

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI
ALISHER NAVOIY NOMIDAGI
SAMARQAND DAVLAT UNIVERSITETI
PEDAGOGIKA FAKULTETI
PSIXOLOGIYA KAFEDRASI

ABDURAHMONOV ILHOM ABDURAHMONOVICH

***«TAFAKKUR PATOLOGIYALARI VA KORREKSION
METODLARI»***

**«5210200-Psixologiya» yo`nalishi bo`yicha bakalavr akademik darajasini olish
uchun yozilgan**

BITIRUV MALAKAVIY ISHI

Ilmiy rahbar: dots. Salaxutdinova M.I.

Bitiruv malakaviy ishi «Psixologiya» kafedrasining 2016 yil **25-may**dagi
yig`ilishida muhokama qilindi va himoyaga tavsiya etildi (bayonnoma № **10**)

Kafedra mudiri: dots. Salaxutdinova M.I.

BMI YADAKning 2016 yil _____iyundagi majlisida muhokama qilindi va
_____ ballga baholandi (bayonnoma №____)

YADAK raisi: _____

A'zolari: _____

Samarqand-2016

MUNDARIJA

KIRISH

I BOB. TAFAKKUR BUZILISHLARI HAQIDA UMUMIY TUSHUNCHA

I.1. Neyropsixologik sindromlar

I.2. Psixogen va somatik kasalliklar

II BOB. TAFAKKUR PATOLOGIYALARINING KORREKSION METODLARI

II.1. Ishontirish metodi

II.2. Psixoterapevtik metodlar

II.3. Patologiyalarni tekshirishning umumiy qonun-qoidalari

XULOSA

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

ILOVALAR

KIRISH

Mavzuning dolzarbligi. O‘zbekistonda tibbiy psixologik xizmatni tashqil etish sohasida muhim yutuqlarga erishildi. Hozir Respublikamizda o‘nlab kafedrlar mavjud bo‘lib, ularda psixoterapiya, psixiatriya va narkologiyaning dolzarb muammolarini hal qilish bilan shug‘ullanilmoqda, psixolog, psixiatr va psixoterapevt shifokorlarning malakasi oshirilmokda, ruxiy bemorlarga malakali yordam ko‘rsatuvchi etuk mutaxassislar tayyorlanmoqda.

Shaxsda tafakkur buzilishlari muammosini tibbiyot psixologiyasi nuqtai nazaridan o‘rganish psixologiya fanining dolzarb muammolaridan bo‘lib, turli ijtimoiy omillar ta’sirida shaxsda uchrashi mumkin bo‘lgan holatdir. Ushbu muammo uzoq yillar davomida tibbiyot psixologiyasining o‘rganish ob’ekti bo‘lib, bugungi fanlararo integratsiya, fan va ishlab chiqarish integratsiyasi jarayonida tibbiyot psixologiyasi nuqtai nazaridan o‘rganish ham dolzarb muammolardan biridir.

Ilmiy tadqiqot maqsadi: tafakkur buzilishi muammosining tibbiyot psixologiyasi fanida o‘rganilishi ushbu patologiya turlari, ruhiy davolash usullari haqida ma’lumotlar yig‘ish va ilmiy xulosalar chiqarishdan iboratdir.

Tadqiqot obyekti: turli yosh davrlaridagi shaxslar, ularda ong va tafakkur buzilish belgilarining kuzatilishi, ong va tafakkur buzilishini psixoterapevtik davolash usullari.

Tadqiqot predmeti: tafakkur buzilishlari, ruhiy buzilishlar va uning sabablari, diagnostikasi.

Tadqiqotning vazifalari: insonda ong va tafakkur buzilishlari sabablarini tahlil etish, psixopatologiya nazariyalarini o‘rganish, tafakkur patologiyalarining diagnostik metodlarini tanlash va tajribada qo‘llash.

Mavzuning o‘rganilish darajasi. Hozirgi vaqtda ruhiy jarohatning nevrozlar shakllanishidagi ahamiyati ko‘pchilik tomonidan tan olingan bo‘lsa-da,

bu fikr turli ilmiy maktablarning namoyandalari tomonidan turlicha baholanadi. Olimlar fikrining har xil bo'lishi bejiz emas, albatta. Chunki ruhiy shikast etkazuvchi vaziyat har bir holatda turlicha bo'lishi mumkin va bu o'z navbatida shu bemorning shaxsiy xususiyatlariga, hayotiy tajribasiga, ijtimoiy ahvoliga va organizmning holatiga bog'likdir.

Abu Ali ibn Sino nevrozlarning ko'pgina belgilarini tasvirlar ekan, ularning kelib chiqish sabablarini to'g'ri aniqlangan. Olim shunday holatlarning sababi ruhiy shikast bilan bir qatorda bemor organizmidagi kasalliklar, ko'p vaqt och qolish, qon yo'qotish, u yoki bu, a'zo, ayniqsa bosh miyaning bo'shlig'i deb hisoblagan.¹

Hozirgi vaqtda nevrozlarning kelib chiqishida bir necha ta'limot bor. 1993—94 yillarda 3. Freyd tomonidan asoslangan yunalish AQSHda, G'arbiy Ovrupo mamlakatlarida keng tarqalgan. 3. Freyd ta'limotiga binoan nevroz patogenezi psixogen shikastning harakteriga emas, balki seksual olamining ruhiy shikastlanishiga olib keluvchi kechinmalar bilan kay darajada bog'liqligiga, qiziqishlari, erta yoshlikda bo'lgan ruhiy jarohat va hodisalar bilan bog'lik yashirin komplekslar bilan bog'lanishiga asoslanadi.

Boshqa olimlarning konstitutsional ta'limoti buyicha nevrotik buzilishlarning kelib chiqishida nasliy moyillik asosiy o'rin tutadi, psixogen shikastlanish yordamchi ahamiyatga ega deyiladi. Hozirgi vaqtda bu dunyoqarash chegara harakatlarni tekshirishning kengayishi bilan shaxsning avtonomligi tashqi muhit ta'siriga berilmaydi degan tushuncha o'z ahamiyatini yuqotdi.

Hozirgi etakchi yo'nalish nevrotik holatlarning shakllanishida bir qator omillar ishtirok etadi deb hisoblaydi, shulardan eng zaruriylari shaxsning tuzilmasi va nasliy moyilligi deb hisoblanadi. P. B. Gannushkin (1933) ko'pgina nevrotik holatlarning vujudga kelish vaziyatini, ta'siri va rivojlanishini tasvirlab, kelib chiqishi ruhan bo'lsa-da, ko'pgina hollarda u ruhiyati shikasta shaxslarda paydo bo'ladi, deydi. V. A. Gilyarevskiy (1973), nevrozlarda ruhiy

¹ Нарзикулова Ф.Б. Историко-теоретический анализ психологических идей Абу Али ибн Сино. Автореф.канд.дисс... Т.2008. – 26 стр.

shikastlanishga alohida e'tibor kilib, shaxsning tuzilishida o'zgarishlar buzilishi shartligini ta'kidlaydi. Ruhiy shikast ko'pincha birinchi turtki ahamiyatini kasb etadi. D. J. Bird (1869) nevrasteniyaning dastlabki marta ta'riflab, uni tez o'sayotgan sivilizatsiya bilan bog'laydi va nerv sistemasi hayot talab qiladigan sur'atga dosh berolmaydi va charchaydi deydi. P. D. Mobius (1906) nevrasteniya da konstitutsional omil asosiy ahamiyatga ega deb ta'kidlaydi. SHu ikkala iqtisodiy va konstitutsional omil hozirgi davrga qadar muhokama etib kelinmokka.

K. E. Krasnushkin (1960) tez ish bitiraman deb zo'riqish, charchashni engish uchun harakat qilish, ko'pincha majburan uxlamaslik organizmning dam ololmasligiga, ichki imkoniyatlari kamayishiga olib keladi, natijada asab charchashi oqibatida nevrasteniyaning keltirib chiqaradi, deb ukdiradi.

Fransuz ruhiyotchilari (P. Jannet, 1907, 3. D. YUpre, 1903 va b.) isteriyaning asosiy belgilarini bayon etib, isterik konstitutsional tuzilishga etakchi sabab deb qaradilar. E. K. Krasnushkin (1929) isterik reaksiya sabablari ruhiy-biologik katlamlarda etakchi omil deb hisoblaydi. E. Krepelin (1915) isteriya uchun xis-xayajon, ruhiy va somatik faoliyatning barcha jabxalariga yoyilishi harakterli deb hisoblaydi va ular kasallik belgilariga aylanadi va hayajon to'lgini omillarning buzilgan va kupaytirilgan holda namoyon bo'lishi deb qaraydi. Uning fikriga ko'ra har bir odamda kuchli hayajonlanganda tovushi yuqolib qolishi, oyog'i qiyshayib qolishi mumkin va hokazo. Isterik shaxslarda butun ruhiy faoliyati labil — beqaror bo'lgani uchun bu buzilishlar juda arzimagan sabab bilan kelib chiqishi va osongina o'rnashib qolishi mumkin. E. Krepelin ruhiy faoliyatning bu alohida reaksiyalarini ximoya moslashuvining instinktiv shakllaridan deb hisoblaydi.

K. Bangoffer (1921) xohish nazariyasini taklif qilgan bo'lib, isterik buzilishlarda hamma vaqt sun'iy ravishda, namoyishkorona kechinmalarni bayon etuvchi kasal xohishi seziladi. Klinik kuzatishlar isterik buzilishlar

shaxsni u ko'tara olmaydigan holatdan himoya reaksiya ekanligini tasdiqlaydi. Bu yana shu bilan isbotlanadiki, vrach isterik somatik buzilishlar yaqqol bor holatda bemorga kasalligi engil va xavfsiz deb ishontirmoqchi bo'ladi. Bunday holatlarda ba'zan isterik buzilishlar og'irlashadi.

I. P. Pavlov va uning shogirdlari nevroz holatlar patofiziologik tabiatini anglash asoslariga zamin yaratganlar. Tibbiyot tarixida ular birinchi marta tajribagoh sharoitida tajriba hayvonlarida nevroz hosil qildilar. I. P. Pavlov konsepsiyasiga binoan nevrozlar kelib chiqishida kuchi yoki davomiyligi jihatidan haddan tashqari kuchli ta'sir etuvchi omillarning markaziy asab majmuasiga ta'siri yotadi va bu nerv faoliyatining uzilishiga olib keladi. Bu konsepsiya nevrozlar shakllanishini klinik mushohada qilishda (S. N. Davidenkov, 1963) tasdiqlanadi. Nevrozlar kelib chiqish mexanizmida asosiy asab jarayonlari—ta'sirlanish yoki tormozlanish, yoki ularning surilishi, kuchlanishi muhim ahamiyat kasb etadi.

I. P. Pavlov nevrastenianing ikki shakli (bosqichi)ni ajratdi: giperstenik va gipostenik. Birinchisida ichki tormozlanish jarayoni bushashib ta'sirchanlik oshib qoladi, ikkinchisida esa tez toliqish, ta'sirchanlikning bo'shashuvi kuzatiladi. Nevrozlarning alohida turlarini ajratish (nevrasteniya, yopishqoq holatlar nevrozi va isterik nevroz) I. P. Pavlov ta'limotiga binoan quyidagicha bo'ladi: badiiy, fikrlovchi va oralik. Nevrasteniya ko'pincha odamlarning oraliq ko'rini-shidagi vakillarida, isteriya badiiy va yopishqoq fikrlar — tafakkur ko'rinishlarida uchraydi.

Ilmiy tadqiqotning metodologik asoslarini: psixoterapiya, tafakkur psixologiyasi, tibbiyot psixologiyasi, ontogenez psixologiyasi, shaxs psixologiyasi, psixodiagnostika fanlariga oid ilmiy adabiyotlar, ta'lim-tarbiya va jamiyat taraqqiyotiga oid qonunlar va farmonlar, chet el va yurtimiz olimlarining mavzuga oid ilmiy asarlari tashkil etadi.

Tadqiqot farazi. Agar, shaxs sogʻlom turmush tarziga amal qilgan holda hayot kechirsa, faoliyat natijalaridan qoniqsa, bu borada zaruriy psixologik bilimlarga ega boʻlsa, tugʻiladigan bolalarda, shaxsda tugʻma va orttirilgan psixik va tafakkur buzilishlarining oldi olinishi mumkin.

Tafakkur buzilishlarini davolashda albatta psixoterapevtik metodlar bilan bir vaqtda farmakoterapiya qoʻllanilishi maqcadga muvofiq.

I BOB. TAFAKKUR BUZILISHLARI HAQIDA UMUMIY TUSHUNCHA

I.1. Neyropsixologik sindromlar

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

Ko'ruv agnoziyalari

Ob'ektlar yoki ularning tasvirini tanish (bilish) ning buzili-shiga ko'ruv agnoziyasi deb ataladi. Ko'ruv agnoziyalari bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ining ensa sohalari zararlanganda kuzatiladi. Bunda ko'ruv o'tkirligi va maydoni kabi oddiy ko'ruv funksiyalari saqlanib qoladi. Ko'ruv agnoziyasining barcha turlarida bemorlar atrofdagi narsalarni bemalol ko'radi, ya'ni ko'ruv apparatining periferik tizimlari funksiyasi saqlangan bo'ladi, 1 ekin ularni tanimaydi, nomini aytib bera olmaydi.

Hozirgacha ko'ruv agnoziyalarining mexanizmlari batafsil o'rganilmagan. Ko'ruv agnoziyasining 6 ta turi farq qilinadi:

1) *narsalar agnoziyasi* - bemor ko'z oldida turgan narsalarning yoki narsalar tasvirining nomini aytib bera olmaydi, lekin bu narsalar nima uchun ishlatilishini aytib bera oladi;

2) *bet (yuz) agnoziyasi* - bemor avval o'ziga tanish bo'lgan odamlarning yuzi yoki suratiga qarab ularning kimligini aytib bera olmaydi;

3) *optik-fazoviy agnoziya* - atrofdagi ob'ektlarning fazoviy tuzilishini tasvirlash buziladi;

4) *harf agnoziyasi* - harflarni tanimaslik (o'zi yozganlarini ham);

5) *ranglar agnoziyasi* - ranglarni to'g'ri ajrata olmaslik, tanimaslik;

6) *simultan agnoziya* - bemor ob'ektning ba'zi qismlarini taniydi, biroq ob'ektni bir butun holatda to'laligicha tanimaydi (bilmaydi). Simultan agnoziya Balint sindromi deb ham ataladi.

Endi ko'ruv agnoziyalarining klinik turlari bilan tanishib chiqamiz.

