

MUROT MUSAEV K.B.



KLINIK PSIXOLOGIYAGA KIRISH

MONOGRAFIYA

TOSHKENT 2025

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA’LIM, FAN
VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI
ORIENTAL UNIVERSITETI**

Monografiya muallifi.

Murotmusaev K.B. Tibbiyot fanlari nomzodi, Oriental Universiteti “Uzliksiz ta’lim pedagogikasi” kafedrası dotsenti, O‘zbekiston Respublikasi, Toshkent sh.

Ushbu monografiyada klinik psixologiyaning barcha bo‘limlarining nazariy-metodologik asoslari bilan bog‘liq masalalar ko‘rib chiqiladi: klinik psixologiyaning ob‘ekti va predmetini aniqlash, uning rivojlanish tarixi, norma va patologiya, salomatliq va kasallik (buzilishlar) muammolari, zamonaviy klinik psixologiyaning umumiy va konkret klinik-psixologik paradigmalari (modellari, dasturlari), ularning tuzilishi, ilmiy asoslari, klinik psixologlarni tayyorlash va ularning malakasini oshirishda psixologik superviziyaning roli kabi masalalarga ilmiy nuqtai nazardan alohida e‘tibor qaratilgan. Klinik psixologiya va tibbiy psixologiyaning farqlari va o‘xshashliklari haqida batafsil ma’lumotlar ham berilgan.

Monografiya klinik psixologiyaning norma (salomatlik psixologiyasi) va patologiya (sog‘liqning buzilishi) muammolariga qiziquvchi ilmiy xodimlar, mutaxassislar, aspirantlar, o‘qituvchilar va amaliyotchi psixologlar uchun mo‘ljallangan.

Taqrizchilar:

Umarov B.M. psixologiya fanlari doktori, professor,
Alfraganus universiteti, «Psixologiya va pedagogika»
kafedrası professori

Sadriddinov S.R. Psixologiya fanlari bo‘yicha falsafa doktori(PhD)
Fan va texnologiyalar universiteti, “Ijtimoiy fanlar” kafedrası dotsenti,

Alimbaeva Sh. T. psixologiya fanlari nomzodi, dotsent,
Oriental universiteti, «Uzluksiz ta’lim pedagogikasi» kafedrası dotsenti

SO‘ZBOSHI

Bundan salkam 50 yil oldin ingliz klinik psixologiyasining asoschisi **G.Yu. Ayzenk** shunday yozgan edi: *o‘zini klinik psixolog deb atayotgan kishi mashhur shaxs, universitet ma‘lumotiga ega, diagnostik testlash, tadqiqot va terapiya sohasida 20 yoki 30 yillik amaliy tajribaga ega yuqori malakali mutaxassis bo‘lishi mumkin. Yoki, aksincha, hali hech qanday tajribaga ega bo‘lmagan, A. Bine testlari yordamida aql zehni darajasini o‘lchay oladigan, ammo ularning klinik muammolarga nisbatan ahamiyatini to‘liq tushunmaydigan "yashil" universitet bitiruvchisi ham bo‘lishi mumkin* [Watson, 1953. B. 321].

Qo‘lingizdagi ushbu monografiyada shu kabi savollarga javob izlanadi: hozirgi kunda klinik psixolog qanday bo‘lishi kerak, zamonaviy klinik psixologiya (avvalo, mahalliy) nimalarni o‘z ichiga oladi, uning mohiyati nima? Ta’kidlashga to‘g‘ri keladiki, zamonaviy hayot aholi qatlamlariga keng qamrovli va faol psixologik yordam tashkil etish ehtiyojini yanada oshirdi. Turli xastaliklar — ruhiy, nevrotik, psixosomatik kasalliklardan aziyat chekuvchi, ijtimoiy, kasbiy, maishiy muammolar va kelajakka nisbatan umidsizlik tufayli psixologik yordamga muhtoj insonlar soni ortib bormoqda. Bu safga ko‘chirilgan shaxslar, qochqinlar, harbiy harakatlarda qatnashganlar ham qo‘shilmoqda. Bu esa klinik psixologlarga bo‘lgan talab tobora oshib borayotganini anglatadi.

Klinik psixologiya — bu ancha yosh, keng yo‘nalishli psixologik ixtisoslik bo‘lib, u tarmoqlararo xususiyatga ega va sog‘liqni saqlash, xalq ta’limi hamda aholiga ijtimoiy yordam ko‘rsatish tizimlarida murakkab vazifalarni hal etishda ishtirok etadi. *Rivojlangan davlatlarda klinik psixologlar psixolog mutaxassislarning asosiy qismini tashkil qiladi.* Sog‘liqni saqlash tizimi doirasida klinik psixologlar keng qamrovli vazifalarni hal etishda ishtirok etadi va psixiatriya va narkologiya muassasalaridan tortib, onkologiya, kardiologiya, xirurgiya hamda hatto stomatologiya kabi barcha turdagi davolash-profilaktika muassasalarida faoliyat olib boradi. Stomatologiyada ham psixolog yordami shifokor qabulxonasining «*qo‘rqinchli*» ta’siri sababli zarur bo‘ladi.

Klinik psixologlar o‘sib kelayotgan avlodning ruhiy sog‘lig‘ini muhofaza qilish muammolarini hal etishda ham ishtirok etadi. Ular bolalar bog‘chalari, umumiy o‘rta ta’lim maktablari, boshlang‘ich, o‘rta va oliy kasbiy ta’lim muassasalari, bolalar va yoshlar uchun mo‘ljallangan sanatoriy-profilaktoriylar, ruhiy rivojlanishi orqada qolgan bolalar uchun internatlar, davolash va korreksion pedagogika markazlari, oila va bolalarga yordam xizmatlari kabi joylarda ish olib borishadi. Bu mutaxassislar tobora faol ravishda aholini ijtimoiy muhofaza qilish xizmatlarida, bandlik markazlarida, kadrlar tanlash xizmatlarida, aholiga ijtimoiy yordam ko‘rsatish muassasalarida, oila rejalashtirish va genetik maslahat xizmatlarida, zo‘ravonlik qurbonlariga psixologik yordam markazlarida, ijtimoiy, tabiiy va noodatiy ofatlar oqibatlarini bartaraf etish markazlarida, inqiroz holatlari xizmatlarida va boshqalarda ishlashga jalb etilmoqda. Aholining klinik

psixologlar yordamiga bo'lgan ehtiyoji ekstrasenslar, sehrgarlar, folbinlar va shunga o'xshashlarga ommaviy murojaat qilish orqali yaqqol namoyon bo'lmoqda. Bugungi kunda klinik psixologiya shuni yaqqol namoyon qiladiki, oldingi avlodlar (bu holatda — psixologlar) keyingi avlodlarga hal etilmagan muammolarni ko'p qoldirgan. Va bu muammolar, shubhasiz, dolzarb hisoblanadi hamda chuqur tahlil va yechim talab qiladi (Zalevskiy, 1999, 2005, 2008). Shu sababli, mening fikrimcha, **E. Krechmerning** XX asrning 20-yillarida aytgan quyidagi fikri hanuz o'z ahamiyatini yo'qotmagan: «*Oddiy o'quv qo'llanmalarda odatda faqatgina aniq tasdiqlangan, tortishuvsiz qabul qilingan ma'lumotlar keltiriladi. Biroq tibbiy psixologiya uchun bunday talabni qo'yishning iloji yo'q, chunki u hali ham shakllanish jarayonida bo'lgan, hali umumqabul qilingan ta'limotlarga to'liq ega bo'lmagan yosh fan sanaladi*» (1998. B. 3).

«Klinik psixologiyaga kirish» kursining maqsadi — klinik psixologiyaning ob'ekt sohasi va predmeti to'g'risida tushuncha shakllantirishdan iborat bo'lib, ular ushbu sohaning tuzilishi, xususiyatlari va nazariy-amaliy yo'nalishdagi ilmiy psixologiya sifatidagi kategoriyalar tizimini belgilaydi.

Kursning vazifalari:

- 1. Klinik psixologiyaning paydo bo'lishi tarixi, uning zamonaviy holati va rivojlanish istiqbollari bilan tanishtirish.*
- 2. Klinik psixologiyaning psixologiya va tibbiyot bilan munosabati, klinik psixologning pozitsiyasi, vazifalari va faoliyat sohalari, ya'ni klinik psixologiyaning kasb sifatidagi xususiyatlari haqida tasavvur shakllantirish.*
- 3. Norma va patologiya, sog'liq va kasallik (buzilishlar) kabi tushunchalarga oid ilmiy mezonlar, shuningdek, sog'liq va kasallikning (buzilishlar) ilmiy paradigmatlari va aniq modellari haqida tushunchalarni shakllantirish.*
- 4. Klinik psixolog faoliyatidagi huquqiy masalalar va etik prinsiplar, jumladan, Gippokrat davridan buyon asosiy bo'lib kelayotgan «zarar yetkazmaslik» tamoyili haqida tasavvurni shakllantirish.*
- 5. Klinik psixologning malakasini oshirish, kasbiy emotsional yonib ketish va kasbiy deformatsiyaning oldini olishda psixologik superviziyaning roli bilan tanishtirish.*

«Klinik psixologiyaga kirish» kursini o'zlashtirish darajasiga qo'yiladigan talablar:

O'quv kursini o'zlashtirish natijasida mutaxassislar klinik psixologiyaning keyingi bo'limlarini, uning vazifalari va usullarini chuqur o'rganish uchun yetarli darajada tarixiy, predmet va metodologik bilimlarga ega bo'lishlari lozim.

Muallif: K. B. Murotmusaev

1-Mavzu. KLINIK PSIXOLOGIYA^aNING OB'EKTI VA PREDMETI

1.1. Klinik psixologiyaning ta'riflari (definititsiyalari).

Bugungi kunda klinik psixologiya yo juda keng ma'noda ta'riflanadi (bunda uning predmeti mutlaqo noaniq bo'lib qoladi, masalan, u psixopatologiya sinonimiga aylanib ketadi), yoki aksincha, juda tor doirada belgilanadi, masalan, muayyan institutsional, funksional yoki predmet nuqtai nazaridan. Shu sababli, «*klinik psixologiya*» tushunchasiga to'g'ri va maqbul ta'rif berish masalasi juda muhim hisoblanadi.

"Klinik" atamasi yunoncha «*klinein*» — egilish, yaqinlashish, tayanmoq va «*klinikos*» — «*to'shakda yotgan*» so'zlaridan kelib chiqqan bo'lib, u psixologiya bilan bog'langanda ko'pincha tushunmovchiliklarga olib keladi. Kundalik tilda «*klinik*» atamasi odatda statsionar muassasalarda kuzatiladigan yoki statsionar davolashni talab qiluvchi holatlar uchun ishlatiladi. Biroq klinik psixologiyada bu atama muassasaga emas, balki shaxsning maslahat va psixoterapiyaga bo'lgan ehtiyojiga tegishli bo'lib, bu jarayon odatda psixodiagnostika bilan boshlanadi va unga hamrohlik qiladi. Klinik psixologlar psixologik yordamga muhtoj odamlarga, ular qaerda bo'lishidan qat'i nazar, yordam ko'rsatish bilan shug'ullanadilar. «*Klinik psixologiya laboratoriya tadqiqotlaridan qimmatli ma'lumotlarni olib, insonning psixologik hayotini — aniq va real butunlik sifatida — kuzatish bilan shug'ullanadi*», — deb yozadi o'z asarida **Prevo** (2005, B. 31). Aynan shu yondashuv **P. Jane** tomonidan taklif qilingan va uning shogirdi **J. Pijaje** tomonidan rivojlantirilgan «*klinik usul*»ning mohiyatini tashkil etadi — ya'ni shaxsni uning noyobligi va yaxlitligida anglash. **L. Pongras** (Pongratz, 1973) tegishli adabiyotlarni keng ko'lamda tahlil qilgan holda, klinik psixologiyaning turli ta'riflari mavjudligini ta'kidlaydi. Uning ta'kidlashicha, institutsional (ya'ni muassasaviy) mezonga asoslangan ta'riflarga ko'ra, *klinik psixologiya — bu psixologiya fanining klinikaga taklif eta oladigan jihatidir*. Ya'ni, psixolog o'z kasbiy bilim va ko'nikmalari bilan qay tarzda va qaerda klinik ishga hissa qo'sha olishi, uni boyitishi, kengaytirishi va chuqurlashtirishi mumkinligi haqidagi masala. Shuningdek, u *funksional va ilmiy mezonlarga asoslangan ta'riflarni ham alohida ajratib ko'rsatadi*.

Funksional mezonga ko'ra, agar tadqiqot va amaliyotda xulq-atvor va hissiy kechinmalardagi buzilishlarning diagnostikasi, terapiyasi va profilaktikasi uchun psixologiya doirasida ishlab chiqilgan va ilmiy jihatdan sinovdan o'tkazilgan psixologik usullar qo'llanilsa, klinik psixologiya haqida gapirish mumkin bo'ladi. Bu tushunchaning asosida shunday tezis yotadiki, bunday buzilishlar tibbiy ma'nodagi kasallik emas, balki noto'g'ri rivojlanish (Fehlentwicklung) natijasidir.

Ilmiylik mezoniga kelsak, Pongrasning ta'kidlashicha, klinik psixologiya o'z predmeti, tadqiqot usullari, nazariyasi va natijalarida ilmiy psixologiyaga

tayanishga majbur. **A.B. Xolmogorovaning** fikricha, bugungi kunda klinik psixologiyaga beriladigan eng maqbul ta'rif — bu uning mahalliy va g'arb tadqiqotlari hamda amaliyoti holatiga mos keladigan ta'rifdir. Unga ko'ra, *klinik psixologiya — bu psixologiya fanining bir qismi bo'lib, u psixologiyaning nazariy tushunchalari va kategoriyalaridan foydalanadi, psixik va somatik kasalliklar, shuningdek, rivojlanishdagi og'ishlar (shu jumladan, ularning namoyon bo'lishi, dinamikasi, psixologik va neyropsixologik omillari hamda mexanizmlari) bilan bog'liq psixologik buzilishlarni o'rganadi. Bundan tashqari, klinik psixologiya turli psixik buzilishlar holatida psixologik diagnostika, profilaktika va yordam ko'rsatishning prinsip va usullarini ishlab chiqadi. Shu bilan birga, u psixikaning normal rivojlanishi va faoliyati haqidagi psixologik bilimlarga tayanadi* (2003. B. 80–91). Shu bilan birga, ushbu ta'rif (A.B. Xolmogorovaniki) ham, **R. Bastine** (Bastine, 1998. B. 17–24) tomonidan berilgan ta'rif singari, to'liq va barcha jihatlarni qamrab olgan, deb bo'lmaydi. **Bastineniing** fikricha, klinik psixologiya psixik buzilishlar, somatik kasalliklar yoki og'riqlar bilan bog'liq psixologik jihatlardan, shuningdek, hayotdagi o'ziga xos holatlar tufayli yuzaga keladigan psixik inqirozlar bilan shug'ullanadi. Psixologiya fan sohasi sifatida klinik psixologiya asosan psixologiya va uning xususiy sohalaridagi ma'lumotlar, nazariyalar, metodologiya va metodlarga tayanadi. Uning vazifalari quyidagilardan iborat: *kliniko-psixologik fenomenlarni tasvirlash, tushuntirish va klassifikatsiyalash (patopsixologiya); ularni aniqlash (psixodiagnostika); ularning paydo bo'lishiga yo'l qo'ymaslik yoki bartaraf etish (profilaktika va intervensiya); shu fenomenlarning ekologik, sotsiomadaniy, institutsional chegaralar bilan bog'liqligini aniqlash va ularga ta'sir ko'rsatish (kontekstual shart-sharoitlar).*

Psixologiya fan sohasi sifatida *klinik psixologiya* o'z fenomenlariga psixologik nuqtai nazardan yondashadi va aynan shu jihatni chuqur va differensiyalangan tarzda ishlab chiqadi. Shu sababli, biologik, ijtimoiy va psixologik omillardan qaysi biri ustuvor ekani haqidagi masalaga alohida urg'u berilmasdan, *klinik psixologiyada* psixologik yondashuv ongli ravishda tanlanadi. Ijtimoiy va biologik omillar esa psixologik jarayonlarning kontekstual shart-sharoitlari yoki kovariatsiyasi sifatida qaraladi va shu tariqa hisobga olinadi. Bu shuni anglatadiki, holatlar, buzilishlar, kasalliklar yoki inqirozlar psixik normalar asosida tahlil qilinadi. Shu bois, psixik patologiya bilan normaning o'zaro ta'siri va o'tish holatlari kuchliroq ta'kidlanadi. Normal va anomal xulq-atvor o'rtasidagi o'xshashliklar va bog'liqliklar orqali «*sog'lom*» va «*kasal*» xulq-atvor tushunchalari birinchi o'ringa chiqariladi, ular keskin ravishda ajratib ko'rsatilmaydi. Nihoyat, *klinik psixologiya* doirasida odatda «*normal*» va «*anomal*» o'rtasidagi chegaraviy holatlarga tegishli bo'lgan fenomenlar ham inobatga olinadi.

Psixologik fan sohalari ko'pincha fundamental (asosiy) va amaliy (qo'llanma) yo'nalishlarga bo'linadi, va buning natijasida klinik psixologiyani aksar hollarda faqatgina amaliy fan sifatida ko'radi. Ammo ilmiy-nazariy bahslar shuni ko'rsatdiki, fanlarni bunday ikki qismga bo'lish jiddiy darajada shartlidir.

Chunki amaliy fanlar ham asosiy, nazariy masalalarga albatta daxl qiladi, shuningdek, fundamental fanlar ham amaliy muammolarni hal etishga xizmat qiladi. *Klinik psixologiyada ham shu holat kuzatiladi: u ham nazariy, ham amaliy fan vazifalarini bajaradi. Masalan, klinik fobiyalar (qo‘rquvlar)ning kelib chiqishini tushuntirish — bu nazariy, asosiy ilmiy savol bo‘lsa, undan qutulish usullarini topish — bu uning “texnologik” (amaliy) qirrasidir.*

Ilm-fan nazariyasi vakillarining nuqtai nazaridan klinik psixologiya — bu empirik (tajribaga asoslangan) fan bo‘lib, unda tajriba (eksperiment) alohida ahamiyatga ega (Zeygarnik, 1999). Biroq amaliyotchi psixologlar orasida bu masalada yagona fikr yo‘q. Ko‘plab klinik psixologlar (oxirgi yillarda mahalliy mutaxassislar ham) o‘z amaliyotida chuqur psixologiya (glubinnaya psixologiya) yoki gumanistik psixoterapiya usullaridan foydalanib kelmoqmoqdalar. Shu asosda ular o‘zlarini «*tushunishga asoslangan*» yondashuv tarafdorlari (fenomenologik va germeneytik tushunish) deb hisoblaydi va empirik psixologiyaga tanqidiy munosabatda bo‘lishadi. Bu tendensiya Zalevskiy (2005, 2006) tomonidan "*siklop psixologiyasi*"ga qarab harakat sifatida tavsiflangan.

1.2. Klinik psixologiyaning ob‘ekt maydoni va predmeti

Yuqorida keltirilgan klinik psixologiya ta‘riflaridan kelib chiqib, uning predmetini aniqlash oson emasligi haqida xulosa qilish mumkin. Ammo, mening fikrimcha, bu murakkablik, avvalo, klinik psixologiyada *predmet* va *ob‘ekt* (*ob‘ekt sohasi*) tushunchalari yetarlicha ta‘riflanmaganligi bilan bog‘liq. Ya‘ni, ko‘pincha tadqiqotchilar va mutaxassislar ushbu ikki asosiy tushunchani aralashtirib yuboradilar: *ob‘ekt — bu klinik psixologiyaning qaysi sohada faoliyat yuritishini, ya‘ni nimani o‘rganishini bildiradi; predmet esa — aynan qay jihatni, qay tomonni, qay jarayonni va qanday munosabatlarni tahlil qilayotganini ko‘rsatadi.* Shuning uchun, klinik psixologiyadagi ta‘riflardagi murakkablik, ko‘p hollarda, aynan shu ikki tushunchaning metodologik jihatdan yetarlicha farqlashtirilmagani bilan izohlanadi. **J. Perre** va **V. Baumanning** fikricha, zamonaviy tushunchada klinik psixologiya va psixiatriya fanlarining predmeti juda yaqin. Ular shunday deb yozadi: «*Ilmiy tadqiqotlar predmeti sifatida ham klinik psixologiya, ham psixiatriya psixik buzilishlarni o‘rganadi. Shuning uchun bu nuqtai nazardan klinik psixologiya va psixiatriya o‘rtasida katta farq yo‘q, hatto ularning tadqiqot ob‘ektiga bo‘lgan yondashuvlarida urg‘u turlicha qo‘yilsa ham*» (2002. B. 36). Bu nuqtai nazarga **A.B. Xolmogorova** ham qo‘shiladi. U quyidagicha yozadi: «*Oxir-oqibatda, bu (klinik psixologiyaning rivojlanishi — G.Z.) klinik psixologiyaning psixiatriya va psixoterapiya kabi chegaraviy sohalar bilan tobora yaqinlashuviga olib keldi*» (2003. B. 81). Quyidagi jadvalda mashhur nemis klinik psixologiyasi qo‘llanmasi muallifi **R. Bastine** (Bastine, 1998. B. 18) tomonidan taklif etilgan «*klinik psixologiyaning predmet triadasi*» keltirilgan.

Bu triada klinik psixologiyani asosiy tadqiqot yo‘nalishlari va amaliy vazifalarini ifodalaydi hamda fanning predmetini yaxlit holda tushunishga yordam beradi:

№	Fan sohasi	Ta’rifi
1	Psixik buzilish	Qo‘rquvlar Navyazchivost Shizofreniya Affektiv buzilishlar Shaxsiyatni va xulq-atvorning buzilishi
2	Somatik kasalliklarning psixologik aspektlari	Ko‘rish, eshitish va nutq buzilishlari Yuqumli kasalliklar va OITS (HIV) Falajliklar (paralichlar) Yurak koronar kasalliklari Onkologik (o‘smali) kasalliklar
3	Psixik inqirozlar	Moslashuv buzilishlari O‘tkir jarohatli (travmatik) buzilishlar Travmadan keyingi buzilishlar (Posttravmatik stress buzilishi — PTSB)

Ushbu "triada" klinik psixologiyani nazariy va amaliy jihatdan mukammal rivojlanishini ta’minlaydigan muhim konseptual asos sifatida qaraladi.

Menimcha, *birinchi* navbatda, **Bastine** klinik psixologiyani ob’ekti va predmetini aralastirmoqda; *ikkinchidan*, u ko‘proq klinik psixologiyani ob’ekt sohasi haqida gapirmoqda; *uchinchidan* esa, u bu ob’ekt sohasidagi barcha elementlarni to‘liq qamrab olmaydi. Mening fikrimcha, *psixik buzilishlar, psixosomatik buzilishlar va psixik inqirozlar* — bular, asosan, klinik psixologiyani qiziqish doirasidagi ob’ektlardir. Bunday ob’ektlar, shubhasiz, klinik psixologiya bilan bir qatorda boshqa fanlar, birinchi navbatda, psixiatriya tomonidan ham o‘rganiladi. Shu sababli, ushbu holatlar klinik psixologiya uchun muhim ahamiyatga ega bo‘lgani holda, ularni fanning asosiy predmeti sifatida emas, balki ob’ekt sohasi doirasida qarash maqsadga muvofiqdir. Boshqacha aytganda, bir xil ob’ektlardan manfaatdor bo‘lgan turli ilmiy fan sohalaridagi ilmiy va amaliy qiziqishlar predmeti turlicha, shuningdek, ularning uslubiy apparatlari ham farq qiladi. Agar oxirgi yillarda, masalan, psixiatriya va klinik psixologiya o‘rtasida yaqinlashuv kuzatilsa (Perre, Baumann, 2000; A.B. Xolmogorova, 2003), bu faqatgina shu tufayliki, har ikki fanning bir ob’ekt — masalan, psixik buzilish — bilan ishlayotganida ularni nimalar birlashtirishi va nimalar farqlantirishi mumkinligi borasidagi anglashuv kuchaymoqda. Bu

hamkorlik, ko‘p hollarda, ularning umumiy model — masalan, *biopsixosotsial model* (Engel, 1979, 1980; Neznanov va boshqalar, 2007) yoki *biopsixosotsionoetik model* (Zalevskiy, 2005) — doirasida bir ob‘ektning turlicha o‘rganayotganini anglatadi. Bu modellar haqida keyinroq batafsil to‘xtalib o‘tiladi.

Klinik psixologiyaning ob‘ekt sohasi ancha keng va uni faqat psixik buzilishlar bilan cheklash mumkin emas. Unda quyidagi turdagi ob‘ektlarni ham alohida ta‘kidlash lozim:

- *Normativ krizislar* — bu tabiiy hayotiy bosqichlar bilan bog‘liq holatlar, masalan: yoshga oid psixologik o‘zgarishlar, rejalashtirilgan homiladorlik kabilar.
- *Latent (yashirin) nonnormativ krizislar* — muayyan hayotiy vaziyatlarda yuzaga keladigan ichki emotsional inqirozlar, masalan: ishdan ayrilish, rejada bo‘lmagan homiladorlik, imtihon oldidagi holatlar, yoki hayot uchun xavf soluvchi sharoitlarga tushish ("*issiq nuqtalar*", ya‘ni harbiy yoki favqulodda hududlar).
- *Risk guruhlari* — tashqi jihatdan sog‘lom bo‘lib ko‘rinuvchi, lekin zararli odatlar, noto‘g‘ri turmush tarzi, ish/o‘qish orqali ortiqcha zo‘riqish, yoki stressli kasbdagi faoliyat (masalan, paliativ yordam, harbiy xizmat, aviatsiya, sport) tufayli sevimsiz oqibatlariga duch keluvchi shaxslar.

Boshqacha aytganda, bularning barchasi insonning sog‘lig‘iga ta‘sir qiluvchi omillar bo‘lib, ular natijasida shaxs sog‘liqni saqlash xizmatlariga murojaat qilishga majbur bo‘ladi. Bu holatlar rasmiy ravishda XKK-10 (Xalqaro kasalliklar klassifikatsiyasi, XXI qismning, Z 00 — Z 91.5 orasidagi kodlari doirasiga kiradi), ya‘ni sog‘liq holatiga ta‘sir etuvchi va tibbiy murojaatni talab qiluvchi omillar sifatida qayd etilgan. Keltirilgan barcha ob‘ektlar doirasida klinik psixologiya uchun predmet sifatida "*psixologik aspektlar*" hisoblanishi mumkin.

Bu haqda **R. Bastine** o‘zining "*predmet triadasi*"da, ayniqsa, *psixosomatik buzilishlar* kontekstida alohida ta‘kidlaydi (Urvansev, 1998; Abramova, Yudchis, 1998). Biroq shunday psixologik aspektlar nafaqat psixosomatik buzilishlarda, balki *psixik buzilishlar*, *krizislar*, va boshqa ob‘ektlarda ham mavjuddir. Shuni e‘tirof etish kerakki, *psixologik aspektlar* — bu klinik psixologiyaning *metapredmeti*, ya‘ni u har bir ob‘ektda uning spesifikasiga mos holda aniqlashtirilishi va konkretlashtirilishi kerak. Bu aniqlashtirishlar spektri juda keng bo‘lishi mumkin: masalan, "*kasallikning ichki manzarasi*" (ya‘ni, shaxsning o‘z kasalligi haqidagi ichki his-tuyg‘ulari, qabul qilishi)dan tortib, "*sog‘liqning ichki manzarasi*"gacha (shaxsning o‘zini sog‘lom his qilishi, uni ongli ravishda qo‘llab-quvvatlash strategiyalari). Yuqorida aytilganlardan kelib chiqib, klinik psixologiyaning ob‘ekt sohasida albatta "*deyarli sog‘lom insonlar*" ham joy oladi — ya‘ni o‘z sog‘lig‘ini mustahkamlash, sog‘lom turmush tarzini shakllantirish va rivojlantirish vazifasini oldiga qo‘ygan shaxslar. Bu turdagi ob‘ektlar bilan

ishlash — klinik psixologiyaning alohida yoʻnalishi — *sogʻliq psixologiyasi* (psixologiya zdorovya) tomonidan olib boriladi. Bu yoʻnalishni oʻz vaqtida P. Jane “*norma klinik psixologiyasi*” (Klod-M. Prevo, 2005. B. 33) deb atagan.

1.3. Klinik psixologiyaning psixologiya va tibbiyotga munosabati

Klinik psixologiyaning psixologiya va tibbiyotga nisbatan munosabatini tahlil qilish orqali uning *oʻzini anglashi (samoponimanie)* va *oʻz oʻrnini aniqlashi (samoopredelenie)* shakllanadi. Bu tahlil shundan dalolat beradiki, klinik psixologiya:

bir tomondan, *ilmiy psixologiyaning* tarkibiy qismi sifatida nazariy bilimlar, metodlar va tadqiqot uslublariga tayanadi; ikkinchi tomondan, *tibbiyot va amaliyotga yoʻnaltirilgan* fan sifatida inson sogʻligʻi, kasallik, rehabilitatsiya, diagnostika va psixoterapiya kabi sohalarda faol ish olib boradi. Shu bois, klinik psixologiya oʻzini:

1. *Interdissiplinar fan* sifatida anglaydi — yaʼni u faqat bir fanga emas, balki bir nechta sohalar (psixologiya, psixiatriya, nevrologiya, psixoterapiya, sogʻliqni saqlash va ijtimoiy ishlar) bilan bogʻliqdir;
2. *Nazariy va amaliy fan* sifatida taʼriflaydi — u bir vaqtning oʻzida ham ilmiy tadqiqotlar olib boradi, ham amaliy psixologik yordam koʻrsatadi;
3. *Insonni yaxlit holda oʻrganuvchi fan* sifatida koʻradi — u insonni faqat kasallik va patologiya nuqtai nazaridan emas, balki uning normal holati, sogʻlom shaxs sifatidagi rivojlanishini ham oʻrganadi.

Klinik psixologiyaning shunday pozitsiyasi unga oʻz vazifalarini toʻliq va samarali bajarish, fanlararo hamkorlikni taʼminlash va insonning jismoniy hamda ruhiy salomatligini saqlashga hissa qoʻshish imkonini beradi.

Klinik psixologiya psixologiya sohasi sifatida

Klinik psixologiya, shubhasiz, psixologiyaning mashhur va muhim sohalaridan biri hisoblanadi (ijtimoiy psixologiya, pedagogik psixologiya, rivojlanish psixologiyasi va boshqalar qatorida), shu sababli u bu yoʻnalishlar bilan uzviy bogʻliq. Har qanday maxsus psixologik yoʻnalish singari, klinik psixologiya ham umumiy psixologiyani oʻzining *asosiy bazisi* sifatida qabul qiladi. U nazariyalar, metodlar va kategorial apparatni aynan shu umumiy fandan oladi. Klinik psixologiya oʻzining psixopatologiya (yaʼni psixiatriya) sohasiga qoʻshgan hissasini faqatgina *psixologiya fanining asosida ish olib borгани* tufayli amalga oshira olgan va kelgusida ham shunday qilishi mumkin. Shu bois, *klinik psixologlarni tayyorlash* keng gumanitar va umumpsixologik zaminda olib borilishi kerak. Bu tayyorgarlik:

- *fanning predmeti,*

- *tarixi,*
- *metodologiyasi*

bo'yicha mukammal bilimga ega bo'lishni ta'minlashi lozim. Agar bu asos yo'qolsa, klinik psixolog o'zining shifokor uchun zarur va o'ziga xos mutaxassis sifatidagi qiymatini yo'qotishi mumkin. Klinik psixolog amaliyotda nima bilan shug'ullanmasin — ilmiy tadqiqot, psixodiagnostika, bemorlar bilan maslahatlashish, terapiya, profilaktika, reabilitatsiya, yoki tibbiy xodimlar malakasini oshirish — u har doim psixologiya fanining ilmiy bilimlari va amaliyotda sinab ko'rilgan metodlariga tayanishga majbur. Boshqacha aytganda, klinik psixologiya faqat tibbiy ko'makda yordamchi emas, balki to'laqonli, mustaqil, ilmiy asoslangan kasbiy yo'nalish hisoblanadi.

Shu bilan birga, klinik psixologiya psixologiya fanining faqat oluvchi emas, balki qaytaruvchi va boyituvchi qismi ham hisoblanadi. Bu haqda B.V. Zeygarnik juda ishonchli ta'kidlaydi. Uning fikricha, *patopsixologik tadqiqotlar* umumiy psixologiyaning ko'plab masalalarini chuqurroq tushunishga hissa qo'shadi (1999. B. 196–199). Masalan, shunday masalalardan biri — shaxs komponentlarining kognitiv (bilish) faoliyatdagi rolidir. Turli ruhiy faoliyat buzilishlarini tahlil qilish jarayonida motivatsion (shaxsiy) omillarning ahamiyati va ularning barcha psixik jarayonlar tuzilishiga qanday tarzda ta'sir qilishi ochib berilgan. Boshqacha aytganda, klinik psixologiya faqat psixologiyaning amaliy qo'llanmasi emas, balki umumiy psixologiyaning nazariy bilimlarini *sinovdan o'tkazuvchi va boyituvchi manba* hamdir. Undan olingan natijalar, xususan patopsixologiya sohasidagi kuzatuv va tadqiqotlar, shaxsning ruhiy hayotini to'liqroq va chuqurroq tushunishga yordam beradi. Ayniqsa, *motivatsion komponent* ruhiy faoliyat buzilishlarida, xususan, buzilgan tafakkur (fikrlash) tuzilishida juda aniq namoyon bo'ladi. Misol uchun, tafakkurdagi shunday buzilishlar — *raznoplanovost* (ya'ni fikr yo'nalishining parokandaligi), hamda *o'tmishda mustahkamlanmagan belgilar va bog'lanishlarning oson faollashuvi* — motivatsion komponentning o'zgarishi bilan bog'liqdir.

Eksperimental-psixologik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, motivatsion sohadagi turli buzilishlar turli shakldagi fikrlash buzilishlarini keltirib chiqaradi. Boshqacha aytganda, *kognitiv faoliyatdagi ko'plab buzilishlar uchun javobgar asosiy omil — bu bemorning motivatsion siljishi (yo'nalishining buzilishi)* hisoblanadi.

Bu fakt katta nazariy ahamiyatga ega, chunki u shundan dalolat beradiki: *barcha psixik jarayonlar — shaxs tomonidan harakat sifatida namoyon bo'ladigan, shaxsiy motivatsiya orqali vositalanuvchi faoliyat turlaridir.* Ya'ni, tafakkur, xotira, idrok va boshqa ruhiy jarayonlar — bu faqat neyrofiziologik mexanizmlar emas, balki shaxsning shaxsiy, motivatsion maqsadlari va ehtiyojlari bilan uzviy bog'liq jarayonlardir. Shu sababli, klinik psixologiyada

motivatsiyani chuqur tushunish nafaqat ruhiy buzilishlarni tashxis qilish, balki ularni korreksiya qilishda ham hal qiluvchi ahamiyat kasb etadi.

Ikkinchi muhim umumnazariy masala — bu *inson rivojlanishida biologik va psixologik omillarning o'zaro nisbatidir*. Ushbu muammoni hal qilishda patologik materialdan foydalanish juda maqsadga muvofiq hisoblanadi. Buni hal etish uchun turli xil anomal rivojlanish shakllarini tadqiq qilish ob'ekti sifatida jalb qilish foydali bo'ladi. Aniqroq aytganda, klinik psixologiyaning xususiy va maxsus bo'limlari — masalan, *klinik neyropsixologiya, psixosomatologiya* va boshqalar — o'z amaliyotlarida jamg'argan bilim va natijalarini umumiy psixologiyaga qayta olib kirish orqali uni boyitadi. Bu holatni o'z vaqtida juda teran ifoda etgan edi I.P. Pavlov: «Patologik holatlar ko'pincha bizga fiziologik normada murakkab va bir butun holda yashirin bo'lgan narsalarni, shikastlanish va soddalashuv orqali ochib beradi» (1951. B. 317). Boshqacha aytganda, normal holda tushunish qiyin bo'lgan psixologik jarayonlar, patologik sharoitda o'zining sodda va alohida ko'rinishlarida namoyon bo'ladi. Shuning uchun ham klinik psixologiya nafaqat psixik buzilishlarni o'rganadi, balki inson ongi va faoliyatining tub mexanizmlarini aniqlashga xizmat qiladi. Bu esa uni umumiy psixologiya uchun beqiyos nazariy manbaga aylantiradi.

Bu nuqtai nazarni o'z vaqtida ko'plab mashhur psixolog va psixiatrlar ham ilgari surishgan. Masalan, **T. Ribo** shunday deb ta'kidlagan: «*Kasallik — bu tahlil uchun nozik asbobdir; u biz uchun boshqa hech qanday yo'l bilan amalga oshirib bo'lmaydigan tajribalarni yaratadi*». **A.F. Lazurskiy** esa klinik psixologiyaning imkoniyatlaridan foydalanish zarurligini shundan ko'radiki, u insonning ruhiy xususiyatlarini kattalashtiruvchi linza orqali kuzatish imkonini beradi.

Ushbu fikr yanada keng qamrovda **Garvey** tomonidan 200 yil avval aytilgan: «*Tabiat sirlari hech qaerda shunchalik yaqqol namoyon bo'lmaydi, qaysi joyda u o'ziga xos yo'ldan chiqsa, ya'ni normadan og'ish bo'lsa. Chunki aniq ma'lum: har qanday narsaning foydasi va ahamiyatini biz faqat uni yo'qotganimizda yoki u ishdan chiqqanida anglaymiz.*» Bu so'zlar shundan dalolat beradiki, *psixik buzilishlar va patologiyalar — inson psixikasining chuqur tuzilishini anglash uchun kalit vazifasini bajaradi*. Klinik psixologiya esa shu yo'l bilan nafaqat davolash, balki tushunish va nazariy asos yaratishga ham xizmat qiladi.

Klinik psixologiya va tibbiyot (psixiatriya)

O'tgan asrning saksoninchi yillarida mashhur psixiatrlar — **Emil Krepelin** va **Sergey Sergeevich Korsakov** — **Vilgelm Vundt** tomonidan yangidan tashkil etilgan dunyodagi birinchi eksperimental-psixologik laboratoriyada ta'lim olganlar. Ular o'zining keyingi kasbiy faoliyati davomida psixopatologik hodisalarni eksperimental-psixologik usullar orqali ob'ektivlashtirishga harakat qilganlar. Shu yo'l bilan psixiatriya va psixologiya o'rtasida fanlararo bog'lanish

oʻrnatilgan va bu haligacha dolzarbligini yoʻqotmagan. Psixologik kriteriy asosida aqlning sogʻlom emaslik(jinnilik, nevmenyaemost) tushunchasini himoya qilgan ekan, **V.X. Kandinskiy** oʻz fikrini quyidagi soʻzlar bilan boshlaydi: «Psixiatriya va psixologiyaning oʻzaro munosabati, psixologiya — bu ruhiyat haqidagi umumiy fan; psixiatriya esa — ruhiy buzilishlar haqidagi fan.» Bu taʼriflardan koʻrinib turibdiki, psixologiya va psixiatriya fanlari ajralmas holda bogʻliq boʻlib, ular insonning ongini va ruhiy holatlarini turli nuqtai nazardan oʻrganadi, yaʼni:

- *psixologiya — normal psixik faoliyatni va shaxs rivojlanishini,*
- *psixiatriya — undagi patologiya va klinik buzilishlarni oʻrganadi.*

Klinik psixologiya esa ana shu ikki fan oʻrtasida munosabat va aloqani mustahkamlovchi koʻprik boʻlib xizmat qiladi.

Psixiatriya va psixologiyaning oʻzaro bogʻliqligi haqida xulosalar

Psixiatrlar taʼkidlaganidek, *sogʻlom shaxs haqidagi xulosalarni bemor shaxsga toʻgʻridan-toʻgʻri tatbiq etib boʻlmaydi.* Biroq ilmiy psixologiyaning umumiy xulosalari psixiatriya uchun majburiydir, chunki: «*Ruh (nafs) buzilganida ham u oʻz mohiyatida ruh boʻlib qolaveradi. Ratsional psixiatriya oʻz asosida, albatta, psixologiyaga tayanadi*» (V.X. Kandinskiy, 1890). Bu fikr klinik psixologiyaning asosiy metodologik poydevorini tashkil etadi: insonning psixik holatini tushunish uchun uning normal rivojlanishini ham bilish zarur. **S.S. Korsakov** esa psixiatriya boʻyicha leksiylarini boshlar ekan, doim quyidagilargi taʼkidlab oʻtardi: «*Bemor insonda nimalar sodir boʻlishini tushunish uchun, avvalo, sogʻlom insonda nima sodir boʻlishini oʻrganishimiz kerak, yaʼni ruhiy hayotning normal namoyon boʻlish shakllari bilan tanishish zarur*» (1901). Shu bilan birga, **S.S. Korsakov** doim psixiatriya kursini qisqacha psixologiya kursidan boshlar, shu orqali kelajakdagi psixiatrlar tayyorgarligida psixologiyaning ahamiyatini alohida taʼkidlar edi. Psixologiya — nafaqat klinik psixologiyaning, balki psixiatriyaning ham asosiy nazariy poydevoridir. Psixik buzilishlarni tushunish uchun oddiy (sogʻlom) psixik faoliyatni yaxshi bilish talab etiladi. Shu bois, klinik psixologiya va psixiatriya chuqur nazariy va amaliy bogʻlanishga ega.

Shu munosabat bilan **E. Krechmer** shunday deb yozadi: «*Ruhan yuqori turishga intiladigan shifokor oʻz kasbiy taʼlimidagi yetishmovchilikni ikki xil shaklda his etadi. U shunday psixologiyaga muhtojki, bu shifokorlik amaliyotidan kelib chiqishi va aynan shifokorlik kasbining amaliy vazifalariga yoʻnaltirilgan boʻlishi kerak. Bu — eng asosiysi. Bundan tashqari, shifokorda psixologiyaga boʻlgan intilish, koʻpincha, oʻzining tor professional mutaxassisligi toʻrt devoridan chiqish va yanada kengroq ruhiy-maʼnaviy tafakkur, etik va estetik muammolar, xalq hayoti rivoji kabi sohalarga nazar tashlash istagidan kelib chiqadi. U buni shunday shaklda amalga oshirishni xohlaydiki, unda uning tibbiy-*

tabiiy-ilmiy fikrlash doirasi ruhiy-ilmiy tafakkur manzarasi bilan organik bog‘liq holda yagona butunlikka aylansin.» (Krechmer, 1998. B. 6). Krechmerning bu fikrlari shundan dalolat beradiki: Shifokorlar psixologiyaga nafaqat amaliyotdagi yechimlar uchun, balki o‘z shaxsiy ruhiy va ma‘naviy rivoji uchun ham muhtoj. Psixologiya tibbiyot uchun faqat yordamchi fan emas, balki shaxs, jamiyat va madaniyatni tushunish uchun zarur bo‘lgan keng ruhiy ko‘z yorug‘idir. Klinik psixologiya aynan shunday ko‘p qirrali va insonparvar yondashuvni amalga oshiruvchi fan sifatida tibbiyot va psixologiyani ma‘naviy va amaliy jihatdan bog‘lab turadi.

Klinik psixologiyaning rivojlanishiga katta hissa qo‘shgan buyuk psixiatrlar tufayli, ayrim mualliflar hanuzgacha bu sohani «psixiatrik klinik psixologiya» deb atashni ma‘qul ko‘rishadi (Helm va boshq., 1976). Ushbu yondashuv asosan psixik buzilishlarni yaxshiroq tashxis qilish, terapiya qilish va chuqurroq o‘rganishga qaratilgan. Shubhasiz, psixiatriya klinikalarida psixologik metodlarning joriy etilishi, shaxsning buzilgan sohalarini yangi, ob‘ektiv asosda tahlil qilish imkonini yaratdi. Bu sub‘ektiv tasvirlarga nisbatan aniqroq, ishonchliroq tahlilga asos bo‘ldi. Psixometrik ma‘lumotlar, ya‘ni psixologik testlar natijalari, turli tadqiqotchilar tomonidan olinayotgan qiyoslash mumkin bo‘lgan raqamli ko‘rsatkichlar, bugungi kunda: psixofarmakologik va psixoterapevtik davolash samarasini baholash, psixopatologik holatlarni normal rivojlanish bilan solishtirish, Va alohida holatlarning aniq tashxisini qo‘yish uchun muhim asos vazifasini bajaradi. Helm va hammualliflarining ta‘kidlashicha: «*Yakuniy maqsad shundaki, psixopatologiya psixologiyaning bir qismi sifatida shakllanishi kerak. Unda psixik xulq-atvor ijtimoiy bog‘liqlikda, yangi tur sifatida va yangi qadriyatli sifat sifatida qaralishi lozim. Shuning uchun insonga ekzistensial, antropologik yoki faqat biologik nuqtai nazardan emas, balki uning mustaqil rivojlanish va qaror qabul qilish qobiliyati markaziy o‘rinda turgan holda yondashish kerak*» (Helm va boshq., 1976. B. 25).

Bu yondashuv klinik psixologiyaning faqat patologiyani o‘rganish bilan cheklanmasligini, balki insonning shaxsiy imkoniyatlari, qaror qabul qilish qobiliyati va rivojlanish potensialini ham o‘rganishini talab qiladi. Ya‘ni klinik psixologiya — bu insonni faol sub‘ekt sifatida ko‘radigan va uning ichki resurslarini rivojlantirishga qaratilgan fanligini bildiradi.

Bugungi kunda ham psixologlar va shifokorlar (mediklar) o‘rtasidagi mentalitet (tafakkur tarzi)dagi prinsipial farqlar haqida gapirish mumkin. Shifokorlarda aksar hollarda bemorga nisbatan «biologik markazlashgan» (biologotsentricheskiy) qarash ustuvor bo‘ladi. Bu ikki kasb egalarida: kasbiy qarashlar, qadriyatlarga bo‘lgan munosabat, muhim ob‘ektlarni qabul qilishdagi xususiyatlar, dunyoni idrok etish uslubi (Urvansev, 1998. B. 5) va hamda kasbiy pozitsiyalar (Lidere, 1996) — bir-biridan farq qiladi. **S. Grof** esa bu farqlar hatto psixologlar va psixiatrlar o‘rtasida ham yaqqol namoyon bo‘lishini ta‘kidlaydi. Va u shunday deb yozadi: «*Medicsina tafakkurining mexanik qo‘llanilishi*

natijasida psixiatr to'qnash keladigan barcha buzilishlar avtomatik ravishda kasallik sifatida qaraladi. Va ularning etiologiyasi (kelib chiqish sababi) oxir-oqibatda anatomik, fiziologik yoki bioximik normalardan og'ish sifatida izohlanadi» (1992. B. 230). Bu fikrlardan kelib chiqadigan xulosa shundaki, psixologiya va tibbiyot bir ob'ekt — inson sog'lig'i va ruhiyati — bilan ishlashda, qarash nuqtalari turlicha: Shifokorlar asosan jismoniy, biologik mexanizmlarga tayanadi; Psixologlar esa insonning shaxsiy tajribasi, hissiyotlari, ma'naviy va ijtimoiy omillarini inobatga oladi. Klinik psixologiya esa shu ikki yondashuvni birlashtirib, insonga *yaxlit va kompleks yondashuvni* ta'minlaydigan fan sifatida faoliyat yuritadi.

Tushunchalarning farqiga to'xtalar ekanmiz, tibbiy psixologiya («meditsinskaya psixologiya») va «klinik psixologiya» atamalari bizning mamlakatimizda ko'p hollarda teng ma'noli (sinonimik) deb qabul qilinadi. Ammo, bu ikki tushuncha aslida farq qiladi, ayniqsa, boshqa mamlakatlarda. Jumladan, G'arbiy Yevropa davlatlarida: *Tibbiy psixologiya* — asosan vrachlar tomonidan ishlab chiqilgan va ularning amaliyotida qo'llaniladigan psixologiya yo'nalishi hisoblanadi; *Klinik psixologiya* esa — kasbiy tayyorgarlikka ega, diplomli psixologlar tomonidan amalga oshiriladigan mustaqil ilmiy-amaliy soha sifatida rivojlangan. Shu bilan birga, hozirgi kunda ham «*tibbiy psixologiya*», «*klinik psixologiya*» va «*patopsixologiya*» tushunchalarini talqin qilishda aniqlik yetarli emas, va bu sohalarni to'g'ri ajratib olish dolzarb masala bo'lib qolmoqda. **Kabanov, Lichko** va boshqalar (1983) shunday deb ta'kidlashadi: «*Shifokor va psixolog bir-birini takrorlamasligi kerak: har biri o'z vazifalariga ega, ammo ularning umumiy maqsadi — bemorning sog'lig'ini va farovonligini imkon qadar yaxshilashdan iborat.*» (B. 9–14). *Tibbiy psixologiya* — shifokorlarning psixologik yondashuvi bilan bog'liq bo'lib, ko'proq tibbiyotning ichidagi yo'nalish sifatida qaraladi. *Klinik psixologiya* — psixologik fanning mustaqil va ilmiy-amaliy soha bo'lib, shaxsning ruhiy holatini normal va patologik doirada o'rganadi. Bu ikki kasb egasi — shifokor va psixolog — o'zaro to'ldiruvchi hamkorlar bo'lib, har biri bemor manfaati uchun muayyan va aniq rolga egadir.

Noto'g'ri talqinlar va tushunmovchiliklarni oldini olish maqsadida, men «*tibbiy psixologiya*» tushunchasini eng qamrovli va mos tushuncha sifatida qarash tarafdoriman. Bu atama: bir tomondan, klinik psixologiyani kasbiy faoliyat sifatida, ikkinchi tomondan, psixologik bilimlarning muayyan majmuasini, ya'ni tibbiyot xodimlarining kasbiy tayyorgarligida zarur bo'lgan bilimlar yig'indisini o'z ichiga oladi. Bu bilimlar hajmi shifokorning ixtisosligiga bog'liq ravishda farq qilishi mumkin: bu umumiy somatik shifokor, psixiatr yoki psixoterapevt bo'lishi mumkin. Barcha bu hollarda gap shundaki, *tibbiy xodim, ayniqsa vrach*, avtomatik ravishda kasbiy *klinik psixologga* aylanmaydi. Huddi shunday, *klinik psixolog* ham, agar u diplom yoki diplomdan keyingi tayyorgarlik (masalan, psixoterapevtik yo'nalishda) jarayonida biologik bilimlarga ega bo'lsa ham, avtomatik ravishda vrachga aylanmaydi. Shuning uchun to'g'ri yondashuv shundaki: *Klinik (yoki tibbiy) psixologiyani* faqat metod emas, balki «*madaniyat*»

sifatida talqin qilish kerak. Bu fikr ilk bor 1897–1901 yillarda nashr etilgan «*Jurnal klinicheskoy i lechebnoy psixologii*» manifestida ilgari surilgan (Klod-M. Prevo, 2005. B. 33). *Tibbiy psixologiya* — bu shifokorlar uchun zarur bo‘lgan psixologik bilimlar tizimini qamrab olgan, faqat metod emas, balki kasbiy madaniyatning bir qismi. *Klinik psixologiya* — mustaqil kasbiy va ilmiy soha bo‘lib, o‘zining maxsus tayyorgarligi va maqsadlari bor. Ularni to‘g‘ri ajratish, biroq hamkorlikda ishlash prinsipini saqlash, zamonaviy tibbiyot va psixologik yordamda muhim ahamiyatga ega.

2-mavzu. KLINIK PSIXOLOGIYNING QISQACHA

TARIXI

2.1. Kirish

Odamzot paydo bo‘libdiki, turli kasalliklarga qarshi kurashib kelgan. Bemorni darddan xalos qilish uchun turli xil usullar o‘ylab topilgan. Qadimda bemorlarni davolashda giyohlarni ko‘p qo‘llashganini tarixiy manbalardan yaxshi bilamiz, lekin ruhiy ta‘sir o‘tkazish yo‘li bilan davolash qachondan boshlanganligi bizga noma‘lum. Shuni alohida ta‘kidlash lozimki, hozirgacha nomi ma‘lum bo‘lgan deyarli barcha tabiblar bemorlarni davolashda ruhiy ta‘sir qilish usullaridan unumli foydalanishgan. Ularning aksariyati birinchi tabib – organizmning o‘zi va aynan organizm har qanday kasallikka qarshi kurashishi kerak, bizning vazifamiz esa unga yordam berishdir, deyishgan.

Qadimgi davr adabiyotiga nazar tashlaydigan bo‘lsak, tibbiyot, falsafa va psixologiya fanlari chambarchas bog‘lanib ketganligining guvohi bo‘lamiz. Miloddan ilgari yashab o‘tgan deyarli barcha faylasuflar tibbiyot va psixologiyaga oid o‘z fikrlarini yozib qoldirishgan, chunki ular ruhiy kuchlar manbaini inson miyasi bilan bog‘lashgan.

Qadimgi Xorazm hududida miloddan avvalgi VI asrda bitilgan zardushtiylarning muqaddas kitobi «*Avesto*»da tibbiyot va psixologiyaga oid muhim ma‘lumotlar keltirilgan. «*Avesto*» uch kitobdan iborat bo‘lib, uning birinchi kitobida («*Vendidat*») tibbiyotga oid ma‘lumotlar berilgan. Bundan deyarli 2400 yil oldin bitilgan ushbu kitobdagi ma‘lumotlar hozirgi davrning har qanday olimini hayratga soladi. Unda jismoniy va ruhiy poklanish haqidagi qonunlar majmuasi keltirilgan. «*Avesto*» kitobida biz ko‘rish, eshitish, hid va ta‘m bilish markazlari miyada joylashgan, degan fikrlarni uchratamiz. Kitobda «*Hayot markazi*» suyak iligida bo‘ladi deyiladi. Shuningdek, kitobda odam anatomiyasi va fiziologiyasiga oid juda qiziqarli ma‘lumotlar keltirilgan, inson salomatligini saqlash yo‘llari yoritilgan.

“*Avesto*” nafaqat ruhiy tushkunlik, balki jismoniy zo‘riqish ham kasallikka olib kelishi aytilgan. Kasalliklarni davolashda jarrohlik va ruhiy tinchlantirish

davolashning asosiy usullaridan biri, deb ta'kidlanadi. Kitobda gigiena, profilaktika, ozoda yurish, yomon narsalarga yaqinlashmaslik, toza havoda sayr qilish, sifatli ovqatlar tanovul qilish va toza ichimlik suvi ichish haqida ham ko'plab ma'lumotlar beriladi. Shuningdek, yoshlar jismoniy va ruhiy baquvvat bo'lishi uchun to'yib ovqatlanishi, yetarli darajada ovqatlanmaydigan xalqlarda kamquvvatlik holatlari kuzatilishiga ham alohida to'xtalib o'tilgan. Ko'rib turganingizdek, yurtimizda **Gippokrat**dan deyarli 150 yil ilgari tibbiyot va ruhiyatga oid ilmiy qarashlar juda yaxshi yoritilgan.

Miya va ruh orasidagi munosabatlarga oid qarashlari bilan mashhur bo'lgan tibbiyot fanining otasi **Gippokrat** (Buqrot) (mil. avv. 460–377yillar) asarlari bugungi kungacha yetib kelgan. U odam anatomiyasi va fiziologiyasini chuqur o'rgandi, bosh miya tuzili shi bilan qiziqdi. **Gippokrat** odamlar xulqatvorini kasallik kechishiga bog'lab o'rgandi va temperament haqida ta'limot yaratdi.

Gippokrat odam temperamentini 4 tipga ajratdi: 1) *sangvinik – harakatchan, xushchaqchaq, irodali odam, ularning organizmida qon ustunlik qiladi;* 2) *xolerik – jahldor, hissiyotga beriluvchan odam, ularda jigar o'ti ustunlik qiladi;* 3) *flegmatik – vazmin odam, ularning organizmida flegma (shilliq, xilt) ustun turadi;* 4) *melanxolik – irodasiz, tushkun kayfiyatda va tang ahvolda yuradigan odam.* Ularning qonida melanoza (savdo, qora o't) ustunlik qiladi. **Gippokrat** fikricha, sangviniklar kasallikka kam chalinishadi. Xolerik va melanxoliklar esa kasallikka moyil kishilardir. Mutafakkir «*kasalliklar kechishi va bemorning sog'ayib ketishi temperamentga aloqador*» deb hisoblagan. Bu ta'limot keyinchalik barcha olimlarda qiziqish uyg'otdi. Hozir gi kunda yetakchi psixologlar va vrachlar bemorlarni davolashda ular ning temperamentiga alohida e'tibor berishadi.

Gippokratning tibbiyot oldidagi yana bir buyuk xizmatlaridan biri – vrach qasamyodini yaratganligidir.

Gippokrat davridan boshlab bu qasamyodni barcha shifokorlar qabul qilganlar. Hozirgi kunda ham bu qasamyod o'z kuchini yo'qotgani yo'q va barcha mamlakatlarda bo'lajak vrachlar uni tantanali ravishda qabul qilishadi. Bu qasamyod vrachni o'z kasbini sevish va ulug'lashga, bemor va hamkasblarini hurmat qilishga, o'z ilmini faqat odamlar salomatligi yo'lida sarflashga, yomon maqsadlarda qo'llamaslikka chorlaydi.

Ma'lumki, vrach qanchalik urinmasin, davosi qiyin kechadigan kasalliklar bor. Bunday paytlarda vrach ruhan va jismonan charchaydi, bemor tuzalmaganidan aziyat chekadi. Ba'zan bemor va uning yaqinlari tomonidan dashnomlar eshitadi. Bu haqda **Gippokrat** shunday degan: «*Tibbiyot asosan tinchlantiradi, ba'zan davolaydi va juda kam hollarda darddan butunlay xalos etadi*». Demak, barcha bemorlarni ko'ngildagidek davolash qiyin. **Gippokrat**ning bu so'zlarida tushkunlik kayfiyati ufurib turgan bo'lsada,

zamidida achchiq haqiqat yotibdi. Bu soʻzlarning aytilganiga bir necha asrlar boʻldi, oʻtgan davr ichida eng kuchli diagnostika va davolash usullari ishlab chiqildi, lekin shunday boʻlsada, bugungi kunda tibbiyot baʼzi kasalliklarni davolashda ojiz.

Gippokrat bir qator asab va ruhiy kasalliklar haqida risolalar yozib qoldirgan. U isterik kasalliklarni chuqur bilimdonlik bilan oʻrgandi va ularni davolash yoʻllarini ishlab chiqdi. **Gippokrat** bemorni davolashda sogʻlom turmush tarzi va toʻgʻri ovqatlanishga qattiq rioya qilish kerakligini aytgan, kasallikning sababini aniqlab, uni bartaraf qilishga intilgan. **Gippokratning** tibbiyotga oid baʼzi koʻrsatmalarini keltirib oʻtamiz: 1) *jismoniy mehnat mushak va aʼzolar uchun oziqdir*; 2) *fikrlash kishi ruhini tetiklashtiradi*; 3) *bemorga yordam berishni eplay olmasang, unga ziyon keltirma*; 4) *meʼyordan koʻp ovqatlanish kishi salomatligiga ziyon keltiradi*; 5) *bemorning ruhi tushmagan va ishtahasi saqlangan boʻlishi tuzalish uchun yaxshi alomatdir*; 6) *odam tanasida kasallik bilan kurashuvchi kuch bor, tabibning vazifasi esa oʻsha kuchni faollashtirishdan iborat*; 7) *bemorga beriladigan dorilar hadeb oʻzgartirilmasligi kerak, faqat zaruratga qarab davolash muolajasi oʻzgartirilsin*; 8) *tabiatda doimo ikki qarama-qarshi kuch boʻladi, qarama-qarshilikni qarama-qarshilik bilan davolash kerak*; 9) *tabib yuksak darajada axloqli, jonkuyar, ozoda va xush koʻrinishga ega boʻlishi lozim*; 10) *tabib oʻz bilim va mahoratini doimo oshirib borishi va bemorlar hurmatiga sazovor boʻlishi kerak*. Oʻz davrining mashhur tabibi va faylasufi boʻlgan **Gippokrat** sharaflı umr kechirdi va 83 yoshida vafot etdi.

Platon (Aflotun) (mil. avv. 430–348yy.) «*Ruh abadiydir, u tanaga bogʻliq emas va xudo tomonidan yaratilgan. Ruh tanadan oldin paydo boʻlgan, odam va hayvon ruhi birbiridan farq qiladi, odam ruhi oliy va past tabaqaga boʻlinadi. Oliy ruh abadiydir, u tafakkur kuchiga ega, bir tanadan ikkinchisiga oʻtadi va tanaga bogʻliq emas. Past tabaqali ruh abadiy emas va hayvon lar uchun xos*», degan edi.

Aristotel (Arastu) (mil. avv. 384–322yillar) miya, ruh va tana munosabatlariga oid bir qancha fikrlar bildirgan. U **Platonning** shogirdi. **Aristotel** jonning 3 xilini ajratgan: *oʻsimlik, hayvon va ongli jon*. «*Oʻsimlik joni*» deganda, u oziqlanish va koʻpayishni koʻzda tutgan boʻlsa, «*hayvon joni*» deganda his qilish, ogʻriq sezish, himoyalanişni tushungan. **Aristotel** «*Ongli jon faqat odam uchun xos boʻlib, unda jonning uch turi ham mavjud*», deydi. Uning fikricha, odam jonning uch turiga ega boʻlganligi bilan ham oʻsimlik va hayvonlardan farq qiladi. **Aristotel** oʻz asarlarida «*histuygʻular*», «*xotira*», «*sezgi*» kabi tushunchalardan keng foydalangan.

Rimlik mutafakkir **Klavdiy Galen** (mil. avv. 129–201yy.) ruhning fiziologik mexanizmlarini ilmiy tadqiqotlariga asoslanib oʻrgandi. U ham ruhiy faoliyatning bosh miya bilan bogʻliqligi haqidagi fikrni ilgari surdi. **Galen**

hissiyot, xotira, sezgi va diqqat odam ongi, ruhi tomonidan idora qilinadi, deb ta'kidlaydi. U hayvonlarda miyaga boruvchi sezgi tolalarini kesib ko'rib, ularning harakatini tekshirdi. Shu maqsadda dorivor moddalarni ham ishlatdi. Shuningdek, **Galen** jinsiy aloqaning asab sistemasiga ijobiy ta'sirini o'rgandi. U turmushga chiqmagan yoki beva ayollarda isterik belgilar paydo bo'lishini yozib qoldirgan. **Galen** birinchilardan bo'lib xulqatvorning tug'ma va orttirilgan shakllari, ixtiyoriy va ixtiyorsiz harakatlar to'g'risidagi hamda temperamentga oid fikrlarni ilgari surdi.

IX asr boshlarida Sharqda, ya'ni Bag'dod, Buxoro va Xorazmda boshqa tabiiy fanlar qatori tibbiyot ham jadal rivojlanadi. Bag'doddagi tibbiyot dargohlarida bemorlarni davolashda ruhiy ta'sir qilish usullari keng qo'llanilgan. Bemor bilan tibbiyot xodimi o'rtasidagi munosabatlar, psixologik usullar, turli kasalliklarning kelib chiqishida ruhiy omillarning ahamiyati, ularni oldini olish kabi bilimlar rivojlana boshladi. Bu davrda tibbiyot psixologiyasi poydevori yaratilishi boshlandi, desak mubolag'a qilmagan bo'lamiz. Bag'doddagi tibbiyot muassasalari butun dunyoda tan olinib, Yevropada ham katta shuhrat qozondi.

Eronda tavallud topgan mashhur mutafakkir **Abu Bakr ar-Roziy** (865–925yy.) tibbiyot olamida o'chmas iz qoldirdi. U o'z davrining buyuk tabibi bo'lgan va tarixchilarning yozishicha, bemorlarni davolashda xatoga yo'l qo'ymagan. U biror yangi dorini bemorga berishdan oldin hayvonlarda sinab ko'rgan. **Roziy** bemorlarni davolashda ruhiy ta'sir qilish bilan birga parhezga ham katta e'tibor qaratgan. U mizoj, falajlik, jinsiy aloqa, gigienik tadbirlar va dorishunoslik haqida ko'p risolalar bitgan. Ularning ba'zilar G'arb tillariga tarjima qilinib, u yerda bir necha asrlar o'qitib kelingan. **Roziy** o'zi boshqarayotgan shifoxonada «kasallik tarixnomasi»ni yaratgan va bemorning holahvolini davolashning birinchi kunlaridan boshlab muntazam qayd qilib borgan. Bu esa unga bemorni davolash mobaynida sinchkovlik bilan kuzatuv olib borish imkonini bergan.

Abu Bakr arRoziy bemorlarni kuzatish jarayonida kasallikning kelib chiqish sabablari va oqibatlarini o'rgangan. Shu tariqa tibbiy profilaktika va psixogigiena fanlariga asos solgan. U vrach burchi, tibbiy maslahatlar haqida ham yozib qoldirgan.

Sharqda yashab ijod qilgan tabiblar hayoti va ijodini atoqli tarixchi olim, professor **Asadulla Qodirov** «*Tibbiyot tarixi*» kitobida batafsil yoritgan. U o'z asarida Sharq va G'arb olimlarining fikrlarini bir biri bilan taqqoslaydi, klassik fikrlarni hozirgi zamon tibbiyoti bilan solishtirib o'rganadi. Olim ayniqsa, buyuk mutafakkir **Abu ali ibn Sino** (980–1037) hayoti va faoliyati haqida juda katta tahliliy ma'lumotlar keltirgan. **Abu Ali ibn Sino** tibbiyotning deyarli barcha sohalariga taalluqli «*Tib qonunlari*» asarida tibbiyot va psixologiyaga oid bir qancha fikrlar keltirgan. Bu asar haqli ravishda dunyoning deyarli barcha tillariga tarjima qilingan va tib ilmini zabt etishda dasturulamal bo'lib xizmat qilgan. **Ibn**

Sinoning ahvoli og‘ir bemorlarni davolashda ishlatgan turli xil usullari (giyohlar bilan davolash, ruhiy ta‘sir qilish) afsonaga aylangan. Aslida bular afsonaga aylangan haqiqatdir.

Zigmund Freyd nevrozga uchragan bemorlarni davolashda **Ibn Sino** usulidan foydalangan bo‘lsa, ajab emas. U bemorlarga nafaqat kasallik bilan bog‘liq bo‘lgan, balki shaxsiy hayotidagi muammolarni ham so‘zlatib, bemorlarda psixologik katarsisni (ruhiy poklanish) yuzaga keltirgan. Birorta ham siri qolmay, barcha dardini so‘zlagan bemor ruhan ancha yengil lashib, ba‘zi hollarda butunlay tuzalib ham ketgan. **Ibn Sino** har bir bemorni davolashdan oldin uni diqqat bilan o‘rganish, oilasi va yashash sharoiti bilan tanishish o‘ta muhimligini uqtirgan. Uning bu fikrlari psixogigiena fani vazifalariga o‘xshab ketadi. **Ibn Sino** asarlarida psixoprofilaktikaga oid ishlarni ham ko‘p uchratamiz. Masalan, mutafakkir kasalliklarning oldini olishda tarbiyaga alohida urg‘u bergan. «*Tarbiya erta bolalik davridan boshlanishi kerak*», degan edi **Ibn Sino**.

Shuningdek, u bolani qo‘rqoq, g‘amgin yoki juda erka qilib tarbiyalamaslik, ota-ona bola nimani xohlayotganini doimo sezishi va o‘sha narsani bolaga yetkazib berishga harakat qilishi, yomon narsalardan esa yiroqlashtirishlari zarurligini uqtirgan. Bu qoidalarga rioya qilish bolaning zehni o‘tkir, tanasi sog‘lom o‘sishini ta‘minlashini ta‘kidlab o‘tgan. **Ibn Sino** bir qator kasalliklar kelib chiqishi asab tizimiga bog‘liq ekanligi, g‘azab, qo‘rquv, qattiq siqilishlar organizmni holsizlantirib, turli kasalliklarning yuzaga kelishiga sababchi bo‘lishi haqida o‘z fikrlarini yozib qoldirgan. U quyidagi tajribani o‘tkazgan. Bitta qo‘yni oddiy sharoitda, ikkinchisini esa qafasda saqlab, ikkalasini ham bir xil boqqan. Qafasdagi qo‘yning atrofida bo‘ri aylanib yurgan. Birikki kundan so‘ng atrofida bo‘ri aylanib yurgan qafasdagi qo‘y yem yemay qo‘yadi va holdan toyib o‘ladi. **Ibn Sino** qo‘yning o‘limiga ruhiy zo‘riqish va buning natijasida organizmning holdan toyishi sabab bo‘lgan, deb xulosa chiqargan.

Ibn Sinoning organizm faoliyatini boshqarishda asab tizimining ahamiyati haqidagi ta‘limoti Yevropa olimlari tomonidan XX asr boshlarida yaratilgan nervizm ta‘limotiga juda o‘xshab ketadi. **Ibn Sino** tomir urishining asab tizimi faoliyatiga bog‘liqligini ko‘p tajribalarda isbotlab bergan. U ko‘pgina kasalliklarni tomir urishiga qarab aniqlagan. **Ibn Sino** nafaqat turli kasalliklarda tomir urishining o‘ziga xos xususiyatlarini o‘rgangan, balki turli hissiy zo‘riqishlar va asab kasalliklarida tomir urishi o‘zgarishlarini mufassal bayon qilgan. **Ibn Sino** deontologiya muammolariga ham bag‘ishlab ko‘p risolalar bitgan. Uning «*Kasallikni emas, kasalni davola*», degan iborasi bor. Har qanday bemorni davolashda uning shaxsini e‘tiborga olish kerak, deb yozgan edi u.

Ibn Sino Gippokratning temperament haqidagi ta‘limotini chuqur o‘rganib, quyidagi xulosaga keladi: barcha hayotiy muhim jarayonlarda ikkita qarama qarshi hodisalar, ya‘ni «*qaynoq sovuq*» va «*quruqnam*» barobar bo‘lishi kerak. Agar ular orasida nomutanosiblik boshlansa, mizoj aziyat chekadi va

kasalliklar boshlanadi. **Ibn Sino** «*Har bir odam ma'lum mizojga taalluqli va bemorni davolayotganda bunga albatta e'tibor qilish kerak*», deb yozadi. U kasalliklar rivojlanishida ruhiy omillarga katta e'tibor qaratib, kasallikning har kimda har xil kechishini uqtirib o'tgan va bu holat bemorning mizoji, oilaviy sharoiti, qaysi ijtimoiy tabaqaga mansubligi va qolaversa, uni kim davolayotganiga bog'liq, degan. Shu yerda «*mizoj*» tushunchasi haqida batafsil to'xtalib o'tsak. Chunki *temperament* va *mizoj* tushunchalari bir biriga yaqin tursada, bu so'zlar sinonim emas. «*Mizoj*» tushunchasini Xitoy, Yunoniston va Sharq olimlari asarlarida ko'p uchratamiz. *Mizoj* deganda issiqlik, sovuqlik, quruqlik va ho'llik omillari ko'zda tutilgan

Undan tashqari «*rutubatlar*» degan tushuncha ham mavjud. *Rutubatlar* deganda organizmdagi to'rt xil suyuqlik – *qon*, *safro* (*jigar o'ti*), *savdo* (*qora o't*) va *flegma* (*shilliq suyuqlik*) tushuniladi. *Rutubatlar* (gumoral) tushunchasini yunon hakimlari o'ylab topishgan. Bu tushunchaga asoslanib *Gippokrat rutubatlar nazariyasini* yaratdi va odamlarni to'rt toifaga ajratdi, ya'ni *temperament* haqida ta'limot dunyoga keladi.

Uzoq tarixga ega «*mizoj*» tushunchasi qadimda 4 ta unsur – *yer*, *havo*, *suv* va *olov* bilan bog'lab ham tushuntirilgan. «Barcha jonzoqlar, shu jumladan, odam ham ana shu unsurlardan tashkil topgan, har bir unurning o'z xususiyati bor va o'sha xususiyatlar «*mizoj*» deb atalgan. Bundan kelib chiqib «*issiq mizoj*» va «*sovuq mizoj*» tushunchalari paydo bo'lgan. Tanadagi issiqlik va sovuqlik orasidagi muvozanat buzilsa, kasallik rivojlanadi, tabibning vazifasi shu muvozanatni tiklashdan iborat», deb aytilgan. *Ibn Sino* ham mizoj tushunchasini unsurlar bilan bog'lagan va mizojni unsurlardan kelib chiqqan xususiyat deb bilgan. *Mizoj va rutubatlar nazariyasi*, ayniqsa, Sharq tibbiyotida uzoq vaqt hukm surdi.

Tarixchi olim **A.A.Qodirov** (2005) fikricha, bu vaziyat kasalliklar sababini tajriba yo'llari bilan o'rganishni orqaga surib yubordi. Yevropa olimlari bu nazariyalarning istiqbolsiz ekanligini payqab, XVII asrdayoq undan voz kechdilar va tibbiyotda tajriba usulini qo'llab, katta muvaffaqiyatlarga erishdilar. Sharq tibbiyoti esa, boshqa aniq fanlar (fizika, matematika) singari orqada qolib ketdi. G'arb olimlari aniq fanlar yutuqlaridan foydalanib, **Ibn Sino** kabi olimlarning ishlarini aynan tajriba yo'li bilan isbotlab, katta yutuqlarga erishdilar. **Ibn Sino** ba'zi odamlarning beixtiyor o'zlarida kasallik belgilarini paydo qilishi va undan aziyat chekib yurishlarini aytib o'tganligi olimlarda katta qiziqish uyg'otgan. Hozirgi zamonda nevrozning ayrim turlari mutafakkir aytgandek rivojlanadi. **Ibn Sino** shunday degan edi: «Barcha ruhiy kuchlarning manbai va ta'sir qiladigan joyi asabdir, uni ortiqcha zo'riqtirish turli kasalliklarga olib keladi.

«*Bosh miya butun organizm faoliyatini boshqaradi va ruhiyat manbai hisoblanadi*». **Ibn Sino** risolalarida asab markazlari ichki a'zoldan maxsus uzun tolalar orqali ma'lumot olib turishi va ularning faoliyatini boshqarishi haqidagi ma'lumotlarni uchratamiz. Fikrimizcha, **Ibn Sinoning** tana va ruhiyatning yagonaligi haqidagi qarashlari hozirgi kunda zamonaviy tibbiyot yutuqlari sababli to'la tasdiqlanib, psixosomatik tibbiyot deb ataluvchi fanga asos soldi.

Ibn Sino «*Xotira buzilishi bosh miyaning orqa qismi, tafakkur buzilishi miyaning o'rta qismi, idrok buzilishi esa miya qorinchalari zararlanishi bilan bog'liq*», deb fikr yuritgan. U *depressiya, epilepsiya, ong buzilishlari, gallyusinatsiya, alahsirash, tafakkur va xotira buzilishlari* haqida ko'p yozgan hamda ularning turlarini ajratib o'rgangan.

Sharqlik yana bir buyuk alloma **Ismoil Jurjoniy** (1042–1136) ham bizga katta meros qoldirdi. U Xorazmda yashab ijod qiladi va tibbiyotga oid bir qancha asarlar yozdi. Ulardan eng mashhurlari «*Ibn Sino haqida so'z*», «*Xorazmshoh xazinasi*» va «*Xastaliklarni aniqlash usullari*»dir. Bu asarlar ichida «*Xorazmshoh xazinasi*» **Jurjoniyga** katta shuhrat keltirdi. Tarixchilar bu asarni **Ibn Sinoning** «*Tib qonunlari*» asariga mohiyatan yaqin qo'yganlar. Bu kitob 10 qismdan iborat bo'lib, unda tibbiyot va bemorlar psixologiyasiga bag'ishlangan bir qancha fikrlar bayon qilingan.

Qadimgi Sharqda ilm-fan va tibbiyot gurkiragan bo'lsa, Yevropa mamlakatlari fanida turg'unlik hukmron edi. Yevropa fanidagi turg'unlik ayniqsa, V–XV asrlarga to'g'ri kelgan (deyarli ming yil). XVI asrdan boshlab, Yevropada aniq fanlar rivojlana boshladi va tibbiyotda ham buyuk kashfiyotlar qilindi. Shuning uchun ham XVI–XVII asrlar Yevropada Uyg'onish davri deb ataladi. Bu davrda biologiya va fiziologiya sohasida buyuk olimlar yetishib chiqdi (A. Vezaliy (1514–1564), V. Xarvey (1578–1657) va boshqalar). A. Vezaliy (1543) bosh miyani ochib o'rganib, o'zining dastlabki xulosalarini chop etadi va «*Ruhiy jarayonlar miya suyuqliklari bo'ylab oqadi*», degan fikrni ilgari suradi.

Miya haqidagi qarashlar o'zgarishiga va umuman olganda, psixologiya va fiziologiya fani rivojlanishiga fransuz mutafakkiri **Rene Dekart** (1596–1650) kashfiyotlari katta turtki bo'ldi. U organizm bilan muhit orasidagi reflektor munosabatlarni o'rgandi va ruhiy faoliyatning fiziologik asoslarini isbotlashga intildi. **Dekart** «*Yurak qontomir faoliyati mexanika qonunlariga bo'ysungan holda boshqarilib turadi*», degan fikrni o'rtaga tashladi. Hayvonlar xulqatvori, odamning harakat faoliyati reflektor tarzda, mushaklar harakati esa tashqi ruhiy ta'sirlarsiz, ya'ni asab tolalari orqali boshqarilib turishi, organizmda kechadigan fiziologik jarayonlar ruhga bog'liq emasligini o'z tajribalarida isbotlab berdi. **Dekart** sezgi va hissiyotning qanday yuzaga kelishini tushuntirib, «*Ongli ruhni*» tanadan chiqarib tashlab bo'lmaydi va u faqat odamga taalluqlidir», deydi.

Shunday qilib, **Dekart** sezgi a'zolarining ta'sirlanishi va mushaklarning javob reaksiyasi orasidagi bog'liqlikni o'rganib, reflektor yoy haqidagi ta'limotga asos soldi. Chexiyalik atoqli olim, fiziolog **I. Proxazka** (1749–1820) **Dekart** ta'limotiga asoslangan holda fanga «refleks» (aks ettirish) degan tushunchani kiritdi. **I. Proxazka** reflektor yoy tuzilishini ta'riflab bergan. U oliy nerv faoliyati va ruhiy faoliyat reflektor tarzda boshqarilishini yanada chuqur o'rgandi. Afsuski, o'sha paytdagi ilmfanning rivojlanish darajasi reflekslar haqidagi ta'limotni tadqiqotlar asosida to'la isbotlab berishga qodir emas edi. Bosh miya faoliyatini reflektor mexanizmlarga bog'lab tushuntirib berish imkoniyatlari yo'q edi. Shuning uchun ruhiy faoliyat asab tizimining fiziologik faoliyatidan ayri holda o'rganildi. Buning natijasida odam organizmida tana va ruh birbiriga bog'liq bo'lmagan narsalar, deb hisoblandi.

Avstriyalik vrach va anatom **Frans Gall** (1758– 1828) odam miyasi tuzilishini o'rganib, bosh miyaning *frenologik* xaritasini yaratdi. U birinchilardan bo'lib bosh miya katta yarim sharining kulrang va oq moddasini birbiriga bog'liq bo'lgan alohida tuzilmalar degan g'oya ga asoslandi. **F. Gall** bosh miya po'stlog'ida 40 ga yaqin ruhiy funktsiya markazini joylashtirdi va ularning faoliyatini bosh miya pushtalari (bo'rtiklari) bilan bog'ladi.

Olim harakat, ko'ruv, eshituv va sezgi markazlari bilan birgalikda miyada xotira, tafakkur, sevgi, kamtarlik, donolik, ayyorlik markazlarini ham joylashtirdi. Uning fikricha, yuqori qobiliyatli odamlarning miyasidagi bo'rtiklar kuchli rivojlangan va, aksincha, kimning tafakkuri past bo'lsa, uning miyasi silliq bo'ladi. XIX asrning o'rtalarida psixologiya rivojlanishiga bu sohadagi katta o'zgarishlar sabab bo'ldi. Bu davrda gipnoz haqida ta'limot yaratildi va **Mesmer** uning asoschisi hisoblanadi. *Gipnoz* tushunchasini 1843yili angliyalik jarroh **Jejms Bred** taklif qilgan. **Mesmer** gipnozda kuzatiladigan hodisalarni «magnetizm» bilan bog'lagan. Klinik psixologiyaning shakllanishiga hisob nuqtasi sifatida, mashhur tabib Gippokratning quyidagi da'vatini olish mumkin: «*Kasallikni emas, balki bemorni davolash lozim.*» Bu da'vat klinik yondashuvning asosiy mohiyatini belgilab bergan bo'lsa-da, klinik psixologiyaning mustaqil fan sifatida vujudga kelishigacha necha asrlar o'tgan. Ilk ta'rif va asarlar. Klinik (yoki tibbiy) psixologiya sohasidagi birinchi nazariy ish sifatida **R. Lotse** (R. Lotze) tomonidan 1852 yilda Germaniyada chop etilgan «*Meditinskaya psixologiya*» kitobini hisoblash mumkin. Bu asarda tibbiy amaliyot va psixologiya o'rtasidagi bog'liqlik haqida fikr yuritilgan. Terminning ilk qo'llanilishi, Germaniya va AQShda ko'zga tashlanadi. «Klinik psixologiya» atamasi Germaniyada ilmiy va amaliy muomalaga sekin astalik bilan 1946 yili kirib keladi. Shu yili **E. Xellpach** (Hellpach) tomonidan chop etilgan «*Klinicheskaya psixologiya*» kitobi sog'liqni saqlashda psixologiyaning ahamiyatini tushuntirgan va atamaning keng tarqalishiga sabab bo'lgan. Klinik psixologiyaning tarixiy ildizlari Gippokrat zamoniga borib taqalsa-da, fan sifatidagi shakllanishi XIX asr o'rtasi va XX asr boshlariga to'g'ri keladi. Germaniya va AQShdagi ilk tadqiqotlar va amaliy faoliyatlar klinik psixologiyaning fan sifatidagi maqomini belgilab beradi. Undan

buyon klinik psixologiya faqat psixik buzilishlar emas, balki shaxs, uning holati va sogʻligʻiga butunlay yondashuvni talab qiluvchi integral sohaga aylangan. Baʼzi mualliflar (R. Bastine va boshqalar) Uitmerni klinik psixologiyani boshlanishida **E. Krepelin va Z. Freyd** ham turgan deb hisoblashadi. **Ular Uitmerni** asoschi, **Krepelinni** esa klinik psixologiyani otasi deb ataydilar. Sirotkin (2004) tomonidan berilgan boshqa bir nuqtai nazar ham mavjud: klinik psixologiyani asoschilari fransuz psixiatrlari va psixologlari boʻlgan; uning ideologiyasini T. Ribo va I. Ten ishlab chiqqan, empirik tadqiqotlar bilan esa parijlik nevropatolog J.-M. Sharko va uning shogirdlari — **A. Bine, P. Jane, Sh. Rishe** va boshqalar shugʻullanishgan. Xuddi shunday fikrni Klod-M. Prevo (2005) ham ilgari suradi: «Per Jane, Salpetrieri klinikasida ishlab yurgan paytda, allaqachon ushbu termini («klinik psixologiya» — G.Z.) qoʻllagan, jumladan, “Nevrozlar va majburlovchi gʻoyalari” nomli kitobining II jildining boshida, 1897 yil bilan sanalangan, 1898 yilda esa quyidagi shaklda chop etilishi kerak boʻlgan: “Eksperimental psixologiyani tibbiyotga tatbiq etish, klinik psixologiyadagi tadqiqotlar”. 1901 yili Valentin “Klinik va davolovchi psixologiya jurnali” (“Revue de psychologie clinique et therapeutique”) uchun “Klinik va terapevtik psixologiya sohasi toʻgʻrisida” nomli maqola yozgan va unda shunday degan: “Har bir daqiqa biz normal psixologiya bilan toʻqnash kelamiz va, agar adashmasam, bu klinik va terapevtik psixologiyani eng real ustunligidir” (iqtibos: Klod-M. Prevo, 2005. 34—35-betlar). Biz «*klinik psixologiya*» tushunchasi ostida bugun tushunilayotgan sohaning bevosita «asoschilarini» aniq va ishonch bilan belgilash qiyin, degan nuqtai nazarga amal qilamiz (ular juda koʻp va turli geografik hududlardan). Shuning uchun, ehtimol, toʻgʻriroq yoʻl — klinik psixologiyani psixologiya sohasi sifatida shakllanishi uchun muayyan shart-sharoitlarni yaratgan shaxslar haqida soʻz yuritishdir (Vundt, Sharko, Korsakov, Jeyms va boshqalar); shuningdek, ularning umumiy psixologik va boshqa ilmiy gʻoyalari orqali uning ilmiy va amaliy sohasi sifatida rivojlanishiga bilvosita turtki bergan shaxslar haqida ham (Sechenov, Pavlov, Xoll, Vygotskiy, Uotson va boshqalar); va, albatta, klinik psixologiyani paydo boʻlishi va rivojlanishiga aniq hissa qoʻshgan, muayyan anʼanalarni shakllantirganlar haqida ham gapirish lozim: institutsional anʼana (Uitmer, Krepelin, Ayzenk, Korsakov, Bexterev, Lange va boshqalar), psixometrik anʼana (Kettell, Galton, Bine va boshqalar), psixodinamik anʼana (Freyd, Yung, Zeygarnik, Myasishchev), intervension anʼana (Myunsterberg, Jane, Freyd, Bexterev, Rodjers, Volpe). Albatta, zamonaviy klinik psixologiyani rivojlanishiga qoʻshilgan hissalarini geografik nuqtai nazardan, shaxslarga bogʻliq holda yoki yoʻnalishlar nuqtai nazaridan baholash mumkin. Biz esa klinik psixologiya tarixini, garchi qisqacha boʻlsa-da, asosan yuqorida qayd etilgan anʼanalarda doirasida yoritamiz. Shubhasiz, klinik psixologiyani tarixi yozilishi kerak boʻlgan davr keldi. Buni tushunish uchun klinik psixologiyani rivojlanish yoʻli nima uchun murakkab va toʻgʻridan-toʻgʻri emasligi, nega klinik psixologlar tarixi bilan bogʻliqlikdan ajralgan holda rivojlangani haqida fikr yuritish zarur (Watson, 1953). Bu ayniqsa shundan dalolat beradiki, nafaqat xorijda, balki

yurtimizda ham bir necha yillardan beri aynan klinik psixologlarni tayyorlash amaliyoti yo‘lga qo‘yilmoqda. Shu bilan birga, klinik psixologiya tarixi bo‘yicha o‘quv qo‘llanmalar mavjud emas, shu sohada kadr tayyorlash Davlat standartida bu fan bo‘yicha asosiy kurs nazarda tutilmagan. Klinik psixologiya (patopsixologiya, tibbiy psixologiya) tarixi bo‘yicha ayrim o‘quv qo‘llanmalarda (masalan, Zeygarnik, 1999; Karvasarskiy, 2002, Ibodullaev) faqat qisqacha tarixiy ma’lumotlar keltirilgan.

