

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛASH ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

“ТАСДИҚЛАЙМАН”

“КЕЛИШИЛДИ”

**ЎзР ССВ Фан ва ўқув
Юртлари бош бошқармаси
Бошлиғи Ш.Э.Атаханов**

**ЎзРССВнинг Тиббий таълимни
ривожлантириш маркази
директори Х.А.Абдуллаева**

2012й «____»_____
№____ баённома

2012й «____»_____
№____ баённома

ПСИХИК ЖАРАЁНЛАР ВА УЛАРНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ

**Тиббиёт олий ўқув юртлари _____ факультети _____
курс талабалари учун услубий қўлланма**

ТОШКЕТ – 2012

Тузувчилар:

1. Акбарова С.Н.
2. Хайруллаев О.М.

Такризчилар:

1. Шоимова Ш.С., ТошПМИ, доцент, психология фанлари номзоди
2. Ахмедов С.А., ТошПМИ, доцент, тиббиёт фанлари номзоди

“Психик жараёнлар ва уларнинг бузилишлари” мавзусидаги ўқув-услугий қўлланма тиббиёт олий ўқув юртлари _____ факультети _____ курс талабалари учун мўлжалланган.

Услугий қўлланма ТошПТИ МУКда муҳокама қилинди.
2012 й “___” _____ № _____ баённома.

Илмий кенгаш котиби (ФИШ, имзоси).

Аннотация

Тиббиёт олийгоҳларида тиббий психология, психогигиена ва психотерапияни ўқитиш бўлғуси шифокорларда психология асослари фанини шакллантиришга, ва улардан кейинчалик ўз амалиётларида фойдаланишга, касалликни даволаш, олдини олиш, саломатликни сақлаш ва мустаҳкамлаш, ҳаёт тарзини, меҳнат қилиш қobiliятини яхшилаш учун қўллашга қаратилган.

Тиббий психология – тиббий билимларнинг мустақил бўлими бўлиб, беморларнинг бутун касаллик даврида шаклланувчи психологик муаммоларни ўрганишга бағишланади.

Тиббий психология психотерапия ва реабилитациянинг илмий асоси ҳисобланади ва у умумий гигиена, профилактика ва бошқа клиник фанлар билан бевосита боғланган.

Касалликнинг ривожланишида психиканинг ролини ўрганиш ва уни даволаш мақсадида психик таъсир кўрсатиш усулларида фойдаланиш тиббиётда профилактик принципларни реализация қилишнинг асоси ҳисобланади. Шу мақсадда ушбу методик қўлланмада асосий психик жараёнлар бўлмиш онг, хотира, тафаккур, ирода, сезги, идрок, диққат, эмоцияларнинг норма ва патология ҳолатлари баён этилган. Ушбу асосий психик жараёнларнинг характеристикалари, турлари ва бузилишларининг турли шакллари берилган. Мазкур методик қўлланма тиббиёт олийгоҳларининг студентлари учун мўлжалланган.

1-Машғулот

Мавзу: Кириш. Тиббий психологиянинг предмети ва вазифалари.

Ривожланиш тарихи. Тиббий психологиянинг методлари.

Клиник тиббий психология ҳам махсус психологиянинг бўлими ҳисобланади. У тиббиёт ва психологиянинг кесишувида ҳосил бўлган ва Е.Кречмер (1922 йил) томонидан асос солинган фан бўлиб, касаллик табиатини психик жихатдан таҳлил қилиш ҳисобланади. Тиббий психология бемор психикаси хусусиятлари унинг соғлиқ ва касалликларига таъсири, шифокор ва бемор ўртасидаг ўзаро алоқа, инсонларнинг психик ва жисмоний соғлиги учун атрофни яхшилаш йўллари, психик асаб бузилишларини олдини олиш кабиларни ўрганувчи психология соҳасидир.

Тиббий психология беморларнинг касаллиги ривожланишининг барча босқичларида ва тиббий хизматдан турли шароитларда фойдаланишидаги психологик муаммоларини ўз ичига олувчи тиббий билимларнинг мустақил бўлими саналади.

Тиббий психология нафақат беморларни тез ва иложи борида тўлиқ соғайиб кетиши учун зарур алоқалар учун шароитларни яхшилашга қаратилган, балки касалликни олдини олиш соғлиқни сақлаш, шахснинг шаклланишидаги уйғунликка ҳам йўналтирилгандир. “Клиник” (грек. *κλινικ* –

касалхона тўшаги), “Тиббий” психологиянинг атамалари мазмун ва моҳиятига кўра яқин. Кўпгина мутахассислар “Клиник психология” атамасини қўллайдилар, чунки у турли касалликлар клиникасининг психологик омиллари аҳамиятини кўрсатиб беради.

Бемор психологияси ва унинг касаллик, муолажа давомидаги ўзгаришларини очиб берувчи клиник психология асосларини билмай ва қўлламай туриб ҳақиқий тиббий хизмат кўрсатиш ва ҳақиқий шифокор даражасига етиш мумкин эмас, ҳаттоки танланган тиббий мутахассислигининг назарий асосларини жуда яхши эгаллаган бўлса ҳам.

Умумий тиббиёт психологияси қуйидагиларни ўрганади:

1. Бемор кишининг, шифокорнинг, бемор ва шифокорнинг кундалик мулоқотининг профилактик ва даволовчи муассасаларнинг психологик атмосферасининг асосий қонуниятларини;

2. Касалликнинг ички кўриниши, шахснинг касалликга реакцияси вариантлари ва уларнинг муолажа жараёни учун аҳамияти;

3. Шифокорлик фаолияти психологияси, шунингдек, тиббий хизматдаги бемор ва шифокор ўртасидаги ўзаро муносабатни.

4. Психосоматик ва соматик ўзаро таъсирлар ҳақидаги таълимлар.

5. Индивидуаллик (темперамент, характер, шахсият), эволюция ва унинг постнатал патогенези босқичлари ҳақидаги таълимотлар тиббий деонтология, шу жумладан, шифокор бурчи, этикаси, шифокор сири каби саволлари.

Хусусий тиббиёт психологияси юқорида санаб ўтилган саволларни ҳар бири аниқ тиббий фанларга нисбатан қўлланишни ўрганиш, хирургия, терапия, педиатрия, санитария, гистология, нейропатология, психиатрия ва ҳ.к.

Хусусий тиббиёт психологияси турли касалликлар билан азият чекувчи беморларнинг психологиясидаги хусусиятларни, меҳнат, ҳарбий ва суд экспертизасининг тиббий психологик аспектларини очиб беради. У қуйидагиларга эътибор қаратади:

- 1) асаб бузилишларнинг чегаравий шакли билан касалланган бемор психологияси;

- 2) хирургик аралашувга тайёргарлик босқичидаги ва операциядан кейинги босқичдаги беморларнинг психологияси,

- 3) юрак, қон-томир, инфекцион, ўсимтавий, наркологик, асаб-тер касалликлари, наркологиянинг психик кўринишлари билан касал бўлган беморлар психологияси хусусиятлари.

Тиббиёт психологияси психик омилларнинг касалликларнинг юзага келиши, кечиши, инсонларнинг тузалиш жараёнига таъсирини ўрганади.

Тиббиёт психологиянинг асосий бўлимларидан бири психогигиена – психик ҳаёт гигиенаси, психопрофилактика – психик фаолиятдаги бузилишларни олдини олиш ва психотерапия психикага таъсир этишининг тўғри усуллари беморларда касалликни енгиб ўтишини таъминловчи методларини қўллайдиган терапиянинг бўлиmidир.

Тиббиёт психологияси қуйидагиларни ўрганади:

1. Психиканинг соғлиқни тиклаш ва касалликни олдини олишдаги роли.

2. Психик жараёнларнинг турли касалликларнинг юзага келиши ва кечишидаги роли ва ўрни.

3. Касалликни даволаш, шу жумладан, турли дори воситаларга келиб чиқадиган реакциясидаги психиканинг ҳолати.

4. Турли касалликларда юзага келувчи психик бузилишлар ва уларнинг даволаш методлари.

Тиббиёт психологияси кўриб чиқадиган энг муҳим муаммолар қуйидагиларни ўз ичига олади: 1) касалликларни юзага келиши ва ривожланишидаги психик ва соматик жараёнларнинг ўзаротаъсири; 2) беморларнинг ўз касаллиги ҳақидаги тасаввурнинг шаклланиши қонуниятлари; 3) касалликни англаш динамикасини ўрганиш; 4) даволаш билан боғлиқ адекват психик установкаларнинг шаклланиши; 5) шахснинг компенсатор ва ҳимоя механизмларини терапевтик мақсадларда қўллаш; 6) даволаш методлари ва воситаларини мижозларнинг психик ва жисмоний ҳолатига максимал ижобий таъсир этишини таъминлаш мақсадида уларнинг психологик таъсирларини ўрганиш.

Психология фанининг вужудга келиши ва ривожланиши. Ҳорижий мактаблар ва концепциялар.

17–18-асрларда фалсафадан турли тиббий билимлар ажралиб чиқа бошлади, булар: кимё, физика, социология, психологияни бошқа тиббий билимларга қараганда фалсафадан ажралган алоҳида фан сифатида ажратиш анча қийин бўлган. 18-асрнинг охирида психология фалсафадан батамом ажралиб, унга инсон қалбини кўриб чиқувчи фан сифатида эмас, балки, онг ва фикрлаш жараёнлари сифатида кўриб чиқиладиган фан деб қарала бошлади.

Тиббиёт психологияси мустақил илмий йўналиш сифатида 20-асрга келибгина шаклланди, лекин унинг келиб чиқиши узок ўтмишга бориб тақалади.

Хаммурапининг қонунлар тўплами (Месопатамия, эрамиздан 2000 йил аввал) тиббий этика ҳақидаги низомларни ўз ичига олган.

Форс тиббиётининг юзага келиши бошларидан шифокор касби намоёндалари интилиши касалликка бўлган идеал сифатлари рўйхати сақланиб қолган. Унга кўра, шифокор нафақат тиббиётни чуқур ўрганиши, кўп ўқиши, иложи борица кўп тажриба тўплаши зарур, балки ўзида беморни хотиржам, диққат билан эшита олиши ва касалликни аниқ ажрата олиб, виждонан даволай олиши керак.

Бемор билан учрашганда шифокор у билан ширинсўзлик билан суҳбатлашиши, қабул давомида эътиборли, дўстона, очиқлик билан муомалада бўлиши, касалликни чўзилиб кетишига эмас, балки уни тезда соғайиши ва касалликнинг авж олишини олдини олишга ҳаракат қилиши керак.

Шарқнинг анъанавий тиббиёти қалб ва тананинг ўзаро муносабатига алоҳида эътибор қаратади, яъни замонавий тиббиёт тилида, психосоматик ўзаро муносабатига.

Грек (юнон) тиббиёти 2-асрдагина шифокорларнинг меҳрибонлиги ва саховатлилигини ўрганишда айниқса, ривожланишнинг чўққисига чиқди.

Қадимги Элладаланинг буюк шифокори ва алломаси тиббиётнинг отаси ҳисобланувчи Гиппократ бўлган. Этик-деонтологик ёндашувнинг намунаси бўлган машҳур Гиппократ қасами кўпгина асрларда ва ҳозирги кўпгина илмий медицина муассасалари талабалари томонидан қабул қилиниб келинмоқда. 9-аср бошида Боғдоднинг роли сезиларли ортади, у ернинг тиббиёт мактаблари жаҳоннинг турли мамлакатларида катта нуфузга эга эди. Беморни турли касалликларни бошдан кечириб боришининг шаклланишида бемор ва шифокор ўртасида алоҳида психологик ўзаро боғлиқликни англаб етиши зарурати юзага келди.

Ислом тиббиётининг намоёндаларидан бири Разес (Ар-Рози) (Абу Бакр Муҳаммад ибн Закария 865–925-йиллар) нафақат касалхона хизмати асосчиси, балки шифокор этикаси ва психологик услубларнинг устаси бўлиб, кишиларни соғлиғини таъминлаш асосчиси. Ўша давр Шарқ тиббиётининг яна бир буюк асосчиларидан бири шифокор Авиценна (Абу Али ибн Сино 980–1037-йиллар) у ўзининг 1020-йилда ёзилиб бутун дунё тилларига таржима қилинган “Шифокорлик илмининг калони” асари билан дунёга танилди. Авиценна касалликларни олдини олиш ва бемор билан шифокор ўртасидаги ўзаро муносабат қоидаларига алоҳида эътибор қаратди. Унинг таъкидлашича: “Характернинг босиқлиги натижасида тана ва руҳнинг соғлом сақлаб қолинишига эришилади”. Низомий (1140- 1200 йилларда ўзининг “ 4 суҳбат ёки фикр юритиши” китобида шифокорнинг асосий зарур сифатларига алоҳида тўталиб ўтади. Булар - зийраклик, мулойимлик, донолик, мантикий фикрлай олиш қобилиятини беморни оғир касаллик ҳолатларини тўғри аниқлай олишини англатади.

19- асрда француз тиббиёт мактабининг нуфузи анчагина ошди. Унинг йирик намоёндалари касалликнинг авж олишида нафақат психиканинг ролини, балки уларнинг таъсири устида изланишлар олиб боришди. 1879 йили Лейбниц университетиди 1- психологик лабораторияга асос солинди. Уни Вилгельм Вундт бошқарди. У ва унинг ходимлари онг учун ҳиссиёт , сезги, образларни асосий материал деб ҳисоблайдилар. 1881 йили АҚШ да Уилям Джеймс бошқа позициядан туриб, онгни ўргана бошлади. У функционал ёндашувга асос солди. 19-асрда психология мустақил фан бўлиб чиқишида бой тадқиқот материалларининг ўрни каттадир. 20-асрда психология соҳасида турли хил йўналиш ва концепциялар юзага келди. Инсон фаолиятининг бутун бир янги йўналишларида ижтимоий ва иқтисодий соҳалари ривожланишида психологияга янгича ёндашув шаклланди.

Ассоциатив психология. Дунёвий психологик фикрлашнинг асосий йўналишларидан биридир. Бу йўналишда ассоциацияга психологик жараёнлар динамикаси йўналишида тушунча берилади; унинг асосида шартли рефлекс ётади; ассоциациянинг 3 тури мавжуд: аралашувчанлик бўйича, ўхшашлик бўйича, контраст бўйича.

Бихевиоризм. Америка психологиясидаги йўналиш. Илмий англаш предмети сифатида онгни рад этади ва психикани хулқни турли шаклларида

боғлайди. Дж. Уотсон психологиядан онгни чиқариб ташлаб, психикасиз психологияга олиб келади. Психология предмети инсоннинг хулқидан иборат. Инсоннинг шаклланиши шартли реакцияларнинг шаклланишидир. Бихевиоризм эволюцияси шуни кўрсатдики, унинг дастлабки тамойили хулқ атвори илмий англаш прогрессини таъминлай олмайди.

Гештальт психология. Унинг асосий намоёндалари К.Кофна, К.Левин ва бошқалар. Психикани ўрганиш бутун бир тузилма (гештальтлар) нуктаи назаридан олиб борилиб, "инсайт" (бир зумда қамраб олиш) феномени тузилманинг тўлиқ ривожланишини аниқлайди. Ўрганиш объекти сифатида эҳтиёжлар, ирода ва аффект (эмоция) саналган.

Когнитив психологияси. У.Найссер унинг асосий намоёндасидир. Конкрет субъект хотирасида билимни ташкил этиш масаласини ўрганади. Инсон хулқидаги билимнинг хал қилувчи роли. Тадқиқотнинг асосий вазифаларидан бири ўзининг билимини сақлаб қолиш ва ундан фойдаланишдир. Тадқиқот предмети сифатида идрок, хотира, тафаккур, тасаввур, нутқ, диққат кабилар ўрганилади. Инсон ахборотларни фаол ўзгартирувчи шахсдир.

Гуманистик психология намоёндалари Г.Олпорт, Г.Мюррей, А.Маслоу улар инсонни ўз-ўзини актуаллаштиришнинг "очиқ имконият"и бўлган бир бутун уникал бир тизим сифатида тан олишади.

