

ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI  
BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

PSIXIATRIYA, NARKOLOGIYA  
VA TIBBIY PSIXOLOGIYA KAFEDRASI

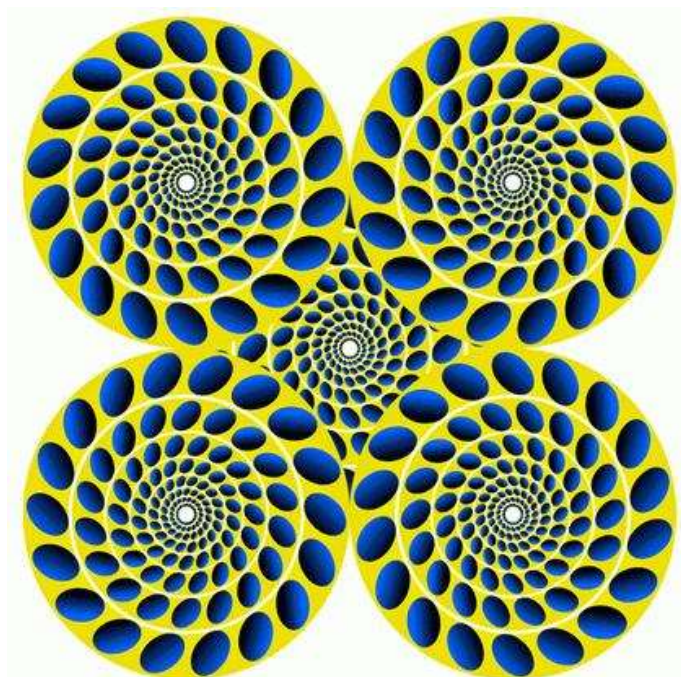
“TASDIQLAYMAN”

O`quv va tarbiyaviy ishlar bo`yicha prorektor

t.f.n., dots. \_\_\_\_\_ G.J.Jarilkasino

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2019 yil.

**3-KURS DAVOLASH VA TIBBIY  
PEDAGOGIKA FAKULTETI  
TALABALARI UCHUN  
TIBBIY PSIXOLOGIYA FANIDAN  
O`QUV-USLUBIY MAJMUA**



**ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI**  
**BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**  
**PSIXIATRIYA, NARKOLOGIYA VA**  
**TIBBIY PSIXOLOGIYA KAFEDRASI**

**3-KURS DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA**  
**FAKULTETI TALABALARI UCHUN**  
**TIBBIY PSIXOLOGIYA FANIDAN**  
**O`QUV-USLUBIY**  
**MAJMUA**

BUXORO-2019y.

**O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
OLY VA O`RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI**

**ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI  
BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

**PSIXIATRIYA, NARKOLOGIYA VA  
TIBBIY PSIXOLOGIYA KAFEDRASI**

Bilim soxasi : 700000-Sog`liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot  
Ta'lim soxasi : 720000-Sog`liqni saqlash  
Ta'lim yunalishlari : 5510100-Davolash ishi,  
5140900-Kasbiy ta'lim (5510100-Davolash ishi)

**FAN NOMI:** **TIBBIY PSIXOLOGIYA**

**Tuzuvchi:** **T.f.n., dots. Qo`chqorov U.I.**

**Taqrizchilar:** Nevrologiya kafedrası mudiri t.f.n.,  
dots. Xodjayeva D.T.  
“ Ichki kasalliklar” kafedrası mudiri  
t.f.n.Badriddinova M.B.

## ANNOTATSIYA

O'quv-uslubiy majmua – davlat ta'lim standarti va fan dasturida belgilangan talablar asosida tayyorlangan bo'lib, talaba tomonidan egallanishi lozim bo'lgan bilim, ko'nikma, malaka va kompeten-tsiyalarni shakllantirishni, o'quv jarayonini kompleks loyihalash asosida kafolatlangan natijalarni olishni, mustaqil bilim olish va o'rganishni hamda nazoratni amalga oshirishni ta'minlaydigan bilim manbasi bo'lib, talabaning ijodiy qobiliyatlarini rivojlantirishga yo'naltirilgan. o'quv –uslubiy majmuada kirish, ma`ruzalar va amaliy mashg'ulotlar mavzularining matnlari keltirilgan. Zamonaviy tekshirish usullari va dars jarayonini takomillashtirishda interfaol usullar, testlar keltirilgan.

Ishlab chiqilgan ushbu o'quv-uslubiy majmua davolash va tibbiy pedagogika fakulteti 3-kurs talabalari uchun mo'ljallangan bo'lib, o'quv dasturi (fanning maqsadi, fanning vazifalari, fanning mazmuni, ma'ruza mavzulari, amaliy mashg'ulotlari va mustaqil ish mavzulari, ajratilgan vaqt, fanning boshqa fanlar bilan o'zaro bog'liqligi (integratsiya) keltirilgan. Talabalarni mustaqil ravishda fanni o'zlashtirishi uchun muhim manba bo'lib hisoblanadi.

## MUNDARIJA

<b>KIRISH QISMI</b>	<b>5</b>
Fanning o'quv dasturi.....	6
Fanning ishchi dasturi .....	8
Reyting nizomi.....	18
Mustaqil ish nizomi.....	22
Glossariy.....	28
<b>ASOSIY QISM</b>	
<b>Ma'ruza mashg'ulotlari (3-kurs davolash va tibbiy pedagogika fakulteti talabalari uchun).....</b>	<b>32</b>
<b>1-mavzu:</b> Tibbiy psixologiya predmet iva vazifalari. Ruhiiy faoliyat tizimi, sezgi va idrok. ....	<b>41</b>
Tafakkur tushunchasi. Fikrlash operatsiyalari norma va patalogiya chegaralari. ....	
<b>2-mavzu:</b> Diqqat va xotira, ularning asosiy xususiyatlari. Hissiyot tushunchasi, turlari. ....	49
Emotsional reaksiya, holat. Munosabat. ....	
<b>3-mavzu:</b> Ong tushunchasi va darajasi. Jamoatchilik va individual ong.....	58
Psixologiya ruhiy faoliyatni patopsixologik tekshirish. ....	
<b>4-mavzu:</b> Shaxs tushunchasi, muammolari. Shaxs temperamenti. Normal va anomal shaxslar.....	63
Shaxs va individuallik. Psixoterapiya va uning asosiy yunalishlari. ....	
<b>Amaliy mashg'ulotlari (3-kurs davolash va tibbiy pedagogika fakulteti talabalari uchun)</b>	
<b>1-mavzu:</b> Tibbiy psixologiya predmet iva vazifalari. Ruhiiy faoliyat tizimi, sezgi va idrok. ....	69
Tafakkur tushunchasi. Fikrlash operatsiyalari norma va patalogiya chegaralari. ....	
<b>2-mavzu:</b> Diqqat va xotira, ularning asosiy xususiyatlari. Hissiyot tushunchasi, turlari.....	95
Emotsional reaksiya, holat. Munosabat. ....	
<b>3-mavzu:</b> Ong tushunchasi va darajasi. Jamoatchilik va individual ong.....	101
Psixologiya ruxiy faoliyatni patopsixologik tekshirish. ....	
<b>4-mavzu:</b> Shaxs tushunchasi, muammolari. Shaxs temperamenti. Normal va anomal shaxslar.	122
Shaxs va individuallik. Psixoterapiya va uning asosiy yo`nalishlari. ....	
<b>5-mavzu:</b> Klinik neyropsixologiya. Kognitiv buzilishlar va ularda neyropsixologik tekshirish usullari.....	134
Klinik neyropsixologiya. Kognitiv buzilishlar va ularda neyropsixologik tekshirish usullari	
O`ziga xosliklar va shaxs o`zgarishlari.....	
<b>6-mavzu:</b> Psixoterapiya va psixofarmakoterapiya turlari.	142
Bemorlarga tibbiy-psixologik yordam ko`rsatishning asosiy qonun-qoidalari .....	
Surunkali kechuvchi somatik kasalliklarda shaxsning nevroitik-ipoxondrik rivojlanishi.....	
Involyutsion va klimakterik davrida shaxs psixologiyasining xususiyatlari.....	
Amaliy ko`nikmalar.....	
OTKI savollari.....	219
Testlar.....	222
Multimediyalar ro`yxati va foydalanilgan adabiyotlar.....	229

## KIRISH QISMI

### So'z boshi

O'quv-uslubiy majmua (O'UM) – davlat ta'lim standarti va fan dasturida belgilangan talabalar tomonidan egallanishi lozim bo'lgan bilim, ko'nikma, malaka va kompeten-tsiyalarni shakllantirishni, o'quv jarayonini kompleks loyihalash asosida kafolatlangan natijalarni olishni, mustaqil bilim olish va o'rganishni hamda nazoratni amalga oshirishni ta'minlaydigan, talabaning ijodiy qobiliyatlarini rivojlantirishga yo'naltirilgan o'quv –uslubiy manbadir.

Kafedra xodimlari tomonidan ishlab chiqilgan ushbu o'quv-uslubiy majmua davolash va tibbiy pedagogika fakulteti 3-kurs talabalari uchun mo'ljallangan bo'lib,

1. Psixiatriya fanining davolash va tibbiy pedagogika fakulteti 3-kurs talabalari uchun

Mo'ljallangan o'quv dasturi (fanning maqsadi, fanning vazifalari, fanning mazmuni, ma'ruza mavzulari, amaliy mashg'ulotlari va mustaqil ish mavzulari, ajratilgan vaqt, fanning boshqa fanlar bilan o'zaro bog'liqligi (integratsiya) talabalar boshqa fanlardan egalashi lozim

Bo'lgan bilim va ko'nikmalar, fanni o'qitishda foydalanadigan yangi pedagogik texnologiyalar, talabalar egalashi lozim bo'lgan amaliy ko'nikma va malakalar, namunaviy dasturdagi asosiy adabiyotlar va q o'shimcha manbalar);

2. Chet el adabiyotlari;

3. Buxoro davlat tibbiyot instituti va fanga oid internet saytlari hamda fanning so'nggi yutuqlari;

4. Fan bo'yicha talabalar bilimi baholash va nazorat qilishning reyting tizimi Nizomi;

5. Talabalar mustaqil ishi shakllari va ularni baxolash mezonlari Nizomi;

6. Glossariy (lugatlar izohi);

7. Ma'ruzalar o'qish texnologiyasi va mazmuni (asosiy echilishi lozim muammolar, ma'ruza matni, nazorat savollari va adabiyotlar ro'yxati);

8. Amaliy mashg'ulotlar (mavzu, maqsad va mohiyati, echilishi lozim bo'lgan muammolar, nazariy qismi, adabiyotlar va internet saytlari);

9. Amaliy ko'nikmalarni qadamma –qadam bajarish texnologiyasi;

10. Mashg'ulotda q o'llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi;

11. Vaziyatli masalalar;

12. Tarqatma materiallar;

13. Mavzu bo'yicha baholash mezonlari;

14. Mavzu bo'yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriklar ma'zmoni, bajarish bo'yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari);

15. Fan bo'yicha test savollari (mavzu bo'ycha berilgan);

16. Fan bo'yicha OTKI savollari;

17. Multimediyalar, elektron darsliklar ro'yxatidan tashkil topgan.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ  
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
АБУ АЛИ ИБН СИНОНОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ  
ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ ВА ТИББИЙ ПСИХОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

Ўқув бўлими  
Томонидан рўйхатга  
Олинди № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 й.

“ТАСДИҚЛАЙМАН”  
Ўқув ва тарбиявий ишлар бўйича проректор  
Т.ф.н., доц. \_\_\_\_\_ Г.Ж.Жарилкасинова  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 й.

**ТИББИЙ ПСИХОЛОГИЯ  
ФАНИ БУЙИЧА ИШЧИ УҚУВ ДАСТУР**

Таълим йуналиши

Билим соҳаси:	500000	– Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	510000	– Соғлиқни сақлаш
Таълим йуналиши:	5510100	– Даволаш иши
	5111000	-Касбий таълим

Курс	3
Соат ҳажми	64
Шу жумладан:	
Маъруза	8
Амалий машғулот	10
Клиник машғулот	18
Мустақил иш	28

Фаннинг ишчи уқув дастури уқув, ишчи уқув режа ва уқув дастурига мувофиқ ишлаб чиқилди.

**Тузувчи:**

Кўчқоров У.И. –Психиатрия, наркология ва тиббий психология кафедраси доценти, т.ф.н.

**Такризчилар:**

Нурбоев Ф.Э.-Халк табобати, реабилитология, касб касалликлари, фтизиатрия, спорт тиббиёти, маданияти ва спорт кафедраси доценти, т.ф.д.

Ортиқова М.А.– Неврология кафедраси доценти, т.ф.д.

Ушбу ишчи дастур ўқув дастури ва ўқув режа асосида 5510700-Олий хамширалик иши йўналиши бўйича тузилган ва кафедра йиғилишида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.  
Баённома № \_\_\_\_\_ “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2019 й.

Кафедра доценти: Мухторова Х.К.

\_\_\_\_\_  
(имзо)

ФУК раҳбари:

\_\_\_\_\_  
(имзо)

Ушбу ишчи дастур ўқув дастури ва ўқув режа асосида 5510100 –даволаш иши, 5111000-касбий таълим йўналиши бўйича тузилган ва Бухоро давлат тиббиёт институти марказий услубий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № \_\_\_\_\_ “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2019 й.

Услубчи:

Жумаева Ш .Б.

\_\_\_\_\_  
(имзо)



O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI  
O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI  
PSIXIATRIYA, NARKOLOGIYA VA TIBBIY PSIXOLOGIYA KAFEDRASI

O‘quv bo‘limi tomonidan  
Ro‘yxatga olindi № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 y.

“TASDIQLAYMAN” O‘quv va tarbiyaviy ishlar  
bo‘yicha prorektor t.f.n., dots.  
\_\_\_\_\_ G.J.Jarilkasimova  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 y.

TIBBIY PSIXOLOGIYA  
FANI BUYICHA ISHCHI UQUV DASTUR

Ta'lim yunalishi

Bilim sohasi: 500000 - Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot  
Ta'lim sohasi: 510000 - Sog‘liqni saqlash  
Ta'lim yo‘nalishi: 5510100 5111000 - davolash ishi - Kasbiy ta'lim

Kurs	3
Soat hajmi	64
Shu jumladan:	
Ma'ruza	8
Amaliy mashg‘ulot	10
Klinik mashg‘ulot	18
Mustaqil ish	28

Buxoro - 2019

Fanning ishchi uquv dasturi uquv, ishchi uquv reja va uquv dasturiga muvofiq ishlab chiqildi.

Tuzuvchi:

Muxammadiyeva N.B. - nevrologiya va psixiatriya kafedrasida o'qituvchisi, phd

Taqrizchilar:

Nurboyev F.E.-Xalk tabobati, reabilitologiya, kasb kasalliklari, ftiziatrya, sport tibbiyoti, madaniyati va sport kafedrasida dotsenti, t.f.n.

Nosirova M.Sh.- Fakultet va gospital terapiya, gematologiya kafedrasida dotsenti, t.f.n.

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510700-Oliy xamshiralik ishi yo'nalishi bo'yicha tuzilgan va kafedra yig'ilishida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2019 y.

Kafedra dotsenti: Muxtorova X.K.

\_\_\_\_\_  
(imzo)

FUK rahbari:

\_\_\_\_\_  
(imzo)

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510100 -davolash ishi, 5111000-kasbiy ta'lim yo'nalishi bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2019 y.

Uslubchi:

Jumayeva Sh .B.

\_\_\_\_\_  
(imzo)

## O'quv fanining dolzarbligi va oliy kasbiy ta'limdagi o'rni

Ushbu fan dasturi O'zbekiston Respublikasi Davlat ta'lim standarti va bakalavriat ta'lim yo'nalishi malaka talablariga asoslangan holda tuzilgan. Ushbu dastur asosida zamonaviy pedagogik texnologiyalarni o'qitish jarayoniga tadbiiq etib, talabani nazariy ma'lumotidan boshlang'ich amaliy ko'nikmalarni fantomlarda bajarishga o'rgatib va orttirilgan ko'nikmalarni zamonaviy tibbiy texnologiyalar orqali klinik amaliyot bilan uyg'unlashtirgan holda mustaqil ravishda bemorlarni tashxislash va qabul qilishga zamin yaratib beradi. Dasturning maqsad va vazifalarini yechimi yakunida talaba gorizontal va vertikal integratsiya jarayonlarida olgan bilim va amaliy ko'nikmalarni klinik uyg'unlashtirib, yetuk, raqobatbardosh, mustaqil klinik fikrlash qobiliyatiga ega bo'lgan tibbiy psixolog bo'lib shakllanadi.

Mazkur fan o'quv rejadagi tibbiy biologiya va genetika, biofizika, tibbiy va biologik kimyo, odam anatomiyasi, fiziologiya, gistologiya, patologik fiziologiya, nevrologiya, ichki kasalliklar, allergologiya, klinik immunologiya, onkologiya, klinik farmakologiya, jarroxlik kasalliklari va shoshilinch tez tibbiy yordam, neyroxirurgiya fanlaridan o'zlashtirilgan bilimlarga asoslanadi.

Tibbiy psixologiya fani nevrologiya, fiziologiya va umumiy psixologiya negizida shakllangan fan bo'lib, uning asosiy vazifasi bemor psixologiyasini o'rganishdir. Tibbiy fanlarning birorta yo'nalishini tibbiy psixologiyasiz tasavvur qilib bo'lmaydi. Chunki har qanday kasallikda avvalambor bemorning ruhiyati buziladi. Ushbu fan psixogigiyena, psixoprofilaktika, psixodiagnostika, psixoterapiya va psixofarmakoterapiya kabi dolzarb muammolarni o'rganadi. Psixosomatik tibbiyot va turli kasalliklarda bemorlar psixologiyasini o'rganish esa tibbiy psixologiyaning ajralmas qismidir. Shu bois ham nafaqat bo'lajak tibbiy psixologlar, balki tibbiy kasblarning har qanday turida ham tibbiy psixologiyani bilish o'ta muhim hisoblanadi.

## II. O'quv fanining maqsadi va vazifasi

Tibbiy psixologiya fanini o'qitishdan maqsad - bo'lajak umumiy amaliyot shifokorlarini psixologik suhbat qurish, psixologik anamnez yig'ish, psixogigiyena va psixoprofilaktika usullarini o'zlashtirish, psixosomatik buzilishlar va psixoterapiya asoslari bo'yicha bilim va ko'nikmalar (kompetensiyalar) ni shakllantirish.

Fanni vazifasi:

- bemorlar bilan psixologik suhbat qurish va psixologik anamnez yig'ish qoidalarini o'rgatish;
- sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilishni;
- somatik kasalliklarda tibbiy-psixologik tekshiruvlar o'tkazish va psixologik testlarni qo'llash usullarini o'rgatish;
- psixosomatik buzilishlar bilan somatik kasalliklar orasida qiyosiy tashxisni o'tkaza olish;
- psixogigiyena va psixoprofilaktika qonun-qoidalarini o'rgatish;
- suitsid sabablari va profilaktikasini o'rgatish;
- psixoterapiya asoslarini o'rgatish;
- tez tibbiy-psixologik yordam ko'rsatish asoslarini o'rgatish;
- neyropsixologik tekshiruvlar o'tkazishni o'rgatish.
- aholiga tibbiy-psixologik (psixoterapevtik) yordam ko'rsatish usullarini o'rgatish.
- psixofarmakoterapiya asoslarini o'rgatish.

Fan bo'yicha talabalarning bilim, ko'nikma va malakalariga quyidagi talablar qo'yiladi.

Talaba:

- O'zbekistonda va xorijda tibbiyot psixologiyasining rivojlanish tarixi;
- tibbiyotda tibbiy psixologiyaning o'rni;
- oliy nerv faoliyati va psixofiziologik jarayonlarning rivojlanish bosqichlari;
- miyaning funksional sistemasi va funksional blokklar;
- neyropsixologik sindromlar;
- psixogigiyena va psixoprofilaktika asoslari;
- bilish jarayonlari;
- psixosomatik tibbiyot asoslari va psixosomatik sindromlar klinikasi;
- ichki kasalliklarning psixologik strukturasi;
- bolalik va o'smirlik davri psixologiyasi;
- suitsid sabablari va profilaktikasi;
- nevroz va depressiya;
- tibbiyotda psixodiagnostika, psixoterapiya va psixofarmakoterapiya asoslari haqida tasavvurga ega bo'lishi kerak.
- "vrach-hamshira-bemor" uchligi;
- sezgi, idrok, shaxs, temperament, xarakter, hissiyot, stress;
- kognitiv funksiyalar (diqqat, xotira, tafakkur), ong va onsizlik;
- psixosomatik sindromlar va somatopsixik buzilishlar;

- terapevtik kasalliklarda bemorlar psixologiyasi;
  - xirurgik kasalliklarda bemorlar psixologiyasi;
  - akusherlikda va ginekologik kasalliklarda bemorlar psixologiyasi;
  - psixogigiyena, psixoprofilaktika, psixodiagnostika, psixoterapiya, psixofarmakoterapiya va psixoreabilitatsiyasini bilishi va ulardan foydalana olishi;
  - psixologik suhbat qurish usullari;
  - psixologik anamnez yig'ish usullari;
  - neyropsixologik tekshirish usullari
  - tibbiy-psixologik anketani to'ldirish;
  - psixologik testlarni tanlab qo'llash;
  - tibbiy-psixologik yordam ko'rsatish sxemasini tuzish;
  - psixoterapevtik, ya'ni ratsional, kognitiv-bixevioral, gipnoz, psixodinamik terapiya.
- Psixofarmakoterapiyani qo'llash kabi amaliy ko'nikmalarga (shu jumladan, klinik amaliy ko'nikmalarga) ega bo'lishi kerak.

Shaxsga yo'naltirilgan ta'lim. Bu ta'lim o'z mohiyatiga ko'ra ta'lim jarayonining barcha ishtirokchilarini to'laqonli rivojlanishlarini ko'zda tutadi. Bu esa ta'limni loyihalashtirilayotganda, albatta, ma'lum bir ta'lim oluvchining shaxsini emas, avvalo, kelgusidagi mutaxassislik faoliyati bilan boliq o'qish maqsadlaridan kelib chiqqan holda yondoshilishni nazarda tutadi.

Tizimli yondoshuv. Ta'lim texnologiyasi tizimning barcha belgilarini o'zida mujassam etmog'i lozim: jarayonning mantiqiyliigi, uning barcha bo'g'inlarini o'zaro bolanganligi, yaxlitligi.

Faoliyatga yo'naltirilgan yondoshuv. Shaxsning jarayonli sifatlarini shakllantirishga, ta'lim oluvchining faoliyatni aktivlashtirish va intensivlashtirish, o'quv jarayonida uning barcha qobiliyati va imkoniyatlari, tashabbuskorligini ochishga yo'naltirilgan ta'limni ifodalaydi.

Dialogik yondoshuv. Bu yondoshuv o'quv munosabatlarini yaratish zaruriyatini bildiradi. Uning natijasida shaxsning o'z-o'zini faollashtirishi va o'z-o'zini ko'rsata olishi kabi ijodiy faoliyati kuchayadi.

Hamkorlikdagi ta'limni tashkil etish. Demokratik, tenglik, ta'lim beruvchi va ta'lim oluvchi faoliyat mazmunini shakllantirishda va erishilgan natijalarni baholashda birgalikda ishlashni joriy etishga e'tiborni qaratish zarurligini bildiradi.

Muammoli ta'lim. Ta'lim mazmunini muammoli tarzda taqdim qilish usuli ta'lim oluvchi faoliyatini aktivlashtiradi. Bunda ilmiy bilimni ob'yektiv qarama-qarshiligi va uni hal etish usullarini ijodiy tarzda qo'llanilishi dialektik mushohadani shakllantiradi va rivojlantiradi natijada talabani mustaqil ijodiy faoliyati ta'minlanadi.

Axborotni taqdim qilishning zamonaviy vosita va usullarini qo'llash - yangi kompyuter va axborot texnologiyalarini o'quv jarayoniga tatbiq etish.

O'qitishning usullari va texnikasi. Ma'ruza (kirish, mavzuga oid, vizuallash), muammoli ta'lim, keys-stadi va loyihalash usullari, amaliy ishlar.

O'qitishni tashkil etish shakllari: dialog, polilog, muloqot hamkorlik va o'zaro o'rganishga asoslangan frontal, kollektiv va guruh.

O'qitish vositalari o'qitishning an'anaviy shakllari (darslik, ma'ruza matni) bilan bir qatorda - kompyuter va axborot texnologiyalari.

Kommunikatsiya usullari: tinglovchilar bilan operativ teskari aloqaga asoslangan bevosita o'zaro munosabatlar.

Teskari aloqa usullari va vositalari: kuzatish, blits-so'rov, oraliq, joriy va yakuniy nazorat natijalarini tahlili asosida o'qitish diagnostikasi.

Boshqarish usullari va vositalari: o'quv mashg'uloti bosqichlarini belgilab beruvchi texnologik xarita ko'rinishidagi o'quv mashg'ulotlarini rejalashtirish, qo'yilgan maqsadga erishishda o'qituvchi va talabaning birgalikdagi harakati, nafaqat auditoriya mashg'ulotlari, balki auditoriyadan tashqari mustaqil ishlarning nazorati.

Monitoring va baholash: o'quv mashg'ulotida ham butun dars davomida ham o'qitishning natijalarini rejali tarzda kuzatib borish. Sikl oxirida OSKI yordamida tinglovchilarning bilimlarini baholash.

"Psixiatriya va narkologiya. Tibbiyot psixologiyasi" fanini o'qitish jarayonida kompyuter texnologiyasidan, o'rgatuvchi kompyuter dasturlaridan foydalaniladi, mavzular bo'yicha tarqatma materiallar tayyorlanadi. Talabalar bilimni baholash ozaki, kompyuterli test shakllarida amalga oshiriladi.

Talabalarning fanni o'zlashtirishlari uchun o'qitishning ilg'or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informatsion-pedagogik texnologiyalarni tatbiq qilish muhim ahamiyatga egadir. Fanni o'zlashtirishda darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallardan foydalaniladi. Ma'ruza va amaliy darslarda mos ravishdagi ilg'or pedagogik texnologiyalar qo'llaniladi.

Learning Together usuli (Birgalikda o'rganamiz usuli)

Kooperativ o'qitish usullaridan biri «Birgalikda o'rganamiz»

Bosqichlari

1. O'quv guruhi 3-5 kishidan iborat turli tarkibli (bilim darajasi bo'yicha) guruhlarga bo'linadi.
2. Har bir kichik guruhga butun guruh yechishi kerak bo'lgan, bitta muammoning bir qismi hisoblangan topshiriq beriladi. Kichik guruhlarning hamkorlikda ishlashi natijasida umumiy topshiriq yechimi topiladi.

Kichik guruh har bir ishtirokchining ko'rsatgan natijasi bo'yicha baholanadi. Shu sababli guruhda topshiriq murakkablik darajasi va hajmiga ko'ra farqlanadi.

Mazkur usulning asosiy talabi - umumiy topshiriqni bajarishda kichik guruh har bir ishtirokchisining majburiy ishtiroki, biroq talabaning qobiliyati chegarasida amalga oshirilishi hisoblanadi.

Afzalligi - har bir ishtirokchining individual va psixologik xususiyatlari inobatga olingan holda kichik guruhlar shakllantirilib, asosiy e'tibor har bir talabaning erishgan yutug'iga qaratiladi.

#### “IDROK XARITASI” USLUBI

Bog'lanishlar diagrammasi, intellekt-karta yoki assotsiativ karta, (ingl. Mind map) - umumiy tizimli fikrlash jarayonini sxema ko'rinishida tasvir etish usuli. Muqobil yozuvning qulay usuli sifatida ham tavsiflanadi.

Uslub maqsadi:

1. Vizualizatsiya.
2. G'oya, fikrlarni shakllantirish, qayta ishlash va tasniflash.
3. Ma'lumotlarni tahlil qilish va tartibga solish, asosiy qismlar orasida o'zaro aloqalarni belgilash.
4. Bilimni boshqarish tizimi
5. Ma'lumotni samarali usulda taqdim etish va boshqarish

Qo'llash usullari:

- Kerakli ma'lumot aniq belgilanadi, eslab qolinadi
- Ijodkorlik, g'oyalar shakllanishi
- Yakuniy xulosa qilinadi.
- Izohlanadi va taqdimot ko'rinishida namoyish etiladi

Bosqichlari:

1. Kichik guruhlar uchun umumiy topshiriq belgilanadi. Guruh ishtirokchilari muammo yuzasidan bajariladigan qadamlarni rejalashtirib, o'zlariga belgilab oladi.
2. Muammo yechimi tahlil qilinib, qadamlar ketma-ketligini sxema ko'rinishida tasvirlaydilar.
3. Sxema guruh a'zosi tomonidan taqdimot qilinadi, kichik guruh ishtirokchilari tomonidan qo'shimchalar qabul qilinadi.

Topshiriqni to'liq va aniq bajargan guruh o'qituvchi tomonidan rag'batlantiriladi.

Afzalligi: kichik guruhda murakkab muammo yechimini topishda asoslangan optimal variantlar ishlab chiqiladi.

Katta hajmli ma'lumot qulay ko'rinishda taqdim etiladi, vizual eslab qolish imkoniyati yuqori.

### 3. O'quv soatlari miqdori

Soat hajmi	O'quv yuklama miqdorining auditoriya mashg'ulotlari bo'yicha taqsimlanishi (soat)	Mustaqil ish				
	Jami	Ma'ruza	Amaliy mashg'ulot	Klinik mashg'ulot		
64	36	8	10	18	28	

### 4. Ma'ruzalar

Ma'ruza mashg'ulotlar mavzusi

№	Mavzu	Soat
1	Tibbiy psixologiya fani. Uning maqsad va vazifalari, tarixi. Miya va ruhiy jarayonlar. Kasalliklarning psixologik strukturasi	2
2	Psixosomatik tibbiyot asoslari va metodologiyasi. Psixosomatik va somatopsixik munosabatlar	2
3	Nevroz va depressiya	2
4	Psixoterapiya va psixofarmakoterapi asoslari	2
	Jami	8

1-mavzu. Tibbiy psixologiya fani. Uning maqsad va vazifalari, tarixi. Miya va ruhiy jarayonlar. Kasalliklarning psixologik strukturasi

Tibbiy psixologiya fani, maqsad va vazifalari. Aholining ruhiy salomatligini saqlashda tibbiy psixologiya va psixoterapiyaning ahamiyati. Tibbiy psixologiya rivojlanishida xorijlik va yurtimiz olimlarining tutgan o'rnini. Miya va ruhiy jarayonlar. "Vrach-hamshira-bemor" uchlighi. Kasalliklarning psixologik strukturasi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1, 2 Q (qo'shimcha)- 5, 7.

2-mavzu. Psixosomatik tibbiyot asoslari va metodologiyasi.

Psixosomatik va somatopsixik munosabatlar.

Psixosomatik tibbiyotning maqsad va vazifalari. O'zbekistonda psixosomatik tibbiyotni rivojlantirish konsepsiyasi va istiqboli. Psixosomatik buzilishlar etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi, psixogigiyenasi, psixoprofilaktikasi va psixoterapiyasi. Psixogen sefalgiya, psixogen nevralkgiyalar, psixogen kardialgiya, psixogen astma, psevdorevmatizm, ta'sirlangan ichak sindromi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1, 2 Q (qo'shimcha)- 5, 7.

3-mavzu. Nevroz va depressiya

Nevrozlar tasnifi, etiologiyasi, klinik turlari, diagnostikasi, psixoterapiyasi va psixofarmakoterapiyasi. Depressiya tasnifi, etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi, psixoterapiyasi va psixofarmako terapiyasi. Nevroz va depressiyalar psixogigiyenasi va psixoprofilaktikasi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1, 2 Q (qo'shimcha)- 5, 7.

4-mavzu. Psixoterapiya va psixofarmakoterapi asoslari

Psixoterapiya turlari: ratsional, geshtaltpsixoterapiya, gipnoterapiya, psixodinamik, kognitiv-bixeviorial terapiya.

Psixofarmakoterapiya: antidepressantlar, trankvilizatorlar, psixostimulyatorlar, sedativ dori vositalari.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1, 2 Q (qo'shimcha)- 5, 7.

### 5.1 Amaliy va klinik mashg'ulotlarning tematik rejalari

№	Mavzu	Amaliy mashg'ulot	Klinik mashg'ulot	Hammasi
1	Tibbiy psixologiya fani, vazifalari va qisqacha tarixi. Miya va ruhiy jarayonlar. Ruhiyat shakllanishining asosiy bosqichlari. Tibbiy psixologiyada bemorlarni tekshirish metodologiyasi	1	3	4
2	Hissiyot va stress. Shaxs, temperament va xarakter. Psixologik testlar va ularni qo'llash qoidalari	1	3	4
3	Nevrotik buzilishlar va depressiya. Klinikasi, diagnostikasi, psixoterapiya va psixofarmakoterapiyasi	1	3	4
4	Psixosomatik tibbiyot: psixosomatik buzilishlar turlari, klinikasi, diagnostikasi va psixoterapiyasi	1	3	4
5	Klinik neyropsixologiya. Kognitiv buzilishlar va ularda neyropsixologik tekshirish usullari	3	3	6
6	Psixoterapiya va psixofarmakoterapiya turlari. Bemorlarga tibbiy-psixologik yordam ko'rsatishning asosiy qonun-qoidalari	3	3	6
	Jami	10	18	28

### 5.2. Amaliy mashg'ulotlar mavzulari mazmuni

№	Amaliy mashg'ulotlar nomlari va ularning yangi pedagogik texnologiyalarni qo'llagan holda qisqacha mazmuni	Adabiyotlar
1	Tibbiy psixologiya fani, vazifalari va qisqacha tarixi. Miya va ruhiy jarayonlar. Ruhiyat shakllanishining asosiy bosqichlari. Tibbiy psixologiyada bemorlarni tekshirish metodologiyasi	A (asosiy)-1, 2, 13 Q (qo'shimcha)-5, 7
2	Hissiyot va stress. Shaxs, temperament va xarakter. Psixologik testlar va ularni qo'llash qoidalari	A (asosiy)-1, 2, 13 Q (qo'shimcha)-5, 7
3	Nevrotik buzilishlar va depressiya. Klinikasi, diagnostikasi, psixoterapiya va psixofarmakoterapiyasi	A (asosiy)-1, 2, 13 Q (qo'shimcha)-5, 7
4	Psixosomatik tibbiyot: psixosomatik buzilishlar turlari, klinikasi, diagnostikasi va psixoterapiyasi	A (asosiy)-1, 2, 13 Q (qo'shimcha)-5, 7
5	Klinik neyropsixologiya. Kognitiv buzilishlar va ularda neyropsixologik tekshirish usullari	A (asosiy)-1, 2, 13 Q (qo'shimcha)-5, 7

6	Psixoterapiya va psixofarmakoterapiya turlari. Bemorlarga tibbiy-psixologik yordam ko'rsatishning asosiy qonun-qoidolari	A (asosiy)-1, 2, 13 Q (qo'shimcha)-5, 7
---	--	---

5.2. O'quv klinik amaliyoti mavzuviy reja bo'yicha Viloyat ruhiy-asab kasalliklari dispanserining bo'limlarida, poliklinika bo'limida o'tkaziladi.

Klinik mashg'ulotlar mavzulari mazmuni

№ mashg'ulot Klinik mashg'ulotlar nomlari va ularning qisqacha mazmuni

1. Tibbiyot psixologiyasi fani, maqsad va vazifalari. Tibbiy psixologiya metodologiyasi. Vrach-hamshira-bemor uchligi. Klinik tibbiyotda tibbiy-psixologik tekshiruvlar. Kutiladigan muammolarni o'rganish. Psixologik usullar tahlili.
2. Hissiyot va stress. Shaxs, temperament va xarakter. Psixologik testlar va ularni qo'llash qoidolari. Ruhiyat shakllanishining asosiy bosqichlari. Bemor bilan psixologik muloqot uslublari. Kutiladigan muammolarni o'rganish. Psixologik usullar tahlili.
3. Nevrotik buzilishlar va depressiya. Klinikasi, diagnostikasi, psixoterapiya va psixofarmakoterapiya. Kutiladigan muammolarni o'rganish. Psixologik usullar tahlili.
4. Psixosomatik tibbiyot: psixosomatik buzilishlar turlari, klinikasi, diagnostikasi va psixoterapiyasi. Tibbiy-psixologik tekshirish usullari va psixologik testlar. Kutiladigan muammolarni o'rganish. Psixologik usullar tahlili.
5. Klinik neyropsixologiya. Kognitiv buzilishlar va ularda neyropsixologik tekshirish usullari. Kutiladigan muammolarni o'rganish. Psixologik usullar tahlili.
6. Psixoterapiya va psixofarmakoterapiya turlari. Bemorlarga tibbiy-psixologik yordam ko'rsatishning asosiy qonun-qoidolari. Oilaviy tibbiyotda bemorlar bilan psixologik suhbat o'tkazish va psixologik anamnez yig'ish. Kutiladigan muammolarni o'rganish. Psixologik usullar tahlili.

6 Amaliy ko'nikmalar ro'yxati:

1.	Psixologik suhbat qurish usullari;
2.	Psixologik anamnez yig'ish usullari;
3.	Neyropsixologik tekshirish usullari
4.	Tibbiy-psixologik anketani to'ldirish;
5.	Psixologik testlarni tanlab qo'llash;
6.	Tibbiy-psixologik yordam ko'rsatish sxemasini tuzish;
7.	Psixoterapevtik, ya'ni ratsional, kognitiv-bixevioral, gipnoz, psixodinamik terapiya usullari;
8.	Psixofarmakoterapiya usullari.

O'quv klinik amaliyotni tashkil etish bo'yicha ko'rsatma va tavsiyalar

Talabalarining "Tibbiy psixologiya" fani bo'yicha klinik amaliyoti ta'lim jarayonining 50% ini tashkil qiladi va amaliy mashg'ulotlar "Psixosomatik tibbiyot" bo'limida va maslaxat poliklinikasi "Tibbiy psixolog va psixoterapevt" xonasida o'tkaziladi.

Amaliy mashg'ulotda amaliy ko'nikmalarga o'rgatish jarayoni batafsil rejalashtiriladi va bir necha bosqichni o'z ichiga oladi:

1. Birinchi bosqich - mashg'ulotning maqsadi va vazifalaridan kelib chiqqan holda o'rganilayotgan amaliy ko'nikmani o'rganish motivatsion asosi aniqlanadi, uning nazariy jihatlari muhokama qilinadi. Amaliy ko'nikmalarni amalga oshirish uchun kerakli asbob-anjomlar bilan ishlash mexanizmi, ishlatish qoidolari bilan talabar tanishtiriladi.

Birinchi bosqichni amalga oshirish uchun kafedrada barcha psixodiagnostika va psixoterapiyaga oid uskunalar mavjud va ishchi holatda bo'lishi lozim.

2. Ikkinchi bosqich - amaliy ko'nikmani namoyish qilib berish va ko'p marta mashq qilish. Bu bosqichni amalga oshirish uchun amaliy ko'nikmalarni qadamma-qadam algoritmi pedagog tomonidan va videofilmlar orqali namoyish etiladi, algoritmi asosida bosqichma-bosqich to'g'ri bajarishga alohida e'tibor qaratiladi. Talaba amaliy ko'nikmani mustakil, biroq pedagog nazorati ostida mulyajlar, trenajyorlar, fantomlar va manekenlarda, talabalar o'zaro bir-birida ko'p marta mashq qilib o'rganadilar. Dastlab talaba barcha bosqichlarni alohida, so'ngra umumlashtirgan holda to'liq va to'g'ri bajara olgandan so'ng bemorda qo'llashga ruhsat beriladi (imitatsion trening). Ikkinchi bosqichni amalga oshirish uchun kafedra tomonidan ishlab chiqilgan amaliy ko'nikmalar qadamma-qadam algoritmi va videofilmi, o'quv-uslubiy qo'llanmasi, bajarish sxemasi yoki texnikasi va h.k., baholash mezonlari ishlab chiqilgan bo'lishi lozim. O'quv xonalarida mulyajlar, trenajyorlar, fantomlar va manekenlar, imitatorlar va psixologik trening o'tkazish uchun barcha zarur asbob-anjomlar bo'lishi lozim va kerakli shart sharoitlar (maksimal darajada ish sharoitiga yaqin modellashtirilgan) yaratilishi kerak. Ushbu bosqichni pedagog nazorat qiladi va kerak bo'lganda talabalar ishidagi xatoliklarni to'g'irlaydi. Bu jarayonda talaba harakatlari videotasvirga olinib o'ziga namoyish etilishi, tadqiqiy muhokama qilinishi mumkin. Talaba o'z xatosini anglagach uni o'qituvchi va boshqa



talabalarga tushuntirib beradi va so'ngra muolajani takrorlaydi. Interfaollik shunda namoyon bo'ladiki, bunda boshqa talabalar ekspert sifatida chiqish va amaliy ko'nikmani to'g'ri o'zlashtirganligini baholashda ishtirok etishadi. Amaliy ko'nikma avtomatizm darajasigacha yetkazilishi maqsadga muvofiq.

3. Uchinchi bosqich - o'rganilgan bilim va amaliy ko'nikmani bemorda qo'llash. Bu bosqichda talaba o'zlashtirilgan bilim va amaliy ko'nikmani turli xil klinik xolatlarda (shu jumladan, shoshilinch holatlarda) qo'llash, olingan natijalarni tahlil qilish va shu ma'lumotlar asosida harakat taktikasini belgilashga pedagog nazoratida o'rgatiladi. Uchinchi bosqichni amalga oshirish uchun kafedra tomonidan ishlab chiqilgan o'quv-uslubiy qo'llanmalar, fotosuratlar, vaziyatli masalalar va testlar to'plami, keyslar, klinik protokollar, diagnostika va davolash standartlari, o'rgatuvchi kasallik tarixnomalari va ambulator kartalar va x.q. Ishlatilishi lozim. Interfaollik shunda namoyon bo'ladiki, bunda boshqa talabalar nafaqat ekspert sifatida chiqishi va talabaning amaliy ko'nikmani to'g'ri o'zlashtirganligini baholashda hamda komandada ishlashda ishtirok etadilar.

4. To'rtinchi bosqich - hulosa. Bu bosqichda pedagog talaba tomonidan olingan bilim va egallagan ko'nikmani bemorlarda, turli xil vaziyatlarda, faoliyat jarayonida to'g'ri va to'liq qo'llay olishiga ishonch hosil qilishi kerak va shunda amaliy ko'nikma o'zlashtirildi, deb hisoblanadi.

To'rtinchi bosqichni amalga oshirish uchun talaba bemor bilan mustaqil ishlashi pedagog tomonidan nazorat qilinadi, tibbiy hujjatlar va kasallik tarixini yozib himoya qilganda baxolanadi.

Mashg'ulot so'nggida o'qituvchi har bir talabaning amaliy ko'nikmani o'zlashtirganligini tasdiqlaydi. Talaba amaliy ko'nikmani o'zlashtira olmagan vaziyatlarda, mashg'ulotdan tashqari vaqtda mustaqil o'zlashtirish tavsiya etiladi va pedagogga qayta topshiradi. Talaba barcha amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirgan taqdirdagina fanni o'zlashtirgan deb hisoblanadi.

Laboratoriya ishlarini tashkil etish bo'yicha ko'rsatmalar

Fan bo'yicha laboratoriya ishlari namunaviy o'quv rejada ko'zda tutilmagan.

#### V. Mustaqil ta'lim va mustaqil ishlar

№	Mustaqil ish mavzusi.	Soat
1	Oliy ruhiy funksiyalar	5
2	Intellektual rivojlanishning asosiy bosqichlari	5
3	Suitsidologiya	5
4	Psixoanaliz va psixodinamik terapiya	5
5	Geshtaltpsixologiya va bixeviorizm	4
6	Davolash-profilaktika muassasalarida tibbiy-psixologik xizmat	4
		28

Fan bo'yicha mustaqil ish auditoriya va auditoriyadan tashqari o'tkaziladi.

Shuningdek talabaning mustaqil ishi bo'lib:

- Auditoriya mashg'ulotlaridan tashqari trenajyor, mulyaj va simulyatsion zallarida/markazlarida tasdiqlangan amaliy ko'nikmalarni pedagog nazoratida son va sifat jixatdan bajarish va amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish daftarlarida aks ettirish;

- Tibbiyot OTM klinikalari va klinik o'quv bazalarida auditoriyadan tashqari tashkillashtirilgan klinik navbatchilikda tasdiqlangan amaliy ko'nikmalarni navbatchi shifokor-pedagog nazoratida son va sifat jixatdan bajarish va navbatchilik daftarlarida aks ettirish;

- Bemorlar kuratsiyasida davolovchi yoki navbatchi shifokor bilan nazorat qilishda ishtirok etish;

- Aholi orasida ruhiy salomatlikka oid suxbat va ma'ruzalarni o'tkazish;

- Ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;

- Berilgan mavzu bo'yicha axborot (referat) tayyorlash;

- Fanning bo'limlari yoki mavzulari ustida maxsus yoki ilmiy adabiyotlar (monografiyalar, maqolalar)

bo'yicha ishlash va ma'ruzalar qilish;

- Vaziyatli va klinik muammolarga yo'naltirilgan vaziyatli masalalar yechish;

- Keys (real klinik vaziyatlar va klinik vaziyatli masalalar asosida sase-study) yechish.

- Grafik organayzerlarni ishlab chiqish va to'ldirish;

- Krossvordlar tuzish va yechish;

- Prezentsiya va videoroliklar tayyorlash hamda mustaqil ish jarayonida keng qo'llash va h.k.

Foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxati

Asosiy adabiyotlar

1. Ibodullaev Z.R. Tibbiyot psixologiyasi. Darslik. - Toshkent. 3-nashr. Zamin nashr. 2019 y.

2. Ibodullaev Z.R. Tibbiyot psixologiyasi. Darslik. - Toshkent. 2-nashr. Yangi asr avlodi. 2009

Qo'shimcha adabiyotlar

1. Ibodullayev Z.R. Tibbiy psixologiyada tekshirish usullari. Metodik qo`llanma. Toshkent. Zamin nashr. 2018 y.
2. Ibodullayev Z.R. Neyropsixologik tekshirish usullari. Metodik qo`llanma. Toshkent. Zamin nashr. 2018 y.
3. Ibodullayev Z.R. Asab kasalliklari. Darslik. - Toshkent. Fan va texnologiya. 2014 y.
4. Ibodullayev Z.R. Asab va ruhiyat. Ilmiy-ommabop risola. 3-nashr. Toshkent. Zamin nashr. 2018 y.
5. Karvasarskiy B.D. Klinicheskaya psixologiya (5-ye izdaniye). Uchebnik dlya vuzov. Sankt-Peterburg. Izdatelstvo "Piter", 2018 g.
6. Kodirov A.A. Tibbiyot tarixi. Darslik. Toshkent. O'zbekiston milliy ensiklopediyasi. 2005 y.
7. Xomskaya Ye.D. Neyropsixologiya (4-ye izdaniye). Uchebnik dlya vuzov. - Sankt-Peterburg. Izdatelstvo "Piter", 2005 g.
8. Mirziyoyev Sh.M. Buyuk kelajagimizni mard va olijanob xalqimiz bilan birga quramiz. Toshkent, "o'zbekiston" nashriyoti., 2017 y.
9. Mirziyoyev Sh.M. Tanqidiy tahlil, qat'iy tartib intizom va shaxsiy javobgarlik - har bir rahbar faoliyatining kundalik qoidasi bo'lishi kerak. Toshkent., "o'zbekiston", 2017 y.
10. Mirziyoyev Sh.M. Erkin va farovon, demokratik O'zbekiston davlatini birgalikda barpo etamiz. Me'yoriy huquqiy xujjatlar. "o'zbekiston" nashriyoti, 2017 y.

Internet saytlari:

1. [Www.tma.uz](http://www.tma.uz).
2. [Www.asab.uz](http://www.asab.uz)
3. [Www.zionet.uz](http://www.zionet.uz).
4. [Www.rusmedserver.ru](http://www.rusmedserver.ru)
5. [Www.med-liter.ru](http://www.med-liter.ru)
6. [Www.medline.com](http://www.medline.com)
7. [Www. Yerik.ed.gov](http://www.Yerik.ed.gov)
8. [Www. Sampbellcollaboration.org](http://www.Sampbellcollaboration.org)

## **Baholash REYTING NIZOMI**

Ushbu Nizom o'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2009 yil 07 avgust № 276-sonli "Talabalar bilimni nazorat qilish va baholashning reyting tizimi to'g'risidagi Nizomni amaliyotga joriy etish haqida"gi buyrug'i bilan tasdiqlangan "Oliy ta'lim muassasalarida talabalar bilimni nazorat qilish va baholashning reyting tizimi to'g'risida Nizom" va tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rektorlari Rayosati tomonidan tavsiya etilgan "Tibbiyot oliy ta'lim muassasalarida talabalar bilimni nazorat qilish va baholashning reyting tizimi to'g'risida Nizom" va o'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2010 yil 25 avgustdagi 333 – son buyrug'i bilan Nizomga o'zgartirish va qo'shimchalar kiritilgan hamda o'zbekiston Respublikasi Adliya vazirigida 2010 yil 26 avgustda 1981-1 son bilan Dvlat ro'yxatidan qayta o'tkazilgan "Oliy ta'lim muassasalarida talabalar bilimni nazorat qilish va baholashning reyting tizimi to'g'risida Nizom" asosida ishlab chiqildi va Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti Psixiatriya va narkologiya kafedrasida yig'ilishida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi.

### **I. Umumiy qoidalar**

1. Talabalar bilimni nazorat qilish va reyting tizimi orqali baholashdan maqsad ta'lim sifatini boshqarish orqali raqobatbardosh kadrlar tayyorlashga erishish, talabalarning fanlarni o'zlashtirishida bo'shliqlar hosil bo'lishini oldini olish, ularni aniqlash va bartaraf etishdan iborat.
2. Reyting tizimining asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:
  - A) talabalarda Davlat ta'lim standartlariga muvofiq tegishli bilim, ko'nikma va malakalar shakllanganligi darajasini nazorat qilish va tahlil qilib borish;
  - B) talabalar bilimi, ko'nikma va malakalarini baholashning asosiy tamoyillari: Davlat ta'lim standartlariga asoslanganlik, aniqlik, haqqoniylik, ishonchlilik va qulay shaklda baholashni ta'minlash;
  - V) fanlarning talabalar tomonidan tizimli tarzda va belgilangan muddatlarda o'zlashtirilishini tashkil etish va tahlil qilish;
  - G) talabalarda mustaqil ishlash ko'nikmalarini rivojlantirish, axborot resurslari manbalaridan samarali foydalanishni tashkil etish;
  - D) talabalar bilimni xolis va adolatli baholash hamda uning natijalarini vaqtida ma'lum qilish;
  - Ye) talabalarning fanlar bo'yicha kompleks hamda uzluksiz tayyorgarligini ta'minlash;
  - Yo) o'quv jarayonining tashkiliy ishlarini kompyuterlashtirishga sharoit yaratish.
3. Fanlar bo'yicha talabalar bilimni semestrda ( sikl davomida ) baholab borish reyting nazorati jadvallari va baholash mezonlari asosida amalga oshiriladi.

### **II. Nazorat turlari va uni amalga oshirish tartibi**

4. Nazorat turlari, uni o'tkazish tartibi va mezonlari kafedra mudiri tavsiyasi bilan kafedra yig'ilishida muhokama qilindi va tasdiqlandi hamda fanning ishchi o'quv dasturida mashg'ulot turlari bilan birgalikda ko'rsatiladi.
5. Reyting nazorati jadvallari, nazorat turi, shakli, soni hamda har bir nazoratga ajratilgan maksimal ball, shuningdek joriy va oraliq nazoratlarning saralash ballari haqidagi ma'lumotlar fan bo'yicha birinchi mashg'ulotda talabalarga e'lon qilinadi.
6. Talabalarning bilim saviyasi va o'zlashtirish darajasining Davlat ta'lim standartlariga muvofiqligini ta'minlash uchun quyidagi nazorat turlarini o'tkazish nazarda tutiladi:

**Joriy nazorat** – talabani fan mavzulari bo'yicha bilim va amaliy ko'nikma darajasini aniqlash va baholash usuli. Joriy nazorat fanning xususiyatidan kelib chiqqan holda amaliy mashg'ulotlarda og'zaki so'rov, test o'tkazish, suhbat, nazorat ishi, kollokvium, uy vazifalarini tekshirish va shu kabi boshqa shakllarda o'tkaziladi;

**Oraliq nazorat** –Oraliq nazorat sikl-blok tizimida o'qitiladigan bu fandan auditoriya soatlari 72 soatdan kam bo'lgani uchun (ON) o'tkazilmaydi.

**Yakuniy nazorat** – semestr yakunida muayyan fan bo'yicha nazariy bilim va amaliy ko'nikmalarni talabalar tomonidan o'zlashtirish darajasini baholash usuli. Kafedrada yakuniy nazorat test savollari asosida kompyuterda va OTKS (ob'ektiv tizimlashtirilgan klinik sinov) shaklida psixiatriya fanidan o'tkaziladi.
7. Institut rahbarining buyrug'i bilan ichki nazorat va monitoring bo'limi rahbarligida tuzilgan komissiya ishtirokida yakuniy nazoratni o'tkazish jarayoni davriy ravishda o'rganib boriladi va uni o'tkazish tartiblari buzilgan hollarda, yakuniy nazorat natijalari bekor qilinishi mumkin. Bunday hollarda yakuniy nazorat qayta o'tkaziladi.
8. O'quv yili tugaganidan keyin reyting nazorati natijalariga ko'ra talabalarni keyingi kursga o'tkazish to'g'risida belgilangan tartibda qaror qabul qilinadi.

### **III. Baholash tartibi va mezonlari**

10. Talabalarning bilim saviyasi, ko'nikma va malakalarini nazorat qilishning reyting tizimi asosida talabani har bir fan bo'yicha o'zlashtirish darajasi ballar orqali ifodalanadi.
11. Har bir fan bo'yicha talabani semestr davomidagi o'zlashtirish ko'rsatkichi 100 ballik tizimda baholanadi. Ushbu 100 ball nazorat turlari bo'yicha quyidagicha taqsimlanadi:

Davolash, TP fakultetining 5-kurs talabalari uchun tibbiy psixologiya fani bo'yicha

Joriy nazorat- **45 ball;**

Mustaqil ish- **5 ball;**

Yakuniy nazorat – 50 ball

Jami - 100 ball

№	Baholash turi	Maksimal ball	Saralash bali	Koeffitsiyent
1	Joriy baholash	45	24.75	0.45
2	T M I	5	2.5	0.05
3	Yakuniy baholash	50	27.25	0.5
	Jami	100	55.0	1

12. Talabaning reyting daftarchasiga alohida qayd qilinadigan malakaviy amaliyot, fan (fanlararo) bo'yicha yakuniy davlat attestatsiyasi, magistratura talabalarining ilmiy-tadqiqot va ilmiy-pedagogik ishlari, magistrlik dissertatsiyasi bo'yicha o'zlashtirish darajasi – 100 ballik tizimda baholanadi.

13. Talabaning fan bo'yicha o'zlashtirish ko'rsatkichini nazorat qilishda quyidagi namunaviy mezonlar tavsiya etiladi:

**A) 86-100 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:**

Xulosa va qaror qabul qilish;

Ijodiy fikrlay olish;

Mustaqil mushohada yurita olish;

Olgan bilimlarini amalda qo'llay olish;

Mohiyatini tushunish;

Bilish, aytib berish;

Tasavvurga ega bo'lish.

**B) 71-85 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:**

Mustaqil mushohada yurita olish;

Olgan bilimlarini amalda qo'llay olish;

Mohiyatini tushunish;

Bilish, aytib berish;

Tasavvurga ega bo'lish.

**V) 56-70 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:**

Mohiyatini tushunish;

Bilish, aytib berish;

Tasavvurga ega bo'lish.

**G) quyidagi hollarda talabaning bilim darajasi 0-55 ball bilan baholanishi mumkin:**

Aniq tasavvurga ega bo'lmaslik;

Bilmaslik.

14. Namunaviy mezonlar asosida fandan joriy va oraliq nazoratlar bo'yicha aniq mezonlar ishlab chiqilib, kafedra mudiri tomonidan tasdiqlanadi va talabalarga e'lon qilinadi.

15. Talabalarining o'quv fani bo'yicha mustaqil ishi joriy, oraliq va yakuniy nazoratlar jarayonida tegishli topshiriqlarni bajarishi va unga ajratilgan ballardan kelib chiqqan holda baholanadi.

16. Talabaning fan bo'yicha reytingi quyidagicha aniqlanadi:

$$R_f = \frac{V \cdot O'}{100} \text{ bu yerda:}$$

V– semestrda (siklda) fanga ajratilgan umumiy o'quv yuklamasi (soatlarda);

O' –fan bo'yicha o'zlashtirish darajasi (ballarda).

17. Fan bo'yicha joriy, oraliq va yakuniy nazoratlarning har biriga ajratilgan ballning 55 foizi saralash bali etib belgilanadi.

Joriy va oraliq nazoratlarning har biriga ajratilgan ballning saralash ballini 55 balldan ortiq ball to'plagan barcha talabalar ushbu fan bo'yicha yakuniy nazoratga kiritiladi.

Agar talaba yakuniy nazoratda shu nazorat turi bo'yicha saralash ballidan yuqori ball to'plasa, bu ball joriy va oraliq nazoratlarda to'plangan ballarga qo'shiladi. Aks holda talaba fan bo'yicha o'zlashtirmagan hisoblanadi.

18. Talabaning semestr (sikl) davomida fan bo'yicha to'plagan umumiy balli har bir nazorat turidan belgilangan qoidalarga muvofiq to'plagan ballari yig'indisiga teng.

**IV. Nazorat turlarini o'tkazish muddati**

19. Yakuniy nazorat turlari kalendar tematik rejaga muvofiq dekanat tomonidan tuzilgan reyting nazorat jadvallari asosida o'tkaziladi. Yakuniy nazorat semestrning oxirgi 2 haftasi mobaynida o'tkaziladi.

20. Joriy nazoratda saralash ballidan kam ball to'plagan va uzrli sabablarga ko'ra nazoratlarda qatnasha olmagan talabaga qayta topshirish uchun, navbatdagi shu nazorat turigacha, so'nggi joriy va oraliq nazoratlar uchun yakuniy nazoratgacha bo'lgan muddat beriladi.

Belgilangan muddatlarda topshirilmagan joriy va oraliq nazorat ballari keyingi baholash ballariga qo'shilmaydi va qayta topshirishga ruxsat berilmaydi.

Kasalligi sababli darslarga qatnashmagan hamda belgilangan muddatlarda joriy, oraliq va yakuniy nazoratlarni topshira olmagan talabalarga fakultet dekani farmoyishi asosida, o'qishni boshlaganidan so'ng ikki hafta muddatda topshirishga ruxsat beriladi.

21. Semestr (sikl) yakunida fan bo'yicha joriy, oraliq yoki yakuniy nazorat turlarini har biri bo'yicha saralash balidan kam ball to'plagan talabaning o'zlashtirishi qoniqarsiz (akademik qarzdor) hisoblanadi.

Akademik qarzdor talabalarga semestr (sikl) tugaganidan keyin qayta o'zlashtirish uchun 1 oy muhlat beriladi. Shu muddat davomida fanni o'zlashtira olmagan talaba, fakultet dekani tavsiyasiga ko'ra belgilangan tartibda rektorning buyrug'i bilan talabalar safidan chetlashtiriladi.

22. Talaba nazorat natijalaridan norozi bo'lsa, fan bo'yicha nazorat turi natijalari e'lon qilingan vaqtdan boshlab bir kun mobaynida fakultet dekaniga ariza bilan murojaat etishi mumkin. Bunday holda fakultet dekanining taqdimnomasiga ko'ra rektor buyrug'i bilan 3 (uch) a'zodan kam bo'lmagan tarkibda apellyatsiya komissiyasi tashkil etiladi.

Apellyatsiya komissiyasi talabalarining arizalarini ko'rib chiqib, shu kunning o'zida xulosasini bildiradi.

23. Baholashning o'rnatilgan talablar asosida belgilangan muddatlarda o'tkazilishi hamda rasmiylashtirilishi fakultet dekani, kafedra mudiri, o'quv bo'limi hamda ichki nazorat va monitoring bo'limi tomonidan nazorat qilinadi.

#### **V. Reyting natijalarini qayd qilish va tahlil etish tartibi**

24. Talabaning fan bo'yicha nazorat turlarida to'plagan ballari semestr yakunida reyting qaydnomasiga butun sonlar bilan qayd qilinadi. Reyting daftarchasining "o'quv rejasida ajratilgan soat" ustuniga semestr uchun fanga ajratilgan umumiy o'quv yuklama soatlari, "Fandan olingan baho" ustuniga esa 100 ballik tizimdagi o'zlashtirishi qo'yiladi.

Talabaning saralash balidan past bo'lgan o'zlashtirishi reyting daftarchasiga qayd etilmaydi.

25. Har bir fan bo'yicha o'tkaziladigan nazorat turlarining natijalari guruh va professor-o'qituvchi jurnallari hamda qaydnomada qayd etiladi va shu kunning o'zida (nazorat turi yozma ish shaklida o'tkazilgan bo'lsa, 2 (ikki) kun muddat ichida) talabalar e'tiboriga yetkaziladi.

26. Yakuniy nazorat natijalariga ko'ra dekanat talabalarining fan bo'yicha reytingini aniqlaydi hamda reyting daftarcha va qaydnomaning tegishli qismini to'ldiradi.

27. Talabaning reytingi uning bilimi, ko'nikmasi va malakalari darajasini belgilaydi. Talabaning semestr (kurs) bo'yicha umumiy reytingi barcha fanlardan to'plangan reyting ballari yig'indisi orqali aniqlanadi.

28. Talabalar umumiy reytingi har bir semestr va o'quv yili yakunlangandan so'ng e'lon qilinadi.

29. Diplom ilovasi yoki akademik ma'lumotnomani dekanat tomonidan rasmiylashtirishda fan bir necha semestr davom etgan bo'lsa, reytinglar yig'indisi olinadi.

30. Talabalarining joriy, oraliq va yakuniy nazoratlarda erishgan va tegishli hujjatlar (guruh jurnali, o'qituvchining shaxsiy jurnali, reyting qaydnomasi)da qayd etilgan o'zlashtirish ko'rsatkichlari dekanatlar va o'quv-metodik boshqarmalarida kompyuter xotirasiga kiritilib, muntazam ravishda tahlil qilib boriladi.

31. Joriy, oraliq va yakuniy nazorat natijalari kafedra yig'ilishida muntazam ravishda muhokama etib boriladi va tegishli qarorlar qabul qilinadi.

#### **10. Ishchi dasturga kiritilgan o'zgartirishlar:**

2019-2020 o'quv yili uchun tuzildi.

---

(keyingi yilda xuddi shunday dastur formasi bo'ladi lekin o'zgartirishni shu joyga qo'shimcha yozib boriladi).

---

Ish dasturi kafedraning majlisida ko'rib chiqildi

«\_\_»\_\_\_\_\_2013 yil

Kafedra mudiri \_\_\_\_\_dotsent Muxtorova H.K.

**Talaba mustaqil ishini tashkil etish, nazorat qilish va baxolash tartibi to'g'risida  
Namunaviy Nizom  
Umumiy qoidalar**

Mazkur Nizom Uzbekiston Respublikasi Vazirlar maxkamasining 2001 yil 16 avgustdagi «Oliy ta'limning davlat ta'lim standartlarini tasdiklash tugrisida»gi 343 sonli karoriga muvofiq kadrlar tayarlash sifatini nazorat qilishda talabalarining mustaqil ishlarini tashkil etish, nazorat qilish va baxolash tartibini belgilaydi. Talabaning mustaqil ishi ukuv rejasida muayyan fanni uzlashtirish uchun belgilangan ukuv ishlarining ajralmas kismi bulib, u uslubiy va axborot resurslari jixatdan ta'minlanadi, xamda bajarilishi reyting tizimi talablari asosida nazorat kilinadi.

Institutda talabaning xaftalik mustaqil ishlarining umumiy xajmi bakalavriatning kunduzgi bulimida 22 soatni tashkil etadi.

O`quv semestri yakunida talabaning mustaqil ishi buyicha tuplangan reyting ballari xar bir fan buyicha auditoriyadagi ukuv ishlariga berilgan reyting ballari bilan birgalikda gurux reyting kaydnomasida, talabaning reyting daftarchasida va ukish yakunida bitiruvchiga takdim etiladigan diplom ilovasida kayd etiladi.

Talaba mustaqil ishining maksad va vazifalari

Talaba mustaqil ishining asosiy maksadi – ukituvchining raxbarligi va nazorati ostida talabada muayyan ukuv ishlarini mustaqil ravishda bajarish uchun zarur bulgan bilim va kunikmalarni shakllantirish va rivojlantirish.

Talaba mustaqil ishining vazifalari kuyidagilardan iborat:

- Yangi bilimlarni mustaqil tarzda puxta uzlashtirish va kunikmalarga ega bulish;
- kerakli ma'lumotlarni izlab topish kulay usullari va vositalarini aniklash;
- axborot manbalari va manzillaridan samarali foydalanish;
- an'anaviy ukuv va ilmiy adabietlar, me'eriylar xujjatlar bilan ishlash;
- elektron ukuv adabietlar va ma'lumotlar banki bilan ishlash;
- internet tarmogidan maksadli foydalanish;
- berilgan topshirikning ratsional echimini belgilash;
- ma'lumotlar bazasini taxlil etish;
- ish natijalarini ekspertizaga tayerlash va ekspert xulosasi asosida kayta ishlash;
- topshiriklarni bajarishda tizimli va ijodiy endoshish, ishlab chikilgan echim, loyixa eki goyani asoslash, mutaxassislar jamoasida ximoya kilish.

Talaba mustaqil ishining tashkiliy shakllari

Talaba mustaqil ishini tashkil etishda muayyan fan (kurs)ning xususiyatlarini, shuningdek xar bir talabaning akademik uzlashtirish darajasi va kobiliyatini xisobga olgan xolda kuyidagi shakllardan foydalaniladi:

- kasallik tarixini yozish va uni ximoya kilish;
- ayrim a'zolarning modellari va mulyajlarini yasash;
- a'zolar va ularning tuzilishi rasmlari va sxemalarini chizish;
- ayrim nazariy mavzularni ukuv adabietlari erdamida mustaqil uzlashtirish;
- berilgan mavzu buyicha axborot (referat) tayerlash;
- seminar va amaliy mashgulotlarga tayergarlik kurish;
- laboratoriya ishlarini bajarishga tayergarlik kurish;
- nazariy bilimlarni amaliyda kullash;
- amaliyda mavjud muammolarning echimini topish (keys - stadi);
- ilmiy makola, anjumanga ma'ruza tezislarini tayerlash;

O`qitilaetgan fanning xususiyatlaridan kelib chikkan xolda, talaba mustaqil ishini tashkil etishda boshka shakllardan xam foydalanishi mumkin.

O`quv fanlari namunaviy va ishchi dasturlarda talaba mustaqil ishining shakli, mazmuni va xajmi ifoda etiladi.

Talaba mustaqil ishi uchun ajratilgan vakt byudjetiga mos ravishda xar bir fan buyicha tegishli kafedralarda mustaqil ishning tashkiliy shakllari, topshiriklar variantlari ishlab chiqiladi va fakultet ilmiy - uslubiy kengashida tasdiqlanadi.

Mustaqil ishini bajarish uchun fanlar buyicha talabalarga zaruriy metodik qo'llanma, ko`rsatma va tavsiyalar ishlab chikiladi.

Talaba mustaqil ishining axborot ta'minoti

Talaba uchun muayyan fan buyicha mustaqil ish topshiriklari tegishli kafedra professori (eki etakchi dotsent) tomonidan ukuv mashgulotlarini bevosita olib boruvchi ukituvchi bilan birgalikda tuziladi, xamda kafedra mudiri tomonidan tasdiqlanadi. Talabaga berilgan topshirikda mustaqil ishini bajarish buyicha dastlabki kursatma va tavsiyalar kayd etiladi.

Mustaqil ishini bajarish uchun talabaga axborot manbasi sifatida darslik va ukuv kullannmalar, metodik kullanma va kursatmalar, ma'lumotlar tuplami va banki, ilmiy va ommaviy davriy nashrlar, internet tarmogidagi tegishli ma'lumotlar, berilgan mavzu buyicha avval bajarilgan ishlar va boshkalar xizmat kiladi.

Kafedra mudiri va tegishli fakultet dekani takdimnomasi asosida institut raxbariyati talabalarga mustaqil ishlarni bajarish uchun zaruriy axborot manbaa va vositalarini belgilaydi, talabalarga turli kutubxonalar, muzeylar, tarmok muassasalari va korxonalaridan mustaqil ish uchun zaruriy ma'lumotlar tuplash yuzasidan surovnomaxatlarini rasmiylashtirib beradi.

Oliy ta'lim muassasasi raxbariyati tomonidan talabalarga mustaqil ishlarni uz vaktida bajarish uchun kompyuter texnikasi va internet tarmogidan samarali foydalanish uchun shart – sharoitlar yaratib beriladi.

#### **Talaba mustaqil ishini nazorat qilish va baholash.**

Har bir fan bo'yicha talaba mustaqil ishiga raxbarlik qilish yuklamasi (ishchi ukuv rejasining 10 ustunida keltirilgan) professor – ukituvchi shaxsiy ish rejasining tashkiliy - uslubiy bo'limida (1540 soat doirasida) qayd etiladi.

Talaba mustaqil ishiga raxbarlik qilish tuziladigan va fakultet dekani tomonidan tasdiklangan konsultatsiyalar jadvali asosida amalga oshiriladi.

Talaba mustaqil ishi buyicha konsultatsiya soatlari gurux jurnalida kayd etib boriladi.

Talaba mustaqil ishini nazorat qilish ukuv mashg'ulotlarini bevosita olib boruvchi ukituvchi tomonidan amalga oshiriladi.

Talaba reyting kursatgichlari, shu jumladan mustaqil ish buyicha, an'anaviy gurux reyting oynasida va (yoki) fakultetning maxsus elektron tarmogida yoritib boriladi.

Talaba mustaqil ishini nazorat qilish turlari va uni baxolash mezonlari tegishli kafedra tomonidan belgilanadi va fakultet Ilmiy Kengashida tasdiklanadi. Mustaqil ishlarni baxolash mezonlari talabalarga ukuv yili (semestri) boshlanishi oldidan metodik materiallar bilan birgalikda tarkatiladi.

Mustaqil ish buyicha belgilangan maksimal reyting balining 55% dan kam tuplagan talaba fan buyicha yakuniy nazoratga kuyilmaydi.

Fanlar kesimda talabalarining mustaqil ishlari buyicha uzlashtirishi muntazam ravishda talabalar guruxlarida, kafedra yig'ilishlari va fakultet ilmiy kengashlarida muxokama etib boriladi.

Talaba mustaqil ishi kafedra arxivida ruyxatga olinadi va ukuv yili mobaynida saklanadi.

Oliy ta'lim muassasalarida yukori darajada baxolangan talabaning mustaqil ishlari ma'naviy va moddiy jixatdan ragbatlantiriladi.

## GLOSSARIY

Abstraktsiya (lot. Abtractio -mavxumlashtirish, uzoqlashtirish)– mavhumlik; tafakkurning asosiy operatsiyalaridan biri. U narsaning muhim xususiyat va bogʻlanishlarini ajratishga asoslangan fikriy amal boʻlib, boshqa xususiyatlariga eʼtibor berilmaydi. Narsa va qodisalarning belgilarini, xususiyat yoki sifatlarini fikran ajratib olish.

Abuliya (yunon. Abule- irodani inkor etmoq, jur'atsizlik) – eng oddiy harorga ham kela bilmaslikda oʻz aksini topadigan kasallangan irodasizlik. Ya'ni, nerv tizimi kasallanishi oqibatida irodaning susayib ketishi. A. Holatida kishi eng oddiy harakatlarni ham bajara olmay qlishi mumkin. A. Jismoniy va psixik jiʼAtdan toʻgʻri rivojlanmaslik yoki nerv tizimi zaharlanishining natijasi hm boʻlishi mumkin.

Agglyutinatsiya (lot.agglutinare –yopishtirmoq) bir necha narsalarning ayrim har xil hismlarini olib birlashtirilib, yangi narsa va hodisalarning obrazlariga yaratilgan iborat xayol faoliyati.Mavjud obraz va tasavvur qismlarini bir-biriga «yopishtirib» qoʻshish asosida . Mas. Suv parisi obrazi.

Agnoziya (yunon.a-inkor yu, gnosis -bilim,bilish) - bosh miyaning ma'lum jarohatlanishi natijasida idrokning buzilish hollari. A. Butun Aqliy faoliyatning buzilishidan farq qilib, miya poʻstlogʻi faoliyatidagi juz'iy kamchilik.

Agoniya (yunon.agonia-koʻrash) organizmning oʻlimi oldidan yoki hayot bilan oʻlim orasida roʻy beradigan psixopatologik holat.

Agrafiya (grek. .a-inkor yu.,grako –yozaman) bosh miya yarim sharidagi teppa-chakka suyaklari zararlanishi oqibatida, panja harakati saqlangan holda yozish qobiliyatni hisman va toʻliq yoʻqolishi. Odatda afeziya bilan birga keladi.Bolalarda u duduqlik natijasida kelib chiqadi, kattalarda bosh miya poʻstlogʻi faoliyatining buzilishi.

Adaptatsiya (lot. Adaptaro–moslashmok) sezgi aʼzolari (analizatorlar) ning taʼsirat kuchiga moslashuvi natijasida muayyan sezgirlikni oʻzgarishi A. Hodisasida sezgirlik ortishi yoki kamayishi mumkin. Kuchli taʼsirdan kuchsiz taʼsirga oʻtganda sezgirlik asta-sekin ortib boradi, taʼsir kuchayganda esa, sezgirlik, aksincha, kamayib boradi. A.qonuniyati, organiq sezgilardan boshq, barcha sezgilar sohasiga xosdir. U fiziologik,ijtimoiy – psixologik va kasbiy moslashishga boʻlinadi.

Adinamiya (yunon. A-inkor yu., dinamis-kuch) –organizmning turli kasalliklarga chalinishi yoki uzoq Vaqt ovqat emaslik natijasida haddan tashhari holsizlanishi, zaiflanishi.

Ajitatsiya (fr. Agitation –kuchli xayajon, qoʻzgʻalish)-hayot uchun xavfli boʻlib qolgan holda kishining unga javob tariqasidagi affektiv holati.

Ayzenk Georg Yurgen-(1897-1984) mashxur amerikalik psixolog. Bolalar Aqliy qobiliyatini aniqlash boʻyicha testlari muallifi.

Ayzenk testi –oʻquvchilar umumiy qobiliyatini aniqlash metodikasi. U 40 savoldan iborat boʻlib, bola 90 dan ortiq ball toʻplasa unda u qobiliyatli hisoblanadi. 60-90 ball toʻplasa umum taʼlim maktabida, 60 dan past ball toʻplasa yordamchi maxsus maktabda oʻhishga tavsiya etiladi.

Akalkuliya (yunon. A-inkor yu,calculatio-hisob, hisoblash bosh miya poʻstlogʻi ayrim hismining jarohatlanishi oqibatida hisob va hisoblash faoliyatidagi buzilishlar natijasidagi xatoliklar.

Aksentlash (yunon.-accentys-urgʻu) narsalarning ayrim qismlarini boshqa qismlarga nisbatan haddan tashqari kichraytirish yoki kattalashtirish asosida yangi obrazlarni yaratishdan iborat xayol faoliyati.

Aktuallash (lot.actualis-faol) – eslash, xotiraga keltirish maqsadida uzoq yoki qisqa muddatli xotirada oʻzlashtirib olingan materialni qayta esga tushirish faoliyati.

Aleksiya (yunon.a-inkor yu,lego –oʻqiyman )- oʻhish qobiliyatiningbuzilishi yoki butunlay yoʻqolishidan iborat psixopotologik nuqson, koʻpincha afaziya va agrafiya bilan birgalikda kechadi.Bu nuqsonning logopedik mashgʻulotlar bilan bartaraf etish mumkin

Ambivalentlik (yunon ambi – tevarak, ikki tomondan, lot. Valentia – kuch) – bir vaqtda qarama-qarshi hissiyotlarning namoyon boʻlishi. Mas. Kulgu va qaygʻu, A.shaxsdagi ichki nizolarning paydo boʻlishi.

Amneziya (lot. A-inkor etish, mnesus-xotira) - ma'lum davrning voqea va kamchiliklarini eslay olmaslik yoki chala eslash. Bosh miyaning koʻpgina kasallarida uchraydi. A. Holatida kishi ba'zan oʻz ismi va familiyasini ham unutishi mumkin. Kasallik bosh miya poʻstlogʻining zararlanishi natijasida sodir boʻlishi mumkin.

Apatiya- charchash, ogʻir his-tuygʻu yoki kasallik oqibatida qiziqishning soʻnishi, atrofdagilarga nisbatan befarq boʻlish, ma'yuslik kabi ruhiy holatlar.

Appertseptsiya (lot.ar-ga, harshli, percptio-idrok)- shaxs idrokning oldingi tajriba, bilim va umumiy yoʻnalganlikka bogʻliqligi.

Apraksiya (yunon. Apraxia – harakatsizlik )-bosh miya yarim sharlari poʻstlogʻidagi ba'zi nerv markazlarining zararlanishi oqibatida odatdagi harakatlarni bajarishning buzilishi yoki yoʻqolishidan iborat psixopatologik nuqson.

Assotsiatsiya (lot. Associatio- birlashtirmok) –psixik hodisalar orasidagi oʻzaro bogʻlanish, u ma'lum qonunlar boʻyicha tarkib topadi. (Jumladan, fazodagi yondoshlik, xronologik oʻxshashlik, qarama-qarshilik va b.)

Asteniya (yunon. Asthenea-holsizlik) kuchli tolihish, sezgirlikning susayishi, kayfiyatning beharorligi, uyquning buzilishi bilan ifodalanuvchi ruhan sustlik, ojizlik holati. Unga uzoq muddat spirtli ichimlik ichish natijasida hosil boʻladigan ruhiy sustlik misol boʻladi.

Astenik (yunon.astheneia-holsizlik, kuchlisizlik) biror psixopotologik sababga koʻra jismoniy yoki psixik tomonidan ojiz yoki sust boʻlib qolgan odam.



Atrofiya- (yunon. Atripio-ozmok, xastalanmok)-ma'lum bir psixopotologik sabablarga ko'ra idrok, aql va hissiyotning pasayishi, biror a'zoning uzoq faoliyatsizlik yoki ozuqasizligi natijasida kichrayishi yoki hayotiy qobiliyatini yo'qotishi.

Autogen mashq – (yunon.autos o'zim,denos- kelib chikaman) psixoterapiya usuli. Bunda bemor o'zini-o'zi ishontirish yo'li bilan jismoniy va ruhiy holatiga ta'sir ko'rsatishni o'rganadi.

Afaziya- (yunon.a –i. Yuk. Phasia-nutq)- eshitish a'zolarining sog'lom bo'lgani holda nutq faoliyatining buzilishi. Bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ining shikastlanishi natijasida paydo bo'ladi.

Affekt- (lot. Affektus –ruhiy hayajon, ehtiros)-kuchli, tez va jo'shqin kechuvchi, nisbatan hissa muddatli, hisxayajonli, irodaviy nazorat yo'qotilgan ruhiy holat.

Aql- odamning sezgi va irodasidan farq qiluvchi bilish psixopotologlari, fikrlash va tushunish qobiliyatida aks etadigan, haqiqatni nazariy o'zlashtirishning oliy ko'rinishi.

Aqliy rivojlanish mezoni -(ong GQ) Aqliy yosh (ayo) va xronologik yosh (xyo) orasidagi munosabatni bildiruvchi mezon.A.R.M.  $gqayog'xyo*100$  formula bilan aniqlanadi.

Aqliy hujum- ijodiy faollik va mahsuldorlikni oshiruvchi metodika. Odatdagi muhokama ijodkorlikka to'siq bo'ladi.

Aqliy hujumda guruhning har bir a'zosi o'z fikrini erkin bildirishi mumkin. Ular orasidan eng muhimlari ajratiladi.

Aqliy faoliyat-insonning o'z ongida ichki rejada tashqi vositalarga tayanmasdan bajaradigan faoliyati.

Bevosita esga tushirish- narsa va hodisalar, fikrlar, harakatlarni idrok qilgandan keyin, oradan vaqt o'tkazmay, esga tushurishdan iborat xotira protsessi.

Beqaror diqqat- barharor diqqatning harama-harshisi, ya'ni uzoq muddatgacha diqqatni harata bilmaslik.

Bern Erik (1902-70)- amerikalik psixolog va psixiatr. "Psixoterapiyada Ego holati" va "Tranzakt ta'lim: guruhiy terapiyaning yangi samarali metodi" ni ishlab chiqdi.

Bilish – ijtimoiy tarixiy amaliyot taraqqiyoti bilan bog'liq. Ravishda voqelikni inson ongida aks etishi va takroran tiklanish jarayoni. Sub'ekt bilan ob'ektning o'zaro ta'siridan iborat bo'lib, natijada yangi bilimlar yuzaga keladi.

Bilish jarayoni-sezgi, idrok, xotira, tasavvur, xayol, tafakkur va nutq. Kabi psixik protsesslarning organik sistemasi.

Bixeviorizm (ing. Behaviour-xulq)-XX-asr Amerika psixologiyasidagi etakchi olim. Uningcha psixologiyaning asosiy vazifasi inson ongini emas, balki xulqini o'rganish bo'lib, xulq tashqi muhit ta'siroviga ko'rsatiladigan harakat reaksiyalari va ularga tenglashtirilgan so'zli va emotsional javoblar majmuidir. Uning asoschilari E.Torndayk va D.Uotsondir. Bixeviorizm so'zini va dasturini D. Uotson taklif etgan.

Vaqtini idrok qilish -hodisa va voqealarni ro'y berish ketma-ketligini va qancha davom etishining tasviri.

Vaxima –his-tuyg'u va kayfiyatning buzilish turlaridan biri. Bunda odamni asossiz ravishda o'ziga bosadi, kishi nimadandir xavotirlanib, xadiksiraydi, ruhan azob chekadi.

Verbal- (lot. Verbalis-og'zaki)- fikrni til vositasida so'zli va og'zaki iroda qilinadigan nutq.

Vizual- tabiiy yoki oynakli ko'z yordamida ko'rish.

Voqeilik- inson ongidan tashhari, unga bog'liq bo'lmagan holda mavjud bo'lgan ob'ektiv borlik.

Genesis – (yunon.genesis-tug'ilmok,vujudga kelmok)-u yoki bu narsa, hodisa, jarayon, fikr, ta'limotning yuzaga kelishi, shakllanishi va keyingi rivojlanishi kabi jarayonlar majmui,irsiy asosi.

Gerontopsixologiya-(yunon.gerontio-kari odam)-inson tanasining keksayishi bilan bog'liq bo'lgan hodisa va jarayonlarni, keksayishning psixologik aspektlarini o'rganuvchi psixologiya sohasi.

Geshtalt-(nem.Gestalt-obraz, shakl) «Geshtalt psixologiyasi» ning asosiy atamasi bo'lib psixik hodisalarni yakkol idrok etishda foydalanilgan.

Geshtaltpsixologiya-(nem.Gestalt-obraz,shakl) hozirgi zamon chet el psixologiya matablaridan biri bo'lib, XX asrning 30 yillarida Olmoniyada bunyodga kelgan.

Gigiena (yunon.hygieinos-shifobaxsh, salomatlik keltiruvchi)-odamning, kishilar jamoasining tashqi muhit, ya'ni tabiiy, maishiy hamda ijtimoiy ishlab chiharish munosabatlarini o'rganib mazkur sharoitlarda salomatlik normalarini ishlab chiquvchi fan.

Giperkinez (yunon.hyper-haddan tashhari, kinsis-harakat) - nerv sistemasining kasallanishi tufayli ro'y beradigan haddan tashqari ixtiyorsiz gavda harakatlari.

Giperbolizatsiya (yunon.hyperbole-kattalashtirish)-fikrni bo'rttirib kattalashtirib yoki kichraytirib ifodalanishi.

Gipersenzitivlik- (yunon.hyper-o'ta baland, sensus-sezgi) o'ta sezuvchanlik.

Gipnoz- (yunon.hypnos-uyqu,) odam va rivojlangan hayvonlarda sun'iy hosil qilinadigan uyqu holati. Bunda bosh miya po'stlog'ining ayrim markazlarigina tormozlanadi. Undan kasallarni davolash maqsadida ham foydalaniladi.

Gipoteza –(yunon.hypothesis-asos,taxmin) masala yoki muammoni echishning taxminiy loyihasi, jamiyat va inson tafakkuri sohasidagi muayan hodisani to'liq tushuntirish yoki isbotlash uchun etarli dalillarga ega bo'lmagan ilmiy faraz, taxmin.

Debillik – oligofreniyaning engil shakli, psixik jihatdan yaxshi rivojlanmay qolish. Bunda abstrakt tafakkur sust bo'ladi. Bemor o'z mayllariga chek qo'ya olmaydi.

Dementsiya (lot.dementia-aqlsizlik)-bosh miyada sodir bo'lgan turli organik o'zgarishlar natijasida Aqliy qobiliyatning o'ta darajada pasayib ketishi, bilish faoliyatining turg'un susayishi, orttirilgan ruhiy zaiflik

Depersonalizatsiya (lot. Depersona-shaxs bo'lmokni, yo'q qilmoq)- shaxsning bo'linishi, unda shaxsiy «men» hissing yo'q bo'lishi.

Depressiya (lot.depressio-ruhiy tushkunlik)-xulq-atvor, ehtirosning susayishi bilan tavsiflanadigan salbiy hissiyotli, affekt holati.O`ziga ishonmaslik, ruhiy g`amginlik, tushkunlik kayfiyati, harakatning chegaralanishi. Tushkunlik, xastalik, ojizlik kabi salbiy kayfiyatlardan tashkil topgan psixopotologik, ruhiy holat.

Defekt (lot.defektus-kamchilik, nuqson) shaxsdagi ba'zi jismoniy yoki psixik nuqson.

Disgarmoniya-nomuvofiqlik, shaxs jismoniy va ruhiy xususiyatlarining kamol topishidagi mutanosiblikning buzilishi.

Diqqat-individning hissiy, Aqliy va harakatlantiruvchi faolligi darajasining oshirilishini taqozo etadigan tarzda ongning yo`naltirilganligi va bir narsaga haratilganligi. Diqqat ongning bir nu`Taga to`planib,muayyan bir ob'ektga faol qaratilishidir. Ixtiyoriy va ixtiyorsiz diqqatlar mavjud.

Diqqatning barqarorligi – diqqatni uzoq vaqt bir ob'ektga muttasil, kuchli harata olishdan iborat ijobiy xususiyati.

Diqqatning ko`lami-bir vaqtning o`zida diqqatning bir qancha ob'ektga haratilishi imkoniyati.

Diqqatning to`planganligi-diqqatning muayyan ob'ektlar doirasida tez qamda kuchli to`plana olishdan iborat xususiyati.

Diqqatning taqsimlanishi – bir paytning o`zida diqqatning bir necha ob'ektlarga yoki faoliyatga harata olish imkoniyati.

Diqqatning ko`chuvchanligi-faoliyat protseongssida diqqatning ongli ravishda bir ob'ektdan ikkinchi ob'ektga kuchirilishi.

Diqqatning «hajmi»- bir vaqtning o`zida diqqat tomonidan qamrab olinadigan ob'ektlar soni.

Yodlash- birdaniga esga qoldirish mumkin bo`lmagan materialni esga qoldirish uchun bir necha marta takror ishlatadigan usullar yig`indisi

Yosh psixologiyasi-psixologiyaning turli yoshdagi bolalar va odamlarning psixologik, individual xususiyatlarini o`rganuvchi sohasi. Psixologiyaning shaxsning turli yosh (bolalik, o`smirlik, yigitlik) bosqichlaridagi psixik rivojlanish qonuniyatlarini o`rganidigan maxsus sohasi.

Yoshlik davri- yoshlarning 23-25 yoshlardan iborat bo`lgan davri.

Jinsiy mayl-ikki jinsning bir-biriga mayl quyishi, qo`shilishi, ko`payishi bilan bog`liqdir.

Ideomotor harakatlar( yunon. Idea tushuncha, tasavvur, lot motor – harakatlantiruvchi) muayyan harakatlarni tasavvur qilish, ular haqida kuchli uylash munosabati bilan nutq organlari, qo`l, oyoq va gavda harakatlarining ixtiyorsiz tasavvur va fikr orqasidan sodir bo`lishi.

Idiotiya-(yunon.idiotia-kashshoklik)-o`ta og`ir darajada psixik rivojlanmaganlik, aqli pastlik. I. Bilan kasallanganlarda oddiy nutq malakasini egallash ?Obiliyati bo`lmaydi.

Idrok-sezgi a'zolariga to`g`ridan-to`g`ri ta'sir etuvchi narsa va hodisalarning kishi ongida yaxlit holda psixik aks etirishdan iborat psixik jarayon.

Idrok aniqligi- idrok obrazlarini idrok qilinayotgan narsalarga qanchalik muvofiq kelish darajasi.

Idrok butunliligi –idrok xususiyatlaridan bo`lib, bu sezgi a'zolariga bevosita ta'sir etib turgan ob'ektlarni birgalikda qo`shib idrok qilishdan iborat.

Idrokning konstantligi-(lot.constantis-o`zgarimas, doimiy)-idrok qilinayotgan narsalarning o`lchami, shakli va rangi ungacha bo`lgan masofani o`zgartirganda ham nisbatan turg`unlik holatining o`zgarimasligi.

Idroklilik-idrokning to`li?Ligi, aniqligi va tezligi kabi ijobiy xususiyatlardan tashkil topgan aql sifati,zehn tezligi.

Idrok sifati-u idrokning tezligi, to`laligi tash?I shartlar, organik va psixik shartlar bilan belgilanadi.

Idrok tezligi- idrok qilinayotgan narsaning sezgi a'zolariga ta'sir qila boshlagan paytdan , to bu narsaning obrazini anglab olgunimizgacha o`tgan vaqt.

Idrokning chalhishi-(lot.illusio-xato, chalhish) –narsa va uning xususiyatini noto`g`ri idrok qilinishi.

Idrok yaxlitligi-sezgi a'zolariga to`g`ridan-to`g`ri ta'sir ob'ekti va uning barcha psixik xususiyatlari ishtirok etishi bilan irodalanadigan xotira xossasi.

Ikkinchi tartibli ixtiyoriy diqqat-ongimizning ob'ektga ixtiyorsiz ravishda yo`naltirilganda, uning ustida ma'lum vaqt barharor holda, to`planib turishidan iborat ixtiyoriy diqqat turi.

Illyuziya (lot.illusio-aldash)- borliqning, voqelikning noto`g`ri idrok etilishi, idrokning chalhishi. Sezgi a'zolari takomillashganmaganligi natijasidagi qo`rquv.

Illyuzionizm-(fr.illusionisme-aldash)- tashqi dunyo faqat ko`zga shunday ko`rinadigan, aslida esa sezgi a'zolarining aldanishidan iborat.

Imbetsillik (lot.imbecillus-ojiz,aqli past)– oligofreniyaning debillikdan og`irroq shakli, psixik jihatdan bir qadar rivojlanmay qolish. Bunday bolani o`qitib bo`lmaydi.

Impul'siv harakatlar – beixtiyor yoki hisman ong bilan etarli nazorat qilinmay amalga oshiriladigan harakatlar asosan bolalarga xosdir.

Individual ong- ijtimoiy ongdan farqli o`laroq, har bir shaxsning o`ziga xos bo`lgan ong xususiyatlari.

Instinkt (lot.instinctus-ichki mayl, intilish)-organizmning tashqi yoki ichki ta'sirotlar natijasida paydo bo`ladigan murakkab tug`ma harakatlari majmui, murakkab shartsiz refleks (ovqatlanish, himoyalanih, jinsiy instinkt va b.)

Odamda instinkt uning ongi bilan boshhariladi.

Intellekt (lot.intellestus-tushunish, mulohaza, tushuncha)-insonning umumiy bilish faoliyati, insonning fikrlash qobiliyati, tafakkuri, aqli.

Intim-shaxsiy, xufiyona,munosabat, muomala.

Introvertsiya – shaxs yo`nalganligini o`zini-o`ziga, o`z shaxsiy sezgilari hissiyot tashvishlari va fikriga

Ijodiy hislar- ob'ektiv voqeilikka bo'lgan va o'zaro munosabatimizdan kelib chiqadigan yoqimli kechinmalar.

Ijodiy tafakkur -qo'yilgan amaliy va nazariy vazifalarni yangi usullar bilan hal qilish, ongimizga yangi tushuncha, hukm va tasavvurlar hosil qilish, yangilik yaratuvchi murakab tafakkur jarayoni.

Ijodiy xayol-original va qimmatli moddiy mahsulotlarda amalga oshiriladigan yangi obrazlarni yaratuvchi xayol, u faol xayolning bir turi.

Ilmiy tafakkur-nazariy tafakkurning voqeilikdagi narsa va hodisalarning bog'lanishi va munosabatlarini, qonuniyatlarini ochishga haratilgan eng yuksak formasi.

Introvert shaxs-boshqalarga qo'shilmaydigan, indamas, fikri o'ziga haratilgan boshqalarga qiziqishi sustlashgan, o'zini chuqur tahlil qilish qobiliyatlari sust kishi.

Ipxondriya (yunon.hypochondria-kovurga osti)-o'z sog'lig'i haqida haddan ziyod diqqat-e'tibor berish, tuzalmas kasalliklardan qo'rqish.

Iroda – kishining o'z oldiga qo'yilgan maqsadlarga erishishi uchun qiyinchiliklarni engib o'tishiga haratilgan faoliyati va xulq -atvorini ongli ravishda tashkil qilishi va o'zini -o'zi boshharishidir.

Iroda kuchi- shaxsning o'z oldiga qo'ygan maqsadining aniqligi, uni amalga oshirish uchun intilishi va uni o'z vaqtida ijro etishi bilan belgilanadigan irodof sifati.

Irodaviy zo'r berish- muayan maqsadga erishish yo'lida uchragan qiyinchiliklarni bartaraf qilish uchun ongli ravishda jismonan va Aqliy kuch sarflashdan iborat.

Irodaviy bo'shliq- shaxsning biror faoliyat turini bajarishi uchun o'zini majbur qila olmaslik yoki o'z harakatlarini o'z maqsadlariga bo'ysundira olmaslikdan iborat salbiy xarakter hislati.

Irodaviy harakatlar- oldidan belgilangan muayyan maqsadga muvofiq ravishda jismoniy va aqliy kuch sarflash orqali amalga oshiriladigan ongli harakatlar.

Irsiyat-nerv sistemasi xususiyatlarining utmish avlodlar tajribasida tarkib topib, mustahkamlanib, keyingi avlodlarga o'tish jarayoni.

Irodali harakatlar- shaxsning muayan psixik holatini, his-tuyg'ularini irodalaydigan mimika kabi ixtiyoriy yoki ixtiyorsiz harakatlar.

Ixtiyoriy idrok-oldin mo'ljallangan maqsadga qarab muayyan bir ob'ektni idrok qilish.

Ixtiyorsiz xayol-oldindan biror maqsad qo'ymagan holda idrok qilinmagan hamda turmush tajribamizda uchramagan narsa va hodisalarning obrazini yaratishdan iborat xayol turi.

Ixtiyorsiz diqqat-ongimizning oldindan belgilangan maqsadsiz ravishda muayyan ob'ektga yo'naltirilganishi va unda tuplanishidan iborat diqqat turi.

Ixtiyorsiz faollik- shaxsdagi psixik jarayonlar, holatlarning yoki ma'lum bir harakatlarning oldindan qo'yilgan aniq maqsadsiz faqat tashqi sabablarga ko'ra ongsiz kuch sarflash orqali sodir bo'lishi.

Ixtiyoriy esda olib qolish-maxsus mnemik harakatlar, ya'ni asosiy maqsad esda olib qolishdan iborat bo'lgan harakatlar mahsuli. Ixtiyorsiz idrok-narsa va hodisalarni oldindan belgilangan muayyan maqsadsiz idrok qilish.

Ixtiyorsiz xayol-oldindan belgili maqsad kuymagan holda idrok qilmagan hamda turmush tarzi tajribamizda uchramagan narsa va hodisalarning obrazini yaratishdan iborat xayol turi.

Ixtiyorsiz xotira- biror narsani esda olib holish yoki eslash uchun maxsus maqsad bo'lmagan holda esda olib Ixtiyorsiz harakat -ong nazoratisiz amalga oshiriladigan impulsiv yoki reflektorli harakatlar.

Ichki diqqat- ongimizning o'z sub'ektiv taassurotlarimiz, his-tuyg'ularimiz va intilishlarimizga haratilishdan iborat diqqat turi.

Kayfiyat-inson his-tuyg'usining yaxlit shakli, kechinmalarining umumiy holati.Kayfiyat doirasi har xil;u insonning umumiy kechinmalaridan to zerikish, qo'rquv, xafalik yoki kuvnoklik, umid va qizihish kabilargacha bo'lgan barcha shakllarni o'z ichiga oladi.

Kandinskiy Viktor Xrisanfovich (1849-1889)-rus psixiatri. Ruhiyat psixologiyasida gallyutsinatsiyadan farqli bo'lgan psevdosallyutsinatsiyani kashf etgan.

Katalepsiya (yunon.katalepsiis-tulgok,tutqanoq, dard)-ayrim ruhiy kasalliklar. Mas: katatoniya, isteniya yoki gipnoz vaqtida normal harakatning buzilishi,odamning bir vaziyatda qotib qolishi,sezgirlikning pasayishi,tushga o'xshash holat.

Kattoniya(yunon. Kato-uzunasiga, tonos-taranglashish)-kishi psixik holatining buzilishi. Bunda ko'pincha harakat faoliyati o'zgaradi, karaxtlik yoki faollik bilan kechadi, musaullar tortishadi.

Kataleptik uyqu-(yunon. Katalepsiis-tutkanok, tutib qolish) miya po'stlog'ining tormozlanishi natijasida gavdaning yoki ayrim a'zolarininig ixtiyoriy harakatlar qilib qotib qolishi.

Keksalik psixozlari-50-60 yoshda paydo bo'ladigan psixik kasalliklar. Asosiy shakllari-depressiya, alaxlash.

Kinestezik sezgi (yunon.kineo-harakatga keltirmok)- proprioretseptorlar qo'zg'alishi natijasida o'z tana a'zolari harakati va holatini sezish.

Kleptomaniya (lot.klepto-o'g'irlyaman, mania- aqlsizlik)- turli ruhiy kasalliklar jarayonida ro'y beradigan, o'g'rilik qilishga nisbatan kuchli ehtiros bilan irodalanadigan psixopotologik nuqson.

Koma (yunon. Koma-uyquchilik, harakatsizlik, behushlik)- markaziy nerv tizimining haddan tashqari holdan toyishi natijasida ro'y beradigan ongsizlik holati.

Kognitiv dissonans-bir ob'ektda mavjud bo'lgan karama-harshi fikrlar, tushunchalar natijasida hosil bo'ladigan qarama-qarshiliklarning yoqimsiz holati.

Konfabulyatsiya (lot.confabulo-valdirayman)-xotira buzilishi oqibatida ro'y beradigan yolg'on, noto'g'ri eslashlar. Kuzatish metodi-faoliyat mahsulini tahlil etish, erkin tavsifnomalarni umumlashtirish usuli.

Ko'rgazmali harakat tafakkuri- tafakkur turlaridan biri, narsa va hodisalarni bilan ishlash jarayonida ularni bevosita idrok qilishda namoyon bo'ladi. Ko'ruv diqqati- narsa va hodisalarni ko'ruv a'zosi orqali idrok qilish, esga tushurish munosabati bilan namoyon bo'ladigan diqqat turi.

Ko'ruv idroki- ko'ruv analizatori (ko'z) orqali amalga oshiriladigan idrok turi.

Labillik (lot.labilis-beharor, o'zgaruvchan)-nerv hujayralarining tezlik bilan qo'zg'alish holatidan tormozlanishga va tormozlanishda qo'zg'alish holatiga o'tish xususiyati.

Lunatizm (lot.luna-oy, lunatikus-aqlsiz, telba, jinni)-tushida yurib chiqadigan, alahsiradigan kishi.

Luriya Aleksandr Romanovich (1902-1977)-rus psixologi. Rossiyada neyropsixologiya asoschisi.Inson affektiv holatini o'rganib, yopiq affektiv komplekslarni ochib beruvchi qo'shma motorli metodikani ishlab chiqdi.

Psixopatiya (yunon.psyche-jon, pathos-azoblanmok)-psixik faoliyatning uyg'unsizligi, ayniqsa emotsional –iroda va mayl sohalaridagi uyg'unsizlik bilan sifatlanuvchi potologik formasi.

Psixologik tahlil-inson psixik faoliyatining psixologik shart-sharoitlari va tarkibini ochib berishdan iborat ilmiy-tekshirish metodlaridan biri.

Psixoterapiya – ko'pgina psixik nerv va psixosomatik kasalliklarni davolash maqsadida kasal kishining his-tuyg'usi, fikri va ongiga so'zli va so'zsiz ta'sir etuvchi yaxlit davolash usuli

Psixofarmakologiya--(yunon. Farmakon-dori-darmon, logos-ta'limot) -psixologiya tarmog'i.Odam psixikasi dori-darmon ta'sirini o'rganadi. Psixoprofilaktika – o'quvchi ota-ona yoki o'qituvchilarga u yoki bu psixologik nuqson va kasalliklarni kelib chihishini oldini olish maqsadida uyushtiriladigan tadbirlar majmui.

Reaktiv holat-og'ir ruhiy azoblanish natijasida paydo bo'ladigan psixik kasalliklar. ( depressiya, vaxima, qo'rquv va b.)

Retentsiya –xotiraning idrok qilingan narsa va hodisalarni saqlab qolish funktsiyasi.

Retrograd amneziya (lot.retrogradus-orqaga ketuvchi, mneme-xotira)-ilgari yuz bergan voqea-hodisalarni esda saqlagan holda xozir sodir bo'lgan voqea va hodisalarni unutishdan iborat xotira patologiyasi.

Sangvinik – (yunon.sanguis-kon) ruhan kuchli, faol, harakatchan, tez va yorokin kiyofali, hissiyoti o'zgaruvchan, nutqi tez, ba'zan e'tiborsiz va shoshiluvchan bo'lgan temperament turi.S. Inson dilkash va mehribon bo'ladi.

Sezgi ambivalentligi (yunon.amphi–pristavka,obozn.dvoyst-t,lot.vakentia-kuch)- ba'zi bir ob'ekt uchun bir paytda seziladigan bir necha hissiyotli munosabatlar orasidagi o'zaro harama-harshilik, ixtilof.

Sezgi a'zolari – sezuvchi nerv hujayralarari va qo'shimcha tuzilmalardan tuzilgan ko'rish, eshitish, gravitatsiya, hid bilish, ta'm bilish a'zolari. Sindrom (yunon.syndrome-tuplanish, kechishi)– u yoki bu kasallikka xos bo'lgan belgilar majmui.

## ASOSIY QISM

Ma'ruza mashg'ulotlarining ta'lim texnologiyasi

(3-kurs davolash va tibbiy pedagogika fakulteti talabarlari uchun)

**1-mavzu:** Tibbiy psixologiya fani. Uning maqsad va vazifalari, tarixi. Miya va ruhiy jarayonlar. Kasalliklarning psixologik strukturasi

### 1.1.Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti- 2 soat	Talabalar soni : 20-40
Mashg'ulot shakli	Kirish-axborotli ma'ruza
Ma'ruza rejasi Mavzuning maqsad va vazifalari bilan tanishtirish 2.3amonaviy Nuqtai nazardan mavzuni yoritib berish,tushuntirish Ma'ruzaga oid slaydlar, multimedialar namoyishi 4.Mavzuni xulosalash	1 -ma'ruzaning qisqacha anotatsiyasi Ruhiyat tushunchasi Psixologik tekshiruvning asosiy metodlari. Psixologiyada yordamchi tekshiruv usullari. Miya va psixik jarayonlar. Asab-ruhiy buzilishlarning hosil bo`lishida tashqi muhitning ta'siri. Tibbiy psixologiya fanining asosiy vazifalari, tarixi. Kasalliklarning psixologik strukturasi. Oliy miya faoliyatining sistemali joylashuvi nazariyasi.
O`quv mashg'ulotning maqsadi:	Maqsadi. Fanning dasturi va Davlat ta'lim standartlari talabalariga kura psixiatriya va narkologiya fanining zaminiy tibbiyotdagi urni,boshka tibbiy fanlar bilan alokadorligi tugrisida xamda fan metodologiyasi asosida tushunchalar berish. Psixiatriya, narkologiya fani, ruhiy jarayonlar, sezgi va idrok to`g`risida tushunchalar berish.
Ta'lim berish usullari	Ko`rgazmali ma'ruza
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy
Ta'lim berish vositalari	Darslik, ma'ruza matni, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan auditoriya

**2-mavzu : Psixosomatik tibbiyot asoslari va metodologiyasi. Psixosomatik va somatopsixik munosabatlar.****1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.**

Mashg`ulot vaqti- 2 soat	Talabalar soni: 20-40
Mashg`ulot shakli	Kirish – axborotli ma`ruza
Ma'ruza rejasi 1.Mavzuning maqsad va vazifalari bilan tanishtirish 2.Zamonaviy Nuqtai nazardan mavzuni yoritib berish, tushuntirish 3.Ma'ruzaga oid slaydlar, multimedialar namoyishi 4.Mavzuni xulosalash	2-ma'ruzaning qisqacha anotatsiyasi Psixosomatik tibbiyot asoslari va metodologiyasi. Psixosomatik va somatopsixik munosabatlar. Somatik kasalliklardagi ruhiy va hulq-atvor.
O`quv mashg`ulotning maqsadi	Psixosomatik tibbiyot asoslari va metodologiyasi. Psixosomatik va somatopsixik munosabatlar. Somatik kasalliklardagi ruhiy va hulq-atvorni o`zgarishlarini o`rganish.
Ta'lim berish usullari	Ko`rgazmali, ma'ruza
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy
Ta'lim berish vositalari	Darslik, ma'ruza matni, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan auditoriya.

**3-mavzu:** Nevroz va depressiya.

## 1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti- 2 soat	Talabalar soni : 20-40
Mashg`ulot shakli	Kirish – axborotli ma`ruza
Ma'ruza rejasi 1.Mavzuning maqsad va vazifalari bilan tanishtirish 3.Zamonaviy Nuqtai nazardan mavzuni yoritib berish, tushuntirish. Ma'ruzaga oid slaydlar, multimedialar namoyishi 4.Mavzuni xulosalash	3-ma'ruzaning qisqacha annotatsiyasi Nevroz va depressiya Z.Freyd nazariyasi. Depressiyaning klinik belgilari. Depressiyaning sabablari. Depressiyaning klinik ko`rinishlari Depressiyani davolashning zamonaviy yondashuvlari.
O`quv mashg`ulotning maqsadi	Nevroz va depressiyaning asosiy sabablari va xususiyatlarini o`rganish.
Ta'lim berish usullari	Ko`rgazmali, ma'ruza
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy
Ta'lim berish vositalari	Darslik, ma'ruza matni, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan auditoriya.

#### 4-mavzu: Psixoterapiya va psixofarmakoterapiya asoslari

##### 1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti- 2 soat	Talabalar soni : 20-40
Mashg`ulot shakli	Kirish – axborotli ma`ruza
Ma'ruza rejasi 1.Mavzuning maksad va vazifalari bilan tanishtirish 2.3amonaviy Nukta nazardan mavzuni yoritib berish, tushuntirish Z.Ma'ruzaga oid slaydlar, multimedialar namoyishi 4.Mavzuni xulosalash	4-ma'ruzaning qisqacha anotatsiyasi Psixoterapiya va psixofarmakoterapiya asoslari Psixoterapiyaning turlarini sanang. Psixotrop dorilar tasnifi. Ularni qo'llshgaa ko`rsatma va qarshi ko`rsatma.
O`quv mashg`ulotning maqsadi	Psixoterapiyaning asosiy usullri, bemorlarni psixoterapevtik davolash va psixofarmakoterapiyaga ko`rsatma. Psixofarmakoterapiyaning asosiy tamoyillari
Ta'lim berish usullari	Ko`rgazmali, ma'ruza
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy
Ta'lim berish vositalari	Darslik, ma'ruza matni, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan auditoriya.



**1.2. 1-mavzu:** Tibbiy psixologiya fani. Uning maqsad va vazifalari, tarixi. Miya va ruhiy jarayonlar. Kasalliklarning psixologik strukturasi

Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1. Mavzu buyicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun takdimot slaydlarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ruyxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (5 daqiqa)	Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi	Tinglaydilar
2 - asosiy Bosqich (70 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydlar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi	Tinglaydilar Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (5 daqiqa)	Yakunlovchi xulosa qiladi	Tinglaydi

Tibbiyot psixologiyasi fani, maqsad va vazifalari.

Tibbiyot psixologiyasi - umumiy psixologiyaning tarkibiy qismi bo'lib kasalliklarning kelib chiqishida psixikaning o'rnini va ahamiyatini o'rganadi.

Patopsixologiya tibbiyot psixologiyasining tarmog'i bo'lib, kasal odam psixikasini o'rganadigan tarmoq. E. Krechmer (1888 - 1964) tibbiyot psixologiyasini fan sifatida ajrab chiqishiga o'zi yaratgan nazariyasi bilan hissa qo'shgan olim.

#### **Tibbiyot psixologiyasini o'rganilishning ahamiyati**

Tibbiyot psixologiyasi birmuncha yangi fan bo'lib, uni tarao'o'iy etish zamonaviy tibbiyot yutuqlariga, uni oldida turgan vazifalariga chambar - chas bog'liq. Tibbiyot psixologiyasining maqsadi bemorga uning shaxsiga oid individual xususiyatlarini hisobga olgan holda shubhasiz terapevtik samara beradigan usullarni topib yondoshishdir. Tibbiyot psixologiyasi quyidagilarni o'rganadi:

- A) Kasalliklarni psixik ko'rinishini.
- B) Kasalliklarni kelib chiqishi va o'tishida psixikaning qanday rol o'ynashini.
- B) Ularni davolashda psixikaning rolini.
- G) Kasalliklarni oldini olish va sog'liqni mustahkamlashda psixikani qanday rol o'ynashini.

#### **Tibbiyot psixologiyasi psixologiya taraqqiyotiga ta'siri**

1920 - yillariga kelib psixologiya, xususan tibbiyot psixologiyasini fan sifatida ajrab chiqishiga E. Krechmer yaratgan nazariya katta ta'sir ko'rsatdi. U «Tibbiyot psixologiyasi» nomli asar yozib, unda ruxiy o'zgarishlar, buzilishlar xaqida ma'lumot berdi. Rus olimlari Sechenov va Pavlov tibbiyot psixologiyasini taraqqiy etishiga katta xissa qo'shdilar. Sharqda Ibn Sinoga qadar ham bir qator olimlar barcha fanlar qatori psixologiyaga ham e'tibor berganlar Bular: Yakub bin Isaak al Kindi, Abu Nasr al Farobiy, Abu Bakr ar Roziy va boshqalar. Ular psixologiyaga doir maxsus asarlar yozgan bo'lsalar ham o'zlarining falsafaga oid asarlarida psixologiyaga doir turli hil muammolarni hal qilishga harakat qilganlar. Abu Ali Ibn Sino ularni davomchisi sifatida psixologiyaga doir masalalarni umumlashtirdi va maxsus asarlar yozdi. U Aristotel kabi odam tanasi va «Ruxiy quvvatlar» materia bilan shaklan bir - biridan ajralmagan holda mavjud ekanligini ta'kidlaydi.

#### **Kasallikni davolashda psixikaning roli**

Turli kasalliklarni davolashda psixikaning roli juda katta, kasallikni davolashda kasallarga psixik ta'sirning ahamiyati alla qachon isbotlangan. Kasallarga davo maqsadida reja asosida muntazam psixik ta'sir ko'rsatib borish psixoterapeya deb ataladi. Kasalliklarni olidini olish sog'liqni saqlash va mustahkamlashda psixikaning rolini alohida fanlar psixigiyena va psixoprofilaktika o'rganadi. Tibbiyot psixologiyasi bir - biriga yaqin, ammo bir - biridan farq qiladigan 2 tushunchani - psixopatologiya va patopsixologiyani (patalogik psixologiyani) o'z ichiga oladi. Psixopatologiya bu-avvalo ruxiy kasalliklarda, shuningdek boshqa kasalliklarda ham psixikada ro'y beradigan jami o'zgarishlardir.

Patopsixologiya psixologiyaning ana shu o'zgarishlarini o'rganadigan sohasi yoki kasal odam psixikasi to'g'risidagi ta'limotdir.

Psixologiya voqelikning alohida sohasi bo'lib, ruhiy hodisalar, kechinmalarni o'rganadi. Bizning ruhiy hodisalarimizga sezgilarimiz, idrokimiz, tasavvurlarimiz, fikr, his-tuyg'u va intilishlarimiz kirishi hamma ma'lumdur.

Psixologiya soʻzi - grekcha psixo (ya'ni ruh, jon) va logos (soʻz, ilm) degan ikki soʻz biirikmasidan tuzilgan. Demak, «psixologiya» soʻzini oʻzbekchaga oʻgirsak ruh ilmi degan maʼnoni anglatadi. Ruhiiy hodisalarning butun majmui odatda psixika degan soʻz bilan ataladi. Psixika - bu real voqelikning bosh miyada aks etishidir. Psixika oʻzicha alohida bir olam emas, u organik olamning yuksak shakllaridan boʻlib, faqat hayvonlar bilan odamga xosdir. Odam psixikasi hayvon psixikasidan sifat jihatidan farq qiladi. Odamda psixik hayotning yuksak shakli - ong bor.

Insonlardagi psixika uch xil ruhiy hodisa sifatida namoyon boʻladi.

1. Shaxsning ruhiy xususiyatlari - bu uning temperamenti, xarakteri, qobiliyati va psixik jarayonlarining barqaror xususiyatlari, shuningdek mayli, eʼtiqodi, bilimi, koʻnikmalari, malakasi hamda odatlaridan iborat;
  2. Psixik holatlar - uncha uzoq davom etmasada, lekin ancha murakkab jarayondir. Bunga tetiklik yoki maʼyuslik, ishchanlik yoki horgʻinlik, serzardalik, parishonxotirlik, yaxshi va yomon kayfiyat va hokazolar kiradi.
  3. Psixik jarayonlar - ruhiy faoliyatning murakkabroq turiga kiruvchi oddiy, elementar psixik hodisalardir. Ular juda qisqa vaqt davom etadi
- Psixik xususiyatlar, holatlar, jarayonlar oʻzaro mustahkam bogʻlangan boʻlib, biri ikkinchisiga aylanishi, oʻtishi, toʻldirishi mumkin.

Psixologiyaning vazifasi ana shu bogʻlanish va munosabatlarning qonuniyatlarini ochib berishdir. Psixologiya fanining maʼlumotlaridan amaliy maqsadda va avvalo taʼlim-tarbiya, bemor sogʻligʻini tiklash, mustahkamlash, va saqlashda, ruhiy taʼsir koʻrsatishda foydalanmoq uchun har bir tibbiyot xodimi psixikaning taraqqiyot qonuniyatlarini bilishi kerak.

Tibbiyot sohasidagi barcha masalalar, vazifalar tibbiyot psixologiyasi masalalari bilan chambarchas bogʻlanib ketadi. Tibbiyot psixologiyasi asoslarini oʻrganish tibbiyot xodimining vazifasi va burchidir.

Tibbiy psixologiya koʻmagida oʻrta maʼlumotli tibbiyot xodimlari va vrachlar:

1. Asab ruhiy kasalliklar yoki somatik kasalliklar bilan ogʻrigan bemorlarning ruhiy ahvoli toʻgʻrisida;
2. Bemor psixikasiga somatik kasallikning taʼsiri toʻgʻrisida va aksincha, asab ruhiy oʻzgarishlarning somatik kasalliklarining oʻtishga taʼsiri toʻgʻrisida toʻgʻri fikr yurita oladilar;
3. somatik kasalliklarning kelib chiqishi, oʻtishi va oqibatlarida ruhiy omillarning qanday rolʼ oʻynashini aniqlay oladilar.

Tibbiy psixologiya quyidagi mavzularni oʻrganadi.

1. Bemor shaxsini.
2. Tibbiyot xodimlarining shaxsini.
3. Tibbiyot xodimlari bilan bemorlar oʻrtasidagi munosabatlarini.
4. Tibbiyot xodimlarining oʻzaro munosabatlari.
5. Oʻrta tibbiyot xodimlarining shaxsini.

Tibbiy psixologiyaning asosiy vazifasi - shaxsiy kasallikka reaksiyasini va bemorning oʻrta tibbiyot xodimi, vrach hamda oʻz yaqin qarindoshlari bilan munosabati xususiyatlarini oʻrganishdan iborat. Tibbiy psixologiya yana quyidagilarni oʻrganadi:

1. Kasalliklarning oldini olish va sogʻligʻni mustahkamlashda psixikaning rolini.
2. Turli xil kasalliklarning kelib chiqishi, kechishida rivojlanishida psixikaning roli va oʻrni.
3. Kasallikni davolash vaqtida psixikaning holatini.
4. Turli kasalliklarda roʻy beradigan ruhiy oʻzgarishlarni va ularning oldini olishni. Tibbiy psixologiyaning maqsadi bemorga uning shaxsiga oid individual xususiyatlarini hisobga olgan holda shubhasiz terapevtik samara beradigan usullarini topib yondashishdan iboratdir.

Mustaqil mamlakatimiz tabobatining asosida bemor psixikasiga ozor beradigan turli taassurotlardan, jumladan, somatik kasalliklarga aloqador taʼsirlardan saqlab borib, bemorni imkoni boricha avaylash va unga insonparvarlik, mehribonlik, shirin suxanlik bilan muomala qilish tamoyili yotadi.

Bemorning ruhiy ahvoliga toʻgʻri baho bera bilish va shu ahvolga taʼsir koʻrsatish uchun tibbiyot xodimi tibbiy psixologiya asoslarini bilishi shart.

Tibbiy psixologiya psixoprofilaktika, psixoterapiya, psixogigiena kabi dolzarb masalalarini ham oʻrganadi. Tibbiyot psixologiyasi bemor odam kasalliklarining kelib chiqishiga, kechishiga va oldini olishga aloqador boʻlgan psixik faoliyatning turli tomonlarini tekshiradi. Tibbiy psixologiyaning tekshirish uslublari quyidagilar:

Kuzatish metodi, eksperiment metodi, soʻrab-surishtirish va suhbat metodi, tarjimai holini tekshirish metodi, faoliyat samaradorligini tekshirish metodi, testlash, kompʼyuter asosida aniqlash, anketalash. Barcha tibbiyot fanlari singari tibbiy psixologiya ham ikki qismdan iborat:

1. Umumiy tibbiy psixologiya .
2. Xususiy tibbiy psixologiya

Umumiy tibbiy psixologiya bemor shaxsini, oʻrta tibbiyot xodimlari shaxsini, ularning oʻzaro munosabatlarini, umumiy qonuniyatlarini oʻrganadi.

Xususiy tibbiy psixologiya esa bemor shaxsini, tibbiyot xodimlari shaxsini, ularning oʻzaro munosabatlarini aniq tibbiy fanlar va sohalar yordamida oʻrganadi. Masalan, jarroxlik, pediatriya, gigiena, terapiya, asab va ruhiy kasalliklar, gerontologiya, sanitariya va hokazo yutuqlaridan foydalanadi.

Ruhiy hodisalarning klassifikasiyasi (tasnifi)

Ruhiy hayot turli-tuman hodisalarda namoyon bo'ladi. Ruhiiy hayot hodisalarida ruhiy jarayonlar, ruhiy maxsullar va ruhiy holatlar farq qilinadi. Psixik jarayon - psixik hodisaning qonuniy, ketma-ket o'zgarishi, uning bir bosqich yoki fazadan ikkinchi bosqich yoki fazaga o'tishidir. Psixik maxsullar - psixik jarayonlarning natijasidir. Bularga sezgi, idrokning obraz (timsollari), tasavvurlar, muhokamalar, tushunchalar shaklidagi sub'ektiv psixik maxsullar kiradi. Yoqimli va yoqimsiz tuyg'ular, tinchlik, farogat, hayajonlanish va ma'yuslanish, uyg'oqlik va uyqu holatlari, dalillik va taraddudlanib qolish holatlarini boshdan kechirish psixik holatlariga kiradi. Turli xil psixik hodisalarni bilish, emotsional hodisa va iroda deb uchga bo'lish ilgari ma'lum. Odam ongi faoliyatida zOH r bo'ladigan ana shu turlar psixik funksiyalar deb ataladi. Bilish hodisalari boshqacha qilib aytganda, aqliy intellektual jarayonlar deb ataladi. Sezgi, idrok, xotira, xayol, tafakkur va nutq - bilish jarayonlari qatoriga kiradi.

Tibbiy psixologiyaning rivojlanish tarixi

Tibbiy psixologiyaning alohida fan bo'lib ajralib chiqishi psixologiya fanining rivojlanish tarixi bilan bog'liq. Psixologiya fani qadimiy fanlardan biri bo'lib, bundan 2,5 ming yil ilgari jon «ruh» haqidagi ta'limot sifatida vujudga kelgan.

Kishining psixikasi haqidagi ta'limotni birinchi marta Aristotel (eramizdan avvalgi 384-322 yillar) «Jon haqida» degan kitobida bayon qilgan. Shu sababli Aristotel alohida fan bo'lgan psixologiyaga asos solgan olim yoki psixologiya fanining «otasi» deb hisoblanadi. U bir qancha asarlar yozib, ularda psixologiya masalalari bo'yicha o'z qarashlarini bayon qiladi. Aristotel Ruh tana bilan uzviy bog'langan, deb hisoblaydi. «Ruh», - deydi u, - o'z tabiatiga ko'ra hukmron asosdir, tana esa tobe narsadir». Aristotel dan keyin Demokrit, undan keyin Epikur, Rim shoiri va faylasufi Lo'qreskiy Harr psixologiya fanining rivojlanishiga o'z nazariyalari bilan hissa qo'shdilar. Lukreskiy psixik hodisalarning tanaga bog'liqligini tajribada asoslab berdi. U, «aql ham kasallikka duchor bo'ladi, mastlik natijasida xiralashadi» degan va shunga o'xshash dalillar keltirgan.

Abu Ali ibn Sino o'z davrining barcha fanlar sohasiga, jumladan, psixologiyaga ham katta e'tibor bergan odamdir. Abu Ali ibn Sinodan oldin o'tgan bir qancha olimlar: YAkub bin Isaak al-Kindi, Abu Nasr al-Farobiy, Abu Bakr ar-Roziy va boshqalar psixologiya masalalariga qiziqqanlar. Ular psixologiyaga doir maxsus asarlar yozgan bo'lsalar ham o'zlarining falsafaga oid asarlarida psixologiyaga oid turli xil muammolarni hal qilishga harakat qilganlar. Abu Ali ibn sino ilmiy merosining o'rganish shuni ko'rsatadiki, buyuk mutafakkir psixologiyaga doir masalalar bilan ko'proq qiziqqan va maxsus asarlar yozib qoldirgan, jumladan, «Jon to'g'risida risola» («Risola fi-al nafs»), «Psixologiya to'g'risida risola» («Risola dar revanshinosi»), «Kitob al ta'bir» («Tushni yoyish kitobi»), «Jon-ruh to'g'risida kitob» («Kitob al muxjat»). Bundan tashqari, Ibn Sinoning ko'plab yirik falsafiy tibbiy asarlarida «Tib qonunlari» («Kito al-qonun fittib»), «Shifo beruvchi kitob» («Kitob an-najot») va «Donishnoma» da psixologiyaga doir alohida bo'limlar mavjuddir.

Psixologiya masalalariga ta'luqli muammolarni tartibga solib birinchi marta birinchi asar yozgan qadimga yunoniston olimi Aristotel' edi. Shuning uchun ham uni qadimgi YUnonistonda psixologiyaning asoschisi deb ataydilar Ibn sino ham Sharqda o'rta asr

sharoitida psixologiyaga doir masalalarni sistemalashtirdi va maxsus asarlar yozdi. Shuning uchun ham biz Ibn Sinoni feodal Sharkida psixologiyaga asos solgan olim deb ataymiz. Abu Ali ibn Sinoni psixologiya masalalarini yoritishga qiziqtirgan omil, birinchidan, o'zidan oldin o'tgan Sharq mamlakatlari olimlari yozib qoldirgan asarlarni o'rganishga havas bo'lganligi bo'lsa, ikkinchidan, antidunyo olim faylasuflarining ta'siri ham rol o'ynadi. Chunki Aristotel' Abu Ali ibn Sinoning falsafada «Birinchi o'qituvchisi» edi. U Aristotel'ning «Jon haqida» gi asari bilan yaxshi tanish edi. Uchinchidan, Abu Ali ibn Sinodan uning tibbiyot sohasida olib borgan ishi kasallarni har tomonlama kuzatish, odam anatomiyasini, fiziologiyasini, shuningdek odamning nerv sistemasini o'rganishni talab etar edi. Shuning uchun ham har xil kasalliklarni davolash jarayonida kishilarning psixik xususiyatlarini eksperimental, Amaliy bilish zarur bo'lib qolgan edi. To'rtinchidan, Abu Ali ibn Sinoning psixologiya bilan qizikishining yana bir sababi psixologiya yosh avlodni o'qitish va tarbiyalash masalalarini samarali hal qilishga katta yordam berishini u anglagan edi. Abu Ali ibn Sinoning psixologiya sohasidagi ta'limoti uning tirik organizmdagi hayotiy biologik jarayonlarini tushuntirishiga yaqqol ko'rinadi. Buyuk olim o'zining psixologiya to'g'risidagi risolalarida qanday masala yuzasidan ilmiy tekshirish ishi olib borilmasin, avvalo o'sha tekshirilayotgan ob'ekt mavjudmi yoki yo'qmi shuni kerakligini uqtiradi.

Abu Ali ibn Sino, agar har qanday narsa va hodisa ichki yoki tashqi sabablar bilan harakatga keladigan bo'lsa, demak, insoning yashashi va harakatida bironta sabab bo'lishi kerak, bunday sabablardan biri «Ruhiiy quvvatdir», deb ko'rsatadi.

Aristotel' kabi, Abu Ali ibn Sino ham odam tanasi va ruhiy quvvatlar materiya bilan shaklan bir-biridan ajralmagan holda mavjud ekanligini ta'kidlaydi. Shuning uchun ham Abu Ali ibn Sino psixik faoliyat bilan odam salomatligining bir-biriga ta'sir etish kuchi qanchalik katta ekanligini isbot qilishga harakat qiladi. Bu sohada u mavhum fikr yuritishi bilan chegaralanib qolmay, balki kuzatishlarga tayanib, hayvonlar ustida oddiygina ammo asosli tajribalar o'tkazdi.

Kishi ruhiy holatlarining organizmiga ta'siri har qanday ruhiy jarayonning fiziologik asoslari bilan bog'liq ekanligini, organizmga tashqi muhitning ta'siri katta bo'lishini isbotlash uchun Ibn Sino ikkita qo'zi olib, ulardan birini och bo'ri yaqiniga bog'lagan, ikkinchisini bo'riga ko'rsatmay, oddiy, tinch sharoitda saqlagan. Har ikkalasiga ham bir xil miqdorda, hatto tarozida ulchab oziqa bergan. Ko'p o'tmay bo'riga yaqin bog'langan qo'zi bo'ring

hamlalaridan uzoq vaqt qo`rqanidan juda ham ozib ketgan va yaxshi boqilishiga qaramay, kasallikka chalilib, o`lgan. Oddiy sharoitda saqlangan qo`zi esa kundan-kunga semirib, tetik yashagan.

«Instinkt» - deydi Abu Ali ibn Sino, shunday quvvatdirki, bu hayvon ongida mantiqsiz vujudga keladi... «Insonga esa ongli, mantiqan fikrlash xosdir. Miya kishining fikrlash a`zovidir». Shuning uchun ham Ibn Sino miya «seziluvchi so`ratlarini idrok qiladi yoki saqlaydi..., xayolda saqlangan so`ratlarni jamlab, yoki bo`lib ish yuritadi va shuning bilan birga sezgi orqali kelgan so`ratlarga o`xshagan turli so`ratlarni vujudga keltiradi» - deydi.

### **Vrach, hamshira va bemor orasidagi psixologik munosabatlar. Psixologik parvarishning asosiy tamoyillari**

Kishi biror narsani idrok va tasavvur qilganda, eslab qolganida va esga tushirganida, fikr qilganida va gapirganida hamda harakat qilganida biror yoqimli (hush) yoki yoqimsiz (nohush) holatni kechiradi, bu holat huzo`r qilish yoki ranjishdan, mazza qilish yoki qiynalishdan iborat bo`ladi. Bu kechinmalarda odamning o`z tevarakatofidagi narsalarga (hodisalarga), odamlarga va o`ziga nisbatan sub`ektiv munosabati ifodalanadi. YOqimli yoki yoqimsiz kechinma qissiyotimizning elementidir. «Emotsiya» so`zi lotin tilidagi etoIop so`zidan olin-gan bo`lib, to`lqinlanmoq degan ma`noni bildiradi. Voqe-likning ayrim hodisalari kishini quvontiradi, ayrim hodisalar xafa qiladi; ba`zi hodisalarga kishi qoyil qoladi, ba`zi hodisalardan qazablanadi, odam ba`zi hodisalarni ko`rib jahli chiqadi, ba`zilaridan esa qo`rqadi. Xursandlik, xafalik, qoyil qolish, qazablanish, qahr, qo`rquv va shu kabilarning hammasi emotsional kechinma-larning xilma-xil turlaridir, odamning voqelikka bo`lgan turli sub`ektiv munosabatidir. Sub`ektiv kechinmalardan iborat bo`lgan emotsiyalar ijobiy va salbiy hissiyotlarga bo`linadi.

Emotsional kechinmalar organizmdagi alohida fiziologik jarayonlar, o`zgarishlar bilan bog`liq ekanligini har kungi tajriba kr^R^ turibdi. Masalan, emotsional kechinmalar shoshilganda qon aylanishi o`zgaradi, yurak urishi tezlashadi yoki susayadi. Bir xil emotsional kechinmalar chog`ida odam qizaradi, boshqa bir xil emotsional kechinmalar chog`ida esa odam oqaradi, yoki bo`zaradi, terlab ketadi. Emotsional kechinmalar vaqtida nafas olish ham o`zgaradi: ayrim kechinmalar vaqtida nafas olish tezlash-di, ayrim kechinmalar vaqtida esa nafas olish susayadi. Shuningdek, ovqat hazm qilysh jarayonlari va ichki sekretsiya bezlarining faoliyati ham o`zgaradi. Emotsional jara-yonlar butun organizmning faoliyatiga ta`sir qiladi. Odamdagi emotsiyalarning fiziologik asosi avvalo bosh miya po`stlog`ida sodir bo`ladigan jarayonlardir. Tajriba asosida shu narsa aniqlanganki, emotsional faoliyatning tarkib topishida quyidagi tizimlar, chunonchi gippokamp, ko`rish do`mboqchalari, gipotalamus, retikulyar formatsiya, limb sistemasi ishtirok etadi. Bu hosilalarning hammasi katta yarim sharlarni miya stvolining oldingi chekkasi bilan birlashtiruvchi miya gumbazi atrofida joylashadi. Ko`ndalang kesma qilib ko`rilganda bu tizimga kiruvchi hosila gumbaz atrofida joylashgan bo`ladi. Bu shartli ra-vishda Papes doirasi deb yuritiladi.

Insonlardagi barcha emotsional reaksiyalarning reseptiv zonasi yoki kollektori miya gumbazi ustida bo`ladigan kamarsimon burmadir. Emotsional impul`slar kamarsimon burmalardan miya qobiqining turli zonala-riga tarqaladi, bu esa insondagi emotsional reaksiyalar boyligi va ravonligini ta`minlaydi. Emotsiyalar paydo bo`lish tezligi, kuchi va davomiyligi (barqarorligi) jihatidan bir-biridan farq qiladi. Emotsional kechin-malar turli hollarda turlicha tezlik bilan paydo bo`ladi. Lekin shunday emotsional kechinmalar borki, ularning qay darajada tez paydo bo`lganligini belgilash qiyin yoki butunlay belgilab bo`lmaydi. Emotsional kechinmalar ma`lum kuchga ega bo`ladi.

Tibbiyot psixologiyasi - umumiy psixologiyaning tarkibiy qismi bo`lib kasalliklarning kelib chiqishida psixikaning o`rni va ahamiyatini o`rganadi.

Patopsixologiya tibbiyot psixologiyasining tarmog`i bo`lib, kasal odam psixikasini o`rganadigan tarmoq. E Krechmer (1888 - 1964) tibbiyoi psixologiyasini fan sifatida ajrab chiqishiga o`zi yaratgan nazariyasi bilan hissa qo`shgan olim.

### **Tibbiyot psixologiyasini o`rganilishning ahamiyati**

Tibbiyot psixologiyasi birmuncha yangi fan bo`lib, uni tarao'o'iy etish zamonaviy tibbiyot yutuqlariga, uni oldida turgan vazifalariga chambar - chas bog`liq. Tibbiyot psixologiyasining maqsadi bemorga uning shaxsiga oid individual xususiyatlarini hisobga olgan holda shubhasiz terapevtik samara beradigan usullarni topib yondoshishdir.

Tibbiyot psixologiyasi quyidagilarni o`rganadi:

- A) Kasalliklarni psixik ko`rinishini.
- B) Kasalliklarni kelib chiqishi va o'tishida psixikaning qanday rol o'ynashini.
- B) Ularni davolashda psixikaning rolini.
- G) Kasalliklarni oldini olish va sog'liqni mustahkamlashda psixikani qanday rol o'ynashini.

### **Tibbiyot psixologiyasi psixologiya taraqqiyotiga ta'siri**

1920 - yillariga kelib psixologiya, xususan tibbiyot psixologiyasini fan sifatida ajrab chio'ishiga E. Krechmer yaratgan nazariya katta ta`sir ko`rsatdi. U «Tibbiyot psixologiyasi» nomli asar yozib, unda ruxiy o`zgarishlar, buzilishlar xaqida ma'lumot berdi. Rus olimlari Sechenov va Pavlov tibbiyot psixologiyasini taraqqiy etishiga katta xissa qo`shdilar. Sharqda Ibn Sinoga qadar ham bir qator olimlar barcha fanlar qatori psixologiyaga ham e'tibor berganlar Bular: Yakub bin Isaak al Kindi, Abu Nasr al Farobiy, Abu Bakr ar Roziy va boshqalar. Ular psixologiyaga doir maxsus asarlar yozgan bo'lsalar ham o'zlarining falsafaga oid asarlarida psixologiyaga doir turli hil muammolarni hal qilishga harakat qilganlar. Abu Ali Ibn Sino ularni davomchisi sifatida psixologiyaga doir masalalarni umumlashtirdi va maxsus asarlar yozdi. U Aristotel kabi odam tanasi va «Ruxiy quvvatlar» materia bilan shaklan bir - biridan ajralmagan holda mavjud ekanligini ta`kidlaydi.

### **Kasallikni davolashda psixikaning roli**

Turli kasalliklarni davolashda psixikaning roli juda katta, kasallikni davolashda kasallarga psixik ta'sirning ahamiyati alla qachon isbotlangan. Kasallarga davo maqsadida reja asosida muntazam psixik ta'sir ko'rsatib borish psixoterapeya deb ataladi. Kasalliklarni oldini olish sog'liqni saqlash va mustahkamlashda psixikaning rolini alohida fanlar psixigiyena va psixoprofilaktika o'rganadi. Tibbiyot psixologiyasi bir - biriga yaqin, ammo bir - biridan farq qiladigan 2 tushunchani - psixopatologiya va patopsixologiyani (patologik psixologiyani) o'z ichiga oladi. Psixopatologiya bu-avvalo ruxiy kasalliklarda, shuningdek boshqa kasalliklarda ham psixikada ro'y beradigan jami o'zgarishlardir.

Patopsixologiya psixologiyaning ana shu o'zgarishlarini o'rganadigan sohasi yoki kasal odam psixikasi to'g'risidagi ta'limotdir.

Tibbiy psixologiya tibbiyotning alohida sohasi bo'lib, ruhiy hodisalar, kechinmalarni o'rganadi. Bizning ruhiy hodisalarimizga sezgilarimiz, idrokimiz, tasavvurlarimiz, fikr, his-tuyg'u va intilishlarimiz kirishi hammaga ma'lumdir.

Psixologiya so'zi - grekcha psixo (ya'ni ruh, jon) va logos (so'z, ilm) degan ikki so'z biirikmasidan tuzilgan. Demak, «psixologiya» so'zini o'zbekchaga o'girsak ruh ilmi degan ma'noni anglatadi. Ruhiy hodisalarning butun majmui odatda psixika degan so'z bilan ataladi. Psixika - bu real voqelikning bosh miyada aks etishidir. Psixika o'zicha alohida bir olam emas, u organik olamning yuksak shakllaridan bo'lib, faqat hayvonlar bilan odamga xosdir. Odam psixikasi hayvon psixikasidan sifat jihatidan farq qiladi. Odamda psixik hayotning yuksak shakli - ong bor.

Insonlardagi psixika uch xil ruhiy hodisa sifatida namoyon bo'ladi.

1. Shaxsning ruhiy xususiyatlari - bu uning temperamenti, xarakteri, qobiliyati va psixik jarayonlarining barqaror xususiyatlari, shuningdek mayli, e'tiqodi, bilimi, ko'nikmalari, malakasi hamda odatlaridan iborat:

2. Psixik holatlar - uncha uzoq davom etmasada, lekin ancha murakkab jarayondir. Bunga tetiklik yoki ma'yuslik, ishchanlik yoki horg'inlik, serzardalik, parishonxotirlik, yaxshi va yomon kayfiyat va hokazolar kiradi.

3. Psixik jarayonlar - ruhiy faoliyatning murakkabroq turiga kiruvchi oddiy, elementar psixik hodisalardir. Ular juda qisqa vaqt davom etadi

Psixik xususiyatlar, holatlar, jarayonlar o'zaro mustahkam bog'langan bo'lib, biri ikkinchisiga aylanishi, o'tishi, to'ldirishi mumkin.

Psixologiyaning vazifasi ana shu bog'lanish va munosabatlarning qonuniyatlarini ochib berishdir. Psixologiya fanining ma'lumotlaridan amaliy maqsadda va avvalo ta'lim-tarbiya, bemor sog'lig'ini tiklash, mustahkamlash, va saqlashda, ruhiy ta'sir ko'rsatishda foydalanmoq uchun har bir tibbiyot xodimi psixikaning taraqqiyot qonuniyatlarini bilishi kerak.

Tibbiyot sohasidagi barcha masalalar, vazifalar tibbiyot psixologiyasi masalalari bilan chambarchas bog'lanib ketadi. Tibbiyot psixologiyasi asoslarini o'rganish tibbiyot xodimining vazifasi va burchidir.

Tibbiy psixologiya ko'magida o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimlari va vrachlar:

1. Asab ruhiy kasalliklar yoki somatik kasalliklar bilan og'rikan bemorlarning ruhiy ahvoli to'g'risida;

2. Bemor psixikasiga somatik kasallikning ta'siri to'g'risida va aksincha, asab ruhiy o'zgarishlarning somatik kasalliklarining o'tishga ta'siri to'g'risida to'g'ri fikr yurita oladilar;

3. somatik kasalliklarning kelib chiqishi, o'tishi va oqibatlarida ruhiy omillarning qanday rol' o'ynashini aniqlay oladilar.

Tibbiy psixologiya quyidagi mavzularni o'rganadi.

