қилиб, жарроҳликда психология соҳасидан фойдаланилгани каби жарроҳлик усулларида ҳам фойдаланилади. Ҳаттоки, гипноз ёрдамида ҳам даволаб бўлмайдиган баъзи чуқур психоген бузилишларни даволашда жарроҳлик операцияларига мувожаат қилишга тўғри келади. Тошкент вилоятида бўлиб ўтган бир воқеа бунга яққол мисол бўла олади. Воқеа ёз кунларининг бирида рўй беради. Бир аёл «инсомния» ташхиси билан невропатологга даволаниб юради. У кечалари ухлай олмай чиқарди. Кейинги гал борганида, врач унга кучлироқ таъсир қилувчи ухлатувчи дори буюради. Бемор дорини ичса-да, ҳеч уйқуси келавермайди. Уйқуси қочган бу аёл тунда тўлин ойнинг ёруғида пастқам уйининг деразасидан ташқарига қараб ўтиради. Деразанинг тагидан кичик бир ариқча оқиб ўтарди. У ариқчада сакраб ўйнаб юрган бақаларга тикилиб қараб ўтириб, хаёл суради: «Бунча кичик бўлмаса булар, ухлаб ётганимда ичимга кириб кетишса, нима қиламан?» деб чойшабни устига ёпиб ухлаб қолади. Туш кўради. Тушида кичикроқ бир бақа деразадан у ётган кароват устига сакраб чиқиб, беморнинг оғзига кириб кетади. Бемор қўрқиб, уйғониб кетади ва бирдан деразага қарайди. Тонг энди отаётган эди. Куёш нури туша бошлаган дераза тоқчасида 2-3 та бақа сакраб юрганига кўзи тушади. Беморда қаттиқ кекирик пайдо бўлади ва у бақанинг сайраганига ўхшаб эшитилади. Кекирик тез-тез такрорланаверади. Ҳовлига чиқади ва водопровод жўмрагини

очиб оғзини чайиб ташлайди, қушишга ҳаракат қилади, қуса олмайди. Бир коса илиқ сувни тўлдириб ичади ва яна натижасиз ўқчийди. Кекирик кучайиб бораверади ва тез-тез кузатила бошлайди. Бу аёлнинг турмуш ўртоғи оламдан ўтган, вояга этган бир қизи билан яшарди. Қўрқиб кетиб, қизини уйғотади ва унга «Мен ухлаб ётганимда, бақа ютиб юбордим шекилли, у ошқозонимда турибди», деб йиғлаб юборади. Қизи уни тинчлантиришга ҳаракат қилади «Балки туш кўргандирсиз», дейди. «Йўқ, тушим бўлганида билардим, мен аниқ биладим, бақа оғзимдан кириб кетгандан сўнг уйғониб кетдим, бу тушим эмас, уйғонганимда дераза тоқчаларида бақалар ўйнаб юрувди», дейди. Қизининг «Ойижон, баъзан одамнинг тушини ўнгидан ажратиш қийин бўлади-ку, сиз туш кўргансиз», дейишига қарамасдан, «Докторга борамиз», деб туриб олади. Улар эрта саҳарда бир таниш докторнинг уйига боришади ва бўлган воқеани айтиб беришади. Бемор тинмай кекирарди. Врач уни текширмасдан кулиб: «Бақани ютиб бўлмайди, у томоқдан ўтмайди, ҳеч қачон одамнинг оғзидан ичига қира олмайди», дейди. Бемор врачдан норози бўлиб, унинг ёнидан чиқиб кетади. Бемор қизи билан биргаликда бошқа врачларга қатнай бошлашади. Бемор барча текширишлардан ўтади. Уни невропатолог, психиатр, жарроҳ, терапевт, рентгенологлар текширишади. Табибларга бориб даволанади. Уларнинг деярли ҳаммаси бир хил гапни гапиришарди: «Бақа одамнинг ичига қира олмайди, сиз ёмон туш кўргансиз». Беморнинг тинчи бузилади, у нима еса, қушиб ташлайверади, кекириш сира қолмайди. Бемор шу аҳволда бир ой қийналиб юради, озиб кетади. «Бақа қолган бўлса ҳам у ўлиб бўлган, организмдан чиқиб кетган», деб ишонтиришга ҳаракат қилишади, барибир фойдаси бўлмайди. У жарроҳдан операция қилиб, бақани олиб ташлашни талаб қила бошлайди. Қаерга ва қайси врачга учраса, ошқозонини операция қилиб, бақани олиб ташлашни талаб қилаверади. «У менинг ошқозонимда яшаб юрибди, у ҳали ўлмаган, ичимни кемираяпти», деб йиғлайверади. Ахийри уни профессорга кўрсатишади. Профессор бўлиб ўтган барча воқеаларни батафсил ўрганиб чиқади, беморни тўла текширади ва унга жарроҳ билан маслаҳатлашиб қорнини операция қилиб, очиб кўришни ваъда қилади. «Агар ҳақиқатан ҳам у ерда бақа яшаётган бўлса, уни олиб ташлаш керак», дейди. Беморни жарроҳлик бўлимига ётқизиб, операцияга тайёрлашади. Профессор «Ошқозондан бақани олиб ташлаш» операцияси билан боғлиқ бўлган барча муолажаларни бутунлай сир сақлашни уни ўтказувчи жарроҳ ва ҳамширага тайинлайди. Бемор операция хонасига олиб кирилади ва у наркотик дори таъсирида ухлатилади. Операциядан олдин кичикроқ

бир бақа топиб келинади ва у ёпилиб-очиладиган идишга жойланади. Операциянинг барча қонун-қоидаларига амал қилинган ҳолда беморнинг қорин териси, тери ости ёғ қатлами кесилади ва қайта тикиб қўйилади. Операцияда бор-йўғи уч киши, яъни жарроҳ, ҳамшира ва профессор иштирок этишади. Профессор ҳамширага бемор кўзини очган заҳоти бақа солинган идишни очиб юборишни буюради. Бемор кўзини очади, ҳамшира бақа солинган идишни очиб юборади. Бақа беморнинг устидан бир-икки сакраб пастга тушиб кетади. Профессор «Сиз тўғри айтган экансиз, бақа ҳақиқатан ҳам қаттиқ ухлаб ётганингизда, ичингизга кириб кетган экан, лекин у шунча кун ичингизда ўлмай яшаганига ҳайронман», дейди. Жарроҳ ҳам «Мен бунақа операцияни биринчи марта қилишим», дейди. Хуллас, бемор бутунлай тузалиб кетади, кекириш йўқолади, иштаҳаси очилади, уйқуси ҳам тикланади. Жарроҳга 4-5 кун қатнаб, операция бўлган жойларини даволатади, қорнида фақат кесилгандан энгил чандиқ қолади, холос.

Орадан бир йил ўтади. Бир куни бозорда «бақа ютиб юборган аёл» қизи билан айланиб юриб, ҳамширани учратиб қолади. Ҳамшира уни зўрға танийди, касалликдан қийналиб, аввал озиб кетган бу аёл энди семириб, таниб бўлмайдиган даражада ўзгариб кетган эди. Улар қадрдон дугоналардек узоқ вақт суҳбат қуришади, уни операция қилиб оғир ва уятли дарддан халос қилган докторларга салом айтиб қўйишни сўрайди. Суҳбат орасида «Менга ўхшаб бақа ютиб юборган аёллар келишяптими?» деб сўрайди кулиб. Ҳамширанинг хаёлидан «Барча ҳақиқатни айтиб берсаммикан, орадан бир йил ўтди-ку, барибир бемор тузалиб кетди-ку», деган фикр ўтади ва бўлиб ўтган воқеаларни айтиб беради. Шундай қилиб, ҳамшира шифокор этикасига мутлақо зид бўлган ишга қўл уради. Барча ҳақиқатни ўз қулоғи билан уни операция қилишда иштирок этган ҳамширадан эшитган аёл руҳий қарахт ҳолатга тушиб қолади, яъни у тик турган жойида бир нуқтага тикилиб қотиб қолади. Психиатрияда бу ҳолат ступор, деонтологияда ятропатия деб аталади, яъни шифокорнинг нотўғри хатти-ҳаракатлари сабабли беморда ривожланган турли хил касалликлар ёки синдромлар. Катта қийинчиликлардан энди қутулган аёл учун бир-бирига зид бўлган бу маълумотлар улкан бир руҳий жароҳат эди. Ҳамшира қўрқиб, воқеа жойидан кетиб қолади. Аёлни руҳий касалликлар шифохонасига жойлашади. Бемор сув ичмай, овқат емай қўяди. Уни зонд орқали овқатлантириш ҳам жуда қийин кечади ва у тез орада кахексия ҳолатига тушиб қолади ва ўлади. Ҳамшира эса озодликдан маҳрум этилади.

Демак, ҳақиқатан ҳам руҳ ва тана ягонадир. Ушбу ва бошқа бобларда келтирилган материаллар қадимдан баҳс ва мунозараларга сабаб бўлиб келаётган бу иборанинг тўғрилигини яна бир бор тасдиқлайди. Беморни даволаётган шифокор юқоридаражада масъулиятли бўлиши ва ҳар бир сўзни ўйлаб гапириши керак. Машҳур терапевт ва деонтолог олим Э.Й. Қосимов таъбири билан айтганда, шифокор – бу «врач» сўзининг синоними эмас, у кенг маъноли атамадир, «шифокор» деганда, беморга шифо беришда иштирок этувчи барча тиббиёт ходимлари, яъни врачлар, ҳамширалар ва кичик тиббий ҳамширалар тушунилади. Ҳар бир шифокор деонтология ва этика принципларига қатъиян амал қилишлари лозим.

Назорат учун саволлар

1. Жарроҳлик билан психологиянинг ўзаро боғлиқлиги нимада?
2. Беморни операцияга тайёрлашда нималарга эътибор қаратмоқ керак?
3. Жарроҳ, ҳамшира ва бемор орасида зиддиятли муносабатлар қандай юзага келиши мумкин?
4. Ўзингиз гувоҳ бўлган вазиятлар ҳақида сўзлаб беринг ва муҳокама қилинг.

XVII БОБ. АКУШЕРЛИҚДА ВА ГИНЕКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРДА БЕМОРЛАР ПСИХОЛОГИЯСИ

*Врач – файласуфдир, ахир тиббиёт ва донолик
орасида катта фарқ йўқ-ку.
Гиппократ*

17.1. Туғруқдан сўнг кузатиладиган руҳий ўзгаришлар

Баъзи аёлларда туққанидан сўнг турли-туман руҳий-ҳиссий бузилишлар кузатилади. Атрофдагиларнинг яхши муносабатидан қатъи назар, туққан аёлнинг кайфияти кескин ўзгариши мумкин. Айниқса, сабабсиз жиззакилик, тез хафа бўлиш, йиғлоқилик, ваҳима, уйқунинг бузилиши каби белгилар кўп кузатилади ва улар ҳеч қандай тиббий-психологик ёрдамсиз ўтиб кетиши мумкин. Бу ҳолатлар, айниқса, биринчи бор туққан аёлларда кузатилади ва кўпинча, чарчоқ билан намоён бўлади. Бундай вазиятларда умр йўлдоши, ота-онаси ва бошқа яқинларининг катта эътибори, меҳр-оқибати ушбу руҳий ўзгаришларни тезроқ бартараф қилишга ёрдам беради.

Баъзи мутахассисларнинг фикрича, туғруқдан кейинги бундай руҳий ўзгаришлар 10-15 фоиз аёлларда кузатилади ва одатда, бир ойгача давом этиши мумкин. Бироқ ҳаммавақт ҳам бу статистика тўлиқ деб айтиб бўлмайди, чунки аксарият ҳолларда психологга мурожаат қилинмайди ва бундай бузилишларнинг ҳисоби олиб борилмайди. Шунини алоҳида таъкидлаш лозимки, туққан аёлнинг атрофида салбий муҳит яратилса, руҳий ўзгаришлар чуқурлашиб, руҳий-ҳиссий бузилишларга ўтиши мумкин (масалан, депрессияга).

Руҳий-ҳиссий бузилишлар ичида туғруқдан кейинги депрессиялар алоҳида ўрин тутайди ва бу ерда, албатта, психолог ёрдами керак бўлади. Аёлнинг ўзи бу ҳолатдан чиқиб кета олмаслиги мумкин. Туғруқ билан боғлиқ бўлган депрессиялар, айниқса, бола ўлик ёки бирор бир камчилик билан туғилган вазиятларда кўп кузатилади. Бола тирик туғилган ҳолатларда кузатиладиган депрессияларнинг асосий белгиларидан бири ўз боласи ва турмуш ўртоғига қизиқишининг йўқолишидир. Бундай ҳолатларда болани эмизишга бериш учун яқинлари ва шифокорлар баъзан соатлаб ёлвориб ўтиришади. Боласи йиғлаб ётган ҳолатларда уни қўлига олмайди, қўлига беришса ҳам қайтариб беради, ўзи ҳам йиғлайверади. Баъзан эса кўзига йиғи келмайди, боласига ёки атрофдагиларга тескари ўгирилиб ётиб олади. Кечалари ухламай чиқади.

Кўп ҳолатларда депрессиялар қўрқув, хавотир ва турли даражадаги вегетатив ва соматик бузилишлар билан намоён бўлади. Айниқса, ниқобланган депрессиянинг туғруқдан сўнг юзага келиши врачлар учун ҳам катта диагностик мушкулликлар туғдиради. Аввалги бобларда айтиб ўтилганидек, ниқобланган депрессия бу турли соматик касалликлар ёки синдромлар кўринишида намоён бўлувчи депрессиядир. Шунинг учун ҳам ниқобланган депрессияни тўғри аниқлаш ҳам тиббий, ҳам психологик текширишларни талаб қилади. Одатда, ниқобланган депрессияда соматик бузилишлар субъектив бўлиб, объектив текширувларда тасдиқланмайди.

Туғруқдан сўнг кузатиладиган руҳий ва хавотирли-депрессив бузилишларни даволашда антидепрессантлардан кенг фойдаланилади. Булар феварин, золофт, портал, геларикум, амитриптилин ва шулар каби бошқа доривор воситалардир. Бироқ руҳий бузилишларни ушбу дори воситалари билан даволашда уларни эмизувчи аёлга монелик қилувчи томонлари, гўдакка ножўя таъсирлари ва руҳий бузилишнинг оғирлик даражасини эътиборга олиш лозим. Флуоксетин (прозак), золофт ва ципрамилларни экспериментда ҳам, клиник амалиётда ҳам тератоген таъсири аниқланмаган. Ушбу дорилар ҳомиладор ва туққан аёлларга депрессив бузилишларда тавсия этилиши мумкин.

Туғруқдан сўнг ривожланиши мумкин бўлган хавотирли-депрессив бузилишларнинг олдини олиш ўта муҳимдир. Бунинг учун ҳомиладор аёлларни психолог кўригидан ўтказиш зарур. Бу усул ривожланган хориж давлатларида бир неча ўн йиллар олдин йўлга қўйилган. Чунки энди ривожланиб келаётган депрессиянинг яширин белгиларини фақат психолог аниқлай олади ва уларни ўз вақтида кам миқдордаги антидепрессантлар ёки анксиолитиклар билан бартараф қилиш мумкин.

17.2. Гинекологик операциялардан сўнг кузатиладиган руҳий-ҳиссий бузилишлар

Турли хил гинекологик касалликларни даволаш операция йўли орқали амалга оширилади. Бачадонни олиб ташлаш, гистеректомия, кучли қон кетишларни тўхтатиш, туғиш пайтида кузатиладиган хавфли вазиятларда ўтказиладиган операциялар аёл учун катта бир руҳий-ҳиссий бузилишларга сабаб бўлади. Масалан, бачадоннинг олиб ташланиши ёш аёллар учун оғир руҳий жароҳат ҳисобланади. Айниқса, фарзандсиз аёллар ёки яна фарзанд кўришни истаган аёлларда бачадоннинг олиб ташланиши оғир руҳий асоратлар қолдиради.

Бачадонга эга бўлиш ва регуляр тарзда ҳайз кўриш аксарият аёллар учун аёллик рамзидир. Бачадоннинг олиб ташланиши улар учун аёллик ва ёшликнинг орқада қолганини англатади. Улар бир неча ойлаб одатий ҳаёт тарзига қайта олмай юришади, депрессия ва апатияга тушишади, ўзларини худди яқин бир кишисидан жудо бўлгандек ҳис қилишади. Уларнинг соматик шикоятлари ҳам кўпаяди, қорнида ҳар хил оғриқлар, оёқ-қўлларида уюшишлар пайдо бўлади, бел оғриқлари, тез-тез сийиш, умумий ҳолсизлик, чарчаб қолиш, ўз-ўзидан йиғи келиш каби белгилар кузатилади.

Секин-аста бачадони олиб ташланган аёл меъёрий ҳаётга қайта бошлайди, айниқса, психологнинг аралашуви, айнан ҳаётининг муҳим кўрсатмалар сабабли бачадоннинг олиб ташланганлигини тунунтириш аёл кишининг руҳиятига таскин беради. Мутахассисларнинг фикрича, уларнинг одатий ҳаётга қайтиши 3 йилгача чўзилиши мумкин. Бу ҳолат, айниқса, аввалдан ўта таъсирчан ёки руҳий-ҳиссий бузилишлар билан психолог назоратида бўлган аёлларда кузатилади. Албатта, психологнинг аралашуви бу даврни бир неча ойга қисқартириши мумкин. Баъзан гинекологик операциялардан сўнг турли даражадаги вегетатив-эндокрин бузилишлар кузатилади ва улар дори воситалари билан фаол даволашни талаб қилади.

17.3. Абортдан сўнг кузатиладиган руҳий-ҳиссий бузилишлар

Статистик маълумотларга кўра, деярли ҳар бешинчи ҳомиладорлик бола тушиши билан яқунланади ва улар ҳомиладорликнинг дастлабки даврида кузатилади. Бу ҳолат у ёки бу кўринишда руҳиятнинг бузилиши билан кечади. Айниқса, биринчи ҳомиладорликда бўлажак фарзанддан жудо бўлиш оғир депрессив ҳолатларни юзага келтириши мумкин. Аёл кўп йиғлайди, жиззаки бўлиб қолади, иштаҳаси пасаяди, ишга қўли бормайди, уйқуси бузилади, боласини тушларида кўради. Бола нобуд бўлганига ўзини айбдордек сезади.

Бир марта боласи тушган аёлларнинг баъзиларида турли касалликлар сабабли бу ҳолат қайта-қайта кузатилади. Шу сабаб бўлиб оила дарз кетиши мумкин. Эркак ва аёл врачма-врач қатнай бошлашади, бола тушиши сабабларини излашади. Бу табиий, албатта. Гинекологларнинг маълумотларига кўра бола тушишининг 50 фоизга яқини жинсий аъзолар инфекциялари билан боғлиқдир, албатта, бу ерда венерик касалликлар алоҳида ўрин тутади. Биринчи бор боласи тушгач, яна шу ҳолат такрорланишидан қўрқиб аёл

доимо хавотирда яшайди, ҳадеб гинекологга қатнайверади, унинг кўрсатмаларини сўзсиз бажариб боришга интилади, яъни реактив невроз юзага келади. Бу ерда, албатта, аёл билан психологик суҳбат ўтказиш жуда ўринлидир. Чунки доимий хавотир ва кўрқув ҳам баъзи ҳолларда бола ривожланишига таъсир қилиши ва тўсатдан бола тушиши билан тугаши мумкин. Шу сабабли ҳомиладор аёл учун руҳий тинчлик ва оила аъзолари орасида соғлом психологик муҳит яратиш лозим. Бу эса юқоридаги нохуш ҳолатларнинг олдини олади ва соғлом фарзанд дунёга келишини таъминлаб беради. Баъзан эса антидепрессантлар тавсия қилишга ҳам тўғри келади.

17.4. Ҳайз бузилишларида аёллар психологияси

Аёлларда ўткир ва сурункали руҳий сиқилишлар аксарият ҳолларда ҳайз бузилишларига олиб келади. Сўнгги йилларда қизларда ҳайз кўришнинг барвақт келишига эътибор қаратилмоқда ва бу вазиятни ҳаёт тарзининг гуркираб ўзгариб келаётгани ҳамда руҳий ва жисмоний ривожланиш орасидаги номутаносиблик билан боғлашади. Психологлар қизларда сексуал фаолликнинг эрта шаклланишига матбуот саҳифаларида ва интернетда интим ҳаётга боғлиқ маълумотларнинг кўпайиб бораётгани ҳам сабаб бўлаётганига катта урғу беришади.

Ҳайз кўришнинг бузилишлари ичида аменорея алоҳида ўрин тутади. Аменореяга оид дастлабки маълумотлар ва унинг руҳиятга боғлиқлиги иккинчи жаҳон уруши даврида аниқланган. Уруш даврида ҳаёти хавф остида қолган аёлларда ҳайз келиши узоқ вақт тўхтагани кузатилгани ёзиб қолдирилган. Шу даврда мутахассислар аменореяни гинекологик касалликлар эмас, балки руҳий бузилишлар ва хавотир сабабли келиб чиқишини бир неча аёлларда кузатишган ҳамда турмуш ўртоғи урушга кетиб ҳалок бўлган аёлларда ҳам аменорея кузатилиши ушбу ҳолатнинг руҳият бузилиши билан боғлиқлигини кўрсатган.

Стресс асри деб аталмиш XXI асрда аменорея энг кўп учрайдиган патологик ҳолатлардан биридир. Айниқса, оиладаги доимий жанжаллар, фарзанд бўлмаслиги, ишдаги келишмовчиликлар ҳайз келишининг бузилишига сабаб бўлади. Мутахассисларнинг фикрича, айниқса, хавотир билан кечувчи руҳий-ҳиссий бузилишлар аменореяга олиб келиши мумкин. Демак, аменорея неврознинг бир клиник кўринишидир.

17.5. Ҳайз олди синдроми

Ҳайз келишидан олдин руҳий-асабий, вегетатив, эндокрин ва соматик бузилишлар кузатилиши мумкин. Ушбу бузилишлар умумий вегетоневроз кўринишида намоён бўлиб, баъзи мутахассислар уни ҳайз келиши билан боғлашмайди. Демак, ҳайз олди синдроми деб аталмиш аффектив бузилишлар мавжудлигини врачлар доимо ёдда тутиши лозим. Ушбу белгилар ҳайз келгандан сўнг ёки тугагач, ўтиб кетади. Невротик белгиларга бой ҳайз олди синдроми аёл кишининг иш фаолияти, ўқиши ва шу каби фаол ҳаёт тарзини талаб қилувчи вазиятларга салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Бундай пайтларда у ўқиш ёки ишга боргиси келмайди, уй юмушларини ташлаб қўяди, умумий ҳолсизлик кузатилади, апатияга тушади, ҳеч ким билан гаплашмай уйда ётгиси келади. Баъзан врачлар эътиборидан ҳам четда қоладиган бу ҳолат оила аъзолари томонидан нотўғри қабул қилиниши ва турли хил можароларга сабаб бўлиши мумкин.

Ҳайз олди синдроми руҳий-ҳиссий бузилишларни қўзғаши мумкин. Масалан, депрессияга мойил аёлларда депрессия, бош оғриққа мойилларда бош оғриғи, юрак қон-томир касалликларига мойилларда кардиалгиялар, ошқозон-ичак системаси касалликларига мойил аёлларда психосоматик бузилишлар кузатилиши мумкин. Бош оғриқ билан келадиган синдромларда ҳайз мигрени алоҳида ўрин тутаети. Бунда ҳайз яқинлашган сайин мигрен хуружлари кучайиб келаети, ҳайз тугагандан сўнг ўтиб кетади. Шунингдек, ўз-ўзидан йиғлаш, фикрларнинг чалғиб кетиши, паришонхотирлик, хавотир, уйқучанлик, кардиофобия, ва электролитлар алмашинувининг бузилиши ҳисобига бўғимларда оғриқлар, оёқ-қўлнинг шишиши, қабзият ҳамда бошқа психосоматик бузилишлар кузатилади. Ҳайз олди синдроми фақат моносимптомлар билан ҳам намоён бўлиши мумкин, масалан, бош айланиши синдроми билан. Бунинг асл сабаби нейрорегулятор бузилишдир, буни баъзан шифокорлар камқонлик билан ҳам боғлашади.

Тўғри йиғилган анамнез ва беморнинг шикоятлари хронологияси ҳайз олди синдромини аниқлашни осонлаштиради. Юқорида кўрсатиб ўтилган синдромлар ҳайз келишидан 5-6 кун олдин кучайиб, ҳайз бошланиши билан кескин камая бошлайди ёки бутунлай ўтиб кетади. Айнан мана шу ҳолат ҳайз олди синдромини тўғри ташхислашга ёрдам беради.

17.6. Климактерик даврда психологик ўзгаришлар

Климактерик давр. Соғлом аёл организмда репродуктив система 7-8 ёшдан бошлаб фаолият кўрсата бошлайди ва 60-65 ёшга етганда фаолиятини тўхтатади. Репродуктив системада содир бўладиган тескари қайтувчи ўзгаришлар **климакс** номини олган. Бунинг натижасида, аввал ҳомиладор бўлиш, сўнг ҳайз кўриш фаолияти тўхтайдди. Бу давр 10 йилгача, баъзан ундан ҳам ортиқ давом этиши мумкин.

Климактерик давр – физиологик жараёнлардан иборат давр бўлиб, организмнинг репродуктив системасида инволюцион жараёнлар устунлик қилади.

Климактерик давр босқичлари:

- **пременопауза** – одатда 45 ёшдан менопауза бошлангунга қадар бўлган давр;
- **перименопауза** – пременопауза даври билан менопаузадан кейинги икки йил;
- **менопауза** – сўнги ҳайз;
- **постменопаузал давр** – менопаузадан сўнг бошланади ва умрининг охиригача давом этади.

Пременопаузал даврининг физиологик кечилишида тухумдон функциясининг секин-аста пасайиши кузатилади, бу жараённинг клиник кўриниши менопауза бошланганидан далолат бериб туради. Репродуктив системанинг постменопаузал даврида кузатиладиган ўзгаришлар эстрогенлар миқдорининг кескин камайиши ҳисобига кечади.