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

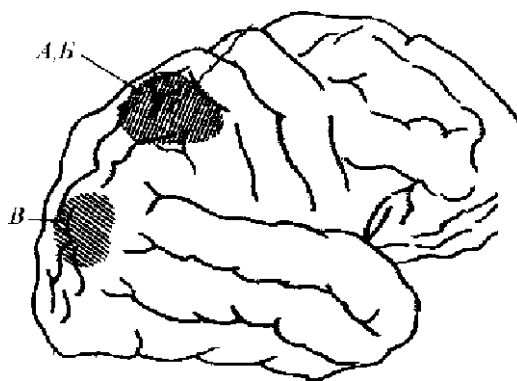
YUz agnoziyasi (prozopagnoziya). Aytib o'tganimizdek, agnoziyaning bu turida bemor avval o'ziga tanish bo'lgan chehralarni tanimaydi. Bu bemorlar narsalarni tanishi mumkin. Ular yuzda joylashgan burun, qosh, ko'z va quloqlarning nomini aytib berishi mumkin, lekin bu odam kimligini aytib bera olmaydi,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

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

Optik-fazoviy agnoziya. Agnoziyaning bu turi, ko'pincha, bosh miyaning o'ng yarim shari (tepa-ensa sohalari) yoki ikkala yarim shar ham zararlanganda

kuzatiladi. Bunda bemorlar narsalarning fazoviy belgilarini tasvirlab bera olmaydilar.

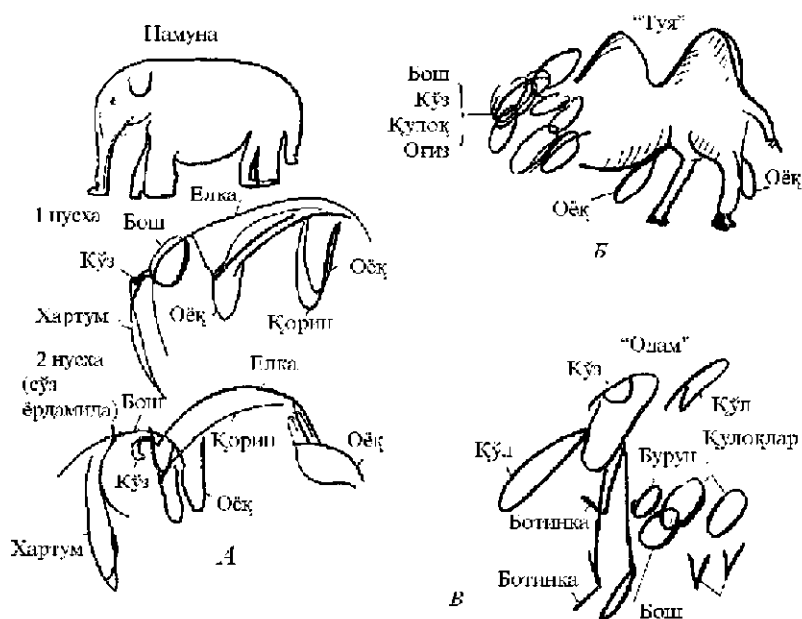
1-rasm. Fazoning bir tomonini inkor qilish sindromi (A - kompyuter tomogrammada bosh miya o'ng yarim sharining ensa sohasida ishemik o'choq; B - bemorga uy va daraxtning rasmi ko'rsatilsa, ularning chap tomonini inkor qilgan.



1-рasm. Бош миёя ўнг ярим шарининг тепа ва энса соҳалари зарарланганда кўзатиладиган агнозиялар: А - аутопoгнoзия - бeмoр ўз танасининг қисмларини танимайди, билмайди; Б - анозогнозия - бeмoр танасидаги камчиликлар (масалан, гемипарез) ни англамайди, инкор қилади; В - кўрув агнозияси - бeмoр нарсаларни кўриб турса-да, уларнинг номини айтиб бeра oлмайди.

Bu erda narsalarning yoki atrof-muhitdagi ob'ektlarning katta-kichikligining ahamiyati yo'q. Ular geometrik figuralar (uchburchak, romb, kvadrat) ning rasmini to'g'ri chiza olmaydilar. Agnoziyaning bu turida chap va o'ng tomonlarni farqlash ham buziladi va bemor o' b'ektlarning bir tomonini tan olmaydi, masalan, daraxt, uy, gul. Bu holat «bir tomonni tan olmaslik» sindromi deb ataladi. U asosan, bosh miya o'smalarida va og'ir jarohatlarda kuzatiladi. Bu sindromni biz b osh miya o'ng yarim sharining a.segap rov!egyug qon bilan ta'minlay-digan sohaning o'tkir ish emik insultlarida ham kuzatganmiz. Op-tik-fazoviy agnoziya bosh miyaning o'ng yarim shari zararlanganda ko'p kuzatilgani uchun bemorlar ob'ektlarning chap tomoni borligini go'yoki inkor qilishadi. Bunday bemorlar hatto o'zining chap tomonini ham tan olishmaydi, qo'l-oyoqlari harakati saqlangan bo'lsa-da, bemor ko'ylagi va shimini kiyayotganda chap qo'lini ishlatmaydi. Bu sindrom chap tomonlama fazoviy agnoziya d eb ham ataladi. Bu simptomlar bosh miyaning o'ng yarim shari zararlanishi uchun juda xosdir.

SHuningdek, anozognoziya - tanadagi defekt (gemiplegiya) ni ang-lamaslik va autotopognoziya - o'z tanasining qismlarini bilmaslik yoki ularni noto'g'ri



2-расм. Кўрув агнозияси кузатилган беморнинг чизган расмлари (А. Р. Луриядан олинди, 1973): А - фил расмидан нусаха кўчириш; Б - туянинг бошини чизишга уриниш; В - одамни ёддан чизиш.

(kattadek, kichikdek yoki boshqa buyumdek) idrok qilish ham o'ng yarim shar zararlanishiga xos belgilardir.

Bemorning ahvoli og'irlashgan holatlarda nafaqat o'ng-chap tomonlarni, balki yuqori-quyi koordinatlarni ham farqlashi buziladi. U rasmlarda ob'ektlarning fazoviy belgilarini ta'riflab bera olmaydi (uzoq-yaqin, katta-kichik, chap-o'ng, tepa-past). Masalan, bemordan biror jonzot yoki odam suratini chizib berish talab qilinsa, uning ba'zi qismlari (qo'li, oyog'i, ko'z va quloqlari) ni tanada qanday va qa erda joylashtirishni bilmaydi, go'yoki «unutadi».

Optik-fazoviy buzilishlar ba'zan o'qish jarayoni buzilishi bilan ham kechadi. Bunday holatlarda bemorlar harflardagi chiziq-larning qanday va qaysi tomonga qarab yo'nalganini bilishmaydi, ayniqsa kirill alifbosidagi E, SH, P, YA harflarni o'qiy olishmaydi, «D » va «L» kabi harflarni farqlay olishmaydi. Klinik amaliyotda optik-fazoviy agnoziyalarni aniqlash uchun harflarni bilishni tekshirish usulidan ko'p foydalaniladi.

Harf agnoziyasida bemorlar harflarni to'g'ri ko'chirsa-da, ularning nomini aytib bera olmaydi, chunki ularni tanimaydi. SHuning uchun ham bu bemorlarda o'qish qobiliyati buziladi (birlamchi aleksiya). Bunday bemorlar narsalarni to'g'ri taniydi, ularning tas-viriga to'g'ri baho bera oladi va hatto murakkab fazoviy tasvirlarni to'g'ri farqlay olishadi-yu, harflarni tanishmaydi, ularni o'qiy olishmaydi.

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

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

1887 yili Vilbrand bemorning ranglarni tanimasligini bi-rinchi bo'lib aniqlagan va uni ranglar amnestik afaziyasi deb atagan. 1908 yili I. Levandovskiy qaysi narsalar qanday rangda bo'li-shini aytib bera olmagan bemorni kuzatib, ranglar agnoziyasining ranglarni ajrata olmaslikdan farqini ko'rsatib berdi.

Ranglar agnoziyasida bemorlar ranglarni ajratib olib va qan-day narsalar qaysi ranglar bilan (olma, yaproq, apelsin va h.k.) bo'yalganini aytib bera olmaydi. Agar bemorda rangni aytishda qi-yinchiliklar tug'lsa, bu ranglar amnestik afaziyasi, ranglarning nomi bo'yicha o'sha rangni ajrata olmasa, ranglar sensor afaziyasi deyiladi.

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

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

Agar bemorga aylana ichiga chizilgan kvadrat ko'rsatilsa, bemor yo kvadratni yoki aylanani ko'radi, ularning ikkalasini birga ko'rmay-di. Bemorlar uchun bitta so'zni o'qib, ikkinchisiga o'tish ham qiyin. SHuning uchun Balint (1909) ko'ruv agnoziyasining bu turini «nigohning ruhiy falaji» deb atagan, ba'zi mutaxassislar bu holatni «okulomotor ataksiya» deb ham atashadi. Simultan agnoziyani aniqlash uchun bemordan geometrik figuralar bilan ishlash, matn-ni ko'chirish yoki yozishni talab qilib ko'rish kifoya (9-rasm, A, B, V).

Nima uchun bemor ikkita tasvirdan bittasini ko'radi yoki bitta tasvirning bir qismini ko'radi? Bu bemorlarda ko'z olmasining to'la harakati saqlansa-da, ular narsalarni to'laligicha qabul qila olmaydi. Mutaxassislarning fikricha, buning sababi nigoh boshqarilishining buzilishidir. Bemorning nigohi boshqarilmay digan bo'lib qoladi, uning ko'z olmasi beixtiyor harakatlar qilave-radi va oqibatda ko'z orqali ob'ektni izlash, uning konturlarini yaratish buziladi.

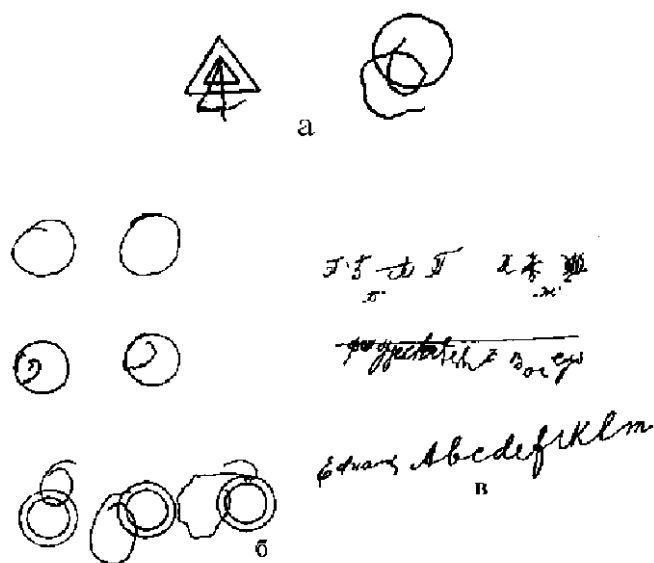
Simultan agnoziyaning sababi qilib, bosh miya po'stlog'ida joylashgan ko'ruv hujayralari faoliyatining pasayishi ko'rsatila-di, bu hujayralar faqat lokal qo'zg'alishlargagina qobiliyatlidir, deb taxmin qilinadi.

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

Afaziylar

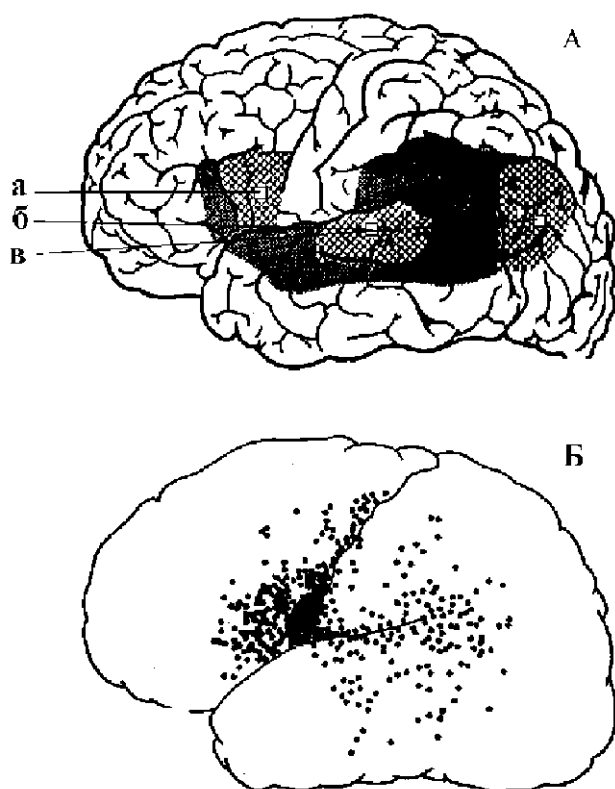
Afaziya - nutqning sistem buzilishi bo'lib, bosh miya po'stlog'ida joylashgan nutq markazlarining zararlanishi o qibatida kuzatiladi.

Afaziya bosh miyaning turli sohalari, ya'ni pastki peshona push-tasi, yuqori chakka pushtasining o'rqasi, pastki parietal va chakka-tepa-ensa sohalari



3-расм. Симултан агнозияда геометрик фигуралар билан ишлашни нг ва хусни-хатнинг бузилиши (А.Р. Лурия, 1973): А, Б -бемордан геометрик фигураларнинг устидан худди шундай қилиб чизиб чиқиш сўралганда, у бунинг уддасидан чиқмаган; В - ҳарфларни бир чизиқдан тўғри ёза олмаган.

tutashgan joylar zararlanganda kuzatiladi.



Demak, nutq markazlari bosh miya katta yarim sharlarining katta sohasini egallaydi. Kuchli nutq buzilishlari, ayniqsa, Brok va Vernike sohalari zararlanganda, bu markazlarga chegaradosh sohalar zararlanganda esa o'tib ketuvchi afaziyalar kuzatiladi.

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

1. *Afferent motor afaziya* - o'naqaylarda chap yarim sharning past-ki parietal pushtasi aynan 22, 42-mayd onlar bilan chegaradosh va Oregsi1itga tutash bo'lgan 40-mayd on zararlanganda kuzatiladi.

2. *Efferent mot op afaziya* - pastki peshona pushtasining o rqa qismi (44, 45-mayd onlar), ya'ni Brok markazi zararlanganda kuza-tiladi.

3. *Dinamik afaziya* - Brok markazining oldingi qismida joylashgan premotor soha, ya'ni 9, 10 va 46-mayd onlar zararlangan-da kuzatiladi.

4. *Sensor afaziya* - yuqori chakka pushtasining orqa qismi, ya'ni 22-maydon (V e rnike markazi) zararlanganda kuzatiladi.

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

6. *Semantik afaziya* - chakka-tepa va ensa sohalari tutashgan joylar, ya'ni 37 va qisman 39-maydonlar zararlanganda kuzatiladi. Bu soha T RO (ya'ni temporo-parieto-okspital) sohasi deb ham yuritiladi. TRO po'stloqning uchlamchi sohasi hisoblanib, «orqa assotsiativ kompleksni» tashkil qiladi.

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

Miya po'stlog'ini o'rganishni osonlashtirish uchun Brodman (1909) bosh miya po'stlog'ining sitoarxitektonik haritasini yaratdi va uni 11 ta sohaga bo'ldi, sohalarni esa 52 ta maydonga ajratdi.²

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

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

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

² Ибодуллаев З.Р. Асаб ва рухият. Т. 2015.

Afaziyalarni aniqlashda juda ko'p o'millarga e'tibor beriladi: bolalik davrida bemorning nutqi yaxshi bo'lganmi, ushbu nutq buzilishi qachon paydo bo'lgan, maktabda o'qiganmi, o'liy ma'lumotga egami, rus yoki o'zbek tilini yaxshi biladimi va hokazo. Qo'shimcha tekshiruvlar, ya'ni elektroensefalografiya, dopplerografiya, kompyuter tomografiya usullari ham afaziya sababini aniqlashga yordam beradi. Afaziyaning turini aniqlash topografik tashxis uchun juda muhimdir.