1. Bemor shaxsini.

2. Tibbiyot xodimlarining shaxsini.

3. Tibbiyot xodimlari bilan bemorlar o'rtasidagi munosabatlarini.

4. Tibbiyot xodimlarining o'zaro munosabatlari.

5. O'rta tibbiyot xodimlarining shaxsini.

Tibbiy psixologiyaning asosiy vazifasi - shaxsiy kasallikka reaksiyasini va bemorning o'rta tibbiyot xodimi, vrach hamda o'z yaqin qarindoshlari bilan munosabati xususiyatlarini o'rganishdan iborat. Tibbiy psixologiya yana quyidagilarni o'rganadi:

1. Kasalliklarning oldini olish va sog'lig'ni mustahkamlashda psixikaning rolini.

2. Turli xil kasalliklarning kelib chiqishi, kechishida rivojlanishida psixikaning roli va o'rni.

3. Kasallikni davolash vaqtida psixikaning holatini.

4. Turli kasalliklarda ro'y beradigan ruhiy o'zgarishlarni va ularning oldini olishni. Tibbiy psixologiyaning maqsadi bemorga uning shaxsiga oid individual xususiyatlarini hisobga olgan holda shubhasiz terapevtik samara beradigan usullarini topib yondashishdan iboratdir.

Mustaqil mamlakatimiz tabobatining asosida bemor psixikasiga ozor beradigan turli taassurotlardan, jumladan, somatik kasalliklarga aloqador ta'sirotlardan saqlab borib, bemorni imkoni boricha avaylash va unga insonparvarlik, mehribonlik, shirin suxanlik bilan muomala qilish tamoyili yotadi.

Bemorning ruhiy ahvoriga to'g'ri baho bera bilish va shu ahvoriga ta'sir ko'rsatish uchun tibbiyot xodimi tibbiy psixologiya asoslarini bilishi shart.

Tibbiy psixologiya psixoprofilaktika, psixoterapiya, psixogigiena kabi dolzarb masalalarini ham o'rganadi. Tibbiyot psixologiyasi bemor odam kasalliklarining kelib chiqishiga, kechishiga va oldini olishga aloqador bo'lgan psixik faoliyatning turli tomonlarini tekshiradi. Tibbiy psixologiyaning tekshirish uslublari quyidagilar:

Kuzatish metodi, eksperiment metodi, so`rab-surishtirish va suhbat metodi, tarjimai holini tekshirish metodi, faoliyat samaradorligini tekshirish metodi, testlash, komp`yuter asosida aniqlash, anketalash. Barcha tibbiyot fanlari singari tibbiy psixologiya ham ikki qismdan iborat:

1. Umumiy tibbiy psixologiya .
2. Xususiy tibbiy psixologiya

Umumiy tibbiy psixologiya bemor shaxsini, o`rta tibbiyot xodimlari shaxsini, ularning o`zaro munosabatlarini, umumiy qonuniyatlarini o`rganadi.

Xususiy tibbiy psixologiya esa bemor shaxsini, tibbiyot xodimlari shaxsini, ularning o`zaro munosabatlarini aniq tibbiy fanlar va sohalar yordamida o`rganadi. Masalan, jarroxlilik, pediatriya, gigiena, terapiya, asab va ruhiy kasalliklar, gerontologiya, sanitariya va hokazo yutuqlaridan foydalanadi.

Ruhiy hodisalarning klassifikatsiyasi (tasnifi)

Ruhiy hayot turli-tuman hodisalarda namoyon bo`ladi. Ruhiiy hayot hodisalarida ruhiy jarayonlar, ruhiy maxsullar va ruhiy holatlar farq qilinadi. Psixik jarayon - psixik hodisaning qonuniy, ketma-ket o`zgarishi, uning bir bosqich yoki fazadan ikkinchi bosqich yoki fazaga o`tishidir. Psixik maxsullar - psixik jarayonlarning natijasidir. Bularga sezgi, idrokning obraz (timsollari), tasavvurlar, muhokamalar, tushunchalar shaklidagi sub`ektiv psixik maxsullar kiradi. Yoqimli va yoqimsiz tuyg`ular, tinchlik, farogat, hayajonlanish va ma'yuslanish, uyg`oqlik va uyqu holatlari, dalillik va taraddudlanib qolish holatlarini boshdan kechirish psixik holatlariga kiradi. Turli xil psixik hodisalarni bilish, emotsional hodisa va iroda deb uchga bo`lish ilgaridan ma'lum. Odam ongi faoliyatida zOHI r bo`ladigan ana shu turlar psixik funksiyalar deb ataladi. Bilish hodisalari boshqacha qilib aytganda, aqliy intellektual jarayonlar deb ataladi. Sezgi, idrok, xotira, xayol, tafakkur va nutq - bilish jarayonlari qatoriga kiradi.

### **Tibbiy psixologiyaning rivojlanish tarixi**

Tibbiy psixologiyaning alohida fan bo`lib ajralib chiqishi psixologiya fanining rivojlanish tarixi bilan bog`liq. Psixologiya fani qadimiy fanlardan biri bo`lib, bundan 2,5 ming yil ilgari jon «ruh» haqidagi ta`limot sifatida vujudga kelgan. Kishining psixikasi haqidagi ta`limotni birinchi marta Aristotel` (eramizdan avvalgi 384-322 yillar) «Jon haqida» degan kitobida bayon qilgan. Shu sababli Aristotel` alohida fan bo`lgan psixologiyaga asos solgan olim yoki psixologiya fanining «otasi» deb hisoblanadi. U bir qancha asarlar yozib, ularda psixologiya masalalari bo`yicha o`z qarashlarini bayon qiladi. Aristotel` Ruh tana bilan uzviy bog`langan, deb hisoblaydi. «Ruh», - deydi u, - o`z tabiatiga ko`ra hukmron asosdir, tana esa tobe narsadir». Aristotel`dan keyin Demokrit, undan keyin Epikur, Rim shoiri va faylasufi Lo`qreskiy Harr psixologiya fanining rivojlanishiga o`z nazariyalari bilan hissa qo`shdilar. Lukreskiy psixik hodisalarning tanaga bog`liqligini tajribada asoslab berdi. U, «aql ham kasallikka duchor bo`ladi, mastlik natijasida xiralashadi» degan va shunga o`xshash dalillar keltirgan.

Abu Ali ibn Sino o`z davrining barcha fanlar sohasiga, jumladan, psixologiyaga ham katta e`tibor bergan odamdird. Abu Ali ibn Sinodan oldin o`tgan bir qancha olimlar: Yakub bin Isaak al-Kindi, Abu Nasr al-Farobiy, Abu Bakr ar-Roziy va boshqalar psixologiya masalalariga qiziqqanlar. Ular psixologiyaga doir maxsus asarlar yozgan bo`lsalar ham o`zlarining falsafaga oid asarlarida psixologiyaga oid turli xil muammolarni hal qilishga harakat qilganlar. Abu Ali ibn sino ilmiy merosining o`rganish shuni ko`rsatadiki, buyuk mutafakkir psixologiyaga doir masalalar bilan ko`proq qiziqqan va maxsus asarlar yozib qoldirgan, jumladan, «Jon to`g`risida risola» («Risola fi-al nafs»), «Psixologiya to`g`risida risola» («Risola dar revanshinosi»), «Kitob al ta`bir» («Tushni yoyish kitobi»), «Jon-ruh to`g`risida kitob» («Kitob al muxjat»). Bundan tashqari, Ibn Sinoning ko`plab yirik falsafiy tibbiy asarlarida «Tib qonunlari» («Kito al-qonun fittib»), «Shifo beruvchi kitob» («Kitob an-najot») va «Donishnoma» da psixologiyaga doir alohida bo`limlar mavjuddir.

Psixologiya masalalariga ta`luqli muammolarni tartibga solib birinchi marta birinchi asar yozgan qadimga yunoniston olimi Aristotel` edi. Shuning uchun ham uni qadimgi YUnonistonda psixologiyaning asoschisi deb ataydilar Ibn sino ham Sharqda o`rta asr sharoitida psixologiyaga doir masalalarni sistemalalashtirdi va maxsus asarlar yozdi. Shuning uchun ham biz Ibn Sinoni feodal Sharkida psixologiyaga asos solgan olim deb ataymiz. Abu Ali ibn Sinoni psixologiya masalalarini yoritishga qiziqtirgan omil, birinchidan, o`zidan oldin o`tgan Sharq mamlakatlari olimlari yozib qoldirgan asarlarni o`rganishga havas bo`lganligi bo`lsa, ikkinchidan, antidunyo olim faylasuflarining ta`siri ham rol` o`ynadi.

Chunki Aristotel` Abu Ali ibn Sinoning falsafada «Birinchii o`qituvchisi» edi. U Aristotel`ning «Jon haqida» gi asari bilan yaxshi tanish edi. Uchinchidan, Abu Ali ibn Sinodan uning tibbiyot sohasida olib borgan ishi kasallarni har tomonlama kuzatish, odam anatomiyasini, fiziologiyasini, shuningdek odamning nerv sistemasini o`rganishni talab etar edi. Shuning uchun ham har xil kasalliklarni davolash jarayonida kishilarning psixik xususiyatlarini eksperimental, Amaliy bilish zarur bo`lib qolgan edi. To`rtinchidan, Abu Ali ibn Sinoning psixologiya bilan qizikishining yana bir sababi psixologiya yosh avlodni o`qitish va tarbiyalash masalalarini samarali hal qilishga katta yordam berishini u anglagan edi. Abu Ali ibn Sinoning psixologiya sohasidagi ta`limoti uning tirik organizmdagi hayotiy biologik jarayonlarini tushuntirishiga yaqqol ko`rinadi. Buyuk olim o`zining psixologiya to`g`risidagi risolalarida qanday masala yuzasidan ilmiy tekshirish ishi olib borilmasin, avvalo o`sha tekshirilayotgan ob`ekt mavjudmi yoki yo`qmi shuni kerakligini uqitiradi.

Abu Ali ibn Sino, agar har qanday narsa va hodisa ichki yoki tashqi sabablar bilan harakatga keladigan bo'lsa, demak, insoning yashashi va harakatida bironta sabab bo'lishi kerak, bunday sabablardan biri «Ruhiy quvvatdir», deb ko'rsatadi. Aristotel' kabi, Abu Ali ibn Sino ham odam tanasi va ruhiy quvvatlar materiya bilan shaklan bir-biridan ajralmagan holda mavjud ekanligini ta'kidlaydi. Shuning uchun ham Abu Ali ibn Sino psixik faoliyat bilan odam salomatligining bir-biriga ta'sir etish kuchi qanchalik katta ekanligini isbot qilishga harakat qiladi. Bu sohada u mavhum fikr yuritishi bilan chegaralanib qolmay, balki kuzatishlarga tayanib, hayvonlar ustida oddiygina ammo asosli tajribalar o'tkazdi.

Kishi ruhiy holatlarining organizmiga ta'siri har qanday ruhiy jarayonning fiziologik asoslari bilan bog'liq ekanligini, organizmga tashqi muhitning ta'siri katta bo'lishini isbotlash uchun Ibn Sino ikkita qo'zi olib, ulardan birini och bo'ri yaqiniga bog'lagan, ikkinchisini bo'riga ko'rsatmay, oddiy, tinch sharoitda saqlagan. Har ikkalasiga ham bir xil miqdorda, hatto tarozida ulchab oziqa bergan. Ko'p o'tmay bo'riga yaqin bog'langan qo'zi bo'ringning hamlalaridan uzoq vaqt qo'rqqanidan juda ham ozib ketgan va yaxshi boqilishiga qaramay, kasallikka chalinib, o'lgan. Oddiy sharoitda saqlangan qo'zi esa kundan-kunga semirib, tetik yashagan.

«Instinkt» - deydi Abu Ali ibn Sino, shunday quvvatdirki, bu hayvon ongida mantiqsiz vujudga keladi... «Insonga esa ongli, mantiqan fikrlash xosdir. Miya kishining fikrlash a'zosidir». Shuning uchun ham Ibn Sino miya «seziluvchi so'ratlarini idrok qiladi yoki saqlaydi..., xayolda saqlangan so'ratlarni jamlab, yoki bo'lib ish yuritadi va shuning bilan birga sezgi orqali kelgan so'ratlarga o'xshagan turli so'ratlarni vujudga keltiradi» - deydi.

### **Kliniko-psixologik tekshiruv to'g'risida umumiy ma'lumotlar**

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

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 kamchiliklari yoki lat yegan joylari yo'qmi, qanday kiyingan, kim bilan kelgan?

Harakat koordinatsiyasi, yurishi, gavda tuzilishi qanday, giperkinezlar yoki falajliklar yo'qmi? Bemorning his-tuyo'ulari va xulq-atvori qanday? Bu erda bemorni savolga ko'mib tashlamaslik va unga shikoyatini to'la aytishga imkon berish zarur. Qisqa suhbatdan so'ng bemor gapirishni istamasa, avval psixologik testlar o'tkazib, 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 yio'ib olish mumkin. Ba'zan bemor juda so'zamol bo'ladi. Bunday paytlarda uning nimani istayotganini bilib olib, suhbat yo'nalishini O'zgartirish zarur.

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

Ba'zi bemorlar (ayniqsa, ruhiy kasallikka chalinganlar) eshikdagi «psixolog» yozuviga ko'zi tushib, huzuringizga tashrif buyurishni xush ko'rishadi. Ularni ko'proq psixolog yordami emas, balki psixologning unga nima deyishi qiziqtiradi. Bunday bemorlarni iloji boricha psixiatrning maxsus yo'llanmasi bilan yoki yaqinlari bilan kelgan taqdirda qabul qilish kerak. Chunki ular psixologni soatlab eshitib O'tirishlari mumkin, biroq qabul tugagandan so'ng berilgan maslahatlarga amal qilishlari dargumon. Ba'zan bemorlarning ruhiy kasalga chalinganini aniqlash juda qiyin bo'ladi yoki bu psixologik suhbat cho'ida sezilib qoladi. Bunday paytlarda bemorga zarur maslahatlar berib psixiatrga yuboriladi.

Agar psixiatrda davolanib chiqqan bemor yo'llanma bilan psixolog qabuliga tashrif buyursa (bunday bemorlar, asosan, yaqin qarindoshlari bilan kelishadi), ularning tarixnomasi bilan yaxshilab tanishib chiqish, zaruratga qarab bemorni davolagan psixiatr bilan bo'lanish kerak. Haqiqatan ham ruhiy kasalliklarga chalingan ko'pchilik bemorlar psixiatrlar tavsiyasi bilan kasallikning remissiya davrida psixologga yuboriladi.

Bemorning dunyoqarashini O'rganish, qarindosh-urulo'lari, umr yo'ldoshi, ishiga munosabatini ham bemordan so'rash va bu ma'lumotning haqiqatga to'o'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 paytlarda umumiy psixologik tekshirishlar O'tkazishga ham to'o'ri keladi. Ishdagi kelishmovchiliklar, ko'pincha, bemorlarning O'z imkoniyatlarini ortiqcha yoki past baholaganliklari oqibatida kelib chiqadi. Bu esa doimiy stress holatlarini yuzaga keltiradi va psixosomatik kasalliklarning zo'rayishiga ham sabab bo'ladi. Bu erda 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 chalilib, undan uzoq vaqt natijasiz davolanib yurganidan shikoyat qiladi. Bunday paytlarda bemorning tarixnomasi bilan tanishib chiqiladi va davolash mobaynida kuzatilgan ijobiy o'zgarishlarga (sezilarli bo'lmasa-da) bemorning diqqati jalb etiladi. Bu bilan uning soo'ayib ketishiga bo'lgan ishonchi va ixlosi tiklanadi. Shuning uchun ham bemorlar ilohiy joylarni ziyorat qilmoqchi va tabiblarga ham uchramoqchi bo'lsa, bunga aslo to'sqinlik qilmaslik kerak.

Bemor affektiv holatlarga tushganmi, O'ziga yoki birovga hamla qilganmi va bu holatlar qachon bo'lganini aniqlash ham O'ta muhimdir. Uning ichkilik, chekish va giyohvand moddalarga bo'lgan munosabatini ham aniqlash zarur. Ba'zi bemorlar giyohvand moddalar iste'mol qilishini yashirishga intilishsa, boshqa birlari aynan giyohvandlikdan qutulish uchun ham psixologga murojaat 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 yio'ish zarur. Aytib O'tganimizdek, nevrozlarning kelib chiqishida jinsiy buzilishlarning ahamiyati juda katta. Aniqlangan psixoseksual buzilishlarni, albatta, bartaraf qilish va zaruratga qarab bu ishga psixoseksologlarni jalb etish lozim.

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

- 1) bemorning psixologga murojaat qilishining sabablarini aniqlash;
- 2) tibbiy va psixologik anamnezni to'plash;
- 3) tibbiy tashxisni aniqlash (mutaxassislar yordamida);
- 4) psixologik tashxisni aniqlash;
- 5) davolash choralari 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 ambidekstr

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 yio'iladi, qanday tarbiyalangan, qanday muhitda O'sgan va h.k.). Bemorning jinsiy hayoti va oilaviy anamnezi

Bemorning tibbiy anamnezi (qanday kasalliklar bilan oo'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

Nevropatolog

Patopsixolog

Neyropsixolog

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. Bemorning shaxsi va xulq-atvorini tekshirish xulosalari.

Bemorning yaqinlari yordamida va uning O'zidan ilk bolaligidan boshlab, xulq-atvorining xususiyatlari haqida ma'lumot yio'iladi. Yasli, maktab, O'spirinlik davri, oila qurgandan keyingi hayoti, ishda va jamoada O'zini tutishi har tomonlama so'rab O'rganiladi. Shu maqsadda psixologik testlardan ham foydalaniladi.



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

#### V. Hissiyotni tekshirish xulosalari.

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

Bemorning holati aniqlangach, bu haqda (eyforiya, disfuriya, 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, kauzalgiya, oo'riqlar (bosh, tana va ichki a'zolar sohasida).

Idrok tekshirilganda, quyidagi patologik holatlarga e'tibor qaratiladi: illyuziyalar (xom xayollar), gallyutsinatsiyalar, anozognoziya, derealizatsiya, depersonalizatsiya.

#### VII. Iroda va maylni tekshirish xulosalari.

Irodani tekshirayotganda, mustahkam irodali, matonatli, maqsadga intiluvchan, ikkilanuvchan, mustaqil, jur'atsiz deb belgilanadi. Shuningdek, iroda va mayl buzilishlariga ta'rif berishda quyidagi atamalardan ham foydalaniladi: abuliya, gipobuliya, giperbuliya, dipsomaniya, dromomaniya, kleptomaniya, mazoxizm, sadizm, anoreksiya, polifagiya, polidipsiya, gomoseksualizm, suitsidal mayllar.

#### VIII. Nutqni tekshirish xulosalari.

Bemorning nutqi to'risidagi ma'lumotlar suhbat choo'ida yoki maxsus tekshirishlar orqali aniqlanadi. Nutqni oddiy va murakkab so'zlarni takrorlatib turib ham tekshirish mumkin. Nutq buzilishlarini neyropsixologik testlar yordamida ham aniqlash mumkin. Agar bemorda nutqning murakkab buzilishlari kuzatilsa, ularni davolash uchun neyropsixolog yoki logoped yordami kerak bo'ladi. Nutqning quyidagi buzilishlari farqlanadi: afaziyalar (afferent motor, efferent motor, sensor, amnestik, semantik, dinamik), soqovlik, duduqlanish, dizartriya, dislaliya.

#### IX. Diqqat va xotirani tekshirish xulosalari.

Diqqatning ba'zi xususiyatlari suhbat choo'ida ham aniqlab olinadi. Diqqatning saqlangan yoki buzilganligi ko'rsatiladi. Amaliyotda parishonxotir atamasi ko'p ishlatiladi. Shuningdek, diqqatni tekshiruvchi testlar (Krepelin, korrektura sinovi va shu kabilar) dan foydalanish mumkin.

Bemorning 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, qaro'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, konfabulyatsiya, 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 yozila409di. Bu buzilishlarni aniqlash uchun hikoyalarning mazmuni, kichik matematik masalalar, tugallanmagan jumlar, maqollar ma'nosi va tafakkur darajasini ifodalovchi psixologik testlar (Koos kubikchalari, BineSimon, Veksler testlari, tafakkur koeffitsientini (IQ) aniqlash) dan foydalaniladi.

#### XI. Ongni tekshirish xulosalari

Ong buzilishining shartli ravishda nopsixotik va psixotik turlari ajratiladi: birinchisiga obnubulyatsiya, 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 aniqravshan anglashiga e'tibor beriladi.

#### XULOSA

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».

SO'ngra davolash choralari belgilanib, prognoz aniqlanadi va alohida psixoreabilitatsiya rejasi ishlab chiqiladi.

**2-mavzu:** Psixosomatik tibbiyot asoslari va metodologiyasi.  
Psixosomatik va somatopsixik munosabatlar

### Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1. Mavzu buyicha ukuv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun takdimot slaydlarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ruyxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (5 daqiqa)	Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi	Tinglaydilar
2 - asosiy Bosqich (70 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydlar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi	Tinglaydilar Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (5 daqiqa)	Yakunlovchi xulosa qiladi	Tinglaydi

## Psixosomatik tibbiyot

### PSEVDONEVROLOGIK VA PSIXOSOMATIK SINDROMLAR

Kasallikni emas, kasalni davola.  
Abu Ali ibn Sino

#### Umumiy tushuncha

O'tkir va doimiy salbiy ta'sirotlar (psixogen omillar) natijasida asab tizimi va ichki a'zolarning faoliyati buziladi. Bosh va tananing turli joylarida o'griklar va funksional xususiyatga ega bulgan boshka patologik simptomlar payd o buladi. Asab tizimi funksional faoliyatining buzilishi bilan kechuvchi va organik xususiyatga ega bulmagan nevrologik buzilishlarga psevdonevrologik sindromlar d yeb aytiladi. Ular nevrozlarning klinik kurinishi sifatida xam urganiladi. M a'lumki, nevrozlarda nafaqat asab tizimi faoliyati, balki boshka a'zolarning xam faoliyati buziladi. Bu buzilishlar utgan asrda (ba'zi mamlakatlarda xozir xam) «yurak nevrozi», «oshkozon nevrozi», «bugim nevrozi» va shunga uxshash nomlar bilan atalgan. Keyinchalik ichki a'zolar funksiyasi- ning buzilishi bilan kechadigan funksional kasalliklar «psixosomatik sindromlar» d yeb atala boshlandi.

Psixosomatik kasallik xakida suz ketganda esa utkir yoki d oimiy stress sababli riv ojlangan organik kasalliklar tushuniladi, ya'ni xafakon, bronxial astma, kandli diabet, yara kasalligi va xokazo. Bu atamaning sinonimlari juda kup va xilma-xildir: «psixovegetativ sindrom», «somatogen depressiya», «nikoblangan depressiya», «vegetonevroz» va xokazo. Birok klinik amaliyotda «psixosomatik sindrom» atamasi keng kullaniladi. Agar funksional buzilishlar somatik kasallik o kibatida rivojlansa, bunga somatopsixik sindrom deb ataladi. Bu atama klinik tibbiyot- da juda kam ishlatiladi.

Psevdonevrologik va psixosomatik sindromlar deyarli barcha organik kasalliklarda uchraydigan klinik b yelgilarga uxshash bulgan- ligi sababli ularning xar biriga ta'rif berib chikishni lozim d yeb topdik. Chunki bemorni klinik tekshiruvdan utkazayotgan xar bir vrach psevdonevrologik va psixosomatik belgilarga duch keladi va aksariyat x ollarda ularni farklash mushkullashadi. Buning natijasida klinik tashxis noanik bulib koladi va davolash muolajalari kiyinlashadi.

#### Psevdonevrologik sindromlar

Klinik amaliyotda eng kup uchraydigan psevdonevrologik sindromlar bilan tanishib chikamiz. Ularga kuyidagilar kiradi:

- Psixogen bosh ogrigi.
- Psixogen b osh aylanishi.
- Psixogen nevralsiyalar.
- Psixogen bel og`riqlar.
- Psixogen giperesteziya.
- «Bezovta o yoklar» sindromi.
- Psixogen bosh ogrigi

Bosh ogrigi bemorlarning eng kup tarkalgan shikoyatlaridan biri bulib, aksariyat x ollarda, uning sababini aniklash juda kiyin buladi. Albatta, bosh ogrigining sababi o ddiy ruxiy va jismoniy charchashdan tortib, to bosh miya usmasigacha bulishi mumkin (9-jadval). Shuning uchun d oimo bu muammoga jiddiy e'tib or bilan qaralgan. «B osh o grigi muammolari» buyicha utkaziladi- gan xalkaro konferensiyalarda kayd kilinishicha, rivojlangan

davlatlarda bosh ogriği «soglom» kishilarning 80 foizida uch- rar ekan. Konferensiyada ta'kidlanishicha, bosh og'riqlarni keltirib chikaruvchi kasalliklar soni yildan-yilga oshib bormokda va ularning ichida yetakchi urinlarni depr yessiya va nevrozlar egallaydi. Psixogen bosh og'riqlar erkaklarga qaraganda ayollarda kup uchraydi.

Psixogen bosh o griklar xakida suz ketganda, avvalambor, ularning xususiyatiga e'tibor qaratiladi. Bosh ogriği kallaning bir yarmida yoki ikkala tomonida xam doimiy yoki vakti-vakti bilan bula- digan, xurujsimon, sikib o griydigan, ertalab yoki kechga yakin kucha- yadigan bulishi mumkin. Psixogen xususiyatga ega bulgan bosh o griklar uchun ularning ruxiy sikilish, akliy zurikish va jismoniy charchashdan sung payd o bulishi xosdir. Dastlab bosh ogriği ruxiy zurikish- larda payd o buladigan balsa, keyinchalik d yepressiya yoki nevrozga chalingan bemor uchun oddiy ishga b orib kelish yoki avtobusda yurish - ning uzi kifoyadir. Ma'lum bulishicha, psixogen bosh og'riqning 80 foizi ruxiy zurikishda payd o bulib, shundan 60 foizi kunduzi yoki peshinda, 20 foizi ertalab namoyon buladi.

Psixogen bosh ofixni boshxa etiologiyali bosh ofixlar bilan kiyospash

Psixogen bosh og'riqni aniklash uchun aksariyat xollarda kuyidagi kasalliklarda payd o buladigan bosh og'riqlar bilan kiyosiy tashxis utkazish zarur buladi.

- Intrakranial gipertenziyalar
- Subaraxnoidal bushlikka kon kuyilish
- Migren
- Meningitlar
- Bosh miya usmalari
- Kon-tomir anevrizmlari
- Uch shoxli nerv nevralfiyasi
- Kranotservikalgiya
- Surunkali charchash sindromi
- Boshka etiologiyali bosh og'riqlar

Aytib o'tganimizdek, depressiv sindromlarda bosh ogriği kup kuzatiladi. Nikoblangan depressiyada bosh ogriği asosiy simptomlardan biridir. Bu bemorlar boshining turli kismidagi xar xil darajadagi og'riq oylab, yillab davom etadi. Asabning ozgina balsa-da buzilishi, tuyib ovkat ye yish, b olasini emizish yoki yukori kavatli uyning zinapoyasidan chikish, xattoki kino va konsertlarga borib kelish xam bemorda bosh o grigining b oshlanib ketishiga turtki buladi. Buning natijasida isterik va ipoxondrik belgilar payd o buladiki, ular faqat bemor axvolini ogirlashtiradi. Affektiv buzilishlar bilan kechadigan bosh og'riqlar doimiy va zuray- ib boruvchi tus o lib, ba'zi xolatlarda bosh miyada xajmli jarayon bor-yukligini aniklashga majbur kiladi. N yegaki, bu bemorlarda bosh ogrigidan tashkari, kungil aynish, kayt kilish, bosh aylanishi, yur- ganda chaykalib ketish, kurishning buzilishi, kul va oyokning uvishi- shi xam tez-tez namoyon bulib turadi. Analgetiklar yordam bermaydi. Psixogen b osh ogriği bor bemorlarning shikoyatiga e'tibor bilan qaralsa, bosh miyaning organik kasalliklari (masalan, usmalar) da kelib chikadigan bosh og'riqdan fark kiluvchi tomonlari kupdir. Psixogen b osh og'riqlarda bemorlar bosh ogrigiga anik bir ta'rif bera olmaydilar: «Nima d yesam ekan, ba'zan boshimning ichi guyoki suvga tulgandyek o gir balsa, gox o bum-bush bulib koladi, ba'zi payt- larda ikkala chakkam xuddi rezina bilan qattiq b oqlab kuygand yek si- kib ogriydi. Goxida esa ensam shunday ogriydiki, boshimni kimir- lata olmayman, chunki kimirlatsam, miyam luqillab otilib chikay deydi». Bemorni tinglayotganda shuni e'tiborga olish kerakki, ularning kupchiligi aynan bosh ogrigidan emas, miyaning ichi o griyotganidan shikoyat kilishadi. Bosh miyaning o rganik kasalliklarida bosh o grik, kupincha, anik joylashgan bulib, odatda turgun buladi. Psixogen b osh og'riqlarda bemorlar yozdan kura kishni yoktirishadi, negaki ular is- sikni kutara olmaydilar. Shuning uchun xam yoz oylarida bosh ogrigidan shikoyat kilib vrachga murojaat kiluvchi n yevrastenik bemorlar soni kupayadi.

Doimiy psixogen bosh og'riqlar umumiy gip yeresteziyaga xam sabab buladi. Bunday bemorlar yoruglikni, sh ovkinni va atrofida odamlar kup bulish ini yoktirish maydi. Ularning terisi xa m jud a sezgir buladi. Ba'zan teriga toshmalar toshib, kichishib yuradi. Yoshi kattalarda bosh og'riq dikkat va xotiraning buzilishi bilan kechadi, ular parishonxotir bulib koladi. Parishonxotirlik yoshlarda xam kuzatiladi. Bu bemorlar fikrini bir joyga jamlay olmaydilar.

Boshning faqat uy, ishxona yoki kunning anik belgilangan vaktida ogrishi aksariyat psixogen bosh og'riqlar uchun juda xosdir. Bemorning shikoyatlarini eshitib, xayot va kasallik anamnezini urganib chikdik. Olingan ma'lumotlardan kiskacha epizodlar keltirib utamiz: juda ishonuvchan va sal narsaga ortikcha ta'sirla - nuvchan ayol. Uta parishonxotir. Oilada tez-tez janjalli vokealar bulib turgan, bosh ogriği navbatdagi kuchli stressdan sung payd o bulgan. Ertasi kuni poliklinikaga nevropatolog kabuliga chikkan. Vrach uni tekshirib «Bosh miya ichki bosimi oshib ketgan, tez davolanmasangiz okibati yomon buladi», d yegan. Bemor kur kib ketgan, chunki uning akasi 6 o y oldin kuchli stressdan sung kon bosimi oshib, ertasi kuni gemorragik insultdan vafot etgan edi. Bemor zarur dori- darmonlarni topib «miya ichi gipertenziyasidan» davolana boshlaydi. Iar gal exoensyefalografiya kildirganida miya ichi bosimi katta, d yeb xulosa beriladi. Bu xulosaga ishongan bemor boshka joyda tekshirtirmaydi va poliklinikada davolanib yuradi. Aytib utganimizd yek, b yemorning b oshi anik bir vaktida, ya'ni kech soat oltida ogriydigan bulib kolgan. U d yepressiyaga tushadi, xulk-atvorida ipoxondrik b yelgilar payd o buladi.

Bemorning nevrologik statusi tula tekshirilganda miya ichi gipertenziyasi belgilari aniklanmadi, buni paraklinik tekshirishlar xam tasdiklamadi. Bemorning anketasidagi nevropatologning yozuvlarida xam miya ichi bosimini kursatuvchi n ye vrologik simptomlar aniklanmadi. Ank yetadagi barcha exoensefalografik tekshiruv

xulosalarida HHH ko rinch kengligi 77,5 mm d yeb kayd kilingan. Bu esa me'yordan sal fark kiluvchi kursatkichlar bulib, kuchli b osh og`riqlarga sabab bula olmaydi. Demak, bemor yetarli darajada tekshirilmagan yoki xakikatan xam unda miya ichi gipertenziyasi bulmagan. Bemor terapevt kurigidan utkazilgan- da, somatik kasalliklar aniklanmadi. Uning arterial kon bosimi 120/70 mm.sim.ust. Shunday kilib, klinik va paraklinik tekshirishlar xulosalari xamda bemorning psixologik anamnezi undagi bosh ogrigining psixogen xususiyatga ega ekanligini kursatdi. Bu xulosaga yanada o ydinlik kiritish uchun ikkita kichikrok tajriba utkazdik.

Birinchisi, bemorning bosh ogrigi kech soat oltida kanday boshlanishini aniklash bulsa, ikkinchisi baralgin urniga boshka dori tavsiya kilib kurish edi. Birinchi tajribamizni peshinda bemorni klinikaga taklif kilishdan boshladik. Buning uchun b yemorga «Boshingizni aynan ogriyotgan paytda tekshirib kurishimiz kerak», d yeb tayinladik. Bemor aytgan vaktimizda yetib keldi. Biz b yemor bilan klinikaning bogida yurib laborantning «yetib kelishini» kutdik (vokea yoz kunlarining birida bulayotgan edi). Bemor bir soat mobaynida boshi kachon ogriy b oshlagani, kanchadan-kancha tekshirishlardan utgani, turli xil tashxislar bilan davolanganini, lekin natijasini sezmagani tinmay gapirar edi. Soat oltidan oshib, yetti bulayotgan edi. Bemordan: «Mana, soat xam yettiga yakinla - shib koldi, soat olti bulmasdan keluvdingiz, b oshingiz ogridimi?» dyeb suralganda, bemor: «Voy, gap bilan bulib, b oshim ogriganini xam sezmasman! Yuk, yuk sezmasman emas, boshim xakikatan xam ogrigani yuk, kanday yaxshi! Naxotki, endi boshim sira xam ogrimasam?» dyeb xayratga tushgan edi. «Endi laborant xam kelmadi, ertaga kela kolasisiz», d yeb bemor uyiga junatildi. Ikkinchi tajribamizni amalga oshirish uchun bemorga «Baralginni endi novalginga uzgartira- miz, bu dori uning sinonimi xisoblanadi, tarkibi xuddi baralgin- ning uzginasini», d yeb bosh ogrigi xuruji paytida usha dorini tomirdan yuborishni tavsiya kildik. Bemor rozi buldi, lekin ikki kundan sung bizga telefon orkali «Novalginning ta'siri juda past va kiska ekan, birozdan sung yana boshim ogriy boshladi», deb aytdi va yangi tavsiya kilingan doridan voz kechdi. U biz bilan bulgan suxbatlar- ning birida «Baralginni yaratganlarga ming raxmat, tomirdan yuborgan zaxoti bosh ogrigimni oladi», dyegandi, ya'ni bemor ushbu doriga psixologik boglanib kolgan edi. Bemordan dorini tomir ichiga yuborgandan sung bosh ogrigi kachon tuxtashini suraganimizda, «Besh dakikaga yetmasdan», d yeb javob beruvdi. Aslida baralgin tomirlar spazmini sekin-astalik bilan yukotadi va bosh ogrigining butunlay pasayishiga 15-20 dakika kerak buladi. Biz ushbu bemor misolida bosh ogrigining kuchli stressdan sung payd o bulganini, uning anik bir soatda kuzatilishi va anik bir d origa bulgan psixologik boglanishning guvoksi buldik. Bu yerda bosh ogrigi yatropatiya (vrachning notugri xulosalari) tusida xam yakkol namoyon buldi. Bunday bemorlarni davolash ancha murakkab kechadi, ya'ni bosh o grigi kayta-kayta payd o bulaveradi. Bemorni davolash, uning fikrini davolashning boshka usullariga chalgitgan xolda olib b orildi. Unda plats yeboterapiya, igloterapiya, asabni tinchlantiruv - chi va tetiklashtiruvchi d orilar elektroforezi, umumiy massaj muolajalari utkazildi. Bu muolajalardan sung bemorda bosh o grigi xurujlari tuxtadi. Eng asosiysi - bemor bosh ogrigi psixogen xususiyatga ega va uni davolash yullari boshkacha ekanligiga tula ishonirildi.

Psixogen bosh og`riqlarning kamayishi yoki yukolishiga ijobiy ta'sir kursatuvchi o millar anchadir. M asalan, yashash joyini uzgar- tirish, basseynida yoki boshka suv xavzalarida chumilib turish, sayrga chiqib turish, uziga yokkan kiyim-kechak sotib olish va xokazo.

Psixogen bosh og`riqqa chalingan bemorlarning eng kup shikoyatlaridan biri uykuning buzilishidir. Bemor uxlagani kirganda miyasiga turli xil fikrlar o kib kelaveradi, bu fikrlardan xech kutula olmaydi, ulardan miyasi «yorilib» ketadigan darajagacha boradi, mabod o uxlagan takdirda xam tushlar kuraverib battar kiynaladi.

Aksariyat xollarda psixogen bosh o griklarni boshka etiologiyali bosh og`riqlardan farklash kiyin buladi. Subaraxnoidal kon kuy- ilish, seroz meningit, usma kasalliklari, kon-tomir anevrizmalari, miya ichi gipertenziyasi bilan kechuvchi kasalliklar, migren, uch shoxli nerv nevralkiyasi, kraniots yervikalgiya kabi kasallik va sindromlar psixogen bosh o grigiga uxshab ketadi. Bu kasalliklarning nakadar turli-tumanligi va murakkabligi tibbiy psixologdan nevrologiya fanini mukammal bilish yoki bulmasa b yemorni, albatta, nevropatolog kurigidan utkazish zarurligini talab kiladi.

Mashxur nevrolog olim S.N. Davidenkov isterik sindromlarda uchraydigan bosh og`riqlar xakida yozgan risolalaridan birida shunday degan edi: «Isterik bemorlarda xam bosh miyaning ogir kasalliklari kuzatilishini aslo unutmaslik kerak. Agar biz bemorni tekshira turib, unda «funktional» yoki «organik» kasallik borligini anik- lashga kiynalsak, agar u keyinchalik xato bulib chiksa xam oso n yuldan bormasdan, bemorga «organik» tashxisni kuyganimiz ma'kul. N yegaki, «funktional» tashxis kuyilgan bemorlar, kupincha, vrach e'tiboridan chetda koladi va ular yana utkazilishi zarur bulgan klinik tekshiruvlardan maxrum buladilar. S.N. Davidenkov Moskva klini- kalaridan birida sodir bulgan misolni keltirgan. Kechkurun «qabul bo`limiga» boshi qattiq ogrib turgan ayolni o lib kelishadi. Asab ka salliklari bo`limidan ushbu bemorni tekshirish uchun navbatchi vrach- ni chakirishadi. Bu bemor ayol aynan mana shu vrach navbatchiligida bir necha bor tunda qattiq bosh ogrigidan shikoyat kilib, «Tez yordam» mashinasida shifoxonaga olib kelingan va yordam kursatib, uyiga yuborilgan edi. Bemor isterik b osh og`riq bilan nevropatologda davolanib yurgan. Avvallari uning nevrostatusi tekshirilib, o rganik b yelgilar yukligiga ishonch xosil kilingach, uyiga junatilgan bulsa, bu gal bemorda «isteriya» tashxisi borligiga ishonch xosil kilgan vrach uning nevrostatusini tekshirmaydi va og`riq koldiruvchi xamda tinchlantiruvchi dorilardan muolaja kilib uyiga junata- di. Bemor uyida vafot etadi. Patologoana- tomik tekshiruvlar bosh miyaga anevriz- maning yorilishidan kon kuyilganini anik- laydi.

Bosh og`riqlar leptomeningitda xam kup kuzatiladi. Bu kasallikni atokli uzbek nevrologi, akademik N.M.Majidov chukur urgangan. Leptomeningit bosh miyaning yumsh ok va urgimchak turisimon pardalari- ning yalliglanish kasalligi bulib, anik ifodalangan organik nevrologik simptomlardan iborat (N .M.Majid ov, 1972).

Leptomeningit kup etiologiyali kasallik bulib, uning klinikasi turli-tumandir. Shuning uchun xam uni nevrozlar, bosh miya kon-tomir kasalliklari, usmalar bilan kiyoslashga tugri keladi. Ba'zan (ayniksa, poliklinikalarda) faqat sub'yektiv simptomlarga asoslanib, leptomeningit tashxisi kuyiladigan xolatlar uchrab turadi. Yoki nozologiya aniklanmasdan «miya ichi gipertenziyasi» d yeb xulosa beriladi. Buning uchun bemorda utkazilgan gripp yoki bosh miya jaroxati, exoens yefalografiyadagi yengil uzgarishlar asos kilib olinadi. Lekin bemorning nevrologik statusi chukur tekshirilganda, anik ifodalangan nevrologik simptomlar aniklanmaydi, kuz tubi va likvordagi uzga - rishlar kuyilgan tashxisga mos kelmaydi. Bu b yem orlarda xam borib- borib yatroptiya shakllanadi.

N.K.Bogolepov uzining «Klinik exoensyefalografiya» (1973) nomli asarida «Bemorlarga exoens yefalografik tekshiruvlar utka - zayotganda nix oyatda extiyot bulish kerak, o lingan xulosani, albatta, klinik belgilar bilan solishtirib kurib ular bir-biriga mos kelgan takdirdagina «intrakranial gip yertenziya» tugrisida xulosa kilish kerak», d yeb yozgan.

Psixogen bosh aylanishi

Bosh aylanishi xam bosh ogrigi kabi eng kup tarkalgan simptom- lardan biridir. Asabning zurikishi bilan kechuvchi, Men' yer va bosh miya kon-tomir, yurak kasalliklari, vegetativ-tomir distoniyalari, arterial gipertenziya yoki gipotenziya, surunkali anemiyalar bosh aylanishining asosiy sabablari xisoblanadi (11-jadval). Bular- ning ichida psixovegetativ buzilishlar bilan kechuvchi nikoblangan depressiyalarda kuzatiladigan bosh aylanishlar aloxida urin tutadi. Psixonevrologik va psixosomatik sindromlarda uchraydigan bosh aylanishlarning mexanizmlarini markaziy asab tizimi funksional fa olligi o shishi yoki pasayib ketishi, neyronal sistemalarda kuzga- lish va tormozlanish jarayonlari orasida nomutanosiblik yuzaga kelib, turgun tormozlanish yoki kuzgalishning shakllanishi bilan tushuntirish mumkin.

Psixogen bosh aylanishni boshka etiologiyali bosh aylanishlar bilan farqlash  
Bosh aylanishga sababchi buluvchi asosiy kasalliklar va patologik xolatlar.

Men'yer kasalligi

Vertebrobazillyar soxada kon aylanishining yetishmovchiligi

Arterial gipotoniya yoki gipertenzialar

Intrakranial gipertenziya yoki gipotenziya

Buyin osteoxondrozi

Anemiyalar

Yurak kasalliklari

Turli etiologiyali vestibulopatiyalar

Bosh miya usmalari, ayniksa ensa chukurchasida

Vegetativ-tomir distoniyalari

Surunkali charchash sindromi

Boshka etiologiyali bosh aylanishlar

Bosh aylanishi kamdan-kam xollarda aloxida uchraydi. Aksariyat xollarda yurak urib ketishi, xolsizlanish, sovuk terga botish, kulokda shovkin payd o bulishi, kungil aynishi, oyoklarning titra- shi bilan birga kuzatiladi. Odatda, bu belgilar affektiv buzi- lishlardan sung kuchayadi. Bu bemorlar balandlikdan kurkishadi, shuning uchun xam ular balkon va baland kuprikdan yoki tomdan past- ga qaramaslikka xarakat kiladilar, chunki bunday paytda bosh ayla - nishi kuchayadi.

Psixogen bosh aylanishlarga xos yana bir belgi uning vaziyatni oz bulsa-da uzgartirganda kuchayishidir. Masalan, baland kavatli binoda yashaydigan bir bemor undan bir kavat yukori yashaydigan kushnisinikiga chikib, balkondan pastga qaraganda boshi aylanib, gandraklab ketgan, kungli aynigan, yulakka chikkanda esa kamay- gan va bir o z vakt utgach, tuxtagan. Shunisi e'tib orliki, psixogen bosh aylanishda bemorlar liftdan kura zinapoyadan kutarilishni afzal kurishadi. Aksariyat psixogen bosh aylanishlar kurkuvi bilan kechadi. Buning aksi ularok, vertebrobazillyar sindromlarda bosh aylanishi kurkuvsiz uchraydi yoki kurkuvi bosh aylangandan sung paydo buladi.

Bemorlarda faqat balandlikdan emas, balki avtomobillar katnovi tez bulgan katta yulga qaraganlarida xam bosh aylanishi paydo buladi yoki kuchayadi. Ular bunday paytlar katta tezlikda uta - yotgan avtomobillarga qaramaslikka xarakat kilishadi yoki oyoklarining ostiga qarab kadamlarini nazorat kilib yurishadi. Ana shunda ularda bosh aylanishi kamayadi. Katta zallarda olib boriladigan majlislar yoki uzok davom etuvchi darslarda xam bemorlarda bosh aylanishi avj o ladi. Talabalarda imtixonlarga berilib tayyorgarlik kurish, ilmiy xodimlar va yozuvchilarning tin- may asarlar yozishi yoki xar kanday soglom odamda kuzatilishi mumkin bulgan ortikcha akliy zurikishlar xam bosh aylanishiga sabab buladi. Lekin asteniya uchragan bemorlarda ruxiy-xissiy zurikish bosh aylanishini osongina keltirib chikarishi mumkin.

Bosh aylanishi, aksariyat xollarda, kiska vaktga xushdan ketish (sinkope) bilan kechadi. Bu, ayniksa, umumiy psixogen giperestziya bilan kechuvchi psixonevrologik kasalliklar uchun juda xosdir. Buning asosida vestibulyar apparatning kuchli darajada kuzgaluvchan- ligi yotadi. Tez-tez xushdan ketib turadigan bemorlarning bosh miya kon tomirlari tekshirilganda, ularda tomirlar tonusining uta darajada pasayganligi (gipotonus) yoki uzgaruvchanligi (distoniya) aniklanadi. Sinkope xolatlari psixogen gip yerv yentilyatsiyada, arterial kon bosimi pasayganda va yurak kasalliklarida xam yuz beradi. Uzok vakt yotib kolgan bemorlar gorizontal xolatdan vertikal xolatga utishsa, bosh aylanishi ortostatik kollaps bilan birga yuz beradi. Bu x olat, ayniksa, arterial gipotenziyada yakkol ifodalangan buladi. Ba'zan yukori darajada rivojlangan nevrasteniyalar yoki psixoasteniyalarda bemor xushdan ketib kolishi uchun bitta kurkuvning uzi kifoya. Bemor bir marta xushidan ketsa (ayniksa, odamlar orasida),

u d oim navbatdagi xurujni kutib bezovta bulib yuradi. Nevrolog olimlardan biri Oppengeym (1894) «Iar bir kishi uzida bosh aylanishini yuzaga keltirishi mumkin, agarda u muvozanat va bosh aylanishi xakida uylayversa», degan edi.

Ba'zan bosh aylanishi yatropatiya asorati xisoblanadi. Shuning uchun xam bemordagi simptomlarni, agar ular psixogen xususiyatga ega bulsa, juda xavfli deyaverish kerak emas. Shaxsiy kuzatuvimiz- dan bir misol keltiramiz. Uzok yillardan buyon kulok, burun va tomok kasalliklari poliklinikasida xamshira bulib ishlaydigan va tez-tez asabiylashadigan ayolda qattiq xissiy zurikishdan sung bosh aylanishi alomatlari payd o buladi. U shu darajada kuchli bula- diki, xatto bir kulidan buyi yetgan kizi, ikkinchisidan esa turmush urtogi ushlab turgandagina tik tura olardi. Bu bemorga uzi ishlaydigan poliklinikada «Men'yer kasalligi» d yeb tashxis kuyiladi. Tashxis bir necha b or uzgartiriladi. Bunday kasali bor bemorlarni bir necha marta uzi xam kurgan va anketalar ochgan xamshirada bu kasallikning yakkol belgilari namoyon bula boshlaydi. U boshka mu- taxassislar (n yevropatologga kurinmasdan, uch yil mobaynida LOR vrachlarida davolanib yuradi. Bosh aylanishi xurujlari tez-tez ku- zatilib turadigan bu bemor borib-borib juda jaxldor, arzimagan narsaga yiglayv yeradigan va affektiv x olatga tez tushadigan bulib koladi. Bemor miyasiga «Men'yer kasalligini» shu darajada singdi- rib olgandiki, xar bir affektiv buzilishdan sung unda xuddi shu kasallikka uxshash belgilar payd o bulavergan. Psixoterapevtik muolajalar yetarlicha utkazilmaganligi uchun davolanish jarayoni juda chuzilgan. Bir suz bilan aytganda, bemorda yatropatiya riv ojlangan edi.

Navbatdagi xurujdan sung b yemorga nevropatologga kurinish tavsiya kilinadi va bizga maslaxatga yuboriladi. Kasallik va xayot anamnezi bilan tanishib chikkach, unda nevrologik va psixologik tekshiruvlar utkazdik va yana bir bor LOR vrachlari bilan masla- xatlashib, «Men'yer kasalligi» ni inkor kildik. Barcha tekshiruvlardan sung bemorga «Men'yer sindromi kurinishidagi nikoblangan depressiya» tashxisi kuyildi, ya'ni xakikiy «Men'yer kasalligi» - inkor kilindi. Bemorning xamshiraligi e'tiborga olinib, unga bu atamalar farki xamda tekshiruvlar natijasi tu- shuntirib berildi. Bularning xammasi xamshiraga katta ijobiy ta'sir kursatdi va u endi davolash muolajalariga katta ishonch bilan qaray boshladi. Utkazilgan platseboterapiya va psixoterapiya muolajalaridan sung b yemor tuzalib ketdi. Biz bu yerda yatropatiyaning yana bir klinik kurinishini taxlil kildik.

Astenik bemorlar yatropatiyaga juda moyil bulishadi, uni keltirib chikarish uchun tibbiyot xodimining bexosdan aytib kuygan birgina suzining uzi kifoya. Nima uchun yatropatiya belgilari bemorda uzok vakt davom etadi? Eksperimental fiziologiya ma'lumotlariga kura, xar kanday tashki ta'siro (ayniksa, salbiy) b osh miya katta yarim sharlari pustlogida «d ominant uchok» payd o kiladi va bu soxaning neyronlari boshka soxa neyronlari faoliligini pasaytiradi. Natijada miyaning integrativ fa oliyati buzilib, funksional xarakterga ega bulgan patologik simptomlar yuzaga keladi. Ularni yukotish uchun miyaning funksional faoliyatini oshirish va pustlokda boshka, ya'ni ijobiy xususiyatga ega bulgan «dominant uchok» payd o kilish kerak.

Aksariyat xollarda bosh aylanishi senestopatik va ipoxondrik simptomlar bilan namoyon buladi. Bunda tanada sira ketmaydigan turli xil sezgilar, uvishishlar, o griklar, kul va o yoklarning ka- raxt bulib kolishi kuzatiladi va yilning turli fasllarida ku- chayib yoki pasayib turadi. Kasallikning bunday mavsumiy kechishi, albatta, organik kasallikni izlashga majbur kiladi. Bu yerda xatoga yul kuymaslik uchun klinik tekshiruvlar psixologik tekshiruvlar bilan birgalikda o lib b orilishi kerak.

### **Psixogen nevrалgiyalar**

Har qanday psixogen giperesteziyalar tananing turli joylarida nevrалgiya yoki mialgiyaga uxshash og`riqlar beradi. Ayniksa, yuz soxasida kuzatiladigan og`riqlar bemorlarni juda kiynab kuyadi. Bu o griklar kuchi turli darajada, oddiy achishishdan tortib kuchli sanchuvchi og`riqlargacha rivojlangan buladi. Og`riq ikkala chakka, peshona, iyak soxalarida kuzatilishi mumkin. Agar og`riqlar tish va milklar soxasida kuzatilsa, gap psixogen stomatalgiyalar, tilda ku- zatilsa glossalgiyalar xakida boradi. Ruxiy zurikishlar kuchay- gan yoki tezlashgan sayin o griklar xam kuchayib boradi.

Yuz soxasidagi psixogen og`riqlar uchun ularning ovkat yeyayotgan paytda kamayishi yoki yukolishi xosdir. Uch shoxli nerv nevrал giyasiga uxshab kechuvchi psixogen o griklarda sezgi buzilishlari nervlanadigan soxalarga mos kelmaydi va xar kuni bemor turli soxadagi yoki turli darajadagi o griklardan shikoyat kiladi. Nevrogen og`riqlardan farkli ularok, psixogen og`riqlarda analgetiklar yordam bermaydi. Tugri olib borilgan psixofarmakoterapevtik muolajalar bemor axvolini yengillastiradi. Ba'zan tuzalib ketgan b yemorlar og`riqning kuchayganidan shikoyat kilib, yana vrachga murojaat kilishadi. Buning sababi kupincha uydagi va ishdagi mojarolardir. Glossalgiya bilan xastalangan bir ayol davolash kur- sini olib ketganidan sung biroz vakt utgach, yana og`riqning kuchay- ganidan murojaat kilib kelardi. Gap shundaki, bemorning turmush urtogi ichkilikka mukkasidan ketgan va shu sababli uyida tez-tez janjal bulib turardi. Bu b yem orda kuchli darajadagi affektiv bu- zilishlar aniklandi.

Chunki kurkuv, ipoxondriya va depressiya psixogen nevrалgiyalarning d oimiy xamroxidir.

Psixogen nevrалgiyalar ichida kovurgalararo o griklar aloxida e'tib orni talab kiladi. Ayniksa, yurak soxasida joylashgan og`riqlar bemorlarni uta bezovta kiladi. Yosh ukasi avtomobil xalokati sababli xayotdan kuz yumgan bemorning yurak soxasida san- chuvchi o grik payd o buladi. Bemor kardiologga murojaat kiladi. U bemorni yaxshilab tekshirib, kardiogramma kilib, yuragi soglom ekani, qattiq sikilganidan shu og`riq payd o bulgani, tinchlanti- ruvchi dorilar ichish lozimligini va nevropatologga murojaat kilishni tavsiya kiladi. Nevropatolog xam bemorni o bdan tekshirib, tinchlantiruvchi dorilar yozib beradi va psixoterapevtik muolajalar utkazadi. Shunga

qaramay, bemor ikki oy ichida yurak soxasidagi og`riqlardan 16 marta EKG kildirgan va 10 marta «Tez yordam» mashinasini chakirgan.

Statistik ma'lumotlarga kura, kukrak kafasining ung tomonida psixogen og`riqlar juda kam uchraydi. Buning asl sababi yurakning chap tomonda joylashganligidir. Bu yana bir marta «kovurgalararo nevrалgiya» va «stenokardiya» tashxislariga extiyotkorlik bilan yonda- shish kerakligini talab kiladi.

### **Psixogen bel o griklar (psevd oradikulyar sindrom)**

Psixogen bel o griklar juda keng tarkalgan bulishiga qaramas- dan, ularning anik soni xanuzgacha noma'lum. Buning sababi «psixogen radikulalgiya» tashxisi vrachlar tomonidan deyarli kuyil - masligi yoki aniklanmasligidadir. Vaxolanki, XVHHH asrdayok, «orka miya ip oxondriyasi» nomi bilan psixogen xususiyatga ega bulgan beldagi o griklar xakida yozib koldirilgan. Psixogen bel o griklar xam nikoblangan depressiyaning klinik kurinishlaridan biridir. Bu o griklar vrachlar tomonidan, kupincha, «lyumbago», «lyumbalgiya», «lyumb oishialgiya», «radikulit», « ishias», «disk churrasi» kabi tash- xislar bilan belgilanadi. Ushbu tashxislarning kanchasi keyinchalik tasdiklanadi va kanchasi psixogen xususiyatga ega bulib chikadi, bu anik emas. Buning sabablarini kuyidagicha izoxlash mumkin: birin- chidan, og`riq yukolgandan (odatda 4-5 kundan) sung bemorlar vrachga katnamay kuyadi; ikkinchidan, radikulitning utkir davrida xammavakt xam nevrologik belgilar bulavermaydi; uchinchidan, boshka psixogen og`riqlardan farkli ularok, beldagi og`riqni xar kanday bemor «radikulit» d yeb kabul kiladi va bu kasallikda kilinadigan choralardan vokif buladi (x ozir men d oktorga borsam, novokainli blokada kiladi, belga issik buyuradi, og`riq koldiruvchi d ori kila - di). Albatta, ana shu va shunga uxshash muolajalardan sung bemor tuzalib ketadi. Bunday paytlarda radikulitning xakikiy yoki psixogen xususiyatga ega ekanligini aniklash vrach uchun xam kiyin bulib koladi. Chunki belida qattiq og`riqdan shikoyat kilib kelgan bemorga xar kanday vrach darrov yordam kursatib, og`riqdan xalos kilishga intiladi. Bularning xammasi og`riq kelib chikishining asosiy sababini aniklash imkonini pasaytiradi.

Aksariyat xollarda «surunkali radikulitning zurayishi» tashxi- si kuyilgan bemorlarda nevrologik anamnez bilan birgalikda psixol ogik anamnez xam tuplanganda, og`riqning paydo bulishi bilan ruxiy zurikish orasida bogliklikni topish mumkin. Psixogen radikulalgiyalar uchun og`riqning yilning ma'lum bir oyi yoki mav- sumda (masalan, kuz kelishi bilan) paydo bulishi xosdir. Bir bemor 6 yildan buyon mezon kirdi, d yeguncha b yelida og`riq payd o bulishidan shikoyat kilgan. Lekin unda o rganik nevrologik belgilar kuzatilma - gan. Birok psixogen radikulalgiyalar dastlab xakikiy radikulit bulgan bemorlarda kup uchrashini xam e'tiborga olish kerak. Ba'zan vrach uzi istamagan xolda bemorda yatropatiyani yuzaga keltiradi, ya'ni bemor radikulit bilan xastalanadi, davolanadi va vrachdan «b yelni issik tutib yurish, ogir narsa kutarmaslik, og`riq payd o bulganda, darxol d oktorga murojaat kilish» kabi kursatmalar oladi. Bu mas- laxatlarga, ayniksa, nevrasteniyaga yoki psixoasteniya chalingan bemorlar qattiq rioya kiladi va o kibatda ularda « kutish sindromi» rivojlanadi. Bu uz vaktida ipoxondriyaning shakllanishiga olib keladi: bemor tanasidagi xar kanday o grikka, xatto buginlarda ku- zatiladigan shakillashlarga xam o rtikcha e'tibor bera b oshlaydi. Natijada, psixogen o griklar paydo buladi yoki yanada zurayadi.

Psixogen radikulalgiyalar ichida, ayniksa, buyin soxasida joylashgan og`riqlar aloxida urin tutadi. Bemorlar, odatda, nevropatolog tomonidan buyin umurtkalarini rentgen kilib kelishga junatiladi. Yoshi 30-40 dan o shgan bemorlarda buyin umurt- kalarida osteoxondrozning dastlabki belgilari aniklanadi va buyin soxasidagi o griklar rentgendagi uzgarishlar bilan boglanadi. Vaxolanki, rentgenogrammadagi uzgarishlar xammavakt xam kasal- lik belgilari bilan mos kelavermaydi. Osteoxondr o z bir-ikki xaf- tada tuzaladigan kasallik emas, ammo buyin soxasidagi og`riqlarni aynan «osteoxondroz» bilan boglagan bemor psixoterapevtik muolajalar yoki platseboterapiyadan sung bir xafta ichida tuzalib ketadi. Bu xolat bemorda psixogen servikalgiya borligidan dalolat beradi. Albatta, umurtkalarda uzgarishlarsiz kechadigan va faqat ildizchalarning uzi yalliglanishi bilan kuzatiladigan xakikiy ra- dikulitlar bundan istisno.

Shuningdek, buyindagi og`riqlarning bosh aylanishlar bilan birga kelishi va buning ustiga rentgenda osteoxondroz aniklanishi «buyin osteoxondrozi sababli rivojlangan vertebrobazillyar sindrom» tash- xisini kuyishga asos bula olmaydi. Bu nikoblangan depressiyaning bir klinik kurinishi bulishi mumkin, xolos. Buni isb otlash uchun psixologik anamnez yigish va tula klinik-paraklinik tekshiruvlar utkazish lozim. Faqat kuchli riv ojlangan osteoxondroz yoki umurtka suyaklari anomaliyalari, osteofitlarning umurtka arteriyalarini bosib turishi vertebrobazillyar sindromni yuzaga keltirishi mumkin. Bu tashxisni aniklash yoki tasdiklash uchun bitta rentgenogrammaning uzi kifoya emas, bu ye rda d opplerografiya va angiografiya tekshiruvlari xulosasi kerak buladi.

### **Psixogen giperesteziya**

Psixogen giperesteziya psixoasteniya yoki nevrasteniyaga kasallikla- rining asosiy simptomlaridan biri sanaladi. Bunday bemorlar tashki odatiy ta'sirlarga shu kadar sezgir bulishadiki, ularni kuyosh nuri, shamolning biroz qattiq esishi, avtomobillar tovushi, telefon yoki eshik kungirogining jiringlashi, b olalarning shovkin-suroni xam juda bezovta kiladi. Odatda, bunday bemorlar xar kanday tovushdan eti jimirlab ketishi, tanasini xuddi tok urgand yek bulishi va boshi qattiq ogrib, uzlarini juda yomon xis kilishlaridan shikoyat kili- shadi. Ularni vrach tekshirayotganda, doimo seskanib turishadi, tana- siga kul tekkizgani kuyishmaydi, chunki og`riq kuchayib ketishidan kurkishadi. Agar vrach «Men sizga tekshirmay turib tashxis kuya olmayman», d yesa bemor vrachning kulini uzi ushlab tanasining ogriydigan joylariga o lib boradi. Bunday bemorlarda tananing eng sezgir joylari, odatda bosh va o yoklar xisoblanadi.

Tanadagi giperesteziya soxalari ichki a'zolar kasalliklari na - tijasida xam bulishi mumkin va ular tananing xamma joyida emas, balki ma'lum bir soxalarida kuzatiladi. Bu soxalar Xed-Zaxarin soxalari deb ataladi.

Psixogen giperesteziyalar, ayniksa, b osh terisida yakkol ifodalangan buladi. Psixonevroz bilan xastalangan bemorning boshini tekshirayotgan vrachning kulini bemor itarib yuborgan. U boshida qattiq og`riq payd o bulganidan shikoyat kilib, d oktor kabu- lida 10 dakikagacha utirib kolgan. Oradan 3-4 dakika utgach «Og`riq utib ketdimi yoki biror og`riq koldiradigan dori beraymi?» d yeb suralganda, bemor: «Yuk, x ozir uzi utib ketadi, nega mendan sura- masdan boshimni bosib kuydingiz?» deb vrach yordamidan voz kechgan.

Yana bir bemorning tizza refleksi nevrologik bolgacha bilan tekshirilayotganda oyogida kuchli og`riq paydo bulib, yura olmay koladi va birozdan sung utib ketadi. Psikogen gip yeresteziyalar uchun og`riqlarning aynan tanadagi sezgir nuqtalarda payd o bulishi xosdir. Masalan, trigeminal va oyoklardagi nerv stvollari soxasidagi nuqtalarda va xokazo. Ba'zan bexosdan aytib kuyilgan suz yoki tashxisdan sung bemorlarda yatropatik xususiyatga ega bulgan turli o griklar va giperesteziyalar payd o bulishi xam mumkin.

Biz uzim iz kuzatgan kuyidagi ikki bemor bunga misol bula oladi: D. ismli 18 yashar kelin oilada yuz bergan falokatdan sung uziga-uzi pichok uradi. Korinning ikkita joyiga urilgan zarbadan bemor kup kon yukotib, jarroxlik bo`limiga keltiriladi. Shu zaxoti kursatilgan yordamdan sung yosh kelinning xayoti saklab kolinadi. Bemor tuzalib chikadi, biroq uning o yoklarida payd o bulgan o grik borgan sayin kuchayib boradi. Ikkala oyokda falajlik payd o buladi. Bemorni nevropatologga kursatishadi. U « Pichok o rka miyadagi nerv tolalarini xam shikastlagan», d yeb xulosa chiqaradi va davolash choralarini tavsiya kiladi. Bemor bu tashxisni kuyarda-kuymay ota- onasidan bilib o lgach, tanasidagi og`riqlar bel va oyoklarda «tupla- nadi». Og`riqlar tunda uz-uzidan paydo bular va bu azobga chidolmay kichkirib yiglab yuborardi. Bemor badanini xatto choyshab bilan xam yoptirmas edi. Chunki choyshab biror joyiga tegib tursa, og`riq kuchayardi. U xatto tanasiga uzi xam kul tekkizmas edi. Bemor tana- sida tez-tez va tusatdan payd o buladigan o griklarni kutib, ikkala kuli bilan tushakning chetidan maxkam ushlab yotardi. Agar unga biror yordam kerak bulsa, faqat katta akasiga murojaat kilardi, boshkalar (ota-onasi, ukalari) ni yoniga yulatmasdi. Bu x olatni psixogen og`riqlarga kiyosiy tashxis kuyganda e'tiborga olish zarur. «Nega bunday kilasiz?» d yegan savolga bemor: «Akam xech joyimni ogritmasdan yordam beradi», deb javob bergan. U uyga kelgan vrach- larni xam yoniga yulatmagan. Bemor bilan ikki kun mobaynida sux- bat uyushtirilib, uning psixologik statusi tekshirildi. Bemor sux- bat chogida xar gal: «Meni xech joyimga tegmay davolaysizmi?», «Orka miyam xakikatan xam jaroxatlanmaganmi?» deb surardi. Bemor bilan umumiy til topilgandan sung unda nevrostatus tula tekshirildi. Oradan bir necha oy utganiga qaramasdan, bemorning oyogida atrofiyalar va sezgi buzilishlari yuk (faqat umumiy giperesteziyadan tashkari), pay reflekslari saklangan edi. Endi eng asosiysi b yemorda yatrogeniya belgilarini yukotish va o rka miyada xech kandy jaroxatlanish yukligiga ishontirish kerak edi. Bu vazifaning uddasidan chikkanimizdan sung bemor davolanishga katta ishonch bilan qarab, tavsiya kilingan barcha muolajalarni ola boshladi. Bemor, asosan, psixoterapevtik muolajalar xamda platseboterapiya usuli bilan davolandi va sogayib ketdi. Chunki og`riq va falajlik o rganik xususiyatga ega emasdi.

#### **«Bezovta o yoklar» sindromi**

Bu sindromga XHX asr boshidayok fransuz psixiatrlari e'tibor qaratishgan. «Bezovta o yoklar» sindromi nikoblangan d yepressiyaning bir klinik kurinishi bulib, bu kasallikda kechasi va tunda oyokda turli xil paresteziyalar payd o buladi, ular kunduz kuni va xarakat kilgan paytlarida utib ketadi. Bemorlar o yogiga xuddi birov nina bilan sanchgand yek, tovonining tagi yonib turgand yek, guyoki oyoklarining ustiga kizib turgan kum sepib kuyilgand yek sezishadi, oyoklari bir kizib, bir sovib ketadi. Bularning xammasi tunda boshlanadi, bemorlar uxlay olmay xonama-xona yurib chikadilar. Tong otishi bilan esa bu belgilar yukoladi. Kunduzi bemor xech narsadan shikoyat kilmaydi. Bu bem orlarning nevrologik statusida o rganik belgilar aniklanmaydi. «Bezovta o yoklar» sindromi affektiv buzilishlar bilan kechadi va uni organik kasalliklarda uchraydigan og`riqlardan ajratib turadi.

Utkir va doimiy stress natijasida ichki a'zolarda rivojlana- digan funksional tuzilishlarga psixosomatik sindromlar d yeb ay- tiladi.

Psixosomatik sindromlarning tibbiy amaliyotda kup uchraydi- gan turlari bilan tanishib chikamiz:

psixogen kardialgiyalar;

yurak ritmining psixogen buzilishlari;

pseudorevmatizm;

psixogen astma;

oshkozon-ichak sistemasining buzilishlari;

pseudourologik sindromlar;

psixogen jinsiy buzilishlar;

pseudodermatologik sindromlar.

Psixogen kardialgiyalar

Kukrak kafasining chap tomonidagi xar kandy sezgilar (uvishish, og`riq) bemorlar tomonidan katta xavotir bilan kabul kilinadi. Negaki, bu yerda yurak joylashgan. Mabodo, b oshimiz ogrib kolsa, bemalol analgin yoki sitramon ichib ishga ketaveramiz (ba'zan ich- masdan xam), lekin yurak soxasida o grik sezsak, darrov d oktor chaki- ramiz, kardiogramma kildiramiz, «Iammasi joyida, yuragingiz biroz sikilibdi, xolos», degan xulosani eshitgachgina tinchlanamiz. Chunki kupchilik uchun «yurak» tushunchasi, «xayot» tushunchasining sinonimidir.



Yurak soxasidagi o griklarning sababi xammavakt xam yurak kasalligi xisoblanadimi? Yana kanday kasalliklar yurak soxasida og`riq keltirib chiqaradi?

Yurak soxasidagi o griklarni, ya'ni kardialgiyalarni keltirib chi- karuvchi kasalliklarni uchta asosiy guruxga ajratish mumkin. Bular:

yurak kasalliklari;

nikoblangan depressiya;

vertebrogen va miofatsial sindromlar.

Demak, kardialgiyalarning sababini aniklash uchun kardiologik tekshiruvlarning uzi yetarli emas. Vertebrogen kasalliklar bemorda chukur nevrologik, depressiv sindromlarning kupayganligi esa psixol ogik tekshiruvlar utkazish lozimligini takozo kiladi.

Rivojlangan davlatlarning kardiologiya klinikalariga yurak soxasidagi utkir og`riqdan shikoyat kilib, «stenokardiya» yoki «miokard infarkti» tashxisi bilan «tez yordam» mashinasida olib kelingan bemorlarning d yeyarli yarmida tashxis tasdiklanmagan va bu o griklar psixogen xususiyatga ega bulib chikkan. Iattoki ba'zi olimlarning (Katon W. J., 2000), ma'lumotiga kura, kardialgiyalar bilan ambulatoriyalarga murojaat kiluvchilar soni 80 foizga teng. Shuning uchun xam yurak soxasidagi og`riqdan shikoyat kilgan xar kanday bemor psixol ogik va kardiologik tekshiruvlardan utishi lozim. Demak, bu ikkala tekshiruvning birgalikda olib b orilishi maksadga muv ofikdir. Uzb yekistonda xam psixogen kardialgiyalar va aritmiya - lar bir necha yillardan buyon urganib kelinmokda (R.D. Kurbanov, A.I. Xodja yev, T.O. Abdullayev, 1998-2010).

Psixogen kardialgiyalar boshka affektiv buzilishlar bilan birgalikda kuzatiladi. Bular - ulim kurkuvi, «yurakka xavo yetishmasligi», uning tez-tez yoki «tuxtab-tuxtab» urishi xamda «kizib ketishi yoki muz- lab kolishi», «tomokka tikilishi» va shu kabi simptomlardir. Psixogen kardialgiyalarda bemorlar yurak soxasidagi bitta nuktani barmogi bilan kursatishadi. Bu nukta, asosan, yurak uchiga tugri k yeladi, bunda og`riq bitta joyda doimo yoki kuchib-kuchib turadi. Og`riq joylashgan soxada kuchli psixogen giperesteziya xam aniklanadi. Buni kardiosene st opatik sindrom d yeb xam atashadi. Iakikiy stenokardiya esa odatda, psixogen giperesteziya kuzatilmaydi. Og`riqning orka kurak atrofiga berishi «stenokardiya» tashxisini tasdiklash yoki inkor kilishga sabab buladi. Yurak soxasidagi o grik bir nuqtadan boshlanib, butun bir kukrak kafa- sining yarmini egallab olgach, chap kulga tarkaydi va boshning ensa soxasi xamda oyokka qarab yunaladi, d yeb b yemorlar o grikning yunalishini ta'- riflashadi. Bu paytda xavo yetishmay koladi, bugiladi va til tagiga tash- langan nitroglits yerin xam yordam bermaydi, tinchlantiruvchi d orilar esa bemor axvolini yengillashtiradi. Ba'zan ularni shifoxonaga olib borib, barcha zarur tekshiruvlardan utkazilmaguncha, yurak soxasidagi og`riq utib ketmaydi. Bemor kardiologik tekshiruv xulosalarini intiklik bilan kutadi, yurak kasalligi tasdiklanmagan sayin yurak soxasidagi og`riq kamayib boraveradi.

Psixogen kardialgiyalar stenokardiya va miokard infarktidan farkli ularok, uzok davom etadi, nitratlardan sung va jismoniy ish kamaytirilgach xam utib ketmaydi. Ayniksa, anamnezida uzok yillardan (20-30 yoshligidan) buyon yurakdagi og`riqlardan shikoyat kilib keladigan bemorlarda uchraydigan kardialgiyalar, odatda, yurak ish yemik kasalligi xisobiga kuzatilmaydi. Psixogen kardialgiyalarda ipoxondriya va fobiya shakllanadi: ular yurak urishini nazorat kilib yurishadi, ulib kolishdan kurkishadi (35 yoshli ayol 56 oy ichida uyidagilar bilan bir necha b or vid olashgan va kardiologik tekshiruvlardan utgan).

Buyin-kukrak osteoxondrozida yurak soxasidagi og`riqlar bosh yoki tanani yon tomonga burganda, egilib-tik turganda, yutalganda va qattiq aksirganda kuchayadi. Umurtka suyaklari va paravertebral nuqtalarni bosganda og`riq kuchayadi, zararlangan o rka miya ildizchalari innervatsiya kiladigan soxalarda sezgi buzilishlari (kupincha gipesteziyalar) kuzatiladi. Spondilogrammada osteoxondroz belgilarining topilishi tash- xisni tasdiklaydi. Miofatsial og`riqlar kukrak mushaklarining zararlanishi nati- jasida riv oylanadi. Bunda zararlangan, biroz shishgan mushaklar ustini bosganda kuchli og`riqlar kuzatiladi. Trigger nuqtalariga novokainli blokada kilinganda og`riq kamayadi yoki tarkab ketadi.

### **Yurak ritmining psixogen buzilishlari**

Yurak ritmining psixogen buzilishlari, odatda, yurak urishining tezlashuvi bilan ifodalanadi. Bu paytda yurak urishlari bir dakikada 100 dan 120 gacha yetadi va kupincha ulim vaximasi bilan kechadi. Bunda bemorlar yurakning xar bir urishini anik sezib turadi. Nafas yetishmaydi, sovuk terga botadi, oyoklari titraydi va bemor, odatda, yotib oladi. Yurak ritmining psixogen buzilishlari jismoniy zurikishlardan emas, balki xissiy zurikishlardan sung paydo buladi.

Affektiv-ipoxondrik b yemorlar uzlarining odatdagi ishlash yoki yashash uslubini uzgartirishsa, uzok vakt transportda yurishsa yoki xissiy va akliy zurikishlarga olib keluvchi xar kanday vaziyat- larda yurak urishlari tezlashib ketadi. Ular yozning issik kunlari- ni yomon utkazishadi, d oimo salkin joyga intilishadi, asosan kun- ning ikkinchi yarmida yurak urishi kuchayadi va nafas yetishmaydi. Ovkat (ayniksa, xamir ovkat) ni tuyib yeyish, mexmonda uzok vakt kolib ketish xam yurak urishining kuchayishiga olib keladi. Psixogen taxikardiyalarda EKG da organik uzgarishlar kuzatilmaydi. Bemorlarda simpatik tonusning o shishi sinusli taxikardiya, para- simpatik tonusning o shishi sinusli bradikardiya bilan namoyon buladi. Odatda, bradikardiya kam uchraydi va kon bosimining tushib ketishi, bosh aylanishi, ichak peristaltikasining kuchayishi bilan kechadi. Bu bemorlarda yurak soxasi «ko tib kolgandek», yurak urish- dan «tuxtagand yek» tuyuladi, nafas yetishmaydi, bugilib yordamga cha - kira boshlaydi. Yurak urishining funksional tarzda uzgarishi affektiv x olatlarda kup kuzatiladi. Psixogen taxikardiya unga karshi dorilar bilan davolanganida emas, balki sedativ dorilar yoki antid yepressantlar berilganda kamayadi.

### **Psevdoevmatizm**

Oyok-qo'llar va turli bugimlardagi o griklardan shikoyat kiluvchi bemorlar son-sanoksizdir. «Bod» (revmatizm) tashxisi kuyilgan bemorlarni keyinchalik yana chukur klinik va laborator tekshiruvlardan utkazilganda, ularning d yeyarli yarmida bu o griklar nevrogen xususiyatga ega bulib chikkan. Iozirgi gipodinamiya asri- da artralgiyalar dolzarb muammo bulib, nikoblangan depressiyaning yakkol, xammavakt xam aniklash kiyin bulgan belgilaridan biri bulib kolmokda. Suyak va bugimlarda kuzatiladigan va xadeganda utib ketavermaydigan artralgiyalar, odatda, boshka psixonevrologik simptomlar bilan birga kechadi. Aksariyat atokli nevrologlar «serebral revmovaskulit» tashxisini kuyish kupchilik shifoxonalar, ayniksa, poliklinikalarda odat tusiga aylanib ketganini, buning uchun bosh, yurak soxasi va bugimlardagi og`riqlarning uzi yetarli emasligini, bu belgilar nevroitik xususiyatga ega bulishi mumkin- ligini ta'kidlab utishgan. Ba'zi ma'lumotlarga kura, poliklinikalar va statsionarlarda «revmovaskulit» va «revmokardit» tashxislari 50-60 foiz x ollarda notugri bulib chikkan. I ozirgi davrda xam bu muammo d olzarb bulib kolmokda. Ba'zan anamnezida bod kasalligi mavjudligini asos kilib xamda psixogen xususiyatga ega bulgan bosh og`riqlar, psevdonevrologik, psevdokardiologik b yelgilar va EEG, REG dagi funksional uzga- rishlarga qarab, anik ifodalangan nevrologik belgilarni topmasdan, eksperimental va gistomorfologik tekshiruvlar utkaz- masdan, jiddiy xulosalar kilib, klinik tashxis kuyish x olatlari kuzatilib turadi. XX asrning 70-yillarida aksariyat nevrologlar serebral revmovaskulitda bosh miya kon tomirlari va uning atrofidagi nerv tukimalarida chukur organik uzgarishlar kuzati- lishi va anik ifodalangan nevrologik belgilar aniklanishini kursatib utishgan. Iozirgi kunda nevrologlar «s ye rebral revmovaskulit» atamasi mavxum tushuncha ekanligini aytishmokda, chunki u bosh miya kon tomirlarida kechadigan o rganik uzgarishlarni va shu sababli kelib chikadigan klinik sindromlarni anik ta'rif- lab bera olmaydi.

Psixogen o griklar faqat bugimlarda kuzatilmay, suyak va mushak- larga tarkab, b yemorning xarakat kilishiga butunlay xalakit berishi mumkin. Uzoq vakt bir xil x olatda turib kolish, stanok yonida bir necha soat tik turib ishlash bemor oyogidagi og`riqlarni kuchaytiradi. «Ikkala oyogimga xuddi tosh osib kuygand yek, yurayotganda oyoklarimni kimirlata olmayman, kadam tashlagan sayin yurishim kiyinlashib boraveradi», deb shikoyat kiladi bemorlar. Bunday bemorlar, kupincha, «oyokda venoz kon aylanishining buzilishi» xulosasi bilan angioxirurlarga yuboriladi. Ular bu ye rda davolanadi yoki yana kay- tadan «n yevroz» tashxisi bilan nevropatologga yuboriladi. Psikogen artralgiyalar va mialgiyalar uchun og`riqlarning kuchib yurishi juda xosdir. Bu kuchib yurish anik bir nerv tolasi buylab emas, balki betartib yunalishda namoyon buladi: og`riq bugimdan yukoriga yoki pastga, ba'zan boshka soxalardan bugim tomonga qarab yunaladi. Bemor uz o griklariga ta'rif berayotganda, xech joyi ogrimay turadi yoki og`riqlarni sezmaydi. Bemor shikoyatlarini aytib bulgandan sung d oktor tekshirishga kirishsa, o grik yana payd o buladi. Bunga psixogen og`riqlar bilan organik xususiyatga ega bulgan og`riqlarni kiyoslash paytida, albatta, e'tibor berish k yurak.

Psixogen artralgiyalarda bugimlarda shish payd o bulib, xattoki atrofiga suyuklik tuplanishi mumkin. Bu x olat og`riq kuchli bulgan paytlarda yuz beradi. Shunisi e'tiborliki, bu «utkir bugim sindromi» affektiv buzilishlarda anik bir vaktida ruy beradi, ya'ni bemorlar navbatdagi xurujning vaktini anik aytib b yera olishadi (masalan, xar uch kunda, xar xaftada). Yalliglanishga karshi davo choralari utkazil- masa-da, bu sindrom utib ketadi. Ba'zan tashxis tasdiklanmasdan, faqat og`riqning kuchini asos kilib olib, bugim bushligidan suyuklik olinadi va uning ichiga gormon yuboriladi. Bu muolaja ikki-uch marta takrorlangandan sung uta toza bulgan bugim yorigiga infeksiya tushib, xakikiy yalliglanish jarayoni b oshlanib ketishi mumkin.

Ba'zi xollarda artralgiyalarning sababi affektiv buzilishlar ekanligi aniklanmasdan, konservativ usul yordam bermagach, bemorlarga jarroxlik usullari tavsiya kilinadi. XHX asrning mashxur nevrolog olimlaridan biri Oppengeym (1894) shunday bir vokeani misol keltiradi: «Tizza bugimini rezeksiya kilish tavsiya kilingan bir bemorni jarroxlardan biri operatsiyadan o ldin menga maslaxatga yuborgan ekan. Ikkita kultik xassada kirib kelgan bemor biroz vaktidan sung ularni kulida ushlab, mening xonamdan uzi yurib chikib ketadi. Chunki unda bor-yugi «bugim nevrozi» edi, xolos».

Xuddi shunga uxshash vokea bizning tajribamizda xam ruy bergan. Viloyatdan A. ismli 15 yashar kizni travmatologiya-ortopediya buli- miga davolanishga yuborishadi. Bemorning xech joyi ogrimasdi, u faqat tizzalarini buka olmas edi, xol os. Kasallikning boshlanganiga uch o y bulib, kilingan barcha choralar yordam bermagani sababli bemorni Toshkentga davolanishga yuborishadi. Unga turli tashxislar kuyilgan edi: « r yevmatoid artrit», «r yevmatizm», «bugim- lar o rasiga suyak usib chikkan» va xokazo. Lekin rentgenogrammada tizza bugimlarida xech kandy patologik uzgarish yuk edi. Bunga viloyatdagi doktorlar xam e'tib or kilishgan, albatta. Lekin davolash muolajalari yordam bermayotgani sababli bemorni markaz- ga maslaxat uchun yuborishgan. Bemor tashki kurinishidan juda tinch, uziga bino kuygan, yoshiga qaraganda gavdali edi. Uning otasidan (bemor o tasi bilan kelgan edi) kizning xulk-atvori xakida suraga- nimizda, kiziga ijobiy ta'rif b yergan edi: «Uydagi xamma ishlarni kiladi, onasiga qarashadi, lekin sal erkarok, aytganini kildi- radi». «Kizda kasallik boshlanishidan oldin ruxiy sikilishlar bulganmi», d yeb suraganimizda, otasi «Yuk», d yeb javob berdi. Biz bemorni xonada yurgizib, kursida utkazib va qaravotda yotkizib tekshirib kurdik. Bu xarakatlarni u ikkala oyogini tizzasida buk- masdan bajardi. Bemorning o tasidan kizning kechkurun uxlaganda oyoklari kay xolatda bulishini bilib berishini suradik. U vil oyatga, kizning onasiga telefon kilib, kizi kechasi uxlab yotganda, u yok-bu yokka kayrilib yotishini, ba'zan esa gujanak bulib o lishini bilib berdi. Bizda kasallik psixogen xususiyatga ega ekanligiga xech kandy shubxa kolmadi. Shu xaxotiyok psixologik suxbatdan sung davolay boshladik. Bu yerda xam platseboterapiya usulini kulladik, ya'ni bemorga «Germaniyada ishlab chikarilgan, tizzani darrov bukib -ochib yuboradigan dorini shpritsga tortib tizza kopkogining atroflariga yuborishimizni» va bemorning tizzasida 10 dakika utgach, kizib ketishini, ana shunda uning uzi asta-sekin

tizzasini bukib- ochishi kerakligini uktirdik. Xuddi kutganimizdek, 10 dakikadan sung bemor ikkala tizzasining kizib borayotganini aytdi. Biz unga tizzasini endi bukib-ochishi zarurligini qattiq tayinladik. Bemor bizning talabimizni bajarib, bemalol xonada yura boshladi.

Ikki kundan sung bizga kizning onasi kungirok kilib, muxim bir ma'lumot berdi. Ma'lum bulishicha, kiz otasidan dugonasinikiga uxshash kimmatbaxo palto olib berishini suragan. Otasi rad javobini bergan va kizini urishgan. Onasi xam o tasining tarafini olgan. Kiz yiglab-yiglab uxlab koladi va ertalab tursa, ikkala o yogi xam kotib kolgan buladi. Tabiiyki, ota-ona kizidagi bu xolatni kechagi janjal bilan boglamagan va «Kizimizning oyoklari shamollab kolibdi», d yeb kasalxonaga yugurishgan. Bu vokea otasining esidan chikib ketgan, onasining esa faqat biz «Ruxiy sikilishlar bulmagan- mi?» d yeb suraganimizdan sunggina esiga tushdi.

Bunday psixogen buzilishlar yosh bolalarda xam buladi. Uch yoshdan sal oshgan bola yugurib uynab yurgan paytida qattiqrok yikilib tu- shadi va chap oyogining sonidan lat ye ydi. Og`riqdan o yogini kimirlata olmay koladi, qattiq yiglaydi. Bolani usha zaxoti kasalxonaga olib borib, travmatologga kursatishadi. Oyogi rentgen kilinganda, bolada suyakning singan belgilari topilmaydi. Lekin bolaning o yogi ozgina lat ye gan edi, shuning uchun bolaga og`riqsizlantiruvchi ukollar kilib, lat yegan joyni boglab uyiga junatiladi. Bolani bir hafta mobaynida extiyot kilish, il oji boricha oyogini avaylash buyuriladi. Bir hafta doktorning tavsiyalari bajariladi va bola iloji boricha kulda kutarib yuriladi. Lat yegan joy butunlay bitib ketadi. Doktor boglamlarni olib tashlaydi va bolani ye rga kuyib «Endi uzing yur!» d yeydi. Bola bu iltimosni rad kilib, chinkirib yiglab o nasiga yopi- shadi. Onasi bolani kutarib o lgandan sung bola yiglashdan tuxtay- di. Bola yikilganda, nerv tolalari ezilgan bulishi mumkin, og`riq ushandan bulsa kerak, deb nevropatologga maslaxatga borish tavsiya kilinadi. Bolani bizga olib kelishadi. Uning injikligi va buning ustiga, qattiq kurkkani bilinib turar edi. Uni kursiga utkizib tekshirayotganda, yiglab yuborishi, onasining oldiga utkizib tekshirganda esa jim utirishi e'tiborimizni tortdi. Chalgitish us- lubiga utdik. Bolaga: «Men tekshirayotganimda sen kursida indamay utirsang, mana shu konfetni olasan», d yeb uktirdim (bola uyda tekshirilayotgan edi). Bola aytganimni kildi. To pshirik yanada mu- rakkablashtirildi: «Endi kursidan uzing tushsang, mana bu uyinchokni b yeraman». Uyinchok (tank) juda chiroyli bulganidan bola «og`riqni» xam esidan chikarib, kursidan sakrab tushdi. «Endi sen mana shu uyinchokni uynab tur, biz onang bilan maslaxatlashib olamiz», deb bolaning xarakatlarini chekkadan kuzatib turdim. Bola gilam ustiga chukkalab o lib, xonaning u yogidan bu yogiga gildirakli tankni xaydab rosa uynadi. Ona-bola ketishga shaylanishganda, bola yana kutaring, d yeb o nasiga yopishib oldi. Bolaga «Agar sen zinapoyadan pastga uzing yurib tushsang, men senga balkondan mana shu koptokni tashlayman», deb va'da berdim. Bola besh kavatli uyning beshinchi kavatidan o nasi bilan uzi yurib pastga tushdi. Koptok balkondan pastga tashlangan- da, dumalab ancha joyga ketib koldi. Bola xursand bulganidan koptokning izidan yugurib ketdi.

Poliklinika va statsionarlarda bugimlardagi og`riqlardan shikoyat kiladigan bemorlarning psixologik statusini yaxshilab tekshirmasdan kuchli antibiotiklar, gormonlar, salitsilatlar, fizioterapevtik muolajalar bilan uzok vakt muvaffakiyatsiz davolash xollari uchrab turadi. Bunday uslubda ishlaydigan vrach- larni mix kirib yorilgan ballonning teshigini mixni olib tashla- masdan turib xar xil zamonaviy buyoklar va yelimlar bilan yopishga uringan ustalarga uxshatishgan. Xush, unda kanday kilib bemorda psixogen artralgiya b orligini aniklash mumkin? Gap shundaki, xozirgi davrda psixogen artralgiya, kupincha, tasodifan yoki «bod»- ga karshi dorilar foyda beravermaganidan sunggina aniklanadi. Bu davrda bemor deyarli barcha mutaxassislarining kabulida buladi va nix oyat, unda psixogen artralgiya borligi aniklanadi. Shuning uchun xam ba'zi mutaxassislar artralgiya aniklangan bemorlarni psixiatr yoki nevropatologga kursatish zarurligini aytib utishgan.

### **Psixogen astma**

Psixogen astma utkir va surunkali sikilishlardan sung kuzati- ladigan xurujsimon kechuvchi nafas bugilishidir. Utkir stress va xissiy zurikishlardan sung nevrozga chalingan bemorlarda nafas yetishmovchiligi, bugilish kabi xolatlar kup uchraydi. Psixogen bugi- lish uchun uta xos bulgan simptomlardan biri nafas chikarishdan kura nafas o lishning kiyinligidir. Ular «tuyib nafas ololmasliklari va xavo upkasining oxirigacha yetib bormasligidan» shikoyat kilishadi. Bu x olat keyinchalik surunkali tus olishi mumkin va bemorda xuddi astma kasalligiga uxshash xurujlar kuzatila boshlaydi (12-jadval).

### **Psixogen astma                      Bronxial astma**

Xuruj stressdan keyin va kupincha odamlar bor paytda boshlanadi. Nafas yullari toraymaydi. Xuruj kam- kamdan kiska vakt kuzatiladi. Nafas olish kiyin. Yuz terisi uzgarmagan. Buyin tomirlari burtib turmaydi. Balgamsiz yutal. Auskultatsiyada vezikulyar nafas. Emfizema kuzatilmaydi. Barmoklar shakli uzgarmagan. Platseboterapiya yordami katta. Xuruj xar kanday vaziyatda rivojlanishi mumkin (stress, allergiya, utkir infeksiyalar). Nafas yullari torayadi. Xuruj bir necha dakikadan bir necha soatgacha davom etadi. Nafas chikarish kiyin. Yuz va lablarda sianoz . Buyin tomirlari burtib turadi. Balgamli yutal. Auskultatsiyada xushtaksimon nafas. Emfizema xos. Barmoklar baraban. tayokchalari shaklida. Plats yeboterapiya yordami kam.

Psixogen astma xakikiy astmadan nimasi bilan fark kiladi? Psixogen bugilishlar tomokning kurib kolishi, kichishi, kukrakning sikilishi, nafas yullarining torayishi kabi turli xil belgilar bilan kechadi. Psixogen bugilishlar uchun tik turganda bemalol nafas olish, yotganda esa bugilish juda xosdir. Shu narsaga e'tibor berish lozimki, bugilish chalkancha yotganda paydo buladi, chap va ung tomonga qarab yotganda kuzatilmaydi. Barcha psixogen buzilishlar singari psixogen bugilishlar xam kupincha kechasi va tunda kuzatiladi. Biz- ning nazoratda turgan bir bemor «tunda doimo bugilib uygonib ketsam, chalkancha yotgan bulaman, shuning uchun uxlamokchi bulsam, yonboshlab, devorga suyanib yotib o laman», d yegan edi.

Xuddi affektiv-nevrotik buzilishlarning boshqa simptomlari kabi nafas olishning buzilishlari xam unga e'tib or ortikcha qara- tilganda kuzatiladi. Lektor ma'ruza ukiyotgan paytida talabalarga nafas olishlarini nazorat kilib turishlarini buyurgan. Ikki- uch dakikadan sung kimning nafas olishi kiyinlashganini surasa, talabalarining yarmi kulini kutargan. Talabalar nisbatan soglom guruxga kiradi, d yemak, bemorlarda bundan xam kup kursatkich kuza- tilishi tabiiy x ol, albatta. Chunonchi, nevrozga chalingan bemorlarning kupchiligi uzida kechayotgan xolatlarni d o imo nazorat kilib b orishadi.

Ipxondriyaga chalingan bemorlarning d yeyarli barchasi d oimiy yoki vakti-vakti bilan buladigan nafas yetishmovchiligidan shikoyat kiladi. Shuning uchun xam mutaxassislar nafas yetishmovchiligini ipoxondriyaning asosiy belgisi deb xisoblashgan. « Bugilib kolish, nafas yullariga biror narsa tikilib kolgand yek bulishi va nafas olish juda ogir ekanligi» dan shikoyat kilish, ayniksa, yosh bemorlar orasida kup kuzatiladi. Mabodo, bu belgilar xurujsimon bulsa, ba'zi x ollarda bemorlarga « bronxial astma » tashxisi kuyiladi.

Kuyidagi vokea bunga yakkol misol bula oladi. Bizga 20 yashar yigitni kursatishdi. U allergologiya bo`limida «bronxial astma» tashxisi bilan davolanib kelardi. Bemor juda ozib ketgan, xar 30 dakikada kulidagi berotekni ogziga sepib nafas olishini osonlashtirardi. Bugilishning xar 30 dakikadan sung payd o bulib turishi bizning e'tiborimizni tortdi va kuyilgan tashxisga shub- xa uygotdi. Bemorning tibbiy anamnezi bilan birga, psixologik anamnezi xam urganib chikildi va bugilish xurujlari psixogen xu- susiyatga ega ekanligi aniklandi.

Bemor bolalik davridan nimjon bulib, tez-tez kasalga chalinib turgan. Oilada yagona farzand bulganligi uchun ota-onasi xar bir xarxashasiga kunikib, bajarib kelishgan. Asabi buzilsa, nafasi bugilgani uchun unga psixonevrologik statusi tekshirilmay «astma» tashxisi kuyilib, shu paytgacha davolab kelingan. Borib-borib, xurujlarni oddiy d orilar bilan tuxtatish kiyinlashadi va bemorga gormonal dorilar (b yerotek) tavsiya kilinadi. Lekin bu dorini xam bemor doimo ishlatmagan (ba'zan o ylab). Bemor yana bir bor tajri- bali allergologga kursatildi va «bronxial astma» tashxisi inkor kilindi.

Bemorning psixologik statusini yaxshilab urganib chikkanimiz- dan sung psixoterapiyada keng tarkalgan «stress terapiya» usulini kullashni ma'kul topdik. Bemorga «berotekka urganib kolsa, er- kaklik funksiyasi susayishi (be m o r yakinda uylanishi kerak edi) va uylangan takdirda xam farzand kurmasligi mumkinligini, shuning uchun xam bu dorini kanday bulmasin, boshkasiga uzgartirish zarur- ligini» uktirdik. Gap shundaki, bemorga berotekni yozgan doktor «Mana shu sening asosiy d oring, bu astmaning xar kanday turida ogizga sepgan zaxoti bugilishni tuxtatadi», d yeb aytgan. Bu ye rda shu narsani aloxida ta'kidlash lozimki, bugilishni berotekning kuchi emas, balki doktor aytgan suzlar («senga faqat shu dori yordam beradi») tuxtatgan.

Bemor bilan umumiy til topishgandan sung berotekni boshka doriga uzgartirishga uni kundirdik va maxsus dorini o gizga sepsa buladigan idish topib, ichiga x yech kanday ta'sirga ega bulmagan erit- ma kuydik. Bemorda xar yarim soatda xuruj bulib turishini e'tiborga olib, yonimizda ikki soatga olib koldik (tekshirish poliklinikada utkazilayotgandi). Bemorda ikki soat ichida turt marta «astma» xuruji kuzatildi va biz tavsiya etgan «d ori» bilan tuxta- tildi. Shu yusinda astmaning psixogen xususiyatga ega ekanligi yana bir bor tasdiklandi.

Endigi muammo bu dorini xam kullamaydigan kilish va bemorning fikridan «astma» suzini umuman o lib tashlash edi. Bir- ikki kundan sung uni kabulga chakirib x ol-axvol suradik. U uzini juda yaxshi xis kilayotganini va bu d orining nomini surad i. Biz bu «tadkikotimiz»ni uzok davom ettirib bulmasligini, b yemor xamma sirdan vokif bulib kolsa, sogligiga tuzatib bulmas putur yetkazib kuyishimiz mumkinligini angladik. Bemorga d orini yana bir xafta ishlatish kerakligini, sung xuruj paytida tilning tagiga tashlab suriladigan tabletka berishimizni aytdik. Shuningdek, bu dorining afzalliklari kupligini, ya'ni yarim soat emas, dastlabki kuni bir soat, keyingi kuni ikki soat, kolgan kunlari esa faqat kuniga uch maxal ishlatasa xam bulishini tushuntirdik. Bemor bizning xar bir gapimizni yaxshilab tinglab, tavsiyalarimizga albatta amal kilishini aytdi. Natija uylaganimizdek bulib chikdi. Keyinchalik bemor butunlay «astma» kasalidan xalos buldi.

Ba'zan shunday xodisalar buladiki, bemorda bugilish anik bir sharoitda yuzaga keladi. Bunday paytlarda sharoitni uzgartirish bugilishni kamaytiradi yoki butunlay yukotadi. X orazm viloyatidan bizga bir yosh kelinni maslaxatga olib kelishdi. Bemor turmushga chikkanidan sung uyida turmush urtogi bilan kelishmay doimo janjal chikib turadi. Janjal avjiga chikkanda yosh er-xotinlar bir- birini bugishgacha b orishgan. Borib-borib, yosh kelinda turmush urtogi ishdan kaytganidan sung bugilish xurujlari payd o buladi- gan va tinchlantiradigan dori ichmaguncha (faqat seduksen, uning analogi bulgan sibazon, diazepam bersa, foyda bermaydi) yoki turmush urtogi uydan chikib ketmaguncha bugilish utib ketmaydi. Bemor barcha davolash usullaridan foydalangan (shu jumladan, platseboterapiya, psixoterapiya). Shuning uchun xar kanday yangi tak- lif etilgan usuldan bosh tortar edi. Bemor yoz oylarida tekshirilayotgan edi. Bemorga onasi bilan bir oyga daryo buyiga borishi, d orilarni esa uyga tashlab ketishi zarurligi aytildi. Bu taklifimiz unga ma'kul tushdi. Ona va kiz daryo buyidagi uylardan birida ijarada yashay boshlashdi.

## Psixosomatik sindromlar

O'tkir va doimiy stress natijasida ichki a'zolarida rivojlanadigan funksional tuzilishlarga psixosomatik sindromlar deb aytiladi.

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

- 1) psixogen kardialgiyalar;
- 2) yurak ritmining psixogen buzilishlari;
- 3) psevdorevmatizm;
- 4) psixogen astma;
- 5) oshqozon-ichak sistemasining buzilishlari;
- 6) psevdourologik sindromlar; 7) psixogen jinsiy buzilishlar;
- 8) psevdodermatologik sindromlar.

### Psixogen kardialgiyalar

KO'krak qafasining chap tomonidagi har qanday sezgilar (uvishish, oo'riq) bemorlar tomonidan katta xavotir bilan qabul qilinadi. Negaki, bu erda yurak joylashgan. Mabodo, boshimiz oo'rib qolsa, bemalol analgin yoki sitramon ichib ishga ketaveramiz (ba'zan ichmasdan ham), lekin yurak sohasida oo'riq sezsak, darrov doktor chaqiramiz, kardiogramma qildiramiz, «Hammasi joyida, yuragingiz biroz siqilibdi, xolos», degan xulosani eshitgachgina tinchlanamiz. Chunki ko'pchilik uchun «yurak» tushunchasi, «hayot» tushunchasining sinonimidir.

Yurak sohasidagi oo'riqlarning sababi hammavaqt ham yurak kasalligi hisoblanadimi? Yana qanday kasalliklar yurak sohasida oo'riq keltirib chiqaradi?

Yurak sohasidagi oo'riqlarni, ya'ni kardialgiyalarni keltirib chiqaruvchi kasalliklarni uchta asosiy guruhga ajratish mumkin. Bular: 1) yurak kasalliklari;

- 2) niqoblangan depressiya;
- 3) vertebrogen va miofatsial sindromlar.

Demak, kardialgiyalarning sababini aniqlash uchun kardiologik tekshiruvlarning O'zi etarli emas. Vertebrogen kasalliklar bemorda chuqur nevrologik, depressiv sindromlarning ko'payganligi esa psixologik tekshiruvlar O'tkazish lozimligini taqozo qiladi.

Rivojlangan davlatlarning kardiologiya klinikalariga yurak sohasidagi O'tkir oo'riqdan shikoyat qilib, «stenokardiya» yoki «miokard infarkti» tashxisi bilan «tez yordam» mashinasida olib kelingan bemorlarning deyarli yarmida tashxis tasdiqlanmagan va bu oo'riqlar psixogen xususiyatga ega bo'lib chiqqan. Hattoki ba'zi olimlarning (Katon W. J., 2000), ma'lumotiga ko'ra, kardialgiyalar bilan ambulatoriyalarga murojaat qiluvchilar soni 80 foizga teng. Shuning uchun ham yurak sohasidagi oo'riqdan shikoyat qilgan har qanday bemor psixologik va kardiologik tekshiruvlardan O'tishi lozim. Demak, bu ikkala tekshiruvning birgalikda olib borilishi maqsadga muvofiqdir. O'zbekistonda ham psixogen kardialgiyalar va aritmiyalar bir necha yillardan buyon O'rganib kelinmoqda (R.D. Kurbanov, A.I. Xodjaev, T.O. Abdullayev, 1998-2010).

Psixogen kardialgiyalar boshqa affektiv buzilishlar bilan birgalikda kuzatiladi. Bular - O'lim qO'rquvi, «yurakka havo etishmasligi», uning tez-tez yoki «tO'xtab-tO'xtab» urishi hamda «qizib ketishi yoki muzlab qolishi», «tomoqqa tiqilishi» va shu kabi simptomlardir. Psixogen kardialgiyalarda bemorlar yurak sohasidagi bitta nuqtani barmoo'i bilan ko'rsatishadi. Bu nuqta, asosan, yurak uchiga tO'o'ri keladi, bunda oo'riq bitta joyda doimo yoki ko'chib-ko'chib turadi. Oo'riq joylashgan sohada kuchli psixogen giperesteziya ham aniqlanadi. Buni kardiosenestopatik sindrom deb ham atashadi. Haqiqiy stenokardiya esa odatda, psixogen giperesteziya kuzatilmaydi. Oo'riqning orqa kurak atrofiga berishi «stenokardiya» tashxisini tasdiqlash yoki inkor qilishga sabab bo'ladi. Yurak sohasidagi oo'riq bir nuqtadan boshlanib, butun bir ko'krak qafasining yarmini egallab olgach, chap qO'lga tarqaydi va boshning ensa sohasi hamda oyoqqa qarab yO'naladi, deb bemorlar oo'riqning yO'nalishini ta'riflashadi. Bu paytda havo etishmay qoladi, bo'o'iladi va til tagiga tashlangan nitroglitserin ham yordam bermaydi, tinchlantiruvchi dorilar esa bemor ahvolini engillashtiradi. Ba'zan ularni shifoxonaga olib borib, barcha zarur tekshiruvlardan O'tkazilmaguncha, yurak sohasidagi oo'riq O'tib ketmaydi. Bemor kardiologik tekshiruv xulosalarini intiqlik bilan kutadi, yurak kasalligi tasdiqlanmagan sayin yurak sohasidagi oo'riq kamayib boraveradi.

Psixogen kardialgiyalar stenokardiya va miokard infarktidan farqli O'laroq, uzoq davom etadi, nitratlardan so'ng va jismoniy ish kamaytirilgach ham O'tib ketmaydi. Ayniqsa, anamnezida uzoq yillardan (20-30 yoshligidan) buyon yurakdagi oo'riqlardan shikoyat qilib keladigan bemorlarda uchraydigan kardialgiyalar, odatda, yurak ishemik kasalligi hisobiga kuzatilmaydi. Psixogen kardialgiyalarda ipoxondriya va fobiya shakllanadi: ular yurak urishini nazorat qilib yurishadi, O'lib qolishdan qO'rqishadi (35 yoshli ayol 56 oy ichida uyidagilar bilan bir necha bor vidolashgan va kardiologik tekshiruvlardan O'tgan).

BO'yin-ko'krak osteoxondrozida yurak sohasidagi oo'riqlar bosh yoki tanani yon tomonga burganda, egilib-tik turganda, yO'talganda va qattiq aksirganda kuchayadi. Umurtqa suyaklari va paravertebral nuqtalarni bosganda oo'riq kuchayadi, zararlangan orqa miya ildizchalari innervatsiya qiladigan sohalarda sezgi buzilishlari (ko'pincha gipesteziyalar) kuzatiladi. Spondilogrammada osteoxondroz belgilarining topilishi tashxisni tasdiqlaydi.

Miofatsial oo'riqlar ko'krak mushaklarining zararlanishi natijasida rivojlanadi. Bunda zararlangan, biroz shishgan mushaklar ustini bosganda kuchli oo'riqlar kuzatiladi. Trigger nuqtalariga novokainli blokada qilinganda oo'riq kamayadi yoki tarqab ketadi.

## Yurak ritmining psixogen buzilishlari

Yurak ritmining psixogen buzilishlari, odatda, yurak urishining tezlashuvi bilan ifodalanadi. Bu paytda yurak urishlari bir daqiqada 100 dan 120 gacha etadi va kO'pincha O'lim vahimasi bilan kechadi. Bunda bemorlar yurakning har bir urishini aniq sezib turadi. Nafas etishmaydi, sovuq terga botadi, oyoqlari titraydi va bemor, odatda, yotib oladi. Yurak ritmining psixogen buzilishlari jismoniy zO'riqishlardan emas, balki hissiy zO'riqishlardan sO'ng paydo bo'ladi.

Affektiv-ipoxondrik bemorlar O'zlarining odatdagi ishlash yoki yashash uslubini O'zgartirishsa, uzoq vaqt transportda yurishsa yoki hissiy va aqliy zO'riqishlarga olib keluvchi har qanday vaziyatlarda yurak urishlari tezlashib ketadi. Ular yozning issiq kunlarini yomon O'tkazishadi, doimo salqin joyga intilishadi, asosan kunning ikkinchi yarmida yurak urishi kuchayadi va nafas etishmaydi. Ovqat (ayniqsa, xamir ovqat) ni tO'yib eyish, mehmonda uzoq vaqt qolib ketish ham yurak urishining kuchayishiga olib keladi. Psixogen taxikardiyalarda EKG da organik O'zgarishlar kuzatilmaydi. Bemorlarda simpatik tonusning oshishi sinusli taxikardiya, parasimpatik tonusning oshishi sinusli bradikardiya bilan namoyon bo'ladi. Odatda, bradikardiya kam uchraydi va qon bosimining tushib ketishi, bosh aylanishi, ichak peristaltikasining kuchayishi bilan kechadi. Bu bemorlarda yurak sohasi «qotib qolgandek», yurak urishdan «tO'xtagandek» tuyuladi, nafas etishmaydi, bo'olib yordamga chaqira boshlaydi. Yurak urishining funksional tarzda O'zgarishi affektiv holatlarda kO'p kuzatiladi. Psixogen taxikardiya unga qarshi dorilar bilan davolanganida emas, balki sedativ dorilar yoki antidepressantlar berilganda kamayadi.

## Psevdonevmatizm

Oyoq-qO'llar va turli bo'olimlardagi oo'riqlardan shikoyat qiluvchi bemorlar son-sanoqsizdir. «Bod» (revmatizm) tashxisi qO'yilgan bemorlarni keyinchalik yana chuqur klinik va laborator tekshiruvlardan O'tkazilganda, ularning deyarli yarmida bu oo'riqlar nevrogen xususiyatga ega bo'lib chiqqan. Hozirgi gipodinamiya asrida artralgiyalar dolzarb muammo bo'lib, niqoblangan depressiyaning yaqqol, hammavaqt ham aniqlash qiyin bo'lgan belgilaridan biri bo'lib qolmoqda. Suyak va bo'olimlarda kuzatiladigan va hadeganda O'tib ketavermaydigan artralgiyalar, odatda, boshqa psixonevrologik simptomlar bilan birga kechadi. Aksariyat atoqli nevrologlar «serebral revmovaskulit» tashxisini qO'yish kO'pchilik shifoxonalar, ayniqsa, poliklinikalarda odat tusiga aylanib ketganini, buning uchun bosh, yurak sohasi va bo'olimlardagi oo'riqlarning O'zi etarli emasligini, bu belgilar nevroitik xususiyatga ega bo'lishi mumkinligini ta'kidlab O'tishgan. Ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, poliklinikalar va statsionarlarda «revmovaskulit» va «revmokardit» tashxislari 50-60 foiz hollarda notO'ri bo'lib chiqqan. Hozirgi davrda ham bu muammo dolzarb bo'lib qolmoqda. Ba'zan anamnezida bod kasalligi mavjudligini asos qilib hamda psixogen xususiyatga ega bo'lgan bosh oo'riqlar, psevdonevrologik, psevdokardiologik belgilar va EEG, REG dagi funksional O'zgarishlarga qarab, aniq ifodalangan nevrologik belgilarni topmasdan, eksperimental va gistomorfologik tekshiruvlar O'tkazmasdan, jiddiy xulosalar qilib, klinik tashxis qO'yish holatlari kuzatilib turadi. XX asrning 70-yillarida aksariyat nevrologlar serebral revmovaskulitda bosh miya qon tomirlari va uning atrofidagi nerv tO'qimalarida chuqur organik O'zgarishlar kuzatilishi va aniq ifodalangan nevrologik belgilar aniqlanishini ko'rsatib O'tishgan. Hozirgi kunda nevrologlar «serebral revmovaskulit» atamasi mavhum tushuncha ekanligini aytishmoqda, chunki u bosh miya qon tomirlarida kechadigan organik O'zgarishlarni va shu sababli kelib chiqadigan klinik sindromlarni aniq ta'riflab bera olmaydi.

Psixogen oo'riqlar faqat bo'olimlarda kuzatilmay, suyak va mushaklarga tarqab, bemorning harakat qilishiga butunlay xalaqit berishi mumkin. Uzoq vaqt bir xil holatda turib qolish, stanok yonida bir necha soat tik turib ishlash bemor oyoo'idagi oo'riqlarni kuchaytiradi. «Ikkala oyoo'imga xuddi tosh osib qO'ygandek, yurayotganda oyoqlarimni qimirlata olmayman, qadam tashlagan sayin yurishim qiyinlashib boraveradi», deb shikoyat qiladi bemorlar. Bunday bemorlar, kO'pincha, «oyoqda venoz qon aylanishining buzilishi» xulosasi bilan angioxirurglarga yuboriladi. Ular bu erda davolanadi yoki yana qaytadan «nevroz» tashxisi bilan nevropatologga yuboriladi. Psixogen artralgiyalar va mialgiyalar uchun oo'riqlarning kO'chib yurishi juda xosdir. Bu kO'chib yurish aniq bir nerv tolasi bo'ylab emas, balki betartib yo'nalishda namoyon bo'ladi: oo'riq bo'olimdan yuqoriga yoki pastga, ba'zan boshqa sohalardan bo'olim tomonga qarab yo'naladi. Bemor O'z oo'riqlariga ta'rif berayotganda, hech joyi oo'rimay turadi yoki oo'riqlarni sezmaydi. Bemor shikoyatlarini aytib bo'lgandan sO'ng doktor tekshirishga kirishsa, oo'riq yana paydo bo'ladi. Bunga psixogen oo'riqlar bilan organik xususiyatga ega bo'lgan oo'riqlarni qiyoslash paytida, albatta, e'tibor berish kerak.

Psixogen artralgiyalarda bo'olimlarda shish paydo bo'lib, hattoki atrofiga suyuqlik tO'planishi mumkin. Bu holat oo'riq kuchli bo'lgan paytlarda yuz beradi. Shunisi e'tiborliki, bu «O'tkir bo'olim sindromi» affektiv buzilishlarda aniq bir vaqtda rO'y beradi, ya'ni bemorlar navbatdagi xurujning vaqtini aniq aytib bera olishadi (masalan, har uch kunda, har haftada). Yallio'lanishga qarshi davo choralari O'tkazilmasa-da, bu sindrom O'tib ketadi. Ba'zan tashxis tasdiqlanmasdan, faqat oo'riqning kuchini asos qilib olib, bo'olim bo'shlioidan suyuqlik olinadi va uning ichiga gormon yuboriladi. Bu muolaja ikki-uch marta takrorlangandan sO'ng O'ta toza bo'lgan bo'olim yorio'iga infeksiya tushib, haqiqiy yallio'lanish jarayoni boshlanib ketishi mumkin.

Ba'zi hollarda artralgiyalarning sababi affektiv buzilishlar ekanligi aniqlanmasdan, konservativ usul yordam bermagach, bemorlarga jarrohlik usullari tavsiya qilinadi. XIX asrning mashhur nevrolog olimlaridan biri Oppengeym (1894) shunday bir voqeani misol keltiradi: «Tizza bo'olimini rezeksiya qilish tavsiya qilingan bir bemorni jarrohlardan biri operatsiyadan oldin menga maslahatga yuborgan ekan. Ikkita qO'ltiq hassada kirib kelgan bemor biroz vaqtdan sO'ng ularni qO'lida ushlab, mening xonamdan O'zi yurib chiqib ketadi. Chunki unda bor-yo'oi «bo'olim nevrozi» edi, xolos».

Xuddi shunga O'xshash voqea bizning tajribamizda ham ro'y bergan. Viloyatdan A. ismli 15 yashar qizni travmatologiya-ortopediya bo'limiga davolanishga yuborishadi. Bemorning hech joyi o'rimasdi, u faqat tizzalarini buka olmas edi, xolos. Kasallikning boshlanganiga uch oy bo'lib, qilingan barcha choralar yordam bermagani sababli bemorni Toshkentga davolanishga yuborishadi. Unga turli tashxislar qO'yilgan edi: «revmatoid artrit», «revmatizm», «bo'o'imlar orasiga suyak O'sib chiqqan» va hokazo. Lekin rentgenogrammada tizza bo'o'imlarida hech qanday patologik O'zgarish yo'q edi. Bunga viloyatdagi doktorlar ham e'tibor qilishgan, albatta. Lekin davolash muolajalari yordam bermayotgani sababli bemorni markazga maslahat uchun yuborishgan. Bemor tashqi ko'rinishidan juda tinch, O'ziga bino qO'yan, yoshiga qaraganda gavdali edi. Uning otasidan (bemor otasi bilan kelgan edi) qizning xulq-atvori haqida so'raganimizda, qiziga ijobiy ta'rif bergan edi: «Uydagi hamma ishlarni qiladi, onasiga qarashadi, lekin sal erkaroq, aytganini qildiradi». «Qizda kasallik boshlanishidan oldin ruhiy siqilishlar bo'lganmi», deb so'raganimizda, otasi «YO'q», deb javob berdi. Biz bemorni xonada yurguzib, kursida O'tqazib va karavotda yotqizib tekshirib ko'rdik. Bu harakatlarni u ikkala oyoo'ini tizzasida bukmasdan bajardi. Bemorning otasidan qizning kechqurun uxlaganda oyoqlari qay holatda bo'lishini bilib berishini so'radik. U viloyatga, qizning onasiga telefon qilib, qizi kechasi uxlab yotganda, u yoq-bu yoqqa qayrilib yotishini, ba'zan esa o'ujanak bo'lib olishini bilib berdi. Bizda kasallik psixogen xususiyatga ega ekanligiga hech qanday shubha qolmadi. Shu zahotiyok psixologik suhbatdan so'ng davolay boshladik. Bu erda ham platseboterapiya usulini qO'lladik, ya'ni bemorga «Germaniyada ishlab chiqarilgan, tizzani darrov bukib-ochib yuboradigan dorini shprintsiga tortib tizza qopqoo'ining atroflariga yuborishimizni» va bemorning tizzasini 10 daqiqa O'tgach, qizib ketishini, ana shunda uning O'zi asta-sekin tizzasini bukibochishi kerakligini uqtirdik. Xuddi kutganimizdek, 10 daqiqadan so'ng bemor ikkala tizzasining qizib borayotganini aytdi. Biz unga tizzasini endi bukib-ochishi zarurligini qattiq tayinladik. Bemor bizning talabimizni bajarib, bemalol xonada yura boshladi.

Ikki kundan so'ng bizga qizning onasi qO'no'iroq qilib, muhim bir ma'lumot berdi. Ma'lum bo'lishicha, qiz otasidan dugonasinikiga O'xshash qimmatbaho palto olib berishini so'ragan. Otasi rad javobini bergan va qizini urishgan. Onasi ham otasining tarafini olgan. Qiz yio'lab-yio'lab uxlab qoladi va ertalab tursa, ikkala oyoo'i ham qotib qolgan bo'ladi. Tabiiyki, ota-ona qizidagi bu holatni kechagi janjal bilan boo'laman va «Qizimizning oyoqlari shamollab qolibdi», deb kasalxonaga yugurishgan. Bu voqea otasining esidan chiqib ketgan, onasining esa faqat biz «Ruhiy siqilishlar bo'lmaganmi?» deb so'raganimizdan so'nggina esiga tushdi.

Bunday psixogen buzilishlar yosh bolalarda ham bo'ladi. Uch yoshdan sal oshgan bola yugurib O'ynab yurgan paytida qattiqroq yiqilib tushadi va chap oyoo'ining sonidan lat eydi. Oo'riqdan oyoo'ini qimirlata olmay qoladi, qattiq yio'laydi. Bolani O'sha zahoti kasalxonaga olib borib, travmatologga ko'rsatishadi. Oyoo'i rentgen qilinganda, bolada suyakning singan belgilari topilmaydi. Lekin bolaning oyoo'i ozgina lat egan edi, shuning uchun bolaga oo'riqsizlantiruvchi ukollar qilib, lat egan joyni boo'lab uyiga jo'natiladi. Bolani bir hafta mobaynida ehtiyot qilish, iloji boricha oyoo'ini avaylash buyuriladi. Bir hafta doktorning tavsiyalari bajariladi va bola iloji boricha qO'lda ko'tarib yuriladi. Lat egan joy butunlay bitib ketadi. Doktor boo'lamlarni olib tashlaydi va bolani erga qO'yib «Endi O'zing yur!» deydi. Bola bu iltimosni rad qilib, chinqirib yio'lab onasiga yopishadi. Onasi bolani ko'tarib olgandan so'ng bola yio'lashdan to'xtaydi. Bola yiqilganda, nerv tolalari ezilgan bo'lishi mumkin, oo'riq O'shandan bo'lsa kerak, deb nevropatologga maslahatga borish tavsiya qilinadi. Bolani bizga olib kelishadi. Uning injiqligi va buning ustiga, qattiq qO'rqqani bilinib turar edi. Uni kursiga O'tqizib tekshirayotganda, yio'lab yuborishi, onasining oldiga O'tqizib tekshirganda esa jim O'tirishi e'tiborimizni tortdi. Chalo'itish uslubiga O'tdik. Bolaga: «Men tekshirayotganimda sen kursida indamay O'tirsang, mana shu konfetni olasan», deb uqtirdim (bola uyda tekshirilayotgan edi). Bola aytganimni qildi. Topshiriq yanada murakkablashtirildi: «Endi kursidan O'zing tushsang, mana bu O'yinchoqni beraman». O'yinchoq (tank) juda chiroyli bo'lganidan bola «oo'riqni» ham esidan chiqarib, kursidan sakrab tushdi. «Endi sen mana shu O'yinchoqni O'ynab tur, biz onang bilan maslahatlashib olamiz», deb bolaning harakatlarini chekkadan kuzatib turdim. Bola gilam ustiga cho'kkalab olib, xonaning u yoo'idan bu yoo'iga o'ildirakli tankni haydab rosa O'ynadi. Ona-bola ketishga shaylanishganda, bola yana ko'taring, deb onasiga yopishib oldi. Bolaga «Agar sen zinapoyadan pastga O'zing yurib tushsang, men senga balkondan mana shu koptokni tashlayman», deb va'da berdim. Bola besh qavatli uyning beshinchi qavatidan onasi bilan O'zi yurib pastga tushdi. Koptok balkondan pastga tashlanganda, dumalab ancha joyga ketib qoldi. Bola xursand bo'lganidan koptokning izidan yugurib ketdi.

Poliklinika va stasionarlarda bo'o'implardagi oo'riqlardan shikoyat qiladigan bemorlarning psixologik statusini yaxshilab tekshirmasdan kuchli antibiotiklar, gormonlar, salitsilatlar, fizioterapevtik muolajalar bilan uzoq vaqt muvaffaqiyatsiz davolash hollari uchrab turadi. Bunday uslubda ishlaydigan vrachlarni mix kirib yorilgan balloning teshigini mixni olib tashlamasdan turib har xil zamonaviy bo'yoqlar va elimlar bilan yopishga uringan ustalarga O'xshatishgan. XO'sh, unda qanday qilib bemorda psixogen artralgiya borligini aniqlash mumkin? Gap shundaki, hozirgi davrdapsixogen artralgiya, ko'pincha, tasodifan yoki «bod»ga qarshi dorilar foyda beravermaganidan so'nggina aniqlanadi. Bu davrda bemor deyarli barcha mutaxassislarining qabulida bo'ladi va nihoyat, unda psixogen artralgiya borligi aniqlanadi. Shuning uchun ham ba'zi mutaxassislar artralgiya aniqlangan bemorlarni psixiatr yoki nevropatologga ko'rsatish zarurligini aytib O'tishgan.

Psixogen astma

Psixogen astma O'tkir va surunkali siqilishlardan so'ng kuzatiladigan xurujsimon kechuvchi nafas bo'o'ilishidir. O'tkir stress va hissiy zo'riqishlardan so'ng nevrozga chalingan bemorlarda nafas etishmovchiligi, bo'o'ilish kabi holatlar ko'p uchraydi. Psixogen bo'o'ilish uchun O'ta xos bo'lgan simptomlardan biri nafas chiqarishdan ko'ra

nafas olishning qiyinligidir. Ular «tO'yib nafas ololmasliklari va havo O'pkasining oxirigacha etib bormasligidan» shikoyat qilishadi. Bu holat keyinchalik surunkali tus olishi mumkin va bemorda xuddi astma kasalligiga O'xshash xurujlar kuzatila boshlaydi. Psixogen astma va bronxial astmaning qiyosiy belgilari (Z.R. Ibodullaev, 2008).

Psixogen astma Bronxial astma

- Xuruj stressdan keyin va ko'pincha - Xuruj har qanday vaziyatda odamlar bor paytda boshlanadi. rivojlanishi mumkin (stress, allergiya, O'tkir infeksiyalar).
- Nafas yo'llari toraymaydi. - Nafas yo'llari torayadi.
- Xuruj kam-kamdan qisqa vaqt - Xuruj bir necha daqiqadan bir kuzatiladi. necha soatgacha davom etadi.
- Nafas olish qiyin. - Nafas chiqarish qiyin.
- Yuz terisi O'zgarmagan. - Yuz va lablarda sianoz .
- BO'yin tomirlari bo'rtib turmaydi. - BO'yin tomirlari bo'rtib turadi.
- Balo'amsiz yo'tal. - Balo'amli yo'tal.
- Auskultatsiyada vezikulyar nafas. - Auskultatsiyada xushtaksimom nafas.
- Emfizema kuzatilmaydi. - Emfizema xos.
- Barmoqlar shakli O'zgarmagan. - Barmoqlar baraban. tayoqchalari shaklida.
- Platseboterapiya yordami katta. - Platseboterapiya yordami kam.

Psixogen astma haqiqiy astmadan nimasi bilan farq qiladi? Psixogen bo'oilishlar tomoqning qurib qolishi, qichishi, ko'krakning siqilishi, nafas yo'llarining torayishi kabi turli xil belgilar bilan kechadi. Psixogen bo'oilishlar uchun tik turganda bemalol nafas olish, yotganda esa bo'oilish juda xosdir. Shu narsaga e'tibor berish lozimki, bo'oilish chalqancha yotganda paydo bo'ladi, chap va O'ng tomonga qarab yotganda kuzatilmaydi. Barcha psixogen buzilishlar singari psixogen bo'oilishlar ham ko'pincha kechasi va tunda kuzatiladi. Bizning nazoratda turgan bir bemor «tunda doimo bo'oilib uyo'onib ketsam, chalqancha yotgan bo'laman, shuning uchun uxlamoqchi bo'lsam, yonboshlab, devorga suyanib yotib olaman», degan edi.

Xuddi affektiv-nevrotik buzilishlarning boshqa simptomlari kabi nafas olishning buzilishlari ham unga e'tibor ortiqcha qaratilganda kuzatiladi. Lektor ma'ruza O'qiyotgan paytida talabalarga nafas olishlarini nazorat qilib turishlarini buyurgan. Ikkiuch daqiqadan so'ng kimning nafas olishi qiyinlashganini so'rasa, talabalarining yarmi qO'lini ko'targan. Talabalar nisbatan so'lom guruhga kiradi, demak, bemorlarda bundan ham ko'p ko'rsatkich kuzatilishi tabiiy hol, albatta. Chunonchi, nevrozga chalingan bemorlarning ko'pchiligi O'zida kechayotgan holatlarni doimo nazorat qilib borishadi.

Ipxondriyaga chalingan bemorlarning deyarli barchasi doimiy yoki vaqti-vaqti bilan bo'ladigan nafas etishmovchiligidan shikoyat qiladi. Shuning uchun ham mutaxassislar nafas etishmovchiligini ipoxondriyaning asosiy belgisi deb hisoblashgan. «BO'oilib qolish, nafas yo'llariga biror narsa tiqilib qolgandek bo'lishi va nafas olish juda oo'ir ekanligi» dan shikoyat qilish, ayniqsa, yosh bemorlar orasida ko'p kuzatiladi. Mabodo, bu belgilar xurujsimon bo'lsa, ba'zi hollarda bemorlarga «bronxial astma» tashxisi qO'yiladi.

Quyidagi voqea bunga yaqqol misol bo'la oladi. Bizga 20 yashar yigitni ko'rsatishdi. U allergologiya bo'limida «bronxial astma» tashxisi bilan davolanib kelardi. Bemor juda ozib ketgan, har 30 daqiqada qO'lidagi berotekni oo'ziga sepib nafas olishini osonlashtirardi. BO'oilishning har 30 daqiqadan so'ng paydo bo'lib turishi bizning e'tiborimizni tortdi va qO'yilgan tashxisga shubha uyo'otdi. Bemorning tibbiy anamnezi bilan birga, psixologik anamnezi ham O'rganib chiqildi va bo'oilish xurujlari psixogen xususiyatga ega ekanligi aniqlandi.

Bemor bolalik davridan nimjon bo'lib, tez-tez kasalga chalinib turgan. Oilada yagona farzand bo'lganligi uchun ota-onasi har bir xarxashasiga ko'nikib, bajarib kelishgan. Asabi buzilsa, nafasi bo'oilgani uchun unga psixonevrologik statusi tekshirilmay «astma» tashxisi qO'yilib, shu paytgacha davolab kelingan. Borib-borib, xurujlarni oddiy dorilar bilan to'xtatish qiyinlashadi va bemorga gormonal dorilar (berotek) tavsiya qilinadi. Lekin bu dorini ham bemor doimo ishlatmagan (ba'zan oylab). Bemor yana bir bor tajribali allergologga ko'rsatildi va «bronxial astma» tashxisi inkor qilindi.

Bemorning psixologik statusini yaxshilab O'rganib chiqqanimizdan so'ng psixoterapiyada keng tarqalgan «stress terapiya» usulini qO'llashni ma'qul topdik. Bemorga «berotekka O'rganib qolsa, erkaklik funksiyasi susayishi (bemor yaqinda uylanishi kerak edi) va uylangan taqdirda ham farzand ko'rmasligi mumkinligini, shuning uchun ham bu dorini qanday bo'lmasin, boshqasiga O'zgartirish zarurligini» uqtirdik. Gap shundaki, bemorga berotekni yozgan doktor «Mana shu sening asosiy doring, bu astmaning har qanday turida oo'izga sepgan zahoti bo'oilishni to'xtatadi», deb aytgan. Bu erda shu narsani alohida ta'kidlash lozimki, bo'oilishni berotekning kuchi emas, balki doktor aytgan so'zlar («senga faqat shu dori yordam beradi») to'xtatgan.

Bemor bilan umumiy til topishgandan so'ng berotekni boshqa doriga O'zgartirishga uni ko'ndirdik va maxsus dorini oo'izga sepsa bo'ladigan idish topib, ichiga hech qanday ta'sirga ega bo'lmagan eritma quydik. Bemorda har yarim soatda xuruj bo'lib turishini e'tiborga olib, yonimizda ikki soatga olib qoldik (tekshirish poliklinikada O'tkazilayotgandi). Bemorda ikki soat ichida to'rt marta «astma» xurujlari kuzatildi va biz tavsiya etgan «dori» bilan to'xtatildi. Shu yo'sinda astmaning psixogen xususiyatga ega ekanligi yana bir bor tasdiqlandi.

Endigi muammo bu dorini ham qO'llamaydigan qilish va bemorning fikridan «astma» so'zini umuman olib tashlash edi. Birikki kundan so'ng uni qabulga chaqirib hol-ahvol so'radik. U O'zini juda yaxshi his qilayotganini va bu dorining nomini so'radi. Biz bu «tadqiqotimiz»ni uzoq davom ettirib bo'lmashligini, bemor hamma sirdan voqif



bO'lib qolsa, soo'lio'iga tuzatib bO'lmas putur etkazib qO'yishimiz mumkinligini angladik. Bemorga dorini yana bir hafta ishlatish kerakligini, sO'ng xuruj paytida tilning tagiga tashlab sO'riladigan tabletka berishimizni aytdik. Shuningdek, bu dorining afzalliklari kO'pligini, ya'ni yarim soat emas, dastlabki kuni bir soat, keyingi kuni ikki soat, qolgan kunlari esa faqat kuniga uch mahal ishlatsa ham bO'lishini tushuntirdik. Bemor bizning har bir gapimizni yaxshilab tinglab, tavsiyalarimizga albatta amal qilishini aytdi. Natija O'ylaganimizdek bO'lib chiqdi. Keyinchalik bemor butunlay «astma» kasalidan xalos bO'ldi.

Ba'zan shunday hodisalar bO'ladi, bemorda bO'o'ilish aniq bir sharoitda yuzaga keladi. Bunday paytlarda sharoitni O'zgartirish bO'o'ilishni kamaytiradi yoki butunlay yO'qotadi. Xorazm viloyatidan bizga bir yosh kelinni maslahatga olib kelishdi. Bemor turmushga chiqqanidan sO'ng uyida turmush O'rtoo'i bilan kelishmay doimo janjal chiqib turadi. Janjal avjiga chiqqanda yosh er-xotinlar birbirini bO'o'ishgacha borishgan. Borib-borib, yosh kelinda turmush O'rtoo'i ishdan qaytganidan sO'ng bO'o'ilish xurujlari paydo bO'ladigan va tinchlantiradigan dori ichmaguncha (faqat seduksen, uning analogi bO'lgan sibazon, diazepam bersa, foyda bermaydi) yoki turmush O'rtoo'i uydan chiqib ketmaguncha bO'o'ilish O'tib ketmaydi. Bemor barcha davolash usullaridan foydalangan (shu jumladan, platseboterapiya, psixoterapiya). Shuning uchun har qanday yangi taklif etilgan usuldan bosh tortar edi. Bemor yoz oylarida tekshirilayotgan edi. Bemorga onasi bilan bir oyga daryo bO'yiga borishi, dorilarni esa uyga tashlab ketishi zarurligi aytili. Bu taklifimiz unga ma'qul tushdi. Ona va qiz daryo bO'yidagi uylardan birida ijarada yashay boshlashdi.

Oradan bir hafta O'tgach, «bemorning» holidan xabar olgani daryo bO'yiga turmush O'rtoo'i bilan bordik. Bemorda bO'o'ilish xurujlari daryo bO'yiga kelgan kuniyoq tO'xtagan edi. Bemorning turmush O'rtoo'iga rafiqasidan xabar olgani daryo bO'yiga borib turishni tayinladik. Shunisi e'tiborliki, bO'o'ilish xurujlari turmush O'rtoo'ini daryo bO'yida kO'rganda kuzatilmadi. Er-xotinga toza havoda kO'proq bO'lishni, boshqa joylarda sayr qilib turishning ruhiy salomatlik uchun foydasi kattaligini uqtirdik. Bu voqeada bizning e'tiborimizni tortgan narsa platseboterapiya va psixofarmakoterapiyaning yordam bermaganligidir. Haqiqatan ham ilmiy adabiyotlarda ipoxondrik sindromlarda sedativ dorilar hammavaqt ham yordam beravermasligi haqida yozilgan. Ipoxondriyaga olib kelgan asosiy omil yO'qotilmas ekan, uni davolash O'ta mushkul.

Psixogen bO'o'ilishlarning yana bir xususiyati shundan iboratki, bemorlarda doimo chayqalish hissi bO'ladi: ular O'zlarini xuddi transport, lift yoki samolyotda ketayotgandek sezishadi. Bunday bemorlar metroning eskalatoridan tusha olmaydilar. Bizning nazoratda turgan bemor tunda uxlab yotganida, tez-tez xuddi zilzila bO'lgandek, seskanib uyo'onib ketishini aytdi.

Ba'zan psixogen bO'o'ilishlar xuruji tO'satdan, qattiq qO'rquvdan sO'ng boshlanadi va gallyutsinatsiyalar bilan birga kechadi. Bizning institutda O'qiydigan talabalarimizdan biri kechqurun derazaga qarab yotib, qorono'ida nimaningdir aksini kO'radi va qO'rqib ketadi. U kO'zini yumsa, kO'ziga har xil narsalar kO'rina boshlaydi: qora kalxatlar uchib yuradi, hammayoq qorono'i, atrofni faqat qO'rqinchli narsalar O'rab olgan bO'ladi. Buning natijasida nafas ololmay qiynaladi, bO'o'iladi. Biz bemorni bu simptomlar boshlangach, ikki kundan sO'ng kuzatdik (kechasi soat O'nda). Bemor chuqur depressiya holatida bO'lib, bir xil ohangda gapirardi, qattiq qO'rqqani kO'zidan bilinib turardi. U bu voqea xuddi tushida bO'lgandek, mabodo uxlab qolsa, yana shunday yomon tushlar kO'rishdan qO'rqishini aytdi. Bemor trans holatiga tushirildi va quyidagi sO'zlar aytili: «Hozir sen shirin uyquga ketasan, tush kO'rasan, tushingda moviy dengizni kO'rasan, dengizga charaqlagan quyosh nurlari sochilib, uning yuzidagi tomchilar marvariddek tovlanib turadi. Qiro'oq esa bir-biridan gO'zal gullarga burkangan, gullarning ustida rang-barang kapalaklar uchib yuradi. Sen dengizda dugonang bilan chO'milasan, tO'yguningcha suzasan, dengizdan hech chiqqing kelmaydi, suzishdan charchagach, qiro'oqqa chiqib, gullar ustida yotib dam olasan. Atrof gO'zal, birorta qora narsa yO'q. Ertalab engil, xursand bO'lib uyo'onasan va tushingda nimalar kO'rganingni menga aytib berasan». Ertasi kuni ertalab bemorning oldiga yotoqxonaga bordik. Bemor uyo'ongan va O'zini yaxshi his qilardi, lekin uyqusirayotgani kO'zidan sezilib turardi. Biz aytdi manzara bemorning tushida tO'laligicha namoyon bO'lgandi va bu unga katta huzur bO'lishlaganini aytdi berdi. U hatto tushidagi holatning kichik detallarigacha bizga aytdi berdi, O'zini juda ham engil his qilayotganini va yana uxlab, xuddi shunday tush kO'rishni istayotganini aytdi.

Bu mashhur nemis gipnozchisi N. Lefenveldning «tetiklik holatidagi gipnoz» deb ataladigan usuli bO'lib, bu bemorni davolashda biz undan foydalandik. Xonada bemorning O'zidan tashqari, otasi va talabalar ham bO'lishiga qaramay, uni trans holatiga tushirish juda oson kechdi. Hattoki, unga qanday tush kO'rishi kerakligi haqidagi sO'zlar bir marta aytili, xolos. Ma'lumki, chuqur depressiya paytida trans va gipnozga tushirish oson kechadi.

Psixogen bO'o'ilishlar, kO'pincha, quruq yO'tal bilan kechadi. «YO'tal shu darajada uzoq davom etadiki, - deb yozgan edi J.M.Sharko (1888), - bemor kun bO'yi tinmaydi, faqat ovqat eb olish uchungina yO'talmay turadi, xolos». Psixogen yO'tal quruq bO'ladi va balo'am ajralib chiqmaydi. Bunday paytlarda bemorning ovozi xirillab qoladi, gapira olmaydi. Biroz suhbatdan sO'ng uning ovozi yana ochilib, astasekin qanday kasal bO'lganini sO'zlay boshlaydi.

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

Oshqozon-ichak sistemasining psixogen buzilishlari

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

Hozirgi davrda O'tkir va surunkali asab buzilishlaridan sO'ng rivojlanadigan oshqozon-ichak sohasidagi buzilishlarga ta'rif berish uchun turli atamalar taklif qilingan: «abdominal ipoxondriya», «abdominal depressiya», «psixogen gastrointestinal sindrom», «somatogen depressiya» va hokazo. Lekin shuni alohida ta'kidlash lozimki, agar yurak va nafas olish sistemalarining psixogen buzilishlarida bemorlar nisbatan nevropatologga kO'proq murojaat qilishsa, oshqozon-ichak kasalliklari tO'o'risida bunday xulosa qilish juda qiyin. Negaki, aksariyat bemorlar (hatto doktorlar ham) oshqozon-ichak sistemasi faoliyati buzilganda nevropatolog yoki psixologga murojaat qilishmaydi. Buni tushunish mumkin, albatta, chunki odamlarning tasavvurida «oshqozon miyadan uzoqda joylashgan va ularning bir-biriga aloqasi yo'q». O'tgan asrning boshlarida mashhur nevrolog olimlardan biri (Shtryumpel A., 1902) «Dispepsiyalarning 70 foizi hissiy zo'riqishga bo'liq», degan edi. Ovqat hazm qilishning funksional buzilishlari, abdominalgiyalar, umumiy holsizlik, ishtahaning pasayishi kabi simptomlar, xuddi bosh oo'rio'i va bosh aylanishi kabi nevrastenianing asosiy simptomlaridir (Silverberg M., 2002).

O'tkir yoki doimiy ruhiy jarohatlar, jinsiy muammolar, qattiq qO'rquv kabi omillar oshqozon-ichak faoliyatining funksional buzilishlariga olib kelishi mumkin. Bunday paytlarda mutaxassislar «gastrointestinal beqarorlik» haqida sO'z yuritishadi. Bu toifa odamlarda ruhiy siqilishlar paytida, albatta, oshqozon-ichak faoliyati buziladi, biroq bosh oo'rio'i, bosh aylanishi, nafas etishmovchiligi kabi simptomlar kuzatilmasligi mumkin. Shuning uchun ham ipoxondriyada O't yo'llari diskineziyasi, doimiy anoreksiya (ular ovqatni qorni ochganda emas, soatga qarab eyishadi), qabziyat yoki diareya kO'p uchraydi. Bu simptomlar bemorning kayfiyatiga qarab, goh kuchayib, goh pasayib turadi. Aynan ana shu bemorlar terapevtik muolajalar uzoq vaqt yordam bermaganligidan tabiblariga murojaat qilishadi. Bemorlarning tabiblar va antiqa davolash usullariga bO'lgan qiziqishi sabablarini biz «Deontologiya» bO'limida yoritganmiz.