Асосий ҳолатлар: ҳар бир инсон ўзига хос; инсон олам учун очиқ; инсоннинг олами ҳис этиши ва ўзини оламда ҳис этиши асосий психологик ҳақиқат ҳисобланади; инсон ҳаёти инсоннинг яшаши ва шаклланиши жараёнида бир бутундек кўриб чиқилиши керак; инсон – бу фаол, ижодий мавжудотдир.

Психоанализ. Психоанализ асосчиси З.Фрейд 1856-1939 унинг тақдлашича, унинг таълимоти на физиологияга, на илмий психологияга асосланмаслиги керак. Ўзининг психологик таълимотини метапсихология деб номлади, яъни у психологиядан ташқаридадир.

Психоаналитиклар инсон хулқини онг остига сиқиб чиқарилган олдинги тажрибаси билан аниқлашади. Фрейднинг фикрича, хулқни инстинктлар бошқаради. 1914 йили у томонидан икки майл ҳақидаги тасаввурларни киритилади: "эросе" (либидо) - ҳаётни таъминловчи, "танатосе"- ажалга етакловчи. Асосий майллар аралашиб кетиши ва конфликт натижасида хулқидаги мураккаблик ва турли туманлилик юзага келади.

Психоанализнинг вазифаси шундан иборатки, "мен"ни кучайтириб, уни "супер мен"дан мустақил яъни эркинроқ қилиш, уни идрок қилиш майдонини кенгайтириш, уни ташкиллаштиришни такомиллаштириш.

Психоанализ бу инсон ҳаракатлари ва ҳиссиётларидаги ўзига хосликни терапевтик мақсадларда аниқлаш усуллари мажмуидир.

Неофрейдизм. Бу йўналишнинг машҳур намоёндалари К.Хорни, Е.Фромм, Г.Салливан. неофрейдизм тарафдорлари классик фрейдизмнинг биологизмининг енгиб ўтишига ҳаракат қилиб, унинг ҳолатига ижтимоий контекстни киритишига интилишди. К.Хорнига мувофиқ, болаларда

неврозларнинг сабаби уларга душманларча қараган ҳаёт билан тўқнашганда, ота-онаси ва атрофдагилар томонидан эътибор ва меҳр етишмаганда юзага келувчи хавотирдир. Е.Фромм неврозларни индивиднинг ижтимоий тузилма билан замонавий жамиятни уйғунлаштира олмаслиги билан боғлайди.

Рус тиббиёти асосчилари М.Я. Мудров, С.П.Боткин, Г.А.Захарин, Н.И.Пироговлар беморнинг психологиясини инobatга олиш зарурлигини таъкидлашган, касалликни даволаш эмас, беморни даволаш тамойилини қатъий таъкидлашган. Психологиянинг ривожланишига И.М.Сеченов (1829 – 1905) алоҳида ҳисса қўшди. У тиббиёт психологиясига каттаэътибор қаратиб психиканинг шаклланиши ва соғлиқни сақлаш учун атрофдаги шароитларнинг етакчи аҳамиятини очиб берди. Сеченов ишлари беморнинг ўзини англаш манбаларини тушунишида муҳим рол ўйнади.

И.П.Павлов (1849-1936) ички органларнинг асаб бошқарувини ўрганиб биринчи бўлиб психик омилларнинг секреция шира безлари ва ошқозон остки ширасига таъсир этишини кўрсатиб берди. Бундан ташқари, у юқори асаб фаолияти ҳақидаги таълимотни яратди, қадимда таърифланган темперамент турларининг нейрофизиологик табиатини асослаб берди. Павлов томонидан, шунингдек, ишонтириш, гипноз асосида ётувчи физиологик механизмларни кўрсатиб берилган. Россияда биринчи экспериментал психологик лаборатория В.М.Бехтеров томонидан Қозон университетининг тиббиёт факултети қошида 1885 йил очилди. 1896 йилда эса шундай лаборатория С.С.Корсаков томонидан Москва психиатрик шифохонасида ташкил этилган.

Медик талабалар учун махсус психология курсини ўқитишни С.С.Корсаков лаборатория очилишидан бир йил олдин ассистентига берган эди.

1908 йили А.Н.Бернштейн Россияда биринчи бўлиб “Руҳий касалларни психологик тадқиқ қилишнинг клиник усуллари” тўплами нашр қилинди, 1911 йил эса унинг “шахсни психологик тадқиқ қилиш атласи” босмадан чиқди.

Илмий психологиянинг асосий методлари.

Кузатув. Ўрганилаётган кишиларнинг психологик фаолиятидаги турли хил кўринишлар психолог томонидан мақсадли ва режали кузатилиши ва қайд қилиб борилиши методи.

Эксперимент. Эксперимент ёрдамида тадқиқотчи зарур шароитларни яратган ҳолда психик ўрганилаётган ҳолатларни юзага келтириши мумкин бўлади. Экспериментнинг икки хил кўриниши мавжуд – табиий ва лаборатория.

Лаборатор психологик эксперимент одатда махсус яратилган, мос техник восита билан жиҳозланган лабораторияларда олиб борилади. Уни психологик аппаратураларсиз ҳам олиб бориш мумкин.

Психологик лаборатор эксперимент – жисмоний ёки физиологик экспериментдан анча мураккаброкдир. Эксперимент объекти – синалувчи тадқиқотчи ҳоҳишларидан қатъий назар эксперимент давомида у реакцияларини бошқара олиши мумкин, яни ўзига хос бўлмаган тарзда

тутиши мумкин. Хулқга синалувчининг эксперимент давомидаги жисмоний психик ҳолати таъсир этади, шунингдек, тадқиқотчига муносабати, унга ишониши даражаси ҳам таъсир этиши мумкин.

Суҳбат методи. Тадқиқотчи психиканинг баъзи кўринишларини махсус тузилган саволларга инсоннинг сўз ёрдамидаги реакцияси орқали анализ ёрдамида ўрганади. Суҳбатни муваффақиятли ўтказиш тадқиқотчининг бу суҳбатга тайёргарлигига боғлиқ бўлади. У олдиндан суҳбат режасини тузиб олиши, саволларни яхшилаб ўйлаб аниқ тузиб чиқиши керак, бунда тушуниш учун мураккаб бўлган шунингдек, сингдирувчи ва чалғитувчи белгиларга эга бўлган характерли саволлар бўлмаслиги керак.

Инсон фаолияти маҳсулотининг анализ қилиш методи. Унинг маъноси шундан иборатки, баъзи психологик жараёнларни ва хусусиятларни инсон фаолияти маҳсулоти ёрдамида ўрганилади. Психологик анализ объектлари ёзувчининг асари, рассомнинг расмлари, конструкторнинг кашфиётлари ва бошқалар бўлиши мумкин, айниқса уларнинг хомаки нусхалари, эскизлари чизмалари ва бошқа тугалланмаган ижод маҳсуллари аҳамиятли бўлади. Шунингдек, ўрганилаётган шахсларнинг кундалиги, хатлари, хотиралари ҳам шу жумладан биографик усул. Унинг ёрдамида, психолог инсоннинг ҳаёт тарихи, маълумотлари асосида уни ўрганади, бу метод бошқа методлар билан уйғунликда қўлланилади.

Анкета усули – бу оммавий сўровнома орқали психологик тадқиқот ўтказишдир. Анкета 5 тадан 25 тагача саволлардан иборат саволлар варағи бўлиб маълум бир категориядаги инсонларга таклиф этилади. Улар ўқувчилар, талабалар, ёш ишчилар, бирор касб намоёндалари бўлиши мумкин. Саволларга берилган жавоблар асосида тадқиқотчи сўралган шахсларнинг ёки бу психик кўринишлари ҳақида хулоса беради. Масалан уларнинг қизиқишлари, идеаллари, интилишлари китоблар ҳақидаги фикрлари, кинокартиналар, воқеалар, жамоатчилик ҳаёти ҳақидаги фикрлари бўлиши мумкин.

Тест методи. Тестлар – бу психологик характердаги махсус танланган савол ва топшириқларнинг унчалик катта бўлмаган қисмидир. Масалан, маълум бир касбга алоқадор инсонларни аниқлаш тестлари мавжуд. Вазифалар шундай тузилганки, уни бажариш орқали кишиларнинг билим даражаси, кўникмалари ва маълум бир кишилар талаб этувчи шахсий сифатлар ҳақида хулоса қилиш мумкин.

Психик ҳолатни моделлаштириш. Объектни билвосита ўрганиш услуги: объектни ўзи эмас, балки унинг модели яъни бевосита объектнинг ўзини тадқиқ қилиш қийин ёки умуман бунинг иложи бўлмаганда уни ўрнини босувчи бошқа объект устида тадқиқот ўтказилишидир.

Тибиётнинг барча методларини иккига бўлиш мумкин, стандартлашган ва стандартлаштирилмаган. Ностандартлашган методлар энг аввало патопсихологик метод деб номланган тўплам билан намоён бўлган ва маълум психологик патологик кўринишларга йўналганлиги билан фарқланди. Улар конкрет синалувчи учун индивидуал танланади ва бу

методикалар конкрет психологик фаолиятдаги бузилишлар учун махсус тузилади ва психологик экспериментлар психик жараёнларни қўйилган вазифага хусусан дифференциал диагностикага мос ҳолда психик жараён хусусиятларини аниқлаш учун ишлатилади. Психолог фаолиятида ҳозирги кунда стандартлаштирилган методикалар қўлланилди. Стандартлашган методикаларни, шунингдек, интеллектуал тест ва шахсни тадқиқ этиш турли методикаларни инобатга олган ҳолда кенг қўлланувчи тестлар сифатида таърифлаш мумкин. Стандартлаштирилган методикалар нормаллаштирилган бўлиши керак, яъни олдиндан империк тадқиқ қилиш асосида яратилган баҳолаш шкаласига эга бўлиши керак.

Соматик касалликларни психологик хусусиятларини тадқиқ қилиш методикаларини психодиагностика ва умумий психологиядан олинган, адекватлик ёки инсон ҳулиқидаги дефектликни баҳолаш учун ривожланиш психологияси ва ёш психологиясидаги методлардан фойдаланилади.

Психодиагностика психология фаннинг соҳаси бўлиб шахснинг индивидуал психологик хусусиятларини аниқлаш ва ўлчаш методикаларини ишлаб чиқади. Психологик таҳис психологик фаолиятининг сўнгги натижаси бўлиб, шахснинг индивидуал психологик хусусиятларини унинг актуал ҳолатини баҳолаш, кейинги ривожланишини прогнозлаш ва тавсиялар ишлаб чиқиш мақсадида, уларни аниқлаш ва тасвирлашга йўналтирилган фаолиятдир.

Психологик диагноз тушунчаси – бу меёрида қандай бўлса, патологияда ҳам шундай бўлувчи индивидуал психологик фарқларни аниқлашни англатади.

2-Машғулот

Мавзу: Психогигиена ва психопрофилактика. Психогигиенанинг умумий принциплари. Онг ва онг бузилишлари.

«Гигиена» сўзининг маъносида асосан саломатлик ҳақида таълим бериш, соғлиқни сақлаш ва саломатликни қўллаб-қувватлаш туради. Бу медицинанинг профилактик бўлими бўлиб, инсон саломатлигига ташқи муҳитнинг таъсирини ва инсон организмида касалликни келтириб чиқарувчи факторлар ва муҳитларни ўрганади. Инсоннинг ҳолатига нафақат табиат, балки, биринчи ўринда инсонлар гуруҳининг ва жамоанинг таъсири катта бўлади.

Психогигиена деб, инсоннинг руҳий соғломлигига ва шу соғломликни сақлаб туришга айтилади. Бунда соғломликни сақлаб туришга ва уни мустаҳкамлашга йўналтирилган тадбирлар катта аҳамиятга эга. Психогигиена пайдо бўлиши билан доимо ва бевосита руҳият профилактикаси билан боғлиқ бўлган, бу боғлиқлик касалликнинг пайдо бўлиши, унинг ривожланиши ҳақида огоҳлантиради. Агар

психопрофилактиканинг асосий мақсади касалликнинг бошланиши ва аниқ руҳий хасталикнинг пайдо бўлиши ҳақида огоҳлантиришга қаратилган бўлса, психогигиенанинг асосий мақсади руҳий соғлиқни қўллаб-қувватлаш ва шакллантиришга қаратилган бўлади.

Психогигиенанинг систематик бўлимлари 2 хил кўринишда бўлади. Биринчидан, кенг тарқалган қўлланмаларда кўрсатилганидек, ёшга доир психогигиена, билим олиш психогигиенаси, маиший хизмат психогигиенаси, оиланинг ва жинсий ҳаётнинг психогигиенаси, касал одамнинг психогигиенаси, шунингдек, психогигиенанинг махсус бўлимлари ҳақида сўз юритилади.

Психогигиенанинг тўлиқ бўлими эса, инсонларнинг турли ёшдаги руҳий ўзгаришларини каттиқ ҳисобга олади. Демак, психогигиенанинг иккинчи йўналиши ёшга доир руҳий ўзгаришлардир.

Болалик даври психогигиенаси. Болаликда таъсирланишнинг кетма-кетлиги мураккаблашиб боради. Бу даврда бола асосан таассуротлар билан яшайди. Унинг руҳий фаолияти асосан ташқи муҳитнинг таъсири остида шаклланади. Бошқа ҳеч бир ёшда руҳиятнинг шаклланишида ўйин бу қадар катта аҳамиятга эга бўлмайди.

Ёшлик даври психогигиенаси. Ёшлик – энг аввало онгнинг оммавий тарзда шаклланишига, ўз онгини бошқара олиш каби хусусиятларни ўзида мужассамлаштирган даврдир. Онгнинг ихтиёрий фаолиятининг сифати нафақат инсоннинг ўзига боғлиқ ҳолда, балки, атрофдаги одамлар ва уларнинг фаоллиги билан биргаликда шаклланади. Ёшлик даври 17-21 ёшларни ўз ичига олади ва бу даврда одам мустақил ҳаётга интилади.

Катталар психогигиенаси. Ҳаётнинг турли кўринишларида хавотирга тушиш, руҳан чарчаш, ёхуд жиддий руҳий бузилиш ҳолатлари катталарда учрайди. Шу ва шу каби ҳолатлар касбий фаолиятдан, оилавий шароитдан келиб чиқади.

Касбий фаолиятнинг психогигиенаси. Инсоннинг меҳнат фаолияти, айниқса, замонавий меҳнат шакллари (узоқ ақлий-жисмоний куч талаб қилувчи мураккаб техника воситаларини ўрганиш ва ишлатиш) турли руҳий муаммоларни келтириб чиқаради. Бу эса ўз навбатида, инсон руҳиятига салбий таъсир кўрсатади.

Касбий фаолиятни ичида соҳага қарамаган ҳолда, қуйидаги факторлар ҳам инсон фаолиятига кучли таъсир қилади:

- Иш билан ҳаддан ташқари банд бўлиш;
- Иш шароитининг ва мансабга доир мажбуриятларнинг тубдан ўзгариши;
- Янги касбга мослашиш жараёни;
- Қабул қилинган қарорларга юқори масъулият билан ёндашиш;
- Вақт етишмаслиги;
- Қарор қабул қилиш ваколатининг етишмаслиги;
- Ходим соғлиги ва ҳаёти учун ишнинг эҳтимолий хавф-хатар касб этиши;
- Шахсий ва касбий обрўсига таҳдид;

- Лавозим сабабли кўпинча муроса қилиш зарурлиги;
- Раҳбарият, ҳамкасблар, қўл остида ишловчи ходимлар билан қониқарсиз муносабатлар;
- Ходим иш фаолиятини раҳбар томонидан баҳолашда маълумотнинг етишмаслиги;
- Лавозим бўйича вазифа ва бурчларнинг ноаниқлиги;
- Лавозимда ўсиш ноаниқлиги; ўсиш мумкин эмаслиги;
- Касбий фаолликнинг чекланганлиги, ижод қилиш учун эркинлик йўқлиги;
- Касбий фаолият натижаларидан қониқишнинг йўқлиги, шу жумладан моддий нуқтаи назардан (ойлик иш маошининг пастлиги) ва ҳоказо.