Nutq buzilishlari klinikasini o'rganishda bir qancha shartlarga amal qilinadi:

1. Nutqning qanday turi, shakli va funksiyasi buzilgan, qaysilari saqlanib qolgan?
2. Nutqning buzilishi oliy nerv faoliyatining yana qaysi funksiyalariga ta'sir ko'rsatgan?
3. Nutq buzilishining fiziologik mexanizmlari nimalardan iborat?

Nutq buzilishining sindromologik tahlili afaziyaga o'lib kelgan omil hamda uning asosida yotgan mexanizm va nuqsonlarni ochib beradi. Aniq topografik tashxis qo'yish «asosiy» va «chegaradosh» nutq markazlari funksiyasi va patologiyasini batafsil bilishni talab qiladi.

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

Organizmning ontogenetik rivojlanish davrida artikulyator harakatlar ma'lum bir stereotipga ega bo'lgan harakatlarga aylanadi. Ularning dastlabki elementlari «ishga tushib» ketsa, odam bemalol gapirib ketadi. Ushbu harakatlarni boshqarib turishda bosh miya katta yarim sharlarining o'rqa gnostik markazlari faol ishtirok etadi. Pastki parietal soha (40-maydon) ning zararlanishi artikulyator harakatlarning buzilishi va o'z navbatida, butun nutq funksional sistemasi faoliyati keskin o'zgarishiga sabab bo'ladi.

Orqa gnostik sohalarning zararlanishi kinestetik sezgining, ya'ni afferent motor afaziyada nutq buzilishining markaziy mexanizmlaridan biri bo'lgan o'qilish - kinestetik o'qilishning buzilishiga sabab bo'ladi. Bu markaziy nuqsonning klinik ko'rinishi nimmalardan iborat? Tovush va so'zlarni talaffuz qilishda til va lab-larga maxsus holatni berib olmaslik, ya'ni nozik artikulyator harakatlarini tashkillashtirib olmaslik, afferent motor afaziya uchun o'qilishda xos patologiyadir.

Odatda, artikulyator apparatlardan miyaga tushib turuvchi signal-lar idrok qilinmaydi, ya'ni odam bu impuls-larni anglamaydi, sezmaydi. Ammo nutqning kinestetik afferentatsiyasi bolada nutqning rivojlanishida juda muhim ahamiyat kasb etadi. Bolalar dik-tanti tahlil qilinganda artikulyasiya bilan tovushlarni eshitish orasida uzviy bog'liqlik borligi ma'lum bo'lgan. Mabodo, diktant yozayotgan bolalarga og'zini ochib o'tirish yoki tilni tishlar orasida bosib turish so'qalsa, bu artikulyasiyani qiyinlashtiradi va dik-tantda xatolar ko'payib ketadi. Demak, artikulyasiya so'zning tovush tarkibini tahlil qilish uchun o'qilishda zarurdir. Nutq shakllanishining dastlabki bosqichlarida tovush va artikulyasiyalar bir maromda rivojlanishni talab qiladi. Demak, kinestetik nuqsonning paydo bo'lishi bolaning ravon, qiynalmasdan, so'z va tovushlarni buzmasdan gapirishini imkonsiz qilib qo'yadi.

Afferent motor afaziyada literal parafaziyalar ko'p kuzatila-di, bemor mustaqil ravishda tovush va so'zlarni talaffuz qila olmaydi, bir tovushni boshqa tovush bilan almashtirib yuboradi (literal parafaziyalar). Masalan, «sanam» o'rniga «salam» yoki «kelin» o'rniga «ke nil» va hokazo. Uzbek va rus tillaridagi (ya'ni kirill alifbosidagi) «d», «l», «n» harflari, «g», «h», «k» harflari artikulemalari bir-biriga o'xshashdir. Ushbu harflar bitta so'z tarkibida kelsa, bemorlar bu so'zni talaffuz qilishda qiynaladi. SHuning uchun ham so'zlarni talaffuz qilishning buzilishi asosiy simptom hisoblangan afaziyaning bu turiga motor afaziya deb aytiladi.

Efferent motor afaziyadan farqli o'laroq, afferent motor afaziyada so'zlarni beixtiyor talaffuz qilish (sanash, o'qilishni aytib chiqish), odatda, saqlangan bo'ladi. Agar ongli ravishda bemor biror so'z yoki jumlani takrorlamoqchi bo'lsa,

qiyinchiliklarga uchraydi. Suhbat paytida bemor beixtiyor «e, jin ursin», «to'g'ri-to'g'ri», «ha-ha» kabi jummalarni aytib yuboradi.

Bemorlar nafaqat bir-biriga o'xshash artikulemalarni noto'g'ri talaffuz qilishadi, balki ularni qabul qilish jarayoni ham buzil -gan bo'ladi. Bu h olatni quyidagicha tushuntirish mumkin: miya po'stl og'ining artikulyasiyaga javob beruvchi parietal sohalari ar-tikulyasiyalarni qabul qiluvchi chakka sohalari bilan chambarchas bog'liq. SHuning uchun ham pastki parietal soha zararlanganda eshish sistemasi funksiyasining ikkilamchi buzilishi ro'y beradi.

Dastlab motor afaziyaning faqat bitta turi ajratilgan. Afferent (kinestetik) motor afaziyani A.R. Luriya birinchi bo'lib motor afaziyaning alohida bir turi sifatida ajratgan. Afferent motor afaziyani nutq artikulyator apparatining apraksiyasi bi-lan taqqoslash mumkin. Afferent motor afaziyada ko'pincha o ral praksis ham buzilgan bo'ladi. Ular ixtiyoriy ravishda yoki ko'rsat-ma bo'yicha turli og'iz harakatlarini bajara o lmaydilar. Masalan, bemor tilini chiqara olmaydi, tilini ustki yoki pastki labiga qo'ya olmaydi, lunjini havoga to'ldira o lmaydi va hokazo. Bu o g'iz hara -katlari nutq jarayoniga kirmaydi, l ekin shunga qaramasdan, o g'iz apparatining ixtiyoriy boshqarilishi murakkabligi nutqni qiyinlashtiradi.

Ba'zi olimlar «Motor afaziyada nutqni tushunish saqlanib qoladi», deyishsa, boshqalari «buziladi», degan fikrda. «Motor afaziyada faqat ekspressiv nutq buziladi, impressiv nutq esa saq-lanib qoladi», degan fikrlar haqiqatga ziddir (A.R. Luriya, 1973). Ma'lumki, nutqni tushunishning asosiy mezonlaridan biri tovushlarni ajrata olishdir. Nutqning motor komponenti so'zlar-ni idrok qilishda muhim ahamiyatga ega.

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

Ayniqsa, talaffuz qilinishi qiyin bo'lgan undosh tovushlardan iborat so'zlarni takrorlash («trotuar», «traktor», «perron» va b. q.) bemorlar uchun o'ta qiyindir. Ular so'zni noto'g'ri talaffuz qili-shayotganini tushunishadi, lekin og'ir va tillari go'yoki o'zlariga bo'ysunmayotgandek tuyuladi.

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

Efferent motor afaziya. Efferent motor afaziyada nutqning kinetik tarkibi (ya'ni harakat qismi) buziladi. Bemor bir so'zdan ikkinchi so'zga o'ta o'lmay, chaynaladi. Sog'lom odamda dastlabki so'zlar nutq uchun javob beruvchi miya strukturalari tomonidan tormozlanib, navbatdagi so'zlarga yo'l o'chib beriladi va ravon so'lashga imkon yara-tiladi. Demak, efferent motor afaziyada birinchi artikulyator harakatdan ikkinchisiga o'tish buziladi va bu bemor nutqida perseveratsiyalar payd o'bo'ladi.

Efferent afaziyada ekspressiv nutqning barcha turi va shakli buziladi: monolog, dialog, avtomatlashgan va hokazo. Ko'proq ongli ravishda, ya'ni kimningdir ko'rsatmasi bilan nutqdagi xatolar tuzatilsa, beixtiyor so'zlash kam buziladi. Bemor 1 dan 10 gacha bemalol sanashi mumkin, lekin 10 dan 1 gacha sanay olmaydi. Faol nutqda ham, takroriy nutqda ham bir bo'g'indan ikkinchi bo'g'inga yoki so'zdan-so'zga bemalol o'tishning qiyinligi, ya'ni nutq perseveratsiyalari efferent motor afaziyaning asosiy klinik belgilaridandir.

Afaziyaning bu turida bemor ba'zi tovush va bo'g'inli so'zlarni to'g'ri talaffuz qilishi mumkin, lekin ularni qo'shib so'z yasay olmaydi. Engil h olatlarda esa bir nechta so'zdan jumlarlar tuzish qiyin bo'ladi. Hattoki, o'ta engil kechuvchi efferent motor afaziya-larda ham bemor qiyin artikulyator tuzilishga ega bo'lgan

soʻz va jumalarni ayta olmaydi (masalan, tez aytishlarni). SHuning uchun ham agrammatizm koʻp kuzatiladi.

Maʼlumki, Brok markazi miyaning chakka sohasi tuzilmalari bilan assotsiativ yoʻllar orqali bogʻlangandir. SHuning uchun, efferent motor afaziyada nutq jarayonining inertligi sababli nutq faoliyatining boshqa turlari, yaʼni yozish va oʻqish ham buziladi.

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

Dinamik afaziya. Nutq buzilishining bu turi 1934 yili K. Kleyst tomonidan yozilgan va oʻrganilgan. Olim uni «nutq tashabbusining etishmovchiligi» deb atagan. Baʼzi tadqiqotchilar dinamik afaziya -ni «nutq akineziyasi» deb ham atashadi. Dinamik afaziyaning xusu-siyati shundan iboratki, ularda nutq xotirasi, artikulyasiya va fonematik eshituv saqlangan boʻladi. Bemorlar tovush, soʻz, jumla-larni va narsalarning nomini juda yaxshi takrorlashadi. Oʻqish va yozish ham buzilmagan boʻladi. Ular na toʻsatdan, na mustaqil ravish-da gapira oladi, biron-bir tushunarli soʻz yoki gapni ravon ayta olishmaydi.

Maʼlumki, nutq faqat soʻzdan emas, gaplardan tuzilgan. Odam-lar bir-biri bilan faol tuzilgan gaplar orqali muloqotda boʻlishadi, fikrlarini bayon qilishadi. Har qanday fikrni bayon qilish ichki (impressiv) nutq yordamida yaratilgan dinamik jarayon boʻlib, oʻzining predikativligi bilan taʼriflanadi. Predikativlik deganda, harakatni ifodalovchi gaplar tushuniladi. Masalan, «men kinoga bormoqchiman», «men kitob oʻqimoqchiman» va hokazo. Bu erda «bormoqchiman», «oʻqimoqchiman» soʻzlari predikat hisoblanadi.

Demak, dinamik afaziyaning markaziy mexanizmlari ichki nutq etishmovchiligi, predikativligi va nutq faolligining buzilishi-dir. Bu bemorlarda nafaqat nutq faolligining pasayishi, balki harakat sistemasida ham sustlik, organizmning umumiy faolligining pasayishi, gip omimiya ham kuzatiladi, lekin oʻz holiga tanqidiy munosabat saqlangan boʻladi. SHuningdek, dinamik prak-

sisning buzilishi, umumiy harakat va hissiyotning sustligi, atrofdagilarga qiziqishning pasayishi dinamik afaziya uchun xosdir.

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

Sensor afaziya. Sensor afaziyaning asosida fonematik eshituv -ning buzilishi, ya'ni so'zlarning tovush tarkibini farqlash qobiliyati buzilishi yotadi. Boshqacha qilib aytganda, tovushlarning akustik analizi va sintezi buziladi. Sensor afaziyaning asosiy nuqsoni nutqni tushunmaslikdir. So'zlarning ma'nosi, ko'rsatma-lar va birovning nutqiga bemor tushunmaydi.

Og'zaki nutqda literal parafaziyalar ko'payib ketadi, ya'ni bemor so'zlayotganda, bitta tovush o'rniga boshqasini aytib yuboradi. Masalan, «salom» o'rniga «salon» yoki «d o ri» o'rniga «tori» va h okazo. Sensor afaziyada bemor o'z fikrini turli mimik harakatlar bilan ifodalashga intiladi.

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

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

Akustik-mnestik afaziya uchun quyidagi simptomlar xos:

- 1)nutqni tushunishning buzilishi, bunda bemor og‘zaki nutqni ham, matnlarni ham tushunmaydi;
- 2)og‘zaki ekspressiv nutqning buzilishi;
- 3)nutq nominativ funksiyasining buzilishi;
- 4)so‘zlar ma’nosini buzib aytish;
- 5)verbal parafaziyalar, so‘zlayotganda so‘zlarni tushirib qoldirish.

Bemorlarda og‘zaki nutq va impressiv nutq buzilsa-da, yozish va o‘qish saqlanib qoladi. Bu afaziyaning sensor afaziyadan farqi shun-daki, ularning nutqi suhbatd oshiga tushunarli bo‘lishi mumkin, b emor so‘zlayotganda, o‘z xatosini anglaydi, gapdonlik va eyforiya kuzatil -maydi.

Akustik-mnestik afaziyada bemor narsaning qanday nomlanishini unutib qo‘yadi. Uni tushuntirish uchun bemor o‘sha narsani ta’rif-laydi. M asalan, «pomidor» deb aytish uchun u «Haligi qizil, yumaloq bor-u, nimaydi?» va hokazo. SHuning uchun ham afaziyaning bu turi-ni o ptik agnoziya bilan farqlash ancha mushkuldir. Demak, akustik-mnestik afaziyada fonematik eshituv va tovushlarni farqlash saq-langan bo‘ladi.

A. R. Luriyaning fikricha, bu afaziyada operativ xotira buzila-di. So‘zlarning ma’nosi «begonalashadi», narsalar tasvirini yara -tish buziladi. Bu bemorlar narsalar tasvirini va hatto so‘zning grafik tasvirini yaratib bera olmaydi. Bu esa ko‘ruv va eshituv analizatorlarining o‘zaro munosabati buzilganligidan dalolat beradi.

Sensor va akustik-mnestik afaziyaning o‘xshash tomonlari:

- 1)ikkala afaziyada ham so‘zlar ma’nosi b egonalashuvi kuzatiladi;
- 2)so‘zlarni izlayotganda, suhbatdoshining aytib yuborishi yordam bermaydi.

Agar so‘zlar ma’nosining begonalashuviga sabab sensor afaziya-da fonematik eshituvning buzilishi bo‘lsa, akustik-mnestik afaziyada so‘z bilan narsalar bog‘liqligi buziladi.

