

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Психиатрия, наркология ва болалар психиатрия кафедраси

5 курс талабалари учун укув кулланма

Тошкент – 2010

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИКЛАЙМАН»
УзР ССВнинг Фан ва уқув
юртлари бош бошкармаси
бошлиги проф. Ш.Э. Атаханов

2009й «__»_____
№_____ баённома

«КЕЛИШИЛДИ»
УзР ССВнинг Тиббий таълимни
ривожлантириш маркази
директори М.С. Юсупова

2009й «__»_____
№_____ баённома

Психиатрия, наркология ва болалар психиатрия кафедраси

УМУМИЙ ПСИХОПАТОЛОГИЯ МАСАЛАЛАРИ

Тошкент – 2010

Тузувчилар: **Талимбекова В. К.** - ТошПТИ психиатрия, наркология ва болалар психиатрия кафедрасининг мудири

С.А.Ахмедов – ТошПТИ психиатрия, наркология ва болалар психиатрия кафедрасининг доценти, тиб.фан.номз.

Ш.Р.Сулейманов – ТошПТИ психиатрия, наркология ва болалар психиатрия кафедрасининг катта асситенти, ЎзР ССВ нинг болалар психиатрияси бўйича бош мутахассис

Такризчилар: **Н.И.Ходжаева** – Тошкент Тиббиёт Академияси психиатрия, наркология ва тиббий психология кафедрасининг мудири, т.ф.д., профессор.

«Умумий психопатология масалалари» мавзусидаги укув кулланма тиббиёт олий укув юртлари 5 курс талабалари учун мулжалланган.

Услубий кулланма ТошПТИ МУКда мухокама килинди.
2010 « » №3 баённома

Услубий кулланма ТошПТИ Илмий Кенгашида тасдикланди.
2010« » №3 баённома

Илмий Кенгаш котиби

Э.А.Шомансурова

МАЗМУНИ:

Кириш

1. Онгнинг бузилиши.
2. Идрок ва тасаввурнинг бузилиши.
3. Фикрлашнинг бузилиши.
4. Хотира ва диққат-эътиборнинг бузилиши.
5. Эмоция ва аффектив фаолиятнинг бузилиши.
6. Интеллектнинг бузилиши.
7. Ирода, майл патологияси ва ҳаракатнинг бузилиши.

Адабиётлар

КИРИШ

Психик функцияларнинг психология ва психиатрияга бўлиниши деярли шартли ҳисобланади. Ҳақиқатда эса, хотира ва онг, идрок ва фикрлаш, ҳаракат ва ихтиёрий фаоллик орасидаги чегарани аниқлаш қийин. Шунга карамай, реал амалиёт учун бўлиниш эътиборли маънога эга бўлиб, нормал психик ҳаётда симптомларни ажратиш имконини беради. Умумий психопатологияда онгнинг идрок ва тасаввурнинг, фикрлаш, хотира ва диққат-эътиборнинг, ҳаракат ва ихтиёрий (инстинктив) бузилишлари, эмоция ва аффектнинг, ақл-идрокнинг бузилишлари кузатилади. Бу бузилишларнинг симптомлари психопатологик синдром бузилишларига киради, яъни ўз навбатида мустақил диагнозга эга бўлиши мумкин, масалан, деперсонализация-дереализация синдроми, ёки этиология, патогенези, эпидемиологияси, клиник ва пронози кўпроқ ёки камроқ ўрганилган нозологик бирликка бирлашади. Психопатологик бузилишларнинг ҳамма симптомлари психологик аналогга эга бўлиб, онг бузилишининг кўпгина конструкция элементлари туш билан тўғри келади.

ОНГНИНГ БУЗИЛИШИ

Таъриф

Психиатрияда онг диққат-эътиборни жамлаш ва ўзини, вақтни, ўз шахсиятини (Мен) ориентир олиш хусусияти сифатида аниқланади. Онгнинг сонли ва сифатли бузилишлари ажратилади. Сонли бузилишлар: обнубиляция, гаранглик, сопор ва кома. Сифатли бузилишлар: делирий, онейроид, аменция, онгнинг ғира-шира бузилишлари, амбулатор автоматизм, фуга ва транс, икки баравар ориентировка. Онгнинг аҳамиятли ҳолатларидан бири онгнинг сиқилиши фонида психосенсор бузилишлардир. Онгнинг алоҳида ҳолатлари: патологик мастлик, патологик аффект, онгнинг ўзига хос

этник ўзгаришлари (“амок”, “лоу”, “коро” ва б.). Кўп шахслилик бузилишларда кўпликдаги онг ҳам кўрсатилади.

Масаланинг тарихи, норма ва эволюцияси

XIX асрда онг билим ва тажрибаларнинг умумийлиги кўриниши сифатида аниқланган (онг – биргаликдаги билим). Бироқ Гераклит таъкидлашича, онгни жўшқин дарёга ўхшатиш керак, бунда инсон шу дарёда сузади ва сузиб чиқиб, атрофда қирғоқда нима бўлаётганлигини белгилаб олиши мумкин, аммо озгина вақт ўтиб, у яна сув тагига киради, ва бунда унинг учун қирғоқ мавжуд эмасдир. С.С.Корсаков фикрича, онг актив таърифни – “Мен” ни ташқи оламга муносабатини белгилайди. Ҳозирги вақтгача онгнинг 200 га яқин таърифлари мавжуд, шунинг учун унинг моделлари ҳақидагина гапириш мумкин.

Психологларнинг фикрича, онг – бу Жаҳон кўриниши, яъни ўзини бизнинг кечинмаларда ифодалайди. Турли маданиятларда ва турли вақтларда онг моделлари фарқланган. Шунинг учун ўтмишнинг онги маданиятнинг ҳамма рамзлари орқали реконструкция қилиш мумкин. Экспериментал психологиянинг асосчиси W.James кўрсатишича, педагогик нуқтаи назардан онг ассоциация, интеграция ва аралашувдан қурилади, аммо у онг ҳақида Гераклит стилида фикр юритади.

Ички тажрибага тааллуқли, бирламчи конкрет фактор, бу ишонтириш бўлиб, бу тажрибада онгли равишда жараёнлар юз беради. Бунда онгнинг ҳолати кетма-кет ўзгаради. Эътиборсиз гапирганимиздек: “ёришмоқда”, “қоронғи тушмоқда”, биз бу фактни яхшиси шахссиз феъл “ўйланмоқ” тариқасида тавсифлашимиз мумкин.

W.James фикрига кўра, онг 4 та хусусиятга эга:

1. Онгнинг ҳар бир ҳолати шахсий онг бўлаги бўлишга интилади.
2. Шахсий онг чегараларида унинг ҳолати ўзгарувчандир.
3. Турли шахсий онг сузишнинг узлуксиз кетма-кетлигини ифодалайди.

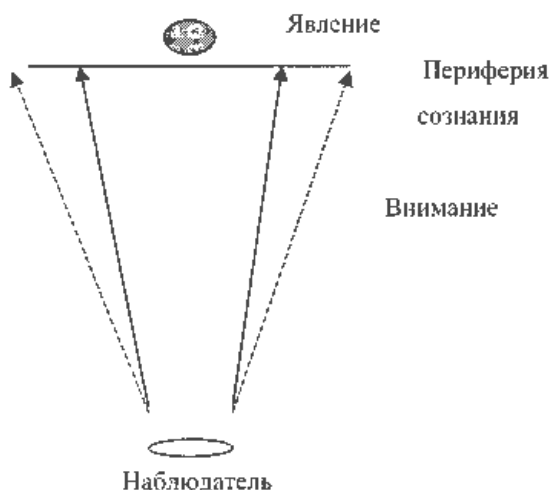
4. “Баъзи объектларни иштиёқ билан қабул қилади, бошқаларини рад этади, ва умуман, ҳар доим улар орасида танлов олиб боради”.

К.Марх фикрича, онг бу “менинг фаолиятимга, менинг муносабатим”, ҳар қандай онг фаолиятдан келиб чиқишини таъкидлайди. Кўпгина совет психологларининг фаолиятида худди шу фикр ҳукм сурган. Бу таърифда эътиборлиси “Мен” муносабат ва таъсирнинг мавжудлиги, шу жумладан “таъсирсиз” ҳеч қанақасига ўз онгини англатмайди. Л.С.Выготский ёзишича, ҳамма психик функциялар инструмент ва белгилар орқали онг муаммосига унинг қарашлари кўрсатилади, А.Н.Леонтьев фикрича, бу функцияни баҳолаш тизимли ва маъноли сингари ифодаланиб, маданият тарихида ривожланаётган функциядек кўрилган.

Онгнинг ривожланиши онтогенез ва маданият тарихида юзага келади, онгни ўрганиш эса, психологик қурол сифатида маданият предмети ва белгиси кўрсатикичининг бавосита ифодаси орқали амалга оширилади.

“Умумий психопатология”да К.Jaspers таъкидлаганки, “онг бу сахна бўлиб, эътибор прожектори билан ёритилувчи, баъзан кучли, баъзан кучсиз, ундан алоҳида психик кўринишлар ўтади”.

Бундан тушуниладики, онг диққатни бир жойга жамлаш сабабли мавжуд бўлиб, арагда прожектор шу ёруғлик кучда бир объектга йўналтирилса (қисилган онг), ҳамма психик ҳолат чекка чегаралари қоронғиликда қолади, агарда у кенг бўлса – кўпгина психик ҳолатлар сезиларли, аммо улар тарқоқ эътибор зонасида бўлади. Ҳ.К.Jaspers онг, биринчидан - психик ҳаётнинг ҳақиқий тажрибаси; иккинчидан – субъект ва объектнинг дикотомиясидир; учинчидан – онгли равишда шахсий “Мен”ни билиш.



Расм 1. К.Jaspers бўйича онг модели

XX асрнинг 30-40-йилларида психиатрлар онг бир бутун қилиб бирлаштирилган формада мавжуд деб ҳисоблаганлар, бунда ташвиш тортиш синтези ва дезинтеграция ҳолати билан таъминланган мисол сифатида уйқу, гипноз, медитацияни адтернирланувчи онг келтириши мумкин. Уйғониш реинтеграция бўлиб, патология эса – патологик интеграция, бу уйқуни ҳақиқатга кириб боришидир. Эҳтимол, авваллари бундай “кириб бориш” норматив бўлган, чунки кўпгина халқларда уйқу информациясининг қиймати ҳақида тасаввур бор бўлиб, уйқу ҳақиқатда ҳаёт, ҳақиқат эса ўз вақтида иккинчи даражали бўлиб, бу эса австралиялик аборигенлар тасаввурига мосдир.

С.С.Корсаков ҳисоблашича, ўзгарилувчи ички психиатрик жараёнлар субъектив ва қисман “онгли равишдаги минимал белги даражаси”га эга. К.Сонрад онг ҳақида “ташвиш тортишнинг ўзгарувчан жинси” деб ёзган эди, аммо онгдаги салбий сояни у рад этганди. В.А.Гиляровский шунга ишонган эдики, бунда онг субъектив ва объектив тарафларга эга. Субъектив тараф – “ички кечинмани қалбан ташвиш-тортиши, ўзини чуқур хис этиш, яъни ички тиниқлик”, объектив – бу шундай хусусиятки, бунда “тормозланган рефлекс” психик схема кўринишида бўлади. Е.Kretschmer учун онг - «сферик тартибли» кўриниш бўлиб, у ҳамма психик сфераларни ўз ичига олади.

S.Freud, ҳамма психик кўринишларга шу тариқа онгга ҳам ёндошиб, топография, динамика ва иқтисод позициясидан “Мен”, “У” ва “Мендан

юқори”лардан ташкил топган тизимни тааллуқли равишда тушунган. “Мен” ва “Мендан юқори” “У” онтогенезида юзага келади.

C.G.Jung ҳисоблашича, индивидуал онг бу онгсиз коллективнинг бир бўлаги, яъни онгнинг универсал конструкциялари мавжуд бўлиб, турли халқ вакиллари учун ягонадир. Бундай конструкциялар, афсоналарда бирлашган бўлиб (мифологем), C.G.Jung га мувофиқ, 16 таси мавжуд. Улар умумий мифологемлар билан бирлаштирилган, яъни “Ўзлик”, “Соя”, “Анима”, “Анимус”.

E.Erikson тахмин қилишича, онг бошидан кечирган ҳамма ўхшаш кризисларини ўзида мужассамлайди, шунинг учун шахсият босиб ўтган ўхшаш йўлларга боғлиқ ҳолда, турли таркибли онгда ҳар бир мазкур моментда мавжуд бўлиши мумкин.

K.Popper фикрларнинг объектив маъноси жараёни ҳақида гапирган бўлиб, фикрлаш фаоллигининг натижаси сифатида мавжуд. Бу оламнинг мевалари (китоблар, қонунлар) уларнинг яратилиш услублари ҳақида тасаввурдан ажралган ҳолда ўрганилиши мумкин. Унга мувофиқ “Олам III” - субъектив ғоя олами, онг ва ҳулқ – “Олам II”, физик олам – “Олам I”. “Олам III” да “Олам II” ва “Олам I” га нисбатан олам ва эволюция орасидаги тааллуқлик мавжуддир, масалан, ҳамма “Олам” ларда ҳақиқий танлов мавжуддир (объектлар, фикрлар, ҳулқ). L.Wittgenstein (1922), онг бу олам бўлиб, тилда ифода этилган, яъни онг ўзини белги ва кўрсаткичлар орқали ўзини намоён этади, бошқа ҳолатда у бутунлай йўқ деб ҳисоблайди.

Биологик нуқтаи назардан, инсоннинг онгига филогенезнинг ҳамма босқичлари рептилий онгидан (миянинг стволи) тортиб, то қушлар ва сут эмизувчилар (пўстлоқ остидаги тизм) ва приматлар (қобик) онгига киритилган. Онтогенездаги ориентир олиш қуйидаги босқичларда ривожланади: жойда ориентир олиш – ўз шахсиятида ориентир олиш (Мен). “Мен” нинг шаклланиш кўрсаткичи ўз танасига бўлган қизиқиш ҳисобланади.

Тадқиқот услуги

Онгнинг психиатрик модели етарли даражада содда – у онгни ўзида, вақтда ва фазода ориентир олишга тенглаштиради. Ўзида ориентир олиш онгда “Мен”, тана, интерперсонал (шахсий) ва элементларни проекциялаш, вақтда ориентир олишлар календар характерга эга бўлиб, фазода ориентир олиш эса – расман территориалдир. Инсон ким эканлигини, ким билан мулоқотда бўлишини, у бугунги кун санасини ва жойини айта олиши керак. Агарда у буни тахминан қилса, бунда онгнинг торайганлиги ҳақида айтиш мумкин. Агарда бирор нарсани тўғри айтиб беролмаса – дезориентация ҳақида айтиш мумкин. Диққат-эътибор хусусиятларини аниқлаш учун, диққатнинг пассивлик даражасини аниқ қабул қилишнинг мавжудлигини (пациент кузатиб ёки эшитиб туради, қайтадан сўрайди), эслаб қолиш ва эслаш даражасининг кучсизланиши, фикрлашнинг бузилиши, мулоҳаза қилиш ва ҳулоса чиқаришнинг пасайишини аниқлаш эътиборлидир. Онгнинг минимал бузилишидаги нутқда эса такрорланишни (персеверация), саволарнинг такрорланишини (эхолалия), сўзлар орасидаги масофанинг узайишини, “ха”, “мана”, “шунақа” типдаги сўзлар сонининг ортиши, сўзларнинг охиригача айтмаслик ҳоллари кузатилади.

Симптом ва синдромлар

Онг қоронғилашувининг клиник белгиларини биринчи бўлиб К.Jaspers ифодалаган бўлиб, олим бунга қуйидагиларни киритган:

- а) реал оламга бефарқлик;
- б) жойга, вақтда, атрофдаги одамларда ва ҳолатларда дезориентация;
- в) боғланишсиз кўринишдаги фикрлаш жараёнининг бузилиши;
- г) бўлаётган ходисаларга хотира фиксацион функциясининг пасайиши.

Онгни сонли ва сифатли бузилишларга бўлишади. Сонлиларга обнубиляция, гангиш, сопор ва комалар киради. Сифатлиларга делирий, онейроид, аменция, онгнинг кирди-чикди бузилишлари, амбулатор

автоматизм, фуга ва транс, иккиламчи ориентировка киради. Онгнинг ўзига хос ҳолатлари онгнинг сиқилиши фонида психосенсор бузилишларни ўз ичига олади. Онгнинг айрим ҳолатлари: патологик мастлик, патологик аффект, психодемик воситаларни қабул қилгандан кейинги ёки ўзига хос диний ёндашув (“амок”, “лоу”, “коро” ва б.) натижасида юзага келувчи онгнинг ўзига хос этник ўзгаришлари (онгнинг кенгайиши). Кўпликдаги онгни ҳам ажратадилар, бунда кўп шахсиятли бузилишлар ва аввалги “Мен” амнезиясиз, радикал ўзгаришларсиз характерланувчи “Мен” даги, иккинчи ҳаёт синдромидир.

2-жадвал

Бузилган онг синдромининг қиёсий характеристикаси

Синдром	Шахсият	Ориентир		Ҳолатдан чиққандан кейинги амнезия
		Вақт	Жойи	
Делирий	+	-	-	-
Онейроид	-	-	-	+-
Ғира-шира	+-	+-	+-	+-
Аменция	-	-	-	+-

- ориентир олиш йўқ / амнезия йўқ; + ориентир мавжуд; + тахминий ориентир / қисман амнезия.

Обнубиляция (лот. “obnubilis” – булут), секинлашиш, тормозланиш, кам продуктирлаш, масалаларни фикрлашнинг, умуман вазиятларнинг қийинлашуви) билан кечувчи онгнинг енгил гангиш даражаси. Онгнинг гангиш ҳолати, бемор адекват бўлиб қолганда ҳолатнинг равшанлашиши билан алмашиши, ҳаво булутли бўлганда булутли осмонда қуёшнинг пайдо бўлишини эслатади.

Гангиш (“gaush”) илгариги сомноленция (“somnolentio” – уйқучанлик), бунда пациент саволларга секинлатиб жавоб беради, баъзида ярим ёпиқ кўз

билан, у торрмозланган ва уйқучан. Аслида, гангиш учун бузилган онгнинг ҳамма минимал симптомлари характерлидир, яъни диққатнинг пассивлиги, қабул қилишнинг аниқмаслиги, хотира ва эслашнинг кучсизланиши, фикрлашнинг бузилиши, муҳокама қилиш, хулоса чиқариш хусусиятининг пасайиши. Эйфория ва ховлиқмаликнинг мавжудлиги. Ҳолатнинг шу турини М.О.Гуревич онгнинг дезинтеграцияси деб атаган эди. Баъзида улар физиологик ухлаб қолиш жараёнини эслатади.

Сопор – онгнинг кейинги бузилиш ҳолатлари. Дезориентация, маҳкам ушлайдиган ва ҳар турли ҳаракатлар, ғулдиловчи нутқли, координирланмаган ҳаракатлар билан характерланади. Оғриқни сезиш, қорачиғли, конъюнктивал ва корнеал рефлекслар мавжуд.

Кома – онгнинг бутунлай ўчиши. Мушак атонияси, арефлексия, қорачиқ реакциясининг мавжуд эмаслиги, мидриаз билан характерланади. Онгнинг сонли бузилишлари экзоген бузилишларга киритилади ва қон-томир бузилишларда, оғир интоксикацияда, эндокрин бузилишларда, эпилепсияда (эпилептик кома), мия қобиғи травмаларидан кейин ва ўлишнинг терминал босқичида (вегетатив кома) қайд этилади.

Комадан чиқиш кўпинча уйқуга ўхшаш (онейроид) ҳолатларни эслатувчи танадан ташқари кечинмалар орқали характерланади.

Делирий (делириозли синдром) жойда ва вақтда ориентир олишнинг бузилиши билан характерланади, бунда кўрқинчли кўриниш кўпроқ эшитилувчи галлюцинация, кўркувли ўзининг шахсиятидаги ориентир сақланиб қолади. Галлюцинациялар кўпроқ зооптик ёки демоникдир (айниқса кўпроқ ҳашаротлар, рептилиялар, уй ёки ёввойи ҳайвонлар, афсонавий маҳлуқ, шайтонлар, вампирлар ва б.). Пациентнинг хулқи галлюцинатор образлар ифодаси орқали аниқланади. Делирийдан чиққандан сўнг амнезия йўқолади. Органик бузилишлар ва интоксикацияларда учрайди, экзоген синдром ҳисобланади.

Аменция (аментивли синдром) тўлиқ дезориентация, нутқнинг боғланмаганлиги (фикрлаш), йиғма ҳаракатлар ва аменциядан чиқишдаги

тўлиқ амнезия билан характерланади. Делирийни аменцияга ўтишида биринчи симптомлардан бири, бу гўлдираш ва йиғма ҳаракатдир (аментив синдром босқичида мусситирловчи делирий белгилари). Органик бузилишлар ва интоксикацияларда учрайди, шу жумладан экзоген синдромга тааллуқли.

Кирди-чиқди бузилишлар онгнинг тўсатдан сиқилиши билан характерланиб, кўриш галлюцинацияси, кўпинча сариқ ва қизил рангларга (эритропсия) бўялган бўлиб, ҳавф солувчи характерда, кўнгил хираликдан чиқишдан кейинги қисман ёки тўлиқ амнезия. Ҳолатдан чиқиш, бошланиши сингари тўсатдан бўлади. Кўпинча эпилепсияларда учрайди.

Онейроид (онейроидли синдром) – онгнинг уйку сингари бузилиши бўлиб, бунда тўлиқ дезориентация, тўғри маънодаги космик, фантастик ёки эртак галлюцинациялари кўринади. Онейроиддан чиқиш амнезиясиз. Кататоник шизофренияга характерли бўлиб, баъзида психоактив воситали интоксикацияларда ва эпилепсияларда учрайди. Эндоген синдром ҳисобланади.

Амбулатор автоматизм автоматик ҳаракатлар ва тўлиқ амнезияда онгнинг ўчиши билан характерланади. Агарда бундай ҳаракатлар асабийлашиш билан кечса, аммо бир қанча секундгина давом этса (югуриб ўтиш, эшикни қаттиқ ёпиш), бунда гап фуга ҳақида, агарда узоқ вақт давом этса (бир неча кун), бунда транс ҳақида гап боради. Амбулатор автоматизм структурасига, яна сомнабулизм (лунатизм), ёки уйкуда юриш киради, бунда беморлар, уйку ҳолатида ташқи, етарли даражада оғир ва мақсадли ҳаракатларни бажариши мумкин. Эпилепсияда, органик психик бузилишларда учрайди ва титраб-қақшашсиз пароксизмал бузилишлар структурасига киради.

Иккиланган ориентир алахсирашга характерли, масалан улуғлик алахсираш, бунда пациент ўзини бир вақтнинг ўзида эътиборли шахс деб ўзоти билан атайди, ёки алахсираш инсценировкасида мазкур жойда бўлса ҳам, бу жойни ясама, сахналаштирилган деб ҳисоблайди.

Онгнинг ўзига хос ҳолатлари дереализация, онгнинг сиқилиши фонида деперсонализация кўринишидаги психосенсор бузилишларни ўз ичига олади, ва бунга қабул қилишнинг бузилишини ўзида мужассам этган умумий психопатология бўлинмаси ҳам киради.

Онгнинг алоҳида ҳолатлари патологик мастликни, патологик аффектни, патологик просоник ҳолат ва “қисқа туташув” реакциясини ўз ичига олади. Мазкур ҳолатлар одатда, органик тўлиқ бўлмаган асосга, таъсир этувчи факторларнинг ички ва ташқи кучларига, масалан кекса ёш, шахсий хусусиятлар, ҳаддан ташқари чарчаш, уйқуга тўймаслик, тўйиб овқат емаслик, соматик бузилишлар ва бошқаларда юзага келади.

Патологик мастлик – онгнинг сиқилган ҳолати бўлиб, алкогольни минимал дозада қабул қилинганда қайд этилади, ва агрессия ёки кейинчалик амнезия билан бошқа асосланмаган ҳаракатлар билан кечади.

Патологик аффект – қисқа муддатли психотик ҳолатни мужассам этади, унинг юзага келиши психотравматик факторларга боғлиқ бўлиб, 3 та босқичга эга: салбий кечинмалар кумуляцияси, портлаш босқичи ва ишдан чиқиш. Онгнинг хиралашуви асосланмаган агрессия ёки аутоагрессия, амнезия, баъзида кейинги уйқу билан кечади.

Патологик просоник ҳолат ва “қисқа туташув” реакцияси унга фарқи бўлмаган клиник аналогик кўринишида юзаки ўтади. Патологик персоник ҳолат онгнинг хиралашуви “уйқу билан мастлик”ка ўхшаш таъсир остида юзага келади, бунда ярим уйғонган инсон кўрқинчли тушлар қолдиғи таъсири остида бўлади. “Қисқа туташув” реакциясида бунинг юзага келишида бош ролни невротик вазиятнинг узайиши, портлаш босқичи эса, патологик аффектдан фарқли равишда, “тўлган косадаги охирги томчи” механизми асосида жуда тез юзага келади.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР:

1-Масала

Пациент С., 19 ёшда, ҳафта давомида 2 маротаба ҳушини йўқотганлигини ҳис этган. Бу жараён кўз олди қоронғилашиши, овоз

йўқолиб, жарангга айланиши, қорин ичи музлаши, тана ивиб кетганга ўхшаши билан кечган. Бу ҳолатда у саволларга секинлашган ҳолда жавоб берган, рангини йўқотган ва тер босган. Икки секунддан сўнг ҳолати нормага қайтган ва қабул қилиш тикланган.

(Онгининг қоронғилашуви)

2-Масала

“Мен ўзимни аниқ равишда операция столида кўрдим ва атрофимда тез-тез ҳаракат қилиб, оқ халатдаги инсонлар танамда бир нарса қилишар эди. Бирданига оғриқ йўқолди. Кейин мен бўм бўш хонага ўтдим, шиптдан енгил шамол эсиб турарди. Юқори тарафдан кўзни камаштирувчи оқ чирок бўлиб, воронка сингари мени борган сари юқорироқ тортар эди. Бу тасвирлаб бўлмас даражадаги ёқимли ҳолат – ўз танасидан маҳрум бўлиш. Мен қайтганимда, ихлосим қайтган ва оғриқ бор эди. (Пациент В., 76 ёшда).

(Кома)

3-Масала

Пациент К., 68 ёшда, сурункасига алкоголь ичиш узилгандан кейин деворда бузилаётган қасрларни кўрган, кўрқинчли юзли одамлар уни ўраб олиб, уни бўғишга ҳаракат қилишган. Бир вақтнинг ўзида учувчи НЛО серияси кўринган. Уйдан қочиб кетиб, ўрмонда беркинган. Госпитализация вақтида, ўз дўстининг уйида эканлигини, бир неча йил аввал у ўлганлигига ишонтирмоқчи бўлди, йил ва фаслни нотўғри айриб, вақтда ҳам адашарди. Юзида кўрқув ифодаланарди.

(Делирий)

4-Масала

Пациент Л., 34 ёшда. Клиникага келган вақтда ўзининг паспорт маълумотларини тўғри айтиб берган бўлсада, лекин жой ва вақтда дезориентирда эди. Ойнадан ташқарида осилганларни кўрар, кўрқув сезиларди. Икки кеча давомида ухламади. Келиб тушган куннинг охирига келиб ўрин чеккасида ётиб, бир хилдаги ҳаракатлар билан кўрпани ўзининг устига тортарди. Нутқи секин, ғулдиловчи, алоҳидаги бирикмаларни

такрорлайди, баъзида “кетяпман, кетаман” сўзларини бақириб юборади. Қараши жамланмаган, аланглаб қарайди, лабини тишлайди.

(Аменция)

5-Масала

Пациент Д., 30 ёшда, анамнезида эпилепсия билан қийналган. Икки кун давомида ўз рейсини кутиб эри билан бирга аэропортда бўлган, рейс ҳар гал қолдирилган. Тўсатдан йўқолиб қолди. Унинг сўзларига қараганда дарров уйда бўлиб қолган, лекин биттагина хонани таниган, негадир “қизил қоронғиликдаги” алоҳида пардали хонани. Хонада қандайдир “кўрқинчли афсонавий мавжудотлар” шарпаларни кўрган, улар унинг устига “ташланиб ғажиб ташлашга” ҳаракат қилганлар, у эса соябони билан ҳимояланган. Аслида эса, аэропортдан 10 км узоқликка кетиб қолган, соябони билан болалар боғчасидаги ойнани синдириб, ерда ухлаб қолган. Йил ва ойни тўғри айтсада, санани тахминан айта олган, эри “қаергадир чиқиб кетган”, ва улар уйга учиб келишган деб ҳисоблайди.

(Онгнинг ғира-шира бузилиши)

6-Масала

Пациент К., 42 ёшда. Клиникага қутқарувчилар олиб келишган. У ўчган гулхан ёнида ўтирган ҳолатда тоғ ўрмони кенглигида топилган. Саволларга жавоб бермаган, топшириқларни пассив бажарган. Тормозланган ва пассивлик, иштироксиз ҳолати ҳафта давомида бўлган. Ҳолатдан чиққандан сўнг, ўрмондаги келгиндилар томонидан ўғирлаб кетилганлигини, улар 30 йил давомида у билан бирга “ёруғлик нурида” ўтган замонга саёҳат қилганликларини айтиб берди. Юқоридан динозаврларни томоша қилган, пирамидалар, Мексикадаги каналлар, Марсдаги каналларнинг қурилишини кузатган. Касалхонадан чиққандан сўнг эзотермик рўзномада келгинди типлари ҳақида мақола эълон қилди ва “а” ҳарфини чўзиб айтилувчи уларнинг тилидан мисоллар келтирди.

(Онейроид)

7-Масала

Пациент Л., 24 ёшда. 2 йил аввал бош мия травмасини ўтказган. Бош оғриши ва кўнгил айниши тез-тез безовта қилади. Бир марта велосипедга ўтириб магазинга кетди ва ғойиб бўлди. Бир ҳафтадан сўнг 40 км узоқликда, шаҳарда милиция томонидан топилди. Исмини, бугунги санани, шаҳарда қандай пайдо бўлганлигини айта олмади. Неврологик текширувда горизонтал нистагм аниқланди. Ҳаёллари паришон, ўтган ҳафта воқеаларини эслашга ҳаракат қилмоқда. Қариндошларининг айтишича, қўшни аҳоли пунктларидан ўтган, уни танишлари кўришган, улар берган саволларга жавоб бермаган, “қаергадир, олдинга қараб кетаверган”. Бир неча кун ташландиқ уйда яшаган, қолдиқ овқатларни териб еган. Терапия ўтказиш натижасида ҳотира ҳозирги воқеаларгагина тикланган, транс даври эса амнезия бўлиб қолди.

(Амбулатор автоматизм)

8-Масала

Пациент Ж., 30 ёшда. Партияларнинг бирида сиёсий лидер. Ўз партиясининг митингидан психомотор асабийлашган ҳолида олиб келинди. Жой ва вақтда яхши ориентирланади. Бироқ митинг бўлаётган бир вақтнинг ўзида сахна орқасида отишмалар бўлган, отишмани эшитган. Бўлинмада эканлигини тушунмоқда, лекин ҳамма одамлар душман томонидан ёлланган деб ҳисоблайди. Госпитализация санасини билсада, атрофдагиларни наркотик ёрдамида “сайлов кунидан четлатиш, календар кунини ўзгартириш” бўлаётганлигини таъкидлайди. Ўзини тўғри атайди, лекин бир вақтнинг ўзида ўзини “юксак мақсадлар учун бағишловчи” деб ҳисоблайди.

(Иккиламчи ориентация)

9-Масала

Пациент Н., 19 ёшда. Бассейндан, сув остида сузиш мусобақаларида қатнашаётган жойидан олиб келинган. Сув остида сузиш вақтида рақибини бўғишга ҳаракат қилган. Сувдан чиқарилган вақтда ўзини адекват бўлмаган ҳолатда тутган, дўстларига ташланган, ўзини устидан плавкасини юлиб ташлаган, ажратиб бўлмас бақирган. Ҳолатни амнезирлаган. Ҳолат

аниқланганда, сузишдан олдин кўз ойнаклар қуруқлаб артилган ёки бўлмаса сув билан чайилган, бу гал бўлса, тренер кўз ойнакларни спирт билан артишни тавсия этган. Н. аввал спиртли ичимлик ичмаган, бир маротабагина пивони татиб кўрган.

(Патологик мастлик)

10-Масала

Пациент С., 29 ёшда. Охирги вақтда кўп ишлаган, чарчаган. Унинг отаси доимо уйга маст ҳолатда келиб, доимо уруш-жанжал қилган, шу сабабли у уйқуга тўймаган. Шу куни отаси келиб, онасини урган, шундан сўнг пациентнинг ўғли уйғониб қолган. Отасига ташланиб, уни болта билан уриб бир неча жароҳат етказган. Ўтган нарсаларни эслай олмайди, ота-онасининг хонасида, ерда ётган ҳолда ўзига келган, бунда ҳаддан ташқари ҳолдан тойганликни, уйқучанликни ҳис этган.

(Патологик аффект)

ТЕСТ ТОПШИРИКЛАРИ:

1. Ошиб бориш тартиби кетма-кетлигида жойлаштиринг:

- а) Сопор
- б) Сомноленция
- в) Кар бўлиш
- г) Кома
- д) Обнубиляция

Тўғри жавоб: (д, б, в, а, г)

2. Сопор – бу психик сферани бузилиши:

- а) Фикрлаш
- б) Идрок
- в) Ҳотира
- г) Онг
- д) Психомотор фаолият

Тўғри жавоб: (г)

3. Сомноленция – психик сферани бузилиши:

- а) Идрок
- б) Онг
- в) Хотира
- д) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (б)

4. Бузилган онгнинг 2 критерийсини кўрсатинг:

- а) Галлюцинациянинг мавжудлиги
- б) Жой ва вақтда ориентирнинг бузилиши
- в) Алаҳсираш ғоясининг мавжудлиги
- г) Фикрлашнинг боғланмаганлиги
- д) Мазкур ҳолатдан чиқишда тўлиқ амнезия

Тўғри жавоб: (б, г)

5. Берилганларнинг қайси бири бузилган онгнинг психотик формаси?

- а) Сопор
- б) Кома
- в) Ступор
- г) Аменция
- д) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (г)

6. Онейроид нима?

- а) Аффектив бузилиш
- б) Фикрлашнинг бузилиши
- в) Майлнинг бузилиши
- г) Онгнинг сифатли бузилиши
- д) Онгнинг сонли бузилиши

Тўғри жавоб: (д)

7. Делириоз синдромига кировчи 3 та белгини кўрсатинг:

- а) Жойда, вақтда, шахсий ўзликда ориентирнинг бузилиши
- б) Жойда ва вақтдагина ориентир бузилиши

- в) Онгнинг бузилиши даврида тўлиқ амнезия
- г) Онгнинг бузилиши даврига қисман амнезия
- д) Ҳақиқий галлюцинациянинг мавжудлиги
- е) Псевдогаллюцинациянинг мавжудлиги

Тўғри жавоб: (б, г, д)

8. Аментив синдром структурасига кирувчи 3 та белгини кўрсатинг:

- а) Фақатгина жойда ва вақтда ориентирнинг қисман бузилиши
- б) Жойда, вақтда ва шахсий ўзликда ориентирнинг тўлиқ бузилиши
- в) Онгнинг бузилиши даврида қисман амнезия
- г) Онгнинг бузилиши даврида тўлиқ амнезия
- д) Психомотор тормозланиш
- е) Йиғиштирувчи ҳаракатларни бажариш

Тўғри жавоб (б, г, е)

9. Онгнинг кирди-чикди бузилиши структурасига кирувчи 3 та белгини кўрсатинг:

- а) Қўрқитувчи характерли галлюцинацияларнинг мавжудлиги
- б) Тўсатдан бошланиши ва тўсатдан тамом бўлиши
- в) Жойда, вақтда ва шахсий ўзликда тўлиқ дезориентация
- г) Жойда ва вақтдагина ориентирнинг қисман бузилиши
- д) Ёқимли маънодаги галлюцинациянинг мавжудлиги
- е) Психомотор тормозланиш

Тўғри жавоб (а, б, г)

10. Онейроид синдром структурасига кирувчи 3 та белгини кўрсатинг:

- а) Уйқуга ўхшаш галлюцинатор-алахсираш кечинмаларни келиши
- б) Қўрқитувчи характерли галлюцинацияларнинг мавжудлиги
- в) Онгнинг бузилиш даврида тўлиқ амнезия
- г) Ҳолатдан чиқишда амнезиянинг йўқлиги
- д) Психомотор тормозланиш
- е) Психомотор асабийлашиш

Тўғри жавоб: (а, г, д)

11. Амбулатор автоматизм структурасига кирувчи 2 та белгини кўрсатинг:

- а) Автоматик таъсир характери
- б) Ихтиёрий таъсир характери
- в) Онгнинг бузилиши даврида тўлиқ амнезия
- г) Онгнинг бузилиши даврида қисман амнезия
- д) Алаҳсираш ғоясининг мавжудлиги
- е) Псевдогаллюцинациянинг мавжудлиги

Тўғри жавоб: (а, в)

12. 2 та ортиқча патологияни олиб ташланг

- а) Патологик мастлик
- б) Патологик аффект
- в) Шахсиятнинг патохарактериологик ривожланиши
- г) “Қиска туташув” реакцияси
- д) Компенсация патохарактерологик реакцияси
- е) Патологик уйқучанлик ҳолати

Тўғри жавоб: (в, д)

ИДРОК ВА ТАСАВВУРНИНГ БУЗИЛИШИ

Таъриф

Идрок бу буюм ва кўринишларни субъектив психик акси бўлиб, ҳис этиш орқали, образларни ифодаси, уларнинг тасаввур билан тўлдирилиши билан намоён бўлади. Идрокнинг қуйидаги патологик ўзгариш гуруҳларини ажратадилар: иллюзия, галлюцинация (ҳақиқий ва псевдогаллюцинация), психосенсор бузилишлар, агнозия. Экстрасенсор перцепция ва психосенсор бузилиш феноменлари идрок, тасаввур ва онгни ўзида қамраб олган ўзига хос бузилиш гуруҳларини ташкил этадилар. Психосенсор бузилишлар деперсонализация ва дереализацияни қўшадилар. Тасаввур патологиясига патологик фантазия киритилади.