2.2. Klinik psixologiya rivojlanish tarixi an’analari

Institutsional an’ana. Stenli Xoll Amerika psixologiyasida bolalar psixologiyasi va pedagogika sohalariga yo‘nalish berish orqali inqilob qilishga intilgan bir paytda, **Kettell** psixologik metodlardan aqliy qobiliyatlarni baholashda foydalangan. Mana shu jarayonda, **M.-K. Kettell va V. Vundtning** shogirdlaridan biri bo‘lgan **Laytner Uitmer** psixologik tadqiqot metodlarini bolalardagi nomuntazam xulq-atvorni aniqlash va davolash uchun qo‘lladi. **Vundt** tomonidan zamonaviy psixologiyaga asos solinganidan atigi 17 yil o‘tgach, uning sobiq shogirdi **L. Uitmer** (1867–1956) psixologiyani yana bir amaliyot sohasida — anomal xulq-atvorga tashxis qo‘yish va uni davolashda — qo‘llab, o‘z ustozining qarashlariga aniq zid bo‘lgan yondashuvni namoyon etadi. 1896 yilda **Laytner Uitmer**, Pensilvaniya universitetida professorlik lavozimida **M. K. Kettellni** almashtirganidan so‘ng, dunyodagi birinchi psixologik klinikani ochdi. **Uitmer** — ta’riflarga ko‘ra, «*umidsiz darajada janjalkash va yopiq shaxs*», «*o‘zini ko‘rsatishga o‘ch bo‘lgan pakana*» — klinik psixologiya deb atagan yo‘nalishni rivojlantira boshladi. **Uitmer** o‘z klinikasida amalga oshirgan faoliyat, bugungi kunda «klinik psixologiya» tushunchasiga kiritiladigan ma’noda klinik psixologiya emas edi. Uning ishi, asosan, *maktab o‘quvchilarida aqliy rivojlanishdagi og‘ishlarni aniqlash va davolashga* bag‘ishlangan edi. Hozirgi klinik psixologiya esa turli yoshdagi odamlarda uchraydigan yengildan tortib og‘ir shakldagi psixologik buzilishlarni qamrab oladi. Garchi **Uitmer** klinik psixologiya rivojiga katta hissa qo‘shgan va ushbu atamani qonuniy ravishda ishlatgan bo‘lsa-da, bu yo‘nalish aslida u faoliyat yuritgan sohadan ancha kengroqdir. U funksionalizm yo‘nalishining namoyondasi sifatida, zamonaviy fan insonlarning ongini o‘rganish emas, balki ularning muammolarini hal etishga yordam berish bilan shug‘ullanishi kerak, deb hisoblagan.

Hayot sahifalari. Laytner Uitmer 1867 yili Pensilvaniya shtatidagi Filadelfiya shahrida, ta’lim qadriga ishongan boy dorixonachi oilasida tug‘ilgan. U 1888 yili Pensilvaniya universitetini tamomlagan, so‘ng bir muddat Filadelfiyadagi xususiy maktabda tarix va ingliz tilidan dars bergan. Keyinchalik universitetga qaytib, yuridik fakultetga o‘qishga kirgan. Aniqki, **Uitmer** dastlab psixologiya sohasidagi karera haqida o‘ylamagan, biroq noma’lum sabablarga ko‘ra u **Kettell** rahbarligida eksperimental psixologiyani o‘rgangan va psixologiya fakultetida assistentlik lavozimini olgan. **Uitmer** reaksiya vaqtidagi individual farqlarni tadqiq qilishni boshlagan; uning umidlari Pensilvaniya universitetida doktorlik

darajasini olishga qaratilgan edi. Ammo **Kettell** unga Germaniyaga borib, ta'limni u yerda davom ettirishni tavsiya qildi. Germaniyada u **Vundt** va **Kyulpe** rahbarligida ta'lim oldi. Biroq Uitmerni Vundtning yondashuvi ilhomlantirmagan va keyinchalik u Leypsigda diplomdan boshqa hech narsa olmaganini aytgan. **Vundt** Uitmerni **Kettell** bilan boshlagan javob reaksiyasi vaqti bo'yicha tadqiqotlarini davom ettirishga ruxsat bermagan, uni ong elementlarini introspektiv tadqiq etishga majbur qilgan. **Uitmer** **Vundt**ning tadqiqot usulini tanqid qilgan va uni «shubhali» deb atagan. U **Vundt** **Titchener**ni bir necha bor kuzatuvlarni takrorlashga majburlaganini, chunki **Titchener** olgan natijalar **Vundt** kutganidek chiqmaganini ta'riflab bergan. Shunga qaramay, **Uitmer** doktorlik darajasini oladi va 1892 yil yozida Pensilvaniya shtat universitetida yangi lavozimni egallash uchun vataniga qaytadi. O'sha yili **S. Xoll** Amerika psixologik assotsiatsiyasini tashkil etdi va **Uitmer** uning a'zolaridan biriga aylandi. Shu davrda Amerika psixologiyasida funksional va amaliyotga yo'naltirilgan ruh ustunlik qila boshlaydi.

Ikki yil davomida **Uitmer** eksperimental psixologiya bilan shug'ullandi — individual farqlar va og'riq psixologiyasi muammolari bo'yicha tadqiqotlar o'tkazdi, maqolalar chop etdi va doimiy ravishda psixologiyani xulq-atvordagi og'ishlarni aniqlashda qo'llash imkoniyatini izladi. Bunday imkoniyat 1896 yil mart oyida yuz berdi. Gap shundaki, ko'plab shtatlarning ta'lim idoralarida pedagogika bo'limlari tashkil etilgan edi (o'qitish prinsiplari va metodikalarini ishlab chiqish uchun), va psixologlarga ushbu bo'lim xodimlari hamda davlat maktablarida chuqurlashtirilgan dasturlar asosida ishlovchi o'qituvchilar uchun maxsus kurslar o'qish taklif etildi. Bundan tashqari, psixologlar o'z laboratoriya tadqiqot dasturlarini qayta ko'rib chiqishga majbur bo'lishdi — maqsad imkon qadar ko'proq malakali maktab psixologlarini tayyorlash edi. Psixologiya fakultetlari talabalar soni keskin ko'paygani uchun bu jarayondan ancha foyda ko'rishdi, chunki o'sha paytda (hozir ham shunday) fakultet byudjeti ko'p jihatdan talabalar soniga bog'liq edi. 1894 yili Pensilvaniya universiteti davlat maktablari o'qituvchilari uchun kurslar tashkil etdi, va bu kurslarda Uitmer leksiylar o'qir edi. Bir kuni, kurslar tashkil etilganiga ikki yil to'lganidan so'ng, tinglovchilardan biri Uitmerni murojaat qilib, 14 yoshli o'quvchisi haqida maslahat so'radi. Bu bola kalligrafiyada (chiroyli yozishda) qiynalardi, garchi boshqa fanlardan yaxshi o'qisa ham. Psixologlar bu muammoni hal etishda yordam bera oladimi? «Menimcha, agar psixologiyaning qadri bo'lsa, u aynan shunday rivojlanishdagi orqada qolish hollarida yordam bera olishi kerak», — deb yozgan edi keyinchalik **Uitmer** (Reynolds, 1987. R. 853). Bir necha oy mobaynida **Uitmer** aqliy rivojlanishida orqada qolgan, ko'zi ojiz va ruhiy kasal bolalarni davolash usullari bo'yicha kurs tayyorlaydi hamda «Pediatriya» jurnalida «Psixologiyada amaliy ish» nomli maqola chop etadi. Amerika psixologik assotsiatsiyasining navbatdagi yillik anjumanida **Uitmer** ma'ruza qildi va unda ilk bor «klinik psixologiya» atamasini qo'llaydi. O'sha yiliyoq u kollejda klinik psixologiya bo'yicha birinchi kursni o'qishni amalga oshiradi. 1907 yili **Uitmer** «*Psixologik klinika*» («Psychological Clinic») nomli jurnalni tashkil etdi.

Bu jurnal uzoq yillar davomida ushbu muammoga bag‘ishlangan yagona nashr bo‘lib keldi va **Uitmer** unga 29 yil davomida muharrirlik qildi. Jurnalning birinchi sonida **Uitmer** psixologiya uchun yangi ish sohasini — «klinik psixologiya» nomli yangi ixtisosni taklif etdi. Keyingi yili u aqliy va ruhiy rivojlanishida muammolarga ega bolalar uchun internat-maktab tashkil etdi, 1909 yilda esa uning klinikasi universitetdan ajralib chiqib, mustaqil muassasaga aylandi. Ortidan **Uitmer** universitet qoshida klinika tashkil etdi. Bu klinika avval boshda vaqtinchalik deb ko‘zda tutilgan edi, biroq keyinchalik u **Uitmer** hayotining asosiy ishlaridan biriga aylandi. Uitmer butun umri davomida Pensilvaniya universitetida ishlaydi — u yerda dars beradi, klinik psixologiya bo‘yicha o‘z tizimini rivojlantirdi va amaliyotga joriy etdi. U 1937 yili nafakaga chiqdi, 1956 yili esa 89 yoshida vafot etadi.

Psixologik klinika. Dunyodagi birinchi klinik psixolog sifatida **Uitmer** o‘z faoliyatida suyanish mumkin bo‘lgan hech qanday namuna yoki tajribaga ega emas edi. U yakka holda ish olib borgani uchun tashxis qo‘yish va davolashning o‘z metodlarini ishlab chiqdi. Amaliy faoliyatidagi birinchi holat — yozishda qiyinchiliklarga duch kelgan bola — bilan ishlash paytida Uitmer bolaning aqliy rivojlanish darajasi, mulohaza qilish va o‘qish qobiliyatlarini tadqiq qildi va o‘qish aynan bola uchun eng katta muammo ekanligini aniqladi. To‘liq tekshiruvlar o‘tkazgan **Uitmer** bolada vizual-verbal amneziya deb ataladigan — ya’ni ko‘rish va til orqali ma’lumotni eslab qolish muammosi borligini aniqlaydi. Masalan, bola geometrik shakllarni yodlab qolardi, lekin so‘zlarni eslab qololmasdi. Uitmer maxsus intensiv tuzatuvchi dastur ishlab chiqdi, va bu muayyan ijobiy natijalar berdi, ammo bola baribir ravon o‘qish va yozishni to‘liq o‘zlashtira olmadi. Turli maktab o‘qituvchilari **Uitmerning** yangi klinikasiga rivojlanish buzilishlari va o‘qishdagi muammolar — jumladan giperaktivlik, nutq va harakat koordinatsiyasidagi buzilishlar — bilan kurashayotgan bolalarni yuborib turishardi. Bu sohada ma’lum tajriba to‘plaganidan so‘ng, **Uitmer** tashxis va davolash bo‘yicha standart dasturlarni ishlab chiqdi. U klinika shtatiga faqat shifokorlargina emas, balki ijtimoiy xodimlar va psixologlarni ham qabul qildi. Uitmer tushunar ediki, bolalardagi psixologik faoliyatga jismoniy muammolar ham to‘sqinlik qilishi mumkin. Shu sababli klinika shifokorlari bolalarni har tomonlama tekshirib, ulardagi muammolar yomon ovqatlanish yoki ko‘rish va eshitish nuqsonlari bilan bog‘liq emasligini aniqlashga harakat qildi. Psixologlar bemorlarni testlar yordamida baholar, ijtimoiy xodimlar esa tibbiy tarixlarni tayyorlar va bolalar oilasi haqida ma’lumot to‘plardi. Dastlab bolalar bilan ishni boshlaganida, **Uitmer** xulq-atvordagi og‘ishlar va ta’limdagi qiyinchiliklar, asosan, irsiy omillar bilan bog‘liq deb hisoblardi. Biroq klinik tajribalar ortishi bilan u shunday xulosaga keldiki, bola rivojlanishiga atrof-muhit omillari katta ta’sir ko‘rsatadi. Hozirgi kundagi ma’naviy-ruhiy rivojlantiruvchi dasturlardan ancha oldin, Uitmer bolaning hayotining ilk kunlaridanoq unga turli hissiy tajribalarni ta’minlash zarurligini ta’kidlagan. U bola xulq-atvori uni o‘rab turgan odamlar bilan munosabatlariga bevosita bog‘liq, deb hisoblardi va agar uydagi hamda maktabdagi muhit yaxshilansa, bola xulq-atvori ham shunga mos

ravishda yaxshilanishini ta'kidlagan. Natijada **Uitmerning** mana shunday namunasidan ko'plab amerikalik psixologlar ibrat oladilar. 1914 yilga kelib, AQShda deyarli yigirmaga yaqin psixologik klinikalar faoliyat yuritardi, ularning ko'pchiligi aynan **Uitmer** klinikasi namunasida tashkil etilgan edi. Bunday yondashuvni **Uitmerning** sobiq talabalari ham targ'ib qilishadi va ular keyingi avlod psixologlarini klinik ishning asosiy prinsiplariga o'rgatishga xizmat qiladi. Uitmer maxsus ta'lim sohasida ham ta'sirli shaxs bo'lib, u ushbu yo'nalishdagi mutaxassislarning butun bir avlodini tayyorlaydi. Uning shogirdlaridan biri — **Morris Viteles** — **Uitmerning** ishini yanada kengaytirib, bolalarni faqat davolash emas, balki ularni kasbiy ko'nikmalarga ham o'rgatadigan klinika tashkil etgan. Bu AQShdagi bunday turdagi birinchi muassasa edi. Uitmerning shogirdlari uning klinik yondashuvini kattalardagi buzilishlarni tashxislash va davolashda ham qo'llashadi. Umuman olganda, **Uitmerning** metodlari nazariy emas, amaliyotga yo'naltirilgan bo'lib, shu sababdan u bugungi tushunchadagi terapevtik yondashuvni rivojlantirish yoki metodologik asoslarni aniq belgilashga erishmagan. Shu bilan birga, uning klinik psixologiya rivojiga qo'shgan sezilarli hissasi shubhasizdir. Avvalo, u ilmiy psixologiya insonlarga ularning muammo va buzilishlarini hal etishda yordam bera oladigan amaliy soha bo'lishi mumkinligini birinchi bo'lib anglagan olimlardan hisoblanadi. Shuningdek, u psixologik yordam amaliyotini ilmiy tadqiqot bilan bog'lash zarurligini ta'kidlagan. U o'z faoliyati — psixologik klinika tashkil etishi, ortogenetik usullar bo'yicha mutaxassislarni tizimli tayyorlashi va maxsus jurnal chop etishi orqali — klinik psixologiyaning fan va kasb sifatida rivojlanishi uchun muhim asos yaratadi.

Rostdan ham, **Uitmerning** “*tarixiy ahamiyatga molik ishi*” klinik psixologiya va umuman psixologiya tarixida biroz chetda, yakkalikda qoladi. Buning sabablari quyidagicha deb hisoblanadi: Birinchidan, **Uitmer** Birinchi jahon urushi tugagunicha ushbu sohada yuz berayotgan o'zgarishlarni e'tiborga olmagan. Masalan, u yangi psixodiagnostik metodlar (testlar)ning klinik amaliyotda qo'llanilishida ishtirok etmagan, shuningdek, 1907 yildan boshlab psixiatrlar bilan hamkorlikda kattalar o'rtasida o'tkazila boshlangan klinik tadqiqotlarda ham faollik ko'rsatmaydi. Biroq eng muhimi — **Uitmer** o'z faoliyatida (jismoniy va aqliy, ya'ni intellektual buzilishlardan tashqari) xulq-atvor va shaxsiyat buzilishlari bilan shug'ullanish zarurligini yoki anglamagan, yoki inobatga olmagan bo'lishi mumkin. **R. Uotson** (Watson, 1953) u haqida shunday xulosaga keladi: **Laytner Uitmer** — *bu ko'proq tarix, undan keyin qilingan ishlar esa — bu allaqachon zamonaviylikdir.*

Klinik psixologiyaning haqli ravishda «*otalaridan*» biri deb nemis **psixiatri Emil Krepelin** (Emil Kraepelin, 1885–1926) hisoblanadi. **V. Vundtning** shogirdi bo'lgan **Krepelin** Geydelberg, Myunxen va Derpt (hozirgi Tartu) shaharlarida amaliy faoliyat olib borgan va klinik psixologiyaning bir nechta muhim yo'nalishlariga asos solgan: «*Klinikada psixologiya*», «*Farmakopsixologiya*» va «*Eksperimental psixopatologiya*». Uning eng muhim yutuqlaridan biri — ruhiy

buzilishlar va ularning tizimli tasnifiga oid ta'limotni yaratish bo'lib, bu ta'limot hozirgi vaqtgacha nozologik (kasalliklar toifasi) klassifikatsiya tizimlariga ta'sir ko'rsatib kelmoqda. **Krepelin** nisbatan erta 1895 yildayoq, psixiatriya uchun muhim bo'lgan psixologik fenomenlarni tadqiq qilishni boshlagan (masalan, «Psixiatriyada psixologik eksperiment...»). U qo'rquv ta'siri, kutilmagan stimullar ta'siri va kutilgan natija kabi jarayonlarni o'rganishga uringan, shuningdek, uxlash chuqurligi va inson ish ritmi bo'yicha empirik tadqiqotlar olib borgan. U aniqlangan ma'lumotlarni psixiatriyadagi muammolarni tushuntirish va hal qilishda qo'llashni maqsad qilgan. Metodologiya jihatidan u **Vundt** maktabida o'rgangan eksperimental-psixologik yondashuvni eng maqbul deb bilgan. Uning nazarida eksperimental metod o'sha davrda keng tarqalgan faraziy va spekulativ psixopatologiyaga nisbatan ilmiy tadqiqotning haqiqiy dasturi edi. **Krepelin** bu sohani «kuchli tasdiqlar» va «chuqur kashfiyotlar» uchun emas, balki empirik tadqiqot uchun saqlash kerak, deb hisoblardi.

Krepelin tomonidan asos solingan eksperimental psixopatologik an'ana bugungi kungacha saqlanib kelmoqda. Keyinchalik u, garchi endi **Krepelinning** bevosita tashabbusi bilan bo'lmas-da, bixevioral terapiyada davom ettirildi, chunki bixevioral terapiya alohida bemor bilan nazorat qilinadigan eksperimental terapiya usulini anglatadi (Yates, 1970). **Krepelin** o'zining farmakopsixologik ishlarida zaharlanish, alkogol, narkotiklar, choy, tamaki va boshqa moddalarning psixik jarayonlarga ta'sirini aniqlagan. Hozirgi zamon farmakopsixologiyasi ham xuddi shu yo'nalishda rivojlanmoqda. Uning ruhiy buzilishlar to'g'risidagi ta'limotiga keladigan bo'lsak, **Krepelin** 1899 yili yaratgan psixik buzilishlar klassifikatsiyasi keyinchalik barcha tizimlar — shu jumladan XKK-9 (Xalqaro kasalliklar klassifikatsiyasi) — uchun ham poydevor bo'lib kelmoqda.

E. **Krepelin** o'z ilmiy ishlari bilan nafaqat psixiatriyaga, balki klinik psixologiya tuzilmasining shakllanishiga ham sezilarli ta'sir ko'rsatadi. U tomonidan asos solingan an'analar bugungi kunda ham klinik psixologiya amaliyotida keng uchrab turibdi. Ular orasida eng muhimlaridan biri, shubhasiz, eksperimental metodni klinik psixologiyaga joriy etishdir. **Krepelinning** Derptdagi (hozirgi Tartu) faoliyati davrida psixologik tadqiqotlar ham muhim o'rin tutadi. Uning rahbarligida Derptda yozilgan dissertatsiyalarning barchasi tibbiyot fanlari doktori (yoki nomzodi) ilmiy darajasini olish uchun yozilgan bo'lib, ularning faqat bittasi to'g'ridan-to'g'ri klinik mavzuda bo'lgan, qolgan barchasi esa eksperimental-psixologik yo'nalishda edi. Keyinchalik **Krepelinning** o'zi ham Derpt davrini psixiatriyada eksperimental-psixologik metodlarni qo'llash masalasini ishlab chiqishda juda muhim bosqich sifatida ta'kidlab o'tgan. Ta'kidlash lozimki, Derpt universitetida **Krepelin** rahbarligi ostida bajarilgan barcha eksperimental-psixologik ishlar uchun umumiy bo'lgan jihatlar mavjud (Rogovin, 1974).

Birinchi navbatda, **Krepelin** eksperimentlarda juda faol ishtirok etgan: u faqatgina tajribani rejalashtirishga rahbarlik qilmasdan, balki shaxsan o'zi ham

sinovchi sifatida ishtirok etgan va tajriba uchun zarur bo'lgan apparatlar konstruksiyasini ishlab chiqqan. Ikkinchidan, sinovchilar soni ancha kam bo'lgan — asosan **Krepelinning** aspirantlari o'z davrasida tajriba o'tkazganlar. Ya'ni, bir tajriba seriyasida tadqiqotchi bo'lgan shaxs boshqa seriyada sinovchi sifatida qatnashgan. Tajribada ishlatilgan uskunalar, odatda, murakkab mexanik moslamalar bo'lib, kerakli effekt tishli uzatmalar, tortishuvchi mexanizmlar va shunga o'xshash vositalar orqali amalga oshirilgan. Ortidan ko'p yillar o'tganiga qaramay, bu dissertatsiyalar hozir ham taassurot uyg'otadi: ulardagi vazifalar aniq qo'yilgan, matn qisqa va mazmunli, natijalarning izohi esa qat'iy va ilmiy tarzda berilgan. Olingan natijalar umumiy va patologiyaga oid psixologiya uchun qimmatli hissa bo'lib qolmoqda. Metodikalarga kelsak (uskunalarni aytmasdan ham), ular bugungi kunda tarixiy ahamiyatga ega bo'lib, so'nggi o'n yilliklarda psixologiyaning qanday taraqqiy etganini yaqqol ko'rsatib beradigan jonli misol hisoblanadi.

Krepelinning patopsixologik yondashuvidagi asosiy yangiliklardan biri shunda ediki, u muayyan faoliyat turlarini ikki xil, tabiatan turlicha usullar bilan amalga oshirish imkoniyati mavjudligidan kelib chiqadi va buni vaqt o'lchovi asosida tadqiq etgan. Birinchi holatda (yuqorida zikr etilgan mualliflar ishlarida kuzatilganidek), bajarilishi kerak bo'lgan harakat (Leistung) oldindan aniq miqdorda belgilanadi; bu holda ish unumdorligi ko'rsatkichi harakatni bajarishga ketgan umumiy vaqtga teskari proporsional bo'ladi. Ikkinchi holatda esa muayyan vaqt davomida faoliyat amalga oshiriladi va belgilangan vaqt intervallarida qancha topshiriq bajarilgani qayd etiladi. Ana shu ko'rsatkich tadqiq etilayotgan faoliyatning reprezentativ mezoni sifatida qabul qilinadi. Aynan shu ikkinchi usul **Krepelin** tadqiqotlarida asosiy bo'lgan — bu esa uni ish faoliyati davomiyligi qiyasi, ya'ni umuriy ish qobiliyati tushunchasi bilan bog'lagan. Bu mavzular keyinchalik **Krepelinning** psixologik qiziqishlari markaziga aylanadi. Tadqiqotda e'tibor asosan quyidagilarga qaratilishi kerak edi: harakatlarning mutlaq davomiyligi, ularning o'rtacha o'zgaruvchanligi, mashq orqali natijalarning yaxshilanishi (o'rganish), charchoq va shaxsiy farqlar. Muhim bo'lgan xulosa shundan iboratki, muallifning ta'kidlashicha, umumiy ish qobiliyati tushunchasi eksperimental-psixologik tadqiqotda yakdil holda namoyon bo'lmaydi, balki bir nechta alohida komponentlarga ajraladi. Faqat shu elementlar jamlanmasi orqaligina insonning aqliy (umuriy) ish qobiliyati haqida xolis xulosa chiqarish mumkin bo'ladi.

Psixometrik an'ana. AQShda klinik psixologiya rivojining ilk va asosiy yo'nalishlaridan biri — psixometrik an'ana bo'lgan **Vilyam Xeyli** (William Healy) tomonidan 1909 yili ochilgan «child guidance clinic» (bolalar maslahat klinikasi)da **Bine–Simon** intellektual testi joriy etilgan edi. Bu klinikada Xeylining o'zi psixiatr sifatida ishlagan, shuningdek u bilan birga psixolog **Greys Ferneld** ham faoliyat yuritgan. Bu muassasa psixolog Jeymsning inson tabiatiga qiziqishini umumiy yo'nalish sifatida tanlagan bo'lib, Vundt maktabining qattiq nazariy yoki eksperimental-statistik yo'nalishiga unchalik ergashmagan (Watson,

1953, s. 329). Bu jarayon mutlaqo tabiiy bo'lib, klinik psixologiyaning AQShdagi rivojlanishida psixometrik an'ananing o'rni muhim bo'lganini ko'rsatadi. Qiziqarlisi shundaki, amerikalik klinik psixologiya tarixchilari, xususan **Robert Uotson**, klinik psixologiya tarixini **Laytner Uitmerdan** emas, balki psixometrik an'ana va **J. MakKin Kettell** faoliyatidan boshlaydilar. **Kettell** 1890 yilda «mental test» — aqliy test atamasini ilmiy muomalaga kiritgan. Bu testlar shaxsning individual xususiyatlarini o'rganishga mo'ljallangan bo'lib, bu yo'nalishda uning vatandoshlari — **Torndayk** va **Vudvort**, keyinchalik esa **Terman** va **Yerks** faoliyat yuritgan. Ayniqsa, Birinchi jahon urushi oldidan va u paytda turli testlar, testlar batareyasi ishlab chiqilgan bo'lib, ularning ko'pchiligi keyinchalik klinik psixologiya amaliyotida psixodiagnostik vosita sifatida keng joriy etiladi.

Heyli klinikasiga o'xshash muassasa qariyb 15 yildan so'ng bolalarga yordam ko'rsatish harakati doirasida Ayova shahridagi universitet qoshida **Sishor** (Seashore) tomonidan tashkil etiladi. 1927 yilda Garvard universiteti qoshida **Morton Prins** (Morton Prince) nomidagi psixologik klinika ochildi. Bu klinikaning asosiy farqi akademik va klinik psixologiya o'rtasidagi yaqin hamkorlik edi. Keyinchalik bu klinikaga **Henri A. Myurrey** (Henry A. Murray) rahbarlik qiladi. U proektiv test — TAT (Tematik Appersepsiya Testi) muallifi sifatida tanilgan va u juda yorqin mutaxassislar guruhini to'playdi. Bu guruh tarkibiga **Donald V. MakKinnon**, **Sol Rozensveyg**, **R. Nervitt Senford** va **Robert B. Uayt** kirgan. Ular 1938 yilda "Exploration in Personality" ("Shaxsiyatni tadqiq etish") deb nomlangan ajoyib loyihani amalga oshirganlar. Shu davrda nafaqat psixologik klinikalarda, balki ulardan tashqari joylarda ham klinik psixologlar soni va ular faoliyat yuritadigan sohalar ko'payib borayotgan edi. 1941 yilda Amerika Qo'shma Shtatlari Ikkinchi jahon urushiga kirdi. Bu voqea klinik psixologiyani yirik va jadal rivojlanayotgan amaliy sohaga aylantirishda boshqa hech qanday voqeaga teng kelmaydigan darajada turtki bo'ldi. Armiya klinik psixologlardan harbiylarda yuzaga kelgan emotsional buzilishlarni davolash uchun yuzlab dasturlar tayyorlashni buyurtma qildi. Urushdan keyin ham klinik psixologlarga bo'lgan ehtiyoj yanada ortib bordi. Veteranlar ishlari boshqarmasi (Veterans Administration, VA) turli ruhiy buzilishlardan aziyat chekkan 40 mingdan ortiq urush veteraniga javobgar edi. Bundan tashqari, 3 milliondan ortiq kishi oddiy fuqarolik hayotiga qaytish uchun kasbiy qayta tayyorlash va individual maslahatlarga muhtoj edi. Urushda olgan jarohatlari natijasida jismoniy imkoniyati cheklangan bo'lib qolgan taxminan 315 ming nafar veteranga psixologik yordam kerak edi. Ruhiy sog'liq muammolari bo'yicha professional maslahatchilarga bo'lgan talab ortib borardi va bu talab taklifdan ancha oshib ketgan edi. Bu ehtiyojni qondirishga yordam berish maqsadida Veteranlar boshqarmasi (VA) universitetlarda diplomli psixologlar uchun malaka oshirish dasturlarini moliyalashtiradi va gospital hamda klinikalarda ishlash istagida bo'lgan aspirantlarning o'qish xarajatlarini qoplab beradi. Klinik psixologlar yangi turdagi bemorlar bilan ishlashga majbur bo'lishdi. Agar urushgacha ular asosan ta'lim va muloqotda qiynalayotgan

muammoli bolalar bilan ishlashgan bo'lsalar, urushdan keyingi yillarda kattalarda yuzaga kelayotgan jiddiy emotsional muammolarni aniqlash va davolash bilan shug'ullanishadi. Klinik psixologiya AQShda faqat 1947 yildagina fuqarolik huquqini rasman qo'lga kiritadi. Bugungi kunda AQShda klinik psixologiya — amaliyotga yo'naltirilgan yo'nalishlar orasida eng ommaviylaridan biridir; barcha psixologiya bo'yicha ta'lim olayotgan aspirantlarning uchdan bir qismidan ko'prog'i aynan klinik psixologiya sohasida ixtisoslashmoqda. Klinik psixologlar ruhiy salomatlik markazlarida, maktablarda, xususiy kompaniyalarda faoliyat yuritadilar, shuningdek, shaxsiy amaliyot bilan ham shug'ullanadilar. Amerika Psixologik Assotsiatsiyasining (APA) sakkiz bo'limida yettitasi aynan ruhiy salomatlikning nazariy va amaliy muammolari bilan shug'ullanadi. Uning a'zolarining taxminan 70%i sog'liqni saqlash sohasida ishlaydi. 1995 yilda "Money" (Pul) jurnali psixologiyani XXI asrning eng istiqbolli kasblaridan biri deb e'tirof etib, uni 50 ta kasb orasida to'rtinchi o'ringa qo'ygan edi. Psixologiyada klinik psixologiyaga ham ta'sir ko'rsatgan psixometrik an'ana, birinchi navbatda, **Frensis Galton** nomi bilan bog'liq. Shuningdek, uning mashhur qarindoshi **Charlz Darvin** ham (garchi u psixometrikani emas, balki emotsiyalar va bolalar rivojlanishi haqidagi tadqiqotlari orqali) klinik psixologiya rivojiga o'z hissasini qo'shgan. Bu an'ananing boshqa namoyondalari — **J. MakKinn Kettell** va **Alfred Bine** bo'lib, ular individual farqlarni baholash uchun testlar ishlab chiqib, amaliyotga joriy qilgan birinchi olimlardan hisoblanadi. 1888 yili **Alfred Bine** — Sorbonna universitetidagi eksperimental psixologiya laboratoriyasi direktori — Parij yaqinidagi psixiatriya klinikasining bosh shifokori **Simon** bilan hamkorlikda «Anomal bolalarning aqliy rivojlanish darajasini baholashning yangi usullari» (1905) nomli ocherklarni nashr etadi. Bu asarlar klinik psixodiagnostika sohasining boshlanishi sifatida qaraladi. Shuni ta'kidlash joizki, aynan shu va boshqa psixologik an'analar doirasida ko'plab **Vundt** shogirdlari, xususan, **MakKin Kettell** ham faoliyat olib borgan. Psixometrik an'ana keyingi yillarda ham o'z davomini topdi va ayniqsa, Birinchi va Ikkinchi jahon urushlari davomida yanada kuchaydi. Masalan, Ikkinchi jahon urushida faqat AQShning o'zida 1500 dan ziyod psixologlar (bu umumiy soning 25 foiziga teng) ishtirok etgan bo'lib, ularning ko'pchiligi klinik jamoalar, terapevtik konsiliumlar, ekspert komissiyalari kabi tarkiblarda ishlashgan. U yerda ularga tegishli tashxis va psixologik yordam usullarini qo'llashga to'g'ri kelgan. Ayrim manbalarga ko'ra, urushdan so'ng sobiq harbiy psixologlar klinik sohada ishlashni va klinik usullardan foydalanishni urushdan avvalgi davrga nisbatan uch barobar ko'proq darajada boshlab yuborganlar. Shu munosabat bilan shuni ham eslatib o'tish lozimki, shunga o'xshash holat mahalliy (sovet) psixologlari bilan ham sodir bo'lgan, garchi u bunchalik ommaviy tarzda bo'lmagan, chunki ular soni fojeaviy darajada kam bo'lgan, hatto sanoqli kishi bo'lgan deyish ham mumkin. Ammo aynan shu sanoqli mutaxassislar — **A.R. Luriya, B.F. Zeygarnik, A.V. Zaporojes va V.N. Myasiñev** — o'z mehnatlari orqali jarohatlanganlarga katta yordam ko'rsatdilar. Ularning klinika va gospitallardagi faoliyati natijasida urushdan so'ng klinik psixologiyaning, balki

umuman psixologiya fanining muhim tarkibiy qismlari — neyropsixologiya va patopsixologiya shakllandi. Klinik psixologiyadagi psixometrik an'ananing rivojiga katta hissa qo'shgan olimlardan biri — **Frensis Galton** (Francis Galton, 1822–1911) bo'lib, uning ilmiy izlanishlari asosan inson qobiliyatlarini o'rganishga bag'ishlangan edi. Uning "Irsiy nobop zehnlr" (ingl. Hereditary Genius) nomli fundamental asari 1869 yili nashr etilgan. Qiziqarli tomonlardan biri — uning «Qoramollar va odamlardagi to'dabozlik» nomli maqolasidir. Unda **Galton** inson jamiyatiga xos bo'lgan «to'da instinkti» haqida mulohaza yuritarkan, bu instinkt oldingi davrlarda o'zini oqlagan bo'lsa-da, zamonaviy jamiyatda u zararli ekanini ta'kidlaydi. Unga ko'ra, bu instinktni yengish zarur, shundagina inson zoti ma'naviy va aqliy taraqqiyot yo'liga qadam qo'ya oladi. Bunday taraqqiyot vositasi sifatida u qoramol zotini yaxshilashda qo'llaniladigan usulni — ya'ni sun'iy tanlovni taklif qilgan. Bunday g'oyalar **Galton**da **Charlz Darvinning** «Turlar paydo bo'lishi» asari ta'siri ostida shakllangan. Olimning inson xususiyatlarining merosiyliigi haqidagi birinchi maqolasi — «Irsiy qobiliyat va xarakter» — 1865 yilda nashr etilgan. Ushbu maqoladayoq u keyingi tadqiqotlarida amal qilgan asosiy prinsiplar belgilab qo'yilgan edi. **Galtonning** asosiy e'tiqodi shunda ediki: insonning qobiliyati va umuman barcha psixik xususiyatlari uning jismoniy xususiyatlari kabi irsiy yo'l bilan o'tadi. Bu qarashini asoslash uchun u so'nggi paytlarda psixologiyada juda keng tarqalgan «egizaklar usuli»ni ishlab chiqqan. Ushbu metod orqali u bir urug'li (monozigotik) va ikki urug'li (dizigotik) egizaklarning turli parametrlar bo'yicha o'xshashlik darajasini solishtirib chiqqan. Natijada, **Galton**da shaxs rivojida irsiylik hal qiluvchi rol o'ynaydi, muhit omillari esa ikkinchi darajali ahamiyatga ega, degan ishonch yanada mustahkamlangan.

Qobiliyatning irsiyliyini tan olish **Galton** tafakkurini uning funksiyalarini o'rganish va o'lchash yo'liga — ya'ni psixometrik tadqiqotlarga olib keladi. U psixometrikani inson aqlining faoliyatlarini, masalan, turli shaxslarda reaksiya vaqtini aniqlash kabi, o'lchov va son bilan qamrab olish san'ati deb bilgan. Uning fikricha, *fanning qaysi sohasi bo'lmasin, agar u hodisalarni o'lchov va songa bo'ysundirmasa, u haqiqiy ilm maqomini qo'lga kirita olmaydi*. Uning ana shu so'nggi fikri keyinchalik u Londonda asos solgan biometrik laboratoriyaning shoriga aylangan. Olim olib borgan psixologik tadqiqotlar juda xilma-xil bo'lgan. Uning ayrim kuzatish va tajribalari hech qanday nazariya doirasiga sig'masdi. Masalan, «ser **Galtonning** mashhur sayri» shundaylardan biri edi. Bu tajribaning mohiyati haqiqatan ham o'quvchilik xususiyatga ega. Bir kuni ser **Frensis** o'ziga xos tajriba o'tkazishga qaror qildi. London ko'chalaridagi har kunlik sayriga chiqishdan oldin u o'zini shunday deb ishontirdi: «*Men — nafratli odamman, butun Angliyada mendan nafratlanishadi!*» U bir necha daqiqa shu fikrga to'liq ishondi, bu holat deyarli avtogipnozga teng edi, so'ng har doimgidek sayrga chiqadi. Sayr vaqtida esa quyidagilar sodir bo'ldi: har qadamda u atrofidagilarning nafratli va mensimas nigohlarini his etardi. Ko'pchilik undan yuz o'girar, bir necha bor unga nisbatan haqoratli so'zlar aytildi. Portda esa bir yukchi uni yelkasi bilan shunday urib yubordiki, u g'arq etib ko'cha loyiga

yiqiladi. Hatto hayvonlar ham unga nisbatan dushmanlik qilgandek tuyulaveradi. Yo'lda o'tayotganda bir aravaning oti unga tepib yuboradi va u yana yerga qulaydi. **Galton** bu holatni ko'rgan odamlardan u rahm va tasalli kutadi, ammo ular hayvonni himoya qilishga tushib ketishadi. Natijada, **Galton** o'z tajribasi uni jiddiy oqibatlarga olib kelmasidan oldin uyiga shoshiladi. Bu haqiqiy voqea ko'pgina psixologiya darsliklarida tasvirlangan. Undan ikki muhim xulosa chiqarish mumkin. Birinchisi — inson o'zini qanday deb hisoblasa, aynan shunday insonga aylanadi. Atrofdagilarga o'z o'zingizni baholashingizni yoki ruhiy holatingizni gapirib berish shart emas — ular buni baribir his qilishadi. Bu amaliyotda shunday ma'noni anglatadiki: agar dunyoqarashimizda, xulq-atvorimizda yoki atrofdagilarning bizga munosabatida biror narsa bizga ma'qul kelmasa, uni o'zgartirishga harakat qilish kerak. Biroq har qanday xulq-atvor o'zgarishiga avval aqliy (fikriy) o'zgarish asos bo'lishi lozim. Bu g'oya o'zining amaliy ifodasini, masalan, bixevioral-kognitiv psixoterapiyada topgan (**Zalevskiy, 2002, 2006**). Yaxshi kayfiyat va o'zini yuqori baholash shaxsiy muvaffaqiyat hamda insonlar o'rtasidagi hamjihatlikka xizmat qiladi. **Galton** odamlarni ularning «hukm chiqarish tezligi»ni o'lchash orqali klassifikatsiya qilish mumkin, deb hisoblagan. U bunga oid oddiy tajriba ishlab chiqqan: unda sinaluvchi A va V signallarini farqlab, A signaliga o'ng qo'l bilan, V signaliga esa chap qo'l bilan tugma bosishi kerak edi. Signallarni va tegishli qo'llarni farqlash ma'lum vaqt talab qilar, va bu vaqt turli odamlarda har xil bo'lgan. Bu «hukm chiqarish vaqti»ni o'lchash mumkin edi. Ushbu tajriba aslida psixometrik testning namunasi hisoblanadi. Qizig'i shundaki, **Galtonning** reaksiya vaqti (RV) — ruhiy jarayonlarning borishini aks ettiradigan muhim ko'rsatkich sifatidagi tasavvuri butun psixologiya tarixi davomida jonli ilmiy munozaralarga sabab bo'lib kelmoqda va hanuzgacha o'z tarafdorlarini topmoqda. Masalan, 1968 yilda **G.Yu. Ayzenk** — psixodiagnostika sohasida tan olingan mutaxassis — reaksiya vaqtini intellektual salohiyat darajasining eng muhim mezonlaridan biri deb hisoblab, **Galtonning** qadimgi g'oyasini mutloq tasdiqlaydi. Ko'pchilik olimlarning fikricha, Galtonni psixologiyadagi psixometrik yo'nalish asoschisi, testologiyaning ilk vakili deb atash mumkin. Garchi u o'zi yaratgan usullarni hech qachon «test» deb nomlamagan. «Test» so'zi ingliz tilida ko'pdan beri «sinov», «tekshiruv», «tadqiq» ma'nolarida ishlatilgan. Bu so'zni psixometrik metodikalarni ifoda etish uchun ilk marta amerikalik olim **Jeyms MakKin Kettell** 1890 yildagi “Aqliy testlar va o'lchovlar” (Mental Tests and Measurements) nomli maqolasida qo'llagan. **Galton** 1884 yilda Kensingtondagi Xalqaro sog'liqni saqlash ko'rgazmasi davomida Antropometriya laboratoriyasini ochgan. U inson qobiliyatlarining hajmi haqida statistik ma'lumotlar to'plashni maqsad qilgan. Ko'rgazmaga kelganlar uch pens to'lab, 17 xil turli tajriba va tekshiruvlardan o'tishgan. Laboratoriya katta qiziqish uyg'otgan, bir kunda taxminan 90 kishi tashrif buyurgan va natijada 9 337 nafar odamning shaxsiy natijalarini o'z ichiga olgan kartochkalar to'plangan. Bu shunday ko'lamdagi birinchi tajriba bo'lib, ilk ommaviy testlash tajribasi hisoblanadi. Aytish joizki, shu vaqtdan boshlab, birinchi navbatda sanoat va psixologiya sohasidagi yutuqlar

namoyish etiladigan xalqaro ko'rgazmalarda mehmonlarga psixologik (aqliy) testdan¹ o'tishni taklif qilish an'anaga aylandi. **Galton** ilmiy faoliyatini qarilik davrigacha davom ettiradi va u 1911 yil 17 yanvarda London yaqinidagi Heyzlmirda vafot etadi. Uning ko'pgina g'oyalari va u tomonidan ishlab chiqilgan usullar, birinchi navbatda, differensial psixologiyaning rivojlanishi uchun yo'naltiruvchi asos bo'lib xizmat qiladi. Keyinchalik uning ilmiy merosi turlicha baholangan — ba'zan unga nisbatan salbiy munosabatlar ham bo'lgan. Bunday tanqidlar, asosan, uning yevgenika nazariyasini turli mutaassib va tajovuzkor oqimlar (xususan, Germaniyadagi fashistlar) tomonidan yomon maqsadlarda suiiste'mol qilingani bilan bog'liq edi. Biroq bu holat **Galton** nazariyasining qadrini pasaytirmaydi, chunki uning konsepsiyasi o'z mohiyatiga ko'ra chuqur gumanistik ruhga ega edi. Hozirgacha **Frensis Galton** dunyo psixologiyasidagi yorqin shaxslardan biri bo'lib qolmoqda, garchi o'sha davrda psixologiya fan sifatida aniq maqomga ega bo'lmagani uchun u o'zini psixolog deb hisoblay olmagan. Shunga qaramay, uning tadqiqotlari uzoq yillar davomida psixologik fikr rivojlanishining muhim yo'nalishlarini belgilab berdi va ko'plab yirik psixologlar o'zlarini **Galton** izidan boruvchi deb bilishadi. U zamonaviy Angliyadagi eng original olim, tadqiqotchi va mutafakkirlardan biri edi. **Galtonning** hayoti va faoliyati uning shogirdi va do'sti **Karl Pirson** tomonidan «**Frensis Galtonning** hayoti, maktublari va ishlari» nomli kitobida batafsil tasvirlangan. Va bu **Galton** ruhiga to'la mos holda, **Pirson** o'z tadqiqotlarini uning genealogiyasidan boshlagan va uni u elliginchi avlodigacha kuzatgan. **Galtonning** ajdodlari orasida **Qarl Buyuk** (imperator), Kiev knyazi **Yaroslav Mudriy**, **Vilgelm Fathkor**, bir necha ingliz podshohlari bo'lgan; shuningdek, uning amakivachchasi **Charlz Darvin** edi.

Ammo otasi tomonidan **Galtonning** ajdodlari oddiy dehqonlardan bo'lgan. **Frensisning** otasi — **Samuel** — hech qanday iste'dodi bilan ajralib turmagan, uning barcha farzandlari ham oddiy bo'lishgan, faqat eng kichigi — to'qqizinchi farzand **Frensis** bundan mustasno edi. Shuning uchun ham genealogik shajara **F. Galtonning** irsiylik haqidagi nazariyasiga faqat qismangina dalil bo'la oladi, xolos. **Galtonning** aqliy funksiyalarni sensor farqlash qobiliyati va reaksiya vaqti orqali ob'ektiv ravishda o'lchash mumkin degan g'oyasini katta hayajon bilan qabul qilgan va bu borada tegishli tajribalarni boshlagan olim — **Jeyms MakKin Kettell** (James McKeen Cattell, 1860–1944) bo'lgan. Eslatib o'taman, ingliz tilida «test» so'zi «sinov», «tekshiruv», «tadqiq» ma'nolarini bildiradi. **Kettell** tufayli bu so'z psixologiyada bugungi tushunishimizdagi ilmiy ma'noga ega bo'ldi. 1890 yili «Mind» jurnalida **Kettellning** «*Aqliy testlar va o'lchovlar*» (Mental Tests and Measurements) nomli maqolasi **Galtonning** keyingi so'zi bilan birga chop etildi. Ushbu maqolada psixometrik usullarni amaliyotda qo'llash ilmiy jihatdan asoslab berilgan edi. **Kettell** yozishicha: *Psixologiya, agar u fizika fanlariga o'xshash aniq va mustahkam bo'lishni xohlasa, tajriba va o'lchovga tayanishga majbur*. Bu yo'nalishdagi ilk qadam — aqliy testlarni ko'p sonli individlarga qo'llash orqali amalga oshirilishi mumkin. Uning natijalari psixik jarayonlarning doimiyliigi, o'zaro bog'liqligi va turli sharoitlardagi o'zgarishlarini

aniqlashda katta ilmiy qiymatga ega bo'lishi mumkin». (iqtibos: Stepanov, 2001. B. 28)

Shu tariqa, statistik yondashuv — testlar seriyasini ko'p sonli shaxslarga qo'llash — psixologiyani aniq fanga aylantirish vositasi sifatida ilgari surilgan. Bunday yondashuvning faqatgina ilmiy qiymati emas, balki uning amaliy ahamiyati ham bo'lishi mumkinligini Kettell alohida ta'kidlagan. U kolledj talabalari aql-zakovatini baholash uchun testlar seriyasini ishlab chiqqan. Ushbu testlar mushak kuchini, harakat tezligini, og'riqqa sezuvchanlikni, ko'rish va eshitish tezligini, og'irlikni farqlash qobiliyatini, reaksiya vaqti, xotira va hatto o'pka hajmini o'lchashni o'z ichiga olgan — buning ham aqliy qobiliyat bilan bog'liq deb qaralishi qiziq. Ushbu parametrlarning tanlanishi ikki asosga tayangan: bir tomondan, Galton g'oyalariga sadoqat, ikkinchi tomondan esa shunchaki amaliy mulohaza — ya'ni, sodda ruhiy funksiyalarni yuqori aniqlik bilan o'lchash mumkin, holbuki murakkab funksiyalar uchun ob'ektiv o'lchov usullarini yaratish o'sha paytda mutlaqo umidsiz vazifa deb qaralgan. **Kettell**ning psixologiyaga qo'shgan yana bir muhim hissasi — diqqat hajmi va o'qish malakasi bo'yicha olib borgan tajribalaridir. **Kettell** taxistoskop yordamida turli ob'ektlarni — shakllar, harflar, so'zlar va hokazolarni qabul qilish va nomlash uchun talab etiladigan vaqtni aniqlagan. Aniqlangan diqqat hajmi taxminan beshta ob'ekt atrofida bo'lgan. Bu hajm shunchaki alohida harflar emas, balki butun so'zlar yoki hatto gaplar — ya'ni ma'noli til birliklari, juda ko'p harf va belgilardan tashkil topgan bo'lsa ham o'zgarmagan. **Kettell** harf va so'zlarni aylanuvchi barabanda o'qish tajribalari davomida idrokning oldinga "ilgarilab ketishi" (antitsipatsiya) fenomeni — ya'ni odam ma'lumotni hali to'liq qabul qilmasdan avvalroq bashorat qilib idrok qilish holatini qayd etgan. Olingan natijalar nafaqat eksperimental psixologiyaning, balki umumiy psixologik nazariyaning maqomini ham oshiradi, chunki bu ikki yo'nalish doimo uzviy bog'liq bo'lib kelgan. **Kettell** shunday yozgan: «*Psixologiyada, agar tajriba va o'lchovlarga asoslanilmasa tabiiy fanlardagi kabi aniq va ishonchli natijalarga erishish mumkin emas. Buning yechimi — aqliy qobiliyatlarni imkon qadar ko'proq insonlar o'rtasida testlash orqali amalga oshiriladi*» (Cattell, 1893. B. 373). Uning fikricha, aynan shu yo'nalishda ishlash lozim edi.

Kettellning xizmatlari ko'plab ilm-fan jamoatchiligi tomonidan hozirgacha yuksak baholanib kelmoqda. 1895 yilda u Amerika psixologik assotsiatsiyasining prezidenti etib saylangan. 1929 yilda esa AQShda ilk bor o'tkazilgan IX Xalqaro psixologik kongressga raislik qiladi. Psixologiya tarixida **Kettell** ulkan rol o'ynagan — u ham tashkilotchi, ham fanni ommalashtiruvchi sifatida tanilgan. 1895 yildan boshlab u «*Science*» («*Fan*») jurnalini nashr qilgan, 1894 yili esa J.M. Bolduin bilan birgalikda «*Psychological Review*» («*Psixologik sharh*») jurnalini tashkil etadi, 1915 yilda esa «*School and Society*» («*Maktab va jamiyat*») jurnalini chiqara boshlaydi. **Kettell**ning tadqiqotlari va qarashlari ko'plab olimlarga katta ta'sir ko'rsatadi. 1904 yili Sent-Luisdagi Jahon ko'rgazmasida so'zlagan nutqida u shunday deb so'zlaydi: «*...inson tabiatini o'rganishda*

tizimlashtirilgan bilimlardan foydalanish, bu asrda fizikaning o'n to'qqizinchi asrdagi yutuqlariga teng natijalarga olib kelmasligi uchun men hech qanday sabab ko'rmayapman. Bu yutuqlar moddiy olamni o'rganishda qanday ahamiyatga ega bo'lsa, insonni o'rganishda ham shunday bo'lishi mumkin». Bu chiqishda keyinchalik bixeviorizm — xulq-atvor psixologiyasi asoschisi sifatida mashhur bo'lgan **Jon Uotson** ham ishtirok etgan va **Kettellning** g'oyalarini katta ilhom bilan qabul qiladi. Ayrim tarixchilar bu sababli **Kettellni** "bixeviorizmning bobosi" deb atashni ham taklif qiladilar. **Kettellning** shogirdlaridan biri — **Edvard Torndayk** bo'lib, u bir kuni **Kettellning** eshigiga qo'lida savat bilan keladi. Savatda u o'zi o'rgatgan jo'jalarni olib keladi va ushbu tajribalar asosida keyinchalik mashhur "mashq qonuni", "natija qonuni" va bixeviorizmning boshqa postulatlarini yuzaga keladi. **Kettellning** boshqa shogirdlari orasida tengsiz tajribachi **R. Vudvorte** va Amerika klinik psixologiyasiga asos solgan **L. Uitmer** ham bor edi. Kettell vafot etgandan so'ng tarixchi **E.G. Boring** uning farzandlariga shunday deb yozgan: «*Mening fikrimcha, sizning otangiz Amerika psixologiyasi uchun Vilyam Djemsdan ham ko'proq ish qilgan. Aynan u sababli psixologiya AQShda o'zining ibtidoiy manbai bo'lgan nemis psixologiyasidan butunlay ajralib chiqdi va haqiqiy amerikalik fanga aylandi*» (1950). «Intellectual qobiliyatlar testlari» atamasini ilk bor **Kettell** joriy etgan bo'lsa-da, test usuli keng tarqalishini **Alfred Bine** (Alfred Binet, 1857–1911) nomiga bog'lash mumkin. U mustaqil ravishda faoliyat yuritgan va o'zini o'zi o'qitgan psixolog edi. **Bine** ishlab chiqqan metod keyinchalik mashhur Stenford–Bine shkalasiga asos bo'lib xizmat qildi va insonning aqliy qobiliyatlarini samarali o'lchash imkonini yaratdi. Bu usul zamonaviy testologiyaning boshlanishini anglatadi. **Bine, Galton** va **Kettellning** fikrlariga qo'shilmagan. Ularning sensomotor funksiyalarga asoslangan intellekt testlari metodiga tanqidiy qaragan. **Bine** aqliy rivojlanishning eng yaxshi mezoni sifatida xotira, diqqat, tasavvur va zehn kabi kognitiv funksiyalarni baholashni taklif qiladi. 1904 yili **Binega** o'z g'oyalarini amalda isbotlash imkoniyati tug'iladi. Fransiya Xalq ta'limi vazirligining tashabbusi bilan maktabda o'qishda, qiyinchilikka duch kelayotgan bolalarning aqliy qobiliyatlarini o'rganish bo'yicha komissiya tashkil etiladi. **Bine** va psixiatr **Teodor Simon** ushbu komissiya faoliyatida ishtirok etib, turli yoshdagi bolalar uchun mo'ljallangan aqliy topshiriqlar to'plamini yaratadilar. Aynan shu topshiriqlar asosida birinchi intellekt testi tuzilgan edi. U o'ttizta vazifadan iborat bo'lib, ular verbal (ogzaki), perseptiv (idrokii) va manipulyativ (amaliy) turlarga bo'lingan edi va qiyinlik darajasiga ko'ra tartiblangan. Keyingi yillarda bu test bir necha bor qayta ko'rib chiqiladi va takomillashtiriladi. **Bine va Simon** «aqliy yosh» tushunchasini joriy etadilar. Bu ko'rsatkich, bola qanday darajadagi aqliy topshiriqlarni yecha olishiga qarab aniqlanardi. Masalan, agar bolaning xronologik (haqiqiy) yoshi to'rt yosh bo'lsa, lekin u besh yoshliklar uchun mo'ljallangan barcha topshiriqlarni bajara olsa, u holda uning aqliy yoshi besh yosh deb hisoblangan. **Bine** 1911 yilda vafot etganidan so'ng, testologiya sohasidagi rivojlanish AQShga ko'chdi. U yerda **Bining** ishlari Fransiyadagidan ham katta e'tirofga sazovor bo'ldi. Bining vatanida esa uning

test dasturlari u vafot etganidan 35 yil o'tgachgina ommalashdi. **Bine-Simon** testini ingliz tiliga **Genri Goddard** tarjima qildi va uni AQShda joriy etdi. U Nyu-Jersidagi Vaynlend shahrida aqliy nuqsonli bolalar uchun xususiy maktabda ishlagan. Ushbu testning inglizcha varianti "intellektni o'lchash shkalasi" deb nomlanadi. 1916 yilda **Lyuys M. Terman**, **Bine-Simon** testini qayta ishlab chiqadi va uni takomillashtiradi. Shundan so'ng ushbu test standart test sifatida tan olinadi. U bu testni Stenford universitetida birinchi marta taqdim etgani bois, uni «**Stenford-Bine shkalasi**» deb atadi. Shu bilan birga, u aqliy rivojlanish koeffitsienti yoki intellekt koeffitsienti (IQ — Intellectual Quotient) tushunchasini ilmiy muomalaga kiritadi. Bu ko'rsatkich aqliy yoshning xronologik (haqiqiy) yoshga nisbati foizda ifodalanishiga asoslangan. **Stenford-Bine shkalasi** keyinchalik bir necha bor qayta ko'rib chiqiladi va hozirgi kungacha keng qo'llanilib kelinmoqda.

Psixodinamik an'ana. Klinik psixologiyaning shakllanishiga institutsional va psixometrik an'analar bilan bir qatorda dinamik an'ana — psixodinamik konsepsiya ham katta ta'sir ko'rsatadi. Garchi psixodinamizmni yaxlit va to'liq shakllangan qarash sifatida aniq ta'riflash qiyin bo'lsa-da, barcha tarafdorlari bir fikrda — «motivatsiya» tushunchasi markaziy o'rin tutadi degan xulosaga kelishadi. Aynan motivatsion omillar — inson anglaydigan va anglamaydigan xohishlar, intilishlar, tendensiyalar, komplekslar, tushkunlik, umidsizlik, xavotir kabi tuyg'ular — insonning normal va patalogik xulq-atvorini shakllantiradigan asosiy sabablar deb qaralgan. Psixologiyadagi dinamik an'ana, avvalo, AQShdagi mashhur «Boston guruhi» vakillari nomi bilan bog'liq. Ular o'z ta'limotlarini «yangi psixologiya» deb ataydilar. Bu guruhga **Uilyam Djeyms**, **G. Stenli Xoll** kabi olimlar kirgan. Yevropada esa bu yo'nalish **Vilgelm Vundt** (Germaniya), **Zigmund Freyd** (Avstriya), **Karl Gustav Yung** (Shveysariya), **Per Jane** (Fransiya), **N.N. Lange** va **V.M. Bexterev** (Rossiya) singari yirik olimlar faoliyati bilan bog'liqdir.

Vilyam Djeymsning ta'siri uning mashhur «Psixologiya asoslari» ("Principles of Psychology", 1890) asari orqali amalga oshadi. «Dinamik» atamasini **Djeyms** o'z nuqtai nazarini **Titchener**ning strukturalizm qarashidan farq qilish uchun qo'llaydi. **R. Uotson** to'g'ri ta'kidlaganidek, **Djeymsning** klinik psixologiyaga ta'siri uning aynan shu sohadagi aniq ishlari orqali emas, balki uning fikrlash tarzidagi samaradorlik va ziddiyatlilik, «hech qanday chegaralarsiz g'oyalarni himoya qilish» orqali yuzaga keladi (Watson, 1953, s. 325). Biroq, **Vilyam Djeymsning** klinik psixologiyadagi yana bir muhim hissasi — u **Klifford Birs** (Clifford W. Beers)ni qo'llab-quvvatlagan. **Birsning** «A Mind That Found Itself» («O'zini topgan ong», 1908) nomli kitobi kelgusidagi psixogigiena harakatining (mental hygiene movement) rivojiga juda katta ta'sir ko'rsatadi. Klinik psixologiya rivojiga hal qiluvchi ta'sir ko'rsatgan shaxs — bu **Zigmund Freyd** (Sigmund Freud, 1856–1939) edi. Uning g'oyalari klinik psixologiyani ilk klinikalar chegarasidan ancha tashqariga olib chiqadi². Garchi **Freydning** psixoanaliz sohasidagi faoliyati psixologik jamoa va Amerika jamoatchiligi

tomonidan (ayniqsa, 1909 yildagi ma'ruzalaridan so'ng) hayrat va hatto norozilik bilan kutib olingan bo'lsa-da, uning g'oyalari klinik psixologlarga psixoanalitik terapiyaning dastlabki usullarini beradi. Shu sababli **Zigmund Freyd**ni klinik psixologiyaning ikkinchi otasi deb atash fikri to'liq asoslidir. U boshida, **Krepelin** kabi, tabiiy fanlarga yo'naltirilgan bo'lsa-da, keyinchalik psixoanaliz orqali ruhiy buzilishlar va ularni terapiya qilishga oid murakkab ta'limotni rivojlantirdi. Shu bilan birga, u klinik tadqiqotlarda fenomenologik va germenevtik (tafsiriy) yondashuvni ham ilgari suradi. 1895 yilda chop etilgan «Isteriya tadqiqotlari» asaridan boshlab **Freyd** nevrotik buzilishlarning psixogenetik nazariyasini ilgari surdi. Bu nazariya bir vaqtning o'zida ham diagnostika, ham klinik-psixologik yondashuvlarga kuchli ta'sir ko'rsatadi va psixologik sohada mustaqil, fundamental yo'nalishning shakllanishiga zamin yaratadi. «Psixoanalizning asosiy qoidalari shunchalik o'z-o'zidan ravshan va tan olingan narsaga aylandiki, biz ularning psixoanalitik kelib chiqishini deyarli unuta boshladik» — deb ta'kidlaydi **Pongrats** (Pongratz, 1977, s. 32). Bu qoidalar qatoriga, masalan: sotsiomadaniy ta'sirning ahamiyati, ruhiy kasalliklarning kelib chiqishida psixogenetik nuqtai nazar, suhbatni psixoterapiya usuli sifatida joriy etish, shuningdek, psixoterapiyadagi o'zgarishlar uchun «psixoterapevt – klient» munosabatlarining hal qiluvchi ahamiyati kabi tamoyillar kiradi. Psixoanalizning bilvosita ta'sirini ham kamsitib bo'lmaydi, chunki ko'pgina klinik-psixologik yondashuvlar aynan unga qarshi qiyos va ajratish orqali vujudga kelgan va rivojlangan. Masalan, **Rodjers**ning mijozga yo'naltirilgan terapiyasi, xulq-atvor terapiyasi, geshtalt-terapiya hamda oilaviy terapiya kabilar shunday yo'l bilan shakllangan. **Freyd** nevrotik kasallik haqida yaxlit nazariya yaratishga urinayotgan paytda, u **Breyer** tomonidan ta'riflangan va keyinchalik mashhur bo'lib ketgan «Anna O.» holatini esladi. **Breyer**ning bemori (keyin aniqlanganidek, uning haqiqiy ismi — Berta Pappengeym) yosh ayol bo'lib, u fikrlash va nutq buzilishlari, asabiy yo'tal va oyoqlar falaji kabi alomatlardan aziyat chekkan edi. Gipnoz yordamida **Breyer** bemorni uni tashvishga solayotgan tasvirlar va fantaziyalarni qayta eslashga majbur qilishga erishadi. Ma'lum bo'lishicha, uning psixikasiga ta'sir qilgan travmatik his-tuyg'ular otasining kasalligi va vafoti bilan bog'liq bo'lgan. Bemor bu travmatik voqealarni qaytadan his qilib, qaytadan boshidan kechira boshlagan sari, og'riqli simptomlar asta-sekin yo'qola boshlagan. Shundan kelib chiqib, **Breyer** shunday xulosa qiladi: og'riqli simptom — bu ruhiyatda siqilib qolgan impulsning o'rnini bosuvchi alomatdir. Isteriyani davolash uchun ular taklif qilgan yangi usul — katarsik usul (yun. «katarsis» — tozalanish) — shundan iborat ediki, bemor ongida siqilib qolgan psixik impulsni eslab, uni anglab yetishi va shu tariqa uni ich-ichidan «razryad qilishi» (engillik his qilishi)ga olib kelishi kerak edi. **Freyd** ushbu usul samaradorligini tekshirib ko'rishga qaror qiladi va ordan ko'p o'tmay, o'z amaliyotidan shunga o'xshash bir nechta holatlarni keltira oladigan bo'ldi. 1895 yili, jamg'arilgan tajribani umumlashtirgan holda, **Breyer va Freyd** hammualliflikda «Isteriya to'g'risida etyudlar» (rus nashrida — «Ocherki ob isterii») nomli asarni chop etadilar. Kitobning nashr qilingan bor-yo'g'i 800

nusxadagi nashri ham mutaxassislar e'tiborini jalb qila olmaydi, garchi aynan unda birinchi marta nevrozlarni qondirilmagan instinktlar bilan bog'lashga urinish qilingan edi. Keyinchalik, isteriya mexanizmlari, jinsiy omilning roli va boshqa masalalar bo'yicha mualliflar o'rtasidagi kelishmovchiliklar tufayli ularning deyarli 15 yillik do'stligi uziladi. **Freydning** keyingi ilmiy faoliyati, uning o'z ta'biri bilan aytganda, «yorqin yakkalik»da kechadi. Kasbdoshlari unga nisbatan amalda boykot e'lon qiladilar, chunki Freyd rivojlantirayotgan jinsiylik nazariyasi mavjud qarashlar doirasidan juda uzoq ketgan edi. Biroq aynan shu davrda psixoanaliz — ruhiy hayot haqidagi an'anaviy tushunchalarni tubdan o'zgartirgan, novatorona ta'limotning asosiy qoidalari shakllantiriladi. «Psixoanaliz» atamasini **Freyd** ilk bor 1896 yildagi «Isteriya etiologiyasi» nomli ma'ruzasida qo'lladi. Boshida u bu so'z bilan ruhiy buzilishlarning yashirin sabablarini aniqlashga qaratilgan terapevtik usulni ataydi. Keyinchalik esa bu atama **Freydning** barcha nazariy qarashlar tizimiga nisbatan ishlatiladigan umumiy nomga aylanadi. Nevrozlar paydo bo'lish mexanizmlarini ochishga harakat qilar ekan, **Freyd** qondirilmagan instinktlar va ifoda etilmagan hissiyotlarning og'riqli oqibatlariga e'tibor qaratadi. Odamning o'zi ham bilmaydigan, ammo ong yaxlitligini buzuvchi instinktiv urinishlar va kuchli affektlar **Freyd** tomonidan ongsiz ruhiy jarayonlar mavjudligining asosiy dalili sifatida qabul qilinadi. Uning fikriga ko'ra, ongsizlik (bessoznatelnoe) – bu inson ongidan ham ta'sirliroq ruhiy sohadir. Odatda ongsiz ruhiy jarayonlar mazmuni bemor uchun yoqimsiz, jamiyat va axloqiy me'yorlar nuqtai nazaridan qabul qilib bo'lmaydigan narsalardan iborat bo'lgani uchun, Freyd ularning ongsiz xarakterini maxsus psixologik himoya mexanizmi — «siqib chiqarish» (вытеснение) bilan izohlaydi. **Freydga** ko'ra, siqib chiqarish mexanizmi to'g'noq (damba) singari faoliyat ko'rsatadi — u ongni og'riqli xotiralar, taqiqlangan xohishlar va impulslar bilan to'qnashuvdan himoya qiladi. Ammo bu instinktlar ongsiz holda ham o'z psixik energiyasini saqlab qoladi va natijada ular patologik simptomlar ko'rinishida «portlab chiqishi» mumkin. Shu tariqa, psixoanaliz nazariyasining ilk bosqichida ongsiz ruhiy jarayonlar siqib chiqarilgan ong mazmuni bilan tenglashtirilgan. Vaqt o'tishi bilan **Freydning** ongsizlik to'g'risidagi tasavvurlari aniqlashadi va murakkablashadi: ongsizlik endilikda tasodifiy yot omil emas, balki har bir insonning psixik apparatining ajralmas qismi sifatida qaraladi. Ongsizlik — bu tashqariga chiqish, yengillikka erishish uchun urilayotgan istaklar va instinktlar bilan «qaynayotgan qozon»dir. Bu ruhiy energiya ba'zan patologiya alomatlari ko'rinishida, ba'zan kundalik hayotdagi shunday sodda hollarda — tushlar, hazillar, o'zgartirilib o'tkazib yuborish kabi holatlarda namoyon bo'ladi. Yoki u o'zgargan, ijodiy shaklda madaniy, badiiy va ijtimoiy qadriyatlar tarzida ham namoyon bo'lishi mumkin. 1897 yilning o'zidayoq **Freyd** tushlarni tizimli ravishda tahlil qilish, ya'ni o'zini psixoanaliz qilishga kirishdi va tushlar hamda tush ko'rish haqida alohida asar yozishga qaror qiladi. Uning mashhur kitobi — «Tushlarni ta'vil(izoh) qilish» (“Die Traumdeutung”) 1900 yilda chop etiladi. Biroq bu nashr ilmiy jamoatchilikda katta qiziqish uyg'otmaydi: 600 nusxadan iborat birinchi nashrni sotib tugatishga

8 yil kerak bo‘ladi (hozir esa shuncha nusxa har oy AQSh va Yevropada sotiladi). Shunga qaramay, **Freyd** ushbu kitobni «burilish nuqtasi» deb hisoblagan. 1898 yilda **Freyd** yumor muammosini tadqiq qilishni boshlaydi va buni shaxsan to‘plagan yahudiy anekdotlari asosida o‘rganadi. Keyinchalik bu tadqiqot natijalari «Oqilona so‘z(aqllilik) va uning ongsizlikka nisbatan munosabati» (“Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten”, 1905) nomli asarida o‘z ifodasini topadi. 1901 yili **Freyd** «Kundalik hayot psixopatologiyasi» nomli kitobini nashr etadi — bu uning psixoanalizga oid eng mashhur va ommabop asarlaridan biri bo‘ladi. Ushbu kitobda u «вытеснение» (siqib chiqarish) nazariyasiga tayangan holda insonning xulq-atvoriga ongsiz motivlar qanday ta’sir qilishini tushuntiradi. **Freyd** turli xil «xatolik harakatlari» — og‘izdan so‘z o‘tkazib yuborishlar, yozuvdagi xato, ismlar yoki atamalarni unutish va h.k. — ongsiz motivlarning mavjudligini ko‘rsatuvchi belgilar ekanini ta’kidladi va bunday holatlar diagnostika hamda psixoterapiyada qo‘llanilishi mumkinligini ko‘rsatadi. 1902 yili **Freyd**ga professor unvoni beriladi. O‘sha yili u o‘z atrofidagi boykot va ijtimoiy yakkalikni yengish maqsadida «Psixologik chorrahalar jamiyati» (“Psychologische Mittwoch-Gesellschaft”)ni tashkil qiladi. Bu jamiyat psixoanaliz g‘oyalarini muhokama qilish, g‘oyalar bilan almashish va uning tarafdorlarini birlashtirishga xizmat qilardi. Ilk davrda bu faqatgina munozara klubi edi, lekin bir necha yildan so‘ng ilmiy jamiyat maqomiga ega bo‘ladi. 1903 yilda **Freyd**ning birinchi shogirdlari paydo bo‘ladi — **Paul Federn, Vilgelm Shtekel** va boshqalar. Ular psixoanalizning tarixiy taqdirida muhim rol o‘ynaydilar. 1904 yilda esa **Freyd**ning g‘oyalari Shveysariyalik psixiatrlar guruhi — **Eygen Bleyler, Maks Eytingon, Karl Abraxam va Karl Gustav Yung**ni o‘ziga jalb qiladi. Ular bu ta’limotga istiqbolli nazariya va psixoterapevtik usul sifatida qaraydilar. 1907 yili **Freyd** Shveysariyalik hamkasblari bilan ilk bor uchrashadi va bu voqea Vena va Syurix psixoanalitik maktablarining yaqinlashuviga asos soladi. 1908 yili Zalsburgda I Xalqaro psixoanalitik kongress bo‘lib o‘tadi, u psixoanaliz tarafdorlarini birlashtirgan birinchi katta xalqaro tadbir bo‘ladi. 1909 yili esa birinchi psixoanalitik jurnal nashr etila boshlandi. Uni **Bleyler** va **Freyd** tashkil qilgan bo‘lsa, uning muharriri **Karl Yung** edi. O‘sha — 1909 yili, Massachusets shtatidagi Vuster shahrida joylashgan Klark universitetining yigirma yillik yubileyi munosabati bilan, **Freyd** universitet prezidenti **Stenli Xoll** tomonidan tantanali tadbirlarda qatnashish va bir qator ma’ruzalar o‘qish uchun taklif etiladi. U bilan birga **Karl Yung va Shandor Ferensi** ham AQShga jo‘nab ketadilar. Ushbu uch kishi 1909 yil 27 sentyabr kuni Nyu-Yorkka yetib kelishadi. Amerika tuprog‘iga qadam qo‘ygan zahoti, **Freyd** o‘zining mashhur so‘zini aytadi: «*Ular hali bilmaydi, men ularga vabo olib keldim!*» Bu ibora orqali u psixoanaliz g‘oyalarning jamiyat uchun qanchalik "yuqumli" va tubdan o‘zgartiruvchi ekanini ifoda etgan edi. Vusterda **Freyd** nemis tilida beshta ma’ruza o‘qiydi. Auditoriya uni diqqat bilan tingladi, garchi ko‘pchilik shu paytda keng tarqalgan fikrlarga ko‘ra, jinsiy hayot haqida qandaydir «ochiq-oydin va jozibali» ma’lumotlarni kutayotgan edi va bularning kamligi ba’zilarida ma’yuslik ham uyg‘otgan edi. O‘z ma’ruzalarida **Freyd**

psixoanalizning paydo bo'lishi tarixi, tushlar, hazil va xato harakatlar (ogovorkalar) ustidagi tadqiqotlarining asosiy natijalari, jinsiylik nazariyasi va psixoterapevtik usullar haqida qisqacha ma'lumot beradi. Ma'ruzalar matni bir yildan so'ng «Amerika psixologiya jurnali»da nashr etiladi. **Freyd** uchun umidbaxsh voqealardan biri — **Uilyam Djeyms** bilan uchrashuv bo'ladi. **Djeyms Freydda** katta taassurot qoldiradi va xayrlashar ekan, shunday dedi: «*Psixologiyaning kelajagi siz olib borayotgan ishga bog'liq*». Klark universiteti **Freydga** faxriy doktorlik unvonini taqdim etadi — bu uning faoliyatiga beriladigan birinchi rasmiy e'tirof bo'lib, **Freydni** chuqur hayratga soladi. Keyingi yillar psixoanalitik jamoa hayotida ziddiyatli tendensiyalar bilan ajralib turadi. Bir tomondan, psixoanalitiklar birlashib borayotgan bo'lsa, ikkinchi tomondan, **Freydning** yaqin safdoshlari orasidan ajralib chiqib ketish holatlari ham ko'payib boradi. 1911 yili **Freyd** uchun juda og'riqli bo'lgan voqea — **Alfred Adler** bilan ajralish yuz beradi. Ortidan **Karl Yung** ham psixoanalitik harakat safini tark etadi. Nazariyaviy kelishmovchiliklar keyingi yillarda ham psixoanalitiklar o'rtasida muntazam ziddiyatlarga olib keladi. **Freydning** o'zi ham o'z nazariyasiga tuzatishlar kiritishiga to'g'ri keladi. Birinchi jahon urushi voqealari psixoanalizning ayrim tushuntirish tamoyillarining yetarlicha emasligini ko'rsatadi. Chunki, jangdan qaytgan harbiylar XIX asr oxirlaridagi venalik burjua bemorlaridan mutlaqo farqli ruhiy jarayonlarni boshdan kechirganlari sabab bo'ladi. **Freyd** yangi bemorlarning asosiy muammolari — ular urush frontida o'linga yuzma-yuz qaragan holatlar bilan bog'liq bo'lgan psixik jarohatlarga fikslanishini kuzatib, inson psixikasida jinsiy instinktdan kam bo'lmagan kuchli yana bir omil — o'linga intilish mavjudligi haqidagi g'oyani ilgari suradi. Bu instinktni **Freyd** yunoncha “Tanatos” (o'lim ila bog'liq kuch) atamasi bilan belgilaydi va uni Eros — ya'ni muhabbat va hayotga intilish kuchining ziddiyati sifatida ta'riflaydi. **Freydning** ushbu muammoga murojaat etishida faqat ijtimoiy omillar emas, balki shaxsiy sabablar ham mavjud edi. U qattiq xumorboz bo'lib, kuniga 20 tagacha sigara chekardi. Bu odati oqibatida u halqum (tovush nayi) saratoniga chalinadi. Bir nechta og'ir jarrohlik operatsiyalarini mardlik bilan boshdan kechira turib, u ilmiy faoliyatini to'xtatmasdan davom ettiradi. Kundan kunga **Freyd** g'oyalari ortidan tobora katta e'tirofga erishib boradi. Ko'plab taniqli madaniyat arboblari uning fikrlariga qiziqish bildirishar, **Freyd** ular bilan uchrashib turishga va jonli yozishmalar olib borishga intilar edi. 1933 yili, Germaniyada natsistlar hokimiyatga kelgach, Yevropada psixoanalitik harakat bosimga uchray boshlaydi. Berlindagi mashhur «kitob yoqish marosimi» (autodafe) paytida, **Freydning** asarlarini «yahudiy pornografiyasi» deb atab, «insoniyat sharafi nomidan» jamoat oldida yoqib yuboriladi. **Freyd** ozodlik va inson aqlining ravnaqi haqida qayg'u bilan hazil qilib shunday degan edi: «Ilgari bo'lganida ular meni o'zimni yoqib yuborishardi, endi esa faqat kitoblarimni yoqishyapti». Biroq ma'lumki, qaerda kitoblar yoqilsa, o'sha yerda tez orada odamlar ham yoqila boshlaydi. Afsuski, aynan shunday taqdir keyinchalik **Freydning** opa-singillariga ham nasib qiladi — ular halok bo'ladilar. Avstriya natsistik Germaniyaga qo'shilgan kunining o'zidayoq, **Freyd**

uy qamog'iga olinadi, uning kvartirasi tintuv qilinadi, va qiz̄ Anna gestapoga so'roqqa chaqiriladi. Olimni taqdiri hal qilinganday tuyuladi. Biroq ta'sirli shogirdlari va tarafdorlari harakati bilan, 100 000 avstriya shillingi miqdoridagi garov to'langach, **Freyd**ga xotini va Anna bilan birga Avstriyani tark etishga ruxsat beriladi. Ular Londonda joylashadilar va garchi uning kasalligi tez sur'atda rivojlanayotgan bo'lsa-da, **Freyd** u yerda ham faol ishlaydi, ilm-fan va madaniyat arboblari, jumladan **Salvador Dali** bilan uchrashib turgan. Biroq og'riq va azoblar tobora toqatsiz darajaga yeta boshlaydi. 1939 yil 23 sentyabrda, uning shaxsiy shifokori Maks Shur **Freyd**ning iltimosi bilan unga ikki marta zaharli ukol qiladi va uni azobdan xalos etadi. **Freyd**ning konsepsiyasi hozirgacha bahs va munozaralarga sabab bo'lib kelmoqda. Ammo bir narsa shubhasiz: Vena mutafakkiri inson haqidagi fanlar, jumladan, klinik psixologiyaning shakllanishida beqiyos hissa qo'shganligi bilan ajralib turadi. **Freyd**ga nisbatan aytilgan tanqidlar — ilmiy aniqlikning yetishmasligi va metodologik zaiflik kabi kamchiliklarga qaramay, uning psixoanalizi hozirgi zamon psixologiyasida ta'sir kuchiga ega bo'lgan yirik harakat sifatida saqlanib qolmoqda. 1929 yili **E. Dj. Boring** o'zining «Eksperimental psixologiya tarixi» («A History of Experimental Psychology») deb nomlangan darsligida shunday yozgan edi: «*Psixologiya hozircha Darwin yoki Gelmgols darajasidagi biror mutafakkirni ko'rsata olmaydi*». Biroq 21 yil o'tib, xuddi shu darslikning ikkinchi nashrida u o'z fikrini qayta ko'rib chiqadi. Psixologiyada sodir bo'lgan o'zgarishlarni tahlil qilgan ekan, u **Freyd** haqida qattiq ta'sir bilan shunday deb yozadi: «*Endi biz Freydni zamonaviy psixologiyadagi eng buyuk yangilik kiritgan shaxs, o'z zamonasining haqiqiy ruhiy yetakchisi sifatida baholashimiz mumkin. U psixologiya binosini to'liq qurib, unga ongsizlik prinsipini joriy etdi... Keyingi uch yuz yil davomida ham, ehtimol, hech kim psixologiya tarixini Freyd ismisiz yoza olmasa kerak. Aynan shu narsa buyuklik mezonidir — o'limdan keyingi shon-shuhrat*» (Boring, 1950, s. 707, 743). Quyidagi iqtiboslar **Zigmund Freyd**ning psixoanaliz ta'limoti atrofida turli qarashlar va bahs-munozaralarni yoritib beradi. Ular uning falsafiy va klinik g'oyalari turli nuqtai nazarlardan baho bergan taniqli shaxslarning fikrlaridir: **Per Jane** — mashhur fransuz psixologi va **Freyd**ning zamondoshi: «*Muhabbat, do'stlik, jamiyatga ehtiyoj va barcha ijtimoiy tuyg'ular juda murakkabdir va ular ko'plab turli elementlardan iborat. Menimcha, hammasini doim jinsiy instinktlarga va kontaktdan olinadigan lazzatga bog'lash katta mubolag'adir. Kamida, bizning murakkab jamiyatlarimizda ular ko'plab psixologik omillarga bog'liq*». Bu fikr **Freyd**ning barcha ruhiy jarayonlarni jinsiy instinktlar bilan bog'lashga moyilligini tanqid qiladi. Jane ijtimoiy hissiyotlarning ko'p qirrali va turfa omillarga asoslangan ekanini ta'kidlaydi. **Pol Rozen** — fransuz intellektuali va ta'lim tarixchisi: «*Freydning sodir etgan intellektual portlashi tarixda faqat Darvinning bir necha avlod oldingi kashfiyotlari bilan solishtirish mumkin. Biz nafas oladigan intellektual havo — Freyd ta'limotining kategoriyalari bilan to'yingan*». U **Freyd**ning ta'limotini zamonaviy fikrlashga qattiq ta'sir ko'rsatgan intellektual inqilob sifatida baholaydi va uning g'oyalari qanchalik chuqur jamiyat

tafakkuriga singib ketganini ta'kidlaydi. **Alfonso Petruchchi** — radikal tanqidchi nuqtai nazaridan: Bu iqtibos — **Alfonso Petruchchining Zigmund Freyd** va uning psixoanaliz ta'limotiga nisbatan radikal va tanqidiy munosabatining ifodasidir. Unda Freydning nazariyasi nafaqat ilmiy, balki axloqiy jihatdan ham rad etiladi. Matnda antisemitik ruhdagi bayonotlar ham mavjud bo'lib, u tarixiy jihatdan muayyan mafkuraviy va madaniy kontekstda — XX asr boshlari Yevropasidagi reaksiyon va millatchilik kayfiyatlarini fonida yuzaga kelgan. Mazmunan u shunday deydi: «*Psixoanaliz, go'yoki ayrim nevrozlarni davolashning yangi usuli sifatida taqdim etilayotgan bo'lsa-da, aslida u faqat buzg'unchilik, haqorat va yo'q qilish bilan bog'liq. Ongsizlik (Bessoznatelnos) — aqlning barcha iflosliklari yig'iladigan vayrona maydondir. Yahudiy bo'lgan Freydning bu ta'limoti faqat aqli normal bo'lmagan millat tomonidan qabul qilinishi va faqat aqliy va ma'naviy inqirozga yuz tutgan jamiyatda, hayot faqat ishratxona va jinnixonalar orasida kechadigan, o'rtasidan birja o'tadigan jamiyatda ommalashishi mumkin*». Bu fikr **Freyd** va uning ta'limotiga nisbatan qattiq dushmanlik bilan aytilgandi. U psixoanalizni nafaqat rad etadi, balki uni axloqiy va madaniy tanazzulning belgisi sifatida ko'radi. Bu kabi fikrlar XX asrdagi antisemitizm va madaniy reaksiyalarning aks-sadosi bo'lib xizmat qilardi. **Freydning** merosi har doim ham bahsli bo'lib qolgan — u bir tomondan zamonaviy psixologiya va gumanitar fanlar rivojiga katta ta'sir ko'rsatgan, ikkinchi tomondan esa uning g'oyalari shiddatli tanqidlarga uchragan. Bu iqtiboslar shu ikki kardinal pozitsiyani yaqqol ifoda etadi. **Stefan Sveyg**: *Zigmund Freyd — bu bir insonning buyuk jasoratidir. U butun insoniyatni ongliroq qildi; men aytayapman — ongliroq, emas baxtliroq. U butun avlod uchun dunyo manzarasini chuqurlashtirdi; men aytayapman — chuqurlashtirdi, emas bezadi. Chunki radikal g'oyalar hech qachon baxt olib kelmaydi, ular faqat aniqlik, qat'iylik olib keladi. Ilmning vazifasi — inson qalbini go'yoki abadiy bolalik uyqusida saqlash emas, balki insonni bu qattiq, murakkab zaminda boshini ko'tarib, tik yurishga o'rgatishdir*. Bu Freyd va uning psixoanaliziga berilgan turli va ziddiyatli baho va munosabatlardan faqat biri xolos. Ammo e'tiborlisi — Freyd shaxsiyati va g'oyalari atrofidagi munozaralar hozirgacha to'xtamagan. Buning o'ziyiq shuni ko'rsatadiki, barcha psixologlar ichida aynan Freyd jamiyat ongini shakllantirishda eng kuchli ta'sirga ega bo'lgan shaxs bo'lib qolmoqda — na faqat o'tgan, balki hozirgi asrda ham. Shuningdek, Freydning psixoanalizi faqat nazariya emas, balki amaliy psixoterapiya usuli hamdir. Uning klinik psixologiyadagi xizmatlaridan biri — bu psixoanaliz orqali shakllangan psixointervensiyon an'anani rivojlantirganidir. Bu haqda albatta keyingi qismlarda yana to'xtalib o'tamiz. Klinik psixologiya rivojlanishidagi psixodinamik an'analar haqida so'z yuritish ekanimiz, albatta, psixoanalizga «g'oyalardan yuz o'g'irgan» («verootstupnik») sifatida qaralgan ba'zi shaxslar, ayniqsa **K.G. Yung** va **A. Adl**ning xizmatlari haqida, hech bo'lmaganda qisqacha to'xtalish kerak. **Freyd** bir paytlar **Karl Gustav Yungni** (1875–1961) o'zining «qabul qilingan o'g'li» va psixoanalitik harakatning merosxo'ri, vorisi deb bilgan edi. Biroq, 1914 yilda ularning do'stligi butunlay uzilgandan so'ng, Yung o'zining “*analitik*

psixologiya” deb atagan, **Freyd** tizimiga butunlay zid bo‘lgan yangi yo‘nalishni ishlab chiqishga kirishadi.