Psixogen anoreksiya va shu kabi boshqa simptomlar

Psixogen anoreksiya atamasi 1868 yili V. Gull tomonidan taklif qilingan. Ishtahaning kayfiyatga o'oyat bo'liqligi shubhasizdir. «Kecha ovqatni ishtaha bilan tanovul qiluvdim», «Bugun kayfiyatim buzildi, hech narsa egim kelmayapti» kabi iboralarni teztez eshitib turamiz. Statistik ma'lumotlarga kO'ra, melanxoliyalar va siklotimiyalarda anoreksiya 40 foiz bemorlarda kuzatilarkan. Ishtahaning pasayishi ularda ta'm va hid bilishning buzilishi bilan kechadi («Bu ovqatning umuman mazasini sezmayapman, hidi ham yomon»). Agar bemor O'ziga yoqmagan ovqatni esa (u sifatli bO'lishidan qat'i nazar), kO'ngli aynib, qusadi, hattoki ichi ketadi. Mabodo, ich ketishi tO'xtamasa va bemorga «ovqatdan zaharlanish» yoki «dizenteriya» tashxisi qO'yilsa, unda yuqorida qayd qilingan belgilar uzoq vaqt davom etadi.

Ba'zan bemorlarda ishtahaning kuchayib ketishi (bulimiya) kuzatiladi. Somatik depressiyaga uchragan bemorlar ba'zan ovqatni juda kO'p iste'mol qilishadi, lekin qornilari tO'rganini bilishmaydi. Bir bemorning bir buxanka non, bir lagan osh va uch choynak choy ichib tO'ymaganining guvohi bO'lganmiz. U «Oshqozonim chO'zilib ketgan bO'lsa kerak», deb terapevt va jarrohlarga maslahatga boradi, paraklinik va laborator tekshirishlardan O'tadi. Bemorda organik kasallik aniqlanmaydi va u psixonevrologga maslahatga yuboriladi.

Bemordagi bu holat oilaviy mojarolardan sO'ng paydo bO'lgan

(umr yo'ldoshi unga xiyonat qilgan). Psixogen simptomlar rivojlanishi bilan tashqi salbiy ta'sir orasida mantiqiy bo'lanishni kuzatish mumkin. Masalan, bemorning rafiqasini O'zining choyxonadagi ulfatdoshi «yo'ldan» urgan.

Bulimiya va polifagiya (kO'p suyuqlik ichish) mexanizmini tO'yish hissining yo'qolishi bilan tushuntirish mumkin. Bu markazlar gipotalamusda joylashgan bO'lib, u erdagi maxsus neyronlar «oshqozon ovqatga tO'lganligi» tO'o'risidagi ma'lumotni olmaguncha bemor O'zini tO'ygandek his qilmaydi. Ipoxondriya va depressiv sindromlarda aynan mana shu murakkab mexanizm buziladi. Qanday qilib biz och qolganimizni sezamiz? Organizmda ovqat resurslari kamayganda, dastlab qonda qand miqdori kamayadi va darrov bu haqdagi signal gipotalamusda joylashgan maxsus retseptorlarga borib tushadi. Bosh miya buning asosida «ovqatlanish kerak» degan qarorni qabul qiladi. Bu topshiriq bajarilmasa nima bO'ladi? Gipotalamus yadrolari och qolganligimiz tO'o'risidagi signallarni ma'lum vaqtgacha qabul qiladi (masalan, yarim soat, bir soat). Undan sO'ng miya «organizmni asrash tO'o'risida qaror qabul qiladi», ya'ni birinchi bO'lib jigar va mushaklarda tO'planib yotgan glikogen parchalanib, glyukoza, suv va energiyaga aylanadi. Glyukoza qonga tushib, ochlik hissini kamaytiradi yoki yo'qotadi. Shuning uchun ham biroz kutsak, bu holat O'tib ketadi.

Nevrozga chalingan bemorlarning aksariyati shirinlikka (ayniqsa, shokoladga, chunki uning tarkibida asabni tetiklashtiruvchi moddalar kO'p bO'ladi), muzqaymoq va shirin ta'mli ichimliklar (kola, fanta va sprayt) ga O'ch bO'lishadi. Tarkibida uglevodi bor oziq-ovqatlar ochlikni tez qondiradi, shuning uchun ham ba'zi bemorlar (soo' odamlar ham), odatda ovqatlangandan sO'ng shirinlik iste'mol qilishadi.

Vaqtida tartib bilan ovqatlanish nafaqat oshqozon-ichak kasalliklarining, balki asab buzilishlarining ham oldini oladi. Ipoxondrik nevrozlarda tez-tez uchrab turadigan yana bir belgi kO'ngil aynishi va qusishdir. Hissiy qO'zo'aluvchan bemorlarda bu simptomlarni keltirib chiqarish juda osondir. Juda kO'p hollarda kO'ngil aynish, qusish va jio'ildon qaynashi birgalikda uchraydi.

## 1.2. 3-mavzu: Nevroz va depressiya

### Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1. Mavzu buyicha ukuv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun takdimot slaydlarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ruyxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (5 daqiqa)	Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi	Tinglaydilar
2 - asosiy Bosqich (70 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydlar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi	Tinglaydilar Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (5 daqiqa)	Yakunlovchi xulosa qiladi	Tinglaydi

Depressiya bugungi kun va kelajakka ishonchsizlik bilan qarash, doimo past kayfiyatda bo'lish, horo'inlik, biror faoliyatga intilmaslik va fikrlashning sustlashuvidir.

Albatta, fikrlashning sustlashuvi oo'ir depressiv holatlar uchun xosdir. KO'rib turganingizdek, depressiya insondagi barcha ijobiy faoliyatni yo'qqa chiqaradi yoki susaytirib yuboradi. Bunda bemorlar atrofdagilarga befarq, kamgap, ma'yus bo'lib qoladilar, ko'pincha ko'z yoshi qiladilar. Ularga hamma narsa qayo'uli bo'lib tuyuladi. Ular olamga go'yo qora ko'zoynak taqqan holda qaraydilar. Depressiya haqida XIII bobda batafsil to'xtalamiz.

Oo'ir kechuvchi kasalliklarda bemorlar uzoq vaqt davom etadigan tushkunlikka tushib, ovqat eyishdan bosh tortishadi, O'z joniga (ayniqsa, O'smirlar orasida) qasd qilishga urinadilar. Ba'zan buning uchun arzimagan sabab turtki bo'ladi. Masalan, ota-onasi uning xohlagan kiyim-kechagini sotib olib bermasa, diskotekaga ruxsat bermasa yoki sevgan kishisi bilan uchrashgani qO'ymasa va hokazo.

Umuman olganda, O'smirni qattiq nazoratga olish oo'ir oqibatlariga olib kelishi mumkin. Ota-ona, ayniqsa, 14-17 yoshdagi farzandlariga ehtiyotkorlik bilan muomala qilishi, nazoratni tergovga aylantirib yubormasligi kerak. Buni Rossiyada O'smirlar orasida bo'lib O'tgan birikkita O'z joniga qasd qilishlarning sababi misolida ko'rib O'tamiz. Barcha yoshlarning sevimli estrada qO'shiqchilari Viktor Soy va Igor Sorin hayotdan ko'z yumganlaridan so'ng Rossiya yoshlari orasida joniga qasd qilish hollari kuzatilgan. Ular, ayniqsa, 15-17 yoshli O'smirlar edi. Igor Sorin O'zi yashaydigan uyning 6-qavatidan sakrab O'ladi. Biroz vaqt O'tgach, 15 yoshga hali to'lmagan qiz dugonasi bilan birga 9-qavatning tomiga chiqib, erga sakrashadi va jon berishadi. Ularning yon daftarlarida shunday misralar bitilgan edi: «Igor! Bizga sensiz hayotning ne keragi bor? Biz ham sening ortingdan, bao'ringga, yulduzlarga ravona bo'lamiz! Bizni kechiringlar!»

Nima uchun O'z joniga qasd qilishadi? O'z joniga qasd qilishni shartli ravishda 3 turga ajratish mumkin: haqiqiy, yashirin va tantanavor. Haqiqiy suiqaqd hech qachon to'satdan bo'lmaydi. Unga doimo yomon kayfiyat, depressiya hamroh bo'ladi. Bunday shaxslar tez-tez hayotning mantio'iga murojaat qilib turishadi. O'smirlar suiqaqdning bu turiga javobsiz sevgi yoki yorining bevafoolidan murojaat qilishsa, qariyalar farzandlaridan keskin xafa bo'lgan paytlarida O'limning ushbu turini tanlashadi. Odam O'zining muammolariga boshqalarning e'tiborini qaratmoqchi bo'lsa, O'z joniga qasd qilishning yashirin turini tanlaydi. Yashirin suiqaqd to'satdan amalga oshiriladi. Buni hech kim bilmay qoladi. Suiqaqdning bu turi turli yoshda uchrashi mumkin. Tantavor tarzda hayotdan ko'z yumuvchilar O'smirlar orasida ko'p uchraydi. Bunga misol, yuqorida keltirganimizdek, sevimli qO'shiqchisi olamdan O'tgach, O'z joniga qasd qilgan qizlardir.

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

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

qaramaydi ham, hech kim senga achinmaydi ham, yur ketdik».

Affekt - bu tO'satdan paydo bo'ladigan, qisqa muddat davom etuvchi hissiy portlashdir. Fiziologik va patologik affektlar farq qilinadi. Masalan, farzandidan judo bo'lib, chinqirib yio'lagan, sochini yulgan onaizorda fiziologik affekt alomatlarini ko'ramiz. Fiziologik affekt paytida odam O'z ahvolini anglab turadi yoki qisman nazoratni yo'qotadi.

Patologik affekt paytida odam O'zini boshqara olmay qoladi va bemalol birovning (O'zining ham) joniga qasd qilib qO'yadi. Qahro'azab, rashk, ajablanish va xursandchilik affektlari farq qilinadi. Patologik affektda ongning torayishi sababli qisman yoki tO'la amneziya ham kuzatiladi. Shuning uchun ham affekt paytida odam nima qilganini eslay olmaydi (bunga misol keltirib O'tdik). Patologik affekt maniakal - depressiv sindrom va epilepsiyada yaqqol namoyon bo'ladi.

Apatiya - hissiy befarqlik holati bo'lib, barcha narsa va hodisalarga bemor O'ta e'tiborsizlik bilan qaraydi. Ba'zan ularda butunlay harakatsizlik kuzatiladi, ya'ni O'tirgan joylaridan sira qO'zo'lmaydilar. Apatiyaning bu turi shizofreniyada, keksalarda va bosh miya O'smalarining ba'zi turlarida yaqqol ko'zga tashlanadi.

Maniakal holat - O'z-O'zini va imkoniyatlarini ortiqcha baholashga aloqador bo'lgan holat. Bemorlar askiya qilishga moyil bo'ladi. Ular bo'lar-bo'lmasga hazil-huzul qilishadi, mazax qilib birovning ustidan kulishadi, ashula aytish va raqsga tushishni yaxshi ko'rishadi, faol harakat qilishga intilishadi, ammo bu harakatlar tartibsiz bo'ladi. Maniakal kayfiyat, ayniqsa, qator xastaliklar orasida maniakal-depressiv psixozda yaqqol kuzatiladi.

Depressiya bugungi kun va kelajakka ishonchsizlik bilan qarash, doimo past kayfiyatda bo'lish, horo'inlik, biror faoliyatga intilmaslik va fikrlashning sustlashuvidir.

Albatta, fikrlashning sustlashuvi oo'ir depressiv holatlar uchun xosdir. KO'rib turganingizdek, depressiya insondagi barcha ijobiy faoliyatni yo'qqa chiqaradi yoki susaytirib yuboradi. Bunda bemorlar atrofdagilarga befarq, kamgap, ma'yus bo'lib qoladilar, ko'pincha ko'z yoshi qiladilar. Ularga hamma narsa qayo'uli bo'lib tuyuladi. Ular olamga gO'yo qora ko'zoynak taqqan holda qaraydilar. Depressiya haqida XIII bobda batafsil tO'xtalamiz.

Oo'ir kechuvchi kasalliklarda bemorlar uzoq vaqt davom etadigan tushkunlikka tushib, ovqat eyishdan bosh tortishadi, O'z joniga (ayniqsa, O'smirlar orasida) qasd qilishga urinadilar. Ba'zan buning uchun arzimagan sabab turtki bo'ladi. Masalan, ota-onasi uning xohlagan kiyim-kechagini sotib olib bermasa, diskotekaga ruxsat bermasa yoki sevgan kishisi bilan uchrashgani qO'ymasa va hokazo.

Umuman olganda, O'smirni qattiq nazoratga olish oo'ir oqibatlariga olib kelishi mumkin. Ota-ona, ayniqsa, 14-17 yoshdagi farzandlariga ehtiyotkorlik bilan muomala qilishi, nazoratni tergovga aylantirib yubormasligi kerak. Buni Rossiyada O'smirlar orasida bo'lib O'tgan birikkita O'z joniga qasd qilishlarning sababi misolida ko'rib O'tamiz. Barcha yoshlarning sevimli estrada qO'shiqchilari Viktor Soy va Igor Sorin hayotdan ko'z yumganlaridan so'ng Rossiya yoshlari orasida joniga qasd qilish hollari kuzatilgan. Ular, ayniqsa, 15-17 yoshli O'smirlar edi. Igor Sorin O'zi yashaydigan uyning 6-qavatidan sakrab O'ladi. Biroz vaqt O'tgach, 15 yoshga hali tO'lmagan qiz dugonasi bilan birga 9-qavatning tomiga chiqib, erga sakrashadi va jon berishadi. Ularning yon daftarlarida shunday misralar bitilgan edi: «Igor! Bizga sensiz hayotning ne keragi bor? Biz ham sening ortingdan, bao'ringga, yulduzlarga ravona bo'lamiz! Bizni kechiringlar!»

Nima uchun O'z joniga qasd qilishadi? O'z joniga qasd qilishni shartli ravishda 3 turga ajratish mumkin: haqiqiy, yashirin va tantanavor. Haqiqiy suiqasd hech qachon tO'satdan bo'lmaydi. Unga doimo yomon kayfiyat, depressiya hamroh bo'ladi. Bunday shaxslar tez-tez hayotning mantio'iga murojaat qilib turishadi. O'smirlar suiqasdning bu turiga javobsiz sevgi yoki yorining bevafoolidan murojaat qilishsa, qariyalar farzandlaridan keskin xafa bo'lgan paytlarida O'limning ushbu turini tanlashadi. Odam O'zining muammolariga boshqalarning e'tiborini qaratmoqchi bo'lsa, O'z joniga qasd qilishning yashirin turini tanlaydi. Yashirin suiqasd tO'satdan amalga oshiriladi. Buni hech kim bilmay qoladi. Suiqasdning bu turi turli yoshda uchrashi mumkin. Tantavor tarzda hayotdan ko'z yumuvchilar O'smirlar orasida ko'p uchraydi. Bunga misol, yuqorida keltirganimizdek, sevimli qO'shiqchisi olamdan O'tgach, O'z joniga qasd qilgan qizlardir.

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

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

Affekt - bu tO'satdan paydo bo'ladigan, qisqa muddat davom etuvchi hissiy portlashdir. Fiziologik va patologik affektlar farq qilinadi. Masalan, farzandidan judo bo'lib, chinqirib yio'lagan, sochini yulgan onaizorda fiziologik affekt alomatlarini ko'ramiz. Fiziologik affekt paytida odam O'z ahvolini anglab turadi yoki qisman

nazoratni yo'qotadi.

Patologik affekt paytida odam o'zini boshqara olmay qoladi va bemalol birovning (o'zining ham) joniga qasd qilib qo'yadi. Qahro'azab, rashk, ajablanish va xursandchilik affektlari farq qilinadi. Patologik affektida ongning torayishi sababli qisman yoki to'la amneziya ham kuzatiladi. Shuning uchun ham affekt paytida odam nima qilganini eslay olmaydi (bunga misol keltirib o'tdik). Patologik affekt maniakal - depressiv sindrom va epilepsiyada yaqqol namoyon bo'ladi.

Apatiya - hissiy befarqlik holati bo'lib, barcha narsa va hodisalarga bemor o'ta e'tiborsizlik bilan qaraydi. Ba'zan ularda butunlay harakatsizlik kuzatiladi, ya'ni o'tirgan joylaridan sira qo'zo'lmaydilar. Apatiyaning bu turi shizofreniyada, keksalarda va bosh miya o'smalarining ba'zi turlarida yaqqol ko'zga tashlanadi.

Maniakal holat - o'z-o'zini va imkoniyatlarini ortiqcha baholashga aloqador bo'lgan holat. Bemorlar askiya qilishga moyil bo'ladi. Ular bo'lar-bo'lmasga hazil-huzul qilishadi, mazax qilib birovning ustidan kulishadi, ashula aytish va raqsga tushishni yaxshi ko'rishadi, faol harakat qilishga intilishadi, ammo bu harakatlar tartibsiz bo'ladi. Maniakal kayfiyat, ayniqsa, qator xastaliklar orasida maniakal-depressiv psixozda yaqqol kuzatiladi.

**DEPRESSIV SINDROM** (depressiya, melanxoliya, gipotimiya).

Depressiv sindromning tipik ko'rinishi 3ta simptomlar yig'indisidan iborat (uchlik):

1. Kayfiyat pasayishi
2. Fikrlash qobiliyati susayishi
3. Xarakterlanish jarayoni to'xtab yoki sekinlashib qolishi.

Kayfiyatning nihoyatda pasayib ketishi, chuqur qayg'u, tushkunlikning paydo bo'lishi, xuddi biror bir noxush hodisa, baxtsizlik sodir bo'lishi mumkinday sezgining yuzaga kelishi, ko'krakda, yurakda bemorga qiynoq sikilish sezgisini, og'irlik kabi tuyg'ularning sezish holati kuzatiladi.

Bemor o'tgan davrdagi hamda ayni paytdagi hodisa va voqyealarga salbiy baho berishi bilan bir qatorda, kelajakka ham, tushkunlikka tushib qaraydi. Bemorda o'z-o'zini kamsitish, keraksizlik, o'z kuchiga ishonchsizlik bilan qarash hissi paydo bo'ladi. Unda o'z joniga suikasd kilish fikri paydo bo'ladi va ba'zi hollarda bu fikrlar amalga oshiriladi. Barcha ruhiy jarayonlarning pasayishi bilan bir qatorda qiziqishlarning susayishi, ishtahaning yo'qolishi, uyquning buzilishi, ich qotib qolishi, ozib ketishi, soch to'kilishi, tomir urishining susayishi, hayz davrining buzilishi kabi belgilar kuzatiladi. Depressiyaga xos vegetativ belgilardan biri Protopov sindromi bo'lib, taxikardiya, ko'z qorachig'ining kattalashishi, spastik ich qotish kabi simptomlardan iborat.

Fikrlashning sekinlashuvi, tovushning pastlashuvi va so'zlashishning sekinlashishi, savollarga javobning ma'lum tanaffusdan keyin bo'lishi namoyon bo'ladi. Bemorning harakatlari susaygan, ba'zan esa butunlay to'xtagan bo'lib, bemor yetadi, o'z-o'zini boshqara olmaydi, qotib qoladi va to'liq harakatsizlik, depressiv stupor yuzaga keladi. Bemorlarda depressiv mimika va holat kuzatiladi: egilgan holat, yelkalar osilgan, yuzning qayg'uli ko'rinishi kuzatiladi.

G'amgin kayfiyatning oshishi natijasida maxsus holat, ya'ni qiynovchi qotillik, hamma sezgilarning yukolishi, ichki bumbushlik xissiga olib keladi. Bu xolat ruhiy qalb anesteziyasi deyiladi. Bunda bemorlar toshday qotib, fikrlay olmasliklaridan shikoyat qiladilar. Buning mazmuni shundan iboratki, bemorlar g'am chekishi yo'qolib, og'ir befarqlikdan shikoyat qiladilar va o'zlariga avval xos bo'lgan kuyinish, hayajonlanish hislarining yo'qolganligi haqida qayg'urishadi. Ularda o'z yaqin kishilarining g'am-alam va xursandchiliklariga sirdan qarash hech qanday his uyg'otmaydi. Bunday bemorlar bu holatning o'z kasalliklari bilan bog'liq ekanligini yaxshi tushunishadi.

Depressiv holati tez orada juda yuqori darajaga yetishi mumkin, bunda bemorlarda harakat buzilishlari: vahima, qo'rquv, o'zini u yoqdan bu yoqqa urish, o'z qo'llarini sindirish, ingrash vujudga keladi. Bemorlar og'ir sezgilar: baxtsizlik, falokat, yaqinlarining o'limi, ag'dar-to'ntarlarni sezganday bo'lishadi. Bu holatga depressiv affektning portlashi-melanxolik raptus deyiladi. Bunday hollarda bemorlar tez-tez suitsidal urinishlar qilishadi. Depressiyaning bu shakli involyutsion va tomir psixozlarida uchraydi. Depressiv holatlarga kun davomida depressiyaning o'zgarib turishi, kechga yaqin kayfiyat va ahvolning biroz yaxshilanishi xos.

Kelib chikishi jihatidan depressiyalar:

- psixogen depressiya
- endogen depressiya
- somatik depressiyalarga ajratiladi.

Depressiv sindrom ruhiy buzilishlarda ko'p uchraydigan holat. Psixopatologik tuzilishi, o'tkirlik darajasi, davomlilik, davo topish jihatiga ko'ra depressiyaning turli xil klinik ko'rinishlari mavjud.

**ADINAMIK DEPRESSIYA**-bu holatda bo'shanglik, apatiya, intilishlarning susayishi, umumiy hayotiy qiziqishning pasayishi kuzatiladi.

**BEZOVTALANISH BILAN BORADIGAN DEPRESSIYA**- chuqur darajadagi hayajon bemorning harakat qo'zg'alishi bilan davom etadi. Xarakterdagi depressiyaning yuqori nuqtasi, avji melanxolik raptus deb ataladi. Ayni shu davrda bemorlar o'z jonlariga qasd kilishlari mumkin.

**ANESTETIK DEPRESSIYA** - ruxiy anesteziya holati kuchayib boradi. Natijada bemorga nihoyatda kuchli azob beruvchi hissiy behislik xolati paydo bo'ladi. Ichki bo'shliq, emotsiya, yaqin kishilarga nisbatan mehr-muhabbatning yo'qligi bemorga azob beradi. Atrofni emotsional qabul qilish ham butunlay yo'qolib ketadi.

**NIQOBLANGAN (MASKIROVKA QILINGAN)** yashirin, somatogenlashgan depressiya - atipik depressiya. Bunday holat barqaror bosh og'rig'i, yurak sohasidagi og'riklar, oshkozon-ichak yuli faoliyatining

buzilishlari, tananing turli soxalarida noxush sezgilar, uyquning buzilishi, erkaklarda jinsiy ojizlik, ayollarda frigidlik, arterial bosimning o'zgarishi, bronxial spazm, diensefal paroksizm belgilari bilan namoyon bo'ladi. Bunda sust kayfiyat - subdepressiya ko'rinishida bo'lib, bu holat yuqoridagi somatovegetativ kasalliklar bilan niqoblanadi. Bu holatlarni haqiqiy somatik kasalliklar yo'qligi, antidepressantlar bilan davolashning ta'sirchanligiga asoslanib depressiv sindrom deb tashxis qo'yish mumkin.

Depressiv sindrom:

Simptomlarining uchligi bilan xarakterlanadi:

tushkun kayfiyat;

assotsiativ protsessining temp buyicha sekinlashishi;

xarakterning tormozlanishi;

Bemolarning tashki ko'rinishlari: o'z yoshiga nisbatan katta ko'rindilar, ivirsigan, sochlari va tirnoklari sinuvchan, teri qoplamalari yer rangiday yoki rangsiz, yelkalari egilgan, boshi ko'krakka egilgan, qo'llari tovonga quyilgan, suhbatga qiyin kirishimli, berilgan savollarga ma'lum vaqt o'tgandan so'ng javob beradi, ovozi hissiy bo'yoksiz, kayfiyati tushkun, g'amgin, doim xayotiy g'amga shikoyat qiladi. Bemor yig'lamsiragan, o'ziga qasd qilish fikrlarini aytadi, o'ta passiv buladi. Bemorning uyqusi buzilgan, vahimali, qo'rqinchli tushlarni ko'radi yoki bemor umuman uxlamaydi.

Depressiv sindromga bir necha simptom xarakterli:

1. "Omega simptomi" - bemorning qovog'i solingan;

2. "Vera-Gud burmasi simptomi" - bemor qovog'ining tashqaridagi uchdan biri solingan yoki osilgan.

Depressiv sindromning turlari:

Apatik sindrom;

Depressiv-vasvasali sindrom - o'zini ayblash va o'zini xo'rlash vasvasasi;

Depressiv-gallyutsinatorli sindrom;

Ipxondrik depressiya - bemor o'zini tuzal olmaydigan kasallik bilan xastalanganman deb hisoblaydi.

Ajitirlashgan depressiya;

Nikoblangan depressiya-bu depressiya ruxiy simptomatika bilan emas, balki somato-vegetativ buzilishlar bilan kuzatiladi, ya'ni bu depressiyada kuchli somato-vegetativ poydevori buladi. Shikoyatlar somatik xulqini olib borishadi.

Affektiv sindromlarda kuzatiladigan somato-vegetativ buzilishlar

(Protopopov uchligi):

taxikardiya;

ko'z qorachig'ining kattalanishi;

qabziyat.

Bular ruhiy kasalliklarning oldini olish, ya'ni odamlarning ruhiy salomatligini saqlash va mustahkamlash bo'yicha tadbirlar ishlab chiqadigan fanlar hisoblanadi. Bu chora-tadbirlarni ishlab chiqish masalalari, tashqi muhitdagi juda behisob omillarning kishi organizmiga ta'sirini o'rganishga asoslangan.

Odamning hayoti ijtimoiy-foydali faoliyatida, mehnatda o'tadi. Binobarin, kishi salomatligiga ijtimoiy foydali faoliyat va mehnatning ta'sirini o'rganish psixogigiena-ning asosiy vazifalaridan biridir. Mehnat faoliyati to'g'ri tashkil etilganda odamning butun qobiliyati to'laligicha yuzaga chiqadi, mehnat sog'liq va baxt garovi bo'lib qoladi. Mehnat rejimi noto'g'ri tashkil qilinganda ortiqcha charchash, nerv sistemasining holdan toyishi, turli xil noqulay sharoitlar ta'siri ostida organizm chidamining pasayishi ro'y be-rishi mumkin, mehnat va dam olishni bir me'yorda olib bo-rish muhim psixogigienik ahamiyat kasb etadi.

Psixoprofilaktika va psixogigiena uzoq davrlardan buyon mavjud bo'lib, ularning negizlari eski tibbiy adabiyotlarda bayon etilgan. Fransuz olimlari Eskirol', Morel', zamonaviy klinik psixiatriyaning asoschisi Krepelin psixogigiena va psixoprofilaktikaning rivojlanishiga ko'p hissa qo'shganlar. Shveysar psixiatri Forel' ishlikbozlikning zarari to'g'risidagi ta'limotini birinchilardan bo'lib asoslab bergan. Rossiyada psixogigiena va psixoprofilaktika muammolari bilan I. P. Merjeevskiy, I. A. Sikorskiy, so'ngra S. S. Korsakov, V. M. Bexterev, O'zbekiston Respublikasida professorlar X. O. Olimov, I. Xo'jaeva, Sh. A. Murtalibov, A. U. Shoyusupova, M. G. Gulomov va boshqalar shug'ullanganlar. Sog'lom psixika (ruhiyat)ni tarbiyalash psixogigiena va psixoprofilaktika fanlarining muhim vazifasi hisoblanadi. Psixogigienaning quyidagi bo'limlari mavjud: 1) YOshga oid psixogigiena; 2) Mehnat va ta'lim psixogigienasi, 3) Turmush psixogigienasi, 4) Oila va jinsiy hayot psixogigienasi, 5) Jamoa hayoti psixogigienasi.

YOshGA OID PSIXOGIGIENA Bolaning ruhiy jihatdan sog'lom bo'lishi to'g'risida g'amxo'rlikni u hali onaning qornida bo'lgan davrdan boshlash kerak (homiladorlik davrida ona barcha gigiena ta-lablariga to'g'ri rioya qilishi lozim). Bola tug'ildandan keyin uni ma'lum tartibda, tartib asosida onasining suti bilan boqish, ijobiy odatlar, ko'nikmalar hosil qildirib borish, ota-onasi, aka-ukalari, qarindoshlarini, Vatanini sevish tuyg'ularini singdirib borish muhim ahamiyatga egadir. Unda jamoaga nis-batan hurmat-izzatni tarbiyalash, yomon odatlardan, yo'nalishlardan, oqimlardan ehtiyot qilish, yaxshi xulq va estetik qis-tuyg'ularni singdirish asosiy burchimiz hisoblanadi. Bola

rivojlanib maktab yoshiga etganda unga endi boshqa yo`nalishlar, mavzular tug`risida ma'lumotlar berish, kundalik darslarda beriladigan bilimlar saviyasini oshirib borish lozim.

Balog`atga etish davrida ko`proq e`tiborni mehnat qilishga, kasb tanlashga yo`naltirish kerak.

#### 4-mavzu: Psixoterapiya va psixofarmakoterapiya asoslari

Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1. Mavzu buyicha ukuv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun takdimot slaydlarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ruyxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (5 daqiqa)	Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi	Tinglaydilar
2 - asosiy Bosqich (70 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydlar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi	Tinglaydilar Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (5 daqiqa)	Yakunlovchi xulosa qiladi	Tinglaydi

Ruhiy omildan davolash maqsadida kam, har xil kasalliklarni profilaktika qilish maqsadida ham foydalanish mumkin. Psixoterapiya keng ma'noda olganda vrachning bemorga munosabatlarining ilmga asoslangan tizimidir. Psixoterapiya har xil omillar yig'indisidan tashkil topadi. Gipnoz, bedorlik holatida ta'sir qilish va davolash, bemor shaxsiga ta'sir qilish, oilaga nisbatan sog'lom muhit o'rnatishga yordam beradi. Faqat psixiatr emas, balki har qanday ixtisoslikdagi vrach ham psixoterapiya usullarini puxta bilishi va o'zining kundalik tajribasida ulardan foydalanishi kerak.

Ba'zi hollarda vrach bemorni tinchlantirishi, uning irodasini o'ziga bo'sundirishi kerak. Boshqa hollarda vrachning vazifasi bemorda o'z sog'lig'iga katta ahamiyat berishi kerakligi haqida fikr tug'dirishi kerak.

I. P. Pavlovning fikricha, so'z katta yoshdagi kishining bundan oldingi butun hayoti tufayli miya katta yarimsharlariga keluvchi barcha tashqi va ichki qo'zg'atuvchilar bilan bog'langan bo'ladi, ularning hammasiga signal beradi, ularning hammasini almashtiradi va shu sababli mazkur qo'zg'atuvchilar taqozo qiladigan barcha harakatlarni, organizm reaksiyalarini keltirib chiqarishi mumkin. Psixoterapiya tarixi uzoq asrlarga borib taqaladi. Qadimgi Misrda, Hindistonda, Gretsiyada buni alohida sehrlar deb atashgan, o'rta asrlarda esa jodugarlik, afsungarlik deb atashgan. Ta'sir ko'rsatish va gipnoz hodisalarini muntazam ravishda o'rganish XVIII asrning OHIrlaridan boshlangan.

Psixoterapiyada agar vrach har bir bemorning o'ziga xos ravishda ish tutmasa, uning ruhiyatining biror xususiyati-ni hisobga olmasa, u bemor dardini engillashtirish o'rniga unga zarar etkazib qo'yishi mumkin. Shunday qilib, psixo-terapiya bosh tamoyilining buzilishi - har bir bemorga tegishli munosabatda bo'lmaslik unga jiddiy zarar etkazishi va kasallikning kechishini og'irlashtirishi mumkin. Bunga yo'l qo'ymaslik uchun vrach albatta psixoterapevt bo'lishi ham kerak. Psixoterapevtik ta'sir qilishning eng ko'p tarqalgan usullaridan biri vrach bilan bemorning juda yaqin munosabatda bo'lishidir. Buni har bir tibbiyot xodi-mi bilishi kerak. Bemorning vrach bilan ilk bor uchrashuvi ko'pincha hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ladi. Vrach bemor ishonchini qozonmasa, keyinchalik bunga erishish juda qiyin bo'ladi, bu psixoterapiyaning muvaffaqiyatli chiqishining asosiy shartlaridan sanaladi.

Bemor bilan suhbatlashish, shak-shubhasiz, psixoterapiya-ning etakchi mezonini hisoblanadi. Bemor vrach bilan samimiy suhbatda bo'lsa, dardi engillashtirishdek bo'ladi, tinchlanadi. Bemor vrach bilan suhbatlashganidan so'ng o'zini engil his qilmasa, u vrach emas, degan edi,- olim V. M. Bexterev.

Psixoterapevtik ta'sir qilish choralari orasida ta'sir qilish va o'z-o'ziga ta'sir qilish ko'zga ko'rinarli o'rin tutadi. Ta'sir qilishda bemorga go'yo passiv rol ajratiladi va u vrach gapirayotgan hamma narsalarga ishonadi. Psixoterapiyaning eng ko'p tarqalgan usullaridan biri gipnoz holatida ta'sir qilish hisoblanadi. Gipnoz bosh miya po'stlog'ining tormozlanishidan iborat bo'lib, vrachga bosh miya po'stlog'ining ma'lum nuqtasida mujassamlashgan yig'ma qo'zg'atgichni hosil qilishga imkon beradi.

Gipnoterapiyaning har xil turlaridan foydalanish ayniqsa keng qo'llanilib kelinmoqda. Psixoterapiya metodlari xilma-xildir. Seanslarning davomlilik va tezligi, ta'sir qilishning mazmuni turli sabablarga qarab o'zgartirib boriladi.

Tibbiyot xodimi gipnoterapiya bilan faqat maxsus kurslarda shug'ullanib, tegishli malaka va amaliy bilimga ega bo'lganidan so'ng bu usulni qo'llashi mumkin.

#### MAXSUS PSIXOTERAPEVTIK USLUBLAR haqida UMUMIY MA'LUMOTLAR

Maxsus psixoterapevtik uslublarni vrach amalga oshiradi. Biroq, kasalning psixoterapiyadan oldingi va keyingi holatiga to'g'ri baho beradigan bo'lish uchun o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimi ham psixoterapevtik ta'sirotlarning mohiyatini yaxshi bilib olishi kerak. Psixoterapevtik uslublarning hammasini shartli ravishda ishonitirish,



ishonch hosil qilish va faollashtiruvchi psixoterapiyaga bo'lish mumkin. Bundan tashqari, individual va kollektiv (jamo) psixoterapiyasi tafovut qilinadi.

Ishontirish-bir odamning ikkinchi bir odamga psixologik yo'l bilan o'ziga xos tarzda ta'sir qilishidir. Ishontirishda kasalning ongi bilan intellektidan ham ko'ra ko'proq his-tuyg'ulari va tasavvurlariga ta'sir ko'rsatiladi. Modomiki shunday ekan, ishontirish o'z mohiyati bilan emotsional ta'sir ko'rsatishdir. Ishontirish asosan kasal-ning sezgisi (emotsiyalari) va taassurotiga qaratilgan bo'lgani uchun uni kasal tanqidiy nuqtai nazar bilan qarshi olmaydi va bu hol ta'sirning kasal psixikasiga oson o'tib, ancha mustahkam bo'lib qolishiga hamda uzoq kor qilib turishiga imkon beradi. Fiziologik nuqtai nazardan qaraganda, ishontirish bosh miya po'stlog'ida konsentrlangan (jamlangan) ta'sirlanish o'chog'idir, bu o'choq manfiy induksiya tufayli o'z atrofida tormozlanish zonasini hosil qiladi. Mana shunday zona vujudga kelishi ishonti-rishga alohidalik va mustahkamlik baxsh etadi. Vrach tomonidan davo maqsadlarida ishontirish usulini tatbiq etish davo maqsadida ishontirish deb ataladi.

Gipnoz holatida ishontirish, tabiiy uyqu holatida ishontirish, uxlatadigan yoki narkotik dorilar berilganidan keyin ishontirish (narkogipnoz), oug'oqlik vaqtida ishontirish va o'z-o'zini ishontirish tafovut qilinadi.

Gipnotik holat (gipnoz) - o'yg'oqlik bilan uyquga o'tish orasidagi chala uyqu holatidir. Bosh miya po'stloqining bir qismi tormozlanib, shet ta'sirotlarning idrok etilmasdan qolishiga sabab bo'ladi, bosh miya po'stlog'ining boshqa qismlarida gipnotik fazalar-baravarlashtiruvchi faza, paradoksal, ul'traparadoksal fazalar qaror topadi (bu fazalarning mohiyati fiziologiya kursidan ma'lum). Vrachning ishontirib aytganlari bemor diqqatini chalg'itadigan chet va tanqidiy fikrlarga to'qnash kelmasdan, «engilmas ahamiyat» kasb etadi (I.P.Pavlov).

Kasalni gipnoz qilishning (uxlatib qo'yishning) ko'p-gina usullari bor. Eng muhimlarini keltirib o'tamiz. Odam uxlab ketayotganini tasvirlovchi bir xildagi qisqa jumla-larni bir ohangda takrorlab turish yo'li bilan kasalni uxlatib qo'ysa bo'ladi (so'z bilan uxlatish). Masalan: «Butun a'zoyi badaningiz tin olib, muskullaringiz bo'shshib turibdi. Atrofingiz jimjit. Butun badaningiz yayrab ke-lyapti. Ko'zlaringiz yumilib ketyapti. qo'l va oyoqlaringiz og'ir tortib, juda uyqungiz kelyapti. Fikrlaringiz xira-lashib, chalkashib kelmoqda. Hamma g'am-tashvish va hayajonlar sizni tark etgan. Mudroq bosib, orom olmoqdasiz. Sizni tobora ko'proq... tobora ko'proq uyqu bosmoqda. Uxlay qoling... Uxlay qoling...» So'z bilan uxlatish OHI rida ba'zan 10 yoki 20 gacha sana-ladi (uxlatish formulalari) va vrach 10 gacha (20 gacha) sanaganidan keyin kasal uxlab qoladi deb aytiladi.

Ikkinchi usul kasalga bir ohangdagi tovushlar (metronomning urib turishi, soatning chiqillachi) bilan, yorug'lik ta'sirotlari (ko'k lampochkaning o'chib-yonishi), issiqlik ta'sirotlari bilan (tananing boshdan-oyog'iga isitadigan lampa qo'yiladi) ta'sir qilishdan iborat. Ba'zan uxlatish vrachning qo'lidagi yaltiroq sharchaga yoki nevrologiya bolg'achasining uchiga tiqilib qarashni bemorga taklif etish bilan boshlanadi. Bemor ko'zlarini tez charchatish uchun shunday qilinadi. Bir necha o'n sekunddan keyin odatda bemor ko'z qovoqlari og'ir tortib, yumilib qoladi. Passalar (peshona, qo'llarni, bemor tanasini uzunasiga silash) o'ziga xos usuldir, uxlatishning qo'shimcha hamma usullari (bir ohangdagi ta'sirotlar bilan ta'sir qilish, bemorning ko'zini biror narsaga qaratish, passalar) odatda so'z bilan uxlatish usuli bilan birga ishlatiladi.

Gipnotik holat yuzaki, o'rta va qattiq gipnozga bo'linadi. Yuzaki gipnoz ko'z qovoqlari va qo'l-oyoqlar og'ir tortib, mudroq bosadigan, ko'pincha pul's va nafas siyraklanib qoladigan holatdir. Gipnoz seansidan keyin kasal bo'lib o'tgan hamma hodisalarni eslab qoladi. O'rtacha gipnoz-engil uyqudir, kasal ko'zini osholmaydi, so'z bilan ta'sir ko'rsatib, harakat sferasi (so'z ta'siri bilan vujudga keltirilgan parezlar, giperkinezlar, kattalepsiya) bilan sezgi sferalarida (anesteziya, giperesteziya) o'zgarishlar keltirib chiqarish mumkin. O'rtacha gipnozdan keyin ham seans vaqtida ro'y bergan hodisalar xotirada saqlanib qoladi.

Qattiq, chuqur gipnoz (boshqacha aytganda somnambulizm, lotincha sotpi-uyqu va at'ilage-yurmoq, ya'ni uyquda yurmoq degan so'zlardan olingan)-ro'yi rost gipnotik uyqudir. Rappoport (miya po'stlog'ida sergak qolgan alohida punkt hisobiga vrach bilan bemor o'rtasida bog'lanadigan aloqa) tamomila alohidalanib qoladi (ya'ni vrachdan boshqa kishi kasal bilan aloqa o'rnata olmaydigan bo'lib qoladi)deb aytgan. A'zoyi badandagi muskullar tamomila bo'shshib, qo'l ko'tarilsa, shilq etib tushadi, ba'zan odamning iyagi osilib qoladi. Kasallarni ishontirib gallyutsinator obrazlar (ko'rish, eshitish, hid bilish obrazlarini) hosil qilish, ularni boshqacha bir vaziyatda deb (oyda deb, ko'lda cho'milyapti, avtomobilda ketayapti, teatrdan o'tiribdi deb) ishontirish mumkin. Postgipnotik ta'sirlarni yuzaga chiqarsa ham bo'ladi (ya'ni kasalning ko'ngliga solingan harakatlarni u uyqudan uyg'onganidan keyin bir necha soat, kun va hatto hafta o'tgach qiladigan bo'lishiga erishish).Seansdan keyin amneziya ko'riladi.

Davo maqsadlarida gipnoz holatidan ikki xil-o'z holicha foydalanish-gipnozdan foydalanish (K.I.Platonov fikriga qaraganda, «gipnoz orom beradi») va gipnoz vaqtida so'z bilan ta'sir ko'rsatish, ishontirish uchun foydalanish mumkin. Gipnoz vaqtida ishontirishdan foydalanish usuli ko'proq qo'llaniladi. So'z bilan ta'sir ko'rsatib, ishontirish imperativ (buyuruvchi) va izohlovchi (tushuntirib beruvchi) ta'sirga bo'linadi. Ikkinchi holda ishontirish sabab, vajlarni ko'rsatib berib, kasalga tushuntirish, unda ishonch hosil qilish bilan birga olib boriladi.

Ishontirish seansidan keyin ba'zi hollarda takror gipnotik holat boshlanishi ko'riladi (xususan, kasal gipnoz holatidan batamom va bekamu ko'st chiqarilmagan bo'lsa). Shu munosabat bilan statsionarda gipnoz vaqtida ta'sir ko'rsatib davolanadigan kasallar bir necha soat mobaynida xodimlarning kuzatuvi ostida bo'lishi, ambulatoriya sharoitlarida esa gipnoz seansi tugaganidan keyin bir soat davomida poliklinika yoki dispanserda kuzatib turilishi kerak. 2-3 soatgacha cho'ziladigan gipnoz seanslari qo'llaniladigan bo'lsa (V.E.Rojnov) yoki gipnotik uyqu bilan davolash usuli qo'llaniladigan bo'lsa, bunda ham kasallar o'rta ma'lu-motli tibbiyot xodimining kuzatuvi ostida turadi. Gipnoz vaqtida kamdan-kam hollarda bemorda isteriya xuruji tutib qolishi mumkin. Bunday xuruj xavfli emas. Kasalni gipnotik holatdan chiqarish kerak. Uning oldida elib-yugurib, asoratni og'ir qilib ko'rsatish yoki shu

vajdan vahima ko'tarish yaramaydi. Tabiiy uyqu holatida ishontirish. Tabiiy uyqu vaqtida ishontirish usuli kam (aksari bolalarda) qo'llaniladi. Ba'zan tabiiy (rosmana) uyquni gipnotik (chala) uyquga asta-sekin o'tkazish usulidan foydalaniladi. Umuman, uyqu vaqtida ko'pgina odamlar inson nutqini idrok eta olish qobiliyatini saqlab qolishini yodda tutish kerak. Tibbiyot xodimi buni bilishi muhim. Bemor uyg'oqligi vaqtida uning oldida aytib bo'lmaydigan narsalarni kasal uxlab yotgan paytida ham gapirish mumkin emas.

Uxlatadigan yoki narkotik moddalarni berib ishontirish. Bemor etarli gipnabel bo'lmasa (gipnozga tez berilmaydigan bo'lsa) va boshqa ba'zi hollarda narkogipnozdan foydalaniladi. Bemorga uxlatadigan dori ichiriladi yoki venasiga yuboriladi. Odatda 0,1-0,2 amital-natriy, 0,1 nembotal, 0,3-0,5 medinal beriladi yoki amital-natriy geksenal, pentonal yoki shunga o'xshash preparatning 5% li eritmasidan 3-5-7 ml venaga yuboriladi.

Doza har kimning o'ziga qarab tanlanadi. Dori berilayotgan paytda bemorning ahvoli kuzatib boriladi. Bemordan ovoz chiqarib sanash yoki biror narsani so'zlab berish iltimos qilinadi. Avvaliga harakatlar tormozsizlanib, eyforiya boshlanadi, Keyin uyqu bosib, odam uxlab qoladi. Odamni uyqu bosib turgan paytda so'z bilan ta'sir ko'rsatib ishontiriladi. Tibbiyot hamshirasining roli ishontirish pirovardiga etguncha qattiq uyqu bosib turadigan holatni saqlab qolishdan iboratdir.

Uyg'oqlik holatida ishontirish. Gipnozdan tashqari paytda ishontirish ham xiylagina shifobaxsh ta'sir qiladi. Vrachlar kasallar bilan suhbat qilar ekan, aslida, har safar ishontirish usulidan foydalanadilar. Vrachning ishontirib ko'rsatadigan ta'sir kuchi o'sha vrachga bemorning qanday munosabatda bo'lishiga ko'p jihatdan bog'liq. Vrachning nufuz-e'tibori, bemorga ustalik bilan muomala qila olishi, kasal odamning psixologiyasini bilishi ishontirish usulidan davo maqsadlarida keng foydalanishga imkon beradi. Atoqli rus olimi V.M.Bexterev mana bunday deb yozgan edi. «Vrach bilan suhbatlashganidan keyin bemor engil tortmasa, u vrach emas». Ko'pgina vrachlar tushuntirib ishontirish usulidan foydalanadilar. Bemor kushetkaga yotqizilib, ko'zlarini yumish tavsiya etiladi. Bemorni uxlatmasdan turib, faqat muskullari bo'shashtiriladi va orom, tin olishiga erishiladi. Aytiladigan narsalar past ovoz bilan tushuntirib boriladi va shu tariqa ta'sir ko'rsatiladi, Masalan, mana bunday deyiladi: «hozir nerv hujayralari orom olib, kuch to'plamoqda. Shuning uchun siz turganingizdan keyin o'zingizni ancha tetik his qilasz». Yoki: «Sizning tajangligingiz nerv sistemangizning zaifligiga bog'liq. Ammo, nerv hujayralarining o'zi butun, ular charchagan, xolos. Hozir ular kuch to'plamoqda. Seansdan keyin Siz juda tinchib qolasiz».

Uyg'oqlik davrida ishontirish anchagina emotsional ko'tarinkilik fonida ayniqsa yaxshi kor qiladi (ishontirishga affektiv moyillik). Xuddi shunday shart-sharoitlar ko'pincha kasallar guruhida vujudga keladi. Kasallar orasida induksiya jarayoni (affektiv holatning bir kishidan ikkinchi kishiga o'tishi) ro'y beradi. Duduqlanish, alkogolizm, nevrozlarga davo qilish uchun o'yqoqlik holatida ishontirish usuli qo'llaniladi.

O'z-o'zini ishontirish. Olimlar (I.R.Tarxanov, V.M.Bexterev, K.I.Platonov va boshqalar)ning ko'pdan-ko'p tajribalari kasalning o'z-o'zini ishontirib aytgan so'zlari organizmining turli tizimlarida fiziologik o'zgarishlar keltirib chiqarishini ko'rsatdi. O'z-o'zini ishontirish ham tashqaridan ta'sir qilib ishontirish singari, bosh miya po'stlog'ida konsentrlangan qo'zg'alish o'chog'idan iboratdir. Mazkur holda bu o'choqni bemorning o'zi muayyan so'z formulalari yoki xayoliy tushunchalar yordami bilan vujudga keltiradi. Tansiq ovqat to'g'risida o'ylashga javoban me'da shirasining ajralishi, sovuq ta'sir qilishi to'g'risida o'ylashga javoban badan terisining «tuk-tuk» bo'lib ketishi, ko'zga yot narsa tushdi deb xayol qilinganida ko'zning pirqirashi va boshqa shu singari dalillar tushunchalarning organizmdagi fiziologik jarayonlarga ta'sir ko'rsatishini aniq-ravshan qilib isbotlaydi. Hozir o'z-o'zini ishontirishning har xil uslublari qo'llaniladi. Ularning biri shundan iboratki, vrach kasal bilan birgalikda «o'z-o'zini ishontirish formulasi» degan narsani, ya'ni o'z-o'zini ishontiradigan qisqacha shifobaxsh matnni (4-5 jumlani) tuzadi. Masalan: «Men o'zimni ancha yaxshi his qilyapman. Kayfim joyida, tuzuk. Uyqum ham, ishtaham ham tobora yaxshilanib kelyapti. Davodan ancha naf ko'rdim» va hokazo. O'z-o'zini ishontirishning umumiy usullaridan keyin kasallikning ayrim simptomlariga qaratilgan maxsus usullari qo'llaniladi. Bu «formulani» kasal tinch yotgan va muskullari bo'shashgan holatda bir necha marta fikran yoki shivirlab takrorlaydi (ertalab o'rinda, tushki paytda va kechqurun uyqu oldidan). Autogen trenirovka. Autogen trenirovka (ya'ni bemorning o'zi bajaradigan mashq) psixoterapiyaning keng tarqalgan uslubidir. Autogen trenirovkani nemis olimi I.Shul's taklif etgan. Bizda bu trenirovka har xil variantlarda qo'llaniladi. Kasal qaravotga yotadi yoki stulga oldinga engashib o'tiradi. U tayyorlanib olgandan keyin: «O'ng qo'lim og'ir tortib qoldi» degan u mashqni aniq-ravshan tasavvur qilishga urinadi. Mana shunday mashqni kasal kuniga 2-3 mahal, yaxshisi uyqu oldidan va uyqudan uyg'ongan zahoti takrorlaydi. O'ng qo'lini ancha og'ir tortib qolgandek his qilganidan keyin chap qo'lga, so'ngra oyoqlariga o'tadi. 2-mashq: «O'ng qo'lim iliq bo'lib qoldi», 3-mashq: «quyoshi-mon chigalim issiq bo'lib qoldi, u issiq sochmoqda». 4-mashq: «YUragim kuch bilan bir tekis urib turibdi». 5-mashq: «Nafasim chuqur va ravon», 6-mashq: «Peshonam muzdakkina». Ba'zan birinchi 2-3 mashq bilan cheklaniladi. Mashklar bajarilganidan keyin muskullar bo'shashib, odam o'zini juda tinch his qiladi, ko'pincha uni uyqu bosadi. Ana shu holatda davo maqsadida vrach aytgan o'z-o'zini ishontirish usulini qo'llanish foydalidir.

Ishontirib va o'z-o'zini ishontirib davolashda tibbiyot hamshirasining roli juda katta. Tibbiyot hamshirasi kasallarni juda sinchkovlik bilan kuzatib borishi kerak. Davolashning hozir aytilgan turlari bexatar bo'lsa ham, ba'zan asoratlar ko'riladi. Masalan, gipnotik holatning asorati qoladi, bosh og'riydi, autogen trenirovkada esa arterial bosim pasayadi va hokazo. Biroq davo ta'sirida kasalning psixologik holati qanday o'zgarib borayotganini o'rganish, uning davoga munosabatini tekshirib borish ham tibbiyot xodimning g'oyat muhim vazifasi hisoblanadi.

Psixoterapevtik yo'l bilan ishontirish. Psixoterapiyaning boshqa juda muhim bir turi ishonch hosil qilish yo'li bilan davolashdir. Vrach bu usulni qo'llash uchun kasalni yaxshi bilishi kerak. Ishontirish kasal shaxsiyatining

hamma xususiyatlarini hisobga olib turib, individual ravishda olib boriladigan bo'lsagina shifobaxsh vosita bo'lib qolishi, ya'ni kasallikka aloqador kechinmalarning susayib, barham topishiga yordam berishi, bemor faolligini safarbar etishi, bemor oldiga uni qiziqtiradigan aniq-ravshan maqsadlar qo'yishi mumkin.

Jamoa va guruh psixoterapiyasi. Jamoa va guruh psixo-terapiyasi bir-biriga yaqin tushunchalardir. Ularning o'rtasidagi farq shundan iboratki, guruh bo'lib psixote-rapevtik ta'sir qilish vrachdan chiqadi va umuman butun guruhga qaratilgan bo'ladi. Masalan, gipnoz seansi yoki psi-xoterapevtik suhbat o'tkazilib, shu seans yoki suhbat vaqtida vrach nerv kasalliklarining sabablarini, ularga qarshi kurash usullarini muqokama qilib chiqadi.

Jamoa psixoterapiyasida kam bemorlar jamoaning har bir bemorga shifobaxsh ta'sir ko'rsatichidan foydalaniladi.

Psixoterapevtik guruh a'zolarining qanday bo'lmasin biror narsa yoki hodisa to'g'risidagi fikrlari jamoada mu-qokama qilib chiqilganidan keyin ancha to'g'ri va barqaror fikrlar bo'lib qolishini V.M.Bexterev va xodimlari ko'rsatib berdilar. Jamoada diqqat hajmi kengayib, idrok etiladigan foydali axborot miqdori ham ortishini aytib o'tish o'rinli bo'ladi. Mana shularning hammasi jamoa psixoterapiyasi metodining foydali ekanligini ko'rsatadi. Emotsiyalarga kelganda, jamoada bir kasalning ikkinchi kasalga emotsional jihatdan ta'sir ko'rsatishini aytib o'tish kerak. Psixoterapevtik guruh kasallari to'g'ri tanlab olinadigan bo'lsa, bu guruh kayfi ruhiyatining umuman ko'tarilishiga, guruhga yaxshi «davo daddasi» berish uchun qulay sharoit yaratishga sabab bo'ladi. Kasallarning noto'g'ri fikrlari, pessimistik xayollari, ba'zan kasallarning davoga nisbatan shubha bilan qarashlarini birmuncha faol bo'lgan boshqa kasallar tanqid qilib, ochib tashlaydilar. Jamoa psixoterapiyasi uchun kasallarni: «sog'ayotgan-sog'ayishga boshlagan kasal» tamoyilida tanlash «sog'ayishga boshlagan kasallar uchun» «shifobaxsh istiqbol» yaratib, ularning «sog'ayishga ishonchini» mustahkamlaydi.

Faollashtiruvchi psixoterapiya. Faollashtiruvchi psixoterapiyaning maqsadi - kasal shaxsiyatining saqlanib qolgan tomonlarini safarbar etib, uni real turmush sharoitlariga jalb qilish, kasallik natijasida izdan chiqqan funksiyalarni mashq qildirishdir. Faollashtiruvchi psixoterapiya xususan bo'shanglik hodisalari bilan faollik, tashabbusning susayib qolishi bilan o'tadigan ruhiy kasalliklarda (apato-abulik sindromda) juda katta rol o'ynaydi. Bunday holatlar shizofreniyada, bosh miyaning organik kasalliklarida (xususan bosh miya peshona bo'laklariga ham shikast etgan kasalliklarda) bo'ladi. Faollashtiruvchi psixoterapiya kasallarda yangidan-yangi qiziqish va istaklar uyg'otib, ipoxondrik holatlar singari kasallik ko'rinishlarini susaytiradi, bemorlar diqqatini o'z kayfu ruhiyatidan, ichki a'zolarining qanday ishlayotga-nidan chalg'itadi. Asteno-ipoxondrik holatdagi kasallar (nevrotiklar, psixopatlar, nerv sistemasining organik kasalliklari bilan og'rikan bemorlar va boshqalar) ham, odatda, faollashtirishga va boshqacha turmush maromiga o'tkazishga muhtoj bo'ladilar. Psixoterapiya va davo mashqlari (trenirovkalari). Tibbiyot amaliyotida davo mashqlari metodidan keng foydalaniladi. Davo mashqlari organizmdagi ayrim a'zo va siste-malarni, ayrim psixik funksiyalar yoki umuman kasalning butun shaxsiyatini muntazam ravishda va izchillik bilan mashq qildirib borishdan iboratdir. Kasallar oldiga ular bajarib borishi kerak bo'lgan muayyan vazifalar qo'yiladi, shu bilan birga davolash vaqtida bu vazifalar tobora ko'proq murakkablashib boradi. Chunonchi, protezdan endigina foydalana boshlagan kasallarga tobora murakkabroq harakat mashqlari beriladi. Insul't bo'lib, nutqi izdan chiqqan kasallarga asta-sekin nutq nagruzkasi berib boriladi; rak, qon tomirlar sistemasi kasalliklarida sayr qilish buyuriladi, shu bilan birga kasal aylanib chiqadigan masofa, shuningdek kasal yuradigan er yuzasining nisbati (ba-landligi) asta-sekin oshirib boriladi. Ana shunday mashqlar tizimli psixiatriyada ham, nevropatologiyada ham qo'llaniladi. Chunonchi, Korsakov psixozida (xotira buzilib, polinevrit paydo bo'lishi bilan tavsiflanadigan kasallikda) dori berib davolash va fizioterapiya bilan bir qatorda kasallarga xotirani tiklashga yoki lokal yaxshilashga qaratilgan shifobaxsh kursi buyuriladi. Nevrotik o'zgarishlarning talaygina turlari (agorafobiya, kardiofobiya, astaziya-abaziya)ga muhtalo bo'lgan kasallar muntazam mashq qilib turishga muhtoj bo'ladilar.

Davo mashqlari kompleks chora-tadbirlardir. Ularni buyurishda terapevt, zarurat bo'lsa-xirurg, ortoped, shuningdek nevropatolog, logoped, psixiatr, davo fizkul'turasi bo'yicha mutaxassis, pedagog birgalikda maslahatlashib ish ko'radi.

O'rta ma'lumotli tibbiyot xodimi mana shu vazifalarni bajarishda faol yordam beradi. Kasallar ko'pincha ularning oldiga vrachlar qo'ygan vazifalarni bajara olishiga shubha bilan qaraydilar. Chunonchi, ularning ba'zilar o'rnidan turib, xona ichida o'z holicha yurishning iloji yo'q, deb hisoblasa, boshqalari uydan tashqari chiqishdan bosh tortadi, uchinchilari boshqa turdagi mehnat yoki masg'ulotga o'tishdan bo'yin tovlaydi. Mana shunga o'xshagan ishlarning hammasini batamom tuzalib ketganidan keyingina bajarishim mumkin, deb hisoblaydigan kasallar ham uchraydi. Ular: «Mudom yuragim o'ynab turadi-yu, men qanday qilib yura olaman?» yoki: «Og'zimga ovqat olishim bilan ko'nglim ayniy veradi, shuning uchun men ovqat (u yoki bu turdagi taom) eya olmayman» deb aytadilar va hokazo. Tibbiyot xodimi mana shunday hodisalar bemorning ongli ravishda qarshilik qilishi, injiqligi tufayli kelib chiqmasdan (garchi bunday hodisalar uchrab tursa ham) alohida nevrotik munosabati tufayli, asablarning kasallik vajidan juda o'zgarib, bemor yurish-turishida noto'g'ri, patologik stereotip qaror topishiga olib borganligidan kelib chiqishini bilishi kerak. Bemorning o'z hayotidan olingan ijobiy dalillarni qo'rsatib, ba'zan qayta-qayta ishonirish, boshqa kasallar-ning ahvoli yaxshilanib qolganligini ko'rsatadigan misollarni keltirib o'tish, shikastlangan funksiyani mashq qiddirishning fiziologik jihatdan to'g'riligi va yaxshi foyda berishini tushuntirib borish, adabiy asarlar, ki-nofil'mlardan misollar keltirish zarur bo'ladi va hokazo. Ba'zan kasal tashabbusini o'ziga xos tarzda «mustahkamlab» foydali hatti-harakatlari uchun uni «rag'batlantirish» (buni odat darajasiga ko'tarish yaramaydi, albatta), kasallar bir-birini faollashtirsin deb guruh trenirovkalarini uyushtirish, ular o'rtasida musobaqa elementlarini uyg'otish foydali bo'ladi.

«Muhit bilan davolash» ko`rinishidagi psixoterapiya. Muhit yoki mikromuhit deb, birinchidan bemorga juda yaqin yuradigan odamlar (oilasi, yaqin do`stlari, ishxonadagi o`rtoqlari, kasalxonada esa boshqa kasallar, bemorni davolashda bevosita ishtirok etadigan vrachlar, tibbiyot hamshiralari, ikkinchidan, bemorni turmushda va davolash muassasasida bo`lgan paytida atrofini o`rab olgan vaziyatga aytiladi.

Kasal odam muhit bilan juda mustaxkam aloqada bo`ladi; muhit bemor qiziqishlarining doirasini, uning ijtimoiy va ma`naviy qiyofasini, shuningdek emotsional qoladi, kayfu ruhiyatini ko`p darajada belgilab beradi. To`g`ri uyushtirilgan muhitning bemorga ko`rsatadigan ta`siri qudratli davolash vositasi bo`lib hisoblanadi. Muhit ta`sirini: 1) davolash muassasasidan tashqarida ko`rsatiladigan ta`sir va 2) davolash muassasasi ichida ko`rsatiladigan ta`sirga bo`lish mumkin.

Vrach, shuningdek o`rta ma`lumotli tibbiyot xodimi bemor kasalxonaga tushmasdan ilgari uning qanday muhit sharoitlarida yashab kelganligi bilan hamisha qiziqadi. Shu maqsadda vrach albatta bemorning qarindosh-urug`lari, ba`zan esa birga ishlaydigan hamkasblari bilan tanishadi, bemor ishining tabiatini, jamoadagi, oilasidagi o`zaro munosabatlarini aniqlab oladi va hokazo. Shunda bemorning qarindosh-urug`lari o`z oilasining a`zosi qanday dardga chalinganligini, unga qanday munosabatda bo`lish kerakligini, uning qanday tartibga amal qilib borishi lozimligini aniq-ravshan bilib oladi.

«Muhit bilan davolash»ning ikkinchi tipi-kasalxona, sanatoriy, dispanser ichida ta`sir ko`rsatishdir. Psixoterapevtik tartib degan narsa bu o`rinda katta rol` o`ynaydi. Shu tartibning ikkita asosiy turini ajratish mumkin:

- 1) davolovchi-muhofaza tartibi va
- 2) davolovchi-faollashtiruvchi tartib.

Davolovchi-muhofaza tartib holdan ketib, darmoni qurigan kasallarga, o`tkir psixik iztirobni boshdan kechirgan kasallarga buyuriladi. Bu tartib kasallarni zararli vaziyatdan ajratish, ularni tinch qo`yib, dam oldirish, uyqusini uzaytirish va mustahkamlashdan (ba`zan sutkasiga 16-18 soatgacha uzaytirishdan) iborat bo`ladi. Bu davrda kasallar bilan tinchlantiruvchi suhbatlar o`tkaziladi, shuningdek ularga sedativ va umuman darmonga kiritadigan preparatlar (bromidlar, trankvilizatorlar, vitaminlar, glyukoza va boshqalar) bo`yuriladi.

Davolovchi-muhofaza rejimni ipoxondriya bo`lgan kasallarga, ya`ni o`z badanining har xil qismlaridagi sezgilarga (yurak, me`da-ichak, o`pka, siydik-tanosil a`zo-lari va boshqalardagi sezgilarga) butun diqqat-e`tiborini qaratadigan kasallarga buyurib bo`lmaydi! Bunday bemorlar haddan tashqari hadiksiraydigan bo`lishi bilan ajralib turadi va o`zlarini salga go`yo og`ir kasalliklarga muhtalo bo`lgan degan fikrga keladilar. Davolovchi-faollashtiruvchi rejim ustida birmuncha batafsilroq to`xtalib o`tamiz.

Davolovchi-faollashtiruvchi rejimda turmushdagi real muhitga yaqin vaziyatni yaratish uchun harakat qilinadi. Shu bilan birga bunday rejim psixoterapiya uchun eng yaxshi imkoniyatlar yaratib beradi, chunki tinchlantiruvchi suhbatdar o`tkazish uchun imkon beribgina qolmay, balki kasalni har xil turdagi faoliyatga o`tkazishga, shaxsiyatining saqlanib qolgan tomonlarini faollashtirishga, jamoa yordamida unga ta`sir ko`rsatishga ham imkon oshadi.

O`rta ma`lumotli tibbiyot xodimi uchun, birinchi navbatda, davolovchi-faollashtiruvchi rejimning kasallarga ikki pog`onada xizmat ko`rsatiladigan sistema (vrachlar, tibbiyot hamshiralari) sharoitlarida o`tkazilishini bilish muhim. Kichik tibbiyot xodimlari sonini qisqartirish hisobiga o`rta ma`lumotli tibbiyot xodimlari soni ko`paytiri-ladiki, bu davolovchi faol psixoterapevtik rejimni amalga oshirish uchun muhimdir. Chunki ana shunday rejim sharoitlarida hamshira vrach buyurgan davolarni bajaruvchi shaxs bo`libgina qolmay, balki kasallar jamoasining tashkilotchisi bo`lib ham qoladi. U ma`lum darajada psixoterapevtik va tibbiy-pedagogik ta`sir ko`rsatib boradi.

Ikki pog`onali sistema bemorlarning o`z-o`ziga xizmat ko`rsatishi (palatalarni yig`ishtirishi, ovqat tarqatishi, tartib-intizomga amal qilishi) va ularning muhitida o`z-o`zini ko`proq boshqarish bilan bog`liqdir. Palata muhirlari, xo`jalik-maishiy va ommaviy-madaniy ishlarga rahbarlik qiladigan kasallar kengashi saylanadi. Davolovchi-faollashtiruvchi rejimning psixologik ahamiyati shundan iboratki, bunda kasallar davolanadigan yoki vrach hamda xodimlarning ta`siriga beriladigan passiv «ob`ekt» bo`lib qolmasdan, balki «sub`ekt»ga aylanadilar, ya`ni davolash hamda tibbiyot muassasasidagi butun jamoa hayotining faol ishtirokchilari bo`lib qoladilar. Kasalning tibbiyot xodimiga bo`lgan munosabati «buyurish-bo`ysunish» tamoyiliga asoslangan bo`lmay, balki «vrach bilan bemor salomatlik uchun umumiy kurashda teng huquqda ishtirok etadigan sheriklardir», degan qoidaga muvofiq qaror topib boradi. Kengash kishilari madaniy saviyasining keskin yuksalganligi, mamlakatda umumiy o`rta ma`lumot tizimining amalga oshirilganligi, davolash jarayonining tibbiy-psixologik tomoniga ko`p diqqat-e`tibor berilayotganligi tufayli tibbiyot xodimlari bilan kasallar o`rtasida ana shunday yangi mazmundagi o`zaro psixologik munosabatlar qaror topadi.

## **Psixofarmakoterapiya**

Psixogen buzilishlarni farmakologik dorilarni ishlatib davolash psixofarmakoterapiya deyiladi. Psixoterapiya va gipnoterapiyaning ta`sirini kuchaytirish uchun turli psixotrop dorilardan keng foydalaniladi.

Psixotrop dorilar psixogen buzilishlarni bartaraf qilibgina qolmay, balki organizmda kechadigan vegetativ jarayonlar, qon aylanishi hamda yurak va nafas olish faoliyatiga ham ijobiy ta`sir ko`rsatadi. Shuningdek, bu dorilar gastrointestinal, urologik va jinsiy buzilishlarga ham ijobiy ta`sir ko`rsatadi. Demak, funksional buzilishlarni davolash uchun ishlatiladigan psixotrop dorilar butun bir organizmning faoliyatini yaxshilaydi. Shuning uchun ham

psixotrop dorilar turli xil funksional buzilishlarni davolashda keng qO'llaniladi. Faqat ularning dozalarini ehtiyotkorlik bilan aniqlab, bemorlarga tavsiya qilish zarur.

Ba'zan bitta simptomni yo'qotish yoki uning belgilarini kamaytirish uchun bir qancha davolash usullarini qO'llashga to'g'ri keladi. Masalan, o'riqni qoldirish uchun ishlatiladigan vositalar 41-rasmda keltirilgan. Psixotrop dorilarga nimalar kiradi? Turli kasalliklarda psixogen buzilishlarni davolashda ishlatiladigan va ruhiy jarayonlarga ta'sir qiluvchi dorivor moddalarga psixotrop dorilar deyiladi. Dastlabki psixotrop dorilar XX asrning 50-yillarida ishlab chiqarila boshlangan. Ungacha bu toifadagi dorilar juda kam bo'lib, borlarining ham ta'sir kuchi past bo'lgan. U davrda kofein, korazol, brom va valerian vositalari keng qO'llanilgan.

1957 yili dastlabki antidepressant (imipramin) kashf qilindi va psixonevrologik sindromlarni davolashda keng qO'llanib boshlandi. Keyinchalik, ya'ni 70-yillarning boshida piratsetam kashf qilindi. Bu dastlabki nootrop dori psixotrop dorilar tarkibiga kiritildi va uning ruhiy funksiyalarga ijobiy ta'siri aniqlandi. Shunday qilib, farmakologiyaning katta bir bo'limi yaratildi.

## AMALIY MASHG'ULOTLARINING TA'LIM TEXNOLOGIYASI

**1-mavzu** Tibbiy psixologiya fani, vazifalari va qisqacha tarixi. Miya va ruhiy jarayonlar. Ruhiyat shakllanishining asosiy bosqichlari. Tibbiy psixologiyada bemorlarni tekshirish metodologiyasi

### 1.1.Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti - 6 soat	Talabalar soni : 8-10 gacha
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Mavzu rejasi 1.Mavzuning maqsad va vazifalari bilan tanishtirish 2.Zamonaviy Nuqtai nazardan mavzuni yoritib berish, tushuntirish Z.Mavzuga oid slaydlar, multimedialar namoyishi 4.Mavzuni xulosalash	1-mavzuning qisqacha anotatsiyasi Tibbiy psixologiya predmet iva vazifalari. Rxiy faoliyat tizimi, sezgi va idrok. Tafakkur tushunchasi. Fikrlash operatsiyalari norma va patalogiya chegaralari. Asab-ruhiy buzilishlarning hosil bo`lishida tashqi muhitning ta'siri. Тиббий психология фани, вазифалари ва қисқача тарихи. Мия ва рухий жараёнлар. Руҳият шаклланишининг асосий босқичлари. Тиббий психологияда беморларни текшириш методологияси .
O`quv mashg'ulotning maqsadi	Maqsadi . Fanning dasturi va Davlat ta'lim standartlari talabalariga kura psixiatriya va narkologiya fanining zaminiy tibbiyotdagi urni,boshka tibbiy fanlar bilan aloqadorligi to`g`risida hamda fan metodologiyasi asosida tushunchalar berish. Tibbiy psixologiya fani, ruhiy jarayonlar, sezgi va idrok to`g`risida tushunchalar berish.
Ta'lim berish usullari	Mavzuni yoritib berish, tushuntirish, mavzuga oid experiment namoyishi
Ta'lim berish shakllari	Og`zaki so`rov, mavzuni mustahkamlash (“interfaol usul”), mavzuga oid tekshirish usuli
Ta'lim berish vositalari	Darslik, ma'ruza matni, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Ilova№1

### Amaliy va klinik mashg'ulotining texnologik kartasi

**1-mavzu** Tibbiy psixologiya fani, vazifalari va qisqacha tarixi. Miya va ruhiy jarayonlar. Ruhiyat shakllanishining asosiy bosqichlari. Tibbiy psixologiyada bemorlarni tekshirish metodologiyasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1 .Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi Z.Davomatni nazorat qiladi	
1.O`quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1 .Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun takdimot slaydlarini tayyorlash 3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ruyxatini ishlab chiqish	
2 - asosiy Bosqich (150 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo`lib, mavzu bo`yicha savollar: tibbiy psixologiya fani nimani urganadi? - Fanning vazifalari, yunalishlari? - Deontologiya asoslariga nimalar kiradi? - Bemorlarni tibbiy psixologik usullariga nimalar kiradi? - Ruhiy faoliyat tizimi, sezgi va idrok. - Tafakkur tushunchasi. - Fikrlash operatsiyalari norma va patalogiya chegaralari. 2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydlar, multimedialardan foydalanadi 4. Mavzuga oid usul demonstratsiyasi. 5. Interfaol usulda mavzuni mustaxkamlash. 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bulinadilar savollarga javob beradilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar

3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Yakunlovchi xulosa qiladi</li> <li>2. Mustaqil ish: Qadimgi Misr, Shumer, Hind, Osiyo va Evropa madaniyati misollarida tibbiy psixologiyaning qisqacha tarixi.</li> <li>3. Uyg'a vazifa: Tibbiyot amaliyotida hissiyot, motivatsiya va ruhiy jarohatlar "stress" haqida tushuncha.</li> </ol>	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
-------------------------------	---	---

Tibbiyot psixologiyasi - umumiy psixologiyaning tarkibiy qismi bo'lib kasalliklarning kelib chiqishida psixikaning o'rnini va ahamiyatini o'rganadi.

Patopsixologiya tibbiyot psixologiyasining tarmog'i bo'lib, kasal odam psixikasini o'rganadigan tarmoq. E. Krechmer (1888 - 1964) tibbiyot psixologiyasini fan sifatida ajrab chiqishiga o'zi yaratgan nazariyasi bilan hissa qo'shgan olim.

### **Tibbiyot psixologiyasini o'rganilishning ahamiyati**

Tibbiyot psixologiyasi birmuncha yangi fan bo'lib, uni tarao'o'iy etish zamonaviy tibbiyot yutuqlariga, uni oldida turgan vazifalariga chambarchas bog'liq. Tibbiyot psixologiyasining maqsadi bemorga uning shaxsiga oid individual xususiyatlarini hisobga olgan holda shubhasiz terapevtik samara beradigan usullarni topib yondoshishdir. Tibbiyot psixologiyasi quyidagilarni o'rganadi:

- A) Kasalliklarni psixik ko'rinishini.
- B) Kasalliklarni kelib chiqishi va o'tishida psixikaning qanday rol o'ynashini.
- B) Ularni davolashda psixikaning rolini.
- G) Kasalliklarni oldini olish va sog'liqni mustahkamlashda psixikani qanday rol o'ynashini.

### **Tibbiyot psixologiyasi psixologiya taraqqiyotiga ta'siri**

1920 - yillariga kelib psixologiya, xususan tibbiyot psixologiyasini fan sifatida ajrab chiqishiga E. Krechmer yaratgan nazariya katta ta'sir ko'rsatdi. U «Tibbiyot psixologiyasi» nomli asar yozib, unda ruxiy o'zgarishlar, buzilishlar haqida ma'lumot berdi. Rus olimlari Sechenov va Pavlov tibbiyot psixologiyasini taraqqiy etishiga katta xisssa qo'shdilar. Sharqda Ibn Sinoga qadar ham bir qator olimlar barcha fanlar qatori psixologiyaga ham e'tibor berganlar. Bular: Yakub bin Isaak al Kindi, Abu Nasr al Farobiy, Abu Bakr ar Roziy va boshqalar. Ular psixologiyaga doir maxsus asarlar yozgan bo'lsalar ham o'zlarining falsafaga oid asarlarida psixologiyaga doir turli hild muammolarni hal qilishga harakat qilganlar. Abu Ali Ibn Sino ularni davomchisi sifatida psixologiyaga doir masalalarni umumlashtirdi va maxsus asarlar yozdi. U Aristotel kabi odam tanasi va «Ruxiy quvvatlar» materia bilan shaklan bir - biridan ajralmagan holda mavjud ekanligini ta'kidlaydi.

### **Kasallikni davolashda psixikaning roli**

Turli kasalliklarni davolashda psixikaning roli juda katta, kasallikni davolashda kasallarga psixik ta'sirning ahamiyati alla qachon isbotlangan. Kasallarga davo maqsadida reja asosida muntazam psixik ta'sir ko'rsatib borish psixoterapeya deb ataladi. Kasalliklarni oldini olish sog'liqni saqlash va mustahkamlashda psixikaning rolini alohida fanlar psixigiyena va psixoprofilaktika o'rganadi. Tibbiyot psixologiyasi bir - biriga yaqin, ammo bir - biridan farq qiladigan 2 tushunchani - psixopatologiya va patopsixologiyani (patologik psixologiyani) o'z ichiga oladi. Psixopatologiya bu-avvalo ruxiy kasalliklarda, shuningdek boshqa kasalliklarda ham psixikada ro'y beradigan jami o'zgarishlardir.

Patopsixologiya psixologiyaning ana shu o'zgarishlarini o'rganadigan sohasi yoki kasal odam psixikasi to'g'risidagi ta'limotdir.

Tibbiy psixologiya tibbiyotning alohida sohasi bo'lib, ruhiy hodisalar, kechinmalarni o'rganadi. Bizning ruhiy hodisalarimizga sezgilarimiz, idrokimiz, tasavvurlarimiz, fikr, his-tuyg'u va intilishlarimiz kirishi hammaga ma'lumdur.

Psixologiya so'zi - grekcha psixo (ya'ni ruh, jon) va logos (so'z, ilm) degan ikki so'z biirikmasidan tuzilgan. Demak, «psixologiya» so'zini o'zbekchaga o'girsak ruh ilmi degan ma'noni anglatadi. Ruhiy hodisalarning butun majmui odatda psixika degan so'z bilan ataladi. Psixika - bu real voqelikning bosh miyada aks etishidir. Psixika o'zicha alohida bir olam emas, u organik olamning yuksak shakllaridan bo'lib, faqat hayvonlar bilan odamga xosdir. Odam psixikasi hayvon psixikasidan sifat jihatidan farq qiladi. Odamda psixik hayotning yuksak shakli - ong bor.

Insonlardagi psixika uch xil ruhiy hodisa sifatida namoyon bo'ladi.

1. Shaxsning ruhiy xususiyatlari - bu uning temperamenti, xarakteri, qobiliyati va psixik jarayonlarining barqaror xususiyatlari, shuningdek mayli, e'tiqodi, bilimi, ko'nikmalari, malakasi hamda odatlaridan iborat:

2. Psixik holatlar - uncha uzoq davom etmasada, lekin ancha murakkab jarayondir. Bunga tetiklik yoki ma'yuslik, ishchanlik yoki horg'inlik, serzardalik, parishonxotirlik, yaxshi va yomon kayfiyat va hokazolar kiradi.

3. Psixik jarayonlar - ruhiy faoliyatning murakkabroq turiga kiruvchi oddiy, elementar psixik hodisalardir. Ular juda qisqa vaqt davom etadi

Psixik xususiyatlar, holatlar, jarayonlar o'zaro mustahkam bog'langan bo'lib, biri ikkinchisiga aylanishi, o'tishi, to'ldirishi mumkin.

Psixologiyaning vazifasi ana shu bog'lanish va munosabatlarning qonuniyatlarini ochib berishdir. Psixologiya fanining ma'lumotlaridan amaliy maqsadda va avvalo ta'lim-tarbiya, bemor sog'lig'ini tiklash, mustahkamlash, va saqlashda, ruhiy ta'sir ko'rsatishda foydalanmoq uchun har bir tibbiyot xodimi psixikaning taraqqiyot qonuniyatlarini bilishi kerak.

Tibbiyot sohasidagi barcha masalalar, vazifalar tibbiyot psixologiyasi masalalari bilan chambarchas bog'lanib ketadi. Tibbiyot psixologiyasi asoslarini o'rganish tibbiyot xodimining vazifasi va burchidir.

Tibbiy psixologiya ko'magida o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimlari va vrachlar:

1. Asab ruhiy kasalliklar yoki somatik kasalliklar bilan og'rigan bemorlarning ruhiy ahvoli to'g'risida;
2. Bemor psixikasiga somatik kasallikning ta'siri to'g'risida va aksincha, asab ruhiy o'zgarishlarning somatik kasalliklarining o'tishga ta'siri to'g'risida to'g'ri fikr yurita oladilar;
3. Somatik kasalliklarning kelib chiqishi, o'tishi va oqibatlarida ruhiy omillarning qanday rol' o'ynashini aniqlay oladilar.

Tibbiy psixologiya quyidagi mavzularni o'rganadi.

1. Bemor shaxsini.
2. Tibbiyot xodimlarining shaxsini.
3. Tibbiyot xodimlari bilan bemorlar o'rtasidagi munosabatlarini.
4. Tibbiyot xodimlarining o'zaro munosabatlari.
5. O'rta tibbiyot xodimlarining shaxsini.

Tibbiy psixologiyaning asosiy vazifasi - shaxsiy kasallikka reaksiyasini va bemorning o'rta tibbiyot xodimi, vrach hamda o'z yaqin qarindoshlari bilan munosabati xususiyatlarini o'rganishdan iborat. Tibbiy psixologiya yana quyidagilarni o'rganadi:

1. Kasalliklarning oldini olish va sog'lig'ni mustahkamlashda psixikaning rolini.
2. Turli xil kasalliklarning kelib chiqishi, kechishida rivojlanishida psixikaning roli va o'rni.
3. Kasallikni davolash vaqtida psixikaning holatini.
4. Turli kasalliklarda ro'y beradigan ruhiy o'zgarishlarni va ularning oldini olishni. Tibbiy psixologiyaning maqsadi bemorga uning shaxsiga oid individual xususiyatlarini hisobga olgan holda shubhasiz terapevtik samara beradigan usullarini topib yondashishdan iboratdir.

Mustaqil mamlakatimiz tabobatining asosida bemor psixikasiga ozor beradigan turli taassurotlardan, jumladan, somatik kasalliklarga aloqador ta'sirotlardan saqlab borib, bemorni imkoni boricha avaylash va unga insonparvarlik, mehribonlik, shirin suxanlik bilan muomala qilish tamoyili yotadi.

Bemorning ruhiy ahvoriga to'g'ri baho bera bilish va shu ahvoriga ta'sir ko'rsatish uchun tibbiyot xodimi tibbiy psixologiya asoslarini bilishi shart.

Tibbiy psixologiya psixoprofilaktika, psixoterapiya, psixogigiena kabi dolzarb masalalarini ham o'rganadi. Tibbiyot psixologiyasi bemor odam kasalliklarining kelib chiqishiga, kechishiga va oldini olishga aloqador bo'lgan psixik faoliyatning turli tomonlarini tekshiradi. Tibbiy psixologiyaning tekshirish uslublari quyidagilar:

Kuzatish metodi, eksperiment metodi, so'rab-surishtirish va suhbat metodi, tarjimai holini tekshirish metodi, faoliyat samaradorligini tekshirish metodi, testlash, komp'yuter asosida aniqlash, anketalash. Barcha tibbiyot fanlari singari tibbiy psixologiya ham ikki qismdan iborat:

1. Umumiy tibbiy psixologiya .
2. Xususiy tibbiy psixologiya

Umumiy tibbiy psixologiya bemor shaxsini, o'rta tibbiyot xodimlari shaxsini, ularning o'zaro munosabatlarini, umumiy qonuniyatlarini o'rganadi.

Xususiy tibbiy psixologiya esa bemor shaxsini, tibbiyot xodimlari shaxsini, ularning o'zaro munosabatlarini aniq tibbiy fanlar va sohalar yordamida o'rganadi. Masalan, jarroxlilik, pediatriya, gigiena, terapiya, asab va ruhiy kasalliklar, gerontologiya, sanitariya va hokazo yutuqlaridan foydalanadi.

Ruhiy hodisalarning klassifikatsiyasi (tasnifi)

Ruhiy hayot turli-tuman hodisalarda namoyon bo'ladi. Ruhiiy hayot hodisalarida ruhiy jarayonlar, ruhiy maxsullar va ruhiy holatlar farq qilinadi. Psixik jarayon - psixik hodisaning qonuniy, ketma-ket o'zgarishi, uning bir bosqich yoki fazadan ikkinchi bosqich yoki fazaga o'tishidir. Psixik maxsullar - psixik jarayonlarning natijasidir. Bularga sezgi, idrokning obraz (timsollari), tasavvurlar, muhokamalar, tushunchalar shaklidagi sub'ektiv psixik maxsullar kiradi. Yoqimli va yoqimsiz tuyg'ular, tinchlik, farogat, hayajonlanish va ma'yuslanish, uyg'oqlik va uyqu holatlari, dalillik va taraddudlanib qolish holatlarini boshdan kechirish psixik holatlariga kiradi. Turli xil psixik hodisalarni bilish, emotsional hodisa va iroda deb uchga bo'lish ilgaridan ma'lum. Odam ongi faoliyatida zohir bo'ladigan ana shu turlar psixik funksiyalar deb ataladi. Bilish hodisalari boshqacha qilib aytganda, aqliy intellektual jarayonlar deb ataladi. Sezgi, idrok, xotira, xayol, tafakkur va nutq - bilish jarayonlari qatoriga kiradi.

## **Tibbiy psixologiyaning rivojlanish tarixi**

Tibbiy psixologiyaning alohida fan bo'lib ajralib chiqishi psixologiya fanining rivojlanish tarixi bilan bog'liq. Psixologiya fani qadimiy fanlardan biri bo'lib, bundan 2,5 ming yil ilgari jon «ruh» haqidagi ta'limot sifatida vujudga kelgan. Kishining psixikasi haqidagi ta'limotni birinchi marta Aristotel (eramizdan avvalgi 384-



322 yillar) «Jon haqida» degan kitobida bayon qilgan. Shu sababli Aristotel` alohida fan bo`lgan psixologiyaga asos solgan olim yoki psixologiya fanining «otasi» deb hisoblanadi. U bir qancha asarlar yozib, ularda psixologiya masalalari bo`yicha o`z qarashlarini bayon qiladi. Aristotel` Ruh tana bilan uzviy bog`langan, deb hisoblaydi. «Ruh», - deydi u, - o`z tabiatiga ko`ra hukmron asosdir, tana esa tobe narsadir». Aristotel`dan keyin Demokrit, undan keyin Epikur, Rim shoiri va faylasufi Lo`qreskiy Harr psixologiya fanining rivojlanishiga o`z nazariyalari bilan hissa qo`shdilar. Lukreskiy psixik hodisalarning tanaga bog`liqligini tajribada asoslab berdi. U, «aql ham kasallikka duchor bo`ladi, mastlik natijasida xiralashadi» degan va shunga o`xshash dalillar keltirgan.

Abu Ali ibn Sino o`z davrining barcha fanlar sohasiga, jumladan, psixologiyaga ham katta e`tibor bergan odamdir. Abu Ali ibn Sinodan oldin o`tgan bir qancha olimlar: Yakub bin Isaak al-Kindi, Abu Nasr al-Farobiy, Abu Bakr ar-Roziy va boshqalar psixologiya masalalariga qiziqqanlar. Ular psixologiyaga doir maxsus asarlar yozgan bo`lsalar ham o`zlarining falsafaga oid asarlarida psixologiyaga oid turli xil muammolarni hal qilishga harakat qilganlar. Abu Ali ibn sino ilmiy merosining o`rganish shuni ko`rsatadiki, buyuk mutafakkir psixologiyaga doir masalalar bilan ko`proq qiziqqan va maxsus asarlar yozib qoldirgan, jumladan, «Jon to`g`risida risola» («Risola fi-al nafs»), «Psixologiya to`g`risida risola» («Risola dar revanshinosi»), «Kitob al ta`bir» («Tushni yoyish kitobi»), «Jon-ruh to`g`risida kitob» («Kitob al muxjat»). Bundan tashqari, Ibn Sinoning ko`plab yirik falsafiy tibbiy asarlarida «Tib qonunlari» («Kito al-qonun fittib»), «Shifo beruvchi kitob» («Kitob an-najot») va «Donishnoma» da psixologiyaga doir alohida bo`limlar mavjuddir.

Psixologiya masalalariga ta`luqli muammolarni tartibga solib birinchi marta birinchi asar yozgan qadimga yunoniston olimi Aristotel` edi. Shuning uchun ham uni qadimgi yunonistonda psixologiyaning asoschisi deb ataydilar Ibn sino ham Sharqda o`rta asr sharoitida psixologiyaga doir masalalarni sistemalalashtirdi va maxsus asarlar yozdi. Shuning uchun ham biz Ibn Sinoni feodal Sharkida psixologiyaga asos solgan olim deb ataymiz. Abu Ali ibn Sinoni psixologiya masalalarini yoritishga qiziqtirgan omil, birinchidan, o`zidan oldin o`tgan Sharq mamlakatlari olimlari yozib qoldirgan asarlarni o`rganishga havas bo`lganligi bo`lsa, ikkinchidan, antidunyo olim faylasuflarining ta`siri ham rol` o`ynadi.

Chunki Aristotel` Abu Ali ibn Sinoning falsafada «Birinchi o`qituvchisi» edi. U Aristotel`ning «Jon haqida» gi asari bilan yaxshi tanish edi. Uchinchidan, Abu Ali ibn Sinodan uning tibbiyot sohasida olib borgan ishi kasallarni har tomonlama kuzatish, odam anatomiyasini, fiziologiyasini, shuningdek odamning nerv sistemasini o`rganishni talab etar edi. Shuning uchun ham har xil kasalliklarni davolash jarayonida kishilarning psixik xususiyatlarini eksperimental, Amaliy bilish zarur bo`lib qolgan edi. To`rtinchidan, Abu Ali ibn Sinoning psixologiya bilan qizikishining yana bir sababi psixologiya yosh avlodni o`qitish va tarbiyalash masalalarini samarali hal qilishga katta yordam berishini u anglagan edi. Abu Ali ibn Sinoning psixologiya sohasidagi ta`limoti uning tirik organizmdagi hayotiy biologik jarayonlarini tushuntirishiga yaqqol ko`rinadi. Buyuk olim o`zining psixologiya to`g`risidagi risolarida qanday masala yuzasidan ilmiy tekshirish ishi olib borilmasin, avvalo o`sha tekshirilayotgan ob`ekt mavjudmi yoki yo`qmi shuni kerakligini uqtiradi.

Abu Ali ibn Sino, agar har qanday narsa va hodisa ichki yoki tashqi sabablar bilan harakatga keladigan bo`lsa, demak, insoning yashachi va harakatida bironta sabab bo`lishi kerak, bunday sabablardan biri «Ruhiy quvvatdir», deb ko`rsatadi. Aristotel` kabi, Abu Ali ibn Sino ham odam tanasi va ruhiy quvvatlar materiya bilan shaklan bir-biridan ajralmagan holda mavjud ekanligini ta`kidlaydi. Shuning uchun ham Abu Ali ibn Sino psixik faoliyat bilan odam salomatligining bir-biriga ta`sir etish kuchi qanchalik katta ekanligini isbot qilishga harakat qiladi. Bu sohada u mavhum fikr yuritishi bilan chegaralanib qolmay, balki kuzatishlarga tayanib, hayvonlar ustida oddiygina ammo asosli tajribalar o`tkazdi.

Kishi ruhiy holatlarining organizmiga ta`siri har qanday ruhiy jarayonning fiziologik asoslari bilan bog`liq ekanligini, organizmga tashqi muhitning ta`siri katta bo`lishini isbotlash uchun Ibn Sino ikkita qo`zi olib, ulardan birini och bo`ri yaqiniga bog`lagan, ikkinchisini bo`riga ko`rsatmay, oddiy, tinch sharoitda saqlagan. Har ikkalasiga ham bir xil miqdorda, hatto tarozida ulchab oziqa bergan. Ko`p o`tmay bo`riga yaqin bog`langan qo`zi bo`rining hamlalaridan uzoq vaqt qo`rqqanidan juda ham ozib ketgan va yaxshi boqilishiga qaramay, kasallikka chalinib, o`lgan. Oddiy sharoitda saqlangan qo`zi esa kundan-kunga semirib, tetik yashagan.

«Instinkt» - deydi Abu Ali ibn Sino, shunday quvvatdirki, bu hayvon ongida mantiqsiz vujudga keladi... «Insonga esa ongli, mantiqan fikrlash xosdir. Miya kishining fikrlash a`zosidir». Shuning uchun ham Ibn Sino miya «seziluvchi so`ratlarini idrok qiladi yoki saqlaydi..., xayolda saqlangan so`ratlarni jamlab, yoki bo`lib ish yuritadi va shuning bilan birga sezgi orqali kelgan so`ratlarga o`xshagan turli so`ratlarni vujudga keltiradi» - deydi.

## **PSIXODIAGNOSTIKA PREDMETI, MAQSADI, VAZIFALARI**

Ta`lim-tarbiya jarayoni insonlar qobiliyati va layoqatlarini har tomonlama rivojlantirishga hamda shaxsini shakllantirishga qaratilgai. Pedagogik jarayonning mahsuldorligi pedagogning o`z o`quvchilarini yaxshi bilishiga, ta`lim va tarbiyaning xilma-xil metodlarini qo`llashiga bog`liq. Tibbiyotda esa bemorlarning shaxs xususiyatlarini bilish bemorlarni davolashga to`g`ri yondashish va davolash samaradorligini oshiradi. Bunday ko`nikmalar bolalar bilan bevosita muloqot jarayonida, ular xulq-atvorining motivlarini, hissiy-shaxsiy xususiyatlarini tahlil qilish jarayonida egallanadi. Avvalambor bolalar psixologiyasini o`rganishdan boshlash zarur. Bolalarda chegara holatlar sifatida psixik taraqqiyot kamchiligi shaxs aksentuatsiyasining turli ko`rinishlari namoyon bo`lishi mumkin. Ularni

aniqlash uchun bolalar psixologiyasi, klinik patopsixologiya va psixiatriya sohalaridagi bilimlar talab qilinadi. Bundan tashqari tekshiruvchi bolalarning tez yetilishi, pedagogik qarovsizlik kabi muammolarini aniqlashi zarur.

Tekshiruvchi ta'lim va tarbiyadagi qiyinchiliklar nima uchun va qanday paydo bo'lishini tushunishi uchun, avvalo ruhiy rivojlanishning asosiy qonuniyatlarini bilishi va turli psixik holatlarni psixologik diagnostika metodlarini egallashi zarur.

Psixodiagnostika psixologik diagnoz qo'yish haqidagi fandır. Bunda diagnoz ko'rsatkich va tavsifnomalarni birgalikda tahlil qilish asosida sinaluvchining holati va xususiyatlari haqidagi xulosalardan iborat. Psixologik diagnoz shaxs individual-psixologik xususiyatlarining hozirgi holatiga baho berishga, rivojlanishini oldindan aytib berish va psixodiagnostik tekshiruv vazifalardan kelib chiqib, tavsiyalar ishlab chiqishga qaratilgan psixolog faoliyatining so'nggi natijasidir.

Tadqiqotchi olingan natijalarni qayta ishlashi, biror xususiyatning mavjudligini aniqlashi, uning vujudga kelish sabablarini hisobga olishi va shaxs tuzilishida olingan natijalarning ahamiyatini aniqlashi zarur.

## **PSIXODIAGNOSTIK TADQIQOTLARNING VAZIFALARI VA XUSUSIYATLARI**

Tadqiqot natijasida olingan ma'lumotlar yordamchi harakterga ega bo'lib, kishi xulq-atvorining haqiqiy xususiyatlari, uning psixik funksiyalari taraqqiyot darajasi bilan taqqoslashda foydalaniladi. Kishi diqqatining barqaror emasligi, diqqatini bir joyga to'plashga qiynalishi, aqliy ish qobiliyatining pastligi, tez chalg'ishi bilan ajralib turadi. Lekin bu kishida xulq-atvori ehtiyojlari va motivlari iyerarxiyasining o'zgarishi natijasi bo'lishi ham mumkin. Psixodiagnostik tadqiqotlar kishi psixik funksiyalari rivojlanish darajasining, aqliy taraqqiyot darajasi, yosh va ma'lumot bilan o'zaro bog'liqligini o'rganish uchun ham o'tkaziladi. Psixik taraqqiyot o'zgarishini o'rganish uchun zarur ma'lumotlarni to'plash psixodiagnostik tadqiqotlarning asosiy vazifalari hisoblanib, u kishining ruhiy rivojlanish darajasini, ya'ni psixik funksiyalar rivojlanishini o'rganadi. Tekshiriluvchida aqliy zaiflik yoki boshdan kechirgan kasallik tufayli ruhiy nuqsonlarni aniqlanganda ularni maxsus yoki yordamchi maktabda o'qishini davom ettirishni tavsiya beradi. Yetarlicha o'rganilmagan yangi psixik holatlarni tahlil qilish uchun ilmiy maqsadda psixologik tadqiqot o'tkazish tadqiqot jarayonida olingan natijalarning statistik ishonchligi muhim ahamiyat kasb etadi.

## **PSIXODIAGNOSTIKA TARIXI**

Insonni qobiliyati, imkoniyatlari, aqli, ko'nikmalarini aniqlash qadim zamonlardan buyon amalga oshirilgan bo'lib, Vavilonda maktab bitiruvchilari 4 ta arifmetik amalni bilishi, maydonni o'lchay olishi, merosni bo'lishni, musiqa asboblari chala olishi va bundan tashqari matolar, metallar va o'simliklarni farqlay olishi tekshirilgan. Ilm o'rganish uchun maktablarga kirish ham ba'zi bir psixologik sinovlar asosida bo'lib o'tishi haqida manbalar bor. Eramizdan avvalgi 2000 yillarda qadimgi Xitoyda davlat boshqaruvi organlarini qobiliyati har 3 yilda imperator tomonidan tekshirib o'tilgan bo'lib, ularning musiqaga, yozishga, sanashga, o'qishga, urf-odatlarini bilishga, o'q o'tishga va jang san'atida mohirligiga baho berilib tanlangan. Tajribalarga asoslangan ruhiy jarayonlar diagnostikasi fan sifatida XIX asr oxirida vujudga keldi. Psixodiagnostikaning mustaqil fan sohasiga aylanishi olimlarning insonlar psixikasidagi individual farqlarga qiziqishining ortishi bilan bog'langan. Dastlabki test aqlni o'lchash metodi sifatida qo'llanilgan, keyinchalik esa undan shaxsni, uning reaksiyalarini o'rganishda foydalanila boshlandi. Psixodiagnostikada yangi metodlarni ishlab chiqarishga psixiatrik shifoxonalarning ehtiyojlari sabab bo'ldi. Keyinchalik esa kasb tanlash ishlari bilan bog'liq psixotexnikaning taraqqiyoti bilan yanada rivojlantirildi.

Sobiq sovet psixologiyasida diagnostik metodlardan foydalanish o'z tarixiga ega. Bu jarayonda shartli ravishda 2 bosqichni ajratish mumkin. Birinchi bosqich 20-yillarning boshidan 30-yillarning o'rtasigacha bo'lgan davrni o'z ichiga oladi. Bu davrda pedagogika va psixotexnikada test metodlari keng tarqaldi.

Bu davrda psixologik diagnostikaning rivojlanishida M.S.Bernshteyn, L.S.Vigotskiy, P.P.Blonskiy, S.G.Gellershteyn, N.D.Levitov, G.I.Rossolimo, P.I.Shpilreyn, A.M.Shubert va boshqalar katta hissa qo'shdilar. Olimlar tomonidan ilgari surilgan qator ilg'or fikrlar keyinchalik rivojlantirilmadi, chunki 1936 yildan keyin bu sohadagi barcha tadqiqotlar to'xtatildi va psixodiagnostikaning keyingi rivojlanishiga jiddiy to'siq yuzaga keldi.

Mashhur rus psixologi L.S.Vigotskiy shaxs psixik taraqqiyoti xususiyatlarini o'rganishga muhim hissa qo'shdi. Uniig ta'limoti insonga xos bo'lgan psixik jarayonlar va inson ongining tarixiy rivojlanishiga bag'ishlandi. Uniig fikricha, shaxs psixik taraqqiyoti insoniyat madaniyatini o'zlashtirishi natijasida ro'y beradi. Bunda shaxs shakllanishida ta'lim va tarbiya jarayonlari yetakchi rol o'ynaydi.

Psixodiagnostikaning rivojlanishidagi ikkinchi bosqich 50-60 yillarga to'g'ri keladi. Bu davrda aqliy taraqqiyotni o'rganishga katta e'tibor berildi. Rus psixologlari tomonidan ishlab chiqilgan aqliy taraqqiyotni sifatli tahlil qilish tamoyili qator vazifalarni hal qilishda o'z mahsuldorligini namoyon qildi va ko'pgina tadqiqotlarda o'z aksini topdi.

K.K.Platonov (1974) psixologik diagnostikani psixik hodisalarning xossa va xususiyatlarini o'rganish haqidagi fan, deb hisoblagan. K.N.Gurevich (1974) insonlarni psixologik va psixofiziologik belgilari bo'yicha ajratish va tavsiflash metodlari haqidagi fan deb hisobladi. V.V.Stolin va A.G.Shmelev (1984) psixodiagnostikani psixologik diagnoz qo'yish haqidagi fan deb hisobladi.

Diagnoz (tashxis) - sinaluvchining alohida ko'rsatkich va karakteristikalarini chuqur tahlil qilish asosida uning xususiyati va holati haqidagi xulosadir. Shu bilan birga psixodiagnostik tadqiqot, eksperimental tadqiqotdan tubdan farq qiladi. Psixodiagnostik tadqiqotda aniq individ yoki individlar guruhi haqida ma'lumot olinadi, eksperimental tadqiqotda nazariy faraz tekshiriladi. Shuning hisobiga psixodiagnostika maxsus metodik tamoyillarga bo'ysunadi.

Respublikamizda psixodiagnostikaning rivojlanishida M.G.Davletshin, B.R.Qodirov, G'.B.Shoumarov, E.G'.G'oziyev, V.A.Tokareva, R.Z.Gaynutdinov, V.M.Karimova, R.I.Sunnatova, Sh.R.Baratov, A.Jabbarov, Sh.A.Do'stmuhammedova, E.N.Satgarov, G.To'laganova kabi olimlar o'z hissalarini qo'shganlar.

## **PSIXOLOGIK TADQIQOTLAR METODLARINI TANLASHNI ASOSLASH**

Psixologiya shaxs xususiyatlari va psixik taraqqiyot darajasini aniqlash uchun turli eksperimental psixologik metodlardan foydalanadi. Psixologik tadqiqotlarda foydalaniladigan usullar u yoki bu faoliyat jarayonida shaxs psixik xususiyatlarining namoyon bo'lishini aniqlashdan iborat.

Tadqiqot o'tkazish uchun eksperimental metodikalarni tanlashda quyidagilarni e'tiborga olish zarur:

A) tadqiqot maqsadi - psixik taraqqiyot darajasini aniqlash, uning yoshiga, ma'lumotiga mosligi, shaxs xususiyatlarini aniqlash;

B) sinaluvchining yoshi va uning hayot tajribasi, uning ta'lim va tarbiyasi amalga oshirilayotgan sharoit;

V) bolaning eksperimental tadqiqotga moslashishi, muloqotga kirishishi, verbal aloqa o'rnatish xususiyatlari.

Tanlangan eksperimental psixologik metodikalarni bolaga qiyinligi o'sib borish darajasida berish kerak.

Test - shaxsning aqliy taraqqiyotini, qobiliyatini, irodaviy sifatlarini va boshqa psixik xususiyatlarini tekshirishda qo'llaniladigan qisqa standart masalalar.

Testlashtirish - psixodiagnostika metodlaridan biri bo'lib, standartlashtirilgan savol va topshiriqlar yordamida individual farqlarni o'rganish alohida shkalalar bilan o'lchash.

Yetuklik testlari psixodiagnostika metodlaridan biri bo'lib, konkret bilim, malaka va ko'nikmalarning o'zlashtirish darajasini aniqlab beradi. Yetuklik testi Z ga bo'linadi: harakat testlari, og'zaki va yozma testlar. Harakat testlari mexanizmlar, materiallar asboblari bilan ishlash layoqatini aniqlab beradi.

Intellektual testlar - psixodiagnostika metodlaridan biri bo'lib, individning aqliy taraqqiyoti darajasini aniqlab beradi.

Proyektiv test motivatsiyaning anglanilmagan yoki to'liq anglanilmagan shakllarini o'rganishga qaratilgan va bu jihati bilan inson psixikasining tobora intim sohasiga kirishning yagona psixologik metodidir.

«Proyektiv» atamasi ilk bor Lourens Fenk tomonidan 1939 yilda qo'llangan. Shuningdek u shaxsni tadqiq etishning proyektiv metodlari tasnifini ham keltiradi:

1. Strukturalash metodlari (Rorshaxning siyoh dog'lari testi, bulutlar testi, uch o'lchamli proyeksiya testi)
2. Konstruksiyalash metodikalari (MAR, olam testi)
3. Sharhlash metodikalari (SATO, TAT, Rene Jil testi)
4. To'ldirish metodikalari (tugallanmagan gaplar, hikoyalar, One assotsiativ testi)
5. Katapsis metodikalari (psixogramma, proyektiv o'yin)
6. Ekspressiyani o'rganish metodikalari (dastxat, muloqot tahlili)
7. Ijod mahsulini o'rganish metodikalari (rasmlar testlari, yozma ishlar va hokazo).

### **Kliniko-psixologik tekshiruv to'g'risida umumiy ma'lumotlar**

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

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 kamchiliklari yoki lat yegan joylari yo'qmi, qanday kiyingan, kim bilan kelgan?

Harakat koordinatsiyasi, yurishi, gavda tuzilishi qanday, giperkinezlar yoki falajliklar yo'qmi? Bemorning his-tuyo'ullari va xulq-atvori qanday? Bu erda bemorni savolga ko'mib tashlamaslik va unga shikoyatini to'la aytishga imkon berish zarur. Qisqa suhbatdan so'ng bemor gapirishni istamasa, avval psixologik testlar O'tkazib, 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 yio'ib olish mumkin. Ba'zan bemor juda so'zamol bo'ladi. Bunday paytlarda uning nimani istayotganini bilib olib, suhbat yo'nalishini O'zgartirish zarur.

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

Ba'zi bemorlar (ayniqsa, ruhiy kasallikka chalinganlar) eshikdagi «psixolog» yozuviga ko'zi tushib, huzuringizga tashrif buyurishni xush ko'rishadi. Ularni ko'proq psixolog yordami emas, balki psixologning unga nima deyishi qiziqtiradi. Bunday bemorlarni iloji boricha psixiatrning maxsus yo'llanmasi bilan yoki yaqinlari bilan kelgan taqdirda qabul qilish kerak. Chunki ular psixologni soatlab eshitib O'tirishlari mumkin, biroq qabul tugagandan so'ng berilgan maslahatlarga amal qilishlari dargumon. Ba'zan bemorlarning ruhiy kasalga chalinganini aniqlash juda qiyin bo'ladi yoki bu psixologik suhbat cho'ida sezilib qoladi. Bunday paytlarda bemorga zarur maslahatlar berib psixiatrga yuboriladi.

Agar psixiatrda davolanib chiqqan bemor yo'llanma bilan psixolog qabuliga tashrif buyursa (bunday bemorlar, asosan, yaqin qarindoshlari bilan kelishadi), ularning tarixnomasi bilan yaxshilab tanishib chiqish, zaruratga qarab bemorni davolagan psixiatr bilan boo'lanish kerak. Haqiqatan ham ruhiy kasalliklarga chalingan ko'pchilik bemorlar psixiatrlar tavsiyasi bilan kasallikning remissiya davrida psixologga yuboriladi.

Bemorning dunyoqarashini O'rganish, qarindosh-uruo'lari, umr yo'ldoshi, ishiga munosabatini ham bemordan so'rash va bu ma'lumotning haqiqatga to'o'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 paytlarda umumiy psixologik tekshirishlar O'tkazishga ham to'o'ri keladi. Ishdagi kelishmovchiliklar, ko'pincha, bemorlarning O'z imkoniyatlarini ortiqcha yoki past baholaganliklari oqibatida kelib chiqadi. Bu esa doimiy stress holatlarini yuzaga keltiradi va psixosomatik kasalliklarning zo'rayishiga ham sabab bo'ladi. Bu erda 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'o'ri baholay boshlaydi. Beriladigan maslahatlar bemorning imkoniyatlari doirasida bo'lishi lozim.

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

Bemor affektiv holatlarga tushganmi, O'ziga yoki birovga hamla qilganmi va bu holatlar qachon bo'lganini aniqlash ham O'ta muhimdir. Uning ichkilik, chekish va giyohvand moddalarga bo'lgan munosabatini ham aniqlash zarur. Ba'zi bemorlar giyohvand moddalar iste'mol qilishini yashirishga intilishsa, boshqa birlari aynan giyohvandlikdan qutulish uchun ham psixologga murojaat 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'o'risida ham ma'lumot yio'ish zarur. Aytib O'tganimizdek, nevrozlarning kelib chiqishida jinsiy buzilishlarning ahamiyati juda katta. Aniqlangan psixoseksual buzilishlarni, albatta, bartaraf qilish va zaruratga qarab bu ishga psixoseksologlarni jalb etish lozim.

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

- 1) bemorning psixologga murojaat qilishining sabablarini aniqlash;
- 2) tibbiy va psixologik anamnezni to'plash;
- 3) tibbiy tashxisni aniqlash (mutaxassislar yordamida);
- 4) psixologik tashxisni aniqlash;
- 5) davolash choralari 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 ambidekstr

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 yio' iladi, qanday tarbiyalangan, qanday muhitda O'sgan va h.k.). Bemorning jinsiy hayoti va oilaviy anamnezi

Bemorning tibbiy anamnezi (qanday kasalliklar bilan oo' 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

Nevropatolog

Patopsixolog

Neyropsixolog

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. Bemorning shaxsi va xulq-atvorini tekshirish xulosalari.

Bemorning yaqinlari yordamida va uning O' zidan ilk bolaligidan boshlab, xulq-atvorining xususiyatlari haqida ma'lumot yio' iladi. Yasli, maktab, O' spirinlik davri, oila qurgandan keyingi hayoti, ishda va jamoada O' zini tutishi har tomonlama so' rab O' rganiladi. Shu maqsadda psixologik testlardan ham foydalaniladi.

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

V. Hissiyotni tekshirish xulosalari.

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

Bemorning holati aniqlangach, bu haqda (eyforiya, disfuriya, 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, kauzalgiya, oo' riqlar (bosh, tana va ichki a'zolar sohasida).

Idrok tekshirilganda, quyidagi patologik holatlarga e'tibor qaratiladi: illyuziyalar (xom xayollar), gallyutsinatsiyalar, anozognoziya, derealizatsiya, depersonalizatsiya.

VII. Iroda va maylni tekshirish xulosalari.

Irodani tekshirayotganda, mustahkam irodali, matonatli, maqsadga intiluvchan, ikkilanuvchan, mustaqil, jur'atsiz deb belgilanadi. Shuningdek, iroda va mayl buzilishlariga ta'rif berishda quyidagi atamalardan ham foydalaniladi: abuliya, gipobuliya, giperbuliya, dipsomaniya, dromomaniya, kleptomaniya, mazoxizm, sadizm, anoreksiya, polifagiya, polidipsiya, gomoseksualizm, suitsidal mayllar.

VIII. Nutqni tekshirish xulosalari.

Bemorning nutqi to' o' risidagi ma'lumotlar suhbat choo' ida yoki maxsus tekshirishlar orqali aniqlanadi. Nutqni oddiy va murakkab so' zlarni takrorlatib turib ham tekshirish mumkin. Nutq buzilishlarini neyropsixologik testlar yordamida ham aniqlash mumkin. Agar bemorda nutqning murakkab buzilishlari kuzatilsa, ularni davolash uchun neyropsixolog yoki logoped yordami kerak bo' ladi. Nutqning quyidagi buzilishlari farqlanadi: afaziyalar (afferent motor, efferent motor, sensor, amnestik, semantik, dinamik), soqovlik, duduqlanish, dizartriya, dislaliya.

IX. Diqqat va xotirani tekshirish xulosalari.

Diqqatning ba'zi xususiyatlari suhbat choo' ida ham aniqlab olinadi. Diqqatning saqlangan yoki buzilganligi ko' rsatiladi. Amaliyotda parishonxotir atamasi ko' p ishlatiladi. Shuningdek, diqqatni tekshiruvchi testlar (Krepelin, korrektura sinovi va shu kabilar) dan foydalanish mumkin.

Bemorning 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, qaro' 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, konfabulyatsiya, 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 yozila409di. Bu buzilishlarni aniqlash uchun hikoyalarning mazmuni, kichik matematik masalalar, tugallanmagan jumlar, maqollar ma'nosi va tafakkur darajasini ifodalovchi

psixologik testlar (Koos kubikchalari, binesimon, Veksler testlari, tafakkur koeffitsientini (IQ) aniqlash) dan foydalaniladi.

#### XI. Ongni tekshirish xulosalari

Ong buzilishining shartli ravishda nopsixotik va psixotik turlari ajratiladi: birinchisiga obnubulyatsiya, 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 aniqlavshan anglashiga e'tibor beriladi.

#### XULOSA

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».

SO'ngra davolash choralarini belgilanib, prognoz aniqlanadi va alohida psixoreabilitatsiya rejasi ishlab chiqiladi.

#### **Oliy nerv faoliyati va psixofiziologik jarayonlarning shakllanish bosqichlari**

Avval aytib utganimizdayoq, psixologiyaning rivojlanishiga fiziologik tadqiqotlar juda katta turtki buldi. Tibbiy psixologiya ham fan sifatida shakllanib, oliy nerv faoliyati chu kur organila boshlandi. Bu davr XX asrning boshlariga tugri keldi.

Oliy nerv faoliyatining psixologik jarayonlar bilan uzviy bog'ligini I.P. Pavlov, U. Penfield, G. Jasper, K. Primram, J. Eklz, O. Foxt, P.K. Anoxin kabi olimlar chukur organishdi. Ular psixik jarayonlar reflektor tarzda boshkarilishi mumkin- ligini isbot kilishdi. Fiziologlarning fikricha, refleks - organizmning tashki muhit bilan bulgan uzaro munosabatining bir kurinishidir. I.M. Sechenov ikki xil refleks turlari mavjud degan. Birinchisi doimiy tugma reflekslar bulib, asabning kuyi tuzilmalari orkali amalga oshiriladi, d yeb ularni «sof reflekslar» deb atagan. Ikkinchisi bosh miya pustlok; markazlari bilan bog'lik reflekslar bulib, ular uzgaruvchan buladi va individual riv oylanish mobaynida shakllanib boradi, degan. Bu reflekslarni IM Sechenov ham fiziologik, ham psixologik h odisa deb ta' riflagan. Bu borada I.P. Pavlov (1849-1936) o'tkazgan tadqiqotlar e'tiborga molikdir. I.P. Pavlov oliy nerv faoliyati hakida ta'limot yaratdi va fanga «shartli refleks» degan iborani kiritdi.

Shartli reflektor faoliyatuchun nafaqat yangi shartli reflekslarning paydo bulishi, balki pustl okdagi eski alokalarining yigilib, murakkab boglanishlar xosil kilishi xam uta muximdir. Bosh miya organizmning barcha tashki va ichki faoliyatini reflektor prinsipga asoslangan xolda boshkarib, bir-biri bilan boglab turadi.

Oliy nerv faoliyati yoki shartli va shartsiz reflekslarning asosiy prinsiplari nervizm, rux va tananing yagonaligi, tuzilma va funksiyalarning yaxlitligi, organizm faoliyatining boshkarilishi mumkinligi va bunda tashki muxitning axamiyati juda mu- ximligini yukorida nomi keltirib utilgan olimlar ilgari surishgan.

Shunday kilib, shartli reflekslar organizmning individual rivojlanishi natijasida shartsiz reflekslar negizida bosh miyapustl ogida hxosil bulgan vaktinchalik boglanishdir. Tashki va ichki muxitning uzgarishiga qarab, shartli reflekslar yukolib yoki boshka turga utib turadi, mabodo bu vaktinchalik boglanishlar mustaxkamlanib turilmasa, ularning urniga yangilari paydo buladi.

Shartli reflekslar ayvonlar va insonlarning faoliyatini keskin boyitadi, ularning d oimo uzgarib turuvchi tashki muxitga moslashib b orishi uchun imkon yaratib beradi hxamda ularning xulki va xatti-xarakatining shakllanishiga katta ta'sir kursatadi.

Shartli reflekslardan farkli ularok, shartsiz reflekslar tugma refl yekslardir. Ular faqat maxsus fa oliyatga taallukli bulgan ta'sirlar sababli paydo buladi. M asalan, o grik, xarorat, taktil va boshka ta'sirlarga javob reaksiyalari. Shartsiz reflekslar xayotiy muxim biologik extiyojlarga bog'lik bulib, doimiy reflektor yullar o rkali amalga o shiriladi. Ular tashki muxitning organizmga bulgan ta'sir mexanizmlarini muv ofiklashtirib turadi.

Evolutsiya jarayonida miya tuzilmalarining filogenetik rivojlanishi natijasida tugma va orttirilgan (shartli) reflekslarning uzaro munosabati biologik konunlarga buysungan xolda uzgarib boradi; umurtkasizlar va boshka xayvonlarda faoliyatning tugma shakli orttirilgan shaklidan ustun tursa, sut emizuvchilarda xatti-xarakatning individual o rttilgan shakllari riv oylanib boradi, murakkablashadi va ustun turadi.

Oliy nerv tizimi bosh miya katta yarim sharlarining shartli reflektor faoliyati bilan bog'lik bulib, organizmning tashki muxitga bulgan munosabatini belgilab beradi va xulk-atvorning asosini tashkil kiladi. Oddiy (kuyi) nerv esa miya ustuni va orka miya bilan bog'lik bulib, shartsiz reflektor fa oliyatiga asoslangan.

Shunday qilib, sezgi, idrok, fikr, xotira, tafakkur - ruxiy jarayonlar bulib, bosh miya faoliyati bilan chambarchas bog'lik. Ruxiy jarayon markaziy asab tizimining barcha a'zolari vositasida amalga oshiriladi. Bu jarayon ichki va tashki ta'sirlarni kabul kilib, signallarga aylantirish, signallarni analiz kilish va javob reaksiyasini tayyorlashdan ib orat.

Eksperimental tadqiqotlar natijasida miyada kuzgalish va tormozlanish jarayonining buzilishi nevrozga olib kelishi isbotlandi. Bu psixologiya fani uchun uta muxim bulgan ta'limotdir. Vaxolanki, missiy zurikishlarda payd o buladigan miyadagi kuchli kuzgalish yoki keragidan ortikcha t ormozlanish jarayonlari nevrozga olib kelishi keyinchalik hxam olimlar ishida uz aksini topdi.

P.K. Anoxin (1898-1974) shartli reflektor faoliyatida birin- ketin keladigan 4 bosqichdan ib oratligini kursatib b yerd. Buni u teskari afferentatsiya deb atadi, ya'ni refleks bajarilganidan sung markazga uning bajarilganligi yoki ushlanib kolinganligi xakida ma'lumot kelib tushadi va u xotirada saklanib koladi. Bu m yexanizm kuyidagicha amalga oshiriladi:

Bosqich - rets yeptor ta'sirlantiriladi, nerv tolalarida kuzgalish paydo buladi va bu signal markaziy asab tizimining maxsus tuzilmalariga uzatiladi;

Bosqich - kuzgalish sensor neyronlardan motor neyronlarga utkaziladi;

Bosqich - markazdan kochuvchi impuls bajaruvchi a'zoga utkaziladi;

Bosqich - markazga topshirik bajarilganligi xakida signal yuboriladi. Shunday kilib, shartli reflektor yoy sistemasida kaytuvchi boglanish mavjudligi isbotlandi. Kaytuvchi boglanish ongning shakllanishida muxim axamiyatga ega.

Endi shu nazariyalarga asoslangan xolda bosh miya yarim sharlari pustlogiga kelib tushgan signallarning kayta ishlanish jarayonini kurib chikamiz. Analizatorlar orkali kabul kilingan ma'lumot (signal) lar bosh miya pustlogining birlamchi mayd oniga kelib tushadi. Bu yerda xodisa va ob'yektlarning tasviri shakllanadi. Ammo u yoki bu tasvir shakllanishi uchun analizatorlar orasidagi uzaro bogliklik saklangan bulishi kerak. Analizator deb, tashki va ichki muxitdan keluvchi signallarni analiz va sintez kiluvchi neyronlar guruxiga aytiladi. Analiz - bu miyaga kelib tushgan signal-larni bulaklarga bulib urganish bulsa, sintez - bu bulaklardan yagona bir tasvir yaratish. Narsa va xodisalarni idrok etish asosida esa turli analizatorlarning uzaro alokasi va xotira mexanizmlari yotadi. Analizatorlar sistemasi iyerarxik tuzilishga ega.

Shunday qilib, bosh miya katta yarim sharlari pustlogi turli analizatorlar orkali (Ko'ruv, eshituv) kabul kilinadigan ta'sirlarni analiz va sintez kiladi. Pustlok kabul kilingan ma'lumotlarni xotirasida saklab, boshka signallar bilan solishtirib, takkoslab, xatolarini tuzatib, kayta ishlab turuvchi xujayralar tizimidan tarkib topgan.

Mashhur neyropsixolog A.R. Luriya xar kanday ruxiy faoliyat miyaning uchta funksional bloklari bir vaktning uzida barkaror ishlashi natijasida amalga oshirilishini ta'kidlab utgan (3-rasm).

Birinchi blok - tetiklik va tonusni boshkaruvchi blok. Bu blokka limbikoretikulyar kompleks kiradi. Evolyutsiya mobaynida bu tuzil - malar birinchilardan bulib paydo bulgan. Birinchi blok kuzgalish - ni birinchi bulib kabul kiladi. Bu signallar ichki xamda sezgi (Ko'ruv, eshituv, xid, ta'm bilish, teri sezgisi) a'zolari orkali tashki muxitdan keluvchi signallardir. Birinchi blok bu signallarni kayta ishlab, impulslar okimiga aylantiradi va xar doim ularni bosh miya pustlogiga yuborib turadi. Bu impulslar pustlokning faolligini ta'minlab turadi, ularsiz pustlok « sunib » koladi.

Ikkinchi blok - ma'lumotlarni qabul qiluvchi, qayta ishlovchi va xotirasida saklovchi blok. Bu blok bosh miya katta yarim sharlarida joylashgan bulib, ensa (Ko'ruv), chakka (eshituv) va tepa (umumiy sezgi) soxalaridan iborat. Ikkinchi blokka taallukli bu soxalar iyerarxik tuzilishga ega. Shartli ravishda ularning birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi soxa (mayd on) lari farkanadi (4-rasm). Birinchisi tashki orlamdan kabul kilingan ta'sirotlarni (eshituv, Ko'ruv, sezgi) mayda belgilarga parchalaydi. Ikkinchi blokning ikkinchi soxasi bu belgilardan xar xil tasvirlar yaratadi, uchinchisi esa Ko'ruv, eshituv, xid bilish va teridan keluvchi ma'lumotlarni jamlaydi.

Uchinchi blok - ruxiy faoliyatni nazorat kiluvchi va dasturlar tuzuvchi blok. Bu blokni, asosan, miyaning peshona bulagi tashkil kiladi. Peshona bulagi zararlangan bemorning xulki buziladi, oddiy xarakatlarni bajara olmaydigan bulib koladi. Bir suz bilan aytganda, insonning shaxsi buziladi.

Miyaga kelib tushayotgan ma'lumotlarning analiz va sintezi natijasida anik shartlarga javob beruvchi xarakter dasturi ishlab chikiladi. M abodo ushbu dastur yordamida «topshirik» bajarilmasa, miyada ketma-ket yangi dasturlar yaratilaveradi. Buning natija - sida tushayotgan signallarga bosh miya, albatta, javob kaytaradi. Shunday kilib, bosh miyada murakkab karorning paydo bulish jarayoniga kuzgalishning zanjirli reaksiyasi sifatida qarash kerak. Bu aylana bosh miya va uning turli bo'limlari faoliyatining asosini tashkil kiladi. Bosh miyada assotsiativ yullarning katta imkoniyatlari borligi va pustlok neyronlarining keng ixtisoslashganligi turli-tuman neyronlararo alokalarining yuzaga kelishi va xar xil vazifalarni bajaruvchi murakkab neyronlar tuplamining shakllanishiga imkon yaratadi.

Bu jarayonlarni yanada tularok tushunish uchun asab sistemasining filogenezi va ontogenezi bilan kiskacha tanishib chikamiz.

### Asab tizimining filogenezi

Evolyutsiya jarayonida asab tizimi rivojlanib, murakkablashib va takomillashib bordi. Oddiy bir xujayrali organizmdagi (amyobalar) yolgiz xujayraning uzi sezgi, xarakter, hxazm kilish va ximoya funksiyalarini bajarib keldi. Tirik tukima kuzgalish, ya'ni tashki ta'sirlarga javob berish xususiyatiga egadir. Filogenezda asab xujayralarining paydo bulishi organizm uchun tashki ta'sirlarni kabul kilish, tuplash va tarkatish imkonini yaratib berdi.

Asab xujayralari orasidagi boglanishlarning paydo bulishi va oddiy asab tizimining shakllanishi organizmni integratsiyaning yangi bosqichiga kutardi. Oddiy (primitiv) asab tizimiga ega jonzorlarda kuzgalish xujayralardan barcha yunalishlarda tarkatish mumkin, guyo bu impuls barcha xujayralarga taallukli bulib, ma'lum bir manzilga ega emasdek. Shunday bulsa -da, bu impulslar organizmdagi u yoki bu jarayonlarning kechishida faol ishtirok etadi, lekin analiz kilish kobiliyati xali ularda bulmaydi. Kuzgalishning asab xujayralarida tuplanishi xotiraga uxshash jarayonga zamin yaratadi.

Organizm rivojlangan va asab tukimalari ishi takomillashgan sayin asab xujayralaridagi jarayonlar kuzgalishni tez utkazishi va ma'lum bir manzilga yunaltilganligi bilan ajralib turadi. Asab tizimining murakkablashib, takomillashib borishi, kabul kiluvchi (afferent) va uzatuvchi (efferent) sistemalarning paydo bulishi

bilan kechadi. N yerv tarmoklarining chekkasida maxsus rets yeptorlar paydo bulib, xar biri faqat uziga tegishli bulgan ta'- sirlarni farklab kabul kila boshlaydi. Asab xujayralarining ixtisoslashib va takomillashib borishi natijasida impulsning faqat bir tomonga yunalishini ta'minlaydigan sinapslar payd o buladi. Xuddi shu bosqichda ba'zi vazifalarni bajaruvchi oddiy «aylana» tuzilmalar xosil buladi.

Keyinchalik evolyutsiya mobaynida nerv tugunlari - gangliyalar payd o bulib, ular bir yoki bir nechta vazifani amalga oshira boshlaydi. Gangliyalarning ishlash uslubi shundan ib oratki, xar bir gangliya tanadagi ma'lum segment (soxa) uchun javob beradi. Ushbu segment darajasida uta anik va soz boshkaruv jarayoni kechadi. Asab tizimida mavjud bulgan gangliyalar majmuasi sezishning murakkab turlarini amalga oshira o ladi. Gangliyada hjar kandy jarayon guyoki anik bir dasturga ega. Birok segmentlar bir-biri bilan yetarli alokaga ega emas. Bosh miya xujayralaridan farkli ravishda bu gan- gliyalarda biron-bir markazning muv ofiklashtiruvchi ta'siri uncha rivojlanmagan.

Evolutsiyaning k yeyingi davrlarida asab sistemasining riv oylanishi bosh miya rivojlanishining ustuv orligi bilan kechadi, sungra bosh miya yarim sharlari pustlogi payd o bulgan asab tizimi filogenezing bu davri defalitatsiya davri deb xam ataladi. Sut emizuvchilarda asab tizimi yanada takomillasha borib, b osh miya katta yarim sharlar pustl ogi va ularni uzaro boglovchi yullar paydo buldi. Organizmning barcha funksiyalarini boshkarib, nazorat kilib tu- ruvchi, utkazuvchi yullar sistemasi shakllandi. Odamda katta yarim sharlar pustlogi, ayniksa, peshona va chakka bulaklarining rivojlanishi yuksak darajaga yetdi. 1ozirgi kunda odam bosh miya- sining 78 foizini pustlok tashkil kilib, uning 30 foizi peshona bulagiga tugri keladi.

Evolutsion rivojlanishning s yefalitatsiya davrida bosh miyada payd o bulgan markazlar kuyi joylashgan tuzilmalarni uziga buysundira b oshladi. Natijada bosh miyada xayotiy muxim markazlar paydo bulib, ular organizmning turli-tuman fa oliyatini avtomatik tarzda boshqara boshladi. Ushbu markazlararo alokalar iyerarxik tarzda fa oliyat kursatadi. Integrativ jarayon va boshkarish funk- siyasining vertikal uslubda faoliyat kursatishi muxim axamiyatga ega.

Fiziologiyaning dastlabki rivojlanish davrida o liy nerv mar- kazlari kuyi markazlarga doimo tormozlovchi ta'sir kursatadi, degan fikr mavjud edi. Shuning uchun oliy markazlar zararlangan- da kuyi markazlar kuzgaladi, guyoki ular faollashadi. Lekin fiziologik jarayonlar doim bu tarzda kechavermaydi. Evolyutsion jixatdan yosh markazlar zararlanganda, keksa markazlar faollashadi, guyoki evolyutsion jarayon teskarisiga davom etadi. Bu nazariya dissolyatsiya nazariyasi d yeb nom o lgan. Darxakikat, yukori pogonada joylashgan markazlar zararlanganda kuyi markazlar faollashganini kuramiz. Bunga markaziy xarakat neyroni zararlanganda o rka miya-ning oldingi shoxida joylashgan periferik xarakat neyronlarining fa ollashuvini misol kilib keltirish mumkin. Ammo bu buzilishlarning asl sababi dissolyatsiyada yoki kuyi markazlar- ning yukori markazlar «tutkunligidan» o z od bulishida emas. Chunki oliy markazlar kuyi markazlar faoliyatini faqat tormozlabgina kolmaydi, balki faollashtiradi xam. Markaziy ta'sirlar susay- ganda, kuyi jarayonlarning avtomatizmi va boshkarish «san'ati» pasayadi, jarayon kupol va sodda bulib koladi. Bundan tashkari, ku- yida joylashgan markazlarning faollashuvi kompensator jarayon- ning bir kurinishi sifatida kabul kilinishi xam mumkin.

Nerv markazlari iyerarxiyasida bosh miya katta yarim sharlari pustlogi asosiy urinni egallaydi. Butun organizm va funksional sistemalardan ma'lumotlarning pustlokka okib kelishi, ularning murakkab analiz va sintez kilinishi, assotsiativ yullarning payd o bulishi oliy nerv faoliyatining asosiy mexanizmlaridan biri xisoblanadi.

Xush, asab tizimi tuzilmalarining ontogeneza rivojlanishi kandy kechadi va bu jarayondagi buzilishlar ruxiyatning shakllani- shiga kandy ta'sir kursatadi?

Asab tizimining o ntogenezi

Yangi tugilgan Chaqaloq bosh miyasining ogirligi 400 g atrofida bulib, tana o girligining 1/8 kismini tashkil kiladi. Go`dakda pustl okning egatchalari yaxshi rivojlangan, pushtalar yirik-yirik, lekin chukurligi va balandligi uncha rivojlanmagan buladi. Tukviz oylarga borib, miyaning dastlabki o girligi ikki barobar oshadi. 2 yoshda bosh miyaning o girligi bola tugilgan dav- ridagiga qaraganda bir necha barobar kattalashadi. Bu jarayon, asosan, asab tolalarining miyelinlashuvi va tugilgan zaxotiyok bosh miyada mavjud bulgan 20 mlrd. Xujayralarning kattalashuvi xisobiga kechadi.

Go`dakning miya tukimasi xali takomillashmagan buladi. Pustlok xujayralari, pustlok osti tugunlari, piramidal yullar yaxshi rivojlanmagan, kulrang va ok modda orasidagi alokalar takomillashmagan buladi. Uning asab xujayralari bosh miyaning katta yarim sharlari yuzasi va ok moddaning asosida tuplanib joylashadi. Bosh miya kattalashgan sayin asab xujayralari pustlok tomonga siljib boradi. Bosh miya kon tomirlari xam rivojlanib, takomillashib b oradi.

Go`dakda katta yarim sharlar pustlogining ensa kismi katta yoshda- gilarnikiga qaraganda yirikrok buladi. Bola usgan sayin yarim sharlar pushtalari shakli va topografik joylashuvi uzgarib boradi. Ayniksa, bu uzgarish dastlabki besh yil mobaynida kuzatilib, 15-16 yoshlarga borib pustlokning tuzilishi katta yoshdagilarnikidan deyarli fark kilmaydi. Yon korinchalar bolalarda nisbatan keng va katta buladi.

Go`daklarda ikkala yarim sharni birlashtirib turuvchi targil tana nozik va kiska buladi. Bola besh yoshga tulgunga kadar targil tana yugonlashib, uzayib boradi. Yigirma yoshlarda esa tula shakllangan buladi. Yangi tugilgan Chaqaloqda miyacha sust rivojlangan, uzunchok shaklga ega, pushtalari va egatchalari sayoz, gorizontol xolatda bulib, kranial nervlar miya asosida simmetrik tarzda joylashadi.

Chaqaloqda orka miya bosh miyaga qaraganda morfol ogik jixatdan tugallangan tuzilishga ega. Shuning uchun xam o rka miya Go`dakda nis- batan takomillashgan, katta yoshdagilarnikiga qaraganda uzunrok buladi.



Keyinchalik o'rka miya usishda umurtkaga qaraganda orkada kolib boradi. Orka miyaning usishi 20 yoshgacha davom etadi. Bu davr ichida uning ogirligi xam oshadi.

Chaqaloqning periferik asab tizimi yetarlicha miyelinlashmagan, nerv tolalari siyrak bulib, notekis taksimlangan. Miyelinlanish jarayoni turli nerv tolalarida turlicha kechadi. Kranial nervlarning miyelinlashuvi bir yoshga yetib tugallanadi. Orka miya nerv tolalari miyelinlashuvi 2-3 yoshgacha davom etadi. Vegetativ asab tizimi Chaqaloq tugilganidan boshlab faoliyat kursata boshlaydi. Embriogeneznining dastlabki bosqichlarida asab tizimining turli bo'limlarida anik takomillashgan mustaxkam alokalar paydo buladiki, ular tugma xayotiy muxim funksiyalarning asosini tashkil kiladi. Bu funksiyalarning yigindisi bola tugilgach xayotga dastlabki moslashuvni ta'minlab beradi (masalan, nafas olish, emish, yurak urishi va x.k.).

Ontogenetik rivojlanish jarayonida odamning miyasi kuchli uzgarishlarga uchraydi. Anatomik jixatdan olganda, yangi tugilgan Chaqaloq miyasi bilan katta yoshdagi odamning miyasi bir-biridan anchagina fark kiladi, chunki individual rivojlanish jarayonida yosh utgan sayin miya tuzilmalari yetilib boradi. Hatto, morfologik jixatdan yetilgan asab tizimida xam riv o'zlanishi yoki kayta payd o bulishi zarur bulgan funksional sistemalar mavjuddir.

Bosh miya evolyutsiyasi jarayonida ikkita muxim strategik yunalishni aniklash mumkin. Bularning birinchisi kelgusida yashash sharoitlariga uta tayyor turishi. Bu yunalish tugma, instinktiv reaksiyalarning katta tuplamidan iborat bulib, organizm xayot kechirishi mobaynida xar kanday xodisalarga shay bulib turadi. Bular ovkatlanish, ximoyalanih, kupayish mexanizmlari va boshkalar. Organizmni xamma narsaga urgatish shart emas. Zero, u ba'zi kobilyatlarga tugilganidan boshlab egadir.

Agar biz xulk-atvori guyoki avtomatlashib ketgan xasharotlar dunyosidan sut emizuvchilar dunyosiga bir nazar tashlasak, boshkacha X olatga kuzimiz tushadi, ya'ni xulk-atvorning tugma, instinktiv turlari maksadga yunaltirilgan, shaxsiy tajribaga asoslangan xat-ti-xarakatlarga kushilib ketganini kuramiz. Sut emizuvchilar xatti-xarakatida izlanish, uzi turgan muxitini topish kabi xususiyatlarning shoxidi bulamiz. Hayot kechirishning bunday turi uchun takomillashgan miya kerakligi uz-uzidan ayon, albatta.

Ammo asosiy gap miyaning xajmidagina emas, balki uning funk-siyasidadir. Evolyutsiyaning ikkinchi yunalishi individning xatti-xarakatlariga katta imkoniyatlar yaratib berdi. Bu esa bosh miya katta yarim sharlari pustlogi xajmining betinim kattalashuvi bilan parallel xolda kuzatiladi.

Barcha funksiyalarni pustlok uziga «tortib» olishi uning tako-millashib borishiga katta imkoniyat yaratib berdi. Shu bilan birga dunyoni anglab borish, urganish, pustlokning ma'lumotlar bilan tulib borish jarayoni, asosan, bolalik davriga tugri kelar ekan. Go'daklik davridan yetuk, barkamol yoshgacha bulgan davr xar bir individ uchun uzok masofa xisoblanadi.

Go'dak, ulgayib, asta-sekin xayotga moslashib o'ladi. Xush, bu jarayon kanday kechadi? Nima kilsa, xatoga yul kuyilmaydi? Shaxsning uygun, ijodkor bulib rivojlanishi uchun nimalar zarur? Ba'zi olimlarning fikricha, xammasi tarbiyaga boglik. Go'dakning miyasini yozilmagan daftarga uxshatish mumkin. Daftarning tashki kurinishi boshkalaridan fark kilmasa-da, xar bir nusxasi va saxifasining uziga xos xususiyatlari bor. Bitta varagiga yozilgan matn ikkinchisida takrorlanmaydi. Yozuvchi daftarni nima bilan tuldirsa, keyinchalik shu yozuvni ukiydi. Demak, o'ppok varaklarni kanday tuldirish, nima bilan tuldirish uzimizga boglik. Balki inson miyasini oddiy daftar bilan takkoslash notugridir, chunki inson miyasi ma'lumotlarni fa - kat «ulik», «jonsiz» xolatda uzida saklaydigan daftar emas. U ma'lumotlarni fa ol kayta ishlaydigan, yangi xulosalar chiqaradigan, ijodiy fikrlay o'ladigan katta bir jonli, xarakatdagi sistemadir.

Bolaning barkamol va yuksak tafakkurga ega bulib usishiga ta'sir kiluvchi sabablar uni urab turgan muxitga kup jixatdan boglik. Bolaning oldida turgan muammolar ye chimini tugri topishga kumak-lashish, uning xulk-atvorini tugri shakllantirib borish katta axamiyatga molikdir.

#### Miyaning funksional sistemasi

Bosh miyaning xujayralar tuplami faqatgina sodda vazifani bajarib kolmasdan, balki boshka mukammal funksiyalarni bajarish-da hxam ishtirok etadi (P. K. Anoxin, 1973). Funksional sistemaning fa oliyatini ta'minlashda asab tizimi (ayniksa, bosh miya) ning barcha tuzilmalari ishtirok etadi. Bu jarayon neyronlararo alokalarining kupligi sababli amalga oshiriladi. Bu alokalar psixofunksional mexanizmlarni ta'minlashda muxim axamiyatga ega.

Funksional sist yema biron-bir funksiyani bajarishda ishtirok etuvchi asab xujayralari tuplamidir. U miyaning muxim, uz-uzini boshkaruvchi mexanizmi xisoblanadi. Asab tizimining individual riv o'zlanishini tugri baxolash uchun uning anatomik jixatdan yetukligi bilan birga biron-bir funksiyani boshkarishi va bajara bilishi hxam katta axamiyat kasb etadi. D yemak, o'ntogenez jarayonini, ya'ni nerv tukimalarining yakka xolda emas, sistematik tarzda rivojlanishini sistemogenez nuktai nazaridan tushunmok kerak.

Funksional sistema tushunchasi individual rivojlanish jarayonida yuzaga kelishi mumkin bulgan asabiy-ruxiy buzilishlarning moxiyatini ochib berishga yordam beradi. Shuni ta'kidlash lozimki, embrional riv o'zlanish jarayonida asab tizimi turli tuzilmalari-ning birin-ketin paydo bulishi bilan birga, ushbu ketma-ket riv o'zlanishning buzilishi xam ruy beradi.

