

Зарифбой ИБОДУЛЛАЕВ

ТИББИЁТ ПСИХОЛОГИЯСИ

*Тиббиёт институтлари талабалари
учун дарслик*

**ТОШКЕНТ,
«ИСТИҚЛОЛ» — 2006**

Тақризчилар: *У.Ҳ.Алимов, тиббиёт фанлари доктори,
профессор.*

*Б.Ғ.Ғофуров, тиббиёт фанлари доктори,
профессор.*

*В.М.Каримова, психология фанлари доктори,
профессор.*

**Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги
томонидан тиббиёт институтлари талабалари учун дарслик сифатида
тавсия этилган.**

Ушбу дарсликнинг бирор бир қисми муаллиф рухсатисиз компь-
ютерга киригизилиши ёки бошқа бир кўринишда чоп қилиниши
ман этилади.

© Ибодуллаев З.Р.
© «Истиқлол», 2006.

СЎЗ БОШИ

«Вужуд руҳ амрига вожибдир»

Абу Али ибн Сино

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

Тиббиёт психологиясига бағишланган дастлабки дарслик ХХ асрнинг бошларида машҳур немис психиатри ва психологи Эрнст Кречмер томонидан яратилди. Унинг тавсияси билан тиббиёт психологияси биринчи бор Германияда алоҳида фан сифатида ўқитила бошланди. Кейинчалик тиббиёт психологиясидан бир қанча дарсликлар яратилди ва бу фан дунёнинг барча университетларида, тиббиёт институтларида ўқитила бошланди. Таъкидлаш лозимки, «тиббиёт» сўзи жуда кенг қамровга эга бўлган атамандир ва табиийки психолог тиббиётнинг деярли барча соҳасида фаолият кўрсатади. Айниқса клиникада фаолият кўрсатувчи психолог бевосита беморлар билан ишлайди, касаллик клиникасини ўрганади ва врач каби беморларни даволайди. Шунинг учун аксарият давлатларда «Тиббиёт психологияси» фани «Клиник психология» деб аталади.

Сиз кўлингизда ушлаб турган «Тиббиёт психологияси» дарслиги тиббиёт институтлари учун ўзбек тилида тайёрланган дастлабки дарсликдир. Дарслик 15 бобдан иборат бўлиб, унда Фарб ва Шарқ психологиясининг тарихи, олимлар ва файласуфларнинг бемор психологиясига оид қарашлари, мия ва руҳ орасидаги муносабатлар, нейропсихология асослари, билиш жараёнларига (онг, диққат, хотира ва ҳ.к) оид маълумотлар, Фрейд назарияси, психогигиена, психопрофилактика ва деонтология асослари ўрин олган. Шунингдек, унда психоген касалликлар ва уларни даволаш усуллари (психотерапия ва психофармакотерапия) ҳақида маълумотлар берилган. Дарсликнинг сўнгида беморларда психологик статусни текширишнинг умумий қонун-қоидалари ва тиббий-психологик атамалар таҳлили ёритилган.

Дарслик бир нечта психологлар, шифокор олимлар ва олий таълим педагоглари тавсиялари ва Давлат таълим стандартлари талабларини эътиборга олиб тайёрланди.

Дарслик мавзулари умумий амалиёт шифокорлари учун мослаштирилган.

Муаллиф

І БОБ. ТИББИЁТ ПСИХОЛОГИЯСИ ФАНИ, ВАЗИФАЛАРИ ВА ҚИСҚАЧА ТАРИХИ. МИЯ ВА РУҲ МУАММОЛАРИ

1.1. Фан ҳақида тушунча

Тиббиёт психологияси том маънода беморнинг психологиясини ўрганувчи фандир. Лекин бу таъриф унинг барча имкониятларини қамраб ололмайди, албатта. Чунки у соғлом кишиларни касалликка олиб келувчи барча ташқи ва ички омилларни ҳам ўрганеди, уларнинг сабабларини излайди.

Тиббиёт психологияси чегара билмас, кенг қамровли фандир. У узоқ тарихга эга бўлиб, ўзининг ривожланиш босқичида бир нечта даврларни босиб ўтган.

Тиббиёт психологияси қуйидаги асосий масалаларни ўрганади: 1) бемор ва тиббиёт ходимининг шахси, улар орасидаги ўзаро муносабатлар; 2) психопрофилактика, психогигиена ва деонтология муаммолари; 3) шифокор сири ва этикаси; 4) ёш билан боғлиқ тиббий-психологик муаммолар; 5) сезги ва идрок, диққат ва хотира, шахс, хулқ-атвор, темперамент, стресс, ҳиссиёт, тафаккур, онг ва уларнинг хусусиятлари; 6) психологик текшириш усуллари.

Шунингдек, ушбу фан психоген ва органик касалликларда кузатиладиган психологик ўзгаришларнинг этиологияси, клиникаси ва диагностикасини ўрганиб, даволаш чораларини ишлаб чиқади. Тиббий психологиянинг асосий йўналишларидан бири бу психосоматик синдромлардир.

Тиббиёт психологиясини бошқа тиббиёт фанларидан ажратиб ўрганиш хато бўлур эди. Ҳар қандай касаллик асосий даволаш чораларидан ташқари, беморга руҳий таъсир қилишни ҳам тақозо этади. Масалан, операцияга тайёрланаётган беморни жарроҳ яхши сўзлар билан тинчлантиради, операциянинг муваффақиятли ўтишига ишонтиради, операциядан кейин соғайиб оёққа туриб кетишига унда ишонч уйғотади. Операциядан кейин ҳам бемор билан суҳбатлашиш асо-

сан унинг руҳини кўтаришга, асабини тинчлаштиришга йўналтирилган бўлади. Бу иш билан албатта жарроҳнинг ўзи ва бошқа тиббиёт ходимлари шуғулланади.

Ҳомиладор аёлнинг туғиш пайтидаги руҳий ҳолати айниқса эътиборни талаб қилади. Тўлғоқнинг қўрқувдан қайтиб кетиш ҳоллари ҳам кўп учрайди. Туғаётган аёлдаги қўрқувни ширин сўз билан уни тинчлантириб йўқотиш мумкин. Ёки тери-таносил касалликларини олайлик. Қаттиқ асабий зўриқишдан кейин терида пайдо бўладиган қичималарни кучли гормонал суртмаларни ишлатиб йўқотиш қийин ёки мумкин эмас. Лекин плацеботерапия, психотерапия усулларини қўллаб беморни ойлаб, баъзан йиллаб давом этаётган қичима дардидан халос этиш мумкин.

Маълумки, қаттиқ ҳиссий зўриқишдан кейин қанд касаллиги, хафақон касаллиги, миокард инфаркти, инсульт каби оғир касалликлар ривожланади. Ҳатто ошқозон-ичак яра касаллиги, қон касалликлари баъзан руҳий зўриқишлардан кейин пайдо бўлади. Одам организмда содир бўладиган ҳар қандай касалликларда руҳий таъсир албатта иштирок этади. Бу эса ҳар бир врачнинг психологияни мукамал эгаллашини талаб қилади.

Беморнинг руҳияти соғлом одамникидан фарқ қилади. Ҳар ким бетобликка турлича муносабатда бўлади. Кимдир қаттиқ сиқилади ва ўз аҳволини ўзи оғирлаштиради, бошқа биров тузалишдан умидини узиб, тақдирга тан беради, учинчиси эса соғайиб кетишига умид боғлайди. Бу, албатта, беморнинг темпераментига ҳам кўп жиҳатдан боғлиқ. Демак, беморни даволашга киришаётган ҳар бир врач унинг қайси темперамент (мизож)га (холерик, сангвиник, меланхолик, флегматик) тааллуқли эканлигига ҳам эътибор қаратиши лозим.

1.2. Тиббиёт психологиясининг қисқача тарихи

Одамзот пайдо бўлибдики, турли касалликларга қарши курашиб келган. Бемор одамни дарддан халос қилиш учун турли усуллар ўйлаб топишган. Қадимда беморларни даволашда гиёҳларни кўп қўллашганини тарихий

манбалардан яхши биламиз, лекин руҳий таъсир ўтказиш йўли билан даволаш қачон қўлланила бошланганлиги бизга номаълум. Шунини алоҳида таъкидлаш лозимки, ҳозиргача номи маълум бўлган деярли барча табиблар беморларни даволашда руҳий усулларни кўп қўллашган. Уларнинг аксарияти биринчи табиб — организмнинг ўзи ва айнан организм ҳар қандай касалликка қарши курашиши керак, бизнинг вазифамиз унга ёрдам беришдир, дейишган.

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

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

«Авесто» китобида нафақат руҳий тушкунлик, балки жисмоний зўриқиш ҳам касалликка олиб келиши айtilган. Касалликларни даволашда жарроҳлик ва руҳий тинчлантириш даволашнинг асосий усулларидан бири, деб кўрсатилган. «Авесто» да гигиена, профилактика, тоза юриш, ёмон нарсаларга яқинлашмаслик, тоза ҳавода сайр қилиш, сифатли овқатлар тановул қилиш ва тоза ичимлик суви ичиш ҳақида ҳам кўп маълумотлар келтирилган. Китобда ёшлар жисмоний ва ру-

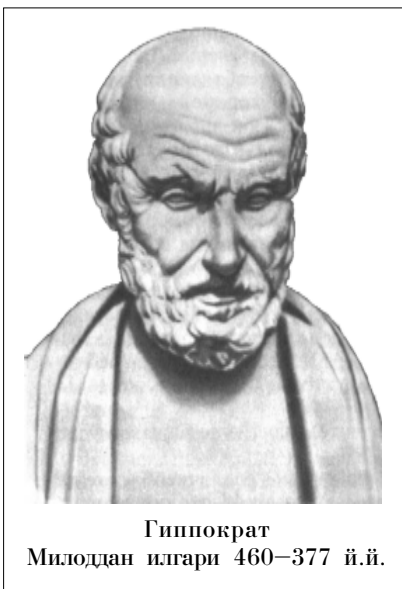
ҳий бақувват бўлиши учун тўйиб овқатланиши, етарли даражада овқатланмайдиган халқ камқувват бўлиши кўрсатилган.

Мия ва руҳ орасидаги муносабатларга оид қарашлари билан машҳур бўлган тиббиёт фанининг отаси **Гиппократ (Букрот)** (милоддан илгари 460—377 йиллар) асарлари бугунги кунгача етиб келган. У одам анатомияси ва физиологиясини чуқур ўрганди, бош миянинг тузилиши билан қизиқди. Гиппократ одамлар хулқ-атворини касалликлар кечишига боғлаб ўрганди ва темперамент ҳақида таълимот яратди. Гиппократ одам темпераментини тўрт типга ажратди: 1) **сангвиник** — ҳаракатчан, хушчақчақ, иродали одам, уларнинг организмида қон устунлик қилади; 2) **холерик** — тез жаҳли чиқиб кетадиган, ҳиссиётга берилувчан одам, уларда жигар ўти устунлик қилади; 3) **флегматик** — босиқ, кам ҳаракатчан ва суст одам, уларнинг организмида флегма (шиллик, хилт) устун туради; 4) **меланхолик** — ўз кучига ишонмайдиган, доимо тушкун, танг аҳволда юрадиган, қийинчиликлардан қўрқадиган одам. Уларнинг қонида меланоза (савдо, қора ўт) устунлик қилади.

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

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

Гиппократ қасамёди: *«Табиб Аполлон, Асклепий, Ҳикиея ва Панакея ҳамда барча худолар номи билан ва уларни гувоҳликка олиб, қуйидагиларни кучим ва идроким борича ҳалол бажаришига қасамёд этаман ва ёзма равишда ваъда бераман: Мени табиблик санъатига ўргатган кимсани ўз ота-онам билан баробар кўраман, у билан бойлигимни бўлишаман, агар у муҳтож бўлиб қолса, ёрдам бераман, унинг авлодини ўз*



Гиппократ
Милоддан илгари 460–377 й.й.

ака-укаларимдек кўраман ва бу санъатни ўрганишни истасалар, пул олмай ва ҳеч қандай шартсиз ўргатаман. Ўз ўғилларимни, устозимнинг ўғилларини ва талабаларимни қўлланма, оғзаки дарс ва бошқа усулларда ўқитаман. Мен ҳар қандай зарар келтириш ва адолатсизликдан сақланган ҳолда ўз кучим ва идроким даражасида беморнинг ҳаёт тарзини унинг фойдасига йўналтираман. Мен ҳеч қачон мендан илтимос қилган кимсага ўлдирадиган дори бермайман ва бундай йўлни кўрсатмайман, шунингдек, ҳеч қандай аёлга бола

туширувчи дори бермайман. Ўз ҳаётим ва санъатимни пок ва нуқсонсиз ўтказаман. Мен қандай уйга кирмайин, у ерга ҳеч қандай гаразсиз ва ёмон ниятсиз, фақат бемор манфаатини кўзлаб қадам қўяман, айниқса, аёллар ва эркаклар, озод кишилар ва қўллар ўртасидаги ишқий ишлардан узоқ бўлишга интиламан. Даволаш жараёнида ёки усиз кишиларнинг ҳаётида ошкор қилиниши мумкин бўлмаган ва сир сақланган нимаки кўрган ёки эшитган бўлсам, бу ҳақда ҳеч кимга ҳеч нарса айтмайман. Менга, шу қасамёдни сўзсиз бажарувчи сифатида ҳаёт ва санъатда абадий бахт ва шуҳрат ато этсин. Бу қасамёдни бузувчилар ва ёлғон қасамёд берувчилар учун бунинг акси бўлсин!»

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

Маълумки, врач қанчалик уринмасин, давоси қийин кечадиган касалликлар бор. Бундай пайтларда врач руҳан ва

жисмонан чарчайди, бемори тузалмаганидан азият чекади. Баъзан бемор ва унинг яқинлари томонидан дашномлар эшитади. Бу ҳақда Гиппократ шундай деган: «Тиббиёт асосан тинчлантиради, баъзан даволайди, жуда кам ҳолларда эса дарддан бутунлай халос этади». Демак, ҳамма беморларни ҳам қўнгилдагидек даволаш қийин. Гиппократнинг бу сўзларида пессимизм уфуриб турган бўлса-да, аччиқ ҳақиқат ётибди. Бу сўзларнинг айтилганига бир неча асрлар бўлди, ўтган давр ичида энг кучли диагностика ва даволаш усуллари ишлаб чиқилди, лекин шундай бўлса-да, бугунги кунда тиббиёт баъзи касалликларни даволашда ожизлик қилади.

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

Гиппократнинг тиббиётга оид баъзи кўрсатмаларини келтириб ўтамиз: 1) жисмоний меҳнат мушаклар ва аъзолар учун озикдир; 2) фикрлаш — киши руҳини тетиклаштиради; 3) беморга ёрдам беришни эплай олмасанг, унга зиён келтирма; 4) меъёрдан кўп овқатланиш киши саломатлигига зиён келтиради; 5) беморнинг руҳи тушмаган ва иштаҳаси сақланган бўлиши тузалиш учун яхши аломатдир; 6) одам танасида касаллик билан курашувчи куч бор, табибнинг вазифаси эса ўша кучни фаоллаштиришдан иборат; 7) беморга бериладиган дорилар ҳадеб ўзгартирилмаслиги керак, фақат заруратга қараб даволаш муолажаси ўзгартирилсин; 8) табиатда доимо икки қарама-қарши куч бири-бирига қарши туради, қарама-қаршилиқни қарама-қаршилиқ билан даволаш керак; 9) табиб юксак даражада ахлоқли, жонкуяр, озода ва хуш кўринишга эга бўлиши керак; 10) табиб ўз билим ва маҳоратини доимо ошириб бориши ва беморлар ҳурматига сазовор бўлиши керак.



Платон
Милоддан илгари 430–348 й.й.



Аристотель
Милоддан илгари 384–322 й.й.

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

Платон (Афлотун) (милоддан илгари 430–348 йиллар) руҳ абадийдир, у танага боғлиқ эмас ва худо томонидан яратилган деган. Унинг фикрича руҳ, танадан илгари пайдо бўлган, одам ва ҳайвон руҳи бир-биридан фарқ қилади, одам руҳи олий ва паст табақага бўлинади. Олий руҳ абадийдир, у тафаккур кучига эга, бир танадан иккинчисига ўтади ва танага боғлиқ эмас, деб таъкидлайди Афлотун. Паст табақали руҳ абадий эмас. Ҳайвонлар учун эса фақат паст табақали руҳ хос, деган.

Аристотель (Арасту) (милоддан илгари 384–322 йиллар) мия, руҳ ва тана муносабатларига оид бир қанча фикрлар билдирган. Платоннинг шогирди. Аристотель жоннинг уч хилини ажратган: **ўсимлик, ҳайвон ва онгли жон.** Ўсимлик жони деганда, у озиқланиш ва кўпайишни кўзда тутган бўлса, ҳайвон жони деганда ҳис қилиш, оғриқ сезиш, ҳимояланишни тушунган. Аристотель

онгли жон фақат одамлар учун хос ва одамда жоннинг уч тури ҳам мавжуд, деган. Унинг фикрича, одам жоннинг уч турига эга бўлганлиги билан ҳам ўсимлик ва ҳайвонлардан фарқ қилади. Аристотель «ҳис-туйғулар», «хотира», «сезги» каби тушунчалардан фойдаланган.

Римлик мутафаккир **Гален** (милоддан илгари 129–201 йиллар) руҳнинг физиологик механизмларини илмий тадқиқот-

ларига асосланиб ўрганди. У руҳий фаолиятнинг бош мия билан боғлиқ бўлганлигини илгари сурди. Гален ҳиссиёт, хотира, сезги ва диққат одам онги, руҳи томонидан идора қилинади, деган. У ҳайвонларда мияга борувчи сезги толаларини кесиб кўриб, уларнинг ҳаракатини текширди. Шу мақсадда у доривор моддаларни ҳам ишлатди. Шунингдек, Гален жинсий яқинликда бўлиб туришнинг асаб системасига таъсирини ўрганди. У турмушга чиқмаган ёки бева аёлларда истерик белгилар пайдо бўлишини ёзиб қолдирган.



Гален
Милоддан илгари
129–201 й.й.

Гален биринчилардан бўлиб хулқ-атворнинг туғма ва ортирилган шакллари, ихтиёрий ва ихтиёрсиз ҳаракатлар тўғрисидаги фикрларни илгари сурди, темпераментга оид фикрларини қолдирди. Лекин узоқ давр мобайнида физиологиянинг ривож топмаганлиги сабабли одам психологиясини ўрганиш ҳам ривожланишдан орқада қолди.

IX аср бошларида Шарқда, яъни Бағдод, Бухоро ва Хоразмда бошқа табиий фанлар қатори тиббиёт ҳам жадал ривожланади. Бағдоддаги тиббиёт даргоҳларида беморларни даволашда руҳий таъсир қилиш усуллари кенг қўлланилган. Бемор билан тиббиёт ходими ўртасидаги муносабатлар, психологик усуллар, турли касалликларнинг келиб чиқишида руҳий омилларнинг аҳамияти, уларнинг олдини олиш каби билимлар ривожлана бошлади, яъни тиббиёт психологиясининг пойдевори яратила бошланди. Бу даврда Бағдоддаги тиббиёт муассасалари бутун дунёда тан олиниб, Европада ҳам катта шуҳрат қозонди.

Эронда таваллуд топган машҳур мутафаккир **Абу Бакр ар-Розий** (865–925) тиббиёт оламида ўчмас из қолдирди. У ўз даврининг буюк табиби бўлган ва тарихчиларнинг ёзишича, беморларни даволашда хатога йўл қўймаган. У бирор янги дорини беморларга беришдан олдин ҳайвонларда қўллаб



Абу Бакр ар-Розий
865–925 й.й.

кўрган. Розий беморларни даволашда руҳий таъсир қилиш билан бирга парҳезга ҳам катта эътибор қаратган. Розий мизожлар, фалажликлар, жинсий алоқа, гигиеник тадбирлар ва доришунослик ҳақида кўп рисолалар битган. Уларнинг баъзилари Фарб тилларига таржима қилиниб, у ерда ҳам ўқитилган. У ўзи бошқараётган шифохонада «касаллик тарихномаси»ни яратган ва беморнинг ҳол-аҳволини даволашнинг биринчи кунларидан бошлаб мунтазам қайд қилиб борган. Бу эса унга беморни даволаш мобайнида

синчковлик билан кузатув олиб бориш имконини берган. Абу Бакр ар-Розий беморларни кузатиш жараёнида касалликнинг келиб чиқиш сабабларини, унинг оқибатларини ўрганган ва шу тариқа тиббий профилактика ва психогигиена фанларига асос солган десак, муболага бўлмайди. У врач бурчи, тиббий маслаҳатлар ҳақида ҳам ўз фикрларини ёзиб қолдирган.



Абу Али ибн Сино
980–1037 й.й.

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

Ибн Сино тиббиётнинг деярли барча соҳаларига тааллуқли «Тиб қонунлари» асарида тиббий психологияга оид бир қанча фикрлар келтирган. Бу асар ҳақли равишда дунёнинг деярли барча тилларига таржима қилинган ва тиб илмини забт этишда дастуриламал бўлиб хизмат қилган. Ибн Синонинг оғир беморларни даволашда ишлатган турли хил усуллари (гиёҳлар билан даволаш, руҳий таъсир қилиш) афсонага айланган. Аслида булар афсонага айланган ҳақиқат эди.

3. Фрейд неврозга учраган беморларни даволашда Ибн Сино усулидан фойдаланган бўлса ажаб эмас. 3. Фрейд беморларга нафақат касаллик билан боғлиқ бўлган, балки шахсий ҳаётидаги муаммоларни ҳам сўзлатиб, беморларда психологик катарсисни (руҳий тозаланиш, покланиш) юзага келтирган. Бирорта ҳам сири қолмай, барча дардини сўзлаган бемор руҳан анча енгиллашиб, баъзи ҳолларда бутунлай тузалиб ҳам кетган.

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

Ибн Сино касалликларнинг келиб чиқишида асаб тизимининг катта аҳамияти борлигини таъкидлаган. Ҳазаб, кўрқув, қаттиқ сиқилишлар организмни ҳолсизлантириб қўяди ва турли касалликларга мойил қилади, деган.

Бунни қуйидаги тажриба орқали исботлаб берган. Ибн Сино битта кўзичоқни оддий шароитда, иккинчисини эса қафасда сақлаб, иккаласини ҳам бир хил боққан. Қафасдаги

қўйнинг атрофида бўри айланиб юрган. Бир-икки кундан сўнг атрофида бўри айланиб юрган қафасдаги қўй ем емай қўяди ва ҳолдан тойиб ўлади. Ибн Сино қўйнинг ўлимига руҳий зўриқиш ва бунинг натижасида организмнинг ҳолдан тойиши сабаб бўлган деб хулоса чиқарган.

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

Ибн Сино томир уришининг асаб тизими фаолиятига боғлиқлигини кўп тажрибаларда исботлаб берган. У кўпгина касалликларни томир уришига қараб аниқлаган. Ибн Сино нафақат турли касалликларда томир уришининг ўзига хос хусусиятларини ўрганган, балки турли ҳиссий зўриқишларда ва асаб касалликларида томир уришининг ўзгаришларини баён қилган.

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

Ибн Сино «ҳар бир одам маълум мизожга тааллуқли ва беморни даволаётганда бунга албатта эътибор қилиши керак», деб ёзади. Ибн Сино касалликларнинг ривожланишида руҳий омилларга катта эътибор қаратиб, касалликнинг ҳар кимда ҳар хил кечишини уқтириб ўтган ва бу ҳолат беморнинг мизожига, оилавий шароитига, қайси ижтимоий табақага мансублигига ва қолаверса, уни ким даволаётганлигига боғлиқ деган.

Шу ерда «мизож» тушунчаси ҳақида батафсил тўхталиб ўтсак. Чунки темперамент ва мизож тушунчалари бир-бирига яқин турса-да, бу сўзлар синоним эмас. «Мизож» тушунчасини Хитой, Юнонистон ва Шарқ олимлари ишларида кўп учратиш мумкин. Мизож деганда иссиқлик, со-

вуқлик, қуруқлик ва ҳўллик омиллари кўзда тутилган. Ундан ташқари «рутубатлар» деган тушунча ҳам мавжуд. Рутубатлар деганда организмдаги тўрт хил суюқлик – қон, сафро (жигар ўти), савдо (қора ўт) ва флегма (шиллик суюқлик) кўзда тутилган. Рутубатлар (гуморал) тушунчасини юнон ҳақимлари ўйлаб топишган. Бу тушунчага асосланиб Гиппократ рутубатлар назариясини яратди ва одамларни тўрт тоифага ажратди.

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

Мизож ва рутубатлар назарияси айниқса Шарқ тиббиётида узоқ вақт ҳукм сурди. Тарихчи олим А.А.Қодировнинг (2001) фикрича, бу вазият касалликлар сабабини экспериментал йўллар билан ўрганишни орқага суриб юборди. Европа олимлари эса бу назарияларнинг истиқболсиз эканлигини пайқаб, XVII асраёқ ундан воз кечдилар ва тиббиётда тажриба усулини қўллаб, катта муваффақиятларга эришдилар. Шарқ тиббиёти эса бошқа аниқ фанлар (физика, математика) сингаридан орқада қолиб кетди. Фарб олимлари аниқ фанлар ютуқларидан фойдаланиб Ибн Сино ишларини айнан тажриба йўли билан исботлаб, катта ютуқларга эришдилар. Ибн Сино баъзи одамларнинг беихтиёр ўзларида касаллик белгиларини пайдо қилишини ва ундан азият чекиб юришларини айтиб ўтганлиги Фарб олимларида катта қизиқиш уйғотган.

Ҳозирги замонда неврозларнинг айрим турлари мутафаккир айтган шаклда ривожланади. Ибн Сино шундай деган эди: «Барча руҳий кучларнинг манбаи ва таъсир қиладиган жойи асабдир, уни ортиқча зўриқтириш турли касалликлар-

га олиб келади. Бош мия марказлари бутун организм фаолиятини ва руҳий фаолиятни бошқаради».

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

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

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

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

Қадимги Шарқда илм-фан ва тиббиёт гуркираб ривожланган бўлса, Европа мамлакатларида фанда турғунлик ҳукмрон эди. Европа фанидаги турғунлик айниқса, V-XV асрларга тўғри келган (деярли минг йил). XVI асрдан бошлаб Европада аниқ фанлар ривожлана бошлади ва тиббиётда ҳам буюк кашфиётлар яратилди. Шунинг учун ҳам XVI-XVII асрлар

Европада *уйғониш даври* деб аталади. Бу даврда биология ва физиология соҳасида буюк олимлар етишиб чиқди (А. Везалий (1514–1564), В. Хар-вей (1578–1657) ва бошқалар). **А. Везалий** (1543) бош мияни очиб ўрганиб, ўзининг дастлабки хулосаларини чоп қилдиради ва руҳий жараёнлар мия суюқликлари бўйлаб оқади, деб фикр юргизади.



А. Везалий
1514–1564 й.й.

Мия ҳақидаги қарашларнинг ўзгаришига ва умуман олганда, психология ва физиология фанининг ривожланишига француз мутафаккири **Р. Декартнинг** (1596–1650) кашфиётлари катта туртки бўлди. У организм билан муҳит орасидаги рефлектор муносабатларни ўрганди ва руҳий фаолиятнинг физиологик асосларини исботлашга интилди. У юрак қон-томир фаолияти механика қонунларига бўйсунган ҳолда бошқарилиб туради, деган фикрни ўртага ташлади. Ҳайвонлар хулқ-атвори, одамнинг ҳаракат фаолияти рефлектор тарзда бошқарилишини дастлаб Декарт тажрибалар орқали исботлаб берди. У мушакларнинг ҳаракати ташқи руҳий таъсирларсиз, асаб толалари орқали бошқарилиб туришини исботлаб берди. Шундай қилиб, у организмда кечадиган физиологик жараёнлар руҳга боғлиқ эмаслигини ва рефлектор тарзда бошқарилишини исботлаган. Декарт сезги ва ҳиссиётнинг қандай юзага келишини тушунтириб берган. У «онгли руҳни» танадан чиқариб ташлаб бўлмади ва у фақат одамга тааллуқлидир, деган.



Р. Декарт
1596–1650 й.й.

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

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

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

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

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

Шулар орасида машхур психоаналитик деб ном чиқарган ёш шифокор олим **Зигмунд Фрейд** ҳам бор эди. З. Фрейд аслида невропатолог бўлган. У 1856 йил 6 майда Чехословакиянинг Пршибор (у пайтдаги Фрейбург) деган кичик бир шаҳрида дунёга келади. 1860 йили Фрейдлар оиласи Венага кўчиб ўтишади ва З. Фрейд умрининг охиригача Австрияда яшаб ижод қилади. Физика, биология, тарих ва фалсафага ўч бўлган З. Фрейд доимо табиатда бўладиган ҳодисаларнинг ўзини ўрганиб-



З.Фрейд
1856–1939 й.й.

гина қолмасдан, уларнинг сабабларини излаган. З. Фрейд умрининг охиригача детерминист бўлиб қолди, яъни руҳий-асабий бузилишларнинг сабабини, асл моҳиятини излади. З. Фрейд аввалига машхур олим Эрнст Брюккнинг қўл остида физиология сирларини ўрганди. У илмий иш билан шуғулланиб, орқа мия физиологиясини ўргана бошлайди. Лекин Фрейд кўп болали оилада таваллуд топганлиги учун моддий томондан жуда қийналиб қолади ва илмий ишни ташлаб, амалий неврология соҳасида ишлаб, ҳар куни 8–10 соатлаб беморларни қабул қилади. Тиббий амалиётда олган тажрибаларини илмий томондан ўрганиб, тез орада машхур невропатолог врач бўлиб ном чиқаради. Ўша пайтлари касалларни даволашда кенг қўлланилган физиотерапевтик усулларни З. Фрейд ҳам кўп қўллай бошлайди. Лекин кейинчалик физиотерапевтик усул З. Фрейдни қониқтирмай қўяди. У гипноз билан қизиқиб, уни Иосиф Брейер ва Ж. Шарколардан ўрганиб, касалларни даволашда кенг тадбиқ қилади.

Болалар церебрал фалажлиги, афазиялар билан қизиқиб, бир нечта мақолалар ҳам чоп қилдиради.

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

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

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

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

З. Фрейд катта бир мактаб яратди ва бунинг натижасида фанда фрейдизм йўналиши пайдо бўлди. Бу ҳақда китоб-

нинг «онгсизлик» қисмида батафсил маълумот берганмиз. Унинг дастлабки сафдошлари ва шогирдлари А. Адлер ва К.Г. Юнглар неврозларнинг келиб чиқишига оид ўз назарияларини илгари суришди. А. Адлер фанда индивидуал психология ғоясини кўтариб чиққан бўлса, К.Г. Юнг ўз эътиборини аналитик психологияга қаратди.

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

Шундай қилиб, тиббиёт психологияси барча табиий ва аниқ фанлар таъсири остида ривожланди ва алоҳида фан сифатида бутун дунёда тан олинди. Албатта, ушбу кичик бир бобда тиббиёт психологиясининг тарихини батафсил ёритиш мушкул. Унинг тарихи ҳақидаги кўшимча маълумотларни интернет саҳифаларидан ва махсус китоблар орқали олиш мумкин.

Назорат учун саволлар

1. Психология ҳақида нималарни биласиз?
2. Тиббиёт психологияси қандай масалаларни ўрганadi?
3. Тиббиёт психологияси фани қандай бўлимларга бўлинади?
4. Тиббиёт психологияси фанини ўрганишнинг тиббиёт ходими учун қандай афзалликлари бор?
5. «Авесто» китоби ҳақида сўзлаб беринг.
6. Гиппократнинг психология фанига қўшган ҳиссаси ҳақида сўзлаб беринг.
7. Гиппократ қасамёдининг маъносини айтиб беринг.
8. Гиппократнинг 10 кўрсатмасини ёддан айтиб беринг.
9. Платоннинг дунёқараши тўғрисида нималарни биласиз?
10. Аристотель жоннинг қандай турларини фарқ қилган?
11. Гален руҳнинг физиологик механизмларини қандай тушунган?
12. IX–X асрларда Шарқнинг қайси мамлакатларида тиббиёт ва психология кучли ривожланган?
13. Абу Бакр ар-Розийнинг тиббиёт фанига қўшган ҳиссаси ҳақида сўзлаб беринг.
14. Абу Али ибн Синонинг беморларни даволашда қўллаган усуллари ҳақида нималарни биласиз?

15. Ибн Сино касалликларнинг келиб чиқишида асаб тизимининг аҳамияти ҳақида нималар деган?
16. Ибн Сино одамнинг мизожи ҳақида нималар деган?
17. Ибн Сино асаб тизими ва ички аъзолар орасидаги боғлиқлик тўғрисида нималар деган?
18. Ибн Сино хотира ва тафаккур ҳақида нималар деган?
19. Исмоил Журжоний ҳақида сўзлаб беринг.
20. Европада турғунлик ва уйғониш давлари қачон бўлган?
21. Француз мутафаккири Декарт рефлектор муносабатларни қандай тушунган?
22. Рефлекс деган тушунча фанга қачон ва ким томонидан киритилган?
23. Гипноз тушунчаси фанга қачон ва ким томонидан киритилган?
24. Сигмунд Фрейднинг ҳаёти ва унинг фанга қўшган ҳиссаси ҳақида сўзлаб беринг.
25. XX асрнинг бошларида психология фанининг ривожланишига улкан ҳисса қўшган олимлар ким?

1.3. Бола руҳияти шаклланишининг асосий босқичлари

Болалик давридаги ҳар қандай касаллик асаб фаолиятининг қўзғалиш ва тормозланиш жараёнларини ўзгартириб юборади. Шунинг учун боланинг руҳий саломатлигини сақлаш чоралари унинг ҳомила пайтидаёқ олиб борилиши керак. Ҳомиладор аёл асаб тизимига салбий таъсир кўрсатувчи омиллардан ўзини сақлай олса, руҳан тетик бола туғади. Ҳомиладор аёлга руҳий соғлом муҳит яратиб бериш, руҳан тетик бола дунёга келишига замин яратади. Шу масалага оид бир мисол келтирамиз. Уйида ёлғиз қолган ҳомиладор аёл зерикканидан фақат пианинода ўзига ёққан битта куйни чалар экан. Бола туғилганидан кейин худди шу куй чалинсагина у тинч ухлар экан. Бу ўзига хос феномен ҳанузгача илмий томондан тасдиқлангани йўқ.

Хўш, қандай даврларни жиддий даврлар дейиш мумкин?

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

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

Жиддий даврларни таҳлил қилиш кўпгина чекланишларнинг моҳиятини очиб беради. Шахснинг шаклланиши болалик давридан бошланади. Ота-онанинг ёмон кайфияти болада акс этмаслиги керак. Босиқлик, меҳрибонлик, талабчанлик, ақл билан тўғри муносабат ўрнатиш болада асабруҳий бузилишларнинг олдини олади. Катталарнинг жаҳлдорлиги, бўлар-бўлмасга болани койиш, болада асаб-руҳий функцияларнинг ривожланишига салбий таъсир кўрсатади.

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

Шундай қилиб, мия тузилмаларининг бир маромда ривожланиши организмнинг синхрон ривожланишига ижобий таъсир кўрсатади. Шунинг учун индивидуал ривожланишнинг жиддий даврларида кузатиладиган ҳар қандай асаб-

руҳий касаллик ўз вақтида аниқланиб, унга даво қилиниши фоят муҳим масала ҳисобланади.

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

1.4. Гиперактив синдром

Гиперактив синдром айниқса эрта мактаб ёшидаги болаларда кўп кузатилади. Ота-оналар боласининг бебош бўлиб қолганлигига, бир жойда ўтира олмаслигига, гапга қулоқ солмаслигига, қўлидаги нарсаларни ҳадеб тушириб юборишига, сергаплигига ва уни ҳеч тарбиялаб бўлмаётганлигига шикоят қилишади. Аксарият ҳолларда бу болаларни психологга кўрсатмасдан ота-оналар қаттиқ тарбиянинг турли йўларини ишга солишади ва болани «майиб» қилиб қўйишади.

Болалар яшашни ҳаётдан ўрганадилар. Агар бола танқид қилинаверса, у нафратланишни ўрганади, агар бола адоватда яшаса, у тажовузкорликка ўрганади, агар бола масҳара қилинса, у индамас, одамови бўлиб қолади, агар бола ҳадеб танқид қилинаверса, у ўзини гуноҳкор ҳис қилиб ўсади. Агар бола сабр-тоқат, хотиржамлик билан ўстирилса, у бошқаларни тушунишни ўрганади, агар бола қўллаб-қувватланса, у ўз кучига ишонишни ўрганади, агар мақталса, у миннатдор бўлмоқликни ўрганади. Агар бола виждонийлик ва ҳалолликда улғайса, у адолатли бўлишни ўрганади, агар хавфсизликда яшаса, у инсонларга ишонишни ўрганади.

Хўш, гиперактив синдромнинг сабаблари нималардан иборат? Ҳомиладорлик пайтидаги турли касалликлар (анемия, авитаминоз, инфекциялар, ароқхўрлик, чекиш, неврологик касалликлар ва ҳ.к), туғиш пайтидаги асоратлар, гўдаклик давридаги касалликлар ва албатта ота-она орасидаги уруш-жанжаллар, нотўғри тарбия бу синдромнинг асосий сабабларидандир.

Гиперактив синдромнинг асосий белгилари бола иродасининг, ҳис-туйғуларининг ва хулқ-атворининг бузилишларидан иборат: 1) импульсив ҳаракатлар; 2) бир жойда тинч ўтира олмаслик; 3) бошлаган ўйинни охирига етказмаслик; 4) бировнинг (айниқса ота-онанинг) гапига қулоқ солмаслик; 5) ўз билганидан қолмаслик, қайсарлик; 6) диққат-

нинг пасайиши, уқувсизлик; 7) атрофдагилар ишига ва бошқа болалар ўйинига аралашиш, уларга халақит бериш; 8) тез-тез жанжал чиқариш, укаларига азоб бериш ёки уларга бутунлай бефарқлик; 9) ўзининг нарсаларини боғчада, мактабда ёки бошқа жойда унутиб қолдириш; 10) берилган саволга шошиб жавоб бериш; 11) тез хафа бўлиши, йиғлоқлик; 12) энурез; 13) боши оғриб туриши; 14) фикрининг тез чалғиши; 15) сергаплик.

Гиперактив болаларнинг аксарияти ўз тенгиларидан илми бўйича устунлиги билан ажралиб туради. Шундай бўлса-да, улар дарсларда яхши нутққа эга бўлмасликлари, нозик ҳаракатлар талаб қилувчи ишларни бажара олмасликлари, янги машғулотларни ўзлаштира олмасликлари мумкин. Уларнинг баъзилари умуман расм солишга нўноқ бўлса, бошқа бирлари (айниқса чапақайлари) жуда кучли рассом бўлишади. Юқорида санаб ўтилган симптомларнинг 70 фоизи аниқланган болаларга **гиперактив синдром** диагнози қўйилади.

Оила аъзоларининг бундай болалар билан тўғри муносабатда бўлиши жуда катта аҳамиятга эга. Гиперактив боладаги ортиқча импульсив ҳаракатларни пасайтириш ва уларни бир маромга келтириш ота-онадан сабр-матонатни, собитқадамликни талаб қилади. Уларнинг тарбиясида бир томондан кераксиз қаттиққўлликни, иккинчи томондан эса ортиқча раҳмдилликни камайтириш керак. Чунки ўта қаттиққўллик болани баттар қайсар ва ўжар қилиб қўйса, ўта раҳмдиллик ундаги йиғлоқиликни ва эркаликни кучайтиради. Болани ҳадеб уриб-сўкавериш унда бутун умрга оғир руҳий жароҳатлар қолдиради. Болага қўйилган талаб унинг ёшига мос бўлиши керак. Ундан ўзи бажара олмайдиган ишларни талаб қилмаслик керак. Болани қандай тарбиялаш кераклиги тўғрисидаги баҳслар унинг ёнида олиб борилмаслиги керак. Тарбия фақат танбеҳдан иборат бўлмаслиги ва боладаги ҳар бир камчилик унга ётиғи билан тушунтирилиши зарур.

Психолог ота-онага гиперактив болани даволаш узоқ вақт давом этишини тушунтириши ва аниқ кўрсатмалар бериши зарур. Боланинг хулқ-атворидаги ўзгаришларни фақат сўзлар билан эмас, балки унинг фикрини чалғитувчи ишлар билан даволаш ўта муҳимдир. Бунинг учун бола турли тўгаракларга ва спортнинг ўзи хоҳлаган турига (сузиш, гимнастика,

теннис, футбол ва ҳ.к) қатнаши лозим. Спорт боланинг хулқ-атвориға кескин ижобий таъсир кўрсатади. Болани спортга беришдан олдин уни тиббий кўрикдан ўтказиш ва аниқланган касалликларни ўз вақтида даволаш зарур. Чунки кўп ҳолларда гиперактив синдром боладаги бош мия касалликлари ва турли сурункали инфекциялар (тонзиллит, гайморит, отит ва ҳ.к) асорати ҳам бўлади. Невролог олимлар боладаги гиперактив синдромнинг асл сабаби бош миянинг баъзи тўқималарининг туғма етишмовчилиги ва нотекис ривожланиши сабабли деб ҳам қарамоқдалар. Бундай пайтларда одатда миянинг минимал дисфункцияси диагнози қўйилади. Аммо психологлар бу фикрни инкор қилмаган ҳолда гиперактив синдромнинг асл сабабларидан яна бири, нотўғри тарбиядир дейишади. Психологлар оғир неврологик ва соматик касалликлар билан хасталанган, лекин гиперактив синдром аниқланмаган болаларни бунга мисол қилиб кўрсатишади. Демак, тиббий томондан соғлом бўлган болаларда ҳам гиперактив синдромни кўп кузатиш мумкин.

Гиперактив болаларни даволашда ота-оналар фаол иштирок этишлари ва қуйидаги маслаҳатларга амал қилишлари зарур. *Биринчидан*, ота-она боланинг «ёмон қилиғидан» кейин жаҳлиға эрк бермаслиги ва болани уришиб ташламаслиги керак. Нима бўлганини аниқлаб, болани қўллаб-қувватлаб унинг хатосини тушунтириб бериши керак. Баъзан бу шарт ҳам эмас, чунки ҳар гал унинг хатосини тушунтиравериш тескари натижаларға олиб келади. Хатони тузатишдан кўра, унинг олдини олиш осон. Чунки бирор нарсаға интилган бола хато қилади. Шунинг учун ҳам унинг интилишларини рағбатлантириш керак. *Иккинчидан*, ота-она болага нисбатан қаттиқ ва кескин иборалардан, қўрқитишлардан ўзини тийиши, болага зарда қилмаслиги ва газаб билан гапирмаслиги керак. Ҳар қандай ҳолатда ҳам уни камситмаслик керак. «Йўқ», «мумкин эмас», «ҳали мендан кўрасан», «бас қил» каби ибораларни кўп ишлатмаслик керак. Болага бу сўзлар таъсир қилмай, уни ўжар қилиб қўяди. Баъзи ҳолларда бола депрессияға тушиб, гапирмай қўяди. Бу ҳолат айниқса 3–5 ёшар болаларда кўп кузатилади. *Учинчидан*, иложи борича болага алоҳида хона қилиб бериш ва уни турли нарсалар (ўйинчоқлар, қизиқарли китоблар, лево ва шунга

ўхшаш мосламалар) билан бойитиш зарур. Боланинг хонасидаги нарсалар ялтироқ ва қизил рангли бўлмагани маъқул. Болани узоқ давом этувчи мультфильмлардан ва катталар кўрувчи кинофильмлардан асраш керак. Телевизор ёнида узоқ ўтириш боланинг асабига ва руҳига ёмон таъсир кўрсатади. Болани спортнинг бирор турига бериш ва унинг муваффақиятларини рағбатлантириб бориш зарур.

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

1.5. Олий нерв фаолияти ва психофизиологик жараёнларнинг шаклланиш босқичлари

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

Олий нерв фаолиятининг психологик жараёнлар билан узвий боғлиқлигини И.М. Сеченов, И.П. Павлов, У. Пенфильд, Г. Жаспер, К. Примрам, Ж. Эклз, О. Фохт, П.К. Анохин каби олимлар чуқур ўрганишди. Улар психик жараёнлар рефлектор тарзда бошқарилиши мумкинлигини исбот қилишди. И.М. Сеченовнинг фикрича, рефлекс — организмнинг ташқи муҳит билан бўлган ўзаро муносабатининг бир кўринишидир. У икки хил рефлекс турлари мавжудлиги ҳақидаги муаммони ўртага ташлаган. Биринчиси доимий туғма рефлекслар бўлиб, асаб тизимининг қуйи тузилмалари орқали амалга оширилади деган ва уни «соф рефлекслар» деб атаган. Иккинчиси бош мия пўстлоқ марказлари билан боғлиқ рефлекслар бўлиб, улар ўзгарувчан бўлади ва индивидуал ривожланиш мобайнида шаклланиб боради, деган. Бу рефлексларни И.М. Сеченов ҳам физиологик, ҳам психологик ҳодиса деб таърифлаган. Бу борада **И.П. Павлов** (1849—1936) ўтказган тадқиқотлар эътиборга моликдир. И.П. Павлов **олий нерв фаолияти** ҳақида таълимот яратди ва фанга «шартли рефлекс» деган иборани киритди.



И. П. Павлов
1849–1936 й.й.

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

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

Шундай қилиб, **шартли рефлекслар** организмнинг индивидуал ривожланиши натижасида шартсиз рефлекслар асосида бош мия пўстлоғида ҳосил бўлган вақтинча боғланишдир. Ташқи ва ички муҳитнинг ўзгаришига қараб шартли рефлекслар йўқолиб ёки бошқа турга ўтиб туради, мабодо бу вақтинчалик боғланишлар мустаҳкамланиб турилмаса, уларнинг ўрнига янгилари пайдо бўлади.

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

Унинг фикрича, асаб фаолиятининг барча мураккаб функциялари, қуйидаги икки хил асосий механизмлардан иборат: 1) организм фаолияти билан ташқи омиллар орасида вақтинчалик алоқанинг пайдо бўлиш механизми ёки шартли рефлекс механизмлари ва 2) анализаторлар механизми, яъни ташқи муҳитни мураккаб анализ (таҳлил) қилиб, уни бўлақларга бўлиш.

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

Шартли рефлекслардан фарқли ўлароқ, шартсиз рефлекслар туғма рефлекслардир. **Шартсиз рефлекслар** фақат махсус фаолиятга тааллуқли бўлган таъсирлар туфайли пайдо бўлувчи рефлекслардир. Масалан, оғриқ, ҳарорат, тактил ва бошқа таъсирларга жавоб реакциялари. Шартсиз рефлекслар ҳаётий муҳим биологик эҳтиёжлар билан боғлиқ бўлиб, доимий рефлектор йўллар орқали амалга оширилади. Шартсиз рефлекслар ташқи муҳитнинг организмга бўлган таъсир механизмларини мувофиқлаштириб туради.

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

Олий нерв фаолияти бош мия катта ярим шарларининг шартли рефлектор фаолияти билан боғлиқ бўлиб, организмнинг ташқи муҳитга бўлган муносабатини белгилаб беради ва хулқ-атворнинг асосини ташкил қилади. Оддий (қуйи) нерв фаолияти мия устуни ва орқа мия фаолияти билан боғлиқ бўлиб, шартсиз рефлектор фаолиятига асосланган.

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

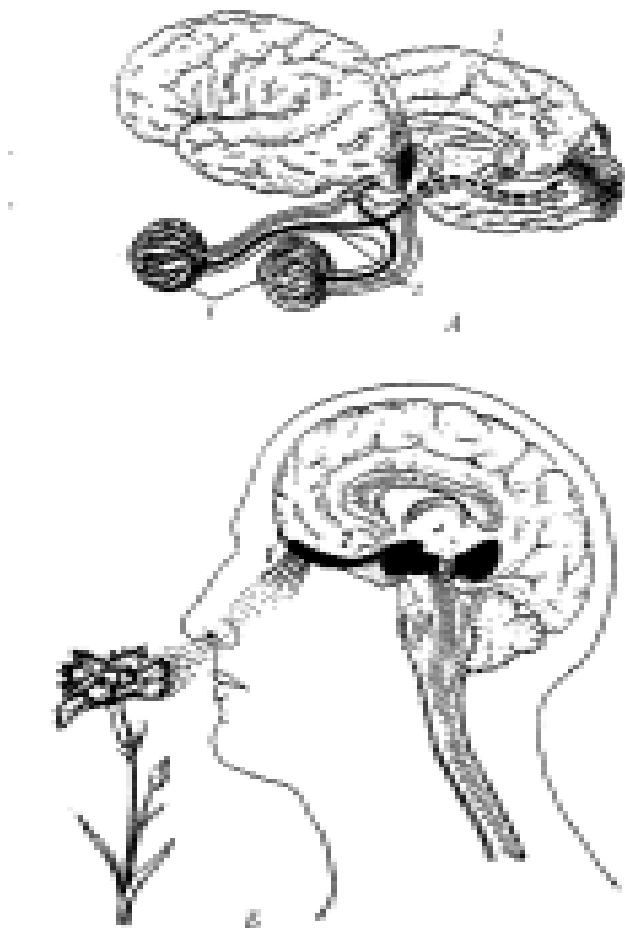
И.П. Павлов олий нерв фаолиятида тормозланиш жараёнларини **пассив (шартсиз) ва фаол (шартли)** турларга ажратган: 1) пассив тормозланишга ташқи тормозланишни, яъни тўсатдан ёки бехосдан пайдо бўладиган таъсирга ўзини ҳимоя қилувчи жавоб реакциясининг пайдо бўлишини ва ҳаддан ортиқ тормозланиш, яъни ўта кучли, узоқ давом этадиган таъсирларга бўлган жавоб реакциясини киритган.

Улар ҳужайра ва тўқималарни толиқиш ва ҳалок бўлишдан асрайди. 2) Фаол ёки шартли тормозланишнинг сўниб боровчи ва кечикувчи турлари фарқ қилинади.

Шундай қилиб, мияда қўзғалиш ва тормозланиш жараёнининг бузилиши неврозларга олиб келиши исботланди. Бу психология фани учун ўта муҳим бўлган таълимотдир. Ваҳоланки, ҳиссий зўриқишларда пайдо бўладиган миядаги кучли қўзғалишлар ёки керагидан ортиқча тормозланиш жараёнлари неврозга олиб келиши кейинчалик ҳам олимлар ишида ўз аксини топди.

П.К. Анохин (1898–1974) олий нерв фаолиятида шартли рефлектор фаолиятнинг бирин-кетин келадиган 4 босқичидан иборатлигини кўрсатиб берди. Буни у **тескари афферентация** деб атади, яъни рефлекс бажарилганидан кейин марказга унинг бажарилганлиги ёки ушланиб қолинганлиги ҳақида маълумот келиб тушади ва у хотирада сақланиб қолади. Бу механизм қуйидагича амалга оширилади: **1-босқич** рецептор таъсирлантирилади, нерв толаларида қўзғалиш пайдо бўлади ва бу сигнал марказий асаб тизимининг махсус тузилмаларига узатилади; **2-босқич** қўзғалиш сенсор нейронлардан мотор нейронларга ўтказилади; **3-босқич** марказдан қочувчи импульс бажарувчи аъзога (мушакка, безга) ўтказилади; **4-босқич** марказга топшириқ бажарилганлиги ҳақида сигнал юборилади. Шундай қилиб, шартли рефлектор ёй системасида қайтувчи боғланиш мавжудлиги исботланди. Қайтувчи боғланиш онгининг шаклланишида муҳим аҳамиятга эга.

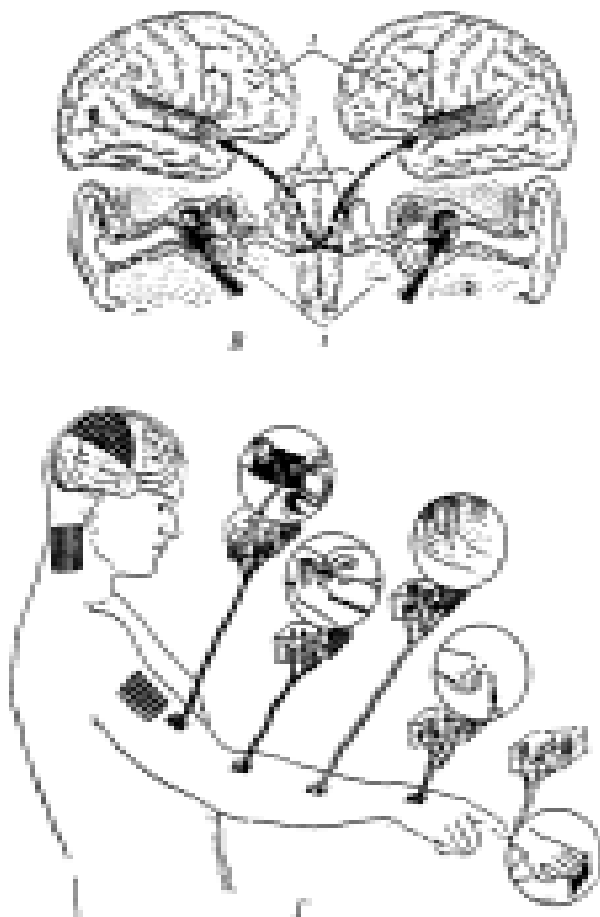
Энди шу назарияларга асосланган ҳолда бош мия ярим шарлари пўстлоғига келиб тушган сигналларнинг қайта ишланиш жараёнини кўриб чиқамиз. Анализаторлар орқали қабул қилинган маълумотлар (сигналлар) бош мия пўстлоғининг бирламчи майдонига келиб тушади. Бу ерда ҳодиса ва объектларнинг тасвири шаклланади. Аммо у ёки бу тасвир шаклланиши учун анализаторлар орасидаги ўзаро боғлиқлик сақланган бўлиши керак. **Анализатор** деб, ташқи ва ички муҳитдан келувчи сигналларни анализ ва синтез қилувчи нейронлар гуруҳига айтилади (1-расм). **Анализ** — бу мияга келиб тушган сигналларни бўлақларга бўлиб ўрганиш бўлса, **синтез** — бу бўлақлардан ягона бир тасвир яратиш демакдир. Нарсаларни ва ҳодисаларни идрок этиш асосида



1-расм (а қисм). Анализаторлар. а – кўрув анализатори; б – ҳидлов анализатори. 1 – рецепторлар; 2 – ўтказувчи йўллар; 3 – анализаторларнинг марказий қисми.

эса турли анализаторларнинг ўзаро алоқаси ва хотира механизмлари ётади. Анализаторлар системаси иерархик тузилишга эга (2-расм).

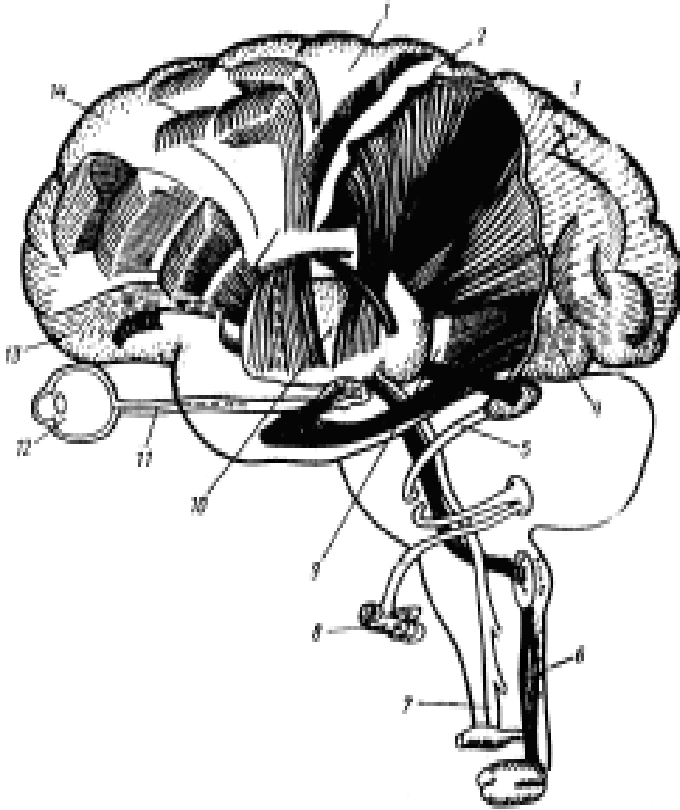
Шундай қилиб, бош мия катта ярим шарлари пўстлоғи турли анализаторлар орқали (кўрув, эшитув) қабул қилинадиган таъсирларни анализ ва синтез қилади. Пўстлоқ қабул қилинган маълумотларни хотирасида сақлаб, бошқа сигнал-



1-расм (б қисм). Анализаторлар. в – эшитув анализаторлари.
1 – рецепторлар; 2 – ўтказувчи йўллар; 3 – анализаторларнинг марка-
зий қисми; г – анализаторларнинг босим, оғриқ, совуқ, иссиқ ва тактил
таъсирларни қабул қилувчи чекка қисми.

лар билан солиштириб, таққослаб, хатоларини тузатиб, қайта ишлаб турувчи ҳужайралар тизимидан таркиб топган.

Машҳур нейропсихолог А.Р. Лурия ҳар қандай руҳий фаолият миянинг учта функционал блоклари бир вақтнинг ўзида барқарор ишлаши натижасида амалга оширилишини таъкидлаб ўтган (3-расм). **Биринчи блок** – тетиклик ва тонусни бошқарувчи блок. Бу блокка лимбико-ретикуляр комплекс киради. Эволюция мобайнида бу тузилмалар биринчилардан

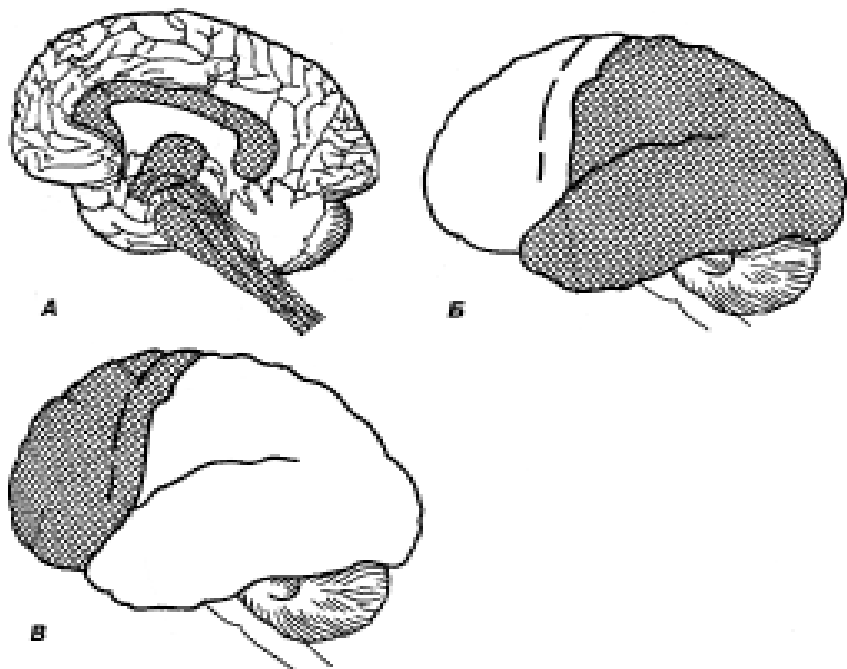


2-расм. Анализаторлар системасининг иерархик тузилиши:

- 1 – бош мия пўстлоғидаги ҳаракат соҳаси; 2 – сезги соҳаси; 3 – тепа соҳа; 4 – кўрув соҳаси; 5 – эшитув йўллари; 7 – юзаки сезги йўллари; 8 – чиғаноқ; 9 – Грациоле тутами; 10 – таламус; 11 – кўрув йўллари; 12 – кўз; 13 – орбитал пўстлоқ; 14 – префронтал соҳа.

бўлиб пайдо бўлган. Биринчи блок кўзғалишни биринчи бўлиб қабул қилади. Бу сигналлар ички аъзолардан ва сезги (кўрув, эшитув, ҳид, таъм билиш, тери) аъзолари орқали ташқи муҳитдан келувчи сигналлардир. Биринчи блок бу сигналларни қайта ишлаб, импульслар оқимиға айлантиради ва ҳар доим уларни бош мия пўстлоғига юбориб туради. Бу импульслар пўстлоқнинг фаоллигини таъминлаб туради, уларсиз пўстлоқ «сўниб» қолади.

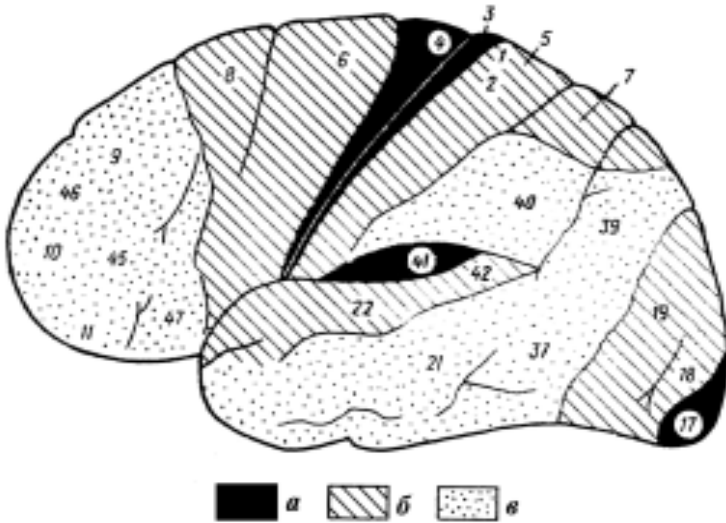
Иккинчи блок маълумотларни қабул қилувчи, қайта ишловчи ва хотирасида сақловчи блокдир. Бу блок бош мия ярим шарларида жойлашган бўлиб, энса (кўрув), чакка



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

(эшитув) ва тепа (умумий сезги) соҳаларидан иборат. Иккинчи блокка тааллуқли бу соҳалар иерархик тузилишга эга. Шартли равишда уларнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи соҳалари (майдонлари) фарқланади (4-расм). Биринчиси ташқи оламдан қабул қилинган таъсиротларни (эшитув, кўрув, сезги) майда белгиларга парчалайди. Иккинчи блокнинг иккинчи соҳаси бу белгилардан ҳар хил тасвирлар яратади, учинчиси эса кўрув, эшитув, ҳид билиш ва теридан келувчи маълумотларни жамлайди.

Учинчи блок – руҳий фаолиятни назорат қилувчи ва дастурлар тузувчи блокдир. Бу блокни асосан миянинг пешона бўлаги ташкил қилади. Пешона бўлаги зарарланган беморнинг хулқи бузилади, оддий ҳаракатларни бажара ол-



4-расм (а, б, в). Бош мия катта ярим шарлари пўстлоғининг ташқи юзаси: а – бирламчи майдонлар; б – иккиламчи майдонлар; в – учламчи майдонлар.

майдиган бўлиб қолади. Бир сўз билан айтганда, инсоннинг шахси бузилади.

Мияга келиб тушаётган маълумотларнинг анализ ва синтези натижасида аниқ шартларга жавоб берувчи ҳаракат дастури ишлаб чиқилади. Мабодо ушбу дастур ёрдамида «топшириқ» бажарилмаса, мияда кетма-кет янги дастурлар яратилаверади. Бунинг натижасида тушаётган сигналларга бош мия албатта жавоб қайтаради. Шундай қилиб, бош мияда мураккаб қарорнинг пайдо бўлиш жараёнига қўзғалишнинг занжирли реакцияси сифатида қараш керак. Бу айлана бош мия ва унинг турли бўлимлари фаолиятининг асосини ташкил қилади. Бош мияда ассоциатив йўллارнинг катта имкониятлари борлиги ва пўстлоқ нейронларининг кенг ихтисослашганлиги турли-туман нейронлараро алоқаларнинг юзага келишига, ҳар хил вазифаларни бажарувчи мураккаб нейронлар тўпламининг шаклланишига имкон яратади.

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

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

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

Организм ривожланган ва асаб тўқималари иши такомиллашган сайин асаб ҳужайраларидаги жараёнлар қўзғалишни тез ўтказиши ва маълум бир манзилга йўналтирилганлиги билан ажралиб турди. Асаб тизимининг мураккаблашиб, такомиллашиб бориши, қабул қилувчи (афферент) ва узатувчи (эфферент) системаларнинг пайдо бўлиши билан кечди. Нерв тармоқларининг чеккасида махсус рецепторлар пайдо бўлиб, ҳар бири фақат ўзига тегишли бўлган таъсирларни фарқлаб қабул қила бошлади. Асаб ҳужайраларининг ихтисослашиб ва такомиллашиб бориши натижасида импульсларнинг фақат бир томонга йўналишини таъминлайдиган синапслар пайдо бўлди. Худди шу босқичда баъзи вазифаларни бажарувчи оддий «айлана» тузилмалар пайдо бўлди.

Кейинчалик эволюция мобайнида нерв тугунлари – ганглиялар пайдо бўлиб, улар бир ёки бир нечта вазифани амалга ошира бошлаган. Ганглияларнинг ишлаш услуби шундан иборатки, ҳар бир ганглия танадаги маълум сегмент (соҳа) учун жавоб беради. Ушбу сегмент даражасида ўта аниқ ва соз бошқарув жараёни кечади. Асаб тизимида мавжуд бўлган

ганглиялар мажмуаси сезишнинг мураккаб турларини амалга ошира олади. Ганглияда ҳар қандай жараён гўёки аниқ бир дастурга эга. Бироқ сегментлар бир-бири билан етарлича алоқаларга эга эмас — бош мия ҳужайраларидан фарқли равишда бу ганглияларда бирон-бир марказнинг мувофиқлаштирувчи таъсири унча ривожланмаган.

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

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

Физиологиянинг дастлабки ривожланиш даврида олий нерв марказлари қуйи марказларга доимо тормозловчи таъсир кўрсатади, деган фикр мавжуд эди. Шунинг учун олий марказлар зарарланганда қуйи марказлар кўзғалади, гўёки улар фаоллашади. Лекин физиологик жараёнлар доим бу тарзда кечавермайди. Эволюцион жиҳатдан ёш марказлар зарарланганда, кекса марказлар фаоллашади, гўёки эволюцион жараён тескарисига давом этади. Бу назария **диссоляция назарияси**, деб ном олган. Дарҳақиқат, юқори поғонада жойлашган марказлар зарарланганда, қуйи марказлар фаоллашганини кўрамыз. Бунга марказий ҳаракат нейрони зарарланганда, орқа миянинг олдинги шохида жойлашган перифе-

рик ҳаракат нейронларининг фаоллашувини мисол қилиб келтириш мумкин. Аммо бу бузилишларнинг асл маъноси диссоляцияда ёки қуйи марказларнинг юқори марказлар «тутқунлигидан» озод бўлишида эмас. Чунки олий марказлар қуйи марказлар фаолиятини фақат тормозлабгина қолмайди, балки фаоллаштиради ҳам. Марказий таъсирлар сусайганда қуйи жараёнларнинг автоматизми ва бошқариш «санъати» пасаяди, жараён қўпол ва содда бўлиб қолади. Бундан ташқари, қуйида жойлашган марказларнинг фаоллашуви компенсатор жараённинг бир кўриниши сифатида қабул қилиниши ҳам мумкин.

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

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

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

Гўдакнинг мия тўқимаси ҳали такомиллашмаган бўлади. Пўстлоқ ҳужайралари, пўстлоқ ости тугунлари, пирамидал йўллар яхши ривожланмаган, кулранг ва оқ модда орасидаги алоқалар такомиллашмаган бўлади. Гўдакнинг асаб ҳужайралари бош миянинг катта ярим шарлари юзасида ва оқ модданинг асосида тўпланиб жойлашади. Бош мия катталашган сайин асаб ҳужайралари пўстлоқ томонга силжиб

боради. Бош мия қон томирлари ҳам ривожланиб, такомиллашиб боради.

Гўдакда катта ярим шарлар пўстлоғининг энса қисми катта ёшдагиларникига қараганда йирикроқ бўлади. Бола ўсган сайин ярим шарлар пушталари, уларнинг шакли ва топографик жойлашуви ўзгариб боради. Айниқса, бу ўзгариш дастлабки беш йил мобайнида кузатилиб, 15–16 ёшларга бориб пўстлоқнинг тузилиши катта ёшдагиларникидан деярли фарқ қилмайди. Ён қоринчалар болаларда нисбатан кенг ва катта бўлади.

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

Чақалоқда орқа мия бош мияга қараганда морфологик жиҳатдан тугалланган тузилишга эга. Шунинг учун ҳам орқа мия гўдакда нисбатан такомиллашган бўлади. Гўдакнинг орқа мияси катта ёшдагиларга қараганда узунроқ бўлади. Кейинчалик орқа мия ўсишда умуртқанинг ўсишига қараганда орқада қолиб боради. Орқа миянинг ўсиши 20 ёшгача давом этади. Бу давр ичида унинг оғирлиги ҳам ошади.

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

Онтогенетик ривожланиш жараёнида одамнинг мияси кучли ўзгаришларга учрайди. Анатомик жиҳатдан олганда, янги туғилган чақалоқ мияси билан катта ёшдаги одамнинг мияси бир-биридан анчагина фарқ қилади, чунки индивидуал ривожланиш жараёнида ёш ўтган сайин мия тузилмалари етилиб боради. Ҳатто, морфологик жиҳатдан етилган асаб тизимида ҳам ривожланиши ёки қайта пайдо бўлиши зарур бўлган функционал системалар мавжуддир.

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

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

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

Барча функцияларни пўстлоқ ўзига «тортиб» олиши, унинг такомиллашиб боришига катта имкониятлар яратиб берди. Шу билан бирга дунёни англаб бориш, ўрганиш жараёни, пўстлоқнинг маълумотлар билан тўлиб бориши асосан болалик даврига тўғри келаркан. Гўдаклик давридан етук, баркамол ёшга эришгунга қадар бўлган давр ҳар бир индивид учун узоқ масофа ҳисобланади.

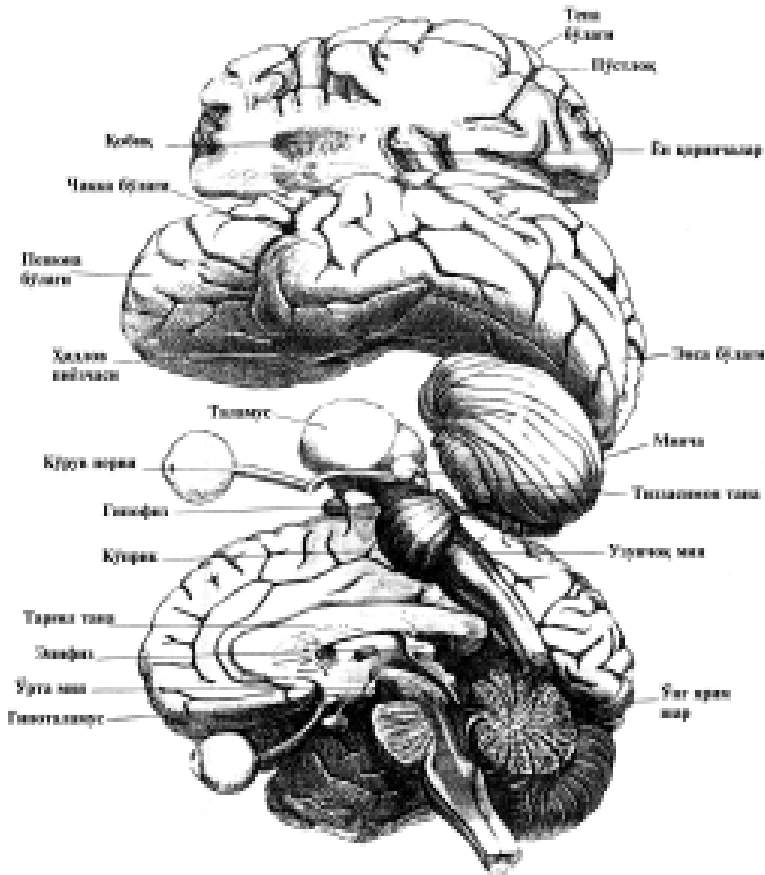
Ҳеч нарсага эга бўлмаган гўдак, кейинчалик кўп нарсаларни эгаллаб, ҳаётга мослашиб олади. Хўш, бу жараён қандай кечади? Нима қилса, хатоларга йўл қўйилмайди? Шахнинг уйғун, ижодкор бўлиб ривожланиши учун нималар зарур? Баъзи олимларнинг фикрича, ҳаммаси тарбияга боғлиқ. Ҳақиқатан ҳам шундай. Гўдакнинг миясини ҳали тўлдирилмаган, ёзилмаган дафтарга ўхшатиш мумкин. Дафтарнинг ташқи кўриниши ўхшаш бўлса-да, ҳар бир нусхасининг, саҳифасининг ўзига хос хусусиятлари бор. Биттасига бир хил мазмунли, иккинчи варағига бошқа мазмунли ибораларни ёзиш мумкин. Ёзувчи дафтарни нима билан тўлдирса, кейинчалик шу ёзувни ўқийди, шу ёзувга кўзи тушади. Демак, оппоқ варақларни қандай тўлдириш, нима билан тўлдириш ўзимизга боғлиқ. Балки инсон миясини оддий дафтар билан таққослаш нотўғридир, наинки, инсон мияси фақат маълумотларни «ўлик», «жонсиз» ҳолатда ўзида сақлайдиган дафтар эмас, у маълумотларни фаол қайта ишлайдиган, янги хулосалар чиқарадиган, ижодий фикрлай оладиган катта бир жонли, ҳаракатдаги системадир.

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

1.6. Миянинг функционал системаси

Бош миянинг ҳужайралар тўплами фақатгина содда ва-зифани бажариб қолмасдан, балки бошқа мукамал функцияларни бажаришда ҳам иштирок қилади (П.К.Анохин, 1973). Функционал системанинг фаолиятини таъминлашда асаб тизимининг (айниқса, бош миянинг) барча тузилмалари иштирок этади (5-расм, *a*). Бу жараён нейронлараро алоқаларнинг кўплиги туфайли амалга оширилади. Бу алоқалар психофункционал механизмларни таъминлашда муҳим аҳамиятга эга (5-расм, *b*).

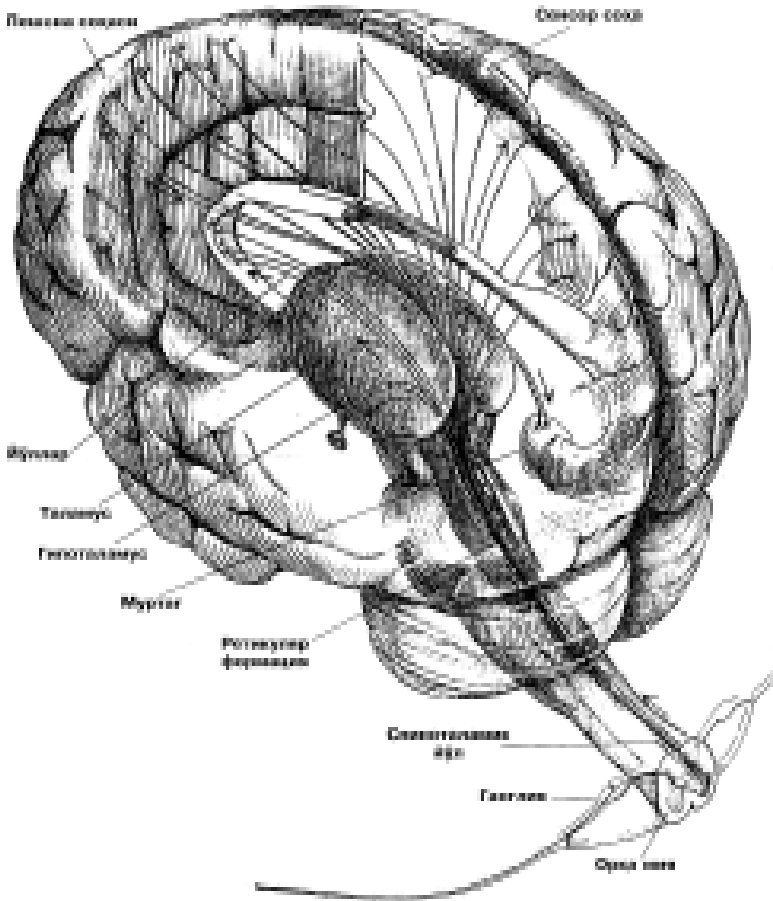
Функционал система бирон-бир функцияни бажаришда иштирок қилувчи асаб ҳужайралари тўпламидир. У миянинг муҳим, ўз-ўзини бошқарувчи механизми ҳисобла-



5-расм (а). Бош мия тузилмалари.

нади. Асаб тизимининг индивидуал ривожланишини тўғри баҳолаш учун унинг анатомик жиҳатдан етуклиги билан бирга бирон-бир функцияни бошқариши ва бажара билиши ҳам катта аҳамият касб этади. Демак, онтогенез жараёнини, яъни нерв тўқималарининг якка ҳолда эмас, систематик тарзда ривожланишини системогенез нуқтаи назаридан тушунмоқ керак.

Функционал система тушунчаси индивидуал ривожланиш жараёнида юзага келиши мумкин бўлган асабий-руҳий бузилишларнинг моҳиятини очиб беришга ёрдам беради. Шунини таъкидлаш лозимки, эмбрионал ривожланиш жараёнида асаб тизими турли тузилмаларининг бирин-кетин пайдо



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

бўлиши билан бирга, ушбу кетма-кет ривожланишнинг бузилиши ҳам рўй беради.

Дастлаб, ҳаётини муҳим аҳамияти бўлган функционал системалар шаклланади. Функционал системага эволюцион нуқтаи назардан олганда хилма-хил тузилмалар қўшилиши мумкин. Шунинг учун бир босқич даражасида функционал системага кирувчи баъзи тузилмаларнинг турли даражада такомилга етишини кузатамиз. Аини вақтда бир маромда ривожланмаслик, яъни гетерохронликнинг кўринишларига қўп мисоллар келтириш мумкин. Масалан, гўдакда эмиш жара-

ёнида қатнашадиган асаб ҳужайралари ва тўқималари юз нервларининг бошқа толаларига қараганда миелин пардаси билан олдинроқ ва яхшироқ қопланган бўлади. Юз нервнинг юқори толалари гўдакда миелин пардаси билан яхши қопланмайди, гўёки бу толаларга ҳозирча зарурат йўқдек.

Системогенезга яққол мисол бўла оладиган гўдакда кузатиладиган ушлаб олиш рефлекс механизмига эътибор берайлик. Эмбрионал ривожланишнинг IV–VI ойларида қўлнинг барча нерв толалари ичида энг яхши етилгани бармоқларнинг букилишини таъминловчи нерв толаларидир. Бундан ташқари, бу даврга келиб саккизинчи бўйин сегментининг олдинги шох мотор ҳужайралари ҳам такомиллашган бўлади. Бу мотор ҳужайралар бармоқларни букувчи мушакларни нервлайди, бундан ташқари, ушбу ҳужайраларни бошқарувчи асаб тизимининг юқорида жойлашган тузилмалари ҳам шаклланган бўлади.

Системогенезнинг бир нечта муҳим жиҳатлари ўрганилган. Биринчиси шундан иборатки, функционал системалар бир вақтда шаклланмайди. Организм учун ҳаётий муҳим бўлган системалар аввал шакллана боради. Масалан, янги туғилган чақалоқ учун ҳаётий муҳим бўлган жараёнлар — эмиш, ютиш, нафас олиш туғилган заҳоти фаолият кўрсата бошлайди. Баъзи жонзотларда эса функционал система туғилган заҳоти мукаммаллашган бўлади. Кенгурунинг боласи туғилган заҳоти онасининг қорнидаги халтачага сакраб чиқа олади ёки эндигина тухумдан чиққан ғознинг боласи онасининг изидан юра бошлайди ва ҳоказо.

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

Системогенезнинг иккинчи принципи системалараро ва системалар ичра гетерохронлик принциpidир. **Системалараро гетерохронлик** — бу турли функционал системаларнинг (эмиш ва кўрув назорати) турли даврларда пай-

до бўлиши ва шаклланишидир. **Системалар ичра гетерохронлик** — бу шаклланган функциянинг аста-секин мураккаблашиб боришидир. Даставвал минимал функцияни бажара олувчи асаб тўқималари етилиб боради, кейинчалик ташқи ва ички таъсирларга жавоб берувчи шу системанинг бошқа бўлимлари ҳам сафга туради. Масалан, гўдакда 3 ойгача сўриш рефлексига жуда осон чақирилади, лунжигга ёки иягига қўл теккизилса бас, у дарров лабини чўччайтиради. Шу билан бирга гўдакда қалқиб кетиш ёки ҳаво ютиб юбориш ҳолатлари ҳам тез-тез кузатилиб туради. Уч ойликдан кейин сўргич ҳаракатлари фақат лабига текканда пайдо бўлади ва қалқиб кетишлар кам учрайди. Худди шундай манзарани ушлаб олиш рефлексига нисбатан ҳам кузатишимиз мумкин. Гўдакнинг биринчи ойларида кафтга сал текканда, қўлини мушт қилиб олади, кейинчалик ушлаб олиш бироз пасаяди, яъни бош бармоқ қолганларига қаршилиқ кўрсата бошлайди.