Hayot sahifalari. **Karl Yung** Shveysariyaning shimolidagi kichik bir qishloqda, mashhur Reyn sharsharasi yaqinida tug‘ilib o‘sadi. O‘zining e’tiroficha, uning bolaligi yolg‘izlik, o‘zaro tushunishning yo‘qligi va baxtsizlik hislari bilan to‘lgan edi. Uning otasi i‘monini yo‘qotgan, kayfiyati tez-tez o‘zgaradigan ruhoniy bo‘lgan. Onasi esa hissiy buzilishlardan aziyat chekkan, juda beqaror xulq-atvorga ega bo‘lib, hayotdan mamnun uy bekasidan bir zumda tushunarsiz narsalarni pichirlab yuradigan "shaytonga aylanishi" mumkin edi. Tabiiyki, bunday nikoh baxtli bo‘lishi mumkin emas edi. **Yung** bolaligidanoq har ikki otanasiga to‘liq ishonmaslikka o‘rganadi va keyinchalik — tashqi dunyoga ham. Uning o‘rniga u ichki dunyoga — tushlar, tasavvurlar va fantaziyalar olamiga, ong osti dunyosiga yuzlanadi. Tushlar va ong osti, ongning ratsional dunyosi, uning bolalik yillarining asosiy voqeasi, keyinchalik butun hayotining mazmuniga aylanadi. Hayotining tanqidiy davrlarida **Yung** aql dovullariga emas, balki tushlarda ifoda etilgan ong osti ovozigacha quloq tutishni afzal ko‘rar edi. U universitetga kirishga tayyorlanayotgan paytida, taqdiriga ta’sir qilgan tushni ko‘radi. Tushida u yerni kovlab, qadimgi jonzotlar suyaklarini topganini ko‘radi. **Yung** bu tushni tabiat va tabiiy fanlarni o‘rganishga yo‘naltiruvchi bashorat sifatida talqin qildi. Bu tush va uning uch yoshidagi ko‘rinishi — o‘shanda u o‘zini yer osti g‘orida deb tasavvur qilgan edi — shaxsiyat nazariyasiga bo‘lgan yondashuviga asos soldi. U ong va aql yuzasidan emas, balki ong ostidan kelib chiquvchi kuchlarni o‘rganishi kerak edi. **Yung** Shveysariyaning Bazel shahridagi universitetga o‘qishga kirib, 1900 yilda tibbiyot fanlari bo‘yicha ilmiy daraja olib, ushbu o‘quv yurtini tamomlaydi. U psixiatriyaga katta qiziqish bildiradi va uning birinchi ish joyi Syurixdagi ruhiy kasallar klinikasi bo‘lgan. Bu klinikaning direktori shizofreniya bo‘yicha ishlari bilan tanilgan **Yevgeniy Blyoyler** edi. 1905 yilda **Yung** psixiatriya bo‘yicha ma’ruza o‘qish uchun Syurix universitetiga taklif etiladi, ammo u bu taklifdan voz kechadi va butun vaqtini ilmiy tadqiqotlar va shaxsiy amaliyotiga bag‘ishlashni afzal ko‘radi. Muolaja jarayonlarida **Yung**, **Freyddan** farqli o‘laroq, bemorlarni kushetkaga yotqizmasdi. U shunday degan: “Mening maqsadim kimnidir darhol karavotga tortish emas!” U bemorni o‘zining ro‘parasidagi qulay kursiga o‘tqazardi. **Yung Freydning** g‘oyalari bilan ilk bor 1900 yilda tanishgan — u paytda u “Tushlarni izohlash(ta’vil qilish)” asarini o‘qigan va bu kitobni haqiqiy shohasar deb baholagandi. 1906 yilda **Freyd** va **Yung** o‘rtasida yozishmalar boshlanadi, bir yil o‘tib esa **Yung** Venaga Freyd bilan uchrashuvga boradi. Ushbu ilk uchrashuvda ular katta hayajon bilan 13 soat davomida suhbatlashadilar. Keyinchalik bu do‘stlik “ota va o‘g‘il” munosabatlariga aylanadi. 1909 yilda **Yung Freydni** AQShga, Klark universitetiga qilgan safarda hamrohlik qiladi va u yerda **Freyd** kabi ma’ruza qiladi. **Freydning** ko‘pgina shogirdlaridan farqli o‘laroq, **Yung Freyd** bilan uchrashgunchayoq muvaffaqiyatli mutaxassisga aylangan edi. Balki shuning uchun ham u boshqalarga qaraganda kamroq ta’sirchan, avtoritet bosimiga ham kamroq moyil bo‘lgan. Chunki **Freydning** ko‘pgina shogirdlari

psixooanaliz maktabiga universitet yoki tibbiyot maktabini endigina tugatgach qo'shilgan edilar. **Yung** hayotining tanqidiy davrlarida har doim aqlning emas, balki tushlar orqali ifodalangan ong ostining ovozigiga quloq tutar edi. Agar **Freyd** *libidoni asosan jinsiy sohalar bilan bog'lasa*, Yung uchun libido — bu umumiy hayotiy energiya bo'lib, unda jinsiylik faqatgina bir tarkibiy qism hisoblanadi. Yungning fikriga ko'ra, *libido deb ataluvchi asosiy hayotiy energiya o'sish va ko'payishda, shuningdek, shaxs uchun muayyan vaqtda muhim bo'lgan turli faoliyatlarda namoyon bo'ladi*. **Yung Freyd** tomonidan ilgari surilgan *Edip kompleksi* tushunchasini rad etgan. U bolaning onaga bog'liqligini oddiy hayotiy ehtiyojlar va onaning ushbu ehtiyojlarni qondirish qobiliyati bilan izohlagan. Bola o'sib borishi bilan unda seksual ehtiyojlar paydo bo'ladi va ular avvalroq ustuvor bo'lgan ovqatlanish ehtiyoji bilan birgalikda namoyon bo'ladi. **Yung** *libido energiyasi faqat pubertat (o'smirlik) davridagina geteroseksual shaklga kiradi, deb taxmin qilgan. U bolalikda jinsiy kuchlar mavjudligini mutlaqo inkor etmagan, ammo jinsiylikni shaxs psixikasidagi ko'plab ichki tiyilishlardan biri deb hisoblardi*. **Yung**ning shaxsiy hayotiy tajribasi, shubhasiz, uning qarashlariga katta ta'sir ko'rsatgan. Uning ong ostiga bo'lgan qiziqishi, avval aytilganidek, uning kasbiy tanlovida hal qiluvchi rol o'ynagan. Jinsiylik masalasida ham biografik omillarning ta'sirini ko'rish mumkin. **Yung** o'z nazariyasida *Edip kompleksiga murojaat qilmagan, chunki bolalikda shunday shaxsiy tajribasi bo'lmagan. U onasini haddan tashqari semiz va jozibasiz ayol deb tasvirlagan va shu boisdan Freydning har bir bola o'z onasiga nisbatan jinsiy mayl his qiladi, degan fikrini tushuna olmagan*. **Freyddan** farqli ravishda, **Yung** jinsiy hayot bilan bog'liq muammolarni boshdan kechirmagan. Shuningdek, **Freyddan** farqli ravishda, u o'zining jinsiy hayotini cheklashga urunmagan. **Yung**da bemor va shogird ayollar bilan yillar davom etgan jinsiy aloqalar bo'lgan. **Freyd va Yung** qarashlari o'rtasidagi yana bir muhim farq — shaxsiyatni shakllantiruvchi kuchlar yo'nalishi haqidagi tasavvurga bog'liq. **Freyd** *nuqtai nazaridan, inson o'z bolalik tajribalarining mahsulidir. Yung esa inson faqat o'tmish tajribalari bilan emas, balki kelajakdagi maqsadlari, intilishlari va umidlari bilan ham belgilanadi, deb hisoblagan. Uning fikriga ko'ra, shaxsiyat shakllanishi besh yoshda to'xtamaydi. Inson butun hayoti davomida o'zgara oladi, ba'zan — juda jiddiy darajada*. **Freyd va Yung** o'rtasidagi uchinchi farq shundaki, **Yung** ong osti sohasiga yanada chuqurroq kirib borishga harakat qilgan. *U ong ostini tushunishga yana bir o'lchov — butun insoniyatning biologik evolyusiya jarayonida hayvon ajdodlaridan meros qolgan umumiy (kollektiv) ong ostini qo'shgan*. **Yung** ong osti psixikasini ikki darajaga ajratgan. Ong darajasining darhol ostida shaxsiy ong osti (lichnoe besoznatelnoe) joylashgan bo'lib, u insonning shaxsiy tajribasiga oid bo'lgan barcha xotiralar, impulslar, xohish-istaklar, noaniq idroklar va unutilgan yoki siqib chiqarilgan holatlardan iboratdir. Bu ong osti qatlami juda chuqur emas — u yerda saqlanayotgan voqealarni anglash va xotiraga qayta olib kelish mumkin. Shaxsiy ong ostining mazmuni muayyan tematik komplekslar shaklida tuzilgan: his-tuyg'ular, xotiralar, xohishlar va boshqalar. Bu komplekslar ongda muayyan ustuvor g'oyalar — kuch g'oyasi, kamchilik g'oyasi va shunga

o'xshash ko'rinishlarda namoyon bo'lib, insonning xatti-harakatiga ta'sir ko'rsatadi. *Kompleks* — bu inson shaxsiyati ichidagi go'yoki yana bir kichik shaxsiyatdek namoyon bo'ladi. *Shaxsiy ong osti darajasidan ham chuqurroqda — kollektiv ong osti (collective unconscious) joylashgan bo'lib, bu inson uchun noayon, ya'ni unga ma'lum bo'lmagan, unutilgan emas, balki hech qachon anglanmagan holdagi evolyusion tajribalarni o'z ichiga oladi. Unda insonning ajdodlari, jumladan hayvon ajdodlarining jamlangan tajribalari saqlangan. Kollektiv ong osti — universal evolyusion tajribaning tashuvchisi bo'lib, shaxsiyat asosini tashkil etadi.* Muhim jihati shundaki, ushbu tajriba haqiqiy ong osti hisoblanadi — uni anglash, eslash, shaxsiy xotiradagi kabi qayta tiklash imkoni yo'q. *Kollektiv ong ostining tug'ma tendensiyalari arxetiplar deb ataladi va ular inson ruhiy hayotining ichki determinantlari sanaladi. Arxetiplar insonni muayyan holatlarda muayyan yo'nalishda harakat qilishga undaydi, bu jihatdan ular insonning hayvon ajdodlari shunga o'xshash vaziyatlarda tutgan o'zini tutish uslubiga o'xshash. Arxetiplar ongda hissiyotlar va boshqa psixik holatlar orqali namoyon bo'ladi.* Odatda, arxetiplar inson hayotidagi muhim voqealar bilan bog'liq: tug'ilish, o'lim, hayotning asosiy bosqichlari (bolalik, o'smirlik), hamda o'lim xavfiga reaksiyalar kabi jarayonlarda namoyon bo'ladi. **Yung** qadimgi sivilizatsiyalarga oid mifologiya va badiiy ijod namunalarini tadqiq etib, ularning asosida yotgan arxetipik ramzlarni aniqlashga harakat qilgan. Ma'lum bo'lishicha, shunday ramzlar — arxetipik simvollar — mavjud ekanki, ular barcha arxaik madaniyatlarda uchraydi, hatto vaqt va makonda juda uzoq va bir-biridan alohida rivojlangan sivilizatsiyalarda ham. Bu madaniyatlar o'rtasida bevosita aloqa bo'lishi mutlaqo mumkin bo'lmagan, biroq ularda o'xshash simvollar mavjudligi aniqlangan. **Yung** o'z bemorlarining tushlarida shunday umumiy arxetipik ramzlar izlarini topishga muvaffaq bo'lgan. Bu uning kollektiv ong osti g'oyasiga bo'lgan ishonchini yanada mustahkamladi. **Yung** ta'limotiga ko'ra, to'rtta arxetip boshqalarga qaraganda ko'proq uchraydi: 1. **Persona**. *Persona* — bu inson jamiyatda boshqalar bilan muomala qilishda, o'ziga taqib oladigan «niqob»idir. U insonni atrofdegilar qanday qabul qilishini istashiga mos ravishda namoyon qiladi. *Persona* shaxsning haqiqiy ichki "Men"i bilan mos kelmasligi mumkin. **Yung**dagi persona tushunchasi sotsiologiyadagi rolli xulq-atvor tushunchasiga o'xshash: odam o'zini muayyan vaziyatlarda boshqalar nima kutayotgan bo'lsa, shunga mos ravishda tutadi. 2. **Anima va animus**. Bu arxetiplar **Yung**ning har bir insonda qarshi jinsga xos ba'zi psixologik xususiyatlar mavjud degan g'oyasiga asoslanadi. **Anima** — erkak shaxsidagi ayolga xos (feminin) xususiyatlarni ifoda etilishi. **Animus** — ayol shaxsidagi erkakka xos (maskulin) xususiyatlar borligini anglatadi. Bu arxetiplar inson avlodlari tarixi chuqur qatlamlarida, ayol va erkak ajdodlar bir-birining hissiy va xulq atvor tamoyillarini o'zlashtirgan davrda shakllangan. 3. **Soya (Ten)**. **Soya** (nemischa Schatten) — insonning "Men"i bilan qarama-qarshi bo'lgan, uning qarama-qarshi, qorong'u tomonidir. U insonning hayvoniy o'tmishidan qolgan irsiy meros sifatida qaraladi. **Yung**ga ko'ra, **soya** — bu bizning ichimizdagi barcha axloqqa zid, shafqatsiz, kuchli hissiy, qabul qilib bo'lmaydigan istaklar va

harakatlarning yig'indisidir. **Yung** ta'kidlaydi: **soya** bizga odatda hech qachon jasorat qilmaslikka intiladigan, lekin ba'zida to'satdan sodir etiladigan harakatlarimizni rag'batlantiradi. Bunday paytlarda inson o'zini «go'yoki menda nimadir tutib qoldi» deb izohlaydi. Ana shu "nimadir" — **soyani ifodalanishi**, ya'ni shaxsning eng ibtidoiy xilqatiy qismi. Biroq **soya** faqat salbiy qirraga ega emas. U — insondagi spontanlik, ijodiy ilhom, to'satdan yuzaga keladigan ma'rifiy onlar va chuqur his-tuyg'ular manbaidir. Bularsiz esa haqiqiy, to'laqonli inson hayoti mavjud bo'lishi mumkin emas. **Yung** eng muhim arxetip sifatida "**Men**" tushunchasini hisoblagan. U ong ostidagi turli jihatlarni uyg'unlashtirib, shaxsiyatda birlik va barqarorlik yaratishga xizmat qiladi. Shu tariqa, "**Men**"ning vazifasi — *shaxsiyatning turli tizimosti va qismlarini integratsiyalash, ya'ni bir butunga aylantirishdir*. **Yung** "**Men**"ni insonning o'zini ro'yobga chiqarish istagi — samoaktualizatsiyaga intilish bilan solishtirgan va uni shaxsiyat salohiyatining to'la ochilishi, uyg'unligi va yaxlitligi sifatida ta'riflaydi. **Yung**ning ishonchiga ko'ra, samoaktualizatsiyaga faqat o'rta yoshda — taxminan 35–40 yoshlarda erishish mumkin. Shuning uchun u bu yoshni shaxsiyat rivojlanishida inqilobiy va hal qiluvchi bosqich deb hisoblagan. Bu davrda shaxs chuqur va ijobiy o'zgarishlar kechiradi. Uning bu qarashlarida avtobiografik elementlar ham mavjud: aynan shu yoshda **Yung** shaxsan o'zi *nevrotik inqirozni* yengib, o'z "**Men**"ning yaxlitligini anglashga erishgan. Shu bois, **Yung** uchun shaxsiyat rivojlanishidagi eng muhim davr — bolalik emas, balki o'rta yosh — insonning ruhiy inqirozni yengib o'tadigan va o'zini to'liq tushunishga harakat qiladigan yoshi sanaladi. Bu jihatdan u Freyddan keskin farq qiladi. **Psixologik tiplar: introversiya va ekstraversiya**. **Yung**ning introversiya va ekstraversiya tushunchalari bugungi kunda ham juda mashhur. **Ekstravertlar** — o'z libidosi (hayotiy energiyasi)ni tashqi dunyoga, boshqa odamlarga va atrofdagi voqealarga yo'naltiradigan shaxslar. Ular atrof muhit ta'siriga ochiq, jamiyatga oson moslasha oladi va ko'p holatlarda o'zlariga ishonuvchan bo'ladi. **Introvertlar** esa o'z energiyasini ichki dunyosiga qaratadi. Ular kuzatuvchan, introspeksiyaga moyil, tashqi ta'sirlarga kamroq beriluvchan, ijtimoiy munosabatlarda o'ziga kamroq ishonuvchan va jamiyatga moslashish darajasi pastroq bo'ladi. Ammo har bir insonda bu ikki qarama-qarshi tip ma'lum darajada mavjud. Biroq ulardan biri odatda ustunlik qiladi. Shu bilan birga, shaxsning muayyan vaziyatlardagi xatti-harakat turi (masalan, shaxsiy manfaatlariga daxldor hollarda) o'zgarishi mumkin — odatda introvert bo'lgan inson ham jamiyatda faolroq bo'lib qolishi mumkin. **Alfred Adler (1870–1937)**. **Alfred Adler** — ijtimoiy-psixologik yo'nalishdagi psixoanalizning birinchi vakili sifatida tan olingan. U 1911 yilda **Freyd** maktabidan ajralib chiqqan va o'z yo'nalishini ishlab chiqqan. Uning konsepsiyasida ijtimoiy omillar markaziy o'rinni egallaydi. Shuningdek, u yagona psixolog bo'lib, uning nomi bilan atalgan "torli(strunnyy) kvartet" ham mavjud — bu uning madaniy ta'sirini ham tasdiqlab turadi. **Hayot sahifalari**. **Alfred Adler** Vena atrofida joylashgan bir boy oilada tug'ilgan. Uning bolalik yillari doimiy kasalliklar, katta akasiga nisbatan hasad va onasi tomonidan to'liq qabul qilinmaslik hissi bilan o'tadi. **Adler** o'zini zaif, ojiz va xunuk deb bilardi. U

onasiga nisbatan emas, balki otasiga ko'proq yaqinlik his qilgan va shu sababli, **Yung** singari, keyinchalik **Freydning Edip kompleksi** konsepsiyasini qabul qilmagan — chunki u bunday tuyg'ularni bolaligida boshdan kechirmagan. U bola bo'lgan paytda tengdoshlari orasida tan olinish va ommalashish uchun katta kuch va harakat sarflagan. Vaqt o'tishi bilan u yuqori darajadagi o'z-o'ziga bahoni shakllantirishga erishgan va o'ziga bo'lgan ishonchni atrofdagilar ham tan olgan — bu esa uning oilasida yetishmagan narsa edi. Avvaliga **Adler** o'qishda shunchalik zaif ediki, hatto o'qituvchisi uning kelajagi etikdo'z (sapojnik) shogirdiligidan uzoq ketmasligini aytgan. Biroq u mehnatsevarligi va qat'iyatliligi tufayli sinfdagi eng yaxshi o'quvchilardan biriga aylanadi. Akademik va ijtimoiy kamchiliklarini yengib, komplekslardan xalos bo'lgan holda, u keyinchalik o'zi yaratgan nazariyaning hayotdagi jonli namunasiga aylanadi. Uning shaxsiyat rivojlanishi nazariyasida shaxsiy zaiflik va kamchiliklarni kompensatsiya qilish muhim o'rin tutadi. Uning konsepsiyasining asosini tashkil etuvchi pastlik (nepolnotsennost) hissi aynan bolalik tajribalaridan kelib chiqqan bo'lib, Adlarning o'zi buni ochiq tan olgan. To'rt yoshida o'lim xavfi bilan bog'liq pnevmoniyadan sog'aygach, u vrach bo'lishga qaror qilgan. 1895 yilda Vena universitetida tibbiyot ta'limini olib, ilmiy darajaga ega bo'ladi. Oftalmologiya bo'yicha ixtisoslikni olganidan va umumiy tibbiyot amaliyotidan so'ng, psixiatriyaga qiziqish bilan murojaat qiladi. 1902 yilda **Adler** psixoanaliz bo'yicha har haftalik muhokamalar guruhiga to'rtta asoschilardan biri sifatida qo'shiladi. U **Freydning** yaqin hamkori bo'lganiga qaramay, ularning shaxsiy munosabatlari iliq rivojlanmadi. Hatto **Freyd** bir paytlar uni ergashma buzoq («zanuda») deb atagan. Keyingi bir necha yil mobaynida **Adler** psixoanalizning o'ziga xos, **Freyd** tizimidan jiddiy farq qiluvchi yo'nalishini ishlab chiqadi. U **Freydning** jinsiy omillarga ortiqcha e'tibor qaratayotganini ochiq tanqid qiladi. 1910 yilda **Freyd Adler** nomzodini Vena psixoanalitik jamiyati prezidenti sifatida taklif qiladi — ehtimol, ular o'rtasidagi qarama-qarshiliklarni yumshatish uchundir. Biroq 1911 yilda ularning ajralishi muqarrar bo'lib qoladi. Bu ajralish dramatik tarzda kechadi: **Adler Freydni** qallob deb atab, psixoanalizni esa «*iffatsizlik va jirkanchlik*» deb baholaydi. **Freyd** ham o'z navbatida jim qolmaydi — u Adlerni o'z manfaatlarini va ambitsiyasiga sho'ng'igan “*ruhiy nosog'lom inson*” deb ta'riflaydi. **Alfred Adlarning keyingi hayoti va individual psixologiyasi haqida.**

1. Birinchi jahon urushi va klinik faoliyat. Birinchi jahon urushi davomida **Alfred Adler** Avstriya armiyasida vrach sifatida xizmat qilgan. Urushdan keyin Vena maktab tizimi doirasida bolalar klinikasi tashkil etgan, bu orqali o'zining ijtimoiy-psixologik yondashuvini amaliyotga tatbiq etishni boshlagan.

2. AQShdagi faoliyati va vafoti. 1920-yillarda Adlarning «individual psixologiya» deb nomlangan ijtimoiy-psixologik sistemasi katta mashhurlikka erishadi. 1926 yilda u AQShga bir necha bor tashrif buyuardi, 1934 yilda Nyu-Yorkdagi Long-Aylend tibbiy kollejida tibbiy psixologiya professori lavozimiga taklif qilinadi. U Shotlandiyaning Aberdin shahrida ma'ruzalar turnesi paytida vafot etadi.

3. Freydning munosabati. Adlarning o'limi munosabati bilan izhor etilgan ta'ziralarga javoban, Zigmund Freyd shunday yozadi: “Vena

atrofidagi yahudiy bolaning Aberdinda vafot etishi — bu misli ko‘rilmagan karera. U psixoanalizga qarshi kurashda ko‘rsatgan harakatlari uchun dunyodan ancha ziyoda mukofot oldi”. Bu jumla **Freydning Adlerga** nisbatan chuqur shaxsiy antisimpatiyasini va ularning qarama-qarshi qarashlarini ochiq-oydin ko‘rsatadi. **4. Individual psixologiya nazariyasi. Adler** tomonidan yaratilgan individual psixologiya — bu **Freydning** biologik va jinsiy asoslangan yondoshuvlariga qarshi turadigan ijtimoiy yo‘naltirilgan psixologik tizimdir. Asosiy g‘oyalar: **1. Ijtimoiy manfaat (sotsialnyy interes): Adler** inson xulq-atvorini biologik emas, ijtimoiy omillar bilan izohlaydi. U jamiyatga moslashish va hamkorlik qilish qobiliyatini tug‘ma salohiyat deb hisoblaydi, lekin bu salohiyat bolalik tajribasi orqali rivojlanishini tasdiqlaydi. **2. Ongi faolligi va maqsadli harakat: Freyd** xulq-atvorni asosan o‘tmish orqali izohlagan bo‘lsa, **Adler** kelajakdagi maqsadlar va intilishlarni muhim deb biladi. Masalan, kimdir agar o‘limdan keyingi la‘natga ishonsa, uning bugungi xulqi boshqalarnikidan farq qiladi. **3. Shaxsiyatning yaxlitligi: Freyd** shaxsiyatni *id, ego, super-ego* kabi qismlarga ajratgan bo‘lsa, Adler shaxsiyatni bir butun, uyg‘un tuzilma deb qaraydi. Uningcha, barcha ichki resurslar va harakatlar bitta asosiy maqsad — o‘zini tasdiqlash va ustunlikka intilish yo‘lida birlashadi. **5. Asosiy maqsad** — ustunlikka intilish (stremlenie k prevosходstvu). Bu insonning ichki harakatlantiruvchi kuchi bo‘lib, o‘zini anglash, shaxsiyatni rivojlantirish va hayotga ma‘no berishga xizmat qiladi. **Adler** bu kuchni tug‘ma, universal harakat deb hisoblagan va uni shaxsiyatning barcha jabhalarida (hissiyotlar, xulq-atvor, fikrlash va h.k.) kuzatish mumkinligini ta‘kidlaydi. **Asosiy tushuncha. Adlarning yondashuvi: Oila va jamiyat :** Shaxsning rivojlanishi ijtimoiy muhit va maqsadlarga bog‘liq **Bola rivoji:** Kamlik hissini kompensatsiya qilish orqali o‘sish. **Xulq-atvor manbai:** Ongli harakatlar va kelajakdagi maqsadlar. **Shaxsiyat tuzilishi:** Yaxlit, integral tuzilma; ichki kuch — ustunlikka intilish. **Psixoterapiya:** Maqsadlarga yo‘naltirilgan, ijtimoiy motivlar tahlili asosida. **Yetishmovchilik hissi** (Chuvstvo nepolnotsennosti) — Adler nazariyasining markaziy tushunchasi. **Alfred Adler Freydning** “insonni asosan jinsiy omillar boshqaradi” degan fikrini qabul qilmaydi. Uningcha, shaxsiyatni harakatga keltiruvchi haqiqiy ichki kuch — bu umumlashgan *yetishmovchilik hissidir*. Bu fikr, shubhasiz, **Adlarning** shaxsiy hayotidagi tajribasiga ham bog‘liq. Boshida **Adler** kamlik hissini jismoniy nuqsonlar bilan bog‘lagan: *Agar bolada irsiy yoki tug‘ma jismoniy kamchiliklar bo‘lsa, u shu nuqsonni kompensatsiya qilishga harakat qiladi*. Masalan: Dudaq bola (zaika) nutq terapiyasi orqali buyuk notiqqa aylanishi mumkin. Qo‘l-oyog‘i zaif bola jismoniy mashqlar yordamida yaxshi sportchi yoki raqqos bo‘lishi mumkin. Keyinchalik, **Adler** bu tushunchani kengaytirdi: *Yetishmovchilik hissi* nafaqat jismoniy, balki: ruhiy (psixologik), ijtimoiy, o‘zini past his qilish, tortinish, intilishlar kamligi kabi ichki to‘siqlarni ham o‘z ichiga oladi. U nafaqat real, balki tasavvur qilingan (mnimyy) nuqsonlar haqida ham gapiradi. Bolada himoyasizlik, kuchsizlik, boshqalarga bog‘liqlik hissi tabiiy ravishda yetishmovchilik hissini keltirib chiqaradi. Bu tuyg‘u har bir insonga tanish holat. **Ustunlik (Prevosходstvo) Adlarning** fikricha — kamlik

hissiga tabiiy javob. Inson yetishmovchilik hissini yengish uchun o'zini rivojlantirishga, ko'proq narsaga erishishga, *ustunlik, yuqorilik* (prevosходство) sari intiladi. Bu jarayon shaxsni ham ruhan, ham ijtimoiy jihatdan o'sishga, o'zini anglash va salohiyatini ro'yobga chiqarishga olib boradi. **Yetishmovchilik hissining ikki tomoni. Ijobiy tomoni:** Insonda rivojlanish, intilish va muvaffaqiyatga eishish motivatsiyasini uyg'otadi. Jamiyat uchun ham ijobiy talabni yaratadi. **Salbiy tomoni:** Agar bola bolalikda bu hisga nisbatan haddan tashqari qattiq yoki haddan tashqari yumshoq munosabatga duch kelsa, normal kompensatsiya emas, balki anomal xulq-atvor shakllanishi mumkin. **Yetishmovchilik kompleksi** (Kompleks nepolnotsennosti): Agar bola o'z kamchiliklarini yetakchi kuchga aylantira olmasa, uni kompensatsiya qilishga qobil bo'lmasa, unda *yetishmovchilik kompleksi* rivojlanishi mumkin. Bu holat: o'zini past baholash, ishonchsizlik, intilishni to'xtatish, tajovuzkorlik yoki ijtimoiy izolyatsiya kabi jiddiy muammolarga olib kelishi mumkin. Adlarning yetishmovchilik hissi konsepsiyasi inson rivojini jinsiy va ong osti omillar orqali emas, ijtimoiy, psixologik va maqsadli harakatlar asosida tushuntirishga harakat qiladi. Uningcha: *Har bir insonda kamchiliklar bor, lekin u shu orqali o'sadi; Shaxsiy kamchilik — muammo emas, balki rivojlanish uchun imkoniyatdir; Muhimi — bu hisni qanday yo'nalishda kompensatsiya qilish.* Yetishmovchilik kompleksi va yetishmovchilik hissi haqida yana ozroq mulohazaga chorlayman.

1. Yetishmovchilik kompleksi simptomlari (belgilar). *Yetishmovchilik hissi — tabiiy holat bo'lsa, yetishmovchilik kompleksi — bu o'ta kuchli va uzoq davom etuvchi holat bo'lib, shaxsning o'sishini to'sadi.* **E'tibor berish lozim bo'lgan asosiy simptomlar:** *O'zini past baholash;* "men qodir emasman", "men arzimayman" degan ichki fikrlar. *Haddan tashqari tanqidga yopiqlik;* o'zini oimo himoya qilish holati, hatto oddiy maslahatni tahdid deb qabul qilish. *Ijtimoiy izolyatsiya(yopiqlik);* jamoada o'zini noqulay his qilish, yolg'izlikka moyillik. *Tajovuzkorlik;* yetishmovchilik hissini himoya qilish uchun o'zini yuqori qo'yish, boshqalarni kamsitish. *O'zini soxta namoyon qilish (maska);* jamiyatda "ideal" shaxs rolini o'ynash, aslida o'ziga ishonchsizlikni yashirish. *Qo'rquv va faoliyatsizlik;* yangi imkoniyatlardan qochish, notanish vaziyatlarda passivlik qilish.

2. Tarbiyada kamlik hissi shakllanishiga ta'sir qiluvchi omillar. Yetishmovchilik hissining paydo bo'lishi ko'p hollarda bolalikdagi tarbiyaga bog'liq. Adler ularni tarbiyadagi xatolari va oqibatlarini quyidagicha ta'kidlaydi: *Haddan tashqari qattiq nazorat;* bola o'ziga ishonmaslikni o'rganadi, qaror qabul qilishda boshqalarni fikriga qaram bo'ladi. *Ortiqcha erkalatish;* bola hech qanday qiyinchilikka tayyor emas, real hayotga moslashishda qiynaladi. *Solishtirish (akasi/singlisi bilan);* bolada "men undan yomonman" fikri shakllanadi. *Shaffof muhabbat yo'qligi;* bola o'zini noto'liq, yetarli emas deb his qilishga odatlanadi. Adler ta'lim va tarbiyada: *hurmat, teng munosabat, maqsadga yo'naltirish va erkin rivojlanishni asos qilib oladi.*

3. Adlercha psixoterapiyada yetishmovchilik hissini yengish usullari. Adler psixoterapiyasi motivatsion va gumanistik yondashuvga asoslangan. Uning maqsadi — insonni o'z imkoniyatlariga ishontirish va undagi ijobiy kuchni

faollashtirish. **Asosiy usullar:** **1. Jamiyat foydasi uchun maqsad qo‘yish** (sotsialnaya napravlennost). Yetishmovchilik hissini faqat shaxsiy muvaffaqiyat emas, balki jamiyatga foyda keltirish orqali yengish mumkin. **2. Qadriyatlar va kuchli jihatlarni aniqlash.** Terapevt bemorga: “Sizda nima bor?” degan tamoyil asosida yondoshadi, ya’ni mavjud kuchlarini ro‘yxatga olish va ularni rivojlantirish. **3. Yetishmovchilik hissini normallashtirish.** “Bu tuyg‘u — insoniy, siz yolg‘iz emassiz” — degan tamoyil orqali odam o‘zini tushunadi, qabul qiladi. **4. Niyatlar va kelajak maqsadlar ustida ishlash.** Adlercha terapiya o‘tmishni emas, kelajakni qayta qurishga yo‘naltiradi. Shaxsning hayotdagi yo‘nalishi, niyati qayta shakllantiriladi. **5. Yumor va insonparvarlik.** Adler yumorni qo‘llab-quvvatlagan: hayotga yengilroq qarash shaxsiy yukni yengillashtiradi. **Hayot uslubi.** Adler ta’limotiga ko‘ra, insonning ustunlikka intilishi umumiy, tabiiy harakat hisoblanadi, ammo bu maqsadga yetishning turli yo‘llari mavjud. Har bir inson bu kurashni o‘zgacha tarzda amalga oshiradi, natijada faqat o‘sha shaxsga xos va noyob bo‘lgan usullar yoki shakllar yuzaga keladi. Adler buni «*hayot uslubi*» deb ataydi. *Hayot uslubi* — bu insonning o‘zining haqiqiy yoki taxminiy kamchiliklarini kompensatsiya qilishda qo‘llaydigan xulq-atvor usullari yoki strategiyalaridir. Masalan, jismoniy nuqsonga ega bola o‘z hayot uslubini sport bilan shug‘ullanishga yo‘naltirsa, bu uning kuch va chidamlilikni rivojlantirishga xizmat qiladi. Oddiy qilib aytganda, *hayot uslubi* — insonning hayotni qanday qabul qilishi va unga qanday munosabatda bo‘lishidagi individual yo‘nalishidir. *Hayot uslubi* odatda 4–5 yoshlarda shakllanadi va keyinchalik uni o‘zgartirish juda qiyin bo‘ladi. U insonning hayot tajribasini qanday qabul qilishi va tartibga solish usulini belgilab beradi. Bu yerda yana **Freyd va Adler** qarashlari o‘rtasidagi farqni ko‘ramiz: *Freyd* ham bolalik davri ahamiyatini ta’kidlaydi, biroq **Adler** shunday deydi — inson o‘z hayot uslubini ongli ravishda shakllantira oladi, bu esa uning “Men”ini (shaxsiyatini) namoyon etadi. **“Men”ning ijodiy kuchi.** «Men»ning ijodiy kuchi — **Adler** nazariyasining eng yuqori va mukammal g‘oyasi hisoblanadi. U shunday taxmin qilganki, inson o‘z shaxsiyatini o‘ziga xos hayot uslubiga muvofiq ravishda faol ravishda shakllantira oladi. Bu ijodiy kuch inson mavjudligining faol asosiy tamoyilidir. Unga an’anaviy ma’nodagi «ruh» deb qarash ham mumkin. Inson o‘z xulq-atvorini, qobiliyatlari, irsiy merosi, va muhit ta’siri bilan shakllangan hayot tajribasi asosida qursa-da, eng muhimi — bu tajribani qanday qabul qilish va tushunish o‘zimizga bog‘liqdir. Aynan shu yo‘l orqali inson o‘z hayot uslubini yaratadi. Demak, inson ongli ravishda o‘z shaxsiyatini va taqdirini shakllantirishga qodirdir. **Adler** fikricha: “*Biz o‘z taqdirimizni boshqaradigan sub’ektlarmiz, o‘tmish tajribalarining qurboni emas.*” *Hayot uslubi* — bu insonning individual yondashuvi, hayotda o‘z kamchiliklarini qanday kompensatsiya qilishini ifoda etadi. «Men»ning ijodiy kuchi — insonning o‘zida mavjud salohiyatni anglab, faol ravishda shaxsiyatini shakllantirish qobiliyatidir. Adler insonni taqdir qurboni emas, balki taqdir yaratuvchisi deb ko‘radi. **Sharhlar.** **Adlerning** konsepsiyasi **Freyd** nazariyasida shakllangan inson haqidagi tasvir — ya’ni insonni asosan jinsiy motivlar

boshqaradi va shaxsiyat faqat bolalikda shakllanadi, degan g'oyalardan qoniqmagan kishilar tomonidan iliq qabul qilinadi. Albatta, insonning xulq-atvorini ongli ravishda boshqara olishi, uning faqat irsiy cheklovlar yoki bolalikdagi xususiyatlar ta'sirida qolmasligi haqidagi fikr — ko'pchilikka yoqimli tuyuladi. Umuman olganda, **Adler** inson tabiatiga nisbatan ishonchli va optimistik nuqtai nazarni taklif etadi. Biroq, uning ham tanqidchilari yetarlicha bo'lgan. Ko'plab psixologlar uning g'oyalarini yuzaki va faqat sog'lom aqlga suyangan deb hisoblagan. Ammo boshqalar, aksincha, unda chuqur fikrlaydigan, iste'dodli nazariyachini ko'rishgan. **Freydning** fikricha, **Adler** tizimi juda sodda edi. U shunday degan edi: *“Psixoanalizni o'rganishga ikki yil kerak bo'lishi mumkin, chunki u juda murakkab. **Adlerning** g'oyalarini esa ikki haftada o'zlashtirsa bo'ladi, chunki u yerda unchalik ko'p narsa bilish kerak emas.”* Bu fikrga Adler darhol rozi bo'lgan va shunday deydi: *“Aynan mana shu narsada ishning mohiyati bor. Mening g'oyalarimni shunchalik sodda qilish uchun to'rt yil emas, butun qirq yil sarfladim!”* **Psixointervension an'ana.** Psixointervension (ruhiy aralashuvchi) an'ana allaqachon fransuz klinik psixologiyasida, masalan **Sharko** va **Janega** tegishli klinikalarda kuzatilgan.

Nevrologiya fani asoschisi bo'lgan fransiyalik olim **Jan Marten Sharko** (1825–1893) inson ruhiyati bilan juda qiziqqan. **Sharko** dunyoqarashi juda keng olim bo'lib, nafaqat nevrologiya va psixologiya, balki falsafa, adabiyot, musiqa va rassomchilik bilan ham qiziqqan. **Sharko** o'z kitoblariga o'zi rasmlar chizgan. Uning mashhurligi Yevropada shu darajaga borib yetadiki, unga hatto *“Nevrologiya Napoleoni”* deb taxallus berishadi. **Sharko** Yevropa qirollari va qirolchalarining shaxsiy vrachi bo'lgan.

O'sha paytlari nevrologiya sohasini tanlagan yoshlar orasida *“Kim Sharko ma'ruzalarini eshitmagan ekan, demak, u nevrolog emas”* degan iboralar keng tarqalgan. Nafaqat Yevropa, balki boshqa davlatlardan ham nevrologlar bir marotaba bo'lsada, Sharkoning ma'ruzalarida ishtirok etish uchun Fransiyaga intilishgan. **Sharko** psixologiyaga shu qadar qiziqqanki, qanday nevrologik kasallik bo'lmasin, ularni davolashda psixologik ta'sir qilish usullarini targ'ib qilgan va qo'l lagan.

Sharko og'ir ataksiya holatida yotgan bemorga psixologik ta'sir qilib, turg'izib yuborgan. Sharko asab va ruhiyat borasida ko'p ilmiy asarlar yaratgan. Isteriyaning har bir klinik ko'rinishi va ushbu belgilarning organik simptomlardan farqini juda mukammal ifodalab bergan. U juda kuchli gipnozchi ham bo'lgan. Sharko gipnoz negizida fiziologik jarayonlar yotadi, deb yozgan. Gipnoz bilan mashhur nevrologlar va psixiaterlar shug'ullanishgan. Ulardan **J.Sharko**, **Benedikt**, **Forel**, **Levenfeld**, **Mopassan**, **S.S. Korsakov**, **Mebius** va **V.M. Bexterevlar** nomi mutaxassislarga yaxshi ma'lum.

Shu bilan birga, **Hyugo Myunsterberg** ham o‘zining «Psixoterapiya» nomli kitobida ushbu an’anani ilmiy asosda rivojlantiradi. Ushbu kitob 1909 yilda chop etiladi. **Myunsterberg** bemorlarni klinikada emas, balki laboratoriyada davolagan va doifan pul talab qilmaydi. U o‘zining nufuziga tayanar, bemorlariga qo‘llaniladigan davo usullari haqida hammani oldindan ogohlantirib qo‘yar edi. Uningcha, ruhiy kasalliklar insonning o‘z xulq-atvorini atrof muhitga moslashtirishdagi muvaffaqiyatsizligi, hamda ong ostidagi yashirin qarama-qarshiliklar natijasida yuzaga keladi. Uning terapevtik usuli shunday bo‘lgan: bezovta qiluvchi fikrlarni olib tashlash; qo‘pol va istalmagan odatlardan xalos qilish; salbiy his-tuyg‘ularni unutishga yordam berish; turli muammolarni yengishni o‘rgatish: alkogolizm, giyohvandlik, gallyusinatsiya, obsessiv fikrlar, fobiyalar, jinsiy muammolar va h.k. Ilk paytlarda **Myunsterberg** gipnoz usulidan foydalangan, ammo bir ayol uni otib tashlash bilan tahdid qilgach, gipnozdan butunlay voz kechadi. Bu voqea gazetalargacha yetib borgan va Garvard universiteti meri natijada, undan “ayollarga gipnoz qo‘llashni bas qilish”ni talab qiladi. **Myunsterberg**ning yozgan “Psixoterapiya” kitobi klinik psixologiya muammolariga jamoatchilik e’tiborini keng jalb etadi, ammo Pensilvaniya universitetida o‘z klinikasini yaqinda ochgan **Uitmer** tomonidan qabul qilinmaydi. “Psixologik klinika” jurnali uchun yozilgan maqolalaridan birida **Uitmer** shikoyat qilib shunday deydi: «*Myunsterberg psixoterapevtik davolash usullarini reklama qilish orqali kasbni “ko‘prikchilikka” tushirayapti, u o‘zini gipnozchi kabi tutayapti, Garvarddagi bu psixologiya professori shunchalar chaqqon harakat qilmoqdaki, go‘yo o‘z psixologik laboratoriyasida yuzlab nevrotik xastaliklarni davolagandek taassurot qoldiradi*». Psixointervension an’anani rivojlantirishda muhim hissa qo‘shganlardan biri – fransuz psixologiyasi giganti **Per Jane** (Pierre Janet, 1859–1947) bo‘ldi. U keksa yoshigacha faol va g‘ayratli inson bo‘lib qoladi, dogmalarsiz ish tutadigan shifokor sifatida isteriya bilan og‘rigan bemorlarni davolaydi. 30 yoshida **Jane** (1889) “Psixologik avtomatizm haqida” nomli doktorlik dissertatsiyasini yozadi. Keyinchalik u Parijdagi mashhur Salpetrier klinikasida **Sharkoning** shogirdi bo‘lib, patologik psixologiya laboratoriyasi direktoriga aylanadi. Qirq yil mobaynidagi minglab kuzatuvlari jamlangan ko‘plab tomlar uning ilmiy faoliyati haqida guvohlik beradi. **Jane** shunday deydi: «*Faqat muayyan sohalar bilan cheklanish hech qachon yaxshi natija bermaydi. Psixologiya holatida esa bu qaytarib bo‘lmaydigan oqibatlarga olib kelishi mumkin, chunki psixologiya hamma narsaga daxldor. U universaldir, psixologik faktlar har joyda mavjud*». **Janening** insonning xulq-atvori (harakatlari) aktlari teng darajali emas edi, balki turli darajalardagi tushunchalar ekanligi haqidagi g‘oyalari muhim ahamiyatga ega. Bu g‘oya keyinchalik **M.S. Rogovin** (1974, 1977) va uning shogirdlari tomonidan inson psixikasining strukturaviy-darajaviy yondashuvi doirasida (G.V. Zalevskiy, A.V. Solovev, L.P. Urvansev va boshqalar) eksperimental-psixologik jihatdan rivojlantiriladi. **Per Jane** barcha psixik jarayonlarni qamrab oluvchi strukturaviy-darajaviy konsepsiya yaratishga urinish qiladi. Unda psixik jarayonlarning an’anaviy taqsimoti yangi toifalar bilan almashtirildi va ularning mazmuni **Jane**

tomonidan ishlab chiqilgan tizim doirasida ochib berildi. Bu tizim uning birinchi yirik asari — “Psixik avtomatizm” (1889) dan boshlanib, keyingi ishlarida (1929) ham davom ettirildi. **Janening** nazariyasi biologik-psixologik xususiyatga ega bo‘lib, uni “funktional darajalar nazariyasi” deb atash mumkin. **Janega** ko‘ra, darajalar — bu turli murakkablik darajasiga ega bo‘lgan xulqiy harakatlar bo‘lib, pastdan yuqoriga tomon rivojlanib boradi. *Birinchi daraja* — tashqi stimullashning yuqori darajasi bilan bog‘liq reflektor harakatlar. *Ikkinchi daraja* — perseptiv harakatlar, ya‘ni tashqi murakkab va yaxlit ob‘ektlar ta‘sirida shakllangan xulq-atvor aktlari. *Jane uchinchi darajani* ijtimoiy-psixologik (aniqrog‘i, jamoaviy-psixologik) daraja deb belgilaydi. Bu yerda shaxsning xulq-atvori boshqalarga bo‘lgan munosabati orqali boshqarila boshlaydi. *To‘rtinchi daraja* — intellektual daraja bo‘lib, bunda mehnat mahsulotlarini yaratish va ulardan foydalanishga oid oddiy harakatlar amalga oshiriladi. Bu daraja operatsiyalarning qaytaruvchanligi (reversivligi) xususiyati bilan tavsiflanadi — bu g‘oya keyinchalik **Janening** shogirdi, o‘zi kabi mashhur **Jan Piaje** tomonidan genetik nuqtai nazardan rivojlantiriladi. Keyingi — *beshinchi va oltinchi darajalar*, tegishlicha i‘mon (e‘tiqod) va tafakkur bilan bog‘liq harakatlardan iborat. *Beshinchi darajada Jane* tilning ta‘sirini nazarda tutadi. *Oltinchi daraja* — mantiqiy operatsiyalar darajasi. *Yettinchi daraja* — eksperimental harakatlar va o‘tmish tajribasidan ongli ravishda foydalanish darajasi. *Sakkizinchi daraja* — tasodif, erkinlik va taraqqiyot kabi tushunchalarni anglash bilan bog‘liq harakatlar darajasidir. Har bir darajaga xos bo‘lgan harakatlar o‘zaro aloqada bo‘lib, inson shaxsiyati va individualligini shakllantiradi. **Janening** ta‘kidlashicha, eng yuqori darajalar ochiq (ya‘ni, rivojlanish uchun ochiq va cheksiz) xarakterga ega. **Janening** ishlari murakkab psixopatologik tahlil va nozik klinik usullarga tayangan, biroq u qat‘iy psixologik eksperimentning ahamiyatini kam baholagan. Uning klinik qiziqishlari asosan nevrozlar, xususan, isteriya sohasiga oid bo‘lib, bu borada **u 3. Freyd** bilan raqobatda bo‘lgan. **Freyd** singari, **Jane** ham bu «insoniyat qadimidan mavjud bo‘lgan» muammoni, ya‘ni «shifokorlar va psixiatrlar uchun tushdagi kabi qo‘rqinchli muammo»ni (Henri-Jean Barraud, 1972) tadqiq etgan. Uning ustoz **Jan Marten Sharko** «*nevrozlar Napoleoni*» deb atab kelingan. Klinik (tibbiy) psixologiya rivojiga qo‘shilgan yana bir muhim hissa — nemis psixiatri **Ernst Krechmer** (Ernst Kretschmer, 1888–1964) tomonidan amalga oshirilgan. **Krechmer** nomi tilga olinganda, odatda konstitutsion nazariya, ya‘ni insonning tana tuzilishi va ruhiy turlari haqidagi ta‘limot yodga tushadi. Bu ta‘limot bugungi kunda ham ta‘sirli hisoblanadi. Biroq bizga uning psixiatr, tibbiy psixolog va psixoterapevt sifatidagi roli ancha kamroq ma‘lum. **Krechmer**ning barcha tadqiqotlarini ichki jihatdan birlashtiruvchi narsa — bu uning butun hayoti davomida tibbiy psixologiyani nazariy va psixoterapevtik tizim sifatida shakllantirishga urinishidir. Bu tizimni ruhiy og‘ishlar va kasalliklarning butun doirasiga tatbiq etish mumkin bo‘lar edi. Shu asosda u jamiyat va madaniy hayotga doir istiqbollarni ham belgilash niyatida bo‘lgan. Bu, albatta, uning uchun jozibador maqsad bo‘lgan, biroq bunday harakat bir insonning o‘zi tomonidan amalga oshirilishi qiyin hisoblanadi, shunga

qaramasdan u o'z maqsadi yo'lida tinisiz tadqiqotlar olib borishni to'xtatmadi (Kretschmer, 1989, s. 922). Aniqki, bunday keng qamrovli vazifalarni faqatgina katta salohiyatga ega shaxslar oldiga qo'ya oladi — shunday shaxslardan biri **Ernst Krechmer** edi. U 1888 yili Vyustenrot shaharchisida protestant ruhoniysi oilasida dunyoga keladi. U Vyurtembergdagi protestant seminariyasida gumanitar ta'lim oladi va avval boshda teolog (dinshunos) bo'lishni niyat qiladi. 1906 yili, iqtidorli yoshlarni qo'llab-quvvatlovchi mashhur stipendiyaga sazovor bo'lib, Tyubingenda bir yil davomida falsafa o'rganadi. Ammo diniy tafakkur chegaralari unga tor kelgani uchun, keyinchalik tibbiyot sohasiga yo'naladi. **E. Krechmer** ko'p qirrali iste'dodga ega bo'lgan olib hisoblanadi. U nafaqat tibbiyotni muvaffaqiyatli o'zlashtiradi, balki: skripkada chalar, klassik qo'shiqlarni juda yaxshi ijro etar, rasm chizardi, ayniqsa yumoristik rassomlikda iqtidorli edi, Tyubingen teatri uchun satirik pesalar ham yozardi. Tyubingen – o'sha vaqtdagi talabalar shaharchasi – din, falsafa va adabiyot mavzusidagi jonli munozaralarga boy muhit edi. Bu bilan birga, Krechmer tabiatni yaxshi ko'rar va chiroyli chavandoz ham bo'lgan. Bu ma'lumotlar faqat biografiyani bezash uchun emas — yosh **Krechmer**ning ko'p tomonlama qobiliyatlari va faolligi undan buyuk olim yetishib chiqishi uchun asosiy omillardan biri bo'lgani shubhasiz. **Krechmer**ning psixiatriyaga qiziqishi o'qishning oxiriga kelib paydo bo'lgan. Bu jarayonda uning ustoz **Karl Gaupp** katta ta'sir ko'rsatadi, u nemis psixiatriyasida **Bleyle** bilan bir qatorda “psixologik tushunishga asoslangan” yo'nalishni namoyon qiladi. **Krechmer** Myunxen universitetida psixiatriyani o'rgangan paytda, **Emil Krepelin**ning mashhur ma'ruzalarini tinglaydi. Bu ma'ruzalarni butun Yevropadan kelgan talabalar tinglashardi. Ular orasida ingliz **Ernst Jons** ham bor edi — u keyinchalik **Freyd**ning shogirdi va biografi, hamda psixoanaliz maktabining yetakchi vakili bo'lib yetishadi. 1914 yili **Krechmer** doktorlik dissertatsiyasini himoya qiladi. Uning mavzusi: “Bred holatlari va maniakal-depressiv simptomlar majmuasi” (Wahnbildungen und manisch-depressiver Symptomkomplex)¹, ushbu ish **Krepelin** rahbarligida amalga oshiriladi. **Krechmer** aynan myunxenlik professori **Krepelin**dan psixiatriya va psixologiya muammolari o'rtasidagi uzviy bog'liqlik tushunchasini o'zlashtiradi. Ma'lumki, **Krepelin** o'zining psixiatriya bo'yicha birinchi kurs ma'ruzalarini “psixologik izohlar” bilan boshlard, chunki uning fikricha, “*tibbiyotni yangi o'rganayotgan shifokorlarga psixologik bilim yetishmaydi*” (1923, t. 1, b. 4). **Krepelin**dan **Krechmer** insonning konstitutsion xususiyatlari bilan ruhiy kasalliklar o'rtasidagi muayyan bog'liqlik g'oyasini oladi. Ayni shu g'oya keyinchalik ilmiy nazariya darajasigacha rivojlanadi, mutaxassislar orasida keng e'tirof va keskin tanqidlarga sabab bo'ladi, hamda 1922 yilda nashr etilgan “Tibbiy psixologiya” nomli kitobning mazmun asosini tashkil etadi. Bu nazariyaning asosiy mazmuni bir yil avval — 1921 yili nashr etilgan “Tana tuzilishi va xarakter” (Körperbau und Charakter) kitobida to'liq bayon etiladi. Bu kitob jahon psixologiyasi va psixiatriyasida katta voqea sifatida qabul qilinadi, ko'plab tillarga tarjima qilib va o'nlab marta qayta nashr etiladi. 38 yoshida **Krechmer** Marburg universitetida psixiatriya professori lavozimiga tayinlanadi. U mashhur va iste'dodli

shaxslarning psixik hayoti mavzusini rivojlantiradi va 1929 yilda o'zining "Daho insonlar" (Die Genialen) kitobini nashr etadi. Krechmerning nufuzi shifokorlar va psixologlar orasida tobora oshib boradi. U Germaniya psixoterapevtlar jamiyati prezidenti etib saylanadi. Biroq aynan shu lavozimda u Gitler hokimiyatga kelgan vaqtida bo'lgan. Jamiyat natsistlar nazoratiga o'tadi, va undagi a'zolaridan Gitlerning "Mein Kampf" kitobini sinchiklab o'rganish va bu orqali o'z sadoqatini isbotlash talab qilina boshlanadi. Bu talabga javoban, Krechmer darhol prezidentlikdan iste'fo beradi. Uning o'rniga **Karl Gustav Yung** jamiyat prezidenti bo'ladi. Urushdan keyin, 1946 yildan boshlab, **Ernst Krechmer** Tyubingen universitetida professor sifatida faoliyat yuritadi va universitetning nevrologiya klinikasiga rahbarlik qiladi. 1949 yili u "Psixoterapevtik tadqiqotlar" nomli kitobini nashr etadi. **E. Krechmer** 1964 yil 8 noyabrda vafot etadi. **Krechmerning** o'g'li Wolfgang Krechmer — nevropatologiya va psixiatriya professori bo'ldi, va otasining ilmiy ishini davom ettirdi. Uning nabirasi esa — rus tili o'qituvchisi bo'ldi, ehtimol bu ham otasining ta'siri natijasidir. Sababi: u (Krechmerning o'g'li) Ikkinchi jahon urushi davrida shifokor sifatida xizmat qilgan, asirga tushgan, ruslar bilan muloqot qilgan, ularni davolagani va hatto rus tilida ancha erkin so'zlashgani ma'lum. Ernst Krechmerning "Tibbiy psixologiya" asari ko'p jihatdan e'tiborga loyiq kitobdir. Eng avvalo, bu — tibbiy psixologiya bo'yicha ilk darsliklardan biri hisoblanadi. Bu kitob ushbu fan sohasi hali shakllanish bosqichida bo'lgan davrda yaratilgan, va o'sha paytda Germaniyada universitetlar uchun tibbiy psixologiya fanidan ta'lim standartlari yoki professorlarning mustahkamlashgan uslublari hali mavjud emas edi. **V.A. Lukov** ta'kidlashicha, aynan **Krechmer** o'z kitobida darslikka xos tuzilish (struktura) namunasini taqdim etgan, va bu namuna bugungi kunda ham deyarli o'zgarmagan holda zamonaviy mualliflar tomonidan qo'llanilib kelmoqda (1998, b. 448). Shu narsani ta'kidlab o'tmoqchimanki, bu yerda gap klinik psixologiya emas, balki tibbiy psixologiya bo'yicha darsliklar haqida ketmoqda. Ular, asosan, kelajakdagi shifokorlar uchun mo'ljallangan bo'lib, ko'pincha psixologlar emas, balki psixiatrlar tomonidan yozilgan. Shu bilan birga, bu asar, shubhasiz, klinik psixologiya bo'yicha tahsil olayotgan talabalar va bu sohadagi mutaxassislar uchun ham juda foydali hisoblanadi. Krechmer o'zining "Tibbiy psixologiya" kitobining 16-bobini psixoterapiya muammolariga bag'ishlaydi. U bu yerda deontologiya (shifokorning axloqiy burchlari va mas'uliyati) masalalariga alohida e'tibor qaratadi va o'sha vaqtda ma'lum bo'lgan va o'zi qo'llagan psixoterapevtik texnologiyalarning keng turini tasvirlab beradi — bular qatoriga: *psixogogika (emotsional va axloqiy tarbiya orqali ta'sir)*, *suggestiya (vnushenie)*, *gipnoz va psixoanalitik* usullar kiradi. **Krechmerning** konstitutsional nazariyasi haqida gapirar ekanmiz, u bu nazariya ustida o'z shogirdlari, jumladan, o'g'li bilan birgalikda umrining oxirigacha ishlaydi. Bu nazariya haqida ham tanqidiy (masalan, **Karl Yaspers**, 1913–1997, s. 454–455), ham ijobiy baholar mavjud bo'lgan keng adabiyotlar mavjud. Klinik psixologiyada intervension an'ananing yangi bosqichi XX asrning 40–60-yillarida yuzaga keladi. Bu davrda: *psixoanaliz (psixoanalitik terapiya)* o'z avjiga chiqdi, biroq undan qoniqmaslik hissi sifatida

yangi yoʻnalishlar paydo boʻldi: *xulq -atvor (bixevioristik) psixoterapiya, kognitiv va kognitiv-bixevioristik terapiya, gumanistik va gumanistik-ekzistensial terapiya*. Bu jarayonda, avvalo, **Karl Rodjers** (Carl Rogers, 1902–1987) tomonidan ishlab chiqilgan *klientga yoʻnaltirilgan psixoterapiya* (client-centered therapy) haqida toʻxtalish lozim. **Rodjers** oʻzining terapevtik konsepsiyasini keyinchalik esa, shaxs va terapiya nazariyasi darajasigacha rivojlantiradi. Uning hayotidagi asosiy maqsadi — ruhiy koʻmakka muhtoj odamlarga yordam berish va bu maqsadni cherkovdan tashqarida ham amalga oshirish mumkinligini tushungan. Shuningdek, u psixolog sifatida ishlash ham sharaflil faoliyat ekanini va bu moddiy jihatdan ham barqaror hayotni taʼminlashi mumkinligini anglayu yetadi. **Rodjers** Viskonsin universitetida psixologiya kursini sirtidan oʻqishni reja qiladi. Bu kurs asosan **Uilyam Jeyms**ning ishlariga tayanilgan edi, biroq **Rodjers**ning oʻz taʼbiriga koʻra, u bu asarlarni ancha zerikarli deb topadi. Shu bilan birga, bu unda psixologiyaga boʻlgan qiziqishni susaytirmadi va u oʻz taʼlimini Kolumbiya universiteti pedagogika kollejida yakunlaydi. Falsafa kursini u mashhur pedagog **Kilpatrik**ning maʼruzalaridan oʻrganadi va uni juda zoʻr oʻqituvchi deb hisoblaydi. Universitetni tugatgach, **Rodjers** Nyu-York shtatidagi Rochester shahrida bolalarga yordam koʻrsatish markazida klinik psixolog sifatida ishga joylashadi. U u yerda 12 yil faoliyat yuritadi. Uning amaliyotdagi faoliyati maʼlum maʼnoda improvizatsiya asosida amalga oshiriladi, yaʼni u biror muayyan psixologik maktabga qoʻshilmagan. Masalan, u **Otto Rank**ning ikki kunlik seminarida qatnashgan, unda uning terapevtik usullari jozibali tuyuladi, biroq **Rank**ning nazariyasi unga yoqmaydi. **Rodjers**ning oʻz nazariyasi va usuli Rochesterdagi ish faoliyati jarayonida asta-sekin shakllangan. U anʼanaviy psixoterapiyada qabul qilingan rasmiy, direktiv (yaʼni, koʻrsatmaga asoslangan) yondashuvdan voz kechadi va keyinchalik “mijozga yoʻnaltirilgan terapiya” deb atagan yangi yondashuvga oʻtadi. **Rodjers**gacha psixoterapevtlar faqat “*bemorlar*” bilan ishlashar edi. **Rodjers** esa atroflicha oʻylab, “mijoz” atamasini ilmiy muomalaga kiritadi. Bu faqat soʻz oʻyini emas, balki psixoterapiya strategiyasiga radikal yondashuvni anglatar edi. Chunki, bemor — bu kasal inson, u yordamga muhtoj va mutaxassis — psixoterapevt dan unga yoʻl koʻrsatishini kutadi. Mijoz esa — bu xizmatga muhtoj shaxs, u muammoni oʻzi hal qila olishiga koʻzi yetadi, lekin psixoterapevtning koʻmagiga suyanishni afzal koʻradi. Mijoz — muammolariga qaramay, ularni anglash va yechish qobiliyatiga ega inson sifatida koʻriladi. Bu konsepsiyada vrach va bemor munosabatlarida mavjud boʻlmagan tenglik gʻoyasi mujassam. Psixoterapiyaning vazifasi — *insonga unga kerakli yechimni topishda yordam berish, lekin psixoterapevt tomonidan berilgan koʻrsatmalar minimal darajada boʻlishi kerak*. **Rodjers** psixoterapiyani quyidagicha taʼriflaydi: “*Psixoterapiya — bu salohiyat jihatdan qobiliyatli insonda allaqachon mavjud qobiliyatlarni ochib berish, passiv shaxsni mutaxassis tomonidan boshqarish emas*.” **Rodjers**ning fikriga koʻra, har bir shaxs, hech boʻlmaganda latent (yashirin) holda, oʻz hayotidagi unga azob va dard keltiruvchi omillarni anglashi, hamda ushbu omillarni yengish uchun oʻzini qayta tashkil qilish qobiliyatiga ega. Rochesterda ishlab yurgan paytida, **Rodjers**

“Murakkab bola bilan klinik ish” (1939) nomli kitobni yozadi. Bu kitob olqishlar bilan kutib olinadi, va muallifga Ogayo universitetida professorlik lavozimi taklif etiladi. Akademik faoliyatini bunday yuqori pog‘onadan boshlagan **Rodjers**, ko‘pincha yosh olimlarga ijodiy salohiyatini namoyon etishga to‘sqinlik qiladigan ortiqcha bosimlardan xalos bo‘ladi. O‘qituvchilik tajribasi, va talabalarning uning g‘oyalariга jonli munosabati **Rodjers**ni psixoterapiya muammolarini yanada to‘liq va atroflicha yoritish uchun ilhomlantiradi. Bu ishlarining natijasi sifatida u 1942 yili “Maslahatlash va psixoterapiya” nomli kitobini nashr etadi. 1945 yili Chikago universiteti **Rodjers**ga shaxsiy(individual) maslahat markazini tashkil etish imkonini berdi. Ushbu markazning innovatsion yo‘nalishlaridan biri — bu bemorlarga (aniqrog‘i, mijozlarga) terapiya yo‘nalishini erkin tanlash huquqi berilgani edi. U 1957 yilgacha ushbu markaz direktori lavozimida faoliyat yuritadi. 1951 yili **Rodjers** “*Mijozga yo‘naltirilgan terapiya*” nomli kitobini nashr etadi — bu asarda uning asosiy prinsiplari to‘liq shaklda ifodalanganligini ko‘rish mumkin. Bu kitob turli yo‘nalishdagi terapevtlar tomonidan keskin tanqidga uchraydi, chunki ular **Rodjers**ning pozitsiyasida an‘anaviy, direktiv usullarga tahdid ko‘rishadi. **Rodjers** o‘z pozitsiyasidan kelib chiqqan holda, terapiya doirasidan tashqariga chiqadigan umumiy xulosalarni ham o‘zining eng mashhur asari — “*Shaxsiyatning shakllanishi*” (1961) nomli kitobida bayon etgan edi. Bu kitob bir necha marotaba qayta nashr etiladi (rus tilidagi tarjimasi 1994 yili chop etilgan). Hamkasblarining ehtiyotkor munosabatiga qaramasdan, bu asar jamoatchilik orasida katta qiziqish uyg‘otadi, va psixologiya sohasida kam uchraydigan hol sifatida bestseller(ko‘p sotilgan) kitobga aylanadi. Natijada, **Rodjers** yaxshi gonorarlariga ega bo‘ladi. Chikagodagi faoliyati davrida Rodjers shaxsiy hayotida jiddiy qiyinchiliklarga duch keladi. U og‘ir ruhiy buzilishdan aziyat chekkan bir ayol patsient bilan ishlayotganida, uning holatiga shunchalik hamdard bo‘ladiki, o‘zi ham deyarli xuddi shunday patologiya holatiga tushib qoladi. Faqatgina uch oylik ta‘til va hamkasblaridan biri tomonidan o‘tkazilgan psixoterapiya kursi orqali u bu holatdan chiqib ketadi va hamdardlikning ham ma‘lum chegaralarini saqlash zarurligini anglab yetadi. 1963 yildan boshlab **Karl Rodjers**ning faoliyati Kaliforniyadagi La-Jollada joylashgan *Shaxsiyatni o‘rganish markazi* bilan bog‘liq bo‘ladi. U yerda ma‘muriy nazorat va bosimdan yiroq holda, u tinchlik va ishonch topadi, samarali ishlaydi, asarlar yozadi. Umuman olganda, **Karl Rodjers** 16 ta kitob va 200 dan ortiq maqola muallifi, uning ishlari 60 ta xorijiy tilga tarjima qilingan. U o‘z pozitsiyasini **Lao Szzydan** keltirilgan iqtibos orqali ifodalagan: “*Agar men odamlarni bezovta qilmasam, ular o‘zlari haqida qayg‘uradi. Agar men odamlarga buyurmasam, ular o‘zlari to‘g‘ri yo‘l tutadi. Agar men odamlarga nasihat qilmasam, ular o‘zlarini yaxshilaydi. Agar men hech narsaga majbur qilmasam, ular o‘zlariga aylanadi.*” Haqiqiy gumanist va demokrat sifatida **Rodjers** Rossiyadagi voqealarga katta qiziqish bildirgan. 1986 yil kuzida u Moskvaga tashrif buyuradi, psixologlar oldida chiqish qiladi va terapevtik mashg‘ulotlar o‘tkazadi. Bu paytda u juda keksaygan bo‘lishiga qaramasdan, ajoyib darajada hushyor, optimistik va hayotga to‘la inson bo‘lib ko‘rinadi. U bilan Moskvadagi uchrashuvlari orqasidan ro‘y

bergan vafoti haqidagi xabarga hech kimni ishongisi kelmasdi — bu xabar orqasidan bir yil o‘tib Amerikadan keladi. **Karl Rodjers** o‘tgan asrning 70-yillari oxirida shunday degan edi: “*Men bolaligimda zaif va kasalmand bola edim. Otam bir kuni: “Sen, ehtimol, yosh o‘lsang kerak”, degan edi. Ma‘lum ma’noda u adashadi: chunki men hozir yetmish besh yoshdaman. Lekin boshqa ma’noda — u haq bo‘lishi mumkin. Men o‘zimni yosh his qilaman va hech qachon keksayishni xohlamayman. Men chindan ham yoshligimda o‘laman.*” Va, haqiqatan ham, u o‘z amallari va ruhan yoshligi bilan “yoshligicha” vafot etadi. **Rodjers**ning tadqiqot va izlanish ishlari inson shaxsiyatining salohiyati haqidagi umumiy tasavvurga katta ta’sir ko‘rsatdi. Uning *shaxsga yo‘naltirilgan terapiyasi* psixologiya rivojiga ulkan ta’sir etadi. Bu nazariya, avvalo, inson shaxsiyatiga urg‘u bergani tufayli psixologlar tomonidan iliq qarshi olingan. *Gumanistik psixologiya*, psixoanalizdan farqli ravishda, asosiy e’tiborni nevroitik emas, balki ruhan sog‘lom insonlarni o‘rganishga qaratgan. Shu bois, bu ikki yo‘nalishning psixoterapevtik yondashuvlari ham tubdan farq qiladi. *Gumanistik terapiyaning* jadal rivoji 1960–1970-yillarga to‘g‘ri keladi — o‘sha davrda millionlab odamlar *guruh terapiyalari* va *shaxsiy rivojlanish* seanslariga qatnashishgan. Nega *gumanistik psixologiya* asosiy psixologik nazariyalar korpusiga kirmadi? Ko‘pchilik mualliflar bunga ushbu yo‘nalish vakillari, asosan, xususiy amaliyot bilan shug‘ullanishgani va ularning universitetlarda dars bermaganini sabab deb ko‘rishadi. *Akademik psixologlardan* farqli ravishda, *gumanistik yo‘nalish* vakillari ilmiy tadqiqotlarga nisbatan kamroq e’tibor qaratishgan. Qizig‘i shundaki, *gumanistik psixologiya* va uning yetakchilari (**A. Maslou**, **K. Rodjers** va boshqalar) — XX asrda psixologiyadagi eng muhim yutuqlar haqida “*European Psychologist*” jurnali tomonidan 2000 yilda o‘tkazilgan so‘rovnomada yevropalik psixologlar tomonidan tilga olinmagan. Faqat Rossiyalik ishtirokchi **A.V. Brushlinskiy** bu nomlarni zikr qilgan (Zalevskiy G.V., Zalevskiy V.G., 2000). *Gumanistik yo‘nalishga* mansub psixoterapiya shakllari ichida ko‘pincha *geshtalt-terapiya* ham zikr etiladi, uning asoschisi sifatida esa **Fris Perlz** (Fritz Perls) haqli ravishda e’tirof etiladi. Klinik psixologiya rivojiga katta hissa qo‘shganlardan yana biri — avstriyalik psixolog, psixiatr va psixoterapevt **Viktor Frankl** (Viktor Frankl, 1905–1997) hisoblanadi. U shunday yozgan edi: “*Har bir davr o‘z psixoterapiyasiga muhtoj*”. U o‘z davri uchun *logoterapiya* nomli psixoterapiya yo‘nalishini taklif etadi. U insonlarning intilishlari, muhtojliklari, yechimsiz qolgan savollari — ya’ni ma’no muammosini teran his qilgan va o‘z shaxsiy hayot tajribasiga tayangan holda oddiy, biroq qat’iy va ishonarli so‘zlar bilan ifoda qiladi. “*Ruhning qaysarligi*” — bu ibora **Frankl**ning shaxsiy shiori. *Ruh — tananing azob-uqubatlariga, ruhiyatdagi nizolarga qaramasdan — mustahkam, matonatli va o‘ta qaysar bo‘lishi mumkin.* Frankl dindor inson bo‘lsa-da, u bu haqda oshkora gapirishdan tiyilar edi, chunki unga ko‘ra, *psixolog va psixoterapevt har qanday insonni, uning dini bormi yoki yo‘q, farq qilmasdan tushunish va unga yordam bera olishi kerak. Yuksak ma’naviyat (duxovnost) faqatgina dindorlik (religioznost) bilan chegaralanmaydi.* U Moskvadagi ma’ruzalarida shunday degan edi: «*Agar Xudo mavjud bo‘lsa, u uchun insonning*

yaxshiligi — unga boʻlgan ishonchidan ham muhimroqdir». **Freydning** psixoanalizi va **Adlerning** individual psixologiyasidan keyin, **Franklning** logoterapiyasi “*Vena psixoterapiya maktabining uchinchi yoʻnalishi*” sifatida qabul qilingan. Uning psixoterapevtik kredosi shunday: “*Inson hayotidagi eng asosiy narsa — shahvat (Lust) yoki hokimiyat (Macht) emas, balki maʼnoli faoliyatni amalga oshirishdir*”. **Frankl** fashistlar konslagerida tutqun boʻlib, deyarli barcha yaqinlarini yoʻqotgan, va 1945 yilda ozodlikka chiqqach, butun dunyo uchun “*ruhning qaysarligi*” (upryamstvo duxa) qanchalik muhim ekanining amaldagi namunasi aylanadi. U bu haqda 30 dan ortiq kitob yozadi, ular dunyoning koʻplab tillariga millionlab tirajda tarjima qilingan. Uning birinchi va eng mashhur asari — “*Hayotga “ha” de*” (Saying Yes to Life). “*Konslagerdagi psixolog*” 1946 yili anonim tarzda, keyinchalik 1977 yili toʻliq mualliflik nashrida chop etiladi va hozirgacha qayta-qayta nashr etib kelinmoqda. Psixoterapiya yuzasidan muhim boʻlgan boshqa asarlari Venadagi **Viktor Frankl** instituti tomonidan nashr etilgan: “*Psixoterapiya amaliyotda*” (Psychotherapie in der Praxis, 1997). “*Oddiy hayotda psixoterapiya*” (Psychotherapie im Alltag, 1998). “*Logoterapiya va ekzistensial tahlil*” (Logotherapie und Existenzanalyse, 2002) va boshqalar. Zamonaviy psixologiya va psixoterapiyadagi yoʻnalishlar orasida koʻpincha transpersonal psixologiya zikr etiladi. Bu oʻrinda biz klinik psixologiyada intervension anʼanani rivojlantirishga original hissa qoʻshgan va ushbu yoʻnalishning faol tarafdorlaridan biri — **Stanislav Grof** haqida qisqacha toʻxtalamiz. **Stanislav Grof** (Stanislav Grof) — amerikalik-chex psixolog, transpersonal psixologiyaning namoyondalaridan biri va tashabbuskor asoschilaridan hisoblanadi. U 1932 yilda tugʻilgan. 1973–1987 yillarda u Kaliforniyadagi “*Esalen*” institutida faoliyat olib boradi. Ayni shu davrda u turmush oʻrtogʻi Kristina bilan birga *xolotrop nafas olish texnikasini* ishlab chiqqan — bu, shaxsni anglash va shaxsiy rivojlanishga olib boruvchi noyob usul hisoblanadi (garchand, **Grof** oʻz faoliyatini psixoanaliz va LSD preparatlari bilan bogʻlangan tajribalardan boshlagan edi). **Grofn**ing asosiy gʻoyasi — u “*Miyaning narigi tomonida. Psixoterapiyada tugʻilish, oʻlim va transsendensiya*” (Beyond the Brain: Birth, Death and Transcendence in Psychotherapy) 1992) kitobida ifoda etadi — inson xulq-atvorini muayyan perinatal (tugʻilishgacha) maʼlum matritsalar boshqaradi, degan gʻoyadir. **Grofn**ing **perinatal matritsali**: “*Begʻuborlik yoki muhabbat matritsasi*” (birinchi matritsa) — inson hayotidagi ilk davr: homila paydo boʻlgan paytdan to tugʻruq ogʻriqlari boshlangunigacha boʻlgan faza. Bu holat toʻliq tinchlik va “qorindagi olam” hissi bilan tavsiflanadi. “*Qurbonlik yoki doʻzax*” matritsasi (ikkinchi matritsa) — tugʻruq boshlanishi va bachadon boʻynidan toʻliq oʻtishgacha boʻlgan vaqt. Bu davr har jihatdan qiyin, tor va azobli boʻlishi mumkin. “*Kurash yoki tozalanish*” matritsasi (uchinchi matritsa) — tugʻruqning ikkinchi fazasi, yaʼni toʻlgʻoq(potug)lar payti, bu insonning faol harakati bilan bogʻliq holat. “*Ozodlik, erkinlik*” matritsasi (toʻrtinchi matritsa) — bola tugʻilgan paytdagi holat, *jannatdek ozodlik* yoki aksincha, yana bir “*doʻzax*” sifatida namoyon boʻlishi mumkin. Oʻzgartirilgan ong holatlarida yuzaga keladigan tajribalarni tushunish uchun, **Grof** antropologik

modelni taklif etadi. Bu modelda quyidagi sohalar ajratib ko'rsatilgan: *sensor tajribalar (hissiy)*, *ilk biografik tajribalar*, *prenatal (tug'ilishgacha) tajribalar*, *transpersonal tajribalar (shaxsdan tashqari ong holatlari)*. **Grofning** fikricha, o'lim va qayta tirilishga oid kuchli tajribalar, bolalik davri ong holatlari, arxetipik obrazlar bilan uchrashuv, va "energiya"lar bilan aloqa orqali inson ruhiy yaxlitlikka (psixologik selostnost) erisha oladi. **Grof**, albatta, barcha ruhiy (ma'naviy) yo'llar va psixoterapevtik maktablar uchun umumiy bo'lgan bir qator prinsipial muhim nuqtalarga to'xtalib o'tadi. Asosiy urg'u — perinatal matrictsaga, ya'ni tug'ilishgacha bo'lgan davrda, tug'ruq paytida va hayotning ilk lahzasida olinadigan dastlabki taassurotlarga qaratiladi. Bu birinchi imprintinglar (ongga mustahkam o'rnashayotgan ta'sirlar) shaxsni shakllantiradi, uning xarakter xususiyatlari, insonga xos individual hususiyatlar (idiosinkraziyalar) va dunyoqarashdagi cheklovlar (shorlar)ni vujudga keltiradi. (Ehtimol, bu yerda biz inson xulq-atvorining "fiksatsiyalangan shakllari" qanday paydo bo'lishiga oid yana bir tushuntiruvchi model yoki mexanizmni ko'ramiz — Zalevskiy, 1976–2007. Bunday fiksatsiyalangan shakllarga, jumladan, "reallikning tahrirchisi" tushunchasi ham kiradi). Albatta, bunday g'oyalar **Grofgacha** ham bildirilgan, biroq Grof buni empirik (tajriba) asosda tushuntirishga harakat qildi. U psixodelik psixoterapiyaning taxminan to'rt ming seansida assistent sifatida qatnashgan va uning dunyoning turli mamlakatlarida o'tkazilgan *xolotrop nafas* seminarlarida o'n minglab odamlar ishtirok etgan. Grof uch marta Rossiyaga (Moskvaga) ham keladi. Shubhasiz, intervension an'ananing rivojiga katta turtkini XX asrning 50–70-yillarida jadal rivojlangan *bixevioral-kognitiv psixoterapiya* (povedenchesko-kognitiv psixoterapiya) berdi. Bugungi kunda bu yo'nalish psixoterapiya va psixokonsaltingdagi eng samarali va ilmiy asoslangan usullardan biri sifatida tan olingan. Uning birorta "*otasi-asoschisi*" yo'q, biroq bu yo'nalishni shakllantirishga katta hissa qo'shgan olimlar quyidagilardir: **Jozef Volpe** (J. Wolpe), **Arnold Lazarus** (A. Lazarus), **Gans Ayzenk** (H.J. Eysenck), **Albert Ellis** (A. Ellis), **Aaron Bek** (A. Beck). Zamonaviy klinik psixologiyaning psixointervension an'ana bo'yicha rivojlanishi haqida manbaalarni "*Psixoterapiya evolyusiyasi*" nomli Jahon kongressi materiallaridan kuzatish mumkin (qarang: *Evolyusiyasi psixoterapii*: V 4 t., 1998). Shuningdek, zamonaviy psixoterapiyaning holati, jumladan Rossiyadagi vaziyat, haqida ham ko'p ma'lumotni B.D. Karvasarskiy tahriridagi "*Psixoterapevtik ensiklopediya*" orqali olish mumkin.

2.3. Yaqin xorij va mahalliy olimlarning klinik psixologiya rivojiga qo'shgan hissasi

Klinik psixologiyaning rivojlanishida MDH olimlarining (psixologlar, psixiatrlar va boshqalar)ning hissasi juda katta bo'lgan. **V.M. Bexterev**, **A.F. Lazurskiy**, **S.S. Korsakov**, **N.N. Lange**, **A.A. Tokarskiy**, **N.A. Bernshteyn**, **I.A. Sikorskiy** kabi olimlar psixologiyani psixiatriya klinikalari va psixiatriya ta'limiga joriy etganlar. Buning natijasida dastlab psixiatriya shifoxonalaridagi psixologik laboratoriyalar bazasida, keyinchalik esa ulardan tashqarida ham mahalliy klinik

psixologiya boshqa yo‘nalishlar bo‘yicha rivojlanishda davom etdi. Masalan, eksperimentga alohida e‘tibor qaratgan Moskva psixologik maktabi doirasida patologik psixologiya (B.V. Zeygarnik, B.F. Polyakov va boshqalar), neyropsixologiya (L.S. Vygotskiy, A.R. Luriya va boshqalar) yo‘nalishlari shakllandi. Shaxs roli, psixodiagnostika va psixoterapiyaga e‘tibor qaratish asosida Leningrad (Sankt-Peterburg) psixologik maktabi doirasida tibbiy (klinik) psixologiya rivojlandi (V.M. Bexterev, A.F. Lazurskiy, V.N. Myasishchev, M.S. Lebedinskiy, B.D. Karvasarskiy, L.I. Vasserman). Bundan tashqari, sobiq Sovet Ittifoqi va Rossiyadagi boshqa psixologik markazlar vakillari ham mahalliy va jahon klinik psixologiyasiga katta hissa qo‘shganlar: masalan, **D.N. Uznadze** va uning shogirdlari (Tbilisi), **V.M. Bleyxer**, **L.F. Burlachuk (Kiev)**, **M.S. Rogovin** va uning shogirdlari, shu jumladan ushbu matn muallifi ham (Toshkent, Jizzax) shular jumlasidandir. Ma‘lumki, patopsixologiya rivojlanishida tabiiy-ilmiy an‘analarning mustahkam bo‘lishi muhim o‘rin tutadi. Hatto **I.M. Sechenov** ham psixologiya va psixiatriya yaqinlashishiga katta ahamiyat bergan. U 1876 yilda **M.A. Bokovaga** yozgan maktubida tibbiy psixologiya yaratishga kirishganini va buni o‘zining *"oq qush qo‘shig‘i"* deb ataganini ta‘kidlagan. U psixologiya haqida shunday yozgan edi: *«Bu fan, shubhasiz, ruhiy kasalliklar ilmining (psixiatriyaning) asosiga aylanmoqda, xuddi jism kasalliklari patologiyasida fiziologiya qanday asos bo‘lsa»* (Qarang: Kaganov, 1948. B. 101). Ammo **I.M. Sechenovga** psixologiyaning yangi yo‘nalishini rivojlantirish nasib etmaydi, garchi uning g‘oyalari asosida Rossiyada patopsixologiya yo‘nalishining asoschilaridan bo‘lgan **B.V. Zeygarnik va V.M. Bexterev** ruhiy faoliyat buzilishlarini o‘rganishga qaratilgan keng ko‘lamli tajriba-psixologik tadqiqotlarni tashkil etgan bo‘lsalar ham. 1927 yilda **Blyuma Vulfovna Zeygarnik** (1900–1985) Berlin universitetini tamomlaydi. U tomonidan aniqlangan — *yakunlanmagan harakatlarni eslab qolish fenomeniga* bag‘ishlangan diplom ishini muvaffaqiyatli himoya qilgan. 1931 yili **Zeygarnik** vataniga qaytadi va darhol ilmiy faoliyatga sho‘ng‘iydi. U Eksperimental tibbiyot institutining psixonevrologik klinikasida ishlaydi va **L.S. Vygotskiyning** eng yaqin yordamchilaridan biriga aylanadi. 1930-yillar **Zeygarnik** uchun og‘ir sinovlar davri bo‘ladi. Ilm-fanga ideologik bosim kuchayadi, mamlakatda siyosiy va ma‘naviy muhit uzil-kesil buziladi. **Vygotskiyning** vaqtincha vafoti **Zeygarnik** fikricha, aynan shu muhit bilan bog‘liq bo‘lgan. Uni mutlaq tanqid qilish muhitida (bu tezda ta‘qib va hatto repressiyalarga olib kelardi), **Zeygarnik** so‘zlariga ko‘ra, u *«yashash uchun kurashishni istamadi»* va uni azoblayotgan kasallikka qarshi kurashish uchun o‘zidan kuch topa olmaydi. 1938 yili **Blyuma Vulfovnan**i eridan ayiradilar — uning turmush o‘rtog‘i qamoqqa olinadi. U katta yoshga yetmagan o‘g‘li bilan yolg‘iz qoladi, ikkinchi o‘g‘li esa turmush o‘rtog‘i qamalganidan keyin tug‘iladi. Bu farzand hech qachon otasini ko‘rmagan — otasi esa Lubyanka tergovxonasida halok bo‘ladi. Qo‘rquv, kelajakdagi noma‘lumlik va moddiy tanglik Zeygarnik oilasida ko‘p yillar davom etadi. Uning kam sonli, lekin sadoqatli do‘stlaridan faqat **A.R. Luriya va S.Ya. Rubinshteynlar** bor edi. Ulug‘ Vatan urushi yillarida, **Zeygarnik** Moskvadan evakuatsiya qilinadi va

Uraldagi neyroxirurgik gospitalda ishlaydi. U og‘ir yaralangan bemorlarning psixik faoliyatini tiklash ishlarida faol qatnashadi. Aynan shu davrda u mamlakatning yetakchi psixologlari — **A.R. Luriya, A.N. Leontev, A.V. Zaporozes, S.G. Gellershteynlar** bilan ilmiy va shaxsiy aloqalarini mustahkamlaydi. Keyinchalik Zeygarnik ularni iliqlik va muhabbat bilan eslab, aynan shu davrda **L.S. Vygotskiy** maktabi psixologlari bilan muloqoti ta‘sirida patopsixologiya haqidagi tushunchalari alohida ilmiy sohalardan biri sifatida shakllanganini ta‘kidlaydi. Urushdan so‘ng, Zeygarnik Psixiatriya institutidagi psixologiya laboratoriyasiga rahbarlik qildi — bu laboratoriya uning faol ishtirokida tashkil etilgan edi. Ayni shu yerda, boshlang‘ichda juda kichik va hamfikrlardan iborat jamoa bilan hamkorlikda, eksperimental patopsixologiya mustaqil ilmiy fan sifatida shakllandi. U umumiy psixologiya va psixiatriya o‘rtasidagi chegarada vujudga kelib, yevropalik olimlarning eng yaxshi an‘analarini davom ettiradi. Aynan shu olimlar Yevropadagi birinchi «*Patopsixologiya jurnali*»ning paydo bo‘lishiga hissa qo‘shgan edilar (quyida 1912 yildagi birinchi sonning titul sahifasini ko‘ring). Garchi bu voqealardan ancha avval ham mamlakatda xotira, e‘tibor, tafakkur va shaxs patologiyasini o‘rganishga bag‘ishlangan ko‘plab ilmiy ishlar nashr etilgan bo‘lsa-da, aynan **Blyuma Zeygarnik** tufayli *patopsixologiya parokanda ma‘lumotlar to‘plami bo‘lgan sohadan mustaqil fan yo‘nalishiga aylanadi*. Bu yo‘nalishning o‘z tizimlashtirilgan nazariy muammolari, kadrlar tayyorlash bo‘yicha aniq dasturi va amaliy qo‘llanish sohalari shakllantiriladi. Zeygarnik o‘zining nazariy va eksperimental tadqiqotlarini har bir patopsixolog uchun ish stolida turadigan qo‘llanmaga aylangan kitoblarida umumlashtiradi: «*Ruhiy kasallarda tafakkur buzilishlari*» (1959), «*Tafakkur patologiyasi*» (1962), «*Patopsixologiyaga kirish*» (1969), «*Patopsixologiya asoslari*» (1973), «*Patopsixologiya*» (1976).

Rossiyada, haqiqatdan ham, Germaniyadagi kabi, shifokor-psixiatrlar klinik psixologiya va eksperimental psixologiyaning rivojlanishiga katta hissa qo‘shdilar. Ammo «Rossiyada eksperimental psixologiyani aynan shifokor-psixiatrlar rivojlantirgan» degan da‘voni to‘liq to‘g‘ri deb bo‘lmaydi (Karvasarskiy, 2002. B. 279).