Semantik afaziya. Semantik afaziyaning asosiy belgisi soʻzlar-ning bir-biriga bogʻlanishining, yaʼni konstruksiyasining buzili-shidir. Bunda artikulyator va akustik buzilishlar kuzatilmaydi. K. Goldshteyn afaziyaning bu turini tafakkur etishmovchiligi deb atagan. Odatda, ekspressiv nutq saqlanib qoladi, bemor soʻzlashi va oddiy gaplarni tushunishi mumkin. Semantik afaziyada bemor tarkibida «ustida», «tagida», «yuqorida», «pastda», «oldida», «yonida», «dan» kabi soʻz va qoʻshimchalari boʻlgan jummalarni oʻqib tushunmaydi. Masalan, bemorlarga «aylana ustida xoch», «xo ch aylana tagida», «tundan soʻng kun keladi», «pashsha fildan kichik» kabi gaplarda farq sezishmaydi. SHuningdek, bemorlar «ruchka qalamdan uzunroq», «Lola Ergashdan oqroq» kabi gaplar orasidagi oʻzaro bogʻliqlikni tahlil qila olishmaydi.

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

Amnestik afaziya. Amnestik afaziyada nutqning nominativ funk-siyasi buziladi. Masalan, bemorga olmani koʻrsatib: «Bu nima?» deb soʻralsa, u «Haligi, bu behi, ey, nok emas, bu, bilasizmi, eganda juda mazali, nimaydi, hamma joyda oʻsadigan, haligi, hozir bila-man, ey, jin ursin, ayta olmayapman», degan noaniq jummalarni aytib yuboradi.

Amnestik afaziyaning mexanizmlarini tushuntirib berishga koʻp urinishlar boʻlgan. Klassik tadqiqotchilarning bu boradagi fikr-larini keltirib oʻtamiz: K. Vernike va A. Lixtgeym amnestik afaziyaning «soʻzlarning motor va sensor obrazlari» orasidagi bogʻlanishlarning buzilishi deb bilsa, K. Kleyst va S. Xenshen soʻzlar xotirasi markazining parchalanishi bilan bogʻlashgan. K. Gold shteyn amnestik afaziyada narsalarning nomini unutishni abstrakt fikr-lashning buzilishi bilan bogʻlagan. L.S. Vigotskiy esa *«Afaziyaning bu turida, aksincha, abstrakt fikrlashdan anik fikrlashga oʻtish-ning buzilishi asosiy ahamiyatga ega»*, deb aytgan. A.R. Luriya *«Amnestik afaziyada narsalarning nomini aytish va hodisalarni taʼriflashda bemor ongida mavjud boʻlgan bir nechta soʻzlardan keragini tanlab olish buziladi»*, deb aytgan.

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

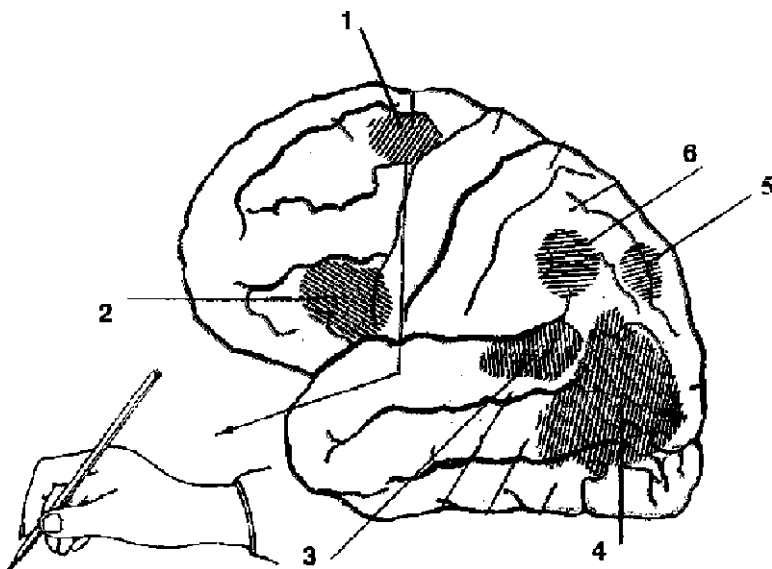
Agrafiya

Eksner 1881 yili birinchilardan bo'lib bosh miyada alohida xat (yozish) markazi b orligini aytib o'tgan. Ammo Vernike va D ejerin alohida xat markazi borligini inkor qilishgan. Agrafiya atamasi 1885 yili Benedikt tomonidan taklif qilingan bo'lib, yozishning buzilishi degan ma'noni anglatadi. Xensh en 1922 yili ikkinchi p esh ona pushtasining orqa qismi zararlanganda agrafiya kuzatilishini aytgan. Nelson (1946) yozish jarayoni (qo biliyati) ikkinchi va uchinchi p esh ona pushtala -rining orqa qismi, burchak pushtasi va ularni bir-biri bilan bog'lovchi yo'llar zararlanishi hisobiga ham buzilishini ta'kidlab o'tgan. A.R. Luriya (1973) bosh miyaning ensa sohasi, pastki parietal va yuqori chak-ka pushtasining orqa qismlari zararlanganda agrafiya kuzatilishini aniqlagan. SHuningd ek, u afaziyalarda agrafiyaning o'ziga xos xususi-yatlarini o'rgangan. 12-rasmda agrafiya, akalkuliya, aleksiya va afaziya-lar kuzatiladigan sohalar ko'rsatilgan.

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

YOzish qobiliyatining shakllanishini o'rganadigan bo'lsak, dast-lab yozish jarayoni og'zaki nutqdan alohida rivojlana boshlab, fa-qat keyingina nutq bilan chambarchas bog'lanib ketadi. YOzish jarayo-ni va og'zaki nutqning kelib chiqishi, shakllanishi, kechishi, mazmu-ni va funksiyasi bo'yicha bir-biridan

farq qiladigan tomonlari juda ko'pdir. Masalan, bola 2 yoshga etganda og'zaki nutqqa ega bo'la boshlasa, yozishni, odatda, 5-7 yoshdan boshlaydi. Og'zaki nutq



12-расм. Бош мия чап ярим шаринингучоқли зарарланишларида кузатиладиган нейropsихологик симптомлар; 1 - аграфия; 2 - мотор афазия; 3- сенсор афазия; 4 - амнестик афазия; 5 - акалькулия; 6 - алексия.

katta-lar bilan muloqot ta'sirida rivojlansa, yozma nutq ongli ravish-da o'rganish mobaynida shakllanadi. Avvaliga bola biror so'zni yozish uchun har bir harfning tovushini ajratadi, o'sha harfning tuzili-shini ko'z oldiga keltiradi, yozadi va eslab qoladi. YOzish jarayoni bolaning miyasiga singgan sayin yozishni ongli tarzda boshqarish zarur bo'lmay qoladi va yozish borgan sayin avtomatlashib boradi va go'yoki «b eixtiyoriy» jarayonga aylanadi. Buning natijasida xat-ning tuzilishi ham, bolaning husnixati ham o'zgaradi.

YOzma nutqning talaffuz etilmasligi emas, balki fikrlanishi uni og'zaki nutqdan ajratib turadigan asosiy jarayondir. YOzma nut-qning o'ziga xos xususiyatlari bor. YOzma nutq og'zaki nutqqa qara-ganda ixtiyoriyroqdir. Agar tovush og'zaki nutqda avtomatlashgan bo'lsa, odam yozishni o'rganayotganda o'sha tovushni maydalab, analiz va sintez qilib yozadi. YOzma nutq aniq maqsadga yo'naltirilgan ongli jarayondir. YOzma nutqni o'zlashtirish uchun asosiy ahamiyatga ega bo'lgan narsa - bu mustaqil nutqni egallash va anglashdir.

Ogʻzaki nutq, odatda, gapirish funksiyasini bajaradi, masalan, suhbat paytida. YOzma nutq - yozish orqali fikrni bayon qilish, yozish orqali boshqalar bilan muloqotda boʻlish vazifasini oʻtaydi. Agar yozma nutq mexanizmlarini tahlil qiladigan boʻlsak, yozish jarayoni-ning birinchi va asosiy tarkibi - bu soʻzning tovushini tahlil qilish, yaʼni soʻz tovushlaridan alohida fonemalarni ajrata olish demakdir; ikkinchidan, soʻzdan ajratib olingan har bir tovushning harfini tanish operatsiyasini amalga oshirish; uchinchidan esa har bir harfning optik tasavvuri grafikasini yaratish demakdir.

Soʻzlarni tahlil qilish, akustik va kinestetik afferentatsiyalarga asoslanib tovushlarni ajratib olish va aniqlashtirishdan tashqari, har bir soʻzda qaysi tovushni qanday tartibda joylashtirish ham muhim ahamiyat kasb etadi. Bu esa oʻz vaqtida tovushlarni qisqa vaqtli xotirada saqlashni talab qiladi. Faqat mana shu jarayonlar amalga oshgandan keyingina soʻzdan ajratib olingan va aniqlangan tovush yozilayotgan harfga aylantirilishi mumkin. Bu murakkab jarayonda koʻruv analizatorlari hamda fazoviy munosabatlarni idrok qilish ham muhim ahamiyatga ega.

YOzma nutq quyidagi bosqichlarni oʻtadi:

- 1) yozish uchun niyatning paydo boʻlishi;
- 2) nima haqida yozish;
- 3) qanday yozish;
- 4) tovushni harfga aylantirish;
- 5) yozish jarayonini boshqarish bosqichi.

YOzayotganda tovushni harfga, oʻqiyotganda esa aksincha, harfni tovushga aylantirish murakkab psixofiziologik jarayonlar hosilasidir.

YOzish jarayoni akustik, optik, kinestetik, kinetik, proprioreseptiv analizatorlarning birgalikda ishlashi hisobiga kechadigan jarayondir. Tovushlarni analiz qilish esa akustik va kinestetik analizatorlarning birgalikda ishlashi hisobiga amalga oshiriladi. Tovushlarni harflarga aylantirish akustik, kinestetik, optik analizatorlar hisobiga, harflarni yozish esa optik, fazoviy va harakat analizatorlari hisobiga amalga oshiriladi. Demak, yozishning buzilishi miyaning peshona

bo‘lagi, uning mediobazal sohalari, chakka, pastki parietal va ensa sohasining o‘ldingi qismlari zararlan-ganda kuzatiladi.

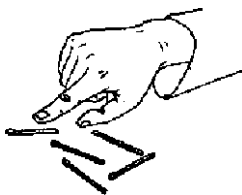
SHunday qilib, yozma nutq bosh miyaning umumiy funksiyasi bo‘lib, u nutq markazlari zararlanganda buziladi. YOzishni faqat nutq funk-siyasiga yoki faqat harakat, yoki ko‘ruv sistemasining vazifasiga ki-ritib bo‘lmaydi. YOzish murakkab neyropsixologik jarayondir.

Apraksiya

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

Apraksiyaning tasnifi 1905 yili X. Lipmann tomonidan tak-lif qilingan bo‘lib, hozirgi kungacha o‘z kuchini yo‘qotgani yo‘q. U apraksiyaning uchta turini ajratgan:

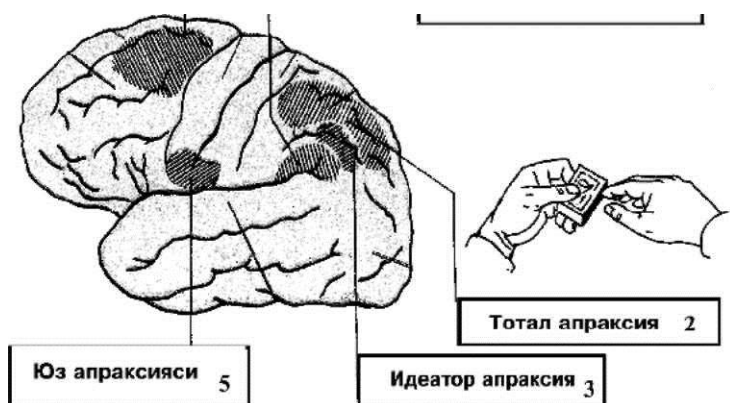
- 1) *ideator apraksiya* - harakat to‘g‘risidagi g‘oyaning buzilishi, parchalanishi;
- 2) *kinetikapraksiya* - harakat kinetik tasavvurining buzilishi;
- 3) *ideomotor apraksiya* - harakat haqidagi «g‘oya» va maqsadni, «harakatni bajarish» markaziga uzatishning buzilishi. Ideator apraksiyani Lipmann bosh miyaning diffuz zararlanishi bilan bog‘liq kinetik apraksiyani premotor sohaning pastki qismi zararlanishi bilan, id eomotor apraksiyani esa miya tepa bo‘lagining zararlanishi bilan bog‘lagan.



Динамик

Konstruktiv apraksiya

4



13-rasm. Bosh miya chap yarim shari po'stloq markazlari zararlanganda kuzatiladi-gan paraksisning buzilishlari: 1 - dinamik apraksiya; 2 - total apraksiya; 3 -ideator apraksiya; 4 - konstruktiv apraksiya; 5- yuz apraksiyasi.

Ko'pchilik olimlar oral, barmoqlar, tana va kiyinish apraksiya turlarini farq qilishadi. A .R. Luriya ham apraksiyaning 4 ta turini ajratib o'rgandi. Ular:

kinestetik apraksiya;

fazoviy apraksiya yokiapraktoagnoziya;

kinetik apraksiya;

regulyat or (prefrontal) apraksiya.

Kinestetikapraksiya bosh miya chap yarim sharining pastki parietal sohalari zararlanganda kuzatiladi. Bunda falajliklar bo'lmasa-da, harakatning kinestetik mexanizmlari buziladi. Bemor piyolaga choyni qanday quyilishi yoki shakar qoshiq bilan qanday o'linadi-yu, piyolaga solib qanday eritilishini zarur narsalarsiz ko'rsatib bera olmaydi. Bunday paytlarda fazoviy harakatlar saqlangan bo'ladi, lekin harakat jarayonining propriorets eptiv (kinestetik) mexanizmlari ishlaymaydi. SHuning uchun kinestetik apraksiyani tekshirganda bemorning ko'zi yumilgan holatda bo'lishi kerak. CHap yarim shar zararlanganda kinestetik apraksiya ikki tomonlama, o'ng yarim shar zararlanganda bir tomonda, ya'ni faqat chap qo'lda kuzatiladi.

Fazoviy apraksiya yoki apraktoagnoziya ha rakatn ing fazoviy ta-savvuri, ya'ni «yuqori-quyi», «chap-o'ng» kabi tomonlarni farqlash-ning buzilishi o qibatida rivojlanadi. Aksariyat h ollarda fazoviy apraksiya ko'ruv agnoziyasisiz kuzatiladi. Agar optik-fazoviy agnoziya fazoviy apraksiya bilan birga uchrasa, unda to'la apraktoagnoziya namoyon bo'ladi. Bemorda holat, kiyinish va yotadigan joyni taxlash apraksiyasi ham kuzatiladi. Ularga ko'ruv nazorati yordam bermaydi. Harakatlarni bajarishda bemorning ko'zi o chiq yoki yumiqlik holatda bo'lishining ahamiyati yo'q. Bemor oddiy figuralar -aylana, kvadrat, uchburchak kabilarni chiza olmaydi.

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

Kinetik apraksiyada bemor chizish, yozish yoki barmog'i bilan buy-ruq berish kabi oddiy harakatlarni bajara olmaydi. Kinetik ap-raksiya premotor soha (6, 8-mayd onlar) zararlanganda yuz beradi. Bu apraksiya uchun harakat perseveratsiyalari, ya'ni biror-bir hara -katni bajarish uchun befoyda urinishlar xosdir.