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

Системогенез ҳақидаги таълимот боланинг асабий—руҳий ривожланишининг узвийлиги ва кетма-кет ривожланиш қонуниятларини очиб беради. Масалан, бошини ушлаб туришдан кейин ўтириш, ўтиришдан кейин тик туриш, тик туришдан кейин юриш бошланади. Бошини ушлаб туриш қобилияти тана ҳолатини назорат қилишга замин яратиб беради. Бу мувозанат аъзоси ва кўрув назоратининг такомиллашуви натижасида амалга оширилади.

Шуни таъкидлаш лозимки, жуда кўп функционал системаларнинг ўзи бир қанча кичик системалардан таркиб топган. Булар бир вақтнинг ўзиде пайдо бўлмайди ва ўзаро боғланишларни аста-секин мураккаблаштириб боради. Масалан, ҳаракатни бошқариш комплексига мускул тонусини, тана мувозанатини ва координациясини бошқарувчи системалар киради. Бундан ташқари, ҳар қандай ҳаракатни амалга ошириш учун бирон-бир ҳаракатни бошқа ҳаракат билан алмаш-

тирувчи, унинг устидан назорат қилувчи дастур зарур бўлади. Масалан, олдинга бир қадам ташлаш учун тананинг оғирлигини иккинчи оёққа ўтказиш, шу вақтда тананинг мувозанатини сақлаб қолиш, бир гуруҳ мускулларнинг қисқаришини, бошқаларининг ёзилишини амалга ошириш керак бўлади.

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

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

Болаларда нутқнинг турли бузилишларининг сабаби ҳам кўпинча системаларо ва системалар ичра алоқаларнинг етилмай қолиши оқибатида кузатилади. Ҳаракат бесўнақайлигининг дудуқланиб гапириб билан бирга келиши ёки ҳаракати тўлиқ ривожланган бўлса-да, дудуқланадиган болаларни кўп учратамиз. Баъзан оғзаки нутқ жуда яхши ривожланса-да, хуснихати хунук болаларни кузатиш мумкин.

Системогенез принциплари асаб тизимининг эволюцион ривожланиш жараёнида кузатиладиган морфофункционал ўзга-

ришларни такомиллаштиришга ёрдам беради, ривожланиб келаётган системаларнинг кам-қўстлигининг олдини олиш йўллари кўрсатади. Бу етишмовчиликларни тузатишнинг принципларини бир неча гуруҳларга бўлиш мумкин: 1) ўсиш кўрсаткичларидан орқада қолаётган функцияларни рағбатлантириш; 2) бузилиб қайта ривожланаётган алоқаларни тўхтатиш ёки пасайтириш; 3) системалараро ва системалар ичра алоқаларнинг янги комплекслари шаклланишига ёрдам бериш ва ҳоказо.

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

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

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

Бунда иккита, яъни янгилиниш ва йўқолиш жараёни бир маромда кечиши катта аҳамиятга эгадир. Бирламчи автома-

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

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

Шундай қилиб, функционал система баъзи бўлимларининг гетерохрон ривожланиши билан бирга уларнинг ўзаро

муносабатида синхронлик бўлиши керак, индивидуал онто-генезнинг ҳар қайси даврида баъзи системалар баркамол-ликнинг шу даврга мос босқичида бўлиши зарур. Боринги, бу фарқлар ҳар хил бўлсин, лекин фарқлар маълум бир пайтда бир-бири билан уйғунлашган бўлиши шарт, акс ҳолда зиддиятлар юзага келиб, функционал системаларнинг ривожланишига катта зиён келтиради.

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

Назорат учун саволлар

1. Мия ва руҳий жараёнларни ўрганган олимлар ҳақида маълумот беринг.
2. Руҳий фаолиятнинг рефлектор тарзда бошқарилиши қандай кечади?
3. Анализаторлар ҳақидаги таълимот психологиянинг ривожланишига қандай таъсир кўрсатди?
4. Шартли ва шартсиз рефлекслар ҳақида сўзлаб беринг.
5. Бош мияда тормозланиш ва қўзғалиш жараёнлари қандай кечади?
6. Шартли рефлектор фаолиятининг 4 босқичини гапириб беринг.
7. Функционал блокларга таъриф беринг.
8. Асаб тизимининг филогенези ва онтогенези тўғрисида нималарни биласиз?
9. Системогенез нима, унинг принциплари тўғрисида нималарни биласиз?
10. Болаларда асабий-руҳий ривожланиш қандай кечади?
11. Гиперактив синдром нима?
12. Ривожланишнинг қандай даврларини жиддий даврларга киритиш мумкин?
13. Миянинг функционал системаси ҳақида сўзлаб беринг.

«Барча руҳий кучларнинг манбаи миядир».

Абу Али ибн Сино

II БОБ. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ АСОСЛАРИ

2.1. Фан ҳақида тушунча ва унинг қисқача тарихи

Нейропсихология фани мия ва психологик жараёнлар орасидаги ўзаро муносабатларни, бош миянинг локал ва диффуз зарарланишларида олий руҳий функцияларнинг бузилиш-



А.Р. Лурия
(1902–1977)

ларини ўрганувчи фандир. Бу фан психология, физиология ва неврология фанларининг ютуқларига таянган ҳолда XX асрнинг 40-йилларида алоҳида фан сифатида шакллана бошлади. Лекин дастлабки нейропсихологик текширувлар ўтган асрнинг бошларида ўтказила бошлаган. Бу даврда нейропсихологиянинг ривожланишига Г.Хэд, К.Гольдштейн, К.Клейст, У.Пенфильд, М.Газзанига, Х.Липманн, Г.Жаспер каби олимлар катта ҳисса қўшдилар. Лекин нейропсихологиянинг алоҳида фан бўлиб шаклланишига улкан ҳисса қўшган олим, унинг асосчиларидан бири академик **Александр Романович Лурия-дир** (1902–1977).

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

Бугунги кунда нейропсихология фанининг вазифалари бироз бошқача талқин қилинади. Ўз илмий йўналишларини йўқотмаган ҳолда, нейропсихология фани тиббий амалиётга

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

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

1861 йили ёш француз олими **П.Брок** нутқи бузилган ва тананинг ўнг томони фалажланган беморни кузатади. Бу бемор тез орада вафот қилади. Унинг бош мияси очиб текширилганда, чап ярим шарнинг пастки пешона пуштасининг орқа қисмида инфаркт ўчоғи аниқланади (бу марказ ҳозирги кунда Брок маркази деб аталади). Бемор атрофдагиларнинг гапига тушунса-да, ўзи гапира олмасди. Нутқ



П.Брок

бузилишининг бу тури кейинчалик «мотор афазия» деб ном олди. Ўша даврдан бошлаб бош мияда турли марказларни излаш катта қизиқиш билан бошланиб кетади. Бироз вақт ўтмай немис психиатри К.Вернике 1874 йили бош миянинг чап чакка бўлагининг устки пуштаси зарарланганда ҳам нутқ бузилишини кузатиб сенсор нутқ марказини аниқлайди.

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

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



Д. Жексон

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

Д. Жексон афазияда нутқ функциясининг тўла йўқолмаслигига эътибор берди. Афазия кузатилган беморда мақсадга йўналтирилган нутқ бузилиши мумкин, бироқ ҳиссий нутқ сақланиб қолади, деб фикр юргизади у. Масалан, бирон-бир сўзни бемор аффект ҳолатида айтиб юбориши, лекин ихтиёрий ҳолда эса гапира олмаслиги мумкин. Д. Жек-

сон «нутқини йўқотган» одам «сўзлардан ҳам жудо» бўлган дегани эмас, чунки сўзнинг англамаган қисми ҳам мавжуд деган эди. Шунинг учун «нутқидан жудо» бўлган беморнинг фикрлаш жараёни бироз пасайса-да, фикр юриштишга ҳали қобилиятли. Д. Жексон мақсадга йўналтирилган нутқ бош миянинг чап ярим шари билан, ҳиссий нутқ ўнг ярим шари фаолияти билан боғлиқ деб айтган.

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

Д. Жексон фикрига кўра, ҳар бир функция учта босқичдан иборат: «қуйи» (орқа мия, мия устун), «ўрта» (бош мия пўстлогининг ҳаракат ва сезги марказлари) ва «олий» (бош миянинг пешона бўлаги). «Олий» марказлар зарарланганда нафақат патологик симптомлар пайдо бўлади, балки ижобий ўзгаришлар ҳам кузатилади: «қуйи» марказлар «олий» марказлар назоратидан халос бўлиб, ўз фаолиятини кучайтиради. Бунга марказий пирамидал йўллар зарарланганда спинал рефлексларнинг кучайишини мисол қилиб кўрсатиш мумкин. Агар афазияда гапириш, ўқиш ва ёзиш қобилиятларининг бузилиши салбий аломатлар бўлса, ҳиссий нутқнинг сақланиб қолиши ва бировнинг сўзига тушуниш ижобий хислатлардир, деган эди Д. Жексон. У 1868 йили афазия нафақат бош миянинг чап ярим шари, балки ўнг ярим шари зарарланганда ҳам кузатилишини эълон қилган. Бу беморлар чапқай бўлган. Д. Жексоннинг бу хулосалари бош миянинг функционал асимметриясини ўрганишга тўртки бўлди.

2.2. Нейропсихологик синдромлар

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

2.2.1. Кўрув агнозиялари

Объектларни ёки уларнинг тасвирини танишнинг (билишнинг) бузилишига **кўрув агнозияси** деб аталади. Кўрув

агнозиялари бош мия катта ярим шарлари пўстлогининг энса соҳалари зарарланганда кузатилади. Бунда кўрув ўткирлиги ва кўрув майдони каби оддий кўрув функциялари сақланиб қолади. Кўрув агнозиясининг барча турларида беморлар атрофдаги нарсаларни бемалол кўради, яъни кўрув апаратининг периферик тизимлари функцияси сақланган бўлади, лекин уларни танимайди, номини айтиб бера олмайди.

Ҳозиргача кўрув агнозияларининг механизмлари батафсил ўрганилмаган. Кўрув агнозиясининг 6 та тури фарқ қилинади: 1) **нарсалар агнозияси** — бемор кўз олдида турган нарсаларнинг ёки нарсалар тасвирининг номини билмайди, лекин бу нарсалар нима учун ишлатилишини айтиб бера олади; 2) **башара (юз) агнозияси** — бемор аввал ўзига таниш бўлган одамларнинг юзига ёки суратига қараб уларнинг кимлигини айтиб бера олмайди. 3) **оптик-фазовий агнозия** - атрофдаги объектларнинг фазовий тузилишини тасвирлаш бузилади; 4) **ҳарф агнозияси** — ҳарфларни танимаслик (ўзи ёзганларини ҳам); 5) **ранглар агнозияси** — рангларни тўғри ажрата олмаслик, танимаслик; 6) **симультан агнозия** — бемор объектнинг баъзи қисmlарини танийди холос, бироқ объектни тўлалигича танимайди (билмайди). Симультан агнозия Балинт синдроми деб ҳам аталади.

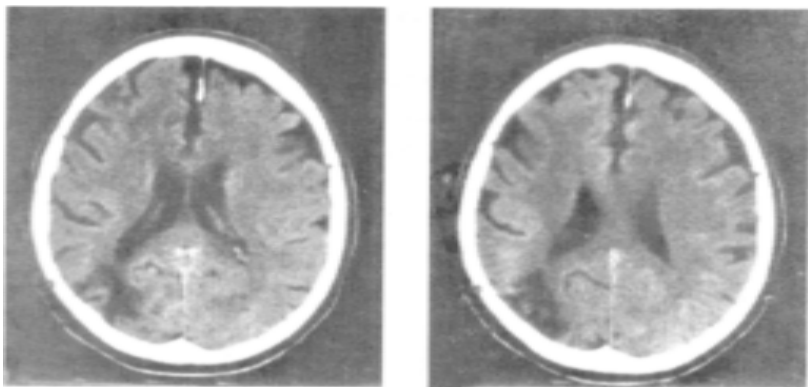
Энди кўрув агнозияларининг клиник манзараси билан танишиб чиқамиз.

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

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

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

Оптик-фазовий агнозия. Агнозиянинг бу тури кўпинча бош миянинг ўнг ярим шари (тепа-энса соҳалари) ёки иккала ярим шар ҳам зарарланганда кузатилади. Бунда беморлар нарсаларнинг фазовий белгиларини тасвирлаб бера олмайдилар. Бу ерда нарсаларнинг ёки атроф-муҳитдаги объектларнинг катта-кичиклигининг аҳамияти йўқ. Улар геометрик фигураларнинг (учбурчак, ромб, квадрат) расмини тўғри чиза олмайдилар. Агнозиянинг бу турида чап ва ўнг томонларни фарқлаш ҳам бузилади ва бемор объектларнинг бир томони тан олмайди, масалан дарахт, уй, гул (6-расм, *a*, *b*). Бу ҳолат «бир томонни тан олмаслик» синдроми деб аталади. У асосан бош мия ўсмаларида ва оғир жароҳатларда кузатилади. Бу синдромни биз бош мия ўнг ярим шарининг *a.cerebri posterior* қон билан таъминлайдиган соҳанинг ўткир ишемик insultларида ҳам кузатганмиз. Оптик-фазовий агнозия бош миянинг ўнг ярим шари зарарланганда кўп куза-



а)

6-расм (а). Фазонинг бир томонини инкор қилиш синдроми
(З.Р.Ибодуллаев кузатуви, 2000 й).

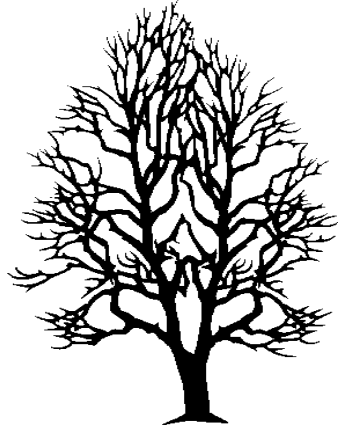
а — компьютер томограммада бош мия ўнг ярим шарининг энса соҳасида ишемик ўчоқ.

тилгани учун беморлар объектларнинг чап томони борлигини гўёки инкор қилишади. Бундай беморлар ҳатто ўзининг чап томонини ҳам тан олишмайди, қўл-оёқлари ҳаракати сақланган бўлса-да, бемор кўйлагини ва шимини кияётганда чап қўлини ишлатмайди. Бу синдром чап томонлама фазовий агнозия деб ҳам аталади. Бу симптомлар бош миянинг ўнг ярим шари зарарланиши учун жуда хосдир.

Шунингдек, анозогнозия — танадаги дефектни (гемиплегияни) англамаслик ва аутогнозия — ўз танасининг қисмларини билмаслик ёки уларни нотўғри (каттадек, кичикдек ёки бошқа буюмдек) идрок қилиш ҳам ўнг ярим шар зарарланиши учун хос белгилардир (7-расм).

Оғир ҳолатларда беморда нафақат ўнг-чап томонларни, балки юқори-қуйи координатларни ҳам фарқлаш бузилади. Бемор расмларда объектларнинг фазовий белгиларини таърифлаб бера олмайди (узоқ-яқин, катта-кичик, чап-ўнг, тепа-паст). Масалан, бемордан бирор жонзотнинг ёки одамнинг суратини чизиб бериш талаб қилинса, унинг баъзи қисмларини (қўли, оёғи, кўз ва қулоқларини) танада қандай ва қаерда жойлаштиришни билмайди, гўёки «унутади» (8-расм, а, б).

Оптик-фазовий бузилишлар баъзан ўқиш жараёни бузилиши билан ҳам кечеди. Бундай ҳолатларда беморлар ҳарфлардаги чизиқларнинг қандай ва қайси томонга қараб



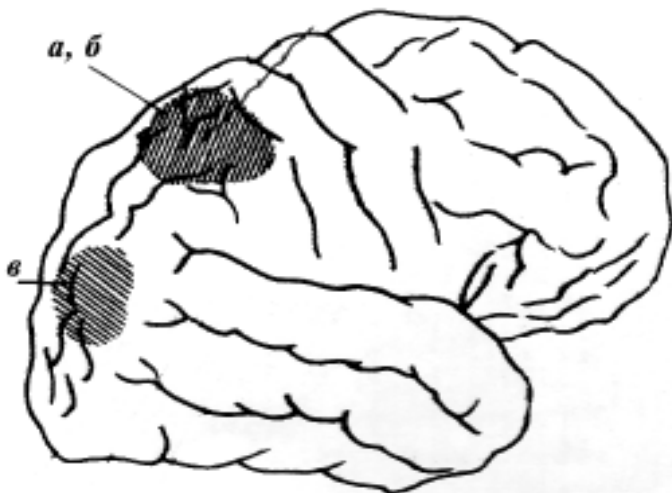
б)

6-расм (б).

б – шу бемордан уй ва дарахт тасвиридан нусха кўчириш сўралганда уларнинг чап томонини чизмай қолдиради, яъни инкор қилади.

йўналганини билишмайди, айниқса Е, Ш, П, Я ҳарфларни ўқий олишмайди. Беморлар «Д» ва «Л» каби ҳарфларни фарқлай олишмайди. Клиник амалиётда оптик-фазовий агнозияларни аниқлаш учун ҳарфларни билишни текширишдан кўп фойдаланилади.

Ҳарф агнозиясида беморлар ҳарфларни тўғри кўчирса-да, уларнинг номини айтиб бера олмайди, чунки уларни тани-



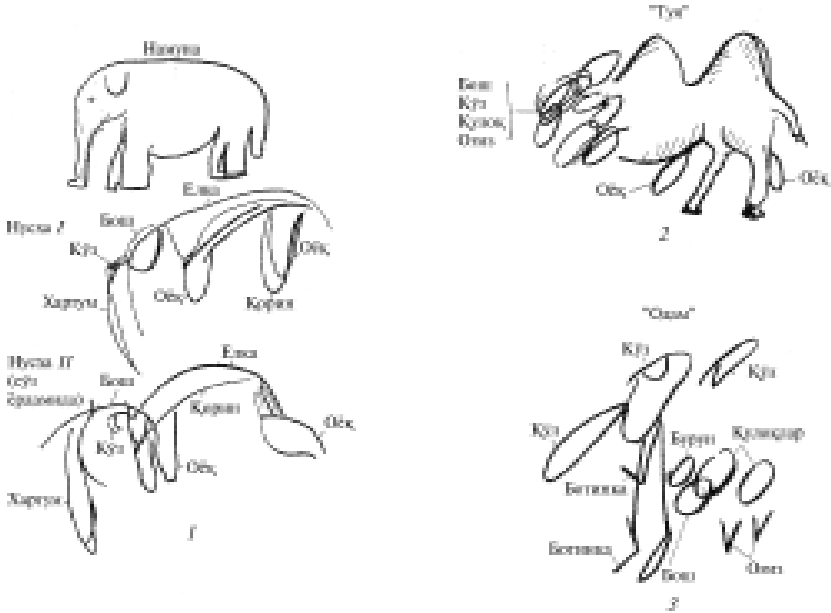
7-расм (а, б, в). Бош мия ўнг ярим шарининг тепа ва энса соҳалари зарарланганда кузатиладиган агнозиялар: а – аутотопогнозия – бемор ўз танасининг қисмларини танимайди, билмайди; б – анозогнозия – бемор танасидаги камчиликларни (масалан, гемипарезни) англамайди, инкор қилади; в – кўрув агнозияси – бемор нарсаларни кўриб турса-да, уларнинг номини айтиб бера олмайди.

майди. Шунинг учун ҳам бу беморларда ўқиш қобилияти бузилади (бирламчи алексия). Бундай беморлар нарсаларни тўғри танийди, уларнинг тасвирига тўғри баҳо бера олади ва ҳатто мураккаб фазовий тасвирларни тўғри фарқлай олишадими-ю, ҳарфларни танишмайди, уларни ўқий олишмайди.

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

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

1887 йили Вильбранд рангларни танимасликни биринчи бўлиб беморда аниқлаган ва уни **ранглар амнестик афазияси**



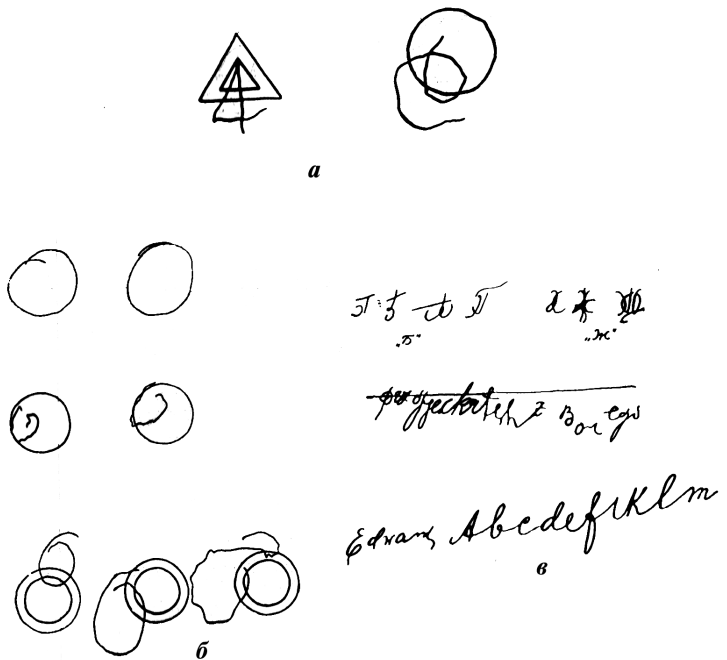
8-расм (а, б, в). Кўрув агнозияси кузатилган беморнинг чизган расмлари (А.Р. Луриядан олинди, 1973): а – фил расмидан нухса кўчириш; б – туянинг бошини чизишга уриниш; в – одамни ёддан чизиш.

деб атаган. 1908 йили И. Левандовский қайси нарсалар қандай рангга эга бўлишини айтиб бера олмаган беморни кузатиб, ранглар агнозиясини рангларни ажрата олмасликдан фарқини кўрсатиб берди.

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

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

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



9-расм (а, б). Симультан агнозияда геометрик фигуралар билан ишлашнинг ва ҳуснихатнинг бузилиши (А.Р. Лурья, 1973):
 а, б – бемордан геометрик фигураларнинг устидан худди шундай қилиб чизиб чиқиш сўралганда, у бунинг уддасидан чиқмаган;
 в – ҳарфларни бир чизиқдан тўғри ёза олмаган.

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

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

унинг кўз олмаси беихтиёрый ҳаракатлар қилаверади ва оқибатда кўз орқали объектни излаш, унинг контурларини яратиш бузилади.

Симультан агнозиянинг сабаби қилиб бош мия пўстлоғида жойлашган кўрув хужайралари фаолиятининг пасайиши кўрсатилади, бу хужайралар фақат локал кўзғалишларгагина қобилиятлидир деб тахмин қилинади.

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

2.2.2. Афазиялар

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

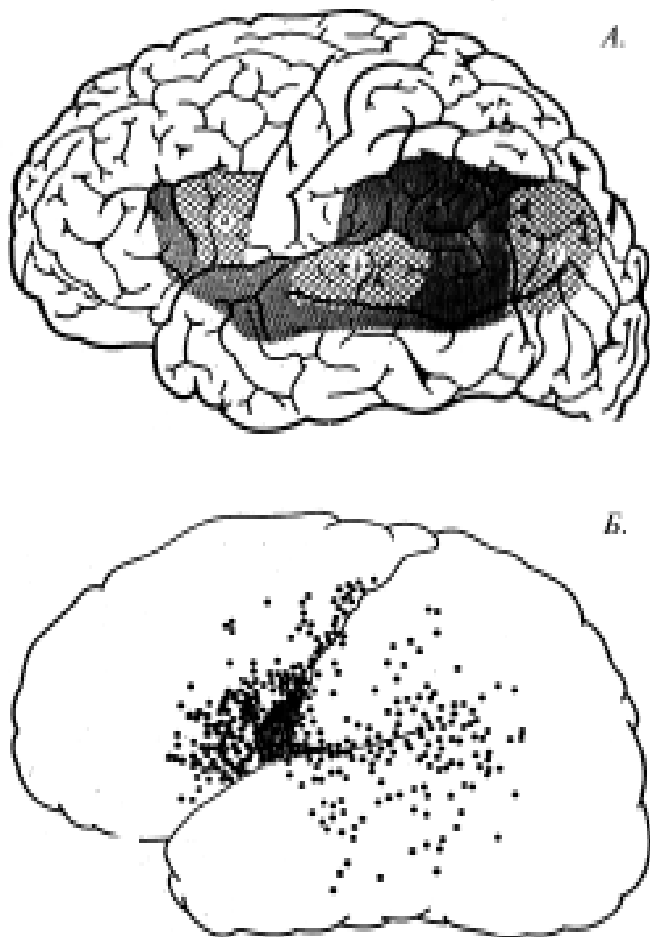
Афазия бош миёнинг турли соҳалари, яъни пастки пешона пуштаси, юқори чакка пуштасининг орқа қисми, пастки париетал соҳа ва чакка-тепа-энса соҳалари туташган жойлар зарарланганда кузатилади (10-расм). Демак, нутқ марказлари бош мия катта ярим шарларининг катта соҳасини эгаллайди. Кучли ифодаланган нутқ бузилишлари айниқса Брок ва Вернике соҳалари зарарланганда кузатилади, бу марказларга чегарадош соҳалар зарарланганда ўтиб кетувчи афазиялар кузатилади.

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

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

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

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



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

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

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

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

7. Амнестик афазия — 37- ва 40-майдонлар зарарланганда кузатилади.

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

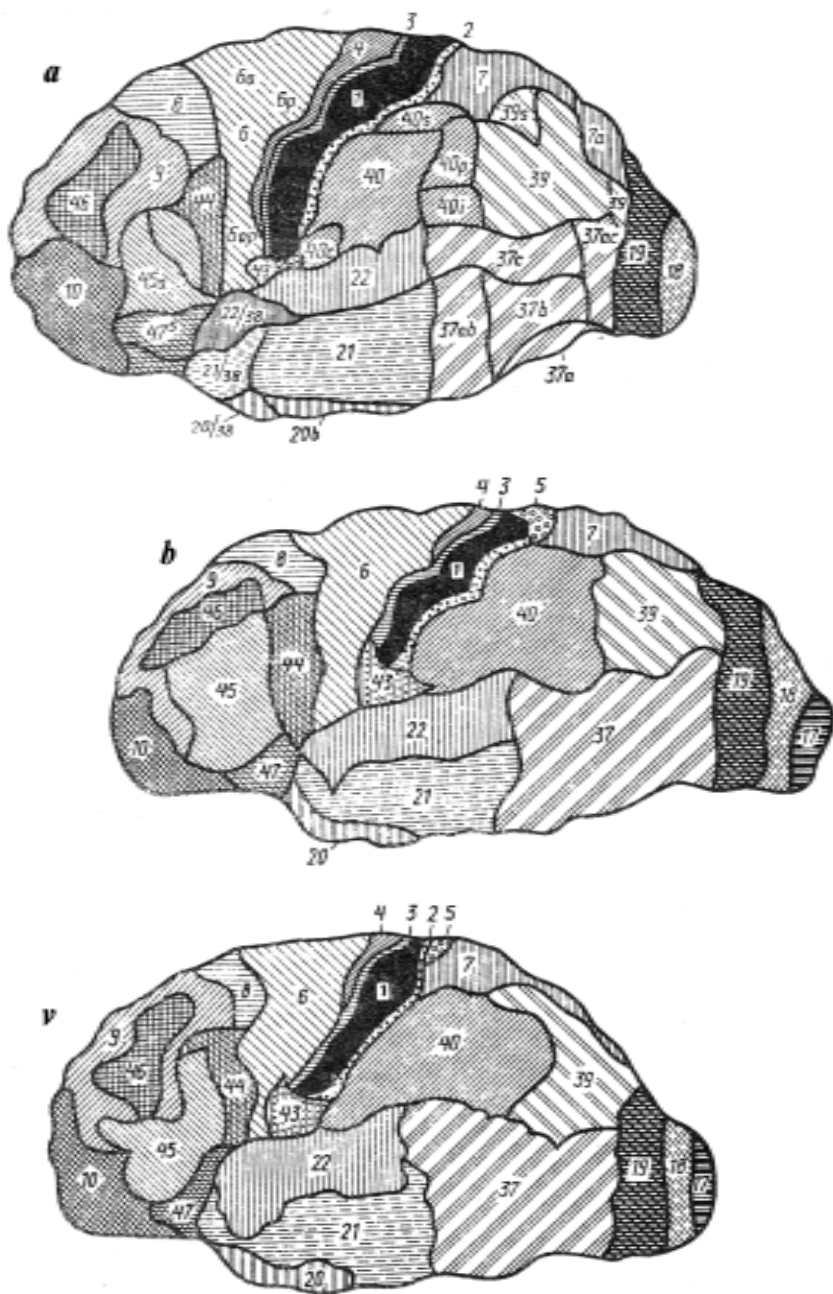
Цитоархитектоник майдонлар 11-расмда келтирилган.

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

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

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

Афазияларни аниқлашда жуда кўп омилларга эътибор берилади. Бемор болалик даврида нормал нутққа эга бўлганми, ушбу нутқ бузилиши қачон пайдо бўлган, мактабда ўқиганми, олий маълумотга эгами, рус ёки ўзбек тилини



11-расм. Цитоархитектоник маймонлар (Бродман майдонлари).

яхши биладими ва ҳоказо. Қўшимча текширувлар, яъни электроэнцефалография, доплерография, компьютер томография усуллари ҳам афазия сабабини аниқлашга ёрдам беради. Афазиянинг турини аниқлаш топографик диагноз учун жуда муҳимдир.

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

Нутқ бузилишининг синдромологик таҳлили афазияга олиб келган омилни ва унинг асосида ётган механизмларни, нуқсонларни очиб беради. Аниқ топографик диагноз қўйиш «асосий» ва «чегарадош» нутқ марказлари функциясини ва патологиясини батафсил билишни талаб қилади.

Энди афазиянинг барча турлари билан танишиб чиқамиз.

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

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

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

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

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

Эфферент мотор афазиядан фарқли ўлароқ, афферент мотор афазияда сўзларни беихтиёр талаффуз қилиш (санаш, ойларни айтиб чиқиш) одатда сақланган бўлади. Агар онгли

равишда бемор бирор сўзни ёки жумлани такрорламоқчи бўлса, қийинчиликларга учрайди. Гапираётган пайтда бемор беихтиёр «э, жин урсин», «тўғри-тўғри», «ҳа-ҳа» каби жумлаларни айтиб юборади.

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

Дастлаб мотор афазиянинг фақат битта тури ажратилган. Афферент (кинестетик) мотор афазия биринчи бўлиб А.Р. Лурия томонидан мотор афазиянинг алоҳида бир тури сифатида ажратилган. Афферент мотор афазияни нутқ артикулятор аппаратининг апраксияси билан таққослаш мумкин. Афферент мотор афазияда кўпинча орал праксис ҳам бузилган бўлади. Улар ихтиёрий равишда ёки кўрсатма бўйича турли оғиз ҳаракатларини бажара олмайдилар. Масалан, бемор тилини чиқара олмайди, тилини устки ёки пастки лабига қўя олмайди, лунжини ҳавога тўлдира олмайди ва ҳоказо. Бу оғиз ҳаракатлари нутқ жараёнига кирмайди, лекин шунга қарамасдан оғиз аппаратининг ихтиёрий бошқарилиши мураккаблиги нутқни қийинлаштиради.

Баъзи муаллифлар мотор афазияда нутқни тушуниш сақланиб қолади дейишса, бошқалари бузилади, деган фикрда. Мотор афазияда фақат экспрессив нутқ бузилади, импрессив нутқ эса сақланиб қолади, деган фикрлар ҳақиқатга зиддир (А.Р. Лурия, 2002). Маълумки, нутқни тушунишнинг асосий мезонларидан бири — бу товушларни ажрата олишдир. Нутқнинг мотор компоненти сўзларни, гапларни идрок қилишда муҳим аҳамиятга эга.

Шунинг учун афферент мотор афазияда нутқ товушларини қабул қилаётганда, нутқ жараёнининг кинестетик таҳлили етишмовчилиги туфайли товушларни ажратиш, идрок қилиш ва тушуниш бузилади. Афферент мотор афазияни аниқлаш учун аввалига турли унли товушларни такрорлаш

илтимос қилинади. Унли товушларни тез-тез такрорлаш талаб қилинса, бемор чалкашиб кетади.

Айниқса, талаффуз қилиниши қийин бўлган, ундош товушлардан иборат сўзларни такрорлаш («тротуар», «трактор», «перрон» ва б.) беморлар учун ўта қийиндир. Беморлар сўзларни нотўғри талаффуз қилишаётганлигини ўзлари тушунишади, лекин оғзи ва тили гўёки уларга бўйсунмаётгандек туюлади.

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

Эфферент мотор афазия. Эфферент мотор афазияда нутқнинг кинетик таркиби (яъни ҳаракат қисми) бузилади. Бемор бир сўздан иккинчи сўзга ўта олмай чайналиб гапиради. Соғлом одам гапираётганда дастлабки сўзлар нутқ учун жавоб берувчи мия структуралари томонидан тормозланиб, кейинги сўзларга йўл очиб берилади ва раво гапиришга имкон яратилади. Демак, эфферент мотор афазияда биринчи артикулятор ҳаракатдан иккинчисига ўтиш бузилади ва бу бемор нутқида персеверациялар пайдо бўлади.

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

Афазиянинг бу турида бемор баъзи товушларни ва бўғинли сўзларни тўғри талаффуз қилиши мумкин, лекин уларни

қўшиб сўз ясай олмайди. Енгил ҳолатларда эса бир нечта сўзлардан жумлалар тузиш қийин бўлади. Ҳаттоки ўта енгил кечувчи эфферент мотор афазияларда ҳам бемор қийин артикулятор тузилишга эга бўлган сўзларни, жумлаларни айта олмайди (масалан, тез айтишларни). Шунинг учун ҳам аграмматизм кўп кузатилади.

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

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

Динамик афазия. Нутқ бузилишининг бу тури 1934 йили К. Клейст томонидан ёзилган ва ўрганилган. Олим уни «нутқ ташаббусининг етишмовчилиги» деб атаган. Баъзи тадқиқотчилар (И.М. Тонконогий, 2002) динамик афазияни «нутқ акинезияси» деб ҳам аташади. Динамик афазиянинг хусусияти шундан иборатки, уларда нутқ хотираси, артикуляция ва фонематик эшитув сақланган бўлади. Беморлар товушларни, сўзларни, жумлаларни, нарсаларнинг номини жуда яхши тақрорлашади. Ўқиш ва ёзиш ҳам бузилмаган бўлади. Улар на тўсатдан, на мустақил равишда гапира олади, бирон-бир тушунарли сўз ёки гапни равон айта олишмайди.

Маълумки, нутқ фақат сўздан эмас, гаплардан тузилган. Одамлар бир-бири билан фаол тузилган гаплар орқали мулоқотда бўлишади, фикрларини баён қилишади. Ҳар қандай фикрни баён қилиш ички (импрессив) нутқ ёрдамида яратилган динамик жараён бўлиб, ўзининг предикативлиги билан таърифланади. Предикативлик деганда ҳаракатни ифодаловчи гаплар тушунилади. Масалан, «мен кинога бормоқчиман», «мен китоб ўқимоқчиман» ва ҳоказо. Бу ерда «бормоқчиман», «ўқимоқчиман» сўзлари предикат ҳисобланади.

Демак, динамик афазиянинг марказий механизмлари — бу ички нутқ етишмовчилиги, предикативлиги ва нутқ фа-

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

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

Сенсор афазия. Сенсор афазиянинг асосида фонематик эшитувнинг бузилиши, яъни сўзларнинг товуш таркибини фарқлаш қобилиятининг бузилиши ётади. Бошқача қилиб айтганда, товушларнинг акустик анализи ва синтези бузилади. Сенсор афазиянинг асосий нуқсони – нутқни тушунмасликдир. Сўзларнинг маъносига, кўрсатмаларга, бировнинг нутқида бемор тушунмайди.

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

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

ўқиш ва ёзиш бузилади, лекин праксис ва оптик гнозис сақланиб қолади.

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

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

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

Акустик-мнестик афазияда бемор нарсанинг қандай номланишини унутиб қўяди. Бунинг учун бемор ўша нарсага таъриф бериб ташлайди. Масалан, «помидор» деб айтиш учун у «ҳалиги қизил, юмалоқ бор-у, нимаиди?» ва ҳоказо. Шунинг учун ҳам афазиянинг бу турини оптик агнозия билан фарқлаш анча мушкулдир. Демак, акустик-мнестик афазияда фонематик эшитув ва товушларни фарқлаш сақланган бўлади.

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

Сенсор ва акустик-мнестик афазиянинг ўхшаш томонлари: 1) иккала афазияда ҳам сўзлар маъноси бегоналашуви кузатилади; 2) сўзларни излаётганда айтиб юбориш ёрдам бермайди. Агар сўзлар маъносининг бегоналашуви сабаб, сенсор афазияда фонематик эшитувнинг бузилиши бўлса, акустик-мнестик афазияда сўз билан нарсалар боғлиқлиги бузилади.

Семантик афазия. Семантик афазиянинг асосий белгиси сўзларнинг бир-бирига боғланишининг, яъни конструкциясининг бузилишидир. Бунда артикулятор ва акустик бузилишлар кузатилмайди. К. Гольдштейн афазиянинг бу турини тафаккур етишмовчилиги деб атаган. Одатда экспрессив нутқ сақланиб қолади, бемор сўзлаши ва оддий гапларни тушуниши мумкин. Семантик афазияда бемор таркибида «устида», «тагида», «юқорида», «пастда», «олдида», «ёнида», «дан» каби қўшимчалари бўлган жумлаларни ўқиб тушунмайди. Масалан, беморлар «айлана устида ҳоч», «ҳоч айлана тагида», «тундан кейин кун келади», «пашша филдан кичик» каби гапларда фарқ сезишмайди. Шунингдек, беморлар «ручка қаламдан узунроқ», «Лола Эргашдан оқроқ» каби гаплар орасидаги ўзаро боғлиқликни таҳлил қила олишмайди.

Беморлар қалам ва ручкани кўрсатинг, деган кўрсатма-ни тўғри бажаришади, лекин «қалам билан ручкани» ёки «ручка билан китобни» кўрсатинг, деган жумлаларни тушунишмайди ва бажара олишмайди.

Амнестик афазия. Амнестик афазияда нутқнинг номинатив функцияси бузилади. Бирор нарсанинг номини айтиш учун бемор бир нечта сўзларни айтиб ташлайди. Масалан, беморга олмани кўрсатиб: «Бу нима», деб сўралса: У «Ҳалиги, бу беҳи, эй, нок эмас, бу, биласизми, еганда жуда мазали, нимаиди, ҳамма жойда ўсадиган, ҳалиги, ҳозир биламан, эй, жин урсин, айта олмаяпман» деган ноаниқ жумлаларни айтиб юборади.

Амнестик афазиянинг механизмларини тушунтириб беришга кўп уринишлар бўлган. Классик тадқиқотчиларнинг фикрларини келтириб ўтамиз. К. Вернике ва А. Лихтгейм амнестик афазияни «сўзларнинг мотор ва сенсор образлари» орасидаги боғланишларнинг бузилиши деб билса, К. Клейст ва С. Хеншен сўзлар хотираси марказининг парчланиши билан боғлашган. К. Гольдштейн амнестик афазияда нарсаларнинг номини унутишни абстракт фикрлашнинг бузилиши билан боғлаган. Л.С. Виготский эса афазиянинг бу турида, аксинча, абстракт фикрлашдан аниқ фикрлашга ўтишнинг бузилиши асосий аҳамиятга эга, деб айтган. А.Р. Лурия амнестик афазияда нарсаларнинг номини айтиш ва ҳодисаларни таърифлашда бе-

мор онгида мавжуд бўлган бир нечта сўзлардан керагини танлаб олиш бузилади, деб айтган.

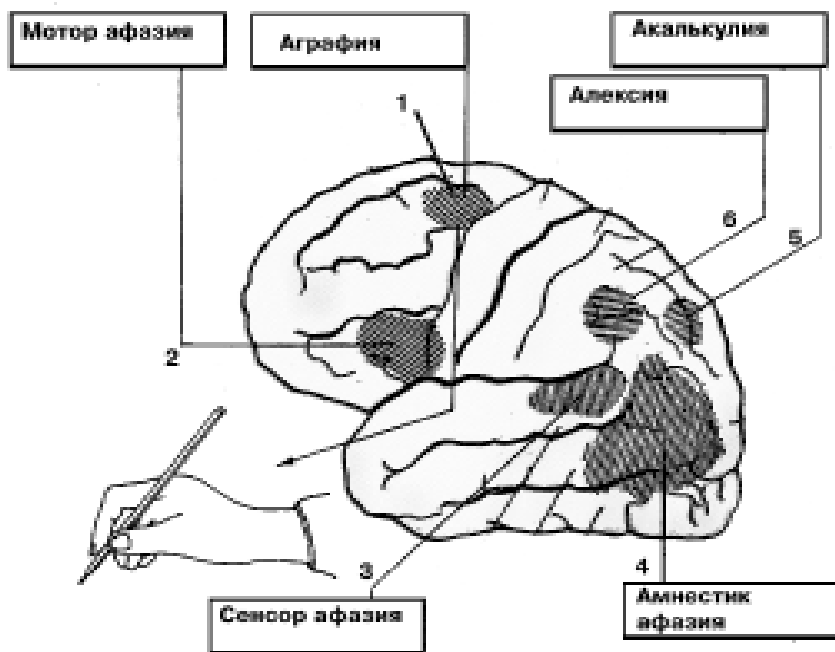
Сенсор ва акустик-мнестик афазиядан фарқли ўлароқ, амнестик афазияда сўзнинг бошини айтиб юбориш ёрдам беради. Нутқнинг номинатив функцияси бузилса-да, бошқа функциялари — ёзиш ва ўқиш сақланиб қолади. Амнестик афазия алоҳида ҳолда жуда кам учрайди ва у асосан акустик-мнестик ёки семантик афазия билан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

2.2.3. Аграфия

Экснер 1881 йили биринчилардан бўлиб бош мияда алоҳида хат (ёзиш) маркази борлигини айтиб ўтган. Аммо Вернике ва Дежерин алоҳида хат маркази борлигини инкор қилишган. Аграфия атамаси 1885 йили Бенедикт томонидан таклиф қилинган бўлиб, ёзишнинг бузилиши деган маънони англатади. Хеншен 1922 йили иккинчи пешона пуштасининг орқа қисми зарарланганда аграфия кузатилишини айтган. Нельсон (1946) ёзиш жараёни (қобилияти) иккинчи ва учинчи пешона пушталарининг орқа қисми, бурчак пуштаси ва уларни бир-бири билан боғловчи йўллар зарарланиши ҳисобига ҳам бузилишини таъкидлаб ўтган. А.Р. Лурия (2002) бош миянинг энса соҳаси, пастки париетал ва юқори чакка пуштасининг орқа қисмлари зарарланганда аграфия кузатилишини аниқлаган. Шунингдек, у афазияларда аграфиянинг ўзига хос хусусиятларини ўрганган. 12-расмда аграфия, акалькулия, алексия ва афазиялар кузатиладиган соҳалар кўрсатилган.

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

Ёзиш қобилиятининг шаклланишини ўрганадиган бўлсак, дастлаб ёзиш жараёни оғзаки нутқдан алоҳида ривожлана бошлаб, фақат кейингина нутқ билан чамбарчас боғланиб кетади. Ёзиш жараёни ва оғзаки нутқнинг келиб чиқиши, шаклланиши, кечиши, мазмуни ва функцияси бўйича бири-биридан фарқ қиладиган томонлари жуда кўпдир. Масалан, бола 2 ёшга етганда оғзаки нутққа эга бўла бошласа, ёзишни одатда 5–7 ёшдан бошлайди. Оғзаки нутқ катталар билан мулоқот таъсирида



12-расм. Бош мия катта ярим шарларининг ўчоқли зарарланишларида қузатиладиган нейропсихологик симптомлар (чап ярим шар):

1 – аграфия; 2 – мотор афазия; 3 – сенсор афазия; 4 – амнестик афазия; 5 – акалькулия; 6 – алексия.

ривожланса, ёзма нутқ онгли равишда ўрганиш мобайнида шаклланади. Аввалига бола бирор сўзни ёзиш учун ҳар бир ҳарфнинг товушини ажратади, ўша ҳарфнинг тузилишини кўз олдига келтиради, ёзади ва эслаб қолади. Ёзиш жараёни боланинг миясига сингган сайин ёзишни онгли тарзда бошқариш зарур бўлмай қолади ва ёзиш борган сайин автоматлашиб боради ва гўёки «беихтиёрий» жараёнга айланади. Бунинг натижасида хатнинг тузилиши ҳам, боланинг хуснихати ҳам ўзгаради.

Ёзма нутқнинг талаффуз этилмаслиги эмас, балки фикрланиши уни оғзаки нутқдан ажратиб турадиган асосий жараён дир. Ёзма нутқнинг ўзига хос хусусиятлари бор. Ёзма нутқ оғзаки нутққа қараганда ихтиёрийроқ дир. Агар товуш оғзаки нутқда автоматлашган бўлса, одам ёзишни ўрганаётганда ўша товушни майдалаб, анализ ва синтез қилиб ёзади.

Ёзма нутқ аниқ мақсадга йўналтирилган онгли жараёндир. Ёзма нутқни ўзлаштириш учун асосий аҳамиятга эга бўлган нарса – бу мустақил нутқни эгаллаш ва англашдир.

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

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

Ёзма нутқ қуйидаги босқичларни ўтади: 1) ёзиш учун ниятнинг пайдо бўлиши; 2) нима ҳақида ёзиш; 3) қандай ёзиш; 4) товушни ҳарфга айлантириш, ва ниҳоят; 5) ёзиш жараёнини бошқариш босқичи. Ёзаётган пайтда товушни ҳарфга айлантириш, ўқиётган пайтда ҳарфни товушга айлантириш мураккаб психофизиологик жараёнлар ҳосиласидир.

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

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

2.2.4. Апраксия

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

Апраксиянинг таснифи 1905 йили Х. Липманн томонидан таклиф қилинган бўлиб, ҳозирги кунгача ўз кучини йўқотгани йўқ. У апраксиянинг учта турини ажратган: 1) **идеатор апраксия** — ҳаракат тўғрисидаги ғоянинг бузилиши, парчаланиши; 2) **кинетик апраксия** — ҳаракат кинетик тасаввурининг бузилиши; 3) **идеомотор апраксия** — ҳаракат ҳақидаги «ғояни», мақсадни «ҳаракатни бажариш» марка-зига узатишнинг бузилиши. Идеатор апраксияни Липманн бош миянинг диффуз зарарланиши билан боғлаган бўлса, кинетик апраксияни премотор соҳанинг пастки қисми зарарланиши билан, идеомотор апраксияни эса мия тепа бўлагининг зарарланиши билан боғлаган.

Кўпчилик муаллифлар орал, бармоқлар, тана ва кийиниш апраксия турларини фарқ қилишади. А.Р. Лурия ҳам апраксиянинг 4 та турини ажратиб ўрганди: 1) **кинететик апраксия**; 2) **фазовий апраксия ёки апрактоагнозия**; 3) **кинетик апраксия**; 4) **регулятор (префронтал) апраксия**.

Кинететик апраксия бош мия чап ярим шарининг пастки париетал соҳалари зарарланганда кузатилади. Бунда фалажликлар бўлмаса-да, ҳаракатнинг кинететик механизмлари бузилади. Беморлар пиёлага чойнинг қандай қуйилиши ёки шакар қошиқ билан қандай олинади-ю, пиёлага солиб қандай эритилишини зарур нарсаларсиз кўрсатиб бера ол-



13-расм. Бош мия чап ярим шари пўстлоқ марказлари зарарланганда қузатиладиган праксиснинг бузилишлари: 1 – динамик апраксия; 2 – тотал апраксия; 3 – идеатор апраксия; 4 – конструктив апраксия; 5 – юз апраксияси.

майди. Бундай пайтларда фазовий ҳаракатлар сақланган бўлади, лекин ҳаракат жараёнининг проприорецептив (кинестетик) механизмлари ишламайди. Шунинг учун кинестетик апраксияни текширганда беморнинг кўзи юмилган ҳолатда бўлиши керак. Чап ярим шар зарарланганда кинестетик апраксия икки томонлама, ўнг ярим шар зарарланганда бир томонда, яъни фақат чап қўлда қузатилади.

Фазовий апраксия ёки апрактоагнозия ҳаракатнинг фазовий тасавури, яъни «юқори-қуйи», «чап-ўнг» каби томонларни фарқлашнинг бузилиши оқибатида ривожланади. Аксарият ҳолларда фазовий апраксия кўрув агнозиясиз қузатилади. Агар

оптик-фазовий агнозия фазовий апраксия билан бирга учраса, унда тўла апрактоagnoзия намоён бўлади. Беморда ҳолат апраксияси, кийиниш ва ётадиган жойни тахлаш апраксияси ҳам кузатилади. Уларга кўрув назорати ёрдам бермайди. Ҳаракатларни бажаришда беморнинг кўзи очиқ ҳолатда ёки ёпиқ ҳолатда бўлиши аҳамиятга эга эмас. Беморлар оддий фигуралар — айлана, квадрат, учбурчак каби фигураларни чиза олмайди.

Апрактоagnoзия чап ярим шарнинг тепа-энса бўлакла-ри, аниқроғи 19- ва 39-майдонлар зарарланганда ёки икка-ла ярим шарнинг оксипито-париетал соҳалари зарарланган-да кузатилади.

Кинетик апраксияда бемор чизиш, ёзиш ёки бармоғи билан буйруқ бериш каби оддий ҳаракатларни бажара ол-майди. Кинетик апраксия преотор соҳа (6-8-майдонлар) зарарланганда учрайди. Бу апраксия учун ҳаракат персевера-циялари, яъни бирор-бир ҳаракатни бажариш учун бефойда уринишлар хосдир.

Регулятор (префронтал) апраксия чап пешона бўлагининг префронтал соҳаси зарарланганда кузатилади. Мушак-лар тонуси ва кучи сақланган бўлади, лекин ҳаракат дасту-ри бузилади, ҳар қандай ҳаракатнинг бажарилишини онгли тарзда назорат қилиб бўлмай қолади. Беморлар биринчи ҳара-катдан иккинчисига бемалол ўта олмайди. Масалан, квад-ратни чизиб изидан учбурчакни чизиш талаб қилинса, бе-мор учбурчак ўрнига квадрат чизиб қўяди.

Назорат учун саволлар

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

«Ота — ақл, она — идрок.

Ота — билак, она — юрак».

Ўзбек халқ мақоли

III БОБ. СЕЗГИ ВА ИДРОК

3.1. Умумий маълумотлар

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

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

Фанда сенсор изоляция деган тушунча бор. Космонавтларни ташқи ахборотлардан тўла изоляция қилиб, уларнинг асаб тизими чуқур ўрганилади ва коинотда яшашга мослаштирилади. Тўла ва қисман сенсор изоляция синалувчиларда олиб борилганда, бир неча соатдан кейин улар аҳволи ёмонлашганидан шикоят қилиб, тадқиқотни тўхтатишни илтимос қилишган. Бундан бир неча йил олдин Америка Қўшма Штатларида инфекция тушиш хавфини мутлақо йўқотиш учун мураккаб операция ўтказиладиган хоналарга умуман ойна қўйишмаган ва бу хоналарда фақат эшик бўлган, холос. Бундай хоналарда узоқ вақт давом этадиган операциялар пайтида жарроҳлар руҳан чарчаб қолаверган ва бу операциянинг сифатига салбий таъсир кўрсатган. Бундан кўриниб турибдики, энг мураккаб жисмоний ва ақлий меҳнатни талаб қилувчи шароитларда сезги аъзоларимизга ташқи оламдан келиб турувчи ахборотларнинг таъсир доираси ўта кенгдир. Бу ва бошқа далиллар инсон

организмининг ташқи дунёдан сезгилар тарзидаги таассуротларга эга бўлиш эҳтиёжи нақадар кучли эканлигидан далолат беради.

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

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

Идрок қилиш эҳтиёж, майл ва истакларга ҳам узвий боғлиқ бўлади. Ҳар қандай идрок саралаш босқичини ўтайди. Масалан, биз ўзимиз учун аҳамиятсиз бўлган нарсани идрок қилмаймиз (уни сезиб турсак-да). Бу ерда идрокнинг индивидуалигини ҳам алоҳида таъкидлаб ўтиш жоиздир. Ҳар бир киши нарсаларнинг ўзига керакли хусусиятларини ёки ўзи тушунган жиҳатларини идрок қилади. Бунда идрокнинг

индивидуал хусусиятлари унинг мақсадга йўналтирилганлигида, ҳиссийлигида, барқарорлигида ва ҳоказоларда ўз аксини топади. Идрок қилишда кузатувчанликнинг аҳамияти ҳам жуда каттадир. Одам ўзи кузатмаган нарсаларни, воқеа-ҳодисаларни идрок қилмайди. Демак, идрок сезгидан фарқли ўлароқ, фаол ва онгли жараёндр. Идрок қилишда инсон тафаккури ҳам муҳим аҳамиятга эга, масалан, тафаккури бузилган ёки ақли заиф одамларда идрок қилиш ҳам суст бўлади.

Нарса ва ҳодисаларни сезиш каби, уларни тасаввур қилиш ҳам идрок жараёни учун зарур воситалардан биридир. Авваллари идрок қилинган образларни онгимизда жонлантиришга, яъни қайта тиклашга **тасаввур** деб аталади. Тасаввур бизнинг онгимизда тўсатдан пайдо бўлиши мумкин. Тасаввур ўта индивидуалдир, у одамнинг шахсига боғлиқ. Одамнинг касб-корига қараб бировда кўрув, бошқаларда эса эшитув аъзолари орқали тасаввур қилиш яхши ривожланган бўлади.

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

3.2. Сезги ва идрокнинг физиологик механизмлари

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

Ташқи ва ички муҳитдан келаётган ҳар қандай маълумот махсус **рецепторлар** орқали қабул қилинади. Шартли равишда уч гуруҳ рецепторлар фарқ қилинади: 1) **экстрарецепторлар** – ташқи муҳитдан келувчи таъсиротларни қабул қилади; 2) **интрарецепторлар** – ички аъзолардан келувчи импульсларни қабул қилади; 3) **проприорецепторлар** – мушак, унинг пайлари, бўғимлар ва суяклардан келувчи импульсларни қабул қилади.

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

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

Сезги ва идрок **бирламчи** ва **иккиламчи сигнал системалари** иштирокида амалга оширилади. Эшитиш, кўриш, оғриқ сезиш, таъм ва ҳид билиш бирламчи сигнал системасини ташкил қилади ва улар одамларда ҳам, ҳайвонларда ҳам бўлади. Иккиламчи сигнал системасига эса нутқ ва у билан боғлиқ бўлган олий руҳий функциялар кирадики, у фақат инсонлар учун хосдир. Бу барча жараёнлар анализаторлар иштирокида амалга оширилади. Ҳар қандай анализатор уч қисмдан иборат: 1) таъсиротларни қабул қилувчи қисми, яъни рецептор; 2) ўтказувчи аппарат, яъни нерв толалари; 3) маълумотларни таҳлил қиладиган марказлар. Бу марказлар бош мия катта ярим шарлари пўстлоғи бўйлаб тарқалган. Бу ерда, яъни пўстлоқда ташқи ва ички муҳитдан келадиган барча таъсиротлар анализ ва синтез қилинади. Кўрув, эшитув, ҳид билиш, таъм сезиш ва тери анализаторлари фарқ қилинади. Демак, сезиш жараёни анализаторлар орқали амалга оширилади ва бош мия тузилмаларида идрок қилинади.

Бош мия иккита ярим шардан иборат бўлиб, унинг устки қатлами кулранг тусга эга. Бу қатлам бош мия катта ярим шарларининг **пўстлоғи** деб ном олган. Пўстлоқ турли вазифани бажарувчи кўп миқдордаги асаб ҳужайралари (14 млрд) тўпланган жойдир. Бу ерда мураккаб интегратив жараёнлар рўй беради. Анализаторларнинг марказий қисми жойлашган пўстлоқда турли тоифага мансуб бўлган (кўрув, эшитув

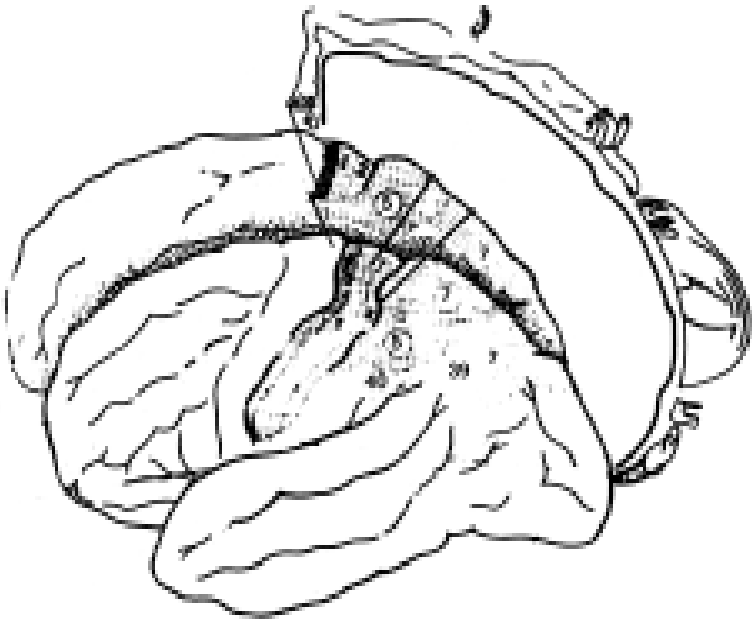
ва ҳ.к.) сезгилар доимо бир-бири билан шартли боғланишлар ҳосил қилиб туриши натижасида одам идрок қилиш қобилиятига эга бўлади.

Энди сезги ва идрок учун муҳим аҳамиятга эга бўлган кўрув, эшитув ва тери анализаторларининг анатомио-физиологик хусусиятлари тўғрисида тўхталиб ўтамиз. Кўрув таъсиротлари кўзнинг тўр пардасида жойлашган ёруғликка қўзғалувчи рецептор ҳужайралар орқали қабул қилинади. Бу ҳужайралар таёқчалар ва колбачалар шаклида бўлиб, биринчилари оқ-қора тасвирни, иккинчилари рангли тасвирни қабул қилади. Тўр парда ҳужайраларида пайдо бўлган қўзғалишлар кўрув нервлари орқали марказга йўналтирилади. Бу импульслар таёқчалар ва колбачалардан кўрув нервларига, хиазмага, кўрув трактига, кўрув дўнглигига, у ердан эса кўрув таъсиротларини анализ ва синтез қиладиган марказ — бош мия катта ярим шарлари пўстлоғининг энса соҳасида жойлашган 17-майдонга узатилади. Бу майдонда кўрув импульслари бирламчи таҳлил қилинади. Бу майдон зарарланганда беморда кўриш бузилади. Кўрув импульслари 17-майдондан 18- ва 19-майдонларга узатилади. Бу ерда кўрув таъсиротлари идрок қилинади ва мураккаб кўрув образлари яратилади. Бу соҳа зарарланса, бемор ўз кўзи билан кўриб турган ва аввал танийдиган нарсаларни ҳамда одамларни танимайди. Буни неврологлар **кўрув агнозияси** деб аташади. Демак, 17-майдон кўрув таъсиротларини сезиш маркази бўлса, 18- ва 19-майдонлар эса уларни идрок қилиш марказидир. Лекин идрок жараёнида пўстлоқдаги барча марказлар иштирок қилади. Кўрув анализаторлари орқали қабул қилинган ахборотлар хотирада сақланади ва кўрув хотирасига айланади.

Эшитув анализатори ҳам, бошқа анализаторлар каби бир нечта бўлимлардан иборат. Одамнинг эшитиш рецепторлари тебраниш тезлиги 16 дан 20000Гц га қадар бўлган товуш тўлқинларини қабул қила олади. Эшитув анализатори қуйидагича тузилган. Ички қулоқ чиғаноғида товуш тўлқинларини қабул қиладиган мураккаб рецептор аппарат жойлашган, уни кортий органи деб аташади. Эшитув таъсиротлари кортий органи орқали қабул қилиниб, эшитув йўллари бўйлаб бош мия катта ярим шарлари пўстлоғининг чакка

қисмида жойлашган эшитув марказига (41-майдонга) узатилади. Бу марказда, яъни 41-майдонда эшитув аппаратларидан келувчи товушлар (таъсиротлар) қабул қилинади. Бу ерда товушлар бирламчи анализ босқичини ўтайди. Эшитув таъсиротларини идрок қилиш эса пўстлоқнинг чакка қисмида жойлашган 22- ва 42-майдонларда кечади. Бу майдонларда эшитилган товушларни таниш, яъни билиш маркази жойлашган. Бу соҳалар зарарланганда бемор оддий товушларни (сувнинг оқиши, эшикнинг гичирлаши, машина моторининг гуруллашини ва ҳ.к.) эшитса-да, ниманинг товуши эканлигини айтиб бера олмайди. Демак, атроф-муҳитдаги товушлар бемор учун ҳеч қандай маъно касб этмайди. Агар бола туғма қар бўлса ёки илк болалик давридан эшитмайдиган бўлиб қолса, унда нутқ ривожланмасдан қолади. Нутқ эса инсонни ҳайвонлардан ажратиб турувчи олий руҳий жараёндир. Бундан кўриниб турибдики, эшитув анализаторлари инсоннинг руҳий ривожланишида жуда катта аҳамият касб этади. Лекин қулоғи яхши эшитмайдиган одамларда бошқа сезгилар мукаммаллашган бўлади.

Тери-кинестетик (ёки умумий сезги) анализатори ўзига хос тузилишга эга бўлиб, унинг маркази орқа марказий пуштада (1-, 2-, 3-майдонлар) ва қисман юқори париетал бўлақда (5- ва 7-майдонлар) жойлашган (14-расм). Умумий сезги филогенетик жиҳатдан энг кекса бўлиб, унинг инсон учун биологик аҳамияти беқиёсдир. Одам ҳид ёки таъм билиш, эшитув ёки кўрув сезгиларисиз яшаши мумкин, бироқ умумий сезгисиз унинг ҳаёт кечириши катта хавф остида қолади ёки умуман мумкин бўлмайди. Умумий сезги тушунчаси йиғма тушунча бўлиб, унга тактил, оғриқ ва ҳарорат, мушак-бўғим ва мураккаб сезгилар кирди. Ушбу сезгилардан жудо бўлган нафақат одамларнинг, балки ҳайвонларнинг ҳам ҳаёт кечиришини тасаввур қилиш қийин, албатта. Чунки ташқи оламдан ва ўз танамиздан умумий сезги рецепторлари орқали доимо маълумот келиб туриши одамнинг ҳаракат фаолиятини, демак, яшаш тарзини белгилаб беради. Масалан, оғриқ ва ҳарорат сезгиси орқали иссиқ-совуқни сезсак, мушак-бўғим сезгиси ҳаракатларимизнинг асосини ташкил қилади, мураккаб сезги ёрдамида эса кўзимиз юмуқ ҳолатда бўлса-да, кафти-



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

14-расм. Бош миёна катта ярим шарлари пўстлоғида тери-кинестетик (умумий сезги) анализатори жойлашган соҳалар:

3-майдон – умумий сезгининг бирламчи проекцион соҳаси;

1-, 2-, 5-, 7-майдонлар – умумий сезгининг иккиламчи проекцион-ассоциатив соҳалари; 39-, 40-майдонлар – учламчи ассоциатив соҳалар.

миёзга қўйилган нарсаларни пайпаслаб нима эканлигини айта оламиз ва ҳоказо.

Мушак, бўғим ва суяклардан миёзга келиб турувчи доимий сигналлар одам ҳаракатининг асосини ташкил қилади. Оёқ-қўлимиз ишласа-да, бу сезгиларсиз биз бир қадам ҳам юра олмаймиз ёки қошиқ билан овқатни оғзимизга олиб

кела олмаймиз, яъни ҳаракат ҳам, мувозанат ҳам бузилади. Демак, сезги аъзолари фақат ташқи ва ички оламдан таъсиротларни қабул қилиб олиш вазифасинигина бажариб қолмасдан, балки ижро қилиш жараёнларида қатнашадиган ҳаракат аъзолари билан ҳам узвий боғлангандир. Масалан, олдимизда турган бирор нарсани пайпаслаб сезиш ва идрок қилиш учун қўлимизни чўзамиз ва бармоқларимизни ҳаракатга келтирамиз. Бу ерда ҳам юзаки, ҳам чуқур, ҳам мураккаб сезгилар ва ҳаракат функциясининг мужассамлашганини кўрамиз.

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

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

3.3. Сезги ва идрокнинг бузилиши

Сезги бузилишлари хилма-хил бўлади. Сезги анализаторларининг периферик қисмидан тортиб, то пўстлоқдаги марказий қисмигача бўлган ҳар қандай соҳасининг зарарланиши сезги бузилиши билан кечади. Тери сезувчанлигининг ҳар хил ўзгаришлари асаб касалликларида жуда кўп кузати-

лади. Тери сезувчанлигининг (оғриқ, ҳарорат ва тактил) пайишига **гипестезия**, кучайишига **гиперестезия**, йўқолишига эса **анестезия** деб аталади. Ҳарорат сезгисининг йўқолиши билан кечувчи касалликларда, масалан, сириномиелияда беморнинг териси қаттиқ куйса ҳам оғриқни сезмайди. Тактил сезги (танани енгил силаганда пайдо бўладиган сезги) оғриқ ва ҳарорат сезгисига қараганда камроқ бузилади. Тана сезувчанлиги кучайишининг кескин турларида беморнинг баданига арзимаган нарса билан тегилса ҳам кучли оғриқ пайдо бўлади. Бунга **гиперпатия** дейилади. Гиперпатияда таъсир этилган жойдан бошқа жойларда ҳам оғриқ кузатилади ва бироз вақт сақланиб туради.

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

Психоген гипестезиялар гиперестезиялардан фарқли ўлароқ, ташқи таъсирларни қабул қилишнинг пасайиши билан кечади. Атроф-муҳитдаги товушларнинг жарангдорлигини бемор англамайди, ҳамма нарса қоронғи тумандагидек кўринадди. Бошқа бировларнинг овозида жарангдорлик ва жозоба йўқдек туюлади.

Сенестопатияларда эса бемор гўёки баданнинг турли соҳаларидан ва ички аъзолардан келаётган нохуш сезгиларни ҳис қилади. Бу сезгилар худди куйдирувчи, босувчи, сиқувчи ва гулдирувчи хусусиятларга эга бўлади. Полиестезияларда

тананинг битта жойи таъсирлантирилганда, гўёки унинг кўп жойлари таъсирлантирилгандек туюлади. Бирор-бир ташқи таъсирнинг бошқа бир таъсир каби қабул қилинишига **дизестезия** деб аталади. Масалан, бемор иссиқ таъсирини совуқдек, совуқни иссиқдек қабул қилади.

Тананинг ярмида сезгининг йўқолишига **гемианестезия**, битта оёқ ёки қўлда йўқолса **моноанестезия** дейилади. Оғриқ сезгисининг йўқолишига **анальгезия**, ҳарорат сезгисининг йўқолишига **термоанестезия** деб аталади. Ҳеч қандай ташқи таъсирларсиз танада нина санчгандек, увишгандек, тери тортишгандек, баданда чумоли юргандек каби турли хил сезгиларнинг пайдо бўлишига **парестезиялар** дейилади. Танада кузатиладиган **оғриқлар** тери сезувчанлигининг бузилишида алоҳида ўрин касб этади. Чунки оғриқлар одамга танада пайдо бўлган ёки кўзгалган касаллик ҳақида ахборот етказувчи омил ҳамдир. Демак, у ҳимоя вазифасини ҳам бажаради. Бу оғриқлар периферик нервлар, нерв чигаллари, орқа миянинг орқа илдизчалари, вегетатив тугунлар, кўрув дўнглиги, орқа марказий пушта зарарланганида ёки ортиқча таъсирлантирилганда кузатилади. Кўриб турганимиздек, тери сезувчанлиги бузилишлари турли-туман бўлиб, улар асосан асаб касалликларида кўп кузатилади ва неврология дарсликларида батафсил ёритилган. Мушак-бўғим сезгиларининг бузилиши, тери сезувчанлигининг бузилишига қараганда камроқ кузатилади. Бунда бемор кўзини юмган ҳолда бўғимларда қилинган суст ҳаракатларни сезмайди. Мураккаб сезгининг бузилишларидан бўлмиш **астереогнозияда** бемор кўзини юмган ҳолда қўлига қўйилган нарсаларни пайпаслаб айтиб бера олмайди, кўзи очиқ ҳолатда эса уларни бемалол айта олади.

Кўрув анализаторининг бузилишлари ҳақида сўз юритадиган бўлсак, истерияда кузатиладиган кўришнинг тўсатдан пасайиб кетишини алоҳида таъкидлаш зарур. Бунда кўрув йўлларида органик бузилишлар кузатилмайди, лекин беморнинг кўзи кўрмайди ёки хира кўради. Бу ҳолат қаттиқ ҳиссий зўриқиш оқибатида мия пўстлогининг маълум қисмларида турғун кўзғалишнинг пайдо бўлиши билан тушунтирилади. Кўрув анализаторининг рецептор қисмидан тортиб то марказий қисмигача бўлган зарарланишлар кўришнинг

турли хил бузилишлари билан кечади. Кўрув йўлларининг хиазмагача бўлган қисми зарарланса, **амавроз**, хиазманинг ички кесишган қисми зарарланса, **битемпорал гемианопсия**, ташқи, яъни кесишмаган қисми зарарланса **биназал гемианопсия** кузатилади. Миянинг чап томондаги кўрув тракти зарарланса ўнг томонлама гемианопсия, ўнг томондагиси зарарланса, чап томонлама гемианопсия кузатилади. Кўрув марказлари зарарланса, квадрант гемианопсиялар, скотомалар (кўрув майдонида қора доғлар) кузатилади.

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

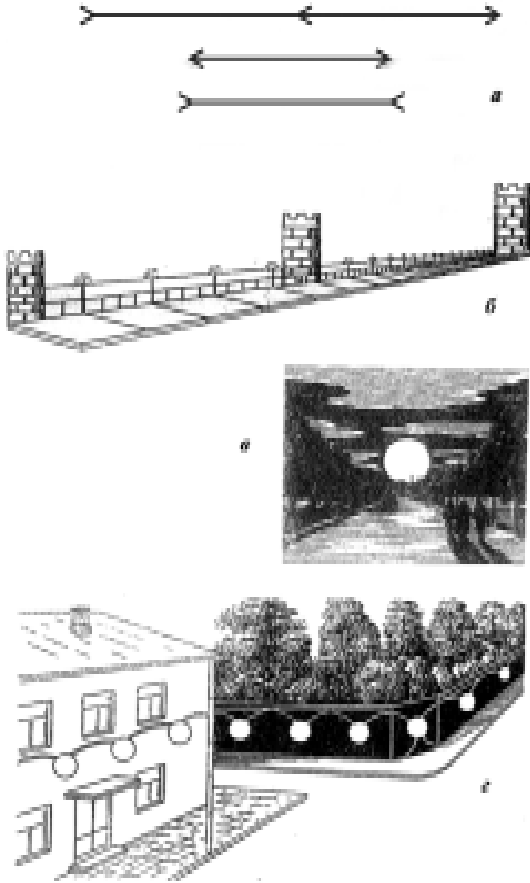
Галлюцинациялар деб, аслида бемор олдида мавжуд бўлмаган объектларни ва ҳодисаларни идрок қилишга айтилади. Галлюцинациялар бош мия пўстлоғида инерт кўзғалишнинг пайдо бўлиши ва унинг доминантлик вазифасини бажариб туриши билан тушунтирилади. Инерт кўзғалиш бош мия пўстлоғининг умумий тормозланиши фонида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

Галлюцинациялар сохта тасаввур ҳисобланади, чунки улар атроф-муҳитда мавжуд бўлмаса ҳам бемор фикрида пайдо бўлаверади. Баъзан беморга ўзи идрок қилаётган нарса, ҳодисалар ҳақиқатан ҳам бордек туюлади ва ўзи ҳам бунга ишонади. Галлюцинациялар шизофрения касаллигида кўп кузатилади. Невроз билан хасталанган ва тез-тез аффект ҳолатига тушиб турадиган беморларда ҳам галлюцинациялар бўлиб туради. Галлюцинациялар соғлом одамда ҳам кузатилиши мумкин. Масалан, саҳрода адашиб қолиб бир ўзи кетаётган одамга сув, қишлоқ, дарахтзор ёки у томонга юриб келаётган одам кўринади. Кўрув галлюцинацияларида бемор кўз олдида ҳар хил нарсалар кўринади. Нарсалар ё катта (макропсия), ё кичик (микрoпсия) бўлиб кўринади. Бундан ташқари, бу нарсаларнинг шакли ҳам қийшиқ ва ноаниқ бўлиб кўринади. Галлюцинациялар нафақат психоз ёки неврозларда, балки бош мия пўстлоғини таъсирлантирувчи органик касалликларда (ма-

салан, ўсмаларда) ҳам кузатилиб, муҳим диагностик аҳамиятга эга бўлиши мумкин.

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

Иллюзиялар деб, атроф-муҳитда аслида мавжуд бўлган нарса ва ҳодисаларни янглиш идрок қилишга айтилади. Демак, галлюцинациялардан фарқли ўлароқ, иллюзияларда идрок этилаётган нарсалар мавжуддир, лекин улар нотўғри қабул қилинади. Масалан, ерга тушиб ётган қора чопон узоқдан худди ухлаб ётган итдек, дўппи эса мушукдек, қоронғи хонада михга илиб қўйилган пальто худди ўғри тургандек туюлади. Иллюзиялар ҳам, худди галлюцинациялар сингари кўрув, эшитув, ҳид ва таъм билиш турларига бўлинади. Иллюзиялар соғлом одамларда ҳам учраб туради. Масалан, қурилиш бўлаётган жойда ёғочлар узоқдан худди эгри жойлашгандек, эшик ва деразалар қийшиқ қўйилгандек, девордаги чизиқлар эгри чизилгандек бўлиб кўринади. Баъзан, қурувчи буларнинг тўғрилигини махсус приборлар ёки дастгоҳлар билан текши-



15-расм. Иллюзиялар (а, б, в, г): а – бир хил узунликдаги чизиқларнинг калта ёки узун бўлиб кўриниши; б – узоқда жойлашган устуннинг узун бўлиб кўриниши; в – ботаётган ойнинг калта бўлиб кўриниши; г – қора фонда оқ чироқларнинг ёниб тургандек бўлиб кўриниши.

риб кўриб ишонч ҳосил қилади. Иллюзиялар асосан руҳий ва асабий бузилишларда, айниқса, токсик энцефалопатияларда ва психоз-ларда кўп кузатилади. Турли хил иллюзиялар 15-расмда акс эттирилган.

Вербал иллюзияларда бир нечта одамнинг суҳбати бемор учун унинг устидан ғийбат қилаётгандек ёки фитна уюштириш учун режа тузилаётгандек эшитилади. Иллюзиялар шизофрения касаллиги хуруж қилганда, делириоз ва онейроид ҳолатлар билан кечувчи касалликларда кўп кузатилади.

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

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

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

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

Назорат учун саволлар

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

«Ҳаёт — бу ўтган кунлар эмас, балки эсда қолганларидир».

П.А.Павленко

IV БОБ. ДИҚҚАТ ВА ХОТИРА

4.1. Диққат ҳақида тушунча

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

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

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

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

4.2. Диққатнинг физиологик механизмлари

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

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

А.А.Ухтомскийнинг таъкидлашича, тормозланган марказларга тушувчи сигналлар ўша марказ ҳужайралари кўзғалишини кучайтириши мумкин. Айни пайтда бегона, ортиқча таъсирлар диққатга халақит берибгина қолмай, балки уни яхшилаши ҳам мумкин. Бундай механизм кўзғалишнинг асосий ўчоғи етарли кучга эга бўлгандагина амалга ошади. Кучли ўткинчи оғриқ бунга мисол бўла олади. Бунда ҳар қандай таъсир (кўнғироқ, товуш, ёруғлик) уни кучайтириши мумкин.

4.3. Диққатнинг бузилиши

Диққатнинг физиологик ва патологик толиқишлари фарқ қилинади. Диққат узоқ вақт зўриққанида у толиқади. Фаолият қанчалик мураккаб ва мушкул бўлса, толиқиш шунчалик тез бошланади. Гап шундаки, диққат қилиш жараёнида маълум миқдорда энергия сарфланади, миянинг тегишли бўлимларида кимёвий ўзгаришлар кучаяди. Толиққан нерв ҳужайралари тикланиши учун вақт (дам) керак. Қандайдир ишдан, айтийлик математик ҳисоблашлардан чарчаб, жис-

моний ишга ёки бошқа ақлий меҳнатга ўтилса ҳам мия дам олиши ва диққат бироз яхшиланиши мумкин. Демак, нерв хужайраларининг муайян ишга алоқадор айрим гуруҳларигина толиқиб, бошқа функционал гуруҳлар эса чарчамаган бўлади. Бир нарса ёки иш билан узоқ вақт шуғуллангандан кўра, навбатма-навбат бир неча ишлар билан машғул бўлиш мақсадга мувофиқдир. Шу фикр-мулоҳазаларни ҳисобга олган ҳолда ўқув машғулотларини тузишда мазмунан бир-бирига ўхшаш фанларни, масалан, математикага оид фанларни бирин-кетин қўймаслик керак, ўз-ўзидан равшанки, машғулотлар алмашганда диққатни муайян вақтгача сақлаб қолишга имкон яратилади. Акс ҳолда умумий толиқиш юз беради ва кейинчалик диққат объекти алмашинуви фойда бермайди.

Катта индивидуал тафовутларга эга бўлган диққатнинг физиологик толиқишидан ташқари, кўпгина хасталикларда, масалан, бош миянинг қон томир касалликларида, мия жароҳатларида, турли заҳарланишлардан кейин ҳам диққатнинг патологик толиқиши кузатилади. Бемор диққатининг ортиқча толиққанлигини, унинг касалликка қадар бўлган иш қобилияти билан солиштириб кўриб аниқлаш мумкин. Етарлича дам олиб, умумий қувватга киритувчи даволашдан сўнг диққат толиққанлиги ўтиб кетиши мумкин.

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

Толиқиш, материални тушунмаслик, объектга қизиқиш йўқлиги диққат чалғиганлигининг сабабларидан саналади. Бундан ташқари, кучли кечинмалар, ушалмаган орзу-ниятлар ички чалғиганлик учун алоҳида аҳамият касб этади. Улар мияда қўзғалиш ўчоғини яратади. Бунда диққатга алоқадор бирмунча кучсиз қўзғалиш ўчоғи, доминанта қонунига мувофиқ, мияда пайдо бўлган кучли

қўзғалиш билан рақобат қила олмайди. Касал одамларда диққат чалғиши, унинг ўз дардини ўйлаб нечоғлик ҳаяжонланганига, танасидаги оғриқларга, хаёлдан кетмайдиган фикрлар пайдо бўлишига кўп боғлиқ бўлади. Агар қўзғалувчанликнинг тегишли ўчоқлари жуда яққол ифодаланган бўлса, диққатни зарур бўлган объектга жалб қилиш ҳам яхши ифодаланган бўлади.

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

Паришонхотирликка қарши курашиш учун диққатга ҳалақит берувчи сабабларни имкони борича бартараф этиш лозим. Агар паришонхотирлик ва диққатнинг бошқа бузилишлари марказий асаб тизимининг касалликлари туфайли ривожланса тегишли даво чоралари ўтказилади. Бунинг учун бош мия пўстлоғида қўзғалиш ва тормозланиш жараёнларини идора этувчи доривор воситалар, масалан, транквилизаторлар, психостимуляторлар ва ноотроплар тавсия қилинади. Ақлий меҳнат жисмоний меҳнат ва спорт билан биргаликда олиб борилса, диққат бузилишининг олдини олади.