Оила психогигиенаси интим муносабатлардан ташқари, эр-хотин муносабатларининг психологик нюансларини, ҳар томонлама бир-бирига мос никоҳ масалалари, оилавий конфликтларни ва оиланинг эҳтимолий бузилишини олдини олиш масалаларини ўз ичига олади.

Статистика шундан далолат берадики, сўнгги ўн йилликда ажралишлар сони сезиларли ошди, номувофиқ тузилган никоҳ алкоголизм, жиноятчилик, руҳий патологияларнинг турли шакллари ривожлантиришда катта роль ўйнайди. Шу сабабли ҳар томонлама мос никоҳлар учун шароитлар яратиш, оилавий муносабатларни мустаҳкамлаш ва яхшилашга йўналтирилган чора-тадбирлар тизимини ишлаб чиқиш зарурияти юзага келади.

Кекса ёш даври психогигиенаси. Кекса ва қариялар психогигиенасига қизиқиш аҳолининг ёш структурасида кекса ёшдагилар улуши жуда юқорилиги билан кўп жиҳатдан боғлиқдир.

Психика – мия хусусияти. Онг, онгнинг бузилиши.

Психика – мияда реал, объектив борлиқнинг субъектив акс этиши бўлиб, унинг асосида инсоннинг ташқи муҳит билан ўзаро муносабатлари бошқарилади. Психика руҳий ҳолатларнинг 3 турида намоён бўлади – руҳий жараёнлар, руҳий ҳолатлар, руҳий хусусиятлар.

Психик жараёнлар – элементар руҳий ҳолатлар бўлиб, физиологик асосга эга ва инсон онгда акс этадиган борлиқнинг бирламчи аксини ва англанишини таъминлайди.

Психик жараёнлар билим, орттиришга ёрдамлашувчи ёки когнитив (лотинча *cognoscere* - билмоқ), жараёнларга бўлинади, бу жараёнларга сезиш, идрок қилиш, тасаввур этиш, эътибор, хотира (борлиқни қайта акс эттирувчи); ҳаёл қилиш ва тафаккур борлиқнинг хусусиятларини инсон онгида умумлаштиришлар сифатида, бу жараёнлар бевосита онгга, нутқга тааллуқли эмас, шунингдек эмоционал ва иродага боғлиқ жараёнлар. Борлиқни акс эттиришнинг энг олий шакли онг ҳисобланади.

Психик ҳолатлар – бу руҳий фаолиятнинг вақтинчалик ўзига хослиги бўлиб, руҳий фаолликнинг умумий функционал даражаси билан белгиланди. Руҳий ҳолатлар 4 кўринишга бўлинади: мотивацион (хоҳиш, интилиш,

кизиқишлар, ҳавас, эҳтирослар), эмоционал (кайфият, аффект, стресс, фрустрация), ирода (мақсадга интиланлик, қатъият, журъат ва ҳоказо), англаш ҳолатлари (англаш ва ўз-ўзини англаш, онгнинг аниқлик даражаси).

Психик хусусиятлар – мазкур инсонга хос бўлган унинг психикасининг нисбатан турғун хусусиятларидир (ақл, онг, сифатлари, инсон характери, темпераменти, қобилиятида мустақкам ўрнашган ироданинг турғун хусусиятлари; муайян тарзда ҳаракат қилиш истагининг яна пайдо бўлиши ва турғун ҳолатга келиши, ҳис-туйғулар хусусияти (жиззакилик, ҳиссиётга берилиш) ва ҳоказо.)

Онг – борлиқни акс эттиришнинг ва ўз-ўзини бошқаришнинг энг олий даражаси бўлиб, фақатгина инсонга хосдир. Онг шахснинг уни ўраб турган борлиқ, ҳозирги ва ўтган давр ҳақида ўзига аниқ ҳисобот бера олиш, қарор қабул қилиш ва вазиятга мос равишда ўз ҳаракатларини бошқариш хусусиятларида намоён бўлади. Ижтимоий-руҳий ривожланиш жараёнида шаклланади.

Онг тавсифи, ёки структураси. Биринчи тавсиф – онг бу атроф дунё ҳақидаги билимлар йиғиндиси. Иккинчи тавсиф – онгда мустақкам ўрнашган субъект ва объектнинг аниқ фарқланиши, яъни инсоннинг “мен”и ва “мен эмас”ига нима тааллуқли эканлиги. Онгнинг учинчи тавсифи – мақсадга мувофиқ фаолиятни таъминлаш. Тўртинчи тавсиф – шахслараро муносабатларда эмоционал баҳоларнинг мавжудлиги.

Эволюцион физиологик аспектда онг марказий нерв тизими ҳолати сифатида таърифланади, бу ҳолат бош мия ва бутун организм олий фаолиятини руҳий таъминлайди.

Психосоциал аспектда онг фаолияти руҳий фаолиятдан ажралмайди. Аниқ онгсиз руҳий фаолият юритиш ҳам мумкин эмас. “Онгли” ва “руҳий” тушунчаларини фарқлаш лозим. Кейингиси – янада кенгроқ тушунча.

Одамнинг онги унинг нутқи, тили билан узлуксиз боғлиқ. Одам ўзини ўраб турган оламни, шунингдек ўз-ўзини англаш хусусиятига эга. Олам одам томонидан жамоавий алоқалар, ишлаб чиқариш жараёни, меҳнат қуроллари, тили, ахлоқий ва эстетик меъёрлари билан англанади. Онг бу динамик жараён бўлиб, унинг детерминирланган объекти ва юзага чиқиши бош мия қобиғи орқали вужудга келади. Онг – бу руҳиятнинг алоҳида хусусияти бўлиб, индивид ҳаёт кечиришида ўзини бошқариш, шу билан бир қаторда руҳиятнинг фаолият кўрсатишини бошқаришга йўналган.

Клиник аспектда онг нопредмет (объектларни, ҳодисаларнинг ташқи ва ички алоқаларда ҳақиқий ҳолатларини кўрсатиб беришни ўз ичига оладиган вақт ва борлиқни англаш) ва ўз-ўзини англаш (ўз шахсини, танасини, фикрларини, ҳиссиётларини, ҳаракатларини, ўзини атрофдагилардан ажратишни англаш).

Одам онги бутунлиги билан характерланади. Онгнинг барча турлари – қабул қилиш (айни вақтдаги сезги органларига таъсир қилувчи буюм ва ҳодисаларни образли кўрсатиб бериш), хотира (эслаб қолиш, сақлаш ва кейинчалик уни юзага чиқариш жараёни), фикрлаш (одам онгида буюмлар ва ҳодисаларнинг умумий хусусиятларини, шунингдек улар орасидаги алоқалар

ва муносабатларнинг биргаликда юзага чиқиш жараёни. Эмоцияда одамнинг борлиқни, ўз-ўзига ва ўраб турувчи оламга муносабати юзага чиқади.

Одамнинг рухий ҳолатини баҳолаш учун онгнинг аниқлик даражаси критерий бўлиб ҳисобланади.

Клиник практикада онг аниқлигини 4 формал белгиси қўлланилади, К.Ясперс бўйича (1913й.):

1. Атрофни адекват қабул қилиш хусусияти;
2. Мўлжалнинг тўғрилиги;
3. Фикрлашнинг рационаллиги;
4. Хотиранинг сақланганлиги;

Ясперс яна ўзини англашнинг 4 белгисини ажратди:

1. Вақтнинг ҳар бир сониясида ўз шахсини бутунлигини англаш.
2. Ўзини идентификация қила олиш.
3. «МЕН» нинг бошқа нарсалардан фарқини англаш.
4. Фаолият сезгиси – ўзини фаол субъект сифатида англаш.

Онг патологияси – объектив реалликни адекват қабул қилишнинг бузилишига олиб келувчи онгнинг ўзгаришлари. Онгнинг турлича сезиларли патологик ҳолатлари мавжуд.

Юзага келган амалиётда онгнинг сезиларли патологик ҳолати иккита катта гуруҳни идентификация қилинишига олиб келади: онгнинг хиралашиши ва ўчиши. Онгнинг хиралашишига қуйидагилар киради: аменция, амбулатор автоматизм, делирий, онейроид, шомсимон онг хиралашуви.

Делирий – шахс ориентировкаси сақланган ҳолда – жой, вақт ва атроф муҳит ориентировкаси бузилиши. Қўрқитувчи характерга эга кўриш ва эшитиш галлюцинациялари пайдо бўлиши типик ҳолат ҳисобланади. Бу бузилишлар психомотор қўзғалишлар билан кечади: бемор қўрқув, ваҳима ҳис қилади, ҳимояланишга, қочишга ҳаракат қилади. Ўткир даврида беморлар атрофдагилар учун маълум хавфга эга бўлади. Бу ҳолатдан чиққандан кейин беморларда ўтказган воқеалари ҳақида қисман тассавурга эга бўладилар. Купинча делирий алкоголизмда кузатилади, кундалик ҳаётда бу «белая горячка» деб юритилади, шунингдек инфекцияларда, психоактив моддалар қабул қилганда кузатилади.

Аменция (лот. А- сиз, mens –онг) – онг бузилишининг чуқур даражаси. Бу ҳолат оғир ва узоқ давом этувчи касалликларда кузатилади ва жисмоний аҳволнинг оғир декомпенсациясининг белгиси ҳисобланади. Атрофга, вақтга ва шахсига нисбатан ориентировкаси бузилади. Бемор атрофдагиларни тушунмайди, нутки узук-юлуқ сўз ибораларидан иборат. Бемор ётоқдан ҳолатида қўзғалувчан. Ҳаракатлари мақсадсиз, хаотик характерга эга. Бу ҳолат бир неча кундан бир неча ҳафтагача давом этиши мумкин. Бу ҳолатдан кейин бошидан ўтганларни кўпинча эслай олмайди.

Онейроид – (онгнинг тушсимон бузилиши) – объектив реал воқелик билан ёрқин фантастик кечинмалар аралашган ҳолда, нотўлиқ, кўпроқ ўз шахси, турган жойи ва вақт ҳақида иккиламчи ориентировкаси мавжудлиги билан характерланади. Бемор худди тушга ўхшаш фантастик орзулар гирдобига тушади. Бунда у тинч бўлиб, содир бўлаётган воқеаларга четдан қарайди. Беморларда бундай ҳолларда ўзига хос мимика кузатилади: жуда кайғулидан «шайдо бўлгандай»гача. Кўзлари ёпиқ ёки ярим ёпиқ. Агарда бу пайтда бемор билан мулоқот қилишга ҳаракат қилинса, у ўзининг кўрганлари ҳақида ва айнан шу вақтда ўз исмини ва палата номерини айтиб бериши мумкин. Бошидан кечирганлари эсида қолади. Қаттиқ кечирилган ҳаяжонларини беморлар ёрқинроқ гапириб беришади. Онейроид кўпинча шизофренияда учрайди.

Шомсимон онг хиралашуви – ҳаракатлари сақланган ҳолда, атроф муҳитга нисбатан ориентацияси йўқолган, шу билан бирга унда галлюцинация, кучли кўркув, атрофдагиларга нисбатан нафрат, ёлғизлик ҳисси пайдо бўлади ва агрессив ҳаракатларга олиб келади. Беморда бу ҳолат шабкўрлик бўлиб, атрофдаги предметларни аниқ кўра олмайди. Бу ҳолатда инсоннинг онги торайиб бораётганга ўхшаб, унинг эътибори фақатгина маълум бир ҳодисаларда қолади. Беморнинг хуши ўзгарган ҳолда атроф-муҳитга нисбатан ориентир бузилади. Унинг хулқидаги хатти-ҳаракатлар автоматик равишда бажарилади ва ташқаридан соғломга ўхшайди. Бундай хушнинг бузилиши тўсатдан юз бериб, у бир неча дақиқадан бир неча соатгача, баъзан эса бир неча кун давом этиши мумкин. Бу ҳолат тўсатдан тугаб, патологик уйқу билан тамом бўлади. Юз берган ҳодисалар эсида қолмайди. Онгнинг бундай бузилиши талваса, бош миянинг органик жароҳати ҳамда патологик мастлик ҳолатларида кузатилади.

Онгнинг ўчишида қуйидаги ҳолатлар аниқ кўринади:

Обнубиляция – (хушнинг енгил бузилиши) онг бир неча секунд ёки минутга хиралашади, худди булут қамраб олгандек бўлади. Атроф-муҳитга ва ўзига нисбатан ориентир йўқолмайди, амнезия кузатилмайди.

Сопор – бу чуқур қарахтлик ҳолати. Бемор ҳаракатсиз, жавоб реакцияси йўқ, фақатгина оғриқ реакцияси, ёруғликка нисбатан қорачиқ реакцияси, корнеал ва конъюнктивал реакциялар сақланган. Бундай белгилар оғир юрак-қон томир етишмовчилигининг декомпенсация босқичида ҳам кузатилади.

Кома (хушнинг бутунлай бузилиши). Онг бузилишининг чуқур даражаси ҳисобланади. Атроф-муҳитга эътиборсиз, ҳатто оғриққа реакцияси йўқ, қорачиқ кенгайган, ёруғликка реакцияси йўқ, патологик рефлекслар пайдо бўла бошлайди.

Ўз-ўзини англашнинг бузилиши

Эс-хушнинг бузилиши – деперсонализация (лотинча –инкор қилиш)да атроф-муҳитда содир бўлаётган ҳодисаларни патологик равишда қабул

килади. Кўпгина беморлар ўзида бўлаётган ўзгаришларни сиқилган ҳолатда тан олади. Деперсонализация 3 га бўлинади: аллопсихик, соматопсихик ва аутопсихик.

Аллопсихик деперсонализация (дереализация) – атрофдаги ҳодисаларни қабул қилишни бузилади, ҳаттоки вақтни ўзгараётганлигини билмайди. Атрофдаги одамларни “жонсиз кўғирчоқдек” сезади, бошқа нарсалар “худди сохта”, ҳақиқий эмас, яъни пардага ўралгандек бўлади. Баъзи нарсалар эса яққол, аниқдек сезилади. Вақтни қабул қилиши бузилади, худди вақт “тўхтаб қолгандек”, “секин кечаётгандек”, “тез кечаётгандек” ёки “вақт етмаётгандек” туюлади.

Соматопсихик деперсонализация – ўз-ўзини ҳис қилиш бузилади. Ўзининг жисмоний танаси жонсиздек, йўқдек, иккилангандек, ўзига бўйсунмагандек бўлади. Соматопсихик деперсонализация бош миани органик бузилиши ҳолатида беморларда кучли интоксикация шаклида кечади (бош мия жароҳати, ўсмалар, аневризмалар асорати ва бошқ.), лекин бу белгилар эндоген рухий касалликларда, кўпинча шизофренияда ҳам учрайди.

Аутопсихик деперсонализация – ўз танаси ўзига бегонадек туюлади. Рухий ҳолати шундай ўзгарадики, ўзининг ҳис-туйғуси, фикри-хаёли бузилиб, худди қалби 2 га бўлингандек бўлади. Аутопсихик деперсонализация учун шизофрения клиникаси хосдир. Бу бузилишлар жуда оғир бўлиб, кўп беморларда депрессия ҳолати келиб чиқади

Деперсонализация бузилиши ҳар хил этиологияли касалликлар натижасида келиб чиқиши мумкин. Деперсонализация тутқаноқ пайтидаги талвасалардан олдин аура кўринишида ёки талвасадан сўнг бўлиши мумкин.

3-Машғулот

Хотира, умумий тушунча. Хотира патологияси ва уни текшириш усуллари. Тафаккур, нутқ ва уларнинг бузилиши.

Хотира- бу тажрибада орттирганларимиз мазмунини эсда олиб қолиш (мухрлаш), сақлаш, жонлантириш (эсга тушириш) ва унутишдир. И.П.Павлов хотирани шартли-рефлекс ҳосилалари шаклланиб турувчи занжир деб баҳо берган ва унда ташқи олам тажрибалари акс этган бўлиб, муайян шароитларда улар сўниши ва тез тикланиши мумкин. Барча анъанавий психологлар хотира жараёнининг учта фазасини ажратадилар:

1. Эслаб қолиш (рецепция, импрегнация).
 2. Эсда сақлаш, хотирада ушлаб туриш (ретенция)
 3. Эсга тушириш (репродукция)
1. Эслаб қолиш – бу янги импульсларни қабул қилиш. У хотиранинг шундай функциясики, бунда янгиларини мустаҳкамлаш ва аввалги орттирган билим ва тажрибалари билан алоқа ўрнатиш демакдир. Қариликда у чекланган бўлади. Эслаб қолиш қуйидагиларда пасаяди: масалан, бошдаги травмалар.