Масаланинг тарихи, норма ва эволюция

Идрок этиш жараёни элементар ҳис этишдан бошланиб, объект образида ёки кўринишида синтезланади, буюмлиги билан, яъни аниқлиги, бутунлиги, константлиги, қатъийлиги билан ажралиб туради, қабул қилинган объектнинг аниқ синф предметиға таллуқлиги хусусиятини билдиради. Идрок этиш асосий хусусияти гештальт-психологиясининг асосчиси М. Wertheimer томонидан тўлиқ ифода этилган. Унинг томонидан фигура ва фонни идрок этиш нисбатининг маъноси тасвирлаб берилган. Идрок изланишларида энг кўп хисса қўшган психофизика (Weber-Fechner-Stevens қонунлари) бўлиб, у ҳис этиш оstonаси билан стимул кучи орасидаги боғлиқликни, шу жумладан идрок этиш адаптацияси жараёнларини ўрганди. Идрок этиш физиологияси изланишларининг асосчиси Н. Helmholtz хисобланади. Сетчатка билан ассоцирланган визуал идрок этиш, мия рецепцияси ажратилади; аудиал, кортил аъзолар билан боғланади; ольфакторли – ольфакторли эпителий билан; таъмни сезиш – таъмни сезиш тўқималари; тактил – тери рецепторлари билан; кинестик – мушак, пай, бўғим халталари рецепторлари билан; вестибуляр – ярим айлана каналлари билан; шу жумладан оғриқ ҳам, уларға ҳаддан ташқари таъсир натижасида у хоҳлаган рецепторлар билан боғланган бўлиши мумкин.

Қиёфанинг ташкил топиши даражасида қайта кодирлаш – бир сенсор тизмдан бошқасига белгиларни ўтказиш келиб чиқади. Бу ўтказишларни субъектив семантика психологияси ўрганади, унинг асосчиси Е. Ю. Артемьева. Ўтказишлар шу билан сезиларлики, биз, масалан, формани ранги, ҳиди, тактил сезги – таъм ёки овозни ассоцирлаймиз, ва шу тариқа ўтказиш вербал бўлмаган-вербалли деб аталади.

Сенсор омилларни чеклашда – депривацияда – ҳаттоки психик соғлом шахсларда ҳам 24 соатдан сўнг қуйидагилар кузатилади. Бошида кўрқув, ваҳима, кайфиятнинг пасайиши юзага келади; кейин атрофни қабул қилиш ўзгаради, у катта ёки кичик бўлиб туюлади, ҳаракат координацияси бузилади

ва вақтни ҳис этиш ўзгаради (кунлар йиллардек узаяди), уйку ритми бедорлик трансформирланади; ундан сўнг фикрлаш ва тана схемаси бузилганлиги кузатилади, кейин – иллюзия ва галлюцинациялар. Кейинги депривацияда алахсираш ва соматик бузилишлар ҳосил бўлиши мумкин, одам ўзидан-ўзи “ақлдан оза бошлайди”. Сунъий сенсор депривациясида, масалан, маҳсус дигривацион ванналарда, парасихологикни эслатувчи идрок этиш феномени юзага келади. Масалан, одам кўшни кўчада жойлашган автомашина эшигининг очилганлигини эшитиши мумкин. Эволюция натижасида одам баъзи бир рецептив тизимларни йўқотди, лекин, ёпиқ ҳолатда улар онгсиз даражада мавжуд, уларга магниторецепция киради, улар балиқ ва қушларда кўпроқ ифодаланган. Магниторецепция сабабли Ернинг магнит майдонида ориентация олиш ва миграциядан кейин уйга қайтиб келиш амалга оширилади. Идрок этишнинг асосий қонунлари қуйидагилар:

А) Ўхшашлик қонуни, шунга асосан ўхшаш жисмлар бошқа жисмлар орасидан шу билан фарқланади.



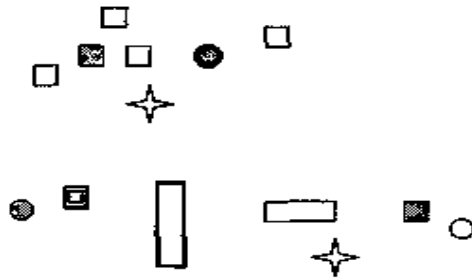
Расм 3. Шунга ўхшаш жисмлар тақдим этилганлар орасида осон ажралиб туради.

Б) Яқинлик қонуни, бунга асосан иккита жисм орасидаги критик масофа мавжуддир, бу уларни ягона жисм сифатида кўриш имконини беради.



Расм 4. Чап оваллар ягона жисм сифатида кўринмокда, ўнгдаги эса икки жисм.

В) Прегнантлик қонуни (тартибга солиш), шу туфайли биз хоҳлаган ҳатолик жисм майдонида тартиб ўрнатамиз.



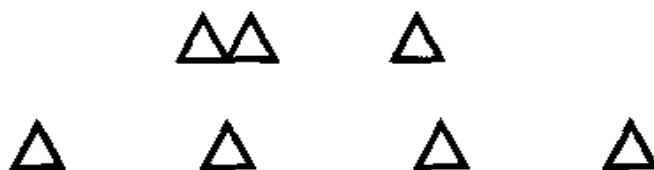
Расм 5. Биз тартибсиз айланалар, юлдузлар ва тўғри бурчакларни бирлашмасида тартиб ўрнатишимиз мумкин.

Г) Ёпиқлик ва тўлдирувчилик қонуни, шу сабабли биз жисмнинг йўқ деталларини тўлдиришимиз мумкин, бутун образни чизиб қўйган сингари.



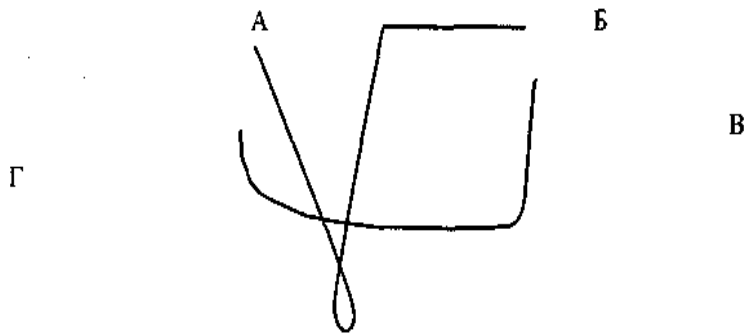
Расм 6. Чап фигура тахмин билан айланани тўлдиришни иложиси йўқ, чап эса тўлдирилиши мумкин.

Д) Симметрия ва имитация қонуни, жисм конструкцияларининг стереотип ритмини аниқлаш имконини беради.



Расм 7. Юқори ва пастки қатор симметрик ва орасидаги масофанинг бир хиллиги билан бир бирини имитирлайди.

Е) Давомийлик қонуни, шу сабабли биз бошқа объектларнинг ҳаракат майдонида объект ҳаракатини кузатишимиз мумкин.



Расм 8. Сезилиб турибдики Б В нинг эмас, балки А нинг давоми эканлиги, Г эса А нинг эмас, В нинг давоми.

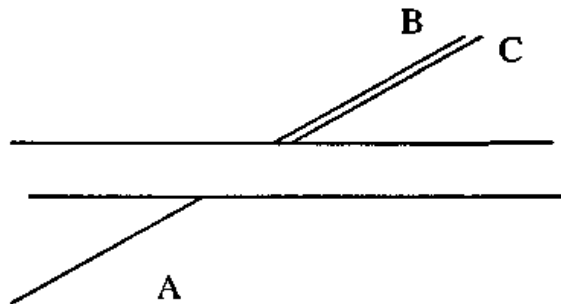
Идрокнинг хусусиятларидан бири биз томондан чиройли ва эътиборни тортувчи (аттрактив) ва чиройли бўлмаган (аверсив)га ажратилади. Ҳар битта сенсор жараёнларда аттрактив ва оверсин стимуллар мавжуд бўлиб, улар куйидагиларга бўлинади: умумбиологик – масалан, ширин маза ҳаммага ёқимли бўлиб туюлади, аччиқ эса – ёқимсиз; этногенетик – масалан, баъзи халқлар ранг ва таъмини идрок этишда этник хусусиятларга эга, масалан, пигмейлар тиш пастасининг хидига кўнгил айланиши билан эътибор берадилар; ва индивидуал. Умумбиологик эътиборни жалб этиш – эътиборни жалб этмайдиган кўринишни омон қолиши учун қанча стимуллар билан боғлиқ.

Оламни бузилган идрок этиш (иллюзор) шу тариқа биологик қонунлар билан асосланган, масалан, сувга қўйилган жисмга қараб туриб, сув сатҳидан синган эканлигини кўришимиз, жисмни сувдан олаётганда у олдинга қараб бутунлигича фиксирланади, бу балиқ тутишда эътиборли (Поггендорф иллюзияси). Бурчакда жойлашган объект, бурчакдан узоқда жойлашганга нисбатан катта бўлиб кўринади (Данцио иллюзияси). Бу иллюзия сабабли кўрқув вақтида “бурчакка беркиниш хулқи”, маҳлуқни кўрқитишга хос бўлиб, бунда визуал идрок этиш жисмнинг ҳажмини оширади. Биз ҳаракатдаги булут ва ойни кўрганимизда, бизга ой ҳаракат қилаётгандек туюлади, фон эса ҳаракатсиздек. Бу адаптация шу тариқа эволюцион асосланган, чунки примат сифатида биз адаптирланганмиз, фон фигурага нисбатан эмас, табиат фониди фигура ҳаракатланади. Мюллер-Люэр

иллюзиялари инсонни инсонга нисбатан тўғридан тўғри идрок этиши: агарда кузатиб турилган инсоннинг қўллари кўтарилган бўлса, елкалари туширилган инсонга нисбатан, уларнинг бўйи бир хил бўлса ҳам, у баландроқ кўринади.



Расм. 9. Данцио иллюзияси (бурчак кесими каттароққа ўхшайди).



Расм. 10. Поггендорф иллюзияси (А В нинг давомига ўхшасада, А С нинг давомидир).

Онтогенез жараёнида идрок этиш интегрирланган (синкретик) характерга эга. Жумладан, бола турли хилдаги сенсор жараёнларни осонлик билан ассоцирлайди ва эшитганларни осонлик билан кўриниш образида тасвирлаб беради, бундан ташқари у тасаввур ёрдамида кўздан ғойиб бўлган вақтда ҳам шу образни тасвирлаб бериш хусусиятига эга. Бу кўриниш, эйдетизм деб аталувчи, рассомларда, ёзувчиларда, ижод қилувчи шахсларда сақланиб қолади. Эйдетик идрок этиш жараёнида семантик ассоцирланган олиб ўтишлар енгил юзага келади, масалан, рассом Айвазовский аввал кўрган штормни тасвирлаётганида, у расм чизиш вақтида кўнгли айниган.

Эйдетизм баъзи бир патологик ҳолатларда активлашиши мумкин, масалан, делирийнинг ривожланишини биринчи босқичларида.

Тадқиқот услуби

Идрок этишнинг изланиш услублари ўрганилаётган модалликларга боғлиқдир. Визуал идрок этишни ўрганишда унинг ўткирлиги, ранг кўрлиги тадқиқот қилинади, масалан, шу тариқа дальтонизм аниқланилади, формани, перспективани, жисм ҳаракатини идрок этиш, эътибордан чиқармаслик ва таниш ва нотаниш жисмларни идрок этиш. Аудиографик эшитиш изланишда баландлик, тембр шовқини, шу жумладан сигналнинг йўналишини идрок этиш ажралиб туради. Ольфакторли ва таъмли жараён тадқиқотларида феромонлар, таъмли қочиш ва таъм кўрлиги реакциялари ўрганилади. Тактил сезгирликни ўрганиш температурага, босим, анестезия, парадоксал сезги, гиперсезги реакцияларини аниқлаш имконини беради.

Вербал бўлмаган-вербалмас (оғзаки бўлмаган) кўчиришларнинг хусусиятлари психосемантика услублари ёрдамида ўрганилади.

Симптом ва синдромлар

Психопатологияда ҳис этишнинг бузилиши аниқланади, буларга қуйидагилар киради: гиперестезия, гипостезия, анестезия, парестезия ва сенестопатия, шу жумладан фантом-симптом.

Гиперестезия – сезувчанликнинг бузилиши, кучли ёруғлик, овоз, ҳидни қабул қилишда намоён бўлади. Соматик касалланишлар ва соматик касалликларга хос. Парестезия қон таъминоти ва инвервация хусусиятлари билан ажралиб, сенестопатиядан фарқланади.

Сенестопатия – танада комплекс одатий бўлмаган хислар, жойни ўзгариши, қуйилиш, оқиб ўтишни ҳис этиш. Кўпинча, баланд-парвоз ва одатий бўлмаган метафорик тилда, масалан, пациентлар мия ичида қитиқлаш

бўлаётганлигини, суюқлик томоқдан жинсий аъзоларга оқиб келаётганлигини, ҳиқилдоқнинг чўзилгани ёки қисилгани ҳақида гапирадилар.

Фантом-синдром қўл-оёқларни йўқотган шахсларда қайд этилади. Пациент йўқотган оёқ ёки қўлини ортиқча сезиб, йўқотган оёқ-қўлларда оғриқ ёки ҳаракатни ҳис этади. Кўпинча бундай ҳислар ўзига келганда ва уйқуда юзага келиб, бунда пациент ўзини йўқотган оёқ-қўллари билан кўради.

Идрок этишнинг асосий бузилишларидан бири бу иллюзия ва галлюцинациялардир. Бу кўринишлар ҳақида пациентлар гапиришни хоҳламайдилар ёки беркитадилар.

Идрок этишнинг бузилиши билвосита белгилари қуйидагилар:

- инсоннинг ўзи билан ўзи гаплашиши (ёлғизликда ёки бошқалар орасида);
- асоссиз ва тўсатдан атрофдагиларга нисбатан муносабатнинг ўзгариши;
- нутқда янги сўзларнинг пайдо бўлиши (неологизмлар);
- мимик гримассалар;
- ёлғизликка интилиш, кўнгилнинг ўзгарувчанлиги;
- чайнаш мушаклари ва кўкрак-елка-сосцевид мушакларининг қисқариши;
- ярим очиқ оғизда орбитал қисмнинг кучланиши;
- суҳбат чоғида тўсатдан ёнга қараш;
- мимика, ҳолат ва имо-ишора диссоциацияси;
- қисман ҳаракатсиз мимикада қўққисдан мақсадсиз имо-ишора.

Иллюзиялар – реал мавжуд бўлган объектларни нотўғри идрок этиш. Масалан, тушаётган сувнинг овозида (реал мавжуд бўлган стимул) “товуш” эшитилади (иллюзион образ). Иллюзияларнинг асосий характеристикалари қуйидагилар:

- объект ёки кўринишнинг мавжудлиги, у хато қабул қилинади, масалан, визуал, аудиал ёки бошқа сенсор образ;
- кўринишнинг сенсор характери, яъни идрок этишнинг конкрет модаллик билан боғлиқлиги;
- объектни бузилган баҳоси;
- бузилган ҳиссиётни реалдек баҳолаш;
- омонат ва қисқа муддатли иллюзион образ характери;
- фикрлаш ёки бошқа моделликларни жалб этиш билан баҳолаш натижасида иллюзиянинг йўқолиши, масалан, визуал иллюзияда объектга тегиниш иллюзион идрок этишни йўқотади.

Иллюзия мураккаблиги жиҳатидан элементар, оддий, мураккаб, панорамик ва парэйдোলларга бўлинади, буларга образларни мисол қилса бўлади, уларни булутлар шаклида ёки гилам чизмасида кўриш мумкин. Сизги органлари бўйича улар қуйидагича бўлинади: тактил, кўриш, визуал, альфактор, эшитиш, проприоцептив ва кинестетик.

Иллюзияни юзага келиш сабабларига кўра улар қуйидагича бўлинади: муҳитнинг объектив хусусиятларига асосланган физик, масалан, ёруғликнинг синиши ёки овознинг акси хусусиятларига асосланган; физиологик, периферик анализаторларга боғлиқ, масалан ёришиб турувчи “ғало” иллюзияси - глаукома билан касалланганлар олдида ёриткични ёритиб туриш; психик, яъни бирор-бир инсонни кутиш билан боғлиқ, биз тўсатдан адашиб уни оломон ичида кўриб қоламиз; эйдетик, тасаввур билан боғлиқ бўлган.

Иллюзиялар невротик бузилишлар учун ҳам характерлидир, шу жумладан онг бузилишининг 1 босқич ривожланишида, масалан, делирий. Баъзи бир иллюзиялар ўзига хос стресс шароитли муҳитда психик соғломларда юзага келади. Масалан, космонавт Армстронг Ойга қўнганида, орқасидан эргашувчини сезган, бу иллюзион идрок этиш билан боғлиқ бўлган космик ғалтакнинг тебранувчи антеннаси эди.

Галлюцинация – объект ёки сенсор образни идрок этиш, у реал объектни мавжудлигисиз юзага келади, аммо ишончли равишда объект мавжуддек кузатилади. “Галлюцинация” термини J.-E.D.Esquirol томонидан 1838 йилда киргизилган. Мураккаблик даражаси бўйича улар элементларга, кўпроқ эпилепсия учун типикдир. Уларга узокдан эшитилувчи оддий товушлар гувуллаган озов, жаранг, шитир-шитир, паравоз гудоги (акофен ёки акозмлар), кўз юмуқ ҳолатда, кўз олмаларини устидан босиш билан эришиш мумкин бўлган (фосфенлар ёки фотопсиялар) ёруғлик ёғдуси ёки оддий ёруғлик сочувчи фигуралар, чириш ёки ёқимли ҳидлар, масалан парфюмерия ёки таом (паросмиялар) киради.

Оддий галлюцинациялар миянинг органик шикастида типикдир. Масалан, пациент чап ярим палланинг энса қисмидаги локал шикастларда тугалланган ва предметли балиқнинг, инсон юзининг ёки осифлик болтанинг образини аниқ жойда ёки бўшлиқда кузатиши мумкин, масалан, стол устида ётибди (Шарль-Бонн галлюцинацияси). Пациент ҳашаротларни тери остида ёки тананинг аниқ қисмида юриб кетаётганлигини сезиши мумкин, бу мия оёқчаларининг органик шикастига характерлидир (Лермиттнинг педункуляр галлюцинози).

Мураккаб галлюцинатор образлар динамик кўринишларни эслатади. Масалан, эшитилаётган овоз атрофдаги воқеани комментирлаши, кўринаётган образ ҳаракат қилиши, кулиши ёки йиғлаши мумкин.

Сезги органлари бўйича галлюцинациялар иллюзия сингари бўлинади. Юзага келиш шароитлари бўйича галлюцинациялар, ухлаб қолишга хос (гипнагогик), бу одатда кетма-кетликдаги образлар бўлиб, фильмдаги кадрларни эслатади, ва гипнопомпик галлюцинациялар, уйғониш вақтида қайд этилади.

Галлюцинациялар шу тариқа бўшлиқдаги юзага келиши бўйича ҳақиқий галлюцинация ва псевдогаллюцинацияга бўлинади. Ҳақиқий галлюцинациялар ҳақиқий фазода прецирланади, масалан, овозлар кўчадан ёки хонадан эшитилади, образ пациентнинг ёнгинасида сезилади. Ҳақиқий

эшитилувчи галлюцинациялар тавсифланиши (“овозлар” пациент хулқини тушунтиради), императив (“овозлар” бирор бир нарса қилишга ундайди), диалогли (“овозлар” бир бири билан гаплашади), ҳақоратловчи, таҳдид қилувчи бўлиши мумкин. Бир ёки бир неча кишига хос бўлиши мумкин, эркак, аёл ёки бола, таниш ва нотаниш, аниқ ва ноаниқ бўлиши мумкин. Ҳақиқий кўринувчи галлюцинацияларда образларнинг предметлиги шу даражада юқорики, пациент улар билан худди тирик одамлар сингари мулоқот қилади, бундан ташқари, пациент атрофдагилар ҳам бу образларни кўраётирлар деб ишонади. Ҳақиқий галлюцинациялар кўпроқ кечкурун юзага келади, бу асосан кўриш галлюцинацияларига тааллуқлидир.

Псевдогаллюцинацияларда кўринувчи образлар шаффоф ва моддий эмас, улар фикрлаш билан боғлиқ бўлиб, аниқ мақсадни асоцирлайди. Бундай алоқани В.Хлебников “фигр-формаси” деб аниқлаган. Псевдогаллюцинатор образлар психикага зўрлик билан кириб боради, шу сабабдан, пациент томонидан бегона ихтиёр, энергия ёки куч таъсири деб тушунтирилади. Бунда худди пациент товуши билан гапириляётгандек, унинг нутқ аппаратини бошқариляётгандек туюлади, ва бу билан айтиляётган фикрлар инсонга тааллуқли эмасдек кўринади (Сеглнинг нутқ ҳаракат галлюцинациялари). Улар шу тариқа бошқарув фикрлари билан, бунда кайфият бегона куч билан боғланган бўлиб, у танани ҳаракатлар, ҳаёллар ва ниятлар билан бошқаради. Бу кўриниш психик автоматизм деб аталади. Эшитув псевдогаллюцинациялари ҳақиқий сингари мазмунига кўра императив ёки буйруқли, тавсифланувчи, ҳавф солувчи, ҳақорат қилувчи бўлиши мумкин, бир ёки бир неча кишига мансуб бўлиши, эркак, аёл ва бола, таниш ва нотаниш, аниқ ва ноаниқ бўлиши мумкин.

Эшитиш псевдогаллюцинациялари ҳаёлдаги бўшлиқда проецирланади, масалан, овозлар яхшилаб беркитилган бошқа хонадон эшитилиши, ҳаттоки бошқа планеталардан ёки танадан чиқиши мумкин. Кўп ҳолларда улар бошнинг ичидан чиқиши ёки фикрга қарши ҳолатда эшитилиши мумкин. Псевдогаллюцинаторли предмет образлари тана ичида соматик

галлюцинация деб аталади. Бу аниқ кечинма, кўп ҳолларда қорин ичида ҳаракатдаги ёт жисм болада, ҳайвонда ёки механизмда мужассам бўлади. Ички образ пациент билан алмашинувчи псевдогаллюцинаторли ҳаёллар билан банд бўлиши мумкин. Псевдогаллюцинирланиш кўпроқ шизофренияга хосдир.

Психосенсор бузилишлар баъзида онг ва идрок орасидаги оралик бузилиш деб ҳисобланади. Психосенсор бузилишларда идрок этиш жараёнининг ўзи бузилиши юзага келмайди, онг индивидуида олинган информациянинг синтези жараёнида узилиш юз беради деб тахмин қилинади. Буларга деперсонализацияли ва дереализацияли кечинмалар киради, шу жумладан мазкур бобда таъриф қилинган ўзига хос синдромлар киради.

Деперсонализация (ўз онгининг бузилиши) қуйидаги симптомларда кўринади:

1. “Мен” нинг ўзгариши, трансформациянинг ўзига хос сезилиши, кўпроқ негатив, ўз шахсияти, жинни бўлиб қолишдан кўрқиш, ўзини кераксиз бўлиб қолишдан кўрқиш, ҳаёт маъносининг йўқлиги ва хохишнинг йўқолганлиги. Бу ҳолатлар аффектив бузилишлар ва баъзи неврозларга хосдир.

2. “Мен”нинг майдаланиши, шизофрения ва диссоциатив бузилишлар учун типик, ўзида икки ёки кўпроқ шахсиятларнинг мужассамланиши, уларнинг ҳар бири ўзининг нияти ва хоҳиши мавжуд.

3. Шахсий тана схемасини ўзгартириш (аутометаморфопсия), оёқ-қўллар узунлигини аномал қабул қилиш, қўл-оёқларни узайтириш ёки қисқартириш, юз, бош, тана, қўл-оёқ формасини ўзгартириш. Мазкур ҳолатлар органик бузилишларда ёки холинолитикли интоксикацияда кузатилиши мумкин.

Дереализация қуйидаги ўзгаришларда кўринади:

1. Рангда, масалан, депрессияда олам кул ранг ёки кўк ранглар аралашган бўлиб кўриниши мумкин, булар рассом ижодида яққол сезилади, масалан, Э.Мунк, у депрессия даврида кўпроқ қора, кўк ва яшил ранглардан

фойдаланган. Ёрқин ранглардан фойдаланиш, кўпроқ маниакал ҳолатдаги пациентларда кузатилади, улар атропин сингари препаратларни қабул қилган бўлади. Қизил ва сариқ рангларни ёки ёнғинни қўллаш, ғира-шира эпилептик ҳолатларга типикдир.

2. Форма ва ўлчамда: атрофдагилар катталашиши ёки кичрайиши (“Алися ғаройиботлар оламида синдроми”да макропсия ёки микропсия), яқинлашиши ёки узоқлашиши, доимо трансформирланиши (метаморфопсия) мумкин. Пациент ўнг тарафни чапдек, ёки тескарисига қабул қилиши мумкин (“Алеся кўзгулар оламида синдроми”). Ҳолатнинг бу тури психоактив воситалар билан интоксикацияда характерли бўлиб, бош мия органик шикастланишига хосдир.

3. Суръат ва вақтда: атроф тез ўзгарувчан, худди кинодаги кадр сингари (“кинематограф синдроми” маниакал ҳолатларда ёки психостимуляторлар билан интоксикацияда) ёки, тескарисига, чўзилгандек кўриниши (депрессияда ёки психоделерик наркотик воситалар билан интоксикацияда) сезилиши мумкин. Баъзи бир ҳолатлар, ойлар тез ўтиб кетаётгандек, бошқасида – тунлар узайиб кетгандек кўринади. Пациентлар, бир хил қайтариловчи сюжетларни кўраётганлигини сезадилар. Ҳамма қайд этилган хислар, эмоционаллик билан боғлиқдир, масалан, яхши кайфиятда вақт тез ўтаётгандек, ёмонда эса – секиндек туюлади.

Психосенсор бузилишларга, баъзи бир ҳолатлар ҳам, эпилепсияга хос бўлган ҳолатлар киради – **“аввал кўрган”** (фр. **“deja vu”**); **“аввал эшитган”** (фр. **“deja entendu”**); **“хеч қачон кўрмаган”** (фр. **“jamais vu”**); **“хеч қачон эшитмаган”** (фр. **“jamais entendu”**), улар “аввал сезиб кўрган ва ўзида ҳис этган” хисларга умуман яқиндир. “Аввал кўрган (эшитган)” симптомида пациент янги жой ҳақида унга танишдек ва янги эшитган информацияси тааллуқли равишда танишдеклигини гапиради. У бунини аввал тушида кўргандек, худди туши илоҳийдек интерпритерлайди.

“Ҳеч қачон кўрмаган (эшитмаган)” симптомда пациент аввал таниш бўлган жой ёки информация унга умуман номаълум эканлигини, бегоналигини таъкидлайди.

Экстрасенсор перцепциянинг бир қанча феноменлари, баъзи вақтда парапсихологик ёки психоэнергетик деб аталувчи, аслида эса идрок этишнинг бузилиши натижасида юзага келади. Уларни баъзи бир стимулларга остона ости ҳиссиётлари билан боғлиқ бўлган шунга ўхшаш феноменлардан ажратиш даркор. Масалан, текстни ёпиқ кўз билан ўқишда бармоқ учигаги “иссиқлик” кўриш билан тушунтириш мумкин, бу эса тактил илиқлик сезгисидир, қўлдаги илиқлик ташқи турли рангларни сезиши билан боғлиқ, яна шу тариқа бошқа одамнинг ҳулкини онгсиз идрок этиш асосида мимикасини олдиндан ҳис этиш, масалан, агрессив акциядан олдин. Экстрасенсор перцепция феноменларига қуйидагиларни киритиш мумкин:

а) Олдиндан кўра-билиш (телестезия) – йўқолган физик объектлар ёки ходисаларни кузатиб тургандек идрок этиш. Бу ҳолатда пациент ўзига хос ҳолатда, у ёки бошқа одам жуда ҳам узоқ масофада ўзини қандай тутаётганлигини айтиб беради.

б) Прекогниция ёки ретрокогниция – келгусида бўладиган ходисаларни ёки эслаб бўлмайдиган аввал бўлиб ўтган ходисаларни олдиндан айтиб бериш ёки олдиндан ҳис этиш. Яъни пациент аввал нима бўлганини билган ҳолатда, келгусида юз берадиган ҳолатларни айтиб беради.

в) Аутоскопия – бошқа одамни, жонзотни ёки танасининг бирор қисми (фантом)нинг галлюцинаторли ташвишланиши, кўзгудаги акс сифатида қабул қилиниши мумкин. Бу кўриниш рангсиз, танасиз, пациентнинг ёки бошқа одамнинг ҳатти ҳаракатларини такрорлаши мумкин, масалан, яқинда вафот этган қариндошни.

г) Қўлни қўйиш ёки аурани кўриб чиқиш билан экстрасенсорли диагностика. Кафтларни бошқа одамга теккизмасдан туриб яқинлаштириб ва пальпацияда шакли ҳис этилади ва ҳаттоки ранги, худди шундай сезгилар бош атрофи кўриб чиқилганда “ёруғланганда” пайдо бўлади.

д) Астропроекция ва психосферали контакт – тананинг ташқарисида жойлашган (кўпинча Коинотда) нарса ҳақида визуал тасаввур. Бунда психоэнергетик таъсир спиралларда, ишларда, ҳаракатланувчи объектларда, ёруғлик шарларида ва бошқаларда қайд этилади. Кўпинча онгнинг онейроидли бузилишларида ва психоактив воситалар билан, яъни галлюциногенлар заҳарланганда учрайди.

е) Телепатия – фикрларни узоқдан туриб ўқиш, ғавқулотда ходиса; кўпинча шизофренияда “очиқ фикрлар симптоми”да ва Кандинский-Клерамбо синдромида учрайди.

ж) Телекинез – ирода кучи ёрдамида буюмларни қўзғатиш. Ғавқулотда ходиса, фокуснинг эпчиллигига асосланган, ёки атрофдаги кузатувчиларни юқори ишонтириш ва уларнинг индуктивланиши билан боғлиқ.

Шуни айтиш керакки, юқорида айтилган экстрасенсор перцепция ғавқулотда ходисалари ҳали илмий тадқиқот босқичида бўлиб, ҳақиқийлигининг абсолют ва илмий асосланганлиги вақтдан олдин тасдиқланишига олиб келмоқда.

Эйдетик идрок этиш патолгик бўлиши мумкин, масалан, сенситивли шахсларда баъзи бир психотехниклар таъсири остида, яъни, медитацияда, тасаввур қилинувчи объект кўз олдида узоқ вақтгача галлюцинаторли ёки псевдогаллюцинаторли бўлиб кўриниши мумкин. Психопатологик бузилишли болаларда визуал тасаввурлар ифода этилган бўлиб, улар патологик фантазияга қўшилиб кетади. Бола ёки ўсмир фантазияли бошқа оламни кўради, унда саҳий ёки жоҳил сеҳргарлар жойлашган бўлиб, улар билан ёлғизликда мулоқотда бўлади, патологик (алахсираш сингари) фантазияда бу олам ҳақиқатни суриб чиқаради ёки уни айлантиради. Бу ҳолатларда фантазиялар ўзгарувчан бўлишдан тўхтади, аммо совуқ характерга айланади.

Кўпинча галлюцинатор бузилишларга галлюцинаторли, делириозли, аментивли, онейроидли, галлюцинатор-параноидли синдромлар, яна Кандинский-Клерамбо синдроми киритилади. **Галлюцинаторли**

синдромлар учун (галлюцинозлар) онгнинг ўзгариши ва идрок этишнинг интерпретацион бузилиши характерли бўлмай, галлюцинациялар бирор-бир бошқа сферада юзага келади (визуал, эшитиш, хид сезувчи, тактил). Галлюцинаторли синдромлар экзогендаги сингари, эндоген бузилишларда ҳам учрайди.

Галлюцинатор-параноидли шундай синдром ҳисобланадики, бунда пациент ўзининг галлюцинатор образларини, масалан, кузатиши ёки унга нисбатан алоҳида муносабати билан тушунтиради, аммо шундай бўлиши мумкинки, бу синдромларда бирламчи бўлиб алаҳсираш бўлса, галлюцинациялар кейинроқ юзага келади.

Кандинский-Клерамбо синдроми – ўз ичига эшитиш псевдогаллюцинаторли кечинмаларни психик бошқарув (автоматизм) фикрлар, хохиш, ҳаракат ва эмоциялар, алаҳсираш интерпретациялари, кўпроқ таъсирли алаҳсираш формаларини олади. Ғарб психиатриясида шизофрениядаги биринчи ранг синдромларига тааллуқлидир.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1-Масала

Пациент Э., 32 ёшда. “Ўнг қовурға остидаги оғирлик менга анчадан бери таниш, ва у ёғли овқат истеъмол қилгандан сўнг юзага келади, баъзида босим остида ўмров суягидан ўнг елка бўғимларигача тарқалади”.

(Парестезия)

2-Масала

Пациент С., 48 ёшда. “Томир ва мушаклар бўшаб қолгандек, удардан ҳаво юборилаётгандек, бу ҳаво юракка бориб у тўхтаб қоладигандек туюлади. Тери остида шишаётгандек. Кейин эса ҳаво пуфакчалари ҳаракати ва қоннинг қайнаши”

(Сенестопатия)

3-Масала

Пациент В., 21 ёшда. “Кечкурун уйга қайтаётганингда, йўл четига, тераклар ўсаётган жойда, фонарлардан ёруғлик тушиб турганда, агар шамол бўлса, шохларнинг сояси кимирлайди, бунда йўл тўғри эмасдек туюлади ва тўлқинни эслатади. Қоқилиб кетмаслик учун, қадамни секинлатишга тўғри келади. Агарда йўлга қарамасдан атрофга қаралса ёки тунги овозларга кулок тутилса, бу ҳислар йўқолади”.

(Иллюзиялар)

4-Масала

Пациент Э., 21 ёшда. “Хуруж бошланишидан олдин, баъзида, ёруғлик оқими майда турли рангдаги ёруғлик нуқталарига тарқалиши кўринади, импрессионист ёки пуантилистлар ишларидагидек ва ҳақиқатни аралаштириб юборгандек, кейин эса майда нуқталар доғларга қўшилиб кетади”.

(Фосфенлар-галлюцинацияси)

5-Масала

Пациент В., 19 ёшда. “Менда доимо бир хил образ ёмон чарчаганимда ва одатда кечкурун кўринади. Ён томонимда мен худди бураб юргизилган сичқонни эслатувчи тез қўзғалувчи предметни кўраман. У тўғрига ҳаракат қилади, аммо унга кўзни қаратсам – у дарҳол йўқолади”.

(Шарл-Бонне галлюцинациялари)

6-Масала

Пациент Г., 29 ёшда. “Бошимда тасвирлаб бўлмайдиган бир нарса бўлмоқда. Эркак киши аёл билан қандайдир сийқаси чиққан воқеалар ҳақида ва жуда секин гаплашмоқда, худди шу фонда буйруқ бўлиб, уларни эшитмасликни илтимос бўлади. Буларни баъзиларини ўз ҳаёлларим билан адаштириб юбораман. Шундай овозлар борки, улар расмларни “кўрсатади”, масалан, у гапиради, ва гапирган гапи компьютер экрани сингари кўринади.

(Мураккаб ёки аралаш галлюцинациялар)

7-Масала

Пациент З., 37 ёшда. “Кўзни ёпиш билан ички туғён олдида аввал куннинг алоҳида воқеалари оқ-қора кадрлар орқали пайдо бўлади, улар алмашинади, аммо уларни бошқариб бўлмайди. Кейин уларнинг баъзи бирлари кичкина кадрга айланади, баъзида рангли фильмларга ва шунда, уларда сюжетлар катнашади, кейин эса улар тушда пайдо бўлади. Кўзни очишдан олдин, мен худди тушни охиригача кўраётгандек, аммо атрофда нима бўлаётганлигини эшитаман, гапираман, аммо ўзимни назорат қила олмайман. Масалан, машинада рулда ўтириб кетаётганлигимни кўряпман, ва кўларимни назорат қила олмайман, аслида бу кўллар кўрпани сикаётган бўлади.

(Гипнагогик галлюцинациялар)

8-Масала

Пациент Л., 33 ёшда. “Менга айтишларича, кеча мен ким биландир гаплашибман, бу фаришталар эди. Улар жуда кўп бўлиб, улар хонага кириб, уни тўлдиришди, тушунарсиз, уларни нега ўғлим кўрмади, у ёнимда ухлаб ётгандику. Улар шундай бир хил эдики, улар узун сариқ сочли ва мовий ранг кўзли, настарин рангли кийимда, кул ранг қанотли, улар қўшиқ айтиб, бир-бирлари билан гаплашишар эди, кейин менинг атрофимда уча бошлашди ва юзимни ушлаб кўришди. Бу жуда ёқимли эди, аммо улар менга жавоб беришмасди. Менимча мен кулдим”.

(Ҳақиқий галлюцинациялар)

9-Масала

Пациент Т., 25 ёшда. “Бу кўрқинчли ҳолат, ўзингга мансуб эмаслигингни билиш. Бирор-бир нарсани тушунтиришни билмасанг, овозинг бегона ва умуман бошқа нарсани гапирасан, худди сен орқали бошқа биров гапираётгандек. Кейин яхши нарса ҳақида ўйлашни бошлайсан, мазмуни ўхшамайди, бирданига тўхтатилиб, шундай баланд бўлиб кетадики, кўчадаги ҳамма буни эшитади, масалан, кўшни эшитади, чунки кейин у менга кўп маъноли қилиб қараб кўяди. Энг қийини – қарор қабул қилиш. Бирор-бир

нарсани сотиб олмоқчи бўлсанг, қўлларинг сенга бўйсунмайди, механик тарзда пулни олиш ўрнига – сумкани ташлаб юборади. Мен ўзи аслида қанақаман, энди билолмадим”.

(Эшитиш галлюцинациялари)

10-Масала

Пациент Ф., 19 ёшда. “Мен, ҳомиладор эканлигимни тушуниб қолдим, бир куни кечаси менинг олдимга бир нарса келди, жуда ёқимли бўлди, бир ҳафтадан сўнг оёқ билан урилишни сездим, бу битта бола эмас эди, балки учта эди. Битта бошни ўнг тарафдан сездим. Қорним катталашмасаям улар тез ўса бошлашди. Эрталаб уйғониб мен биттасини кечаси туққанимни тушундим. Шунда 2 таси қолди. Мен уни бутун хона бўйича қидириб чиқдим, агар у шунчалик тез ривожланган бўлса, у шу тариқа тез ўсиб кетиб қолган бўлиши мумкин”.

(Соматик псевдогаллюцинациялар)

11-Масала

Пациент Я., 21 ёшда. “Куни бўйи мен диванда ўчирилган телевизор ёнида ётибман, ҳеч нарса қилишни хоҳламаганим учун қимирлашни имконияти йўқ. Механик тарзда овқатланаман, туалетга бораман, баъзида ювинаман. Албатта, ўзимдан рози эмасман. Аммо, нима қилиш керак? Хоҳишим бўлишини хоҳлаяпман, аммо у йўқ. Қарорни танлаш қийин, агарда мен аввалгидек ҳаракат қилсам, бу чин дилдан бўлмайди, чунки мен энди бошқачаман, лекин қанақа, аниқ билмайман. У – аввалгиси яхши ва бўш инсон эди, буниси ёмон, аммо кучли. Албатта, энди мени ҳеч ким тушунмайди, чунки мен ўзим билмайман, мен кимман. Аввалгидек ҳаракат қилсанг – ҳеч нимага эриша олмайсан, ҳозиргидек қилсанг – сендан ҳеч қим рози эмас. Унда ҳеч нарса қилмаган маъқул”.