Менопауза физиологик жараён бўлиб, ички аъзолар ва системалар фаолиятига салбий таъсир кўрсатмасдан намоён бўлиши мумкин. Менопаузадан сўнг ички аъзо ва тўқималарда ўзига хос қариш жараёни бошланади, айниқса, эндокрин безлар ва жинсий аъзоларда ҳужайралар ҳажмининг кичрайиши кузатилади. Эстрогенлар миқдорининг етишмаслиги сабабли остеопороз ривожланса, прогестерон миқдори етишмаслиги ички аъзо ва тўқималарда гиперпластик жараёнларни жадаллаштириши мумкин ва шу сабабли бачадон ёки сут безлари ўсмаси ривожланиши мумкин. Организмда эстроген ва прогестеронлар миқдори етарли бўлиши кайфиятнинг юқори бўлишига ҳам ёрдам беради. Шунинг учун ҳам бу гормонларнинг етишмовчилиги руҳият ва ҳиссиётнинг турли даражадаги бузилишлари, айниқса, хавотирли депрессияларга сабаб бўлади.

Климактерик даврнинг физиологик кечишига бир қанча омиллар таъсирини кўрсатади, яъни ҳомиладорлик ва туғиш даврларининг соғлом тарзда кечиши, рационал тарзда овқатланиш, жисмоний фаоллик, зарарли одатлар (ичиш, чекиш) нинг йўқлиги, меҳнат ва дам олишни тўғри ташкил этиш ва ҳ.к.

Аёлларда климактерик синдром

Климактерик синдром климактерик даврда бир қанча психопатологик, вегетатив, эндокрин, соматик ва моддалар алмашинувининг бузилишлари билан кечадиган синдромдир. Турли маълумотларга кўра, климактерик даврда климактерик синдромнинг учраш даражаси 40-60 фоизни ташкил қилади. Ушбу синдром пременопауза даврида 36-40 фоиз, менопауза бошланганда 40-80 фоиз, менопаузадан кейинги 1 йил мобайнида 26 фоиз, менопаузадан сўнг 2-5 йил ўтгач, 3 фоиз беморларда учрайди.

Клиникаси. Климактерик синдромнинг клиник кўриниши климактерик даврда кўп учрайдиган асаб системаси ва юрак-қон томир касалликларига ҳам боғлиқ.

Демак, климактерик синдромнинг 80 фоизга яқини ҳайз кўриш бутунлай тўхтаганда (менопауза) ёки менопаузадан сўнг бир йил мобайнида ривожланади. Аксарият ҳолларда, касалликнинг бошланишига кучли руҳий-ҳиссий зўриқиш туртки бўлади.

Климактерик синдромнинг клиник белгилари:

А. Руҳий-ҳиссий бузилишлар:

- жаҳлдорлик;
- уйқучанлик;
- ҳолсизлик;
- безовталаниш;
- депрессия;
- паришонхотирлик;
- иштаҳа бузилиши;
- либидонинг пасайиши;
- ҳиссий зўриқишлар.

Б. Вазомотор бузилишлар:

- бирдан қизиб кетиш (юз ва бошда);
- терга ботиш, музлаб кетиш;
- бош оғриқлар, бош айланишлар;
- артериал гипо ёки гипертония;
- тахикардия, нафас етишмаслиги;
- оёқ-қўллар уюшиши, оғриқлар.

Б. Урогенитал бузилишлар:

- қин намлигининг йўқолиши, яъни қуриб қолиши;
- жинсий яқинлик пайтида оғриқлар;
- қиннинг қичишиши, ачишиши;
- тез-тез сийиш, никтурия;
- баъзан сийдик тута олмаслик;
- қин деворининг тушиши.

Г. Терида кузатиладиган ўзгаришлар:

- терининг қуриши;
- тирноқлар синиши;
- соч тушиши;
- ажинлар пайдо бўлиши.

Д. Эндокрин бузилишлар:

- семириш;
- остеопороз;
- қандли диабет;
- қалқонсимон без фаолияти бузилишлари;
- мастопатия;
- бўғим ва мушаклардаги оғриқлар.

Климактерик синдром учун ўта хос бўлган белги (90-95 фоиз) бирдан **қизиб кетишдир**. Бир кунда бир неча маротаба кузатиладиган бу симптомнинг давомийлиги 1-2 дақиқадир. Тананинг юқори қисми, айниқса, юз ва бош тўсатдан қизиб кетади ва бу ҳолат дарров ўтиб кетади. Бу пайтда беморни кучли тер босади, териси қизиб кетади, юрак уриши тезлигини баъзан санаб бўлмай қолади, яъни у бир дақиқада 150 дан ошиб кетиши мумкин. Кучли тахикардия билан биргаликда артериал қон босим ҳам ошиб кетади. Хафақон касали бор беморларда артериал қон босим 200/100 мм.с.м.уст. ва ундан юқоригача кўтарилиши мумкин. Бу хуружнинг бошланишига озгина руҳий сиқилиш ҳам сабаб бўлиши мумкин. Климактерик синдромда бирдан қизиб кетиш симптоми гипоталамуснинг терморегулятор фаолияти бузилиши билан тушунтирилади. Баъзан климактерик хуружни стенокардия хуружи билан фарқлашга тўғри келади, чунки юрак соҳасида ҳам оғриқлар кузатилади. Климактерик синдромда кардиалгиянинг кузатилиши кардиомиоцитларда моддалар алмашинувининг бузилиши ва симпатик ирритациянинг кучайиши билан боғлиқ, деб ҳисобланади. Одатда, климактерик синдром мавжуд юрак ишемик касаллигини кучайтиради.

Менопаузадан сўнг организмнинг иммунологик қаршилиги пасайиши сабабли мавжуд сурункали касалликлар кўзгалиши мумкин. Беморнинг юқори нафас йўлларида ўткир респиратор инфекцияларга

Ўхшаш ҳолатлар тез-тез кузатилади. Улар сал совуқда ҳам тез-тез «шамоллаб» қолишлари мумкин. Шунингдек, сурункали бронхит, вазомотор ринит, конъюнктивит, стоматит, ларингит, астма ва шу каби бошқа аллергик ҳамда тери касалликлари қўзғалади. Климактерик синдромда эстрогенлар миқдорининг пасайиши ички аъзо ва системаларнинг турли патологик ҳолатларга чидамлилигини пасайтиради, улар ташқи ва ички таъсиротларга сезгир бўлиб қолади. Натижада, ички аъзолар соҳасида, айниқса, Захарин-Хед соҳаларида ачиштирувчи оғриқлар пайдо бўлади.

Менопаузадан сўнг жинсий ва сийдик ажратиш аъзолари тўқималарида атрофик жараёнлар давом этади ва бундай ҳолат ҳам эстрогенлар миқдорининг пасайиши билан боғлиқдир. Бачадон ва сут безларида ўсмага ўхшаш ҳолатларнинг пайдо бўлиши, буйрак ва бачадон соҳасида оғриқлар, сийдикнинг ачишиб чиқиши, тез-тез сийиш (айниқса, тунда) ва либидонинг сўниши климактерик синдромнинг барча турларида кузатилади. Эстрогенлар етишмовчилиги нафақат жинсий аъзолар фаолиятига, балки бошқа тўқималарга ҳам жиддий салбий таъсир кўрсатади. Шунинг учун ҳам тери қурий бошлайди ва юпқалашади, ажинлар пайдо бўлади, тирноқлар мўртлашади, соч тўкилади.

Климактерик синдромда руҳият ва ҳиссиётнинг бузилишлари турли-туман бўлиб, улар беморнинг темпераменти, оилада ва жамиятда тутган ўрни, йиллар мобайнида шаклланиб қолган хулқ-атвори, асаб касалликлари ва руҳий бузилишлар мавжудлигига боғлиқ. Климактерик синдром хуружларидан сўнг баъзи беморларда депрессия, хавотир ва апатия аломатлари, бошқа бирларида эса агрессив ҳолат кузатилади. Бу ҳолатлар, албатта, йиғлоқилик, қўрқув ва уйқу бузилишлари билан намоён бўлади. Улар ҳар хил ҳидлар, ёруғлик ва товушларга сезгир бўлиб қолишади, бу нарсалар уларни асабийлаштиради. Бемор климактерик хуружлардан сўнг ортиқча шовқин-суронлардан қочиб, тинч ва қоронғи хонада дам олишга интилади.

Кечиши. Климактерик синдромнинг кечиши, асосан, унинг қачон ва қандай бошланганлиги, касаллик даражаси ва албатта, йўлдош касалликларнинг мавжудлигига боғлиқ. Айниқса, асаб системаси ҳамда юрак-қон томир касалликлари, сурункали инфекциялар климактерик синдромнинг кечишига салбий таъсир кўрсатади, унинг узоқ вақт давом этиши ва асоратлар билан кечишига сабаб бўлади. Шу билан бирга, климактерик синдром ҳам соматик касалликларнинг кечишини оғирлаштиради. Маълумотларга кўра, климактерик синдромнинг деярли ярми турли хил асоратлар билан кечади. Бу

асоратлар атеросклероз ва юрак ишемик касаллигининг зўрайиши, гипертоник хуружларнинг қўзиши, ошқозон-ичак фаолиятининг бузилишлари билан намоён бўлади. Ошқозон-ичак фаолиятининг бузилишлари анорексия, оғриқлар, метеоризм ва диарея билан намоён бўлади.

Климактерик синдром кечиши даражасига қараб, **енгил, ўртача ва оғир** турлари фарқ қилинади. Уларни фарқлаш, асосан, климактерик хуружларнинг сонига қараб белгиланади. Агар бирдан қизиб кетиш хуружи кунига 10 мартагача кузатилса – **енгил**, 10-20 мартагача кузатилса – **ўртача**, ундан кўп кузатилса – **оғир** кечиши деб юритилади. Климактерик синдромнинг енгил кечиши деярли 20 фоиз, ўрта даражада кечиши 30 фоиз ва оғир кечиши 50 фоизни ташкил қилади. Албатта, мутахассисларнинг маълумотлари бир-биридан биров фарқ қилади, бироқ климактерик синдромнинг ҳар иккинчи беморда оғир кечишини тан олиш лозим.

Климактерик синдромнинг енгил кечишида беморнинг умумий аҳволи қониқарли, соматик бузилишлар кам кузатилади, бироқ унинг жисмоний ва ақлий меҳнат фаолияти биров сусайган бўлади. Синдромнинг ўртача турида нейровегетатив, соматик ва эндокрин бузилишлар кучлироқ бўлади. Беморда бош оғриқлари, бош айланиши, юрак уришлари, уйқу ва хотира бузилишлари, тананинг турли жойида оғриқлар, ошқозон-ичак фаолияти бузилишлари каби симптомлар аниқланади. Санаб ўтилган ушбу барча белгилар кучли даражадаги хавотирли-депрессия бузилишлар билан кечади. Булар беморнинг меҳнат ва ҳаёт фаолиятини кескин пасайтиради.

Климактерик синдромнинг оғир кечишида хуружлар сонидан ташқари, кучли даражада ва асоратлар билан кечувчи соматик бузилишларнинг ҳам ўрни катта. Касалликнинг оғир турида беморларга уй шароитида бир кунда бир неча бор тез тиббий ёрдам кўрсатиш ва аксарият ҳолларда шифохонага жойлашга тўғри келади. Улар кўпинча пароксизмал тахикардия, артериал гипертония ва юрак ишемик касаллиги хуружлари ташхислари билан кардиология бўлимига ётқизилади. Одатда, климактерик синдром қанча эрта бошланса, шунча оғир кечади ва узоқ давом этади. Масалан, 40-45 ёшгача кузатилган менопаузаларда касаллик шундай кечади. Албатта, бу давр меҳнат фаолияти даври бўлганлиги сабабли ҳам касалликнинг оғир кечиши беморларни ишга лаёқатсиз қилиб қўяди. Хуружлар тез-тез такрорлангани сабабли беморнинг яқинларидан бири уни парвариш қилиш учун уйда қолишга мажбур бўлади.

Диагностикаси. Климактерик синдром билан беморлар зарур мутахассислар ва бир қанча текширув муолажаларидан ўтишлари за-

рур. Айниқса, гинеколог, эндокринолог, невропатолог, кардиолог ва албатта, психолог кўриклари зарур бўлади. Умумий амалиёт шифокори эса климактерик синдромни тўғри аниқлаш учун мутахассислар текширувларини ташкил қилиши ва уларнинг хулосаларидан сўнг беморни даволашни ўз назоратига олиши зарур.

Ташхисни тўғри аниқлаш учун умумий амалиёт шифокори қуйидаги текширувларни ташкиллаштиради: мутахассислардан терапевт, гинеколог, невропатолог, эндокринолог, маммолог, уролог ва зурратга қараб бошқа мутахассислар кўригини; параклиник текширувлардан ЭКГ, ЭЭГ, краниограмма ёки гипоталамо-гипофизар соҳани кўриш учун компьютер томография, артериал қон босим мониторинги ички тос аъзоларини ультратовуш текширувлар, маммография, лаборатор текширувлардан электролитлар, қанд миқдори, гормонлар (эстроген, прогестерон, қалқонсимон без гормонлари) текширилади. Шунингдек, атипик ҳужайраларни аниқлаш учун цитологик текширувлар ҳам ўтказилади.

Даволаш дастури. Ташхис тўғри аниқлангандан сўнг унинг кечишига мос равишда даволаш дастури ишлаб чиқилади. Убир нечта босқич ва муолажалардан иборат бўлиб, комплекс тарзда олиб борилса, ижобий натижага эришиш осон бўлади. Булар:

- 1) меҳнат ва дам олишни тўғри ташкил этиш;
- 2) рационал овқатланиш;
- 3) рационал психотерапия;
- 4) психофармакотерапия (антидепрессантлар, транквилизаторлар, седатив воситалар, баъзан нейролептиклар);
- 5) физиотерапевтик муолажалар ва жисмоний тарбия;
- 6) β -адреноблокаторлар;
- 7) гормонотерапия, витаминотерапия;
- 8) остеопорозни даволаш;
- 9) дам олиш сиҳаттоҳларида даволаниш.

Жисмоний машқлар. Беморларни даволашда оддий бадантарбиядан тортиб, то махсус жисмоний машқларгача тавсия этилади. Уларнинг ижобий таъсири жуда каттадир. Бемор ҳар куни эрталаб 15-20 дақиқа бадантарбия қилиши, ҳафтасига 2-3 маротаба соғломлаштириш марказларидаги турли жисмоний машқларда қатнашиши лозим, айниқса, сузишнинг аҳамияти катта. Беморлар учун эрталабки секин қадамлар билан югуриш, тушлиқдан сўнг кўчага сайрга чиқиб туриш ҳам жуда аҳамиятлидир. Жисмоний машқлар тўқималарнинг кислород билан таъминланишини кучайтиради, юрак фаолиятини мустаҳкамлайди, организмнинг турли инфекцияларга

қаршилигини оширади. Шунинг учун ҳам барча тўқималарда моддалар алмашинувининг бузилиши билан кечувчи климактерик синдромда режали тарзда олиб бориладиган спортнинг енгил турлари мутахассислар томонидан кўп тавсия қилинади. Шунингдек, умумий ёки бўйин-елка соҳаларига массаж ҳам буюрилади. Жисмоний машқлар беморнинг руҳиятига ҳам ижобий таъсир кўрсатиб, хурожлар сонини камайтиришга ёки енгил ўтишига ёрдам беради.

Рационал овқатланиш. Климактерик синдромда анорексия ва булимия ҳолатларининг кўп кузатилиши овқатланиш тартибини бузиб юборади. Шунинг учун ҳам рационал овқатланиш қонун-қоидаларини ишлаб чиқиш ва ҳар бир бемор учун индивидуал тарзда қўллаш ўта муҳимдир. Овқат сифатли, витаминларга бой, енгил ҳазм бўладиган ва ош тузини кам ишлатиб тайёрланган бўлиши лозим. Овқат, асосан, ўсимлик ёғида тайёрланиши, мева ва сабзавотлар кўп, углеводлар эса кам истеъмол қилиниши лозим. Поливитаминлар ҳам буюрилади.

Сиҳатгоҳларда даволаниш. Организми табиий чиниқтириш учун сиҳатгоҳларда дам олиш, айниқса, шанба, яшанба кунлари дам олиш масканларига чиқиб туриш, уй шароитларида эса турли гиёҳлардан иборат ванналар ва совуқроқ сувларда душ қабул қилиш ҳам буюрилади. Кислородли, радонли ва йод-бромли ванналар буюриш, игна билан даволаш ҳам яхши ёрдам кўрсатади. Шунингдек, сув ости массаждари, балчиқ билан даволаш, кўрсатмаларга қараб дориларни электрофорез орқали юбориш ҳам мумкин. Чунки фаол таъсир кўрсатувчи физиотерапевтик муолажалар артериал қон босимнинг тез-тез кўтарилиб туриши, бачадон миомаси ва мастопатияларда мумкин эмас. Сиҳатгоҳларда бундай муолажалар билан даволаниш, асосан, климактерик синдромнинг енгил, баъзан ўрта даражада кечувчи турларида буюрилади. Климактерик синдромнинг оғир турида эса физиотерапевтик муолажалар мумкин эмас.

Гормонотерапия. Гормонлар климактерик синдромнинг енгил турида буюрилмайди. Гормонотерапиянинг мақсади климактерик синдромда кузатиладиган гормонлар етишмовчилигининг ўрнини қоплашдир. Шу мақсадда эстрогенлар, гестагенлар ва андрогенлар қўлланилиши мумкин. Гормонлар билан даволаш ва қандай гормон тавсия қилишни гинеколог ёки шу соҳада фаолият кўрсатувчи эндокринолог ҳал қилади. Гормон билан даволашга монелик қилувчи ҳолатлар куйидагилардир: бачадон, тухумдон ва сут бези ўсмалари, бачадон ва бошқа ички аъзолардан қон кетиши, ўткир тромбофлебит, буйрак ва жигар етишмовчиликлари, хафақон касаллигининг оғир турлари, қандли диабет.

Климактерик синдромда даволаш муолажаларини эрта бошлаш ўта муҳимдир, 1-2 йилдан ошиқроқ махсус даволаш муолажаларини қабул қилмай юрган беморларда даволаш бироз қийин кечади. Одатда, даволаш муолажалари тўғри бошланса, 6 ой ичида климактерик синдромнинг клиник кўринишлари ва хуружлар сонини анча пасайтириш мумкин.

Профилактика. Аксарият мутахассисларнинг фикрича, аёлларни зарур тиббий-психологик текширувлардан ўтказиб, климактерик даврга психологик тайёрлаш бу синдромнинг анча енгил ўтишига ёрдам беради. Улар климактерикдавр барча аёлларда эртами-кечми, албатта, кузатилиши, унинг сабаблари, қандай кечиши, клиник кўриниши, даволаш усуллари ва профилактикаси ҳақида батафсил маълумотга эга бўлиши зарур. Аёлларни климактерик даврга тайёрлашда умумий амалиёт шифокорига катта масъулият юклатилган. Чунки турли касалликлар сабабли аксарият аёллар унга мурожаат қилади. Умумий амалиёт шифокори 35-40 дан ошган барча аёллар билан ушбу синдром ҳақида суҳбатлар ўтказиши зарур. Климактерик синдром ҳақида тўла маълумотга эга бўлгач, аёллар ўзида мавжуд бўлган касалликлардан даволанишга ҳамда руҳан ва жисмонан фаол ҳаёт тарзига ўтишга интилишади, албатта.

Эркакларда климактерик синдром

Эркаклар климакси аёллар климакси каби нормал физиологик жараёндир ва у организмда қариш даври бошланганидан далолат беради. Эркаклар климакси ҳеч қандай субъектив ва объектив симптомларсиз кечиши мумкин. Агар климакс 45 ёшгача кузатилса – эрта, 60 ёшдан сўнг кузатилса – кеч климакс, психоневрологик, кардиологик, урологик ва бошқа соматик бузилишлар билан намоён бўлса, патологик климакс ҳисобланади. Эркакларда 40-70 ёшлар орасида жинсий безларда атрофик жараёнлар бошланади ва андрогенлар синтези пасая бошлайди. Уруғдонларнинг тестостеронга сезгирлиги пасаяди, мояқда дегенератив ўзгаришлар юзага келади. Жинсий аъзолардаги яллиғланиш касалликлари, айниқса, гиперпластик жараёнлар, сурункали алкоголизм, кастрация, юрак-қон томир системаси касалликлари климакснинг патологик тарзда кечишига туртки бўлиши мумкин.

Эркаклар климаксида ҳам қизиқ кетишнинг ёғилиб келиши, юз ва қўлларнинг қизариши, тахикардия, кўз олди қоронғилашуви, нафас етишмовчилиги, бош айланиши кузатилади. Албатта, бу жараёнлар кайфиятнинг тушиб кетиши, жаҳлнинг тез кўтарилиши, артериал

қон босимнинг ошиши, бош ҳамда юрак соҳасидаги оғриқлар билан кечади. Бу даврда простата беzi аденомаси кўп кузатилганлиги сабабли сийдик ажратиш системаси ва жинсий аъзолар фаолиятининг бузилишини кўрсатувчи бир қатор симптомлар юзага келади. Сийдик йўлларидаги оғриқлар, сийишнинг қийинлиги, жинсий фаолиятнинг сусайиши шулар жумласидандир.

Эркаклар климакси аёлларникига қараганда енгил кечади. Бироқ эркаклар климакси клиникасида ҳам руҳият ва ҳиссиётнинг бузилишлари асосий ўрин тутаяди. Булар арзимаган сабабдан жаҳл чиқиши, кўрқув, безовталаниш, уйқу ва хотира бузилишларидир. Териди ажинлар пайдо бўлади, мушаклар бўшашади, жисмонан ва руҳан тез чарчаш пайдо бўлади. Одатда, эркаклар климакси 2-5 йил давом этиб, сўнг симптомлар секин-аста қайта бошлайди.

Даволаш. Эркаклар климаксини даволаш ҳам аёллар климаксини даволашдаги каби комплекс тарзда олиб борилади, яъни психотерапия, антидепрессантлар, транквилизаторлар, седатив дорилар, симптоматик даво, физиотерапия, жисмоний тарбия, сиҳатгоҳларда даволаниш. Гормонлардан андрогенлар (метилтестостерон, тестостерон, сустанон) климакс оғир кечган ҳолатларда, қўшимча тарзда эса жинсий фаолиятни кучайтирувчи дорилар тавсия қилинади.

Назорат учун саволлар

1. Климактерик синдром нима?
2. Гинекологик операциялардан сўнг кузатиладиган руҳий бузилишлар ҳақида сўзлаб беринг?
3. Абортдан сўнг қандай руҳий бузилишлар кузатилиши мумкин?
4. Ҳайз бузилганда аёллар хулқ-атворида қандай ўзгаришлар юз беради?
5. Ҳайз олди синдроми нима?
6. Эркаклар климакси ҳақида сўзлаб беринг.

XVIII БОБ. ОНКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРДА БЕМОРЛАР ПСИХОЛОГИЯСИ

*Авваламбор зиён келтирма.
Гиппократ.*

18.1. Умумий маълумотлар

Бугунги кунда онкологик касалликлар ўлим ва ногиронликнинг учраши бўйича дунёда биринчи, баъзи давлатларда иккинчи ўринни эгаллайди. Тиббиёт соҳасида фаолият кўрсатувчи барча йўналиш мутахассислари ўз амалиётида хавфли ўсмалар билан ишлашига тўғри келади. Чунки онкологик касалликлар инсон организмнинг деярли барча аъзоларида учрайди. Онкологик касалликларга қарши курашда нафақат тиббиёт ходимлари, балки биологлар, генетиклар, химиклар, физиклар ва шу каби илм-фаннинг бир қанча йўналишида фаолият кўрсатаётган мутахассислар иштирок этишмоқда.

Олимларнинг интилишлари онкологик касалликларни эрта аниқлаш ва даволаш соҳасида катта ютуқларга эришиш имконини берди. Масалан, неврология соҳасини мисол қилиб оладиган бўлсак, компьютер томография ёки магнитли-резонанс томография бош мия ўсмаларини жуда эрта аниқлаш ва самарали даволаш имконини бераяпти. XX асрнинг 80-йилларигача эса мия ўсмаси ташхисини аниқлаш ўта мушкул ва жуда кўп уринишларни талаб қиларди. «Бош мия ўсмаси» ташхиси фараз қилинган беморда чуқур клиник текширувлардан ташқари, бир қанча параклиник текширувлар, яъни рентгеноскопия, эхоэнцефалоскопия, электроэнцефалография, реоэнцефалография, люмбал пункция, пневмоэнцефалография, церебрал ангиография текширувлари ўтказиларди. Охириги 3 та текширув катта диагностик аҳамиятга эга эди. Бу текширувларни ўтказиш учун бемор шифохонага, яъни нейрохирургия бўлимига ётқизиларди.

Юқорида қайд қилинган барча текширувлардан ташқари, беморни невропатолог, отоневролог, окулист, психиатрлар ҳам кўриши ва ўз хулосасини бериши зарур бўларди. Ушбу мутахассислар хулосалари асосида ёки уларнинг иштирокида консилиум ўтказиларди ва ана шундан сўнг бош мияда ўсма бор ёки йўқлиги ҳақида бир фикрга келинарди. Демак, беморни шифохонага ётқизмасдан ва шунча текширувларни ўтказмасдан туриб мия ўсмасини аниқлаб бўлмасди ва бир беморга аниқ ташхис қўйиш учун деярли 10 нафар шифокор камида 10 кун мобайнида меҳнат қилишига тўғри келарди. Ваҳоланки,

текширувларга йўқотилган ҳар бир кун эрта даволашни бошлаш учун йўқотилган ҳар бир кун билан баробардир. Мана шукунлар мобайнида врачларнинг хатти-ҳаракатидан аксарият беморлар ўзида ўсма касаллиги изланаётганини билиб олар, бу эса бемор ва унинг яқинлари учун катта хавотир туғдирар эди. Ҳозир-чи? Ҳозир беморда бош мия ўсмаси бор-йўқлигини аниқлаш учун деярли бир соат вақтнинг ўзи етарли, холос, яъни КТ ёки МРТ текширувларига кетган вақт.

Албатта, бир беморни бир неча мутахассиснинг синчиклаб текшириши ва ўзаро маслаҳатлашишлари врачнинг клиник тафаккури ва маҳоратини янада оширади. Бироқ у пайтлари ҳам, ҳозир ҳам врачнинг мақсади ягона бўлган, бундан сўнг ҳам шундай бўлиб қолади. Бу ҳам бўлса ташхисни эрта аниқлаш ва даволашни эрта бошлаш.