Болаларда эслаб қолиш юқори, лекин уни сақлаш сустроқ. Эслаб қолиш мақсадсиз (ўз-ўзидан) ва мақсадли бўлади.

2. Эсда сақлаш – индивидуал ва жамият тажрибаларини узоқ вақт сақлаш ва уни тўлдириш демакдир. Яхши ёки ёмон хотира ҳақида гапирганимизда бу бир инсоннинг ҳажми жиҳатдан катта бўлган ахборот, тушунча ва ҳоказоларни ўзида сақлаганлик хусусияти ҳисобланади. Қари инсонларнинг эсда сақлаш қобилияти уларнинг олдин орттирган тажрибаларига боғлиқдир.

3. Эсга тушириш – олдин бўлиб ўтган ҳисларини, фикрларини, ҳаракатларини жонлантириш дегани. Бунда узоқ муддатли хотирадан оператив хотирага ўтказиш йўли билан амалга ошади. Қуйидаги омиллар уни кучайтиради ёки сусайтиради: чарчаш, кучли зўриқиш, алкоголь, кофеин, дам олиш.

Репродукция ихтиёрий ва ихтиёрсиз бўлади.

Ихтиёрсиз репродукция бирон мақсадсиз амалга оширилади (масалан, кўчада юрганимизда ўз-ўзидан бўлиб ўтган воқеалар эсга тушиши мумкин).

Ихтиёрий репродукция – бу бирон мақсадга қаратилган эсга туширишдир.

Яна хотира қисқа ва узоқ муддатли турлари бор. Қисқа муддатли хотира – бу узоқ давом этмайдиган мияга ҳар секундда келиб турадиган (тушиб турадиган) кўп ҳажмга эга бўлган қисқа муддатли (секунддан то бир неча соатларгача) таассуротлар бўлиб, улар хотирадан йўқолиб кетади ва жонланмайди. Узоқ муддатли хотира – терма ахборотни (танлаб олинган) дастлаб қисқа муддатли хотира тарзида муҳрлаб олиш, сақлаш ва кейин келажақда эркин жонлантира олиш.

Қуйидаги маълумотлар қисқа муддатли хотирадан узоқ муддатли хотирага ўтади:

- 1) маълумот субъект учун жуда муҳим ва фойдали деб ҳисобланса;
- 2) ўта ёрқин таассуротлар;
- 3) субъект томонидан узоқ вақт ва доимий равишда диққат қаратилган маълумот;
- 4) кетма-кет қайтариловчи ҳодисалар, фактлар. Узоқ муддатли хотира инертлиги ва барқарорлиги билан ажралиб туради.

Бундан ташқари оператив хотира мавжуд бўлиб, психик фаолиятнинг айна вақтида ишловчи хотирадир. Унинг ҳажми қисқа ва узоқ муддатли хотирадаги шу пайт учун актуал ҳисобланган образлар мажмуаси билан белгиланади.

Механик хотира деганда биз маълумотнинг мазмунига қарамаган ҳолда эслаб қолинадиган хотирани тушунамиз. Масалан, кичик ёшдаги болалар бирон шеърни ёдлаганларида унинг мазмунини тушунмаган ҳолда, яъни механик тарзда хотирада олиб қоладилар. Бунда маълумот мантиқий боғланишларсиз эслаб қолинади.

Хотира қанчалик мустаҳкам бўлмасин, у вақт ўтиши билан заифлашиб бораверади. Бу жараёнда муайян қонуният кўзга ташланади. Биринчи навбатда яқинда хотирага олиб қолинганлари эсдан чиқади, кейин эса

илгариги маълумотлар эсдан чиқиб боради. Инсон фаолиятида аҳамиятга эга бўлмаган маълумот биринчи бўлиб унутилади.

Мантикий хотира - бу сўз-мантикий типдаги хотира бўлиб, мантикий тафаккур орқали маълумот эсда олиб қолинади.

Булардан ташқари хотиранинг қуйидаги турлари мавжуд:

А) ҳаракатли (ҳаракат ва хулқ-атвори репродукция қилиш). Бу хотира одатларнинг асоси ҳисобланади, масалан, эрталаб ювиниш ва кийиниш одати.

Б) кўргазмали.

В) эмоционал.

Хотира патологияси.

Гипермнезия – ихтиёрсиз равишда хотиранинг жонланиши, эсга тушириш қобилиятининг ошиб кетиши, айти вақтда бемор учун аҳамиятсиз бўлган аллақачон унутилган воқеаларнинг ҳам эсга олиниши эсга тушириш қобилиятининг ошиб кетиши, ихтиёрсиз тарзда хотиранинг жонланиши. Эсга туширишнинг кучайиши (экфория гиперпродукцияси) айти дамдаги маълумотни эслаб қолишнинг пасайиши (фиксация гипопродукцияси) билан намоён бўлади. Айтиқса ихтиёрий эслаб қолиш ва эсга тушириш қийинчиликка учрайди.

Маниакал ва гипоманиакал ҳолатларда катта эпипептик хуружлар замиридаги ауранинг айрим вариантларида, наркотик қабул қилинганида, инфекцион ва психоген генездаги онг хиралашувида, ухлаб қолишда, гипнотик уйқуда, онгнинг ўзига хос ҳолатларида..

Гипомнезия- воқеа ҳодисаларни хотирадан қисман ўчиши. Бу баъзи воқеаларни ёки унинг алоҳида қисмларини эслаб қолиш, уни сақлаш ва эсга туширишнинг бузилиши. Бунда бемор фақатгина ўзи учун муҳим бўлган кучли ва ёрқин хотираларни шунингдек ҳаёти давомида тез-тез қайталанувчи ҳолатларни эслаб қолади. Асосан сана, исмлар, иборалар, рақамлар эсдан чиқади.

Амнезия- бирон давр оралиғидаги ёки конкрет вазиятдаги воқеаларни буткул хотирадан ўчиши.

Амнезияга олиб келган касаллик даври кечивуга кўра турлари қуйидагилар:

Ретроград амнезия – касалликни ўтқир даври олди воқеаларни хотирадан ўчиши. Давомийлиги ҳар хил (бир неча дакикадан бир неча кун, ҳафта, ой, йилгача). Миянинг оғир гипоксиясида (токсик, странгуляцион), кома аменция ҳолатлари билан кечувчи бош мия травмаларида кузатилади.

Антероград амнезия – касалликни ўтқир давридан кейинги босқичдаги бўлаётган воқеалар, ҳавотирланишларни эсдан чиқиши. Корсаков синдроми ва аменцияда кузатилади.

Конград амнезия – касалликнинг ўтқир даври (онг бузилишининг ўтқир даври) билан чегараланган воқеа-ҳодисаларни қисман ёки бутунлай эсдан тушиб қолиши. Бу ерда нафақат хотира бузилиши, балки бўлиб турган

воқеаларга актив диққатни қарата олмаслик, маълумотни идрок қила олмаслик ҳам намоён бўлади.

Антероретроград (тўлиқ, тотал) амнезия – касалликни ўткир босқичигача бўлган воқеаларни, ўткир босқичидаги воқеаларни, ўткир босқичидан кейинги воқеаларни эсдан чиқиши. Бу комани турли босқичларида, аменцияда, оғир травматик ва токсик бош миёни жароҳатланишида ёки бош миё қобиғи жароҳатланганида (инсульт) кузатилади.

Хотирани асосий функциясини бузилишига кўра амнезия турлари

Фиксацион амнезия – бу бирданига воқеа ва ҳодисаларни эсда олиб қолишни сусайиши ёки йўқолиши.

Ҳодиса (гипопродукция). Шунга боғлиқ ҳолда ҳозирда бўлаётган ёки яқинда бўлиб ўтган ҳодисаларни хотирада сақланиши сусаяди ёки умуман йўқолади, лекин ҳаётида (ортирилган) эрта хотиралар тўлиқ хотирада сақланиб қолади. Бундай беморларда атрофга, палатага стационарга, ёрдам кўрсатувчи тиббиёт ходимларига ва бундан ташқари санага (амнестик дезориентировка) нисбатан мўлжал олиши сусайиши ёки умуман мўлжал ололмаслиги кузатилади. У ўзида ўтган ҳаётидаги воқеаларни тўлиқ ва боғланган ҳолда гапириб беради. Профессионал билим ва кўникмаларни хотирадан чиқармаган ҳолда. Бу ҳолат Корсаков синдроми, прогрессивланувчи амнезия, паралитик синдромлар таркибига киради.

Анэксфория – ихтиёрий эсга тушириш йўқолганлиги бўлиб, воқеа ва ҳодисани бирор киши айтиб турса ҳам эсга тушира олмайди. Бу структура ва психоорганик синдромлар ва лакунар деменция таркибига киради.

Амнезияни динамикаси бўйича турлари

Прогрессивланувчи амнезия – Рибо қонунига кўра хотирани йўқолиши. Бу жараён шаклланган хотирани тескари йўқолиб бориши. Бошида хотирада яқинда мухрланган ҳодиса ва воқеалар йўқолиб боради. Эрта мухрланган хотиралар энг охириги навбатда йўқолади.

Прогрессивланувчи амнезияни қуйидаги турлари бор:

1. Хотира сустиги анэксфория элементлари билан боғланган.
2. Фиксацион гипомнезия, аста секин кучайиб бориши. Биринчи навбатда бунда “вақт хотираси” бузилади, лекин “мазмун хотираси” сақланган бўлади.
3. “Мазмун хотираси” хиралашади. Биринчи навбатда яхши ташкил қилинмаган билимлар (чет тили, илмий) эсдан чиқади, кейин эса аффектив хотира, яъни болалик, ўсмирлик вақтлари эсдан чиқади ва охири “фактлар хотираси” тўлиқ йўқолади.
4. “Аффектив тондаги муносабатлар хотираси” (“эмоциональ ва маънавий- этик реакциялар”) йўқолади.
5. Праксис йўқолади («оддий куникмалар»), апраксия ривожланади.

Бу деменцияда (асемик, парамнестик, дисмнестик), прогрессивланувчи церебрал атрофияда (церебрал атеросклероз, сенил деменция, Пик ва Альцгеймер касаллигида) кузатилади.

Ретардир амнезия – орқада қолувчи, кечикувчи амнезия. Бунда воқеа ва ҳодисалар айна вазиятда эмас, балки оғир ҳолатлар ўтгандан сўнг хотира йўқолади. Бемор бу босқичда атрофдаги бўлиб ўтган воқеа ва ҳодисаларни айтиши мумкин, қисқа вақт ўтгандан кейин уларни буткул унитади.

Бу ҳолат шомсимон онг хиралашувида, делирийни ва онейроиднинг оғир формасида кузатилади.

Стационар амнезия – хотиранинг турғун етишмаслиги ва деярли динамикасининг йўқлиги.

Регрессивланувчи амнезия – йўқолган хотирани аста секин тикланиши, лекин бунда хотира ҳеч қачон тўлиқ (тикланмайди) қайтмайди.

Амнезияга чалинган объект бўйича амнезия турлари:

1. **Аффектоген (кататим) амнезия** – хотирани бузилиши психоген таъсир натижасида келиб чиқади, бу механизм шахсни индивидуал ёқимсиз ҳолатлари билан боғлиқ (эмоция).

Бу турли хил психоген ҳолатларда кузатилади.

2. **Истерик амнезия** – бемор учун ёқимсиз алоҳида воқеа ва ҳодисаларни унутилиши.

Фантастик псевдологиянинг варианты (сиқиб чиқариладиган объект – бемор шахсий биографияси ёки ижтимоий мавқеидаги унга ёқмайдиган жиҳатлар истерик фантазия билан тўлдирилади ва унинг ҳақиқийлигига бемор ишонади).

Скотомизация – клиникаси истерик амнезия каби бўлади, лекин истерик бўлмаган одамларда кузатилади.

Парамнезия қуйидаги шаклларда нимоён бўлади: псевдореминисценция, криптомнезия, эхомнезия, конфабуляция, Кальбаума галлюцинатор эслаши, псевдогаллюцинатор (псевдо эслаш).

Псевдореминисценция – хато эслаш, “хотира иллюзияси”. Олдинги вақтда бўлган воқеаларни бошқа вақт оралиғида бўлган деб эслайди. Воқеалар ўтказилиши одатда ўтган замондан ҳозирги замонга кўчади, бу прогрессив ривожланиб боровчи ёки фиксацион амнезия ўрнини эгаллайди. Уларни турларидан бири экмнезия-ҳодисани ўтган замонга сурилиши (“ўтган замондаги ҳаёти”), бунда ўтган ва ҳозирги замон орасидаги чегара йўқолади, шундай касалланган хотира билан ҳозирги замонга ўтади. Бундай ўтишда алоҳида факт ёки воқеалар эмас, балки ҳаётининг аҳамиятга эга бўлган бир бўлаги ўтади. Ушбу ҳолатлар Корсаков синдроми структурасига, ривожланувчи амнезия, парамнестик деменция, пуэризмга киради.

Криптомнезия – хотира хатолиги бўлиб, бунда хотиралар бемор томонидан четлатилиши ёки ўзлаштириб олиши кузатилади. Муайян инсон ҳаётида илгари бўлиб ўтган воқеа ҳодисалар инсоннинг ўзида эмас, балки

бошқа бировда бўлиб ўтгандек эсланади ёки бошқа бировнинг бошидан кечирганлари худди ўзида бўлиб ўтгандек эсланади.

Криптомнезия турлари:

Ассоцирланган эсга олиш – эшитган, тушида кўриши, кинода кўргани, театрда кўргани камида шу нарса бўлгандан тасаввур қилиш ёки ҳаётида шу нарса ўзини ўрни топган воқеадан тасаввур қилади.

Бу вариантга **ҳақиқий криптомнезия** - хотира паталогияси, яъни бемор томонидан турли илмий иш ёки санъат асарининг ўзига ёлғон ўзлаштирилиши кузатилади, бемор ўзини шу асарларнинг автори деб билади.

Ёлғон ассоцирланган хотира – бемор ҳаётида бўлган воқеани худди эшитган, ўқиган, кино ёки тушида кўргандек тасаввур қилади. Криптомнезия параноид синдром ва бош мияси тепа ва чека бўлимлари жароҳатланиши натижасида ривожланган психоорганик синдромининг айрим вариантлари структурасига киради.

Эхомнезия – (Пик редуплицирланувчи парамнезияси) хотиранинг алданиши, бу қандайдир воқеа ёки фактни икки баробар, уч баробар бўлиб таъсир қилади.

Бу касаллик миянинг тепа ва чекка бўлимлари жароҳатланиши натижасида ривожланган психоорганик синдром турларига киради.

Конфабуляция – (“ўйлаб топилган хотира”, “хотира галлюцинацияси”, “ҳаёл васвасаси”) – ёрқин, образли ёлғон хотирлаш бўлиб, бунда бемор мазкур хотирасининг ҳақиқийлигига ишончи комил бўлади. Бемор ҳаётида бўлмаган воқеа ҳодисани худди бўлгандек эслайди.

Конфабуляцияни 3 та тури мавжуд:

Ўринни босувчи конфабуляция – ёлғон хотира йукотилган хотира урнини тулдиради. Оддий мазмунга эга бўлиб, бу кўпроқ касбий- кундалик характерга эга.

Бу касаллик Корсаков синдроми, прогрессивланувчи амнезия, парамнестик деменция структурасига киради.

Фантастик конфабуляция – ёлғон хотира ажойиб фантастик воқеалар билан худди яқинда бўлиб ўтган воқеа ҳодиса каби англанади.

Масалан: (улуғ одамлар билан учрашганлиги, бўлмаган севги сюжети). Фантастик воқеа ҳодисани мавзуси стабил бўлади ва бир мавзули, яъни олиймартабалик васвасаси ёки эротик бўлиши мумкин.