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



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

4.4. Хотира ҳақида тушунча

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

Хотиранинг учта асосий функцияси фарқ қилинади: **эслаб қолиш (эсда олиб қолиш), эсда сақлаш ва эсга тушириш**. Шунингдек, унутиш ҳам хотира жараёнларидан бири ҳисобланади. Эслаб қолишда излар орасидаги муваққат алоқалар муҳим аҳамият касб этади. Бу муваққат алоқалар ёки ассоциациялар шартли рефлекснинг бир тури ҳисобланади. Масалан, болага унинг учун нотаниш бўлган нарса, дейлик кўзойнак, биринчи бор кўрсатилса, унинг номини бола айтиб бера олмайди. Лекин у аввал кўзойнакнинг тузилиши ҳақида эшитган бўлса, бу маълумот

мияда хотира излари сифатида сақланиб қолади ва унга кўрсатилган кўзойнакнинг номини айтиб бера олади. Чунки кўриш образи ва «кўзойнак» сўзидан пайдо бўлган миядаги излар орасида шартли рефлектор боғланишлар, яъни ассоциациялар пайдо бўлади ва бунинг натижасида буюмнинг номи хотирада қайта тикланади. Демак, хотира жараёнида ассоциацияларнинг роли жуда каттадир. **Ассоциация** сўзи лотинчадан — *associatio* — бирлаштириш, боғлаш деган маънони англатади.

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

Қисқа муддатли хотирада ахборот 20 сония атрофида сақланади. Қисқа муддатли хотиранинг узоқ муддатли хотирага ўтиши ахборотнинг нақадар зарурлигига ҳам боғлиқ. Масалан, биз телефон рақамлари битилган китобга қараб, ўзимизга керак бўлган телефон рақамини топамиз ва шу рақамни терамиз. Агар бу рақам жавоб бермаса ёки бир марта гаплашилиб, кейин ўша рақамга қайтишнинг зарурати бўлмаса, биз бу рақамни узоқ муддат хотирамизда сақлаб қололмаймиз. Кейинчалик бу рақамни эслаш учун яна телефон китобини варақлашга тўғри келади. Мабодо, одам ушбу телефон рақамини узоқ вақтга эслаб қолса, демак, шу рақам билан боғлиқ бўлган маълумот ўша одамда қизиқиш уйғотди ва бу рақам узоқ муддатли хотирага айланди.

Немис психологи Эббингауз тадқиқотларининг кўрсатишича, қисқа муддатли хотиранинг ҳажми 7 та элементга тенг экан. Агар одам 7 рақамдан ортиқ бўлган қандайдир сонни эслаб қолмоқчи бўлса, ушбу сонни иккита-учта рақамларга бўлиб ташлайди. Мабодо талаба ўқув материални яхши эслаб қолишни хоҳласа, у ушбу материални мазмун жиҳатдан бўлақларга (қисмларга) ажратиб ўзлаштириши керак. Баъзи одамларнинг рақамларга хотираси кучли бўлса, баъзиларники сўзларга кучли бўлади. Масалан, қуйидаги рақамлар тўпламини эслаб қолиш керак: 3912213354. Бу ра-

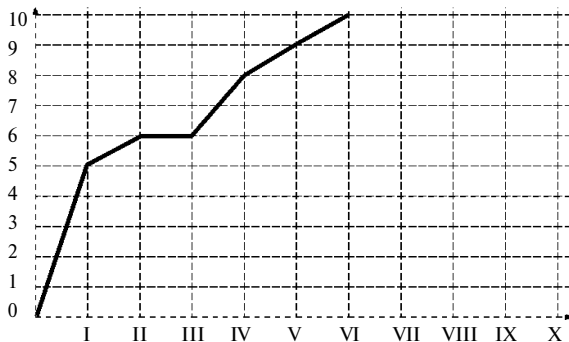
қамларни эслаб қолиш мушкул, албатта. Лекин уларни 3-9-12-21-33-54 га бўлиб ташласак, эслаб қолиш осонлашади. Бунинг учун ҳар бир «-» дан кейинги рақам бир-бирига қўшиб борилаверади ($3+9=12$; $9+12=21$ ва ҳ. к.).

Қисқа муддатли хотирада материал эсда қолиши учун унинг ҳажми унча катта бўлмаслиги керак. Масалан, рекламада бу қоидага жуда амал қилишади, шунинг учун ҳам рекламаларда узундан-узун матнлар учрамайди. Шунинг учун ҳам бемор билан суҳбатлашаётган врач қисқа ва лўнда жумлаларни ишлатиши керак. Ана шунда врачнинг тавсиялари беморнинг эсида узоқ сақланиб қолади. Ёки зарур сўзларга алоҳида урғуларни ишлатган ҳолда гапириш мақсадга мувофиқдир. Эслаб қолишда урғули сўзлардан бошқа сўзлар фақат шовқин тусида қолади, урғули сўзлар эса хотирада асосий ахборот бўлиб сақланиб қолади. Бу усул гипнозда кўп қўлланилади.

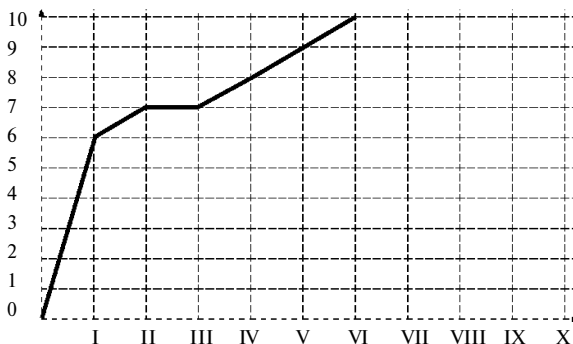
Шуни таъкидлаб ўтиш лозимки, узундан-узоқ гапирувчи нотиқлар кўпинча жумлаларни грамматик жиҳатдан нотўғри талаффуз қилишади, яъни жумла бошланиши унинг охирига мос келмайди, чунки ана шу жумлани талаффуз этиш пайтида одам жумланинг бошланишини унутиб қўяди. Кўп бўғинли сўзларни ҳам худди шундай эслаб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

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

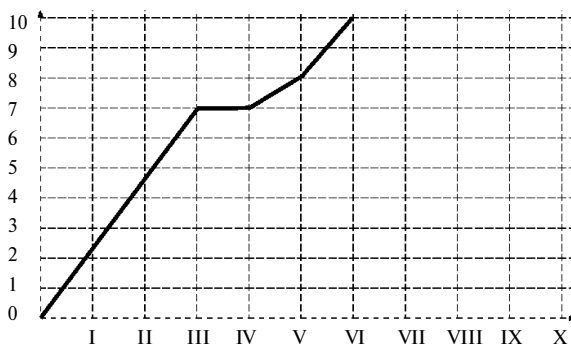
Дастлаб ахборот қисқа муддатли хотира блокларига тушади, бу блокларга асаб ҳужайраларининг муайян гуруҳлари хизмат кўрсатади. Ана шу блокларда сақланиб турган ахборот кейинчалик узоқ муддатли хотира блокларига ўтади. Лекин ҳаммавақт ҳам шундай бўлавермайди. Қисқа муддатли хотира узоқ муддатли хотирага айланиши учун ахборот «танланади». Аёнки, узоқ муддатли хотира блокларининг ахборот излари асаб ҳужайраларида ўта турғун жойлашган бўлади. Бу жараён хотиранинг ана шу икки тури билан чекланмаса керак деган фикрлар мавжуд. Чунончи, ўта қисқа муддатли ёки оператив хотира ҳам фарқ қилинади. Матн босувчининг хотираси бунга мисол бўла олади, у хотирасида атиги бир неча сўзларни машинкада босилгунгача сақлаб қолади, холос. Шуни айтиб ўтиш лозимки, қисқа муддатли хо-



17-расм (а). а – фақат ўзбекча сўзлардан иборат қатор.



17-расм (б). б – ўзбекча-русча сўзлардан иборат қатор.



17-расм (в). Эббингауз усули бўйича соғлом одамларда 10 та сўздан иборат қаторни ёд олиш ва қайта эсга тушириш: в – фақат русча сўзлардан иборат қатор. Абсцисса ўқи бўйича тажриба кетма-кетлигини кўрсатувчи рақамлар, ордината бўйича ёдга туширилган сўзлар сони.

тиранинг узоқ муддатли хотирага ўтиш механизми етарлича ўрганилмаган, лекин бу жараёнда такрорлаш асосий аҳамиятга эгадир.

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

З.Р. Ибодуллаев (2001) шу тажрибани русчани яхши билладиган ўзбек талабалари орасида ўтказди.

У соғлом ўзбек талабаларида ўзбекча ва русча сўзлардан иборат 10 та сўзни (5 та ўзбекча + 5 та русча) ёдлатиб, қайта эсга туширишни Эббингауз усули билан текшириб кўрди (бундан олдин фақат ўзбекча сўзлар қатори, кейин русча сўзлар қатори ёдлатиб текшириб кўрилди ва деярли бир хил натижа олинди). Талабалардан қоидага биноан маъно жиҳатдан бир-бирига ўхшаш бўлмаган сўзлар (масалан, *уй, вода, ҳаво, зима, қоғоз, трава, барг ва ҳ.к.*) ни ёдлаш ва қайта эсга тушириш сўралди. Тажриба бир неча бор қайтарилди. Талабалар ёдлаб қолган ва қайта эсга туширган ўзбекча ва русча сўзлар сони деярли бир хил бўлиб чиқди (17-расм). Фақат ўзбек тилидаги сўзлар (*a*), ўзбекча-русча аралаш сўзлар (*b*) ва фақат русча сўзлар (*в*) билан ўтказилган тажрибада ҳам натижалар деярли бир хил бўлди. Демак, айнан ўзбек ва рус тили билан боғлиқ бўлган мана шу тадқиқотда қисқа муддатли хотира учун тилнинг аҳамияти аниқланмади. Бироқ бу ерда рус тилидаги сўзлар танишлигини ва тушунарли эканлигини ҳам эътиборга олиш керак.

4.5. Хотира механизмлари

Хотира бош миянинг умумий функцияси бўлиб, уни таъминлашда деярли барча анализаторлар ва миянинг барча тузулмалари иштирок этади. Тадқиқотчи олимлар фикрича, инсоннинг асаб тизимида секундига 3 млрдга яқин импульслар пайдо бўлиб туради, шулардан 2 млрд га яқини мияга кўрув анали-

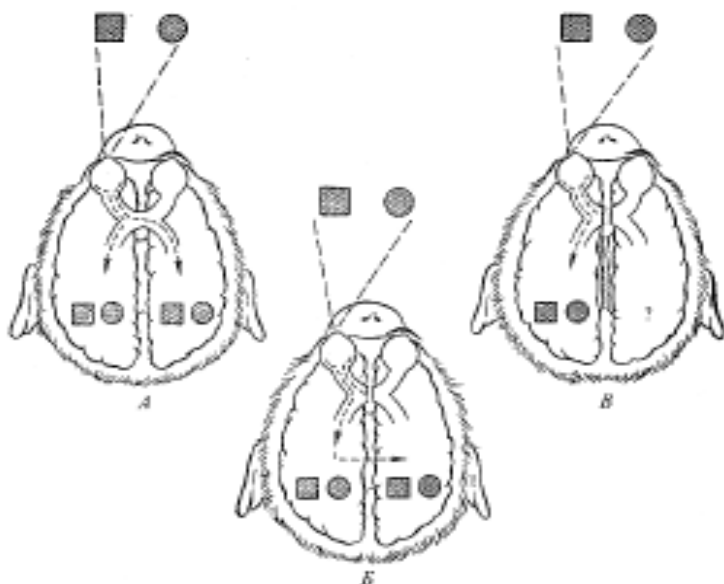
заторлари орқали тушади. Хотира механизмлари ҳақида жуда кўп таълимотлар мавжуд бўлиб, уларнинг деярли барчаси хотира механизмларининг сирларини тўла-тўқис очиб бера олмайди. Ҳозирги кунда нуклеин кислоталарнинг ирсий ахборотни сақлашда ва ирсий белгиларни узатишда тутган ўрни беқиёслиги тасдиқланган.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

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

Бу тадқиқотлар натижасида бош миянинг чакка бўлимлари хотира жараёнининг асосини ташкил қилади, деган фикр келиб чиқмаслиги керак, албатта. Бош мия катта ярим шарлари пўстлоғининг кўпгина соҳалари хотира жараёнида иштирок этади.

А.Р. Луриянинг (1959–1973) хотирани ўрганиш бўйича нейропсихологик тажрибалари буни исботлаб берган. Шунингдек, ҳайвонларда чакка бўлакчаси олиб ташланганда хотира бузилишлари рўй бермаган, улар ўргатишга қобилиятли бўлган.

Бош миянинг чап ва ўнг ярим шарларининг хотира ва бошқа психологик жараёнларда иштирокини алоҳида ўрганиш мақсадида Калифорния технологик институтида мушукларда қизиқарли бир тажриба ўтказилган (Р. Сперри, 1964). Мушукларда ҳам кўрув импульсларини ўтказувчи хиазмнинг ички толалари кесишган бўлади ва бунинг натижасида бир кўздан тушувчи импульслар бош миянинг иккала ярим шарига ҳам узатилади (18-расм, а, б, в). Шунинг учун ҳам битта кўзни боғлаб қўйиб, иккинчи кўз орқали узатилган импульс иккала ярим шарда ҳам қабул қилинади (а). Тажри-



18-расм (а, б, в). Яримшарлараро оптик импульсларни ўтказиш механизмларини ўрганиш учун мушуклар билан Сперри ўтказган тажрибалар (1964):

а – битта кўз боғлиқ бўлса-да, импульслар хиазма орқали иккинчи ярим шарга ўтказилади; б – агар бир кўзни боғлаб, хиазмани кесиб қўйса ҳам, импульслар тарғил тана орқали иккинчи ярим шарга узатилади; в – бир кўзни боғлаб, хиазма ва тарғил тана кесиб қўйилса, кўрув импульслари иккинчи ярим шарга ўтмайди, яъни бир кўздан қабул қилинган импульс миянинг ўша томондаги ярим шарига тушади холос.

ба хиазманинг ички толалари кесиб қўйилиб ўтказилганда ҳам, битта кўз орқали юборилган импульслар миянинг иккала ярим шарида ҳам акс этган. Чунки миянинг бир ярмига тушган кўрув импульслари қадоқсимон тана орқали унинг иккинчи ярмига узатилади (б). Кейин тажриба хиазмани ҳам, қадоқсимон танани ҳам кесиб қўйиб ўтказилади. Бунинг натижасида бир ярим шарга узатилган кўрув импульслари иккинчи ярим шарга ўта олмайди (в). Демак, қадоқсимон тана орқали ахборотлар бир ярим шардан иккинчисига ўтиб бош мия пўстлоғида хотира изларини қолдирар экан.

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

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

З.Р. Ибодуллаев кўрув дўнглигига (таламусга) қон қуйилган Н. исмли беморни 5 йил мобайнида (2001–2005) кузатиб келди. Унда инсултдан кейинги воқеа ва ҳодисалар тез фурсатда унутиладиган бўлиб қолган эди, яъни у ҳозиргина бўлиб ўтган воқеаларни 5–10 дақиқадан кейин мутлақо унутиб юборарди. Лекин бемор инсултгача бўлган барча воқеаларни эслаб сўзлаб берарди. Бемор уни икки йилдан буён назорат қилаётган врачнинг юз тузилишини, ёшини, исмини ва берилган тавсияларни эсида сақлаб қолмасди. Беморни текшириб бўлгандан кейин, у билан врач нима ишлар қилганлиги сўралса, 5–10 дақиқадан кейин ҳеч бирини айтиб бера олмасди, яъни ахборот тезда унутиларди. Бу ҳолат Корсаков амнезиясининг бир клиник кўринишидир. Бемор бош миясининг компьютер томографияси 19-расмда келтирилган.

Хотира жараёнини таъминлашда пўстлоқ ости тузилмаларининг ҳам роли катта. Н.П. Бехтерева (1965) одам миясига олтиндан тайёрланган электродларни чуқур жойлаштириб, хотира муаммосига доир бир қатор қизиқарли қонуниятларини очиб берган. Тажрибаларда кўрсатиб берили-

шича, одамнинг мияси маълум бир вақт ичида фақат битта, муайян фаолият билан машғул бўлади. Кўпгина тажрибаларга асосланиб, пўстлоқ ости тузилмаларининг хотирада ахборотни ушлаб туришида таламуснинг вентрал ядроси, оқ шар ва думли ядро иштироки аниқланган.

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



19-расм. Таламусга қон қуйилган беморнинг компьютер томографияси.

4.6. Эслаб қолиш

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

Эслаб қолиш ўрганилаётган нарсанинг нақадар қизиқарли ёки зарурлигига ҳам боғлиқ. Қизиқарли ёки қизиқарсиз китобни ўқиб бунга иқрор бўлиш мумкин. Шунингдек, одамда муайян ҳис-туйғуларга сабаб бўладиган воқеалар осонроқ эсда қолиши-

ни юқорида айтиб ўтган эдик. Жуда ҳам кучли ҳаяжонга келтирувчи воқеалар эса кўпинча бутун умр эсда сақланиб қолади.

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

Конспект ёзишни тўғри ташкил этиш эслаб қолишнинг муҳим шартларидан биридир. Фақат тўғри ёзилган конспект матни яхши эслаб қолинади. Конспект ёзганда китобдан матнни англамасдан туриб дафтарга қисқартирган ҳолда кўчириб қўйиш, материални эслаб қолишда қийинчилик туғдиради. Китобдаги материални хотирада олиб қолиш учун уни бир ёки бир неча марта ўқиб чиқиш ўта фойдалидир.

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

Ҳозирги кунда ўқитиш муассасаларида берилган материални яхши эслаб қолиш устида кўп тадқиқотлар олиб борилмоқда. Чунки яхши эслаб қолинган материални тушуниш осон бўлади. Бунинг учун кўпгина ўқув масканларида, айниқса,

институт ва университетларда янги педагогик технологиялар кенг жорий қилинмоқда. Бу ерда Конфуцийнинг қуйидаги сўзларини келтириш таъбирга жоиздир: «Мен эшитаман-у, унутиб қўяман, мен кўраман-у, эслаб қоламан, мен ишлаб бажараман-у, тушуниб оламан!». Бу сўзларни илмий таҳлил қиладиган бўлсак, бу файласуфнинг нақадар ҳақ эканлигига иқрор бўламиз. Чунки, биринчи ҳолатда, яъни эшитганда мияга ахборот фақат эшитув анализаторлари орқали узатилади. Эшитув билан боғлиқ бўлган хотира эса одамда жуда сустривожланган. Ундан бирмунча яхши ривожланган хотира бу кўрув хотирасидир. Лекин бирор-бир материал устида фаол ишланса, яъни ўқувчи ўқиса, бошқа ўқувчи билан мунозара қилса, ўз қўли билан матнда берилган маълумотлар устида ишласа ва турли хил «ўйин» машғулотларини ўтказса, материал узоқ вақт эсда сақланиб қолади.

Шу ерда мактаб ва институтларда кенг жорий қилинган тест имтиҳонлари ҳақида тўхталиб ўтиш зарур. Тест саволларини ёдлаш талаба учун кўпинча қисқа муддатли хотира сифатида ўтиб кетади. Тест жавобларининг мияда қисқа фурсатда сақланиб қолишининг асл сабаби унинг имтиҳон ўтгандан кейин миядан ўчирилишидир. Агар тест саволларига мантиқан ёндашилса ва ҳар бир савол устида талаба фикран ишласа, унинг жавоби узоқ муддат эсда қолади.

Қуйидаги жадвалда эслаб қолиш ва ёдга тушира олиш лаёқати келтирилган.

1-жадвал

Ахборотни қабул қилиш йўллари ва уларни қайта эсга тушириш лаёқати

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

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

Ахборотнинг хотирада сақланиши хотиранинг турига ҳам боғлиқ. Мутахассислар семантик ва эпизодик хотира турларини фарқлашади. Семантик хотира – маъно ҳақида маълумот берувчи хотира сифатида кўрилиши мумкин. Масалан, Зигмунд Фрейд тадқиқотчи олим, психоанализ ҳақидаги таълимот асосчисидир. З. Фрейд тўғрисидаги ахборот маъно ва мазмун кўринишида сақланади. У бирор илмий йўналиш бўйича машҳур бўлган олим. Баъзан ушбу олим илмнинг қайси соҳаси бўйича машҳур бўлганлигини одам яхши эслаб қолса-да, олимнинг исмини унутиб қўяди. Унинг фамилияси ёки исмини эсламоқчи бўлса: У «ҳалиги олимнинг фамилияси нима эди, у қўп танқидга ҳам учраган, машҳур невролог ҳам бўлган-ку», дейди-ю, ушбу олимнинг исмини ҳеч эслаб олмайди. Бу – семантик хотира бузилишининг бир туридир. Эпизодик хотирада бирор-бир воқеанинг бўртиб турган қисми эсда қолади. Масалан, кўчада бировни машина уриб кетди ва уни дарҳол касалхонага олиб кетишди. Бир қанча вақт ўтгандан кейин ўша воқеанинг гувоҳи бўлган одамдан воқеанинг тафсилоти сўралса, гувоҳ фақат кимдир машина уриб юборганини эслаб қолади, қолган нарслар, яъни айнан қандай машина уриб юборгани, ҳайдовчининг кўриниши ва тахминий ёши, «тез ёрдам» ни ким чақиргани эсида сақланиб қолмайди.

Шундай қилиб, хотира мураккаб функционал система сифатида кўрилиши керак. Хотирада иккинчи даражали нарса ёки воқеалар эслаб қолинмайди. Эслаб қолинган нарса ва воқеалар мияда синтез қилинади ва махсус кодга айланади. Кодланиш жараёни қисқа муддатли хотиранинг узоқ муддатли хотирага айланишида муҳим аҳамият касб этади.

Хотирада ахборот кўпроқ оптик тасвирлар ҳолида яхши сақланади, чунки аксарият одамларда кўриш анализатори дунёни идрок этишнинг етакчи тизими ҳисобланади. Шу боис эслаб қолиш усулларида бири – хотира турларининг

биргаликда бўлишидир. Кўриш, эшитиш, таъм билиш, тактил таъсиротлар билан боғлиқ хотира шулар сирасига киряди.

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

Оммабоп адабиётларда хотираси ўта кучли бўлган одамлар таърифланган. А.Р. Лурия оддий ишда ишлайдиган, бироқ чекланмаган хотирага эга бўлган одамни деярли 20 йилдан ортиқ кузатган. Ўта кучли хотиранинг соҳиби бўлган бу одам бир неча йиллардан кейин ҳам арзимаган майда нарсаларгача эслаб қолиб, уларни батафсил айтиб бера олган. Масалан, уни текшираётган олим қандай шимда бўлган, хонанинг қайси бурчагида қандай нарсалар бор эди, об-ҳаво қандай бўлган ва бемор қандай услубда текширилган? У кишининг ақл-заковати оддий одамларникидек бўлган, унча мураккаб бўлмаган математик масалаларни еча олмаган, лекин ҳар қандай узунликдаги сонларни, бепартиб жойлаштирилган ҳарфларни ва мураккаб формулаларни бемалол ёдлаб қола олган. Уни огоҳлантирмасдан туриб сўралган ҳар қандай маълумотларни 10–20 йилдан кейин ҳам бемалол аниқ айтиб бера олган. А.Р. Лурия бу шахснинг устидан олиб борган ҳамма тажрибаларни доимо

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

Энди эсда сақлаш ва қайта эсга тушириш билан танишиб чиқамиз.

4.7. Эсда сақлаш ва қайта эсга тушириш

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

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

Ихтиёрий ва ихтиёрсиз эслаб қолиш каби эсга туширишнинг ҳам ихтиёрий ва ихтиёрсиз турлари фарқ қилинади. Ихтиёрий эсга тушириш инсоннинг иш фаолиятида муҳим аҳамиятга эга. Ихтиёрий эсга тушириш инсоннинг иродасига, фикрлаш қобилиятига ва руҳий саломатлигига кўп боғлиқ.

Ихтиёрсиз эсга тушириш инсоннинг хоҳишига боғлиқ бўлмаган ҳолда хотирада қолган изларнинг қайта тикланишидир.

Энди **унутиш** механизмлари билан танишиб чиқамиз. Унутиш хотира жараёнлари билан боғланган бўлади. Одам нега унутади? «Унутиш» атамаси илмий атама ҳисобланмайди, чунки бу сўз ахборот хотирадан ўчган деган маънони беради. Ахборот хотирада аввалгидек сақланиши мумкин, уни одам бир қатор сабабларга кўра эслаш олмайди. Шу боис «унутиш» атамаси психологияда иккита ҳодисани англатади: ахборотнинг хотирадан ўчиши ва хотирадан ахборотни топа билмаслик. Масалан, врач бирон-бир дорини бир неча йил мобайнида беморларга тавсия қилиб келди ва бу дорининг дозаси унга ёд бўлиб қолган. Энди врач бу дорининг ўрнига бошқа бир янги дорини тавсия қилиб бошлади ва бунинг оқибатида аввалги дорининг дозасини унутиб юборди. Хотирада янги ахборот гўёки эски ахборотдан «бўшаб» қолган жойни эгаллади. Бу унутишнинг биринчи сабаби. Бу ахборот яна қайта тикланиши мумкин, масалан, медитация ва транс ҳолатларида.

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

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

4.8. Хотира патологияси

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

Хотира бузилишлари ичида **конфабуляциялар** (сохта хотиралар) алоҳида ўрин тутади. Бунда бемор ўзи кечирмаган воқеаларни реал шахсий ҳаётда кечиргандек эслайди, масалан, бошқа одамларнинг тажрибасини. Бу ҳолат пешона соҳаси зарарланганда ва оғир руҳий касалликларда кўп учрайди. Қуйидаги мисол бунга яққол далил бўла олади. Бош миёанинг олдинги артерияси соҳасига қон қуйилган беморда конфабуляциянинг яққол белгилари намоён бўлади. Бемордан кеча нималар қилдингиз деб сўралганда, у шундай деб жавоб берган: «Мен кеча докторга бордим, у ерда менга уколлар қилишди, кейин битта танишимникида меҳмон бўлдим, у мени уйга олиб келиб қўйди ва ҳоказо». Аслида эса бемор уйдан ҳеч қаёққа чиқмаган, чунки касаллиги туфайли чиқа олмасди ҳам. У бемор яна емаган овқатини едим ёки еган бўлса-да яна овқат олиб келинг деб сўраган ва тўйганини билмаган.

Хотира бузилишининг энг кўп учрайдиган тури — бу **амнезиядир**. Хотиранинг йўқолишига **амнезия** дейилади. Унинг қуйидаги турлари бўлади. **Антероград амнезия** — бемор касаллик ривожланган пайтдан бошлаб ҳеч нимани эслай олмайди. **Ретроград амнезия** — бемор касалликдан олдин бўлган ҳамма воқеаларни унутиб қўяди. Чунончи, бемор автомашина ҳалокатида калла суяги шикастланганидан ҳалокат ҳақида ҳам, унга сабаб бўлган сафар тўғрисида ҳам ҳеч нимани эслай олмайди. У ўз тураржойини, қаерда ишлашини ва касбини ҳам унутиб юборади. У уйланганини эсда тутган бўлса-да, лекин хотини, болаларининг нечталигини ва уларнинг исмларини айтиб бера олмайди.

Бемор ўтган ҳаётига боғлиқ маъноли маълумотларни келтиришда жуда қийналади. Ҳалокатдан кейин бироз вақт ўтгач юз берган воқеаларни бирин-кетин эслай бошлайди. Қаттиқ бош мия жароҳатидан кейин хотираси умуман йўқолганлар ҳам бўлади. Бундай пайтларда хотирани гипноз йўли билан қайта тиклаш мумкин.

Ретроград амнезияга учраган беморлар «ўтмишсиз одамлар»дир. Бу мавзу бадиий адабиётларда ва кинофильмларда ўз аксини топган. Ретроград ва антероград амнезияларнинг биргаликда кузатилишига **антероретроград амнезия** деб аталади. Хотиранинг патологик тарзда кучайишига **гипермнезия** дейилади ва бу ҳолат асосан руҳий касалликларда, айниқса, шизофрения касалида кўп учрайди.

Хотира бузилишининг яна бир тури бу **псевдореминисценция**дир. Бунда бемор хотирасидаги ахборотнинг нутилган жойини олдин бўлиб ўтган ҳодисалар билан тўлдиради. Масалан, шифохонада бир неча кундан бери даволанаётган бемор мен кеча концертга тушдим деган. Ҳақиқатан ҳам бемор концертга тушган, лекин бошқа вақт. Псевдореминисценция ҳам сохта хотирадир. Баъзан руҳий соғлом кишиларда ҳам худди шунга ўхшаш воқеалар рўй бериб туради, яъни одамнинг ўнгидаги кечинмалар ва тушида кўрган воқеалар орасида аниқ-равшан чегара ўчиб кетади. Бунда тушдаги воқеалар ҳақиқатда рўй берган воқеадек одам онгида тўлалигича ёки қисман сингиб қолади, ёки реал воқеалар тушда кўргандек туюлади.

Назорат учун саволлар

1. Диққат нима?
2. Диққатнинг физиологик механизмлари нималардан иборат?
3. Диққатнинг қандай турлари мавжуд, уларга таъриф беринг.
4. Диққатнинг хусусиятларини сўзлаб беринг.
5. Диққатнинг физиологик ва патологик толиқишлари деганда нимани тушунасиз?
6. Паришонхотирлик нима?
7. Хотира нима?
10. Хотиранинг асосий вазифалари нималардан иборат?
11. Хотира механизмлари ҳақида сўзлаб беринг.
12. Хотиранинг қандай турларини биласиз?
13. Эслаб қолиш ва эсда сақлаш ҳақида нимани биласиз?
14. Эсга тушириш ҳақида нималарни биласиз?
15. Қисқа ва узоқ муддатли хотира ҳақида сўзлаб беринг.
16. Амнезиянинг қандай турларини биласиз?
17. Конфабуляция ва псевдореминисценция орасида қандай фарқ бор?

V БОБ. ТАФАККУР

5.1. Умумий таъриф

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

Ҳозирги кунга қадар тафаккурнинг бир қанча назариялари мавжуд. Уларнинг баъзиларини келтириб ўтамиз.

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

Дарҳақиқат, лаб мушакларидан ёзиб олинган биотоклар шуни кўрсатадики, мураккаб масалаларни ҳал этиш пайтида лаблар қимираб туради. Масала нечоғлик мураккаб бўлса, электр фаоллиги шунчалик кучли бўлади. Бу фаолият асосан болалик даврида ривожланган бўлади. Бу далилни рад этувчи тажрибалар кўнгиллилар билан ўтказилган. Уларга мушакларни вақтинча фалаж қиладиган кураре заҳари юборилган ва бунда электромиограммада ҳеч қандай ҳаракатлар қайд қилинмаган. Айни пайтда синалувчиларга бирорта мантиқий масалани ечиш таклиф этилган. Улар бунинг уддасидан чиқишган. Демак, лаблар қимирамаслиги фикрлаш жараёнига халақит бермаган.

Когнитив психология тарафдорлари оламни ва ўз-ўзини англаш жараёни дастлаб ҳиссиёт ва ҳаракат тусида бўлади, деб ҳисоблашади. Борди-ю, идрок этиш воқеликни бевосита ўрганишга ёрдам берса, тафаккур эса буюм ва ҳодисалардаги умумийликни акс эттириб, айрим буюмларга нисбатан умумлаштиришни қўллайди. Бу — воқеликни бевосита эмас,

балки билвосита ўрганишдир. Тафаккур идрок этишдан ва тасаввурдан кўра кенгроқдир, уни биз тасаввур эта олмай-диган ҳодисалар қамраб олиши мумкин. Масалан, ерда ҳаётнинг пайдо бўлиши тўғрисида биз миллионлаб йиллар ҳақида фикр юритамиз, ҳолбуки аслида миллион йил нималигини тасаввур этиш амримаҳолдир. Ҳодисалар (воқеалар), шу жумладан, сабаб-оқибат орасидаги алоқалар ва муносабатлар фош этилар экан, бу воқеалар ёки ҳодисаларни олдиндан билиш ва уларни бошқариш имконини беради.

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

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

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

Бошқа томондан, шуни эсда тутиш лозимки, тафаккур, одамнинг бошқа руҳий функциялари сингари, тарбия, ўқиш ва меҳнат фаолияти таъсири остида, шунингдек, бошқа одамлар билан доимо мулоқотда бўлиш жараёнида тараққий этади. Шундай қилиб, тафаккур нафақат биологик, балки ижтимоий воқеа ҳамдир. Адабиётлардан маълумки, ўрмонда адашиб қолиб кетган жажжи бола бир қанча йиллар мобайнида одамлар билан мулоқотда бўлмасдан, ҳайвонлар ора-

сида яшаган. Унда фикрлаш қобилияти ўта паст бўлган. Шунга ўхшаш болалар Ҳиндистонда ўрганилган эди. Маълум бўлишича, бундай болаларда тушунса бўладиган на нутқ, на фикрлаш бўлган. Улар ақлий жиҳатдан жуда ҳам сустривожланган бўлган. Уларнинг ўзини тутиши, хулқ-атвори кўпроқ ҳайвонларникига ўхшаб кетган. Бундай болалар одамлар орасига қайтарилганда ҳам, уларнинг одам сифатида тараққий этиши жуда қийин кечган.

Тафаккурнинг ривожланишида диққатнинг аҳамияти ҳам жуда каттадир. Диққатни бир жойга тўпланмаса фикрлаш ҳам изчил ва унумли бўлмайди. Тафаккур иродага ҳам алоқадордир, чунки мушкул масалаларни ҳал этиш учун одамга катта ирода кучи талаб қилинади. Тафаккур сезги билан ҳам боғлангандир, чунки юқорида таъкидлаб ўтганимиздек, билиш жараёнлари дунёни сезиш ва идрок этишдан бошланади.

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

5.2. Тафаккурнинг бузилиши

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

1. Тезлиги бўйича:

- А) Фикрлар тезлашуви;
- Б) Фикрлар секинлашуви;
- В) Фикрлаш жараёнининг тўхтаб қолиши;
- Г) Ментизм.

2. Изчиллиги бўйича:

- А) Фикрлар тарққлиги;
- Б) Сўзлар боғлиқсизлиги;
- В) Бўғинлар ўртасида боғлиқлик йўқлиги (инкогеренция);

- Г) Сўзларни бир хилда такрорлайвериш (вербигеренция);
 Д) Хулосаларнинг мантиққа зид равишда қурилиши (паралогик тафаккур).

3. Мантиқ бўйича:

- А) Насиҳатгўйлик;
 Б) Мулоҳазалилик;
 В) Персеверация;
 Г) Аутистик фикрлаш.

4. Самарадорлиги бўйича:

- А) Ипохондрик ғоялар;
 Б) Ўта қимматли ғоялар;
 В) Неологизмлар (тушунарсиз сўзларни гапириш).

Тафаккур бузилишининг клиникада кўп учрайдиган турлари билан танишиб чиқамиз.

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

Имбециллик — тафаккурнинг ўрта даражада бузилишидир. Уларда руҳий жараёнлар анча бузилган бўлади. Имбецил болаларнинг нутқ функцияси ва хотираси ўта суст бўлиб, улар бирор нарсани ўрганишда жуда қийналишади. Уларни ўқитиш жуда қийиндир. Уларнинг ҳаракатлари кўпол ва беўхшовдир. Бир неча сўзни ёзишни ва ўнгача санашни эплай олишади, холос. Уларда жисмоний заифлик ҳам кузатилади.

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

Деменция — фикрлаш бузилишининг орттирилган тури. Унинг асосий сабаблари атеросклероз, Альцгеймер касал-

лиги, оғир энцефалопатиялар, хуруж билан кечувчи хафакон касаллиги, лакунар инсультлар. Бу беморларнинг фикрлаш доираси ўта тор бўлади, ахлоқи, хотираси, ўз ҳолатига танқидий қараши кескин бузилади. Яқинлари билан ҳам қизиқмай қўйишади. Деменциянинг енгилроқ турида хотира қисман бўлса-да сақланиб қолади, ахлоқ доираси, ҳиссий кечинмалари ва тафаккур операциялари ўзгармайди.

Назорат учун саволлар

1. Тафаккур деганда нимани тушунасиз ва у қандай ривожланади?
2. Тафаккур ривожланишига бошқа руҳий жараёнлар қандай таъсир кўрсатади?
3. Тафаккур бузилишининг турларига таъриф беринг.
4. Тафаккур бузилиши қандай касалликларда кузатилади?

«Менинг гам-гуссаларимни барчага тақсимлашганда эди, ер юзининг бирорта жойида бахтиёр одамни учратмаган бўлур эдингиз».

Авраам Линкольн

VI БОБ. ҲИССИЁТ

6.1. Умумий таъриф

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

Сезги ва идрокдан тортиб то тафаккурғача бўлган барча операциялар ҳиссий ўзгаришлар билан кечади. Инсон табиати шундай тузилганки, у ҳиссий воқеаларга кўпроқ аҳамият беради. Тиббиётда ҳис-туйғулар муаммосига айтиқса катта

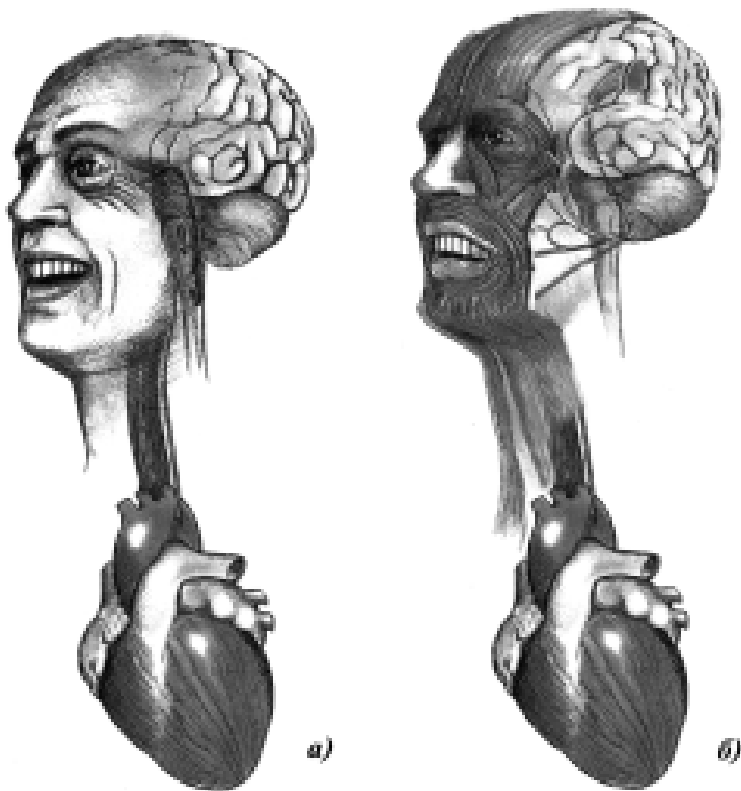


20-расм. Ҳиссиётнинг (йиғи, кулги, роҳатланиш) одам ва маймун юзида ифодаланиши.

эътибор берилади. Бемор билан врач, врач билан ҳамшира, ҳамшира билан бемор орасидаги муносабатларга бағишлаб жуда кўп асарлар ёзилган. Бу асарларда ҳис-туйғулар муаммосига катта эътибор қаратилган.

XX асрда психологияда ва тиббиётда ҳиссиётни ўрганиш ҳам кенг қўламда олиб борилди. Бунда 3 та асосий йўналиш танлаб олинди: 1) психоген касалликлар механизмларини ўрганиш; 2) дистресс ҳақидаги таълимот; 3) одамга психотерапевтик таъсир этиш усулларини кенг қўламда татбиқ этиш.

Буларнинг ҳаммаси у ёки бу даражада одамнинг ҳиссиёт соҳасини ўрганишга катта ҳисса қўшди. Ақл-идроққа мослаб тузилган психотерапевтик усуллар (когнитив психоте-



21-расм (а, б). Хурсандчилик (а) ва ғам-ғусса (б) юзда ва юракда ақс этади.

рапия) беморнинг ҳиссий ҳолатини эътиборга олиб давом эттирилмаса, муваффақиятсиз бўлиб чиқиши мумкин.

Одамнинг ички дунёсини тушуниш барча психологик мактабларнинг қизиқишини уйғотиб келган. Ҳиссиётни ўрганишда У. Жеймс (1890) ва Н. Ланге (1892) антиқа бир назарияни илгари суришди ва бу назария психологияда кенг кўламда тарқалди. Жеймс-Ланге назарияси ҳис-туйғуларнинг пайдо бўлишини қуйидаги тарзда тушунтириб беради. Ташқи таъсирлар юрак-қон томир ва нафас олиш фаолиятини, мушаклар тонусини, тери рангини ўзгартириб юборади. Бу ўзгаришлар ҳис-туйғуларнинг танада акс этган клиник кўринишларидир.

Масалан, яқин кишидан жудо бўлган одам қаттиқ хафа бўлади ва йиғлайди, бирор нарсадан кўрққан одам титрайди, асаби қаттиқ таранглашганидан қўлини мушт қилиб тиззасига уради ва ҳоказо. У. Жеймс ва Н. Ланге худди шу ҳолатни бошқача талқин қилишга чақиришади: **сиз хафа бўлганингиз учун йиғлаётганингиз йўқ, йиғлаётганингиз учун хафа бўлаяпсиз; сиз кўрққанингиз учун титраётганингиз йўқ, титраётганингиз учун кўрқаяпсиз; сиз қаттиқ асабийлашганингиздан қўлингизни мушт қилиб ураётганингиз йўқ, қўлингизни мушт қилиб ураётганингиз учун асабийлашаяпсиз!**

Жеймс-Ланге назарияси психотерапияда кенг қўлланилади. XX аср бошларида Жеймс-Ланге назариясига жуда кўп эътирозлар бўлган, лекин сўнгги пайтларда бу назарияга қизиқиш пайдо бўлиб, бу назарияга яқин турадиган ҳиссиёт ҳақида янги назариялар пайдо бўлди. Бу назарияларнинг пайдо бўлиши кўп жиҳатдан индивидуал психологиянинг ривожланиши билан ҳам боғлиқ.

Ҳис-туйғу бизнинг теварак-атрофга нисбатан бўлган муносабатимизни акс эттиради, дедик. Албатта, биз содир бўлаётган воқеаларни фақат идрок этмасдан, балки унга муайян тарзда ўз муносабатимизни ҳам билдирамиз. Одамнинг турли хил ва кўп қиррали ҳис-туйғулари маълум даражада ижобий ва салбий хилларга ажратилади. Масалан, ишқ-муҳаббатдаги ижобий ҳиссиётга рашкнинг салбий ҳис-туйғуси қўшилиб қолиши мумкин.

Ҳис-туйғу кишининг феъл-атворида қудратли куч ҳисобланади. Ҳис-туйғу одам фаолиятининг турли жиҳатлари

бўлмиш — меҳнат, илму фан ва санъатга рағбатлантирувчи куч ҳам ҳисобланади. Лекин шуни назарда тутиш керакки, ҳиссиёт одам фаолиятини фақатгина уйғунлаштирмасдан, балки уни издан чиқариб қўйиши ҳам мумкин. Масалан, муҳаббат одамни қахрамонликка, шижоат ишларига, қатъийликка, қунт билан ишлашга даъват этади. Лекин одамни қамраб олган ўша муҳаббатнинг ўзи, унинг ҳаёт тарзини барбод этиши, кўзда тутган ишларини издан чиқариши ҳам мумкин. Психопатологияда кучли ҳис-туйғулар ҳисобланган қўрқув, ҳаяжон, тушкунлик, рашк одатий руҳий фаолиятни издан чиқаради, масалан патологик аффектлар.

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

Н. исмли бемор аёл, 22 ёшда, қишлоқ мактабида ўқитувчи бўлиб ишлаган. Турмушга чиққан. Эрини яхши кўрса-да, у билан ёмон яшаган, уни доимо рашк қилган ва бунинг оқибатида уйда доимо жанжал чиқиб турган. Эри энгил табиатли ва кўрс одам бўлиб, бошқа аёллар билан юрадиган бўлган. Бун билса-да, хотини чидаб юрган. Охирги энг катта жанжал пайтида ажралиш масаласи кўндаланг туради, лекин эрхотин яна ярашиб кетади. Сабаби Н. эрига ҳомиладор бўлиб қолганини айтади. Эри бунга жавобан, ўз қилмишларига пушаймон бўлганини айтади, энди ҳеч қачон жанжал кўтариладиган иш қилмасликка сўз беради. Н. унга ишонади, аммо эртасигаёқ Н. бўш ётган бир уй ёнидан ўта туриб (воқеа қишлоқда юз берган) қулоғига таниш овозларни эшитиб қолади. Уйга кирса, не кўз билан кўрсинки, ўзининг энг яқин дугонаси эрининг қучоғида ётибди. Орада бирпаслик сукунат пайдо бўлади. Эри ва унинг хуштори Н.га унинг аёллик шаънига тегадиган ҳақорат сўзларни айта бошлашади. Н. жаҳли чиқиб кетиб ўзини йўқотиб қўяди ва шу ерда ётган ўроқни олиб, дугонасининг бошига 2—3 марта қаттиқ туширади. Олинган қаттиқ жароҳатдан дугонасининг жони узилади. Эрига ташланаётганда у қочиб қолади.

Н. эса қўлида ўроқни ушлаган ҳолда катта ариқда оқиб турган сув ёқасига боради, у ерда аёллар кир ювиб ўтиришган бўлади. Н. уларнинг ёнига бориб қон теккан кийимини чая бошлайди.

Ундан: «Сенга нима бўлди, тинчликми», деб сўраган хотинларга жавоб бермай, нуқул салом бераверган ва кулаверган. Ишини битириб, уйига қайтган ва ётиб қаттиқ ухлаб қолган.

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

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

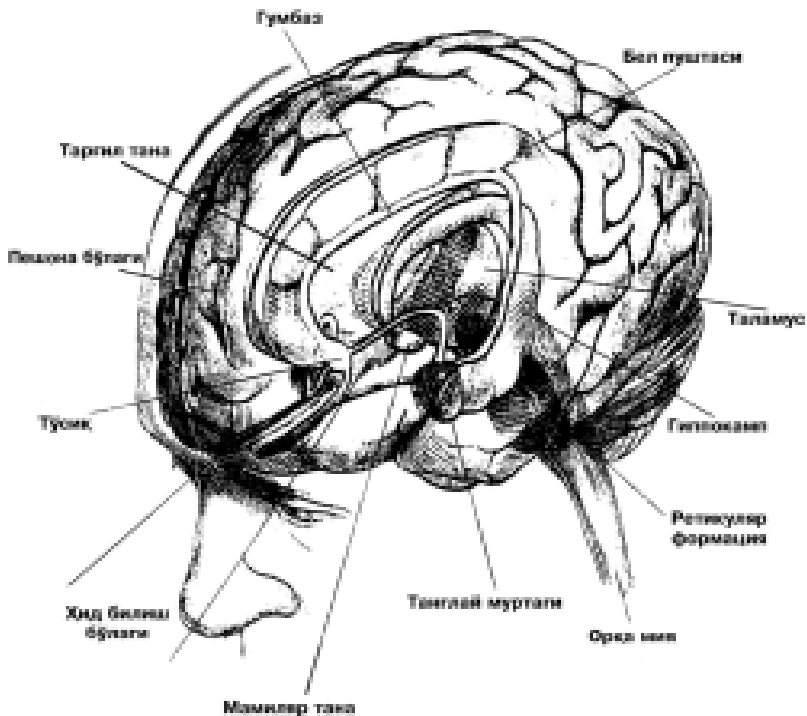
Ҳар бир жамиятнинг ҳам ўзига хос ҳис-туйғулари бўлади. Муайян жамиятда ва муайян даврда гўзал деб ҳисобланган ҳис-туйғу бошқа бир жамиятда ва бошқа замонда хунук деб қабул қилиниши мумкин. Лекин, гўзалликнинг қандайдир доимий бир мезонлари ҳам мавжуд бўлади. Масалан, қуёш (офтоб) нинг чиқиши ёки тоғдаги қишки табиат манзараси ёшига қарамай элатлар ва маданияти тараққий этган деярли барча кишиларга эстетик завқ-шавқ бағишлайди.

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

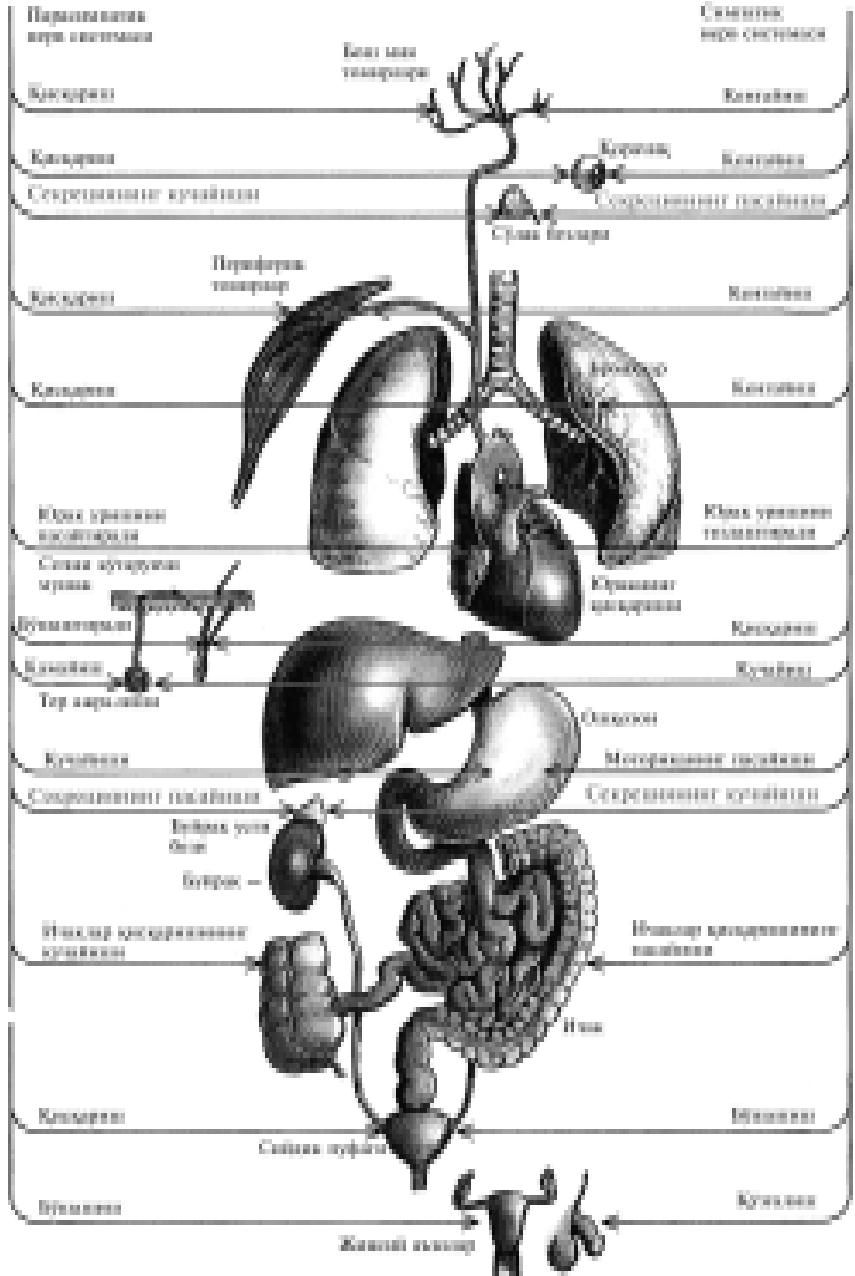
Ҳис-туйғулар ичида **кайфият** деб аталувчи умумий ҳис-туйғу ҳам мавжуд. Тан соғлиги ёки тан хасталиги ҳақида дарак берувчи кўп сонли интерорецептив импульслар йиғиндиси кайфиятга ўз таъсирини кўрсатади. Одам кайфиятига қараб тетик, дадил, жиззаки, маъюс бўлиши мумкин. Жиззакилик ва маъюслик — бирор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

6.2. Ҳиссиётнинг физиологик механизлари

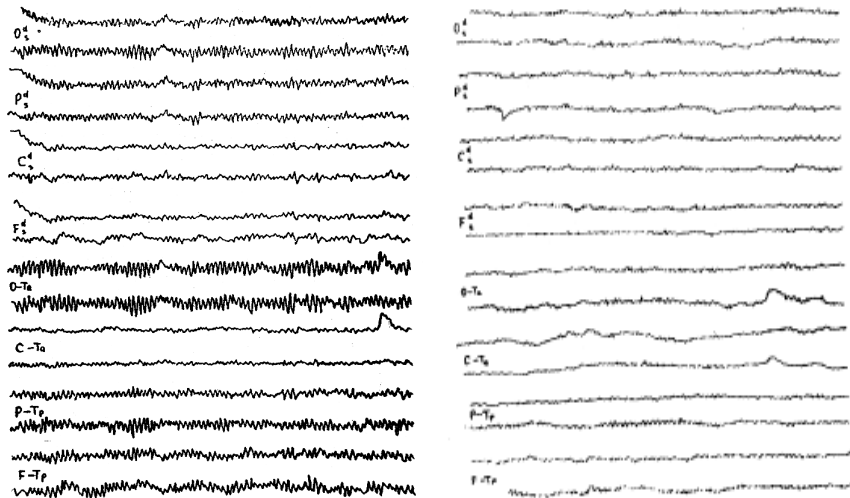
Сўнги йилларда фанда ҳиссиётнинг физиологик механизлари хусусида талайгина маълумотлар тўпланган. Ҳиссий фаолиятда бош мия пўстлоғи, мия ости тузилмалари, вегетатив асаб тизими, шунингдек, гормонлар ва медиаторлар иштирок этади. Ҳиссий фаолиятда фаол иштирок этувчи тузилмалар 22-расмда келтирилган. Одамнинг аксарият ҳис-туйғулари сўз таъсири билан боғланган. Маълумки, одам кўрқиб кетганида ёки ғазабланганида қонда адреналин миқдори ошиб кетади. Юзага келган гипердреналинемия натижасида жигарда ва мушакларда гликоген жадаллик билан парчаланadi. Бунда қонда қанд миқдори ҳам ошади ва организмни ёнилғи материали билан таъминлайди. Ҳиссий кўзгаллишларда гипофиз ва қалқонсимон безнинг инкретор фаолияти ҳам ошади.



22-расм. Ҳиссий фаолиятда иштирок этувчи мия тузилмалари.



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



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

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

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

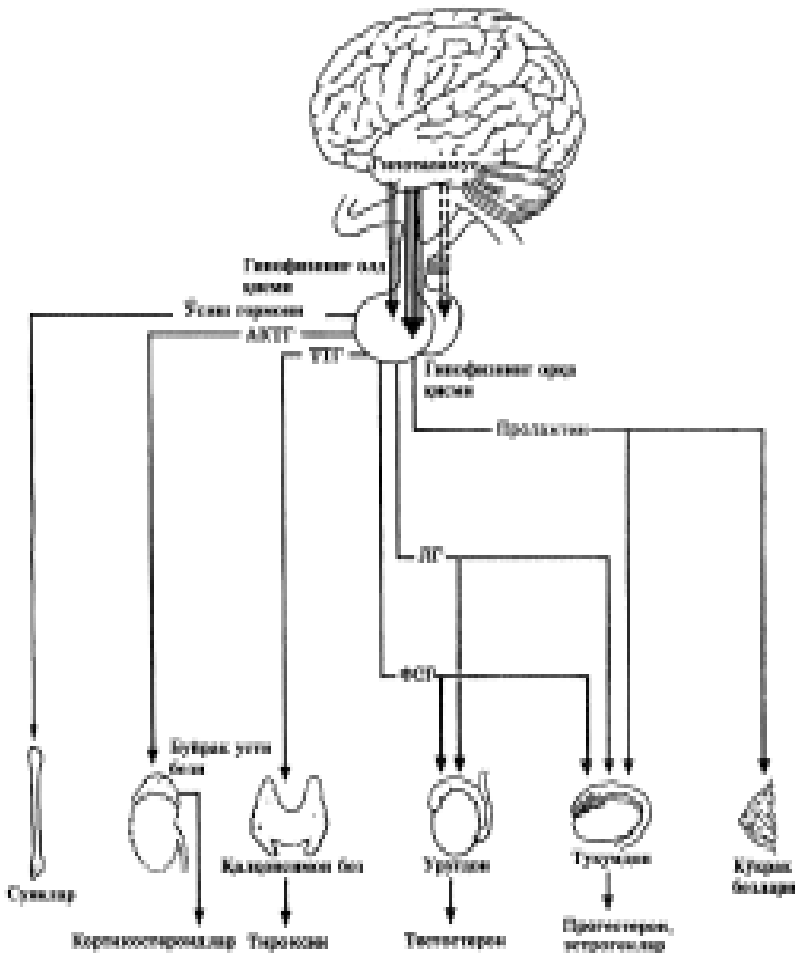
Вегетатив асаб тизими фаолияти функционал жиҳатдан маълум даражада бир-бирига қарама-қарши бўлган иккита системадан – **симпатик ва парасимпатик системалардан** иборат. Симпатик системанинг фаолияти кучайганда қонда адреналин ва норадреналин миқдори ошса, парасимпатик система фаолиятининг кучайиши қонга кўпроқ холинергик моддаларнинг ажралиб чиқишини фаоллаштиради. 23-рас-

мда бу иккала системанинг организмдаги барча аъзоларга таъсир қилиш механизмлари келтирилган.

Ҳиссий кўзгалишларда, шунингдек бош миянинг био-электрик фаоллиги ҳам ўзгаради. Электроэнцефалографияда альфа тўлқинлар фаоллиги пасайиб, бета ва бошқа ўткир тўлқинлар фаоллиги ошади, билатерал-синхрон тебранишлар пайдо бўлади. Маълумки, альфа тўлқинлар миянинг тинч фаолиятини акс эттирувчи тўлқинлардир, бета тўлқинлар эса хавотирли ва доимий ҳис-ҳаяжонда юрадиган кишилар учун хосдир (24-расм, а,б).

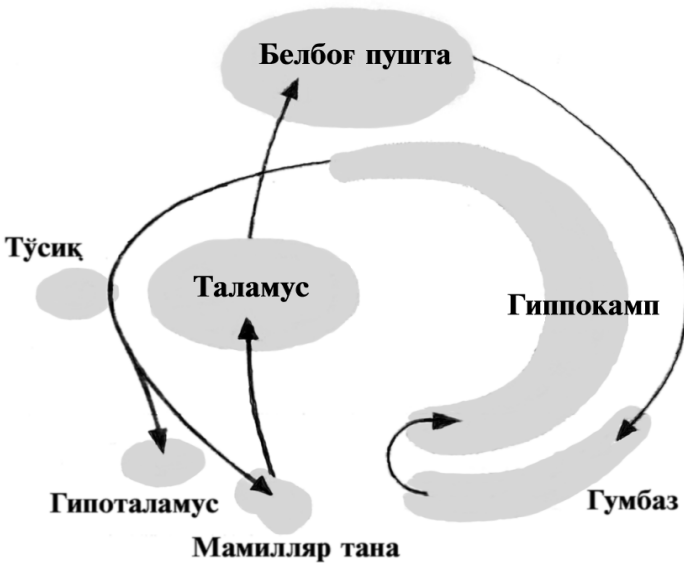
Ҳис-туйғулар фаолиятини бошқаришда гипоталамус ва лимбико-ретикуляр комплекснинг бевосита иштироки катта. Гипоталамус бир қатор ядро тузилмаларидан иборат бўлиб, бу тузилмалар организмда кўп сонли нейрогуморал жараёнларни ҳамда вегетатив асаб тизимининг симпатик ва парасимпатик бўлимлари фаолиятини бошқаришда муҳим ўрин тутди (25-расм). Гипоталамус функцияси гипофизнинг секретор фаолияти билан узвий боғланган. В. Кеннон гипоталамик соҳани таъсирлантириб, ҳайвонларда аффектив ҳолатларни юзага чиқарган. Уларда кўз қорачиқлар кенгайган, тахикардия, аритмия, артериал босимнинг ошуви ва кўп миқдорда сўлак ажралиши каби ҳолатлар намоён бўлган. 26-расмда «Папес айланасига» кирувчи тузилмалар бўйлаб «ҳиссий оқимлар» йўналиши тасвирланган.

Декортикация қилинган мушукларнинг феъл-атворини ўрганиб, олимлар уларда беўхшов ғазабланиш ва қўрқув аломатларини кузатишган. Олимлар бунини гипоталамуснинг пўстлоқ назоратидан чиқиб кетиши натижаси деб изоҳлашган. Маймунларда гипоталамусни парчалаб, шу парчаланган соҳани электр токи билан таъсирлантирганда ҳеч қандай ҳиссий ўзгаришлар кузатишмаган. Ҳолбуки, операциягача гипоталамус соҳасига таъсир ўтказилганда қўрқув ва ғазабланиш реакциялари юзага келган. Олимларнинг тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, гипоталамусни электр токи билан таъсирлантиришда қўрқув ва ғазабланиш реакциялари чин ҳиссий ҳолатлардан анчагина фарқ қилади, уларни сохта аффектив реакциялар деб аташган. Кўпчилик олимлар гипоталамусни ҳиссиётлар ифодаланиши йўлидаги бир неча бекатларнинг бири деб ҳисоблашади.



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

1953 йилда Олдс ўз тажрибаларига асосланиб, каламушнинг бош миясида «қониқиш» марказини кашф этди. У қафас ичида каламушлар учун дастак ўрнатди. Каламуш дастакни босса, унинг танасидан электр токи ўтиб, қониқиш ҳиссини берган. Демак, ўзида қониқиш ҳиссини уйғотиш каламушнинг ўзига боғлиқ бўлган. Имконият берилганда каламуш қониқиш ҳиссига тўйиш учун дастакни толиқиб йиқилгунча босиб тураверган. У ҳатто қафасга қўйилган ов-



26-расм. У. Папес (1937) бош миyaning ушбу тузилмаларини ҳиссий реакцияларни бошқаришда асосий аҳамиятга эга эканлигини исботлаган. Стрелкалар билан “ҳиссий оқимлар” йўналиши кўрсатилган.

қатга ҳам қарамаган, овқатдан кўра дастакни босиб, ўзини қониқтиришни хуш кўрган.

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

«Жазолаш» ва «қониқиш» марказларининг кашф этилиши ва уларнинг вегетатив жараёнларга бевосита алоқадор бўлиши баъзи бир психосоматик синдромларнинг ривожланиш механизмларини бир қадар яхшироқ тушунишга им-

кон берди. Маълумки, пептик яраларнинг келиб чиқишида салбий ҳис-туйғуларнинг роли каттадир. «Жазолаш» ва «қониқиш» марказларининг бир-бирига яқин жойлашганлиги туфайли уларнинг бирида юзага келган кўзғалиш иккинчисига узатилади ва салбий ҳис-туйғуларнинг нима сабабдан пептик ярани пайдо қилиши бирмунча аён бўлиб қолади.

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

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

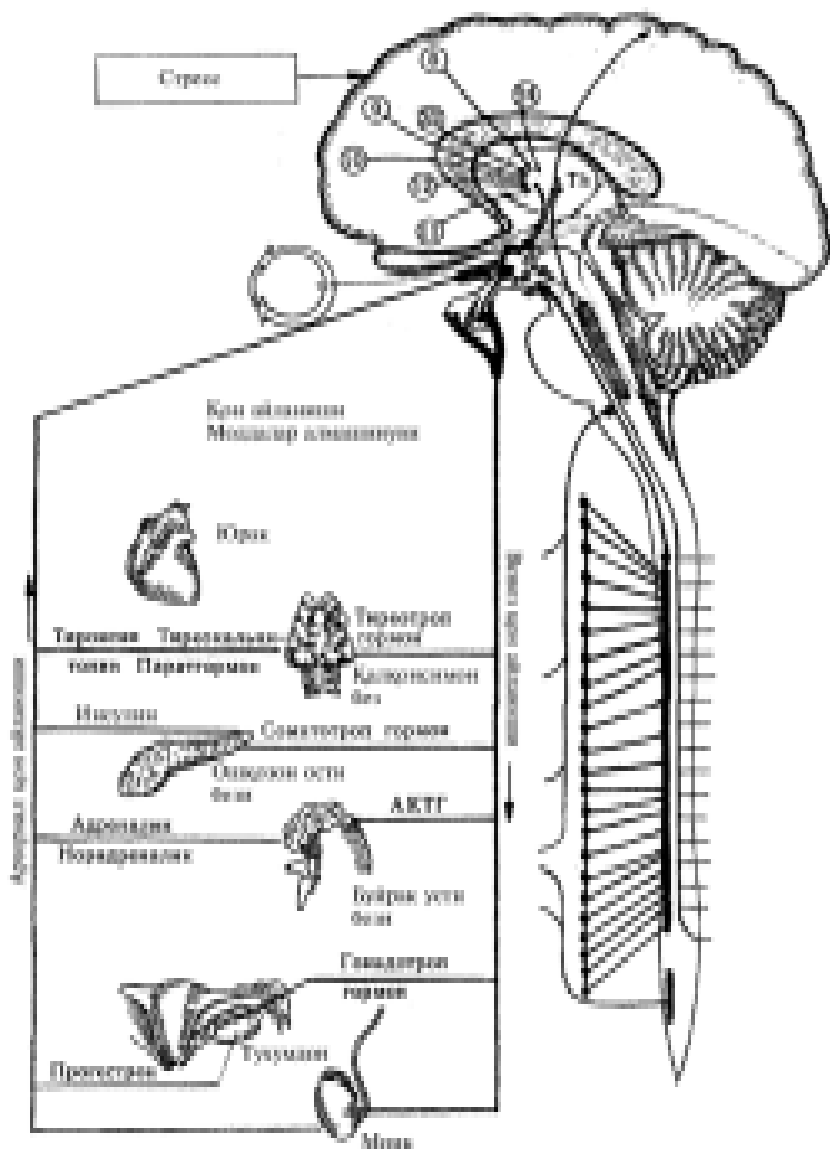
Ҳис-туйғуларнинг физиологик механизмлари тўғрисидаги билимни яқунлар эканмиз, шунини таъкидлаб ўтиш керакки, ҳиссиёт ҳар хил функционал системаларнинг ўзаро мураккаб таъсир кўрсатишининг интегратив маҳсули ҳисобланади. Улар ижтимоий омиллар, тарбия, муҳит, ҳаёт тажрибаси, одамнинг саломатлик даражаси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

Энди ҳиссиётга бевосита боғлиқ бўлган стресс ҳақида фикр юритамиз. **«Стресс»** сўзи одатдаги турмушда ва тиббий атамашуносликда анча кенг тарқалгандир. Турмушда «стресс» деганда руҳий зўриқиш ва ҳаяжонланиш тушунилади. Одам қаттиқ сиқилса: «Кеча мен стрессга учрадим» деб хитоб қилади. Бу сўзни турмушда ишлатиш шунга олиб келдики, XX аср охири маданиятида «стресс» сўзи ишлатилганда одамлар

фақат салбий руҳий зўриқишни тушунадиган бўлиб қолишди. Аслида «стресс» сўзини фақат салбий маънода тушуниш нотўғридир. «Стресс» атамасини 1936 йили фанга канадалик физиолог олим Г. Селье киритган.

Стресс нима? **Стресс** — организмнинг стрессорга нисбатан жавоб реакциясидир. Организмнинг стрессорга жавоб реакцияларида специфик ва носпецифик омиллар кузатилади. Одам стрессиз яшай олмайди, **ҳаёт бор жойда стресс бор, унинг бўлмаслиги ўлим деганидир** (Г.Селье, 1956). Стресс аслида «ҳаёт» тушунчасига ҳамоҳангдир. Г. Селье бу муаммони очик-ойдин ёритиб берди. Стресс одам учун хавф туғдирмайди. Дистресс хавфлидир, бунда одам анча вақт кучли даражада зўриққан бўлади. Стресс ижобий ва салбий хилларга ажратилади, лекин физиологик нуқтаи назардан олганда организмнинг кучли шодликка ва қайғуга жавоб реакцияси бир хил бўлади. «Стресс касалликлари» деган тушунча нотўғридир, «дистресс касалликлари» дейилса, тўғрироқ ҳисобланади, деган эди Г. Селье.

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



27-расм. Стресснинг асаб тизимига ва ички аъзоларга таъсири. Доирачалар ичидаги рақамлар билан Бродманн майдонлари кўрсатилган.

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

6.3. Ҳиссиёт патологияси

Ҳиссиёт патологияси руҳиятнинг ҳар хил бузилишлари орасида айниқса муҳим аҳамият касб этади. Ҳозирги даврда психологлар XXI асрни депрессия асри деб бонг уришмоқда. Тахминий ҳисобларга қараганда, ҳозир ер шарида 100 млн дан ортиқ бемор турли даражада ривожланган депрессияга мубтало бўлган. Хўш, депрессия ўзи нима? **Депрессия** — бу ҳозирги кунга ва келажакка ишончсизлик билан қараш, доимо паст кайфиятда бўлиш, ҳорғинлик, бирор фаолиятга интилмаслик ва фикрлашнинг сустлашувидир.

Албатта, фикрлашнинг сустлашуви оғир депрессив ҳолатлар учун хосдир. Кўриб турганингиздек, депрессия инсон учун хос бўлган барча ижобий фаолиятни йўққа чиқаради ёки сусайтириб юборади. Бунда беморлар атрофдагиларга бифарқ бўлиб қоладилар, камгап, маъюс, кўпинча кўзёши қиладилар. Уларнинг онги маъюс, ғамгин кечинмаларга тўлиб кетади. Ҳозирги, ўтган замон ва келажак уларга қайғули бўлиб туюлади. Улар оламга гўё қора кўзойнак таққан ҳолда қарайдилар. Депрессив ҳолат ҳаётдан қониқмаслик ва сурункали хасталанишлар оқибатида ҳам ривожланади.

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

Умуман олганда, ўсмирни қаттиқ назоратга олиш оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Ота-она айниқса 14–17 ёш-

даги фарзандлари билан эҳтиёткорлик билан мулоқотда бўлиши, назоратни терговга айлантириб юбормасликлари керак. Россияда ўсмирлар орасида бўлиб ўтган бир-иккита ўз жонига қасд қилишларнинг сабабини келтириб ўтамиз. Барча ёшларнинг сеvimли эстрада қўшиқчилари Виктор Цой, Игорь Сорин ҳаётдан кўз юмганларидан кейин Россия ёшлари орасида ўз жонига қасд қилишлар жуда кўп кузатилган. Улар айниқса 15—17 ёшли ўсмирлар эди. Игор Сорин ўзи яшайдиган уйнинг 6-қаватидан сакраб ўлади. Бироз вақт ўтгач 15 ёшга ҳали тўлмаган қиз дугонаси билан бирга 9-қаватнинг томига чиқиб иккаласи ҳам ерга сакрашади ва жон беришади. Уларнинг ён дафтарларида шундай мисралар битилган эди. «Игорь! Бизга сенсиз ҳаётнинг не кераги бор. Биз ҳам сенинг ортингдан, сенинг бағрингга, юлдузларга равона бўламиз! Бизни кечиринглар».

Нима учун ўз жонига суиқасд қилишади? Бунинг психологик механизмлари нималардан иборат? Ўз жонига суиқасд қилишни 3 турга бўлиш мумкин: **ҳақиқий, яширин ва тантанавор**. Ҳақиқий суиқасд ҳеч қачон тўсатдан бўлмайди. Унга доимо паст кайфият, депрессия ҳамроҳ бўлади. Бундай шахслар тез-тез ҳаётнинг мантиғига мурожаат қилиб туришади. Ўсмирлар суиқасднинг бу турига жавобсиз севгидан, ёрининг бевафолигидан мурожаат қилишса, қариялар фарзандларидан кескин хафа бўлган пайтларида ўлимнинг ушбу турини танлашади. Одам ўзининг муаммоларига бошқаларнинг эътиборини қаратмоқчи бўлса, ўз жонига суиқасд қилишнинг яширин турини танлайди. Бундай одамлар баъзан ўз жонига қасд қилажагини энг яқин одамларига айтиб ҳам юришади. Лекин бунга эътибор берилмайди ёки кулиб жавоб беришади. Суиқасднинг бу тури кўпинча иқтисодий қийналган одамлар орасида учрайди. Тантанавор тарзда ҳаётдан кўз юмувчилар ўсмирлар орасида кўп учрайди. Бунга мисол, юқорида келтирганимиздек, сеvimли қўшиқчиси ўлганидан кейин ўз жонига суиқасд қилган қизлардир. Келтирган мисолларимизнинг барчаси энг аввало ҳиссий кўзгалувчанлик даражасига тегишлидир. Бу даража индивидуал равишда хилма-хил бўлади. Депрессия кўпинча неврастения ва психоастенияларга ҳамроҳ бўлади. Оғир даражада ифодаланган депрессиялар шизофрения касалида учрайди.

Депрессия ҳолатлари бош мианинг қон-томир касалликларида, токсик энцефалопатияларда, узоқ давом этувчи анемияда ва қийин тузалувчи соматик касалликларда ҳам учрайди.

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

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

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

Патологик аффект пайтида одам ўзини бошқара олмай қолади ва бемалол бировнинг (ўзининг ҳам) жонига қасд

қилиб қўяди. Қахр, ғазаб, рашк, ажабланиш ва хурсандчилик аффектлари фарқ қилинади. Патологик аффектда онгинг торайиши туфайли қисман ёки тўла амнезия ҳам кузатилади. Шунинг учун ҳам аффект пайтида одам нима қилганини эслай олмайди (бунга мисол келтириб ўтдик). Патологик аффект маниакал — депрессив синдромда, эпилепсияда яққол намоён бўлади.

Апатия — ҳиссий бепарқлик ҳолати бўлиб, барча нарса ва ҳодисаларга бемор ўта эътиборсизлик билан қарайди. Баъзан уларда бутунлай ҳаракатсизлик кузатилади ва беморлар ўтирган жойидан сира қўзғалмайди. Апатиянинг бу тури шизофренияда, қари одамларда ва бош мия ўсмаларининг баъзи турларида яққол ифодаланган бўлади.

Маниакал ҳолат — ўз-ўзини ва имкониятларини ортиқча баҳолашга алоқадор бўлган ҳолатдир. Беморлар аския қилишга мойил бўлади. Улар бўлар-бўлмасга ҳазил-хузул қилишади, мазах қилиб бировнинг устидан кулишади, ашула айтишни ва рақсга тушишни яхши кўришади, фаол ҳаракат қилишга интилишади, аммо бу ҳаракатлар тартибсиз бўлади. Маниакал кайфият кузатиладиган қатор хасталиклар орасида маниакал — депрессив психоз диққатга сазовордир.

Назорат учун саволлар

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

«Агар Фрейд бўлмаганда эди, уни ўйлаб топиш керак бўларди».

К.Хорни

VII БОБ. ОНГ ВА ОНГСИЗЛИК

7.1. Умумий тушунча

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

Онг интегратив жараён дир. Ана шу мураккаб мажмуанинг ҳар хил занжирлари зарарланиши онгнинг издан чиқишига олиб келади. Буни онгнинг физиологик механизмларини ўрганишда эътиборга олишади.

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

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

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

Онг — бизнинг руҳий жараёнларимизни ва ҳаётини вазиятлар динамикасини ўзида акс эттиради. Ҳозир сиз муаллимсиз, атрофдагиларингиз — ўқувчилар, бугун сиз врачсиз, эртага бемор, бугун сиз меҳмонсиз, эртага мезбон ва ҳоказо. Бир оз вақт ўтгач, худди шу жамоада ўрин алмашиши мумкин. Вазиятни тўғри баҳолай олиш ва шунга мувофиқ ўзини тута билиш нормал онг таърифига мансуб бўлади. Руҳий касалликларда эса вазиятни англаш издан чиқади.

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

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

Ўз танасини ҳис қилиш ҳам онг функциясига киради. Одам танаси фақат ташқи оламдан (кўрув, эшитув, ҳид билиш) дан эмас, балки танасининг ички аъзоларидан ҳам таъсир етказувчи рецепторлар орқали маълумот олиб туради, лекин улар онгда акс этмайди. Ташқи оламдан ахборот олиш ва ўзини-ўзи англаш доимо онгда акс этиб туради. Ана шу жараёнлар натижасида одам ўз ҳис-туйғулари, сезгилари, хо-

ҳишлари, эҳтиёжларини атроф-олам вазиятлари билан таққослайди. Бу онгнинг энг муҳим функциясидир.

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

7.2. Онг паталогияси

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

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

Онгнинг бирдан юз берадиган қисқа муддатли бузилишига, яъни ҳушдан кетишга **синкопе** деб аталади. Бу ҳолат

қаттиқ қўрққанда, ўта ҳаяжонли хабарларни эшитганда, артериал қон босим бирдан пасайиб кетганда кузатилади. Синкопенинг сабаблари турли-туман бўлиб, бунда ҳушдан кетиш қисқа муддат давом этади.

Сопор — онгнинг анча чуқурроқ бузилиши. Сопорнинг уч хил даражаси фарқ қилинади: 1) **енгил сопор** — бунда бемор енгил уйқу ҳолатида бўлади, саволларга жавоб бериши сусаяди, уйқу келаётганлигидан нолийди, секин ва чўзиб гапиради; 2) **ўрта даражадаги сопор** — бунда уйқучанлик биров кучаяди, кўз қорачиғининг ёруғликка таъсири пасаяди, ўз ҳолича гапирмайди, оддий саволларга кечикиб бўлса ҳам жавоб беришга интилади, бемор кўзини юмиб ётаверади; 3) **чуқур сопор** — саволларга жавоб бермайди ёки анча кечикиб бир хил тарзда жавоб беради, кўз қорачиғининг ёруғликка таъсири янада сусаяди, аҳволи қаттиқ ухлаб ётган одамни эслатади.

Кома — онгнинг батамом бузилиши бўлиб, бемор ташқи дунёдан бутунлай узилиб қолади. Бундай пайтларда бемор ҳеч қандай ташқи таъсирга (оғриқ, ҳарорат) жавоб бермайди. Кўз қорачиғининг ёруғликка жавоб реакцияси йўқолган бўлади, конъюнктивал ва корнеал рефлекслар, пай рефлекслари чақирилмайди. Мушаклар тонуси йўқолади. Кома бир неча кундан бир неча ойгача давом этиши мумкин.

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

Амбулатор автоматизмлар ҳолати. Бу ҳолат ҳам хулқ-атворнинг бузилиши билан кечади. Улар худди уйқусираб юр-

ган одамни эслатади. **Сомнамбулия ёки лунатизм ва транс** ҳолатлари амбулатор автоматизмларга мисол бўла олади.

Сомнамбулизм (уйқуда юриш ёки лунатизм) айниқса болаларда кўп кузатилади. Сомнамбулизмда қисман ёки чала уйғонишни кузатиш мумкин. Одамнинг ҳаракат системаси гўё уйқудан уйғонади, эс-ҳуши эса пайдо бўлгандек бўлади, аслида улар уйқусида ўрнидан туриб юрганини эслаб қолмайдилар. Сомнамбулизмда бемор ўрнидан туриб кетиб, хонада юра бошлайди, хонадан чиқиб кетиши ҳам мумкин. Берилган саволларга ва муурожаатларга улар жавоб қайтармайдилар ёки уйғониб кетадилар. Онгнинг бу бузилишлари лунатизм дейилса-да, ойга алоқадор эмас.

Адабиётларда шунга ўхшаган эс-ҳуши бузилишлари бир неча ҳафта ва ойлар мобайнида давом этадиган ҳодисалар келтирилган.

Делирия — онг бузилишининг кўп учрайдиган тури бўлиб, бунда бемор ўз шахсини англай олса-да, вақтга, атроф муҳитга бўлган идроки бузилади. Делирия турли эндоген ва экзоген заҳарланишларда, болаларда эса тана ҳарорати ошган пайтларда кўп кузатилади. Кўрув ва эшитув галлюцинацияларининг мўл-кўл бўлиши делирия учун жуда хосдир. Галлюцинатор тасаввурлар одатда хатарли бўлади ва кўрқув билан кечади. Беморлар руҳий кўзғалган ҳолатда бўлади, улар ўзларини таъқиб этувчи галлюцинатор тасаввурлардан ҳимоя қиладилар. Уларга ҳамла қилаётган ҳайвонларни гўёки ушлаб оладилар, «душманлар» овози эшитиладиган эшикни ёпиб қўядилар ва ҳоказо.