Шу ерда айтиб ўтиш лозимки, «КТ ва МРТ каби замонавий текшириш усуллари бебаҳо текширувлардир, бироқ уларнинг пайдо бўлиши врачларнидангаса қилиб қўймоқда, улар ўз устида ишламай қўйишмоқда», деган фикрлар мавжуд. Бу ҳолат тиббиётга энди қадам қўйиб келаётган врачларда клиник тафаккурнинг шаклланишига тўсқинлик қилмоқдами? Бу саволга ҳам «ҳа», ҳам «йўқ», деб жавоб бериш мумкин. Шу муаммони неврология мисолида таҳлил қилиб кўрайлик. Чунки неврологияда клиник ташхисни аниқлашда топографик диагностиканинг аҳамияти жуда юқори. Агар невропатолог беморнинг неврологик статусини текширмасдан туриб, уни КТ ёки МРТ текширувига юборса, албатта, унда клиник тафаккур ривожланиши орқанда қолиши мумкин. Агар у беморни обдан текшириб, сўнг КТ ёки МРТ текширувига юборса, албатта, унинг клиник тафаккури ривожланиб боради. Чунки у ташхисни тўғри ёки нотўғри қўйганини билиб олади. Хатосининг сабабларини излайди, қаерда қандай камчиликка йўл қўйганини англаб етади. Беморни яна текшириб кўради ва КТ да топилган ўчоқ билан ўзи текшириб топган белгиларни солиштириб кўради. Демак, замонавий текшириш усуллари врачнинг маҳоратини фақат ошириши мумкин, бу эса кўп жиҳатдан врачнинг ушбу текширувлардан қандай тарзда фойдаланишига боғлиқ.

Онкологик касалликларда беморлар психологияси ҳақида сўз юритишни бош мия ўсмаси диагностикаси билан боғлиқ бўлган вазиятлар билан бошлашимиз бежиз эмас. Чунки организмнинг бошқа аъзоларида жойлашган ўсмалардан фарқли ўлароқ, бош мия ўсмаларининг ўзи бир қатор руҳий бузилишларга олиб келади. Бундан ташқари, миясида ўсма аниқланган ва уни операция қилиб даволаш мумкинлигини билган бемор оғир руҳий вазиятга тушади. Чунки гап бош мия ҳақида кетаяпти! Демак, бу ерда врачнинг вазифаси ушбу муолажалар билан боғлиқ бўлган психологик тарангликни юмша-

тишдан иборат бўлмоғи ва бу масала билан психолог эмас, айнан нейрохирургнинг ўзи шуғулланиши лозим. Операция мураккаб бўлса-да, ундан сўнг беморга аҳволи анча яхшиланиши ва уни қийнаётган дардлардан халос бўлишини даволовчи нейрохирургнинг ўзи тушунтириши лозим.

Нейрохирургия маркази ёки бўлимига таклиф қилинган психолог нафақат беморда ўсма сабабли пайдо бўлган руҳий бузилишларни аниқлаши ва даволаши, балки нейрохирурглар билан ҳамкорликда беморни операцияга тайёрлашда ва операциядан кейинги даврдаги даволаш жараёнларида фаол иштирок этиши лозим.

18.2. Онкологик касалликларда руҳий-ҳиссий бузилишларнинг сабаблари

Маълумки, хавфли ўсма аниқланган бемор иложи борича унда бу касаллик борлигидан беҳабар бўлиши лозим. Бундай вазиятларда врач қандай йўл тутиши керак? Одатда, «Сизда ҳақиқатан ҳам ўсма аниқланди, бироқ у хавфсиз, яъни ҳаётингизга хавф солмайди, уни даволаш мумкин», дейилади. Бироқ беморда ўсманинг хавфли тури борлигини врач унинг қариндошларига айтиши лозим. Гап шундаки, бемор эртами-кечми, ўз касали ҳақида қариндошларидан ёки шифокорларнинг хатти-ҳаракати ва мулоқотларидан билиб олади. Бу ерда, айниқса, ҳамширалар жуда эҳтиёт бўлишлари лозим. Чунки беморлар баъзан алдов йўллари билан ҳамширалардан ҳақиқатни билиб олишга интилишади ва бунинг уддасидан чиқишади ҳам. Бунинг юридик жавобгарлиги борлигини ҳар бир тиббиёт ходими унутмаслиги керак. Юридик жавобгарлик турли кўринишда бўлиши мумкин: ишдан ҳайдалишидан тортиб, озодликдан маҳрум бўлишгача. Чунки ўзида хавфли касаллик борлигини билган бемор жонига қасд қилиши мумкин. Баъзан бемор яқинларига хат ёзиб қолдиради ва у ерда сирни кимдан билиб олганини кўрсатиши ҳам мумкин. Баъзи ҳолларда бемор ўз касаллигини бошқа беморлардан билиб олади. Шунинг учун ҳам шифокорлар бошқа бир беморнинг касалини иккинчи бир беморга айтмаслиги керак. Сирни билган бемор даволанишга қаттиқ қаршилик кўрсатиши, даволанишдан воз кечиб шифохонани тарк этиши ёки даволаш жараёнларида катта қийинчиликлар туғдириши мумкин.

Одатда, сирдан воқиф бўлган беморда дастлаб руҳий қарахтлик рўй беради, бу хабарни у ўлим ҳақида чиқарилган ҳукмдек қабул қилади. Нима қилишини билмай қолади, хаёлан ҳар хил режалар тузади, аниқ бир қарорга кела олмайди, докторлар хато қилмадимикан, деб ўйлайди, қайта текширишларини илтимос қилади. Бошқа

мутахассислар ёки бошқа тиббий марказлар билан маслаҳатлашиб кўришни яқинларидан талаб қилади.

Биз гуркираб ривожланиб келаётган ахборот технологиялари асрида яшамоқдамиз, интернетдан фойдаланувчилар сони ҳам кундан-кунга ошиб бормоқда. Деярли барча таълим муассасалари, шифохоналар, корхоналар билан бир қаторда, ҳар бир хонадонга интернет кириб келмоқда. У ердан жуда кўп маълумотларни бемалол олиш мумкин. Бемор ҳам бундан фойдаланиши ва ўзига керакли маълумотни топиб олиши мумкин. Бу ерда талабалар ҳам эҳтиёт бўлиши лозим, бемор улардан ҳам ўзига керакли маълумотларни билиб олиши қийин эмас. Талабалар беморларни кўргани кирганда, палаталарда дарслик ва ўқув қўлланмларини қолдирмасликлари, уларни сўраган беморга бермасликлари керак.

Кўлланилаётган диагностика ва даволаш усулларидан ҳам бемор ўз касаллиги турини билиб олиши мумкин. Масалан, кўпчилик нур билан даволаш усули хавфли ўсмаларда кўп қўлланилиши ёки оғриқ қолдириш учун наркотик аналгетиклар буюрилиши ва озиб кетиш рақ учун хос эканини билади.

Демак, онкологияда сир сақлаш ўта мураккаб масаладир, бироқ бунинг уддасидан чиқишга интилиш лозим ва бемор сирни билиб қолгандан сўнг врач қандай йўл тутишни ҳам ўйлаб кўйиши керак. Одатда, сирдан воқиф бўлган беморларда реактив невроз ёки реактив психоз ривожланади. Бу ерда, албатта, психологнинг ёрдами керак бўлади ва ундан унумли фойдаланиш керак. Умуман олганда, онкология, нейрохирургия, фтизиатрия, кардиология, хирургия ва травматология илмий марказлари ва ҳарбий госпиталларда психологлар учун иш жойлари ажратилган бўлиши керак. Деярли барча ривожланган давлатларда шундай. Чунки бу марказларда касаллик турлари ва беморлар сони кўп.

18.3. Онкологик беморларда руҳий-ҳиссий бузилишларнинг клиник кўриниши

Онкологик касалликларда реактив ҳолатлар, биринчи навбатда, хавтирли-депрессив синдром ривожланиши билан намоён бўлади. Шунингдек, ипохондрия, истерия, инсомния ва агрессив ҳолатлар юзга келиши ёки аксинча, беморда ўз касаллигига нисбатан бутунлай бефарқлик пайдо бўлиб, врачларнинг хулосаларини бутунлай инкор қилиш даражасигача етиши мумкин. Агар беморда ўтказилган операциялар муваффақиятли чиқса, реактив невроз ва психоз белгилари ўз-ўзидан камая бошлаши ҳам мумкин.

Касаллик авж олиб, беморнинг аҳволи оғирлашаверса, руҳий бузилишлар кучайиб, турли хил галлюцинациялар, конфабуляциялар, псевдореминисценция, дереализация, деперсонализация ва делирийлар ривожланиши мумкин. Бу синдромлар ҳақида аввалги бобларда маълумот берганмиз. Улар кахексия ривожланган беморларда кўп кузатилади ва ўткир кўринишда намоён бўлиши ҳамда ремиссиялар билан кечиши мумкин. Касаллик ўта кучайган пайтларда ступор ҳолатлари ҳам кузатилиб туради.

Дейлик, бемор ўзида рак касали борлигини билиб олди ва уни врачга айтди. Врач ушбу вазиятда қандай йўл тутиши керак? Таъкидлаш лозимки, баъзи давлатларда рак касали аниқлангандан сўнг, масалан, лейкоз, бемордан касаллик яширилмайди, унга даволаниш натижалари билан боғлиқ бўлган барча маълумотлар берилади. Чунки бу касаллик билан боғлиқ бўлган нафақат тиббий муаммолар, балки оила аъзолари ва иш жойи билан боғлиқ бўлган бир қатор юридик муаммоларни (масалан, ворислик масалалари) ҳам ҳал қилишга тўғри келади. Шунинг учун ҳам хавфли касалликлар аниқланган беморларга касаллик ҳақида маълумот беришни индивидуал тарзда ҳал қилиш лозим. Бунда беморнинг ёши, оила ва жамиятда тутган ўрни ҳисобга олинмиши лозим. Албатта, беморга касаллиги тури ҳақида маълумот берилишидан олдин, унинг яқин оила аъзолари билан маслаҳатлашиш лозим. Агар оила аъзолари бунга қарши турса, сирни очмаган маъқул.

Мабодо, хабарни эшитган бемор «Менда ундоқ касаллик йўқ, мен ишонмайман», деб маълумотни инкор қилса, врач унинг фикрини маъқуллаши зарур. Фақат хавфли ўсма барча текширувлар натижасида аниқланган тақдирдагина, уни беморнинг яқинларига айтиш лозим. Чунки онкологик касалликлар диагностикасида йўл кўйилган хатолик оғир асоратлар ва жанжалларга сабаб бўлиши мумкин. Баъзан «хавфли ўсма» ташхисининг кейинги текширувларда хавфсиз бўлиб чиққани тиббий амалиётда учраб туради, баъзан гистологик текширишларда ҳам хатога йўл кўйилади. Демак, текширувлар ўта аниқлик билан ўтказилиши зарур.

Беморга касаллик ҳақида маълумот бермасликнинг салбий томонлари ҳам бор. Масалан, яқин орада тўйи режалаштирилган йигит ёки қизнинг ота-онасига фарзандининг касаллиги ҳақида деонтология ва этиканинг барча принципларига амал қилган ҳолда маълум қилиш зарур. Касаллиги жиддий эканлигидан беҳабар бемор кўрсатилган вақтда даволаниш муолажаларига келмаслиги ва зарур дори-дармонларни вақтида қабул қилмаслиги ёки узоқ сафарларга кетиши, зарарли физиотерапевтик муолажалар олиши мумкин. Шунингдек, ушбу касал-

лик билан ишлашга монелик қилувчи касб эгаларида, яъни учувчи, поезд машинисти, ҳайдовчи ва шу каби ўзи ва бошқа бировлар ҳаёти учун хавфли вазиятлар юзага келиши мумкин. Бундай вазиятлар жуда кўп ва улар врач томонидан эътиборга олинishi зарур.

Беморга касаллик ҳақида хабар берилгандан сўнг уни даволашнинг афзалликлари ҳақида батафсил маълумот бериш лозим. Врач жуда усталик билан, ҳар бир жумлани тўғри танлаган ҳолда, бемор билан суҳбат ўтказиши зарур. Ушбу касаллик билан даволанган ва яхши натижалар кузатилган беморларни мисол келтириши ҳам фойда беради.

Обрў-эътиборга эга врач ишончли психологик усуллардан фойдаланган ҳолда, ўта оғир онкологик беморлар билан ҳам тил топиша олади ва уларга ўз фикрини сингдира олади. Беморнинг фикри-зикри эса врач тавсияларини бажаришга қаратилган бўлади, ҳатто умрининг сўнги кунларигача, аҳволи оғирлашган пайтда ҳам врачнинг тавсияларидан воз кечмайдиган ва ҳаётга умид билан қаровчи беморлар бўлади. Бемор билан бундай ҳамнафас бўлишга эришиш учун онколог ўта маҳоратли психолог бўлиши керак.

Онкологик шифохоналарда психологик ёрдам фақат суҳбатдан иборат бўлиб қолмаслиги, бунда бемор фикрини чалғитувчи барча имкониятлардан фойдаланиш зарур. Турли хил тадбирлар ўтказиб туриш ҳам психологик тарангликни камайтиради. Бир қанча беморларни йиққан ҳолда психологик суҳбатлар ўтказиш, машҳур врачлар билан учрашувлар ташкил қилиш ҳам фойдали. Юқорида айтиб ўтилганидек, нафақат беморнинг ўзига, балки унинг яқин оила аъзоларига ҳам психологик ёрдам беришга тўғри келади. Агар улар билан психологлар ва онкологлар шуғулланмаса, беморлар ва уларнинг яқинлари «ракдан бутунлай халос қилишни» ваъда қилаётган табиблар ва псевдоврачларга мурожаат қилиб, тўғри даволаниш учун ўта зарур бўлган қимматли вақтни бой беришади.

Қуйидаги воқеа бунга яққол мисол бўлса керак.

Тиббиёт институтини тугатган ва ўсма касаллигининг дастлабки босқичларидаёқ махсус тиббий ёрдамлардан воз кечиб, табибнинг тавсияси билан «рак касаллигини куйдириб йўқотиш учун» керосинни бурнига томизиб, шунингдек, оз-оздан ичиб юрган ва кейинчалик токсик энцефалопатия, кучли даражадаги галлюцинатор-иллюзор бузилишлар, делирийлар ривожланган беморни уйига кўргани борганимда, унинг аҳволи ўта оғир эди. У алаҳсираб ётар, рўпарасида турган осма укол осиб қўйилган кийим илгичга қараб, «Йўқотинглар уни, йўқотинглар уни», деб бақирарди. Мен «Ким у?» деб сўраганимда, «У табиб, табиб, у мени захарлади, йўқотинглар уни, йўқотинглар», деб алаҳсираб бақирарди. Рафиқаси «Адаси,

ҳозир сизга осма укол қўйишади, у табиб эмас, кийим иладиган вешалка», деса ҳам ҳадеб ҳозир айтган гапларини такрорлайверарди. Рафиқасини гоҳ танирди, гоҳ унинг ёнида йиғлаб ўтирган синглиси билан адаштирарди. «Рафиқамни чақириб кел!» деб унинг ўзига бақирарди. Рафиқаси йиғлаб: «Адаси, бу менман», деса унга тикилиб қараб туриб, маъносиз узуқ-юлуқ гапларни такрорлайверарди. Овқатга қараб туриб, уни итариб тўкиб юборарди. Томирдан қилинадиган дориларни бемор ухлагач, юборишга тўғри келди ва даволанишни шу тарзда давом эттириш тавсия этилди. Энг ачинарлиси, энди 28 ёшга кирган бу йигитда ошқозон саратони аниқланган эди. Уни операция қилиб даволаса бўларди, у бошқа аъзоларга метастаз бермаган эди. Бир ўғил ва қизли бу врач беморнинг рафиқаси ҳам тиббиёт институтини тугатган эди (улар бирга ўқишган). Мени маслаҳатга олиб келган акаси ҳам врач эди. Айнан акаси табибда эмас, онкологларда даволанишни, операция қилдиришни қайта-қайта укасига уқтирган. Бироқ у врачларга ва акасининг сўзларига қулоқ солмай, табибда даволана бошлаган ва 6 ой ичида шу аҳволга тушган. Уни текширган бошқа врачлар ҳам заҳарланиш сабабли гепатит, нефрит, жигар ва буйрак етишмовчилиги, ретинопатия, артериал гипертония касалликларини аниқлашди. Яна бир ойдан сўнг бемор вафот этди. Фақат, рақдан эмас, заҳарланиш асоратларидан! У яна анча йил яшаши мумкин эди.

Шуни унутмаслик керакки, ҳанузгача рақдан бутунлай халос қилувчи гиёҳ ёки дори ишлаб чиқилган эмас. Бироқ замонавий даволаш усулларини қўллаб, беморни хавфли ўсмаларнинг дастлабки босқичидаёқ бутунлай халос қилиш мумкин. Бу ҳақда беморларга ва уларнинг яқинларига самарали тушунтириш ишларини олиб бориш лозим. Шифохоналарда бу ҳақда илмий-оммабоп деворий газеталар осиб қўйиш, кичик-кичик брошюралар тайёрлаш ҳам ўта муҳимдир.

Назорат учун саволлар

1. Онкологик касалликларда руҳий бузилишларнинг келиб чиқиш сабаблари нималардан иборат?
2. Онкологияда бемор ва шифокор орасидаги психологик муносабатларда қандай зиддиятлар юзага келиши мумкин?
3. Онкологик беморларда руҳий бузилишларнинг клиник кўриниши ҳақида сўзлаб беринг.
4. Онкологик касалларда ўзингиз гувоҳи бўлган вазиятлар ҳақида сўзлаб беринг.

XIX БОБ. ПСИХОДИАГНОСТИКА. ПСИХОЛОГИК ТЕСТЛАР

*Бешикдан қабргача шлм изла.
Ҳадисдан*

Тиббий амалиётда депрессия ва хавотирни аниқлашда Гамилтон, Цунг ва Спилбергер-Ханин шкалалари кўп қўлланилади. Оддий ва содда тузилган бундай шкалалар орқали депрессия ва хавотир даражасини тезкорлик билан аниқлаш ва баҳолаш мумкин. Айниқса, соматик бузилишлар билан намоён бўладиган хавотирли-депрессив синдромларда Гамилтон шкалаларидан кенг фойдаланилади.

19.1. Депрессияни аниқлаш ва баҳолаш

Гамилтон шкаласи. Ушбу шкала «Депрессия» ташхиси аниқланган беморларда касаллик даражасини баҳолаш ва динамикада ўрганиш учун қўлланилади. Шкаладаги саволлар беморни сўнгги ҳафта ичида безовта қилаётган симптомларни аниқлаш ва баҳолашга қаратилган. Цунг шкаласидан фарқли ўлароқ, Гамилтон шкаласи мутахассис томонидан тўлдирилади. Шкалани тўлдирувчи мутахассис тажрибали бўлиши, депрессиянинг клиник кўринишлари ва шкалада кўрсатилган саволларни мукамал билиши лозим. Шкалани тўлдираётганда беморни шоширмаслик, унга босим ўтказмаслик, саволлар маъносини англай олмаса, уни лўнда ва содда тил билан тушунтириш лозим. Агар шкалани тўлдираётган мутахассисда беморнинг жавоблари шубҳа уйғотса, қўшимча маълумот учун унинг аҳволини яқиндан биладиган қариндошлари ёки уни даволаётган врачни жалб қилиши мумкин.

Ушбу шкала бўйича қайта текширувлар ўтказилаётганда беморга ҳам, мутахассисга ҳам аввалги тўлдирилган шкала маълумотларидан фойдаланиш ман қилинади, фақат қайта текширув ўтказиб бўлингандан сўнг унинг хулосалари аввалгилари билан солиштирилиши мумкин.

Шкаладаги ҳар бир саволга берилган жавоб вариантлари 0–2 балл, 0–3 балл ва 0–4 балл қилиб белгиланган. 16-устундаги тана вазнини баҳолаш бўйича берилган саволга 16а ёки 16б бўйича жавоб бериш керак. Шкала биринчи гал тўлдирилаётганда 16а пункт бўйича (анамнезга асосланиб), иккинчи гал тўлдирилаётганда, яъни беморнинг

аҳволи динамикада ўрганилаётганда жавобни 16б пункт бўйича (тана вазнини объектив текширувларга) белгиланади. Депрессиянинг баъзи турларида беморнинг аҳволи, айниқса, кайфияти кун бўйи ўзгариб туриши мумкин, масалан, эрталаб кайфияти яхши, кечқурун эса ёмон. Бу ҳолатни белгилаш 18-пунктда кўрсатилган. Агар беморнинг аҳволида кун бўйи ўзгаришлар кузатилмаса 18а пункт бўйича 0 балл белгиланади, бунда 18б пункт бўш қолдирилади. Агар кун бўйи депрессия аломатлари кучайиб туриши кузатилса, 18а пункт бўйича унинг эрталаб ёки кечқурун бўлаётганлиги баҳоланади, 18б пункт бўйича эса ушбу кучайишларнинг даражаси баҳоланади.

Депрессияни баҳолаш учун Гамилтон шкаласи

1. Депрессив кайфият

(тушкунлик, ишончсизлик, ўзини камситиш ҳисси)

0 – йўқ

1 – кўрсатилган ҳолатлар сўралганда айтилади

2 – тўсатдан ўзи шикоят қилади

3 – хулқ-атвори (тана вазияти, мимикаси, овози, йиғлоқилиқ)дан билиб олинади

4 – кўрсатилган ҳолатлар ҳам гапиришидан, ҳам хулқ-атворидан билиниб туради

2. Айбдорлик ҳисси

0 – йўқ

1 – ўзини камситиш, бошқаларга панд берганлик ҳисси

2 – ўзини камситиш ҳисси, ўз хатолари ва гуноҳларини азоб билан эшлаш

3 – ҳозирги касалини гўёки унга берилган жазодек ҳис қилади, айбдорлик ҳисси

4 – айбловчи ва ёки қораловчи мазмундаги вербал галлюцинациялар ва ёки кўрқитувчи мазмундаги кўрув галлюцинациялари

3. Суицидал ниятлар

0 – йўқ

1 – яшашнинг кераги йўқдек ҳис қилиш

2 – ўлиш истаги ёки ўлиши мумкинлиги ҳақидаги хаёллар

3 – ўз жонига қасд қилиш ҳақида гапириш ёки имо-ишорасида билдириш

4 – суицидал уринишлар

4. Эрта уйқусизлик

0 – қийналмай уйқуга кетиш

1 – баъзан уйқу келмаслигидан шикоят қилиш (30 дақиқадан кўпроқ)

2 – ҳар кеча ухлай олмаётганидан шикоят қилиш

5. Ўрта уйқусизлик

0 – йўқ

1 – тун мобайнида нотинч уйқудан шикоят қилиш

2 – бутун тун мобайнида бир неча бор уйғониб кетиш, ўрнидан туриш

6. Кечиккан уйқусизлик

0 – йўқ

1 – эрта уйғониб кетиш ва сўнг яна уйқуга кетиш

2 – эрта саҳарда бутунлай уйғониб кетиш

7. Ишчанлик ва фаоллик

0 – қийинчиликлар йўқлиги

1 – ишга қодир эмаслик ҳисси, чарчаш ва ҳолсизлик ҳисси

2 – иш ва бошқа фаолиятга қизиқишнинг йўқолишидан шикоят қилиш ёки хулқ-атворида сездириб туриш, беқарорлик ва апатия (кўшимча тарзда иш ёки фаолликка ташқаридан ундашга муҳтож)

3 – фаолликни намоён қилувчи белгиларнинг йўқлиги ёки иш самарадорлигининг пасайиши

4 – касаллик сабабли ишдан воз кечиш

8. Карахтлик

(фикрлар карахтлиги ва нутқнинг секинлашуви, фикрни бир жойга жамлай олмаслик, ҳаракат фаоллигининг пасайиши)

0 – нутқ ва фикрлаш сақланган

1 – суҳбат чоғида енгил карахтлик

2 – суҳбат чоғида сезиларли карахтлик

3 – сўров-суҳбат чоғида кучли қийинчиликлар

4 – ступор

9. Хавотирли кўзғалишлар

0 – йўқ

1 – нотинчлик

2 – кўли билан тартибсиз ҳаракатлар қилиши, сочини юлиш

3 – қимирлайвериш, бир жойда ўтира олмаслик

4 – кўли билан чертавериш, тирноғини тишлайвериш, сочини юлиш, лабини тишлаш

10. Руҳий хавотир

0 – йўқ

1 – субъектив таранглик ва жаҳлдорлик

- 2 – арзимаган сабабдан безовталаниш
- 3 – сўзи ва юзида акс этган хавотир
- 4 – кўрқувнинг юзида акс этиб туриши

11. Соматик хавотир

(хавотирнинг физиологик кўринишлари – **гастроинтестинал** – оғиз қуриши, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмлар, кекириш; **юрак-қон томир** – юрак уриши, бош оғриқлар; **нафас олиш** – гипервентиляция, нафас етишмовчилиги билан сий-ишнинг тезлашуви, терлаш):

- 0 – йўқ
- 1 – суст
- 2 – ўртача
- 3 – кучли
- 4 – ўта кучли

12. Ошқозон-ичак системаси белгилари

- 0 – йўқ
- 1 – иштаҳанинг йўқолиши, бироқ овқат ейишга ортиқча зўрла-маслик, қоринда оғирлик ҳисси
- 2 – кучли ундашлар ҳисобига овқатланишга рози бўлиш, ични сурувчи дорилар ёки гастроинтестинал симптомларни барта-раф қилишга эҳтиёж сезиш

13. Умумий соматик симптомлар

- 0 – йўқ
- 1 – оёқларда оғирлик, бел ва бош оғриғи, мушакларда оғриқ, қувват йўқлиги ёки ҳолдан тойиш ҳисси
- 2 – ҳар қандай кучли даражадаги симптомлар

14. Генитал симптомлар

(либидонинг йўқолиши, ҳайз бузилиши)

- 0 – йўқ
- 1 – суст даражадаги
- 2 – кучли даражадаги

15. Ипохондрия

- 0 – йўқ
- 1 – ўз дунёсига ғарқ бўлиш
- 2 – соғлиғидан ҳаддан ташқари азият чекиш
- 3 – шикоятлар кўплиги, ёрдам ҳақида илтимослар
- 4 – ипохондрик алаҳсирашлар

16. Тана вазнининг камайиши

(а ёки б баҳоланади)

А. Анамнез бўйича

0 – йўқ

1 – ушбу касаллик сабабли тана вазни камайгани тахмини

2 – тана вазнининг яққол камайиши (сўзига қараганда)

3 – баҳолаш қийин

Б. Агар тана вазнида ўзгариш ҳар ҳафтада кузатилса

0 – ҳафтасига 0,5 кг дан кам

1 – ҳафтасига 0,5 кг дан кўп

2 – ҳафтасига 1 кг дан кўп

3 – баҳолаш қийин

17. Танқидий муносабат

0 – бетоблигини англайди

1 – бетоблигини англаш, бироқ унинг сабаби ёмон овқатлангани, чарчагани, об-ҳаво ва ҳ.к. дан деб билиш

2 – бетоблигини бутунлай англамаслик

18. Кундалик ўзгаришлар (симптомларнинг кун мобайнида кучайиши) (Б пункт баҳоланиши учун А пунктда бузилишлар аниқланиши керак).