Insonga qiziqish, kuzatuvchanlik va klinik psixolog sifatida yuqori professionallik **Zeygarnik**ni o‘ta zehni, insonni birinchi qarashda tushunadigan shaxsga aylantiradi. Ilgargi ustozlar kabi, insonni baholashda unda ham har bir tashqi jihat muhim edi: yurishi, nutqi, qarashi, qo‘l berib ko‘rishishi va hokazo. Zeygarnik ham ana shu tashqi ko‘rinishlarga katta ahamiyat berardi, ularni to‘g‘ri ko‘ra olar, baholar va shaxsning psixologik portretini yarata olardi. U bu mahoratini talabalarga, yosh mutaxassislariga va hamkasblariga o‘rgatadi. **Blyuma Vulfovna Zeygarnik** uzoq, ammo osoyishta bo‘lmagan murakab hayot kechiradi: bu — kurash, sabr va izlanishlar hayoti edi. Jasur, hayotsevar, yurakdan saxiy va haqiqiy go‘zallikka ochiq inson sifatida u turli avlod psixologlari tomonidan samimiy hurmat va muhabbat bilan yodga olinadi. **B.V. Zeygarnik** Rossiya patopsixologiyasining asoschisi sifatida faqat **Vladimir Mixaylovich**

Bexterevni (1857–1927) tan olgan edi. Uning ilmiy qiziqish markazida inson muammosi turgan. **Bexterev** bu muammoni insonni tarbiyalash va uning xatti-harakatdagi nuqsonlarni bartaraf etishga xizmat qiluvchi shaxsiyat nazariyasi asosida hal qilish lozim, deb biladi. Aslida, **Bexterevning** barcha fikrlari psixologik mohiyatga ega bo‘lib, u Rossiyadagi ilk va eng yirik psixologlardan biri sifatida e’tirof etiladi. U tomonidan Rossiyadagi birinchi psixologik laboratoriya tashkil etiladi. Qiziqarli tomoni shundaki, **D.P. Shuls va S.E. Shuls** muallifligidagi, Amerika universitetlari uchun yozilgan «*Zamonaviy psixologiya tarixi*» darsligida (1998) rossiyalik olimlardan faqat **I.P. Pavlov va V.M. Bexterev** nomi keltiriladi. Amerikalik mualliflar nuqtai nazaridan, Rossiyaning zamonaviy psixologiyaga qo‘shgan hissasi shu ikki ism bilan cheklanadi. Ular faqat bixeviorizmga asos solgan olimlar sifatida tilga olinadi. Afsuski aslida bu unday emasdi. **V.M. Bexterev** psixologiyaga nevrologiya va psixiatriya orqali kelgan olimlardan hisoblanadi. Peterburgdagi Tibbiy-xirurgiya akademiyasini tamomlaganidan keyin Germaniya, Avstriya va Fransiyada tajriba orttirib, u 1885 yilda Qozon universitetida psixofiziologik laboratoriya tashkil etgan. Bu — Rossiyadagi birinchi psixologik ilmiy tadqiqot muassasasi edi. **Bexterev** o‘z laboratoriyasini tashkil etishda **V. Vundt** tajribasiga tayanadi, u bilan Germaniyada tajriba o‘tkazadi. Biroq **Bexterevning** yondashuvi prinsip jihatidan yangilikka ega edi: agar **Vundt psixologiya ob’ekti sifatida faqat ongni qabul qilsa va uni introspeksiya (ya’ni maxsus o‘rgatilgan sub’ektlarning o‘z-o‘zini kuzatishi) bilan o‘rgan bo‘lsa, Bexterev ob’ektiv eksperimental usullarni asosiy metod sifatida ilgari suradi.** Bexterev laboratoriyasida turli xil asboblari yaratiladi va ishlatiladi: ular nafas olishni yozib olish uchun pnevmograf, tizza reflekslarini qayd etish uchun refleksograf, refleks kuchini o‘lchash uchun refleksometr kabilar. Bu uskunalarning deyarli barchasi **Bexterevning** o‘zi tomonidan taklif etiladi va ishlab chiqiladi. Laboratoriya faoliyati davomida uning xodimlari taxminan 30 ta tadqiqot o‘tkazib, nashr etadilar. **Bexterev** maktabida qabul qilingan psixologik faoliyatdagi buzilishlarni sifatli tahlil qilish prinsipi milliy psixologiya an’anasiga aylanadi. **S.D. Vladichko, V.Ya. Anfimov** kabi olimlar bilan birga, **Bexterev** tomonidan ruhiy kasallarni eksperimental psixologiya metodlari bilan o‘rganish uchun bir qator usullar ishlab chiqiladi. Ularning ba’zilari — masalan, *fahmlashni taqqoslash va ta’riflash metodikasi* — sovet patopsixologiyasida eng ko‘p qo‘llaniladigan usullardan bo‘ladi. Metodikaga qo‘yilgan talablar (**Bexterev va Vladichko, 1911**): *Soddalik* — sinov uchun maxsus bilim talab qilinmasligi; *Portativlik* — bemor yonida o‘tkazish mumkinligi; *Odamlar ustida oldindan sinovdan o‘tkazilishi* (yoshi, jinsi, ma’lumoti mos bo‘lgan sog‘lom sub’ektlarda). **A.F. Lazurskiy, Bexterevning** shogirdlaridan, u psixonevrologiya institutida psixologik laboratoriyaga rahbarlik qiladi va o‘z maktabini tashkil etadi. U psixologiyani empirik fan emas, ilmiy fanga aylantirishga harakat qilgan. **Lazurskiy individual va pedagogik psixologiya** bilan shug‘ullangan, lekin patopsixologiyani ham muhim deb bilgan. Uning fikricha, ruhiy kasalliklar psixologiyaning ko‘p sohalariga jiddiy ta’sir ko‘rsatadi, normal psixologiya nazariyalarini qayta ko‘rib chiqishga majbur

qiladi. *Patologiya — insonning psixik xususiyatlarini "kattalashtiruvchi linza" orqali ko'rishga imkon beradi.* **Lazurskiy** tajriba metodlari sohasida yangilik yaratgan: u tajriba usullarini oddiy hayot sharoitida ham qo'llagan, shaxsning aniq faoliyati va murakkab xususiyatlarini o'rgangan olimlardan. U tomonidan «*pedagogik psixologiya*» uchun ishlab chiqilgan tabiiy tajriba klinik sharoitga ham joriy etiladi. Bemorlarning bo'sh vaqtida arifmetik masalalar, muammolar, topishmoqlar va lug'aviy mashqlar orqali o'tkazilgan mashg'ulotlari shular misolidandir.

1907–1912 yillarda **Bexterevning** «*Ob'ektiv psixologiya*» asari nashr etildi. U nemis, fransuz va ingliz tillariga tarjima qilinadi. Keyinchalik u refleksologiya fanini ilgari suradi — bu fanda insonning ongli harakatlari hayot davomida shakllanadigan shartli harakat reflekslari asosida tushuntiriladi. Bixevioristlardan farqli ravishda, **Bexterev** psixologiyani «stimul–reaksiya» formulasiga cheklamaydi, ongni inkor qilmaydi. Uning yondashuvi bir oz mexanitsizmga moyil bo'lsa-da, inson haqidagi fanlarning rivojlanishiga keng yo'l ochib beradi. U tashkil etgan psixonevrologiya ilmiy tadqiqot instituti shogirdlari — **V.N. Myasimov, M.M. Kabanov, B.D. Karvasarskiy, L.I. Vasserman** va boshqalar — uning bu g'oyalarini katta ilhom bilan davom ettirishadilar. 1956 yili, **V.N. Myasimov** «*Psixologiyaning tibbiyot uchun ahamiyati*» haqidagi maqolasini «*Voprosy psixologii*» jurnalida chop etadi. SSSR MFA(Meditsina fanlar akademiyasi)da «*Meditsinskaya psixologiya*»¹ komissiyasi tuziladi va unga o'n yil davomida Myasimov rahbarlik qiladi. 1966 yili «**Tibbiy psixologiyaga kirish**» qo'llanmasi nashr etiladi (Lebedinskiy, Myasimov). **Myasimov** o'z ilmiy faoliyatining oxirida «*Tibbiy psixologiya: muammolar, metodlar va ahamiyat*» nomli muhim asar yozadi. Uning fikricha, tibbiy psixologiya insonning psixik salomatligiga ta'sir qiluvchi barcha omillarni o'z ichiga olgan keng fan sohasi hisoblanadi. 2007 yili, **V.M. Bexterev** tavalludining 150 yilligi va uning nomidagi psixonevrologiya institutining 120 yilligi munosabati bilan o'tkazilgan xalqaro tadbirlarda **Bexterev** maktabining klinik psixologiyaga qo'shgan hissasi xalqaro jamoatchilik tomonidan tan olinadi. Klinik psixologiyaning rivojiga **M.S. Rogovin** (1921–1993) ham salmoqli hissa qo'shadi. 1956 yili u «*Psixologik tushunish muammolari*» bo'yicha nomzodlik dissertatsiyasini himoya qiladi, 1968 yili esa «*Psixologik nazariyada umumiy va patologik psixologiya elementlari*» mavzusida doktorlik dissertatsiyasini yoqlaydi. Bu ish uning mashhur «*Psixologiyaga kirish*» (1969) monografiyasi asosini tashkil etadi. **Rogovin** olim sifatida fanga yangicha qarash, yangi yo'nalishlarni sezish qobiliyati va jahon psixologiyasini chuqur bilishi bilan ajralib turardi. O'zining tahliliy maqolalari orqali, ayniqsa «*S.S. Korsakov nomidagi nevropatologiya va psixiatriya jurnali*» sahifalarida, u nafaqat mahalliy tadqiqotchilar va amaliyotchilarni, jahon psixologiyasi va klinik psixologiyasi rivoji tendensiyalaridan xabardor qilib boradi, balki ilmiy izlanishlarning yangi yo'nalishlar izlanuvchilarini ham muntazam ravishda ilhomlantirib boradi va bir qancha o'zining tadqiqotlarini taqdim etadi: «*Ekzistensializm va xorijiy psixiatriyada antropologik oqim*», «*Solishtirma psixologiya — etologiya* —

psixiatriya», «*Ekspressiya muammosi va uning psixopatologiyadagi o'рни*» «*Fikslangan (qotgan) xulq-atvor shakllari va ularning nevrologiya hamda psixiatriya klinikasi uchun ahamiyati*» (G.V. Zalevskiy bilan hammualliflikda) va boshqalar. M.S. Rogovinning insonga — psixologiya ob'ekti sifatidagi qiziqishi juda katta edi. U insonparvarlik psixologiyasi tarafdori bo'lib, psixologik tadqiqotlarda nazariy tushunchalar — «*psixologik mexanizmlar*», «*determinant tendensiyalar*», «*ong mazmuni*», «*aqliy aktlar*», «*psixik jarayonlar*» kabi abstraksiyalarni inson shaxsiyati va faoliyati kontekstida ko'rib chiqish zarurligini ta'kidlaydi. Uningcha, psixologik tadqiqotning asosiy maqsadi — «*insonni o'rganish, ya'ni muayyan tarixiy davrda faoliyat yuritgan, xursandchiligi va azoblari, intilishlari, muvaffaqiyatlari va xatolari bo'lgan, jonli insonni — psixologiyaning yagona haqiqiy ob'ekti sifatida o'rganish*» bo'lgan (Psixologiyaga kirish, 1969, 5-bet). E'tibor bersangiz, hurmatli o'quvchi, bu g'oyalar keyingi o'nlab yillarda vujudga kelgan milliy psixologiyaning gumanitar(insoniy)lashuvi jarayonini ancha oldinlab ketadi. **M.S. Rogovin** ilmiy faoliyatining so'nggi bosqichida umumpsixologik strukturaviy-darajali (strukturno-urovnevaya) nazariyasini yaratish va uni klinik psixologik tadqiqotlar hamda amaliyotga joriy etish bilan qiziqadi (Yaroslavl, 1995). Bu nazariya nafaqat ruhiy jarayonlarni, balki harakatlarni ham qamrab oladi. Ilk bor bu nazariyaga asos solgan qadam **Aristotel**ning «*Ruh haqida*» asarida tashlangan, u yerda psixikaga bir butun tizim sifatida qarashdan uni ierarxik tartibdagi tuzilma sifatida tahlil qilishga o'tish yuz bergandi. Bu tendensiya ba'zan ochiq, ba'zan bilvosita(implitsit) shaklda, psixologiya tarixida (ayniqsa patopsixologiyada) doim kuzatiladi. Hozirda esa bu tendensiya munosib tushunchalar va atamalar bilan mukammal shaklda ifoda etilmoqda. Rus psixologiyasida psixikaning strukturaviy-darajali modeliga eng katta hissani **N.A. Bernshteyn** qo'shadi — u buni inson harakatlari tuzilishi ma'lumotlari asosida ilgari suradi. Ayrim jihatlarini **A.N. Leontev** ham rivojlantiradi. Xorijiy olimlardan esa bu yo'nalishda asosiy rolni **P. Jane** o'ynagan va u «*harakat*» tushunchasini ilmiy aylanmaga kiritadi. Aftidan, M.S. Rogovinning fikriga ko'ra, strukturaviy-darjaviy nazariyani umumlashtirish va uning asosiy qoidalarini shakllantirish vaqti yetib kelgan edi. Ammo bu umumlashmalar, afsuski, u vafot etgandan so'ng, uning shogirdlari tayyorlagan va 1995 yilda Yaroslavl'da chop etilgan «*Kognitiv jarayonlar va shaxsiyat: norma va patologiyada*» to'plamida e'lon qilinadi (1995, B. 10–12): Psixik jarayonlar haqida (ichki mexanizmlar sifatida) faqat harakatlarning strukturaviy-darjaviy qurilishi asosida xulosa chiqarish mumkin. *Daraja* — bu psixologik tadqiqotda aniqlanadigan, harakat xususiyatlari va ularni belgilaydigan psixik jarayonlar o'rtasidagi bog'liqlik bo'lib, bu umumiy faoliyat va shaxsiyat strukturasiidagi xususiy tuzilmani anglatadi. Ushbu daraja, shu holatda mumkin bo'lgan boshqa harakat strukturalari bilan solishtirilganda, sinovchi oldida turgan maqsadga mos yoki mos emasligini baholash imkonini beradi. Harakatlar anik, lekin bir vaqtda dinamik ierarxik struktura hosil qiladi, unda eng yuqori daraja – maqsad darajasi hisoblanadi, u yo'naltiruvchi va boshqaruvchi funksiyani bajaradi. Yuqori darajalarga nisbatan past darajalar

ularni amalga oshirish vositasi sifatida namoyon bo'ladi. Yuqori aksional darajalar, odatda, shaxsiyat bilan chuqurroq integratsiyalashgan bo'ladi. Yuqori darajalarning farqlanishi odatda past darajalarga qaraganda aniqroq namoyon bo'ladi. Eng yuqori daraja — bu faqat maqsad darajasi emas, balki pastki darajalarga nisbatan mos munosabat darajasi hamdir. Past darajalar fiziologiya bilan bog'liq chegarada joylashgan bo'lib, psixologik darajalar ob'ekt ta'siri orqali boshlanadi. Aksional darajalar o'rtasidagi munosabatlar dialektik tabiatga ega (yuqori darajalar pastkilarda namoyon bo'lishi mumkin va aksincha). Yuqori darajalar to'g'ri (pozitiv) yoki noto'g'ri (negativ, ya'ni tuzilmaning noadekvatligini inkor qiluvchi) shaklda namoyon bo'ladi. Aksional darajalar soni (yuqori va pastki darajalar orasidagi interval) noaniq, ya'ni o'zgaruvchan miqdordir. Bu tadqiqotning o'ziga xos xususiyatlari (vazifa, sharoitlar, sub'ektlar kontingenti va h.k.) bilan belgilanadi.

Past darajadan yuqori darajaga o'tish quyidagi omillar bilan bog'liq bo'lishi mumkin (vazifani teranroq tushunish, yangi ma'noda idrok etish, mashq va ko'nikma shakllanishi, yoki intuitiv yechim orqali). Yuqori darajadan past darajaga tushish esa vazifaning murakkablashuvi, ko'nikmaning buzilishi yoki psixik patologiya tufayli sodir bo'lishi mumkin. Stress, kommunikatsiya sharoitida harakat qilish kabi omillar aksional darajalarga ta'sir ko'rsatishi mumkin, ammo bunday holatlarda alohida tadqiqotlar o'tkazish talab etiladi. Yuqori aksional darajalarning shakllanishida bilimlar katta rol o'ynaydi, past darajalar uchun esa bunday ta'sir kamroq. Darajalarning optimal fleksibelligi (moslashuvchanligi) muhimdir, chunki bitta darajaning haddan tashqari "muzlab qolishi" umumiy strukturani buzishi mumkin. Harakat maqsadiga yetish jarayonida qaysi daraja ishga solinadi, bu stimulyatsiyaning noaniqlik darajasiga bog'liq. Daraja qancha past bo'lsa, shuncha ko'p o'zgaruvchanlikka ega. Qancha yuqori bo'lsa, shuncha aniqlik va kam noaniqlik mavjud. Past darajadan yuqoriga o'tish stimuli noaniqligini kamaytiradi, lekin har bir darajadagi ma'lumot yetarlicha to'liq bo'lmasa, noto'g'ri qaror qabul qilish xavfi ortadi. Ushbu darajalar ta'rifi va ularning xususiyatlari yakuniy deb hisoblanmasligi kerak. Nazariy nuqtai nazardan, «*daraja*» tushunchasi anik ta'rifni (definitsiya) talab etadi. Bu tushuncha «*ko'zga ko'rinadigan*» va «*ko'zga ko'rinmaydigan*», «*o'rtacha o'zgaruvchilar*», «*gipotetik konstruksiyalar*», «*strukturaviy tuzilmalar*» kabi falsafiy va metodologik tushunchalariga yaqin. Bu tushunchalar psixologik nazariyalarda, ayniqsa *logik(mantiqiy) pozitivizm* ta'sirida, ko'p yillardan buyon faol muhokama qilib kelinmoqda. *Strukturaviy-darjaviy nazariya* — bu dogma emas, ya'ni yopiq tizim emas. U amaliy, laboratoriya va nazariy tadqiqotlar rivojlanishi bilan yangi ma'lumotlarga moslashtirilib o'zgarib boradi. U *strukturaviy-darjaviy* tahlil asosini va patologiyani psixologik mexanizmlar orqali ilmiy asoslash uchun mezonlar tizimini yaratishga xizmat qiladi (Rogovin, 1981; Rogovin, Zalevskiy, 1988 va boshqalar). Rossiyada, haqiqatdan ham, Germaniyadagi kabi, shifokor-psixiatrlar klinik psixologiya va eksperimental psixologiyaning rivojlanishiga katta hissa qo'shdilar. Ammo «Rossiyada

eksperimental psixologiyani aynan shifokor-psixiatrlar rivojlantirgan» degan da'voni to'liq to'g'ri deb bo'lmaydi (Karvasarskiy, 2002. B. 279).

Ta'bir joiz bo'lsa, 1960 yildan hozirgacha bo'lgan tarixiy davrlarni 3 bosqichga bo'lib o'rganish zarur, deb hisoblaymiz.

Birinchi davr – 1960-1990-yillar. Tinch va sokin hayot davri. Ikkinchi jahon urushidan keyin yirik davlatlarda ijtimoiy hayotga urg'u berila boshlandi. Bu davr ichida nafaqat rivojlangan, balki rivojlanayotgan davlatlarda tibbiy (klinik) psixologiya, psixosomatik tibbiyot va psixoterapiya yanada rivojlandi. Barcha universitetlarda tibbiyot psixologiyasi va psixoterapiya kafedralari, klinik psixologiya fakultetlari tashkil etildi. Eng asosiysi, tibbiy (klinik) psixologlarning amaliyotdagi faoliyati sezilarli darajada oshdi. Klinik psixologiya va tibbiyot psixologiyasining o'zi bir necha tarmoqlarga bo'linib, turli xil jamiyatlar, ya'ni psixosomatik tibbiyot, neyropsixologlar, psixoterapevtlar, somnologlar, psixoanalitiklar, suitsidologlar, sotsial psixologlar, patopsixologlar, gipnoterapevtlar jamiyatlari ko'paydi.

Ikkinchi davr – bu 1991–2000-yillar. Ijtimoiy tuzumlar qulab, yangi davlatlar paydo bo'lishi davri. Ancha turg'un bo'lgan ijtimoiy tuzumlar quladi, jamiyat va uning qonunlariga qarashlar o'zgardi, millatlararo va dinlararo nizolar paydo bo'ldi. Yevropa va MDH davlatlarini qamrab olgan bunday inqilobiy o'zgarishlar kuchli ijtimoiy psixologik muammolarni keltirib chiqardi, davlatlar ichida kichik kichik kelishmovchiliklar yuzaga keldi, stress kasalliklari avj oldi va o'z joniga suiqasd qilish ko'paydi. Yangi paydo bo'lgan davlatlar va ijtimoiy muhit ko'p muammolarga yangi psixologik yondashuv uslublarini ishlab chiqishni taqozo etdi.

Uchinchi davr – 2001–2018-yillari. Ijtimoiy bo'hronlar va terroristik xavf-xatar davri. Sharq davlatlarida yuzaga kelgan ijtimoiy portlashlar, terrorizm, xalqlar orasida migratsiyaning kuchayishi, lokal va yirik hududlarni qamrab olgan harbiy nizolar psixologlar oldiga katta vazifalarni qo'ydi. Ayniqsa, xalqlarning bir ijtimoiy tuzumdan ikkinchi ijtimoiy tuzumga migratsiyasi migrantlarga ham, mahalliy aholi vakillariga ham katta ijtimoiy psixologik qiyinchiliklarni keltirib chiqardi, turli diniy konfessiyalar assimilyatsiyasi bilan bog'liq muammolar paydo bo'ldi, o'z joniga qasd qilishlar yanada (Z.Ibodullaev, 2023)

3-MAVZU. KLINIK PSIXOLOGIYA NING VAZIFALARI VA ULARNI HAL QILISH USULLARI

3.1. Tadqiqot

Klinik psixologiya va klinik psixologlarning inson salomatligi muammolarini hal qilishdagi, tibbiy xizmatni yaxshilashdagi hissasi hamisha amaliy, ham ilmiy asoslangan bo'lishi lozim. Bu holat klinik psixologlarni, odatda amaliyotni birinchi o'ringa qo'yadigan ko'pgina shifokorlardan farqli qiladi. Ilmiy tadqiqotni klinika ichida va undan tashqarida amalga oshirish — bu klinik psixologning prinsipial vazifasi bo'lib, uni shifokor hamkasbidan farqlashga xizmat qiladi (Perre, Baumann, 2002). O'tgan asrning ikkinchi yarmida klinik psixologiyaga oid tadqiqotlarda son jihatidan ham, sifat jihatidan ham sezilarli o'sish kuzatiladi. Faqat 1980 yilning o'zida, **Bastine** qayd etganidek (1998, b. 41), «Psychological Abstracts» jurnalida faqat ingliz tilida 8000 dan ortiq maqola referatlari berilgan. Shu vaqtdan buyon klinik psixologiya masalalari bo'yicha nashr etiladigan maqolalar soni muttasil o'sib bormoqda, ular orasida rus mutaxassislari tomonidan yozilgan ishlar ham anchagina hisoblanadi. O'sha davrda ingliz va nemis tillarida chiqadigan 250 dan ortiq jurnal mavjud bo'lib faqatgina psixoterapiya bo'yicha, Bern ishchi guruhi (K. Grave) 143 ta davriy nashrni baholashadi. MDH mamlakatlari olimlarining klinik-psixologiya mavzusidagi nashrlari soni esa 1990-yillarning ikkinchi yarmidan boshlab o'sishni boshlaydi. Ular orasida: «*Amaliy psixolog jurnali*», «*Oila psixologiyasi va oilaviy psixoterapiya*», «*V.M. Bexterev nomidagi psixiatriya va tibbiy psixologiya xabarlari*», hamda boshqa umumiy psixologiya jurnallaridagi xos ruknlar va maqolalar mavjud (masalan, «*Psixologiya masalalari*», «*Psixologiya jurnali*», «*Sibiriya psixologiya jurnali*» va boshqalar). Biroq, shunday keng ko'lamli rivojlanishga qaramay, klinik psixologiya sohasidagi ilmiy-nashr faoliyati ahamiyatli darajada ortda qolmoqda. Bu holat olimlar tomonidan klinik psixologiyaning nazariy-metodologik va amaliy muammolarini ishlab chiqishdagi ulkan hissasiga ob'ektiv mutanosib kelmaydi. Bugungi kunda klinik-psixologik tadqiqotlarda uslubiy va metodologik yondashuvlarning keng spektri mavjudligini tasdiqlash mumkin: *eksperimental tadqiqotlar, empirik-korrelyatsion tadqiqotlar, maydon (field) tadqiqotlari, longitudinal (uzoq muddatli kuzatuvlar) va kesim (poperechno-srezovye) tadqiqotlar, fenomenologik-ta'riflovchi hamda sifat jihatdan tahlil qiluvchi ("qualitative") tadqiqot yondashuvlari, turli xil tizimli yondashuvlar – strukturaviy-darjaviy, strukturaviy-funksional va boshqalardir* Ushbu barcha yondashuvlar bugungi kunga kelib, klinik-psixologik tadqiqot muhitini (landshaftini) belgilab bermoqda. Bunday plyuralizm (uslubiy xilma-xillik) — bugungi zamonaviy klinik psixologiya turli ilmiy an'analar asosida rivojlanganining natijasidir. Agar klinik (psixopatologik) tadqiqotlar psixik jarayonlardagi buzilishlarning namoyon bo'lish qonuniyatlarini aniqlab bersa, unda eksperimental-psixologik tadqiqotlar quyidagi savollarga javob berishi kerak bo'ladi: “*Bu psixik jarayonlar qanday buzilgan? Ular qanday o'zgargan? Ularning tuzilishi qanday o'zgarishga uchragan?*” Ana shlaru orqali kasallikni belgi (simptom) orqali emas, balki uning chuqur mohiyatigacha borib o'rganish mumkin bo'ladi. Jahon psixiatriyasida psixologlar eng faol ishtirok etayotgan sohalardan biri — bu chegaradosh psixiatriya muammolaridir (nevrozlar, psixopatiyalar va h.k.), bu yerda ular

quyidagi vazifalarda qatnashmoqdalar: *ushbu patologik holatlar va rivojlanish anomaliyalarining kelib chiqishini (genezisini) o'rganish; profilaktik choralar, psixokorreksiya, shuningdek, rehabilitatsiya (qayta tiklash) tadbirlarini ishlab chiqish*. Eng keng qamrovli, murakkab va turlicha bo'lgan masalalar endogen psixozlarni o'rganishda psixologik tadqiqotlar oldida paydo bo'ladi. Bu vazifalarning xususiyati, bir tomondan: endogen psixozlarni multidissiplinar yondashuv doirasida o'rganishda psixologik tadqiqotlarning fanlararo o'rni bilan belgilanadi. Ikkinchi tomondan esa, ular endogen kasalliklarning ma'lum tabiati va kelib chiqish xususiyatlari bilan belgilanadi. Bunda asosiy jihat shundaki, endogen psixozlar (masalan, shizofreniya) — bugungi kunda: ancha kuchli psixopatologik simptomlar bilan namoyon bo'ladi, ammo shunga qaramay, deyarli hech qanday nevrologik yoki somatik (jismoniy) belgilari yo'q. Ya'ni, kasallikning butun klinik manzarasi ruhiy (psixik) buzilishlar asosida shakllanadi. Bu psixozlarning asosiy namoyon bo'lish shakllari quyidagilardan iborat: shaxsning psixik xususiyatlari va jarayonlarida (fikrlash, his-tuyg'u, irodaviy jarayonlar va h.k.) doimiy yoki vaqtinchalik o'zgarishlardir. Ana shu omillar tufayli, endogen psixozlar, jumladan, shizofreniya va boshqa ruhiy kasalliklarni o'rganishda psixologik tadqiqotlarning umumiy ahamiyati juda muhim bo'lib bormoqda. Bu tahlillar hamisha multidissiplinar yondashuv doirasida amalga oshiriladi.

Klinikadagi psixologik tadqiqot metodologiyasi masalalari **B.V. Zeygarnik** (1986, 1999), **Yu.F. Polyakov** (1977), shuningdek, **M.S. Rogovin** (1969, 1981 va boshqalar) va uning **G.V. Zalevskiy** bilan hammualliflikda tayyorlangan «*Psixologik va psixopatologik tadqiqotning nazariy asoslari*» (1988) nomli monografiyasida batafsil ko'rib chiqilgan.

3.2. Psixodiagnostika

Psixologiya tushunchalari tizimiga «psixodiagnostika» atamasi (yunoncha psyche — jon va diagnosis — aniqlash) 1921 yili **G. Rorshax** tomonidan o'zining “siyohli dog'lar” metodini taqdim etish chog'ida kiritilgandi. Klinik psixologiyada psixodiagnostika, **Bastine** (1998, s. 26) ta'kidlaganidek, asosan beshta vazifani hal qilishi kerak: *Ruxiy muammolarning hozirgi holatini baholash va shu orqali klinik-psixologik fenomenlarni aniqlash va identifikatsiya qilishga hissa qo'shish; Ularning yuzaga kelish shart-sharoitlarini aniqlash (etiopatogenez); Keyingi rivojlanish sharoitlarini belgilash (prognoz); Ular va ularni ifodalovchi belgilarning o'rnini aniqlash, bu esa psixologik yordam ko'rsatishni osonlashtiradi (tasniflash va indikatsiya); Intervensiya usullari (psixologik va kompleks terapevtik yordam) samaradorligi va dinamikasini baholash, shuningdek, turli xil psixologik va kompleks ekspertizalar uchun instrumentlar taqdim etish*. **L.I. Vasserman** va **O.Yu. Il'elkovalarning** ta'kidlashlaricha, klinikadagi psixologik diagnostikaning aniq vazifalari - kasalliklarni aniqlash, davolash, bemorlarni ijtimoiy va mehnatga tiklash, hamda ularning ikkinchi darajali psixoprofilaktika muammolari bilan bog'liqligini

o'rganish (2003, s. 67–69). Bu vazifalar har bir bemor uchun alohida tarzda, tadqiqot maqsadlari, bemorning joriy ruhiy holati, yoshi, aqliy (ma'rifat) darajasi va boshqa xususiyatlarini hisobga olgan holda belgilanadi. Psixodiagnostika predmeti sifatida shaxsning kognitiv, emotsional-affektiv va boshqa sohalari bo'lishi mumkin va yana bu ma'lumotlar orqali differensial diagnostika, aqliy, ehtiyojij va irodaviy nuqsonlarning darajasi va tuzilmasini baholash, turli ekspertiza turlarida (sud, harbiy, mehnat) xulosalar chiqarish, biologik va psixoterapevtik davolash natijalarini baholash, prognozi va psixokorreksion hamda sotsioterapevtik ishlarning asosiy “nishonlari”ni belgilash mumkin bo'ladi. Tibbiy psixologik diagnostika shuningdek, asab-psixik moslashuv xavfining yuqori psixologik omillarini aniqlashga ham qaratilgan. Psixogigiena va profilaktikaga oid vazifalarni hal qilish uchun esa, emotsional va intellektual jihatdan kuchli zo'riqtiruvchi mehnatda band shaxslar (xususan, ekstremal sharoitda ishlovchilar) hamda turli xavf guruhlariga kiruvchi shaxslar orasida psixodiagnostik tadqiqotlar o'tkazish lozim. Bu o'z vaqtida psixogigienik va psixokorreksion tadbirlarni, zarurat tug'ilganda esa klinik ko'rik va davolashni amalga oshirish imkonini beradi. **L.I. Vasserman** va hammualliflari (2003, s. 68) to'g'ri ta'kidlaganlaridek, psixologik diagnostika bemorga yoki ruhiy muammolarni boshidan kechirayotgan shaxsga yordam berishning birinchi bosqichi bo'lib, u nafaqat patologik o'zgargan (yoki vaziyat ta'sirida buzilgan), balki o'zlashtirilgan shaxsiy jihatlarni ham aniqlashga qaratilgan bo'lishi kerak. Shuningdek, shaxsning rivojlanish qobiliyatini rag'batlantirish, uning shaxsiy va ijtimoiy maqomini tiklash, og'riqli holatlar va hayotiy inqirozlarga qarshi kurashish bo'yicha yangi mexanizmlarni shakllantirish, hamda kasallik holatida o'zgarayotgan hayot sifatini kompleks o'rganishni ham o'z ichiga oladi. Bunday turfa vazifalarni hal etish uchun hozirgi kunda klinik psixologiyada juda ko'plab usul, metodikalar va yutuqlar mavjud. Klinik psixologlar ixtiyorida psixodiagnostikaga oid ko'plab kompendiumlar — ensiklopediyalar, qo'llanmalar va turli darajadagi va hajmdagi yo'riqnomalar (Burlachuk, Morozov, 1999; Vasserman, Il'elkova, 2003 va boshqalar), shuningdek, ularning elektron variantlari ham (Vasserman va boshqalar, 2002) mavjud.

Klinik psixologiyada vazifalar va ularni hal qilish metodlari mavzusiga bag'ishlangan bir qator ishlarda (Burlachuk va boshq., 1999; Vasserman, Il'elkova, 2003) psixodiagnostik metod aniqlashtiriladigan asosiy yondashuvlar ajratib ko'rsatilgan: «*Ob'ektiv*» yondashuv — psixologik diagnostika faoliyatning samaradorligi va uni bajarish xususiyatlari asosida amalga oshiriladi. Bu yondashuvga avvalo standartlashtirilgan tadqiqot usullari (testlar) kiradi. Testlar odatda ikki asosiy guruhga bo'linadi: intellektual testlar va shaxsiyat testlari. Bu guruhlar o'rtasidagi farq shartli bo'lsa-da, psixodiagnostika uchun muhim ahamiyatga ega, chunki u tadqiq etilayotgan psixik hodisalar mohiyatiga chuqurroq kirib borish imkonini beradi. «*Sub'ektiv*» yondashuv — diagnostika, asosan, sinovdan o'tayotgan shaxslar tomonidan o'zlari haqida beriladigan ma'lumotlarga tayanadi: shaxsning xususiyatlari, turli vaziyatlardagi xulq-atvoriga oid avtopisaniyalar. Bu yondashuvda ochiq anketalar, sub'ektiv

shkalalash metodikalari va boshqalar ishlatiladi. «Proektiv» yondashuv — diagnostika, shaxsning tashqi, neytral, aniq strukturaga ega bo'lmagan materiallar bilan o'zaro ta'sirini tahlil qilish orqali amalga oshiriladi. Proektiv metodikalar aynan mana shu yondashuvga kiradi. **A. Anastazi** (1982) ta'kidlaganidek, bu diagnostik yondashuvlar o'rtasida keskin chegaralar mavjud emas. Tibbiyotda diagnoz bemorni har tomonlama tekshirish asosida kasallik mohiyati va xususiyatlarini aniqlashni anglatgani kabi, klinik psixologiyada ham diagnostika «psixologik diagnoz» — shaxsning individual-psixologik xususiyatlarini tavsiflash, uning hozirgi holatini baholash, kelajakdagi rivojlanishini prognoz qilish va psixodiagnostik tekshiruvning maqsadlariga mos tavsiyalar ishlab chiqishga qaratiladi. **L.F. Burlachuk** va **N.M. Morozov** (1999, s. 86) psixologik diagnozning turli chuqurlik darajalariga asoslangan quyidagi klassifikatsiyasini taklif qilishadi (Vygotskiy, 1936; Zalevskiy, 1981): *Simptomatik (yoki empirik) diagnoz* — muayyan xususiyatlar yoki simptomlarni qayd etishga asoslanadi va ularga ko'ra amaliyotda qo'llaniladigan xulosalar chiqariladi. Bu ilmiy asoslangan diagnoz hisoblanmaydi. *Etiologik diagnozda esa* — simptomlar bilan birga ularning kelib chiqish sabablarini ham hisobga olinadi. *Tipologik diagnoz* — olingan ma'lumotlarni shaxsning umumiy psixik portretidagi o'rni va ahamiyatini aniqlashga qaratiladi. Shubhasiz, psixologik diagnoz prognoz bilan uzviy bog'liqdir. *Prognoz tuzish* — «rivojlanish jarayonining ichki mantig'ini tushunish asosida o'tmish va hozirgi holatdan kelib chiqqan holda kelajakni belgilash» (Vygotskiy, 1983, s. 320) demakdir. Klinik psixologiyada psixodiagnostika uchun turli metodlar, usullar va tadqiqot texnologiyalari mavjud. Bu metodlarning turli tasniflari quyidagi mualliflar tomonidan taklif etilgan: **G.D. Pirov** (1968), **B.G. Ananov** (1976), **M.S. Rogovin** va **G.V. Zalevskiy** (1988), **V.N. Drujinin** (1997), **L.I. Vasserman** (2003) va boshqalar. Bu tasniflardan ba'zilarini **L.I. Vasserman** va **O.Yu. Shelkova** o'zlarining «*Meditinskaya psixodiagnostika: teoriya, praktika i obuchenie*» (2003) kitobida batafsil ta'riflashgan. Ana shu mualliflar tomonidan taklif qilingan meditsin psixodiagnostika metodlarining tasnifi quyidagi asoslarga tayanadi: standartlashtirilganlik darajasi, mazmuniy yo'nalish va operatsiyaviy maqomi. Tasnif ikki asosiy yo'nalishga bo'linadi:

1. *Klinik-psixologik metodlar*: a) suhbat; b) intervyu; v) biografik (anamnestik) metod; g) kuzatish; d) faoliyat mahsulotlarini o'rganish; ye) kontent-tahlil (sifat-miqdor tahlili).

2. *Eksperimental-psixologik metodlar*: a) standartlashtirilmagan (sifatli) — neyropsixologik va patopsixologik metodlar; b) standartlashtirilgan (miqdoriy) — intellekt, shaxsiyat va psixik holatlar tadqiqotlari; v) proektiv metodikalar; g) psixosemantik metodlar.

M.S. Rogovin va **G.V. Zalevskiylarning** (1988, s. 72–73) ta'kidlashicha, metod — bu sub'ekt va ob'ekt o'rtasidagi bilish jarayonidagi asosiy munosabatlarning ifodasidir. Shu bois, metodlar soni cheklangan bo'lishi kerak,

ularni tadqiqotning boshqa komponentlari bilan aralashtirmaslik kerak. Ushbu nuqtai nazardan kelib chiqib, ular quyidagi olti asosiy metodni ajratib ko'rsatishadi: *Germenevtik metod* — ilmlar ajratib chiqilmagan bosqichga xos bo'lib, sub'ekt va ob'ekt hali keskin farqlanmaydi, bilish faoliyati til va mantiqiy qoidalar bilan tartibga solinadi. Biografik metod — psixik reallikni yaxlit shaklda bilishga qaratilgan. *Kuzatish* — sub'ekt va ob'ekt farqlanadi. *O'z-o'zini kuzatish (introspeksiya)* — sub'ekt ob'ektga aylanadi, tashqi kuzatish asosida amalga oshiriladi. *Klinik metod* — tashqi kuzatuvdan ichki psixik mexanizmlarga o'tishga xizmat qiladi, sub'ekt-ob'ekt munosabatlari ikkinchi darajaga o'tadi. *Eksperiment metodi* — ayrim o'zgaruvchilarni ajratish, ular bilan maqsadli manipulyatsiya qilish va sababli bog'liqliklarni aniqlash imkonini beradi. Bunda sub'ekt faol ishtirokchi sifatida hisobga olinadi va ilgari surilayotgan gipotezalarning ishonchliligi baholanadi.

3.3. Ekspertiza - klinik psixologiyaning vazifasi sifatida

Klinik psixologlar faol ishtirok etadigan qator amaliy vazifalar turli ekspertizalar (tibbiy-mehnat, tibbiy-pedagogik, harbiy-tibbiy, sud-psixiatriyasi) o'tkazish bilan bog'liq. Bu vazifalar umumiy jihati shundaki, bemorning psixikasiga xos ayrim xususiyatlarni ma'lum bir faoliyat (mehnat, o'quv) yoki harakat, xatti-harakatning psixofiziologik talablari va tuzilishiga moslashtirish zarur bo'ladi. Bu sohadagi psixologik tadqiqotlarning ahamiyati, avvalo, shundaki, ekspertiza faqat tibbiy emas, balki ijtimoiy va psixologik omillarni ham hisobga oladi. Bu muammolarni hal qilish uchun bemorning psixik xususiyatlari haqida batafsil ma'lumot kerak bo'ladi va uning psixofiziologik imkoniyatlarini tahlil qilib, aynan qaysi faoliyat bo'yicha ekspertiza o'tkazilayotgani bilan bog'lash zarur.

Psixik xastalarning mehnat qobiliyatini ekspertiza qilishda, masalan, kasbning inson psixik va jismoniy funksiyalariga qo'yadigan talablari hisobga olinadi. Buning uchun nozologik (sindromlar orqali) tashxis bilan bir qatorda funksional tashxis ham qo'yiladi, ya'ni faqat zararlangan emas, balki saqlanib qolingan funksiyalar ham tahlil qilinadi. Shu orqali bemorning kompensatsion imkoniyatlari va mehnatga layoqatliligi aniqlanadi. Bu yerda shaxsiy imkoniyatlar, motivlar va shaxsning ichki e'tiqodi ham muhim ahamiyatga ega. Masalan, *o'quv faoliyatiga prognozi va bolalarni turli xil maxsus maktablarga saralash bilan bog'liq masalalarni hal qilishda asosiy prinsip – bolani kompleks o'rganishdir (tibbiy, psixologik, pedagogik)*. Bu jarayonda bolaning rivojlanish xususiyatlarini va uning ta'limga ijobiy salohiyatini aniqlash shart. *Sud-psixiatriya ekspertizasida esa asosiy masala — javobgarlikka layoqatli yoki layoqatsiz ekanligini aniqlashdan iborat (Kudryavsev, 1996)*. *La'yoqatsizlikni aniqlashda ikki asosiy mezon — tibbiy va huquqiy (psixologik) mezonlar asos qilib olinadi, bu esa psixopatologik tahlil doirasidan tashqariga chiqadi*. Shu tarzda, bu sohadagi psixologik tadqiqotlarning o'rni va haqiqiy ahamiyati bemorning psixik xususiyatlarini, shaxsiy sifatleri va psixik jarayonlarini har tomonlama tahlil qilish zarurati bilan belgilanadi. Bu tadqiqotlar ayrim faoliyat

turlarini bajarish yoki alohida xatti-harakatlarni sodir etish bilan bog‘liq holatlarda (tashxis va davolashdan qat’i nazar) alohida ahamiyatga ega.

Bunday masalalarni hal etishda eksperimental-psixologik tadqiqotlar muhim ahamiyatga ega, chunki ekspert xulosasini asoslash uchun faqat psixik funksiyalar pasayishiga baho berish yetarli emas, balki psixik faoliyatning tuzilishini sifat jihatdan tahlil qilish ham talab qilinadi. Masalan, *tibbiy-mehnat ekspertizasida faqat mehnat qobiliyati yo‘qotilishi foizini aniqlash bilan cheklanilmaydi, balki bemorning muayyan ishni salomatligiga ziyon yetkazmasdan bajara olish qobiliyati baholanadi*. Bu vazifani hal qilish uchun psixologik usullar orqali psixik jarayonlar o‘zgarishining xarakter va darajasi, hamda turli faoliyat turlarining psixologik xususiyatlarini hisobga olgan holda ularning kompensatsiya imkoniyatlari o‘rganiladi. *Eksperimental tadqiqotlarda*, masalan, *mehnatning turli shakllarida — bir xil, dinamik, uzluksiz, tanaffusli, avtomatlashgan, ijodiy, sensor yoki motor — charchash darajasi o‘rganiladi. Intellektidagi o‘zgarishlarning tuzilishi tahlil qilinadi: abstraksiyalash, konstruktiv fikrlash, yangi bilimlarni o‘zlashtirish va ularni amaliy faoliyatda qo‘llash qobiliyati kabi omillar o‘rganiladi. Xotira buzilishlarining tuzilishi (qisqa muddatli yoki uzoq muddatli xotira buzilishi, modal-spesifik turlari: ko‘rish, eshitish-nutqiy va h.k.) va ularni bemorga tavsiya etilgan mehnat faoliyatining xususiyatlari bilan bog‘lash ham katta ahamiyatga ega.*

Turli shakllardagi dizontogenezi bo‘lgan bolalar va o‘smirlarning tibbiy-pedagogik ekspertizasida, yuqorida ta’kidlanganidek, psixologik tadqiqot nafaqat shaxsning anomal tuzilishini va aqliy rivojlanishdagi ortiqcha kechikishni, balki rivojlanishning salohiyatli imkoniyatlarini baholash imkonini ham beradi. Chunki psixik rivojlanishning buzilishi va orqada qolishi nafaqat oligofreniya bilan, balki boshqa sabablar bilan (pedagogik yetarsizlik, uzoq davom etgan asteniya oqibatlarini, progredient psixik kasalliklar) bog‘liq bo‘lishi mumkin. Psixologik tadqiqot natijalari psixiatrga dizontogenez tabiatini aniqlashda va bolani umumta’lim va mehnatga tayyorlash usullarini tanlashda yordam beradi (ommaviy maktab, sanatoriy maktab, yordamchi maktab yoki maxsus kasb-hunar maktabi — KHM).

3.4. Psixointervensiya (psixologik yordam): shakllari va bosqichlari

«Klinik-psixologik intervensiya» tushunchasi psixik, shuningdek, somatik va ijtimoiy yuklamalar hamda disfunksiyalarni o‘zgartirishga qaratilgan barcha kasbiy psixologik yordam shakllarini o‘z ichiga oladi (Bastine, 1998. S. 26). Psixologik yordam ko‘rsatish vaqtiga qarab quyidagi turlar ajratiladi: *Psixoprofilaktika* — psixologik muammolar va kasalliklarning oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar; *Psixoterapiya* (shu jumladan psixokonsultatsiya va psixokorreksiya) — mavjud muammolarni hal qilish, shaxsiy o‘zgarishlar va psixologik sog‘lomlashtirishga yo‘naltirilgan amaliyotlar; *Psixoreabilitatsiya* —

odamning psixik, jismoniy va ijtimoiy funksiyalarini tiklashga yordam beradigan tadbirlar tizimi.

3.4.1. Psixoprofilaktika

Psixoprofilaktika, yoki prevensiya (ogohlantirish) — bu shaxsning moslashuv (adaptatsiya) jarayonlari va salomatlik bilan bog‘liq muammolar (ruhiy buzilishlar va kasalliklar) paydo bo‘lishining oldini olish va ularni kamaytirishga qaratilgan barcha chora-tadbirlarni qamrab oladigan faoliyat turidir.

Birlamchi psixoprofilaktika — bu psixogigiena tushunchasi bilan yaqin bog‘liq bo‘lib, u shunga qaratilgan: «*Shaxs o‘z salomatligini saqlashga, tabiat tomonidan berilgan resurslarni asrashga, to‘laqonli va muvozanatli hayot uchun mavjud salohiyatni saqlab qolishga urinishi kerak*» (Myasimov, 1960. S. 192). Shaxsiy ruhiy salomatlik va tashqi dunyo bilan munosabatlardagi muvozanatni saqlash zarurligi haqida hatto qadimgi mutafakkirlar ham fikr yurtishgan. Masalan: *Demokrit inson psixikasi uchun «yaxshi va muvozanatli hayot»ning ahamiyatini ta’kidlagan, Epikur bu holatni «ataraksiya» deb ataydi — ya’ni aqlli insonning ichki xotirjamligi.*

*Psixogigiena klinik psixologiyani*ning muhim usullaridan biri sifatida shakllangan. Unga asos solganlardan biri — amerikalik *Klifford Birs* (Beers) deb hisoblanadi. U ikki yil psixiatriya shifoxonasida bo‘lganidan so‘ng, 1908 yilda «*O‘zini topgan aql*» («*A Mind That Found Itself*») nomli psixogigienaga yo‘naltirilgan kitob yozgan. Rossiyada psixogigienaning ilk rivojlanishi *I.P. Merjeevskiy, S.S. Korsakov va I.A. Sikorskiy* kabi taniqli psixiatrlar nomi bilan bog‘liq. Ular 1887 yilda birinchi mahalliy psixiatrlar s‘ezdida ruhiy va asab kasalliklarini oldini olishga oid g‘oya va dasturlar bilan ishtirok etishadi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) tasnifiga ko‘ra bir qancha profilaktika turlari ajratilgan:

Birlamchi profilaktika — Ro‘y berishi mumkin bo‘lgan asab-ruhiy buzilishlarning oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasi.

Ikkilamchi profilaktika — Allaqachon yuzaga kelgan kasalliklar dinamikasining salbiy yo‘nalishini oldini olish, ularning surunkalashuvini cheklash, patologik belgilari va asoratlarini yengillashtirish, yutuqli davolash natijalariga erishish, shuningdek, erta tashxis qo‘yishni ta’minlashni o‘z ichiga oladi.

Uchinchilamchi profilaktika — Kasallik natijasida kelib chiqadigan ijtimoiy oqibatlar, residivlar va bemorning mehnatga layoqatini cheklaydigan defektlarning oldini olishga xizmat qiladi (Karvasarskiy, 1998. S. 417).

3.4.2. Psixoterapiya

Psixoterapiya — bu moslashuvdagi muammolar, asab-ruhiy buzilishlar allaqachon yuzaga kelgan hollarda ko‘rsatiladigan psixologik yordam turlarini o‘z

ichiga oladi. Agar bunday yordam moslashuv muammolari va buzilishlar rivojlanishining ilk bosqichlarida ko'rsatilayotgan bo'lsa, bu holat ikkilamchi profilaktika yoki prevensiya deb ataladi. **Bastine** (1998, s. 45) ta'kidlaganidek, klinik psixologiya va psixoterapiya o'rtasidagi munosabat — butun va qism o'rtasidagi munosabatdir: klinik psixologiya — bu kengroq sohadir, uning bir qismi psixoterapiyani tashkil qiladi, ya'ni intervensiya sohasini, ya'ni klinik psixologiyaning shu usullarini qamrab olgan sohani. Bu usullar boshqa sohalarga ham ta'sir ko'rsatadi: ruhiy buzilishlar nazariyasi, diagnostika, boshqa psixologik yordam shakllari (konsultatsiya, krizis intervensiyasi, guruhli terapiya), shuningdek, tadqiqotlar, ta'lim va klinik psixologiyaning jamoatchilik oldidagi imiji.

Psixoterapiya atamasining tarixi va ilmiy-mazmunli maqomi.

«Psixoterapiya» atamasi ilk bor XIX asrning oxirida *D. Tyuk* (D.H. Tuke) tomonidan 1872 yilda chop etilgan «*Aqlning tanaga ta'siriga oid tasvirlar*» (Illustrations of the Influence of the Mind upon the Body) nomli kitobda qo'llanilgan. Kitobdagi bir bob "*Psixoterapiya*" deb nomlangan, garchi bu atama umumiy qabul qilingan holatga faqat XIX asrning 90-yillariga kelib aylangan bo'lsa-da. Avvalroq psixoterapiya tibbiyotning bir qismi sifatida qaralar edi, chunki u faqat «ruhni davolash» (psixiatriya vazifasi) deb tushunilar, ammo «ruh orqali davolash» emas, bu esa uning gumanitar asosini, faqat psixologik usullar orqali amalga oshirilishini nazarda tutadi. Shuning uchun ham «psixoterapiya» faqat tibbiy tushunchaga aylanmagan, balki 1990 yil 21 oktyabrdagi Yevropa psixoterapiya assotsiatsiyasining Deklaratsiyasiga ko'ra, *psixoterapiya — bu gumanitar fanlar sohasiga taalluqli alohida bir fan (dissiplina) hisoblanadi*. Unga o'qishga kirish uchun keng ko'lamlı tayyorgarlik, ayniqsa, gumanitar va ijtimoiy fanlar sohasidagi bilimlar talab etiladi (Qar.: Karvasarskiy, 1998. S. 447)¹. Eng keng tarqalgan va ilmiy tan olingan psixoterapevtik yo'nalishlar (ular asosida hozirgi kunda 400 dan ortiq turli usullar mavjud): *Psixodinamik (psixoanalitik) yo'nalish, Bixevioral-kognitiv terapiya (yurish-turish va tafakkurga asoslangan), Gumanistik yo'nalish, Ushbu yo'nalishlar shaxsdagi simptomlarni emas, balki shaxsni o'zgartirishga qaratilgan bo'lib, ularda shaxsga oid aniq konsepsiya mavjud bo'lib, muayyan paradigma va modellar asosida psixoterapevtik tizimlar yaratilgan*.

Bu tizimlardan: *psixologik yordamning maqsadlari, mo'ljalli ob'ektlari* («*mishenlar*»), *ta'sir ko'rsatish usullari* kelib chiqadi. Yo'nalishlar mazmunidan misollar: *Psixoanaliz*: Shaxs rivoji va xatti-harakatining asosiy determinanti — ilk hohish va ehtiyojlar deb qaraladi. *Nevroz* — bu ilk hohishlarning ongsizlikka surilishi va ong bilan ziddiyatga kirishi natijasida yuzaga keladi. Asosiy vazifa — bu ziddiyatni onga olib chiish. Masalan: «*U yerda "U" bor edi — u yerda "Men" paydo bo'lishim kerak*»; «*U yerda U bor edi — u yerda O'zlik paydo bo'lishi kerak*». *Bixevioral-kognitiv terapiya*: Shaxs — bu harakatlar to'plami

(pattern) sifatida qaraladi, u: kognitiv (aqliy), emotiv (hissiy), motor (verbal va verbalsiz xatti-harakatlar) komponentlarining birligidan iborat. *Shaxs* — bu qandaydir tarzda o‘ylaydigan va harakat qiladigan inson. **L.S. Vygotskiy**ning iborasi bilan aytganda: *shaxsning harakatlari organizmning tanasini uning madaniyat tanasini bilan bog‘laydi*. Noto‘g‘ri o‘rganish natijasida paydo bo‘lgan moslashmagan (noadaptiv) xatti-harakat, shaxsning o‘shidagi to‘xtalish, fiksatsiya va ruhiy rivojlanish muammolari — barchasi tahlil qilinadi. Shu sababdan, psixoterapiyaning asosiy vazifasi: *Mijoz/bemorni yangi, moslashuvchan (adaptiv) xatti-harakat us Gumanistik psixologiya va psixoterapiya* shaxsning asosiy ehtiyoji sifatida o‘zini ro‘yobga chiqarish (samoaktualizatsiya) ehtiyojini ko‘radi. *Nevroz* esa aynan shu ehtiyojning bloklanishi, ya‘ni shaxs o‘z salohiyatini amalga oshira olmayotgan holat sifatida talqin etiladi. Shu sababli, psixoterapiyaning asosiy vazifasi — mijozga yangi emotsional tajriba orqali: adekvat “Men-konsepsiyasi”ni shakllantirish, yaxlit shaxs obrazini rivojlantirish, va o‘zini ro‘yobga chiqarish imkoniyatlarini yaratishdan iboratdir. ulariga o‘rgatish/o‘rgatilishidir. Yuqorida qayd etilgan har bir yo‘nalish doirasida yangi oqimlar, yondashuvlar, shakllar, turlar, usullar va metodikalar vujudga kelmoqda. Ayrim ma‘lumotlarga ko‘ra, bugungi kunda ularning soni 400 dan oshib ketganligini kuzratadi (Karvasarskiy, 1998). Bu holatni shunchaki har bir g‘ayratli va hirsli psixoterapevtning orzusi — o‘zining yangicha, noodatiy usulini yaratish va psixoterapiya tarixiga o‘zining original hissasini qo‘shish istagi bilan izohlash mumkin emas. Bu holat, shuningdek, ayrim hollarda psixoterapevtlar tomonidan: konseptual bilimlarning roli kamsitilishi, psixoterapevtik bilimning “*metafora sifatidagi maqomi*” ortiqcha ta‘kidlanishi bilan ham bog‘liq (Qar.: Burlachuk va hammualliflar, 1999. S. 15). Mening shaxsiy fikrimga ko‘ra, psixoterapiyaning rivojlanish istiqbollari, shuningdek, kasbiy psixologik yordamning boshqa turlari quyidagi omillar bilan belgilanadi deb mylayman va ular qay darajada “*ilmiy san‘at*” sifatida shakllanadi, *psixoterapevt (yoki psixokonsultant va boshqalar) inson psixikasi, inson va jamiyat haqidagi fanlar orqali olingan konseptual va amaliy bilimlardan qanday darajada mahorat bilan foydalana oladi*.

3.4.3. Psixologik maslahat (konsultatsiya)

Psixoterapiya va psixokonsultatsiyani psixologik yordamning ikki xil shakli sifatida farqlash — murakkab vazifa hisoblanadi. Chunki ham konsultatsiyada, ham psixoterapiyada: shaxs haqidagi nazariyalar va psixologik yordam konsepsiyalariga oid bir xil professional bilimlar, bir xil malaka va ko‘nikmalar, mijoz va mutaxassis shaxsiyatiga qo‘yiladigan bir xil talablar mavjuddir. Ikki holatda ham qo‘llaniladigan muolajalar (protseduralar) ham deyarli bir xil bo‘ladi. Shu sababli, «psixologik konsultatsiya» va «psixoterapiya» tushunchalari ko‘p hollarda sinonimlar sifatida ishlatiladi. Biroq, ularni chuqurroq tahlil qilish, ular orasidagi farqlarni aniqlash uchun hech bo‘lmasa qisman farqlash imkonini beruvchi asoslarni topishga imkon beradi. Shu nuqtai nazardan, **R. Kochyunas**

(2000, s. 13) ayrim xorijiy manbalarga tayanadi va psixologik konsultatsiyani psixoterapiyadan farq qiluvchi xususiyatlarni tizimlashtirib beradi:

Klinik jihatdan sog‘lom shaxslarga yo‘naltirilgan konsultatsiya: bu — odatiy hayotda turli psixologik qiyinchilik va muammolarga duch keladigan, nevrotik tabiatidagi shikoyatlarga ega bo‘lgan shaxslar, shuningdek, o‘zini yaxshi his qilsa ham, shaxsiy rivojlanishni maqsad qilgan insonlardir.

Muammo darajasidan qat’i nazar, shaxsning klinik jihatdan sog‘lom tomonlariga tayanadigan konsultatsiya: bu yondashuv shunga asoslanadiki, inson o‘zgarishi mumkin, qoniqarli hayotni tanlashi, o‘z salohiyatini ishga solishi mumkin — hatto agar uning imkoniyatlari cheklangan bo‘lsa ham (noadekvat munosabatlar va his-tuyg‘ular, rivojlanishning sekinligi, madaniy kambag‘allik, moliyaviy qiyinchiliklar, kasallik, nogironlik, yoshi katta bo‘lishi sababli).

Ko‘proq mijozning hozirgi holati va kelajagiga yo‘naltirilgan konsultatsiya: Konsultatsiya, odatda, qisqa muddatli yordam shaklida bo‘ladi (taxminan 15 uchrashuvgacha).

Shaxs va atrof-muhit o‘rtasidagi o‘zaro ta’sirda yuzaga keladigan muammolarni hal etishga qaratilgan konsultatsiya: Konsultatsiyada konsultantning qadriyatlarga asoslangan shaxsiy ishtiroki muhim hisoblanadi, biroq mijozga o‘z qadriyatlarini majburan yuklash rad etiladi.

Mijozning xulq-atvorini o‘zgartirish va shaxsiy rivojlanishini ta’minlashga qaratilgan konsultatsiya.

Bramer va Shostrom (Bramer, Shostrom, 1982) ta’limotiga ko‘ra: *Konsultatsiya va psixoterapiya* — bu ikki qutbda joylashgan kontinuum (davomlilik) modeli bilan tushuntiriladi:

Birinchi qutbda — mutaxassis asosan situatsion (vaziyatli) muammolar bilan ishlaydi, bu muammolar ong darajasida hal qilinadi va klinik jihatdan sog‘lom odamlarda uchraydi. Bu soha konsultatsiya sohasi deb ataladi.

Ikkinchi qutbda — muammolarni chuqur tahlil qilishga bo‘lgan kuchliroq intilish mavjud bo‘lib, bu yo‘nalish ongsiz jarayonlarga, shaxsning tuzilmaviy qayta o‘zgartirilishiga qaratilishi bilan xarakterlanadi. Bu yer esa, psixoterapiya sohasi deb ataladi.

Qutblar orasidagi hudud — faoliyatning shunday turini qamrab oladiki, uni ham *maslahat berish* (konsultatsiya), ham *psixoterapiya* deb atash mumkin. Mening fikrimcha, shu yerda *psixologik yordam*, ya’ni *psixokorreksiya* (ortopsixologiya) ham joylashgan.

Psixologik maslaxat berishning maxsus muammolari o'z mazmuniga ko'ra bir qancha farqliliklarni o'z ichiga oladi: masalan, *xavotirli, qo'rquvlar va fobiyalar bilan aziyat chekayotgan mijozlarga, dushmanona va tajovuzkor kayfiyatdagi shaxslarga, o'ziga nisbatan yuqori talablar qo'yadiganlarga, aybdorlik hissini boshdan kechirayotganlarga, histerik, obsessiv, shizoid, asotsial, bog'liq (zavisimyy) shaxslarga, depressiyada bo'lgan, o'z joniga qasd qilish fikri yoki niyatiga ega bo'lgan shaxslarga, yaqinlarini yo'qotish bilan bog'liq hissiy og'riqlarni boshidan kechirayotganlarga, jinsiy muammolarga ega bo'lgan shaxslarga va hokazolarga maslahat berish* (Manba: Kochyunas, 2002. B.. 143–227).

3.4.4. Psixokorreksiya (ortopsixologiya)

Psixokorreksiya — bu muayyan psixologik tuzilmalarga shaxsning to'liq rivojlanishi va faoliyat ko'rsatishini ta'minlash maqsadida yo'naltirilgan psixologik ta'sir shaklidir (Karvasarskiy, 1998. B. 412), yoki «*odamning psixologik rivojlanishi yoki xulq-atvoridagi kamchiliklarni maxsus psixologik ta'sir vositalari yordamida tuzatishga qaratilgan tadbirlar tizimi*» (Osipova, 2000. B. 6). Psixokorreksiyaning boshqa psixologik yordam shakllari bilan o'zaro munosabatlariga nisbatan turli nuqtai nazarlar mavjud. Ular ichida eng asoslilaridan biri quyidagicha ta'riflanadi: «*psixokorreksiya, psixoterapiya va psixoprofilaktika vazifa va usullarining o'zaro munosabatlari ko'p darajali va dinamik xarakterga ega bo'lib, ular bir-biri bilan kesishadi, lekin bir-birini to'liq qamrab olmaydi*» (Karvasarskiy, 1998. B. 413). Psixokorreksiya jarayonini psixoterapiyadan farq qiluvchi maxsus xususiyatlar ham ajratib ko'rsatiladi (Osipova, 2000. B. 6–7): Klinik jihatdan sog'lom shaxslarga yo'naltirilganligi, ya'ni kundalik hayotda nevrotik xarakterdagi psixologik qiyinchiliklar, muammolar, shikoyatlarga ega bo'lgan odamlar, shuningdek o'zini yaxshi his qilayotgan, lekin hayotini o'zgartirishni xohlayotgan yoki shaxsiy rivojlanish maqsadini qo'ygan shaxslar bilan ish olib boriladi;

Shaxsning sog'lom jihatlariga tayanish, ya'ni muammolar darajasidan qat'i nazar, uning ijobiy tomonlarini rivojlantirishga qaratilgan bo'ladi;

Klientning hozirgi va kelajak hayotiga yo'nalish, o'tmish tahlildan ko'ra, uning kelajakdagi imkoniyatlari va rivojlanish istiqbollari e'tibor qaratiladi;

O'rta muddatli yordam ko'rsatish, ya'ni maslahat berishdan (qisqa muddatli — 15 ta uchrashuv gacha) farqli ravishda uzoqroq, lekin psixoterapiyadek bir necha yillarga cho'ziladigan, ma'lum davomiylikdagi amaliy yordam;

Psixolog tomonidan shaxsiy qadriyatlar va insonparvarlik yondashuviga e'tibor qaratiladi, lekin mijozga aniq bir qadriyatlarni majburiy tarzda qabul qilish taklifi rad etiladi;

Xulq-atvorni o'zgartirish va shaxsni rivojlantirishga qaratilgan ta'sir choralari.

Ushbu xususiyatlar ro'yxatiga diqqat bilan nazar tashlanganda, ularning barchasi faqat psixokorreksiya xos emasligini ham ko'rish mumkin, bu esa psixologik yordam shakllarini bir-biridan aniq ajratishdagi murakkabliklarga yana bir bor ishora qiladi.

3.4.5. Psixoreabilitatsiya

Reabilitatsiya — bu ruhiy yoki somatik buzilishlardan so'ng tuzalgan shaxslarni jamiyat va kasbiy hayotga qaytarishga qaratilgan jarayondir. Psixologik yordam ko'rsatishning ushbu bosqichida odatda uchinchi darajali profilaktika (tretichnaya prevensiya) haqida gap boradi. Shunday ta'rifga asoslanib, reabilitatsiya zamonaviy tizimli yondashuv nuqtai nazaridan o'zaro bog'liq komponentlardan tashkil topgan dinamik tizim sifatida tushuniladi. Uni bitta yoki ikki usul (masalan, psixoterapiya yoki mehnat terapiyasi) bilan cheklab bo'lmaydi, shuningdek uni faqat yakuniy maqsadlar (masalan, turmush yoki mehnatga joylashish) orqali ham ta'riflab bo'lmaydi. *Reabilitatsiya – bu ham usullar majmuasi, ham maqsadlarning amalga oshirilishi hisoblanadi.* **M.M. Kabanov** tomonidan ishlab chiqilgan va katta qismda **V.M. Bexterev** nomidagi Leningrad psixonevrologiya instituti klinikalarida amalga oshirilgan reabilitatsiya konsepsiyasi (1998) o'z vaqtida bo'sh joydan paydo bo'lmagan. Bu tushuncha XX asrning 20-yillarida shakllangan bo'lib, ilk bor jismoniy tibbiyot (fizikaviy meditsina) g'oyalari asoslangan. Reabilitatsiya konsepsiyasining shakllanishida tibbiy psixologiya, tibbiy pedagogika va tibbiy sotsiologiya sohasidagi tadqiqotlar muhim ahamiyatga ega bo'lgan. Shu bois, reabilitatsiyaning ilk g'oyalari jismoniy tiklanishga oid bo'lgan bo'lsa-da, keyinchalik u mediko-sotsiologik, mediko-psixologik va mediko-pedagogik g'oyalar bilan boyitilgan. Ruhiy xastalarni reabilitatsiya qilish konsepsiyasi erkinlashtirish va mehnat terapiyasi, ya'ni sotsioterapiya g'oyalaridan kelib chiqqan. Bu yondashuv bemorni jamiyatdan ajratish emas, balki uning shaxsiy va ijtimoiy resurslarini tiklash orqali hayotga qaytarishni nazarda tutadi.

Ko'p hollarda *reabilitatsiya* tushunchasi noto'g'ri talqin qilinadi — uni faqatgina «bemorni davolashning yakuniy bosqichi» yoki qoldiq mehnat qobiliyatidan foydalanish sifatida qabul qilishadi. Ayrimlar bu atamani hatto «*mehnat qobiliyatini tiklash*» deb tarjima qiladilar, bu esa mazkur murakkab tushunchaning chegaralarini noo'rin ravishda tor qilib qo'yadi. Boshqalar, reabilitatsiyaning mohiyatini keng qamrovli mehnat terapiyasi va ratsional mehnatga joylashtirish jarayoni deb bilishadi. Xorijiy amaliyotda esa bu tushuncha ko'pincha turli psixoterapiya usullari bilan cheklanadi. Har ikki yondashuv — reabilitatsiyaning mohiyatini soddalashtirish hisoblanadi.

Albatta, mehnat qobiliyatini tiklash va bemorni mehnat faoliyatiga qaytarish reabilitatsiya tizimida muhim o‘rin tutadi. *Biroq, reabilitatsiya — insonning shaxsiyatiga, uning kelajagiga qaratilgan murakkab, integral yondashuvdir.*

So‘nggi vaqtlarda Butunjahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (VOZ) tavsiyasiga binoan, profilaktikaning uch bosqichi ajratiladi:

Birlamchi profilaktika — kasalliklarning oldini olish (bu tushuncha keng tarqalgan va tushunarli);

Ikkilamchi profilaktika — mavjud kasallikni davolash;

Uchlamchi profilaktika — ya’ni reabilitatsiya.

Shuni ta’kidlash kerakki, birinchi va ikkinchi bosqichlar (profilaktika va davolash) o‘rtasidagi chegaralar ko‘p hollarda shartli bo‘ladi. Xuddi shunday, davolash va reabilitatsiya o‘rtasida ham aniq chegaralar mavjud emas. Eng muhimi, *reabilitatsiya — bu kasal insonga nisbatan mutlaqo boshqacha, insonparvar va rivojlantiruvchi yondashuvni anglatadi.* Bu yondashuv faqat tanani emas, balki shaxsni tiklash, uning ijtimoiy maqomini qayta shakllantirish, kelajakdagi hayotini yaxshilashga qaratilgan. *Reabilitatsiya konsepsiyasi* kasal insonga nisbatan faqat klinik-biologik xususiyatlarni emas, balki uning shaxsiyati va atrof-muhitini ham chuqurroq o‘rganish va undan samarali foydalanish asosida kompleks, ya’ni integral yondashuvni nazarda tutadi. Bu esa davolashni optimallashtirish, bemorning shaxsiy va ijtimoiy maqomini tiklash maqsadlariga xizmat qiladi. Demak, reabilitatsiyaning asosiy maqsadi bemor qanday kasallikdan aziyat chekmasin — nevroz, shizofreniya, miokard infarkti yoki tayanch-harakat tizimi buzilishlarini farqlamasdan, uning shaxsiy va ijtimoiy maqomini tiklashdan iborat.

Uzoq yillik amaliyot tajribasi, xususan maxsus tashkil etilgan reabilitatsion psixiatriya klinikasida olib borilgan ish faoliyati, shuningdek, bir qator mahalliy va xorijiy, asosan psixiatriya sohasidagi reabilitatsion muassasalar faoliyatini o‘rganish natijasida, kasallar va nogironlarni reabilitatsiya qilishning *to‘rtta asosiy tamoyili shakllantirilgan*, aynan shu tamoyillarsiz reabilitatsiya mohiyatini to‘g‘ri tushunish imkonsiz (Kabanov, 1974. B. 26–40).

Reabilitatsiya tizimining birinchi tamoyili — bu biologik va psixoijtimoiy ta’sir ko‘rsatish usullarining yakdilligidir. *Reabilitatsiya* faqatgina psixoijtimoiy emas, balki klinik-biologik tizim ham bo‘lib, uning fiziologik va patofiziologik mohiyatini anglashni talab qiladi. Bu restitutsiya (tiklanish), adaptatsiya (moslashish) va kompensatsiya (o‘rnini to‘ldirish) mexanizmlaridan, shuningdek fiziologik himoya mexanizmlaridan foydalanish (yoki ularni boshqarish) haqidadir. Bundan kam bo‘lmagan, balki yetarlicha o‘rganilmaganligi bois yanada katta ahamiyat kasb etuvchi — psixologik himoya mexanizmlari ham bor,

va ular reabilitatsiya jarayonida juda muhim rol o'ynaydi. *Reabilitatsiyani* davolashga qarshi qo'yish noto'g'ri. Ular aslida yagona tizimli jarayonning ikki tomoni bo'lib, asosan tahlil nuqtai nazaridan ajratiladi: *biri kelajakka qarab, insonning shaxsiyatiga qaratilgan (reabilitatsiya), ikkinchisi esa hozirgi holatga, mavjud kasallikka qaratilgan (davolash).*

Reabilitatsiya tizimining ikkinchi tamoyili — **M.M. Kabanov** ta'kidlaganidek, harakatlar va ta'sirlar ko'p qirraliligi (ya'ni ko'p sohaliligi) tamoyili hisoblanadi. *Reabilitatsiya* dasturini amalga oshirish uchun ko'p sohalaridagi ta'sirlarni farqlash zarur: psixologik, kasbiy, oilaviy, ijtimoiy, ta'lim va tarbiya olish sohalari, shuningdek bemorning bo'sh vaqtini o'tkazish — o'yinlar, ko'ngilochar tadbirlar va san'at ta'siri kabi sohalar ham kiritilishi lozim. *Shaxsning munosabatlar tizimini qayta qurish va bir vaqtda uni hayotning ushbu asosiy sohalariga moslashtirish reabilitatsiya tizimining asosini tashkil qiladi.* Ushbu tamoyil asosida, reabilitatsiya dasturlarida faqat klinitsistlar (psixiatrlar, nevropatologlar, kardiologlar va boshqalar) emas, balki boshqa ixtisoslikdagi mutaxassislar: tibbiy psixologlar, pedagoglar, sotsiologlar, mehnat va bandlik bo'yicha mutaxassislar, jismoniy mashq, sport, va ko'ngilochar faoliyat mutaxassislarining ham o'rni muhim ekanini anglash mumkin.

Reabilitatsiya tizimining uchinchi tamoyili — hamkorlik tamoyili bo'lib, u barcha davolovchi va tiklovchi ta'sirlarning bemorning shaxsiyati orqali amalga oshirilishini nazarda tutadi. Reabilitatsiya dasturining markaziy mazmuni — shaxsga murojaat qilish (birinchi bosqich). Reabilitatsion tadbirlar shunday qurilishi kerakki, bemorni tiklanish jarayoniga faol jalb qilsin, uning kuchg'ayratini ma'lum funksiyalarni (masalan, xotira, diqqat, harakat, nutq) yoki ijtimoiy aloqalarni (mehnat, oila va boshqalar) tiklashga yo'naltirsin. Bemorni uning faol ishtiroksiz reabilitatsiya qilish yoki qayta ijtimoiylashtirish mumkin emas. Ma'lumki, hatto dori bilan davolash samarasi ham yuqori bo'ladi, agar bemor unga ishonsa, dori tayinlagan shifokorning avtoritetiga ishonsa. Ilmiy adabiyotlarda ko'plab manbalar mavjud bo'lib, ularda davolovchi va tiklovchi jarayonda birinchi o'rinda turli usullar orqali ijtimoiy faollikni rag'batlantirish zarurligi ta'kidlanadi. Bu yerda mehnat terapiyasi hamda bemorlarni qayta o'qitish yoki yangi kasbga o'rgatish ayniqsa muhim ahamiyat kasb etadi. Shuningdek, psixoterapevtik yo'nalishga ega bo'lgan maxsus pedagogik (tarbiyaviy) ish ham bemorlar, ham ularning yaqinlari bilan olib borilishi (reabilitatsiyaning ikkinchi bosqichi) zarur hisoblanadi. Biologik davolash, odatda, «*qo'llab-quvvatlovchi*» yoki kasallik xurujlarini bartaraf etuvchi dori miqdori bilan cheklanadi.

Reabilitatsiyaning to'rtinchi tamoyili — *reabilitatsiya so'zining haqiqiy (bevosita) ma'nodagi shaklidir.* Bu — bemorning huquqlarini tiklash, uning shaxsiy va ijtimoiy qadr-qimmatini, kasallikdan avvalgi atrof-muhit bilan bo'lgan munosabatlarini tiklash demakdir. Bu bosqichda turli xil ijtimoiy tadbirlar asosiy o'rinni egallaydi. Bemorga turmush va mehnat sharoitida joylashishga yordam

berish — ruhiy kasallar uchun haqiqiy rehabilitatsiyani ta'minlovchi hal qiluvchi omil hisoblanadi. Rehabilitatsiyaning muvaffaqiyatli kechishi uchun muhim va bir vaqtning o'zida juda murakkab bo'lgan vazifalardan biri — atrofdagilarning bemorlarga nisbatan to'g'ri munosabatini shakllantirishdir. Bu bosqichda biologik davolashning ahamiyati yanada cheklangan bo'ladi. Keltirilgan rehabilitatsiya bosqichlari sxemasi asosan ruhiy kasallar (asosan shizofreniya bilan kasallanganlar) uchun ishlab chiqilgan. Biroq, uning asosiy tamoyillarini barcha asab-ruhiy kasalliklarga tadbiiq etish mumkin, albatta, buning uchun har bir buzilishning klinik manzarasidagi xususiyatlarni inobatga olish zarur. Masalan, nevroz bilan kasallangan bemorlarning rehabilitatsiyasi insultdan keyingi bemorlar yoki shizofreniya bilan kasallangan bemorlar rehabilitatsiyasidan keskin farq qiladi. Shuningdek, surunkali(mujmal) shizofreniya bilan kasallangan bemorlarning rehabilitatsiyasi ham qo'pol shizofreniyalik defekti mavjud bemorlardan shakli va usuli jihatidan farq qiladi. Xulosa o'rnida yana bir bor ta'kidlash lozimki, agar rehabilitatsiya tizimining profilaktika va davolashni optimallashtirishdagi amaliy ahamiyati, shuningdek, uning tibbiy-psixologik va tibbiy-sotsiologik yondashuvlar bilan bog'liq o'rni va samaradorligi ko'rsatib berilsa, u holda tibbiy psixologiya fanining o'zi ham yangi maqomga ega bo'lish imkoniyatiga erishadi.

4-MAVZU. KLINIK PSIXOLOGIYA METODOLOGIYASINING MASALALARI

4.1. Norma va patologiya, sog'lik va kasallik (buzilish) muammolari

Norma, normallik, patologiya, nomuntazamlik, anormallik, sog'lik va kasallik (buzilish, noqullaylik) tushunchalari klinik psixologiyaning kategoriyaviy apparatlarining eng muhim qismlaridan biri hisoblanadi. Ular fan sifatida klinik psixologiyaning rivojlanish darajasini, amaliyotdagi samaradorligini, psixologiyaning boshqa sohalari (ayniqsa psixiatriya) bilan o'zaro aloqasini, shuningdek klinik psixologlar faoliyatining etik va huquqiy ta'minlash mezonlarini belgilab beradi. Bu tushunchalar, shuningdek, fanning ob'ekti va predmeti, uning nazariy-metodologik asoslari hamda uslubiy apparati qanchalik puxta ishlanganligini ham aks ettiradi. Klinik psixologiya tarixi shuni ko'rsatadiki, ruhiy normani va patologiyani, sog'lik va kasallikni aniqlash yo'lida katta metodologik va mantiqiy qiyinchiliklar mavjud. Masalan, ba'zi tadqiqotchilar, jumladan **K. Bernar va K. Goldshteyn**, norma va patologiya tushunchalarini mutlaq zarur va asosiy deb hisoblaganlar. Ammo ular har biri o'z nuqtai nazaridan bu tushunchalarga aniq, ilmiy jihatdan tasdiqlangan mezonlar belgilashdagi qiyinchiliklarni yaxshi tushunganlar (Rogovin, 1981. B. 37–38).

Ayrim tadqiqotchilar esa normal holat va patologiya o'rtasidagi farqni umuman belgilashni istamaganlar. Masalan, **K. Shneyder** patologiyani normaning maxsus bir varianti sifatida ko'rgan, **E. Bleyler** esa bu tushunchalarni farqlash murakkab bo'lgani uchun ularga muayyan ta'rif berishni ahamiyatsiz deb topgan.

Psixoanaliz va ekzistensializm (gumanistik psixologiya va psixoterapiya) namoyandalarida norma va patologiya o'rtasidagi chegara juda noaniq ekanligi ma'lum. Bu yo'nalishlarda patologiya va norma bir xil psixologik (patogen bo'lishi mumkin) mexanizmlar faoliyati orqali tavsiflanadi. Ushbu maktablarda normaga klinik metodlarni tatbiq qilish, normani patologiya orqali ta'riflash tendensiyasi mavjud. Bu tendensiya, shuningdek, konstitutsional yo'nalish uchun ham xos (masalan, **E. Krechmer**).

Falsafa va psixiatriya sohasida mashhur olim **K. Yaspers** (1997) norma va patologiyani umumlashtirilgan fenomenologik yondashuv asosida ta'riflashga urinib ko'rgan. Uning fikricha, ushbu tushunchalar boshdan-oyoq psixik jarayonlar majmuasidan kelib chiqadi, ya'ni insonning dunyoni his qilish tarzidan. Bu yerda sub'ektiv va ob'ektiv holatlar doimo birga namoyon bo'ladi. **Yaspers**ning fikriga ko'ra, *anormallik — bu insonning borliqda mavjud bo'lish tarzidagi o'zgarishdir: agar insonning ichki dunyosi "kengayish" o'rniga "toraysa", ya'ni yangi ma'nolarni qamrab ololmasa, ruhiy va moddiy boyliklarni his qilish hissi yo'qolsa, bunday holat anormallik hisoblanadi.* Shu bilan birga, **Yaspers** anormallikka olib keluvchi mexanizmlarni bilish imkoni yo'q, ya'ni ular bizning anglash doiramizdan tashqarida deb hisoblagan. Norma va patologiyani aniq bir mezon orqali belgilashga oid ko'plab urinishlar bo'lgan — masalan, "integratsiya", "adaptatsiya" yoki "avtonomiya" mezonlari orqali. Biroq, bu urinishlar muvaffaqiyatsizlikka uchragan, chunki, **M.S. Rogovin** (1981, B. 37) ta'kidlaganidek, mazkur tushunchalarning o'zi yetarlicha aniq va chegaralangan emas. Shuningdek, u norma va patologiyani muayyan bir, hatto juda muhim, psixik xususiyat orqali belgilashga qaratilgan ko'plab urinishlarni ham qabul qilib bo'lmasligini ta'kidlaydi. Chunki bunday mezonlar, odatda, faqat ta'rifiy xarakterda bo'ladi va o'zi ham asoslanishga muhtoj bo'ladi (masalan, "o'ziga yoki boshqalarga nisbatan aqlga mos munosabat" kabi).

Norma tushunchasini shakllantirishdagi bu qiyinchiliklarni chetlab o'tish uchun tadqiqotchilar turli usullardan foydalanadilar. Ulardan eng sodda va keng tarqalgani — *bu negativ mezonlarga asoslanish: ya'ni, norma — bu patologiyaning yo'qligi deb qarash.* Mashhur olim va shifokor **P.V. Gannushkin** norma chegaralarining nisbiyligini bir necha bor ta'kidlagan. U shunday yozgan: *inson psixikasi — bir tomondan juda nozik va mo'rt, ikkinchi tomondan esa murakkab tuzilma hisoblanadi.* Shunday ekan, deyarli har bir shaxsda turli darajada ifodalangan, ba'zan esa diffuz (noaniq) tarzda namoyon bo'ladigan konstitutsional-psixopatik xususiyatlarni topish mumkin. Uning fikriga ko'ra, *mukammal va to'liq muvozanatlashgan tabiatli shaxslar ko'pincha faqat inson tasavvurining mahsulidir.*

Psixik norma tushunchasi bugungi kunda ham ko'plab psixologlar va psixiatrlar uchun eng ziddiyatli tushunchalardan biri bo'lib qolmoqda. Ilmiy adabiyotlarda normaning turli ta'riflari mavjud bo'lib, ular asosan uning ikki

muhim tomonini ajratish imkonini beradi: *Norma — xulq-atvor qoidasi sifatida. Norma — standart yoki intilishga arziydigan namuna sifatida.*

Birinchi yondashuvda norma quyidagicha ta'riflanadi: «Norma tushunchasi standartlashtirilgan xulq-atvor qoidalariga tegishli» (McDavid, Harari, 1968, b. 304); «Norma — bu xulq-atvor qoidasidir...» (Thibaut, Kelly, Hollander, Hunt, 1967, b. 460).

Ikkinchi yondashuv — ustanovkali (instalyatsion) yondoshuv (Newcomb, 1959, b. 159), ya'ni norma — bu muayyan darajada o'zaro bog'langan munosabatlar tizimi. Xomans normani «gruppa a'zolarining ongidagi g'oya» sifatida ta'riflaydi, bu g'oya boshqalarning xulq-atvoriga nisbatan kutilayotgan intizomni aks ettiradi (Homans, 1965, b. 136). Mann normalarni guruhning «dunyoni ko'rish tarzi, qiymat va e'tiqodlar tizimi» deb ko'radi (Mann, 1969, b. 35). MakGret normaning to'rt belgisini belgilaydi:

sub'ektiv jihatdan ahamiyatli ob'ektlarga nisbatan munosabatlar tizimi;

ushbu ob'ektlarga nisbatan to'g'ri deb hisoblangan xulq-atvor va intizomlar;

normalarga nisbatan emotsional munosabat (affektiv hislar);

Ijobiy va salbiy sanksiyalar orqali adekvat xulqni rag'batlantirish va noadekvant xulqni jazolash. **MakGret**ga ko'ra, normalar "*ko'zlovchining ko'zida joylashgan*" (McGrath, 1964, b. 105), ya'ni ular sub'ektiv va kontekstual xususiyatga ega. Bu ikki yondashuvni farqlash muhim. Agar normalar qoida sifatida qaralsa, ular anik, dalilga asoslangan va ob'ektlashtirilgan bo'ladi. Ya'ni ular qonunlarda, nizomlarda, ustavlarda o'z ifodasini topgan bo'ladi. Ular rasmiy yoki norasmiy (axloq, an'ana, odat) xarakterga ega bo'lishi mumkin. Agar norma ustanovka nuqtai nazaridan qaralsa, u holda norma shaxsiyat tizimi ichidagi konstruksiya sifatida, «*ongda*», «*ko'zda*» mavjud bo'lgan intervensional o'zgaruvchi sifatida namoyon bo'ladi (Pongratz, 1972, b. 52). Bu ikki yondoshuv indikatsiya muammosiga ham ta'sir qiladi, ya'ni terapiya texnikasini tanlash masalasiga ta'sir ko'rsatadi. Masalan, bir holda ustanovkalarni to'g'rilash, ikkinchisida esa xulq-atvorni to'g'rilash natija beradi. Norma tushunchasiga oid turli yondashuvlar uning har xil turlarini shakllantirdi: *Statistik norma, Ideal norma, Ijtimoiy (sotsiomadaniy) norma, Funksional norma, Sub'ektiv (individual) norma* (Bastine, 1998; Perre va Baumann, 2002). **Shmidt** (Schmidt, 1978) esa, normalarni uch asosiy turga ajratadi: *Statistik norma, Funksional norma, Qiymatga asoslangan normae*. **Pongras** (Pongratz, 1972) normalikning uch mezonini ko'rsatadi: *Sotsiomadaniy mezon, Ob'ektiv mezon, Sub'ektiv mezon* u, shuningdek, normaning uch turini ham ko'rsatib beradi: *Majburiy norma (Mussnorm), Lozim bo'lgan norma (Sollnorm), Mumkin bo'lgan norma (Kannnorm)*.