Беморнинг онги ташқи таъсирларга узвий боғланган бўлади. Галлюцинациялар камайганда онг вақтинча тикланади, улар кўпайганда яна бузилади. Онгнинг бундай ўзгариши делирияга хос хусусият ҳисобланади. Лекин эс-ҳуш вақтинча тикланган пайтларда ҳам узук-юлуқ ва чала фикрлаш, юзаки идрок этиш ва мўлжал олиш, нарса ва ҳодисаларга танқидий кўз билан қарашнинг кескин бузилишини қайд қилиш мумкин. Делириялар одатда бир неча кун давом этади.

Онейроид (уйқусимон, тушга ўхшаш ҳолат) онг ҳам галлюцинацияларнинг кўп кузатилиши билан тавсифланади. Бунда беморларга коинотда улар мураккаб саргу-

заштлар қилгандек, ҳарбий ҳаракатларда иштирок этгандек туюлади. Уларнинг кечинмалари фантастик тусда бўлади. Делириялардан фарқли ўлароқ, онейроидларда беморлар камроқ қўзғалувчан, кўпинча бўшашган ҳолатда бўладилар. Эс-ҳуш унча бузилмаган бўлиб, уларда кечинмалар камроқ кузатилади, делириоз ҳолатлардаги каби узуқ-юлуқ бўлмайди.

Аментив ҳолат ҳам онг бузилиши турларига киради. Аменцияда эс-хушнинг чалкашлиги турли хил даражада ифодаланган бўлади. Бемор ўзини йўқотиб қўйиши ва атрофдаги одамларни тўла тушунмаслиги аменциянинг асосий белгиси ҳисобланади. Эс-хуш чалкашганлиги туфайли бемор жой, вақт ва вазиятда адашиб, атрофдагиларни танимаслик даражасигача етади. Аменцияда беморларда англашнинг бузилиши ҳақиқий бўлиб, беморлар айрим нарсаларни идрок этсалар-да, лекин уларни таҳлил қила олмайдилар. Масалан, оқ либос кийган аёл бемор ёнига келиб, унинг томирини ушлаб, бемор билан қисқа суҳбат қуради, аммо бироз вақтдан кейин бемор врач билан ҳозиргина нима ҳақда гаплашганлигини айтиб бера олмайди.

Аментив ҳолатда кўпинча ўзини-ўзи англашдан кўра, теварак-атрофни идрок этиш издан чиқади. Атрофда нималар содир бўлаётганини тушунмасдан беморлар бу ҳасталикда ўзини йўқотиб қўйиб, хавотирланиб ёки қўрқиб қоладилар. Аменция — энг узоқ давом этадиган эс-хуш бузилишларига мансуб бўлиб, у бир неча ҳафта ва ойларга чўзилиб кетиши мумкин. Ўткир инфекциялардан кейинги психозларда ҳам аментив ҳолатлар кузатилади.

Эс-хуш бузилишларига юқорида биз кўриб чиққан шахсиятни идрок этишнинг бузилиши, яъни **деперсонализация** ҳам киради. Беморга ўз танасининг қисмлари катталлашиб ёки кичиклашиб кетаётгандек, боши катталлашиб, қўллари узайиб кетаётгандек, баъзан эса қўллари ўзиники эмас, бировникидек туюлади. Беморга танаси икки қисмга бўлиниб, бир-биридан алоҳида ҳаракат қилаётгандек сезилади. Деперсонализация шизофрения касаллигида ва бош мия ўнг ярим шарининг органик зарарланишларида кузатилади.

7.3. Онгсизлик

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

Психоанализ фани ўз олдида онгдан яшириниб ётган чуқур психологик жараёнларнинг сир-асрорини очишни мақсад қилиб қўяди ва шу йўл билан неврозни келтириб чиқарувчи омилларни ўрганади. 3.Фрейд «яшириниб» ётган психологик жараёнларни онгсиз жараёнлар деб аталади. Рус психологлари бу ҳолатни турли атамалар билан таърифлашади: бессознательное (онгсизлик), подсознательное (онгостлилик), подсознание (онг ости). Баъзи ўзбек психологлари «онгостлилик» деган атамани маъқул кўришади. Шундай қилиб, ҳанузгача фанда катта шов-шувларга сабабчи бўлиб келаётган ва моҳияти тўлалигача ўрганилмаган ушбу ноаниқ психологик жараёнларнинг атамаси ҳам ноаниқ бўлиб қолмоқ-



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

да. Бу атамаларнинг маъносини ўзгартирмаган ҳолда биз ушбу дарсликда «онгсизлик» атамадан фойдаланамиз.

Онгсизлик бу шундай ҳолатки, бунда одам ихтиёрсиз тарзда, ўзи билмасдан ёки англамасдан турли хатти-ҳаракатларни амалга оширади. Бу хатти-ҳаракатлар ўз-ўзидан кундалик ҳаётда, уйқуда, яъни туш кўраётганда ёки гипнотик ҳолатларда кузатилиб туради. Онгсизлик, табиийки, онгга боғлиқ бўлмаган ҳолат.

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

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

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

Ид ёки инстинктлар. 3. Фрейднинг фикрича, эволюциянинг дастлабки босқичида одамда ўз-ўзини сақлаш, яъни овқат излаш инстинкти одамнинг хулқ-атворини белгилаб берган, шу билан параллел ҳолда ёки бироз кейин бу функцияни кўпайиш инстинкти, яъни сексуал инстинкт бажара бошлаган. Бу инстинктлар «ид» нинг ўзгинасидир. «Ид» онгда акс этмайди, у онг остида жойлашган, тўғрироғи, онг остига тегиштирилган. «Ид» қониқиш принципларига асосланиб фаолият кўрсатади. Бу ерда жинсий қониқиш алоҳида ўрин тутаети. 3. Фрейд жинсий майл тушунчасини бағоят кенгайтириб юборади. Яъни 3. Фрейд таълимоти бўйича жинсий майл одамни туғилганидан буён бошқариб келаети.

3. Фрейд қондирилмаган ҳис-туйғу ёки майлнинг руҳий қуввати онг остида тўпланиб боради ва ўз ифодасини топишга уринади, деб фикр юргизади. Майллар ичида у либидони асосий ўринга қўйган.

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

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

«Мен»нинг ривожланиши одамнинг ҳаёт тарзини ўзгартириб юборади ва унинг хулқ-атворини назорат остига олади. Шунга қарамадан психоаналитиклар «ид» га одамнинг ҳаёт тарзини белгилаб берувчи асосий манба сифатида қарашади.

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

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

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

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



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

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

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

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

таъкидлашича, ана шундагина онг остига қамалган истак-хоҳишлар ва онг томонидан тақиқланган зиддиятли муаммолар ўз ечимини топади.

7.4. Фрейддан кейинги психоанализ

3. Фрейд таълимотининг тарафдорлари ҳам, танқидчилари ҳам кўп бўлган. Унинг энг яқин сафдошлари ва шогирдлари бўлмиш Альфред Адлер ва Карл Густав Юнг унинг таълимотини аввалига қўллаб-қувватлашди, кейинчалик ундан қисман воз кечишди. Улар ўзларининг таълимотини яратишди: А. Адлер индивидуал психология, К.Г. Юнг аналитик психология тўғрисида. Улар 3. Фрейдни танқид қилишса-да, аслида улар танлаган йўналиш психоанализнинг давоми эди.

А. Адлер фанга **«етишмовчилик ҳисси»** деган тушунчани киритди. Унинг фикрича, бу туйғу табиий ва туғма бўлиб, ҳар биримиз учун хосдир ва шахснинг ривожланишида катта аҳамиятга эга. Адлернинг фикрича, ҳар бир инсон умри мобайнида ўзидаги ушбу етишмовчиликдан қутулиш учун бошқалар устидан ҳукмронлик қилишга, уларнинг фаоллигини бостиришга интилиб яшайди. Бунинг учун у ўзидаги барча имкониятларни ишга солади ва жамиятда ўз ўрнини топишга интилади. Адлер бу жараёни **компенсация** ёки **суперкомпенсация** деб атади. Суперкомпенсация — бу етишмовчилик ҳиссига бўлган туғма реакцияларнинг ижтимоий бир кўринишидир. Адлернинг фикрича, ана шу туғма инстинктлар одамни атрофдагиларга тажовузкор қилиб қўяди. Шунинг учун ҳам одамда невроз ривожланишининг олдини олиш учун ундаги етишмовчилик ҳиссини бартараф этиш зарур. Демак, А.Адлер ҳам ўз таълимотида инсон руҳиятининг ривожланишида инстинктив реакцияларга урғу берган.

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

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

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

Э. Фромм шахснинг ривожланишида туғма омилларнинг аҳамиятини, яъни боланинг сексуал ривожланишини, Эдип комплексини, жинсий муносабатларнинг аҳамиятини бўрттириб кўрсатмасликни айтади. У ҳар бир одамдаги руҳий кечинмаларни унинг ижтимоий муҳитга шўнғиб кетганлигидан деб билади. Демак, сексуал функциялар шахс-

ни шакллантирмас экан, балки шахснинг ўзи уларни белгилаб беради.

К. Хорни таълимотида ҳам ижтимоий омилларнинг аҳамияти юқори эканлигини кўриш мумкин. У инсоннинг хулқ-атворида уни ўраб турган жамиятга нисбатан қуйидаги учта йўналишни ажратди: **одамларга интилиш**, яъни меҳрибонлик излаш, **одамлардан йироқлашиш**, яъни ёлғизликка интилиш, **одамларга қарши туриш**, яъни ҳукмронликка интилиш. Ушбу хусусиятларнинг қайси бири устун келишига қараб 3 хил невротик шахс шаклланаркан: 1) итоаткор, қандай бўлмасин бошқаларнинг муҳаббатини ва эътиборини қозонишни истовчи; 2) жамиятга қарши чиқувчи, ундан йироқлашишга интилувчи; 3) давлатпараст ва одамлар устидан ҳукмронликка интилувчи. К. Хорни фикрича, бу реакцияларнинг барчаси инсонни қониқтирмас экан, хавотир ҳеч қачон йўқолмайди, аксинча кучая бориб янги ва янги келишмовчиликларни юзага келтираверади.

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

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

Ўз ҳаётини айнан неврозларнинг моҳиятини ўрганишдан бошлаган невролог олим Зигмунд Фрейд, кейинчалик

машҳур психиатр, психоаналитик ва файласуф бўлиб етишди. Бугунги кунда унинг таълимоти тиббий ва ижтимоий фанларга чуқур кириб келган. Булар неврология, психиатрия, психология, сексология, фалсафа, этика, эстетика ва шу кабилардир.

Назорат учун саволлар

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

«Одам ҳар нарсадан тўйиши мумкин, лекин меҳрдан тўймайди».

Ўтқир Ҳошимов

VIII БОБ. ШАХС. ТЕМПЕРАМЕНТ. ХАРАКТЕР

8.1. Шахс ҳақида тушунча

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

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

Илмий ва ижтимоий-сиёсий адабиётлар китобхонлар қизиқишининг бошқа бир томонидир. Бемор кишининг адабиётларга қизиқишини албатта таҳлил қилиш ва у адаби-

ётларни, кинофильмларни қандай ўзлаштираётганини билиш лозим. Бу шахс хусусиятларини, унинг тафаккур доирасини тушуниш учун ўта зарурдир.

Қизиқишлар одамнинг дидига ҳам боғлиқ. Дид одам ҳаётининг турли хил даврларида, гоҳо эрта, гоҳо эса кеч пайдо бўлади. Дунёқараш ва фалсафа масалалари ва ҳаёт мазмунига қизиқишлар кўпинча қарийб йигирма ёшда пайдо бўлади. Худди шу ёшда ёки бироз кейин жамоат ишларига қизиқиш уйғонади.

Ўзга жинсга қизиқиш (майл) 13—15 ёшдан бошлаб ривожланади. Қизиқишларнинг туридан ташқари, уларнинг ижтимоий мавқеи ва кенглиги ҳам аҳамиятлидир. Қизиқиши чегараланган одамлар фақат ўз ҳунари билан чекланиб қолади. Қолганларининг ҳаммаси деярли уларни қизиқтирмайди. Қизиқиш доираси кенг бўлган одам кўпроқ билишга интилади. У фан-техниканинг турли хил соҳаларини эгаллаб, ижтимоий-сиёсий масалалар, санъат, спорт билан қизиқади. Лекин санаб ўтилган барча қизиқишлар бир хил қимматга эга бўлмайди. Улардан бири асосий, қолганлари — иккинчи даражали аҳамиятга эга бўлади. Чунончи, врач учун қуйидаги фанлар — анатомия, фармакология, психопатология энг диққатга сазовор саналса, бу эса унга сиёсат, мусиқа, спорт, шеърят, ов қилиш билан қизиқишга халақит бермайди.

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

Буюк шахслар ўз ақл-заковати ва илми билан кўпинча авлиё даражасигача етган бўлади. Аҳмад Яссавий, Баҳоуддин Нақшбандий, Нажмиддин Кубро, Ибн Сино, Ал-Хоразмий, Имом Бухорий каби алломаларни бунга мисол қилиб кўрсатиш мумкин. Ҳар бир одамнинг дунёқарашини унинг бирор

мақсадга интилгани, тарбияси, орттирган билимлари ва ҳаёт тажрибасига кўп боғлиқ. Ижтимоий-тарихий шарт-шароитлар кишининг дунёқараши шаклланишида муҳим ўрин тутлади. Агар кишининг дунёқараши жамиятда кечаётган салбий жараёнларга мос келмаса ва шундай бўлса-да, бу жараёнлар ижобий деб тан олинса, бу ҳолат шахснинг жамиятга ва атрофдагиларга бўлган муносабатини бутунлай ўзгартириб юборади. Шунинг учун ҳам буюк шахслар (Чўлпон, Фитрат ва бошқалар) ўз замонасининг қурбони бўлишган ёки қатағон қилинган.

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

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

Чунончи, Ибн Сино, Ал-Хоразмий, Абу Райҳон Беруний, Алишер Навоий, Ал-Фарғоний, Бобур, Камолиддин Беҳзод, Форобий, Рудакий, А.С. Пушкин, Моцарт, Шекс-

пир, Паскаль, Леонардо да Винчи, Микеланджело каби алломаларда қобилият ва истеъдод жуда эрта, яъни болалик давридан ҳайратланарли даражада ривожланган. Лекин аксарият олимларнинг, ихтирочиларнинг, давлат арбобларининг истеъдоди етук ёшда намоён бўлади.

Кўпчилик ўқувчиларнинг дарсларни ўзлаштиришлари тамомила педагогик жараён сифатига боғлиқ ва уларнинг барчаси яхши ўқишлари керак, деган фикр хатодир. Барча ўқувчилар уларнинг қобилиятидан қатъи назар, яхши ўқишлари зарур деган фикр, ўқитишнинг сохталашувига ва сифатининг пасайишига, баҳоларни сунъий равишда оширишга, мактаб ва олий ўқув юртларида тегишли дипломни расмиятчилик асосида беришга олиб келади.

Шахсга таъриф бера туриб, биз буюк алломаларда талант куртаклари эрта ёшдан бошлаб ниш уриб бошлаши ҳақида айтиб ўтдик. Шу ерда шахс билан боғлиқ яна бир қизиқ муаммо ҳақида сўз юритишни лозим деб топдик, яъни, буюк шахсларнинг (доҳийларнинг) руҳий нуқсонлари тўғрисида. Психопатия аломатлари бўлган буюк шахслар ҳақида илмий адабиётларда турли маълумотларни учратиш мумкин. Психопатия — бу шахснинг патологик ўзгариши бўлиб, одатда туғма бўлади. Психопатияга доир маълумотлар психиатрия дарсликларида муфассал ёритилган.

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

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

Буюк шахслар	Отаси		Онаси	
	Иқтидор	Нуқсон	Иқтидор	Нуқсон
Успенский		+	+	
Стендаль		+	+	
Лев Толстой		+	+	
Достоевский		+	+	
Ж.Ж. Руссо		+	+	
Шарль Жерар		+	+	

Отасида ҳам, онасида ҳам руҳий нуқсонлар аниқланган буюк шахслар рўйхати*

Буюк шахслар	Отаси		Онаси	
	Иқтидор	Нуқсон	Иқтидор	Нуқсон
Кеплер	+	+		+
Гёте	+	+	+	+
Блок	+	+	+	+
Мопассан		+	+	+
Байрон	+	+		+
Шопенгауэр		+	+	+
Бальзак	+	+		+

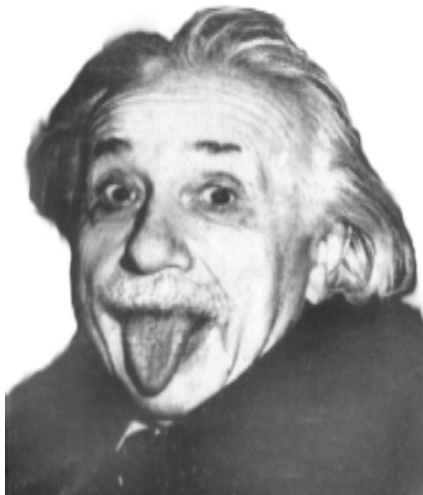
Бу жадваллардан кўриниб турибдики, буюклик (аниқ-роғи — иқтидор) ва руҳий нуқсонлар наслдан-наслга ўтиши мумкин. Улар орасида узвий боғлиқлик бор ва руҳий бузилишлар дунё миқёсида номи чиққан буюк шахсларда (Стендаль, Ницше, Эйнштейн, Руссо, Гёте, Бальзак ва ҳ.к) аниқланган. Муаллифнинг фикрича, руҳий соғлом кишиларда иқтидор соғлом мия томонидан “босиб” турилади ва талантнинг «отилиб» чиқишига йўл қўймайди. Руҳий носоғлом шахсларда эса бундай тўсиқ йўқ ва талант

* Шарқ олимлари ва файласуфларининг руҳий саломатликлари тўғрисида маълумотлар топмадик.

бемалол ўзини тўла намоён қила олади. Тадқиқотчи ўз фикрини давом эттира туриб қўйидаги хулосада тўхталди: **буюк кишиларнинг генида иккита компонент мавжуд бўлиб, улардан бири унинг аجدодларидан ўтган иқтидор бўлса, иккинчиси руҳий нуқсондир.** Бундай ирсий бузилишлар буюк шахсларнинг ўзида кузатилмаса-да, уларнинг яқинларида (акаси, укаси ёки синглисида) кузатилган. Масалан, Гегель, Дидро ва Шуманнинг сингилларида, Л.Толстой, Гюго, Фейербах ва Успенскийларнинг укаларида руҳий касалликлар бўлган.

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

Юқорида келтирилган маълумотларга қисман бўлса-да танқидий кўз билан қараш керак. Ваҳоланки, фақат руҳий нуқсонга эга бўлган одамгина буюк шахс бўлиб етишади, деб хулоса қилиш ҳақиқатга зид бўлур эди.



А.Эйнштейн
(1879–1955)

Чунки, Моцарт, Шекспир, Дюма, Шопен ва Рахманинов (бу рўйхатни давом эттириш мумкин) каби буюк шахсларда руҳий нуқсонлар бўлмаган. Яна шуни таъкидлаш лозимки, юқорида номи тилга олинган шахслар руҳий шифохоналарда довланишмаган ва аксарият ҳолларда уларнинг хулқ-атворидаги ғалати ўзгаришларга қараб баҳо берилган, холос. Бундай пайтларда руҳий касаллик ҳақида эмас, балки шахс акцентуацияси ҳақида фикр юритиш керак.

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

8.2. Темперамент ва унинг типлари

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

И.П. Павлов экспериментал тарзда темпераментнинг физиологик асосларини ўрганди. У шунингдек, темпераментнинг аниқ таснифий белгиларини аниқлаб, бу тушунчани анча кенгайтиради ва янги маъно-мазмун бериб тўлдиради. Бироқ итларда аниқланган асаб тизими типлари одамдагига ўхшаб кетса-да, лекин уларни одамга механик тарзда кўчириб бўлмайди.

Темпераментнинг 4 типига таъриф берамиз.

Сангвиниклар — чаққон, тиришқоқ, меҳрибон, таъсирчан кишилардир. Улар теварак-атрофга тез мослашади. Реакциялари етарлича кучли ёки ўртамиёна бўлади. Улар билимни тез ва осонгина ўзлаштирадилар-да, ҳамма вақт ҳам пухта эгалламайдилар. Муомалада улар кўпроқ ширинсухан, гапдон одамлардир. Сангвиниклар ишга осонгина берилиб кетиб, жадал ишлашга қодир бўлишади, лекин мунтазам равишда доимий меҳнат қилишга анча қийналадилар. Шу билан бирга улар тиришқоқ ва фаол бўладилар. Улар анча дадил бўлиб, бошқа кишилар билан осонгина мулоқот қилдилар. Сангвиник темперамент айниқса болаларда яққол намоён бўлади.

Флегматиклар — сангвиникларга қараганда бирмунча вазмин кишилардир. Уларда шошмаслик, вазминлик анча барқарор бўлади, мураккаб ҳаётий вазиятларда камҳаракатчанлик кузатилса-да, қўйилган мақсадга эришишда бирмунча барқарор, бир сўзли ва дадил бўлишади. Билимларни секинроқ ўзлаштирадилар ҳам, лекин пухта эгаллайдилар. Агар сангвиник алангага ўхшатишга (у тез ёниб, тезда сўнади), флегматикка секин ва узоқ ёнадиган аланга хос бўлади. Бирор нарсага тез жавоб қилиш керак бўлса, флегматиклар кўпинча вақтни бой берадилар. Бунда сангвиниклар улардан устун келади. Қатъийлик, ирода ва сабр-тоқат талаб қилинадиган ишларда флегматиклар устун келади.

Холериклар — кучли, чаққон, вазминсиз одамлардир. Уларнинг ўзига хос хусусияти — жиззакилик ва беқарорликдир. Холериклар — фаол, ишчан ва тўхтовсиз реакцияли одамлардир. Улар бир маромда ишлай олишмайди, гоҳ ғайрат билан, гоҳ имиллаб ишлашади. Шунинг учун ҳам эҳтиёткорлик, сабр-тоқат ва чидамлик талаб қилинадиган вазиятларда холериклар қийин аҳволга тушиб қолишлари мумкин.



30-расм. Бу расмда 4 вазият акс эттирилган (Х.Бидструп бўйича). Вазиятни диққат билан ўрганинг ва ким қайси темперамент эгаси эканлигини аниқланг.

Меланхоликлар — ғамгин, журъатсиз ва маънос кишилардир. Салга чарчаш, бирор ишга етарлича журъат этмаслик, ўз фикрлари ва истакларини қондира олмаслик улар учун хосдир. Меланхоликлар кўпинча арзимаган қийинчиликларга бардош бера олмайдилар, уларга қарши курашдан воз кечадилар. Сангвиниклар ва флегматиклар эса қийинчиликларни осон енгитишади, холериклар эса уларни ҳатто йўқ қилиб юборадилар. Меланхоликларда ижобий ҳис-туйғулардан салбий ҳис-туйғулар устунлик қилади. Бахтли воқеаларга қараганда, уларга нохуш воқеалар кўпроқ таъсир қилади. Шунинг учун ҳам улар доимо тушкунликда юришади. Улар заиф ва суёт кишилардир. 30-расмдаги вазиятларни таҳлил қилиб, ким қайси темперамент эгаси эканлигини аниқланг.

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

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

8.3. Характер

«Темперамент» ва «характер» тушунчалари бир-бирига яқин туради. Характер шахснинг муҳим ва ўзига хос сифатий томонидир. Айни пайтда, шахснинг айрим хусусиятла-

ри ҳам характерга, ҳам темпераментга алоқадор бўлиши мумкин. Хулқ-атвор шахснинг йўналганлиги, иродаси ва фаолияти билан узвий боғлангандир. Характернинг кўп сонли таснифлари мавжудлигига қарамасдан унинг умум қабул қилинган таснифи ҳанузгача йўқ.

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

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

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

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

Кейинроқ Э. Кречмер шизоид ва циклоидларга қуйидагича таъриф берган: шизоидлар учун аутизм (ёлғизликка мойиллик), инжиқлик, совуққонлик хосдир. Циклоид-пик-

никларда кайфият ўзгариб туради, яъни тушқунлик ва гипоманиакал элементлар бир-бири билан алмашиб туради. Хулқ-атворнинг худди шу хусусиятлари шизотимик ва циклотимикларда ҳам кузатилади. Унинг фикрича, соғлом шизотимиклар шизофренияга учраган беморларнинг қариндошлари орасида учраб туради, айти пайтда шизофренияга чалинганлар касал бўлмасидан аввал шизоидлар ва шизотимиклар ҳисобланган. Соғлом циклотимиклар, психопатик циклоидлар ва маниакал депрессив психозга учраган беморлар ўртасида ҳам худди шундай боғланиш бор.

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

Шельдон гавда тузилишини нормал ва патологик хулқ билан боғлаб ўрганган. Шельдоннинг типологияси у ёки бу эмбриологик тузилмаларнинг устун келишига асосланган. У уч типни ажратади: 1) Эндодермадан тараққий этувчи овқат ҳазм қилиш системасининг устун туриши (эндоморфизм). Бу типга иштаҳанинг зўр бўлиши, қувноқлик, ширинсуханлик хос бўлади. Бу темпераментни Шельдон висцеротония деб атади. 2) Мезоморфизмда мезодермадан йўл оладиган суяк-мушак системасининг тараққий этиши устун келади. Бу темперамент (самототония) фаоллик, ҳукмронлик билан тавсифланади. 3) Экторморфизмда эктодермадан ривожланувчи асаб системаси тараққий этиши устун туради.

Назорат учун саволлар

1. Шахс деганда нимани тушунасиз?
2. Темперамент нима? Унинг қандай типларини биласиз?
3. Ўзингиз қайси темперамент эгасисиз?
4. Характер ҳақида сўзлаб беринг.
5. Ўзингизнинг хулқингизга қандай қарайсиз?
6. Э. Кречмер ва Шельдоннинг гавда тузилиши ва характер тўғрисидаги қарашлари ҳақида сўзлаб беринг.

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

Гиппократ

IX БОБ. ПСИХОГИГИЕНА, ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ВА ДЕОНТОЛОГИЯ АСОСЛАРИ

9.1. Психогигиена

Психогигиена — бу инсон саломатлигини сақлашга ва мустаҳкамлашга қаратилган фан бўлиб, психопрофилактика билан чамбарчас боғланиб кетган. Психогигиена тиббиётнинг долзарб муаммоларини ҳал қилувчи умумий гигиенанинг бир бўлими сифатида ҳам ўрганилади. Психогигиена ўзининг муаммолари билан нафақат тиббиётнинг, балки жамиятимизнинг ҳам барча жабҳаларига кириб борган. Психогигиена фани неврология ва психиатрия фанларига яқин турувчи, психоневрологик муаммоларни биргаликда ҳал қилувчи фандир.

Психогигиена олий нерв фаолиятини ўрганувчи нейрофизиология фани билан ҳам узлуксиз боғланган. Чунки ҳар қандай ташқи салбий омиллар асаб тизими функционал ҳолатига ноҳўя таъсир кўрсатмасдан қолмайди.

Психогигиена ушбу салбий ҳолатларнинг асаб тизимига таъсирини пасайтириш, асаб марказларининг «иммунитетини» мустаҳкамлаш билан ҳам фаол шуғулланади. Психогигиена муаммолари психопрофилактика муаммоларига ўхшаб кетади. Чунки ҳар қандай психогигиеник муолажалар руҳий, асаб ва бошқа касалликлар келиб чиқишининг олдини олишда муҳим аҳамият касб этади.

Масалан, психогигиена талабларига амал қилиш неврозлар, психозлар, миокард инфаркти, инсульт каби оғир касалликларнинг олдини олишга ёрдам беради. Айниқса, хафақон касаллигининг ривожланишида руҳий омиллар аҳамияти кўпгина илмий тадқиқотлар билан исботлаб берилган. Академик А.Л. Мясников (1965) хафақон касаллигини «асаб марказлари неврози» деб атаган эди. Машҳур терапевт Г.Ф. Ланг (1943) Ленинград қамалида душманлар шаҳарни бомбардимон қилиши ҳақидаги ҳаво тревогаси пайтида ҳатто 17—18 яшар йигит-қизларда ҳам қон босими 180/100 гача ошганини, самолётлар қайтиб кетганидан кейин эса қон

босими яна меъерий рақамларга тушганини аниқлаб, хафқон касаллиги ривожланишида руҳий омилларнинг аҳамияти нақадар катта эканлигини исботлаган.

Цивилизациянинг жадал ривожланиши даврида асаб-руҳий касалликлар ва асаб зўриқишидан келиб чиқадиган юракқон томир касалликлари сони кундан-кунга кўпайиб бормоқда. Бу ўз навбатида психогигиена фанига катта вазифаларни юклайди.

Кучли ҳиссий ҳаяжонланиш, оғир мусибат, ақлий зўриқиш организмнинг умумий ҳолатига ноҳўя таъсир кўрсатади. Бунинг натижасида гомеостазнинг нормал фаолияти бузилиб, ички аъзолар касалликлари ривожланишига шароит яратилади. Демак, руҳий саломатликни сақлаш бутун бир организмни турли касалликлардан асраш демакдир. Психогигиена асаб-руҳий касалликлар, шахс ўзгаришлари, ичкиликка ружу қўйиш, гиёҳвандлик каби иллатларнинг олдини олиш билан ҳам фаол шуғулланади. Психогигиена муаммолари инсон шахсини эътиборга олган ҳолда ечилади. Ваҳоланки, шахснинг шаклланиши организмнинг руҳий-асабий ҳолатига катта таъсир кўрсатади.

Ҳар бир врачнинг психогигиена фанини чуқур эгаллаши ва унинг қонунларини билиши касалликларни даволашда ва олдини олишда, шунингдек психопрофилактикадан янги дастурлар тайёрлашга катта ёрдам беради. Шундай экан, руҳий зўриқишлар ички аъзолар касалликларига сабабчи бўлса, ўз вақтида ички аъзолар патологияси инсон руҳининг бузилишига олиб келиши мумкин.

Доимий ҳасад, ваҳимага тушавериш, ҳар нарсага аразлайвериш каби ҳолатлар инсон руҳини ишдан чиқаради. Бундай одамлар руҳий саломатлигидан айрилиб ичкиликка ружу қўядиган, ҳеч кимга ишонмайдиган, ўзининг соғайиб кетишига ҳам катта гумон билан қарайдиган бўлиб қолишади. Руҳий бузилиш «юқумли» касалликдир. Албатта, оилада асаби бузилган ёки бир сўз билан айтганда невроз ёки психозга чалинган одам бўлса, бунинг ёмон таъсири оила аъзоларига ҳам тезда ўтиши, уларнинг руҳий саломатлигига катта зиён етказиши мумкин. Демак, психогигиенанинг яна бир катта муаммоларидан бири, — бу оила психогигиенасидир. Битта одамнинг руҳий саломатлигини тиклаб бериш, уни ўраб турган қариндош-уруғ-

лари, ёру биродарларининг руҳий саломатлигини ҳам тиклаш ёки бузилишдан сақлаб қолиш демакдир.

Психогигиена муаммосини ва муваффақиятларини кенг маънода тушунмоқ керак. Чунки психогигиена бевосита жамият муаммоларини ҳам ҳал қилишга улкан ҳисса қўшади, руҳий соғлом бўлган шахсгина бирор-бир касбни эгаллаб, унинг уддасидан чиқиши мумкин. Руҳан соғлом кишигина яхши врач, қурувчи, ҳайдовчи, ўқитувчи ёки учувчи бўлиши мумкин.

Хўш, психогигиенанинг асосий вазифалари, йўналишлари нималардан иборат? Психогигиена қуйидаги мақсадларни ўз олдига қўяди: 1) соғлом шахсни тарбиялаш ва шакллантириш; 2) тиббий масканларда гигиена талабларига жавоб берадиган шароит яратиш; 3) инсоннинг саломатлигига зиён келтирувчи омилларни камайтириш ва тугатиш; 4) беморларни, ёшу қариларни спортга қизиқтириш, уни кенг оммага ёйиш; 5) ҳар бир кишини ўз саломатлигига эътибор билан қарашга, уни сақлашга ўргатиш.

Психогигиена шартли равишда қуйидаги турларга бўлинади: 1) ёшга оид психогигиена; 2) ақлий ва жисмоний меҳнат психогигиенаси; 3) ўрганиш ва ўргатиш психогигиенаси; 4) оила ва жинсий ҳаёт психогигиенаси; 5) турмуш психогигиенаси; 6) касал одам психогигиенаси.

Ёшга оид психогигиена болалик давридан, яъни чақалоқ туғилган даврдан бошланиши керак. Чунки инсоннинг шахс сифатида шаклланиши жуда эрта бошланади. Боланинг яшаш фаолияти ўйинларга асосланган бўлади. Унинг идроки ёшига мос бўлади. Бола ўзи қизиққан нарса билан шуғулланади. Боланинг ёнида эҳтиёт бўлиб гапириш, уни тўғри йўлга бошлаш, камчиликларини ўз вақтида тuzатиб бориш ўта муҳимдир. Болани қаттиққўллик билан эмас, фақат уқтириш йўли ва тайинлаш билан тарбиялаш мумкин. Болани ортиқча эркалатиб юбориш, унинг айтганини қилавериш, талабларини бажаравериш ҳам яхши оқибатларга олиб келмайди, у қайсар, ўжар, ота-онани ҳурмат қилмайдиган бўлиб ўсади. Болани унинг ёшига мос турли ўйинлар билан машғул қилиш керак. Болани театрларга, циркка, ҳайвонот боғларига олиб бориш, уни табиат қўйнида тарбиялаш, боланинг синхрон ривожланишида жуда муҳим аҳамият касб этади.

Болалар психогигиенасида катталар хулқ-атвори, авваламбор ота-онасининг хулқ-атвори ўта муҳим аҳамиятга эга. Доимо жанжал бўладиган, ичкилик ичиладиган, китоб мутолаа қилинмайдиган оилада яхши фарзанд вояга етиши анча мураккабдир. Бола ота-онанинг яхши фазилатларига ҳам, ёмон қилиғига ҳам тақлид қилади. Ҳали болада бош мия ярим шарлари пўстлоғи функционал жиҳатдан тўла шаклланмаганлиги туфайли уларда яхши-ёмонни таҳлил қилиш имкони паст бўлади. Болани ҳаётга ўргатиб бориш, унинг тафаккурига мос ҳикоялар, эртақлар айтиш, ҳаётдан мисоллар келтириб бориш болада ҳаётга қизиқиш уйғотади, инсонларга меҳр-муҳаббатли бўлишга ундайди.

Агар ота-она болада фаннинг, санъатнинг ёки ҳунарнинг қайсидир бир турига қобилиятини сезиб қолса, унга ҳар томонлама ёрдам бериб, барча шароитни яратиб бериши зарур. Лекин болани илмли қиламан деб, унга керагидан ортиқча талаб қўйиб юбориш, дарс қилишга мажбур қилавериш, кўчада бироз ўйнагани қўймаслик болада депрессия аломатлари ривожланишига сабаб бўлади. Бунга шундай мисол келтириш мумкин. Ҳали 8 ёшга тўлмаган Г. исмли қизчани бизга кўрсатишди. Қизча бош оғриғидан шикоят қилар эди. Ота-онаси врач қабулида бўлиб, қизчада бош оғриғи сабабларини аниқлай олишмаганлигини ва берилаётган дори-лар фойда бермаётганини айтишди. Қизчани текшириш мобайнида шу нарса маълум бўладикки, у умуман кам гапирар, бир нуқтага қараб тураверар, доктор берган саволларга зўрға жавоб берар эди. Ўзи ҳақида гапириб беришни илтимос қилганда, фақат боши оғришини айтган. Қизни текшираётиб унда депрессия аломатларини аниқладик. Қиз аввал ҳеч қандай касал бўлмаган, мия жароҳатлари олмаган, ички аъзолари ҳам соғлом эди. Қизчадан бошинг доимо оғрийдими, оғриманган пайти борми деса у: «Ҳа, доимо оғрийди, лекин ноябр ойида оғримадим», деб жавоб беради (бемор феврал ойида текширилаётган эди).

Қиздаги бош оғриқнинг сабаблари ҳар томонлама текширилиб, касаллик анамнези яхшилаб ўрганилгандан кейин шу нарса маълум бўлдики, қизни 6 ёшлигидан бошлаб ўқитиш кучайтирилган мактабга беришган. Бундан ташқари, қизча мактабдан қайтганда инглиз тили ўқитувчиси уйда

у билан машғулот олиб борган, кейин эса ота-онаси қизчанинг билимини текшириш бўйича доимо савол-жавоблар ўтказган. Қизча 6 ёшга тўлганидан кейин кўчага тенгдошлари билан ўйнагани чиқишга қўйилмаган. Албатта, болага қўйилган бу ортиқча талаблар уни руҳан чарчатиб қўйган. Ўқитувчилар ва ота-онаси олдида доимий масъулият сезган қизча мияси доимо ҳиссий зўриқишда бўлиб, бора-бора у камгап, фақат саволларгагина жавоб берадиган, ўз тенгдошлари билан ўйнамайдиган бўлиб қолади. Сўнгра эса қизчада доимий бош оғриқ ривожланади. Ноябрь ойида эса қизча мактабдан таътилга чиққан, отаси эса бошқа шаҳарга хизмат сафарига кетган эди. Қизча бу даврда, табиийки дарс қилмаган ва кўп вақтини тоза ҳавода ўз тенгдошлари билан ўйнаб ўтказган. Бундан хулоса қилиб, қизчанинг ота-онасига барча талабларни камайтириш, уларни қизнинг ёшига мослаш, инглиз тилини ўқитишни вақтинча тўхтатиш, тоза ҳавода сайр қилишга имкон бериш зарурлиги тавсия қилинди. Бу талаблар бажарилгандан кейин қизчада депрессия аломатлари (камгаплик, иштаҳа йўқлиги, ҳеч нарсага қизиқмаслик ва бош оғриғи) ўтиб кетди.

Бундан хулоса шуки, кўпчилик асаб-руҳий бузилишларнинг сабаби нотўғри ҳаёт тарзи, ортиқча ҳиссий зўриқиш, ёшга мос бўлмаган талабларнинг қўйилишидир. Бу салбий омиллар бартараф қилинмас экан, дори-дармонларнинг таъсири кўзланган мақсадни бермайди.

Психогигиенанинг асосий мақсади ҳам салбий асаб-руҳий омилларни бартараф қилишдир. Болаларни махсус кучайтирилган мактабга бераётганда психологга кўрсатиш зарур ва улар кейинчалик ҳам вақти-вақти билан психолог назоратида туриши керак.

Шундай экан, мактаб ёшидаги болалар психогигиенаси ҳақида алоҳида тўхталиб ўтиш ўринлидир. Бу ерда ўқувчиларга дарсдаги ортиқча юк, улар орасидаги ёки ўқувчи билан ўқитувчи орасидаги келишмовчиликларни ўрганиш ва уларни бартараф этиш йўллари излаб топиш зарур.

Психология ва умуман тиббиёт учун энг долзарб муаммоларга тўла бўлган давр — бу **ўсмирлик давридир**. Ўсмирлик даврида нафақат руҳий ўзгаришлар, балки ақлий ва жисмоний ўзгаришлар ҳам кескин кечади. Бу давр — **ўтиш дав-**

ридир. Ёсмир — ҳали кечаги бола, лекин у ҳали катта киши ҳам эмас. Ёсмир ўз олдида турган муаммоларни ўзи ечишга руҳан ҳали тайёр бўлмаслиги мумкин. Лекин уни ҳали сен ёшсан деб ҳадеб тергайвериш унда қайсарликни юзага келтириши мумкин. Ёсмирнинг мустақиллигини тан олган ҳолда, унинг олдида ҳар бир нарсага масъулият ҳиссини туғдира бориш ўта муҳимдир. У ечиши керак бўлган муаммолардан қўрқмаслиги, шу билан бирга бу муаммога енгилтаклик билан қарамаслиги керак. Бу даврда ёсмир учун энг катта муаммолардан бири сексуал муаммодир. Қизларда эса ҳайзнинг келиши ҳам чуқур ҳиссий ҳаяжонланишлар, қўрқувлар билан кечиши мумкин. Бундай пайтларда ота-онасининг, яқинларининг маслаҳати жуда зарур. Бу ерда врач-психологнинг вазифаси ёсмирда кечаётган жараёнларни ўз вақтида ҳал қилиб боришдан иборат. Спорт ва бадантарбия машқларини бажариш, меҳнатнинг ўзига ёққан турлари билан шуғулланиш, организмни чиниқтириб бориш ёсмир учун ғоят муҳимдир.

Катта ёшдагилар психогигиенаси кўпинча кишининг эгаллаб турган лавозимига, касбига ва иш фаолиятига боғлиқ. Бу даврда оила ва жинсий ҳаёт психогигиенаси алоҳида эътиборни талаб қилади. Бу муаммони ўз вақтида Зигмунд Фрейд чуқур ўрганган эди. З. Фрейд жинсий ҳаётда бахтсизликка учраган оила психологиясини ўрганиб, жинсий ҳаёт нуқтаи назаридан инсонларда невроз, психоз каби касалликларнинг келиб чиқиш механизмларини ўз кузатувларига асосланиб ёритиб берди. Жинсий заифлик бор оилада бахтли ҳаёт бўлмайди, бунда нафақат оилада, балки жамиятда ҳам улар ўз ўрнини топиб кета олмасликларини исботлаб берган. Эр-хотин орасидаги нафақат яхши муносабат ва хушмуомалалик, балки нормал жинсий муносабатлар ҳам мустаҳкам оиланинг асосини ташкил қилади.

Жинсий ҳаёт — ҳаёт мазмунини ифодалаб берувчи во-ситадир, чунки бусиз авлодни давом эттириб бўлмайди. Жинсий ҳаётдаги кескин ўзгаришлар климактерик даврда, инволюцион даврда салбий томонга кетиши киши руҳий фаолиятига таъсир қилмасдан қолмайди. Шунинг учун ҳам жинсий ҳаёт психогигиенасини алоҳида ўрганиш талаб қилинади. Оила мустаҳкам бўлиши учун никоҳга катта эъти-

бор қаратилмоғи керак. Турмуш қураётган икки ёш албатта тиббий кўриқдан, генетик ва психологик текширувлардан ўтиб, кейин саломатлиги ҳақида махсус тиббий маълумотномани олгандан кейин турмуш қуриш ҳақида хулосага келиш мумкин. Акс ҳолда, бу никоҳ бахтсиз бўлади. Қиз берсанг ҳам, олсанг ҳам етти авлодини суриштириб иш қил, деб бекорга айтмаган халқимиз. Битта оиланинг бахтсизлиги, унинг қариндошларининг, қолаверса, бутун жамиятнинг бахтсизлиги сифатида қаралиши керак. Ҳақиқатан ҳам шундай.

Жинсий аъзоларнинг анатомияси ва физиологияси ҳақида турмуш қураётган ёшлар дастлабки илмга эга бўлишлари керак. Жинсий аъзолар ҳақида оддий билимга ҳам эга бўлмаган ёшларга турмуш қуришга фақат уларнинг севги-муҳаббатига асосланиб рухсат берилади. Ҳаммага маълумки, бу муҳаббат кўпинча ташқи кўринишга асосланган бўлиб, турмуш қураётган йигит ёки қизда руҳий касаллик борми-йўқми, невропатолог ёки психиатрларнинг тиббий хулосаси қандай? Буларга эътибор кўпинча турмуш қуришдан олдин эмас, балки бузилганидан кейин берилади. Биз турмуш қургандан кейин турмуш ўртоғининг руҳий касаллиги борлиги ва унинг ота-онаси тўйдан олдин фарзандининг «айбини» яширганлигидан катта жанжаллар чиқиб, бутун бошли оила судлашиб юрганларининг гувоҳи бўлганмиз.

Бозор иқтисодиётига ўтилиши сабабли бой ва қашшоқ оилалар кўпайиб бормоқда. Айниқса қариялар муаммоси ҳар қандай жамиятда кўндаланг турган муаммодир. Чунки улар ишга яроқсиз бўлиб қолганларидан кейин, баъзан фарзандлари эътиборидан ҳам чеккада қолиб кетишади. Айниқса, доимо фаол ҳаёт кечириб келаётган киши нафақага чиқиб, ишсиз қолганда унинг руҳиятига катта зиён етиши мумкин.

Шунинг учун қарияларнинг саломатлигини сақлаш, уларни маҳалла билан ёки ўзининг аввалги мутахассислиги билан боғлиқ ишларга жалб қилиш, уларнинг жисмоний ва руҳий саломатлигини тиклашга ва сақлашга ёрдам беради.

Психогигиена фани доимо такомиллашиб борадиган фандир. Бир неча йиллардан сўнг психогигиенанинг мақсад ва вазифаларида янги йўналишлар пайдо бўлиши табиий.

9.2. Психопрофилактика

Психопрофилактиканинг мақсади асаб-руҳий ва психосоматик бузилишларнинг олдини олишдир. Психопрофилактика умумий профилактиканинг бир бўлими бўлиб, бирламчи ва иккиламчи профилактикаларга бўлинади.

Бирламчи профилактиканинг мақсадлари психогигиенанинг мақсадларига ўхшаб кетади ва нафақат асаб-руҳий касалликларнинг, балки барча психосоматик касалликларнинг олдини олиш билан ҳам шуғулланади. Бунга у қандай қилиб эришади? Болалик давридан бошлаб инсоннинг руҳий саломатлигини назорат қилиб бориш, ўз вақтида юқумли касалликларга қарши эмлаш, руҳий ва жисмоний ривожланишдан орқада қолаётган болалар тарбиясига, жисмоний ривожланишига ҳар томонлама ёрдам кўрсатиш орқали эришади. Демак, психопрофилактикани нафақат невролог, психолог ва психиатрлар, балки педиатрлар, терапевтлар, эндокринологлар ва тиббиётнинг бошқа мутахассислари ҳам тарғибот қилишлари ва амалга оширишлари керак. Бирламчи психопрофилактиканинг асосий мақсадларидан яна бири — ёш оила қураётган йигит-қизларни текшириб ирсий касалликларни аниқлаш, янги туғилган чақалоқлар саломатлигини сақлаш, оналар саломатлигини муҳофаза қилиш ҳамдир.

Иккиламчи профилактика психоген ва психосоматик касалликларнинг қайта кўзгалишининг олдини олиш билан шуғулланади. Шу мақсадда эрта диагноз қўйиш, аниқланган белгиларни ўз вақтида бартараф этиш, янги даволаш усуллари кенг қўллаш, касалликларнинг сурункали даврга ўтиб кетишининг олдини олиш чоралари кўрилади.

9.3. Деонтология асослари

Барча санъатлар ичида энг буюги — тиббиётдир деган эди Гиппократ. Врачлик касбини эгаллаш учун фақат шу соҳанинг билимдони бўлиш етарли эмас, албатта. Врач авваламбор ҳақиқий инсон бўлмоғи керак. Врачни жанг майдонидаги аскарга ўхшатиш мумкин. У душман билан олишаётиб, фақат Ватан ҳақида ўйлайди. Врач ҳам беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш, уни соғайтириб юбориш учун курашади.

Бунда у ўз манфаатини эмас, фақат беморнинг тезроқ соғайиб кетишини ўйлайди. Шунинг учун ҳам, қадимда врачни ёниб турган шамга ўхшатишган, у ўзи ёниб эриб тугагунча атрофга нур сочиб, ёруғлик таратиб туради.

Тиббиёт деонтологияси врач бурчи, қиёфаси, обрўси, номуси ва виждони ҳақидаги фандир. Деонтология — юнончадан **бурч** деган маънони берса, этика — грекчадан **ахлоқ** деган маънони англатади. Гиппократ қасамёдида тиббиёт деонтологияси ва этикасига оид кўп иборалар келтирилган. У ахлоқсиз врачнинг беморни даволашга ҳаққи йўқ, деб хитоб қилган. Гиппократ қасамёди тиббиёт этикасининг ривожланишига катта таъсир кўрсатди.

Ҳозирги кунда шифокор (врач ва ҳамшира) билан бемор орасидаги муносабатлар чуқур фалсафий мушоҳада юритишни талаб қилади. Агар врач бемор билан тил топишмаса, кучли ва фойдали дорилар буюрилишидан қатъий назар, беморнинг тузалиб кетиши мушкуллашади, деб айтган эди атоқли ўзбек деонтологи ва терапевти Э.Й.Қосимов (2001). Давонинг боши ишончдан бошланади, яъни бемор шифокорга ва унинг бераётган дори-дармонларига ихлос қўйиши керак. Бу ишончни пайдо қиладиган инсон албатта шифокорнинг ўзидир, унинг гўзал нутқидир. Шифокор ўзининг хатти-ҳаракатлари, ширин сўзи ва ташқи кўриниши билан беморларнинг ҳурматини қозониши зарур (*Э.Й.Қосимовнинг бўлажак шифокорларга атаб айтган нутқидан*).

Албатта, ҳозирги кунда тиббиётга пуллик хизматнинг кибриб келиши, деонтологиянинг баъзи йўналишларини бошқача таҳлил қилишга ундайди. Собиқ шўро даврида пуллик хизмат деярли йўқ эди. Ҳозир давлат томонидан махсус рухсатнома олиб врачлар, поликлиникалар ва шифохоналар пуллик тиббий хизмат ҳам кўрсатишмоқда. Бу албатта, энди деонтологиянинг кераги йўқ ёки аҳамияти пасайди, дегани эмас. «Ахир пул тўлагандан кейин барибир яхши қарайди-да», деган фикр янглиш фикрдир. Ваҳоланки, беморнинг тузалиб кетиши унинг врачга тўлаган пулининг миқдори билан белгиланмайди, унинг билими, тажрибаси ва муомаласи билан белгиланади. Қолаверса, деонтология дегани, фақат беморга ширин сўз гапириб, унга кулиб қараб туриш дегани эмас, деонтологиянинг устувор йўналишларидан бири, таъкидлаб ўтганимиздек, **ИШОНЧ-**

дир. Баъзан ҳадеб ваҳима қилаверадиган беморни қаттиқроқ «койиб» қўйишга ҳам тўғри келади. Ана шундагина у врачга ишонади. «Агар касалим ҳақиқатан ҳам тузалмас бўлганида, доктор мени уришиб бермасди», деб ўйлайди.

Баъзан беморга берилаётган даво усули уни қониқтирмайди. Кўп дори-дармон ёзилса, «шунча дори шартмикан, ёки касалим оғирми, ёки врач тажрибасизми?» деган фикрлар пайдо бўлади. «Фалончи доктор фалончи беморни иккита дори бериб тузатиб юборибди» деган сўзларни баъзан эшитиб туриш мумкин. Хўш, бундай пайтларда қандай йўл тутиш керак? Айниқса баъзи касалликларни бирмунча узоқ даволашга тўғри келади. Берилаётган даво чоралари дарров натижа беравермайди. Бундай пайтларда касалликнинг моҳиятини бемор тушунадиган тилда баён қилиш керак. Керак бўлса, беморни тинчлантириш учун ташхисни янада аниқроқ қилиш мақсадида врач ўзидан тажрибалироқ ҳамкасбларидан маслаҳат сўраши зарур. Врач беморнинг олдида асло ўзини йўқотиб қўймаслиги керак. Шунини унутмаслик керакки, врач беморни текширади, бемор эса врачни кузатади.

Кўп ҳолларда шундай ҳодисаларга дуч келиш мумкин. Профессор қабулига келган бемор қабулда ярим соатдан ортиқ қолиб кетса, безовталана бошлайди, профессор ёки докторлар ҳақида ҳар хил гаплар гапирди. Қизиги шундаки, худди шу бемор (яъни профессорни ярим соат ҳам кутгиси келмаган бемор) табибни бир неча соатлаб, ҳаттоки бир неча кунлаб кутади. Қанча кўп кутган сайин табибга ҳурмати шунча ошиб боради. Табибни худди ўзига ўхшаб кутаётганларга мақтайди: «Зўр табиб бўлса керак, эшигида шунча одам, битта беморни бир соатлаб кўраркан». Ўша табибга кириш учун баъзи бир беморлар эшигининг олдида кўрпа-тўшак қилиб ётиб олади.

Хўш, бунинг сири нимада? Табибларнинг «зўрлигидами?» Ёки беморларнинг тиббиётдан ва докторлардан безганидами? Ёки врачларнинг бемор дардини тўла эшитишга «вақтлари» йўқлигидами? Бу саволларни қуйидагича ёритиш мумкин.

Биринчидан, афсуски, кўп касалликлар сурункали турга ўтиб кетган бўлиб, бир марта эмас, бир неча бор даволашни талаб қилади.

Иккинчидан, беморларни даволашдаги изчилликнинг бузилишида, яъни бемор касалхонадан чиқиб поликлиникада, у ерда даволаниб бўлганидан кейин, кўрсатилган муддатларда санаторийларда даволаниши зарур бўлади. Ҳамма беморлар ҳам бунга амал қила олмайди.

Учинчидан, инсон пайдо бўлибдики, антиқа нарсаларга, мўъжизаларга интилади. Кўрмаган нарсасини кўргиси, емаган нарсасини егиси, бормаган мамлакатга боргиси келади. Булар ҳар бир инсон учун хос фазилатлардир. Мана шу фазилатлар бор экан инсон мўъжиза излайверади (кимдан, нимадан ва қаердан излашнинг фарқи йўқ, энг асосийси «мўъжиза» топса бўлди). Одамларнинг табибларга интилишини ҳам шундай изоҳлаш мумкин. Ҳамма жойда поликлиникалар, касалхоналар ишлаб турибди, врачлар ҳам етарлидир. Деярли ҳар бир маҳаллада, ҳар бир кўп қаватли уйда доктор бор (врачлар етишмайдиган баъзи қишлоқларни эътиборга олмаганда). Беморлар учун врачларга мурожаат қилиш оддий бир ҳол бўлиб қолган: «униси бўлмаса буниси, врач топилади». Докторга иши тушмаган одамни учратиш амримаҳол, албатта. Бу мулоҳазани табибларга нисбатан ишлатиб бўлмайди. Негаки, уларнинг сони оз. Улар учун «табибхоналар» йўқ. Уларни тайёрлайдиган институтлар ҳам йўқ. Улар ишлайдиган касалхоналар ҳам йўқ. Агар бўлганида беморлар табибларга ҳам кўникиб қолиб, улардан мўъжиза изламаган бўлур эди.

Фалон қишлоқда битта табиб чиқибди, эшиги тўла одам эмиш дейишса, одамлар ўша томонга қараб интилади. У табиб мактабни тугатганми йўқми, нега у ҳам асаб, ҳам руҳий, ҳам ички касалликларни, ҳам бепуштликни даволайверади? Булар билан беморлар қизиқишмайди. Энг асосийси эшигининг олдида одам кўп. Агар бемор бирор врачдан тузалмаса ёки касалхонадан тўла тузалиб чиқмаса, ўша врачни ва касалхонани ёмонлайди. Агар у табибдан тузалмаса, «ҳа, демак, касалим тузалмас экан-да, табиб ҳам даволай олмади» деб фикр юрилади. Бу, ажабланарли ҳол албатта. Касалхоналарда, поликлиникаларда тузалган, ногирон бўлган ва ўлган беморларнинг ҳисоби олиб борилади. Бунинг учун Соғлиқни сақлаш вазирлигида катта статистика бўлими ишлаб турибди. Олинган маълумотлар ҳар чорак ва ҳар йили таҳлил қилиб борилади. Табиблар қўлидан тузалган ва тузалмаганларнинг ҳисоби олиб бо-

рилмайди. Уларда статистика ҳам йўқ. Оғир беморларни эса улар даволамайди. Шундай қилиб, биз уларнинг иш фаолиятини назорат қиладиган шароитдан йироқмиз.

Бу ўринда табибларни ёмонлаб, врачларни улуғлаш нијатимиз ҳам йўқ. Биз юқорида келтирган мулоҳазалар врачларни ўйлантириб қўймоғи керак. Ҳақиқатан ҳам, кўп ҳолларда врач беморнинг сўзини охиригача тингламайди. Бунга сабаб қилиб, ташқарида кутиб турган беморларни ва вақти зиқлигини рўқач қилади. Лекин шунини унутмаслик керакки, ҳозир ёнингизга кирган бемор ташқарида кутиб ўтирган беморларнинг ёки сизнинг вақтингиз озлигининг қурбони бўлмаслиги керак. Бу бемор Сизни деб келганлигини ҳам унутмаслик керак. Қолаверса, врач обрў-эътибори йўқоладиган ишларни қилмаслиги керак. Беморнинг дардини охиригача эшитиш зарур. Тўғри, баъзан бемор бир оз гапирганидан кейин унинг касали докторга аён бўлиб қолиши мумкин. Бироқ, бемор ҳали сўзини тугатгани йўқ. У ўзини безовта қилаётган барча шикоятларини докторга айтмоқчи. Гап шундаки, бемор дардини қанча тўкиб солса, шунча енгиллашади. Беморнинг узундан-узоқ сўзлари докторга диагноз қўйиш учунгина эмас, балки унинг дардини енгиллаштириш учун ҳам керак. Демак, врач беморни эшитаётиб нафақат унинг касалини аниқлайди, балки даволайди ҳам! Тўғри, бемор касалига тааллуқли бўлмаган гапларни кўп гапириши, докторнинг вақтини беҳуда ўғирлаши мумкин. Бундай пайтларда беморга касаллигига доир қўшимча саволлар бериб, уни тўғри йўлга солиб олиш керак.

Айниқса, неврозга чалинган беморлар кўп сўзлашни, шикоятларини ранг-баранг қилиб гапиришни яхши кўришади. Яна улар замонавий аппаратларда бир қанча текширишлардан ўтишни хоҳлашади, булар беморга шарт бўлмас-да. Имкониятларга қараб бу илтимосларни бажариш керак ёки бемор бир-иккита текширишлардан ўтгандан кейин «буларнинг хулосаси яхши чиқди, қолган текширишлар энди шарт эмас», деб тинчлантириш лозим.

Врач хатоси тўғрисида нима дейиш мумкин. Агар врач хатога йўл қўйса, у албатта жазога тортилиши керакми? Хатонинг сабаблари нимадан иборат? «Бемор доимо ҳақ» деган нақл тўғрими? Бу саволлар ўта қийин бўлиб, уларга ба-

тафсил жавоб топиш амримаҳол. Врачнинг ҳар бир хатоси орқасида беморнинг ҳаёти ётади. Бу хато туфайли кимдир отасидан, кимдир онаизоридан, кимдир суюкли ёридан, фарзандидан жудо бўлади. Врач хатосининг сабабларини 2 гуруҳга бўлиш мумкин. *Биринчиси*, врачнинг саводсизлиги бўлса, *иккинчиси*, унинг чарчаганлигидадир. Хўш, врач хатосини қандай аниқлаш мумкин? У саводсизлигидан хато қилдими ёки чарчаганлигидан? Иккала ҳолатда ҳам жазо бир хил бўлиши керакми?

Тўғри, илмсизлик оқибатида хатолар врачлар орасида учраб туради. Лекин баъзан хатога тажрибали врач ҳам йўл қўйиши мумкин. Номи чиққан тажрибали врачга кўришни орзу қиладиганлар жуда кўп бўлади. Шундай ҳолатлар бўладики, бир кунда кўринадиган беморлар сони 20 тадан ошиб кетади. Тажрибали врачга уйда ҳам, ишда ҳам, меҳмондорчиликда ҳам, ҳаттоки дам олиш сафарида ҳам тинчлик бўлмайди. Албатта, бундай пайтларда тажрибали врачнинг ҳам хато қилмаслигига кафолат бериш қийин. Беморга «йўқ, мен чарчадим» дея олмайди. Ҳозир мен сизни кўра олмайман деса, врач этикасига тўғри келмайди, кўриб қўяман деса, врач ҳам руҳан, ҳам жисмонан чарчаган. Шунини унутмаслик керакки, руҳий чарчаш кўп хатоликларга сабабчи бўлиши мумкин. Бунинг устига, тўғри келган жойда беморни кўриб бўлмайди. Икки оғиз сўз билан ташхис қўйиб бўлмайди. «Илтимос, доктор менга 5 дақиқа вақт ажратинг, мени кўриб қўйинг» деб врачни ҳол-жонига қўймайдиган кишилар ўз ҳаётини хавф остига қўйишади. Бунинг устига беморни кўриш учун врач руҳан тайёр бўлиши керак. Врач чарчаган пайтлари беморни кўриб қўйишни бошқа кунга тайинлаши (агар аҳволи оғир бўлмаса) мақсадга мувофиқдир.

Ҳақиқий врачнинг ҳаёти ҳеч қачон осон ва энгил кечган эмас. У кундалик ҳаётига режа ҳам туза олмайди. Дам олиш кунлари ҳам ўзи хоҳлагандек кечмаслиги мумкин: ҳар дақиқа беморни кўрсатиш учун чақириб қолишлари мумкин. С.П. Боткин шундай деган эди: «Врач ҳар қандай шароитда ҳам ўзини йўқотмаслиги, муваффақиятлардан боши гангимаслиги, муваффақиятсизликдан эса тушкунликка тушмаслиги керак. У доимо ҳар бир ишидан хулоса чиқариб яша-

моғи даркор». Врач доимо илм олишга интилиши керак, чунки тиббиёт доимо ривожланиб борувчи фандир. Ўқимай бир жойда тўхтаб қолган врач худди кўлмак сувни эслатади. Унинг ёнига ҳеч қайси жонзот яқинлашмайди, чунки бу сувдан истеъмол қилса ўлади.

Тиб илмининг султони бўлмиш Ибн Сино ҳаётининг сўнги дақиқаларида шундай деган экан: «Ҳаётдан кўз юмаётиб шунга амин бўлдимки, илм соҳасида ҳали ҳеч нарсани эгалламаган эканман». Ҳозир «мен у касалликни даволайман, бу касалликдан халос қиламан» дегувчи рекламалар кўпайиб кетган. Билимдон врач ҳеч қачон рекламага муҳтож бўлмаган. Уни беморларнинг ўзи излаб топади. Врач учун реклама — бу ундан тузалиб кетган бемордир. Бундан яхши реклама йўқ. Врач ҳеч қачон бемор олдида ўзини мақтамаслиги керак. Бу фақат унинг обрўсини туширади. Врачнинг қўлидан тузалиб, соғайиб кетган беморлар сони кўпайган сайин унинг обрўси ошиб бораверади. Айниқса, кўп врачларга бориб, касалхоналарда ётиб, дардига шифо топа олмаган беморни даволаган врачнинг обрўсига обрў кўшилади.

Тарихчиларнинг ёзишича, Ибн Синонинг халқ олдида обрўси шу даражада юқори бўлганки, унинг бемор олдида пайдо бўлишининг ўзиёқ уларга жон бағишлаган. Бунга у албатта бетиним меҳнат, уйқусиз мутолаа қилиш ва илм олишга ўчлиги туфайли эришди. Ибн Синонинг таржимаи ҳолида шундай сўзлар бор: «Мен 15 ёшимдан бошлаб Юнонистон, Рим, Миср ва Ҳиндистонлик мутафаккирларнинг асарларини ўргана бошладим». У ўз устози Абу Абдуллоҳ ал-Қотилий ҳақида шундай ёзади: «Устозим қайси муаммони илгари сурмасин, мен унинг моҳиятини ва сирини очишга, нозик томонларини ўрганишга интилдим, наинки устознинг ўзи бу муаммоларнинг мағзини охиригача англай олмас эди». Ҳақиқатан ҳам, ёш олим устозидан ҳам ўзиб кетди, тез орада унинг номи тилларда дoston бўлди. У яна ўзи ҳақида шундай ёзади: «Мен 19 ёшгача илм олдим, кейин эса уни ишлатдим». Болалик даврида олинган илм тошга ўйиб ёзилган ҳарфга ўхшайди, кейин олинган илм музга ўйилган ҳарфга ўхшайди. Вақт ўтиб муз эриб, унга битилган ҳарфлар ўчиб кетади, тошдаги сўзлар эса умрбод қолади, деб ёзган эди мутафаккир.

Ибн Сино китобдан олган билимларини беморларни кўриб, бойитиб боришнинг катта фойдаси ҳақида шундай ёзади: «Мен тиб илмини ўргана бориб, бир йўла беморларни ҳам назорат қилиб бордим. Бунинг натижасида ҳали китобларда битилмаган даволаш усулларини ўйлаб топдим ва амалиётда ишлатдим». Ибн Сино 16 ёшга етмасдан назарий ва амалий тиббиётни жуда пухта эгаллаган бўлиб, нафақат Бухорода, балки бутун Шарқда машҳур бўлди. Тарихчиларнинг ёзишича, Ибн Синонинг кучли қобилият соҳиби бўлишининг асл сабаби — ўз устида тинмай ишлашидир. «Мен, — деб ёзади Ибн Сино, тунлари мижжа қоқмай фақат илм олиш билан шуғулландим. Диалектикани, математикани ва физикани инсон ақл заковати етадиган даражада ўрганмагунча тинчимадим. Кейин мен Аристотелнинг «Метафизика» асарига мурожаат қилдим. Лекин уни кўп маротаба ўқиб чиққан бўлсам-да, мағзини чақа олмадим. Бухоро кўчаларини кезиб юрганимда менинг қўлимга ушбу китобга Форобий томонидан ёзилган изоҳ тушиб қолди. Мен уни бир марта ўқиб чиққанимдан кейин, аввал ёд бўлиб кетган бўлса-да, менга тушунарсиз бўлган «Метафизика» асари мазмуни аён бўлди-қолди. Ушбу бобда ҳам улуғ мутафаккирнинг ҳаётидан лавҳалар келтиришимизнинг боиси, ўта кучли илм соҳиби бўлган бу олимнинг деонтология принципларига чуқур амал қилганлигини кўрсатиш эди.

Хулоса қилиб айтганда, психогигиена, психопрофилактика ва деонтология принципларига риоя қилиш психотерапевтик муолажаларни ўтказишни осонлаштиради.

Назорат учун саволлар

1. Психогигиена нима?
2. Психогигиенанинг қандай даврлари мавжуд?
3. Психогигиенанинг инсон саломатлигини сақлашдаги аҳамияти қандай?
4. Психогигиена қандай муаммоларни ҳал қилади?
5. Психопрофилактика нима?
6. Психопрофилактика ва психогигиена орасида қандай боғлиқлик бор?
7. Бирламчи ва иккиламчи психопрофилактика ҳақида сўзлаб беринг.
8. Деонтология сўзи нимани англатади?
9. Беморлар антиқа даволаниш усулларини излашининг сабаби нимада?
10. Врач хатосининг сабаблари ҳақида сўзлаб беринг.
11. Ҳозирги давр шифокори қандай бўлмоғи керак?

«Касалликни эмас, касални давола».
Абу Али ибн Сино

Х БОБ. ПСЕВДОНЕВРОЛОГИК ВА ПСИХОСОМАТИК СИНДРОМЛАР

10.1. Умумий тушунча

Ўткир ва доимий салбий таъсиротлар (психоген омиллар) натижасида асаб тизими ва ички аъзоларнинг фаолияти бузилади. Бош ва тананинг турли жойларида оғриқлар ва функционал хусусиятга эга бўлган бошқа патологик симптомлар пайдо бўлади. Асаб тизими функционал фаолиятининг бузилиши билан кечувчи ва органик хусусиятга эга бўлмаган неврологик бузилишларга **псевдоневрологик синдромлар** деб айтилади. Улар неврозларнинг клиник кўриниши сифатида ҳам ўрганилади. Маълумки, неврозларда нафақат асаб тизими фаолияти, балки бошқа аъзоларнинг ҳам фаолияти бузилади. Бу бузилишлар ўтган асрда (баъзи мамлакатларда ҳозир ҳам) «юррак неврози», «ошқозон неврози», «бўғим неврози» ва шунга ўхшаш номлар билан аталган. Кейинчалик ички аъзолар функциясининг бузилиши билан кечадиган функционал касалликлар **«психосоматик касалликлар ёки синдромлар»** деб атала бошланди.

Ҳозирги кунда **психосоматик касаллик** ҳақида сўз кетганда ўткир ёки доимий стресс сабабли ривожланган **органик касалликлар** тушунилади. Булар хафақон касаллиги, бронхиал астма, яра касаллиги, қандли диабет ва ҳоказо. Шунинг учун ҳам мутахассислар «психосоматик касаллик» атамаси ўрнига «психосоматик синдром» ёки «соматоформ бузилишлар» атамасини қўллашни тавсия қилишади. Бу атамаларнинг синонимлари жуда кўпдир ва хилма-хилдир: «психовегетатив синдром», «соматоген депрессия», «ниқобланган депрессия», «вегетоневроз» ва ҳоказо. Бироқ клиник амалиётда «психосоматик синдром» ёки «соматоформ бузилишлар» атамаси кенг қўлланилади. Агар функционал бузилишлар соматик касаллик туфайли ривожланса, бунга **соматопсихик синдром** деб аталади. Лекин бу атама клиник тиббиётда жуда кам ишлатилади.

Псевдоневрологик ва психосоматик синдромлар деярли барча органик касалликларда учрайдиган клиник белгилар-

га ўхшаш бўлганлиги туфайли, уларнинг ҳар бирига таъриф бериб чиқишни жоиз деб топдик. Чунки беморни клиник текширувдан ўтказайтган ҳар бир врач псевдоневрологик ёки психосоматик белгиларга дуч келади ва аксарият ҳолларда уларни фарқлаш мушкул бўлиб қолади. Бунинг натижасида клиник диагноз ноаниқ бўлиб қолади ва даволаш муолажалари қийинлашади.

10.2. Псевдоневрологик синдромлар

Клиник амалиётда энг кўп учрайдиган псевдоневрологик синдромлар билан танишиб чиқамиз. Уларга қуйидагилар киради:

1. Психоген бош оғриғи;
2. Психоген бош айланиши;
3. Психоген невралгиялар;
4. Психоген бел оғриқлар;
5. Психоген гиперестезия;
6. «Безовта оёқлар» синдроми.

10.2.1. Психоген бош оғриғи

Бош оғриғи беморларнинг энг кўп тарқалган шикоятларидан бири бўлиб, аксарият ҳолларда унинг сабабини аниқлаш жуда қийин бўлади. Албатта, бош оғриғининг сабаби оддий руҳий ва жисмоний чарчашдан тортиб, то бош мия ўсмасигача бўлиши мумкин. Шунинг учун доимо бу муаммога жиддий эътибор билан қаралган. Торонтода 1995 йил ўтказилган «Бош оғриғи муаммолари» бўйича халқаро конференцияда қайд қилинишича, ривожланган давлатларда бош оғриғи «соғлом» кишиларнинг 80 фоизида учраркан. Конференцияда таъкидланишича, бош оғриқларни келтириб чиқарувчи асосий касалликлар сони ҳозирги кунда 45 та бўлиб, уларнинг ичида етакчи ўринларни **депрессия** ва **неврозлар** эгаллайди. Психоген бош оғриқлар эркакларга қараганда аёлларда кўп учрайди.

Психоген бош оғриқлар ҳақида сўз кетганда, авваламбор уларнинг хусусиятига эътибор қаратилади. Бош оғриғи калланинг бир ярмида ёки иккала томонида ҳам жойлашиб, доимий ёки вақти-вақти билан бўладиган, хуружсимон,

сиқиб оғрийдиган, эрталаб ёки кечга яқин кучаядиган бўлиши мумкин. Психоген хусусиятга эга бўлган бош оғриқлар учун, уларнинг руҳий сиқилишдан, ақлий зўриқишдан ва жисмоний чарчашдан кейин пайдо бўлишидир. Дастлаб бош оғриғи руҳий зўриқишларда пайдо бўладиган бўлса, кейинчалик депрессия ёки неврозга чалинган бемор учун оддий ишга бориб келишнинг ёки автобусда юришнинг ўзи ҳам кифоядир. Маълум бўлишича, психоген бош оғриқнинг 80 фоизи руҳий зўриқишда пайдо бўлиб, шундан 60 фоизи кундузи ёки пешинда, 20 фоизи эрталаб намоён бўлади.

Айтиб ўтганимиздек, депрессив синдромларда бош оғриғи кўп кузатилади. Ниқобланган депрессияда бош оғриғи асосий симптомлардан биридир. Бу беморларда бошда ҳар хил жойлашган ва ҳар хил кучга эга бўлган бош оғриғи ойлаб, йиллаб давом этади. Асабнинг озгина бўлса-да бузилиши, тўйиб овқат ейиш, боласини эмизиш, дўконга бориб келиш, юқори қаватли уйнинг зинапоясидан чиқиш, ҳаттоки кино ва концертларга бориб келиш беморда бош оғриғининг бошланиб кетишига туртки бўлади. Бунинг натижасида истерик ва ипохондрик белгилар пайдо бўладики, улар фақат бемор аҳволини оғирлаштиради. Аффектив бузилишлар билан кечадиган бош оғриқлар доимий ва зўрайиб борувчи тус олиб, баъзи ҳолатларда бош миёда ҳажмли жараён бор-йўқлигини аниқлашга мажбур қилади. Негаки бу беморларда бош оғриғидан ташқари, кўнгил айнаш, қайт қилиш, бош айланиши, юрганда чайқалиб кетиш, кўришнинг бузилишлари, қўл ва оёқларнинг увишишлари ҳам тез-тез намоён бўлиб туради. Аналгетиклар ёрдам бермайди. Психоген бош оғриғи бор беморларнинг шикоятига эътибор билан қаралса, бош миёнининг органик касалликларида (масалан, ўсмаларда) келиб чиқадиган бош оғриқдан фарқ қилувчи томонлари кўпдир. Психоген бош оғриқларда беморлар бош оғриғига аниқ бир таъриф бера олмайдилар: «Нима десам экан, баъзан бошимнинг ичи гўёки сувга тўлгандек оғир бўлса, гоҳо бўм-бўш бўлиб қолади, баъзи пайтларда иккала чаккам худди резина билан қаттиқ боғлаб қўйгандек сиқиб оғрийди. Гоҳида эса ансам шундай оғрийдики, бошимни қимирлата олмайман, чунки қимирлатсам миёмам лўқиллаб отилиб чиқай дейди». Бе-

морни тинглаётганда шуни эътиборга олиш керакки, уларнинг кўпчилиги айнан бош оғригидан эмас, миянинг ичи оғриётганидан шикоят қилишади. Бош миянинг органик касалликларида бош оғриқ кўпинча аниқ жойлашган бўлиб, одатда тургун бўлади. Психоген бош оғриқларда беморлар ёздан кўра қишни ёқтиришади, негаки иссиқни улар кўтара олмайдилар. Шунинг учун ҳам ёз ойларида бош оғришига шикоят қилиб врачга мурожаат қилувчи неврастеник беморлар сони кўпаяди.

Доимий психоген бош оғриқлар умумий гиперестезияга ҳам сабабчи бўлади. Бундай беморлар ёруғликни, шовқинни, атрофида одамлар кўп бўлишини ёқтиришмайди. Уларнинг териси ҳам жуда сезгир бўлади. Баъзан терига тошмалар тошиб, қичишиб юради. Ёши катталарда бош оғриқ диққат ва хотиранинг бузилиши билан кечади, улар паришонхотир бўлиб қолади. Паришонхотирлик ёшларда ҳам кузатилади. Бу беморлар фикрини бир жойга жамлай олмайдилар.

Бошнинг фақат уйда ёки ишхонада, куннинг аниқ белгиланган вақтида оғриши аксарият психоген бош оғриқлар учун жуда хосдир. Бош оғригининг доимо кеч соат олтида бошланишидан шикоят қилиб В. исмли аёл қабулимизда бўлди. Ёши 43 да. Оилали. У психоневрологик диспансерда психоневролог назоратида даволаниб келган. Поликлиникада невропатолог назоратида «мия ичи гипертензияси» билан даволаниб юрган. Бош оғриғи бошлаганига 3 йил бўлган. Беморнинг бош оғриғи баъзан кучайиб кетиб, фақат баралгин таблеткасини ичгандан кейин қоларкан. Кейинчалик врач тавсиясига мувофиқ бемор бош оғриганда баралгинни томирига ола бошлайди. Кечқурун соат олтида бош оғриғи барибир бошланишига ўрганиб қолган бемор кўшни ҳамширани чақириб баралгинни шприцга тортиб тайёрлаб қўядиган бўлади. Бу ҳолат, гоҳида узилишлар билан, бир ой давом этади. Ҳамшира бу уколни ҳадеб олавермаслик кераклигини, бунинг оқибатида юракда оғир асорат қолиши мумкинлигини айтади ва яна бир бор врач билан маслаҳатлашиш зарурлигини тавсия қилади.

Бемор қабулимизга келганида унинг шикоятларини эшитиб, ҳаёт ва касаллик анамнезини ўрганиб чиқдик. Олинган

маълумотлардан қисқача эпизодлар келтириб ўтамиз: жуда ишонувчан ва сал нарсага ортиқча таъсирланувчан аёл. Ўта паришонхотир. Оилада тез-тез жанжалли воқеалар бўлиб турган, бош оғриғи навбатдаги кучли стрессдан кейин пайдо бўлган. Эртаси куни поликлиникага невропатолог қабулига чиққан. Врач уни текшириб «Бош мия ички босими ошиб кетган, тез даволанмасангиз инсульт бўлиб қоласиз» деган. Бемор қўрқиб кетган, чунки беморнинг ўзидан катта акаси 6 ой олдин кучли стрессдан кейин қон босими ошиб, эртаси куни геморрагик инсультдан ўлган. Бемор зарур доридармонларни топиб «мия ичи гипертензиясидан» даволана бошлайди. Ҳар гал эхоэнцефалоскопия қилдирганида мия ичи босими катта деб хулоса берилади. Бу хулосага ишонган бемор бошқа жойда текширилмайди ва поликлиникада даволаниб юради. Эслатиб ўтганимиздек, беморнинг бош оғриғи аниқ бир вақтда, яъни кеч соат олтида пайдо бўладиган бўлиб қолади. У депрессияга тушади, хулқ-атворида ипохондрик белгилар пайдо бўлади.

Беморнинг неврологик статуси тўла текширилганда мия ичи гипертензияси белгилари аниқланмади, буни параклиник текширишлар ҳам тасдиқламади. Беморнинг анкетасидаги невропатологнинг ёзувларида ҳам мия ичи босимини кўрсатувчи неврологик симптомлар аниқланмади. Анкетадаги барча эхоэнцефалоскопик текширувлар хулосаларида III қоринча кенлиги 7–7,5 мм деб қайд қилинган. Бу эса нормадан сал фарқ қилувчи кўрсаткичлар бўлиб, кучли ифодаланган бош оғриқларга сабабчи бўла олмайди. Демак, бемор етарли даражада текширилмаган ёки ҳақиқатан ҳам унда мия ичи гипертензияси бўлмаган. Бемор терапевтлар кўригидан ўтказилганда, соматик касалликлар аниқланмади. Беморнинг артериал қон босими 120/70 мм.сим.уст. Шундай қилиб, клиник ва параклиник текширишлар хулосалари ҳамда беморнинг психологик анамнези ундаги бош оғриғининг психоген хусусиятга эга эканлигини кўрсатди. Бу хулосага янада ойдинлик киритиш учун иккита кичикроқ тажриба ўтказдик.

Биринчиси, беморнинг бош оғриғи кеч соат олтида қандай бошлашини аниқлаш бўлса, **иккинчиси** баралгин ўрнига бошқа дорини ишлатиб кўриш эди. Тажрибамизнинг бирин-

чисини беморни пешинда клиникага таклиф қилишдан бошладик. Бунинг учун беморга «бошингизни айнан оғриётган пайтда текшириб кўришимиз керак» деб тайинладик. Бемор айтган вақтимизда етиб келди. Биз бемор билан лаборантнинг «етиб келишини» клиниканинг боғида юриб кутдик (воқеа ёз кунларининг бирида бўлаётган эди). Бемор сал кам икки соат мобайнида боши қачон оғрий бошлаганини, қанчадан-қанча текширишлардан ўтганини, турли хил диагнозлар билан даволаганини, яхши натижа сезмаганини тинмай гапирар эди. Соат олтидан ошиб етти бўлаётувди. Бемордан: «Мана соат ҳам еттига яқинлашиб қолди, соат олти бўлмасдан келувдингиз, бошингиз оғридими? деб сўралганда, бемор: «Вой, гап билан бўлиб, бошим оғриганини ҳам сезмапман! Йўқ, йўқ сезмапман эмас, бошим ҳақиқатан ҳам оғригани йўқ, қандай яхши! Наҳотки энди бошим сира ҳам оғримаса» деб ҳайратга тушган эди. «Энди лаборант ҳам келмади, эртага кела қоласиз» деб бемор уйига жўнатилди. Иккинчи тажрибамизни амалга ошириш учун беморга «баралгинни энди новалгинга ўзгартирамиз, бу дори унинг синоними ҳисобланади, таркиби худди баралгиннинг ўзгинаси» деб, бош оғриғи хуружи пайтида ўша дорини томирдан юборишни тавсия қилдик. Бемор рози бўлди, лекин икки кундан сўнг бизга телефон орқали «новалгиннинг таъсири жуда паст ва қисқа экан, бироздан кейин яна бошим оғрий бошлади» деб айтди. Бемор янги тавсия қилинган доридан воз кечди. Бемор биз билан бўлган суҳбатларнинг бирида «баралгинни яратганларга минг раҳмат, томирдан юборган заҳоти бош оғриғимни олади» деганди, яъни бемор ушбу дорига психологик боғланиб қолган эди. Дорини томир ичига юборгандан сўнг бош оғриғи қачон тўхташини сўраганимизда, «беш дақиқага етмасдан» деб жавоб берувди бемор. Аслида баралгин томирлар спазмини секин-асталик билан йўқотади ва бош оғриғининг бутунлай пасайишига 15–20 дақиқа керак бўлади.