А. Симптомлар кучайиши

0 – кучайиш йўқ

1 – эрталаб

2 – кечкурун

Б. Кучайиш даражаси

0 – йўқ

1 – суст

2 – кучли

19. Деперсонализация ва дереализация

(ўзининг ва атрофдагиларнинг ўзгарганлиги)

0 – йўқ

1 – суст

2 – ўртача

3 – кучли

4 – ўта кучли

20. Параноидал симптомлар

0 – йўқ

1 – гумонсираш

2 – муносабатлар ғояси

3 – таъқиб қилиниш ҳақидаги фикрлар

21. Обсессив ва компулсив симптомлар

0 – йўқ

1 – енгил

2 – оғир

**Гамилтон шкаласи бланки
(депрессияни баҳолаш учун)**

Ш кала пунктлари	КЕРСАТКИЧЛАР (теўри жавоб белгилаб чиї илади)				
	0	1	2	3	4
1. Депрессив кайфият	0	1	2	3	4
2. Айбдорлик і исси	0	1	2	3	4
3. Суицидал ниятлар	0	1	2	3	4
4. Эрта уйї усизлик	0	1	2		
5. Ёрта уйї усизлик	0	1	2		
6. Кечиккан уйї усизлик	0	1	2		
7. Ишчанлик ва фаоллик	0	1	2	3	4
8. К арахтлик	0	1	2	3	4
9. Хавотирли ї ёзуалиш	0	1	2	3	4
10. Руї ий хавотир	0	1	2	3	4
11. Соматик хавотир	0	1	2	3	4
12. Ошї озон-ичак системаси белгилари	0	1	2		
13. Умумий соматик симптомлар	0	1	2		
14. Генитал симптомлар	0	1	2		
15. Ипохондрия	0	1	2	3	4
16. Тана вазнининг камайиши А	0	1	2	3	
16. Тана вазнининг камайиши В	0	1	2	3	
17. Танї идий муносабат	0	1	2		
18. Кундалик иккиланишлар А	0	1	2		
18. Кундалик иккиланишлар В	0	1	2		
19. Деперсонализация ва дереализация	0	1	2	3	4
20. Параноидал симптомлар	0	1	2	3	
21. Обсессив ва компулсив симптомлар	0	1	2		

Баллар йиғиндиси: шкалада энг паст балл 0 бўлса, энг юқориси 52 балл ҳисобланади.

Депрессия даражаси куйидагича баҳоланади:

0-6 балл – депрессия йўқ;

7-15 балл – энгил депрессия.

Баллар йиғиндиси 16 ва ундан ошган сайин депрессия даражаси оғир ҳисобланиб борилаверади. Масалан, 52 балл тўпланса, депрессиянинг энг оғир даражаси аниқланган ҳисобланади. Саволномани тўлдиришга кетган вақт 30 дақиқадан ошмаслиги керак.

Депрессияни баҳолаш учун Цунг шкаласи

Исми шарифи _____

Текширув санаси _____

Кўрсатма: Қуйида келтирилган ҳар бир жумлани диққат билан ўқинг ва айнан ҳозирги пайтда ўзингизни қандай ҳис қилаётган бўлсангиз, шунга мос жавобни белгиланг. Саволлар устида узоқ ўйланманг ва хаёлингизга келган биринчи жавобни белгиланг, чунки тўғри ёки нотўғри жавоблар йўқ.

№	САВОЛЛАР, ВАЗИЯТЛАР	1	Баъзан	Даярли	
		ёч тачон		Тез-тез	тар доим
Тўғри баллар белгилаб чиқилади					
1.	Мен тушкунликни ёки илаяман	1	2	3	4
2.	Эрталаб мен ёзимни жуда яхши ёки иламан	1	2	3	4
3.	Мен йўлаб тураман	1	2	3	4
4.	Мен тунда ёмон ухлайман	1	2	3	4
5.	Ишта ёмон ёмон эмас	1	2	3	4
6.	Менга ёки ан одамлар билан суё батлашим, уларнинг ёнида белгим келади	1	2	3	4
7.	Мен вазнимни ёки отаёганимни сезаяпман	1	2	3	4
8.	Мени ёки абзият безовта ёки илади	1	2	3	4
9.	Юрагим одатдагидан тезроё уради	1	2	3	4
10.	Мен ёки андай сабабсиз чарчайман	1	2	3	4
11.	Менинг фикрларим тар доимгидек аниё	1	2	3	4
12.	Ёлимдан келадиган ишларни осонликча бажараман	1	2	3	4
13.	Безовталиқни ёки илаяман ва бир жойда ётира олмаяпман	1	2	3	4
14.	Менда келажакка ишонч бор	1	2	3	4
15.	Мени одатдагидан жаё лим тезроё чиё аяпти	1	2	3	4

16.	М энга бир і аарорга келиш жуда осон	1	2	3	4
17.	М ен фойдали ва зарур эканлигимни і ис і иламан	1	2	3	4
18.	М ен телаі онли і аёт кечираяпман	1	2	3	4
19.	М ен елсам, боші аларга яхши белишини і ис і илаяпман	1	2	3	4
20.	М ени авваллари хурсанд і иладиг ан нарсалар і озир і ам хурсанд і илади	1	2	3	4

Баллар:

Ҳеч қачон	1
Баъзан	2
Тез-тез	3
Деярли ҳар доим	4

Миқдорий баҳолаш вариантлари

Тўғри саволлар	1,3,4,7,8,9,10,13,15,19
Тескари саволлар	2,5,6,11,12,14,16,17,18,20.
Тўғри саволлар баҳоси	1 2 3 4
Тескари саволлар баҳоси	1 2 3 4

Депрессия даражаси (ДД) қуйидаги формула орқали аниқланади:

$$DD = \sum \text{теўр.} + \sum \text{тес.},$$

Бу ерда $\sum \text{теўр.}$ – белгиланган «тўғри» саволлар йиғиндиси;

$\sum \text{тес.}$ – белгиланган «тескари» саволлар йиғиндиси.

Депрессия даражаси

Депрессия йўқ – 50 баллгача (ёки 40 хом баллар)

Энгил депрессия – 50-59 (40-48 хом баллар)

Ўрта даражали депрессия – 60-69 (48-55 хом баллар)

Оғир депрессия – 70 ва ундан юқори (56 ва ундан юқори хом баллар)

Хом баллар = тўғри + тескари баллар;

Стандарт баллар = (хом баллар x 100)/80.

19.2. Хавотирни аниқлаш ва баҳолаш учун тестлар

Хавотирни баҳолаш учун Гамилтон шкаласи

Гамилтон шкаласи ҳам хавотирли-депрессив синдром аниқланган беморларда *хавотир даражасини* баҳолаш учун қўлланилади. Шу мақсадда қўлланиладиган Спилбергер-Ханин шкаласидан фарқли ўлароқ, Гамилтон шкаласини мутахассис тўлдиради ва бунинг учун беморни сўнги ҳафтада безовта қилаётган субъектив симптомлардан фойдаланилади. Шкаладаги саволлар ҳам руҳий, ҳам соматик бузилишлар даражасини аниқлашга мослаб тузилган.

1. Хавотирли кайфият (ташвишланиш, ёмонлик кутиш, хавотирланиш, жаҳлдорлик).

2. Кескинлик, таранглик (кескинлик ва тарангликни ҳис қилиш, сесканиш, дарров йиғлаш, титроқ босиш, безовталаниш ҳисси, бўша-ша олмаслик).

3. Қўрқув (қоронғилик, бегоналар, ёлғизлик, ҳайвонлар, оломон ва транспортдан).

4. Инсомния (уйқу келишининг қийинлиги, узуқ-юлуқ уйқу, уйқудан чарчаб туриш, ёмон тушлар кўриш).

5. Интеллектуал бузилишлар (фикрни бир жойга жамлай олмаслик, хотира бузилиши).

6. Депрессив кайфият (одатий қизиқишларнинг йўқолиши, ўзи ёқтирган фаолиятдан қониқмаслик, тушкун кайфият, эрта уйғониш, кундалик кайфиятнинг ўзгариб туриши).

7. Соматик мотор симптомлар (оғриқлар, титраш, таранглик, клоник титрашлар, тишини гичирлатиш, овознинг титраб чиқиши, мушаклар тонусининг ошуви).

8. Соматик сенсор симптомлар (қулоқда шовқин, кўришнинг хиралашуви, қизиб кетиш ёки совуқ қотиш, ҳолсизликни ҳис қилиш, санчувчи оғриқлар сезиш).

9. Юрак-қон томир симптомлари (тахикардия, юрак уриши, кўкрак қафасида оғриқ, томир уришларини сезиб туриш, тез-тез хўрсиниш).

10. Респиратор симптомлар (кўкрак қафаси босилгандек ва сиқилгандек бўлиши, бўғилиш, тез-тез хўрсиниш).

11. Гастроинтестинал симптомлар (ютишнинг қийинлашуви, метеоризм, қоринда оғриқ, жиғилдон қайнаши, ошқозонда тўқлик ҳисси, кўнгил айниши, қусиш, қоринда ғўлдираш, диарея, қабзият, тана вазнининг камайиши).

12. Сийдик ажратиш системаси ва жинсий аъзолардаги бузилишлар (сийишнинг тезлашуви, сийишга кучли истак пайдо бўлиши, аменорея, меноррагия, фригидлик, эрта эякуляция, либидонинг сўниши, импотенция).

13. Вегетатив симптомлар (оғиз куриши, терининг қизариб ёки оқариб кетиши, терга ботиш, зўриқиш ҳисси билан келувчи бош оғриқлар).

14. Кўрик пайтидаги хулқ-атвори (курсда тинч ўтирмаслик, безовта мимика ва безовталаниб юриш, тремор, юзида таранглик ва хўмрайиш аломатлари, хўрсинавериш ёки нафас олишнинг тезлашуви, туфугини ютавериш).

Демак, шкала 14 пунктдан иборат бўлиб, жавоб вариантлари симптомларнинг даражасига қараб 0 дан 4 баллгача қилиб белгиланган:

- 0 – йўқ;
- 1 – енгил даражада;
- 2 – ўрта даражада;
- 3 – оғир даражада;
- 4 – жуда оғир даражада.

Бемор аҳволини динамикада кўриш зарурати туғилса, қайта текширувлар аввалги саволнома маълумотларидан фойдаланмаган ҳолда ўтказилади. Агар даволаш муолажаларидан сўнг хавотир даражаси 50 фоиздан ортиқ камайса, натижа ижобий ҳисобланади. Саволномани тўлдиришга кетган вақт 30 дақиқадан ошмаслиги керак.

Гамилтон шкаласи бланки

Ш кала пунктлари	КЎРСАТКИЧЛАР (теўри жавоб белгилаб чиўилади)				
	0	1	2	3	4
1. Хавотирли кайфият	0	1	2	3	4
2. Кескинлик, таранглик	0	1	2	3	4
3. Ёрїув	0	1	2	3	4
4. Инсомния	0	1	2	3	4
5. Интеллектуал бузилишлар	0	1	2	3	4
6. Депрессив кайфият	0	1	2	3	4
7. Соматик мотор симптомлар	0	1	2	3	4
8. Соматик сенсор симптомлар	0	1	2	3	4
9. Юрак-їон томир симптомлари	0	1	2	3	4
10. Респиратор симптомлар	0	1	2	3	4
11. Гастроинтестинал симптомлар	0	1	2	3	4
12. Сийдик ажратиш системаси ва жинсий аъзолар симптомлари	0	1	2	3	4
13. Вегетатив симптомлар	0	1	2	3	4
14. Кёрик пайтида хулї-атвори	0	1	2	3	4

Хавотир даражаси қуйидагича баҳоланади:

0-7 балл – хавотир йўқ;

8-19 балл – энгил хавотир;
 20 баллдан юқори – кучли хавотир. Энг юқориси – 56 балл.

Хавотирни баҳолаш учун Спилбергер-Ханин шкаласи

Исм, шарифи _____

Текширув санаси _____

Кўрсатма: Қуйида келтирилган ҳар бир жумлани диққат билан ўқинг ва айнан ҳозирги пайтда ўзингизни қандай ҳис қилаётган бўлсангиз шунга мосжавобни белгиланг. Саволлар устида узоқ ўйланманг ва хаёлингизга келган биринчи жавобни белгиланг, чунки тўғри ёки нотўғри жавоблар йўқ.

Бланкнинг олд томони (1)

№	САВОЛЛАР, ВАЗИЯТЛАР	Асло ундай эмас	Балки шундайдир	Тўғри	Жуда тўғри
1.	Мен тинчман	1	2	3	4
2.	Менга ич нарса хавф солмайди	1	2	3	4
3.	Менинг асабларим таранглашган	1	2	3	4
4.	Мен афсус чекаяпман	1	2	3	4
5.	Мен эзимни озод истаяпман	1	2	3	4
6.	Мен хафаман	1	2	3	4
7.	Мени рея бериши мумкин белган муваффақиятсизликлар ийнапти	1	2	3	4
8.	Мен эзимни дам олгандек иста илаяпман	1	2	3	4
9.	Мен хавотирдаман	1	2	3	4
10.	Мен ички иони масликни иста илаяпман	1	2	3	4
11.	Мен эзимга ишонаман	1	2	3	4
12.	Мен асабийлашаяпман	1	2	3	4
13.	Эзимни иёишга жой топа олмаяпман	1	2	3	4
14.	Мен ета таранг и олатдаман	1	2	3	4
15.	Мен тангликни иста илаяпман, си илаяпман	1	2	3	4
16.	Мен мамнунман	1	2	3	4
17.	Мен ташвишдаман	1	2	3	4
18.	Менинг асабларим жуда иёзулган ва эзимни назорат ила олмаяпман	1	2	3	4
19.	Мен хурсандман, шодман	1	2	3	4
20.	Менинг кенглим хуш	1	2	3	4

Бланкнинг орқа томони (2)

№		Деярли і еч ї ачон	Баъзан	Тез- тез	Деярли і ар доим
21.	Мен і оний іш і ис і ламан	1	2	3	4
22.	Мен жуда тез чарчайман	1	2	3	4
23.	Мен тез йиўлаб юборишим мумкин	1	2	3	4
24.	Мен і ам бошї аларга ехшаб бахтли белишни хої лайман	1	2	3	4
25.	Дарров бир і арога кела олмаганим учун і ам баъзан ютї азиб і еяман	1	2	3	4
26.	Одатда, мен езимни тегик і ис і ламан	1	2	3	4
27.	Мен тинчман, езимни босиб олганман, вазминман	1	2	3	4
28.	Кутिलाётган і ийинчиликлар, одатда, мени жуда хавотирга солади	1	2	3	4
29.	Мен арзимаган нарсаларга і ам жуда сиї илавераман	1	2	3	4
30.	Мен жуда бахтиёрман	1	2	3	4
31.	Мен і амма нарсани юрагимга яї ин олавераман	1	2	3	4
32.	Мен да езимга ишонч етишмайди	1	2	3	4
33.	Одатда, мен езимни хавфсизликда деб биламан	1	2	3	4
34.	Мен ета оуир вазиятлардан ва і ийинчиликлардан четрої юришга і аракат і ламан	1	2	3	4
35.	Мен езимни маъюс сезиб тураман	1	2	3	4
36.	Менинг кенглим теї	1	2	3	4
37.	Арзимаган нарсалар менинг фикримни і очиради ва і аяжонга солади	1	2	3	4
38.	Мен хафа белсам узої ваї т езимга кела олмай ва унута олмай юраман	1	2	3	4
39.	Мен вазмин одамман	1	2	3	4
40.	Ишларим ва режаларим і аї ида ейласам, мени кучли хавотир эгаллаб олади	1	2	3	4

Маълумотларни таҳлил қилиш ва ҳисоблаш:

Белгиланган 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 рақамлар йиғиндиси – ($\sum 1$) ҳисобланади, қолган 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 рақамлар йиғиндиси – ($\sum 2$) ҳисобланади.

Қуйидаги формула $PX = \sum_1 - \sum_2 + 35$ бўйича **реактив хавотир** (PX) даражаси аниқланади.

Худди шундай тарзда $ШХ = \sum 1 - \sum 2 + 35$ формула бўйича **шахсий хавотир** (ШХ) даражаси аниқланади.

Бу ерда:

$\sum 1$ – 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 рақамлар бўйича жавоблар йиғиндиси;

$\sum 2$ – 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 рақамлар бўйича қолган жавоблар йиғиндиси.

Хавотир даражалари:

Енгил хавотир – 30 баллгача

Ўрта даражадаги хавотир – 31-45 балл

Кучли хавотир – 46 ва ундан юқори балл

19.3. Шахс хусусиятларини аниқлаш ва баҳолаш учун Айзенк шкаласи

Айзенк шкаласи (саволномаси) экстраверсия–интраверсия ва нейротизм даражасини аниқлаш учун қўлланилади. Экстраверсия–интраверсия ва нейротизм шахснинг туғма хусусиятларидир. *Экстравертлар* хулқ-атвори кўпроқ ташқарига йўналтирилган бўлади, улар ўз ҳис-туйғуларини бошқалар билан баҳам кўриб яшашади, ҳамма билан киришиб кетишади, ўзига ишонган бўлишади, кўп дўст орттиришга интилишади, ўз ҳис-туйғуларини назорат қила олмайди ва кўп гапиришга мойил бўлишади. *Интравертларда* бунинг тескарисини кўриш мумкин, яъни улар камгап, ўз ички дунёсини ва ҳис-туйғуларини биров билан баҳам кўрмайдиган, дўстлари кам, ташқи томондан фақат ўйлашиб юрадиган одамни эслатувчи шахслардир. *Нейротизм* эса ҳиссиётга берилувчанликни, ортиқча хавотирни, доимо таранг ҳолатда юришни ва депрессияга мойилликни белгилаб берувчи шахс кўрсаткичидир. Ушбу шкала ёрдамида синалувчининг темпераментини ҳам аниқлаш мумкин.

Айзенк шкаласи 57 та саволдан иборат бўлиб, улардан 24 та савол экстраверсия–интроверсия шкаласи билан, 24 та савол нейротизм шкаласи билан боғлиқ бўлса, қолган 9 таси Ё-шкаласи бўлиб, синалувчининг саволларга алдамасдан нақадар тўғри жавоб берганлигини кўрсатади.

Кўрсатма: Сиз қуйидаги саволномани ўқиб уларга жавоб беришингиз лозим. Уларга «Ҳа» ёки «Йўқ» деб жавоб беринг, хаёлингизга келган биринчи жавобни ёзинг, Улар устида узоқ ўйлаб ўтирманг, чунки ушбу саволларга Сизнинг дастлабки реакциянгиз муҳим. Чунки тўғри ва нотўғри жавобнинг ўзи йўқ, бу ерда бор-йўғи Сизнинг шахсингиз аниқланади холос.

Айзенк шкаласи саволномаси

1. Сизда ўзингизни чалғитиш учун янги таъсиротларга шўнғиш ва кучли ҳаяжонли синовлардан ўтиш истаги тез-тез пайдо бўладими?
2. Сизни тушунадиган, маъқуллайдиган ва кечинмаларингизга ҳамдард бўладиган дўстларга зарурат ҳисси тез-тез пайдо бўладими?
3. Ўзингизни ғам-ташвишсиз одам деб ҳисоблайсизми?
4. Сизга ўз ниятингиздан воз кечиш жуда қийинми?
5. Сиз қилмоқчи бўлган ишларингизни шошмасдан ўйлаб кўрасизми ва уларга киришишдан олдин бироз кутиб туришни маъқул топасизми?
6. Сиз ҳар доим ҳам ваъдангизда тура оласизми, гарчи бунинг Сизга фойдаси бўлмасада?
7. Сизда кайфиятнинг бирдан тушиб ва ошиб кетиши тез-тез бўлиб турадими?
8. Сиз ишга тез киришиб ва одамлар билан тез суҳбат куриб кета оласизми, ўйлаб олишга кўп вақт сарфламайсизми?
9. Сизда жиддий бир сабаб бўлмаса-да, бахтсизлик ҳисси пайдо бўлганми?
10. Баҳслашиб кетиш учун ҳамма нарсага тайёрлигингиз ростми?
11. Ўзингизга ёққан аёл (эркак) билан танишмоқчи бўлсангиз хижолат тортасизми?
12. Сиз ғазаблансангиз ўзингизни кўярга жой топа олмай қоласизми?
13. Кескин вазиятларда ўйламасдан бирор ишга қўл урасизми?
14. Шуни қилмаслигим ёки гапирмаслигим керак эди, деган хаёллар Сизни тез-тез безовта қиладими?
15. Сиз одамлар билан учрашгандан кўра китоб ўқишни афзал кўрасизми?
16. Сизнинг нафсониятингизга тегиш жуда осонлиги ростми?
17. Сиз тез-тез одамлар орасида бўлишни ёқтирасизми?

18. Сизга баъзан «Буни бировларга айтишни хоҳламасдим» деган фикр келадими?
19. Сизнинг баъзан катта куч-қувватга тўлиб тошинингиз ва кучли ланжлик ҳис қилишингиз ростми?
20. Сиз ўз танишларингиз сонини энг яқин дўстларингиз билан чегаралашга интиласизми?
21. Сиз кўп орзу қиласизми?
22. Сизга бақришса, Сиз ҳам шундай жавоб қайтарасизми?
23. Сиз ўз одатларингизни яхши деб ҳисоблайсизми?
24. Сизда айбдорлик ҳисси тез-тез пайдо бўлиб турадими?
25. Сиз баъзан ўз ҳис-туйғуларингизга эрк беришга ва ғам-ташвишсиз дўстлар даврасида ўйнаб-кулишга қодирмисиз?
26. Сизнинг асабингиз ўта таранглашган деса бўладими?
27. Сизни чаққон ва қувноқ одам деса бўладими?
28. Сиз ишни бажариб бўлганингиздан сўнг, «Уни бундан ҳам яхшироқ қилишим мумкин эди», деган фикрга тез-тез борасизми?
29. Сиз катта давраларда ўзингизни нотинч ҳис қиласизми?
30. Сизда гап ташиб туришлар бўладими?
31. Сизни ҳар хил фикрлар безовта қилавериб ухлай олмай чиқасизми?
32. Агар Сиз ниманидир билиб олмоқчи бўлсангиз, уни дўстларингиздан сўрагандан кўра китобдан ўқиб топишни афзал кўрасизми?
33. Сизда кучли юрак уришлари кузатилиб турадими?
34. Сизга диққатни бир жойга тўплашни талаб қиладиган ишлар ёқадими?
35. Сизда титраб кетиш кузатиладими?
36. Сиз ҳамма вақт ҳам ҳақиқатни гапирасизми?
37. Бир-бирининг устидан ҳазиллашиб ўтирадиган давраларда бўлиб қолсангиз хижолат чекасизми?
38. Сиз жаҳлдормисиз?
39. Тез ҳаракат қилишни талаб қилувчи ишлар Сизга ёқадими?
40. Ҳаммаси яхшилик билан тугаган бўлса-да, Сиз билан рўй бериши мумкин бўлган турли хил ёқимсиз ва қўрқинчи воқеалар ҳақидаги хаёллар Сизга тинчлик бермаслиги ростми?
41. Сизнинг бамайлихотир ва камҳаракат одам эканлигингиз ростми?
42. Сиз қачондир ишга ёки учрашувга кеч қолганмисиз?
43. Тез-тез ёмон тушлар кўрасизми?
44. Сиз гаплашиб олишни шу қадар яхши кўрасизки, бирорта қулай вазиятни бой бермайсиз. Шу ростми?
45. Сизни қандайдир оғриқлар безовта қиладими?
46. Агар дўстларингиз билан узоқ вақт учрашмасангиз дилингиз сиёҳ бўладими?
47. Сиз ўзингизни асаби таранг одам деб ҳисоблайсизми?

48. Танишларингиз орасида Сизга сира ҳам ёқмайдиганлари борми?
 49. Мен ўзимга ишонган одамман деб айта оласизми?
 50. Сизнинг камчиликларингиз ёки ишингизни танқид қилишса тутоқиб кетасизми?
 51. Сизга кўп одам қатнашадиган тадбирлардан ҳақиқий қониқиш ҳис қилиш жуда қийинми?
 52. Менинг бошқалардан камчилигим бор деган фикр Сизни безовта қиладими?
 53. Зерикарли давраларга жон киргизиш кўлингиздан келадиими?
 54. Умуман ақлингиз етмайдиган нарсалар ҳақида гапирган вақтларингиз бўлганми?
 55. Соғлигингиз ҳақида қайғурасизми?
 56. Бировлар устидан ҳазиллашишни ёқтирасизми?
 57. Сизни уйқусизлик безовта қиладими?

Текширув бланки

Фамилияси ва исми _____ ёши _____
 Маълумоти _____

Жавоб варақаси

Номер №	Жавоблар		Номер №	Жавоблар		Номер №	Жавоблар	
	Ҳа	Йўқ		Ҳа	Йўқ		Ҳа	Йўқ
1			20			39		
2			21			40		
3			22			41		
4			23			42		
5			24			43		
6			25			44		
7			26			45		
8			27			46		
9			28			47		
10			29			48		
11			30			49		
12			31			50		
13			32			51		
14			33			52		
15			34			53		
16			35			54		
17			36			55		
18			37			56		
19			38			57		
Σ:		Е =			Н =			Ё =

Олинган натижалар таҳлили. Саволномага жавоб бериб бўлингандан сўнг, саволнома калити ёрдамида Э — экстраверсия, Н — нейротизм, Ё — ёлғон кўрсаткичлари бўйича шахс хусусиятлари аниқланади.

Калит

Экстраверсия-интроверсия:

«Ҳа» (+): 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56.

«Йўқ» (-): 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51.

Нейротизм:

«Ҳа» (+): 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

«Ёлғон шкаласи»:

«Ҳа» (+): 6, 24, 36.

«Йўқ» (-): 12, 18, 30, 42, 48, 54.

Калит билан мос тушган жавобларга 1 балл қўйилади.