Statistik norma — bu ma'muriy yoki shartnomaviy tarzda belgilanadigan tushuncha emas. U ixtiro qilinmaydi, balki hisoblab chiqiladi. Norma yoki normallik o'rtacha arifmetik baholar orqali ifodalanadi va "*o'rtacha inson*" timsolida namoyon bo'ladi (L'homme moyen). **A. Kutele** (1796–1874), ijtimoiy statistikaning asoschisi, buni "*tabiiy ideal*" (Naturideal) deb atagan (Pongratz, 1972, b. 55–56). 1835 yilda **A. Kutele** tomonidan taklif etilgan g'oyaga ko'ra, insonning jismoniy va psixik xususiyatlari normal taqsimot qonuniga asoslangan holda ma'lum bir chegaralardan og'ishi mumkin. Shu asosda **B. Morel** o'zining degeneratsiya (mutatsiya, tanazzul) nazariyasini rivojlantirgan. Uning fikricha, normal tipdan chetlashish va degradatsiya bir xil tabiatli hodisalardir. **F. Galton** esa shu asosda qobiliyatlar irsiylikining qonunlarini ishlab chiqishga uringan. Statistik taqsimotni baholashda chegaraviy, ya'ni ekstremal og'ishlar faqat miqdoriy jihatdan baholanishi kerak, deb hisoblanadi. Ammo amaliyotda sifatan va funksional berilgan baholar ham doimo kerak bo'ladi. Shu sababli, statistik normani faqat normal taqsimot bilan bog'lash shart emas. Qolaversa, psixologiya sohasida normal taqsimot har doim ham uchrayvermaydi va ko'pincha test konstruktivi orqali sun'iy ravishda yaratiladi. Statistik norma ba'zan modal baholar orqali ham ifodalanadi. Bu holda gap mutlaq ko'pchilik haqida emas, balki nisbiy ko'pchilik haqida boradi — ya'ni bu ko'rsatkich 50%dan ham past bo'lishi mumkin. Shunday qilib, *statistik norma — bu metodik jihatdan tushuniladigan ob'ektiv mezon bo'lib, insonning natijalari standart baholarga mos keladimi-yo'qmi, shu asosida uning normal yoki anormal ekani aniqlanadi.*

Statistik normaning ob'ektiv baholashdagi uchta shakli: *Norma emas — shkalaning pastki qutbidagi past baholar*. Masalan: intellekt testlari. O'rtacha 100 IQ bo'lsa, 70 — past baho hisoblanadi va aqliy zaiflik (debillik)dan dalolat beradi. *Norma emas — shkalaning yuqori qutbidagi yuqori baholar*. Masalan: MMPI testi. 60 gacha — norma, 60–70 — shubhali diapazon, 70 dan yuqori — norma emas. Shu logika asosida ko'pgina klinik-psixologik testlar yaratilgan. *Norma emas — har ikki qutbdagi chegaraviy baholar*. Masalan: FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar) testi. Masalan, "kayfiyat" shkalasi: depressiv ↔ maniakal; "barqarorlik" shkalasi: labil ↔ rigid. Har ikki qutb ham normadan chetlashgan holat sifatida baholanadi. *Norma emas — juda kam yoki juda ko'p baholar*. Masalan: Rorshax testi. Испытуемый juda kam yoki juda ko'p butun tasvirlar, detallar yoki rangli javoblar beradi. Assotsiativ testda ham: juda kam yoki juda ko'p assotsiatsiya — har ikki holatda ham normadan og'ish. Norma — "juda ko'p" va "juda kam" orasidagi o'rtacha nuqtada joylashgan. Statistik yondashuvga tanqidiy nuqtayi nazar: **Vitkover**, transkultura psixiatriya asoschisi, shunday deb yozgan: «*Statistik metod inson xulq-atvori va motivatsiyasining mohiyatiga yeta olmaydi*» (Wittkower, 1965, b. 14).

P.B. Gannushkin ham «norma» va «patologiya» tushunchalarining ilmiy mazmunini aniqlash kerakligini ta'kidlab, o'rtacha statistik ko'rsatkichlarga asoslangan yondashuvni qat'iy tanqid qilgan (1964). **M.S. Rogovin** quyidagi xulosaga keladi: «*Bunday ma'lumotlarni yagona mantiqiy-nazariy konsepsiyaga*

keltirib bo'lmashligi — ularni faqat fangacha bo'lgan mezonlarning nozik shakli sifatida qarashga majbur qiladi. Ammo amaliyot shundan dalolat beradiki, ularning prognostik qiymati bundan ancha ortiq...» (1981, b. 38).

Normani tushunishdagi ushbu yondashuv — ya'ni, norma avvalo o'rtacha, omma orasida ajralib turmaydigan, mustahkamlashgan holat sifatida va ikkinchidan, atrof-muhitga eng moslashgan, adaptatsiyalangan holat sifatida talqin qilinishi — qat'iy tanqidlarga sabab bo'lgan. Bu tanqidlar asosan eski psixiatriya maktablari vakillari tomonidanyoq bildirilgan. Ular shunday fikr bildirganki, normallikni ko'p uchraydigan holatlar bilan tenglashtirish inson rivojlanishi tushunchasini kamsitadi va uni faqat odatiy xulq-atvor qoliplariga moslashish darajasiga tushirib qo'yadi. Fransiyalik eski psixiatr **Kyuler** shunday degan: «*Agar yer yuzida yarim normal insonlar qolmasa, sivilizatsiyalashgan dunyo hikmatning ortig'i sabab emas, balki o'rtachilikning ortig'i tufayli halok bo'ladi*». Hozirgi zamonaviy tadqiqotlarda ham statistik va adaptiv mezonlarga nisbatan rad etish tendensiyasi kuzatiladi. Masalan, polyak psixologi va klinitsisti **K. Dombrovskiyning** shunday fikrlari ham mavjud: «*Yangi sharoitlarga doim moslasha olish qobiliyati (har qanday darajada) insonning axloqiy va ehtiyojlar sohasida rivojlanmaganligidan dalolat beradi. Unga ko'ra, bu qobiliyat ortida qadriyatlar ierarxiyasining yo'qligi va shunday bir hayotiy pozitsiya yotadiki, u shaxsiyatning va ijodiy rivojlanishning optimal sharoitlari uchun zarur bo'lgan elementlardan xolidir*» (iqtibos: Bratus, 1989, b. 28). **Pongras** esa bir qator mualliflarning statistik norma mohiyati va roliga bo'lgan tanqidiy munosabatini qabul qiladi, ammo quyidagi shart bilan, agar statistik norma norma va anorma o'rtasidagi farqni aniqlashdagi yagona mezon bo'lganida edi. Ammo u shunchaki uchlamchi yondashuvlardan biri: *sotsiomadaniy, ob'ektiv, va sub'ektiv normalar qatoridagi ajralmas bir bo'g'in bo'lib qoladi* (Pongratz, 1972, b. 61).

Ideal norma — bu sub'ektiv va ixtiyoriy ravishda belgilab qo'yiladigan normativ bo'lib, mukammal namuna sifatida qabul qilinadi. Bunday ideal normalar ma'lum bir "*kamolot holati*"ni belgilaydi (Hofstatter, 1957, b. 218). Normativ sifatida ideal norma inson faoliyatining va shaxs namoyon bo'lishining xilma-xil shakllarini birxillashtirish va soddalashtirish vositasi vazifasini o'taydi. Buning natijasida ba'zi shakllar qoniqarli deb e'tirof etiladi, boshqalari esa qabul qilib bo'lmaydigan darajadagi funksonal holatlar deb hisoblanadi. Shu tariqa, norma tushunchasiga baholovchi va me'yorni belgilaydigan komponent kiritilishi mumkin: *inson qanday bo'lishi kerak va qanday bo'lmashligi kerak emas* (Pongratz, 1972 bo'yicha Sollnorm, ya'ni lozim bo'lgan norma). Idealga mos kelmaydigan barcha holatlar anormal deb e'lon qilinadi. Bunday yondashuvni biz ko'proq gumanistik psixologiyada uchratamiz. Masalan: "*o'zini amalga oshirib namoyon qila olgan shaxs*" (A. Maslou), "*to'liq faoliyat ko'rsatayotgan shaxs*" (K. Rodjers), "*har tomonlama rivojlangan shaxs*" (masalan, "*Kommunizm quruvchisining axloq kodeksi*").

Ideal norma shaxsiy darajada sub'ektiv bo'lishi mumkin, agar u inson tomonidan qadriyatli tasavvur, xulq-atvor mezoni yoki ideal shaxsga qaratiladigan obraz sifatida qabul qilinsa. Bu shaxs uchun muhim bo'lgan shaxslar tasavvur etgan ideallar bilan bog'langan holda namoyon bo'lishi mumkin. Agar ideal norma gruppasi, ijtimoiy qatlam yoki madaniy jamoa nuqtai nazaridan orzu qilingan holat sifatida qaralsa, u holda u ijtimoiy, sotsiomadaniy yoki intermadaniy (madaniyatlararo) normaga aylanadi. Statistik normadan farqli o'laroq, ideal normalarda qadriyatli va me'yor belgilaydigan jihatlar birinchi o'rinda turadi.

Ideal normalarning o'ziga xos xususiyatlari: Ular operatsionallashtirishda (ya'ni, aniq o'lchash va tekshirishda) qiyinchilikka duch keladi, chunki ularning mazmuni juda murakkab va sub'ektivdir. *Ideallar* — tabiatan erishib bo'lmaydigan maqsadlardir. Chunki har doim yanada "*balandroq, tezroq, kuchliroq, yaxshiroq*" kabi cheklanmagan harakatlar bo'lishi mumkin. Shu boisdan, ideallarga ortiqcha moyillik tarbiya va terapiya jarayonlarida salbiy oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Funksional normalar inson holatlarini ularning oqibatlari nuqtai nazaridan baholaydi: ya'ni bu holat zararli yoki zararsiz, ma'lum bir maqsadga erishish imkonini beradimi yoki yo'q. Agar bu holat inson maqsadiga bog'liq vazifalarni amalga oshirishga yordam bersa yoki to'sqinlik qilsa, funksional yoki disfunktsional deb baholanadi. Zamonaviy bixevioral-kognitiv psixoterapiya doirasida, masalan, mijozlarga o'z fikrlarini qayta ko'rib chiqish va sog'lom tafakkur qonunlariga rioya qilish tavsiya qilinadi. Ya'ni: Uning fikrlari (kognitsiyalari) real voqeelikka mos keladimi? Bu nuqtai nazarda fikrlar funksional yoki disfunktsional (Bek bo'yicha), yoki ratsional yoki irratsional (Ellis bo'yicha) deb baholanadi. Ushbu fikrlar insonning o'zini xohlaganidek his qilishi va xulq-atvoriga yordam beradimi? (Zalevskiy, 2002, 2006). **Byosh** funksional normaning ideal va real turlarini farqlaydi: Masalan, yosh va sport bilan shug'ullanuvchi erkakning yurak ishlashi – ideal norma; Haliyam faol bo'lgan qariyaning yurak ishlashi – real norma, ya'ni uning yoshiga mos holdagi funktsiya. U shu bilan birga funksional norma tushunchasi qiyinchiliklarga duch kelishi haqida ogohlantiradi. Xususan, bu norma ijtimoiy baholarga kuchli bog'liq (Bösch, 1964, b. 934). **Schmidt** esa shunday deydi: «*Ijtimoiy normalardan foydalanishda doim me'yor qanday belgilanadi – degan savol tug'iladi*» (Schmidt, 1978, b. 69). Funksional nuqtai nazardan, hatto statistik jihatdan "*normal*" bo'lgan xulq-atvor va kechinmalar ham normaga zid deb baholanishi mumkin, agar ular: haddan tashqari moslashuvchan (giperadaptatsiyalashgan) bo'lsa; turli sharoitlarga moslashishda kam variativlik va fleksibillikka ega bo'lsa; faoliyat doirasini cheklab, shaxsning rivojlanish potensialini to'ssa. Bu holatlar fiksatsiyalangan xulq-atvor shakllari orqali namoyon bo'ladi (Zalevskiy, 1993, 2003, 2004) — masalan, inson turli sharoitda doimo bir xil reaksiya qiladi, yangi imkoniyatlarga ochiq emas, va bu uning ijtimoiy yoki shaxsiy rivojlanishiga to'siq bo'ladi. Bu holat gipernomiya deb ataladi (me'yorlarga ortiqcha moslashish, unda erkinlik

yo'qoladi). **Pongras** fikriga ko'ra, funksional normalar tushunchasida "utopik normallik mezon" ni yashirincha kiritish ehtimoli bor. U bunga **Yung, Fromm** va boshqa mualliflarning asarlaridan iqtiboslar keltiradi va shunday deydi: Ularning fikricha taklif etilgan normalar – ideal yechimlar, lekin "oddiy inson" uchun emas. Ular Freyd ta'riflagan "*sog'lom maqsadlar*" chegarasidan chiqib ketadi: ishlash, sevis va hayotdan zavq olish.

Ijtimoiy normalar inson xulq-atvorini nazorat qiladi, uni atrof-muhit tomonidan kutilgan (yoki ta'riflangan) yoki hokimiyat tomonidan belgilangan muayyan namunaga mos bo'lishga majbur qiladi. Bu mazmunda gap qonunlar, nizomlar, muomala qoidalari, urf-odatlar, marosimlar, irimlar, e'tiqodlar, qadriyatli fikrlar, stereotiplar haqida ketmoqda — ya'ni, guruh a'zolari o'rtasidagi o'zaro munosabatlarni standartlashtiruvchi barcha xulq-atvor qoidalari va ustanovkalar haqida. Shunday qilib, ijtimoiy normalarga rioya qilish insonga guruh bosimi orqali amalga oshiriladi. Buni **Rommetvayt** quyidagicha ta'riflaydi: «*Ijtimoiy norma — bu normani belgilovchilar va uni qabul qiluvchilar o'rtasidagi doimiy o'zaro ta'sir vaziyatida yuzaga keladigan bosimdir*» (Rommetveit, 1954, b. 45). **Freydning** psixoanalitik terminologiyasida esa bu guruh bosimi *Super-Ego* orqali ifodalanadi «*qattiq, hatto dahshatli darajadagi ijtimoiy me'yor va tenglikni nazorat qiluvchi nazoratchi; uning sanksiyalari — bu qo'rquv va aybdorlik hissi*» (Hofstatter, 1959, b. 219).

Ijtimoiy normalar haqida fikr yuritishda muhim omillar: *Zamon ruhi* (nem. *Zeitgeist*) — *har bir ijtimoiy norma o'z vaqti va madaniyatiga bog'liq holda shakllanadi. Sotsiomadaniy yoki intermadaniy mezonlar* — turli madaniyatlar va tarixiy davrlar kontekstida normalar farqli bo'lishi mumkin. Buni **Benedikt** (1955) va **Mid** (1959) asarlaridagi illyustratsiyalardan ko'rish mumkin: Madagaskar orolidagi *Tanala* qabilasi: ular juda poklikka ehtiyotkorlik bilan yondashadi. Ular tomonidan doimiy yuvinish va tozalikka amal qilish — madaniy me'yor hisoblanadi. Ammo yevropaliklar uchun bunday xulq-atvor obsessiv deb baholanishi mumkin. Preriyalardagi indeeslar: ularda ko'rish va eshitishdagi ayrim xususiyatlar mavjud bo'lib, bunday qabul psixiatriya nuqtai nazaridan gallyusinatsiya sifatida baholangan bo'lardi. Biroq bu madaniy kontekstda *me'yor* deb hisoblanadi. Antik Yunonda, **Gippokratgacha** bo'lgan davrda, epilepsiya va isteriya "*muqaddas kasalliklar*" deb hisoblangan, ular orqali insonda ilohiy ekstaz namoyon bo'ladi deb ishonishgan. Sivilizatsiyaning globallashuvi tufayli, o'rtacha statistik xulq-atvor yoki madaniy chegaralardan chiquvchi xulq-atvorga nisbatan jamiyatning bag'rikengligi oshib bormoqda. Bu esa ijtimoiy normalar va anormallik mezonlarining o'zgarishiga olib kelmoqda. Ushbu o'zgarishlar esa o'z navbatida boshqa barcha norma turlarining tushunilishiga ham ta'sir o'tkazmoqda.

Intermadaniy umumiyliklar haqida: Bu masalada **R. Linton** quyidagi xulosalarga keladi (Linton, 1956): Har bir madaniyat o'z me'yorlarini mutlaq haqiqat deb hisoblaydi. Har bir jamiyat anormallik haqida gapiradi, – lekin uni

turlicha belgilovchi belgilar asosida tasniflaydi, – turlicha baholaydi va – turlicha yordam ko‘rsatadi. Intermedaniy jihatdan kuzatilgan anormalliklarni biologik (konstitutsional) asosga ega deb hisoblaydi. Biroq, **Pongras** va boshqalar bu fikrga rozilik bildirmaydi (Pongratz, 1972, b. 58). Shu sababdan, **F. Xsyu** quyidagi umumiy nuqtani belgilaydi (F. Hsu, 1961, 1962): Butun madaniyatlarda ijtimoiy aloqalarga nisbatan munosabat asosiy o‘rin tutadi. *Agar inson ijtimoiy kontaktlarsiz yashashni xohlasa, u anormal deb baholanadi.* «Norma – anorma» tushunchasi sotsiomadaniy kontekstda baholanishi lozim.

Sub’ektiv (yoki individual) norma — bu inson holatini boshqa odamlar bilan emas, balki o‘zining avvalgi holati bilan solishtirishni nazarda tutadi. Bunday norma insonning: shaxsiy maqsadli ustanovkalari, hayotiy qadriyatlari, imkoniyatlari va individual sharoitlari bilan bog‘liq holda o‘zi uchun mos va qoniqarli bo‘lgan holat sifatida baholanadi. U jamiyat belgilagan me‘yorlarga emas, insonning shaxsiy mezonlariga asoslanadi. Klinik-psixologik amaliyotda u yuqori indikatsion baholanishi bilan ajralib turadi. Amaliy jihatdan barcha mualliflar normaga baho berishda turli qarashlarga asoslangan mezonlardan foydalanish zarur, deb hisoblaydilar: statistik, ijtimoiy, ideal va sub’ektiv mezonlar (Bastine, 1998. 175-bet).

Klinik kontekstida normadan chekinish ko‘pincha patologiya sifatida tavsiflanadi. Tibbiy atamalarda patologiya odatda organizmning biologik darajadagi faoliyatining buzilishi deb tushuniladi. Biroq klinik psixologiyada «patologiya» tushunchasining mazmuniga shunday normadan og‘ishlar ham kiradiki, ularda hech qanday biologik komponentlar mavjud emas (shuning uchun ham «patologik shaxsiyat», «shaxsning patologik rivojlanishi» kabi atamalarni qo‘llash to‘liq asosli hisoblanadi). «Patologiya» so‘zining qo‘llanilishi normal holat, faoliyat yoki shaxsiyat rivojlanishi morfofunktsional buzilishlar (ya’ni, miya, psixofiziologik, endokrin va boshqa biologik mexanizmlar darajasidagi xulq-atvorni tartibga soluvchi jarayonlar) natijasida o‘zgarganligini ko‘rsatishga urg‘u beradi. "*Patologiya*" termini kelib chiqadigan qadimgi yunoncha (patos) so‘zining ma’nosi — "*azob*", "*qiynalish*"dir. Demak, patologiya deb faqat shunday normadan og‘ishlarni tushunish mumkinki, ularda inson hissiy noqulaylikni his qiladi. Ammo psixik, shaxsiy va xulq-atvorga oid normadan og‘ishlarda odamda ko‘pincha hech qanday sub’ektiv noqulaylik yoki azob tuyg‘usi yuzaga kelmaydi. Shuningdek, «*patologiya*» so‘zini qo‘llash normadan og‘ishning yagona yetakchi sababi borligini ham nazarda tutadi. Biroq bir xil psixik holatning ko‘pincha bir emas, balki bir-biriga zid bo‘lgan, nafaqat biologik, balki ijtimoiy manbaga ega bir necha sabablari bo‘lishi mumkin. Masalan, depressiya neyroximik buzilishlar (biogen aminlar — serotonin, noradrenalin, dofamin faolligining pasayishi), *gipotalamus – gipofiz – buyrak usti bezi* tizimining giperaktivligi natijasida yuzaga kelgan neyrogormonal o‘zgarishlar (masalan, kortizolning ortiqcha ajralishi) bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Lekin shunday depressiyalar hayotiy vaziyatlar bilan (nafaqat mavjud sharoitlar, balki madaniyat, davr, siyosiy muhit va hokazolar) yoki shaxsning axborotni qabul

qilishi, ya'ni voqealarni talqin etishdagi motivatsion xususiyatlari bilan ham bog'liq bo'lishi mumkin. Klinik psixologiyaning asosiy nazariy va metodologik muammolaridan biri — bu miya va psixika o'rtasidagi bog'liqlik masalasini eslatar ekanmiz, normadan kuzatilayotgan og'ishlarning aslida qay darajadagi o'zgarishlar sababli yuzaga kelayotganini aniq aytish juda mushkul. Nihoyat, «*patologiya*» terminida baholovchi komponent juda kuchli ifoda etilgan bo'lib, u statistik yoki ideal normalarga mos kelmaydigan har qanday shaxsga «*kasal*» degan yarliqni osish imkonini beradi. Yuqorida keltirilgan ushbu so'zni qo'llashning uchta xususiyati (ya'ni: normadan og'ishda inson albatta azob chekishi, o'zini yomon his qilishi lozimligi; buzilishning yagona yetakchi sababi borligi taxmini; kuchli baholovchi ta'sir) tufayli ko'plab olimlar «*patologiya*» atamasini psixiatrlar va klinik psixologlar leksikonidan chiqarish tarafdori. Ularning taklifiga ko'ra, bu atamani biologik darajadagi buzilishlar bilan cheklash kerak va uning o'rnida «*buzilish*» (*rasstroystvo*) so'zidan foydalanish maqsadga muvofiq.

«*Buzilish*» (*rasstroystvo*) atamasi inson uchun odatiy bo'lgan holatning yo'qolishi yoki buzilishi degan ma'noni anglatadi. Ushbu termini qo'llash normadan og'ishning yuzaga kelishi uchun aniq va bir xil sabab-oqibat bog'liqligi mavjud bo'lishini talab etmaydi. Buzilishlar biologik, psixologik va ijtimoiy omillar o'zaro ta'siri natijasida kelib chiqishi mumkin va har bir aniq holatda ushbu omillardan biri buzilishning boshlanishi, rivojlanishi yoki natijasida yetakchi o'rinni egallashi mumkin. Shu sababli bugungi kunda klinik psixologiyada «*buzilish*» atamasidan foydalanish ko'proq ma'qul va afzal hisoblanadi.

Psixik buzilish (rasstroystvo)ni aniqlash uchta asosiy mezonga tayanadi:

1) muayyan turdagi reaksiyalarning statistik jihatdan ko'pchilik odamlarda ma'lum vaziyatda belgilangan vaqt mobaynida uchrashiga nisbatan ancha yuqori darajada namoyon bo'lishi (masalan, agar depressiyaning o'nta belgisidan beshtasi insonda ikki hafta va undan ko'proq vaqt davomida kuzatilsa, bu holat «*buzilish*» sifatida qabul qilinadi);

2) insonning o'z maqsadlarini adekvat amalga oshirishga to'sqinlik qiluvchi va shu bilan unga zarar yetkazuvchi holatlar (bunday holatlar «*disfunktsional holatlar*» deb ataladi);

3) shunday xulq-atvor turlari borki, ular tufayli individuunning o'zi jismoniy zarar ko'radi yoki bu xulq-atvor atrofda qilargaga aziyat va jismoniy zarar yetkazadi.

Klinik psixologlar va psixiatrlar *psixik patologiya* (*rasstroystvo*) mohiyatini aniqlashda turli nazariy va amaliy muammolarga duch keladi. Shunga qaramay, **M.S. Rogovin** ta'kidlaganidek, *psixik patologiya* uchun ilmiy asoslangan birinchi mezon sifatida quyidagi qonuniyatni ko'rsatish mumkin: *agar psixikada patologiya mavjud bo'lsa, u holda shaxsning tashqi dunyoga nisbatan*

harakatlarini boshqarib turuvchi normal funksiyasi yetarlicha faol bo'lmaydi, uning o'rnini ichki, ya'ni patologik qonunlar egallaydi.

Fransuz faylasufi **A. Rey** illyuziyalar va gallyusinatsiyalar kabi patologik fenomenlarni tahlil qilar ekan, tashqi dunyo ta'sirining pasayishi va sub'ektivlik ustunlik qilishini to'g'ri qayd etib o'tadi. Xuddi shu nuqtai nazarni o'tmish va hozirgi davrning yetakchi psixopatologlari — **V. Grizinger, P. Jane va A.V. Snejnevskiy** ham bayon qilishadi. **M.S. Rogovin** bu holatni alohida muhim ahamiyatga ega deb biladi, chunki asosiy psixik buzilishlarning faqat ichki omillar bilan bog'liq bo'lishi, yetarli darajada kompetent tadqiqotchi uchun amaliyotda ishonchli mezon hisoblanadi va shu tariqa psixik patologiyaning mantiqiy ta'rifini aniqlashdagi murakkablik va kamchiliklarni ma'lum darajada qoplaydi (1981. B. 39–40). Klinik va eksperimental psixologiya sohasidagi bir qator tadqiqotlarning ko'rsatishicha, psixik patologiyaning dastlabki — va juda erta — indikatorlari sifatida shaxsda «*ichkilik ustunligi*», «*tashqi dunyo bilan bog'lanishning yo'qolishi*» va natijada, *fiksatsiyalangan xulq-atvor shakllari* namoyon bo'lishi mumkin (Zalevskiy, 1970, 1976, 1993, 2004). Insonning ijtimoiy darajadagi faoliyatida esa norma va patologiya (rasstroystvo) salomatlik va kasallik holatlari sifatida namoyon bo'ladi. *Salomatlik — bu tipik ideal tushuncha bo'lib, uning yagona va aniq ta'rif mavjud emas* (Perre, Bauman, 2002). «*Sog'lom*» yoki «*kasal*» nima degani? Bu masala ustidan shifokorlar eng kam bosh qotiradi. Sog'liq modellari yoki etalonlari ko'p jihatdan muayyan davr va madaniyat mahsulotidir (Zalevskiy, Kuzmina, 2010). «*Kasal*» nima degani? Bu ko'proq shifokorlar fikridan emas, balki bemorlarning shaxsiy bahosi va ma'lum madaniy muhitdagi hukmron qarashlardan kelib chiqadi (Yaspers, 1973).

Fanda sog'liq holatini aniqlashda ikki yondashuv mavjud: – *Negativ (inkor qiluvchi) yondashuv*, – *Pozitiv (ijobiy) yondashuv*.

Negativ yondashuv. Sog'liqni patologiyaning yo'qligi va normalarga muvofiqlik sifatida qaraydi. *Bu yerda norma sog'liq deb, patologiya esa kasallik deb olinadi.* Lekin norma va patologiya tushunchalari sog'liq va kasallik tushunchalariga nisbatan kengroqdir. *Norma va patologiya — kontinual(davomiy) holatlar bo'lib, bir-biriga o'tuvchi holatlar to'plamini qamrab oladi. Aksincha, sog'liq va kasallik — diskret(alohida) holatlar: aniq chegaralangan holatlar.* Ular ob'ektiv og'ishlar emas, sub'ektiv holat — ya'ni inson o'zini yaxshi yoki yomon his qilishi, va bu holat unga faoliyat, muloqot va xulq-atvordagi kundalik vazifalarni bajarishga qanchalik ta'sir qilishi bilan belgilanadi. Asosiy farq – umumiy holatni his qilish (samo chuvstvie): *Sog'lom odam — o'zini yaxshi his qiladi va kundalik ijtimoiy vazifalarni bajara oladi. Kasal odam — o'zini yomon his qiladi va bu vazifalarni bajara olmaydi.* Hatto biologik darajada normadan og'ish bo'lsa ham, bu insonni albatta "kasal" deyishga asos bo'la olmaydi. Masalan, bayramda alkogol ichgan odam psixik faoliyatning "me'yoriy" parametrlaridan og'ish holatida (shartli ravishda «o'zgargan ong holatida»), biroq u kasal hisoblanmaydi — agar u ijtimoiy funksiyalarni bajarayotgan bo'lsa. Xulosa qilib fikr yuritadigan

bo'lsak, *Sog'liq tushunchasi — norma tushunchasidan kengroq. Kasallik tushunchasi — patologiyadan farqli degan tushunchani anglatadi.*

Bu tafovutlar olimlarni pozitiv sog'liq konsepsiyalarini izlashga undab kelmoqda. *Pozitiv yondashuv.* Sog'liqni faqat kasallik yo'qligi bilan emas, balki kasallikdan mustaqil holat sifatida qaraydi. **E. Frommning** (1964) ta'rificha, *“sog'lom inson — bu sevish va ijod qila oladigan shaxs”*. Ya'ni, *“sog'lom inson — bu faoliyatga layoqatli, o'z ijtimoiy rolidan kelib chiqqan holda harakat qiluvchi, va unga kasal rolini yuklab bo'lmaydigan shaxs”*.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) tomonidan taklif etilgan sog'liqning umumiy ta'rifi shunday holatlarni nazarda tutadi va unda insonda:

organizmning tuzilish va funksiyalariga xos xususiyatlari saqlangan bo'ladi; odatiy tabiiy va ijtimoiy muhitdagi o'zgarishlarga moslashish qobiliyati yuqori darajada bo'ladi; emotsional va ijtimoiy farovonlik saqlanadi.

JSST ta'rifiga ko'ra psixik sog'liq mezonlari: *o'z “Men”ini anglash va uning davomiyligini his etish; bir xil vaziyatlarda his-tuyg'ularning barqarorligi; o'zini va o'z faoliyati natijalarini tanqidiy baholay olish qobiliyati; atrof muhit ta'sirlarining kuchi va tezligiga mos ravishda psixik reaksiyalarning shakllanishi; o'z xulq-atvorini umumqabul qilingan normalarga muvofiq boshqara olish; hayotni rejalashtirish va o'z rejalarini amalga oshirish qobiliyati; hayot sharoiti va vaziyatlarga mos ravishda xulq-atvorni o'zgartirish qobiliyati.*

Demak, sog'liq — *bu doimiy holat emas, balki turli ko'rsatkichlarning dinamik muvozanati. Aksincha, kasallik — bu sog'liq mezonlarining torayishi, yo'qolishi yoki buzilishi, ya'ni sog'liqning maxsus holati sifatida qaraladi.* Biroq “kasallik” tushunchasi ham muammoli. Kasallikni ta'riflashda ikkita asosiy yondashuv mavjud: **Ob'ektiv yondashuv:** *Kasallik — bu mutaxassis tomonidan aniqlangan holat.* Lekin odamlar ko'pgina holatlarda shifokorga murojaat qilmaydi va inson faoliyati uchun umumqabul qilingan ob'ektiv standartlar mavjud emas. Shuning uchun ba'zi hollarda mutaxassislar ham qaysi holatni “kasallik” deyish bo'yicha bir fikrga kela olmaydilar. **Sub'ektiv yondashuv:** *Kasallik — bu insonning o'zini kasal deb his qilishi, ya'ni noqulaylik, og'irlik, charchoq tuyg'usi (masalan, “men endi bunga dosh bera olmayman”), yoki “kasal rolini” o'z zimmasiga olib, ayrim imtiyozlar yoki foyda olishga urinish.*

Ikkala yondashuvning cheklovlari: *Birinchi (ob'ektiv) yondashuv: hamma kasalliklar aniq tashxislanmaydi, ba'zi holatlarda kasallik belgilari haqida mutaxassislar bir fikrda emas. Ikkinchi (sub'ektiv) yondashuv: bemorning aytayotgan holati undagi real buzilishdan ko'ra ko'proq uning ichki muammolarini aks ettirishi mumkin. Shuningdek, ba'zi og'ir somatik (jismoniy) kasalliklar masalan, sil(tuberkulez) hech qanday o'zgargan his-tuyg'usiz kechishi mumkin. Shunday qilib, sog'liq va kasallik tushunchalari faqat biologik*

mazmunga emas, balki madaniy, psixologik va ijtimoiy mazmunga ham ega. *Kasallik faqat ob'ektiv buzilish emas, balki shaxsning o'zini qanday his qilishidan va jamiyatning bu holatga qanday munosabatda bo'lishidan ham kelib chiqadi. Ya'ni, Sog'liq — bu doimiy holat emas, balki turli ko'rsatkichlarning dinamik muvozanati. Aksincha, kasallik — bu sog'liq mezonlarining torayishi, yo'qolishi yoki buzilishi, ya'ni sog'liqning maxsus holati sifatida qaraladi degan tushunchaga kelamiz.*

Kasallik tushunchasi insonning ob'ektiv holatining ifodasi emas, balki oddiy odamlar va mutaxassislar sog'lig'idagi buzilishlarni aniqlashga urinishda foydalanadigan umumiy nazariy va ijtimoiy *konstrukt* hisoblanadi. Ushbu *konstrukt*ning mazmuni kasallikning sabablari va namoyon bo'lishini qanday ko'rishni, shuningdek, turli buzilishlarni tadqiq etish va davolash yo'nalishini belgilab beradi. Boshqacha aytganda, avvalo odamlar qaysi holatni “*kasallik*” deb hisoblash kerakligini belgilaydilar, va shundan so'ng uni o'rganish va davolashga kirishadilar. Shunday qilib, kasallik konsepsiyasi quyidagi izchillikni nazarda tutadi:

sabab → nuqson (defekt) → klinik manzara → oqibatlar.

Bu izchillik, gipotezalarni ilgari surish, buzilishlarni tushuntirish va sabablarga ta'sir qilish uchun asos bo'lib xizmat qiladi. Biz psixik faoliyat yoki xulq-atvordagi og'ishlar va umumiy klinik kartinani kuzatganimizda, kasallik konstrukt asosida shunday xulosaga kelamizki, bu tashqi belgilar ortida insonning o'zidagi ma'lum bir nuqson yotadi, va u ushbu nuqsonga olib keluvchi muayyan sabablar bilan bog'liq. Psixik yoki ma'naviy kasalliklar haqida gap ketganda esa, ayrim mutaxassislarning fikricha, bu umuman mif(afsona)dir (Shash, Lengl).

4.2. Klinik psixologiyada paradigmalar, tadqiqot dasturlari va modellar

Klinik psixologiya metodologiyasida metodologik abstraksiyaning ikki darajasi farq qilinadi: “*Ramkali modellar*” darajasi, “*Klinik-psixologik modellar*” darajasi (Bastine, 1998. 63-bet). Umuman olganda, *model* yoki *paradigma* (tadqiqot dasturi) tushunchalari ilm-fan sohasida nazariya va/yoki tadqiqot metodiga asos bo'luvchi ilmiy qarashlarni bildiradi. Model haqidagi tasavvur ma'lum bir fan sohasida bilish jarayoniga sezilarli ta'sir ko'rsatadi, ya'ni nazariy-kognitiv funksiyaga ega. Klinik psixologiyada *metanazariy modellar* (keng qamrovli ramkali modellar) psixik buzilishlar kabi tushunchalar orqali nazariya va amaliyotga ta'sir ko'rsatadi. *Ramkali modellar* — bu shunday tadqiqot dasturlariki, ular fanga asos soluvchi, keng tarqalgan farqlarni namoyon etadi va “*ilmiy paradigma*” tushunchasiga mos keladi (Qarang: Kun, 1978). *Ilmiy paradigma* (yun. paradeigma – namuna, usul) — ma'lum vaqtda muayyan fan sohasida qabul qilingan qoidalar, qadriyatlar, usullar, standartlar majmuasini ifoda etadi. Boshqacha aytganda, bu ilmiy tadqiqotning muayyan an'anasi

hisoblanadi. Klinik psixologiyada asosiy uchta *ramkali model* (paradigma) mavjud: *Organik model* – Biologik va tibbiy fanlar bilan bog‘liq; inson psixikasidagi buzilishlarni organizm faoliyatining biologik sabablari bilan izohlaydi. *Psixosotsial model* – Ijtimoiy muhit, jamiyat, tarbiya, turmush sharoiti va shaxslararo munosabatlarni ruhiy holat va kasalliklarning asosiy sababi sifatida ko‘radi.

Biopsixosotsial model. – Bu integrativ yondashuv bo‘lib, biologik, psixologik va ijtimoiy omillarning o‘zaro ta‘sirini hisobga oladi. U ko‘p fanli yondashuvni talab qiladi va o‘zaro bog‘liq murakkab mexanizmlarni tushuntirishda qo‘llaniladi.

Klinik-psixologik modellar — bu ancha cheklangan ko‘lamdagi modellar bo‘lib, shular qatoriga quyidagilar kiradi: *Psixoanalitik model*, *Gumanistik model*, *Xulq-atvor (povedencheskiy) modeli*, *Kognitiv model*, *Interpersonal model* va boshqalar.

Bu modellar ko‘pincha "*psixoterapevtik maktablar*" deb ham ataladi. Lekin bu atama asosan turli psixoterapiya turlarini, ya‘ni turli terapevtik yondashuvlar va turli sog‘liq-kasallik konsepsiyalariga asoslangan psixoterapiya usullarini anglatish uchun ishlatiladi. Demak, *Ramkali modellar* — *keng qamrovli, fanlararo paradigmatlar (masalan, biopsixosotsial yondashuv)*. *Klinik-psixologik modellar* — *cheklanganroq, ko‘proq amaliy psixoterapiyada qo‘llanadigan maktablar va modellar degan xulosaga kelishimiz mumkin.*

4.2.1. Umumlashtirilgan paradigmatlar

Organik yoki biotibbiy model XVII asrdan beri mavjud bo‘lib, kasallik sabablarini asosan tabiiy (biologik) omillar bilan bog‘lashga yo‘naltirilgan. Ushbu modelda kasallikning tashqi sabablari o‘rganiladi va u asosan jismoniy tanani tadqiq qilishga qaratilgan. Biotibbiy modelni xarakterlaydigan to‘rtta asosiy g‘oya mavjud: *Kasallik keltirib chiqaruvchi agent (mikrob, virus va h.k.) nazariyasi*; "*Xo‘jayin – agent – muhit*" o‘zaro ta‘sir konsepsiyasi; *Hujayra konsepsiyasi*; *Mexanistik konsepsiya*; *inson — bu tana, kasallik esa organizmning muayyan qismlaridagi "buzilishi"* sifatida qaraladi. Ushbu model doirasida ijtimoiy, psixologik yoki xulq-atvor bilan bog‘liq sabablarga joy yo‘q. Hatto agar buzilish (jumladan, psixik buzilish) boshqa omillar bilan bog‘liq bo‘lsa ham, uning tabiati doimo somatik deb qaraladi. Shuning uchun kasallik uchun javobgarlik faqat shifokor zimmasiga yuklanadi, bemor esa faol ishtirokchi emas. XX asr boshlarida ushbu model qayta ko‘rib chiqiladi va bu **Gans Sele** (1992, 1994) tomonidan ishlab chiqilgan umumiy adaptatsion sindrom konsepsiyasi ta‘sirida sodir bo‘ladi. Bu konsepsiyaga ko‘ra, kasallik — bu organizmning noto‘g‘ri yo‘naltirilgan yoki ortiqcha kuchli adaptatsiya (moslashish) reaksiyasi ekanligi aniqlanadi. Ko‘plab buzilishlar adaptiv reaksiyaning bir turi sifatida qaralishi mumkin. Bu nazariya doirasida "*maladaptatsiya*" (lot. malum + adaptum — *yomon moslashuv, ya‘ni xronik kasallik*) degan tushuncha paydo bo‘ladi — bu organizmning salbiy, uzoq davom etuvchi moslashuv holatidir. Biroq psixik buzilishlarga nisbatan adaptatsion model ham tanqidga uchraydi, chunki unda shaxs xususiyatlari yoki voqea-situatsiyaning individual konteksti

hisobga olinmaydi. MDH mamlakatlari klinik psixologiyasi psixiatriya bilan chambarchas bog‘liq bo‘lganligi tufayli, uzoq vaqt mobaynida psixik kasalliklarni tushunishda biotibbiy modelga suyanilgan. Shuning uchun ijtimoiy muhitning psixik buzilishlarga ta’siri yetarlicha tadqiq etilmagan. Masalan:« *Psixiatriya nuqtai nazaridan, nevroz — bu kasallik*» Chunki psixiatriya va psixopatologiyada psixik buzilishlar organik buzilishlar kabi, ya’ni biotibbiy model asosida kasallik sifatida ta’riflanadi. Ya’ni, psixik buzilishlarga ham xuddi shu "*organik yoki tibbiy model*" qo‘llaniladi. Organik model XX asr boshlarida ayrim psixik va xulq-atvoriy buzilishlarning biologik sabablari aniqlanishi tufayli kuchli qo‘llab-quvvatlovga ega bo‘ladi. Bu, avvalo, progressiv falaj (paralich) holatiga taalluqli bo‘lib, u quyidagi belgilari bilan tavsiflanadi: asabiylik, charshash, zehn pasayishi (intellektual funksiyalarning susayishi, hatto demensiyagacha), ehtiyojlarning keskin o‘zgaruvchanligi (emotsional labillik) va boshqalar. Bu holatning aniq sababi sifatida sifilis infeksiyasi e’tirof etilgan. Shu tufayli uzoq vaqt davomida progressiv falaj psixik kasallikning namunaviy misoli deb qaralgan. Ammo bu holat yaxlit va universal psixopatologiyani aks ettirmaydi, chunki sifilisga chalingan bemorlarning faqat 10% atrofida psixik buzilishlar kuzatilgan, va bu ham har bir holatda turlicha namoyon bo‘lgan. Shunday ekan, sifilis infeksiyasi psixik buzilish uchun zaruriy shart hisoblansa-da, lekin yetarli shart emasligi kuzatilgan. Bu tadqiqotlardan so‘ng, olimlar shu kabi boshqa holatlarni ham organik model asosida izohlash maqsadida faol izlashni boshlaydilar. Ammo bu umidlar, katta sa’y-harakatlarga qaramay, hanuz to‘liq amalga oshmay kelmoqda. Shunga qaramay, turli organik miya jarayonlari psixik buzilishlarni qo‘zg‘atishi mumkin, degan ishonch saqlanib qolmoqda. Miya yallig‘lanishi (*ensefalit, meningit*), zaharlanish, qon tomir kasalliklari, umumiy somatik buzilishlar (modda almashinuvi buzilishi, jigar, buyrak xastalıkları va boshqalar) shaxsning hissiy holati va xulq-atvoriga jiddiy ta’sir ko‘rsatishi mumkin. Biroq, shu bilan birga, psixologiyadagi klassik psixopatologik fenomenlar — masalan, psixozlar yoki nevrozlar, organik tuzilish (substrat)dagi buzilishlar natijasi emas, degan qarash ustuvor bo‘lib kelmoqda. Ya’ni, ularning kelib chiqishi faqat jismoniy organizmdagi organik o‘zgarishlarga bog‘liq emas, balki boshqa — psixologik, ijtimoiy va individual omillar bilan ham chambarchas bog‘liqdir.

Organo-tibbiy ramkali modelning asosiy xususiyatlari: Psixik buzilishlar kasallik sifatida tushuniladi, ularda psixik buzilishlar — bu tana (somatik) buzilishi yoki kasallikning belgilari (simptomlari) hisoblanadi. Psixik muammolar organik nuqsonlar sababli kelib chiqadi. Psixik fenomenlar somatik buzilishlarning epifenomenlari sifatida qaraladi. Agar yetarlicha ma’lumot to‘plansa, barcha psixik buzilishlarning sababiy bog‘lanishini ana shu elementar darajada topish mumkin, degan bir qancha qarashlar ham bor. Psixik va ijtimoiy omillar ikkinchi darajali ahamiyatga ega, chunki ular psixik buzilishlarning "*mohiyati*"ni emas, balki faqat tashqi namoyon bo‘lish shaklini (patoplastika) belgilaydi. Psixik buzilishlarni o‘rganish metodologiyasi tabiiy-ilmiy va sababiy (deterministik) prinsiplarga asoslanadi. Psixik buzilishlarni tadqiq etish va

davolash faqat tibbiy muassasalarda amalga oshirilishi kerak, ya'ni bu jarayonlar institutsional tibbiy tizim ichida bo'lishi shart.

Organik (organo-tibbiy) ramkali modelning tanqid qilinishi Zigmund Freydning ishlari bilan boshlanadi. U har qancha organik-tibbiy tasavvurlarga juda bog'langan bo'lsa-da, psixik buzilishlarning psixogenetik (ruhiy kelib chiqishli) sabablarini tushuntirish uchun katta sa'y-harakat qiladi. Yevropa psixiatriyasida ham bu model anchagina tanqid qilinadi. Xususan, **Eygen Bleyler** (Eugen Bleuler, 1857–1939) 1919 yildayoq *organik-tibbiy model* doirasida “sog'lom” va “kasal” tushunchalarini farqlashga qarshi chiqadi: “*Psixik kasallik tushunchasi – bu tibbiy emas, balki ijtimoiy tushuncha. Psixik kasalliklar — bu ruhiy normadan og'ishlar bo'lib, ular shaxsni ijtimoiy jihatdan noto'laq va ojiz qiladi yoki unga katta qiyinchiliklar keltiradi*” (1975, s. 59). Ushbu nuqtai nazarni **Karl Yaspers** ham qo'llab-quvvatlaydi. 1960-yillarga kelib tanqid yanada kuchayadi. Psixiatr va psixoanalitik **Tomas Shash** (T. Szasz) psixik buzilishlarning tibbiy modelini “mif” deb atadi. Xuddi shunday fikrlar: *Interaksional* (o'zaro ta'sirli) psixiatrlar (masalan, Gofman, Lengl), psixoterapevtlar (Bandura, Ulman), *Sotsiologik nuqtai nazar* (Koyp va boshqalar) tarafidan ham bildiriladi. **Koyp** tomonidan organik modelning to'rtta asosiy konseptual zaif jixati belgilangan (Keipp, 1974): *Birinchi*dan tabiiy “berilgan” normal konstantlar sifatida qarash. Psixik buzilishlar ushbu modelda shaxsning ichki, o'z organizmiga xos “tabiiy” xususiyat sifatida qaraladi. Biroq, real tadqiqotlar psixosotsial omillar muhim ahamiyatga ega ekanini ko'rsatadi. Ya'ni, bu model o'zini “isbotlangan” deb ko'rsatsa-da, u ijtimoiy baholashni inkor qiladi.

*Ikkinchi*dan diagnoz — “yorliq” (stigmatizatsiya) vazifasini bajaradi. Organik modeldagi tashxis qo'yish — bu insonga faqat kuzatilgan emas, balki kuzatilmagan xislatlarni ham bog'lashdir (masalan: xavfli, mas'uliyatsiz). Bu esa insonni institutsional “kasal”ga aylantiradi, va boshqalarning unga munosabatini o'zgartiradi. Masalan, avval “*bu odam o'zini qo'rqanday tutayapti*”, keyin “*u qo'rquvni namoyon qilmoqda*”, so'ngra — “*u qo'rquv his etadi*” va nihoyat — “*u nevroitik*” deb tavsiflanadi.

*Uchinchi*dan xulq-atvor muammosi — “kasallik belgisi” deb talqin qilinadi. Xulqdagi og'ishlar yoki muammoli xulq-atvor muammo sifatida emas, balki kasallikning simptomi deb qaraladi. *Psixik simptomlar* — bu simptomlar, deb qabul qilinib, ularni tug'diradigan sabablar — doim ichki yoki organik sabablar deb izohlanadi. Shu bilan turmush qiyinchiliklari ham, go'yoki tibbiy tadqiqotlar ularni aniqlaganday “*bioximik jarayon*” deb ko'rsatiladi.

*To'rtinchi*dan psixika va tana (soma) o'rtasidagi ikki karra dualizm. Organik modelda psixika va tana qattiq ajratib qo'yiladi: Psixik simptomlar — somatik sabablar natijasi deb qaraladi; Shaxsning ichki dunyosi — tashqi muhitdan to'liq uzoqlashgan holda, mustaqil tuzilma sifatida namoyon bo'ladi. Bundan tashqari, psixik buzilishga chalingan shaxs tashqi muhitdan mutlaqo mustaqil, deb qaraladi, go'yoki u jamiyat ta'sirida yashamaydi. Tanqidchilarning fikricha, organo-tibbiy model: Insonning shaxs sifatidagi xususiyatlarini inkor etadi;

Muammoli xulq-atvorni avtomatik ravishda “kasallik belgisi” deb belgilaydi; Diaqnoz orqali odamga “yorliq” osadi ijtimoiy tushunishdan chetlatadi; Va eng muhimi, jamiyatning yashirin nazoratini amalga oshiradi. **Koyp**ning so‘zlariga ko‘ra, tibbiy model “jamiyat nazoratining yashirin shakli sifatida” harakat qiladi. *Psixosotsial ramkali model*. Organik (biotibbiy) paradigmaning tanqid qilinishiga javob sifatida psixik buzilishlarga oid turli nazariyalar asosida psixosotsial ramkali model shakllanadi. Ushbu yondashuvni birlashtiruvchi umumiy nuqta — bu: psixik buzilishlarni: – aniqlashda, tushunishda, kelib chiqishini izohlashda va davolashda psixik va ijtimoiy sharoitlarni markaziy o‘ringa qo‘yish.

Psixosotsial modelning xususiyatlari: Ijtimoiy va xulq-atvor fanlariga asoslanadi. Bu model organik paradigma inqiroziga javob sifatida paydo bo‘lgan. Unda psixik va ijtimoiy omillar psixik buzilishlar sababi sifatida ilgari modellardan ustunroq qo‘yiladi. O‘z vaqtida **Koyp** buni “*istalgan bir yoqlama yondashuv strategiyasi*” deb ataydi, ya’ni — model asosiy nazariy gipotezalarni keskinlashtirish orqali muqobil nuqtai nazarlarni rivojlantirishni rag‘batlantiradi. Bu model quyidagilarni qamrab oladi : *Sotsiologik va interaksional yondashuvlar (masalan, yarliqlash nazariyasi, antipsixiatriya); Gumanistik, Ekzistensial, Psixoanalitik, Faoliyatga yo‘naltirilgan (deyatelnostnyy), Tizimli (sistemnyy) qarashlar.* **Bandura** (1969) va boshqalarga ko‘ra, psixosotsial modelning to‘rtta asosiy nazariy takliflari mavjud. Shunay qilib psixosotsial ramkali model: psixik buzilishlarni faqat biologik sabablar bilan emas, balki ijtimoiy, shaxsiy va ruhiy muhit bilan tushuntiradi. U alternativ(muqobil) nazariyalar uchun platforma yaratadi va insonni jamiyatdan ajratmasdan o‘rganishni taklif qiladi.

Psixosotsial ramkali modelning qabul qilingan to‘rtta asosiy nazariy tamoyili.

1. *Kontinuum (uzluksizlik) tamoyili*. Ushbu tamoyilga ko‘ra, “norma” va “patologiya” o‘rtasida qat’iy chegara yo‘q, ular bir-biriga uzluksiz va yengil o‘tish shaklida mavjud. Farq asosan intensivlik, tez-tez takrorlanishi yoki muayyan vaziyatlarga bog‘liqligida namoyon bo‘ladi. Faqatgina shaxsning shaxsiy xususiyatlari, vaziyatning ma’nosi, kontekst va baholash mezonlari qo‘shilgandagina bu holat “og‘ish”, “buzilish” yoki “kasallik” deb baholanishi mumkin.

2. *Ekvivalentlik tamoyili*. Bu tamoyilga ko‘ra, normal va buzilgan faoliyat (xulq-atvor) bir xil o‘zgaruvchi shartlar asosida shakllanadi. Ya’ni, oddiy va patologik jarayonlar bir xil qonuniyatlarga asoslanadi (masalan, o‘rganish va tajriba orqali shakllanish). Patologik psixofiziologik holatlar ham xuddi shu asosiy psixologik qonunlar orqali izohlanadi, xo‘p normal holatlar kabi.

3. *Kontekstual shartlanganlik tamoyili*. Insonning faoliyati uning atrof muhiti, ayniqsa ijtimoiy muhit ta’sirida shakllanadi, lekin insonning o‘zi ham ushbu muhitni yaratadi. Shu bois, psixik buzilishlar ham muhit bilan chambarchas bog‘liq, xususan: *buzilishni aniqlash, unga olib kelgan omillar, rivojlanish jarayoni va davolash jarayonlari ham ijtimoiy muhit ta’sirida bo‘ladi*. Demak, psixik muammolar ruhiy va ijtimoiy omillar ta’sirida shakllanadi, va shunday muammolarni davolashda aynan shu omillar e’tiborga olinishi lozim.

4. *Ko'p omilli (multikauzal) tamoyili.* Bu tamoyil kontekstual yondashuvni yanada aniqlashtiradi. Psixik buzilishlar — bu bitta sabab natijasi emas, balki turli sabablar to'plami (kauzal to'r) natijasidir. Bu sabablar har xil bo'lishi mumkin: psixologik, ijtimoiy, somatik. Ular vaqt jihatidan turlicha ta'sir ko'rsatishi mumkin masalan, predispozitsion (moyil qiluvchi), trigger (qo'zg'atuvchi) va saqlovchi (surunkalashtiruvchi). Turli sabablar bir xil psixik buzilishlarga olib kelishi mumkin — bu ekvifinallik deb ataladi (ya'ni, turli boshlang'ich holatlar — bir xil natija beradi). Psixosotsial model insonning psixikasini dinamik, muhitga bog'liq, bir nechta omillar ta'siridagi tizim sifatida ko'radi. Unda “kasallik” va “norma” o'rtasidagi chegara nisbiy bo'lib, turli kontekst va sharoitlarga qarab farqlanadi. Bu yondashuv organik modelning biologik determinizmiga muqobil nazariyalarni ishlab chiqishda asosiy ahamiyatga ega.

Psixosotsial ramkali modelning tadqiqot dasturi sifatidagi asosiy xususiyatlari. 1. Psixik buzilishlar “ko'zga yaqqol tashlanadigan”, “og'ishgan”, “moslashmagan”, “buzilgan” yoki “muammoli” xulq-atvor va his-tuyg'ular sifatida qaraladi. Ular normal holatdan sifat jihatidan emas, balki miqdor jihatidan farq qiladi.

2. Psixik buzilishlarning yuzaga kelishi, ta'rifi, o'zgarishi va terapiyasida asosiy ahamiyat ijtimoiy va ruhiy (psixik) omillarga beriladi.

3. Psixik buzilishlar va ularning sabablari o'rtasidagi bog'lanishlar — bu sodda, chiziqli (lineyniy) emas, balki murakkab, o'zaro ta'sirchan munosabatlardir. Turli boshlang'ich sharoitlar bir xil simptomlarga olib kelishi mumkin (ekvifinallik), va aksincha, bir xil sabablar turli ko'rinishdagi buzilishlarga olib kelishi mumkin (multifinallik).

4. Metodologik asos keng qamrovli, qisman statistik va eksperimental, qisman sifatli va germeneytik (mazmunni talqin qiluvchi) yondashuvlar qo'llaniladi.

5. Psixik buzilishlarni tadqiq qilish va terapiya qilish asosan ijtimoiy fanlarga ixtisoslashgan muassasalar doirasida amalga oshiriladi (masalan, psixologiya institutlari, ijtimoiy xizmatlar va h.k.).

Organik va psixosotsial ramkali modellar o'rtasidagi bahs va ularni integratsiyalashga urinishlari. Klinik psixologiyaning murakkab xususiyati shundaki, u: bir tomondan, biologik va tibbiy fanlar bilan, ikkinchi tomondan, ijtimoiy fanlar bilan chambarchas bog'langan. Shu sababli klinik psixologiya ilmiy tendensiyalar va intellektual “moda”lar ta'sirida qolmoqda. Tarixiy holat, masalan 1970-yillarda ijtimoiy yo'naltirilgan tadqiqot dasturlari ustuvor bo'lgan. 1980-yillar o'rtalaridan boshlab esa, biologik yo'naltirilgan tadqiqotlar ustunlik qila boshladi. Bu holatda ikki asosiy xavfni mavjudligi kelib chiqadi: *Haddan tashqari umumlashtirish xavfi (generalizatsiya).* Biror model asosida olingan natijalarni tezda, tekshirmasdan boshqa muammoli sohalarga (masalan, shizofreniyadan nevrozlarga) tatbiq etish — noto'g'ri ilmiy umumlashtirishga olib keladi. *Ilmiy reduksionizm xavfi,* bunda: yo faqat biologiyaga, yoki faqat ijtimoiy tushuntirishlarga murojaat qilinadi. Har ikki holda murakkab va farqlangan jarayon nazariyasi zarur bo'ladi — bunda biologik, ijtimoiy va psixologik fenomenlar kompleks ravishda inobatga olinishi lozim bo'ladi.

Psixosotsial model: inson faoliyati va ruhiyatini muhit bilan bog‘liq holda, tizimli va ko‘p omilli jarayon sifatida qaraydi; u organik modelga nisbatan shaxsni, ijtimoiy kontekstni va psixik individuallikni markazga qo‘yadi; lekin integrativ yondashuv (bio–psixo–sotsial) modeli yaratish zaruratini ham ochiq qoldiradi.

Biopsixosotsial ramkali model. *Biopsixosotsial model* — bu metakonsepsiya bo‘lib, u ikki raqobatchi modelni (organik va psixosotsial) integratsiya qilishga qodir. Bu murakkab atama orqali, shunchaki umumlashtirish emas, balki quyidagi asosiy g‘oya ifoda etiladi: organik (biologik), psixik va ijtimoiy shartlar hamda jarayonlar o‘zaro ta’sirchan munosabatda bo‘lib, insonning holati va rivojlanishini turli nuqtai nazardan tushuntirish imkonini beradi. Bu model ilk bor psixosomatik shifokor **Jorj Engel** (Engel, 1979, 1980)¹ tomonidan taklif etilgan va u **Bertalanfi** (Bertalanffy, 1968) tomonidan yaratilgan umumiy tizimlar nazariyasiga asoslanadi. Tizimlar nazariyasiga ko‘ra, har qanday sistema — *bu: dinamik bir butunlik* (ya’ni, doimiy ravishda o‘zgarib turuvchi struktura), uning komponentlari o‘zaro energiya, axborot yoki modda almashinuvi orqali bir-biriga ta’sir ko‘rsatadi. Sistema qanday tanlanadi? Sistema — bu²: faqat bilish (kognitiv) maqsadda tanlanadigan emas, balki u atrof muhitdan o‘zini tashkil etish qobiliyati (samoorganizatsiya) orqali farqlanadigan voqelikning bir qismi hisoblanadi. *Biopsixosotsial modelning asosiy xususiyatlari.* U ierarxik tuzilgan strukturani aks ettiradi: ya’ni, oddiy elementlar yuqori darajali, murakkab tizimlardan farq qiladi. Masalan: *hujayra - to‘qima - organ - shaxs - jamiyat.* *Biopsixosotsial model:* insonni bir vaqtning o‘zida biologik, psixologik va ijtimoiy tizim sifatida ko‘radi; o‘zaro ta’sirchan, kompleks yondashuvni qo‘llab-quvvatlaydi; organik va psixosotsial modellar orasidagi qarama-qarshilikni bartaraf etish uchun ilmiy va amaliy asos yaratadi. Ierarxik spektr, **Bertalanfi** nuqtai nazaridan, quyidagi tizimlargacha tarqaladi: *fizik tizimlar (atom va uning zarrachalari), organik tizimlar (hujayralar, hujayralar to‘plami, organlar sistemasi, asab tizimi), shaxsiy tizimlar (inson his-tuyg‘ulari va xulq-atvori), asixosotsial tizimlar (diadalar, oila, jamoa), madaniy va ijtimoiy tizimlar, hatto biosfera kabi yanada murakkab darajadagi tizimlargacha.* Har bir subtizim (podsystema) o‘zining ixtiyoriy qonun-qoidalariga binoan faoliyat yuritadi va o‘ziga xos fenomenlarini tahlil qilish va tushuntirish uchun alohida mezonlarni talab qiladi. Ierarxiyada yaqin joylashgan subtizimlar bir-biriga doimiy va bevosita ta’sir ko‘rsatib turadi. Bu ta’sirlarda organik, psixik va ijtimoiy shartlar ifodalanadi. Ushbu subtizimlar o‘rtasidagi o‘zaro ta’sir — bu kompleks sababli munosabatlar natijasida yuzaga keladi va uzluksiz davom etadi.

Spirтли ichimlikka bog‘liqlikning rivojlanishi(misol tariqasida).

1. *Muammosiz (yoki boshlang‘ich) bosqichda* spirtli ichimlik iste’mol qiluvchi shaxsning raftori, asosan, ijtimoiy-madaniy sharoitlar ta’sirida shakllanadi — masalan, ichimlikka oid *milliy an’analar*, katta yoshdagi insonning ijtimoiy maqomi va h.k. Bu bosqichda alkogolning psixofiziologik ta’siridan foydalaniladi, jumladan: tinchlantiruvchi ta’siri, ichki to‘siqlarni kamaytiruvchi

va ruhiy bo'shashtiruvchi xususiyatlari. Ushbu ijtimoiy jihatdan qabul qilingan va normal hisoblangan ichish amaliyoti asta-sekin alkogoldan foydalanishni suiste'mol qilish holatiga aylanishi mumkin. Bu holat allaqachon «*muammoli ichish*» deb ataladi, ammo hali ham jamiyatda kichik stress va nizolarni yengishning maqbul va qonuniy usuli sifatida ko'rilishi mumkin. Muammoli ichish bosqichida spirtli ichimlik — bu shaxs uchun umumlashgan (generalizovannyy) javob reaksiyasiga aylanadi. Inson undan nafaqat avvalgi muammolarni, balki istalgan (xatto yengil va har kunlik) qiyinchiliklarni bartaraf etishda ham foydalanadi.

2. *Keyingi — ilgari bog'langan bosqichda*, spirtli ichimlikka bog'liqlik jarayonlari aylana (sirkulyar) shaklida o'zaro ta'sir qila boshlaydi, va bu holatni nazorat qilish tobora qiyinlashadi: *Inson ichkilik orqali o'z holatini barqarorlashtirishga urinadi, masalan: — oiladagi nizolardan qochish, — murakkab vaziyatlarni yengish, — abstinensiya (ichkilikni tashlash oqibatida yuzaga keladigan og'ir holat)dan saqlanish.* Bir vaqtning o'zida, tananing alkogolga moslashuvi (tolerantlik) sabab, avvalgi ta'sirni qo'lga kiritish uchun spirtli ichimlik miqdori oshib boradi. Bu esa shaxsning jismoniy va psixosotsial holatining yanada yomonlashuviga olib keladi. Shunchaki ichish uchun sabablar ortib boradi, va aylanma bog'liqlik (porochnyy krug) yanada kuchayadi. Bu jarayonda biologik, psixik va ijtimoiy omillar o'zaro chambarchas bog'langan: Biologik ta'sirlar: *Boshida — spirtli ichimlikning yengil psixofiziologik ta'siri (tinchlanish, kayfiyat ko'tarilishi).* Keyinroq — *abstinensiya holatlari, jiddiy jismoniy buzilishlar (oshqozon, yurak, markaziy va periferik asab tizimida).* Psixik ta'sirlar: *Avvalida — ichkilik muammolarni yengish vositasi sifatida faoliyat ko'rsatadi.* Keyinroq — *oilaviy, kasbiy va shaxsiy qiyinchiliklardan qochish mexanizmiga aylanadi.* Ijtimoiy ta'sirlar: *Ilk bosqichda — ichish an'analari va jamiyatda ijobiy qabul qilinishi ta'sir qiladi.* *Keyinchalik — ortiqcha ichish jamiyat tomonidan inkor etiladi, ichuvchi ijtimoiy inkor va yakkalik holatiga tushib qoladi.* *Alkogolizm — bu kompleks va ko'p omilli jarayon. Unda har bir omil turli vaqtda va turlicha darajada ta'sir ko'rsatadi. Shuning uchun, Bastine ta'kidlaganidek (1998, s. 77), bunday holatda biron bir omilga ustuvor ahamiyat berish mantiqsizdir, chunki ularning barchasi doimiy o'zaro ta'sirda bo'ladi.*

Biopsixosotsial ramkali model — bu, shubhasiz, turli modellarga xos bir yoqlama va qattiq yondashuvlarni yengib o'tish uchun foydali yondashuv hisoblanadi. Unda: — bir tomonda — organik (biologik) konsepsiya, — ikkinchi tomonda — psixosotsial konsepsiya tursa-da, biopsixosotsial model ularni qarama-qarshi kuylashdan ko'ra, integratsiya qilish imkonini yaratadi.

Bu modelning asosiy afzalligi: U turli tadqiqot dasturlarini shunday qurishga imkon beradiki, ular organik, psixologik va ijtimoiy shartlar (omillar) o'rtasidagi doimiy o'zgaruvchi va o'zaro ta'sirchan aloqalarni hisobga oladi. Ushbu holatda barcha uchta omil — biologik, psixologik va ijtimoiy — bir xil darajadagi

ahamiyatga ega deb qaraladi, va ular turli psixik muammolarda alohida (vaqtincha) ustuvorlikka ega bo'lishi mumkin.

Faktorlar ishtirokining tartibi va darajasi: Aniq muammoga oid empirik ma'lumotlar asosida belgilanadi. Har bir omil murakkab va protsessual tarzda boshqalariga ta'sir qilib, bir-birini shartlashtirib boradi.

Ushbu modelning muhim xususiyatlari: U biologik-organik, psixologik va ijtimoiy-madaniy omillar va jarayonlar ishtirokini asos qilib oladi; U faqat sodda, chiziqli (lineyniy) emas, balki murakkab, o'zaro ta'sirchan (interaktiv) sabab-oqibat munosabatlarini nazarda tutadi. *Biopsixosotsial model:* shaxs salomatligini va uning buzilishlarini ko'p omilli, o'zaro bog'liq va dinamik tizim sifatida ko'radi; tadqiqot va terapiyada murakkab, xolis yondashuvni talab qiladi; muayyan muammoga qarab qaysi omilga ko'proq e'tibor berish kerakligini faqat amaliyot va tadqiqot natijalari asosida belgilaydi.

Biopsixosotsionoetik model. Klinik psixologiya va tibbiyot (ayniqsa psixiatriya) o'rtasidagi yaqinlashuv psixik kasallik/buzilish modellari haqidagi qarashlarning o'zgarishi bilan ham bog'liq. Bu jarayon: «Organik model»dan, bugungi kunda ustuvor bo'lib turgan «*biopsixosotsial model*»ga (Engel, 1979, 1980; **Neznanov** va boshqalar, 2007), va tabiiy ravishda evolyusiya qilib, «*biopsixosotsionoetik model*»ga o'ta boshladi (Zalevskiy, 2005). Bu modelning mohiyati: Klinik psixologiyadagi har qanday fenomen tizimli fenomen sifatida qaraladi. U: tizimli sababiy va nosababiy determinatsiyaga ega, strukturaviy-darajaviy (ierarxik) tizim asosida tashkil etilgan: Masalan: psixik — funksional, psixologik — nafsiy, psixologik — ma'naviy darajalar, va bularning jismoniy va somatik jarayonlar bilan chuqur va o'ziga xos o'zaro bog'liqligi mavjud. Ushbu modelda e'tibor markazida nima turadi? Insonga butun birlik sifatida qaraladi: faqat kasallik emas, balki kasal insonning o'zi davolanishi kerak, — deb ta'kidlagan **Gippokrat** so'zlarini eslash o'rinlidir. Shuningdek, **Yuvenal**ning fikri ham ushbu modelning ruhini aks ettiradi: “*Sog'lom tanada sog'lom ruh bo'lsa ideal bo'ladi.*” Aks holda, ruhan sog'lom inson jismonan kasal bo'lishi, yoki aksincha — sog'lom tanali inson ma'naviy kasalliklarga chalingan bo'lishi mumkinligi ham hayotda ko'p uchraydi. *Biopsixosotsionoetik model* — inson salomatligiga faqat jismoniy, ruhiy va ijtimoiy nuqtai nazardan emas, balki axloqiy-ma'naviy nuqtai nazardan ham yondashishni talab qiladi. Bu modelda: inson butunlikda, uning tanasi, his-tuyg'usi, jamiyatdagi o'rni va axloqiy pozitsiyasi umumiy tizim sifatida ko'riladi. Bu esa klinik psixologiyadagi eng insonparvar, keng qamrovli va murakkab yondashuv hisoblanadi.

Noetik (ma'naviy) aspekt, birinchi navbatda, umuminsoniy va dunyoviy (sekulyar) ma'noda tushunilgan holda, biopsixosotsionoetik modelning muhim qismi hisoblanadi. Ushbu model shunga asoslanadiki, inson salomatligi yoki uning buzilishi (kasallik, ruhiy buzilish) jarayonida insonning yuqori darajadagi mohiyatli namoyonlari — ya'ni: qadriyatlar tizimi, ma'no izlash qobiliyati,

inqiroz yoki barqarorlikni belgilaydi (Frankl, 1979; Frankl, 2008). Amaliy jihatdan: Agar psixologik (psixoterapevtik) yordam dinga ishonuvchi insonlarga ko'rsatilayotgan bo'lsa, u holda "dinga asoslangan ma'naviyat" ham muvaffaqiyatli terapevtik resurs sifatida samarali qo'llanilishi mumkin. Bu haqda pravoslav (va boshqa dinlarga mansub) psixoterapevtik yondashuvlar tajribasi guvohlik beradi (Karvasarskiy, 1998). Noetik (ruhiy-ma'naviy) o'lchov: insonni faqat tanaviy, psixologik va ijtimoiy jihatdan emas, ma'naviy va ma'noli hayotni kechiruvchi mavjudot sifatida ko'radi. Bu insonning ichki dunyosidagi ma'no, ishonch, qadriyatlar, maqsad va xayotiy yo'nalishlar orqali uning sog'lom yoki kasal bo'lishiga ta'sir qiluvchi omillarni chuqur tahlil qilishni talab qiladi.

Biroq, shuni ham ta'kidlash lozimki, biopsixosotsionoetik model doirasida sog'liq va kasallikning ma'naviy tabiatiga oid jihatlar hali yetarli darajada ishlab chiqilmagan, ayniqsa klinik psixologiya kontekstida (Zalevskiy, 2005, 2006).

Zamonaviy amaliyotning guvohlik berishicha, bugungi kunda psixologik, jumladan, psixoterapevtik yordam amaliyotida, hatto biopsixosotsial model asosida ish olib borilsa ham, praktikada ma'naviy (noetik) aspekt ko'pincha yetishmaydi, yoki umuman inkor qilinadi. Holbuki, ekzistensial (Frankl va boshqalar) va transpersonal (Mey, Mindell, Grof va boshqalar) yondashuvlarda ma'naviy omillar markaziy o'rinni egallaydi. Ammo muammo shundaki: Bu yondoshuvlarda ma'naviy jihatlar yakkalikda, ajralgan holda qaraladi — ya'ni, ular insonning boshqa "olamlari" (biologik, psixologik, ijtimoiy) bilan yaxlit tizimga birlashtirilmagan. Hozirgi psixoterapiyada ma'naviyat yoki ruhiy hayot ko'pincha yoki umuman chetda qolmoqda, yoki faqat bitta yondashuvning markaziga aylanadi, lekin insonni to'liq — jismoniy, psixologik, ijtimoiy va ma'naviy butunlikda aks ettiradigan yagona, mukammal model sifatida emas. Bu paradoks shundan dalolat beradiki, ma'naviy aspektni butun inson tabiati bilan bog'lovchi yaxlit nazariy va amaliyot tizimi hali shakllanmagan (Zalevskiy, 2006; Zalevskiy, Kuzmina, 2008; Straub, 2001).

Bu tendensiya — ya'ni ma'naviy jihatning klinik psixologiyada hali ham yetarli darajada inobatga olinmasligi — menimcha, tarixiy va terminologik sabablar bilan tushuntiriladi. Tarixiy sabablar shundan iboratki: Psixologiya fanining rivojlanish jarayonida uning predmetidan ma'naviy (noetik) aspekt chiqarib tashlangan, shu bilan birga "ma'naviyat", "ma'naviy" kabi atamalar faqat muqaddas, diniy ma'noda qo'llanadigan iboralarga aylanib qoldi, ya'ni, ular cherkov, masjid, kostel (din) leksikonida ko'proq ishlatiladi (masalan, dinga bog'liq ma'naviyat). Ma'naviyat masalasining dolzarbligi haqida guvohlik beradigan misollarga to'xtaladigan bo'lsak, 2007 yilda nashr etilgan «Psixologiya. Jurnal vыsshey shkoly ekonomiki» jurnalining ikkinchi sonidagi ochiq ilmiy bahslari misol bo'la oladi: «Psixologiya — din bilan birga yoki alohida?» yoki «Psixologiya va din — bahs davom etmoqda». Bahs ishtirokchilari fikrlari: Ma'naviyat — psixologiyaning o'z predmeti deb hisoblovchilar: **M.Yu. Kondratev** bo'yicha: «Ma'naviyat — shaxs xususiyati, shaxsning yo'nalganligini

ifodalovchi belgidir. U bunday toifalar bilan uzviy bog‘langan: insonparvarlik, hamdardlik, oxir-oqibatda — yaxshilik» (2007. B. 21–22). **V.A. Ponomarenko** esa: «*Men o‘z zimni noto‘g‘ri his qilaman, negaki mualliflar ma‘naviyat, ruh, ruhiyat, transsendentlik, xronotop, xayollar, afsonalar, tushlar, irodaning psixologiyaga tegishli ekanini unutishmoqda*». deydi (2007. B. 69). **D.A. Leontev** o‘z navbatida: «*Kamdan-kam bo‘lsa-da, ekzistensial falsafa va psixologiyada insonning ma‘naviyati, erki, hayot ma‘nosi va qadriyatlari doimo reallikning asosiy qismi sifatida qabul qilingan. Ular dindan kelib chiqmagan, lekin dinni ham inkor etmaydi*» degan fikrni bildiradi (2007. B. 61). *Ma‘naviyat — faqat din bilan birgalikda bo‘lsagina psixologiyaning predmetiga aylanadi deb hisoblovchilar ham bor. A. Lorgus fikriga ko‘ra: «Xristian psixologiyasida asosiy tezis shunday: psixologiya insonga ma‘naviy yondashuvsiz mumkin emas. Inson nafaqat psixika, balki ruh, ma‘naviy tanadagi jon va Allohga o‘xshash shaxs sifatida o‘rganiladi*». (2007. B. 61). **V.I. Slobodchikov** esa shunday deb yozadi: «*Zamonaviy psixologiya portreti shunday shakllanmoqdaki, inson rivojlanishini to‘liq tushunish uchun ma‘naviy, ruhiy va jismoniy o‘lchamlarda qarash talab qilinadi. Mana shu — xristian psixologiyasining asosiy ilmiy tadqiqot maydonidir*» (2007. B. 92, 97). Ayrim olimlar uchun ma‘naviyat — psixologiyaning to‘laqonli ilmiy qismi, Boshqalar esa u faqat din bilan bog‘langan holdagina psixologiyada tahlil qilinishi mumkin, deb hisoblashadi. Bu dolzarb muammo — hali yechimini topmagan, dunyoqarashlar, metodologik qarashlar va nazariy yondashuvlar o‘rtasidagi farqda o‘z ifodasini topgan.

A.A. Gostev adolatli ravishda ta‘kidlaganidek: «Insonning barcha munosabatlaridagi asosiy qadriyat shakllantiruvchi omil — bu vijdondir. Agar vijdon o‘rganilmasa, shaxs va ma‘naviyat haqidagi ‘ilmiy’ suhbatlar to‘liq va yetarli emasdir. Ammo vijdon muammosiga psixologlar hayratlanarli darajada kam e‘tibor qaratishadi, shu bilan birga, zamonaviy psixologlarga bu masalani tushunishda ilohiy ta‘riflardan foydalanishni, ya‘ni pravoslav-xristiancha yo‘naltirilgan psixologik bilimga tayanishni qat‘iy tavsiya qilishadi» (2007. 41-bet). Agar **A.A. Gostev**ning maslahatiga amal qilsak, menimcha, biz yuqorida qayd etilgan «*shaytoniy*» ruhiy buzilish modeli hukmron bo‘lgan davrlarga qaytib qolishimiz mumkin. Uning fikriga ko‘ra: «Pravoslav nuqtai nazaridan shaxsiy psixopatologiyaning asosi — bu uning manbai sifatida gunohni tushunish, ruhiy-psixologik me‘yor tushunchasini o‘zlashtirishdan iborat. *Psixopatologiya* — bu inson o‘z yaratuvchisi tomonidan berilgan maqsaddan chekinib, Xudo bilan aloqani va ichki yagona uyg‘unligini yo‘qotganida paydo bo‘ladigan ‘ruhning kasalligi’ deb qaralishi mumkin. *Gunoh* — bu metafizik hodisa bo‘lib, insonning o‘z haqiqiy tabiati va maqsad-muddaosiga mos kelmasligini anglatadi. Ana shu mos kelmaslik darajasi va xususiyati insonning jismoniy, ruhiy va ma‘naviy hayotidagi patologik holatni belgilaydi... Psixologik nuqtai nazardan, gunohga botish insondagi tuzilmalar ierarxiyasining buzilishi bo‘lib, uning psixologik tabiati o‘zgarishiga olib keladi. Bu ierarxiyaning yuqori nuqtasida Ruh turishi kerak — u insonning ruhiy hayotiga aniqlik va tartib baxsh etadi, hayotini Xudoga yo‘naltiradi» (Gostev, 2007. 42-bet). **V.M. Rozin** shunday yozadi: «Shu mavzuda

bo‘lib o‘tgan bir bahsda mening opponentim menga ma‘naviyat yo‘qligini aytib, bunga sabab qilib meni dinsiz inson ekanimni ko‘rsatdi. Men esa unga ma‘naviyat bu faqat ishonish emas, balki maxsus yashash uslubi va hayot yo‘li ekanini tushuntirishga harakat qildim. Aksincha, ko‘plab mo‘minlar borki, ular butunlay ma‘naviyatsiz hayot kechirishadi» (2007. 77-bet). Munozara ishtirokchisi **G.V. Ivanchenko** shunday deydi: «**A. Lorgus** bilan birgalikda savol qo‘yaylik: dindorliksiz insonni tasavvur qilish mumkinmi? Ya‘ni butunlay dindan xoli inson bo‘lishi mumkinmi? Agar psixologiya nuqtai nazaridan bu mumkin bo‘lsa, bunday fanning amaliyotda qanday foydasi bor?» (Lorgus, 2007. 59-bet). **Ivanchenko** esa quyidagicha savol qo‘yadi: «Nega endi dindor bo‘lmagan, ammo yuksak ma‘naviyatli insonni tasavvur qilmaslik kerak?» (2007. 53-bet).

D.A. Leontev bahs davomida mutlaqo haqli ravishda shunday taklif beradi: «*Avvalo, keling, “e‘tiqod”, “din” va “cherkov” tushunchalarini farqlab olaylik. E‘tiqod — bu ekzistensial fenomen, ya‘ni faqat shaxsiy tajriba. Inson bir narsaga ishonishi uchun u ma‘budga yoki ruhoniya muhtoj emas. Eng avvalo, aynan e‘tiqod “yuksak ma‘naviyat” yoki “vijdon” kabi fenomenlar bilan bog‘liq*» (2007. B. 59). U shuningdek **A. Lorgusning** maqolasidagi «*psixologiya insonga nisbatan ma‘naviy yo‘naltirilgan yondashuvsiz mumkin emas...*» degan markaziy nuqtasiga nisbatan ham o‘z xavotirini bildiradi. **Leontev** va yana ko‘plab mutaxassislar «*mumkin emas*» degan ibora ortida nimani tushunish kerakligini aniqlashni juda xohlar edik: gap shundaki, psixologiyada albatta shunday yondashuv ham bo‘lishi shartmi va undan tashqari u to‘liq bo‘lmaydimi (bu bilan tortishish qiyin), yoki u faqat shunday yondashuvgagina tayanish kerakmi va boshqa yondashuvlarga umuman o‘rin yo‘qmi?

Dinga chuqur va shaxsan ishonuvchi **V. Frankl** o‘zining fikricha, nima uchun diniy tushunchalar psixologik tushuntirish va yordam tuzilmasiga kiritilmasligi kerakligini aniq operatsional mezon bilan belgilaydi: *din «faqat ob‘ekt bo‘lishi mumkin, ammo asos emas»* (2008. B. 334). *Biz har qanday insonga, u qaysi konfessiya vakilligiga qaramasdan, ishonuvchi bo‘ladimi yoki yo‘qmi, yordam ko‘rsata olish imkoniga ega bo‘lishimiz kerak; aks holda biz o‘zimizni professional psixolog deb atashga haqqimiz bo‘lmaydi. Ruhoniyning yordami ham samarali bo‘lishi mumkin, ammo bu – butunlay boshqa turdagi faoliyat, boshqa turdagi yordamdir*» (Leontev, 2007. B. 60). «Oxir-oqibat, — degan edi **V. Frankl** o‘zining Moskvadagi ma‘ruzasida, — «*Agar Xudo mavjud bo‘lsa, U uchun insonning Unga ishonish-ishonmasligidan ko‘ra, uning yaxshi inson bo‘lishi muhimroqdir, Siz Unga ishonasizmi-yo‘qmi, ma‘naviyat faqat dindorlik bilan cheklanmaydi*». Ruhiy rivojlanish — insonning ma‘naviy, axloqiy va ekzistensial qiymatlarga munosabati orqali namoyon bo‘ladi, va u har doim diniy qarashlar bilan chegaralanmaydi. (2008. B. 8–9). Yana **V. Franklning** shunday keskin fikri ham bor edi: «*Biz insonni shunday darajada o‘rgandikki, ehtimol, ungacha biror bir avlod uni bu qadar chuqur o‘rganmagan bo‘lsa kerak. Unda inson nima o‘zi? U — kim bo‘lishini va doim o‘zini o‘zi belgilaydigan mavjudotdir. U — gaz kameralarini ixtiro qilgan mavjudot. Lekin u — shu*

kameralarga duo qilib, qomatini tik tutgan holda kirgan mavjudot hamdir» (Frankl, 2008. B. 119). Menimcha, inson — bu shunchaki gaz kameralariga ketayotgan mavjudot emas, balki shunday kameralarda insonlarni qirib tashlashga qarshi kurashgan, yoki agar boshqa iloji bo‘lmagan bo‘lsa, o‘z bilan birgalikda hech bo‘lmasa bir jallodni ham yo‘q qilishga harakat qilgan mavjudotdir (V. Frankl nemis konslagerlarida qiynoqlarga dosh berib omon qolgan).

O‘z vaqtida **L.S. Vygotskiy** ham insonning yuksak ma‘naviy faoliyati sifatidagi ma‘naviylashgan xulq-atvorning maxsus xususiyatlarini aniqlash masalasini qo‘yadi. Uning *nutqiy tafakkur nazariyasidagi* asosiy g‘oya — inson xulq-atvorining o‘ziga xosligini va uni tabiiy fan ob‘ektlaridan farqlanishini ko‘rsatishdan iborat. Nutqiy tafakkur bu yerda ma‘naviylashgan xulq-atvor modeli vazifasini bajaradi» (Morozov, 2002. B. 19).

V.I. Kabrinning fikriga ko‘ra: «...akademik psixologiyada bu muammo turli ko‘lam va nuqtai nazarlar mozaikasida “ma‘no” muammosi sifatida o‘zini namoyon etadi. Reallik ma‘nosining yaratilishi yoki kashf etilish fenomeni na psixofiziologik yondashuvda (*«his organlarining maxsus energiyasi» — Gelmgols*), na biopsixik nuqtai nazarda (*organik jarayon sifatidagi «qo‘zg‘aluvchanlik»dan hayotiy faoliyatning evolyusion o‘zgarishi jarayonida signal funksiyasiga ega «hissiylik»ka o‘tish*) to‘liq anglab yetib bo‘ladigan yoki yechimi topiladigan masala emas. Faqatgina insonning reallik bilan ma‘naviy munosabatlarni shakllantirishini madaniy-tarixiy kontekstda ko‘rib chiqishga qaytish — ya‘ni bu munosabatlarning aslida kommunikativ va dialogik tabiatga ega ekanligini (bunda M.M. Baxtin, L.S. Vygotskiy va J. Mid asarlarida bu jihat alohida ta‘kidlangan) tan olish — zamonaviy psixologiyada ushbu masalaning tiklanishiga olib kelmoqda (Kabrin, 2005. B. 27). Ma‘naviyat — bu psixologik tushuncha bo‘lib, ilmiy psixologiyaning mustaqil tadqiqot ob‘ekti sifatida qaralishiga qo‘shilgan holda, shunga hayron qolamizki, aksar holda psixologik lug‘atlar va ensiklopediyalarda bu tushunchaning aniq ta‘riflari juda kam uchraydi. Shunga qaramasdan, men ma‘naviyatga oid bir qator ta‘riflarni keltiraman.

Shu tarzda, **S. Krimskiy** ma‘naviyatni insonning o‘zini o‘zi shakllantirish tamoyili sifatida baholaydi. **L. Bueva**, sovet falsafasi vakili sifatida, ma‘naviyatni shaxsning o‘z ideallari va qadriyatlariga qarab yuksalishi deb ta‘riflaydi. Diniy mutafakkir **I. Ilin** esa deyarli shu ma‘noni shunday ifoda etadi: ruh insonda yuksak qadr-qimmatni qaror toptiradi va uning vijdoniga murojaat qiladi. **M.M. Baxtinning** fikriga ko‘ra, «insonning ma‘naviy makoni — bu vertikal yo‘nalish bo‘lib, u ulug‘vor va moddiy, yer va osmon, yaxshilik va yomonlikni qamrab oladi». Mashhur va zamonining dahosi **Gyote** esa shunday degan: «*Ruhiylik tanga qarshi emas, balki insonni tabiiy instinktlar g‘alayoniga va ularning to‘polonli qorong‘uligiga taslim qilib qo‘yadigan xaosga qarshi turishdir»* (iqtibos: Ponomarenko, 2007. B. 69–70). Yuqorida tilga olingan munozarada ishtirok etgan xorijiy mutaxassislardan biri — T. de **Chiko**, ma‘naviyat va dindorlik

tushunchalarining ta'riflarini quyidagicha keltiradi: «*ma'naviyat — bu shaxsiy motivatsiyalar, xulq normalari, tajriba, qadriyatlar va munosabatlarning cheklanmagan majmuasi bo'lib, ekzistensial tushunish, ma'no, maqsad va transsendentlikni izlashga asoslanadi. Dindorlik esa — diniy ta'limot va institutsional tashkilotlarga asoslangan xulq normalari, qadriyatlar va munosabatlar majmuasidir*» (2007. B. 47). **V.I. Kabrin** fikricha, noetik muammo (insonning ma'naviy va ma'rifiy faoliyatiga oid masalalar) zamonaviy psixologiya ilm-faniga o'zining munosib, relevant gorizontini qaytarsak, ya'ni insonning ruhiy, ma'naviy va jismoniy uyg'unligini — uning universum bilan ekzistensial uchrashuvida namoyon bo'ladigan uch birlik masalasini — tiklasak, u holda asosiy ilmiy muammolardan biri sifatida yuzaga chiqadi. Shu nuqtai nazardan qaralganda, zamonaviy va postneoklassik psixologiyaning asosiy paradigmalari — ya'ni fenomenologik, gumanistik, ekzistensial, transpersonal va xolistik (bir butunlikka asoslangan) psixologiya maktablari ma'lum darajada noetik renessans ta'siri ostida shakllanmoqda (Kabrin, 2005. B. 26, 28). Menda shaxsan shunday taassurot paydo bo'lmoqdaki, bu ma'naviy qayta tiklanish (renessans) psixologiya ilmi va amaliyotini tobora ko'proq qamrab olmoqda. Men bu borada V.M. **Rozin**ning fikriga to'liq qo'shilaman. U har bir inson, hatto dindor bo'lmagan, dinni «gipoteza» sifatida qabul qilmaydigan odamlar uchun ham «*ma'naviy yo'llanma*» (duxovnaya navigatsiya) zarurligini ta'kidlaydi. Chunki aynan ular uchun ma'naviyatni anglash ancha qiyinroq kechadi — u shaxsiy xususiyatga ega, chunki u tayyor va ishlab chiqilgan madaniy shakllarga emas, balki shaxsiy izlanishlarga asoslanadi (Rozin, 2007. B. 61, 68). Shunday ekan, yangi avlod insoni — bu faqatgina o'zini tashkil etuvchi shaxs emas, balki «*ma'naviy yo'llanma*» sari yuzlangan insondir. Ma'naviy navigatsiya — bu o'zini kuzatish, hayotini va uning ma'nosini anglash, uning maqsad va vazifalarini o'ylab ko'rish, belgilab olingan hayot ssenariysini amalga oshirishga intilish, bu jarayonda nimalar amalga oshganini kuzatib borish, o'z tajribasini ongli tahlil qilish, o'zini qayta-qayta to'plash, va nihoyat — madaniyat, inson va sog'liq uchun mehnat qilish, hayotsizlik va inqirozga qarshi kurashishdir (Rozin, 2007).