Ушбу касаллик конфабулёз, конфабуляр – васваса ва ўткир парафрен синдроми структурасига киради.

Паралитик конфабуляция – ёлғон хотира ақлга сиғмайдиган маъно билан яъни касал ўзини юқори лавозим (юқори даража) эгаси деб билади. Масалан: 3 карра маршал, хизмат кўрсатган темир йўлчи, бир нечта орден медаллар сохиби ёки бойликлар эгаси деб билади. Паралитик конфабуляция эси пастлик структурасига киради.

Хотирани текшириш методлари

1. Пиктограмма методи. Бу методика орқали хотира ва тафаккурни текшириш мумкин. Текширилувчига 10 та сўзни алоҳида расм чизиш орқали эслаб қолиш буюрилади. Масалан, 1-сўз “қувноқ байрам” дейилганда синалувчи шу сўзни қисқа вақт ичида расм чизиш орқали эслаб қолишга ҳаракат қилади. Расм ёнига ҳеч қандай сўз ёзилмаслиги керак. Кейин 2-сўз ўқиб эшиттирилади. 10 та сўз расм орқали ифодалангач, синалувчининг диққатини бошқа топшириқ ёки ишга қаратилади. 1 соат ўтгач, синалувчидан шу тестга қайтиш ва ўзи чизган расмларга қараб илгари эслаб қолиши керак бўлган 10 та сўзни эсга олиш ва уни айтиш буюрилади.

2. Бентон тести - кўриш хотирасини текширишга қаратилган бўлиб, шаклли расмлар тўпламидан фойдаланилади (геометрик фигуралар). Бунда 5 та серияли расмлар кўрсатилади. 10 секунд ичида 3 та расмни чизиб бериши керак. Шу чизмаларни чизган сони ва сифатига қараб баҳоланади. Бу тест бош миянинг органик касалликларида хотира бузилишини ўрганиш учун ўтказилади.

3. Бендер тестида маълум фигуралардан ташкил топган 9 та жадвал бўлади. Бу жадваллар беморга кўрсатилади ва унинг кўрув - мотор координацияси баҳоланади. Фигураларни бошқача (ҳар хил деталлардан битта фигура яратиш) чизиш шизофренияда кўрсатилади (Кокошкарлова А, 1976)

Фикрлаш хотирасини бузилишини текшириш бир нечта ёрдамчи усуллар билан амалга оширилишини Л.С.Выготский ва унинг ўқувчилари - А.Н.Монтёв ва А.Р.Лурия таклиф қилишган. Ҳикояни давом эттириш орқали ҳам фикрлаш хотираси текришилади (тафаккур ва мантиқ хотираси ҳолати аниқланади).

Хотиранинг мотивацион компонентларини бузилишини аниқлаш турли ёрдамчи методлар билан амалга оширилади. 1927 йил Зейгарник хотиранинг мотивацион компонентларини текширишда шахсни ҳисобга олиш кераклигини кўрсатиб ўтган. Масалан: "Охирига етмаган фаолиятни қайта тиклаш феномени" 1976 й Петренко бу аспектни хотира бузилишининг асосий материали деб ҳисоблаган, фикрлаш хотирасини эпилепсияли беморларда ўрганган.

Векслер шкаласи хотирани текшириш учун кўп сонли психомотор тестларидан фойдаланилади, 7 ҳар хил топшириқларни (логик хотира, рақамларни турли ва тескари тартибда қайтариш, кўрув, жуфт ассоциация ва б.) ҳар бир топшириқдан олинган баҳолар жамланади.

Бу методда нисбатан ўхшаш (бир жинсли) материаллар танланади, шунинг учун унинг диагностик аҳамияти интеллектуал тестлар билан таққосланганида юқорироқдир.

ТАФАККУР

Бу билиш фаолиятининг юқори босқичи бўлиб нарсa, ҳодисаларни акс эттирувчи олий психик жараён. Тафаккур бош миядаги ахборотларни қайта ишлаш жараёни, билишнинг актив йуналишини белгилайди. Тафаккур тор маънода тушунчани анализ ва синтез қилиш, хулоса қилиш, идрок қилишнинг мажмуидир.

Тафаккур фаолияти сезги ва идрок жараёнларига нисбатан мураккаб жараёндир. Одамнинг тафаккур фаолияти нафақат сезги билан, балки нутқ билан ҳам ўзаро боғланади. Ҳар қандай фикр тил ва нутқнинг ўзаро боғланишидан юзага келтиради ва ривожлантиради.

Тил ва нутқ психиканинг асосий муҳим структуравий элементи ва тафаккур қуроли ҳисобланади. Тафаккур ва нутқ ягона психофизиологик асос ҳисобланиб, И.П.Павлов уни иккинчи сигнал система деб ҳисоблайди.

Тафаккур хусусиятлари:

Бирламчи хусусияти - унинг билвосита характери. Инсон бевосита била қила олмайдиган нарсани билвосита ўргана олади, шунингдек муайян хусуситларни бошқа бир хусусиятлар орқали, маълум нарсани аниқ нарса орқали ўрганади.

Тафаккурнинг иккинчи хусусияти - унинг умумийлигидир. Умумийлаштириш асосан предметларнинг барча хусусиятлари ўртасида боғланиш бўлганлиги учун ҳам мавжуддир.

Тафаккурнинг мазмуний компонентлари. Тафаккурнинг асосан қуйидаги мазмуний компонентлари мавжуд: тасаввур, тушунча, ҳукм, хулоса.

Тафаккурнинг операционал компонентларига эса қуйидагилар киради: анализ, синтез, абстракция, солиштириш, умумийлаштириш, классификация, тизимлаш.

Тафаккурнинг қуйидаги турлари мавжуд: предметли-ҳаракатли, кўргазмали-образли, сўз-абстрактли. Бу турдаги тафаккур ўзаро бир бири билан боғлангандир. Булардан ташқари яна эмпирик, назарий, эвристик.

Нутқ авваламбор мулоқот доирасида ва жамият аҳамиятига эга. У тарихий ривожланиш жараёнида тафаккур билан бирга юзага келган. Нутқнинг коммуникатив аҳамияти нафақат ҳозирги вақт учун муҳимдир. Нутқ бизни ҳайвонлардан ажратиб турувчи олий фаолиятдир. Айнан нутқ ёрдамида жамоатчилик билан алоқа чуқурлашади.

Нутқ турлари:

1. Оғзаки ва ёзма.
2. Ташқи ва ички.
3. Диологик ва монологик.
4. Вербал ва невербал.

Инсон оғзаки нутқ ёрдами билан ўз фикрларини сўз билан бошқаларга етказа олади. Ёзма нутқ ёрдамида мулоқот қилиш мумкин, лекин бу мулоқот

инсон ҳаёти учун муҳим бир вазифани бажариши, яъни сақланиб қолиши билан аҳамиятга эга.

Ташқи нутқ - ўзига хос ташқи белгилар билан боғлиқ ҳолда нутққа айланади (товушлар, ҳаракатлар). Бу нутқ ўзининг ташқи белгилари ёрдамида етказилиши билан инсон уни тушиниши мумкин.

Ички нутқ бу - ташқи белгиларга эга бўлмаган уни нафақат атрофдаги одамлар, балки инсон ўзи ҳам тушуна ололмайди. Бу нутқ инсонлар орасида муомала сифатида ишлатилмайди, у инсоннинг ўз психикасида, хатти ҳаракатида ва фикрлашида иштирок этади.

Вербал нутқ - товуш ва сўзлар билан ифодаланган нутқ бўлиб, унинг 2 асосий хусусияти мавжуд:

1. Лингвистик хусиятли нутқ асосан тилшуносликда ўрганилиб, уларда сўзларни тўғри ёзилиши ва талаффуз қилинишига аҳамият берилади.
2. Паралингвистик хусияти - нутқнинг баландлиги, тезлиги, интонацияси, паузаси, нутқнинг тембрига аҳамият берилади.

Новербал нутқ товушсиз услубдаги, масалан пантомимика, мимика.

Тафаккур патологияси

ТАФАККУР ТЕЗЛАШИШИ - муайян вақт бирлигида ассоциациялар миқдорининг кўпайиши.

“Ғоялар сакраши” - муайян вақт бирлигида ассоциациялар миқдорининг максимал даражада кўпайиши. Бунда бирорта маъно англаб олиш қийин бўлган янги фикрларнинг жуда шиддат билан ўзгариши.

ФИКРЛАРНИНГ СЕКИНЛАШИШИ - муайян вақт бирлигида ассоциациялар миқдорининг камайиши.

МЕНТИЗМ - "фикр оқими", "ғоялар бўрони", беморнинг нутқи узгармаган ҳолда бир вақт бирлигида ассоциацияларнинг ошиши беморда хуруж қилиш ва ихтиёрсиз тарзда келиб чиқади.

ШПЕРРУНГ - "фикрларни тикилиб қолиши" фикрларнинг тўсатдан узилиши, тўсатдан тўхтаб қолиши, ассоциатив жараённинг тўхташи.

ВЕРБИГЕРАЦИЯ (нутқ стереотипияси) - бу тафаккур бузилишида алоҳида сўз ва жумлаларнинг стереотипик қайтарилиши намоён бўлади.

ПЕРСЕВЕРАЦИЯ - (лот.perseveratio - қатъиятлилиқ ва ўжарлик) бу ҳолатда бирон бир фикр ёки тасаввурнинг узок вақт устунлиқ қилиши оқибатида фикрлаш ва янги ассоциацияларнинг пайдо бўлиши сезиларли қийинлашади. Муайян тасаввурларда патологик жиҳатдан қолиб кетиш кузатилади. Клиник нуқтаи назардан бу беморнинг бир хил жумлаларни қайтараверишида (жуда узок вақт) кузатилади. Бу турдаги беморлар шифокорни биринчи саволига тўғри жавоб бериб, сўнгра бошқа ҳар қандай саволга биринчи берган жавобини қайтаравериши мумкин.

ПАРАЛОГИКЛИК (ғайримантикийлик) - фикрлашда мантикий боғлиқлик кузатилмайди.

УЗИЛГАНЛИК - грамматик тўғрилиқ сақланган ҳолда, жумлаларда мантикий боғлиқлик бузилади. Беморларнинг нутқи умуман тушунарсиз ва маъносиз бўлади. Бу ҳолатни "сўз акрошкеси ёки салати" деб аташади.

СИРҒАНИШ - узилганликнинг енгилроқ кўриниши.

БОҒЛАНМАГАНЛИК (инкогерентлик, инкоген фикрлаш, лот. in рад этишнинг бир қисми, cohaerentia-боғлиқлик). Бу ҳолатда жумлаларда грамматик ва мантикий боғлиқлик бузилади. Бутунлай хаотиклик, бемаънолик билан намоён бўлади. Инкогерентлик узилганликдан фарқли ўлароқ доимо онг хиралашуви асосида пайдо бўлади.

Фикрлаш процессини мақсадли ҳаракатининг бузилиши қуйидаги симптомларда учрайди.

ТУРЛИРЕЖАЛИЛИК - ҳар хил принциплардан келиб чиққан ҳолда қарор қабул қилишнинг шаклланиши кузатиладиган тафаккур патологияси.

ШАРОИТЛИЛИК. Олдинги ассоциацияларнинг устунлиги туфайли янгиларининг пайдо бўлиши қийинлашуви, беморларнинг бир мавзудан бошқасига ўтиши жуда қийин бўлади.

РЕЗОНЕРЛИК – бўш фикрлашга мойиллик, “маҳсулсиз донолик”, жуда кўп сўз, лекин маъно йўқлиги.

Тафаккурнинг маъно жиҳатидан патологиясига шилқим ғоялар, ўта қимматли ғоялар ва васваса касалликлари киради.

ШИЛҚИМ ҒОЯЛАР – беморнинг иродасига боғлиқ бўлмаган ҳолда юзага келувчи тасаввурлар, хотиралар, фикрлар бўлиб, бунда бемор бу ҳолатга нисбатан танқидий қарайди, яъни унда пайдо бўлаётган патологик фикрлар унга умуман бегоналигини ҳис қилади.

ЎТА ҚИММАТЛИ ҒОЯЛАР - реал ҳолатлар асосида келиб чиқиб, кейинчалик бу ҳолат бемор диққатида доминантлик қилиши ҳисобига беморнинг бутун хулқ-атворини белгилаб беради. Беморда бу ҳолатга нисбатан танқиди йўқ.

ВАСВАСА ҒОЯЛАР – ҳукм чиқариш ва хулоса қилиш патологик асосда юзага келади ва коррекцияга берилмайди. Бемор ўзини ҳақ деб ҳисоблайди, унда шу ҳолатга нисбатан танқиди йўқ. Оддий хато қилишдан васваса қуйидагича фарқланади: 1) бу ҳар доим касаллик аломати, қалбининг оғриқли ҳолатида юзага келади; 2) киши ўзининг хато англашларининг тўғрилигига ишонади; 3) васваса коррекцияга берилмайди; 4) васваса ғоялар бемор учун муҳим аҳамият касб этади ва унинг хулқ-атворига таъсир қилади, хатти-ҳаракатини белгилаб беради.

4-Машғулот

Мавзу: Сезги, идрок, тасаввур, диққат. Патологияси. Текшириш усуллари.

Сезги – энг оддий психик акс эттириш жараёни бўлиб, атрофдаги материал олам ва организмнинг ички ҳолатининг алоҳида хусусиятларини миёда акс

эттиришдир (ранг, шакл, оғрик). Бунда атрофдаги нарсалар сезги органи рецепторларига бевосита таъсир этади.

Ички ва ташқи оламдаги предметлар марказий нерв тизимиغا экстероцепторлар ва интероцепторлар орқали таъсир қилади.

Экстероцептив сезги тана ташқарисида жойлашган рецепторлар билан боғланган: кўриш, эшитиш, ҳид билиш, таъм билиш, тери. Экстероцепторларнинг икки тури фарқланади:

- дистанцион, яъни ташқаридаги қўзғатувчилар билан бевосита контакта бўлмайдиган (кўриш, эшитиш, ҳид билиш);
- контактрецептор, бунда бевосита контакт амалга оширилади (таъм билиш, тактиль сезги, вибрацион сезги).

Интероцептив (ёки органик) сезгилар нерв толаларига, иннервацияланувчи ички органлар қўзғатувчиларига таъсир қилиш туфайли келиб чиқади. Интероцепциянинг рецептор майдонлари ички орган тўқималарида жойлашган бўлиб, ички муҳит ҳақида маълумот беради. Улар ўз ўрнида икки гуруҳга бўлинади.

Хусусий интероцепторлар ички муҳит ва ички органлар ҳақида маълумот беради.

Проприоцептив сезгилар, бу мускул, бўғин ва вестибуляр аппаратда жойлашган рецепторлар бўлиб, улар тананинг ҳолати, оёқ-қўлнинг ўзаро жойлашуви ҳақида маълумот узатади (ўз ҳаракатларини ҳис қилиш ва тананинг фазовий ҳолати).

Сезувчанликнинг ўзгариши қонуниятлари:

- адаптация, анализатор сезувчанлигининг айти дамда таъсир қилувчи қўзғатувчининг кучи ва давомийлигига мослашиши туфайли ўзгариши;
- сенсibiliзация - анализатор сезувчанлигининг ички психик омилар таъсири остида ортиши;
- десенсибилизация – бир турдаги анализаторларнинг кучли қўзғалиши ҳар доим бошқаларининг сусайишига олиб келади;
- контраст – реалликнинг бир хусусиятига бошқа унга қарама-қаршиларининг таъсири остида сезувчанликнинг ортиши;
- синестезия – реалликга тўғри келадиган ассоциатив иномодалъ сезгилар, масалан лимон кўриниши нордон таъми ҳис қилишни уйғотади.

СЕЗГИ БУЗИЛИШЛАРИ

Сезгининг миқдор ва сифат бузилишлари фарқланади. Миқдор бузилишларига анестезия, гипоестезия, гиперэстезия, гиперпатия киради.