(Деперсонализация, “Мен”нинг ўзгариши)

12-Масала

Пациент Р., 25 ёшда. “Бу юзимдаги мўматалоқлар, ўз юзимни тўғрилашимдан пайдо бўлди. Негадир ёноқлар ва энгак учбурчак бўлиб

кетганди, кўзгуда кўринмасада, чакка урилгандек эди. Мен пластрь олиб уни ёпиштириб ташладим, кейин этикдўздар пичоғидан фойдаландим, сўнг қон оқа бошлади”.

(Аутометаморфопсия)

13-Масала

Пациент В., 43 ёшда. “Сиз сезган бўлсангиз керак, менинг суръатларим икки гаммада. Мана бу серия тунга ва куёш ботгандаги даврга бағишланган, бу ерда кўпроқ кўкатлар ва тўқ-кўк ранг, бу эса пастели ва кўпроқ илиқ тон, бунда асосан портретлар. Биринчи ҳолатда мен умуман одамларни чизишни хоҳламайман, иккинчисида – тескарисси, ҳар доим мулоқотдаман”.

(Ранг дереализацияси)

14-Масала

Пациент С., 17 ёшда. “Бу ҳолат менда биринчи маротаба, циклодолнинг 3 та таблеткасини ютиб юборганимда юз берган. Бошида 3 метрга катталашгандек бўлдим ва юқоридан ҳамма нарсаларга қарадим, кейин хона ҳам катталашди, кейин қаердандир – узоқдан овозлар эшитила бошлади. Бундай узун оёқлар билан юрганингда ҳар доим бошқа жойни босиб олишдан кўрқасан, ҳаттоки оёқларга қараш ҳам кўрқинчли – улар шундай узоқдаки”.

(Форма ва ўлчамларнинг аутометаморфопсияси ва дереализация)

15-Масала

Пациент Д., 18 ёшда. “Мехмонлар келганда мен ухлаб ётган эдим. Улар қандайдир пуллар ҳақида гапиришди, кейин кулишди, кейин кетишди, лекин бундан сўнг ҳаммаси қайтарилди, яна саломлашишди, киришди, гаплашишди, кулишди, аммо янги аниқликлар бор эди, идиш товоқларнинг тақиллаши, кейин эса ҳаммаси яна бир неча маротаба такрорланди. Ўйладим: бунинг ҳаммаси қанча давом этади ва қачон тугайди”.

(Вақт дереализацияси)

16-Масала

Пациент З., 29 ёшда. «Мен кўп маротаба башоратли туш ҳақида эшитганман, аммо ҳеч ҳам бунақаси бўлмаган. Бир куни ишга келсам, хизматчиларимдан бири менга мурожаат қилиб, офис интерьерини ўзгартиришни, у ерда тўсик ўрнатишни таклиф қилди. Ўйлаб кўрдим, мен каердан билардим унинг таклифини, эсладим, туш кўргандим, тушимда худди шундай бўлган эди. Яна у аввал бу ҳақда менга гапирган эди, тўғри мен ундан буни сўраганимда, у бундан тонди».

(“Аввал кўрган” симптоми)

17-Масала

Пациент Л., 19 ёшда, атрофдаги инсонларнинг фикрини бир неча юз километр узоқликда туриб ўқий олиши ҳақида ишонтирмоқда. Бунда ўқиган фикрларни қисқа шеър ритмида ёзиб боради. Ўз хусусиятларини “илҳом хуружлари” сифатида баён этади. Бир вақтнинг ўзида қандайдир бегона фикрларнинг ўзининг хоҳишисиз ҳис этаётганлигини ва бу уни “кучли зўрлаётган”лигини айтади. “Фикрлар яхши ва ёмон бўлиши мумкин”. “Яхши фикрларни” севги объектига, бошқа юртларга узатиш хусусиятига эга. Унга “ҳаёлий шеърларни” узатади ва унинг ҳулқини бошқаради.

(Кандинский-Клерамбо синдроми)

18-Масала

Д. исмли бола, 10 ёшда, сабабсиз ҳолатда уйдан 5 марта кетиб қолмоқда, баъзида ўзи қайтиб келади, лекин кўп ҳолларда қидирилади ва уни шаҳар чеккасида ўрмон ёнидан топадилар. Ҳар доим у таъкидлашича, болаларни ўлдириб, ўғрилайдиган бошқа сайёраликларнинг вертолети билан учрашар экан. Улар ўрмонда яшайдилар ва унинг вазифаси уларни излаб топиш, чунки фақат у уларни тўхтата олади. У ўлдирилганларни, танаси бўлиб ташланганларни ва уларнинг белгиларини тасвирлаб беради. Дафтарида у ўзга сайёраликларнинг ўлдириш ва ўғирлаш сахналарини расмини чизиб беради.

(Алахсирашга оид фантазия)

19-Масала

Пациент С., 26 ёшда. “Мен бу овозларга шунчалик ўрганиб қолдимки, энди уларни сезмаяпман ҳам. Тўғри, баъзида мен уларга жавоб бераман ва одамлар ўгирилиб қарашади. Аммо ўзимни тўлиқ равишда назорат қиламан, чунки бу нарса кўп йиллардан бери давом этиб келмоқда. Бир нарсани доимо такрорлашади, сен яқинда, жуда яқинда ўласан ва сенинг охирги соатинг етиб келади, кейин ашула айтишни бошлашади. Бу дуэт: эркак ва аёл бўлиб, ашула ҳар доим бир хил ва ҳар доим чап тарафдан эшитилади”.

(Галлюцинация)

20-Масала

Пациент У., 24 ёшда. “Аввал машиналар бор эди, улар аниқ тарзда атрофимда айланишар эди, уларнинг номерлари ҳам бор эди, уларнинг йиғиндиси 24 ни ҳосил қиларди, менинг ёшим сингари. Кейин бу имлашлар метрода, эскалаторда кетаётганимда менга эркаклар кўз қисишади, ҳудди мен фоҳишадек. Кейин ҳовлида мен тўғримда гапиришаётганлигини эшитдим. “Мана кўрдингизми, у ўзини қандай тутмоқда, ўз танасини сотмоқда”.

Пациент У.нинг онаси “Менинг қизим апрель ойидан бери ўзини шундай тутмоқда. Олдин ўзи билан ўзи гаплашиб юрди, кейин кулиб, негадир қулоғини қашир эди. Унинг айтишича мен онаси эмас эканман, унга қандайдир “сеҳргар” айтган эмиш. У қизимни овқат емасликка ва кулишга ундайди. Унинг тушунтиришича, қизим уни ибодатхонада учратган, ва шундан бери турли усуллар билан унга таъсир ўтказаетир. Масалан, у телевидение диктори билан боғланиб, уни вақтидан олдин ухлашга ётқизиши мумкин. Яна, уни “фоҳиша” қилиб қўйганмиш ва бунини ҳамма қўшнилар билармиш”.

(Галлюцинатор-параноидли синдром)

ТЕСТ ТОПШИРИҚЛАРИ**1. Ортиқчасини олиб ташланг:**

- а) Анестезия
- б) Гипостезия
- в) Гиперестезия
- г) Амнезия
- д) Парестезия
- е) Парамнезия

Тўғри жавоб: (г,е)

2. Стеностопатия психик фаолиятнинг қайси бузилган сферасига тааллуқли?

- а) Психомотор бузилишлар
- б) Хотиранинг бузилиши
- в) Аффектив фаолиятнинг бузилиши
- г) Онгнинг бузилиши
- д) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (д)

3. Иллюзия структурасига нима киради?

- а) Бузилишга олиб келувчи объект ёки кўринишнинг мавжудлиги
- б) Бузилишга олиб келувчи объект ёки кўринишнинг мавжуд эмаслиги
- в) Бузилган хиснинг реал сифатидаги баҳоси
- г) Иллюзор образнинг мустаҳкам ва узоқ давом этувчи характери
- д) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (а, в)

4. Галлюцинациялар структурасига нима киради?

- а) Бузилишга олиб келувчи объект ёки кўринишнинг мавжудлиги
- б) Объектив таъсир қилувчининг мавжуд эмаслиги
- в) Галлюцинаторли образнинг мустаҳкам ва узун характери
- г) Галлюцинаторли образнинг мустаҳкам бўлмаган ва қисқа муддатли характери

д) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (б)

5. Гипнагогик галлюцинацияларнинг асосий белгилари:

- а) Хақиқий характер
- б) Ёлғондакам характер
- в) Ухлаб қолиш фазасида юзага келувчи
- г) Уйқу ҳолатида юзага келувчи
- д) Уйғониш фазасида юзага келувчи

Тўғри жавоб: (в)

6. Чакновчи ёруғлик ва ёришувчи фигураларни кўрувчи беморлардаги галлюцинациялар қандай аталади?

- а) Ақофенлар
- б) Ақоазмлар
- в) Галлюциногенлар
- г) Паросмиялар
- д) Фосфенлар
- е) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (д)

7. Ҳақиқий ва ёлғондакам галлюцинацияларнинг дифференциация критерийлари:

- а) Галлюцинатор образнинг маъноси
- б) Сизги органлари бўйича дифференциация
- в) Галлюцинаторли образ проекцияси
- г) Бузилишга олиб келувчи объект ёки кўринишнинг мавжудлиги
- д) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (в)

8. Деперсонализация структурасига кирувчи 3 та белгини ажратинг:

- а) Жой ва вақтда ориентирнинг бузилиши
- б) Ўз шахсияти трансформациясини ҳис этиш
- в) Бу даврга қисман амнезия

- г) Ўз шахсиятининг иккига ажралишини ҳис этиш
- д) Ўз танаси схеманинг ўзгариши
- е) Псимотор тормозланиш

Тўғри жавоб: (б, г, д)

9. Дерезализация структурасига кирувчи 3 та белгини ажратинг:

- а) Қўрқитувчи характерли галлюцинацияларнинг мавжудлиги
- б) Рангнинг ўзгариши
- в) Шу даврга қисман амнезия
- г) Жой ва вақтда ориентирнинг бузилиши
- д) Форма ва ўлчамларнинг ўзгариши
- е) Темп ва вақтнинг ўзгариши

Тўғри жавоб: (б, д, е)

10. Метаморфопсия нима?

- а) Уйқуга ўхшаш галлюцинатор-алахсираш кечинмаларни оқиб келиши
- б) Қўрқитувчи характерли галлюцинацияларнинг мавжудлиги
- в) Атрофдаги форма ва ўлчамларнинг ўзгариши
- г) Ўз танаси схемасининг бузилиши
- д) Бузилган онг даврига амнезия
- е) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (в)

11. Аутометаморфопсия нима?

- а) Атрофдаги форма ва ўлчамларнинг ўзгариши
- б) Уйқуга ўхшаш галлюцинатор-алахсираш кечинмаларни оқиб келиши
- в) Қўрқитувчи характерли галлюцинацияларнинг мавжудлиги
- г) Ўз танаси схемасининг бузилиши
- д) Бузилган онг даврига амнезия
- е) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (г)

12. Қандай ҳолат француз термини “jamais entendu” билан аталади?

- а) “Аввал кўрган” ҳолат

- б) «Аввал эшитган» ҳолат
- в) “Бошдан кечирганлик” ҳолати
- г) “Ҳеч қачон кўрмаган” ҳолати
- д) “Ҳеч қачон эшитмаган” ҳолати
- е) “Ҳеч қачон ҳис этмаган” ҳолати

Тўғри жавоб: (д)

ФИКРЛАШНИНГ БУЗИЛИШИ

Таъриф

Фикрлаш – атрофдаги олам кўринишининг шаклланиши жараёни ва уни таниш, ижодиётни келтириб чиқариш. Фикрлаш патологияси темпига, структурасига, маъносига қараб бузилишларга бўлинади.

Масаланинг тарихи, норма ва эволюцияси

Инсон ҳақида мулоҳаза қилиш унинг ҳулқини кузатишга ва нутқи анализига асосланган. Олинган маълумотларга асосланиб, инсоннинг ички оламига атрофдаги олам қанчалик тааллуқли (адекват) эканлигини айтиш мумкин. Ички олам ва уни таниш жараёнининг ўзи фикрлаш жараёнининг мақсадини ташкил этади. Демак, бу олам онг демакдир, яъни фикрлаш (таниш) – онгнинг вужудга келиш жараёнидир.

Шуни таъкидлаш зарурки, инсоннинг ўсиши жараёнида, унинг фикрлаши бир неча ривожланиш босқичларини босиб ўтади: яққол-таъсирли, аниқ-кўринишли ва абстракт-мантиқий. Ҳар бир босқич ўзининг специфик хусусиятига эга, масалан, яққол-таъсирли босқични ўтаётганда бола катталарга ва тенгдошларига тақлид қилиб ўқийди. Кейин фикрлаш аниқ-кўринишли босқични ўтаётиб шаклланади ва фақат етук шаклланган шахс абстракт-мантиқий кўринишдаги фикрлаш хусусиятига эга бўлади.

Бундай фикр юритиш кетма-кетлик жараёни сифатида тақдим этилиши мумкин, ҳар битта аввалги мулоҳазада кейингиси билан мантиқан боғланган,

яъни улар орасида мантиқ ўрнатилади, у қуйидаги схемада бўлади: “Агарда ..., унда”. Бундай ёндашувда учинчи, беркинган маъно иккита аниқлик ўртасида мавжуд эмас. Масалан, агарда совуқ бўлса, у ҳолатда, пальто кийиш керак. Бироқ, фикрлаш жараёнида учинчи элемент мотивация бўлиши мумкин. Чиниқаётган инсон, ҳарорат пасайишида пальтони кийиб олмайди. Бундан ташқари, унда гуруҳли (ижтимоий) тасаввур бўлиши мумкин, паст ҳарорат нима ва шунга ўхшаш ҳарорат билан алоқа бўйича шахсий тажриба мавжуд бўлиши мумкин. Болага тақиқлашса ҳам кўлмакларни оёқ яланг босиб юрибди, чунки, бу унга ёқади. Бундан кўриниб турибдики, индивидуал ва ижтимоий сабаблар (мақсадли), тушунган шаклланиши билан фикрлашни мантиқ жараёнига ва нутқ билан боғлиқ жараёнларга бўлишимиз мумкин. Шуниси аниқки, фикрлаш жараёнида аниқ айтилмаган онгли равишдан ташқари онгсиз жараён ҳам мавжуд бўлиб, у нутқ структурасига намоён бўлади. Мантиқан қараганда фикрлаш жараёни анализ, синтез, мулоқот, аниқлаш ва абстрактлаш (чалғитиш)дан иборат. Бироқ мантиқ расмий, балки метафорик, яъни шеърий бўлиши мумкин. Биз бирор нарсадан воз кечишимиз мумкин, чунки зарарли, лекин интуитив равишда ёқмаганлиги учун ҳам унинг зарарлилиги тажрибада асосланмай, эътиборли сўз билан асослангандир. Бундай мантиқ мифологик дейилади, ёки архиатик. Қиз бола, яхши кўрган йигити унга хиёнат қилганда, унинг расмини йиртаётганда, яъни мантиқан маънода одам расми туширилган бир бўлак қоғозни, инсонни ўзига ҳеч қандай алоқаси бўлмаган, унинг кўринишини символик тарзда йўқотади. Инсон ва унинг кўриниши, ёки унинг предмети, ёки одамнинг бўлаклари (масалан сочи), бу метафологик фикрлашда идентифицирланади. Морфологик (архиатик, шеърий) фикрлашнинг бошқа қонунлари бинар оппозициялардир, яъни типларни қарама-қарши қўйиш яхшилик-ёмонлик, ҳаёт-ўлим, илоҳий-дунёвий, эртақларга хос-аёлларга хос. Яна бир белгилардан бири этиологизм, у инсонни фикр юритишга олиб келади: “Бу нарса нима сабабдан мен билан юз берди”, лекин унга жуда яхши тушунарли, аналогик ҳолат бир неча маротаба бошқаларда такрорланган. Мифологик

фикрлашда идрок этиш, ҳис этиш ва фикрини исхор этиш бўлинмайдиган бирлик, бу айниқса, болаларда сезилади, улар нимани кўрса ёки ҳис этишса тўхтамасдан гапирадилар. Мифологик фикрлаш ёки катталарда шоир ва рассомларда характерлидир, бироқ психопатологияда назорат қилинувчи спонтан жараён кўринишида намоён бўлади. Фикрлаш жараёни ўқиш натижасида шаклланади. Tolman ҳисоблашича, бу когнитив занжирнинг шаклланиши сабабли юзага келади, Keller кўрсатишича тўсатдан эсига тушиб қолиш, ёки “интуитив ёриб чиқиш” – “инсайт”. Bandura га биноан, бундай таълим имитация ва қайтариш жараёнида юзага келади. И.П.Павловга биноан, фикрлаш жараёни шартли ва шартсиз рефлекслар физиологиясини тасвирлайди. Бихевиористлар бу таърифни оперант таълим концепциясида ривожлантиришди. Tірndike га биноан, фикрлаш хулқни акси ҳисобланади, у синаш ва ҳатолар тизими билан боғлиқ бўлиб, ўтмишда жазо самарасининг фиксациясидир. Skinner шундай таълим оперантларини ажратдики, булар бидъат, шахсий рефлексив хулқ, хулқ модификацияси, таълим билан боғлиқ янги хулқ кўринишининг шаклланишидир. Хулқ ва фикрлаш позитив ёки негатив (негатив қўллаб қувватлаш формаларидан бири бу жазодир) қўллаб қувватлаш натижасида мақсадларни шакллантиради. Шундай қилиб, фикрлаш жараёни қўллаб қувватлаш ва жазо рўйхатида асосланиб шаклланиши мумкин. Позитив қўллаб-қувватлашга, фикрлашнинг аниқ схемаларига ва шаклланишига таъсир этувчиларга қуйидагилар киради: таом, сув, секс, совға, пул, ижтимоий статуснинг ошиши. Позитив қўллаб қувватлаш қўллаб қувватлашга ёрдам берувчи хулқнинг фиксациясига таъсир этади, масалан, “яхши” хулқ, бунинг учун совға талаб этилади. Шу тариқа, когнитив занжирлар вужудга келади, ёки хулқ, улар мукофотланади, ёки ижтимоий маъқул. Негатив қўллаб-қувватлаш қоронғилик, жазирама, совуқ, калтак, “ижтимоий кўринишни йўқотиш”, оғриқ, танқид, очлик ёки омадсизлик (йўқотиш) натижасида юзага келади. Негатив қўллаб-қувватлаш тизими ёрдамида инсон жазога олиб келувчи фикрлаш йўлидан четлашади. Ижтимоий мотивация жараёни маданиятга авторитар шахсият таъсири,

ижтимоий кўллаб-қувватлаш талабга боғлиқ бўлади. У уруғлар ва жамиятнинг нуфузли қийматига интилишига асосланган бўлиб, қийинчиликларни енгиб ўтиш стратегиясидан иборат. Энг юқори талаб Masloy бўйича, ўзи реализация қилиш, шу жумладан когнитив ва эстетик талабдир. Талаб иерархиясида оралиқ жой бу тартибга, ҳақиқатга ва гўзалликка интилиш, шу жумладан ҳурматга, тан олинисига ва миннатдорчиликка талабдир. Энг паст даражадаги талаб, бу боғланиб қолиш, севги, гуруҳга боғлиқлиги, шу жумладан, физиологик талабдир.

Асосий фикрловчи жараён бу тушунчаларнинг шаклланиши (символлар), мулоҳаза ва хулоса чиқаришдир. Оддий тушунчалар – нарсa ёки кўринишнинг ҳақиқий белгилари, комплекс тушунчалар предметдан мавҳумийликни – символизацияни тахмин этади. Масалан, қон оддий тушунча сифатида аниқ физиологик суюқлик бўлиб ассоцирланади, бироқ комплекс тушунча сифатида яқинликни, “қондошлик”ни билдиради. Тааллуқли равишда, қоннинг ранги символик тарзда уруғи кўрсатилади - “аслзода”. Рамзларни ифода этиш манбаи бу психопатология, туш кўриш, фантазия, эсан чиқариш, писанда ва ҳатолар.

Мулоҳаза – фикрлашни вужудга келтирувчи тушунчаларни таққослаш жараёнидир. Бу таққослаш қуйидаги типлар бўйича юзага келади: позитив - негатив тушунча, оддий – комплекс тушунча, таниш – нотаниш. Мантикий таъсирлар серияси асосида хулоса чиқариш шаклланади (гипотеза), у амалиётда рад қилинади ёки тасдиқланади.

Тадқиқот услублари

Фикрлашнинг тадқиқот услубларига тил структурасини ўрганиш киради, чунки фикрлаш кўринишининг асосий муҳити ҳисобланади. Замонавий психолингвистикада тадқиқот семантикаси (маъно) мулоҳаза синтактик анализ (таклиф структурасини ўрганиш), морфли анализ (маъно бирлигини ўрганиш), монологик ва диалогик нутқ анализини, шу жумладан фонематик анализ, яъни унинг эмоционал таркибини кўрсатувчи нутқнинг

базис товушларини ўрганиш ажратиб кўрсатилади. Нутқ темпи фикрлаш тезлигини намоиш этади, бироқ шуни ёдда тутиш керакки, нутқ тезлигини таққослашнинг ягона асбоби, шу тарика унинг маъноси сингари, фикрлаш врачнинг ўзиникидир. Фикрлаш жараёнини кечиши ва даражасини ўрганиш “сон қатори қонунлари”, алоқалар сони тести, тугалланмаган гаплар, сюжетли расмларни тушуниш, рад этиш ва ҳосил қилиш тестлари, шу жумладан Эббенгаузен синамаси услуги ёрдамида амалга оширилади. Фикрлашнинг онгсиз конструкцияларини аниқлаш ва символизация жараёнлари тектограмма ва ассоциатив эксперимент услублари ёрдамида ўрганилади.

Симптомлар ва синдромлар

Фикрлаш бузилишининг қуйидаги вариантлари ажратиб кўрсатилган: темп бўйича, маъноси бўйича, форма ёки структураси бўйича.

Темп бўйича фикрлашнинг бузилиши

Фикрлашнинг тезлашуви нутқ темпи тезлашуви, фикрнинг сакраши билан характерланиб, темпнинг маъноли равишда кучайиши натижасида айтилишга улгура олмайдилар (*fuga idearum*). Кўп ҳолатларда фикр продуктив характерга эга бўлиб, юқори ижодий активлик билан ассоцирланади. Бу симптом васваса ва гипоманияларга характерлидир.

Фикрлашнинг секинлашуви - ассоциация сони камайиши ва нутқ темпининг секинлашувидир, улар сўзларни танлаб олишнинг қийинлашуви ва катта тушунчалар ва ҳулосалар вужудга келиши билан кечади. Депрессия, астеник симптомлар учун характерли бўлиб, онгнинг минимал бузилишларида ҳам намоён бўлади.

Ментизм – фикрларнинг оқиб келиши, бунда у зўраки характерга эга бўлади. Одатда бундай фикрлар турли режали бўлиб, улар баён этилмаслиги мумкин.

Шперрунг (нем.) – фикрларнинг “тикилиб қолиши”, фикрнинг узилиб қолиши, бунда тўсатдан бўшлиқ, жим бўлиб қолиш сифатида пациент томонидан қабул қилинади. Шперрунг ва ментизм шизофрения ва шизотипик бузилишларга кўпроқ характерлидир.

Маъносига кўра фикрлашнинг бузилиши

Уларга аффектив фикрлаш, эгоцентрик фикрлаш, параноид, обсессив ва юқори қийматли фикрлаш киради.

Аффектив ёки эмоционал бўялган фикрлаш эмоционал бўялган тасаввурни атрофдагилардан фикрлашни юқори боғлиқлиги, фикрлашнинг тез реакцияси ва ундан ажратиб бўлмайдиган турли, кўп ҳолларда эътиборсиз стимул (аффектив доимий бўлмаган) эмоционал жараёнлар фикрлашга айланиши билан характерланади. Аффектив фикрлаш кайфиятнинг бузилишидан жабр чекувчи пациентлар учун характерли (депрессив ёки маниакал фикрлаш). Аффектив фикрлашда мулоҳаза ва тасаввур тизимининг тўлалигича етакчи кайфият бўлиб аниқланади.

Эгоцентрик фикрлаш – бунда фикрлаш типи нарцистик идеалларда, шу жумладан ўз шахсиятига фойдали ёки зарарли ҳамма мулоҳаза ва кўринишларда фиксация қилинган. Қолганлари, шу жумладан ижтимоий кўринишлар қайд этилади. Бундай фикрлаш типи кўпинча шахсиятнинг бузилишили инсонларда шаклланади, шу жумладан алкоголизм ва наркоманияларда ҳам. Шу вақтнинг ўзида бола ёшидагилар учун эгоцентрик шакллар норматив бўлиши мумкин.

Параноид фикрлаш – бу фикрлаш типи асосида алахсираш фикри ётади, улар шубҳаланиш, ишонмаслик, регидлик билан ҳамоҳангдир. Алахсираш ғояси – ҳато ҳулоса чиқариш, касаллик асосида юзага келади ва коррекцияга берилмайди. Алахсираш бирламчи бўлиши мумкин, ўзига хос, пациентнинг ўзигагина тушунарли бўлган мантиқнинг шаклланиши натижасида юзага келади, ёки иккиламчи, кайфиятнинг ўзгариши, кўтарилган ёки тушган, галлюцинацияларга боғлиқ бўлади. Алахсираш

ғоясидан ташқари параноид фикрлаш структурасига алахсирашга ўхшаш фантазия ҳам киради, у кўпроқ болаларда учрайди.

Алахсираш ғояси қайтадан ишонтиришга бўйсунмайди ва уларга пациентнинг ўзи томонидан танқид бўлмайди. Когнитив алоқалар, алахсирашни қайта алоқа принципи бўйича мавжудлигини қўллаб-қувватловчидир, улар қуйидаги кўринишда бўлади:

Бошқаларга нисбатан ишончсизлик вужудга келади: «Мен, унчалик дўстона эмасман, шу тарика, бошқа одамлар шу сабабли мени четлаб ўтадилар, шекилли. Мен тушунаман, улар нима сабабдан бундай қилишади, лекин бу бошқаларга ишончсизликнинг ошишига олиб келади».

Алахсирашни К.Conrad бўйича вужудга келиш босқичлари қуйидагилар:

1) трема – алахсирашни олдиндан сезиш, ваҳима, янги мантикий занжирни вужудга келиш негизини аниқлаш;

2) апофена – гештальт алахсирашни вужудга келиши – алахсираш ғоясининг ҳосил бўлиши, унинг кристаллизацияси, баъзида тўсатдан равшанлашиши;

3) апокалипсис - терапия ёки аффектив камбағаллашуви натижасида алахсираш тизимининг бўлиниши.

Алахсирашни ҳосил бўлиши механизми бўйича бирламчи – босқичма-босқич мантиқ қурилиши ва интерпретацияси билан боғлиқ, иккиламчи – тўлиқ кўринишларнинг шаклланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин, масалан, ўзгарувчан кайфият ёки галлюцинациялар таъсири остида; ва индуцирланган – бунда реципиент, келгусида соғлом инсон сифатида, алахсираш тизими, психик касал одам индукторини ҳосил қилади.

Тизимлаштириш даражаси бўйича алахсираш фрагментар ва тизимлаштирилган бўлиши мумкин.

Адекват бўлмаган алахсираш тизими бўйича алахсираш кечинмаси синдроми паранойял, параноид ва парафрен бўлиши мумкин.

Паранойял синдром кўп тематик тизимлаштирилган алахсираш ва юқори қимматли ғоянинг мавжудлиги билан характерланади, кўринча маиший характерли ва адекват бўлмаган маънога эга бўлади. Паранойял синдром юқори маъсулиятли фаолият ва вазиятга боғлиқ фикрлаш, галлюцинациясиз иллюзия ва сезиларли аффектив бузилишлар кўринишида соғлом онгда кечади. Булар рашк, судлашиш ва бошқа алахсираш ғоялари бўлиши мумкин.

Параноидли синдром тизимли ёки тизимли бўлмаган алахсираш фикрли политематик ҳаракатдаги ва адекват бўлмаган контекстга эгалиги билан характерланади. Кўпинча галлюцинация ва аффектив бузилишлар билан биргаликда бўлади. Бунга мулоқотнинг алахсираш фикрлари жисмоний таъриф, кузатиб бориш киради.

Парафреник синдром алахсираш фикрларининг мавжудлиги билан характерланади, бироқ бу фикрлар фантастик маънога эгадир, масалан, улуғлик алахсираш фикри, ўзига хос миссия, илоҳий келиб чиқиш, дунёнинг ҳалокати, жаҳоннинг қайта қурилиши ва б. Учта синдромнинг ҳаммаси ўз ҳолида учраши мумкин, ва шизофрения доирасида прогредиент жараёни босқичи бўлиши ҳам мумкин.

Маъносига кўра алахсираш фикрлари турли вариантларда катта ҳажмда бўлади, бироқ кўп учрайдиганлардагина тўхталиб ўтамиз.

Алоқа ва маъно ғоялари. Атрофдагилар пациентни сезадилар, унга эътибор билан қарайдилар, ўз хулқлари билан унинг ўзига хослигига урғу берадилар. У эътибор марказида бўлиб, аввал унга эътиборли бўлмаган, оддий бўлган атрофдаги ҳолатни тушунтиради. Масалан, у машиналар номерини боғлайди, ўтиб кетаётганларнинг эътиборини, тўсатдан тушириб юборилган буюмлар, унга тааллуқли бўлган, унга қарата айтилган сўзларни писанда сифатида қабул қилади.

Таъқиб-васваса ғояси – пациент ҳисоблашича, унинг орқасидан кузатиб юришибди, исботловчи кўпгина изларни топмоқда, беркитилган аппаратларни топади, кузатувчилар доираси секин аста кенгайиб

бораётганлигини сезади. Унинг таъкидлашича таъқибчилар уни махсус аппаратлар билан нурлантирадилар ёки гипноз орқали таъсир этмоқдалар, унинг фикрларини, кайфиятини ва хохишини бошқарадилар. Алахсираш таъқибнинг бу варианты алахсираш таъсири деб ҳам белгиланган. Таъқиб этиш тизимига заҳарлаш фикри ҳам киритилиши мумкин. Пациент, унинг овқатига заҳар қўшишмоқда, ҳавони заҳарлашаётгандек ёки буюмларни аввал заҳарлаб, кейин алмаштириб қўяётгандек ҳисоблайди. Шу тариқа транзитив алахсираш ҳам эҳтимоли бўлиб, бунда пациент ўзи уларга қарши агрессияни қўллаб, таъқиб қилувчиларни таъқиб қилишни бошлайди.

Улуғлик ғояси, унда ҳаддан ташқари кучнинг ошганлиги, илоҳий келиб чиқиш, катта бойлик, илм соҳасидаги, санъатдаги, сиёсатдаги ҳаддан ташқари ютуқлар, таклиф этаётган ислохотларнинг ҳаддан ташқари қийматлилиги асосида, Е.Краепелін улуғлик фикрини (парафрен фикри) экспансив парафренияга бўлган, бунда юксаклик юқори (экспансив) кайфият натижаси бўлиб; конфабулятор парафренияга, бунда пациент ўзига махсус оқ хизматларни қўшиб қўяди, аммо бу ҳолатда аввал ўтган реал воқеаларни унутиб, алахсираш фантазиялари билан алмаштиради; тизимли парафренияни, бунда мантиқий қуриш натижалари сифатида шаклланади; шу жумладан, галлюцинатор парафренияни, бу эса ўзига хослиги билан тушунтирилади, яъни овозлар ёки бошқа галлюцинатор кўринишлар томонидан “айтиб берилган”.

Рашк ғояси – турмушдаги ҳиёнатга ишонишдан иборат, бунда далиллар, кўпинча, беъманилиги билан ажралиб туради. Масалан, пациент, унинг партнери девор орқали жинсий алоқа қилаётганлигини таъкидлайди.

Севги алахсираши субектив, асдойдил ишонганлигида ифодаланади, яъни у сиёсий арбобга кино юлдузи ёки врач, кўпинча гинеколог сеvgи объекти ҳисобланади. Кўрсатилган юз кўпинча таъқиб қилинади ва жавобий хисга зўрланади.

Айбдорлик ва ўз-ўзини айбдор қилиш ғояси – одатда пасайган кайфият фонида шаклланади. Пациент шунга ишонганки, бунда у яқинлари ва жамият олдида ўз ҳатти ҳаракати билан айбдор бўлиб, уни суд ва жазо кутаётир.

Ипохондрик арахсираш – пациент ўзининг соматик хисларини перестезия, сеностопатияни тузалмайдиган касалликнинг кўринишидек, масалан – СПИД, саратон касаллигидек шархлайди. Текширувни талаб этади, ўлимини кутади.

Нигилистик алахсираш (Котара алахсираши) – улканлик ва инкор этиш фикрлари билан депрессив ёки ипохондрик фантазияга эга. Бунда пациент, унда ички томоннинг йўқлиги, улар “чириб” кетган, аналогик жараёнлар атрофида ҳам юз беради – бутун олам ўлган ёки турли ажралиш босқичларидадир.

Сахналаштирилган арахсираш – ўраб турувчи ҳамма воқеалар, театрдагидек махсус равишда уюштириш кўринишида ифодаланади, яъни персонал ва пациент бўлимда, аслида эса – махсус хизмат ходимидек кийиниб олиб, пациент хулқи сахналаштирилади, у телевидение орқали намоёниш этилади.

Ўхшаш алахсираш (Капгра алахсираши) ижобий ва салбийнинг мавжудлигига ишончдан иборат, яъни шахсиятнинг, ўхшашнинг ёмон томонларини бирлаштиришдир, бунда у унча эътиборли бўлмаган масофада бўлиши мумкин, ва пациент билан галлюцинатор ёки символик конструкциялар ёрдамида боғланган бўлиши мумкин. Бу алахсираш варианты доирасида Фреголи симптоми ҳам учрайди, у итальян комиги номи билан аталган, у бир актёрли тертда ҳамма ролларни ижро этган. Бу ҳолатда беморга, бир одамнинг ўзи грим ёрдамида ташқи қиёфасини ўзгартириб турли қиёфаларда намоён бўлаётгандек кўринади.

Манихей алахсираши – пациент, бутун олам ва ўзи яхшилик ва ёмонликнинг – худо ва шайтоннинг кураш аренаси, деб ҳисоблайди. Бу тизм бир бирини рад этувчи псевдогаллюцинациялар билан тасдиқланиши

мумкин, яъни овозлар билан, одамнинг руҳини эгаллаш учун улар бир бири билан бахслашадилар.

Дисморфоптик алахсираш ёки дисморфомания (дисморфофобия) – пациент, кўпроқ ўсмир, шунга ишонганки, унинг юз формаси ўзгартирилган, тана аномалияси мавжуд (кўпроқ оёқ, гениталий), аномалияларни хирургик даволашни талаб этади.

Муккасидан кетиш алахсираши – шундан иборатки, бунда пациент ўзини ҳайвонга айланиб қолгандек ҳис этади, масалан, бўрига (ликантропия), айиққа (Локис синдроми), қонхўр ёки жонсиз нарсага.

Алахсирашнинг ҳамма формалари мифологик конструкциялари билан ўхшашликка эга (мифологемлар), улар архиатик ривоятларда, эпос, миф, афсоналарда, туш ва фантазия сюжетларида бирлашади. Масалан, муккасидан кетиш фикри кўпинча халқларнинг фолклёрида мавжуддир: қиз бола – Хитойда бошқа тусга кирган тулки, ёш йигит (вервүльф) – британия халқида бўри тусига кирган, қурбақа – малика – рус фольклёрида. Кўп учрайдиган алахсираш сюжетлари ва афсоналарига кирувчи таъқиқ ва унинг бузилишлари, кураш, ғалаба, келиб чиқиш тарихидаги таъқиб ва қутулиб қолиш, иккинчи туғилишда, шу жумладан, ажойиб, ўлим, тақдир. Бунга, таъсир этувчи одам зарарқунанда, тортиқ қилувчи, ёрдамчи сеҳргар, жўнатувчи ва қаҳрамон, шу жумладан ёлғондакам қаҳрамон ролини ўйнайди. Шу жумладан алахсираш фикрлари ўз даврининг турли воқеаларини тасвирлаши мумкин, масалан, XX асрнинг 90-йиллари бошида кўпгина беморлар ўзларининг алахсираш кечинмаларига Кашпировский д-ра кўшганлар, ҳозирги вақтда эса – воқеалар, жаҳон молия кризиси билан боғлиқ.

Параноид фикрлаш шизофрения, параноид бузилишлар ва индуцир алахсирашли бузилишлар характерли, шу жумладан органик алахсирашли бузилишлар. Болаларда алахсирашнинг эквиваленти алахсирашга ўхшаш фантазиялар ва юқори қимматли кўрқув ҳисобланади.

Алахсирашга ўхшаш фантазияларда бола фантастик ўйлаб топилган олам ҳақида гапиради, ва у реалликни алмаштириб ҳақиқатда мавжуд эканлигига ишонади. Бу оламда саҳий ва ёвуз персоналлар, агрессия ва севги мавжуддир. У ҳам, алахсираш сингари танқидга уйрамайди, аммо фантазия сингари жуда ўзгарувчан. Юқори қийматли кўрқув буюмларга нисбатан эҳтиётликда ифодаланади, улар ўз ҳолича бундай фобик компонентга эга эмас. Масалан, бола хонадаги бурчакдан, ота-онасининг тана қисмларидан, иситиш батареясидан, форточкадан кўрқиши мумкин. Алахсирашнинг тўлиқ кўриниши болаларда 9 ёшдан сўнг кўпроқ учраши мумкин.

Обсессив фикрлаш стереотип қайтарилувчи фикрлашлар, тасаввур этиш, эслаш, ҳаракат, кўрқув, диний маросимлар билан характерланади, улар пациент хоҳишидан ташқари, кўпинча ваҳима фонида юзага келади. Бироқ, алахсирашдан ва юқори қийматли фикрдан фарқли тўлиқ танқид мавжуд. Миядан чиқмайдиган фикрлар қайтарилувчи хотира, иккиланишларда ифодаланиши мумкин, масалан, эшитилган мусиқа, ҳақорат, боғланиб қолган иккиланиш ва чироқ, газ, дазмол, сув, эшикни ёпилганлигини қайта текшириш. Миядан чиқмайдиган майл шу тариқа миядан чиқмайдиган фикрлар билан кечади, улар импульсив бажарилиши мумкин, масалан, миядан чиқмайдиган ўғрилиқ (клептомания), ўт қўйиш (пиромания), ўзини ўлдириш (суицидомания). Миядан чиқмайдиган фарқлар фобияга олиб келиши мумкин, яъни миядан чиқмайдиган кўрқув, масалан, одам бор жойдан ва очик жойдан (агорафобия) кўрқиш, ёпиқ фазо (клаустрофобия), булғаниш (шизофобия), аниқ касалликни юктириш кўрқуви (нозофобия) ва ҳаттоки кўрқувдаги кўрқиш (фобофобия). Кўрқувни енгиш турли диний маросимлар билан амалга оширилади.