Биз ушбу бемор мисолида бош оғриғининг кучли стрессдан кейин пайдо бўлганлигини, унинг аниқ бир соатларда кузатилишини ва аниқ бир дорига бўлган психологик боғланишнинг гувоҳи бўлдик. Бу ерда бош оғриғи ятропатия (врачнинг нотўғри хулосалари) тусида ҳам яққол намоён

бўлди. Бундай беморларни даволаш анча мураккаб кечади, яъни бош оғриғи қайта-қайта пайдо бўлаверади. Беморни даволаш, унинг фикрини даволашнинг бошқа усулларига чалғитган ҳолда олиб борилди. Унга плацеботерапия, игло-терапия, асабни тинчлантирувчи ва тетиклаштирувчи дорилар электрофорези, умумий массаж муолажалари ўтказилди. Бу муолажалардан кейин беморда бош оғриғи хужурали тўхтади. Энг асосийси — бемор бош оғриғи психоген хусусиятга эга эканлигига ва уни даволаш йўллари бошқача эканлигига тўла ишонтирилди.

Психоген бош оғриқларнинг камайишига ёки йўқолишига ижобий таъсир кўрсатувчи омиллар анчадир. Масалан, яшаш жойини ўзгартириш, бассейнда ёки бошқа сув ҳавзаларида чўмилиб туриш, сайрга чиқиб туриш, ўзига ёққан кийим-кечакни сотиб олиш ва ҳоказо.

Психоген бош оғриққа чалинган беморларнинг энг кўп шикоятларидан бири — уйқунинг бузилишидир. Бемор ухлагани кирганда миясига турли хил фикрлар оқиб келаверади, бу фикрлардан ҳеч қутула олмайди, улардан мияси ёрилиб кетадиган даражагача боради, мабодо ухлаган тақдирда ҳам тушлар кўравериш баттар қийналади.

Аксарият ҳолларда психоген бош оғриқларни бошқа этиологияли бош оғриқлардан фарқлаш қийин бўлади. Субарахноидал қон қуйилиш, сероз менингит, ўсма касалликлари, қон-томир аневризмалари, мия ичи гипертензияси билан кечувчи касалликлар, мигрень, уч шохли нерв невралгияси, краниоцервикалгия каби касаллик ва синдромлар психоген бош оғриғига ўхшаб кетади. Бу касалликларнинг нақадар турли-туманлиги ва мураккаблиги тиббий психологдан неврология фанини мукамал билиш ёки бўлмаса беморни албатта невропатолог кўригидан ўтказиш зарурлигини талаб қилади.

Машҳур невролог олим С.Н. Давиденков истерик синдромларда учрайдиган бош оғриқлар ҳақида ёзган рисолаларидан бирида шундай деган эди: «Истерик беморларда ҳам бош миянинг оғир касалликлари кузатилишини асло унутмаслик керак. Агар биз беморни текшира туриб, унда «функционал» ёки «органик» касаллик борлигини аниқлашга қийналсак, осон йўлдан бормасдан, беморга «органик» ташхис-

ни қўйганимиз маъқул, агар у кейинчалик хато бўлиб чиқса-да. Негаки, «функционал» диагноз қўйилган беморлар кўпинча врач этиборидан четда қолади ва улар кўпинча яна қилиниши зарур бўлган клиник текширувлардан маҳрум бўладилар. С.Н. Давиденков Москва клиникаларидан бирида содир бўлган мисолни келтирган. Кечқурун «қабул бўлимига» боши қаттиқ оғриб турган аёлни олиб келишади. Асаб касалликлари бўлимидан ушбу беморни кўриб диагнозни аниқлаш учун навбатчи врачни чақаришади. Врач «қабул бўлимига» келиб қараса, аввал таниш бўлган ва унга доимо бош оғриғи сабабли мурожаат қиладиган бемор кушеткада ётибди. Бу бемор аёл айнан мана шу врач навбатчилигида бир неча бор тунда қаттиқ бош оғриғидан шикоят қилиб, «Тез ёрдам» машинасида шифохонага олиб келинган ва ёрдам кўрсатиб, уйига юборилган. Бемор истерик бош оғриқ билан невропатологда даволаниб юрган. Авваллари беморнинг невростатуси текширилиб, органик белгилар йўқлигига ишонч ҳосил қилгандан сўнг уйига жўнатилган бўлса, бу гал беморда «истерия» диагнози борлигига ишонч ҳосил қилган врач унинг невростатусини текширмайди ва оғриқ қолдирувчи ва тинчлантирувчи дорилар қилиб уйига жўнатади. Бемор уйда вафот этади. Патологоанатомик текширувлар бош мияга аневризманинг ёрилишидан қон қуйилганлигини аниқлайди.

Бош оғриқлар лептоменингитда ҳам кўп кузатилади. Бу касаллик атоқли ўзбек неврологи академик Н.М.Мажидов томонидан ёзилган ва чуқур ўрганилган. Лептоменингит бош миянинг юмшоқ ва ўргимчак тўриси мон пардаларининг яллиғланиш касаллиги бўлиб аниқ ифодаланган органик неврологик симптомлардан иборат (Н.М.Мажидов, 1972). Лептоменингит кўп этиологияли касалликдир ва унинг клиникаси турли-тумандир. Шунинг учун ҳам уни неврозлар, бош мия қон томир касалликлари, ўсмалар билан қиёслашга тўғри келади. Баъзан (айниқса поликлиникаларда) фақат субъектив симптомларга асосланиб, лептоменингит диагнози қўйиладиган ҳолатлар учраб туради. Ёки нозология аниқланмасдан «Мия ичи гипертензияси» деб хулоса берилади. Бунинг учун беморда ўтказилган грипп ёки бош мия жароҳати, эхоэнцефалоскопиядаги енгил ўзгаришлар асос қилиб

олинади. Лекин беморларнинг неврологик статуси чуқур текширилганда аниқ ифодаланган неврологик симптомлар аниқланмайди, кўз тубидаги ва ликвордаги ўзгаришлар қўйилган диагнозга мос келмайди. Бу беморларда ҳам бориб-бориб ятропатия шаклланади.

Н.К.Боголепов ўзининг «Клиник эхоэнцефалография» (1973) номли асарида беморларга эхоэнцефалографик текширувлар ўтказилганда ниҳоятда эҳтиёт бўлиш кераклигини ва олинган хулосани албатта клиник белгилар билан солиштириб кўриш ва улар бир-бирига мос келган тақдирдагина «мия ичи гипертензияси» тўғрисида хулоса қилиш керак деб ёзган. Машҳур невролог олим Х.Г. Ходос (1965) диагнозни аниқлашда «неврологик микросимтомларга» ҳадеб ён босавермаслик кераклигини, чунки танадаги барча ташқи белгилар ҳам симметрик бўлмаслигини айтиб ўтган эди. Олим кўз ёриғининг ва кўз қорачиғининг катта-кичиклиги, бурун атрофидаги бурмалар симметрик бўлмаслиги, томоқ ва пай рефлексларининг соғлом одамларда ҳам ҳар хил бўлишини ёзиб қолдирган эди.

10.2.2. Психоген бош айланиши

Бош айланиши ҳам бош оғриғи каби энг кўп тарқалган симптомлардан биридир. Асабнинг зўриқиши билан кечувчи касалликлар, Меньер касаллиги, бош мия қон томир касалликлари, вегетатив-томир дистониялари, артериал гипертензия ёки гипотензия, сурункали анемиялар, юрак касалликлари бош айланишининг асосий сабаблари ҳисобланади. Буларнинг ичида психовегетатив бузилишлар билан кечувчи ниқобланган депрессияларда кузатиладиган бош айланишлар алоҳида ўрин тутди. Психоневрологик ва психосоматик синдромларда учрайдиган бош айланишларнинг механизмларини марказий асаб тизимининг функционал фаоллигининг ошиши ёки пасайиб кетиши, нейронал системаларда қўзғалиш ва тормозланиш жараёнлари орасида номуносибликнинг юзага келиб, турғун тормозланиш ёки қўзғалишнинг шаклланиши билан тушунтириш мумкин.

Бош айланиши камдан-кам ҳолларда алоҳида учрайди. Аксарият ҳолларда юрак уриб кетиши, ҳолсизланиш, совуқ

терга ботиш, қулоқда шовқин пайдо бўлиши, кўнгил айнаши, оёқларнинг титраши бош айланиши билан бирга кузатилади. Одатда бу белгилар аффектив бузилишлардан кейин кучаяди. Бу беморлар баландликдан қўрқишади, шунинг учун ҳам улар балкондан, баланд кўприкдан ёки томдан пастга қарамасликка ҳаракат қиладилар, чунки бундай пайтда бош айланиши кучаяди.

Психоген бош айланишларга хос яна бир белги — унинг вазиятни оз бўлса-да ўзгартирганда кучайишидир. Масалан, баланд қаватли бинода яшайдиган битта бемор, ундан бир қават тепада яшайдиган кўшнисиникига чиқиб, балкондан пастга қараганда боши айланиб гандираклаб кетган, кўнгли айниган, коридорга кирганда эса камайган ва бир оздан кейин тўхтаган. Шуниси эътиборлики, психоген бош айланишда беморлар лифтдан кўра зинапоядан кўтарилишни афзал кўришади. Аксарият психоген бош айланишлар қўрқув билан кечади. Бунинг акси ўлароқ, вертебробазилляр синдромларда бош айланиши қўрқувсиз учрайди ёки қўрқув бош айлангандан кейин кузатилади.

Беморларда фақат баландликдан қараганда эмас, балки автомобиллар қатнови тез бўлган катта йўлга қараганларида ҳам бош айланиши пайдо бўлади ёки кучаяди. Улар бундай пайтлари катта тезликда ўтаётган автомобилларга қарамасликка ҳаракат қилишади ёки оёқларининг остига қараб қадамларини назорат қилиб юришади. Ана шунда уларда бош айланиши камаяди. Катта залларда олиб бориладиган мажлислар ёки узоқ давом этувчи дарсларда ҳам беморларда бош айланиши авж олади. Талабаларда имтиҳонларга берилиб тайёргарлик кўриш, илмий ходимлар ва ёзувчиларнинг тинмай асарлар ёзиши ёки ҳар қандай соғлом одамда кузатилиши мумкин бўлган ортиқча ақлий зўриқишлар ҳам бош айланишига сабабчи бўлади. Лекин астенияга учраган беморларда руҳий-ҳиссий зўриқиш бош айланишини осонгина чақиритиши мумкин.

Бош айланиши аксарият ҳолларда қисқа вақтга ҳушдан кетиш (синкопе) билан кечади. Бу, айниқса, умумий психоген гиперестезия билан кечувчи психоневрологик касалликлар учун жуда хосдир. Бунинг асосида вестибуляр аппаратнинг кучли даражада қўзғалувчанлиги ётади. Тез-тез ҳуш-

дан кетиб турадиган беморларнинг бош мия қон томирлари текширилганда, уларда томирлар тонусининг ўта даражада пасайганлиги (гипотонус) ёки ўзгарувчанлиги (дистония) аниқланади. Синкопе ҳолатлари психоген гипервентилизацияда, артериал қон босими пасайганда ва юрак касалликларида ҳам юз беради. Узоқ пайт ётиб қолган беморлар горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтишса, бош айланиши ортостатик коллапс билан бирга юз беради. Бу ҳолат айниқса артериал гипотензияда яққол ифодаланган бўлади. Баъзан юқори даражада ривожланган неврастениялар ёки психоастенияларда бемор ҳушдан кетиб қолиши учун битта кўрқувнинг ўзи кифоя. Бемор бир марта ҳушидан кетса (айниқса одамлар орасида), у доим навбатдаги хуружни кутиб безовта бўлиб юради. Невролог олимлардан бири Оппенгейм (1894) «ҳар бир киши ўзида бош айланишини юзага келтириши мумкин, агарда у мувозанат ва бош айланиши ҳақида ўйлайверса», деган эди.

Баъзан бош айланиши ятропатия асорати ҳисобланади. Шунинг учун ҳам бемордаги симптомларни жуда хавфли деявериш керак эмас, агар улар психоген хусусиятга эга бўлса. Шахсий кузатувимиздан бир мисол келтирамиз. Узоқ йиллардан буён кулоқ, бурун ва томоқ касалликлари поликлиникасида ҳамшира бўлиб ишлайдиган ва тез-тез асабийлашадиган аёлда қаттиқ ҳиссий зўриқишдан кейин бош айланиши аломатлари пайдо бўлади. У шу даража кучли бўладики, ҳатто тик туриши учун бир қўлидан бўйи етган қизи, иккинчисидан эса эри ушлаб турган. Бу беморга ўзи ишлайдиган поликлиникада «Менъер касаллиги» деб диагноз қўйилади. Диагноз бир неча бор ўзгартирилади. Бундай касаллиги бор беморларни бир неча марта ўзи ҳам кўрган ва анкеталар очган ҳамширада бу касалликнинг яққол белгилари намоён бўла бошлайди. У бошқа мутахассисларга (невропатологга) кўринмасдан, уч йил мобайнида ЛОР врачларида даволаниб юради. Бош айланиши хуружлари тез-тез кузатилиб турадиган бу бемор бориб-бориб жуда жаҳддор, арзимаган нарсага йиғлайверади ва аффектив ҳолатга тез тушадиган бўлиб қолади. Бемор миясига «Менъер касаллигини» шу даражада сингдириб олгандики, ҳар бир аффектив бузилишдан сўнг, унда худди Менъер касаллигига ўхшаш белгилар пай-

до бўлаверган. Психотерапевтик муолажалар етарлича ўтказилмаганлиги учун даволаниш жараёни жуда чўзилган. Бир сўз билан айтганда беморда ятропатия ривожланган эди.

Навбатдаги хуруждан сўнг беморга невропатологга кўриниш тавсия қилинади ва консултацияга бизга юборилади. Унинг касаллик ва ҳаёт анамнези билан танишиб чиқиб, унда неврологик ва психологик текширувлар ўтказдик ва яна бир бор ЛОР врачлари билан маслаҳатлашиб, «Меньер касаллиги» ни инкор қилдик. Барча текширувлардан сўнг беморга «Меньер синдроми кўринишидаги ниқобланган депрессия» диагнози қўйилди, яъни ҳақиқий «Меньер касаллиги» инкор қилинди. Беморнинг ҳамширалиги эътиборга олиниб, унга бу атамалар фарқи тушунтирилди. Текширувлар натижаси беморга тушунтирилиб берилди. Буларнинг ҳаммаси ҳамширага катта ижобий таъсир кўрсатди ва у энди даволаш муолажаларига катта ишонч билан қарай бошлади. Ўтказилган плацеботерапия ва психотерапия муолажаларидан кейин бемор тузалиб кетди. Биз бу ерда ятропатиянинг яна бир клиник кўринишини таҳлил қилдик.

Ятропатияга астеник беморлар жуда мойил бўлишади, уни чақириш учун тиббиёт ходимининг бехосдан айтиб қўйган гапининг ўзи етарли, холос. Нима учун ятропатия белгилари беморда узоқ вақт давом этади? А.А.Ухтомский таъбири билан айтганда, ҳар қандай ташқи таъсир (айниқса, салбий) бош мия катта ярим шарлари пўстлоғида «доминант ўчоқ» пайдо қилади ва бу соҳанинг нейронлари бошқа соҳа нейронлари фаоллигини пасайтиради. Натижада миянинг интегратив фаолияти бузилиб, функционал характерга эга бўлган патологик симптомлар юзага келади. Уларни йўқотиш учун миянинг функционал фаолиятини ошириш ва пўстлоқда бошқа, яъни ижобий хусусиятга эга бўлган «доминант ўчоқ» пайдо қилиш керак.

Аксарият ҳолларда бош айланиши сенестопатик ва ипохондрик симптомлар билан намоён бўлади. Бунда танада сира кетмайдиган турли хил сезгилар, увишишлар, оғриқлар, қўл ва оёқларнинг қарахт бўлиб қолиши кузатилади ва йилнинг турли фаслларида кучайиб ёки пасайиб туради. Касалликнинг бундай мавсумий кечиши албатта органик касалликни

излашга мажбур қилади. Бу ерда хатога йўл қўймаслик учун клиник текширувлар психологик текширувлар билан биргаликда олиб борилиши керак.

10.2.3. Психоген невралгиялар

Ҳар қандай психоген гиперестезиялар тананинг турли жойларида невралгияга ёки миалгияга ўхшаш оғриқлар беради. Айниқса, юз соҳасида кузатиладиган оғриқлар беморларни жуда қийнаб қўяди. Бу оғриқлар кучи турли даражада, оддий ачишишдан тортиб кучли санчувчи оғриқларгача ривожланган бўлади. Оғриқ иккала чакка, пешана, ияк соҳаларида кузатилиши мумкин. Агар оғриқлар тиш ва милқлар соҳасида кузатилса, гап психоген стоматолгиялар, тилда кузатилса глоссалгиялар ҳақида боради. Руҳий зўриқишлар кучайган ёки тезлашган сайин оғриқлар ҳам кучайиб боради.

Юз соҳасидаги психоген оғриқлар учун уларнинг овқат еяётган пайтда камайиши ёки йўқолиши хосдир. Уч шохли нерв невралгиясига ўхшаб кечувчи психоген оғриқларда, сезги бузилишлари нервланадиган соҳаларга мос келмайди ва ҳар куни бемор турли соҳадаги ёки турли даражадаги оғриқдан шикоят қилади. Невроген оғриқлардан фарқли ўлароқ, аналгетиклар психоген оғриқларда ёрдам бермайди. Тўғри олиб борилган психофармакотерапевтик муолажалар бемор аҳволини энгиллаштиради. Баъзан тузалиб кетган беморлар оғриқнинг кучайганидан шикоят қилиб яна врачга мурожаат қилишади. Бунинг сабаби, кўпинча уйдаги ва ишдаги можаролардир. Бизнинг назоратимизда глоссалгия билан хасталанган битта аёл кузатилган. Бемор даволаш курсини олиб кетганидан кейин бироз вақт ўтгач, оғриқнинг кучайганидан мурожаат қилиб яна келарди. Гап шундаки, беморнинг эри ароққўр ва уйида тез-тез жанжал бўлиб туради. Бу беморда кучли даражада ифодаланган аффектив бузилишлар аниқланди. Чунки қўрқув, ипохондрия ва депрессия психоген невралгияларнинг доимий ҳамроҳидир.

Психоген невралгиялар ичида қовурғалараро оғриқлар алоҳида эътиборни талаб қилади. Айниқса, юрак соҳасида жойлашган оғриқлар беморларни ўта безовта қилади. Ёш

укаси автомобил ҳалокатидан ўлган беморнинг юрак соҳасида санчувчи оғриқ пайдо бўлади. Бемор кардиологга мурожаат қилади. У беморни яхшилаб текшириб, кардиограмма қилиб, юраги соғлом эканлигини, қаттиқ сиқилганидан шу оғриқ пайдо бўлганини, тинчлантирувчи дорилар ичиш кераклигини ва невропатологга мурожаат қилишини тавсия қилади. Невропатолог ҳам беморни обдан текшириб, тинчлантирувчи дорилар ёзиб беради ва психотерапевтик муолажалар ўтказди. Шунга қарамасдан, бемор икки ой ичида юрак соҳасидаги оғриқлардан 16 марта ЭКГ қилдирган ва 10 марта «Тез ёрдам» машинасини чақирган.

Статистик маълумотларга кўра, кўкрак қафасининг ўнг томонида психоген оғриқлар жуда кам учрайди. Бунинг асл сабаби, юракнинг чап томонда жойлашганлигидир. Бу яна бир марта «қовурғалараро невралгия» ва «Стенокардия» ташхисларига эҳтиёткорлик билан ёндошиш кераклигини талаб қилади.

10.2.4. Психоген бел оғриқлар (псевдорадикаляр синдром)

Психоген бел оғриқлар жуда кенг тарқалган бўлишига қарамасдан, уларнинг аниқ сони ҳанузгача номаълум. Бунинг сабаби, «психоген радикулалгия» диагнози врачлар томонидан деярли қўйилмаслигида ёки аниқланмаслигидадир. Ваҳоланки, XVIII асрдаёқ «орқа мия ипохондрияси» номи билан психоген хусусиятга эга бўлган белдаги оғриқлар ҳақида ёзиб қолдирилган. Статистик маълумотларга кўра, катта ёшдагиларнинг 20 фоизи бел оғриғидан шикоят қилади. Психоген бел оғриқлар ҳам ниқобланган депрессиянинг клиник кўринишларидан биридир. Бу оғриқлар врачлар томонидан кўпинча «люмбаго», «люмбалгия», «люмбоишиалгия», «радикулит», «ишиас», «диск чурраси» каби диагнозлар билан белгиланади. Ушбу диагнозларнинг қанчаси кейинчалик тасдиқланади ва қанчаси психоген хусусиятга эга бўлиб чиқади, бу аниқ эмас. Бунинг сабабларини қуйидагича изоҳлаш мумкин. *Биринчидан*, оғриқ йўқолгандан кейин (одатда 4—5 кундан кейин) беморлар врачга қатнамай қўяди. *Иккинчидан*, радикулитнинг ўткир даврида ҳаммавақт ҳам неврологик белгилар бўлавермайди. *Учинчидан*, бошқа психоген оғриқлардан

фарқли ўлароқ, белдаги оғриқни ҳар қандай бемор «радикулит» деб қабул қилади ва бу касалликда қилинадиган чоралардан воқиф бўлади (ҳозир мен докторга борсам, новокаинли блокада қилади, белга иссиқ буюради, реопирин қилади). Албатта, ана шу ва шунга ўхшаш муолажалардан кейин бемор тузалиб кетади. Бундай пайтларда радикулитнинг ҳақиқий ёки психоген хусусиятга эга эканлигини аниқлаш врач учун ҳам қийин бўлиб қолади. Чунки белида қаттиқ оғриқдан шикоят қилиб келган беморга ҳар қандай врач дарров ёрдам кўрсатишга ва уни оғриқдан тезроқ халос қилишга интилади. Буларнинг ҳаммаси оғриқ келиб чиқишининг асосий сабабини аниқлаш имконини пасайтиради.

Аксарият ҳолларда «сурункали радикулитнинг зўрайиши» диагнози қўйилган беморларда неврологик анамнез билан биргаликда психологик анамнез ҳам тўпланганда, оғриқнинг пайдо бўлиши билан руҳий зўриқиш орасида боғлиқликни топиш мумкин. Психоген радикулалгиялар учун оғриқнинг йилнинг маълум бир ойида ёки масвумда (масалан, куз келиши билан) пайдо бўлиши хосдир. Битта бемор 6 йилдан буён мезон кирди дегунча белида оғриқ пайдо бўлишидан шикоят қилган. Лекин унда органик неврологик белгилар кузатилмаган. Бироқ психоген радикулалгиялар дастлаб ҳақиқий радикулит ўтказган беморларда кўп учрашини ҳам эътиборга олиш керак. Баъзан врачнинг ўзи хоҳламаган ҳолда беморда ятропатияни юзага келтиради, яъни бемор радикулит ўтказди, даволанади ва врачдан «белни иссиқ тутиб юриш, оғир нарса кўтармаслик, оғриқ пайдо бўлганда дарҳол докторга мурожаат қилиш» каби кўрсатмалар олади. Бу маслаҳатларга айниқса, неврастения ёки психоастенияга чалинган беморлар қаттиқ риоя қилади ва оқибат уларда «кутиш синдроми» ривожланади. Бу ўз вақтида ипохондриянинг шаклланишига олиб келади: бемор танасидаги ҳар қандай оғриққа, ҳатто бўғинларда кузатиладиган шақиллашларга ҳам ортиқча эътибор бера бошлайди. Натижада, психоген оғриқлар пайдо бўлади ёки янада зўраяди.

Психоген радикулалгиялар ичида айниқса бўйин соҳасида жойлашган оғриқлар алоҳида ўрин тутаяди. Беморлар одатда невропатолог томонидан бўйин умуртқаларини рентген қилиб келишга жўнатилади.

Ёши 30—40 дан ошган беморларда бўйин умуртқаларида остеохондрознинг дастлабки белгилари аниқланади ва бўйин соҳасидаги оғриқлар рентгендаги ўзгаришлар билан боғланади. Ваҳоланки, рентгенограммадаги ўзгаришлар ҳаммавақт ҳам касаллик белгилари билан мос келавермайди. Остеохондроз бир-икки ҳафтада тузаладиган касаллик эмас, аммо бўйин соҳасидаги оғриқларни айнан «остеохондроз» билан боғлаган бемор, психотерапевтик муолажалардан ёки плацеботерапиядан кейин бир ҳафта ичида тузалиб кетади. Бу ҳолат беморда **психоген цервикалгия** борлигидан далолат беради. Албатта, умуртқаларда ўзгаришларсиз кечадиган ва фақат илдизчаларнинг ўзи яллиғланиши билан кузатиладиган ҳақиқий радикулитлар бундан истисно.

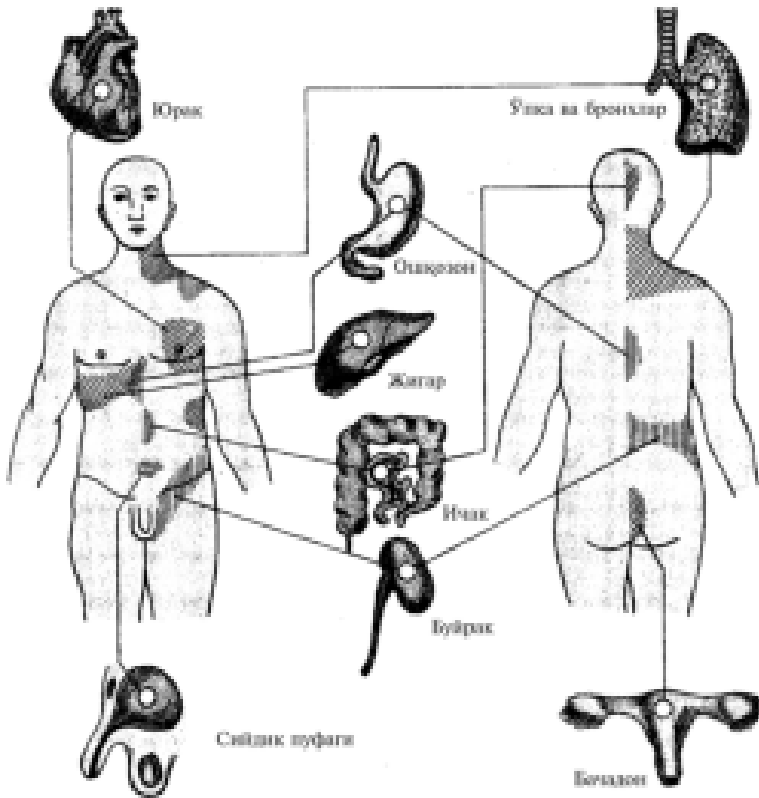
Шунингдек, бўйиндаги оғриқларнинг бош айланишлар билан бирга келиши ва бунинг устига рентгенда остеохондроз аниқланиши «бўйин остеохондрози туфайли ривожланган вертебробазилляр синдром» ташхисини қўйишга асос бўла олмайди. Бу ниқобланган депрессиянинг бир клиник кўриниши бўлиши мумкин, холос. Буни исботлаш учун психологик анамнез йиғиш ва тўла клиник-параклиник текширувлар ўтказиш лозим. Фақат кучли ривожланган остеохондроз ёки умуртқа суяклари аномалиялари, остеофитларнинг умуртқа артерияларини босиб туришлари вертебробазилляр синдромни юзага келтириши мумкин. Бу ташхисни аниқлаш ёки тасдиқлаш учун битта рентгенограмманинг ўзи кифоя эмас, бу ерда ангиография, доплерография ва МРТ–ангиография текширувлари ҳулосаси керак бўлади.

10.2.5. Психоген гиперестезия

Психоген гиперестезия психоастения ёки неврастения касалликларининг асосий симптомларидан бири саналади. Бундай беморлар ташқи одатий таъсирларга шу қадар сезгир бўлишадики, уларни қуёшнинг нури, шамолнинг бироз қаттиқ эсиши, автомобилларнинг товуши, телефоннинг ёки эшикдаги қўнғироқнинг жиринглаши, болаларнинг шовқин-сурони ҳам жуда безовта қилади. Одатда бундай беморлар ҳар қандай товушдан эти жимирлаб кетишини, худди танасига ток ургандек бўлишини, боши қаттиқ оғриб кети-

шини таъкидлашади. Уларнинг танасига қўл теккизиб бўлмайди. Уларни врач текшираётганда доимо сесканиб туришади, танасига қўл билан теккани қўйишмайди, чунки оғриқ кучайиб кетишидан кўрқишади. Агар врач «текширмасдан туриб мен сизга диагноз қўя олмайман деса», бемор врачнинг қўлини ўзи ушлаб танасининг оғрийдиган жойларига олиб боради. Бундай беморларда тананинг энг сезгир жойлари, одатда бош ва оёқлар ҳисобланади.

Танадаги гиперестезия соҳалари ички аъзолар касалликлари туфайли ҳам бўлиши мумкин ва улар тананинг ҳамма жойида эмас, балки маълум бир соҳаларида кузатилади. Бу соҳалар **Ҳэд-Захарин соҳалари** деб аталади (31-расм).



31-расм. Ҳэд-Захарин соҳалари. Ички аъзолар касалликларида терида кузатиладиган гиперестезиялар.

Психоген гиперестезиялар айниқса бош терисида яққол ифодаланган бўлади. Психоневроз билан хасталанган беморнинг бошини текшираётган врачнинг қўлини бемор итариб юборган. У бошида қаттиқ оғриқ пайдо бўлганидан шикоят қилиб, доктор қабулида 10 дақиқагача ўтириб қолган. Орадан 3—4 дақиқа ўтгач «оғриқ ўтиб кетдими, ёки бирор оғриқ қолдирадиган дори берайми» деб сўралганда бемор: «Йўқ, ҳозир ўзи ўтиб кетади, нега мендан сўрамасдан бошимни босиб қўйдингиз» деб врач ёрдамидан воз кечган.

Яна битта беморнинг тизза рефлекси неврологик болғача билан текширилаётганда беморнинг оёғида кучли оғриқ пайдо бўлиб юра олмай қолади ва бироздан кейин ўтиб кетади. Психоген гиперестезиялар учун оғриқларнинг айнан танадаги сезгир нуқталарда пайдо бўлиши хосдир. Масалан, тригеминал нуқталарда, оёқлардаги нерв стволлари соҳасидаги нуқталарда ва ҳоказо. Баъзан бехосдан айтиб қўйилган сўздан ёки ташхисдан кейин беморларда ятропатик хусусиятга эга бўлган турли оғриқлар ва гиперестезиялар пайдо бўлиши ҳам мумкин.

Биз ўзимиз кузатган қуйидаги иккита бемор бунга мисол бўла олади. Д. исмли 18 яшар келин оилада юз берган фалокатдан кейин ўзига-ўзи пичоқ уради. Қориннинг иккита жойига урилган зарбадан бемор кўп қон йўқотиб, жарроҳлик бўлимига тушади. Беморга шу заҳоти кўрсатилган ёрдамдан кейин ёш келиннинг ҳаёти сақлаб қолинади. Бемор тузалиб чиқади, бироқ унинг иккала оёғида оғриқ пайдо бўлиб, бу оғриқ борган сайин кучайиб боради. Иккала оёқда фалажлик пайдо бўлади. Беморни невропатологга кўрсатишади. У «пичоқ орқа миядаги нерв толаларини ҳам шикастлаган» деб хулоса чиқаради ва даволаш чораларини тавсия қилади. Бемор бу диагнозни қўярда-қўймай ота-онасидан билиб олади ва беморнинг танасидаги оғриқлар белда ва оёқларда «тўпланadi». Беморнинг танасида оғриқ пайдо қилиш учун унинг танасига қўл теккизиш шарт эмас эди, чунки оғриқлар усиз ҳам, айниқса тунда ўз-ўзидан пайдо бўларди ва бемор оғриқ кучидан қичқириб йиғлаб юборарди. Бемор баданини ҳатто чойшаб билан ёпгани қўймасди. Чунки «чойшаб бирор жойига тегиб турса, оғриқ кучаярди». У қўрққанидан ўзининг танасига ўзи ҳам қўл теккиз-

мас эди. Бемор танасида тез-тез ва тўсатдан пайдо бўлаган оғриқларни кутиб, иккала қўли билан тўшакнинг чеккасида маҳкам ушлаб ётарди. Шуниси эътиборлики, беморга бирор ёрдам керак бўлса, фақат катта акасига мурожаат қиларди, бошқаларни (ота-онасини, укаларини) ёнига йўлатмасди. Бу ҳолатни психоген оғриқларга қиёсий диагноз қўйганда эътиборга олиш зарур. Нега бундай қиласиз, деган саволга бемор: «Акам ҳеч жойимни оғритмасдан ёрдам беради» деб жавоб берган эди. Бунинг оқибатида уйга келган врачларни ҳам ёнига йўлатмаган. Бемор билан икки кун мобайнида суҳбат уюштирилиб, унинг психологик статуси текширилди. Бемор суҳбат чоғида ҳар гал: «Мени даволасангиз ҳеч жойимга тегмасдан даволайсизми?», «Орқамиям ҳақиқатан ҳам жароҳатланмаганми?» деб сўрарди. Бемор билан умумий тил топилгандан кейин, беморда тўла невростатус текширилади, орадан бир неча ой ўтганига қарамасдан беморнинг оёғида атрофиялар йўқ эди, пай рефлекслари чақирилди, сезги бузилишлари ҳам йўқ эди (фақат умумий гиперестезиядан ташқари). Энди энг асосийси беморда ятрогения белгиларини йўқотиш ва орқамияда ҳеч қандай жароҳатланиш йўқлигига ишонтириш керак эди. Бу вазифанинг уддасидан чиққанимиздан кейин бемор даволанишга катта ишонч билан қараб, тавсия қилинган барча муолажаларни ола бошлади. Бемор асосан психотерапевтик муолажалар ҳамда плацеботерапия усули билан даволанди ва соғайиб кетди. Чунки оғриқ ва фалажлик органик хусусиятга эга эмасди.

Иккинчи воқеа ҳам ятрогенияга яққол мисол бўла олади. Бу воқеа вилоят шифохоналарининг бирида содир бўлган эди. Узоқ йиллардан буён асаб касалликлари врачлари бўлиб ишлаб келган доктор ўзининг умр йўлдошига «Диск чурраси» деб диагноз қўяди. Тўйда тинмай юмуш қилган 40 ёшдан ошиб қолган бу аёлнинг белида кучли оғриқ пайдо бўлиб, икки кундан кейин иккала оёғи ишламай қолади, тўғрироғи кучли оғриқдан қўрқиб, оёқларини сира қимирлатмайди. Бунинг устига «диск чурраси» асосан операция йўли билан даволанишига кўзи етган беморда аффектив ҳолат янада ривож олади. Оддий уколларни ҳам доловойлаб оладиган бемор 5 ой мобайнида консерватив йўл билан даволанади. Ниҳоят, беморнинг эри уни операция қилишга ро-

зилигини олади ва беморни Тошкентга олиб келади. Бемор нейрохирургия клиникасига ётқизилади ва ўша кечаси беморга эпидурал оғриқсизлантириш қилинади (чунки оддий новокаинли блокадалар ёрдам бермас эди). Эртаси куни беморга эпидурал миелография қилиниб, диск чурраси йўқлиги аниқланади ва беморга невропатологга мурожаат қилиш тавсия этилади. Беморда ҳар томонлама неврологик ва психологик статус текширилади. Унда аффектив бузилишлар оқибатида ривожланган психоген гиперестезия ва радикулалгия аниқланади. Бемор махсус даволаш муолажаларидан кейин тузалиб кетади.

Савол туғилади: ятропатиялар узоқ (ойлаб, йиллаб) давом этиши мумкинми? Ҳа, албатта давом этиши мумкин. Бемор қанча муваффақиятсиз даволаш усулларини олаверса, психоген касаллик нафақат узоқ вақт давом этади, балки зўрайиб ҳам боради. Бу психоген синдромлар қанча узоқ давом этса, даволаш ҳам шунча чўзилади дегани эмас. Диагноз тўғри аниқлангандан кейин беморнинг психологиясига мослаб тузилган даво чоралари шу заҳоти ёки бир-икки кун ичида фойда беради. Касалликнинг давомийлиги бу ерда аҳамиятга эга эмас, аксинча руҳий таъсир қилиш кучи аҳамиятлидир.

10.2.6. «Безовта оёқлар» синдроми

Бу синдромга XIX аср бошидаёқ француз психиатрлари эътибор қаратишган. «Безовта оёқлар» синдроми ниқобланган депрессиянинг бир клиник кўриниши бўлиб, бу касалликда кечаси ва тунда оёқда турли хил парестезиялар пайдо бўлади, улар кундуз куни ва ҳаракат қилган пайтларида ўтиб кетади. Беморлар оёғига худди биров нина билан санчгандек, товоннинг таги ёниб тургандек, гўёки оёқларининг устига қизиб турган қум сепиб қўйилгандек сезишади, оёқлари бир қизиб, бир совиб кетади. Буларнинг ҳаммаси тунда бошланади, беморлар ухлай олмай хонама-хона юриб чиқадилар. Тонг отиши билан эса бу белгилар йўқолади. Кундузи бемор ҳеч нарсага шикоят қилмайди. Бу беморларнинг неврологик статусида органик белгилар аниқланмайди. «Безовта оёқлар» синдроми аффектив бузилишлар билан кеча-

ди ва уни органик касалликларда учрайдиган оғриқлардан ажратиб туради.

Назорат учун саволлар

1. Псевдоневрологик ва психосоматик синдромлар деганда нимани тушунасиз?
2. Психоген бош оғриғи нима?
3. Психоген бош айланиши нима?
4. Психоген бел оғриқларнинг клиникасини гапириб беринг.
5. Психоген гиперестезия деганда нимани тушунасиз?
6. «Безовта оёқлар» синдроми нима?

10.3. Психосоматик синдромлар

Психосоматик синдромларнинг тиббий амалиётда кўп учрайдиган турлари билан танишиб чиқамиз:

1. Психоген кардиалгиялар;
2. Юрак ритмининг психоген бузилишлари;
3. Псевдоревматизм;
4. Психоген астма;
5. Ошқозон-ичак системасининг бузилишлари;
6. Псевдоурологик синдромлар;
7. Психоген жинсий бузилишлар;
8. Псевдодерматологик синдромлар.

10.3.1. Психоген кардиалгиялар

Кўкрак қафасининг чап томонидаги ҳар қандай сезгилар (увишиш, оғриқ) беморлар томонидан катта хавотирлик билан қабул қилинади. Негаки, бу ерда юрак жойлашган. Мабодо бошимиз оғриб қолса, бемалол анальгин ёки аспирин ичиб ишга кетаверамиз (баъзан, ичмасдан ҳам), лекин юрак соҳасида оғриқ сезсак дарров доктор чақирамиз, кардиограмма қилдирамиз, «ҳаммаси жойида, юрагингиз бироз сиқилибди, холос» деган хулосани эшитганимиздан кейингина тинчланамиз. Чунки, кўпчилик одамлар учун «юрак» тушунчаси, «ҳаёт» тушунчасининг синонимидир.

Юрак соҳасидаги оғриқларнинг сабаби ҳаммавақт ҳам юрак касаллиги ҳисобланадими? Яна қандай касалликлар юрак соҳасида оғриқ келтириб чиқаради?

Юрак соҳасидаги оғриқларни, яъни кардиалгияларни келтириб чиқарувчи касалликларни учта асосий гуруҳга ажратиш мумкин. Булар: 1) юрак касалликлари; 2) ниқобланган депрессия; 3) вертеброген ва миофасциал синдромлар. Демак, кардиалгияларнинг сабабини аниқлаш учун кардиологик текширувларнинг ўзи етарли эмас. Вертеброген касалликлар беморда чуқур неврологик текширувлар ўтказишни, депрессив синдромларнинг кўпайганлиги эса психологик текширувлар ўтказиш лозимлигини тақозо қилади.

Ривожланган давлатларнинг кардиология клиникаларига юрак соҳасидаги ўткир оғриқдан шикоят қилиб, «стенокардия» ёки «миокард инфаркти» диагнози билан «тез ёрдам» машинасида олиб келинган беморларнинг деярли ярмида диагноз тасдиқланмаган ва бу оғриқлар психоген хусусиятга эга бўлиб чиққан. Ҳаттоки баъзи муаллифларнинг (Katon W. J., 2000) маълумотига кўра кардиалгиялар билан амбулаторияларга мурожаат қилувчилар сони 80 фоизга етар экан. Лекин юрак соҳасидаги оғриқдан шикоят қилган ҳар қандай бемор дастлаб психологик текширувдан эмас, балки кардиологик текширувдан ўтиши лозим. Бу иккала текширувнинг биргаликда олиб борилиши эса мақсадга мувофиқдир.

Психоген кардиалгиялар бошқа аффектив бузилишлар билан биргаликда кузатилади. Булар — ўлим кўрқуви, «юракка ҳаво етишмаслиги», юракнинг тез-тез ёки «тўхтаб-тўхтаб» уриши, юракнинг «қизиб кетиши ёки музлаб қолиши», «юрагининг томоғига тиқилиши» ва шу каби симптомлардир. Психоген кардиалгияларда беморлар юрак соҳасидаги битта нуқтани бармоғи билан кўрсатишади. Бу нуқта асосан юрак учига тўғри келади, бунда оғриқ битта жойда доимо ёки кўчиб-кўчиб туради. Оғриқ жойлашган соҳада кучли психоген гиперестезия ҳам аниқланади. Буни **кардиосенестопатик синдром** деб ҳам аташади. Ҳақиқий стенокардияда эса одатда психоген гиперестезия кузатилмайди. Оғриқнинг орқа курак атрофига бериши «стенокардия» диагнозини тасдиқлашга ёки инкор қилишга сабабчи бўлади. Юрак соҳасидаги оғриқ бир нуқтадан бошланиб, бутун бир кўкрак қафасининг ярмини эгаллаб олади, кейин чап қўлга тарқайди ва бошнинг энса соҳасига ҳамда оёққа қараб йўналади, деб таърифлашади бемор-

лар оғриқнинг йўналишини. Бу пайтда ҳаво етишмай қолади, бўғилади ва тил тагига ташланган нитроглицерин ҳам ёрдам бермайди, тинчлантирувчи дорилар эса бемор аҳволини енгилаштиради. Баъзан беморларни шифохонага олиб бориб, барча зарур текширувларни қилмагунча юрак соҳасидаги оғриқ ўтиб кетмайди. Бемор кардиологик текширув хулосаларини интиқлик билан кутади, юрак касаллиги тасдиқланмаган сайин юрак соҳасидаги оғриқ камайиб бораверади.

Психоген кардиалгиялар стенокардия ва миокард инфарктдан фарқли ўлароқ, узоқ давом этади ва нитратлардан кейин, жисмоний ишни камайтиргандан кейин ўтиб кетмайди. Айниқса, анамнезида узоқ йиллардан (20—30 ёшлигидан) буён юракдаги оғриқлардан шикоят қилиб келадиган беморларда учрайдиган кардиалгиялар одатда юрак ишемик касаллиги ҳисобига кузатилмайди. Психоген кардиалгияларда ипохондрия ва фобия шаклланади: улар юрак уришини назорат қилиб юришади, ўлиб қолишдан қўрқишади (битта 35 яшар аёл 5—6 ой ичида уйидагилар билан бир неча бор видолашган ва кардиологик текширувлардан ўтган).

Бўйин-кўкрак остеохондрозида юрак соҳасидаги оғриқлар бош ёки танани ён томонларга бурганда, эгилиб-тикланганда, йўталганда ва қаттиқ аксирганда кучаяди. Умуртқа суяқларини ва паравертебрал нуқталарни босганда оғриқ кучаяди, зарарланган орқа мия илдизчалари нервлайдиган соҳаларда сезги бузилишлари (кўпинча гипестезиялар) кузатилади. Спондилограммада остеохондроз белгиларининг топилиши диагнозни тасдиқлайди.

Миофасциал оғриқлар кўкрак мушакларининг зарарланиши натижасида ривожланади. Бунда зарарланган мушаклар устини босганда кучли оғриқлар кузатилади, мушаклар бироз шишган бўлади. Триггер нуқталарга новокаинли блокадалар қилганда оғриқ камаяди ёки тарқаб кетади.

10.3.2. Юрак ритмининг психоген бузилишлари

Юрак ритмининг психоген бузилишлари, одатда юрак уришининг тезлашуви билан ифодаланади. Бу пайтлари юрак уришлари минутига 100—120 гача етади ва кўпинча ўлим ваҳимаси билан кечади. Бунда беморлар юракнинг ҳар бир

уришини аниқ сезиб туради. Нафас етишмайди, совуқ терга ботади, оёқлари титрайди ва бемор одатда ётиб олади. Юрак ритмининг психоген бузилишлари, жисмоний зўриқишлардан кейин эмас, балки ҳиссий зўриқишлардан кейин пайдо бўлади.

Аффектив-ипохондрик беморлар ўзларининг одатдаги ишлаш ёки яшаш услубини ўзгартиришса, узоқ вақт транспортда юришса ёки ҳиссий ва ақлий зўриқишларга олиб келувчи ҳар қандай вазиятларда юрак уришлари тезлашиб кетади. Улар ёзнинг иссиқ кунларини ёмон ўтказишади, доимо салқин жойга интилишади, асосан куннинг иккинчи ярмида юрак уриши кучаяди ва нафас етишмайди. Овқатни (айниқса хамир овқатни) тўйиб ейиш, меҳмонда узоқ вақт қолиб кетиш ҳам юрак уришларининг кучайишига олиб келади. Психоген тахикардияларда ЭКГ да органик ўзгаришлар кузатилмайди. Беморларда симпатик тонуснинг ошуви синусли тахикардия, парасимпатик тонуснинг ошуви синусли брадикардия билан намоён бўлади. Одатда брадикардия кам учрайди ва қон босимининг тушиб кетиши, бош айланиши, ичак перистальтикасининг кучайиши билан кечади. Бу беморлар юрак соҳаси «қотиб қолгандек», юрак уришдан «тўхтагандек» каби туйғуларга берилади, нафас етишмайди, бўғилиб ёрдамга чақира бошлайди. Юрак уришларнинг функционал тарзда ўзгариши аффектив ҳолатларда кўп кузатилади. Психоген тахикардия унга қарши дорилар қилинганда эмас, балки седатив дорилар ёки антидепрессантлар берилганда камаяди.

10.3.3. Псевдоревматизм

Оёқ ва қўлларда, турли бўғимларда ҳар хил оғриқлардан шикоят қилувчи беморлар сон-саноқсиздир. Бўғимлар соҳасидаги оғриққа шикоят қилиб «бод» (ревматизм) ташхиси қўйилган беморларни, кейинчалик яна чуқур клиник ва лаборатор текширувлардан ўтказганда, деярли уларнинг ярмисида бу оғриқлар невроген хусусиятга эга бўлиб чиққан. Ҳозирги гиподинамия асрида артралгиялар долзарб муаммо бўлиб, ниқобланган депрессиянинг яққол, ҳаммавақт ҳам аниқлаш қийин бўлган белгиларидан бири

бўлиб қолмоқда. Суяк ва бўғимларда кузатиладиган ва ҳадеб ўтиб кетавермайдиган артралгиялар, одатда бошқа психоневрологик симптомлар билан бирга кечади. Аксарият атоқли неврологлар «церебрал ревмоваскулит» диагнозини қўйиш кўпчилик шифохоналарда, айниқса поликлиникаларда одат тусига айланиб кетганлигини, бу диагнозни қўйиш учун бошдаги, юрак соҳасидаги ва бўғимлардаги оғриқларнинг ўзи етарли эмаслигини, бу белгилар невротик хусусиятга эга бўлиши мумкинлигини таъкидлаб ўтишган. Баъзи маълумотларга кўра, поликлиникалар ва стационарларда «ревмоваскулит» ва «ревмокардит» диагнослари 50—60 фоиз ҳолларда нотўғри бўлиб чиққан. Ҳозирги даврда ҳам бу муаммо долзарб бўлиб қолмоқда. Баъзан анамнезида бод касаллиги ўтказганлигини асос қилиб олиб ва психоген хусусиятга эга бўлган бош оғриқлар, псевдоневрологик, псевдокардиологик белгилар ҳамда ЭЭГ, РЭГ даги функционал ўзгаришларга қараб, аниқ ифодаланган неврологик белгиларни топмасдан экспериментал ва гистоморфологик текширувлар ўтказмасдан жиддий хулосалар қилиб, клиник диагноз қўйиш ҳолатлари кузатилиб туради. В.В.Михеевнинг (1971) фикрича, церебрал ревмоваскулитда бош мия қон томирларида ва унинг атрофидаги нерв тўқималарида чуқур органик ўзгаришлар кузатилади ва аниқ ифодаланган неврологик белгилар аниқланади. Ҳозирги кунда неврологлар «церебрал ревмоваскулит» атамаси мавҳум тушунча эканлигини айтишмоқда, чунки у бош мия қон томирларида кечадиган органик ўзгаришларни ва шу сабабли келиб чиқадиган клиник синдромларни аниқ таърифлаб бера олмайди.

Психоген оғриқлар фақат бўғимларда кузатилмасдан, суякларга, мушакларга тарқаб, беморнинг ҳаракат қилишига бутунлай халақит бериши мумкин. Узоқ вақт бир хил ҳолатда туриб қолиш, станок ёнида бир неча соат тик туриб ишлаш беморда оёқдаги оғриқларни кучайтиради. Иккала оёғимга худди тош осиб қўйгандек, юраётганда оёқларимни қимирлата олмайман, қадам ташлаган сайин юришим қийинлашиб бораверади, деб шикоят қилади беморлар. Бундай беморлар кўпинча «оёқда

венос қон айланишининг бузилиши» хулосаси билан ангиохирургларга юборилади. Улар бу ерда даволанади ёки яна қайтадан «невроз» диагнози билан невропатологга юборилади. Психоген артралгиялар ва миалгиялар учун оғриқларнинг кўчиб юриши жуда хосдир. Бу кўчиб юриш аниқ бир нерв толаси бўйлаб эмас, балки бетартиб йўналишда намоён бўлади: оғриқ бўғимдан тепага ёки пастга қараб, баъзан бошқа соҳалардан бўғим томонга қараб йўналади. Бемор ўз оғриқларига таъриф бераётганда ҳеч жойи оғримай туради ёки оғриқларни сезмайди. Бемор шикоятларини айтиб бўлгандан кейин доктор текширишга киришса, оғриқ яна пайдо бўлади. Бунга психоген оғриқлар билан органик хусусиятга эга бўлган оғриқларни қиёлаш пайтида албатта эътибор бериш керак.

Психоген артралгияларда бўғимларда шиш пайдо бўлиб, ҳаттоки бўғим атрофига суюқлик тўпланиши мумкин. Бу манзара оғриқ кучли бўлган пайтларда юз беради. Шуниси эътиборлики, бу «ўткир бўғим синдроми» аффектив бузилишларда аниқ бир вақтда рўй беради, яъни беморлар навбатдаги хуружнинг вақтини аниқ айтиб бера олишади (масалан, ҳар уч кунда, ҳар ҳафтада). Яллиғланишга қарши даво чоралари ўтказилмаса-да, бу синдром ўтиб кетади. Баъзан ташхис тасдиқланмасдан фақат оғриқнинг кучини асос қилиб олиб бўғим бўшлиғидан суюқлик олинади ва унинг ичига кенолог юборилади. Бу муолажа икки-уч марта такрорлангандан кейин ўта тоза бўлган бўғим ёриғига инфекция тушиб, ҳақиқий яллиғланиш жараёни бошланиб кетади.

Баъзи ҳолларда артралгияларнинг сабаби аффектив бузилишлар эканлиги аниқланмасдан, консерватив усул ёрдам бермагандан кейин, беморларга жарроҳлик усуллари тавсия қилинади. XIX асрнинг машҳур невролог олимларидан бири Н. Oppenheim (1894) шундай бир воқеани мисол келтиради. «Менга тизза бўғимини резекция қилиш тавсия қилинган битта беморни кўрсатишади. Лекин жарроҳлардан биттасининг тавсияси туфайли бемор операциядан олдин менга маслаҳатга юборилади. Иккита қўлтиқ хассада кириб келган бемор бироз вақтдан кейин бу хассаларни қўлида ушлаб менинг хонамдан ўзи юриб чиқиб кетади. Чунки, унда бор-йўғи «бўғим неврози» эди, холос».

Худди шунга ўхшаш воқеа бизнинг тажрибамизда ҳам рўй берган эди. Вилоятдан А. исмли 15 яшар қизни травматология-ортопедия бўлимига даволанишга юборишади. Бу ерда манзара бошқачароқ эди. Беморнинг ҳеч жойи оғримасди, у фақат оёқларини тизза бўғимида бука олмас эди, холос. Касалликнинг бошланганига уч ой бўлиб, қилинган барча чоралар ёрдам бермаганлиги туфайли беморни Тошкентга даволанишга юборишади. Унга турли ташхислар қўйилган эди: «ревматоид артрит», «ревматизм», «бўғимлар орасига суюқ ўсиб чиққан» ва ҳоказо. Лекин рентгенограммада тизза бўғимларида ҳеч қандай патологик ўзгариш йўқ эди. Бунга вилоятдаги докторлар ҳам эътибор қилишган, албатта. Лекин даволаш муолажалари ёрдам бермаётгани туфайли беморни марказга маслаҳатга юборишган. Бемор ташқи кўринишидан жуда тинч, ўзига бино қўйган, ёшига қараганда гавдали эди. Унинг отасидан (бемор отаси билан келган эди) қизнинг хулқ-атвори ҳақида сўраганимизда, қизига ижобий таъриф берган эди: «Уйдаги ҳамма ишларни қилади, онасига қарашади, лекин сал эрқароқ, айтганини қилдиради». Қизда касаллик бошланишидан олдин руҳий сиқилишлар бўлганми, деб сўраганимизда, отаси йўқ, деб жавоб берди. Биз беморни хонада юргизиб, курсида ўтқазиб ва каравотда ётқизиб текшириб кўрдик. Бу ҳаракатларни у иккала оёғини тиззасида букмасдан бажарди. Беморнинг отасидан қизнинг кечқурун ухлаганда оёқлари қай аҳволда бўлишини билиб беришини сўрадик. Вилоятга, қизнинг онасига телефон қилиб, бу саволни берганимизда, ҳақиқатан ҳам бемор кечаси ухлаб ётганда у ёқ-бу ёққа қайрилиб ётаркан, баъзан эса гужанак бўлиб оларкан. Бизда касаллик психоген хусусиятга эга эканлигига ҳеч қандай шубҳа қолмади. Беморга шу куннинг ўзидаёқ психологик суҳбатдан кейин даволаш муолажасини бошладик. Бу ерда ҳам плацеботерапия усулини қўлладик, яъни беморга «Германияда ишлаб чиқилган, тиззани дарров букиб-очиш юборадиган дорини шприцга тортиб тизза қопқоғининг атрофларига қилиб чиқдик» ва беморнинг тиззаси 10 дақиқадан кейин қизиб кетишини, ана шунда унинг ўзи аста-секин тиззасини букиб-очиши кераклигини уқтирдик. Худди кутганимиздек 10 дақиқадан кейин бемор иккала тиззасининг қизиб бораёт-

ганини айтди. Биз унга тиззасини энди букиб-очиши зарурлигини қаттиқ тайинладик. Бемор бизнинг талабимизни бажариб, бемалол хонада юра бошлади.

Икки кундан кейин бизга қизнинг онаси кўнғироқ қилиб муҳим бир маълумотни берди. Маълум бўлишича, қиз отасидан дугонасиникига ўхшаш қимматбаҳо пальто олиб беришини сўраган. Отаси рад жавобини берган ва қизини уришган. Онаси ҳам отасининг тарафини олган. Қиз йиғлаб-йиғлаб ухлаб қолади ва эрталаб турса иккала оёғи ҳам қотиб қолган бўлади. Табиийки, ота-она қизидаги бу ҳолатни кечаги жанжал билан боғламаган ва қизимизнинг оёқлари «шамоллаб» қолибди, деб касалхонага югуришган. Бу воқеа отасининг эсидан чиқиб кетган, онаси эса фақат биз «руҳий сиқилишлар бўлмаганми», деб сўраганимиздан кейингина шу воқеани эслади.

Бундай психоген бузилишлар ёш болаларда ҳам бўлади. Уч ёшдан сал ошган бола югуриб ўйнаб юрган пайтида қаттиқроқ йиқилиб тушади ва чап оёғининг сонидан лат ейди. Оғриқдан оёғини қимирлата олмай қолади, қаттиқ йиғлайди. Болани ўша заҳоти касалхонага олиб бориб, травматологга кўрсатишади. Оёғи рентген қилинганда болада суякнинг синган белгилари топилмайди. Лекин боланинг оёғи озгина лат еган эди, шунинг учун болага оғриқсизлантисувчи уколлар қилиб, лат еган жойни боғлаб уйига жўнатилади. Болани бир ҳафта мобайнида эҳтиёт қилиш, иложи борица оёқни авайлаш буюрилади. Бир ҳафта докторнинг тавсиялари бажарилади ва бола иложи борица қўлда кўтариб юрилади. Лат еган жой бутунлай битиб кетади. Доктор боғламларни олиб ташлайди ва болани ерга қўйиб «энди ўзинг юргин» дейди. Бола бу илтимосни рад қилиб, чинқириб йиғлаб онасига ёпишади. Онаси болани кўтариб олгандан кейин бола йиғлашдан тўхтади. Бола йиқилганда нерв толалари эзилган бўлиши мумкин, оғриқ ўшандан бўлса керак, деб невропатологга маслаҳатга бориш тавсия қилинади. Болани бизга олиб келишади. Боланинг инжиқ ва бунинг устига қаттиқ кўрққанлиги билиниб турар эди. Уни курсига ўтқазиб текшираётганда йиғлаб юбориши, онасининг олдига ўтқазиб текширганда эса жим ўтириши эътиборимизни тортди. Чалғитиш услубига ўтдик. Болага: «Мен текшираёт-

ганимда сен курсида индамай ўтирсанг мана шу конфетни оласан», деб уқтирилди (бола уйда текширилаётган эди). Бола айтганимизни қилди. Топшириқ янада мураккаблаштирилди: «Энди курсидан ўзинг тушсанг мана бу ўйинчоқни бераман». Ўйинчоқ (танк) жуда чиройли бўлганидан бола «оғриқни» ҳам эсидан чиқариб, курсидан сакраб тушди. «Энди сен мана шу ўйинчоқни ўйнаб тур, биз онанг билан маслаҳатлашиб оламиз» деб боланинг ҳаракатларини чеккадан кузатиб турдик. Бола гилам устига чўккалаб олиб, хонанинг у ёғидан бу ёғига гилдиракли танкни ҳайдаб роса ўйнади. Она-бола кетишга шайланишганда, бола яна кўтаринг деб онасига ёпишиб олди. Болага «агар сен зинапоядан пастга ўзинг юриб тушсанг, мен сенга балкондан мана шу коптокни ташлайман» деб ваъда бердик. Бола беш қаватли уйнинг бешинчи қаватидан онаси билан ўзи юриб пастга тушди. Копток балкондан пастга ташланганда, думалаб анча жойга кетиб қолди. Бола хурсанд бўлганидан коптокнинг изидан югуриб кетди.

Бўғим соҳасидаги оғриқларга шикоят қиладиган беморларнинг психологик статусини яхшилаб текширмасдан, уларни кучли антибиотиклар, гормонлар, салицилатлар, физиотерапевтик муолажалар билан узоқ вақт муваффақиятсиз даволашлар поликлинника ва стационарларда учраб туради. Бундай услубда ишлайдиган врачларни J.L.Halliday (1941) мих кириб ёрилган баллонни, михни олиб ташламасдан ҳар хил замонавий бўёқлар, елимлар билан тешиқни ёпишга уринган усталарга ўхшатган. Хўш, унда қандай қилиб беморда психоген артралгия борлигини аниқлаш мумкин? Гап шундаки, ҳозирги даврда психоген артралгия кўпинча тасодифан ёки «ревматизмга» қарши дорилар фойда беравермаганидан кейингина аниқланади. Бу даврда бемор деярли барча мутахассисларда бўлиб чиқади ва ниҳоят, унда психоген артралгия борлиги аниқланади. Шунинг учун ҳам баъзи мутахассислар артралгия аниқланган беморларни психиатр ёки невропатологга кўрсатиш зарурлигини айтиб ўтишган.

Ревмокардит ҳақида сўз юритадиган бўлсак, бу ерда ҳам дифференциал диагноз муаммолари кўндаланг туради. Юрак соҳасидаги оғриқлар, функционал систолик шовқин ва психоген гипертермия қонда ўтиб кетувчи лейкоцитоз (нейтрофилезсиз), ЭЧР ошиши ва тана ҳароратининг 37–37,5° гача

кўтарилиши ревмокардит диагнозини қўйишга асос бўла олмайди (В.А.Насонова, М.Г.Астапенко, 1989).

4-жадвал.

Психоген артралгия ва бўғимларнинг яллиғланиш касалликлари солиштирма диагнози (В.Д.Тополянский, М.В.Струковская, 2001)

Симптомлар (синдромлар)	Психоген полиартралгия	Бод касаллиги	Ревматоид артрит
Артралгиялар	Аффектив бузилишларда пайдо бўлади ёки кучаяди, яъни кайфиятга боғлиқ бўлади	Касалликнинг ўткир босқичида кучаяди	Доимо эрта ривожланади
Оғриқнинг хусусияти	Кўчиб юрвчи хусусиятга эга, кечаси ёки тунда пайдо бўлади, энгил жисмоний ишдан кейин пасаяди	Оғриқ ҳаракат пайтида кучаяди, обҳавога боғлиқ бўлади	Эрталаб оғриқ кучли бўлиб, бўғимларни қимирлатгани қўймайди, кечга бориб эса пасаяди
Артралгиянинг жойлашуви	Барча бўғимларда (шу жумладан умуртқа поғонасида ҳам)	Йирик симметрик жойлашган бўғимларда (тизза ва товон бўғимларида)	Қўл ва оёқларнинг симметрик жойлашган кичик бўғимлари
Бўғимнинг органик зарарланиш белгилари	Бўлмайди	Касалликнинг ўткир даврида кучли ривожланган бўлади	Бўғимлар деформацияси, анкилоз, атрофдаги мушаклар атрофияси
Рентгенологик ўзгаришлар	Кузатилмайди	Суст ривожланган	Остеопороз; бўғим ёригининг торайиши ва юзасининг патологик ўзгариши
Юракнинг органик зарарланиш белгилари	Ҳос эмас	Ревмокардит, юрак иллати ва юрак етишмовчилиги белгилари	Одатда ҳос эмас; энгил миокардит, перикардит белгилари бўлиши мумкин
Қоннинг лаборатор кўрсаткичлари	Ҳос эмас	Нейтрофил лейкоцитоз; ЭЧР ошиши; гиперфибриногенемия; АСЛО АСК титрларининг ошиши, С-реактив оқсилнинг пайдо бўлиши	Ўткир даврида нейтрофил лейкоцитоз, ЭЧР нинг ва фибриногеннинг ошиши, С-реактив оқсилнинг пайдо бўлиши
Касалликнинг кечиши	Қисқа ёки узок вақт давом этувчи ва руҳий зўриқишларда кучаювчи, седатив дорилардан кейин қолувчи оғриқлар	Куз ва баҳор ойларида қўзғалувчи; кечиши даволаш натижаларига боғлиқ	Фаслга боғлиқ бўлмаган ҳолда зўрайиб борувчи, патологик жараённинг янги бўғимларга ўтиши
Яллиғланишга қарши доридармонларнинг таъсири	Таъсири кам	3-4 кундан кейин аҳвол яхшилана бошлайди	Ижобий натижа беради
Психотерапиянинг таъсири	Жуда катта	Ўткир даврида деярли ёрдам бермайди	Кам ёрдам беради

10.3.4. Психоген астма

Психоген астма ўткир ва сурункали сиқилишлардан кейин кузатиладиган хуружсимон кечувчи нафас бўғилишидир. Ўткир стресс ва ҳиссий зўриқишлардан сўнг нафас етишмовчилиги, бўғилиш каби ҳолатлар неврозга чалинган беморларда кўп учрайди. Психоген бўғилиш учун ўта хос бўлган симптомлардан бири, нафас чиқаришдан кўра, нафас олишнинг қийинлигидир; улар «тўйиб нафас ололмасликларига, ҳаво ўпкасининг охиригача етиб бормаслигига» шикоят қилишади. Бу ҳолат кейинчалик сурункали тус олиши мумкин ва беморда худди астма касаллигига ўхшаш хуружлар кузатилиб бошлайди.

Хўш, психоген астма ҳақиқий астмадан нимаси билан фарқ қилади? Психоген бўғилишлар томоқнинг қуриб қолиши, қичиши, кўкракнинг сиқилиши, нафас йўллари-нинг торайиши каби турли хил белгилар билан кечади. Психоген бўғилишлар учун тик турганда бемалол нафас олиш, ётганда эса бўғилиш жуда хосдир. Шу нарсага аҳамиятни қаратиш лозимки, бўғилиш чалқанчасига ётганда пайдо бўлади, чап ва ўнг томонга қараб ётганда кузатилмайди. Барча психоген бузилишлар сингари психоген бўғилишлар ҳам кўпинча кечаси ва тунда кузатилади. Бизнинг назоратда турган битта бемор «тунда доимо бўғилиб уйғониб кетсам, чалқанча ётган бўламан, шунинг учун ухламоқчи бўлсам, ёнбошлаб деворга суяниб ётиб оламан», деган эди.

Худди аффектив-невротик бузилишларнинг бошқа симптомлари каби нафас олишнинг бузилишлари ҳам унга эътибор ортиқча қаратилганда кузатилади. Профессор В.Ф.Зеленин талабаларга маъруза ўқиётган пайтида, улардан нафас олишини назорат қилиб туришларини буюрган. Икки-уч дақиқадан сўнг кимнинг нафас олиши қийинлашганини сўраса, талабаларнинг ярми қўлини кўтарган. Талабалар нисбатан соғлом гуруҳга киради, демак беморларда бундан ҳам кўп кўрсаткич кузатилиши табиий ҳол, албатта. Чунончи, неврозга чалинган беморларнинг кўпчилиги ўзида кечаётган ҳолатларни доимо назорат қилиб боришади. Статистик маълумотларга кўра, асаб тизимининг функционал касал-

ликларида 76 фоизгача бўлган бемор нафас етишмовчилигидан шикоят қилади.

Доимий ёки вақти-вақти билан бўладиган нафас етишмовчилигига ипохондрияга чалинган беморларнинг деярли барчаси шикоят қилади. Шунинг учун ҳам N.Highmore (1651) нафас етишмовчилигини ипохондриянинг асосий белгиси деб ҳисоблаган. «Бўғилиб қолиш, нафас йўлларига бирор нарса тиқилиб қолгандек бўлиши, нафас олиш жуда оғир эканлигидан» шикоят қилиш, айниқса ёш беморлар орасида кўп кузатилади. Мабодо бу белгилар хуружсимон бўлиб келса, баъзи ҳолларда беморларга «бронхиал астма» ташхиси қўйилади.

Кўйидаги воқеа бунга яққол мисол бўла олади. Бизга 20 яшар йигитни кўрсатишди. У аллергология бўлимида «бронхиал астма» ташхиси билан даволаниб келарди. Бемор жуда озиб кетган, ҳар 30 дақиқада кўлидаги беротекни оғзига сепиб нафас олишини осонлаштирарди. Бўғилишнинг ҳар 30 дақиқада пайдо бўлиб туриши бизнинг эътиборимизни қаратди ва қўйилган ташхисга шубҳа уйғотди. Тиббий анамнези билан биргаликда беморнинг психологик анамнези ҳам ўрганиб чиқилди ва бўғилиш хуружлари психоген хусусиятга эга эканлиги аниқланди.

Бемор болалик давридан нимжон бўлиб ўсган, тез-тез касалланиб турган. Оилада бор-йўғи битта бола бўлганлиги учун ота-онаси боласининг ҳар бир хархашасига кўникиб, бажариб келишган. Боланинг ёшлигидан асаби бузилса, нафаси бўғилиб қоладиган бўлган. Бироқ, боланинг психоневрологик статуси текширилмасдан унга болалик давридан буён «астма» ташхисини қўйиб даволаб келишган. Бориб-бориб хуружларни оддий дорилар билан тўхтатиш қийинлашади ва беморга гормонал дорилар (беротек) тавсия қилишади. Лекин бу дорини ҳам доимо ишлатишмаган (баъзан ойлаб). Бемор яна бир бор тажрибали аллергологга кўрсатилади ва «бронхиал астма» ташхиси инкор қилинади.

Беморнинг психологик статусини яхшилаб ўрганиб чиққандан кейин психотерапияда кенг тарқалган «стресс терапия» усулини қўллашни маъқул топдик. Беморга «беротекка ўрганиб қолса, эркаклик функцияси сусайиши (бемор яқинда уйланиши керак эди) ва уйланган тақдирда ҳам бола

бўлмаслиги мумкинлигини, шунинг учун ҳам бу дорини қандай бўлмасин бошқа дорига ўзгартириш зарурлигини» уқтирдик. Гап шундаки, беморга беротекни ёзган доктор «мана шу дори сенинг асосий доринг, бу астманинг ҳар қандай турида оғизга сепган заҳоти бўғилишни тўхтатади» деб айтган. Бу ерда шу нарсани алоҳида таъкидлаш лозимки, бўғилишни беротекнинг кучи эмас, балки доктор айтган сўзлар («сизга фақат шу дори ёрдам беради») тўхтатган.

Бемор билан умумий тил топишгандан сўнг беротекни бошқа дорига ўзгартиришга уни кўндирдик ва махсус дорини оғизга сепса бўладиган идиш топиб, идишнинг ичига ҳеч қандай таъсирга эга бўлмаган эритма қўйдик. Беморда ҳар ярим соатда хуруж бўлиб туришини эътиборга олиб, ёнимизда икки соатга олиб қолдик (текшириш поликлиникада ўтказилаётганди). Беморда икки соат ичида тўрт марта «астма» хуружи кузатилди ва биз тавсия этган «дори» билан тўхтатилди. Шу йўсинда астманинг психоген хусусиятга эга эканлиги яна бир бор тасдиқланди.

Эндиги муаммо бу дорини ҳам қўлламайдиган қилиш ва беморнинг фикридан «астма» сўзини умуман олиб ташлаш эди. Бир-икки кундан кейин беморни қабулга чақириб ҳолаҳволини сўраддик. У ўзини жуда яхши ҳис қилаётганлигини ва бу дорининг номини сўради. Биз бу «тадқиқотимиз»ни узоқ давом эттириб бўлмаслигини, бемор ҳамма сирдан воқиф бўлиб қолса, унинг соғлиғига тузатиб бўлмас путур етказиб қўйишимиз мумкинлигини англадик. Беморга бу дорини яна бир ҳафта ишлатишини, ундан кейин биз унга хуруж пайтида тилнинг тагига ташлаб сўрадиган таблетка беражаклигимизни айтдик. Шунингдек, бу дорининг афзалликлари кўплигини, яъни ярим соат эмас, дастлабки куни бир соат, кейинги куни икки соат, қолган кунлари эса фақат кунига уч маҳал ишлатса ҳам бўлажаклигини тушунтирдик. Бемор бизнинг ҳар бир гапимизни яхшилаб тинглаб, тавсияларимизга албатта амал қилишини айтди. Натижа ўйлаганимиздек бўлиб чиқди. Кейинчалик бемор бутунлай «астма» касаллигидан холос бўлди.

Баъзан шундай ҳодисалар бўладики, беморда бўғилиш аниқ бир шароитларда юзага келади. Бундай пайтларда шароитни ўзгартириш бўғилишни камайтиради ёки бутунлай

йўқотади. Хоразм вилоятидан бизга битта ёш келинни мас-лаҳатга олиб келишади. Бемор турмушга чиққанидан кейин, уйда турмуш ўртоғи билан келишмай доимо жанжал чиқиб туради. Жанжал авжига чиққанда ёш эр-хотинлар бири-бирини бўғишгача боришган. Бориб-бориб ёш келинда эри ишдан қайтганидан кейин бўғилиш хуружлари пайдо бўладиган ва тинчлантирадиган дори ичмагунча (фақат, седуксен, унинг аналоги бўлган сибазон, диазепам берса фойда бермайди) ёки эри уйдан чиқиб кетмагунча бўғилиш ўтиб кетмайдиган бўлади. Бемор барча даволаш усуллардан фойдаланган (шу жумладан, плацеботерапия, психотерапия) ва ҳар қандай янги таклиф этилган усулдан бош тортар эди. Бемор ёз ойларида текширилаётган эди. Беморга онаси билан бир ойда дарё бўйига чиқиш, дориларни эса уйга ташлаб кетиш зарурлиги айтилди. Бу таклифимиз беморга маъқул тушди. Она ва қиз иккаласи дарё бўйидаги уйлардан бирида ижарага туришди.

Орадан бир ҳафта ўтгач «беморнинг» ҳолидан хабар олгани дарё бўйига унинг эри билан бордик. Беморда бўғилиш хуружлари дарё бўйига келган куниеқ тўхтаган эди. Беморнинг эрига рафиқасидан хабар олгани дарё бўйига бориб туришни тайинладик. Шуниси эътиборлики, бўғилиш хуружлари эрини дарё бўйида кўрганда кузатилмади. Эр-хотинга тоза ҳавода кўпроқ бўлишни, бошқа жойларга сайр қилиб туришнинг руҳий саломатлик учун фойдаси катталигини уқтирдик. Бу воқеада биз учун эътиборни қаратадиган нарса плацеботерапия ва психофармакотерапиянинг ёрдам бермаганлигидир. Ҳақиқатан ҳам илмий адабиётларда, ипохондрик синдромларда седатив дорилар ҳаммавақт ҳам ёрдам беравермаслиги ҳақида ёзилган. Ипохондрияга олиб келган асосий омил йўқотилмас экан, уни даволаш ўта мушкул.

Психоген бўғилишларнинг яна бир хусусияти шундан иборатки, беморларда доимо чайқалиш ҳисси бўлади: улар худди ўзларини транспортда, лифтда, самолётда кетаётгандек сезишади. Бундай беморлар метронинг эскалаторидан туша олмайдилар. Бизнинг назоратда турган бемор тунда ухлаб ётганида тез-тез худди зилзила бўлгандек сесканиб уйғониб кетишини айтган эди.

Баъзан психоген бўғилишлар хуружи тўсатдан қаттиқ кўрқувдан кейин бошланади ва галлюцинациялар билан бирга кечеди. Бизнинг институтда ўқийдиган талабаларимиздан бири кечкурун деразага қараб ётиб, қоронғида ниманингдир аксини кўради ва кўрқиб кетади. У кўзини юмса кўзига ҳар хил нарсалар кўрина бошлайди: қора калхатлар учиб юради, ҳаммаёқ қоронғи, атрофни фақат кўрқинчли нарсалар ўраб олган бўлади. Бунинг натижасида нафас ололмай қийналади, бўғилади. Биз беморни бу симптомлар бошлангандан икки кундан сўнг кузатдик (кечаси соат ўнда). Бемор чуқур депрессия ҳолатида бўлиб, бир хил оҳангда гапирарди, қаттиқ кўрққани кўзидан билиниб турарди. У бўлган воқеа худди тушида бўлгандек, мабодо ухлаб қолса, яна шунақа ёмон тушлар кўришидан кўрқишини айтди. Бемор транс ҳолатига туширилди ва қуйидаги сўзлар айтилди: *«Ҳозир сен ширин уйқуга кетасан, туш кўрасан, тушингда мовий денгизни кўрасан, денгизга чарақлаган қуёш нурлари сочилиб, денгиз юзидаги томчилар марвариддек товланиб туради. Қирғоқ эса бир-биридан гўзал гулларга бурканган, гулларнинг устида рангбаранг капалаклар учиб юради. Сен денгизда дугонанг билан чўмиласан, тўйгунингча сузасан, денгиздан ҳеч чиққинг келмайди, сузишдан чарчаганингдан кейин қирғоққа чиқиб гуллар устида ётиб дам оласан. Атроф гўзал, бирорта қора нарса йўқ. Эрталаб енгил бўлиб, хурсанд бўлиб уйғонасан ва тушингда нималар кўрганингни менга айтиб берасан».*

Эртаси куни эрталаб беморнинг олдига ётоқхонага бордик. Бемор уйғонган ва ўзини яхши ҳис қиларди, лекин уйқутираётгани кўзидан сезилиб турарди. Биз айтган вазият беморнинг тушида тўлалигича намоён бўлганди ва бу унга катта ҳузур бағишлаганини айтиб берди. У ҳатто тушидаги вазиятнинг кичик деталаригача бизга айтиб берди, ўзини жуда ҳам енгил ҳис қилаётганини ва яна ухлаб худди шу тарздаги тушни кўришни хоҳлаётганлигини айтди.

Бу услубни машҳур немис гипнозчиси Н. Лефенвелд «тетиклик ҳолатидаги гипноз» деб атаган. Биз бу беморни даволашда олимнинг усулидан фойдаландик. Хонада беморнинг ўзидан ташқари отаси ва талабалар ҳам бўлишига қарамасдан уни транс ҳолатига тушириш жуда осон кечди. Хаттоки унинг қандай туш кўриши ҳақидаги сўзлар бир марта ай-

тилди, холос. Маълумки, чуқур депрессия пайтида транс ва гипнозга тушириш осон кечади.

Психоген бўғилишлар кўпинча қуруқ йўтал билан кечади. «Йўтал шу даража узоқ давом этадики, — деб ёзган эди J.M.Charcot (1888), бемор кун бўйи тинмайди, улар фақат овқат еб олиш учунгина йўталмай туради, холос». Психоген йўтал қуруқ бўлади ва балғам ажралиб чиқмайди. Бундай пайтларда беморнинг овози хириллаб қолади, гапира олмайди. Бироз суҳбатдан кейин унинг овози яна очилиб, аста-секин қандай касал бўлганларини сўзлай бошлайди.

Психоген бўғилиш, одатда артериал босимнинг пасайиши, бош айланиш, юрганда чайқалиб кетиш, қўлларнинг титраши, уйқунинг бузилиши ва умумий ҳолсизлик билан бирга кечади. Улар доимо тез-тез грипп бўлиб туришдан (ҳатто ёзда ҳам) ва шунинг оқибатида «бронхит» бўлиб қолганларидан шикоят қилишни яхши кўришади. Ҳақиқатан ҳам кейинги пайтларда амбулатория ва поликлиникалардаги беморларнинг анкетасини варақлаганда, «сурункали бронхит» диагнозини тез-тез учратиш мумкин. Бу беморлар аксариятининг психоневрологик статуси текширилганда ниқобланган депрессия аниқланади.

10.3.5. Ошқозон-ичак системасининг психоген бузилишлари

Руҳий сиқилишларда ошқозон-ичак фаолиятининг бузилиши (кўнгил айниш, қайт қилиш, ич кетиш, қоринда оғриқлар) Гиппократ давридан буён маълум. Танада кечадиган ҳар қандай жараён мия иштирокисиз бўлмаслиги Гиппократ, Гален ва Декарт асарларида қайд қилинган. Гален ва Ибн Сино «қора ўтнинг» ўт пуфагида кўпайиб кетиши ипохондрияга олиб келишини айтиб ўтишган. Ибн Сино «Тиб қонунлари» асарида ошқозон-ичак соҳасида асаб бузилишлари туфайли учрайдиган турли белгилар ва уларни даволаш усуллари ҳақида ёзиб қолдирган. «Вужуд руҳ амрига воожибдир» деган эди Ибн Сино.