L.S. Vygotskiy 1922 yilda Germaniyada bo'lib o'tgan Birinchi tibbiy pedagogika kongressida ma'ruza qilgan tadqiqotchilar fikriga qo'shilgan holda «*moral insaniti*» (axloqiy nuqson, aqldan ozish yoki jinnilik) tushunchasini ruhiy kasallik sifatida rad etadi. U bu holatni «*ba'zi bir qadriyatlar yoki baholar, masalan, xulq-atvor motivlari yoki qadriyatlar motivlarining yo'qolishi*» deb tushuntirgan. Bunday holatlar oddiy odamlarda ham kuzatilishi mumkin va ularni insonning tug'ma irodasidagi nuqson yoki ayrim funksiyalarning buzilishida emas, yaqin muhiti va tarbiyasidan izlash kerak, deb ta'kidlaydi. Uning fikricha, bu — axloqiy tarbiyaning yetarli emasligi oqibatidir (1983. B. 151).

Bugungi kunda zaminimizda ma'naviyatsizlik hukm surayapti (hayot qadrsizlanib bormoqda) — bu aksiomad (17. B. 65). Ko'pchilik bu bahoga, shubhasiz, qo'shiladi. Ma'naviy tushkunlik yoki ma'naviy sog'lomsizlikning namoyon bo'lish shakllaridan biri, albatta, turli sohalar va shakllardagi

fanatizmdir. Bu esa o‘z navbatida terrorizm va hatto urushlarga olib keladi (Zalevskiy, 2007, 2008). Balki, insonlarga diniy bo‘lmagan qadriyatlarni ko‘rsatish va tushuntirish vaqti kelgandir (Ushakova, 2007. B. 57). Bu jarayonda psixologiya fanining o‘rni muhimdir, chunki ilmiy tahlil hozirda «*gen – hujayra – organ – organizm – individ – shaxs – jamiyat – madaniyat*» kabi keng miqyosdagi sinxronizatsiya jarayonlarini qamrab oladi (Yaspers, 1991). Har qanday holatda ham, insonning yunoncha nomlanishi — «*antropos*», ya’ni «*yuqoriga intiluvchi*», ma’naviyatga qarata intiluvchi mavjudot, tushunchalari unutilmasligi kerak. Shuningdek, ma’naviyatni faqat din bilan cheklash mumkin emas, degan fikr ham unutilmasligi zarur. Zero, diniy bo‘lmagan, dunyoviy yoki *oddiy insonparvar ma’naviyat* mavjud, va u inson sog‘lig‘ini saqlash, shaxsning rivojlanishi va o‘sishi uchun zarur shart va xususiyat hisoblanad.

4.2.2. Aniq klinik-psixologik modellar.

Ilgari ko‘rib chiqilgan uchta umumiy (ramkali) modellar bilan solishtirganda, bu yerda tasvirlanadigan tadqiqot dasturlari *ancha aniq va ixtisoslashgan* bo‘lib, ular yangi psixologik belgilarga alohida e’tibor qaratadi. Bu modellarning markaziy taxminlari, odatda, quyidagilarni o‘z ichiga oladi: *ruxiy buzilishlarni qanday aniqlash kerakligi, ularning kelib chiqishiga qanday shart-sharoit va jarayonlar olib kelishi, ularni qanday davolash mumkinligi (ya’ni, bu nazariy-taxminiy yondashuvlar hisoblanadi)*. Bundan tashqari, bu modellar *antropologik* konsepsiyalar (ya’ni inson haqidagi umumiy tasavvurlar) va metodologik yondashuvlar (qisman bo‘lsa ham) bilan ham farq qiladi.

Shu tariqa, so‘z keng qamrovli klinik-psixologik tadqiqot dasturlari, ya’ni «*asosiy nazariy yo‘nalishlar*» haqida ketmoqda. Quyida klinik-psixologik modellarning asosiy taxminlari, antropologik pozitsiyalari va tadqiqot metodologiyalarini qisqacha bayon qilamiz: *psixoanalitik model, gumanistik model, bixevioristik (xulq-atvorga asoslangan) nazariy model, kognitiv model, interpersonal (shaxslararo) model, tizimli-oilaviy model*.

Shuni unutmaslik lozimki, ushbu modellarning har biri «*nazariy oila*» sifatida qaralishi mumkin: ularga mansub yo‘nalishlar bir-biriga yaqin bo‘lsa-da, barcha muhim jihatlarda bir xil emas. Ular o‘rtasini aniq ajratish qiyin, chunki ko‘pincha bir-biridan tushuncha, konsepsiya va amaliyotlarni olish va o‘zlashtirish holatlari kuzatiladi.

Psixoanalitik model. Psixoanalitik modelning eng xos xususiyatlaridan biri shundaki, u yaxlit, birlashgan tizimni ifodalamaydi. Buning asosiy sababi — Z. Freyd o‘zining ruhiy buzilishlar to‘g‘risidagi qarashlarini doimo rivojlantirib borgani va ayrim hollarda ularni sezilarli darajada o‘zgartirganidir. Yaxlitlikning yo‘qligiga yana bir sabab — *bu psixoanalizning boshqa gumanitar (madaniy) fanlarga, jumladan adabiyotshunoslik, teatrshunoslik, sotsiologiya va tarix fanlariga katta ta’siri*, shuningdek, ushbu fanlar tomonidan *psixoanalizga*

bo'lgan aks ta'sir ham mavjud bo'lganidir. Bundan tashqari, psixoanaliz o'zini «metapsixologiya» sifatida e'tirof ettirishga da'vo qiladi, ya'ni psixologiya nimaligini va unga qanday yondashish kerakligini mustaqil ravishda belgilash huquqiga ega fan sifatida ham namoyon bo'ladi. Psixoanalitika va akademik psixologiya o'rtasidagi mavjud bo'lib kelgan ziddiyatlar 1990-yillarga kelib asta-sekin susaya boshladi, chunki kognitiv va interpersonal nazariyalar doirasida, shuningdek, tadqiqot metodologiyasi tizimida ular o'rtasidagi umumiylik nuqtalari paydo bo'la boshlagandi (Barron va boshqalar, 1992). *Klinik psixologiyaga eng yaqin bo'lgan sohalar — bular shaxs rivojlanishining psixoanalitik modellari, psixopatologiya, kognitiv psixologiya, va, albatta, psixoanalitik terapiyadir.*

Asosiy taxminlar. Avval boshda **Freyd** ruxiy buzilishlarni organik kasalliklar modeliga asoslanib tushuntiradi. U kasallik sababi yotadigan simptomlar konsepsiyasini qabul qiladi. Masalan, u isteriya holatida simptomlar boshdan kechirilgan psixologik shikastlar (travmalar) orqali yuzaga kelgan, deb hisoblaydi. Keyinchalik esa, bu travmalar o'rnini ongsiz seksual ziddiyatlar egallaydi degan fikriga boradi. Keyinchalik, somatik kasalliklardagiga o'xshash ravishda organik sabablar o'rnida **Freyd** intrapsixik (shaxsiy ong ichidagi) patologiyalar – travma yoki ichki ziddiyat modelini joriy etadi. Faqat undan ham keyinroq u tomonidan ilgari surilgan simptomlarning ko'p omilli (multideterminant) tabiati haqidagi qo'shimcha taxmin (ya'ni, bir simptom turli sabablar bilan yuzaga kelishi va saqlanishi mumkin) hamda ruxiy buzilishlarning psixogenezi (psixik jarayonlar orqali yuzaga kelishi) haqidagi ta'limot orqali u *simptom ↔ sabab* kabi oddiy va chiziqli *sabab-oqibat* modelidan ozod bo'ladi. Biroq u bu modelni to'liq rad etmaydi. Shu bilan birga, **Freyd** psixosotsial va madaniy omillar ham ruxiy buzilishlarning kelib chiqishiga ta'sir ko'rsatishini asosli ravishda ko'rsatib beradi. Uning ruxiy buzilishlar haqidagi tushunchalari o'sha davr uchun juda original va transformatsiyalovchi edi, shu boisdan ham **Freyd** *tabiiy-biomedik va psixosotsial konsepsiyalar* o'rtasidagi eng ta'sirli vositachi shaxsga aylanadi. Uning ushbu ilmiy vositachilik pozitsiyasi — klinik psixologiya tarixi uchun muhim ahamiyatga ega bo'lib, psixoanalizning psixosomatik tibbiyotdagi ahamiyatini bugungi kunda ham tushunishga yordam beradi.

Tabiiy-ilmiy aspekt avvalo, **Freyd** nazariyasidagi formal va strukturaviy izlanishlarda namoyon bo'ladi. U ko'pincha nevrologiya va fiziologiyada rivojlangan tamoyillarga murojaat qiladi va ularni psixik jarayonlarga ko'chiradi. Ruhij jarayonlar ham, fiziologik jarayonlar singari, bo'linadi va topografik tarzda joylashtiriladi. «*Psixik apparat*»ning tuzilishi «*Men*» (Ya), «*U*» (Ono) va «*Super Men*» (Super-Ego) kabi tuzilmalardan tashkil topgan bo'lib, bu «*strukturaviy nazariya*» deb ataladi. Bu nazariya *ongli, ong oldi va ongsiz* sohalarga bo'linish orqali «topografik model» bilan to'ldiriladi. Shuningdek, **Freyd** ruhiy jarayonlarni tushuntirishda **Charlz Darvinning** (1809–1882) *evolyusion nazariyasidan* ilhomlangan holda, *ontogenetik* (shaxsning individual hayot tarixi)

va *filogenetik* (inson zoti tarixi) rivojlanish o'rtasida parallellikni nazariyaga kiritadi. Klinik psixologiya metodologiyasi nuqtai nazaridan *tabiiy-ilmiy yo'nalishlar* eng yaqqol ravishda quyidagi postulatlarda o'z ifodasini topadi: *ruhiy energiya haqidagi ta'limot, psixik determinizm (ya'ni, ruhiy jarayonlar sababsiz sodir bo'lmaydi), reallik tamoyili*.

Keling, bu jarayonlarning ba'zilarini batafsil ko'rib chiqaylik. Individning faolligi «*psixik energiyalar*» — ya'ni tug'ma *turtki kuchlar* orqali amalga oshadi. Ushbu energiyalar ma'lum bir *affektlar* (ehtiyotlar) bilan bog'langan. Inson faqat turtki energiyalari (*instinktlari*) past darajada bo'lgan holdagina muvozanatda bo'ladi. Agar bunday energiyalar kuchaysa, *diskomfort* (noqulaylik, qoniqmaslik) hissi paydo bo'ladi; agar ular qayta ishlansa va «*chiqarib yuborilsa*» — *qoniqish* (ma'qullik) hissi yuzaga keladi. Bu jarayon «*qoniqish – qoniqmaslik tamoyili*» deb ataladi. Ushbu tasavvurlar neyrofiziologiya, gidrodinamika va mexanikadan olingan ilmiy tamoyillarga asoslanadi.

Freyd nuqtai nazaridan, psixik jarayonlar to'liq determinatsiyalangan, ya'ni ruhiy determinizmga bo'ysunadi. Barcha psixik hodisalar, fiziologiyada bo'lgani kabi (masalan, Gelmgols, 1821–1894) hatto agar bu dastlab tushunarsiz tuyulsa ham, aniq sabablarga ega bo'lishi kerak va ular orqali to'liq tushuntirilishi mumkin. *Reallik tamoyili* orqali *turtki impulslar* va muhit talablari o'zaro muvofiqlashtiriladi. Individlar muhitga moslashish jarayonida o'z ehtiyojlarini qondirish uchun faqat salbiy oqibatlar keltirib chiqarmaydigan yoki zarar keltirmaydigan holatlarni tanlaydilar va foydalanadilar. Bu konsepsiya **Darvin** nazariyasi va fiziologiyadagi eng kam energiya sarfi qonuni bilan parallellikni ko'rsatadi.

Shafer (Schafer, 1982. B. 15) **Freyd** nazariyasidagi «*fizik-kimyoviy va evolyusion-biologik til aralashmasini*» hamda kuch, energiya, kateksis funksiyasi (Besetzung-Funktion), tuzilish, turtki yoki ob'ekt kabi atamalarni psixik hodisalar sohasiga mos kelmaydi, deb tanqid qiladi. Uningcha, bunday atamalar o'rniga, har qanday psixik jarayonni harakat sifatida tavsiflovchi tushunchalarni qo'llash kerak. **Freyd** psixologik jihatlarni uch nuqtai nazardan baholaydi:

1. *Xulq-atvorning sabablari ko'pincha ongsiz bo'ladi*. Shuning uchun xulq-atvor determinatsiyalanmaganday tuyulishi mumkin, ammo ongsizlik konsepsiyasini qo'llash orqali undagi ziddiyatlar ham izohlanishi mumkin. Topologik nuqtai nazardan, *ongsizlik* — *bu ongli va ong oldi* sohalarga qarama-qarshi turadigan, boshqa qoidalarga bo'ysunuvchi psixik tizimdir. U asosan *siqib chiqarish* orqali ongdan chetlatilgan ehtiyojlardan tashkil topgan. *Siqib chiqarish* jarayoni orqali psixik mazmun ongsizlikka aylanadi, ya'ni passiv holatda bo'lmasada, o'z energiyasini saqlab qoladi. Ular buzilgan (ramziy, yashirin) shaklda onga qaytishga harakat qiladi, masalan, simptomlar shaklida.

2. *Psixogenetik tamoyil* shunga asoslanadiki, katta yoshdagi shaxs xulq-atvorining shakllanishi erta bolalikda orttirilgan tajribada mustahkamlanadi, ayniqsa, bolaning biologik kuchlanishni kamaytirishni qanday o'rgangani bilan bog'liq holatlarda.

3. *Psixosotsial nuqtai nazarning muhim uchinchi jihati* — bu ziddiyatlar nazariyasidir. *Ruhii ziddiyatlar* shunday yuzaga keladiki, shaxs ichida o'zaro qarama-qarshi ichki talablar to'qnash keladi. Bu kabi ichki qarama-qarshiliklar “U” (instinktiv ehtiyojlar) va “*Super-Men*” (axloqiy me'yorlar, ideallar), yoki “U” va reallik, shuningdek turli “U” turtkilari (masalan, jinsiy va tajovuzkor ehtiyojlar) o'rtasidagi tafovutlar orqali yuzaga keladi. Bunday ziddiyatlar kundalik hayotda tabiiy hol hisoblanadi. Biroq, ular nevrotik holatga aylanadi, agar «*Men*» (Ya) yetarlicha kuchli bo'lmasa, ya'ni reallik bilan murosa qilish yoki ehtiyojlarni bosqichma-bosqich qondirish orqali bu ziddiyatlarni adekvat qayta ishlay olmasa. Bunday paytda, *Men* (Ya) himoya mexanizmlariga yuguradi, va ziddiyatlarni ongli ravishda qayta ishlashda qiyinchiliklar yuzaga keladi. Bu holda himoya qilingan instinktning energiyasi simptomlar shakllanishiga olib keladi.

Antropologik taxminlar. Psixoanalitik tasavvurda inson tabiati ikki tomonlama qarashga ega: *bir tomondan — biologik, ikkinchi tomondan — ijtimoiy-ilmiy va tanqidiy yo'nalish.* Bu modelga ko'ra, “*Men*” (Ego) ikkita kuchli determinanta — “U” ning instinktiv kuchlari va “*Super-Men*” (ijtimoiylashuv jarayonida shakllangan talablar) o'rtasidagi ziddiyatda yashaydi. Bu har ikkala kuch insonning bazaviy (asosiy) o'zini namoyon qilishiga tahdid soladi. **Freydning** boshlang'ich konsepsiyasiga ko'ra, psixoanalitik modelning markazida, ushbu kuchlarga muqobilsiz qolgan inson turadi. U ushbu kuchlardan himoyalaniish va o'zini tasdiqlash uchun kurashishi lozim bo'ladi.

Metodologiya. Metodologik jihatdan, psixoanalizda hanuzgacha o'ziga xos germenevtik (tafsiriy) tadqiqot dasturi ustuvorlik qiladi. Shu bilan birga, boshqa empirik tadqiqot yondashuvlariga nisbatan ochiqlikka bo'lgan tendensiya ham kuzatilmoqda. *Germenevtik usulni* asoslashni biz **Freydning** o'z ta'limotida uchratishimiz mumkin. U o'z predmetini tabiat va gumanitar fanlar o'rtasidagi ziddiyat maydonida joylashtirgan holda izohlaydi: «...meni ham juda taassufga soladi, men yozgan klinik tarixlar... shunday desa ham bo'ladi, ularning ilmga mosligini ko'rsatmaydi. Lekin men o'zimni shundan tasalliq topish bilan taskin beraman, bunday natijalar uchun, ehtimol, predmetning tabiati mas'uldir...» (Freyd, 1893/1964. B. 227).

Psixoanaliz, avvalo, germenevtikaga tayanadi. Germenevtika avvalboshda matni talqin qilish haqidagi ta'limot sifatida tushunilgan, keyinchalik esa ma'noli o'zaro bog'liqliklarni tushunish haqidagi ta'limot sifatida kengayib, gumanitar (ijtimoiy) fanlar uchun bilish nazariyasining metodologik asosi sifatida shakllangan (Diltey, 1894). Bu yerda *tushunish* — tabiiy fanlardagi izohlash o'rni egallashi lozim bo'lgan jarayon sifatida qaraladi. *Tushunishning maqsadi*

— insonning harakat shakllaridagi ma'nolarni ochish, shifrlarini yechishdir. Psixoanalizda bu jarayon shunday amalga oshiriladiki, u ushbu hermenevtik yo'nalishga xos alohida xususiyatga ega: tadqiqot ishi "*psixoanalitik vaziyat*" doirasida olib boriladi, ya'ni ilmiy bilimlar asosan alohida holatlar bilan ishlash orqali — *psixoanalitik amaliyot jarayonida* — shakllanadi. Ushbu tartib psixoanaliz uchun shunchalik xoski, u «*psixoanalitik usul*» deb yuritiladi. Bu usulning afzalligi shundaki, u faqat oshkora emas, balki yashirin ma'noli tuzilmalarni ham ochib beradi. Shuning uchun ayrim mualliflar bu usulni «*chuqur hermenevtika*» (deep hermeneutics) deb ataydilar.

Psixoanalitik hermenevtik tadqiqotga dasturiy sodiqlik bilan bir vaqtda, ko'p hollarda an'anaviy psixologik tadqiqot usullarini keskin rad etish holatlari ham uchraydi.

Buning sabablari quyidagicha izohlanadi: Empirik psixologik tadqiqot klinik psixoanalitik nazariya uchun noqadr (noahamiyatli) deb hisoblanadi; Empirik ma'lumotlar zarur emas, chunki klinik ma'lumotlar shunchalik ishonchli va ta'sirchanki, ular qo'shimcha mustaqil isbotlarni talab etmaydi; Empirik tadqiqotni psixoanalitik konsepsiyalarga nisbatan noto'g'ri qo'llash sifatida baholanadi, chunki psixoanalizdagi nazariy qurilmalar doimo alohida holat (keyc)ga asoslanadi.

*Ushbu umumiy metodologik yondashuvni tanqid qilinishi, bir tomondan — psixoanalitik hermenevtikani mutloq va yagona usul sifatida ko'rsatish uchun bo'lsa, ikkinchi tomondan — faqat alohida klinik holatlar bilan cheklanib qoladigan metodik cheklovlari uchun leb qabul qilinadi. Ko'plab tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, empirik psixologiya tadqiqotlariga nisbatan mavjud shubhalar asossizdir, va klinik chegaralardan tashqarida amalga oshiriladigan tadqiqotlar orqali psixoanalitik nazariyalarni empirik jihatdan qo'llab-quvvatlash juda zarur hisoblanadi (Grünbaum, 1988; Holt, 1992; Masling & Bornstein, 1993). Ba'zi psixoanalitiklar o'zlari ham ushbu metodologik pozitsiyani tanqid qiladilar. Masalan, **Rapoport** shunday yozadi: «*Freydning fikricha, faqat psixoanalitik metod orqali to'g'ridan-to'g'ri olingan tajriba psixoanalitik xulosalarni tushunish va ularning ishonchliligini tekshirish imkonini beradi. Psixoanalitik nazariyalarning ishonchliligi faqat ana shu analitik metod orqali baholanishi mumkin, va bu ishonchlilik aynan shu metod orqali allaqachon isbotlangan, shu bois yana qo'shimcha isbotga muhtoj emas. Metod, nazariya va uning isbotlanish usuli o'zaro uzviy bog'liqdir*» (1973. B. 19–20).*

Quyidagi fikr shundan iboratki, psixoanaliz o'ziga xos tadqiqot mezonlariga da'vo qila olmaydi, chunki u ham boshqa psixologik nazariyalar kabi umumiy ilmiy talablarga bo'ysinadi. Shu munosabat bilan **Rayter** (Reiter, 1975. B. 28) shunday yozadi: tushunishni tushuntirishga muqobil sifatida taqdim etish va shu orqali fan sohasining avtonomiyasiga da'vo qilishga urinish, ilmiy mantiqiy

nuqtai nazardan, to'siqli yo'l sifatida baholanishi mumkin. Ilmiy-sotsiologik jihatdan germenevtik separatizm haqiqiy ilmiy usul muvaffaqiyatlariga qarshi immunlash(emlash) strategiyasi bo'lib hisoblanadi. **Freyd** asos solgan kazusli (alohida holatlarni o'rganuvchi) tadqiqotlar (masalan, «*Anna O.*», «*kichik Gans*», «*qo'y odam*» kabi kasallik tarixi) bir qator muhim kamchiliklarni ko'rsatadi. Masalan, bunday tadqiqotlar faqatgina ma'lum darajadagina ob'ektivlashtirish va olingan ma'lumotlarni tekshirish imkonini beradi. Terapiya vaqtida olingan ma'lumotlar keyinchalik bemor bilan o'zaro ta'sir natijasida o'zgarishga uchraydi. Shunday qilib, bemor terapiya jarayonida psixoanalitik nazariyalar va talqinlar tomonidan oldindan belgilangan fenomenlarni «*ishlab chiqarish*»ga moyil bo'ladi (Grünbaum, 1988). Yana bir muammo — ma'lumotlarni umumlashtirish bilan bog'liq. Faqatgina psixoanalizda ishtirok etgan shaxslardan olingan ma'lumotlar baholanishi mumkin, shuning uchun olinadigan xulosalar juda cheklangan bo'ladi, chunki guruh representativ emas (ya'ni keng ommaga nisbatan umumiy xulosa chiqarish uchun yetarli emas). Psixoanalizning empirik tekshirilishi yo'lida yana bir qator to'siqlar mavjud: *psixoanalitik nazariyaning yetarlicha tizimlashtirilmaganligi, ichki ziddiyatsizlik va intersub'ektiv tekshiruv imkoniyati kabi mezonlarning amalga oshmasligi* va hokazo. Psixoanalizning asosiy g'oyalardan biri — *ruhiy faoliyatning tuzilishi yoki topografiyasi* haqidagi tasavvurlar — umuman olganda, empirik tekshirish uchun imkoniyat bermaydi. Psixoanalitiklar empirik tekshiruv imkoniyatining yetarli emasligi to'g'risidagi tanqidlarga javoban, o'z nazariyalaridagi mazmunan boy, chuqur psixologik konseptlarga ishora qiladilar. Ularning ayrimlari hatto shu nuqtai nazardan ularga tenglashadigan kamdan-kam raqobatchi nazariyalar bor, deb hisoblaydilar. Biroq aynan shu jihat psixoanalizning ilmiy nazariya sifatidagi asosiy muammosidir, deb ta'kidlaydi **Perez** (Perrez, 1979). Mashhur fanshunos **Popper** psixoanalizni shunday tanqid qilgan: «*Dunyo bu nazariyalarning verifikatsiyalari (isbotlari) bilan to'la edi. Nima sodir bo'lmasin, ularning nazariyasini tasdiqlardi. Shu bois, ularning haqiqatligi ravshan tuyulardi*» (Popper, 1984. B. 35). Natijada, bunday nazariyalarga asoslangan tadqiqot va amaliyot tanqidga uchraydi, chunki ularning tushuntirishlari, asoslashlari va bashoratlari doimo bir xildagi ma'lum bir «*ishonarlilik*» (Plausibilität) mezoni asosida baholanadi. Ilmiy tadqiqotning o'zi mumkin bo'lishi uchun nazariy, metodik va empirik ma'lumotlarni konseptual ravishda ajratish zarur. Shundagina qandaydir da'volarni ilmiy tekshirish imkoniyati paydo bo'ladi.

Bir vaqtning o'zida shaxs rivojlanishi va psixopatologiyaga oid psixoanalitik konsepsiyalar bo'yicha empirik tadqiqotlar, psixoanalitik terapiyani o'rganishga nisbatan ancha ilgari ketdi. Masalan, erta bolalik davridagi «*Men-konsepsiyasi*»ning rivojlanishi, kognitiv psixologiya sohasida ongsiz idrok va xotira jarayonlari, mental representatsiyalar, insonni idrok etish va ijtimoiy kognitsiyalar borasida yangi ma'lumotlar olindi. Kelajakda klinik psixologiya uchun katta hissa aynan shundagina kutilsa yaxshi bo'lardi, agar psixoanalitik tadqiqotlar boshqa tadqiqot yondashuvlariga ochiq bo'lsa (Bastine, 1998. B. 88).

Klinik psixologiyaga kirish. *Gumanistik model* — **Sh. Byuler, K. Xorni, K. Goldshteyn, A. Maslou, K. Rodjers** kabi olimlar nomi bilan bog‘liq bo‘lib, u psixoanaliz va bixeviorizm (harakat psixologiyasi) kabi ta’sirli yo‘nalishlar qatorida *"uchinchi kuch"* sifatida shakllangan. *"Gumanistik"* atamasi bilan boshqa modellar kamroq *"insoniy"* degan fikr aytilmagan, balki bu yerda inson butun mavjudoti bilan, uning ma’nolari va qadriyatlari bilan ilm mavzusi darajasiga ko‘tarilgani alohida ta’kidlangan. Klinik-psixologik modelning prototipi sifatida *K. Rodjers* tomonidan ishlab chiqilgan mijozga yo‘naltirilgan *buzilishlar va terapiya nazariyasi* hisoblanadi, chunki **Rodjers** shaxs, *buzilish va terapiya* haqida to‘liq va batafsil konsepsiyani bayon qilgan va bu konsepsiya eng ko‘p empirik jihatdan tadqiq etilgan. *Gumanistik modelga* eng yaqin turadigan yo‘nalishlar — *geshtalterapiya, psixodrama va tranzaksion tahlil* bo‘lib, ma’lum darajada *"ijodiy"* terapiyalar (musiqiy terapiya, rasm terapiyasi, raqs terapiyasi) va *jismonan yo‘naltirilgan terapevtik usullar* (nafas, harakat va *"qichqiriq"* terapiyasi) ham shular jumlasidandir. (Haqiqatda, bu yerda ko‘proq terapiya, rasstroystvolarning differensiallashtirilgan nazariyasi emasligi nazarda tutiladi). Bu terapevtik yondashuvlar ko‘pincha *"his-tuyg‘ularga yo‘naltirilgan psixoterapiya"* deb umumlashtiriladi, chunki terapevtik faoliyatning markazida mijozning shaxsiy kechinmalari turadi.

Gumanistik model, ayniqsa mijozga yo‘naltirilgan (client-centered) shaklida, bir qator asosiy faraziy yondashuvlarni (buzilishlarning ta’rifi va kelib chiqishi, terapiya va qisman ta’minlash masalalari), antropologik tasavvurlarni va metodologik pozitsiyalarni ishlab chiqishga asoslanadi. Ushbu modelga eng kuchli ta’sir ko‘rsatgan olimlar — AQShda **K. Rodjers** (1973, 1989) va **Yu. Gendlin** (Gendlin, 1962), shuningdek Germaniyada **T. Taush** (Tausch, 1979) va boshqalar bo‘lgan.

Gumanistik model to‘rtta asosiy nuqtai nazarda namoyon bo‘ladi:

Fenomenologik-sub’ektiv yondashuv. Bu yondashuv inson tajribasining ichki, sub’ektiv jihatlariga urg‘u beradi. Insonning voqelikni qanday his qilishi va uni qanday ma’nolar bilan anglashi psixologik tahlilning markazida turadi. *Gumanistik psixologiya* uchun insonning o‘z tajribasini qanday qabul qilishi juda muhim.

Inson salohiyati va qobiliyatlariga urg‘u berish. *Gumanistik model* insonda ichki rivojlanish salohiyati borligini e’tirof etadi. Inson fe’l-atvori va hissiyoti faqat muammolar bilan emas, balki o‘shish, o‘zini anglash va o‘zini rivojlantirish qobiliyati bilan ham belgilanadi.

Shaxs butunligi (selostnost lichnosti). Inson yakka shaxs sifatida, uning his-tuyg‘ulari, aqliy jarayonlari, tanasi va ijtimoiy munosabatlari bilan yaxlit bir butunlik sifatida ko‘riladi. Bu yondashuv insonni parchalangan holda emas, balki to‘liq, integral holda o‘rganishni nazarda tutadi.

Ruhiy buzilishlarni tushunish. Gumanistik modelda psixik buzilishlar insonning o'zini ro'yobga chiqarishda to'siqlarga duch kelishidan, uning shaxsiy ehtiyojlari va imkoniyatlari bilan hayot sharoiti o'rtasidagi ziddiyatdan kelib chiqadi. Demak, buzilishlar insonning tabiiy rivojlanish jarayonining buzilishi sifatida ko'riladi.

Mavzuga batafsilroq yondoshadigan bo'lsa quyidagi xulosalarga kelishimiz mumkin. *Birinchi asosiy faraz, fenomenologik-sub'ektiv yondashuv.* Gumanistik modelga ko'ra, psixik jarayonlarning mohiyatini faqat alohida individ nuqtai nazaridan tushunish mumkin. Chunki faqat o'sha insonning o'z hayotidagi voqealar va tajribalarni to'g'ri va adekvat tasvirlab, baholay oladi. Shuning uchun *sub'ektiv nuqtai nazar — shaxsiy, ichki pozitsiya — psixologik jarayonlarning ob'ektiv tadqiqotiga nisbatan afzalroq hisoblanadi.* Shaxslararo munosabatlarda bu sub'ektiv tajriba dunyosi fenomenologik usul orqali tushunilsa bo'ladi. Bu usulda *bir shaxs boshqasini empatiya — ya'ni hissi tushunish — orqali anglaydi.* Shu munosabat bilan *ushbu nuqtai nazar fenomenologik-sub'ektiv yondashuv deb ataladi.*

Ikkinchi faraz, inson qobiliyatlari va salohiyatiga ishonch. Bu faraz insonning tabiiy salohiyati va qobiliyatlarini e'tirof etadi. *Inson tabiiy ravishda — ya'ni tug'ma qobiliyatlari asosida — ijtimoiy va moddiy muhitda to'g'ri yo'l topishi, qiyinchiliklarni samarali yengib o'tishi mumkin.* Ruhan sog'lom inson o'z qobiliyatlarini yaxshi anglaydi va o'z xulq-atvorini oqilona boshqara oladi. U konstruktiv, ya'ni ijobiy yechimlarga intiladi, bunday yechimlar jamiyatning barcha a'zolarini qoniqtiradi. Aksincha, destruktiv (buzg'unchi) xulq-atvor shakllari — masalan, nafrat, egoizm(xudbinlik) — noto'g'ri o'rgatish, ta'lim va muhitning salbiy sharoiti natijasidir. Bu farazga ko'ra, insonda ko'plab faollashmagan, ishlatilmagan qobiliyatlar mavjud bo'lib, u o'z tabiiy rivojlanish jarayonida o'zini ro'yobga chiqarish (samorealizatsiya), o'zini anglash va shaxsiy o'sish sari intiladi (Byuler, 1975). Bu tushuncha gumanistik psixoterapiyada markaziy o'rin tutadi. *Insonning rivojlanishdan asosiy maqsadi — o'z salohiyatini to'liq ishga sola oladigan shaxsga aylanish, Rodjers (1989) ta'riflaganidek, "to'liq faoliyat ko'rsatuvchi shaxs" (fully functioning person) bo'lishdir.*

Uchinchi faraz, insonni yaxlitlikda ko'rish. Insonning har qanday xulq-atvor shakllari bir umumiy maqsad — o'zini asrash, rivojlantirish va ichki ixtiloflarni birlashtirishga qaratilgan, degan faraz mavjud. *Bu maqsad aktualizatsiya tendensiyasi (tendency of actualization) deb ataladi.* Shu nuqtai nazardan insonning harakatlari ma'noli va maqsadli deb hisoblanadi. *Inson xulq-atvorini chuqur tushunish faqat uning maqsadlari va faoliyatini butunlikda tahlil qilganda mumkin bo'ladi.*

To'rtinchi faraz, psixik buzilishlarning gumanistik talqini. Mijozga yo'naltirilgan yondashuvda psixik buzilishlar an'anaviy psixiatriya yoki psixodinamik

modellardagidek "asl sabablar"ni aniqlashga emas, balki inson hayotidagi muammolarni hal etishda duch kelayotgan murakkabliklarga qaratiladi. Ya'ni, masalan, kasallik yoki ichki ixtilof sabablari emas, balki ularni yengib o'tishdagi faol(aktual) qiyinchiliklar diqqat markazida bo'ladi. **Rodjers** ta'limotiga ko'ra, ruhan sog'lom va bemor insonlarning farqi shundaki: ular muammolarini qay darajada yengib o'ta oladi. (**Rodjers** ba'zi holatlarda og'ir psixik buzilishlar uchun istisnolarni ham tan oladi). *Psixik buzilish* — inson yangi tajribani qabul qilolmaganda va uni o'zining "Men-konsepsiyasi"ga qo'shaolmaganda vujudga keladi. Bunday vaziyat *inkongruentlik* deb ataladi — ya'ni insonning real hissiy tajribasi ("*organizm tajribasi*") va uning o'zini qanday qabul qilishi ("*Men-konsepsiyasi*") o'rtasida ziddiyat yuzaga keladi. Bu ziddiyat tufayli inson yangi tajribani adekvat qayta ishlay olmaydi va uni yo rad etadi, yo buzib ko'radi, yo undan o'zini himoya qiladi.

Antropologik faraziy yondashuvlar. Mijozga - gumanistik yo'naltirilgan yondashuv mutaxassislar orasida katta xayrixohlikka sabab bo'ladi va bu xayrixohlik, shubhasiz, katta darajada ushbu modelning inson haqidagi tasavvuriga bog'liq. Bu tasavvur ushbu model bilan shaxsiy identifikatsiyani ta'minlaydi va uni ta'lim hamda superviziya (ko'makchi kuzatuv) jarayonlarida jozibador qiladi. *Gumanistik sub'ekt-model* insonning ichki kuchli intilishlari yoki tashqi determinantlari (belgilab qo'yilgan omillar)ga asoslanmaydi, ya'ni insonni biror narsa "*dasturlash*" yoki "*yo'naltirish*" vositasi sifatida ko'rmaydi. Aksincha, inson o'z ehtiyojlari va muhitga moslashuvi asosida o'zini boshqara oladigan shaxs sifatida qaraladi. U ichki o'sish va o'zini ro'yobga chiqarish sari intiladi. Bu nuqtai nazar quyidagicha ifoda etiladi: «*Inson — o'ziga o'zi uchuvchiga aylanadi*» (Ford, Urban, 1967).

Tanqidiy nuqtai nazarlar. Shu bilan birga, ushbu konsepsiya insonning tasviri juda idealistik va optimistik ekanligi uchun tanqid qilinadi. U insonga ta'sir etuvchi keng ijtimoiy va boshqa omillar xilma-xilligini yetarlicha inobatga olmaydi. U asosan sog'lom, qadriyatlar, normalar va o'rta tabaqa shartlariga asoslangan inson modeliga tayanadi. Shuningdek, *jismoniy muammolar* — *kasalliklar, organik nuqsonlar, baxtsiz hodisalar kabi omillar e'tibordan tashqarida qoladi.* Muammoli jihatlardan yana biri — bu farazga ko'ra inson har doim rivojlanish va o'zini ochish sari intiladi, degan g'oyadir. Bunday qarash, har doim ham haqiqatga mos kelmasligi mumkin.

Metapsixologik farazlar. Metapsixologik farzalar «*shaxs markazli*» (personalistik) deb ataladi, chunki ular insonning shaxsiy intilishlari, motivlari, tajribalari va *Men-konsepsiyasini* markazga qo'yadi. Bunda ijtimoiy, madaniy va moddiy hayotiy shart-sharoitlar juda kam ahamiyatga ega deb qaraladi, bu esa tanqidlarga sabab bo'ladi.

Metodologiya. Tadqiqot metodologiyasi nuqtai nazaridan *gumanistik konsepsiya fenomenologik pozitsiyaga tayanadi.* Bu pozitsiya tajribalarning namoyon bo'lish

shakllarini imkon qadar xolis tavsiflashga harakat qiladi. *Fenomenologik tadqiqotning maqsadi* — kuzatish mumkin bo‘lgan holatlarni keng qamrovli qayd etishdir. Ifodaning og‘ish imkoniyatlari faqatgina kuzatuvchining shaxsiy xususiyatlarida emas, balki nazariy strukturalar va ilmiy an‘analar ta‘sirida ham yuzaga keladi. Fenomenologik yondashuvda esa aynan shu an‘anaviy ilmiy bilimlar e‘tibordan chetga chiqarilishi kerak deb hisoblanadi. Bu erkin tavsif — intersub‘ektiv (turli insonlar tomonidan takroriy ravishda tasdiqlanishi mumkin bo‘lgan) tekshiruvga yo‘l qo‘ymaydigan sub‘ektiv ma‘lumotlarni ham o‘z ichiga oladi. Shunga qaramay, fenomenologik yondashuv faqat evristik (ya‘ni, yangi bilim yaratish) vazifani bajarib qolmay, balki mazmuniy jihatdan muvofiq va adekvat deb hisoblanadi. Chunki mijozga yo‘naltirilgan nazariya insonning sub‘ektiv tajribasiga asoslanadi.

Fenomenologik tadqiqotning kuchli va zaif jihatlari. Fenomenologik tadqiqotning asosiy kuchli tomoni — bu yangi fenomenlarni o‘rganish imkoniyatidir. Bu fenomenlar yangi nazariy va amaliy-texnologik istiqbollarni rivojlantirishga turtki beradi. Bu esa nazariya va amaliyot uchun muhim innovatsion funksiya hisoblanadi. Biroq, barcha sifat jihatidan (ya‘ni sifatli tadqiqotlar) yondashuvlarda bo‘lgani kabi, *fenomenologik tadqiqotning zaif tomoni* — u kuzatilgan fenomenlarni tushuntirish va umumlashtirishda cheklangan bo‘ladi. Bunday holatlarda faqat gipotezalarni shakllantirish mumkin, xolos.

Fenomenologik va empirik yondashuvlarning birga mavjudligi. Fenomenologik tadqiqot bilan bir qatorda tizimli empirik tadqiqotlar ham mavjud. Mijozga yo‘naltirilgan psixoterapiyaga asos solgan **K. Rodjers** shunchaki nazariyachi emas, balki psixoterapevtik jarayon va uning samaradorligini empirik-tizimli o‘rganishning pioneri hisoblanadi. Ko‘plab empirik tadqiqotlarida **Rodjers** psixoterapiya jarayoni va natijalarini ob‘ektivlashtirishga urinish olib boradi. U terapevtik sessiyalarni magnitofonga yozib olish, psixologik testlardan foydalanish va sub‘ektiv baholash usullari orqali terapevtik o‘zgarishlarni aniqlashga harakat qilgan. **Rodjers**ning bu tadqiqotlari metodologik empirizm doirasiga kiradi. Unda fenomenlarni aniq kuzatish, gipotezalarni qadamba-qadam rivojlantirish va tekshirish bo‘lsada, lekin shu bilan birga tadqiqotning eksperimental qoidalarini inkor etish holatlari mavjud.

Falsafiy-antropologik va empirik yondashuvlar o‘rtasidagi ziddiyat. Bir tomondan, falsafiy-antropologik pozitsiya, ikkinchi tomondan, tizimli empirik tadqiqot yondashuvlari o‘rtasidagi farq ekzistensial kechinmalar terapiyasi va tabiiy-fanga yo‘naltirilgan suhbat terapiyasi o‘rtasidagi ziddiyatlarni keltirib chiqardi. Biroq, shunga qaramay, mijozga yo‘naltirilgan psixoterapiya ichida kamida ikkita turlicha pozitsiya mavjud ekanini unutmazlik kerak:

Fenomenologik-shaxsga asoslangan (personalistik) pozitsiya. Bu pozitsiya individning noo‘xshashligini, shunga o‘xshash tarzda shaxslararo (shu jumladan psixoterapevtik) munosabatlarning o‘ziga xosligini ta‘kidlaydi. U interpersonal

(shaxslararo) vaziyatni o'zgarishga olib keluvchi asosiy omil sifatida ko'riladi. Biroq bu yondashuvda mijozning boshqa shart-sharoitlari, jumladan, uning hayotiy vaziyati yetarlicha e'tiborga olinmaydi.

Empirik-psixologik yo'nalish. Bu yerda esa umumiy psixologik yondashuvlar va metodlar asosiy o'ringa chiqadi. Masalan: *differensial (farqli) psixologiya, ijtimoiy (sotsial), kognitiv shart-sharoitlar va jarayonlar.*

Muhokama qiladigan bo'lsak, K. Rodjers tomonidan shakllantirilgan mijozga yo'naltirilgan psixoterapiya gumanistik klinik-psixologik modelning prototipi sifatida xizmat qiladi. Biroq bu atama doirasida turli yo'nalishlar va konsepsiyalar jamlangan. Hatto mijozga yo'naltirilgan nazariyaning o'zi ichida ham turlicha pozitsiyalar mavjud. *Gumanistik modelga* yaqin bo'lgan *geshtalterapiya* — buzilish(rasstroystvo)larning psixoanalitik modelidan bir qator elementlarni qabul qiladi. U o'zini ro'yobga chiqarishni (samoaktualizatsiyani) o'zgarishga turtki bo'luvchi motiv sifatida rad etadi va insonning shaxsiy hayotiy kontekstiga ancha katta ahamiyat beradi. Boshqa ba'zi mualliflar *geshtalrapevtik* yondashuvni keng qamrovli nazariyagacha rivojlantirganlar — bunda faqat emotsional o'zgarishlar emas, balki kognitiv jarayonlar ham qamrab olinadi. Bioenergetik yondashuvlar esa hatto shaxs xarakterini qatiq diagnostika qilishgacha boradi.

Gumanistik modelni baholash zarurati. Gumanistik modelni ancha aniqroq va nozik baholash zarur. Hozirgi kunda eng chuqur ishlab chiqilgan mijozga yo'naltirilgan gumanistik konsepsiya shunga xoski, u differensial-etimologik nuqtai nazarni (ya'ni, turli psixik buzilishlar o'rtasidagi farqlarni) inkor qiladi. Bu konsepsiya insonni noo'xshashligida ko'rib chiqqani uchun bunday yondashuvga yo'l qo'ygan. Biroq bu bilan birga, turli odamlar guruhlari, psixik buzilishlarning xilma-xil shakllari, shaxs xususiyatlarining farqlari va turli hayotiy sharoitlar (masalan, ijtimoiy qatlamga mansublik) e'tibordan chetda qoladi. Psixik buzilishlarning kelib chiqishi, diagnostikasi, klassifikatsiyasi va terapiyasida muhim ahamiyatga ega bo'lgan ana shu xilma-xil belgilar gumanistik konsepsiyaning dastlabki shaklida hisobga olinmagan. Uning o'rniga nazariy e'tibor inson o'zgarishining umumiy shart-sharoitlariga qaratiladi — bu o'zgarish shaxsiy rivojlanishda ham, psixoterapevtik ta'sirda ham ko'rinadi. Bu esa, shubhasiz, ilmiy jihatdan to'laqonli va maqbul yondashuvdir.

Mavjud kamchilik va uning muvozanatlanishi. Shunga qaramay, klinik-psixologik model nuqtai nazaridan bu yetarli emas, chunki turli buzilishlarga ega insonlar o'rtasidagi aniq farqlar inobatga olinmaydi.

Psixoanalitik nazariyaga nisbatan tanqid odatda shunday iboralardan iborat bo'ladi: «*U buzilish(rasstroystvo)ni tushunishga ko'p yordam beradi, ammo muammoni o'zgartirishda kam yordam beradi*». Ana shu tanqid mijozga yo'naltirilgan modelda aksincha ifodalanadi: «*U muammoni o'zgartirishda ko'p imkoniyat beradi, ammo turli buzilish(rasstroystvo)larning farqini aniqlashda*

kam yordam beradi». Biroq so‘nggi yillarda bu kamchilik astalik bilan yumshatilmoqda, chunki mutaxassislar bunga tobora ko‘proq e‘tibor bera boshlamoqda.

Xulq-atvor(bixevioristik) modeli. Xulq-atvor terapiyasi nisbatan qisqa vaqt ichida ham ilmiy tadqiqot sohasida, ham klinik amaliyotda muhim o‘rinni egalladi. “*Xulq-atvor terapiyasi*” tushunchasi ommabop adabiyotga ilk bor **Ayzenk, Volpe** va boshqalar orqali kirib kelgan. Bugungi kunda ushbu sohadagi tadqiqotlar soni shunchalik kattaki, uni to‘liq qamrab olish deyarli imkonsiz. Ko‘pgina mutaxassislarning fikriga ko‘ra, *xulq-atvor terapiyasi* anglo-amerika va nemis tilli mamlakatlardagi klinik psixologiyada yetakchi yondashuv hisoblanadi. Uning jadal rivojlanishi bir vaqtning o‘zida bir necha sohalarda kuzatilgan: *turli terapevtik usullar yaratilgan, tadqiqot strategiyalari ishlab chiqilgan, qo‘llash sohalari kengaytirilgan, diagnostik va texnik vositalar joriy etilgan, ruhiy buzilishlarning nazariy-xulqiy modeli rivojlantirilgan*. “*Xulq-atvor terapiyasi*” tushunchasi ikki xil ma‘noda qo‘llaniladi: *tor ma‘noda* — muayyan psixoterapevtik usullar yig‘indisi sifatida; *keng ma‘noda* — umumiy klinik-psixologik nazariy-xulqiy model sifatida. Shuni ham qayd etish kerakki, *nazariy-xulqiy model* doirasida turli mualliflar tomonidan taklif etilgan ko‘plab yondashuvlar mavjud bo‘lgani uchun, ba‘zan bu haqda “*xulq-atvor terapiyalari*” (ko‘plikda) deb ham gapiriladi.

Asosiy farziy yondashuvlar. Nazariy-xulqiy model (teoretiko-povedencheskaya model) quyidagi asosiy xususiyatlar bilan tavsiflanadi: «*Xulq-atvor*» tushunchasiga tayanuv; *sharoitlarni funksional tahlil qilish; nazariy asoslar va amaliyotda qo‘llash nuqtai nazaridan asoslash; rasstroystvolar konsepsiyasini shakllantirish*.

Xulq-atvor tushunchasi. Ilk xulq-atvor terapiyasi mijozning ko‘zga ko‘rinadigan (“*ochiq*”) xulq-atvoriga mustaqil ravishda e‘tibor qaratishga urinib kelgan. Bu metodologik jihatdan asoslangan edi: psixik jarayonlarni iloji boricha aniq va birma-bir tushunish zarur edi, bu esa ularni tasvirlash, ob‘ektivlashtirish va inson kechinmalari sifatida validlashtirishni (tekshirib tasdiqlashni) osonlashtiradi. Nazariy-xulqiy konsepsiyalar quyidagi jihatlar bilan tavsiflanadi: Ular psixik buzilishlar va terapevtik jarayonlarni ularning namoyon bo‘lish shakllari, dinamikasi va ushbu holatlar yuzaga keladigan shart-sharoitlar bilan bog‘liq ravishda maksimal darajada aniq tasvirlashga intilish (boshqacha aytganda, deskriptiv tahlil) bilan ajralib turadi. Shu bilan birga, bu konsepsiyalar ichki holatlar va jarayonlarga kirib borish va ularni tushuntirish imkoniyatiga nisbatan ehtiyotkor yoki hatto shubha bilan qarash pozitsiyasini egallaydi. Bu metodologik bixeviorizmni analitik bixeviorizm pozitsiyasidan farqlash zarur. Chunki *analitik bixeviorizmga ko‘ra, barcha sub‘ektiv jarayonlar — ya‘ni his-tuyg‘ular, fikrlar, ichki holatlar — kuzatish mumkin bo‘lgan xulq-atvorda sifat va miqdor jihatidan o‘z aksini topadi, va shu sababli ob‘ektiv ravishda tushunish mumkin deb hisoblanadi*. Biroq, analitik bixeviorizmning ilmiy asoslanmaganligi sababli,

bugungi kunda faqat metodologik pozitsiya saqlanib qolgan, ya'ni bixevioristik yondashuv tadqiqot va terapiyada asosiy uslub sifatida qo'llaniladi, ammo barcha ichki holatlar to'liq xulq-atvorga aylanadi, degan da'vo rad etiladi. Shu bilan birga, analitik bixeviorizmning izlari hozirgi amaliyotda ham uchraydi. Masalan: diagnostika asosan kuzatish mumkin bo'lgan xulq-atvorga tayanganda, ammo ichki holatlar baholanganda; yoki terapevtik o'zgarishlarga avvalo xulq-atvorga ta'sir orqali erishishga harakat qilinganda. Xulq-atvor tushunchasi tana (jism) bilan bog'liq sharoitlar va jarayonlarga yaqindan bog'liq. Buning uchta asosiy oqibati bor: *Birinchi oqibat* — tanaviy reaksiyalar (masalan, qo'rquv vaqtidagi psixofiziologik yoki psixovegetativ reaksiyalar) xulq-atvorning ajralmas qismi sifatida qaraladi. Ular psixik buzilishlarni tasvirlash, tushuntirish va terapiya qilishda hisobga olinadi. *Ikkinchi oqibat* — somatik omillar (jismoniy holatlar) xulq-atvorning asosiy shartlari va determinantlari sifatida e'tiborga olinadi. Masalan: *vaqtinchalik yoki uzoq davom etuvchi charchoq holati, kasalliklar, tan tuzilishi (konstitutsiyasi), jismoniy nuqsonlar, hamda umuman nevrologik, fiziologik, endokrinologik va boshqa jismoniy xususiyatlar*. *Uchinchi oqibat* — inson xulq-atvorini tushuntirishda xulqiy-biologik bilimlar ham jalb etiladi. Masalan: *evolyusion nazariya, xulq-atvorni taqqoslamali tadqiq qilish — etologiyadan tortib, hayvonlar ustidagi eksperimental tadqiqotlarga*. Bunday etologik tadqiqotlar shunga o'xshash savollarga javob topishda foydalidir: Nega odamlar muayyan "*kalit stimullarga*" qo'rquv, majburiy xulq-atvor (navyazchivost) yoki ijtimoiy chetlanish bilan javob qaytaradilar? Shu tariqa, nazariy-xulqiy model biologik va somatik omillarni eng to'liq hisobga oluvchi klinik-psixologik tadqiqot dasturi hisoblanadi.

Shart-sharoitlarning funksiyaviy tahlili. Nega kimdir imtihondan qo'rqadi va bu qo'rquvdan qutula olmaydi? Bu savolga javob nazariy-xulqiy model doirasida aniq kuzatuv va funksiyaviy shart-sharoitlarni tahlil qilish orqali beriladi. Boshqacha aytganda, inson xulq-atvori muhit bilan funksional bog'liqlikda bo'ladi, ya'ni u muhit ta'siri ostida shakllanadi. Shu munosabat bilan tahlil jarayonida "agar... unda..." ko'rinishidagi qonuniy bog'liqliklar izlanadi. Bu tahlilda muhim ahamiyatga ega bo'lgan jihatlardan biri — xulq-atvorga: qanday voqealar sabab bo'lgani (ya'ni, antetsedent sharoitlar – xulq-atvordan oldingi omillar), va xulq-atvordan so'ng qanday natijalar kelib chiqqanligi (ya'ni, suksedent sharoitlar – xulq-atvorning oqibatlari)ni aniqlashdir. Shu kabi voqeaviy-xulq-atvoriy ketma-ketliklarni tahlil qilish orqali insonning xulq-atvori, uning motivatsiyasi, atributsiyasi (ya'ni, odam o'z xulqini qanday tushuntiradi) va boshqa omillar izohlanishi mumkin deb hisoblanadi.

Nazariy va amaliy asoslar hamda empirik tekshiruvning o'zaro bog'liqligi. O'zining tarixiy rivojlanish jarayonida xulq-atvor terapiyasi avvalo o'rganish nazariyalari (teoriyalari)ni klinik-psixologik jihatdan qo'llash sifatida shakllangan. U, masalan, quyidagicha ta'riflangan: «*Zamonaviy o'rganish nazariyasi qonunlaridan foydalangan holda, terapiya jarayonida inson xulq-atvori va hissiyotlarini o'zgartirishga qaratilgan urinish*» (Ayzenk, 1964, b. 1).

Bu yerda **Ayzenk** birinchi navbatda nazarda tutgan narsa — klassik shartlash (Pavlov) va operant shartlash (Skinner) kabi shartli nazariyalari prinsiplari edi. Ushbu asosiy yoʻnalishning asoschilari sifatida rus olimlari — **I.P. Pavlov** (1849–1936) va **V.M. Bexterev** (1857–1925), hamda amerikaliklar — **J. Uotson** (1878–1958) va **B. Skinner** (1904–1990) hisoblanadilar. Bu konsepsiyada prinsipial yangilik shunda ediki, *birinchi marta psixologik asosiy nazariya psixik buzilishlarni tasvirlash, tushuntirish va ularni terapiya qilish uchun qoʻllashga urinish qilinadi*. Klinik-psixologik amaliyotni psixologik nazariyalar asosida ilmiy asoslashga yoʻnaltirilgan bu bazaviy yondashuv bugungi kunda ham ushbu modelning asosiy xususiyati boʻlib qolmoqda. Bunga qoʻshimcha sifatida, bu model uchta yoʻnalish boʻyicha kengaytirilgan:

— xulq-atvor modeli nazariyasi faqat oʻrganish nazariyalariga emas, balki, avvalo, kognitiv va shaxslararo yoʻnalishdagi (ijtimoiy oʻrganish, atributsiya, axborotni qayta ishlash, oʻzini-oʻzi roʻyobga chiqarish va h.k.) qator boshqa nazariyalarga ham tayanadi;

— tadqiqot dasturlari uchun empirik yoʻnalish xos boʻlib, yaʼni buzilishlar va terapiya modellarining empirik haqqoniyligi ilmiy va amaliy rivojlanish uchun muhim oʻlchov va tuzatish omili sifatida qaraladi. Empirik asoslash nazariy–xulq-atvor modeli shakllanishining muhim tarkibiy qismi boʻlib, unga nazariy tushuntirishlar, texnologiyaviy asoslar va amaliyotda terapevtik dasturlarni baholashgacha boʻlgan prog-nozlar kiradi. Klinik–psixologik amaliyotni baholashda hal qiluvchi omil doimo empirik ekspertiza natijalari hisoblanadi;

— klinik amaliyot ham mustaqil tamoyillar va texnologiyalarni rivojlantirishi, shuningdek, nazariyalarga qimmatli turtki berishi mumkin. Shu tariqa amaliyotni asoslashga faqat psixologik asosiy nazariyalargina emas, balki amaliyotning oʻzi ham nazariyalar rivojiga katta hissa qoʻshadi. Bu, ayniqsa, buzilishlar va terapevtik dasturlarning maxsus modellarini rivojlantirishda toʻgʻri keladi. Nazariy–xulq-atvor yoʻnalishidagi tadqiqot dasturlarida psixologik asosiy nazariyalar bilan amaliy nazariyalar oʻrtasidagi oʻzaro almashinuv mustahkam oʻrnashgan;

Buzilish konsepsiyasi. Nazariy–xulq-atvor yoʻnalishidagi buzilish konsepsiyasiga koʻra, buzilishlar tashqi tomondan kuzatilgan xulq-atvorda namoyon boʻladi va kasallikning mohiyati bilan uning simptomatikasi oʻrtasidagi farq alohida ajratib koʻrilmaydi. Xulq-atvor har doim atrof-muhit bilan oʻzaro bogʻliq holda tahlil qilinadi, shuning uchun insonning muammoli xulq-atvorini uning oʻrganish tarixi bilan bogʻliq holda koʻrib chiqish hamda muammoni yuzaga keltiruvchi va saqlab turuvchi shart-sharoitlarni aniqlashga harakat qilinadi. Shu bilan birga, insonning qobiliyat va koʻnikmalari aniqlanib, oʻrganish, bilim va xulq-atvordagi kuchli tomonlaridan foydalanishga intilinadilar. Mavjud boʻlgan kamchiliklar esa maqsadli treninglar orqali bartaraf etiladi. Masalan, ijtimoiy qoʻrquvi boʻlgan shaxslarda, ruhiy yoki intellektual muammolarga ega odamlarda yoki oldingi

shizofreniya tashxisi qo'yilgan bemorlarni reabilitatsiya qilish jarayonida ijtimoiy va kommunikativ ko'nikmalarni rivojlantiruvchi mashqlar orqali.

Bunday holatdagi terapiya — psixoanalitik yoki gumanistik terapiyadan farqli o'laroq — kam hollarda shaxsning o'ziga, odatda esa «vaziyatlardagi xulq-atvor»ga, mijozning ijtimoiy va hayotiy kontekstiga (masalan, boshqalar bilan o'zaro munosabatlariga, kasbiy yoki oilaviy hayotiy vaziyatiga) qaratilgan bo'ladi yoki muhitni shakllantirishga yo'naltirilishi mumkin (masalan, ota-onalar yoki mijozga yaqin shaxslar uchun treninglar, kasbiy vaziyatni tuzatish).

Antropologik taxminlar. Nazariy–xulq-atvor yondashuvi shaxs va muhit munosabatlaridan kelib chiqib, xulq-atvor, asosan, muhit sharoitlarining funksiyasi sifatida namoyon bo'ladi, shaxsning muhitga faol ta'siri esa deyarli hisobga olinmaydi. **Bandura** (1986) bu qarashni «*bir yo'nalishli determinizm*» deb ta'riflaydi. Inson xulq-atvori bir tomonlama muhit sharoitlari tomonidan yo'naltiriladi. Shuning uchun bu konsepsiyaning antropologik tasavvurlari «*uchuvchi modeli*»dan ko'ra «robot modeli»ga yaqinroq: inson o'z maqsad va tasavvurlariga ko'ra muhitini faol ravishda shakllantirish o'rniga muhit kuchlariga javob qaytaradi, xulq-atvor esa stimullar va oqibatlarga javobdir. Tarixiy jihatdan bunday qarashni, aslida, bir chekka fikr sifatida, psixoanalitik tasavvurlarga qarshi javob sifatida tushunish mumkin. Psixoanaliz esa, aksincha, hayotiy kontekstning real sharoitlari ta'sirini inkor qilib, inson xulq-atvorining ichki turtki kuchlar bilan determinatsiyasiga urg'u beradi. Ham nazariy–xulq-atvor, ham psixoanalitik modellarda insonning o'z taqdirini o'zi belgilashi masalasi yetarlicha hisobga olinmaydi. «*Uchuvchi modeli*»da esa inson qaysi xulq-atvorni amalga oshirishini, qaysi vaziyatlarga duch kelishini va muhitga qanday faol ta'sir ko'rsatishini o'zi belgilaydi, degan g'oya markaziy o'rinda turadi.

Metodologiya. Metodologik jihatdan nazariy–xulq-atvor modeli, avvalo, tajribaga yo'naltirilgan bo'lib, aynan shu orqali o'zaro bog'liqliklarni sababiy izohlash mumkin bo'ladi. Bu modelning ayrim tarafdorlari egallaydigan keskin pozitsiya shundan iboratki, zarur bilimni faqat tajriba beradi va har bir aniq holdagi terapiya ham tajriba sifatida ko'rilishi kerak: diagnostika bosqichida gipoteza qo'yiladi, rejali intervensiya o'tkaziladi va dastlabki taxminlarni tasdiqlaydigan yoki rad etadigan natijalar baholanadi.

Muammo shundaki, tadqiqot va terapiya turli maqsadlarni ko'zlaydi. Tadqiqotning asosiy maqsadi — mavjud bilimlarga tayanadigan va shart-sharoitlarni o'zgartirish hamda nazorat qilish orqali qo'lga kiritiladigan yangi bilim olishdir. Terapiya esa bu imkoniyatlar jihatidan ancha cheklangan. Metodologik nuqtayi nazar hatto hayvonlar ustidan o'tkazilgan tajribalar natijalarini inson terapiyasiga ko'chirishga urinishga olib kelgan. Masalan, **Volpe** tomonidan mushuklarda («*nevrotik buzilishlar*») o'tkazilgan tajribalar natijalari shunga misol bo'la oladi. Eksperimental tadqiqotning klinik psixologiyadagi shu

va boshqa cheklovlari shunga olib keldiki, uning tushuntirish salohiyati yuqori bo'lsa-da, u ko'p hollarda xohlangan metod sifatida qoladi, ammo amalda ko'pincha boshqa empirik bilim manbalari bilan almashtirilishiga to'g'ri keladi.

Muhokama qilinadigan bo'lsa, 1960-yillar oxiriga kelib, xulq-atvor terapevtlarining ko'pchiligi radikal xulq-atvor yo'nalishlaridan voz kechgan bo'lsa-da, xulq-atvor terapiyasini o'rganish nazariyalari asosida izohlashga oid dastlabki qarashlar haligacha saqlanib kelmoqda. Ilk xulq-atvor terapiyasining shartli reflekslarga asoslangan nazariy yo'nalishiga qarshi asosiy dalil shuki, o'rganishning turli jarayonlari ularni faqat ikki oddiy shaklga qisqartirish imkonini bermaydi. Shu bilan birga, ko'pincha hayvonlar ustidan olib borilgan tajribalarda sinovdan o'tgan «stimul» va «reaksiya»ning sodda ta'riflarini insonning murakkab ruhiy jarayonlariga tatbiq etish imkoniyati ham muammoli hisoblanadi.

Bixevioral tushuntirish yondashuvining ziddiyatli jihatlari, ayniqsa, o'zini-o'zi nazorat qilish konsepsiyasidan foydalanadigan bixevioral–terapevtik yo'nalishda namoyon bo'ladi. O'zini-o'zi nazorat qilish, o'zini-o'zi mustahkamlovchi xususiyatga ega bo'lgan ruhiy muammolarda zarur hisoblanadi. Masalan, qaramlik xulq-atvori (spirtli ichimliklar, narkotiklar, dori vositalari, ovqat, tamaki va h.k.ni suiiste'mol qilish) hamda kuchli bo'yin tovlash xulq-atvori (qo'rquv va, ayniqsa, fobiyalar) shular jumlasidandir. O'zini-o'zi nazorat qilish dasturlari inson o'z xulq-atvorini maqsad haqidagi tasavvurlariga muvofiq ravishda anglab va rejali ravishda yo'naltira oladi, degan taxminga asoslanadi. Bu jarayonda o'zini-o'zi kuzatish, o'zini-o'zi baholash va o'zini-o'zi rag'batlantirish shaxsiy xulq-atvorni ichki nazorat qilishda markaziy o'rin tutadi. Faqatgina ushbu yondashuvlarni sub'ekt (sub'ektli) modeliga asoslangan epistemologik doirada qayta qurish orqali o'zini-o'zi nazorat qilish dasturlari nazariy–xulq-atvor modeli ichida kelib chiqadigan ziddiyatlarni tushuntirish mumkin bo'ladi.

Bandura o'zining xulq-atvorni modifikatsiya qilish prinsiplariga bag'ishlangan qisqa va mazmunli kitobida (1969, 63-bet) ham bixevioral, ham psixoanalitik pozitsiyaga qarshi chiqadi: «...inson — na ichki turkilar bilan boshqariladigan tizim, na tashqi stimulyatsiyaga passiv javob beradigan mavjudotdir». Keyinchalik bixevioral pozitsiya kognitiv va ijtimoiy (ya'ni «*interpersonal*») konsepsiyalar bilan boyitildi. Turli yo'nalishlarni integratsiya qilishga qaratilgan sa'y-harakatlar natijasida nazariy–xulq-atvor modeli va xulq-atvor terapiyasini chuqurroq anglash imkoni yaratildi. Bu jarayonda, avvalo, diqqatni boshqarish, muammolarni hal qilish va maqsadga yo'naltirilgan tafakkur, axborotni qayta ishlash, motivatsiya, o'z-o'ziga samarali ta'sir qila olishga bo'lgan ishonch kabi kognitiv jarayonlar hamda kuzatish orqali o'rganish, ramziy va shaxslararo qiyoslashlar kabi mexanizmlar jalb etildi.

Bugungi kunda ko‘proq ijtimoiy–kognitiv xulq-atvor terapiyasi haqida so‘z yuritish mumkin. Shu bois zamonaviy xulq-atvor terapiyasini quyidagicha tavsiflash mumkin:

Asosiy — xulq-atvor terapiyasiga oid bilimlar tizimli empirik tadqiqotlardan olingan va psixologik bilim asoslarini ularning amaliyotda qo‘llanilishi bilan bog‘laydi. *Biopsixosotsial yo‘nalish* — etiopatogenez va terapiyada biologik–somatik, ruhiy va kontekstual shart-sharoitlar o‘zaro bog‘liq holda hisobga olinishi kerak.

O‘zgarishlarga yo‘nalish — insondagi o‘zgarish jarayonlarini ayniqsa farqli va chuqur tushunish zarur.

Tizimli va maqsadli davolash — muammoni aniqlash (diagnostika) → intervensiya → natijani baholash.

Buzilishning o‘ziga xosligiga yo‘nalish — muayyan buzilishlar uchun buzilish konsepsiyasi va terapiya modellarini ishlab chiqish.

Kognitiv model. 1960-yillar boshiga kelib, **A. Ellis**ning «ratsional-emotiv terapiyasi» (1962) va **A. Bek**ning depressiyaga oid «kognitiv terapiyasi» (1963) bilan birga ilk kognitiv yo‘nalishdagi psixotexnologiyalar paydo bo‘ldi. Ular bir vaqtning o‘zida ruhiy buzilishlar kelib chiqishini tushuntiradigan modellarni ham ifoda etar edi. Ikkala model ham klinik psixologiyada kognitiv yondashuvning muhim ilk odimchilari va pionerlari bo‘ldi. Bu model keyinchalik mazkur sohaning rivojlanishi uchun ko‘p hal qiluvchi turtkilar berdi. So‘nggi o‘n yilliklarda kognitiv yondashuv ko‘plab g‘oyalarning paydo bo‘lishiga xizmat qilganini to‘la ishonch bilan aytish mumkin. *Kognitiv nuqtai nazar klinik psixologiyaning qator markaziy mavzulariga ulkan ilmiy hissa qo‘shdi.* Jumladan: harakat va xulq-atvorni boshqarish, axborotni qayta ishlash, «Men» konsepsiyasi, emotsiyalarni anglash, ijtimoiy munosabatlarni idrok etish, shuningdek, rivojlanish psixologiyasi mavzulari. Tadqiqotlarda insaytning ahamiyati, bilimlar (ratsional va irratsional), ishonchlar, kutilmalar, oldingi tajriba, tushuntirishlar, ma’no atributsiyasi, o‘zini idrok etish va o‘zini baholash, qiyinchiliklarni yengish qobiliyati, vaziyatlar, muhit va boshqa shaxslarni qabul qilish, rejalar, maqsad qo‘yish, axborotni ongli, avtomatlashgan va ongsiz qayta ishlash, muammo yechish kabi yo‘nalishlar o‘rganildi.

Maxsus(o‘ziga xos) buzilish nazariyalari ruhiy buzilishlarni tushuntirish va terapiya qilishda kognitiv jarayonlarni hisobga olish zaruratidan endi chetda qololmas edi. Shu bilan birga, kognitiv nazariyalar turli klinik-psixologik modellar o‘rtasida bog‘lanishlar o‘rnatish va integrativ yondashuvlarni rag‘batlantirish uchun muhim «ko‘prik» vazifasini bajara oldi. Bunga misol qilib axborotni qayta ishlash va kognitiv sxemalar nazariyalarini keltirish mumkin, ular psixoanalitik va kognitiv nazariyalar o‘rtasida ko‘prik vazifasini o‘tadi. Muammo

yechish nazariyalari esa nazariy–xulq-atvor va kognitiv yondashuvlar o‘rtasida bog‘lovchi bo‘lib xizmat qiladi. Stress va koping nazariyalari bixevioral, somatik, shaxslararo, kognitiv va emotsional jihatlarni bir-biri bilan bog‘laydi. Kognitiv modellarning integrativ salohiyati hali to‘liq ishlatilmagan. Kognitiv model doirasida birlashtirilgan nazariyalar turli qatlamli (turli darajali)dir. Buning sababi shundaki, uning mazmuni turli manbalardan to‘ldiriladi: fanlararo «*kognitiv fan*»dan, neyroilmlardan, fan nazariyasidan, turli psixologik asosiy yo‘nalishlardan, shuningdek, muayyan ruhiy buzilishlarga (masalan, depressiya va emotsional buzilishlar) oid klinik-psixologik yondashuvlardan hamda turli psixoterapiyalardan (masalan, ratsional–emotiv terapiya, gipnoterapiya).

Asosiy taxminlar. Turli kognitiv nazariyalarning umumiy asosi — shaxs va muhit o‘rtasidagi munosabatlarga oid ikki postulatdan iborat. *Birinchi taxmin* — inson bilim va maqsadlar yo‘nalishida o‘z muhitiga faol ta’sir ko‘rsatadi va uni shakllantiradi. *Ikkinchi taxmin* — muhit insonning hissiyot va xulq-atvoriga kamroq to‘g‘ridan-to‘g‘ri ta’sir qiladi, asosan esa inson qabul qilgan va ma’no bilan to‘ldirgan sub’ektiv reallik orqali ta’sir ko‘rsatadi. Inson o‘z realligi(voqeligi)ni «*quradi*». Bu qarash kognitiv konstruktivizm deb ataladi. Umuman olganda, *kognitiv model bilish va o‘zi haqida o‘ylay oladigan inson konsepsiyasini aks ettiradi.* Maqsad qo‘yish, idrok, bilim, baholash, tushuntirish kabi jarayonlar psixologik muammolarning rivojlanishi va o‘zgarishida katta ahamiyatga ega. Shuning uchun *buzilgan hissiyot yoki xulq-atvorni ta’riflashda ko‘pincha «buzilish» yoki «patologiya» atamasi emas, balki «psixologik muammolar» atamasi qo‘llaniladi.* Inson o‘zi «qurgan» realligiga asosan javob qaytaradi, degan qarashning asoschilaridan biri — **Dj. Kelli** (1955). Uningcha, inson jarayonlari voqealarni oldindan ko‘ra bilish usuli orqali psixologik tarzda boshqariladi. Sub’ektiv reallik inson tomonidan yaratiladi va «*shaxsiy konstruktlar*»da ma’lum yoki noaniq shaklda ifodalanadi. Inson *ushbu konstruktlar yordamida o‘zi va dunyoni anglashga hamda ular bilan bog‘liq muammolarni yengishga harakat qiladi.* Konstruktlar insonga ham, tadqiqotchiga ham muhitni (yoki tadqiqot ob’ektini) tushunish uchun xizmat qiladi. Ular gipotezalarga o‘xshaydi va tajriba orqali o‘zgarishi mumkin. Insonning muhitiga moslasha olish qobiliyati bilan bog‘liq muammolar, asosan, konstruktlar o‘zaro ziddiyatga kirganda yoki ayrim konstruktlar butun tizimni izdan chiqaradigan tarzda o‘zgarganda yuzaga keladi. Shu taxminlar asosida turli qayta qurish va yordam ko‘rsatish usullarini ishlab chiqish mumkin. Shu tariqa, psixologiyadagi «*kognitiv burilish*»dan oldin vujudga kelgan mazkur nazariya keyingi kognitiv–klinik yondashuvlar uchun muhim asos bo‘lib xizmat qiladi.

*Kognitiv konstruktivizm*da inson bilimni faol va oldindan rejalashtirilgan tarzda egallaydi, ya’ni u atrofdagi dunyoni o‘z oldingi bilimlari, tajribasi, ishonchlari va h.k.ga muvofiq ravishda «qurib» qabul qiladi. Qabul qilingan ma’lumot individning faoliyati natijasi sifatida tushuniladi. Bu kognitiv jarayonlarning faqat kichik qismi ongli ravishda amalga oshadi, katta qismi esa «jim» holda, ya’ni ong ostida sodir bo‘ladi. Bu konstruktivistik qarash klinik psixologiya va

psixoterapiyada faqat kognitiv model doirasida emas, balki shaxslararo modellarda ham, masalan, tizimli terapiyada ham uchraydi.

Radikal konstruktivizm esa barcha idrok va kognitsiyalar insonning faol konstruksiyasi ekanini, ular reallik haqida emas, balki faqat bilish sub'ekti haqida ma'lumot berishini postulat qiladi. Shuning uchun konstruktivizmدا savol qo'yiladi: inson qaysi idroklarni va qay darajada o'zi «*quradi*», hamda ular qay darajada reallik bilan bog'liq? Klinik–psixologik nuqtai nazardan bu savol ayniqsa muhim, chunki insonning reallik to'g'risidagi konstruksiyalari qay darajada adekvat va tushunarli ekanini aniqlash talab etiladi. Masalan, depressiyaga chalingan bemor ayolning o'zi va tajribasi haqidagi salbiy ishonchlari realmi yoki yo'qmi? **A. Ellis** bu masalada ratsionalistik pozitsiyani egallaydi: u ishonchlarning irratsionalligi ruhiy buzilishlarning asosiy sababi deb hisoblaydi.

Ma'lumotlarni qayta ishlash. Reallikni idrok etish qanday qilib buziladi? Nega noxush voqealar kamroq esda qoladi? Inson o'zi haqida, ijtimoiy munosabatlar yoki dunyoqarashi haqidagi ayrim ishonchlarni qanday shakllantiradi va nega ularni shunchalik qattiq muhofaza qiladi? Nega bolalikdagi ayrim vaziyatlar yoki hayotdagi yagona bir voqea uning sub'ektiv hayotiy jarayonida katta ahamiyat kasb etadi? Nega boshqa tajribalar esa ongsiz holda qoladi? Nega depressiyaga chalingan odamlar o'zlarining ko'p jihatdan qobiliyatsiz ekanliklari va hozirgi hamda kelajakdagi hayotlarida umid yo'qligi haqidagi fikrdan voz kechishni xohlamaydilar? *Ma'lumotlarni qayta ishlash* doirasidagi yondashuvlar ba'zan klinik psixologiya uchun mustaqil bir «*paradigma*» sifatida ham qaraladi. Ushbu savollarning ko'pchiligi *ma'lumotlarni qayta ishlashning* ongsiz jarayonlari bilan bog'liq. *Ongsiz jarayonlarni tushunish ko'pincha eng ta'sirchan nazariyalardan biri — psixoanaliz bilan bog'lanadi.* Ma'lumki, psixoanalizda ongsizlik tushunchasi **Freydning** topografik nazariyasiga asoslangan bo'lib, unga ko'ra *ongsiz jarayonlar xulq-atvor va hissiyotga faol ta'sir ko'rsatadi, ular boshqacha tartibda tashkil topgan va ongli jarayonlardan farqli qoidalarga binoan amal qiladi. Ular hech qachon yoki faqat istisno holatlarda (masalan, tush ko'rish paytida) onga yetib borishi mumkin.* Shu «*psixodinamik ongsizlik*»ni kognitiv–psixologik ongsizlik konsepsiyasidan farqlash zarur.

Kilstrom va hammualliflar (1992, 789-bet) yozganidek, «*psixodinamik ongsizlik*» “*issiq*” va “*nam*” deb qaraladi, chunki u konseptual jihatdan, bir tomondan, jinsiy xohish va g'azab (jinsiylik va tajovuzkorlik) bilan bog'liq, ikkinchi tomondan esa biror ibtidoiy va irratsional narsa sifatida tasvirlanadi. *Zamonaviy psixologiyadagi ongsizlik tasavvuri esa undan ko'ra yumshoqroq va moslashuvchanroq bo'lib, reallik bilan bog'liq hamda ratsionalroq hisoblanadi.* Ikkala qarashning umumiy tomoni shundaki, hissiyot va xulq-atvorning katta qismi ongsiz ravishda kechadi. Eksperimental tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, «*deyarli sezilmaydigan*», «*seziladigan, lekin diqqatga tushmaydigan*» va «*sezilgan, ammo keyin unutilgan*» voqealarning (subliminal idrok yoki

subsepsiya, selektiv e'tibor, selektiv unutish) to'g'ridan-to'g'ri va uzoq muddatli oqibatlari bo'lishi mumkin. Mashq orqali fikr va harakatlar avtomatlashishi, ya'ni ongli nazoratsiz, ixtiyorsiz va sa'y-harakatsiz amalga oshishi mumkin ("avtomatik fikrlar"). Klinik holatlarda bu shunday namoyon bo'ladiki natijada, bemorlar ularga ta'sir qilgan voqealarni anglamaydi.

XIX asrning oxirida **P. Jane** (1889) isterik bemorlarda ong buzilishi jarayonlarini tasvirlab beradi. Bu bemorlar hech qanday organik sababsiz xotirasini yo'qotar yoki ko'rish va eshitish qobiliyatidan mahrum bo'lar edilar. **Jane** olib borgan puxta tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, bunday funksional buzilishlar mavjud yoki o'tmishdagi voqealar bilan bog'liq bo'lishi mumkin. U bu holatlarni *disaggregation (dizintegratsiya)* deb atagan, hozir esa biz buni dissotsiatsiya yoki dissotsiativ buzilishlar deb ataymiz: ya'ni normal holda bir butun bo'lgan ruhiy jarayonlar parchalanib, ong uchun to'liq yopiq bo'lib qoladi. Jane bu kuzatishlarni shunday izohlaganki, travmatik tajriba rivojlanayotgan ong ostiga ko'chiriladi. Psixoanalitik nazariyadan farqli o'laroq, **Jane** bu ong osti oldindan mavjud emas, balki aynan shu tajriba bilan birga shakllanadi va uning o'z dinamikasi yo'q, deb hisoblagan. *Dissotsiativ buzilishlarga*, shuningdek, ko'p shaxslilik buzilishi kiradi — individ o'zini bir nechta shaxsiy identiklikda his qiladi, shuningdek, depersonalizatsiya va derealizatsiya holatlarida (o'zini va atrofni haqiqiy emas, undan uzoq yoki avtomatik kechayotgandek idrok etish) bo'ladi. Normal xulq-atvorda ham ba'zida shunday holatlar uchraydiki, juda murakkab xulq-atvor namunasi individning o'zi barcha jihatlarini anglamasdan ham amalga oshiriladi. Bu, masalan, kognitiv sxemalar (*implitsit yoki «jimi» bilim*) boshqaradigan interaktiv xulq-atvor turlariga xos. Sxemalar mavjud tajriba va xotiralarni tashkil etadi, yangi ma'lumotni izlash va qayta ishlash hamda inson harakatlarini yo'naltiradi. Sxemaning bir qismi (masalan, alomatlaridan biri) faollashsa, butun sxema ishga tushadi. Kognitiv sxemalar yoki «*xaritalar*» — ijtimoiylashuv jarayonida egallangan, tajribani (masalan, voqealar qanday qabul qilinishini) va individning harakatga tayyorligini tashkil qiladigan dasturlardir. Kognitiv-affektiv sxemalar esa ruhiy buzilishlarning kelib chiqishi va ularning terapiyasini (masalan, depressiya — **Bek** va boshq., 1992; shizofreniya — **Chompi**, 1994), turli buzilishlar (Guidano, 1987; Maxoni, 1991), klinik baholash va diagnoz qo'yish jarayonlarini tushuntirish uchun qo'llaniladi. *Kognitiv faoliyat nazariyalari*. Faoliyat (harakat) tushunchasi epistemologik jihatdan sub'ektiv modellarga tegishli qator nazariyalar uchun asos hisoblanadi.

Harakatlar — bu maqsadga erishishga qaratilgan va ijrochi individ tomonidan to'liq anglangan xulq-atvor shakllaridir. Ijtimoiy-kognitiv o'rganish nazariyasi esa faoliyat nazariyasining maxsus bir ko'inishi sifatida qaraladi.

Uning asosiy maqsadi — shaxs rivojlanishigacha bo'lgan umumiy o'zgarish jarayonlarini tushuntirish ("theory of change"). Bu nazariyaga ko'ra, bunday o'zgarish jarayonlari quyidagilar orqali ishga tushadi: *Ma'lum qobiliyat va kompetensiyalar; Simvolizatsiya, ya'ni voqea va tajribalarga ma'no, shakl va*

barqarorlik berish qobiliyati (simvolizatsiya kompetensiyasi); Oldindan o'ylash va rejalashtirish (antitsipator kompetensiya); Kuzatish orqali o'rganish (yordamchi o'rganish kompetensiyasi); O'zini-o'zi tartibga solish kompetensiyasi — ichki standartlar, qadriyatlar va maqsadlarni shaxsiy harakatlar orqali boshqarish qobiliyati; O'zini-o'zi refleksiya qilish kompetensiyasi — shaxsiy tajriba haqida o'ylab, shu orqali o'zi va atrof-dagi dunyo haqida yangi bilim hosil qilish qobiliyati.

Bu kompetensiyalarning yetishmasligi (masalan, haddan tashqari umumlashtirish yoki tahdidli voqealarni noto'g'ri oldindan kutush), shuningdek, noqulay o'rganish tajribasi (masalan, nomaqbul ijtimoiy modellar) yoki individni haddan ziyod zo'riqtiradigan keskin tajribalar shunga olib keladiki, inson odatiy, ayniqsa stressga boy hayotiy vaziyatlarni ham to'g'ri yengib o'ta olmaydi. Agar shaxs ushbu kompetensiyalarni yetarli darajada egallagan bo'lsa, ulardan qiyinchiliklarni muvaffaqiyatli yengishda foydalanishi mumkin. Lekin ular yetarli bo'lmasa, qiyinchiliklar insonga cheksizdek tuyuladi yoki noto'g'ri va zo'riqtiruvchi tasavvurlar (masalan, «qo'rquvdan qo'rqish») rivojlanadi, qo'rquv kuchayadi, somatik buzilishlar, ortiqcha o'zini himoya qilish, kuchli bo'yin tovlash xulq-atvori paydo bo'ladi. **Banduraning** ta'kidlashicha, hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'lgan omil — bu *self-efficacy* (o'z-o'ziga samarali ta'sir qila olish ishonchi), ya'ni individning o'z hayotiga ta'sir qiluvchi vaziyatlar va voqealarni qay darajada nazorat qila olishini baholashi. Agar mijoz yoki bemorda terapiyaning boshida yoki jarayonida samoeffektivlik yetishmasligi aniqlansa, u bilan albatta tizimli ravishda ish olib borish va bu kamchilikni bartaraf etish zarur.

Antropologik taxminlar. Kognitiv modelning shakllanishi bilan klinik psixologiyada insonni bilish qobiliyatiga ega shaxs sifatida ko'radigan boshqa bir tasavvur vujudga keldi. Epistemologik sub'ekt modeli insonni bilish va refleksiya qila oladigan, atrof-muhitni faol va o'z-o'zini belgilagan holda shakllantira oladigan sub'ekt sifatida tushuntiradi. Bu shakllantirish jarayonida dunyoning sub'ektiv qabul qilinishi ham ishtirok etadi va uning katta qismi ijtimoiy shartlangan deb qaraladi. Sub'ekt «*refleksiv*» hisoblanadi, chunki u o'z tafakkurini o'ziga qarata oladi. Bu qarashlar bixevioral va psixodinamik modellardan farq qiladi: bixeviorizmدا ob'ektiv shart-sharoitlar ta'siri, psixoanalizda esa shaxs ichidagi turtki kuchlar ta'siriga urg'u beriladi. Bunday tushunish va farqlashning ham afzal, ham kamchilik tomonlari bor. *Ijobiy tomoni* — inson harakatining ongli, aqlga asoslangan, ixtiyoriy va o'zini-o'zi tahlil qila oladigan qismlari namoyon etiladi, shuningdek, rejalashtirish, reallikni konstrutsiya qilish, insayt, sub'ektiv tushuntirish va baholash jarayonlari harakatni qanday belgilashi ko'rsatiladi.