Обсессив фикрлаш обсессив-компульсив бузилишлар, ананкастли ва ваҳимали шахсият бузилишлари учун характерли.

Ўта қийматли фикрлаш юқори қийматли фикрлашни, ёки эмоционал бўлган фикрлашни ўз ичига олади, улар субъект ўзига хос эътиборли маънога эга. Айрим стеник шахсиятларда ривожланади, улардан ҳалос бўлиш ҳисси

ва хоҳиши бўлмайди, аммо психик ҳаётида доминирланади, ҳамма қолган сабаб ва танбехларни сиқиб чиқариб ташлайди. Ўта қимматли ҳосилалар намунаси бу жаҳоннинг революцион трансформация, кашфиёт фикри, шу жумладан доимий двигатель, ёшлик эликсири, фалсафа тошининг кашф этилганлиги; чексиз сонли психотехника ёрдамидаги жисмоний ва ахлоқий баркамоллик фикри; судда ишни кўриш ёрдамида аниқ шахсга қарши судлашиш ва кураш фикри; шу жумладан коллекция йиғиш бўйича ўта қимматли ғоялар, бунинг учун пациент қолган бутун умрини шу предметни йиғишга бағишлайди.

Ўта қимматли фикрлаш паранойял бузилишли шахслар учун характерлидир.

Шакл (структура) бўйича фикрлашнинг бузилиши

- мантиқий тизм бузилиши, фикрлашнинг равонлиги ва боғлиқлигининг ўзгаришига бўлиниши мумкин.

Мантиқий тизм бўйича фикрлашнинг ўзгариши

Мантиқий тизм бўйича фикрлашнинг ўзгариши паралогик, прелогик, аутистик, символик, амбивалент, формализловчи, идентифицирловчи ва конкрет-вазиятлига бўлинади. Фикрлаш типининг ҳар бири шахсий мантиққа асосланган.

Паралогик фикрлаш — таққослаб бўлмайдиган вазиятлар, ходисалар, ҳолатларнинг бирлашиши; зид фикрларни образларни ихтиёрсиз бир тушунчани бошқаси билан алмаштириш ёрдамида бирлашиши. Ассоциатив алоқаларнинг ҳосил бўлиши ва қурилиш жараёнининг ўзи бузилади, бунда беморлар ўзининг касаллик минтақасидан келиб чиқиб, ўзининг хулосаларини беради. Масалан, бемор врачга уни уч кундан сўнг психиатрик касалхонадан чиқаришларини, чунки “ойна ташқарисидagi қарға уч маротаба қағиллади” дейиши мумкин. Шизофрения учун характерли.

Прелогик фикрлаш — юқорида биз томондан баён этилган мифопозетик фикрлаш эквиваленти. Психопатологияда бундай фикрлаш

сеҳргарлик, мистика, психоэнергетика, диний бидъат, масхарабозлик фикри образ ва ифода ёрдамида тўлғазилиши билан характерланади. Бутун олам поэтик, мантикий ҳис рамзларида тушунилиши мумкин ва интуитив тасаввурлардан келиб чиқиб тушунтирилади. Пациент шунга ишонганки, табиат ёки шахсий ҳиссиётлар белгилари асосида эмас, балки у ўзини шундай тутиши керак. Бундай фикрлаш регрессив деб ҳисобланиши мумкин, чунки у бола фикрлашини эслатади. Шундай қилиб, қадимий халқларга характерли бўлган прелогик фикрлаш архиатик мантиқни ишлатади. Ўткир ҳиссий алаҳсирашга шахсиятнинг истерик бузилишларига характерли бўлиб, кўпроқ ақлий заифликда учрайди.

Аутистик фикрлаш – пациентнинг шахсий фантазиялар оламига берилиб кетиш, бунда символик формада тўлиқ қийматга эга бўлмаган комплекслар компенсирланади. Ташқи совуққонликда, реалликдан паришонлик, бефарқлик, бой, ғалати ва баъзида пациентнинг фантастик ички олами ҳайратда қолдиради. Бу фантазияларнинг бир қисми визуализланган тасаввур билан бирга кечади, улар пациентнинг ижодий маҳсулини тўлдиради, чуқур фалсафий маъно билан тўлдирилиши мумкин. Шундай қилиб, шахсиятнинг рангсиз саҳналари орқасида руҳий ҳаётнинг дабдабали зиёфатлари рўй беради. Бошқа вақтларда эса эмоционал ҳолатнинг ўзгаришида пациент-аутистлар ўзининг ижодий фантазиясини очиқ намоён этиши мумкин. Бу ҳолат “аутизм тескарисига” деб белгиланади. Аутист-болада қисман бой фантазиялар, ва ҳаттоки баъзи бир илм соҳасида юқори натижалар, масалан фалсафа, астрономия, моддий алоқани, қарашни, координирланмаган моторли ва двигателли стереотипларни четлаб ўтиб ниқобланади. Аутистлардан бири символик тарзда ўз оламини тасвирлади: “ўз ижодиёти айланаси билан ташқаридан кўримсиз бўлиб қолиш”. Аутистик фикрлаш фантазияли мантиқда курилади, онгсиз индивидуал мотивациядан келиб чиққан ҳолда тушунарли бўлиб, стрессга юқори сезгирликнинг ўзига хос кўринишидир. Шунинг учун аутистик оламнинг ўзига хос қочиши ҳисобланади. Шизофрения, шахсиятнинг шизотипик ва шизоид бузилишлари

учун характерли, аммо акцентуацияларда, яъни психик соғломларда учраши мумкин.

Символик фикрлаш пациентнинг ўзига тушунарли бўлган символларни продуцирланиши билан характерланади, улар фавкулотда баланд-парвоз ва ўйлаб топилган сўзлар билан (неонологизм) ифодаланган бўлиши мумкин. Яъни, масалан, пациентлардан бири сўзларни шундай тушунтиради: “сифилис” – “жисмоний кучли” (“сильнѣй физически”), “туберкулез” сўзини эса – “жуда яхши кўрганимни оламан” (“ту беру, которую люблю до слез”). Бошқача айтганда, оддий мураккаб тушунча (символ) маданият (коллектив онгсиз), диний киноя, маънавий гуруҳлар хусусиятидан келиб чиқиб изоҳланиши мумкин, бунда символик мулоҳаза шахсий чуқур онгсиз ёки ўтмишдаги тажриба асосида изоҳланади. Шизофрения учун характерли.

Фикрлашнинг амбивалентлиги (амбитендентлик) – психик фаолиятда антогонистик (қарама-қарши) тенденциянинг мавжудлиги, фикр, интилиш, ният, беморнинг ҳаракати қарама-қарши иккиланганликда кўринади, бу эса ҳулқнинг адекват эмаслигидан далолат беради. Амбивалент фикрлашнинг классик мисолини машҳур трилогия “Узуклар ҳукмдори» дан персонаж Смегул намойиш этган, бунда у ўзининг ёмон ярми – унинг ўзини ичида яшовчи Горлум билан курашишга мажбур бўлган. Ёки, масалан, бемор ўз онасини аёвсиз калтаклайди, аммо буни шу билан тушунтирадики, у “уни жуда қаттиқ яхши кўради”. Шизофрения ва шахсиятнинг бузилишида характерли.

Формализловчи фикрлаш шу тариқа у ҳам бюрократик деб номланиши мумкин. Бундай пациентларнинг когнитив ҳаёти қонунлари, регламентлар ва схемалар билан тулдирилган бўлиб, улар одатда ижтимоий атрофдан олинади ёки тарбия билан боғлиқдир. Бу схемалардан ташқари чиқишнинг иложиси йўқ, агарда реаллик уларга тааллуқли бўлмаса, у ҳолда бундай шахсиятларда ваҳима, эътироз ёки насиҳатга интилиш юзага келади. Маъноси бўйича яқин бўлган формализловчи фикрлаш ригид фикрлаш қийматига эга, бунда субъект ўз нуқтаи назарини ўзгартирмайди, ҳаттоки

навбатдаги заруратда буни қилишда ва қийинчилик билан бир маъноли конструкциядан бошқасига ўтишда ҳам. Шахсиятнинг бузилиши ва органик бузилишлар учун характерли.

Идентифирцирловчи фикрлаш шу билан характерланадики, бунда инсон ўз фикрлашида маъно, ифода ва тушунчалардан фойдаланади, аслида унинг ўзига тааллуқли эмас, бошқаларга, кўпинча авторитар, доминант шахсларга тааллуқлидир. Мазкур фикрлаш идентификация лойиҳа механизми билан боғланган. Боғлиқ ва диссоциал бузилишли шахслар учун характерли.

Конкрет вазиятли фикрлаш тушуниб бўлмайдиган мураккаб маънавий таъриф ва аниқ изоҳлаш абстракт тушунчасини характерлайди. Содда сўзли формаларда расмий ва аниқ мантиқ билан ифодаланади. Масалан, саволга – сиз бу матални қандай тушунасиз “Олма олма дарахти тагига тушади”? Бемор жавоб беради “Олмалар ҳар доим дарахт тагига тушади”. Ақли заиф ва деменция учун характерли.

Равонлиги бўйича фикрлашнинг ўзгариши

Фикрлашда аморфлик ва ёйилиб кетганлик гапнинг айрим қисмларини маъноси бўйича ўзаро боғлиқликда ифодаланади ва ҳаттоки алоҳида гапларда айтилган умумий маънода четлашишида ҳам. Айтилганни умумий маъносини ифодалай олмай ёки саволга тўғри жавоб бераолмай пациент “сузмокда”, ёки “ёйилиб кетмокда”дек таассурот уйғотади. Шахсиятнинг шизоид бузилиши ва акцентуация учун характерли.

Насихатгўй фикрлаш саволга тўғридан-тўғри жавоб беришдан кўра, масала бўйича, самараси билимдонлик қилиш, файласуфона фикр юритишда, муҳокамалар ифодаланади. Шундай қилиб, бир пациентнинг хотини ўз эри ҳақида шундай дейди: “У шундай ақиллики, баъзида уни нима ҳақида гапираётганлигини бутунлай тушуниб бўлмайди, аммо уни ҳамма ҳам ҳурмат қилавермайди, фақат ақиллиларгина, умуман эса, у билан у бу нарсалар, халқаро кризис, масалан мода, кино ҳақида гаплашиб ўтиришни яхши кўраман”.

Шизотипик бузилишлар, шизофрения, алкоголизм учун характерли.

Батафсил фикрлаш деталлаштириш, алоҳида деталларда тутилиб қолиш билан характерланади. Пациент оддий саволга жавоб бераётганда ҳам, майда тафсилотларга чуқурлашишга ҳаракат қилади, керак бўлмаган икки-чикирларда тутилиб қолади, асосий маънони иккинчи даражалидан ажрата олмайди. Эпилепсия, органик бузилишлар учун характерли.

Қийин ҳаракатли (торпидлик, ҳаракатсизлик, эгилувчанлик) фикрлаш – фикрларнинг кетма-кетлигида қийинчиликнинг ифодаланиши. Беморлар саволни тушуниб олишлари учун катта куч сарфлайдилар, аммо, гапиришни бошлаб, қийинчилик билан бошқа мавзуга ўтадилар ёки тўхтаб қоладилар. Бундай беморларнинг фикрлаш жараёни ва бутун психик фаолияти кўмир тўлдирилган вагонларни эслатади. Беморларнинг нутқи ва ҳаракати торпедли бўлиб қолади. Эпилепсия, органик психик бузилишлар учун характерли.

Ригидли ёки эгилмайдиган фикрлаш бирор бир янги нарсани тан олиш ва тушунишни қийинлигини ифодалаб, ўжарлик билан характерланади. Агарда бу янги таклиф унинг учун фойдали бўлса ҳам, ёки бу маъновий формулировка фойдали маълумотга эга бўлса ҳам, ўз фикрини ўзгартиришдан бош тортиб, бемор ўз нуқтаи назарида қатъият билан туриб олади. Ригид фикрлаш когнитив ёки билиш хусусиятининг пасайиши билан кечади, кўпинча бошланғич деменция билан ҳамоҳанг бўлади ва ёши катталарда учрайдиган қон-томир патологияларига хосдир, аммо эпилепсияда ҳам, шахсиятнинг бузилиши, ақли заифликда ҳам учрайди.

Боғланишга кўра фикрлашнинг ўзгариши

Тематик сирғаниш суҳбат мавзусининг тўсатдан ўзгариши ва айтилаётганлар орасида боғланишнинг йўқлиги билан характерланади. Масалан, “Сизнинг нечта болангиз бор?” саволига, пациент шундай жавоб беради: “Менинг икки фарзандим бор ... Эрталабдан кўпроқ еб қўйдим шекилли”. Тематик сирғаниш фикрлаш ва нутқнинг ўзига хос структурасининг белгиларидан бири – шизофрения, бунда алоҳида гаплар

орасида парологик алоқанинг эҳтимоли бор. Юқорида келтирилган мисолда, жумладан кўрсатилган алоқа болалар билан, эрталаб улар рад этган овқатни пациентнинг ўзи еб қўйганлиги билан аниқланади.

Узиб ташланган фикрлаш – бунда бемор жумлаларни тўғри куради, аммо мантикий боғлиқлик улар орасида мавжуд эмас.

Инкогерент фикрлаш (алоқасиз) – бундай фикрлашда гапдаги алоҳидаги сўзлар орасида боғлиқлик бўлмайди, кўпинча бир сўзни такрорлаш юзага келади (персеверация).

Вербигерация – фикрлашнинг бузилиши, сўзлар орасидаги боғланишгина бузилиб қолмасдан, балки бўғинлар орасида ҳам, пациент алоҳида товуш ва бўғинларни стереотип талаффуз этиши мумкин. Фикрлашнинг узиб ташланганликнинг турли даражалари шизофрения учун характерли.

Нутқ стереотиплари алоҳида сўзларнинг қайтарилиши кўринишида ифодаланиши мумкин, шу тариқа ибора ёки гап. Пациентлар бир воқеани, латифаларни бир неча маротаба такрорлаб, гапириб бериши мумкин. (“грамафон пластинка” симптоми). Баъзида тик турадиган айланмалар ўчиб қолиш билан кечади, масалан, пациент қуйидаги иборани айтади: “Бош оғриғи баъзида мени безовта қилади. Бош оғриғи баъзида мени... Бош оғриғи мени... Бош оғриғи... Бош...”. Нутқ стереотиплари шизофрения ва деменция учун характерли.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1-Масала

Пациент К., 22 ёшда, инсонга қўл теккизмасдан туриб, қўларини олдинга чўзиб, у қандай касал эканлигини айтиб бериши мумкинлиги тўғрисида ишонтирмоқчи бўлади. У буни кўрмайди, аммо буни қандайдир кафтдаги ҳудди санчишга иссиқлик ва совуқликка ўхшаш хислар орқали сезади. У бирданига бир неча касалликларни санаб беради, ва ўхшаш симптомларни ҳам айтиб ўтади. Бу хусусият, турли “шикастларни” тез айтиб

бериш, уни тиббиёт марказига олиб келди, бу ерда у “энерготерапевт” сифатида яхши фаолият олиб борган. Бундан ташқари у “аурани диагностикалайди” ва “уни қўл ҳаракати билан тўғрилайди”. У ўз онаси томонидан индуцирланади, унинг онаси алахсировчи таъсир билан шикастланган ва унинг қизи ундан “ёмон энергия турларини” буриб ташлайди. Унинг биринчи пациенти отаси ўлган, у белидаги оғриққа шикоят қилган, қўлни ўша жойга босилгандан кейин у илиқлик ва енгиллик сезган, бундан сўнг у унинг ёнига касбдошларини олиб келган. Озгина вақтдан сўнг К. бутун амалиётини ташлашга мажбур бўлди, чунки у «энергетик қон сўрувчилар ҳужумини» ҳис эта бошлади, улар кечаси “унинг энергиясини ўғрилашарди”.

(Индуцирланган алахсираш)

2-Масала

Пациент Д., 31 ёшда. “Бир нарса тўғрисида ўйлашни бошласам, бирданига деталлар тўғрисида гапириб бергим келиб қолади, аммо кейин янги фикр пайдо бўлади. Буларнинг ҳаммасини ёзиб олишга улгура олмайсан, ёзиб олсанг, унда яна янги фикрлар пайдо бўлади. Айниқса, кечаси қизиқ, ҳеч ким ҳалақит бермайди, уйқу ҳам келмайди. Фикрлар бошида ягона оқим билан кечади, арилар сингари ғувиллайди. Бир соат ичида тўлиқ битта китоб ёзса бўладигандек ва бу ҳеч қачон тугамайдигандек туюлади”.

(Ментизм)

3-Масала

Пациент Ш., 28 ёшда. “Мана мендан яна бир нарсани сўрашмоқда, менга эса вақт керак, менинг бундай бирданига имконим йўқ. Ҳаммасини айтдим ва бошқа фикрлар йўқ, чарчаб қолмагунимча яна ҳаммасини бошидан қайтаришга тўғри келади, Ҳулоса ҳақида сўрашган вақтда, умуман узок ўйлаш керак ва яхшиси, уйга вазифа бўлса”.

(Тормозланган фикрлаш)

4-Масала

Пациент Н., 20 ёшда. “Бунинг ҳаммаси куюн сингари суҳбат вақтида ёки ўйлаганда, фикрлар кўп ва улар адашиб кетади, биттаси ҳам қолмайди, аммо уларнинг йўқолиши ҳам яхши эмас. Эндигина сўз айтсам, кейингиси йўқ, ва фикр йўқолади. Кўпинча бундан ўзингни йўқотасан ва кетиб қоласан, одамлар ҳафа бўлишади, аммо нима қилиш мумкин, агарда билмасанг, бу қачон бўлади”.

(Шперрунг – фикрнинг тикилиб қолиши)

5-Масала

Пациент Р., 20 ёшда. “Ўзинг учун ҳаммасини хал этгандек бўласан. Эрталаб турсанг – ҳаммаси йўқолган, кайфият ҳеч нарсага ярамайди ва ҳамма қарорларни бекор қилиш керак бўлади. Ёки бўлмасам, кимдир кайфиятни бузади ва бунда ҳаммага жаҳлинг чиқади. Аммо тескарисини бўлиши ҳам мумкин, арзимас, сенга кўринишинг яхши дейишади, бутун олам ёришиб кетади”.

(Аффектив фикрлаш)

6-Масала

Пациент О., 13 ёшда. “Тушунмайман, уларнинг ҳаммаси мендан нимани талаб этишмоқда, ота-онамнинг ҳисоблашича, мен ўқишим керак, мен дўстлашган Н. таъкидлаши бўйича, яхшироқ кўринишим керак экан. Мени ҳеч ким тушунмаётгандек туюлади. Агар мен ўқимасам ва ишламасам ва пул ишлаб топишни истамасам, демак мен одам эмасман, ахир мен ҳеч кимга ҳалақит бермаяпман, мен ўзимга ёқаётганини қилмоқдаман. Ҳаммани кўнглини олиш қийин, итни эса ўзлугиси айлантиришсин. У уларни кўпроқ яхши кўради”.

(Эгоцентрик фикрлаш)

7-Масала

Пациент Э., 35 ёшда. “Атрофдаги кўпгина нарса бир занжирга боғланган. Ишга кетаётганимда мени бир киши туртиб юборди, у қопқора кийимда эди, кейин ишхонада икки маротаба шубҳали кўнғироқ бўлди,

трубкани кўтараман ва ғазабли жимлик ва кимнингдир нафаси. Кейин подъездда янги ёзув пайдо бўлди “Яна шу ердამисан”, кейин уйда сувни ўчириб қўйишди. Балконга чиқдим ва ўша кишини кўрдим, аммо у кўк рангли кўйлак кийган эди. Улар мендан нима истайдилар? Эшикка қўшимча кулф ўрнатиш керак”.

(Параноид фикрлаш)

8-Масала

Пациент Х., 25 ёшда. «Бу бир ой олдин бошланди, унда мен хизмат сафаридан қайтаётган эдим. Қўшни купеда ўтирган одамлар ўзгача эди, менга маъноли қарашарди, йўлакка чиқиб, менинг купеимга мўралашарди. Тушундим, мени ишим ғалати. Қўзгуга қарадим ва тушундим - гап менинг кўзларимда, улар қандайдир ақлбовар қилмайдиган. Кейин вокзалда ҳудди ҳамма мени билади, радиодан махсус эълон қилинди “Энди у бу ерда”. Менинг кўчамда узун ўрани уйимнинг олдиғача қазишган, бу шу ердан кетиш кераклиги тўғрисидаги ишора».

(Алоқа ва ўзгача маъноли алахсираш ғояси)

9-Масала

Пациент И., 22 ёшда. «Қизиқ, ҳеч ким буни сезмайди – ҳамма жойда эшитиб турилувчи аппаратура, бу ҳақда ҳаттоки телевизорда ҳам гапирилган. Компьютер экранига қараб турасан, аслида эса у сенга қараб турибди, у ерда датчиклар. Бу кtmга керак? Балки, махсус хизматга, улар наркотиклар билан маҳфий савдо қилиш билан шуғулланувчи одамларни ёллаш билан шуғулланишади. Жўртага какао-колага экстази қўшиб беришади, уни ичасан ва сени олиб кетаётганини сезасан. Ўргатишади, сўнг эса фойдаланишади. Ваннада чўмилаётган эдим, эшикни эса ёпмадим, кўришаётганлигини – сездим, йўлакда пакет қолдириб кетишди, кўк, менда бунақаси йўқ эди. Ичида бир нима сурилган кўлингни теккизсанг, қўлда белги қолади, у билан сени хоҳлаган жойлигидан ҳисоблаб чиқаришади.

(Таъқиб қилишнинг алахсираш ғояси)

10-Масала

Пациент И., 62 ёшда., ундаги сперма махсус бўлиб, ундан АҚШ армиясини ўстиришда фойдаланилади, деб ҳисоблайди. Тажрибаларнинг юқори қийматлилиги Мозес (Моисей) симптоми учун характерлидир, бунда пациентлар, уларнинг нажаси, сийдиги ва тели қимматли хусусиятга эга бўлиб, олтин билан таққосланади, деб ишонтирадилар. Пациент шу тариқа, Америка, Белоруссия ва МДХ президенти эканлиги ҳақида даъво қиладилар. Унинг таъкидлашича, у қишлоққа вертолёт ёрдамида 181 нафар қиз бола билан учиб келади, қабила заводининг махсус пунктида уларни уруғлантиради, улардан 5501 та ўғил бола туғилади. Ленин ва Сталинни тирилтирдим деб ҳисоблайди. Украина президентини худо деб ҳисоблайди, Россияники – Биринчи Шохдеб. 5 кунда 10 мингни уруғлантирган ва шунинг учун халқдан 129 миллион 800 минг доллар олган, уларни қопларда олиб келишган, қопни у шкафга беркитиб қўйган.

(Алахсирашнинг улуғлик ғояси)

11-Масала

Пациент Л., 42 ёшда. “У менга қаерда бўлса ҳам ва ким билан бўлса ҳам хиёнат қилади. Ҳаттоки уни кузатганимда ва назорат тўғрисида дўстрларим билан келишиб олганимда ҳам, бари бир буни уйдасидан чиқади. Исбот. Мана уйга келдим, ўринда одам изи, шундай ғижим бўлиб кетган. Гиламда спермага ўхшаган доғлар, ўпичдан лаби тишланган. Кечаси ҳам бўлади, худди хожатга кетаётгандек ўрнидан туриб, эшикни ёпиб чиқиб кетади, у ерда нима қилмоқда, секин эшитиб кўрдим, оргазм вақтидагидек инграш эшитилиб туради”.

(Алахсирашнинг рашқ ғояси)

12-Масала

“Менинг эрим таниқли психотерапевт, ва уни пациентлари доимо таъқиб қиладилар, айниқса аёллар, аммо уларнинг орасида биттаси бор, у ошиқлари орасидан ажралиб туради. У оёқ арткични ҳам ўғирлаб кетган ва эрим ёмон ёки нотўғри кийинганлиги борасида мен билан жанжаллашиб

туради. Кўпинча бизнинг ховлида ухлаб қолади, ва ундан ҳеч ҳам ажраб бўлмайди. Унинг ҳисоблашича, мен қалбаки хотин эмишман, у бўлса - ҳақиқий. Шу сабабли биз доимо телефон номерларини ўзгартиришга мажбурмиз. Унга ёзилган хатларни газетада нашр эттиради, ва у ерда, одобсиз нарсаларни тасвирлайди, буларни унга кўшиб кўяди. Ҳаммага унинг боласи ундан эканлигини айтиб юрибди, лекин у эримдан 20 ёш катта”.

(Севги эротик алаҳсираш)

13-Масала

Пациент Л., 30 ёшда. “Уйда ҳеч нарса қила олмаётганим сабабли, ҳаммаси ёмон. Болалар кўнгилдагидек кийинмаган, эрим яқинда мени ташлаб кетади, чунки мен овқат тайёрламайман. Буларнинг ҳаммаси менинг гуноҳларим эмас, балки авлодимники бўлса керак. Гуноҳни ювиш учун, мен зарар кўришим керак. Менга гина билан қарамасдан, мен билан бир нарса қилишларини сўрайман”.

(Алаҳсирашнинг айбдорлик ва ўз-ўзини айблаш фикри)

14-Масала

Пациент Н., 40 ёшда. “Кўкракдаги бу доғ олдин кичкина эди, ҳозир эса ўсмоқда. Бу меланома. Ҳа, гистологияни менга беришди, аммо, балки, нотўғридир. Доғ қичишади ва ундан юракка сингиш бор, бу метастаза, мен энциклопедияда ўқиганман, юрак деворида ҳам метастаза бўлар экан, мана шунинг учун ҳам қийин нафас оламан ва ошқозонда тугун мавжуд. Васиятни ёзиб бўлдим ва ўйлайманки, ҳамма нарса тез тугайди, чунки ҳолсизлик ошиб бормоқда”.

(Иппохондрик алаҳсираш)

15-Масала

Пациент В., 29 ёшда. “Мени бу ерга сўров қилиш учун олиб келишди, эмиш-ки врач, мен кўриб турибманку, ҳалат тагидан погонлар бўртиб турибди. Бу ерда беморлар йўқ, ҳаммаси ясама. Балки, сценарийси разведка бўлган маҳсус фильм олишмоқдадир. Нима учун? Мени туғилган вақтимни ростини, мен умуман ким эканлигимни мендан билиб олиш учун. Сизнинг

кўлингиздаги ручка эмас, передатчик, Сиз ёзмокдасиз, аслида эса – шифровка узатмокдасиз.

(Саҳналаштирилган алахсираш)

16-Масала

Пациент Л., 18 ёшда, унинг нотўғри хулқи уники эмас, балки унинг эгизаги, уни ота-онаси ташлаб кетган бўлиб, у чет элга бориб қолган. Энди унинг номидан, уни ёллаш учун ҳаракат қилмоқда. “Мен қандай бўлса ҳам, у худди мендек, худди мендек кийинган, аммо шундай ҳаракатлар қиладики, мен бунга журъат эта олмасдим. Сизнинг эшитишингиз бўйича, уйдаги ойнани мен синдирганман. Аслида бунақа эмас, бу вақтда мен бутунлай бошқа жойда эдим”.

(Ўхшашнинг алахсираши)

17-Масала

Пациент О., 25 ёшда. “Кунига икки маротаба мен черковга бораман ва ҳар доим ўзим билан библияни олиб юраман, чунки ҳамма нарсани тушуниб олишим қийин. Бошида нима тўғри, нима гуноҳлигини билмасдим. Кейин эса тушундим, ҳамма насада худо бор ва ҳамма насада шайтон бор. Худо мени тинчлантиради, шайтон эса йўлдан оздиради. Масалан сув ичмоқдаман, ортиқча қултум ичдим – гуноҳ, худо гуноҳни ювишга ёрдам беради – ибодат қиламан, аммо кейин иккита овоз пайдо бўлди, биттаси Худоники, иккинчиси шайтонники ва улар менинг руҳим учун кураш бўйича бир-бирлари билан тортишиша бошлашади, ва мен адашиб қолдим”.

(Манихей арахсираши)

18-Масала

“Мендаги ёмон кайфият шундаки, мен ҳар доим менинг жинсий мучам кичкина деб ўйлайман. Эрекция вақтида у катталашишини биламан, аммо барибир шу ҳақда ўйлайман. Балки, мен ҳеч қачон жинсий ҳаёт кечирмасам керак, бироқ мен 18 ёшдаман, бу ҳақда яхшиси ўйлаш керак эмас. Балки кеч бўлмасдан ҳозир операция қилиш керакдир. Мен, уни маҳсус муолажалар ёрдамида катталаштириш мумкинлигини ўқиган эдим”.

(Дисморфоптик алахсираш)**19-Масала**

Пациент К., 27 ёшда. “Бошида қорнимда ўт олишга ўхшаган доимий кулдираш бўлиб, кейин ошқозон ва сийдик пуфаги орасида ёқилғили бўшлиқ ҳосил бўлди. Бу фикрлар мени механизмга айлантириб қўйди ва ичимда симли ва трубади чатишувлар ҳосил бўлди. Кўзимнинг орқасида кечаси компьютер ўрнатишди, экрани бошнинг ичига қаратилиб, у кўк сонлардан нурланиб турувчи тез кодларни кўрсатиб турарди. Умуман, одамдан мен қандайдир киборга – ярим роботга айланиб қолдим”.

(Муккасидан кетган алахсираш)**20-Масала**

Пациент Б., 30 ёшда. “Мен ўз яқинларим билан уришиб қолдим ва алоҳида яшамоқчи бўлдим. Аммо бунинг ҳеч ҳам иложиси йўқ, чунки ўзимни коллекциямни олиб борадиган жойим йўқ. Улар мени пулларни эски ва бўш шиша идишларга сарфлаётганлигим ва улар ҳар ерда, ҳаттоки ҳожатхонада ҳам эканлигида айиблашмоқда. У ерда англичанлар ва французлар томонидан Севастополь қамал қилинган даврдаги шиша идишлар бор, улар учун мен бутун бойлигимни берганман. Бунда улар нимани тушунадилар? Ҳа, мен хотинимни урдим, у гўёки беҳосдан кичкина шиша идишни синдириб қўйганмиш, бу идишни мен жуда қийинчилик билан қўлга киритган эдим. Аммо бунинг учун мен уни ўлдиришга ҳам тайёр эдим, ахир мен уни пиво шишаларининг бутун бир коллекциясига алмаштирган эдимда”.

(Ўта қимматли фикрлаш)**21-Масала**

“Костя хали болалигида, экзаменга кетаётганида, олдин кийиниши, кейин эса ечиниши, менга 21 маротаба кегиниши, кейин эса кўчадан 3 марта қўл силташи керак эди. Кейинчалик ҳаммаси қийинлашиб кетди. У 20-30 минутлаб чўмилар эди, кейин эса умуман ванна хонада соатлаб қолиб кетадиган бўлди. У шампуньга ойлигимни ярмини сарфларди. Қўлларида

сувдан ёриқлар бор эди, шундай қилиб у инфекцияларни ювиб ташлаётгандек, кафтларини губка билан ишқалар эди. Бундан ташқари, у ўткир жисмлардан қўрқарди ва кесиб олмаслик учун уларни стол устидан йиғиштириб олишни талаб қиларди. Унинг учун катта қийнов мавжуд. У қошиқни чап тарафга, кейин ўнг тарафга қўяди, кейин эса тарелкага нисбатан секин тўғрилайди, кейин тарелкани тўғрилайди ва шу тариқа чеки йўқ. У шимини кияётганда шим чизиклари текис бўлиши керак, аммо бунинг учун у авваламбор диван устига чиқиши, ундан сўнг шимни дивандан тушириб қўйиши керак. Агарда бунда бирон-бир нарсa чиқмаса, бошқатдан қайтаради”.

(Обсессив фикрлаш)

22-Масала

Пациент М., 36 ёшда. “Бу ҳамма кўнгилсизликлар шу билан боғланганки, менга кўз тегди. Мен экстрасенсга бордим, ва у менга кўздан ва назардан экран қўйиш керак эканлигини айтди ва қандайдир ўт берди. Бу дарров ёрдам берди, аммо қўшним айтишича, назар қайтарилиши мумкин экан ва ифлос қилинган эшикни ва ташлаб кетилган соч ўрамини кўрсатди. Черковга бордим ва квартирамни “тозалаб” беришни сўрадим, чунки кўнгилсизликлар давом этаётган эди ва эрим ҳар куни маст ҳолатда келадиган бўлиб қолди. Бу ҳам унга кўпга етмади. Кучли кўз бўлиши керак. Марфа кампирга бордим, у зарядланган расмни берди, уни эримнинг ёстиғи тагига яшириб қўйдим. У қаттиқ ухлар эди, аммо кечкурун яна ичиб олди. Кучли кўзга қарши балки кучли энергетик керакдир”.

(Паралогик фикрлаш)

23-Масала

“Менинг ўғлим 21 ёшда ва мен доимо у билан шуғулланаман, чунки у доимо одатдагидан бошқача бола бўлган. У 11 синфни тугатди, аммо синфда ҳеч кимни танимас эди. Баҳолар тўғрисида ўқитувчилар билан мен ўзим гаплашар эдим. Кўчага бир ўзи чиқмас эди, фақат мен билан бирга чиқарди. Ўқийдиган китоблари фақат қушлар тўғрисида. Балконда соатлаб ўтириши ва

мусича ва читтакларни кузатиши мумкин. Бу унга нимага керак, айтмайди. Кундалик тутади ва кўпгина семиз дафтарларни ёзиб тўлғизган. Уларда шундай ёзилган: “у учиб келиб шохга кўнди ва уч маротаба оёғини қорнига суриб олиб ўтди”, ёнида қушни расми чизилган ва бу расмлар турли изоҳлар билан ҳамма дафтарларда баён этилган. Мен уни университетга киришга кўндиришга ҳаракат қилдим, аммо у рози бўлмади, бу унга қизиқ эмас экан. Биз айлангани чиққанимизда, у бирор-бир дарахт олдида тўхтаб, қушларни узоқ кузатади, кейин ёзиб олади. Ўз кузатувлари ҳақида ҳеч кимга ёзмайди ва гапиришни ҳам хоҳламайди, у телевизор кўрмайди ва рўзномаларни ўқимайди, нон қанча туришини ҳам билмайди”.

(Аутистик фикрлаш)

24-Масала

Пациент П., 56 ёшда. “Бутун оламда тартиб бўлиши керак. Бизнинг баъзи қўшниларимиз уйга кеч келишади, бу нотўғри, мен бу билан курашмоқдаман ва подъезд эшигига калитли кулф ўрнатдим. Биз эришган нарсаларнинг ҳаммаси тартиб билан боғлиқ, ҳозир эса тартиб йўқ. Ҳамма жой ифлос, чунки тозалашмайди, одамлар кўчаларда бекор юрмаслиги учун, ҳамма нарсанинг устидан назорат ўрнатиш керак. Иш хонада ким қаерга кетганлиги ва қачон келиши ҳақида ҳисобот беришларини сўрашим, уларга ёқмайди. Мен ўз ходимларимни туя эмасликларини исботлаётганим йўқ, аммо бу сиз мумкин эмас. Уйда ҳам тартиб йўқ, ҳар куни схема осиб қўяман, у ерда оғирлигига қараб қизим ва хотиним қанча калория ишлатган ва қанча истеъмол қилишлари кераклиги кўрсатилган”.

(Формализловчи бюрократик фикрлаш)

25-Масала

Пациент 23 ёшда. “Ота-онам ҳақиқий эмаслигини мен буни осонлик билан хал қилганим йўқ. Гап шундаки, менинг исмим Кирилда ҳақиқат беркитилган. Бу “Кир” – менимча шундай подшоҳ бўлган ва “ил”, яъни ботқоқда топилган дегани. Демак, мени шунчаки топиб олишган, отим ҳақиқий, фамилиям эса йўқ”.

Пациент Л., 18 ёшда, махсус символик шрифт тузмокда, уни тузишда “харфни аёлнинг бошланиши сифатида тушуниш” киритилган: а – анестезирующая (анестезирловчи), б – бременная (тарашловчи), в – выполняющая (бажарувчи), г – глядящая (дазмол қилувчи), д – добывающая (топиб келувчи), е – естественная (ҳақиқий), ж – жизненная (ҳаётӣ), живущая (яшовчи), з – здоровая (соғлом), и – идущая (юриб кетувчи), ... н – настоящая (ростдакам), ... с – свободная (эркин), ... ф – фрезерующая (фрезерловчи), флотская (флотлик), ... щ – щитовая (тўсиқ), ... ю – ювелирующая (ювелирловчи).

(Символик фикрлаш)

26-Масала

Пациент Г., 25 ёшда. “Мен уларга бундай йўл тутиш керак эмас, чунки Сизни тушунишмай, жазога ҳукм қиладилар, деб тушунтиришга ҳаракат қиламан. Ким? Ҳамма. Ўзини ҳамма сингари тутиш керак. Мени “юқорига” чақиришганда, ҳар доим уйлайман, нима иш қилиб қўйдим, мен ҳақимда нимани билиб олишди, ахир ҳамма нарса жойидаку. Мен бошқалардан яхши ҳам эмас, ёмон ҳам эмасман. Қўшиқчи П.нинг қўшиқларини яхши кўраман, худди уники сингари қўйлақ сотиб олдим. Менга бизнинг президент ёқади, у жуда батартиб одам, ҳаммасини тўғри гапиради”.

(Идентифирловчи фикрлаш)

27-Масала

Пациент Б., 21 ёшда. “Сиз, мен қачон институтдан кетганлигимни сўрамоқдасиз. Умуман, бундай. Вазият шундан иборат эдики, мен ўқишни унчалик хоҳламас эдим. Аммо гап бунда эмас, ўқишга киришим билан кўнглим қолди ва ҳамма нарсалар ёқмай бошлади. Шундай қилиб, кундан кунга бир-нарсани ўзгартиргим келди, аммо нимани – мен билмас эдим ва ҳеч нарса мени қизиқтирмай қўйди ва дарсларга кўнглим қолганлиги сабабли бормай қўйдим. Қизиқ бўлмаса, тушунасизми, ўқишни ҳожати йўқ, яхшиси ақл билан ишлаш керак, деярли ҳеч қанақа ўзига хос кўнгилсизлик бўлмади. Сиз қанақа савол берган эдингиз?».

(Фикрлашнинг аморфлиги)**28-Масала**

“Ўзингизни қандай ҳис этмоқдасиз?” саволига пациент жавоб беради:
 “Ҳис сўзи остида сиз нимани назарда тутишингизга қараб. Агарда сиз улар остида сизнинг хиссингизни менинг ҳисларимдан деб тушунсангиз, у ҳолда ўз хиссингиз менинг фикрларим билан сизнинг ҳисларингиз мос келмайди”.