Regulyator (prefrontal) apraksiya chap peshona bo'lagining prefrontal sohasi zararlanganda kuzatiladi. Mushaklar tonusi va kuchi saqlangan bo'ladi, lekin harakat dasturi buziladi, har qanday harakatning bajarilishini ongli tarzda nazorat qilib bo'lmay qoladi. Bemorlar birinchi harakatdan ikkinchisiga bemalol o'ta olmaydi. Masalan, kvadratdan so'ng uchburchak chizish talab qilinsa, b emor uchburchak o'rniga kvadrat chizib qo'yadi.

I.2. PSIXOGEN VA SOMATIK KASALLIKLAR

Psixik (ruhiy) faktorlar ta'siri ostida kelib chiqadigan kasalliklar psixogen kasalliklar yoki psixogeniyalar deyiladi.

Psixik kasalliklar somatik sabablar tufayli kelib chiqadigan bo'lsa, ular somatogen kasalliklar yoki somatogeniyalar deyiladi.

Psixogen va somatik kasalliklar:

Somatik sferadagi turli o'zgarish va buzilishlar psixogen yo'l bilan kelib chiqishi mumkin. Bunday o'zgarishlar organizmning anatomo-fiziologik sistemalari: yurak-qon tomirlari sistemasi, me'da-ichak, nafas sistemasi va boshqa funksiyalarning buzilishi bilan o'tadigan kasalliklar uchun harakterlidir.³

Psixikani travmalaydigan moment aloxida rolni o'ynaydigan tipik ichki kasallik-lar jumlasiga, me'da va o'n ikki barmoq ichakning yara kasalligi, gipertoniya kasalligi,

bronxial astma va boshqalar kiradi. Migren, tangachali lishay va bir qancha boshqa kasalliklarning patogenizida psixogen faktor muxim rol o'ynaydi.

Hayajonlanish natijasida ekzema, tangachali lishay kasalliklarining qo'zib turish xollari ko'p uchraydi.

Vegetativ o'zgarishlar—yuzning qizarishi, ter bosishigina emas, balki motorikaning aynishi xam psixogen bo'lishi mumkin. Psixogen falajlar paydo bo'lishi mumkin. Bunda nerv sistemasining chidamidan zo'r keladigan intensiv emotsiya boshlanib tormozlanishiga sabab bo'ladi.

Nevrozlar

³ Тиббиёт психологияси. Маърузалар матни. Тошкент тиббиёт академияси, 2015.

Psixogen kasalliklarning xammadan ko'p tarqalgan formalari—nevrazeniya, iste-riya va miyadan nari ketmaydigan xayol nevrozdir.

V.N.Myasimov odam oliy nerv faoliyati xususida I .P. Pavlov tomonidan ajratilgan tiplarning nevrozlar kelib chiqishida ega ekanligini ta'kidlab, odam shaxsi-ning o'zi va uning tarixiy rivojlanish davrida shakllangan butun xususiyatlari nevrozlarning vujudga kelishida rol o'ynaydi deb ko'rsatib berdi.

Nevroz bilan og'rikan kasallarni xayot tarixini o'rganish asosida shaxsga berilgan noto'g'ri tarbiyaning noqulay sharoitlarida har xil turdagi nevrozlar avj olishiga moyil qilib qo'yadigan xususiyatlari ko'rsatib beriladi.

Psixogen psixozlar

Psixogen depressiyalar, psixogen vasvasaga aloqador o'zgarishlar singari psixogen holatlar xam psixogen yo'l bilan kelib chiqadi. Ruhiy sabablar tufayli kelib chiqadigan, psixogen depressiyalar deb ataladigan ma'yuslik xolarlari ana shunday o'zgarishlarga misol bo'la oladi.

Og'ir xayajonlar va kechinmalar psixogen stupor, jumladan isterik stupor kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin. Biroq, psixogen stuporda tormozlanish yoyilib ketgan bo'lsada, psixo-vegetativ refaollik saqlanib qoladi, stuporning boshqa formasi—katatonik stuporda, shizofreniyada arefaollik ko'riladi.

Somatogenezlilar

Ruhiy o'zgarishlar somatik sabablar bilan ham kelib chiqadi. Ana shunday ruhiy o'zgarishlar somatogen kasalliklar deb ataladi. Infeksiyalar, intoksikatsiyalar, ichki organlarning: ichki sekretiya bezlarining kasalliklari ko'pincha ruhiy o'zgarishlarga sabab bo'ladi.

Psixogen faktorlar somatogen faktorlar bilan birga uchrashishi va bir-birini zo'raytirishi mumkin. Mana shunday xollarda diagnoz va differensial diagnoz qo'yish ayniqsa qiyin bo'ladi. Ravshanki, differensial diagnozni to'g'ri qo'yish meditsina psixologiyasini bilishni talab etadi.

II BOB. TAFAKKUR PATOLOGIYALARINING KORREKSION METODLARI

II.1. ISHONTIRISH METODI

Maxsus psixoterapevtik metodikalarni vrach amalga oshiradi. Psixoterapevtik metodikalarning xammasini shartli ravishda ishontirish, ishonch xosil qilish va faollashtiruvchi psixoterapiyaga bo'lish mumkin. Bundan tashqari, indivudial va jamoa psixoterapiya tafovut qilinadi.⁴

Ishontirish—bir odamning ikkinchi bir odamga psixologik yo'l bilan o'ziga xos tarzda ta'sir qilishidir. Ishontirishda kasalning ongi bilan intellektidan xam ko'ra ko'proq xis-tuyg'ular va tasavvurlarga ta'sir ko'rsatiladi.

Gipnotik xolar—uyg'oqlik bilan uyquga o'tish orasidagi chala uyqu holatidir. Bosh miya po'stlog'ining bir qismi tormozlanishi, bosh miya po'stlog'ining boshqa qismlarida gipnotik fazalar—barobarlashtiruvchi faza, paradoksal, ultraparadoksal fazalar qaror topadi. Gipnotik holat yuzaki, o'rta va qattiq gipnozga bo'linadi.

O'rtacha gipnoz—engil uyqudir, kasal ko'zini ocholmaydi, so'z ta'sir ko'r-satib, harakat sferasi bilan sezgi sferalarida o'zgarishlar keltirib chiqarish mumkin

Qattiq, chuqur gipnoz—ro'yirost gipnotik uyqudir. Rapport deb miya po'stlog'ida sergak qolgan aloxida punkt hisobiga vrach bilan bemor bog'lanadigan aloqaga aytiladi.

Gipnoz vaqtida ishontirishdan foydalanish usuli ko'proq foydalaniladi. So'z bilan ta'sir ko'rsatib, ishontirish imperativ(buyuruvchi) va izoxlovchi(tushuntirib beruv-chi) ta'sirga bo'linadi.

⁴ Психоанализ асослари. Тузувчи М. Отажонов. Т., 2004.

Tabiiy uyqu holatida ishontirish.

Tabiiy uyqu holatida ishontirish usuli kam qo'llaniladi. Umuman, uyqu vaqtida ko'pgina odamlar inson nutqini idrok eta olish qobiliyatini saqlab qoladiki, buni meditsina xodimi esda tutushi kerak.

Uxlagan yoki narkotik moddalarni berib ishontirish.

Bemor etarli gipnabel bo'lmasa va boshqa bazi xollarda narkogipnozdan foydalaniladi. Bemorga uxlatadigan dori ichiriladi yoki venasiga yuboriladi.

Uyg'oqlik holatida ishontirish.

Gipnozdan tashqari ishontirish xam xiylagina shifobaxsh ta'sir qiladi. Uyg'oqlik davrida ishontirish anchagina emotsional ko'tarinkilik fonida ayniqsa yaxshi kor qiladi. Kasallar orasida affektiv holatning bir kishidan ikkinchi kishiga o'tishi protsessi ro'y beradi. Duduqlanish, alkogolizm, nevrozlarga davo qilish uchun uyg'oqlik holatida ishontirish usuli qo'llaniladi.

O'z-o'zini ishontirish.

O'z-o'zini ishontirish xam tashqaridan ta'sir qilib ishontirish singari, bosh miya po'stlog'ida konsentrlangan qo'zg'alish o'chog'idan iboratdir, mazkur xolda bu o'chog'ni bemorning o'zi muayyan so'z formulalari yoki xayoliy tushunchalar yordami bilan vujudga keltiradi.

Psixoterapevtik yo'l bilan ishontirish.

Psixoterapiyaning boshqa juda muxim bir turi ishonch xosil qilish yo'li bilan davolashdir. Ishontirish kasal shaxsiyatining xamma xususiyatlarini xisobga olib turib, indivudial ravishda olib boriladigan bo'lsa-gina kasallikka aloqador kechinmalarini susayib, barham topishiga yordam berishi, bemor faolligini safarbar etishi, bemor oldiga uni qiziqtiradigan aniq-ravshan maqsadlar qo'yilishi mumkin.

II.2. PSIXOTERAPEVTIK METODLAR

Jamoaviy va guruh psixoterapiyasi.

Bu ikkilasi bir-biriga yaqin tushunchalardir. Ularning o'rtasidagi farq shuki, guruh psixoterapiyasida asosiy psixoterapevtik ta'sir vrachdan chiqadi va umuman butun guruhga qaratilgan bo'ladi.

Jamoa psixoterapida xam bemorlar jamoaining har bir bemorga kolektivning har bir bemorga shifobaxsh ta'sir ko'rsatishdan foydalaniladi.

Psixoterapevtik guruh a'zolarining qanday bo'lmasin biror narsa va xodisa to'g'risidagi fikrlari jamoada muhokama qilib chiqilganidagidan keyin ancha to'g'ri va barqaror fikrlar bo'lib qolishini V.M.Bexterov va xodimlari ko'rsatib berdi. Jamoada diqqat xajmi kengayib, idrok etiladigan foydali axborot miqdorini xam ortishini bunga qo'shib aytib kelsa bo'ladi. Mana shularning xammasi jamoa psixoterapiyaning metodining foydali ekanligini ko'rsatidi.

Psixoterapivtik guruh kasallari to'g'ri tanlab olinadigan bo'lsa, bu – guruh kayfu ruxiyatining umuman ko'tarilishiga, guruhga yaxshi “davo daldasi” berish uchun qulay sharoit yaratishga sabab bo'ladi. (N.V.Ivanov)

Kasallarning noto'ri fikrlari, pessimistik xayollari, ba'zi kasallarning davoga nisbatan shubxa bilan qarashlarini bir muncha faol bo'lgan boshqa kasallar tandiq qilib, ochib tashlaydilar.

Faollashtiruvchi psixoterapiya.

Faollashtiruvchi psixoterapiyaning maqsadi – kasal shaxsiyatining saqlanib qolgan tomonlarini safarbar etib, uni real turmush sharoitlariga jalb etish, kasallik natijasida izdan chiqqan funksiyalarni mashq qildirishdir. Faollashtiruvchi psixoterapiya xususan bo'shanglik xodisalari bilan, faollik, tashabbusning susayib qolishi bilan o'tadigan ruxiy kasalliklarda juda katta rol o'ynaydi. Bunday holatlar shizofreniya, bosh miyaning organik kasalliklarida bo'ladi. (Xususan bosh miya

peshana qismi shikaslanganda bo‘ladigan kasalliklarda). Faollashtiruvchi psixoterapiya kasallarda yangidan – yangi qiziqish, istaklar uyg‘otib, ipoxondrik holatlar singari kasallik ko‘rinshlarini susaytiradi, bemorlar ruxiyatini o‘z kayfi ruxiyatidan ichki organlarning qanday ishlayotganligidan chalg‘itadi. Asteno – ipaxondrik holatidagi kasallar (nevrotiklar, psixopatlari, nerv sistyemasining organik qism bilan kasallangan bemorlar) ham, odatda, faollashtirishga va boshqacha turmush maromiga o‘tkaziga muxtoj bo‘ladi.

Faollashtiruvchi psixoterapiya ko‘ngliga doim bir xayol kelib yuradigan (odam doim vaximada yuradigan, miyasiga turli xil holatlar keladigan va boshqa), holatlarda foyda beradi. Bo‘shliqdan vahimaga tushadigan odamlar (**agorafobiya**), yurak kasalligi vaximasi bilan yuradigan odamlar (**kardiofobiya**) va boshqa bir qancha vaximaga uchragan odamlarni muntazam mashq qildirib borish foydalidir.

Psixoterapiya va davo mashqlari.

Medisina amaliyotida davo mashqlarida keng foydalaniladi. Davo mashqlari organizmdagi ayrim organ va sistemalarni, ayrim psixik funksiyalari yoki umuman kasalning butun shaxsiyatini muntazam ravishda va izchillik bilan mashq qildirib borishdan iborat. Kasallar oldiga muayyan tarzda ular bajara oladigan vazifalar qo‘yiladi, shu bilan birga davolash vaqtida bu vazifalar ko‘proq murakkablashtirib boriladi.

Ana shunday usul pixonatriyada xam nevropatologiyada xam qo‘llaniladi. CHunonchi Korsakov psixozida (xotira buzilishi, polinevrit paydo bo‘lishi) dori berib davolash va fizioterapiya bilan bir qatorda, xotirani mustahkamlovchi mashqlar natija beradi.⁵ Nevrotik kasalliklarning boshqa turlari xam mashq qilish natijasida yaxshilanishi isbotlangan.

“Muhit bilan davolash” ko‘rinishidagi psixoterapiya.

⁵ Тиббиёт психологияси. Маърузалар матни. ТТА, 2015.

Muhit yoki mikromuhit deb birinchidan bemorga juda yaqin yuradigan odamlarga, ikkinchidan bemorni turmushda va davo muassasalarida bo'lgan paytda atrofini o'rab olgan vaziyatga aytiladi.

Kasal odam muxit bilan juda yaxshi aloqada bo'ladi. Muxit bemor qiziqishlarining doirasini, uning ijtimoiy va ma'naviy qiyofasini, shuningdek emosional holati, kayfu ruxiyatini ko'p jixatdan belgilab beradi. To'g'ri uyushtirilgan muxitning bemorga ko'rsatadigan ta'siri qudratli davo vositasi bo'lib xisoblanadi.

Muhit ta'sirini:

- 1) davo muassasidan tashqarida ko'rsatiladigan ta'sir
- 2) davolash muassasasi ichidagi ta'sirga bo'lish mumkin

“Muhit bilan davolash”ning boshqa tipi – kasalxona, sanatoriy, dispanser ichida ta'sir ko'rsatishdir. Psixoterapevtik rejim deganda narsa bu o'rinda katta rol o'ynaydi: SHu rejimning 2 ta asosiy turini ajratish mumkin:

- 1) davolovchi qo'riqlovchi rejim
- 2) davolovchi faollashtiruvchi rejim

Davolovchi qo'riqlovchi rejim holdan ketib, darmoni qurigan kasallarga, o'tkir psixik travmani boshidan kechirgan bemorlarga buyuriladi. Bu rejim kasallarni dam olishiga katta etibor qaratgan bo'lib, bemorning dam olishi, uxlashi orqali davolishini ko'zda tutadi. Bu davrda kasallar bilan tinchlantiruvchi suhbatlar o'tkaziladi. SHuningdek ularga sedativ va darmonga kiritadigan dori – darmonlar tavsiya qilinadi.