Metodologiya. Metodologik jihatdan kognitiv klinik–psixologik modelning asosiy g'oyasi — sifatli, germeneytik tadqiqot yondashuvlarini kuchaytirish va yangi bosqichga olib chiqishdir. Chunki ana shu yondashuvlar sub'ektiv idroklar, konstruktlar, bilimlar va tajribalarga bevosita yetish imkonini beradi. Shundan

kelib chiqib, klinik jihatdan ahamiyatli kognitiv jarayonlarni tushunish uchun ko‘plab diagnostik texnikalar taklif qilindi. Bu jarayonda tadqiqot ishtirokchisining roli ham tubdan o‘zgardi — u «o‘rganiladigan ob‘ekt»dan tadqiqotda hamkor ishtirokchiga aylandi. Eksperimental metodika o‘zgartirilganda, tadqiqot ob‘ekti tadqiqot sherigiga aylanishi, uning eksperiment maqsadini anglashi, «*vaziyatni belgilashi*» va «*natijalar*» haqidagi shaxsiy bahosi tadqiqot ma‘lumoti sifatida hisobga olinishi va muhokama qilinishi kerakligi ta‘kidlandi. Sifatli–germenevtik tadqiqot yondashuvlari tadqiqotning «*ichki*» va «*tashqi*» validligi nuqtai nazaridan tekshirilishi shart. *Ichki validlik* — tadqiqot natijalari nazorat qilinmaydigan omillar ta‘sirida bo‘lsa, xulosalar ishonchsiz chiqishi mumkin. *Tashqi validlik* — tadqiqot natijalarini boshqa shaxslar, vaziyatlar, belgi va h.k.ga umumlashtirish qobiliyati. Sifatli–germenevtik metodlarda tashqi validlik ko‘pincha cheklangan bo‘ladi, chunki bunday tadqiqotlar odatda kam sonli holatlar yoki kichik guruhlarda amalga oshiriladi. Shuningdek, ichki validlik ham muammoli bo‘lishi mumkin, chunki tadqiqotchi va ishtirokchi o‘rtasidagi o‘zaro ta‘sir, tadqiqot vaziyati, turli ishtirokchilarda tadqiqotning har xil kechishi yoki standartlashtirib bo‘lmaydigan baholash jarayonlari natijalarga ta‘sir ko‘rsatishi mumkin. Shu sababli kognitiv model doirasida natijalarni metodik jihatdan himoya qilish va, hech bo‘lmaganda, ichki validlikni ta‘minlash uchun katta sa‘y-harakatlar amalga oshiriladi. Bu, avvalo, tadqiqot jarayoni va baholashni puxta hujjatlashtirish, tadqiqot jarayonini formallashtirish, shuningdek, dialoglarni tanqidiy tekshirish (masalan, «chalg‘ituvchi savollar»ni aniqlash) yoki audio/video yozib olingan xulq-atvorni mustaqil baholash orqali amalga oshiriladi. *Salbiy tomoni* — model inson xulq-atvorini kuchli darajada belgilaydigan affektiv turtkilar, muhitning ob‘ektiv omillari va biologik–organizm/jismoniy jarayonlarni faqat cheklangan holda hisobga oladi. Shunga qaramay, bu cheklovlarni bartaraf etishga qaratilgan urinishlar mavjud.

Muhokama qilinadigan bo‘lsa, kognitiv model so‘nggi asrning oxirgi choragi va joriy asrning boshidagi eng samarali yondashuvlardan biri hisoblanadi. Uning klinik psixologiyadagi samaradorligi faqatgina shu yo‘nalishda kognitiv asoslangan etiologik nazariyalar va psixotexnologiyalar yaratilganida emas, balki, eng avvalo, uning integrativ ta‘sirida namoyon bo‘ladi. Bu shundan ham ko‘rinib turibdiki, model vakillari o‘zlarini boshqa yo‘nalishlardan ajratish lozim bo‘lgan alohida klinik-psixologik yoki psixoterapevtik «*maktab*» asoschilari sifatida ko‘rmaydilar.

Integrativlik kamida uch yo‘nalishda sho‘ifodasini namoyon qildi:

1. Turli klinik-psixologik modellar o‘rtasida bog‘lanishlar o‘rnatildi va bu ularning kreativ rivojlanishiga xizmat qildi. Masalan, ongli va ongsiz axborotni qayta ishlash konsepsiyalari yoki kognitiv–psixodinamik «*Men*» konsepsiyalari va terapevtik yondashuvlar.

2. Barcha klinik-psixologik modellar uchun dolzarb bo'lgan savollar ko'tarildi. Masalan, insonni bilish qobiliyatiga ega va atrof muhitga faol ta'sir ko'rsatadigan sub'ekt sifatida qabul qilishga oid asosiy taxmin.

3. Ko'pchilikni qiziqtiradigan klinik-psixologik mavzular rivojlandi, jumladan, emotsiyalar ahamiyati, «Men» va individning rivojlanishi, o'zini-o'zi boshqarish va o'z taqdirini o'zi belgilash xulq-atvori va h.k. Bu model vakillarining uni yanada rivojlantirish imkoniyatiga ochiqdigi kognitiv modelning kelgusida ham klinik psixologiyada ahamiyatli bo'lib qolishini kafolatlaydi (Bastine, 1998, 107-bet). *Interpersonal model*. Interpersonal model o'z tahlil ob'ekti sifatida alohida individni emas, balki ijtimoiy guruhni va uning ichki munosabatlar tuzilishini oladi. Bunday birliklar, birinchi navbatda, o'zaro yaqin yoki birga yashaydigan shaxslar konstellyatsiyasidan (juyftliklar, oila) iborat bo'lishi mumkin, shuningdek, qisqa muddatga muayyan maqsadlar uchun tuzilgan guruhlardan (masalan, terapevtik guruh) tashkil topishi mumkin. Shuning uchun tahlil birligi — bu individum emas, balki turli shaxslar o'rtasidagi ijtimoiy tranzaksiyalar, oila tizimi yoki guruhning o'zi hisoblanadi. Individual xulq-atvor esa interpersonal munosabatlarning tuzilmaviy yoki funksiyaviy shart-sharoitlarining bir qismi sifatida ko'rib chiqiladi.

Interpersonal psixopatologik nazariya asoschilaridan biri sifatida amerikalik psixoanalitik **G. Salliven** (1892–1949) hisoblanadi. Uning fikricha, shaxs rivojlanishida hal qiluvchi omil — bu insonlar orasidagi munosabatlardir. Bundan mustaqil ravishda keyinchalik *interpersonal* yondashuvni kengaytirgan bir qator turli tadqiqot dasturlari vujudga keldi. Jumladan: kommunikativ va oilaviy nazariyalar hamda terapevtik amaliyotlar; noverbal kommunikatsiyani o'rganish; interpersonal shaxsiyat tadqiqotlari; almashinuv (ayirboshlash) nazariyasi va boshqalar.

Bunday izlanishlardan so'ng, *interpersonal* yondashuv klinik psixologiyada eng tez rivojlanayotgan yo'nalishlardan biriga aylandi. Sohaning xilma-xilligi va jadal kengayishi sababli turli yo'nalishlar uchun qoniqarli tizimlashtirish hali to'liq shakllanmagan. Hozircha shartli ravishda quyidagi guruhlarni ajratish mumkin:

Kommunikativ, oilaviy va tizimli-nazariy yo'nalishdagi terapiyalar (oilaviy terapiya, tizimli terapiya, juftliklarga yo'naltirilgan tizimli terapiya va individual terapiya);

Ijtimoiy tarmoq muassasalari va qo'llab-quvvatlash tizimi (ruhiy buzilishlar va sog'liq muammolarining etiologiyasi);

Oilaviy kommunikatsiyalar (ekspressiv-emotsional va psixoedukativ oilaviy terapiya);

Interaksional yoki interpersonal buzilish nazariyalari — masalan, depressiya, qo‘rquvlar, qaramlik holatlari, shaxsiyat buzilishlari;

Klinik oila tadqiqotlari — zo‘ravonlik va suiiste‘mol, nikoh muammolari, ajralish, surunkali kasallik, nogironlik yoki bolalar va boshqa yaqinlar o‘limi, oilada ruhiy kasal a‘zolar mavjudligi kabi masalalarni o‘rganish;

Somatik kasalliklar va sog‘liq inqirozlaridagi interpersonal xususiyatlar — masalan, rak, Alzgeymer kasalligi, yurak kasalliklari, tug‘maslik va boshqalar;

Guruh terapiyasidagi turli yondashuvlar;

Ijtimoiy va klinik psixologiya orasidagi chegara sohasiga qo‘shilgan asosiy hissalar;

Psixoterapevtik munosabatlarni tadqiq etish va interpersonal diagnostika.

Asosiy taxminlar. Interpersonal modelni tavsiflaydigan olti asosiy taxmini **Kizler** (Kiesler, 1982) o‘zining «*Shaxsiyat va psixoterapiyaning interpersonal nazariyasi*» maqolasida shakllantirgan:

1. *Interpersonal nazariyalar individning xulq-atvoridan ko‘ra ijtimoiy tranzaksiyalarni o‘rganadi.* Shu bois insonlar orasidagi xulq-atvor tahlilning asosiy birligi hisoblanadi.

2. «*Men*» konstruksiyasi markaziy nazariy o‘rinni egallaydi. Uning rivojlanishi va umrbod funksiyasi ijtimoiy, interpersonal va tranzaksion tarzda ifoda etiladi. «*Men*» tizimi boshqalar, ayniqsa ahamiyatli shaxslar bilan bo‘lgan ijtimoiy interaksiyalardan shakllanadi va o‘zini boshqalarga namoyon qilish orqali ifoda qiladi. Bu asosiy taxmin interpersonal va kognitiv nazariyalar o‘rtasidagi yaqin bog‘liqlikni ko‘rsatadi.

3. Interpersonal xulq-atvor namunasi ikki-uchta asosiy o‘lcham orqali tavsiflanishi mumkin: «*nazorat*» (*dominantlik — bo‘ysunish*), «*aloqa*» (*sevgi — nafrat*) va «*qo‘shilish*» (*inklyuziya*).

4. Individ va muhit o‘rtasidagi bog‘liqlikka oid qisman taxminlar quyidagilar iborat:

Birinchidan, muhitning ham ob‘ektiv, ham sub‘ektiv belgilari xulq-atvorga tartibga soluvchi ta‘sir ko‘rsatadi. *Ikkinchidan*, ijtimoiy vaziyatlar shaxsiy omillarga qaraganda inson xulq-atvori uchun ko‘proq ahamiyatga ega deb hisoblanadi.

5. *Interpersonal nazariyalar* chiziqli sababiyatdan ko‘ra aylanma (sirkulyar) sababiyatga afzallik beradi. Insonning ijtimoiy xulq-atvori qayta aloqalar

tarmog'iga joylashgan bo'lib, unda «*effekt*» «*sabab*»ga ta'sir qiladi yoki uni o'zgartiradi; individ bir vaqtning o'zida muhitga ta'sir qiladi va muhit ta'sirida bo'ladi; bog'liq va mustaqil o'zgaruvchilar shartli va o'zaro almashinuvchan hisoblanadi.

6. Inson tranzaksiyalari ikki darajali kommunikatsiya orqali amalga oshadi: *mazmun jihati (content aspect) va munosabat jihati (relationship aspect)*.

Interpersonal tadqiqot dasturining o'ziga xosligi shundaki, u organik va boshqa klinik–psixologik modellardan mutlaqo farqli nuqtai nazarni taklif qiladi. Bu yo'nalish tarafdorlari ayrim hollarda boshqa modellarning foydali jihatlari juda cheklangan (Haley, 1980) yoki umuman paradigma almashishi zarur, degan fikrni bildirgan. Interpersonal model asosiy savol — ruhiy muammolarni tushuntirishda interpersonal jarayonlarning ahamiyati — bo'yicha kamida uch xil pozitsiyani qamrab oladi:

1. *Psixik buzilish — bu munosabat buzilishi*. Bu pozitsiyaga ko'ra, ko'plab ruhiy buzilishlarning markazida munosabatlardagi muammo yotadi. Shuning uchun ruhiy muammolar turli ko'rinishdagi «*munosabatlar*», «*kommunikatsiyalar*», «*interaksiyalar*» yoki *ijtimoiy tranzaksiyalar* buzilishi sifatida ta'riflanadi. Misol: depressiya ijtimoiy makondagi buzilishga javob sifatida qaraladi — ya'ni inson o'z tajribasini qo'llab-quvvatlovchi va tasdiqlovchi muhitdan mahrum bo'lganda. Bu holatni ijtimoiy kontekstsiz tushuntirib bo'lmaydi. **Kizler** bu nuqtai nazarda «*psixik buzilish*» emas, balki individ o'zining o'zini yo'qotuvchi, interpersonal jihatdan samarasiz kommunikatsiya jihatlarini anglamasligi va to'g'rilamasligi orqali paydo bo'ladigan «*hayotiy muammolar*» haqida gapiradi.

2. *Interpersonal muammolar — psixik buzilishning ifodasi*. Bu yerda munosabatdagi qiyinchiliklar mustaqil sabab emas, balki mavjud ruhiy buzilishning ko'rinadigan belgilari sifatida qaraladi. Masalan, qo'rquv nevrozi bilan bog'liq interpersonal qiyinchiliklar uning asosiy buzilishining ko'rsatkichi bo'lishi mumkin.

3. *Interpersonal omillar — asosiy sabab*. Bu pozitsiyada ruhiy muammolarning kelib chiqishi, kechishi va o'zgarishi uchun birinchi navbatda interpersonal omillar mas'ul, deb hisoblanadi. Masalan: hayotiy muhim yaqin kishidan ayrilish yoki o'lim tufayli yuzaga kelgan ijtimoiy yo'qotishlar; surunkali yoki keskin buzilishlarda ijtimoiy qo'llab-quvvatlashning yetishmasligi; yaqinlarining og'ir ruhiy yoki jismoniy kasalliklari uchun mas'uliyat va h.k. Bu pozitsiya asosan klinik oila tadqiqotlari va ijtimoiy patopsixologiya doirasida uchraydi. Kizlarning navozishlari bo'lgan bemorlar misoli: Uning kuzatishicha, ko'plab obsessiv fikrlarga ega bemorlar o'ta ijtimoiy, mantiqiy va o'zini nazorat qiluvchi ko'rinishadi. Ular: so'zlarni o'ta ehtiyotkorlik bilan qo'llaydilar; fikr va hissiyotlarini tez-tez o'zgartiradilar; monoton ovozda so'zlaydilar; ifodali va noo'zma harakatlar repertuari juda kam.

Bunday kommunikativ uslub natijasida ularning muloqot sheriklari asta-sekin zerikkanlik va sabrsizlik his qila boshlaydilar, o‘zlarini baholanayapti deb o‘ylaydilar va fikr hamda hissiyotlarini ifodalashda ehtiyotkor va noaniq bo‘lib qoladilar. Shu yo‘sinda, o‘zaro ta‘sir jarayonidagi salbiy tonallik tufayli odamlar obsessiv bemorlar bilan muloqot qilishdan qochadilar yoki xuddi shunday noaniq va sovuq tarzda munosabatda bo‘ladilar. *Oxirgi oqibat*: bunday bemorlar tobora ko‘proq o‘zini yakkaligini va yolg‘izligini his qiladilar, yaqin munosabatlar deyarli yo‘q bo‘ladi, va ularda qo‘rquv hamda depressiya rivojlanadi. Shu bilan birga, ko‘pchiligi bu holatga qanday tushib qolganini va unda o‘z hissasi qay darajada ekanini anglamaydi.

Oilaga yo‘naltirilgan va tizimli yondashuvlar. Interpersonal asosdagi ruhiy buzilishlar kelib chiqishi va terapiyasining mazmunli hamda izchil konsepsiyasi kommunikativ va oilaviy yo‘nalishdagi tadqiqot dasturlaridan shakllandi. Bu yondashuvlar oila munosabatlari tuzilishi va funksiyasini ruhiy muammolarni tushuntirish va davolash jarayoniga jalb etish orqali terapiyaning nazariy asoslari va amaliy imkoniyatlarini sezilarli darajada kengaytirdi. Eng muhim hissa shundaki, bu yo‘nalishlarda, hatto nazariy–xulq-atvor yondashuvlariga nisbatan ham izchil tarzda, alohida individ emas, balki o‘zaro chambarchas bog‘langan interpersonal munosabatlar to‘ri tadqiqot ob‘ekti qilinadi. Bu yo‘nalishning “ruhiy otasi” sifatida amerikalik antropolog **Gregori Beytson** (1904–1980) tan olinadi. U, masalan, mexanik o‘rganishdan tashqarida sezilarli yutuq faqat o‘rganish sodir bo‘ladigan kontekst yoki chegaralarni hisobga olganda mumkinligini ko‘rsatdi. Kontekst tufayli (“o‘yin”da, “kasbiy faoliyat”da, “intervyu”da, “munozara”da) kommunikatsiya qoidalari va shu orqali xabarning ma‘nosi o‘zgaradi. Boshqacha aytganda, qoidalar orqali metaqoidalar aniqlanadi, ular esa xabarni qanday anglash kerakligini belgilaydi. **Beytson** bu qarashlarni klinik holatlarga tatbiq qildi. Jumladan, u shizofreniyaga xos kommunikatsiyani, alkogolizm kelib chiqishini va psixoterapiyadagi muloqot jarayonlarini qayta izohlashga harakat qildi, shu orqali terapiyaning yangi imkoniyatlarini izladi. Bu yondashuvning oqibati sifatida ruhiy muammolar va buzilishlar alohida individ muammosi sifatida emas, balki shaxs tegishli bo‘lgan ijtimoiy tizim (avvalo oila) doirasidagi munosabatlar buzilishi sifatida tushunilishi qabul qilindi. Shaxsiy buzilishga ega inson “identifikatsiya qilingan” yoki “tayinlangan” bemor sifatida qaraladi. U bu rolni anglamay qabul qiladi va oila a‘zolari o‘rtasidagi gomeostatik muvozanatni saqlash uchun ushlab turadi. Bunday holatda oila a‘zosining ruhiy buzilishi oila tizimi disfunktsiyasi sifatida talqin qilinadi. Individual darajada simptom bema‘ni tuyulishi mumkin, biroq oila darajasida u muayyan munosabatlar tizimini barqarorlashtirishda ma‘no va funksiyaga ega bo‘lishi aniqlanadi. Masalan, oiladagi shizofreniyaga xos xulq-atvor munosabatlar tuzog‘i yoki “*ikkitalik bog‘lanish*” (double bind) holatiga javob sifatida izohlanishi mumkin. Terapiya esa bunday holatlarda oilaning tuzilmaviy va dinamik shart-sharoitlarini o‘zgartirishga qaratilgan bo‘ladi. Amalda ko‘p hollarda kognitiv–xulq-atvor terapiyasida qo‘llanadigan o‘xshash metodlar ishlatiladi.

Sistema(tizim)li terapiya — bu oilaviy terapiyaning bir shakli bo‘lib, u **Mariya Selvini-Palassoli** rahbarligidagi guruh tomonidan rivojlantirilgan va unda sistemali-kibernetik g‘oyalarga kuchli e‘tibor qaratilgan. Bu yondashuvda oila va bemor o‘z-o‘zini tashkil etuvchi tizim sifatida tushuniladi, u ichki va tashqi xavf-xatarlarga qaramay muvozanatni saqlashga intiladi. Qiyin hollarda oila a‘zolaridan biri oila tuzilishi va funksiyasini saqlab qolish uchun ruhiy simptomlar rivojlantiradi. Misol: bulimik yoki anoreksiyaga chalingan qizga g‘amxo‘rlik qilish jarayonida oila birlashadi va o‘zini saqlab qoladi. Terapevtik metakommunikatsiya orqali oilaviy vaziyatda ayrim individning ruhiy simptomlari mutlaqo yangi ma‘no kasb etadi: ular «xalaqit beruvchi» deb emas, balki oilaga ijobiy va ijodiy hissa qo‘shuvchi omil sifatida izohlanishi mumkin. Bu jarayon — oilaviy bilim va ma‘no (oilaviy epistemologiya)ning o‘zgarishi — konstruktiv jarayondir. U oilaviy terapiyada simptomlarni qayta talqin qilish, ularni tavsiflash yoki simptomatikani ijobiy ma‘noda qayta atash orqali ishga tushiriladi.

Antropologik taxminlar. Interpersonal model doirasidagi turli yondashuvlar hanuzgacha umumiy antropologik qonunlar haqida yagona qarashni shakllantirmagan. Har holda, insonni ko‘p yillar davomida mavjud bo‘lib kelgan shaxslararo tuzilmalar mahsuloti sifatida qarash taxmini ilgari suriladi, shu bilan individning avtonomiyasiga kamroq, boshqalar tomonidan belgilanishiga esa ko‘proq urg‘u beriladi. Bu yerda individ ikkinchi darajaga chiqariladi, birinchi o‘ringa esa tizim qo‘yiladi. Shuningdek, odamlar, oilalar va guruhlar yashaydigan keng ijtimoiy-madaniy va eko-psixologik shart-sharoitlar bilan bog‘liq munosabatlarni hisobga olish ham yetarli emas. G‘arbning industrial jamiyatlarida oilaning alohida inson uchun ahamiyati boshqa kontekstual shart-sharoitlar bilan taqqoslaganda sezilarli darajada pasaygan bir paytda, bunday fikr yo‘nalishi bugun ajablanarli tuyuladi. Faol harakat qiluvchi individni, shuningdek, muhitning boshqa moddiy va nomoddiy shart-sharoitlarini inkor etish — shaxsning ijtimoiy tuzilmalarga bog‘liqligini yanada kuchaytiradi va, shubhasiz, oiladagi zo‘ravonlik, bolalarga nisbatan suiiste‘mol va ijtimoiy tengsizlik kabi ijtimoiy shartlangan hodisalarni yengib o‘tishni qiyinlashtiradi (Erikson, 1988).

Metodologiya. Bu model doirasida bunday murakkab hodisalarni o‘rganish uchun qoniqarli yechimlar hozircha kam taklif etilgan. Empirik tadqiqotlar hamon yetarlicha rivojlanmagan va amaliyotdan ancha ortda qolmoqda. Bu holat qator qiyinchiliklar bilan bog‘liq: asosiy sabablardan *biri* — chuqur ildiz otgan qarashlar va pozitsiyalardagi yon bosishlar, *ikkinchisi* esa — mos keladigan tadqiqot metodlarining yo‘qligi. Yon bosishlar, avvalo, sistemali terapiyaning konstruktivist yo‘nalishdagi vakillaridan kelib chiqadi, ular ob‘ektiv tadqiqot o‘tkazishda ma‘no ko‘rmaydi va asosan holat tavsiflari hamda nazariy modellar rivojlanishini tasviriy tahlil qilish bilan cheklanadilar. Shuningdek, ko‘p hollarda tadqiqot tajribasi yetishmaydi, chunki ko‘pgina interpersonal konsepsiyalar ilmiy jamoalar va muassasalardan mustaqil ravishda rivojlangan. Tadqiqot

predmetining yuqori darajadagi murakkabligi ham qiyinchilik tug'diradi. Masalan, oilaviy terapiyada faqat ko'plab individlardagi o'zgarishlarni emas, balki ularning o'zaro munosabatlarini ham hisobga olish kerak — shundagina yondashuv konseptual jihatdan muvofiq keladi. Bundan tashqari, terapevtik protseduraning o'zi amalda deyarli standartlashtirilmagan, shuning uchun «oilaviy terapiya» degan tamg'aga aniq qaysi protseduralar kiradi, degan masala noaniq. Klinik oilaviy tadqiqotlarda ijtimoiy omillarning patogen ta'sirini o'rganishda ham katta qiyinchiliklar mavjud. Masalan, bolalikda ona yo'qolishi sababli yuzaga kelgan parvarish yetishmasligi katta yoshdagi ayollarda affektiv buzilishlar paydo bo'lishiga hissa qo'shishi isbotlangan. Biroq bu bog'lanish rivojlanishning boshqa bir qator omillari ta'sirida bo'ladi. Bolaning yetarli e'tiborsiz qolishi yosh va turmush qurmagan holdagi erta homiladorlik xavfini oshiradi, bu esa qoniqarsiz nikohlarga olib keladi. Erta turmush qurgan juftliklar yomon hayotiy sharoitlarga — ayniqsa qashshoqlik, huquqbuzarlik, bevafoqlik va boshqalarga — yo'liqish xavfi ostida qoladi. Katta yoshdagi ayollarda affektiv buzilishlar, ayniqsa depressiya va qo'rquvlar, ko'p yillar davomida o'zaro ta'sir qiluvchi turli omillar va jarayonlar zanjiri mahsulotidir (tranzaksion model). Bunday bog'lanishlarni empirik jihatdan isbotlash juda qiyin bo'lib, katta tadqiqot sa'y-harakatlarini talab qiladi.

Munozara uchun. Interpersonal modelning manzarasi, avvalo, oila–tizim terapiyasi dasturlari orqali ajralib turadi. Ular boshqa klinik–psixologik modellarga qarshi qo'yilgan holda, munosabatlar va bog'lanishlarning funksiyasi hamda tuzilishiga yo'naltirilgan e'tibori bilan samarali perspektiva ochadi. Bu yangi qarash esa o'z navbatida eski modellarga ham teskari ta'sir ko'rsatmoqda, chunki *psixozanaliz va kognitiv yondashuv* bilan bog'lanishlar o'rnatilmoqda. Biroq nazariy tahlilning boyligi hali ham empirik asoslanish va ishonchlilikka to'liq teng kelmaydi. Shu sababli, klinik amaliyotda asosli qarorlar qabul qilish imkonini berish uchun oilaviy terapiya jarayonlari va natijalarini empirik tadqiq etish juda zarur.

Tizimli yondashuv doirasida, afsuski, ruhiy va jismoniy muammolarning ijtimoiy shartlanishiga oid faktlar — masalan, suiste'mol, bolalarga nisbatan zo'ravonlik va shu kabilar — oilaviy terapiya jarayonida kam darajada inobatga olinadi. Umuman olganda, interpersonal model **Bateson** (1981, s. 115) dasturini qo'llab, boshqa yondashuvlar bilan bog'lanish va ichki ajralib qolish holatlarini (sxizmalarni) bartaraf etish yo'lini tutsa, juda katta yutuqqa erishishi mumkin edi

5-mavzu. KLINIK PSIXOLOGIYA NING TUZILMASI

Klinik psixologiya tuzilmasi sog'lom odamlarda salomatlikni saqlash, kasalliklarning oldini olish, bemorlarni davolash va rehabilitatsiya qilish bilan bog'liq psixologik jihatlar majmuasini hamda butun muammolar spektrini qamrab oladi. Muammolarning darajasi va ko'lamiga qarab klinik psixologiya

quyidagicha tuzilmalanishi mumkin: *umumiy klinik psixologiya, xususiy klinik psixologiya va maxsus klinik psixologiya.*

5.1. Umumiy klinik psixologiya

Umumiy klinik psixologiyaning shakllanishi: umumiy klinik model. Klinik psixologiyada turli xil klinik-psixologik modellar mavjudligi sababli, turli tushuntiruvchi modellar yoki tadqiqot dasturlarining klinik psixologiya bilan qanday bog‘liq ekanligi haqida savol tug‘iladi. Bu savolni yanada keskinroq qo‘yish mumkin: *ushbu turli qarashlar orasida umumiylik mavjudmi? qaysi pozitsiyalar bahssiz hisoblanadi? klinik psixologiya butunlay qaysi asosiy qoidalarga tayanadi?* Bu asosiy savollarga turlicha javoblar beriladi. Ko‘p hollarda klinik-psixologik yondashuvlar plyuralizmiga javob sifatida birgina yo‘nalishni mutlaqlashtirish kuzatiladi. U so‘ngra «*haqiqiy voqelikka eng yaqin*», «*asosiyroq*», «*eng qamrovli*» yo‘nalish sifatida taqdim etiladi. Ayniqsa, modellar o‘rtasida raqobat davrida — e‘tirof etilish, moliyaviy qo‘llab-quvvatlash va ayrim yo‘nalishlarning ilmiy mavjudligi uchun kurash kechayotgan bir paytda — bu pozitsiya yanada rag‘batlantiriladi. Shu paytda tegishli modelning kuchsiz yoki bir tomonlama jihatlari boshqa konsepsiyalar bilan yumshatilishi yoki to‘ldirilishiga harakat qilinadi, shunda raqobatga dosh berish mumkin bo‘ladi.

Yana boshqa bir yo‘li shundan iboratki, turli modelli qarashlar eklektik tarzda birlashtiriladi, ya‘ni har bir konsepsiyadan ayrim elementlar olinib, ularning foydaliligi yoki samaradorligi bahonasida bir-biriga qo‘shib yuboriladi (eklektizm). Biroq, modelli qarashlarni birlashtirish imkoniyatlari ma‘lum chegaralarga ega, chunki, masalan, metateoretik (yadroviy) taxminlarni istalgan tarzda qayta qo‘shib chiqib bo‘lmaydi. Shuningdek, bir konsepsiyadan olingan nazariy jihatdan aniq belgilangan tushunchalarni ikkinchi konsepsiyaga o‘tkazish, ularning asosiy mazmunini buzish va muhim qoidalardan voz kechishga olib kelishi mumkin. Masalan: Psixoanalizdagi «*qarshilik*» (soprotivlenie) tushunchasini kognitiv-xulq-atvor terapiyasiga o‘tkazish. Klientga yo‘naltirilgan terapiyadagi «*empatiya*» atamasi ham boshqa yo‘nalishlarda mutlaqo boshqacha ma‘noga ega.

Klinik-psixologik qarashlar plyuralizmidagi yana bir alternativa — mavjud nazariyalar klinik psixologiya fanining predmet sohasini “*komplementar aspektlilik*” nuqtai nazaridan qamrab oladi degan taxmin. **Pongras** buni psixoanalitik, klientga yo‘naltirilgan va xulq-atvor nazariyalariga nisbatan qo‘llab quyidagicha ta‘kidlaydi: «*Turli tushunchalar, nazariyalar, natijalar va metodlar umumiy predmet haqidagi lokal tasavvurlar sifatida tushunilishi mumkin, ular bir-biriga nisbatan qo‘shimchalik holatida turadi*» (Pongratz, 1975, s. 9). Biroq, bu tezis tanqidga uchraydi, chunki bunday tushunish fanimizning ideallashtirilgan manzarasiga asoslanadi, ba‘zi nazariy tillar va metodologik pozitsiyalarning qiyoslab bo‘lmazligi e‘tibordan chetda qoladi, shuningdek, tarixiy tasodiflar kabi tizimga xos bo‘lmagan ta’sirlar ham kam baholanadi.

Umumiy klinik psixologiya (UKP) mazmuni — fanning predmeti, tuzilishi, nazariyalari, metodologiyasi va metodlariga oid umumiy va asosiy taxminlar yig'indisidir. Bu asoslar keyinchalik xususiy va maxsus klinik psixologiyada aniqlanadi va qo'llaniladi. *UKPning eng muhim vazifalari*: uni ilmiy fanlar qatoridan joy olishini ta'minlaydigan metanazoriy asoslarni belgilash; klinik psixologiyaning dolzarb predmet sohalarini aniqlash. Shunday qilib, UKP muayyan maktab yaratmaydi, balki kasbiy yo'naltiruvchi sifatida xizmat qiladi. U fanning maktablar va ixtisosliklar o'rtasidagi bahslardan tashqaridagi o'rnini belgilaydi va quyidagi savollarni shakllantirishda yordam beradi: "*Psixik buzilish*" umuman nima? Qaysi mezonlar asosida klinik-psixologik buzilishlar farqlanadi va ularning o'zaro munosabati qanday? Qaysi sababiy tasavvurlar asosida ularni izohlash mumkin? Qaysi omillar ularning paydo bo'lishiga yordam beradi yoki to'sqinlik qiladi? Klinik-psixologik intervensiyalarni baholashda qaysi mezonlar qo'llanilishi lozim? UKP alohida buzilishlarning ta'rifi, diagnostikasi, klassifikatsiyasi yoki patogenetik tushuntirishi bilan shug'ullanmaydi. Shuningdek, u yagona klinik-psixologik modelni ishlab chiqmaydi, balki ta'rif, diagnostika, klassifikatsiya, patogenez va intervensiyaning umumiy asoslarini belgilaydi. Shu tariqa, u bir tomondan aniq buzilishlarga yo'naltirilgan yondashuvlar uchun, ikkinchi tomondan esa turli klinik-psixologik modellar uchun zamin va yo'nalish yaratadi.

Psixologik nuqtayi nazarlar to'rta asosiy pozitsiya bilan tavsiflanadi:

1. *Psixik omillarni ustuvor ko'rish. Klinik psixologiyada diqqat markazida* — *psixik omillar va jarayonlar turadi*. Biologik-somatik va sotsioekologik shartlar esa "kontekst" sifatida qaraladi. Bu yondashuv ta'rif, etiopatogenez, klassifikatsiya, diagnostika va intervensiya kabi klinik psixologiya tizimining barcha jihatlariga taalluqli. Shu bilan psixologlar uchun organik, ijtimoiy yoki boshqa jihatlar muhim bo'lsa-da, ustuvor vazifa — psixik holatlar bilan bog'liq oqibatlar, ularning sabablari va yordam imkoniyatlarini o'rganishdir (masalan, Alsgeymer kasalligida organik omillar muhim, biroq psixologik yondoshuv ham kerak).

2. *Barcha psixik faoliyat — klinik psixologiyaning predmeti*. Faqat ongsiz yoki emotsional jarayonlar emas, balki har qanday psixik faoliyat klinik psixologiya mavzusiga kiradi: Kognitiv jarayonlar: xotira, o'rganish, insayt, idrok, muammo yechish, munosabatlar, kutilmalar va h.k.; Emotsional jarayonlar: xursandchilik, qayg'u, qo'rquv, holatlarga emotsional baho berish va jismoniy hislar; Motivatsion va irodaviy jarayonlar: ehtiyojlar, istaklar, niyatlar, irodaviy qarorlar; Aksional va psixomotor jarayonlar: ixtiyoriy va ixtiyorsiz harakatlar, harakatni muvofiqlashtirish; Interpersonal jarayonlar: muloqot va o'zaro ta'sir.

3. *Barcha psixik funksiyalar — klinik psixologiya mavzusi*. Ular "tuyuqlar va xulq-atvor" sifatida umumlashtiriladi. Bu — ongli va ongsiz faoliyatni, shuningdek, uyqu, tush ko'rish, trans kabi maxsus holatlarni qamrab oladi. Ko'pincha diqqat

markazida turli psixik xususiyatlarning o‘zaro bog‘liqligi yoki mustaqilligi bo‘ladi. Masalan, odamda qobiliyat va imkoniyat bo‘lsa-da, qo‘rquv tufayli ayrim vazifalarni bajara olmasligi.

4. *Psixik muammo va buzilishlar — kompleks ko‘rinishlar.* Bu turli psixik funksiyalarning cheklanishi yoki o‘zgarishi bilan bog‘liq. Funksiyalar bir tomondan alohida qismlarga bo‘linadi va o‘zaro funksional bog‘liqlikda bo‘ladi, ikkinchi tomondan ular individ tomonidan yaxlit holda integratsiya qilinadi. Inson o‘z hayoti, fikr va his-tuyg‘ulari, motivlari, xulqi yoki ijtimoiy munosabatlaridagi o‘zgarishlarni sezadi. U o‘zini xursand, xavfsiz, ishonchli his qilishi mumkin yoki aksincha, qo‘rquv, ishonmaslik, g‘azab, uyat, shubha, ishonchsizlik, jasorat yetishmasligi holatlarini kechirishi mumkin. Psixik jarayonlar inson uchun shaxsiy, uning shaxsiyligi va ayni damdagi hayotiy tajribasining bir qismi sifatida qabul qilinadi. Boshqalar esa uni turlicha qabul qiladilar — do‘stona, diqqat bilan tinglay oladigan, qiziqarli g‘oyalarga ega yoki aksincha, tashvishli, yopiq, asabiy, ishonchsiz, tartibsiz deb baholashlari mumkin. Inson esa ijobiy holatlarni qayta boshdan kechirishga, salbiy tajribadan qochishga va muhitini o‘z ehtiyojlariga moslashtirishga intiladi.

Plyuralistik muammolarni boshqa yo‘l bilan ham hal qilish mumkin — masalan, muammoga xos va/yoki kasallikka xos yondashuv orqali. Bu esa *xususiy klinik psixologiya va maxsus klinik psixologiyani* ajratib ko‘rsatish imkonini beradi.

5.2. Xususiy klinik psixologiya

5.2.1. Patopsixologiya

Patopsixologiya (grekcha pathos — azob, qiynalish) — klinik psixologiyaning bir bo‘limi bo‘lib, psixik faoliyat va shaxs xususiyatlarining buzilish qonuniyatlarini, ularni psixik jarayonlarning me‘yoriy holda shakllanishi va kechishi qonuniyatlari bilan qiyoslab o‘rganadi (Karvasarskiy, 2002. 421-b.). Patopsixologiya asoschilaridan **Xyugo Myunsterberg, Anri Bergson, Per Jane** va boshqalar hisoblanadi. Ular patopsixologiya haqidagi qarashlarini «*Pathopsychologie*» jurnali birinchi sonida (1912, 56-b.) bayon qilib, uni odatdagi *psixologiya metodlari va bilimlarini qo‘llab, psixik og‘ishlarni anglashga harakat qiladigan psixologik fan* sifatida ta’rifladilar. Bunga qarshi ravishda, psixopatologiya tibbiy kasallik tushunchasiga tayanadi va inson kasalliklari haqidagi umumiy ta’limot — nozologiyaning bir qismi hisoblanadi: «*Ularda (patopsixologiya va psixopatologiyada — G.Z.) turli pozitsiyalar mavjud... birinchisi psixologik nuqtai nazardan — psixik jihatdan sog‘lom holatdan kelib chiqadi... ikkinchisi esa kasallikdan, psixik buzilish va og‘riqli holatdan kelib chiqadi*» (Bastine, 1998. 10-b.). Aslida, bundan ham oldin **V.M. Bexterev** yangi psixologik fan sohasining paydo bo‘lishi haqida yozgan edi: «*Psixiatriyaning so‘nggi yillardagi yutuqlari, juda katta darajada bemor yonida*

psixik buzilishlarni klinik o'rganishga bog'liq bo'lib, "patologik psixologiya" deb ataladigan alohida bilim sohasiga asos bo'ldi. U allaqachon ko'plab psixologik muammolarni hal etishga yordam berdi va shubhasiz, kelgusida bundan ham katta natijalar kutish mumkin» (Psixika i jizn, SPb., 1904, 12–13-b.). Rossiya patopsixologiyasining rivojida hal qiluvchi rol **B.V. Zeygarnikka** tegishli bo'lib, uning ilmiy va amaliy faoliyati shogirdlari — **Yu.F. Polyakov, S.Ya. Rubinshteyn, B.S. Bratus, V.V. Nikolaeva, A.Sh. Txostov** va boshqalar tomonidan davom ettirildi.

Patopsixologiya — umumiy psixologiya va klinik-psixiatriya bilimlarining sintezi sifatida qator nazariy muammolarni qamrab oladi. Asosiy yo'nalishlar quyidagilardan iborat:

Murakkab psixopatologik sindromlarning (deliriy, gallyusinatsiya va boshqalar) shakllanish psixologik mexanizmlarini o'rganish; bunda bemorning shaxsiy tajribasi va shaxs xususiyatlarining ushbu sindromlar mazmuni va dinamikasiga ta'sirini aniqlash.

Turli psixik kasalliklarda bilish faoliyati hamda emotsional-shaxsiy sohaning buzilishlari tuzilishi va dinamikasini tadqiq etish; ushbu buzilishlarning psixologik korresiya imkoniyatlarini o'rganish.

Turli psixik kasalliklarga chalingan bemorlar shaxsini o'rganish; shaxsning bemorlik simptomatikasi shakllanishida va uning psixologik korresiyasidagi rolini aniqlash.

Alohida psixik funksiyalar buzilishiga xos patopsixologik sindromlar tuzilishini va tavsifini ishlab chiqish (xotira, tafakkur, idrok va boshqalar), shuningdek turli kasalliklarga xos tipik patopsixologik sindromlarni ajratib ko'rsatish; sindromlar tuzilishidagi birlamchi va ikkilamchi buzilishlar nisbatini aniqlash. Psixikada buzilish (degradatsiya) va rivojlanish muammosi — ya'ni, kasallik jarayonida psixik funksiyalar qanday parchalanishi va bir vaqtning o'zida rivojlanish ehtimoli masalasini o'rganish.

5.2.2. Klinik neyropsixologiya

Klinik neyropsixologiya — neyropsixologiyaning asosiy yo'nalishi bo'lib, psixik jarayonlar va emotsional-shaxsiy sohaning miya asosini hamda ularning bosh miyaning turli tizimlari bilan bog'liqligini o'rganadi. Klinik neyropsixologiya psixologiya, nevrologiya va neyroxirurgiya chegarasida shakllangan bo'lib, klinik psixologiyaning tarkibiy qismi sifatida muayyan miya sohalari zararlanganda paydo bo'ladigan neyropsixologik sindromlarni o'rganishni maqsad qiladi. *Tadqiqot ob'ekti* — kasal yoki jarohat olgan inson miyasi. *Tadqiqot predmeti* — miyaning muayyan sohasi zararlanishi (o'smalar, qon quyilishi, jarohatlar; ularning lokalizatsiyasi va hajmi) bilan turli darajadagi

psixik jarayonlar o'zgarishi va shaxs xulq-atvori o'rtasidagi sabab-oqibat bog'liqliklari. Jahon (klinik) neyropsixologiyasi rivojiga katta hissa qo'shgan sohalardan biri — rus klinik neyropsixologiyasidir. Uning to'liq shakllanishi, nazariy, tushuncha va metodik apparati o'tgan asrning 1960–1980-yillarida ikki yirik maktab faoliyati tufayli amalga oshdi:

Moskva davlat universiteti neyropsixologiya maktabi (A.R. Luriya rahbarligida, 1973, 1974, 1978). *Asosiy yo'nalishlari*: eksperimental neyropsixologiya, psixofiziologiya, psixolingvistika, tiklovchi o'qitishning psixologik asoslari, miyaning chuqur tuzilmalar neyropsixologiyasi, bolalar neyropsixologiyasi va boshqalar.

Leningrad neyropsixologiya maktabi (N.N. Traugott va I.M. Tonkonogiy rahbarligida, 1973). *Asosiy yutuqlari*: neyropsixologiyaning an'anaviy tushuncha apparatiga yangi (hozirda klassikka aylangan) atamalarni kiritish: «operativ xotira», «xalalsizlik», «obrazlarni tanish» va boshqalar. Yangi metodologik prinsiplar, tadqiqot usullari, maxsus eksperimental asbob-uskunalar, kompyuter diagnostika metodlarini ishlab chiqish (Kabanov, Smirnov, 1983; Vasserman va boshqalar, 2002).

5.2.3. Psixosomatik munosabatlar: psixosomatologiya va somatopsixologiya

Fan nisbatan yaqin vaqtlardan buyon psixosomatik munosabatlar muammosiga qiziqish bildirmoqda. Ammo «*psixosomatika*» atamasini ilk bor 1918 yilda I. **Xayrot** kiritgan, oradan 10 yil o'tib esa **K. Yakobi** birinchi marta unga yaqin ma'noda «somatopsixika» tushunchasidan foydalangan. Har ikki holatda ham so'z inson tanasidagi somatik (jismoniy) va psixik jarayonlar o'rtasidagi chambarchas bog'liqlik haqida boradi. Bu bog'liqlik ilk bor qadimgi davrlardyoq, insonni yaxlit tushunish va kasalliklarning kelib chiqishi hamda kechishida psixologik omilning rolini anglash doirasida e'tiborga olingan.

Psixosomatologiya somatik kasalliklarning kelib chiqishida psixologik omillar roli. Dastlabki psixosomatik nazariyalar psixoanaliz bilan bog'liq bo'lgan. «*Organlarning simvolik tili*» nazariyasiga ko'ra, jamiyatga zid bo'lgan intilishlar, fikrlar va fantaziyalar ongsiz sohasiga siqib chiqariladi va keyinchalik ichki a'zolar faoliyatidagi buzilishlar orqali namoyon bo'ladi. Masalan: kimgadir yoki nimagadir nisbatan kuchli nafrat hissi – qusish orqali, «*jinsiy tashnalik*» – oshqozonning motor funksiyasi va sekresiya faoliyatining buzilishi hamda anoreksiya orqali (isterik konversiyalar analogiyasida) ifodalanadi. Shu tarzda, nafas olish tizimiga oid kasalliklar ham insonning ona qorniga qaytish istagi sifatida talqin qilingan (o'zining nafas olish tizimi hali ishlamagan davrga). Biroq, somatik kasalliklar simptomlariga faqat simvolik ma'no berishga qarshi chiqqan tadqiqotchilar ham bo'lgan. Jumladan: **F. Aleksander** (Alexander, 1950), **F. Danbar** (Dunbar, 1943). **Aleksander** organizmning vegetativ tizimlarida rivojlanadigan psixogen buzilishlar guruhini ajratib, ularni *vegetativ nevrozlar*

deb atagan. Uning fikricha, simptom — bu siqib chiqarilgan ixtilofning simvolik ifodasi emas, balki uzoq davom etgan emotsional holatlarning tabiiy fiziologik hamrohidir. Har qanday yechim topmagan emotsional reaksiyaning o'ziga xos, aniq somatik ekvivalenti mavjud. Shuning uchun kasallikning o'ziga xosligi uni keltirib chiqargan konfliktli vaziyatdan izlanishi kerak. Uning tushuntirish modeli odatda: «*Kasallikka xos psixodinamik konflikt konsepsiyasi*» yoki «*Maxsus emotsional konflikt konsepsiyasi*» deb ataladi. Bunday holatlarda konfliktning razryadlanishi (zaiflashuvi) faqat vegetativ yo'llar orqali sodir bo'ladi va bu gipertoniya, yurakning ishemik kasalligi, bronxial astma, yara kasalligi, qandli diabet kabi xastaliklar rivojlanishiga olib keladi. Har bir kasallikka o'ziga xos ichki (intrapsixik) konflikt va unga mos muayyan emotsional kechinmalar hamda fiziologik korrelyatlar xos. Masalan, neyrodermit bilan og'rikan bemor jismoniy yaqinlik istagini siqib chiqaradi. Yara kasalligi bo'lgan bemor esa qaramlikka, g'amxo'rlikka ehtiyoj va mustaqillikka intilish o'rtasidagi ichki ziddiyatni boshdan kechiradi.

Danbarning «shaxs profili» nazariyasi. **F. Danbar** o'z nazariyasida shunday fikrni ilgari surganki, muayyan kasallikka chalingan odamlar o'xshash shaxsiy xususiyatlarga ega bo'ladi va aynan shu xususiyatlar ularda kasallik paydo bo'lishi uchun javobgardir. U 1 500 dan ortiq turli somatik kasalliklar (qandli diabet, revmatoid artrit, yurak ritmi buzilishi, stenokardiya, gipertoniya va boshqalar) bilan og'rikan bemorlarning hayotiy tarixi va psixologik xususiyatlarini o'rgangan. Shu asosda u quyidagi shaxs turlarini tavsiflagan: «*Gipertonik*», «*Koronar*», «*Allergik*», «*Shikastlanishga moyil*» va boshqalar. Bu konsepsiya ko'plab eksperimental tadqiqotlarga turtki bo'ldi. Shu yo'nalishda, turli somatik kasalliklar bilan og'rikan bemorlarning psixologik xususiyatlarini o'rganuvchi katta hajmda tadqiqotlar olib borildi. Masalan: yurak-qon tomir kasalliklarida A va B turdagi xulq-atvor konsepsiyasi, «*Saraton shaxsiyati*» tasviri va boshqalar. Biroq «*profillar nazariyasi*» doirasida ham haligacha yechimini topmagan va bahsli savollar mavjud. Jumladan, shaxsiy xususiyatlarning kasallik rivojiga ta'sir etish mexanizmlari aniq emas. Shuningdek, avvalgi nazariyalardagi zaifliklar ham to'liq bartaraf etilmagan.

Psixosomatik nazariyalarning «yangi to'lqini». Yangi yo'nalishlar qatoridan quyidagilarni keltirish mumkin: *Dj. Rayx* (Reich, 1975) tomonidan ishlab chiqilgan «*infantil shaxsiyat*» tushunchasi – bunday shaxsning his-tuyg'ulari va emotsiyalari ekspressiv xulqda ifodalanmaydi, fantaziyalari stereotip va sodda, u «*kalit shaxs*» (odatda ona) bilan «*emotsional bog'langan*» holda qoladi. **M. Shurning** «*desomatizatsiya-resomatizatsiya nazariyasi*» – insonning erta bolalik davrida somatik va ruhiy (emotsional) jarayonlari ajralmas yagona butunlik sifatida qaraladi.

Psixosomatik patologiyaga moyillik omillari. Ayrim mualliflar quyidagi tushunchalarni asosiy omil sifatida taklif qiladilar: *Aleksitimiya* – («*hissiyotlarni ifoda qilish uchun so'zlar yetishmasligi*», atama **P. Sifneos** tomonidan kiritilgan).

Emotsional ifodasizlik shaxslararo sohada konfliktli vaziyat yaratadi. Bu emotsional zo‘riqish patologik fiziologik reaksiyalarga aylanishi mumkin.

Shaxslararo munosabatlar – ayniqsa, ona va bola o‘rtasidagi aloqalar muhim. «*Psixosomatik ona*» – avtoritar, hukmron, oshkora xavotirli, yashirincha dushmanona, talabchan va tajovuzkor. Kasallik shu munosabatlar kontekstida qaraladi. «*Ob’ekt yo‘qotish*» – yaqin kishini, ayniqsa «*kalit shaxs*»ni yo‘qotish. Psixosomatik bemorlar, yo‘qotish bilan bog‘liq kechinmalarni to‘g‘ri qayta ishlay olmaydi, natijada ichki zo‘riqish va distress saqlanib qoladi. Bu ayniqsa shaxs tuzilishida nuqsonlar bo‘lgan hollarda yaqqol namoyon bo‘ladi.

Psixosomatik kasalliklarning eng so‘nggi konsepsiyalaridan biri shuki, unda «*psixobiologik model*» deb ataladi va unga ko‘ra jismoniy sog‘liq organizmning murakkab fiziologik va biokimyoviy jarayonlarni (o‘z-o‘zini) boshqarish qobiliyatiga bog‘liq. Ma‘lum bo‘lishicha, taklif qilingan psixosomatik kasalliklarni tushuntiruvchi modellardan hech biri to‘liq va yetarli emas. Shuning uchun, **L.P. Urvansev** (1998. B. 15) ta’kidlaganidek, hozirgi vaqtda bu muammoga kompleks yondashuvni ishlab chiqish zarurati yaqqol ko‘rinmoqda.

Somatopsixologiya (somatik kasallikning psixikaga ta’siri). Klinik amaliyotning ko‘rsatishicha, faqat psixologik omillargina insonning somatik sohasiga salbiy ta’sir ko‘rsatib qolmay, aksincha, somatik kasallik ham uning psixikasiga patogen ta’sir ko‘rsatadi, uning bilish jarayonlarini, ruhiy holatlarini va hatto nisbatan barqaror shaxsiy xususiyatlarini o‘zgartiradi. Shu bois, «*kasal inson psixologiyasi*» yoki «*kasal shaxsning psixologik xususiyatlari*» haqida so‘z yuritiladi va ularga oid bir nechta fenomenlar guruhlari ajratiladi. **L.P. Urvansev** (1998. B. 32–33), avvalo, kasallikka bog‘liq «*psixologik yangiliklar*»ni va o‘zgarmaydigan yoki juda kam o‘zgaradigan barqaror shaxsiy xususiyatlarni farqlaydi. Shuningdek, u kasallikka bog‘liq bemorlarning psixologik xususiyatlarining bir xil emasligini ko‘rsatib, ularni quyidagi turlarga ajratadi: *umumiy* (nozologiya shakli, kasallik og‘irligi va premorbid — kasallikdan oldingi — shaxsiy sifatlarga bog‘liq bo‘lmagan), *xususiy* va *individual*. Har qanday kasallik nafaqat premorbid shaxsga xos bo‘lgan psixik jarayonlar, holatlar va psixologik xususiyatlarga ta’sir qiladi, balki «*kasallikning ichki manzarasi*» deb ataladigan psixologik yangilik paydo bo‘lishiga ham olib keladi. Ba’zan bu ichki manzara bemorning xatti-harakatlarini va davolanish muvaffaqiyatini to‘liq belgilab qo‘yadi. Shuning uchun, *kasallikning ichki manzarasini* (KIM) bilish, uning shakllanish va ishlash qonuniyatlarini anglash, hamda amaliyotda ularni hisobga olish — shifokor va psixolog ishining samaradorligi uchun eng muhim shartlardan hisoblanadi (Luriya, 1944; Nikolaeva, 1987). **R.A. Luriya** kasallikning ichki manzarasini quyidagicha ta’riflaydi: «...*bemor his qilgan va kechirgan barcha narsalar, uning barcha hissiyyoti... umumiy ahvoli, o‘zini kuzatishi, kasallik haqidagi tasavvurlari, uning sabablari haqidagi fikrlari... bemorning sezgi va idrok, emotsiya, affekt, nizo, psixik kechinmalar va travmalarning juda murakkab uyg‘unligidan iborat ulkan ichki olami*» (1944, B.

38). **V.V. Nikolaeva** turli mualliflarning sub'ektiv kasallik manzarasi haqidagi qarashlarini tizimlashtirib, ular tomonidan taklif qilingan quyidagi tushunchalarni keltiradi: «kasallikning ichki manzarasi» (R.A. Luriya), «*autoplastik kasallik manzarasi*» (Goldsheyder), «kasallikni kechirish» (E.A. Shevalev, V.V. Kovalyov), «*moslashuv reaksiyasi*» (E.A. Shevalev, O.V. Kerbikov), «kasallikka munosabat», «kasallik ongi» (L.L. Roxlin). Shu bilan birga, **Nikolaeva** integral tushuncha sifatida kasallikning ichki manzarasini qabul qiladi va uni kasallikning sub'ektiv kechishining turli jihatlari va darajalarini aks ettiruvchi bir butun sistema sifatida ta'riflaydi (1987, B. 79–80). Uning fikricha, bu murakkab tuzilma kamida to'rtta psixik aks ettirish darajasini o'z ichiga oladi:

Hissiyot darajasi — kasallikka oid his-tuyg'ular.

Emotsional daraja — belgilari va kasallikning o'ziga turlicha reaksiyalar.

Intellektual daraja — bemorning kasallik haqidagi bilimi, sabab va oqibatlari haqidagi fikr-mulohazalari.

Motivatsion daraja — kasallikka nisbatan munosabat, asallik sharoitidagi xulq-atvor va turmush tarzidagi o'zgarishlar, sog'liqni tiklash va asrashga qaratilgan faoliyat.

Ayrim mualliflar kasallikning ichki manzarasini normal va psixopatologik shaxsiy reaksiya doirasida farqlash zarurligini ta'kidlaydilar (Kvasenko, Zubarev, 1980; Lichko, 1980). Psixik patologiya bo'lmagan holdagi kasallikka reaksiya xususiyatlari **L.P. Urvansev** (1998. B. 52–53) diqqatini ham tortgan: *Kasallikni adekvat baholash* — kasallik va unga munosabat uning haqiqiy og'irligi va xavfiga mos. Bu, odatda, kasallikdan oldin kuchli, barqaror va uyg'un shaxslarda uchraydi.

Xavf va og'irlikni ortiqcha baholash: Bir holatda — xavotir, panika, kayfiyatning tushishi, fikr va diqqatning kasallikka bog'lanib qolishi, yuqori faollik.

Ikkinchi holatda — xavotirsiz tushkunlik, apatiya, monotonlik, pessimistik prognozlar.

Bu turdagi reaksiya, odatda, xavotirli-shubhachi yoki hissiyotda «qotib qoluvchi» shaxslarga xos.

Kasallik og'irligini past baholash: Bir variant — bemor kasallikka o'rganib qoladi, rejimga rioya qiladi, xushmuomala bo'ladi (bu yerda asosan hissiy komponent pasayadi). *Ikkinchi variant* — davolanishga salbiy munosabat, kasallik bilan bog'liq barcha narsalardan o'zini uzoqlashtirish (bu ko'proq

mustaqil, rigid shaxslarda uchraydi). *Kasallikni va uning belgilarini inkor etish*: Bir holatda — kasallik belgisi kuchsiz, lekin xavfli (tuberkulyoz, rak) yoki xulq-atvor axloqan qoralanadigan holat natijasi (sifilis, OITS) bo‘lishi mumkin.

Ikkinchi holatda — kasallik haqidagi fikrlarni siqib chiqarish, uni muhokama qilishdan qochish (masalan, surunkali buyrak yetishmovchiligida, umumiy sustlik va apatiya kuzatiladi).

5.2.4. Sog‘liq psixologiyasi

Sog‘liq psixologiyasi klinik psixologiyaning tuzilmaviy qismi sifatida qaraladi. Biroq hozirgi kunda, bir tomondan, uni alohida ilmiy va amaliy sohalar qatorida ajratish, ikkinchi tomondan esa uni klinik psixologiya bilan tenglashtirish yoki umuman uning o‘rnini bosish tendensiyalari kuzatilmoqda. “*Sog‘liq psixologiyasi*” atamasiga berilgan ta’riflar ham shu tendensiyalarni aks ettiradi. Masalan, **J. Matarasso** sog‘liq psixologiyasiga quyidagicha ta’rif beradi: «*Sog‘liq psixologiyasi — bu sog‘liqni mustahkamlash va saqlash, kasalliklarning oldini olish va davolash, shuningdek, sog‘liq, kasallik va disfunktsiyaning etiologik va diagnostikaviy korrelyatlarini aniqlash, sog‘liqni saqlash tizimini tahlil qilish va rivojlantirish hamda sog‘liq sohasida siyosatni shakllantirishga oid psixologiyaning maxsus ta’limiy, ilmiy va kasbiy qoidalar majmuidir*» (Matarazzo, 1980, b. 815). Katta amerikalik darslik — «*Health Psychology*» (“*Sog‘liq psixologiyasi*”) muallifi **R. Straub** esa bu sohani quyidagicha ta’riflaydi: «*Sog‘liq, kasalliklarning oldini olish va ularni davolash muammolariga psixologik tadqiqot prinsiplarini qo‘llash*» (2001, b. 711). Bu ta’rif amalda klinik psixologiya tushunchasining qamroviga teng yoki undan ham keng bo‘lishi mumkin. Mening fikrimcha, *sog‘liq psixologiyasi* o‘z ob’ekti sifatida kasallikni (to‘g‘ridan-to‘g‘ri buzilishni) yoki keng ma’noda — bemorni emas, balki sog‘liqni va sog‘lom insonni oladi.

Uning ilmiy va amaliy vazifalarining predmeti — sog‘lom inson psixologiyasi, sog‘liqni saqlash va mustahkamlashning ichki (intrapsixik) va tashqi (ekstrapersonal) omillarini o‘rganish, sog‘liqning barcha darajalarini (jismoniy, ruhiy/funksional, psixologik — ma’naviy va ruxiy) qo‘llab-quvvatlash, shuningdek, sog‘liq buzilishining oldini olish shart-sharoitlarini aniqlash, sog‘lom turmush tarzini shakllantirish va “*ichki sog‘liq manzarasi*”ni (vnutrennyaya kartina zdorovya) adekvat ravishda rivojlantirishdir. Ko‘p hollarda, uning vazifalar doirasi psixogigiena va birlamchi profilaktika maqsadlari bilan kesishadi: ya’ni asosiy yo‘nalish — kasalliklarni davolash emas, balki ularning oldini olish.

Hozirgi vaqtda psixogigiena sohasida alohida bo‘limlar va yo‘nalishlar shakllanib bormoqda: *yoshga oid psixogigiena, mehnat psixogigienasi, oila psixogigienasi, maishiy psixogigiena, oila va jinsiy hayot psixogigienasi, shuningdek, maxsus psixogigiena (harbiy, aviatsiya, kosmik va boshqalar)*.

Sog'lom inson psixologiyasi

1. *Sog'lom inson tavsifi*. Klinik kuzatuvlar asosida sog'lom insonlarni **A. Maslou** bergan ma'lumotlarga ko'ra, ularni quyidagi ko'rsatkichlar bo'yicha boshqalardan ajralib turadigan maxsus xususiyatlarga ega shaxslar sifatida tasvirlash mumkin: ular xavfsizlikka tegishli ehtiyojlarini, tegishlilik, sevgi, hurmat va o'z-o'zini hurmat qilish ehtiyojlarini qondirgan bo'lib, shuning uchun o'zini ro'yobga chiqarishga — ya'ni o'z missiyasini, chaqiriq va taqdirini amalga oshirishga, shaxsiy birlikka erishishga intiladi. Klinik kuzatuvlar bilan tasdiqlangan sog'lom insonlarning quyidagi xususiyatlarini ajratish mumkin (Maslou, 1997, 49–50-betlar):

- 1.Reallikni yuqori darajada qabul qilish qobiliyati.
- 2.O'zini, boshqalarni va butun dunyoni haqiqiy holatda qabul qilish qobiliyatining rivojlanganligi.
- 3.Ortiqcha soxtaliksiz, bevosita va tabiiy bo'lish.
- 4.Muammoga yo'naltirilgan holda e'tiborni jamlay olish qobiliyatining rivojlanganligi.
- 5.Ustun tarzda yolg'izlikka intilish va ma'lum darajada o'ziga tortish.
- 6.Avtonomlikning yuqoriligi va biron-bir madaniyatga chuqur qo'shilib ketishga qarshilik.
- 7.Idrok qilishining yangiligi va hissiy reaksiyalarning boyligi.
- 8.Yuqori ruhiy holat (cho'qqi) tajribalarini tez-tez his qilish.
- 9.O'zini butun insoniyat turi bilan kuchliroq identifikatsiya qilish.
- 10.Shaxslararo munosabatlarda yaxshilanish.
- 11.Xarakterning demokratiyaga moyil tuzilishi.
12. Yuqori ijodkorlik qobiliyati.
- 13.Qadriyatlar tizimida muayyan o'zgarishlar.

A. Maslou asosan *o'z-o'zini ro'yobga chiqarish holatini* ko'proq yoshi katta odamlarda kuzatgani haqida yozadi. Uning nazarida, bu holat inson hayotining eng oliy maqsadi, cho'qqisi bo'lib, "*Bo'lish*" (Бытие), ya'ni mukammal holat, "*Etilib borish*" (Stanovlenie) emas jarayoni sifatida namoyon bo'ladi. **Janening** qarashi esa, normal, sog'lom inson qanday qilib anormal,

sogʻlomsiz odamdan farq qiladi (P. Daco, 2002, 111–112-betlardan iqtibos). Unga koʻra, *normal inson — bu ruhiy taranglik (psixologik kuchlanish) kuchli va muvozanatli boʻlgan shaxsdir*. Agar u tayyor boʻlmagan vaziyatga duch kelsa ham, uni nisbatan oson «*hazm qila oladi*».

Masalan, sizga minglab koʻzlar qaratayotgan xonaga kirishingiz kerak boʻlsa, agar siz normal inson boʻlsangiz, quyidagilar sodir boʻladi:

a) siz vaziyatni baholash uchun bir lahzaga toʻxtaysiz, chunki unga kutilmagan holda tushib qolgansiz;

b) siz tezda qaror qabul qilasiz va ehtiyotkorlik bilan harakatingizni davom ettirasiz;

v) shundan soʻng, vaziyatga imkon qadar tez moslashishga harakat qilasiz;

g) bir necha daqiqa oʻtgach, qoʻrqmasdan, haddan tashqari hayajon yoki agressiv his-tuygʻularsiz, oʻziga xos tortinishlarsiz harakatlanasiz;

d) keyin siz charchoq his etmaysiz, chunki bu vaziyat sizdan katta kuch va energiya talab qilmaydi. U keldi va ketdi. U shaxsiyatigizni shakllantiruvchi boshqa munosabatlar tizimiga qoʻshilib ketdi.

Agar siz anormal inson boʻlsangiz (masalan, uyaluvchan, ichkisiga yopiq, agressiv va h.k.), quyidagilar yuz beradi:

a) vaziyat siz uchun yangi va kutilmagan boʻlgani uchun toʻxtaysiz;

b) sizga hayajon (mandraj) va hissiy toʻsilish taʼsir qiladi;

v) qoʻrquv va boshqa salbiy his-tuygʻular sizni qamrab oladi;

g) siz qotib qolasiz (rigid boʻlasiz) yoki qochasiz, yoxud hujum qilasiz;

d) siz charchoq his etasiz, chunki bu vaziyat sizdan kuchingizni olib qoʻyadi.

Bundan tashqari, u hali ortda qolmagan boʻladi, chunki siz, ehtimol, oʻzingizning undagi muvaffaqiyatsiz harakatlaringizni hali ham qayta-qayta oʻylab, kamchilik hissi, qoʻrquv va alamni his qilasiz. Aniqki, kundalik hayot bizdan uning talablariga mos kelish uchun koʻplab marta ruhiy kuch sarf qilishni talab qiladi. Bu yangi sharoitlar, kutilmagan voqealar, yangi masʼuliyat, «*taqdir zarbalari*», his-tuygʻular, omadsizliklar va h.k. Normal inson bu hollarda qanday yoʻl tutadi? U barcha holatlarni qabul qiladi va ularni maʼnaviy jihatdan “*hazm qiladi*”. Barcha voqealar uning “*Men*”i ichida tarqalib, umumiy shaxsiyatiga qoʻshiladi. Normal insonning hissiy holati (affektivligi) sogʻlom oshqozonda turli

xil taomlar aralashganidek, barcha voqealar aralashib ketadigan bir rezervuarga o‘xshaydi.

Anormal inson esa bunday vaziyatlarda boshqacha yo‘l tutadi. Voqealar ma’naviy jihatdan unda “*hazm*” bo‘lmaydi va uning “*Men*”iga qo‘shilmaydi. Ular uning shaxsiyatidan tashqarida qoladi va mustaqil ravishda “*hayot kechiradi*”. Uning “*affektiv rezervuari*” tashqarisida bir yoki bir nechta ruhiy sputniklar (satellitlar) hosil bo‘ladi, ular o‘z yo‘li bilan faoliyat ko‘rsatadi va umumiy rezervuarga integratsiyalanmaydi (qo‘shilmaydi). Bu satellitlarning har biri ichki ruhiy taranglikni kuchaytiradi va natijada “*ma’naviy oshqozon hazm qilmasligi*” kabi simptomlar paydo bo‘ladi, bu esa “*Men*”ning yaxlitligini buzadi. Bunday holat komplekslar, *siqib chiqarish* (вытеснение), yakunlanmagan hissiy kechinmalar va h.k.da ro‘y beradi, simptomlar esa juda keng ko‘lamda bo‘lishi mumkin — kichik bezovtalikdan tortib kuchli rivojlangan ruhiy “*tutqunlik*” holatlarigacha. **Janening** fikricha, normal holatda ong sintetik, ya’ni birlashtiruvchi funksiyani bajaradi. Shu bois har qanday psixologik buzilish — bu ongning bunday sintez qilish qobiliyatini yo‘qotishidir.

2. *Sog‘liqning ichki manzarasi* (SIM) tushunchasi. Zamonaviy stressning sog‘liqning ichki manzarasiga ta’siri haqidagi ishlar tahlilida **G.S. Abramova va Yu.A. Yudchis** (1998) shunga e’tibor qaratadilarki, SIMning mavjudligi va undan foydalanish shunga asoslanadiki: inson o‘zini inson sifatida saqlab qolishi, ma’naviy qadriyatlar va ideallar qulashi, zo‘ravonlik va shafqatsizlikka olib keluvchi vaziyatlarda barqaror tura olishi, narkotiklar va alkogolizmning “*bo‘g‘uvchi havosi*”ga qarshi kurasha olishi uchun, o‘z hayoti qonunlarini juda aniq bilishi va ularga tayana olishi zarur.

Sog‘liqning ichki manzarasida (SIM) shaxsiy hayot qanday va qanday tarzda amalga oshishi mumkinligi haqidagi kognitiv (oqilona) psixotexnik bilimlarga katta o‘rin beriladi. Bu kognitiv bilimlar insonga o‘z sog‘lig‘ini ro‘yobga chiqarish imkoniyati sifatida hayotining amalga oshishiga ishonch tuyg‘usiga asoslangan shaxsiy hayot motivatsiyasini shakllantirish imkonini beradi. Aynan motivatsiyaning yo‘qligi — bu insonning barcha hayotiy asoslarini vayron qiladigan eng katta fojia, shu jumladan, sog‘lom turmush tarziga motivatsiyaning yo‘qligi ham, zamonaviy insonni o‘z SIMini ro‘yobga chiqarishga intilishdan mahrum qiladi. **G. Selening** (1992, 1994) ta’kidlashicha, zamonaviy turmush tarzi insonning uzluksiz o‘zgarishlardan kelib chiqadigan stressga bo‘lgan reaksiyalarini hisobga olishi kerak. Bu — yaxshilik va yomonlik, adolat va adolatsizlik haqidagi ziddiyatli fikrlardan chiqishning yagona yo‘lidir. Uning fikricha, *bizning axloqiy hissiyotimiz yo‘ldan adashgan va so‘nib qolgan. Bu bilan bahslashish qiyin* (Abramova, Yudchis, 1998, 173-bet). SIM (Sog‘liqning ichki manzarasi) mazmuni, hayot tarzi (yoki uslubi) shakllanishiga ham ta’sir qiladi. Qator mualliflar hayot tarzi kasallik paydo bo‘lishida hal qiluvchi o‘rin tutishini, shuningdek, hayot tarzini o‘zgartirish sog‘liqni saqlash, kasalliklarning oldini olish va ularni davolashda eng asosiy omil ekanini tan oladi (Lindsay va boshq., 1997, 487-bet).

5.3. Maxsus klinik psixologiya (alohida ruhiy buzilishlar, inqiroz holatlari)

5.3.1. Alohida ruhiy buzilishlar psixologiyasi

Klinik psixologiyaning ushbu qismi **Perre** va **Bauman** (2002) ta'riflaganlaridek, «*funksiyalash patternlarining buzilishi*» (masalan, depressiya, duduqlanish, agorafobiya, ijtimoiy fobiyalar, majburiy holatlar, shizofreniya, surunkali og'riqlar, migren, tiklar, ovqatlanish buzilishlari, shaxs buzilishlari, alkogolga bog'liqlik, inqiroz holatlari va h.k.) kabi aniq buzilishlar spesifikasidan kelib chiqadi. Uning vazifasi — ma'lum buzilish uchun mavjud ilmiy ma'lumotlarni (alomatlar, epidemiologiya, yuzaga kelish sabablari, kechishi va muvaffaqiyatli terapiyasi haqida) qo'llash orqali har bir holatning to'liq tasvirini shakllantirish va optimal davolash imkoniyatlarini rivojlantirishdir. Terapiya dasturlari muayyan buzilishlar va ularning farqlariga yo'naltirilgan psixoterapiya mavzusi hisoblanadi. Bunda yondashuv maktablarga yo'naltirilgan konsepsiyalarga (psixoanalitik, xulq atvor va h.k.) bog'liq emas, balki ruhiy buzilishlarni tushuntirish va davolashda turli psixologik, biokimyoviy yoki dori-darmonli, shuningdek, ijtimoiy omillarning individga ta'sirini empirik tarzda isbotlangan holda hisobga oladi.

5.3.2. Inqiroz holatlari psixologiyasi

Klinik psixologiya tuzilishini ontogenetik (rivojlanish) muammolar nuqtai nazaridan ham tasavvur qilish mumkin va ular quyidagilardir:

umumiy klinik psixologiya;

bolalar uchun klinik psixologiya (bolalar klinik psixologiyasi);

o'smirlar va yoshlar uchun klinik psixologiya (o'smirlar va yoshlar klinik psixologiyasi);

kattalar uchun klinik psixologiya (kattalar klinik psixologiyasi);

keksa va qariyalar uchun klinik psixologiya (klinik gerontopsixologiya).

"Inqiroz" atamasi yunoncha kelib chiqishiga ega bo'lib, burilish nuqtasi, voqealar rivojiga ta'sir etuvchi har qanday lahzani anglatadi. Aniq qilib aytganda, inqiroz kutilmagan yaxshilanish ham, kutilmagan yomonlashish ham bo'lishi mumkin. *Tibbiyotda bu atama kasallik kechishidagi burilish nuqtasi ma'nosini anglatadi.* Shaxs yoki jamiyat hayotidagi odatiy voqealar rivojini to'satdan to'xtatib, faoliyat modellarini qayta baholashni va odatiy xulq-atvor stereotiplarini qayta tuzishni talab qiladigan har qanday holat ham "inqiroz" deb ataladi. Shaxsiy inqiroz yoki insonning inqiroz holati ko'pincha turli xil stressorlar ta'sirida yuzaga kelgan stress (distress) holati bilan bog'liq bo'ladi. **T.**

Xolms va R. Rey (1998) turli stressorlar ro'yxati va ularni ball bilan baholash tizimini ishlab chiqqan. *Inqiroz — bu insonning maqsadga yo'naltirilgan hayotiy faoliyati to'sqinlikka uchraganida yuzaga keladigan holat, shaxs rivojlanishidagi muayyan uzilish lahzasi sifatida tushuniladi.* Surunkali (uzoq davom etuvchi) inqiroz ijtimoiy dezadaptatsiya xavfini, o'z joniga qasd qilish kayfiyatlarini, asab-psixik yoki psixosomatik buzilishlarni keltirib chiqarishi mumkin. Ko'p odamlar inqirozni faqat hayotdagi qiyin davr sifatida emas, balki ko'p hollarda "*keyingi hayotni ma'nosiz qilib qo'yuvchi to'siq*" sifatida ham qabul qiladilar. Shu sababli, bu holatda psixologik yordam zarur — inqirozli (antikrizis) intervensiya, asosiy usullari esa inqirozli psixologik maslahat berish va inqiroz holatlarini psixoterapiya qilish hisoblanadi. Chunki inqirozlar va inqiroz holatlarini, ayniqsa, ularning surunkalashuvini oldini olish mumkin. Shu maqsadda psixologik choralar, jumladan, profilaktika tadbirlari zarur. Shuni ham qayd etish kerakki, inqiroz holatlari allaqachon ro'y bergan, ochiq va aniq namoyon bo'lgan shaklda bo'lishi mumkin, lekin ular yashirin (latent), bilinmaydigan va o'tkir bo'lmagan ko'rinishda ham kechishi mumkin (chunki bu ko'p jihatdan insonning individual xususiyatlari, stressorning tabiati va darajasiga bog'liq). Shu oxirgi holatda klinik psixologlarning profilaktik psixologik yordam ko'rsatishdagi o'rni ayniqsa muhimdir.

Mavzu 6. KLINIK PSIXOLOGIYADA SUPERVIZIYA

6.1. Superviziyaga umumiy ta'rif

Umumiy ma'noda psixologik superviziniya ta'riflaydigan bo'lsak— *bu supervizorlar tomonidan amalga oshiriladigan faoliyat bo'lib, u psixologik vositalar orqali mijozlar yoki patsientlarga psixologik yordam ko'rsatadigan mutaxassislariga (superviziyadan o'tuvchilarga) kasbiy-shahsiy yoki shaxsiy-kasbiy muammolarni hal etishda yordam berishga qaratilgan.* Yuqorida keltirilgan va keltirilmagan ta'riflar mazmuniy tahlili asosida superviziya tushunchasining asosiy tarkibiy qismlarini aniqlash va uni ishchi ta'rif sifatida quyidagicha ifoda etish mumkin: *Superviziya — bu: O'qitish va o'rgatish jarayoni.* U kasbiy yo'naltirilgan yordam pozitsiyasi bo'lib, ayniqsa "*insonlararo munosabatlar sohasida ishlovchi mutaxassislar*" uchun mo'ljallangan va *shaxsiy terapiyadan farqli ravishda kasbiy ish sharoitlarining talablariga qaratilgan.* Pedagogik-tarbiyaviy va maslahatchi-terapevtik vositalar yordamida, tizimli va metodik tarzda amalga oshiriladigan, muammoli kasbiy vaziyatlar/interaksiyalarni tahlil qilish, refleksiya qilish va qayta ishlash. Bu esa bir qator maqsadlarga xizmat qilishi mumkin:

(a) *kasbiy mahoratni egallash,*

(b) *uni amalga oshirish/saqlab qolish,*

(v) *kasbiy operatsional kompetentlikni oshirish,*

(g) shaxslararo nizolarni hal etish yoki jamoa va tashkilotlarda ish munosabatlarini yaxshilash,

(d) sifatni kafolatlash va patsientlarni havaskorona yordamdan himoya qilish,

(e) qiyin vaziyatlarda hissiy qo'llab-quvvatlash va h.k.

Bu ta'sir belgilangan vazifalar, istiqbollar, yo'nalishlar va maktabning konsepsiyasi bilan birgalikda, boshqa ustuvorlik markazlari, tushunchalar, shakllar va yondashuvlar asosida amalga oshiriladi. Bunda supervizor va superviziyadan o'tuvchilar turli rollarni bajaradilar; supervizorlar, odatda, o'z tajribasi va kompetentligi orqali muayyan ustunlikka ega bo'lib, uni konstruktiv va etik javobgarlik bilan superviziyadan o'tuvchilarni qo'llab-quvvatlashda qo'llaydilar. Shu bilan birga, ramka shartlari va ish faoliyati maydoni muhim ahamiyat kasb etadi.

Agar biror hodisani to'liq tavsiflash uchun yagona ta'rif yetarli bo'lganida, shu yerda nuqta qo'yish mumkin edi. Ammo, hatto juda omadli berilib, to'g'ri ifodalangan ta'rif ham faqat yo'l ko'rsatuvchi, yo'naltiruvchi vazifasini bajaradi; u kitobxonadagi kalit so'z yoki izlash tushunchasiga o'xshaydi, lekin asl manbani o'qish zaruratidan ozod qilmaydi. Yana bir muammo — yaqin tushunchalar bilan noaniq chegaralar, ularning ustma-ust tushishi va kesishib ketishi (masalan, superviziya holatida: u ham terapiya, ham o'zini anglash, ham o'zini takomillashtirish va h.k.). *Superviziya amaliyotida tavsiya etiladigan yo'l* — tushunchaning cheklangan imkoniyatlaridan cho'chib qolmaslik, balki har bir aniq holatda superviziyadan o'tuvchining muammosini superviziya predmeti sifatida aniqroq ifoda etish, uning maqsadi va vazifalarini aniq belgilashdir. Shunda superviziyani amalga oshirish haqiqatan ham mumkin bo'ladi.

6.2. Superviziyaning maqsad va funksiyalari

Superviziyaning funksional xilma-xilligi — ta'lim, ma'muriy vazifalar va terapiya o'rtasidagi o'rin — ancha vaqtdan beri ma'lum. **Kadushin** (Kadushin, 1976) superviziyaning turli kasbiy faoliyat sohalarini qamrab oluvchi asosiy funksiyalarini tavsiflab bergan.

1. *Ta'lim (o'qitish, rivojlantirish) funksiyasi:* kasbiy tayyorgarlik, o'qitish va tarbiya berish, bilim va ko'nikmalarni uzatish, trening (usul va yo'l-yo'riqlarni mashq qilish), o'z-o'zini tahlil qilish bo'yicha ko'rsatmalar, konstruktiv qayta aloqa, kasbiy ijtimoiylashuv, kasbiy identifikatsiyani rivojlantirish va boshqalar.

2. *Ma'muriy (nazorat, ekspert) funksiyasi:* sifatni baholash (ekspertiza, ta'minlash), yordam ko'rsatuvchi kasb egalari (ijtimoiy xodimlar, psixologlar, psixoterapevtlar) faoliyatini optimallashtirish va yaxshilash yoki muassasaning samarali "ishlashi"ni ta'minlash, etik-kasbiy prinsiplarni saqlash, qonun yoki

idoralararo qoidalarga rioya etilishini nazorat qilish, patsientlarni himoya qilish va h.k.

3. *Qo'llab-quvvatlovchi (maslahatchi) funktsiya*: qiyin kasbiy vaziyatlarda hissiy qo'llab-quvvatlash, hamrohlik qilish yoki yordamchi yengillatish choralari, ishdagi stressni yengishda yordam berish, ortiqcha yuklamalardan himoyalaniş uchun o'zini-o'zi himoya qilish usullarini shakllantirish, shaxsiy psixogigiena, "kuyib ketish" (emotsional so'nish) holatining oldini olish, kasbiy-shaxsiy deformatsiyaning profilaktikasi va h.k.

Kadushin o'z klassifikatsiyasi orqali superviziyaning eng muhim jihatlari va toifalarini umumlashtira oldi, chunki adabiyotlarda keltirilgan superviziya maqsad va funksiyalari xilma-xilligini tahlil qilish aslida yagona umumiy rubrikani aniqlaydi — bu esa, ma'rifiy (prosvetitel'skaya) funktsiya. **Belardi** (Belardi, 1992/1998) keyinchalik bu funktsiyani ajratib ko'rsatib, tavsiflab beradi va unga, masalan, quyidagilarni kiritgan: *refleksiya, yangi ochilishlar qilish, avval noma'lum bo'lgan shaxsiy, insonlararo (interaksion) va institutsional shart-sharoitlarni anglash va o'zgartirish, inson rivojlanishini rag'batlantirish/rivojlantirish, superviziyaning psixosotsial ishga umumiy holda innovatsion ta'sir ko'rsatishiga bo'lgan umidlarni shakllantirish.*

Bizga shu narsa ma'lum bo'ladiki, bu holatda superviziya funktsiyalarining aniq chegaralaridan chiqib ketish ehtimoli mavjud. Ehtimol, **Belardi** ajratib ko'rsatgan ma'rifiy funktsiyani ham, biz ajratayotgan profilaktika funktsiyasini ham "superviziyaning bilvosita/yondosh funktsiyalari" toifasiga kiritish mumkin. Kasbiy faoliyatidagi maxsus yuklamalar tufayli ko'pgina psixologlar va psixoterapevtlar superviziyani hissiy qo'llab-quvvatlash va yengillashish istagi bilan bog'laydilar. Bunday holatda superviziyaning qo'llab-quvvatlovchi funktsiyasi faqatgina "emotsional yonib ketish sindromi" (burn-out) yoki uning turli ekvivalentlarining oldini olishga qaratilgan bo'ladi. Masalan: Britaniya armiyasida buni "qobiqli shok" (shell shock) deb ataydilar, Amerika armiyasida esa "jangdan tolish" (battle fatigue) deb nomlaydilar, va nihoyat, bu holat umumiy ma'noda "kasbiy deformatsiya" deb ataladi.

Yuqorida qayd etilgan rollarni taqsimlash funktsiyalarining barchasi muhim (faqat ular bir vaqtning o'zida barchasi qo'llanilmaydi); ular aslida na "yaxshi", na "yomon" hisoblanadi, balki tegishli ehtiyojlarga muvofiqlashtirilishi kerak. Masalan, agar superviziyadan o'tuvchining patsienti suitsid qilgan bo'lsa, supervizorning qo'llab-quvvatlovchi roli maqbul bo'ladi; o'tkir hissiy holat bosqichi yengillashgach, keyingi uchrashuvlarda superviziyadan o'tuvchiga suitsid xavfi yuqori bo'lgan patsientlar bilan ishlash bo'yicha muayyan ko'nikmalar berish kerak bo'lsa, "o'qituvchi" roli ustuvor bo'lishi mumkin. Agar etik-kasbiy qoidalar buzilgan bo'lsa, supervizor aniq ma'muriy pozitsiyani egallab, "nazorat organi" sifatida aralashishi zarur. Shu bois, supervizor uchun hal qiluvchi savol — «Aynan qaysi funktsiya hozirgi vaziyatda superviziya uchun

eng to'g'risi?» bo'ladi. Keyin esa supervizor quyidagi savollarni ham berish mumkin: «*Superviziyadan o'tuvchilar ochiq yoki yashirin tarzda mening qaysi funksiyamga murojaat qilmoqda?»*, «*Qaysi funksiyalarni men amalga oshira olaman, xohlayman yoki bajarishim shart?»*»

Superviziya shakllari. **Barte** (Barthe, 1985) superviziyaning individual va gruppaviy shakllarini ajratadi. Gruppaviy superviziya esa quyidagicha turlarga bo'linadi: *Direktiv (boshqariladigan) va nedirektiv (kollegial)*, *Geterogen (stranger group — turli tarkibdagi ishtirokchilar) va gomogen (family group — bir xil tarkibdagi ishtirokchilar)*, *Status jihatidan gomogen va status jihatidan ierarxik*. Individual superviziya shakllariga kelganda, ular asosan tushunarli va oddiy. Lekin gruppaviy superviziya — bu superviziya amaliyotining ancha turfa va murakkab yo'nalishi bo'lib, uning mazmunini tushuntirish uchun qo'shimcha izohlar talab etiladi.

Gruppaviy superviziya o'z ma'nosida — bu superviziyadan o'tuvchilar guruhi bilan ishlash bo'lib, ular “*ijtimoiy tizim*” yoki “*ishchi jamoa*” sifatida qaraladi. Bunda asosiy e'tibor interaktiv va/yoki guruh dinamikasi jarayonlariga qaratilgan bo'ladi. Holatlar superviziyasi bilan bir qatorda, odatda, jamoa a'zolarining o'zaro hamkorlik va muloqot muammolari, shuningdek, jamoaning kattaroq ijtimoiy tuzilma (masalan, muassasa)ning boshqa qismlari bilan munosabatlari ham muhokama etiladi.

Ta'limiy superviziya va praksis-superviziya. Ta'limiy (o'quv) superviziya — “*Psixoterapiya*” kursi o'quv dasturining majburiy qismi sifatida o'zlashtirilishi lozim bo'lgan superviziya turi. Odatda, o'quv rejasida qator boshqa mashg'ulotlarni ham o'z ichiga oladi: ma'ruzalar, seminarlar, o'zini anglash mashg'ulotlari, holatlar muhokamasi, aniq mavzular bo'yicha trening va vorkshoplar.

Ta'limiy superviziyaning asosiy yo'nalishlari: Pedagogik-didaktik o'qitish va o'rganish usullari (usullar va kompetensiyalarni egallash, ko'pincha sun'iy sharoitda, masalan, rolli o'yinlarda). *O'quv rejasida belgilangan maqsadlar katalogini amalga oshirish. Amaliyot bo'yicha faol-direktiv ko'rsatmalar berish.*

O'rganilayotgan ko'nikmalarni “*tekshirish/nazorat qilish*” bo'yicha supervizor harakatlari; bunda, agar o'quv jarayoni haqiqiy mijozlar bilan olib borilsa, supervizor to'liq javobgarlikni zimmasiga oladi. Ta'limiy supervizorlardan nazariya, amaliyot va didaktika bo'yicha yuqori darajadagi bilim talab qilinadi.

Praksis-superviziya (ba'zan “*malaka oshirish superviziyasi*” deb ham ataladi) — bu malakasi bor terapevtning o'z amaliyotini superviziyadan o'tkazishi. Praksis-superviziya ixtiyoriy bo'lib, istalgan paytda to'xtatilishi mumkin.

Holat superviziyasi. Holat superviziyasi — bu interaksiya, muloqot tuzilmalari, guruh ichidagi nizolar, shaxsiy ta'sir omillari, institutsional muammolar yoki tizim shart-sharoitlarini tahlil qilishdan farqli o'laroq, e'tibor markazida superviziyadan o'tuvchining aniq mijoz bilan bevosita olib borayotgan ishini qo'llab-quvvatlash turadi (“*Men keyingi qadamda mijoz X bilan nima qilishim kerak?*”). Superviziya modeli ko'rsatganidek, yangi yechimlarni izlash jarayonida funksional-tizimli tahlilni nafaqat superviziyadan o'tuvchining shaxsiy jihatlariga (kompetensiya/defitsitlar, individual qarashlar, nizoli sohalar va h.k.), balki tizimning turtki beruvchi va to'sqinlik qiluvchi kontekstual omillariga ham kengaytirish zarur.