1. Экстраверсия–интраверсия: 11-12 балл – ўрта кўрсаткич, яъни *экстраверт ҳам эмас, интраверт ҳам эмас*; 15 баллга тенг ёки ундан юқори бўлса *экстраверт*; 19 баллга тенг ёки ундан юқори бўлса – *яққол экстраверт*; 9 баллга тенг ёки ундан кам бўлса – *интроверт*; 5 баллга тенг ёки ундан кам бўлса – *яққол интроверт*.

2. Нейротизм: 9-13 балл – нейротизмнинг ўрта даражаси, 15 баллга тенг ёки ундан кам бўлса – нейротизмнинг **юқори** даражаси, 19 баллга тенг ёки ундан кам бўлса – нейротизмнинг **жуда юқори** даражаси ва ниҳоят 7 баллга тенг ёки ундан кам бўлса – нейротизмнинг **пастки** даражаси.

3. Ёлғон даражаси: 4 баллга тенг ёки ундан паст – бу норма, 4 баллдан кўп бўлса – жавоблар намоишкорона сунъий тўқилган, яъни ўзини кўрсатишга ҳаракат қиляпти.

Олинган натижаларга асосланиб синалувчининг шахси ўрганилади ва хулоса ёзилади. Синалувчида шахснинг қайси хусусияти, яъни экстраверсия, интраверсия, нейротизм кўпроқ намоён бўлганлигини ва унинг темпераменти аниқланади. Кўрсаткичлар нормадан фарқ қилса, синалувчига ўз шахси устида ўйлаб кўриш тавсия этилади.

XX БОБ. ПСИХОТЕРАПИЯ ВА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

*Беморнинг руҳи тушмаган ва иштаҳаси сақланган
бўлиши тузалиш учун яхши аломат.*

Гиппократ

20.1. Психотерапия

Психотерапия – қалб ва руҳни даволаш деган маънони англатади. Тиббиёт пайдо бўлибдики, психотерапия қўлланиб келинган. Психотерапия усуллари асли Шарқда кенг тарқалган бўлиб, беморларни даволашда кўп қўлланиладиган усуллардан бири бўлган.

Абу Али Ибн Сино, Абу Бакр ар-Розий, Исмоил Журжоний, ал-Карвакий Хазораспий каби буюк алломалар ўзларининг даволаш усулларида гиёҳлардан ташқари психотерапия усулларини ҳам қўллашган. Асаб ва руҳий хасталиклар билан ётиб қолган беморлар уларнинг ташрифи ва сўзларидан тузалиб, оёққа туриб кетганлар. Сўз буюк кучдир. Психотерапиянинг асосий мақсади ҳам сўзни топиб ишлата билишдир. Сўзни беморларни даволашда ишлата олиш ҳам бир санъатдир. Сўз инсон учун берилган олий неъматдир, бундан беморларни даволашда ўта билимдонлик билан фойдаланиш керак. Озгина эҳтиётсизлик салбий натижа бериб қўйиши мумкин.

Психотерапия усули Европада XVII асрда веналик врач ва олим Месмер томонидан кенг қўлланиб бошланган. Тиббиётда беморларни даволашда гипноз усули XVIII–XIX асрларда Ж. Шарко, Ж. Бред, З. Фрейд, В.М. Бехтеревлар томонидан кенг қўлланилган. Неврология фанининг ривожланишига улкан ҳисса қўшган франциялик олим Ж. Шарко психотерапия усулидан асаб касалликларини даволашда кенг фойдаланган. Ҳар бир невропатолог Ж. Шаркони бир қанча ирсий-дегенератив касалликларни баён қилган олим сифатида яхши билади. У Европада шу қадар машҳур бўлганидан «неврозлар Наполеони» деб лақаб қўйишган. Ундан таълим олиш учун ёш олимлар (шу жумладан, З. Фрейд ҳам) Парижга интилишган.

Психотерапия жараёни бемор ва врач психологиясининг асосий объектидир. Психотерапия ўтказаетган пайтда беморнинг руҳий ҳолати, темпераменти, касалликни келтириб чиқарган сабаблар ва организмнинг умумий аҳволига, албатта, эътибор қаратиш лозим.

Врачкатта билимдонлик билан беморнинг кўнглини оғритмасдан, касаллик сабабларини аниқлаб олиши зарур. Бемор касаллик билан

боғлиқ барча сирини врачга айтиб бера олиши керак. Психотерапия усули ҳар бир бемор учун индивидуал тарзда ишлаб чиқилмоғи лозим. Беморнинг шахсини тўла ўрганиш психотерапияда муваффақият қозонишнинг гаровидир. Бемор руҳига ижобий таъсир қилиш ташхис қўйиш жараёнидан бошланади. Даволашнинг муваффақиятли бўлиши врачнинг обрў-эътиборини оширади. Психотерапияда ишонч ва ихлос билан қараш ҳам самарали натижага эришишда муҳим рол ўйнайди. Психотерапевтик муолажалар беморнинг аҳволига қараб, касаллик анамнезини чуқур ўрганган ҳолда узоқ ёки қисқа вақт давом эттирилиши мумкин. Даволаш муолажаларининг чўзилиб кетиши, бир хил бўлиб қолиши ёки «Сизни узоқ вақт даволашга тўғри келади», қабилдаги гаплар ижобий натижаларни йўққа чиқариши мумкин.

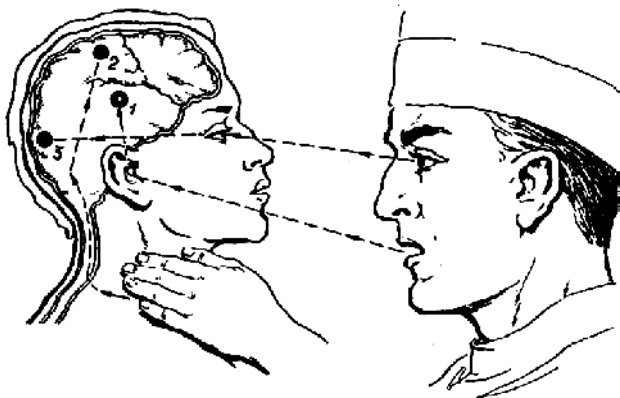
Бу ерда З. Фрейднинг ҳанузгача баҳс ва мунозараларга сабаб бўлиб келаётган сўзларини келтирамиз: «Натижаси қандай тугашидан қатъи назар, даволаш жараёни олдиндан белгиланган вақтда тугатилиши керак». Демак, даволаш муддати олдиндан белгиланиши ва буни бемор билиши зарур.

Беморни даволашда гипноз, уқтириш, тушунтириш ва ишонтириш усулларини қўллаш зарур. Чунки шундай ҳолатлар бўладики, бемор врачнинг яхши мутахассислигига ишонади, лекин ўзининг соғайиб кетишига ишонмайди, касалини тузалмас, оғир, деб миясига сингдиради. Бу, айниқса, неврозлар учун жуда хосдир. Дард сабабли бемор ўз иши, бола-чақаси, рафиқаси, қариндош-уруғи ва тинимсиз давом этаётган даволаш усуллари билан безган бўлади. Бундай пайтларда, нейрофизиологлар таъбири билан айтганда, бош мия катта ярим шарларининг пўстлоғида инерт кўзғалиш пайдо бўлади. Бу ўчоқни «парчалаб» юборишгина беморни касаллик белгиларидан халос қилиши мумкин.

Психотерапия бир неча беморни тўплаган ҳолда ҳам олиб борилади. В.М. Бехтерев беморларни тўплаб, гипноз ўтказишнинг аҳамияти тўғрисида шундай деган эди: «Кўпчилик билан сеанс ўтказиш пайтида беморлар гипнозни бир-бирига юқтиришади ва унинг таъсир кучи янада ошади. Беморни гипноз усули билан даволамоқчи бўлган врач бемор шикоятларини айтаётганда нималарни кўп такрорлаётганига аҳамият бериши ва бундан фойдаланиши керак». Гипнотерапия пайтида «бўртиб» турган белгиларга эътибор бериш лозим. Гипноз ўтказаетган врач беморга *силаш*, *кўз ва сўз* орқали таъсир қилса, мия пўстлоғида жойлашган учта марказ (сезги, кўрув ва эшитув) ни тормозлаш имконига эга бўлади (40-расм). Бу тормозланиш пўстлоғининг барча соҳаларига тарқалади ва бемор гипнотик уйқуга кетади.

Психотерапевтик тажрибаси бўлмаган врач беморни даволашда қийналади, айниқса, невроз билан касалланган беморда психосоматик белгилар кузатилса, ташхис қўйиш ҳам анча мушкуллашади. Бу ерда невропатологлар ҳам, терапевтлар ҳам бир хил муаммога дуч келишади. Масалан, беморга унинг шикоятларига қараб (махсус текширишлар ўтказилмасдан), «ошқозон яраси» ташхиси қўйилади. У бу касаллик билан 10 йилдан буён оғриydi. Қориндаги оғриқлар сиқилганда кучайиб, тинчланганда камайса, овқат режимига боғлиқ бўлмаса, ташхиснинг тўғрилиги, албатта, гумон уйғотади. Кучли оғриқ билан кечиб, 10 йиллаб давом этадиган «ошқозон яраси» бирон-бир асорат бериши гастроэнтеролог ва жарроҳларга аён, албатта. Демак, бу ўринда беморни махсус текширишлардан ўтказиб, «ошқозон яраси» ташхисини инкор қилгандан сўнг врач уни психологик усуллардан фойдаланган ҳолда даволаши лозим. Бу иш билан фақат невропатолог ёки нейропсихолог шуғулланиши шарт эмас, албатта.

Ўзининг соҳасига тааллуқли касали бўлмаган беморни «Сизда невроз бор, энди невропатологга даволанинг», деб доктордан-докторга юборавериш ёмон натижаларга олиб келиши мумкин. Қолаверса, неврозга чалинган беморга барча мутахассисликдаги врачлар дастлабки ёрдамни кўрсата олишлари керак. Иложи борича, беморни даволайдиган врачлар сони кам бўлиши мақсадга мувофиқдир. Бу ҳақда машҳур врач Х.Ф. Гуфелянд (1762–1836) шундай деган эди: «Битта врач даволаса яхши, иккитасига ҳам чидаса



40-расм. Гипноз. Гипноз пайтида сўз орқали таъсир қилиш нутқ(1), силаш сезги (2), кўз билан боқиш кўрув марказларини (3) тормозлайди ва беморнинг гипнотик уйқуга кетиши осонлашади.

бўлади, лекин учтаси – бу даҳшат!» Бу билан беморни даволовчи врачлар ҳадеб кўпаяверса, беморнинг тузалиши қийинлашади, демоқчи. Докторларни маслаҳатга чақириш мумкин, лекин даволовчи врач битта бўлмоғи керак.

Психотерапевтик муолажалар фармакотерапия, физиотерапия ва даволаш гимнастикалари билан олиб борилса, натижаси янада самаралироқ бўлади. Бу борада касаллик анамнезини йиғишга ҳам катта эътибор қаратиш лозим. «Тўла йиғилган анамнез – ярим даво», деб бежиз айтилмаган. Баъзан бемор шифохонада неча кунётса, шунча кун анамнез йиғиш билан ўтади, натижада ташхис ҳам, даволаш ҳам ҳадеб ўзгартирилаверади. Бу, албатта, беморнинг асабига тегади. Даволовчи врач тўплаган анамнез доцентни, у йиққан анамнез профессорни қониқтирмайди ва ҳоказо. Анамнез йиғиш бошқа, уни таҳлил қилиш бошқадир. Масалан, бемор ўзи куйиб-пишиб гапираётган белги ташхис учун аҳамиятсиз бўлиб, касалнинг жигига тегаётган бир симптом бўлиши мумкин, холос. Врач ташхис қўяётганда, баъзан субъектив симптомларнинг қули бўлиб қолади. Бундай симптомлар тунда буталар орасидаги шарпага ўхшайди. Шарпа эшитилади, одам кўрқади, қочади ёки бекиниб олади. Аслида, шарпа эсиб турган бегуноҳ шамолдир. Касалликнинг объектив белгиларига катта аҳамият бериш лозим. Ҳар бир субъектив ва объектив белги танқидий таҳлил қилиниши керак, ана шунда хатога йўл қўйилмайди.

Ятрогениялар ҳам айнан мана шу сабаблар натижасида пайдо бўлади. **Ятрогения** деб, врач ёки бошқа тиббиёт ходимининг бехосдан айтиб қўйган сўзи ёки тиббий муолажалардан беморда аввал мавжуд бўлмаган касаллик аломатларининг пайдо бўлишига айтилади. Бунинг оқибатида ятропатиялар ривожланади. Масалан, уколдан сўнг беморнинг қўли ёки оёғи «ишламай» қолиши, нотўғри тиббий хулосалардан сўнг органик хусусиятга эга бўлмаган касалликлардан даволаниб юриш ва ҳ.к. Ятропатияларга мисоллар аввалги бобларда келтирилган.

Баъзан врач томонидан олиб борилаётган тўғри даволаш муолажалари таъсири беморнинг яқинларини қониқтирмаслиги ёки сурункали касалликдан азият чекаётган бемор доктордан кўра бошқаларга ишониши ҳам мумкин. Шундай ҳоллар бўладики, тажрибали, обрўли доктор тавсия қилган дорини, дейлик, трамвай ҳайдовчиси: «Э, бу дори бўлмайди, менинг аммам ичган эдилар, таъсир қилмади», деса бемор уни сотиб олмай, докторнинг олдига бошқа дори ёзиб беришларини сўраб қайтиб келади. Беморни даволаётган пайтда врач бу вазиятларни ҳам кўзда тутиши, беморнинг яқинлари, таниш-билишлари билан ҳам мулоқотда бўлиб туриши керак.

Беморда психотерапевтик муолажалар ўтказаетган пайтда ўз-ўзини бошқариш ҳиссини уйғота билиш керак. Ундаги ишончсизликни ишонч ва ихлос туйғулари билан, ёлғизликка интилишни жамоага интилиш ҳисси билан ўзгартириш врачнинг бурчидир. Бу муаммоларни ҳал қилмай туриб, психотерапевтик натижа олиш анча мушкулдир. Психотерапевтик усуллар психотроп дориларни қўллаб олиб борилса, даволаш янада муваффақиятли кечади.

20.2. Психофармакотерапия

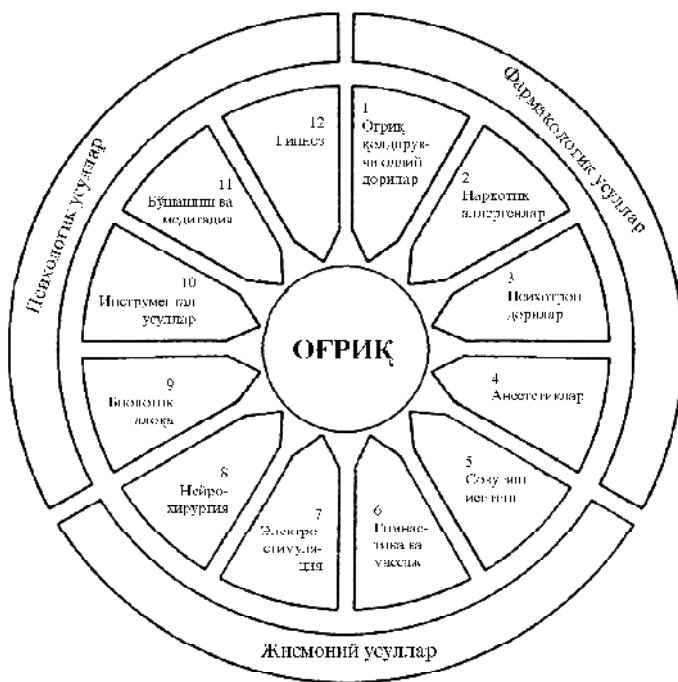
Психоген бузилишларни фармакологик дориларни ишлатиб даволаш **психофармакотерапия** дейилади. Психотерапия ва гипнотерапиянинг таъсирини кучайтириш учун турли психотроп дорилардан кенг фойдаланилади.

Психотроп дорилар психоген бузилишларни бартараф қилибгина қолмай, балки организмда кечадиган вегетатив жараёнлар, қон айланиши ҳамда юрак ва нафас олиш фаолиятига ҳам ижобий таъсир кўрсатади. Шунингдек, бу дорилар гастроинтестинал, урологик ва жинсий бузилишларга ҳам ижобий таъсир кўрсатади. Демак, функционал бузилишларни даволаш учун ишлатиладиган психотроп дорилар бутун бир организмнинг фаолиятини яхшилади. Шунинг учун ҳам психотроп дорилар турли хил функционал бузилишларни даволашда кенг қўлланилади. Фақат уларнинг дозаларини эҳтиёткорлик билан аниқлаб, беморларга тавсия қилиш зарур.

Баъзан битта симптомни йўқотиш ёки унинг белгиларини камайтириш учун бир қанча даволаш усулларини қўллашга тўғри келади. Масалан, оғриқни қолдириш учун ишлатиладиган воситалар 41-расмда келтирилган.

Психотроп дориларга нималар киради? Турли касалликларда психоген бузилишларни даволашда ишлатиладиган ва руҳий жараёнларга таъсир қилувчи доривор моддаларга **психотроп дорилар** дейилади. Дастлабки психотроп дорилар XX асрнинг 50-йилларида ишлаб чиқарила бошланган. Унгача бу тоифадаги дорилар жуда кам бўлиб, борларининг ҳам таъсир кучи паст бўлган. У даврда кофеин, коразол, бром ва валериан воситалари кенг қўлланилган.

1957 йили дастлабки антидепрессант (имипрамин) кашф қилинди ва психоневрологик синдромларни даволашда кенг қўлланиб бошланди. Кейинчалик, яъни 70-йилларнинг бошида **пирацетам** кашф қилинди. Бу дастлабки ноотроп дори психотроп дорилар таркибига киритилди ва унинг руҳий функцияларга ижобий таъсири аниқланди. Шундай қилиб, фармакологиянинг катта бир бўлими яратилди



41-расм. Оғриқни қолдириш учун қўлланиладиган воситалар ва усуллар.

ва унга **психофармакология** деб ном берилди.

1966 йили Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкilotи психотроп дориларнинг куйидаги таснифини таклиф қилди:

- а) антидепрессантлар;
- б) нейролептиклар;
- д) транквилизаторлар;
- е) седатив дорилар;
- ф) ноотроп дорилар;
- г) психостимуляторлар.

Антидепрессантлар

Антидепрессантлар тасодифан кашф қилинган. 1957-йили сил касаллигига қарши ишлаб чиқарилган дорилардан бирини қабул қилган беморларда эйфория ҳолати кузатилган. Бу дорини руҳий касалларга бериб синаб кўришганда, унинг депрессияни камайтириш хусусияти аниқланган.

Бу дорининг кимёвий номи 2-изопропил-1-изонико-тиноил-гидразин. Уни қисқартириб, **«ипрониазид»** деб аташади. Кейинчалик, бошқа бир дорининг антидепрессив хусусияти аниқланади ва бу дори **«имипрамин»** деб номланади. Шундан сўнг олимлар янги антидепрессантлар устида иш олиб боришади ва уларнинг янги турларини яратишади. Антидепрессантлар бош миёдаги психик жараёнларга мураккаб таъсир кўрсатади. Улар бош миёдаги норадренергик ва серотонинергик системаларга таъсир қилиб нейронлардаги қўзғалиш ва тормозланиш жараёнларини мувофиқлаштиради. Уларнинг аксарияти MAO ингибитори ва трициклик антидепрессантлардир. Антидепрессантлар марказий асаб тизимининг барча структуралари орасидаги функционал боғланишларни тиклайди.

Барча антидепрессантлар учун хос бўлган хусусият уларнинг тимолептик таъсиридир, яъни улар бемор кайфиятини кўтариб, аффектив бузилишларни камайтиради. Баъзи антидепрессантлар (золофт, ксанакс ва ҳ.к) анксиолитик таъсирга ҳам эга.

Дастлаб антидепрессантлар фақат психиатрия амалиётида тавсия қилинган бўлса, ҳозирда улардан психосоматик синдромларни даволашда кенг фойдаланилади ва бу дориларни махсус рецептлар орқали терапевтлар ҳам тавсия қилади. Айниқса, кардионеврозлар, кардиофобик синдромлар, психоген абдоминалгиялар ва бошқа соматоген депрессияларни даволашда антидепрессантлардан фойдаланилмоқда. Уларни тавсия қилишнинг ўзига хос қоидалари мавжуд. Сурункали психоген бузилишларни даволашда барча антидепрессантлар дастлаб паст дозаларда буюрилади ва ҳар икки-уч кунда уларнинг дозаси ошириб борилади. Антидепрессантларнинг терапевтик таъсири 5-7 кундан сўнг кўзга ташланиб бошлайди. Уларнинг кеч таъсир қила бошлашини нейромедиаторларнинг синапсларда аста-секин тўпланиши ва рецепторлар сезувчанлик даражасининг ўзгариши билан боғлашади.

Баъзи антидепрессантлар (амитриптилин) каттароқ дозаларда кардиотоксик таъсир кўрсатади. Амитриптилин глаукома, оғир юрак-қон томир касалликлари, простата аденомаси ва сийдик пуфаги атониясида тавсия қилинмайди. Ҳомиладорлик ва бола эмизиш давларида баъзи антидепрессантлар буюрилмайди ёки заруратга қараб, кам миқдорда тавсия қилинади.

Нейролептиклар

«Нейролептиклар» атамаси 1967 йили таклиф қилинган. Дастилаб оғир психозларни даволашда ишлатиладиган бу дори воситалари **нейролептиклар** деб атала бошланди. Кўпчилик давлатларда «нейролептиклар» ўрнига «антипсихотик воситалар» атамаси қўлланилади. Чунки нейролептик синдром дорининг терапевтик таъсирини эмас, балки унинг асоратини акс эттиради. Бугунги кунда кўпчилик фармацевтик компаниялар ноҳўя таъсири кам бўлган антипсихотик воситалар устида иш олиб бормоқдалар.

Нейролептикларга аминазин, галоперидол, дроперидол, френолон, трифтазин каби дорилар киради. Уларнинг тури жуда кўп бўлиб, асосан психиатрияда қўлланилади. Бу дориларнинг энг кўп тарқалган ноҳўя таъсири турли даражадаги **экстрапирамидал бузилишлардир**. Шунинг учун ҳам нейролептиклар тавсия қилинган беморларга экстрапирамидал бузилишларнинг олдини оловчи дорилар (циклодол, паркопан) буюрилади. Психосоматик синдромларни даволашда нейролептиклар деярли тавсия қилинмайди. Лекин шу гуруҳга кирувчи эглониал экстрапирамидал бузилишларни кам келтириб чиқарганлиги учун психосоматик бузилишларни даволашда кенг тавсия қилинади. Нейролептикларни қабул қилган беморларда психомотор ва аффектив реакциялар пасаяди, каҳраҳлик пайдо бўлади, улар уйқусирай бошлайди. Бу дорилар ухлатувчи ва седатив дориларнинг таъсирини оширади.

Транквилизаторлар

«Транквилизатор» атамаси лотинча сўз бўлиб, *tranquillo*, яъни тинчлантираман, деган маънони англатади. 1957-йили, асосан, неврозларни даволашда ишлатиладиган тинчлантирувчи хусусиятга эга бўлган дорилар **транквилизаторлар** деб атала бошланди. Бу дорилар неврозларда кўп учрайдиган ҳавотир, қўрқув ва асабийлашишларни йўқотади. Нейролептиклардан фарқли ўлароқ, транквилизаторлар кучли антипсихотик таъсирга эга эмас ва экстрапирамидал бузилишларга олиб келмайди.

Транквилизаторлар «анксиолитиклар», яъни қўрқув ва ҳавотирни оловчи дорилар деб ҳам аталади. Ҳақиқатан ҳам транквилизаторлар дастилаб қўрқув ва ҳавотирланишни пасайтиради. Лекин улар нафақат анксиолитик таъсирга, балки ухлатувчи, тутқаноқ хуружлари ва мушаклар тонусини пасайтирувчи хусусиятларга ҳам эга. Транквилизаторлар беморларга нейролептиклар ёки

аналгетиклар билан бирга берилса, психоневрологик синдромларда кузатиладиган турғун оғриқларга кучли таъсир кўрсатади. Улардан гипнотик сеансларни ўтказаятганда ҳам фойдаланиш мумкин.

Бугунги кунгача транквилизаторларнинг таъсир қилиш механизми тўлалигича ўрганилмаган. Бу дорилар лимбик системанинг қўзғалувчанлигини пасайтиради, бош мия катта ярим шарлари пўстлоғида тормозланиш жараёнига таъсир кўрсатади. Улар бош миянинг норадренергик, серотонинергик ва дофаминергик системаларига ҳам таъсир қилади. Транквилизаторлар полисинаптик спинал рефлексларга тормозловчи таъсир кўрсатиши ҳисобига мушаклар тонусини пасайтиради.

Транквилизаторлар руҳий касалликларда кузатиладиган галлюцинация, алаҳсираш, аффектив, фобик ва ипохондрик бузилишларни йўқота олмайди, лекин вақтинча пасайтиради. Транквилизаторларни тавсия қилишда психопатологик симптомларнинг тури ва улар куннинг қайси ярмида пайдо бўлишига ҳам эътибор қаратиш лозим. Лекин баъзи дорилар (масалан, седуксен) неврознинг турли клиник кўринишларини бир хил пасайтириши мумкин ёки бироз каттароқ миқдорда тавсия қилинган бошқа транквилизаторларнинг ҳам таъсир доираси кенгдир.

Транквилизаторларга элениум, седуксен, феназепам, тазепам, рудотел, мепробамат, мебикар, триоксазин, грандаксин каби дорилар киради. Бу дориларнинг синонимлари жуда кўп бўлиб (баъзан 20 тага етади), уларнинг номланиши қайси фирма томонидан ишлаб чиқарилганига боғлиқ.

Седатив дорилар

Седатив дорилар («*sedatio*» – тинчланиш) психоневрологик касалликларни даволашда кенг қўлланилади. Транквилизаторларга қараганда, седатив дорилар кўрқув ва хавотирланиш, мушаклар тонусига кам таъсир кўрсатади ҳамда координацияни кам бузади. Лекин кундалик миқдори ошиб кетса, уйқучанлик ва бўшашиш кузатилиши мумкин. Седатив дорилар тормозланиш жараёнини кучайтириб, қўзғалиш жараёни ва невротик белгиларни пасайтириб, марказий асаб тизимининг фаолиятини бошқаради.

Седатив дорилар аналгетиклар ва бошқа психотроп дориларнинг таъсир кучини оширади. Седатив дориларга, асосан, ўсимликлардан тайёрланган турли доривор воситалар киради. Булар валериан экстракти, новопассит ва ҳоказолардир.