Biroq bu rejim uzoq bo'lmasligi kerak va bu tur har qanday asab kasalliklarida xam davo bermasligini unutmasligimiz kerak.

Davolovchi faollashtiruvchi rejimda turmushdagi real muxitga yaqin vaziyatni yaratish uchun harakat qilinadi. SHu bilan birga bu rejim psixoterapiya uchun yaxshi bo'lgan imkoniyatlar yaratib beradi. Davolvchi faollashtiruvchi rejimning psixologik ahamiyati shundaki, bunda kasallar davolanadigan yoki

vrachlar xamda xodimlarning boshqa ta'siriga berila oladigan passiv ob'ekt bo'lib qolmasdan, balki sub'ektga aylanadilar.

Dorilar va boshqa vositalar bilan davolash psixoterapiyasi.

Kasallarni davolashda xilma-xil dori darmonlar bilan bir qatorda ayrim fiziotera –pevtik muloajalar ko'rinishida va sanatoriy-kurort sharoitlaridagi kompleksda har xil fizik metodlar xam keng qo'llaniladi. Kasallarni davolashda yana bir psixik va farmako-logik ta'sirning nisbatini xisobga olish kerak. Meditsinaning turli soxalarida ishlatila-yotgan dori preparatlarining ancha kuchaygan xozirgi davrda ana shu masalalar ayniqsa aktual bo'lib qolgan: 1)farmakologik moddalarning odam psixik holatiga ta'siri va 2) farmakologik moddalarning odamga uning psixikasi holatiga qarab har xil ta'sir ko'rsatishi

Farmakoterapiya.

Zamonaviy meditsinada ishlatilib kelayotgan moddalarning ba'zilari psixik holatni o'zgartirish maqsadida juda qadim zamonlardan qo'llaniladi. CHoy, kofe, koka o'simligining barglari qo'zg'atadigan va tetiklantiradigan moddalar o'rnida ishlatiladi.

Bir qancha moddalarning narkotik ta'siridan xirurgiyada narkoz uchun foydalaniladigan bo'lib qoldi. NARKOZ—yunoncha uyqu demakdir. Xloroform, efir va boshqa moddalar yordamida qilinadigan narkoz ma'lum. XX asrda kokani o'rniga yangi sintetik ximiyaviy preparat—novokain egalladi.

Narkotik moddalar—avvalo, opiy preparatlari (morfin, kodenin, pantopon), xloralgidrat tinchlantiruvchi moddalar o'rnida, shuningdek, uyqusizlik singari juda ko'p uchraydigan kasallik holatlariga davo qilishda keng foydalaniladigan bo'lib qoldi.

Meditsina amaliyotida tinchlantiradigan, sedativ moddalar bilan bir qatorda nerv sistemasini stimullaydigan moddalar keng qo'llaniladi.

I. P. Pavlov kofein ta'sirlanish protsessini kuchaytirishini va shu tariqa tajriba xay-voninig ish qobiliyatini yaxshilashini isbotlab berdi.

Trankvilizatorlar—(tinchlantiruvchilar) bular markaziy nerv sistemasi qo'zg'aluvchanligini susaytirib, ruxiy qo'zg'alishni bartaraf etadi, shu bilan birga ular engil uyquga xam sabab bo'ladi. Bunda Aminazin va rezerpini preparatlaridan foydalaniladi. Kichik trankvilizatorlar, ya'ni meprobumat, librium va boshqa jizzakilik, besaramjonlikni kamaytirish uchun, yaxima va xavotirlikni bartaraf etish ushun ishlatiladi.

Antidenressantlar—bular kayfu ruxiyat pasayganda, xususan, ichki shart-sharoitlar munosabati bilan kelib chiqadigan, ya'ni endogen degan depressiyalarda yaxshi kor qiladi. Antidepressantlar aqliy va emotsional tormozlanish bilan birga davom etadigan somatik kasalliklarda xam muvaffaqiyat bilan foydalanilmoqda.

Simpatomimetik moddalar—bular psixikaning har xil tarzda buzilishiga sabab bo'ladi. Gallyusinogenlar—ya'ni ro'yirost gallyusixatsiyalarni keltirib chiqaradigan moddalar birmuncha kuchliroq ifodalanadigan ana shu xilda ta'sirga egadir.

Odatda ba'zi bir dori – darmonlar xam katta dozalarda ishlatiladigan bo'lsa, psixikaning buzilishiga sabab bo'lishi mumkin. Akrixin, atropin, sintomisin va boshqa moddalar ta'siri ostida xayvonlarning yurish – turishlarida odam psixikasining o'zgarishlariga o'xshab ketadigan har xil o'zgarishlar sodir bo'ladi.

Psixikaga xaddan tashqari zo'r kelishi natijasida ba'zi psixogen kasalliklar, jumladan endokrin bezlar kasalliklari kelib chiqishi mumkin. qandli diyabed, gipertireoz va boshqa endokrin kasalliklar ko'pincha psixikaning aynishi bilan davom etadi. Bunday xollarda endokrin sistemani asliga keltiradigan moddalar psixik o'zgarishlarni xam bartaraf etadi.

Farmakologik moddalarning odamga, uning psixikasiga, holatiga qarab har xil ta'sir qilishi.

Klinika kuzatuvchilari va maxsus fiziologik tekshirishlr dori moddasi ta'sirining odam ruxiyatiga bog'likligidan darak beradi. I.P.Pavlov laboratoriyasida itlar ustida qiziq tajribalar o'tkazilgan. Bu tajribalar sharsiz refleksning kashf qilinishi bilan tugagan. YA'ni Pavlov sharsiz refleksi kashf qilgan.

Farmakologik moddalar, jumladan psixofarmakologik moddalar bilan davolashda kasallar jamoaini ta'sirini xisobga olmoq lozim. Andaksin, melipravin a boshqalar singari ba'zi bir preparatlarning ta'siri ijobiy yoki salbiy ta'sir ko'rsatishi ko'pincha biror bir guruhdagi faol kasallar ("guruh liderlari") ning shu prepatlarga nisbatan qanday munosabatda bo'lishiga bog'liq bo'ladi. Farmakoloik moddalarning ta'siri kaal nerv sistemavi va axvoliga ko'p darajada bog'liq bo'lganligi munosabati bilan yangi dori – darmonlarni tekshirishda so'ngi vaqtlarda plasebo usulidan foydalanilmoqda.

Plasebo usuli – tashqi xossalarni, rangi, xidi, ta'mi jixatidan dori moddasiga o'xshab kyetadigan, biroq ta'sir ko'rsatadigan asosi bo'lmaydigan kontrol moddalar. Plasebo effekti xamma odamlarda aks etadi. Ba'zi odamlarning bu usulga javoban reaksiyasi xaqiqiy modda ta'sir effektidan oshib ketishi xam mumkin, yuoshqa odamlarda reaksiya ancha kuchsiz bo'ladi. Bu xol tekshirilayotgan odam yoki kasalning tilak – istaklariga va shu munosabat bilan o'sha effektga ishonishi yoki ishonmasligi bilan bog'liqdir.

YUrak siqilishiga muhtalo bo'lgan kasallarning 38% ida, operatsiyadan keyin qattiq og'riq tutadigan kasallarning 30% ida, dengiz kasaligiga uchragan kishilarning 58% ida plaseboga nisbatan musbat effekt bo'lishi ma'lum.

SHu bilan bir qatorda ba'zi kasallarda, xususan nevroz bilan og'rib, xavotirlik va vaxima holatiga tushib qolgan bemorlarda dori moddalarining ortiqcha dozalari xam ko'pincha kor qilmasligini aytib o'tish zarur.

Narkotik moddalarga odam o'rganib qolib, keyin ularga ruju qiladigan bo'lib qoladi. SHu munosabat bilan narkotiklarni suiiste'mol qilish bilan ifodalanadigan kasal-lik ko'rinishidagi moyillik narkomaniya deb ataladigan

bo‘lib qoldi. narkotik modda iste‘mol qilishga barxam berilganida **abstinensiya** degan xodisa vujudga keladiki, bu kokainizm va morfinizm yaqqol ifodalangan bo‘ladi.

Abstinensiya xodisalari juda og‘ir ruxiy va jismoniy o‘zgarishlar bilan birga davom etib boradi. Odamning emotsional axvoli o‘zgarib, ko‘nglini g‘amu xasrat va xavotirlik bosadi. YUrak faoliyati va nafas izdan chiqadi. Badanning turli joylarida og‘riq turadi. Abstinensiya organizmdagi muayyan bioximyaviy o‘zgarishlar va bir qancha psixologik faktorlarning ta’sirlariga bog‘liqdir. Narkomaniyalarga davo qilishda kasalning psixikasiga, xususan emotsional holatiga turli psixoterapevtik usullar bilan ta’sir ko‘rsatish juda zarur.

Alkogol narkomaniyasiga davo qilishda psixikaning roli yaqqol namoyon bo‘ladi. Xozir apomorfin, antabus va ba’zi boshqa moddalar bilan davo qilish ko‘rinishida alkogolizmga qarshi shartli reflektor terapiya juda keng rasm bo‘ldi. Bu moddalarning xammasi ko‘ngil aynishi, qayt qilish, yurak faoliyati, nafasning o‘zgarishi ko‘rinishida o‘tadigan birmuncha sezilarli vegetativ reaksiyalarga sabab bo‘ldi. Davo kursi pirovardiga etib, shartli refleks xosil bo‘lganidan so‘ng ko‘zga alkogol ko‘rinishining o‘ziyoq sezilarli vegetativ reaksiyalarga sabab bo‘ladiki, ana shunday reaksiyalar tufayli bemor keyinchalik alkogol iste‘mol qilishdan voz kechadi.

II.3. PATOLOGIYALARNI TEKSHIRISHNING UMUMIY QONUN- QOIDALARI

Bugungi kunda tibbiyotda ham, umumiy psixologiyada ham bemorlar (mijoz) ni tekshirish sxemalari mavjud, biroq bizning mamlaka-timizda bemorlar psixologiyasini tekshirish uchun alohida kasal-lik tarixnomasi ishlab chiqilmagan. Bu maqsadda, ko‘pincha, ruhiy bemorlarni tekshirish uchun ishlab chiqilgan tarixnomalar yoki umu-miy psixologik tekshiruvlardan foydalaniladi. Ular esa klinik psixologiya talablariga to‘la javob beravermaydi. SHuning uchun ham barcha tarixnomalarni o‘rgangan holda va o‘zimizning bir necha yillik tajribamizdan foydalanib tibbiy-psixologik tekshiruvlar uchun tarixnoma ishlab chiqdik va u ushbu darslikda birinchi bor e‘lon qilinayapti.

Tibbiy psixologning bemorlar bilan ishlashi tibbiy va psixologik etikani saqlagan holda olib boriladi. Dastlab bemorning psixologga tashrifi sabablari aniqlanadi. Buning uchun unga «Sizni psixologga murojaat qilishga nima undadi?». Sizni nima bezovta qilayapti? Sizga qanday yordam kerak?» kabi savollar bilan murojaat qilish mumkin. Agar bemor yaqinlari bilan kelgan bo‘lsa, suhbatni avval ular bilan boshlab, so‘ng bemor bilan davom ettirishi mumkin.

Bemorning tashqi ko‘rinishiga katta e‘tibor qaratish lozim: u o‘zini qanday tutayapti, es-hushi joyidami, jismoniy kamchi-liklari yoki lat egan joylari yo‘qmi, qanday kiyingan, kim bilan kelgan?

Harakat koordinatsiyasi, yurishi, gavda tuzilishi qanday, giperkinezlar yoki falajliklar yo‘qmi? Bemorning his-tuyg‘ulari va xulq-atvori qanday? Bu erda bemorni savolga ko‘mib tashlamas-lik va unga shikoyatini to‘la aytishga imkon berish zarur. Qisqa suhbatdan so‘ng bemor gapirishni istamasa, avval psixologik testlar o‘tkazib, so‘ng uning testda belgilagan javoblariga qarab suhbatni davom ettirish lozim. Bunday paytlarda qisqa testlardan foydalangan ma’qul, masalan, Sung, Spilberger-Xanin va temperamentni aniqlovchi testlar. Psixologik testlar orqali bemorlardan juda ko‘p ma’lumotlarni yig‘ib olish mumkin. Ba’zan bemor

juda so‘zamol bo‘ladi. Bunday paytlarda uning nimani ista-yotganini bilib olib, suhbat yo‘nalishini o‘zgartirish zarur.

Suhbat psixologik tashxis uchun juda muhimdir. SHuning uchun bemorni zimdan kuzatib borish lozim. Bemorning nutqiga ham kat-ta e‘tibor qaratish kerak, chunki nutqning buzilishi ham juda ko‘p (ayniqsa, neyropsixologik) ma‘lumotlar beradi. Zaruratga qarab bemorni logopedga yuborish mumkin.

Ba‘zi bemorlar (ayniqsa, ruhiy kasallikka chalinganlar) eshik-dagi «psixolog» yozuviga ko‘zi tushib, huzuringizga tashrif buyurishni xush ko‘rishadi. Ularni ko‘proq psixolog yordami emas, balki psixologning unga nima deyishi qiziqtiradi. Bunday bemorlarni iloji boricha psixiatrning maxsus yo‘llanmasi bilan yoki yaqinla-ri bilan kelgan taqdirda qabul qilish ke rak. CHunki ular psixologni soatlab eshitib o‘tirishlari mumkin, biroq qabul tugagandan so‘ng b erilgan maslahatlarga amal qilishlari dargumon. Ba‘zan bemorlarning ruhiy kasalga chalinganini aniqlash juda qiyin bo‘la -di yoki bu psixologik suhbat chog‘ida sezilib qoladi. Bunday payt-larda bemorga zarur maslahatlar berib psixiatrga yuboriladi.

Agar psixiatrda davolanib chiqqan bemor yo‘llanma bilan psixol og qabuliga tashrif buyursa (bunday bemorlar, asosan, yaqin qarindoshlari bilan kelishadi), ularning tarixnomasi bilan yax-shilab tanishib chiqish, zaruratga qarab bemorni davolagan psixiatr bilan bog‘lanish kerak. Haqiqatan ham ruhiy kasalliklarga chalingan ko‘pchilik bemorlar psixiatrlar tavsiyasi bilan kasallik-ning remissiya davrida psixologga yuboriladi.

Bemorning dunyoqarashini o‘rganish, qarind osh-urug‘lari, umr yo‘ldoshi, ishiga munosabatini ham bemordan so‘rash va bu ma‘lumotning haqiqatga to‘g‘ri kelishini uning oila a‘zolaridan bilib olish kerak.

Ko‘p hollarda bemordagi psixologik buzilishlar ulardagi nevrologik yoki somatik kasalligi sababli emas, balki ish va oiladagi kelishmovchiliklar hisobiga kuzatiladi. Bunday paytlar-da umumiy psixologik tekshirishlar o‘tkazishga ham to‘g‘ri keladi. Ishdagi kelishmovchiliklar, ko‘pincha, bemorlarning o‘z imkoniyat-larini ortiqcha yoki past baholaganliklari oqibatida kelib chiqa-di. Bu esa doimiy stress h olatlarini yuzaga keltiradi va psixosomatik kasalliklarning zo‘rayishiga

ham sabab bo'ladi. Bu e rda psixolog bemorning shu kungacha erishgan yutuqlarini uning o'zidan so'rab bilib olishi va unga katta ijobiy baho berishi kerak. Bu bemorda ishi va hayotga bo'lgan qiziqishini yanada oshiradi va u o'z imkoniyatlarini to'g'ri baholay boshlaydi. Beriladigan maslahatlar bemorning imkoniyatlari doirasida bo'lishi lozim.