(Резонёрлик фикрлаш)**29-Масала**

Пациент Р., 35 ёшда. “Мени бош оғриғи безовта қилади. Биласизми, энсанинг мана бу ерида енгил эзилиш, айникса ўрнимдан турсам ёки ётган захотим, баъзида овқатланиб бўлгандан кейин. Бу ердаги бундай енгил босим кўп ўқиган вақтда, енгил пульсация бўлади ва бир нарса урилгандек... Кейин кўнгил айнийди, бу йилнинг хохлаган вақтида бўлади, айникса кузда, кўпгина хўл меваларни еганда, рост ва баҳорда ёмғир вақтида шундай бўлади. Бундай кўнгил айланиши пастдан юқорига ва ютиб юрасан... Аммо ҳар доим эмас, баъзида у худди тугун бир жойда туриб қолгандек, уни ютиб бўлмайди”.

(Вазиятли фикрлаш)**ТЕСТ ТОПШИРИҚЛАРИ**

1. Қандай бузилиш немис термини “shperrung” билан аталган?

- а) “Олдин кўрилган” ҳолати
- б) Фикрлашнинг тезлашуви
- в) Фикрларнинг “тиқилиб қолиши”
- г) Ментизм
- д) Фикрлашнинг секинлашуви
- е) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (в)

2. Аффектив фикрлаш структурасига нима киради?

- а) Ўз шахсиятида диққатнинг жамланганлиги

- б) Алахсираш ғояларининг мавжудлиги
- в) Фикрлашда эмоционал бўялган тасаввурнинг устунлиги
- г) Юқори қимматли ғояларнинг мавжудлиги
- д) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (в)

3. Паранойялли синдром структурасига нима киради?

- а) Маиший характердаги ва адекват бўлмаган маънога эга монотематик алахсираш ва юқори қимматли ғояларнинг мавжудлиги
- б) Политематик характерга ва адекват бўлмаган контексга эга алахсираш ғояларининг мавжудлиги
- в) Фантастик маънодаги алахсираш ғояларининг мавжудлиги
- г) Галлюцинация билан алахсираш ғояларининг ҳамоҳанглиги
- д) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (а)

4. Парафренли синдром структурасига нима киради?

- а) Маиший характердаги ва адекват бўлмаган маънога эга монотематик алахсираш ва юқори қимматли ғояларнинг мавжудлиги
- б) Политематик характерга ва адекват бўлмаган контексга эга алахсираш ғояларининг мавжудлиги
- в) Фантастик маънодаги алахсираш ғояларининг мавжудлиги
- г) Галлюцинация билан алахсираш ғояларининг ҳамоҳанглиги
- д) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (в)

5. Болалик даври учун қандай 2 та тури фикрлашнинг бузилишида характерли?

- а) Ғалаба алахсираши
- б) Алахсирашга ўхшаш фантазиялар
- в) Дисморфоптик алахсираш
- г) Юқори қийматли кўркев
- д) Юқори қийматли ғоялар

Тўғри жавоб: (б, г)

6. Обсессив фикрлар структурасига қандай 3 та белги киради?

- а) Стереотип қайтариловчи хира фикрлар
- б) Ипохондрик характерли алахсираш ғояларининг мавжудлиги
- в) Стереотип равишда қайтариловчи диний маросимлар
- г) Нигилистик характердаги алахсираш ғояларининг мавжудлиги
- д) Ҳолатга танқиднинг мавжудлиги
- е) Ҳолатга танқиднинг йўқлиги

Тўғри жавоб: (а, в, д)

7. Юқори қийматли фикрлаш структурасига қандай 2 та белги киради?

- а) Фантастик маънодаги алахсираш ғояларининг мавжудлиги
- б) Субъект алоҳида эътибор берувчи эмоционал бўялган фикрлар
- в) Алахсирашга ўхшаш фантазияларнинг мавжудлиги
- г) Фикрлардан қутилиш хоҳиши ва оғир ҳис этишнинг мавжуд эмаслиги
- д) Маиший маънодаги монотематик алахсираш ғояларининг мавжудлиги

Тўғри жавоб: (б, г)

8. Қайд этилган турларнинг қайси бири паралогик фикрлаш структурасига кирмайди?

- а) Прелогик фикрлаш
- б) Аутистик фикрлаш
- в) Формализловчи фикрлаш
- г) Символик фикрлаш
- д) Юқори қийматли фикрлаш
- е) Идентифицирловчи фикрлаш

Тўғри жавоб: (д)

9. Қайд этилган турларнинг қайси бири силлиқлиги жихатидан бузилган фикрлашга кирмайди?

- а) Аморфли фикрлаш
- б) Резонерлик фикрлаш
- в) Вазиятли фикрлаш

- г) Конкрет-вазиятли фикрлаш
- д) Қийин қимирловчи фикрлаш
- е) Вазиятли фикрлаш

Тўғри жавоб: (г)

10. Қайд этилган турларнинг қайси бири боғланганлиги жихатидан бузилган фикрлашга кирмайди?

- а) Тематик сирғаниш
- б) Фикрлашнинг узилганлиги
- в) Инкогерентли фикрлаш
- г) Вербигерация
- д) Амбивалентли фикрлаш
- е) Нутқли стереотипиялар

Тўғри жавоб: (д)

11. Резонёрлик нима?

- а) Фойдасиз файласуфлик қилиш
- б) Керак бўлмаган арзимасларга ортиқча детализация
- в) Фикрлаш фаолиятининг тарқоқлиги
- г) Антогонистик тенденцияларнинг мавжудлиги
- д) Фикрлар оқими кетма-кетлигининг қийинчиликлари
- е) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (а)

12. Фикрлашнинг вазиятлилиги нимада?

- а) Фикрлар оқими кетма-кетлигининг қийинчиликлари
- б) Антогонистик тенденцияларнинг мавжудлиги
- в) Фикрлаш фаолиятининг тарқоқлиги
- г) Фойдасиз файласуфлик қилиш
- д) Керак бўлмаган арзимасларга ортиқча детализация
- е) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (д)

ХОТИРА ВА ДИҚҚАТ ЭЪТИБОРНИНГ БУЗИЛИШИ

Таъриф

Хотира – информацияларни эслаб қолиш ва тўплаш (фиксация), ушлаб қолиш (ретенция) ва қайта тиклаш жараёни. Дисмнезиялар ажратилади: гипермнезия, гипомнезия, амнезия, сиқиб чиқариш кўриниши; ва парамнезия: конфабуляциялар, псевдореминисценциялар, криптомнезиялар, эхомнезиялар, палимпсестлар.

Диққат – объектга ва фаолиятга йўналганлик ва тўпланганлик даражаси. Диққат патологиясига турғун эмаслиги, секинлашган ўзгариш, концентрациянинг етарли эмаслиги, диққатнинг дефицити киради.

Масаланинг тарихи, норма ва эволюцияси

Хотира фаолиятининг жараёни ўрганиш ва қайта ўрганиш хусусиятлари билан боғлиқ. У янги информацияларни қабул қилиш, уларни йиғиш, сақлаб қолиш ва янгилашдан иборат. Хотиранинг бу хусусиятлари бутун тирик ва тирик бўлмаган табиат учун характерлидир. Хотира буюм оламида маданиятда информация ташувчиларда, жумладан китоб ва компьютерда аккумуляцияланган. Хотиранинг ўлчов бирлиги бўлиб, бир бит (8 бит = 1 байт) қабул қилинган, у 2 турдаги информацияни қабул қилиши мумкин: “ха” (1) ва “йўқ” (0). ХХІ асрнинг бошларидаги шахсий компьютерлар 20 Гбайт га тенг информацияни қабул қиладилар. Хотиранинг биологик маъноси бўйича қисқа муддатли ва узоқ муддатлига бўлинади. Узоқ муддатли хотира ДНК структурасида қайд этилади, қисқа муддатли эса – РНК структурасида. Хотиранинг миявий ташкилоти Папез айланаси билан боғлиқ. Папез айланасига ретикуляр формация, миндалин ва септума қобиқ, гиппокамп, гипоталамус ва таламус орасидаги қайта алоқа киради. Тааллуқли равишда, диққат-эътиборнинг бузилиши асосан ретикуляр формация билан, хотиранинг бузилиши – қобиқ, гиппокамп билан боғлиқ. Морфологик субстрат сифатидаги нейронал “из” аксон-аксонли алоқа билан тақдим

этилган, шу жумладан нейрон таналари орасидаги боғлиқлик билан, уларнинг сони ўрганиш натижасида олиб боради. Нейроморфологик ва нейрофункционал кўринишнинг изни энграмма дейилади, у бир лахзада акс эттиришнинг (импринтинга) экстремал натижасида ҳосил бўлиши мумкин. Бу кўриниш K.Lorenz томонидан биринчи бўлиб очилган, унинг таъкидлашича, эндигина туғилган ғоз боласи биринчи кўринган образни ота-онасидек қабул қилади. Сут эмизувчиларда эса болани кадрдондек тез қабул қилиш окситоцинга хос бўлиб, у туғишнинг охириги босқичида матканинг қисилиши натижасида ишлаб чиқилади. Сенсон хотира ажратилади, у визуал тактил, ольфактор ва аудиал образларни эслаб қолиш билан боғлиқ. Қисқа муддатли хотира узок муддатлига трансляция қилинади, унга қайтариш жараёнлари, эслаб қолишнинг эмоционал эътибори, шу жумладан бошқа кўринишлар орасидаги эслаб қолинган позициялар ёрдам беради. Трансфер сингари бундай психологик феномен тикланишга ёрдам беради, унинг мақсади шундаки, аналогик кўриниш ёки ўтган даврдаги воқеани тиклашни ассоцирлайди. Бу шуни билдирадики, бунда болаликдаги ўқитиш формасининг турли хилдалиги етук ва қарилик даврида тикланаётган информациянинг янада эркин бўлишига ёрдам беради. Биологияда ҳам ҳудди шундай хотира турлари ажратилади, у эволюция вақтида алоҳида генокомплексларнинг узатилиши асосида амалга оширилади, шу жумладан генокультур хотира, мемамлар билан белгиланган – ягона алоқа орасидаги генетик тизм ва уларнинг маданий бирлиги натижасидадир. Ўзига хос эйдетик хотира мавжуд, улар ҳаёлий аввалги образларни тўла-тўқис тикланиш имконини беради. Онгсиз хотира беркинган информацияни ўзида тутаяди, у қаршилиқ енгиб ўтилгандан онг кенгайганидан ва психологик ҳимоя бошқа формалари блокирлангандан сўнг тикланади. Диққат-эътибор қизиқишга диққ-эътибор ва темперамент кўникмаларига боғлиқдир. У чидамлик, диққат-эътиборнинг жалб этилганлиги, ўзгарувчанлиги ва ҳажмига эга.

Тадқиқот услублари

Хотира ва диққат-эътиборни ўрганиш услубларига 10 та сўзни эслаб қолиш, Шульте жадвали бўйича диққат-эътиборни баҳолаш, корректур синов ва Е.Краепелін бўйича ҳисоб, Ньютонсберггер услуби, шу жумладан пектографик услуб киради.

Симптом ва синдромлар

Хотиранинг бузилишида хотиранинг **сонли** бузилиши ёки **дисмнезия** ва **сифатли** – **парамнезия** ажратилади.

Дисмнезия

Гипермнезия ўтиб кетган хотираларни ихтиёрсиз равишда оқиб келиши эслаб қолишнинг юқори хусусияти, информацияни узок вақт сақлаб қолиниши ва буни тиклаш билан характерланади. Гипермнезия баъзи бир пароксизмал бузилишлар, психоактив воситалар билан интоксикация, гипомания учун характерли. Моносимптом сингари улар психик соғлом шахсларда ҳам, чунончи, бундай гипермнезия С.Рихтерда бўлган, у бир неча йиллардан сўнг чиқишлар олиб борилган машина қандай кўринишда бўлган, чиқишларда партитрни варақлаб турган боланинг кўллари қандай бўлганлигини ёдда тутган.

Гипомнезия – эслаб қолишнинг сақлаб қолиш ва тиклашнинг қийинлашуви билан хотиранинг кучсизланиши. Астеник ҳолатлар, депрессия, органик бузилишлар учун характерли.

Амнезия – хотира фрагментларининг тушиб қолиши.

Эмоционал эътиборли травматик ходисаларни характерловчи диссоциатив амнезия ажратилади, у онгсиз равишда травматик воқеалар ҳақида эслашнинг ҳақиқий хотира хусусияти сингари экстремал сиқиб чиқариш ҳолати сифатида намоён бўлади. Эслашнинг тикланиши бу ҳолатда психоаналитик жараёнда ёки гипнозда юз беради.

Ретроградли амнезия – ходисаларга, илгари бўлган травмаларга, кўпроқ мия-чанокда хотиранинг тушиб қолиши. Антероградли амнезия – илгари стрессдан кейин ёки мия-чанок травмаларидан кейинги ходисаларнинг

хотирадан тушиб қолиши. Антероретроградли амнезия – травма вақтида ва трамадан сўнг бўлиб ўтган ходисаларнинг хотирадан тушиб қолиши.

Фиксацион амнезия – ҳозирги вақтдаги ходисаларни эсдан чиқариш.

Прогрессирловчи амнезия ҳозиргидан аввалгига хотира бузилишининг кетма-кетлигини характерлайди, бунда ҳозирги вақтдаги ёки яқин ўтмишдаги ходисаларга нисбатан узоқ ўтмиш ходисалари яхшироқ эсланади. Ҳозиргидан ўтмишга хотирани йўқотиш қонуни Рибо қонуни билан белгиланади. Шундай қилиб, бош миянинг, шу жумладан Альцгеймер касаллиги ва қон-томир деменциясида кўпгина органик атрофик бузилишларда хотиранинг бузилиши юзага келади. Хотира изларини тиклашнинг бузилиши нутқнинг бузилиши натижасида юзага келиши мумкин, бу ҳолатларда пациент предметни айта олмаслиги мумкин, чунки унинг номини нима учун кераклигини эслай олмаслиги мумкин (амнестик афазия).

“Айтингчи бу нима?” Калит кўрсатилади.

“Бу... билмайман, нимагадир эслай олмаяпман”.

“Бу билан нима қилинади?”

“Бундай қилинади (қўли билан бурайди) - ёпишади ёки очишади”.

“Буниси нима?” Соат кўрсатилади.

“Бу... билмайман. Унга қараб вақтни билишади шекилли”.

“Бу нима?” Ручка кўрсатилади.

“Бу қандайдир прибор”.

(Альцгеймер касаллиги бор бемор билан врач суҳбатидан парча).

Бундан ташқари, хотиранинг тикланишининг бузилиши предметни танимаслиги натижасида (сенсорафазия) ёки мўлжалланган (мақсад) предмет ёки кўринишларни танишнинг бузилиши юзага келиши мумкин. Сенсор ва амнестик афазиялар миянинг локал ўчоқли органик шикастланишида характерли, семантик эса – шизофрения учун. Бироқ, одатий ҳаётда психопатологик феномен аналоглари мавжуд, масалан, биз шундай

предметлардан фойдаланишимиз, уни тузувчилар мўлжаллаган мақсадларидан ташқари бошқа мақсадларда ҳам фойдаланишимиз мумкин.

Парамнезиялар

Парамнезиялар – эслашнинг бузилган кўринишини сифатли жараёни. Куйидагилар парамнезияларга киради:

Конфабуляциялар – хотирадан тушиб қолган участкаларни фантазия ёки фантастик алахсираш тузилмалар билан алмаштириш (конфабулятор алахсираш). Бу ҳолатларда пациент илгари қилган қаҳрамонликлари, ютуқлари, бойликлари ёки жиноятлари ҳақида гапириб беради.

Псевдореминисценциялар – пациент билан реал равишда юз берган, илгариги бошқа участка фрагментлари билан хотиранинг бузилган участкаларини алмаштириш. Кўрсатилган эслаш санада чалкашликни эслатади.

Фиксацион амнезияни, антероретроград амнезия конфабуляциялар ва псевдореминисценциялар билан ҳамоҳанглиги травматик этиологиянинг **амнестик синдроми (Корсаков синдроми)** учун типикдир.

Криптомнезиялар – бузилган хотира участкаларини бошқалардан, адабиётлардан, телевизордан ва бошқалардан олинган маълумотлар билан алмаштириш. Баъзида бундай кўринишлар ихтиёрсиз плагиат деб аталади. Органик бузилишлар учун характерли.

Эхомнезиялар – ҳозир юз бераётганни илгари бошлангандек ҳис этиш, ҳозирги вақтда давом этиб, давом этади ёки келажакда тугайди. Одатда бундай ҳолатларга юқори қийматли эътибор берилади. Органик бузилишлар ва шизофрения, жумладан, илгариги алахсираш интерпретацияси учун характерли.

Палимпсестлар – кўрсатилган симптомни икки хил тасвирлаш мавжуд. Улардан бири алкогольли мастликда қисқа муддатли хотиранинг тушиб қолиши деб номланади. Бошқаси палимпсест аниқлик бир вақтда иккита бир хил эслашни тикланиши, бунда бир вақтнинг ўзига тўғри келиб, пациент иккиланади, улардан қайси бири аҳамиятли ва реал. Психоактив

воситалар билан интоксикацияларда онгли равишда бузилишларда қайд этилади.

Диққат-эътибор

Диққат-эътибор – объект ва фаолиятга йўналтириш ва диққатни жамлаш даражаси. Диққат-эътибор патологиясига тааллуқли:

Диққат-эътиборнинг чидамлилиги ёки чалғиганлиги, диққат-эътибор фиксациясининг тез ўзгарувчанлиги, чалғиши, бирор бир ишда узок муддат диққатни жамлай олмаслик билан характерланади. Бутун психик фаолиятда тезлашган жараён кучи фиксация ва концентрацияси қийинлашган. Болаларда тормозланиш синдроми гебефрен синдром ва гипоманиакал ҳолатлар учун типикдир.

Диққат-эътибор ўзгаришининг секинлашуви, кўпроқ органикларда ва эпилепсия билан касалланган беморларда қайд этилади. Пациент танланган мавзудан ёки фаолият туридан четлаша олмайди ва диққатни бошқа бирор бир нарсага жалб эта олмайди, тутилиб қолади, қайта ва қайта илгариги масалага қайтаверади.

Ишдан чиқиш ёки диққат-эътибор концентрациясининг етарли эмаслиги, астеник ҳолатлар ва чарчаш, онгнинг минимал бузилишлари учун характерли. Пациент тез чарчайди ва бу куч билан бирор бир фаолиятни бажара олмайди. Диққат-эътибор “сузувчи” характерга эга, давомий фиксация ва концентрация қийинлашган, у ҳулқнинг хусусиятларида кўринади (ҳаёлнинг тарқоқлиги, эсдан чиқиб қолиши).

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1-Масала

Пациент Ф., 18 ёшда. “Шу куни мен дарсга кетаётган ва жуда шошилаётган эдим. Эсимда, йўлни кесиб ўтаётган эдим ва ҳаммаси – қолгани худди тумандагидек, бир неча кундан кейин касалхонада ўзимга келдим. У ерда менга тиббиёт ходимлари хабар қилишди, мени машина уриб юборибди”.

(Антероретроградли амнезия)

2-Масала

Пациент В., 24 ёшда. “Деярли ҳар доим баҳорда менинг шундай холатим юзага келади, ўз хоҳишимдан ташқари керак бўлмаган турли хилдаги деталларни, рекламадаги ифодаларни, машиналарнинг, телефонларнинг номерини, кўчада эшитиб қолинган кимларнингдир жумлаларидан парчаларни эслаб қолишни бошлайман. Баъзида бундай информациядан миям айниб қолаётгандек туюлади».

(Гипермнезия)

3-Масала

Пациент Ю., 62 ёшда. “Сиз ўтган йилги воқеаларни айтиб беришни сўрамоқдасиз. Яхши. Мени мукофотлашди ва кўп пул беришди, мен уларни беркитиб қўйдим. Яна Кремлга чақиришди ва президент айди: «Мана, яхши, сен, Николай, шундай кўрқмас ва бизларни қутқардинг, - ва ўпиб қўйди. Мана шу, ўтган йили бўлгани. Пулларни кейин қовлаб олдим ва катта самолет сотиб олдим ва яна Москвага олтин медал олиш учун учиб кетдим”.

(Конфабуляциялар)

4-Масала

Пациент З., 72 ёшда. “Бу йил сентябрь ойида Москвастига бордим, акамга картошка қовлашда ёрдам бердим. Шундан сўнг эркаклар билан балиқ овига бордик, хаммомда парландик. Вақтни яхши ўтказдик, хаттоки қайтишни хохламадим”. Пациент хотинининг гапидан маълумки, Эри шу йилнинг куз ойларида уйдан, шаҳардан ташқарига чиқмаган, гапириб бераётганлари бундан 10 йил аввал юз берган.

(Псевдореминисценциялар)

5-Масала

Пациент Л., 55 ёшда. Гапириб бериши бўйича, у ўтган юз йилликнинг 60-йилларида Чехословакияда бўлиб ўтган воқеаларда иштирок этган, совет ҳарбийлари таркибида Прагага кириб борган ва антисовет қўзғолонларини бостиришда иштирок этган эмиш. Ҳикояси ишонарли деталлар билан тўла.

Пациент акасининг гапларидан маълум бўлишича, у бу ҳикояни бир неча маротаба қўшнисидан – харбий хизматчидан эшитган, ҳозир у нафақада.

(Криптомнезия)

6-Масала

Пациент В., 38 ёшда. “Менимча, кеча мен билан бир нарса бўлди. Нималигини – аниқ билмайман. Бир тарафдан, умуман олганда уйга кетаётган эдим ва тўғри келдим, аммо негадир ҳужжатларимни йўқотиб қўйдим ва кастимим йиртилган эди. Бир нарса эсимга тушмоқда, дўстларим билан йиғилдик, кейин ичдик ва мен кетмоқчи бўлдим ва ҳаттоки, менимча, автобусда кетдим. Йўқ, бу бошқа гал бўлган эди ва кеча эмас, кеча мен автобусда кетмаган бўлишим керак – қишлоқда улар йўқ. Демак, бу кеча бўлмаган, кеча пиёда келган бўлсам керак. Умуман худди ўша фильмдагидек – бу ерда эслайман, у ерда эслай олмайман”.

(Палимпсест)

7-Масала

Пациент Т., 47 ёшда. Мактабда ўқитувчи бўлиб ишлайди. “Ўқув йилининг охирида ўзимни қўлга ололмаяпман, қўлимдан ҳамма нарса тушиб кетмоқда, бирор бир иш бўйича ҳаёлларимни бир жойга тўплай олмаяпман. Мактабдаги болалар ғашимни келтиришмоқда, мустақил ишларни қийинчилик билан текширмоқдаман. Жудаям ҳаёлпараст бўлиб, ҳамма нарсани эсдан чиқариб қўймоқдаман”.

(Диққат-эътибор концентрациясининг етарли эмаслиги)

ТЕСТ ТОПШИРИҚЛАРИ

1. Қандай 2 та белги хотиранинг сонли бузилишига кирмайди?

- а) Гипермнезия
- б) Гипомнезия
- в) Парестезия
- г) Эхомнезиялар
- д) Амнезия

Тўғри жавоб? (в, г)

2. Парамнезия структурасига нима кирмайди?

- а) Конфабуляциялар
- б) Псевдореминисценциялар
- в) Гипермнезия
- г) Криптомнезия
- д) Эхомнезиялар

Тўғри жавоб: (в)

3. Антероретроградли амнезия нима?

- а) Травмадан олдинги ходисаларга хотиранинг тушиб қолиши
- б) Травмадан кейинги юз берган ходисаларни хотирадан тушиб қолиши
- в) Травма вақтидаги ва травмадан кейинги ходисаларни хотирадан тушиб қолиши
- г) Мазкур воқеаларни эсдан чиқариш
- д) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (в)

4. Амнестик (Корсаковский) синдроми структурасига қандай 4 та белги киради?

- а) Ретроградли амнезия
- б) Антероградли амнезия
- в) Антероретроградли амнезия
- г) Канфабуляциялар
- д) Фиксацион амнезия
- е) Псевдореминисценциялар
- ж) Криптомнезиялар
- з) Палимпсестлар

Тўғри жавоб: (в, г, д, е)

5. Конфабуляциялар нима?

- а) Бузилган хотира участкаларини, бошқа шахслардан олинганлар билан алмаштириш

- б) Бузилган хотира участкаларини ўтган замоннинг бошқа участкалари фрагменти билан алмаштириш
- в) Хозир юз бераётгани аввал бошлангандек хис этиш
- г) Тушиб қолган хотира участкаларини фантастик алахсираш қурилмалари билан алмаштириш
- д) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (г)

6. Псевдореминисценциялар нима?

- а) Бузилган хотира участкаларини, бошқа шахслардан олинганлар билан алмаштириш
- б) Бузилган хотира участкаларини ўтган замоннинг бошқа участкалари фрагменти билан алмаштириш
- в) Алахсирашга ўхшаш фантазиялар
- г) Тушиб қолган хотира участкаларини фантастик алахсираш қурилмалари билан алмаштириш
- д) Хозир юз бераётгани аввал бошлангандек хис этиш

Тўғри жавоб: (б)

7. Криптомнезиялар нима?

- а) Бузилган хотира участкаларини, бошқа шахслардан олинганлар билан алмаштириш
- б) Бузилган хотира участкаларини ўтган замоннинг бошқа участкалари фрагменти билан алмаштириш
- в) Тушиб қолган хотира участкаларини фантастик алахсираш қурилмалари билан алмаштириш
- г) Хозир юз бераётгани аввал бошлангандек хис этиш
- д) Алахсирашга ўхшаш фантазиялар

Тўғри жавоб: (а)

8. Дикқат-эътиборнинг доимийлигига характерли бўлган 3 та белгилар қайси?

- а) Тез алмашиниш

- б) Фиксациянинг тезлашуви
- в) Хира фикрларнинг мавжудлиги
- г) Юқори қийматли ғояларнинг мавжудлиги
- д) Концентрация қийинчиликлари

Тўғри жавоб: (а, б, д)

9. Дикқат-эътиборнинг чарчаганлиги учун характерли бўлган 3 та белгини айтинг?

- а) Тез алмашилиш
- б) Тез чарчаш
- в) Хира фикрларнинг мавжудлиги
- г) Концентрация қийинчиликлари
- д) Фиксациянинг секинлашуви

Тўғри жавоб: (б, г, д)

ҲИССИЁТ ВА АФФЕКТИВ ФАОЛИЯТНИНГ БУЗИШИ

Таъриф

Ҳиссиёт – атроф олам ёки бошқа одамнинг ўзгаришига организмнинг реакциясини ифодаловчи психик ҳолат. Эмоция патологияси кайфиятнинг пасайишида – депрессияда, кўтарилишида – мания, шу жумладан дисфорияларда, экстазда, морияда, ваҳимада, аффектни тута олмаслик, эмоционал лабилликда намоён бўлади.

Масаланинг тарихи, норма ва эволюцияси

Ҳулқ ва идрок этиш субъектив ташвиш тортиш билан кечади. Уларни биз хис, кайфиятнинг ўзгариши ёки эмоция деб атаймиз. Эмоционал жавоб хис муаммосини муҳокама қилишда аниқланилади. Ҳиснинг ҳамма маданиятларида ўхшаш кўринишлар идентифицирланади, масалан, ғазаб, нафрат, севги, ҳасад, рашк, қўрқув, ёмон кайфият. Бу дикқат-эътиборга лойиқ, чунки эмоцияларни биз бир хилда тан оламиз. Бунда биз эмоцияларга

ўз-ўзидан ўрганмаймиз, аммо конкрет объектга севги ва нафратни ўрганамиз. Бошқаларга ўз сезгимиз ҳақида гапира олишимиз ва улар тмонидан тушунишимиз, бу эмоциялар асосида биологик базис мавжудлигидир.

Эмоциялар висцеролимбик тизм ташкилий ва тизимли нейронал тўри билан боғланган. Шунинг учун функционал операциялар ҳақидаги маълумотларни бу даражада олиш тестларга жавобдан келиб чиқади, бу маълумотлар эмоцияларни аниқ хулқ билан алоқасини аниқлаш имконини беради.(R.Plutchik, C.E.Izard).

Субъектив ташвиш тортиш мияда биохимик жараёнлар билан асосланган. Ижтимоий таъсир церебрал кимёвий жараёнларни активлаштиради ва бу эмоцияларда намоён бўлади. Жилмайишни идрок этишда церебрал кимёвий жараён бутунлай активлашади, бу дўстона кайфиятни келтириб чиқаради ва жавобан илжайиш пайдо бўлади. Бу йиғи учун ҳам тўғридир, бу йиғи ёки ачинишни келтиради. Ижтимоий сигналлар, юз ифодаси ва вокализация кабилар, кимёвий жараёнларни қамраб олади ва бизларни бир хилдаги эмоцияларни изҳор этишни ва ижтимоий партнер сингари белгиларни намоён этишга мажбур этади. M.R.Liobowitz севгининг кимёвий мия ҳақидаги қизиқарли қатор фикрларини нашр эттирган.

Эмоциялар субъектив ташвиш тортиш бўлиб, ўз эмоцияларини назорат қилишнинг мавжудлиги, специфик кўринишли ҳаракатлар билан кечишини кўрсатади (мушак ҳаракатлари). Биз индивидуал эмоциялар учун типик бўлган физиологик реакцияларни ёзиб олишимиз мумкин. Шу тариқа турли маданиятлар чегарасида субъектив кўринишли бошқа одамларнинг баҳоси натижасини йиғиш мумкин ва уларнинг ўхшашлигини сезиш мумкин. Қўр кар соқов болаларда эмоциялар оддий болалар сингари бўлади, улар ифодаси туғма ҳисобланади (I.Eibl-Eibesfeldt). Абабиёт тилида эмоциялар метафорик фойдаланилади, уларнинг классификацияси бутун оламда ғазабга, ғам, кўркүв, хурсандчилик, ажабланиш, жирканишда сақланиб қолади.

Эмоциянинг физиологик ифодаси тери температураси, тери гальваник қаршилик, артериал босим ва пульс частотаси билан кечади. Пульс частотаси

кўрқувда ошиб кетади, бунда тери температураси пасаяди. Хурсандчиликда пульс частотаси ошгани сингари, тери температураси ҳам, ғазабда ошиши сезилади, бу кўрсаткичларни пасайиши эса жирканишда характерлидир, бунда жавоб типи симптоматик ва парасимпатик асаб тизимининг антогонистик асаб тизимининг антогонистик функцияларига боғлиқ.

Ифодали ҳаракатлар эмоционал ҳолатнинг индикатори ҳисобланади. Ch.Darwin давридан бери бундай ҳолатларнинг аниқ сони ажратиб келинган. S.S.Tomkins, R.McCarter лар 7 та базис эмоционал категорияларни ажратганлар, уларга хурсандчилик, кўрқув, қахр, ажабланиш, оғрик, қизиқиш ва уялишни киритганлар. Бошқа изланувчилар бу категорияларни жирканиш ва нафратланиш билан тўлдирганлар. Бироқ эмоция систематикаси бу кўринишларнинг нейропсихологик асосини тушунтирилмагунча, аниқ бўлмай турди. Бу йўналишдаги кўп нарсани ваъда берувчи кадам, J.Panksepp томонидан қилинган эди. У эмоцияларни аниқ хулқ билан бошқаририлувчи, сут эмизувчилар миясининг йирик структуралари билан боғлаб системага киритишга ҳаракат қилди. У қуйидаги эмоцияларни ажратди: (1) қизиқиш – хоҳиш (кутиш); (2) тез аччиқланиш – ғазаб (қахр); (3) титраш – ваҳима (кўрқув); (4) ёлғизлик – ғам (сепарация дистресси, ваҳима); (5) мамнун бўлиш – эҳтирос.

Ch.Darwin, инсон ва ҳайвонларда эмоцияларнинг ташқи ифодасини таққослаб, уларнинг ўхшашлигини аниқлади. Бу инсонни келиб чиқишининг эволюцион назариясини фарқларидан бири бўлиб қолди. Фундаментал эмоциялардан бири бу кўрқув бўлиб, ҳамма приматлар, шу жумладан одам ҳам, илон ва судралиб юрувчи, хашаротлардан кўрқадилар. Инсонлардаги кўрқув орасида кейинги ўринда тааллуқли равишда қуйидагилар туради: ўзгалар олдида кўрқув, биринчи маротаба у 1,5 ёшли болада пайдо бўлади, тузатиб бўлмайдиган касаллик билан касалланиш (юқтириш) кўрқуви, олдиндан айтиб бўлмайдиган ҳолатлар кўрқуви; ўлим кўрқуви; ижтимоий кўринишни йўқотиш; фарзанд ва севгини, одатий стереотип; ва, охири, иерархияда энг юқори ўрин тутувчи ҳаёт маъносини йўқотиш кўрқуви.

Эмоциялар ҳиссиётда мужассам. Хиссиёт тизимида севги эътиборли ўрин тутди. Бироқ бу ҳис кўпгина эмоциялардан иборат ва ўзининг типологиясига эга. Шундай қилиб, романтик севги, севги-нафрат, сублимир севги, она севгиси ва боланинг онага севгиси ажратилади. Платонов маъносида, сексуал севгидан ташқари, вақтинча ва ҳаттоки ғоя севгиси ажратилади. Masters-Johnson бўйича, романтик севги структурасида севишга тайёрликдан севиш кетма-кетлиги – севги иттифоқи ажратилади, у кейинчалик ҳақиқатнинг қайтиши кечинмалари, зеркиш, сержаҳллик, кўнгил қолиш ва аламзадалик, конфликтга ёки ярашиш ва совиш, ажрашиш ва янги севги объектини излашга олиб келувчи анализ билан кечувчи севги диагностикасини ҳосил қилади. Бироқ, ҳис динамикаси бутунлай бошқача, севги иттифоқи босқичма-босқич бўлмай, балки тўғридан-тўғри севги бўлиб келади. Нафрат эскалацияси босқичлардан иборат, душман дегуманизациясидан то тўқнашиш ва ярашишгачадир.

Вақт оралиғидаги эмоция йиғиндиси **кайфият** деб аталади. Эмоциянинг ёрқин ифодаси аниқ вербал компоненти билан **аффе́кт** деб аталади. Турли миллий гуруҳларда эмоционал ифода ва ҳис турлича ифодаланади, лекин фундаментал эмоция ҳаммадан ҳам бир хилдир. Яъни, японияликнинг кулгуси хурсандчилик билан боғлиқ бўлмасдан, мулойимлик ва ҳурмат белгисини намоиш этиш бўлиши мумкин.

Тадқиқот услублари

Эмоционал ҳолат эмоционал акс инверсия услублари ёрдамида текширилади, улар шахсий эмоция ва уларни бошқаларда тушуниш хусусияти имконини беради. Ваҳима даражаси Спилбергер ва Тейлор услублари ёрдамида ўрганилади, қайфиятни баҳолашни САН сўровномаси орқали бажарилади, депрессия даражаси эса Гамильтон услуги ва MADRS шкаласи билан амалга оширилади.

Сиптом ва синдромлар

Эмоция патологияси **кайфиятнинг пасайиши – депрессияда** ифодаланади, кайфиятнинг пасайиши, ҳаракат активлигининг пасайиши, фикрлаш ва нутқнинг секинлашишидан иборат. Аниқроқ гапириладиган бўлса, депрессивли синдромга гипотимия, фикрлашнинг тормозланганлик ва ҳаракатнинг тормозланиши киради.

Субъектив шахсий бечораҳолик “кайғули ҳиссислик” (anaesthesia psychica dolorosa) ҳиссида ифодаланади. Депрессияларда ўзи ҳақидаги тасаввур ўзгаради (депрессив деперсонализация), оламда керак эмаслик ва ташлаб кетилганликни ҳис этиш, у ёқимсиз ва кул ранг, қизиқарсиздир (депрессив дерелизация). Суицидал тенденциялар ва ўзини-ўзи айиблаш ғоялари кузатилиши мумкин, улар жуда оғир депрессиялар ҳақида белги беради. Соматик симптомларга (Протопопов синдроми) брадикардия, мидриаз, ич қотиши, тана оғирлиги ва иштаҳанинг камайиши, эрта инволюция, либедонинг пасайиши, аёлларда менструал циклнинг бузилиши, тирноқлар синишининг ошиши ва сочларнинг тўкилиши тааллуқли. Депрессияни қуйидаги когнитив ёпиқ айлана қўллаб қувватлайди: “мен ҳеч нарса қила олмаяпман” – “менинг энергиям тушиб бормоқда” – “мен фойдасизман” – “мен яқинларим олдида айибдорман, чунки мен уларга ёрдам бера олмаяпман” – депрессиянинг кучайиши.

Депрессив синдромининг кўпинча турли вариантлари мавжуд.

Одий депрессия депрессив синдромга ҳос бўлган облигат бузилишлар билан характерланади.

Адинамик депрессия кучсизлик, ҳолсизлик, гиподинамиклик, истак ва хоҳишнинг йўқлиги, атрофга эътиборсизлик билан кечади.

Ажитирланган депрессия – касаллик кўринишида ваҳима ҳисси билан ҳаракатнинг асабийлашганлиги кузатилади. Беморлар ўзларига жой топа олмайдилар, у ердан бу ерга юрадилар, инграйдилар, нотўғри хулқлари учун ўзларини айблайдилар, зудлик билан қатл этишларини талаб қиладилар.

Анестетик депрессия – депрессия кўринишида психик анестезия, хиссиз оғриқ кузатилади. Беморлар яқинларига нисбатан ҳис-туйғуни йўқотганликларидан ғам ва ҳурсандчилик эмоцияларининг йўқлигидан шикоят қиладилар.

Астеник депрессия юқори даражадаги чарчаш ва оғирлаб кетиш, асабийлашган ҳолсизлик, гиперестезия кўринишидаги астеник бузилишлар билан бирга кечади.

Виталь депрессия чуқур зерикиш ва ҳафагарчилик, ҳаётга қизиқиш ва хоҳишнинг йўқолиши, кўпинча суицидал ҳаёллар билан бирга кечувчи хислари билан ўтади.

Ироник ёки жилмайган депрессия. Депрессиянинг объектив белгиларига қарамай, бемор юзида жилмайиш бўлиши мумкин, у ўз аҳволини иронирлашга ҳаракат қилади. Ҳавфли ҳолат ҳисобланади, чунки врачлар ироник депрессия орқасидаги суицидал тенденцияни кўра олмасликлари мумкин. У яна ҳира ёки беркинган депрессия деб аталиши мумкин.

Дисфорик депрессия. Тез аччиқланишлик, минғиллаш, атрофдагиларга ва ўз кайфиятига таъсир этувчи қайғу ва қоникмаслик ҳисси, қаҳр-ғазабга атрофдагилар ва ўзига қарши агрессияга берилувчанлик характерлидир.

Ступорозли депрессия. Тўлиқ ҳаракатсизликкача, массив ҳаракат тормозланиши билан кечади.