Анестезия (сезувчанликнинг йўқлиги)- турли хил қўзғатувчиларни ҳис қилиш қобилиятининг йўқолиши. Сезувчан нерв ёки миянинг лат ейишишда содир бўлади (орқа ёки бош мия), шунинг учун ташқи қўзғатувчилар марказий нерв тизимиға етиб бормайди. Анестезия бутун танани (умумий анестезия) ёки айрим соҳани қамраб олиши мумкин (локал анестезия). Анестезия психик бўлиши мумкин. Яна қуйидагилар учрайди: психик анасмия – ҳид сезмаслик; психик амблиопия – кўрлик; психик агевзия – таъм билишнинг йўқолиши; психик карлик. Ш у билан бирга психик тактик ва оғрик анестезиси – аналъгезия ҳам учрайди.

Гипоэстезия – (сезувчанликнинг пасайиши, сезувчанлик чегарасининг ошиши). Айни дамда таъсир қилувчи қўзғатувчиларга нисбатан сезувчанликнинг камлиги, товушлар қийин етиб боради; таъм билиш, ҳид билиш, оғриқни ҳис қилиш камаяди; ўз овозининг индивидуал хусусиятлари қабул қилинмайди.

Гиперэстезия – (сезувчанлик чегарасининг камайиши) физик стимулларнинг сезги органларига таъсирини сезишнинг кучайиши. Амалиётда жуда кўп учрайдиган феноменлардан бири. У астеник синдром таркибига киради. Кўпинча кўриш ва акустик гиперэстезия турлаи учрайди.

Гиперпатия – сезувчанликнинг касаллик ҳолатидаги жуда ошиб кетиши, бунда энг оддий зарарсиз қўзғатувчилар ҳам беморда оғриқли ва нохуш ҳолат сифатида қабул қилинади, масалан.

Сезгининг сифат бузилишларига **синестезия, сенестопатия, парестезия** киради.

Синестезия – бир анализаторни қўзғатиш сўнгида иккинчи анализаторда сезгининг пайдо бўлиши. Бошқача қилиб айтганда, синестезия – бирон бир қўзғатувчи сезги органига таъсир қилар экан, беморнинг иродасига боғлиқ бўлмаган ҳолда нафақат айнан шу сезги органига хос сезгини уйғоади, балки бошқа сезги органига характерли бўлган сезги ёки тасаввурни ҳам уйғотади. Синестезиянинг ўзига хос шакллари эшитилган нарсани визуаллаштиришда, масалан, мусикий асарларни эшитишда беморда рангли гаммали кўринишлар намоён бўлиши (товуш-ранг синестезияси) билан учраши мумкин. Текширилувчида алоҳида кўриш қўзғатувчилари таъсирида нохуш таъм билиш сезгилари пайдо бўлиши мумкин (кўриш-таъм сенестезияси).

Сенестопатия – бирданига пайдо бўлувчи ўта оғир сезгилар бўлиб, улар аниқ бир анатомик тузилмаларнинг жойлашувига ва топографик иннервациясига мос келмайди. Сенестопатига ғайритабиийлик, мураккаблик, сезгиларнинг ғаройиблиги хос бўлиб, бемор уларни таърифлаши қийин бўлади (худди «танада қандайдир тўлқин ёки электр токи юргандек, нимадир «тортаётгандек», «ёрилаётгандек», «қуйилаётгандек», «қайнаётгандек» ва ҳоказо). Сенестопатия психик патологиялар учун характерлидир. Улар кўпинча ипохондрик белгилар билан мос келади.

Парестезия – сенестопатиядан фарқли равишда ноодатий оддий нохуш ва оғриқли сезгилар бўлиб, улар худди игна санчиғи, чумоли юргандек, куяётгандек тарзда намоён бўлади. Бунда беморлар бир жойда ўтира олмайдиган, безовта бўлиб қоладилар. Улар териларига тегадиган кийим-кечакларига, кўрпа-тўшакларига нисбатан жуда сезувчан бўлиб қоладилар. Сенестопатиядан фарқли равишда парестезия неврологик (алкоголик полинейропатия, диабетик этиология) ёки қон томирлари шикастланиши (Рейно касаллиги, эндартериит, веналарнинг варикоз кенгайиши ва б.) белгиси ҳисобланади.

Идрок ва унинг бузилишлари.

Идрок бу атрофдаги нарса ва ҳодисаларнинг миямизда бир бутунлигича акс эттирилишидир. Идрок жараёни ҳам сезги жараёни каби нарса ва ҳодисаларнинг бевосита сезги органларимизга таъсир қилиши натижасида амалга ошади.

Идрокнинг асосий характеристикасига қуйидагилар киради: константлик, предметлилик, бутунлик, умумлашганлик.

Константлик (доимийлик) – ташқи муҳит ўзгарганида ҳам идрок қилинаётган предметнинг шакли, ранги ва бошқа хусусиятлари ўзгармаган ҳолда идрок қилиниши.

Предметлилик – бунда предметлар бир бири билан боғланмаган сезгилар сифатида эмас, балки фазо ва макондаги бир бутун яхли жисм сифатида қабул қилинади. Бу ҳолат айниқса жисмни ҳаёлан атрофдаги фондан ажратиб олиш жараёнида намоён бўлади. Шундай қилиб, идрок қилинаётган реаллик доим икки кўринишга бўлинади: жисм – идрок қилинаётган объект ва фон – шу жисмни ўраб турган ташқи муҳит.

Идрокнинг бутунлиги ўзаро бир бири билан боғланган икки аспектдан иборат: турли хил элементларни бир бутунга йиғиш ва ташкил этилган бутунлиқнинг элементлар сифатига (муайян чегаради) боғланмаганлиги. Бунда идрок қилинаётган предмет тўлиқ бўлмаганида ҳаёлан унинг етишмаган қисми тўлдирилади.

Идрокнинг умумлашганлиги – идрок қилинаётган ҳар бир предметнинг бирон бир синфга киритилиши. Идрокнинг умумлашганлиги объектларни нафақат таниш ва классификациялашга имкон беради, балки уларнинг баъзи хусусиятларини олдиндан кўра билишга ёрдам беради. Идрокнинг бошқа хусусиятларига унинг ҳажми, аниқлиги, тўлиқлиги ва тезлиги киради.

Идрок ҳажми – идрокнинг бир актида инсон қабул қила оладиган объектлар сони.

Идрок аниқлиги – идрок қилиш жараёнида пайдо бўлган образнинг идрок қилинаётган объектга тўғри келиши.

Идрок тўлиқлиги - идрок қилиш жараёнида пайдо бўлган образнинг идрок қилинаётган объектга мослиги даражаси.

Идрок тезлиги – предметни адекват идрок қилиш учун зарур бўлган вақт бирлиги.

Идрок бузилишлари.

Клиникада идрок бузилиши муҳим аҳамиятга эга, чунки улар соматик ёки психологик асосда келиб чиқиши мумкин ва патология белгиси ҳисобланади.

Қуйидаги идрок ўзгаришлари фарқланади: **психосенсор бузилишлар, агнозия, иллюзиялар, галлюцинациялар ва псевдогаллюцинациялар.**

Психосенсор бузилишлар – идрок қилинаётган объектни формаси, ҳажми, улар ўртасидаги масофани идрок қилишдаги хатоликлардир. Уларнинг қуйидаги турлари мавжуд: диплопия (икки карра идрок қилиш), полиопия (образларнинг кўплиги), макропсия (катта ўлчамда идрок қилиш), микропсия (кичик ўлчамда идрок қилиш), дисморфопсия (деформация ҳолатида, яъни пачоқ эзилган тарзда идрок қилиш), порробсия (узоқ ёки яқинда идрок қилиш).

Психосенсор бузилишлар қуйидаги ҳолатлар асосида келиб чиқади: турли хил генезга эга бўлган бош миyanинг органик касалликларида (менингоэнцефалит, жароҳат, ўсимта, қон томирлари аневризми, энцефалопатия ва б.), экзоген характерли ўткир интоксикацияларда (алкоголь ва наркотик мастлик).

Агнозия – нарс ва ҳодисаларни таний олмаслик. Агнозия – доим бош миyanинг кўпол жароҳат олиши симптомидир. Кўриш агнозиясида бемор предметларни кўради, лекин уларни таний олмайди. Қуйидаги турлари мавжуд:

- 1) кўриш агнозияси;
- 2) тактиль агнозия;

3) эшитиш агнозияси. Агнозия қон томирлари, жароҳат, ўсимта жараёнлари туфайли бош миянинг локал қисмлари лат еганида ва бошқа патологик ҳолатларда учрайди.

Бемор ва соғлом инсонларда кенг тарқалган идрок бузилишларидан бири иллюзиядир.

Иллюзия - (лот. *illusere*- алдаш) – реал объектни нотўғри идрок қилишдир. Психофизиологик иллюзия кўпчилик инсонларда кузатилади. У идрокнинг бутунлиги хусусиятига боғлиқ. Иллюзиялар физик (синиш қонуни), физиологик (чарчаш ёки диққат қилмасликнинг ёрқин намоён бўлишида) ҳолатлар билан шартланиши мумкин ёки психик бузилишлар белгиси бўлади.

Аффектив **иллюзиялар** ҳам маълум, қайсики кучли эмоциялар таъсири остида пайдо бўлади. Бундан ташқари яхши ёритилмаган хоналарда, шовқин жойда ва нотаниш шароитларда ҳам иллюзия пайдо бўлиши мумкин.

Эшитиш, вербал ва кўриш иллюзиялари фарқланади. Кўриш иллюзияларининг ўзига хос тури – парейдолик иллюзиялардир.

Соғлом одамларда кўрқув ҳолатида ҳам иллюзиялар намоён бўлиши мумкин. Сизги органлари бўйича ҳам иллюзиялар фарқланади: кўриш, эшитиш, ҳид билиш, таъм билиш. Парейдолик иллюзиялар мураккаб иллюзия ҳисобланади. Бу иллюзия невротик бузилишдаги беморларда ва ўта чарчаган соғлом инсонларда кузатилиб, асосан гиламдаги нақшларда турли кўрқинчли каллаларни ёки шунга ўхшаш нарсалар идрок қилинади.

Галлюцинация - объектсиз идрок қилиш, ёлғон идрок қилиш. Улар ҳам сезги органлари асосида турланади. Беморлар мавжуд бўлмаган образларни, нутқни, ҳидни идрок қиладилар. Псевдогаллюцинациялар эса ташқи муҳитда эмас, балки беморнинг “боши ичида” содир бўлади, турли хил овозлар бемор мияси томонидан чиқади. Бемор худди ички қулоғи билан нималарнидир эшитади, лекин уларни реал предмет ва товушлар билан идентификация қила олмайди, яъни ҳеч нарсага ўхшата олмайди.

Галлюцинация - (лот. *hallucination*- кўриниш) –«объектсиз идрок қилиш», мавжуд бўлмаган предмет ва ҳодисаларни шубҳали идрок қилишдир.

Галлюцинациялар шу билан бирга чин ва ёлғон бўлади.

Чин галлюцинацияларда бемор объектив реалликни ҳис қилиб, айтишида дамда мавжуд бўлмаган предмет ва ҳодисаларни идрок қилади. Масалан, бемор хонада бир ўзи ўтирибди. Лекин унинг айтишича хонада унинг онаси ҳам бор. У галлюцинация туфайли онаси билан суҳбат қурмоқда. Беморнинг онаси – объектив реаллик, яъни бу шахс ҳаётда мавжуд ёки мавжуд бўлган, лекин айтишида дамда хонада мавжуд эмас. Бу турдаги галлюцинация чин галлюцинация деб аталади. Ёлғон галлюцинацияда ҳаётда реал мавжуд бўлмаган объектлар, масалан, ажиналар, девлар идрок қилинади. Псевдогаллюцинацияда турли хил товушлар мия ичидан, бошқа шахардан ёки космик фазодан эшитилаётгандек бўлади. Галлюцинациялар кўпинча психик касалликлар аломати ҳисобланади.

Диққат – инсон онгининг бирор объектга жамланганлиги ва йўналганлигидир. У барча психик жараёнлар билан боғланган, айниқса хотира, тафаккур, эмоция, ирода, эҳтиёж ва қизиқишлар билан қаттиқ боғланган. Инсон фаолияти, ташқи муҳитга адаптацияси диққатнинг ҳолатига боғлиқ.

Диққат турлари.

Ихтиёрсиз (пассив) диққат ирода иштирокисиз амалга ошади ва объектнинг ўзи ва инсон психикасининг актуал ҳолати билан белгиланади. Масалан, бирданига эшик қаттиқ тақиллаб кетса инсон беихтиёр шу томонга қарайди.

Ихтиёрий (актив) диққат – онгли равишда, ирода иштирокида диққатнинг бирон предмет ёки ҳодисага қаратилиши.

Диққат характеристикаси

Диққат ҳажми – бир вақтнинг ўзида инсон диққати марказида бўла оладиган объектлар сони.

Диққат барқарорлиги – диққатнинг чалғишига қарши туриб узоқ вақт ичида диққатни муайян предметга қаратилиши.

Диққат концентрация (йўналганлиги) – бошқа предметларни инкор қилиб фақат маълум бир объектга диққатнинг жамланиши.

Диққат кўчиши – диққат концентрациясининг сақланганлиги ҳолда диққатнинг бир предметдан онгли равишда бошқа предметга кўчирилиши.

Диққат тақсимланиши – бир вақтнинг ўзида диққатнинг бир неча предметларга йўналганлиги.

Диққат бузилишлари ва унинг клиник практикада аҳамияти.

Диққатнинг ўта чарчаши – патологик чарчаш оқибатида диққатнинг барча параметрларини бузилиши.

Диққат концентрациясининг бузилиши – муайян объект ёки ҳодисаларга диққатни жамлай олишнинг сусайиши ёки бутунлай йўқолиши.

Диққатнинг чалғиши – узоқ вақт бир предметга диққатни жамлай олмаслик, ташқи кўзғатувчиларга чалғиш.

Диққатнинг ўта чалғиши – атрофдаги энг кучсиз кўзғатувчиларга ҳам диққатнинг чалғиши натижасида диққатни бирон предметга жамлай олмаслик.

Диққатнинг инертлиги – диққатнинг бир объектдан иккинчи объектга етарли даражада кўча олмаслиги.

Диққат ҳолатларини ҳисобга олиш клиник амалиётда муҳим аҳамиятга эга. Дастлабки анамнез йиғиш жараёнида уларни қайд этиш мумкин. Диққат кўчишидаги қийинчиликлар, бир нуқтага диққатни йўналтириб бошқа нарсаларни инкор қилиш каби ҳолатлар асосан беморнинг характерологик хусусиятларига боғлиқ (психик ригидлик) ва шу билан бирга ипохондрик бузилишларга эга беморларга ҳам хос белги ҳисобланади.

Ҳар қандай соматик касаллик диққатнинг беқарорлигига, чарчашига олиб келиши мумкин. Баъзи ҳолларда диққатнинг чарчаши шу даражада кучли намоён бўладики, беморнинг интеллектуал салоҳияти етарли эмас деган нотўғри хулосаларни юзага чиқариши мумкин. Кўпинча диққат бузилишлари МНС (марказий нерв системаси), церебрал атеросклероз, гипертония ва бошқа касалликларда кузатилиши мумкин.

Диққат бузилиши бошқа психопатологик синдромлар структурасига ҳам кириши мумкин. Масалан, диққатнинг чалғиши маниакал ҳолатлар учун характерлидир. Ўткир васваса ҳолатларида ҳаёлпарастлик, диққатнинг ўта чалғиши кузатилади. Диққатнинг оғир бузилишлари онг бузилишларида кузатилади.

Диққатнинг бузилишлари янада ёрқин тарзда экзоген-органик типдаги психик реакция қилишда диққат концентрациясининг, барқарорлигининг, тез чарчаши,

кўчишидаги қийинчиликлар билан намоён бўлади. Худди шундай бузилишлар неврозларда ҳам кузатилади. Экзоген типдаги реакцияда диққатнинг бузилишлари ҳал қилувчи роль ўйнамайди (улар умуман бўлмаслиги ёки иккиламчи бўлиши мумкин). Баъзи маълумотларга (Э.Крепелин) кўра шизофренияда актив диққатнинг бузилиши характерлидир ва бунда пассив диққат сақланган бўлади. Бу ҳолат шизофрения билан касалланган беморларни экзоген-органик ва невротик психик бузилишларга эга беморлардан фарқлайди.