Ноотроп дорилар

«Ноотроп» атамаси 1972 йили пирацетамни кашф қилган олим К. Жиуржеа томонидан таклиф этилган. Шу йилдан бошлаб миянинг интегратив функцияси, хотира ва диққатни яхшиловчи, ақлий фаолиятни тикловчи дорилар **ноотроплар** деб атала бошланди. Ноотропларнинг олий рухий функцияларга ижобий таъсирини эътиборга олиб, улар психотроп дорилар гуруҳига киритилди. Кейинчалик янги ва янги ноотроп дорилар ишлаб чиқарила бошланди ва уларнинг номланиши ҳам ўзгарди. Ноотропларнинг аксарияти ҳозирги кунда **церебропротектор, нейропротектор, нейротроп дорилар** деб ҳам аталади.

Фармакологик хусусияти бўйича ноотроплар бошқа психотроп дорилардан фарқ қилади. Улар кучли седатив таъсирга эга эмас. Ноотроплар бош мияда нейронлараро ўтказувчанликни осонлаштиради, иккала ярим шар орасидаги функционал бузилишларни тиклайди, интегратив жараёнларни яхшилайдди, ретикуляр формациянинг фаолиятини кучайтиради. Шунингдек, бу дорилар марказий нейронлардаги энергетик жараёнларни, ишемияга учраган асаб тўқималарининг глюкоза ва кислород билан таъминланишини яхшилайдди. Ноотроплар марказий нейронлардаги бир қатор метаболик жараёнларни фаоллаштиради. Бунинг натижасида интеллектуал ва мнестик функциялар фаоллашади.

Ноотропларнинг антигипоксик ва метаболик таъсири бу дориларни бош миянинг деярли барча касалликларида кенг қўллашга йўл очиб берди. Бу дориларнинг бош мияда қон айланишини яхшилаш хусусияти уларнинг иккиламчи таъсиридир. Ноотропларнинг яна бир ижобий хусусияти – заҳарли таъсирининг ўта пастлигидир. Бу хусусият тажриба қилиб кўрилган ва тасдиқланган. Клиник тиббиётда ҳам пирацетам ва унинг аналогларидан заҳарланишлар деярли қайд қилинмаган.

Ноотропларнинг таъсир механизмлари ҳам батафсил ўрганилмаган. Улар бош мия нейронларига таъсир қилади, лекин спинал нейронларга таъсир кўрсатмайди. Шунинг учун ноотропларни орқа мия касалликларида тавсия қилиш бефойдадир. Ноотроплар антидепрессантларнинг таъсир кучини оширади. Шунинг учун ҳам уларни депрессияларни даволашда кенг қўлласа бўлади. Соматовегетатив, невротик ва психосоматик синдромларда ҳам ноотроплардан фойдаланиш самарали натижалар беради. Ноотропларнинг юрак ишемик касалликларида ҳам фойдали таъсири ҳақида маълумотлар бор. Ноотроплар психоген ва ишемик кар-

диалгияларда ҳам фойдали воситадир. Будорилар болаларда учрайдиган аклий заифликни даволашда ҳам кенг тавсия қилинади. Марказий асаб тизимининг турли заҳарланишларида (спиртли ичимликлар, морфин, барбитуратлардан) учрайдиган делирийлар, абстинент синдромларда пирацетамни парентерал юбориш заҳарли моддаларнинг нейронларга салбий таъсирини пасайтиради. Сурункали алкоголизмда ноотропларни узоқ вақт тавсия қилиш руҳий бузилишларнинг олдини олади.

Ноотроп дориларнинг вакиллари жуда кўпдир: пирацетам (ноотропил), аминалон, фенибут, пантогам, энцефабол, сермион ва ҳоказо.

Психостимуляторлар

Бош миёда руҳий жараёнларни фаоллаштирувчи доривор воситаларга **психостимуляторлар** деб аталади. Улар нафақат руҳий, балки жисмоний фаолиятни ҳам кучайтиради. Бу дориларнинг аксарияти таркибида кофеин моддасини сақлайди. Психостимуляторлар асаб тизимини тетиклаштиради, уйқучанлик ва кам ҳаракатлиликни йўқотади. Шунинг учун ҳам бу дорилар апатия, гипотония ва адинамия билан кечувчи **психастенияларда** тавсия қилинади. Ушбу касалликларда кузатиладиган бош оғриқларни пасайтиради. Психостимуляторлар гиперстеник невралгия ва қўзғалувчи психозларда берилмайди, шунингдек, уйқудан олдин тавсия қилинмайди. Бу дориларни куннинг биринчи ярмида тавсия қилган маъқул.

Энди психофармакотерапия усуллари ҳақида сўз юритамиз ва психоген бузилишларни даволашда самарали бўлган баъзи дори воситаларига таъриф келтирамиз. Психофармакотерапия усуллари турлича бўлиб, уларни шартли равишда **2 турга** бўлиш мумкин:

1) **монотерапия усули**, яъни фақат битта психотроп дорини тавсия қилиш. Бунинг учун касалликнинг патогенези, клиник кўринишлари чуқур ўрганилиб, комплекс таъсирга эга бўлган битта дори танлаб олинади ва беморга буюрилади;

2) **политерапия усули**, яъни руҳий бузилишларни даволаш учун икки ёки ундан ортиқ психотроп дорини тавсия қилиш. Масалан, транквилизатор, ноотроп ва антидепрессантлар.

Даволаш жараёнида бу иккала усулнинг ноҳўя таъсирлари, дорини (дориларни) истеъмол қилишнинг давомийлиги, зарур пайтларда тавсия қилинган дорини бошқаси билан алмаштириш режаларини олдиндан ҳал қилиш керак.

Энди руҳий бузилишларни даволашда ишлатиладиган дориларнинг баъзилари билан танишиб чиқамиз.

Новопассит. Бу дори турли доривор ўсимликлардан тайёрланган бўлиб, кучли тинчлантирувчи таъсирга эга. У хавотирланиш, ваҳима, қўрқув ва турли руҳий-ҳиссий зўриқишларни камайтиради ва йўқотади. Новопассит асаб бузилиши билан кечувчи барча касалликларда, шунингдек, психосоматик синдромларда кенг тавсия қилинади.

Новопассит ичиш учун кунига 1 таблетка ёки 1 чой қошиқдан (5 мл) 3 маҳал буюрилади. Заруратга қараб, дорининг кундалик дозаси 2-3 баробарга оширилади. Новопассит эритмасини чой ёки турли шарбатларга қўшиб ичиш мумкин. Ошқозон-ичак бузилишлари бор беморларга бу дори овқат вақтида тавсия қилинади, бошқа пайтлари овқатдан олдин ичган маъқул. Новопассит таблетка (30 таблетка) ва эритма (100 мл ли флакон) кўринишида ишлаб чиқарилади.

Эглони́л. Антипсихотик таъсирга эга. Марказий нейронлардаги Д2-допамин рецепторларини қамал ичига олади ва шу йўл билан бош миёда тормозланиш ва қўзғалиш жараёнларига таъсир кўрсатади. Эглони́лда нейролептик ва антидепрессантларга хос хусусиятлар мавжуд, лекин улар у қадар кучли таъсирга эга эмас. Шунинг учун ҳам эглони́лни қабул қилган беморларда бошқа нейролептикларга хос бўлган уйқусираш, координатор ва экстрапирамидал бузилишлар кузатилмайди. Бу дорининг антипсихотик таъсири унинг марказий асаб тизимига фаоллаштирувчи таъсири билан намоён бўлади. Эглони́лнинг бу хусусияти уни руҳий фаолиятнинг ўта пасайиши билан кечувчи турли касалликларда, яъни руҳий, неврологик ва психосоматик касалликларда кенг қўллаш имконини беради. Эглони́л аутизм, абулия, адинамия ва хулқ-атворнинг бузилишларини (айниқса, болаларда) даволашда ҳам кенг қўлланилади. Эглони́л ҳиқичоқ, кўнгил айниши, бош айланиш ҳамда қусишини камайтиради. Шунингдек, бу дори меъда ва ўн икки бармоқли ичакнинг яра касаллигида ҳам тавсия қилинади, лекин у антацид таъсирга эга эмас.

Эглони́лни кунига 200 мг дан 1600 мг гача тавсия қилиш мумкин. Енгил психотик бузилишларда эглони́л 1 таблеткадан (200 мг) 3 маҳал, оғир бузилишларда 2 таблеткадан (400 мг) 3-4 маҳал тавсия қилинади. Апатия ва адинамия билан кечувчи ўткир психозларда эглони́л мушак орасига 100-800 мг юборилади. Сурункали психозларда ва психосоматик синдромларда бу дори 100-200 мг. дан (2-4 капсула) узоқ вақт мобайнида (одатда, 1 ой) берилади. Эглони́лнинг болаларга тавсия қилинадиган кундалик дозаси тана оғирлигининг ҳар килограммига 5-10 мг дан тўғри келиши керак.

Эглонил психомотор қўзғалишларда, артериал қон босим баланд бўлган ҳолатлар ва феохромоцитомда тавсия қилинмайди, ҳомиладорлик пайтида кам миқдорда берилади. Эглонилни узоқ давр мобайнида қабул қилиш экстрапирамидал бузилишларга олиб келиши мумкин. Бу ҳолат дорини қабул қилиш тўхтатилгач, ўтиб кетади.

Эглонил капсулада 50 мг, таблеткада 200 мг, ампулада 2 мл (100 мг) дан, шунингдек, 0,5 фоиз эритмаси 200 мл ли флаконда (1 чой қошиқда 5 мг) ишлаб чиқарилади.

Инстенон. Инстенон 3 та фаол моддадан иборат: *этамиван*, *гексабиндин* ва *этофиллин*. Шунинг учун ҳам бу дори бош миянинг фаолияти, айниқса, қон айланишига комплекс таъсир кўрсатади. *Этамиван* мия устунда жойлашган ретикуляр формациянинг фаолиятини кучайтиради, бунинг натижасида пўстлоқ ва пўстлоқ ости тузилмаларининг функционал фаоллиги ошади.

Гексабиндин нейронларнинг глюкоза ва кислороддан тўла фойдаланишини кучайтиради, уларнинг қувватини оширади, шунингдек, бош мия ва юрак мушакларининг қон билан таъминланишини кучайтиради.

Этофиллин юракнинг минутли ҳажмини ошириш ҳисобига бош миянинг ишемия ва гипоксияга учраган соҳаларининг қон томирларида перфузион босимни оширади. Бунинг натижасида, уларнинг қон билан таъминланиши ва метаболизми яхшиланади. Инстенон инсульт оқибатида ривожланадиган нутқ бузилишларини ҳам тиклайди (З.Р. Ибодуллаев, 2002).

Инстеноннинг юқорида кўрсатилган хусусиятлари уни психоневрологик бузилишлар ва психосоматик синдромларни даволашда кенг қўллаш имконини яратади. Бизнинг амалиётда апатия билан кечувчи депрессив синдромлар, хотира ва нутқ бузилишлари, психоген астмалар ва кардиосенестопатик синдромларда инстенонни тавсия қилиб, сезиларли натижаларга эришилди.

Психоневрологик бузилишлар ва психосоматик синдромларда 2 мл инстенон мушак орасига 10 кун мобайнида юборилади, сўнг 1 таблеткадан кунига 2-3 маҳал буюрилади. Даволаш давомийлиги ўртача 20-30 кунни ташкил қилади. Инстенон кучли ривожланган мия ичи гипертензиялари, тутқаноқ касаллиги ва геморрагик инсултларда тавсия қилинмайди. Ҳомиладорлик ва лактация даврида заруратга қараб буюрилади. Инстенон таблетка (30 ва 50 дона) ва ампула (2 мл) кўринишида ишлаб чиқарилади.

Ноотропил (пирацетам) – ноотроп дорилар орасида нафақат неврологик касалликларни, балки руҳий бузилишларни даволашда

ҳам энг кўп қўлланилиши билан ажралиб туради. Бу дорини барча ёшдаги (1 ёшдан бошлаб) беморларга тавсия қилиш мумкин, чунки ноотропилнинг заҳарли таъсири ўта пастдир. Ноотропил диққат, хотира, нутқ ва фикрлаш қобилиятини яхшилайди. Ноотропилни неврознинг барча турларини, яъни депрессия, астеник ҳолатлар, ипохондрик бузилишлар, фобик синдромларни даволашда самарали восита сифатида кенг тавсия қилиш мумкин. Ноотропил седатив дорилар ва антидепрессантлар таъсирини кучайтиради, шунинг учун ҳам у оғир ҳолатдаги депрессияларда қўшимча дори сифатида буюрилади. Ноотропил шизофрения ва бошқа руҳий касалликларни даволашда ҳам тавсия қилинади.

Сурункали алкоголизм ва гиёҳвандликда делирий ва абстинент ҳолатларни пасайтиришда ноотропил самарали воситадир. Морфин, барбитуратлар ва спиртли ичимликлар билан заҳарланишларни бар-тароф қилишда ҳам ноотропил берилади.

Бош миёдаги интегротив ва когнитив жараёнларга ижобий таъсири. Болаларда церебрастения, энцефалопатиялар, ақлий ривожланишдан орқада қолишлар, хулқ-атвор бузилишларини даволашда ҳам ноотропил тавсия қилинади. Ноотропилни бошқа психотроп дорилар билан бирга тавсия қилиш ҳам мумкин. Ёш болаларга ноотропилни гранулалардан тайёрланган шарбат кўринишида бериш мумкин. Шарбатни тайёрлаш учун гранулалар қайнатилган ёки дистилланган сувда эритилади. Тайёрланган эритма 100 мл дан ошмаслиги керак. 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларга ўлчовли қошиқча (10 мл) билан кунига 3 маҳал берилади. Бу ёшдаги болалар учун кундалик доза 30-40 мл 5-16 ёшгача ноотропил шарбати 20 мл дан кунига 3 маҳал буюрилади. Даволаш 3 ҳафтадан 2-6 ойгача давом эттирилади. Заруратга қараб, 2-3 ойдан сўнг даволаш такрорланади. Ўқиши паст ва хулқ-атвори ёмон болаларга (8-13 ёш) ноотропил таблеткаси 3,3 г ёки 8 мл 20 фоизли, 5 мл 33 фоизли эритмаси кунига 2 маҳал овқатдан сўнг буюрилади. Даволаш 6 ойдан 1 йилгача давом эттирилади.

Оғир кечувчи депрессив синдромлар, делирий ва абстиненция ҳолатларида ноотропил кунига 2-4 г дан (10-20 мл) бошлаб, 4-6 г гача (20-30 мл) тавсия қилинади. Агар 20 мл гача буюрилган бўлса, шприц орқали томирдан секин юборилади, ундан катта дозаларни эса физиологик эритмада томчилатиб юборган маъқул, акс ҳолда, психомотор қўзғалиш кузатилиши мумкин. Ноотропил билан даволаш давомийлиги клиник белгиларнинг камайишига қараб, врач томонидан белгиланади ва одатда, 20-30 кунни ташкил қилади. Клиник симптомлар камайгандан ёки йўқолгандан сўнг ноотропил яна

1-3 ой мобайнида (баъзан 6 ой) 2,4 г дан 8 г гача ичиб туриш буюрилади. Кейин секин-аста камайтирилиб, тўхтатилади. Кўзланган мақсадга эришиш учун ноотропилни кўрсатилган дозадан кам миқдорда ичмаслик керак.

Ноотропил, одатда, беморлар томонидан яхши қабул қилинади, чунки унинг ножўя таъсирлари жуда кам. Баъзан психомотор қўзғалишлар, жаҳлдорлик, уйқу бузилиши, ёши катта беморларда коронар етишмовчиликнинг кучайиши ва диспепсия белгилари кузатилади. Улар ноотропилнинг дозаси пасайтирилса ёки қабул қилиш тўхатилса, ўтиб кетади.

Ноотропил тавсия қилишга монелик қилувчи ҳолатлар: ўткир буйрак етишмовчилиги, аллергик ҳолатлар, болаларда диарея.

Ноотропил ичиш учун 400 мг, 800 мг, 1200 мг капсула ва таблеткаларда, 20 фоизли 125 мл эритма ҳолида ҳамда парентерал юбориш учун 1 г (5 мл), 3 г (15 мл) миқдордаги ампулалар ва 12 г (60 мл) флаконларда ишлаб чиқарилади.

Актовегин. Бу дори тўқималарда моддалар алмашинуви ва улардаги регенератив жараёнларни фаоллаштириб, трофикасини яхшилайди. Актовегин глюкоза ва кислороднинг транспортини кучайтиради, бунинг натижасида улар ҳужайраларда етарли даражада тўпланиб, оқилона сарфланади. Бу жараёнлар АТФ метаболизмнинг кучайиши билан кечади, АТФ эса ҳужайранинг асосий энергетик манбаи ҳисобланади. Актовегин тўқималарнинг қон билан таъминланишини ҳам яхшилайди. Шунинг учун ҳам актовегин асаб, юрак, ички аъзолар, тери касалликлари ва шунингдек, турли психосоматик синдромларда тўқималардаги регенератив жараёнларни фаоллаштириш учун қўлланилади.

Актовегин ичиш учун 1-2 дражедан кунига 3 маҳал овқатдан олдин буюрилади. Шунингдек, 2 ва 5 мл дан мушак ораси ёки томир ичига, натрий хлор ва глюкозанинг физиологик эритмаларида 10, 20 ёки 50 мл миқдорда томир ичига томчилатиб ҳам юборилади. Баъзи ҳолатларда, яъни бош миyaning қон томир ҳамда кучли трофик бузилишлар билан кечувчи касалликларда (диабет, куйиш, трофик яралар) 250 мл (1г) актовегин эритмаси ҳар куни ёки кунора томир ичига томчилатиб юборилади. Актовегин суртмаси теридаги трофик яраларни даволаш учун ишлатилади. Даволашнинг давомийлиги ва дорининг дозаси касаллик тури ва унинг оғир-енгиллигига қараб белгиланади. Одатда, актовегинни 10-30 кун мобайнида қабул қилиш буюрилади. Актовегинни барча ёшдаги беморларга тавсия қилиш мумкин. Уни қўллашга монелик қилувчи ҳолатлар йўқ, шундай бўлсада ҳомиладорлик ва болани эмизиш даврида тавсия этиш чекланган.

Актовегин қуйидаги кўринишларда ишлаб чиқарилади: драже 50 дона, инъекция учун 2, 5 ва 10 мл ли ампулалар.

Назорат учун саволлар

1. Психотерапия нима?
2. Гипноз усулини кимлар қўллашган?
3. Психотерапиянинг асосий воситалари нималардан иборат?
4. Х.Ф. Гуфелянд врачлар ҳақида нима деган?
5. Ятрогения ва ятропатия нима?
6. Психотроп дориларга нималар киради?
7. Антидепрессантлар қачон тавсия қилинади?
8. Нейролептикларга нималар киради?
9. Қандай транквилизаторларни биласиз?
10. Ноотропларга нималар киради?
11. Психостимуляторлар қачон тавсия қилинади?

XXI БОБ. БЕМОРЛАР ПСИХОЛОГИЯСИНИ ТЕКШИРИШНИНГ УМУМИЙ ҚОНУН-ҚОИДАЛАРИ

Касалнинг келиши осон, кетиши қийин.

Халқ мақоли

Умумий маълумотлар

Бугунги кунда тиббиётда ҳам, умумий психологияда ҳам беморлар (мижоз) ни текшириш схемалари мавжуд, бироқ бизнинг мамлакатимизда беморлар психологиясини текшириш учун алоҳида касаллик тарихномаси ишлаб чиқилмаган. Бу мақсадда, кўпинча, руҳий беморларни текшириш учун ишлаб чиқилган тарихномалар ёки умумий психологик текширувлардан фойдаланилади. Улар эса клиник психология талабларига тўла жавоб беравермайди. Шунинг учун ҳам барча тарихномаларни ўрганган ҳолда ва ўзимизнинг бир неча йиллик тажрибамиздан фойдаланиб тиббий-психологик текширувлар учун тарихнома ишлаб чиқдик ва у ушбу дарсликда биринчи бор эълон қилинаёпти.

Тиббий психологнинг беморлар билан ишлаши тиббий ва психологик этикани сақлаган ҳолда олиб борилади. Дастлаб беморнинг психологга ташрифи сабаблари аниқланади. Бунинг учун унга «Сизни психологга мурожаат қилишга нима ундади?». Сизни нима безовта қилаёпти? Сизга қандай ёрдам керак?» каби саволлар билан мурожаат қилиш мумкин. Агар бемор яқинлари билан келган бўлса, суҳбатни аввал улар билан бошлаб, сўнг бемор билан давом эттириши мумкин.

Беморнинг ташқи кўринишига катта эътибор қаратиш лозим: у ўзини қандай тутаяпти, эс-ҳуши жойидами, жисмоний камчиликлари ёки лат еган жойлари йўқми, қандай кийинган, ким билан келган?

Ҳаракат координацияси, юриши, гавда тузилиши қандай, гиперкинезлар ёки фалажликлар йўқми? Беморнинг ҳис-туйғулари ва хулқ-атвори қандай? Бу ерда беморни саволга кўмиб ташламаслик ва унга шикоятини тўла айтишга имкон бериш зарур. Қисқа суҳбатдан сўнг бемор гапиришни истамаса, аввал психологик тестлар ўтказиб, сўнг унинг тестда белгилаган жавобларига қараб суҳбатни давом эттириш лозим. Бундай пайтларда қисқа тестлардан фойдаланган маъқул, масалан, Цунг, Спилбергер-Ханин ва темпераментни аниқловчи тестлар. Психологик тестлар орқали

беморлардан жуда кўп маълумотларни йиғиб олиш мумкин. Баъзан бемор жуда сўзамол бўлади. Бундай пайтларда унинг нимани истаётганини билиб олиб, суҳбат йўналишини ўзгартириш зарур.

Суҳбат психологик ташхис учун жуда муҳимдир. Шунинг учун беморни зимдан кузатиб бориш лозим. Беморнинг нутқига ҳам катта эътибор қаратиш керак, чунки нутқнинг бузилиши ҳам жуда кўп (айниқса, нейропсихологик) маълумотлар беради. Заруратга қараб беморни логопедга юбориш мумкин.

Баъзи беморлар (айниқса, руҳий касалликка чалинганлар) эшикдаги «психолог» ёзувига кўзи тушиб, ҳузурингизга ташриф буюришни хуш кўришади. Уларни кўпроқ психолог ёрдами эмас, балки психологнинг унга нима дейиши қизиқтиради. Бундай беморларни иложи бориचा психиатрнинг махсус йўлланмаси билан ёки яқинлари билан келган тақдирда қабул қилиш керак. Чунки улар психологни соатлаб эшитиб ўтиришлари мумкин, бироқ қабул тугагандан сўнг берилган маслаҳатларга амал қилишлари даргумон. Баъзан беморларнинг руҳий касалга чалинганини аниқлаш жуда қийин бўлади ёки бу психологик суҳбат чоғида сезилиб қолади. Бундай пайтларда беморга зарур маслаҳатлар бериб психиатрга юборилади.

Агар психиатрда даволаниб чиққан бемор йўлланма билан психолог қабулига ташриф буюрса (бундай беморлар, асосан, яқин қариндошлари билан келишади), уларнинг тарихномаси билан яхшилаб танишиб чиқиш, заруратга қараб беморни даволаган психиатр билан боғланиш керак. Ҳақиқатан ҳам руҳий касалликларга чалинган кўпчилик беморлар психиатрлар тавсияси билан касаллигининг ремиссия даврида психологга юборилади.

Беморнинг дунёқарашини ўрганиш, қариндош-уруғлари, умр йўлдоши, ишига муносабатини ҳам бемордан сўраш ва бу маълумотнинг ҳақиқатга тўғри келишини унинг оила аъзоларидан билиб олиш керак.

Кўп ҳолларда бемордаги психологик бузилишлар улардаги неврологик ёки соматик касаллиги сабабли эмас, балки иш ва оиладаги келишмовчиликлар ҳисобига кузатилади. Бундай пайтларда умумий психологик текширишлар ўтказишга ҳам тўғри келади. Ишдаги келишмовчиликлар, кўпинча, беморларнинг ўз имкониятларини ортиқча ёки паст баҳолаганликлари оқибатида келиб чиқади. Бу эса доимий стресс ҳолатларини юзага келтиради ва психосоматик касалликларнинг зўрайишига ҳам сабаб бўлади. Бу ерда психолог беморнинг шу кунгача эришган ютуқларини унинг ўзидан сўраб билиб олиши ва унга катта ижобий баҳо бериши керак. Бу беморда иши ва ҳаётга бўлган қизиқишини янада оширади ва у ўз

имкониятларини тўғри баҳолай бошлайди. Бериладиган маслаҳатлар беморнинг имкониятлари доирасида бўлиши лозим.

Баъзан бемор бирор сурункали касалликка чалиниб, ундан узоқ вақт натижасиз даволаниб юрганидан шикоят қилади. Бундай пайтларда беморнинг тарихномаси билан танишиб чиқилади ва даволаш мобайнида кузатилган ижобий ўзгаришларга (сезиларли бўлмас-да) беморнинг диққати жалб этилади. Бу билан унинг соғайиб кетишига бўлган ишончи ва ихлоси тикланади. Шунинг учун ҳам беморлар илоҳий жойларни зиёрат қилмоқчи ва табибларга ҳам учрамоқчи бўлса, бунга асло тўсқинлик қилмаслик керак.

Бемор аффектив ҳолатларга тушганми, ўзига ёки бировга ҳамла қилганми ва бу ҳолатлар қачон бўлганини аниқлаш ҳам ўта муҳимдир. Унинг ичкилик, чекиш ва гиёҳванд моддаларга бўлган муносабатини ҳам аниқлаш зарур. Баъзи беморлар гиёҳванд моддалар истеъмол қилишини яширишга интилишса, бошқа бирлари айнан гиёҳвандликдан қутулиш учун ҳам психологга мурожаат қилишади. Бундай беморларга иложи борича мутахассислар иштирокида ёрдам қилиш режасини тузиб чиқиш керак. Уларга, айниқса, психологнинг маслаҳатлари жуда қўл келади. Ҳозирги кунда гиёҳвандликни даволаш усулларининг аксарияти психологик таъсирга асосланган.

Беморларнинг жинсий муаммолари тўғрисида ҳам маълумот йиғиш зарур. Айтиб ўтганимиздек, неврозларнинг келиб чиқишида жинсий бузилишларнинг аҳамияти жуда катта. Аниқланган психосексуал бузилишларни, албатта, бартараф қилиш ва заруратга қараб бу ишга психосексологларни жалб этиш лозим.