Ҳозирги даврда ўткир ва сурункали асаб бузилишларидан кейин ривожланадиган ошқозон-ичак соҳасидаги бузилишларга таъриф бериш учун турли атамалар таклиф қилинган:

«абдоминал ипохондрия», «абдоминал депрессия», «психоген гастроинтестинал синдром», «соматоген депрессия» ва ҳоказо. Лекин шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, агар юрак ва нафас олиш системаларининг психоген бузилишларида беморлар нисбатан невропатологга кўпроқ мурожаат қилишса, ошқозон-ичак касалликлари тўғрисида бундай хулоса қилиш жуда қийин. Негаки, аксарият беморлар (ҳатто докторлар ҳам) ошқозон-ичак системасининг фаолияти бузилганда невропатолог ёки психологга мурожаат қилишмайди. Буни тушуниш мумкин албатта, чунки одамларнинг тасаввурида «ошқозон миядан узоқда жойлашган ва уларнинг бир-бирига алоқаси йўқ». Ўтган асрнинг бошларида машҳур невролог олимлардан бири (Strumpel A., 1902) диспепсияларнинг 70 фоизида ҳиссий зўриқишларнинг аҳамияти каттадир, деган эди. Овқат ҳазм қилишнинг функционал бузилишлари, абдоминалгиялар, умумий ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши каби симптомлар, худди бош оғриғи ва бош айланиши симптомлари каби неврастениянинг асосий симптомларидир; (Silverberg M., 2002).

Ўткир ёки доимий руҳий жароҳатлар, жинсий муаммолар, қаттиқ кўрқув каби омиллар ошқозон-ичак фаолиятининг функционал бузилишларига олиб келиши мумкин. Бундай пайтларда мутахассислар «гастроинтестинал беқарорлик» ҳақида сўз юритишади. Бу тоифа одамларда руҳий сиқилишлар пайтида албатта ошқозон-ичак фаолияти бузилади, бироқ бош оғриғи, бош айланиши, нафас етишмовчилиги каби симптомлар кузатилмаслиги мумкин. Шунинг учун ҳам ипохондрияда ўт йўллари дискинезияси, доимий анорексия (улар овқатни соатга қараб ейишади, қорин оч бўлганда эмас), қабзият ёки диарея кўп учрайди. Бу симптомлар беморнинг кайфиятига қараб гоҳ кучайиб, гоҳ пасайиб туради. Айнан ана шу беморлар терапевтик муолажалар узоқ вақт ёрдам бермаганлигидан табибларга мурожаат қилишади. Ҳар бир гастроэнтеролог психолог бўлиши давр талабидир, деб ёзган эди Р.А. Лурия (1941). Унинг бу сўзлари ҳозирги кунда ҳам ўз кучини йўқотгани йўқ. Беморларнинг табибларга ва антиқа даволаш усулларига бўлган қизиқиши сабабларини биз «Деонтология» бўлимида ёритганмиз.

Психоген анорексия ва шу билан боғлиқ бўлган бошқа симптомлар. Психоген анорексия атамаси 1868 йили W. Gull

томонидан таклиф қилинган. Иштаҳанинг кайфиятга ғоят боғлиқлиги шубҳасиздир. «Кеча овқатни иштаҳа билан тановул қилувдим», «бугун кайфиятим бузилди, ҳеч нарса егим келмаяпти» каби ибораларни тез-тез эшитиб турамиз. Статистик маълумотларга кўра, меланхолиялар ва циклотимияларда анорексия 40 фоиз беморларда кузатиларкан. Иштаҳанинг пасайиши беморларда таъм ва ҳид билишнинг бузилиши билан кечади («бу овқатнинг умуман мазасини сезмаяпман, ҳиди ҳам ёмон»). Агар бемор ўзига ёқмаган овқатни еса (у сифатли бўлишидан қатъи назар) кўнгли айниб қусади, ҳаттоки ичи кетади. Мабодо ич кетиши тўхтамас ва беморга «овқатдан заҳарланиш» ёки «дизентерия» ташхиси қўйилса, беморда юқорида қайд қилинган белгилар узоқ вақт давом этади.

Баъзан беморларда иштаҳанинг кучайиб кетиши (булимия) кузатилади. Соматик депрессияга учраган беморлар баъзан шу даражада овқатни кўп истеъмол қилишадики, улар шунда ҳам тўйишмайди. Бир ўтиришда бир буханка нон, бир лаган ош ва уч чойнак чой ичиб тўймаган беморнинг гувоҳи бўлганмиз. У «ошқозоним чўзилиб кетган бўлса керак деб, терапевт ва жарроҳларга маслаҳатга боради, параклиник ва лаборотор текширишлардан ўтади. Беморда органик касаллик аниқланмайди ва у психоневрологга маслаҳатга юборилади.

Бемордаги бу ҳолат кучли оилавий можародан кейин келиб чиққан (умр йўлдоши унга хиёнат қилган). Баъзи ҳолларда психоген симптомлар билан ташқи салбий таъсир орасида мантиқий боғланишни кузатиш мумкин. Масалан, беморнинг рафиқасини ўзи билан бирга чойхонадаги улфатдоши «йўлдан» урган.

Булимия ва полифагия (кўп суюқлик ичиш) механизмини тўйиш ҳиссининг йўқолиши билан тушунтириш мумкин. Бу марказлар гипоталамусда жойлашган бўлиб, у ердаги махсус нейронлар «ошқозон овқатга тўлганлиги» тўғрисидаги маълумотни олмагунча бемор ўзини тўйгандек ҳис қилмайди. Ипохондрия ва депрессив синдромларда айнан мана шу мураккаб механизм бузилади. Қандай қилиб биз оч бўлганлигимизни сезамиз? Организмдаги овқат ресурслари камайганда дастлаб қонда қанд миқдори камаяди

ва дарров бу ҳақдаги сигнал гипоталамусда жойлашган махсус рецепторларга бориб тушади. Бош мия бунинг асосида «овқатланиш керак» деган қарорни қабул қилади. Хўш, бу топшириқ бажарилмаса, нима бўлади? Гипоталамус ядролари оч қолганлигимиз тўғрисидаги сигналларни маълум вақтгача қабул қилади (масалан ярим соат, бир соат). Ундан кейин мия «организмни асраш тўғрисида қарор қабул қилади», яъни биринчи бўлиб жигар ва мушакларда тўпланиб ётган гликоген парчаланиб глюкоза, сув ва энергияга айланади. Глюкоза эса қонга тушиб, очлик ҳиссини камайтиради ёки йўқотади. Шунинг учун ҳам бироз кутсак, очлик ҳисси ўтиб кетади.

Неврозга чалинган беморларнинг аксарияти ширинликка (айниқса шоколадга, чунки унинг таркибида асабни тетиклаштирувчи моддалар кўп бўлади), музқаймоққа ва ширин таъмли ичимликларга (фанта ва спрайт) ўч бўлишади. Таркибида углеводи бор озиқ-овқатлар очликни тез қондиради, шунинг учун ҳам баъзи беморлар (соғ одамлар ҳам), одатда овқатлангандан кейин ширинлик истеъмол қилишади.

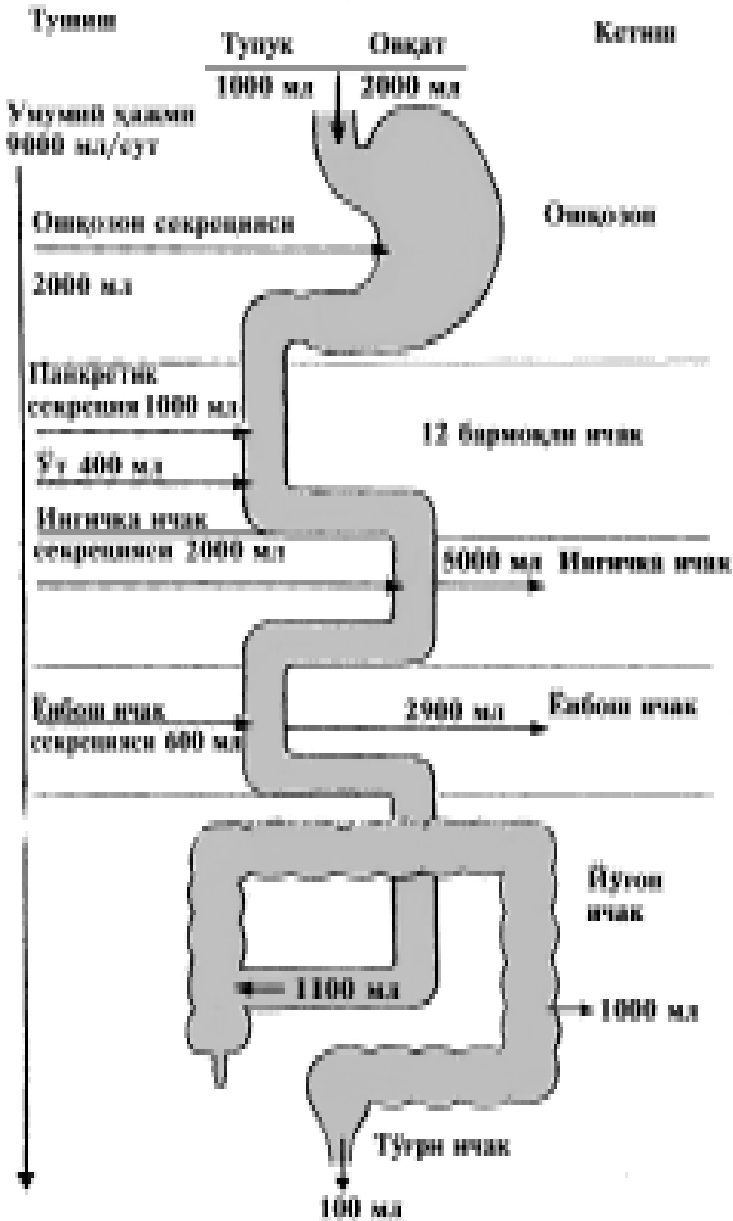
Вақтида тартиб билан овқатланиш нафақат ошқозон-ичак касалликларининг, балки асаб бузилишларининг ҳам олдини олади.

Ипохондрик неврозларда тез-тез учраб турадиган яна бир белги — бу **кўнгил айниш** ва **қусишдир**. Ҳиссий кўзгалувчан беморларда бу симптомларни чақириш жуда осондир. Жуда кўп ҳолларда кўнгил айниш, қусиш ва жигилдон қайнаш биргаликда учрайди. Атрофдаги ҳамма нарсалар: озиқ-овқатлар, ифлос кийим кийган одамлар, чанг ва ифлос кўчалар ҳам бундай беморларда кўнгил айниш ва қусишга сабабчи бўлади. Бундай беморларни кўпчилик «инжиқ» одам деб ҳам аташади. Ҳозирги гиподинамия ва ҳиссий зўриқиш асрида беморларда бу шикоятларнинг кўпайганлиги «ялқов ошқозон синдроми» атамасини таклиф қилишгача олиб келди ва телевидениеда бунга қарши дорилар ҳам реклама қила бошланди. Психоген кўнгил айниш овқат билан боғлиқ бўлмаслиги, қусгандан кейин қолмаслиги, оғизда доимо аччиқ таъм бўлиши ва еган овқатнинг ошқозонга тушмай томоғида тикилиб туриши билан тавсифланади. Парҳез одатда ёрдам бермайди.

Психосоматик бузилишларнинг яна бир тури **қабзият-дир**. Гастроэнтерологларнинг фикрига кўра, қабзиятдан шикоят қилувчи беморларнинг 56 фоизда ичак касалликлари топилмайди. Бундай беморлар психоневрологларда текширилганда, уларда ипохондрия, депрессия ва истерия белгилари топилади. Неврозларга чалинган беморларнинг аксариятида ҳафтасига зўрға бир марта ичи келади. Асаб бузилишларида қабзият сабабларини турлича тушунтириш мумкин: *Биринчидан*, бу беморларнинг аксарияти пассив, кам ҳаракатчан бўлишади, спорт билан кам шуғулланишади ёки умуман шуғулланишмайди; *иккинчидан*, улар овқатланиш режимини доим бузишади ва кўпроқ углеводларни хуш кўришади; *учинчидан*, транквилизаторларни кўп истеъмол қилишади, улар эса ичаклар перистальтикасини сусайтиради. Шунингдек, доимий руҳий зўриқишларда баъзан йўғон ичакда суюқликнинг сўрилиши кучайиши аниқланган. Бу эса қабзиятга олиб келади. Ичакларда суюқлик сўрилишининг сусайиши эса ич кетишга сабабчи бўлади. Ич келишнинг бузилиши симпатик ва парасимпатик тонуснинг ҳолатига ҳам боғлиқ. Симпатик тонус ошганда перистальтика секинлашиб атоник қабзият, парасимпатик тонус ошганда перистальтика кучайиб, спастик қабзиятга олиб келади. Перистальтиканинг кучайиши нафақат қабзиятга, балки диареяга ҳам олиб келади.

Психоген қабзиятларда беморлар доимо ичагида гулдираган товушларни эшитадилар. Қориннинг пастки қисми сиқиб оғрийди, ичи кўп газга тўлиб юради. Ҳожатхонага кирса, асосан ичакдан ел чиқади ва ахлати қўйнинг ахлатига ўхшаб думалоқ-думалоқ бўлиб чиқади, соатлаб ўтирса-да, дефекациядан қониқмайди. Беморнинг қорни пальпация қилиб текширилганда (айниқса, спастик тарздаги қабзиятларда) йўғон ичакларнинг қаттиқ, цилиндрсимон эканлигини аниқланади. Беморлар ичи келиши хоҳлаб турли хил усулларни, турли хил дориларни қўллаб кўришади. Улар одатда ҳар қандай янгиликка ишонувчан бўлишади.

Ҳар қандай қабзиятда ошқозон-ичак системасида суюқликнинг сўрилиши ва ажралиши бузилади. Нормал ҳолатда ошқозон-ичак системасида суюқликнинг транспорт йўллари қандай бўлиши 32-расмда кўрсатилган.



32-расм. Одам организмда (ошқозон-ичак системасида) суюқликнинг динамикаси.

Кейинги пайтларда «ичакларни турли хил шлаклардан тозалайдиган» доривор воситалар кўп реклама қилинмоқда, яъни «овқатга кўшимча воситалар». Уларнинг кўпчилиги фойдали бўлиб, таркиби ичак фаолиятини яхшиловчи, организм тонусини оширувчи моддалар ва витаминларга бой. Улар чиройли идишларда ишлаб чиқарилади ва шунга лойиқ этикеткалар ёпиштирилади. Бундай идишдаги дорилар албатта инсон психологиясига ижобий таъсир кўрсатади. Лекин бундай воситаларни истеъмол қилишдан олдин врач билан албатта маслаҳатлашиш зарур.

1997 йили «Труд» газетасида «Хориж дорилари бизникидан нимаси билан афзал» номли мақола чоп қилинди. Унда журналистнинг саволларига клиник фармаколог, профессор жавоб беради. У тана ҳароратини туширувчи ва оғриқ қолдирувчи дорилар ҳақида шундай дейди: «Бу яқин орада тез оғриқ қолдирадиган ва тана ҳароратини туширадиган восита ҳали кашф қилингани йўқ. Ҳаммаси бундан юз йил олдин кашф қилинган аспирииннинг ўзгинасидир, фақат улар шакли, ранги ва уларга кўшилган хушбўй ҳид таратувчи бўёқлари билан бир-биридан фарқ қилади». У интервьюсини қуйидаги сўзлар билан тугаллайди: «аспириинни 10 сўмга ёки 1000 сўмга сотиб олиш — бу албатта беморга ҳавола».

Беморларни даволашда жуда эҳтиёт бўлиш керак. Уларга «сизнинг қабзиятингиз жаҳлингиз тез чиқишидан, кўп руҳий эзилишларингиздан, мана бу тинчлантирадиган дорини ичсангиз тузалиб кетасиз» деган билан иш осон кечмайди. Бу ерда плацеботерапия усулини кўллашга тўғри келади. Бизга битта бемор киши мурожаат қилиб: «Мени доимо қабзият безовта қилади, аввал терапевтларда даволандим, ичакларингни «шамоллатибсан» дейишди. «Шамоллашга» қарши даволандим, озгина фойда берди, кейин яна қабзият давом этаверди. Жаҳлим тез-тез чиқадиган бўлиб қолди. Невропатологга юборишди, у ҳаммаси асабдан деб тинчлантирувчи дорилар буюрди ва тузалиб кетишимга ишонтирди. Бироқ қабзият давом этапти, энди қорнининг пасти ҳам оғрийдиган ва тинчлантирувчи дори ичмасам ухлай олмайдиган бўлиб қолдим», деб шикоят қилди.

Биз беморнинг психоневрологик статусини ўрганиб чиқиб, ҳақиқатан ҳам унинг дарди оғир эмас эканлигини,

фақат докторлардан ва дорилардан шифо излайвермасдан, унинг ўзи ҳам даволаш жараёнида фаол иштирок этиши зарурлигини уқтирдик. Даволаш жараёни бир ойга чўзилиши мумкинлигини ҳам айтдик. Бир ҳафта ичида унга учта антиқа дори ишлаб беришимизни, унинг биттасини ичиши, иккинчисини қорнининг пастки қисмига суриши ва учинчисини ҳар кун кечаси иссиқ ваннага ташлаб, бир соат мобайнида бўйнигача сувга чўмилиб ётиши зарурлигини тайинладик. Бу муолажалар бир кунда бир маҳал, фақат кечаси қилиниши зарурлиги айтилиб, аниқ бир соат белгиланди. Тайёрлаб берилган дориларимизнинг учаласи ҳам суюқ бўлиб, таркибида тинчлантирувчи, ични сурувчи воситалар бор эди. Бемор спиртли ичимликларни ҳам истеъмол қиларди, бу одатидан воз кечмаса, унга ҳеч қайси доктор ва ҳеч қайси дори ёрдам бермаслиги уқтирилди. Беморга психотерапия, плацеботерапия муолажалари ҳам ўтказилиб, ижобий натижага эришилди.

Абдоминал оғриқлар. Қорин соҳасидаги оғриқлар худди бош ва юрак соҳасидаги оғриқлар каби долзарб муаммолардан ҳисобланади.

Бу синдром билан беморлар одатда тез-тез докторларга мурожаат қилиб туришади (терапевтдан тортиб то онкологгача). Болаларда қорин соҳасида психоген хусусиятга эга бўлган ўтиб кетувчи оғриқлар 2 фоизни, катталарда 40 фоизни ташкил қиларкан (Silverberg M., 2002). Р.Б.Тейлорнинг (2002) маълумотига кўра, тез ёрдам бўлимига олиб келинган беморларнинг камида 20 тадан биттаси қорин соҳасидаги оғриқлардан шикоят қиларкан. Шуниси эътиборлики, бу беморларнинг 41 фоизига «қорин соҳасида сабаби аниқланмаган оғриқ» деб якуний ташхис қўйиларкан. Москва клиникаларининг бирида қилинган илмий таҳлил шуни кўрсатганки, «аппендицит» ташхиси билан операция қилинганларнинг ҳар учтасидан биттасида, олиб ташланган ўсимта гистологик текширувдан ўтказилганда нормал ҳолатда бўлган. Россиядаги вегетатив патология марказида ўтказилган текширувларга мувофиқ, қорин соҳасидаги оғриқлар туфайли қўйилган «ганглионеврит», «солярит» каби ташхислар кейинчалик нотўғри бўлиб чиқиб, беморларда оғриқлар аффектив бузилишлар натижасида келиб чиққанлиги аниқланган.

Психоген абдоминалгияларни М.И. Аствацатуров (1934) умумий психоген гиперестезиянинг бир тури, бу импульслар онгда акс этмаса-да, оғриқ шаклида қабул қилинади, деган. Умумий психоген гиперестезияга глоссалгиялар (глоссодиния) яққол мисол бўла олади: беморлар тилида пайдо бўладиган, гоҳида чидаб бўлмас даражада кучли бўлган оғриқлардан шикоят қилишади. Уларнинг жиғилдони ва қизилўнгачи жуда сезгир бўлади: тез-тез кекириш натижасида ошқозондаги кислотали моддаларнинг юқорига кўтарилиб туриши беморларнинг жиғига тегиб, овқат ейишдан бош тортишгача олиб келади. Бундай беморлар сал иссиқ чойни, иссиқроқ овқатни ҳам ича олмайдилар; чунки бу уларнинг дарров жиғилдонини «қайнатади» ва кўкрак соҳасида қаттиқ оғриқ пайдо қилади, шунинг учун улар доимо суюқликларни илиқ ҳолатда қабул қилишади. Ҳар қандай ташқи ва ички таъсирларга ортиқча эътибор қилаверадиган бу беморлар ўта инжиқ бўлиб қолишади: «Э худойим-ей, бу қанақаси, нега мен бошқаларга ўхшаб иштаҳа билан овқат тановвул қила олмайман, қорним доимо тўқ юради, очикмайман, бир тишлам нонни оғзимга солсам ҳам қорним шишиб кетади, оғрий бошлайди» деб йиғи қилишади. Шунинг учун бу беморларда овқатланиш вақти келди дегунча қўрқув бошланади, уларга биров овқат енг дейиши шарт эмас, соатга қараб ҳам «тушлик пайти бўлди, менинг эса иштаҳам йўқ, ана яна жиғилдоним қайнай бошлади, овқат емасам ўлиб қоламан-ку» деб азият чекишади. Оч юриш натижасида ҳар икки-уч соатда ошқозон-ичак системасининг перистальтикаси кучайиб, қорин соҳасида оғриқлар пайдо қилади ва бориб-бориб бу ҳолат тез-тез такрорланадиган бўлиб қолади. Мана шундан кейин беморда қаттиқ азоблар бошланади, у овқат емаганимдан «яра касалига» дучор бўлдим деб жарроҳларга мурожаат қила бошлайди, зондлар ютиб ошқозонини бир неча марта текширтиради ҳам. Беморни биринчи бор текширганда: «Сизда яра йўқ, бор-йўғи ошқозон шиллиқ қаватида озгина ўзгаришлар бор, бунақа ўзгариш ҳозир кимда йўқ дейсиз» деб докторнинг тинчлантиришига қарамасдан, у «мен режим билан овқатланмаяпман, бунақада ошқозоним яра бўлиб қолиши ҳеч гап эмас, мени яна текшириб кўринг» деб ил-

тимос қилади. Зонд ютиш улар учун ўлим билан баробар бўлса-да, баъзи беморлар айтганидан қолмайди. Битта бемор қорнини уч марта операция қилдирган ва ҳеч нарса топишмагач, бошқа бир жарроҳнинг маслаҳатига биноан овқат яхши ўтиши учун махсус баллон ёрдамида қизилўн-гачи «кенгайтирилган».

Абдоминал оғриқлар айниқса ҳиссий зўриқишлардан кейин, кайфият бузуқ пайтларда ва асосан куннинг иккинчи ярмида пайдо бўлади. Баъзан оғриқларнинг аниқ бир соатларда бошланиши эътиборга лойиқ. Масалан, эрталаб беморлар ўзларини яхши ҳис қилиб туришади, кечга бориб қоринда оғриқлар пайдо бўлади ёки бунинг акси кузатилади. Парҳез сақлаш уларнинг аҳволини баттар оғирлаштиради, яъни улар фақат парҳезни бузиб қўймаслик, овқат вақтига амал қилиш, парҳез учун зарур бўлган масаллиқларни қандай топиш ҳақида ўйлаб юришади. Асабнинг бундай зўриқиб ишлашини албатта улар кўтара олмайдилар ва парҳезни ҳам бузиб юборишади ва ҳатто, бироз енгил ҳам тортишади. Натижада улар тиббиётдан безиб, янги антиқа усуллар билан даволайдиган «докторларни», табибларни излай бошлашади.

10.3.6. Псевдоурологик синдромлар

Сийдик ажратиш системасида кузатиладиган психоген (невроген) бузилишлар билан невропатолог ёки психоневрологга мурожаат қилиш жуда кам учрайди. Бундай беморлар кўпинча «пиелонефрит», «гломерулонефрит», «буйрак тош касаллиги» «цистальгия», «цистит», «уретрит» диагнозлари билан нефролог ёки урологларда даволаниб юришади. Шу нарсага эътибор қаратиш лозимки, бу диагнозлар даволаш мобайнида бир неча бор ўзгариб туради. Ниҳоят, бу касалларга ҳамма урологик симптомларни ўзида мужассамлаштирган умумий диагноз «невроген сийдик пуфаги» қўйилади. Аффектив бузилишларда сийдик йўлларида турли белгиларнинг пайдо бўлиши ниқобланган депрессиянинг клиник кўринишларидан бири бўлиши мумкин. Тез-тез ҳожатхонага қатнаш, шунда ҳам сийганидан қоникмай чиқиш ва яна ҳожатхонага қайтиб кириш, худди сийдик пуфаги тўла

бўшалмагандек бўлиш, қорнининг пастки қисмида оғриқ сезиш ҳолатлари асаб тизимининг функционал бузилишлари учун хосдир. Сийдик ажралиб чиқишининг невротик бузилишлари икки хил вариантда кечиши мумкин: тез-тез сийгиси келиши ва сийишнинг ушланиб қолиши. Қаттиқ қулганда, аксирганда, йўтал пайтида, оғир нарса кўтарганда озгина сийиб юбориш ёки соатлаб сийдик тутилишлари ниқобланган депрессия учун жуда хосдир.

Тез-тез сийиш (поллакурия) кўпчилик урологик касалликлар (цистит, уретрит, простатит) учун ҳам, ниқобланган депрессиялар учун ҳам хос бўлганлиги учун, бу беморлар зарур бўлган текширувларни тўла ўтишлари лозим. Иккала ҳолатда ҳам совуқ жойда кўп туриб қолиш, шўр, аччиқ ва нордон нарсаларни ва спиртли ичимликларни (айниқса пивони) истеъмол қилиш, қаттиқ сиқилиш сийишнинг тезлашувиغا олиб келади. Эркакларда айнақса жинсий алоқадан кейин ана шундай вазият юзага келади. Бироз ривожланган аффектив бузилишларда учрайдиган дизурия транспортда, катта мажлислар бўлаётган пайтда, ўзи бирор нарсани кўпчилик олдида ўқиб бераётган пайтда намоён бўлади. Натижада уларда ипохондрик синдром ривожланади: бундай беморлар бутун бир фикрини ва диққатини сийдик пуфатига қаратишади, шарманда бўлиб қолишдан қўрқишади. Табиийки, бу вазият беморнинг асабига путур етказиши ва касаллик белгиларини янада кучайтиради. Бундай беморлар мабодо бегона аёл билан жинсий яқинлик қилса, ўзида бўлаётган барча белгиларни ҳали тасдиқланмаган венерик касаллик билан боғлайди. Хотинига яқинлаша олмайди, доим хавотирда яшайди ва хиёнат қилганини билдириб қўяди.

Болалик давридан бошлаб ортиқча талаблар қўйиб тарбиялаш, уйдан ташқарига чиқармаслик, ўртоқлари билан ўйнагани қўймаслик, кейинчалик оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Чунки инсоннинг руҳий ривожланиши тарбияга ва уни ўраб турган атрофдаги дунёга кўп боғлиқ. Шу масалада Б.Д. Карвасарский (1990) қизиқ бир мисолни келтиради. Илмий текшириш институтларининг бирида ишлайдиган 37 ёшга кирган К. исмли илмий ходим жамоат жойларидаги ҳожатхонага сия олмаслигидан шикоят қилади. Бу нарса уни 17 ёшлигидан буён безовта қилса-да, 20 йил мо-

байнида уялганидан бу «айбини» докторларга айтмасдан ва, табиийки даволанмасдан келган. Беморнинг ҳаёт анамнезидан шу нарса маълум бўладики, у онасининг қаттиқ назоратида ўсган. Уни онаси кўчада болалар билан ўйнагани кўймас, умумий ҳожатхоналардан фойдаланишни қатъиянман қилган эди; «чунки у ерга ҳамма боради, уларнинг касали сенга юқиши мумкин» деб уқтирган. Бола «домда» яшаганлиги учун у хоҳлайдими йўқми, иштонига «юбориб» кўймасин деб, онаси уни доимо тувакка ўтқазган, ёнига эса ўйинчоқларини кўйган. Бола ҳам ўйнаб, ҳам тувакда «жасорат» кўрсатиб ўтирган. Бола нафақат тувакда ўйнаб ўтирган, ҳатто онаси унинг ёнида ўтириб эртақлар айтиб берган, куйлаган, одоб ҳақида тарбия берган. Шундай қилиб, ҳар бир одамнинг ўзи бажариши зарур бўлган бу муҳим физиологик жараён, «озода» юрадиган она томонидан бошқарилган. Бола тувакда узоқ вақт ўтириб қолар ва онаси келиб олмагунча турмасди. Онаси тувакда ахлат ёки сийдикни кўрмаса, болани яна ўтқазиб қўяверган. Бола баъзан иштонига сийиб кўйса, онасидан роса дакки еган. Бу айбни қилиб кўймаслик учун бола доимо кўрқиб хавотирда яшаган. Мабодо она-бола меҳмонга кетишмоқчи бўлишса, бола албатта ўз уйида ҳожатхонага кириб чиқиши, меҳмонда эса сийгиси келса ҳам иложи борича кутиб туриши ва фақат уйга қайтгандагина ҳожатхонага бориши она томондан аниқ белгилаб кўйилган. Буларнинг оқибатида бола атрофдаги нарсалардан жирканадиган ва нозиктабиат бўлиб ўсади.

Сийдик йўлларидаги функционал бузилишларнинг келиб чиқишида беморнинг жинсий ривожланиши ҳам алоҳида ўрин тутди. Бемор 16 ёшида битта қиз билан жинсий яқинлик қилишга уринади, лекин жинсий алоқа қила олмайди, чунки дарров поллюция рўй беради. Бу янги аломатдан у жуда кўрқиб кетади ва тез кунларда ичи қотиб ҳожатхонада кўп ўтириб қолса, сийдик йўлидан шиллиқ нарса чиқа бошлаганини кўради. Спермани «йўқотишдан» кўрқиб, сийиш жараёнини иложи борича тўхтатишга интилади. Агар аввал жамоат ҳожатхоналарида одамлар бор жойда сийишдан ўзини тиядиган бўлса (чунки сияётганда эрекция ҳам кузатилган), кейинчалик атрофда оёқ овози эшитилса ҳам сия олмайдиган бўлиб қолади. Кейинчалик институтни

тугатади, аспирантурага киради, номзодлик диссертациясини ёқлайди. Уйланади, 3 та болалик бўлади. Жинсий алоқалар қисқа давом этганлиги сабабли қоникмайди. Урологда уч йил натижасиз даволанади. Психоневролог кўриб қуйидаги диагнозни қўяди: **псевдоурологик симптомлар билан кечувчи ипохондрик невроз**. Олиб борилган даволаш чоралари индивидуал психотерапия билан биргаликда ўтказилади ва бемор тузалиб кетади.

Бундан хулоса шуки, одамнинг психологиясини бошқариш мумкин, бироқ нормал кечаётган физиологик жараёнларга сунъий йўл билан таъсир қилмаган маъқул. Сийдик чиқариш системасининг асаб томондан мукамал бошқарилишининг шаклланиши икки-уч ёшлардан кейин бошланади.

«Урологик» беморлар жуда кўп тиббий текширувлардан ўтишади, ҳар хил докторларда бўлишади, доимо даволанишнинг янги усуллари излашади ва ўзларида қўллаб кўришади. Бу доимий ташвишлар албатта жинсий қувватсизликка олиб келади. Беморларда на даволанишга, на оиласига ва на ҳаётга қизиқиш қолади (бу ҳақда биз «Жинсий бузилишлар» га бағишланган бобда сўз юритамиз).

Статистик маълумотларга кўра, болаларда учрайдиган энурезнинг 65 фоизи бош мия пўстлоқ дисфункцияси ҳисобига ривожланади. Мутахассисларнинг фикрича, диурезнинг бузилиши аффектив бузилишларда юзга келадиган сийдик пуфаги кўзгалувчанлигининг ошиши ёки пасайиши ҳисобига кузатилади. Тагига сийиб қўядиган болалар одатда ўта инжиқ, тиниб-тинчимайдиган, йиғлоқи ва кўп туш кўрадиган бўлишади. Улар шу даража ранг-баранг тушлар кўрадики, худди катталарга ўхшаб тушининг мазмунини ота-онасига берилиб сўзлаб беришади. Бу белгилар невроз аломатлари бўлиб, унинг сабабларини аниқлаш ва ўз вақтида даволаш зарур.

Функционал полидипсиялар (кўп суюқлик ичиш) ва полиуриялар (кўп сийиш) асаб бузилишларида кўп учраб турадиган симптомлардир. Бундай беморлар кунига 5 л ва ундан ҳам кўп сув ичишади. Улар доимо чанқаб юришдан ва сув ичганда қоникмасликдан шикоят қилишади. Табиийки, бундай пайтларда қандсиз диабет ҳақида фикр пайдо бўлади.

Шундай бўлса-да, бемор ичган сув ва ажралиб чиққан сийдик миқдори, унинг ҳиссий ҳолатига жуда боғлиқ бўлади. Ҳатто соғлом одамларда ҳам ортиқча ҳиссий зўриқишлар пайтида, масалан абитуриентлар, талабалар имтиҳон пайтида, илмий ходим диссертация ҳимоя қилаётган пайтида, иккита киши бир-бири билан уруш-жанжал қилаётган пайтида оғзи қуриб сув ичгиси келади ва тез-тез ҳожатга қатнайди. Уларнинг териси кўп сув ичишига қарамасдан қуруқ бўлади (тумбочкаси ҳар хил кремларга бой бўлади), қон босими паст бўлади, боши тез-тез оғрийдиган бўлади, бирор иш қилишса тез чарчаб қолишади. Кўп сув ичганликлари туфайли организмда электролитлар алмашинуви бузилади ва баттар чанқаб сув ичгиси келаверади. Бунинг натижасида албатта қандсиз диабет диагнозини инкор қилиш учун лаборатор текширувлар ўтказишга тўғри келади.

Буйракнинг концентрация қобиляти бузилмаганлиги, сийдикнинг нисбий зичлиги 1010 дан юқори эканлиги, беморда кузатилаётган ўзгаришларнинг невротик (психоген) табиатга эга эканлигини кўрсатади. Қандсиз диабетда полиурия бирламчи, полидипсия эса иккиламчи эканлигини унутмаслик керак, чунки полиурия плазманинг қуюқлашувига сабабчи бўлади; сийдикнинг нисбий зичлиги қотган нон еганда ҳам 1007–1010 дан ошмайди; суюқлик ичишни камайтирганда, ҳаттоки, бутунлай тўхтатганда ҳам полиурия йўқолмайди. Шундай синов усули бор, бунда беморга 6–8 соат ичида бир неча бор сувсизлантйрилган нон берилади. Агар бунинг натижасида диурез кескин пасайса, сийдикнинг нисбий зичлиги 1012 дан ошса, бемор тана оғирлигини кўп йўқотмаса ва унинг умумий аҳволи қониқарли ҳолда сақланиб қолса, демак, унда қандсиз диабет йўқ.

Назорат учун саволлар

1. Психоген кардиалгиялар ҳақида сўзлаб беринг.
2. Психоген кардиалгияларга олиб келувчи асосий касалликлар қандай учта турга бўлинади?
3. Юрак ритмининг психоген бузилишлари қандай кечади?
4. Псевдоревматизм ҳақида сўзлаб беринг.
5. Артралгияларнинг солиштирма диагнозини ўтказинг.

6. Психоген астма нима, унга мисоллар келтиринг.
7. Ипохондрия белгиларини йўқотиш учун нимага эътибор бериш лозим?
8. Психоген йўтал нима, у қандай кечади?
9. Ниқобланган депрессия деганда нимани тушунаси?
10. Асаб бузилишлари ошқозон-ичак системасининг функционал фаолиятига қандай таъсир кўрсатади?
11. «Гастроинтестинал беқарорлик» нима?
12. Психоген анорексия нима, у қандай ва кимларда ривожланади?
13. Психоген кўнгил айнаш ва қусиш деганда нимани тушунаси?
14. «Ялқов ошқозон синдроми» дегани нима ва у кимларда ривожланади?
15. Диета ошқозон-ичак фаолиятининг психоген бузилишларида ёрдам берадими?
16. Асабий одамларда ич кетиш ва қабзият қандай ривожланади?
17. Реклама қилинадиган дориларнинг инсон руҳига таъсири ҳақида гапириб беринг.
18. Абдоминал оғриқлар деганда нимани тушунаси?
19. Псевдоурологик симптомлар деганда нимани тушунаси?
20. Психоген поллакурия ва полиурия нима?
21. Нотўғри тарбиянинг нормал физиологик жараёнларга қандай салбий таъсири бор?
22. Энурез қандай болаларда кўп учрайди?
23. Функционал полидипсия нима?
24. Функционал полидипсия билан қандсиз диабет ўртасида қийсий диагноз ўтказинг.

«Ид қаерда бўлса, Эго ҳам ўша ерда».
Зигмунд Фрейд

XI БОБ. ЖИНСИЙ БУЗИЛИШЛАР ПСИХОЛОГИЯСИ

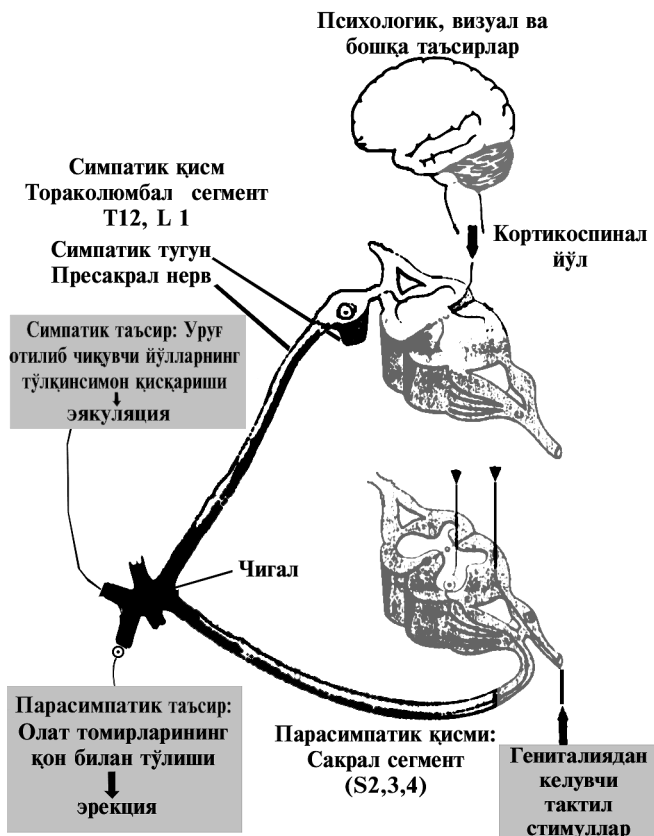
11.1. Жинсий аъзолар ҳақида умумий маълумотлар

Асаб тизимининг функционал касалликларида жинсий бузилишлар жуда кўп учрайди. Айниқса истерия, депрессия, ипохондрия ва фобик синдромларда жинсий бузилишлар тез-тез кузатилиб туради.

Жинсий бузилишларга таъриф беришга ўтишдан олдин одамда жинсий функцияларнинг асаб тизими томонидан бошқарилиш механизмларини кўриб чиқамиз. Одамнинг жинсий фаолиятини бошқаришда қуйидаги марказлар иштирок этади: 1) **Бош мия катта ярим шарлари пўстлоғи**. Бу ерда жинсий фаолият онгли тарзда бошқарилади ва умумий назорат қилади; 2) **Гипоталамус**. Жинсий фаолият пайтида кузатиладиган вегетатив реакцияларни таъминлайди; 3) **Орқа миyaning II–IV думғаза сегментларида жойлашган эрекция** ва II–IV бел қисми сегментларида жойлашган **эякуляция** маркази.

Спинал марказлар гипоталамус ва пўстлоқ марказлари ҳамда жинсий аъзоларда жойлашган рецепторлар билан боғланган. Жинсий марказларнинг ўзаро иши жуда мувофиқлаштирилгандир. Жинсий майл (либидо) ва оргазм церебророспинал марказларнинг мураккаб фаолияти натижасида юзага келадиган мураккаб психофизиологик жараёндр. Эрекция ва эякуляция спинал рефлекслар сирасига киради, шунинг учун ҳам бел-думғаза сегментларидан юқорида жойлашган жароҳатланишларда бу функциялар сақланиб қолади. Бироқ, жинсий жараёнларнинг бирортаси фаолияти пасайса, қолганларига ҳам салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Эрекция ва эякуляциянинг бошқарилиш механизми 33-расмда келтирилган.

Жинсий гормонлар жинсий марказларнинг шартсиз рефлектор қўзғатувчиси ҳисобланади ва жинсий майлнинг кучини ва тонусини белгилаб беради. Простата, гипофиз ва буйрак усти беши гормонларининг аҳамияти жуда каттадир. Простата безининг гормонлари мунтазам қонга тушиб ту-



33-расм. Эрекция ва эякуляциянинг бошқарилиш механизмлари.

ради; улар кам миқдорда тушса, уруғдон секрециясини фаоллаштиради, кўп миқдорда тушса сусайтиради. Агар эркак киши бир неча кун жинсий алоқасиз яшаса, унда жинсий майлнинг сусайиши кузатилиши мумкин ва аксинча яна жинсий алоқа қила бошласа либидо пайдо бўлади. Бу ҳолатни қуйидагича тушунтириш мумкин: тез-тез бўладиган жинсий алоқада, эякуляция билан ташқарига кўп миқдорда простата секретини чиқарилади ва унинг жуда оз миқдори қонга сўрилади. Секретнинг қонга тушишининг камайиши, уруғдон фаолиятини оширади, унинг гормонлари эса либидони кучайтиради. Аксинча, жинсий алоқа қанча кам амалга оширилса, унга бўлган талаб янада камайиб бораверади, чунки простатанинг секретини қонга катта миқдорда тушади ва уруғ-

доннинг фаолиятини пасайтиради. Мабодо, 50 дан ошган эркакда жинсий майл кучайса, бу одатда простата аденомаси билан боғлиқ бўлади, чунки аденома безнинг фаолиятини пасайтиради.

Жинсий гормонлар секретор функцияни бошқаришда катта аҳамиятга эга бўлса-да, либидо, эрекция ва эякуляция кастрация қилинган эркак ва аёлларнинг деярли 50 фоизда у ёки бу даражада сақланиб қолади. Лекин фақат балоғатга етгандан кейин қилинган кастрацияда жинсий функция сақланиб қолиши мумкин. Битта уруғдоннинг халтачасига тушмай қолиши ёки яллиғланиши ҳам жинсий қобилиятни пасайтирмайди.

Аёлларда либидони нафақат аёллар, балки эркаклар гормони ҳам кучайтиради. Аёлларнинг жинсий майли буйрак усти безининг пўстлоқ хужайраларида ишлаб чиқариладиган андрогенларга, яъни эркаклар жинсий гормонларига ҳам боғлиқ. Шунинг учун ҳам тухумдонларни олиб ташлаш, одатда либидонинг йўқолишига сабаб бўлмайди, буйрак усти безлари фаолиятининг сусайиши эса аёлларда либидони пасайтиради. Эркаклар жинсий гормонлари аёлларда эротик тусдаги ҳис-туйғулар уйғотади, организмга фаоллаштирувчи таъсир кўрсатади, эроген соҳаларнинг сезгирлигини оширади. Бундан фарқли ўлароқ, эркакларга юборилган аёллар гормони эркаклик функциясини пасайтиради.

Аmmo жинсий кўзғалиш нафақат гормонлар таъсири остида, балки мияга эроген соҳалардан келувчи сигналлар орқали ҳам пайдо бўлади. Энг сезгир эроген соҳалар — эркакларда пениснинг калласи ва унинг асоси, камроқ сезгир соҳа мойк халтаси бўлса, аёлларда кучли эроген соҳа — бу клитор, кейин кичик лаблар, ундан кейин эса қиннинг кириш жойидир. Аксарият аёлларда кўкрак безининг учи ҳам кучли эроген соҳа ҳисобланади ва уни таъсирлантириб оргазм келтириш мумкин. Лекин кўкрак безининг учи ва қиннинг орқа қисми сезгирлиги суст ривожланган аёллар ҳам кузатилади.

Гинекологлларнинг маълумотларига кўра, 86 фоиз аёл қинига киргизилган нарсаларнинг ҳажмини айтиб бера олмайди, 95 фоизи эса қиннинг бачадонга яқин жойида на босимни сезади, на чўзилишни.

Бироқ аксарият аёллар жинсий алоқа пайтида қиннинг тубида пайдо бўладиган тўлқинларни сезишади. Лекин коитус (жинсий алоқа) пайтида кузатиладиган оргазм олатнинг қин деворларига ишқаланишидан пайдо бўладиган импульслар ҳисобига деб қаралади. Жинсий алоқадан кейин оргазм кузатилмаса, клиторни қўл билан таъсирлантириш йўли билан ҳам оргазм келтириш мумкин. Бу ҳолат одатда вагинал оргазмдан кўра клитор оргазми кучли ривожланган аёлларда кузатилади. Лекин оргазм келишини фақат тананинг маълум бир эроген соҳалари билан узвий боғлаш хато бўлур эди. Ваҳоланки оргазм келишида жинсий қовушиш пайтида кузатиладиган бошқа (ўпишиш, қучоқлашиб ётиш, эркалалаш) омиллар ҳам муҳим аҳамиятга эга. Шунингдек, оргазмнинг қайси усулда ва қачон келиши, аёл кишининг биринчи бор эркак киши билан жинсий яқинликни қандай бошлаганига ҳам боғлиқ.

Жинсий қўзғалиш шартли рефлектор қўзғатувчилар (кўриш, эшитиш, ҳид билиш ва ҳ.к.) таъсири остида ҳам юзага келади. Лекин, у ҳар кимда ҳар хил ривожланган бўлади: биров эшитиб, бошқа биров кўриб ўзида жинсий қўзғалиш ҳосил қилиши мумкин. Бу айниқса ўспиринларда кучли ривожланган бўлади. Улар яланғоч аёллар сувратини, эротик фильмларни кўриб кучли таъсирланиши ва бу таъсирланиш оргазм даражасигача етиши мумкин. Бироқ аёлларда эркакларнинг яланғоч суврати эротик қўзғалишни чақиравермайди. Баъзан ташқи таъсирлар жинсий ҳирсени сусайтириши ёки тўхтатиб қўйиши мумкин (масалан, ҳадеб эротик фильмлар кўравериш). Эротик фантазияларга берилиш эркакларда жинсий қўзғалишга сабабчи бўлса, одатда аёлларга бу кам таъсир қилади. Жинсий алоқа бошланаётган пайтда, эркаклар аёлларга қараганда кучлироқ қўзғаладилар. Шунинг учун ҳам эркакларда баъзан жинсий алоқа бошланмасдан туриб эякуляция кузатилади. Лекин тез жинсий қўзғалиш жинсий мизожга ҳам боғлиқ.

Жинсий қўзғалишларда аёлларда ҳам, эркакларда ҳам жинсий аъзолар қон билан тўлишади. Бунинг натижасида эркакларда олат анча катталашади, яъни эрекция пайдо бўлади; аёлларда эса кичик лабда ва клиторда гиперемия юзага келади. Аёлларда жинсий аъзо безлардан чиққан суяқ сек-

рет қинни намлаштиради ва бу билан қинга олатнинг киришини осонлаштиради. Фрикция пайтида (лотинчадан *frictio* – ишқаланиш) жинсий аъзоларда жойлашган периферик нерв толаларида жуда кўп ёқимли кўзгалишлар пайдо бўлади ва жинсий алоқа охирида эркакларда сперма отилиб чиқади, яъни эякуляция содир бўлади, аёлларда бартолини безларидан ва бачадоннинг бўйин соҳасида жойлашган безлардан суюқ секрет қин бўшлиғига ташланади. Бу пайтда қин тўлқинсимон қисқара бошлайди, бачадон қинга томон бироз тушади ва цервикал каналдан унча кўп бўлмаган секретни қинга йўналтиради. Бунда бачадон тубининг бир маромда тўлқинсимон қисқариши қиндаги спермани бачадонга сўради. Бу жараёнларнинг ҳаммаси уруғланишни, яъни ҳомиладор бўлишни осонлаштиради. Уруғланиш оргазм бўлмаса ҳам кузатилаверади. Эякуляциядан кейин эркаклар жинсий аъзоларида ҳам, аёлларда ҳам таранглашиш пасаяди, гиперемия ҳам тезда орқага қайта бошлайди, эрекция йўқолади. Эякуляция барвақт бошланиб кетса, уни тўхтатиш қийин бўлади. Жинсий алоқа пайтида эркакларда эякуляция оргазм билан тугайди, аёлларда жинсий алоқа ҳаммавақт ҳам оргазм билан тугайвермайди. Оргазм, яъни ўта ёқимли туйғунинг пайдо бўлиши, жинсий алоқадан кейин эркакларда бор-йўғи бир неча сония давом этса, аёлларда бу жараён бироз чўзилади. Оргазм пайтида кучли вегетатив ўзгаришлар кузатилади: юрак уриши тезлашади (150 гача), артериал қон босим кўтарилади (200/100 мм.сим.уст.гача). Бундай вегетатив ўзгаришлар фақат жинсий алоқадан кейин келган оргазм пайтида эмас, сексуал тасаввурлардан кейинги оргазмда ҳам кузатилиши мумкин.

Зигмунд Фрейд оргазмнинг икки хил турини фарқ қилган: қин ва клитор оргазмлари. Биринчиси олатни қинга чуқур киргизганда рўй берса, иккинчиси клиторни таъсирлантирганда кузатилади. Айтиб ўтганимиздек, баъзи аёлларда қин оргазми, бошқаларида эса клитор оргазми кучли ривожланган бўлади. Баъзи муаллифлар алоҳида вагинал оргазм борлигига шубҳа билан қарашади, чунки олатни қинга чуқур киргизиб чиқазаётган пайтда бир йўла клитор, кичик лаблар, қиннинг ўзи ва ташқи жинсий аъзолар биргаликда таъсирланади. Шунингдек, аёл танасининг турли қисмла-

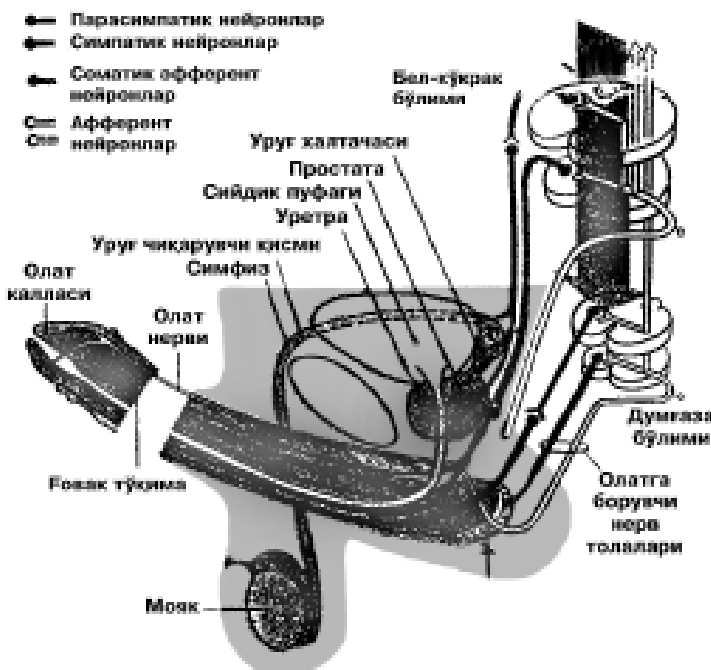
рида кучли тактил сезги пайдо бўлади. Бунда эркак билан қўшилганлик туфайли пайдо бўлган руҳий қўзғалиш ҳам катта аҳамиятга эга. Соғлом аёллар сўров қилинганда, уларнинг 20 фоизи клитор оргазмини, 36 фоизи вагинал оргазмни сезган бўлса, 44 фоизи эса оргазм нимадан пайдо бўлишини аниқ айтиб бера олмаган. Лекин бу кўрсаткич жуда нисбийдир ва ҳар хил сўровларда ўзгариб туради. Шунинг учун бу масалага индивидуал ёндошиш зарур.

11.2. Эркакларда учрайдиган жинсий бузилишлар

Ҳайвонлардан фарқли ўлароқ, инсонларда жинсий алоқа нафақат биологик, балки онгли жараён ҳамдир. Ҳар қандай жинсий жараён асаб марказлари орқали бошқарилишини айтиб ўтдик. 34-расмда эркаклар жинсий аъзоларининг иннервацияси келтирилган. Жинсий ожизлик кўпинча асабий-руҳий сиқилишлар натижасида ривожланади. Бирор марта бўлсада, сексуал потенцияси камаймаган эркак кишини учратиш қийин. Жинсий фаолиятнинг бузилишига бош ва орқа миyanинг органик касалликлари, урологик ва эндокрин касалликлар, турли интоксикациялар, астенияга олиб келувчи соматик касалликлар, ароқхўрлик ва гиёҳвандлик олиб келади.

Интернетдан олинган сўнгги илмий статистик (2005) маълумотларга кўра, импотенциянинг 60–65 фоизи функционал хусусиятга эга, қолган 35–40 фоизи органик касалликлар (асосан, эндокрин, урологик ва венерик) натижасида ривожланади. Аксарият ҳолларда 55 ёшдан кейин ҳам импотенциянинг келиб чиқишида руҳий омилга катта эътибор қаратишади.

Ўсмирлик даврида жинсий ривожланиш жадал кечади. Улар эротик тушларни кўп кўришади, ухлаб ётганда эякуляция тез-тез кузатилади. Бу даврда аксарият ўспиринлар жинсий ҳирсини қондириш учун четдан мижоз излаб венерик касалликларни юқтириб қўйишади. Демак, ўсмирлик даврида нафақат жинсий аъзолар тўла шакллана бошлайди, балки руҳий ривожланиш ҳам жиддий ўзгаришларга учрайди. Бу даврда ҳар қандай ташқи стресс уларнинг руҳида оғир из қолдиради ва жинсий фаолиятга ўта салбий таъсир кўрсатиши мумкин.



34-расм. Эркаклар жинсий аъзоларининг иннервацияси.

Эркакларда учрайдиган жинсий заифликка **импотенция** деб аталади. Потенциянинг нормада қандай бўлиши кўп жиҳатдан ёшга ва кишининг ҳаёт тарзига боғлиқ. Жинсий бузилишларга шикоят қилувчи эркакларнинг 56 фоизи жинсий алоқанинг давомийлигидан қониқмаган кишилардир.

Г.С.Васильченконинг (2000) маълумотларига кўра, жинсий алоқа даври (коитус) энг ками 1 мин 14 с (68 фрикция) бўлса, энг узоғи 3 мин 34 с (100 фрикция) ҳи-со-бланади. Унинг фикрича, коитуснинг ўртача давомийлиги 2 мин 2 с (62 фрикцияда). Лекин, сунъий йўл билан жинсий алоқа даврини 10 мин ва ундан ортиқ ҳам чўзиш мумкин («қуруқ» фрикциялар). Баъзи маълумотларга кўра, 30 ёшгача бўлган эркакларда жинсий алоқа ҳафтасига ўртача олганда 3 марта, 30 ёшдан сўнг — 2 ва 50 ёшдан сўнг эса — 1 марта кузатилақан. Сексологларнинг фикрича 30–45 ёш орасида бўлган эркаклар ҳафтасига 2–3 марта жинсий алоқа қилиш қобилиятига эгадирлар.

Жинсий ҳирснинг умуман бўлмаслиги фақат туғма бўлиши мумкин, қолган вазиятларда у албатта сақланган бўлади. Бу ҳирсни фақат уйғота олиш керак, холос. Умуман олганда, «эркак киши ўртача бир кунда ёки бир ҳафтада неча марта жинсий алоқа қилиш қобилиятига эга» деган саволга сексолог олимлар шундай жавоб қилишади: «Ҳар ким ўзига-ўзи индивидуал меъёрни аниқлаб олмоғи керак. Бу масалага индивидуал ёндошиш керак. Жисмонан ва руҳан соғлом кишиларда организмнинг ўзи меъёрни топиб олади».

Жинсий фаолликнинг доимо ўзгариб туриши мутлақо соғлом одамларда ҳам кузатилади ва бу кўпинча кайфиятга боғлиқ. Аксарият ҳолларда кайфиятнинг аҳамияти эътиборга олинмай «импотенция» ёки «простатит» ташхиси қўйилади ва бунинг оқибатида бемор ятропатиядан даволаниб юради. Бу эса инсон руҳига қаттиқ зиён (баъзан тузатиб бўлмас) етказди. Масалан, ҳаётда кўпчилик эркакларда ҳам жисмонан, ҳам руҳан зўриқиб ишлашни талаб қиладиган даврлар бўлади. Бу давр бировда бир ҳафта, бошқа бировда бир ойга чўзилиши мумкин. Бу даврда жинсий фаолият бироз сусайиши ёки «эсдан чиқиши» мумкин. Шунинг учун ҳам мутахассисларнинг фикрича, жинсий алоқа нормада бир кунда 1–2 мартадан тортиб, ойига 2–3 мартагача бўлиши мумкин ва бу кўрсаткич албатта одамнинг руҳий ва жисмоний фаолиятига кўп боғлиқ. Ҳар бир одам жинсий алоқа ҳақидаги барча маълумотларни ўзи ҳам мукамал билиши керак. Бунинг учун кенг оммага мослаб ёзилган адабиётлар етарлидир. Акс ҳолда, ҳиссий ва жисмоний зўриқиб ишлаш (айниқса, тунлари) даврида кузатиладиган ва бир-икки кун дам олгандан кейин ўтиб кетиши мумкин бўлган жинсий қувватсизлик ва врач томонидан тўла текширмасдан туриб қўйилган диагноз оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Бу ерда эркак ва аёл орада пайдо бўлган муаммонинг сабабларини биргаликда ўрганиб чиқиб, бир-бирини тушуниб иш тутиши жуда катта аҳамиятга моликдир. Бу даврда аёл кишининг эътирози, «тинчликми, сенга нима бўлди?» қабилидаги саволлари эркак кишининг қалбини жароҳатлаши ва аҳволини янада оғирлаштириши мумкин.

Барча статистик маълумотларни таҳлил қиладиган бўлсак, ўртача ҳисоблаганда жинсий заифликнинг 60 фоиздан ошиғи функционал хусусиятга эга ва қолган 40 фоизи органик касалликлар сабабли ривожланади. Лекин, бу беморларнинг камида 70–80 фоизи урологларга мурожаат қилишаркан ва аксарият ҳолларда дастлабки қўйиладиган ташхис «простатит» бўлади. Простатитнинг импотенцияга олиб келиши тушунарли, бироқ импотенция аниқланган беморларнинг ҳаммасида ҳам простатит кузатилавермайди. Бундай беморлар махсус психологик ёрдамни олишлари керак. Импотенциянинг ҳар қандай кўринишларида беморнинг ҳаёт ва касаллик анамнези, ижтимоий аҳволи, касби, ишлаш услублари, аёли ҳақида маълумотлар ўрганилиши ва аниқланиши зарур. Ундан ташқари, беморнинг психоневрологик статуси тўла текширилиши шарт.

Айтиб ўтилганидек, неврастенияда жинсий заифлик тез-тез кузатилиб туради. Уларда нафақат хотинига, балки бош-қа аёлларга ҳам жинсий майл сусаяди ёки йўқолади. Аёл кишига яқинлашганда эрекция пайдо бўлмайди ёки суст бўлиб, тезда яна сўниб қолади. Авваллари аёл кишининг ёнида ечинишнинг ўзи эрекцияни юзага келтирса, энди эса фойда бермай қўяди. Бундан хавотирга тушган эр турли йўллар билан эрекцияни келтиришга ҳаракат қиладди ва бутун фикри-зикрини жинсий ҳолатига қаратади. Жаҳлдор, жиззаки бўлиб қолади. Ишга қўли бормайди. Ҳеч ким билан гаплашгиси келмайди. Бундай пайтларда аёл киши фаллик кўрсатиб, эркак кишини тинчлантириб, унинг эроген соҳаларини турли усуллар билан таъсирлантирса, эрекция пайдо бўлиши ва коитус амалга оширилиши мумкин. Потенциянинг бундай бузилиши неврастениянинг гипостеник турида ҳам кузатилади. Бемордаги астеник ҳолат даволанса, бу ҳолат тез ўтиб кетади. Бунинг учун беморни руҳан тинчлантириш, психостимуляторлар бериш ҳамда кундалик муаммоларни бироз унутиш тавсия қилинади. Бунга мисол қилиб қуйидаги кузатувни келтирамиз (бу ва бундан кейинги мисоллар чет эл адабиётларидан олинган).

Бемор И., 24 ёшда, талаба. Ҳар нарсани кўнглига оладиган шахс. Ўқиши пасайиб кетган, сал нарсага асабийлашадиган, тез чарчайдиган бўлиб қолган. Бунгача рафиқаси билан ҳафтасига 2–3 марта жинсий алоқа қилиб яшаган, кейинчалик бир ойда бир марта, унда ҳам аёли томонидан фаоллик кўрсатилсагина. Эрекция узоқ давом этмайдиган ва тез сўнадиган бўлиб қолади. Тўсатдан, ўз-ўзидан пайдо бўладиган эрекциялар ҳам йўқолган. Рафиқаси бунга тўғри муносабатда бўлган ва эрини тинчлантирган. Бу ҳаммаси чарчаганлик аломати, докторга учранг деб маслаҳат берган.

Бемор докторга учрайди. Доктор томонидан бемор етарлича текширилади ва унинг жинсий заифлиги чарчашнинг аломати эканлиги айтилади. Барча ишларни камайтириб бироз дам олиш зарурлиги тавсия қилинади. Фақат кучли жинсий майл пайдо бўлгандагина жинсий алоқа қилиши мумкинлиги тайинланади. Бемор 3 ҳафта мобайнида асабни тинчлантирувчи ва умумий қувватлантирувчи дориларни қабул қилади. Бу вақт ичида жинсий қобилият яна тўла тикланади.

Импотенциянинг алоҳида тури бўлмиш **вазиятли импотенцияни** кўп учратиш мумкин. Бунда импотенция аниқ бир вазиятда ёки аниқ бир шахсга нисбатан кузатилади. Бошқа пайтлари эса жинсий қобилият сақланган бўлади. Эрталабки эрекциялар ҳам сақланган бўлади. Вазиятли импотенциянинг сабаблари қуйидагилар: хотинининг жинсий муносабатга совуққонлик билан қараши (фригидлик); хотини билан узоқ давом этувчи жанжаллар; бир хил шаклда (ҳолатда) жинсий алоқа қилавериш; жинсий яқинликка хотини томонидан аниқ бир вақтнинг белгилаб қўйилиши; хотинига хиёнат қилганидан виждони қийналиб юриши; аёл кишидан келадиган ёқимсиз ҳид ёки унинг ўзига яхши эътибор бермаслиги; хотинини унга ёқмайдиган жинсий усулларга мажбур қилиш ва шунга ўхшаш ҳолатлар. Шунини таъкидлаш лозимки, вазиятли импотенция руҳан тетик ва соғлом одамларда кузатилмайди. У астеник, руҳий-ҳиссий томондан ожиз, тез таъсирланувчан ва жиззаки эркаларда кўп кузатилади. Қуйидаги воқеа бунга яққол мисол бўла олади:

Бемор Н., 28 ёшда, инженер, таъсирчан, тез хафа бўладиган, ўзига унча ишонмайдиган йигит. Жинсий қобилияти унча кучли бўлмаганлиги учун бутун диққатини шунга

қаратган, ўзини доимо камситиб юрган ва доимо аёллар устида «жасорат» қилишни орзу қилган. Хотини жинсий алоқа пайтида қониқса ҳам, буни алоҳида кўрсатиб бера олмаган, тўшакда жинсий муносабатлар пайтида ўзини суст тутган. Хотинини «мени эркак ўрнида кўрмайсан» деб тез-тез койиб турган. Жинсий муносабатлар борган сайин совуқлашиб борган. Турмуш қуришганига 3 йил тўлгандан кейин, йигит битта ёш аёл билан танишади ва жинсий алоқа қилади. Жинсий алоқа пайтида Н. бу аёлнинг бор овозини чиқариб инграшларига, бўронли оргазмига ҳайрон қолади, аёл ҳам ўз вақтида уни «ҳақиқий йигит экансан» деб мақтайди. Н. хотинини ташлаб ўша аёлга уйланади.

Турмуш қуришганларига бироз вақт ҳам ўтмасдан сезадик, «янги» хотини унга эътибор қилмайдиган бўлиб қолади. Орада тез-тез жанжал бўлиб турса-да, бу аёл билан бир ярим йил бирга яшайди. Кейинги пайтларда Н.нинг иши юришмай қолади, тез чарчайдиган ва жаҳлдор бўлиб қолади. Кунлардан бир куни хотини меҳмондан жуда кеч ва маст бўлиб келади. Орада жанжал чиқади. Жанжал пайтида хотини: «Менинг жонимга тегди ўзимни гўлликка солиш, тўғриси айтсам, сен билан бир тўшакда ётганимда мен сира ҳам жинсий майл ва қониқиш ҳиссини сезмайман. Сени эркак ўрнида кўрмайман!» Бу сўзларни биринчи бор хотинидан эшитаётган Н. қарахт бўлиб қолади. Бўлиб ўтган бу жанжалдан кейин нафақат хотинига, балки бошқа аёлларга ҳам қизиқиши мутлақо йўқолади. Жинсий ҳирсининг йўқолганидан хавотирга тушади. Жуда асабий бўлиб қолади, уйқуси бузилади. Докторларга мурожаат қилади. Даволанади. Даво натижаларидан ўзи қониқмайди. Ҳақоратланганидан ва аввалги хотинини ташлаб кетганидан азият чекаверади. Биринчи хотини ёнига қайтади. У болалари билан Н. ни илиқ кутиб олади. Ўша кечаси биринчи бор хотинига нисбатан яна кучли жинсий қўзғалиш пайдо бўлади. Тез орада иккинчи хотинини ташлаб, биринчисига қайтади. Нормал жинсий ҳаёт кечира бошлайди. Бошқа аёлларга қизиқиши мутлақо йўқолади.

Бу кузатувдан шундай хулоса қилиш мумкинки, бемор ўзининг жинсий қобилиятларини ўта паст баҳолаган ва бундан ҳам ортиқ қобилиятга эга бўлишини орзу қилган. Бу

«етишмовчиликни» тўғрилашга муваффақиятсиз ҳаракат қилган. Айниқса, иккинчи хотинининг айтган ҳақоратомуз сўзлари унинг эркаклик қадр-қимматини ерга урган. Хотинидан эшитган бу гаплари Н. учун асло кутилмаган маълумот бўлганлиги учун ҳам, бу маълумотнинг зарба кучи янада даҳшатли бўлган.

И.М. Фейгенберг таъбири билан айтганда, хоҳиш билан имкониятнинг бир-бирига тўғри келмаслиги сексуал бузилишларга сабабчи бўлади. Жинсий имкониятларни тўғри баҳолай олмаслик бу ерда вазиятли импотенцияга сабабчи бўлди. Бу феноменнинг асосида шартли рефлектор боғланишлар ётади. Қўйидаги мисолда эса вазиятли импотенцияга бошқа ҳолатлар сабабчи бўлган.

Бемор Г., 30 ёшда, ўқитувчи, бурчга садоқатли, лекин журъатсиз киши. Жаҳлдорлик, уйқусизлик ва тез-тез бўладиган бош оғриғидан шикоят қилиб, невропатологга мурожаат қилади. Маълум бўлишича, Г.нинг уйланганига 6 йил бўлган. Хотини ва болаларини ҳаддан ортиқ яхши кўради, хотинини қаттиқ ҳурмат қилади. Жинсий алоқага эса хотини қизиқмайдиган бўлади, эри бирга ётишни талаб қилса турли баҳоналар (бошим оғриғи, ҳолим қочади) билан жинсий яқинликдан бош тортади. Хотинининг жинсий алоқани яхши кўрмаслиги ҳисобига Г. хотини билан жинсий муносабатларни камайтира бошлайди ва натижада унда жинсий қувватсизлик ривожланади. Бошқа аёлларга ҳам қизиқиши йўқолади. Касал бўлиб қолдим деб кўрқади. Турли хил стимуляторлар қабул қилади, улар ҳам вақтинча ёрдам беради. Бу давр ичида жинсий томондан ўта фаол аёл билан танишади ва шу аёлнинг илтимосига биноан бирга қўшилишади. Кучли оргазм сезади, ҳеч қандай стимуляторларсиз жинсий алоқа яна такрорланади. Шу билан бирга ўз аёлига болаларининг онаси сифатида бўлган ҳурмати сақланиб қолади. Бу воқеалардан кейин хотини билан жинсий алоқа қилмоқчи бўлиб кўради, лекин жинсий қўзғалиш пайдо бўлмайди.

Бу мисолда эркак кишида жинсий майлнинг сусайишида хотинининг жинсий алоқага қизиқиши йўқлиги сабаб бўлган. Шундай бўлса-да, бошқа аёлга жинсий қобилияти сақланиб қолади.

Жинсий алоқа пайтида аёл киши ўзини эркак кишига руҳий жароҳат келтирадиган ҳолда тутиши ҳам либидонинг йўқолишига сабабчи бўлади. Буни қуйидаги мисолда кўриш мумкин.

Бемор В., 34 ёшда, техника институтларининг бирида доцент лавозимида ишлайди, хулқи юмшоқ, журъатсиз. Докторга жинсий заифлик, умумий ҳолсизлик, асабийлашиш ва иш фаолиятининг сусайганидан шикоят қилиб келади. Хотини ўздан 8 ёш кичик бўлиб, аввал ўз қўлида ўқиган талаба қиз бўлган. Турмуш қургандан кейин 2–3 ой мобайнида жинсий қобилияти унча кучли бўлмаса-да сақланган бўлади. Жинсий муносабатлар пайтида хотини ўзини жуда суст тутди ва кейинчалик эридан қониқмаётганини очиқчасига айтиб, уни импотент деб ҳақорат қила бошлади. Бунинг натижасида В.нинг жинсий фаоллиги кескин пасайиб боради ва тез орада тўхтаб қолади. У хотини олдида ўзини жуда айбдор сезиб, «гуноҳини» ювиш учун аёлининг барча хархашаларини сўзсиз бажара бошлади. Бундан фойдаланган хотин эрини уй хизматкорига айлантиради, барча уй юмушларини унга буюради. Қийинчиликларга чидамаган эр хотини билан ажралишмоқчи бўлади, лекин бошқасини ҳам «қониқтира» олмайман деб бу қароридан воз кечади.

Бемор докторга мурожаат қилади. Беморнинг психоневрологик ва урологик статуси текширилгандан кейин, унга невралгия диагнози қўйилади ва кейинги гал хотини билан бирга келиш буюрилади. Беморнинг хотинидан алоҳида унинг жинсий алоқалари ҳақида сўралади. У турмушга чиққунга қадар бошқа йигитлар билан ҳам жинсий алоқада бўлганлигини ва ҳеч қанақа қониқиш сезмаганлигини айтади. Шундай қилиб, аёлда фригидлик, яъни жинсий совуққонлик аниқланади. Бу аёлга эридаги невралгиянинг сабаби унинг фригидлиги ҳисобига, эрида эса жинсий ожизликка олиб келадиган ҳеч қандай урологик касаллик йўқлиги айтилади. Унга ё ажралиш кераклиги, ёки жинсий алоқадан ўзини ўта қониққандек кўрсатиши зарурлиги айтилади. Аёл иккинчи маслаҳатни қабул қилади. Бемор В.га эса умумий қувватни оширувчи, тинчлантирувчи дорилар берилиб 1 ой даволаш курси ўтказилади. Бир ойдан кейин В.нинг жинсий қуввати яна кучайиб тузалиб кетади. Беморнинг хо-

тини докторга чақирилиб, улар орасидаги муносабат сўралганда, эрида жинсий қувват тўла тикланганини, ўзи эса аввалгидек жинсий яқинликка совуқ бўлиб қолганлигини, эри буни билмаслигини, жинсий алоқа пайтида эри учун ёлғондан инграб ётишини ва коитус тугаганда ўзини кучли орғазм сезгандек тутишини айтади.

Бу мисолда биз эркакда ривожланган импотенциянинг асл сабабини аёл кишининг фригидлиги туфайли эканлигини кўрдик. Қуйида ўзимиз гувоҳи бўлган бир воқеани келтирамиз.

Бемор О., 23 ёшда, талаба, ҳиссиётга берилувчан ва таъсирчан йигит. Уйланади. Ҳамма воқеа тўй кечаси бўлиб ўтади. Тўй тугагандан кейин келин-куёв ўзлари учун тайёрланган тўшакка киришади. Йигит аввал битта аёл билан жинсий яқинликка уриниб кўрган, лекин кучли ҳаяжонланганидан эякуляция бошланиб кетган. Ундан кейин аёллар билан жинсий яқинликка интилмаган. Ечиниш олдидан жуда ҳаяжонланади. Қизга ечинишни буюради, лекин у «бугун шу ишни қилмай қўя қолайлик» дейди. Бироқ йигит удум бўйича келиннинг ҳақиқатан ҳам қиз эканлигини тўй куни тасдиқлаши лозим эди. Бунинг учун қонга бўялган докани келиннинг ва куёвнинг холалари кўриши зарурлигини айтади. Узоқ баҳсдан кейин йигит келинни жинсий яқинликка кўндиради. Улар ечинишади. Йигитда эрекция пайдо бўлади. Лекин унинг олати келиннинг қанига ҳеч қандай тўсиқсиз киради ва бунда қин атрофидан қон пайдо бўлмайди. Эрекция шу заҳоти сўнади. Йигит ёрининг қиз эканлигини исботлаш учун жинсий алоқа қилишга яна уриниб кўради. Лекин йўқолган эрекция қайтадан пайдо бўлмайди.

«Қиз» фурсатдан фойдаланиб йигитни «сен импотентсан, жинсий алоқа бошламасдан туриб эрекциянг йўқолди (қиз тиббиёт институтларининг бирида ўқийди), аввал қизлар билан юриб ўзингга касал орттиргансан, сенда захм бўлса керак» деб йигитни ҳақорат қилади. Йигит аввал жинсий яқинликка уриниб кўрганлиги эсига тушиб, ҳақиқатан ҳам захм юқтирган бўлсам керак, деб хавотирга тушади. Қиз йигитнинг эъгирозига қарамасдан, ташқарида пойлаб турган ўзининг опаларини чақиради. Вазият шу даражада кескин тус оладики, йигит нима бўлаётганини ҳам англамай

қолади. Ҳам қўрқиб, ҳам уялиб кетган ярим яланғоч йигит учта аёлнинг ичида қолиб кетади. «Қиз» опаларига бўлган вазиятни оқизмай-томизмай гапириб беради. Қизнинг опалари гинеколог бўлишади ва улар йигитнинг эсанкираб қолганлигидан фойдаланиб, уни тинчлантиришади, таниш докторлари борлигини ва уни албатта даволатишларини айтишади. Қиздан эса қон чиқмаганлигининг сабаби, унинг олати қинга кирмаганлигидан деб тушунтирилади (кейинчалик йигитнинг яна бир бор эслашича, битта фрикция аниқ бўлган эди). Даволаш бир ой давом этишини, бу давр ичида хотини билан жинсий яқинликни умуман тўхтатиб туришни, акс ҳолда ундаги «захм» хотинига юқишини, кейин эса бола бўлмай қолиши мумкинлигини тайинлашади. Йигит хотинининг опалари топиб берган докторда, аслида йўқ бўлган «захмдан» яширин даволанади. Унда яшашга ҳам, жинсий яқинликка ҳам ҳеч қанақа қизиқиш қолмайди, чунки даволаш натижа ҳам бермаётган эди. Бунинг устига хотини ҳам унга совуқ муносабатда бўлади, эркаклик шаънига тегувчи ҳақоратомуз сўзларни ҳар кечаси айтадиган бўлади, соғайиб кетмаса ундан кетиб қолишини, ўртоқлари орасида шарманда бўлишини эслатиб туради. Йигит эса албатта даволаниш учун энг кучли докторларга боришини, тузалиб кетишини, ажралмасликни хотинидан ҳар гал илтимос қилади. Бориб-бориб йигитда уйқу йўқолади, жаҳлдор бўлиб қолади, иш фаолияти пасаяди, унда ипохондрия ва депрессияга хос сиптомлар пайдо бўлади. Даволаниш натижа бермагач йигит тақдирга тан бериб асабини даволатишга Тошкентга келади. Бемор бош оғриғи, уйқусизлик, тез асабийлашиб кетишдан шикоят қиларди (аввалига у жинсий заифликни биздан яширди), қўллари қалтираб кўзига тез-тез ёш оларди. Беморнинг асаб тизими ҳар томонлама текширилиб, унда ҳеч қандай оғир касаллик белгилари йўқлигини, лекин неврастения касаллиги борлигини, бу эса сабаби йўқотилса, бутунлай тузаладиган дард эканлиги айтилади. Бемор 2–3 кундан кейин бизга бўлиб ўтган ҳамма воқеани айтиб беради. Беморнинг эътирозига қарамасдан, уни қайтадан урологга ва дерматовенерологга кўрсатдик. Лаборатор ва параклиник текширувлардан ўтказдик. Хулоса: беморда аввал ҳам, ҳозир ҳам ҳеч қандай венерик касаллик бўлмаган. Бу

хулосалар беморнинг кайфиятини кўтариб, унинг руҳига катта ижобий таъсир кўрсатди. У бизнинг барча маслаҳатларимизга ва тавсияларимизга тўла амал қилди. Икки ой Тошкентда юрди. Аёллар билан яқинлашганда жинсий майл ва эрекция пайдо бўладиган бўлди. Унга ҳаётда эркак киши тетикроқ ва зийрак бўлиши, ҳамма алдовларга учавермаслигини таъкидлаб вилоятга, уйига юборилди.

Бемор билан кейин учрашганимизда, аввалги хотини билан ажралганини, бошқа қизга уйланганини ва ҳозирги хотини ҳомиладор эканлигини, жинсий муаммолар энди йўқлигини хурсанд бўлиб гапириб берди. Кейин маълум бўлишича, беморнинг аввалги хотини суюқоёқ бўлган, ўқиб юрган пайтида ҳомиладор бўлган ва боласини олдириб ташлаб, опаларининг маслаҳати билан О.га турмушга чиққан.

Бу мисолда турғун жинсий заифликнинг кучли стрессдан кейин бир кечада пайдо бўлганининг гувоҳи бўлдик. Хўш, бу беморда жинсий ожизликнинг бирдан йўқолиши ва узоқ давом этишининг механизмлари нималардан иборат? Танадаги камчиликларга доир ўта салбий маълумотлар, бош мия пўстлоқ тузилмаларида турғун ўчоқ пайдо қилади (И.П.Павлов таъбири билан айтганда) ва доминанта принципига асосан (А.А.Ухтомский бўйича) пўстлоқнинг бошқа қисмларида янги қўзғалишларни «босиб» туради. Бунинг оқибатида бош мия фаолияти, аввал пайдо бўлган доминант ўчоқ таъсири остида бўлади. Бу пайтда невроз (асосан ипохондрия ва истерия) касаллиги шакллана бошлайди. Мия пўстлоғида катта қўзғалиш кучига эга бўлган бу доминант ўчоқнинг фаолиятини пасайтириш ёки йўқотиш учун пўстлоқда шунга ўхшаш кучга эга бўлган янги «қўзғалиш ўчоғи» пайдо қилиш керак. Ана шундагина аввалги қўзғалиш кучи пасаяди ёки йўқолади. Бу янги қўзғалишни қандай пайдо қилиш мумкин? Бу қўзғалишни одамга кучли таъсир қиладиган вербал таъсирлар орқали, гипноз орқали, даволаш мобайнида ишлатиладиган антиқа усуллар орқали пайдо қилиш мумкин. Бизнинг мисолимизда А.А.Ухтомскийнинг доминанта принципига мувофиқ пўстлоқ фаолиятини ўзига бўйсундириб турган турғун қўзғалиш бу тўй кечаси келиннинг йигитга айтган сўзлари («сен импотентсан, жинсий алоқа бошламасдан туриб эрекциянг йўқолди, ав-

вал қизлар билан юриб ўзинга касал орттиргансан, сен захмга чалингансан») бўлса, бироз фурсат ўтгандан кейин мия пўстлоғида пайдо қилинган янги доминант қўзғалиш — бу «сизда ҳеч қандай венерик касаллик аломатлари йўқ» деган ибора. Бунинг натижасида беморда З. Фрейд таъбири билан айтганда «катарсис» (руҳий покланиш) рўй берди.