ДИҚҚАТНИ ТЕКШИРИШ МЕТОДИКАЛАРИ.

Диққат бузилишлари беморнинг қуйидаги шикоятлари асосида кузатилиши мумкин: бирон бир савол ёки масалага диққатни жамлай олмаслик, енгил даражадаги чалғиш, иш жараёнида хатолар қилиш, мазмунини тушунмаган ҳолда механик тарзда ўқиш, ҳаёлпарастлик ва б.

Диққат экспериментал – психологик методлар ёрдамида текширилади. Диққатнинг алоҳида хусусиятлари ўрганилаётганда – ҳажми, кўчиши, барқарорлиги, концентрацияси – одатда буларни текшириш учун янада адекват бўлган методикалар қўлланилади.

Диққат ҳажми **Шульте жадвали** ёрдамида текширилади. Бу методика “сонларни топиш” машқи билан маълумдир.

Крепелин бўйича ҳисоб методикаси диққатнинг чарчабини ўрганиш учун ишлатилади. Текширилувчига устун кўринишида ёзилган бир хонали сонларни оғзаки бир бирига қўшиши буюрилади. Натижалар муайян вақт ичида бир бирига қўшилган сонлар миқдори ва қилинган хатоларга аҳамият бериш билан таҳлили қилинади.

Мюнстерберг методикаси диққат жамланганлигини текширишга ёрдам беради. У ичида муайян сўзлари бўлган ҳарфий текстдан иборат бўлиб, текширилувчига 2 минут ичида шу сўзларни топиб тагига чизиш буюрилади. Топилган сўзлар сони ва хатоларга эътибор берилади.

5- Машғулот

Мавзу: Эмоция ва ироданинг норма ва патологияси.

Стресс ва фрустрация ҳақида тушунча, уларни текшириш усуллари.

Эмоциялар - рухий жараёнларни асосий томонларидан бўлиб, инсонни борлиқни бошидан кечириш, уни атрофдагиларга ва ўзига бўлган муносабатлари билан характерланади. Улар рухий ва соматик жараёнларни бошқарилишида катта аҳамиятга эга.

Эмоциялар – (лотинча *emovere* –ўзгалиш, ҳаяжонланиш). Биз кўпинча эмоциялар ва ҳис-туйғуни бир хил деб ҳисоблаймиз.

Эмоциялар - бу қатъий маънода, бевосита вақтинчалик бирор-бир туйғуни бошидан кечиришни билдирувчи сўздир.

Мимика – юз мускулларини координацияланган ҳаракати бўлиб, одам эмоцияларини акс эттиради.

Пантомимика (жестикуляция) - тана ва қўлнинг координациялашган ҳаракати бўлиб ҳар хил руҳий ҳолатлар ва эмоционал кечинмаларни акс эттиради.

Эмоциялар ёш кризлари билан узвий боғлиқ. Масалан: ўсмирларни эмоционал ҳаёти жуда ўзгарувчан бўлиб, бу мия пўстлоғи ва пўстлок остини биринчи ва иккинчи сигнал системаларини вақтинчалик дисгормонияси билан тушунтирилади ва бу ўзгаришлар жинсий етилиш даврига хосдир.

Ижобий, салбий, нейтрал эмоциялар, шунингдек актив (стеник) ва пассив (астеник), эмоциялар фарқанади.

Стеник - (грекча «стенос» - куч) эмоциялар организмни энергияси, активлигини ва ҳаёт фаолиятини оширади.

Астеник – (грекча «астенос» - аксинча организмдаги барча ҳаётий жараёнларни босиб қўяди).

Стеник эмоцияларга - мисол бўлиб хурсанд бўлиш туйғуси, жанговор қўзғалувчанлик, спорт ғазаби, нафратланишлар киради.

Астеник эмоцияларга мисол бўлиб, хурсанчиликга қарама - қарши қайғу, ғам, эзилиш сезгиси киради. Қайғуриш ва қўрқиш эмоциялари стеник ва астеник шаклларда одамни индивидуал хусусиятлари ва нерв тизимини типига боғлиқ бўлади.

К.Е. Изард асосий, яъни «фундаментал» эмоцияларни ажратиб, булар қолган барчасини аниқайди, дейди.

Бу: **қизиқиш** (худди эмоциядек)- ижобий эмоционал ҳолат бўлиб, кўникма ва малакаларни ривожланиши, билим олиш, мотивлашган ўқитишни амалга оширади; хурсандчилик, ҳайрон бўлиш, нафрат, кўнгил қолиши, қўрқув, уялиш.

Юқори эмоциялар - интеллектуал базада ривожланади, паст даражадаги эмоцияларга нисбатан ҳукмрон вазиятни эгаллайди.

Паст эмоциялар - инстинктларга асосланган (очлик, чанқаш, ўз-ўзини ҳимоя қилиш ва хоказолар), шунингдек уларни витал деб номланади.

Ҳис-туйғу - бу эмоционал қараш бўлиб, муайян вақт бирлиги ичида содир бўлувчи кечинмаларни интенсивлиги ва одам томонидан объектни конкрет субъектив баҳолашни акс эттиради. Ҳис-туйғу бу эмоцияга қараганда анча мураккаб борлиқни инъикоси бўлиб фақат одамлар учун хосдир.

Ҳис-туйғу турларидан бири бу **эҳтирос** бўлиб- турғун, кучли, бутунлай камраб олувчи идрок қилишдир, у инсонни бошқа истакларидан доминантлик қилиб, барча фикр ўйлар ва ҳаракатлар эҳтирос қўйилган предметга жамланишига олиб келади. Эмоционал кечинманинг интенсивлиги бўйича эҳтирос аффеcktга яқиндир, давомийлиги ва турғунлиги эса кайфиятни эслатади. Йўналиши бўйича эҳтирос ижобий ва салбий бўлади.

Ижобийларига – китоб ўқиш спорт ўйинлари, шахмат, математикага ва хоказоларга бўлган эҳтиёж.

Салбийларига - носоғлом азарт ўйинларга масалан, пулга қимор ўйнашларга қизиқиб кетишлар киради.

Эмоцияларни давомийлиги ва ифодаланганликга қараб - **эмоционал фон, эмоционал реакциялар, эмоционал ҳолатлар** фарқланиб, улар бир бири билан узвий боғлиқдир.

Эмоционал фон - эмоционалликнинг умумий характеристикаси бўлиб бир хил таъсир қилувчи, узоқ вақт давомида ҳар хил эмоцияларни нисбатини тушунилади.

Эмоционал реакциялар- одамни ўзгариб турувчи борликга муносабатини акс эттириб, шу ўзгаришлардан эҳтиёжни шахсий талаблар ва мотивацияларни қониқиши ёки қониқмаслигини кўрсатади. Улар жобий (хурсандчилик, мағрурлик ҳаяжонланиш) салбий (хафалик, ғазаб, жирканиш) ва нейтрал (ҳар хил нарсани билишга қизиқувчанлик ва бефарқлик, ҳайрон бўлиш) лар киради.

Одам жуда ҳам кучли эмоционал реакцияси бу **аффект** ҳисобланади.

Аффект - (лотинчадан таржима қилганда дилдан ҳаяжонланиш, кўзғалиш) – бу қисқа вақт давом этадиган, шиддатли кечадиган эмоционал реакция бўлиб, эмоционал портлашни характерлайди, масалан, қахр -ғазаб, ғам - ғусса, хурсандчилик.

Аффект яққол намоён бўлган тартибсиз ҳаракатлар билан намоён бўлади, бу аввал бўлиб ўтган воқеа - ҳодисага нисбатан реакция бўлиб, бу воқеа ҳодисани охирига етказиш ҳисобланади. Масалан, яқин кишисини йўқотганда хафалик, алданганда ғазабланиш, муваффақиятда хурсандчилик - буларни барчаси бўлиб ўтган ҳолатда кейинги кечинмалардир. Аффект туйғуси портлаш кўринишида кечади. Бунда диққат ва идрок қилиш ўзгаради. Одам майдонда кечинмалари билан боғлиқ бўлган объектларни ушлаб қолиши мумкин. Аффектни фарқ қилувчи томони - онгли назоратни сусайиши, онг майдони торайиши ҳисобланади. Бундай ҳолат ўрта мия ва бош мия катта ярим шарларини пўстлоқ қисмини кучли кўзғалиши билан чақирилади. Хаддан ташқари кучли кўзғалиш, нерв ҳужайраларини иш фаолиятидан ташқарига чиқиб, шартсиз ҳимоя тормозланиш билан алмашинади - эмоционал шок вужудга келади. Натижада аффект кучсизлик, чарчаш, хатто ўзидан, хушдан кетиш билан тугалланади.

Физиологик аффект ва патологик аффект фарқланади. Физиологик аффектда эмоциялар вазиятга адекват бўлади. Патологик аффектда эмоциялар хаддан ташқари кучли, вазиятларга мос келмаган бўлади. Бунда онгни аффеktiv торайиш кузатилади. Патологик аффектларда хулқни дезорганизацияси кузатилиб, дезориентировкани бузилиши, вазиятни тўғри англамаслик психомотор кўзғалиш натижасида юзага келади. Патологик аффект барча руҳий жараёнларни хаддан ташқари чарчаши ва аффект даврида амнезия билан тугалланади. Патологик аффектни хавфли томони шундан иборатки, аффект ҳолатига тушган инсон атрофдагиларга ва ўз ҳаётига хавф солувчи мотивсиз ҳаракатлар қилиши мумкин.

Стресс

Стресс деб (англизча stress - босим, кучланиш) экстремал таъсирга жавобан юзага келадиган эмоционал ҳолат тушунилади.

Клиник жиҳатдан стресс одамга, унинг организми ва шахсига фрустрирловчи руҳий шикастловчи воқеаларни таъсири натижасида руҳий ва соматик бузилишларини шакллантириш тушунилади (В.Д.Меделевич).

Бу тушунча канадалик психолог Г. Селье томонидан киритилган бўлиб, барча кучли таъсирларга одам организминини ғайри-табiiй реакциясини ифодалайди.

Ҳозирги вақтда стрессни натижасига қараб **эустресс** (ижобий стресс, кутилган эффект билан уйғун ҳолда организмда мобиллашади) ва **дистресс** (салбий стресс хоҳланмаган зарарли эффектли бўлади).

Стрессорга қараб стрессни ҳар хил турларга ажратиш мумкин. Улар **физиологик стресс**га ва **психик стресс**га бўлинади.

Физиологик механизмлар организмни таъсир этувчи стрессорга жавоб беришга тайёрлайди.

Бу автоном нерв системаси даражасида яъни автоматик бошқарилади, яъни биз уларга таъсир қила олмаймиз.

Тана жавоб бериш кераклигини билади ва бизнинг кўрсатмаларимизсиз жавоб беради. Муаммо шундан иборатки, барча реакция танага зарар келтириши мумкин, агар у узоқ вақт давом этадиган бўлса.

Психологик стресс **информацион** ва **эмоционал**ларга бўлинади. Агар одам бирор бир масалани амалга ошира олмаса, талаб қилинган темпда тўғри қарор қабул қилишга улгурмаса, юқори маъсулиятда яъни информацион зўриқиш пайдо бўлиб - **информацион стресс** ривожланади. Бунга диққат ҳажмини ва концентрациясини камлиги, чалғитиш кўпайиш, фикрларни бир ерга тўплай олмаслик, хотирани ёмонлашиши, хатоларини ва нотўғри натижаларни кўпайиш характерли. Фикрлаш чалғиганда мавжуд шароитни баҳолаш қобилияти ва оқибатини прогнозлаш қобилияти йўқолади.

Эмоционал стресс ҳаётга хавф солувчи вазиятларда вужудга келади. Хавф – хатарда, ҳафачиликда ва ҳоказоларда, одам ўз кечинмалари билан юзма-юз узоқ вақт бўлганда юзага келади. Бунда ҳаяжонланиш кучайиб кетиб хавотир кузатилади. Оғриқли вос- вослик пайдо бўлади, соғломлик ҳисси йўқолади. Уйқу ёмонлашади. Қабул қилинадиган дорилар кўпаяди. Шахсий хусусиятлар ўзгаради: саранжом одамлар - палапартиш бўлиб қоладилар. Киришимли одамлар - ғамгин, одамларга аралашмайдиган бўлиб қоладилар. Ҳаётий мақсадлари ва интилишлари орқада қолиш мумкин. Қизиқишлари ҳам йўқолади. Депрессия пайдо бўлиши мумкин.

Г. Селье стрессни ривожланишида 3 та босқични ажратади. Биринчи босқич - хавотирланиш реакцияси - организмни ҳимоя механизмларини мобилизацияси, конкрет шикастловчи таъсирга нисбатан, чидамлилиқни ортиши. Бунда организмни резервларини қайта тақсимланиши кузатилади. Одам ортиқча нагрузкадан функционал мобилизация ёрдамида, структур қайта қурилишларсиз чиқиб кетади.

Иккинчи босқич – стабилизация босқичи- биринчи фазадаги мувозанатдан чиқиб кетган барча параметрлар янги даражада мустақамланади. Ташқи хулқ нормадан кам фарқланади, худди ҳаммаси силликлангандек, лекин одамни ичида барча адаптацион резервларни ортиқча ишлатилиши кечади.

Агар стрессли вазият давом этаверса – учинчи босқич- ҳолдан тойиш босқичи бошланади - кучни камайиши, ўзини ёмон ҳис қилиш, ҳар хил касалликлар билан, хатто ўлим билан тугалланади. Ҳар хил нерв системали одамлар бир хил руҳий нагрузкага ҳар хил жавоб қайтаради. Айримларда фаоллик кучаяди, куч мобиллашади, фаолият самарадорлиги ортади. Бу “шер стресси” деб аталади. Одамга хавф солувчи хавф- хатар уни кучли бўлиб ҳаракат қилишга қаратилади. Бошқа одамларда стресс фаолиятни дезорганизациясини чақиради, одамни фаолият эффектвлиги камаяди, пассивлик ва умумий тормозланиш кузатилади, бу “куён стресс”и дейилади.

Стресс вазиятида одамни хулқи кўпинча шароитларга боғлиқ, лекин биринчи навбатда одамни психологик тайёргарлигида, яъни вазиятни тез баҳолаш, кутилмаган вазиятларда тезда ориентирлаш, иродани йиғиш ва қарор қабул қилиш, аналогик вазиятлардаги хулқидаги тажрибаларга боғлиқ бўлади. Стрессга яқин бўлган ҳолатлардан бири бу фрустрациядир.

Фрустрация (лотинча frustration- ёлғон, бузилиш, планларини бузиш.)

Эмоция ва ҳис-туйғуни патологияси

Депрессия - аффект ҳолати бўлиб, салбий эмоционал фон билан мотивацион соҳани, когнитив тасаввур ва хулқи умумий пассивлиги билан ҳаракатланади.

Одам депрессия ҳолатида субъектив оғир эмоцияларни ва кечинмаларини: руҳий эзилганлик, ғам-ғуссалик, умидсизлик, қизиқишни, мотивлар идрок этиш фаоллиги пасайган. Депрессия фонида ўлим тўғрисида фикрлар пайдо бўлади. Суицидал ҳаракатлар кузатилади. Кайфиятни сўлиши ва тушиб кетиш билан бир қаторда идиатор-фикрий, ассоциатив ва ҳаракат тормозланиши характерлидир. Депрессияли беморлар кам ҳаракатчандирлар. Кўпинча улар ёлғиз қолиб, бошларни тушириб ўтирадилар.

Ҳар хил суҳбатлар улар учун қийин бўлади. Ўз-ўзига баҳо бериш тушиб кетган. Вақтни идрок қилиш ўзгарган бўлиб, бу узоқ вақт азовли давом этади. Функционал депрессия ҳолати соғлом одамларда ҳам нормал руҳий фаолиятда пайдо бўлади. Патологик эса психиатрик синдромлардан бири ҳисобланади. Кам намоён бўладиган ҳолатда эса субдепрессия дейилади.

Субдепрессия –кайфиятни тушиб кетиши, депрессия даражасигача етиб бормаган ҳолат бўлиб, бир қатор соматик касалликларда ва неврозларда кузатилади.