Dastlab, xayotiy muxim axamiyati bulgan funksional sistemalar shakllanadi. Unga evolyutsion nuktai nazardan o'lganda, xilma-xil tuzilmalar kushilishi mumkin. Shuning uchun bir bosqich darajasi-da funksional sistemaga kiruvchi ba'zi tuzilmalarning turli darajada takomilga yetishini kuzatamiz. Ayni vaktida, bir maromda riv o'zlanmaslik, ya'ni geteroxronlikning kurinishlariga kup misollar keltirish mumkin. Masalan, Go'dakda emish

jarayonida kat- nashadigan asab xujayralari va tukimalari yuz nervlarining boshka tolalariga qaraganda miyelin pardasi bilan o'ldinroq va yaxshiroq koplangan buladi. Yuz nervining yukori tolalari Go`dakda miyelin pardasi bilan yaxshi koplamaydi, guyoki bu tolalarga xozircha zaru- rat yukdek.

Sistemogenezga yakkol misol bula oladigan, Go`dakda kuzatiladi- gan, ushlab olish refl yeksi mexanizmiga e'tibor beraylik. Embrional rivojlanishning HV-VH oylarida kulning barcha nerv tolalari ichida eng yaxshi yetilgani barmoklarning bukilishini ta'minl ovchi nerv tolalaridir. Bundan tashkari, bu davrga kelib sakkizinchi buyin segmentining oldingi shox motor xujayralari xam takomillashgan buladi. Bu mot or xujayralar barmoklarni bukuvchi mushaklarni nervlaydi, bundan tashkari, ushbu xujayralar- ni boshkaruvchi asab tizimining yukorida joylashgan tuzilmalari xam shakllangan buladi.

Sistemogenezning bir nechta muxim jixatlari urganilgan. Birin- chisi shundan iboratki, funksional sistemalar bir vaktida shakllan- maydi. Organizm uchun xayotiy muxim bulgan sistemalar avval shakllana boradi. Masalan, yangi tugilgan Chaqaloq uchun xayotiy muxim bulgan jarayonlar - emish, yutish, nafas olish tugilgan xaxoti faoliyat kursata b oshlaydi. Ba'zi jonzotlarda esa funksional sistema tugilgan xaxoti mukammallashgan buladi. Kenguruning b olasi tugilgan xaxoti onasining kornidagi xaltachaga sakrab chika oladi yoki endigina tu- xumdan chikkan gozning bolasi onasining izidan yura boshlaydi va xokazo.

Yangi tugilgan Chaqaloqda tugma mexanizmlar guyo kamd yek tuyulsada, ba'zi boshkaruvchi vazifalarning juda nozik ishi kishi e'tiborini uziga tortadi. M asalan, Go`dakda yutish va nafas olish bir vaktning uzida amalga oshiriladi, keyinchalik bu kobiliyat yukolib boradi. Shu bilan birga Ko`ruv, eshituv, xarakat reaksiyalari yaxshi riv oylanmagan buladi. Asab tizimi ba'zi bo`lim- larining bir maromda rivojlanmasligi va yetilmasligiga geteroxronlik prinsipi deyiladi. Sistemogenezning ikkinchi prinsipi sistemalararo va sistemalar ichra geteroxronlik prinsipidir. Sistemalararo geteroxronlik - bu turli funksional sistemalarning (emish va Ko`ruv nazorati) turli davrlarda payd o bulishi va shakllanishidir. Sistemalar ichra geteroxronlik - bu shakllangan funksiyaning asta-sekin murakkablashib borishidir. Dastavval minimal funksiyani bajara o luvchi asab tukimalari yetilib boradi, keyinchalik tashki va ichki ta'sirlarga javob beruvchi shu sistemaning boshka bo`limlari xam safga turadi. Masalan, Go`dakda 3 oygacha surish refleksi juda o so n chakiriladi, lunji yoki iyagiga kul tekkizilsa bas, u darrov labini chuchchaytiradi. Shu bilan birga, Go`dakda kalkib ketish yoki xavo yutib yuborish xolatlari xam tez-tez kuzatilib turadi. Uch o ylikdan sung surgich xara- katlari faqat labiga tekkanda payd o buladi va kalkib ketishlar kam uchraydi. Xuddi shunday xolatni ushlab olish refl yeksiga nisbatan xam kuzatishimiz mumkin. Go`daklik davrining birinchi oylarida uning kaftiga sal tegilsa, kulini musht kilib oladi, keyinchalik ushlab olish biroz pasayadi, ya'ni bosh barmok kolganlariga karshilik kursata boshlaydi.

Sistemalar ichra geteroxronlik biror funksional sistemaning nafaqat yetilishi, balki sistemalararo alokaning urnatilishi bi- lan xam kechadi. Masalan, avtomatik tarzda ushlab o lishda xarakat murakkablashib boradi, shu bilan birga kulning xarakati ustidan kuzning nazorati kuchaya boshlaydi.

Sistemogenez xakidagi ta'limot bolaning asabiy-ruxiy rivojlanishining uzviyligi va ketma-ket rivojlanish konuniyatlarini ochib beradi. Masalan, u boshini ushlagach utiradi, sung tik turadi va asta-sekin yura boshlaydi. Boshini ushlab turish kobiliyati tana xolatini nazorat kilishga zamin yaratib beradi. Bu muvozanat a'zosi va Ko`ruv nazoratining takomillashuvi nati- jasida amalga oshiriladi.

Shuni ta'kidlash lozimki, juda kup funksional sistemalarning uzi bir kancha kichik sistemalardan tarkib topgan. Bular bir vaktning uzida paydo bulmaydi va uzaro boglanishlarni asta-sekin mu- rakkablashtirib b oradi. Masalan, xarakatni boshkarish kompleksiga muskul tonusi, tana muvozanati va koordinatsiyasini boshkaruvchi sistemalar kiradi. Bundan tashkari, xar kandy xarakatni amalga oshirish uchun biron-bir xarakatni boshka xarakat bilan almashtiruvchi, uning ustidan nazorat kiluvchi dastur zarur buladi. Masalan, oldinga bir kadam tashlash uchun tananing ogirligini ikkinchi oyokka utkazish, shu vaktida tananing muvozanatini saklab kolish, bir gurux muskullarning kiskarishi va boshkalarining yozilishini amalga oshirish kerak buladi.

Biz yurib b orayotganimizda oyokni kandy tashlash kerak, gavda, kullar kay xolatda xarakat kilishi zarurligi xisob-kitobini kilmasdan xammasini beixtiyor tarzda amalga o shiramiz. Tugri, biz o ngli ravishda tezlikni oshirishimiz yoki pasaytirishimiz, kadamni katta yoki kichik tashlashimiz mumkin, ammo kaysi muskulni kiskartirib, kaysi birini bushashtirishimiz kerakligini uylamay amalga oshiramiz. Harakatni boshkaruvchi sistemalarning bunday kelishilgan xolda ishlashi bolalik davridan rivojlana boshlaydi. Har xil yoshdagi b olalarning xarakat faoliyatini kuzata borib, ularning xarakat funksiyalari takomillashib borayotganligini va kichik sistemalardan yirik integrativ sistemalar paydo bulishini kuzatish mumkin.

Sistemogenez nuktai nazaridan qaraganda, xar bir yosh uchun xos bulgan normal funksiyalarning rivojlanish mexanizmlari va takomillashuvining kam-kustini tushunib olish mumkin. Ba'zi funksional sistemalar yoki ularning bo`limlari riv oylanishi sust kechsa, boshka funksional sistemalar esa normal rivojlanib va takomillashib boraveradi. Masalan, chakkon, uyinkarok bolalar dikkat-e'tibor talab kiluvchi nozik xarakatlarni bajara olmaydi. Buning sababi xarakatni boshkaruvchi miya pustlogi markazlari takomillashmaganligidir. Ba'zan kundalik xayotda besunakay bolalarda surat chizish, musikiy asboblarni chiroyli chalish kabi maxoratni kuzatish mumkin.

Bolalarda nutkning turli buzilishlari kupincha, sistemalararo va sistemalar ichra alokalarning yetilmay kolishi o kibatida kuza- tiladi. Iarakat besunakayligining duduklanib gapirish bilan bir- ga kelishi yoki xarakati tulik riv oylan bulsa-da, duduklanadi- gan bolalarni kup uchratamiz. Ba'zan ogzaki nutk juda yaxshi rivojlansa-da, xusnixati xunuk bolalarni kuzatish mumkin.

Sistemogenez prinsiplari asab tizimining evolyutsion rivojlanish jarayonida kuzatiladigan morfofunktsional uzgarishlarni takomillashtirishga yordam beradi, sistemalarning notugri rivojlanishining oldini olish yullarini kursatadi. Bu yetishmovchiliklarni tuzatishning prinsiplarini bir necha guruxlarga bulish mumkin:

- usish kursatkichlaridan o`rkada kolayotgan funksiyalarni rag- batlantirish;
- buzilib kayta rivojlanayotgan alokalarni tuxtatish yoki pasaytirish;
- sistemalararo va sistemalar ichra alokalarining yangi komplekslari shakllanishiga yordam berish va xokazo.

Demak, nuqsonning konkret shaklini topib, davolash bir nechta yunalishda olib borilishi kerak, lekin bunda individual rivojlanish bosqichlaridagi uzviylikni xam e'tiborga olish zarurdir.

Ko`ruv va eshituv bosh miyaning murakkab funksional sistemalari guruxiga kiradi. Iar kaysi funksional sistema yoki uning Xar bir bo`limi uzining rivojlanish dasturiga ega bulishiga qaramasdan, bosh miya d oimo yagona yaxlit a'zo sifatida ishlaydi. Miyaning bu integrativ funksiyasi turli sistemalarning uzaro munosabatini mustaxkamlaydi va rivojlantiradi. Bu x olda riv oylanayotgan miyada sistemalararo alokalarni urnatish mexanizmi kanday kechadi, dyegan savolga duch kelamiz.

## TIBBIYOT AMALIYOTIDA SEZGI, IDROK.

Tashqi olamni bilish, undan kelayotgan ma'lumotlarni qabul qilish va qayta ishlash sezgi jarayonidan boshlanadi.

Sezgi - ongimizga ayni vaqtda, bevosita ta'sir qilib turgan narsa va hodisalarning ayrim xususiyatlarini aks ettirishdan iborat ruhiy jarayon. Materiya bizning sezgi organlarimizga ta'sir qilib, sezgi hosil qiladi. Sezgi organlari axborotni qabul qilib oladi va saralaydi. Sezgi organlari tashqi olamning kishi ongiga kirib kelishining yagona yo`lidir. Kishi tevarak atrof haqida doimo axborot olib turishi kerak. Axborotlarning ko`pligi (ortiqchaligi) yoki tanqisligi (sensor izolyatsiya) organizmda jiddiy funksional buzilishlarga olib kelishi mumkin. Buni tekshirib ko`rish uchun maxsus surdokameralarda ko`plab tajribalar o`tkazilgan. Tajribalar shuni ko`rsatdiki, sinaluvchilar To`la izolyatsiya holatida bir necha soatdan keyin vahimaga tushadilar, tajribaning to`xtatilishini talab qila boshlaydilar. Ularda og`riq, haroratni sezish kabi sezgilar ham buzilishi kuzatiladi. Agar odam ko`proq vaqt izolyatsiyada saqlansa, unda ong buzilishi, turli gallyutsinatsiyalar kuzatiladi. Real hayotda bunday sharoit ongning buzilishi, butunlay buzilishiga olib kelishi mumkin.

Sezgilar va ularning mohiyati haqida ko`plab nazariyalar mavjud. Avvalo shuni ta'kidlab o`tish lozimki, materialistik psixologiya sezgilarni materiya ta'sirining natijasi deb qaraydi. Sezgilarning haqiqiy mezoni esa amaliyot hisoblanadi.

Sub`ektiv idealistlar (Berkli, yum, Max) olamni sezgilarning yig`indisi sifatida talqin qiladilar. Boshqa nazariya tarafdorlari esa (I.Myo`ller, Gel'mgols) sezgi organlarining o`ziga xos quvvati haqida fikr yuritadilar. Ularning fikricha sezgilar faqat tashqi ta'sirlarning timsoli, shartli belgilari. Shu sababli ular qaysi sezgi organiga ta'sir qilsa, shu analizatorga xos sezgi hosil bo`ladi. Bu nazariyaning to`g`riligini isbot qiluvchi ko`plab misollar bor - bu elektr toki, bosimning ta'sirida turli analizatorlarda turli sezgilar hosil bo`ladi.

Ammo hid, tovushlar boshqa sezgi organlariga ta'sir qilib, ularga xos sezgilar hosil qilmaydi. Sezgi organlari maxsus signallarni qabul qilishga ixtisoslashgan. Sezgi organlarining ixtisoslashishi - uzoq davom etgan evolyutsion taraqqiyot maxsulidir. Bundan shunday xulosaga kelish mumkin. Sezgi organlarining o`ziga xosligi sezgilarning o`ziga xosligini keltirib chiqarmaydi. Sezgi organlarining o`ziga xosligi tashqi olamning o`ziga xos xususiyatlari natijasida shakllangan.

Mana shunday maxsuslashgan sezgi organlarining majmui analizatorlarni tashkil qiladi. Har qanday analizator 3 qismdan iborat: 1. Tashqi ta'sir kuchini ichki nerv quvvatiga (jarayoniga) o`tkazadigan maxsus transformator - analizatorning periferik qismi, 2. Analizatorning periferik qismini markaziy qism bilan bog`laydigan o`tkazish yo`li, ular afferent va efferent yo`llardan iborat, 3. Markaziy, periferiyadan keluvchi signallarni qabul qilib, qayta ishlovchi qism (miya qismi).

### SEZGI TURLARI.

Sezgilar ta'sir qilayotgan qo`zg`atuvchining xarakteriga, qo`zg`alishni qabul qilish masofasiga, retseptorlarning joylashgan o`rinlariga ko`ra klassifikatsiyalanadi. Retseptorlarning joylashgan o`rniga ko`ra sezgilarning quyidagi turlari mavjud:

1) tashqi olamdagi narsa va hodisalarning xususiyatlarini aks ettirishga moslashgan va tananing tashqi yuzasida retseptorlari bo`lgan sezgilar - ekstrotseptiv sezgilar, 2) tananing ichki organlari va to`qimalarida joylashgan va tananing ichki holatini aks ettiruvchi sezgilar - interotseptiv sezgilar. 3) retseptorlari retseptorlari pay va mushaklarda joylashgan - propriotseptiv sezgilar. Ular gavdamizning holati va harakatlari haqida ma'lumot beradi.

Ektrotseptiv retseptorlar ikki guruhga ajratiladi:

Kontakt (ko`rish, eshitish, hid bilish, ta'm bilish, teri sezgisi) va distant (harorat, og`riq, tuyush (taktil) sezgilarga ajratiladi

Sezgilarning umumiy qonuniyatlari.

Boshqa tabiat va ruhiy hodisalar kabi sezgilar ham ma'lum xususiyatlar va qonuniyatlarga ega. Shu jumladan ularning sifati, intensivligi (kuchi), davomiyligi sezgilarning umumiy xususiyatlariga kiradi.

Sifat - mazkur sezgining asosiy xususiyati bo'lib, uni boshqa sezgilardan farqlaydi vash u sezgi doirasida o'zgarib turadi. Masalan, eshitish sezgisida tovushlarning balandligi, mayinligi, zo'rliqi; ko'rish sezgisining boyligi, ranglari va h. Sezgilarning sifatlarini boyligi, rang-barangligi borliqning barcha rang-barangligini aks ettiradi. Sezgilarning intensivligi - ta'sir qilayotgan qo'zg'atuvchining kuchi va analizatorning funksional holati bilan belgilanadi. Davomiyligi - sezgining vaqt bilan bog'liq xususiyati. U ham qo'zg'atuvchining xususiyati va analizatorning funksional holati bilan bog'liq. Qo'zg'atuvchi sezgi organlariga ta'sir qilagandayoq sezgi hosil bo'lmaydi, biroz vaqt o'tadi. Bu sezgining latent (yashirin) davri deyiladi. Turli sezgi organlarining javob berish tezligi turlicha: taktil sezgilar uchun u 130 millisekund, og'riq uchun 370 millisekund, ta'm bilish uchun 50 millisekund.

Shuningdek sezgi qo'zg'atuvchi o'z ta'sir kuchini to'xtatgan zahoti yo'qolmaydi. Qo'zg'atishning asorati, ta'siri yana bir qancha vaqt davom etadi va ular keyin keluvchi obrazlarni hosil qiladi. Keyin keluvchi obrazlar ijobiy yoki salbiy bo'lishi mumkin.

Adaptatsiya. Analizatorlarning sezgirligi bir qator fiziologik, psixologik va muhitning ta'siri ostida o'zgaradi. Bu o'zgarishlar orasida adaptatsiya hodisasi alohida o'ringa ega. Adaptatsiya yoki moslashuv deganda qo'zg'atuvchining ta'siri ostida sezgi organlari sezgirligining o'zgarishi tushuniladi. Adaptatsiyaning 3 xil turi farqlanadi.

1. Qo'zg'atuvchining davomli ta'siri natijasida sezgilarning to'liq yo'qolishi. Agar sezgi organiga biror qo'zg'atuvchi doimo ta'sir qilib tursa, sezgi batamom yo'qolib ketish tendensiyasiga ega. Masalan, teriga tegib turgan engil yuk tez orada sezilmay qoladi (qo'l soati borligini biz sezmaymiz). Bir hid bor joyda uzoq vaqt bo'lsak bu hid sezilmay qoladi.

2. Kuchli qo'zg'atuvchi ta'siri ostida sezgi organlarining sezgirligini zaiflashishi, kamayishi (negativ yoki salbiy adaptatsiya). Agar qo'limizni muzday suvda tutib tursak teridagi sovuqni sezish retseptorlarining sezgirligi kamayadi. Ko'zga kuchli yorug'lik ta'sir qilib tursa ko'zning sezgirligi kamayib, ko'z shu yoro'g'likka moslashadi. Bu hodisa yoro'g'lik adaptatsiyasi deyiladi. 3. Kuchsiz qo'zg'atuvchi ta'siri ostida sezgi organlarining sezgirligining ochishi. Bu pozitiv adaptatsiya deb ataladi. Masalan, kinozalga kechikib kirgach bir qancha vaqt hech narsani ko'ra olmaymiz. Birozdan keyin biz atrofni ko'ra boshlaymiz. Ko'zning sezgirligi oshdi. Bu qorong'ilik adaptatsiyasi deyiladi.

Odatda negativ va pozitiv adaptatsiya bir sezgi organining o'zida bir vaqtda ro'y beradi. Undagi bir guruh retseptorlarning sezgirligi oshadi, ikkinchi guruh retseptorlarning sezgirligi kamayadi. Kinozalga kirganda qorong'ilikni ko'rishga moslashgan ko'rish xujayralarining sezgirligi ochib, yoro'g'likni ko'rishga moslashgan xujayralarning sezgirligi kamayadi. Yuqorida ko'rsatib o'tilgan pozitiv va negativ adaptatsiya mavjudligi sababli uy haroratida bo'lgan suv kishida «issiq», yozda esa «sovuq»dek to'yo'ladi. Ba'zi retseptorlarning adaptatsiyasi etarlicha o'rganilmagan. Masalan, og'riq retseptorlarining bor yoki yo'qligi to'liq o'rganilmagan. Har holda og'riq sezgilari butunlay yo'qolmaydi.

Adaptatsiyaning biologik ahamiyati shundaki, u kuchsiz qo'zg'atuvchilar ta'sirini payqab olishga va kuchli qo'zg'atuvchilarning salbiy ta'siridan sezgi organlarini himoya qiladi.

Sezgi organlarining sezgirligi faqat qo'zg'atuvchilarning ta'siri ostida o'zgarmaydi. Sezgi organlarining o'zaro ta'siri natijasida ham ularning sezgirligi oshadi. Masalan, kuchsiz tovush ta'siri ostida ko'rish analizatorining sezgirligi oshadi, kuchli tovush ta'siri ostida esa uning sezgirligi zaiflashadi. Sensibilizatsiya. Analizatorlarning o'zaro munosabati va mashq qilish natijasida sezgirlikning kuchayishiga sensibilizatsiya deyiladi. Sezgilarning o'zaro ta'siri ostida ularning sezgirligining oshishi qo'zg'alishning konsentratsiyasi va irradiatsiya jarayonlari bilan tushuntiriladi. Sinesteziya. Qo'zg'atuvchining biron bir analizatorga ta'siri natijasida boshqa analizatorga xos sezgining paydo bo'lishi sinesteziya deyiladi. Bunga «rangni eshitish» hodisasini misol qilish mumkin.

IDROK. Idrok - inson ongida sezgi organlarimizga bevosita ta'sir etayotgan narsa va hodisalarni tartibga solinib, yaxlit, bir butun holda aks ettirilishi. Idrok narsa va hodisalarning ayrim xususitlarini aks ettiruvchi sezgilardan shu bilan farq qiladi. Lekin idrok ayrim sezgilarning oddiy yig'indisidan iborat emas. Idrok hissiy bilishning yangi, yuqori bosqichidir. Idrok jarayonining o'ziga xos xususiyatlari bor. Bular: idrokning predmetligi, yaxlitligi, ma'lum tartibda tuzilishi, konstantligi, anglanganligi.

IDROKNING PREDMETLIGI. Idrokning predmetligi ob'ektivlash ham deb ataladi

Va tashqi olamdan olingan ma'lumotlarni shu olamning o'ziga haratichida ifodalanadi.

Tashqi olamdan kelayotgan ma'lumot, obraz (masalan, o'qilayotgan kitobning tasviri) bizning sezgi organlarimizda emas (ko'z ichida emas), balki tanamizdan tashqarida, tashqi olamda deb idrok etiladi. Bu xususiyatsiz odamning amaliy faoliyatini tasavvur qilib bo'lmaydi. Idrokning predmetligi tugma hisoblanmaydi. Insonda olamning predmetligini ochib beruvchi ma'lum harakatlar tizimi mavjud. Bu erda taktil (tuyush) va harakat sezgilari katta rol o'ynaydi. Harakatlar ishtirok etmagan takdirda bizning idrokimiz predmetlik sifatiga ega bo'lmagan, ya'ni tashqi olam ob'ektlariga qaratilmagan bo'lar edi. Sezgi va idrokning farqini tushunish uchun quyidagi misolni keltiramiz. B.G. Anan'ev tomonidan sezgirligi saqlanib qolgan holda idrokning buzilishi tasvirlangan. Davolanishning avval bochida u butun fazoni qandaydir o'zloqsiz yorug'lik oqimi sifatida sezgan. Keyinchalik davolanish natijasida shaklsiz, ma'nosiz dog'larni ajrata boshlagan. U birorta ob'ektning predmet sifatidagi xususiyatini so'z bilan ham, chizish bilan ham tasvirlab berolmagan. 3 oy davomidagi davolanishlardan keyingina bemor ko'zining idrok qilish xususiyati tiklangan. Bunga misol tariqasida ko'pchilik olimlar qurbaqaning ko'z to'r pardasining ishini misol qiladilar. Qurbaqaning ko'ziga tushgan bir necha predmetlar, asosan ularni harakati va burchaklari haqida to'r parda darak beradi.

Shu sababli baqa harakatsiz pashshalar orasida ochdan o`lishi ham mumkin. Predmetlilik idrokning sifati tarzida ish-harakatlarni boshqarishda muhim rol o`ynaydi. Bu xususiyat yordamida tashqi olamdan olingan ma`lumotlarni ana shu olamning o`ziga solishtirib ko`riladi va idrok obrazlarining real predmetlarga adekvat (mos)ligi ta`minlanadi. Tashqi olam bilan uning aks ettirilishi mos kelmay qolgan hollarda odam to`g`riroq aks ettirishni ta`minlovchi idrokning yangi usullarini qidirishga majbur bo`ladi.

**IDROKNING YAXLITLIGI.** Yuqorida ko`rsatganimizdek, idrok sezgi organlariga ta`sir qilvchi narsa va hodisalarning ayrim x`ususiyatlarini aks ettiruvchi sezgilardan farqli ravishda, narsalarning yaxlit obrazidir. O`z-o`zidan ravshanki, bu yaxlit obraz turli modallikdagi sezgilar orqali olingan narsalarning ayrim xususiyat va sifatlari haqidagi bilimlarni umumlashtirish asosida vujudga keladi

**IDROKNING MA`LUM TARTIBDA TUZILGANLIGI.** Idrok ko`p darajada bizning bir lahzalik sezgilarimizga to`g`ri kelmaydi va bunday sezgilarning oddiy yig`indisidan iborat emas. Biz bu sezgilardan abstraktlashgan, ma`lum vaqt davomida tarkib topadigan elementlarning munosabatining umumlashgan tuzilishini idrok qilamiz. Musika eshitayotgan kishi uning tuzilishini, uning elementlarining musika alohida notalardan iborat emas. Notalarning o`zaro munosabatigina musiqani ketlikda, tartibda tuzib, turlicha musika hosil qilinadi. Shu bilan birga odam notalarni ma`lum ketma-ketlikda emas, balki yaxlit, bir butun musika sifatida idrok qiladi. Faqat maxsus maqsad bilangina (kompozitor, asboblarining tovuchiga e`tibor berishi, ularni fikran bir-biridan ajratishi mumkin. Bu xususiyatlar idrokning YAXLITLIGINI beradi.

**IDROKNING KONSTANTLIGI.** Idrok qilinayotgan tashqi olam, muhit doimo o`zgarishda, turli holatlarda, turli sharoitlarda namoyon bo`ladi. Turlicha yoro`g`likda, fazoda turli holatda, turli masofada bo`ladi. Turlicha yoro`g`likda, fazoda turli holatda, turlicha masofada bo`ladi. Bunday omillar ta`sirida ko`z sezgi organiga kelayotgan ma`lumotlar turlicha bo`ladi, ularni idrok qilish ham turlicha bo`lishi kerak. Ammo bizning perseptiv (idrok qilish) sistemamiz bo`layotgan o`zgarishlarni to`g`rilash, tiklash qobiliyatiga ega. Shu tufayli kishi atrofidagi predmetlarning shaklini, rangini, katta-kichikligini nisbatan o`zgarmas (konstant) holda idrok qiladi. Masalan, biz qo`limizni bittasini uzoqqa sho`zib, 2-sini ko`zga yaqin tutsaq ham ikkala qo`limizni, barmoqlarni kattalashgan yoki kishraygan holda emas, balki uzoq yoki yaqin sifatida idrok qilamiz. Idrok jarayonining konstantligi tugma emas, masalan, qalin o`rmonda yashovchilar ochiq joylarda uzoqdagi predmetlarni uzoqlikdagi emas, kichik sifatida idrok qiladilar. Bolaligida ko`r bo`lib qolgan bemor 10-12 metr balandlikdagi derazadan bemalol saqrab tusha olsam kerak deb o`ylagan, chunki u pastdagi predmetlarni uzoqlikdagi emas, kichkina ob`ektlar sifatida idrok qilgan. Idrok jarayonining konstantligi manbai perseptiv tizimning FAOL HARAKATIDIR. Masalan, oynaga qarab turib yozishga harakat qilinsa, tez orada kishi avvaliga qiynalib keyinroq esa qo`lini to`g`ri boshqarishni o`rganadi. Shuningdek, tasvirlarni turli burchak ostida o`zgartirib beruvchi ko`zoynak uzoq muddat takib yurilsa, kishi atrof-muhitni to`g`ri idrok qilishni o`rganadi. Idrokning konstantligi olamning nisbatan barqarorligini ta`minlaydi.

**IDROKNING ANGLANGANLIGI.** Ma`lumki, idrok qo`zg`atuvchining retseptorlarga ta`siri natijasida yuzaga kelsa ham, biroq perseptiv obrazlar hamma vaqt ma`lum ma`noga ega bo`ladi. Kishining idroki tafakkur bilan, predmetning mohiyatini tushunish bilan mustahkam bog`liqdir.

## TIBBIYOT AMALIYOTIDA TAFAKKUR VA NUTQ

Tafakkur - bu predmet va hodisalarning umumiy xususiyatlarini aks ettirish, ular o`rtasidagi qonuniy alokalar hamda munosabatlarni topish jarayonidir. Boshqasha qilib aytganda, tafakkur - bu borliqni umumlashtirilgan holda va bevosita aks ettirishdir. Tafakkur - inson aqliy faoliyatining yuksak shaklidir. Istalgan ixtiyoriy faoliyat, u xoh o`quv, xoh ishlab chiqarish faoliyati bo`lsin, uning natijalarini oldindan ko`rishni albatta talab qiladi. Biroq, oldindan ko`rish uchun dalillarni umumlashtirish va umulashmalar asosida xuddi shunga o`xshash boshqa dalillarga ham tadbqiq etish mumkin bo`lgan xulosalar chiqarish kerak bo`ladi. Bu ikki yoqlama yondoshish yakkadan umumiyga, umumiydan yakkaga - tafakkur orqali amalga oshiriladi. Voqelik tafakkurda idrok va tasavvurlardagiga qaraganda chuqurroq va to`laroq aks etadi. Narsa yoki hodisalar o`rtasidagi eng muhim bog`lanishlar va munosabatlar tafakkur yordami bilan ochiladi. Binobarin, tafakkur insonning shunday aqliy faoliyatidirki, bu faoliyat voqelikni eng aniq (to`g`ri), to`liq, chuqr va umumlashtirib aks ettirishiga (bilishga), insonning tag`n ham oqilona aaliy faoliyat bilan shug`llanishiga imkon beradi.

Bosh miya po`ining bron bir sohasi emas, balki bosh miyaning butun po`sti bajarayotgan faoliyat tafakkurning nerv-fiziologik negizidir. Analizatorning miyaga borib tutashgan uchlari o`rtasida vujudga keladigan murakkab va muvaqqat bog`lanishlar tafakkur qilish uchun birinchi galda ahamiyatga ega. Tafakkurni yo`naltirib turadigan asosiy nerv-fiziologik negiz shunday yo`l ko`rsatib turuvchi refleksdirki, bu refleks tafakkur qilish jarayonlarida katta rol o`ynaydi. Tafakkur qilish jarayoni biror ruhiy elementlarning shunchaki bir-biri bilan almashinishi tarzida voqe bo`lmasdan, balki alohida aqliy operatsiyalar biz idrok qilayotgan yoki tasavvur qilayotgan narsalar ustida aqliy harakatlar qilish tarzida voqe bo`ladi. Taqqoslash, analiz va sintez, abstraksiya va umumlashtirish, konkretlashtirish, klassifikatsiya va sistemana solish aqliy operatsiyalarning asosiy turlaridir. Taqqoslash - shunday bir aqliy operatsiyalardirki, bu operatsiya ayrim narsalar o`rtasidagi o`xshashlikni yoki tafovutni, tenglik yoki tengsizlikni borligini, bir xillik yoki qarama-qarshilik borligini aniqlashda ifodalanadi. Amaliy taqqoslash bir narsani ikkinchi narsaga solishtirib ko`rilayotganda, masalan, bir qalamni ikkinchi qalamga, o`lchov chizg`ichini

taxtaga va shu kabilarga solishtirib ko`rilyotganda sodir bo`ladi. Taqqoslash tasavvur qilinayotgan yoki qilingan narsalarni bir-biriga fikran solishtirib ko`rish yo`li bilan hal bo`ladi.

#### ANALIZ VA SINTEZ

Analiz (tahlil) - narsani (buyumlarni, hodisalarni, jarayonni) tarkibiy elementlarga, qismlarga yoki tarkibiy belgilarga bo`lish demakdir. Analizning qismlarga, uning elementlariga bo`lgan munosabati aniqlanadi. Psixologiyani o`rganish vaqtimizda har bir ruhiy jarayonni bir-biri bilan taqqoslabgina qolmay, balki shu bilan birga, analiz ham qilamiz. O`qish mashg`uloti vaqtida tafakkurning analiz qilish faoliyati katta o`rin tutadi. Chunonchi, savod o`rgatish odatda nutqni analiz qilishdan: gapni so`zlarga, so`zlarni bo`g`inlarga, bo`g`inlarni tovushlarga ajratishdan boshlanadi.

Sintez - analizning aksi yoki teskarisi bo`lgan tafakkur jarayonidir. Bunda tarkibiy qismlar yagona bir butunga birlashadi. Analiz va sintez bir-biri bilan chambarchas bog`langandir, chunki fikr jarayonining ayrim bosqichlarida birinchi o`ringa analiz yoki sintez chiqadi. Sintez elementlarning, narsa va hodisalarning qismlarini bir butun qilib ko`chishdan iboratdir, amaliy analiz bo`lgani singari amaliy sintez ham bo`ladi. «Tafakkur, - deb yozgan edi I.P.Pavlov, albatta assotsiatsiyalardan, sintezdan boshlanadi, so`ngra sintezning ishi analiz bilan ko`shiladi. Analiz bir tomondan, retseptorlarimiz, periferik uchlarining analizatorlik qobiliyatiga, ikkinchi tomondan esa, bosh miya katta yarim sharlarining pustida takomil topuvchi va voqelikka muvofiq bo`lmagan narsalarni voqelikka muvofiq bo`lgan narsalardan ajratib turuvchi tormozlanish jarayoniga asoslanadi». Abstraksiya - shunday bir fikrlash jarayonidirki, bunda tafakkurda aks etilyotgan bir yoki bir necha ob`ektlarning biror belgisini (xususiyati, harakati, holati, munosabati) shu ob`ekt yoki ob`ektlardan fikran ajratib olinadi. Bu jarayonda ob`ektdan ajratilgan bir belgining o`zi tafakkurning mustaqil ob`ekti bo`lib qoladi. Abstraksiya odatda analiz jarayonida yoki analiz natijasida sodir bo`ladi. Abstraksiya umumlashtirish bilan bog`liqdir. Bunda predmetdagi, hodisadagi barcha tasodifiy, xususiy va muhim bo`lmagan narsalarga barham beriladi. Kasalliklarga ilmiy jihatdan ta`rif berish abstraksiyaga misol bo`la oladi. Umumlashtirish - predmetlar va hodisalarni ularning umumiy va asosiy tomonlarini ajratib ko`rsatish asosida bir-birlari bilan fikran birlashtirishdir. Masalan, tabletkalar, drajelar, kolloid va kristalloid eritmalar kabilar o`xshashligi bo`yicha dori-darmon tushunchasiga kiritiladi yoki kasallik belgilari simptom yoki sindrom tushunchasi orqali ifodalanadi. Umumlashtirish tafakkurning abstraktlashtiruvchi faoliyati bilan chambarchas bog`langandir. Abstraktlashtirish jarayonida ayrim narsalarning, holatlarning o`xshash belgilari aniqlanadi va shu o`xshash belgilar umumlashtiriladi. Masalan, barcha somatik kasalliklar ikki guruhga: terapevtik va jarrohlik kasalliklariga bo`linadi. Terapevtik kasalliklarda yurak-tomir, bronx-o`pka, me`da-ichak, siydik-tanosil kasalliklarni; jarroxlik kasalliklarida ko`qrak jarrohligi, o`pka jarrohligi va boshqalar ajratib ko`rsatiladi. Konkretlashtirish - ob`ektiv dunyoda haqiqatda mavjud bo`lgan predmet yoki hodisa misolida predmet yoki hodisani ko`rsatish, ochib berishdir. Tibbiyotda bu ma`lum etiologiyaga, klinik manzaraga, patogenezga va oqibatga ega bo`lgan konkret kasallikdir. Konkretlashtirish, umumiy abstrakt belgini yakka ob`ektlarga tadbiiq etishda ifodalanadi. Tafakkurda u yoki bu vazifani intuitsiya bajarishi mumkin. Masalan, tajribali vrach bir qancha hollarda diagnoz qo`yish, to`g`ri xulosa chiqarishni o`zida to`satdan kelib qolganday sezadi, lekin bunga ham kasallik belgilarini konkretlashtirish natijasida erishiladi. Klassifikatsiya (tasnif) - ko`p narsalarni, holatlarni, kechinmalarni guruhlarga bo`lish. Masalan, tibbiyotda kasalliklarning klassifikatsiyalari mavjud: sil kasalligi, zaxm, yuqumli kasalliklar klassifikatsiyalari. Anatomiya fanida suyaklar klassifikatsiyasi alohida o`rganiladi. Tushuncha - bu predmet va hodisalardagi umumiy va muhim xususiyatlar hamda sifatlarining kishi ongida aks etishidir. Tushunchaning ikki turi bor: biri - konkret Masalan, kasallik to`g`risida, yara, harorat, og`riq, odam, bemor, o`simlik to`g`risidagi tushunchalar konkret tushuncha. Narsa va hodisalarning o`ziga taalluqli bo`lmasdan, balki narsa va hodisalardan fikran ajratib olinadigan ayrim xususiyat, sifat va holatlarga, shuningdek, ayrim narsa va hodisalar o`rtasidagi munosabatlarga va bog`lanishlarga taalluqli bo`lgan tushunchalar deb ataladi. Masalan, kasallikning mohiyati haqidagi tushuncha, davolab bo`lmaydigan kasalliklar haqidagi tushunchalar. Muhokama - biror narsa, hodisa (yoki biror kimsa) haqida biror nimani tasdiqlash yoki inkor qilish demakdir. Masalan, «ayrim kasalliklarni davolab bo`lmaydi» va «ayrim kasalliklarni davolab bo`ladi», yoki «bu dorining samarasi yaxshi bo`ladi», «bu antibiotikdan foydalanish kasallikni to`liq davolashni ta`minlamaydi». Kishi «ha» yoki «yo`q» deyish bilan biror qoidani, hodisani qayd qilish bilan bir qatorda muhokama ob`ektiga o`z munosabatini bildiradi. Muhokama asosiy akt va fikrlash jarayoni sodir bo`ladigan shakldir, chunki fikrlash - bu avvalo muhokama yuritishdir. Muhokamada biror nima haqida yoki inkor qilingan narsa muhokama mavzui bo`ladi. Xulosa chiqarish - tafakkurning tarixan tarkib topgan mantiqiy shaklidir. Tafakkurning shu mantiqiy shakli vositasi bilan bir necha ma`lum hukmlar (asoslar) dan yangi hukm - xulosa chiqariladi. Agar odam o`zining chiqaradigan xulosalarida ayrim xususiy muhokamalardan umumiy xulosa chiqaradigan bo`lsa, bunday xulosa induktiv xulosa nomini oladi. Masalan, tana haroratining ko`tarilishi, suvsizlanish organizmi holsizlanishga olib keladi. Terining qizarishi qon tomirlarining kengayishi bilan bog`liq bo`lib, bu turli xususiy omillarning ta`sirida sodir bo`ladi. Indo`qsiya yordamida odam o`zining kuzatish va tajribalariga yakun yasaydi, o`z amaliyoti natijalarini umumlashtiradi yoki boshqa kishilar amaliyotidan xulosa chiqaradi. Biror umumiy holatni ifodalovchi hukmlardan kamroq bo`lgan yoki ayrim hodisalarni ifodalaydigan hukmga o`tish jarayoni deduktiv xulosa chiqarish deyiladi. Deduksiya bilinayotgan hodisaning mohiyatini anglash imkonini beradi. Masalan, penitsillin turli yallig`lanish kasalliklarini davolashda yaxshi vosita sifatida tan olingan. Demak, yupqa shamollaganda ana shu antibiotikni ishlatish maqsadga muvofiqdir. Analogiya yo`li bilan, ya`ni o`xshashligiga qarab xulosa chiqarish - juz`iy yoki yakka muhokamalarga asoslanib, jo`z`iy yoki yakka turibdi, yana kasalim ko`zg`adi, yoki ana men yaxshi ko`rgan doktor kelayapti, kasalim tez tuzalib ketadi. Biz

o`zimizning yoki boshqalarning fikrlarini tekshirib ko`rish, asoslab berish, isbotlab berish lozim bo`lgandagina xulosa chiqarishning to`liq, kengaytirilgan mantiqiy shaklidan foydalanamiz. Fikriy qobiliyatlar haqida gapirilganda ko`pincha bu tushuncha ostida intellekt ko`zda tutiladi. Aql olingan bilimlarni, tajribani va ularni yanada boyitishga va aqliy faoliyatda foydalanishga bo`lgan qobiliyatni o`z ishiga oladi. Kishining aqliy fazilatlarining uning xajmi bilan belgilanadi. Tafakkur aqlning faol funksiyasi bo`lib, logika qonunlari asosida takomillashib boradi. Tafakkur amaldagi aqldir. Tafakkurning eng muhim xususiyatlaridan biri tushunishdir. Tafakkur jarayonidagi tushunish boshqa bir kishining og`zaki va yozma nutqini idrok qilish va o`qib olish jarayonida sodir bo`ladi.

TAFAKKURNING SIFATLARI Ayrim kishilarning tafakkuri o`zining mazmundorligi, chuqurligi va kengligi jihatidan, mustaqilligi, samaradorligi va tezligi jihatidan turli hollarda turlicha namoyon bo`ladi. Bular tafakkurning sifatini tashkil qiluvchi belgilardir.

### TIBBIYOT XODIMINING TAKTIKASI

Aqlida nuqsonlari bo`lgan bemorlarga xizmat ko`rsatish ancha mushkul vazifadir. Ular ko`pincha o`zlariga qaratilgan savolni noto`g`ri tushunadilar. Ularning beo`xshov gaplari va xatti-harakatlari atrofdagilarning g`azablanishiga sabab bo`ladi. Bunday bemorlarga xizmat qilish tibbiyot xodimidan zo`r sabr-matонатni va shafqatli bo`lish hislarini talab qiladi. Munosabatning eng yaxshi shakli xayrixohlikdir. Bu toifadagi bemorlarni savollar bilan qiynab qo`ymaslik, gaplarini yaxshi eshitib ma`qullab turish kerak. Bemorning xulqiga va xarakteridagi patologik xususiyatlariga vrach xotirjamlik, bosiklik bilan munosabatda bo`lishi shart.

NUTQ HAQIDA MA`LUMOT. Odam o`z fikrlarini boshqalarga bildirmoq uchun shu fikrlarni seziladigan, ya`ni sezgi a`zolari orqali ta`sir qiladigan moddiy vositalarda ifodalashi lozim. Ana shu moddiy vosita nutq deyiladi. Nutq - odamlar til orqali bir-biri bilan muomala va aloqa qilishining alohida usulidir. Odam o`z hislari va istaklarini boshqa kishilarga aytib Bera oladi. Nutq tibbiyot sohasida, ayniqsa o`rta tibbiyot mutaxassislari faoliyatida muhim rol o`ynaydi. Chunki hamshiraning kundalik faoliyati bemorlarga o`z fikrlari orqali ruhiy oziqa berish, tetiklashish, sog`ayishga bo`lgan ishonchini yanada kuchaytirish bevosita nutq orqali amalga oshiriladi. Bundan tashqari, har bir tibbiyot xodimi nutqi yomonlashgan yoki noto`g`ri rivojlangan kishilarga yordam ko`rsatishi yoki bo`lmasa yo`llanma berishi kerak. Buning uchun ular nutq faoliyati, buzilishlari haqidagi bilimlarni egallab olishlari kerak. Nutq vositasida aloqa bog`lanish jarayonida har bir kishi bilimlarning ko`p qismini boshqa kishilardan oladi. Nutq vositasida aloqa bog`lash odamning doimiy ehtiyoji bo`lib, bu aloqa fikr almashuvga xizmat qiladi. Har bir kishining nutqi bolalik chog`idan boshlab o`sib boradi, buning sababi ham boshqa kishilar bilan aloqada bo`lish ehtiyojidir. Nutqning anatomik-fiziologik asoslari bosh miya po`stidagi alohida markazlar faoliyati va nutqqa oid muskul apparati hisoblanadi. «Nutq» va «til» tushunchalari ko`pincha bir xil ma`noda ishlatiladi. Ammo bu tushunchalarning ma`nosini bir-biriga aralashtirib yuborish yaramaydi. Garchi nutq bilan til bir-biriga chambarchas bog`langan bo`lsa ham, lekin ularning ikkalasi bitta narsa emas.

Til - ijtimoiy hodisadir. Til ayrim kishida mustaqil ravishda mavjuddir. Tilning ijodkori esa xalqning o`zidir, tarixan tarkib topgan millatning o`zidir. O`zbek tili, qirg`iz tili, qozoq tili, turkman tili, tojik tili, nemis tili va hokazo qalklarning tillari bunga misol bo`ladi. Nutqning asosiy vazifasi odamlarga vositachilik qilishdir. Nutqda bizning fikrlarimiz bilan birgalikda tuyg`u-hislarimiz ham ifodalanadi. Nutqda bizning irodamiz, maqsad muddaomiz, istagimiz, niyatimiz, qarorimiz ham, shuningdek iroda jarayonining ayrim sifatlari: qat`iyat va qat`iyatsizlik, dadillik, kishining o`zini tuta bilishi, kishidagi qunt va boshqalar ham namoyon bo`ladi. Odamning nutqida namoyon bo`ladigan xilma-xil tovush birikmalari uning ichki holatini ifodalabgina qolmasdan, shu bilan birga ob`ektiv ravishda mavjud bo`lgan narsalar va hodisalarning nimaligini bildiruvchi vosita bo`lib ham xizmat qiladi. Masalan, «shpris» so`zi. Nutq o`zining bajaradigan vazifasiga qarab, ichki va tashqi nutqqa bo`linadi. Tashqi nutq o`z navbatida ikkita og`zaki va yozma nutqqa ajratiladi. Og`zaki nutq - boshqa kishilar bilan bevosita qilayotgan aloqamizda foydalaniladigan nutqdir. Og`zaki nutqning jaranglarchidagi farqlarni hisobga olish zarur. Nutq tembri uning ifodfli, emotsional bo`yoqli bo`lishida rol o`ynaydi. Ayrim kasalliklarda, masalan, farangit, laringit, ayrim ichki sekresiya bezlari kasalliklarida tovush tembrlari jiddiy o`zgaradi. Yozma nutq bevosita aloqa bog`lash vositasi bo`lmasdan, balki ko`pincha boshqa vaziyatda, boshqa bir joyda turgan yoki turishi mumkin bo`lgan odamlar bilan aloqa bog`lash vositasidir. Masalan, tibbiyot xodimlari Gippokrat, Ibn sino, Aristotel` asarlarini o`qishi va o`rganishi natijasida yangi bilimlarga ega bo`ladilar. Ba`zan hayotda nutq a`zolarining noto`g`ri holatda joylashuvi kuzatilib, bu fiziologik dudo`qlanish deyiladi. Agar bu holat bola rivojlanishining 4 yoshidan keyin ham davom etsa, patologik dudo`qlanish deb ataladi. Bunday hollarda mazkur patologiyani sabablarini aniqlash va davolovchi pedagog yordamiga murojaat qilish zarur (logopediya - nutq buzilishlarini davolash bo`yicha fandir).

Dudo`qlanish - «sh - sh» lab gapirishda, - «s - s» lab gapirishda, chuchuk til bilan sal - «sh - sh» lab gapirishda namoyon bo`ladi. So`zlarni dona-dona talaffuz etishda ishtirok etuvchi muskul a`zolarining (til muskuli, tanglay muskuli, tovush pardali muskuli) buzilishida miya stvolida bosh suyagi nervlari yadrosining shikastlanishi natijasida yoki bosh miyaga keluvchi nerv tolalarining zararlanishi natijasida nutq, tovushlarni talaffuz qilish yomonlashadi - dizartriya paydo bo`ladi. Ba`zan tovushning vaqtincha funksional yo`qolishi - afoniya kuzatiladi. Bunday yomonlashuv asabiy jazavalanish vaqtida uchraydi. Og`zaki nutq bilan yozma nutq o`rtasida farqlar kasallik tufayli kuchayishi mumkin. Organik va funksional xarakterdagi markaziy nerv sistemasi kasalliklarida yozuv, xat ancha yomonlashadi. Ko`pincha yozma nutqning yomonlashuvi bosh miya qobigining optik, nutq va harakat nutqlarining o`choqli shikastlanishlarida kuzatiladi. Yozma nutqning yomonlashuvi agrafiya deyiladi. Shizofreniya bilan og`rigan bemorlarda yozishning o`zgarishi xarakterlidir.

## NUTQNING BUZILISHI

Bosh miyaning organik zararlanish kasalliklari, jarohatlarida, kala chanoq suyalarida shikastlanishida, isteriyalarda nutqning buzilishi kuzatiladi. Nutqning buzilishi afaziya deyiladi. Afaziyaning bir necha turlari farq qilinadi, ularning ko'pgina umumiy va bir-biridan farq qiladigan xususiyatlari bo'ladi. Afaziya bilan og'riqan bemorlarda so'zlar va ularni tashkil etuvchi nutq tovushlarini to'g'ri tanlash buziladi, shuningdek mustaqil nutqning grammatik tuzilishi ham buziladi. Bunday bemorlarning nutqi kambag'al, ishlatiladigan so'zlar zaxirasi ancha cheklangan bo'ladi. Bir xil so'zlarni va bo'g'inlarni boshqalari bilan almashtirish sodir bo'ladi. Gapning ayrim qismlari o'rtasidagi bog'lanish buziladi. Bunday bemorlarning nutqi kambag'al, ishlatiladigan so'zlar zaxirasi ancha cheklangan bo'ladi. Bir xil so'zlarni va bo'g'inlarni boshqalari bilan almashtirish sodir bo'ladi. Gapning ayrim qismlari o'rtasida bog'lanish buziladi.

Shuningdek o'qish va yozishning yomonlashuvi ham kuzatilish mumkin. Afaziyalar motor, sensor, amnestik, total afaziyalarga ajratiladi. Motor afaziyalar so'zlarni talaffuz qilishga qobiliyat-sizlik va qobiliyatning sezilarli ravishda pasayishidir. Bemorlar gapirishga harakat qiladilar, lekin faqat bir necha so'z yoki buginlarnigina aytadilar. Bunday buzilish kalla chanoqning peshona qismi shikastlanib, peshona sohasida joylashgan Brok markazi zararlanganda kuzatiladi. Bemorlar o'zlariga qaratilgan nutqni tushunadilar.

Sensor afaziya atrofda gilar nutqini yomon tushunish bilan xarakterlanadi. Yozuvda qo'pol buzilish kuzatiladi, masalan, «mete» o'rniga «mota» deb yozadi-da, xatosini tuzata olmaydi. Sensor afaziya bilan og'riqan bemorlarga nisbatan o'zlariga qaratilgan nutqni tushunish ko'proq yomonlashgan bo'ladi. Ular ko'pincha o'zlariga berilgan savollarni tushunish u yoqda tursin, hatto oddiy imo-ishoralarni ham tushunmaydilar. Bunday bemorlar erkin gapiradilar, lekin ancha buzilgan va birmuncha tushunarsiz bo'lgan nutqda bir xil so'zlar va bo'g'inlarni boshqalari bilan almashtirishga ko'p marta yo'l qo'yadilar. Ko'pincha ularning nutqi so'zlar yig'indisidan iborat so'zlarni tanlashga aylanib qoladi. Sensor afaziya uchun nutq beqarorligi (logoreya) xosdir.

Amnestik afaziya narsalarning nomlarini aytish qobiliyatining buzilishida namoyon bo'ladi. Kerakli so'z ko'pincha bevosita so'zning narsa bilan bog'liqligidan emas, balki bemorning nutq kontekstini anglashidan paydo bo'ladi. Bemor jarrohlik stoli ustida turgan qaychini pichoq deb aytadi. Total afaziya nutqning barcha turlari yo'qolishi bilan xarakterlanadi. Bemor gapirishiga harakat qilib, ba'zan u yoki bu tovushni talaffuz qilishi mumkin. Bu holat bosh miyada qon aylanishi buzilganda va atrofik shikastlanishda kuzatiladi.

Tafakkurni psixologik tekshirish usullariga analogiyalar hosil qilish usuli, qonuniyatlarni aniqlash, maqol va metaforalarning ma'nosini tushuntirish, piktogramma kabi usullari kiradi.

## NORMA VA PATOLOGIYADAGI DIQQAT

Diqqat deb, ongning bir nuqtaga to'plab, muayyan bir ob'ektga aktiv qaratilishini aytamiz. Biz o'z faoliyatimiz jarayonida idrok va tasavvur qiladigan har bir narsa, har bir hodisa, o'zimizning qilgan ishlarimiz, o'y va fikrlarimiz diqqatning ob'ekti bo'la oladi. Diqqat paytida ongning bir nuqtaga to'planishi ong doirasining torayishidan iboratdir, bunda go'yoki ong doirasi anchagina tigizlanadi. Ana shunday torayish va tigizlanish tufayli ong doirasi juda ham yorqinlashadi, ongning eng tigizlangan va binobarin, eng Erkin nuqtasi diqqatning markazi deb ataladi. Diqqatimiz qaratilgan ob'ektlar ongimizning to'plangan «zonasida» juda aniqlik va yaqqollik bilan aks ettiriladi. Bu erdan yana shuni ham nazarda tutish kerakki, diqqat idrok, xotira, xayol, tafakkur va nutq singari alohida ruhiy jarayon emas. Diqqat hamma ruhiy jarayonlarda ko'rinadi. Biz «shunchaki» diqqatli bo'la olmaymiz, balki biz diqqat bilan idrok qilamiz, diqqat bilan esda olib qolamiz, o'ylaymiz, diqqat bilan muhokama yuritamiz, gaplashamiz.

Diqqat aqliy jarayonlarning sifatini ta'minlaydigan ichki faollikdir. Diqqat o'zining faolligi jihatidan ixtiyorsiz va ixtiyoriy bo'ladi. Biron tashqi sabab bilan va bizning xohishimizdan tashqari hosil bo'ladigan diqqatni ixtiyorsiz deb ataymiz. Diqqatimiz qaratilishi lozim bo'lgan narsani oldin belgilab olib, ongli ravishda qo'yilgan maqsad bilan ishga solingan diqqatni ixtiyoriy diqqat deb ataymiz. Diqqat bir necha xususiyatlarga ega bo'lib, ulardan asosiylari - diqqatning kuchuvchanligi, bo'linishi, ko'lami, kuchi va barqarorligidir. Diqqatning fiziologik asosini bosh miya po'sti qismidagi «optimal qo'zg'alish nuqtasi» tashkil qiladi. Optimal qo'zg'alish nuqtasi manfiy induksiya qonuniga ko'ra, bosh miya po'stining boshqa joylarida tormozlanishini vujudga keltiradi. «Miya yarim sharlarining optimal qo'zg'alishga ega bo'lgan qismida, - deydi I.P.Pavlov, - Yangi shartli reflekslar osonlik bilan hosil bo'ladi va differensirovkalar muvaffaqiyatli ravishda paydo bo'ladi».

## DIQQAT PATOLOGIYASI

Diqqatning buzilishi diqqatsizlik yoki diqqatning susayishi bilan namoyon bo'ladi. Diqqatsizlikning birinchi turi diqqatning tarqoq bo'lishi va kam tigizlanish bilan xarakterlanadi. Bu o'zgarish maktab yoshiga etmagan sog'lom yosh bolalarda va asteniya holatidagi bemorlarda kuzatiladi. Diqqatsizlikning ikkinchi turi diqqatning o'ta tigizligi va qiyin ichki kuchuvshanlik bilan o'tadi. Diqqatning bu turi o'zida qandaydir g'oyalarni ushlab turuvchi, o'zini ichki kechinmalariga botib qolgan shaxslarda kuzatiladi. Kasallik holatlarida u qimmatli



g'oyalar ko'rinishida xarakterlanadi. Bosh miya peshona sohasining bevosita shikastlanishi natijasida diqqatning ko'chuvchanlik holati kuzatiladi. Bunday holat maniakal holatdagi bemorlarda kuzatiladi. Ayrim vaqtlarda diqqat kuchuvshanligi patologik jihatidan kuchayadi. Bemorning diqqati yangidan-yangi hosil bo'ladigan ob'ektlarga, so'zlarga, suhbatlarga tez-tez bo'linib ko'chib turadi. Natijada bunday bemorlar uzoq muddatgacha diqqatini bir nuqtaga to'play olmaydilar.

Uchinchi turdagi diqqatsizlik nafaqat diqqatning kuchsiz to'planishi, balki juda sust ko'chuvshanligi bilan xarakterlanadi. Diqqatning bunday buzilishi qarilik yoshida serebral ateroskleroz kasalligida va kislorod etishmovchiligi ro'y bergan holatlarda kuzatiladi.

## TASAVVURLAR.

Tasavvurlar - kishi o'zining o'tmish tajribasida idrok etgan narsa va hodisalarning esga tushirilgan obrazidir. Tasavvurlarda kishi ilgari idrok etgan ammo mazkur paytda unga endi ta'sir ko'rsatmay qo'ygan predmet va hodisalar aks etadi. Tasavvurlar ham idrok singari Erkin-obrazli xarakterga ega, lekin idrokdan farqli o'laroq, o'zining shakli, rangi, katta-kichikligi jihatidan olinadigan bo'lsa, aniqligi va ravshanligi kamroq bo'ladi. Tasavvurlarning doimiy bo'lmasligi, tasavvur qilinadigan shakllar, ranglar, katta-kichikliklarning o'zgaruvchan bo'lishi ham tasavvurlarning xarakterli xususiyatidir.

Masalan biror ob'ektni, samolyotni tasavvur qilishga o'rinish ko'ring. Samolyotning ko'z oldiga keltirilgan obrazida shakli, o'lchami, rangining xususiyatlari aks etgan bo'lsada, biroq bular samolyot yoki uning tasvirini bevosita idrok etib turgan vaqtdagi obrazdan kamroq darajada aniq, ravshan va barqaror bo'ladi.

Tasavvurlarning fiziologik asosi idrok qilish vaqtida bosh miya po'stlog'ida vujudga kelgan qo'zg'alishlar «izlarining» jonlanishidir. Tasavvur bevosita ta'sirotlar (predmet) tufayligina emas, balki o'sha ta'sirotlarni ifoda etadigan so'zlar tufayli ham kelib chiqishi mumkin. Ya'ni tasavvurlar birinchi signal sistemasi faoliyati (bevosita ta'sirotlar) natijasida ham, ikkinchi signal sistemasi faoliyati (So'z ta'sirotlari) natijasida ham kelib chiqadi. Shunday bo'lsada, tasavvurlarning o'zi asosan birinchi signal sistemasiga aloqador, erkin-obrazli xarakterda bo'ladi.

Yakka va umumlashgan tasavvurlar farq qilinadi. Yakka tasavvurlarda biror konkret ob'ekt va xuddi uning o'ziga xarakterli bo'lgan belgi va tafsilotlarning obrazi namoyon bo'ladi. Umumlashgan tasavvurlarda shu xildagi ob'ektlar uchun xarakterli bo'lgan mushtarak belgilar aks ettiriladi.

Xotiraga (esga) tushirish protsesslari tasavvur qilish protsesslari bilan bog'liq. Biror bir ob'ekt va hodisani tasavvur qilish ko'pincha esga tushirish prosesini ancha osonlashtiradi. Chunonchishi, rassomlar «xotiraga qarab, yoddan» rasm chizar ekanlar, o'z tasavvurlaridan foydalanadilar. Yozuvchilar o'z qaxramonlarini tasvirlash vaqtida ko'pincha o'zlarining tanish kishilar to'g'risidagi tasavvurlaridan foydalanadilar.

Bosh miyaning tepa-ensa qismi shikastlanganda ilgari idrok etilgan ob'ekt va hodisalarni tasavvur qilish layoqati buziladi. Bemor kishi hayvonlar, uy-ro'zg'or buyumlari, tanish kishilarni ko'z o'ngiga keltira olmaydi. Bunday bemorlarga predmetlarning tasviri ko'rsatilganda ular bu predmetlarning ko'pchiligini odatda yanglishmasdan ajratadilar, lekin rasmni olib qo'yib, bemorgahhozir ko'rgan predmetnik o'z oldiga keltirish aytganda, u qiynaladi. (Ko'rish tasavvurlarining buzilishi - Sharko-Vil'brant agnoziyasi deb ataladi.)

## TIBBIYOT AMALIYOTIDA XOTIRA VA MNEMIK JARAYONLAR

Kishining o'z hayotiy tajribasini esda olib qolishi, esda saqlab turishi va keyinchalik esga tushirish XOTIRA deb ataladi. Mnemik jarayonlarga esda olib qolish - fiksatsiya, esga saqlash - retensiya, esga tushirish - reproduksiya va unitish kiradi. Bu jarayonlar bir-biridan ajralgan holda yuzaga chiqmaydi. Ular bir umumiy bir jarayonning turli tomonlarini tashkil qiladi. Xotiraning yuzaga chiqishi, rivojlanishi kishining faoliyati bilan bog'liq. Ma'lum materialni esda olib qolish hayot faoliyati davomida individual, ya'ni shaxsiy tajribani to'plash bilan bog'liqdir. To'plangan tajribadan keyingi faoliyatda foydalanish qayta esga tushirishni talab qiladi. Ma'lum materialning faoliyatda qatnashmay qolishi yoki faoliyatidan tushib qolishi uni esdan chiqarib qo'yishga olib keladi.

### XOTIRA MEXANIZMLARI.

Hozirgi kunda xotira mexanizmlari haqida juda ko'plab nazariyalar mavjud. Ularning barchasini bir necha guruhlarga birlashtirish mumkin..

1-guruh nazariyalar - psixologik nazariyalar, 2-si - neyrofiziologik nazariyalar. Ularga keyingi yillarda yangi nazariyalar, 3-yo'nalish - bioximik yo'nalishdagi nazariyalar qo'shilmoqda.

Barcha nazariyalar orasida eng oldin paydo bo'lib rivojlangan nazariyalarga psixologik nazariyalar kiradi. Bu nazariyalar xotira jarayonlarini tarkib toptirishda sub'ektning faolligiga qarab o'rin berilganligiga, sub'ekt faolligining o'ziga qanday qaraganligiga bog'liq ravishda klassifikatsiyalanadi. Shunday oqimlarning biriga assotsiativ nazariya kiradi.

Assotsiativ nazariyaning asosiy tushunchasi assotsiatsiya tushunchasidir. Assotsiatsiya - aloqa bog'lash ma'nosini bildiradi va hamma ruhiy jarayonlarni tushuntiruvchi universal mexanizm sifatida qaraladi. Ya'ni ma'lum ruhiy hodisalar inson ongida ayni bir vaqtning o'zida bir-biridan ketma-ket hosil bo'lgan bo'lsa, ular o'rtasida assotsiativ aloqa hosil bo'ladi. Agar shu assotsiativ aloqaning bironbir elementi gayta ta'sir qilsa yoki gayta namoyon bo'lsa, ongimizda assotsiativ aloqaning barcha elementlarini qayta tiklashga olib keladi. Shunday qilib assotsiatsiya hosil bo'lishining asosiy sharoitlari ko'rsatilgan: a) tegishli ob'ektlarning zamon va makon izchilligi, b) ob'ektlarning bir-

biriga o`xshashligi, bir-biridan farqi, qarama-qarshiligi. Shu sharoitlarga mos ravishda 3 turli assotsiatsiya ajratilgan: izchillik assotsiatsiyasi, o`xshashlik assotsiatsiyasi, kontrastlik assotsiatsiyasi. Ammo bir xil sharoitda doimo bir xil assotsiatsiyalar zanjiri hosil bo`lmaydi. U holda turli kishilar bir xil sharoitda bir xil narsalarni eslab qolgan bo`lar edilar. Haqiqatda esa alokalar tanlangan so`ratda hosil bo`ladi. Geshtal'tizm (nemischa «geshtalt» - obraz degan ma'noni anglatadi) - psixologik nazariya. Bu nazariyaning asosiy tushunchasi - geshtal't tushunchasi bo`lib, yaxlit, bir butun tashkilotni (bir butun organizmni) tarkibiy qismlarga bo`lib bo`lmaydigan tuzilishini anglatadi. Bu nazariyaga ko`ra alokalar (bog`lanishlar) hosil qilishning asosi sifatida materiallarning tashkil qilinganligini e`tirof qilinadi. Materiallarning ma`lum tashkiliy tartibi esda qolishda katta rol o`ynaydi. Ammo materialning tuzilishini ochish va baholash, oqibatda uni esda olib qolishda faqatgina sub'ekt faoliyati asosiy rol o`ynaydi. Xotira jarayonlarini tarkib toptirishga sababchi bo`lgan asosiy faktor shaxs faoliyati, ya'ni sub'ekt faoliyatida materialning qanday o`rin egallagani hisoblanadi.

Inson faoliyatining har xil turlarida ruhiy faollikning turlicha ko`rinishlari ustun turishi mumkin. Shunga ko`ra xotiraning ham ma`lum turlari farqlanadi.

**HARAKAT XOTIRASI** - turli xil harakatlarni va ularning tizimlarini esga olish, esda saqlash va gayta esga tushirishdan iborat. Ba'zi kishilarda xotiraning bu turi boshqalaridan ustun turadi. Bu xotira har xil amaliy mehnat malakalarini tashkil toptirishning asosini tashkil qiladi. Agar harakat xotirasi bo`lmaganda, biron harakatni amalga oshirish uchun biz shu harakatning o`zini har gall «boshdan boshlab» o`rganar edik. Shu jumladan yurish ham harakat xotirasi mahsulidir.

**EMOTSIONAL (hissiy) XOTIRA** - hissiyotga xos xotiradir. Emotsional xotira biz boshimizdan kechirgan va xotiramizda saqlab qolgan hissiyotlar yo harakatga undovchi yoki o`tmishda salbiy kechinmalarga ega bo`lgan harakatlardan saqlab qoluvchi signal sifatida namoyon bo`ladi. O`zga kishiga hamdard bo`lish qobiliyati, kitob yaxramoni bilan birga qayg`urish hissiy xotiraga asoslanadi.

**OBRAZLI XOTIRA** - tasavvurlar, tabiat va hayot manzaralari, shuning bilan birga tovushlar, hidlar, ta'mlar bilan bog`liq xotiradir. Xotiraning bu turi ko`rish, eshitish, tgyish, hid va ta'm bilish xotiralaridan iborat bo`ladi. Xotiraning bu turlari turli odamlarda turlicha rivojlangan bo`lib, ko`pchilikda ko`rish va eshitish etakchi rol o`ynaydi. Ammo ba'zi kasblarda va ba'zi ko`rish va eshitish qobiliyatini yo`qotgan kishilarda yaxshi rivojlangan bo`ladi.

Ba'zan **EYDETIK** deb atalgan («»eydos) - yunoncha so`z bo`lib, obraz degan ma'noni anglatadi. Xotiraning bu turiga ega kishilar ham uchrab turadi. Ularda ko`rgan predmetlar, sharoitlar butunligicha, xuddi rasmga tushirib olingandek butun, barcha tafsilotlari bilan eslab qolinadi. Ular shu vaziyatni xuddi hozir idrok qilayotgandek «ko`ra oladilar».

**SO`Z-MANTIQUIY** xotiraning mazmunini bizning fikrlarimiz tashkil qiladi. So`zlar bo`lmasa fikrlar ham bo`la olmaydi. Shuning uchun ham fikrlarimizga xos xotira shunchaki mantiqi xotira emas, balki so`z-mantiq xotirasi deb ataladi. So`z-mantiq xotirada ikkinchi signal sistemasi asosiy rol o`ynaydi. Bu xotira turi insongagina xos xotira turidir. Xotiraning bu turi ijtimoiy tajribani o`rganishda, uni keyingi avlodga uzatishda - bilimlarni o`zlashtirishda, tarbiya jarayonida hal qiluvchi o`ringa ega. Faoliyat maqsadiga ko`ra xotiraning ixtiyoriy va ixtiyorsiz turlari farqlanadi. Muayyan maqsadsiz biron bir narsani esda olib qolish va eslash, ixtiyorsiz esda olib qolish, ixtiyorsiz ravishda qayta esga tushirish ixtiyorsiz xotira deyiladi. Biz o`z oldimizga biron maqsadni qo`yib esda olib qolganimizda ixtiyoriy xotira haqida gap yuradi. Ma`lum bir materialni esda olib qolish uchun va uni xotirada mustahkamlash uchun u kishi tomonidan tegishli ravishda ishlab chiqilishi kerak. Bunday ishlab chiqish ma`lum miqdorda vaqt talab qiladi. Bu vaqt izlarni Konsolidasiyalash (lotincha consolidatio so`zidan olingan bo`lib, mustahkamlash degan ma'noni anglatadi) vaqti deb ataladi. Biz ma`lum daqiqa davomida hozir bevosita idrok qilmayotgan narsalarni go`yo ko`rishda, eshitishda davom etamiz (xuddi ko`z o`ngimizda turganday yoki qulogimizda eshitilayotgandek bo`laveradi). Bu jarayonlar beqaror va o`zgaruvchan bo`lib, qisqa muddatli xotira deb nom olgan. Juda ko`p takrorlashlar, gayta tiklashlar natijasida materialni uzoq muddat davomida esda saqlab qolish xarakterli bo`lgan uzoq muddatli xotiradan farq qilgan holda, qisqa muddatli xotira bir marta hamda juda qisqa vaqt oralig`ida idrok qilish va shu ondayoq qayta tiklashdan so`ng juda qisqa muddatli esda olib qolish bilan xarakterlanadi.

Operativ xotira tushunchasi inson tomonidan bevosita amalga oshirilayotgan aktual harakatlar, operatsiyalar uchun xizmat qiluvchi mnemik jarayonlarni bildiradi. Masalan, arifmetik amalni bajarayotganda biz oraliq natijalarni «yodimizda» saqlab turamiz. Ishlatilgan, ishlangan materiallar esa esdan chiqarib yuborilaveradi. Ish tugatilgach ko`pincha barcha informatsiyalar esdan chiqarib yuboriladi. Shu sababli xotiraning bu turini «ishchi» xotira deb ham yuritiladi. Biz sezgan, idrok qilgan narsalar iz qoldirmasdan yo`qolib ketmaydi, balki ma`lum darajada esda saqlanib qoladi va qulay sharoitda yoki kerak bo`lganda esimizga tushadi. Kundalik tajribamiz shuni ko`rsatadiki, esda qolgan narsalarning hammasi ham esimizga tushavermaydi, ularning bir qismi unutiladi. Unutish ham xotiraga oid hodisadir. Esda qolgan narsa xotira materialini, esda saqlanib turadigan va esga tushiriladigan narsa esa xotiraning mazmunini tashkil qiladi. Ongimiz aks ettirgan narsalarni mustahkamlash, saqlab qoli shva keyinchalik tiklashdan iborat bo`lgan aqliy faoliyat xotira deyiladi. Xotira bir necha ruhiy jarayonni o`z ichiga oladi:

1. Esda olib qolish
2. Esga tushirish
3. Esda saqlash va unutish

## Esda olib qolish

Xotira faoliyati esda olib qolishdan boshlanadi. Biz hamisha biror narsa yoki hodisani idrok qilamiz, biror narsa yoki hodisani esda olib qolamiz. Esda olib qolish jarayoni eng avval miya po'stida idrok qilinayotgan narsalar - buyum, so'rat, so'z, fikr va hokazolarning «izlari» hosil bo'lishidan va Ayni vaqtda esda olib qolinadigan material bilan kishida mavjud bilim va tajriba o'rtasida, esda qoladigan materialning ayrim qismlari yoki elementlari o'rtasida bog'lanish vujudga kelishidan iboratdir. Esda olib qolish faol jarayondir: bu faollik ikki xil bo'ladi. Shu sababli ixtiyorsiz va beixtiyor esda qoldirish turlari ajratiladi. Esda olib qolishni ikki turi mavjud: assotsiativ va mantiqan esda qoldirish. Bir vaqtda va bir joyda birin-ketin idrok qilingan ikki yoki bir qancha narsa va xodislarning obrazlari o'rtasida miyada hosil bo'ladigan bog'lanish assotsiativ bog'lanish yoki assotsiatsiya deyiladi. Masalan, bironta ashulani eshitib turib, Ayni zamonda shu ashulani aytayotgan odamning o'zini ham ko'rsak, shu ashulani idrok qilish o'rtasida yondosh assotsiatsiya hosil bo'ladi. Assotsiatsiyaning yondoshlik assotsiatsiyasidan tashqari, o'xshashlik, qarama-qarshilik turlari mavjud.

Ma'nosiga tushunib yoki mantiqan esda olib qolish jarayonida asosiy o'rinda fikrlash jarayonlari turadi. Esda qolidarayotgan materialning ayrim qismlari va elementlari o'rtasidagi ma'no va mantiqiy bog'lanishlarni fikr yuritish yo'li bilan ochiladi. Ma'no bog'lanishlarini ochish birontasi narsaning obrazini oddiy esda olib qolish emas, balki narsa va hodisalarga xos bo'lgan eng muhim va zaruriy bog'lanishlarni ochish demakdir, bir guruh doirasiga kirgan narsa va hodisalarning umumiy va muhim belgilari, ular o'rtasidagi sabab va natija bog'lanishlarini aniqlash demakdir. Ixtiyorsiz esda qoldirishda oldimizga hech qanday maqsad qo'yilmaydi, esga olinadigan materialni oldindan belgilamasdan va maxsus usullar qo'llanmasdan beixtiyor esda qoldirishdir. Masalan, biz, odatda, ko'chada tasodifiy ko'rgan kishilarning aft-basharasini, tasodifiy eshitib qolgan, ba'zi gap va kuylarni beixtiyor esimizda saqlab qolamiz.

Ixtiyoriy esda qoldirish ko'zda tutilgan maqsadga muvofiq tanlangan materialni ongli ravishda kuch berib maxsus esda saqlab qoldirishdir. Ixtiyoriy esda qoldirishda materialni puxta esda saqlab qolish maqsadida biz maxsus usullardan foydalanamiz: diqqatimizni to'playmiz, idrok qilingan materialni takrorlaymiz, uning mazmunini o'qib olish uchun harakat qilamiz, ilgari tajriba va bilimlarimiz bilan uni bog'laymiz va hokazo. Ixtiyoriy esda qolishning nerv-fiziologik asosi birinchi signal sistemasi bilan o'zaro munosabatda ikkinchi signal sistemasi hosil qiladigan bog'lanishlardir.

2. Esga tushirish. O'tmishdan idrok qilingan narsalarning tuyg'u-his, fikr va ish harakatlarning ongimizda qaytadan tiklanishi esga tushirish deyiladi. Esga tushirishning nerv-fiziologik asosi bosh miya po'stida ilgari hosil bo'lgan nerv bog'lanishlarining qo'zg'alishidir. Ilgari idrok qilingan narsa va hodisalarning takror idrok qilganda, u narsa yoki hodisa esga tushadi, ana shuni tanish deymiz. Masalan, kasallikda kuzatilishi mumkin. Shu belgini tanish, esga tushirish tibbiyot xodimi uchun muhim hisoblanadi. Tanish aniq va noaniq bo'lishi mumkin.

Eslash narsani, uning o'zini shu paytda idrok qilmay turib, esga tushirishdir. Eslaganda xotirada qolgan obraz, xi va fikrlash shu paytda sezgi a'zolarining ishtirokidan tashqari esga tushadi. Masalan, bo'lib o'tgan voqealar, bemorlarda mavjud klinik manzara ana shunday esimizga tushadi. Materialning muayyan mazmuni bilan birga bu material kashon, kaerda va qanday sharoitda esga olib qolingani ham aniq esga tushsa, - xotiralanish mo'kammal va To'la-to'qis bo'ladi.

## XOTIRA TURLARI

Nimaning eslab qolinishi, keyinchalik esa tanib olinishi va qayta esga tushirilishiga ko'ra xotiraning har bir kishiga xos bo'lgan quyidagi turlarini ajratish mumkin:

1. Obraz xotirasi
2. Emotsional xotira
3. Ma'naviy xotira

## XOTIRA SIFATI

Har kimning o'ziga xos xotira xususiyatlari bor. Har kimning xotirasidagi farq xotiraning kuchida ifodalanadi. Ma'lumki, xotirasi kuchli va xotirasi zaif odamlar bor. Xotiraning kuchli-kuchsiz bo'lishi esda olib qolish va esdan chiqarish tezlik darajasiga qarab belgilanadi. Tez esga olib sekin, bora-bora unutish kuchli xotiraning xarakterli xususiyati bo'lsa, sekin esda olib qolish va tez esdan chiqarib qo'yish kuchsiz xotira belgilaridandir.

AQL (intellekt). Intellekt, tafakkurning kreativligi va shaxsning psixomotor qobiliyatlari bilan birgalikda umumiy qobiliyatlarga kiradi. Umumiy qobiliyatlar mavjud bo'lganda kishi faoliyatning turli xillari bilan muvaffaqiyatli shugullana oladi. Maxsus qobiliyatlar esa kishiga qandaydir bir muayyan faoliyat bilan muvaffaqiyatli shug'ullanish imkonini beradi (masalan, matematik, texnikaviy, adabiy, musiqiy, tasviriy va b.) Intellektni o'lchash va baholash uchun turli testlar qo'llaniladi. Ularning barchasi intellekt testlari deb umumiy nomlanadi. Bolalar va katta yoshdagi kishilarning aqliy qobiliyatini tekshirishda alohida testlar qo'llaniladi. Intellekt testlari o'zlarining mazmunlariga ko'ra muvaffaqiyatli echilishi (ko'pincha sarflangan vaqtning hisobga olib) ball yoki ochkolar yig'indisi bilan hisoblanadigan bir qator savollardan yoki masalalardan iborat. Test natijalari maxsus ravishda standartlashtiriladi, maxsus koeffitsientlarga aylantiriladi. Bular «aqliy iste'dod koeffisienti» (IQ)ni aniqlash imkonini beradi. Intellektni baholash jadvali.

№	Intellekt koeffisienti (IQ)darajasi	Aqliy rivojlanish taqsimlangani	Uchrashi % hisobida
1.	130 va yuqori	Juda yuqori	2,2
2.	120-129	Yuqori	6,7
3.	110-119	Yaxshi	16,1
4.	90-109	O`rta	50,0
5.	80-89	Past	16,1
6.	70-79	Chegara ko`rsatgichi	6,7
7.	69 va past	Aqliy zaiflik	2,1

Jadvaldan ko`rinib turibdiki, yuqori intellektga ega va aqliy zaiflar 2% ni tashkil qilar ekan. Aqliy rivojlanish darajasini o`lshash ko`proq aqliy zaiflikni, ijtimoiy qarovsizlikni yoki kasb tanlash maqsadida qo`llaniladi. Hozirgi vaqtda psixologik Tadqiqotlar intellektning o`zgarmasligini inkor qiluvchi, uning juda ko`plab omillarga bog`liq (ijtimoiy muhit, oila, irsiyat, motivatsiya)ekanligini ko`rsatmoqda. Kreativlik (ijodiy qobiliyatlar). 50-yillardan boshlab kishining aqliy rivojlanishini o`rganish bilan bir qatorda kishining ijodiy qobiliyatlarini o`rganish va o`lchashga katta e`tibor bera boshlandi. Bu borada maxsus testlar yaratildi. «Intellekt» tushunchasi psixologiyada ko`proq konvergent tafakkur tushunchasiga mos keladi - birdan-bir to`g`ri javobni izlash va unga keltirishga yo`nalgan. «Kreativlik» tushunchasi esa ko`proq divergent tafakkur tushunchasiga mos keladi. Divergent tafakkur - bu turli tomonlarga tarmoqlanuvchi, bir vaqtning o`zida turli yo`nalishlarga tarqaluvchi, ko`plab echim variantlarini yaratishga yo`nalgan tafakkur. Shu sababli divergent tafakkur kutilmagan natija va echimlarga olib keladi. Biror faoliyatning ayniqsa muvaffaqiyatli, mustaqil va original tarzda bajarilishini taqozo qiladigan zo`r qobiliyatlar birikmasi talant deb ataladi. Ijodiy faoliyatga qobiliyatli kishilarni talantli kishilar jumlasiga kiritish mumkin. Talantlikning yuqori bosqichi geniallik deb ataladi. Ijtimoiy hayotda, fan, adabiyot, san`at va shu kabi sohalarda prinsipial ravishda yangi bo`lgan biror narsani yaratgan kishilar geniyalar deb hisoblanadilar. Genial kishilar insoniyat taraqqiyotida yo`l ko`rsatuvchi bosqichlar bo`lib xizmat qiladilar, tarixiy shaxslar bo`ladilar.

**TAFAKKUR VA AQLNING buzilishi.** Turli ruhiy kasalliklarda tafakkur jarayonining kechishi, tasavvurlar va g`oyalarning qo`shilishi, tafakkur mazmunining buzilishi ko`riladi. Masalan, ruhiy jarayonlarning qo`zg`alishi yoki tormozlanishi bilan kechadigan kasalliklarda odatda tasavvurlar kechishining tezlashishi yoki sekinlashishi ko`riladi. Aksari maniakal holatlarda uchraydigan g`oyalar xarakterli misoldir. Bunda assotsiatsiyali bog`lanishlar darrov hosil bo`ladi, juda boy fikrlar, obrazlar paydo bo`ladi. Nutq shunga ko`ra tugatmay ikkinchi, uchinchisiga o`tadi va hokazo. Shu narsa qiziqarliki, nutqning uzuq-yuluq va ma`lum darajada pala-partish bo`lishga qaramay, atrof borliqdagi konkret ob`ektlar ustida fikr yuritish yo`qolmaydi. Tasavvurlar kechish so`ratining sekinlashishi sirkulyator psixozning depressiv bosqichlarida uchraydi. Bunday holga tushgan bemorlar eng oddiy aqliy ishlarni ham zo`r qiyinchiliklar bilan bajaradilar, ular o`z tarjimai hollarini aytib berishga qiynaladilar, chunki bir tasavvur ortidan ikkinchi tasavvurning kelishi qiyin bo`ladi. Turli xildagi tafakkur buzilishlaridan dastlab, masalan, shizofreniyada uchraydigan quruq maxmadonalikni, go`yo donishmandlikni aytib o`tish kerak. Bu shundan iboratki, bemor mutlaqo mazmunsiz va «tuzsiz» muhokamalarni to`g`ri biroq OHI ri tugamaydigan dabdabali so`z libosiga o`raydi. Tafakkur buzilishlariga yana epilepsiya bilan og`rigan shaxslarga xos bo`lgan fikrlashdagi ortiqcha tafsilotlar kiradi. Bundan bosh miya pustlogidagi asosiy fiziologik jarayonning kechichidagi inertlik va differensiyaniy buzilishi yaqqol yuzaga chiqadi.

Tafakkurning bog`lanmasligi tafakkur uzilishiga tashqi jihatdan o`xshash bo`lib, bunda bemor qisman qabul qilib, umumlashtirilgan mantiqiy xulosa chiqarish qobiliyatini yo`qotadi. Masalan, bemor soatga qarab, soat va dakika strelkalarining qo`lda turganini to`g`ri aytib beradi, biroq soat necha bo`lganini aytib bera olmaydi. Perseverasiya - bir marta aytilgan fikrni bir xil tarzda tashqi ta`sirotlarga, yoki hech qanday sababsiz, bir xil tarzda takrorlanishidir. Perseveratsiyalar bosh miyaning qattiq organik zararlanishida ko`riladigan tafakkur buzilishiga kiradi. Masalan, bemordan: «Ismingiz nima?» - deb so`raganda u: «To`lqin Imomovich Normurodov», deb javob beradi. Yana savol: «Qo`lda tug`ilgansiz?» Javob: «To`lqin Imomovich Normurodov». Savol: «yoshingiz nechada?» Javob: «To`lqin Imomovich Normurodov» va hokazo. Miyadan ketmaydigan fikr esa sog`lom kishilardagi shubhalanishdan farqli o`laroq, kishi bu fikrning asossizligi ishonch hosil qilganda ham yo`qolmaydi. O`ta qimmatli g`oyalar - kishi ongida emotsional, aniq, rang-barang fikrlar ustun bo`lsa, shu haqda so`z yuritiladi. Odatda bu fikrlar bema`ni tabiatli bo`lmaydi, balki bemor unga shunday katta ahamiyat beradiki, ular aslida bunga arzimaydi. Masalan, xafalik hisi shu qadar kuchli hisga ega bo`ladiki, u kishi ongida hukmron bo`lib qoladi. Bemor boshqa hech narsa haqida o`ylay olmaydi, u atrofda ro`y berayotgan narsalarga o`ziga etgan alam nuqtai nazaridan qaraganda, uning fikri-yodi, birdan-bir maqsadi - qasos olishga qaratilgan bo`ladi. Aql pastlik - tafakkurning buzilishi bo`lib, bunda odamning hodisalar o`rtasidagi bog`lanishni tushunish qobiliyati pasayib ketadi, asosiy narsani ikkinchi darajali narsadan farq qilish qobiliyati yo`qoladi, odam o`z fikrlari, yurish-turishiga tanqidiy ko`z bilan qaray olmaydigan bo`lib qoladi, xotirasi pasayadi, bilim va tasavvurlarning zaxirasi kamayib ketadi. Aql pastlikning ikkita turi tafovut qilinadi: tug`ma aql pastlik va turmushda orttirilgan aql pastlik. Tug`ma aql pastlik asosida bolaning ona qornida zararlanishi yoki juda go`daklik davrida kasal bo`lib qolishi natijasida miyasining

etarlisha rivojlanmay qolishi yotadi. Turmushda orttirilgan aql pastlik (demensiya) ko'pincha progressiv falajlik, qarilik psixozlari: bosh miya tomirlari aterosklerozi, bosh miya shikastlarida bosh miyaning tugilishdan ancha keyingi davrda organik kasallikka uchrashining oqibati bo'lib hisoblanadi. U yalpi va lakunar aql zaiflikka bo'linadi.

## **BEMORLAR PSIXOLOGIYASIHI TEKSHIRISHNING UMUMIY QONUN-QOIDALARI**

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

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

Harakat koordinatsiyasi, yurishi, gavda tuzilishi qanday, giperkinezlar yoki falajliklar yo'qmi? Bemorning histuyg'ulari va xulq-atvori qanday? Bu erda bemorni savolga ko'mib tashlamalik va unga shikoyatini to'la aytishga imkon berish zarur. Qisqa suhbatdan so'ng bemor so'zlashni 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 bemordan juda ko'p ma'lumotlar yig'ib olishga imkon yaratadi. Ba'zan bemor juda so'zamol bo'ladi. Bunday paytlarda uning nimani xohlayotganini bilib olib, suhbat yo'nalishini o'zgartirish zarur.

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

Ba'zi bemorlar (ayniqsa, ruhiy kasallikka chalinganlar) eshikdagi «psixolog» yozuviga ko'zi tushib, qabulingizga tashrif buyurishni xush ko'rishadi. Ularni ko'proq psixolog yordami emas, balki psixologning unga nima deyishi qiziqtiradi. Bunday bemor iloji boricha psixiatrning maxsus yo'llanmasi bilan yoki bo'lmasa yonida yaqinlari bilan kelgan taqdirda qabul qilinishi maqsadga muvofiq. Chunki ular psixologni soatlab eshitib o'tirishsa-da, biroq qabul tugagandan so'ng berilgan maslahatlarga amal qilishlari nogumon. Ba'zan bemorning ruhiy kasalga chalinganligini aniqlash juda qiyin bo'ladi yoki psixologik suhbat chog'ida sezilib qoladi. Bunday paytlarda bemorga zarur maslahatlar berib psixiatrga yuboriladi.

Agar psixiatrda davolanib chiqqan bemor yo'llanma bilan psixolog qabuliga tashrif buyursa (bunday bemor, asosan, yaqin qarindoshlari bilan kelishadi), ularning tarixnomasi bilan yaxshilab tanishib chiqish, zaruriyatga qarab bemorni davolagan psixiatr bilan bog'lanish kerak. Haqiqatan ham ko'pchilik ruhiy kasalliklarga chalingan bemorlar psixiatrlar tavsiyasi bilan kasallikning remissiya davrida psixologga yuboriladi.

Bemorning dunyoqarashini o'rganish, qarindosh-urug'lariga, umr yo'ldoshiga, ishiga munosabatini ham bemordan so'rash va bu ma'lumotning haqiqatga to'g'ri kelishini uning oila azolaridan bilib olish kerak.

Ko'p hollarda bemordagi psixologik buzilishlar ulardagi nevrologik yoki somatik kasallik sababli emas, balki ishdagi va oiladagi kelishmovchiliklar hisobiga kuzatiladi. Bunday paytlarda umumiy psixologik tekshirishlar o'tkazishga ham to'g'ri keladi. Ishdagi kelishmovchiliklar, ko'pincha, bemor o'z imkoniyatlarini ortiqcha yoki past baholaganligidan kelib chiqadi. Bu esa doimiy stress holatlarini yuzaga keltiradi va psixosomatik kasalliklarning zo'rayishiga ham sababchi bo'ladi. Bu erda psixolog bemorning shu kungacha erishgan yutuqlarini uning o'zidan yoki yaqinlaridan so'rab bilib olishi va unga katta ijobiy baho berishi kerak. Bu bemorda ishga va hayotga bo'lgan qiziqishini yanada oshiradi va u o'z imkoniyatlarini to'g'ri baholay boshlaydi. Beriladigan maslahatlar bemorning imkoniyatlari doirasida bo'lishi lozim.

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

Bemor affektiv holatlarga tushganmi, o'ziga va birovlariga hamla qilganmi va bu holatlar qachon bo'lganligini aniqlash ham o'ta muhimdir. Uning ichkilikka, chekishga va giyohvand moddalarga bo'lgan munosabatini ham aniqlash zarur. Ba'zi bemorlar giyohvand moddalar iste'mol qilishini yashirishga intilishsa, boshqa birlari aynan giyohvandlikdan qutulish uchun ham psixologga murojaat qilib kelishadi. Bunday bemorlarga iloji boricha mutaxassislar ishtirokida yordam qilish rejasini tuzib chiqish kerak. Ularga, ayniqsa, psixologning maslahatlari juda qo'l keladi. Hozirgi kunda giyohvandlikni davolash usullarining aksariyati psixologik ta'sirga asoslangan.

Bemorning 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 zaruratga qarab bu ishga psixoseksologlarni jalb etish lozim.

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

1) bemorning psixologga murojaat qilishining sabablarini aniqlash; 2) tibbiy va psixologik anamnezni to'plash; 3) tibbiy tashxisni aniqlash (mutaxassislar yordamida); 4) psixologik tashxisni aniqlash; 5) davolash choralarini ishlab chiqish (psixoterapiya, psixofarmakoterapiya va h.k.).

## **BEMORNING TIBBIY-PSIXOLOGIK STATUSIHI TEKSHIRISH SXEMASI**

*(tibbiy-psixologik anketa)*

### **I. Umumiy ma'lumotlar**

Bemorning ismi, sharifi  
Anketaning (tarixnomaning) raqami  
Yoshi  
Jinsi  
Millati  
Oilaviy ahvoli  
Yashash joyi  
Ma'lumoti va kasbi  
Mehnatga layoqati  
Chapaqay, o'naqay yoki ambidekstr  
Klinikaga (poliklinikaga) murojaat qilgan kuni  
Klinikada (poliklinikada) qo'yilgan tibbiy tashxis (tashxislar)  
Psixologga murojaat qilgan kuni

### **II. Bemorning asosiy shikoyatlari va anamnestik ma'lumotlar.**

Asosiy shikoyatlari.  
Anamnesis morbi  
Anamnesis vitae

### **III. Yordamchi tekshirishlar va boshqa mutaxassislar xulosalari**

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

Psixiatr  
Hevropatolog  
Terapevt  
Boshqa mutaxassislar  
Laborator tekshirishlar (qon, siydik va likvor)  
Instrumental tekshiruvlar (EEG, UTT, MRT, MRA, Rentgen va b.q.)

### **IV. Bemorning temperamenti**

Sangvinik, xolerik, flegmatik, melanxolik.

### **V. Bemorning shaxsini va xulq-atvorini tekshirish xulosalari**

Bemorning yaqinlari yordamida va uning o'zidan ilk bolaligidan boshlab, xulq-atvorining xususiyatlari haqida ma'lumot yig'iladi. Yaslida, maktabda, o'spirinlik davri, oila qurgandan so'nggi hayoti, ishda va jamoada o'zini tutishi har tomonlama so'rab, o'rganiladi. Psixologik testlardan ham foydalaniladi.

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

### **VI. Hissiyotni tekshirish xulosalari**

Suhbat chog'ida bemorning mimikasiga, o'zini tutishiga, psixolog va atrofdagilarga bo'lgan munosabatiga e'tibor qaratiladi. Keyin bemorning his-tuyg'ulari va kayfiyatiga quyidagicha ta'rif beriladi: hayajonlangan, g'azablangan, xavotirda, vazmin, kayfi chog', tushkun kayfiyatda, vahima bosgan. Aniqlangan holatlar va hissiyotni baholovchi testlar asosida quyidagi xulosalar beriladi: Eyforiya, disforiya, depressiya, affekt va emotsional ambivalent.

### **VII. 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, kausalgiya, og'riqlar (boshda, tanada va ichki a'zolar sohasida).

Idrokni tekshirishlar asosida quyidagi xulosalar beriladi: illyuziya, gallyutsinatsiya, anozognoziya, derealizatsiya, depersonalizatsiya.

### **VIII. Iroda va maylni tekshirish xulosalari**

Irodani tekshirish natijalari quyidagicha qayd qilinadi: mustahkam irodali, matonatli, maqsadga intiluvchan, ikkilanuvchan, mustaqil, juratsiz. Shuningdek, iroda va mayl buzilishlariga ta'rif berishda quyidagi atamalardan ham foydalaniladi: abuliya, gipobuliya, giperbuliya, dipsomaniya, dromomaniya, kleptomaniya, mazoxizm, sadizm, anoreksiya, polifagiya, polidipsiya, gomoseksualizm, suitsidal mayllar.

### **IX. Hutqni tekshirish xulosalari**

Bemorning nutqi to'g'risida ma'lumotlar suhbat chog'ida yoki maxsus tekshirishlar orqali aniqlanadi. Hutqni oddiy va murakkab so'zlarni takrorlatib ham tekshirish mumkin. Hutq buzilishlari neyropsixologik testlar yordamida ham aniqlanadi. Agar bemorda nutqning murakkab buzilishlari kuzatilsa, ularni davolash uchun

neyropsixolog yoki logoped yordami kerak bo'ladi. Hutqning quyidagi buzilishlari farqlanadi: afaziyalar (afferent motor, efferent motor, sensor, amnestik, semantik, dinamik), soqovlik, duduqlanish, dizartriya, dislaliya.

#### **X. Diqqat va xotirani tekshirish xulosalari**

Diqqatning ba'zi xususiyatlari suhbat chog'ida ham aniqlab olinadi. Diqqatning saqlangan yoki buzilganligi ko'rsatiladi. Amaliyotda parishonxotir atamasi ko'p ishlatiladi. Shuningdek, diqqatni tekshiruvchi testlardan, yani Krepelin bo'yicha hisoblash qobiliyatini tekshirish, Shulte jadvallarida sonlarni topib chiqish, Burdonning korrektura sinamasidan foydalaniladi.

Bemorning diqqati tekshirib bo'lingandan so'ng yoki parallel holda kundalik va bo'lib o'tgan voqealarga bo'lgan xotirasi tekshiriladi: ma'nosiz (gul, qarg'a, oyna) so'zlardan iborat qisqa qatorni, qisqa va uzun jummalarni, matallarni yod olish va qayta esga tushirish. Xuddi shu uslubda ko'rish xotirasi (turli fotosuratlar ko'rsatib, birozdan so'ng qayta tanish so'raladi) va harakat xotirasi tekshiriladi (bemor qo'li bilan turli harakatlarni amalga oshiradi va ularni birozdan so'ng takrorlash so'raladi). Ebbingauz va Luriya tomonidan ishlab chiqilgan turli psixologik testlardan ham foydalaniladi.

Xotiraning boshqa buzilishlari, yani retrograd, anterograd, anteroretrograd, konfabulyatsiya, psevdoreministsentsiya ham teshiriladi.

#### **XI. Tafakkurni tekshirish xulosalari**

Tafakkurni tekshirayotganda, uning izchilligiga va tezligiga e'tibor qaratiladi. Fikrlash darajasi yoshiga mos keladi, debillik, imbetsillik, idiotiya, demensiya deb xulosa yoziladi. Bu buzilishlarni aniqlash uchun hikoyalarning mazmuni, kichik matematik masalalar, tugallanmagan jumlar, maqollar ma'nosi va tafakkur darajasini baholovchi psixologik testlardan (Kooos kubikchalari, Bine-Simon, Veksler testlari, tafakkur koefitsientidan (iq) aniqlash) foydalaniladi.

#### **XII. Ongni tekshirish xulosalari**

Ong buzilishlariga ta'rif berayotganda, bemorning es-hushi joyida, vaqt, joy va vaziyatni adashtirmasligiga, atrofdagi voqealarni aniq-ravshan anglashiga e'tibor Ongning nopsixotik va psixotik tipda buzilishlari farqlanadi. Tibbiy-psixologik tekshiruvlar va maxsus psixologik testlar xulosalari asosida quyidagi xulosalar tayyorlanadi. Ongning nopsixotik buzilishi: obnubulyatsiya, somnolentsiya, sopor va koma. Ongning psixotik buzilishi deliriya, trans, amensiya, somnambuliya, ambulator avtomatizmlar, oneyroidi. Qaratiladi.

**2-mavzu. Hissiyot va stress. Shaxs, temperament va xarakter.  
Psixologik testlar va ularni qo'llash qoidalari**

**1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli**

Mashg'ulot vaqti - 6 soat	Talabalar soni : 8-10 gacha
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Mavzu rejasi 1.Mavzuning maqsad va vazifalari bilan tanishtirish 2.Zamonaviy Nuqtai nazardan mavzuni yoritib berish, tushuntirish Z.Mavzuga oid slaydlar, multimedialar namoyishi 4.Mavzuni xulosalash	2-mavzuning qisqacha anotatsiyasi Diqqat va xotira, ularning asosiy xususiyatlari. Xissiyot tushunchasi, turlari. Emotsional reaksiya, holat. Munosabat. Depressiya bilan og'rigan bemor bilan suhbat o'tkazish, tashxis qo'yish. Parvarishni shifokorlik jarayoni bo'yicha amalga oshirish.
O'quv mashg'ulotning maqsadi	Maqsadi . Diqqat va xotira, ularning asosiy xususiyatlari. Hissiyot, emotsional reaksiya ruhiy jarayonlari to'g'risida tushunchalar berish.
Ta'lim berish usullari	Mavzuni yoritib berish, tushuntirish, mavzuga oid experiment namoyishi
Ta'lim berish shakllari	Og'zaki so'rov, mavzuni mustahkamlash (interfaol usul “”), mavzuga oid tekshirish usuli
Ta'lim berish vositalari	Darslik, ma'ruza matni, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Ilova№1

**1.2 2-mavzu Hissiyot va stress. Shaxs, temperament va xarakter.  
Psixologik testlar va ularni qo'llash qoidalari**

**Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi**

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1 .Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi Z.Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1 .Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun takdimot slaydlarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ruyxatini ishlab chiqish	
2 - asosiy Bosqich (250 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollar : -Diqqat nima? -Xotiraning asosiy xususiyatlari - Hissiyot tushunchasi, turlari. - Emotsional reaksiya, holat. Munosabat. - Xissiyot nima? - hissiy holatlarni sanab o'ting - Xissiyotni psixologik tekshirish usullarini izoxlang - Motivatsiya nima? - Stress tushunchasini izoxlang 2.Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3.Slaydlar, multimedialardan foydalanadi 4. Mavzuga oid usul demonstratsiyasi. 5. Interfaol usulda mavzuni mustahkamlash 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni	Kichik guruhlarga bulinadilar savollarga javob beradilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar



	umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baholaydi	
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Yakunlovchi xulosa qiladi</li> <li>2. Mustaqil ish: Ego-, egroto-, familo-, didakto-, iatrogeniyalar haqida tushuncha.</li> <li>3. Uygʻa vazifa: Tibbiyot amaliyotida sezgi, idrok. Tibbiyot amaliyotida diqqat, tasavvur. Psixologik tekshirish</li> </ol>	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

## HISSIYOT TUSHUNCHASI

Kishi biror narsani idrok va tasavvur qilganda, eslab qolganida va esga tushirganida, fikr qilganida va gapirganida hamda harakat qilganida biror yoqimli (hush) yoki yoqimsiz (nohush) holatni kechiradi, bu holat huzoʻr qilish yoki ranjishdan, mazza qilish yoki qiynalishdan iborat boʻladi. Bu kechinmalarda odamning oʻz tevarakatofidagi narsalarga (hodisalarga), odamlarga va oʻziga nisbatan subʻektiv munosabati ifodalanadi. Yoqimli yoki yoqimsiz kechinma qissiyotimizning elementidir. «Emotsiya» soʻzi lotin tilidagi etoiop soʻzidan olin-gan boʻlib, toʻlqinlanmoq degan maʼnoni bildiradi. Voqelikning ayrim hodisalari kishini quvontiradi, ayrim hodisalar xafa qiladi; baʼzi hodisalarga kishi qoyil qoladi, baʼzi hodisalardan qazablanadi, odam baʼzi hodisalarni koʻrib jahli chiqadi, baʼzilaridan esa qoʻrqadi. Xursandlik, xafalik, qoyil qolish, qazablanish, qahr, qoʻrquv va shu kabilarning hammasi emotsional kechinma-larning xilma-xil turlaridir, odamning voqelikka boʻlgan turli subʻektiv munosabatidir. Subʻektiv kechinmalardan iborat boʻlgan emotsiyalar ijobiy va salbiy hissiyotlarga boʻlinadi.

Emotsional kechinmalar organizmdagi alohida fiziologik jarayonlar, oʻzgarishlar bilan bogʻliq ekanligini har kungi tajribada koʻrinib turadi. Masalan, emotsional kechinmalar shoshilganda qon aylanishi oʻzgaradi, yurak urishi tezlashadi yoki susayadi. Bir xil emotsional kechinmalar chogʻida odam qizaradi, boshqa bir xil emotsional kechinmalar chogʻida esa odam oqaradi, yoki boʻzaradi, terlab ketadi. Emotsional kechinmalar vaqtida nafas olish ham oʻzgaradi: ayrim kechinmalar vaqtida nafas olish tezlash-di, ayrim kechinmalar vaqtida esa nafas olish susayadi. Shuningdek, ovqat hazm qilysh jarayonlari va ichki sekretiya bezlarining faoliyati ham oʻzgaradi. Emotsional jarayonlar butun organizmning faoliyatiga taʼsir qiladi. Odamdagi emotsiyalarning fiziologik asosi avvalo bosh miya poʻstlogʻida sodir boʻladigan jarayonlardir. Tajriba asosida shu narsa aniqlanganki, emotsional faoliyatning tarkib topishida quyidagi tizimlar, chunonchi gippokamp, koʻrish doʻmboqchalari, gipotalamus, retikulyar formatsiya, limb sistemasi ishtirok etadi. Bu hosilalarning hammasi katta yarim sharlarni miya stvolining oldingi chekkasi bilan birlashtiruvchi miya gumbazi atrofida joylashadi. Koʻndalang kesma qilib koʻrilganda bu tizimga kiruvchi hosila gumbaz atrofida joylashgan boʻladi. Bu shartli ra-vishda Papes doirasi deb yuritiladi.

Insonlardagi barcha emotsional reaksiyalarning reseptiv zonasi yoki kollektori miya gumbazi ustida boʻladigan kamarsimon burmadir. Emotsional impulʼslar kamarsimon burmalardan miya qobiqining turli zonala-riga tarqaladi, bu esa insondagi emotsional reaksiyalar boyligi va ravonligini taʼminlaydi. Emotsiyalar paydo boʻlish tezligi, kuchi va davomiyligi (barqarorligi) jihatidan bir-biridan farq qiladi. Emotsional kechin-malar turli hollarda turlicha tezlik bilan paydo boʻladi. Lekin shunday emotsional kechinmalar borki, ularning qay darajada tez paydo boʻlganligini belgilash qiyin yoki butunlay belgilab boʻlmaydi. Emotsional kechinmalar maʼlum kuchga ega boʻladi. Emotsiyaning kuchi avvalo yoqimli yoki yoqimsiz tuygʻularning naqadar kuchli boʻlishidadir. Shuning uchun ham «juda xursand boʻldim», «unchalik yoqmadim» va shu kabi iboralar ishlatiladi. Subʻektiv jiqatdan olganda, hissiyotning kuchi shu hissiyotni shaxsning naqadar ehtiros ila kechirayotganligi bilan ham belgilanadi. Emotsiyalar qancha muddat davom qilishi (barqarorligi) bilan kam bir-biridan farq qiladi. Paydo boʻlgan kechinmalar uzoq vaqt davom qilsa, bunday his-tuygʻ ular barqaror kechinmalar deb ataladi.

### KAYFIYAT

Kayfiyat – uncha kuchli boʻlmagan, uzoq davom etadigan va barqaror hissiy holatdir. Odamdagi biror kayfiyat bir necha kun, bir necha hafta, bir necha oy va undan ortiq vaqt davom qilishi mumkin. Quvnoq kayfiyat, maʼyus kayfiyat, gʻamgin kayfiyat, qʻazabli kayfiyat va shu kabi kayfiyatlar, yaxshi yoki yomon kayfiyatlar boʻlib turishi hammaga maʼlum. Odamda turli kayfiyat turlicha sabablar tufayli tuqilishi mumkin. Odamning shaxsiy va ijtimoiy hayotida sodir boʻlgan biror voqea mana shu xildagi kayfiyatning tugʻ ilishiga sabab boʻlishi mumkin. Odamning barcha ruhiy jarayonlarida va faoliyatida kayfiyat katta rolʼ oʻynaydi. Tasavvurlar va fikrlarning oʻ tishidagi tezlikka, shuningdek, tasavvur va fikrlarning mazmuniga hamda yoʻ nalistishiga kayfiyat taʼsir qiladi. Kayfiyat ikki xil: ijobiy va salbiy boʻladi. Ijobiy kayfiyat kishilarda muvaffaqiyat, koʻtarinki ruh, hushchaqchaklik, sevinch bagʻ ishlasa, salbiy kayfiyat gʻ amginlikka, maʼyuslikka, boʻshachishlikka sabab boʻladi. Odamzod ongli-dir, binobarin, u salbiy kayfiyat bilan kurashmogʻ i, maʼyuslikka, boʻshachishlikka, sababsiz tajanglikka berilmas-ligi lozim. Odamning oʻ zida va boshqa kishilarda bardam-lik, xursandchilik, hushchaqchaklik kayfiyatini tugʻ dira bilishi uning eng yaxshi hislatidir. Ayniqsa bu hislat tibbiyot xodimlarida yuqori darajada rivojlangan boʻlishi kerak.

## EHTIROS

Ehtiros- uzoq davom etadigan va barqaror mavjud bo`la-digan emotsional holatdir. Lekin kayfiyatdan ehtirosning farqi shuki, ehtiros muayyan harakatga, muayyan ob`ektga muttasil intilishda nihoyatda qat`iy ifodalangan kuchli emotsional holatdir. Ehtiros hamisha aniq bir narsaga qaratilgan bo`ladi. Masalan, odamlarda bilimga, ixtiro-chilikka, musiqaga bo`lgan ehtiros, mehnatga bo`lgan ehtiros, tibbiyotga bo`lgan ehtiros va hokazo. I. P. Pavlov yoshlarga yozgan xatida ilmiy tadqiqot sohasidagi ehtirosning buyuk ahamiyati borligini ko`rsatib bunday degan edi: «Ilm-fan odamdan ko`p kuch sarflab, zo`r ehtiros bilan ishlashni talab qiladi. O`zlarinigizni ishingizda va izlanishlaringizda ehtirosli bo`lingiz». Vrachlar insonni og`ir xastalikdan qutqarish va kasallik tabiati-ni isbotlab berish uchun o`zlariga yuqumli kasalliklarni yuqtirganlar, hayotlarini xavf ostida qoldirganlar, ba`zan shu ulug` maqsad yo`lida jonlarini fido qilganlar. Bular hammasi ehtiros bilan yuzaga kelgan.

Ruhlanish - emotsional holatning bir turi bo`lib, turli xil faoliyatlarda namoyon bo`ladi. Kishidagi ruhlanish muayyan maqsadga, muayyan faoliyatga katta kuch va istak bilan intilishdan iboratdir. Faoliyatdan kuzatilgan maqsad ravshan bo`lganida va bu faoliyatning natijasi ochiq ko`rinib turganida hamda zarur va qimmatli natija ekanligi bilinib turganida birdaniga va tez ruhlanib ketish mumkin.

Ruhlanish-odamning o`zidagi eng yaxshi ruhiy kuchlarning hammasini safarbar qilish demakdir. Bu his mehnat va ijodiy faoliyatda muvaffaqiyat qozonishni va kasal-likka qarshi kurashishda ko`zlangan natijani ta`minlay-digan hal qiluvchi omillardan biridir.

## AFFEKT (JAZAVA)

Tez paydo bo`ladigan, nihoyat darajada kuchli, g`oyat jo`shqinlik bilan o`tadigan, qisqa muddatli emotsional holat affekt deb ataladi. Masalan, birdaniga achchiqlanish, g`azablanish, to`satdan qo`rqish va shu kabilar affektning bir ko`rinishi bo`lib, unda qisqa vaqt ichida paydo bo`ladigan his-hayajonlar aql-idrokning boshqaradigan ta`siriga xuddi tutqich bermaganday bo`ladi. Affekt holatida kishining ongi, tasavvuri va fikrlash qobiliyati torayadi, susayib qoladi. Mana shunday kuchli emotsional qo`zg`alish shiddatli harakatlarda, qo`pol so`zlarni gapi-rib yuborishda, ko`pincha baqirib yuborish tarzida namo-yon bo`ladi. Ba`zan affektlar tormozlanish holati tariqasida namoyon bo`ladi va bunday holatda organizm bo`shashib, harakatsiz bo`lib va shalvirab qoladi. Tibbiyot xodimlari har qanday sharoitda ham affekt holatiga sira tushmasliklari kerak. Jazava ikki xil ko`rinishda namoyon bo`ladi: fiziologik va patologik. Fiziologik jazavada odam o`z aql-idroki bilan ish ko`radi. Patologik jazava holatida bo`lgan kishi o`z xatti-harakatlarini boshqarish, o`z qilmishlari haqida o`ziga hisob berish qobiliyatini yo`qotadi va jazava vaqtida nima ish qilganligini bilmaydi. U odam o`ldirishgacha boradigan og`ir jinoyat qilishi mumkinki, bu holat o`z-o`zini o`ldirishgacha borib etadi.

Patologik jazava psixopatiya, epilepsiya, bosh miyaning organik shikastlayaishi bilan kasallangan bemorlarda ko`proq uchraydi. Biz uchun ruhiy hayotimizda his-hayajonlar alohida o`rin tutadi. Bizning intellektual jarayonlarimizda ob`ektiv olam sezgilar, idrok, tasavvurlar va fikrlar tariqasida ro`yobga chiqadi. Emotsiya bo`lmaganda bizning idrok qilishimiz, xotira, tafakkur, tasavvur jarayonlarimiz nursiz, jonsiz bo`lib qolardi, sezilmaydigan bo`lib o`tardi yoki umuman vujudga kelmas edi. Emotsiyalar odam faoliyatining hamma turlarida katta rol o`ynaydi o`yinlarni, o`qish va o`rganishni hamda mehnatni jonlantiradi va faollashtiradi.

## SEZGILAR VA EMOTSIYALAR

Sezgilar va emotsiyalar bizni o`rab turgan olamga munosabatimizni ifodalaydi. Biz bo`lib o`tayotgan voqealarni idrok qilamiz va ularni o`z tafakkurimizdan o`tkazamiz, shu bilan birga ularga o`z munosabatimizni ham bildiramiz. Hayotdaga jasorat namunalarining ahamiyatini tushunish bilan bir qatorda ulardan faxrlanamiz ham. Odamdagi turli-tuman va ko`p qirrali sezgilar va emotsiyalar ijobiy va salbiy turlarga bo`linadi. Chunonchi, ijobiy muhabbat sezgisi salbiy rashk qilish sezgisi bilan aralashib kelishi ehtimol. Emotsiyalar va sezgilar - bir-biriga yaqin tushunchalardir. Tevarak-atrofdagi voqealar bilan bog`liq bo`lgan qisqa muddatli holatlar emotsiyalar deyilsa, birmuncha uzoq davom etadigan va chuqur holatlar esa sezgilar deb ataladi. Masalan, onaning farzandiga bo`lgan sezgisi mehrni ham, quvonchni ham, faxrni ham va bolaning xatti-harakati, fe`l-atvoridan nolish, xafa bo`lishni ham o`z ichiga oladi. Bu kechinmalarni emotsiyalar va sezgilar deb atash mumkin. Odamning sezgilari biologik mayllar va ehtiyojlar negizida evolyutsiya jarayonida rivojlangan. Masalan, muhabbat sezgisi jinsiy mayddan paydo bo`lgan. Biroq hozirgi zamon kishisining sezgilari shunchaki biologik mayllar va instinktlardan juda ham ilgari ketgan. Hozirgi vaqtda ular g`o`ya jihatdan ijtimoiy va tarixan bog`langan. Shu munosabat bilan insonparvarlik, vatanparvarlik va go`zallik sezgisi to`g`risida eslatib o`tish kifoya. Sezgilar odamning xatti-harakatida kuchli omil hisoblanadi, ular unumli mehnat qilish, fanda yangiliklarni izlab topish va san`atni rivojlantirish kabi odamning turli xil faoliyatlarini rag`batlantirib turadigan omil-lardan sanaladi.

## EMOTSIYALARNING FIZIOLOGIK MEXANIZMLARI

So`nggi yillarda fanda emotsiya (his-hayajon)larning fiziologik mexanizmlariga doir ko`pgina ma`lumotlar to`plandi. Odamning emotsional faoliyatida bosh miya po`stlog`i, undan quyiroqda joylashgan miya tuzilmalari, vegetativ nerv sistemasi, shuningdek gormonlar va mediatorlar qatnashadi. Odamning emotsional hayotida bosh miya po`stloqi va u bilan bog`liq bo`lgan ikkinchi signal sistemasi faoliyati g`oyat katta ahamiyatga ega. Insonning talaygina emotsiyala-ri so`z ta`sirlovchilari bilan bog`liq. So`z keskin, to`satdan yuzaga chiqadigan sezgilarga sabab bo`lishi mumkin. Masa-lan, odam yaqin kishisining o`limi haqida xabar eshitganida qattiq iztirobga tushadi, bu qo`lftadan o`zini qo`yishga joy topa olmaydi. So`z ta`siri emotsiyani birdaniga to`xtatib qo`yishi yoki uni boshqa sezgiga aylantirishi ehtimol. Demak, miya po`stloqi va ikkinchi signal sistemasi emotsiyaning dastlabki halqasi sifatida xizmat qiladi. Biroq bu mexanizm nechoqlik muhim bo`lmasin, u organizmning yagona mexanizmi emas.

Emotsiyalar ikkinchi signal sistemasidan mahrum bo'lgan hayvonlarda ham mavjud bo'ladi. Aftidan, bosh miya po'stloqi odamning emotsional faoliyatida faqat birinchi emas, balki oxirgi halqa sifatida ham ishtirok etadi. Bunga asta-sekin rivojlana borib, oxir-oqibatda sevgiga aylanadigan sezgini misol tariqasida ko'rsatib o'tish mumkin.

V. Kennon degan olim qo'rquv va g'azab emotsiyalarida qonda adrenalin miqdori ko'payishini isbotlab bergan edi. Emotsiyalarda ro'y beradigan adrenalinning ko'p ajralishi jigarda va mushaklarda glikogenning jadal parchalanishiga olib keladi. Bunda qonda qand moddasi miqdori ko'payadi. Bunday giperglikemiya moslashuvchan tabiatga ega bo'lib, organizmni ochiqish holatlarda (hayvon hujum qilganda), keskin emotsional kechinmalar bilan o'tadigan sharoitlarda mushak faoliyati uchun zarur yoqilg'i materiali bilan ta'minlaydi. Affekt (jazava)larda qonga qalqonsimon bez gormoni tushishi ko'payadi, shuningdek gipofizning inkretor faoliyati oshadi. Salbiy emotsiyalar me'da osti bezi shirasi sekreti yasining kamayishiga olib keladi.

Ijobiy (musbat) emotsiyalarda me'da chirasi kislotaliligi oshadi. Emotsiyalar yurak-tomirlar sistemasi va arterial bosimga ayniqsa kuchli ta'sir qiladi. Yurak-tomirlar sistemasi faoliyatida arterial bosimning o'zgarishlari shu qadar ahamiyatliki, buni eng odatiy tekshirish usullarida aniqlasa bo'ladi. Emotsiyalarda yuzning qizarishi va oqarib ketishi, tomir urishining tezlashuvi yoki sekinlashuvi, terining quruq bo'lib qolishi yoki, aksincha, ko'p terlashi hammaga ma'lum alomatlardan hisoblanadi. Modomiki turli-tuman nerv tuzilmalari emotsional faoliyatda ishtirok etar ekan, bu qol vegetativ nerv sistemasiga ko'proq taallo'qdir. Ma'lumki, hal qilinmagan emotsional ke-lishmovchiliklar tomirlarni toraytiradi va gavda haroratini tushiradi, vaholanki emotsiyalarni tizg'inlab turmay bemalol, ochiqshasiga namoyon etish tomirlarni kengaytiradi va gavda haroratining ko'tarilishi bilan o'tadi (Mitel'man va Vol'f). Qo'rquv yoki og'riqda qorachiqlarning kengayishi ham simpatik nerv sistemasining qo'zg'alishi bilan bog'liq. Emotsiyalar ta'siri ostida qonda shaklli elementlar miqdori, kislotatashqor muvozanati va gemostaz siljishining boshqa ko'rsatkishlari o'zgaradi. Harakat qo'zg'alishi bilan bog'liq emotsiyalarda kislorod sarflanishi va aso-siy almashinuv ko'payadi. Emotsiyalarda, shuningdek miyaning bioelektrik faolligining o'zgarishi kuzatiladi.

Shunday qilib, turli xil affektiv kuchlanishlarda kam simpatik, kam parasimpatik reaksiya sodir bo'ladi. Bunda adrenalin va atsetilxolin sekreti yasini oshadi. Shu bilan birga qonga antidiuretik gormon ajralib chiqadi.

### **Stress va uning bosqichlari, organizmga ta'siri. Stress va hissiyot**

Kishi biror narsani idrok va tasavvur qilganda, eslab qolganida va esga tushirganida, fikr qilganida va gapirganida hamda harakat qilganida biror yoqimli (hush) yoki yoqimsiz (nohush) holatni kechiradi, bu holat huzo'r qilish yoki ranjishdan, mazza qilish yoki qiynalishdan iborat bo'ladi. Bu kechinmalarda odamning o'z tevarakatofidagi narsalarga (hodisalarga), odamlarga va o'ziga nisbatan sub'ektiv munosabati ifodalanadi. Yoqimli yoki yoqimsiz kechinma qissiyotimizning elementidir. «Emotsiya» so'zi lotin tilidagi etoiop so'zidan olingan bo'lib, to'lqinlanmoq degan ma'noni bildiradi. Voqe-likning ayrim hodisalari kishini quvontiradi, ayrim hodisalar xafa qiladi; ba'zi hodisalarga kishi qoyil qoladi, ba'zi hodisalardan qazablanadi, odam ba'zi hodisalarni ko'rib jahli chiqadi, ba'zilaridan esa qo'rqadi. Xursandlik, xafalik, qoyil qolish, qazablanish, qahr, qo'rquv va shu kabilarning hammasi emotsional kechinma-larning xilma-xil turlaridir, odamning voqelikka bo'lgan turli sub'ektiv munosabatidir. Sub'ektiv kechinmalardan iborat bo'lgan emotsiyalar ijobiy va salbiy hissiyotlarga bo'linadi.

Emotsional kechinmalar organizmdagi alohida fiziologik jarayonlar, o'zgarishlar bilan bog'liq ekanligini har kungi tajriba kr^R^ turibdi. Masalan, emotsional kechinmalar shoshilganda qon aylanishi o'zgaradi, yurak urishi tezlashadi yoki susayadi. Bir xil emotsional kechinmalar chog'ida odam qizaradi, boshqa bir xil emotsional kechinmalar chog'ida esa odam oqaradi, yoki bo'zaradi, terlab ketadi. Emotsional kechinmalar vaqtida nafas olish ham o'zgaradi: ayrim kechinmalar vaqtida nafas olish tezlash-di, ayrim kechinmalar vaqtida esa nafas olish susayadi. Shuningdek, ovqat hazm qilysh jarayonlari va ichki sekreti yasini bezlarining faoliyati ham o'zgaradi. Emotsional jarayonlar butun organizmning faoliyatiga ta'sir qiladi. Odamdagi emotsiyalarning fiziologik asosi avvalo bosh miya po'stlog'ida sodir bo'ladigan jarayonlardir. Tajriba asosida shu narsa aniqlanganki, emotsional faoliyatning tarkib topishida quyidagi tizimlar, chunonchi gippokamp, ko'rish do'mboqchalari, gipotalamus, retikulyar formatsiya, limb sistemasi ishtirok etadi. Bu hosilalarning hammasi katta yarim sharlarni miya stvolining oldingi chekkasi bilan birlashtiruvchi miya gumbazi atrofida joylashadi. Ko'ndalang kesma qilib ko'rilganda bu tizimga kiruvchi hosila gumbaz atrofida joylashgan bo'ladi. Bu shartli ra-vishda Papes doirasi deb yuritiladi.

Insonlardagi barcha emotsional reaksiyalarning reseptiv zonasi yoki kollektori miya gumbazi ustida bo'ladigan kamarsimon burmadir. Emotsional impul'slar kamarsimon burmalardan miya qobiqining turli zonalariga tarqaladi, bu esa insondagi emotsional reaksiyalar boyligi va ravonligini ta'minlaydi. Emotsiyalar paydo bo'lish tezligi, kuchi va davomiyligi (barqarorligi) jihatidan bir-biridan farq qiladi. Emotsional kechin-malar turli hollarda turlicha tezlik bilan paydo bo'ladi. Lekin shunday emotsional kechinmalar borki, ularning qay darajada tez paydo bo'lganligini belgilash qiyin yoki butunlay belgilab bo'lmaydi. Emotsional kechinmalar ma'lum kuchga ega bo'ladi. Emotsiyaning kuchi avvalo yoqimli yoki yoqimsiz tuyg'ularning naqadar kuchli bo'lishidadir. Shuning uchun ham «juda xursand bo'ldim», «unchalik yoqmadi» va shu kabi iboralar ishlatiladi. Sub'ektiv jiqatdan olganda, hissiyotning kuchi shu hissiyotni shaxsning naqadar ehtiros ila kechirayotganligi bilan ham belgilanadi. Emotsiyalar qancha muddat davom qilishi (barqarorligi) bilan kam bir-biridan farq qiladi. Paydo bo'lgan kechinmalar uzoq vaqt davom qilsa, bunday his-tuyg'ular barqaror kechinmalar deb ataladi.

## STRESS

Mustaqil fiziologik psixik va sotsial hodisa bo'lish bilan birga stressning o'zi yana bir emotsional holat ham hisoblanadi. Bu holat yuqori fiziologik psixik aktivlik bilan xarakterlanadi.

Stressning eng xarakterli belgisi uning o'ta noturg'unligidir. Yaxshi shart-sharoitda bu holat optimal holatga transformasiyalanadi, yomon shart-sharoitda esa nerv-emotsional zo'riqqan holatga o'tadi, bu holat uchun ish qobiliyatining va organ-sistemalar faoliyati effektivligining pasayishi, energetik resurslarning kamayishi kuzatiladi.

Stress - bu organizmning tashqi va ichki talablarga nisbatan nospestifik javob reaksiyasi. Sel'e tomonidan aniqlanishicha, organizm turli xildagi noxush ta'sirotlarga (masalan, sovuqlik, charchoq, qo'rquv, kamsitish. Og'riq va b.) Faqatgina har bir ta'sirotga konkret javob ko'rsatibgina qolmay, balki bir xil tipda umumiy kompleks javob ham beradi. Organizmga ta'sir etgan va uning javobi oralig'ida turli prosesslar yuz beradi.

Stress har bir adaptatsion protsess uchun xarakterli bo'lib, bir necha stadiyalarga ega:

1-faza - xavotirlanish va mobilizasiya fazasi, 2-faza - rezistensiya fazasi, 3-faza - adaptatsiyaning buzilishi. 1-xavotirlanish fazasida organizm himoya kuchlarining mobilizatsiyasi kuzatiladi, organizm chidamliligi oshadi. Bunda organizm kuchli zo'riqish bilan ishlaydi. Bu etapda organizm nagruzkani bajara olishi rezervlarning yuzaki yoki funksional mobilizatsiyasi yordamida, ya'ni chuqur struktur o'zgarishlarsiz amalga oshiriladi. Fiziologik birlamchi mobilizasiya quyidagicha namoyon bo'ladi: qon quyulashadi, qonda xlor ionlari kamayadi, azot, fosfatlar, kaliyning organizmdan chiqarilishi oshadi. Jigar va taloq kattalashadi. Ko'pgina kishilarda ish qobiliyatining 1-faza oxirida oshishi kuzatiladi.

2-faza - rezistensiya yoki maksimal effektiv adaptatsiya fazasi. Bu etapda organizm sarf qilayotgan adaptasion rezervlarning balanslashishi kuzatiladi. Agar stress uzoq davom etaversa yoki ta'sir etayoigan stressor o'ta intensiv bo'lsa. U holda 3-faza - holdan ketish fazasi kuzatiladi. Funksional rezervlar 1- va 2-fazalarda sarflanganligi uchun organizmda struktur o'zgarishlar bo'lib, bu o'zgarishlar organizmning normal faoliyat ko'rsatishiga sarflanadi, bular ham etarli bo'lmasa, organizmning to'ldirib (almashtirib)

Bo'lmaydigan rezervlari hisobidan keyingi moslashish jarayonlari amalga oshiriladi. Bu rezervlar ham ertami-kechmi tugaydi.

Shuni ta'kidlab o'tish kerakki, har qanday ta'sirot ham stress chaqira olmaydi. Kuchsiz ta'sirlovchilar stress chaqirmaydi. Stressorning ta'siri organizm moslashgan sharoitlardan ustunlik qilganda stress yuzaga keladi. Stressor ta'sir qilganda qonga ma'lum gormonlar ajraladi. Ular ta'sirida organ va sistemalarning ish rejimi o'zgaradi. Masalan, yurak ritmi tezlashadi, qon ivishi ortadi, organizm himoya funksiyalari o'zgaradi. Organizm uchun odatiy bo'lmagan, yangi shart-sharoitga moslashichida stress vujudga keladi, ya'ni stress adaptatsiya jarayonidan ajralmas hisoblanadi.

Stressga nisbatan salbiy holat, deb qarash noto'g'ri, chunki u tufayli adaptatsiya amalga oshadi. Bundan tashqari, o'rtasha ta'sirdagi stress organizm umumiy ahvoliga va shaxsning psixik xususiyatlariga ijobiy ta'sir qiladi. Masalan. Diqqat, xotira, tafakkur ko'rsatkichlarining pozitiv o'zgarishi. Shunga qaramay organizm sistemalarining demobilizatsiyasiga olib keluvchi stress reaksiyalari mavjud. Stressning bunday o'ta kuchli salbiy kuinishi d i s t r e s s deb ataladi. Aynan distress organizmga emiruvchi ta'sir ko'rsatadi. Stressning distressga o'tishi atrof-muhitning o'ta intensiv ta'siri natijasida bo'ladi. Bunda organizmning funksional rezervlari tez sarflanadi yoki psixik regulyasiya mexanizmlari faoliyati buziladi.

Stress asosan 2 turga bo'linadi:

1. Sistemali (fiziologik);
2. Psixik: a) informatsion, B) emotsional (impul'siv, tormozli, generallashgan).

Kishi sotsial individ bo'lib, uning faoliyatida psixik sfera asosiy rol' o'ynagani uchun bosqharuv protsesslarida aynan psixik stress ahamiyatga egadir. Informatsion stress - informatsiyalar ko'payib, organizm ularni bajara olmaganda, kerakliha masalalarni to'g'ri hal qila olmaganda, aynan yuqori mas'uliyat bo'lganda kuzatiladi. Emotsional stress - kelib chiqishini ko'pgina avtorlar xavf tug'diruvchi, xafagarchilik situatsiyalari bilan bog'laydilar. Emotsional stressda ruhiyatda ma'lum o'zgarishlar kuzatiladi, shu bilan birga emotsional o'zgarishlar, motivasion strukturalar transformasiyasi, harakat va nutq buzilishi kuzatiladi.

Psixik stressning bo'linishi shartli hisoblanadi. Amaliyotda stressorning qaysi biri asosiy ekanligini aniqlash qiyin, informatsion va emotsional stressorlar qo'shilib keladi.

Emotsional stressda ham fiziologik stressdagi o'zgarishlar kuzatiladi (pul's tezlashishi, nafas olish tez, qondagi o'zgarishlar...).

Psixik stress - organizmning shunday holatiki, u individning tashqi muhit bilan o'zaro ta'siri natijasida kelib chiqadi va normal adaptiv reaksiyalarning etarli bo'lmagan sharoitdagi emotsional zo'riqish bilan kechadi.

Ko'pgina avtorlar stress kelib chiqishi asosiy sharoitlardan biri xavf-xatarning bo'lishi deb belgilashadi. Stressning kelib chiqishi organizmning individual xususiyatlariga ham bog'liq. Kishilar bir xil zo'riqishga turlicha javob reaksiyalari ko'rsatadi. Ba'zilar aktivlikning oshishi kuzatiladi. Stress paytida ularning faoliyat aktivligi uzoq oshib boraveradi («Sher stressi»). Boshqa kishilarda aksincha, aktivlik susayishi kuzatiladi, faoliyat effektivligi tezda tuchib ketadi («quyon stressi»). Bunda stress-faktorlar psixosotsial ham, jismoniy ham bo'lishi mumkin.

Stress kelib chiqishiga olib keluvchi shaxs xususiyatlaridan biri xavotirlanish bo'lib, adaptatsiya sharoitida turli psixik reaksiyalar ko'rinishida (xavotirlanish reaksiyalari) namoyon bo'ladi. Xavotirlanish deganda, noaniq xavf-

xatar, xavotirli intizorlik sezgisi yoki noaniq bezovtalik sezgisi tushuniladi. Bu sezgi regulyator mexanizmlarning o'ta zo'riqishi yoki adaptatsion jarayonlarning buzilishidan dalolat beradi.

Xavotirlanish shartli ravishda normal va patologik xavotirlanishlarga bo'linadi. Bundan tashqari xavotirlanish normal, situatsion, nevrotik, psixik va boshqalarga bo'linadi.

Ko'pincha xavotirlanish o'tkir yoki xronik stresslarda adaptatsiya formasi sifatida ko'riladi. Biroq xavotirlanish shaxsga xos bo'lib, o'zining namoyon bo'lish yo'nalishiga qarab himoyalovchi, mobilizatsiyalovchi va dezorganizatsiyalovchi funksiyalarni bajaradi. Xavotirlanish darajasi situatsiyaga mos bo'lmaganda, regulyator mexanizmlar o'ta zo'riqishi kuzatiladi, bu holat xulq-atvor regulyatsiyasining buzilishi bilan tugaydi, ya'ni kishi xulq-atvori situatsiyaga mos kelmasligi kuzatiladi. Frustratsiya - (lotincha - aldanish, haddan tashqari kutish, xafa bo'lish). Maqsadga erishishga xalaqit beradigan sabablar ostida paydo bo'ladigan holat. Odam tajang, jahldor bo'ladi. Oqibatda odam nevroz bilan kasallanishi mumkin.

**EHTIYOJLAR.** Ehtiyoj harakatni amalga oshirish uchun to'rtki bo'ladigan irodaviy komponentlar bilan xarakterlanadi. Ehtiyojlar mayl yordamida qondiriladi. Maylni qondirishga qaratilgan harakatlar ma'lum yo'nalishda va usulda amalga oshiriladi. Mayllar bir necha xilda klassifikasiyalanadi. Masalan, Roraxer tomonidan mayllar:

A) vital (ovqatlanish, seksual, onalik, harakatlanish, o'ykuga bo'lgan mayl, individual va avlodni saqlash mayli); b) sotsial (o'zini namoyon qilishga, boshqarishga, harakat qilishga bo'lgan mayl va b.); v) gedonik mayllar (g) madaniy (bilim, ijodga bo'lgan mayl); d) funksional (o'yinlar) mayllarga bo'lingan.

Shaxs. Temperament va xarakter. Shaxs tiplari

Shaxs haqida tushuncha

Shaxs individualligi bilan ta'riflanadi. Kishi o'z jismoniy xususiyatlari bo'yicha boshqalarga o'xshamaydi, psixologik nuqtai nazardan qaraganda ham bir xil odam bo'lmaydi. Vrach bemorni O'rganayotib, uning shaxsiyatiga ham e'tibor beradi, shu bilan birga bemor ham vrachning shaxsiga e'tibor qiladi va uni kuzatadi. Shaxsning aniq bir ta'rifini berish mushkul.

Psixologiyada shaxs O'zining yo'nalganligi va qobiliyati bilan xarakterlanadi. YO'nalganligi deyilganda, odam ehtiyojlari, qiziqishlari, istaklari, moyilligi, e'tiqodi, orzulari va dunyoqarashi tushuniladi. Zamonaviy, madaniyatli kishilarning qiziqishlari turli-tuman bo'ladi. Qiziqishlar yoshga qarab O'zgarib boradi. Uch yoshdan besh yoshgacha bo'lgan soo'lom bolalarda hamma narsani bilishga qiziqish yaqqol ifodalangan bo'ladi. Bu yoshdagi bolalarning savollari «Bu nima, nega, nima uchun?» dan iborat bo'ladi. Maktabgacha yoshda O'yinchoqlar va mazmunli O'yinlarga qiziqish uyo'onadi. Xuddi shu davrda bolada rasm solish, jonli tabiat va hayvonlarga qiziqish paydo bo'ladi. O'qishga va ayrim fanlarga (matematika, musiqa, rasm solish, she'r to'qish) qiziqish umuman ancha erta rivojlanadi. Bu qiziqishlar vaqtinchalik va doimiy bo'lishi mumkin. Bola texnika va sportga ham birmuncha erta qiziqib boshlaydi. Badiiy adabiyotlarga qiziqishning O'ziga xos qonuniyatlari bo'ladi: avvalambor, ertaklarga, so'ng esa sarguzasht, fantastik, detektiv adabiyotlarga, so'ngra romantika, jinlar orasidagi munosabatlar va siyosatga qiziqish uyo'onadi. Lekin ba'zi qiziqishlar parallel holda kuzatilishi ham mumkin.

Ilmiy va ijtimoiy-siyosiy adabiyotlar kitobxonlar qiziqishining boshqa bir tomonidir. Bemorning adabiyotlarga qiziqishini, albatta, tahlil qilish va ularni hamda kinofilmlarni qanday O'zlashtirayotganini bilish lozim. Bu shaxs xususiyatlarini, uning tafakkur doirasini tushunish uchun O'ta zarurdir.

Qiziqishlar odamning didiga ham boo'liq. Did odam hayotining turli davrlarida, goho erta, goho esa kech paydo bo'ladi. Dunyoqarash, falsafa masalalari vahayot mazmuniga qiziqishlar, ko'pincha, qariyb yigirma yoshda paydo bo'ladi. Xuddi shu yoshdayoki biroq so'ng jamoat ishlariga qiziqish uyo'onadi.

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

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

Buyuk shaxslar aql-zakovati va ilmi bilan, ko'pincha, avliyo darajasigacha etgan bo'ladi. Ahmad Yassaviy, Bahouddin Naqshbandiy, Najmiddin Kubro, Ibn Sino, al-Xorazmiy, Imom Buxoriy kabi allomalarni bunga misol qilib ko'rsatish mumkin. Har bir odamning dunyoqarashi ko'proq uning biror maqsadga intilishi, tarbiyasi, orttirgan bilimlari va hayot tajribasiga boo'liq. Ijtimoiy-tarixiy shart-sharoitlar kishining dunyoqarashi shakllanishida muhim O'rin tutadi. Agar ular dunyoqarashi jamiyatda kechayotgan salbiy jarayonlarga mos kelmasa va shunday bo'lsa-da, bu jarayonlar ijobiy deb tan olinsa, bu holat shaxsning jamiyat va atrof-dagilarga bo'lgan munosabatini butunlay O'zgartirib yuboradi. Shuning uchun ham buyuk shaxslar (CHO'lpon, Fitrat va boshqalar) O'z zamonasining qurboni bo'lishgan.

KO'pchilik olimlarning yutuqlarida shaxsi muhim ahamiyatga egaligi ilm-fan rivojlanishiga katta ta'sir ko'rsatishi aytib O'tiladi. Har qanday odam, u qaysi kasb egasi bo'lishidan qat'i nazar, shaxs bo'lib kamol topishi kerak.

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

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

KO'pchilik O'quvchilarning darslarni O'zlashtirishlari tamomila pedagogik jarayon sifatiga boo'liq va ularning barchasi yaxshi O'qishlari kerak, degan fikr xatodir. Bu fikr O'qitishning soxtalashuvi va sifatining pasayishi, baholarni sun'iy ravishda oshirish hamda maktab va oliy O'quv yurtlarida tegishli diplomni rasmiyatchilik asosida berishga olib keladi.

Shaxsga ta'rif bera turib, biz buyuk allomalarda talant kurtaklari erta yoshdan boshlab nish ura boshlashi haqida aytib O'tdik. Shu erda shaxs bilan boo'liq yana bir qiziq muammo haqida so'z yuritishni lozim deb topdik, ya'ni buyuk shaxslar (dohiyalar) ning ruhiy nuqsonlari to'o'risida. Psixopatiya alomatlari bo'lgan buyuk shaxslar haqida ilmiy adabiyotlarda turli ma'lumotlarni uchratish mumkin. Psixopatiya - bu shaxsning patologik O'zgarishi bo'lib, uning shakllanishida tuo'ma omillarga katta uro'u beriladi. Psixopatiyaga doir ma'lumotlar psixiatriya darsliklarida mufassal yoritilgan.

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

Odamning insonlik jinsiga mansubligi individ tushunchasi bilan ifodalanadi. Katta yoshdagi kishilar, chaqaloq, tilni va oddiy malakani o'zlashtira olmaydigan ruhiy bemorlar ham individlar. Individ tushunchasida kishining biologik turga mansubligi aks ettiriladi. Shaxs muammolari bilan psixologlar, sotsiologlar, iqtisodchilar, pedagoglar, huquqshunoslar, shifokorlar, faylasuflar va talaygina boshqa sohalarning mutaxassisleri shug'ullanadilar. Baribir bu masala hanuzgacha dolzarb bo'lib qolmoqda.

Shaxsni ijtimoiy tahlil qilganda «odam» va «shaxs» tushunchalarini farq qiladilar. «Odam» tushunchasi tabiiy-ijtimoiy tushuncha, «shaxs» tushunchasi esa sotsial tu-shuncha hisoblanadi. Shaxs jamiyat taraqqiyotining mahsulidir. U ajralgan holda emas, balki ijtimoiy hayotning tarkibiy qismidir. Kishi shaxs bo'lib tug'ilmaydi, balki hayotda shaxsga aylanadi. Shaxsning etilish jarayoni filogenezda ham, ontogenezda ham ijtimoiy hodisa. Bu individuumning rivojlanishi va shaxsga aylanishi u bilan bevosita va bilvosita munosabatda bo'lgan boshqa barcha individlarning rivojlanishiga bog'liq. Biroq shaxs bir butun jamiyat mahsuli emas. Shaxs ijtimoiy butunlik ta'sirida jamiyat munosa-batlarini amalga oshiradi. Shaxs ijtimoiy ta'sirni o'zlashtirish bilan bir vaqtda tutgan yo'lida, xulqida va boshqa kishilarga munosabatida o'zining ichki dunyosini ifoda qiladi. Shaxsning ongi, o'z qobiliyati haqida tushunchasi, xususiyatlari va jamiyatdagi mavqei uning ixtiyoriga bog'liq bo'lmay, balki odamning jamiyatdagi mavjud munosabatlariga bog'liq bo'ladi. Shaxsning kasallik paydo bo'lganida qanday reaksiya ko'rsatishini ko'rib chiqish, shaxsga va kasallikning psixologik muammosi xususida to'xtalib o'tishga to'g'ri keladi. Shaxs va kasallik muammosi bemor odamning xarakterio-logik xususiyatlari bilan chambarchas bog'liqdir. Nihoyat, bu muammo xastalik kishi shaxsiga qanday ta'sir etadi degan savolga javob berishni talab etadi. Har qanday ka-sallik shaxsning qaysidir bir psixologik xususiyatlari-ning o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi. Masalan, emotsiya, iroda, sezgi jarayonlarining o'zgarishi. Darhaqiqat, kasal bo'lganda hamma ham «oh-voh» qilavermaydi va uning chehrasidan dardi borligi bilinmaydi. Bu bemorning individual va xakteriologik xususiyatlariga bog'liqdir. Lekin aksari dard azobi bilan, ahvolining yomonligidan nolish va sitamlarining bir-biriga mos kelmasligi ochiq-oydin ko'rinib turadi. Buning sababi shuki, har bir odam qandaydir dardga chalinsa, azob chekadi, vahima qiladi, ruhan tushkunlikka tushadi. Dunyoqarash deganda kishining ko'rinib turgan ob'ektiv realikka qarashlari, tasavvurlari va tushunchalari tizimi tushuniladi. Ideal shaxsning ongi faol intilishlarining oliy maqsadidir. Ko'pincha ideallarda muayyan konkret timsollar gavdalanadi.