Ba'zan bemor biror surunkali kasallikka chalinib, undan uzoq vaqt natijasiz davolanib yurganidan shikoyat qiladi. Bunday paytlarda bemorning tarixnomasi bilan tanishib chiqiladi va davolash mobaynida kuzatilgan ijobiy o'zgarishlarga (sez ilarli bo'lmasa -da) bemorning diqqati jalb etiladi. Bu bilan uning sog'ayib ketishiga bo'lgan ishonchi va ixlosi tiklanadi. SHuning uchun ham bemorlar ilohiy joylarni ziyorat qilmoqchi va tabiblarga ham uchramoqchi bo'lsa, bunga aslo to'sqinlik qilmaslik kerak.

Bemor affektiv h olatlarga tushganmi, o'ziga yoki birovga hamla qilganmi va bu holatlar qachon bo'lganini aniqlash ham o'ta muhim-dir. Uning ichkilik, chekish va giyohvand moddalarga bo'lgan munosabatini ham aniqlash zarur. Ba'zi bemorlar giyohvand moddalar iste'mol qilishini yashirishga intilishsa, boshqa birla-ri aynan giyohvandlikdan qutulish uchun ham psixologga murojaat qilishadi. Bunday bemorlarga iloji boricha mutaxassislar ishtirokida yordam qilish rejasini tuzib chiqish kerak. Ularga, ayniqsa, psixologning maslahatlari juda qo'l keladi. Hozirgi kunda giyohvandlikni davolash usullarining aksariyati psixologik ta'sirga asoslangan.

Bemorlarning jinsiy muammolari to'g'risida ham ma'lumot yig'ish zarur. Aytib o'tganimizdek, nevrozlarning kelib chiqishida jinsiy buzilishlarning ahamiyati juda katta. Aniqlangan psixoseksual buzilishlarni, albatta, bartaraf qilish va zarurat-ga qarab bu ishga psixoseksologlarni jalb etish lozim.

Xulosa qilib aytganda, tibbiy-psixologik statusni tekshirish quyidagi masalalarni o'z oldiga maqsad qilib qo'yadi:

- 1) bemorning psixologga murojaat qilishining sabablarini aniqlash;
- 2) tibbiy va psixologik anamnezni to'plash;

- 3) tibbiy tashxisni aniqlash (mutaxassislar yordamida);
- 4) psixologik tashxisni aniqlash;
- 5) davolash choralarini ishlab chiqish (psixoterapiya, psixofarmakoterapiya va h.k.).

Bemorning tibbiy-psixologik statusini tekshirish sxemasi (tibbiy-psixologik anketa)

I. Umumiy ma'lumotlar.

Bemorning ismi, sharifi

Anketa (tarixnoma) ning raqami

YOshi

Jinsi

Millati

Oilaviy ahvoli

YAshash joyi

Ma'lumoti va kasbi

Mehnatga layoqati

CHapaqay, o'naqay yoki ambid ekstr

Klinika (poliklinika) ga murojaat qilgan kuni

Klinika (poliklinika) da qo'yilgan tibbiy tashxis (tashxislar)

Psixologga murojaat qilgan kuni

Asosiy shikoyatlari

Bemorning hayot anamnezi (ilk bolalik davridan boshlab yig'i-ladi, qanday tarbiyalangan, qanday muhitda o'sgan va h.k.). Bemorning jinsiy hayoti va o ilaviy anamnezi

Bemorning tibbiy anamnezi (qanday kasalliklar bilan og'rigan)

Bemorning psixologik anamnezi

Bemorning nasliy anamnezi

II. YOrdamchi tekshirishlar va boshqa mutaxassislar xulosalari.

(Bu tekshirishlar zaruratga qarab, psixologik statusni tekshirishdan oldin yoki so'ng o'tkazilishi mumkin)

Laborator tekshirishlar (qon, siydik va likvor), elektroensefalografiya

Psixiatr

N evropatolog

Patopsixolog

N eyropsixolog

Terapevt

Seksopatolog

Boshqa mutaxassislar

Psixologik testlar xulosasi

III. Bemorning temperamenti.

Suhbat yoki psixologik testlar yordamida bemorning qaysi temperament egasi ekanligi aniqlangach, xulosaga sangvinik, xolerik, flegmatik yoki melanxolik, deb yozib qo'yiladi.

IV. Bemor ning sh axsi va xulq-atvorini tekshirish xulosalari.

Bemorning yaqinlari yordamida va uning o'zidan ilk bolaligidan boshlab, xulq-atvorining xususiyatlari haqida ma'lumot yig'iladi. YAsli, maktab, o'spirinlik davri, o'ila qurgandan keyingi hayoti, ishda va jamoada o'zini tutishi har tomonlama so'rab o'rganiladi. SHu maq-sadda psixologik testlardan ham foydalaniladi.

Suhbat va testlar yordamida bemorning shaxsi va xulq-atvoriga quyidagicha ta'rif beriladi: mehribon, xudbin, mansabparast, toshyurak, kamtar, kalondimog', xotirjam, intravert, ekstravert va hokazo.

V. Hissiyotni tekshirish xulosalari.

Suhbat chog'ida bemorning mimikasi, o'zini tutishi, psixolog va atrofdagilarga bo'lgan munosabatiga e'tibor qaratiladi hamda bemorning his-tuyg'ulari va kayfiyatiga quyidagicha ta'rif beriladi: hayajonlangan, g'azablangan, xavotirda, kayfi chog', tushkunlikka tush -gan, vahima bosgan.

Bemorning holati aniqlangach, bu haqda (eyforiya, disforiya, depressiya, affekt va emotsional ambivalent) xulosalar beriladi. Xulosani yanada oydinlashtirish uchun psixologik testlardan foydalanish mumkin.

VI. Sezgi va idrokni tekshirish xulosalari.

Sezgi buzilishlarini tekshirayotganda, uning organik (nevrologik) va isterik tusda ekanligi aniqlanadi. Ikkala holda ham sezgining quyidagi buzilishlari farq qilinadi: monoanesteziya, gemianesteziya, giperesteziya, dizesteziya, senestopatiyalar, kauzalgia, ogʻriqlar (bosh, tana va ichki aʼzolar sohasida).

Idrok tekshirilganda, quyidagi patologik holatlarga eʼtibor qaratiladi: illyuziyalar (xom xayollar), gallyusinatsiyalar, anozognoziya, derealizatsiya, depersonalizatsiya.

VII. Iroda va maylni tekshirish xulosalari.

Irodani tekshirayotganda, mustahkam irodali, matonatli, maq-sadga intiluvchan, ikkilanuvchan, mustaqil, jurʼatsiz deb belgilanadi. SHuningdek, iroda va mayl buzilishlariga taʼrif berishda quyidagi atamalardan ham foydalaniladi: abuliya, gipobuliya, giperbuliya, dipsomaniya, dromomaniya, kleptomaniya, mazoxizm, sadizm, anoreksiya, polifagiya, polidipsiya, gomoseksualizm, suitsidal mayllar.

VIII. Nutqni tekshirish xulosalari.

Bemorning nutqi toʻgʻrisidagi maʼlumotlar suhbat chogʻida yoki maxsus tekshirishlar orqali aniqlanadi. Nutqni oddiy va murak-kab soʻzlarni takrorlatib turib ham tekshirish mumkin. Nutq buzilishlarini neyropsixologik testlar yordamida ham aniqlash mumkin. Agar bemorda nutqning murakkab buzilishlari kuzatilsa, ular-ni davolash uchun neyropsixolog yoki logoped yordami kerak boʻladi. Nutqning quyidagi buzilishlari farqlanadi: afaziyalar (afferent motor, efferent motor, sensor, amnestik, semantik, dinamik), soqovlik, duduqlanish, dizartriya, dislaliya.

IX. Diqqat va xotirani tekshirish xulosalari.

Diqqatning baʼzi xususiyatlari suhbat chogʻida ham aniqlab

olinadi. Diqqatning saqlangan yoki buzilganligi koʻrsatiladi. Ama -liyotda parishonxotir atamasi koʻp ishlatiladi. SHuningdek, diqqat-ni tekshiruvchi testlar (Krepelin, korrektura sinovi va shu kabi-lar) dan foydalanish mumkin.

Be morning diqqati tekshirib bo'lingandan so'ng yoki u bilan parallel holda kundalik va bo'lib o'tgan voqealarga bo'lgan xotirasi ham tekshiriladi. Masalan, ma'nosiz (gul, qarg'a, oyna) so'zlardan iborat qisqa qator, qisqa va uzun jumlar hamda matallarni yod olish va qayta esga tushirish kabi. Xuddi shu uslubda ko'rish (turli fotosuratlar ko'rsatib, birozdan so'ng qay darajada yodida qolgani sinab ko'riladi) va harakat xotirasi tekshiriladi (bemor qo'li bilan turli harakatlarni amalga oshiradi va ularni birozdan so'ng takrorlash so'raladi). SHu maqsadda Ebbingauz va Luriya tomonidan ishlab chiqilgan turli psixologik testlardan ham foydalanish mumkin.

Xotiraning boshqa buzilishlari (retrograd, anterograd, anteroretrograd, konfabulyasiya, psevdoreminissensiya) ham tekshiriladi.

X. Tafakkurni tekshirish xulosalari.

Tafakkurni tekshirayotganda uning izchilligi va tezligiga e'tibor qaratiladi. Fikrlash darajasi yoshiga mos keladi, debillik, imbetsillik, idiotiya, demensiya deb xulosa yoziladi. Bu buzilishlarni aniqlash uchun hikoyalarning mazmuni, kichik matematik masalalar, tugallanmagan jumlar, maqollar ma'nosi va tafakkur darajasini ifodalovchi psixologik testlar (Koos kubikchalari, Bine-Simon, Veksler testlari, tafakkur koeffitsientini (IQ) aniqlash) dan foydalaniladi. **(Ilovalar).**

XI. Ongni tekshirish xulosalari

Ong buzilishining shartli ravishda nopsixotik va psixotik tur-lari ajratiladi: birinchisiga obnubulyasiya, somnolensiya, sopor va koma, ikkinchisiga esa deliriya, trans, amensiya, somnambuliya, ambulator avtomatizmlar, oneyroid kiradi. SHuningdek, bemorning ong darajasiga ta'rif berayotganda, uning es-hushi joyidaligi, vaqt, joy va vaziyatni adashtirmasligi va atrofdagi voqealarni aniq-ravshan anglashiga e'tibor beriladi.

Olingan ma'lumotlar psixologik testlar, laboratoriya natijalari va boshqa mutaxassislar xulosalari bilan solishtirilgach, bemorga **tibbiy-psixologik tashxis** qo'yiladi. Masalan, bemorda psixosomatik buzilishlar aniqlansa, tashxisni quyidagicha ifodalash mumkin: «Psixosomatik sindrom: psixogen kardialgiya».

Soʻngra davolash choralari belgilanib, prognoz aniqlanadi va alohida psixoreabilitatsiya rejasi ishlab chiqiladi.

XULOSA

Fikrlash — individning bilish faoliyatidagi muxim jarayoni boʻlib, atrofdagi borlikning inson ongida aks etishining oliy shaqli hisoblanadi. Xis qilish, tasavvur, idrok qilish, bilish jarayonining boshlangʻich boskichidir. Predmetlarning xossalari haqidagi bilimlarni umumlashtirish tushunchasi fikrlashning asosi boʻlib hisoblanadi.

Fikrlash jarayoni analiz (tahlil) va sintez, taqqoslash, solishtirish, koʻz oʻngiga keltirish va aniqlashtirish, umumlashtirish, keyin esa tushunchaning shakllanishiga oʻtish boskichlaridan tashqil topgan. Fikrlashning moddiy asosi — soʻz hisoblanadi. Har bir soʻz maʼlum bir tushunchani bildiradi: masalan, aniq (stol) yoki xayoliy (bosqich). Fikrlash substratining yopik eki xayoliy tushunchalar bilan mos kelishi qoʻyidagicha farqlanadi, yaʼni aniq — tasviriy fikrlash, xayolan — mantikan fikrlash. Oxirgi xususiyat nutki rivojlangan, murakkab tushunchani umumlashtira oladigan katta yoshdagi odamlarga xosdir.

Fikrlashning tarkibiy xususiyatlaridan biri — bu assotsiativ faoliyatdir. Assotsiativ jarayon—tasavvurlarning kechishi va bir necha tasavvurlar orasidagi bogʻlanishidir. Meʼyorda bir assotsiatsiya yiga xoc boʻlgan assotsiatsiyaning jonlanishiga olib kadi (masalan, oq-qora, issiq-sovuq). Boʻlar yordamida bizning fikrlarimiz uzviy bogʻlanish va mantiqli boʻladi.

Fikrlashning fiziologik asosi boʻlib bosh miya katta yarim sharlari poʻstlogʻining faoliyati hisoblanadi. Bu faoliyat signal sistemalarining oʻzaro taʼyulanishi orqali yuzaga kelishini Pavlov va uning shogirdlari koʻrsatib bergan edi.

Ruhiy bemorlarda fikrlashning buzilishi turli-tumandir. Fikrlash xastaligi qoʻyidagi kuradshlarda boʻlishi mumkin: assotsiatsiyalarning kechish suratining buzilishi, baʼzi fikrlar orasidagi bogʻlanishning tartib va maqsadga yoʻnaltirish jihatidan yoʻqolishi, hukm chikarish va xulosa qilish xususiyatlarining buzilishi.

Fikrlashning tezlashishi ko‘p sonli fikrlar kechishining tezlashib ketishi, ba‘zan esa fikrlarning sakrash darajasigacha («pulemyot» nutqi) etish bilan tavsiflanadi. To‘xtovsiz paydo bo‘luvchi uylar fikrlar, xulosalar yuzaki va quqqisdan paydo bo‘ladi. Bemorning chalg‘uvchanligi ko‘zga shunday tashlanib turadi, u bir mavzudan ikkinchi mavzuga engil ko‘chib, biror fikrni oxiriga etkaza olmaydi. Fikrlash buzilishning bu turi maniakal holatlar, ya’ni maniakal-depressiv psixozning maniakal bosqichi, sirkulyar shizofreniya, ekzogen psixozlar uchun xosdir. Fikrlashning tezlashishi nutq tezlashuvi — «tahlil» ko‘rinishida namoyon bo‘ladi.

Fikrlashning sekinlashishi. Fikrlashning sekinlashishi — fikrlash va nutq tezligining sekinlashishi, uning kechishining qiyinlashishi, assotsiatsiyalarning kamligi va bir xilligidir. Bemorlar savollarga katta oralikdan keyin, bir xil va past tovush bilan javob berishadi. Bu patologik fikrlash turli depressiv hollarda: maniakal-depressiv psixozning depressiya bosqichida, shizofreniya, reaktiv va boshqa psixozlarda uchraydi.