Кайфиятнинг кўтарилиши – мания, кайфиятнинг ўзгариши моторли активликнинг кўтарилиши, ғояларнинг сакраши (*fuga idearum*) фикрлар темпининг ошиши, меҳнат қобилияти ва сексуал активликнинг ошиши, уйқуда талабнинг пасайиши ва иштаҳанинг ошиши билан характерланади. Образли қилиб айтганда, маниакал синдром учун триада характерли: гипертимия, нутқ ва фикрлашнинг тезлашуви, ҳаракат активлигининг ошиши. Бундан ташқари диққат-эътиборнинг турғун бўлмаслиги ва четга тортиш, гипермнезия, ишга лаёқатни, иштаҳани, сексуал активликни ошиши кузатилиши мумкин. Беморлар гиперпродуктивликни сезадилар, ўзларидаги

ажойиб хусусиятларни очишда, буюклик фикрлари кўринишидаги шахсиятни қайта баҳолаш уларга ҳосдир. Маниакал ҳолатлар учун уйқунинг бузилиши, тахикардия, гиперсаливация, аёлларда менструал цикл бузилиши ҳам характерлидир.

Маниакал синдромнинг бир қанча вариантлари мавжуд.

Қувноқ мания ҳушчақчақ ва ғам-ташвишдан ҳоли кайфиятни ҳис этиш билан кечувчи экзальтирланиш билан ўтади.

Ғазабли мания. Тез аччиқланишлик, асоссиз айблаш, ғазабланиш кўп учрайди. Баъзи бир мутахассислар ғазабланиш маниакал ҳолатнинг қайта ривожланиш босқичи ёки белгиси ҳисобланади, деб тахмин қиладилар.

Чалкаш мания. Тезлашган ассоциатив жараён билан ажралиб туради, бу билан фикрлаш ва нутқнинг узилишига эришиш мумкин.

Унумсиз мания. Кайфият кўтарилган, аммо ассоциатив жараённинг унча катта бўлмаган тезлашишида фаолиятга интилиш йўқ.

Аҳмоқона мания гебефреник компонентлар билан кечади, баъзида эса интеллектуал бўлмаган ҳолатда.

Мураккаб мания – бошқа психопатологик синдромлар симптомлари билан маниянинг ҳамоҳанглиги, масалан, алаҳсираш ғоялари, галлюцинациялар, онейроидлар, кататоник бузилишлар ва бошқалар билан.

Депрессия ва маниялар аффектив бузилишлар учун типикдир.

Дисфория – ғамгин-дарғазаб кайфият, бутун атрофга норозилик ҳисси билан мотивирланмаган зулм ва тез аччиқланиш ҳолатлари. Беморларда дисфорик бузилиш баъзида яқинларга ва атрофдаги нотанишларга йўналтирилган агрессив ҳаракатларга олиб келиши мумкин. Дисфория органик бузилишлар, эпилепсия ва абстинент ҳолатлар учун характерлидир.

Эйфория – адекват бўлмаган кўтаринки кайфият ҳолатидир, тинчлик, тўлиқ мамнунлик, пассив ҳурсандлик ҳисси, кўпинча актив ҳаракатлар билан кечади, улар енгиллашган кечинмаларни характерлайди. Психоактив воситаларни қабул қилишда характерли. Агарда эйфорияда мақсадли фаолият бўлмаса ва аҳмоқлик компоненти мавжуд бўлса, у ҳолда у **мория**

деб аталади, у аклий заифликда ва бош миядаги пешона зарбасида характерлидир.

Экстаз – тана чегарасидан чиқиш ва атрофдагилар билан бирлашиш тасаввурида кўтарилган, юқори кайфият, масалан, табиат билан, космос билан ва б. Экстаз бу оргазм эквивалентидир. Шу тарика у epileptik пароксизмнинг ўзига хос типи сингари ҳамда онгнинг нейроид бузилишларидаги симптом сингари ва опийли наркоманияда галлюциногенлар ва бошқалар билан ўткир наркотик мастлик ҳолатига абстиненция ҳолатидан ўтишдаги ҳис сингари учраши мумкин (“келиш” ҳолати).

Ваҳима – ҳаракат активлигининг ошиши, баъзида эса тремор, пальпитация, қалтираш (кўпинча киндик олдидаги жойда), тахикардия, артериал босимнинг ошиши билан ўзини йўқотиб қўйиш ҳолати. Келажакка проекцияли таниш ва нотаниш ёқимсизликларни яқинлашиб келишини ҳис этиш характерлидир. Кўпинча депрессия билан кечади, аммо алоҳида ваҳимали бузилишлар чегарасида учрайди, улар генерализланиб, саросимага айланади.

Ваҳимани куйидаги когнитив занжир қўллаб қувватлайди: “юрак тез-тез урмоқда – тўхтаб қолиши мумкин» - “менда ҳуруж хоҳлаган вақтда юзага келиши мумкин” – “ҳуруж натижасида ўлиб қоламан” – ваҳиманинг кучайиши ва стереотип айлананинг қайтарилиши.

Қўрқув – ички кучланиш ҳисси, инсоннинг ҳаёти ўзи ва яқинлари учун соғлиғи ёки ижтимоий тинчлигига бўлаётган ҳавф таъсирини сезиш. Нормада қўрқув шундай вазиятда юзага келадикки, бунда реал таҳдид ҳавфсизлик индивидууми ёки унинг яқинларига бўлади. Бироқ, қўрқув соматоген сингари психик келиб чиқишга эга бўлади.

Оғриқ қўрқувининг пайдо бўлиши кўп ҳолларда вазиятни баҳолаш хусусиятига ҳам боғлиқ. Адекват бўлмаган баҳолаш қўрқувни асоссиз ҳолатда юзага келтириши мумкин (ўзини баҳолашни пастлиги, тажрибанинг етарли эмаслиги, бола ёшидагилиги, психик касалланиш). Кўпинча ошириб

юборилган ёки юқори қийматли кўрқув учрайди. Кўрқувнинг намоён бўлиши кўп қирралидир, аммо асосийси бу иккита формади: асабийлашган ҳолат ва тормозланганлик. Асабийлашган ҳолат юқори кўрқувда ваҳимали қочиш кўринишида, тормозланганликда ступор даражасига етишди. Кўрқув формаларидан бири ипохондриядир – соғлиқ учун кўрқув. Ипохондриянинг куйидаги градациялари чегараланган бўлиши мумкин: ўлим кўрқуви; жисмоний соғлиқ учун кўрқув; психик соғлиқ учун кўрқув; ташқи кўриниш учун кўрқув. Ваҳима ва кўрқув соғлом субъектларда ҳам, психик бузилишларнинг ҳамма турларида учраши мумкин.

Аффектни тута олмаслик – ҳуққини назорат қила олмаслик, у эмоциялар билан бирга кечади, кўпинча кучсиз алам стимулига нисбатан агрессивликда ифодаланади. Органик бузилишлар ва баъзи шахсият аномалияларига характерли.

Эмоционал лабиллик – кайфиятнинг тез ўзгариши, меҳр кўз ёшларининг тез пайдо бўлиши, тез аччиқланиш. Қон-томир бузилишлари учун типикдир. **Эмоционал совуқлик** ҳақида ҳам гапирилади – бефарқлик, бирга қайғуриш хусусиятининг йўқлиги, паришонлик, бошқа одамлар ва ҳаттоки оила аъзоларининг эмоцияларига формал реакция. Аммо уларнинг ҳаммаси ўз ҳиссиётлари ва кайфияти ҳақида гапириш хусусиятига эга, пациентларнинг кўпчилиги уларни ифода этишда камбағал ва рангсиз ифодалардан фойдаланадилар, бу кўриниш **алекситимия** деб аталади.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1-Масала

Пациент П., 56 ёшда. “Бу ҳолат эрталабдан бошланади. Одатдагидек вақтли уйғонасан, соат бешларда ва кўзларни очиб ётасан. Кўрқинчли ғам ва кўкракда тош тургандек. Туриш керак, хохишим йўқ, олдинда дахшатли каттакон кун мавжуддек кўринади. Ишда ҳам ҳеч қанақа яхши нарса йўқ, бурчакка тиқилиб олгим келади. Ғам бутунлай ҳаракатсиз қилиб қўяди ва

бутун олам кул ранг ва хира, худди кир ойнадан кўрилатгандек бўлиб қолади. Бутун маъно йўқотилган ва келажакда ҳеч қанақанги яхшилик йўқ”.

(Депрессив синдром)

2-Масала

Пациент С., 26 ёшда. “Куз вақтидан яхшиси йўқ, одатда у сентябрда бошланади. Кўп ишлайсан, аммо чарчамайсан. Ғояларни даров амалга оширасан, пайдо бўлиши билан. Хамма ерда улгурасан ва ҳамиша юқоридасан. Сезишимча, кўп ичсам ҳам маст бўлмайман, есам ҳам, нималигини сезмайман, аммо доим иштаха билан. Кўпгина дўстлар ва дугоналар пайдо бўлади, пуллар бир кунда кетиб қолади. Етишмовчиликлардан бири қарзларни кўпайиб кетаётганлиги”.

(Маниакал синдром)

3-Масала

Пациент Ж., 29 ёшда. “Одатда озгина вақтдан сўнг, хуруждан кейин, куни билан ҳаммага сабабсиз жаҳлинг чиқади. Нима дейишмасин, рад этгинг, қаршилик қилгинг келади. Қаршилик билдирган ёки бошқача қараганга тўғридан тўғри бирор нарса отиб юборгинг келади. Баъзида атайлабдан жанжал чиқаришга ҳаракат қиламан, аммо бу енгиллик туғдирмайди. Овозлар ва ёрқин ранглар, кийим ва транспорт ғашимга тегади. Бу қора кунларда ҳамма вақт турли воқеаларга тушиб қоламан”.

(Дисфория)

4-Масала

Пациент С., 19 ёшда. “Имтихондан сўнг баҳоларни дарров айтишмади, фақат эрталаб келиш кераклигини айтишди. Кечаси билан ухламадим, ўзимга жой топа олмадим – нима бўлади, агар икки бўлса. Хонада юрдим, кўчага қарардим, ухлатадиган дори ичдим, аммо у таъсир қилмади. Қўлларим қалтирарди, юрагим урар ва чаккам сиқиларди.

(Ваҳима)

5-Масала

Пациент Р., 25 ёшда. “Мен кечкурун кеч бўлганда, яхши кайфият билан дўстларимникидан қайтаётган эдим, бирданига бурилишдан ичиб олган йигитлар гурухи рўпарамда пайдо бўлишди, улардан бири арқонда немец овчаркасини ушлаб турар эди, ит мени кўриб жахл билан акиллай бошлади ва менга ташланмоқчи бўлди. Бирданига ўзимни ёмон хис эта бошладим, ит мени бўлакларга бўлиб ташлаётганлигини тасаввур қилдим ва кўкрагимда совуқлик хис этдим, юрагим гупиллаб кетди. Итнинг эгаси яхшигина хазиллашиб қўйди: “Дикни машқ қилдирамизми?”. Йигитлар кулиб қўйишди, аммо итни ечиб юборишмади, мен у ердан тезда кетдим”.

(Кўрқув)

ТЕСТ ТОПШИРИҚЛАРИ:

1. Депрессивли синдром структурасига қандай 3 та психопатологик белги киради?

- а) Гипотимия
- б) Гипертимия
- в) Фикрлашнинг тормозланиши
- г) Фикрлашнинг тезлашган темпи
- д) Ҳаракатлантириш тормозланиши
- е) Ҳаракатлантириш фаоллигининг ошиши

Тўғри жавоб: (а, в, д)

2. Депрессивли синдром структурасига қандай 3 та соматик белги киради?

- а) Тахикардия
- б) Брадикардия
- в) Мидриаз
- г) Миоз
- д) Спастик ич қотишлар
- е) Суюқ ич келиши

Тўғри жавоб: (б, в, д)

3. Маниакал синдром структурасига қандай 3 та психопатологик белги киради?

- а) Гипотимия
- б) Гипертимия
- в) Фикрлашнинг тормозланиши
- г) Фикрлашнинг тезлашган темпи
- д) Двигатели тормозланиш
- е) Ҳаракатлантириш фаоллигининг ошиши

Тўғри жавоб: (б, г, е)

4. Маниакал синдром структурасига қандай 3 та соматик белги киради?

- а) Тахикардия
- б) Брадикардия
- в) Гиперсаливация
- г) Миоз
- д) Спастик ич қотишлар
- е) Менструал циклнинг бузилиши

Тўғри жавоб: (а, в, е)

5. Ажитирланган депрессия нима?

- а) Гиподинамиклиги билан депрессия, хошиш ва истакнинг йўқлиги, атрофдагиларга эътиборсизлиги
- б) Психик анестезия ва оғриқсиз хиссислик устун келувчи депрессия
- в) Чарчаш ва холсизлик кўринишидаги, астеник бузилишлар билан кечувчи депрессия
- г) Ваҳима ҳисси билан двигателли асабийлашиш устун бўлган депрессия
- д) Асабга тегувчи, норозилик ҳиссили депрессия
- е) Двигатели тормозланишли депрессия

Тўғри жавоб: (г)

6. Ироник депрессия нима?

- а) Гиподинамиклиги билан депрессия, хошиш ва истакнинг йўқлиги, атрофдагиларга эътиборсизлиги
- б) Психик анестезия ва оғриқсиз хиссислик устун келувчи депрессия
- в) Чарчаш ва холсизлик кўринишидаги, астеник бузилишлар билан кечувчи депрессия
- г) Ваҳима ҳисси билан двигателли асабийлашиш устун бўлган депрессия
- д) Чуқур ғам-ғусса билан кечадиган депрессия
- е) Юздаги кулгу билан кечадиган депрессия

Тўғри жавоб: (е)

6. Ғазабли мания нима?

- а) Экзальтирлик билан кечувчи мания
- б) Тез аччиқланиш ва инжиқлик манияси
- в) Тезлашган ассоцирланган жараён билан кечувчи мания
- г) Гебефреник компонентли мания
- д) Бошқа психопатологик синдромлар билан ҳамоҳанг мания

Тўғри жавоб: (б)

7. Дисфория нима?

- а) Адекват бўлмаган кўтаринки кайфият ҳолати
- б) Ўз танасидан чиқиб кетиш тасаввури остидаги юқори кайфият ҳолати
- в) Суицидал фикрли адекват бўлмаган тушкун кайфият ҳолати
- г) Сабабсиз ғазаб ва тез аччиқланиш ҳолати
- д) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (г)

8. Ваҳима нима?

- а) Сабабсиз ғазаб ва тез аччиқланиш ҳолати
- б) Яқинлашаётган кўнгилсизликни ҳис этган ҳолда паришонлик ҳолати
- в) Суицидал фикрли адекват бўлмаган пасайган кайфиятли ҳолат
- г) Ҳаёти, соғлиғи ёки ижтимоий тинчлигига конкрет ҳавф туғилганда, ички кучланиш ҳолати
- д) Эмоция билан бирга кечувчи хулқни назорат эта олмаслик

Тўғри жавоб: (б)

9. Қўрқув нима?

- а) Эмоция билан бирга кечувчи хулқни назорат эта олмаслик
- б) Суицидал фикрли адекват бўлмаган пасайган кайфиятли ҳолат
- в) Ҳаёти, соғлиғи ёки ижтимоий тинчлигига конкрет ҳавфт туғилганда, ички кучланиш ҳолати
- г) Яқинлашаётган кўнгилсизликни ҳис этган ҳолда паришонлик ҳолати
- д) Сабабсиз ғазаб ва тез аччиқланиш ҳолати

Тшғри жавоб: (в)

ИНТЕЛЛЕКТНИНГ БУЗИЛИШИ

Таъриф

Интеллект – интегратив психик функция, таниш хусусиятини, билим даражасини ва уларни қўллаш хусусиятини ўз ичига олади. Интеллектнинг бузилиши орасида аклий заифлик ва деменция ажратилади, улар диффуз ва лакунарларга бўлинади, шу жумладан ривожланишни тутилиб қолиши ва дефектлардир.

Масаланинг тарихи, норма ва эволюция

Интеллект – бу ҳаракатдаги фикрлаш. Психика адаптациясида тўлиқ хусусиятни ифодалайди ва индивиднинг яшаш курули ҳисобланади. Ҳайвонларда ақл идроки даражаси масалани хал этиш хусусиятига қараб аниқланади, масалан лабиринтни ўтиш тезлигига қараб. Ақл идрокининг фивожланиши учун генетик, шу жумладан, конституционал факторлар ва муҳит таъсири, шу жумладан тарбия ва таълимнинг ҳамоҳанглиги муҳимдир. F.Halton аниқлашича, интеллект наслдан наслга ўтади. Баъзи бир интеллектуал етишмаслик формалари, шу жумладан хусусиятлар доминант тип орқали ўтади, масалан, мусиқий қобилият, бошқалар – рецессив ва полиген тип орқали, аммо мутацияни эслатувчи формалар ҳам учрайди, яъни оиладаги ягона ҳолатлар. F.Halton Ch.Darwin наслига, шу жумладан Erasme

Darwin ҳам, яна бошқа англиялик олимлар, сиёсий лидерлар ва ёзувчилар тааллуқли эди, генетик линия мазкур вақтгача давом этиб келмоқда. И.С.Бах, рус ёзувчилари генеалогияси, А.С.Пушкин билан боғлиқ, Толстойлар насли, Габсбургларнинг шохлар династияси ва бошқалар наслининг генетик хусусиятлари деталлар асосидаги тафсилоти мавжуд. Интеллектуал хусусиятлар ва муҳитга реакция баъзи бир конституционал кўринишлар ва дисплазиялар билан маркирланади, масалан, хромосомли аномалияларда морфологик кўринишлар маълум. Интеллектнинг оператив имкониятлари материя ва уруғланиш моментида отанинг қайтиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Интеллект даражасини баъзида туғиш вақтида онанинг ёши билан ҳам боғлайдилар, чунки 35 ёшдан кейин тухум хужайра мутагенези ошади, шу сабабдан, кўп ҳолларда Даун синдроми учрайди.

Ота ва онанинг қон-қариндошлиги эътиборли маънога эга, у интеллект аномалиялари ҳавфини оширади, шу жумладан онанинг отаси томонидан қариндолик орасидаги яқинлик ҳам, чунки унчалик катта бўлмаган яқинлик қон қариндошлик ҳавфи ошади. Бошқача айтганда, гетерозис (метисизация). Гомозиготлар олдида гетерозигот афзаллиги, катта имкониятга эга, шу жумладан интеллект даражаси бўйича ҳам. Муҳит факторлари шу жумладан интеллектга ҳам таъсир этади. Эмбрионал даврда мия тератоген факторлар интоксикация ва инфекция, масалан вирус ёки алкоголь билан шикастланган бўлиши мумкин. Миянинг шикастланишининг юқори эҳтимоли йўлдошни ажралиши, ҳомиланинг тушиши натижасида, туғиш вақтида миянинг шикасти юз беради. Она ва боланинг эрта аномал алоқаси, айниқса сепарация ва депривация, ривожланишни орқада қолишига олиб келади, улар қайд қилиниши мумкин (Spitz). Таълим структура ва тизими беркинган интеллектуал хусустяларни босиши ёки стимуллаши мумкин.

Бир қатор кишилар ўзига хос интеллектуал хусусиятларга эга бўлиб, кичик ёшдан маълумдир. Ch.Lombroso ҳисоблашича, генийларнинг кўпчилиги дегенерат ва психик касалдирлар, бироқ 150 йилдан сўнг В.П.Эфроимсон кўрсатишича, интеллект генетикаси унумли психопатология

билан нисбатан боғлиқдир. У ажойиб шахсларни оилаларини ажратди, уларда юқори интеллектуал даража подагра билан ассоцирланади, яъни сийдик кислотасининг даражаси, эндоген кофеин даражаси ва гормонлар даражаси билан. Бироқ “яхши” генетика ва “яхши” муҳит ҳамма вақт ҳам кониқарли натижага олиб келмайди, чунки интеллект реализацияси учун потенция реализацияси хусусияти ҳам эътиборли, яъни мақсадга эришишга талаб. Бу функция интеллект билан боғлиқ бўлмаслиги мумкин, аммо доминирлаш ва ўзини баҳолаш даражасини аниқлаб беради.

Интеллектнинг универсал модели операцион даража, унумдорлик ва маънони ўз ичига камраб олади. Оператив даража хотира, фикрлаш, конвергенция хусусияти ва ғоялар дивергенцияси, диққатни четга тортиш ўтказишдан (абстрагирлаш) иборат. Интеллектнинг унумдорлиги ғояларни уруғларга, синфларга, тизм, алоқаларга бирлаштириш хусусиятидан иборатдир. Интеллект маъноси вербал (сўзлар запаси ва улардан фойдаланиш), вербал бўлмаган (хулқ стратегиялари ва уларни қўллаш), символик ва семантик бўлиши мумкин. Кўпгина изланувчилар, интеллектнинг асосий тузувчиси юмор ҳисси ва ўзини устида киноя хусусиятидир. Максимал интеллектуал даражага етиш даражаси, агар унга шахсият хусусиятлари, муҳит таъсири ёки соматик бузилишлар ҳалақит бермаса ўртача 40-50 ёшларга тўғри келади. Бироқ интеллектни секин аста эгаллаш ва йўқотиш кетма-кетлиги даражаси генетик ақлий хусусиятларга боғлиқ. Яъни, эси пастлар секин аста ақллироқ ва тезроқ янада ақли пастроқ бўла бошлайди, ақллилар эса тез ақли бўладилар, ақли пастлик эса 60 ёшдан сўнг секин аста юзага келади. Эътиборли даражада интеллект узлуксиз таълим, соматик саломатлик, зарарли одатлардан воз кечиш билан қўллаб турилади. Тўғри, бу ҳамма вақт ҳам амалиётда тасдиқланмайди, мана, масалан, юқори интеллектни сақлаган ҳолда, У.Черчел анча вақтгача сигра чечишни давом эттирган ва конъякдан воз кечмаган. Гиннес рекордлар китобига асосан IQ максимал катталикни эркаклар эмас, аёллар кўрсатган.

Тадқиқот услублари

Интеллектнинг асосий тадқиқот услуби интеллектуаллик коэффицентини ҳисоблашдир, бунда тестираш асосида ва интеллектуал коэффицент – IQ ни аниқлаш йўли билан амалга оширилади. Векслек услуби бўйича (IQ) коэффицент ақлий ёшни (индивидуум маълумотлари, тўғри жавоблар сони) хронологик ёшга (мазкур ёш учун характерли бўлган, тўғри жавоблар ўртача сони) ва 100 кўпайтириш билан ҳисобланади.

Шунга қарамай, интеллектуалликка тестлар маданият ва этниклик спецификаси эътиборга олиниши керак. Шундай этник гуруҳлар мавжудки, бунда абстракт билимлар кадрланмайди, балки баҳолашда ўзининг амалий томонига суянадилар, шунинг учун уларнинг вакиллари паст коэффицентларни кўрсатадилар, аслида эса, адаптацияда, айниқса муҳитнинг сенсор шароитида улар анчагина юқори бўлиши мумкин.

Симптом ва синдромлар

Интеллект патологиясида ақлий заифлик ва деменция ажратилади, у диффуз ва лакунарларга бўлинади, шу жумладан ривожланишнинг орқада қолиши ва дефектлар.

Ақлий заифликни деменциядан фарқи шундаки, у аввалдан етишмасликни намоён қилса, деменция – бу орттирилган ҳолатдир. Критик нуқта 3 ёш ҳисобланади. Агарда бола бу ёшгача ўз хусусиятларини сарфлаб бўлса, у ҳолда у ақли заиф ҳисобланади, агарда ундан кейин бўлса – деменция билан оғриган ҳисобланади. Ақлий заифликнинг сабаблари генетик ва орттирилганга фарқланади. Генетик сабаблар орасида генли ва хромосомали аномалиялар, мутациялар мавжуддир, улар модда алмашилишига олиб келади. Муҳитли сабаблар орасида тератогенли таъсир, шу жумладан генетик факторларни генетик аппаратга, туғиш вақтидаги шикаст, ва ҳаётининг биринчи 3 йиллигида орттирилган касалликлар киради. Ақлий заифликнинг булиниши ва унинг клиникаси тааллуқли бўлимларда тавсифланган. Ақлий заифлик учун, баъзи бир алмашинув жараёнларидан

ташқари, симптоматикани ўсиши характерли бўлмай, махсус таълим натижасида қандайдир бир ўсиш хосдир.

Деменция хотира, фикрлаш, таълим, иродавий активлик сфераси орттирилган когнитив дефицитда ифодаланади. Агарда интеллектнинг ўзгариши битта функцияга тааллуқли бўлса, масалан хотира, у ҳолда лакунар ҳақида гапирилади, яъни ақли заифликнинг ўчоғи, у атрофик деменция учун характерлидир, масалан, Альцгеймер касаллиги. Агарда у секин аста пасайиш ёки ҳамма (бир қанча) функцияларнинг тушишига тааллуқли бўлса – диффузли ақли заифлик, яъни тотал деменция, у кўпроқ мультиинфаркт деменцияларда қайд этилади. Бироқ деменциянинг бу икки типи бир-бирига ўтади, шунинг учун шу ҳақда айтиш мумкинки, кўпчилик деменциялар ўчоқдан диффузга, динамикада ривожланади. Деменциялар кўпинча прогрессивли (келиб тушувчи) характерга эга бўлиб, улар кўп ҳолларда қайтарилмасдирлар.

Интеллект ривожланишининг орқада қолиши ёки ижтимоий-педагогик қаровсизлик муҳитнинг специфик шароити билан ўзаро боғлангандир, масалан, психик касал ота-оналарнинг фарзандини тарбиялаш, изоляция, нормал таълимдан маҳрум бўлиш, масалан, иқтисодий қийинчиликлар натижасида. Бироқ ақли заифлик ва деменциядан фарқли ривишда, тутиб турилганда тўғри таълим натижасида интеллект “планка”ни тез йиғиб олиш, шу жумладан реал ҳаётга адаптацияга яхши хусусиятлар қайд этилади.

Шизофренияда функционал ақли заифлик қайд этилади. (Эмоционал ирода дефекти), у қуйидагиларда ифодаланади: фаолиятсизлик ва янги билимларни четлаб ўтишга қарамай, совуқлик ва ҳаёл қочганлик, пациентлар фантазия ва оғриқли кечинмаларни продуцирлаш хусусиятига эгадирлар.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР:

1-Масала

Пациент Д., 6 ёшда. Токсикоз билан кечган хомиладан туғилган. Муддатида туғилган, қиндиги ўралган асфиксияда. 2 ёшдан бошлаб юра бошлаган, 2,5 ёшдан гапирган. Иборавий нутқ 4 ёшдан. Оммавий мактабга боргандан кейин, етиша олмаслик сабабига кўра психиатр назарига тушган. Кўрув вақтида чапни ўнгдан ажрата олмайди. Нутки аралаш. Рангларни ажратади, аммо фигураларни билмайди. Фикрлаши конкрет-вазиятли. Умумий билимлар запаси ёшининг нормасидан паст.

(Ақли зифлик)

2-Масала

Пациент Ш., 14 ёшда. Бошида ривожланиши нормал. 6 ёшида менингоэнцефалитнинг оғир формасини ўтказган, шундан сўнг мактабдаги қобилият анчагина пасайди, тез аччиқланадиган, сексуал тормозланмаган, кулоқсиз бўлиб қолди. Психиатрларда консультацияда бўлган ва ёрдамчи мактабда ўқитиш тавсия этилган. Текширув вақтида хотиранинг кучсизлиги, интеллектнинг пасайганлиги аниқланди. Бемор тез асабийлашадиган, чалғувчан. Стереотипия, эхолалия элементлари қайд этилади.

(Деменция)

3-Масала

Пациент В., 11 ёшда. Кам таъминланган оилада туғилган, отаси қамоқ муддатини ўтамоқда, онаси алкоғолни суистеъмол қилади. Гипоопека шароитида учган, мактабга деярли бормаган, вақтини кўчада ўтказган. 3 йиллик таълим даврида на ўқишни, на ёзишни, на ҳисоблашни ўрганди. 3-синфда аввал харбий хизматчи бўлган тоғаси томонидан асраб олинди, у боланинг тарбияси билан шуғулланиб, алоҳида дастур асосида у билан тайёрланишни бошлади. 1 йил ичида бола ўз тенқурларига ҳамма фанлар бўйича етиб олди ва ҳаттоки яхши баҳолар ола бошлади.

(Педагогик қаровсизлик)

ТЕСТ ТОПШИРИҚЛАРИ:

1. Қайси услуб билан интеллектуал коэффициент аниқланади?

- а) Корректур синов
- б) Шульте жадвалида сонларни излаш услуби
- в) Крепелин бўйича хисоблаш
- г) Векслер тести
- д) Пиктограмм услуби
- е) Сунъий тушунчаларни шаклланиши услуби

Тўғри жавоб: (г)

2. Ақли заифликка нима характерли?

- а) Туғма ёки эрта орттирилган ақли заифлик
- б) Орттирилган характер
- в) Психик бузилишнинг прогрессивлиги
- г) Ҳамма жавоблар тўғри
- д) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (а)

3. Деменция учун нима характерли?

- а) Орттирилган характер
- б) Тоталлик
- в) Психик бузилишнинг прогрессивлиги
- г) Лакунарлик
- д) Ҳамма жавоблар тўғри
- е) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (д)

4. Ақли заифлик ва деменциянинг дифференциация бош критерийси?

- а) Интеллектуал дефект чуқурлиги
- б) Ҳаёлий сферанинг мағлубият даражаси
- в) Ирода сферасининг мағлубият даражаси
- г) Орттирилган ақли заифлик характери
- д) Патологияни шакллантириш вақти

е) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (д)

ИРОДА, МАЙЛ ПАТОЛОГИЯСИ ВА ҲАРАКАТ БУЗИЛИШЛАРИ

Таъриф

Ирода – мақсадли фаолиятга интилиш, мақсадга эришишда онгли амалга оширилади ва онгсиз равишда инстинктив фаолиятда. Ташқи иродавий активлик ишлашда (ҳаракатда) ифодаланган. Майлни баъзида инстинкт деб ҳам атайдилар. Озиқ-овқатга оид (булимия, анорексия, копрофагия), жинсий (пасайиш, ошиши, парафилия), ўзини сақлаш инстинкти, ота-она, агонистик инстинктлар, шу жумладан миграцион, иерархик, комфорт, ўйинли, территориал ва тадқиқот инстинктлари бузилиши ажратилади. Ҳаракатли бузилишлар асабийлашишда ступор ва моторли етишмовчиликда пайдо бўлади.

Масаланинг тарихи, норма ва эволюция

Инсонда биолгик билан бир қаторда, одатда доминирланувчи шахсий инсоний эҳтиёжлар мавжуддир. Эҳтиёж – бу “муҳтожлик” шундаки, у сиз организм нормал равишда ривожлана ва фаолият юрита олмайди. Бринчилардан бўлиб исоний эҳтиёжлар классификациси Эпикурадир (эрамиздан аввалги III-IV аср). Эпикур эҳтиёжларнинг учта гуруҳини чегаралаган: табиий ва зарурий (ичиш кўринишида); табиий, аммо зарурий бўлмаган (жинсий хоҳиш); табиий бўлмаган, зарурий бўлмаган эмас (машҳурлик хоҳиши, биринчи икки типнинг патологик кучланган талаблар – эҳтирослар).

А.Маслоу нуқтаи назаридан, шахсиятнинг потенциал имкониятлар реализацияси, ўз долзарблиги витал эҳтиёжларни қондирмасдан эшитиб бўлмайди (таомда, уйқуда ва шунга ўхшашлар). Муаллиф иерархик

таълимотни асослаб беришга, турли даражадаги эҳтиёжларни интегрирлашга, энг “ибтидоийдан” то жуда нозиккача ҳаракат қилган. Эҳтиёжлар “Пирамидаси” А.Маслоу бўйича қуйидагича:

1. Физиологик эҳтиёж (таомда, сувда ва б.), қондиришсиз бошқа ҳеч нарса ундаш кучига эга эмас (озик-овқат инстинкти).
2. Сексуал эҳтиёж (наслини давом эттириш инстинкти).
3. Ҳавфсизликка, ҳимояланганликка, ўзи ва ўз яқинлари учун эртанги кунга ишонч эҳтиёжи (ўзини сақлаш инстинкти).
4. Яхши муносабатга эҳтиёж (севиш, жамоада сен билан ҳисоблашадиган ёқимли бўлиш ва б.).
5. Ўзини ўзи ҳурмат қилиш, жамиятдаги ўз ўрнини белгилаб олишга эҳтиёж (ишда ўзини тасдиқлаб олиш хоҳиши).
6. Унумли фаолият орқали эҳтиёжни қондириш, бунда жамият ва инсониятга, бошқа одамларга фойда келтириш хусусиятига эга инсонни ижодий шахсга айлантиради.

В.Франкл (1991) ҳаёт мазмунини билишга интилишни специфик инсонийлик деб ҳисоблайди. У сиз инсон гапирувчи ҳайвондекдир. Мавжудлик маъносининг муаммоси ривожланган мамлакатларда анчагина ўткир бўлиб қолди. Кўп сонли инсонлар маъно йўқотилган ҳисси сезадилар. Айниқса, бизнинг давр учун долзарб бўлган муаммолар, наркомания ва алкоголизм, ақли заифлик, агрессия, порноиндустрия ва б. бу билан боғлиқдир.

Фрустрация эҳтиёжи инсон саломатлиги ва ҳаёти учун ҳавфли ва жиддий асоратларни келтириб чиқаради. Масалан, уйқудан маҳрум бўлишнинг тўртинчи-бешинчи суткаларида психозга олиб келади. Маҳрум бўлишнинг оғирлик ва характери кўп ҳолларда асабий кутиш оқибати эканлиги аҳамиятлидир. Тасаввур этилувчи ҳавф, реалга нисбатан кам эмасдир.

Иродавий акт эҳтиёжнинг долзарблиги манбаига эга. Иродавий жараёндаги биринчи босқичда субъектив равишда бирор-бир эътиборли ва

зарур нарсанинг етишмаслигининг ғира-шира ҳисси сезилувчи жараёндин. Мазкур босқичда эҳтиёж объекти тан олинмаган. Иродавий актнинг иккинчи босқичи сабабнинг вужудга келиши ҳисобланади – эҳтиёж таркибини тан олиш, керак эканлигини тушуниш. Иродавий актнинг учинчи босқичида сабаблар кураши юзага келади. Иложи бўлганларнинг ҳаммаси мазкур моментда фаолиятнинг шундай йўналишини танлайдики, бунда эҳтиёжнинг зарурроғи адекватдир. Бундан ташқари, мақсадга эришишнинг шундай хусусияти аниқланадики, бунда индивидумнинг норматив тасаввурларига жавоб беради. Иродавий жараённинг тўртинчи босқичида таъсир режаси ишлаб чиқилади ва таъсир қарори қабул қилинади (иродавий куч амалга оширилади). Бешинчи босқич бу кўзланган режани амалга ошириш, реал ва ўзгарувчан вазиятга йўналтирилган мақсадда ташқи фаолият ҳисобланади.

Иродавий фаолиятга тааллуқли баъзи терминларга қисқа аниқликлар келтирамиз (Ж.Годфруа, 1992):

- Мотивация – ҳуққни аниқловчи турли факторлар йиғиндиси.
- Хоҳиш – эҳтиёжни субъектив хис этиш, шу жумладан биологик.
- Сабаб – индивидум ўз фаолиятида фойдаланилувчи сабабларни таърифлаш, фахмлаш.
- Истак – мақсад, унинг учун ҳаракат қилинади. Ҳақиқий мақсад, ҳаракат амалга оширилгандан кейин аниқ қилиб қўйилади.
- Майл – аниқ ҳаракатга етакловчи ички ҳолат.
- Импульс – қисқа муддатли инстинктни динамик кўриниши, туғма талаб.

Тадқиқот услублари

Ҳаракат (вербал бўлмаган ҳуққ) ва иродавий активликнинг асосий тадқиқот услублари этиология ва рефлексология услубларидир. Этология услуби коммуникация каналлари бўйича этограммани ёзиб боришдан иборат, буларга визуал, альфактор, аудиал, тактил, ижтимоий каналлар кирази. Визуал канал мимика, поза, ишора, манипуляциялар динамикаси ёзуви

объективизирланади; аудиал – аудиографик ва сонографик; ижтимоий канал – гуруҳ ва жамоа аъзолари орасидаги алоқа тизими, масалан, совға қилиш, алмашиниш, агрессивликни намоён этиш, доминантлик; альфакторли – феромонларни ўрганиш; тактил - частотаси билан, бошқалар ва ўзига таъсир зонаси. Каналлар параллель равишда партитура сингари ёзилиши мумкин, ammo алоҳида қайд этилиши ҳам мумкин.

Симптом ва синдромлар

Қуйида хулқ бузилишининг турлари келтирилган: ирода активлигининг бузилиши (абулия, гипербулия); майлнинг бузилиши; хулқ мотивациясининг бузилиши (парабулия); психомотор бузилишлар; ироданинг бошқа бузилишлари. Систематика шартлиир.

Абулия – фаолиятга интилишнинг йўқлиги, пассивлик, аспонтанлик, адинамия. Абулия турли патологик жараёнларда кузатилади. Шу жумладан, абулия шизофрения учун характерли (“энергетик потенциални йўқотиш”, “динамик бўшлиқ”, “структур деформация”), унинг оддий формаси ва чуқур психик деффект ҳолатларида яхши ифодаланган бўлиб, органик психик бузилишларда ҳам учраши мумкин. Абулияда адинамия, специфик пешона феномени сифатида (“синган перо синдроми”) К.Kleist томонидан биринчи марта 1934 йилда ажратилган ва ҳаракатга интилишнинг етишмаслиги ва бутунлай йўқлигидан иборатдир. Бунда юзага келувчи диапазон етарли даражада кенг: фикрлаш ва нутқнинг етишмаслигидан то тўлиқ ҳаракатсизлик – акинезиягача. К.Beringer (1934) пешона шикастида спонтан активликнинг эътиборли тормозланиши ташқи таъсирларга таъсирлилигининг сақланиб қолиши билан мос келади, деб кўрсатган. W.Klages (1954) кўрсатишича, диэнцефал шикасти билан боғлиқ аспонтанлик, пешонадан фарқли, физиологик чарчоқнинг ифодаси ҳисобланади ва фикрлашнинг бузилиши билан ўтмайди. Баъзида беморлар статусини аниқлашда активликнинг кучсизланиши депрессияси кузатилади (“динамик депрессия”). Охириги ҳолатда активликнинг тушиб кетиши фактини

шутуниш, касаллик кўриниши сифатида, шу жумладан пациентнинг бу ҳолатни енгиб ўтишига интилиши характерлидир. Адинамик депрессияда, пациентларнинг хабарларига кўра, иродавий кучланиш хусусияти ҳам пасаяди. Улар нима қилишни биладилар, ҳаракат заруриятини тушунадилар, аммо уни амалга оширишга ўзларида куч топа олмайдилар.