Энди эякуляциянинг келиш механизмлари тўғрисида сўз юритамиз. Эякуляциянинг тез келиши кўп омилларга, лекин энг аввало жинсий марказларнинг умумий сексуал қўзғалиш даражасига боғлиқ. Узоқ вақт жинсий алоқа қилмай юрган ва онанизм билан шуғулланадиган ёш соғлом йигитларда эякуляциянинг тез келиши физиологик ҳодисадир. Уларда жинсий алоқани бошлагандан бир неча сония ўтгандан кейин дарров эякуляция рўй бериши мумкин. Бундай пайтларда эякуляциядан кейин эрекция бироз сўнмай туради. Уларда жинсий алоқа бир неча соатдан ёки бир-икки кундан кейин такрорланса, эякуляциянинг келиш даври бир оз чўзилиши мумкин.

Баъзан жинсий алоқадан олдинги ўзаро эркалатишлар аёл кишига қараганда эркак кишига кўп таъсир кўрсатади. Жинсий алоқа қилишдан олдин аёл киши томонидан эркак кишининг эроген соҳаларини кўп таъсирлантириш, тез қўзғалувчан эркакларда эякуляцияни тезлатиши мумкин. Сексологларнинг фикрига кўра, 30—35 ёшдан кейин умумий жинсий қўзғалиш бироз бўлса-да, сусаяди. Бунинг натижасида эрекция пайдо бўлиши қийинроқ бўлса-да, жинсий алоқа даври бироз чўзилади. Агар эркак кишида оргазм 15—20 фрикциядан кейин келса, вақтли эякуляция ҳақида гапириш мумкин. Аввал узоқ жинсий алоқа қилувчиларда кейинчалик коитус даври қисқарса ҳам вақтли эякуляция ҳақида сўз юритиш мумкин. Биринчи бор жинсий алоқа қилаётганларда, баъзан олатни қинга киргизмасдан туриб эякуляция пайдо бўлиб қолади.

Неврастенияда тез пайдо бўладиган эякуляция эрекциянинг сустлиги билан бирга кузатилади. Юқори даражада қўзғалувчан ва тез ҳолдан тоядиган эркакларда кечқурунлари сперма ўз-ўзидан отилиб кетиши мумкин (бундай пайтда киши уйғониб кетади). Хоҳиш-иродага қарамасдан сперманинг ўз-ўзидан отилиб кетиши **поллюция** деб аталади.

Поллюция кўпинча тунда, ухлаб ётганда кузатилади. Бундай пайтларда одатда эркак киши эротик тушлар кўраётган бўлади.

Хўш, поллюция нега кузатилади, у қандай жараён, унинг механизмлари нималардан иборат?

Поллюция уруғ пуфакчаларида катта миқдорда сперма тўпланганда рўй беради. Бундай пайтларда эякуляция маркази рефлектор тарзда таъсирланади, яъни ўз-ўзини бошқариш механизми ишга тушади. Поллюциядан кейин сексуал кўзғалиш пасаяди. Неврастенияларда уруғ пуфакчаларида озгина сперма тўпланишининг ўзи поллюцияни юзага келиши учун етарлидир, чунки уларда асаб марказлари юқори даражада кўзгалувчан бўлади. Астеник беморда тез-тез бўладиган поллюциялар баъзан уларда чарчаш аломатлари, уйқунинг йўқолиб қолиши, кайфиятнинг бузилиши билан кечади. Улар поллюция бўлганини иложи борича ёнида ётган хотинидан яширишга интилишади, чунки юқорида айтиб ўтганимиздек, сперманинг «берухсат» отилиб чиқиши, узоқ вақт жинсий алоқа қилинмагандан бўлади. Шунинг учун ҳам поллюция эр-хотин орасидаги жанжалларнинг сабабчиси ҳам бўлиши мумкин («тушингда мендан бошқани афзал кўрдинг» ва ҳ.к.).

Неврастенияда кузатиладиган поллюциялар даволангандан кейин, сиҳатгоҳларда дам олгандан кейин ўтиб кетади. Физкультура ва спортнинг ҳам роли катта. Ўсмирлик пайтида онанизм билан шуғулланиб, сунъий равишда эякуляцияга эришувчиларда уйлангандан кейин жинсий алоқанинг биринчи кунда эякуляция тез пайдо бўлиб қолиши мумкин. Кўпинча эркаклар ўсмирлик давридаги онанизмни касаллик аломати деб тушуниб, ўзининг жинсий соҳадаги муваффақиятсизликларини онанизм асорати деб ўйлашади. Ўсмирлик давридаги онанизм — бу физиологик жараён бўлиб, у кейинчалик жинсий ожизликка олиб келмайди.

Бемор У., 26 ёшда, техник ходим, вазвасага бериладиган, ўта раҳмдил, ўз касбини севадиган йигит. Эякуляция тез кузатилишига шикоят қилиб докторга маслаҳатга келади. Ўсмирлик даврида тез-тез поллюциялар бўлиб турган. 17—18 яшарлигида қизлар билан дискотекаларда рақсга тушган-

да кучли эрекциялар ва баъзан эса эякуляциялар кузатилган. 19 ёшлигида биринчи бор жинсий яқинлик пайтида дарров эякуляция пайдо бўлган. 20–22 ёшида бўлган жинсий алоқаларда иккита фрикциядан кейин эякуляция кузатилган. Энг узоқ чўзилган коитус 10 сония. 24 ёшида уйланган. Бевақт эякуляция сақланиб қолган. Жинсий алоқадан хотини ҳаммавақт ҳам қониқавермаган. Сўнгги пайтларда жинсий алоқа пайтида хотинининг қини қуруқ бўлиб қоладиган бўлади ва жинсий алоқани қийинлаштиради. Бу воқеалар унинг кайфиятини тушуриб юборади, бор фикрини мана шу қийинчиликларга қаратади. Урологда олган даволаш муолажалари (простата массажи, физиотерапия) ва гормонал дорилар натижа бермайди.

Объектив текширишлардан кейин беморнинг жинсий аъзоларида камчилик топилмаган. Урологик патология ҳам аниқланмаган. Шундан кейин бемор психоневрологга юборилган ва унда неврастения аниқланган. Самарали даволаниш учун унга эрекцияни мустақкамловчи ва коитус даврине узайтирувчи даволаш муолажалари ўтказилган. Бу муолажалар тафсилоти беморнинг хотинига ҳам тушунтирилган. Хотинига эридаги муаммолар асаб билан боғлиқлиги тушунтирилган ва унга махсус кўрсатмалар берилган. Беморга бир ой мобайнида жинсий алоқадан ўзини тийиб туриш буюрилган. Бу давр ичида хотини билан бирга ётишни давом эттиравериш ва эрекция бўлса-да, жинсий алоқа қилмаслик тавсия қилинган. Хотинига ҳам шундай маслаҳат берилган ва 2 ҳафталардан кейин эри жинсий алоқа қилишни хоҳлаб қолса, буни рад этмаслик буюрилган. Тез эякуляция бўлиб қолмаслик учун хотинига жинсий алоқа пайтида эрини бироз бошқариб туриши, фрикцияни вақти-вақти билан тўхтатиб туриши зарурлиги тушунтирилган. Эрига эрекция бўлган заҳоти жинсий алоқани бошлаб юбормаслик ва ўзаро эркалатишларни давом эттириб ётавериш тавсия қилинган.

Бир ойдан кейин бемор доктор қабулига келиб, эрекция даври узайганлигини, бу натижага 2 ҳафтадан кейин эришганини ва 1 ойгача кутмай хотини билан жинсий алоқани бошлаб юборганини ва аввалги муаммолар ҳам йўқолганини айтади.

Бу беморни кузатган докторнинг фикрига кўра, мана шу йўл билан вақтли кузатиладиган эякуляцияни бартараф этиш мумкин. Бироқ баъзи муаллифлар бу фикрга қўшилавермайди ва бундай машқлар доимо яхши натижа билан туғашига шубҳа билан қарашади.

Бевақт эякуляция неврастениядан ташқари, бош ва орқа миянинг жароҳатланишларида, яллиғланиш ва дегенератив касалликларида, зўр бериб жинсий алоқа билан шуғулланаверишларда, урологик касалликларда, простата безининг атониясида кузатилади. Шунинг учун тез эякуляция кузатиладиган беморлар неврологик, психоневрологик ва урологик текширувлардан ўтишлари лозим.

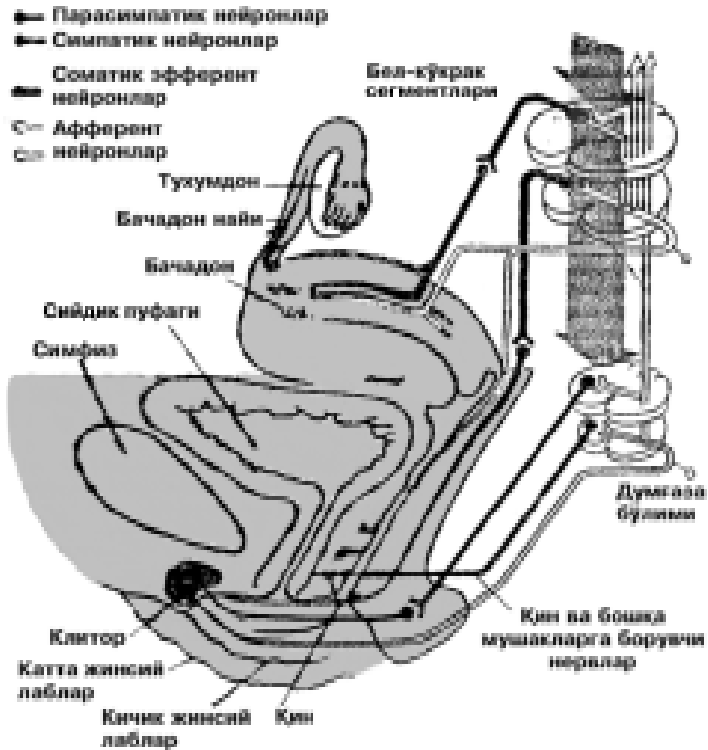
11.3. Аёлларда учрайдиган жинсий бузилишлар

Фригидлик. Аёлларда учрайдиган жинсий совуққонликка **фригидлик** деб аталади. Жинсий майли йўқ ва оргазм сезмайдиган аёллар фригид ҳисобланишади. Аёллар жинсий аъзоларининг иннервацияси 35-расмда келтирилган.

Фригидлик белгиларининг ривожланишига қараб, унинг 3 даражаси фарқ қилинади: I даража – жинсий алоқа озгина бўлса-да ёқимли таассуротлар остида рўй беради, қин ҳўлланади, лекин оргазм кузатилмайди; II даража – жинсий алоқага бефарқ, жинсий кўзғалиш ва ёқимли таассуротлар йўқ; III даража – жинсий алоқани ўта ёмон кўради, жинсий алоқадан қочишга интилади, жинсий алоқа пайтида кучли оғриқ сезади.

Шартли равишда фригидликнинг 4 тури фарқланади (А.М. Свядош, 2002): 1) ретардацион; 2) психоген; 3) симптоматик; 4) конституционал.

Ретардацион фригидлик. Жинсий ҳирсининг кеч ривожланиши билан боғлиқ бўлиб, ўтиб кетувчи хусусиятга эга. Умуман олганда, ҳамма соғлом аёлларда ҳам оргазмни ҳис қилиш бир хил пайтда ривожланавермайди. Кўпчилик аёлларда у ўсмирликдан пайдо бўла бошласа, бошқаларида фақат турмушга чиққандан кейин ёки туққанидан кейин ривожланади. Аксарият қизларда оргазм (тахминан 25 %) тўла жинсий балоғат ёшига етганда пайдо бўлади. Жинсий ҳаётга бўлган талаб 25–30 ёшгача бўлган эркакларда юқори бўла-



35-расм. Аёллар жинсий аъзоларининг иннервацияси.

ди, 30 ёшдан кейин эса либидо биров пасайиб боради. Аксарият аёлларда бунинг акси кузатиладиган, яъни либидо 30 ёшдан кейин кучайиб бораркан. Лекин 45–50 ёшга етмасдан жинсий майли пасайиб борадиган ва бутунлай йўқоладиган аёллар сони ҳам кўп учаркан. Бу иккала бир-бирига зид ҳолатнинг аниқ бир статистик кўрсаткичлари йўқ. Баъзан эркаклар ёш аёлларнинг жинсий ҳаётга бўлган физиологик талабини ортиқча баҳолаб юборишади ва ёши каттароқ бўлган аёлларникини эса паст баҳолашади. Чунончи, 30 ёшгача бўлган аёлларнинг аксарияти эрининг жинсий томондан жуда фаоллигини айтишса, 30 ёшдан ошгандан кейин эса уларнинг сустлигидан шикоят қилишади.

16–18 яшар қизларнинг жинсий ҳаёти 25–30 яшар аёлларникидан биров фарқ қилади. Уларнинг кўпчилиги учун

севиш ва севилиш, хиёбонларда сайр қилиш, тез-тез учрашиб туриш, ўпишиб-қучоқлашиш жинсий алоқага қараганда афзал ҳисобланади. Жинсий яқинликка асосан йигитлар мажбурлашади, эрта бошланган (ўзаро хоҳиш билан бўлса-да) жинсий ҳаётдан аксарият қизлар ўзларини ҳақоратлангандек сезишади.

Статистик маълумотларга кўра, биринчи никоҳ кечаси бўлиб ўтган жинсий алоқадан аёллар деярли оргазм сезишмайди. Аёллар уни турмуш қургандан бир ҳафта, бир ой, баъзан йиллар ўтгандан кейин сеза бошлашади.

Психоген фригидлик. Психоген фригидлик сексуал эҳтиёжларни руҳий йўллар билан тўхтатиб юришда рўй беради. Бунинг сабаблари турличадир. Севмасдан турмуш қуриш, эрининг жинсий заифлиги, оилавий жанжаллар, бошқа бировни севиб қолиш, фарзанд бўлмаслиги, жинсий алоқалар пайтида ҳар томон ўз услубини таклиф қилишлари каби психологик ҳолатлар психоген фригидлик ривожланишига олиб келади. Лекин бу бузилишлар доимо вақтинча бўлиб, психологик тўсиқлар олиб ташлангандан кейин ўтиб кетади.

Мисол келтирамиз. 25 яшар қиз физкультура институти-ни тугатгандан кейин кичик бир шаҳарга ўқитувчи қилиб жўнатилади. Ўша шаҳарга ўзи билан бирга ўқиган жисмоний бақувват йигит ҳам ишга келади. Қиз унга турмушга чиқишга розилик беради. Никоҳнинг биринчи кечаси вино ичиб маст бўлган эри авваллари қизлар билан нима ишлар қилганини, қизлар унинг қобилиятини доимо юқори баҳолаганликларини мақтаниб, оқизмай-томизмай ёрига гап-риб беради. Бу қизда қаттиқ нафрат уйғотади. Эрининг жинсий қобилияти яхши бўлса-да, унга нисбатан ҳеч қандай жинсий майл сезмаган. Бошқа йигит билан (жинсий томондан унча кучли бўлмаса-да) жинсий алоқа пайтида оргазм кузатилган. У эри билан ажралиб, ўша йигитга турмушга чиққан. Бу воқеа психологик фригидликка яққол мисол бўла олади ва жинсий алоқанинг нафақат физиологик, балки психологик жараён эканлигини тасдиқлайди.

Жинсий туйғуни тўхтатадиган руҳий омилларга жинсий алоқа пайтида кузатиладиган оғриқли дефлорация, касалланиб қолишдан ва бошқаларга гап-сўз бўлишдан қўрқиш каби ҳолатлар ҳам киради.

Симптоматик фригидлик. Бирорта касаллик натижасида ривожланадиган фригидликка **симптоматик фригидлик** деб аталади. Бош мия ва орқа миянинг органик касалликлари, эндокрин бузилишлар, урологик ва гинекологик касалликлар, наслий касалликлар, гиёҳвандлик, ароқхўрлик, турли этиологияли энцефалопатиялар, эндоген депрессиялар, оғир юқумли касалликлар фригидликка олиб келиши мумкин.

Конституционал фригидлик. Бунинг асосида психосексуал функцияларнинг туғма етишмовчилиги ётади. Масалан, худди туғма мусиқий карлик бўлгани каби туғма фригид аёллар ҳам бўлади. Бу аёлларда бошқа ҳамма аъзо ва системалар соғлом, жинсий аъзолари анатомик жиҳатдан яхши ривожланган, оналик функцияси сақланган бўлиши мумкин, лекин уларда турли даражада ривожланган фригидлик кузатилади. Улар учун фригидлик касаллик эмас, балки туғма нуқсондир. Бундай аёллар ичида одатда онанизм билан шуғулланганлари бўлмайди, улар эркаклар билан жинсий яқинликка интилмайди, турмушга одатда севиб чиқмайди, жинсий алоқадан оргазм сезмайди, врачларга бориб даволанишни хоҳлашмайди ҳам. Бу фригидликнинг сабаблари ҳозиргача фанга номаълум.

Фригидликнинг бундай таснифини мукамал деб бўлмайди, чунки симптоматик ва ретардацион фригидликда психологик омилни инкор қилиш қийин.

11.4. Дисгамия

Эр-хотин орасидаги жинсий муносабатлар уйғунлигининг бузилишига **дисгамия** деб аталади. Дисгамия икки томондан бирининг жинсий ҳирсларининг қониқмаслиги туфайли оиланинг бузилишига, ўзаро хиёнатга ёки турли даражада ифодаланган неврозларга сабабчи бўлади. Аксарият ҳолларда дисгамиянинг асосий сабаби, жинсий алоқанинг тез тугашидир (суст эрекция ва вақтли эякуляция туфайли). Чунки, аёл киши жинсий алоқанинг оргазм билан тугашини хоҳлайди. Айтиб ўтганимиздек, эркак кишига қараганда аёл кишида оргазм келиши анча мушкулроқ. Жинсий алоқанинг вақтли тугаши нафақат аёл кишининг, балки эркак киши-

нинг ҳам руҳига катта зиён етказди ва эркак киши хотинининг олдида эркаклик бурчини бажара олмаганидан ўзини гуноҳкор сезди. Фригидликдан фарқли ўлароқ, дисгамияни аёл киши руҳан оғир кечиради. Аёл киши бир томондан эрини инсон сифатида, болаларининг отаси сифатида яхши кўради, лекин иккинчи томондан ундан жинсий ҳирсини қондира олмайди. Айнан мана шундай вазиятга кўп оилалар дуч келади ва бунинг оқибатида тез-тез жанжаллар чиқади.

Эркакда ҳам, аёлда ҳам жинсий алоқа бир хил пайтда орғазм билан тугаса, иккала томон ҳам жинсий яқинликдан катта қониқиш сезади ва ўзаро айбловларга ўрин қолмайди. Аёл кишида орғазм узоқроқ давом этади. Эркак киши жинсий алоқа тугагандан кейин тез туриб кетишни хоҳласа, аёл киши эса уни яна эркалатиб ётишларини хоҳлайди. Аёл кишида орғазм бир соатгача давом этиши ҳам мумкин. Мутахассисларнинг фикрича, орғазмнинг келиш тезлиги ва давомийлиги аёл кишининг мизожига ҳам боғлиқ. Баъзи руҳий касалликларда орғазм жуда чўзилиб кетиши ҳам мумкин.

Баъзи аёллар ва эркаклар орғазмнинг келишини олатнинг ҳажмига ҳам боғлашади. Бу муаммо қадимдан кўпчиликни қизиқтириб келган ва уни ўрганиш учун жуда кўп шахсий суҳбатлар ва сўровлар ўтказилган. Бу соҳани чуқур ўрганган олим Зигмунд Фрейднинг фикрича, орғазмнинг келиши олатнинг ҳажмига боғлиқ эмас ва бу ерда руҳий омил жуда катта аҳамиятга эга. У олати жуда кичик бўлган эркак билан жинсий алоқа қилиб, доимо кучли орғазм сезган битта аёл ҳақида ёзиб қолдирган. З.Фрейд эрининг жинсий қобилияти яхши бўлса-да, унинг олати кичиклигини рўкач қилиб ажралган аёлларда сўров ўтказган. Бу аёлларнинг 80 фоизи бу масалада адашганини, шулардан 40 фоизи эса аввалги орғазмни энди сезмаётганини айтишган.

Чунки олатнинг кичик ҳажмда бўлиши фақат оғир эндокрин касалликларда (нанизм, гипопитуитризм) кузатилади ва бор-йўғи 2 фоизни ташкил қилади. Ҳар хил статистик маълумотларни тўплаганда, «эримнинг олати кичик деб шикоят қиладиган аёллар сони (жинсий алоқадан қониқиш-

са-да) эса ўртача 30 фоизни ташкил қиларкан. Психолог ва сексологларнинг фикрича, жинсий яқинликда бўладиган аёлларнинг деярли 90 фоиздан ортиғи жинсий алоқада энг асосийси, унинг қониқиш билан тугаши деб ҳисоблашаркан. Турли ҳолатда жинсий алоқа қилиш, эроген соҳаларни кўпроқ таъсирлантириш, алоқа тугагандан кейин ҳам ширин сўзлар билан аёлни эркалатиб ётиш аёл кишининг қониқиши учун асосий омил ҳисобланади (З.Фрейд).

Жинсий Кама Сутрада сексуал муносабатларга бағишлаб кўп нарсалар битилган; унда жинсий алоқа қилишнинг 30 дан ортиқ усули, аёл ва эркак киши жинсий алоқа қилаётган пайтидаги ўйинлар, эроген соҳаларни таъсирлантириш бўйича маслаҳатлар, жинсий қондиришнинг антиқа усуллари ёритилган. Унда, шунингдек, «эрнинг бошқа аёлга кетиб қолмаслиги учун, хотин киши дунёда бор бўлган ҳирсни қондирувчи барча усуллардан фойдаланиб, эрни қондириш йўлини излаши керак» дейилган. Худди шу сўзлар эркак киши учун ҳам тааллуқлидир. Асосий мақсад қониқиш экан, унга етишнинг турли йўллари қўллаш лозим («Ars amatoria»). Сексологларнинг фикрича, уйланган эркак кишиларнинг (аёлларнинг ҳам) бошқа аёллар (эркаклар) билан юриб кетишининг аксарият сабаблари «антиқа севги» излашдир. Бундай одамлар «у билан ҳар хил усулда шуғуллана оламан, ўзимники билан эса мумкин эмас» қабилида иш тутишаркан. Жинсий яқинлик пайтида аксарият ёш эркаклар эроген соҳаларини таъсирлантиришни унча ёқтиришмас экан, чунки улар жинсий ҳирсининг янада кучайиб кетиб, эякуляция бошланиб кетишидан қўрқишаркан.

Шуни унутмаслик лозимки, жинсий яқинлик пайтида эркак ҳам, аёл ҳам барча санитария ва гигиена талабларига албатта амал қилишлари керак.

11.5. Жинсий яқинлик пайтида кузатиладиган сексуал бузилишлар

Вагинизм. Жинсий алоқа ва гинекологик текширувлар пайтида қиннинг қаттиқ қисқаришига **вагинизм** (лот. vagina – қин) деб аталади. Бундай пайтларда тос органлари

мушаклари, билан биргаликда қорин мушаклари ҳам қисқариб, иккала сон бир-бирига жипслашади. Жинсий алоқа пайтида вагинизмнинг ривожланиши учун руҳий омиллар катта аҳамиятга эга. Биринчи марта жинсий алоқа қилаётган ва парда йиртилишида пайдо бўладиган оғриқдан қаттиқ қўрқадиган қизларда вагинизм кўп учрайди.

Вагинизмнинг уч хил даражаси фарқ қилинади: **I даража** — вагинизм олатни ёки гинеколог инструментни қинга киргизганда пайдо бўлади; **II даража** — олат ёки инструментнинг қинга яқинлашганида рўй беради; **III даража** — вагинизм пайдо бўлиши учун жинсий алоқани ёки инструментлар билан текширишни тасаввур қилишнинг ўзи етарли бўлади.

Жинсий алоқани ранг-баранг қилиш мақсадида баъзи аёлу эркаклар мазохизм ва садизмни хуш кўришади. Жинсий яқинлик пайтида ўзига жисмоний шикастлар етказилгандагина қониқиш ҳосил қилишга **мазохизм**, ҳамроҳига азоб беришдан қониқишга **садизм** деб аталади.

Вагинизм айниқса невроз, истерия ва ипохондрияда кўп кузатилади. Мабодо қизлар биринчи жинсий алоқадан кейин қаттиқ оғриқ сезса, кейинчалик уларда турли даражада ривожланган вагинизм пайдо бўлиши мумкин. Шунинг учун ёш келинларни жинсий алоқага руҳан тайёрлаш катта аҳамиятга эга.

Назорат учун саволлар

1. Жинсий фаолиятнинг функционал бузилишлари деганда нимани тушунасиз?
2. Жинсий аъзолар марказлари ҳақида сўзлаб беринг. Уларнинг ишлаш принципи қанақа?
3. Эроген соҳалар тананинг қаерларида жойлашган?
4. Жинсий аъзоларда жойлашган энг кучли эроген соҳаларни айтиб беринг.
5. Либидо нима, у қандай пайдо бўлади?
6. Эрекция нима, у қандай пайдо бўлади?
7. Эякуляция нима ва у қандай пайдо бўлади?
8. Либидо, эрекция ва эякуляциянинг марказлари асаб тизимининг қайси тузилмаларида жойлашган?
9. Оргазм нима ва унинг қандай турлари бўлади? Оргазм пайтида аёл кишида қандай вегетатив ўзгаришлар юз беради?
10. Фрикция ва коитус нима? Уларнинг фарқи нимада?

11. Шартли рефлексор кўзгатувчилар деганда нимани тушунасиз?
12. Эркакларда жинсий фаолиятининг сусайишига қандай касалликлар олиб келади?
13. Асаб бузилишлари эркакларнинг жинсий фаоллигига қандай таъсир кўрсатади?
14. Импотенция нима? У қайси касалликларда кўп учрайди?
15. Меъёрдаги жинсий алоқа деганда нимани тушунасиз?
16. Доимий хавотир ва сиқилиш эркак кишининг потенциясига қандай таъсир кўрсатади? Ҳаётдан мисоллар келтиринг.
17. Аёл кишининг хулқ-атвори эркаклик функциясига қандай таъсир кўрсатади? Мисоллар келтиринг.
18. Поллюция нима? У қандай пайтларда ва кимларда юзага келади?
19. Онанизм нима? Унинг организмга зарари борми?
20. Аёлларда жинсий фаолият бузилишига олиб келувчи асосий сабабларни ва касалликларни санаб ўтинг.
21. Фригидлик нима? Унинг қандай турлари бор?
22. Дисгамия нима? Унинг сабаб ва оқибатлари ҳақида гапириб беринг. Ҳаётдан мисоллар келтиринг.
23. Аёлнинг жинсий қониқиши эркаклар олатининг ҳажмига боғлиқми? Бу ҳақда З. Фрейд нима деган?
24. Дисгамиянинг олдини олиш учун нималар қилиш керак?
25. Кама Сутрада эркак ва аёлларга қандай маслаҳатлар берилган?
26. Вагинизм нима? Унинг қандай турларини биласиз?
27. Мазохизм ва садизм деганда нимани тушунасиз?

«Битта доктор даволаса яхши,
иккитасига ҳам чидаса бўлади,
лекин учта доктор — бу даҳшат!»

Х. Ф. Гуфеланд

XII БОБ. ТЕРИДА КУЗАТИЛАДИГАН ПАТОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

12.1. Умумий маълумотлар

Асаб бузилишларида терида учрайдиган турли хил белгилар одам ички дунёси кечинмаларининг терида акс этишидир. Тери касалликларининг келиб чиқиши сабабларини аниқлашда руҳий омилларга қадимдан катта эътибор қаратишган. Масалан, экземани руҳий касалликнинг терида акс этган клиник кўриниши деб аташган. Оғир ҳиссий кечинмалар 70% — беморда эшакеми касаллиги, 85% — алопеция (соч тўкилиши), 66% — нейродерматитлар ривожланишига сабабчи бўлади (Fornasa C.V. et al., 1998). Экзема аниқланган беморларнинг психологик анамнези ўрганилганда, уларнинг ярмидан кўпи илгари депрессияга тушган ва деярли барча ҳолатларда касаллик қайталашига айнан ўткир стресс сабабчи бўлган.

Тез-тез кузатиладиган аффектив ҳолатларда вегетатив реакцияларнинг терида акс этишини ҳар бир врач амалиётда кўп кузатган. Бундай пайтларда юз оқаради, ғоз териси пайдо бўлади, одамни совуқ тер босади, кейин тери қизара бошлайди, баъзан эса қизил тошмалар тошиб, терида қичишиш пайдо бўлади. Терида кузатиладиган трофик ўзгаришлар айниқса эътиборга лойиқдир. Доимий депрессив ҳолатда юрадиган беморларнинг териси доимо қуруқ бўлади, эластиклигини йўқотади, кўз ва оғиз бурмалари қалинлашиб, юзига ажинлар тушади. Бу ҳолат одамни ёшидан катта қилиб кўрсатади ва айниқса аёллар бу аҳволни оғир кечиришади, юз терисига суртиладиган турли кремлардан фойдаланишади. Бу ажинларнинг келиб чиқиш сабаби асаб бузилишлари бўлганлиги туфайли, кремлар фойда бермайди ёки вақтинча ўзгариш кузатилади. Баъзи беморларнинг қўл териси ва товонлари ёрилиб кетади. Сочнинг доимо тўкилиши (айниқса 30 дан ошган беморларда) уларни жуда безовта қилиб қўяди. Бу ерда ҳам асабни даволамасдан туриб, турли шампунларни ишлатиш ёрдам бермайди. Аксарият беморлар (аёллар ҳам) 40 ёшга етмасдан кал бўлиб қолишади.

Ўткир стрессдан кейин терида 1–2 кун ичида тўсатдан чуқур патологик ўзгаришлар пайдо бўлиши мумкин. Худди шундай ҳолатни биз Ш. исмли беморда кузатганмиз. Унда катта оилавий фожиадан кейин бир куннинг ўзида сочлари тўкилиб, қош ва киприклари оқариб, терисининг деярли ҳамма жойини оқ доғлар (пигментсизланиш ҳисобига) босиб кетади. Ўргатилган айиқ тишлагандан кейин кўрққанидан сочи бутунлай тўкилиб кетган цирк артисти ҳақида ҳам ёзилган. Соч тўкилиши болаларда ҳам учрайди. 8 яшар боланинг тушига яқинда вафот қилган буваси киради ва у тобутдан чиқиб келиб боланинг сочидан қаттиқ тортаркан. Бу даҳшатли тушни бола бир неча кун узлуксиз кўрган ва ҳар гал сочи тўкилаверган. Бола гипноз усули билан даволаниб, ёмон туш кўрмайдиган қилинган. Бир неча кундан кейин боланинг сочи яна ўса бошлаган (А.Ц. Голибин, 1999).

Узоқ чўзиладиган астенодепрессив синдромларнинг соматик кўринишларидан яна бири тирноқлардаги трофик ўзгаришлардир. Бунда тирноқларнинг ранги ўчиб, унда узун чизиқлар пайдо бўлади, тирноқлар (айниқса оёқдаги) синадиган бўлиб қолади, қалинлашади. Ҳамма тирноқларнинг бир хил тарзда ўзгариши, патологик жараённинг секин-аста зўрайиб бориши, бармоқда яллиғланиш белгиларининг йўқлиги, унинг психоген хусусиятга алоқадор эканлигидан далолат беради. Умумий ёки маҳаллий гипергидроз (қўл панжаси, қўлтиқ ости ва оёқларда) ҳам ҳиссий-руҳий бузилишларда кўп кузатилади. Бу патологик ўзгаришлар айнақса ёшларда кўп учрайди ва аксарият ҳолларда кучли ҳиссий зўриқишдан кейин тўсатдан пайдо бўлади. Бундай беморлар сал ҳаяжонланса, иссиқроқ нарса ичса, жисмоний меҳнат қилса, атроф-муҳитнинг ҳарорати баландроқ бўлса, тезда терлаб кетишади. Буни фанда «хўл депрессия» деб ҳам аташади. Уларни энг кўп қийнайдиган ва жигига тегадиган нарса бу ёмон ҳид келишидир. Тер ва ёғ безлари фаолиятининг патологик кучайиши психовегетатив синдромларнинг доимий ҳамроҳидир. Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, қўлтиқ ости ва чов соҳасида жойлашган тер безлари тана ҳароратининг бошқарилишида иштирок этмайди ва жинсий балоғатга етгандан кейингина фаолият кўрсата бошлайди. Бунда улар ўзгача ҳид таратувчи моддалар (феромонлар) ишлаб чиқара

бошлашади. Бу физиологик механизм жинснинг сексуал хулқ-атвориغا мослашиб туради. Айнан мана шу ўринда аёл кишидан келаётган ҳид, эркак кишидан тараётган ҳиддан кескин фарқ қилади. Астенодепрессив синдромларда кузатиладиган кучли сексуал бузилишлар апокрин безларнинг секретор ҳолатига катта таъсир кўрсатади ва ёқимсиз ҳид пайдо бўлишига сабабчи бўлади. Бу беморлардаги ўзига хос ҳидга қараб, уларда психовегетатив синдром борлигини аниқлаш мумкин.

Теридаги доимо терлаб юрадиган жойлар кўпинча қизариб туради, у ерларда аллергик ўзгаришлар пайдо бўлади, қўлтиқ остидаги лимфа тугунлари катталашади. Айнан мана шундай беморларда нейродермит ёки экзема касалликлари осон ривожланади. Кучли ҳиссий зўриқишлар бундай беморларда тери касалликларининг авж олиб кетишига сабабчи бўлади. Масалан, псориаз – 40% беморларда яқинлари билан содир бўлган бахтсиз ҳодисалардан, 52% беморларда бошқа кучли салбий ҳиссий бузилишлардан кейин ривожланаркан. Бу ерда сабаб ва оқибат орасидаги давр бор-йўғи 2–14 кунни ташкил қилган, камроқ ҳолларда эса бир ойга чўзилади (Seville R.H., 2002). Шунинг учун теридаги ўзгаришлар ҳар томонлама пухта ўрганилиши зарур, чунки улар руҳий бузилишларнинг дастлабки клиник кўринишлари бўлиши мумкин.

Аксарият ҳолларда теридаги ўзгаришлар бемордаги руҳий бузилишлар кучайганда кучайиб, камайган пайтда эса сусайиб боради. Тери касалликларини даволашда бу феноменни эътиборга олиб, фаол психотерапевтик муолажаларни ўтказиш керак бўлади. Маълумки, тери ва ундаги камчиликлар одам руҳига жароҳат етказди, шунинг учун ҳам деярли барча беморларда турли даражада ривожланган ипохондрия шаклланади. Улар бутун фикри-зикрини (айниқса дастлабки пайтларда) теридаги нуқсонларга қаратишади. Дерматологлар ва психологларнинг таъкидлашича, беморлар ушбу бузилишлардан қанчалик кўп сиқилишса, касаллик белгилари шунчалик кучаяркан (тўғри даволанишдан қатъий назар). Агар беморнинг фикри узоқ вақт бошқа нарсаларга чалғитилса, теридаги ижобий ўзгаришлар тезлашади. Иккинчи жаҳон уруши даврида дерматологлар қизиқ бир

ҳолатни кузатишган, яъни уруш бошлангандан кейин аксарият беморлар сурункали тери касалликларидан тузалиб кетган. Бу феноменга қуйидагича изоҳ бериш мумкин. Уруш бошланишдан олдин беморлар учун асосий муаммо – теридаги патологик ўзгаришлар бўлса, уруш бошлангандан кейин эса ундан ҳам ўткир муаммо пайдо бўлди, яъни унинг ва яқинларининг ҳаёти хавф остида қолди. Уруш бошланди! У энди ўзини, оиласини ва Ватанни ҳимоя қилиши керак! Доминанта принципига мувофиқ, бош мия пўстлоғидаги **кучсиз қўзғалишлар** (урушгача бўлган теридаги ўзгаришлар) ўрнини **кучли қўзғалишлар** (урушнинг бошланиши, ўлим хавфи) эгаллади. Бош мия пўстлоғида пайдо бўлган кучли доминант ўчоқ аввалги ўчоқнинг фаолиятини йўққа чиқарди ва миядаги компенсатор механизмларни ишга солди, функционал системаларни кучайтирди. Миядаги кескин бу ўзгаришлар терида ўз аксини топди ва ундаги патологик жараёнлар чекинди.

Теридаги патологик ўзгаришларнинг инсон руҳига боғлиқлигини қуйидаги мисол ҳам тасдиқлаб беради. Битта аёлнинг отаси оғир касалликдан вафот қилаётганда сочи кўп тўкилган, вафотидан бироз вақт ўтгандан кейин эса соч тўкилиши тўхтаган. Демак, аффектив бузилиш даврида соч тўкилган, адаптация даврида эса соч тўкилиши тўхтаган.

Шунинг учун ҳам бундай беморларга тинчлантирувчи дорилар, айниқса антидепрессантлар, психотерапия, физиотерапия, сиҳатгоҳларда даволаниш яхши натижалар беради.

12.2. Тери гиперестезияси

Тери гиперестезияси организмнинг умумий гиперестезиясининг бир тури бўлиб, бунда арзимаган ташқи таъсир терида жуда кучли патологик ўзгаришларга олиб келади. Маълумки, чуқур аффектив бузилишлар қонда катехоламинлар миқдори ошиши билан кечади. Бу физиологик жараён албатта теридаги моддалар алмашинувига ўз таъсирини кўрсатади. Бу асаб тизимининг стрессорга бўлган мослашиш ва ҳимоя реакциясидир. Тери филогенетик жиҳатдан кекса аъзо ҳисобланади. Ҳар қандай аффектив бузилишлар терида ўз аксини топади ва тери гиперестезияси

ҳам руҳий бузилишларнинг клиник кўринишларидан биридир. Тери гиперестезияси кучли ифодаланган беморларнинг танасига бармоқ билан тегилса, ўша жойнинг ўзида шиш ва қичиш пайдо бўлади. Агар уларнинг танасига сал ўткирроқ нарса билан тегса, беморнинг бутун танасига эритемалар тошиб кетади. Албатта бундай беморларни текшириш ўта мушкулдир. Улар ҳатто ўзларининг қўлини ҳам ўз танасига тегизишдан қўрқишади, кечқурун ухлашга кийим билан ётишади, чунки танадаги битта кийимни иккинчиси билан ўзгартириш танада оғриқлар пайдо бўлишига ва бошқа белгиларнинг кучайишига олиб келади. Ўзгаришлар айниқса бармоқларда кучли ривожланган бўлади. Улар ботинка боғини боғлай олмайдилар, овқатни қошиқсиз ичишга ҳаракат қиладилар, бирор иш қилишмоқчи бўлишса, иложи борича резина қўлқоп кийиб оладилар. Бундай беморларга баъзан адашиб «аллергик дерматит» деб диагноз қўйилади.

Теридаги ўзгаришлар аксарият ҳолларда бармоқлардан бошлаб тепага кўтарилади ва бўйин соҳасига етиб бориб, беморда бўғилиш белгиларини беради. Бемор бутун фикрини терида бўлаётган азобли ўзгаришларга қаратади, унда ипохондрия ривожланади ва касалликнинг янада авж олишига сабабчи бўлади. Ўтказилган оғир соматик касалликлар, айниқса операциялар ҳам терида ана шундай кучли ўзгаришларга сабабчи бўлади.

Бир неча соматик органлар операциясидан кейин ривожланган тери гиперестезиясига мисол келтирамиз. Бу бемор бизнинг назоратимизда бўлган.

Р. исмли аёл, ёши 35 ёшда, касби сотувчи (асосан ширинликлар сотади), аввал касалхонада ошпаз бўлиб ишлаган. Бир йилда иккита оғир операцияни бошдан кечиради: биринчи гал катта миома борлиги туфайли бачадон олиб ташланади; иккинчи гал жигардан эхинококкоз пуфакчалари олиб ташланади. Умумий наркоз билан ўтказилган бу операциялардан кейин беморнинг териси ўта сезгир бўлиб қолади. Дастлаб пиёз тозалаганда, овқатга мурч ишлатганда, иссиқ нарсаларни ушлаганда, танасига ўткирроқ нарса тегиб кетганда терида қичималар, оғриқлар пайдо бўладиган бўлади. Агар шу нарсалардан фойдаланмаса, терида ҳеч қанақа

ўзгаришлар кузатилмайди. Бемор безовта бўлиб, яъни теримда аллергик касаллик пайдо бўлди, деб дерматологга ва аллергологга учрайди. Улар аччиқ, шўр ва иссиқ нарсаларга яқинлашмасликни, ўткир нарсаларни ушламасликни тавсия қилишиб, антигистамин воситалар қабул қилишни буюришади. Уй бекаси бўлган бемор иложи борича докторларнинг тавсиясига амал қилишга ҳаракат қилади, лекин овқат қилиш, кир ювиш, уй тозалаш каби юмушларни ҳам қилиб туради. Беморда аста-секин астеноипохондрик ва астенофобик белгилар шакллана бошлайди. Чунки у докторлар тавсия қилган режимга риоя қила олмаётган эди, бундан азият чекар эди, бунинг устига янги-янги симптомлар пайдо бўлаётган эди. Энди бемор қўлини совунлаб ювса ҳам, қўлида шакар ушласа ҳам терисида қизаришлар, қичималар, қизил пуфакчалар ва чидаб бўлмас оғриқлар пайдо бўла бошлайди. У шакардан турли хил ширинликлар пишириб сотишни тўхтатади. Бу ишини умуман ташлайди. Доктормадоктор қатнаб туман, вилоят шифохоналарида даволанади, лекин бирор натижага эришмайди. Касаллик зўрайгандан-зўрайиб, беморнинг қўлига нима тегса ҳам (юмшоқ қаттиқлигидан қатъий назар) терига қизил пуфакчали тошмалар тошиб кетаверадиган, танада кучли оғриқ пайдо бўладиган, кейин эса нафаси сиқиб бўғиладиган бўлиб қолади. Аҳвол шу даражага бориб етадики, у ҳатто бешта бармоғини бир-бирига яқинлаштира олмайдиган, қўлини мушт қила олмайдиган бўлиб қолади, чунки бармоқлар бир-бирига ишқаланса, бутун танасида умумий гиперестезия белгилари бошланиб кетиб, бўғила бошларди. Бемор ҳар гал депрессияга тушганда айниқса кечалари теридаги белгилар кучайиб кетарди.

Беморнинг невростатуси текширилганда кучли ифодаланган органик неврологик симптомлар топилмади. Унда вегетатив, ипохондрик ва фобик белгилар аниқланди. Беморда ҳамма аллергик синамалар ўтказилади. Унга ҳам аллергияга қарши, ҳам тинчлантирувчи дорилар буюрилади. Бир ой мобайнида психотерапевтик муолажалар, транквилизаторлар, антидепрессантлар буюрилади. Бира тўла плацеботерапия қилинади. Бемор қилинган комплекс даволаш муолажаларидан кейин бутунлай тузалиб кетади.

Биз бу мисолда аввал руҳан соғлом бўлган беморда ўтказилган иккита оғир операциядан кейин ривожланган умумий гиперестезия билан кечувчи психовегетоневрознинг гувоҳи бўлдик.

Мутахассисларнинг фикрича, аксарият ҳолларда терида бошланган ўзгариш дастлаб функционал хусусиятга эга бўлади ва кейинчалик организмнинг иммунитетини пасайиши натижасида касаллик органик тус олади, яъни терида сурункали яллиғланиш жараёнлари бошланади. Демак, теридаги патологик жараёнларни фақат функционал бузилишлар билан боғлаш керак эмас. Бунинг тасдиғини юқоридаги мисолларда кўрдик: барча ҳолатларда теридаги органик симптомлар функционал белгилар билан биргаликда намоён бўлди ва шу билан бирга аффектив бузилишлар ўтгандан кейин нафақат функционал белгилар, балки органик симптомлар ҳам ўтиб кетди ёки кескин пасайди. Беморларни даволашда буни албатта эътиборга олиш керак.

Агар лаборатор ва параклиник текширувларда патологик ўзгаришлар топилмаса, дерматологик ва аллергияга қарши даво чоралари ёрдам бермаса, теридаги ўзгаришларни ниқобланган депрессиянинг клиник кўриниши сифатида даволаш мумкин. Чунки теридаги эритемалар, шишлар ва кичик ярачалар вегетотрофик ўзгаришларнинг клиник кўриниши бўлиб, улар **псевдоаллергик симптомлар** деб ҳам аталади. Патологик жараён чўзилган сайин парасимпатик тонуснинг ошиб бориши ва ацетилхолиннинг кўп миқдорда ажралиб чиқиши натижасида терида жойлашган майда қон томирларининг узоқ вақт ва кучли даражада кенгайиши рўй беради. Теридаги вегетотрофик ўзгаришларнинг асосида мана шу жараён ҳам ўта муҳим аҳамият касб этади.

Умумий тери гиперестезиясининг клиник кўринишларидан яна бири — бу терида **геморрагик тошмаларнинг** пайдо бўлишидир. Беморни текшираётганда (пальпация, перкуссия) ёки бирор жойини ушлаганда дарров ўша жойи кўкариб қолади. Клиник ва лаборатор текширишларда гематологик, иммунологик ва бошқа органик белгиларнинг йўқлиги, беморда геморрагик васкулит диагнозини инкор қилишга ёрдам беради. Фақат аффектив бузилишлар кучайганда пай-

до бўлиб ёки зўрайиб, узоқ вақт дам олганда, психотерапевтик муолажалар ўтказганда, руҳан тинчланганда ўтиб кетадиган теридаги патологик ўзгаришлар доимо психоген (невроген) хусусиятга эга бўлади.

Ушбу бобда биз терида кузатиладиган патологик жараёнларнинг психоген хусусиятга эга эканлигини ўргандик. Шунинг учун ҳам бу беморларни даволашда психотерапевтик муолажалар кенг қўлланиши керак.

Назорат учун саволлар

1. Ҳиссий-руҳий бузилишлар билан теридаги ўзгаришлар орасида қандай боғлиқлик бор?
2. Тери касалликларининг неча фоизи асаб бузилишлари натижасида келиб чиқади?
3. Терида кузатиладиган ва психоген хусусиятга эга бўлган асосий симптомларни санаб ўтинг.
4. Соч тўкилишининг қандай сабабларини биласиз?
5. Умумий тери гиперестезияси деганда нимани тушунасиз? Мисол келтиринг.
6. Болалар терисида ҳам психоген гиперестезиялар учрайдими?
7. Асаб бузилишларида умумий ва маҳаллий гипергидроз қандай кечади?
8. Ўткир аффектив бузилишларда тўсатдан терида кузатиладиган симптомлар ҳақида сўзлаб беринг.
9. Асаб бузилишларида терида кечадиган патологик жараёнларнинг механизмини тушунтириб беринг.
10. Бу патологик белгиларни йўқотиш учун қандай даволаш белгиларини қўллаган маъқул?

«Невроз — бу касаллик эмас, балки нотўғри ҳаёт тарзидир».

Альфред Адлер

XIII БОБ. НЕВРОЗЛАР

13.1. Умумий маълумотлар

«Невроз» атамаси 1776 йили шотландиялик врач Келлен томонидан таклиф қилинган. Ўша даврда неврозга қуйидагича таъриф берилган: бу касалликда тана ҳарорати кўтарилмайди, бирон-бир аъзо зарарланмайди, танада лат еган жойлар бўлмайди, бироқ беморнинг асаби бузилган бўлади. Кейинчалик неврозга турлича таърифлар берилди ва унинг бир қанча таснифлари яратилди.

Барча асаб касалликлари **органик** ва **функционал** касалликларга ажратилди. Нерв тўқималарида морфологик ўзгаришлар билан кечувчи касалликларга **органик**, асаб тизимининг фақат функцияси бузилиши билан кечувчи касалликларга **функционал касалликлар** деб ном берилди. Ҳозирги кунда тиббий амалиётда неврозларга асаб тизимининг функционал касаллиги сифатида қаралади. Баъзи олимлар бу фикрга қўшилмайди ва неврозларда аниқланган турли метаболик ва энгил органик бузилишларни мисол қилиб кўрсатишади, яъни уларнинг фикрича, органик симптомлар неврозлар учун ҳам хос. Бироқ бу органик ва метаболик бузилишлар невроз туфайли пайдо бўлганми ёки аввал ўтказилган касаллик асоратими, бунга аниқ жавоб бериш анча мушкул.

Шундай қилиб неврозга қандай таъриф бериш мумкин? Невроз асаб тизимининг функционал касаллиги бўлиб, инсонга руҳий жароҳат етказувчи ташқи ва ички омиллар натижасида ривожланади. Демак, невроз психоген касалликдир. Неврозда аниқ ифодаланган морфологик бузилишлар бўлмаса-да, унинг аксарият турларида вегетатив-трофик ўзгаришлар кузатилади. Невроз белгилари узоқ ёки қисқа вақт давом этишидан қатъий назар, тўла даволаса бўладиган касаллик. Бироқ бу даволаш жараёни узоқ давом этиши ҳам мумкин.

Неврознинг учта тури фарқланади: **неврастения (том маънода невроз), истерия, миядан кетмайдиган фикрлар.**

13.2. Неврастения

Неврастения (грекчадан *neuron* – нерв, *astenia* – заифлик) **асабнинг заифлиги** деган маънони англатади. Неврастения асабнинг ортиқча зўриқишидан келиб чиқади. Асаби тор одамлар неврастенияга тез чалинишади. Ақлий ва жисмоний меҳнатнинг номутаносиблиги ҳам неврастения ривожланишига сабабчи бўлади. Доимий ҳиссий зўриқишлар, яқин кишидан жудо бўлиш, оиладаги ва ишхонадаги келишмовчиликлар, доимий қўрқув ва хавотир неврастенияга сабабчи бўлиши мумкин. Неврастениянинг оила аъзоларида учраши унинг ривожланишида наслий омилларнинг аҳамиятини ҳам кўрсатиб беради. Ёш болаларда неврастениянинг ривожланишига уни ўраб турган муҳит, айниқса ота-она орасидаги жанжаллар сабабчи бўлади. Болалик даврида олган тана жароҳатлари ҳам бундан мустасно эмас.

Неврастения нафақат жаҳддор одамларда, балки ўта андишали одамларда ҳам ривожланиши мумкин. Пайдо бўлган ҳиссий қўзғалишни ушлаб қолиш қийин, деган эди машҳур физиолог П.К. Анохин (2002). Айниқса андишали одамлар жанжал чиққанда ҳиссиётга зўр бермасликка, ўзини бошқариб туришга ҳаракат қилишади, бировнинг кўнглини оғритиб қўйишса азият чекишади. Бу ҳолатлар аксарият ҳолларда асаб тизимининг чарчашига сабабчи бўлади. Шунингдек, организмга витаминлар етишмовчилиги, камқонлик, сурункали ва оғир касалликлар ҳам неврастенияга олиб келади.

Неврастениянинг клиникаси турли-туман бўлиб, улар ичида тез-тез асабийлашиш, жаҳддорлик, уйқу бузилиши, бош оғриши, бош айланиши, умумий ҳолсизлик, юрак уриб кетиши, паришонхотирлик, ақлий ва жисмоний меҳнатнинг пасайиши каби симптомлар жуда кўп кузатилади. Неврознинг асосий симптомларига псевдоневрологик синдромлар бобида батафсил таъриф берганлигимиз учун бу ерда улар ҳақида тўхталмадик.

Неврастения, айтиб ўтганимиздек, бутунлай даволанадиган касалликдир. Бироқ даволаш муддати ва натижаси унинг тўғри олиб борилишига кўп боғлиқ. Даволашни бошлашдан олдин неврастенияга олиб келувчи сабаблар

аниқланиши ва улар иложи борича бартараф қилиниши керак. Асосий сабаблар бартараф қилинганда аксарият беморларда даволашни давом эттиришга ҳожат ҳам қолмайди, улар тузалиб кетишади. Лекин баъзи ҳолларда неврастениянинг сабабини аниқлаш ва уларни йўқотиш анча мушкул бўлади.

Беморнинг оилавий аҳволи ва ишлаш шароити билан таънишиб, унга дам олиб ишлаш, иш соатларини қисқартириш, овқатланиш тартибига риоя қилиш, театр ва киноларга бориб туриш тавсия қилинади.

Неврастенияни даволаш учун жуда кўп дори-дармонлар мавжуд. Лекин уларга индивидуал тарзда ёндашиш керак. Бу мақсадда турли транквилизаторлардан, седатив дорилардан ва психостимуляторлардан фойдаланилади. Лекин неврастенияни даволашда ишлатиладиган аксарият дорилар кучли седатив таъсирга эга бўлганлиги учун уларни ишлаб юрган беморларга тавсия қилиб бўлмайди. Кам миқдорда тавсия қилинса, натижаси паст бўлади. Бундай пайтларда кучли тинчлантирувчи таъсирга эга ва ножўя таъсири кам бўлган дорилардан фойдаланилади. Ана шундай хусусиятларни ўзида мужассамлаштирган дорилардан бири новопасситдир. Гиёҳлардан иборат бу дори 1 таблеткадан ёки 1 чой қошиқдан 3 маҳал буюрилади. Шунингдек беморларга умумий массаж, игна билан даволаш, эрталабки гимнастика ва спортнинг ўзига маъқул турлари билан шуғулланиш ҳам тавсия қилинади. Йилда бир марта сиҳаттоҳларда дам олиб туриш ҳам ўта фойдалидир.

13.3. Истерик невроз (Истерия)

«Истерия» сўзи — юнонча «hysteria» сўзидан олинган бўлиб, *бачадон* деган маънони англатади. Бу касаллик белгилари ҳақида қадимги рисоаларда кўп ёзилган ва истерияни авваллари бачадон функцияси билан боғлашган, чунки уни асосан аёлларда кузатишган. Кейинчалик истерик бузилишлар эркакларда ҳам аниқланган бўлса-да, унинг аввалги номи сақланиб қолган. Истерия неврознинг бошқа турлари каби кенг тарқалган касалликдир.

Истерик невроз асосан ёшлик даврида, кўпроқ аёлларда кузатилади, айни пайтда унинг келиб чиқишида хулқ-ат-

ворнинг болалиқдан истерик тарзда шаклланиши катта аҳамият касб этади.

Ортиқча таъсирланиш, ҳар нарсага ҳаддан ташқари эътибор бериш, мустақил фикрлай олмаслик, ортиқча ишонувчанлик, ранг-баранг ҳис-туйғуларга берилиш истерия учун жуда хос белгилардир. Улар руҳан ва жисмонан заиф кишилар ҳисобланади. Кўпчилик истерик беморлар феъл-атвори болалар феъл-атворига ўхшаб кетади. Бундай беморлар учун атрофдагилар диққатини ўзига жалб этиш хосдир. Истерик бузилишлар фақат неврозларда эмас, балки психопатияларда ҳам кузатилади. Истерик невроз симптомлари аксарият ҳолларда аслида беморда бўлмайдиган хилма-хил касалликлар аломатларини эслатади, шу боис ҳам истерияни «катта муғомбир» деб аташади. Уларда барча соматик касалликлар белгиларини кузатиш мумкин, аслида эса бу соматик касалликлар уларда аниқланмайди.

Истерик неврознинг турлари хилма-хилдир. Уларнинг барчаси одатда руҳий жароҳатдан (айниқса жанжал ва хафгарчиликдан) кейин дарҳол пайдо бўлади.

Энди истериянинг кенг тарқалган турлари билан танишиб чиқамиз.

Эс-ҳушнинг кирарли-чиқарли бўлиб қолиши. Бирдан бошланадиган ва аксарият ҳолларда тез тугалланадиган ҳолат бўлиб, бунда бемор одам атрофга бефарқ бўлади, қаерда эканлигини фаҳмлай олмайди, ҳозир соат нечалигини, ўзи нима қилаётганини билмайди. Бу ҳолат бир неча дақиқадан бир неча соатгача давом этиши мумкин. Эс-ҳушнинг истерик торайишида бемор атрофда содир бўлаётган воқеалардан қисман воқиф бўлса-да, бўлиб ўтган ҳодисаларни эслаб қола олмайди.

Истерик fuga (лотинча «fuga» — қочиш демакдир). Бунда бемор киши жанжал ёки бошқа бир руҳий жароҳатдан сўнг тўсатдан уйдан, ишхонадан ёки бошқа жойдан қочиб чиқиб кетади, унинг хатти-ҳаракатлари мақсадсиз бўлади, вазиятни тушуниш ва атрофда нималар содир бўлаётганини фаҳмлаш бузилади. Аммо четдан қараганда бошқа бировларга унинг юриш-туриши мақсадга мувофиқдек кўринади. Арзимаган уруш-жанжалдан кейин бундай шахслар, ҳатто, бошқа шахарга ҳам анча вақтга кетиб қолиши мум-

кин. Кейинчалик бу беморларнинг кўпчилиги улар билан нималар содир бўлганини эслай олмайди ёки қисман эслайди, аммо гипноз ҳолатида ҳамма нарсаларни эслатиш мумкин.

Истерик шахсларда учраб турадиган яна бир синдром — бу **Ганзер синдроми**. У одатда ўткир ривожланади, руҳий шикастан сўнг тўсатдан бошланади. Унинг асосий хусусияти — беморнинг ақл бовар қилмайдиган тутуруқсиз ҳаракатларидир. Улар энг оддий саволларга тутуруқсиз жавоб беришади. Масалан, икки карра икки неча бўлади деб сўралса, бемор ҳолбуки олий маълумотли бўлса-да «беш» деб жавоб беради ёки қўлда неча бармоқ бор деса, бемор хоҳлаган сонни айтади. Унинг белгилари деменцияни эслатади, лекин деменцияда беморлар аксарият саволларни тушунишмайди, улардан илтимос қилган нарсаларни эмас, бошқаларини бажарадилар ёки ўз фикрини тўғри ифодамайди, аввал орттирган кўникмаларини йўқотишади. Деменция белгилари одатда зўрайиб борса, истерик «деменция» белгилари ўтиб кетади.

Руҳий жароҳат гоят кучли бўлганда **истерик ступор** ривожланиши мумкин. Бундай пайтларда бемор тамомила ҳаракатсиз бўлиб қолади, индамайди ва атрофга бефарқ бўлади, юзида азият чеккан ифода пайдо бўлади. Бу ҳолат бир неча соат ёки кун давомида ўтиб кетиши мумкин. Даволаш муолажалари ўтказилмаса, бир неча ойлаб давом этади.

Пуэрилизм — болалар хатти-ҳаракатини эслатувчи ҳолат бўлиб, ёши катталарда кузатилади. Улар болаларга хос бўлган қилиқлар кўрсатади, боладек ингичка товуш чиқариб гапирати, кўзларини катта-катта очади, киприklarини пирпиратади, биров гапирганда оғзини очиб туради. Бемор шу қилиғи билан бошқаларнинг диққатини ўзига жалб қилади. Аммо бундан олдин орттирилган кўникмалари сақланган бўлади.

Истерик бузилишларнинг яна бир тури — бу **истерик депрессия**. Бунда бемор ўта паст кайфиятда бўлади ва бу қилиғи билан атрофдагилар диққатини ўзига жалб этишга интилади, уларни ўзига раҳмдил бўлишга чақиради. У нақадар оғир аҳволда эканлигига бошқаларнинг эътибор беришларини хоҳлайди ва ҳоказо.

Истерик тутқаноқ хуружи ҳам кенг тарқалган симптомлардан биридир. Истерияда кузатилувчи тутқаноқлар ҳар хил бўлади ва уларнинг эпилепсияда кузатиладиган ҳақиқий тутқаноқлардан фарқ қиладиган томони кўпдир. Истерик тутқаноқ ҳеч қачон бемор ёлғиз қолганда рўй бермайди, чунки унга доим томошабинлар керак бўлади. Талваса тутганда бемор бирдан ерга йиқилиб, мушаклари тортишади ва талпина бошлайди, лекин боши билан қаттиқ нарсаларга урилмайди. Улар тутқаноқ хуружи пайтида ўзига қулай жой топиб, бирор жойига қаттиқ шикаст етказмасдан йиқилишади. Хуруж пайтида беморлар одатда ёй сингари эгилади — бунга **истерик ёй** деб аталади. Бундай феъл-атвор кўпгина инжиқ ва эрка болаларга хосдир. Масалан, онаси унга янги ўйинчоқ олиб бермаганда улар дўконда ерга йиқилиб, қўл ва оёқларини ерга уришади, гоҳо бошини ҳам ерга уриб қаттиқ чинқираб йиғлайди. Агар кўрқиб кетган она боласи сўраган ўйинчоқни олиб берса, бола шу заҳоти тинчланади. Бу одат кейинчалик вояга етган ёшда ҳам намоён бўлиши мумкин.

Истерик хуружда мушаклар тортишуви (халқ орасида буни томир тортишуви деб ҳам аташади) ҳаммавақт ҳам кузатилавермайди ва хилма-хил бўлади, уларда сохталик ва атайинлик сезилади. Масалан, бемор киши гўё уни кимдир урмоқчи бўлгандек юзини қўли билан беркитади, қичқириб юборади, хўрсиниб йиғлайди ва ҳоказо. Истерик тутқаноқда беморларнинг эс-хуши жойида бўлади, улар тева-рак-атрофни тўла идрок этишади ва унга тегишлича реакция қилишади. Масалан, агар хуруж тутганини биров мазах ёки калака қилгудек бўлса, бемор дарҳол хуружни тўхта-тади ва ўрнидан туриб кетади. Хуруж пайтида бемор эпилепсияда бўлгани каби тилини тишлаб олмайди ва бехосдан сийиб юбормайди.

Хафақон касаллиги хуружи ёки юрак хуружини эслатувчи истерик тутқаноқлар ҳам кўп кузатилади. Юракнинг тез-тез уриши, бош айланиши, кўнгил айнаши ва ҳушни йўқотиш билан кечадиган вегетатив хуружлар ана шулар жумласидандир. Хуруж пайтида бемор бошдан-оёқ титрайди ва ҳаммаёғим қақшаб оғрияпти деб нолийди. Меъда спазми билан кечувчи хуружларда қоринда кучли оғриқ пайдо бўлади, бемор тўлғаниб ётиб олади, қайт қилади.

Истерик неврозда турли хил фалажликлар ҳам кузатилади. **Истерик фалажлар** баъзан мия инсультидан кейинги клиник манзарани эслатади. Бу манзара мутахассис бўлмаган кишининг фикрини чалғитиши мумкин. Истерик фалажликларда рефлекслар ва мушаклар тонуси ўзгармай қолади, патологик рефлекслар кузатилмайди. Тананинг қоқ ўрта чизиғи бўйлаб фалажланган томонда сезги ҳам бузилади. Периферик фалажликда кузатилувчи мушаклар атрофияси, мушак кучининг сусайиши қайд қилинмайди. Бордию истерик фалажлик нотўғри даволанса ёки уни даволаш чўзилиб кетса, беморда узоқ вақт давом этадиган оёқ-қўллардаги ҳаракатсизлик мушакларнинг диффуз атрофиясига сабабчи бўлиши мумкин, холос.

Истерияга чалинган беморларда **гиперкинезлар** (беихтиёр ҳаракатлар) ҳам кузатилиши мумкин. Бу ҳаракатлар беморда ҳаяжонланганда кучаяди ва тинчланганда камаяди ёки бутунлай тўхтайди. Гиперкинезлар истерик хуруж тугагандан кейин ҳам юз бериши мумкин. Баъзан беморда фалажликлар гиперкинезлар билан биргаликда кузатилади. Истерик гиперкинезлар бутун гавданнинг силкиниши, титроқ хуружлари, бош ва оёқларнинг титраши, айрим мушак гурӯҳларининг учиб туриши, қўлларнинг ғайритабиий ҳаракат қилиши билан кечади. Чин гиперкинезлардан фарқли ўлароқ, улар беморнинг ҳиссий ҳолатига, руҳга шикаст етказувчи вазиятга кўп жиҳатдан боғлиқ. Бу симптомлар узоқ вақт давом этиши ва арзимаган келишмовчиликларда кучайиб кетиши мумкин.

Истерик астазия-абазия. Бу ҳолат тик тура олмаслик ва юра олмаслик билан намоён бўлади. Бош мия катта ярим шарлари пешона бўлаги зарарланишларида кузатиладиган астазия-абазиядан фарқли ўлароқ, истерияда кузатиладиган бу синдромда беморлар ерга эмас, балки уни ушлаб турган одам устига ағнайди. Уларда ҳам мушаклар гипотонияси кузатилади, лекин бошқа органик неврологик симптомлар кузатилмайди. Диагностик мураккаб ҳолатларда параклиник текширувлар ўтказилади.

Истерик алгиялар (яъни оғриқлар) — энг кўп тарқалган бузилишлардан бўлиб, деярли барча истерик синдромларда турли кўринишларда кузатилади. Беморлар тананинг турли

жойларида – орқа, қорин, юрак, бош соҳаларида доим оғриқ туришидан шикоят қиладилар. Оғриқ, шунингдек, бўғимларда, қўл ёки оёқда, тилда, хуллас тананинг барча жойида пайдо бўлади. Айни пайтда бундай оғриқдан шикоят қилувчи беморлар ҳаммавақт турли ихтисосликдаги докторларга мурожаат қилиб юришади. Баъзан беморлар жарроҳлик операциясини ўтказишни қаттиқ талаб қилишади.

Истерияда юқорида айтиб ўтганимиздек, турли хил **сезги бузилишлари** ҳам кузатилади. Органик ва функционал сезги бузилишлари орасидаги фарқни фақат махсус неврологик текширувлардан сўнг аниқлаб олиш мумкин. Ҳар бир нерв танадаги муайян соҳанинг сезгиси ва ҳаракати учун жавоб беради. Истерик анестезияларда бу қоида сақланмайди. Айни пайтда пай рефлексларида ҳам ўзгаришлар кузатилмайди, энг жиддий неврологик текширувлар ҳам сезги бузилишини изоҳлаб берадиган ҳеч қандай органик касалликни аниқлаб бера олмайди.

Тарихий адабиётларда туғмайдиган аёлларда **истерик ҳомиладорлик** ҳақида ҳам ёзиб қолдирилган. Бу ҳолатни баъзи мутахассислар ичакларга ортиқча газ тўпланиши билан изоҳлашса, бошқа бирлари қорин мушакларининг вақтинча бўшашиб катталаниши ҳисобига деб тушунтиришади. Истерик ҳомиладорликда қорин жуда катталашмайди.

Шунингдек, «сеҳрли шифолар» ҳақида классик адабиётларда учратиш мумкин: бемор сеҳрли туморгача эмаклаб бориб, уларга қўл теккизган заҳоти бирдан шифо топганлар, ўрнидан туриб юриб кетганлар. Истерияда «сохта ўлим» ҳақида ҳам маълумотларни учратиш мумкин. Бундай беморларга табиб «сеҳрли» қўлини теккизганда ёки оғзига сеҳрли гиёҳ эритмасини томизганда улар «тирилган».

Сўнгги даврда истерик бузилишларнинг клиник аломатлари ўзгарди, бу кишиларнинг ҳаёт тарзининг ўзгарганига ҳам боғлиқ. Бу вазиятни ахборот ҳажми ва тиббиётга оид адабиётлар кўпайганлиги, одамларнинг интернетдан саломатликка оид маълумотлардан фойдалана бошлаганликлари билан ҳам тушунтириш мумкин. Бу адабиётлар одамларнинг тиббий соҳага оид билимларини бир оз кенгайтди. Бу маълумотларнинг ижобий томонларидан ташқари, салбий томонлари ҳам кўпдир.

Аксарият ҳолларда истерик невроз симптомлари бир-мунча хилма-хил бўлиб, унинг кечиши кўпгина тарқалган касалликларни эслатади: инсулт, менингит, энцефалит, тарқоқ склероз, ўсма касалликлари ва ҳоказо. Баъзи ҳолларда истерик бемордаги касаллик белгилари унинг бошқа кишиларда кузатган ёки тиббий адабиётларда ўқиб олган касалликларига ўхшаб кетади. Шу боис диагнозни тўғри қўйиш учун турли ихтисосдаги врачлар нафақат истерик неврознинг классик аломатларини, балки «замонавий» истерик симптомларнинг клиник белгиларини ҳам ўзлаштириб боришлари керак.

Кўрсатиб ўтилган хусусиятлар турли ихтисосликдаги врачларга истерик бузилишларни чин касалликлардан ажратишда ёрдам беради. Шунингдек, истерик неврознинг барча аломатлари сохтадир. Бемор атрофдагиларга шундай деб юборади: «Менга эътибор бермаганингиздан ана шу аҳволга тушиб қолдим-ку! Мен фалаж бўлиб қолдим (ёки овозим бўғилди, эшитмай қолдим, кўрмай қолдим ва шу кабилар), сизнинг айбингиз билан аъзои баданим қақшаб оғрияпти ва дардим бедаво бўлиб қолган».

Истерик белгиларни даволашни ўта қисқа муддат ичида олиб бориш керак. Даволаш муолажалари қанча кўп чўзилса, ижобий натижага эришиш шунча қийин бўлади. Беморлар тўла тузалгандан кейин ҳам оилавий ва бошқа можаролар оқибатида яна доктор қабулига келиб қолишлари мумкин. Истерик беморлар врачлар ва табибларга энг кўп қатнайдиган беморлар сирасига киради.

13.4. Миядан кетмайдиган фикрлар

Неврознинг бу тури қадимдан маълум бўлиб, бу касаллик психоастения деб ҳам аталган. Психоастения атамасини француз олими Пьер Жане таклиф қилган ва миядан кетмайдиган фикрлар бу касалликнинг асосий белгиси эканлиги айтилган.

Агар тарихга бир назар ташлайдиган бўлсак неврастения, истерия ва психоастениянинг клиник белгилари тўғрисида Шарқ олимлари (айниқса Ибн Сино) рисолаларида кўп бор эслатиб ўтилган. Бир неча асрлардан кейин деярли барча касалликлар

сингари невроз ва психастениялар ҳам Европа олимлари томонидан системалаштирилди, уларга ном берилди ва таснифлари яратилди. Шунинг учун бўлса керак, биз Европа олимлари томонидан яратилган дарсликларда Шарқ (Марказий Осиё, Хитой, Эрон, Ироқ ва ҳ.к) олимларининг номларини деярли учратмаймиз.

Миядан кетмайдиган фикрлар неврознинг бир тури ҳисобланиб, унинг учун психастеник белгилар жуда хосдир, яъни доимий шубҳалар, қўрқув, мияга азоб берувчи тасаввурлар ва ғоялар, турли ҳаракатлар ва интилишлар. Бемор бу фикрларнинг барчасидан қутулишга ҳаракат қилади, интилади, даво чораларини излайди, лекин бу уринишлар кўпинча зое кетади, уни мияга ўрнашиб қолган фикрлар қийнайверади. Миядан кетмайдиган фикрларнинг доимийлиги, такрорланувчанлиги ва улардан қутулишнинг ўта қийинлиги беморни қийин аҳволга солиб қўяди. Бу ҳолатларга бемор танқидий нуқтаи назар билан қарайди, уларнинг асосли эмаслигини, ғалати эканлигини тушунади, уларга бардош беришга интилади, лекин фикрлар унинг иродасига ва хоҳишига боғлиқ бўлмаган ҳолда пайдо бўлаверади. Бемор уларни мустақил равишда енга олмайди.

Миядан кетмайдиган фикрларнинг яққол клиник кўринишлари, булар **қўрқув (фобиялар)** ва мияга ўрнашган **турли ғоялардир (обсессиялар)**. **Фобия** — бу хаёлдан кетмайдиган қўрқувдир. Унинг қуйидаги турлари фарқ қилинади: **канцерофобия** — ракка чалиниб қолишдан қўрқиш, **кардиофобия** — тузатиб бўлмайдиган юрак касаллигига чалинишдан қўрқиш, **лисофобия** — руҳий хасталикка чалинишдан қўрқиш, **клаустрофобия** — ёпиқ жойдан қўрқиш (масалан, лифт кабинаси, кичик хона), **агарофобия** — аксинча, очик жойлардан қўрқиш ва ҳоказо. Баландликдан, метрода юришдан, бирор юқумли касаллик юқиб қолишидан, ифлос бўлишдан, одамлар олдида сўзга чиқишдан қўрқиш каби симптомлар ҳам фобиялар учун хосдир.

Дастлабки қўрқув муайян вазиятларда пайдо бўлади ва бу қўрқув мияга ўрнашиб қолади. Масалан, бемор ҳаммаёқни кўриш учун томга чиқади ва пастга қараган заҳоти қаттиқ қўрқиб кетади, боши айланади, у гўё пастга қараб қулаб тушаётгандек хавфсирайди. Бунинг оқибатида беморда ба-

ландликдан қўрқиш мияга ўрнашиб қолади ва кейинчалик у бошқа вазиятларда ҳам пайдо бўлаверади. Дастлаб қўрқув баландликка кўтарилиш керак бўлганда, кейин эса баландликка кўтарилиш эҳтимоли пайдо бўлганда, сўнгра ана шу баландликка кўтарилиш керак, деган хаёлга борганда пайдо бўлади. Беморда баландликдан қўрқадиган вазиятлар борган сари кўпаяди. Эндиликда у лифтда юришдан ва деразадан қарашдан қўрқади, у ҳатто баландлик унча катта бўлмаганда ҳам чўчиб тушади.

Фобиялар пайдо бўлганда вегетатив симптомлар ҳам намоён бўлади — беморнинг юзи қизаради ёки ранги ўчади, оғзи қурийди, юраги тез-тез уради, артериал босим ошиб кетади, тер босади, кўз қорачиқлари кенгаяди ва ҳоказо.

Бирорта оғир ички аъзолар касаллиги пайдо бўлишидан қўрқиш одатда психосоматик симптомлар билан бирга кечади, яъни бемор ўз саломатлигига ҳаддан ортиқ катта эътибор беради. Масалан, кардиофобияда юрак уришини эшитиб туради, томир уришини санайди ёки артериал қон босимини ўлчайверади, ҳар сафар юраги нотўғри ишлаётганидан гумонсираб, терапевтдан ЭКГ қилишини ва пухта текширув ўтказишини илтимос қилади.

Касаллик хуружи кўзғалиб қолишидан аксарият беморлар йўлда одамлар бор жойдан юрадилар, тиббиёт муассасаларига яқин бўлган йўлни танлайдилар, йўл-йўлакай дорихонага кириб турадилар, у ерда юрак дорилари ва тиббий ходимлар борлигини кўриб тинчланадилар.

Обсессиялар бу миядан кетмайдиган хаёллар, фикр-мулоҳазалар, хотиралар ва шубҳаланишлардир. Бу хаёлу фикрлар беморнинг иродасига ва хоҳишига боғлиқ бўлмаган ҳолда қуйилиб келаверади. Бу хаёллар беморга оғир ботади, аслида ёқмайди ва улардан врач ёрдамисиз қутула олмайди.

Мияда ўрнашиб қолган шубҳаларда беморлар уйдан чиқа туриб, эшикни қулфладимми, йўқми, оловни ўчирдимми, сувни бекитдимми каби фикрлар безовта қилаверади. Уйга қайтиб кириб қайта текширади, ҳаммаси тинчлигига ишонч ҳосил қилади ва яна кўчага қайтиб чиқади. Уйдан бироз узоқлашгандан кейин яна ҳалиги фикрлар ёғилиб келаверади ва яна уйга қайтади. Сиқилиб кетганидан йиғлаб юборади, ҳеч қачон чикмай қўяди. Ўзида кеча-

ётган бу аломатларга албатта бемор танқидий кўз билан қарайди ва улардан қутулишни хоҳлайди, лекин ҳеч бунинг иложини топа олмайди.

Баъзан беморда мантиқ жиҳатдан бир-бирига зид бўлган хаёллар пайдо бўлади. Масалан, яқинлашиб келаётган машина тагига ўзини ташлаш истаги пайдо бўладию, машина яқинлашганда бирдан қўрқиб кетиб орқага тисарилади. Баъзи беморларнинг миясига ўзига ёки бошқа бировга пичоқ санчишдек фикрлар келади ва шу ишни қилиб қўймай деб пичоққа яқин боришмайди ёки уни бекитиб қўйишади.

Миядан кетмайдиган фикрлар неврози ўз вақтида даволанганда барҳам топади. Баъзи ҳолларда эса бир неча ойгача ва ҳатто, бир қанча йилларгача чўзилиб кетиши мумкин. Ремиссия билан кузатиладиган хом хаёллар ҳам бўлади, яъни бемор бир неча ой яхши бўлиб юради ва кейин миядан кетмайдиган фикрлар яна пайдо бўлади.

Неврастения ва истерик невроздан фарқли ўлароқ, миядан кетмайдиган фикрлар сурункали кечишга мойил бўлади. Аксарият беморлар тузалиб кетганидан кейин ҳам хурсанд бўлиш ўрнига, яна ўша касаллик белгилари қачон пайдо бўлишини кутиб яшашади.

Назорат учун саволлар

1. Неврозга таъриф беринг, унинг қандай турларини биласиз?
2. Руҳий жароҳат деганда нимани тушунасиз?
3. Ҳозирги давр неврозининг ўзига хос хусусиятлари ҳақида сўзлаб беринг.
5. Неврастениянинг клиник кўринишларини сўзлаб беринг.
6. Истерик неврозга таъриф беринг.
7. Қандай истерик ҳолатларни биласиз?
8. Истерик синдромларни асаб тизимининг органик касалликларидан қандай фарқлаш мумкин?
9. Миядан кетмайдиган фикрларга таъриф беринг.

«Беморнинг руҳи тушмаган ва иштаҳаси сақланган бўлиши тузалиш учун яхши аломат».

Гиппократ

XIV БОБ. ПСИХОТЕРАПИЯ ВА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

14.1. Психотерапия

Психотерапия — қалбни, руҳни даволаш деган маънони англатади. Тиббиёт пайдо бўлибдики, психотерапия қўлланиб келинган. Психотерапия усуллари асли Шарқда кенг тарқалган бўлиб, беморларни даволашда кўп қўлланиладиган усуллардан бири бўлган.

Абу Али Ибн Сино, Абу Бакр ар-Розий, Исмоил Журжоний, Ал-Карвакий Хазораспий каби буюк алломалар ўзларининг даволаш усулларида гиёҳлардан ташқари, психотерапия усуллари ҳам қўллашган. Асаб-руҳий хасталиклар билан ётиб қолган беморлар уларнинг ташрифидан, улар ишлатган сўзлардан тузалиб оёққа туриб кетганлар. **Сўз буюк кучдир.** Психотерапиянинг асосий мақсади ҳам сўзни топиб ишлата билишдир. Сўзни беморларни даволашда ишлата олиш ҳам бир санъатдир. Сўз — инсон учун берилган олий неъматдир, бундан беморларни даволашда ўта билимдонлик билан фойдаланиш керак. Озгина эҳтиётсизлик аксинча натижа бериб қўйиши мумкин.

Психотерапия усули Европада XVII асрда веналик врач ва олим Месмер томонидан кенг қўллана бошланган. Тиббиётда беморларни даволашда гипноз усули XVIII–XIX асрларда Ж. Шарко, Ж. Бред, З. Фрейд, В.М. Бехтеревлар томонидан кенг қўлланилган. Неврология фанининг ривожланишига улкан ҳисса қўшган франциялик олим Ж. Шарко психотерапия усулини асаб касалликларини даволашда кенг қўллаган. Ҳар бир невропатолог Ж. Шаркони бир қанча ирсий-дегенератив касалликларни баён қилган муаллиф сифатида яхши билади. Бу олим Европада шу қадар машҳур бўлганки, ҳатто унга «неврозлар Наполеони» деб лақаб қўйишган. Ундан таълим олиш учун ёш олимлар (шу жумладан З. Фрейд ҳам) Парижга интилишган.

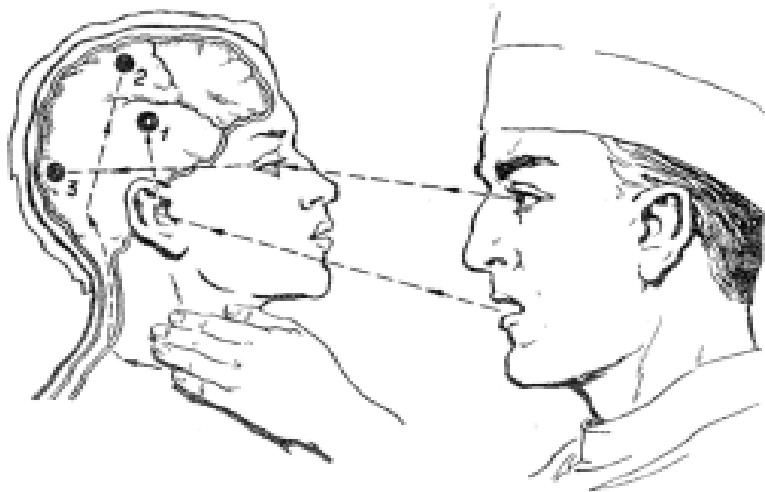
Психотерапия жараёни бемор ва врач психологиясининг асосий объектидир. Психотерапия ўтказаетган пайтда бемор-

нинг рухий ҳолатига, темпераментига, касалликни келтириб чиқарган сабабларга, организмнинг умумий аҳволига албатта эътибор қаратиш лозим.