E'tiqod-dunyoqarashning uni amalga oshirishga intilishi bilan uyg'unligi, o'z dunyoqarashi uchun kurashga tayyorgarligi bilan belgilanadi. Shaxsning kichik tuzilmalaridan biri temperament bo'lib, u shaxsning ruhiy

jarayonlar dinamikasini tavsiflab beradigan xususiyatlaridir. Kishilar xulq-atvori va faoliyat motivlari nisbatan teng bo'lganda, bir xil tashqi ta'sir etganda, bir biridan ta'sirchanligiga va ko'rsayotgan energiyasiga ko'ra sezilarli darajada farq qiladilar. Jumladan, bir xil kishi sekinlikni, boshqasi shoshilishni yoqtiradi, bir xil odamlarga hissiyotlarning tez o'yg'onishi xos bo'lsa, boshqasiga esa sovuqqonlik xosdir, boshqa birovni keskin imo-ishoralar, ma'noli mimika, boshqasining harakatlarida og'ir-bosiqlik, yuzining juda ham kam harakat qilishi ajratib turadi. Kishining harakatlaridagi o'zgarishi tabiiy ravishda ko'pincha tarbiyalangan ustanovkalar (ko'rsatmalar) va odatga, vaziyatning talabiga va shu kabilarga bog'liq bo'ladi. Ammo so'z yuritilayotgan individual farqlar o'zlarining tug'ma asosiga ega bo'lishi shubhasizdir. Bu shu narsa bilan tasdiqlanadiki, bunday farqlar bolaligidayoq ma'lum bo'la boshlaydi, xulq-atvorning va faoliyatning turli sohalarida ko'rinadi. Ruhiiy faoliyat dinamikasi faqat temperamentga bog'liq emas. Ruhiiy faoliyat dinamikasi kishining motivlariga, ruhiy holatlariga ham bog'liq. U holda temperament va kishining faoliyatiga ta'sir qiluvchi xususiyatlarni qanday farqlash mumkin. Buning uchun quyidagi belgilarni hisobga olish kerak.

1. Temperament xususiyatlari faqat bir turdagi emas, balki har va turli maqsadlardagi faoliyat turlarida, mehnatda, o'yinda, sportda, o'quv jarayonlarida namoyon bo'ladi.

2. Temperament xususiyatlari kishi hayotining butun davomida yoki ma'lum qismida barqaror va o'zgarmasdir.

3. Temperament xususiyatlari bir-biri bilan tasodifiy emas, balki qonuniy bog'langan

Bo'lib, ma'lum tuzilishni tashkil qiladi. Temperament lotincha - temperamentum - qismlarning nisbati degan ma'noni anglatadi.

Qadimda kishidagi tuyg'ular va harakatlarning xususiyatlari uning tanasidagi «sharbatlar» (suyuqliklar)ning miqdoriga, ularning nisbatiga bog'liq deb hisoblanar edi. Bularning aralashmasi temperamentdir.

Kishilarning temperamenti tiplarini aniqlash va baholashda quyidagi xususiyatlar hisobga olinadi.

1. SENSITIVLIK. Bu kichidagi tashqi qo'zg'atuvchining ta'siriga nisbatan sezgirligi. Sensitivlik kuchli bo'lsa kishiga ozgina kuchga ega bo'lgan qo'zg'atuvchi ham ta'sir qiladi, ruhiy reaksiyani yuzaga keltiradi.

2. REAKTIVLIK. Kishiga turli ichki va tashqi qo'zg'atuvchilar ta'sir qiladi. Ichki va tashqi qo'zg'atuvchilar ta'sir kuchi bir xil bo'lganda qanday emotsional reaksiya namoyon qilishi baholanadi. Reaktivlik - emotsionallik va ta'sirlanuvchanlikdir.

3. AKTIVLIK. Turli faoliyatni bajarishda, to'siqlarni engib o'tishda qanday faollik ko'rstishi baholanadi.

4. REAKTIVLIK VA AKTIVLIKNING O'ZARO MUNOSABATI. Bu ikkala xususiyatdan qaysi biri ustunligi.

5. REAKSIYA TEMPI. Turli ruhiy reaksiyalar va jarayonlarning o'tish tezligi (nutq tempi, fikr yuritish va harakatlar tezdigi, h.).

6. HARAKATLARNING egiluvchanligi (moslashuvchanligi) va unga qarama-qarshi xususiyat RIGIDLIGI (qotib qolganligi).

7. EKSTROVERTLIK VA INTROVERTLIK. Ekstrovertlik kishi ruhiyatining tashqariga yo'nalganligi, tashqi olam bilan faol munosabat bo'lishi, faoliyatining ayni chog'dagi taassurotlarga bog'liqligi. Introvertlik - faoliyatning ichki obrazlarga, o'tmish va kelajak bilan bog'liq fikrlarga bog'liqligi.

Amalda temperamentning to'rtta asosiy tipi farq qilinadi: xolerik, sangvinik, flegmatik va melanxolik temperamentlar.

1. Xolerik temperament - jo'shqin, shiddatli, qizg'in va keskin bo'ladi.

2. Sangvinik temperament - jonli, harakatchan, ta'sirlanuvshan, mehribon.

3. Flegmatik temperament - osoyishta, bo'shang, sust, beqaror.

4. Melanxolik temperament - g'amgin, ma'yus, jur'atsiz, qat'iyatsiz.

Sezilarli ruhiy aktivlikka ega bo'lgan, atrofda bo'layotgan voqealarga o'z munosabatini bildiruvchi, taassurotlarini xadeb o'zgartirishga intiluvchi, muvaffaqiyatsizlik va ko'ngilsizliklarni nisbatan engil o'tkazib yuboruvchi, jonli, harakatchan, ifodali mimikasi va harakatlari bo'lgan kishi s a n g v i n i k deb ataladi. Yuragi keng, barqaror intilishlarga va kayfiyatlarga, doimiy va chuqur his-tuyg'ularga, harakatlari va nutqi bir xil maromda bo'lgan, ruhiy holati tashqi tomondan ifoda etilmaydigan kishi f l e g m a t i k deb ataladi.

Juda gayratli, ishga juda ehtiros bilan berilish qobiliyatiga ega bo'lgan, tez va shiddatli, qizg'in emotsional «portlash» va kayfiyatning keskin o'zgarishlariga moyil, ildam harakatlar qiladigan kishi x o l e r i k deb ataladi. Ta'sirchan, chuqur kechinmali, gap ko'tara olmaydigan, o'zini to'xtata oladigan harakatlar qiladigan va sekin ovoz chiqaradigan kishilar m e l a n x o l i k deb ataladi. Yuqorida aytilgan temperament yoki tiplar bir-biri bilan qo'shilib ketishi mumkin. I. P. Pavlov bo'yicha 3 ta: G` fikrlash, badiiy va o'rtacha tiplar mavjud. Ikkinchi signal sistemasi faoliyati ustun bo'lsa, bu fikrlash tipi deyiladi, u aql bilan yashashga, mantiqiy tafakkurga moyil bo'ladi. U his-tuyg'ular vazminligi va mo'tadilligi bilan farqlanib turadi. Birinchi signal sistemasi ustunlik qilganda badiiy tip ko'zga tashlanadi. Uning tafakkuri konkret-obrazli, emotsional kechinmalarga boy bo'ladi. Vazminlik tipi o'rtacha, oraliq o'rinni egallaydi va ko'p uchrab turadi (80%). Shaxsga umumiy baho berishda odamning xarakteri muhim ahamiyatga ega bo'ladi. Xarakter odamning xulq-atvorida va atrofimizdagi turli-tuman voqea-hodisalarga nisbatan munosabatlarida namoyon bo'ladi. Xarakter odamning xulq-atvori va tevarak-atrofdagi voqelikka munosabatida yuzaga chiqib, farq qilib turadigan asosiy xususiyatlarining yig'indisi hisoblanadi. Xarakter tug'ma bo'lmaydi. Faqat layoqat nishonalari tug'ma bo'lishi mumkin, ular nerv sistemasining xususiyatlariga bog'liq bo'ladi. Xarakter esa

muayyan jamiyat a'zosi bo'lgan kishining hayoti va faoliyat jarayonida tarkib topadi Kishi harakatlarining sifati va usullari faqat shaxsning munosabatlarigagina bog'liq bo'lmay, balki iroda, diqqat, hissiyot, aqliy xususiyatlariga, ya'ni ruhiy xususiyatlarining individual xususiyatlariga ham bog'liq. Shuning uchun ham kishi faoliyatida qanday ruhiy jarayonlar ustun turishiga qarab xarakter xususiyatlarini intellektual, emotsional va iroda xususiyatlariga qarab ajratish mumkin. Bir xil maqsadga intiluvchi kishilar shu maqsadga erishish uchun zarur bo'lgan harakatning turli usullariga moyil bo'ladi. Bu erda xarakter hislatlari undovchi kuch sifatida namoyon bo'ladi. Kishi xarakter hislatlarining undovchilik kuchi sifatida yuzaga chiqishi ta'siri ostida ko'pincha ob'ektiv sharoitga zid va nomuvofiq harakat usullarini qo'llaydi. Kishi ba'zida o'z xarakteridan xafa bo'lib ketadi, ammo boshqacha harakat qila olmaydi. Agar xarakter hislatlari ob'ektiv sharoitlar talabiga qarshi harakat qilishga undaydigan bo'lsa, odamning xarakter hislatlari o'ziga xalaqit berishi mumkin, aksincha bo'lsa, kishi ijodiy ish qila oladi, o'z kuchlaridan samarali foydalana oladi. Psixologiya fanida kishining atrofdagi voqelikka munosabati nuqtai nazaridan xarakter xususiyatlarining quyidagi tizimi guruhlariga farqlanadi.

1. Shaxsning umumiy ruhiy tuzilishini ifodalaydigan xususiyatlar: g'oyaviylik, maqsadga intiluvchanlik, halollik, vatanparvarlik, mardlik, adolatga ishonish, faollik, intizomlilik.
2. Shaxsning boshqa odamlarga munosabatini ifodalovchi xususiyatlar - jamoalilik, insonparvarlik, sezgirlik, saxiylik, samimiylilik, hurmat-extirom. Bularga qarshi pismiqlik, beparvolik, toshbag'irlik, ichidan pishganlik, dag'allik, kishilarga nafrat bilan qarash.
3. Kishining o'z-o'ziga qanday munosabatda bo'lishi haqida guvohlik beradigan xususiyatlar - kamtarlik, mag'rurlik, uyatchanlik, jizzakilik, xudbinlik, egtosentrizm.
4. Shaxsning mehnatga, o'z ishiga munosabatini ko'rsatuvchi xususiyatlar - qat'iyatlik, tashabbuskorlik, mehnatsevarlik, ijodga ishtiyoq, ishdagi xalollik.
5. Kishining narsalarga munosabatini xarakterlovchi xususiyatlar - puxtalik - beparvolik, qimmatli narsalarni behuda sarflash yoki tejash (kimniki bo'lichidan qat'iy nazar).

Kishi xarakterini ifodalaydigan 4 ta asosiy xususiyatni farq qilish mumkin. Shaxsning atrofidagi odamlarga va jamiyatga munosabati: jamoa manfaatlarini yoki o'z shaxsiy manfaatini o'ylash, xudbinlik yoki insonparvarlik, halollik yoki qing'irlik va hokazo. Mehnatga munosabati: mehnatsevarlik yoki ishyoqmaslik, ishbilarmonlik yoki uquvsizlik va hokazo. O'z-o'ziga munosabat: talabchanlik yoki xotirjamlik, kamtarlik yoki maqtanchoqlik. Irodasi: maqsadga intiluvchan yoki loqayd, qat'iyatlik yoki ishonchsizlik, mardlik yoki qo'rqqoqlik. Inson xarakteri bolalikdan shakllanib, ijtimoiy turmush sharoitlariga, tevarak-atrofidagi kishilarga bog'liq holda rivojlanadi. Xarakterning shakllanishida tarbiya, oila, maktab, jamoa va atrofdagi kishilarning ta'siri benihoya katta.

### **Shaxs aksentuatsiyasi.**

Hayotdagi adaptatsiyani saqlab turishda shaxs xususiyatlari yaqqol bo'lishi emas, balki ularning garmonik hamjihatligi, ichki qarama-qarshiliklarning bo'lmasligi ahamiyatlidir. Shaxs xususiyatlarining yaqqol namoyon bo'lishi - aksentual tip deb deyiladi. Urg'ulashgan (aksentuatsiyalashgan) shaxslar normaning bir varianti sifatida ko'riladi. Adaptatsiyalanishga moyillik, professional o'sib borish, jamiyatdagi turg'un o'rin - kishining sog'lomligidan darak beradi. Shu bilan bir vaqtda u yoki bu xususiyatning o'ta yaqqol namoyon bo'lishi ruhiy buzilishning (dekompensatsiya) kelib chiqish xavfini oshiradi (shu xarakterga mos ravishda nohush holat kelib chiqsa). Boshqa tomondan urg'ulashgan shaxslarda individuallikning yaqqolliigi sababli ba'zi sohalarida katta muvaffaqiyatlarga erishishiga sabab bo'ladi. «Urg'ulashgan shaxs» terminining avtor K. Leongard. Lichko esa aksentuatsiyaning ba'zi tiplarini izohlab bergan. Shaxs tipi ruhiy jarohatlovchi hodisalarga reaksiya spetsifik psixologik himoya mexanizmlari formalarini belgilaydi.

Demonstrativ shaxslar - ekstrovertlik va hissiyotga boy tip (1-signal sistemasining ustunligi, I.P. Pavlov bo'yicha badiiy tip). Xulq-atvorida atrofdagilar e'tiboriga ehtiyoj sezish asosiy hisoblandi. Egotsentrizm, o'ziga yuqori baho berish, harakat, mimika, gapirishlari namoyishkorona, taassurot qoldirish uchun ochiq rangda bo'yanish, taqinchoqlar, kiyimlar tanlanadi. Gap to'qish (yolg'on gapirish) va fantaziyalarga moyil. Muloxazalar yuzaki, infantil. Bunday kishilar ko'pchilik bilan aloqa tutishadi, biroq bu aloqalar uzoq va chuqur bo'lmaydi. Bunday shaxslarning psixologik himoyasi siqib chiqarish, regressiya, identifikatsiya va konversiya. Natijada bular oson muloqotga kirishadi, kek saqlamaydigan, biroz mas'uliyatsiz bo'lishadi. Tekshirishlarning ko'rsatishicha, bunday shaxs xususiyatlari ko'pincha ayollarda kuzatiladi. Ba'zi faoliyat turlarida (bolalar bilan ishlash, saxnada o'ynash) namoyishkoronalik ko'proq adaptatsiyalanishga olib keladi. Muloqotning bo'lmasligi esa aksincha isterik nevroz rivojlanishiga olib keladi. Yuqorida aytib o'tilgan shaxs xususiyatlarining patologik tus olishi esa isterik psixopatiya rivojlanishiga olib keladi.

Pedantik shaxslar - xavotirli-vahimali tip. Bu kishilar ehtiyotkorlik va qat'iyatsizlik biror bir xatoga yo'l qo'ymaslik uchun biror yutuqqa erishishdan ko'ra, omadsizlikni oldini olish ular uchun muhimroq. Ular doimiy mulohazalarni analiz qiladilar (2-signal sistemasining ustunligi, I.P. Pavlov bo'yicha ratsional tip). Aniq fanlarni yaxshi o'zlashtiradilar. Bo'lishi mumkin bo'lgan omadsizlikdan himoya sifatida o'ta chegaralangan (qoliqlangan) hayot tarzi bo'lib, hamma narsa bir xil tartibda va ketma-ketlikda bajariladi. Begonalar bilan ehtiyotkorlik bilan muloqotda bo'lishadi,

Yaqinlariga esa to'liq ishonadilar, do'stlikda saodat, barcha hatti-harakatlarida mas'uliyat kuzatiladi, o'zini ko'ribon qilishga ham tayyor. Shu bilan bir paytda ehtiyotkorlik va o'ziga past baho berish mehnat faoliyatida yuqori pogonalarga erishishga, oila ko'rishga xalaqit beradi. Kechinmalardagi kamchiliklarni ular fantaziya bilan to'ldirishadi, biroq bu haqda boshqalarga aytmaydilar. Asosiy psixologik himoya mexanizmlari - ratsionalizatsiya,



xavotir fiksatitsiyasi va giperkompensatsiya. Bemorlar to'satdan qat'iyatli, o'jar, o'ta prinsipial bo'lishi bunga misol bo'ladi. Hayotning og'ir sharoitlarida bu bemorlarda obsessiv-fobik nevroz rivojlanishi mumkin. Bu xususiyatlarning patologik rivojlanib borishi psixastenik psixopatiya kelib chiqishiga olib keladi.

Qotib qoluvchi shaxslar - o'ta qat'iyatli (stenik), shaxsiy konsepsiyalar hosil qilishga moyil. Bunday kishilarning hissiyoti o'ta turg'un va kuchli bo'ladi, shu sababli ularni o'jar yoki kek saqlaydigan deb hisoblash mumkin. Bunday bemorlar qaysidir bir siyosiy g'oya, sog'lomlashtirish tizimi, ilmiy konsepsiyaga nisbatan fanatik berilish xos. Asosiy psixologik himoya mexanizmi - ko'chirish va konseptualizatsiya. Ular o'z fikralri va hislarini o'zgalarga to'nkarishadi (ko'p hollarda boshqalarni ichqora va hasadgo'y deb bilishadi). O'zgalarga nisbatan talabchanlikliklarida ko'pincha etika va moral qoidalarini pesh qilishadi, o'zlari esa bu qoidalarga amal qilmagan holda ko'zlagan maqsadlariga yolgon va ayyorlik yo'li bilan erishadi. O'ziga ishonuvchanlik, yuqori mehnat qobiliyati bunday shaxslarga jamoa orasida obro'li o'rinni egallashiga imkon beradi. Ruhiiy jarohatga nisbatan bu tipdagi shaxslarda o'ta qimmatli g'oyalar va hatto reaktiv vasvasalar paydo bo'lishi mumkin. Patologik rivojlanishda paranoyal psixopatiya shakllanadi.

Qo'zg'aluvchan (eksploziv) shaxslar - yaqqol emotsional qo'zg'alishlarga moyil, biroq tezda bu hol o'tib ketadi, ular uzoq muddat o'ylanib turish va xavotirlanishga moyil emas. Ular uchun sabrsizlik xos va har qanday tuskunlik ularni asabiylashishiga, hatto jahl chiqishiga va agressiv harakatlarga olib kelishi mumkin. Natijada bunday bemorlarda aybdorlik hisi paydo bo'lmaydi. O'zlarining agressiv hatti-harakatlarini suhbatdoshning noto'g'ri tonda gapirgani, hodisalarning omadsizlik bilan kechishi bilan tushuntirishadi (ko'chirish va izolyatsiya mexanizmlari). Qo'zg'aluvchan shaxslar qat'iyatlili, qo'rqmasligi, og'riqqa chidamliligi bilan xarakterlanadi. Bu esa jarohat olish extimolini oshiradi. Ba'zan darg'azablik cho'qqisida ular o'zlariga jarohat etkazishi ham mumkin. Boshqa tomondan ular sportda o'z qobiliyatlarini namoyon qilishi mumkin. Bu tipdagi shxslar asotsial harakatlarga va alkogol suiiste'mol qilishga moyil bo'lishadi. Bu xususiyatlarning yanada rivojlanishi eksploziv psixopatiyaga olib keladi.

Introvertlashgan shaxslar - birinchi navbatda kamgaplik, muloqotga ehtiyoj sezmasligi bilan xarakterlanadilar. Bunday shaxslar ichki dunyosi boy, intellektual rivojlangan, o'qimishli bo'lishadi. Ular boshqalardan eshitgan ma'lumotlaridan ko'ra kitobdan o'qigan ma'lumotlariga ko'proq ishonishadi. Ular birov bilan muzoqaralashgandan keyin ham o'z nuqtai nazarida qolishadi. Har kungi muammolarga ular befarq, hatto o'z tashqi ko'rinishiga ham e'tiborsiz bo'lishi mumkin. Fantaziyalari o'ta mavhum, ba'zan esa mantiqsiz ko'rinadi. Atrofdagilar hamma vaqt ham ularning his-tuyg'ulari, xavotirlanishini tushunmaydilar, bu shaxslarning o'zlari esa hamdardlikka moyil emas. Stress ta'sirida ichki qarama-qarshiliklar namoyon bo'ladi va nevroz rivojlanadi, patologik tus olsa esa shizoid psixopatiya kelib chiqadi.

Gipertim shaxslar - doimiy yuqori aktivlik va optimizm bilan xarakterlanadi. Ular o'z yo'llarida biror bir to'siq yoki muammoni payqashmaydi (inkor qilish himoya mexanizmi). Bunday bemorlarda ekstraversiya hamdard bo'lish bilan birga kuzatiladi. Bu shaxslar o'ta ochiq qo'l, komfort, qulay sharoitni xusch ko'rishadi. Aktivlikning yuqori bo'lishi mayllarning oshishi - giperseksuallik, ishtaha ko'tarilishi va h. bilan kechadi. Fikrlashi juda o'zgaruvchan, tez, ko'pgina yangi qiziqarli g'oyalar paydo bo'ladi, biroq g'oyalar OHI rigacha o'ylanmagan, tezda diqqati chalgaydi, boshlagan ishni OHI rigacha olib borishmaydi. O'z qobiliyatlariga yuqori baho berishga moyil, atrofdagilar orasida o'zlarini ustun sezishadi va dominant o'rinnlarni egallashga harakat qilishadi. Kollektivda esa demokratik, hammaga maslahat beruvchi boshliq rolini yaxshi ijro etishadi. G'oyalarini ro'yobga chiqarishga to'sqinlik qiladigan situatsiyalarda gipertim shaxslar o'zlarini noqulay sezishadi, depressiya rivojlanishi mumkin

Gipotim (distimik) shaxslar - doimiy pessimizm, o'zini past baholash bilan xarakterlanadi. Omadsizlikni uzoq va og'ir o'tkazishadi, o'zgalar g'amini ham tushunib, hamdardlik bildirishadi. Biroz sekin harakat qilishadi, ularga e'tibor berishlarini yoqtirmaydilar, boshqalar bilan oson muloqotga kirishishi, suhbatdoshni tinglab va tushunib bilishiga qaramay yakkalikni hush ko'rishadi. O'zgalarni ko'ra bilmaslik va shoxsupalarga ko'tarilishga mayl bo'lmasligi jamiyatda yuqori o'rinnlarni egallashga, passivlik esa oila ko'rishga xalaqit beradi. Biroq yaqinlari ularni ochiq ko'ngilligi, soddaligi uchun yoqtirishadi. Hayotdagi omadsizlikka ular befarq, chunki boylik va yuqori amalga uncha ahamiyat berishmaydi (bahosizlantirish himoya mexanizmi). Barcha stress holatlari ularda ishonchsizlik va tushkunlik chaqiradi.

## STRESS

Mustaqil fiziologik psixik va sotsial hodisa bo'lish bilan birga stressning o'zi yana bir emotsional holat ham hisoblanadi. Bu holat yuqori fiziologik psixik aktivlik bilan xarakterlanadi.

Stressning eng xarakterli belgisi uning o'ta noturg'unligidir. Yaxshi shart-sharoitda bu holat optimal holatga transformasiyalanadi, yomon shart-sharoitda esa nerv-emotsional zo'riqqan holatga o'tadi, bu holat uchun ish qobiliyatining va organ-sistemalar faoliyati effektivligining pasayishi, energetik resurslarning kamayishi kuzatiladi.

Stress - bu organizmning tashqi va ichki talablarga nisbatan nospestifik javob reaksiyasi. Sel'e tomonidan aniqlanishicha, organizm turli xildagi noxush ta'sirotlarga (masalan, sovuqlik, charchoq, qo'rquv, kamsitish. og'riq va b.) faqatgina har bir ta'sirotga konkret javob ko'rsatibgina qolmay, balki bir xil tipda umumiy kompleks javob ham beradi. Organizmga ta'sir etgan va uning javobi oralig'ida turli proseslar yuz beradi.

Stress har bir adaptatsion protsess uchun xarakterli bo'lib, bir necha stadiyalarga ega:

1-faza - xavotirlanish va mobilizatsiya fazasi, 2-faza - rezistensiya fazasi, 3-faza - adaptatsiyaning buzilishi. 1-xavotirlanish fazasida organizm himoya kuchlarining mobilizatsiyasi kuzatiladi, organizm chidamliligi oshadi. Bunda

organizm kuchli zo`riqish bilan ishlaydi. Bu etapda organizm nagruzkani bajara olishi rezervlarning yuzaki yoki funksional mobilizatsiyasi yordamida, ya'ni chuqur struktur o`zgarishlarsiz amalga oshiriladi. Fiziologik birlamchi mobilizasiya quyidagicha namoyon bo`ladi: qon quyuqlashadi, qonda xlor ionlari kamayadi, azot, fosfatlar, kaliyning organizmdan chiqarilishi oshadi. Jigar va taloq kattalashadi. Ko`pgina kishilarda ish qobiliyatining 1-faza oxirida oshishi kuzatiladi.

2-faza - rezistensiya yoki maksimal effektiv adaptatsiya fazasi. Bu etapda organizm sarf qilayotgan adaptasion rezervlarning balanslashishi kuzatiladi. Agar stress uzoq davom etaversa yoki ta'sir etayoigan stressor o`ta intensiv bo`lsa, u holda 3-faza - holdan ketish fazasi kuzatiladi. Funksional rezervlar 1- va 2-fazalarda sarflanganligi uchun organizmda struktur o`zgarishlar bo`lib, bu o`zgarishlar organizmning normal faoliyat ko`rsatishiga sarflanadi, bular ham etarli bo`lmasa, organizmning to`ldirib (almashtirib)

bo`lmaydigan rezervlari hisobidan keyingi moslashish jarayonlari amalga oshiriladi. Bu rezervlar ham ertami-kechmi tugaydi.

Shuni ta'kidlab o`tish kerakki, har qanday ta'sirotda ham stress chaqira olmaydi. Kuchsiz ta'sirlovchilar stress chaqirmaydi. Stressorning ta'siri organizm moslashgan sharoitlardan ustunlik qilganda stress yuzaga keladi. Stressor ta'sir qilganda qonga ma'lum gormonlar ajraladi. Ular ta'sirida organ va sistemalarning ish rejimi o`zgaradi. Masalan, yurak ritmi tezlashadi, qon ivishi ortadi, organizm himoya funksiyalari o`zgaradi. Organizm uchun odatiy bo`lmagan, YA'ngi shart-sharoitga moslashichida stress vujudga keladi, ya'ni stress adaptatsiya jarayonidan ajralmas hisoblanadi.

Stressga nisbatan salbiy holat, deb qarash noto`g`ri, chunki u tufayli adaptatsiya amalga oshadi. Bundan tashqari, o`rtasha ta'sirdagi stress organizm umumiy ahvoriga va shaxsning psixik xususiyatlariga ijobiy ta'sir qiladi. Masalan. Diqqat, xotira, tafakkur ko`rsatkichlarining pozitiv o`zgarishi. Shunga qaramay organizm sistemalarining demobilizatsiyasiga olib keluvchi stress reaksiyalari mavjud. Stressning bunday o`ta kuchli salbiy kuinishi d i s t r e s s deb ataladi. Aynan distress organizmga emiruvchi ta'sir ko`rsatadi. Stressning distressga o`tishi atrof-muhitning o`ta intensiv ta'siri natijasida bo`ladi. Bunda organizmning funksional rezervlari tez sarflanadi yoki psixik regulyasiya mexanizmlari faoliyati buziladi.

Stress asosan 2 turga bo`linadi:

1. sistemali (fiziologik);
2. psixik: a) informatsion, b) emotsional (impul'siv, tormozli, generallashgan).

Kishi sotsial individ bo`lib, uning faoliyatida psixik sfera asosiy rol' o`ynagani uchun bosqharuv protsesslarida aynan psixik stress ahamiyatga egadir. Informatsion stress - informatsiyalar ko`payib, organizm ularni bajara olmaganda, kerakliha masalalarni to`g`ri hal qila olmaganda, aynan yuqori mas'uliyat bo`lganda kuzatiladi. Emotsional stress - kelib chiqishini ko`pgina avtorlar xavf tug`diruvchi, xafagarchilik situatsiyalari bilan bog`laydilar. Emotsional stressda ruhiyatda ma'lum o`zgarishlar kuzatiladi, shu bilan birga emotsional o`zgarishlar, motivasion strukturalar transformasiyasi, harakat va nutq buzilishi kuzatiladi.

Psixik stressning bo`linishi shartli hisoblanadi. Amaliyotda stressorning qaysi biri asosiy ekanligini aniqlash qiyin, informatsion va emotsional stressorlar qo`shilib keladi.

Emotsional stressda ham fiziologik stressdagi o`zgarishlar kuzatiladi (pul's tezlashishi, nafas olish tez, qondagi o`zgarishlar...).

Psixik stress - organizmning shunday holatiki, u individning tashqi muhit bilan o`zaro ta'siri natijasida kelib chiqadi va normal adaptiv reaksiyalarning etarli bo`lmagan sharoitdagi emotsional zo`riqish bilan kechadi.

Ko`pgina avtorlar stress kelib chiqishi asosiy sharoitlardan biri xavf-xatarning bo`lishi deb belgilashadi. Stressning kelib chiqishi organizmning individual xususiyatlariga ham bog`liq. Kishilar bir xil zo`riqishga turlicha javob reaksiyalari ko`rsatadi. Ba'zilarida aktivlikning oshishi kuzatiladi. Stress paytida ularning faoliyat aktivligi uzoq oshib boraveradi («Sher stressi»). Boshqa kishilarda aksincha, aktivlik susayishi kuzatiladi, faoliyat effektivligi tezda tuchib ketadi («quyon stressi»). Bunda stress-faktorlar psixosotsial ham, jismoniy ham bo`lishi mumkin.

Stress kelib chiqishiga olib keluvchi shaxs xususiyatlaridan biri xavotirlanish bo`lib, adaptatsiya sharoitida turli psixik reaksiyalar ko`rinishida (xavotirlanish reaksiyalari) namoyon bo`ladi. Xavotirlanish deganda, noaniq xavf-xatar, xavotirli intizorlik sezgisi yoki noaniq bezovtAlik sezgisi tushuniladi. Bu sezgi regulyator mexanizmlarning o`ta zo`riqishi yoki adaptasion jarayonlarning buzilishidan dalolat beradi.

Xavotirlanish shartli ravishda normal va patologik xavotirlanishlarga bo`linadi. Bundan tashqari xavotirlanish normal, situatsion, nevrotik, psixik va boshqalarga bo`linadi.

Ko`pincha xavotirlanish o`tkir yoki xronik stresslarda adaptatsiya formasi sifatida ko`riladi. Biroq xavotirlanish shaxsga xos bo`lib, o`zining namoyon bo`lish yo`nalishiga qarab himoyalovchi, mobilizatsiyalovchi va dezorganizatsiyalovchi funksiyalarni bajaradi. Xavotirlanish darajasi situatsiyaga mos bo`lmaganda, regulyator mexanizmlar o`ta zo`riqishi kuzatiladi, bu holat xulq-atvor regulyasiyasining buzilishi bilan tugaydi, ya'ni kishi xulq-atvori situatsiyaga mos kelmasligi kuzatiladi. Frustratsiya - (lotincha - aldanish, haddan tashqari kutish, xafa bo`lish). Maqsadga erishishga xalaqit beradigan sabablar ostida paydo bo`ladigan holat. Odam tajang, jahldor bo`ladi. Oqibatda odam nevroz bilan kasallanishi mumkin.

### 3-mavzu Nevrotik buzilishlar va depressiya. Klinikasi, diagnostikasi, psixoterapiya va psixofarmakoterapiyasi

#### 1.1.Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti - 6 soat	Talabalar soni : 8-10 gacha
Mashg`ulot shakli	Amaliy mashg`ulot
Mavzu rejasi 1.Mavzuning maqsad va vazifalari bilan tanishtirish 2.Zamonaviy Nuqtai nazardan mavzuni yoritib berish, tushuntirish Z.Mavzuga oid slaydlar, multimedialar namoyishi 4.Mavzuni xulosalash	3-mavzuning qisqacha anotatsiyasi Ong tushunchasi va darajasi. Jamoatchilik va individual ong. Psixologiya ruhiy faoliyatni patopsixologik tekshirish.
O`quv mashg`ulotning maqsadi	Maqsadi . Ong, uning asosiy xususiyatlari, ruhiy jarayonlari to`g`risida tushunchalar berish.
Ta'lim berish usullari	Mavzuni yoritib berish, tushuntirish, mavzuga oid experiment namoyishi
Ta'lim berish shakllari	Og`zaki so`rov, mavzuni mustahkamlash (interfaol usul “ ”), mavzuga oid tekshirish usuli
Ta'lim berish vositalari	Darslik, ma'ruza matni, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Ilova№1

### 3-mavzu. Nevrotik buzilishlar va depressiya. Klinikasi, diagnostikasi, psixoterapiya va psixofarmakoterapiyasi

#### Amaliy mashg`ulotning texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1 .Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2.Talabalarni mashg`ulotga tayyorgarligini tekshiradi Z.Davomatni nazorat qiladi	
1. O`quv mashg`ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1 .Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun takdimot slaydlarini tayyorlash 3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ruyxatini ishlab chiqish	
2 - asosiy Bosqich (250 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo`lib, mavzu bo`yicha savollar : - Ong tushunchasi va darajasi nima. Jamoatchilik va individual ong. -ruxiy faoliyatni patopsixologik tekshirish. Turlariga nimalar kiradi? - Ong turlari? 2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydlar, multimedialardan foydalanadi 4. Mavzuga oid usul demonstratsiyasi. 5. Interfaol usulda mavzuni mustahkamlash 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bulinadilar savollarga javob beradilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish: Hissiy jarayonlarning asosiy buzilishlari. Ularning klinik tekshirish usullari. 3. Uyg`a vazifa: Tafakkur, nutq Piktogramma usulida tafakkurni tekshirish	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

## **Nevrotik buzilishlar va depressiya. Klinikasi, diagnostikasi, psixoterapiya va psixofarmakoterapiyasi**

Depressiya bugungi kun va kelajakka ishonchsizlik bilan qarash, doimo past kayfiyatda bo'lish, horo'inlik, biror faoliyatga intilmaslik va fikrlashning sustlashuvidir.

Albatta, fikrlashning sustlashuvi oo'ir depressiv holatlar uchun xosdir. Qo'rib turganingizdek, depressiya insondagi barcha ijobiy faoliyatni yo'qqa chiqaradi yoki susaytirib yuboradi. Bunda bemorlar atrofdagilarga befarq, kamgap, ma'yus bo'lib qoladilar, ko'pincha ko'z yoshi qiladilar. Ularga hamma narsa qayo'uli bo'lib tuyuladi. Ular olamga go'yo qora ko'zoynak taqqan holda qaraydilar. Depressiya haqida XIII bobda batafsil to'xtalamiz.

Oo'ir kechuvchi kasalliklarda bemorlar uzoq vaqt davom etadigan tushkunlikka tushib, ovqat eyishdan bosh tortishadi, O'z joniga (ayniqsa, O'smirlar orasida) qasd qilishga urinadilar. Ba'zan buning uchun arzimagan sabab turtki bo'ladi. Masalan, ota-onasi uning xohlagan kiyim-kechagini sotib olib bermasa, diskotekaga ruxsat bermasa yoki sevgan kishisi bilan uchrashgani qo'ymasa va hokazo.

Umuman olganda, O'smirni qattiq nazoratga olish oo'ir oqibatlariga olib kelishi mumkin. Ota-ona, ayniqsa, 14-17 yoshdagi farzandlariga ehtiyotkorlik bilan muomala qilishi, nazoratni tergovga aylantirib yubormasligi kerak. Buni Rossiyada O'smirlar orasida bo'lib O'tgan birikkita O'z joniga qasd qilishlarning sababi misolida ko'rib O'tamiz. Barcha yoshlarning sevimli estrada qo'shiqchilari Viktor Soy va Igor Sorin hayotdan ko'z yumganlaridan so'ng Rossiya yoshlari orasida joniga qasd qilish hollari kuzatilgan. Ular, ayniqsa, 15-17 yoshli O'smirlar edi. Igor Sorin O'zi yashaydigan uyning 6-qavatidan sakrab O'ladi. Biroz vaqt O'tgach, 15 yoshga hali to'lmagan qiz dugonasi bilan birga 9-qavatning tomiga chiqib, erga sakrashadi va jon berishadi. Ularning yon daftarlarida shunday misralar bitilgan edi: «Igor! Bizga sensiz hayotning ne keragi bor? Biz ham sening ortingdan, bao'ringga, yulduzlarga ravona bo'lamiz! Bizni kechiringlar!»

Nima uchun o'z joniga qasd qilishadi? O'z joniga qasd qilishni shartli ravishda 3 turga ajratish mumkin: haqiqiy, yashirin va tantanavor. Haqiqiy suiqasd hech qachon to'satdan bo'lmaydi. Unga doimo yomon kayfiyat, depressiya hamroh bo'ladi. Bunday shaxslar teztez hayotning mantio'iga murojaat qilib turishadi. O'smirlar suiqasdning bu turiga javobsiz sevgi yoki yorining bevafoqligidan murojaat qilishsa, qariyalar farzandlaridan keskin xafa bo'lgan paytlarida o'limning ushbu turini tanlashadi. Odam O'zining muammolariga boshqalarning e'tiborini qaratmoqchi bo'lsa, o'z joniga qasd qilishning yashirin turini tanlaydi. Yashirin suiqasd to'satdan amalga oshiriladi. Buni hech kim bilmay qoladi. Suiqasdning bu turi turli yoshda uchrashi mumkin. Tantavor tarzda hayotdan ko'z yumuvchilar O'smirlar orasida ko'p uchraydi. Bunga misol, yuqorida keltirganimizdek, sevimli qo'shiqchisi olamdan o'tgach, o'z joniga qasd qilgan qizlardir.

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

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

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

Patologik affekt paytida odam o'zini boshqara olmay qoladi va bemalol birovning (o'zining ham) joniga qasd qilib qo'yadi. Qahro'azab, rashk, ajablanish va xursandchilik affektlari farq qilinadi. Patologik affektda ongning torayishi sababli qisman yoki to'la amneziya ham kuzatiladi. Shuning uchun ham affekt paytida odam nima qilganini eslay olmaydi (bunga misol keltirib o'tdik). Patologik affekt maniakal - depressiv sindrom va epilepsiyada yaqqol namoyon bo'ladi.

Apatiya - hissiy befarqlik holati bo'lib, barcha narsa va hodisalarga bemor O'ta e'tiborsizlik bilan qaraydi. Ba'zan ularda butunlay harakatsizlik kuzatiladi, ya'ni O'tirgan joylaridan sira qo'zo'almaydilar. Apatiyaning bu turi shizofreniyada, keksalarda va bosh miya O'smalarining ba'zi turlarida yaqqol ko'zga tashlanadi.

Maniakal holat - O'z-O'zini va imkoniyatlarini ortiqcha baholashga aloqador bo'lgan holat. Bemorlar askiya qilishga moyil bo'ladi. Ular bo'lar-bo'lmasga hazil-huzul qilishadi, mazax qilib birovning ustidan kulishadi, ashula aytish va raqsga tushishni yaxshi ko'rishadi, faol harakat qilishga intilishadi, ammo bu harakatlar tartibsiz bo'ladi. Maniakal kayfiyat, ayniqsa, qator xastaliklar orasida maniakal-depressiv psixozda yaqqol kuzatiladi.

Depressiya bugungi kun va kelajakka ishonchsizlik bilan qarash, doimo past kayfiyatda bo'lish, horo'inlik, biror faoliyatga intilmaslik va fikrlashning sustlashuvidir.

Albatta, fikrlashning sustlashuvi oo'ir depressiv holatlar uchun xosdir. Ko'rib turganingizdek, depressiya insondagi barcha ijobiy faoliyatni yo'qqa chiqaradi yoki susaytirib yuboradi. Bunda bemorlar atrofdagilarga befarq, kamgap, ma'yus bo'lib qoladilar, ko'pincha ko'z yoshi qiladilar. Ularga hamma narsa qayo'uli bo'lib tuyuladi. Ular olamga go'yo qora ko'zoynak taqqan holda qaraydilar. Depressiya haqida XIII bobda batafsil to'xtalamiz.

Oo'ir kechuvchi kasalliklarda bemorlar uzoq vaqt davom etadigan tushkunlikka tushib, ovqat eyishdan bosh tortishadi, o'z joniga (ayniqsa, o'smirlar orasida) qasd qilishga urinadilar. Ba'zan buning uchun arzimagan sabab turtki bo'ladi. Masalan, ota-onasi uning xohlagan kiyim-kechagini sotib olib bermasa, diskotekaga ruxsat bermasa yoki sevgan kishisi bilan uchrashgani qo'ymasa va hokazo.

Umuman olganda, o'smirni qattiq nazoratga olish oo'ir oqibatlariga olib kelishi mumkin. Ota-ona, ayniqsa, 14-17 yoshdagi farzandlariga ehtiyotkorlik bilan muomala qilishi, nazoratni tergovga aylantirib yubormasligi kerak. Buni Rossiyada o'smirlar orasida bo'lib o'tgan birikkita o'z joniga qasd qilishlarning sababi misolida ko'rib o'tamiz. Barcha yoshlarning sevimli estrada qo'shiqchilari Viktor Soy va Igor Sorin hayotdan ko'z yumganlaridan so'ng Rossiya yoshlari orasida joniga qasd qilish hollari kuzatilgan. Ular, ayniqsa, 15-17 yoshli o'smirlar edi. Igor Sorin O'zi yashaydigan uyning 6-qavatidan sakrab O'ladi. Biroz vaqt o'tgach, 15 yoshga hali to'lmagan qiz dugonasi bilan birga 9-qavatning tomiga chiqib, erga sakrashadi va jon berishadi. Ularning yon daftarlarida shunday misralar bitilgan edi: «Igor! Bizga sensiz hayotning ne keragi bor? Biz ham sening ortingdan, bao'ringga, yulduzlarga ravona bo'lamiz! Bizni kechiringlar!»

Nima uchun o'z joniga qasd qilishadi? O'z joniga qasd qilishni shartli ravishda 3 turga ajratish mumkin: haqiqiy, yashirin va tantanavor. Haqiqiy suiqaqd hech qachon to'satdan bo'lmaydi. Unga doimo yomon kayfiyat, depressiya hamroh bo'ladi. Bunday shaxslar tez-tez hayotning mantio'iga murojaat qilib turishadi. O'smirlar suiqaqdning bu turiga javobsiz sevgi yoki yorining bevafoqligidan murojaat qilishsa, qariyalar farzandlaridan keskin xafa bo'lgan paytlarida o'limning ushbu turini tanlashadi. Odam o'zining muammolariga boshqalarning e'tiborini qaratmoqchi bo'lsa, o'z joniga qasd qilishning yashirin turini tanlaydi. Yashirin suiqaqd to'satdan amalga oshiriladi. Buni hech kim bilmay qoladi. Suiqaqdning bu turi turli yoshda uchrashi mumkin. Tantavor tarzda hayotdan ko'z yumuvchilar o'smirlar orasida ko'p uchraydi. Bunga misol, yuqorida keltirganimizdek, sevimli qo'shiqchisi olamdan o'tgach, o'z joniga qasd qilgan qizlardir.

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

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

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

Patologik affekt paytida odam o'zini boshqara olmay qoladi va bemalol birovning (o'zining ham) joniga qasd qilib qo'yadi. Qahro'azab, rashk, ajablanish va xursandchilik affektlari farq qilinadi. Patologik affektda ongning torayishi sababli qisman yoki to'la amneziya ham kuzatiladi. Shuning uchun ham affekt paytida odam nima qilganini eslay olmaydi (bunga misol keltirib o'tdik). Patologik affekt maniakal - depressiv sindrom va epilepsiyada yaqqol namoyon bo'ladi.

Apatiya - hissiy befarqlik holati bo'lib, barcha narsa va hodisalarga bemor o'ta e'tiborsizlik bilan qaraydi. Ba'zan ularda butunlay harakatsizlik kuzatiladi, ya'ni o'tirgan joylaridan sira qo'zo'almaydilar. Apatiyaning bu turi shizofreniyada, keksalarda va bosh miya o'smalarining ba'zi turlarida yaqqol ko'zga tashlanadi.

Maniakal holat - o'z-o'zini va imkoniyatlarini ortiqcha baholashga aloqador bo'lgan holat. Bemorlar askiya qilishga moyil bo'ladi. Ular bo'lar-bo'lmasga hazil-huzul qilishadi, mazax qilib birovning ustidan kulishadi, ashula aytish va raqsga tushishni yaxshi ko'rishadi, faol harakat qilishga intilishadi, ammo bu harakatlar tartibsiz bo'ladi. Maniakal kayfiyat, ayniqsa, qator xastaliklar orasida maniakal-depressiv psixozda yaqqol kuzatiladi.

#### DEPRESSIV SINDROM (depressiya, melanxoliya, gipotimiya).

Depressiv sindromning tipik ko'rinishi 3ta simptomlar yig'indisidan iborat (uchlik):

1. Kayfiyat pasayishi

2. Fikrlash qobiliyati susayishi

3. Xarakatlanish jarayoni to'xtab yoki sekinlashib qolishi.

Kayfiyatning nihoyatda pasayib ketishi, chuqur qayg'u, tushkunlikning paydo bo'lishi, xuddi biror bir noxush hodisa, baxtsizlik sodir bo'lishi mumkinday sezgining yuzaga kelishi, ko'krakda, yurakda bemorga qiynoq sikilish sezgisini, og'irlik kabi tuyg'ularning sezish holati kuzatiladi.

Bemor o'tgan davrdagi hamda ayni paytdagi hodisa va voqyealarga salbiy baho berishi bilan bir qatorda, kelajakka ham, tushkunlikka tushib qaraydi. Bemorda o'z-o'zini kamsitish, keraksizlik, o'z kuchiga ishonchsizlik bilan qarash hissi paydo bo'ladi. Unda o'z joniga suikasd kilish fikri paydo bo'ladi va ba'zi hollarda bu fikrlar amalga oshiriladi. Barcha ruhiy jarayonlarning pasayishi bilan bir qatorda qiziqishlarning susayishi, ishtahaning yo'qolishi, uyquning buzilishi, ich qotib qolishi, ozib ketishi, soch to'kilishi, tomir urishining susayishi, hayz davrining buzilishi kabi belgilar kuzatiladi. Depressiyaga xos vegetativ belgilardan biri Protopov sindromi bo'lib, taxikardiya, ko'z qorachig'ining kattalashishi, spastik ich qotish kabi simptomlardan iborat.

Fikrlashning sekinlashuvi, tovushning pastlashuvi va so'zlashishning sekinlashishi, savollarga javobning ma'lum tanaffusdan keyin bo'lishi namoyon bo'ladi. Bemorning harakatlari susaygan, ba'zan esa butunlay to'xtagan bo'lib, bemor yetadi, o'z-o'zini boshqara olmaydi, qotib qoladi va to'liq harakatsizlik, depressiv stupor yuzaga keladi. Bemorlarda depressiv mimika va holat kuzatiladi: egilgan holat, yelkalar osilgan, yuzning qayg'uli ko'rinishi kuzatiladi.

G'amgin kayfiyatning oshishi natijasida maxsus holat, ya'ni qiynovchi qotillik, hamma sezgilarning yukolishi, ichki bumbushlik xissiga olib keladi. Bu xolat ruhiy qalb anesteziyasi deyiladi. Bunda bemorlar toshday qotib, fikrlay olmasliklaridan shikoyat qiladilar. Buning mazmuni shundan iboratki, bemorlar g'am chekishi yo'qolib, og'ir befarqlikdan shikoyat qiladilar va o'zlariga avval xos bo'lgan kuyinish, hayajonlanish hislarining yo'qolganligi haqida qayg'urishadi. Ularda o'z yaqin kishilarining g'am-alam va xursandchiliklariga sirdan qarash hech qanday his uyg'otmaydi. Bunday bemorlar bu holatning o'z kasalliklari bilan bog'liq ekanligini yaxshi tushunishadi.

Depressiv holati tez orada juda yuqori darajaga yetishi mumkin, bunda bemorlarda harakat buzilishlari: vahima, qo'rquv, o'zini u yoqdan bu yoqqa urish, o'z qo'llarini sindirish, ingrash vujudga keladi. Bemorlar og'ir sezgilar: baxtsizlik, falokat, yaqinlarining o'limi, ag'dar-to'ntarlarni sezganday bo'lishadi. Bu holatga depressiv affektning portlashi-melanxolik raptus deyiladi. Bunday hollarda bemorlar tez-tez suitsidal urinishlar kilishadi. Depressiyaning bu shakli involyutsion va tomir psixozlarida uchraydi. Depressiv holatlarga kun davomida depressiyaning o'zgarib turishi, kechga yaqin kayfiyat va ahvolning biroz yaxshilanishi xos.

Kelib chikishi jihatidan depressiyalar:

- psixogen depressiya

- endogen depressiya

- somatik depressiyalarga ajratiladi.

Depressiv sindrom ruhiy buzilishlarda ko'p uchraydigan holat. Psixopatologik tuzilishi, o'tkirlik darajasi, davomlilik, davo topish jihatiga ko'ra depressiyaning turli xil klinik ko'rinishlari mavjud.

ADINAMIK DEPRESSIYA-bu holatda bo'shanglik, apatiya, intilishlarning susayishi, umumiy hayotiy qiziqishning pasayishi kuzatiladi.

BEZOVTALANISH BILAN BORADIGAN DEPRESSIYA- chuqur darajadagi hayajon bemorning harakat qo'zg'alishi bilan davom etadi. Xarakatdagi depressiyaning yuqori nuqtasi, avji melanxolik raptus deb ataladi. Ayni shu davrda bemorlar o'z jonlariga qasd kilishlari mumkin.

ANESTETIK DEPRESSIYA - ruxiy anesteziya holati kuchayib boradi. Natijada bemorga nihoyatda kuchli azob beruvchi hissiy behislik xolati paydo bo'ladi. Ichki bo'shliq, emotsiya, yaqin kishilarga nisbatan mehr-muhabbatning yo'qligi bemorga azob beradi. Atrofni emotsional qabul qilish ham butunlay yo'qolib ketadi.

NIQOBLANGAN (MASKIROVKA QILINGAN) yashirin, somatogenlashgan depressiya - atipik depressiya. Bunday holat barqaror bosh og'rig'i, yurak sohasidagi og'riklar, oshkozon-ichak yuli faoliyatining buzilishlari, tananing turli soxalarida noxush sezgilar, uyquning buzilishi, erkaklarda jinsiy ojizlik, ayollarda frigidlik, arterial bosimning o'zgarishi, bronxial spazm, diensefal paroksizm belgilari bilan namoyon bo'ladi. Bunda sust kayfiyat - subdepressiya ko'rinishida bo'lib, bu holat yuqoridagi somatovegetativ kasalliklar bilan niqoblanadi. Bu holatlarni haqiqiy somatik kasalliklar yo'qligi, antidepressantlar bilan davolashning ta'sirchanligiga asoslanib depressiv sindrom deb tashxis qo'yish mumkin.

## Depressiv sindrom

Simptomlarining uchligi bilan xarakterlanadi:

Tushkun kayfiyat;

Assotsiativ protsessining temp buyicha sekinlashishi;

Xarakatning tormozlanishi;

Bemolarning tashki ko'rinishlari: o'z yoshiga nisbatan katta ko'rinadilar, ivirsigan, sochlari va tirnoklari sinuvchan, teri qoplamalari yer rangiday yoki rangsiz, yelkalar egilgan, boshi ko'krakka egilgan, qo'llari tovonga quyilgan, suhbatga qiyin kirishimli, berilgan savollarga ma'lum vaqt o'tgandan so'ng javob beradi, ovozi hissiy bo'yoksiz, kayfiyati tushkun, g'amgin, doim xayotiy g'amga shikoyat qiladi. Bemor yig'lamsiragan, o'ziga qasd

qilish fikrlarini aytadi, o'ta passiv buladi. Bemorning uyquasi buzilgan, vahimali, qo'rqinchli tushlarni ko'radi yoki bemor umuman uxlamaydi.

Depressiv sindromga bir necha simptom xarakterli:

1. "Omega simptomi" - bemorning qovog'i solingan;

2. "Vera-Gud burmasi simptomi" - bemor qovog'ining tashqaridagi uchdan

Biri solingan yoki osilgan.

#### **Depressiv sindromning turlari:**

Apatik sindrom;

Depressiv-vasvasali sindrom - o'zini ayblash va o'zini xo'rlash vasvasasi;

Depressiv-gallyutsinatorli sindrom;

Ipxondrik depressiya - bemor o'zini tuzal olmaydigan kasallik bilan xastalanganman deb hisoblaydi.

Ajitirlashgan depressiya;

Nikoblangan depressiya-bu depressiya ruxiy simptomatika bilan emas, balki somato-vegetativ buzilishlar bilan kuzatiladi, ya'ni bu depressiyada kuchli somato-vegetativ poydevori buladi. Shikoyatlar somatik xulqini olib borishadi.

Affektiv sindromlarda kuzatiladigan somato-vegetativ buzilishlar

(Protopopov uchligi):

Taxikardiya;

Ko'z qorachig'ining kattalanishi;

Qabziyat.

Bular ruhiy kasalliklarning oldini olish, ya'ni odam-larning ruhiy salomatligini saqlash va mustahkamlash bo'yicha tadbirlar ishlab chiqadigan fanlar hisoblanadi. Bu chora-tadbirlarni ishlab chiqish masalalari, tashqi muhitdagi juda behisob omillarning kishi organizmiga ta'sirini o'rganishga asoslangan.

Odamning hayoti ijtimoiy-foydali faoliyatida, mehnatda o'tadi. Binobarin, kishi salomatligiga ijtimoiy foydali faoliyat va mehnatning ta'sirini o'rganish psixogigiena-ning asosiy vazifalaridan biridir. Mehnat faoliyati to'g'ri tashkil etilganda odamning butun qobiliyati to'laligicha yuzaga chiqadi, mehnat sog'liq va baxt garovi bo'lib qoladi. Mehnat rejimi noto'g'ri tashkil qilinganda ortiqcha charchash, nerv sistemasining holdan toyishi, turli xil noqulay sharoitlar ta'siri ostida organizm chidamining pasayishi ro'y be-rishi mumkin, mehnat va dam olishni bir me'yorda olib bo-rish muhim psixogigienik ahamiyat kasb etadi.

Psixoprofilaktika va psixogigiena uzoq davrlardan buyon mavjud bo'lib, ularning negizlari eski tibbiy adabiyotlarda bayon etilgan. Fransuz olimlari Eskirol', Morel', zamonaviy klinik psixiatriyaning asoschisi Krepelin psixogigiena va psixoprofilaktikaning rivojlanishiga ko'p hissa qo'shganlar. Shveysar psixiatri Forel' ishliklikbozlikning zarari to'g'risidagi ta'limotini birinchilardan bo'lib asoslab bergan. Rossiyada psixogigiena va psixoprofilaktika muammolari bilan I. P. Merjeevskiy, I. A. Sikorskiy, so'ngra S. S. Korsakov, V. M. Bexterev, O'zbekiston Respublikasida professorlar X. O. Olimov, . I. Xo'jaeva, Sh. A. Murtalibov, A. U. Shoyusupova, M. G. Gulomov va boshqalar shug'ullanganlar. Sog'lom psixika (ruhiyat)ni tarbiyalash psixogigiena va psixoprofilaktika fanlarining muhim vazifasi hisoblanadi. Psixogigienaning quyidagi bo'limlari mavjud: 1) yoshga oid psixogigiena; 2) Mehnat va ta'lim psixogigienasi, 3) Turmush psixogigienasi, 4) Oila va jinsiy hayot psixogigienasi, 5) Jamoa hayoti psixogigienasi.

#### **Yoshga oid psixogigiena**

Bolaning ruhiy jihatdan sog'lom bo'lishi to'g'risida g'amxo'rlikni u hali onaning qornida bo'lgan davrdan boshlash kerak (homiladorlik davrida ona barcha gigiena ta-lablariga to'g'ri rioya qilishi lozim). Bola tug'ildandan keyin uni ma'lum tartibda, tartib asosida onasining suti bilan boqish, ijobiy odatlar, ko'nikmalar hosil qildirib borish, ota-onasi, aka-ukalari, qarindoshlarini, Vatanini sevish tuyg'ularini singdirib borish muhim ahamiyatga egadir. Unda jamoaga nis-batan hurmat-izzatni tarbiyalash, yomon odatlardan, yo'nalishlardan, oqimlardan ehtiyot qilish, yaxshi xulq va estetik qis-tuyg'ularni singdirish asosiy burchimiz hisoblanadi. Bola rivojlanib maktab yoshiga etganda unga endi boshqa yo'nalishlar, mavzular tug'risida ma'lumotlar berish, kundalik darslarda beriladigan bilimlar saviyasini oshirib borish lozim.

Balog'atga etish davrida ko'proq e'tiborni mehnat qilishga, kasb tanlashga yo'naltirish kerak.

#### **ONG VA O'Z-O'ZINI anglash**

Ob'ektiv borliq inson miyasida turli xil darajada aks etadi. Ong psixikaning eng yuksak darajasi bo'lib, u faqat insongagina xosdir. Ong ijtimoiy-tarixiy sharoitda, mehnat faoliyatida boshqa odamlar bilan til yordamida munosabatda bo'lishi natijasida shakllanadi. Ontogenetik taraqqiyot jarayonida ham ong ijtimoiy muhit ta'siri ostida faoliyat va muloqot jarayonida shakllanadi.

Ongning mohiyatini to'g'ri tushunish uchun uning tuzilishini ko'rib chiqish lozim. Ong quyidagi 4 muhim psixologik xarakteristika bilan aniqlanadi:

1. Ongning birinchi xarakteristikasi uning nomida aks ettirilgan: ong, anglash. Inson ongi tevarak-atrof, tashqi va insonning o'zining ichki dunyosiga oid bilimlar to'plami, yig'indisidan iborat. Agar inson tashqi olam va o'zi ichki dunyosi haqida bilimlarni o'zlashtirish va anglashdan mahrum bo'lganda, unda hech qanday bilim, ong shakllanmagan bo'lar edi. Bizning bilimlarimiz ongning birlamchi asosini tashkil qiladi. Bilimlar turli ruhiy jarayonlar (bilimlar sezgi, idrok, diqqat va h.k yordamida o'zlashtiriladi va boyitiladi, xotirada saqlanadi, tafakkur jarayonida tahlil qilinadi) yordamida o'zlashtirilib, boyitilib boriladi. Bilish jarayonlaridan birining ishdan chiqishi yoki kasallanishi ongning buzilishiga olib keladi.

2. Ongning ikkinchi xarakteristikasi - unda ob'ekt va sub'ekt o'rtasidagi farq o'z ifodasini topadi. Boshqasha qilib aytganda inson o'zini boshqalardan va tashqi olamdan farqlaydi, unda «men» va «men emas» tushunchasi mavjud. Odam organik olam tarixida birinchi marta undan adralib chiqdi va o'zini tevarak-atrofdagi muhitga, tashqi olamga qarshi qo'ydi. Bunday xususiyatning paydo bo'lishining natijasi insonning o'z-o'zini bilishi va o'zligini anglashida, o'z-o'zini baholashida aks etadi. Insongina o'zining tashqi olamdan, predmetlardan, boshqa kishilardan farqini, ustunligi va kamchiliklarini anglay oladi. Shunday anglash va taqqoslash kishining shaxs sifatida rivojlanishining asosini tashkil qiladi. Nafaqat alohida shaxsning, balki millatning, xalkning rivojlanishi ham uning o'zligini anglashi bilan bog'liq.

3. Ongning 3-xarakteristikasi - maqsad qo'yish va maqsadga yo'nalganlik bilan belgilanadi. Har qanday faoliyat maqsadini aniqlash ongning funksiyasi. Har qanday faoliyatni amalga oshirishda maqsad qo'yiladi, faoliyat motivlari yuzaga keladi, irodaviy qarorlar qabul qilinadi, harakatlarni bajarish yo'llari ishlab Chiqiladi va sharoitni hisobga olgan holda zaruriy tuzatishlar kiritib boriladi. Ma'lum sabablar ta'sirida maqsad ko'zlash yoki uni boshqarish, koordinatsiya qilishdagi buzilishlar ong buzilishiga olib keladi.

4. Ongning 4-xarakteristikasi - unda odamning ma'lum munosabatlari aks etichida. Inson o'z atrofida bo'layotgan voqealarga, ob'ektiv borliqqa, o'z faoliyati va uning natijalariga adekvat munosabatda bo'ladi. Bu munosabat uning his-tuyg'ularida namoyon bo'ladi. His-tuyg'ular va munosabatlarning o'zgarishi, noadekvatligi ongning buzilichidan darak beradi.

Til, o'zaro munosabatlar, faoliyat ongning yuqorida ko'rsatilgan barcha sifatlarining tarkib topishining zaruriy sharoiti hisoblanadi. Psixologiya fanida «ong» tushunchasi bilan «ongsizlik», «ong osti» tushunchalari ham o'rganiladi va tahlil qilinadi. Ongsizlik ruhiyatning quyi darajasi bo'lib, bunda qilinayotgan ishlarga hisobot berilmaydi, xulq-atvor va xatti-harakatlar ongli ravishda boshqarilmaydi. Ongsizlik sohasiga quyidagi ruhiy hodisalarni kiritish mumkin: uyqu holatidagi hodisalar (tush ko'rish), ilgari ongli bajarilgan, ammo ko'p takrorlanishi natijasida avtomatlashib ketgan harakatlar; faoliyatga undovchi, lekin anglanmaydigan mayllar va h.k.

## IRODA JARAYONLARI

Kishining o'z oldiga qo'yilgan maqsadga erishish uchun ichki va tashqi to'siqlarni engish vaqtida vujudga keladigan ruhiy jarayon tor ma'noda iroda deb atash qabul qilingan.

Ichki to'siqlar - yalqovlik, charchoqlik, bajarilishi kerak bo'lgan vazifaga aloqasi bo'lmagan boshqa biror narsa bilan shug'ullanish istagini engishga majbur qilishga qiyin bo'lgan vaqtning belgilangan narsani bajarishga xalaqit beradigan sub'ektiv, shaxsiy mayllardir, zararli odatlar, istaklardir. Kishi irodaviy zo'r berish tufayli ularni engadi. Tashqi to'siqlar ishning o'ziga xos bo'lgan ob'ektiv qiyinchiliklarini, uning murakkabligi har xil xalaqit berishlar, boshqa kishilarning qarshilik ko'rsatishi, ishning og'ir sharoitlari va shu kabilar tushuniladi. Lekin iroda termini bilan shaxsning qiyinchiliklarni engib, astoydil va aniq maqsadni ko'zlab harakat qilishi ham ataladi. «Zo'r iroda - bu biror narsani qilishga intilish va unga erisha olishgina emas, balki shu bilan birga zarur bo'lib qolganda o'zini biror narsaga voz kechishga majbur qila olish hamdir.» Iroda - bu shunchaki, istak va uning qondirilishi emas, balki bu ham istak, ham uni to'xtatish, ham istak, ham ayni vaqtda undan voz kechishdir.

Iroda o'zaro bog'liq 2 ta vazifaning - undovchi va to'xtatuvchi vazifalarning bajarilishini ta'minlaydi va ularda o'zini namoyon qiladi. Filosofiya va psixologiyada idealizm kishi irodasini alohida, dastlabki faollikka bo'yso'ngan bo'ladi. Amerika psixologi U.Jeyms harakatda hech narsaga bog'liq bo'lmagan irodaviy hukmga etakchi rol' beradi. Obrazli tarzda bu quyidagisha tasavvur qilinardi: kishi o'ziga «Фиат!» (lotincha «Ha bo'la qolgin!» degan ma'noga ega) deydi va go'yo ana shu birinchi galgi mistik turki bilan belgilanmagan holda ish amalga oshiriladi. Odamlar o'zlarining qilgan ishlari uchun mas'uliyatni kimga yo'qlashga moyil bulishiga qarab sezilarliravishda farqlanadilar. Kishining o'z faoliyati natijalari uchun mas'uliyatni tashqi kuchlarga va sharoitlarga qayd qilib qo'yish yoki aksincha, ularni shaxsiy kuch-g'ayratlariga va qobiliyatlariga moyilligini belgilaydigan sifatlar nazoratni lokallashtirish deyiladi (adabiyotlarda «nazorat loqusi» degan termin qo'llaniladi, lotincha «лютыс» - o'rnashgan joy va fransuzcha «conlore» - tekshirish deyiladi). O'z xulq-atvori va ishlari sabablarini tashqi omillar (taqdir, holatlar, tasodiflar va b.) Deb bilishga moyil bo'ladigan kishilar. Shunaqa paytda nazoratning tashqi (eksternal) lokallashtirilishi to'g'risida gapiriladi. Bu toifaga mansub o'quvchilar olingan qoniqarsiz baholarini istagan vajbahona bilan tushuntirishadi. Tadqiqotlar nazoratning eksternal lokallashtiruviga moyilligi mas'uliyatsizlik, o'z imkoniyatlariga ishonmaslik, xavfsirash, o'z niyatlarini ro'yobga chiqarishni yana kechiktirishga intilish kabi shaxsiy fazilatlar bilan bog'liq ekanligini ko'rsatadi. Agar individ, odatda, o'z qilmishlari uchun javobgarlikni o'z zimmasiga olsa va uning sabablarini o'z qobiliyati, xarakteri va shu kabilarda deb bilsa, unda nazoartning ichki (internal)



lokallashuvi ustun deb hisoblanadi. Nazoratning ichki lokallashtirilishi xos bo'lgan o'quvchi 2 baho olganda buni topshiriq unga qiziqarli emasligi bilan, yoxud faromushxotirligi bilan tushuntiradi. Bunday shaxslar maqsadga erishishida ancha mas'uliyatli, izchil, o'zini tahlil qilishga moyil, kirishimli va mustaqil bo'lishi aniqlangan. Ham ijobiy, ham salbiy oqibatlariga ega bo'lgan irodaviy harakatning internal yoki eksternal lokallashtirilishi shaxsning tarbiya jarayonida shakllanadigan barqaror fazilatdir.

Bevosita irodaviy harakatga undaydigan sabablar, ehtiyojlar, uning motivlari va maqsadlari, ishtiyoqlari, istaklari va h. Kiradi. Bo'lar aniq bo'lsa, bunday intilish istak deyiladi. Anglanmagan intilishlar havas deb ataladi. Havas istakka qaraganda kishining irodaviy yordamini kamroq oladi va shu sababli havasning maqsadi ko'pincha real amalga oshmaydi.

His-tuyg'ular irodaviy harakatlarga undovchi muhim sababdir. Ular qiyinchiliklarni engishga, o'z oldiga qo'yilgan maqsadga sabot bilan erishishga undaydi. Irodaviy sifatlarni tarkib toptirishda mehnatning ahamiyati katta.

Kishining qaror topgan qarashlari, dunyoqarashi irodaviy xulq-atvorning muhim sababidir.

Irodaviy jarayonlar oddiy va murakkab bo'ladi. Oddiy - kishi hech ikkilanmasdan ko'zlagan maqsad sari boradi, u nimaga va qanday yo'l bilan erishishini aniq biladi. Murakkab - maqsadni tanlashga ikkilanish, harakatni tanlashga qiynalish. Bunday hollarda irodaviy harakat murakkab xarakterga ega bo'ladi va ikki bosqichda kechadi: 1. Tayyorgarlik, 2. Bajarilish.

1-niyatni, maqsadni, anglashni ba'zan motivlar kurashi bilan qarorga kelishini, ish olib boriladigan metodlarni tanlashni o'z ichiga oladi. Masalan, oliy o'quv yurtiga kirish bosqichlari.

2-Qarorning bajarilishi. Kishi faoliyati davomida o'zini xarakterlab beradigan irodaviy sifatlarni hosil qiladi. Ayrim xususiyatlar kishini yanada aktiv qiladi, bu holl yarim sharlar po'stlog'idagi qo'zg'alish jarayonlarining ustunlik qilishi bilan bog'liq bo'ladi, boshqa sifatlar yoqimsiz ruhiy jarayonlarga va harakatlarga xalaqit berishda, ularni to'xtatib qolishda, yo'q qilishda namoyon bo'ladi. Aktivlik bilan bog'liq bo'lgan sifatlarga: qat'iylik, dadillik, sabr-matonat (o'jarlik emas), mustaqillik (negativizm emas). Negativizm qanday qilib bo'lsa ham tashqaridan bo'ladigan ta'sirga qarshilik ko'rsatishga intilish xususiyati xosdir. Irodali kishi ta'sirga beriluvshan bo'lmaydi. Mustaqillik - o'z xatti-harakatlarini jamoaning fikri va irodasiga bo'sundirmaslik kerak degan ma'noni bildirmaydi. Ko'pgina yomon odatlar (ishqilikbozlik, chekish va b.) Irodasi zaif kishilarga aynan mustaqillik etishmasligi tufayli ta'sirga berilishga va taqlid qilishga moyil bo'lgan kishilarga yopishib oladi. Harakatlarni mustaqil bajarish o'z kuchiga ishonch hosil qilishda yordam beradi, bu ishonch kishining muhim irodaviy xususiyatidir. Nomaqbul ruhiy jarayonlar va harakatlarning tormozlanishi bilan bog'liq bo'lgan iroda sifatlariga: chidam (o'z-o'zini tuta bilish), bardoshlik, sabr-toqat, intizomlik va uyushqoqlik, batartiblik, aniqlik, puxtalik kiradi. Irodasi sustlikning namoyon bo'lish doirasi xuddi kuchli irodaning xarakterli sifatlari kabi rang-barangdir.

Irodasi sustlikning eng chekka darajasi ruhiyat normasi chegarasidan tashqarida bo'ladi. Masalan, abuliy va apraksiya shunga kiradi. Yalqovlik - kishining qiyinchiliklardan bosh tortishga intilishi, irodaviy sustlikning eng tipik ko'rinishidir. Irodaning ijobiy fazilatlarini, uning kuchining namoyish qilinishi faoliyatning muvaffaqiyatini ta'minlaydi, kishi shaxsini eng yaxshi tomondan ko'rsatadi. Bu kabi irodaviy fazilatlariga qaxramonlik, sabotlilik, qat'iylik, mustaqillik, o'zini tuta bilish va b. Irodaviy fazilatni baholash atigi birgina «kuchli-kuchsiz» o'lchovi bilan ifodalanmasligi kerak. Irodaning axloqiy tarbiyalanganligi, agar hal qiluvchi bo'lmasa ham, muhim ahamiyatga egadir. Irodaviy ko'rinishlar xarakteristikasi, ularning ma'naviy bahosi irodaviy akt amalga oshirilishining asosiga qo'yilgan motivlarning sotsial ahamiyatiga bog'liqdir. Irodani mustaqil tarbiyalash usullari juda ham har xil bo'lishi mumkin, lekin ularning hammasi quyidagi shartlarga amal qilishni o'z ichiga oladi.

1. Irodani tarbiyalashni nisbatan arziyas qiyinchiliklarni bartaraf etishni odat qilishdan boshlash kerak. Oldiniga uncha katta bo'lmagan qiyinchilikni, vaqt o'tishi bilan esa ancha katta bo'lgan qiyinchiliklarni muntazam ravishda chiniqtiradi. Har bir qarshilikni «bo'sundirilmagan kal'a» sifatida baholash lozim va uni, bu «kal'ani olish» uchun barsha imkoniyatni ishga solish kerak.

2. Qiyinchiliklarni va to'siqlarni bartaraf etish ma'lum maqsadlarga erishish uchun amalga oshiriladi. Maqsad qanchalik ahamiyatli bo'lsa, irodaviy motivlar darajasi qanchalik yuqori bo'lsa, kishi shunchalik katta qiyinchiliklarni bartaraf etishga qodirdir.

3. Qabul qilingan qaror bajarilishi kerak. Har gal, kashonki qaror qabul qilinib, uning bajarilishi yana va yana kechiqtirilaversa kishining irodasi izdan chiqadi, qabul qilingan qarorning muntazam ravishda bajarilmasligi kishi irodasini intizomsiz qilib qo'yadi. Ammo qaror qabul qilayotib, uning ham maqsadga muvofiqligini, ham bajarilishini hisob-kitob qilinishi kerak.

4. Agar kishi mo'ljallangan maqsadni oldiga qo'ygan taqdirda uzoq istiqbolni nazarda tutishi, bu maqsadga erishish bosqichlarini ko'rishi, yaqin kelajakka mo'ljallagan istiqbolni ko'ra olishi juda muhimdir. Pirovardida pirovard maqsadga erishish uchun sharoitlar yaratiladi. Shuni aytish kerakki, asosiy irodaviy fazilatlarining rivojlanishi kishining boshqa odamlar bilan doimiy muloqoti jarayonida, u bilan birgalikda ishlashi davomida yuz beradi. Jamiyatdan tashqarida kishining irodasi normal rivojlana olmaydi. Irodani ongli ravishda tarbiyalash qanchalik tez boshlansa, shunchalik ko'p muvaffaqiyatlarga erishish mumkin.

### **Tibbiyot xodimining taktikasi**

Insonning xatti-harakatlari va amallari beixtiyor va ixtiyoriy bo'lishi mumkin. Beixtiyor amallarida ongning ishtirok etishi shart emas. Beixtiyor harakatlardan farqli ravishda iroda yoki ixtiyoriy harakatlar oldimizga qo'yilgan aniq maqsadga erishish uchun ularni ongli ravishda tar-tibga solishga qaratilgan holda amalga oshiriladi. Beix-tiyor

harakatlarga shartsiz va qisman shartli reflekslar kiradi. Ixtiyoriy harakatlar negizida, I.P.Pavlov ta'-biri bilan aytganda, ikkinchi signal sistemasi yordamida amalga oshiriladigan zanjirsimon reflekslar yotadi.

Orttirilgan ko'nikmalar misolida ixtiyoriy va beix-tiyor harakatlar o'rtasida uzilish yo'qligini ko'rish mumkin. Aksincha, ular bir-biri bilan bog'liq bo'ladi. Bundan tashqari, avtomatik (beixtiyor) faoliyatimizda biz istalgan paytda ong nazoratini ishga solishimiz mumkin. Iroda va avtomatlashgan harakatlarning murakkab tarzda qo'shilib kelishiga royalda musiqa chalish, avtomobil' va boshqa murakkab apparatlarni boshqarish misol bo'ladi. Ma'lumki, I. P. Pavlov instinktlarni murakkab halqasimon reflekslar sifatida ko'zdan kechirgan. Oddiy shartsiz va shartli reflekslar irodaga taalluqli emas. Ayrim hollarda ularda ong qatnasha, boshqalarida ong ishtirok etmasligi mumkin.

Irodani ishga solish, irodali bo'lish uchun inson o'z oldidagi to'siqlarni eng olishi darkor. Odam sovuq suvga sho'ng'igach yoki parashyutdan sakrash vaqtida o'z irodasini ishga soladi.

Irodali bo'lish har kimning o'ziga bog'liq. Shu jihatdan irodasi kuchli va irodasi bo'sh odamlar farq qilinadi. Odamning ma'lum vazifani bajarishi uchun to'siqlar nechog'lik kam bo'lsa, bu ish kamroq iroda kuchini talab qiladi. Biroq patologiyada, og'ir nevrozlarda, depressiyalarda, shizofreniyada iroda shu qadar susayib ketadiki, bemorlar oddiy harakatlarini qila olmaydilar. Masalan, o'rinlaridan tura olmaydilar, yuz-qo'llarini yuva olmaydilar va kiyina olmaydilar va h.k. Chunonchi, narkotik moddadan intoksikatsiyaga uchragan bemor nihoyatda chanqoqligiga qaramay, yonginasida turgan bir piyola suvni bir soat ichida olib ichishga jazm qila olmagan. Irodaning bo'shligi yoki yo'qligi gipobuliya va abuliya deb ataladi.

Odamning irodasi tarbiya, o'qish va mehrat faoliyatida vujudga keladi va mustahkamlanadi. Turmushda uchraydigan qiyinchiliklar iroda bilan engiladi. Bunda bolalikdagi tarbiyaning ahamiyati beqiyos. Bolani yoshligida taltaytirib yuborib, unda mehdatga havas uyg'otmaslik, og'zidan chiqishi bilan hamma narsani muhayyo qilish irodasiz bo'lib o'sishiga sabab bo'ladi. Bunday bolalar irodasiz bo'lib qolishadi. Ular biror ishni mustaqil bajara olmaydilar va yangi sharoitlarga tushib qolganda qiynalib qoladilar. Va, aksincha, agar bolalar o'z holiga tashlab qo'yilsa, ota-onasi va yaqin qarindoshlari ularga loqaydlik qilib tarbiyasi bilan shug'ullanmay qo'ysalar, bu ham salbiy oqibatlarga olib ke-ladi. Bolaning xarakteri, xulq-atvori yomonlashadi, unda yaramas odatlar va salbiy mayllar paydo bo'ladi.

Odamning ijobiy iroda fazilatlariga qat'iyatlik, sabot-matonat, tashabbuskorlik, g'ayratlilik, intizomlilik, mardlik va jasorat kabilar kiradi.

Mujmallik, bo'shanglik, dangasalik, tashabbus ko'rsata olmaslik, qo'rqqoqlik, shuningdek qaysarlik va laqmalik kabi odatlar odam xarakterining salbiy jihatlaridan sanaladi.

Psixopatologiyada patologik mayllar alohida o'rin tutadi. Ovqatda eb bo'lmaydigan narsalar (ohak, kesak)ni iste'mol qilish sog'lom homilador ayollarda, bolalarda vaqtinchlik hodisa sifatida kuzatilsa, shizofreniyada bu patologik mayllik ko'p uchrab turadi.

Tibbiyot xodimi bemorlarning davolanish rejimiga rioya qilishlari ustidan muttasil nazorat olib borishlari kerak. Oddiy harakatlarni bajarishda ularni faollash-tirish lozim. Bunga analizlarni o'z vaqtida kechiktirmay topchirish, dori-darmonlar, davolash muolajalarini qabul qilish kiradi. Ba'zan ularga oddiy topchiriqlarni berish va bu vazifalarning bajarilishini nazorat qilib turish kerak.

Katatonik buzilishlarga uchragan bemorlar kamdan-kam hollarda somatik shifoxonalarga tushib qoladilar. Ularni maxsus malakaga ega hamshiralar parvarish qilishlari kerak. Ular ovqat eyishdan bosh tortadilar, shunga ko'ra bunday bemorlarni zo'rlab ovqatlantirishga, ba'zan zond orqali ovqatlantirishga to'g'ri keladi. Keyinroq ularni ruhiy kasalliklar shifoxonasiga o'tkazish zarur. Bemorlar o'z tashqi ko'rinishlariga ahamiyat bermay qo'yadilar, gigie-na qoidalarini bajarmaydilar. Bunday hollarda o'rta tib-biyot xodimi ularga talabchanlik bilan muomala qilishi, ularning faolligini oshirishga harakat qilishi darkor. Hamshiralar vrach topchiriqlari va ko'rsatmalarini oqizmay ado etishlari tufayli bemorlarning dardiga malkam bo'ladigan zarur amallarni bajaradilar.

Bemorlarning hatti-harakatlarini sinchkovlik bilan o'rganib, bu ma'lumotlarni muntazam yozib borish ham tibbiyot hamshirasining vazifalaridan sanaladi.

#### FAOLIYAT.

Agar hayvonlarning hatti-harakati butunlay atrof-muhit bilan belgilansa, kishining faolligi uning ilk yoshlaridanoq butun insoniyat tajribasi va jamiyat talablariga ko'ra yo'naltirilib boriladi. Hatti-harakatning bu turi shu kadar o'ziga xoslikka egaki, psixologiyada uni atash uchun maxsus termin faoliyat termini qo'llaniladi. Faollikning bu, alohida maxus insoniy turining farq qiluvchi psixologik belgilari nimalardan iborat. Bu farq qiluvchi belgilardan biri shundan iboratki, faoliyatning mazmunini uni keltirib chiqargan ehtiyojgina belgilamaydi. Motiv sifatida ehtiyoj faoliyatga turtki berib, uni rag'batlantirar ekan, u holda faoliyatning shakllari va mazmuni ijtimoiy shart-sharoitlar, talablar va tajriba bilan belgilanadi. Masalan, kishini ishlashga undagan motiv (sabab) ovqatga nisbatan ehtiyoj tug'ilishidan ham kelib chiqishi mumkin. Lekin odam stanokni, masalan, uning ochligini bartaraf etish uchun emas, balki bu unga topchirilgan detalni tayyorlash imkonini bergani uchun ham boshqaradi. Uning faoliyati mazmuni shunchaki ehtiyoj bilan emas, balki maqsad bilan - undagi jamiyat talab qilayotgan muayyan maxsulotni tayyorlash bilan belgilanadi. Kishining nima uchun muayyan tarzda harakat qilayotgani, u nimani ko'zlab ish qilayotganiga mos kelmaydi. Uni faoliyatgi undovchi xohish, istaklar, sabablar bilan ushbu faoliyatni yo'naltiruvchi bevosita maqsad bir-biriga to'g'ri kelmaydi.

Tashqi real harakatdan ichki timsoliy harakatga o'tish jarayonini interiorizatsiya (ichki tarzga aylanish) deb atashadi. Interiorizatsiya tufayli kishi psixikasi ma'lum bir vaqt ichida uning nazari e'tiborida bo'lmagan narsalarning obrazidan foydalanish qobiliyatiga ega bo'ladi.

Biz ichki, psixik faoliyatni tashqi, konkret faoliyatning interiorizatsiyalashuvi natijasi deb hisoblash mumkinligini ko'rib chiqdik. Shunga muvofiq tarzda tashqi konkret faoliyatni ham ichki, psixik faoliyatning eksterizatsiyalashuvi (tashqi tarzga aylanishi) deb qarash mumkin.

#### IRODA, FAOLIYAT VA XULQ-ATVOR TIBBIY AMALIYOTDA.

Kishining o'z oldiga qo'yilgan maqsadga erishish uchun ichki va tashqi to'siqlarni engish vaqtida vujudga keladigan ruhiy jarayon tor ma'noda iroda deb atash qabul qilingan. Ichki to'siqlar - yalqovlik, charchoqlik, bajarilishi kerak bo'lgan vazifaga aloqasi bo'lmagan boshqa biror narsa bilan shug'ullanish istagini engishga majbur qilishga qiyin bo'lgan vaqtning belgilangan narsani bajarishga xalaqit beradigan sub'ektiv, shaxsiy mayllardir, zararli odatlar, istaklardir. Kishi irodaviy zo'r berish tufayli ularni engadi. Tashqi to'siqlar ishning o'ziga xos bo'lgan ob'ektiv qiyinchiliklarini, uning murakkabligi har xil xalaqit berishlar, boshqa kishilarning qarshilik ko'rsatishi, ishning og'ir sharoitlari va shu kabilar tushuniladi. Lekin iroda termini bilan shaxsning qiyinchiliklarni engib, astoydil va aniq maqsadni ko'zlab harakat qilishi ham ataladi. «Zo'r iroda - bu biror narsani qilishga intilish va unga erisha olishgina emas, balki shu bilan birga zarur bo'lib qolganda o'zini biror narsaga voz kechishga majbur qila olish hamdir.» Iroda - bu shunchaki, istak va uning qondirilishi emas, balki bu ham istak, ham uni to'xtatish, ham istak, ham ayni vaqtda undan voz kechishdir.

Iroda o'zaro bog'liq 2 ta vazifaning - undovchi va to'xtatuvchi vazifalarning bajarilishini ta'minlaydi va ularda o'zini namoyon qiladi. Filosofiya va psixologiyada idealizm kishi irodasini alohida, dastlabki faollikka bo'yso'ngan bo'ladi. Amerika psixologi U.Jeyms harakatda hech narsaga bog'liq bo'lmagan irodaviy hukmga etakchi rol' beradi. Obrazli tarzda bu quyidagisha tasavvur qilinardi: kishi o'ziga «Фиаг!» (lotincha «Ha bo'la qolgin!» degan ma'noga ega) deydi va go'yo ana shu birinchi galgi mistik turtki bilan belgilanmagan holda ish amalga oshiriladi. Odamlar o'zlarining qilgan ishlari uchun mas'uliyatni kimga yo'qlashga moyil bulishiga qarab sezilarli ravishda farqlanadilar. Kishining o'z faoliyati natijalari uchun mas'uliyatni tashqi kuchlarga va sharoitlarga qayd qilib qo'yish yoki aksincha, ularni shaxsiy kuch-g'ayratlariga va qobiliyatlariga moyilligini belgilaydigan sifatlar nazoratni lokallashtirish deyiladi (adabiyotlarda «nazorat loqusi» degan termin qo'llaniladi, lotincha «лютыс» - o'rnmashgan joy va fransuzcha «conlore» - tekshirish deyiladi). O'z xulq-atvori va ishlari sabablarini tashqi omillar (taqdir, holatlar, tasodiflar va b.) Deb bilishga moyil bo'ladigan kishilar. Shunaqa paytda nazoratning tashqi (eksternal) lokallashtirilishi to'g'risida gapiriladi. Bu toifaga mansub o'quvchilar olingan qoniqarsiz baholarini istagan vajbahona bilan tushuntirishadi. Tadqiqotlar nazoratning eksternal lokallashuviga moyilligi mas'uliyatsizlik, o'z imkoniyatlariga ishonmaslik, xavfsirash, o'z niyatlarini ro'yobga chiqarishni yana kechiktirishga intilish kabi shaxsiy fazilatlar bilan bog'liq ekanligini ko'rsatadi. Agar individ, odatda, o'z qilmishlari uchun javobgarlikni o'z zimmasiga olsa va uning sabablarini o'z qobiliyati, xarakteri va shu kabilarida deb bilsa, unda nazoartning ichki (internal) lokallashuvi ustun deb hisoblanadi. Nazoratning ichki lokallashtirilishi xos bo'lgan o'quvchi 2 baho olganda buni topshiriq unga qiziqarli emasligi bilan, yoxud faromushxotirligi bilan tushuntiradi. Bunday shaxslar maqsadga erishishida ancha mas'uliyatli, izchil, o'zini tahlil qilishga moyil, kirishimli va mustaqil bo'lishi aniqlangan. Ham ijobiy, ham salbiy oqibatlariga ega bo'lgan irodaviy harakatning internal yoki eksternal lokallashtirilishi shaxsning tarbiya jarayonida shakllanadigan barqaror fazilatdir.

Bevosita irodaviy harakatga undaydigan sabablar, ehtiyojlar, uning motivlari va maqsadlari, ishtiyoqlari, istaklari va h. Kiradi. Bo'lar aniq bo'lsa, bunday intilish istak deyiladi. Anglanmagan intilishlar havas deb ataladi. Havas istakka qaraganda kishining irodaviy yordamini kamroq oladi va shu sababli havasning maqsadi ko'pincha real amalga oshmaydi.

His-tuyg'ular irodaviy harakatlarga undovchi muhim sababdir. Ular qiyinchiliklarni engishga, o'z oldiga qo'yilgan maqsadga sabot bilan erishishga undaydi. Irodaviy sifatlarni tarkib toptirishda mehnatning ahamiyati katta. Kishining qaror topgan qarashlari, dunyoqarashi irodaviy xulq-atvorning muhim sababidir.

Irodaviy jarayonlar oddiy va murakkab bo'ladi. Oddiy - kishi hech ikkilanmasdan ko'zlagan maqsad sari boradi, u nimaga va qanday yo'l bilan erishishini aniq biladi. Murakkab - maqsadni tanlashga ikkilanish, harakatni tanlashga qiynalish. Bunday hollarda irodaviy harakat murakkab xarakterga ega bo'ladi va ikki bosqichda kechadi: 1. Tayyorgarlik, 2. Bajarilish.

1-niyatni, maqsadni, anglashni ba'zan motivlar kurashi bilan qarorga kelishini, ish olib boriladigan metodlarni tanlashni o'z ichiga oladi. Masalan, oliy o'quv yurtiga kirish bosqichlari.

2-Qarorning bajarilishi. Kishi faoliyati davomida o'zini xarakterlab beradigan irodaviy sifatlarni hosil qiladi. Ayrim xususiyatlar kishini yanada aktiv qiladi, bu holl yarim sharlar po'stlog'idagi qo'zg'alish jarayonlarining ustunlik qilishi bilan bog'liq bo'ladi, boshqa sifatlar yoqimsiz ruhiy jarayonlarga va harakatlarga xalaqit berishda, ularni to'xtatib qolishda, yo'q qilishda namoyon bo'ladi. Aktivlik bilan bog'liq bo'lgan sifatlarga: qat'iylik, dadillik, sabr-matonat (o'jarlik emas), mustaqillik (negativizm emas). Negativizm qanday qilib bo'lsa ham tashqaridan bo'ladigan ta'sirga qarshilik ko'rsatishga intilish xususiyati xosdir. Irodali kishi ta'sirga beriluvshan bo'lmaydi. Mustaqillik - o'z xatti-harakatlarini jamoaning fikri va irodasiga bo'ysundirmaslik kerak degan ma'noni bildirmaydi. Ko'pgina yomon odatlar (ishqilikbozlik, chekish va b.) Irodasi zaif kishilarga aynan mustaqillik etishmasligi tufayli ta'sirga berilishga va taqlid qilishga moyil bo'lgan kishilarga yopishib oladi. Harakatlarni mustaqil bajarish o'z kuchiga ishonch hosil qilishda yordam beradi, bu ishonch kishining muhim irodaviy xususiyatidir. Nomaqbul ruhiy jarayonlar va harakatlarning tormozlanishi bilan bog'liq bo'lgan iroda sifatlarga: chidam (o'z-o'zini tuta bilish),

bardoshlik, sabr-toqat, intizomlik va uyushqoqlik, batartiblik, aniqlik, puxtalik kiradi. Irodasi sustlikning namoyon bo'lish doirasi xuddi kuchli irodaning xarakterli sifatleri kabi rang-barangdir.

Irodasi sustlikning eng chekka darajasi ruhiyat normasi chegarasidan tashqarida bo'ladi. Masalan, abuliy va apraksiya shunga kiradi. Yalqovlik - kishining qiyinchiliklardan bosh tortishga intilishi, irodaviy sustlikning eng tipik ko'rinishidir. Irodaning ijobiy fazilatleri, uning kuchining namoyish

Qilinishi faoliyatning muvaffaqiyatini ta'minlaydi, kishi shaxsini eng yaxshi tomondan ko'rsatadi. Bu kabi irodaviy fazilatlerga qaxramonlik, sabotlilik, qat'iylik, mustaqillik, o'zini tuta bilish va b.

Irodaviy fazilatni baholash atigi birgina «kuchli-kuchsiz» o'lchovi bilan ifodalanmasligi kerak. Irodaning axloqiy tarbiyalanganligi, agar hal qiluvchi bo'lmasa ham, muhim ahamiyatga egadir. Irodaviy ko'rinishlar xarakteristikasi, ularning ma'naviy bahosi irodaviy akt amalga oshirilishining asosiga qo'yilgan motivlarning sotsial ahamiyatiga bog'liqdir. Irodani mustaqil tarbiyalash usullari juda ham har xil bo'lishi mumkin, lekin ularning hammasi quyidagi shartlerga amal qilishni o'z ichiga oladi.

1. Irodani tarbiyalashni nisbatan arziyas qiyinchiliklarni bartaraf etishni odat qilishdan boshlash kerak. Oldiniga uncha katta bo'lmagan qiyinchilikni, vaqt o'tishi bilan esa ancha katta bo'lgan qiyinchiliklarni muntazam ravishda chiniqtiradi. Har bir qarshilikni «bo'ysundirilmagan kal'a» sifatida baholash lozim va uni, bu «kal'ani olish» uchun barsha imkoniyatni ishga solish kerak.

2. Qiyinchiliklarni va to'siqlarni bartaraf etish ma'lum maqsadlerga erishish uchun amalga oshiriladi. Maqsad qanchalik ahamiyatli bo'lsa, irodaviy motivlar darajasi qanchalik yuqori bo'lsa, kishi shunchalik katta qiyinchiliklarni bartaraf etishga qodirdir.

3. Qabul qilingan qaror bajarilishi kerak. Har gal, kashonki qaror qabul qilinib, uning bajarilishi yana va yana kechiqtirilaversa kishining irodasi izdan chiqadi, qabul qilingan qarorning muntazam ravishda bajarilmasligi kishi irodasini intizomsiz qilib qo'yadi. Ammo qaror qabul qilayotib, uning ham maqsadga muvofiqligini, ham bajarilishini hisob-kitob qilinishi kerak.

4. Agar kishi mo'ljallangan maqsadni oldiga qo'ygan taqdirda uzoq istiqbolni nazarda tutishi, bu maqsadga erishish bosqichlarini ko'rishi, yaqin kelajakka mo'ljallagan istiqbolni ko'ra olishi juda muhimdir. Pirovardida pirovard maqsadga erishish uchun sharoitlar yaratiladi. Shuni aytish kerakki, asosiy irodaviy fazilatlerning rivojlanishi kishining boshqa odamlar bilan doimiy muloqoti jarayonida, u bilan birgalikda ishlashi davomida yuz beradi. Jamiyatdan tashqarida kishining irodasi normal rivojlana olmaydi. Irodani ongli ravishda tarbiyalash qanchalik tez boshlansa, shunchalik ko'p muvaffaqiyatlerga erishish mumkin.

Tibbiyot xodimining taktikasi

Insonning xatti-harakatleri va amallari beixtiyor va ixtiyoriy bo'lishi mumkin. Beixtiyor amallarida ongning ishtirok etishi shart emas. Beixtiyor harakatlardan farqli ravishda iroda yoki ixtiyoriy harakatlar oldimizga qo'yilgan aniq maqsadga erishish uchun ularni ongli ravishda tar-tibga solishga qaratilgan holda amalga oshiriladi. Beix-tiyor harakatlarga shartsiz va qisman shartli refleklar kiradi. Ixtiyoriy harakatlar negizida, I.P.Pavlov ta'-biri bilan aytganda, ikkinchi signal sistemasi yordamida amalga oshiriladigan zanjirsimon refleklar yotadi.

Orttirilgan ko'nikmalar misolida ixtiyoriy va beix-tiyor harakatlar o'rtasida uzilish yo'qligini ko'rish mumkin. Aksincha, ular bir-biri bilan bog'liq bo'ladi. Bundan tashqari, avtomatik (beixtiyor) faoliyatimizda biz istalgan paytda ong nazoratini ishga solishimiz mumkin. Iroda va avtomatlashgan harakatlarning murakkab tarzda qo'shib kelishiga royalda musiqa chalish, avtomobil' va boshqa murakkab apparatlarni boshqarish misol bo'ladi. Ma'lumki, I. P. Pavlov instinktlarni murakkab halqasimon refleklar sifatida ko'zdan kechirgan. Oddiy shartsiz va shartli refleklar irodaga taalluqli emas. Ayrim hollarda ular ong qatnashsa, boshqalarida ong ishtirok etmasligi mumkin.

Irodani ishga solish, irodali bo'lish uchun inson o'z oldidagi to'siqlarni eng olishi darkor. Odam sovuq suvga sho'ng'igach yoki parashyutdan sakrash vaqtida o'z irodasini ishga soladi.

Irodali bo'lish har kimning o'ziga bog'liq. Shu jihatdan irodasi kuchli va irodasi bo'sh odamlar farq qilinadi. Odamning ma'lum vazifani bajarishi uchun to'siqlar nechog'lik kam bo'lsa, bu ish kamroq iroda kuchini talab qiladi. Biroq patologiyada, og'ir nevrozlarda, depressiyalarda, shizofreniyada iroda shu qadar susayib ketadiki, bemorlar oddiy harakatlerini qila olmaydilar. Masalan, o'rinlaridan tura olmaydilar, yuz-qo'llarini yuva olmaydilar va kiyina olmaydilar va h.k. Chunonchi, narkotik moddadan intoksikatsiyaga uchragan bemor nihoyatda chanqoqligiga qaramay, yonginasida turgan bir piyola suvni bir soat ichida olib ichishga jazm qila olmagan. Irodaning bo'shligi yoki yo'qligi gipobuliy va abuliy deb ataladi.

Odamning irodasi tarbiya, o'qish va mehrat faoliyatida vujudga keladi va mustahkamlanadi. Turmushda uchraydigan qiyinchiliklar iroda bilan engiladi. Bunda bolalikdagi tarbiyaning ahamiyati beqiyos. Bolani yoshligida taltaytirib yuborib, unda mehdatga havas uyg'otmaslik, og'zidan chiqishi bilan hamma narsani muhayyo qilish irodasiz bo'lib o'sishiga sabab bo'ladi. Bunday bolalar irodasiz bo'lib qolishadi. Ular biror ishni mustaqil bajara olmaydilar va yangi sharoitlerga tushib qolganda qiynalib qoladilar. Va, aksincha, agar bolalar o'z holiga tashlab qo'yilsa, ota-onasi va yaqin qarindoshleri ularga loqaydlik qilib tarbiyasi bilan shug'ullanmay qo'ysalar, bu ham salbiy oqibatlerga olib ke-ladi. Bolaning xakteri, xulq-atvori yomonlashadi, unda yaramas odatlar va salbiy mayllar paydo bo'ladi.

Odamning ijobiy iroda fazilatleriga qat'iyatlik, sabot-matonat, tashabbuskorlik, g'ayratlilik, intizomlilik, mardlik va jasorat kabilar kiradi.

Mujmallik, bo'shanglik, dangasalik, tashabbus ko'rsata olmaslik, qo'rqqoqlik, shuningdek qaysarlik va laqmalik kabi odatlar odam xakterining salbiy jihatleridan sanaladi.

Psixopatologiyada patologik mayllar alohida o`rin tutadi. Ovqatda eb bo`lmaydigan narsalar (ohak, kesak)ni iste`mol qilish sog`lom homilador ayollarda, bolalarda vaqtinchlik hodisa sifatida kuzatilsa, shizofreniyada bu patologik mayllik ko`p uchrab turadi.

Tibbiyot xodimi bemorlarning davolanish rejimiga rioya qilishlari ustidan muttasil nazorat olib borishlari kerak. Oddiy harakatlarni bajarishda ularni faollash-tirish lozim. Bunga analizlarni o`z vaqtida kechiktirmay topchirish, dori-darmonlar, davolash muolajalarini qabul qilish kiradi. Ba`zan ularga oddiy topchiriqlarni berish va bu vazifalarning bajarilishini nazorat qilib turish kerak.

Bemorlarning hatti-harakatlarini sinchkovlik bilan o`rganib, bu ma`lumotlarni muntazam yozib borish ham tibbiyot hamshirasining vazifalaridan sanaladi.

#### FAOLIYAT.

Agar hayvonlarning hatti-harakati butunlay atrof-muhit bilan belgilansa, kishining faolligi uning ilk yoshlaridanoq butun insoniyat tajribasi va jamiyat talablariga ko`ra yo`naltirilib boriladi. Hatti-harakatning bu turi shu kadar o`ziga xoslikka egaki, psixologiyada uni atash uchun maxsus termin faoliyat termini qo`llaniladi. Faollikning bu, alohida maxus insoniy turining farq qiluvchi psixologik belgilari nimalardan iborat. Bu farq qiluvchi belgilardan biri shundan iboratki, faoliyatning mazmunini uni keltirib chiqargan ehtiyojgina belgilamaydi. Motiv sifatida ehtiyoj faoliyatga turtki berib, uni rag`batlantirar ekan, u holda faoliyatning shakllari va mazmuni ijtimoiy shart-sharoitlar, talablar va tajriba bilan belgilanadi. Masalan, kishini ishlashga undagan motiv (sabab) ovqatga nisbatan ehtiyoj tug`ilishidan ham kelib chiqishi mumkin. Lekin odam stanokni, masalan, uning ochligini bartaraf etish uchun emas, balki bu unga topchirilgan detalni tayyorlash imkonini bergani uchun ham boshqaradi. Uning faoliyati mazmuni shunchaki ehtiyoj bilan emas, balki maqsad bilan - undagi jamiyat talab qilayotgan muayyan maxsulotni tayyorlash bilan belgilanadi. Kishining nima uchun muayyan tarzda harakat qilayotgani, u nimani ko`zlab ish qilayotganiga mos kelmaydi. Uni faoliyatgi undovchi xohish, istaklar, sabablar bilan ushbu faoliyatni yo`naltiruvchi bevosita maqsad bir-biriga to`g`ri kelmaydi.

Tashqi real harakatdan ichki timsoliy harakatga o`tish jarayonini interiorizatsiya (ichki tarzga aylanish) deb atashadi. Interiorizatsiya tufayli kishi psixikasi ma`lum bir vaqt ichida uning nazari e`tiborida bo`lmagan narsalarning obrazidan foydalanish qobiliyatiga ega bo`ladi.

Ruhiy omildan davolash maqsadida kam, har xil kasalliklarni profilaktika qilish maqsadida ham foydalanish mumkin. Psixoterapiya keng ma`noda olganda vrachning bemorga munosabatlarining ilmga asoslangan tizimidir. Psixoterapiya har xil omillar yig`indisidan tashkil topadi. Gipnoz, bedorlik holatida ta`sir qilish va davolash, bemor shaxsiga ta`sir qilish, oilaga nisbatan sog`lom muhit o`rnatishga yordam beradi. Faqat psixiatr emas, balki har qanday ixtisoslikdagi vrach ham psixoterapiya usullarini puxta bilishi va o`zining kundalik tajribasida ulardan foydalanishi kerak.

Ba`zi hollarda vrach bemorni tinchlantirishi, uning irodasini o`ziga bo`ysundirishi kerak. Boshqa hollarda vrachning vazifasi bemorda o`z sog`lig`iga katta ahamiyat berishi kerakligi haqida fikr tug`dirishi kerak.

I. P. Pavlovning fikricha, so`z katta yoshdagi kishining bundan oldingi butun hayoti tufayli miya katta yarimsharlariga keluvchi barcha tashqi va ichki qo`zg`atuvchilar bilan bog`langan bo`ladi, ularning hammasiga signal beradi, ularning hammasini almashtiradi va shu sababli mazkur qo`zg`atuvchilar taqozo qiladigan barcha harakatlarni, organizm reaksiyalarini keltirib chiqarishi mumkin. Psixoterapiya tarixi uzoq asrlarga borib taqaladi. Qadimgi Misrda, Hindistonda, Gretsiyada buni alohida sehlr deb atashgan, o`rta asrlarda esa jodugarlik, afsungarlik deb atashgan. Ta`sir ko`rsatish va gipnoz hodisalarini muntazam ravishda o`rganish XVIII asrning OHI rlaridan boshlangan.

Psixoterapiyada agar vrach har bir bemorning o`ziga xos ravishda ish tutmasa, uning ruhiyatining biror xususiyati-ni hisobga olmasa, u bemor dardini engillashtirish o`rniga unga zarar etkazib qo`yishi mumkin. Shunday qilib, psixoterapiya bosh tamoyilining buzilishi - har bir bemorga tegishli munosabatda bo`lmaslik unga jiddiy zarar etkazishi va kasallikning kechishini og`irlashtirishi mumkin. Bunga yo`l qo`ymaslik uchun vrach albatta psixoterapevt bo`lishi ham kerak. Psixoterapevtik ta`sir qilishning eng ko`p tarqalgan usullaridan biri vrach bilan bemorning juda yaqin munosabatda bo`lishidir. Buni har bir tibbiyot xodi-mi bilishi kerak. Bemorning vrach bilan ilk bor uchrashuvi ko`pincha hal qiluvchi ahamiyatga ega bo`ladi. Vrach bemor ishonchini qozonmasa, keyinchalik bunga erishish juda qiyin bo`ladi, bu psixoterapiyaning muvaffaqiyatli chiqishining asosiy shartlaridan sanaladi.

Bemor bilan suhbatlashish, shak-shubhasiz, psixoterapiya-ning etakchi mezoni hisoblanadi. Bemor vrach bilan samimiy suhbatda bo`lsa, dardi engillashtirish bo`ladi, tinchlanadi. Bemor vrach bilan suhbatlashganidan so`ng o`zini engil his qilmasa, u vrach emas, degan edi,- olim V. M. Bexterev.

Psixoterapevtik ta`sir qilish choralari orasida ta`sir qilish va o`z-o`ziga ta`sir qilish ko`zga ko`rinarli o`rin tutadi. Ta`sir qilishda bemorga go`yo passiv rol` ajratiladi va u vrach gapirayotgan hamma narsalarga ishonadi.

Psixoterapiyaning eng ko`p tarqalgan usullaridan biri gipnoz holatida ta`sir qilish hisoblanadi. Gipnoz bosh miya po`stlog`ining tormozlanishidan iborat bo`lib, vrachga bosh miya po`stlog`ining ma`lum nuqtasida mujassamlashgan yig`ma qo`zg`atgichni hosil qilishga imkon beradi.

Gipnoterapiyaning har xil turlaridan foydalanish ayniqsa keng qo`llanilib kelinmoqda. Psixoterapiya me-todlari xilma-xildir. Seanslarning davomlilikigi va tezligi, ta`sir qilishning mazmuni turli sabablarga qarab o`zgartirib boriladi.

Tibbiyot xodimi gipnoterapiya bilan faqat maxsus kurslarda shug`ullanib, tegishli malaka va amaliy bilimga ega bo`lganidan so`ng bu usulni qo`llashi mumkin.

Maxsus psixoterapevtik uslublarni vrach amalga oshiradi. Biroq, kasalning psixoterapiyadan oldingi va keyingi holatiga to'g'ri baho beradigan bo'lish uchun o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimi ham psixoterapevtik ta'sirotlarning mohiyatini yaxshi bilib olishi kerak. Psixoterapevtik uslublarning hammasini shartli ravishda ishonirish, ishonch hosil qilish va faollashtiruvchi psixoterapiyaga bo'lish mumkin. Bundan tashqari, individual va kollektiv (jamo) psixoterapiyasi tafovut qilinadi.

Ishonirish-bir odamning ikkinchi bir odamga psixologik yo'l bilan o'ziga xos tarzda ta'sir qilishidir. Ishonirishda kasalning ongi bilan intellektidan ham ko'ra ko'proq his-tuyg'ulari va tasavvurlariga ta'sir ko'rsatiladi. Modomiki shunday ekan, ishonirish o'z mohiyati bilan emotsional ta'sir ko'rsatishdir. Ishonirish asosan kasalning sezgisi (emotsiyalari) va taassurotiga qaratilgan bo'lgani uchun uni kasal tanqidiy nuqtai nazar bilan qarshi olmaydi va bu hol ta'sirning kasal psixikasiga oson o'tib, ancha mustahkam bo'lib qolishiga hamda uzoq kor qilib turishiga imkon beradi. Fiziologik nuqtai nazardan qaraganda, ishonirish bosh miya po'stlog'ida konsentrlangan (jamlangan) ta'sirlanish o'cho'g'idir, bu o'choq manfiy induksiya tufayli o'z atrofida tormozlanish zonasini hosil qiladi. Mana shunday zona vujudga kelishi ishonti-rishga alohidalik va mustahkamlik baxsh etadi. Vrach tomonidan dav) maqsadlarida ishonirish usulini tatbiq etish dav) maqsadida ishonirish deb ataladi.

Gipnoz holatida ishonirish, tabiiy uyqu holatida ishonirish, uxlatadigan yoki narkotik dorilar berilganidan keyin ishonirish (narkogipnoz), o'g'oqlik vaqtida ishonirish va o'z-o'zini ishonirish tafovut qilinadi. Gipnotik holat (gipnoz) - o'yg'oqlik bilan uyquga o'tish orasidagi chala uyqu holatidir. Bosh miya po'stloqining bir qismi tormozlanib, shet ta'sirotlarning idrok etilmasdan qolishiga sabab bo'ladi, bosh miya po'stlog'ining boshqa qismlarida gipnotik fazalar-baravarlashtiruvchi faza, paradoksal, ul'traparadoksal fazalar qaror topadi (bu fazalarning mohiyati fiziologiya kursidan ma'lum). Vrachning ishonirib aytganlari bemor diqqatini chalg'itadigan chet va tanqidiy fikrlarga to'qnash kelmasdan, «engilmas ahamiyat» kasb etadi (I.P.Pavlov).

Kasalni gipnoz qilishning (uxlatib qo'yishning) ko'p-gina usullari bor. Eng muhimlarini keltirib o'tamiz. Odam uxlab ketayotganini tasvirlovchi bir xildagi qisqa jumla-larni bir ohangda takrorlab turish yo'li bilan kasalni uxlatib qo'ysa bo'ladi (so'z bilan uxlatish). Masalan: «Butun a'zoyi badaningiz tin olib, muskullaringiz bo'shashib turibdi. Atrofingiz jimjit. Butun badaningiz yayrab ke-lyapti. Ko'zlaringiz yumilib ketyapti. qo'l va oyoqlaringiz og'ir tortib, juda uyqungiz kelyapti. Fikrlaringiz xira-lashib, chalkashib kelmoqda. Hamma g'am-tashvish va hayajonlar sizni tark etgan. Mudroq bosib, orom olmoqdasiz. Sizni tobora ko'proq... tobora ko'proq uyqu bosmoqda. Uxlay qoling... Uxlay qoling...» So'z bilan uxlatish OHI rida ba'zan 10 yoki 20 gacha sana-ladi (uxlatish formulalari) va vrach 10 gacha (20 gacha) sanaganidan keyin kasal uxlab qoladi deb aytiladi.

Ikkinchi usul kasalga bir ohangdagi tovushlar (metronomning urib turishi, soatning chiqillachi) bilan, yorug'lik ta'sirotlari (ko'k lampochkaning o'chib-yonishi), issiqlik ta'sirotlari bilan (tananing boshdan-oyog'iga isitadigan lampa qo'yiladi) ta'sir qilishdan iborat. Ba'zan uxlatish vrachning qo'lidagi yaltiroq sharchaga yoki nevro-logiya bolg'achasining uchiga tiqilib qarashni bemorga taklif etish bilan boshlanadi. Bemor ko'zlarini tez charchatish uchun shunday qilinadi. Bir necha o'n sekunddan keyin odatda bemor ko'z qovoqlari og'ir tortib, yumilib qoladi. Passalar (peshona, qo'llarni, bemor tanasini uzunasiga silash) o'ziga xos usuldir, uxlatishning qo'shimcha hamma usullari (bir ohangdagi ta'sirotlar bilan ta'sir qilish, bemorning ko'zini biror narsaga qaratish, passalar) odatda so'z bilan uxlatish usuli bilan birga ishlatiladi.

Gipnotik holat yuzaki, o'rta va qattiq gipnozga bo'linadi. Yuzaki gipnoz ko'z qovoqlari va qo'l-oyoqlar og'ir tortib, mudroq bosadigan, ko'pincha pul's va nafas siyraklanib qoladigan holatdir. Gipnoz seansidan keyin kasal bo'lib o'tgan hamma hodisalarni eslab qoladi. O'rtacha gipnoz-engil uyqudir, kasal ko'zini osholmaydi, so'z bilan ta'sir ko'rsatib, harakat sferasi (so'z ta'siri bilan vujudga keltirilgan parezlar, giperkinezlar, kattalepsiya) bilan sezgi sferalarida (anesteziya, giperesteziya) o'zgarishlar keltirib chiqarish mumkin. O'rtacha gipnozdan keyin ham seans vaqtida ro'y bergan hodisalar xotirada saqlanib qoladi.

Qattiq, chuqur gipnoz (boshqacha aytganda somnambulizm, lotincha sotpi-uyqu va at'ilage-yurmoq, ya'ni uyquda yurmoq degan so'zlardan olingan)-ro'yi rost gipnotik uyqudir. Rappoport (miya po'stlog'ida sergak qolgan alohida punkt hisobiga vrach bilan bemor o'rtasida bog'lanadigan aloqa) tamomila alohidalanib qoladi (ya'ni vrachdan boshqa kishi kasal bilan aloqa o'rnatmaydigan bo'lib qoladi)deb aytgan. A'zoyi badandagi muskullar tamomila bo'shashib, qo'l ko'tarilsa, shilq etib tushadi, ba'zan odamning iyagi osilib qoladi. Kasallarni ishonirib gallyutsinator obrazlar (ko'rish, eshitish, hid bilish obrazlarini) hosil qilish, ularni boshqacha bir vaziyatda deb (oyda deb, ko'lda cho'milyapti, avtomobilda ketayapti, teatrda o'tiribdi deb) ishonirish mumkin. Postgipnotik ta'sirlarni yuzaga chiqarsa ham bo'ladi (ya'ni kasalning ko'ngliga solingan harakatlarni u uyqudan uyg'onganidan keyin bir necha soat, kun va hatto hafta o'tgach qiladigan bo'lishiga erishish).Seansdan keyin amneziya ko'riladi.

Davo maqsadlarida gipnoz holatidan ikki xil-o'z holicha foydalanish-gipnozdan foydalanish (K.I.Platonov fikriga qaraganda, «gipnoz orom beradi») va gipnoz vaqtida so'z bilan ta'sir ko'rsatish, ishonirish uchun foydalanish mumkin. Gipnoz vaqtida ishonirishdan foydalanish usuli ko'proq qo'llaniladi. So'z bilan ta'sir ko'rsatib, ishonirish imperativ (buyuruvchi) va izohlovchi (tushuntirib beruvchi) ta'sirga bo'linadi. Ikkinchi holda ishonirish sabab, vajlarni ko'rsatib berib, kasalga tushuntirish, unda ishonch hosil qilish bilan birga olib boriladi.

Ishonirish seansidan keyin ba'zi hollarda takror gipnotik holat boshlanishi ko'riladi (xususan, kasal gipnoz holatidan batamom va bekamu ko'st chiqarilmagan bo'lsa). Shu munosabat bilan stasionarda gipnoz vaqtida ta'sir

ko`rsatib davolanadigan kasallar bir necha soat mobaynida xodimlarning kuzatuv ostida bo`lishi, ambulatoriya sharoitlarida esa gipnoz seansi tugaganidan keyin bir soat davomida poliklinika yoki dispanserda kuzatib turilishi kerak. 2-3 soatgacha cho`ziladigan gipnoz seanslari qo`llaniladigan bo`lsa (V.E.Rojnov) yoki gipnotik uyqu bilan davolash usuli qo`llaniladigan bo`lsa, bunda ham kasallar o`rta ma`lu-motli tibbiyot xodimining kuzatuv ostida turadi. Gipnoz vaqtida kamdan-kam hollarda bemorda isteriya xuruji tutib qolishi mumkin. Bunday xuruj xavfli emas. Kasalni gipnotik holatdan chiqarish kerak. Uning oldida elib-yugurib, asoratni og`ir qilib ko`rsatish yoki shu vajdan vahima ko`tarish yaramaydi. Tabiiy uyqu holatida ishortirish. Tabiiy uyqu vaqtida ishortirish usuli kam (aksari bolalarda) qo`llaniladi. Ba`zan tabiiy (rosmana) uyquni gipnotik (chala) uyquga asta-sekin o`tkazish usulidan foydalaniladi. Umuman, uyqu vaqtida ko`pgina odamlar inson nutqini idrok eta olish qobiliyatini saqlab qolishini yodda tutish kerak. Tibbiyot xodimi buni bilishi muhim. Bemor uyg`oqligi vaqtida uning oldida aytib bo`lmaydigan narsalarni kasal uxlab yotgan paytida ham gapirish mumkin emas.

Uxlatadigan yoki narkotik moddalarni berib ishortirish. Bemor etarli gipnabel bo`lmasa (gipnozga tez berilmaydigan bo`lsa) va boshqa ba`zi hollarda narkogipnozdan foydalaniladi. Bemorga uxlatadigan dori ichiriladi yoki venasiga yuboriladi. Odatda 0,1-0,2 amital-natriy, 0,1 nembutal, 0,3-0,5 medinal beriladi yoki amital-natriy geksenal, pentonal yoki shunga o`xshash preparatning 5% li eritmasidan 3-5-7 ml venaga yuboriladi.

Doza har kimning o`ziga qarab tanlanadi. Dori berilayotgan paytda bemorning ahvoli kuzatib boriladi. Bemordan ovoz chiqarib sanash yoki biror narsani so`zlab berish iltimos qilinadi. Avvaliga harakatlar tormozsizlanib, eyforiya boshlanadi, Keyin uyqu bosib, odam uxlab qoladi. Odamni uyqu bosib turgan paytda so`z bilan ta`sir ko`rsatib ishortiriladi. Tibbiyot hamshirasining roli ishortirish pirovardiga etguncha qattiq uyqu bosib turadigan holatni saqlab qolishdan iboratdir.

Uyg`oqlik holatida ishortirish. Gipnozdan tashqari paytda ishortirish ham xiylagina shifobaxsh ta`sir qiladi. Vrachlar kasallar bilan suhbat qilar ekan, aslida, har safar ishortirish usulidan foydalanadilar. Vrachning ishortirib ko`rsatadigan ta`sir kuchi o`sha vrachga bemorning qanday munosabatda bo`lishiga ko`p jihatdan bog`liq. Vrachning nufuz-e`tibori, bemorga ustalik bilan muomala qila olishi, kasal odamning psixologiyasini bilishi ishortirish usulidan davo maqsadlarida keng foydalanishga imkon beradi. Atoqli rus olimi V.M.Bexterev mana bunday deb yozgan edi. «Vrach bilan suhbatlashganidan keyin bemor engil tortmasa, u vrach emas». Ko`pgina vrachlar tushuntirib ishortirish usulidan foydalanadilar. Bemor kushetkaga yotqizilib, ko`zlarini yumish tavsiya etiladi. Bemorni uxlatmasdan turib, faqat muskullari bo`shashtiriladi va orom, tin olishiga erishiladi. Aytiladigan narsalar past ovoz bilan tushuntirib boriladi va shu tariqa ta`sir ko`rsatiladi, Masalan, mana bunday deyiladi: «hozir nerv hujayralari orom olib, kuch to`plamoqda. Shuning uchun siz turganingizdan keyin o`zingizni ancha tetik his qilasiz». Yoki: «Sizning tajangligingiz nerv sistemangizning zaifligiga bog`liq. Ammo, nerv hujayralarining o`zi butun, ular charchagan, xolos. Hozir ular kuch to`plamoqda. Seansdan keyin Siz juda tinchib qolasiz».

Uyg`oqlik davrida ishortirish anchagina emotsional ko`tarinkilik fonida ayniqsa yaxshi kor qiladi (ishortirishga affektiv moyillik). Xuddi shunday shart-sharoitlar ko`pincha kasallar guruhida vujudga keladi. Kasallar orasida induksiya jarayoni (affektiv holatning bir kishidan ikkinchi kishiga o`tishi) ro`y beradi. Duduqlanish, alkogolizm, nevrozlarga davo qilish uchun o`yqoqlik holatida ishortirish usuli qo`llaniladi.

O`z-o`zini ishortirish. Olimlar (I.R.Tarxanov, V.M.Bexterev, K.I.Platonov va boshqalar)ning ko`pdan-ko`p tajribalari kasalning o`z-o`zini ishortirib aytgan so`zlari organizmining turli tizimlarida fiziologik o`zgarishlar keltirib chiqarishini ko`rsatdi. O`z-o`zini ishortirish ham tashqaridan ta`sir qilib ishortirish singari, bosh miya po`stlog`ida konsentrlangan qo`zg`alish o`chog`idan iboratdir. Mazkur holda bu o`choqni bemorning o`zi muayyan so`z formulalari yoki xayoliy tushunchalar yordami bilan vujudga keltiradi. Tansiq ovqat to`g`risida o`ylashga javoban me`da shirasining ajralishi, sovuq ta`sir qilishi to`g`risida o`ylashga javoban badan terisining «tuk-tuk» bo`lib ketishi, ko`zga yot narsa tushdi deb xayol qilinganida ko`zning pիրpirashi va boshqa shu singari dalillar tushunchalarning organizmdagi fiziologik jarayonlarga ta`sir ko`rsatishini aniq-ravshan qilib isbotlaydi. Hozir o`z-o`zini ishortirishning har xil usublari qo`llaniladi. Ularning biri shundan iboratki, vrach kasal bilan birgalikda «o`z-o`zini ishortirish formulasi» degan narsani, ya`ni o`z-o`zini ishortiradigan qisqacha shifobaxsh matnni (4-5 jumlan) tuzadi. Masalan: «Men o`zimni ancha yaxshi his qilyapman. Kayfim joyida, tuzuk. Uyqum ham, ishtaham ham tobora yaxshilanib kelyapti. Davodan ancha naf ko`rdim» va hokazo. O`z-o`zini ishortirishning umumiy usullaridan keyin kasallikning ayrim simptomlariga qaratilgan maxsus usullari qo`llaniladi. Bu «formulani» kasal tinch yotgan va muskullari bo`shashgan holatda bir necha marta fikran yoki shivirlab takrorlaydi (ertalab o`rinda, tushki paytda va kechqurun uyqu oldidan). Autogen trenirovka. Autogen trenirovka (ya`ni bemorning o`zi bajaradigan mashq) psixoterapiyaning keng tarqalgan uslubidir. Autogen trenirovkani nemis olimi I.Shul's taklif etgan. Bizda bu trenirovka har xil variantlarda qo`llaniladi. Kasal qaravotga yotadi yoki stulga oldinga engashib o`tiradi. U tayyorlanib olgandan keyin: «O`ng qo`lim og`ir tortib qoldi» degan u mashqni aniq-ravshan tasavvur qilishga urinadi. Mana shunday mashqni kasal kuniga 2-3 mahal, yaxshisi uyqu oldidan va uyqudan uyg`ongan zahoti takrorlaydi. O`ng qo`lini ancha og`ir tortib qolgandek his qilganidan keyin chap qo`liga, so`ngra oyoqlariga o`tadi. 2-mashq: «O`ng qo`lim iliq bo`lib qoldi», 3-mashq: «quyoshsi-mon chigalim issiq bo`lib qoldi, u issiq sochmoqda». 4-mashq: «YUragim kuch bilan bir tekis urib turibdi». 5-mashq: «Nafasim chuqur va ravon», 6-mashq: «Peshonam muzdakina». Ba`zan birinchi 2-3 mashq bilan cheklaniladi. Mashldar bajarilganidan keyin muskullar bo`shashib, odam o`zini juda tinch his qiladi, ko`pincha uni uyqu bosadi. Ana shu holatda davo maqsadida vrach aytgan o`z-o`zini ishortirish usulini qo`llanish foydalidir.

Ishontirib va o'z-o'zini ishontirib davolashda tibbiyot hamshirasining roli juda katta. Tibbiyot hamshirasi kasallarni juda sinchkovlik bilan kuzatib borishi kerak. Davolashning hozir aytilgan turlari bexatar bo'lsa ham, ba'zan asoratlar ko'riladi. Masalan, gipnotik holatning asorati qoladi, bosh og'riydi, autogen trenirovkada esa arterial bosim pasayadi va hokazo. Biroq davo ta'sirida kasalning psixologik holati qanday o'zgarib borayotganini o'rganish, uning davoga munosabatini tekshirib borish ham tibbiyot xodimning g'oyat muhim vazifasi hisoblanadi.

Psixoterapevtik yo'l bilan ishontirish. Psixoterapiyaning boshqa juda muhim bir turi ishonch hosil qilish yo'li bilan davolashdir. Vrach bu usulni qo'llash uchun kasalni yaxshi bilishi kerak. Ishontirish kasal shaxsiyatining hamma xususiyatlarini hisobga olib turib, individual ravishda olib boriladigan bo'lsagina shifobaxsh vosita bo'lib qolishi, ya'ni kasallikka aloqador kechinmalarining susayib, barham topishiga yordam berishi, bemor faolligini safarbar etishi, bemor oldiga uni qiziqtiradigan aniq-ravshan maqsadlar qo'yishi mumkin.

Jamoa va guruh psixoterapiyasi. Jamoa va guruh psixo-terapiyasi bir-biriga yaqin tushunchalardir. Ularning o'rtasidagi farq shundan iboratki, guruh bo'lib psixote-rapevtik ta'sir qilish vrachdan chiqadi va umuman butun guruhga qaratilgan bo'ladi. Masalan, gipnoz seansi yoki psi-xoterapevtik suhbat o'tkazilib, shu seans yoki suhbat vaqtida vrach nerv kasalliklarining sabablarini, ularga qarshi kurash usullarini muqokama qilib chiqadi.

Jamoa psixoterapiyasida kam bemorlar jamoaning har bir bemorga shifobaxsh ta'sir ko'rsatichidan foydalaniladi. Psixoterapevtik guruh a'zolarining qanday bo'lmasin biror narsa yoki hodisa to'g'risidagi fikrlari jamoada muqokama qilib chiqilganidan keyin ancha to'g'ri va barqaror fikrlar bo'lib qolishini V.M.Bexterev va xodimlari ko'rsatib berdilar. Jamoada diqqat hajmi kengayib, idrok etiladigan foydali axborot miqdori ham ortishini aytib o'tish o'rinli bo'ladi. Mana shularning hammasi jamoa psixoterapiyasi metodining foydali ekanligini ko'rsatadi. Emotsiyalarga kelganda, jamoada bir kasalning ikkinchi kasalga emotsional jihatdan ta'sir ko'rsatishini aytib o'tish kerak. Psixoterapevtik guruh kasallari to'g'ri tanlab olinadigan bo'lsa, bu guruh kayfi ruhiyatining umuman ko'tarilishiga, guruhga yaxshi «davo daddasi» berish uchun qulay sharoit yaratishga sabab bo'ladi. Kasallarning noto'g'ri fikrlari, pessimistik xayollari, ba'zan kasallarning davoga nisbatan shubha bilan qarashlarini birmuncha faol bo'lgan boshqa kasallar tanqid qilib, ochib tashlaydilar. Jamoa psixoterapiyasi uchun kasallarni: «sog'ayayotgan-sog'ayishga boshlagan kasal» tamoyilida tanlash «sog'ayishga boshlagan kasallar uchun» «shifobaxsh istiqbol» yaratib, ularning «sog'ayishga ishonchini» mustahkamlaydi.

Faollashtiruvchi psixoterapiya. Faollashtiruvchi psixoterapiyaning maqsadi - kasal shaxsiyatining saqlanib qolgan tomonlarini safarbar etib, uni real turmush sharoitlariga jalb qilish, kasallik natijasida izdan chiqqan funksiyalarni mashq qildirishdir. Faollashtiruvchi psixoterapiya xususan bo'shanglik hodisalari bilan faollik, tashabbusning susayib qolishi bilan o'tadigan ruhiy kasalliklarda (apato-abulik sindromda) juda katta rol o'ynaydi. Bunday holatlar shizofreniyada, bosh miyaning organik kasalliklarida (xususan bosh miya peshona bo'laklariga ham shikast etgan kasalliklarda) bo'ladi. Faollashtiruvchi psixoterapiya kasallarda yangidan-yangi qiziqish va istaklar uyg'otib, ipoxondrik holatlar singari kasallik ko'rinishlarini susaytiradi, bemorlar diqqatini o'z kayfu ruhiyatidan, ichki a'zolarining qanday ishlayotganidan chalg'itadi. Asteno-ipoxondrik holatdagi kasallar (nevrotiklar, psixopatlar, nerv sistemasining organik kasalliklari bilan og'rikan bemorlar va boshqalar) ham, odatda, faollashtirishga va boshqacha turmush maromiga o'tkazishga muhtoj bo'ladilar. Psixoterapiya va davo mashqlari (trenirovkalari). Tibbiyot amaliyotida davo mashqlari metodidan keng foydalaniladi. Davo mashqlari organizmdagi ayrim a'zo va siste-malarni, ayrim psixik funksiyalar yoki umuman kasalning butun shaxsiyatini muntazam ravishda va izchillik bilan mashq qildirib borishdan iboratdir. Kasallar oldiga ular bajarib borishi kerak bo'lgan muayyan vazifalar qo'yiladi, shu bilan birga davolash vaqtida bu vazifalar tobora ko'proq murakkablashib boradi. Chunonchi, protezdan endigina foydalana boshlagan kasallarga tobora murakkabroq harakat mashqlari beriladi. Insul't bo'lib, nutqi izdan chiqqan kasallarga asta-sekin nutq nagruzkasi berib boriladi; rak, qon tomirlar sistemasi kasalliklarida sayr qilish buyuriladi, shu bilan birga kasal aylanib chiqadigan masofa, shuningdek kasal yuradigan er yuzasining nisbati (ba-landligi) asta-sekin oshirib boriladi. Ana shunday mashqlar tizimli psixiatriyada ham, nevropatologiyada ham qo'llaniladi. Chunonchi, Korsakov psixozida (xotira buzilib, polinevrit paydo bo'lishi bilan tavsiflanadigan kasallikda) dori berib davolash va fizioterapiya bilan bir qatorda kasallarga xotirani tiklashga yoki lokal yaxshilashga qaratilgan shifobaxsh kursi buyuriladi. Nevrotik o'zgarishlarning talaygina turlari (agorafobiya, kardiofobiya, astaziya-abaziya)ga muhtalo bo'lgan kasallar muntazam mashq qilib turishga muhtoj bo'ladilar.

Davo mashqlari kompleks chora-tadbirlardir. Ularni buyurishda terapevt, zarurat bo'lsa-xirurg, ortoped, shuningdek nevropatolog, logoped, psixiatr, davo fizkul'turasi bo'yicha mutaxassis, pedagog birgalikda maslahatlashib ish ko'radi.

O'rta ma'lumotli tibbiyot xodimi mana shu vazifalarni bajarishda faol yordam beradi. Kasallar ko'pincha ularning oldiga vrachlar qo'ygan vazifalarni bajara olishiga shubha bilan qaraydilar. Chunonchi, ularning ba'zilar o'rnidan turib, xona ichida o'z holicha yurishning iloji yo'q, deb hisoblasa, boshqalari uydan tashqari chiqishdan bosh tortadi, uchinchilari boshqa turdagi mehnat yoki mas'g'ulotga o'tishdan bo'yin tovlaydi. Mana shunga o'xshagan ishlarning hammasini batamom tuzalib ketganidan keyingina bajarishim mumkin, deb hisoblaydigan kasallar ham uchraydi. Ular: «Mudom yuragim o'ynab turadi-yu, men qanday qilib yura olaman?» yoki: «Og'zimga ovqat olishim bilan ko'nglim ayniy veradi, shuning uchun men ovqat (u yoki bu turdagi taom) eya olmayman» deb aytadilar va hokazo. Tibbiyot xodimi mana shunday hodisalar bemorning ongli ravishda qarshilik qilishi, injiqligi tufayli kelib chiqmasdan (garchi bunday hodisalar uchrab tursa ham) alohida nevrotik munosabati tufayli, asablarning kasallik vajidan juda o'zgarib, bemor yurish-turishida noto'g'ri, patologik stereotip qaror topishiga olib borganligidan kelib chiqishini bilishi kerak. Bemorning o'z hayotidan olingan ijobiy dalillarni qo'rsatib, ba'zan qayta-qayta ishontirish,



boshqa kasallar-ning ahvoli yaxshilanib qolganligini ko'rsatadigan misollarni keltirib o'tish, shikastlangan funksiyani mashq qiddirishning fiziologik jihatdan to'g'riligi va yaxshi foyda berishini tushuntirib borish, adabiy asarlar, ki-nofil'mlardan misollar keltirish zarur bo'ladi va hokazo. Ba'zan kasal tashabbusini o'ziga xos tarzda «mustahkamlab» foydali hatti-harakatlari uchun uni «rag'batlantirish» (buni odat darajasiga ko'tarish yaramaydi, albatta), kasallar bir-birini faollashtirsin deb guruh trenirovkalarini uyushtirish, ular o'rtasida musobaqa elementlarini o'yg'otish foydali bo'ladi.

«Muhit bilan davolash» ko'rinishidagi psixoterapiya. Muhit yoki mikromuhit deb, birinchidan bemorga juda yaqin yuradigan odamlar (oilasi, yaqin do'stlari, ishxonadagi o'rtoqlari, kasalxonada esa boshqa kasallar, bemorni davolashda bevosita ishtirok etadigan vrachlar, tibbiyot hamshiralari, ikkinchidan, bemorni turmushda va davo mu-assasasida bo'lgan paytida atrofini o'rab olgan vaziyatga aytiladi.

Kasal odam muhit bilan juda mustaxkam aloqada bo'ladi; muhit bemor qiziqishlarining doirasini, uning ijtimoiy va ma'naviy qiyofasini, shuningdek emotsional qoladi, kayfu ruhiyatini ko'p darajada belgilab beradi. To'g'ri uyushtirilgan muhitning bemorga ko'rsatadigan ta'siri qudratli davo vositasi bo'lib hisoblanadi. Muhit ta'sirini: 1) davo muassasasidan tashqarida ko'rsatiladigan ta'sir va 2) davolash muassasasi ichida ko'rsatiladigan ta'sirga bo'lish mumkin.

Vrach, shuningdek o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimi bemor kasalxonaga tushmasdan ilgari uning qanday muhit sharoitlarida yashab kelganligi bilan hamisha qiziqadi. Shu maqsadda vrach albatta bemorning qarindosh-urug'lari, ba'zan esa birga ishlaydigan hamkasblari bilan tanishadi, bemor ishining tabiatini, jamoadagi, oilasidagi o'zaro munosabatlarini aniqlab oladi va hokazo. Shunda bemorning qarindosh-urug'lari o'z oilasining a'zosi qanday dardga chalinganligini, unga qanday munosabatda bo'lish kerakligini, uning qanday tartibga amal qilib borishi lozimligini aniqlab bilib oladi.

«Muhit bilan davolash»ning ikkinchi tipi-kasalxona, sanatoriy, dispanser ichida ta'sir ko'rsatishdir. Psixoterapevtik tartib degan narsa bu o'rinda katta rol o'ynaydi. Shu tartibning ikkita asosiy turini ajratish mumkin:

- 1) davolovchi-muhofaza tartibi va
- 2) davolovchi-faollashtiruvchi tartib.

Davolovchi-muhofaza tartib holdan ketib, darmoni qurigan kasallarga, o'tkir psixik iztirobni boshdan kechirgan kasallarga buyuriladi. Bu tartib kasallarni zararli vaziyatdan ajratish, ularni tinch qo'yib, dam oldirish, uyqusini uzaytirish va mustahkamlashdan (ba'zan sutkasiga 16-18 soatgacha uzaytirishdan) iborat bo'ladi. Bu davrda kasallar bilan tinchlantiruvchi suhbatlar o'tkaziladi, shuningdek ularga sedativ va umuman darmonga kiritadigan preparatlar (bromidlar, trankvilizatorlar, vitaminlar, glyukoza va boshqalar) bo'yuriladi.

Davolovchi-muhofaza rejimni ipoxondriya bo'lgan kasallarga, ya'ni o'z badanining har xil qismlaridagi sezgilarga (yurak, me'da-ichak, o'pka, siydik-tanosil a'zo-lari va boshqalardagi sezgilarga) butun diqqat-e'tiborini qaratadigan kasallarga buyurib bo'lmaydi! Bunday bemorlar haddan tashqari hadiksiraydigan bo'lishi bilan ajralib turadi va o'zlarini salga go'yo og'ir kasalliklarga muhtalo bo'lgan degan fikrga keladilar. Davolovchi-faollashtiruvchi rejim ustida birmuncha batafsilroq to'xtalib o'tamiz.

Davolovchi-faollashtiruvchi rejimda turmushdagi real muhitga yaqin vaziyatni yaratish uchun harakat qilinadi. Shu bilan birga bunday rejim psixoterapiya uchun eng yaxshi imkoniyatlar yaratib beradi, chunki tinchlantiruvchi suhbatdar o'tkazish uchun imkon beribgina qolmay, balki kasalni har xil turdagi faoliyatga o'tkazishga, shaxsiyatining saqlanib qolgan tomonlarini faollashtirishga, jamoa yordamida unga ta'sir ko'rsatishga ham imkon oshadi.

O'rta ma'lumotli tibbiyot xodimi uchun, birinchi navbatda, davolovchi-faollashtiruvchi rejimning kasallarga ikki pog'onada xizmat ko'rsatiladigan sistema (vrachlar, tibbiyot hamshiralari) sharoitlarida o'tkazilishini bilish muhim. Kichik tibbiyot xodimlari sonini qisqartirish hisobiga o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimlari soni ko'paytiri-ladiki, bu davolovchi faol psixoterapevtik rejimni amalga oshirish uchun muhimdir. Chunki ana shunday rejim sharoitlarida hamshira vrach buyurgan davolarni bajaruvchi shaxs bo'libgina qolmay, balki kasallar jamoasining tashkilotchisi bo'lib ham qoladi. U ma'lum darajada psixoterapevtik va tibbiy-pedagogik ta'sir ko'rsatib boradi.

Ikki pog'onali sistema bemorlarning o'z-o'ziga xizmat ko'rsatishi (palatalarni yig'ishtirishi, ovqat tarqatishi, tartib-intizomga amal qilishi) va ularning muhitida o'z-o'zini ko'proq boshqarish bilan bog'liqdir. Palata muhirlari, xo'jalik-maishiy va ommaviy-madaniy ishlarga rahbarlik qiladigan kasallar kengashi saylanadi. Davolovchi-faollashtiruvchi rejimning psixologik ahamiyati shundan iboratki, bunda kasallar davolanadigan yoki vrach hamda xodimlarning ta'siriga beriladigan passiv «ob'ekt» bo'lib qolmasdan, balki «sub'ekt»ga aylanadilar, ya'ni davolash hamda tibbiyot muassasasidagi butun jamoa hayotining faol ishtirokchilari bo'lib qoladilar. Kasalning tibbiyot xodimiga bo'lgan munosabati «buyurish-bo'ysunish» tamoyiliga asoslangan bo'lmay, balki «vrach bilan bemor salomatlik uchun umumiy kurashda teng huquqda ishtirok etadigan sheriklardir», degan qoidaga muvofiq qaror topib boradi. Kengash kishilari madaniy saviyasining keskin yuksalganligi, mamlakatda umumiy o'rta ma'lumot tizimining amalga oshirilganligi, davo jarayonining tibbiy-psixologik tomoniga ko'p diqqat-e'tibor berilayotganligi tufayli tibbiyot xodimlari bilan kasallar o'rtasida ana shunday yangi mazmundagi o'zaro psixologik munosabatlar qaror topadi.

Psixofarmakoterapiya

Psixogen buzilishlarni farmakologik dorilarni ishlatib davolash psixofarmakoterapiya deyiladi. Psixoterapiya va gipnoterapiyaning ta'sirini kuchaytirish uchun turli psixotrop dorilardan keng foydalaniladi.

Psixotrop dorilar psixogen buzilishlarni bartaraf qilibgina qolmay, balki organizmda kechadigan vegetativ jarayonlar, qon aylanishi hamda yurak va nafas olish faoliyatiga ham ijobiy ta'sir kO'rsatadi. Shuningdek, bu dorilar gastrointestinal, urologik va jinsiy buzilishlarga ham ijobiy ta'sir kO'rsatadi. Demak, funksional buzilishlarni davolash uchun ishlatiladigan psixotrop dorilar butun bir organizmning faoliyatini yaxshilaydi. Shuning uchun ham psixotrop dorilar turli xil funksional buzilishlarni davolashda keng qO'llaniladi. Faqat ularning dozalarini ehtiyotkorlik bilan aniqlab, bemorlarga tavsiya qilish zarur.