Ҳаракат учун импульсларнинг кучсизланиши ёки бўшлиғи (сода тилда “ялқовлик”) **гипобулия** термини билан аниқланади. Активликнинг пасайиш даражаси турлича бўлиши мумкин – эътиборсиздан, кўпроқ субъектив кечувчи, аспонтанлик билан чегаравийгача. Гипо- ва абулия – нозологик спецификадан маҳрум бўлган бузилиш. Турли психик ва соматик касалликларда, психопатияда, бош миясининг органик шикастлари натижасида, наркоманияда клиник структурасида учрайди.

Гиподинамия ва астения сингари ўхшаш тушунчаларни чегаралаш керак. Клиник режада улар кўпинча аралаш маънода бўладилар: астения кўпинча гиподинамия билан бирга келади. Аммо, бунақа ҳамма вақт ҳам бўлавермайди. Астениянинг гиперстеник вариантыда, масалан, активликнинг кучсизланиши кузатилмайди. Латентлик ҳолати юқори ҳолдан тойишда бирга кечмайди. Бундан келиб чиқадики, кўрсатилган тушунчалар (уларга тааллуқли бўлган клиник кўриниш) уларнинг ташқи мос келишида идентик ҳисобланмайди.

Гипербулия – фаолиятга кўпинча ўзгарувчан майлларнинг турли хиллигининг кўплиги активлигининг ортиқчалиги ҳолати, шу жумладан мақсадга дарҳол эришишга импульсив эришишдир. Табиий майл ҳаракатга солади. Мақсадларни бирини иккинчиси ортидан тез алмаштириш, вазиятли реакцияларни кўплиги фаолиятни кам маҳсулдор қилиб қўяди. Қисман енгил ҳолатлардагина маҳсулдорлик активлигини ошириш кўтарилиши мумкин. Активликни шиддатли ошишида ҳаотик психомотор асабийлашиш ҳолати юзага келади.

Болалар психиатрик амалиётида **гипердинамик синдром** учрайди (гиперактивлик синдроми). Унинг асосий белгилари: умумий нотинчлик, тез

аччиқланиш, бир жойда ўтира олмаслик, ортиқча ҳаракатларнинг кўплиги, актив эътиборнинг кучсизланганлиги, хулқнинг тугалланмаганлиги, авж олиш, қилиқларнинг импульсивлиги. Оилавий ва мактаб адаптацияси кескин бузилади. Гипердинамия ҳолати боланинг нормал интеллектуал ривожланишига таъсир этади. **Гипердинамик синдром** нутқнинг тутилиши, қовушмаслик, махсус кўникмаларнинг (ўқиш, ҳисоблаш ва б.) ривожининг орқада қолиши гиперкинез сингари ривожланишнинг орқада қолиши деб белгиланади.

Ёши катта пациентларда гипербулия маниакал ҳолатларда, турли касалликларда, психик асабийлашишда кузатилади. Болалар психопатологиясида гипердинамик синдром марказий асаб тизимининг органик шикасти асоратлари – резидуаль-органик асаб-психик бузилишлар билан боғлайдилар. Бундан ташқари у эпилепсияда, сурункали эндемик энцефалитдан шизофренияда, олигофренияда, невротик бузилишларда, шу жумладан Крамер-Полльнов (бу ерда у доимий зўрловчи ҳаракатлар ва ошиб боровчи деменция билан ҳамохангдир) синдроми структурасида таърифланган. 1,5 дан 15 ёшгача бўлган болаларда учрайди, айниқса кўпроқ мактаб ёшгача бўлган болаларда бошида ва охиридаги ёшда айниқса аниқ учрайди (Ковалев, 1979).

Парабулия – хулқ патологияси сабабларини шаклланиши механизмининг бузилишидан келиб чиқади. Сабаб бунда шаклланмай, ички табиий эҳтиёжнинг адекват бўлмаган ҳолатидир. Хулқдаги четлашиш турлича бўлиши мумкин: импульсив, реактив, бемаъни ва катотоник пациентларнинг прозектик ҳаракати. Хулқнинг аниқ сабаблари бу ерда йўқ, бу маъносиз ҳаракатлар (Кербиков, 1949). Уларга фикрлаш патологияси билан боғланган ва парагномен термини билан белгиланган “ғалати ҳаракатлар” яқинлашади (Brzezicki, 1950). Шундай қилиб, пациент мушукни иккига арралайди, чунки “бўлиниш – табиат қонуни”.

Мазмуннинг сўзли формуласида “нутқли кузатиш” мавжуд, ҳаракатнинг вербал сояси. Бемор буни амалга ошириши учун уни нима

мажбур этди, аниқлашнинг имкони йўқ, чунки бу ҳаракатлар алдовли қабул ва алахсираш билан асосланган ва нутқ хулқининг психотик мотивациясидан келиб чиқади. Охиргиси шунга асосланганки, бунда пациент реал ўрнига ундаги ўзининг касал “Мен” ни қабул қилади. Алахсирашли таъқибда “қутқарилади” ёки ташланади, унга аниқ бир нарса ҳавф солаётганлигидан эмас, балки унга бу туюлади.

Майлнинг бузилиши

Майлнинг бузилишида импульсив характери ва инстинктларни бузиб кўрсатиш типи бўйича форклайдилар.

Импульсив характердаги майлнинг бузилиши

Қаршиликсиз реализация қилинувчи ва кейинчалик критик баҳосиз, онгли мақсадни рад этишга йўналтирилгандир. Импульсив майл хуруж кўринишида юзага келади, енгилмас, бир неча соат, кун давом этади, баъзида тез-тез такрорланади. Хуруж вақтида пациент одатда майл билан эгаллаб олинган бўлади, унинг “мен” идан идентифирланади. Шахсиятнинг соғлом қисми майли тормозланган, қандайдир узоқ, бегона деб эсланади, агарда умуман эсланса. Касаллик ҳолатидан чиқишда майлни баҳолаш ўзгаради – энди у бегона шахсият каби қабул қилинади, қандайдир бегона, унга мансубмасдек. Бу ерда биз иккиланган шахсият феномени билан учрашамиз. Бир индивидумда иккита қутб шахсияти мавжуддек, улар фақат галма-галдан таъсир этадилар. Улар антагонизми натижаси бу импульсив майл хуружи бошидаги сабаблар кураши ҳисобланади.

Импульсив характердаги майлнинг бузилиши сонига дипсомания, дромомания, пиромания, клептомания, мифомания, копроламия, гиперсексуаль хуружлар киритилади; берилувчан (“темблинг”) ва компьютер ўйинлари (“лудомания”) га майл.

Дипсомания – мастликка импульсив майл; вақти-вақти билан ва оғир қайтарилувчи сурункасига ичиш. Сурункасига ичиш бошланиши кайфиятнинг аутохтон сурилиши билан боғлиқ. Сурункасига ичишдан

чиқишда кўпинча кенг кўламда хотирани йўқотиш билан намоён бўлади, чунки вақтнинг эътиборли қисмини пациент чуқур мастликда ўтказди. Эҳтимол, амнезия сиқиб чиқариш ҳаракат механизмига эгадир. Сурункали ичиш ўз ҳолича купирланади. Дипсомания эпсилон – дипсоматик алкоголизм сингари баъзи касалликлар (циклотимия, маниакал – депрессив психози, эпилепсия) симптоми сифатида баҳоланади (Jellinek, 1962; Короленко, 1973). Камдан-кам ҳолларда учрайди, беморнинг ҳаёти давомида 1-2 маротаба.

Дромомания (пориомания, вагобандаж) – вақти вақти билан юзага келувчи ўзини тута олмайдиган жойни ўзгартиришга, дарбадар кезишга, дайдиликка майллик. Кетиб қолиш ва дайдилик синдроми кўпинча акли заифликда, неврозларда, шахсиятнинг бузилишида учрайди.

Дромомания ёлғондакам ва ҳақиқий бўлади. Ёлғондакам дромомания кўпинча болалар ва ўсмирларда учрайди, яшаш жойини ўзгартириш энгиб бўлмайдиган импульсив майл йўқлиги билан фарқланади. Ота-оналари билан конфликт вазиятлардан уйдан кетиб қолиш ҳолларида қатъий норозилик, қаршилиқ реакцияси кўринишида намоён бўлиши мумкин, ёки бўлмаса, улар бирор-бир гуруҳ аъзоларидан бирига қўшилиб олиб, бирдамлик ҳисси остида у билан бирга дайдилик қилади.

Ҳақиқий дромомания яшаш жойининг ўзгартиришга энгиб бўлмайдиган импульсив майилнинг мавжудлиги билан характерланади. Кўрсатилган синдромнинг динамикасида аниқ босқинчилик мавжуддир. Биринчи, реактивли босқич вазиятга асосланган уйдан кетиб қолиш билан ифодаланади. Иккинчи босқич одатий, қайд этилган кетиб қолиш билан характерланади; бундай кетиб қолишларнинг пайдо бўлиши патологик ошган майл билан тушунтирилади. Учинчи босқичда кетиб қолиш ва дайдилик энгиб бўлмайдиган, импульсив бўлиб қолади (Иванова, 1972).

Пиромания – энгиб бўлмайдиган ва сабабсиз ёндиришга мойиллик, улар ёмонлик, зарар келтириш мақсадисиз амалга оширилади. Акли заифлик, шахсиятнинг бузилишида учрайди.

Клептомания – вақти-вақти билан ва тўсатдан мақсадсиз ўғрилиқ қилишга эҳтирос. Ўғриланган нарсалар, одатда келптоманга керак эмас ва катта қийматга эга бўлмайди, кўпинча кейинчалик ташлаб юборилади. Ўғрилиқ очикдан-очик амалга оширилади, ўғрилиқда амалга ошириладиган эҳтиёт чоралари кўрилмасдан бажарилади, шу сабабдан дарҳол бажарган шахс аниқланади.

Майл бузилишининг бу уч тури ўзининг келиб чиқиши бўйича архиатик инстинктлардан, генетик бизга етиб келган рудиментал мерос ибтидоий тузумдан иборат деб ҳисобланади, яшаш учун яхши жой излаб инсон кўчиб юрадиган ҳаёт тарзига мажбур бўлганда; иситиш ва егулик тайёрлаш учун, гулханлар ёқиш; йиғиш билан шуғулланиш, яъни мазкур вақтда у учун керак бўлмаган буюмларни йиғиш, кейинчалик улардан ёй учун ўқ учини, балиқ тутиш учун қармоқ, ичиш учун идиш ва б. тайёрлашда фойдаланган.

Мифомания – алдовга енгиб бўлмайдиган талаб, атрофдагилар мистификацияси. Клептоманларга хос, мифоманлар фойда мақсадини кўзламайдилар, бундан ташқари ўз ҳулки билан ўз репутацияларига путур етказадилар. Уларни кўпроқ бошқаларни чалғитиш хоҳиши қизиқтирмайди, ҳаракатнинг ўзи, янглиш воқеаларни тўқиб чиқариш жараёнигина уларга хузур бағишлайди. Психологик режада мазкур фаолият сабабнинг мақсадга ўтишини иллюстирлайди - мазкур ҳолатда янги ҳосила механизми патологик талабдир (А.Н.Леонтьев).

Копролалия – нутқда беадаб ҳақоратни қўллашга енгиб бўлмас интилиш. Ўзининг келиб чиқиши бўйича ҳақорат ёки инвектив лексика сўзлар магияси билан боғлиқ. Беадаб жинсий символикаси сўкиш сўзлари қадимий маданий алоқадан бошланиб, гениталияларгачадир. Сўкиш сўзлари бу маънода архиатик анъаналарни давоми ҳисобланади. Бошланғич маъносини йўқотиб, улар олдинги психологик маънони сақлаб қолганлар: кўпгина уришаётганлар буни “енгиллашиш” мақсадида бажарадилар. Пациентларда аввал четлаб ўтилувчи сўкиш сўзларининг пайдо бўлиши,

шахсиятнинг регрессияси ҳақида гувоҳлик беради. Диссоциал бузилишли шахслар учун характерли, Жиле де ля Туретто синдромида, ҳамма ўткир психозларда пайдо бўлиши мумкин.

Катта ёшли гетеросексуалларда учрайдиган, кўпгина сексуал бузилишлардан кўп учрайдиганларини қайд этамиз – бу жинсий алоқанинг кучайиши ва либидо.

Нимфомания (аёлларда), **сатириазис** (эркакларда) – импульсив равишда эротик майлнинг ошиши, қониқиш ҳиссисиз жинсий партнерларни доимий алмаштиришга эҳтирос. Бундай хуружлар вақтида сексуал активлик тийиб бўлмайдиган ва тартибсиз партнерга нисбатан зўраки таъсир билан амалга оширилувчи характерга эга бўлади. Жинсий алоқа, бироқ интенсив майлни пасайтирмайди, қондирилиш олиб келмайди. Бундан ташқари, улар аҳволни ёмонлаштириши мумкин, шу сабабдан пациентлар уларни четлаб ўтишни афзал кўрадилар.

Сексуал майлнинг юқори интенсивлиги физиологик бузилиш мавжуд бўлмаган ҳолатда четланиш ҳисобланмайди. Кўп ҳолларда, нифомания ва сатириазис, сексуал қимматли доминирланиш - “эротомания” учрайди. Сексуаллик одатда унга эътибор концентрациясининг меъёри бузилишидадир. Нормада у ўз мақсади бўлмай, яқинлашиш воситаси, севги алоқасининг ифодаси ҳисобланади.

Эркакларда тўлқинланиш фазасига эрекциянинг юз бермаслиги, аёлларда эса – вагинизмдир. Эркакларда оргазм фазасига – вақтдан олдин ва тормозланган эйякуляция, аёлларда эса – бирламчи ва вазиятли аноргазмия.

Импотенция – ўз-ўзидан либидонинг йўқлиги, ёки интромиссия учун етарли бўлган (мойлиққа кириш), эркакларда қондирилиш сифати эрекцияга эришиши ва давомийлигининг йўқлиги. Импотенциянинг асосий сабабларидан бири партнерларнинг кучланишли шахсият орасидаги алоқалар ҳисобланади. Ўзини паст баҳолаш, коитуснинг ўтмишдаги салбий тажрибаси, ишонмаслик, секснинг физиологик аспектларига эътиборнинг марказлашуви

маънога эга. Психиатрик амалиётда астеник, депрессив, ипохондрик ва бошқа касаллик ҳолатларида кузатилади.

Муддатидан олдин эякуляция – охиргиси шунчалик вақтли келадики, бунда партнер аёл оргазмга эриша олмайди, гарчи у бунга кодир бўлса ҳам. Физиологик жиҳатдан ҳам (юқори асаб-психик асабийлашиш), шу тариқа психологик сабабларга кўра ҳам (масалан, жинсий актни тез тугатишни талаб этиш шароитидаги эрта сексуал тажриба) юзага келади. Эякуляциянинг тутилиб қолиши – жинсий акт вақтида эякуляцияга қобилятсизлиги намоён бўлиши ҳам импотенцияга сабаб бўлиши мумкин.

Вагинизм – қўшилиш вақтидаги мойлиқ мушакларининг ва тос тубининг спастик қисқариш синдроми. Кучли оғриқ ва мойлиққа киришнинг сиқилиши натижасида жинсий актнинг иложиси бўлмайди. Вагинизм сабаблари кўрқув, партнер ҳавфсизлигига ишонмаслик, гинекологик касалликлар, шикаст ва оғриқли манипуляциялар (операция, инструментал текширув ва б.), травматик сексуал инициация ҳисобланади. Пуритан анъаналарида тарбиялаш аниқ маънога эга бўлиб, бунда жинсий ҳаётга салбий муносабат билдирилади (жирканиш, қоралаш).

Психологик диспареуния – жинсий алоқа вақтида жинсий аъзоларда оғриқ, одатда аёлларда бирор-бир аниқ физиологик сабабларсиз юзага келади. Аноргазмия – аёл ҳеч қанаганги вазиятларда ҳам оргазмга эриша олмаслигида ёки аввал унга эришганлиги сабабли контал актга хусусиятини йўқотганлигида намоён бўлади. Аноргазмиянинг пайдо бўлиши сексуал-салбий тарбия, портнерда жинсий бузилишлар, шахсият орасидаги алоқанинг бузилиши билан боғлиқ. Сохта аноргазмия синдромида оргазм клиторни самарали стимуляциясида эришиш мумкин. Юқорида қайд этилган жинсий бузилишлар невротик, шу жумладан неврозга ўхшаш ва соматик ва психик касалликлардаги органик бузилишлар билан асосланган.

Инстинкт даражасида майлнинг бузилиши

Туғма майлнинг турли хил бузилишлари учрайди: сексуал, озиқ-овқат, ўзини сақлаш инстинкти, ота-она инстинкти.

Жинсий майлнинг четга чиқиши жуда ҳам турличадир.

Гомосексуализм – бир номли жинс шахсига жинсий майл ориентацияси. Гомосексуализмнинг келиб чиқиши туғма ёки жинсий идентификация бузилишида ижтимоий таъсир натижасида юзага келиши билан боғлиқ. Мустаҳкам жинсий ўзига ўхшашлиги боланинг 2 ёшидан тузилади. Қисман камдан-кам ҳолларда туғма гомосексуализм болаликдан намоён бўлиши қуйидаги хусусиятларда бирга кечади: ўйинлар, бошқа жинсли тенгдошларига интилиш, ўз жинси кийимларини кийишдан бош тортиш, психологик ва ижтимоий ролларни танлаш характери. Энг биринчи романтик ҳиссиётлар аниқ гомосексуал ориентацияга эга, шу тариқа севишнинг охириги ҳолатигача. Гетеросексуал контактларга тўла бефарқликни ёки енгиб бўлмайдиган жирканиш намоён этади. Кўп ҳолларда гомосексуал ориентация либидо туғма бўлмайди, турли сабаблар таъсири остида шаклланади: онанинг гипер ҳимояси, бошқа жинсдаги ота-она билан алоқанинг ёмонлиги, артистик муҳит, ажралиш (озодликдан маҳрум бўлиш, интернат ва б.), омадсиз гетеросексуал контактларнинг қайтарилиш кўркуви ва б. Ўз жинсидаги шахсларга ижтимоий режада ўхшашлик, психологик алоқада кўпгина гомосексуалистлар қарама-қарши жинсий нарсали кишиларда ўзшашлик аниқланилади. Сексуал инверсия адекват ижтимоий ва психологик идентификация билан бирга мувофиқ келиши мумкин. Сексуал ориентация кўпинча иккиланган бўлади - бисексуализм. Гомосексуализм латент ёки беркинган бўлиши мумкин, бунда турли психологик муаммолар туғилиши мумкин. Жамиятнинг маданий анъаналарига қарши бўлса, шахсий гомоэротик тенденциялар тан олинмайди, чунки психологик ҳимоя механизмлари билан блокирланади (репрессия, сиқиб чиқариш). Онгли даражада бу гемофобия билан ифодаланиши мумкин – гомосексуализмга нафрат ва унга боғлиқларга ҳам.

Аёллар гомосексуализми сапфизм, трибадия, лесбийск севгиси; эркаклар - уранизм термини билан белгиланган. Гомоэротик майллик ёши катта эркакларга – аидрофилия, ўсмирларга – эфебофилия, аёлларда ҳам тааллуқли равишда гинекофилия ва керофилия. Сексуал инверсия болаларга нисбатан гомосексуал педофилия деб аталади. Гомосексуал контактларда актив партнер – бу педикатор, пассиви (болабозлик актларида) – патикус ёки кинэдэ. Гомосексуал контактларнинг кўпроқ тарқалган варианты ўзаро маструбация – партнерлар томонидан бир-бирининг гениталийларини манипуляцияси.

Сексуал камчилик катта ёшдаги аҳолининг 2-5% ташкил қилади. Бу сонга бисексуал ориентацияли кишилар кирмайди.

Гомосексуализм касаллик бўлмай, хулқнинг девианли ёки четлашувчи формасига тааллуқли. Психик бузилишларда, кўпинча, психологик ҳимоя тўсиғини бузувчи латент гомосексуализм аниқ манифестли бўлиб қолиши мумкин.

Садизм – жинсий партнерга жисмоний оғриқ келтиришга интилиш, сексуал асабийлашиш мақсадидаги ахлоқий азоб. Садистларга ҳос бўлган майл сексуал фантазиялар билан чегараланиши мумкин. Баъзи ҳолларда бошқа жинсий четлашиш билан ифодаланади (гомосексуализм, педофилия ва шунга ўхшашлар).

Садизм остида жинсий партнер устидан тўла ҳокимлик, уни шу даражада эгаллашки, бунда унга оғриқ ва камситиш етказиш даражасидаги интилиш тушунилади.

Мазохизм – жинсий партнердан чиқувчи ва шахвоний асабийлашиш ва оргазмга етишда оғриқ ёки қийноқ хиссига талаб.

Фетишизм – жинсий майлнинг тананинг алоҳида қисмига ёки туалет предметларига йўналтирилганлиги. Уларнинг кузатишлари шахвоний асабийлашишнинг асосий шароити ҳисобланади. Коитус маструбация билан алмаштирилса, мажбурий бўлмайди. Фетишизмнинг замонавий турли хиллиги шиширилган қўғирчоқлар билан бирга яшаш, сунъий жинсий

аъзолардан фойдаланишдан иборат. Жинсий фетишизмлар экскрементлар, аъзолар, хид, соч, оёқ кийим, партнер терисининг ранги ва кўпгина бошқалар бўлиши мумкин. Шахвоний ҳис мақсадида бошқа одамларни интим саҳналарини кузатиш ёки кўзгуда шахсий жинсий актларини кузатиш – **вуайеризм** хизмат қилиши мумкин.

Пигмалионизм – жинсий майлнинг ҳайкалга ёки тананинг тасвирига йўналтирилгани, шахвоний асабийлашиш мақсадида уларни кузатиш.

Нарциссизм – ёки патологик аутоэротизм – ўз танасини кузатишда жинсий суқланишнинг пайдо бўлиши. Кенг қамровли тушунчада патологик (боғланган) аутоэротизмга партнернинг иштирокисиз, турли усуллар ёрдами билан ўз шахватини уйғотиш киради.

Орализм – четлашиш, бунда оргазм фақатгина гениталийни партнер томонидан лаблар ёки тил билан қитиқлаш натижасида эришилади.

Анализм – бузилиш, бунда оргазм тўғри ичакни механик стимуляцияси ёрдамида, яъни анал коитус йўли билан эришилади.

Транссексуализм – бузилиш, бунда индивидуум ўз танасини биологик жинсга тааллуқликни қабул қила олмайди, шу жумладан жинсий аъзодан ижтимоий ролни. Бу билан ўз танасига нисбатан нафрат, ўз анатомик ва паспортли жинсини ўзгартириш, қарама-қарши жинс кийимларини кийишга талаб билан боғлиқ. Шахвоний майл гомоэротик ориентацияга эга, лекин кўпгина транссексуаллар учун жинсий ҳаёт катта маънога эга бўлиши мумкин.

Транссексуализм ҳақиқий ва ёлғондакам бўлади. Ҳақиқий болалигидан бошқа жинсга биологик тааллуқлигини ҳис этиш, бунда ҳеч қандай психик бузилишларсиз бўлиши билан фарқланади, ёлғондакам транссексуализм эса – биологик жинсини алахсираш касаллик сабаблари бўйича, алмаштириш хоҳиши, кўпинча шизофрения доирасидагина бўлади.

Трансвестизм (эонизм, метатропизм) остида қуйидаги четлашиш тушунилади, бунда жинсий қониқиш биологик тегишлилик ҳиссисиз бошқа жинснинг кийимларини кийиб олишда эришилади.

Вампиризм – шахвоний қониқиш партнер қони таъми асосида юзага келади (жинсий алоқа вақтида ёки ундан олдин тишлаш натижасида қон ажралади).

Сексуал объектни ажрата олмаслик синдроми – полидевиатли жинсий бузилиш, кўпгина турли шахвоний бузилишлар комбинацияси кўринишида.

Бошқа жинсий четлашишлар ҳам кузатилади: **педофилия** – болаларга жинсий майиллик, **геронтофилия** – қарилик ёшидагиларга, **некрофилия** – ўликларга, **зоофилия** – ҳайвонларга, инцест ёки қон аралашуви – қондош қариндошларга (қариндошликнинг тўртинчи даражасигача); **эксгибиционизм** – бошқа жинс кишиси олдида жинсий аъзоларни яланғочлашга интилиш; **фроттеризм** – тикилинчда партнер танасига гениталийни ишлақаш йўли билан оргазмга етиш; **пирологния** – жинсий қониқиш мақсадида оловни кузатиш; **копрофемия** – партнер олдида бадаб сўқиниш (ёки телефон орқали), кейинги шахвоний мақсадлар садизм турлари ҳисобланади; **плюрализм** – гуруҳли секс. Сексуал оргияларда, масалан, аёл киши бир вақтнинг ўзида икки ёки хаттоки жинсий контактларнинг уч турини амалга оширади: генитал, анал ва орал-генитал (минет). Жинсий перверзий рўйхати бу ерда келтирилганлар билан чегараланмайди. Шу тариқа таъкидлаш керакки, кўп ҳолатларда перверзий турлари ўзаро мос бўлади, мана масалан, гомосексуализм трансвестизм билан, нарциссизм билан ва хоказо.

Озиқ-овқат майлининг бузилиши

Булимия – таомга майлнинг ошиши, ғаройиб очкўзлик, оч қолиш ҳиссининг ошганлиги ва тўйинмаслик. Кўп ҳолларда арқоқ-гипофизар патология симптоми кўпгина эндокрин касалликлари сифатида намоён бўлади. Кляйн-Левин синдромида юқори уйқучанлик хуружлари билан ҳамоҳан бўлади. Шу тариқа психик бузилишларда учрайди: кататоник бузилишли пациентларда, прогрессив параличда, чуқур ақли заифликда. Озиқ-овқатни ҳаддан ташқари кўп қабул қилиш психогенли факторлар билан

асосланган бўлиши мумкин – таом, озиқ-овқат бўлмаган бошқа эҳтиёжларни кондиритиш услуби бўлиб қолади. Масалан, эмоционал кучланишни, норозиликни йўқотиш мақсадида, кўнгилни ёзиш, чалғиш, ўзига ишончни хис этиш учун, ҳузур-ҳаловат олиш учун, атрофдагиларга ўз устунлигини кўрсатиш учун. Мазкур типнинг озиқ-овқат интоксикацияси семизлик тарқалганлик сабабидир.

Анорексия – очлик ҳиссининг йўқолганлиги. Симмондс синдромида, Шиен синдромида, баъзи бир эндокрин касалликларда учрайди. Кўп ҳолларда психик касалликларда учрайди – психик анорексия. Масалан, ўткир психотик ҳолатлар, депрессияда, кататоник ҳолатда. Азооголли анорексия – мастликда очлик ҳиссининг йўқолиши ва алкоголизмда беморларда абстиненция. Пубертат ёшда, кўпинча қиз болаларда, асабий анорексия учрайди – бошланишида мақсадли овқатдан ўзини тийиш, кейинчалик эса очлик ҳиссининг пасайиши, овқатдан жирканиш кузатилади. Эмоционал анорексия – таомга танловли муносабат, болаликда мажбурлаб едириш сабабли, баъзи бир озиқ-овқат маҳсулотларини кўтара олмаслик.

Полифагия – озиқ-овқат маҳсулотларига кирмайдиганларни ейишга интилиш. Масалан, бир неча йиллар мобайнида пациент охак, қум, қизил ғиштнинг бўлагини, кул еган. Буни овқатдан олдин кунига бир неча маротаба такрорлайди. Пациент шундай қилишга мажбур, бўлмасам унинг айтишича, у овқат ея олмас экан. Физиологик шароитда полифагия ҳомиладорларда, шу жумладан болаларда ҳам кузатилади. Шарқ ва Африка мамлакатларида озиқ-овқат маҳсулоти сифатида, ҳаттоки деликатес сифатида лойнинг айрим сортларини қўллайдилар, бу патология бермайди. Полифагия шизофренияда, прогрессив параличда, оғир ақли заифликда учрайди. Истеъмол қилинмайдиган предметлар наркоманлар томонидан баъзида наркотик ўрнига, депрессив пациент томонидан ютилади – суицидал мақсадда, Мюнхаузен синдроми беморларда эса, врачни адаштириш ва операцияга олиб кирилиши учун.

Копрофагия – нажасни ейишга интилиш, масалан ахлат, ювинди, мусор ва б.

Парарексия – озиқ-овқатга нисбатан ўта қийматли ёки алаҳсирашли озиқ-овқат инжиқликлари. Беморлар, масалан, бирор бир нарсани: куритилган нон, шоколад, мевалар, компот, жигардан тайёрланган таом ёки махсус, ғаройиб пархезни ихтиро қилиш билан овқатланишни афзал кўрадилар. Озиқ-овқат инжиқликлари ғалати, ўнғайсиз, ноқулай характерга эга бўлиши мумкин. Яъни, шизофренияли бемор “калий тузларига, мол оксигенига эҳтиёж” сезади, вақти-вақти билан кўп ҳажмда “углеводлар ва кальций препаратларини” истеъмол қилишга ўтади, ёки бўлмасам сулидан тайёрланган бўтқадан бошқа нарса емайди.

Полидипсия – қондириб бўлмайдиган чанқоқ. Асосан эндокрин касалликларда, межуточно-гипофизар патологияларда учрайди. Камдан-кам ҳолларда психоген асосланган полидипсия турида қайд этилади. Сувни кўп истеъмол қилиш маниакал ҳолатларга, депрессияга хос бўлиб, аксинча, олигодипсия аниқланади.

Инстинкт ҳавфсизлиги (ўзини-ўзи сақлаш) бузилишига агрессия ва суицидал хулқ киради.

Агрессия – ҳақиқий ёки соҳта ҳавф ўчоғини бартараф этишга қаратилган хулқ. Кенг маънодаги агрессия – бу мақсадга эришиш учун тўсиқларни енгиб ўтишга қаратилган шахсиятнинг шаклланиши: тиришқоқлик, қатъийлик, қаттиқлик. Агрессия пантомик ёки экспрессив (ҳавф солувчи ҳолат), аффектив (ғазаб, аччиқланиш), вербал (сўзли таҳдид), импульсив (бузувчи ҳаракатлар), душман (мақсадли зарар етказиш), инструментал (бошқа мақсадларга эришиш воситаси ҳисобланади), индуцирланган (тўдада, душман образига ишонтирилган) бўлиши мумкин. Агрессия шахсий инсоний кўринишлар даражасида зўрлаш, табиатни бузиш сабабларига жирканиш, нафрат билан ифодаланади. Агрессив тенденциялар психиатрик пациентларда соғлом индивидумларга нисбатан бир хилда учрайди. Агрессивликни кўнгил касалланишининг бирламчи, биологик

симптоми деб ҳисоблаб бўлмайди. Пациентларнинг агрессив ҳаракатларининг кўп қисми реактив бўлиб, шахсиятни преморбид кўринишларини ифодалайди. Агрессивлик психоаналитик позициялардан катталарнинг зўрлашига жавобан болаликдан бошлаб шаклланади (йўргаклаш, эркинликни босиш, мажбурлаш, жазолаш). Агрессияни босиш неврозга олиб келади. Агрессия коррекцияси ижтимоий мақбул ўзанни ўзгартириш йўли билан амалга оширилиши мумкин. Агарда болаларнинг агрессив импульслари бостирилса, ижтимоийлаштирилмаса, у ҳолда катта ёшли кишида агрессия ўзининг биринчи пайдо бўлган, архиаик кўринишида сақланиб қолади.

Ўзини-ўзи ўлдириш (суицид) – ўзига йўналтирилган агрессия, ауцтоагрессия. Ўзини-ўзи ўлдиришнинг мавжуд бўлган кўп қиррали формалари турли: ижтимоий, психологик, биологик сабабларга кўра, инсонни ўзига нисбатан муносабатида кўринади. Ўзини-ўзи ўлдиришнинг баъзи кўринишларини келтирамиз:

1. Институционал ўзини-ўзи ўлдириш – репрессив, жамиятнинг этик фармойиши ёки космогоник тасаввурни акс эттирувчи сабаблар бўйича амалга оширилади (масалан, будда динидаги кишиларнинг ўзини-ўзи ёндириши).

2. Идолотаъзим қилиш – ўсмирларнинг гуруҳ бўлиб ўзини-ўзи ўлдириши. Одатга кўра аёл жинсидаги фонатик ўсмирлар мазкур актни ўз санамларига бўлган севгини бўлиша олмаслик натижасида амалга оширадилар.

3. Натижавий ўзини-ўзи ўлдириш – инсон, қийноқли ёки шармандали ўлим билан яқинда ўлишини билган ёки ҳато ўйлаш натижасида ўзини-ўзи ўлдиради.

4. Виктимли ўзини-ўзи ўлдириш - ҳаётини тугашига интилувчи инсон, қурбон бўлиш учун, онгли равишда ҳавфли ва ҳатарли ишларга ёки конфликт вазиятларга боғланади.

5. Альтуистик ўзини-ўзи ўлдириш – бошқаларни қутқариб қолиш учун ихтиёрий ўлим. В.Франкл альтруистик сабабларни суицидал деб ҳисобламаган, чунки кўп ҳоларда ўзини-ўзи ўлдириш шахсий характер майли билан амалга оширилади.

6. Платоник ўзини-ўзи ўлдириш - фикр юритиш орқали амалга оширилади, масалан, ўзини ҳақлигини исботлаш учун, ўз иншончидан кечмаслик хоҳиши (Сократ ўлими).

7. Индуцирланган ўзини-ўзи ўлдириш – ташқи ишонтириш таъсири остида ёки онгли ёпиқ формалари билан манипуляцияси асосида амалга оширилади.

8. Ўз ҳаётини қадрсизлаш ёки қийматини тушунмаслик фактлари акс эттирувчи ўзини-ўзи ўлдириш. Масалан, болалар ўйинида ўзини-ўзи ўлдириш.

9. Сократ кўринишидаги ўзини-ўзи ўлдириш – жисмоний ва кўнгилдаги чидаб бўлмайдиган оғриқ хуружи вақтида ўз ҳаётига суиқасд қилиш.

10. Намойишкорона ўзини-ўзи ўлдириш – ўз мардлигини намоёиш этиш сифатида, бошқа ҳоларда бу ноумидлик, баъзида охирги ёрдам сўраш кўринишида бажарилади. Атрофдагиларга босим воситаси сифатида ҳам фойдаланилади (суицидал шантаж).

11. Ҳаёт образидек, ўзини-ўзи ўлдириш. Айниқса кўп тарқалган формалардан аутодеструктив хулқ алкоголизм, наркомания ҳисобланади, унинг юзага келишида ўзини-ўзи йўқ қилишга узайтирилган дастур қўйилади.

Ўзини-ўзи ўлдиришнинг юқорида қайд этилган турлари ҳеч қандай психик патология билан боғлиқ бўлмайди, яъни уларни амалга оширувчи кишилар руҳий касалликлардан жабрланмаган бўлади. Психиатрик пациентларда ўзини-ўзи ўлдириш турли психик бузилишлар билан боғлиқ бўлади. Характерига боғлиқ ҳолда қуйидаги суицидал хулқнинг клиник вариантлари мавжуд бўлиши мумкин:

1. Импульсив ўзини-ўзи ўлдириш - тўсатдан, сабабсиз ва психологик тушунтириб бўлмайдиган. Суицидал акт мазкур вазиятда юзага келувчи, хоҳлаган услуб билан ғайри ихтиёрий равишда бажарилади. Яъни, агарда кўзига пичоқ кўринса, юрак ёки бўйинга урилиши кузатилади; захарли субстанция кўринса, ундан фойдаланилади; кўприк устидаги ғоя, бемор ўйламасдан сувга ўзини ташлайди, кўчада – машина тагига; тўсатдан қўлга тушган лезвия билан томир кесилади ва б. Тирик қолган пациентлар, хурсандчилик ҳам, тирик қолганларига ҳафагарчиликни ҳам билдирмайдилар, ўз омадсизликларидан ҳафа ҳам бўлмайдилар, ва умуман нима бўлганлигини тайинли тушунтира олмайдилар. Суицидал импульслар чакмоқ сингари, олдиндан айтиб бўлмайдиган, вақти-вақти билан тақрорланиши мумкин. Ўзини-ўзи ўлдиришнинг мазкур типи кататоник пациентларда кузатилган.

2. Эпилептиформли ўзини-ўзи ўлдириш – суицидал ҳаракат, эпилептиформ асабийлашиш ҳолатида бажарилади. Тирик қолган пациентларда суицид ҳақидаги хотира сақланиб қолмайди.

3. Галлюцинаторли ўзини-ўзи ўлдириш – суицидал маънодаги императив галлюцинациялар билан асосланган. Баъзида алдовли қабул пациентда иложиси йўқ вазият ҳақида тасаввур пайдо бўлади (сахна кўринишидаги эшитув ва аналогик типдаги қўрув галлюцинациялари), яъни бунда беморда ўз ҳаётига суиқастдан бошқа яхши танлов қолмайди. Баъзида овозлар “нариги дунёда” янги, яхши ҳаётни ваъда беради ва пациент суицид йўли билан у ерга ўтишга рози бўлади.

4. Алахсирашли ўзини-ўзи ўлдириш – кўпинча таъқиб қилиш алахсираши ва ўша ҳаёлий вазиятнинг кўпроқ шартлашганлиги, бунда пациентнинг қарор қилишига энг яхши натижа, ўзини-ўзи ўлдириш ҳисобланади. Суицидлар ўлимли касаллик алахсираши, қайта туғилиш алахсираши (ўлим орқали пациент, юқори сифатли, бошқа бўлиб, қайта туғилиш), деперсонализация сабабли алахсирашли (ўзини ўлдирган буюк шахсият идентификацияси) пациентларда учрайди.

5. Депрессивли ўзини-ўзи ўлдириш – кўриниши бўйича, тез-тез учрайди. Гуноҳ, ўзини айблаш, маънони йўқотишга ачиниш ғоялари билан боғлиқ. “Кенгайтирилган” ўзини-ўзи ўлдириш эҳтимоли бор – бошида пациент яқинларини ўлдиради, уларни оғир қийноқ кутмоқда деб ҳисоблайди ва яхшиси ўлим қабул қилиш, бўлмасам чидаб бўлмайдиган азобларга қолишади. Яқинларнинг ўлиmidан сўнг, у иккиланишсиз ўзини ҳам ўлдиради. Депрессив пациентлар кўп ҳолларда суицидли мақсадларини беркитадилар, чунки буни чуқур шахсий ишлари деб ҳисоблайдилар, шу жумладан атрофдагиларнинг қаршилигидан сақланиш учун. Ўзини-ўзи ўлдириш эрта тонгда бажарилиши мумкин, бу вақтда депрессия айниқса оғир бўлиши мумкин, ёки сутканинг бошқа вақтида агарда мос келувчи вазият яратилса. Ўзини-ўзи ўлдиришнинг шундай усулларини афзал кўрадиларки, бунда тирик қолишга умид бўлмайди. Шундай қилиб, бошини темирчилар пресси остига қўйиб, бемор ўзини-ўзи ўлдирди. Бошқа пациент, ҳаракат қилиш билан, иккала қўлидаги турли жойлардаги томирларни кесиб, бўйинтуруқ веналарини ҳам шундай қилиб, ундан сўнг эса сочиқ билан ўзини бўғган. Ёки пациент ўзини-ўзи ўлдиришга ҳаракат қилиб, тайганинг ичига кириб, ўзини ёндириб юбориш учун дарахт тагида гулхан ёққан. Бундай ғалати ўзини-ўзи ўлдиришлар шизофренияли беморлар депрессиясини кўрсатиши мумкин.