Врач катта билимдонлик билан, беморнинг кўнглини оғритмасдан касаллик сабабларини аниқлаб олиши зарур. Бемор касаллик билан боғлиқ барча сирини докторга айтиб бера олиши керак. Психотерапия усули индивидуал бўлиши, ҳар бир бемор учун индивидуал тарзда ишлаб чиқилмоғи лозим. Беморнинг шахсини тўла ўрганиш психо-терапияда муваффақият қозонишнинг гаровидир. Бемор руҳига ижобий таъсир қилиш, ташхис қўйиш жараёнида бошланади. Даволашнинг муваффақиятли бўлиши врачнинг обрў-эътиборини оширади. Номи чиққан врачнинг психотерапевтик муолажалари муваффақиятли чиқади. Психотерапиянинг яна бир афзал томонларидан бири унга бўлган ишонч ва ихлосдир. Психотерапевтик муолажалар касалнинг оғир-енгиллигига қараб, касаллик анамнезини чуқур эгаллаган ҳолда узоқ ёки қисқа вақт давом эттирилиши мумкин. Даволаш муолажаларининг чўзилиб кетиши, бир хил бўлиб қолиши ёки «сизни узоқ вақт даволашга тўғри келади» қабилдаги гаплар ижобий натижаларни йўққа чиқариши мумкин.

Бу ерда 3. Фрейднинг ҳанузгача баҳс ва мунозараларга сабабчи бўлиб келаётган сўзларини келтирамиз: «Натижаси қандай тугашидан қатъий назар, даволаш жараёни олдиндан белгиланган пайтда тугатилиши керак». Демак, даволаш муддати олдиндан белгиланиши ва буни бемор билиши зарур.

Беморни даволашда гипноз, уқтириш, тушунтириш ва ишонтириш усулларини қўллаш зарур. Чунки шундай ҳолатлар бўладики, бемор докторнинг кучига ишонади, лекин ўзининг соғайиб кетишига ишонмайди, касалини тузалмас, оғир деб миясига сингдиради. Бу, айниқса, неврозлар учун жуда хосдир. Дард туфайли бемор ўз ишидан, бола-чақасидан, хотинидан ва қариндош-уруғларидан, тинимсиз давом этаётган даволаш усулларидан безган бўлади. Бундай пайтларда нейрофизиологлар таъбири билан айтганда бош мия катта ярим шарларининг пўстлоғида инерт қўзғалиш пайдо бўлади. Бу ўчоқни «парчалаб» юборишгина беморни касаллик белгиларидан халос қилиши мумкин.



36-расм. Гипноз. Гипноз пайтида сўз орқали таъсир қилиш нутқ марказларини (1), силаш - сезги марказларини (2), кўз билан боқиш - кўрув марказларини (3) тормозлайди ва беморнинг гипнотик уйқуга кетиши осонлашади.

Психотерапия бир нечта беморларни тўплаган ҳолда ҳам олиб борилади. В.М. Бехтерев беморларни тўплаб, гипноз ўтказишнинг аҳамияти тўғрисида шундай деган эди: «Кўпчилик билан сеанс ўтказиш пайтида беморлар гипнозни бир-бирига юқтиришади ва унинг таъсир кучи янада ошади. Беморни гипноз усули билан даволамоқчи бўлган врач бемор шикоятларини айтаётганда нималарни кўп такрорлаётганига аҳамият бериши ва бундан фойдаланиши керак». Гипнотерапия пайтида «бўртиб» турган белгиларга эътибор бериш жоиз. Гипноз ўтказётган врач беморга **силаш, кўз ва сўз** орқали таъсир қилса, мия пўстлоғида жойлашган учта марказни (сезги, кўрув ва эшитув марказларини) тормозлаш имконига эга бўлади (36-расм). Бу тормозланиш пўстлоғнинг барча соҳаларига тарқалади ва бемор гипнотик уйқуга кетади.

Психотерапевтик тажрибаси бўлмаган врач беморни даволашда қийналади, айниқса невроз билан касалланган беморда психосоматик белгилар кузатилса, диагноз қўйиш ҳам анча мушкуллашади. Бу ерда невропатологлар ҳам, терапевтлар ҳам бир хил муаммога дуч келишади. Масалан,

беморга унинг шикоятларига қараб (махсус текширишлар ўтказилмасдан) «ошқозон яраси касаллиги» ташхиси қўйилади. У бу касаллик билан 10 йилдан буён оғриydi. Қориндаги оғриқлар сиқилганда кучайиб, тинчланганда камайса, овқат режимига боғлиқ бўлмаса, ташхиснинг тўғрилиги албатта гумон уйғотади. Кучли оғриқ билан кечиb, 10 йиллаб давом этадиган «ошқозон яраси касаллиги» бирон-бир асорат бериши гастроэнтеролог ва жарроҳларга аён, албатта. Демак, бу ўринда беморга махсус текширишлардан кейин ва «ошқозон яра касаллиги» ташхисини инкор қилгандан кейин, врач беморни психологик усуллардан фойдаланган ҳолда даволаши лозим. Бу иш билан фақат невропатолог ёки психоневролог шуғулланиши шарт эмас, албатта.

Ўзига тааллуқли бўлмаган беморни «сизда невроз бор, энди невропатологда даволанинг» деб беморни доктордан-докторга юборавериш ёмон натижаларга олиб келиши мумкин. Қолаверса, неврозга чалинган беморга барча мутахассисдаги врачлар дастлабки ёрдамни кўрсата олишлари керак. Иложи борича беморни даволайдиган врачлар сони кам бўлиши мақсадга мувофиқдир. Бу ҳақда машҳур врач Х.Ф. Гуфелянд (1762—1836) шундай деган эди. «Битта врач даволаса яхши, иккитасига ҳам чидаса бўлади, лекин учтаси — бу даҳшат!» Бу билан у касални даволовчи врачлар ҳадеб кўпаяверса беморнинг тузалиши қийинлашади, демоқчи. Докторларни маслаҳатга чақириш мумкин, лекин даволовчи врач битта бўлмоғи керак.

Психотерапевтик муолажалар фармакотерапия, физиотерапия ва даволаш гимнастикалари билан олиб борилса, натижаси янада самаралироқ бўлади. Бу борада касаллик анамнезини йиғишга ҳам катта эътибор қаратиш лозим. Тўла йиғилган анамнез — ярим даво деб бежиз айтишмаган. Баъзан бемор шифохонада неча кун ётса, шунча кун анамнез йиғиш билан ўтади, натижада диагноз ҳам, даволаш ҳам ҳадеб ўзгартирилаверади. Бу, албатта, беморнинг асабига тегади. Даволовчи врач тўплаган анамнез доцентни, у йиққан анамнез профессорни қониқтирмайди ва ҳоказо. Анамнез йиғиш бошқа, уни таҳлил қилиш бошқадир. Масалан, бемор ўзи куйиб-пишиб га-

пираётган белги ташхис учун аҳамиятсиз бўлиб, касалнинг жигига тегаётган бир симптом бўлиши мумкин, холос. Врач ташхис қўяётганда баъзан субъектив симптомларнинг қули бўлиб қолади. *Бундай симптомлар тунда буталар орасидаги шарпага ўхшайди. Шарпа эшитиладди, одам қўрқади, қочади ёки бекиниб олади. Аслида шарпанинг сабабчиси – эсиб турган бегуноҳ шамолдир.* Касалликнинг объектив белгиларига катта аҳамият бериш лозим. Ҳар бир субъектив ва объектив белги танқидий таҳлил қилиниши керак, ана шунда хатога йўл қўйилмайди.

Ятрогениялар ҳам айнан мана шу сабаблар натижасида пайдо бўлади. **Ятрогения** деб, врач ёки бошқа тиббиёт ходимининг беҳосдан айтиб қўйган сўзидан ёки ташхисдан беморнинг аҳволи оғирлашишига айтилади. Бунинг оқибатида ятропатиялар ривожланади. **Ятропатия** – бу тиббиёт ходимининг эҳтиётсизлиги туфайли беморда ривожланадиган симптом ёки синдромлардир. Масалан, уколдан кейин беморнинг қўли ёки оёғи «ишламай» қолиши, врач беморнинг юрагидаги функционал шовқинни «юрак иллати» ҳисобига деб хулоса чиқариши ва ҳоказо.

Баъзан, врач томонидан олиб борилаётган тўғри даволаш муолажалари таъсири беморнинг яқинларини қониқтирмаслиги мумкин. Баъзан сурункали касалликдан азият чекаётган бемор докторнинг сўзларидан кўра, бошқа бировларнинг гапларига қулоқ солиши ҳам мумкин. Шундай ҳоллар бўладики, тажрибали, обрўли доктор тавсия қилган дорини, дейлик, трамвай ҳайдовчиси: «Э, бу дори бўлмайди, менинг аммамга беришувди, таъсир қилмади» деса, бемор шу дорини сотиб олмасдан, докторнинг олдига бошқа дори ёзиб беришларини сўраб қайтиб келади. Беморни даволаётган пайтда врач бу вазиятларни ҳам кўзда тутиши, беморнинг яқинлари, танишбилишлари билан ҳам мулоқотда бўлиб туриши керак. Беморларда психотерапевтик муолажалар ўтказаетган пайтда ўз-ўзини бошқариш ҳиссини уйғота билиш керак. Улардаги ишончсизликни ишонч ва ихлос туйғулари билан, ёлғизликка интилишни одамларга, жамоага интилиш

ҳисси билан ўзгартириш врачнинг бурчидир. Бу муаммоларни ҳал қилмасдан туриб психотерапевтик натижа олиш анча мушкулдир. Психотерапевтик усуллар психотроп дориларни қўллаб олиб борилса, даволаш янада мувафаққиятли кечади.

14.2. Психофармакотерапия

Психоген бузилишларни фармакологик дориларни ишлатиб даволашга **психофармакотерапия** дейилади. Психотерапия ва гипнотерапиянинг таъсирини кучайтириш учун турли психотроп дорилардан кенг фойдаланилади.

Психотроп дорилар психоген бузилишларни бартараф қилибгина қолмасдан, балки организмда кечадиган вегетатив жараёнларга, қон айланишига, юрак ва нафас олиш фаолиятига ҳам ижобий таъсир кўрсатади. Шунингдек, бу дорилар гастроинтестинал, урологик ва жинсий бузилишларга ҳам ижобий таъсир кўрсатади. Демак, функционал бузилишларни даволаш учун ишлатиладиган психотроп дорилар бутун бир организмнинг фаолиятини яхшилайти. Шунинг учун ҳам психотроп дорилар турли хил функционал бузилишларни даволашда кенг қўлланилади. Фақат уларнинг дозаларини эҳтиёткорлик билан аниқлаб, беморларга тавсия қилиш зарур.

Баъзан битта симптомни йўқотиш ёки унинг белгиларини камайтириш учун бир қанча даволаш усулларини қўллашга тўғри келади. Масалан, оғриқни камайтириш учун ишлатиладиган воситалар 37-расмда келтирилган.

Психотроп дориларга нималар киради? Турли касалликларда психоген бузилишларни даволашда ишлатиладиган ва руҳий жараёнларга таъсир қилувчи доривор моддаларга **психотроп дорилар** дейилади. Дастлабки психотроп дорилар XX асрнинг 50-йилларида ишлаб чиқарила бошланган. Бу давргача бу тоифадаги дорилар жуда кам бўлиб, уларнинг таъсир кучи паст бўлган. У даврда кофеин, коразол, бром ва валериан воситалари кенг қўлланилган.

1957 йили дастлабки антидепрессант (имипрамин) кашф қилинди ва психоневрологик синдромларни даволашда кенг



37-расм. Оғриқни қолдириш учун қўлланиладиган воситалар ва усуллар.

қўллана бошланди. Кейинчалик, яъни 70-йилларнинг бошида **пирацетам** кашф қилинди. Бу дастлабки ноотроп дори психотроп дорилар таркибига киритилди ва унинг руҳий функцияларга ижобий таъсири аниқланди. Шундай қилиб, фармакологиянинг катта бир бўлими яратилди ва унга **психофармакология** деб ном берилди.

1966 йили Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти психотроп дориларнинг қуйидаги таснифини таклиф қилди:

- а) антидепрессантлар;
- б) нейролептиклар;
- в) транквилизаторлар;
- г) седатив дорилар;
- д) ноотроп дорилар;
- е) психостимуляторлар.

14.2.1. Антидепрессантлар

Антидепрессантлар тасодифан кашф қилинди. 1957 йили сил касаллигига қарши ишлаб чиқарилган дорилардан бирини қабул қилган беморларда эйфория ҳолати кузатилган. Бу дорини руҳий касалларга бериб синаб кўришганда, унинг депрессияни камайтириш хусусияти аниқланган.

Бу дорининг кимёвий номи 2-Изопропил-1- изоникотиноилгидразин. Уни қисқартириб «ипрониазид» деб аташади. Кейинчалик бошқа бир дорининг антидепрессив хусусияти аниқланади. Бу дори «имипрамин» деб номланади. Бу кашфиётлардан кейин олимлар янги антидепрессантлар устида иш олиб боришади ва уларнинг янги турларини яратишади. Антидепрессантлар бош миёдаги психик жараёнларга мураккаб таъсир кўрсатади. Улар бош миёдаги норадренергик ва серотонинергик системаларга таъсир қилиб нейронлардаги қўзғалиш ва тормозланиш жараёнларини мувофиқлаштиради. Уларнинг аксарияти MAO ингибитори ва трициклик антидепрессантлардир. Антидепрессантлар марказий асаб тизимининг барча структуралари орасидаги функционал боғланишларни тиклайди.

Барча антидепрессантлар учун хос бўлган хусусият уларнинг тимолептик таъсиридир, яъни улар беморлар кайфиятини ошириб аффектив бузилишларни камайтиради. Баъзи антидепрессантлар (золофт, ксанакс ва ҳ.к) анксиолитик таъсирга ҳам эга.

Дастлаб антидепрессантлар фақат психиатрия амалиётида кенг тавсия қилинган бўлса, ҳозирги даврда антидепрессантлардан психосоматик синдромларни даволашда ҳам кенг фойдаланилади ва бу дориларни махсус рецептлар орқали терапевтлар ҳам тавсия қилади. Айниқса кардионеврозларни, кардиофобик синдромларни, психоген абдоминалгияларни ва бошқа соматоген депрессияларни даволашда антидепрессантлар кенг тавсия қилинмоқда. Антидепрессантларни тавсия қилишнинг ўзига хос қоидалари мавжуд. Сурункали психоген бузилишларни даволашда барча антидепрессантлар дастлаб паст дозаларда буюрилади ва ҳар икки-уч кунда уларнинг дозаси ошириб борилади. Антидепрессантларнинг терапевтик таъсири 5—7 кунлардан кейин кўзга ташлана бошлайди. Уларнинг кеч таъсир қила бошлашини нейромедиаторларнинг синапсларда аста-секин тўпланиши ва рецепторлар сезувчанлик даражасининг ўзгариши билан боғлашади.

Баъзи антидепрессантлар (амитриптилин) каттароқ дозаларда кардиотоксик таъсир кўрсатади. Антидепрессантлар глаукома, оғир юрак-қон томир касалликлари, простата аденомаси ва сийдик пуфаги атониясида тавсия қилинмайди. Ҳомиладорлик ва бола эмизиш давларида баъзи антидепрессантлар буюрилмайди ёки заруратга қараб кам миқдорда тавсия қилинади.

14.2.2. Нейролептиклар

«Нейролептиклар» атамаси 1967 йили таклиф қилинган. Дастлаб оғир психозларни даволашда ишлатиладиган бу доривор воситалар **нейролептиклар** деб атала бошланди. Кўпчилик давлатларда «нейролептиклар» ўрнига «антипсихотик воситалар» атамаси қўлланилади. Чунки нейролептик синдромдорининг терапевтик таъсирини эмас, балки унинг асоратини акс эттиради. Бугунги кунда кўпчилик фармацевтик компаниялар ноҳўя таъсири кам ифодаланган антипсихотик воситалар устида иш олиб бормоқдалар.

Нейролептикларга аминазин, галоперидол, дроперидол, френолон, трифтазин каби дорилар киради. Уларнинг тури жуда кўп бўлиб, асосан психиатрияда қўлланилади. Бу дориларнинг энг кўп тарқалган ноҳўя таъсири турли даражада ифодаланган **экстрапирамидал бузилишлардир**. Шунинг учун ҳам нейролептиклар тавсия қилинган беморларга экстрапирамидал бузилишларнинг олдини олувчи дорилар (циклодол, паркопан) буюрилади. Психосоматик синдромларни даволашда нейролептиклар деярли тавсия қилинмайди. Лекин шу гуруҳга кирувчи эглонил экстрапирамидал бузилишларни кам чақирганлиги учун психосоматик бузилишларни даволашда кенг тавсия қилинади. Нейролептикларни қабул қилган беморларда психомотор ва аффектив реакциялар пасаяди, қарахтлик пайдо бўлади, улар уйқусира бошлайди. Бу дорилар ухлатувчи ва седатив дориларнинг кучини оширади.

14.2.3. Транквилизаторлар

«Транквилизаторлар» атамаси лотинчадан *tranquillo*—*are*, яъни **тинчлантираман**, деган маънони англатади. 1957 йили асосан неврозларни даволашда ишлатиладиган тинчлантирувчи хусу-

сиятга эга бўлган дорилар **транквилизаторлар** деб атала бошланди. Бу дорилар неврозларда кўп учрайдиган хавотир, қўрқув ва асабийлашишларни йўқотади. Нейролептиклардан фарқли ўлароқ, транквилизаторлар кучли антипсихотик таъсирга эга эмас ва экстрапирамидал бузилишларга олиб келмайди.

Транквилизаторлар «анксиолитиклар», яъни қўрқув ва хавотирни оловчи дорилар деб ҳам аталади. Ҳақиқатан ҳам транквилизаторлар дастлаб қўрқув ва хавотирланишни пасайтиради. Лекин улар нафақат анксиолитик таъсирга, балки ухлатувчи, тутқаноқ хуружларини ва мушаклар тонусини пасайтирувчи хусусиятларга ҳам эга. Транквилизаторлар беморларга нейролептиклар ёки анальгетиклар билан бирга берилса, психоневрологик синдромларда кузатиладиган турғун оғриқларга кучли таъсир кўрсатади. Транквилизаторлардан гипнотик сеансларни ўтказаятганда ҳам фойдаланиш мумкин.

Бугунги кунгача транквилизаторларнинг таъсир қилиш механизми тўлалигача ўрганилмаган. Бу дорилар лимбик системанинг қўзғалувчанлигини пасайтиради, бош мия катта ярим шарлари пўстлоғида тормозланиш жараёнига таъсир кўрсатади. Улар бош миянинг норадренергик, серотонинергик ва дофаминергик системаларига ҳам таъсир қилади. Транквилизаторлар полисинаптик спинал рефлексларга тормозловчи таъсир кўрсатиши ҳисобига мушаклар тонусини пасайтиради.

Транквилизаторлар руҳий касалликларда кузатиладиган галлюцинациялар, алаҳсирашлар, аффектив, фобик ва ипохондрик бузилишларни йўқота олмайди ёки вақтинча пасайтиради. Транквилизаторларни тавсия қилишда психопатологик симптомларнинг турига ва улар куннинг қайси ярмида пайдо бўлишига ҳам эътибор қаратиш лозим. Лекин баъзи дорилар (масалан, седуксен) неврознинг турли клиник кўринишларини бир хил пасайтириши мумкин ёки бироз каттароқ миқдорда тавсия қилинган бошқа транквилизаторларнинг ҳам таъсир доираси кенгдир.

Транквилизаторларга элениум, седуксен, феназепам, тазапам, рудотель, мепробамат, мебикар, триоксазин, грандаксин каби дорилар киради. Бу дориларнинг синонимлари жуда кўп бўлиб (баъзан 20 тага етади), уларнинг номланиши қайси фирма томонидан ишлаб чиқарилганлигига боғлиқ.

14.2.4. Седатив дорилар

Седатив дорилар (sedatio – тинчланиш) психоневрологик касалликларни даволашда кенг қўлланилади. Транквилизаторларга қараганда седатив дорилар кўрқув ва хавотирланишга камроқ таъсир кўрсатади. Улар мушаклар тонусига кам таъсир кўрсатади, координацияни кам бузади. Лекин кундалик миқдори ошиб кетса, уйқучанлик ва бўшашиш кузатилиши мумкин. Седатив дорилар тормозланиш жараёнини кучайтириб, кўзғалиш жараёнини пасайтириб, марказий асаб тизимининг фаолиятини бошқаради ва невротик белгиларни пасайтиради.

Седатив дорилар анальгетиклар ва бошқа психотроп дориларнинг таъсир кучини оширади. Седатив дориларга асосан ўсимликлардан тайёрланган турли доривор воситалар киради. Булар валериан экстракти, новопассит, корвалол, валокардин, натрий бромид, калий бромид, бромкамфора ва ҳоказо.

14.2.5. Ноотроп дорилар

«Ноотроп» атамаси 1972 йили пирацетамни кашф қилган олим К. Жиуржеа томонидан таклиф этилган. Шу йилдан бошлаб миянинг интегратив функциясини, хотира ва диққатни яхшиловчи, ақлий фаолиятни тикловчи дорилар **ноотроплар** деб атала бошланди. Ноотропларнинг олий руҳий функцияларга ижобий таъсирини эътиборга олиб, улар психотроп дорилар гуруҳига киргизилди. Кейинчалик янги ва янги ноотроп дорилар ишлаб чиқила бошланди ва уларнинг номланиши ҳам ўзгарди. Ноотропларнинг аксарияти ҳозирги кунда **церебропротектор, нейропротектор, нейротроп дорилар** деб ҳам аталади.

Фармакологик хусусияти бўйича ноотроплар бошқа психотроп дорилардан фарқ қилади. Улар кучли ифодаланган седатив таъсирга эга эмас. Ноотроплар бош мияда нейронлараро ўтказувчанликни осонлаштиради, иккала ярим шар орасидаги функционал бузилишларни тиклайди, интегратив жараёнларни яхшилади, ретикуляр формациянинг фаолиятини кучайтиради. Шунингдек, бу дорилар марказий нейронлардаги энергетик жараёнларни, ишемияга учраган асаб тўқималарининг глюкоза ва кислород билан таъминланишини

яхшилаиди. Ноотроплар марказий нейронлардаги бир қатор метаболик жараёнларни фаоллаштиради. Бунинг натижасида интеллектуал ва мнестик функциялар фаоллашади.

Ноотропларнинг антигипоксик ва метаболик таъсири бу дориларни бош миянинг деярли барча касалликларида кенг қўллашга йўл очиб берди. Бу дориларнинг бош мияда қон айланишини яхшилаш хусусияти уларнинг иккиламчи таъсиридир. Ноотропларнинг яна бир ижобий хусусияти уларнинг заҳарли таъсирининг ўта пастлигидадир. Бу хусусият экспериментал шароитларда ўрганилган ва тасдиқланган. Клиник тиббиётда ҳам пирацетам ва унинг аналогларидан заҳарланишлар деярли қайд қилинмаган.

Ноотропларнинг таъсир механизмлари ҳам батафсил ўрганилмаган. Улар бош мия нейронларига таъсир қилади, лекин спинал нейронларга таъсир кўрсатмайди. Шунинг учун ноотропларни орқа мия касалликларида тавсия қилиш бефойдадир. Ноотроплар антидепрессантларнинг таъсир кучини оширади. Шунинг учун ҳам уларни депрессияларни даволашда кенг қўлласа бўлади. Соматовегетатив, невротик ва психосоматик синдромларда ҳам ноотроплардан фойдаланиш самарали натижалар беради. Ноотропларнинг юрак ишемик касалликларида ҳам фойдали таъсири ҳақида маълумотлар бор. Ноотроплар психоген ва ишемик кардиалгияларда ҳам фойдали воситадир. Бу дорилар болаларда учрайдиган ақлий заифликни даволашда ҳам кенг тавсия қилинади. Марказий асаб тизимининг турли заҳарланишларида (спиртли ичимликлар, морфин, барбитуратлардан) учрайдиган делириялар, абстинент синдромларда пирацетамни парентерал юбориш заҳарли моддаларнинг нейронларга салбий таъсирини пасайтиради. Сурункали алкоголизмда ноотропларни узоқ вақт тавсия қилиш руҳий бузилишларнинг олдини олади.

Ноотроп дориларнинг вакиллари жуда кўпдир: пирацетам (ноотропил), аминалон, фенибут, пантогам, энцефабол, сермион ва ҳоказо.

14.2.6. Психостимуляторлар

Бош мияда руҳий жараёнларни фаоллаштирувчи доривор воситаларга **психостимуляторлар** деб аталади. Улар нафақат

руҳий, балки жисмоний фаолиятни ҳам кучайтиради. Бу дориларнинг яққол вакиллари кофеин, сиднокарб, фенамин ва уларнинг аналогларидир (кофицил, кофетамин, цитрамон). Психостимуляторлар асаб тизимини тетиклаштиради, уйқучанликни, кам ҳаракатчанликни йўқотади. Шунинг учун ҳам бу дорилар апатия, гипотония ва адинамия билан кечувчи **психоастенияларда** тавсия қилинади. Ушбу касалликларда кузатиладиган бош оғриқларни пасайтиради. Психостимуляторлар гиперстеник неврастенияда ва қўзғалувчи психозларда берилмайди, шунингдек, уйқудан олдин тавсия қилинмайди. Бу дориларни куннинг биринчи ярмида тавсия қилган маъқул.

Энди психофармакотерапия усуллари ҳақида сўз юритамиз ва психоген бузилишларни даволашда самарали бўлган баъзи доривор воситаларга таъриф келтирамиз. Психофармакотерапия усуллари турлича бўлиб, уларни шартли равишда **2 турга** бўлиш мумкин:

1) **Монотерапия усули**, яъни фақат битта психотроп дорини тавсия қилиш. Бунинг учун касалликнинг патогенези, клиник кўринишлари чуқур ўрганилиб, комплекс таъсирга эга бўлган битта дори танлаб олинади ва беморга буюрилади.

2) **Политерапия усули**, яъни руҳий бузилишларни даволаш учун иккита ёки ундан кўп психотроп дориларни тавсия қилиш. Масалан, транквилизатор, ноотроп ва антидепрессант.

Даволаш жараёнида бу иккала усулнинг ножўя таъсирлари, дорини (дориларни) истеъмол қилишнинг давомийлиги, зарур пайтларда тавсия қилинган дорини бошқа дорилар билан алмаштириш режаларини олдиндан ҳал қилиш керак.

Энди психотроп дорилар билан танишиб чиқамиз.

Золофт. Антидепрессант. Турли этиологияли депрессив синдромларни ва хавотирли ҳолатларни камайтиради ва йўқотади. Золофт руҳий касалликларни, яъни маниакал-депрессив синдромларни даволашда ҳам кенг қўлланилади. Бу дори психосоматик синдромларда кузатиладиган турли кардиовисцерал бузилишларни, қўрқувни камайтиради ва ухлаш жараёнини яхшилайти. Золофтнинг ножўя таъсирлари кам ифодаланган.

Золофтнинг кундалик терапевтик дозаси 50 мг. Унинг таъсири 7 кунлардан кейин максимал даражага етади, шундай

бўлса-да, бу дорини 14–28 кун мобайнида берган маъқул. Агар клиник ўзгаришлар рўй бермаса, золофтнинг кундалик дозаси оз-оздан 200 мг гача оширилади. Касаллик белгилари тўла йўқолгандан кейин ҳам золофтни кам миқдорда (кунига 50 мг) истеъмол қилиб юриш депрессия ва хавотирланиш хуружлари қайта кўзғалишининг олдини олади.

Золофт 50, 100 ва 200 мг ли таблеткаларда ишлаб чиқарилади. Золофтни ҳомиладор аёлларга кам миқдорда тавсия қилиш мумкин, эмизиш даврида эса буюрилмайди. Болаларда золофтнинг ноҳўя таъсири ўрганилмаган. Буйрак ва жигар етишмовчилигида эҳтиёт бўлиш зарур, бошқа антидепрессантлардаги каби спиртли ичимликлар билан бирга қабул қилмаслик керак. Золофт тавсия қилинган даврда MAO ингибиторлари буюрилмайди.

Новопассит. Бу дори турли доривор ўсимликлардан тайёрланган бўлиб, кучли тинчлантирувчи таъсирга эга. У хавотирланиш, ваҳима, қўрқув ва турли руҳий-ҳиссий зўриқишларни камайтиради ва йўқотади. Новопассит асаб бузилиши билан кечувчи барча касалликларда, шунингдек, психосоматик синдромларда кенг тавсия қилинади.

Новопассит ичиш учун кунига 1 таблетка ёки 1 чой қошиқдан (5 мл) 3 маҳал буюрилади. Заруратга қараб дорининг кундалик дозаси 2–3 баробарга оширилади. Новопассит эритмасини чой ёки турли шарбатларга қўшиб ичиш мумкин. Ошқозон-ичак бузилишлари бор беморларга бу дори овқат пайтида тавсия қилинади, бошқа пайтлари овқатдан олдин ичган маъқул. Новопассит таблетка (30 таблетка) ва эритма (100 мл ли флакон) кўринишида ишлаб чиқарилади.

Эглони. Антипсихотик таъсирга эга. Марказий нейронлардаги D2-допамин рецепторларини қамал ичига олади ва шу йўл билан бош мияда тормозланиш ва кўзғалиш жараёнларига таъсир кўрсатади. Эглонида нейрорептик ва антидепрессантларга хос хусусиятлар мавжуд, лекин улар кучли ифодаланмаган. Шунинг учун ҳам эглонили қабул қилган беморларда бошқа нейрорептикларга хос бўлган уйқусираш, координатор ва экстрапирамидал бузилишлар кузатилмайди. Бу дорининг антипсихотик таъсири унинг марказий асаб тизимига фаоллаштирувчи таъсири билан намоён бўлади. Эглонилининг бу хусусияти уни руҳий фаолиятнинг ўта пасайи-

ши билан кечувчи турли касалликларда, яъни руҳий, неврологик ва психосоматик касалликларда кенг қўллаш имкони беради. Эглонил аутизм, абулия, адинамия ва хулқ-атворнинг бузилишларини (айниқса болаларда) даволашда ҳам кенг қўлланилади. Эглонил ҳиқичоқни, кўнгил айнишини, бош айланишни, қусишни ҳам пасайтиради. Шунингдек, бу дори меъда ва ўн икки бармоқли ичакнинг яра касаллигида ҳам тавсия қилинади, лекин у антацид таъсирга эга эмас.

Эглонилни кунига 200 мг дан 1600 мг гача тавсия қилиш мумкин. Енгил психотик бузилишларда эглонил 1 таблеткадан (200 мг) 3 маҳал, оғир бузилишларда 2 таблеткадан (400 мг) 3–4 маҳал тавсия қилинади. Апатия ва адинамия билан кечувчи ўткир психозларда эглонил мушак орасига 100–800 мг юборилади. Сурункали психозларда ва психосоматик синдромларда бу дори 100–200 мг дан (2–4 капсула) узоқ вақт мобайнида (одатда 1 ой) берилади. Эглонилнинг болаларга тавсия қилинадиган кундалик дозаси тана оғирлигининг ҳар килограммига 5–10 мг дан тўғри келиши керак.

Эглонил психомотор кўзғалишларда, артериал қон босим баланд бўлган ҳолатларда, феохромоцитомда тавсия қилинмайди, ҳомиладорлик пайтида кам миқдорда берилади. Эглонилни узоқ давр мобайнида қабул қилиш экстрапирамидал бузилишларга олиб келиши мумкин. Бу бузилишлар дорини қабул қилишни тўхтатгандан кейин ўтиб кетади.

Эглонил капсулада 50 мг, таблеткада 200 мг, ампулада 2 мл (100 мг) дан ишлаб чиқарилади. Шунингдек, эглонилнинг 0,5% эритмаси 200 мл флаконда (1 чой қошиқда 5 мг) ишлаб чиқарилган.

Инстенон. Инстенон 3 та фаол моддадан иборат: *этамиван, гексабиндин* ва *этофиллин*. Шунинг учун ҳам бу дори бош миянинг фаолиятига, айтиқса қон айланишига комплекс таъсир кўрсатади. *Этамиван* мия устунда жойлашган ретикуляр формациянинг фаолиятини кучайтиради, бунинг натижасида пўстлоқ ва пўслоқ ости тузилмаларининг функционал активлиги ошади.

Гексабиндин нейронларнинг глюкоза ва кислороддан тўла фойдаланишини кучайтиради, уларнинг қувватини оширади. У шунингдек, бош мия ва юрак мушакларининг қон билан таъминланишини кучайтиради.

Этофиллин юракнинг минутли ҳажмини ошириш ҳисобига бош миянинг ишемия ва гипоксияга учраган соҳаларнинг қон томирларида перфузион босимни оширади. Бунинг натижасида бу соҳаларнинг қон билан таъминланиши ва метаболизми яхшиланади. Инстенон инсулт оқибатида ривожланадиган нутқ бузилишларини ҳам тиклайди (Ибодуллаев З.Р. 2002).

Инстеноннинг юқорида кўрсатилган хусусиятлари уни психоневрологик бузилишлар ва психосоматик синдромларни даволашда кенг қўллаш имконини яратади. Бизнинг амалиётда апатия билан кечувчи депрессив синдромлар, хотира ва нутқ бузилишлари, психоген астмалар ва кардиосенестопатик синдромларда инстенонни тавсия қилиб сезиларли натижаларга эришилди.

Психоневрологик бузилишлар ва психосоматик синдромларда 2 мл инстенон мушак орасига 10 кун мобайнида юборилади, кейин 1 таблеткадан кунига 2–3 маҳал буюрилади. Даволаш давомийлиги ўртача 20–30 кунни ташкил қилади. Инстенон кучли ривожланган мия ичи гипертензияларида, тутқаноқ касаллигида, геморрагик инсультларда тавсия қилинмайди. Ҳомиладорлик ва лактация даврида заруратга қараб буюрилади. Инстенон таблетка (30 ва 50 дона) ва ампула (2 мл) кўринишида ишлаб чиқарилади.

Ноотропил – ноотроп дориларнинг энг ёрқин намоёнда-сидир. Ноотропил нафақат неврологик касалликларни, балки руҳий бузилишларни даволашда ҳам кенг қўлланилади. Бу дорини барча ёшдаги (1 ёшдан бошлаб) беморларга тавсия қилиш мумкин, чунки ноотропилнинг заҳарли таъсири ўта пастдир. Ноотропил диққат, хотира, нутқ ва фикрлаш қобилиятини яхшилайди. Ноотропилни неврознинг барча турларини, яъни депрессия, астеник ҳолатлар, ипохондрик бузилишлар, фобик синдромларни даволашда самарали восита сифатида кенг тавсия қилиш мумкин. Ноотропил седатив дорилар ва антидепрессантлар таъсирини кучайтиради, шунинг учун ҳам у кучли ифодаланган депрессияларда кўшимча дори сифатида буюрилади. Ноотропил шизофрения ва бошқа руҳий касалликларни даволашда ҳам тавсия қилинади.

Сурункали алкоголизм ва наркоманияларда делирия ва абстинент ҳолатларини пасайтиришда ноотропил самарали

воситадир. Морфин, барбитуратлар ва спиртли ичимликлар билан заҳарланишларни бартараф қилишда ҳам ноотропил берилади.

Бош миядаги интегратив ва когнитив жараёнларга ижобий таъсири ноотропилни геронтологик касалликларни (Альцгеймер касаллиги, қарилик деменцияси) даволашда ҳам кенг қўллаш имконини беради.

Болаларда церебрастения, энцефалопатиялар, ақлий ривожланишдан орқада қолишлар, хулқ-атвор бузилишларини даволашда ҳам ноотропил тавсия қилинади. Ноотропилни бошқа психотроп дорилар билан бирга тавсия қилиш ҳам мумкин. Турли касалликларда ноотропилни тавсия қилиш дозалари 5-жадвалда келтирилган.

Ёш болаларга ноотропилни гранулалардан тайёрланган шарбат кўринишида бериш мумкин. Шарбатни тайёрлаш учун гранулалар қайнатилган ёки дистилланган сувда эритилади. Тайёрланган эритма 100 мл дан ошмаслиги керак. 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларга ўлчовли қошиқча (10 мл) билан кунига 3 маҳал берилади. Бу ёшдаги болалар учун кундалик доза 30–40 мл. 5–16 ёшгача ноотропил шарбати 20 мл дан кунига 3 маҳал буюрилади. Даволаш 3 ҳафтадан 2–6 ойгача давом эттирилади. Заруратга қараб 2–3 ойдан кейин даволаш такрорланади. Ўқиши паст ва хулқ-атвори ёмон болаларга (8–13 ёш) ноотропил таблеткаси 3,3 г ёки 8 мл 20 фоизли, 5 мл 33 фоизли эритмаси кунига 2 маҳал буюрилади. Даволаш 6 ойдан 1 йилгача давом эттирилади. Ноотропил овқатдан кейин буюрилади.

Оғир кечувчи депрессив синдромларда, делирия ва абстиненция ҳолатларида ноотропил кунига 2–4 г дан (10–20 мл) бошлаб, 4–6 г гача (20–30 мл) томир ичига юборилади. Ноотропилни 20 мл гача шприц орқали томирдан секин юбориш мумкин, ундан катта дозаларни физиологик эритмада томчилатиб юборган маъқул, акс ҳолда психомотор қўзғалиш кузатилиши мумкин. Ноотропил билан даволаш давомийлиги клиник белгиларнинг камайишига қараб врач томонидан белгиланади ва одатда 20–30 кунни ташкил қилади. Клиник симптомлар камайгандан ёки йўқолгандан кейин ноотропил яна 1–3 ой мобайнида (баъзан 6 ой) ичиш учун буюрилади. Бунинг учун ноотропил кунига 2,4 г дан 8 г гача

Ноотропил тавсия қилинадиган патологик ҳолатлар ва касалликлар

I асосий касалликлар ва ҳолатлар	I тиббий ёриш ва даволаш усуллари	Асосий касалликлар
Алкоголнинг таъсири остида бўлиш - оқсоқликнинг белгилари: ўрда ва ёки бошнинг аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши	1-2 а (5-10 й) / 1 а; 2-4 а (10-20 й) / 2 а; 6-8 а (30-40 й) / 3 а	10-20 ёр; ёшнинг 1,2га 41. 30-60 ёр (ёшнинг белгилари аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши)
Ўрда ва ёки бошнинг аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши	10-12 а (50-60 й) / 2 а; 4-6 а (20-30 й) / 3 а	14-21 ёр; 30 ёр ёшнинг 1,2га 4 м.
I тиббий ёриш ва даволаш усуллари	5-10 й / 1 а; 10-30 й / 2 а; 30-40 й / 3 а	10-20 ёр; ёшнинг 1,2га 4 м. Ёшнинг 30-60 ёр (ёшнинг белгилари аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши)
Алкоголнинг таъсири остида бўлиш ва бошнинг аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши	10-20 ёшнинг 30-40 й / 2 а; 30-40 й / 3 а	10-20 ёр; ёшнинг 1,2га 4 м. Ёшнинг 30-60 ёр (ёшнинг белгилари аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши)
I тиббий ёриш ва даволаш усуллари	10-20 й / 2 а; 30-40 й / 3 а	10-20 ёр; ёшнинг 1,2га 4 м. Ёшнинг 30-60 ёр (ёшнинг белгилари аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши)
Алкоголнинг таъсири остида бўлиш ва бошнинг аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши	10-20 й / 2 а; 30-40 й / 3 а	10-20 ёр; ёшнинг 1,2га 4 м. Ёшнинг 30-60 ёр (ёшнинг белгилари аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши)
Алкоголнинг таъсири остида бўлиш ва бошнинг аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши	10-20 й / 2 а; 30-40 й / 3 а	10-20 ёр; ёшнинг 1,2га 4 м. Ёшнинг 30-60 ёр (ёшнинг белгилари аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши)
Алкоголнинг таъсири остида бўлиш ва бошнинг аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши	10-20 й / 2 а; 30-40 й / 3 а	10-20 ёр; ёшнинг 1,2га 4 м. Ёшнинг 30-60 ёр (ёшнинг белгилари аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши)
Алкоголнинг таъсири остида бўлиш ва бошнинг аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши	10-20 й / 2 а; 30-40 й / 3 а	10-20 ёр; ёшнинг 1,2га 4 м. Ёшнинг 30-60 ёр (ёшнинг белгилари аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши)
Алкоголнинг таъсири остида бўлиш ва бошнинг аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши	10-20 й / 2 а; 30-40 й / 3 а	10-20 ёр; ёшнинг 1,2га 4 м. Ёшнинг 30-60 ёр (ёшнинг белгилари аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши)
Алкоголнинг таъсири остида бўлиш ва бошнинг аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши	10-20 й / 2 а; 30-40 й / 3 а	10-20 ёр; ёшнинг 1,2га 4 м. Ёшнинг 30-60 ёр (ёшнинг белгилари аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши)
Алкоголнинг таъсири остида бўлиш ва бошнинг аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши	10-20 й / 2 а; 30-40 й / 3 а	10-20 ёр; ёшнинг 1,2га 4 м. Ёшнинг 30-60 ёр (ёшнинг белгилари аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши)
Алкоголнинг таъсири остида бўлиш ва бошнинг аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши	10-20 й / 2 а; 30-40 й / 3 а	10-20 ёр; ёшнинг 1,2га 4 м. Ёшнинг 30-60 ёр (ёшнинг белгилари аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши)
Алкоголнинг таъсири остида бўлиш ва бошнинг аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши	10-20 й / 2 а; 30-40 й / 3 а	10-20 ёр; ёшнинг 1,2га 4 м. Ёшнинг 30-60 ёр (ёшнинг белгилари аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши)
Алкоголнинг таъсири остида бўлиш ва бошнинг аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши	10-20 й / 2 а; 30-40 й / 3 а	10-20 ёр; ёшнинг 1,2га 4 м. Ёшнинг 30-60 ёр (ёшнинг белгилари аста-секин қийинчилик билан қўйиб олиниши)

Эслатма: м – маҳал, м/о – мушак орасига, т/и – томир ичига, яъни вена. Жадвалда ноотропилни тавсия қилиш бўйича умумий кўрсатмалар келтирилган, холос. Врач уларни ўз хоҳишига, касаллик турига, даражасига ва мўъелик қилувчи ҳолатларга қараб ўзгартириши мумкин.

буюрилади. Кейин секин-аста камайтириб тўхтатилади. Кўзланган мақсадга эришиш учун ноотропилни кўрсатилган дозалардан кам миқдорда буюрмаслик керак.

Ноотропил одатда беморлар томонидан яхши қабул қилинади, чунки унинг ножўя таъсирлари жуда кам. Баъзан психомотор кўзғалишлар, жаҳлдорлик, уйқу бузилиши, ёши катта беморларда коронар етишмовчиликнинг кучайиши ва диспепсия белгилари кузатилади. Улар ноотропилнинг дозаси пасайтирилса ёки қабул қилиш тўхтатилса, ўтиб кетади.

Ноотропил тавсия қилишга монелик қилувчи ҳолатлар: ўткир буйрак етишмовчилиги, аллергия ҳолатлар, болаларда диарея.

Ноотропил ичиш учун 400 мг, 800 мг, 1200 мг капсула ва таблеткаларда, 20 фоизли 125 мл эритма ҳолида ишлаб чиқарилади. Парентерал юбориш учун 1 г (5 мл), 3 г (15 мл) миқдордаги ампулаларда ва 12 г (60 мл) флаконларда ЮСБ компанияси томонидан ишлаб чиқарилади.

Актовегин. Бу дори тўқималарда моддалар алмашинувини ва улардаги регенератив жараёнларни фаоллаштиради, уларнинг трофикасини яхшилади. Актовегин глюкоза ва кислороднинг транспортини кучайтиради, бунинг натижасида улар ҳужайраларда етарли даражада тўпланиб оқилона сарфланади. Бу жараёнлар АТФ метаболизмининг кучайиши билан кечади, АТФ эса ҳужайранинг асосий энергетик манбаи ҳисобланади. Актовегин тўқималарнинг қон билан таъминланишини ҳам яхшилади. Бу жараёнлар барча тўқималарда кечади. Шунинг учун ҳам актовегин асаб, юрак, ички аъзолар, тери касалликлари ва шунингдек, турли психосоматик синдромларда тўқималардаги регенератив жараёнларни фаоллаштириш учун қўлланилади.

Актовегин ичиш учун 1–2 дражедан кунига 3 маҳал овқатдан олдин буюрилади. Шунингдек, 2 ва 5 мл дан мушак орасига ёки томир ичига юборилади. Актовегин натрий хлор ва глюкозанинг физиологик эритмаларида 10, 20 ёки 50 мл миқдорда томир ичига томчилатиб ҳам юборилади. Баъзи ҳолатларда, яъни бош миянинг қон томир касалликларида, кучли трофик бузилишлар билан кечувчи касалликларда (диабет, куйиш, трофик яралар) 250 мл (1г) актовегин эритмаси ҳар кунни ёки кунора томир ичига томчилатиб юборилади. Акто-

вегин суртмаси теридаги трофик яраларни даволаш учун ишлатилади. Даволашнинг давомийлиги ва дорининг дозаси касаллик турига ва унинг оғир-енгиллигига қараб белгиланади. Одатда актовегинни 10–30 кун мобайнида қабул қилиш буюрилади. Актовегинни барча ёшдаги беморларга тавсия қилиш мумкин. Уни қўллашга монелик қилувчи ҳолатлар йўқ, шундай бўлса-да ҳомилалик ва болани эмизиш даврида тавсия этиш чекланган.

Актовегин қўйидаги кўринишларда ишлаб чиқарилади: драже 50 дона; инъекция учун 2, 5 ва 10 мл ампулалар.

Назорат учун саволлар

1. Психотерапия нима?
2. Гипноз усулини кимлар қўллашган?
3. Психотерапиянинг асосий воситалари нималардан иборат?
4. Х.Ф. Гуфелянд врачлар ҳақида нима деган?
5. Ятрогения ва ятропатия нима?
6. Психотроп дориларга нималар киради?
7. Антидепрессантлар қачон тавсия қилинади?
8. Нейролептикларга нималар киради?
9. Қандай транквилизаторларни биласиз?
10. Ноотропларга нималар киради?
11. Психостимуляторлар қачон тавсия қилинади?

XV БОБ. БЕМОРЛАР ПСИХОЛОГИЯСИНИ ТЕКШИРИШНИНГ УМУМИЙ ҚОНУН-ҚОИДАЛАРИ

Бугунги кунда тиббиётда ҳам, умумий психологияда ҳам беморларни (мижозларни) текшириш схемалари мавжуд, бироқ бизнинг мамлакатимизда беморлар психологиясини текшириш учун алоҳида касаллик тарихномаси ишлаб чиқилмаган. Бу мақсадда кўпинча руҳий беморларни текшириш учун ишлаб чиқилган тарихномалардан ёки умумий психологик текширувлардан фойдаланилади. Улар эса клиник психология талабларига тўла жавоб беравермайди. Шунинг учун ҳам барча тарихномаларни ўрганган ҳолда ва ўзимизнинг бир неча йиллик тажрибамиздан фойдаланиб тиббий-психологик текширувлар учун тарихнома ишлаб чиқдик ва у ушбу дарслиқда биринчи бор эълон қилинапти. Бугунги кунда тиббиёт институтини тугатаётган талаба тиббий-психологик текширувлар ўтказишга тайёirmi? Умуман олганда тиббий (клиник) психолог тиббий ва психологик илмга эга бўлиши зарур, чунки у беморлар билан ишлайди. Бунинг учун барча тиббиёт институтларида «педагогика ва психология», «клиник психология» курслари (кафедралари) мавжуд бўлиб, уларда психология фани чуқур ўргатилади. Бу кафедраларда психология фанининг тиббий фанларга асосланган ҳолда ўргатилиши бўлажак шифокорларнинг психология фанини ҳам мукамал эгаллашига катта имкон беради ва уларнинг тиббий психолог сифатида ишлашига шароит яратади. Шунингдек, тиббий психолог бошқа психологлардан фарқли ўлароқ, фармакологик дориларни ишлатиш ҳуқуқига ҳам эга. Тиббиётга алоқаси бўлмаган институтларни тугатган психологлар беморлар билан ишлаши учун тиббий илмга эга бўлиши зарур ёки беморлар билан ўтказиладиган муолажаларни врачлар билан ҳамкорликда амалга оширишлари керак.

Тиббий психологнинг беморлар билан ишлаши тиббий ва психологик этикани сақлаган ҳолда олиб борилади. Дастлаб беморнинг психологга ташрифи сабаблари аниқланади. Бунинг учун унга қуйидаги саволлар билан мурожаат қилиш

мумкин: «Сизни психологга мурожаат қилишга нима ундади?», «Сизни нима безовта қиляпти?», «Сизга қандай ёрдам керак?». Агар бемор яқинлари билан келган бўлса, аввал улар билан суҳбатни бошлаб, кейин бемор билан давом эттириш мумкин.

Беморнинг ташқи кўринишига катта эътибор қаратиш лозим: у ўзини қандай тутаяпти, эс-ҳуши жойидами, жисмоний камчиликлари ёки лат еган жойлари йўқми, қандай кийинган, ким билан келган?

Харакати координацияси, юриши, гавда тузилиши қандай, гиперкинезлар ёки фалажликлар йўқми? Беморнинг ҳистуйғулари ва хулқ-атвори қандай? Бу ерда беморни саволга кўмиб ташламаслик ва унга шикоятини тўла айтишга имкон бериш зарур. Қисқа суҳбатдан сўнг бемор гапиришни истамаса, аввал психологик тестлар ўтказиб, кейин унинг тестда белгилаган жавобларига қараб суҳбатни давом эттириш лозим. Бундай пайтларда қисқа тестлардан фойдаланган маъқул, масалан, Цунг, Спильбергер-Ханин ва темпераментни аниқловчи тестлар. Психологик тестлар орқали беморлардан жуда кўп маълумотларни йиғиб олиш мумкин. Баъзан бемор жуда сўзамол бўлади. Бундай пайтларда унинг нимани хоҳлаётганини билиб олиб, суҳбат йўналишини ўзгартириш зарур.

Суҳбат психологик ташхис учун жуда муҳимдир. Шунинг учун беморни зимдан кузатиб бориш лозим. Беморнинг нутқига ҳам катта эътибор қаратиш керак, чунки нутқнинг бузилиши ҳам жуда кўп (айниқса нейропсихологик) маълумотлар беради. Заруратга қараб беморни логопедга юбориш мумкин.

Баъзи беморлар (айниқса руҳий касалликка чалинганлар) эшикдаги «психолог» ёзувига кўзи тушиб, ҳузурингизга ташриф буюришни хуш кўришади. Уларни кўпроқ психолог ёрдами эмас, балки психологнинг унга нима дейиши қизиқтиради. Бундай беморлар иложи борица психиатрнинг махсус йўлланмаси билан ёки бўлмаса ёнида яқинлари билан келган тақдирда қабул қилиниши керак. Чунки улар психологни соатлаб эшитиб ўтиришлари мумкин, бироқ қабул тугагандан кейин берилган маслаҳатларга амал қилишлари ногумон. Баъзан беморларнинг руҳий касалга чалин-

ганлигини аниқлаш жуда қийин бўлади ёки психологик суҳбат чоғида сезилиб қолади. Бундай пайтларда беморга зарур маслаҳатлар бериб психиатрга юборилади.

Агар психиатрда даволаниб чиққан бемор йўлланма билан психолог қабулига ташриф буюрса (бундай беморлар асосан яқин қариндошлари билан келишади), уларнинг тарихномаси билан яхшилаб танишиб чиқиш, заруриятга қараб беморни даволаган психиатр билан боғланиш керак. Ҳақиқатан ҳам кўпчилик руҳий касалликларга чалинган беморлар психиатрлар тавсияси билан касалликнинг ремиссия даврида психологга юборилади.

Беморнинг дунёқарашини ўрганиш, қариндош-уруғларига, умр йўлдошига, ишига муносабатини ҳам бемордан сўраш ва бу маълумотнинг ҳақиқатга тўғри келишини унинг оила азоларидан билиб олиш керак.

Кўп ҳолларда бемордаги психологик бузилишлар улардаги неврологик ёки соматик касаллиги туфайли эмас, балки ишдаги ва оиладаги келишмовчиликлар ҳисобига кузатилади. Бундай пайтларда умумий психологик текширишлар ўтказишга ҳам тўғри келади. Ишдаги келишмовчиликлар кўпинча беморларнинг ўз имкониятларини ортиқча ёки паст баҳолаганликлари оқибатида келиб чиқади. Бу эса доимий стресс ҳолатларини юзага келтиради ва психосоматик касалликларнинг зўрайишига ҳам сабабчи бўлади. Бу ерда психолог беморнинг шу кунгача эришган ютуқларини унинг ўзидан сўраб билиб олиши ва унга катта ижобий баҳо бериши керак. Бу беморда ишга ва ҳаётга бўлган қизиқишини янада оширади ва у ўз имкониятларини тўғри баҳолай бошлайди. Бериладиган маслаҳатлар беморнинг имкониятлари доирасида бўлиши лозим.

Баъзан бемор бирор сурункали касалликка чалиниб, ундан узоқ вақт натижасиз даволаниб юрганига шикоят қилади. Бундай пайтларда беморнинг тарихномаси билан танишиб чиқилади ва даволаш мобайнида кузатилган ижобий ўзгаришларга (сезиларли бўлмаса-да) беморнинг диққати жалб этилади. Бу билан унинг соғайиб кетишига бўлган ишончи ва ихлоси тикланади. Шунинг учун ҳам беморлар

илоҳий жойларни зиёрат қилмоқчи ва табибларга ҳам учрамоқчи бўлса, бунга асло тўсқинлик қилмаслик керак.

Бемор аффектив ҳолатларга тушганми, ўзига ва бировларга ҳамла қилганми ва бу ҳолатлар қачон бўлганлигини аниқлаш ҳам ўта муҳимдир. Унинг ичкиликка, чекишга ва гиёҳванд моддаларга бўлган муносабатини ҳам аниқлаш зарур. Баъзи беморлар гиёҳванд моддалар истеъмол қилишини яширишга интилишса, бошқа бирлари айнан гиёҳвандликдан қутулиш учун ҳам психологга мурожаат қилиб келишади. Бундай беморларга иложи борича мутахассислар иштирокида ёрдам қилиш режасини тузиб чиқиш керак. Уларга айниқса психологнинг маслаҳатлари жуда қўл келади. Ҳозирги кунда гиёҳвандликни даволаш усуллариининг аксарияти психологик таъсирга асосланган.

Беморларнинг жинсий муаммолари тўғрисида ҳам маълумот йиғиш зарур. Айтиб ўтганимиздек, неврозларнинг келиб чиқишида жинсий бузилишларнинг аҳамияти жуда катта. Аниқланган психожинсий бузилишларни албатта баргаф қилиш ва заруратга қараб бу ишга психосексологларни жалб этиш лозим.

Хулоса қилиб айтганда, тиббий-психологик статусни текшириш қуйидаги масалаларни ўз олдига мақсад қилиб қўяди:

- 1) беморнинг психологга мурожаат қилишининг сабабларини аниқлаш;
- 2) тиббий ва психологик анамнезни тўплаш;
- 3) тиббий диагнозни аниқлаш (мутахассислар ёрдамида);
- 4) психологик диагнозни аниқлаш;
- 5) даволаш чораларини ишлаб чиқиш (психотерапия, психофармакотерапия ва ҳ.к.).

БЕМОРЛАР ПСИХОЛОГИК СТАТУСНИ ТЕКШИРИШ СХЕМАСИ

(тиббий-психологик анкета)

I. Умумий маълумотлар

Беморнинг исми, шарифи

Анкетанинг (тарихноманинг) рақами

Ёши

Жинси

Миллати

Оилавий аҳволи

Яшаш жойи

Маълумоти ва касби

Меҳнатга лаёқати

Чапақай, ўнақай ёки амбидекстр

Клиникага (поликлиникага) мурожаат қилган куни

Клиникада (поликлиникада) қўйилган тиббий диагноз (диагнозлар)

Психологга мурожаат қилган куни

Асосий шикоятлари

Беморнинг ҳаёт анамнези (илк болалик давридан бошлаб йиғилди, қандай тарбияланган, қандай муҳитда ўсган ва ҳ.к.) Беморнинг жинсий ҳаёти ва оилавий анамнези

Беморнинг тиббий анамнези (қандай касалликлар билан оғриган)

Беморнинг психологик анамнези

Беморнинг наслий анамнези

II. Ёрдамчи текширишлар ва бошқа мутахассислар хулосалари

(Бу текширишлар заруратга қараб психологик статусни текширишдан олдин ёки кейин ўтказилиши мумкин)

Лаборатор текширишлар (қон, сийдик ва ликвор), Электроэнцефалография

Психиатр

Невропатолог

Патопсихолог

Нейропсихолог

Терапевт

Сексопатолог

Бошқа мутахассислар

Психологик тестлар хулосаси

III. Беморнинг темпераменти

Сўхбат ёки психологик тестлар ёрдамида беморнинг қайси темперамент эгаси эканлиги аниқланади. Кейин хулосага сангвиник, холерик, флегматик ёки меланхолик деб ёзиб қўйилади.

IV. Беморнинг шахсини ва хулқ-атворини текшириш хулосалари

Беморнинг яқинлари ёрдамида ва унинг ўзидан илк болалигидан бошлаб хулқ-атворининг хусусиятлари ҳақида маълумот йиғилади. Яслида, мактабда, ўспиринлик даври, оила қургандан кейинги ҳаёти, ишда ва жамоада ўзини тутиши ҳар томонлама сўраб ўрганилади. Психологик тестлардан ҳам фойдаланилади.

Сўхбат ва тестлар ёрдамида беморнинг шахсига ва хулқ-атворига қуйидагича таъриф берилади: меҳрибон, худбин, мансабпараст, тошюрак, камтар, калондимоғ, хотиржам, интраверт, экстраверт ва ҳоказо.

V. Ҳиссиётни текшириш хулосалари

Сўхбат чоғида беморнинг мимикасига, ўзини тутишига, психологга ва атрофдагиларга бўлган муносабатига эътибор қаратилади. Кейин беморнинг ҳис-туйғуларига ва кайфиятига қуйидагича таъриф берилади: ҳаяжонланган, газабланган, хавотирда, кайфи чоғ, тушкунликка тушган, ваҳима босган. Шу ҳолатлар аниқлангандан кейин беморнинг ҳиссиёти тўғрисида (эйфория, дисфория, депрессия, аффект ва эмоционал амбивалент) хулосалар берилади. Хулосани янада ойдинлаштириш учун психологик тестлардан фойдаланиш мумкин.

VI. Сезги ва идрокни текшириш хулосалари

Сезги бузилишларини текшираётганда унинг органик (неврологик) ва истерик тусда эканлиги аниқланади. Иккала ҳолда ҳам сезгининг қуйидаги бузилишлари фарқ қилинади: моноанестезия, гемианестезия, гиперестезия, дизестезия, сенестопатиялар, каузалгия, оғриқлар (бошда, танада ва ички аъзолар соҳасида).

Идрок текширилганда қуйидаги патологик ҳолатларга эътибор қаратилади: иллюзиялар (хом хаёллар), галлюци-нациялар, анозогнозия, дереализация, деперсонализация.

VII. Ирода ва майлни текшириш хулосалари

Иродани текшираётганда мустаҳкам иродали, матонатли, мақсадга интилувчан, иккиланувчан, мустақил, журъатсиз деб белгиланади. Шунингдек, ирода ва майл бузилишларига таъриф беришда қуйидаги атамалардан ҳам фойдаланилади: абулия, гипобулия, гипербулия, дипсомания, дромомания, клептомания, мазохизм, садизм, анорексия, полифагия, полидипсия, гомосексуализм, суицидал майллар.

VIII. Нутқни текшириш хулосалари

Беморнинг нутқи тўғрисида маълумотлар сўхбат чоғида ёки махсус текширишлар орқали аниқланади. Нутқ-ни оддий ва мураккаб сўзларни такрорлатиб туриб ҳам текшириш мумкин. Нутқ бузилишларини нейропсихологик тестлар ёрдамида ҳам аниқлаш мумкин.

Агар беморда нутқнинг мураккаб бузилишлари кузатилса, уларни даволаш учун нейропсихолог ёки логопед ёрдами керак бўлади. Нутқнинг қуйидаги бузилишлари фарқланади: афазиялар (афферент мотор, эфферент мотор, сенсор, амнестик, семантик, динамик), соқовлик, дудуқланиш, дизартрия, дислалия.

IX. Диққат ва хотирани текшириш хулосалари

Диққатнинг баъзи хусусиятлари суҳбат чоғида ҳам аниқлаб олинади. Диққатнинг сақланган ёки бузилганлиги кўрсатилади. Амалиётда паришонхотир атамаси кўп ишлатилади. Шунингдек, диққатни текширувчи тестлардан (Крепелин, корректура синови ва шу каби-лар) фойдаланиш мумкин.

Беморнинг диққати текшириб бўлингандан кейин ёки параллел ҳолда кундалик ва бўлиб ўтган воқеаларга бўлган хотираси текширилади: маъносиз (гул, қарға, ойна) сўзлардан иборат қисқа қаторни, қисқа ва узун жумлаларни, маталларни ёд олиш ва қайта эсга тушириш. Худди шу услубда кўриш хотираси (турли фотосуратлар кўрсатиб, бироздан кейин қайта таниш сўралади) ва ҳаракат хотираси текширилади (бемор қўли билан турли ҳаракатларни амалга оширади ва уларни бироздан сўнг такрорлаш сўралади). Эббингауз ва Лурья томонидан ишлаб чиқилган турли психологик тестлардан ҳам фойдаланиш мумкин.

Хотиранинг бошқа бузилишлари (ретроград, антероград, антеро-ретроград, конфабуляция, псевдореминисценция) ҳам теширилади.

X. Тафаккурни текшириш хулосалари

Тафаккурни текшираётганда унинг изчиллигига ва тезлигига эътибор қаратилади. Фикрлаш даражаси ёшига мос келади, дебиллик, имбециллик, идиотия, деменция деб хулоса ёзилади. Бу бузилишларни аниқлаш учун ҳикояларнинг мазмуни, кичик математик масалалар, тугалланмаган жумлалар, мақоллар маъноси ва тафаккур даражасини ифодаловчи психологик тестлардан (Коос кубикчалари, Бине-Симон, Векслер тестлари, тафаккур коэффициентини (IQ) аниқлаш) фойдаланилади.

XI. Онгни текшириш хулосалари

Онг бузилишининг шартли равишда нопсихотик ва психотик шакллари ажратилади: биринчисига обнубуляция, сом-ноленция, сопор ва кома, иккинчисига эса делирия, транс, аменция, сомнамбулия, амбулатор автоматизмлар, онейроид киради. Шунингдек, беморнинг онг даражасига таъриф бераётганда беморнинг эс-хуши жойида, вақт, жой ва вазиятни адаштирмаслигига, атрофдаги воқеаларни аниқравшан англашига эътибор берилади.

«Ўтган умримни таҳлил қилиб шунга амин бўлдимки, илм соҳасида ҳали ҳеч нарсани эгалламаган эканман».

Ибн Сино

ХУЛОСА

Беморларда психологик статус тўла текширилгандан кейин, олинган маълумотлар психологик тестлар, лаборатория натижалари ва бошқа мутахассислар хулосалари билан солиштирилади. Кейин беморга **тиббий-психологик ташхис** қўйилади. Масалан, беморда психосоматик бузилишлар аниқланса, диагнозни қуйидагича ифодалаш мумкин: «Психосоматик синдром, психоген кардиалгия». Демак, аввал касаллик ёки синдромни кўрсатиб, кейин унинг яққол ифодаланган белгиси ёзилади.

Диагноз тасдиқлангандан кейин даволаш чоралари белгиланади, прогноз аниқланади ва индивидуал психореабилитация режалари ишлаб чиқилади.

Х О Т И М А

Хурматли ўқувчи! Мана Сиз дарслик билан танишиб чиқдингиз. Ушбу дарслик тақризчилар (неврологлар, психологлар, терапевтлар, психиатрлар) томонидан билдирилган барча танқидий фикрларни эътиборга олиб тайёрланди. Шундай бўлса-да, дарслигимиз камчиликлардан ҳоли деган фикрдан йироқмиз. Китоб бўйича билдирилган мулоҳазаларнинг ҳар бирини ўрганиб чиқишга ҳаракат қиламиз. Бу дарсликни яратишда биз классик ва замонавий ўқув адабиётларидан, илмий мақолалардан, шахсий тажрибамиздан ва интернетдан олинган маълумотлардан фойдаландик. Дарслик тиббиёт институтлари талабалари, ўқитувчилари, умумий амалиёт шифокорлари, психологлар учун хизмат қилади, деган умиддамиз.

АТАМАЛАР ТАҲЛИЛИ

Абсанс — онгнинг ўта қисқа вақтга йўқолиши.

Аггравация — касаллик аломатларини ошириб кўрсатиш

Аграфия — ёзиш қобилиятининг бузилиши

Агрипния — уйқусизлик

Акалькулия — санаш, ҳисоблаш қобилиятининг бузилиши

Алексия — ўқиш қобилиятининг бузилиши

Амавроз — кўришнинг йўқолиши

Амнезия — хотиранинг йўқолиши

Анальгезия — оғриқ сезгисининг йўқолиши

Анестезия — сезгининг йўқолиши

Анорексия — иштаҳанинг йўқолиши

Аносмия — ҳид билишнинг йўқолиши

Антероград амнезия — касаллик бошлангандан кейин бўлган воқеаларни унутиб қўйиш

Апатия — жисмоний ва руҳий фаолиятнинг пасайиб кетиши

Апраксия — мақсадга йўналтирилган ҳаракатларни бажара олмаслик

Арефлексия — рефлексларнинг йўқолиши

Астазия-абазия — тик туrolмаслик, юролмаслик

Астения — руҳий қувватсизлик

Атаксия — ҳаракат координациясининг бузилиши, чайқалиб кетиш

Атония — мушаклар тонусининг йўқолиши

Аура — хабар берувчи

Аутизм — ўз дунёсига фарқ бўлиб кетиш, бировлар билан мулоқотга киришмаслик.

Афазия — нутқнинг бузилиши

Афония — товуш чиқмай қолиш

Аффект — ҳиссий портлаш

Булимия — иштаҳанинг ошиб кетиши

Васваса — ҳақиқатга тўғри келмайдиган хаёлларнинг пайдо бўлиши

Галлюцинациялар — атрофда йўқ бўлган объектларни бордек ҳис қилиш

Гемипарез — кўрув майдони ярмининг йўқолиши

Гемикрания (мигрень) — бошнинг ярим қисмининг оғриши

Гемипарез — тананинг ярим қисмида ҳаракатнинг пасайиши

Гемиплегия — тананинг ярим қисмида ҳаракатнинг йўқолиши
Гиперестезия — сезувчанликнинг кучайиб кетиши
Гиперкинез — танада кузатиладиган ихтиёрсиз ҳаракатлар
Гипестезия — сезгининг пасайиши
Гиперсомния — ҳаддан ташқари уйқуга берилиш
Гипноз — грекчадан — уйқу, ухлатиш дегани
Гипотония — тонуснинг пасайиши
Гомосексуализм — ўз жинсига тааллуқли кишилар билан жинсий яқинликка интилиш

Дебиллик — енгил даражадаги ақли заифлик
Деградация — шахснинг «парчаланиши», бузилиши
Дезориентация — ўзи жойлашган жойни, вақтни аниқлай олмаслик

Делирия — эс-хушнинг бузилиб, гўёки уйқуда ётгандек бўлиб қолиш, замон ва маконни билмай қолиш

Деменция — фикрлаш қобилиятининг пасайиши
Депрессия — кайфиятнинг пасайиб кетиши
Дипсомания — ичкиликка ружу қўйиш
Идиотия — юқори даражадаги туғма ақли заифлик
Иллюзия — атрофда мавжуд бўлган таъсиротни нотўғри идрок этиш

Имбециллик — ўртача даражадаги туғма ақли заифлик
Императив — буюрувчи, буйруқ берувчи
Импульсив — тўсатдан, бебабаб
Каталепсия — бир ҳолатда қотиб қолиш
Катамнез — бемор шифохонадан чиқарилгандан кейин унинг касаллиги ҳақида олинган маълумотлар

Каузальгия — ачиштирувчи, куйдирувчи кучли оғриқ.
Клептомания — ўзи учун зарур бўлмаган нарсаларни ўғирлашга интилиш

Климакс — жинсий безлар фаолиятининг сўниш даври
Кома — онгнинг кучли даражада бузилиши
Коммоция — миянинг чайқалиши
Конфабуляция — хотира бузилиши натижасида ёлғон сўзлаш
Летаргия — узоқ давом этадиган қаттиқ уйқу
Маниакал ҳолат — бўлар-бўлмасга кузатиладиган кайфи чоғлик
Меланхолия — беҳафсалалик, кайфи пастлик, бировга қарамлик
Моноплегия — бир қўл ёки оёқнинг фалажлиги
Мутизм — гапирмайдиган, гунг бўлиб қолиш

Нарколепсия – тўсатдан бошланадиган патологик уйқу

Наркомания – гиёҳванд моддаларга ружу қўйиш

Олигофрения – туғма ақли пастлик

Персеверация – беморнинг бирор ҳаракат, сўз ёки жумлани ҳадеб такрорлайвериши

Психастения – руҳий фаолиятнинг сусайиб кетиши

Психопатия – хулқ-атворнинг, шахснинг патологик кўриниши

Психотерапия – руҳий таъсир этиш йўли билан даволаш

Ремиссия – касаллик белгиларининг вақтинча йўқолиши

Ретроград амнезия – касалликдан олдин бўлиб ўтган воқеаларни эслай олмаслик

Садизм – бировга азоб бериш ҳисобига ҳирсни қондириш

Сенсор афазия – гапни, нутқни тушунмаслик

Симуляция – ўзини касал қилиб кўрсатиш

Синдром – симптомлар мажмуаси

Соматик – тана, танадаги

Ступор – ҳаракат қила олмаслик, қотиб қолиш

Суггестия – ишонтириш, сўз билан таъсир қилиш

Суицид – ўз жонига қасд қилиш

Сурдомутизм – кар-соқовлик

Фобиялар – ваҳима босиш, қўрқув

Эйфория – кайфи чоғлик, бўлар-бўлмасга кўтаринки кайфият

Эмоция – ҳиссиёт

Энурез – сийдик тутолмаслик

Ятрогения – тиббийёт ходимининг хатоси оқибатида беморда турли касаллик аломатларининг пайдо бўлиши

АДАБИЁТЛАР

1. **Абдуллаев А.А.** Очерки истории развития медицины в Хорезме. Т., 1980. 160 с.
2. **Абу Али Ибн Сино.** Тиб қонунлари. Х жилдди. Т., 2000.
3. **Визел Т.Г.** Основы нейропсихологии. М.: 2000.
4. **Гельмут К., Дженифер Б.** Гипнотерапия. М. 2002.
5. **Джудит Тодд, Артур К. Богарт.** Основы клинической и консультативной психологии. / Пер с англ. СПб 2001.
6. **Ибадуллаев З.Р.** Доминант ва субдоминант ярим шарларнинг ўткир ишемик зарарланишларида хотира бузилишининг нейропсихологик таҳлили // «Умумий амалиёт врачлари» журнали. 2001. 3. 71-74 б.
7. **Ибадуллаев З.Р., Асадуллаев М.М.** История нейропсихологических открытий (к 100-летию А.Р. Лурия)// Журнал Неврология. 2002. 1. С.48-51.
8. **Ибадуллаев З.Р.** Нейропсихологический анализ расстройства памяти при кровоизлияниях в область зрительного бугра // Журнал «Ученые записки» им. И.П.Павлова. 2002.2. С.125-127.
9. **Ибадуллаев З.Р.** Межполушарная функциональная асимметрия и нейропсихологические синдромы при церебральных инсультах, пути их коррекции. Дисс. ... докт. мед. наук. Т. 2005.
10. **Изард Е.Е.** Психология эмоций. – СПб.: Питер.М. 2000.
11. **Карвасарский Б.Д.** Клиническая психология. М., 1990.
12. **Каримова В.М.** Психология. Т., 2003.
13. **Лурия А.Р.** Основы нейропсихологии. М., 2002.
14. **Мажидов Н.М.** О нервной системе в трудах Абу Али ибн Сины / Журнал Неврология. 2001. 1. С.2-3
15. **Олимов Х.О., Олимов У.Х.** Психиатрия клиникасининг муқаддимаси. Т. 1997.
16. Под ред. **Дмитриевой Т.Б.** Клиническая психиатрия: Рук-во для врачей и студентов. М. 1999.
17. Под ред. **Корвасарского Б.Д.** Психотерапия. СПб.: Питер. 2000.
18. Под ред. **Сахакиан У. С.** Техника консультирования и психотерапия. Пер с англ. М.: 2000.
19. Под ред. **Хомской Е.Д., Ахутиной Т.В.** Международная конференция памяти А.Лурия: Сборник докладов. М.: 1998.

20. Под ред. **Яхно Н.Н., Штульмана Д.Р.** Болезни нервной системы: Рук-во для врачей. М.: 2001.
21. **Рубинштейн С.Л.** Основы общей психологии: В 2 т. — Спб.: Питер, 2002.
22. **Семенович А.В.** Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: 2002.
23. **Солсо К.** Когнитивная психология. М.:2002.
24. **Сукиасян С.Г.** Соматизированные психические нарушения // Журнал неврологии и психиатрии. 2001. 2. С. 57-61.
25. **Хомская Е.Д.** Нейропсихология. СПб.: Питер 2005. — 496 с.
26. **Хомская Е.Д. Батова Н.Я.** Мозг и эмоции. М.: МГУ, 1998.
27. **Хўжаева Н.И., Шоюсупова А.У.** Психиатрия. Тошкент. Ўқув адабиёти. 1995.
28. **Эргашев Ш.Б.** Абу Али Ибн Сино буюк мероси ва замонавий фан ютуқлари. Т., 2000.
29. **Қодиров А.А.** Тиббиёт тарихи. Т., 1994.
30. **Қосимов Э.Й.** Шифокорнинг нутқ маданияти ва бемор билан мулоқот санъати. Т. 2001.

МУНДАРИЖА

СЎЗ БОШИ	3
I БОБ. ТИББИЁТ ПСИХОЛОГИЯСИ ФАНИ, ВАЗИФАЛАРИ ВА ҚИСҚАЧА ТАРИХИ. МИЯ ВА РУҲИЙ ЖАРАЁНЛАР	
1.1. Фан ҳақида тушунча	4
1.2. Тиббиёт психологиясининг қисқача тарихи	5
1.3. Бола руҳияти шаклланишининг асосий босқичлари	22
1.4. Гиперактив синдром (Д.Р.Абдуллаева)	24
1.5. Олий нерв фаолияти ва психофизиологик жараёнларнинг шаклланиш босқичлари	27
1.6. Миянинг функционал системаси	41
II БОБ. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ АСОСЛАРИ	
2.1. Фан ҳақида тушунча ва унинг қисқача тарихи	50
2.2. Нейропсихологик синдромлар	53
2.2.1. Кўрув агнозиялари	53
2.2.2. Афазиялар	61
2.2.3. Аграфия	73
2.2.4. Апраксия	76
III БОБ. СЕЗГИ ВА ИДРОК	
3.1. Умумий маълумотлар	79
3.2. Сезги ва идрокнинг физиологик механизмлари	81
3.3. Сезги ва идрокнинг бузилиши	86
IV БОБ. ДИҚҚАТ ВА ХОТИРА	
4.1. Диққат ҳақида тушунча	93
4.2. Диққатнинг физиологик механизмлари	94
4.3. Диққатнинг бузилиши	94
4.4. Хотира ҳақида тушунча	97
4.5. Хотира механизмлари	101
4.6. Эслаб қолиш	105
4.7. Эсда сақлаш	110
4.8. Хотира патологияси	112
V БОБ. ТАФАККУР	
5.1. Умумий таъриф	114
5.2. Тафаккурнинг бузилиши	116
VI БОБ. ҲИССИЁТ	
6.1. Умумий таъриф	119
6.2. Ҳиссиётнинг физиологик механизмлари	124
6.3. Ҳиссиёт патологияси	133

VII БОБ. ОНГ ВА ОНГСИЗЛИК	
7.1. Умумий тушунча	137
7.2. Онг патологияси	139
7.3. Онгсизлик	143
7.4. Фрейддан кейинги психоанализ	148
VIII БОБ. ШАХС. ТЕМПЕРАМЕНТ. ХАРАКТЕР	
8.1. Шахс ҳақида тушунча	152
8.2. Темперамент ва унинг типлари	158
8.3. Характер	161
IX БОБ. ПСИХОГИГИЕНА, ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ВА ДЕОНТОЛОГИЯ АСОСЛАРИ	
9.1. Психогигиена	164
9.2. Психопрофилактика	171
9.3. Деонтология асослари	171
X БОБ. ПСЕВДОНЕВРОЛОГИК ВА ПСИХОСОМАТИК СИНДРОМЛАР	
10.1. Умумий тушунча	179
10.2. Псевдоневрологик синдромлар	180
10.2.1. Психоген бош оғриғи	180
10.2.2. Психоген бош айланиши	187
10.2.3. Психоген невралгиялар	191
10.2.4. Психоген бел оғриқлар (псевдорадикаляр синдром)	192
10.2.5. Психоген гиперестезия	194
10.2.6. «Безовта оёқлар» синдроми	198
10.3. Психосоматик синдромлар	199
10.3.1. Психоген кардиалгиялар	199
10.3.2. Юрак ритмининг психоген бузилишлари	201
10.3.3. Псевдоревматизм	202
10.3.4. Психоген астма	209
10.3.5. Ошқозон-ичак системасининг психоген бузилишлари	214
10.3.6. Псевдоурологик синдромлар	223
XI БОБ. СЕКСУАЛ БУЗИЛИШЛАР ПСИХОЛОГИЯСИ	
11.1. Жинсий аъзолар ҳақида умумий маълумотлар	229
11.2. Эркакларда учрайдиган сексуал бузилишлар	234
11.3. Аёлларда учрайдиган сексуал бузилишлар	248
11.4. Дисгамия	251
11.5. Жинсий яқинлик пайтида кузатиладиган сексуал бузилишлар	253
XII БОБ. ТЕРИДА КУЗАТИЛАДИГАН ПАТОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР	
12.1. Умумий маълумотлар	256
12.2. Тери гиперестезияси	259

XIII БОБ. НЕВРОЗЛАР	
13.1. Умумий маълумотлар	264
13.2. Неврастения	265
13.3. Истерик невроз (Истерия)	266
13.4. Миядан кетмайдиган фикрлар	272
XIV БОБ. ПСИХОТЕРАПИЯ ВА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ	
14.1. Психотерапия	276
14.2. Психофармакотерапия	281
14.2.1. Антидепрессантлар	283
14.2.2. Нейролептиклар	284
14.2.3. Транквилизаторлар	284
14.2.4. Седатив дорилар	286
14.2.5. Ноотроп дорилар	286
14.2.6. Психостимуляторлар	287
XV БОБ. БЕМОРЛАР ПСИХОЛОГИЯСИНИ	
ТЕКШИРИШНИНГ УМУМИЙ ҚОНУН-ҚОИДАЛАРИ	
	296
Беморлар психологик статусини текшириш схемаси	300
Хулоса	303
Хотима	303
Атамалар таҳлили	304
Адабиётлар	307

Зарифбой Ибодуллаев

**ТИББИЁТ
ПСИХОЛОГИЯСИ**

*Тиббиёт институтлари талабалари
учун дарслик*

Муҳаррир А. Сувонов

Тех. муҳаррир

Саҳифаловчи С. Пўлатов

Мусаҳҳиҳ

Рассом

IB №

Босишга рухсат этилди 22.06.2006. Бичими 60×90¹/₁₆. Таймс гарнитураси.
Кегли 11 шпонли. Офсет босма усулида босилди. Шартли б.т. 19,5.
Нашр т. 19,5. 000 нусхада босилди. Шартнома № .