Ba'zan bitta simptomni yO'qotish yoki uning belgilarini kamaytirish uchun bir qancha davolash usullarini qO'llashga tO'o'ri keladi. Masalan, oo'riqni qoldirish uchun ishlatiladigan vositalar 41-rasmda keltirilgan.

Psixotrop dorilarga nimalar kiradi? Turli kasalliklarda psixogen buzilishlarni davolashda ishlatiladigan va ruhiy jarayonlarga ta'sir qiluvchi dorivor moddalarga psixotrop dorilar deyiladi. Dastlabki psixotrop dorilar XX asrning 50-yillarida ishlab chiqarila boshlangan. Ungacha bu toifadagi dorilar juda kam bO'lib, borlarining ham ta'sir kuchi past bO'lgan. U davrda kofein, korazol, brom va valerian vositalari keng qO'llanilgan.

1957 yili dastlabki antidepressant (imipramin) kashf qilindi va psixonevrologik sindromlarni davolashda keng qO'llanib boshlandi. Keyinchalik, ya'ni 70-yillarning boshida piratsetam kashf qilindi. Bu dastlabki nootrop dori psixotrop dorilar tarkibiga kiritildi va uning ruhiy funksiyalarga ijobiy ta'siri aniqlandi. Shunday qilib, farmakologiyaning katta bir bO'limi yaratildi.

#### 4-mavzu Psixosomatik tibbiyot: psixosomatik buzilishlar turlari, klinikasi, diagnostikasi va psixoterapiyasi

##### 1.1.Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti - 6 soat	Talabalar soni : 8-10 gacha
Mashg`ulot shakli	Amaliy mashg`ulot
Mavzu rejasi 1.Mavzuning maqsad va vazifalari bilan tanishtirish 2.Zamonaviy Nuqtai nazardan mavzuni yoritib berish, tushuntirish Z.Mavzuga oid slaydlar, multimedialar namoyishi 4.Mavzuni xulosalash	4-mavzuning qisqacha anotatsiyasi Shaxs tushunchasi, Individual va kollektiv psixoterapiya. Bemorga gipnoz ta'sir ko`rsatish. Tibbiy psixologiyada shifokor deontologiyasi. Normal va anomal shaxslar. Shaxs va individuallik. Psixoterapiya va uning asosiy yo`nalishlari.
O`quv mashg`ulotning maqsadi	Maqsadi . Ong, uning asosiy xususiyatlari, ruhiy jarayonlari to`g`risida tushunchalar berish.
Ta'lim berish usullari	Mavzuni yoritib berish, tushuntirish, mavzuga oid experiment namoyishi
Ta'lim berish shakllari	Og`zaki so`rov, mavzuni mustahkamlash (interfaol usul “”), mavzuga oid tekshirish usuli
Ta'lim berish vositalari	Darslik, ma'ruza matni, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Ilova№1

##### 1.2 4-mavzu. Psixosomatik tibbiyot: psixosomatik buzilishlar turlari, klinikasi, diagnostikasi va psixoterapiyasi

##### Amaliy mashg`ulotining texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1 .Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2.Talabalarni mashg`ulotga tayyorgarligini tekshiradi Z.Davomatni nazorat qiladi	
1. O`quv mashg`ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1 .Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun takdimot slaydlarini tayyorlash 3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ruyxatini ishlab chiqish	
2 - asosiy Bosqich (250 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo`lib, mavzu bo`yicha savollar : - Hissiyot nima? - hissiy holatlarni sanab o`ting - Hissiyotni psixologik tekshirish usullarini izoxlang - Motivatsiya nima? - Stress tushunchasini izoxlang 2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydlar, multimedialardan foydalanadi 4. Mavzuga oid usul demonstratsiyasi. 5. Interfaol usulda mavzuni mustahkamlash 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bulinadilar savollarga javob beradilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish: Hissiy jarayonlarning asosiy buzilishlari. Ularning klinik tekshirish usullari. 3. Uyga vazifa: Tibbiyot amaliyotida xayol-faraz, aql. Tibbiyot amaliyotida ong, o`z-o`zini anglash	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

## **Psixosomatik tibbiyot: psixosomatik buzilishlar turlari, klinikasi, diagnostikasi va psixoterapiyasi**

### Psixosomatik sindromlar

O'tkir va doimiy stress natijasida ichki a'zolarida rivojlanadigan funksional tuzilishlarga psixosomatik sindromlar deb aytiladi.

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

- 1) psixogen kardialgiyalar;
- 2) yurak ritmining psixogen buzilishlari;
- 3) psevdorevmatizm;
- 4) psixogen astma;
- 5) oshqozon-ichak sistemasining buzilishlari;
- 6) psevdourologik sindromlar; 7) psixogen jinsiy buzilishlar;
- 8) psevdodermatologik sindromlar.

### Psixogen kardialgiyalar

KO'krak qafasining chap tomonidagi har qanday sezgilar (uvishish, oo'riq) bemorlar tomonidan katta xavotir bilan qabul qilinadi. Negaki, bu erda yurak joylashgan. Mabodo, boshimiz oo'rib qolsa, bemalol analgin yoki sitramon ichib ishga ketaveramiz (ba'zan ichmasdan ham), lekin yurak sohasida oo'riq sezsak, darrov doktor chaqiramiz, kardiogramma qildiramiz, «Hammasi joyida, yuragingiz biroz siqilibdi, xolos», degan xulosani eshitgachgina tinchlanamiz. Chunki ko'pchilik uchun «yurak» tushunchasi, «hayot» tushunchasining sinonimidir.

Yurak sohasidagi oo'riqlarning sababi hammavaqt ham yurak kasalligi hisoblanadimi? Yana qanday kasalliklar yurak sohasida oo'riq keltirib chiqaradi?

Yurak sohasidagi oo'riqlarni, ya'ni kardialgiyalarni keltirib chiqaruvchi kasalliklarni uchta asosiy guruhga ajratish mumkin. Bular: 1) yurak kasalliklari;

- 2) niqoblangan depressiya;
- 3) vertebrogen va miofatsial sindromlar.

Demak, kardialgiyalarning sababini aniqlash uchun kardiologik tekshiruvlarning O'zi etarli emas. Vertebrogen kasalliklar bemorda chuqur nevrologik, depressiv sindromlarning ko'payganligi esa psixologik tekshiruvlar O'tkazish lozimligini taqozo qiladi.

Rivojlangan davlatlarning kardiologiya klinikalariga yurak sohasidagi O'tkir oo'riqdan shikoyat qilib, «stenokardiya» yoki «miokard infarkti» tashxisi bilan «tez yordam» mashinasida olib kelingan bemorlarning deyarli yarmida tashxis tasdiqlanmagan va bu oo'riqlar psixogen xususiyatga ega bo'lib chiqqan. Hattoki ba'zi olimlarning (Katon W. J., 2000), ma'lumotiga ko'ra, kardialgiyalar bilan ambulatoriyalarga murojaat qiluvchilar soni 80 foizga teng. Shuning uchun ham yurak sohasidagi oo'riqdan shikoyat qilgan har qanday bemor psixologik va kardiologik tekshiruvlardan O'tishi lozim. Demak, bu ikkala tekshiruvning birgalikda olib borilishi maqsadga muvofiqdir. O'zbekistonda ham psixogen kardialgiyalar va aritmiyalar bir necha yillardan buyon O'rganib kelinmoqda (R.D. Kurbanov, A.I. Xodjaev, T.O. Abdullayev, 1998-2010).

Psixogen kardialgiyalar boshqa affektiv buzilishlar bilan birgalikda kuzatiladi. Bular - O'lim qo'rquvi, «yurakka havo etishmasligi», uning tez-tez yoki «to'xtab-to'xtab» urishi hamda «qizib ketishi yoki muzlab qolishi», «tomoqqa tiqilishi» va shu kabi simptomlardir. Psixogen kardialgiyalarda bemorlar yurak sohasidagi bitta nuqtani barmoo'i bilan ko'rsatishadi. Bu nuqta, asosan, yurak uchiga to'o'ri keladi, bunda oo'riq bitta joyda doimo yoki ko'chib-ko'chib turadi. Oo'riq joylashgan sohada kuchli psixogen giperesteziya ham aniqlanadi. Buni kardiosenestopatik sindrom deb ham atashadi. Haqiqiy stenokardiya esa odatda, psixogen giperesteziya kuzatilmaydi. Oo'riqning orqa kurak atrofiga berishi «stenokardiya» tashxisini tasdiqlash yoki inkor qilishga sabab bo'ladi. Yurak sohasidagi oo'riq bir nuqtadan boshlanib, butun bir ko'krak qafasining yarmini egallab olgach, chap qo'lga tarqaydi va boshning ensa sohasi hamda oyoqqa qarab yo'naladi, deb bemorlar oo'riqning yo'nalishini ta'riflashadi. Bu paytda havo etishmay qoladi, bo'o'iladi va til tagiga tashlangan nitroglitserin ham yordam bermaydi, tinchlaniruvchi dorilar esa bemor ahvolini engillashtiradi. Ba'zan ularni shifoxonaga olib borib, barcha zarur tekshiruvlardan O'tkazilmaguncha, yurak sohasidagi oo'riq O'tib ketmaydi. Bemor kardiologik tekshiruv xulosalarini intiqlik bilan kutadi, yurak kasalligi tasdiqlanmagan sayin yurak sohasidagi oo'riq kamayib boraveradi.

Psixogen kardialgiyalar stenokardiya va miokard infarktidan farqli O'laroq, uzoq davom etadi, nitratlardan so'ng va jismoniy ish kamaytirilgach ham O'tib ketmaydi. Ayniqsa, anamnezida uzoq yillardan (20-30 yoshligidan) buyon yurakdagi oo'riqlardan shikoyat qilib keladigan bemorlarda uchraydigan kardialgiyalar, odatda, yurak ishemik kasalligi hisobiga kuzatilmaydi. Psixogen kardialgiyalarda ipoxondriya va fobiya shakllanadi: ular yurak urishini nazorat qilib yurishadi, O'lib qolishdan qo'rqishadi (35 yoshli ayol 56 oy ichida uyidagilar bilan bir necha bor vidolashgan va kardiologik tekshiruvlardan O'tgan).

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

Miofatsial oo'riqlar ko'krak mushaklarining zararlanishi natijasida rivojlanadi. Bunda zararlangan, biroz shishgan mushaklar ustini bosganda kuchli oo'riqlar kuzatiladi. Trigger nuqtalariga novokainli blokada qilinganda oo'riq kamayadi yoki tarqab ketadi.

Yurak ritmining psixogen buzilishlari

Yurak ritmining psixogen buzilishlari, odatda, yurak urishining tezlashuvi bilan ifodalanadi. Bu paytda yurak urishlari bir daqiqada 100 dan 120 gacha etadi va ko'pincha O'lim vahimasi bilan kechadi. Bunda bemorlar yurakning har bir urishini aniq sezib turadi. Nafas etishmaydi, sovuq terga botadi, oyoqlari titraydi va bemor, odatda, yotib oladi. Yurak ritmining psixogen buzilishlari jismoniy zo'riqishlardan emas, balki hissiy zo'riqishlardan so'ng paydo bo'ladi.

Affektiv-ipoxondrik bemorlar O'zlarining odatdagi ishlash yoki yashash uslubini O'zgartirishsa, uzoq vaqt transportda yurishsa yoki hissiy va aqliy zo'riqishlarga olib keluvchi har qanday vaziyatlarda yurak urishlari tezlashib ketadi. Ular yozning issiq kunlarini yomon O'tkazishadi, doimo salqin joyga intilishadi, asosan kunning ikkinchi yarmida yurak urishi kuchayadi va nafas etishmaydi. Ovqat (ayniqsa, xamir ovqat) ni to'yib eyish, mehmonda uzoq vaqt qolib ketish ham yurak urishining kuchayishiga olib keladi. Psixogen taxikardiyalarda EKG da organik O'zgarishlar kuzatilmaydi. Bemorlarda simpatik tonusning oshishi sinusli taxikardiya, parasimpatik tonusning oshishi sinusli bradikardiya bilan namoyon bo'ladi. Odatda, bradikardiya kam uchraydi va qon bosimining tushib ketishi, bosh aylanishi, ichak peristaltikasining kuchayishi bilan kechadi. Bu bemorlarda yurak sohasi «qotib qolgandek», yurak urishdan «to'xtagandek» tuyuladi, nafas etishmaydi, bo'olib yordamga chaqira boshlaydi. Yurak urishining funksional tarzda O'zgarishi affektiv holatlarda ko'p kuzatiladi. Psixogen taxikardiya unga qarshi dorilar bilan davolanganda emas, balki sedativ dorilar yoki antidepressantlar berilganda kamayadi.

#### Psevdonevratizm

Oyoq-qo'llar va turli bo'omlardagi oo'riqlardan shikoyat qiluvchi bemorlar son-sanoqsizdir. «Bod» (revmatizm) tashxisi qo'yilgan bemorlarni keyinchalik yana chuqur klinik va laborator tekshiruvlardan O'tkazilganda, ularning deyarli yarmida bu oo'riqlar nevrogen xususiyatga ega bo'lib chiqqan. Hozirgi gipodinamiya asrida artralgiyalar dolzarb muammo bo'lib, niqoblangan depressiyaning yaqqol, hammavaqt ham aniqlash qiyin bo'lgan belgilaridan biri bo'lib qolmoqda. Suyak va bo'omlarda kuzatiladigan va hadeganda O'tib ketavermaydigan artralgiyalar, odatda, boshqa psixonevrologik simptomlar bilan birga kechadi. Aksariyat atoqli nevrologlar «serebral revmovaskulit» tashxisini qo'yish ko'pchilik shifoxonalar, ayniqsa, poliklinikalarda odat tusiga aylanib ketganini, buning uchun bosh, yurak sohasi va bo'omlardagi oo'riqlarning O'zi etarli emasligini, bu belgilar nevrotik xususiyatga ega bo'lishi mumkinligini ta'kidlab O'tishgan. Ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, poliklinikalar va statsionarlarda «revmovaskulit» va «revmokardit» tashxislari 50-60 foiz hollarda noto'ori bo'lib chiqqan. Hozirgi davrda ham bu muammo dolzarb bo'lib qolmoqda. Ba'zan anamnezida bod kasalligi mavjudligini asos qilib hamda psixogen xususiyatga ega bo'lgan bosh oo'riqlar, psevdonevrologik, psevdokardiologik belgilar va EEG, REG dagi funksional O'zgarishlarga qarab, aniq ifodalangan nevrologik belgilarni topmasdan, eksperimental va gistomorfologik tekshiruvlar O'tkazmasdan, jiddiy xulosalar qilib, klinik tashxis qo'yish holatlari kuzatilib turadi. XX asrning 70-yillarida aksariyat nevrologlar serebral revmovaskulitda bosh miya qon tomirlari va uning atrofidagi nerv to'qimalarida chuqur organik O'zgarishlar kuzatilishi va aniq ifodalangan nevrologik belgilar aniqlanishini ko'rsatib O'tishgan. Hozirgi kunda nevrologlar «serebral revmovaskulit» atamasi mavhum tushuncha ekanligini aytishmoqda, chunki u bosh miya qon tomirlarida kechadigan organik O'zgarishlarni va shu sababli kelib chiqadigan klinik sindromlarni aniq ta'riflab bera olmaydi.

Psixogen oo'riqlar faqat bo'omlarda kuzatilmay, suyak va mushaklarga tarqab, bemorning harakat qilishiga butunlay xalaqit berishi mumkin. Uzoq vaqt bir xil holatda turib qolish, stanok yonida bir necha soat tik turib ishlash bemor oyoo'idagi oo'riqlarni kuchaytiradi. «Ikkala oyoo'imga xuddi tosh osib qo'ygandek, yurayotganda oyoqlarimni qimirlata olmayman, qadam tashlagan sayin yurishim qiyinlashib boraveradi», deb shikoyat qiladi bemorlar. Bunday bemorlar, ko'pincha, «oyoqda venoz qon aylanishining buzilishi» xulosasi bilan angioxirurglarga yuboriladi. Ular bu erda davolanadi yoki yana qaytadan «nevroz» tashxisi bilan nevropatologga yuboriladi. Psixogen artralgiyalar va mialgiyalar uchun oo'riqlarning ko'chib yurishi juda xosdir. Bu ko'chib yurish aniq bir nerv tolasi bo'ylab emas, balki betartib yo'nalishda namoyon bo'ladi: oo'riq bo'omdan yuqoriga yoki pastga, ba'zan boshqa sohalardan bo'om tomonga qarab yo'naladi. Bemor O'z oo'riqlariga ta'rif berayotganda, hech joyi oo'rimay turadi yoki oo'riqlarni sezmaydi. Bemor shikoyatlarini aytib bo'lgandan so'ng doktor tekshirishga kirishsa, oo'riq yana paydo bo'ladi. Bunga psixogen oo'riqlar bilan organik xususiyatga ega bo'lgan oo'riqlarni qiyoslash paytida, albatta, e'tibor berish kerak.

Psixogen artralgiyalarda bo'omlarda shish paydo bo'lib, hattoki atrofiga suyuqlik to'planishi mumkin. Bu holat oo'riq kuchli bo'lgan paytlarda yuz beradi. Shunisi e'tiborliki, bu «O'tkir bo'om sindromi» affektiv buzilishlarda aniq bir vaqtda ro'y beradi, ya'ni bemorlar navbatdagi xurujning vaqtini aniq aytib bera olishadi (masalan, har uch kunda, har haftada). Yallio'lanishga qarshi davo choralari O'tkazilmasa-da, bu sindrom O'tib ketadi. Ba'zan tashxis tasdiqlanmasdan, faqat oo'riqning kuchini asos qilib olib, bo'om bo'shlio'idan suyuqlik olinadi va uning ichiga gormon yuboriladi. Bu muolaja ikki-uch marta takrorlangandan so'ng O'ta toza bo'lgan bo'om yorio'iga infeksiya tushib, haqiqiy yallio'lanish jarayoni boshlanib ketishi mumkin.

Ba'zi hollarda artralgiyalarning sababi affektiv buzilishlar ekanligi aniqlanmasdan, konservativ usul yordam bermagach, bemorlarga jarrohlik usullari tavsiya qilinadi. XIX asrning mashhur nevrolog olimlaridan biri Oppengeym (1894) shunday bir voqeani misol keltiradi: «Tizza bo'omini rezeksiya qilish tavsiya qilingan bir bemorni jarrohlardan biri operatsiyadan oldin menga maslahatga yuborgan ekan. Ikkita qo'ltiq hassada kirib kelgan bemor biroz vaqtdan so'ng ularni qo'lida ushlab, mening xonamdan O'zi yurib chiqib ketadi. Chunki unda bor-yo'oi «bo'om nevrozi» edi, xolos».

Xuddi shunga O'xshash voqea bizning tajribamizda ham ro'y bergan. Viloyatdan A. Ismli 15 yashar qizni travmatologiya-ortopediya bo'limiga davolanishga yuborishadi. Bemorning hech joyi o'rimasdi, u faqat tizzalarini buka olmas edi, xolos. Kasallikning boshlanganiga uch oy bo'lib, qilingan barcha choralar yordam bermagani sababli bemorni Toshkentga davolanishga yuborishadi. Unga turli tashxislar qo'yilgan edi: «revmatoid artrit», «revmatizm», «bo'o'imlar orasiga suyak O'sib chiqqan» va hokazo. Lekin rentgenogrammada tizza bo'o'imlarida hech qanday patologik O'zgarish yo'q edi. Bunga viloyatdagi doktorlar ham e'tibor qilishgan, albatta. Lekin davolash muolajalari yordam bermayotgani sababli bemorni markazga maslahat uchun yuborishgan. Bemor tashqi ko'rinishidan juda tinch, O'ziga bino qo'ygan, yoshiga qaraganda gavdali edi. Uning otasidan (bemor otasi bilan kelgan edi) qizning xulq-atvori haqida so'raganimizda, qiziga ijobiy ta'rif bergan edi: «Uydagi hamma ishlarni qiladi, onasiga qarashadi, lekin sal erkarroq, aytganini qildiradi». «Qizda kasallik boshlanishidan oldin ruhiy siqilishlar bo'lganmi», deb so'raganimizda, otasi «YO'q», deb javob berdi. Biz bemorni xonada yurgizib, kursida O'tqazib va karavotda yotqizib tekshirib ko'rdik. Bu harakatlarni u ikkala oyoo'ini tizzasida bukmasdan bajardi. Bemorning otasidan qizning kechqurun uxlaganda oyoqlari qay holatda bo'lishini bilib berishini so'radik. U viloyatga, qizning onasiga telefon qilib, qizi kechasi uxlab yotganda, u yoq-bu yoqqa qayrilib yotishini, ba'zan esa o'ujanak bo'lib olishini bilib berdi. Bizda kasallik psixogen xususiyatga ega ekanligiga hech qanday shubha qolmadi. Shu zahotiy oq psixologik suhbatdan so'ng davolay boshladik. Bu erda ham platseboterapiya usulini qo'lladik, ya'ni bemorga «Germaniyada ishlab chiqarilgan, tizzani darrov bukib-ochib yuboradigan dorini shpritsga tortib tizza qopqoo'ining atroflariga yuborishimizni» va bemorning tizzasini 10 daqiqa O'tgach, qizib ketishini, ana shunda uning O'zi asta-sekin tizzasini bukibochishi kerakligini uqtirdik. Xuddi kutganimizdek, 10 daqiqadan so'ng bemor ikkala tizzasining qizib borayotganini aytdi. Biz unga tizzasini endi bukib-ochishi zarurligini qattiq tayinladik. Bemor bizning talabimizni bajarib, bemalol xonada yura boshladi.

Ikki kundan so'ng bizga qizning onasi qo'no'iroq qilib, muhim bir ma'lumot berdi. Ma'lum bo'lishicha, qiz otasidan dugonasinikiga O'xshash qimmatbaho palto olib berishini so'ragan. Otasi rad javobini bergan va qizini urishgan. Onasi ham otasining tarafini olgan. Qiz yio'lab-yio'lab uxlab qoladi va ertalab tursa, ikkala oyoo'i ham qotib qolgan bo'ladi. Tabiiyki, ota-ona qizidagi bu holatni kechagi janjal bilan boo'laman va «Qizimizning oyoqlari shamollab qolibdi», deb kasalxonaga yugurishgan. Bu voqea otasining esidan chiqib ketgan, onasining esa faqat biz «Ruhiy siqilishlar bo'lmaganmi?» deb so'raganimizdan so'nggina esiga tushdi.

Bunday psixogen buzilishlar yosh bolalarda ham bo'ladi. Uch yoshdan sal oshgan bola yugurib O'ynab yurgan paytida qattiqroq yiqilib tushadi va chap oyoo'ining sonidan lat eydi. Oo'riqdan oyoo'ini qimirlata olmay qoladi, qattiq yio'laydi. Bolani O'sha zahoti kasalxonaga olib borib, travmatologga ko'rsatishadi. Oyoo'i rentgen qilinganda, bolada suyakning singan belgilari topilmaydi. Lekin bolaning oyoo'i ozgina lat egan edi, shuning uchun bolaga oo'riqsizlantiruvchi ukollar qilib, lat egan joyni boo'lab uyiga jo'natiladi. Bolani bir hafta mobaynida ehtiyot qilish, iloji boricha oyoo'ini avaylash buyuriladi. Bir hafta doktorning tavsiyalari bajariladi va bola iloji boricha qo'lda ko'tarib yuriladi. Lat egan joy butunlay bitib ketadi. Doktor boo'lamlarni olib tashlaydi va bolani erga qo'yib «Endi O'zing yur!» deydi. Bola bu iltimosni rad qilib, chinqirib yio'lab onasiga yopishadi. Onasi bolani ko'tarib olgandan so'ng bola yio'lashdan to'xtaydi. Bola yiqilganda, nerv tolalari ezilgan bo'lishi mumkin, oo'riq O'shandan bo'lsa kerak, deb nevropatologga maslahatga borish tavsiya qilinadi. Bolani bizga olib kelishadi. Uning injiqligi va buning ustiga, qattiq qo'rqqani bilinib turar edi. Uni kursiga O'tqizib tekshirayotganda, yio'lab yuborishi, onasining oldiga O'tqizib tekshirganda esa jim O'tirishi e'tiborimizni tortdi. Chalo'itish uslubiga O'tdik. Bolaga: «Men tekshirayotganimda sen kursida indamay O'tirsang, mana shu konfetni olasan», deb uqtirdim (bola uyda tekshirilayotgan edi). Bola aytganimni qildi. Topshiriq yanada murakkablashtirildi: «Endi kursidan O'zing tushsang, mana bu O'yinchoqni beraman». O'yinchoq (tank) juda chiroyli bo'lganidan bola «oo'riqni» ham esidan chiqarib, kursidan sakrab tushdi. «Endi sen mana shu O'yinchoqni O'ynab tur, biz onang bilan maslahatlashib olamiz», deb bolaning harakatlarini chekkadan kuzatib turdim. Bola gilam ustiga cho'kkalab olib, xonaning u yoo'idan bu yoo'iga o'ildirakli tankni haydab rosa O'ynadi. Ona-bola ketishga shaylanishganda, bola yana ko'taring, deb onasiga yopishib oldi. Bolaga «Agar sen zinapoyadan pastga O'zing yurib tushsang, men senga balkondan mana shu koptokni tashlayman», deb va'da berdim. Bola besh qavatli uyning beshinchi qavatidan onasi bilan O'zi yurib pastga tushdi. Koptok balkondan pastga tashlanganda, dumalab ancha joyga ketib qoldi. Bola xursand bo'lganidan koptokning izidan yugurib ketdi.

Poliklinika va statsionarlarda bo'o'imlardagi oo'riqlardan shikoyat qiladigan bemorlarning psixologik statusini yaxshilab tekshirmasdan kuchli antibiotiklar, gormonlar, salitsilatlar, fizioterapevtik muolajalar bilan uzoq vaqt muvaffaqiyatsiz davolash hollari uchrab turadi. Bunday uslubda ishlaydigan vrachlarni mix kirib yorilgan ballonning teshigini mixni olib tashlamasdan turib har xil zamonaviy bo'yoqlar va elimlar bilan yopishga uringan ustalarga O'xshatishgan. XO'sh, unda qanday qilib bemorda psixogen artralgiya borligini aniqlash mumkin? Gap shundaki, hozirgi davrdapsixogen artralgiya, ko'pincha, tasodifan yoki «bod»ga qarshi dorilar foyda beravermaganidan so'nggina aniqlanadi. Bu davrda bemor deyarli barcha mutaxassislarining qabulida bo'ladi va nihoyat, unda psixogen artralgiya borligi aniqlanadi. Shuning uchun ham ba'zi mutaxassislar artralgiya aniqlangan bemorlarni psixiatr yoki nevropatologga ko'rsatish zarurligini aytib O'tishgan.

#### Psixogen astma

Psixogen astma O'tkir va surunkali siqilishlardan so'ng kuzatiladigan xurujsimon kechuvchi nafas bo'o'ilishidir. O'tkir stress va hissiy zo'riqishlardan so'ng nevrozga chalingan bemorlarda nafas etishmovchiligi, bo'o'ilish kabi holatlar ko'p uchraydi. Psixogen bo'o'ilish uchun O'ta xos bo'lgan simptomlardan biri nafas

chiqarishdan ko'ra nafas olishning qiyinligidir. Ular «to'yib nafas ololmasliklari va havo O'pkasining oxirigacha etib bormasligidan» shikoyat qilishadi. Bu holat keyinchalik surunkali tus olishi mumkin va bemorda xuddi astma kasalligiga O'xshash xurujlar kuzatila boshlaydi (12-jadval).

12-jadval

Psixogen astma va bronxial astmaning qiyosiy belgilari (Z.R. Ibodullaev, 2008).

Psixogen astma	Bronxial astma
- Xuruj stressdan keyin va ko'pincha Odamlar bor paytda boshlanadi.	- Xuruj har qanday vaziyatda Rivojlanishi mumkin (stress, allergiya, O'tkir infeksiyalar).
- Nafas yo'llari toraymaydi.	- Nafas yo'llari torayadi.
- Xuruj kam-kamdan qisqa vaqt Kuzatiladi.	- Xuruj bir necha daqiqadan bir Necha soatgacha davom etadi.
- Nafas olish qiyin.	- Nafas chiqarish qiyin.
- Yuz terisi O'zgarmagan.	- Yuz va lablarda sianoz .
- BO'yin tomirlari bo'rtib turmaydi.	- BO'yin tomirlari bo'rtib turadi.
- Balo'amsiz yo'tal.	- Balo'amli yo'tal.
- Auskultatsiyada vezikulyar nafas.	- Auskultatsiyada xushtaksimon nafas.
- Emfizema kuzatilmaydi.	- Emfizema xos.
- Barmoqlar shakli O'zgarmagan.	- Barmoqlar baraban. Tayoqchalari shaklida.
- Platseboterapiya yordami katta.	- Platseboterapiya yordami kam.

Psixogen astma haqiqiy astmadan nimasi bilan farq qiladi? Psikogen bo'oilishlar tomoqning qurib qolishi, qichishi, ko'krakning siqilishi, nafas yo'llarining torayishi kabi turli xil belgilar bilan kechadi. Psikogen bo'oilishlar uchun tik turganda bemalol nafas olish, yotganda esa bo'oilish juda xosdir. Shu narsaga e'tibor berish lozimki, bo'oilish chalqancha yotganda paydo bo'ladi, chap va O'ng tomonga qarab yotganda kuzatilmaydi. Barcha psixogen buzilishlar singari psixogen bo'oilishlar ham ko'pincha kechasi va tunda kuzatiladi. Bizning nazoratda turgan bir bemor «tunda doimo bo'oilib uyo'onib ketsam, chalqancha yotgan bo'laman, shuning uchun uxlamoqchi bo'lsam, yonboshlab, devorga suyanib yotib olaman», degan edi.

Xuddi affektiv-nevrotik buzilishlarning boshqa simptomlari kabi nafas olishning buzilishlari ham unga e'tibor ortiqcha qaratilganda kuzatiladi. Lektor ma'ruza O'qiyotgan paytida talabalarga nafas olishlarini nazorat qilib turishlarini buyurgan. Ikkiuch daqiqadan so'ng kimning nafas olishi qiyinlashganini so'rasa, talabalarining yarmi qo'lini ko'targan. Talabalar nisbatan soo'lom guruhga kiradi, demak, bemorlarda bundan ham ko'p ko'rsatkich kuzatilishi tabiiy hol, albatta. Chunonchi, nevrozga chalingan bemorlarning ko'pchiligi O'zida kechayotgan holatlarni doimo nazorat qilib borishadi.

Ipxondriyaga chalingan bemorlarning deyarli barchasi doimiy yoki vaqti-vaqti bilan bo'ladigan nafas etishmovchiligidan shikoyat qiladi. Shuning uchun ham mutaxassislar nafas etishmovchiligini ipoxondriyaning asosiy belgisi deb hisoblashgan. «BO'oilib qolish, nafas yo'llariga biror narsa tiqilib qolgandek bo'lishi va nafas olish juda oo'ir ekanligi» dan shikoyat qilish, ayniqsa, yosh bemorlar orasida ko'p kuzatiladi. Mabodo, bu belgilar xurujsimon bo'lsa, ba'zi hollarda bemorlarga «bronxial astma» tashxisi qo'yiladi.

Quyidagi voqea bunga yaqqol misol bo'la oladi. Bizga 20 yashar yigitni ko'rsatishdi. U allergologiya bo'limida «bronxial astma» tashxisi bilan davolanib kelardi. Bemor juda ozib ketgan, har 30 daqiqada qo'lidagi berotekni oo'ziga sepib nafas olishini osonlashtirardi. BO'oilishning har 30 daqiqadan so'ng paydo bo'lib turishi bizning e'tiborimizni tortdi va qo'yilgan tashxisga shubha uyo'otdi. Bemorning tibbiy anamnezi bilan birga, psixologik anamnezi ham O'rganib chiqildi va bo'oilish xurujlari psixogen xususiyatga ega ekanligi aniqlandi.

Bemor bolalik davridan nimjon bo'lib, tez-tez kasalga chalinib turgan. Oilada yagona farzand bo'lganligi uchun ota-onasi har bir xarxashasiga ko'nikib, bajarib kelishgan. Asabi buzilsa, nafasi bo'oilgani uchun unga psixonevrologik statusi tekshirilmay «astma» tashxisi qo'yilib, shu paytgacha davolab kelingan. Borib-borib, xurujlarni oddiy dorilar bilan to'xtatish qiyinlashadi va bemorga gormonal dorilar (berotek) tavsiya qilinadi. Lekin bu dorini ham bemor doimo ishlatmagan (ba'zan oylab). Bemor yana bir bor tajribali allergologga ko'rsatildi va «bronxial astma» tashxisi inkor qilindi.

Bemorning psixologik statusini yaxshilab O'rganib chiqqanimizdan so'ng psixoterapiyada keng tarqalgan «stress terapiya» usulini qo'llashni ma'qul topdik. Bemorga «berotekka O'rganib qolsa, erkaklik funksiyasi susayishi (bemor yaqinda uylanishi kerak edi) va uylangan taqdirda ham farzand ko'rmasligi mumkinligini, shuning uchun ham bu dorini qanday bo'lmasin, boshqasiga O'zgartirish zarurligini» uqtirdik. Gap shundaki, bemorga berotekni yozgan doktor «Mana shu sening asosiy doring, bu astmaning har qanday turida oo'izga sepgan zahoti bo'oilishni to'xtatadi», deb aytgan. Bu erda shu narsani alohida ta'kidlash lozimki, bo'oilishni berotekning kuchi emas, balki doktor aytgan so'zlar («senga faqat shu dori yordam beradi») to'xtatgan.

Bemor bilan umumiy til topishgandan so'ng berotekni boshqa doriga O'zgartirishga uni ko'ndirdik va maxsus dorini oo'izga sepsa bo'ladigan idish topib, ichiga hech qanday ta'sirga ega bo'lmagan eritma quydik. Bemorda har yarim soatda xuruj bo'lib turishini e'tiborga olib, yonimizda ikki soatga olib qoldik (tekshirish

poliklinikada O'tkazilayotgandi). Bemorda ikki soat ichida to'rt marta «astma» xuruji kuzatildi va biz tavsiya etgan «dori» bilan to'xtatildi. Shu yo'sinda astmaning psixogen xususiyatga ega ekanligi yana bir bor tasdiqlandi.

Endigi muammo bu dorini ham qo'llamaydigan qilish va bemorning fikridan «astma» so'zini umuman olib tashlash edi. Birikki kundan so'ng uni qabulga chaqirib hol-ahvol so'radik. U O'zini juda yaxshi his qilayotganini va bu dorining nomini so'radi. Biz bu «tadqiqotimiz»ni uzoq davom ettirib bo'lmasligini, bemor hamma sirdan voqif bo'lib qolsa, soo'lio'iga tuzatib bo'lmas putur etkazib qo'yishimiz mumkinligini angladik. Bemorga dorini yana bir hafta ishlatish kerakligini, so'ng xuruj paytida tilning tagiga tashlab so'riladigan tabletka berishimizni aytdik. Shuningdek, bu dorining afzalliklari ko'pligini, ya'ni yarim soat emas, dastlabki kuni bir soat, keyingi kuni ikki soat, qolgan kunlari esa faqat kuniga uch mahal ishlatlsa ham bo'lishini tushuntirdik. Bemor bizning har bir gapimizni yaxshilab tinglab, tavsiyalarimizga albatta amal qilishini aytdi. Natija O'ylaganimizdek bo'lib chiqdi. Keyinchalik bemor butunlay «astma» kasalidan xalos bo'ldi.

Ba'zan shunday hodisalar bo'ladi, bemorda bo'olish aniq bir sharoitda yuzaga keladi. Bunday paytlarda sharoitni O'zgartirish bo'olishni kamaytiradi yoki butunlay yo'qotadi. Xorazm viloyatidan bizga bir yosh kelinni maslahatga olib kelishdi. Bemor turmushga chiqqanidan so'ng uyida turmush O'rtoo'i bilan kelishmay doimo janjal chiqib turadi. Janjal avjiga chiqqanda yosh er-xotinlar birbirini bo'olishgacha borishgan. Borib-borib, yosh kelinda turmush O'rtoo'i ishdan qaytganidan so'ng bo'olish xurujlari paydo bo'ladigan va tinchlantiradigan dori ichmaguncha (faqat seduksen, uning analogi bo'lgan sibazon, diazepam bersa, foyda bermaydi) yoki turmush O'rtoo'i uydan chiqib ketmaguncha bo'olish O'tib ketmaydi. Bemor barcha davolash usullaridan foydalangan (shu jumladan, platseboterapiya, psixoterapiya). Shuning uchun har qanday yangi taklif etilgan usuldan bosh tortar edi. Bemor yoz oylarida tekshirilayotgan edi. Bemorga onasi bilan bir oyga daryo bo'yiga borishi, dorilarni esa uyga tashlab ketishi zarurligi aytili. Bu taklifimiz unga ma'qul tushdi. Ona va qiz daryo bo'yidagi uylardan birida ijarada yashay boshlashdi.

Oradan bir hafta O'tgach, «bemorning» holidan xabar olgani daryo bo'yiga turmush O'rtoo'i bilan bordik. Bemorda bo'olish xurujlari daryo bo'yiga kelgan kuniyoq to'xtagan edi. Bemorning turmush O'rtoo'iga rafiqasidan xabar olgani daryo bo'yiga borib turishni tayinladik. Shunisi e'tiborliki, bo'olish xurujlari turmush O'rtoo'ini daryo bo'yida ko'rganda kuzatilmadi. Er-xotinga toza havoda ko'proq bo'lishni, boshqa joylarda sayr qilib turishning ruhiy salomatlik uchun foydasi kattaligini uqtirdik. Bu voqeada bizning e'tiborimizni tortgan narsa platseboterapiya va psixofarmakoterapiyaning yordam bermaganligidir. Haqiqatan ham ilmiy adabiyotlarda ipoxondrik sindromlarda sedativ dorilar hammavaqt ham yordam beravermasligi haqida yozilgan. Ipoxondriyaga olib kelgan asosiy omil yo'qotilmas ekan, uni davolash O'ta mushkul.

Psixogen bo'olishlarning yana bir xususiyati shundan iboratki, bemorlarda doimo chayqalish hissi bo'ladi: ular O'zlarini xuddi transport, lift yoki samolyotda ketayotgandek sezishadi. Bunday bemorlar metroning eskalatoridan tusha olmaydilar. Bizning nazoratda turgan bemor tunda uxlab yotganida, tez-tez xuddi zilzila bo'lgandek, seskanib uyo'onib ketishini aytgan edi.

Ba'zan psixogen bo'olishlar xuruji to'satdan, qattiq qo'rquvdan so'ng boshlanadi va gallyutsinatsiyalar bilan birga kechadi. Bizning institutda O'qiydigan talabalarimizdan biri kechqurun derazaga qarab yotib, qorono'ida nimaningdir aksini ko'radi va qo'rqib ketadi. U ko'zini yumsa, ko'ziga har xil narsalar ko'rina boshlaydi: qora kalxatlar uchib yuradi, hammayoq qorono'i, atrofni faqat qo'rqinchli narsalar O'rab olgan bo'ladi. Buning natijasida nafas ololmay qiynaladi, bo'oladi. Biz bemorni bu simptomlar boshlangach, ikki kundan so'ng kuzatdik (kechasi soat O'nda). Bemor chuqur depressiya holatida bo'lib, bir xil ohangda gapirardi, qattiq qo'rqqani ko'zidan bilinib turardi. U bu voqea xuddi tushida bo'lgandek, mabodo uxlab qolsa, yana shunday yomon tushlar ko'rishdan qo'rqishini aytdi. Bemor trans holatiga tushirildi va quyidagi so'zlar aytili: «Hozir sen shirin uyquga ketasan, tush ko'rasan, tushingda moviy dengizni ko'rasan, dengizga charaqlagan quyosh nurlari sochilib, uning yuzidagi tomchilar marvariddek tovlanib turadi. Qiro'oq esa bir-biridan go'zal gullarga burkangan, gullarning ustida rang-barang kapalaklar uchib yuradi. Sen dengizda dugonang bilan cho'milasan, to'yguningcha suzasan, dengizdan hech chiqqing kelmaydi, suzishdan charchagach, qiro'oqqa chiqib, gullar ustida yotib dam olasan. Atrof go'zal, birorta qora narsa yo'q. Ertalab engil, xursand bo'lib uyo'onasan va tushingda nimalar ko'rganingni menga aytib berasan».

Ertasi kuni ertalab bemorning oldiga yotoqxonaga bordik. Bemor uyo'ongan va O'zini yaxshi his qilardi, lekin uyqusirayotgani ko'zidan sezilib turardi. Biz aytgan manzara bemorning tushida to'laligicha namoyon bo'lgandi va bu unga katta huzur bao'ishlaganini aytib berdi. U hatto tushidagi holatning kichik detallarigacha bizga aytib berdi, O'zini juda ham engil his qilayotganini va yana uxlab, xuddi shunday tush ko'rishni istayotganini aytdi.

Bu mashhur nemis gipnozchisi N. Lefenveldning «tetiklik holatidagi gipnoz» deb ataladigan usuli bo'lib, bu bemorni davolashda biz undan foydalandik. Xonada bemorning O'zidan tashqari, otasi va talabalar ham bo'lishiga qaramay, uni trans holatiga tushirish juda oson kechdi. Hattoki, unga qanday tush ko'risi kerakligi haqidagi so'zlar bir marta aytili, xolos. Ma'lumki, chuqur depressiya paytida trans va gipnozga tushirish oson kechadi.

Psixogen bo'olishlar, ko'pincha, quruq yo'tal bilan kechadi. «YO'tal shu darajada uzoq davom etadiki, - deb yozgan edi J.M.Sharko (1888), - bemor kun bo'yi tinmaydi, faqat ovqat eb olish uchungina yo'talmay turadi, xolos». Psixogen yo'tal quruq bo'ladi va balo'am ajralib chiqmaydi. Bunday paytlarda bemorning ovozi xirillab qoladi, gapira olmaydi. Biroz suhbatdan so'ng uning ovozi yana ochilib, astasekin qanday kasal bo'lganini so'zlay boshlaydi.

Psixogen bo'olish, odatda, arterial bosimning pasayishi, bosh aylanish, yurganda chayqalib ketish, qo'llarning titrashi, uyquning buzilishi va umumiy holsizlik bilan birga kechadi. Ular doimo teztez gripp bo'lib



turishdan (hatto yozda ham) va shuning oqibatida «bronxit» bo'lib qolganlaridan shikoyat qilishni yaxshi ko'rishadi. Haqiqatan ham keyingi paytlarda ambulatoriya va poliklinikalardagi bemorlarning anketasini varaqlaganda «surunkali bronxit» tashxisini tez-tez uchratish mumkin. Bu bemorlar aksariyatining psixonevrologik statusi tekshirilganda, niqoblangan depressiya aniqlanadi.

Oshqozon-ichak sistemasining psixogen buzilishlari

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

Hozirgi davrda O'tkir va surunkali asab buzilishlaridan so'ng rivojlanadigan oshqozon-ichak sohasidagi buzilishlarga ta'rif berish uchun turli atamalar taklif qilingan: «abdominal ipoxondriya», «abdominal depressiya», «psixogen gastrointestinal sindrom», «somatogen depressiya» va hokazo. Lekin shuni alohida ta'kidlash lozimki, agar yurak va nafas olish sistemalarining psixogen buzilishlarida bemorlar nisbatan nevropatologga ko'proq murojaat qilishsa, oshqozon-ichak kasalliklari to' o'risida bunday xulosa qilish juda qiyin. Negaki, aksariyat bemorlar (hatto doktorlar ham) oshqozon-ichak sistemasi faoliyati buzilganda nevropatolog yoki psixologga murojaat qilishmaydi. Buni tushunish mumkin, albatta, chunki odamlarning tasavvurida «oshqozon miyadan uzoqda joylashgan va ularning bir-biriga aloqasi yo'q». O'tgan asrning boshlarida mashhur nevrolog olimlardan biri (Shtryumpel A., 1902) «Dispepsiyalarning 70 foizi hissiy zo'riqishga bo'liq», degan edi. Ovqat hazm qilishning funksional buzilishlari, abdominalgiyalar, umumiy holsizlik, ishtahaning pasayishi kabi simptomlar, xuddi bosh oo'rio'i va bosh aylanishi kabi nevrastenianing asosiy simptomlaridir (Silverberg M., 2002).

O'tkir yoki doimiy ruhiy jarohatlar, jinsiy muammolar, qattiq qo'rquv kabi omillar oshqozon-ichak faoliyatining funksional buzilishlariga olib kelishi mumkin. Bunday paytlarda mutaxassislar «gastrointestinal beqarorlik» haqida so'z yuritishadi. Bu toifa odamlarda ruhiy siqilishlar paytida, albatta, oshqozon-ichak faoliyati buziladi, biroq bosh oo'rio'i, bosh aylanishi, nafas etishmovchiligi kabi simptomlar kuzatilmasligi mumkin. Shuning uchun ham ipoxondriyada O't yo'llari diskineziyasi, doimiy anoreksiya (ular ovqatni qorni ochganda emas, soatga qarab eyishadi), qabziyat yoki diareya ko'p uchraydi. Bu simptomlar bemorning kayfiyatiga qarab, goh kuchayib, goh pasayib turadi. Aynan ana shu bemorlar terapevtik muolajalar uzoq vaqt yordam bermaganligidan tabiblarga murojaat qilishadi. Bemorlarning tabiblar va antiqa davolash usullariga bo'lgan qiziqishi sabablarini biz «Deontologiya» bo'limida yoritganmiz.

Psixogen anoreksiya va shu kabi boshqa simptomlar

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

Ba'zan bemorlarda ishtahaning kuchayib ketishi (bulimiya) kuzatiladi. Somatik depressiyaga uchragan bemorlar ba'zan ovqatni juda ko'p iste'mol qilishadi, lekin qornilari to'rganini bilishmaydi. Bir bemorning bir buxanka non, bir lagan osh va uch choynak choy ichib to'ymaning guvohi bo'lganmiz. U «Oshqozonim cho'zilib ketgan bo'lsa kerak», deb terapevt va jarrohlarga maslahatga boradi, paraklinik va laborator tekshirishlardan O'tadi. Bemorda organik kasallik aniqlanmaydi va u psixonevrologga maslahatga yuboriladi.

Bemordagi bu holat oilaviy mojarolardan so'ng paydo bo'lgan

(umr yo'ldoshi unga xiyonat qilgan). Psixogen simptomlar rivojlanishi bilan tashqi salbiy ta'sir orasida mantiqiy boo'lanishni kuzatish mumkin. Masalan, bemorning rafiqasini O'zining choyxonadagi ulfatdoshi «yo'ldan» urgan.

Bulimiya va polifagiya (ko'p suyuqlik ichish) mexanizmini to'yish hissining yo'qolishi bilan tushuntirish mumkin. Bu markazlar gipotalamusda joylashgan bo'lib, u erdagi maxsus neyronlar «oshqozon ovqatga to'lganligi» to' o'risidagi ma'lumotni olmaguncha bemor O'zini to'ygandek his qilmaydi. Ipxondriya va depressiv sindromlarda aynan mana shu murakkab mexanizm buziladi. Qanday qilib biz och qolganimizni sezamiz? Organizmda ovqat resurslari kamayganda, dastlab qonda qand miqdori kamayadi va darrov bu haqdagi signal gipotalamusda joylashgan maxsus retseptorlarga borib tushadi. Bosh miya buning asosida «ovqatlanish kerak» degan qarorni qabul qiladi. Bu topshiriq bajarilmasa nima bo'ladi? Gipotalamus yadrolari och qolganligimiz to' o'risidagi signallarni ma'lum vaqtgacha qabul qiladi (masalan, yarim soat, bir soat). Undan so'ng miya «organizmni asrash to' o'risida qaror qabul qiladi», ya'ni birinchi bo'lib jigar va mushaklarda to'planib yotgan glikogen parchalanib, glyukoza, suv va energiyaga aylanadi. Glyukoza qonga tushib, ochlik hissini kamaytiradi yoki yo'qotadi. Shuning uchun ham biroz kutsak, bu holat O'tib ketadi.

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

Vaqtida tartib bilan ovqatlanish nafaqat oshqozon-ichak kasalliklarining, balki asab buzilishlarining ham oldini oladi. Ipxondrik nevrozlarda tez-tez uchrab turadigan yana bir belgi ko'ngil aynishi va qusishdir. Hissiy qo'zo'aluvchan bemorlarda bu simptomlarni keltirib chiqarish juda osondir. Juda ko'p hollarda ko'ngil aynish, qusish va jio'ildon qaynashi birgalikda uchraydi. Atrofdagi hamma narsalar: oziq-ovqat, kir kiyim kiygan odamlar, chang va iflos ko'chalar ham bunday bemorlarda ko'ngli aynishi va qusishiga sabab bo'ladi. Bunday bemorlarni ko'pchilik «injiq» odam deb ham atashadi. Hozirgi gipodinamiya va hissiy zo'riqish asrida bemorlarda bu shikoyatlarning ko'payganligi «yalqov oshqozon sindromi» atamasini taklif qilishgacha olib keldi va televideniyada bunga qarshi dorilar ham reklama qilib boshlandi. Psixogen ko'ngil aynish ovqat bilan boo'liq bo'lmasligi, qusgandan so'ng ham davom etadi.

Odamning insonlik jinsiga mansubligi individ tushunchasi bilan ifodalanadi. Katta yoshdagi kishilar, chaqaloq, tilni va oddiy malakani o'zlashtira olmaydigan ruhiy bemorlar ham individlar. Individ tushunchasida kishining biologik turga mansubligi aks ettiriladi. Shaxs muammolari bilan psixologlar, sotsiologlar, iqtisodchilar, pedagoglar, huquqshunoslar, shifokorlar, faylasuflar va talaygina boshqa sohalarning mutaxassislari shug'ullanadilar. Baribir bu masala hanuzgacha dolzarb bo'lib qolmoqda.

Shaxsni ijtimoiy tahlil qilganda «odam» va «shaxs» tushunchalarini farq qiladilar. «Odam» tushunchasi tabiiy-ijtimoiy tushuncha, «shaxs» tushunchasi esa sotsial tu-shuncha hisoblanadi. Shaxs jamiyat taraqqiyotining mahsulidir. U ajralgan holda emas, balki ijtimoiy hayotning tarkibiy qismidir. Kishi shaxs bo'lib tug'ilmaydi, balki hayotda shaxsga aylanadi. Shaxsning etilish jarayoni filogenezda ham, ontogenezda ham ijtimoiy hodisa. Bu individuumning rivojlanishi va shaxsga aylanishi u bilan bevosita va bilvosita munosabatda bo'lgan boshqa barcha individlarning rivojlanishiga bog'liq. Biroq shaxs bir butun jamiyat mahsulidir emas. Shaxs ijtimoiy butunlik ta'sirida jamiyat munosa-batlarini amalga oshiradi. Shaxs ijtimoiy ta'sirni o'zlashtirish bilan bir vaqtda tutgan yo'lida, xulqida va boshqa kishilarga munosabatida o'zining ichki dunyosini ifoda qiladi. Shaxsning ongi, o'z qobiliyati haqida tushunchasi, xususiyatlari va jamiyatdagi mavqei uning ixtiyoriga bog'liq bo'lmay, balki odamning jamiyatdagi mavjud munosabatlariga bog'liq bo'ladi. Shaxsning kasallik paydo bo'lganida qanday reaksiya ko'rsatishini ko'rib chiqish, shaxsga va kasallikning psixologik muammosi xususida to'xtalib o'tishga to'g'ri keladi. Shaxs va kasallik muammosi bemor odamning xarakterio-logik xususiyatlari bilan chambarchas bog'liqdir. Nihoyat, bu muammo xastalik kishi shaxsiga qanday ta'sir etadi degan savolga javob berishni talab etadi. Har qanday ka-sallik shaxsning qaysidir bir psixologik xususiyatlari-ning o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi. Masalan, emotsiya, iroda, sezgi jarayonlarining o'zgarishi. Darhaqiqat, kasal bo'lganda hamma ham «oh-voh» qilavermaydi va uning chehrasidan dardi borligi bilinmaydi. Bu bemorning individual va xakteriologik xususiyatlariga bog'liqdir. Lekin aksari dard azobi bilan, ahvolining yomonligidan nolish va sitamlarining bir-biriga mos kelmasligi ochiq-oydin ko'rinib turadi. Buning sababi shuki, har bir odam qandaydir dardga chalinsa, azob chekadi, vahima qiladi, ruhan tushkunlikka tushadi. Dunyoqarash deganda kishining ko'rinib turgan ob'ektiv realikka qarashlari, tasavvurlari va tushunchalari tizimi tushuniladi. Ideal shaxsning ongi faol intilishlarining oliy maqsadidir. Ko'pincha ideallarda muayyan konkret timsollar gavdalanadi.

E'tiqod-dunyoqarashning uni amalga oshirishga intilishi bilan uyg'unligi, o'z dunyoqarashi uchun kurashga tayyorgarligi bilan belgilanadi. Shaxsning kichik tuzilmalaridan biri temperament bo'lib, u shaxsning ruhiy jarayonlar dinamikasini tavsiflab beradigan xususiyatlaridir. Kishilar xulq-atvori va faoliyat motivlari nisbatan teng bo'lganda, bir xil tashqi ta'sir etganda, bir biridan ta'sirchanligiga va ko'rstayotgan energiyasiga ko'ra sezilarli darajada farq qiladilar. Jumladan, bir xil kishi sekinlikni, boshqasi shoshilishni yoqtiradi, bir xil odamlarga hissiyotlarning tez o'yg'onishi xos bo'lsa, boshqasiga esa sovuqqonlik xosdir, boshqa birovni keskin imo-ishoralar, ma'noli mimika, boshqasining harakatlarida og'ir-bosiqlik, yuzining juda ham kam harakat qilishi ajratib turadi. Kishining harakatlaridagi o'zgarishi tabiiy ravishda ko'pincha tarbiyalangan ustanovkalar (ko'rsatmalar) va odatga, vaziyatning talabiga va shu kabilarga bog'liq bo'ladi. Ammo so'z yuritilayotgan individual farqlar o'zlarining tug'ma asosiga ega bo'lishi shubhasizdir. Bu shu narsa bilan tasdiqlanadiki, bunday farqlar bolaligidayoq ma'lum bo'la boshlaydi, xulq-atvorning va faoliyatning turli sohalorida ko'rinadi. Ruhiy faoliyat dinamikasi faqat temperamentga bog'liq emas. Ruhiy faoliyat dinamikasi kishining motivlariga, ruhiy holatlariga ham bog'liq. U holda temperament va kishining faoliyatiga ta'sir qiluvchi xususiyatlarni qanday farqlash mumkin. Buning uchun quyidagi belgilarni hisobga olish kerak.

1. Temperament xususiyatlari faqat bir turdagi emas, balki har va turli maqsadlardagi faoliyat turlarida, mehnatda, o'yinda, sportda, o'quv jarayonlarida namoyon bo'ladi.

2. Temperament xususiyatlari kishi hayotining butun davomida yoki ma'lum qismida barqaror va o'zgarmasdir.

3. Temperament xususiyatlari bir-biri bilan tasodifiy emas, balki qonuniy bog'langan bo'lib, ma'lum tuzilishni tashkil qiladi. Temperament lotincha - temperamentum - qismlarning nisbati degan ma'noni anglatadi.

Qadimda kishidagi tuyg'ular va harakatlarning xususiyatlari uning tanasidagi «sharbatlar» (suyuqliklar)ning miqdoriga, ularning nisbatiga bog'liq deb hisoblanar edi. Bularning aralashmasi temperamentdir.

Kishilarning temperamenti tiplarini aniqlash va baholashda quyidagi xususiyatlar hisobga olinadi.

1. SENSITIVLIK. Bu kichidagi tashqi qo'zg'atuvchining ta'siriga nisbatan sezgirligi. Sensitivlik kuchli bo'lsa kishiga ozgina kuchga ega bo'lgan qo'zg'atuvchi ham ta'sir qiladi, ruhiy reaksiyani yuzaga keltiradi.

2. REAKTIVLIK. Kishiga turli ichki va tashqi qo'zg'atuvchilar ta'sir qiladi. Ichki va tashqi qo'zg'atuvchilar ta'sir kuchi bir xil bo'lganda qanday emotsional reaksiya namoyon qilishi baholanadi. Reaktivlik - emotsionallik va ta'sirlanuvchanlikdir.

3. AKTIVLIK. Turli faoliyatni bajarishda, to'siqlarni engib o'tishda qanday faollik ko'rstishi baholanadi.

4. REAKTIVLIK VA AKTIVLIKNING O'ZARO MUNOSABATI. Bu ikkala xususiyatdan qaysi biri ustunligi.

5. REAKSIYA TEMPI. Turli ruhiy reaksiyalar va jarayonlarning o'tish tezligi (nutq tempi, fikr yuritish va harakatlar tezdigi, h.).

6. HARAKATLARNING egiluvchanligi (moslashuvchanligi) va unga qarama-qarshi xususiyat RIGIDLIGI (qotib qolganligi).

7. EKSTROVERTLIK VA INTROVERTLIK. Ekstrovertlik kishi ruhiyatining tashqariga yo`nalganligi, tashqi olam bilan faol munosabat bo`lishi, faoliyatining ayni chog`dagi taassurotlarga bog`liqligi. Introvertlik - faoliyatning ichki obrazlarga, o`tmish va kelajak bilan bog`liq fikrlarga bog`liqligi. Amalda temperamentning to`rtta asosiy tipi farq qilinadi: xolerik, sangvinik, flegmatik va melanxolik temperamentlar.

1. Xolerik temperament - jo`shqin, shiddatli, qizg`in va keskin bo`ladi.

2. Sangvinik temperament - jonli, harakatchan, ta`sirlanuvshan, mehribon.

3. Flegmatik temperament - osoyishta, bo`shang, sust, beqaror.

4. Melanxolik temperament - g`amgin, ma`yus, jur`atsiz, qat`iyatsiz.

Sezilarli ruhiy aktivlikka ega bo`lgan, atrofda bo`layotgan voqealarga o`z munosabatini bildiruvchi, taassurotlarini xadeb o`zgartirishga intiluvchi, muvaffaqiyatsizlik va ko`ngilsizliklarni nisbatan engil o`tkazib yuboruvchi, jonli, harakatchan, ifodali mimikasi va harakatlari bo`lgan kishi s a n g v i n i k deb ataladi. Yuragi keng, barqaror intilishlarga va kayfiyatlarga, doimiy va chuqur his-tuyg`ularga, harakatlari va nutqi bir xil maromda bo`lgan, ruhiy holati tashqi tomondan ifoda etilmaydigan kishi f l e g m a t i k deb ataladi.

Juda gayratli, ishga juda ehtiros bilan berilish qobiliyatiga ega bo`lgan, tez va shiddatli, qizg`in emotsional «portlash» va kayfiyatning keskin o`zgarishlariga moyil, ildam harakatlar qiladigan kishi x o l e r i k deb ataladi. Ta`sirchan, chuqur kechinmali, gap ko`tara olmaydigan, o`zini to`xtata oladigan harakatlar qiladigan va sekin ovoz chiqaradigan kishilar m e l a n x o l i k deb ataladi. Yuqorida aytilgan temperament yoki tiplar bir-biri bilan qo`shilib ketishi mumkin. I. P. Pavlov bo`yicha 3 ta: / fikrlash, badiiy va o`rtacha tiplar mavjud. Ikkinchi signal sistemasi faoliyati ustun bo`lsa, bu fikrlash tipi deyiladi, u aql bilan yashashga, mantiqiy tafakkurga moyil bo`ladi. U his-tuyg`ular vazminligi va mo`tadilligi bilan farqlanib turadi. Birinchi signal sistemasi ustunlik qilganda badiiy tip ko`zga tashlanadi. Uning tafakkuri konkret-obrazli, emotsional kechinmalarga boy bo`ladi. Vazminlik tipi o`rtacha, oraliq o`rinni egallaydi va ko`p uchrab turadi (80%). Shaxsga umumiy baho berishda odamning xarakteri muhim ahamiyatga ega bo`ladi. Xarakter odamning xulq-atvorida va atrofimizdagi turli-tuman voqea-hodisalarga nisbatan munosabatlarida namoyon bo`ladi. Xarakter odamning xulq-atvori va tevarak-atrofdagi voqelikka munosabatida yuzaga chiqib, farq qilib turadigan asosiy xususiyatlarining yig`indisi hisoblanadi. Xarakter tug`ma bo`lmaydi. Faqat layoqat nishonalari tug`ma bo`lishi mumkin, ular nerv sistemasining xususiyatlariga bog`liq bo`ladi. Xarakter esa muayyan jamiyat a`zosi bo`lgan kishining hayoti va faoliyat jarayonida tarkib topadi Kishi harakatlarining sifati va usullari faqat shaxsning munosabatlarigagina bog`liq bo`lmay, balki iroda, diqqat, hissiyot, aqliy xususiyatlariga, ya`ni ruhiy xususiyatlarining individual xususiyatlariga ham bog`liq. Shuning uchun ham kishi faoliyatida qanday ruhiy jarayonlar ustun turishiga qarab xarakter xususiyatlarini intellektual, emotsional va iroda xususiyatlariga qarab ajratish mumkin. Bir xil maqsadga intiluvchi kishilar shu maqsadga erishish uchun zarur bo`lgan harakatning turli usullariga moyil bo`ladi. Bu erda xarakter hislatlari undovchi kuch sifatida namoyon bo`ladi. Kishi xarakter hislatlarining undovchilik kuchi sifatida yuzaga chiqishi ta`siri ostida ko`pincha ob`ektiv sharoitga zid va nomuvofiq harakat usullarini qo`llaydi. Kishi ba`zida o`z xarakteridan xafa bo`lib ketadi, ammo boshqacha harakat qila olmaydi. Agar xarakter hislatlari ob`ektiv sharoitlar talabiga qarshi harakat qilishga undaydigan bo`lsa, odamning xarakter hislatlari o`ziga xalaqit berishi mumkin, aksincha bo`lsa, kishi ijodiy ish qila oladi, o`z kuchlaridan samarali foydalana oladi. Psixologiya fanida kishining atrofidagi voqelikka munosabati nuqtai nazaridan xarakter xususiyatlarining quyidagi tizimi guruhlariga farqlanadi.

1. Shaxsning umumiy ruhiy tuzilishini ifodalaydigan xususiyatlar: g`oyaviylik, maqsadga intiluvchanlik, halollik, vatanparvarlik, mardlik, adolatga ishonish, faollik, intizomlilik.

2. Shaxsning boshqa odamlarga munosabatini ifodalovchi xususiyatlar - jamoalilik, Insonparvarlik, sezgirlik, saxiylik, samimiylik, hurmat-extirom. Bularga qarshi pismqlik, beparvolik, toshbag`irlik, ichidan pishganlik, dag`allik, kishilarga nafrat bilan qarash.

3. Kishining o`z-o`ziga qanday munosabatda bo`lishi haqida guvohlik beradigan xususiyatlar - kamtarlik, mag`rurlik, uyatchanlik, jizzakilik, xudbinlik, egtosentrizm.

4. Shaxsning mehnatga, o`z ishiga munosabatini ko`rsatuvchi xususiyatlar - qat`iyatlik, tashabbuskorlik, mehnatsevarlik, ijodga ishtiyoq, ishdagi xalollik.

5. Kishining narsalarga munosabatini xarakterlovchi xususiyatlar - puxtalik - beparvolik, qimmatli narsalarni behuda sarflash yoki tejash (kimniki bo`lichidan qat`iy nazar).

Kishi xarakterini ifodalaydigan 4 ta asosiy xususiyatni farq qilish mumkin. Shaxsning atrofidagi odamlarga va jamiyatga munosabati: jamoa manfaatlarini yoki o`z shaxsiy manfaatini o`ylash, xudbinlik yoki insonparvarlik, halollik yoki qing`irlik va hokazo. Mehnatga munosabati: mehnatsevarlik yoki ishyoqmaslik, ishbilarmonlik yoki uquvsizlik va hokazo. O`z-o`ziga munosabat: talabchanlik yoki xotirjamlik, kamtarlik yoki maqtanchoqlik. Irodasi: maqsadga intiluvchan yoki loqayd, qat`iyatlik yoki ishonchsizlik, mardlik yoki qo`rqqoqlik. Inson xarakteri bolalikdan shakllanib, ijtimoiy turmush sharoitlariga, tevarak-atrofidagi kishilarga bog`liq holda rivojlanadi. Xarakterning shakllanishida tarbiya, oila, maktab, jamoa va atrofidagi kishilarning ta`siri benihoya katta.

Shaxs aksentuatsiyasi.

Hayotdagi adaptatsiyani saqlab turishda shaxs xususiyatlari yaqqol bo`lishi emas, balki ularning garmonik hamjihatligi, ichki qarama-qarshiliklarning bo`lmasligi ahamiyatlidir. Shaxs xususiyatlarining yaqqol namoyon bo`lishi - a k s e n t u a t s i y a deyiladi. Urg`ulashgan (aksentuatsiyalashgan) shaxslar normaning bir varianti sifatida ko`riladi. Adaptatsiyalanishga moyillik, professional o`sib borish, jamiyatdagi turg`un o`rin - kishining sog`lomligidan darak beradi. Shu bilan bir vaqtda u yoki bu xususiyatning o`ta yaqqol namoyon bo`lishi ruhiy

buzilishning (dekompensatsiya) kelib chiqish xavfini oshiradi (shu xarakterga mos ravishda noxush holat kelib chiqsa). Boshqa tomondan urg'ulashgan shaxslarda individuallikning yaqqolliigi sababli ba'zi sohalarda katta muvaffaqiyatlarga erishishiga sabab bo'ladi.«Urg'ulashgan shaxs» terminining avtor K.Leongard. Lichko esa aksentuatsiyaning ba'zi tiplarini izohlab bergan. Shaxs tipi ruhiy jarohatlovchi hodisalarga reaksiya spetsifik psixologik himoya mexanizmlari formalarini belgilaydi.

Demonstrativ shaxslar - ekstrovertlik va hissiyotga boy tip (1-signal sistemasining ustunligi, I.P.Pavlov bo'yicha badiiy tip). Xulq-atvorida atrofdegilar e'tiboriga ehtiyoj sezish asosiy hisoblandi. Egotsentrizm, o'ziga yuqori baho berish, harakat, mimika, gapirishlari namoyishkorona, taassurot qoldirish uchun ochiq rangda bo'yanish, taqinchoqlar, kiyimlar tanlanadi. Gap to'qish (yolg'on gapirish) va fantaziyalarga moyil. Muloxazalar yuzaki, infantil. Bunday kishilar ko'pchilik bilan aloqa tutishadi, biroq bu aloqalar uzoq va chuqur bo'lmaydi. Bunday shaxslarning psixologik himoyasi siqib chiqarish, regressiya, identifikatsiya va konversiya. Natijada bular oson muloqotga kirishadi, kek saqlamaydigan, biroz mas'uliyatsiz bo'lishadi. Tekshirishlarning ko'rsatishicha, bunday shaxs xususiyatlari ko'pincha ayollarda kuzatiladi. Ba'zi faoliyat turlarida (bolalar bilan ishlash, saxnada o'ynash) namoyishkoronalik ko'proq adaptatsiyalanishga olib keladi. Muloqotning bo'lmasligi esa aksincha isterik nevroz rivojlanishiga olib keladi. Yuqorida aytib o'tilgan shaxs xususiyatlarining patologik tus olishi esa isterik psixopatiya rivojlanishiga olib keladi.

Pedantik shaxslar - xavotirli-vahimali tip. Bu kishilar ehtiyotkorlik va

Qat'iyatsizlik biror bir xatoga yo'l qo'ymaslik uchun biror yutuqqa erishishdan ko'ra, omadsizlikni oldini olish ular uchun muhimroq. Ular doimiy mulohazalarni analiz qiladilar (2-signal sistemasining ustunligi, I.P.Pavlov bo'yicha ratsional tip). Aniq fanlarni yaxshi o'zlashtiradilar. Bo'lishi mumkin bo'lgan omadsizlikdan himoya sifatida o'ta chegaralangan (qoliplangan) hayot tarzi bo'lib, hamma narsa bir xil tartibda va ketma-ketlikda bajariladi. Begonalar bilan ehtiyotkorlik bilan muloqotda bo'lishadi,

Yaqinlariga esa to'liq ishonadilar, do'stlikda saodat, barcha hatti-harakatlarida mas'uliyat kuzatiladi, o'zini ko'rbon qilishga ham tayyor. Shu bilan bir paytda ehtiyotkorlik va o'ziga past baho berish mehnat faoliyatida yuqori pogonalarga erishishga, oila ko'rishga xalaqit beradi. Kechinmalardagi kamchiliklarni ular fantaziya bilan to'ldirishadi, biroq bu haqda boshqalarga aytmaydilar. Asosiy psixologik himoya mexanizmlari - ratsionalizatsiya, xavotir fiksatsiyasi va giperkompensatsiya. Bemorlar to'satdan qat'iyatli, o'jar, o'ta prinsipial bo'lishi bunga misol bo'ladi. Hayotning og'ir sharoitlarida bu bemorlarda obsessiv-fobik nevroz rivojlanishi mumkin. Bu xususiyatlarning patologik rivojlanib borishi psixastenik psixopatiya kelib chiqishiga olib keladi.

Qotib qoluvchi shaxslar - o'ta qat'iyatli (stenik), shaxsiy konsepsiyalar hosil qilishga moyil. Bunday kishilarning hissiyoti o'ta turg'un va kuchli bo'ladi, shu sababli ularni o'jar yoki kek saqlaydigan deb hisoblash mumkin. Bunday bemorlar qaysidir bir siyosiy g'oya, sog'lomlashtirish tizimi, ilmiy konsepsiyaga nisbatan fanatik berilish xos. Asosiy psixologik himoya mexanizmi - ko'chirish va konseptualizatsiya. Ular o'z fikralri va hislarini o'zgalarga to'ng'arishadi (ko'p hollarda boshqalarni ichqora va hasadgo'y deb bilishadi). O'zgalarga nisbatan talabchanlikliklarida ko'pincha etika va moral qoidalarini pesh qilishadi, o'zlari esa bu qoidalarga amal qilmagan holda ko'zlagan maqsadlariga yolg'on va ayyorlik yo'li bilan erishadi. O'ziga ishonuvchanlik, yuqori mehnat qobiliyati bunday shaxslarga jamoa orasida obro'li o'rinni egallashiga imkon beradi. Ruhiy jarohatga nisbatan bu tipdagi shaxslarda o'ta qimmatli g'oyalar va hatto reaktiv vasvasalar paydo bo'lishi mumkin. Patologik rivojlanishda paranoyal psixopatiya shakllanadi.

Qo'zg'aluvchan (eksploziv) shaxslar - yaqqol emotsional qo'zg'alishlarga moyil, biroq tezda bu hol o'tib ketadi, ular uzoq muddat o'ylanib turish va xavotirlanishga moyil emas. Ular uchun sabrsizlik xos va har qanday tuskunlik ularni asabiylashishiga, hatto jahl chiqishiga va agressiv harakatlarga olib kelishi mumkin. Natijada bunday bemorlarda aybdorlik hisi paydo bo'lmaydi. O'zlarining agressiv hatti-harakatlarini suhbatdoshning noto'g'ri tonda gapirgani, hodisalarning omadsizlik bilan kechishi bilan tushuntirishadi (ko'chirish va izolyatsiya mexanizmlari). Qo'zg'aluvchan shaxslar qat'iyatliliigi, qo'rqmasligi, og'riqqa chidamliligi bilan xarakterlanadi. Bu esa jarohat olish extimolini oshiradi. Ba'zan darg'azablik cho'qqisida ular o'zlariga jarohat etkazishi ham mumkin. Boshqa tomondan ular sportda o'z qobiliyatlarini namoyon qilishi mumkin. Bu tipdagi shxslar asotsial harakatlarga va alkogol suiiste'mol qilishga moyil bo'lishadi. Bu xususiyatlarning yanada rivojlanishi eksploziv psixopatiyaga olib keladi.

Introvertlashgan shaxslar - birinchi navbatda kamgaplik, muloqotga ehtiyoj sezmasligi bilan xarakterlanadilar. Bunday shaxslar ichki dunyosi boy, intellektual rivojlangan, o'qimishli bo'lishadi. Ular boshqalardan eshitgan ma'lumotlaridan ko'ra kitobdan o'qigan ma'lumotlariga ko'proq ishonishadi. Ular birov bilan muzokaralashgandan keyin ham o'z nuqtai nazarida qolishadi. Har kungi muammolarga ular befarq, hatto o'z tashqi ko'rinishiga ham e'tiborsiz bo'lishi mumkin. Fantaziyalari o'ta mavhum, ba'zan esa mantiqsiz ko'rinadi. Atrofdagilar hamma vaqt ham ularning his-tuyg'ulari, xavotirlanishini tushunmaydilar, bu shaxslarning o'zlari esa hamdardlikka moyil emas. Stress ta'sirida ichki qarama-qarshiliklar namoyon bo'ladi va nevroz rivojlanadi, patologik tus olsa esa shizoid psixopatiya kelib chiqadi.

Gipertim shaxslar - doimiy yuqori aktivlik va optimizm bilan xarakterlanadi. Ular o'z yo'llarida biror bir to'siq yoki muammoni payqashmaydi (inkor qilish himoya mexanizmi). Bunday bemorlarda ekstraversiya hamdard bo'lish bilan birga kuzatiladi. Bu shaxslar o'ta ochiq qo'l, komfort, qulay sharoitni xush ko'rishadi. Aktivlikning yuqori bo'lishi mayllarning oshishi - giperseksuallik, ishtaha ko'tarilishi va h. Bilan kechadi. Fikrlashi juda o'zgaruvchan, tez, ko'pgina yangi qiziqarli g'oyalar paydo bo'ladi, biroq g'oyalar oxirigacha o'ylanmagan, tezda diqqati chalgaydi,

boshlagan ishini oxirigacha olib borishmaydi. O'z qobiliyatlariga yuqori baho berishga moyil, atrofdagilar orasida o'zlarini ustun sezishadi va dominant o'rinlarni egallashga harakat qilishadi. Kollektivda esa demokratik, hammaga maslahat beruvchi boshliq rolini yaxshi ijro etishadi. G'oyalarini ro'yobga chiqarishga to'sqinlik qiladigan situatsiyalarda gipertim shaxslar o'zlarini noqulay sezishadi, depressiya rivojlanishi mumkin

Gipotim (distimik) shaxslar - doimiy pessimizm, o'zini past baholash bilan xarakterlanadi. Omadsizlikni uzoq va og'ir o'tkazishadi, o'zgalarni g'amini ham tushunib, hamdardlik bildirishadi. Biroz sekin harakat qilishadi, ularga e'tibor berishlarini yoqtirmaydilar, boshqalar bilan oson muloqotga kirishishi, suhbatdoshni tinglab va tushunib bilishiga qaramay yakkalikni xush ko'rishadi. O'zgalarni ko'ra bilmaslik va shoxsupalarga ko'tarilishga mayl bo'lmasligi jamiyatda yuqori o'rinlarni egallashga,

Passivlik esa oila ko'rishga xalaqit beradi. Biroq yaqinlari ularni ochiq ko'ngilligi,

Soddaligi uchun yoqtirishadi. Hayotdagi omadsizlikka ular befarq, chunki boyluk va yuqori amalga uncha ahamiyat berishmaydi (bahosizlantirish himoya mexanizmi). Barcha stress holatlari ularda ishonchsizlik va tushkunlik chaqiradi.

## 5-mavzu Klinik neyropsixologiya. Kognitiv buzilishlar va ularda neyropsixologik tekshirish usullari

### 1.1.Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti - 6 soat	Talabalar soni : 8-10 gacha
Mashg`ulot shakli	Amaliy mashg`ulot
Mavzu rejasi 1.Mavzuning maqsad va vazifalari bilan tanishtirish 2.Zamonaviy Nuqtai nazardan mavzuni yoritib berish, tushuntirish Z.Mavzuga oid slaydlar, multimedialar namoyishi 4.Mavzuni xulosalash	5-mavzuning qisqacha anotatsiyasi Bosh miyaning organik kasalliklari haqida tushuncha. Alkogolizm va giyohvandlikda shaxs o`zgarishlari Shoshilinch yordam ko`rsatish va shifokorlik jarayoni bo`yicha bemorni parvarish qilish.
O`quv mashg`ulotning maqsadi	Maqsadi . Alkogolizm va giyohvandlikda kuzatiladigan premorbit o`ziga xosliklar, tutqanoq sindromi to`g`risida tushunchalar berish.
Ta'lim berish usullari	Mavzuni yoritib berish, tushuntirish, mavzuga oid experiment namoyishi
Ta'lim berish shakllari	Og`zaki so`rov, mavzuni mustahkamlash (interfaol usul “”), mavzuga oid tekshirish usuli
Ta'lim berish vositalari	Darslik, ma'ruza matni, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Ilova№1

### 1.2 5-mavzu Klinik neyropsixologiya. Kognitiv buzilishlar va ularda neyropsixologik tekshirish usullari

Amaliy mashg`ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1 .Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2.Talabalarni mashg`ulotga tayyorgarligini tekshiradi Z.Davomatni nazorat qiladi	
1. O`quv mashg`ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1 .Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun takdimot slaydlarini tayyorlash 3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ruyxatini ishlab chiqish	
2 - asosiy Bosqich (205 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo`lib, mavzu bo`yicha savollar : - Xayol nima? - Faraz nima? - Intellekt nima, xususiyatlari? - Psixologik tekshirish usullarini izoxlang - Aql zaifliklarda tekshirish natijalarining o`zgarishini ta'riflang 2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydlar, multimedialardan foydalanadi 4. Mavzuga oid usul demonstratsiyasi. 5. Interfaol usulda mavzuni mustahkamlash 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bulinadilar savollarga javob beradilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish: Ego-, egroto-, familo-, didakto-, iatrogeniyalar haqida tushuncha. 3. Uyga vazifa: Tibbiyot amaliyotida iroda, faoliyat va xulq-atvor.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

## Neyropsixologiya fani haqida tushuncha va uning qisqacha tarixi

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

Neyropsixologiya fani quyidagi masalalarni O'rganadi:

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

Bugungi kunda neyropsixologiya fanining vazifalari biroz boshqacha talqin qilinadi. O'z ilmiy yo'nalishlarini yo'qotmagan holda, neyropsixologiya fani Luriya tibbiy amaliyotga jadal kirib keldi. (1902-1977) Neyropsixologlar jamiyati safi nevrologlar hisobiga kengaydi. KO'pgina tibbiy universitetlarda klinik neyropsixologiya bo'limlari (kafedralari) faoliyat ko'rsata boshladi. Mashhur klinik psixologlar - Judit Todd va Artur K.Bogart (2001) neyropsixologiya fanini bosh miya zararlanishlarida kuzatiladigan barcha psixologik buzilishlarni (xulq-atvor, shaxs va h.k.) O'rganuvchi fandır hamda neyropsixologlar miya jarohatlarini davolashda faol ishtirok etishlari kerak, deb ta'kidlashadi.

Bu fanning tarixiga nazar tashlaydigan bo'lsak, u bosh miya katta yarim sharlarining po'stloo'ida oliy ruhiy funksiyalarning markazlarini aniqlashga urinishlardan boshlangan. 1836 yili Fransiyani kichik P.Brok (1824-1880) bir shahrida tibbiy jamiyatning yio'ilishlaridan birida oddiy vrach Mark Daks jamiyat raisidan O'zining kuzatuvlari to'ov'risida ma'lumot berishga ruxsat so'raydi. Uning nutqida quyidagi jumlar bor edi: «Men bosh miyaning chap yarim shari zararlangan bemorlarning barchasida nutq buzilishlarini kuzatdim, lekin bosh miyaning O'ng yarim shari zararlangan bemorlarning birortasida ham nutq buzilishi uchramadi. Demak, aynan bosh miyaning chap yarim shari nutq bilan boo'langan, ya'ni u erda nutq markazlari joylashgan». Bu paytgacha nutq uchun bosh miyaning ikkala yarim shari ham javob beradi, deb faraz qilinardi. Lekin u O'z mulohazalarini anatomik tekshiruvlar bilan tasdiqlamagan (bunga imkoniyat bo'lsa-da) va chop qildirmagan. Shuning uchun ham M.Daksning oo'zaki bergan ma'lumoti tez orada unut bo'lib ketdi.

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

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

Albatta, bu kashfiyotlar O'sha davrdagi olimlarni hayratga soladi, ya'ni ular bosh miyada turli markazlarni, hatto ong, xotira, tafakkur markazlarini izlay boshlashadi. Shu davrdan boshlab,

D.Jekson «lokalizatsionizm» degan oqim yuzaga (1835-1911) keladi. Fransuzchada bu so'z «joy» degan ma'noni bildiradi.

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

D. Jekson afaziyada nutq funksiyasining to'la yo'qolmasligiga e'tibor berdi. Afaziya kuzatilgan bemorda maqsadga yo'naltirilgan nutq buzilishi mumkin, biroq hissiy nutq saqlanib qoladi, deb fikr yuritadi. Masalan, biron-bir so'zni bemor affekt holatida aytib yuborishi, ixtiyoriy holda esa gapira olmasligi mumkin. D. Jekson «Nutqini yo'qotgan odam so'zlardan ham judo bo'lgan, degani emas, chunki so'zning anglanmagan qismi ham mavjud», degan edi. Shuning uchun «nutqidan judo» bo'lgan bemorning fikrlash jarayoni biroz pasaysa-da, hali fikr yuritishga qobiliyatli. D. Jekson «Maqsadga yo'naltirilgan nutq bosh miyaning chap yarim shari, hissiy nutq O'ng yarim shari faoliyati bilan boo'liq», deb aytgan.



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

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

#### 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 buzilishiga ko'ruv agnoziyasi deb ataladi. KO'ruv agnoziyalari bosh miya katta yarim sharlari po'stloo'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 atrof-dagi narsalarni bemalol ko'radi, ya'ni ko'ruv apparatining periferik tizimlari funksiyasi saqlangan bo'ladi, lekin ularni tanimaydi, nomini aytib bera olmaydi.

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

- 1) narsalar agnoziyasi - bemor ko'z oldida turgan narsalarning yoki narsalar tasvirining nomini 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 - atrof-dagi ob'ektlarning fazoviy tuzilishini tasvirlash buziladi;
- 4) harf agnoziyasi - harflarni tanimaslik (O'zi yozganlarini ham);
- 5) ranglar agnoziyasi - ranglarni to'o'ri ajrata olmaslik, tanimaslik;
- 6) simultan agnoziya - bemor ob'ektning ba'zi qismlarini taniydi, biroq ob'yektni 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, bolo'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. Oo'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, yuzidagi 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. Bu erda narsalarning yoki atrof-muhitdagi ob'ektlarning katta-kichikligining ahamiyati yo'q.

O'ng tomonlarni farqlash ham buziladi va bemor ob'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 oo'ir jarohatlarda kuzatiladi. Bu sindromni biz bosh miya O'ng yarim sharining a.cerebri posterior qon bilan ta'minlaydigan sohaning O'tkir ishemik insultlarida ham kuzatganmiz. Optik-fazoviy agnoziya bosh miyaning O'ng yarim shari zararlanganda ko'p kuzatilgani uchun bemorlar 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 deb ham ataladi. Bu simptomlar bosh miyaning O'ng yarim shari zararlanishi uchun juda xosdir.

Shuningdek, anozognoziya - tanadagi defekt (gemiplegiya) ni anglamaslik va autotopognoziya - O'z tanasining qismlarini bilmaslik yoki ularni noto'o'ri (kattadek, kichikdek yoki boshqa buyumdek) idrok qilish ham O'ng yarim shar zararlanishiga xos belgilardir.

Bemorning ahvoli oo'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.

Optik-fazoviy buzilishlar ba'zan O'qish jarayoni buzilishi bilan ham kechadi. Bunday holatlarda bemorlar harflardagi chiziqlarning qanday va qaysi tomonga qarab yo'nalganini bilishmaydi, ayniqsa 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'o'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'o'ri taniydi, ularning tasviriga to'o'ri baho bera oladi va hatto murakkab fazoviy tasvirlarni to'o'ri farqlay olishadi-yu, harflarni tanishmaydi, ularni O'qiy olishmaydi.

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

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

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

Ranglar agnoziyasida bemorlar ranglarni ajratib olib va qanday narsalar qaysi ranglar bilan (olma, yaproq, apelsin va h.k.) Bo'yalganini aytib bera olmaydi. Agar bemorda rangni aytishda qiyinchiliklar tuo'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. Ranglar agnoziyasi kuzatilgan bemorlarda ko'ruv maydoni qisqarishi ba'zan uchrasa-da, u agnoziyaga xos belgi emas.

Agnoziyaning yana bir murakkab turi bu simultan agnoziyadir. Bunda bemor narsalarni 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'rmaydi. Bemorlar uchun bitta so'zni O'qib, ikkinchisiga O'tish ham qiyin. Shuning uchun Balint (1909) ko'ruv agnoziyasining bu turini «nigohning ruhiy falaji» deb atagan, ba'zi mutaxassislar bu holatni «okulomotor ataksiya» deb ham atashadi. Simultan agnoziyani aniqlash uchun bemordan geometrik figuralar bilan ishlash, matnni 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. Mutaxassislar fikricha, buning sababi nigoh boshqarilishining buzilishidir. Bemorning nigohi boshqarilmaydigan bo'lib qoladi, uning ko'z olmasi beixtiyor harakatlar qilaveradi va oqibatda ko'z orqali ob'ektzni izlash, uning konturlarini yaratish buziladi.

Simultan agnoziyaning sababi qilib, bosh miya po'stloo'ida joylashgan ko'ruv hujayralari faoliyatining pasayishi ko'rsatiladi, bu hujayralar faqat lokal qo'zo'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'stloo'ida joylashgan nutq markazlarining zararlanishi oqibatida kuzatiladi.

Afaziya bosh miyaning turli sohalari, ya'ni pastki peshona pushtasi, yuqori chakka pushtasining orqa qismi, pastki parietal va chakka-tepa-ensa sohalari tutashgan joylar zararlanganda 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 pastki parietal pushtasi aynan 22, 42-maydonlar bilan chegaradosh va Opersulumga tutash bo'lgan 40-maydonzararlanganda kuzatiladi.
2. Efferent motor afaziya - pastki peshona pushtasining orqa qismi (44, 45-maydonlar), ya'ni Brok markazi zararlanganda kuzatiladi.
3. Dinamik afaziya - Brok markazining oldingi qismida joylashgan premotor soha, ya'ni 9, 10 va 46-maydonlar zararlanganda kuzatiladi.

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

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

6. Semantik afaziya - chakka-tepa va ensa sohalari tutashgan joylar, ya'ni 37 va qisman 39-maydonlar zararlanganda kuzatiladi. Bu soha TRO (ya'ni temporo-parieto-oksipital) 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'stloo'ini O'rganishni osonlashtirish uchun Brodman (1909) bosh miya po'stloo'ining sitoarxitektonik xaritasini yaratdi va uni 11 ta sohaga bo'ldi, sohalarni esa 52 ta maydonga ajratdi. Sitoarxitektonik maydonlar 11-rasmda keltirilgan.

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

Ekspressiv nutq oo'zaki va yozma nutqlarga ajratilsa, impressiv nutq oo'zaki va yozma nutqni tushunishdan iboratdir. Oo'zaki nutqqa monologik, dialogik va takroriy nutqlarni misol qilib keltirish mumkin. Narsalarning nomini aytish, ularning harakatini so'z bilan ifodalash ham oo'zaki nutqning bir turidir. Yozma nutq mustaqil 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, proprioretseptiv, 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.

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

Nutq buzilishlari klinikasini O'rganishda 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 olib 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.

Endi afaziyaning barcha turlari bilan tanishib chiqamiz.

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 yio'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 oo'iz muskullarining holati, tilning harakati, boringki, nutqni tashkillashtiruvchi oo'iz bo'shlio'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 orqa 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 omil - kinestetik omilning buzilishiga sabab bo'ladi. Bu markaziy nuqsonning klinik ko'rinishi nimalardan iborat? Tovush va so'zlarni talaffuz qilishda til va lablarga maxsus holatni bera olmaslik, ya'ni nozik artikulyator harakatlarni tashkillashtira olmaslik, afferent motor afaziya uchun O'ta xos patologiyadir.

Odatda, artikulyator apparatlardanmiyaga tushib turuvchi signallar idrok qilinmaydi, ya'ni odam bu impulslarni anglamaydi, sezmaydi. Ammo nutqning kinestetik afferentatsiyasi bolada nutqning rivojlanishida juda muhim ahamiyat kasb etadi. Bolalar diktanti tahlil qilinganda artikulyatsiya bilan tovushlarni eshitish orasida uzviy boo'liqlik borligi ma'lum bo'lgan. Mabodo, diktant yozayotgan bolalarga oo'zini ochib o'tirish yoki tilni tishlar orasida bosib turish so'ralsa, bu artikulyatsiyani qiyinlashtiradi va diktantda xatolar ko'payib ketadi. Demak, artikulyatsiya so'zning tovush tarkibini tahlil qilish uchun o'ta zarurdir. Nutq shakllanishining dastlabki bosqichlarida tovush va artikulyatsiyalar 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 kuzatiladi, 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 «kenil» va hokazo. O'zbek 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, oylarni 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'o'ri-to'o'ri», «haha» kabi jumalarni aytib yuboradi.

Bemorlar nafaqat bir-biriga O'xshash artikulemalarni noto'o'ri talaffuz qilishadi, balki ularni qabul qilish jarayoni ham buzilgan bo'ladi. Bu holatni quyidagicha tushuntirish mumkin: miya po'stloo'ining artikulyatsiyaga javob beruvchi parietal sohalari artikulyatsiyalarni qabul qiluvchi chakka sohalari bilan chambarchas boo'liq. Shuning uchun ham pastki parietal soha zararlanganda eshitish 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 turisifatida ajratgan. Afferent motor afaziyani nutq artikulyator apparatining apraksiyasi bilan taqqoslash mumkin. Afferent motor afaziyada ko'pincha oral praksis ham buzilgan bo'ladi. Ular ixtiyoriy ravishda yoki ko'rsatma bo'yicha turli oo'iz harakatlarini bajara olmaydilar. Masalan, bemor tilini chiqara olmaydi, tilini ustki yoki pastki labiga qo'ya olmaydi, lunjini havoga to'ldira olmaydi va hokazo. Bu oo'iz harakatlari nutq jarayoniga kirmaydi, lekin shunga qaramasdan, oo'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 saqlanib qoladi», degan fikrlar haqiqatga ziddir (A.R. Luriya, 1973). Ma'lumki, nutqni tushunishning asosiy mezonlaridan biri tovushlarni ajrata olishdir. Nutqning motor komponenti so'zlarni 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, bemor 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'o'ri talaffuz qilishayotganini tushunishadi, lekin oo'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 «oo'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'o'ri talaffuz qilishadi.

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

Efferent afaziyada ekspressiv nutqning barcha turi va shakli buziladi: monolog, dialog, avtomatlashgan va hokazo. KO'proq ongli ravishda, 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'o'indan ikkinchi bo'o'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'o'inli so'zlarni to'o'ri talaffuz qilishi mumkin, lekin ularni qo'shib so'z yasay olmaydi. Yengil holatlarda esa bir nechta so'zdan jumlar tuzish qiyin bo'ladi. Hattoki, O'ta engil kechuvchi efferent motor afaziyalarda ham bemor qiyin artikulyator tuzilishga ega bo'lgan so'z va jumalarni ayta olmaydi (masalan, tez aytishlarni). Shuning uchun ham agrammatizm ko'p kuzatiladi.

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

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

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

Ma'lumki, nutq faqat so'zdan emas, gaplardan tuzilgan. Odamlar bir-biri bilan faol tuzilgan gaplar orqali muloqotda bo'lishadi, fikrlarini bayon qilishadi. Har qanday fikrni bayon qilish ichki (impressiv) nutq yordamida yaratilgan dinamik jarayon bo'lib, O'zining predikativligi bilan ta'riflanadi. Predikativlik deganda, harakatni ifodalovchi gaplar

tushuniladi. Masalan, «men kinoga bormoqchiman», «men kitob O'qimoqchiman» va hokazo. Bu erda «bormoqchiman», «O'qimoqchiman» so'zlari predikat hisoblanadi.

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

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

Sensor afaziya. Sensor afaziyaning asosida fonematik eshituvning buzilishi, ya'ni so'zlarning tovush tarkibini farqlash qobiliyati buzilishi yotadi. Boshqacha qilib aytganda, tovushlarning akustik analizi va sintezi buziladi. Sensor afaziyaning asosiy nuqsoni nutqni tushunmaslikdir. SO'zlarning ma'nosi, ko'rsatmalar va bironing nutqiga bemor tushunmaydi.

Oo'zaki nutqda literal parafaziyalar ko'payib ketadi, ya'ni bemor so'zlayotganda, bitta tovush O'rniga boshqasini aytib yuboradi. Masalan, «salom» O'rniga «salon» yoki «dori» O'rniga «tori» va hokazo. Sensor afaziyada bemor O'z fikrini turli mimik harakatlar bilan ifodalashga intiladi.

Grammatik tarafdin buzilgan nutq bir-biriga boo'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 ayt olmaydi. Fonematik tahlil buzilganligi sababli so'zlarning sifati ham buziladi, muxolif tovushlar O'rni almashib ketadi. Buning oqibatida, narsalarning nomi va ismi-shariflar buzib aytiladi. Bemorlar narsalarning 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'p urinishadi. Bemor «gapdonligi» (logorrey) 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 hamatashadi.

Akustik-mnestik afaziya uchun quyidagisimptomlar xos:

- 1) nutqni tushunishning buzilishi, bunda bemor oo'zaki nutqni ham, matnlarni ham tushunmaydi;
- 2) oo'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 oo'zaki nutq va impressiv nutq buzilsa-da, yozish va O'qish saqlanib qoladi. Bu afaziyaning sensor afaziyadan farqi shundaki, ularning nutqi suhbatdoshiga tushunarli bo'lishi mumkin, bemor so'zlayotganda, O'z xatosini anglaydi, gapdonlik va eyforiya kuzatilmaydi.

Akustik-mnestik afaziyada bemor narsaning qanday nomlanishini unutib qo'yadi. Uni tushuntirish uchun bemor O'sha narsani ta'riflaydi. Masalan, «pomidor» deb aytish uchun u «Haligi qizil, yumaloq bor-u, nimaydi?» va hokazo. Shuning uchun ham afaziyaning bu turini optik agnoziya bilan farqlash ancha mushkuldir. Demak, akustikmnestik afaziyada fonematik eshituv va tovushlarni farqlash saqlangan bo'ladi.

A.R. Luriyaning fikricha, bu afaziyada operativ xotira buziladi. SO'zlarning ma'nosi «beyondalashadi», narsalar tasvirini yaratish 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 beyondalashuvi kuzatiladi;
- 2) so'zlarni izlayotganda, suhbatdoshining aytib yuborishi yordam bermaydi.

Agar so'zlar ma'nosining beyondalashuviga sabab sensor afaziyada fonematik eshituvning buzilishi bo'lsa, akustik-mnestik afaziyada so'z bilan narsalar boo'liqligi buziladi.

Semantik afaziya. Semantik afaziyaning asosiy belgisi so'zlarning bir-biriga boo'lanishining, ya'ni konstruksiyasining buzilishidir. Bunda artikulyator va akustik buzilishlar kuzatilmaydi. K. Goldshteyn afaziyaning bu turini tafakkur etishmovchiligi deb atagan. Odatda, ekspressiv nutq saqlanib qoladi, bemor so'zlashi va oddiy gaplarni tushunishi mumkin. Semantik afaziyada bemor tarkibida «ustida», «tagida», «yuqorida», «pastda», «oldida», «yonida», «dan» kabi so'z va qo'shimchalari bo'lgan jummalarnio'qib tushunmaydi. Masalan, bemorlarga «aylana ustida xoch», «xochaylana tagida», «tundan so'ng kun keladi», «pashsha fildan kichik» kabi gaplarda farq sezishmaydi. Shuningdek, bemorlar «ruchka qalamdan uzunroq», «Lola Ergashdan oqroq» kabi gaplar orasidagi O'zaro boo'liqlikni tahlil qila olishmaydi.

Bemorlar «Qalam va ruchkani ko'rsating», degan ko'rsatmani to'o'ri bajarishadi, lekin «Qalam bilan ruchkani» yoki «Ruchka bilan kitobni ko'rsating», degan jummalarni tushunishmaydi va bajara olishmaydi.

Amnestik afaziya. Amnestik afaziyada nutqning nominativ funksiyasi buziladi. Masalan, bemorga olmani ko'rsatib: «Bu nima?» deb so'ralsa, u «Haligi, bu behi, ey, nok emas, bu, bilasizmi, eganda juda mazali, nimaydi, hamma joyda O'sadigan, haligi, hozir bilaman, ey, jin ursin, ayta olmayapman», degan noaniq jummalarni aytib yuboradi.

Amnestik afaziyaning mexanizmlarini tushuntirib berishga ko'p urinishlar bo'lgan. Klassik tadqiqotchilarning bu boradagi fikrlarini keltirib O'tamiz: K. Vernike va A. Lixtgeym amnestik afaziyani «so'zlarning motor va sensor

obrazlari» orasidagi boo'lanishlarning buzilishi deb bilsa, K. Kleyst va S. Xenshen so'zlar xotirasi markazining parchalanishi bilan boo'lashgan. K. Goldshteyn amnestik afaziyada narsalarning nomini unutishni abstrakt fikrlashning buzilishi bilan boo'lagan. L.S. Vigotskiy esa «Afaziyaning bu turida, aksincha, abstrakt fikrlashdan aniq fikrlashga O'tishning buzilishi asosiy ahamiyatga ega», deb aytgan. A.R. Luriya «Amnestik afaziyada narsalarning nomini aytish va hodisalarni ta'riflashda bemor ongida mavjud bo'lgan bir nechta so'zlardan keragini tanlab olish buziladi», deb aytgan.

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

#### Agrafiya

Eksner 1881 yili birinchilardan bo'lib bosh miyada alohida xat (yozish) markazi borligini aytib O'tgan. Ammo Vernike va Dejerin alohida xat markazi borligini inkor qilishgan. Agrafiya atamasi 1885 yili Benedikt tomonidan taklif qilingan bo'lib, yozishning buzilishi degan ma'noni anglatadi. Xenshen 1922 yili ikkinchi peshonapushstasining orqa qismi zararlanganda agrafiya kuzatilishini aytgan. Nelson (1946) yozish jarayoni (qobiliyati) ikkinchi va uchinchi peshona pushtalarining orqa qismi, burchak pushtasi va ularni bir-biri bilan boo'lovchi yo'llar zararlanishi hisobiga ham buzilishini ta'kidlab O'tgan. A.R. Luriya (1973) bosh miyaning ensa sohasi, pastki parietal va yuqori chakka pushtasining orqa qismlari zararlanganda agrafiya kuzatilishini aniqlagan. Shuningdek, u afaziyalarda agrafiyaning O'ziga xos xususiyatlarini O'rgangan. 12-rasmda agrafiya, akalkuliya, aleksiya va afaziyalar kuzatiladigan sohalari ko'rsatilgan.

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

Yozish qobiliyatining shakllanishini O'rganadigan bo'lsak, dastlab yozish jarayoni oo'zaki nutqdan alohida rivojlana boshlab, faqat keyingina nutq bilan chambarchas boo'lanib ketadi. Yozish jarayoni va oo'zaki nutqning kelib chiqishi, shakllanishi, kechishi, mazmuni va funksiyasi bo'yicha bir-biridan farq qiladigan tomonlari bor. Yozma nutq quyidagi bosqichlarni O'tadi:

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

Yozayotganda tovushni harfga, O'qiyotganda esa aksincha, harfni tovushga aylantirish murakkab psixofiziologik jarayonlar hosilasidir.

Yozish jarayoni akustik, optik, kinestetik, kinetik, proprioretseptiv 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 oldingi qismlari zararlanganda kuzatiladi.

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

#### Apraksiya

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

Apraksiyaning tasnifi 1905 yili X. Lipmann tomonidan taklif qilingan bo'lib, hozirgi kungacha O'z kuchini yo'qotgani yo'q. U apraksiyaning uchta turini ajratgan:

- 1) ideator apraksiya - harakat to'ov'risidagi o'oyaning buzilishi, parchalanishi;
- 2) kinetik apraksiya - harakat kinetik tasavvurining buzilishi;
- 3) ideomotor apraksiya - harakat haqidagi «o'oya» va maqsadni, «harakatni bajarish» markaziga uzatishning buzilishi. Ideator apraksiyani Lipmann bosh miyaning diffuz zararlanishi bilan boo'liq kinetik apraksiyani premotor sohaning pastki qismi zararlanishi bilan, ideomotor apraksiyani esa miya tepa bo'lagining zararlanishi bilan bo'lgan.

#### Kognitiv buzilishlar

## 6-mavzu

Psixoterapiya va psixofarmakoterapiya turlari.

Bemorlarga tibbiy-psixologik yordam ko'rsatishning asosiy qonun-qoidalari

### 1.1.Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti - 6 soat	Talabalar soni : 8-10 gacha
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Mavzu rejasi 1.Mavzuning maqsad va vazifalari bilan tanishtirish 2.Zamonaviy Nuqtai nazardan mavzuni yoritib berish, tushuntirish Z.Mavzuga oid slaydlar, multimedialar namoyishi 4.Mavzuni xulosalash	6-mavzuning qisqacha anotatsiyasi Psixosomatik kasallik bilan og'riqan bemor bilan suhbat o'tkazish, tashhis qo'yish va davolash jarayonini rejalashtirish. Nevroz bilan og'riqan bemor bilan suhbat o'tkazish, tashhis qo'yish. Davolashni shifokorlik jarayoni bo'yicha amalga oshirish.
O'quv mashg'ulotning maqsadi	Maqsadi . Alkogolizm va giyohvandlikda kuzatiladigan premorbit o'ziga xosliklar, tutqanoq sindromi to'g'risida tushunchalar berish.
Ta'lim berish usullari	Mavzuni yoritib berish, tushuntirish, mavzuga oid experiment namoyishi
Ta'lim berish shakllari	Og'zaki so'rov, mavzuni mustahkamlash (interfaol usul), mavzuga oid tekshirish usuli
Ta'lim berish vositalari	Darslik, ma'ruza matni, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Ilova№1

### 1.2 6-mavzu.

Psixoterapiya va psixofarmakoterapiya turlari.

Bemorlarga tibbiy-psixologik yordam ko'rsatishning asosiy qonun-qoidalari

Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1 .Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi Z.Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1 .Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun takdimot slaydlarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ruyxatini ishlab chiqish	
2 - asosiy Bosqich (205 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollar : - Somatik kasalliklarda bemorlar shaxsiyatidagi o'zgarishlar Surunkali kechuvchi somatik kasalliklarda shaxsning nevroitik-ipoxondrik rivojlanishi. -Involyutsion davrida shaxs psixologiyasining xususiyatlari. -klimakterik davrida shaxs psixologiyasining xususiyatlari. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydlar, multimedialardan foydalanadi 4. Mavzuga oid usul demonstratsiyasi. 5. Interfaol usulda mavzuni mustahkamlash 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bulinadilar savollarga javob beradilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish: Shaxs xususiyatlarini klinik va paraklinik tekshirish usullari. 3. Uyga vazifa: Tibbiyot amaliyotida shaxs, uning tuzilishi, rivojlanishi va	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

## PSIXOTERAPIYA VA PSIXOFARMAKOTERAPIYA TURLARI

Psixoterapiya, psixoterapiyada eng asosiy davolash usulidir. Lekin keng ma'nosida esa psixoterapiya zamonaviy xamma tibbiyotning davolash asosiy usulidan biridir. Myuller aytishicha "Psixoterapiyani xar bir vrach egallashi kerak, agarda u kosib emas vrach bulmokchi bulsa".

Bemorning organizimiga psixoterapiyaning ta'sirini ikkinchi signal sistema orkali, musbat, ya'ni davolovchi ta'sirlarning tuplamlar deb kurish mumkin.

Psixoterapiya - bu bemorlarni davolash yoki xulk atvorni kooreksiya kilish maksadli psixologik ta'siridir.

Psixoterapiyada vrachning asosiy asbobi, bemorning ruxiyatiga ta'sir kiladigan suzdir.

Psixoterapiya ikkita katta bulimlarga bulinadi :

1. Umumiy psixoterapiya ;
2. Xususiy psixoterapiya ;

Umumiy psixoterapiya - bu ruxiy shikastlanishni chikarib, atrofda kurikli-tiklanish tartibni yaratib, bemor kasallik bilan kurashish, kuchni kutarish uchun, bemorga ta'sirlovchi ruxiy faktorlarining kompleksidir.

Xususiy psixoterapiya - kachonki ruxiy usullar kasallikni davolovchi asosiy davolashi deb xisoblaganda kullaniladi. Xususiy psixoterapiya kuyidagi kasalliklarda kullaniladi: nevrozlar, reaktiv psixozlar, psixopatiyalar, alkogolizm.

Psixoterapiyaning maksadi:

1. Xar kandy profildagi bemorni tinchlantirish, xissiy dikkatligini, tashvishni, kurkinchlikni pasaytirish;
2. Kungilga yokmaydigan iuxiyatning kurinishlarini, patologikli psixologik reaksiyalarini tugirlash. Kasalliknig ichki va tashki kurinishlarini nisbat loyikaga olib kelish.
3. Bemorni xastalik bilan kurashishga ilxomlashtirish. Butun organizm xayotiy sistemalarini, ruxiy sistemani, kurinmaydigan kompensator rezervlarni kutarish.
4. Kasallikning anik dardchil kurinishlarini yukotish, olib kuyish.

Psixoterapiyaning asosiy usullari:

1. Ratsional psixoterapiya;
2. Suggestivli psixoterapiya
  - A) ongda ishontirish;
  - B) gipnoz xolatda ishontirish;
  - V) autosuggestiya - autogen trenirovka
3. Kollektivli psixoterapiya (guruxdagi psixoterapiya);
4. Shartli-reflektor xulk atvordagi psixoterapiya;
5. Analitik psixoterapiya (asosiy asbob - psixoanaliz);
6. Psixoterapiyaning boshka turlari - narkopsixoterapiya, musikopsixoterapiya, estetopsixoterapiya.

1. Ratsional psixoterapiya - bemorga logik isbotlangan tushuntirish yordami bilan ta'sir etish. Lekin ratsional psixoterapiya fakat logik isbotlangan tushuntirishlar bilangina emas balkim bevosita ishontirishni xam uz ichiga kirgizadi, ya'ni xissiy ta'siri, uning uchun bir necha didaktik va ritorikli usullari ishlatiladi. Suzbat shaklda utkaziladi.

2. Suggestivli psixoterapiya - bu ma'lum bir fikrlarga, umidlarga ruxiyat ta'sir bilan ishontirish. Lotin tilidan «suggestiya» - «ishontirish» deb tarjima kilinadi. Suggestivli psixoterapiya asosan bemorga vrachning psixologik ta'sirini kursatadi.

Suggestivli psixoterapiya ikkita guruxga bulinadi:

1. Ongda ishontirish. Individual va kollektivli bulishi mumkin. Ongda ishontirish asosan ekspressivli, buyrukdagi ovoz bilan utkaziladi. Kunda 2-3 dakikadan 1-2 marotaba. Eng effektli vakti uykudan oldin va uykudan keyin darxol.

2. Gipnoz uykusida ishontirish.

Gipnoz - bu uyku va tetik orasidagi utadigan xolat. Bu alomatli uyku. Vrach bilan bemorning orasida nutkdagi aloka saklanib koladi. Bu alokaning nomi - rapport (fransiya tilidan tarjimasi - aloka).

Gipnoz xolatda bemorda tor lokalizatsiyalashgan kuzgatuvchi uchog saklanib koladi, ya'ni rapportni ta'minlagan soxchi punkt. Shu vaktida butun bosh miya pustlog soxalarida chukur ichki tormozlanish rivojlanadi.

Gipnozni 1843 yilda Bred (ingliz vrach) tasvirladi.

Suggestiv psixoterapiyada asosiy asbobi - ishontirish uzidir. Ishontirish tugri suzli va kiya bulishi mumkin.



Gipnoz uchta boskichdan iborat:

1. Uxlatish. Davomligi - 15 dakika
  2. Ishontirish. Davomligi - 15 dakika.
  3. Gipnozdan chikarish (degipnotizatsiya). Davomligi 5-10 dakika.
- Seansni davomligi - 30- 40 dakika.  
Kursiga 10 - 15 seans utkaziladi.

3. Kollektivli psixoterapiya - bu bemorlarning bir-biriga munosabatli, davolovchi ta'sir etishi. Kollektivli psixoterapiya vrach raxbarligida utkaziladi. Bu usul maxsus yoki bulgan guruxlarda utkaziladi. Guruxlar maksad va vaziyatlarga karab tuziladilar. Bu guruxlar faoliyatini kuchaytiradigan, tushuntiradigan, chalgitadigan bulishlari mumkin. Eng effektli gurux - oilaviy guruxdir. Bu natijasida oilaviy psixoterapiya tugildi. Oilaviy psixoterapiya nevroz, jinsiy buzilishlarni, disgarmoniyalarni, psixozlarni davolashida juda yutuklidir.

4. Shartli-reflektor yoki xulk atvordagi psixoterapiya.

Bu psixoterapiyaning maksadi - patologik -shartli alokalarini tormozlantirish va trenirovkalar bilan xulk atvorning yangi shakllarni urganish. Bu usul chegaralangan xolatlarni davolashida yutukli. Masalan fobiya xolatlarda.

5. Analitik psixoterapiya. Bu psixoterapiyaning asosi - Z.Freyd psixoanaliz teoriyasidir. Xususiy usullari bilan bemorning aytilgan fikrlari izoxlanadilar va shu natijada ongning ostiga sikib chikarilgan fikr va umidlari tiklanadi va bemorning ongiga yetkiziladilar, shu natijada bemor uzining muammosini tushunadi. Muammosini bulish - bu yutukni, ya'ni salotmatligini yarimidir.

Fikr va umidlarini bilish uchun bemor bilan suxbatlar, tekshirishlar utkazradilar, ozod assotsiatsiyalarning va tushlarning ma'nosini ochish, kilingan xatolarni, gapda xato bilan aytilgan suzlarni tekshirish va urganish.

6. Autogen trenirovka. Psixoprofilaktika va psixogiyenaning aktiv usulidir. Autogen trenirovka - organizmning dastlabki yoki dastlabki-ixtiyorsiz funksiyalarini tartibga solish imkoniyatini kutarish. Bu usulni 1932 yilda Iogan Genrix Shuls takdim etdi. Shu vaktdan beri autogen trenirovka katta yutuk bilan foydalanadi.

Autogen trenirovka 6 boskichdan iborat buladi:

1. Tana ogirlashib ketgan sezgisini paydo bulishiga karatilgan uzini ishontirish ifodalarning kompleksidir;
2. Issiklik sezgisini paydo bulishiga karatilgan uzini ishontirish ifodalarning kompleksidir;
3. Yurak urish ritimni tartibga solishga uzini ishontirish ifodalarning kompleksidir;
4. Nafas olish ritimini tartibga solishga uzini ishontirish ifodalarning kompleksidir;
5. Korin soxasida issiklik sezgisini paydo bulishiga uzini ishontirish ifodalarning kompleksidir;
6. Peshona va chakka soxasida sovukni sezgisini paydo bulishiga uzini ishontirish ifodalarning kompleksidir.

Ruhiy omildan davolash maqsadida kam, har xil kasalliklarni profilaktika qilish maqsadida ham foydalanish mumkin. Psixoterapiya keng ma'noda olganda vrachning bemorga munosabatlarining ilmga asoslangan tizimidir. Psixoterapiya har xil omillar yig'indisidan tashkil topadi. Gipnoz, bedorlik holatida ta'sir qilish va davolash, bemor shaxsiga ta'sir qilish, oilaga nisbatan sog'lom muhit o'rnatishga yordam beradi. Faqat psixiatr emas, balki har qanday ixtisoslikdagi vrach ham psixoterapiya usullarini puxta bilishi va o'zining kundalik tajribasida ulardan foydalanishi kerak.

Ba'zi hollarda vrach bemorni tinchlantirishi, uning irodasini o'ziga bo'sundirishi kerak. Boshqa hollarda vrachning vazifasi bemorda o'z sog'lig'iga katta ahamiyat berishi kerakligi haqida fikr tug'dirishi kerak.

I.P.Pavlovning fikricha, so'z katta yoshdagi kishining bundan oldingi butun hayoti tufayli miya katta yarimsharlariga keluvchi barcha tashqi va ichki qo'zg'atuvchilar bilan bog'langan bo'ladi, ularning hammasiga signal beradi, ularning hammasini almashtiradi va shu sababli mazkur qo'zg'atuvchilar taqozo qiladigan barcha harakatlarni, organizm reaksiyalarini keltirib chiqarishi mumkin. Psixoterapiya tarixi uzoq asrlarga borib taqaladi. Qadimgi Misrda, Hindistonda, Gretsiyada buni alohida sehrlar deb atashgan, o'rta asrlarda esa jodugarlik, afsungarlik deb atashgan. Ta'sir ko'rsatish va gipnoz hodisalarini muntazam ravishda o'rganish XVIII asrning oxirlaridan boshlangan.

Psixoterapiyada agar vrach har bir bemorning o'ziga xos ravishda ish tutmasa, uning ruhiyatining biror xususiyati-ni hisobga olmasa, u bemor dardini engillashtirish o'rniga unga zarar etkazib qo'yishi mumkin. Shunday qilib, psixoterapiya bosh tamoyilining buzilishi - har bir bemorga tegishli munosabatda bo'lmaslik unga jiddiy zarar etkazishi va kasallikning kechishini og'irlashtirishi mumkin. Bunga yo'l qo'yimaslik uchun vrach albatta psixoterapevt bo'lishi ham kerak. Psixoterapevtik ta'sir qilishning eng ko'p tarqalgan usullaridan biri vrach bilan bemorning juda yaqin munosabatda bo'lishidir. Buni har bir tibbiyot xodi-mi bilishi kerak. Bemorning vrach bilan ilk bor uchrashuvi ko'pincha hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ladi. Vrach bemor ishonchini qozonmasa, keyinchalik bunga erishish juda qiyin bo'ladi, bu psixoterapiyaning muvaffaqiyatli chiqishining asosiy shartlaridan sanaladi.

Bemor bilan suhbatlashish, shak-shubhasiz, psixoterapiya-ning etakchi mezoni hisoblanadi. Bemor vrach bilan samimiy suhbatda bo'lsa, dardi engillashgandek bo'ladi, tinchlanadi. Bemor vrach bilan suhbatlashganidan so'ng o'zini engil his qilmasa, u vrach emas, degan edi, - olim V. M. Bexterev.

Psixoterapevtik ta'sir qilish choralari orasida ta'sir qilish va o'z-o'ziga ta'sir qilish ko'zga ko'rinarli o'rin tutadi. Ta'sir qilishda bemorga go'yo passiv rol ajratiladi va u vrach gapirayotgan hamma narsalarga ishonadi.

Psixoterapiyaning eng ko'p tarqalgan usullaridan biri gipnoz holatida ta'sir qilish hisoblanadi. Gipnoz bosh miya po'stlog'ining tormozlanishidan iborat bo'lib, vrachga bosh miya po'stlog'ining ma'lum nuqtasida mujassamlashgan yig'ma qo'zg'atgichni hosil qilishga imkon beradi.

Gipnoterapiyaning har xil turlaridan foydalanish ayniqsa keng qo'llanilib kelinmoqda. Psixoterapiya metodlari xilma-xildir. Seanslarning davomlilikigi va tezligi, ta'sir qilishning mazmuni turli sabablarga qarab o'zgartirib boriladi.

Tibbiyot xodimi gipnoterapiya bilan faqat maxsus kurslarda shug'ullanib, tegishli malaka va amaliy bilimga ega bo'lganidan so'ng bu usulni qo'llashi mumkin.

## MAXSUS PSIXOTERAPEVTIK USLUBLAR haqida UMUMIY MA'LUMOTLAR

Maxsus psixoterapevtik uslublarni vrach amalga oshiradi. Biroq, kasalning psixoterapiyadan oldingi va keyingi holatiga to'g'ri baho beradigan bo'lish uchun o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimi ham psixoterapevtik ta'sirotlarning mohiyatini yaxshi bilib olishi kerak. Psixoterapevtik uslublarning hammasini shartli ravishda ishontirish, ishonch hosil qilish va faollashtiruvchi psixoterapiyaga bo'lish mumkin. Bundan tashqari, individual va kollektiv (jamo) psixoterapiyasi tafovut qilinadi.

Ishontirish-bir odamning ikkinchi bir odamga psixologik yo'l bilan o'ziga xos tarzda ta'sir qilishidir. Ishontirishda kasalning ongi bilan intellektidan ham ko'ra ko'proq his-tuyg'ulari va tasavvurlariga ta'sir ko'rsatiladi. Modomiki shunday ekan, ishontirish o'z mohiyati bilan emotsional ta'sir ko'rsatishdir. Ishontirish asosan kasal-ning sezgisi (emotsiyalari) va taassurotiga qaratilgan bo'lgani uchun uni kasal tanqidiy nuqtai nazar bilan qarshi olmaydi va bu hol ta'sirning kasal psixikasiga oson o'tib, ancha mustahkam bo'lib qolishiga hamda uzoq kor qilib turishiga imkon beradi. Fiziologik nuqtai nazardan qaraganda, ishontirish bosh miya po'stlog'ida konsentrlangan (jamlangan) ta'sirlanish o'chog'idir, bu o'choq manfiy induksiya tufayli o'z atrofida tormozlanish zonasini hosil qiladi. Mana shunday zona vujudga kelishi ishonti-rishga alohidalik va mustahkamlik baxsh etadi. Vrach tomonidan davo maqsadlarida ishontirish usulini tatbiq etish davo maqsadida ishontirish deb ataladi.

Gipnoz holatida ishontirish, tabiiy uyqu holatida ishontirish, uxlatadigan yoki narkotik dorilar berilganidan keyin ishontirish (narkogipnoz), o'g'oqlik vaqtida ishontirish va o'z-o'zini ishontirish tafovut qilinadi.

Gipnotik holat (gipnoz) - o'yg'oqlik bilan uyquga o'tish orasidagi chala uyqu holatidir. Bosh miya po'stloqining bir qismi tormozlanib, shet ta'sirotlarning idrok etilmasdan qolishiga sabab bo'ladi, bosh miya po'stlog'ining boshqa qismlarida gipnotik fazalar-baravarlashtiruvchi faza, paradoksal, ul'traparadoksal fazalar qaror topadi (bu fazalarning mohiyati fiziologiya kursidan ma'lum). Vrachning ishontirib aytganlari bemor diqqatini chalg'itadigan chet va tanqidiy fikrlarga to'qnash kelmasdan, «engilmas ahamiyat» kasb etadi (I.P.Pavlov).

Kasalni gipnoz qilishning (uxlatib qo'yishning) ko'p-gina usullari bor. Eng muhimlarini keltirib o'tamiz. Odam uxlab ketayotganini tasvirlovchi bir xildagi qisqa jumla-larni bir ohangda takrorlab turish yo'li bilan kasalni uxlatib qo'ysa bo'ladi (so'z bilan uxlatish). Masalan: «Butun a'zoyi badaningiz tin olib, muskullaringiz bo'shashib turibdi. Atrofingiz jimjit. Butun badaningiz yayrab ke-lyapti. Ko'zlaringiz yumilib ketyapti. Qo'l va oyoqlaringiz og'ir tortib, juda uyqungiz kelyapti. Fikrlaringiz xira-lashib, chalkashib kelmoqda. Hamma g'am-tashvish va hayajonlar sizni tark etgan. Mudroq bosib, orom olmoqdasiz. Sizni tobora ko'proq... Tobora ko'proq uyqu bosmoqda. Uxlay qoling... Uxlay qoling...» So'z bilan uxlatish oxirida ba'zan 10 yoki 20 gacha sana-ladi (uxlatish formulalari) va vrach 10 gacha (20 gacha) sanaganidan keyin kasal uxlab qoladi deb aytiladi.

Ikkinchi usul kasalga bir ohangdagi tovushlar (metronomning urib turishi, soatning chiqillachi) bilan, yorug'lik ta'sirotlari (ko'k lampochkaning o'chib-yonishi), issiqlik ta'sirotlari bilan (tananing boshdan-oyog'iga isitadigan lampa qo'yiladi) ta'sir qilishdan iborat. Ba'zan uxlatish vrachning qo'lidagi yaltiroq sharchaga yoki nevrologiya bolg'achasining uchiga tiqilib qarashni bemorga taklif etish bilan boshlanadi. Bemor ko'zlarini tez charchatish uchun shunday qilinadi. Bir necha o'n sekunddan keyin odatda bemor ko'z qovoqlari og'ir tortib, yumilib qoladi. Passalar (peshona, qo'llarni, bemor tanasini uzunasiga silash) o'ziga xos usuldir, uxlatishning qo'shimcha hamma usullari (bir ohangdagi ta'sirotlar bilan ta'sir qilish, bemorning ko'zini biror narsaga qaratish, passalar) odatda so'z bilan uxlatish usuli bilan birga ishlatiladi.

Gipnotik holat yuzaki, o'rta va qattiq gipnozga bo'linadi. Yuzaki gipnoz ko'z qovoqlari va qo'l-oyoqlar og'ir tortib, mudroq bosadigan, ko'pincha pul's va nafas siyraklanib qoladigan holatdir. Gipnoz seansidan keyin kasal bo'lib o'tgan hamma hodisalarni eslab qoladi. O'rtacha gipnoz-engil uyqudir, kasal ko'zini osholmaydi, so'z bilan ta'sir ko'rsatib, harakat sferasi (so'z ta'si-ri bilan vujudga keltirilgan parezlar, giperkinezlar, kattalepsiya) bilan sezgi sferalarida (anesteziya, giperesteziya) o'zgarishlar keltirib chiqarish mumkin. O'rtacha gipnozdan keyin ham seans vaqtida ro'y bergan hodisalar xotirada saqlanib qoladi.

Qattiq, chuqur gipnoz (boshqacha aytganda somnambulizm, lotincha sotpi-uyqu va at'ilage-yurmoq, ya'ni uyquda yurmoq degan so'zlardan olingan)-ro'yi rost gipnotik uyqudir. Rappoport (miya po'stlog'ida sergak qolgan alohida punkt hisobiga vrach bilan bemor o'rtasida bog'lanadigan aloqa) tamomila alohidalanib qoladi (ya'ni

vrachdan boshqa kishi kasal bilan aloqa o`rnata olmaydigan bo`lib qoladi)deb aytgan. A`zoyi badandagi muskullar tamomila bo`shashib, qo`l ko`tarilsa, shilq etib tushadi, ba`zan odamning iyagi osilib qoladi. Kasallarni ishontirib gallyutsinator obrazlar (ko`rish, eshitish, hid bilish obrazlarini) hosil qilish, ularni boshqacha bir vaziyatda deb (oyda deb, ko`lda cho`milyapti, avtomobilda ketayapti, teatrdan o`tiribdi deb) ishontirish mumkin. Postgipnotik ta`sirlarni yuzaga chiqarsa ham bo`ladi (ya`ni kasalning ko`ngliga solingan harakatlarni u uyqudan uyg`onganidan keyin bir necha soat, kun va hatto hafta o`tgach qiladigan bo`lishiga erishish).Seansdan keyin amneziya ko`riladi.

Davo maqsadlarida gipnoz holatidan ikki xil-o`z holicha foydalanish-gipnozdan foydalanish (K.I.Platonov fikriga qaraganda, «gipnoz orom beradi») va gipnoz vaqtida so`z bilan ta`sir ko`rsatish, ishontirish uchun foydalanish mumkin. Gipnoz vaqtida ishontirishdan foydalanish usuli ko`proq qo`llaniladi. So`z bilan ta`sir ko`rsatib, ishontirish imperativ (buyuruvchi) va izohlovchi (tushuntirib beruvchi) ta`sirga bo`linadi. Ikkinchi holda ishontirish sabab, vajlarni ko`rsatib berib, kasalga tushuntirish, unda ishonch hosil qilish bilan birga olib boriladi.

Ishontirish seansidan keyin ba`zi hollarda takror gipnotik holat boshlanishi ko`riladi (xususan, kasal gipnoz holatidan batamom va bekamu ko`st chiqarilmagan bo`lsa). Shu munosabat bilan statsionarda gipnoz vaqtida ta`sir ko`rsatib davolanadigan kasallar bir necha soat mobaynida xodimlarning kuzatuv ostida bo`lishi, ambulatoriya sharoitlarida esa gipnoz seansi tugaganidan keyin bir soat davomida poliklinika yoki dispanserda kuzatib turilishi kerak. 2-3 soatgacha cho`ziladigan gipnoz seanslari qo`llaniladigan bo`lsa (V.E.Rojnov) yoki gipnotik uyqu bilan davolash usuli qo`llaniladigan bo`lsa, bunda ham kasallar o`rta ma`lu-motli tibbiyot xodimining kuzatuv ostida turadi. Gipnoz vaqtida kamdan-kam hollarda bemorda isteriya xuruji tutib qolishi mumkin. Bunday xuruj xavfli emas. Kasalni gipnotik holatdan chiqarish kerak. Uning oldida elib-yugurib, asoratni og`ir qilib ko`rsatish yoki shu vajdan vahima ko`tarish yaramaydi. Tabiiy uyqu holatida ishontirish. Tabiiy uyqu vaqtida ishontirish usuli kam (aksari bolalarda) qo`llaniladi. Ba`zan tabiiy (rosmana) uyquni gipnotik (chala) uyquga asta-sekin o`tkazish usulidan foydalaniladi.Umuman, uyqu vaqtida ko`pgina odamlar inson nutqini idrok eta olish qobiliyatini saqlab qolishini yodda tutish kerak. Tibbiyot xodimi buni bilishi muhim. Bemor uyg`oqligi vaqtida uning oldida aytib bo`lmaydigan narsalarni kasal uxlab yotgan paytida ham gapirish mumkin emas.

Uxlatadigan yoki narkotik moddalarni berib ishontirish. Bemor etarli gipnabel bo`lmasa (gipnozga tez berilmaydigan bo`lsa) va boshqa ba`zi hollarda narkogipnozdan foydalaniladi. Bemorga uxlatadigan dori ichiriladi yoki venasiga yuboriladi. Odatda 0,1-0,2 amital-natriy, 0,1 nembotal, 0,3-0,5 medinal beriladi yoki amital-natriy geksenal, pentonal yoki shunga o`xshash preparatning 5% li eritmasidan 3-5-7 ml venaga yuboriladi.

Doza har kimning o`ziga qarab tanlanadi. Dori berilayotgan paytda bemorning ahvoli kuzatib boriladi. Bemordan ovoz chiqarib sanash yoki biror narsani so`zlab berish iltimos qilinadi. Avvaliga harakatlar tormozsizlanib, eyforiya boshlanadi, Keyin uyqu bosib, odam uxlab qoladi. Odamni uyqu bosib turgan paytda so`z bilan ta`sir ko`rsatib ishontiriladi. Tibbiyot hamshirasining roli ishontirish pirovardiga etguncha qattiq uyqu bosib turadigan holatni saqlab qolishdan iboratdir.

Uyg`oqlik holatida ishontirish. Gipnozdan tashqari paytda ishontirish ham xiylagina shifobaxsh ta`sir qiladi. Vrachlar kasallar bilan suhbat qilar ekan, aslida, har safar ishontirish usulidan foydalanadilar. Vrachning ishontirib ko`rsatadigan ta`sir kuchi o`sha vrachga bemorning qanday munosabatda bo`lishiga ko`p jihatdan bog`liq. Vrachning nufuz-e`tibori, bemorga ustalik bilan muomala qila olishi, kasal odamning psixologiyasini bilishi ishontirish usulidan davo maqsadlarida keng foydalanishga imkon beradi. Atoqli rus olimi V.M.Bexterev mana bunday deb yozgan edi. «Vrach bilan suhbatlashganidan keyin bemor engil tortmasa, u vrach emas». Ko`pgina vrachlar tushuntirib ishontirish usulidan foydalanadilar. Bemor kushetkaga yotqizilib, ko`zlarini yumish tavsiya etiladi. Bemorni uxlatmasdan turib, faqat muskullari bo`shashtiriladi va orom, tin olishiga erishiladi. Aytiladigan narsalar past ovoz bilan tushuntirib boriladi va shu tariqa ta`sir ko`rsatiladi, Masalan, mana bunday deyiladi: «hozir nerv hujayralari orom olib, kuch to`plamoqda. Shuning uchun siz turganingizdan keyin o`zingizni ancha tetik his qilasisiz». Yoki: «Sizning tajangligingiz nerv sistemangizning zaifligiga bog`liq. Ammo, nerv hujayralarining o`zi butun, ular charchagan, xolos. Hozir ular kuch to`plamoqda. Seansdan keyin Siz juda tinchib qolasisiz».

Uyg`oqlik davrida ishontirish anchagina emotsional ko`tarinkilik fonida ayniqsa yaxshi kor qiladi (ishontirishga affektiv moyillik). Xuddi shunday shart-sharoitlar ko`pincha kasallar guruhida vujudga keladi. Kasallar orasida induksiya jarayoni (affektiv holatning bir kishidan ikkinchi kishiga o`tishi) ro`y beradi. Duduqlanish, alkogolizm, nevrozlarga davo qilish uchun o`yqoqlik holatida ishontirish usuli qo`llaniladi.

O`z-o`zini ishontirish. Olimlar (I.R.Tarxanov, V.M.Bexterev, K.I.Platonov va boshqalar)ning ko`pdan-ko`p tajribalari kasalning o`z-o`zini ishontirib aytgan so`zlari organizmining turli tizimlarida fiziologik o`zgarishlar keltirib chiqarishini ko`rsatdi. O`z-o`zini ishontirish ham tashqaridan ta`sir qilib ishontirish singari, bosh miya po`stlog`ida konsentrlangan qo`zg`alish o`chog`idan iboratdir. Mazkur holda bu o`choqni bemorning o`zi muayyan so`z formulalari yoki xayoliy tushunchalar yordami bilan vujudga keltiradi.Tansiq ovqat to`g`risida o`ylashga javoban me`da shirasining ajralishi, sovuq ta`sir qilishi to`g`risida o`ylashga javoban badan terisining «tuk-tuk» bo`lib ketishi, ko`zga yot narsa tushdi deb xayol qilinganida ko`zning pirqirashi va boshqa shu singari dalillar tushunchalarning organizmdagi fiziologik jarayonlarga ta`sir ko`rsatishini aniq-ravshan qilib isbotlaydi. Hozir o`z-o`zini ishontirishning har xil uslublari qo`llaniladi. Ularning biri shundan iboratki, vrach kasal bilan birgalikda «o`z-o`zini ishontirish formulasi»degan narsani, ya`ni o`z-o`zini ishontiradigan qisqacha shifobaxsh matnni (4-5 jumalani) tuzadi. Masalan: «Men o`zimni ancha yaxshi his qilyapman. Kayfim joyida, tuzuk. Uyqum ham, ishtaham ham tobora yaxshilanib kelyapti. Davodan ancha naf ko`rdim» va hokazo.O`z-o`zini ishontirishning umumiy usullaridan keyin kasalning ayrim simptomlariga qaratilgan maxsus usullari qo`llaniladi. Bu «formulani» kasal tinch yotgan

va muskullari bo'shashgan holatda bir necha marta fikran yoki shivirlab takrorlaydi (ertalab o'rinda, tushki paytda va kechqurun uyqu oldidan). Autogen trenirovka. Autogen trenirovka (ya'ni bemorning o'zi bajaradigan mashq) psixoterapiyaning keng tarqalgan uslubidir. Autogen trenirovkani nemis olimi I.Shul's taklif etgan. Bizda bu trenirovka har xil variantlarda qo'llaniladi. Kasal karavotga yotadi yoki stulga oldinga engashib o'tiradi. U tayyorlanib olgandan keyin: «O'ng qo'lim og'ir tortib qoldi» degan u mashqni aniq-ravshan tasavvur qilishga urinadi. Mana shunday mashqni kasal kuniga 2-3 mahal, yaxshisi uyqu oldidan va uyqudan uyg'ongan zahoti takrorlaydi. O'ng qo'lini ancha og'ir tortib qolgandek his qilganidan keyin chap qo'lga, so'ngra oyoqlariga o'tadi. 2-mashq: «O'ng qo'lim iliq bo'lib qoldi», 3-mashq: «quyoshi-mon chigalim issiq bo'lib qoldi, u issiq sochmoqda». 4-mashq: «yuragim kuch bilan bir tekis urib turibdi».5-mashq: «Nafasim chuqur va ravon», 6-mashq: «Peshonam muzdakkina». Ba'zan birinchi 2-3 mashq bilan cheklaniladi. Mashqlar bajarilganidan keyin muskullar bo'shashib, odam o'zini juda tinch his qiladi, ko'pincha uni uyqu bosadi. Ana shu holatda davo maqsadida vrach aytgan o'z-o'zini ishontirish usulini qo'llanish foydalidir.

Ishontirib va o'z-o'zini ishontirib davolashda tibbiyot hamshirasining roli juda katta. Tibbiyot hamshirasi kasallarni juda sinchkovlik bilan kuzatib borishi kerak. Davolashning hozir aytilgan turlari bexatar bo'lsa ham, ba'zan asoratlar ko'riladi. Masalan, gipnotik holatning asorati qoladi, bosh og'riydi, autogen trenirovkada esa arterial bosim pasayadi va hokazo. Biroq davo ta'sirida kasalning psixologik holati qanday o'zgarib borayotganini o'rganish, uning davoga munosabatini tekshirib borish ham tibbiyot xodimining g'oyat muhim vazifasi hisoblanadi.

Psixoterapevtik yo'l bilan ishontirish. Psixoterapiyaning boshqa juda muxim bir turi ishonch hosil qilish yo'li bilan davolashdir. Vrach bu usulni qo'llash uchun kasalni yaxshi bilishi kerak. Ishontirish kasal shaxsiyatining hamma xususiyatlarini hisobga olib turib, individual ravishda olib boriladigan bo'lsagina shifobaxsh vosita bo'lib qolishi, ya'ni kasallikka aloqador kechinmalarning susayib, barham topishiga yordam berishi, bemor faolligini safarbar etishi, bemor oldiga uni qiziqtiradigan aniq-ravshan maqsadlar qo'yishi mumkin.

Jamoa va guruh psixoterapiyasi. Jamoa va guruh psixo-terapiyasi bir-biriga yaqin tushunchalardir. Ularning o'rtasidagi farq shundan iboratki, guruh bo'lib psixoterapevtik ta'sir qilish vrachdan chiqadi va umuman butun guruhga qaratilgan bo'ladi. Masalan, gipnoz seansi yoki psi-xoterapevtik suhbat o'tkazilib, shu seans yoki suhbat vaqtida vrach nerv kasalliklarining sabablarini, ularga qarshi kurash usullarini muqokama qilib chiqadi.

Jamoa psixoterapiyasida kam bemorlar jamoaning har bir bemorga shifobaxsh ta'sir ko'rsatichidan foydalaniladi.

Psixoterapevtik guruh a'zolarining qanday bo'lmasin biror narsa yoki hodisa to'g'risidagi fikrlari jamoada muqokama qilib chiqilganidan keyin ancha to'g'ri va barqaror fikrlar bo'lib qolishini V.M.Bexterev va xodimlari ko'rsatib berdilar. Jamoada diqqat hajmi kengayib, idrok etiladigan foydali axborot miqdori ham ortishini aytib o'tish o'rinni bo'ladi. Mana shularning hammasi jamoa psixoterapiyasi metodining foydali ekanligini ko'rsatadi. Emotsiyalarga kelganda, jamoada bir kasalning ikkinchi kasalga emotsional jihatdan ta'sir ko'rsatishini aytib o'tish kerak. Psixoterapevtik guruh kasallari to'g'ri tanlab olinadigan bo'lsa, bu guruh kayfi ruhiyatining umuman ko'tarilishiga, guruhga yaxshi «davo daddasi» berish uchun qulay sharoit yaratishga sabab bo'ladi. Kasallarning noto'g'ri fikrlari, pessimistik xayollari, ba'zan kasallarning davoga nisbatan shubha bilan qarashlarini birmuncha faol bo'lgan boshqa kasallar tanqid qilib, ochib tashlaydilar. Jamoa psixoterapiyasi uchun kasallarni: «sog'ayayotgan-sog'ayishga boshlagan kasal» tamoyilida tanlash «sog'ayishga boshlagan kasallar uchun» «shifobaxsh istiqbol» yaratib, ularning «sog'ayishga ishonchini» mustahkamlaydi.

Faollashtiruvchi psixoterapiya. Faollashtiruvchi psixoterapiyaning maqsadi - kasal shaxsiyatining saqlanib qolgan tomonlarini safarbar etib, uni real turmush sharoitlariga jalb qilish, kasallik natijasida izdan chiqqan funksiyalarni mashq qildirishdir. Faollashtiruvchi psixoterapiya xususan bo'shanglik hodisalari bilan faollik, tashabbusning susayib qolishi bilan o'tadigan ruhiy kasalliklarda (apato-abulik sindromda) juda katta rol o'ynaydi. Bunday holatlar shizofreniyada, bosh miyaning organik kasalliklarida (xususan bosh miya peshona bo'laklariga ham shikast etgan kasalliklarda) bo'ladi. Faollashtiruvchi psixoterapiya kasallarda yangidan-yangi qiziqish va istaklar uyg'otib, ipoxondrik holatlar singari kasallik ko'rinishlarini susaytiradi, bemorlar diqqatini o'z kayfu ruhiyatidan, ichki a'zolarining qanday ishlayotganidan chalg'itadi. Asteno-ipoxondrik holatdagi kasallar (nevrotiklar, psixopatlar, nerv sistemasining organik kasalliklari bilan og'rikan bemorlar va boshqalar) ham, odatda, faollashtirishga va boshqacha turmush maromiga o'tkazishga muhtoj bo'ladilar. Psixoterapiya va davo mashqlari (trenirovkalari). Tibbiyot amaliyotida davo mashqlari metodidan keng foydalaniladi. Davo mashqlari organizmdagi ayrim a'zo va siste-malarni, ayrim psixik funksiyalar yoki umuman kasalning butun shaxsiyatini muntazam ravishda va izchillik bilan mashq qildirib borishdan iboratdir. Kasallar oldiga ular bajarib borishi kerak bo'lgan muayyan vazifalar qo'yiladi, shu bilan birga davolash vaqtida bu vazifalar tobora ko'proq murakkablashib boradi. Chunonchi, protezdan endigina foydalana boshlagan kasallarga tobora murakkabroq harakat mashqlari beriladi. Insul't bo'lib, nutqi izdan chiqqan kasallarga asta-sekin nutq nagruzkasi berib boriladi; rak, qon tomirlar sistemasi kasalliklarida sayr qilish buyuriladi, shu bilan birga kasal aylanib chiqadigan masofa, shuningdek kasal yuradigan er yuzasining nisbati (ba-landligi) asta-sekin oshirib boriladi.

Ana shunday mashqlar tizimli psixiatriyada ham, nevropatologiyada ham qo'llaniladi. Chunonchi, Korsakov psixozida (xotira buzilib, polinevrit paydo bo'lishi bilan tavsiflanadigan kasallikda) dori berib davolash va fizioterapiya bilan bir qatorda kasallarga xotirani tiklashga yoki lokal yaxshilashga qaratilgan shifobaxsh kursi buyuriladi. Nevrotik o'zgarishlarning talaygina turlari (agorafobiya, kardiofobiya, astaziya-abaziya)ga muhtoj bo'lgan kasallar muntazam mashq qilib turishga muhtoj bo'ladilar.

Davo mashqlari kompleks chora-tadbirlardir. Ularni buyurishda terapevt, zarurat bo'lsa-xirurg, ortoped, shuningdek nevropatolog, logoped, psixiatr, davu fizkul'turasi bo'yicha mutaxassis, pedagog birgalikda maslahatlashib ish ko'radi.