6. Невротик ўзини-ўзи ўлдириш – психик бузилишли невротик даражадаги сезишда акс этади (шахсиятнинг истерик бузилиши ва б.). Агарда суицидал контекста асаб анорексиясини кўриб чиқсак, у ҳолда бу невротик ўзини-ўзи ўлдиришда модель бўлиши мумкин эди. Невротик бузилишнинг бошқа ҳамма ҳолатларида суицид тенденциялар, кўп ҳолатларда бўлса ҳам, одатда амбивалент ва таққосланганда камдан кам ҳолатларда амалга оширилади. Истерияда кўпинча бутафорли ўзини-ўзи ўлдириш ҳаракати кузатилади.

7. Реактивли ўзини-ўзи ўлдириш – ҳақиқий ёки фақат туюладиган психотравматик вазиятга депрессив реакция билан боғлиқ бўлади. Яъни,

Ўзини-ўзи ўлдириш баъзида психик касалликни тушуниб етгандан сўнг амалга оширилади. Кўп ҳолларда аффект ҳолатида психопатик шахсиятли асабийлашган типда аутоагрессив ҳаракат юзага келади. Мастлик (алкоголь, барбитурли) суицидли импульсларни амалга оширишни енгиллаштирувчи эътиборли фактордир.

8. Ўзига шикаст етказиш (ўзининг бирор аъзосини қасддан жароҳатлаш), уатодеструктив хулқнинг бир тури сифатида. Соғлом субъектлардагина эмас (диний сабабларга кўра ғурурдан тушиш мақсадида ўзини-ўзи қийнаш – флагеллантизм, ғаразли ўйлар сабабли ўзининг бирор аъзосини қасддан жароҳатлаш), балки психик касалланганларда ҳам учрайди. Яъни, депрессонализацияли бемор (жисмоний анестезияли) “ўзини ҳис этиш учун” печда икки кўлининг кафтини куйдирган. Шахсият бузилиши кузатувчи пациентларда, ўзининг бирор аъзосини қасддан жароҳатлашга сабабсиз майл учрайди. Бизга маълум бўлишича, шизофренияли бемор, озгина бўлса ҳам эркин ҳаракат эҳтимолидан фойдаланган ҳолатда кулоқ пардасига шикаст етказган, иккала кўз олмаси энуклеациясини ўтказган, томирларни очишга ҳаракат қилган, бурун йўллари, гениталийни шикастлашга ҳаракат қилган.

Пациент ва соғлом индивидумлар суицид хулқини кузатиш тажрибаси шуни таъкидлайдики, ўзини-ўзи ўлдиришнинг эътиборли ички шароити шахсиятнинг эгоцентрик структураси ёки шахсият фаолиятининг мазкур даражага регрессиясидир. Охир оқибат иш шунга олиб борадики, ўз ҳаёти, ташқи кўриниши, касаллиги, ўз ўрни ёки шахсий кечинмалари суицидентнинг диққат марказида бўлади. Ижтимоий таъсир суицидал хулқ генезисида бевосита бўлганидек, шу тариқа эртанги (шахсиятни ривожланишини орқада қолдирувчи) эътиборли, лекин, кўшимча маънога эга. Демак, концентрацион лагернинг маҳбуслари орасида, ўзини-ўзи ўлдириш частотаси жуда паст бўлган. Коэн бунини шахсиятнинг чуқур регрессияси билан тушунтирган, бунда у “хайвон даражасигача” туширилган, қачонки ҳамма истаклар тирик қолишга қаратилган эди. Эҳтиёжлардан

озгинаси қолган эди – овқатга, уйқуга ва сигаретага. Одатий қамоқдагилар учун ўткир бўлган сексуал муаммолар ҳам юзага келмаган.

Таъкидлаш зарурки, суицидал ҳуққ психик бузилишнинг бирламчи симптоми эмасдир. Охиргиси, балки, суицидга туртки бўлиши мумкин, уни амалга ошишини енгиллаштириши мумкин, лекин у асосий сабаб бўла олмайди.

Ота-она ҳисси патологияси

Ота-она ҳиссининг бузилиши психиатрик адабиётда амалий равишда келтирилмаган. Чунки, сексуал майлнинг бузилиши билан тенглаштиришдир. Лекин бу мутлақо ҳар хил нарса бўлиб, инсонлар учунгина эмас балки ҳайвонлар учун ҳам. Изланишлар кўрсатишига асосланиб, иерархия бўйича ҳайвонлар инстинкти талаби, Р.Конечный ва М.Боухал (1983) келтириши бўйича, оналар инстинкти муҳимлиги билан биринчи ўринни эгаллайди, шу вақтнинг ўзида, бешта инстинктдан сексуал майл – атиги тўртинчи ўринни эгаллайди. Бу борада кундалик клиник тажрибада ҳам ишонч ҳосил қилиш мумкин. Фарзандли бўлиш майли сексуал жиҳатдан совуқ аёлларда кучли бўлиши мумкин, бошқа томондан эса, кўпчилик “секс-бомбалар” оналик ролидан жирканадилар. Шундай бўлиши ҳам мумкинки, бунда сексуал майл ҳаётнинг генератив даврида бўлмаслиги, климаксдан олдин ёки кейин уйғониши ва тескарисига, биологик етуқлик пайдо бўлишдан олдин юзага келиши мумкин.

Ота-она эҳтиёжи фрустрацияси ҳуққнинг невротик бузилиши сабабли бўлиши мумкин: оиладаги конфликтлар, норасоликнинг ўткир ҳисси, маъносини йўқотганликни ҳис этиш. Ҳуққнинг аномал формалари учрайди: “ўзи учун хузур ҳаловатда яшаш”, болаларга адоват, болали оилаларга жирканч муносабат, бошқа ҳимоя стратегиялари. Фарзанд туғилиши билан кўримсизлик сабабли кўпгина ота-оналарда қийноқли ўқиниш юзага келади. Ҳаёлан ўз айбларини ювиш учун кейинги ҳаётларининг баъзида бутун вақтини қурбонликка олиб келадилар – ҳамма кучларини дефект

тузатишга ҳаракат қиладилар, қачонки бун иложиси йўқдир. Қайта туғишнинг ваҳимали кўркуви пайдо бўлади. Оғир травмали, психотик ҳолатнинг ривожланишини юзага келиши, болани йўқотишга олиб келади.

Баъзида, тескарисига, кийин тушунтирилувчи ҳолатлар ота-онанинг ўз болаларига адовати учрайди. Булардан бирида она кўпгина йиллар давомида ўз ўғлини таъқиб қилган, турли йўллар билан беобрў қилишга ҳаракат қилган, унинг ижтимоий ўсиши ва оилавий бахтига ҳалакит берган. Ота-онанинг эҳтиёжи психотик кечинмаларда оилани боқишда ифодаланади. Демак, пациентлар ўткир психозда кўпинча ҳаёлий туғиш вазиятида бўлар эканлар. Бошқалари болаларни кўплаб “туғадилар”. Ёлғондакам ҳомиладорлик синдроми, бола бўлишини хоҳлаш, реал хоҳишда амалга ошмаслиги билан боғланган. Шундай беморлар учрайдики, улар психозда ўз болаларини “ўлдирадилар”. Баъзи пациентлар рашк алахсираши билан уларни “бегона” ҳисоблаб ўз болаларидан воз кечадилар. Шубҳасиз, юқорида айтиб ўтилган бузилишларни ота-она инстинкти даражасида боғлаш қалтисдир. Ҳудди шуни инсоннинг бошқа инстинктларида такрорлаш мумкин.

Ҳаракатга солувчи бузилишлар

Психомотор бузилишлар сабабсиз, ўйламасдан, гиперкинезга яқин ҳаракат ва таъсирлар, шу жумладан ҳаракатсиз ҳолатлар билан намоён бўлади.

Негативизм — маъносиз вазият талабларига қарши ҳаракат, шу жумладан, фаолиятга шахсий майл (“ички негативизм”, амбивалентлик). Актив негативизмда қайта адекват ҳаракатлар бажарилади. Пассив негативизмда мақсадли ҳаракатлар бажариш рад этиш кузатилади. Негативизм моторли актлар билангина эмас, балки нутқда ҳам кузатилиши мумкин. Бемор шундай дейди: “Бугун душанба эмас, бешинчи февраль эмас. Мен касалхонада ётганим йўқ, мен касал эмасман. Йўқ, мен соғлом эмасман. Менинг эрим йўқ. У бор эди, сузиб чиқмади, у йўқ эди, аммо у сузиб чиқди,

уни оти Иван эмас...”. Негативистик беморлар контактга ёмон киришадилар, саволларга умуман жавоб бермасликлари мумкин, умуман гаплашмасликлари мумкин – мутизм. Сухбат вақтида, бошқа тарафга қараб олиб ўтирадилар, ерга қарайдилар, сухбатдошга қарамайдилар, тишларини ғирчиллатадилар, кетишга ҳаракат қиладилар. Негативизм генерализланган ва элективли, танловли бўлиши мумкин. Тотал (генерализланган) вариантда негативизм атрофдаги ҳаммага ва турли вазиятларга тарқалиши мумкин. Элективли негативизм алоҳида одамлар муомаласида ифодаланган ва вазиятнинг тор доираси билан боғланган. Негативизм таъкидланишича, ташқи таъсирлигина бўлмай, балки ички импульс ҳам бўлиши мумкин. Демак, кататоник пациент – туалетга бора олмайди, ёки у ерда бўлган ҳолда ҳам бажарилиши керак бўлганни қила олмайди, чунки сийдик ва нажасдан ифлосланиши мумкин. Туфукни юта олмайди, ҳам туфлай олмайди ва у оғизни тўлдириб юборади – Осипов псевдоптикализм симптоми. Негативизм нормада болаларда 3-4 ёшда кузатилади – физиологик негативизм. Охиргиси автономияни, “ўзликни” шахсият, ўзини ўзи англашнинг ривожига муҳим босқич белгисининг пайдо бўлишини кўрсатади. Негативизм етук шахсларга хос, юқори ишонч ҳосил қилади, турли касаллик ҳолатларида бирга бўлади. Кататоникларда, бошқа пациентлардан фарқли, мотивациядан маҳрум этилган.

Автоматик бўйсунуш (Леонгард прокинезияси) – ҳамма талабларга сўзсиз бўйсунуш, ёқимсиз ёки номақбул бўлса ҳам. Кататоникларда учрайди. Бўйсунушнинг нисбатан енгил формалари юқори ишонтириш, конформликка тааллуқли.

Эхопраксия – ихтиёрсиз, баъзида атрофдагиларнинг ҳаракатларни, таъсирларни кўп маротаба такрорлаши.

Стереотипия – ҳулқдаги бир хиллик. Масалан, бемор доимо бир хил ҳолатда бўлади, бир хил ҳаракатларни бажаради, палатада аниқ бир жойни эгаллайди, бирор бир ҳаракатни бир неча маротаба кетма-кет такрорлайди (ҳаракатга солувчи интеракциялар). Нутқ стеретипида пациент кундан-кунга

ўзгаришсиз интонация Ббилан битта ёки бир неча жумлани, бошқа ҳеч нарса гапирмай такрорлайверади. Масалан, врачдан сўрайди: “Сиз ўзингизни қандай ҳис этмоқдасиз?”.

Акинезия –истакда четдан ҳаракат хусусияти сақланган ҳолда, эркин ҳаракатларни тўхтатиш натижасида ҳаракатсизлик.

Ступор – ҳаракатсизлик, донг қотиб қолиш. Ступорнинг қуйидаги кўринишларини фарқлайдилар: кататоник – ҳаракатсизлик, мутизм ва мушак тонусининг ошишини камраб олади; депрессив (“қоронғу донг қотиб қолиш”) - депрессия билан боғлиқ ҳаракатга солувчи тормозланиш; психогенли - шокли психик травма ҳаракатига жавобан юзага келувчи ҳаракатсизлик; галлюцинаторли – императив галлюцинациялар таъсири остида ривожланувчи ҳаракатсизлик; алахсирашли – ҳулқнинг алахсираш формаси ҳисобланувчи, донг қотиб қолиш; экстатик – юқори экстатик аффе́кта юзага келувчи ҳаракатсизлик; маниакал – маниакал ҳолатда ҳаракатли тормозланиш; экзогенли – миянинг стриопаллидарли бўлимида токсик ёки инфекцион шикаст натижасида юзага келувчи ҳаракатсиз ҳолат, масалан, пост- ёки метэнцефалитик ступор; апатик – пешона шикастида, чўзилган симптоматик психозларда, кахексия, бош мия травмаларида, прогрессив параличда, шизофренияда кузатиладиган тўла бефарқлик билан кечувчи аспонтан ҳолат. Ародексия (эътиборнинг тўлиқ тушиб қолиши, актив сингари ихтиёрсиз равишда) ҳолати билан апатик дезориентировка ўрин тутди. Онг бузилмайди. Апаллик синдроми – катта ярим шар пўстлоғи ўчиши ва тана механизми активлик устунлиги натижасида юзага келувчи ҳаракатсизлик. Тасвирлаш ва термин Э.Кречмерга тааллуқли. Апрозексия эмоционал реакциянинг йўқлиги, эркин ҳаракатларнинг тушиб қолиши, онг қоронғилашувида онгни ташкил қилувчиларнинг йўқлигида психик актларнинг йўқлиги характерлидир. Қариялар ва ўрта ёшдагиларда, бош мия травмаларида, қон қуюлишида, ўсмирларда, интоксикацияларда бош миясининг яллиғланиш касалликларида атрофик прогресси́рлашда таърифланган.

Паракинезия (парапраксия) – манерлик, кутқарув, ҳаракат ва таъсир ўхшовсислиги. Беморлар афтини бужмайтирадилар, бузилган тил билан гапирадилар, ғайритабиий ҳолатни эгаллайдилар, ўзгача юрадилар (масалан, фақат товонда), бошқача образда қандайдир ҳаракатларни бажарадилар (масалан, бош кийим қўл билан олинади, фақат тизза остидан қўлни чўзиб). Ҳаракат ва ишнинг бузилган формуласи мазкур ҳолатда неокинезия характериға эға. Болалик даврида кузатилган ҳараклантирувчи янғидан ҳосил бўлган (болалар эрта аутизм синдроми) паркинезиянинг психологик асосини фантазия қилишнинг жуда эрта формасини ҳосил қилади – мураккаб патологик ўйинли фантазиялардан илгариги ҳаракатлантирувчи фантазиялар.

Хира ҳаракатлар ва ритуаллар – истакка қарши бажарилувчи, уларни ушлаб қолиш кучларига қарши ҳаракатлар. Бунга баъзи ёмон одатлар киради (тирноқларни тишлаш, бармоқни сўриш); афсун маъноға эға, аммо сақлаб турувчи танқид остидағи ҳаракатлар.

Ҳаракатлантирувчи бузилиш гуруҳига шартли равишда **пароксизмал психомотор бузилишларни** ҳам киритиш мумкин, улар онг бузилишиға ҳам тааллуқли.

Элементар одатий ҳаракатлар – онгсиз равишда қўлларни ишқалашда, чапак чалишда, сакрашда, ўйинға тушганда пайдо бўлади.

Ораль автоматизмлар – ютиш, чайнаш, чўпиллатиш ва сўриш ҳаракатларида, юқори сўлак ажралиши билан бирға кечувчи қисқа муддатли хуружлар намоён бўлади. Уйқуда ва онгнинг хира бузилишларида юзаға келади.

Ротаторли автоматизмлар – пациент томонидан бир йўналишда ўз ўқи атрофида айланма ҳаракатларнинг бажарилиши.

Психомотор асабийлашиш (гиперкинезия) – турли хилдағи турлари кузатилган: депрессив – (меланхолик раптус) қийноқли, чидаб бўлмайдиган қайғу, иложсиз умидсизлик билан боғлиқ ҳолат; ваҳимали изтироб – ваҳима ва аффектив кучланишли ҳолат билан боғлиқ сабабсиз ҳаракатлантирувчи нотинчлик; маниакал – маниакал ҳолатларға хос бўлган ҳаракатлантирувчи

активликнинг ошиши; галлюцинатор ва алахсирашли галлюцинация ва алахсирашга асосланган; epileptiform чукур дисфория хуружи экстатик аффект ёки онгнинг ғира-ширалашуви билан боғлиқ; эретик ва гебефреник – ақли заиф пациентларда психоз вақтидаги бузилувчи эпизодлар, агрессив ёки аутоагрессив ҳаракатлардир; психоген – аффектив – шакли реакцияларда кузатилувчи ваҳимали асабийлашиш; ҳаракатлантирувчини ажратадилар – онгнинг хиралашув ҳолати (делирий, аменция); нутқни ҳаракатлантирувчи – кўп гапиришнинг ошганлиги, маниакал пациентларнинг нутқ босими; кататоник – моторли ва нутқли стереотип паракинезия, импульсив, реактив, кўринмас ва эътиборли шизофрениядаги ҳаракатлардан илгариги ҳаракатлантирувчи асабийлашиш.

Бизнингча, психомотор асабийлашиш ҳолатининг клиник-патогенетик систематикаси мавжуд. Унга А.В.Снежевскийнинг (1960) унумли психопатологик синромларнинг оғирлик шкаласи асос бўлиши мумкин. Бунга биноан асабийлашишнинг бир қанча ҳолатлари, бузилишлар асосидаги акс этувчи оғирликлар қуйидагилар бўлиши мумкин:

- сенестопатик хуружлар билан боғланган (нотинчлик, нафас олишнинг тезлашуви, тез-тез ютиниш ҳаракатлари, ноиложлик ва доимо ўзгарувчан ҳолат, тананинг турли қисмларини ишқалаш, уқалаш, қўллар билан ҳар томонга силкитиш ва бошқа сенсостопатиянинг объектив белгилари);

- аффективли формалар – раптуснинг асабийлашган ва меланхолик формалари, олигофренларнинг маниакал, эретик асабийлашиши; дисфорик ҳолатда epileptik пациентларнинг асабийлашиши, психоген;

- ипохондрик раптус, жазавали пациентлар асабийлашиши, ўткир депрсонализланган кризлар вақтидаги асабийлашиш, ваҳима оқиб келган вақтда ва ритуал ҳаракатларда анакастли беморларнинг асабийлашиши;

- алахсирашли;
- галлюцинаторли;
- кататоник;
- чалкаш онгдаги ҳолат.

Бу принцип бўйича ступор ҳолатлар ҳам тартибланиши мумкин.

Психомотор асабийлашиш ривожланишида, учта асосий даража белгиланиши мумкин:

- шахсиятнинг йўналишига биноан пациентнинг кўтаринки активлиги (асабийлашишнинг психотик бўлмаган варианты). Бундай асабийлашишнинг юқори чегарасида фаолият ориентациясининг тез алмашинуви пайдо бўлади, бунинг натижасида ўзини йўқотиш пайдо бўлади;

- пациентнинг оғир психомотор асабийлашиш ҳолатида ёлғондакам тасаввурлар билан йўналтирилади ёки умуман сабабга эга бўлмайди (галлюцинатор-алаҳсираш, кататоник, ғира-шира, асабийлашиш формаси делирий ва онейроид билан боғлиқ;

- асабийлашишнинг охирги даражаси психик энергияси, майдаланиши, фикрлаш, ҳаракат, сўзлар оқими хаоси, онг тўқимасининг бўлиниб кетиши аксини кўрсатади. Кейинчалик асабийлашиш гиперкинетик характерга эга бўлади – бу оддий ҳаракатлар ва товушларнинг тартибсиз алмашинишидир, масалан, аменцияда.

Ироданинг бошқа бузилишлари – ирода активлигининг бузилиши сабаблар, кураши босқичида бўлиши мумкин, қарор қабул қилиш, иродавий ҳаракат босқичи ва психоз билан боғлиқ бўлмаган, шахсиятнинг бузилишига олиб келади. Масалан, қарор қабул қила олмаслик, иккиланишга майиллик, ҳаракатларнинг тўғрилигига ишонч ҳосил қилмаслик психопатия психоастеник кўринишга хос. Ҳаракат қилиш қарори дарҳол, сабабларсиз, аффект таъсири остида, минутлик кайфият остида ёки тўсатдан хоши, назорат қилувчи ироданинг кучсизлиги сабабли қабул қилинади. Хулқнинг бундай импульсивлиги асабийлашган психопатик шахсиятларга бош мия органик шикастли пациентларга, шу тариқа психопатга ўхшаш ҳолатларга хос. Сабаблар кураши босқичида иродавий актнинг тутилиб қолиши амбивалентлиги билан ифодаланади – қутб майлининг бирга мавжуд бўлиши, буларнинг биттаси ҳам амалга оширилмайди, чунки қарор қабул қилингунга қадар вақт ўтади. Хулқ кўп ҳолларда жабр чекади, шу маънодаки, бунда

кўзда тутилган ҳаракат режаси ўзгарувчан вазиятлар инобатга олинмасдан амалга оширилади – регидлик. Ҳаракат режаси ўйлаб кўрилмаган бўлиши мумкин ва шунинг учун олдиндан барбод бўлиши муқаррар. Бу ҳисобга олинмаганлик ақлсиз тартибсизликка олиб келади, бунда пациент ўз ҳаракатларнинг кетма-кетлиги ҳақида тасаввурга эга бўлмайди. Иродавий куч етишмовчилиги ҳаракатнинг олдинги тайёргарлигига олиб келади – одатда у ўз хулқининг натижасига жавобгарлик ҳисси кўркуви билан боғланган. Бошқа ҳолатларда кўзда тутилганни амалга ошириш тўла бўлмайди ёки ҳаттоки иложиси бўлмаслиги қатъийлик ёки ишончнинг етишмаслигидадир. Хулқнинг бузилиши баъзида қўшимча майлни эркин шаклланишига хос бўлмаганлиги, ўзгарувчан ёки кучланувчи ҳаракат маъноси сабабнинг кўзланган маънога эгалигини ўзгариши (улар қийматининг ошиши ёки пасайиши) ҳаракат натижасини олдиндан кўриш асосида бошдан кечириш билан боғлиқ.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР:

1-Масала

Пациент Г., 56 ёшда. 38 йилдан бери шизофрениядан қийналиб келади, кўп маротаба психиатрик касалхонада даволанган, 2-гуруҳ ногиронлигини олганига анча бўлган. Хуружлар орасидаги вақт охирги пайтда анча қисқариб қолди, бемор доимо псевдогаллюцинацияни хис этади. Пала-партиш бўлиб қолган, аутизация, атрофдагиларга апатия ошиб бормоқда. Бўлимда ҳеч нарса билан қизиқмайди, вақтни краватда ётиш билан ўтказади, ўзи билан ўзи гаплашади. Қизиқиш доираси овқатланиш, чекиш ва уйқу билан чегараланган.

(Абулия)

2-Масала

Пациент Ш., 42 ёшда. Ҳар йили мавсумий депрессия хуружлари ва ундан кейинги асосланмаган кайфиятнинг кўтаринки ҳолатидан қийналади. Бу ҳолатда гиперунумли бўлиб қолади: эрталаб югуради, ишга боради, испан

тили ва лотинамерика рақслари курсига қатнашади, карта ва бильярдни пулга ўйнайди, сузиш бассейнига ва теннис кортига боради. Керакли ва керак бўлмаган дўстлар орттиради, шу жумладан сексуал мақсадларда ҳам. Бундай хуруж ҳолатларидан бирида психиатрик касалхонага госпитализация қилинди. Асабийлашган, кўп гапиради, эйфорик. Ўз имкониятларини баҳолаб, ўзини “буюк комбинатор-2” деб атайди. Гапириши бўйича, доимо куч қуйилиб келаётганлигини сезади, бирор бир иш билан шуғулланишни, ижод этишни, умуман “пул қилишни” хоҳлайди. Бир жойда ўтира олмайди, аёл врачларга хушомад қилади, кўзлари ялтирайди, юзида табассум.

(Гипербулия)

3-Масала

Пациент М., 48 ёшда. 22 йил давомида шизофрениядан азият чекади, бир неча маротаба психиатрик касалхонада даволанган. Охирги маротаба касалхонадан чиққанида, алаҳсираш сабаблари билан онасини мис сим билан стулга боғлаб қўйган. Шу сим ёрдамида бошидан тортиб оёғигача боғлаб қўйган. Ундан сўнг эса шу симни розеткага тиккан. Беморнинг онаси вафот этди. Терговчиларнинг ва шифокорларнинг нима сабабдан бундай қилганлиги тўғрисидаги саволга шундай жавоб берган: “Мен унинг электр токига қаршилигини, яъни унинг резистентлигини текшириб кўрмоқчи эдим”.

(Парабулия)

4-Масала

Пациент Д., 25 ёшда. Болалигидан ҳарakterига кўра босиқ эмас, қулоқсиз, ҳамма нарсани тесқарисига бажаришни яхши кўрарди. Гипохимоя шароитида яшаган, ота-онаси ўғлининг тарбияси билан шуғулланмаганлар, вақтини кўп қисмини кўчада ўтказган. Ўспиринлик даврида босиб бўлмайдиган, яшаш жойини ўзгартириш ҳисси юзага келди. Доимий равишда уйдан қочиб кетадиган, хафталаб йўқоладиган одат чиқарди. Қуён бўлиб электрчиқаларда юрди, тиламчилик қилди, майда ўғрилиқлар қилди, тўғри келган жойда ва кўчаларда тунаб қолди.

(Дромомания)**5-Масала**

Пациент Н., 28 ёшда. “Жинсий истак хуруж вақтида ғаройиб кучгача етади. Ичим ёнади, жинсий алоқа вақтидагидек, танамнинг ўзи сакрайди. Алоқани ғаройиб ҳолатларда тасаввур этаман, ҳаёлан шундай ишлар қиламанки, айтишга уяламан. Агарда бирор бир кишини жалб эта олсам, бундан қаноатланмайман ва оргазм хис этмайман, балки тескарисига, оғрик сезаман ва кўнглим қолади, булар тезда алмашиниб, яна сексга интилиш хоҳиши туғилади. Баъзида уйкуда, кутилмаган ҳолда спонтан оргазм юзага келади, одатда бу хоҳиш тинчланганда юз беради”.

(Нимфомания)**6-Масала**

Пациент Д., 18 ёшда. Болаликдан қизларнинг кийимини кийишни хохлардим, кўғирчоқлар ўйнашни истардим, ўғил болалар машғулотида ўзимни олиб қочардим, фақат қиз болалар билан дўстлашардим. Тахминан 8 ёшимдан қиз бола бўлиш истаги борлигини сездим ва эркак киши танасидагидан истироб чека бошладим. Ўспиринлик давридан фақат қиз болалар кийимини кия бошладим, ўзимни қиз болалар оти билан атай бошладим, доимо косметикадан фойдаланадиган бўлдим. Истироблар ошиб борди, чунки атрофдагилар жинсим ҳақида билишар эди ва мени рад этишарди. Интернет орқали хамфикрларни топдим, ўз хамфикрларим билан учрашиш учун пойдаҳтга доимо бориб турадиган бўлдим. “Дўстларимнинг” маслаҳатига кўра, жинс алмаштириш бўйича, операцияга қарор қилдим. Психиатр кўригидан ўтдим, ундан сўнг гормонал ва оператив даволаниш учун пул йиға бошладим.

(Транссексуализм)**7-Масала**

Пациент К., 16 ёшда. Болалигидан характериға кўра жуда гап кўтара олмайдиган, ҳар нарсадан шубҳаланадиган, таъсирчан қиз эди. Ўсмирлик даврида бу характеридаги кўринишлар янада авж олди. Байрам кечасида

синфдоши уни “от” деб атагандан кейин, у унчалик семиз бўлмасада, ҳолат янада ўзгарди. Бу ҳолатдан сўнг жуда ташвишланди ва нима бўлмасин озишга ҳаракат қилди. Бошида фақат сабзавотлар ва кефир билан овқатланди, ундан кейин умуман емай қўйди, фақатгина сув ичди. Қаттиқ ҳолсизланди, оғирлигининг 3 қисмини йўқотди, очлик хис этмасада, овқатдан жирканиш пайдо бўлди. Ҳолати фақат психиатрик аралашувдан кейингина яхшиланди.

(Асабий анорексия)

8-Масала

Пациент Т., 37 ёшда. Кўп йиллардан бери шизофрениядан қийналади. Кечаси императив галлюцинациянинг юқори чўққисида пичоқ ёрдамида иккала қизини ва ундан сўнг хотинини сўйиб ўлдирди, кейин эса ўзининг қон томирларини очди ва газ плитасини очиб қўйди. Тўполонга кириб келган қўшнилари, улар чақирган шифокорлар ва милиция томонидан қутқариб қолинди. Ўтказилган даволашдан кейин ва психтик ҳолатдан чиққандан сўнг маълум қилишича, бир ойдан бери доим Иблиснинг “овоз”ини эшитади, у буйруқ тариқасида оила аъзоларини ва ўзини ўлдиришни буюрарди, бу билан у гўёки уларни дўзахдаги доимий қийноқдан қутқарар эмиш. Акс ҳолда унинг ўзи келиб уларни «дўзах айшхонасига олиб кетишини ва уларни иблислар ихтиёрига топширишини» пўписа қиларди.

(Галлюцинаторли ўзини ўзи ўлдириш)

9-Масала

Пациент В., 19 ёшда. Бир неча кундан бери ҳаракатсиз, ҳар доим бир ҳолатда, зарурат сабабли секин аста юради. Стулга ўтирса ёки ўринга ётса шу захоти ҳаракатсиз қотиб қолади. Пассив генативизм кўрсатади, кўриққа қаршилиқ қилади, мушак тонуси кўтарилган. Бир нуқтага қараган, юзи маъносиз. Саволларнинг бирортасига ҳам жавоб бермайди, вербал бўлмаган сигналларга, айтилган сўзларга таъсирсиз. Врач томонидан кўтарилган қўли ҳавода бироз муаллақ қолади, кейин бемор томонидан секин аста туширилади.

(Кататоник ступор)**10-Масала**

Худди шу пациент В., 19 ёшда, бир неча кундан кейин. Тўсатдан беморнинг ҳолати ўзгариб қолди, асабийлашган, ўрнидан сакраб туриб қўллари билан стереотип ҳаракатлар қила бошлади, худди ўт ўраётгандек. Уни тўхтатмоқчи бўлганларида, санитар қўлидан чиқиб кетиб, ординаторлар хонаси томон югуриб кетди, йўл йўлакай стереотип ҳолатда такрорлаб: “Мен кутурдим, мен – кутурганман!” Кейин ординаторлар хонаси эшигини тепиб очиб: “Иблислар, иблислар!” деб бақиришни бошлади.

(Кататоник асабийлашиш)**ТЕСТ ТОПШИРИҚЛАРИ:****1. Абулия структурасига қандай 2 та асосий белги киради?**

- а) Ҳаракатлантирувчи активликнинг пасайиши
- б) Ҳаракатлантирувчи активликнинг ошиши
- в) Фаолият юритишга интилишнинг йўқлиги
- г) Иштаханинг пасайиши
- д) Энергетик потенциални йўқотиш
- е) Атрофга қизиқишнинг пасайиши

Тўғри жавоб: (в, д)

2. Гипербулиянинг структурасига қандай асосий белги киради?

- а) Стереотип бир хилдаги ҳаракатларни бажариш
- б) Ҳаддан ташқари активлик ҳолати
- в) Психомотор асабийлашиш
- г) Иштаханинг ошиши
- д) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (б)

3. Парабулия нима?

- а) Касаллик сабабли юзага келувчи патологик ҳулқ
- б) Сексуал майлнинг бузуқлиги

- в) Озиқ-овқат инстинктининг бузуқлиги
- г) Ўзини сақлаш инстинктининг бузилиши
- д) Алахсираш ғоясининг тури
- е) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (а)

4. Импульсив характернинг бузилиш майлига нима киради?

- а) Дипсомания
- б) Дромомания
- в) Дисморфомания
- г) Нимфомания
- д) Клептомания
- е) Пиромания

Тўғри жавоб: (в)

5. Сексуал характерли майл бузилишига нима кирмайди?

- а) Гомосексуализм
- б) Садизм
- в) Фетишизм
- г) Нарциссизм
- д) Транссексуализм
- е) Эксгибиционизм
- ж) Хама жавоблар тўғри

Тўғри жавоб: (ж)

6. Озиқ овқат бузилиши майлига қандай 2 та бузилиш кирмайди?

- а) Булимия
- б) Анорексия
- в) Аноргазмия
- г) Полифагия
- д) Парарексия
- е) Гипербулия

Тўғри жавоб: (в, е)

7. Ступор структурасига қандай 2 та белги киради?

- а) Қотиб қолиш
- б) Амнезия
- в) Гипобулия
- г) Алоқадан бош тортиш
- д) Парамнезия
- е) Апатия

Тўғри жавоб: (а, г)

8. Психомтор структурасига қандай асосий белги киради?

- а) Харакатлантириш фаоллигининг ошиши
- б) Агрессив хулқ
- в) Суицидал хулқ
- г) Истерик реакция
- д) Галлюцинациянинг мавжудлиги
- е) Тўғри жавоб йўқ

Тўғри жавоб: (а)

9. Ҳаракатлантириш бузилишига нима кирмайди?

- а) Негативизм
- б) Эхопраксия
- в) Эхолалия
- г) Акинезия
- д) Паракинезия
- е) Стереотипия

Тўғри жавоб: (в)

АДАБИЁТЛАР:

1. *Авруцкий Г.Я., Недува А.А.* Лечение психически больных: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1988.

2. *Александровский Ю.А.* Пограничные нервно-психические расстройства: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1993.
3. *Банищikov В.М., Короленко Ц.П., Давыдов И.В.* Общая психопатология. М.: 1-й ММИ им. И.М. Сеченова, 1971.
4. *Блейлер Э.* Руководство по психиатрии. М.: Репринт, 1993.
5. *Блейхер В.М.* Расстройства мышления. Киев: Здоровье, 1983.
6. *Блейхер В.М., Крук И.В.* Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж: МО ДЭК.
7. *Болдырев А.И.* Эпилепсия у взрослых. М.: Медицина, 1984.
8. *Васильченко Г. С.* Общая сексопатология: Руководство для врачей, 1977.
9. *Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Тивак М.Е.* Общая психопатология. Ростов н/Д.: Феникс, 1998.
10. *Гиляровский В.А.* Психиатрия. М.-Л.: Гос. изд. биол. и мед. литры, 1954.
11. *Годфруа Ж.* Что такое психология. Т.1-2. М.: Мир, 1992.
12. *Груле Г., Юнг К., Майер-Гросс В.* Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1967.
13. *Гуревич М.О.* Психиатрия. М.: Медгиз, 1949.
14. *Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н.* Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга. М.: Медицина, 1977.
15. *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2000.
16. *Жмуров В.А.* Общая психопатология. Иркутск: Изд-во Иркутского университета, 1986.
17. *Зейгарник В.В.* Патопсихология. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986.
18. *Кандинский В.Х.* О псевдогаллюцинациях. М., 1952.
19. *Каган В.Е.* Аутизм у детей. Л.: Медицина, 1981.
20. *Катан Г.И., Сэдок Б.Д.* Клиническая психиатрия. Т. 1,2. М.: Медицина, 1994.
21. *Кон И.* Введение в сексологию. М.: Медицина, 1988.

22. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1979.
23. *Ковалев В.В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985.
24. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия. М.: Медицина, 1985.
25. *Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов Н.А.* Ритмологические и экологические исследования психических заболеваний. Киев: Здоровье, 1985.
26. *Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А.* Этология в психиатрии. Киев: Здоровье, 1990.
27. *Крепелин Э.* Учебник психиатрии для врачей и студентов. М., 1912—1920.
28. *Кречмер Э.* Строение тела и характер. М.: Педагогика, 1995.
29. *Леонгард К.* Акцентуированные личности. Киев: Выща школа.
30. *Личко А.Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983.
31. *Маньян В.* Курс лекций по душевным болезням. Алкоголизм. М.: Закат, 1995.
32. *Меграбян А.А.* Общая психопатология. М.: Медицина, 1972.
33. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: Оверлайн, 1994; Симферополь: Сонат, Версия КРАППП, 1998.
34. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология. М.: МедПресс, 1999.
35. *Морозов Г.В.* Руководство по психиатрии. Т.1-2. М.: Медицина.
36. *Осипов В.П.* Курс общего учения о душевных болезнях. РСФСР-Бурлин, 1923.
37. *Оудсхорн Д.Н.* Детская и подростковая психиатрия. М., 1993.
38. *Полищук И.А.* Шизофрения. Киев: Здоровье, 1976.
39. *Попов Ю.В., Вид В.Д.* Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро, 1997.

40. *Рыбальский М.И.* Иллюзии и галлюцинации. Баку, 1983.
41. *Самохвалов В.П.* История души и эволюция помешательства. Сургут: Северный дом, 1995.
42. *Самохвалов В.П., Мельников В.А., Коробов А.А.* Психиатрия, психология, психотерапия, психоанализ: Конспект лекций. Симферополь: Сонат, 1996.
43. *Самохвалов В.П.* Психический мир будущего. Симферополь: КИТ, 1998.
44. *Самохвалов В.П.* Краткий курс психиатрии. Симферополь: Сонат, 2000.
45. *Самохвалов В.П.* Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов. Симферополь: КИТ, 2002.
46. *Сараджиевили П.М., Геладзе Т.Ш.* Эпилепсия. М.: Медицина, 1977.
47. *Снежневский А.В.* Руководство по психиатрии. Т. 1-2. М.: Медицина.
48. Справочник по психиатрии. М.: Медицина, 1985.
49. *Сухарева Г.Е.* Лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медгиз, 1974.
50. *Тиганов А.С.* Руководство по психиатрии. Т.1-2. М.: Медицина, 1999.
51. *Ушаков Г.К.* Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973.
52. *Фрейд З.* Введение в психоанализ: Лекции. М.: Медицина, 1989.
53. *Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е.* Наркология. СПб.: Бином, Невский диалект, 1998.
54. *Шабанов П.Д.* Руководство по наркологии. СПб.: Лань, 1998.
55. *Шейдер Р.* Психиатрия. М.: Практика, 1998.
56. *Штернберг Э.Я.* Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977.

57. *Энтин Г.М., Крылов Е.Н.* Клиника и терапия алкогольных заболеваний Т.1-2. М., 1994.
58. *Эфроимсон В.П., Блюмина М.Г.* Генетика олигофрений, психозов, эпилепсии. М.: Медицина, 1978.
59. *Якубик А.* Истерия: методология, теория, психопатология. М.: Медицина, 1982.
60. *Ясперс К.* Общая психопатология. М.: Практика, 1997.