Хулоса қилиб айтганда, тиббий-психологик статусни текшириш қуйидаги масалаларни ўз олдига мақсад қилиб қўяди:

- 1) беморнинг психологга мурожаат қилишининг сабабларини аниқлаш;
- 2) тиббий ва психологик анамнезни тўплаш;
- 3) тиббий ташхисни аниқлаш (мутахассислар ёрдамида);
- 4) психологик ташхисни аниқлаш;
- 5) даволаш чораларини ишлаб чиқиш (психотерапия, психофармакотерапия ва ҳ.к.).

Беморнинг тиббий-психологик статусини текшириш схемаси *(тиббий-психологик анкета)*

I. Умумий маълумотлар.

Беморнинг исми, шарифи

Анкета (тарихнома) нинг рақами

Ёши

Жинси

Миллати

Оилавий аҳволи

Яшаш жойи

Маълумоти ва касби

Меҳнатга лаёқати

Чапақай, ўнақай ёки амбидекстр

Клиника (поликлиника) га мурожаат қилган куни

Клиника (поликлиника) да қўйилган тиббий ташхис (ташхислар)

Психологга мурожаат қилган куни

Асосий шикоятлари

Беморнинг ҳаёт анамнези (илк болалик давридан бошлаб йиғилади, қандай тарбияланган, қандай муҳитда ўсган ва ҳ.к.). Беморнинг жинсий ҳаёти ва оилавий анамнези

Беморнинг тиббий анамнези (қандай касалликлар билан оғриган)

Беморнинг психологик анамнези

Беморнинг наслий анамнези

II. Ёрдамчи текширишлар ва бошқа мутахассислар хулосалари.

(Бу текширишлар заруратга қараб, психологик статусни текширишдан олдин ёки сўнг ўтказилиши мумкин)

Лаборатор текширишлар (қон, сийдик ва ликвор), электроэнцефалография

Психиатр

Невропатолог

Патопсихолог

Нейропсихолог

Терапевт

Сексопатолог

Бошқа мутахассислар

Психологик тестлар хулосаси

III. Беморнинг темпераменти.

Суҳбат ёки психологик тестлар ёрдамида беморнинг қайси темперамент эгаси эканлиги аниқлангач, хулосага сангвиник, холерик, флегматик ёки меланхолик, деб ёзиб қўйилади.

IV. Беморнинг шахси ва хулқ-атворини текшириш хулосалари.

Беморнинг яқинлари ёрдамида ва унинг ўзидан илк болалигидан бошлаб, хулқ-атворининг хусусиятлари ҳақида маълумот йиғилади. Ясли, мактаб, ўспиринлик даври, оила қургандан кейинги ҳаёти, ишда ва жамоада ўзини тутиши ҳар томонлама сўраб ўрганилади. Шу мақсадда психологик тестлардан ҳам фойдаланилади.

Сухбат ва тестлар ёрдамида беморнинг шахси ва хулқ-атворига қуйидагича таъриф берилади: меҳрибон, худбин, мансабпараст, тошюрак, камтар, калондимоғ, хотиржам, интраверт, экстраверт ва ҳоказо.

V. Ҳиссиётни текшириш хулосалари.

Сухбат чоғида беморнинг мимикаси, ўзини тутиши, психолог ва атрофдагиларга бўлган муносабатига эътибор қаратилади ҳамда беморнинг ҳис-туйғулари ва кайфиятига қуйидагича таъриф берилади: ҳаяжонланган, ғазабланган, хавотирда, кайфи чоғ, тушкунликка тушган, ваҳима босган.

Беморнинг ҳолати аниқлангач, бу ҳақда (эйфория, дисфория, депрессия, аффект ва эмоционал амбивалент) хулосалар берилади. Хулосани янада ойдинлаштириш учун психологик тестлардан фойдаланиш мумкин.

VI. Сезги ва идрокни текшириш хулосалари.

Сезги бузилишларини текшираётганда, унинг органик (неврологик) ва истерик тусда эканлиги аниқланади. Иккала ҳолда ҳам сезгининг қуйидаги бузилишлари фарқ қилинади: моноанестезия, гемианестезия, гиперестезия, дизестезия, сенестопатиялар, каузалгия, оғриқлар (бош, тана ва ички аъзолар соҳасида).

Идрок текширилганда, қуйидаги патологик ҳолатларга эътибор қаратилади: иллюзиялар (хом хаёллар), галлюцинациялар, анозогнозия, дереализация, деперсонализация.

VII. Ирода ва майлни текшириш хулосалари.

Иродани текшираётганда, мустаҳкам иродали, матонатли, мақсадга интилувчан, иккиланувчан, мустақил, журъатсиз деб белгиланади. Шунингдек, ирода ва майл бузилишларига таъриф беришда қуйидаги атамалардан ҳам фойдаланилади: абулия, гипобулия, гипербулия, дипсомания, дромомания, клептомания, мазохизм, садизм, анорексия, полифагия, полидипсия, гомосексуализм, суицидал майллар.

VIII. Нутқни текшириш хулосалари.

Беморнинг нутқи тўғрисидаги маълумотлар сухбат чоғида ёки махсус текширишлар орқали аниқланади. Нутқни оддий ва мураккаб сўзларни такрорлатиб туриб ҳам текшириш мумкин. Нутқ бузи-

лишларини нейропсихологик тестлар ёрдамида ҳам аниқлаш мумкин. Агар беморда нутқнинг мураккаб бузилишлари кузатилса, уларни даволаш учун нейропсихолог ёки логопед ёрдами керак бўлади. Нутқнинг қуйидаги бузилишлари фарқланади: афазиялар (афферент мотор, эфферент мотор, сенсор, амнестик, семантик, динамик), соқовлик, дудуқланиш, дизартрия, дислалия.

IX. Диққат ва хотирани текшириш хулосалари.

Диққатнинг баъзи хусусиятлари суҳбат чоғида ҳам аниқлаб олинади. Диққатнинг сақланган ёки бузилганлиги кўрсатилади. Амалиётда паришонхотир атамаси кўп ишлатилади. Шунингдек, диққатни текширувчи тестлар (Крепелин, корректура синови ва шу кабилар) дан фойдаланиш мумкин.

Беморнинг диққати текшириб бўлингандан сўнг ёки у билан параллел ҳолда кундалик ва бўлиб ўтган воқеаларга бўлган хотираси ҳам текширилади. Масалан, маъносиз (гул, қарға, ойна) сўзлардан иборат қисқа қатор, қисқа ва узун жумлалар ҳамда маталларни ёд олиш ва қайта эсга тушириш каби. Худди шу услубда кўриш (турли фотосуратлар кўрсатиб, бироздан сўнг қай даражада ёдида қолгани синаб кўрилади) ва ҳаракат хотираси текширилади (бемор кўли билан турли ҳаракатларни амалга оширади ва уларни бироздан сўнг такрорлаш сўралади). Шу мақсадда Эббингауз ва Лурия томонидан ишлаб чиқилган турли психологик тестлардан ҳам фойдаланиш мумкин.

Хотиранинг бошқа бузилишлари (ретроград, антероград, антероретроград, конфабуляция, псевдореминисценция) ҳам текширилади.

X. Тафаккурни текшириш хулосалари.

Тафаккурни текшираётганда унинг изчиллиги ва тезлигига эътибор қаратилади. Фикрлаш даражаси ёшига мос келади, дебиллик, имбециллик, идиотия, деменция деб хулоса ёзилади. Бу бузилишларни аниқлаш учун ҳикояларнинг мазмуни, кичик математик масалалар, тугалланмаган жумлалар, мақоллар маъноси ва тафаккур даражасини ифодаловчи психологик тестлар (Коос кубикчалари, Бине-Симон, Векслер тестлари, тафаккур коэффициентини (IQ) аниқлаш) дан фойдаланилади.

XI. Онгни текшириш хулосалари

Онг бузилишининг шартли равишда нопсихотик ва психотик турлари ажратилади: биринчисига обнубуляция, сомноленция, сопор ва кома, иккинчисига эса делирия, транс, аменция, сомнамбулия, амбулатор автоматизмлар, онейроид киради. Шунингдек, беморнинг онг даражасига таъриф бераётганда, унинг эс-ҳуши жойидалиги, вақт,

жой ва вазиятни адаштирмаслиги ва атрофдаги воқеаларни аниқ-равшан англашига эътибор берилади.

ХУЛОСА

Олинган маълумотлар психологик тестлар, лаборатория натижалари ва бошқа мутахассислар хулосалари билан солиштирилгач, беморга **тиббий-психологик ташхис** қўйилади. Масалан, беморда психосоматик бузилишлар аниқланса, ташхисни қўйидагича ифодалаш мумкин: «Психосоматик синдром: психоген кардиалгия».

Сўнгра даволаш чоралари белгиланиб, прогноз аниқланади ва алоҳида психореабилитация режаси ишлаб чиқилади.

ХОТИМА

Ҳурматли талаба! Мана, сиз «Тиббиёт психологияси» дарслиги билан танишиб чиқдингиз. Ҳар бир врач тиббиётнинг қайси соҳасини эгаллашидан қатъи назар, психологияни чуқур билиши зарур. Тиббиётни психологиясиз тасаввур қилиш қийин. Умуман олганда, тиббиётни инсон организмга, унинг аъзоларини эса тиббий фанларга қиёслаш мумкин. Масалан, мияни – неврология, юракни – кардиология, қонни – гематология, ўпкани – пулмонология, ошқозон-ичак системасини – гастроэнтерология, жигарни – гепатология, буйракни – урология ёки нефрология фанига ва ҳ.к. Ушбу тилга олинган аъзолар организмнинг ичкарисида жойлашгани учун ташқи ножўя таъсирлардан яхши ҳимояланган. Тиббиёт психологиясини организмнинг қайси аъзосига қиёслаш мумкин? Албатта терига! Тери ташқи ножўя таъсирлардан ички аъзоларни ҳимоя қилиб турар экан, тиббиёт психологияси эса юқорида зикр қилинган барча фанларнинг ҳимоячисидир. Агар биз теримизга эътибор бериб, уни жиддийроқ парвариш қилсак, у кўз олдимизда бутун бир гўзаллиги билан намоён бўлади, агар унинг бирор жойи лат эса ёки йирингласа, нафақат тери азият чекади, балки бутун бир организм хавф остида қолади! Демак, образли қилиб айтганда, тери ички аъзоларнинг жуда катта ҳимоячисидир. Худди эгизакларни бир-биридан ажратиб тарбиялаб бўлмагандай, тиббиётни ҳам психологиядан ажратиб ўрганиб бўлмайди.

АТАМАЛАР ИЗОҲИ

Абазия — тик тура олмаслик, юролмаслик.

Абсанс — ҳушнинг (онгнинг) ўта қисқа вақтга (2–20 сония) йўқолиши.

Абстиненция — алкоголь, наркотик ва токсик моддаларни қабул қилишни тўсатдан тўхтатиш натижасида рўй берадиган руҳий бузилишлар бўлиб, жисмоний безовталиқ билан ҳам намоён бўлади.

Абстракция — (лот. «*abstractio*» – ажратиб олмоқ) бирор бир нарса ёки ҳодисанинг қайсидир бир хусусиятини ёки белгисини ажратиб кўрсатиб бериш. Фикрлаш қобилиятининг асосини ташкил қилади.

Абузус — қисқа вақт ичида (бир ёки бир неча кун) ўткир алкогольли ичимликлар ёки наркотик моддаларни катта миқдорда истеъмол қилиш бўлиб, организмнинг кучли заҳарланиши билан кечади.

Абулия — ироданинг сўниши, ҳар қандай фаолиятга қизиқиш ва интилишнинг йўқолиши.

Автоматизм — онг иштирокисиз амалга ошириладиган ҳолатлар.

Агравация — ўз касаллигини ошириб кўрсатиш.

Агевзия — таъм билишнинг йўқолиши.

Агипногнозия — ухлаганлигини сезмаслик. Бемор уйқу бутунлай йўқолганлигидан шикоят қилади, бироқ атрофдагилар унинг ухлаганлигини таъкидлайди.

Агирия — бош мия катта ярим шарларининг ривожланмай қолиши, пушталарнинг йўқлиги ёки силлиқлиги.

Агнозия — нарсаларни билишнинг (танишнинг) бузилиши.

Агорафобия — очикжойлардан кўрқиш.

Аграфия — ёзиш қобилиятининг бузилиши.

Агрессия — бировларга ташланиш, тан жароҳати етказиш, руҳий кўзғалишлар билан намоён бўлади.

Агрипния — уйқу бузилиши.

Адаптация — ҳужайра, тўқима, аъзолар ва организмнинг муҳит талабларига мослашуви. Мослашув ҳам функционал, ҳам морфологик тарзда намоён бўлиши мумкин.

Адинамия — жисмоний фаолликнинг пасайиши ёки сўниши.

Адипсия — чанқоқ сезмаслик, суюқлик ичишга қизиқишнинг йўқолиши.

Ажитация — ортиқча кўзғалиш, ортиқча хатти-ҳаракатлар, кўпинча хавотир ва кўркув билан биргаликда намоён бўлади.

Айдомания — эркакларда жинсий фаолликнинг ошиб кетиши.

Акайрия — эзмалиқ, шилқимлик. Бемор битта саволни ҳадеб қайтараверади, врач унга жавоб берган бўлсада.

Акалкулия — ҳисоблаш қобилиятининг бузилиши.

Акцентуация — баъзи руҳий функцияларнинг кучайиши, зўрайиши.

- Алалия** — нутқнинг ривожланмай қолиши, тафаккур ва эшитиш функцияси сақланган бўлади.
- Амбивалентлик** — ташқи таъсиротларга бир-бирига зид бўлган икки хил жавоб қайтариш.
- Амбидекстрия** — чапақайли ва ўнақайлик хусусиятларига эга бўлиш.
- Аменорея** — ҳайз кўришнинг узоқ вақтга йўқолиши (одатда 6 ойга).
- Амнезия** — хотиранинг йўқолиши.
- Анализ** — нарса ва воқеаларни, яъни бутунни бўлақларга бўлиб ўрганиш.
- Анализатор** — сигналларни қабул қилувчи, қайта ишловчи ва жавоб тайёрловчи нейронлар мажмуаси (морфо-функционал система). Масалан ҳаракат, сезги, кўриш, эшитиш, ҳид билиш, таъм билиш ва ҳ.к. анализаторлар.
- Анамнез** — бемор ва унинг касаллиги ҳақидаги маълумотларни унинг ўзидан ва ёнидагилардан сўраб-суриштириш.
- Анахоретлик** — одамлар билан мулоқот қилишдан қочиш, ҳеч ким йўқ жойга интилиш.
- Ангедония** — хурсанд бўлиш, роҳатланиш ҳиссининг йўқолиши.
- Анергия** — фаолликнинг пасайиб кетиши ёки йўқолиши.
- Анозогнозия** — ўз касаллигини англамаслик.
- Аномалия** — нормадан чекланиш (масалан, психопатия – шахс аномалияси).
- Аноргазмия** — жинсий яқинликдан сўнг оргазм сезмаслик.
- Анорексия** — иштаҳанинг йўқолиши.
- Аносмия** — ҳид билишнинг йўқолиши.
- Антидепрессантлар** — депрессияни бартараф этиш учун ишлатиладиган дорилар.
- Антиконвулсантлар** — тутқаноқ хуружини бартараф этиш учун ишлатиладиган дорилар.
- Антипсихотиклар** — руҳий бузилишларни бартараф этиш учун ишлатиладиган дорилар.
- Антиципация** — бўладиган воқеаларни олдиндан билиш қобилияти.
- Анэнцефалия** — бош миянинг бутунлай бўлмаслиги.
- Апифобия** — аридан қўрқиш.
- Апатия** — ҳиссий реакциялар, қизиқишлар ва ҳаракат фаоллигининг сўниши.
- Апраксия** — мақсадга йўналтирилган ҳаракатларнинг бузилиши. Масалан, гугурт чўпларидан ромбик ясай олмайди, сочини тарай олмайди, соқол ололмайди ва ҳ.к.
- Арефлексия** — рефлекснинг йўқолиши.
- Арттерапия** — санъат асарларидан фойдаланиб даволаш усули. Масалан, библиотерапия, музикатерапия, кинотерапия ва ҳ.к.
- Асексуаллик** — сексуал қизиқишнинг йўқолиши.
- Астазия** — тиктура олмаслик.
- Астазия-абазия** — мушак кучи сақланган бўлсада, тик тура олмаслик ва юра олмаслик.
- Астения** — асаб чарчаши.
- Астереогнозия** — аввал биладиган нарсаларни кўзи юмуқ ҳолатда пайпаслаб туриб айтиб бера олмаслик. Масалан, қалитни кафтига қўйса, пайпаслаб туриб унинг номини айтиб бера олмайди.

Атаксия — ҳаракат координациясининг бузилиши.

Аура — бирор касаллик бошланишидан олдин кузатиладиган аломатлар, масалан эпилептик хуруж хабарчилари.

Аутизм — ўз ички дунёсига чўкиб кетиш, бировлар билан мулоқотдан қочиш.

Аутоагрессия — ўзига қаратилган агрессив (ёвуз) ҳаракатлар.

Аутодепиляция — ҳадеб ўзининг сочини юлаверишга интилиш.

Аутомизофобия — ифлос бўлиб юришдан қўрқиш, қўл-юзини ҳадеб юлавериш, чўмилавериш.

Аутообсервация — ўз танасини ҳадеб кузатавериш, ўзига ортиқча эътибор беравериш. Кўпроқ ўсмирларда кузатилади.

Аутотопагнозия — ўз танаси ва унинг қисмлари ҳақида нотўғри тасаввур пайдо бўлиши. Бемор ўз танаси, боши, қўл ва оёқлари қаерда ва қандай жойлашганлигини тўғри айтиб бера олмайди.

Афагия — ютишнинг бузилиши.

Афазия — бош мия катта ярим шарлари зарарланиши ҳисобига юзага келадиган нутқ бузилиши.

Афония — овознинг йўқолиши.

Аффект — ҳиссий портлаш.

Базофобия — юришдан қўрқиш.

Барофобия — оғир нарса кўтаришдан қўрқиш.

Батеофобия — баландликдан қўрқиш.

Белонофобия — ўткир нарсалардан қўрқиш.

Библиоклептомания — китоб ўғирлашга интилиш.

Библиомания — кўп китоб йиғишни хуш кўриш.

Бисексуал — иккала жинс эгаларига ҳам қизиқиш, уларга интилиш.

Брадикинезия — ҳаракатларнинг секинлашуви.

Булимия — иштаҳанинг ошиб кетиши.

Вагабондаж — дайдиликка мойиллик.

Вагинизм — қиннинг ўта сезгирлиги, баъзан унинг қаттиқ спазми билан намоён бўлади.

Венерофобия — венерик касаллик юқиб қолишдан қўрқиш.

Галлюцинация — идрокқилишнинг бузилиши бўлиб, беморнинг кўзига йўқ нарсалар кўринади, қулоғига йўқ нарсаларнинг овози эшиталади ва ҳ.к.

Гебэфрения — барча онгли жараёнларнинг бузилиши билан кечувчи оғир руҳий касаллик.

Генуин — бу атамабирламчи пайдо бўлган, яъни сабаби аниқланмаган касалликларни ифодалаш учун ишлатилади. Масалан, генуин эпилепсия.

Геноцид — инсониятнинг маълум бир қатламини ирқий, миллий, этник ёки диний белгиларига қараб йўқ қилиш ёки қириб ташлаш.

Геронтопсихиатрия — ёши улуғларда (кексаларда) кузатиладиган руҳий бузилишларни ўрганувчи фан.

Гидрозофобия — доимо шамоллаб қолишдан қўрқиш.

Гидрофобия — сувдан қўрқиш.

Гинекофилия — ўз хушторларини ҳадеб ўзгартираверишга интиладиган эр-какларда кузатиладиган ҳолат. Бу Дон Жуан синдроми деб ҳам аталади.

Гинекофобия — жинсий фаоллиги сақланган бўлсада, аёлларга яқинлашишдан қўрқувчи ва улардан четда юришга интилувчи ҳолат.

- Гипалгия** — оғриқ сезишнинг пасайиши.
- Гипермнезия** — хотиранинг кучайиб кетиши.
- Гиперпатия** — сезгирликнинг жуда кучайиб кетиши, масалан, терига сал таъсир кўрсатса унда кучли оғриқ пайдо бўлади.
- Гиперсексуаллик** — жинсий фаоллиқнинг ошиб кетиши.
- Гиперстения** — кучли кўзғалиш билан намоён бўлувчи неврастениянинг бир тури.
- Гиперестезия** — сезувчанликнинг ошиши.
- Гипертимия** — кайфиятнинг ошиши (маниакал синдромларда кўп кузатилади).
- Гипобулия** — ироданинг пасайиб кетиши.
- Гипогидроз** — кам терлаш.
- Гипокинез** — ҳаракат фаоллигининг камайиши.
- Гипотимия** — кайфиятнинг пасайиши.
- Гипнагнозия** — ухлаганлигини сезмаслик. Ухлаган бўлсада, мен ухламадим дейди.
- Гипноз** — махсус таъсирлар ёрдамида уйқу ҳолатини (онгсиз ҳолатни) юзага келтириш.
- Гипнотерапия** — гипноз усулини қўллаб даволаш.
- Гипнофобия** — ухлашдан қўрқиш, ухласа худди ўлиб қоламан деб ўйлайди.
- Гистрионизм** — унга бўлган тўғри муносабатга қаттиқ реакция кўрсатиш, ҳиссий безовталик, эгоизм билан намоён бўлувчи истерик реакция.
- Гомицидомания** — чидаб бўлмайдиган даражада бировни ўлдиришга интилиш.
- Грацидомания** — чидаб бўлмайдиган даражада озишга интилиш, семириб кетишдан қўрқиш.
- Дакномания** — атрофдагиларни тишлаб олишга интилиш.
- Дансомания** — рақс тушишни жуда хоҳлаш, унга интилиш.
- Дебют** (фр. дебют — боши) касалликнинг бошланғич даври.
- Деадаптация** — организмнинг яшаш шароитларига мослаша олмаслиги.
- Дезинтеграция** — интегратив жараёнларнинг бузилиши.
- Делирий** — онгнинг туманлашуви бўлиб, кўрув галлюцинациялари, иллюзиялар, психомотор бузилишлар, вақтга ва атроф-муҳитга бўлган ориентирнинг бузилиши билан намоён бўлади.
- Деперсонализация** — шахснинг парчаланиши, ўз шахсини англай олмаслик.
- Депрессия** — кайфиятнинг тушиши, фикрлар қарахтлиги ва ҳаракат фаоллигининг пасайиб кетиши билан кечувчи руҳий бузилиш.
- Дерматомания** — терисини шикастлашга, тирноқларини ва сочини юлишга бўлган интилиш.
- Динофобия** — бош айланишдан қаттиқ қўрқиш.
- Дипсомания** — вақти-вақти билан кўп миқдорда спиртли ичимликларни истеъмол қилиш.
- Диагноз** (грек. «*diagnosis*» — билиш, аниқлаш). Ўрганилаётган жараённи, ҳолатни, воқеани баҳолаш, тасдиқлаш, хулоса чиқариш, деган маънони англатади. Тиббиётда касалликни ёки патологик жараёнларни аниқлаш, баҳолаш ва хулоса чиқариш деган маънони билдиради. Диагноз симптом, синдром ёки нозология даражасида қўйилади.

Дисфория — кайфиятнинг бузилиши бўлиб, маъюслик, бадқовоқлик ва жаҳлдорлик билан намоён бўлади.

Изолофобия — ёлғизликдан қўрқиш.

Индифферент ҳолат — барча нарсаларга, вазиятларга ва воқеаларга ҳиссий бефарқлик.

Интроверсия — ўз ҳис-туйғуларига ботиб кетиш, ички дунёсини биров билан баҳам кўрмаслик.

Ипохондрия — аслида оғир бўлмаган касалликдан ҳадеб азият чекавериш, уни гапиравериш, тузалмаслик фикрига берилиб кетиш.

Истерия — бир қанча функционал бузилишлар билан кечувчи неврознинг бир тури бўлиб, бемор атрофдагиларнинг унга эътибор қилишларини истайди. Истерия доимо бировлар олдида намоён бўлади.

Канцерофобия — саратон касаллигига чалинишдан қўрқиш.

Кардиофобия — юрак касаллигига чалинишдан қўрқиш.

Катарсис — руҳий покланиш.

Катафазия — берилган битта саволга ҳадеб жавоб қайтаравериш.

Клептофобия — нарсаларини ўғирлатиб қўйишдан қўрқиш. Қарияларда кўп кузатилади.

Климакофобия — зинапоядан юришдан қўрқиш.

Клинофилия — кун бўйи тўшақда ётиб вақт ўтказишга интилиш бўлиб, узоқ вақт ухлаш билан намоён бўлади. Масалан, бемор узоқ вақт телевизор кўриб ётади, ухлайди, уйғониб яна телевизор кўришни давом эттираверади. Ялқов талабаларда кўп кузатилади.

Коллекциомания — турли нарсалардан коллекция йиғишга интилиш.

Конвулсант — тутқаноқ хуружини юзага келтирувчи дори.

Конвулсия — тутқаноқнинг клоник тури.

Копофобия — чарчаб қолишдан қўрқиш.

Круомания — бошига қўли билан уравериш ёки бошини деворга ураверишга интилиш.

Кубомания — азарт ўйинларга ишқибозлик.

Логорея — нутқнинг кўзғалиши, кўп сўзлаш, тез сўзлаш.

Мазохизм — жинсий яқинлик пайтларида шериги томондан унга азоб етказилса, ҳақоратланса роҳатланиш ва завқланиш ҳиссининг пайдо бўлиши.

Меланхолик — темпераментнинг тушкун кайфият, маъюслик ва йиғлоқилик билан намоён бўладиган тоифаси.

Ментизм — мияга турли фикрларнинг тинмай ёғилиб келавериши.

Мизогамия — турмуш қуришдан жеркиниш.

Мизонеизм — янгиликка интилмаслик, ҳаёт тарзини ўзгартиришни ёқтирмаслик.

Мизофобия — ифлос нарсалардан жуда қўрқиш, ифлос нарсаларга яқинлашишдан қўрқиш.

Микрогирия — бош мия катта ярим шарлари пушталарининг ривожланмай қолиши, уларнинг кичик шаклда бўлиши. Бундай болалар ақлий ривожланишдан орқада қолган бўлади.

Микроцефалия — мия қутиси ва бош миянинг кичик шаклда бўлиши.