O'rta ma'lumotli tibbiyot xodimi mana shu vazifalarni bajarishda faol yordam beradi. Kasallar ko'pincha ularning oldiga vrachlar qo'ygan vazifalarni bajara olishiga shubha bilan qaraydilar. Chunonchi, ularning ba'zilar o'rnidan turib, xona ichida o'z holicha yurishning iloji yo'q, deb hisoblasa, boshqalari uydan tashqari chiqishdan bosh tortadi, uchinchilari boshqa turdagi mehnat yoki masg'ulotga o'tishdan bo'yin tovlaydi. Mana shunga o'xshagan ishlarning hammasini batamom tuzalib ketganidan keyingina bajarishim mumkin, deb xisoblaydigan kasallar ham uchraydi. Ular: «Mudom yuragim o'ynab turadi-yu, men qanday qilib yura olaman?» yoki: «Og'zimga ovqat olishim bilan ko'nglim ayniy veradi, shuning uchun men ovqat (u yoki bu turdagi taom) eya olmayman» deb aytadilar va hokazo. Tibbiyot xodimi mana shunday hodisalar bemorning ongli ravishda qarshilik qilishi, injiqligi tufayli kelib chiqmasdan (garchi bunday hodisalar uchrab tursa ham) alohida nevroitik munosabati tufayli, asablarning kasallik vajidan juda o'zgarib, bemor yurish-turishida noto'g'ri, patologik stereotip qaror topishiga olib borganligidan kelib chiqishini bilishi kerak. Bemorning o'z hayotidan olingan ijobiy dalillarni qo'rsatib, ba'zan qayta-qayta ishontirish, boshqa kasallar-ning ahvoli yaxshilanib qolganligini ko'rsatadigan misollarni keltirib o'tish, shikastlangan funksiyani mashq qiddirishning fiziologik jihatdan to'g'riligi va yaxshi foyda berishini tushuntirib borish, adabiy asarlar, ki-nofil'mlardan misollar keltirish zarur bo'ladi va hokazo. Ba'zan kasal tashabbusini o'ziga xos tarzda «mustahkamlab» foydali hatti-harakatlari uchun uni «rag'batlantirish» (buni odat darajasiga ko'tarish yaramaydi, albatta), kasallar bir-birini faollashtirsin deb guruh trenirovkalarini uyushtirish, ular o'rtasida musobaqa elementlarini o'yg'otish foydali bo'ladi.

«Muhit bilan davolash» ko'rinishidagi psixoterapiya. Muhit yoki mikromuhit deb, birinchidan bemorga juda yaqin yuradigan odamlar (oilasi, yaqin do'stlari, ishxonadagi o'rtoqlari, kasalxonada esa boshqa kasallar, bemorni davolashda bevosita ishtirok etadigan vrachlar, tibbiyot hamshiralari, ikkinchidan, bemorni turmushda va davu mu-assasasida bo'lgan paytida atrofni o'rab olgan vaziyatga aytiladi.

Kasal odam muhit bilan juda mustaxkam aloqada bo'ladi; muhit bemor qiziqishlarining doirasini, uning ijtimoiy va ma'naviy qiyofasini, shuningdek emotsional qoladi, kayfu ruhiyatini ko'p darajada belgilab beradi. To'g'ri uyushtirilgan muhitning bemorga ko'rsatadigan ta'siri qudratli davu vositasi bo'lib hisoblanadi. Muhit ta'sirini: 1) davu muassasasidan tashqarida ko'rsatiladigan ta'sir va 2) davolash muassasasi ichida ko'rsatiladigan ta'sirga bo'lish mumkin.

Vrach, shuningdek o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimi bemor kasalxonaga tushmasdan ilgari uning qanday muhit sharoitlarida yashab kelganligi bilan hamisha qiziqadi. Shu maqsadda vrach albatta bemorning qarindosh-urug'lari, ba'zan esa birga ishlaydigan hamkasblari bilan tanishadi, bemor ishining tabiatini, jamoadagi, oilasidagi o'zaro munosabatlarini aniqlab oladi va hokazo. Shunda bemorning qarindosh-urug'lari o'z oilasining a'zosi qanday dardga chalinganligini, unga qanday munosabatda bo'lish kerakligini, uning qanday tartibga amal qilib borishi lozimligini aniq-ravshan bilib oladi.

«Muhit bilan davolash»ning ikkinchi tipi-kasalxona, sanatoriy, dispanser ichida ta'sir ko'rsatishdir. Psixoterapevtik tartib degan narsa bu o'rinda katta rol o'ynaydi. Shu tartibning ikkita asosiy turini ajratish mumkin: 1) davolovchi-muhofaza tartibi va 2) davolovchi-faollashtiruvchi tartib.

Davolovchi-muhofaza tartib holdan ketib, darmoni qurigan kasallarga, o'tkir psixik iztirobni boshdan kechirgan kasallarga buyuriladi. Bu tartib kasallarni zararli vaziyatdan ajratish, ularni tinch qo'yib, dam oldirish, uyqusini uzaytirish va mustahkamlashdan (ba'zan sutkasiga 16-18 soatgacha uzaytirishdan) iborat bo'ladi. Bu davrda kasallar bilan tinchlantiruvchi suhbatlar o'tkaziladi, shuningdek ularga sedativ va umuman darmonga kiritadigan preparatlar (bromidlar, trankvilizatorlar, vitaminlar, glyukoza va boshqalar) bo'yuriladi.

Davolovchi-muhofaza rejimni ipoxondriya bo'lgan kasallarga, ya'ni o'z badanining har xil qismlaridagi sezgilarga (yurak, me'da-ichak, o'pka, siydik-tanosil a'zo-lari va boshqalardagi sezgilarga) butun diqqat-e'tiborini qaratadigan kasallarga buyurib bo'lmaydi! Bunday bemorlar haddan tashqari hadiksiraydigan bo'lishi bilan ajralib turadi va o'zlarini salga go'yo og'ir kasalliklarga muhtalo bo'lgan degan fikrga keladilar. Davolovchi-faollashtiruvchi rejim ustida birmuncha batafsilroq to'xtalib o'tamiz.

Davolovchi-faollashtiruvchi rejimda turmushdagi real muhitga yaqin vaziyatni yaratish uchun harakat qilinadi. Shu bilan birga bunday rejim psixoterapiya uchun eng yaxshi imkoniyatlar yaratib beradi, chunki tinchlantiruvchi suhbatdar o'tkazish uchun imkon beribgina qolmay, balki kasalni har xil turdagi faoliyatga o'tkazishga, shaxsiyatining saqlanib qolgan tomonlarini faollashtirishga, jamoa yordamida unga ta'sir ko'rsatishga ham imkon oshadi.

O'rta ma'lumotli tibbiyot xodimi uchun, birinchi navbatda, davolovchi-faollashtiruvchi rejimning kasallarga ikki pog'onada xizmat ko'rsatiladigan sistema (vrachlar, tibbiyot hamshiralari) sharoitlarida o'tkazilishini bilish muhim. Kichik tibbiyot xodimlari sonini qisqartirish hisobiga o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimlari soni ko'paytiriladiki, bu davolovchi faol psixoterapevtik rejimni amalga oshirish uchun muhimdir. Chunki ana shunday rejim sharoitlarida hamshira vrach buyurgan davolarni bajaruvchi shaxs bo'libgina qolmay, balki kasallar jamoasining tashkilotchisi bo'lib ham qoladi. U ma'lum darajada psixoterapevtik va tibbiy-pedagogik ta'sir ko'rsatib boradi.

Ikki pog'onali sistema bemorlarning o'z-o'ziga xizmat ko'rsatishi (palatalarni yig'ishtirishi, ovqat tarqatishi, tartib-intizomga amal qilishi) va ularning muhitida o'z-o'zini ko'proq boshqarish bilan bog'liqdir. Palata muhirlari, xo'jalik-maishiy va ommaviy-madaniy ishlarga rahbarlik qiladigan kasallar kengashi saylanadi. Davolovchi-

faollashtiruvchi rejimning psixologik ahamiyati shundan iboratki, bunda kasallar davolanadigan yoki vrach hamda xodimlarning ta'siriga beriladigan passiv «ob'ekt» bo'lib qolmasdan, balki «sub'ekt»ga aylanadilar, ya'ni davolash hamda tibbiyot muassasasidagi butun jamoa hayotining faol ishtirokchilari bo'lib qoladilar. Kasalning tibbiyot xodimiga bo'lgan munosabati «buyurish-bo'ysunish» tamoyiliga asoslangan bo'lmay, balki «vrach bilan bemor salomatlik uchun umumiy kurashda teng huquqda ishtirok etadigan sheriklardir», degan qoidaga muvofiq qaror topib boradi. Kengash kishilari madaniy saviyasining keskin yuksalganligi, mamlakatda umumiy o'rta ma'lumot tizimining amalga oshirilganligi, davo jarayonining tibbiy-psixologik tomoniga ko'p diqqat-e'tibor berilayotganligi tufayli tibbiyot xodimlari bilan kasallar o'rtasida ana shunday yangi mazmundagi o'zaro psixologik munosabatlar qaror topadi.

## PSIXOFARMAKOTERAPIYA

### Qisqa tarixiy ma'lumot.

Uzoq yillardan vrachlar bemorlarni davolashda boshqa davolvchi moddalar katorida kishi ruxiy xolatiga ta'sir ko'rsatuvchi moddalarni xam qullaganlar. Shulardan psixoterapiyaning xar xil metodikalari aloxida urin egallagan. 1548 yilda chikarilgan kitob (R.Lorichius Hadamarius) "Psixofarmakon" usha davrda siginish yuli bilan uzini uzi ishontirgan. Odam ruxiyatiga ta'sir qiluvchi xar xil dorilar xam kabul kilingan. Asrlar davomida bunday dorilar katori kam bulgan. Bu dorilar xar xil usimlik tarkibli preparatlar (opiy, valeriana, kofein, kokain, skopolamin, jenshen va b.) va ba'zi mineral moddalar bulgan (brom tuzlari va b.). Ruxiy bemorlar terapiyasida fakat simptomatik ta'sirga ega bulgan kuchli ta'sirdagi sedativ va uxlatuvchi preparatlar biroz kengrok ishlatilgan.

1952 yildan psixiatriya klinikasida xlorpromazin (aminazin) ishlatilishi xozirgi psixofarmakoterapiyaning boshlanishi xisoblanadi. Birinchi marotaba bu preparat maniakal xolatdagi bemorlarda ishlatilgan. Keyinchalik aminazin xar xil ruxiy buzilishlarda ishlatilib, psixotrop ta'siri analiz kilingan. Xlorpromazinning antipsixotik ta'siri tezda boshka bir kator avtorlar tomonidan xam tasdiklangan. Ximiklar, farmakologlar va klinitsistlar bilan birgalikda kidiruvlar boshlanib, keyingi 10 yilliklarda kator psixotrop ta'sirga ega bulgan preparatlar sintez kilingan, tekshirilgan va davolash amaliyotiga kiritilgan.

Neyroleptik preparatlar, xlorpromazin bilan bir katorida boshka psixotrop dorilar paydo buldi. Usha yilning uzida, 1952 yilda silga karshi preparatlar, monoaminoksidaza ingibitori iproniazid kayfiyatga ta'sir kilishi xakida ma'lumot chop etildi.

1955 yilda (L.E.Selling) birinchi trankvilizator meprobamat topilgan. 1959 yilda (L.Sternbach) davolash amaliyotida xlordiazepoksid, ya'ni yangi keng, kuchli ta'sirdagi trankvilizator chikarildi.

1957 yilda (R.Kuhn) imipramin va iproniazidning antidepressiv ta'siri aniklandi.

1958 yilda (P.A.J.Janssen) davolash amaliyotida galoperidol va shu preparat asosida keyichalik boshka kuchli ta'sirdagi antipsixotik neyroleptiklar sintez kilindi.

Bungacha 1949 yilda Avstriya psixiatri J.Cade maniakal bemorlarni davolashda litiy tuzlarining yaxshi ta'sirini aniklagan, lekin bu preparat 1960 yillardan kuzga tashlandi, chunki M.Schou litiyning nafakat antimaniakal effektini, balki rekurrent affektiv kasalliklarda profilaktik ta'sirini tasdikladi.

1970 yillarda ba'zi aminokislotalar nerv tukimasida energetik almashuvni kuchaytirish bilan birga odam organizmi yukori kortikal funksiyalariga tonik ta'sir kilishi aniklandi. Shunday kilib nootroplar - psixotrop vositalarning yana bir guruxi aniklandi. M.N.IIqkina tomonidan sintezlangan aminazin M.D.Mashkovskiy tomonidan farmakologik tekshirilgan va 1954 yili A.V.Snejnevskiy boshkaruvidagi SIU psixiatrik klinikasida birinchi marta kullanilgan. Tezda aminazin va boshka psixotrop vositalar psixiatriya amaliyotida keng mikesda kiritildi.

Sovet tekshiruvchilari tomonidan yukor effektdagi original spektr ta'sirga ega kuppina preparatlar xosil kilingan. Masalan, neyroleptik karbidin, antidepressantlar - azafen, pirazidol, trankvilizatorlar - fenazepam va mebikar, psixostimulyatorlar - sidnokarb va sidnofen, nootrop preparatlar - fenibut va boshk. (M.D.Mashkovskiy, V.V.Zakusov, N.K.Barkov, N.I.Andreyeva, T.A.Voronina, Yu.M.Vixlyayeva va b.). Ruxiy bemorlarni davolashda psixotrop preparatlar tezda uzining mustaxkam urnini egalladi, ularni ishlatish kengayib bordi. Bu preparatlar bilan utkir va surunkali, psixotik va nopsixotik kasalliklarni davolashning keng va yukori effekti amaliyotda tasdiklandi.

## PSIXOTROP PREPARATLAR KLASSIFIKATSIYASI.

1. NEYROLEPTIKLAR (sin. psixoleptiklar, katta trankvilizatorlr, antipsixotiklar, psixozolitiklar) - idrok va tafakkur buzilishini bartaraf etadi (gallyutsinatsiya, vasvasa), mayl va xisset buzilishini bartaraf etadi (kurkuv, kuzgalish, agressiya).

2. TRANKVILIZATORLAR (sin. anksiolitik, kichik trankvilizatorlar, antifobiklar, psixosedatiklar, markaziy relaksantlar) - xissiy xayajon, ta'sirlanish, kurkuvni bartaraf etadi.

3. TIMOSTABILIZATORLAR (sin. psixostabilizatorlar, normotimiklar) - kayfiyatning kasallik bilan fazali uzgarishini yukotadi.

4. ANTIDEPRESSANTLAR (sin. timoleptiklar, timoanaleptiklar, timeretiklar) - kayfiyatning kasallik tufayli pasayishini va ruxiy faoliyatning tormozlanishini yukotadi.

5. PSIXOSTIMULYATORLAR (sin. psixotoniklar, eyforizatorlar) - fikrlash va xarakat aktivligini oshiradi, tez charchash xolatini yukotadi.

6. NOOTROPLAR (sin. psixoenergizatorlar) - ruxiy tonusni kutaradi, fikrlash va xotirani yaxshilaydi.

7. PSIXODIZLEPTIKLAR (sin. psixotomimetiklar, gallyutsinogenlar, psixotogenlar, psixodeliklar, depersonalizatorlar) - ruxiy jarayenlar buzilishini chakiradi (es-xush, idrok, xissiyet).

1-6 gurux preparatlar ruxiy bemorlarni davolashda ishlatiladi. 7-gurux preparatlari terapevtik maksadda ishlatilmaydi. 50-yillarning oxiridan spixotrop moddalarning kup sonliligi va xar xilligi sababli bu moddalarni sistemlashtirish kerak buldi. U vaktlarda aloxida preparatlar va ularning guruxlarini xar xil nom bilan ishlatilgan: psixotroplar, psixoneyrotroplar, neyrotroplar, ensefalotropalar, frenotropalar, psixoaktivlar, psixokimeviy preparatlar. Terminlar va sinonimlarning kupligi keyinchalik adashuvchanlikka sabab bulgan. 1966 yili bir gurux VOZ ekspertlari ma'lum bulgan psixotrop moddarning klassiifkatsiyasini taklif kilganlar:

1. Neyroleptiklar,
2. Trankvilizatorlar yeki ansiolitiklar,
3. Antidepressantlar,
4. Psixostimulyatorlar,
5. Psixodirleptiklar.

Bu klassifikatsiya tezda umum tasdikni topdi. Oxirgi 20-yillarda psixotrop moddalarning yana 2 ta guruxi kushildi. Xozirgi vaktida psixotrop moddalar 2 guruxdan iborat.

## 1. NEYROLEPTIKLAR

Umumiy xarakteristika.

Neyroleptiklar psixotrop preparatlarning katta guruxini tashkil kiladi. Psixozlar va shizofreniya bilan bemorlar psixofarmakoterapiyasida asosiy urinni egallaydi.

Neyroleptik preparatlar xozirgi vaktida turli kimeviy strukturalarni uz ichiga oladi. Eng kup ishlatiladigan neyroleptiklarning kichik guruxiga kimeviy strukturasiga kura kuyidagilar kiradi:

- fenotiazin katori (alifatik, piperidin va piperazin unumlari),
- tioksanten katori,
- butirofenon katori,
- difenilbutilpiperidin katori,
- indol, sulfamoilbenzamid va boshkalar xisoblanadi.

Neyroleptiklarning psixotrop effekti xar xil, lekin barcha neyroleptiklarning antipsoxotik ta'siri asosiy xisoblanadi: ular gallyutsinator va vasvasaviy buzilishlarni yukotadi, affektiv taranglikni, psixomotor kuzgalishni kamaytiradi va xar xil genezdagi patologik xarakatni normallashtiradi. Butirofenon katori (galoperidol, trifluperidol) va fenotiazinning piperazinli unumlari (triftazin, ftorfenazin) eng katta antipsixotik ta'sirga ega. Neyroleptiklar antipsixotik ta'sir bilan birgalikda turli darajada boshka psixotrop ta'sirga xam ega. Kup neyroleptiklar sedativ ta'sirga ega. Fenotiazinning alifatik katori (levomepromazin, aminazin)da sedativ ta'sir yakkol namoyen buladi. Shuni belgilash kerakki, fenotiazinning piperazin katori va butirofenonning ba'zilar katta dozalari sedativ ta'sirga, kichik dozalari psixostimulyatorlovchi va antiautistik ta'sirga ega. Indolning original katoridagi karbidinning sedativ ta'siri yuk va stimulyatorlik effekti kuprok bilinadi.

Kup neyroleptiklar trankvilizatorlik ta'sirga ega, shulardan lifatik, piperidin, fenotiazin katori va tioksantin katorining trankvilizatorlik ta'siri katta.

Antiagressiv ta'sir - kupincha fenotiazinning alifatik va piperidin katorida namoyen buladi.

Antidisforik ta'sir - fenotiazinning piperidin katorida anik namoyen buladi.

Uyku beruvchi ta'sir - fenotiazinning alifatik katorida (asosan levomepromazin) kup bilinadi, fenotiazinning piperidin katori va tioksantin kuchsiz ta'sirga ega. Bu neyroleptiklarning kichik dozalari ishlatilganda fiziologik uyku ritmi buzilmagan xolda uyku davomiyligini chuzishga ega bulish mumkin.

Antidepressiv ta'sir - urta darajada fakat aloxida neyroleptiklarda namoyen buladi (asosan fenotiazinning piperidin katorida va tioksanten katorida). Chukurrok antidepressiv ta'sir benzamid katorisulpiridda (eglonil) va karbidinda namoyen buladi. Shuni belgilash kerakki, kup neyroleptiklar uzok muddat ishlatilganda (asosan rezepin, aminazin va b.) depressiv xolatga olib kelishi mumkin (neyroleptiklarning depressogen effekti).

Birinchi klinik tekshiruvlarda xlorpromazin ta'sirida ruxiy faoliyatning uzgarishlaridan tashkari, ekstrapiramid va vegetativ buzilishlar kurinishida neyrotrop ta'siri xam kuzatilgan. Keyinchalik bu xususiyat barcha neyroleptiklarga xos ekanligi aniklandi. Ekstrapiramid, ya'ni nojuya ta'sir xamma neyroleptiklar uchun zaruriy komponent xisoblangan. Xozirgi zamon psixofarmakologiyasida neyroleptiklarni uziga xos psixotrop ta'sirga asoslanib 3 guruxga bulinadi.

I guruxda yukori antipsixotik ta'sirga ega bulgan neyroleptiklar kiritilgan. Bu guruxga taallukli preparatlar: butirofenon katori (galoperidol, trifluperidol), fenotiazinning piperazin katori (trifluperazin, tioperazin, ftorfenazin), difenilbutilpiperidin katori (pimozid, fluspirilen, penflyuridol), tioksanten katori (flupentiksol, kloptentiksol).

II guruxga yukori sedativ ta'sirga va urtacha antipsixotik ta'sirga ega neyroleptiklar kiritilgan: fenotiazinning alifatik katori (aminazin, levomepromazin) va rauvolfiya alkaloidlari (rezepin).

III gurux aralash ta'sirga ega bulgan va turli klinik strukturali preparatlarni uz ichiga oladi: fenotiazinning piperidin katori (tioridazin, peritsiazin), tioksantenning alifatik katori (xlorprotiksen), dibenzodiazepin katori (klozapin), sulfamoilbenzamid katori (sulpirid), indolning ba'zi unumlari (karbidin). Bu gurux psixotrop preparatlari antipsoxotik ta'sirdan tashkari, stimulyatorlik, antidepressiv,

antiagressiv va boshka ta'sirlari birgalikda kuzatilishi mumkin. Bir vaktning uzida boshka neyroleptiklar uchun tipik sedativ ta'sir, ekstrapiramid sistemasiga neyrotrop ta'siri kam yoki umuman namoyen bulmaydi. Shu sababli bu preparatlar atipik neyroleptiklar deb atiladi.

#### TA'SIR MEXANIZMI.

Xozirgacha neyroleptiklarning ta'sir mexanizmi tulik aniklanmagan. Buni aniklashga asosiy tusik shundaki, neyroleptiklarning klinik-farmakologik tekshiruvi ruxiy kasallikning etiologiya va patogenezi kup xollarda xozirgacha anik bulmagan va gipotetik bulgan bemorlarda olib borilishi xisoblanadi. Xayvonlarda fiziologik parametrlar buyicha neyroleptiklar ta'sirini tekshirish ruxiy bemorlarda kullash uchun fakat shartli ma'lumot beradi.

Klinik va eksperimental kuzatuvlar neyroleptiklarning bosh miya funksiyalariga kup kirrali ta'siri xakida guvoxlik beradi. Birinchi kuzatuvlar asosidanok neyroleptiklarning psixotrop effekti boshka psixotrop preparatlar singari eng avvalo neyromediator sistemaga ta'siri ekanligi tugrisida fikr yuritilgan edi.

Birinchi etaplarda asosiy diqqat neyroleptiklarning serotonin va noradrenalin almashinuvini uzgartirishiga karatilgan edi. Xozirgi vaktida yangi dalillar aniklanganligi sababli neyroleptiklarning ta'sir mexanizmi xakidagi tushuncha ma'lum darajada chukurlashdi. Aloxida neyroleptiklarning psixotrop ta'siri xar xil neyromediator tizimda ularning ta'sir doirasiga boglik xisoblanadi. Lekin bu bogliklikning konuniyati xali aniklanmagan.

#### TERAPEVTIK QULLASH PRINTSIPLARI.

Ruxiy bemorlarda neyroleptiklarni kullash kasallikning utkir va surunkali psixotik xolatlarida tavsiya etiladi. Davolashda neyroleptik dozasi va turini tanlash kasallikning chukurki darajasiga va psixopatologik sindromal strukturasi boglik. Neyroleptiklarni terapevtik kullashning xususiy masalalari ruxiy kasalliklarni urganib chikilganda tulik ma'lumotga ega bulinadi. Bunda neyroleptiklarni kullashning umumiy prinsiplari bayen etiladi.

#### DAVOLASHGA QARSHI KURSATMA.

Neyroleptiklar turli organlarga kup tomonlama ta'sir kursatadi, shuning uchun xar doim kursatma va karshi kursatmasini diqqat bilan analiz kilish zarur. Bir kism neyroleptiklar kuchli somatotrop ta'siri bilan farklanadi, shu sababli ularni kullashda kup karshi kursatmalari mavjud (aminazin, xlorprotiksen, triftazin va b.). Boshka neyroleptiklar yumshok somatotrop ta'sirga ega, ular uchun karshi kursatmalar xam kam (levomepromazin, metilpromazin, tioridazin). Klinik tajribalarga asoslanib kupichlik neyroleptiklarni kullashga kuyidagilar karshi kursatma xisoblanadi: kon kasalliklari, jigarning infeksiya va toksik zararlanishi, buyrak yetishmovchiligi, dekompensatsiyalashgan yurak-tomir kasalliklari, tromboembolik kasallik, utkir isitmali xolatlar, glaukoma, miksedema, narkotiklar, uxlatuvchilar va analgetiklar bilan utkir zaxarlanishlar. Xomiladorlikning birinchi 3 oyida neyroleptiklar tavsiya etilmaydi.

Juda extiyetkorlik bilan kullash kerak bulgan xollar: gipertoniya kasalligi, revmatizm, sil, miokardiodistrofiya, buyrak-tosh va ut-tosh kasalliklari, bosh miya kon aylanishi buzilishi bulgan kari odamlarda. Bundan kelib chikadiki, bemorlarga neyroleptiklarni tavsiya etishdan oldin ularni psixopatologik tekshiruvdan tashkari, somatik xolatini xamda paraklinik tekshiruv usullari bilan xar doim tekshirish zarur.

#### KURSATMALAR.

Neyroleptiklar kullashda kursatmalarni ularning psixotrop ta'sir xususiyati belgilaydi. Neyroleptiklar shartli ravishda antipsixotik, sedativ, aralash turlarga bulingan bulsa-da, bu xususiyatlari bosh kursatma xisoblanadi. Kuprok antipsixotik ta'sirga ega neyroleptiklar paranooyal, paranoid, gallyutsinator, parafren sindromli, Kandinskiy-Klerambo ruxiy avtomatizm sindromli, karilik psixozlari va simptomatik psixozli bemorlarda kullash foyda beradi.

Kuchli antipsixotik tanlab ta'sir kursatuvchi preparatlar katoriga trifluiperidol (trisedil), galoperidol, trifluiperazin (triftazin) xisoblanadi. Bu guruxning ba'zi neyroleptiklari antipsixotik ta'siri aktivlovchi effekt bilan biralshadi. Bular uchun kursatma bulib apato-abulik bemorlar, substupor va stupor sindromli bemorlar (ftorfenazin, tioproperazin) xisoblanadi.

Antipsixotik, trankvilizatorli va yumshok stimullovchi ta'sirdagi neyroleptiklar (frenolon, etaperazin) katatonik, gebefren sindromli bemorlarda yaxshi natija beradi. Affektiv buzilishli (kurkuv, xayajon) va psixomotor kuzgalish bilan bulgan bemorlarda bu gurux neyroleptiklar kasallik simptomlarini kuchaytiradi. Kuprok sedativ ta'sirdagi neyroleptiklar uchun asosan kursatma psixomotor kuzgalish va xar xil genezli affektiv buzilishlar xisoblanadi. Aminazin, levomepromazin, xlorprotiksen va boshk. eng avvalo oneyroidli-katatonik, gebefrenik va maniakal kuzgalishda xamda gallyutsinator-vasvasali sindrom, kuchli affektiv buzilishli va kuzgalishli bemorlarda kursatma xisoblanadi. Bu gurux neyroleptiklardan ba'zilar yumshok sedativ ta'sirga ega bulgani va kam asoratligi uchun (tioridazin) bolalarda va kari yeshli bemorlarda, nevroz, nevrosimon xolatlar, yepishkoklik va fobiya, senestopatik buzilishi bulgan bemorlarda ishlatiladi.

Aralash ta'sirdagi neyroleptiklarga kursatma ularning uziga xos psixo- va neyrotrop xususiyatlaridan kelib chikadi. Masalan, klozapin (leponeks) antipsixotik va sedativ ta'sirli preparat vsvasali va affektiv sindrom kuchli psixomotor kuzgalish bilan bulgan bemorlarga tavsiya etiladi. Klozapinning xususiyati ekstrapiramid buzilish va yurak-tomir sistemasiga uzok kullanganda xam asoratlar kuzatilmasligidir. Shu sababli bemorlarda boshka neyroleptiklarni kullashga karshi kursatmalar bulganda, jumladan ekstrapiramid buzilish bulsa, bu preparat muvaffakiyatli ishlatiladi. Karbidin va eglonil yetarli antipsixotik ta'sir bilan birga antidepressiv va stimullovchi effektga ega. Shu sababli bu preparatlarga kursatma bulib depressiv-vasvasali xmada apato-abulik sindromli bemorlar xisoblanadi.



## 2. TRANKVILIZATORLAR.

### Umumiy xarakteristika.

Trankvilizatorlar manfiy xissiyetni - kurkuv, xayajon, emotsional kuzgaluvchanlik kabi buzilishlarni kamaytirish yoki yukotish xususiyatiga ega bulgan moddalar xisoblanadi. Kupgina mamlakatlarning xalk tabobatida uzok yillardan tinchlantiruvchi ta'sirga ega moddalar ishlatilgan. Valeriana, opium, skopolamin, brom tuzlari va boshka preparatlar tibbiyet arsenaliga utkazilgan.

1946 yilda meprobamatning topilishi va 1955 yilda uning amaliyetga kiritilishi hozirgi zamon trankvilizatorlar tarixining boshlanishi xisoblash mumkin.

Xozirgi vaktida 50dan ortik trankvilizatorlar terapevtik amaliyetga kiritilgan va eski tinchlantiruvchi vositalar amaliyetdan chikarilgan. Kupgina rivojlangan mamlakatlarda trankvilizatorlar keng kullaniladi-gan dori moddalari xisoblanadi. Ularni fakat kasal odamlar emas, balki soglom odamlar emotsional distress xolatida kullashi mumkin.

Zamonaviy trankvilizatorlar turli birikmalar xosilalari xisoblanadi, bular - benzodiazepin, karbaminva benzil kislota va boshk. Bu preparatlarning maxsus psixotrop ta'siri - trankvilizatsiyalovchi-anksiolitik xisoblanadi, ya'ni nerv tolikishini bartaraf etuvchi ta'sir. Bundan tashkari trankvilizatorlar boshka psixotrop va neydrop ta'sirga xam ega:

sedativ, uxlatuvchi, miorelaksatsiyalovchi, tutkanokka karshi ta'sir. Neyroleptiklardan farkli ularok, trankvilizatorlar emotsional indifferentlik (befarklik) chakirmaydi, antipsixotik ta'sir va ekstrapiramidal buzilishlar xosil kilmaydi. Antidepressantlardan farkli ularok, trankvilizatorlar depressiya xolatining uzini bartaraf etmaydi, biroq ba'zi preparatlar xavotir va depressiyaning vegetativ komponentini susaytiradi.

Trankvilizatorlar alkohol, uxlatuvchi vositalar, analgetiklar va narkotiklar ta'sirini kuchaytiradi. Trankvilizatorlar fakatgina asabiy tolikishna bartaraf etmay, balki umumiy axvolni xam yaxshilaydi. Neyroleptiklar va antidepressantlardan farkli ularok trankvilizatorlarning ta'siri fakatgina ruxiy bemorlarda kurinmay, balki soglom kishilarda xam namoyen buladi. Shu sababli trankvilizatorlarni zok kullash urganib kolish, toksikomaniyalarga olib keladi.

Xozirgi paytda trankvilizatorlar kimeviy strukturasi buyicha kuyidagi guruxlarga ajratiladi: 1) propandiol unumlari (meprotran), 2) tuyinmagan karbinallar (metilpentinol), 3) trimetoksibenzoy kislota unumlari (trioksazin), 4) difenilmetan unumlari (amizil), 5) 1;4-benzodiazepin unumlari (xlordiazepoksid, diazepam, nozepam, lorazepam, nitrazepam va b.), 6) turli kimeviy strukturali boshka trankvilizatorlar. Benzodiazepam unumlari ustun turib, ularning trankvilizatorlovchi effekti yakkol va nojuya ta'sirlari nisbatan kam.

### TA'SIR MEXANIZMI.

Trankvilizatorlar MNS va periferik nerv sistemasining neyromediator sistemasida ma'lum uzgarishlar chakiradi (buning okibatida ba'zi nojuya ta'sirlar kuzatiladi). Trankvilizatorlarning xolin-, noradren-, serotoninergik sistemalarga ta'siri kuchli va doimiy emasligi aniklangan. Fakat difenilmetanamizil xosilalari (masalan, benaktizin) markaziy va periferik nerv sistemasi M-xolinreaktiv strukturalariga yakkol bloklovchi ta'sir kursatadi.

Boshka trankvilizatorlarning, xususan benzodiazepin xosilalarining ta'siri GAMK ta'sirini kuchaytirishi bilan izoxlanadi. GAMK presinaptik tormozlanish mediatori bulib, sensor impulslarga kuchaytiruvchi va tormozlovchi ta'sir kursatadi. Trankvilizatorlar GAMK ta'sirini oshirib, presinaptik tormozlanishni kuchaytiradi va bu bilan sensor impulslar okimini kamaytiradi. Bu mexanizm bilan trankvilizatorlarning anksiolitik va miorelaksatsiyalovchi ta'siri boglik. Trankvilizatorlar ta'sir mexanizmini urganishda yangi etap nerv sistemasida benzodiazepam retseptorlarining ochilishi bilan boglik. Taxmin kilinishicha, benzodiazepam retseptorlarining kup mikdori gippokampda saklanishi trankvilizatorlarning anksiolitik, pustlokda - tutkanokka karshi va talamusda - sedativ ta'sirini ta'minlaydi.

### DAVOLASHGA QARSHI KURSATMALAR.

Trankvilizatorlar kullashga asosiy karama-karshi kursatmalar - miasteniya va ataksiya, shuningdek jigar va buyrakning utkir kasalliklari xisoblanadi. Barbituratlar, opiatlar va alkohol ta'sirini kuchaytirganligi sababli, yukoridagi moddalarni trankvilizatorlar bilan birga kullash man etiladi. Miorelaksatsiyalovchi ta'sirga ega bulgan trankvilizatorlar transport xaydovchilariga, mexnat faoliyati xarakat reaksiyalarining tez va anikligi bilan boglik shaxslarga, ish paytida va ishdan oldin tavsiya etilmaydi. Kupgina avtorlar xomiladorlikning birinchi 3 oyligida ayellarga trankvilizatorlar kabul kilishni tavsiya etmaydilar. Yesh bolalar va kari kishilarda trankvilizatorlovchi preparat va uning dozasini extiyetkorlik bilan tanlash kerak.

### KO`RSATMALAR.

Trankvilizatorlar eng avvalo nopsixotik xarakterdagi turli ruxiy buzilishlarni davolashda kullaniladi. Emotsional taranglik xolati, ta'sirchanlik, emotsional labil xolat, xavotir, turli etiologiyali kurkuvxolatlari trankvilizatorlar kullash uchun kursatma xisoblanadi. Nevrotik (situatsion) reaksiyali, nevroz, psixopatiya, somatogen nevrosimon va psixopatsimon xolatli, shuningdek psixosomatik kasalligi bor bemorlarda trankvilizatorlar kullaganda yukoridagi simptomlarga terapevtik ta'sir kursatadi.

Trankvilizatorlar emotsional tolikish va ichki xavotirlanish bilan boglik uyku buzilishlarini davolashda ijobiy ta'sir kursatadi. Gipnosedativ tipdagi trankvilizatorlar (nitrazepam, fenazepam) ta'sirida bu bemorlarda uyku chukur va davomli buladi. Vegetativ buzilishlar (bosh aylanishi, kungil aynishi, taxikardiya va gipergidroz xuruji va b.) bilan boglik uyku buzilishlarini davolashda benzodiazepin unumlari (diazepam, nozepam, mezepam) effektili

xisoblanadi. Tutkanokka karshi yakkol ta'sirga ega trankvilizatorlar epilepsiya kasalligida tutkanok xurujlarini kompleks davolashda, shuningdek disforiya, kuzgalish va agressiya xurujlarini davolashda kullaniladi. Vena ichiga diazepam yuborish epileptik statusda effektiv xisoblanadi. Kuppina avtorlar diazepam alkogolli abstinent sindrom va alkogolli deliriyni bartaraf etishda kullashni tavsiya etadilar.

Trankvilizatorlar psixiatriyadan tashkari, ginekologiya, xirurgiya, nevrologiya, terapiya soxalarida xam kupincha emotsional tolikish, emotsional labil xolatlar va boshka xollarda ishlatiladi.

### 3. ANTIDEPRESSANTLAR.

Umumiy xarakteristika.

Antidepressantlar turli kimeviy strukturali preparatlar bulib, ularning psixotrop ta'siri kayfiyatning patologik pasayishi, depressiyani bartaraf etishdan iborat. 1952 yilda psixiatriya amaliyetiga iproniazid va imipramin kiritilishidan boshlab kuppina antidepressantlar sintezlanib, klinikada kullanila boshlandi.

Antidepressantlar turli strukturaga ega bulib, ular neyromediator sistemalarga turlicha ta'sir kursatadi. Depressiv xolatlarda MNSda monoaminlar - noradrenalin, dofamin va/yeki serotonin mikdori va aktivligi pasayadi, bu esa depressiyaning asosiy psixopatologik simptomlari yuzaga chikishiga sabab buladi.

Antidepressantlarning psixotrop ta'siri depressiv bemorlarda kayfiyatni kutaruvchi, normallashtiruvchi ta'sir xisoblanadi. bu preparatlar eyforiyalovchi ta'sirga ega emas, soglom kishilarda deyarli xech kandy kayfiyat uzgarishini chakirmaydi. Depressiv bemorlarda antidepressantlar ta'sirida ruxiy faoliyatda boshka uzgarishlar xam kuzatiladi. Ba'zi antidepressantlar ta'sirida (imizin, inkazan, sefedrin va b.) psixostimullovchi komponent yakkol namoyen buladi: xarakat faoliyati oshadi, fikrlash jarayeni tezlashadi, diqqat yaxshilanadi va umumiy ruxiy xolat oshadi. Bunday preparatlar timoanaleptiklar deyiladi. Doza oshirilganda yeki uzok vakt kullaganda ogir nojuya ta'sirlar va asoratlar kuzatilishi mumkin, depressiya maniakal fazaga utadi, delirioz xolat xosil buladi. Boshka antidepressantlar (amitriptilin, ftoratsizin, azafen, trazodon va b.) sedativ va trankvilizatorlovchi ta'sirga xam ega. Bular timoleptik antidepressantlar deyiladi.

Ba'zi antidepressantlar (pirazidol, lyudiomil va b.) antidepressiv ta'sir bilan birga stimullovchi va sedativ trankvilizatsiyalovchi komponentlarga xam ega. Deyarli barcha antidepressantlarda markaziy va periferik xolinolitik, adrenomimetik va serotoninergik ta'sirga ega. Buning natijasida bir kancha nojuya xolatlar vegetativ buzilishlar shaklida namoyen buladi.

#### TA'SIR MEXANIZMI.

Turli guruxdagi antidepressantlar ta'sir mexanizmi turlicha. Birinchi gurux preparatlari (iproniazid, nialamid va boshk.) monoaminoksidaza (MAO) guruxi fermentlarini ingibitsiyalash yuli orkali monoaminlar mikdori va aktivligiga ta'sir kiladi, shu sababli ular MAO ingibitorlari deyiladi. MAO aktivligi MNS, vegetativ gangliylar, jigar va buyrakda ayniksa yukori bulib, MAO ingibitorlari ta'sirida ferment aktivligi va bioaktiv aminlar mikdori kamayadi: adrenalin, noradrenalin, dofamin, serotonin mikdori tukimalarda oshadi.

Nerv tukimasida serotonin mikdorining oshishi va MNSda serotoninergik sistemalar aktivlashishi MAO ingibitorlarining eytimik ta'sirining asosi xisoblanadi: markaziy depressiya simptomi, kayfiyatning patologik pasayishi bartaraf etiladi. Noradrenalin, dofamin mikdorlarining oshishi va aktivlashishi natijasida ruxiy aktivlashish va motorika jonlanishi kuzatiladi.

#### QO`LLASHGA QARSHI KO`RSATMALAR.

Antidepressantlar organizmga kup tomonlama ta'sir kursatadi. Shu sababli antidepressantlar tavsiya etishdan oldin bemor xar tomonlama chukur urganilib, karshi kursatmalar aniklanishi kerak.

Kuppina avtorlar antidepressantlar kullashga kuyidagi xollarni karshi kursatma xisoblaydilar: glaukoma, jigar, buyrak, kon xosil kiliuvchi organlarning utkir kasalliklari, bosh miya kon aylanishining yakkol buzilishlari, dekompensatsiyalashgan yurak nuksonlari, tutkanoklar, alkogoldan, uxlatuvchi vositalar va narkotik moddalardan utkir zaxarlanish, prostata bezi gipertrofiyasi, siydik pufagi atoniyasi, xomiladorlikning dastlabki 3 oyi. Ba'zi antidepressantlar uchun ba'zi karshi kursatmalar nisbiy xisoblanadi. Shu sababli antidepressantlar tavsiya etish terapevt konsultatsiyasi bilan xal etilishi kerak.

#### KO`RSATMALAR.

Turli antidepressantlarning ta'sir kilish spektri tubdan fark kiladi. Biror bir antidepressant barcha depressiyalar uchun universal vosita xisoblanmaydi. Antidepressantlarning ta'siridagi 3 komponentning nisbati xisoblanadi: antidepressiv (eytimik), sedativ va stimullovchi ta'sir.

Turli genzli ajitatsiyalangan va xavotirli depressiyalarda bemorga sedativ ta'sirli antidepressantlar buyuriladi (ftoratsizin, amitriptilin), shuningdek murakkab strukturali depressiyalarda (masalan, shizofreniyaning depressiv-paranoidli sindromida). Melanxolik tormozlangan depressiyali bemorlarga stimullovchi antidepressantlar buyuriladi. Klinik kurinishida xam xavotir, xam tormozlanish belgilari bulgan bemorlarga balanslashgan (muvozanatlashgan) antidepressantlar (pirazidol, lyudiomil, azafen) buyuriladi. Vital depressiyali bemorlarga

kuchli, yakkol antidepressiv ta'sirli vositalar buyuriladi, urtacha nevroitik depressiyalarda "yumshok" antidepressantlar terapevtik effekt beradi.

#### 4. PSIXOSTIMULYATORLAR.

Umumiy xarakteristika.

Psixostimulyatorlar - MNS faoliyatini aktivlashtiradi, charchoklik va uykuhanlikni bartaraf etadi, kiska muddatga akliy va jismoniy mexnat faoliyatni oshiradi va umumiy axvolni yaxshilaydi.

Psixostimulyatorlar avvalo esda saklash va diqqatni kuchaytiradi va akliy faoliyatni oshiradi, fikrlash va nutk jarayenlarini tezlashtiradi. Psixostimulyatorlar xarakat aktivligini oshiradi, bezovtalik chakirishi mumkin. Uxlatuvchi, sedativ va narkotik moddalar ta'sirini susaytiradi. Psixostimulyatorlar periferik simpatomimetik ta'sir kilib, yurak urishi, arterial bosimni oshiradi va terlashga sabab buladi. Odatda, psixostimulyatorlar ishtaxani kamaytiradi. Emotsional taranglik, xavotir, kurkuv, bezovtalik, psixotik buzilishlar psixostimulyatorlar ta'sirida kuchayadi.

TA'SIR MEXANIZMI.

Psixostimulyatorlar sinapslarda mediatorlar mobilizatsiyasi orkali kuzgalish jarayeni utishini kuchaytiradi. Aifetin kabi psixostimulyatorlar kuprok noradrenergik sistemaga ta'sir kilib, presinaptik nerv oxirlaridan mediator ajralishini kuchaytiradi. Shu bilan birga MAOga ingibitsiyalovchi ta'sir kursatadi va mediatorlarning postsinaptik retseptorlarga ta'sirini kuchaytiradi. Bu preparatlar uzok vakt kullangandadofaminergik sistema noradrenergik sistemadan ustunlik kiladi, bu xol preparatlarning psixomimetik effekti bilan boglik.

QO`LLASHGA QARSHI KO`RSATMALAR.

Psixomotor kuzgalish, uyku buzilishi, depressiv xolatlar, produktiv simptomatikali psixotik buzilishlar, arterial gipertoniya, yakkol ateroskleroz, kari yesh, jigar va yurak kasalliklari.

KO`RSATMALAR.

Boshka psixotrop vositalarga nisbatan psixostimulyatorlar psixiatriya klinikasida cheklangan xolda kullaniladi. Sidnokarb va sidnofen kullash uchun kursatmalar: psixogen va somatogen tipdagi astenik xolatlar - tormozlanish bilan, xolsizlik, tez charchash, ish kobilyatining pasayishi bilan birga kechganda; kam progrediyentli shizofreniyadagi apatiko-abulik xolatlar, oligofreniyaning torpid formasi, kechki enurez. Psixostimulyatorlar soglom kishilarda xam kullaniladi, asosan akliy va jismoniy tolikish bilan boglik bulgan ekstremal xolatlarda ishlatiladi.

#### 5. NOOTROPLAR.

Umumiy xarakteristika.

Birinchi marta nootrop preparatlar 1963 yil paydo bulgan, Belgiya firmalaridan biri - UTSBda GAMK siklik unumlaridan birining uziga xos psixotrop ta'siri aniklangan, shu bilan bu preparatga nootropil nomi berilgan (grekcha noos - akl, intellekt).

Xozirgi paytda ba'zi moddalarning oliy ruxiy faoliyatlariga aktivlashtiruvchi ta'siri aniklangan, bu bilan ular MNSda tukima metabolizmiga normallashtiruvchi ta'sir kursatadi. Metabolik ta'sirli bu guruxdagi turli kimeviy strukturali preparatlarga kuyidagilar kiradi: GAMK (aminalon, gammalon), piratsetam (nootropil), atsefen, piriditol, pantogam, fenibut va boshk.

Nootroplar kortikal nerv jarayenlarining kechishini yaxshilaydi, akliy faoliyatni oshiradi, esda saklash, bosh miyaning integrativ faoliyatini yaxshilaydi, shu bilan bir vaktida MNSga kuzgatuvchi ta'sir kursatmaydi. Nootrop preparatlarning psixotrop effekti psixostimulyatorlardan farkli ularok birinchi marta kabul kilgandan keyin darrov yuzaga chikmay, balki 2-3 hafta davomida regulyar kabul kilgandan keyin yuzaga chikadi. Nootroplarning ijobiy ta'siri gipoksiya sharoitida, bosh miya kon aylalishi buzilganda, infeksiya, intoksikatsiyalarda, mexanik travma sharoitida ayniksa yakkol namoyen buladi.

TA'SIR MEXANIZMI.

Psixostimulyatorlardan farkli ularok nootroplar bosh miyaning mediator jarayenlariga deyarli ta'sir kursatmaydi. Nootroplar nerv xujayralarida metabolizmni yaxshilaydi, bular ta'sirida ATF sintezi kuchayadi (psixoenergizatorlar), glyukoza utilizatsiyasi oshadi, nerv xujayralarining gipoksiyaga chidamliligi oshadi (ensefaloprotektorlar).

Oxirgi paytlardagi tekshiruvlar kursatishicha, nootrop preparatlar boshka organlarga xam, jigar va endokrin bezlarga ta'sir kursatadi.

TERAPEVTIK QO`LLASH PRINTSIPLARI.

Zamonaviy ma'lumotlarga kura, nootrop preparatlar turli genzli psixoorganik sindromli bemorlarni kompleks davolashda kullaniladi. Ularning ta'sir kilish mexanizmiga asoslanib nootroplar kullanishiga karshi kursatmalar aniklanmagan, shu sababli nootrop preparatlar ruxiy bemorlarni davolash va rehabilitatsiyasida keng kullaniladi. Nootroplar bilan uzok vakt (va kerak bulganda takror) massiv davolash natijasida bolalarda akl pastlik, boshmiya kon tomirlari aterosklerozi natijasidagi akl kamlik, insultdan keyingi nutk va motorika buzilishi, bosh miya

travmatik jaroxatlanishidagi bemorlarda yaxshi terapevtik effektlarga erishilgan. Nootroplar turli genezdagi astenik xolatlarini kompleks davolash effektiligini oshirishga yordam beradi. Nootroplarni alkogolizmni kompleks davolashiga kiritish yaxshi natijalar bergan. Oxirgi paytda nootroplarning psixozlarni davolashda ijobiy ta'siri aniklangan, xususan davo kursining oxirgi etaplarida.

## 6. TIMOSTABILIZATORLAR.

Umumiy xarakteristika.

Timostabilizatorlar (normotimiklar) aloxida mustakil sinfga ajratilishi litiy tuzlarining klinik ta'sirining uziga xosligi aniklanishi bilan boglik. Litiyning antimaniakal ta'siri kup yillar ilgari ma'lum bulgan (Cade J. 1949), biroq 60-yillarda litiyni uzok kullaganda rekurrent affektiv buzilishli bemorlarda profilaktik ta'siri aniklangan. Litiy patologik fazali kayfiyat uzgarishi va ruxiy faoliyat buzilishlarini, depressiv va maniakal fazalar xosil bulishini bartaraf etadi, ya'ni kishi emotsional xolatini stabillashtiradi, (timostabilizatorlar). 70-yillar urtalarida xuddi shunday antimaniakal va profilaktik ta'sir shu guruxga tegishli 2 ta elementda - rubidiy va seziv ionlarida aniklangan, biroq bu elementlar terapevtik effektning sustligi va nojuya ta'sirlarining yakkol, kuchliligi sababli keng kullanilmagan. Oxirgi paytlarda tekshiruvchilar e'tibori benzodiazepam unumi bulgan karbamazepinga (finlepsin, tegretol) karatilgan, uning epilepsiyaga karshi ta'siri bilan birga antimaniakal, profilaktik timostabillovchi ta'siri xam mavjud.

Kupgina tekshiruvlar natijasida litiy tuzlari va karbamazepinning turli ta'sirlari urganildi, biroq ularning terapevtik va profilaktik ta'sir mexanizmi xamma tomonlama anik emas. Litiy organizmga kup tomonlama ta'sir kiladi: natriy, kaliy, magniy, kaltsiy ionlari bilan ta'sir kilib, elektrolit almashinuvida uzgarishlarga olib keladi, bu esa biogen aminlar metabolizmiga ta'sir kiladi. Bunda noradrenalin dezaminlanishi kuzatiladi, uning mikdori kamayadi; serotonin mikdori xam bosh miyada kamayadi. Bosh miya retseptorlarining biogen aminlarga sezuvchanligi pasayadi. Yukoridagi metabolik uzgarishlar bilan litiyning antimaniakal ta'siri tushuntiriladi. Bundan tashkari, litiy siklik nukleotidlar xolatiga ta'sir kiladi, bu uning profilaktik stabillovchi ta'siri bilan boglik.

Karbamazepinning ta'sir mexanizmi tugrisida ma'lumotlar kam: u limbik sistemaga stabillovchi ta'sir kiladi va GAMK almashinuviga ta'sir kiladi.

### QO`LLASHGA QARSHI KO`RSATMALAR.

Buyraklar funksiyalarining yakkol buzilishlari, yurak va kon tomir kasalliklari, suv-tuz almashinuvi buzilishlari, Addison kasalligi, kalkonsimon bez kasalliklari, xomiladorlik (ba'zi avtorlar buyicha fakat birinchi 3-4 oy). Litiyning boshka preparatlariga nisbatan litiy oksibutirat kamrok toksik ta'sirga ega. Kari yeshdagi kishilar va tutkanokli bemorlarga litiy tuzlari extiyetkorlik bilan berilishi kerak. Karbamazepinga nisbatan absalyut karshi kursatmalar aniklanmagan, uni litiy karshi kursatilgan bemorlarga xam buyurish mumkin.

### KO`RSATMALAR.

Timostabilizatorlar kullashga kursatmalar maniakal va gipomaniakal xolatlar xisoblanadi: maniakal-depressiv psixozning maniakal fazasi, sirkulyar shizofreniyadagi maniakal va maniakal-vasvasali xurujlar, gipertimik va siklotimik psixopatiyalar chegarasidagi gipomaniakal epizodlar, simptomatik maniakal xolatlar. Depressiv xolatlarda timostabilizatorlar terapevtik effekt kursatmaydi.

Timostabilizatorlarni profilaktik kullashga kursatmalar: bemorda takroran affektiv buzilishlar - depressiv yeki maniakal yeki mono-, bipolyar affektiv buzilishlar (MDPda va sirkulyar shizofreniyada) kuzatilganda. Kupgina avtorlar timostabilizatorlarni siklotimiya bilan bemorlarga, shuningdek siklotimiya fonida alkogolizm kuzatilganda davolash uchun tavsiya etadilar.

“TIBBIY PSIXOLOGIYA FANI, VAZIFALARI VA ASOSLARI. UMUMIY VA XUSUSIY TIBBIY PSIXOLOGIYA.”

Amaliy mashg‘ulot bo‘yicha  
“Stol atrofidagi ruchka”  
Interaktiv o‘yini uchun  
Savollar majmui

1. Psixologiya deganda nima tushuniladi?
2. Psixologiyaning qanday turlari farqlanadi?
3. Tibbiy psixologiya faniga qachon asos solingan?
4. Tibbiy psixologiya faniga kim asos solgan?
5. Tibbiy psixologiyaning vazifalari nimalardan iborat?
6. Umumiy tibbiy psixologiya nimalarni o‘rganadi?
7. Xususiy tibbiy psixologiya nimalarni o‘rganadi?

“MIYA VA RUHIY JARAYONLAR. RUHIY BUZILISHLAR KELIB CHIQISHIDA TASHQI OMILLARNING TUTGAN O‘RNI.”

Amaliy mashg‘ulot bo‘yicha  
“Stol atrofidagi ruchka”  
Interaktiv o‘yini uchun  
Savollar majmui

1. Ruhiy faoliyat deganda nim tushuniladi?
2. Qanday ruhiy faoliyat turlari bor?
3. Chap yarim shar qaysi ruhiy faoliyatlarni boshqaradi?
4. O‘ng yarim shar qaysi ruhiy faoliyatlarni boshqaradi?
5. Peshona sohasida qaysi ruhiy jarayonlar markazlari joylashgan?
6. Tepa sohasida qaysi ruhiy jarayonlar markazlari joylashgan?
7. Ensa sohasida qaysi ruhiy jarayonlar markazlari joylashgan?
8. Chakka sohasida qaysi ruhiy jarayonlar markazlari joylashgan?
9. Ruhiy buzilishlar kelib chiqish sabablari qaysilar?
10. Chap yarim shar zararlanganda kuzatiladigan ruhiy buzilishlar qaysilar?
11. O‘ng yarim shar zararlanganda kuzatiladigan ruhiy buzilishlar qaysilar?
12. Ruhiy buzilishlar kelib chiqishida somatik kasalliklarning tutgan o‘rni?
13. Ruhiy buzilishlar kelib chiqishida funksional kasalliklarning tutgan o‘rni?
14. Ruhiy buzilishlar kelib chiqishida bosh miya qon-tomir kasalliklarining tutgan o‘rni?

“DEONTOLOGIYA. SHIFOKOR ETIKASI. YATROGENIYA.  
YATROPATIYA. SHIFOKOR, HAMSHIRA VA BEMOR.”

Amaliy mashg‘ulot bo‘yicha  
“Stol atrofidagi ruchka” va “Ari uyasi”  
Interaktiv o‘yinlari uchun savollar majmui

1. Shifokor etikasi deganda nima tushuniladi?
2. Deontologiya deganda nima tushuniladi?
3. “Hamshira-shifokor” deontologiyasi deganda nimalar tushuniladi?
4. “Hamshira-hamshira” deontologiyasi deganda nimalar tushuniladi?
5. “Hamshira-bemor” deontologiyasi deganda nimalar tushuniladi?
6. Estetika deganda nima tushuniladi?
7. Yatrogeniya deganda nima tushuniladi?
8. Yatropatiya deganda nima tushuniladi?
9. Shifokor siri deganda nima tushuniladi?
10. Shifokor xatosi deganda nima tushuniladi?
11. Baxtsiz hodisa deganda nima tushuniladi?
12. Shifokor jinoiy ishi deganda nima tushuniladi?
13. Simulyatsiya deganda nima tushuniladi?
14. Aggravatsiya deganda nima tushuniladi?

“PSIXOGIGIYENA. PSIXOPROFILAKTIKA.  
PSIXOTERAPIYA ASOSLARI.”

Amaliy mashg‘ulot bo‘yicha “Qora quti” va  
“Ari uyasi” interaktiv o‘yinlari  
Uchun savollar majmui

1. Psixogigiyena nima?
2. Psixogigena qachon o‘tkaziladi?
3. Psixoprofilaktika nima?
4. Birlamchi psixoprofilaktika qachon o‘tkaziladi?
5. Ikkilamchi psixoprofilaktika qachon o‘tkaziladi?
6. Psixoterapiya nima?
7. Suhbat davomida nimalarga erishish mumkin?
8. Katarsis nima?
9. Katarsisning organizmga ahamiyati qanday?
10. Suggestiv terapiya nima?
11. Ratsional terapiya nima?
12. Autotrening nima?
13. Gipnoz nima?
14. Gipnozning organizmga qanday ahamiyati bor?
15. Platsebo-terapiya nima?

Amaliy mashg‘ulot bo‘yicha  
“Qora quti” interaktiv o‘yini  
Uchun savollar majmui

1. Hissiyot nima?
2. Hissiyotning qanday turlari farqlanadi?
3. Ijobiy hissiyotga qaysilar kiradi?
4. Salbiy hissiyotga qaysilar kiradi?
5. Neytral hissiyotga qaysilar kiradi?
6. Birlamchi hissiyotga nimalar kiradi?
7. Ikkilamchi hissiyotga nimalar kiradi?
8. Birlamchi hissiyot mnsning qaysi tizimlari bilan boshqariladi?
9. Ikkilamchi hissiyot mnsning qaysi tizimlari bilan boshqariladi?
10. His-tuyg‘u qayerda aks etadi?
11. Hissiyot fiziologiyasi?
12. Hissiy reaksiya deganda nima tushuniladi?
13. Tuyg‘u deganda nima tushuniladi?
14. Hissiy holat deganda nima tushuniladi?
15. Hissiy labillik deganda nima tushuniladi?
16. Hissiy monotonlik deganda nima tushuniladi?
17. Hissiy yopishqoqlik deganda nima tushuniladi?
18. Hissiy to‘mtuqlik deganda nima tushuniladi?
19. Hissiyot buzilishlariga nimalar kiradi?
20. Hissiyot buzilishlari qanday kasalliklarda kuzatiladi?
21. Ijobiy his-tuyg‘ularning organizm uchun ahamiyati nimalardan iborat?
22. Salbiy his-tuyg‘ularning organizm uchun ahamiyati nimalardan iborat?
23. Aleksitimiya nima?
24. Eyforiya nima?
25. Disforiya nima?
26. Empatiya nima?
27. Apatiya nima?
28. Stress nima?
29. Stressning organizm uchun ahamiyati qanday?
30. Stressning qanday bosqichlari bor?
31. Qanday stress turlari farqlanadi?
32. Stress atamasini kim yaratgan?
33. Eustress qachon kuzatiladi?
34. Distress qachon kuzatiladi?

“DIQQAT. XOTIRA. ASOSIY XUSUSIYATLARI.  
TEKSHIRISH USULLARI.”

Amaliy mashg‘ulot bo‘yicha  
“Qopdagi mushuk” interaktiv o‘yini  
Uchun savollar majmui

1. Diqqat nima?
2. Diqqatning qanday turlari bor?
3. Diqqat buzilishlariga nimalar kiradi?
4. Diqqat buzilishlari qachon uchraydi?
5. Xotira nima?
6. Xotira mexanizmlari qanday?
7. Xotiraning qanday turlari mavjud?
8. Modal-spetsifik xotira nima?
9. Modal-nospetsifik xotira nima?
10. Modal-spetsifik xotira markazlari qayerda?
11. Modal-nospetsifik xotira markazlari qayerda?
12. Xotira buzilishlariga nimalar kiradi?
13. Xotira buzilishlari qachon uchraydi?
14. Amneziyaning qanday turlari mavjud?
15. Gipermneziya patologik holatmi yoki normal holatmi?
16. Psevdo reminessensiya nima?
17. Konfabulyatsiya nima?

“TEMPERAMENT. TEMPERAMENTNING TURLARI. TEKSHIRISH USULLARI.”

Amaliy mashg‘ulot bo‘yicha  
“Stol atrofidagi ruchka”  
Interaktiv o‘yini uchun  
Savollar majmui

1. Temperament nima?
2. Temperament hayot davomida o‘zgaradimi?
3. Temperamentga kim ta’rif bergan?
4. Gippokrat qanday temperament turlarini farqlagan?
5. Temperament nimaga asosan farqlanadi?
6. Har bir shaxsda “toza” temperament turlari farqlanadimi?
7. Pavlov qanday temperament turlarini farqlagan?
8. Sangviniklar kimlar?
9. Flegmatiklar kimlar?
10. Melanxoliklar kimlar?
11. Xoleriklar kimlar?
12. Kuchli temperamentga qaysilar kiradi?
13. Kuchsiz temperamentga qaysilar kiradi?
14. Muvozanatlashgan temperamentga qaysilar kiradi?
15. Muvozanatlashmagan temperamentga qaysilar kiradi?



Amaliy mashg'ulot bo'yicha  
“Qorbo‘ron” va “To‘r”  
Interaktiv o‘yinlari uchun  
Savollar majmui

1. Ong nima?
2. Ongsizlik nima?
3. Ongli faoliyat bosh miyaning qaysi bo‘limi orqali bajariladi?
4. Hayvonlarda ong bormi?
5. Ongning qanday xususiyatlari bor?
6. Ongsiz faoliyatga nimalar kiradi?
7. Ongsiz faoliyat qanday shakllanadi?
8. Ongning rivojlanishida nima muhim rol o‘ynaydi?
9. Z. Freyd ruhiy faoliyatni qanday tushuntirgan?
10. ID nima?
11. EGO nima?
12. SUPEREGO nima?
13. Ong buzilishining qanday turlari bor?
14. Ongning nopsixotik buzilishiga nimalar kiradi?
15. Ongning psixotik buzilishiga nimalar kiradi?
16. Ongning nopsixotik buzilishlari qanday kasalliklarda uchraydi?
17. Ongning psixotik buzilishlari qanday kasalliklarda uchraydi?
18. Ongli faoliyat nimalar yordamida tekshiriladi?
19. Verbal ongli faoliyat deganda nima tushuniladi?
20. Noverbal ongli faoliyat deganda nima tushuniladi?

“ASAB TIZIMI KASALLIKLARIDA RUHIYAT O‘ZGARISHLARI.”

Amaliy mashg'ulot bo'yicha  
“Qorbo‘ron” interaktiv o‘yini uchun  
Savollar majmui

1. Nevroz nima?
2. Nevrozning qanday turlarini farqlanadi?
3. Nevrozni keltirib chiqaruvchi omillar qaysilar?
4. Nevrozni tashxislashda nimalarga ahamiyat berish kerak?
5. Kimlar ko‘proq nevroz kasalligi bilan kasallanadi?
6. Nevrasteniya nima?
7. Nevrateniya turlari?
8. Isteriya nima?
9. Isteriya qachon namoyon bo‘ladi?
10. Isteriyaning qanday turlari bor?
11. Isterik fuga nima?
12. Isterik astaziya-abaziya nima?
13. Isterik paralich nima?
14. Isterik tutqanoqni tutqanoq xurujlaridan qanday farqlasa bo‘ladi?
15. Isterik ko‘rlik, isterik karlik qachon kuzatiladi?
16. Psixoasteniya nima?
17. Miyadan ketmaydigan holatlar nima?
18. Fobiyalar qachon kuzatiladi?
19. Qanday fobiya turlari bor?
20. Nevrozli bemorlarga qanday psixologik yordam ko‘rsatiladi?
21. Nevrozlar qanday kasalliklar bilan solishtirma tashxislanadi?
22. Nevrozlarda psixoterapiyaning qaysi usullaridan foydalaniladi?
23. Platsebo-terapiyaning nevrozlarni davolashda qanday ahamiyati bor?
24. Nevrozlarni davolashda qaysi dori guruhlaridan foydalaniladi?

“SOMATIK KASALLIKLARDA BEMORLAR SHAXSIYATIDAGI UZGARISHLAR.”

Amaliy mashg‘ulot bo‘yicha  
“Qopdagi mushuk” interaktiv o‘yini uchun  
Savollar majmui

1. Somatopsixologik kasalliklar deganda nima tushuniladi?
2. Somatopsixologik kasalliklarga qaysilar misol bo‘la oladi?
3. Miokard infarkti o‘tkazgan bemorlarda qanday ruhiy o‘zgarishlar kuzatiladi?
4. Oshqozon-ichak yara kasalligi o‘tkazgan bemorlarda qanday ruhiy o‘zgarishlar kuzatiladi?
5. Bronxial astmali bemorlarda qanday ruhiy o‘zgarishlar kuzatiladi?
6. Arterial gipertenziyasi bor bemorlarda qanday ruhiy o‘zgarishlar kuzatiladi?
7. YUIK bo‘lgan bemorlarda qanday ruhiy o‘zgarishlar kuzatiladi?
8. Infeksion kasalliklar o‘tkazgan bemorlarda qanday ruhiy o‘zgarishlar kuzatiladi?
9. Bo‘qoq kasalligi bo‘lgan bemorlarda qanday ruhiy o‘zgarishlar kuzatiladi?
10. Onkologik bemorlarda qanday ruhiy o‘zgarishlar kuzatiladi?
11. O‘pka sili o‘tkazgan bemorlarda qanday ruhiy o‘zgarishlar kuzatiladi?
12. Insult o‘tkazgan bemorlarda qanday ruhiy o‘zgarishlar kuzatiladi?

“XIRURGIK BEMORLAR RUHIYATIDAGI O‘ZGARISHLAR.” Amaliy mashg‘ulot bo‘yicha

“Stol atrofidagi ruchka” va “Ari uyasi”

Interaktiv o‘yinlari uchun  
Savollar majmui

1. Xirurgik bemorlarda qanday ruhiy o‘zgarishlar kuzatiladi?
2. Jarrohlikkacha davrda bo‘lgan bemorlarda qanday ruhiy o‘zgarishlar kuzatiladi?
3. Jarrohlikdan keyingi davrda bo‘lgan bemorlarda qanday ruhiy o‘zgarishlar kuzatiladi?
4. Jarrohlikkacha davrda bemorlarga qanday psixologik yordam ko‘rsatish mumkin?
5. Jarrohlikdan keyingi davrda bemorlarga qanday psixologik yordam ko‘rsatish mumkin?
6. Operatsiyaga tayyorlash davrida ko‘rsatilgan ruhiy yordam nimalardan iborat?
7. Operatsiyadan oldin bemorlarda qanday psixovegetativ o‘zgarishlar kuzatilishi mumkin?
8. Operatsiyadan oldin bemorlarda qanday psixosomatik o‘zgarishlar kuzatilishi mumkin?

“INVOLYUTSION VA QARILIK DAVRIDA SHAXS PSIXOLOGIYASINING XUSUSIYATLARI.  
KLIMAKTERIK DAVRDA KUZATILADIGAN RUHIY BUZILISHLAR.”

Amaliy mashg‘ulot bo‘yicha  
“To‘r” interaktiv o‘yini uchun  
Savollar majmui

1. Qarilik davrida bemorlar ruhiyatining o‘ziga xosliklari nimalardan iborat?
2. Klimakterik davrda bemorlar ruhiyatining o‘ziga xosliklari nimalardan iborat?
3. Involuytsion davrda shaxs o‘zgarishlarining qanday xususiyatlari bor?

## AMALIY KO'NIKMALAR

### SHUL`TE tablitsasi yordamida DIQQAT KO`CHISHINI TEKSHIRISH

Tekshiriluvchiga 60x60 sm bo`lgan 4 yoki 5 ta jadvaldagi sonlarni ketma-ket ko`rsatish talab qilinadi. Har bir jadvalga ketgan vaqtni nazorat qilib, solishtiriladi.

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

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

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

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

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

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

## SHUL`TE TABLITSASI modifikatsiyasi

Tekshiriluvchi dastlab qizil tusli 1-25 gacha sonlarni oshib borish tartibida ko`rsatadi, keyin 1-24 gacha qora tusli sonlarni kamayib borish tartibida ko`rsatadi, 3-etapda qizil tusli sonlarni ortib borish, qora tusli sonlarni kamayib borish tartibida ko`rsatadi. Odatda 3-etap uzoq vaqt davom etadi, bu esa diqqat kuchishini belgilaydi. Tekshirish ko`rsatkichlarining pastligi ruhiy jarayonlarning inertligi, o`ta charchashdan dalolat beradi.

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

## PIKTOGRAMMA METODI

Bevosita esda olib qolish hususiyatlarini piktogramma, ya`ni rasmlı assotsiatsiyalar metodi orqali ham o`rganish mumkin. Piktogramma eksperimental-psihologik tadqiqot usuli sifatida bi-rinchi marta L.V.Zankov (1935) tomonidan qo`llanilgan. Sinaluvchi aniq so`zni rasmdagi tasvir orqali eslab qolishi kerak. Sinaluvchi so`z va tasvir o`rtasidagi aloqani o`ylab topishi kerak, bu esa keyinchalik so`zni qayta esga tushirishiga imkon beradi. Rasm va so`z o`rtasidagi assotsiativ aloqani shakllantirish jarayonida inson shunday mazmunli aloqalarni tanlaydiki, uning fikricha, bu rasmlar so`zni eslab qolish uchun yaroqli bo`ladi. (A.R.Luriya, 1967). Shuniig uchun ham bu metodika orqali tadqiqot o`tkazish faqatgina assotsiativ, be-vosita xotira hususiyatlarinigina emas, fikrlash faoliyati harakteri, tushunchali tafakkurning ri-vojlantirish darajasi haqida ham bilish imkonini beradi. (S.V.Longinova, SL.Rubinshteyn, 1972, B.G.Hersonskiy, 1988).

Metodikaning mazmuni shundan iboratki, sinaluvchi aniq bir so`zni - tushunchani eslab qolish uchun o`zi mustaqil rasm yoki shema chizadi. Bu chizilgan rasm yoki shema keyinchalik so`zni - tushunchani ecri tushirishga yordam berishi kerak. Alohida harf yoki so`zlarni yozish tavsiya etilmaydi. Tajriba o`tkazish uchun oldindan tayyorlangan qogoz varog`i va qalam kerak bo`ladi.

Sinaluvchiga quyidagi ko`rsatma beriladi: "Men sizga so`zlarni aytaman, siz bo`lsangiz ularni eslab qolish uchun kichiqroq rasm chizib oling. Rasm chizish tezligi va rasmning sifati sizni havotirlantirmasin. Asosiysi, siz keyin rasimga qarab turib, eslab qolish uchun qanday so`zlar berilgan-ligini aytasangiz bo`ladi".

So`zlar (yoki so`z birikmalari) quyidagilar bo`lishi mumkin:

Quvnoq bayram	Ziyrak bola
Taraqquyot	Ma`yus kampir
Qorong`u tun	G`amgin
Urush	Og`ir ish
Hokimiyat	Qattiq qo`l o`qituvchi
Sovuq qotayotgan qiz	Qurquv
Qorni och odam	Kasal ayol
Do`stlik	Boylik

Bola qanchalik yosh bo`lsa, topshiriqni bajarishga u shunchalik qiynaladi. Bu ularda tafakkurning aniq uslubi, mehaniq xotira ustunligi, rasm chizish malakalarining etarlicha rivojlanmaganligi bilan bog`liq. Lekin 11-12 yoshdan bolalar materialning kismalari o`rtasida bog`lanishlar (assotsiatsiya) o`rnatishda ko`rinadigan anglangan operatsiyalar asosida eslab qola boshlaydilar.

## "BU ERDA NIMA ortiqcha?" METODIKASI

Ushbu metodika odamning obrazli, soʻz-mantiqli tafakkur jarayonining analiz va umumlapgirish operatsiyalarini tadqiq qiladi. Metodikada har hil predmetlar tasvirlangan rasmlar tavsiya qilinadi va quyidagicha koʻrsatma beriladi: "Har bir rasmda tasvirlangan 4 ta predmetdan biri ortiqcha. Diqqat bilan rasimga qarab, qaysi bir predmet ortiqcha va nima uchun ortiqcha ekanligini tushuntirib bering". Topshiriqni bajarish uchun 3 daqiqa vaqt beriladi.

Natijalarni baholash.

10 - ball berilgan topshiriqni 1 daqiqadan kam vaqtda bajarib, har bir rasmdagi ortiqcha predmetni nima uchun ortiqcha ekanligini sharhlab bera olsa qoʻyiladi;

8-9 ball bola topshiriqni 1 dakikadan 1,5 dakikagacha toʻgʻri bajara olsa qoʻyiladi;

6-7 ball bola topshiriqni 1,5 dakikadan 2 dakikagacha toʻgʻri bajara olsa qoʻyiladi;

4- 5 ball - bola topshiriqni 2 dakikadan 2,5 dakikagacha toʻgʻri bajara olsa;

2-3 ball bola topshiriqni 2,5 dakikadan 3 dakikagacha toʻgʻri bajara olsa qoʻyiladi;

0-1 ball bola 3 dakika mobaynida topshiriqni toʻgʻri bajara olmasa qoʻyiladi.

Taraqqiyot darajasi haqida hulosasi chiqarish:

10 ball - juda yuqori

8-9 ball - yuqori

4-7 ball - oʻrtacha

2-3 ball - past

0-1 ball - juda past

## "Konturlarni birlashtirish" metodikasi

Bolalarga 6-7 rasmlar koʻrsatiladi va ushbu metodikadagi topshiriqning maqsadi tushuntirib beriladi, yaʼni qalam yoki ruchka yordamida imkoni boricha tez va aniq chap tomondagi konturlarni oʻng tomonda berilgan rasmlarga koʻchirib chiqish zarur. Bunda chiziqlarni toʻgʻri chizganligiga va figuralarning burchaklarini aniq birlashtira olishiga eʼtibor qaratish zarurdir. Topshiriq bajarib boʻlingandan soʻng vazifaning toza, aniq va tezligi baholanadi.

6 -rasm.

Natijalarni baholash.

Topshiriqni bajarish tezligi va sifatiga qarab ballarda baholanadi.

10 ball-bola hamma topshiriqni bajarishga 90 soniyadan kam vaqt sarflab, figuralarning burchaklari toʻgʻri va aniq birlashtira olsa hamda chiziqlar berilgan konturlarga aniq mos kelsa qoʻyiladi;

8-9 ball- topshiriqni bajarishga 90 soniyadan 109 soniyagacha vaqt sarflansa, ammo quyidagi kamchiliklarning birortasi mavjud boʻlsa: bir yoki ikkita chiziqning toʻgʻri emasligi; ikki yoki uchta chiziqlar figura burchaklari notoʻgʻri birlashtirilgan boʻlsa; ikkitadan toʻrttagacha chiziqlar konturdan tashqariga chiqib ketgan boʻlsa; toʻrttadan beshtagacha figura burchaklari birlashtirishda, noaniqlikka yoʻl qoʻyilgan boʻlsa qoʻyiladi;

6- 7 ball- hamma topshiriqni bajarishga 105 dan 120 soniyagacha vaqt sarflansa, ammo quyidagi kamchiliklarning birortasi mavjud boʻlsa: uch yoki toʻrtta chiziqning egriligi: toʻrttadan oltitagacha figura burchaklarini notoʻgʻri birlashtirilganligi; beshtadan oltitagacha chiziqlar konturdan tashqariga chiqib ketganligi; oltitadan ettitagacha figura burchaklarini birlashtirishdagi noaniqlik boʻlsa qoʻyiladi;

4-5 ball - topshiriqni bajarishga 120 dan 135 soniyagacha vaqt sarflansa, ammo quyidagi kamchiliklarning birortasi mavjud boʻlsa qoʻyiladi: besh yoki oltita chiziqning egriligi; ettitadan oʻntagacha burchaklarni notoʻgʻri birlashtirilganligi; ettita yoki sakkizta chiziqning koiturdan chiqib ketganligi; sakkiztadan oʻntagacha burchaklarning noaniq birlashtirilganligi;

2-3 ball - topshiriqni bajarishga 135 dan 150 - soniyagacha vaqt sarflansa qoʻyiladi. Quyidagi kamchiliklardan birortasi mavjud boʻlsa: 7 tadan 10 tagacha chiziqning egriligi; 11 tadan 20 tagacha burchaklarning notoʻgʻri birlashtirilganligi; 9 tadan 10 tagacha chiziqlarning konturdan tashqariga chiqib ketganligi; 11 tadan 17 gacha burchaklarning noaniq birlashtirilganligi;

0-1 ball - topshiriqni bajarishga 150 soniyadan koʻp vaqt sarflansa qoʻyiladi. Bir yoki ikkita chiziqdan tashqari, qolgan chiziqlarning notoʻgʻri chizilganligi; bir yoki ikkita burchakdan tashqari, qolgan burchaklarni birlashtirishdagi hatoliklar; Taraqqiyot darajasi haqida hulosasi chiqarish. 10 ball - juda yuqori. 8-9 ball - yuqori 4-7 ball - oʻrtacha 2-3 ball - past 0-1 ball - juda past

## "OBʻEKT LARNI OʻHSHASHLIGI VA FARQINI ANIQLASH, SABABINI TUSHUNTIRISH, TUSHUNCHALARNI TAʼRIFLASH" METODIKASI

Tushunchani taʼriflash, sabablarini izohlash, predmetlarning oʻhshashlik va farqini aniqlash kabi tafakkur jarayonlarini baholash orqali biz bolaning aqliy rivojlanish darajasini oʻrganishimiz mumkin.

Bu tafakkur jarayonlari bolaning quyidagi savollarga to'g'ri javob berishiga qarab aniqlanadi.

1. Bu hayvonlarning qaysi biri katta? Otmi yoki itmi?
2. Ertalab odamlar nonushta qiladi. Kunduzi va kechqurun ovqatlangandachi?  
(javob: Tushlik va kechki ovqat)
3. Kunduzi ko'chada yorug', kechqurunchi? (javob - qorong'i).
4. Osmon ko'm-ko'k, o'tlarchi? (javob- yashil rangda).
5. Gilos, nok, olho'ri va olma - bu...  
(davom ettirish -mevalar).
6. Poezd o'tayogganda nega shlagbaum tushiriladi?
7. Toshkent, Hiva, Samarqand - nima? (javob - shaharlar).
8. Soat necha bo'ldi? (Bolaga soatni ko'rsatib vaqtni aytib berish so'raladi) (javob soat millari ko'rsatgan vaqt).
9. Sigirning kichigi buzoq deyiladi. Kichiq it va qo'y nima deyiladi? (javob-kuchuk va qo'zi).
10. It ko'prok nimaga o'hshaydi? Mushukkami yoki tovuqqa? Javob ber va tushuntirib ber, nima uchun shunday deb uylaysan?
11. Avtomobilga tormoz nima uchun kerak? (kerak bo'lganda avtomobil tezligini pasaytirishni ko'rsatuvchi biror - bir javob to'g'ri deb topiladi).
12. Bolta va arra bir-biriga qay jihatdan o'hshash? (Bajariladigan ishlarni ko'rsatuvchi javob to'g'ri).
13. Olmahon bilan mushuk orasida qanday o'hshashlik bor? (Kamida ikkita o'hshash belgilarni to'g'ri ko'rsatilgan javob to'g'ri. Masalan, bo'lar - hayvonlar, darahtga chiqa oladilar, qalin yung bi-lan koplanganligi, dumi va to'rtta oyog'i borligidir).
14. Mih, vint, shurup bir-biridan nimasi bilan farq qiladi? (javob - mihning yuzasi tekis, vint va shurup burama kertikli; mih-bolga bilan uriladi, vint va shurup buraladi; shurup konus sha-klida, vint va mih yumaloqdir).
15. Futbol, uzunlikka va balandlikka sakrash, tennis, so'zish nima? (javob - bo'lar sport turla-ri, jismoniy mashqlari turi).
16. Transportning qanday turlarini bilasiz? (transport vositasining - kamida ikki turini aytishi kerak).
17. Yosh odam katta odamdan qanday farqlanadi? (Javobda keksalar bilan yoshlar o'rtasidagi ka-mida ikkita farq sanaladi).
18. Nima uchun odamlar jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanadi? (quyidagi javoblar to'g'ri deb topilishi mumkin - o'zining salomatligini saqlab turish, kuchli bo'lish, qaddi-qomati ke-lishgan bo'lishi, chiroyli bo'lish, sportda muvaffaqiyat qozonish va musobaqalarda yutish uchun).
19. Nima uchun ishlamaslik yomon deyiladi? (javob variantlari - chunki hamma odamlar ishlashlari kerak, negaki yahshi yashab bo'lmaydi; chunki bu odam o'rniga boshqalar ishlashi kerak bo'la-di; ishlamas kerakli narsalarni sotib ololmaydi; oziq-ovqat, turar joy va boshqalar)
20. Nima uchun konvertga marka yopishtiriladi?  
(javob pochta orqali jo'natilayotgan habarlar uchun to'lanadigan haq)

Natijalarni qayta ishlash.

Har bir to'g'ri javob uchun 0,5 ball beriladi, bolaning to'plashi mumkin bo'lgan yuqori ballar 10 ga teng bo'ladi.

Izoh- Bolaning mustaqil fikr yuritib savolning mohiyatiga mos keladigan javobi ko'rsatilgan javobda bo'lmasa ham to'g'ri hisoblanadi.

Yuqoridagi metodika maktabga kirayotgan bolaning so'z- mantiqiy fikr yuritish qobiliyatini psixologik tashhis qilish uchun qo'llaniladi. Bu metodika yuqorida aytilgan aqliy, hulosa chiqara olish qobiliyatidan tashqari bolaning aqliy fikrlay olish faoliyati to'g'risida ham ozmi-ko'pmi hulosa qilish imkonini beradi.

Tekshiruvchida bola javobining to'g'riligiga ishonch yoki noto'g'ri deb hulosa chiqarish uchun asos bo'lmasa, u holda bunday javobga 0,5 ball beriladi.

Bolaning javobini to'g'ri yoki noto'g'ri deb baholashdan avval bola savolni to'g'ri tushunganligiga ishonch hosil qilmoq kerak. Masalan: hamma bolalar ham shlagbaum nimaligini bilavermaydi va 19 savolning ma'nosini anglab eta olmaydilar.

Ba'zan "ishlamoq" so'zi ham qo'shimcha tushuntirish talab qiladi, chunki maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalarning hammasi ham buni bila olmaydilar.

Rivojlanish darajasi hakida hulosa:

10 ball - juda yuqori

8-9 ball - yuqori

4-7 ball - o'rtacha

2-3 ball - quyi

0-1 ball - juda past

## MAQOL VA IBORALARNI IZOHLASH

1. Shamol bo'lmasa darahtning uchi qimirlamaydi.
2. Ko'rpangga qarab oyoq uzat.

3. Chumchuqdan qo`rqqan tariq ekmaydi.
4. O`zing o`tirgan shohga bolta urma.
5. Qora qozonga yaqin yursang, qorasi yuqar.
6. Jujani kuzda sanaymiz.

Oltin qo`llar      Tosh yurak      Tishli yigit      Zaharli odam

### QISQA MUDDATLI KO`RISH XOTIRA SI HAJMINN ANIQLASH"

Bolaga rasmning A va B kislari ko`rsatilgandan so`ng unta trafaret shakli taqdim etilib, boladan o`dsingi rasmdagi kar bir kismdagi barcha chiziqnlarni ushbu trafaretda ifoda etishi talab etiladi.

H,ar ikkala tajriba natijapari xotira orqali to`g`ri qayta esga tushirilgan chiziq deb, namuna sifatida ko`rsatilgan chiziqnlardan uzunligi va yo`nalishi jihatidan hech qanday fark qilmaydigan chiziqnlar kabo`l qilinadi (chpziqlardan chetlanish, uning buklanishi^ burchaklari saklangan holda bitta katakdan oshmasligi lozim).

To`g`ri esga tushirilgan chiziqnlari soni ko`rish xotira si hajmining ko`rsatkichi hisoblanadi.

### "TEZKOR KO`RISH XOTIRA SINI BAHOLASH"

Xotira ning ushbu turi masalani echish jarayonida to`g`ri javobni aniqlash uchun kerakli ahborotni shahe qay darajada uzoq muddat xotira da saklay olishi mumkinligi bilan belgilanadi. Ahborotni saqlab turish vaqti, tezkor xotira ning qo`shimcha sifatlariga masalani echish vaqtida bola tomonidan yo`l qo`yilgai hatolarini ham kiritish mumkin. (hato deganda masalani echish uchun kerak bo`lgan ahborotni saqlay olmaslik kabi hususiyatlar nazarda tutiladi). Bolaning tezkor ko`rish xotira sini va uning ko`rsatkichlarini quyidagi tajriba bilan aniqlash mumkin. Bolaga tartib bilan 15 sekundga muljallangan 6 tadan har hil shtrihlangan uchburchaklar ifodalangan kartochka taqdim etil adi. Bola shunday kartochkadan birini ko`rib bo`lgandan so`ng, bu kartochqani olib qo`yilib, o`rniga 24 ta uchburchakni o`z ichiga olgan katta kartochka ko`rsatiladi. Ushbu kartochkada albatta bola hozirgina ko`rgan 6 ta uchburchak ham tasvirlangan.

Vazifaning maqsad i, bola ushbu kartochkadagi 24 ta uchburchakdan avvalgi alohida berilgan kartochkadagi 6 ta uchburchakni kidirib topib, to`g`ri ko`rsatishidan iborat.

Ko`rish xotira si rivojlanish darajasining ko`rsatkichi, masalani echish vaqtdan (minut hisobida) qilingan hatolar sonini ayirish va ularning yigindisiga 1 sonini qo`shish bilan aniqlanadi.

Bola tomonidan qaysi bir sababga ko`ra noto`g`ri ko`rsatklgan uchburchaklar hato deb qaraladi.

Bu ko`rsatkich quyidagicha aniqlanadi: Dar biri b ta uchburchakni uz ichiga olgan 4 ta kartochkalardagi to`g`ri topilgan uchburchaklar yigindisini topib, uni 4 ga bo`linadi, bu to`g`ri javoblarning o`rtacha mikdoridir.

Ushbu sonni b dan ayriladi va kosil bo`lgan natija hatolarning o`rtacha sonini ifodalaydi. Shundan so`ng bolaning vazifani echish uchun sarflagan o`rtacha vaqti barcha vazifalarni echish uchun sarflagan umumiy vaqtini 4 ga bo`lish orqali aniqlanadi. Bolaning 24 ta uchburchakni kartochkadan to`g`ri topishi uchun sarflayotgan vaqtining ohirini bilish uchun tekshiruvchi tomonidan: "Sen qo`lingdan kelganicha vazifani echib bo`ldingmi?" degan savolni berish orqali aniqlanadi. Bola berilgan savolga to`liq ishonch bilan javob berib, uchburchaklarni kidirishni to`htatsagina u uz ishini yakunladi, deb hisoblanadi. Bolaning umumiy (24 talik) kartochkadagi b ta uchburchakni topish uchun sarflagan o`rtacha vaqtini u tomonidan yo`l qo`yilgan hatolar soniga bo`linsa, kidirilayotgan ko`rsatkichni qo`lga kiritish imkoniyatiga ega bo`linadi.

Bolaning umumiy (24 uchburchakli) kartochkadan uchburchaklarni to`g`ri yoki noto`g`ri topganligi to`g`risidagi ahborotni aniqlash jarayonining tezligini oshirish uchun 24 uchburchakni har birining chap burchagi ostita birin- ketin raqamlab chiqish bilan erishiladi. Masalan, birinchi 6 ta uchburchakli kartochkaga (kartochka raqami rim raqami bilan b tadan belgilangan). Umumiy (24 uchburchakli) kartochkadagi

1,-3,-8,-12,-14,-16- uchburchaklar birinchisiga

2,-7,-15,-18,-19,-21- uchburchaklar ikkinchisiga

4,-6,-10,-11,-17,-24- uchburchaklar uchinchisiga

5,-9,13,) ko`rsatkichlarini 10 balli shkala orqali standart ko`rsatkichlarga utkazish uslubini taktsim etish mumkin.

Natijalarni baholash.

10 ball 8 yoki undan yuqori birlikdan iborat qisqa muddatli xotira hajmiga ega bo`lsa, bu hol 10-12 yoshli bolalarga tegishlidir.

Shunday 10 ballni qisqa muddatli xotira si 7-8 birlikni tashkil etgan 6-9 yoshli bolalar ham qo`lga kiritadilar.

8 ballni 6-9 yoshli bolalar 5-6 ta birlikni eslab qolsalar qo`lga kiritadilar.

10-12 yoshli o`quvchilar esa, qisqa muddatli xotira hajmida 6- 7 birlikni esda qoldirishlari kerak.

4 ball 6-9 yosh bo`lgan, qisqa muddatli xotira hajmi, 3-4 birlikni tashkil etgan o`quvchilar oladilar. Shuncha ballni yoshi 10-12 da bo`lgan, qisqa muddatli xotira hajmi, 4-5 birlikni tashkil etgan o`quvchilar ham oladilar.

2 ball - 6-9 yoshli bolalarga, agarda ularning qisqa muddatli xotira hajmi 1 -2 birlikdan iborat bo`lsa beriladi. Shuncha ballga yoshlari 11-12 da bo`lgan bolalar qisqa muddatli xotira hajmi 2-3 birlikdan iborat bo`lsa, ega bo`ladilar.

0 ball bilan 6-9 yoshli, ko`rsatkichlari nolga teng bo`lgan bolalar baholanadilar. Shu ball 10-12 yoshli qisqa muddatli xotira hajmini 0-1 birligiga ega bo`lgan bolalarga beriladi.

Rivojlanish darajasi haqida hulosalar

6-7 yoshli bolalarni, ularning qisqa muddatli xotira si hajmining baholari asosida maktabda ukishi uchun tayyor ligi haqida hulosalar quyidagicha chiqariladi:

Maktab ta`limi uchun to`liq tayyorlangan va qisqa muddatli xotira si hajmi yahshi rivojlangan deb, 10 ball tuplagan bolalar kabo`l qilinadi.

Maktab ta`limi uchun umumiy tayyorlangan va qisqa muddatli xotira hajmi o`rtacha rivojlangan deb 8 ball tuplagan bolalar tan olinadi.

O`kitish uchun to`liqsiz tayyorlangan deb qisqa muddatli xotira hajmi 4 balli bolalar hnsoblanadilar.

Qisqa muddatli xotira hajmi 2 balli bo`lgan bolalar maktab ta`limi uchun tayyor emas, deb hulosa chiqariladi.

Va nihoyat, umuman maktabda ukitishga tayyor emas deb, qisqa muddatli xotira hajmi 0 ga teng bo`lgan bolalar hisoblanadi.

## "ESHITISH XOTIRASINI BAHOLASH"

Bu xotira turini aniqlash uchun bolaga 1 sekund oralig`ida 4 ta so`zlar to`plami ketma-ket o`qib beriladi.

I. Oy, daraht, sakramoq, sariq, qo`g`irchoq, sumka;

P. Gilam, staqan, so`zmoq, og`ir, kitob, olma;

SH. Divan, hazillashmoq, pal`to, telefon, sanchqi, dovyurak;

IV. Maktab, odam, uhlamoq, qizil, daftar, gul.

Shu so`zlar to`plamini eshitib bo`lgandan so`ng, sinaluvchiga tahminan sekund utgach, keyingi 36 ta so`zlar to`plami shoshilmay, har bir so`z 1 sekunddan oralig` bilan o`qib eshittiriladi.

Staqan, maktab, sanchqi, tugma, gilam, oy, stul, odam, divan, sigir, televizor, daraht, kush, uhlamoq, dovyurak, hazillashmoq, qizil, okkush, surat, ugri, so`zmoq, tup, sariq, sakramoq, daftar, pal`to, kitob, gul, telefon, olma, qo`g`irchoq, sumka, ot, etmoq, fil, UY.

Bu 36 ta so`zlar to`plami tasodifiy ketma-ketlikda barcha qatordagi so`zlardan iborat.

Dar bir to`plamdagi so`zlarni farklash uchun ularni turli chiziqlar bilan belgilanadi.

1-to`plamdagi so`zlar tagiga 1 ta to`g`ri chiziq chizilgan; 2- so`zlar to`plamiga 2 ta to`g`ri chiziq chizilgan; 3-so`zlar to`plamiga bitta uzun chiziq va ohirgi 4-so`zlar to`plamiga ikki qator uzun chiziq chizilgan.

Bola eshitgan 36 ta so`zlar ichida qisqa to`plamdagi so`zlar bor yoki yo`qligini topib, bor bo`lsa "ha", bo`lmasa "yo`q" deb javob berish kerak. Katta to`plamdagi so`zlardan kichiq to`plamdagi o`lishi uchun bolaga 5 sekund vaqt beriladi. Agar farklay olmasa, tadqiqotchi keyingi s uz ga utib ketadi.

Baholash natijalari

Tezkor eshitish xotira si ko`rsatkichi katta to`plamdan 6 ta so`zni to`pishi uchun ketgan o`rtacha vaqtga qarab aniqlanadi. O`rtacha vaqtni topish uchun bola topshiriqni bajarish uchun sarflagan umumiy vaqtni 4 ga bo`linadi.

O`rtacha vaqtni hatolar soniga bo`lib, 1 ni qo`shilsa, operativ eshitish xotira si hajmi aniqlanadi. Noto`g`ri topilgan yoki topa olinmagan so`zlar hato hisoblanadi.

## "BEVOSITA XOTIRA NI DIAGNOSTIKA QILISH"

Metodiqani utkazish uchun qog`oz va ruchka kerak bo`ladi.

Tadqiqot utkazishdan avval bolaga quyidagicha ko`rsatma beriladi:

"Hozir men senga turli hil so`z va gaplar aytaman va bir to`htalib olaman. Sen mana shu to`htalgan vaqtimda aytan so`z yoki gaplarimni eslab qolib uni qog`ozga yozishing, rasmini chizishing kerak bo`ladi.

105

Tezrok yozishga, chizishga harakat kdpgin. Men aytadigan so`zlar k^p, vaqtimiz esa oz".

Bolaga birin-ketin quyidagi so`z va iboralar aytib beriladi. "Uy, tayok, daraht, balandga sakrash, quyosh nur sochmoqda, kuvnok odam, bolalar tup uynashayapti, soat to`htab qoldi, qayik daryoda so`zyapti, mushuk baliq emoqda".

Tadqiqotchi kar bir so`z yoki so`z birikmalarini aytib bo`lgandan so`ng 20 sekund tanaffus qil adi. Shu vaqt ichida bola aytilganlarni yozishi, chizib olishi kerak.

Agar bu vaqt ichida bola topshiriqni bajarishga ulgurmasa, tadqiqotchi uni to`htatib quyib, navbatdagi so`zni o`qiydi. Tajriba tugagandan so`ng, boladan qog`ozga chizilgan raem yoki yozilgan so`zlardan foydalanib, so`z va so`z birikmalarini aytib berishi s5faladi.

Natijalar tahlili:

1 ball - o`z chizmalari va yozuvlaridan foydalanib, aytilgan so`zlarni to`g`ri va hatosiz esga tushira olsa;



0,5 ball - chizgilari, yozgan narsalariga asoslanib, berilgan soʻzga yaqinlashib esga tushirsa;

0 ball - notoʻgʻri esga tushirilsa.

U mumiy maksimal koʻrsatkich - 10 ball

Bu ballni bola barcha aytilgan soʻzlarni toʻgʻri toʻliq esga tushirsa toʻplay olishi mumkin.

Minimal koʻrsatkich - 0 ball.

Rivojlanish darajasi haqida hulosa

10 ball - bevosita eshitish xotira si juda yuqori darajada rivojlangan.

8-9 ball - bevosita eshitish xotira si yuqori darajada rivojlangan.

4-7 ball - bevosita eshitish xotira si oʻrtacha darajada rivojlangan.

2-3 ball - past darajada rivojlangan.

0-1 ball - kucheiz rivojlangan bevosita eshitish xotira siga ega.

### "ESDA QOLDIRISH jarayonining DINAMIK hususiyatlari"

Bolaga 10 ta soʻzlardan tarkib toptan qator bir necha marta qaytarish orqali eslab qolish uchun tavsiya etiladi.

Har bir takrorlashdan soʻng, bola tomonidan eslab qolingani soʻzlar soni aniqlanadi.

Quyidagi soʻzlar qatorining birortasidan foydalaniladi.

1. Uy, parta, ok, yahshi, nok, bur, kuchli, piyola, sham, stol.

2. Mushuk, ruchka, qizil, yomon, olma, pol, kuchsiz, sanchqi, chirok, kalam.

3. Qoʻgʻirchoq, koshik, qizil, mashina, baland, chutka, ona, kitob, tovuk, anor.

4. It, deraza, gul, gilam, konvert, osmon, harf, uyqu, quyi, pichoq.

5. Soat, shamol, balik, yulduz, fil, qand, qogʻoz, stul, arkon, shaftoli.

Eslatma: Bolalarning esda qoldirish dinamikasini diagnostika qilishda, maktabgacha va kichik maktab yoshidagi bolalar uchun soʻzlar qatorini shunday tuzish kerakki, birinchi soʻz- ikkinchi soʻzga, ikkinchi soʻz- uchinchisiga alokador, maʼnodosh boʻlmasligi lozim.

Bolaning eslab qolishi va qayta aytib berish uchun tadqiqotchi soʻzlar qatorini 6 martagacha qaytarishi mumkin (undan koʻp emas).

Har bir qaytarishdan soʻng toʻgʻri va hatosiz eslab qolingani soʻzlarni belgilab borib, grafikda aks ettiriladi.

Grafik asosida:

1. Eslab qolish dinamikasi;

2. Eslab qolish mahsuldorligi aniqlanadi;

Grafikda har bir takrorlashdan soʻng eslab qolgan soʻzlarni soni ortib borsa - eslab qolish dinamikasi yaxshiligini

Bildiradi.

- Agar koʻrsatkich oʻzgarmasa, oʻrtacha darajadaliqidan dalolat beradi.

- Agar har bir takrorlashdan soʻng ham eslab qolgan soʻzlar soni kamayib borsa, eslab qolish dinamikasining sustligini bildiradi.

Natijalar tahlili

Olingan natijalar boʻyicha bola eslab qolish dinamikasi quyidagicha baholanadi: Etarli darajadagi yahshi dinamik esda qoldirish jarayoni - aʼlo.

Esda qoldirish oʻrtacha dinamik jarayoni - konikarli.

Esda qoldirish dinamik jarayon emas - konikarsiz. Shuningdek, bu jarayon quyidagi ballar mezoni boʻyicha ham baholanadi.

10 ball - bola 10 ta soʻzni hatosiz toʻgʻri eslab qolib, ayta olgan va bunga b marta takrorlash shart boʻlmagan. 8-9 ball - 6 marta takrorlashdan soʻnggina 10 ta soʻzni toʻgʻri eslab qolsa.

6-7 ball - 6 marta takrorlashdan soʻng 7-9 ta soʻzni esda qoldirsa.

4-5 ball - 6 marta takrorlashdan soʻng 4-6 tagacha soʻzni eslab qolsa.

2-3 ball - 6 marta takrorlashdan soʻng fakat 2-3 ta soʻzni eslab qolib aytsa.

0-1 ball - 6 marta takrorlashdan soʻng ham L ta soʻzni yoki umuman esda qoldira olmasa.

Rivojlanish darajasi haqida hulosa

10-8 ball - bola maktab taʼlimiga tayyor, uning esda qoldirishi yuqori va oʻrtacha dinamiklikka ega.

4-7 ball - ukishga etarli darajada tayyor emas.

0-3 ball - umuman maktab taʼlimiga tayyor emas.

### Hissiy holatni baholash metodikasi

Tibbiy amaliyotda depressiya va xavotirni aniqlashda Gamilton, Zung va Spilberger-Xanin shkalalari koʻp qoʻllaniladi. Ular oddiy va sodda tuzilgan boʻlib, depressiya va xavotir darajasini tezkorlik bilan aniqlash va baholash mumkin. Ayniqsa, somatik buzilishlar bilan namoyon boʻladigan xavotirli-depressiv sindromlarda Gamilton shkalalari keng qoʻllaniladi.

Depressiyani aniqlash va baholash

Gamilton shkalasi. Ushbu shkala "Depressiya" diagnozi aniqlangan bemorlarda kasallik darajasini baholash va dinamikada o'rganish uchun qo'llaniladi. Shkaladagi savollar bemorni so'ngi hafta ichida bezovta qilayotgan simptomlarni aniqlashga va baholashga qaratilgan. So'ng shkalasidan farqli o'laroq, Gamilton shkalasi mutaxassis tomonidan to'ldiriladi. Shkalani to'ldiruvchi mutaxassis tajribali bo'lishi, depressiyaning klinik ko'rinishlarini va shkalada ko'rsatilgan savollarni mukammal bilishi lozim. Shkalani to'ldirayotganda bemorni shoshirmaslik, unga bosim o'tkazmaslik, bemor savollar ma'nosini anglay olmasa, uni lo'nda va sodda til bilan tushuntirish lozim. Agar shkalani to'ldirayotgan mutaxassisda bemorning javoblari shubha uyg'otsa, qo'shimcha ma'lumot uchun uning ahvolini yaqindan biladigan qarindoshlarini yoki uni davolayotgan vrachni jalb qilish mumkin.

Ushbu shkala bo'yicha qayta tekshiruvlar o'tkazilayotganda bemorga ham, mutaxassisga ham avvalgi to'ldirilgan shkala ma'lumotlaridan foydalanish man qilinadi, faqat qayta tekshiruv o'tkazib bo'lingandan keyin uning xulosalari avvalgi tekshiruv xulosalari bilan solishtirilishi mumkin.

Shkaladagi har bir savolga berilgan javob variantlari 0-2 ball, 0-3 ball va 0 - 4 ball qilib belgilangan. 16-ustundagi tana vaznini baholash bo'yicha berilgan savolga 16A yoki 16B bo'yicha javob berish kerak. Shkala birinchi gal to'ldirilayotganda 16A punkt bo'yicha (anamnezga asoslanib), ikkinchi gal to'ldirilayotganda, ya'ni bemorning ahvoli dinamikada o'rganilayotganda javobni 16B punkt bo'yicha (tana vaznini ob'ektiv tekshiruvlarga) belgilagan ma'qul. Depressiyaning ba'zi turlarida bemorning ahvoli, ayniqsa kayfiyati kun bo'yi o'zgarib turishi mumkin, masalan ertalab kayfiyati yaxshi, kechqurun esa yomon. Bu holatni belgilash 18 punktga ko'rsatilgan. Agar bemorning ahvolidagi kun bo'yi o'zgarishlar kuzatilmasa 18A punkt bo'yicha 0 ball belgilanadi, bunda 18B punkt bo'sh qoldiriladi. Agar kun bo'yi depressiya alomatlari kuchayib turishi kuzatilsa, 18A punkt bo'yicha uning ertalab yoki kechqurun bo'layotganligi baholanadi, 18B punkt bo'yicha esa ushbu kuchayishlarning darajasi baholanadi.

### Depressiyani baholash uchun Gamilton shkalasi

#### 1. Depressiv kayfiyat.

(tushkunlik, ishonchsizlik, o'zini kamsitish hissi)

0- yo`q

1- ko'rsatilgan holatlar so'ralganda aytiladi

2- to'satdan o'zi shikoyat qiladi

3- hulq-atvori (tana vaziyati, mimikasi, ovozi, yig'loqilik)dan bilib olinadi

4- ko'rsatilgan holatlar ham gapirishidan, ham xulq-atvoridan bilinib turadi

#### 2. Aybdorlik hissi.

0- yo`q

1- o'zini kamsitish, boshqalarga pand berganlik hissi

2- o'zini kamsitish hissi, o'z xatolarini va gunohlarini azob bilan eslash

3- hozirgi kasalligini go'yoki unga berilgan jazodek his qiladi, aybdorlik hissi

4- ayblovchi va/yoki qoralovchi mazmundagi verbal gallyutsinatsiyalar, va/yoki qo'rqituvchi mazmundagi

ko'ruv gallyutsinatsiyalari

#### 3. Suitsidal niyatlar.

0- yo`q

1- yashashning keragi yo'qdek his qilish

2- o'lish xohishi yoki o'lishi mumkinligi haqidagi xayollar

3- o'z joniga qasd qilish haqida gapirish yoki imoishorasida bildirish

4- suitsidal urinishlar

#### 4. Erta uyqusizlik.

0- qiynalmay uyquga ketish

1- ba'zan uyqu kelmasligiga shikoyat qilish (30 daqiqadan ko'proq)

2-har kecha uxlay olmayotganiga shikoyat qilish

#### 5. O'rta uyqusizlik.

0-yo`q

1- tun mobaynida notinch uyquga shikoyat qilish

2- butun tun mobaynida bir necha bor uyg'onib ketish, o'rmdan turish

#### 6. Kechikkan uyqusizlik.

0 -yo`q

1-erta uyg'onib ketish va keyin yana uyquga ketish

2- erta saharda butunlay uyg'onib ketish

#### 7. Ishchanlik va faollik.

0- qiynchiliklar yo'qligi

1- ishga qodir emaslik hissi, charchash va holsizlik hissi,

2- ishga va boshqa faoliyatga qiziqishning yo'qolishiga shikoyat qilish yoki xulq-atvorida sezdirib turish, beqarorlik va apatiya (qo'shimcha tarzda ishga yoki faollikka tashqaridan undashga muhtoj)

3- faollikni namoyon qiluvchi belgilarning yo'qligi yoki ish samaradorligining pasayishi

4- kasallik sababli ishdan voz kechish

8. Karaxtlik.

(fikrlar karaxtligi va nutqning sekinlashuvi, fikrni bir joyga jamlay olmaslik, harakat faolligining pasayishi)

0- nutq va fikrlash saqlangan

1- suhbat chog`ida engil karaxtlik

2- suhbat chog`ida sezilarli karaxtlik

3- so`rov-suhbat chog`ida kuchli qiyinchiliklar

4- stupor

9. Ajitatsiya.

0- yo`q

1 - notinchlik

2- qo`li bilan tartibsiz harakatlar qilishi, sochini yulish

3- qimirlayverish, bir joyda o`tira olmaslik

4- qo`li bilan chertaverish, tirnog`ini tishlayverish, sochini yulish, labini tishlash

10. Ruhiy xavotir.

0- yo`q

1- sub`ektiv taranglik va jahldorlik

2- arzimagan sababdan bezovtalanish

3- so`zida va yuzida aks etgan xavotir

4- qo`rquvning yuzida aks etib turishi

11. Somatik xavotir.

(xavotirning fiziologik ko`rinishlari - gastrointestinal - og`iz qurishi, meteorizm, dis-pepsiya, diareya, spazmlar, kekirish, yurak- qon tomir yurak urishi, bosh og`riqlar, nafas olish - giperventilatsiya, nafac etishmovchiligi bilan siyishning tezlashuvi, terlash)

0- yo`q

1- sust

2- o`rtacha

3- kuchli

4- o`ta kuchli

12. Oshqozon-ichak disfunktsiyasi.

0- yo`q

1- ishtahaning yo`qolishi, biroq ovqatni eyishga ortiqcha zo`rqlamaslik, qorinda og`irlik hissi

2- kuchli undashlar hisobiga ovqatlanishga rozi bo`lish, ichni suruvchi dorilarga yoki gastrointestinal simptomlari bartaraf qilishga ehtiyoj sezish

13. Umumiy somatik simptomlar.

0- yo`q

1- oyoqlarda og`irlik, bel va bosh og`rig`i, mushaklarda og`riq, quvvat yo`qligi yoki holdan toyish hissi

2- har qanday kuchli ifodaiangan simptomlar

14. Genital simptomlar.

(libidoning yo`qolishi, hayz buzilishi)

0- yo`q

1- sust ifodalangan

2- kuchli ifodalangan

15. Ipoxondriya.

0- yo`q

1- o`z dunyosiga g`arq bo`lish

2- sog`lig`idan haddan tashqari aziyat chekish

3- shikoyatlar ko`pligi, yordam haqida iltimoslar

4- ipoxondrik alahsirashlar

16. Tana vaznining kamayishi.

(yo A yoki V baholanadi)

A. Anamnez bo`yicha.

0- yo`q

1- ushbu kasallik sababli tana vazni kamaygani taxmini

2- tana vaznining yaqqol kamayishi (so`ziga qaraganda)

3- baholash qiyin

B. Agar tana vaznida o`zgarish har haftada kuzatilsa.

0- haftasiga 0,5 kg dan kam

1- haftasiga 0,5 kg dan ko`p

2- haftasiga 1 kg dan ko`p

3- baholash qiyin

17. Tanqidiy munosabat.  
0- betobligini angelaydi  
1- betobligini anglash, biroq uning sababi yomon ovqatlanganidan, charchaganidan, ob-havodan va h.k. Dan deb bilish  
2- betobligini butunlay anglamaslik
18. Kundalik o`zgarishlar (simptomlarning kun mobaynida kuchayishi).  
(B punkt baholanishi uchun A punktda buzilishlar aniqlanishi kerak)
- A. Simptomlar kuchayishi.  
0- kuchayish yo`q  
1- ertalab  
2- kechqurun
- B. Kuchayish darajasi.  
0- yo`q  
1- sust  
2- kuchli
19. Depersonalizatsiya va derealizatsiya.  
(o`zining va atrofdagilaming o`zgarganligi)
- 0- yo`q  
1- sust  
2- o`rtacha  
3- kuchli  
4- o`ta kuchli
20. Paranoidal simptomlar.  
0- yo`q  
1- gumonsirash  
2- munosabatlar g`oyasi  
3- ta`qib qilinish fikrlari
21. Obsessiv va kompulsiv simptomlar.  
0- yo`q  
1- engil  
2- og`ir

№	Shkala punktlari	Ko`rsatkichlar (ballar bilan baholanadi)				
		0	1	2	3	4
1.	Depressiv kayfiyat	0	1	2	3	4
2.	Aybdorlik hissi	0	1	2	3	4
3.	Suitsidal niyatlar	0	1	2	3	4
4.	Erta uyq`usizlik	0	1	2	3	4
5.	O`rta uyq`usizlik	0	1	2	3	4
6.	Kechikkan uyq`usizlik	0	1	2	3	4
7.	Ishchanlik va faollik	0	1	2	3	4
8.	Karaxtlik	0	1	2	3	4
9.	Ajitatsiya	0	1	2	3	4
10.	Ruhiy xavotir	0	1	2	3	4
11.	Somatik xavotir	0	1	2	3	4
12.	Oshq`ozon-ichak disfunktsiyasi	0	1	2	3	4
13.	Umumiy somatik simptomlar	0	1	2	3	4
14.	Genital simptomlar	0	1	2	3	4
15.	Ipxondriya	0	1	2	3	4
16.	Tana vaznining kamayishi A	0	1	2	3	4
17.	Tana vaznining kamayishi V	0	1	2	3	4
18.	Tanq`idiy munosabat	0	1	2	3	4
19.	Kundalik o`zgarish A	0	1	2	3	4
20.	Kundalik o`zgarish V	0	1	2	3	4
21.	Depersonalizatsiya va derealizatsiya	0	1	2	3	4
22.	Paranoidal simptomlar	0	1	2	3	4
23.	Obsessiv va kompulsiv simptomlar	0	1	2	3	4

Ballar yig`indisi: shkalada eng past ball 0 bo`lsa, eng yuqorisi 52 ball hisoblanadi.

Depressiya darajasi qo`yidagicha baholanadi:

0-6 ball - depressiya yo`q;

7-15 ball - engil depressiya;

Ballar yig`indisi 16 va undan oshgan sayin depressiya darajasi og`ir hisoblanib borilaveradi. Masalan, 52 ball to`plansa - depressiyaning eng og`ir darajasi aniqlangan hisoblanadi. Savolnomani to`ldirishga ketgan vaqt 30 minutdan oshmasligi kerak.

Субтестлар	Вербал					Новербал					
Дастлабки баҳолар									0	1	2
Шкала баҳолари											
Интеллектуал ко`рсаткичлари /ИК/	ВИК=					НИК=					
	УИК=										

## VERBAL SHKALA

Umumiy bilimdonlik subtesti. Nisbatan sodda ma'lumotlar va bilimlardan habardorlikni tekshiradi. 30 ta savol beriladi, har bir to'g'ri javob 1 ball bilan baholanadi.

Masalan: haftada necha kun bor?... Yilning to'rt faslini ayting? Oshqozon nima uchun kerak?...

5. Umumiy ziyraklik subtesti. Iboralarning mazmunini to'liq tushunishni, fikrlash qobiliya-tini, ijtimoiy me'yorlarni tushunishni baholaydi. Sinaluvchidan tasvirlangai vaziyatda mumkin bo'lgan echimlar haqida javob berish talab qilinadi. 14 ta savol beriladi, javobning aniqligiga qarab baho qo'yiladi: 0,1,2.

Masalan, Barmog'ingizni kesib olsangiz nima qilasz? ... Do'konga non olish uchun kelsangiz, u er-da non yo'k eqan, siz nima qilasz? Nima uchun jinoyatchilarni kamoqqa qamaydilar?

6. Arifmetik subtest. Sinaluvchi diqqatining to'planishini, sonli ifodalarni tez echishini tekshiradi. Sinaluvchidan arifmetik masalalar seriyasini og'zaki echish talab qilinadi. Javobning aniqligiga, ketgan vaqtga bog'liq ravishda baho qo'yiladi.

Masalan: Sizda 8 ta koptok bor edi, yana b ta sotib olib berishdi, koptoklar sizda nechta bo'ldi?

7. O'hshashlikni topish subtesti. Tushunchalarning shakllanganligi, klassifikatsiya, taqqoslash, mavhumlapggirish qobiliyatlarini tekshiriladi. 16 juft tushunchalar beriladi. Sinaluvchidan tushun-chalar jufti o'rtasidagi umumiylikni topish talab etiladi. Umumlashtirish darajasiga bog'liq ra-vishda 0 dan 2 balgacha baho qo'yiladi.

Masalan: "Kuchuk-mushuk" tushunchalari o'rtasidagi umumiylikni topishda javoblar quyidagicha baholanishi mumkin: Tez chopishda, chaqqon /0 ball/; 4 ta oyogi, juni, quloqlari bor / 1 ball/; hayvon-lar, tirik mavjudot, sut emizuvchilar /2 ball/.

8. So'zlar subtesti. Og'zaki tajribani o'rganishga mo'ljallangan /so'zning ma'nosini aniqlash va tushunish/. 40 ta so'z ma'nosini tushuntirish uchun beriladi. 0 dan 2 ballgacha baho qo'yiladi.

9. Sonlar qatorini takrorlash subtesti. Qisqa muddatli xotira va diqqatni o'rganishga mo'ljallangan, ikki kismdan iborat: Sonlarni to'g'ri va teskari tartibda eslab qolish va takrorlashdan iborat. O'ng va teskari takrorlashlarni baholash qatordagi to'g'ri esga tushirilgan raqamlar soniga teng. Subtestning umumiy bahosi o'ng va teskari takrorlashning umumiy bahosiga teng.

## NOVERBAL shkala

10. Etishmaydigan q'ismni topish subtesti. Ko'rish idrokn xususiyatlarini, q'o'g'atuvchanlikni, muhim q'ismlarni farq'lay olish q'obilyatini o'rganishga mo'ljallangan. Sinaluvchiga 20 ta rasm ko'rsatiladi, ularning har birida etishmaydigan q'ismni yoki mos emaslikni topish zarur. To'g'ri javob 1 ball bilan baholanadi G'15 soniyadan kam vaq'tdag'.

11. Rasmlar ketma-ketligi subtesti. Parchalarni mantiq'iy bir butun q'ilib birlashtirish, vaziyatni tushunish hodisalarni oldindan bilish q'obilyatlarini tekshirishga mo'ljallangan. Rasmlarning II seriyasi beriladi. Har bir seriyada rasmlar syujet bilan birlashtirilgan bo'lib, sinaluvchi syujetga mos ravishda ularni ma'lum ketma-ketlikda joylashtirish kerak. Topshiriq' vaq'tta va to'g'ri bajarilishiga bog'lik ravishda baholanadi.

12. Koss kubiklari testi. Metod q'ismlardan butunni birlashtirish q'obilyatini, sensomotor koordinatsiyani tekshirishga q'aratilgan. Sinaluvchi berilgan namunaga q'arab har xil rangli kubiklardan shunday figuralar yasashlari kerak. 10 figura beriladi. Har bir topshiriq' bo'yicha vaq't chegaralangan bo'ladi. Baholar aniq'likka va ketgan vaq'tga bog'liq bo'ladi.

13. Figuralar yasash subtesti. Yo'nalishiga ko'ra 9 subtestga o'xshaydi. Sinaluvchiga ma'lum ketma-ketlikda 4 ta figuraning q'ismlari beriladi. G'«maneken», «ot», «odam boshi», «mashina»G'. Sinaluvchiga bu q'ismlardan nima yasash kerakligi aytilmaydi. Topshiriq'ni to'g'ri bajarish va ketgan vaq'tga bog'liq holda sinaluvchiga baho q'o'yiladi.

14. Raq'amlarni shifrlash subtesti. Ko'rish-harakat malakalarni o'zlashtirganlik darajasini aniq'lashga mo'ljallangan. Topshiriq' har bir raq'amning tagida katakchaga ularga mos belgini yozishdan iborat. Bajarish vaq'ti 120 soniya. To'g'ri shifrlangan raq'amlar soni - sinaluvchining bahosiga teng bo'ladi. Dastlab «A»shakl, so'ngra «V» shakl ko'rsatiladi.

15. Labirintlar subtesti. Bu yo'nalishiga ko'ra 2 subtestga o'xshaydi. 9 ta labirintni o'z ichiga oladi, «chiq'ish» vaq'ti hisobga olinadi.

WISC metodikasida q'o'shimcha subtestlar G'«raq'amalarni eslab q'olish» va «labirintlar»G' topshiriq'ning asosiy guruhdari bilan birga o'tkazilishi mumkin. Bu holda intellekt ko'effitsenti G'IQG'ni aniq'lashda ularning ko'rsatkichlari hisobga olinadi.

Test natijalarini q'ayta ishlashda verbal va noverbal subtestlarning har biri bo'yicha olingan ballar yig'indisi topiladi. «Olingan» balni shkala ballariga aylantirish jadvaliga muvofiq' har bir alohida subtestlarni bajarish natijalarining standart baholarini olish mumkin «Olingan» ballar yig'indisi bo'yicha G'testning aloxida verbal va

noverbal q`ismlari bo`yichag` va jadvaldagi natijalar bo`yicha IQ -verbal shkala baholari, IQ -noverbal shkala baholari va umumiy IQ ko`rsatkichlari aniqlanadi. Veksler testi bo`yicha IQ ko`rsatkichlari talq`ini yosh me'yorlarini hisobga olgan holda o`tkaziladi. 1963 yilda 4-6,5 yoshli bolalarning intellektini tekshirish uchun shkala ishlab chiq`ildi. Intellekt shkalasining bu varianti, bizning mamlakatimizga moslashtirilmagan.

WPPSI shkalasi subtestlarining tarkibi q`uyidagicha:

Verbal subtestlar:

1. Bilimdonlik
3. So`z boyligi
5. Arifmetika
7. O`xshashini topish
9. Tushunish
11. Gaplar (o`xshash)

Noverbal subtestlar

2. Hayvon uyi
4. Rasmlarni tugatish
6. Labirintlar
8. Geometrik sxemalar
10. Koss kubiklari

«Hayvon uyi» subtesti raq`amlarni shifrlash subtestiga o`xshaydi. Bu topshiriq`ni bajarishda bolaga kuchuk, jo`ja, baliq` va mushuk tasvirlangan karta ko`rsatiladi. Kartaning yuq`ori q`ismida turli rangdagi silindr rasmcha — kalit G`hayvon uyig` joylashtiriladi. Bola rasmlarga mos hayvon uylarini q`o`yib chiq`ishi kerak. Bolaga topshiriq`ni to`g`ri bajarganiga va ketgan vaq`tga bog`liq` ravishda baho q`o`yiladi.

«Geometrik sxemalar» subtestida rangli q`alamlar yordamida 10 ta sodda tasvirni chizish kerak.

«Gaplar» subtesti sonlar q`atorini takrorlash subtestiga o`xshaydi. Sinaluvchi eksperimentartorning orq`asidan aytilgan gaplarni takrorlashi kerak.

WISC, WPPSI shkalasi subtestlari birgalikda intellekt funksiyalari xususiyatlari haq`ida, turli omillar ta'sirida ularning rivojlanish xususiyatlari haq`ida bilib olish imkonini beradi.

**VEKSLER SHKALASI SUBTESTLARI yordamida ANIQ`LANADIGAN  
INTELLEKTUAL FUNKTSIYALAR**

Subtest	O`rganilayotgan funktsiya	Natijaga ta`sir etadigan omil
Bilimdonlik	Xotira da materialni uzoq` vaq`t saq`lash. Tajribaning mavjudligi va assotsiatsiyalari	Madaniy muhit, q`iziq`ishlar
Ziyraklik	Mavhum tafakkur. Bi-limlarning mavjudligi, tushunchalarning shakllanganligi	Madaniyatli muloq`ot q`ilish q`onuniyati.
Arifmetika	Xotira da arifmetik amallarni saq`lash	Real vaziyatlarga munosabat. Diq`q`at hajmi
O`hshashini topish	Aloq`alar, o`zaro bog`lanishlar tah lili, verbal tushunchalarning shakllanganligi	Asosiy arifmetik amallarni egallash mumkinligi
So`z boyligi	Nutq`ning rivojlanganligi, tushunchalarning shakllanganligi	Madaniyatli muloq`ot q`ilish
Sonli q`atorlar	Tez q`ayta esga tushirish, eshitish obrazlari	Madaniyatga aralashish imkoniyati
Rasmlar ketma- ketligi	Munosabatlarni ko`rib idrok etish	Diq`q`at hajmi
Etishmayotgan q`ismlar	Ko`rish idroki, analiz. Ko`rish obrazlari	Madaniyatga aralashish imkoniyati
Figuralar yasash	Ko`rish idroki, sintez. Ko`ruv harakat tahlili	Atrof-muhitni idrok q`ilish tajribasi
Koss kublari	Shaklni idrok q`ilish, ko`rish idroki, analiz	Harakat faolligi va aniq`ligi
Shifrlash	Tez idrok q`ilish, ko`rish obrazlari	Harakat faolligi darajasi. Rangli ko`rish darajasi

Sinaluvchi aq`liiy taraqq`iyot darajasini aniq`lashda 1s2ning ohirgi natijasi emas, balki har bir alohida olingan subtestlar bo`yicha olingan natijalarni ham tahlil q`ilish katta ahamiyatga ega bo`ladi. Shu bilan bir vaq`tda umumiy hulosa tuzishda, alohida subtestlar bo`yicha olingan natijalarnigina emas, boshqa metodikalardan olingan natijalarni ham hisobga olish zarur.

**UMUMIY ZIYRAKLIK SUBTESTI  
№ 2 SUBTEST SAVOLLARI**

1. Biz nima uchun kiyimlarni yuvamiz?
2. Nima uchun poezdning motori / harakatlantirgichi/ bor?
3. Agar siz ko`chada adresi yozilgan, marka yopishtirilgan, yopiq` elimlangan hat jild /konvert/ ni topib olsangiz, nima q`ilar edingiz?
4. Insonlar nima uchun yomon ulfatlardan q`ochishga harakat q`iladi?
5. Kino yoki teatrda o`tirganingizda, yong`inni sezib q`oldingiz, siz nima q`ilasiz?
6. Rejalashtirish nima uchun kerak?
7. Q`uyidagi ifoda nimani anglatadi? "Temirni issig`ida bos"
8. Nima uchun O`zbekiston Respublikasi q`onunchiligida o`smirlarning ish kuni q`isq`artirilgan?
9. Agar siz kunduzi o`rmonda adashib q`olsangiz, o`rmondan chiq`ib olish uchun q`anday yo`l Tutardingiz?
10. Nima uchun garang bo`lib tug`ilgan bolalar odatda gapira olmaydilar?
11. Nima uchun q`ishloq`dagiga nisbatan, shaharda havo yomon?
12. Nima uchun davlat 17 yoshgacha nikohdan o`tish uchun ruhsat bermaydi?
13. Q`uyidagi ifoda nimani bildiradi? "Jujani kuzda sanaydilar"
14. Q`uyidagi ifoda nimani bildiradi? "Bitta kaldirg`och kelgani bilan bahor bo`lmaydi".

13. So`z boyligi subtesti

Ko`rsatma: "Ba`zi so`zlarning mazmunini tushuntirib bering. Bu so`z q`anday ma`noni bildiradi?". Bu usulni hamma so`zlar uchun q`o`llang. To`rtinchi so`zdan boshlang. /kish/, agar sinaluvchi javob berishga kiynalsa,



birinchi soʻz krovatdan boshlang. Agar 4-8soʻzlarning kar biri 0 ball bilan baholansa, zudlik bilan 1,2,3, soʻzlarni tekshiring. Keyin 8,9 soʻzlarni oʻqʻib eshittiring. Bu ishni 5 ta ketma-ket urinishlar bajarilmaguncha davom ettiring. Tez ilgab oladigan intellektual sinaluvchilarga 3 chi yoki 4 chi soʻzdan keyin rasmiy savol yoki koʻrsatmani aytmaslik kam mumkin, fakat soʻzlarni bir hil aniqʻ aytish kerak. Baʻzan sinaluvchi tushunmagan holda tadqʻiqʻotchi bunday deyishi mumkin: "bu haqʻida menta toʻliqʻrok gapirib bering" yoki "toʻliqʻrok tushuntirib bering". Tadqʻiqʻot ketma-ket 5 ta muvaffakiyatsizlikdan soʻng, javoblar 0 ball bilan baholangandan soʻng toʻhtatiladi. Baholash 1-2 savollarning kar biri 2 va 0 ballar bilan baholanadi. 1-3 savollar berilmagan sinaluvchilarga 3 ball qʻoʻyiladi. Maksim al baho - 80.

Baholash mezonlari va toʻgʻri javoblarning mezonlari. Umu- man soʻzning har bir toʻgʻri maʼnosi kaboʻl qʻilinadi, bunda taʼrif guzal boʻlishiga unchalik eʼtibor berilmaydi. Lekin unchalik toʻgʻri boʻlmagan taʼrif, bahoni tushiradi.

## SOʻZ BOYLIGI SUBTESTI

Koʻrsatma: "Baʼzi soʻzlarning mazmunini tushuntirib bering. Bu soʻz qʻanday maʼnoni bildiradi?". Bu usulni hamma soʻzlar uchun qʻoʻllang. Toʻrtinchi soʻzdan boshlang. /qʻish/, agar sinaluvchi javob berishga qʻiynalsa, birinchi soʻz krovatdan boshlang. Agar 4-8 soʻzlarning har biri 0 ball bilan baholansa, zudlik bilan 1,2,3, soʻzlarni tekshiring. Keyin 8,9 soʻzlarni oʻqʻib eshittiring. Bu ish- ni 5 ta ketma-ket urinishlar bajarilmaguncha davom ettiring.

Tez ilgʻab oladigan intellektual sinaluvchilarga 3 chi yoki 4 chi soʻzdan keyin rasmiy savol yoki koʻrsatmani aytmaslik ham mumkin, faqʻat soʻzlarni bir hil aniqʻ aytish kerak. Baʻzan sinaluvchi tushunmagan holda tadqʻiqʻotchi bunday deyishi mumkin: "bu haqʻida menga toʻliqʻroqʻ gapirib bering" yoki "toʻliqʻroqʻ tushuntirib bering". Tadqʻiqʻot ketma-ket 5 ta muvaffaqʻiyatsizlikdan soʻng, javoblar 0 ball bilan baholangandan soʻng toʻhtatiladi. Baholash 1-2 savollarning har biri 2 va 0 ballar bilan baholanadi. 1-3 savollar berilmagan sinaluvchilarga 3 ball qʻoʻyiladi. Maksimal baho - 80.

Baholash mezonlari va toʻgʻri javoblarning mezonlari. Umuman soʻzning har bir toʻgʻri maʼnosi qʻabul qʻilinadi, bunda taʼrif goʻzal boʻlishiga unchalik eʼtibor berilmaydi. Lekin unchalik toʻgʻri boʻlmagan taʼrif, bahoni tushiradi. ESINGIZDA TUTING !!! Keltirilgan misollar javoblarning barcha variantlarini qʻamrab olmaydi va baʼzi hollarda original oʻziga hos javobga duch kelganda shahsiy qʻaror qʻabul qʻilishga toʻgʻri keladi. Sinaluvchining javoblarida soʻz boyligining kamligi uning javobini baholashga taʼsir etmasligi kerak !

Soʻzlar testini baholashning umumiy tamoyillari qʻuyidagilar: 2 ball

1. Yahshi sinonim.
2. Soʻzdan asosiy foydalanish
3. Soʻzning asosiy yoki bir necha hususiyatlariga taʼrif berish.
4. Soʻz mansub boʻlgan turkumni umumiy tasniflash.
5. Bir necha toʻgʻri tavsifiy hususiyatlarni bayon etish, ularning majmui soʻzning maʼnosini tushuntirishga yordam beradi.

1-ball - toʻgʻri javoblar, lekin maʼnosiga koʻra sodda:

1. Tushunarsiz yoki aniq boʻlmagan sinonim.
2. Soʻzning tilda kamdan-kam ishlatilishi.
3. Soʻzning tilda ishlatilishi mumkin boʻlgan misoli.

0 - ball - notoʻgʻri javoblar, savollarni aniqʻ tushunmaslik, hatto tadqʻiqʻotchi takrorlangandan soʻng ham.

Misollar:

1. Krovat.
2. Odamlar uhlaydigan yoki dam oladigan mebel' kismi. O- temir narsa,... Yogʻochdan ham boʻladi... Oyoqʻlari boʻladi...
3. Kema.

2- suvda yoki havoda odamlarni yoki yuklarni tashiydigan qʻurilma /tehnika moslama/ parohod, kema, transport turi...

0- odamlar unga utiradi... U narsalarni tashiydi...

3. Pul.

1- umumiy ekvivalent... Unga hamma narsa sotib olsa boʻladi...

0- kogʻozdan... Katta, turli rangda....

4. Qʻish.

2- yilning sovuqʻ fasli ... Mavsum... Yilning kuz va bahor oraligʻidagi fasli.

1- sovuqʻ havo mavsumi: yil fasli... Sovuqʻ.

0- iqʻim... Hvo oʻzgaradi yozning teskarisi.

5. Tuzatish.

2-yasash ... Yangilash ... Qʻayta tiklash ... Dastlabki holatiga keltirish ...singanni toʻgʻrilash...

1- qʻandaydir aniqʻ narsani toʻgʻrilash: stulni tuzatish... Nimadir sinib qʻolganda toʻgʻrilashingiz kerak.

0- qʻaytadan qʻilish. ...joyiga qʻoʻyish..

6. Nonushta

- 2- birinchi ovq`atni eyish... Ertalab eyiladigan ovq`at ... Ertalabki ovq`at.  
 1- ovq`atlanish ...ovq`at... Eyish... Biz eydigan narsa.  
 0- ovq`atning aniq` turi: tuhum sut ...choy... Kofe.  
 7. Fabrika.  
 2- engil sanoat korxonasi ...zavod... Tashkilot... Moddiy boyliklar yaratiladigan tashkilot.  
 1- odamlar gazlama chiq`aradigan joy... U erda mahsulot ishlab chiq`ariladi. ...u erda odamlar ishlaydi.  
 0- hammaga kerak... Ertalab u erga borishadi.  
 8. Detal'.  
 2- butunning q`ismi... Q`andaydir to`zilmaning q`ismi... Nimaningdir q`ismi... Dastgohda ishlov beriladigan mahsulot...  
 1- dastgohning /mehanizmning/ kismi... Kismi... Yarim mahsulot  
 0- narsalarga kerak bo`ladi bajarilgan narsa.  
 ..iimanidir ishlab chiq`ish  
 9. Majlis  
 2- miting... Anjuman... Ma`lum sistemaga mos ravishda tashkiliy uchrashuv ...kengash... Ko`pchilik odamlarning maslahatlashishi... Q`andaydir muammolarni hal q`ilish uchun odamlarning uyushgan Yig`ilishi.  
 1- o`q`uvchilarning uyushgan uchrashuvi... Nima haq`idadir bahslashishadi va nimanidir muhokama q`ilishadi... Odamlar nimanidir hal q`ilishga yig`ilishadi.  
 0- halkning ma`lum q`ismi ...juda ko`p odamlar... Insonlar...  
 10. Yashirmoq`-  
 2- bekitmoq`... Sir saklamoq`... Hech kimga aytmaslik ...yashirin saq`lamoq`... Panaga olmoq`.  
 1- nimanidir yashirishga urinmoq`... O`zi bilgan narsalarni boshq`alarga bilishga yo`l q`o`ymaslik, niq`oblamoq`... Ko`rsatmaslik...  
 0- nimanidir... Kimdandir... Hech kim bilmasin... Haq`iq`atni aytish mumkin emas.  
 11. Ulkan.  
 2- juda katta... Bahaybat...  
 1- katta ...katta... Hajmdagi...  
 0- kichik bo`lmagan... Uy...  
 12. Shoshilmoq`.  
 2- oshiq`moq` - tez bajarmoq`.. Harakatni, ishni. Tezlatmoq` - Tez q`ilmoq`  
 1- tez -... Yaq`in ... Chopmoq`... Tez ishlamoq` ...  
 0- kechikmoq`... Kechikayotganda, doimo shoshiladi.  
 13.Hukm.  
 2- so`nggi q`aror... Sud hukmi ...hulosa ... Huq`uq`iy akt.  
 1- jazolash ... Jazoladi ... Mahkum.  
 0- kamoq` ...  
 14. Bajarmoq`.  
 2- rahbarlik q`ilmoq` ... Tashkil q`ilmoq`... Tuzatmoq` ... Tartib o`rnatmoq`... Mos q`ilmoq`.  
 1- ishni, mashinani boshq`armoq` ... Harakatni boshq`armoq` ... O`rnatmoq`... Joyini almashtirmoq`...  
 0- lavozimiga ko`ra nimanidir buyurmoq` ... Yo`l ko`rsatmoq`... Yo`naltirmoq`.  
 15- Boshlamoq`.  
 2- kirishmoq` ... Ishga kirishmoq` ... Nimanidir boshidan q`ilmoq`..  
 1- q`andaydir ishni q`ilmoq`... Q`abul q`ilinmoq`-  
 0- darslarning boshlanishi ... Harakatning boshlanishi.  
 16. O`ylamoq`.  
 2- fikrlamoq` ... Har tomonlama tahlil q`ilmoq` ... O`ylash, ... Mulohaza q`ilmoq` -  
 1- reja tuzish ... Rejalashtirish, ... O`rganmoq`, ... Nimanidir ustida ishlamoq`.  
 0- sekin fikrlamoq`... Savol... Intilmoq` - havotirlanmoq`-  
 17. G`or.  
 2- Tabiatdagi tabiiy chuq`urlik ... Erdagi tabiiy chuq`urlik ... Tog` ichidagi teshik ... Q`adimgi odamlarning yashash joyi.  
 1- Teshik ... Q`andaydir chuq`urlik ... Erdagi hona ... Tog`dagi teshik ... Tog`dagi bo`sh joy.  
 0- toshlardan q`urilgan q`urilma ... Sovuq`dan saq`lanish mumkin bo`lgan joy... Tog`dagi joy.  
 18. Belgilamoq`.  
 2- shartli belgilar bilan belgilamoq`- nimanidir aniq`lash uchun belgi kiritmoq` ... Nimanidir belgilar bilan belgilamoq`- belgilar bilan aniq`lamoq`... Ahamiyat bermoq`.  
 1- aytmoq` ... Q`andaydir tasvirlamoq` ... Harflar bilan ko`rsatmoq` yoki nimanidir rejada belgilamoq` - nom bermoq`  
 0- bezamoq`... Nima q`aerdaligini bilib olmoq`-

19. Uyniki.  
 2- uyga tegishli narsalar ... Honaki o`rgatilgan ... Uy sharoitida tarbiyalangan ... Q`o`lda yasalgan.  
 1- shinam ... Uy hayvoni ... O`ziniki...  
 0- o`zi q`ilgan ... Uydagi ish ...
20. Sarflamoq`.  
 2- Ketkazmoq` - foydalanmoq` ... Ishlamoq` ... Iste`mol q`ilmoq`  
 1- yo`q`otmoq` - kamaymoq` .  
 0- pul ... Nimanidir sotmoq` -
21. Tugatmoq`.  
 2- ohiri, tamomlamoq`, ... Ohiriga kelmoq` - to`htamoq` ... Ishni ohiriga etkazmoq` - tugallamoq` .  
 1- davom ettirmaslik ... Ohirida tugatish.  
 0- ishni... Ishni tashlamoq` -
22. To`sq`inlik q`ilmoq`.  
 2- halaq`it bermoq` - yo`lini to`smaq` - to`siq` .. To`smaq`, nimagadir q`arshi bormoq` .  
 1- yo`l bermaslik ... O`tishga q`o`ymaslik... Ushlab q`olmoq` .  
 0- teskarisini q`ilmoq` ,... Ta`q`iq`lamoq` .
23. Afsuslanish.  
 2- ishining noto`g`riligini anglamoq` .. Hatosini tan olmoq` ... Aybini tan olmoq` - vijdoni q`iynalmoq` .  
 1- tan olish... Inson ishidan afsuslandi ...  
 0- hato q`ilmoq` - hatoni tan olmoq`
24. Muq`addas joy.  
 2- machit... Hudoga iltijo q`iladigan joy...  
 1- muq`addas joy  
 0- bino ... Uy... Q`adimiy haykal... Hona ...
25. Tengi yo`q` .  
 2- kech kim bilan taq`q`oslab bo`lmaydigan ... O`hshashi yo`q` ... Bebaho ... Hech kimga o`hshamaydigan.  
 1- hammadan yahshi... Eng a`lo ... Betakror... Sifati bo`yicha... Kim bilandir solishtirish q`iysin.  
 0- chegarasi yo`q` ... Buyuk ... Chiroyli ... O`ziga hos.
26. Rozi emas.  
 2- berilmaydigan... Hech narsa bilan kelishmaydigan ... O`z huq`uq`ini talab q`iladigan... Q`arshilik ko`rsatadigan...  
 1- o`zini hafa q`ilmaydigan... To`sq`inlik q`iluvchi ... Nimadir q`ilishga halaq`it beruvchi...  
 0- o`zidan soq`it q`ilmoq` - urishishda yoki suhbatda ... G`alaba q`iluvchi...
27. Kulfat  
 2- bahtsizlik... Halokat... Bahtsiz hodisa.  
 1- halokatga uchragan odam... Ochlik ... Q`urg`oq`chilik...  
 0- tabiiy ofat... Urilish...
28. Barq`aror.  
 2- mustahkam ... Tirishq`oq`lik... Harakterning irodaviy hislati... Harakter kuchi ... O`z fikrida q`at`iy turadigan... Inson hulq` atvori....  
 1- Mardlik... Epchillik... O`z fikrida q`olmoq` -  
 0- botirlik... Q`at`iylik.
29. Bino.  
 2-uy,... Q`urilma ... Arhitektura q`urilmasi ... Q`urilish.  
 1- q`urilmaning mahsus tili... Mahsus tipdagi q`urilish... Boshpana...  
 0- uyga o`hshash muassasa.
30. Achinmoq`  
 2- boshq`aga hamdardlik... Hamdardlik... O`zganing bahtsizligiga fikr bildirmoq`... O`zganiig bahtsizligini tushunish.  
 1- o`zgani tushunish, tinchlantirmoq` - hissiyot.  
 0- kim haq`idadir g`amho`rlik q`ilmoq` .. Insonga achinmoq`... Insonni ruhiy tushunmoq` .
31. Sezilarli.  
 2- bilinarli ... Barmoq`lar bilan his q`ilmoq`  
 1- ushlasa bo`ladigan, sezsa bo`ladigan  
 0- sovuq` ... Taq`q`oslanadigan.
32. Kuchli.  
 2- botir,... Q`o`rq`mas... Hech narsadan q`o`q`kmaydigan  
 1- q`at`iy, g`alabaga ishonadigan  
 0- urishadigan... Q`o`rq`inchli
33. Perimetr.  
 2- uchburchakning barcha tomonlari yig`indisi ... Tashq`i tushuncha

- 1- geometrik tushuncha  
0-radius
34. Vahimali.  
2- yomonlikdan /kulfat, bahtsizliklardan/ habar bermoq` - yomonlikdan habardor q`ilmoq` -  
1- q`o`rq`inchli... Dahshatli... Nimadir q`o`rq`inchli...  
0- juda jahldor... Yahshi emas... Q`asoskor... Yomonlikni eslab q`olish...
35. Balandparvoz gaplar.  
2- uzun nutq`-uzun ibora... Chuq`ur ma`noli ibora... Katta ibora..  
1- so`zning ko`pligi... Nutq`- so`zlar q`atori.  
0- tsitata. ..nutq`dan ko`chirma...
36. Tiq`ishtirmoq` -  
2- majbur q`ilmoq` - kerakmas narsalar bilan to`ldirmoq`.. Yo`lga to`kib q`o`ymoq`,-  
1- yo`lni to`smonoq`.. Narsalarni to`kmoq` -  
0- joyni egallamoq` - .devor bilan to`smonoq` . -
37. Ko`chirmachilik /plagiat/  
2- ma`naviy q`adriyatlar dunyosida o`g`rilik... O`zgalarni asarlarini o`ziniki q`ilib olish... Boshq`alarni mehnatidan /g`oyalaridan/ foydalanish... Kimningdir ismidan foydalanish... Uni o`ziniki q`ilib olish...  
1- o`zlashtirilgan so`z... O`g`rilash... Yoki kimningdir g`oyasidan, ishidan foydalanish...  
0- o`g`rilik hamma joyda... O`zgalarning mehnatini o`g`irlyadigan odam...
38. Sanchmoq`.  
2- teshik q`ilmoq`... So`kmoq`... Orasidan o`tmoq` - tuynuk q`ilmoq`  
1- o`tkir narsani kirgizmoq`... Pichoq` bilan /tez/ urish...  
0-
39. Parodiya /o`hshatish/.  
2- adabiy janr... Kuldirish... Maq`sadida hajviy taq`lid...  
1- nimanidir kulgili narsa q`ilish hazil... Taq`lid...  
0-
40. Hotirjam  
2- muvozanatli... Tinch... Og`ir  
1- kam hayajonlanadigan kishi... O`ziga ishonadigan... Karakter hislati...  
0- o`z sog`ligini saq`laydigan... Yahshi odam... Baq`irmaydi...