Fikrlashning tutilib, uzilib qolishi— fikrlashning patologik shakli bo‘lib, bunda bemor fikrlash tezligining buzilishi bilan birga uning ixtiyorsiz ravishda kisha muddatda o‘zilib qolishi ham kuzatiladi. To‘xtalishlar vaqtida fikrlash umuman bo‘lmaydi. Bu holat asosan shizofreniyada kuzatiladi.

Fikrlarning surilib ketishi (mentizm) — birdaniga, qo‘qqisdan bir qancha fikrlar oqimi paydo bo‘ladi. Bu bemor irodasiga bog‘liq bo‘lmagan holda paydo bo‘lib, bir fikr boshqalariga surilib ketadi. Fikrlar o‘zilib kolishi kabi fikrlarning surilib ketishi ham Kandinskiy—Kisralit ruhiy avtomatizm sindromining tarkibiy qismi hisoblanadi.

Fikrlar tuturuqsizligi — bu nutkning grammatik shaqli saqlangani holda tushunchalar orasida mentizm va mazmun jihatdan bog‘lanishning yo‘qligidir. Bunda bemorlar fikri va nutki tuturuksiz bo‘lib, gaplar orasida bog‘lanish bulmaydi. Agar nutkning grammatik shaqli ham buzilsa, nutk umuman mazmunsiz bo‘lib qoladi va so‘z qorishmasiga aylanadi. Bunda bemorlar ham mazmun, ham

grammatik jihatdan bog‘lanmagan bo‘lak-bo‘lak so‘z turkumlarini keltirishadi. Bemorlarning fikri «poyma-poy gap»ga aylanadi.

Rezonyorlik — kuruq mahmadanaliq go‘yo o‘zini donishmand deb hisoblash. Bunda maqsadsiz, ma’nosiz, tartibsiz fikrlash kuzatiladi.

Bu holat shizofreniyada, psixopatiyaning shizoid shaqlida uchraydi.

Autizm — real borlikdan o‘zilgan holda hech kim bilan muloqot qilmasdan, o‘zining Ruhiy kechinmalariga berilib ketish. SHizofreniya kasalligiga xos.

Fikr ambivalentligi—bir vaqtning o‘zida qarama-karshi, bir-birini inkor qiluvchi fikrlarning mavjudligi. Bemor xatidan qo‘yidagi namuna bunga misol bo‘la oladi: «Mening bolalarim meni aqldan ozgan deyishadi. Menga bu qiziqarlilik tuyuladi, lekin mening bolalarim o‘tmishda ham, xozir ham, kelajakda ham umuman yo‘q». Bu patologik fikrlash shizofreniyada uchraydi.

Paralogik fikrlash — yaqqol mantiqiy buzilishlar bilan tavsiflanadi, fikrlashda mantiqiy bog‘lanish bo‘lmaydi. Bemor xech asoslanmagan, etarli isbotga ega bulmagan xulosalarga keladi. Bu patologik fikrlash shizofreniya, paranoyya, psixopatiyaning ba’zi shakllarida uchraydi.

Tibbiyot psixologiyasida ushbu muammolarni o‘rganishdan maqsad, ushbu kasalliklar profilaktikasini olib borish, davlatimizning Sog‘lom avlod dasturi asosida jamiyatni jismoniy va ruhiy sog‘lomashtirishdan iboratdir.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. O'zbekiston Respublikasi "Kadrlar tayyorlash milliy dasturi" T. 1997.
2. O'zbekiston Respublikasi "Ta'lim to'g'risi"dagi qonuni. T. 1992.
3. Karimov I.A. "Yuksak ma'naviyat - yengilmas kuch". T "O'zbekiston" 2008.
4. Karimov I.A. "Asosiy vazifamiz – vatanimiz taraqqiyoti va xalqimiz farovonligini yanada yuksaltirishdir" T "O'zbekiston" 2010.
5. Abdurahmonov A. Ruh sirlari (ilmiy-ma'rifiy nashr). Uchinchi kitob. – T.: O'zR FA «FAN» nashriyoti, 2006. – 504 b.
6. Baxramova A.A. Tibbiyot psixologiyasi va psixoterapiya. Ma'ruzalar matni. SamDU, 2016 y.
7. Jabborov A. Pedagogik psixologiyaning etnik asoslari. – T.: «Zarqalam», 2006. – 48 b.
8. Ivanov P.I., Zufarova M.E. Umumiy psixologiya. Toshkent, 2009.
9. Ibodullaev Z.R. Asab va ruhiyat. T., 2015.
10. Karimova V. Salomatlik psixologiyasi yoxud sog'lom bo'lish uchun ruhiyatni boshqarish sirlari. – T.: «YAngi asr avlodi», 2005. – 70 b.
11. Карнеги Д. Как завоевать друзей и оказывать влияние на людей / Пер. с англ. – Екатеринбург: У-Фактория, 2004. – 784 с.
12. Майерс Д. Социальная психология. – 7-е изд. – СПб.: Питер, 2007. – 794 с.
13. Mustafoev F. Suhbatdoshni sirli boshqarish (Suhbatning psixofiziologik aspektlari). – Farg'ona: «FARG'ONA» nashriyoti, 2007. – 64 b.
14. Mustafoev F., Mustafoeva SH. YUzdagi timsollar. – Farg'ona: «FARG'ONA» nashriyoti, 2006. – 64 b.
15. Mamatov M. Etnopsixologiya. Toshkent, 2006.
16. Нарзикулова Ф.Б. Историко-теоретический анализ психологических идейАбу Али ибн Сино. Автореферат канд. дисс ... Т., 2008.

17. Немов Р.С. Психологическое консультирование: Учеб. Для студ. вузов. – М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2001. – 528 с.
18. Немов Р.С. Психология: Учебник для студентов высших пед.учеб заведений: В 3-х кн. – 4-е изд. – М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. 2: Психология образования. – 608 с.
19. Общая психология. (Учеб. Пособие для студентов пед.институтов). Под ред. В.В. богословского и др. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: «Просвещение», 1973. – 351 с.
20. Oila: ijtimoiy himoya omillari. Ilmiy-ommabop maqolalar to'plami. (Professor V.M. Karimova tahriri ostida). – T.: «Fan va texnologiya», 2007. – 110 b.
21. Psixiatriya. Ma'ruzalar matni. Toshkent Tibbiyot Akademiyasi. 2016.
22. Психолого-педагогический словарь / Сост. Рапацевич Е.С. – Минск: «Современное слово», 2006. – 928 с.
23. Psixoanaliz asoslari. Tuzuvchi – M. Otajonov. T., 2004.
24. Sirliiev B., Ismailova N., Hakimov I. Stress va agressiya. O'quv-metodik qo'llanma. T. 2004.
25. G'oziev E. Tafakkur psixologiyasi. Toshkent, 2008.
26. <http://www.psixologiya.ru>
27. <http://www.psixologiya.uz>
28. <http://www.pedagogika.uz>
29. <http://www.ziyonet.uz>

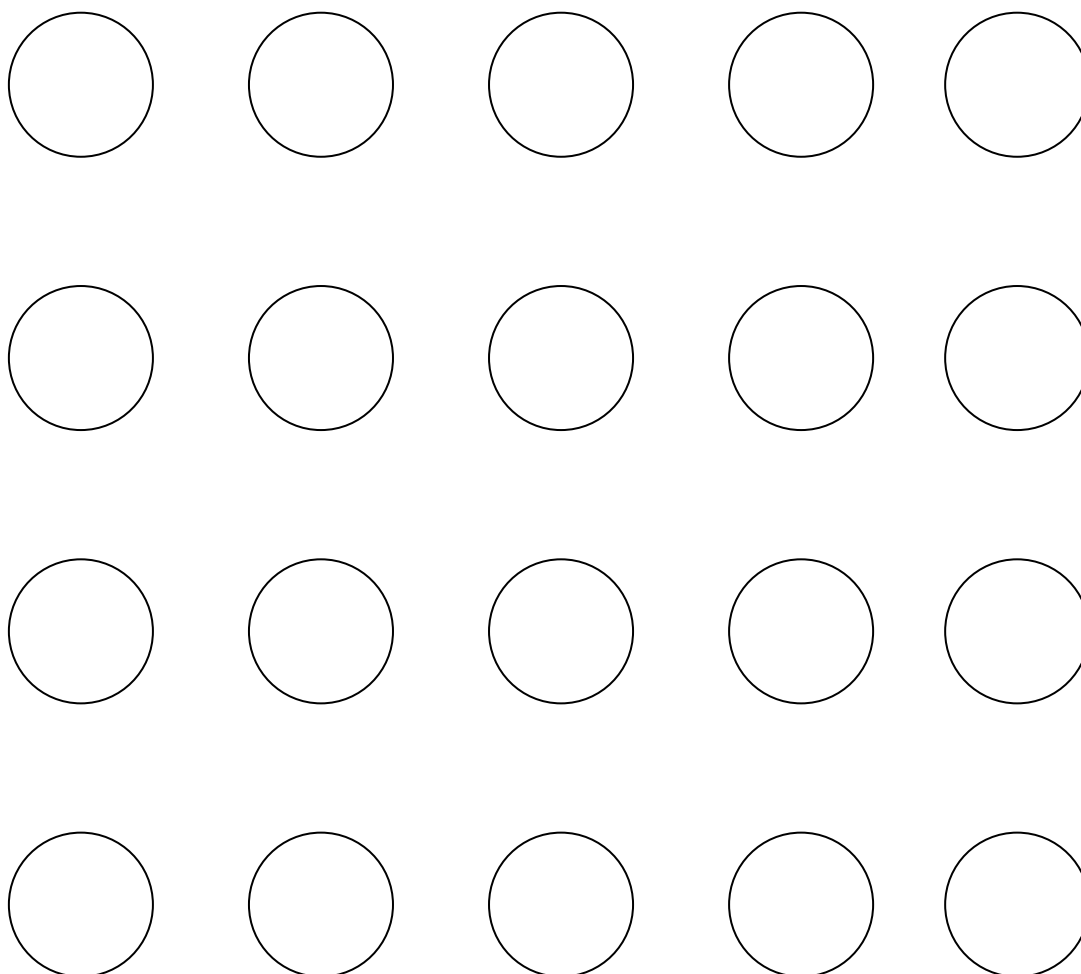
ILOVALAR

1-ilova

«VARTEGA DOIRALARI» METODIKASI

Mazkur metodika ijodiy tafakkurning uch asosiy sifati – tezligi, egiluvchanligi, originalligi darajasini aniqlash uchun qo'llaniladi.

Ko'rsatma: «Hurmatli ishtirokchi! Ushbu test sizga o'z ijodiy qobiliyatlaringizni sinovdan o'tkazish imkonini beradi. Buning uchun sizga berilgan varaqqatasvirlangan 20 ta doiraning tasviridan asos sifatida foydalanib, turli narsa-hodisalarni chizishingiz zarur bo'ladi. Rasmlarni doiralar ichida ham, ulardan tashqariga chiqib ham chizish mumkin. Rasmlar chapdan o'ngga qarab chizilishi kerak. Ish uchun sizga jami 5 daqiqa vaqt ajratiladi. Unutmang rasmlar imkon qadar original (betakror) bo'lishiga intilish lozim».



Natijalarni hisoblash:

1. Tafakkur tezligi bo'yicha: rasmlarning jami miqdori hisoblanadi va har bir rasm uchun 1 balldan baho qo'yiladi.

2. Tafakkur egiluvchanligi bo'yicha: rasmlarning guruhlar miqdori (necha xil toifadagi narsa chizilgani) hisoblanadi va har bir guruh uchun 1 balldan baho qo'yiladi. Rasmlar quyidagi guruhlar bo'yicha tasniflanadi – tabiat, maishiy buyumlar, fan va texnika, sport, bezak buyumlari, odam, iqtisod, olam.

3. Tafakkur originalligi bo'yicha: har bir kamyob rasm uchun 2 balldan baho qo'yiladi.

**«VEKSLER KATTALAR INTELEKTINI O'LCHASH SHKALASI»
NING 7-SUBTESTI («RAQAMLARNI SHIFRLASH» TESTI)**

Mazkur subtest vizual persepsiyaning mustahkamlik, ko'z-motor koordinasiyasining rivojlanganlik, malakaning hosil bo'lish tezligi darajasini aniqlashda qo'llaniladi. Metodika psixomotor nuqsonlar, ko'rish xotirasi kuchi, o'rganishga uquvlilik darajasiga ta'sirchanlik bilan tavsiflanadi.

Ko'rsatma: «Hurmatli ishtirokchi! Sizga ikki satrdan iborat jadvallar taqdim etilgan. Har bir jadvalning yuqori satrida aralash ketma-ketlikda 1 dan 9 gacha bo'lgan raqamlar yozilgan. Har bir raqam ostida bo'sh katakcha keltiriladi. Sizning vazifangiz 90 soniya davomida ushbu bo'sh katakchalarga namunada keltirilgani kabi har bir songa mos shartli belgini qo'yib chiqishdan iborat».

1	2	3	4	5	6	7	8	9
—	⊥	⌈	⌋	∪	○	△	×	≡

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

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

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

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

QISMLARDAN RASM HOSIL QILISH

Metodika A.N.Bernshteyn (1911) tomonidan taklif etilgan bo`lib, tafakkur xususiyatlarini, rasmini, rasmning yaxlitligini tahlil qila olish, uning ba`zi qismlari ketma-ketligini o`rnata olish qobiliyatini o`rganishga mo`ljallangan. Tajriba uchun rasmlar to`plami (murakkabligi ortib boradigan 6 ta rasm) kerak bo`ladi: Birinchi 3 ta rasm 4 qismga bo`lingan bo`lishi kerak, qolganlari ko`proq qismlarga bo`linadi. Bunda birinchi va to`rtinchi rasm bir xil bo`lishi kerak, lekin ular har xil qilib kesilgan bo`ladi. Tadqiqotni bir necha marta takrorlash uchun rasmlarning turli variantlari bo`lishi kerak. Rasmlar namunalari ixtiyoriy ravishda tanlanishi mumkin, masalan, hayvonlarning, alohida predmetlarning rasmlari. Bolaga rasm qismlari tunkarilgan holda tartibsiz, namunasiz ko`rsatiladi.

Tadqiqotchi tadqiqot qarorida topshiriq, uning oxirgi natijasi qancha vaqt bajarilganligini yozib boradi. Sinaluvchining harakatarini tahlil qilishga, harakatning maqsadga yo`naltirilgan rejasi mavjudligi va yuqligini aniqlashga u aqliy faoliyat jarayonida qanday tayanch belgilarga tanlangaligiga e`tiborni qaratish zarur.

3-5 yoshdagi sinaluvchilar uchun bunday topshiriqlarni bajarishda rasm namunasi ham ko`rsatilib turiladi. Bola qo`llanmani qanchalik yaxshi o`zlashtirilgani, ilgari idrok etilgan obrazni uning alohida qismlaridan qayta yarata olganini ta`qidlash muhim. Tadqiqot qarorida harakatlari bayon etiladi: tartibsiz «sinash va xato qilish»` xarakteriga ega, maqsadga yo`naltirilgan va boshqalar.

Bunday topshiriqlarni bajarish xususiyatlari, fakatgina fazoviy ko`rish xayoli, ko`rgazmali tafakkur holati haqidagina emas balki, tafakkur tanqidiyligining shakllanish darajasi haqida ham bilish imkonini beradi.