Дисфория - кайфиятни пасайиши жиззакилик, ёвузлик, ғамгинлик, атрофдагилар ҳаракатига сезгирликни ошириш, агрессия ҳолатини кўпайтиришга мойилликдир. Эпилепсияларда кузатилади. Дисфория бош миянинг органик касалликларида, психопатиянинг айрим шаклларида – эксплозив ва эпилептоидларда кузатилади.

Эйфория-хурсандчиликни ошиши, шўхчан кайфият бўлиб, объектив ҳолатига мос бўлмаган бепарволик ва беғамлик ҳолатидир. Бунда мимик ва умумий ҳаракатлар жонланган психомотор кўзгатувчанлик кузатилади. Барча атроф муҳит ёрқин камалак сифатида идрок қилинади, барча одамлар мафтункор ва рахмдил бўлиб кўринади.

Эйфориянинг яна бошқа симптоми - бу идеатор кўзгалувчанлик фикрлар осон ва тез оқиб келади, битта ассоциация бир пайтни ўзида бир нечтасини жонлантиради, хотира бой информацияларни беради. Лекин диққат баркамол эмас, жуда чалғувчан, натижада продуктив фаолият жуда чегараланган. Учинчи симптом - бу ҳаракат кўзгалувчанлиги. Беморлар доимий ҳаракатда бўладилар, ҳар ишга киришиб кетадилар, лекин ҳеч бирини охиригача етказа олмайдилар ўз ёрдамлари ва ҳаракатлари билан атрофдагиларга халақит қиладилар.

Бекарор эмоция **эмоционал лабиллик** сифатида намоён бўлади. Эмоционал лабиллик кайфиятни осонлик билан анча хафагарчиликдан хурсандчиликга бирор-бир сезиларли сабабларсиз ўтиши билан характерланади. Бу юрак касалликларида, мия томирлари касалликларида ёки соматик касаллик ўтказгандан сўнг астемия фонида ва ҳоказоларда кузатилади.

Эмоционал амбивалентлик- бир вақтни ўзида қарама-қарши эмоцияларни бирга бўлишига айтилади. Бунда кайфиятни парадоксал ўзгариши кузатилади, масалан, бахтсизлик ҳолати хурсанд кайфиятни чақирса, хурсандчилик хабари - хафагарчилик чақиради. Неврозларда, характер акцентуациясида ва айрим соматик касалликларда кузатилади.

Шунингдек, яна **эмоцияларни амбивалентлиги** - айрим объектларга нисбатан бир вақтда синалатётган бир қанча эмоционал алоқаларни мос келмаслиги, қарама-қаршилиги ҳис-туйғуларни амбивалентлиги типик ҳолатда шу билан ифодаланадики, мураккаб объекти алоҳида хусусиятлари одамни эҳтиёжлари ва қадриятларига ҳар хил таъсир қилади. Барқарор туйғулар орасидаги қарама қаршилиқлар предметиға ва улардан ситуатив эмоциялар ривожланишиға таъсирида ҳис-туйғулар амбивалентлиги бошқа бир ҳолат бўлиб ҳисобланади. Бундан ташқари, **эмоцияларни неадекватлиги** кузатиб, у шизофренияда яққол намоён бўлади. Бунда эмоциялар – уларни чақирувчи кўзгатувчиға мос тушмайди.

Апатия - атроф оламдаги воқеа-ҳодисаларға, ўз ҳолатиға, бирор-бир фаолиятға, ҳатто ўз ташқи кўринишларига ҳам оғриқли бефарқлиги бўлади. Одам ифлос, исқирт бўлиб юради. Ўз яқинлари ва қариндошларға апатияда совуқ, иштироксиз бўладилар.

Фикрлаш қобилияти нисбий сақланганда улар сезиш қобилиятини йўқотадилар. Одамни эмоцияларини шаклланиши уни шахс бўлиб шаклланишни асосий шартларидан биридир.

Эмоционал - стресс ҳолати - бу эмоционал зўриқишни чақирувчи-вазиятларда одамни шу вазиятига нисбатан эмоционал реакцияни кўрсатади.

Эмоцияни текшириш усуллари

Эмоционал бузулишларни баҳолашда анча аҳамиятлилардан бири бўлиб Люшерни ранг танлаш проект тести ҳисобланади. Уларни ёрдами билан стресс (хавотирланиш) даражасини аниқлаш мумкин. Люшерни тести ҳар хил рангларни (одатда саккиз хил рангли тест) карточкалари тўпламидан иборат. Аффектив сферада кўк ранг одамни жуда таъсирчанлиги юқори ҳадиксирашини ва бунинг натижасида эмоционал комфорт, тинчликка эҳтиёжини билдиради. Яшил ранг атрофдагилар томонидан унга берилган баҳога ва амалиётга жуда таъсирчанликни билдиради. Қизил ранг- ҳаётда хурсандчилик, оптимистлик ва гуруҳ кечинмалари йўқлиги ва шунингдек эмоционал етилмаганликни билдиради. Бинафша рангни танлаш эмоционал нотурғун, жиддийликни билдиради.

Жигарранг - соматик эквивалент билан ҳадиксирашни акс эттиради. Қора ранг - агрессивлик, ёвузлик, дисфорияни, кулранг - чарчаш, бефарқликни акс эттиради.

Ирода жараёнлари ва уларнинг патологиялари.

Ирода - бу одам томонидан ўз хулқи ва фаолиятини онгли равишда бошқарилиши бўлиб, ўз эҳтиёжларини қондиришга йўналтирилган мақсадли ҳаракатлар ва ишларни амалга оширишда юзага келадиган ички ва ташқи қийинчиликларни бартараф қила олиш малакасида кўринади.

Иродани физиологик асослари – ирода, худди бошқа руҳий жараёнлар сингари мианинг функцияси ҳисобланади. Ирода ҳаракатларини физиологик механизмларини сезиларли мураккаблигига қарамай, ирода ҳаракатларни шартли рефлексли табиатга эга эканлиги фан томонидан исботланган. И.П.Павлов айтган, «ирода ҳаракатларини механизмни бу шартли ассоциацион жараён бўлиб, олий нерв фаолиятини ёзилган барча қонунларига бўйсунди».

Барча ихтиёрий ҳаракатлар, орттирилган, яшаш ва тарбиялаш жараёнида ўргатилган ҳаракатлардир. Мураккаб ирода жараёнида асосий босқичлардан:

1. Ҳохиш- истак пайдо бўлиш ва мақсад қўйиш.
2. Муҳокама ва мотивлар кураши босқичи.
3. Қарор қабул қилиш.
4. Бажариш

Биринчи босқич- хохиш- истакни пайдо бўлиши, аниқ мақсадга эришиш учун ҳаракат қилиш. Кейинчалик бу мақсадга эришиш учун бир қатор

имкониятларни англаш ва ундан кейин дарҳол бу имкониятларни мустаҳкамловчи ва рад қилувчи мотивлар пайдо бўлади. Кейин мотивлар жанги бошланади. Барча «рози» ва «норози»ликлар кўриб чиқиб, ҳар хил мотивларни конкрет ҳолати ҳисобга олинган ҳолда, одам қарор қабул қилади. Ирода ҳаракатлари қарор қабул қилиш билан тугалланади. Одамни асосий ирода хусусиятларига: қарор қабул қила олувчанлик, мустақиллик, матонатлик, ўзини дадил тута билишлар киради.

Иродани ривожланиши, ирода фаолиятини қобилиятини ривожланиши узок давом этувчи жараёндир. Эрта болалик давридаёқ ота оналар болада дастдаб энг оддий (озодалик, ўз-ўзига ҳурмат қилиш ва хоказолар) ва ривожланишга қараб мураккаблашиб боровчи кўникмаларни шакллантирувчилар.

Кўникмалар - бу бирор-бир ҳаракатни қайта такрорлаш натижасида ишлаб чиқариладиган онг фаолиятини автоматлаштирилган компонентиدير. Кўникмаларни шаклланиши - ортиқча ҳаракатлар ва кучланишни йўқотилиши ва бир бутун ҳаракатда тез учраб турувчи ҳаракатларни бирлашиши билан характерланади.

Мотивациялар - эҳтиёжни қондиришга қаратилган мақсадли, ташкиллаштирилган ва доимий фаолият жараёнига айланади.

Таъсирчанлик - ирода сферасини хоссаси бўлиб, бунда одам бировлар таъсирига осон берилади. Унинг характерини мотивлари бошқалар томонидан аниқланади.

Қарор қабул қила олмаслик - ирода актини мотивлар жанги босқичида ёки қабул қилган қарорини амалга оширишдан тўхтаб қолиш.

Иродани беқарорлиги - одамни ўзини томонидан мақулладиган туйғуларни - таъсирчанлик, ғазаб, қўрқин, жаҳл, аччиқланиш, ўзини тутиб тура олмаслик.

Ирода патологияси

Ирода актини амалий барча этапларида ирода сферасини патологияси пайдо бўлиши мумкин.

Мотивация даражасидаги патологиялар

Гипобулия - ирода камайиши. Гипобулияда одамлар камҳаракат бўладилар, уларда бирон бир фаолиятга интилиш умуман кузатилмайди. Бирор - бир ишни бошлаб, бу ишни чарчаб қолганларидан эмас, балки қизиқиши йўқлигидан, бу ишни охирига етказмай тугатадилар. Гипобулия кўпинча эмоционал фонни пасайиши билан бирга кечади. Иродани камайиши соматик беморларда, стационарда узок даволанганларда госпитализм ва хронизация ҳолатларда кузатилади. Гипобулия шунингдек бош миянинг органик касалликларида, депрессив ҳолатларда нотурғун типдаги психотерапияда ва психопатсимон ҳолатларда, алкоголизмда ва наркоманияда кузатилади.

Абулия - фаолиятсизлик, қатъиятсизлик, иродани сусайиши, иродасизлик. Ҳаракатларни руҳий бошқаришни патологик бузилиши.

Ланжлик, ташаббускорлик ва фаолият кўрсатишга истакни йўқлиги билан характерланади. Беморлар узок вақт ҳеч қандай фаолият кўрсатмасдан ётишлари мумкин.

Бу қарор чиқара олмаслик ва керакли ҳаракатларини уларни зарурлигини англаб турса ҳам амалга ошира олмаслик билан кишилар бу ишни тезда тўхтатадилар ҳохиш истак ва ташаббускорликни йўқлиги беморни ўз – ўзига хизмат қилишга таъсир қилади. Бу уларни ташқи кўринишларида ҳам кўринади (ирkit аҳволда, гигиеник хароб аҳволда). Абулия шизофрения ва уни апатия билан бирга кузатилганда шахс нуқсонини типик кўриниши бўлиб ҳисобланади ва бу касаллик учун хос бўлган апато-абулик синдромни ҳосил қилади.

Гипербулия – одамни хаддан ташқари фаоллигини патологик кучайиши. Самарасиз гипербулия маникал-депрессив психозларда маникал босқичда кузатилиб, кўп чалғиш бўлиб мия кўринишида қизиқишларини тормозланиш, гиперсексуаллик билан уйғун ҳолда кузатилади. Шунингдек, амалиётда ирода фаолиятини бузилишлари - парабулиялар ҳам кузатилиб бу одамда ғалати, айрим вақтларда бемаъно ишларини қилишида кўринади.

Анорексия - (иштаҳани йўқотиш) – овқатланиш инстинктини кескин сўниши.

Булимия - овқатланиш инстинктини кескин кучайиш, ўлчовсиз иштаҳа, кўпинча овқатларни танламасдан ейиш (очкўзлик) билан уйғун ҳолда кузатилади.

Дромомания - турар жойни доимо ўзгартириб туришга ва дайдиликка патологик ишқибозлик.

Пиромания - ўт қўйишга, айрим вақтларда олов ёқиб томоша қилиб ўтиришга ишқибозлик.

Клептомания - ўғрилик қилишга патологик ишқибозлик. Клептоманиянинг хусусияти шундан иборатки, бунда бирор бир предметни ўзлаштириб олаётганда моддий бойлик орттириш назарда тутилмайди.

Гомицидомания - психологик – вазиятли сабабларсиз одам ўлдиришга ишқибозлик.

Суицидомания - ўзини қийнаб ўлдиришга ишқибозлик, бирор аъзони майиб қилишга – ўз- ўзини шикастлашга патологик ишқибозлик,- аутоотравматизм.

Ониомания - нарса сотиб олишга, бирир бир буюмга эга бўлишга, чидаб бўлмайдиган ишқибозлик. Бунда шу нарсага қизиқиш бўлмаса ҳам ва бу нарса шу вазиятда керак бўлмаса ҳам сотиб олаверади.

Дипсомания - спиртли ичимликлар қабул қилишга ва сурункали ичкиликбозликка вақти-вақти билан юзага келадиган интилиш.

Копрофагия - еб бўлмайдиган нарсаларни ейишга патологик ишқибозлик (тор маънода экстрементларни ейиш.)

Перверзиялар - жинсий майлни ҳар – хил бузилишлари.

Ирода актини интеллектуал даражадаги патологиялари.

Амбигедентлик – иккита қарама-қарши мотивларни ва мақсадли фаолиятни бир вақтда бирга келиш (мотивлар жанги).

Компульсив ҳаракатлар - реал компульсив ишқибозлик (виталга ўхшаш ишқибозликлар очлик, чанқаш, жинсий майл) фаолиятларига интилишларни амалга ошириш.

Мажбурий ҳаракатлар - мотивсиз, хуши аниқлиги фонида ихтиёрсиз ҳаракатларни юзага келиши. Уларни олдиндан тўхтатиб қолишни иложи бўлмайди. Улар уйқу вақтида йўқолади ва ҳаяжонланганда кучаяди. (гиперкинезлар, мажбурлаб кулиш, йиғлаш, бақириш ва хоказолар) - бош миянинг айрим касалликларида кузатиладиган неврологик симптом бўлиб ҳисобланади.

Импульсив ҳаракатлар - аффектив индифферентли мураккаб ҳаракат актлари бўлиб, тўсатдан мотивлар жангисиз пайдо бўлади ва кўпинча агрессив ва бузувчи ғоялар билан – психологик вазиятларга боғлиқ бўлмаган ҳолда кечади. Кататоник синдромлари кузатилади.

Ирода кучайишини амалга ошириш даражасидаги патология.

Гипокинезия - ҳаракат, фаоллик камайиш.

Гипомимия - ихтиёрий мимик ҳаракатларни интенсивлигини, ҳажмини ва экспрессивлигини камайиши ёки уларни умуман бўлмаслиги (амимия).

Мутизм - нутқни тушуниш ва нутқни амалга ошириш аппарати сақланган ҳолда спонтан ва жавоб нутқини бўлмаслиги. Ступор, депрессия структурасига киради.

Гиперкинезлар - ҳаракат фаоллигини кучайиши, қўзғалиши.

Паракинезиялар (бузилишлар).

Эхопраксия - бемаъно, кўпинча атрофдагиларни мимикаларини ойнадагидек кўчириб олиб қайтариш.

Эхолалия - бемаъно кўпинча атрофдагилардан эшитилган сўз бирикмалари ёки алоҳида сўзларни қайтариш.

Нутқий стереотипия - спонтан ёки жавоб нутқида бир хил, монотон равишда бир хил сўз ёки сўз бирикмаларини қайтариш.

Ажиб манералик - тушунарсизлик, ғалатилик, хулқ атворда қовушмаган ҳаракатлар ва манераларни бутун стереотип билан уларни такрорланиши.

Ҳаракат стереотиплари - бир хил, қовушмаган ҳаракат ва позаларни ноадекват такрорланиши.

Негативизм - беморни мотивсиз инкорий муносабати бўлиб, бош тортиш, қаршилиқ қилиш билан намоён бўлади. Ташқаридан бўлган барча таъсирларга қаршилиқ қилиш.

Мумсимон эгилувчанлик - бемор ноқулай ва сезиларли мускул таранглигини талаб қилувчи поза берилганда узоқ вақт бу ҳолатни сақлаб туриш.

Пассив тобелик - барча кўрсатмаларни, ҳатто беморга хуш ёқмайдиганларини ҳам, ўйламасдан бажаришга патологик тайёрлик.