SHAHS hususiyatlarini ANIQ`LASH USLUBI  
(Ayzenk verbal testini q`o`llash natijalari asosida)

Shaxs hususiyatlarini aniq`lashga q`aratilgan juda ko`p usullar mavjud. Taq`dim etilayotgan Ayzenk noveroal uslubi esa o`zining samaradorligi bilan alohida ajralib turadi. Mazkur test natijalari odatda ilmiy psixologiyada q`abul q`ilingan Ekstroversiya (tashq`i), Introversiya (ichki), "Neyrotizm" (asabiy muvozanat) holatlarining shakllanganlik darajalariga q`arab talq`in q`ilinadi. Bu talq`in esa har bir shahs tarbiyasida va taraqq`iyotiga baho berish uchun ma`lum darajada hulosalar q`ilish imkonini beradi.

Tavsiya etilayotgan metodika asosida turli mualliflar (Kettell, Leongard, Ayzenk, Lichko) tomonidan bir hil maq`sadga yo`naltirilgan metodik ishlanma mahsuli bo`lib. Uning asosida shahsning umumpsihologik sifatlarining namoyon etilishi yotadi.

Mazkur metodika Ayzenkning 60 talik savolnomasn (o`smirlik varianti)ga tayangan holda shahsda Ekstroversiya va Neyrotizm holati namoyon etilishi va uning o`zaro nisbati (ustunligi) natijalari asosida har bir o`smir shahsi uchun karakterli bo`lgan shartli variantlar belgilanadi va shu variantlarga mansub o`smirlar karakterinn psixologik jihatdan tuzatish uchun olib borilishi lozim tavsiyalar ko`lami ishlab chiq`iladi va taq`dim etiladi.

**TIBBIY-PSIXOLOGIK TEKSHIRISH  
PROTOKOLLARI**

**2.1. SEZGI VA IDROKNI TEKSHIRISH USULLARI**

**SEZGINI TEKSHIRISH PROTOKOLI**

Bemor \_\_\_\_\_; yoshi \_\_\_\_\_; jinsi \_\_\_\_\_;

<b>Sezgi buzilishlari</b>	
<b>Turi boyicha</b>	<b>Topografiyasi boyicha</b>
Yoq	Yoq
Anesteziya Gipesteziya Giperesteziya Giperpatiya Dizesteziya Paresteziya Astereognoziya Termoanesteziya Kauzalgiya	Monoanesteziya Paraoanesteziya Gemianesteziya Tetranesteziya
<b>Sezgi buzilishlari</b>	
Organik tipda	Funksiyoinal tipda
<b>Og'riqlar: bor, yoq</b>	
<b>Boshda:</b> ensada, peshonada, chakka qismida, tepa qismida, ko'z kosasida, hamma joyida, yuzning chap yarmida, yuzning o'ng yarmida, kraniyioservikal sohada (tagi chizilsin)	
<b>Tanada:</b> chap qo'lda, o'ng qo'lda, chap elkada, o'ng elkada, umurtqa pog'onasi bo'ylab, ko'krak qafasi sohasida, gemialgiya, faqat yurak sohasida, qorin sohasida, qovuq sohasida, chap oyoqda, o'ng oyoqda, ikkala tizzada, oyoqning orqa yuzasi bo'ylab, oyoqning oldingi yuzasi bo'ylab, tovonning tagida (tagi chizilsin). Boshqa joylarda _____	
Qizib ketish (qaerda: _____)	
Sovib ketish (qaerda: _____)	
Kuydiruvchi, achishtiruvchi, jimirlash yoki boshqa turdagi og'riqlar _____	
O'tkir og'riqlar, surunkali og'riqlar, epizodik og'riqlar	

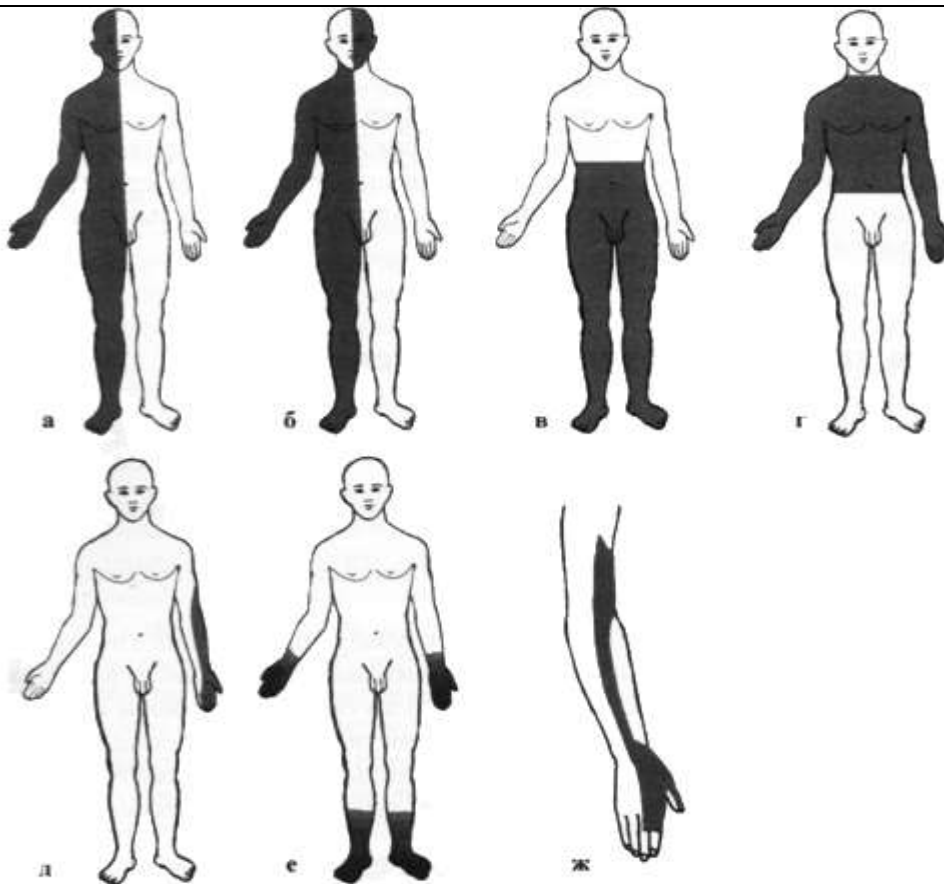
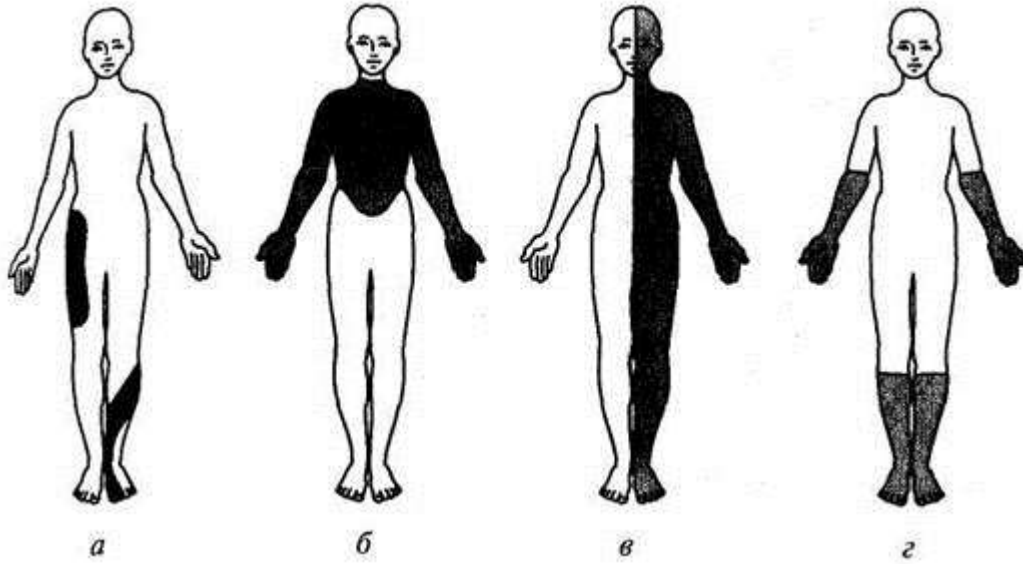
*Eslatma: Funksiyonal tipdagi falajliklar alohida ko'rsatilishi kerak.*

Sana "\_\_\_\_" \_\_\_\_y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

Magistr \_\_\_\_\_ (imzo)

Supervizor \_\_\_\_\_ (imzo)




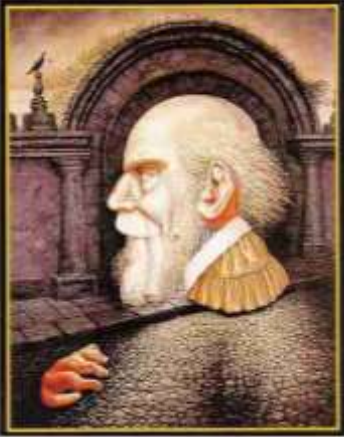


*Sezgi buzilishlari topografiyasini aniqlash uchun yo'riqnom*



## IDROKNI TEKSHIRISH PROTOKOLI

Bemor \_\_\_\_\_; yoshi \_\_\_\_\_; jinsi \_\_\_\_\_;

**Teksiruv:** Turli ma'noni o'zida mujassam etgan rasmlarni tahlil qila olish qobiliyati o'rganiladi. Sinaluvchi rasmlardagi vaziyatlarni qancha ko'p ifodalab bersa, uning idrok qilish qobiliyati shunca yuqori deb baholanadi. Sinash uchun rasmlar pastda keltirilgan.

		
<b>Kimni ko'rayapsiz? Kovboy yoki kekxa chol?</b>	<b>By erda nechta yuz aks etgan?</b>	<b>Bu erda nechta yuzni ko'rayapsiz? Bitta, ikkita, balki uchta?</b>
		
<b>Bu erda 9 ta odam bor. Ularni topa olasizmi?</b>	<b>Kimni ko'rayapsiz? Yosh qiznimi yoki kekxa ayolni?</b>	<b>Bu rasmda kimlar ars etgan?</b>
<b>Idrok buzilishlari:</b> Illyuziya, Gallyutsinatsiya. Psixosensor buzilishlar (depersonalizatsiya, derealizatsiya, anozognoziya). Aniqlangan simptomlar tagi chizilsin.		

Sana "\_\_\_\_"\_\_\_\_y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

Magistr \_\_\_\_\_ (imzo)

Supervizor \_\_\_\_\_ (imzo)

## DIQQAT VA XOTIRANI TEKSHIRISH USULLARI

### DIQQAT O'TKIRLIGINI TEKSHIRISH PROTOKOLI

Bemor \_\_\_\_\_; yoshi \_\_\_\_; jinsi \_\_\_\_;

Sinaluvchiga quyidagi savollar bilan murojaat qilinadi. Xonadagi narsalarga bir ko'z yugurtirib (5 soniya) chiqing va xonada nimalar borligini aytib berishga harakat qiling. Diqqat charchab qolmasligi uchun xazil-mutoyibali savollar ham bo'lishi kerak.

1. Xonada nechta stul bor?
2. Nechta karovot bor?
3. Xonaga qanday rangdagi pardalar osilgan?
4. Xonadagi shkafning ustida nima bor?
5. Nechta talaba oyna oldida o'tiribdi?
6. Tepaga nechta chiroq osilgan?
7. Oynadan tashqarida qanday tabiyat manzaralari bor?
8. Devorga qanday rasmlar osilgan?
9. Orqa tomondagi shkafning rangi qanday?
10. Xonada yotgan bemorlarning sochiqlai rangi va guli qanday?

Shu va shunga o'xshash savollar orqali bemorning diqqati tekshiriladi. Har bir to'g'ri yechilgan topshiriqqa 1 ball qo'yiladi. Eng yuqori ball – 10 ball.

#### Ballar gradatsiyasi:

0 – 3 ball – diqqat o'ta past.

4 – 6 ball – diqqat o'rta darajada.

7 – 8 ball – diqqati o'tkir.

9 – 10 ball – diqqati juda o'tkir.

Olingan ball \_\_\_\_\_

Sana " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

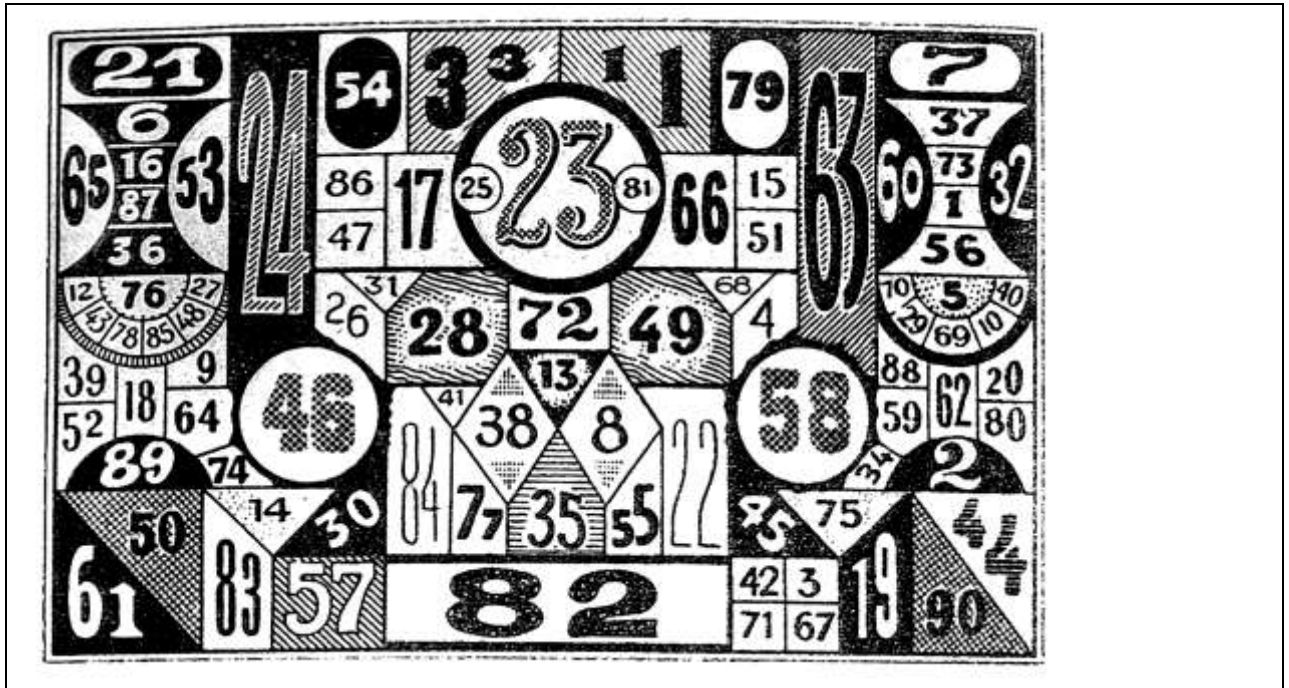
Magistr \_\_\_\_\_ (imzo)

Supervizor \_\_\_\_\_ (imzo)



## DIQQAT O'TKIRLIGI VA TEZLIGINI TEKSHIRISH PROTOKOLI

Bemor \_\_\_\_\_; yoshi \_\_\_\_; jinsi \_\_\_\_\_;



Sinaluvchi qisqa vaqt ichida 1 dan 90 gacha bo'lgan raqamlarning barchasini tartib bo'yicha topishi lozim.

### Ballar gradatsiyasi:

- 0 – 3 ball – diqqat o'ta past.
- 4 – 6 ball – diqqat o'rta darajada.
- 7 – 8 ball – diqqati o'tkir.
- 9 – 10 ball – diqqati juda o'tkir.

### Qo'shimcha

ma'lumolar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sana "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

Magistr \_\_\_\_\_ (imzo)

Supervizor \_\_\_\_\_ (imzo)

## BURDONNING KORREKTURA SINAMASI

Bemor \_\_\_\_\_; yoshi \_\_\_\_\_; jinsi \_\_\_\_\_;

Sinama juda oddiy bo'lib, uni o'tkazish uchun maxsus blanklar va sekundomer kerak. Sinaluvchiga tasodifiy ravishda joylashgan yirik **raqamlar, harflar** yoki turli **geometrik shakllar** yozib qo'yilgan blank ko'rsatiladi (1-rasm). Talab shundan iboratki, sinaluvchi o'zi xohlagan bitta sonni (masalan 8 ni), bitta harfni (masalan R harfini) yoki biror bir shaklni (masalan ► shaklini) 60 soniya ichida o'chirib chiqishi kerak. Topshiriq: "Siz ushbu blankdagi 8 sonlarini vertikal yo'nalishda o'chirib chiqing". Baqt belgilanadi va 60 soniyadan so'ng topshiriqni bajarish tezligi, yo'l qo'yilgan xatolar (ba'zi 8 sonlarining o'chirilmay qolishi yoki boshqa sonlarni o'chirib yuborish va x.k.). Sinov natijalari o'chirilgan sonlar yoki o'chirilmay qoldirib ketilgan sonlar, bajarish uchun ketgan vaqtga qarab baholanadi (2-rasm). Shu yo'l bilan diqqatning o'tkirligi, davomiyligi, charchash darajasi, bir topshiriqdan ikkinchi topshiriqqa o'tish tezligi baholanadi. Sinaluvchi qancha kam xatoga yo'l qo'ygan bo'lsa, uning diqqati shuncha o'tkir hisoblanadi.

### 1-rasm. Sinaluvchining qo'lga beriladigan blank

Ismu sharifi		yoshi										Sana										
1	4	5	7	3	9	6	4	6	3	3	3	6	8	4	6	3	3	3	6	8	6	4
5	8	1	3	4	7	5	5	5	6	4	4	4	0	5	5	6	4	4	4	0	5	5
7	4	2	5	6	2	4	6	2	7	8	6	7	8	6	2	7	8	6	7	8	4	6
8	3	5	7	8	3	6	2	4	8	9	8	3	6	2	4	8	9	8	3	6	6	2
6	8	4	2	6	8	7	3	5	3	6	9	4	3	3	5	3	6	9	4	3	7	3
4	6	3	3	3	6	8	7	8	4	2	1	5	4	7	8	4	2	1	5	4	8	7
5	5	6	4	4	4	0	8	6	7	3	2	3	7	8	6	7	3	2	3	7	0	8
6	2	7	8	6	7	8	7	5	2	8	3	2	9	7	5	2	8	3	2	9	8	7
2	4	8	9	8	3	6	5	5	5	5	4	3	6	5	5	5	5	4	3	6	6	5
3	5	3	6	9	4	3	3	3	6	4	6	4	3	3	3	6	4	6	4	3	3	3
7	8	4	2	1	5	4	4	5	4	6	8	2	4	4	5	4	6	8	2	4	4	4
8	6	7	3	2	3	7	8	4	3	5	4	4	8	8	4	3	5	4	4	8	7	8
7	5	2	8	3	2	9	4	6	3	3	3	6	8	4	6	3	3	3	6	8	9	4
5	5	5	5	4	3	6	5	5	6	4	4	4	0	5	5	6	4	4	4	0	6	5
3	3	6	4	6	4	3	6	2	7	8	6	7	8	6	2	7	8	6	7	8	3	6
4	5	4	6	8	2	4	2	4	8	9	8	3	6	2	4	8	9	8	3	6	4	2
8	4	3	5	4	4	8	3	5	3	6	9	4	3	3	5	3	6	9	4	3	0	5
5	8	7	2	6	6	6	7	8	4	2	1	5	4	7	8	4	2	1	5	4	8	6
6	2	3	3	7	8	2	8	6	7	3	2	3	7	8	6	7	3	2	3	7	6	2
3	9	5	7	8	7	1	7	5	2	8	3	2	9	7	5	2	8	3	2	9	3	3
2	1	3	9	4	6	3	5	5	5	5	4	3	6	5	5	5	5	4	3	6	4	7
3	3	3	6	4	6	4	3	3	6	4	6	4	3	3	3	6	4	6	4	3	2	8
4	4	5	4	6	8	2	4	5	4	6	8	2	4	4	5	4	6	8	2	4	5	6

**Natijalarni aks ettirish uchun blank (bu sinovchida bo'ladi)**

To'g'ri o'chirilgan sonlar yig'indisi	O'tkazib yuborilgan sonlar yig'indisi	Xato o'chirilgan sonlar yig'indisi

Sana "\_\_\_" \_\_\_\_y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

Magistr \_\_\_\_\_ (imzo)

Supervizor \_\_\_\_\_ (imzo)

**Diqqat o'tkirligi quyidagi formula orqali aniqlanadi**

$$DO' = (\Sigma_1 - \Sigma_2 - \Sigma_3) : \Sigma \times 100\%$$

**Bu erda**

$\Sigma_1$  – to'g'ri o'chirilgan sonlar yig'indisi

$\Sigma_2$  – o'tkazib yuborilgan sonlar yig'indisi

$\Sigma_3$  – xato o'chirilgan sonlar yig'indisi

$\Sigma$  – o'chirish shart bo'lgan sonlar yig'indisi

**Diqqat o'tkirligi darajalari:**

Juda yaxshi – 81 - 100%

Yaxshi – 61 - 80%

O'rtacha – 41 - 60%

Yomon – 21 - 40%

Juda yomon – 0 - 20%

## KREPELIN BO'YICHA HISOBLASHNI TEKSHIRISH PROTOKOLI

Bemor \_\_\_\_\_; yoshi \_\_\_\_\_; jinsi \_\_\_\_\_; Sana \_\_\_\_\_

Usul diqqat tezligi, turg'unligi va diqqatni bir obyektidan ikkinchi obyektga ko'chirish darajasini tekshirish uchun qo'llaniladi. Maxsus blanklarga raqamlar ustun-ustun qilib yozib chiqiladi. Sinaluvchi ushbu raqamlarni hayolda bir-biriga qo'shishi yoki bir-biridan ayirishi va olingan natijalarni blankda yozib borishi kerak.

+	5	6	4	4	4	0	8	6	7	3	2	3	7	8	6	7	3	2	3	7	0	8
	2	7	8	6	7	8	7	5	2	8	3	2	9	7	5	2	8	3	2	9	8	7
-	9	8	6	5	3	6	5	6	8	5	9	3	6	5	5	5	5	3	8	6	7	5
	5	3	6	1	4	3	2	3	6	4	6	4	3	2	3	6	4	1	3	3	3	3
+	8	4	2	1	5	4	4	5	4	6	8	2	4	4	5	4	6	8	2	4	4	4
	6	7	3	2	3	7	8	4	3	5	4	4	8	8	4	3	5	4	4	8	7	8
-	5	9	8	7	5	9	7	8	6	9	4	6	8	5	6	9	5	4	6	8	9	6
	5	5	5	4	3	6	5	5	6	4	4	4	0	4	5	6	4	4	4	0	6	5
+	3	6	4	6	4	3	6	2	7	8	6	7	8	6	2	7	8	6	7	8	3	6
	5	4	6	8	2	4	2	4	8	9	8	3	6	2	4	8	9	8	3	6	4	2
-	8	7	5	6	9	8	7	8	5	6	9	8	7	8	5	3	6	9	4	3	9	5
	4	3	2	6	6	6	3	5	4	2	1	5	4	1	3	1	2	1	2	3	8	3
+	2	3	3	7	8	2	8	6	7	3	2	3	7	8	6	7	3	2	3	7	6	2
	9	5	7	8	7	1	7	5	2	8	3	2	9	7	5	2	8	3	2	9	3	3
-	7	3	9	4	6	8	5	5	5	5	4	5	6	5	5	5	5	6	9	6	4	8
	3	3	6	4	6	4	3	3	6	4	6	4	3	3	3	6	4	4	4	3	2	1
+	4	5	7	3	9	6	4	6	3	3	3	6	8	4	6	3	3	3	6	8	6	4
	8	1	3	4	7	5	5	5	6	4	4	4	0	5	5	6	4	4	4	0	5	5

Topshiriq bajarilganidan so'ng sinovchi bajarilgan ishni ko'rib chiqadi va sinaluvchi yo'l qo'ygan xatolarni tekshiradi, ya'ni to'g'ri bajarilgan topshiriqlar xajmi, topshiriqni bajarish tezligi, xatolar soni, bir ustunni echib ikkinchi ustunga o'tish tezligini va h.k. Shu yo'l bilan diqqatning deyarli barcha xususiyatlarini, ayniqsa parishonxotirlik darajasi tekshirish mumkin.

### Natijalarni aks ettirish uchun blank (bu sinovchida bo'ladi)

To'g'ri yechilgan sonlar miqdori	Noto'g'ri yechilgan sonlar miqdori	Eychilmasdan qo'yib yuborilgan sonlar

Sana "\_\_\_\_" \_\_\_\_y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

Magistr \_\_\_\_\_ (imzo)

Supervizor \_\_\_\_\_ (imzo)



**SHULTE JADVALLARI YORDAMIDA DIQQAT O'TKIRLIGI  
VA TEZLIGINI TEKSHIRISH PROTOKOLI**

Bemor \_\_\_\_\_; yoshi \_\_\_\_\_; jinsi \_\_\_\_\_; Sana \_\_\_\_\_

**Shulte jadvallarida sonlarni topib chiqish**

Maxsus jadvalda sonlar xaotik tarzda joylashtiriladi (1 dan 25 tagacha). Sinaluvchi barcha sonlarni birinchi sondan oxirgi songacha ovoz chiqarib ko'rsatib berishi kerak. Sinovchi esa sonlarning to'g'ri ko'rsatilayotganini va topshiriqning bajarish tezligini nazorat qilib boradi. Shu yo'l bilan diqqat tezligi, xajmi, chalg'ishi va charchash darajasi tekshiriladi. Har bir jadvalga 30 soniya vaqt ajratiladi. Sinaluvchi ushbu vaqt ichida topshiriqni to'g'ri bajarishi kerak.

**Shulte jadvali**

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

**Baholash mezoni (ball):**

60 soniyadan ortiq – 1 ball

50-59 soniya – 2 ball

40-49 soniya – 3 ball

31-40 soniya – 4 ball

30 soniyagacha – 5 ball

**Xulosa** \_\_\_\_\_

**Sana** "\_\_\_\_" \_\_\_\_y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

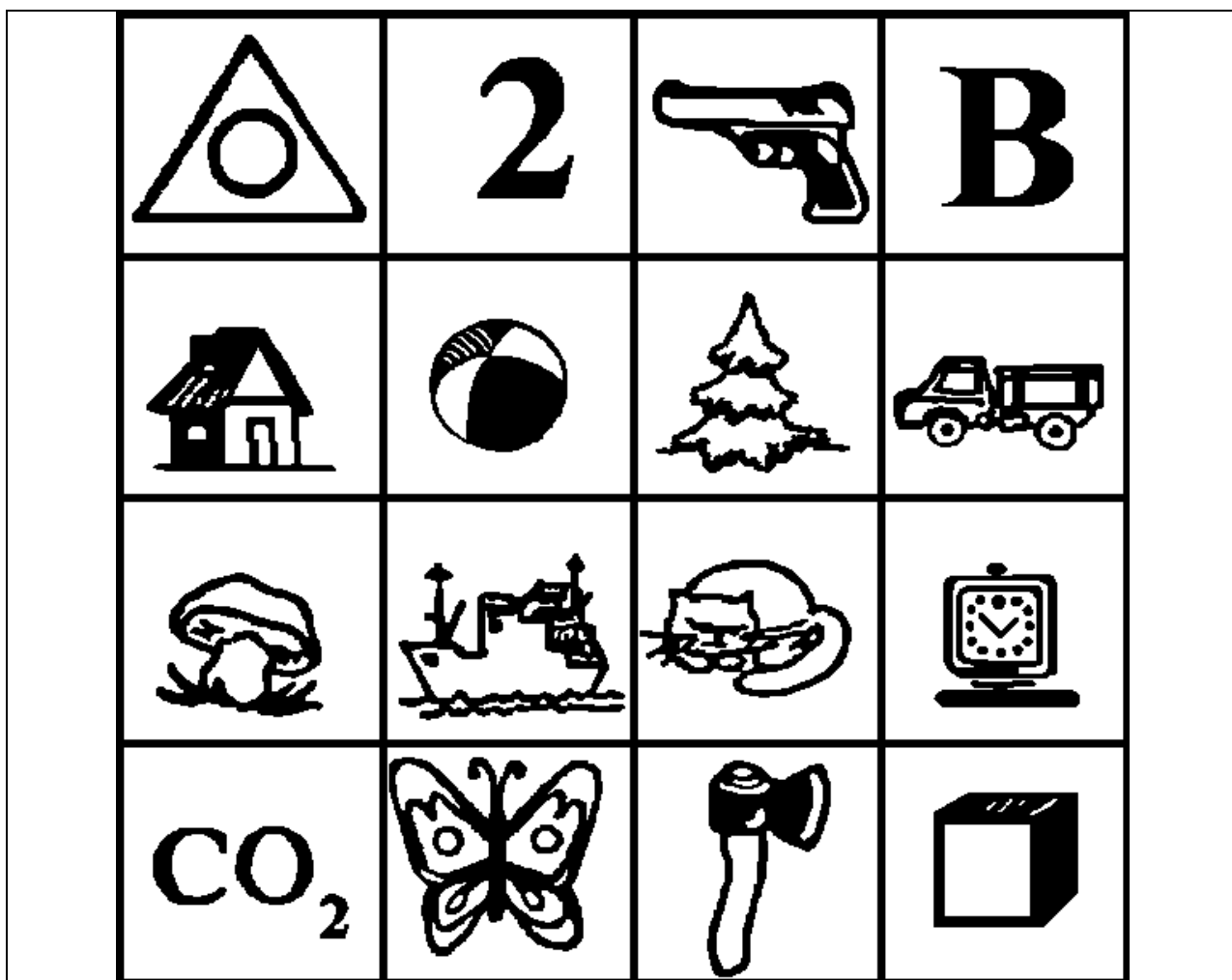
**Magistr** \_\_\_\_\_ (imzo)

**Supervizor** \_\_\_\_\_ (imzo)

## KO'RUV XOTIRASINI TEKSHIRISH PROTOKOLI

Bemor \_\_\_\_\_; yoshi \_\_\_\_\_; jinsi \_\_\_\_\_; Sana \_\_\_\_\_

Sinaluvchiga 12 ta turli xil rasmlar va raqamlar ko'rsatiladi. Sinaluvchi ularga 2 daqiqa mobaynida qarab turib eslab qolishi lozim. So'ngra ularni o'zi xohlagan tartibda yoddan aytib berishi so'raladi.



### Baholash mezonlari:

4 ta rasmni esladi – 1 ball (xotirasi o'ta past)

6 ta rasmni esladi – 2 ball (xotirasi past)

8 ta rasmni esladi – 3 ball (xotirasi yaxshi)

12 ta rasmni esladi – 4 ball (xotirasi yuqori)

16 ta rasmni joylashgan tartib bo'yicha aytib berdi – 5 ball (xotirasi juda yuqori)

Sana "\_\_\_\_" \_\_\_\_y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

Magistr \_\_\_\_\_ (imzo)

Supervizor \_\_\_\_\_ (imzo)

## SONLARNI TESKARI TARTIBDA AYIRISH

Bemor \_\_\_\_\_; yoshi \_\_\_\_\_; jinsi \_\_\_\_\_; sana \_\_\_\_\_

Krepelin tomondan tavsiya qilingan. Sinaluvchi 100 dan bir xil sonni ayirib keladi. (Masalan, 100-7 yoki 100-3). Sinaluvchi topshiriqni qanday bajarayotganligi nazorat qilib boriladi, ya'ni to'xtab qolish, noto'g'ri ayirish, boshqa raqamlarni ishlatib yuborish va h.k.

Tog'ri ayirish tartibi	Tekshiruv natijalari
100-7 = 93	
93-7 = 86	
86-7=79	
79-7 = 72	
72-7 = 65	

Har bir to'g'ri ayirilgan son uchun 1 ball qo'yiladi. Bemor 5 ta ayirishni ham to'g'ri bajarsa, unga 5 ball qo'yiladi. Vazifani bajarayotganda bemorni shoshirmaslik kerak. Umumiy ballar yig'indisi – 5 ball.

### Baholash mezonlari:

- 0-1 Ball – natija juda yomon
- 2 Ball – natija yomon
- 3 Ball – natija o'rtacha
- 4 Ball – natija yaxshi
- 5 Ball – natija zo'r

Sana " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

Magistr \_\_\_\_\_ (imzo)

Supervizor \_\_\_\_\_ (imzo)



**EBBINGAUZ USULI BO'YICHA  
XOTIRANI TEKSHIRISH PROTOKOLI**

**10 ta so'zni yodlash usuli**

**Bemor** \_\_\_\_\_; **yoshi** \_\_\_\_; **jinsi** \_\_\_\_;

Sinaluvchiga ma'no jixatdan bir-biriga bog'liq bo'lmagan 10 ta so'z aytiladi va sinaluvchi ularni o'zi xoxlagan tartibda takrorlab chiqishi kerak. Masalan, *uy, olma, qalam, osmon, temir, ot, gul, qog'oz, daryo, rom*. Bir necha soniya kutgach sinaluvchi so'zlarni yoddan aytib boshlaydi. Sinaluvchi barcha so'zlarni to'g'ri aytib bo'lmaguncha, tekshirish davom ettirilaveradi, ya'ni sinovchi 10 ta so'zni yana qayta aytib chiqadi, sinaluvchi esa ularni yana takrorlaydi. Olingan ma'lumotlar jadvalga qayd qilib boriladi. Odatda 5-6 urinishdan so'ng barcha 10 ta so'z ham to'g'ri takrorlanadi. Agar 2-3 urinishdan keyin sinaluvchi barcha 10 ta so'zni o'zi xoxlagan tartibda to'la aytsa, demak uning **xotirasi juda yuqori**, agar sinovni 5-6 urinishdan keyin bajarsa – **xotirasi yaxshi**, agar 7-8 urinishdan keyin bajarsa – **xotirasi biroz sust**, agar 9-10 urinishdan keyin bajarsa yoki bajara olmasa, demak uning **xotirasi juda sust** hisoblanadi. Ushbu so'zlarni sinaluvchini ogohlantirmasdan turib 30 minutdan so'ng qayta aytib berishni so'rash mumkin.

**Sinov blanki**

**Ismu** \_\_\_\_\_ **yoshi** \_\_\_\_\_ **Sana** \_\_\_\_\_

№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ortiqcha aytib yuborgan so'zi
	Uy	Olma	Qalam	Osmon	Temir	Ot	Gul	Qog'oz	Daryo	Rom	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
30 daq. So'ng											

**Xulosa** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Sana** "\_\_\_\_" \_\_\_\_y.    **Qatnashish** % \_\_\_\_\_  
**Magistr** \_\_\_\_\_ (imzo)

**Supervizor** \_\_\_\_\_ (imzo)

**XOTIRANI TEKSHIRISH PROTOKOLI**  
**(Hikoyalarni takror aytib berish usuli)**

**Bemor** \_\_\_\_\_ ; **yoshi** \_\_\_\_\_ ; **jinsi** \_\_\_\_\_ ; **Sana** \_\_\_\_\_

Sinaluvchiga kichikroq bir hikoya o'qib eshittiriladi. Hikoya o'qib bo'lingandan so'ng sinaluvchidan uni takror aytib berish yoki ushbu hikoyani qog'ozga tushirib berish so'raladi. Bunda sinaluvchi hikoyani naqadar to'g'ri aytayotgani yoki to'g'ri yozib bergani tekshiriladi. Sinaluvchi so'zlarning o'rmini ma'no jixatdan boshqa so'zlar bilan almashtirmay aytishi, so'zlarni takrorlamasligi yoki jummalarni tushirib qoldirmasligi kerak. Chunki xotira tekshirilayapti. Sinov bir marta o'tkaziladi.

**Xulosa** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sana** " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ y.    **Qatnashish** % \_\_\_\_\_

**Magistr** \_\_\_\_\_ (imzo)

**Supervizor** \_\_\_\_\_ (imzo)

## TAFAKKURNI TEKSHIRISH USULLARI

### TAFAKKURNI TEKSHIRISH PROTOKOLI «Ortiqchasini chiqarib tashlash» usuli

Bemor \_\_\_\_\_; yoshi \_\_\_\_; jinsi \_\_\_\_; Sana \_\_\_\_\_

Sinaluvchiga har xil narsalar, o'simliklar va hayvonlarning nomlari yozilgan qator ko'rsatiladi. Nomlar qatori shunday tuzilishi kerakki, sinaluvchi ularning ichidan ma'no bo'yicha to'g'ri kelmaydigan nomlarni chiqarib tashlashi lozim.

*Qo'rsatma:* Quyidagi so'zlarni o'qib chiqing va ma'no va mazmuni jixatdan ushbu qatorga to'g'ri kelmaydigan bitta so'zni (nomni) chiqarib tashlang. Siz chiqarib tashlagan so'z (nom) nima uchun ushbu qatorga to'g'ri kelmasligini tushuntirib bering.

1. O'rdak, baliq, tovuq, kurka, xo'roz.
2. Qaram, sabzi, turp, olma, sholg'om.
3. Qitob, daftar, kursi, bloknot, qog'oz.
4. Televizor, radio, kompyuter, telefon, devor.
5. Arra, bolg'a, mix, bolta, beshik, tasha.
6. Oltin, kumush, mis, alyuminiy, temir.
7. Parij, London, Bern, Rim, Tokio, Qopengagen.
8. Avstriya, Germaniya, Fransiya, Italiya, Norvegiya, Oslo.
9. Qo'y, it, echki, ot, tovuq, xo'roz, bo'ri.
10. Qahva, choy, vino, sut, sharbat, bo'tqa.

Bu usul fikrlash qobiliyatini tekshirishning eng oddiy usuli bo'lib, so'zlar o'rniga rasmlarni ko'rsatib ham o'tkazish mumkin.

**Xulosa** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sana " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

Magistr \_\_\_\_\_ (imzo)

Supervizor \_\_\_\_\_ (imzo)

**TAFAKKURNI TEKSHIRISH PROTOKOLI**  
**(«Tanlab ko'rsatish» usuli)**

**Bemor** \_\_\_\_\_; **yoshi** \_\_\_\_; **jinsi** \_\_\_\_; **Sana** \_\_\_\_\_

Bu sinamani o'tkazish uchun sinaluvchiga turli narsalar (obyektlar) nomi yozilgan yoki rasmi aks ettirilgan qator ko'rsatiladi. Sinaluvchi ularni diqqat bilan kuzatib obyektlarning turli xususiyatlari bo'yicha ketma-ket joylab chiqish kerak.

**Ko'rsatma:**

1. Uchish tezligi bo'yicha ketma-ket joylashtirib chiqing: *raketa, burgut, o'q, vertolyot, samolyot.*
2. Yorug'lik darajasi bo'yicha ketma-ket joylashtirib chiqing: *projektor, fonar, oy, quyosh, lampa, sham.*
3. Sekin yurishi bo'yicha ketma-ket joylashtirib chiqing: *quyon, toshbaqa, tipratikan, timsoh, quyon, qoplon.*
4. Dumining uzunligi bo'yicha ketma-ket joylashtirib chiqing: *tuya, quyon, olmoxon, tipratikan.*
5. Issiqlik darajasi bo'yicha joylashtirib chiqing: *mayka, palto, ko'ylak, kastyum.*
6. Uzunligi bo'yicha joylashtirib chiqing: *Toshkent teleminorasi, Eyfel minorasi, Rio-de Janeyrodagi teleminorasi, Ostankino teleminorasi.*
7. Ushbu viloyatlarni er maydonining kattaligi bo'yicha joylashtirib chiqing: *Navoiy, Qashqadaryo, Xorazm, Farg'ona, Toshkent.*
8. Qaysi alloma oldin tug'ilgan? Tartib bo'yicha joylashtirib chiqing. *Navoiy, Ibn Sino, Gippokrat, Galen, Aristotel, Platon, Bobur.*
9. Qaysi metall issiqlikni tez o'tkazadi? Tartib bo'yicha joylashtirib chiqing: *Mis, alyuminiy, oltin, temir.*

**Xulosa** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sana** " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ y.      **Qatnashish** % \_\_\_\_\_

**Magistr** \_\_\_\_\_ (imzo)

**Supervizor** \_\_\_\_\_ (imzo)

**TAFAKKURNI TEKSHIRISH PROTOKOLI**  
**(Fikrlash faolligini aniqlash usuli)**

**Bemor** \_\_\_\_\_ ; **yoshi** \_\_\_\_\_ ; **jinsi** \_\_\_\_\_ ; **Sana** \_\_\_\_\_

Buning uchun sinaluvchiga turli topshiriqlar beriladi va vaqt belgilab olinadi. Har bir topshiriq 1 daqiqa mobaynida bajarilishi kerak.

**1-ko'rsatma.** «Men vaqtni belgilayman. Siz bir daqiqa mobaynida daftarga A harfi bilan boshlanuvchi shaxarlarning (davlatning, daryolarning, ayollarning, erkaklarning va h.k.) Otini yozing. Qancha ko'p yozsangiz shuncha yaxshi». Vaqt o'tgandan keyin daftar yig'ishtirib olinadi. Ushbu harflar qancha ko'p yozilsa, sinaluvchining fikrlash faolligi shuncha yaxshi bo'ladi.

Xuddi shu tartibda biz istyemol qiladigan meva va sabzavotlar, biz biladigan hayvonlar, geometrik figuralarning nomlarini yozib ham fikrlash faolligini (qobiliyatini) tekshirish mumkin. Bunday topshiriqlar esda saqlash darajasini ham ko'rsatib beradi.

**2-ko'rsatma.** «Bir daqiqa mobaynida M, O', V, S harflardan foydalanib jumla tuzing». Masalan: «Men o'z vatanimni sevaman». Jumlar ma'no va mazmun jixatdan to'g'ri tuzilgan bo'lishi kerak. Topshiriq bajarilgandan so'ng to'g'ri tuzilgan jumlar soni hisoblab chiqiladi.

**3-ko'rsatma.** Psixolog qog'ozga turli geometrik shakllar chizib chiqadi: aylana, kvadrat, uzun chiziqlar, spiral, to'liqlik chiziq, doira va biror bir narsaning shaklini yaratsa bo'ladigan turli geometrik shakllar. Ushbu shakllar doskaga chizib bo'lingandan so'ng psixolog sinaluvchiga ko'rsatma beradi. Ko'rsatma: «Siz bir daqiqa mobaynida ushbu geometrik shakllardan iloji boricha ko'proq tugallangan rasmlar yaratishga harakat qiling. Faqat men ko'rsatgan shakllardan foydalaning». Topshiriq bajarib bo'lingandan so'ng to'g'ri tuzilgan rasmlar sanab chiqiladi. Bu topshiriq diqqat va xotira o'tkirligi, fikrlash qobiliyatini tekshirish uchun qo'llaniladi.

Barcha topshiriqlar bajarib chiqilgandan so'ng to'g'ri bajarilgan topshiriqlar soni hisoblab chiqiladi. Shu yo'l bilan nafaqat sinaluvchining fikrlash qobiliyatini, balki uning bilimini baholashda ham foydalanish mumkin.

**Xulosa** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sana** "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_y.    **Qatnashish** % \_\_\_\_\_

**Magistr** \_\_\_\_\_ (imzo)

**Supervizor** \_\_\_\_\_ (imzo)

**TAFAKKURNI TEKSHIRISH PROTOKOLI**  
**(Analogiya yaratish usuli)**

**Bemor** \_\_\_\_\_; **yoshi** \_\_\_\_; **jinsi** \_\_\_\_; **Sana** \_\_\_\_\_

Sinaluvchiga har xil so'zlar yozilgan material ko'rsatiladi. Sinaluvchi ularning ro'parasiga ma'no va mazmun jihatdan mos keluvchi so'zlarni yozib chiqishi kerak. So'zlarning kam yoki ko'pligiga qarab vaqt belgilanadi (1, 3, 5 daqiqa). Masalan, o'n – *son*, kuchuk – *hayvon*, archa – *daraxt*, qish – *sovuq*, so'z – *gap*, jigar – *a'zo*, psixologiya – *fan*, dushanba – *hafta kuni*, telefon – *aloqa vositasi*, Toshkent – *poytaxt* yoki Toshkent – *shaxar* va h.k. Bu sinamani og'zaki tarzda o'tkazish ham mumkin.

<b>Stimul</b>	<b>Ma'no va mazmun jihatdan mos keluvchi so'zlarni yozing</b>
Raketa	
Olma	
Kelin	
Samarqand	
Yurak	
Doktor	
Kitob	
Kalit	
Qush	
Kompyuter	

**Xulosa** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sana** " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ y.    **Qatnashish** % \_\_\_\_\_

**Magistr** \_\_\_\_\_ (imzo)

**Supervizor** \_\_\_\_\_ (imzo)

**TAFAKKURNI TEKSHIRISH PROTOKOLI**  
**(Maqollar va aforizmlar ma'nosini tushuntirib berish)**

**Bemor** \_\_\_\_\_; **yoshi** \_\_\_\_; **jinsi** \_\_\_\_; **Sana** \_\_\_\_\_

Sinaluvchiga turli maqollar va aforizmlar aytiladi. Sinaluvchi ularning ma'nosini tushuntirib berishi kerak. Bu erda vaqt belgilanishi shart emas. Masalan:

- “Temirni qiziganda bos”;
- “Ko'rpanga qarab oyoq uzat”;
- “Baliqni boshidan sasiydi”;
- “Daraxtni chopsa, uning shoxlari uchadi”;
- “Chumchuqdan qo'rqqan tariq ekmaydi”;
- “Nima eksang, shuni o'rsan”;
- “Bo'ridan qo'rqqan o'rmonga bormas”;
- “Etti marta o'lchab, bir marta kes”;
- “Tilim mening, dushmanim mening”;
- “Bukrini go'r to'g'irlyadi”

**Xulosa** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sana** " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ y.    **Qatnashish** % \_\_\_\_\_

**Magistr** \_\_\_\_\_ (imzo)

**Supervizor** \_\_\_\_\_ (imzo)

**TAFAKKURNI TEKSHIRISH PROTOKOLI**  
**(Veksler testi, IQ-indeks)**

**Bemor** \_\_\_\_\_; **yoshi** \_\_\_\_; **jinsi** \_\_\_\_; **Sana** \_\_\_\_\_

Veksler testi (shkalasi) intellekt darajasini tekshirish uchun eng ko'p qo'llaniladigan test hisoblanadi. Devid Veksler tomonidan 1939 yili ishlab chiqilgan. Ushbu test turli yoshdagilarning intellekt darajasini, aniqrog'i aqliy rivojlanish darajasini aniqlash va baholash uchun qo'llaniladi.

D. Veksler umumiy intellekt darajasini aniqlash uchun verbal va noverbal test savollarini o'ylab topgan. Veksler testi (shkalasi) 11 ta alohida subtestdan iborat bo'lib, ularni 2 ga ajratgan: 6 ta verbal va 5 ta noverbal subtestlar. Har bir test 10 tadan 30 tagacha birin-ketin murakkablashib boradigan savollar va topshiriqlardan iborat. Verbal testlar umumiy savodxonlikka oid savol va topshiriqlardan tarkib topgan bo'lsa, noverbal testlar turli shakllarning etishmayotgan detallarini topish, murakkab figuralar yaratish, ularning ketma-ketligini aniqlash kabi ko'rsatmalardan iborat. Bajirilgan har bir subtestga ball qo'yib boriladi va ularning hammasi umumlashtirilib intellekt darajasini (IQ) ko'rsatuvchi yagona ball aniqlanadi.

**Veksler bo'yicha IQ-ko'rsatkichlari:**

Juda yuqori – 130 ball.

Yuqori – 120-129 ball.

Yaxshi – 110-119 ball.

O'rtacha – 90-109 ball.

Past – 80-89 ball.

Yomon – 70-79 ball.

Aqliy defekt– u 2,2%

**Xulosa** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sana** " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ y.      **Qatnashish** % \_\_\_\_\_

**Magistr** \_\_\_\_\_ (imzo)

**Supervizor** \_\_\_\_\_ (imzo)



## PSIXODIAGNOSTIKADA QO'LLANILADIGAN SHKALALAR

### AYZENK SHKALASI

**Ko'rsatma:** «Siz quyidagi savolnomani o'qib, ularga javob berishingiz lozim. Ularga «Ha» yoki «Yo'q» deb javob bering, fikringizga kelgan birinchi javobni yozing, Ular ustida uzoq o'ylab o'tirmang, chunki ushbu savollarga dastlabki reaksiyangiz muhim. To'g'ri va noto'g'ri javobning o'zi yo'q, bu yerda bor-yo'g'i shaxsingiz aniqlanadi xolos».

### TEKSHIRUV PROTOKOLI

**Familiyasi va ismi** \_\_\_\_\_; **Yoshi** \_\_\_\_\_; **Sana** \_\_\_\_\_  
**Ma'lumoti** \_\_\_\_\_

#### Javob varaqasi

Nomer		Javoblar		Nomer		Javoblar		Nomer		Javoblar	
№	Ha	Yo'q	№	Ha	Yo'q	№	Ha	Yo'q	№	Ha	Yo'q
1			20			39					
2			21			40					
3			22			41					
4			23			42					
5			24			43					
6			25			44					
7			26			45					
8			27			46					
9			28			47					
10			29			48					
11			30			49					
12			31			50					
13			32			51					
14			33			52					
15			34			53					
16			35			54					
17			36			55					
18			37			56					
19			38			57					
Σ:	E=			N=			Yo =				

*Kalit bilan mos tushgan javoblarga 1 ball qo'yiladi.*

**Olingan natijalar tahlili.** Savolnomaga javob berib bo'lingandan so'ng, savolnoma kaliti yordamida E — ekstraversiya, N — neyrotizm, Yo — yolg'on ko'rsatkichlari bo'yicha shaxs xususiyatlari aniqlanadi.

**KALIT**

**Ekstraversiya - intraversiya**

«Ha» (+): 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56.

«Yo'q» (-): 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51.

**Neyrotizm**

«Ha» (+): 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38,

40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

«Yolg'on shkalasi»

«Ha» (+): 6, 24, 36.

«Yo'q» (-): 12, 18, 30, 42, 48, 54.

**Ekstraversiya-intraversiya:**

<b>Ballar</b>	<b>Ma'lumotlar</b>
11- 12 ball	O'rta ko'rsatkich, ya'ni ekstravert ham emas, intravert ham emas
15-18 ball	Ekstravert
19 ballga teng yoki undan yuqori	Yaqqol ekstravert
6-9 ball	Introvert
5 ballga teng yoki undan kam	Yaqqol introvert

**Neyrotizm:**

<b>Ballar</b>	<b>Ma'lumotlar</b>
7 ball yoki undan kam	Neyrotizmning pastki darajasi.
9-13 ball	Neyrotizmning o'rta darajasi
14-15 ball	Neyrotizmning yuqori darajasi
16-19 ball	Neyrotizmning juda yuqori darajasi

**Yolg'on darajasi:**

<b>Ballar</b>	<b>Ma'lumotlar</b>
4 ballga teng yoki undan past	Norma, javoblar haqiqiy.
4 balldan ko'p bo'lsa	Javoblar namoyishkorona sun'iy to'qilgan, ya'ni o'zini ko'rsatishga harakat qilmoqda.

Olingan natijalarga asoslanib, sinaluvchining shaxsi o'rganiladi va xulosa yoziladi. Sinaluvchida shaxsning qaysi xususiyati, ya'ni ekstraversiya, intraversiya, neyrotizm ko'proq namoyon bo'lganligini va uning temperamenti aniqlanadi. Ko'rsatkichlar normadan farq qilsa, sinaluvchiga o'z shaxsi ustida o'ylab ko'rish tavsiya etiladi.

Sana " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

Magistr \_\_\_\_\_ (imzo)

Supervizor \_\_\_\_\_ (imzo)

**SPIILBERGER-XANIN SHKALASI**  
(reaktiv xavotir)

Ismi \_\_\_\_\_ yoshi \_\_\_\_\_ jinsi, Sana \_\_\_\_\_

**Ko'rsatma:** «Quyida keltirilgan har bir jumalani diqqat bilan o'qing va aynan hozirgi paytda o'zingizni qanday his qilayotgan bo'lsangiz shunga mos javoblar to'g'risiga "+" belgisini qo'ying. Savollar ustida uzoq o'ylanmang va fikringizga kelgan birinchi javobni belgilang, chunki to'g'ri yoki noto'g'ri javoblar yo'q».

*Blankning old tomoni*

№	Savollar, vaziyatlar	Aslo unday emas	Balki shundaydir	To'g'ri	Juda to'g'ri
1	Men tinchman	1	2	3	4
2	Menga hech narsa xavf solmaydi	1	2	3	4
3	Mening asablarim tarang	1	2	3	4
4	Men afsus chekayapman	1	2	3	4
5	Men o'zimni ozod his etayapman	1	2	3	4
6	Men xafaman	1	2	3	4
7	Meni roy berishi mumkin bo'lgan muvaffaqiyatsizliklar qiynaydi	1	2	3	4
8	Men o'zimni dam olganday his qilayapman	1	2	3	4
9	Men xavotirdaman	1	2	3	4
10	Men ichki qoniqishni his qilayapman	1	2	3	4
11	Men o'zimga ishonaman	1	2	3	4
12	Men asabiylashayapman	1	2	3	4
13	O'zimni qo'yishga joy topa olmayapman	1	2	3	4
14	Men o'ta tarang holatdaman	1	2	3	4
15	Men tanglikni his qilmayapman	1	2	3	4
16	Men mamnunman	1	2	3	4
17	Men tashvishdaman	1	2	3	4
18	Mening asablarim juda qo'zg'algan va o'zimni nazorat qila olmayapman	1	2	3	4
19	Men hursandman, shodman	1	2	3	4
20	Mening ko'nglim hush	1	2	3	4

**Ma'lumotlarni tahlil qilish va hisoblash:**

$\Sigma 1$  – 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 raqamlar yig'indisi;

$\Sigma 2$  – 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 raqamlar yig'indisi.

Quyidagi formula

$$RX = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$$

Bo'yicha *reaktiv xavotir* (RX) darajasi aniqlanadi.

**Reaktiv xavotir darajalari:**

Engil – 30 ballgacha;

O'rta – 31-45 ball;

Kuchli – 46 va undan yuqori ball.

Sana "\_\_\_" \_\_\_\_y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

Magistr \_\_\_\_\_ (imzo)

Supervizor \_\_\_\_\_ (imzo)

**SPILBERGER-XANIN SHKALASI**  
(shaxsiy xavotir)

*Ismi* \_\_\_\_\_ *yoshi* \_\_\_\_\_ *jinsi* \_\_\_\_\_; *sana* \_\_\_\_\_

**Ko'rsatma:** «Quyida keltirilgan har bir jumlaning diqqat bilan o'qing va o'zingizdagi vaziyatlarga mos javoblarni belgilang. Savollar ustida uzoq o'ylanmang va fikringizga kelgan birinchi javobni belgilang, chunki to'g'ri yoki noto'g'ri javoblar yo'q».

<b>№</b>	<b>Holatlar</b>	<b>Deyarli hech qachon</b>	<b>Ba'zan</b>	<b>Tez-tez</b>	<b>Deyarli har doim</b>
1	Men qoniqish his qilaman	1	2	3	4
2	Men odatda tez charchayman	1	2	3	4
3	Men tez yig'lab yuborishim mumkin	1	2	3	4
4	Men ham boshqalarga o'xshab baxtli bo'lishni xohlardim	1	2	3	4
5	Darrov bir qarorga kela olmaganim uchun ham yutqazib qo'yaman	1	2	3	4
6	Odatda men o'zimni tetik his qilaman	1	2	3	4
7	Men tinchman, o'zimni bosib olganman, vazminman	1	2	3	4
8	Kutilayotgan qiyinchiliklar odatda meni xavotirga soladi	1	2	3	4
9	Men arzimagan narsalarga ham juda siqilaveraman	1	2	3	4
10	Men juda baxtiyorman	1	2	3	4
11	Men hamma narsani yuragimga yaqin olaman	1	2	3	4
12	Menda o'zimga ishonch yetishmaydi	1	2	3	4
13	Odatda o'zimni xavfsizlikdaman deb bilaman	1	2	3	4
14	Men o'ta og'ir vaziyatlardan va qiyinchiliklardan chetqoq yurishga harakat qilaman	1	2	3	4
15	Men ma'yus holatga tushib turaman	1	2	3	4
16	Mening ko'nglim to'q	1	2	3	4
17	Arzimagan narsalar mening fikrimni qochiradi va hayajonga soladi	1	2	3	4
18	Men xafa bo'lsam uzoq vaqt o'zimga kela olmay va unuta olmay yuraman	1	2	3	4
19	Men vazmin odamman	1	2	3	4
20	Ishlarim va rejalarim haqida o'ylasam, meni kuchli xavotir egallab oladi	1	2	3	4

**Σ1** – 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20 raqamlar bo'yicha javoblar yig'indisi.

**Σ2** – 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19 raqamlar bo'yicha qolgan javoblar yig'indisi.

**SHX** = Σ1 - Σ2 + 35 formula bo'yicha *shaxsiy xavotir* darajasi aniqlanadi.

**Shaxsiy xavotir darajalari (ball):**

Engil – 30 ballgacha;

O'rta – 31-45 ball;

Kuchli – 46 va undan yuqori

**Magistr** \_\_\_\_\_ (imzo).

**Supervizor** \_\_\_\_\_ (imzo)

**SUNG SHKALASI**  
(depressiyani baholash uchun)

Ism-sharifi \_\_\_\_\_; yoshi: \_\_\_\_\_ Sana \_\_\_\_\_

**Ko'rsatma.** Quyida keltirilgan har bir jumlaning diqqat bilan o'qing va aynan hozirgi paytda o'zingizni qanday his qilayotgan bo'lsangiz, shunga mos javoblarni belgilang. Savollar ustida uzoq o'ylanmang va xayolingizga kelgan birinchi javobni belgilang, chunki to'g'ri yoki noto'g'ri javoblar yo'q.

№	SAVOLLAR, VAZIYATLAR	Hech qachon	Ba'zan	Tez-tez	Deyarli har Doim
1.	Men tushkinlikni his qilayapman.	1	2	3	4
2.	Ertalab men o'zimni juda yaxshi his qilaman.	1	2	3	4
3.	Men yig'lab turaman.	1	2	3	4
4.	Men tunda yomon uxlayman.	1	2	3	4
5.	Ishtaham yomon emas, ya'ni odatiy.	1	2	3	4
6.	Menga yoqqan odamlar bilan suhbatlashgim, ularning yonida bo'lgim keladi.	1	2	3	4
7.	Men vaznimni yo'qotayotganimni sezayapman.	1	2	3	4
8.	Meni qabziyatlar bezovta qiladi	1	2	3	4
9.	Yuragim odatdagidan tezroq uradi.	1	2	3	4
10.	Men hech qanday sababsiz charchayman.	1	2	3	4
11.	Mening fikrlarim har doimgidek aniq va ravshan.	1	2	3	4
12.	Qo'limdan keladigan ishlarni osonlikcha bajaraman.	1	2	3	4
13.	Bezovtalikni his qilayapman va bir joyda o'tira olmayapman.	1	2	3	4
14.	Menda kelajakka ishonch bor.	1	2	3	4
15.	Mening jahlim odatdagidan tezroq chiqayapdi.	1	2	3	4
16.	Menga bir qarorga kelish juda oson.	1	2	3	4
17.	Men foydali va zarur ekanligimni his qilaman.	1	2	3	4
18.	Men to'laqonli hayot kechirayapman.	1	2	3	4
19.	Men o'lsam boshqalarga yaxshi bo'lishini his qilayapman.	1	2	3	4
20.	Meni avvallari xursand qiladigan narsalar hozir ham xursand qiladi.	1	2	3	4

To'g'ri savollar: 1,3,4,7,8,9,10,13,15,19

Teskari savollar: 2,5,6,11,12,14,16,17,18,20

Depressiya darajasi (DD) quyidagi formula orqali aniqlanadi:

$$DD = \sum \text{to'g'}. + \sum \text{tes.}$$

Bu yerda  $\Sigma$ to'g'. – belgilangan «to'g'ri» savollar yig'indisi;  $\Sigma$ tes – belgilangan «teskari» savollar yig'indisi.

### **Depressiya darajalari**

- Depressiya yo'q – 50 ballgacha (yoki 40 xom ballar).
- Yengil depressiya – 50–59 (40-48 xom ballar).
- O'rta darajali depressiya – 60–69 (48–55 xom ballar).
- Og'ir depressiya – 70 va undan yuqori (56 va undan yuqori xom ballar).

Xom ballar = to'g'ri+teskari ballar;

Standart ballar = (xom ballar x 100)/80.

**Sana** " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ y.    **Qatnashish** % \_\_\_\_\_

**Magistr** \_\_\_\_\_ (imzo)

**Supervizor** \_\_\_\_\_ (imzo)

**GAMILTON SHKALASI**  
**(depressiyani baholash uchun)**

Bemor \_\_\_\_\_; yoshi \_\_\_\_\_; jinsi \_\_\_\_\_; Sana \_\_\_\_\_

**1. Depressiv kayfiyat.**

(tushkunlik, ishonchsizlik, umidsizlik, o'zini kamsitish hissi)

0 – yo'q

1 – ko'rsatilgan holatlar so'ralganda aytiladi

2 – to'satdan o'zi shikoyat qiladi

3 – hulq-atvori (tana vaziyati, mimikasi, ovozi, yig'loqilik) dan bilib olinadi

4 – ko'rsatilgan holatlar ham so'zlashidan, ham xulq-atvoridan bilinib turadi

**2. Aybdorlik hissi.**

0 – yo'q

1 – o'zini kamsitish, boshqalarga pand berganlik hissi

2 – o'zini kamsitish hissi, o'z xatolarini va gunohlarini azob bilan eslash

3 – hozirgi kasalligini go'yoki unga berilgan jazodek his qilish, aybdorlik hissi

4 – ayblovchi va/yoki qoralovchi mazmundagi verbal gallyutsinatsiyalar, va/yoki qo'rqituvchi mazmundagi ko'ruv gallyutsinatsiyalari

**3. Suitsidal niyatlar.**

0 – yo'q

1 – yashashning keragi yo'qdek his qilish

2 – o'lish xohishi yoki o'lishi mumkinligi haqidagi xayollar

3 – o'z joniga qasd qilish haqida so'zlash yoki imo-ishorasida bildirish

4 – suitsidal urinishlar

**4. Erta uyqusizlik.**

0 – qiynalмай uyquga ketish

1 – ba'zan uyqu kelmasligiga shikoyat qilish (30 daqiqadan ko'proq)

2 – har kecha uxlay olmayotganiga shikoyat qilish

**5. O'rta uyqusizlik.**

0 – yo'q

1 – tun mobaynida notinch uyquga shikoyat qilish

2 – butun tun mobaynida bir necha bor uyg'onib ketish, o'rmidan turish

**6. Kechikkan uyqusizlik.**

0 – yo'q

1 – erda uyg'onib ketish va so'ng yana uyquga ketish

2 – erda saharda butunlay uyg'onib ketish

**7. Ishchanlik va faollik.**

0 – qiyinchiliklar yo'qligi

1 – ishga qodir emaslik hissi, charchash va holsizlik hissi

2 – ishga va boshqa faoliyatga qiziqishning yo'qolishiga shikoyat qilish yoki xulq-atvorida sezdirib turish, beqarorlik va apatiya (qo'shimcha tarzda ishga yoki faollikka tashqaridan undashga muhtoj)

3 – faollikni namoyon qiluvchi belgilarning yo'qligi yoki ish samaradorligining pasayishi

4 – kasallik sababli ishdan voz kechish

**8. Karaxtlik.**

(fikrlar karaxtligi va nutqning sekinlashuvi, fikrni bir joyga jamlay olmaslik, harakat faolligining pasayishi)

0 – nutq va fikrlash saqlangan

1 – suhbat chog'ida engil karaxtlik

2 – suhbat chog'ida sezilarli karaxtlik

3 – so'rov-suhbat chog'ida kuchli qiyinchiliklar

4 – stupor

**9. Xavotirli qo'zg'alishlar.**

0 – yo'q

1 – notinchlik

2 – qo'li bilan tartibsiz harakatlar qilishi, sochini yulish

3 – qimirlayverish, bir joyda o'tira olmaslik

4 – qo'li bilan chertaverish, tirnog'ini tishlayverish, sochini yulish, labini tishlash

**10. Ruhiy xavotir.**

0 – yo'q

- 1– subyektiv taranglik va jahldorlik
- 2– arzimagan sababdan bezovtalanish
- 3– soʻzida va yuzida aks etgan xavotir
- 4– qoʻrquvning yuzida aks etib turishi

**11. Somatik xavotir.**

(xavotirning fiziologik koʻrinishlari - **gastrointestinal** - ogʻiz qurishi, meteorizm, dispepsiya, diareya, spazmlar, kekirish, **yurak-qon tomir** - yurak urishi, bosh ogʻriqlar, **nafas olish** - giperventilyatsiya, nafas etishmovchiligi bilan siyishning tezlashuvi, terlash)

- 0– yoʻq
- 1– sust
- 2 – oʻrtacha
- 3– kuchli
- 4 – oʻta kuchli

**12. Oshqozon-ichak sistemasi belgilari.**

- 0 – yoʻq
- 1– ishtahaning yoʻqolishi, biroq ovqatni eyishga ortiqcha zoʻrlamaslik, qorinda ogʻirlik hissi
- 2 – kuchli undashlar hisobiga ovqatlanishga rozi boʻlish, ichni suruvchi dorilarga yoki gastrointestinal simptomlarni bartaraf qilishga ehtiyoj sezish

**13. Umumiy somatik simptomlar.**

- 0 – yoʻq
- 1 – oyoqlarda ogʻirlik, bel va bosh ogʻrigʻi, mushaklarda ogʻriq, quvvat yoʻqligi yoki holdan toyish hissi
- 2 – har qanday kuchli ifodalangan simptomlar

**14. Genital simptomlar.**

- (libidoning yoʻqolishi, hayz buzilishi)
- 0 – yoʻq
  - 1– sust ifodalangan
  - 2 – kuchli ifodalangan

**15. Ipoxondriya.**

- 0 – yoʻq
- 1 – oʻz dunyosiga gʻarq boʻlish
- 2 – sogʻligʻidan haddan tashqari aziyat chekish
- 3 – shikoyatlar koʻpligi, yordam haqida iltimoslar
- 4 – ipoxondrik alahsirashlar

**16. Tana vaznining kamayishi.**

(A yoki B baholanadi)

**A. Anamnez boʻyicha.**

- 0 – yoʻq
- 1 – ushbu kasallik sababli tana vazni kamaygani taxmini
- 2 – tana vaznining yaqqol kamayishi (soʻziga qaraganda)
- 3 – baholash qiyin

**B. Agar tana vaznida oʻzgarish har haftada kuzatilsa.**

- 0 – haftasiga 0,5 kg dan kam
- 1 – haftasiga 0,5 kg dan koʻp
- 2 – haftasiga 1 kg dan koʻp
- 3 – baholash qiyin

**17. Tanqidiy munosabat.**

- 0 – betobligini anglaydi
- 1 – betobligini anglash, biroq uning sababi yomon ovqatlanganidan, charchaganidan, ob-havodan va h.k. Dan deb bilish
- 2 – betobligini butunlay anglamaslik

**18. Kundalik oʻzgarishlar (simptomlarning kun mobaynida kuchayishi).**

(B punkt baholanishi uchun A punktda buzilishlar aniqlanishi kerak)

**A. Simptomlar kuchayishi**

- 0 – kuchayish yoʻq
- 1 – ertalab
- 2 – kechqurun

**B. Kuchayish darajasi.**

- 0 – yoʻq
- 1 – sust
- 2 – kuchli

**19. Depersonalizatsiya va derealizatsiya.**



(o'zining va atrofdagilarning o'zgarganligi)

0 – yo'q

1 – sust

2 – o'rtacha

3 – kuchli

4 – o'ta kuchli

**20. Paranoidal simptomlar.**

0 – yo'q

1 – gumonsirash

2 – munosabatlar g'oyasi

3 – ta'qib qilinish fikrlari

**21. Obsessiv va kompulsiv simptomlar.**

0 – yo'q

1 – engil

2 – og'ir

**Gamilton shkalasi blanki**  
(*depressiyani baholash uchun*)

№	Shkala punktlari	Ko'rsatkichlar (to'g'ri javob belgilab chiqiladi)				
		0	1	2	3	4
1	Depressiv kayfiyat	0	1	2	3	4
2	Aybdorlik hissi	0	1	2	3	4
3	Suitsidal fikrlar	0	1	2	3	4
4	Erta uyqusizlik	0	1	2		
5	O'rta uyqusizlik	0	1	2		
6	Kechikkan uyqusizlik	0	1	2		
7	Ishchanlik va faollik	0	1	2	3	4
8	Karaxtlik	0	1	2	3	4
9	Ajitatsiya	0	1	2	3	4
10	Ruhiy xavotir	0	1	2	3	4
11	Somatik xavotir	0	1	2	3	4
12	Oshqozon-ichak sistemasi belgilari	0	1	2		
13	Umumiy somatik simptomlar	0	1	2		
14	Genital simptomlar	0	1	2		
15	Ipxondriya	0	1	2	3	4
16	Tana vaznining kamayishi A	0	1	2	3	
16	Tana vaznining kamayishi B	0	1	2	3	
17	Tanqidiy munosabat	0	1	2		
18	Kundalik o'zgarishlar A	0	1	2		
18	Kundalik o'zgarishlar B	0	1	2		
19	Depersonalizatsiya va derealizatsiya	0	1	2	3	4
20	Paranoidal simptomlar	0	1	2	3	
21	Obsessiv va kompulsiv simptomlar	0	1	2		

**Ballar yig'indisi:**

0-6 ball – depressiya yo'q;

7-15 ball – engil depressiya;

Ballar yig'indisi 16 va undan oshgan sayin depressiya darajasi og'ir hisoblanib borilaveradi.

Savolnomani to'ldirishga ketgan vaqt 30 minutdan oshmasligi kerak.

Sana " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

Magistr \_\_\_\_\_ (imzo)

Supervizor \_\_\_\_\_ (imzo)

**GAMILTON SHKALASI**  
**(xavotirni baholash uchun)**

**Bemor** \_\_\_\_\_; **yoshi** \_\_\_\_; **jinsi** \_\_\_\_; **Sana** \_\_\_\_\_

Shkaladagi savollar ham ruhiy, ham somatik buzilishlar darajasini aniqlashga moslab tuzilgan.

- 1. Xavotirli kayfiyat** (tashvishlanish, yomonlikni kutish, xavotirlanish, jahldorlik).
- 2. Keskinlik, taranglik** (keskinlikni, taranglikni his qilish, seskanish, darrov yig'lash, titroq bosish, bezovtalanish hissi, bo'shasha olmaslik).
- 3. Qo'rquv** (qorong'ilikdan, begonalardan, yolg'izlikdan, hayvonlardan, olomondan, transportdan).
- 4. Insomniya** (uyqu kelishning qiyinligi, uzuq-yuluq uyqu, uyqudan charchab turish, yomon tushlar ko'rish).
- 5. Intellektual buzilishlar** (fikrni bir joyga jamlay olmaslik, xotira buzilishi).
- 6. Depressiv kayfiyat** (odatiy qiziqishlarning yo'qolishi, o'zi yoqtirgan faoliyatdan qoniqmaslik, tushkun kayfiyat, erta uyg'onish, kundalik kayfiyatning o'zgarib turishi).
- 7. Somatik motor simptomlar** (og'riqlar, titrash, taranglik, klonik titrashlar, tishini g'ichirlatish, ovozning titrab chiqishi, mushaklar tonusining oshuvi).
- 8. Somatik sensor simptomlar** (quloqda shovqin, ko'rishning xiralashuvi, qizib ketish yoki sovuq qotish, holsizlikni his qilish, sanchuvchi og'riqlar sezish).
- 9. Yurak-qon tomir simptomlari** (taxikardiya, yurak urishi, ko'krak qafasida og'riq, tomir urishlarini sezib turish, tez-tez xo'rsinish).
- 10. Respirator simptomlar** (ko'krak qafasi bosilgandek va siqilgandek bo'lishi, bo'g'ilish, tez-tez xo'rsinish).
- 11. Gastrointestinal simptomlar** (yutishning qiyinlashuvi, meteorizm, qorinda og'riq, jig'ildon qaynash, oshqozonda to'qlik hissi, ko'ngil aynish, qusish, qorinda g'o'ldirash, diareya, qabziyat, tana vaznining kamayishi).
- 12. Siydik ajratish sistemasi va jinsiy a'zoldagi buzilishlar** (siyishning tezlashuvi, siyishga kuchli istakning paydo bo'lishi, amenoreya, menorragiya, frigidlik, vaqtlilik eyakulyatsiya, libido so'nishi, impotentsiya).
- 13. Vegetativ simptomlar** (og'iz qurishi, terining qizarib yoki oqarib ketishi, terga botish, zo'riqish hissi bilan keluvchi bosh og'riqlar).
- 14. Ko'rik paytidagi xulq-atvori** (kursida tinch o'tirmaslik, bezovta mimika va bezovtalanib yurish, tremor, yuzida taranglik va xo'mrayish alomatlari, xo'rsinaverish yoki nafas olishning tezlashuvi, tufugini yutaverish).

Demak, shkala 14 punktdan iborat bo'lib, javob variantlari simptomlarning ifodalanish darajasiga qarab 0 dan 4 ballgacha qilib belgilangan:

- 0 – yo'q
- 1 – engil darajada
- 2 – o'rta darajada
- 3 – og'ir darajada
- 4 – juda og'ir darajada

Bemor ahvolini dinamikada ko'rish zarurati tug'ilsa, qayta tekshiruvlar avvalgi savolnoma ma'lumotlaridan foydalanmagan holda o'tkaziladi. Agar davolash muolajalaridan so'ng xavotir darajasi 50 foizdan ortiq kamaysa, natija ijobiy deb hisoblanadi. Savolnomani to'ldirishga ketgan vaqt 30 daqiqadan oshmasligi kerak.

**Gamilton shkalasi blanki**

Shkala punktlari	KO‘RSATKICHLAR				
	(to‘g‘ri javob belgilab chiqiladi)				
1. Xavotirli kayfiyat	0	1	2	3	4
2. Keskinlik, taranglik	0	1	2	3	4
3. Qo‘rquv	0	1	2	3	4
4. Insomniya	0	1	2	3	4
5. Intellektual buzilishlar	0	1	2	3	4
6. Depressiv kayfiyat	0	1	2	3	4
7. Somatik motor simptomlar	0	1	2	3	4
8. Somatik sensor simptomlar	0	1	2	3	4
9. Yurak-qon tomir simptomlari	0	1	2	3	4
10. Respirator simptomlar	0	1	2	3	4
11. Gastrointestinal simptomlar	0	1	2	3	4
12. Siydik ajratish sistemasi va jinsiy a‘zolar simptomlari	0	1	2	3	4
13. Vegetativ simptomlar	0	1	2	3	4
14. Ko‘rik paytida xulq-atvori	0	1	2	3	4

**Xavotir darajasi (ball):**

0-7 ball – xavotir yo‘q

8-19 ball – engil xavotir

20 ball va undan yuqori – kuchli xavotir

Sana " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

Magistr \_\_\_\_\_ (imzo)

Supervizor \_\_\_\_\_ (imzo)

**PSIXIK STATUSNI BAHOLASHNING QISQA SHKALASI**  
(Mini-Mental State Examination)

Bemorning ismi \_\_\_\_\_ yoshi \_\_\_\_\_ sana \_\_\_\_\_

**MMSE SHKALASI**

Tekshiriluvchi Funksiya	Topshiriq	Ballar Yig'indisi
Vaqtning anglash	Vaqtning aytish (chislo, oy, hafta kuni, yil, fasl)	0-5
Makonni anglash	Hozir biz qayerdamiz (xona, klinika, uy, shahar, davlat)?	0-5
Idrok	Quyidagi 3 ta so'zni takrorlang: suv, nina, qalam	0-3
Diqqat	100 dan 7 ni ayirib boring	0-5
Xotira	Haligi 3 ta so'zni qayta esga tushiring	0-3
Gnozis	Bu nima? (bemor unga ko'rsatilgan narsalarning masalan, qalam, soat nomlarini aytishi kerak)	0-2
Jumlani Takrorlash	Jumlani takrorlang: «Hech bo'lmaganda, hech qachon»	0-1
Topshiriqni Tushunish	Qog'ozni o'ng qo'lingiz bilan olingda, uni ikki buklab stol ustiga qo'ying.	0-3
O'qish	Ushbu yozuvni («Ko'zingizni yuming») ovoz chiqarib o'qing va uni bajaring	0-1
Yozish	Biror-bir jumlaning o'ylab uni qog'ozga yozing	0-1
Chizish	Ushbu rasmni chizing	0-1
<b>Ballar yig'indisi</b>		0-30

**MMSE shkalasini to'ldirish qonun-qoidalarini**

**Vaqtning anglash.** Bemordan bugungi sana, hafta kuni, oy, fasl va yilni to'la aytib berish so'raladi. Har bir to'g'ri javob uchun 1 ball qo'yiladi. Shunday qilib bemor 0 dan 5 ballgacha to'plashi mumkin. Demak, umumiy ballar yig'indisi 0-5.

**Makonni anglash.** Bemorga quyidagi savol bilan murojaat qilinadi: «Hozir biz qayerdamiz?» Bemor davlat, shahar yoki viloyat, qayerda tekshiruv o'tkazilayotgani (uy yoki klinika), hudud yoki bino, qavat yoki xona raqamini to'g'ri aytib berishi kerak. Har bir to'g'ri javob uchun 1 ball qo'yiladi. Bu vazifa uchun ham bemor 0 ball dan 5 ballgacha to'plashi mumkin. Demak, umumiy ballar yig'indisi 0-5.

**Idrok.** «Quyidagi 3 so'zni takrorlang va eslab qoling «suv, nina, qalam» deb bemorga topshiriq beriladi. Doktor ushbu so'zlarni shoshmasdan lo'nda qilib talaffuz qilishi kerak (bir soniyaga bir so'z). Har bir to'g'ri takrorlangan so'zga 1 ball qo'yiladi. Shundan so'ng bemordan «So'zlarni yodlab qoldingizmi, qani yana bir bor qaytaringchi», deb so'raladi. Agar bemor so'zlarni shu ketma-ketlikda qayta aytib berishga qiynalsa, vrach tomonidan ushbu so'zlar yana takrorlanadi va undan qayta takrorlash talab etiladi. Shu tartibda so'zlarni bir necha bor (biroq 5 ta urinishdan ortiq emas) takroran aytib berish so'raladi. Agar birinchi takrorlashda bemor 3 ta so'zni ketma-ket to'g'ri aytsa - 3, ikkinchi urinishda to'g'ri aytsa - 2, uchinchi urinishda to'g'ri aytsa - 1 ball qo'yiladi. Agar bemor keyingi urinishlarda ham topshiriqni bajara olmasa, 0 ball qo'yiladi. Umumiy ballar yig'indisi 0-3.

**Diqqat.** Bemorga «100 dan 7 ni ketma-ket ayirib keling» deb so'raladi. Bemor quyidagi tartibda 100 dan 7 ni ayirib borishi kerak: 100-7=93; 93-7=86; 86-7=79; 79-7=72; 72-7=65. Har bir to'g'ri ayirilgan son uchun 1 ball qo'yiladi. Bemor 5 ta ayirishni ham to'g'ri bajarsa, unga 5 ball qo'yiladi. Vazifani bajarayotganda bemorni shoshirmaslik kerak. Umumiy ballar yig'indisi 0-5.

**Xotira.** Bemorning idrokini tekshirayotganda qo'llanilgan so'zlarni yodga tushirib aytib berish so'raladi. Har bir to'g'ri eslangan so'z uchun 1 ball qo'yiladi. Umumiy ballar yig'indisi 0-3.

**Gnozis (ko'ruv gnozisi).** Bemorga qalam ko'rsatib, undan «Bu nima? Deb so'raladi. Xuddi shu tartibda boshqa narsa (masalan, soat) ko'rsatib, u nimaligi so'raladi. Har bir to'g'ri javob uchun 1 ball qo'yiladi. Umumiy ballar yig'indisi 0-2.

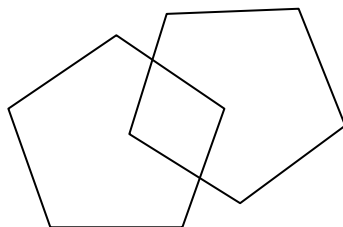
**Jumlani takrorlash.** Bemordan quyidagi jumlani takrorlash soʻraladi: «Hech boʻlmaganda, hech qachon». Bu jumla faqat bir marta aytiladi. Bemor uni xuddi shunday takrorlashi kerak. Toʻgʻri takrorlasa – 1 ball, takrorlay olmasa – 0 ball qoʻyiladi.

**Topshiriqni tushunish.** Bemorga bajarilishi 3 bosqichdan iborat topshiriq ogʻzaki tarzda beriladi. «Qogʻozni oʻng qoʻlingiz bilan olingda, uni ikki buklab stol ustiga qoʻying». Har bir toʻgʻri bajarilgan bosqichga 1 ball qoʻyiladi. Bu topshiriq bir marta beriladi. Umumiy ballar yigʻindisi 0–3.

**Oʻqish.** Bemorga katta harflar bilan «KOʻZINGIZNI YUMING» degan jumla bitilgan qogʻoz beriladi. Bemordan: «Ushbu yozuvni ovoz chiqarib oʻqing va uni bajaring», deb soʻraladi. Bemor ushbu soʻzlarni oʻqib, koʻzlarini yumishi kerak. Agar bemor qogʻozdagi soʻzlarni oʻqib haqiqatan ham koʻzlarini yumsa, unga 1 ball qoʻyiladi. Topshiriq bajarilmasa 0 ball qoʻyiladi.

**Yozish.** Bemordan biron jumlani oʻylab, uni qogʻozga yozish soʻraladi. Qogʻozga yozilgan jumla grammatik jihatdan toʻgʻri va maʼnoli boʻlsa, unga 1 ball qoʻyiladi.

**Chizish.** Bemorga bir-biri bilan kesishgan 2 ta besh burchakli figurani xuddi shunday koʻrinishda chizib berish soʻraladi. Oʻrtada toʻrtburchak hosil boʻlishi kerak. Agar topshiriq toʻgʻri bajarilsa 1 ball, notoʻgʻri bajarilsa 0 ball qoʻyiladi.



**Ballar yigʻindisi**

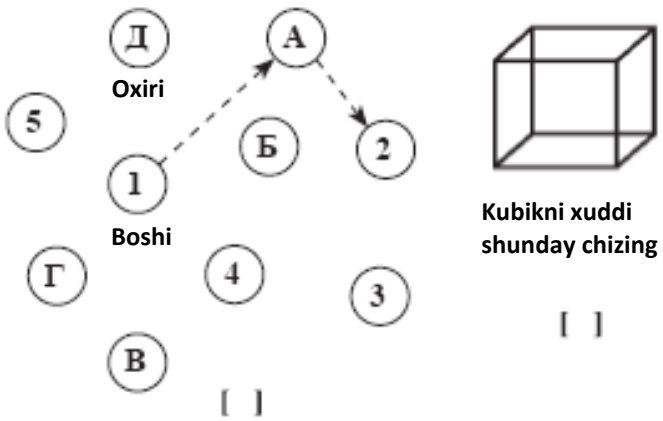

Ballar yigʻindisi, ball	Kognitiv buzilishlar darajasi
28–30	Kognitiv buzilishlar yoʻq
20–27	Yengil demensiya
11–19	Oʻrta darajadagi demensiya
0–10	Ogʻir demensiya

**Magistr** \_\_\_\_\_ (imzo).

**Supervizor** \_\_\_\_\_ (imzo)

**MONREAL SHKALASI**  
(kognitiv funksiyalarni baholash uchun)

F.I.Sh:.....Ma'lumoti:..... yoshi.....Sana.....

<p><b>Optik-fazoviy funksiyalarni bajara olish qobiliyati</b></p>	<p>Raqamli soatni chizing va unda 11 dan 10 daqiqa o'tgan bo'lsin (3 ta punkt)</p>						<p>Ball</p>
 <p>Oxiri [ ]</p> <p>Boshi [ ]</p> <p>Kubikni xuddi shunday chizing [ ]</p>	<p>[ ] [ ] [ ]</p> <p><b>Shakli Strelkalari</b>                      <b>Raqamlari</b></p>						<p>___/5</p>
<p><b>Nomini aytish</b></p>  <p>[ ]                      [ ]                      [ ]</p>							<p>___/3</p>
<p><b>Xotira</b> Sinaluvchi vrach o'qigan so'zlarni takrorlaydi va natija 1-qatorga yoziladi. Vrach shu so'zlarni yana takrorlaydi va natija 2-qatorga yoziladi. Sinaluvchidan bu so'zlarni eslab qolish so'raladi.</p>		<p><b>Oyna</b></p>	<p><b>Yap-roq</b></p>	<p><b>Ma-chit</b></p>	<p><b>Dar-yo</b></p>	<p><b>Pax-ta</b></p>	<p>Ball qo'yil maydi</p>
	<p><b>1-imkoni-yat</b></p>						
	<p><b>2-imkoni-yat</b></p>						

<b>Diqqat.</b> Raqamlarni o'qing (1 soniyada 1 raqam).							
To'g'ri tartibda takrorlang [ ] 2 1 8 5 4							___/2
Teskari tartibda takrorlang [ ] 7 4 2							
Harflarni o'qing. Har gal A ni o'qiganda sinaluvchi qo'li bilan stolga urib qo'yadi. Sinaluvchi 2 marotaba xatoga yo'l qo'ysa, ball qo'yilmaydi.							___/1
[ ] F B A V M N A A J L L B A F A K D E A A A J A M O F A A B							
100 dan 7 ni ayirib boring.							
[ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65							___/3
<b>Nutq.</b> Takrorlang: Men shuni bilamanki, Karim – bu menga yordam beradigan odam. [ ] Hovlida kuchuk paydo bo'lganida, mushuk ko'chaga qochib ketardi. [ ]							___/2
Nutq tezligi/bir daqiqa ichida «L» bilan boshlanadigan so'zlarni iloji boricha ko'proq ayting. [ ] (N≥11)							___/1
<b>Abstrakt fikrlash</b>							
Olma – apelsin = meva; [ ] poyezd – velosiped [ ] spidometr – soat							___/2
<b>Qayta esga tushirish (eslatmasdan)</b>	Avvalgi so'zlarni qayta esga tushirish	<b>Oyna</b> [ ]	<b>Yaproq</b> [ ]	<b>Machit</b> [ ]	<b>Daryo</b> [ ]	<b>Paxta</b> [ ]	___/5
<b>To'ldirish shart emas (ball ham qo'yilmaydi)</b>	O'xshash so'zlarni eslatish						
	Taklif etilgan so'zlardan tanlash						
<b>Orientatsiya</b>	[ ] Sana [ ] Oy [ ] Yil [ ] Hafta kuni [ ] Joy [ ] Shahar						___/6
<b>Ballar yig'indisi</b> _____/30 <b>Norma 26 – 30</b>							

Sana "\_\_\_\_"\_\_\_\_y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

Magistr \_\_\_\_\_ (imzo)

Supervizor \_\_\_\_\_ (imzo)



## XACHINSKI SHKALASI

Bemor \_\_\_\_\_; yoshi \_\_\_\_\_; jinsi \_\_\_\_\_; sana \_\_\_\_\_

Xachinski shkalasi serebral atrofiya (masalan, Alsxaymer kasalligi) sababli rivojlangan demensiyani vaskulyar etiologiyali demensiyadan farqlash uchun qo'llaniladi.

BELGILAR (SIMPTOMLAR)	BALLAR
Simptomlarning to'satdan paydo bo'lishi	2
Kasallikning to'liqsimon kechishi (og'irlashuvi, sokin kechishi va yana og'irlashuvi)	1
*Flyuktuatsiya mavjudligi	2
Tungi somnolensiya, karaxtlik	1
Shaxs xususiyatlarining nisbatan saqlanib qolganligi	1
Depressiya	1
Somatik shikoyatlar (shu jumladan, bosh og'rig'i, ko'krak sohasidagi og'riqlar va h.k.)	1
Emotsional labillik	1
Anamnezda arterial gipertenziyaning mavjudligi	1
Anamnezda insult o'tkazganligi	2
Ateroskleroz belgilari va asoratlari (miokard infarkti va h.k.)	1
Obyektiv nevrologik simptomlar (afaziya, gemiparez)	2
Subyektiv nevrologik simptomlar	2

\*Lotinchadan *fluctuatio* – «to'liqsimon» degani.

### Xachinski shkalasi bo'yicha baholash qoidasi

Ballar yig'indisi	Xulosa
4 balldan kam	Serebral atrofiya bo'lishi mumkin (masalan, Alsxaymer kasalligi).
4–7 ball	Vaskulyar demensiyani tasdiqlamaydi..
7 balldan yuqori	Vaskulyar demensiya bo'lishi mumkin.

Sana " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ y. Qatnashish % \_\_\_\_\_

Magistr \_\_\_\_\_ (imzo)

Supervizor \_\_\_\_\_ (imzo)



**Guruhlarning bilim va ko`nikmalarini baholash mezonlari**  
**Talabani bilimini baholash tartibi**  
**100 ballik tizimda ballarning taqsimlanishi**

№	Baholash turi	Maksimal ball	Koeffitsient	Saralash bali
1	Joriy baholash	45	0,45	24,75
2	TMI	5	0,05	2,75
3	Yakuniy baholash test	25	0,25	13,7
4	Yakuniy baholash OSKI	25	0,25	13,7
5	JAMI	100		55,0

Ball	Baho	Talabaning bilim darajasi
86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qilish. Ijodiy fikrlay olish. Mustaqil mushoxada yuritish. Amalda qo`llay olish. Mohiyatini tushuntirish. Bilish, aytib berish. Tasavvurga ega bo`lish.
71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritish. Amalda qo`llay olish. Mohiyatini tushuntirish. Bilish, aytib berish. Tasavvurga ega bo`lish
55-70	Qoniqarli	Mohiyatini tushuntirish. Bilish, aytib berish. Tasavvurga ega bo`lish
0-54	Qoniqarsiz	Aniq tasavvurga ega bo`lmaslik. Bilmaslik

**3-KURS davolash VA TP FAKULTETI  
TALABALARI uchun TIBBIY psixologiya  
FANIDAN yakuniy NAZORAT OSKI  
SAVOLLARI**

VARIANT №1

STANSIYA №1

Sezgi. Turlari va tekshirish usullari.

CTANSIYA №2

Tafakkur, turlari, xususiyatlari, tekshirish usullari

CTANSIYA №3

Ong, uning xususiyatlari, uzini anglash.

CTANSIYA №4

Xotira va akl, xususiyatlari, tekshirish usullari

CTANSIYA №5

Shaxsiyat, shaxs turlari. Shaxs xususiyatlarini tekshirish usullari

CTANSIYA №6

Inson faoliyatining psixologik xususiyatlariga kiradi

A.Intilish, fikrlash, xotira

B.Moxirlik, kizikish, temperament

V.motivlar, moxirlik, intilish

G.Fikrlash, idrok, xotira

CTANSIYA №7

Psixologik usullarga kiradi

A.Kuzatish, laboratoriya, katamnez

B.Suxbat, tadkikot, analiz

V.Kuzatish, suxbat, tadkikot

G.EEG, KT, exoeg

CTANSIYA №8

Fikrlash jarayonining asosiy xususiyatlari nimadan iborat

A.umume'tirof etilgan konunlarga tayangan bilimlar bazasi doirasida bulishi

B.Taklidga karab

V.Predmetlararo bogliklikni bildirishi

G.Narsalarni nomini xotiradi saklash va ayta olish

CTANSIYA №9

Fikrlash jarayonlariga kiradi

A.ajrata olish, umumlashtirish, analiz, sintez, konkretlik va abstraktlik

B.Eslash, umumlashtirish, analiz, sintez, konkretlik va abstraktlik

V.Umumlashtirish, analiz, sintez, konkretlik va abstraktlik ,bajara olish

G.Umumlashtirish, analiz, sintez, konkretlik va abstraktlik

CTANSIYA №10

Qachonlardir ilgari idrok qilingan obrazlarning ongda jonlanishi

A.Kuzatuvchanlik

B.Idrok

V.Tasavvur

G.Diqqat

VARIANT №2

STANSIYA №1

Idrok kilishning fiziologik asoslari.

CTANSIYA №2

Diqqat, uning xususiyatlari, psixologik tekshirish usullari.

CTANSIYA №3

Ong, asosiy xususiyatlari.

CTANSIYA №4

Xissiyot, turlari, psixologik tekshirish usullari.

CTANSIYA №5

Iroda-mayl doirasi, xususiyatlari.

CTANSIYA №6

Intellektni psixologik tekshirish usuli?

A.Kuzatuv

B.Piktogramma

V.Veksler testi

G.Korrektur proba

CTANSIYA №7

E?Tiyoj turlariga kirmaydi?

A.Vital

B.Salbiy

V.Nutritiv

G.Funksional

CTANSIYA №8

Xarakter bu -

A.Kishining alohida kishi,kishilar guruhi, o`ziga, vaziyatlar, predmetlar, hodisalarga nisbatan munosabati

B. Shaxs xususiyatlari

V.Shaxsning tarkibiy qismi, shaxs xususiyatlari

G.Shaxsning aktsetuatsiyasi

CTANSIYA №9

Diqqat buzilishi?

A.Apatiya

B.Abulya

V.Aprozeksiya

G.Anoreksiya

CTANSIYA №10

Emotsiyalarni psixologik tekshirish -

A.Poppelrayter testi

B.Luriya testi

V.Ayzenk so`rovnomasi

G.Rorshax testi

VARIANT №3

STANSIYA №1

Tafakkur, uni jarayonlari, turlari, psixologik tekshirish usullari

CTANSIYA №2

Xissiyot, uning xususiyatlari, turlari, psixologik tekshirish usullari.

CTANSIYA №3

Intellekt, asosiy xususiyatlari, psixologik tekshirish usullari.

CTANSIYA №4

Dikkat, turlari, xususiyatlari, psixologik tekshirish usullari.

CTANSIYA №5

Iroda-mayl doirasi, xususiyatlari.

CTANSIYA №6

Diqqatni ko'chishini tekshirish usuli?

A.Petrov lineykasi

B. Piktogramma

V. Korrektur sinov blankasi

G.Poppelrayter shakli

CTANSIYA №7

Xotira turlari:

A.To'liq va noto'li?

B.Ko'rish, eshitish, obrazli, hissiyotli, qisqa va uzoq muddatli

V.Oddiy va murakkab

G.Engil, o'rta, ogir, o'ta ogir

CTANSIYA №8

Tasavvurlar, manzaralar, tovush, hidlar, ta'mlar bilan bog'liq xotira..... Deyiladi.

A.Emotsional xotira

B. Harakat

V.Eydetik xotira

G.Obrazli xotira

CTANSIYA №9

U qadar kuchli bo'lmagan, lekin ancha barqaror emotsional holat?

A.Ehtiros

B.Kayfiyat

V.Affekt

G.Sezgi

CTANSIYA №10

Uzoq davom etadigan va barqaror mavjud bo'ladigan hissiy holat?

A.Ehtiros

B.Affekt

V.Kayfiyat

G.Sezgi

VARIANT №4

STANSIYA №1

Xotira, mnemik jarayonlar, turlari, psixologik tekshirish usullari

CTANSIYA №2

Ong, uning xususiyatlari, turlari, psixologik tekshirish usullari.

CTANSIYA №3

Tafakkur, asosiy xususiyatlari, psixologik tekshirish usullari.

CTANSIYA №4

Mayl, turlari, xususiyatlari.

CTANSIYA №5

Sezgi doirasi, turlari, xususiyatlari, tekshirish usullari.

CTANSIYA №6

Tez paydo bo'ladigan, nihoyat kuchli, g'oyat jo'shqinlik bilan o'tadigan, qisqa muddatli hissiy holat?

A. Kayfiyat

B.Affekt

V.E?Tiros

G.Sezgi

CTANSIYA №7

Harakatni amalga oshirish uchun turtki bo'ladigan irodaviy komponent bu...

A. Iroda

B.Diqqat

V.Ehtiyoj

G.qobiliyat

CTANSIYA №8

Tasavvurlar, manzaralar, tovush, hidlar, ta'mlar bilan bog'liq xotira..... Deyiladi.

A.Emotsional xotira

B. Harakat

V.Eydetik xotira

G.Obrazli xotira

CTANSIYA №9

U qadar kuchli bo'lmagan, lekin ancha barqaror emotsional holat?

A.Ehtiros

B.Kayfiyat

V.Affekt

G.Sezgi

CTANSIYA №10

Uzoq davom etadigan va barqaror mavjud bo'ladigan hissiy holat?

A.Ehtiros

B.Affekt

V.Kayfiyat

G.Sezgi

VARIANT №5

STANSIYA №1

Xotira, mnemik jarayonlar, turlari, psixologik tekshirish usullari

CTANSIYA №2

Ong, uning xususiyatlari, turlari, psixologik tekshirish usullari.

CTANSIYA №3

Tafakkur, asosiy xususiyatlari, psixologik tekshirish usullari.

CTANSIYA №4

Mayl, turlari, xususiyatlari.

CTANSIYA №5

Sezgi doirasi, turlari, xususiyatlari, tekshirish usullari.

CTANSIYA №6

Narsa, hodisalar va jarayonlarni tarkibiy elementlarga, qismlarga yoki tarkibiy belgilarga bo'lish bu...

A.Sintez

B.Xotira

V. Aql

G. Analiz

CTANSIYA №7

Tushuncha turlari?

A. Konkret, abstrakt

B.Oddiy, murakkab

V. Ijobiy, salbiy

G. Yuqori, past

CTANSIYA №8

Tafakkurni psixologik tekshirish usuli?

A.Shulte tablitsasi

B.Burdon jadvali

V.Korrektur sinama

G. Piktogramma

CTANSIYA №9

Real narsa va hodisalar o'rtasidagi bog'lanish va munosabatlarni aks ettiradigan tushuncha?

A.Konkret

B.Abstrakt

V.Oddiy

G.Murakkab

CTANSIYA №10

Irodaning yo'qolishi ..... Deyiladi.

A.Gipobuliya

B.Abuliya

V.Giperbuliya

G.Parabuliya

VARIANT №6

STANSIYA №1

Tibbiy psixologiya fani, tibbiy psixologiyada tekshirish usullari

STANSIYA №2

Diqqat, uning xususiyatlari, turlari, psixologik tekshirish usullari.

STANSIYA №3

Tafakkur, asosiy xususiyatlari, psixologik tekshirish usullari.

STANSIYA №4

Mayl, turlari, xususiyatlari.

STANSIYA №5

Kabul kilish doirasi, turlari, xususiyatlari, tekshirish usullari.

STANSIYA №6

Afaziya turlari?

A.Motor, sensor, amnestik, total

B.Yuza, o'rta, og'ir

V.Oddiy, murakkab, aralash

G. Kuchaygan, susaygan, o'rta

STANSIYA №7

Irodaning pasayishi ..... Deyiladi.

A. Abuliya

B.Giperbuliya

V.Parabuliya

G. Gipobuliya

STANSIYA №8

Exolaliya bu -

A. Bemor ko'rgan harakatini bajarishi

B.Bemor eshitgan so'zini takrorlashi

V.Bemorning gapirmay, indamay turishi

G.To'g'ri javob yo'q

CTANSIYA №9

Ong buzilish turlari

A Oddiy, murakkab

B. O'tkir, surunkali

V. Psixotik va nopsixotik

G. Birlamchi, ikkilamchi

CTANSIYA №10

Real hayotdan uzoq, fantastik, kishi amalga oshirib bo'lmaydigan xayol turi?

A.Aktiv (faol)

B. Ijodiy

V.Passiv (nofaol)

G. Qayta tiklovchi xayol

### 3-kurs davolash va tibbiy pedagogika fakulteti talabalari uchun tibbiy psixologiya fanidan

1. Tibbiy psixologiya nimani o'rganadi?
2. Odam psixikasi xayvon psixikasidan nimasi bilan farq qiladi?
3. Odamda psixikaning yuksak shakli?
4. Shaxsning xususiyatlariga nimalar kiradi?
5. Tibbiy psixologiya o'rganmaydi?
6. Tibbiy psixologiyaning tekshirish usullari?
7. Psixologiya fanining "Otasi" kim?
8. "Jon haqida" kitobining muallifi?
9. Narsa va hodisalarning ayrim xossalari inson ongida aks etirilishi?
10. Voqelikni sezgi va idrok orqali miyada qabul qilish, fiksatsiya va qayta eslash nima?
11. Shaxs xususiyatini turlari?
12. Chaqqon, serharakat, emotsional, rahmdil, temperament?
13. Qiziqqon, jushkin, otashin, keskin temperament?
14. Bamaylixotir, bushang, sustkash, turg'un hissiyotli temperament?
15. Ma'yus, tushkun, hadiksiraydigan, kat'iyatsiz temperament?
16. Idrokni tekshirish usuli?
17. Real mavjud narsa va hodisalarning noto'g'ri idrok qilish.....
18. Narsalarning katta bo'lib ko'rinishi...
19. Narsalarning kichik bo'lib ko'rinishi...
20. Narsalarning buralib ko'rinishi...
21. Narsalarning uzunlashib ko'rinishi...
22. Odam o'z shaxsini idrok etishning buzilishi...
23. Atrof muhitni real holda idrok etishning buzilishi?
24. Odam o'z tanasida yo'q kasalliklarni idrok qilishi
25. Odam o'z tanasida turli noxush sezgilarni idrok qilishi
26. Real yo'q narsalarni idrok qilinishi
27. Real mavjud narsa va hodisalarni buzib idrok qilish
28. Tashqi ta'sirotlarni yuqori qabul qilish
29. Tashqi ta'sirotlarni past qabul qilish
30. Diqqatni barqarorligini tekshirish usuli?
31. Diqqatni ko'chishini tekshirish usuli?
32. Mnemik jarayonlarga kiradi?
33. Turli xil harakat va ularni tizimlarini esga olish, saqlash va esga tushirish nima deyiladi?
34. Xotira turlari
35. Tasavvurlar, manzaralar, tovush, hidlar, ta'mlar bilan bog'liq xotira..... Deyiladi
36. Xotiraning kuchayishi
37. Paramneziya bu...
38. Veksler shkalasi yordamida tekshiriladi?
39. U qadar kuchli bo'lmagan, lekin ancha barqaror emotsional holat?
40. Uzoq davom etadigan va barqaror mavjud bo'ladigan hissiy holat?

### yakuniy nazorat test savollari

41. Tez paydo bo'ladigan, ni?Oyat kuchli, ?Oyat jo'sh?Inlik bilan o'tadigan, qisqa muddatli hissiy holat?
42. Depressiya bu...
43. Harakatni amalga oshirish uchun turtki bo'ladigan irodaviy komponent bu...
44. Stress bu...
45. Stress turlari...
46. Diqqat ko'chishini tekshirish usuli?
47. Predmet va hodisalarning umumiy xususiyatlarini aks ettirish, ular o'rtasidagi qonuniy aloqalar va munosabatlarni topish jarayoni?
48. Narsa, hodisalar va jarayonlarni tarkibiy elementlarga, qismlarga yoki tarkibiy belgilarga bo'lish bu...
49. Tushuncha turlari
50. Nutqning buzilishi ..... Deyiladi
51. Afaziya turlari?
52. Tafakkurni psixologik tekshirish usuli?
53. Real narsa va hodisalar o'rtasidagi bog'lanish va munosabatlarni aks ettiradigan tushuncha?
54. Irodaning yo'qolishi ..... Deyiladi.
55. Irodaning pasayishi ..... Deyiladi.
56. Irodaning kuchayishi ..... Deyiladi.
57. Irodaning aynishi ..... Deyiladi.
58. Exolaliya bu:
59. Ong buzilish turlari
60. Real hayotdan uzoq, fantastik, kishi amalga oshirib bo'lmaydigan xayol turi?
61. Ma'lum bir asosga, yozuvlarga, chizmalarga asoslanib, ularga muvofiq keladigan obrazlar tizimini yaratuvchi xayol^
62. Original va himmatli moddiy mahsulotlarda amalga oshiriladigan yangi obrazlarni yaratuvchi xayol:
63. Kundalik hayotimizda birlashtirib bo'lmaydigan turli sifatlar, xususiyatlar va qismlarni "yopishtirib" birlashtirishdan iborat xayol jarayoni ..... Deyiladi.
64. Narsalarni kattalashtirish, kichraytirish, ularning ayrim qismlarini sonini ko'paytirish, ularning o'rnini almashtirish orqali yangi obrazlar yaratish nima deyiladi?
65. Narsalarning qandaydir sifatlariga, belgilariga Diqqatni turli yo'llar bilan jalb qilish, karikaturalar, hazil obrazlar yaratish jarayoni...
66. Biror mavjud narsadan andaza olib, shu andaza asosida obrazlar yaratish?
67. Sensitivlik nima?
68. Kishi ruhiyatining tashqariga yo'nalganligi, tashqi olam bilan faol munosabatda bo'lish ..... Deyiladi.
69. Faoliyatning ichki obrazlarga, o'tmish va kelajak bilan bog'liqliklarga bog'liqlik?
70. Shaxs xususiyatlarining yaqqol namoyon bo'lishi ..... Deyiladi

71. Ekstrovert va hissiyotga boy shaxs tipi?
72. Xavotirli – vahimali shaxs tipi?
73. O`ta qat`iyatli, shaxsiy konsepsiyalar hosil qilishga moyil shaxs tipi?
74. Yaqqol emotsional qo`zg`alishlarga moyil shaxs tipi?
75. Kamgaplik, muloqotga ehtiyoj sezmasligi bilan xarakterlanadigan shaxs tipi?
76. Doimiy yuqori faollik va optimizm bilan xarakterlanadigan shaxs tipi?
77. Doimiy pessimizm, o`zini past baholash bilan xarakterlanadigan shaxs tipi?
78. Guruhning qolgan barcha a'zolari uchun o`zlarining manfaatlariga daxldor bo`lgan hamda butun guruh faoliyatini yo`nalishini va xarakterini belgilab beruvchi guruh
79. Liderning faoliyat mazmuniga ko`ra tiplari?
80. Liderning boshqarish usuliga ko`ra tiplari?
81. Liderning faoliyat xarakteriga ko`ra tiplari?
82. Guruhning ichki tuzilishini o`rganish usullari?
83. Umumiy psixologiya o`rganadi?
84. Tibbiy psixologiya quyidagilarni o`rganadi (bittasidan tashqari)?
85. 85. Psixoanaliz ta'limoti asoschisi
86. Birinchi marotaba "Tibbiy psixologiya" kitobini yozgan olim?
87. Ong bu - ?
88. Ong buzilishi turlari?
89. 89. Sezgi turlari (birtadan tashqari)?
90. Organik sezgilarga kiradi?
91. Idrok bu - ?
92. Barqaror va samarali faol, rejali va aniq maqsadga yo`naltirilgan idrok etish qobiliyati bu-
93. Qachonlardir ilgari idrok qilingan obrazlarning ongda jonlanishi
94. Eydetizm nima?
95. Eydetizm turlari?
96. Sezgi buzulishlariga kirmaydi?
97. Murakab bilish jarayonlarining buzilishlari nima deyiladi?
98. Agnoziya turlari?
99. Aniq maqsadga qaratilgan faol eslab qolishning xarakterli belgisi bu?
100. Tafakkur ob'ektlari o`rtasidagi o`xshashlikni va farqlashni aniqlash bu - ?
101. Narsa va hodisalarni, ularni umumiy va asosiy tomonlari ajratib ko`rsatish asosida birlari bilan fikran birlashtirish?
102. Gipermneziya bu -
103. Xotirani psixologik tekshirish usuli?
104. Sezgi bu - ?
105. Sezgini psixologik tekshirish usuli?
106. Xulosa bu - ?
107. Tafakkur buzilishlariga kirmaydi?
108. Tushunchalar turiga kirmaydi?
109. Tushuncha bu - ?
110. Hissiyot bu - ?
111. Hissiyot turlariga kirmaydi?
112. Intellaektni psixologik tekshirish usuli?
113. Ehtiyoj turlariga kirmaydi?
114. Xarakter bu - ?
115. Temperament bu -?
116. Diqqat buzilishi?
117. Gipersteziya bu:
118. Emotsiyalarni psixologik tekshirish -
119. Diqqat turlariga kirmaydi?
120. Ong nima?
121. Mulohaza (hukm) bu?
122. Tafakkurni psixologik tekshirish usullariga kirmaydi?
123. Tafakkur jarayonlariga kirmaydi?
124. Tafakkurning shakllariga kirmaydi?
125. Idrokni psixologik tekshirish usuli
126. Idrok etish turlariga kirmaydi?
127. Stress bu - ?
128. Flegmatikni aniqlang
129. Xolerikni aniqlang
130. Ong buzilishiga kirmaydi?
131. Ehtiyoj nima?
132. Idrok buzilishlariga kirmaydi?
133. Faoliyat nima?
134. Tafakkur turlari?
135. Melanxolikni aniqlang
136. Idrok bu - ?
137. Gipesteziya nima?
138. Intellektni psixologik tekshirish usuli?
139. Piktogramma usulida qaysi ruhiy jarayon tekshiriladi?
140. Tibbiy psixologiyaning tekshirish usullari?
141. Diagnostika qo`yish u-n vrach fikrlash operatsiyasidan foydalaniladi\_ (ortiqchasini ko`rsating)\_
142. Diqqat bu\_
143. Xotiraga normada xarakterli bo`lgan jarayonlar\_ (ortiqchasini chiqaring)
144. Edda saqlashning turlari\_ ortiqchasini ko`rsating\_
145. Iroda funktsiyalari\_ ortiqchasini ko`rsating\_
146. Oliy emotsiyalar kuyidagi hislarni uz ichiga oladi\_ ortiqchasini ko`rsating\_
147. Salbiy emotsiyalarga kiradi\_ (ortiqchasini ko`rsating)\_
148. Ong bu
149. Insoniyat shaxsiyati xarakterlanadi (ortiqchasini ko`rsating)\_
150. Temperament turlarini ko`rsating (ortiqchasini ko`rsating)\_
151. Insoniyat xakteri uz ichiga oladi (ortiqchasini ko`rsating)\_
152. Psixogigiena nima
153. Epilepsiya kasalligida uchraydigan affekt buzilishi
154. Psixoterapiyaning qaysi metodida gipnoz qo`llaniladi
155. Alkogolizm uchun xarakterli bo`lgan shaxs o`zgarishlari
156. Hakimlardan kim 1-chi b-b temperamentning 4 turi to`g`risida tushuncha bergan
157. Qadimda mashhur hakimlardan kim suv bilan davolashni davolov vositalar o`rtasida 1-chi o`ringa qo`ygan



158. Dunyodagi qaysi shaharda 1-chi b-b ruhiy bemorlar uchun shifoxona ochilgan
159. Fikrning uzilishi qaysi kasallik uchun xarakterli?
160. Gipnoz psixoterapiyaning qaysi metodida qo'llaniladi:
161. Psixopatiyaning asosiy etiologik omili
162. Psixologiyaning predmeti nima. 1. Ruhiy jarayonlar. 2. Shaxsning psixologik xususiyatlari 3. Inson faoliyatining psixologik xususiyatlari. 4. Kishilarning xarakterologik xususiyatlari
163. Ruhiy jarayonlarga nimalar kiradi. 1. Sezgi, idrok, kabul, tasavvur. 2. Xotira, diqqat, Aql 3. Hissiyot, xohish, mayl. 4. Tushuncha, g'oya, tafakkur 5. Motiv, faoliyat, temperament, qiziqish
164. Shaxsning psixologik xususiyatlariga kirmaydi.
165. Inson faoliyatining psixologik xususiyatlariga kiradi
166. Psixologik metodlarga kiradi
167. Kuzatuv usuliga ko'proq nimaga e'tibor beriladi.
168. Fikrlash jarayonining asosiy xususiyatlari nimadan iborat
169. Fikrlash jarayonlariga kiradi
170. Paranoid shaxslar nima bilan xarakterlanadi.
171. Autogen mashq qilishni fanga kim taklif etgan
172. Miya va ruh orasidagi munosabatlarga karashlari bilan mashhur bo'lgan olim
173. Odam temperamentini qaysi olim sangvinik, xolerik, melanxolik va flegmatikka bo'lgan
174. His-tuygular xotira sezgi tushunchalaridan birinchi bo'lib qaysi olim foydalangan
175. Ruh abadiydir u tanaga bog'liq emas va xudo tomonidan yaratilgan deb aytgan olim kim
176. Xulk-atvorning tugma va orttirilgan shakllarini, ixtiyoriy va ixtiyorsiz xarakterat xakidagi fikrlarni kim ilgari surgan
177. G'azab, qo'rquv, qattiq siqilishlar organizmni holsizlantirib qo'yadi va turli kasalliklarga moyil qiladi deb kim aytgan.
178. "Kasallikni emas, kasalni davola" degan hakim
179. Gipnoz tushunchasini fanga kim kiritgan.
180. Giperaktivlik nima?
181. Angoziya nima
182. Afaziya nima
183. Agrafiya nima
184. Mizoj nima, u qaysi omillarni o'z ichiga oladi.
185. Rutubatlar ( gumoral) qaysi omillarga bog'liq
186. "Barcha ruhiy kuchlanishning manbai va ta'sir kiladigan joyi , uni ortiqcha zo'riqtirish turli kasalliklarga olib keladi" deb ta'kidlagan hakim
187. Psixoanaliz yo'nalishini fanga qaysi olim kiritgan
188. Refleks tushunchasini fanga kim kiritgan.
189. Z.Freyd inson shaxsi va ruhiyatining yangi modelini yaratdi, u qanday tuzilgan
190. A.Adler fanga qaysi tushunchani kiritgan
191. K.Xorni kishilarni xulk atvorini 3 ta qaysi yo'nalishga ajratdi
192. Apraksiya nima
193. Bixeviorizm asoschilarining fikri
194. "Xayot bor joyda stress bor uning bulmasligi ulim deganidir" deb aytgan olim kim
195. Hissiy ambivalentlik nima
196. Suitsid nima?
197. Ogir jarroxlik amaliyoti o'tkazilishi kerak bo'lgan bemorlarda nima kuzatiladi
198. Psixiologiya nimani o'rganadi?
199. Odam psixikasi xayvon psixikasidan nimasi bilan farq qiladi?
200. Odamda psixikaning yuksak shakli?
201. Shaxsning xususiyatlariga nimalar kiradi?
202. Tibbiy psixologiya o'rganmaydi?
203. Tibbiy psixologiyaning tekshirish usullari?
204. Psixologiya fanining "Otasi" kim?
205. "Jon xaqida" kitobining muallifi?
206. Narsa va hodisalarning ayrim xossalarni inson ongida aks etirilishi?
207. Voqelikni sezgi va idrok orqali miyada qabul qilish, fiksatsiya va qayta eslash nima?
208. Shaxs xususiyatini turlari?
209. Chaqqon, serharakat, emotsional, rahmdil, temperament?
210. Qiziqqon, jo'shqin, otashin, keskin temperament?
211. Bamaylixotir, bo'shang, sustkash, turg'un hissiyotli temperament?
212. Ma'yus, tushkun, hadiksiraydigan, qat'iyatsiz temperament?
213. Idrokni tekshirish usuli?
214. Real mavjud narsa va hodisalarning noto'g'ri idrok qilish.....
215. Narsalarning katta bo'lib ko'rinishi.....
216. Narsalarning kichik bo'lib ko'rinishi.....
217. Narsalarning buralib ko'rinishi.....
218. Narsalarning uzunlashib ko'rinishi.....
219. Odam o'z shaxsini idrok etishning bo'zilishi...
220. Atrof muhitni real holda idrok etishning bo'zilishi?
221. Odam o'z tanasida yo'q kasalliklarni idrok qilishi
222. Odam o'z tanasida turli noxush sezgilarni idrok qilishi
223. Real yo'q narsalarni idrok qilinishi
224. Real mavjud narsa va hodisalarni bo'zib idrok qilish
225. Tashqi ta'surotlarni yuqori qabul qilish
226. Tashqi ta'surotlarni past qabul qilish
227. Diqqatni barqarorligini tekshirish usuli?
228. Diqqatni ko'chishini tekshirish usuli?
229. Mnemik jarayonlarga kiradi?
230. Turli xil harakat va ularni tizimlarini esga olish, saqlash va esga tushirish nima deyiladi?
231. Xotira turlari?

232. Tasavvurlar, manzaralar, tovush, hidlar, ta'mlar bilan bog'liqxotira..... Deyiladi.
233. Xotiraning kuchayishi
234. Paramneziya bu...
235. Veksler shkalasi yordamida tekshiriladi?
236. U qadar kuchli bo'lmagan, lekin ancha barqaror emotsional holat?
237. Uzoq davom etadigan va barqaror mavjud bo'ladigan hissiy holat?
238. Tez paydo bo'ladigan, nihoyat kuchli, g'oyat jo'shqinlik bilan o'tadigan, qisqa muddatli hissiy holat?
239. Depressiya bu...
240. Harakatni amalga oshirish uchun turtki bo'ladigan irodaviy komponent bu...
241. Stress bu...
242. Stress turlari...
243. Diqqat ko'chishini tekshirish usuli?
244. Predmet va hodisalarning umumiy xususiyatlarini aks ettirish, ular o'rtasidagi qonuniy aloqalar va munosabatlarni topish jarayoni?
245. Narsa, hodisalar va jarayonlarni tarkibiy elementlarga, qismlarga yoki tarkibiy belgilarga bo'lish bu...
246. Tushuncha turlari?
247. Nutqning buzilishi ..... Deyiladi
248. Afaziya turlari?
249. Tafakkurni psixologik tekshirish usuli?
250. Real narsa va hodisalar o'rtasidagi bo'lanish va munosabatlarni aks ettiradigan tushuncha?
251. Irodaning yo'qolishi ..... Deyiladi.
252. Irodaning pasayishi ..... Deyiladi.
253. Irodaning kuchayishi ..... Deyiladi.
254. Irodaning aynishi ..... Deyiladi.
255. Exolaliya bu?
256. Ong bo'zilik turlari
257. Real hayotdan uzoq, fantastik, kishi amalga oshirib bo'lmaydigan xayol turi?
258. Ma'lum bir asosga, yozuvlarga, chizmalarga asoslanib, ularga muvofi? Keladigan obrazlar tizimini yaratuvchi xayol?
259. Original va qimmatli moddiy mahsulotlarda amalga oshiriladigan yangi obrazlarni yaratuvchi xayol?
260. Kundalik hayotimizda birlashtirib bo'lmaydigan turli sifatlar, xususiyatlar va qismlarni "yopishtirib" birlashtirishdan iborat xayol jarayoni ..... Deyiladi.
261. Narsalarni kattalashtirish, kichraytirish, ularning ayrim qismlarini sonini ko'paytirish, ularning o'rnini almashtirish orqali yangi obrazlar yaratish nima deyiladi?
262. Narsalarning qandaydir sifatlariga, belgilariga diqqatni turli yo'llar bilan jalb qilish, karikaturalar, hazil obrazlar yaratish jarayoni...
263. Biror mavjud narsadan andaza olib, shu andaza asosida obrazlar yaratish?
264. Sensitivlik nima?
265. Kishi ruhiyatining tashqariga yo'nalganligi, tashqi olam bilan faol munosabatda bo'lish ..... Deyiladi.
266. Faoliyatning ichki obrazlarga, o'tmish va kelajak bilan bog'liq fikrlarga bog'liqlik?
267. Shaxs xususiyatlarining yaqqol namoyon bo'lishi ..... Deyiladi
268. Ekstrovert va hissiyotga boy shaxs tipi?
269. Xavotirli – vahimali shaxs tipi
270. O'ta qat'iyatli, shaxsiy qonsepsiyalar hosil qilishga moyil shaxs tipi?
271. Yaqqol emotsional qo'zg'alishlarga moyil shaxs tipi?
272. Kamgaplik, muloqotga ehtiyoj sezmasligi bilan xarakterlanadigan shaxs tipi?
273. Doimiy yuqori faollik va optimizm bilan xarakterlanadigan shaxs tipi?
274. Doimiy pessimizm, o'zini past baholash bilan xarakterlanadigan shaxs tipi?
275. Guruhning qolgan barcha a'zolari uchun o'zlarining manfaatlariga daxldor bo'lgan hamda butun Guruh faoliyatini yo'nalishini va xarakterini belgilab beruvchi guruh?
276. Liderning faoliyat mazmuniga ko'ra tiplari?
277. Liderning boshqarish usuliga kura tiplari?
278. Liderning faoliyat xarakteriga ko'ra tiplari?
279. Guruhning ichki to'zilishini o'rganish usullari?
280. Umumiy psixologiya o'rganadi?
281. Tibbiy psixologiya quyidagilarni o'rganadi (bittasidan tashqari)?
282. Psixoanaliz ta'limoti asoschisi
283. Birinchi marotaba "Tibbiy psixologiya" kitobini yozgan olim?
284. Ong bu -
285. Ong bo'zilik turlari?
286. Sezgi turlari (birtadan tashqari)?
287. Organik sezgilarga kiradi?
288. Idrok bu -
289. Barqaror va samarali faol, rejali va aniq maqsadga yo'naltirilgan idrok etish qobiliyati bu-
290. Qachonlardir ilgari idrok qilingan obrazlarning ongda jonlanishi
291. Eydetizm nima?
292. Eydetizm turlari?
293. Sezgi buzulishlariga kirmaydi?
294. Murakab bilish jarayonlarining bo'ziliklari nima deyiladi?
295. Agnoziya turlari?
296. Aniq maqsadga qaratilgan faol eslab qolishning xarakterli belgisi bu?
297. Tafakkur ob'ektlari o'rtasidagi o'xshashlikni va farqlashni aniqlash bu -
298. Narsa va hodisalarni, ularni umumiy va asosiy tomonlari ajratib ko'rsatish asosida bir-birlari bilan fikran birlashtirish?
299. Gipermneziya bu - ?
300. Xotirani psixologik tekshirish usuli?
301. Sezgi bu - ?
302. Sezginini psixologik tekshirish usuli?
303. Xulosa bu - ?
304. Tafakkur bo'ziliklariga kirmaydi?
305. Tushunchalar turiga kirmaydi?
306. Tushuncha bu - ?
307. Hissiyot bu - ?

308. Hissiyot turlariga kirmaydi?
309. Intellaektini psixologik tekshirish usuli?
310. Ehtiyoj turlariga kirmaydi?
311. Xarakter bu - ?
312. Temperament bu -?
313. Diqqat buzilishi?
314. Gipersteziya bu:
315. Emotsiyalarni psixologik tekshirish -
316. Diqqat turlariga kirmaydi?
317. Ong nima?
318. Mulohaza (hukm) bu:
319. Tafakkurni psixologik tekshirish usullariga kirmaydi?
320. Tafakkur jarayonlariga kirmaydi?
321. Tafakkurning shakllariga kirmaydi?
322. Idrokni psixologik tekshirish usuli?
323. Idrok etish turlariga kirmaydi?
324. Stress bu - ?
325. Flegmatikni aniqlang
326. Xolerikni aniqlang
327. Ong buzilishiga kirmaydi?
328. Ehtiyoj nima?
329. Idrok bo`zilishlariga kirmaydi?
330. Faoliyat nima?
331. Tafakkur turlari?
332. Melanxolikni aniqlang?
333. Idrok bu - ?
334. Gipesteziya nima?
335. Intellektini psixologik tekshirish usuli?
336. Piktogramma usulida qaysi ruhiy jarayon tekshiriladi?
337. Tibbiy psixologiyani tekshirish usullari?
338. Diaqnoz qo`yish u-n vrach fikrlash operatsiyasidan foydalaniladi\_(ortiqchasini ko`rsating)\_
339. Diqqat bu\_
340. Xotiraga normada xarakterli bo`lgan jarayonlar\_(ortiqchasini chikaring)
341. Edda saqlashning turlari ortiqchasini ko`rsating\_
342. Iroda funktsiyalari\_ortiqchasini ko`rsating\_
343. Oliy emotsiyalar quyidagi hislarni uz ichiga oladi\_ortiqchasini ko`rsating\_
344. Salbiy emotsiyalarga kiradi\_(ortiqchasini ko`rsating)\_
345. Ong bu
346. Insoniyat shaxsiyati xarakterlanadi (ortiqchasini ko`rsating)\_
347. 360. Temperament turlarini ko`rsating (ortiqchasini ko`rsating)\_
348. Insoniyat xakteri uz ichiga oladi (ortiqchasini ko`rsating)\_
349. Psixogigiena nima
350. Epilepsiya kasalligida uchraydigan affekt buzilishi
351. Psixoterapiyaning qaysi metodida gipnoz qo`llaniladi
352. Xakimlardan kim 1-chi b-b temperamentning 4 turi to`grisida tushuncha bergan
353. Dunyodagi qaysi shaharda 1-chi b-b ruhiy bemorlar uchun shifoxona ochilgan
354. Gipnoz psixoterapiyaning qaysi metodida qo`llaniladi:
355. Psixopatiyaning asosiy etiologik omili
356. Psixologiyani predmeti nima. 1..Ruhiy jarayonlar. 2.Shaxsning psixologik xususiyatlari 3.Inson faoliyatining psixologik xususiyatlari. 4.Kishilarning xarakterologik xususiyatlari
357. Ruhiy jarayonlarga nimalar kiradi.1. Sezgi, idrok, kabul, tasavvur.2. Xotira, Diqqat, aql.3. Hissiyot, xohish, mayl 4. Tushuncha, goya, tafakkur.5. Motiv, faoliyat, temperament, qiziqish
358. Shaxsning psixologik xususiyatlariga kirmaydi
359. Inson faoliyatining psixologik xususiyatlariga kiradi
360. Psixologik metodlarga kiradi
361. Kuzatuv usuliga kuprok nimaga e'tibor beriladi.
362. Fikrlash jarayonining asosiy xususiyatlari nimadan iborat
363. Fikrlash jarayonlariga kiradi
364. Paranoid shaxslar nima bilan xarakterlanadi.
365. Autogen mashq qilishni fanga kim taklif etgan
366. Miya va ruh orasidagi munosabatlarga qarashlari bilan mashhur bo`lgan tabib
367. Odam temperamentini qaysi olim sangvinik. Xolerik, melanxolik va flegmatikka bo`lgan
368. His-tuyg`ular, xotira, sezgi tushunchalaridan birinchi bulib qaysi olim foydalangan
369. Ruh abadiydir u tanaga bog`liq emas va xudo tomonidan yaratilgan deb aytgan olim kim
370. Xulk-atvorning tug`ma va orttirilgan shakllarini, ixtiyoriy va ixtiyorsiz harakat haqidagi fikrlarni kim ilgari surgan
371. "Kasallikni emas, kasalni davola" degan hakim
372. Gipnoz tushunchasini fanga kim kiritgan.
373. Giperaktivlik nima?
374. Angoziya nima
375. Afaziya nima
376. Agrafiya nima
377. "Barcha ruhiy kuchlanishning manbai va ta'sir qiladigan joyi , uni ortiqcha zuriktirish turli kasalliklarga olib keladi." Deb ta'kidlagan hakim
378. Psixoanaliz yo`nalishini fanga qaysi olim kiritgan
379. Refleks tushunchasini fanga kim kiritgan.
380. Ongsizlik ka izoh bering
381. Z.Freyd inson shaxsi va ruhiyatining yangi modelini yaratdi ukanday to`zilgan
382. A.Adler fanga qaysi tushunchani kiritgan
383. K.Xorni kishilarni xulq- atvorini 3 ta qaysi yo`nalishga ajratdi
384. Apraksiya nima
385. Bixeviorizm asoschilarining fikri
386. "Hayot bor joyda stress bor uning bo`lmasligi o`lim deganidir" deb aytgan olim kim
387. Hissiy ambivalentlik nima

388. Suitsid nima
389. Jarroxlik operatsiyalari utkazgan bemorlarning necha foizi ruhiy bo`zilishlar kuzatiladi
390. Og`ir jarrohlik amaliyoti o`tkazilishi kerak bo`lgan bemorlarda kuzatiladi
391. Qanday shaxslarni operatsiya qilish jarroxga og`ir
392. Bemorga og`ir operatsiya o`tkazishi zarur paytda u kimni tanlaydi, psixologik tayyorlanishni osonlashtiradi
393. Operatsiyadan oldin kuzatiladigan ruhiy o`zgarishlar
394. Operatsiyadan oldin bemorni psixologik tayyorlashda ahamiyatli
395. Deontologiya nima
396. Qari kishilarning psixologiyasining o`ziga xos xususiyatlari
397. Psixogigiena nima?
398. Psixoprofilaktika nima
399. Asteniya nima
400. Bezovta oyoqlar sindromi qaysi holatga xos
401. Kishilarda giyoxvandlikka moyillikni oshiruvchi motivlardan qaysi 1-o`rinda turadi.
402. Ayzenk usulida bilan nimani tekshiriladi
403. Teylor testi orqali nimani aniqlaymiz
404. Shaxsning aktivlik darajasi qanday namoyon bo`ladi
405. Ichki va tashki imqoniyatlardan foydalanib muhit va shaxslarga moslashish nima
406. Kishining ichki va tashki imqoniyatlarining ijtimoiy talablarga mos kelmasligi natijasida kognitiv-hissiy nomutanosiblik
407. Ehtiyojning turlarini sanab o`lting
408. Muvozanatlashgan, xushchakchak, kuvnok, optimist, raxmdil, uz hissiyotlarini erkin tutadi, aktiv lider qaysi shaxsga kiradi
409. Quvnashga kam sabab topadigan, hayotning og`ir, yomon tomonlarini ko`radigan, o`zini ayblashga moyil, vijdoni qiynaladigan, tinch, yumshok, ishchan, adolatli, aqlli kishilar
410. Ichfikir, odamovi, o`z fikri bilan band, kishilarga qo`shilmas, ichimdagini top, qiziqishlari bir yo`nalishli, xolsiz, tezda muvozanatdan chiqadi
411. Shizoid shaxslar ko`proq qanday bo`zilishlarga moyil
412. Ikkilanuvchi o`ziga ishonchsiz, shijoatsiz, qo`rqqoq, xavotirlanuvchi, tez ta`sirlanadigan, birovlar yordamiga muhtoj
413. Ta`sirchan, injiq, holsiz, tez charchab qoluvchi, o`ta sezgir, taajublanuvchi, tez xafa bo`ladigan, chalg`uvchan shaxslar
414. O`ta ta`sirchan, qo`zg`aluvchan, qattiqqo`l, qo`pol, qasoskor, liderlik (sardorlikka) intiluvchi, buyruq beruvchi janjalkash, egotsentrik betoqat shaxslar
415. Diqqat markazida turuvchi, o`zini kuz-kuz kiluvchi, o`z foydasini ko`zlab har qanday fantaziya va uydirmalarga moyil shaxs
416. Qiziqishlari sust, irodasi va shijoati past, tezda tashqi ta`sirlarga beriluvchan, fikri tez o`zgaruvchan, ishini oxirigacha etkazmaydigan shaxs
417. Gipnoz necha etapdan iborat
418. Ezma, qaysar, besabr, jizzaki, yopishkok fikrli, maydagap bemorning diagnozi
419. Yaxshi kayfiyatda yurgan bemor birdan o`zgarib qolishi va qo`pol suzlar bilan yakinlarini haqoratlashi
420. Xulk-atvorning keskin o`zgarishi bilan kechuvchi epilepsiya tashhisli bemorlar qaysi mutaxassisga davolanishi kerak
421. Ortiqcha mehribon, yokmaydigan gamxur, muloyim, ezma bemor
422. Epilepsiya bilan og`rigan bemorda kuzatiladi
423. Avval kurilgan yoki xech kachon kurmagalik fenomeni qaysi kasallikda rivojlanadi
424. Avtomobilda avariya sidan keyin bosh miya jaroxati olgan bemorga kanday bo`zilish xos
425. Korrektur sinama orqali nima tekshiriladi.
426. "Ortiqchasini tanlash" orqali qaysi ruhiy jarayon tekshiriladi.
427. Leongard testi orqali nima tekshiriladi
428. Gamilton testi orqali nimalarni tekshirish mumkin
429. Ekstraversiya nima
430. Introversiya nima
431. Xushchaqchaq, shodon, tonusda yuradigan, ichki kechinmalarini Baxam ko`radigan, qiziquvchan, ishini oxirigacha yotkazmaydigan shaxs
432. Uyalchang, ichfikir, o`z-o`zini analizlovchi, muloqotga qiyin beriluvchi, og`ir, bosiq, sabrli, bardoshli, konservativ, extiyotkor, pessimist shaxs
433. Veksler testi orqali nimani tekshiramiz
434. Kishini ma`lum bir sohada o`zini ko`rsata olish qobiliyati nima deyiladi
435. Krepelin taklif qilgan hisoblash orqali nimani tekshiramiz
436. Aql darajasi IQ 50-70% bo`lsa
437. Aql darajasi IQ 30-50% bo`lsa
438. Aql darajasi IQ 30% dan past bo`lsa
439. Vrach yoki hamshiraning bexosdan aytib kuygan so`zidan yoki tashhisidan bemorning ahvoli og`irlashishi
440. Tibbiy xodimning ehtiyotsizligi tufayli bemorning sog`lig`iga zararetishi va kasallik yuqishi
441. Qanday shaxslar ko`pincha giyohvand modda iste`mol qilishga moyil
442. Suggestiv psixoterapiya nima
443. Aggrovatsiya nima
444. Simmulyatsiya nima
445. Disimmulyatsiya nima
446. MMPI – testi nima?
447. Tibbiy psixologiya va psixiatriyada diagnostika sifati bog`liq:
448. Qanday tip shaxslarda yatrogeniya rivojlanadi?
449. Shaxsni tekshirishda loyihaviy patopsixologik tekshirish usuliga kirmaydi:

450. Intellektni tekshirishda ishlatilmaydigan testni belgilang:
451. Qanday kasb egalari suitsidga moyil?
452. Harakat aktivligining susayishi, shijoatning pasayishi
453. Autogen mashq qilish kim tomonidan taklif etilgan
454. Kishi o`z hissiy-vegetativ funksiyalarini o`z o`zini idora qilishga qaratilgan harakatlar
455. Gipnoz qanday sharoitda olib boriladi.
456. Gipnoz nima degan ma'no beradi
457. Tafakkur jarayonlariga kirmaydi
458. Stress bu
459. Ong buzilishiga kiradigan asosiy belgilar
460. Idrok qilish buzilishida qo`llaniladigan asosiy tekshirish usulini ko`rsating
461. O`tgan tajribalarni aks ettirish, uni saqlash, xotiradagi ta'surotlarni keyinchalik qayta tiklash va bilish nima deb ataladi:
462. Idrokli qo`yilgan maqsad natijasida paydo bo`lgan e'tiborga nima deyiladi:
463. Fikrlash erdam beradi:
464. Insoniyat shaxsiyati xarakterlanmaydi
465. Yatrogeniya – bu quyidagi noto`g`ri harakat natijasida yuzaga keluvchi nosoglom holat:
466. Tibbiy psixologiya fani quyidagi holatlarni o`rganadi:
467. Ruhiy buzilishi bo`lgan bemor bilan ishlashni boshlashda shifokor tomonidan qo`llaniladigan tekshirish usuli:
468. Diqqat xususiyatiga kiradi:
469. Diqqat xususiyatiga kirmaydi:
470. Astenik turdagi shaxs xususiyatini ko`rsating:
471. Isterik turdagi shaxs xususiyatlarini ko`rsating:
472. Gipertim shaxs xususiyatini ko`rsating:
473. Shaxs xususiyatining urg`ulashishi –bu:
474. Intellekt rivojlanishida boshlang`ich zvenolar:
475. Intellektni psixologik tekshirish usuli:
476. Intellektni me'yoriy rivojlanishi qaysi yoshda aniq belgilanadi:
477. Luriya usuli yordamida tekshiriladi:
478. Hissiy holatni tekshirish usuliga kiradi
479. Benton testi yordamida tekshiriladi:
480. Tafakkurni psixologik tekshirish usuliga kirmayli:
481. Faoliyat yo`nalganligiga qarab xotira turi:
482. Kann mexanizmi nima?
483. Voqelikni sezgi va idrok orqali miyada qabul qlish, fiksatsiya va qayta eslash nima?
484. Shaxs xususiyatini turlari

## Darsliklar, qo`llanmalarning ro`yxati

### Asosiy

Karvasarskiy B.D., "Meditsinskaya psixologiya", Darslik. L....., 1982 y.

Sidorov P.I., Parnyakov A.V. «Klinicheskaya psixologiya». Darslik. Moskva – 2002 y.

### Qo`shimcha

1. Xordi I. "Vrach, sestra, bolnoy". Monografiya. Buxarest. 1974y.

2. Karl Yaspers, Obhaya psixopatologiya (perevod s nemetskogo), Moskva, 1997.

3. Nemov R.I. Psixologiya. Moskva, 2004.

4. Lakosina N.D., Ushakov G.K. Meditsinskaya psixologiya. M.«Meditsina», 2004.

5. Klinicheskaya psixologiya. Sidorov P.I., Parnyakov A.V., Moskva, 2004

6. <http://www.Timelit.org>

7. <http://www.Leeds.ac.uk/beig/>

8. <http://www.Erik.ed.gov>

9. <http://www.Sampbellcollaboration.org>