Монофагия — фақат бир хил овқатни ейишга интилиш.

Мутизм — гапириш қоблияти сақланган бўлсада, жим юриш, гапирмаслик.

- Наркология** — алкоголизм, наркомания ва токсикомания касалликларини ўрганувчи фан.
- Наркомания** — наркотик моддаларни қабул қилишга ружу қўйиш.
- Нарциссизм** — ўз танасига қараб эротик ҳузур олиш.
- Неврология** — асаб системаси ва унинг касалликларини ўрганувчи фан.
- Невропатология** — асаб касалликларини ўрганувчи фан.
- Невроз** — асаб системасининг функционал касаллиги.
- Некрофобия** — ўликдан қўрқиш.
- Нейропсихология** — олий руҳий функцияларни ўрганувчи фан.
- Неонатолог** — онаси томондан энди туғилган чақалоқни ўлдириш.
- Никтофобия** — қоронғилиқдан, тундан қўрқиш.
- Нимфомания** — аёлларда кузатиладиган кучли даражадаги сексуал фаоллик. Улар учун жинсий қониқмаслик, доимо жинсий яқинликка интилиш ва жинсий шерикларини тез-тез ўзгартириб туриш хос.
- Нозология** — касалликлар ҳақидаги таълимот.
- Нозофобия** — касал бўлиб қолишдан қўрқиш.
- Олигофрения** — туъма ақлий заифлик.
- Онанофобия** — онанизм асоратларидан қўрқиш.
- Паранойя** — фикрлаш қобилиятининг бузилиши бўлиб, борлиқни, бўлаётган воқеаларни нотўғри таҳлил қилиш билан намоён бўлади.
- Парапсихология** — инсон сезги аъзолари фаолиятига алоқадор бўлмаган идрок турлари мавжудлигини илгари сурувчи фан.
- Парашизофрения** — ҳақиқий шизофренияга ўхшаб кечадиган реактив ҳолат бўлиб, аксарият ҳолларда беморнинг тўла тузалиши билан тугайди.
- Пароксизм** — касаллик ёки патологик ҳолатларнинг ўткир хуружи.
- Паросмия** — ҳидлов галлюцинациялари ва иллюзиялари.
- Патогенез** — касаллик ёки патологик жараёнларнинг келиб чиқиши, ривожланиши, кечиши ва тугалланиши қонуниятлари ҳақидаги таълимот.
- Патоморфоз** — турли омиллар таъсири остида касалликнинг клиник ва морфологик белгиларининг ўзгариши, бошқача тарзда кечиши.
- Педантизм** — барча тартиб ва қоидаларга қаттиқ риоя қилиш, ҳамма ишларни аниқ бажаришга интилиш, расмиятчиликка берилиш.
- Пахигирия** — бош мия катта ярим шарлари пушталарининг катталашуви.
- Педофилия** — ёш болалар билан жинсий яқинликка интилиш.
- Пиромания** — ўт қўйишга интилиш.
- Пирофобия** — оловдан, ўтдан қўрқиш.
- Плацеботерапия** — индифферент дорини қўллаб беморни ишонтириб даволаш усули.
- Полипное** — нафас олишнинг тезлашуви.
- Порэнцефалия** — турли бўшлиқлар билан намоён бўлувчи бош мия аномалияси.
- Преморбид ҳолат** — касаллик ривожланиши, шаклланиши ва кечишида катта аҳамиятга эга бўлган туъма, орттирилган, биологик ва психологик омиллар йиғиндиси.
- Продромал давр** — касалликнинг асосий клиник белгилари бошланишидан олдинги давр.
- Псевдодеменция** — истерик ақлий заифлик.

Псевдоимпотенция — жинсий фаоллиги яхши бўлсада, ўзида импотенция аломатлари бор деб тасаввур қилиш.

Псевдомелия — ўзида ортиқча оёқ ёки қўллар бор деб тасаввур қилиш. Бош миянинг субдоминант (ўнг) ярим шари зарарланганда кузатилади.

Псевдошизофрения — шизофренияга ўхшаш белгилар билан намоён бўлувчи руҳий бузилиш.

Психалгия — психоген хусусиятга эга танадаги оғриқлар.

Психастения — руҳий чарчаш, руҳий қувватсизлик.

Психиатрия — инсон руҳиятини ва руҳий касалликларни ўрганувчи фан.

Психика — (греч. «*псюхе*» — қалб дегани). Объектив борлиқни субъектив акс этишининг фаол тури.

Психогения — психоген омиллар натижасида ривожланган руҳий-асабий бузилишлар (реактив психозлар ва неврозлар).

Психогигиена — руҳий саломатликни сақлашга ва таъминлашга қаратилган фан.

Психодиагностика — психологик усулларни қўллаб руҳий функцияларни (бузилишларни) баҳолаш ва аниқлаш.

Психоз — руҳий бузилиш.

Психолагния — эротик хаёлларга берилиб кетиб ўзида сексуал қўзғалишни юзага келтириш. Асосан ўсмир ёшида кузатилади.

Психология — руҳиятни ўрганувчи фан.

Психометрия — руҳий функцияларни (бузилишларни) миқдорий баҳолаш усули.

Психопрофилактика — руҳий касалликларнинг олдини олишни ўрганувчи фан.

Психосоматик тиббиёт — руҳий омиллар билан соматик касалликлар орасидаги боғлиқликни ўрганувчи фан.

Психотерапия — психологик усулларни қўллаб даволаш усули.

Психофармакология — фармакологик воситаларнинг руҳиятга таъсирини ўрганувчи фан.

Психофизиология — руҳиятни физиологик жараёнлар билан яқдилликда ўрганувчи фан.

Психохирургия — руҳий бузилишларни хирургик йўллар билан даволаш йўллари ўрганувчи фан.

Пуэрилизм — катталарда кузатиладиган болаларга хос хулқ-атвор.

Регресс — касалликнинг орқага қайтиши, чекиниши.

Резидуал — ўтказилган касаллик асоратлари даври.

Резуррент — касаллик аломатларининг қайта пайдо бўлиши.

Сангвиник — темпераментнинг кучли, хушчақчақ ва чаққон тоифаси.

Синтез — анализга тескари бўлган жараён бўлиб, психология ва физиологияда бўлақлардан бутунни яратиш демақдир.

Ситофобия — овқат қабул қилишдан қўрқиш.

Стресс — кучли ташқи таъсиротлар натижасида организмда кузатиладиган реактив ҳолатлар.

Стрессор — стресс ҳолатини юзага келтирувчи омил.

Субдепрессия — енгил депрессия.

Суицидомания — ўз жонига қасд қилишга интилиш.

Талассофобия — денгиздан қўрқиш.

Танатофобия — ўлишдан қўрқиш.

Тахипсихия — руҳий фаолиятнинг тезлашуви.

Темперамент — шахснинг индивидуал хусусияти.

Теофобия — худодан, унинг қаҳридан қўрқиш.

Тик — баъзи мушакларда автоматик тарзда кузатиладиган тебранишлар.

Токсикофобия — заҳарланишдан қўрқиш.

Толерантлик — дорилар таъсирини заҳарланмасдан ўткази олиш қобилияти.

Топалгия — тананинг маълум бир жойида кузатиладиган функционал хусусиятга эга оғриқ.

Трансвестизм — бошқа жинс эгасига тааллуқли бўлган кийимларни кийишга қизиқиш.

Трема — жамоа олдида ёки катта мажлисларда нутқ сўзлашдан қўрқиш, ҳаяжонланиш.

Умумлаштириш — абстракцияга тескари бўлган жараён бўлиб, нарса ва ҳодисаларнинг ўзаро боғлиқлик томонлари ва умумий хусусиятларини биргалликда ўрганишидир.

Фазмофобия — жинлардан, руҳлардан, шайтондан қўрқиш.

Феминизация — эркекларда аёлларга хос бўлган иккиламчи жинсий аломатларнинг (аъзоларнинг) пайдо бўлиши.

Феминизм — эркекларда аёлларга хос бўлган мимик реакциялар ва хулқ-атворнинг пайдо бўлиши.

Фетишизм — бошқа жинсга тааллуқли бўлган ички кийимларни тасаввур қилиб ёки қўлида ушлаб, танасига тегизиб кўриб ўзида жинсий қўзғалиш ҳосил қилиш. Асосан ўсмир ёшидаги эркекларда кузатилади.

Флегматик — темпераментнинг кучли, вазмин ва камҳаракат тоифаси.

Фобия — қўрқув, ваҳима.

Фотофобия — ёруғликдан қўрқиш.

Фонастения — тинч ва паст товушли нутқ.

Фригидлик — аёлларда учрайдиган жинсий совуққонлик, оргазм бўлмаслиги.

Фуга — истерик қочиш.

Хайрофобия — мотам маросимларида ва шунга ўхшаш жойларда хурсандчилик аломатларини кўрсатишдан, кулиб юборишдан қўрқиш.

Холерик — темпераментнинг кучли, жиззаки ва ҳаракатчан тоифаси.

Церебрастения — асабнинг чарчаши, неврастения синоними.

Циклотимия — кайфиятнинг ўзгариб туриши.

Эго — мен дегани.

Эгоист — фақат ўзини ўйловчи шахс.

Эзофагоспазм — қизилўнган спазми.

Эйфория — бўлар-бўлмасга кайфиятнинг юқори бўлиши.

Экстаз — қисқа вақт давом этувчи ўта юқори кайфият, фахрланиш, ўзида йўқ хурсанд бўлиш.

Эхопраксия — атрофдагиларнинг ҳаракатларини такрорлаш. Руҳий беморларда, катотонияда кузатилади.

Ятрогения — тиббиёт ходимининг, айниқса врачнинг хатти-ҳаракатлари, бехосдан айтиб қўйган сўзи ёки нотўғри тиббий хулосаси сабабли беморда пайдо бўлган турли хил касаллик аломатлари.

АТАМАЛАР КЎРСАТКИЧЛАРИ

Абдоминал оғриқлар	217
Абсанс	305
Абстинент синдром	319
Авесто китоби	7
Агарофобия	260
Агнозия	51
Аграфия	67
Айзенк шкаласи	158,370
Алкоголизм	317
Амавроз	76
Аменция	138
Амнезия	104
Аналгезия	79
Анализаторлар	30,32,76
Антидепрессантлар	269,380
Апатия	132,286
Апраксия	70
Асаб тизимининг онтогенези	37
Асаб тизимининг филогенези	35
Астазия-абазия	257
Ауралар	304
Афазия	57
Аффект	132
«Безовта оёқлар» синдроми	198
Беморни операцияга тайёрлаш	332
Бирламчи ва иккиламчи сигнал системалари	75
Бош мия жароҳатлари	285
Брок маркази	49
Буюк шахслар	148
Вагинизм	243
Вазиятли импотенция	231
Векслер тести	117
Вернике маркази	49
Галлюцинациялар	81
Гамильтон шкалалари	358
Ганзер синдроми	255
Гемиянестезия	80,278
Гетерохронлик принципи	43
Гиёҳвандлик	320
Гинекологик касалликларда беморлар психологияси	337
Гиперактив синдром	25
Гиперестезия	79,195,248
Гиперкинезлар	300
Гипноз	377
Гиппократ қасамёди	8

Делирия	137
Деменция.	114
Деонтология	174
Депакин	310
Деперсонализация	83,138
Депрессия	130,261
Диққат	86
Дисгамия	241
Диссоляция назарияси	37
Дистресс	130
Дисфория	132
Етишмовчилик ҳисси	143
Жарроҳликда беморлар психологияси	326
Жеймс-Ланге назарияси	120
Жинсий бузилишлар	223
Жинсий гормонлар	224
Зольфт	270
Ид	140
Идиотия	114
Идрок	74
Иллюзиялар	82
Имбециллик	114
Импотенция	229
Инсулт	276
Истерик ступор	255
Истерик фалаклар	256
Истерик фуга	255
Истерик ҳомиладорлик	258
Истерия	254
К. Хорни таълимоти	145
Қабзият	214
Кайфият	122
Кама Сутра	242
Климактерик синдром	342
Крепелинусули	107
Коитус	229
Кома	136
Компульсия	261
Конфабуляция	103
Корсаков синдроми	288
Кўнгил айниш ва қусиш	213
Либидо	223
Менингит ва менингоэнцефалит	289,293,296
Мазохизм	243
Маниакал ҳолат	133
Мизож	14
Миядан кетмайдиган фикрлар	259

Мотор афазия	62
Неврастения	252
Неврозлар	252
Нейролептиklar	382
Нейропсихологик синдромлар	51
Неофрейдизм	144
Новопассит	383
Ноотроп дорилар	384
Нейропсихология	6,48
Обнубиляция	136
Обсессиялар	260
Олигофрения	114
Олий нерв фаолияти	28
Онг	134
Онгсизлик	139
Онейроид	138
Онкологик касалликларда беморлар психологияси	351
Оргазм	226
Органик касалликлар	252
Парестезия	80
Поллюция	237
Портал (флуоксетин)	273
Посттравматик астения	285
Паллидар синдром	299
Псевдодерматологик синдромлар	245
Псевдоневрологик синдромлар	181
Псевдоревматизм	202
Псевдоурологик синдромлар	218
Психоанализ	139
Психоген анорексия	212
Психоген астма	206
Психоген бел оғриқлар	193
Психоген бош айланиш	189
Психоген бош оғриқ	182
Психоген гиперестезия	195
Психоген йўтал	210
Психоген кардиалгиялар	199
Психоген невралгиялар	192
Психоген сексуал бузилишлар	223
Психоген цервикалгия	195
Психогигиена	168
Психологик тестлар	358
Психодиагностика	358
Психопрофилактика	173
Психосенсор бузилишлар	83
Психосоматик касалликлар	181
Психосоматик синдромлар	199

Психостимуляторлар	385
Психотерапия	267,375
Психофармакотерапия	378
Пуэрилизм	159,255
Рексетин	272
Рецепторлар	75
Садизм	243
Седатив дорилар	383
Сезги	73
Сексуал бузилишлар	223
Селе назарияси	130
Сенсор афазия	65
Синкопе	136
Соматопсихик синдром	181
Сомнамбулизм	137
Сопор	136
Спилбергер-Ханин шкаласи	368
Стресс	128
Суиқасд турлари	131
Супер-Эго	140
Тафаккур	111
Темперамент	163
Тери гиперестезияси	248
Тиб қонунлари	12
Тиббий психология	5,398
Тиббий-психологик анкета	394
Травматик психозлар	286
Транквилизаторлар	382
Туғруқдан кейинги психозлар	337
Тунги хуружлар	305
Тутқаноқ хуружлари	301
Унутиш	102
Феварин (флувоксамин)	270
Финлепсин	312
Фобиялар	259
Фрейд таълимоти	17,139
Фригидлик	238
Фрикция	229
Функционал блоклар	33
Функционал система	40
Ҳайз олди синдроми	341
Характер	165
Хед-Захарин соҳалари	196
Ҳиссиёт	119
Хотира	89
Цунг шкаласи	364
Шартли ва шартсиз рефлекслар	29

Шахс	147
Шульте жадвали	107
Шахс типлари	152
Эглонил	386
Эго	140
Эйфория	132
Экстравертлар	158
Эпилепсия	301
Энцефалит	298
Эпилепсияда руҳий бузилишлар	301
Эрекция	223
Эркакларда климактерик синдром	349
Эякуляция	223
«Ялқов ошқозон» синдроми	213
Ятрогения	378

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. **Абу Али Ибн Сино.** Тиб қонунлари. Хжилдди. –Т.: 2000.
2. **Адилова Т.М.** Психокоррекция. (Учебное пособие). –Т.: 2005.
3. **Васила Каримова.** Саломатлик психологияси. –Т.: 2005.
4. **Визел Т.Г.** Основы нейропсихологии. –М.: 2000.
5. **Гелмут К., Дженифер Б.** Гипнотерапия. –М.: 2002. (пер. с нем.).
6. **Джудит Тодд, Артур К. Богарт.** Основы клинической и консультативной психологии. / Пер с англ. СПб 2001.
7. **Давлетшин М.Г.** Умумий психология (маърузалар тўплами). – Т.: ТДПУ. 2000.
8. **Ибадуллаев З.Р.** Межполушарная функциональная асимметрия и нейропсихологические синдромы при церебральных инсультах, пути их коррекции. Дис. докт. мед. наук –Т.: 2005.
9. **Ибодуллаев З.Р.** Ўзбекистонда нейропсихология фанининг кечаси, бугун ва истикболи. Неврология журналы. 2005. № 3. 108–109 б.
10. **Ибодуллаев З.Р.** Тиббиёт психологияси. Дарслик. –Т.: 2008, 378 б.
11. **Ибодуллаев З.Р.** Ўзбекистонда тиббиёт психологиясини ўқитиш концепцияси. Патология журналы, 2009. №.1, 31-33 б.
12. **Ибодуллаев З.Р., Ишанходжаева Г.Т.** Болаларда асабий-руҳий бузилишлар. Методик қўлланма. – Т.: 2009, 20 б.
13. **Каримова В.М., Акрамова Ф.** Психология (маърузалар тўплами). – Т.: 2000.
14. **Каримова В.М.** Психология. Дарслик. –Т.: 2004.
15. **Лурия А.Р.** Основы нейропсихологии. –М.: 2004.
16. **Мажидов Н.М.** О нервной системе в трудах Абу Али ибн Сино. / Журнал неврология. 2001. 1. 2-3 с.
17. **Мументалер М.** Дифференциальный диагноз в неврологии (пер. с нем.) – М.: 2008.
18. **Олимов Х.О., Олимов У.Х.** Психиатрия клиникасининг муқаддимаси. – Т.: 1997.
19. **Солсо К.** Когнитивная психология. –М.: 2002.
20. **Тўлаганова Г.К.** Тарбияси қийин ўсмирлар. Монография. –Т.: 2005.
21. **Хомская Е.Д.** Нейропсихология. СПб.: Питер 2005. 496 с.
22. **Хўжаева Н.И., Шоюсупова А.У.** Психиатрия. Тошкент. Ўқув адабиёти. 1995.
23. **Шоумаров Ф.Б.** Оила психологияси. Ўқув қўлланма. –Т.: 2000.
24. **Шоумаров Ф.Б.** 1001 саволга психологинг 1001 жавоби. –Т.: 2000.
25. **Эргашев Ш.Б.** Абу Али Ибн Сино буюк мероси вазамонавий фан ютуқлари. –Т.: 2000.
26. **Қодиров А.А.** Тиббиёт тарихи. –Т.: 1994.
27. **Қосимов Э.И.** Шифокорнинг нутқ маданияти ва бемор билан мулоқот санъати. –Т.: 2001.
28. **Қодиров Б.Р.** Керн-Йирасек методикаси. Методик қўлланма. –Т.: 1999.
29. **Ғозиев Э.Ф.** Тафаккур психологияси. –Т.: 1990.
30. **Ғозиев Э.Ф.** Умумий психология. Дарслик. –Т.: 2002.

МУНДАРИЖА

ИККИНЧИ НАШРИГА СЎЗ БОШИ	3
--------------------------------	---

I БОБ. ТИББИЁТ ПСИХОЛОГИЯСИ ФАНИ, ВАЗИФАЛАРИ ВА ҚИСҚАЧА ТАРИХИ. МИЯ ВА РУҲИЙ ЖАРАЁНЛАР

1.1. Фан ҳақида тушунча	5
1.2. Тиббиёт психологиясининг қисқача тарихи	7
1.3. Бола руҳияти шаклланишининг асосий босқичлари	24
1.4. Гиперактив синдром	25
1.5. Олий нерв фаолияти ва психофизиологик жараёнларнинг шаклланиш босқичлари	28
1.6. Миянинг функционал системаси	40

II БОБ. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ АСОСЛАРИ

2.1. Нейропсихология фани ҳақида тушунча ва унинг қисқача тарихи	48
2.2. Нейропсихологик синдромлар	51

III БОБ. СЕЗГИ ВА ИДРОК

3.1. Умумий маълумотлар	73
3.2. Сезги ва идрокнинг физиологик механизмлари	75
3.3. Сезги ва идрокнинг бузилиши	79

IV БОБ. ДИҚҚАТ ВА ХОТИРА

4.1. Диққат ҳақида тушунча	86
4.2. Диққатнинг физиологик механизмлари	86
4.3. Диққатнинг бузилиши	87
4.4. Хотира ҳақида тушунча	89
4.5. Хотира механизмлари	94
4.6. Эслаб қолиш	98
4.7. Эсда сақлаш ва қайта эсга тушириш	102
4.8. Хотира патологияси	103
4.9. Диққат ва хотирани текшириш усуллари	105

V БОБ. ТАФАККУР

5.1. Умумий таъриф	111
5.2. Тафаккурнинг бузилиши	113
5.3. Тафаккурни текшириш усуллари	114

VI БОБ. ҲИССИЁТ

6.1. Умумий таъриф	119
6.2. Ҳиссиётнинг физиологик механизмлари	122
6.3. Ҳиссиёт патологияси	130

VII БОБ. ОНГ ВА ОНГСИЗЛИК

7.1. Умумий тушунча	134
7.2. Онг патологияси	136
7.3. Онгсизлик	139
7.4. Фрейддан кейинги психоанализ	143

VIII БОБ. ШАХС. ТЕМПЕРАМЕНТ. ХАРАКТЕР

8.1. Шахс ҳақида тушунча	147
8.2. Шахс типлари	152
8.3. Шахсни текшириш усуллари	161
8.4. Темперамент ва унинг типлари	163
8.5. Характер	165

IX БОБ. ПСИХОГИГИЕНА, ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ВА ДЕОНТОЛОГИЯ АСОСЛАРИ

9.1. Психогигиена	168
9.2. Психопрофилактика	173
9.3. Деонтология асослари	174

X БОБ. ПСЕВДОНЕВРОЛОГИК ВА ПСИХОСОМАТИК СИНДРОМЛАР

10.1. Умумий тушунча	181
10.2. Псевдоневрологик синдромлар	182
10.3. Психосоматик синдромлар	199

XI БОБ. СЕКСУАЛ БУЗИЛИШЛАР ПСИХОЛОГИЯСИ

11.1. Жинсий аъзолар ҳақида умумий маълумот	223
11.2. Эракларда учрайдиган сексуал бузилишлар	227
11.3. Аёлларда учрайдиган сексуал бузилишлар	238
11.4. Дисгамия	241
11.5. Жинсий яқинлик пайтида кузатиладиган сексуал бузилишлар	243

XII БОБ. ТЕРИДА КУЗАТИЛАДИГАН ПАТОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

12.1. Умумий маълумотлар	245
12.2. Тери гиперестезияси	248

XIII БОБ. НЕВРОЗЛАР ВА ДЕПРЕССИЯ

13.1. Неврозлар	252
13.2. Депрессия	261

XIV БОБ. АСАБ СИСТЕМАСИ КАСАЛЛИКЛАРИДА БЕМОРЛАР ПСИХОЛОГИЯСИ

14.1. Мия инсультларида беморлар психологияси	276
14.2. Бош мия жароҳатларида беморлар психологияси	285
14.3. Менингит ва менингоэнцефалит ўтказган беморлар психологияси	289
14.4. Эпилепсия ва тутқаноқ синдромларида беморлар психологияси	301

XV БОБ. АЛКОГОЛИЗМ ВА ГИЁҲВАНДЛИҚДА БЕМОРЛАР
ПСИХОЛОГИЯСИ

15.1. Алкоголизмда беморлар психологияси	317
15.2. Гиёҳвандликда беморлар психологияси	320

XVI БОБ. ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДА БЕМОРЛАР
ПСИХОЛОГИЯСИ

16.1. Жарроҳ ва бемор орасидаги психологик муносабатлар	326
16.2. Беморни операцияга тайёрлаш	332

XVII БОБ. АКУШЕРЛИҚДА ВА ГИНЕКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРДА
БЕМОРЛАР ПСИХОЛОГИЯСИ

17.1. Туғруқдан сўнг кузатиладиган руҳий ўзгаришлар	337
17.2. Гинекологик операциялардан сўнг кузатиладиган руҳий-ҳиссий бузилишлар	338
17.3. Абортдан сўнг кузатиладиган руҳий-ҳиссий бузилишлар	339
17.4. Ҳайз бузилишларида аёллар психологияси	340
17.5. Ҳайз олди синдроми	341
17.6. Климактерик даврда психологик ўзгаришлар	342

XVIII БОБ. ОНКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРДА БЕМОРЛАР
ПСИХОЛОГИЯСИ

18.1. Умумий маълумотлар	351
18.2. Онкологик касалликларда руҳий-ҳиссий бузилишларнинг сабаблари ..	353
18.3. Онкологик беморларда руҳий-ҳиссий бузилишларнинг клиник кўриниши	354

XIX БОБ. ПСИХОДИАГНОСТИКА. ПСИХОЛОГИК ТЕСТЛАР

19.1. Депрессияни аниқлаш ва баҳолаш тестлари	358
19.2. Хавотирни аниқлаш ва баҳолаш учун тестлар	366
19.3. Шахс хусусиятларини аниқлаш ва баҳолаш учун Айзенк шкаласи	370

XX БОБ. ПСИХОТЕРАПИЯ ВА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

20.1. Психотерапия	375
20.2. Психофармакотерапия	379

XXI БОБ. БЕМОРЛАР ПСИХОЛОГИЯСИНИ ТЕКШИРИШНИНГ
УМУМИЙ ҚОНУН-ҚОИДАЛАРИ

Умумий маълумотлар	391
Беморнинг тиббий-психологик статусини текшириш схемаси	394
Хулоса	397
Хотима	398
Атамалар изоҳи	399
Атамалар кўрсаткичлари	407
Фойдаланилган адабиётлар	412

Ўқув-услубий нашр

ЗАРИФБОЙ ИБОДУЛЛАЕВ

ТИББИЁТ ПСИХОЛОГИЯСИ

Муҳаррир

Тех. муҳаррир
Елена ДЕМЧЕНКО

Мусаҳҳиҳ

Компьютерда саҳифаловчи
Феруза БОТИРОВА

Босишга __.09.2010-й.да рухсат этилди. Бичими 60x90 1\16.

Босма тобоғи 26,0. Шартли босма тобоғи ____.

Адади ____ нусха. Буюртма № ____.

Баҳоси келишилган нарҳда.

«Янги аср авлоди» НММда тайёрланди.

«Ёшлар матбуоти» босмаҳонасида босилди.

100113. Тошкент, Чилонзор-8, Қатортол кўчаси, 60.

Мурожаат учун телефонлар:

Нашр бўлими – 278-36-89;

Маркетинг бўлими – 128-78-43

факс — 273-00-14; э-маил: янгиасравлоди@маил.ру