Gruppaviy (ichki va tashqi) superviziya. Bu yerda ikki variantni farqlash zarur:

a) Kollegial superviziya (in team) — doimiy guruh a'zolari bir-birini o'zaro superviziya qiladi, ya'ni guruh o'zini o'zi nazorat va qo'llab-quvvatlaydi.

b) Tashqi superviziya — bu “haqiqiy” guruh superviziyasi shakli bo'lib, unda guruh tashqi supervizorni taklif qiladi. Bu ko'pincha ichki nizolarni, muloqotdagi to'siqlarni yoki institutsional sababli muammolarni bartaraf etish uchun amalga oshiriladi. Bu holatda maqsad — funksional jihatdan samarali ishlay oladigan guruh tuzilmasini tiklash va guruhning o'z vazifalarini bajara olishini ta'minlash. Gruppaviy superviziya ba'zan muassasani maslahat berish jarayoniga o'tib, tashkilotni rivojlantirish tadbirlarining bir qismiga aylanishi mumkin.

Muassasaga maslahat berish / Tashkilotni rivojlantirish. Bunday superviziya variantlari muassasa yoki tashkilot faoliyatini yaxshilashga qaratilgan bo'ladi. Bu jarayonda quyidagilar tahlil qilinishi mumkin: *guruh ichidagi nizolar, muloqot jarayonlarining samaradorligini oshirish, rollar va kompetensiyalarni aniqlash, tashkilot tuzilmasini optimallashtirish, ierarxiya, mehnat sharoitlari va shartnomalar, ish faoliyatining chegaraviy shartlari, tashkilot ideologiyasi, qotib qolgan asosiy qoidalar yoki yo'naltiruvchi qoidalar, byurokratik jarayonlar, ish muhiti, muloqot uslubi va boshqalar.* Shuningdek, “guruh/jamoani rivojlantirish” yoki “xodimlarni rivojlantirish” tadbirlari ham o'tkazilishi mumkin. Bunda “rivojlanish” tushunchasi albatta jiddiy muammolar mavjudligini anglatmaydi, balki mavjud imkoniyatlardan foydalanib, malaka va samaradorlikni yanada oshirishni nazarda tutadi.

Superviziya, rahbariyat uchun maslahat (“Rollen coaching”). Bu maxsus turdagi superviziya muassasa rahbarlik funksiyalarini tahlil qilish va rivojlantirishga qaratilgan. Bunda asosiy e'tibor rahbarlik roliga yuzaga keladigan maxsus talablar va kompetensiyadagi ishonchsizlikka qaratilgan (masalan, tashkilotdagi hokimiyat, boshqaruv uslubi, xodimlar rejasi, shaxsiy nufuzdan foydalanish, nazorat funksiyalarini bajarish va h.k.). Odatda bu jarayon jamoadan (qo'l ostidagilardan) tashqarida o'tkaziladi, lekin rahbarlar va qo'l ostidagilarni birlashtirgan guruhda ham amalga oshirilishi mumkin.

Loyiha superviziyasi. Ba'zi hollarda supervizorlar ma'lum loyihalarni hamrohlik qilish vazifasini olishi mumkin (masalan, psixoterapevtik muassasa qurilishi, yangi o'quv dasturini rejalashtirish, innovatsion tadqiqot, fanlararo loyihalar va h.k.). Bunda supervizorlar asosan loyiha guruhida motivatsiya beruvchi va maslahatchi ekspert funksiyasini bajaradi, shuningdek, loyihani amalga oshirishda "nazorat" vazifalarini ham qiladi. Bu esa yuqori kasbiy kompetensiya bilan bir qatorda, loyiha menejmenti va turli shaxslar hamda maqsadlar faoliyatini muvofiqlashtirish ko'nikmalarini talab qiladi (Esk, 1990).

In vivo superviziya (tabiiy sharoitda superviziya). Ayniqsa, tizimli-oilaviy terapevtik yondashuvlarda terapevtik vaziyatni "natura"da superviziya qilish odatiy holdir (Wark, 1995 va boshq.). Bunday superviziya turli variantlarda o'tkazilishi mumkin: kuzatuv xonasi va oyna devorlar orqali, audiobog'lanish qurilmalari yordamida (West va boshq., 1992), yoki bir xonada bir nechta terapevt va supervizorlar ishtirokida, turli kombinatsiyalarda. Tabiiy sharoitga yaqinlashish ma'lum ustunliklarni beradi.

Kollegial superviziya (interviziya). Adabiyotlarda "*Peer-Supervision*", "*Peer-Group-Supervision*" (Border, 1991) yoki "*interviziya*" (Fengler, 1986) nomi bilan ham ma'lum. Bu — kasbiy faoliyatning keyingi bosqichlaridagi mutaxassislar uchun eng ommaviy (va arzon) modellardan biri bo'lib, "*psixosotsial o'zini-o'zi yordam qilish tashabbusi*" turi sifatida talqin qilinishi mumkin. Bu yerda hamkasblar bir-biriga diada, triada yoki kattaroq guruhlarda qo'llab-quvvatlash ko'rsatadilar.

Avto (o'z-o'ziga) superviziya. Bu holda superviziya tajribali psixoterapevtning o'zini superviziya jarayoniga qo'yish qobiliyati sifatida tushuniladi. U "*terapevt rivojlanish jarayonining so'nggi bosqichi*" bo'lib, yuqori (o'z)refleksiya, doimiy kollegial muloqot, o'z tashabbusi bilan malaka oshirish, qayta aloqaga ochiqlik, kasbiy-shahsiy rivojlanishga tayyorlik, shaxsiy chegaralarni bilish va zarurat tug'ilganda tashqi superviziya yoki shunga o'xshash choralarga murojaat qilish qobiliyati bilan tavsiflanadi. Yaxshi tashqi superviziya doim superviziyadan o'tuvchini avto-superviziyaga tayyorlashi, o'zini kuzatish/o'zini anglash va o'zi bilan konstruktiv muloqot qilish qobiliyatini rivojlantirishi kerak.

O'rganuvchi superviziya (supervizorlarni tayyorlash).

Supervizorlar uchun superviziya ("kontrol-superviziya") — hatto tajribali supervizorlar ham kollegial qo'llab-quvvatlashga ehtiyoj sezadilar. Masalan, og'ir holatlarni muhokama qilish yoki supervizorlik kompetensiyasini baholash uchun.

Superviziya va psixoterapiya o'rtasidagi munosabat. Psixologik superviziya terapiya bilan ma'lum o'xshashlikka ega, ammo ular o'rtasidagi farqlar ko'proq.

Superviziya jarayoni maxsus tayyorgarlikni talab qiladi, chunki yaxshi terapevt — bu hali yaxshi supervizor degani emas (Hill va boshq., 1981). *Superviziyaning asosiy maqsadi* — yangi psixolog-konsultantlar va psixoterapevtlarni tajribali mutaxassislariga aylantirish, naki “*tajribali mijozlar*” yoki “*tajribali patsientlar*”ga aylantirish. Shu bois, shaxsiy psixoterapiyadan o‘tish superviziya o‘tkazishni o‘rgatmaydi. *Psixologik superviziya* — sifatli terapevtik amaliyotning muhim elementi bo‘lib, u trening dasturlari tugaganidan so‘ng terapevtning klinik rivojlanish darajasini anglashi va terapevtik ko‘nikmalarini takomillashtirishi bilan bog‘liq.

Ko‘pchilik psixoterapevtik maktab va yo‘nalishlar doimiy ravishda superviziya va terapiya o‘rtasidagi farqlarni ta’kidlashadi (Rubinstein, 1992). Psixoanalitik yo‘nalishdagi mualliflar superviziyani individual terapiyaga aylantirishga keskin qarshi chiqadilar. Bu an’anadan “*superviziyani terapevtlashtirish*” xavfini tushunish mumkin — ya’ni supervizor faoliyatining asosiy e’tibori faqat superviziyadan o‘tuvchining shaxsiyati va uning hayotiy (erta bolalik davridagi) transfer tendensiyalariga qaratilganda, kelgusiga yo‘naltirilgan kasbiy muammolar e’tibordan chetda qoladi. Holbuki, aynan ana shu kasbiy muammolar superviziyaga bo‘lgan ehtiyojni rag‘batlantiradi va ular shaxsiy omillar bilan bir qatorda institutsional shart-sharoitlarga (“tizim” yoki “kontekst”) ham ega. Ayrim mualliflarning nafaqat superviziyadan o‘tuvchining shaxsiy jihatlarini “*kushetkaga yotqizish*”, balki institutsional-tizimli nuqtai nazarni ham hisobga olishga qaratilgan urinishlari o‘zini boshqarish nuqtai nazaridan to‘liq qo‘llab-quvvatlanishi mumkin. Bunday xavf faqat psixoanalitik superviziyada emas. Masalan, **Gryoningning** fikricha, superviziya geshtalt-terapiya, psixodrama yoki suhbat-psixoterapiya (gumanistik psixologiya doirasida) bilan “*qo‘yma-qo‘y*” qilinadi va natijada, superviziyadan o‘tuvchi uchun bu holatni o‘zining shaxsiy motivatsiyaga ega terapiyasi sifatida, muassasadagi qoniqarsiz ish sharoitlarini “*tekinga*” kompensatsiya qilish yo‘li deb qabul qilish imkoniyati paydo bo‘ladi (Groening, 1993, S. 67). Garchi superviziya va terapiya, ayniqsa jarayon darajasida, ayrim tuzilmaviy o‘xshashliklarga ega bo‘lsa-da, ular mazmun va mavzu jihatidan bir qator muhim farqlarga ega. *Superviziya faqat “kasbiy faoliyatni samarali bajarish” sohasi bilan chegaralangan bo‘lsa, psixoterapiya shaxsiy hayotdagi muammo va nizolarni qayta ishlashga qaratilgan va kasbiy sohadan ancha tashqariga chiqadi.* Superviziyani terapiyaga aylantirishga bo‘lgan vasvasa ayniqsa shunda paydo bo‘ladiki, *superviziyadan o‘tuvchining kasbiy qiyinchiliklari uchun asosiy ayb “shaxsiy omillar”ga yuklanganda.* **Bernard va Gudiyer** klinik superviziyadagi munosabatlarning psixoterapiya va konsaltingdagi boshqa munosabatlardan uchta asosiy farqini ta’riflagan:

1. *Bu munosabatlar baxolovchi hisoblanadi — konsaltingdan farqli o‘laroq.*

2. *Ular uzoq muddatli bo‘ladi — treningdan farqli o‘laroq.*

3. Ular bir vaqtning o'zida ham superviziyadan o'tuvchining kasbiy samaradorligini oshirishga, ham mijoz oladigan kasbiy xizmat sifati ustidan nazorat o'rnatishga xizmat qiladi (Bernard & Goodyear, 1998).

6.3. Superviziya jarayoni (superviziyaning olti qadami)

Superviziya — bu bosqichma-bosqich yoki fazalarga bo'lingan tarzda tuzilgan jarayondir. Adabiyotlarda superviziya jarayonining tuzilishi haqida turli qarashlar mavjud (Schreyogg, 1994; Schmelzer, 1997; Belardi, 1998). Biz esa amerikalik va nemis mutaxassislari ishlarida keltirilgan va eng maqbul deb hisoblaydigan modelni taklif etamiz (Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 1991).

Birinchi qadam — Boshlanish va dastlabki yo'naltirish:

(Eng birinchi kontakt) Sizni menga nimalar olib keldi?

Bugungi uchrashuvda nimani muhokama qilamiz? Bugungi sessiya mavzusi sifatida qo'limizda nima bor (istaklar, umidlar, kutilmalar)?

Siz qanday yordam olishni xohlaysiz va nega? Mendan qanday yordam kutayapsiz? Bugun nima olishni istaysiz? Bugun nimalar ijobiy tomonga o'zgarishi kerak?

(Guruhlarda, jamoalarda ishlaganda) Kim va nima masalani muhokamaga chiqarishni istaydi?

(Savollar va ishtirokchilar ko'p bo'lganda) Hozir eng muhim yoki shoshilinch masala qaysi? Nima keyinga qoldirilishi mumkin? Bugun muhokama uchun qaysisini tanlaymiz? Qay tartibda? Nimadan boshlaymiz? Bu masalaga qancha vaqt ajratamiz? Yana muhokama qilishga muhtoj muhim mavzu yoki savollar bormi yoki biz boshlasak bo'ladimi?

Ikkinchi qadam. Vaziyatni tahlil qilish: hozirgi holatni aniqlash.

Aniqroq qaysi muammo haqida so'z ketmoqda? Unga oid odatiy bir misolni keltira olasizmi?

Aslida gap nimada / nima sodir bo'ldi?

Nima bu vaziyatni/jarayonlarni muammoga aylantirmoqda?

Nima sababdan vaziyat saqlanib qolmoqda (shart-sharoitlarni gorizontaal, vertikal va tizimli tahlil qilish)?

Mavjud holatdan «foйда» (yutuq) ko'rayotgan kim?

Qaysi shaxsiy qarashlar va tajribalar bu holatda muhim rol o'ynamoqda?

Qaysi tizimli omillar (kontekst, muhit, institutsional qoidalar va h.k.) ishtirok etmoqda?

Siz bu muammoni o'zingizga qanday izohlaysiz?

Gap (aslida o'zgarishi mumkin bo'lgan) muammo haqidami yoki (qaytarib bo'lmaydigan) fakt haqidami?

Qachon bu yaxshiroq bo'ladi? Qachon bu muammo hisoblanmaydi? Boshqa nima bor?

Nima ishlar qilingan, nima qilinmagan; qanday natija bilan?

Uchinchi qadam. Xohlangan holatlarni belgilash va muammo hamda maqsadlarni shakllantirish.

Nima bo'lishi / qanday bo'lishi kerak? Qanday bo'lsa, OK deb hisoblanadi? Qanday bo'lsa, ideal bo'ladi?

Qanday bo'lsa, siz bir oz ko'proq mamnun bo'lar edingiz?

Qanday bo'lsa, boshqa ishtirokchi shaxslar ham mamnun bo'ladi?

Qachon bizning superviziyamiz endi kerak bo'lmay qoladi?

Gap (erishilishi mumkin bo'lgan) maqsadlar haqidami yoki (erishib bo'lmaydigan) utopiyalar haqidami?

Nimani saqlab qolishni yoki hozirgidek qoldirishni xohlaysiz?

Nimalarga erishishni, o'zgartirishni, nimani o'rganishni istaysiz?

Nimani yaxshi yoki yomon qabul qilishingiz, shunga qaramay rozi bo'lishingiz kerak?

To'rtinchi qadam. Yechimlarni izlash va tanlash.

Qabul qilish yoki o'zgartirish?

Qaysi yo'llar (maqsadga erishish vositalari sifatida) prinsipial ravishda mumkin? (2-chi va 3-chi qadamlarni baholash; «aqlar hujumi» usulini qo'llash mumkin).

Mavjud «to'siqlarni» bartaraf etish:

tashqi (masalan, rahbariyat sizning taklif va yangiliklaringizga qarshi) yoki ichki — shaxsiy o'zgaruvchilar (tarafkashlik va ko'r-ko'rona ishonchlar, shaxsiy qo'rquv va muammolar, muammolarni faol hal etishdan qochishga oid mustahkam odatlar, ularni boshqalarga yuklash va h.k.).

Yangi kompetensiyalar shakllantirish.

Yangi yo'llar va alternativ yechimlar.

Siz qaysi yechimlarni haqiqatan ham qabul qilmoqchisiz (aniq nima, qanday, qaysi vaziyatlarda va h.k.)?

Bunga erishish uchun nima kerak? Bu uchun zarur shart-sharoitlar va kompetensiyalar mavjudmi?

Beshinchi qadam. Yechimlar va samaradorlikni nazorat qilishni muammoga yo'naltirish

(amalga tayyorgarlik — rejalashtirish va maqsad, yo'l hamda metodlar bo'yicha qaror qabul qilishdan ularni hayotga tatbiq etishga o'tish).

Ikkita amalga oshirish imkoniyati:

a) superviziyaning o'zida («quruq trening») va

b) hayotda (uyga vazifalar va h.k. — superviziya in vivo):

Mumkin bo'lgan kichik qadamlardan qaysi birini birinchi bo'lib amalga oshirish kerak?

Keyingi uchrashuvimizgacha aniq nima qilishga harakat qilasiz?

Yechimlarni to'g'ridan-to'g'ri qo'llashda kim/nima yordam berishi mumkin?

Qaysi asosda siz bu qadam muvaffaqiyatli bo'lgani va maqsadingizga yaqinlashganingizni baholaysiz?

Nimalar muvaffaqiyatsizlikni (yoki samarasiz xulq-atvor shakllariga qaytishni) ko'rsatadi?

Agar... (Iks yoki Igrek) ro'y bersa, keyin qanday yo'l tutasiz?

Oltinchi qadam. Epizodni yakunlash va kelgusi vaziyatlarga ko'chirish:

Shu yerda yakunlasak bo'ladimi?

Bugungi epizoddan nima o'rgandingiz?

Shulardan qaysisini zarurat tug‘ilganda boshqa vaziyatlarga ko‘chirish mumkin?

Qaysi boshqa mavzuda e‘tibor qaratishimiz kerak?

Xulosa va takliflar:

Bugungi hamkorlikdagi ish shakli sizga qanday tuyuldi?

Mening supervizor sifatidagi uslubim sizga mos keladimi?

Keyingi uchrashuvlarimiz yanada samarali bo‘lishi uchun men yana nima qila olaman?

Siz tomoningizdan e‘tiborga olinishi shart bo‘lgan xohish va qiziqishlar bormi?

Demak, bizning bu mashg‘ulotimizni to‘liq normal, tartibda deb hisoblasak bo‘ladimi?

7-MAVZU. KLINIK PSIXOLOGLAR FAOLIYATINING HUQUQIY VA ETIK MASALALARI

7.1. Yaqin kelajakda O‘zbekiston Respublikasida klinik psixologiya va tibbiy psixologiya oid rejalar.

Mamlakatimizda aholi ruhiy salomatligini saqlash borasida keng ko‘lamli ishlar qilinmoqda. Boisi, bugungi shiddat bilan rivojlanayotgan zamonda insonning ruhiy salomatligi har qachongidanda dolzarb ahamiyat kasb etadi. Prezidentimizning 2023 yil 19 iyundagi “Aholining ruhiy salomatligini muhofaza qilish xizmatini yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi qarori ruhiy holat buzilishini erta aniqlash, aholiga tibbiy-psixologik va psixiatrik yordam ko‘rsatish tizimini samarali yo‘lga qo‘yishda muhim dasturilamal bo‘layotir. Shuningdek, o‘tgan yili qabul qilingan “Aholiga psixologik yordam ko‘rsatish to‘g‘risida”gi qonunga asosan Sog‘liqni saqlash vazirligining tegishli buyrug‘i ishlab chiqilgan bo‘lib, amaliyotga tatbiq etilmoqda.

Poytaxtimizda bo‘lib o‘tgan “O‘zbekistonda neyropsixologiya va klinik psixologiyaning dolzarb muammolari” mavzuidagi xalqaro anjumanda ta’kidlanganidek, bulardan ko‘zlangan maqsad yagona, ya’ni tibbiyotdan uzoqlashib qolgan umumiy psixologlar faoliyatini tizimga yaqinlashtirishdan iboratdir. O‘tgan davrda bu borada dadil qadamlar tashlandi va muayyan natijalar qo‘lga kiritildi.

Jumladan, mamlakatimiz tibbiyot oliy o‘quv yurtlarida “Klinik psixologiya” bo‘yicha magistratura yo‘nalishini ochish masalasi ayni paytda ko‘rib chiqilmoqda. U yo‘lga qo‘yilgach, “Umumiy psixologiya” bo‘yicha boshqa universitet va institutlar bakalavriat bosqichini tamomlagan yoshlar o‘qishni tibbiyot oliy ta’lim muassasalarida davom ettirishi mumkin bo‘ladi.

Ayni maqsadda 2025/2026 o'quv yilidan boshlab 6 ta tibbiyot institutida "Klinik psixologiya" mutaxassisligi bo'yicha 2 yillik magistratura yo'nalishi ochiladi. Bu orqali sog'liqni saqlash tizimi uchun yetishmayotgan 3 ming nafar klinik psixologni tayyorlash ko'zda tutilgan. Tadbirda tibbiy va klinik psixologiya hamda psixosomatik tibbiyot yo'nalishida yoshlarni xorijiy davlatlarning yetakchi ilmiy markazlarida o'qitish ishlari yo'lga qo'yilayotgani ham urg'ulandi. Masalan, Parijdagi Oliy psixomotor rehabilitatsiya institutida bir guruh yoshlarimiz malaka oshirib, psixomotor terapiya hamda rehabilitatsiya bo'yicha maxsus ko'nikmalarga ega bo'lib qaytdi.

Endigi bosqichda esa yiliga 25 nafar yosh magistrni ushbu nufuzli ta'lim maskanida o'qitish rejalashtirilmoqda. (*Mohigul Qosimova, O'zA, 2025*)

7.2. Psixologlarning axloqiy prinsiplari Umumjahon deklaratsiyasi

2008 yil 22 iyulda Berlin shahrida
Psixologiya fanlari xalqaro ittifoqi
Bosh assambleyasi tomonidan qabul qilingan.
2008 yil 26 iyulda Berlin shahrida
Xalqaro amaliyotchi psixologlar assotsiatsiyasi
Direktorlar kengashi tomonidan qabul qilingan.

Preambula. Etika har qanday fanning asosiy yadrosidir. Psixologlar uchun axloqiy prinsiplarning Umumjahon deklaratsiyasi butun dunyodagi psixologlarni o'zlarining amaliy va ilmiy faoliyatlarida eng yuqori axloqiy ideallarga erishishga yo'naltiradigan va ilhomlantiradigan umumiy ma'naviy tizimni belgilaydi. Psixologlar o'zlarining kengroq ijtimoiy kontekst ichida harakat qilayotganlarini anglaydilar. Ular inson hayoti va shaxsiyliklari ham individual, ham jamoaviy tarzda avlodlar orqali o'zaro bog'langanini, shuningdek, insonlar bilan ularning tabiiy va ijtimoiy muhiti o'rtasida o'zaro ta'sir mavjudligini anglaydilar. Psixologlar jamiyat va uning a'zolarining farovonligini fan va uning vakillari manfaatlaridan ustun qo'yadilar. Ular ish jarayonida axloqiy prinsiplarga rioya qilish jamiyatda barqarorlikni ta'minlashini va barcha insonlarning hayot sifatini oshirishini tan oladilar.

Umumjahon deklaratsiyasining maqsadi — butun dunyodagi psixologik tashkilotlar quyidagilarni amalga oshirishlari uchun umumiy ma'naviy tizim va umumiy axloqiy prinsiplar majmuasini yaratishdan iborat:

a) o'z axloqiy kodekslarining ma'naviy va axloqiy mosligini baholash;

b) axloqiy kodekslarini ishlab chiqish va ularni rivojlantirishda ushbu deklaratsiyani namuna sifatida qo'llash;

v) *global axloqiy kategoriyalarda fikr yuritish bilan birga mahalliy ehtiyojlar va qadriyatlarga sezgir faoliyat yuritish;*

g) *axloqiy xususiyatga ega masalalarda yagona pozitsiyada chiqish.*

Umumjahon deklaratsiyasi barcha insoniyat uchun umumiy bo'lgan qadriyatlarga asoslangan axloqiy prinsiplarni tavsiflaydi. Unda psixologik jamoatchilikning urushlar yo'q, erkinlik, mas'uliyat, adolat, insoniylik va axloq hukmron bo'lgan yaxshiroq dunyo qurishga sodiqligi yana bir bor tasdiqlanadi. Har bir prinsip tavsifidan so'ng unga tegishli qadriyatlar ro'yxati keltiriladi. Ushbu qadriyatlar har bir prinsipni amalga oshirishda foyda keltiradigan axloqiy tushunchalarni oydinlashtiradi.

Umumjahon deklaratsiyasi umumiy va tavsiyaviy bo'lgan, shaxsiy yoki majburiy bo'lmagan prinsiplar va ular bilan bog'liq qadriyatlarni shakllantiradi. Prinsiplar va qadriyatlarni xulq-atvorning mahalliy standartlarini ishlab chiqishda qo'llash turli madaniyatlarda har xil bo'ladi va ular mahalliy yoki mintaqaviy darajada amalga oshirilishi kerak. Bu esa ularning mahalliy va mintaqaviy madaniyat, an'ana, e'tiqod va qonunlarga mos kelishini kafolatlaydi.

Umumjahon deklaratsiyasining ahamiyati uning milliy, mintaqaviy va xalqaro darajada psixologik tashkilotlar tomonidan e'tirof etilishi va ilgari surilishiga bog'liq. Har bir psixologik tashkilot mazkur deklaratsiya qoidalarini hisobga olishi va o'qitish, ta'lim berish yoki boshqa shakllarda o'z a'zolari tomonidan deklaratsiya prinsiplari va ular bilan bog'liq qadriyatlarga hurmat va rioya qilinishiga ko'maklashishi lozim.

Prinsip I. Shaxs va insoniyat qadr-qimmatini hurmat qilish. Shaxs qadr-qimmatini hurmat qilish geografik, madaniy va kasbiy chegaralarni yengib o'tadigan eng asosiy va umuminsoniy axloqiy prinsip hisoblanadi. U ko'plab kasbiy hamjamiyatlar ilgari surgan boshqa axloqiy prinsiplarning falsafiy asosini tashkil etadi. Qadr-qimmatni hurmat qilish barcha insonlarning ijtimoiy maqomi, etnik kelib chiqishi, jinsi, qobiliyatlari va shunga o'xshash boshqa xususiyatlaridagi idrok etiladigan yoki haqiqiy farqlardan qat'i nazar, ularning ajralmas qiymatini e'tirof etishni talab qiladi. *Ajralmas qiymat degani* — barcha insonlar bir xil ma'naviy ahamiyatga ega, deganidir. Barcha insonlar, shaxs sifatida, shu bilan birga bir-biri bilan bog'langan ijtimoiy mavjudotlar bo'lib, inson tarixi va boshqa insonlarning davom etayotgan taraqqiyotining bir qismi sifatida tug'iladilar va hayot kechiradilar. Madaniyat, etnos, din, ijtimoiy tuzilmalar va insonlarning boshqa shunga o'xshash xususiyatlari ularning shaxsiyligida ajralmas o'rin tutadi va ularning hayotiga ma'no beradi. Avlodlar va madaniyatlar o'rtasidagi vaqt oralig'idagi bog'liqlik bugungi odamlarni o'tmish avlodlar bilan va kelajak avlodlarni tarbiyalash zarurati bilan bog'laydi. Shuning uchun shaxs qadr-qimmatini hurmat qilish insoniyat qadr-qimmatini hurmat qilishni ham anglatadi. Shaxs va insoniyat qadr-qimmatini hurmat qilish

turli jamiyat va madaniyatlarda turlicha ifoda etiladi. Bu farqlarni tan olish va hurmat qilish muhim. Shu bilan birga, barcha jamiyat va madaniyatlar o'z a'zolarini ham shaxs sifatida, ham insoniyatning bir qismi sifatida hurmat qiladigan va himoya qiladigan ma'naviy qadriyatlarga amal qilishi muhim.

Shuningdek, psixologlar ***Shaxslar va Insoniyat Qadr-qimmatini Hurmat Qilish*** prinsipini asosiy tamoyil sifatida e'tirof etadilar. Bunday yo'l tutib, ular quyidagi o'zaro bir birlari bilan bog'liq qadriyatlarni tan oladilar:

a) barcha inson mavjudotlarining o'ziga xos qiymati va ajralmas qadr-qimmatini hurmat qilish;

b) shaxslar va insoniyatning turli-tumanligini hurmat qilish;

v) shaxs va insoniyat qadr-qimmatini jiddiy buzmaydigan va ularning farovonligiga katta ziyon yetkazmaydigan madaniy an'analar va e'tiqodlarni hurmat qilish;

g) ayrim shaxslar, oilalar, guruhlar va jamoalar uchun madaniyat tomonidan belgilab qo'yilgan va ularga mos bo'lgan shaklda erkin va xabardorlikka asoslangan rozilikni ta'minlash;

d) ayrim shaxslar, oilalar, guruhlar va jamoalarning shaxsiy hayotiga bo'lgan huquqini hurmat qilish;

ye) ayrim shaxslar, oilalar, guruhlar va jamoalar uchun madaniyat tomonidan belgilangan va ularga mos bo'lgan shaklda shaxsiy ma'lumot maxfiylikni himoya qilish;

j) shaxslar va insoniyat bilan munosabatda tenglik va adolatni ta'minlash.

Prinsip II. Shaxslar va insoniyat farovonligini ta'minlash yo'lida malakali g'amxo'rlik qilish. Shaxslar va insoniyat farovonligi haqida malakali g'amxo'rlik qilish, avvalo, zarar yetkazmaslikka asoslangan holda, ular uchun foyda keltiradigan ishlarni amalga oshirishni o'z ichiga oladi. Malakali g'amxo'rlik holatga, shuningdek ijtimoiy va madaniy kontekstga mos keladigan bilim va ko'nikmalarni qo'llashni talab qiladi. Shu bilan birga, shaxslar va insoniyat uchun ehtimoliy foydani oshirib, ehtimoliy zararni kamaytiradigan shaxslararo munosabatlarni o'rnatish ham zarur. Psixolog o'zining shaxsiy qadriyatlari, kutgan natijalari, madaniyati va ijtimoiy konteksti qanday qilib uning harakatlariga va talqinlariga ta'sir qilishi mumkinligini yetarlicha tahlil qilishi ham talab etiladi. Shu bois, psixologlar ***Shaxslar va Insoniyat Farovonligini Ta'minlash Yo'lida Malakali G'amxo'rlik Qilish*** prinsipini asosiy tamoyil sifatida e'tirof etadilar. Bunday yo'l tutib, ular quyidagi bir birlari bilan o'zaro bog'liq qadriyatlarni tan oladilar:

- a) *ayrim shaxslar, oilalar, guruhlar va jamoalar farovonligiga faol qiziqish;*
- b) *ayrim shaxslar, oilalar, guruhlar va jamoalarga zarar yetkazmaslik;*
- v) *ayrim shaxslar, oilalar, guruhlar va jamoalar uchun foydani maksimal qilish va ehtimoliy zararni minimallashtirish;*
- g) *o‘z harakatlari natijasida kelib chiqqan zararni to‘g‘rilash yoki qoplash;*
- d) *malaka va kompetentlikni rivojlantirish va qo‘llab-quvvatlash;*
- ye) *shaxsiy qadriyatlar, munosabatlar, tajriba va ijtimoiy kontekstning o‘z harakatlari, talqinlari, tanlovlari va tavsiyalariga qanday ta‘sir qilayotganini tahlil qilish;*
- j) *ayrim shaxslar, oilalar, guruhlar va jamoalarning mustaqil qaror qabul qilish va o‘zlari hamda bir-birlari haqida g‘amxo‘rlik qilish qobiliyatini hurmat qilish.*

Prinsip III. Haqqoniylik. *Haqqoniylik* — ilmiy bilim taraqqiyoti va jamiyatning psixologiya fan sifatida ishonchini saqlab qolish uchun juda muhimdir. *Haqqoniylik* rostgo‘ylik, ishonchli, ochiq va faktlarni buzib ko‘rsatmaydigan muloqotga asoslanadi. U ehtimoliy yondosh fikrlar, ko‘pqirrali munosabatlar va shaxslar hamda insoniyatga zarar yetkazishi yoki ulardan noinsofona foydalanilishi mumkin bo‘lgan manfaatlar to‘qnashuvini aniqlash, kuzatish va boshqarishni o‘z ichiga oladi. To‘liq ochiqlik boshqa axloqiy omillar bilan muvozanatda bo‘lishi kerak, jumladan shaxslar va insoniyat xavfsizligi hamda maxfiyligini ta‘minlash, shuningdek madaniy me‘yorlarga rioya qilish zaruriyati. Kasblar orasidagi chegaralar, ko‘pqirrali munosabatlar va manfaatlar to‘qnashuvini to‘g‘ri ajratish masalasida madaniyatlar orasida farqlar mavjud. Shunga qaramay, bu farqlardan qat’i nazar, shaxsiy manfaatlar shaxslar va insoniyat manfaatlariga zid bo‘lmasligi uchun maxsus kuzatish va boshqarish tartiblaridan foydalanish zarur. Shuning uchun psixologlar **Haqqoniylik** prinsipini asosiy tamoyil sifatida e‘tirof etadilar. Bunday yo‘l tutib, ular quyidagi bir birlari bilan o‘zaro bog‘liq qadriyatlarni qabul qiladilar:

- a) *rostgo‘ylik va ishonchli, ochiq hamda faktlarni buzib ko‘rsatmaydigan muloqot;*
- b) *ma‘lumotni to‘liq oshkor etmaslikdan qochish, agar bunday to‘liq oshkor etish madaniy jihatdan qabul qilinmaydigan, maxfiylik talablarini buzadigan yoki ayrim shaxslar, oilalar, guruhlar va jamoalar uchun jiddiy ehtimoliy zarar keltiradigan holat bo‘lmasa;*
- v) *xolislikni maksimal darajada ta‘minlash va yondosh fikrlarni minimallashtirish;*

g) shaxslar va insoniyatdan shaxsiy, kasbiy yoki moliyaviy foyda olish maqsadida foydalanmaslik;

d) manfaatlar to'qnashuvidan qochish va ulardan qochish imkoni bo'lmaganda yoki maqsadga muvofiq bo'lmaganda, bunday to'qnashuvlar haqida ochiq ma'lum qilish.

Prinsip IV. Jamiyat oldidagi kasbiy va ilmiy mas'uliyat. Psixologiya fan sifatida inson jamiyati kontekstida faoliyat yuritadi. Ilm va kasb sifatida psixologiyaning jamiyat oldida majburiyatlari mavjud. Bu majburiyatlar inson xulq-atvori haqidagi bilimlarni kengaytirishga va insonlarning o'zlari hamda boshqalarni yaxshiroq tushunishiga ko'maklashishni, shuningdek, ushbu bilimlardan ayrim shaxslar, oilalar, guruhlar va jamoalar holatini yaxshilash maqsadida foydalanishni o'z ichiga oladi. Psixologiyaning jamiyat oldidagi majburiyatlariga shuningdek, psixologlar o'z vazifalarini eng yuqori axloqiy me'yorlarga muvofiq hal etish va barcha shaxslar hamda insoniyat uchun foyda keltiradigan ijtimoiy tuzilmalar va qoidalar rivojiga ko'maklashish majburiyati ham kiradi. Turli madaniyatlarda ushbu majburiyatlar psixologlar tomonidan turlicha talqin qilinadi. Shunga qaramay, ular madaniy moslikni saqlagan holda va mazkur Deklaratsiyada belgilangan axloqiy prinsiplar va bog'liq qadriyatlarga muvofiq holda hisobga olinishi kerak. Shu bois, *psixologlar Jamiyat oldidagi kasbiy va ilmiy mas'uliyat prinsipini asosiy tamoyil sifatida e'tirof etadilar.* Bunday yo'l tutib, ular quyidagi bir birlari bilan o'zaro bog'liq qadriyatlarni qabul qiladilar:

a) psixologiya fan sifatida jamiyat va uning barcha a'zolari farovonligini oshirishga xizmat qiladigan tarzda ilmiy va kasbiy bilimni ko'paytirish majburiyati;

b) psixologiya fan sifatida psixologik bilimdan faqat ezgu maqsadlarda foydalanish va uni noto'g'ri yoki noo'rin qo'llanishini hamda qadri pasayishini oldini olish majburiyati;

v) psixologiya fan sifatida axloqiy tarzda faoliyat yuritish va jamiyat hamda uning barcha a'zolari farovonligiga ko'maklashish majburiyati;

g) psixologiya fan sifatida psixologlarni ilmiy, kasbiy va ta'limiy faoliyatlarida eng yuqori axloqiy ideallarga yo'naltirish majburiyati;

d) psixologiya fan sifatida psixologlarning axloqiy majburiyatlari haqida xabardorligini oshirish va ularda tegishli kompetensiyalarni rivojlantirish majburiyati;

ye) psixologiya fan sifatida axloqiy ong va sezgirlikni rivojlantirish hamda o'z xatolarini imkoniyat darajasida eng yuqori darajada tuzatish majburiyati.

7.3. Gippokrat qasami

Apollon tabib, **Asklepiy**, **Gigieya** va **Panakeya** hamda barcha Xudo va Ma'budlar nomiga qasam ichaman va ularni guvoh qilib, o'z kuch va aqlimga mos holda quyidagi qasam va yozma majburiyatni sidqidildan bajarishga ahd qilaman: *meni tabobat san'atiga o'rgatgan ustozimni o'z ota-onamdek hurmat qilish, unga o'z mol-dunyomdan ulush berish va zarurat tug'ilganda ehtiyojlarida yordam berish; uning avlodlarini o'z birodarlarimdek ko'rish va agar ular bu san'atni o'rganishni xohlasalar, ularga hech qanday haq va kelishuvsiz o'rgatish; ustozimning o'g'illariga, o'z o'g'illarimga va tibbiyot qonuniga ko'ra majburiyat va qasam bilan bog'langan shogirdlarga ta'lim berish, boshqalarga esa yo'q.*

Bemorlarning hayotiy tartibini ular uchun foydali yo'nalishda, o'z kuch va aqlimga mos holda yo'naltiraman, har qanday ziyon va adolatsizlik qilishdan tiyilaman. Hech kimga o'limga olib keladigan dori bermayman va bunday maqsadga yo'l ko'rsatmayman; shuningdek, hech qaysi ayolga homila tushirish vositasini ham bermayman. Hayotim va san'atimni pok va sof holda olib boraman.

Tosh (tuz) kasalligidan aziyat chekuvchilarga jarrohlik amaliyotini hech qachon o'zim qilmayman, bu ish bilan shug'ullanuvchi kishilarga topshiraman. Qaysi uyga kirmay, faqat bemorga foyda keltirish uchun kiraman, har qanday qasd, adolatsiz va zararli ishlardan, ayniqsa, erkaklar va ayollar, ozodlar va qullar bilan shahvoniy aloqalardan yiroq bo'laman.

Davolash jarayonida yoki undan tashqarida inson hayotiga oid eshitgan yoki ko'rgan va oshkor etilishi mumkin bo'lmagan barcha narsalarni sir saqlayman, bunday narsalarni sir deb hisoblayman.

Ushbu qasamga sodiq qolganimda, menga hayotda va san'atda baxt hamda barcha odamlar oldida abadiy shuhrat nasib etsin; qasamni buzgan va yolg'on qasam ichgan kishi esa aksincha jazoga uchrasin.

Tibbiy psixologiya va klinik psixologiya farqlari va o'xshashliklari

Tibbiyot psixologiyasi va klinik psixologiya sohalari o'rtasida qanday farqlar va o'xshashliklar mavjud? Tibbiy psixolog kim, klinik psixologchi? degan savollarga javob va talabalar, mutaxassislar va boshqa shu soha vakillarida aniq va batafsil tushunchalar bo'lishi kerakligini ta'minlash zarurati tug'iladi. Quyida mana shu savollarga nisbatan fikr mulohazalarimizni bildirib o'tmoqchimiz. Tibbiyot psixologiyasi va klinik psixologiya sohalari o'rtasida ba'zi bir sezilarli va jiddiy farqlar ham mavjud, shuning uchun tibbiy psixologiyami yoki klinik psixologiya degan o'rinli savol tug'iladi? Bu borada esa qarashlar turlicha. Bu fanlarni ikkala nom bilan ataluvchi bitta fan yoki alohida-alohida fan deguvchilar hanuzgacha bor. Yuqorida ikkala fanning rivojlanish tarixi haqida gapirib o'tdik.

Rivojlangan xorij davlatlari olimlari, hamda bir necha yillardan buyon tibbiy psixologiyani o'qitishga asoslangan tajribamiz asnosida ushbu fanlar haqida o'z fikr mulohazalarimizni keltirib o'tamiz.

Tibbiy va klinik psixologiyalarning farq qiluvchi tomonlari haqida to'xtaladigan bo'lsak :

Tibbiy psixologiya – bu tibbiy mutaxassislik va u psixologik ilmga ega vrach, *klinik psixologiya* – bu psixologik mutaxassislik va u sog'liqni saqlash tizimi uchun tayyorlangan psixolog. *Klinik psixolog* – vrach emas.

Tibbiy psixolog – bu “davolash ishi” ta'lim yo'nalishi bo'yicha bakalavriaturani tugatib, so'ngra magistratura yoki klinik ordinaturada “*Tibbiy psixologiya*” ixtisosligi bo'yicha tayyorlangan mutaxassis.

Klinik psixolog – bu psixologik fanlar bo'yicha bakalavriaturani tugatib, so'ngra “*Klinik psixologiya*” bo'yicha tayyorlangan mutaxassis.

Tibbiy psixolog tashxis qo'yish jarayonida tibbiy diagnostikadan foydalanishga, davolash jarayonida esa farmakoterapiyani qo'llashga yuridik huquqi bor. Chunki u tibbiy ta'limga ega. *Klinik psixolog* esa tibbiyotda faoliyat ko'rsatsada, tibbiy diagnostikadan foydalana olmaydi, doridarmonlar tavsiya etishga va plaseboterapiya o'tkazishga ham huquqi yo'q.

Tibbiy psixolog psixosomatik buzilishlarni organik buzilishlardan farqlay oladi, klinik psixolog esa – yo'q. Chunki *klinik psixolog* kasalliklar klinikasi bilan emas, bemorlar psixologiyasi bilan shug'ullanadi va u vrach emas.

Tibbiy psixolog psixogen va psixosomatik buzilishlarni korreksiya qilishda yordamchi davolash usullari, ya'ni fizioterapiya, ignaterapiya, magnitoterapiya, lazeroterapiya va shu kabi tibbiyotga aloqador metodlardan foydalanishga haqli, *klinik psixolog* esa – yo'q. Chunki bunday muolajalar tibbiy muolajalar hisoblanadi.

Tibbiy psixolog maxsus tayyorlov kurslarini o'qib, nevropatolog, psixonevrolog yoki psixiatr kasbida ishlashi mumkin, klinik psixologda esa bunday imkoniyat yo'q. Buning uchun u tibbiy ma'lumot olish uchun qaytadan o'qishi zarur.

Klinik psixolog turli kasalliklarda bemorlar psixologiyasi va kasalliklarning psixologik strukturasi bilsada, biroq psixoemotsional buzilishlarning patogenetik mexanizmlari bo'yicha bilimga ega emas.

Tibbiy va klinik psixologiyaning o'xshash tomonlari:

Tibbiy psixolog ham, *klinik psixolog* ham sog'liqni saqlash tizimida faoliyat ko'rsatuvchi psixologdir. Ikkala kasb egasi ham klinikalarda faoliyat

ko'rsatishadi va ularning asosiy vazifasi bemorlarga psixoterapevtik yordam ko'rsatishdan iborat. Ular har qanday yo'nalishdagi davolash muassasasi, ya'ni psixiatriya, nevrologiya, psixonevrologiya, kardiologiya, neyroxirurgiya, travmatologiya, pediatriya, onkologiya, fiziatriya, akusherlik va ginekologiya, tez tibbiy yordam, dermatovenerologiya, OITS kabi maxsus klinikalar, sog'lomlashtirish markazlari va, albatta, psixosomatik tibbiyot markazlari bo'limlarida faoliyat ko'rsatishadi.

Tibbiy psixolog uchun ham, *klinik psixolog* uchun ham asosiy ish quroli – bu psixodiagnostika va psixoterapiya. Shuningdek, ikkala kasb egalari ham psixogen va psixosomatik buzilishlar profilaktikasi bilan shug'ullanishadi. Bu maqsadda ular psixogigiena va psixoprofilaktika uslublaridan keng foydalanishadi.

Tibbiy psixolog ham, *klinik psixolog* ham har qanday turdagi psixoterapiya, ya'ni gipnoterapiya, bixevioral terapiya, kognitiv psixoterapiya, kognitivbixevioral terapiya, geshtaltterapiya, ratsionalemotiv terapiya, psixodinamik terapiya kabi psixoterapevtik usullarni qo'llashga haqli. Ushbu uslublar o'qitish dasturiga kiritilgan va ular albatta, maxsus kurslarda malaka oshirib turishlari lozim. (Z. Ibodullaev. 2019., 494 B.)

Tibbiy psixologiya — tibbiyot tizimidagi psixologik bilim va usullarni qo'llashga yo'naltirilgan soha. Asosan somatik (tana) kasalliklarda psixologik omillar, bemorning ruhiy holati, og'riqni qabul qilish, davolanishga moslashish (adherence), psixoprofilaktika, psixogigiena, psixosomatik xolatlar bilan ishlaydi. Ko'pincha shifokorlar jamoasi bilan «liaison»/konsilium formatida hamkorlikda.

Klinik psixologiya — psixik salomatlik, ruhiy buzilishlar va chegaralangan holatlarni psixologik qonuniyatlar nuqtayi nazaridan o'rganish, psixodiagnostika va psixokorreksiya/psixoterapiyani qamrab oladi. Ruxiy holatlarni baholash, testlash, neyropsixologik va kliniko-psixologik tahlil, intervention'lar — markazida. Ikkalasi ham biopsixosotsial yondashuvga tayanadi. Psixodiagnostika va psixointervensiyani qo'llaydi, etik me'yorlarga qat'iy amal qiladi. Ko'p tarmoqli jamoada (multidissiplinar) ishlashga mos.

Tibbiy psixologiya — somatik kasalliklarda psixologik omillarni hal qilish bilan shug'ullanadi;

Klinik psixologiya — psixik buzilishlarning psixodiagnostikasi va terapiyasi bilan shug'ullanadi.

Tibbiy psixolog, u kim?

O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining “Aholiga psixologik xizmat ko‘rsatish va psixologiya sohasida kadrlar tayyorlash tizimini tubdan takomillashtirish chora-tadbirlari to‘g‘risida” 1518/20-2-sonli Farmoni 19.12.2020 yili e‘lon qilindi. Unda O‘zbekiston davlat psixologiya universitetini ochish hamda tibbiy va klinik psixologiya haqida ham bandlar bor. Bugungi suhbatdoshimiz Respublikamizda “Tibbiyot psixologiyasi” faniga asos solgan olim, shu nomli darslik va o‘quv qo‘llanmalari muallifi, Toshkent tibbiyot akademiyasi “Tibbiy psixologiya va psixoterapiya” kursi mudiri, prof. Ibodullaev Zarifboy Rajabovich.

Savol: Tibbiy psixolog kim? Ularni qaerda tayyorlashadi?

Javob: Tibbiy psixolog – psixologiya bo‘yicha maxsus tayyorgarlikka ega vrach. Tibbiy psixolog bo‘lish uchun avval tibbiyot institutlarining davolash yo‘nalishi bo‘yicha fakultetlarni tugatish kerak. So‘ngra talabalar “Tibbiy psixologiya” bo‘yicha uch yillik magistraturada yoki ikki yillik klinik ordinaturada tahsil olishadi.

Savol: Tibbiyot psixologiyasi bo‘yicha magistraturani tugatganlar qaerda ishlashadi?

Javob: Ular “Tibbiy psixologiya” bo‘yicha mutaxassis bo‘lishadi va respublikamizning barcha shifoxonalari hamda ilmiy markazlarda “vrach-psixoterapevt”, “vrach-neyropsixolog”, “vrach-psixonevrolog” bo‘lib faoliyat ko‘rsatishadi. Magistraturani a‘lo baholarga tugatganlar va xorij tillarini mukammal biladiganlar “Tibbiy psixologiya” bo‘yicha ochiladigan kafedralar, ilmiy laboratoriyalar va psixosomatik bo‘limlarda faoliyat ko‘rsatishadi.

Savol: Psixosomatik bo‘limlar qaerlarda ochiladi va u yerda qanday bemorlar davolanishadi?

Javob: Yaqin kelajakda Toshkent shahridagi yirik ilmiy-tibbiy markazlar, tibbiyot institutlari klinikalari va viloyat klinik shifoxonalarda “Psixosomatik bo‘limlar” ochilishi rejalashtirilgan. Buning uchun “Tibbiy psixologiya” bo‘yicha magistratura va klinik ordinaturani tugatgan mutaxassislar yetarli bo‘lishi kerak. Bu bo‘limlarda psixosomatik buzilishlar aniqlangan bemorlar davolanishadi.

Savol: Psixosomatik buzilishlarga nimalar kiradi?

Javob: Kuchli yoki doimiy ruhiy jarohatlar sababli inson organizmida turli xil kasalliklar rivojlanadi. Masalan, bosh og‘riqlar, bosh aylanishlar, yurak sanchishlari, oshqozon sohasida og‘riqlar, bo‘g‘imlarda og‘riqlar, jinsiy zaifliklar va hokazo. Bunday belgilarni vrachlar ba‘zan haqiqiy kasallik sababli rivojlangan deb o‘ylashadi. Buning oqibatida doimo boshi og‘riydigan bemorga “miyaning ichki bosimi oshgan”, boshi aylanadigan bemorga “kamqonlik” yoki “miyada qon aylanishi yetishmovchiligi”, bo‘g‘imlari og‘riydigan bemorga “bod kasalligi”,

yuragi og‘riydigan bemorga “yurak kasalligi” deb tashxis qo‘yishadi. Ularni aslida tibbiy psixolog davolashi kerak. Men bu yerda bir nechta psixosomatik buzilishlarni keltirib o‘tdim, xolos. Ularning turi 700 dan oshiq.

Savol: Psixosomatik buzilishlar shu qadar ko‘p uchraydimi?

Javob: Juda ko‘p! Barcha kasalliklarning 70 foizi – bular psixosomatik buzilishlar. Shuning uchun ham rivojlangan davlatlarning tibbiyot markazlarida faoliyat ko‘rsatuvchi tibbiy psixologlar soni vrachlar sonidan ikki barobar ko‘p. Bu mamlakatlarda bemorning shikoyati qanday bo‘lishidan qat‘i nazar, ular tibbiy psixolog ko‘rigidan o‘tishadi. Tibbiy psixolog ham xuddi nevropatolog va psixiatr kabi yuqori malakali vrach hisoblanadi. Shu bois ularni magistratura va klinik ordinatura orqali tayyorlashadi.

Savol: Depressiya va psixozlarni (ruhiy qo‘zg‘alishlar) endi tibbiy psixologlar davolashadimi?

Javob: Avvallari bunday bemorlarni psixiatrlar davolashgan. Endi ularni tibbiy psixologlar ham davolashadi. Tibbiy psixologlar ruhiy kasalliklar shifoxonasida va psixonevrologik dispanserlarda psixiatrlar bilan hamkorlikda ishlashadi. Ular narkologik dispanserlarda ham mustaqil ravishda faoliyat ko‘rsatishadi. Depressiya bilan kasallangan bemorlarni davolash esa ularning bevosita burchidir.

Savol: Tibbiy psixolog bosh miyaning og‘ir yallig‘lanish kasalliklarini o‘tkazgan bemorlarni davolashga haqlimi?

Javob: Albatta haqli. Chunki meningit, meningoensefalit va ensefalit kabi og‘ir kasalliklarda nafaqat harakat va sezgi buzilishlari, balki oliy ruhiy funksiyalarning buzilishlari ham kuzatiladi. Nutq, xotira, tafakkur, hissiyot va xulq-atvor buzilishlari ushbu kasalliklarda juda ko‘p uchraydi. Ushbu buzilishlarni rivojlangan xorij davlatlarida nevropatologlar emas, balki tibbiy psixologlar (neyropsixologlar) davolashadi. Tibbiy psixologlar bosh miya faoliyatini yaxshilovchi dori-darmonlar hamda psixoterapiya usullarini parallel tarzda qo‘llaydi.

Savol: Insult kasalligi-chi?

Javob: Ko‘pchilik insult kasalligini faqat nevropatolog davolaydi deb o‘ylaydi. Bu fikr qisman to‘g‘ri, xolos. Insult endi rivojlangan paytda uni nevropatolog, reanimatolog, angioxirurg yoki neyroxirurg davolaydi. Agar insult hushning buzilishi bilan namoyon bo‘lsa, bemor reanimatsiya bo‘limiga yotqiziladi. Agar insult bo‘yin qon tomirlari tiqilib qolishi sababli ro‘y bersa, bemor angioxirurgiya (angionevrologiya) bo‘limida operatsiya qilinadi. Mabodo, miyaga qon quyilsa, bemor zudlik bilan neyroxirurgiya bo‘limiga olib boriladi va operatsiya qilinadi.

Ushbu mutaxassislar yordamidan keyin bemorni nevropatolog va tibbiy psixolog kuzatuvga oladi. Nevropatolog harakat va sezgi buzilishlarini tiklash bilan shug'ullansa, tibbiy psixolog (neyropsixolog) oliy ruhiy funksiyalar, ya'ni nutq, xotira, tafakkur va hissiyot buzilishlarini bartaraf etish bilan shug'ullanadi. Miya insultlarida harakat va sezgi buzilishlari 30 % ga yaqin bo'lsa, oliy ruhiy funksiyalar buzilishi 70 % dan oshadi. Bu degani miya insultini o'tkazgan bemor 70 % vaqtini tibbiy psixolog (neyropsixolog) bilan o'tkazadi. Tibbiy psixolog bemorga miya faoliyatini yaxshilovchi barcha dori-darmonlarni mustaqil ravishda tavsiya etadi va psixoterapiya muolajalarini keng qo'llaydi. Albatta, bemorni qayta hayotga qaytarishda rehabilitolog xizmati ham juda zarur. Rehabilitolog – buzilgan funksiyalarni qayta tiklovchi vrach degani. Rehabilitologlar – nevrologiya va tibbiy psixologiya ilmini mukammal biladigan mutaxassislardir.

Savol: Neyropsixologlarni qaerda tayyorlashadi?

Javob: Neyropsixolog – nevrologiya va psixologiya ilmini chuqur biladigan mutaxassis. Neyropsixologlar tibbiy psixologiya kafedralarida yetishib chiqishadi. Psixologiyaning boshqa yo'nalishlaridan farqli o'laroq, ularga nevrologiya ilmidan chuqur saboq beriladi. Chunki nevrologiyani bilmasdan turib, neyropsixolog bo'lish mumkin emas. Neyropsixologning amaliy tibbiyotdagi asosiy quroli – bu psixologik usullardir.

Savol: Tibbiy psixolog bemorni KT, MRT va boshqa tekshiruvlarga yuborishga haqlimi?

Javob: Albatta, haqli! To'g'ri tashxis qo'yish uchun zarur bo'lgan har qanday diagnostika usullariga bemorni tibbiy psixologning o'zi yuborishi zarur. Masalan, bemordagi psixoz (ruhiy qo'zg'alish) jigar zararlanishi sababli rivojlandi deylik. Bunday bemorni ko'rgan tibbiy psixolog jigarni ultratovush usuli bilan tekshirishga yuboradi, qonda fermentlar miqdorini aniqlaydi va hokazo. Shu yo'l bilan u psixoz sababini izlab topadi va uni bartaraf etadi. Agar bemorga jigar faoliyatini yaxshilovchi dorilar berilmasa, psixozni ham bartaraf etib bo'lmaydi. Bu yerda terapevtlar yordami ham kerak.

Savol: Psixiatrning tibbiy psixologdan nima farqi bor?

Javob: Psixiatr shaxsning keskin o'zgarishi bilan namoyon bo'luvchi ruhiy buzilishlarni davolaydi. Masalan, shizofreniya va suitsid bilan namoyon bo'luvchi ruhiy kasalliklar. Bunday bemorlar o'ziga va atrof-muhitdagilar hayotiga xavf solishi mumkin. Psixologik usullarni chuqur o'zlashtirgan psixiatrlar ham psixiatr, ham tibbiy psixolog bo'lib ishlashadi. Psixiatriya tibbiy psixologiyaga juda yaqin fandır. Tibbiy psixologiya fiziologiya, nevrologiya, psixiatriya va farmakologiya negizida shakllangan fan. Albatta, tibbiy psixologiyaning ildizi umumiy psixologiyaga borib taqalishini ham esda tutish lozim.

Savol: Psixonevrolog haqida ham ma'lumot bersangiz.

Javob: Psixonevrolog – xulq-atvorning turli darajada buzilishlari bilan namoyon bo'luvchi kasalliklarni davolovchi vrach. Masalan, nevroz, isteriya, psixoz, fobiya, depressiya va h.k. Demak, bir oz yengil ifodalangan ruhiy buzilishlarni psixonevrologlar davolashadi. Psixiatriya bo'yicha maxsus kurslarni va magistraturani tugatgan mutaxassislar psixonevrolog bo'lib ishlashadi. Ular, asosan, psixonevrologik dispanserlarda faoliyat ko'rsatishadi. Hozirda tibbiy psixologiya bo'yicha magistraturani tugatganlarga ham psixonevrolog bo'lib ishlash huquqi berilgan.

Savol: Tibbiy psixologlar konsultativ poliklinikalarda ham ishlashadimi?

Javob: Albatta! Xuddi nevropatolog, kardiolog va endokrinolog kabi tibbiy psixolog kabineti konsultativ poliklinikalarda ham ochiladi. U boshqa vrachlar bilan bir qatorda bemorlarni ko'rikdan o'tkazadi, ularga tashxis qo'yadi va davolaydi.

Men inson organizmini tibbiyotga, uning a'zolarini esa turli fanlarga qiyoslayman. Masalan, bosh miyani – nevrologiya, yurakni – kardiologiya, ko'zlarni – oftalmologiyaga, o'pkani – pulmonologiya, jigarni – gepatologiya, suyaklarni – travmatologiya, buyraklarni – urologiya, endokrin bezlarni – endokrinologiyaga qiyoslash mumkin. Tibbiyot psixologiyasini esa o'z ahamiyati bo'yicha inson terisi bilan qiyoslagim keladi. Odamlar har doim o'z miyasi, yuragi, jigari va buyraklarini asrashga harakat qilishadi. Biroq teriga negadir e'tibor shu darajada emas. Teri hamma narsaga bardosh beradi, butun bir organizmni himoya qilib turadi. Odam terisini loyga ham uraveradi, bexosdan kesib ham oladi, xohlasa eng qimmatbaho xushbo'y hidli atirlar sepib, uni parvarish qiladi. Yurak, jigar va buyraklarni operatsiya yo'li bilan olib tashlash, qayta qo'yish mumkin. Biroq butun boshli terini shilib tashlab bo'lmaydi. Agar shunday qilinganida nafaqat ba'zi a'zolar, balki butun bir organizm chirib, yo'q bo'lardi. Shunday ekan, tibbiyotni psixologiyasiz tasavvur qilish qiyin. Psixologiyasiz tibbiyot terisiz organizmga o'xshaydi. U juda xunuk bo'lib, tez orada halok bo'ladi. (Z. Ibodullayev)

**Tibbiy psixologiya va klinik psixologiya o'rtasidagi farqlarni sxematik
jadvali**

(K.B. Murotmusaev)

Kriteriy	Tibbiy psixologiya	Klinik psixologiya
-----------------	---------------------------	---------------------------

Ilmiy manba	Tibbiyot (biomeditsin/biopsixosotsial) modeliga yaqin	Psixologiya fanining klinik qo‘llanmasi
Ob’ekt/fokus	Somatik kasalliklardagi psixologik omillar (kardiologiya, onkologiya va h.k.)	Ruhiy buzilishlar spektri (nevroz, depressiya, va h.k.)
Asosiy vazifalar	Psixoedukatsiya ¹ , stressni boshqarish, davolanishga motivatsiya	Kliniko-psixologik intervyu, testlar, psixoterapiya
Ish joyi/muhit	Kasalxona, poliklinika, reabilitatsiya markazi	Psixonevrologik dispanser, xususiy amaliyot, psixologik tadqiqot markazlari
Mutaxassis tayyorgarligi	Klinik tibbiyot kontekstida amaliy ko‘nikmalar	Psixologiya nazariyasi, psixometrika, terapiya usullari
Metodlar aksenti	Psixoedukatsiya, koping- strategiyalar, adherence(majburiyat)- kouching	Standartlashgan testlar, kliniko- psixologik intervyu, terapiya
Natija mezonlari	Davolanish sxemasiga rioya qilish, og‘riq/stress pasayishi, hayot sifatining yaxshilanishi	Simptomlar kamayishi, funksiyalarning tiklanishi, residiv profilaktikasi

¹*Psixoedukatsiya* — bu psixologik-ma’rifiy jarayon, ya’ni mijozlar, bemorlar va ularning yaqinlariga kasallik, uning belgilari, sabablari, davolash usullari va uni yengib o‘tish yo‘llari haqida ilmiy va tushunarli ma’lumot berish jarayonidir.

Amalda qanday bo‘ladi? Guruhli psixoedukatsiya — masalan, depressiyaga chalingan bemorlar uchun 6–8 mashg‘ulotdan iborat sikl, u yerda simptomlar, stress boshqarish, dorilar haqida tushuntiriladi. *Individual psixoedukatsiya* — psixolog yoki shifokor bemorga yoki uning oilasiga holat va davolash jarayonini tushuntiradi. *Vositalar* — bukletlar, videoroliklar, prezentatsiyalar, infografikalar.

Misol: Agar odamda panik xuruj bo‘lsa, psixoedukatsiya jarayonida unga: *panik xuruj xafli emasligi, lekin noxush hislar berishi, u qanday fiziologik mexanizmlar bilan bog‘liq, xuruj vaqtida qanday nafas olish yoki diqqatni chalg‘itish usullari yordam berishi tushuntiriladi.*

Xulosa o‘rnida

(Klinik psixologiyaga eng to‘liq va aniq ta’rif berishga urinish)

Klinik (tibbiy) psixologiya — bu: psixologiyaning ilmiy-amaliy sohasi;

ob’ekti quyidagilar hisoblanadi: *ruhiy, psixosomatik, somatopsixik buzilishlar, ochiq va yashirin inqiroz holatlari, dezadaptiv xulq-atvor, “xavf guruhi” salomatlik holati (zararli odatlar, kasbiy stresslar, jismoniy nuqsonlar va h.k.), deyarli sog‘lom insonlarning salomatlik holati (“kuchsiz joylar”: konstitutsional-psixologik tur, aksentuatsiya mavjudligi va uning turi, sog‘liqni rivojlantirish resurslari);*

predmeti esa ko‘rsatilgan ob’ektlarning “*psixologik jihatlari*”: *shaxsning individual-psixologik xususiyatlari (dinamik va mazmun jihatdan, shu jumladan qadriyatlar tizimi), buzilish va nuqsonlarning psixologik mexanizmlari, shaxsiy potensial va resurslar, kasallikning ichki manzarasi (KIM), joriy holatning ichki manzarasi (JHIM) va sog‘likning ichki manzarasi (SIM);*

quyidagi *vazifalarni* hal etishga yo‘naltirilgan: *psixoprofilaktika, psixologik yordam (maslahat berish, korreksiya, terapiya, rehabilitatsiya), psixodiagnostika va ekspertiza, shuningdek ilmiy tadqiqotlar;*

ularni hal etish uchun o‘zining *psixologik metodlaridan* foydalanadi; *psixologiya fanining nazariy-metodologik asoslariga tayanadi va normadan yo‘lga chiqadi, shuningdek sog‘liq va kasallikning umumiy va aniq modellari doirasida boshqa fanlar va amaliyotlar bilan hamkorlik qiladi, bu esa fanning hozirgi rivojlanish darajasi va “zamon ruhi”ga (biopsixosotsial va biopsixosotsio-etik modellarga) javob beradi.*

Klinik psixologiyaning umumiy tashkil etish sxemasi

Klinik psixologiya

1. Tuzilma

Umumiy klinik psixologiya.

Umumiy nazariy-metodologik asoslar: *norma va patologiya muammosi; paradigmalar, tushuntiruvchi modellar; ularni hal etish vazifalari va usullari; klinik psixologiya tuzilmasi; klinik psixologiya rivojlanish tarixi.*

Xususiy klinik psixologiya. *Patopsixologiya, Klinik neyropsixologiya, Psixosomatik munosabatlar: psixosomatologiya va somatopsixologiya (psixogigiena), Sogʻliq psixologiyasi.*

Maxsus klinik psixologiya. *Alohida buzilishlar, Inqiroz holatlari, Defektologiya (maxsus psixologiya).*

Klinik psixologiya tuzilmasi odatda quyidagi asosiy yoʻnalish va boʻlimlarni oʻz ichiga oladi:

Nazariy asoslar – klinik psixologiyaning nazariy-metodologik poydevori, tushunchalar tizimi va fanning tarixiy rivojlanishi.

Tadqiqot yoʻnalishlari – psixopatologiya, psixosomatik kasalliklar, kognitiv buzilishlar, shaxs tuzilishi va rivojlanishi, stress va inqiroz holatlar psixologiyasi.

Amaliyot sohalari – psixodiagnostika, psixologik konsalting, psixoterapiya, korreksiya, rehabilitatsiya.

Psixoprofilaktika va psixogigiena – kasalliklarning oldini olish, sogʻlom turmush tarzini shakllantirish, psixologik salomatlikni qoʻllab-quvvatlash.

Ilmiy-tadqiqot ishlari – eksperimental, klinik va longityudinal tadqiqotlar, testlar va usullar yaratish.

Ilmiy hamkorlik – tibbiyot, pedagogika, sotsiologiya, biologiya, neyroilmlar va huquq sohalari bilan integratsiya.

MAVZULAR BOʻYICHA NAZORAT SAVOLLARI

1 Mavzu. Klinik psixologiyaning obʻekt maydoni va predmeti

1. Klinik psixologiya taʼrifiga “klinik” sifatlovchisining qanday ahamiyati bor?
 2. Ilmiy adabiyotlarda klinik psixologiya qanday pozitsiyalar (kriteriyalar) asosida belgilanadi?
 3. Nima uchun klinik psixologiya psixologiyaning bir sohasi hisoblanadi?
 4. Nima uchun klinik psixologiyaning obʻekt maydoni haqida gapirish kerak?
 5. Klinik psixologiyada obʻekt (obʻektlar) va predmet oʻrtasidagi munosabatning oʻziga xos jihatlari nimada?
 6. Klinik psixologiya bilan tibbiyot (psixiatriya) oʻrtasidagi munosabatning oʻziga xos xususiyatlari nimada?
-

2 Mavzu. Klinik psixologiyaning qisqacha tarixi

1. Klinik psixologiyaning paydo bo'lishi va rivojlanishining qanday shart-sharoitlari va asoslari mavjud?
 2. Jahon klinik psixologiyasi qaysi an'analar yo'nalishida rivojlandi (qisqacha tavsifi)?
 3. Institutsional an'ana klinik psixologiya rivojiga qanday hissa qo'shgan?
 4. Institutsional an'ana rivojiga kimlar muhim hissa qo'shgan?
 5. Laytner Uitmer va uning klinik psixologiya rivojlanishidagi o'rni.
 6. Nemis olimlarining institutsional an'ana rivojiga qo'shgan hissasi nimada?
 7. Psixometriya an'anasining klinik psixologiya rivojiga qo'shgan hissasi nimada?
 8. Psixometriya an'anasi rivojiga qaysi olimlar muhim hissa qo'shgan?
 9. Psixodinamik an'ananing klinik psixologiya rivojiga qo'shgan hissasi nimada?
 10. Zigmund Freyd va uning psixodinamik an'ana rivojiga qo'shgan hissasi.
 11. Freyddan tashqari kimlar psixodinamik an'ana rivojiga hissa qo'shgan?
 12. Psixointervensiya an'anasining klinik psixologiya rivojiga qo'shgan hissasi nimada?
 13. Fransuz olimlarining psixointervensiya an'anasi rivojiga qo'shgan hissasi.
 14. Psixointervensiya an'anasini rivojlantirishda gumanistik psixologiya, psixoterapiya va yaqin yo'nalishlarning roli.
 15. Milliy (o'zbek va sovet) olimlarning klinik psixologiya rivojiga qo'shgan hissasi.
 16. Moskva psixologik maktabining klinik psixologiya rivojlanishidagi roli.
 17. Leningrad/Sankt-Peterburg psixologik maktabining klinik psixologiya rivojlanishidagi roli.
 18. M.S. Rogovin maktabining Sibir va Qo'shma Sharqda klinik psixologiya rivojiga qo'shgan hissasi.
-

3-Mavzu. Klinik psixologiyaning vazifalari

1. Klinik psixologiyaning vazifalari va ularni hal etish usullari (qisqacha tavsif).
 2. Klinik psixologiyadagi ilmiy tadqiqotlar va ularning ahamiyati.
 3. Klinik psixologiyada psixodiagnostika.
 4. Klinik psixologiyaning vazifasi sifatida ekspertiza.
 5. Klinik psixologiyada psixointervensiya va uning turlari (qisqacha tavsif).
 6. Klinik psixologiyada psixologik maslahat berish.
 7. Klinik psixologiyada psixoprofilaktika.
 8. Klinik psixologiyada psixokorreksiya.
 9. Klinik psixologiyada psixoterapiya.
 10. Klinik psixologiyada psixoreabilitatsiya.
 11. Klinik psixologiyaga kirish
-

4-Mavzu. Klinik psixologiyada metodologiya masalalari

1. Klinik psixologiyada norma va uning turlari.
 2. Klinik psixologiyada sog‘liq va kasallik (patologiya, buzilishlar) tushunchasi.
 3. Klinik psixologiyada paradigmlar (modellar, dasturlar) mohiyati va ularning darajalari.
 4. Umumlashgan paradigmlar: turlari va tarixiy dinamikasi.
 5. Biopsixosotsionotik modelning mohiyati nima?
 6. Psixologik yordam nazariyasi va amaliyotida ma’naviyat.
 7. Konkret kliniko-psixologik modellar (qisqacha tavsif).
 8. Psixodinamik modelning mohiyati nima?
 9. Gumanistik modelning mohiyati nima?
 10. Xulq-atvor va kognitiv (kognitiv-xulq-atvor) modelining mohiyati nima?
 11. Interpersonal va oilaviy-tizimli modellarning mohiyati nima?
-

5-Mavzu. Klinik psixologiya tuzilmasi

1. Zamonaviy klinik psixologiyani qanday tuzilmalash mumkin?
2. Umumiy klinik psixologiya (klinik psixologiyaga kirish) va uning vazifalari.
3. Xususiy klinik psixologiya: bo‘limlari va vazifalari.
4. Maxsus psixologiya: bo‘limlari va vazifalari.
5. Norma klinik psixologiyasi yoki sog‘liq psixologiyasi: ob’ekti, predmeti va vazifalarining xususiyatlari.
6. Psixosomatik munosabatlar va klinik psixologiyaning vazifalari.

6-Mavzu. Klinik psixolog faoliyatida superviziya

1. Psixologik superviziya tushunchasi.
 2. Klinik psixologiyada superviziyaning o‘rni.
 3. Superviziya turlari.
 4. Superviziya jarayoni (qadamma-qadam model).
-

7-Mavzu. Klinik psixologlar faoliyatida huquqiy va etik masalalar

1. Klinik psixolog faoliyati kontekstida huquqiy masalalar.
-

2. Nega klinik psixolog (shu jumladan psixoterapevtik) faoliyati to'g'risida qonun zarur? Uning loyihalari mazmuni.
 3. Klinik psixologga etika kodekslari kerakmi?
 4. Psixologlarning etik prinsiplari universal deklaratsiyasining mohiyati nima? Klinik psixolog Gippokrat qasamyodini qabul qilishi kerakmi?
-

TURMUSH TARZI VA SOG'LIQ DARAJASI SAVOLNOMASI
(R. Straub, 2002 y.), K.B. Murotmusaev tomonidan moslashtirilgan (2025 y.)

Savolnomaga javob berishda iltimos, sizga taqdim etilgan holatlar bilan qanchalik rozi yoki noroziligingizni, tegishli grafada "plyus" belgisini qo'yish orqali bildiring.

Bundan oldin, iltimos, quyidagilarni to'ldirib chiqing:

F.I.Sh.

Yoshi _____ Jinsi _____ Fakultet _____ Guruh _____

№	Jismoniy salomatlik	Ayrim hollarda (1 ball)	Ba'zan (2 ball)	Odatda (3 ball)	Har doim 4 ball
1	Men o'z sog'lig'im haqida g'amxo'rlik qilaman.				
2	Men tanamni sog'lom va formada ushlab harakat qilaman.				
3	Oilaviy tariximga o'xshash insonlarning sog'liq muammolariga qiziqaman.				
4*	Men surunkali va astenik buzilishlardan aziyat chekaman.				

5	Men o'zimni sog'lom his qilaman.				
6*	Menda allergik reaksiyalar bo'lib turadi.				
7*	Kasallik tufayli o'qish (ish) vaqtim yo'qolib turadi.				
8	Men 7–8 soat uxlayman va hordiq chiqarib, tetik holda uyg'onaman.				
Jismoniy sog'liq indeksi: 8–32 ball					

Izoh: yulduzcha (*) bilan belgilangan savollar **inversiv tarzda baholanadi** (ya'ni 1 ↔ 4).

№	Badan tarbiya va jismoniy fitness	Ayrim hollarda (1 ball)	Ba'zan (2 ball)	Odatda (3 ball)	Har doim 4 ball
1	Men har kuni kamida 30 daqiqa davomida jismoniy mashqlar (masalan, piyoda yurish) bilan faol shug'ullanaman.				
2	Men haftasiga kamida uch marta, har kuni 20–30 daqiqa davomida yugurish, suzish, tez yurish yoki aerobika bilan shug'ullanaman.				
3	Men faol turmush tarzini olib boraman.				
4	Jismoniy ko'rsatkichlarim o'z yoshimdagi odamlarnikidan yuqori.				
5	Men sportga ancha vaqt sarflayman: velosiped haydash, sayr qilish, suzish, bog'dorchilik yoki sport o'yinlari bilan shug'ullanaman.				

6	Men yaxshi jismoniy formadaman.				
7	Men haftasiga bir necha marta kuch talab etuvchi sport turlari bilan shug'ullanaman.				
8	Menda butun kun davomida o'zimni tetik his qilishim uchun yetarli energiya bor.				
Badan tarbiya va jismoniy fitness indeksi: 8–32 ball					

№	Alkogol, sigareta va boshqa zararli moddalarni suiiste'mol qilish	Ayrim hollarda (1 ball)	Ba'zan (2 ball)	Odatda (3 ball)	Har doim 4 ball
1	Men sigareta chekishdan voz kechaman.				
2	Tamakiga oid barcha narsalardan, shu jumladan, sigareta va trubka chekishdan butunlay voz kechaman.				
3*	Men sofqadamman, lekin sharoit talab qilsa, kuniga 1–2 qultumdan ko'p ichmayman.				
4	Xatarli vaziyatlarda ichishdan voz kechaman.				
5	Ulfatchiliklardan (ortiqcha ichish, mastlik holatlaridan) voz kechaman.				
6*	Men taqiqlangan (o'ta zararli) alkogol ichimliklarini iste'mol qilaman.				
7	Alkogolni suiiste'mol qiluvchi odamlar bilan muloqotdan voz kechaman.				

8	Muammolarni yengish yoki muloqotni yengillashtirish maqsadida alkogol yoki boshqa ichimliklarni qabul qilishdan voz kechaman.				
Alkogol, tamaki va boshqa kimyoviy moddalarni suiiste'mol qilish indeksi: 8–32 ball					

Izoh. Yulduzcha (*) bilan belgilangan bandlar ballari **inversiv tarzda** aniqlanadi (1 → 4; 2 → 3; 3 → 2; 4 → 1).

№	Salomatlikni profilaktika qilish amaliyoti	Ayrim hollarda (1 ball)	Ba'zan (2 ball)	Odatda (3 ball)	Har doim 4 ball
1	Men muntazam ravishda o'z shifokorimga borib, tekshiruvdan o'tib turaman.				
2	Men muntazam ravishda qon bosimim va xolesterin darajamni tekshirib turaman.				
3	Men deyarli har oy nafas olish a'zolarim va yuragimni tekshirib boraman.				
4	Intim munosabatlarda men doim xavfsiz jinsiy aloqani amalga oshiraman.				
5	Men quyosh ostida uzoq vaqt turishdan yoki ko'p toblanishdan qochaman.				
6	Agar 5 daqiqadan ortiq vaqt quyoshda bo'lishimga to'g'ri kelsa, men maxsus himoya kremidan foydalanaman.				
7	Hojatxonadan keyin men doim qo'llarimni sovunlab yuvaman.				
8	Men emlanishlarni o'z vaqtida olaman.				
Profilaktik choralar indeksi: 8–32 ball					

№	Qo‘shimcha profilaktik choralar	Ayrim hollarda (1 ball)	Ba‘zan (2 ball)	Odatda (3 ball)	Har doim 4 ball
1	Mening uyimda tamaki tutunini aniqlovchi detektor bor.				
2	Mening uyimda havo tozalagich mavjud.				
3	Uydagi barcha «kimyoviy moddalar» ishonchli saqlanadi.				
4	Avtomobilida xavfsizlik kamarini har doim taqaman.				
5	Bolalarning avtomobilida xavfsizlik kamari taqqanligiga e‘tibor qilaman.				
6	Yo‘l harakati qoidalariga amal qilaman.				
7	Velosiped yoki rolikda yurganda shlem va boshqa himoya vositalarini kiyaman.				
8	Uyda tozalash vositalari, pestitsidlar, erituvchilar va elektr jihozlaridan foydalanishda yo‘riqnomalarga amal qilaman.				
Qo‘shimcha profilaktik choralar indeksi: 8–32 ball					

№	Ovqatlanish va vaznni nazorat qilish	Ayrim hollarda (1 ball)	Ba‘zan (2 ball)	Odatda (3 ball)	Har doim 4 ball
1	Men yog‘ iste‘molini, shu jumladan to‘yingan yog‘larni cheklayman.				
2	Xolesterin miqdori yuqori bo‘lgan mahsulotlar (tuxum, jigar, go‘sht) iste‘molini cheklayman.				
3	Men muvozanatli parhezga rioya qilaman.				
4	Har kuni kamida besh yoki undan ortiq mevalar va sabzavotlar porsiyasini iste‘mol qilaman.				

5	Men tuz va (yoki) shakar iste'molini cheklayman.				
6	Men taomlarni ko'proq bug'da pishgan yoki dimlangan holda tayyorlashni afzal ko'raman.				
7	Men kun davomida bir necha marta kletchatkaga boy ovqat iste'mol qilaman.				
8	Men vaznimni sog'lomlik darajasida ushlab turishga harakat qilaman.				
Ovqatlanish va vazni nazorat qilish indeksi: 8–32 ball					

№	Psixologik salomatlik	Ayrim hollarda (1 ball)	Ba'zan (2 ball)	Odatda (3 ball)	Har doim 4 ball
1	Men maktabda yoki ishda vazifani bajarishda diqqatimni jamlay olaman.				
2	Hayotimning maqsadlari men uchun aniq.				
3	Umuman olganda, men o'zimni yoqimli shaxs deb hisoblayman.				
4	Men mushaklar va emotsional zo'riqishni yo'qota olaman.				
5	Meni kelajakka nisbatan umidim katta.				
6	Men to'siqlarni yengishdan zavq olaman.				
7	Men his-tuyg'ularimni ifoda eta olaman.				
8	Men stresslarni yengib o'ta olaman.				
Psixologik sog'liq indeksi: 8–32 ball					

№	Ma'naviy salomatlik	Ayrim hollarda (1 ball)	Ba'zan (2 ball)	Odatda (3 ball)	Har doim 4 ball

1	Men hayotimdan ma'no topaman.				
2	Men o'zimdanda buyukroq narsaga (din, tabiat yoki ijtimoiy jarayonlar/ishlar) qo'shilishda ma'no ko'raman.				
3	Men har qanday hayotning o'z ta'qdiri/maqsadi borligiga ishonaman.				
4	Men rasm chizish, haykaltaroshlik, raqs tushish yoki kitob o'qish bilan shug'ullanishdan zavq olaman.				
5	Men jamiyatda munosib o'rin egallayman, deb hisoblayman.				
6	Odamlarga yordam berish orqali ulardan minnatdorchilik kuta olmayman.				
7	Men ma'noli va muhim ishlar bilan shug'ullanishni afzal ko'raman.				
8	Men bu hayotda turli xil narsalar bilan shug'ullanish ehtiyojini his qilaman.				
Ma'naviy salomatlik indeksi: 8–32 ball					

№	Ijtimoiy salomatlik	Ayrim hollarda (1 ball)	Ba'zan (2 ball)	Odatda (3 ball)	Har doim 4 ball
1	Mening yaqin do'stlarim bor.				
2	Men boshqa odamlar bilan ishonchli munosabatlar o'rnata olaman.				
3	Men boshqalarga nisbatan ham mehr va muhabbat his-tuyg'ularimni, ham noumidlik va g'azab hislarimni ifoda eta olaman.				
4	Agar muammoni mustaqil hal qila olmasam, boshqalardan yordam so'rayman.				

5	Mening oila a'zolarim bilan munosabatlarim yaxshi.				
6	Men boshqalarga yordam berishga tayyor odamlardanman.				
7	Men mas'uliyatni o'z zimmamga olaman va qarorlarni boshqalarning o'rniga qabul qilishlariga yo'l qo'ymayman.				
8	Men boshqa odamlarning his-tuyg'ularini to'la hurmat qilaman.				
Ijtimoiy salomatlik indeksi: 8–32 ball					

№	Ekologik salomatlik	Ayrim hollarda (1 ball)	Ba'zan (2 ball)	Odatda (3 ball)	Har doim 4 ball
1	Men ekologik ma'lumotlardan (masalan, ozon teshiklari holati va roli, o'rmonlarning yo'qolishi va kasallanishi, kislotali yomg'irlar va h.k.) xabardor bo'lishga harakat qilaman.				
2	Men qog'oz, shisha va metall chiqindilari uchun konteynerlardan foydalanaman (axlatni har yerga va har joyga tashlamayman).				
3	Men sifatli ichimlik suvidan foydalanaman.				
4	Men ekologik aksiyalarda ishtirok etaman yoki ular ishtirokchilari bilan hamkorlik qilaman.				
5	Men chiqindilarni to'g'ri tarzda yo'qotaman.				
6	Uyda yoki bog'da pestitsidli sepkichlardan foydalanganda ko'rsatmalarga amal qilaman.				
7	Men mevalar va sabzavotlarni iste'mol qilishdan oldin yuvaman.				
8	Men suv va elektr energiyasini tejashga harakat qilaman.				
Ekologik salomatlik indeksi: 8–32 ball					

KLINIKO-PSIXOLOGIK TADQIQOT ANKETACI (K. B. MUROTMUSAEV 2024)

Bu respondentning psixologik holati, xulq-atvori va shaxs xususiyatlari haqida ma'lumot to'plashga mo'ljallanib tuzilgan savollar to'plami hisoblanadi. U klinik psixologiyada tashxis qo'yish, baholash va terapiyani rejalashtirish uchun muhim vosita hisoblanadi. Anketada oldindan belgilangan javob variantlari bilan yopiq savollar va respondent o'z fikrlarini erkinroq ifoda etishi mumkin bo'lgan ochiq savollar ham bo'lishi mumkin.

Kliniko-psixologik anketaning asosiy elementlari:

Ijtimoiy-demografik ma'lumotlar: yosh, jins, ma'lumoti, kasbi, oilaviy ahvoli va h.k.

Shikoyatlar va anamnez: mavjud psixologik muammolar haqida ma'lumot, ularning davomiyligi, kelib chiqish sabablari, shuningdek, psixik holatga ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan oldingi kasalliklar va jarohatlar.

Simptomlar va ko'rinishlar: turli psixik buzilishlarga xos belgilari aniqlanishiga qaratilgan savollar (trevoga, depressiya, uyqu buzilishi, kognitiv buzilishlar va h.k.).

Xulq-atvor namunasi: odatlar, qaramliklar, boshqalar bilan munosabat, stress holatlarga reaksiyalar haqida savollar.

Baholash shkalalari va testlar: ayrim anketalarda psixik holatning turli jihatlarini miqdoriy baholash uchun standartlashtirilgan shkalalar va testlar qo'llaniladi (masalan, trevoga darajasi, depressiya, kognitiv funksiyalar).

Davolashga munosabat haqida savollar: davolanishga bo'lgan motivatsiya, terapiyadan kutilmalar, psixoterapevtlar bilan o'tgan tajriba haqida ma'lumot.

Anketalar turlari:

Umumiy anketalar: keng qamrovli psixologik muammolarni aniqlashga qaratilgan.

Maxsus anketalar: aniq bir psixik buzilishlarni (masalan, trevoga buzilishlari, depressiya, posttravmatik stress buzilishi) o'rganish uchun ishlab chiqilgan.

Bolalar va o‘smirlar uchun anketalar: rivojlanish va yosh psixologiyasi xususiyatlarini hisobga oladi.

Ota-onalar uchun anketalar: bola haqida yaqinlari orqali ma’lumot olish imkonini beradi.

Muhim jihatlari: Anketalar valid va ishonchli bo‘lishi shart, ya’ni ular kerakli narsani o‘lchashi va barqaror natijalar berishi kerak. Savollar ifoda tarzida aniq, tushunarli va ikki xil ma’noga yo‘l qo‘ymasligi zarur. Anketalar muayyan maqsadli guruhga moslashtirilgan bo‘lishi kerak. Anketalardan foydalanishda axloqiy me’yorlarga rioya etilishi shart: konfidensiallik va ixtiyoriylik ta’minlanishi zarur.

Kliniko-psixologik tadqiqot anketacining tuzilishi namunasi Sarlavha: (masalan, "Psixologik holatni baholash anketaci")

1. **Yo‘riqnoma:** (anketani qanday to‘ldirish, qancha vaqt ketishi)
2. **Savollar:** (ijtimoiy-demografik, shikoyatlar, simptomlar, xulq-atvor namunasi, baholash shkalalari)
3. **Xulosa:** (tashakkur bildirish, aloqa uchun ma’lumotlar)

Kliniko-psixologik tadqiqot anketaci

1. Umumiy ma’lumotlar

F.I.O.:

Jins:

Tug‘ilgan sana / yosh:

Ma’lumoti:

Kasbi / ish faoliyati:

Oilaviy holati:

Manzil / aloqa uchun ma’lumotlar (zarur bo‘lsa):

2. Tibbiy ma’lumotlar

Bemorning shikoyatlari:

Shikoyatlar davomiyligi:

O‘tkazilgan kasalliklar:

Bosh jarohatlari, operatsiyalar, og‘ir infeksiyalar (yili, qibatlari):

Irsiy omillar (oilada psixik yoki nevrologik kasalliklar mavjudligi):

Qabul qilayotgan dorilar:

Allergiyalar:

3. Psixologik anamnez

- Bolalikdagi rivojlanish xususiyatlari (homiladorlik, tug‘ilish, erta rivojlanish, nutq, motorika):
- Maktab davri xususiyatlari (o‘qish samaradorligi, qiyinchiliklar, tengdoshlar bilan munosabatlar):
- Psixotravmatik holatlar (ota-onaning ajrashi, yo‘qotishlar, zo‘ravonlik, ko‘chishlar va h.k.):
- Shaxslararo munosabatlar xususiyati (oilada, ishda, jamiyatda):
- Qiziqishlar, xobbi, qiziquvchanlik sohalari:

4. Emotsional-shaxsiy soha

Kayfiyat (barqaror / pasaygan / ko‘tarilgan / labil): Xavotir darajasi:

Agressiyaga / impulsivlikka moyillik:

O‘z-o‘zini baholash xususiyatlari:

Qo‘rquvlar, navyazchiv fikrlar yoki harakatlar mavjudligi:

5. Kognitiv soha

Xotira (eslab qolishdagi shikoyatlar, xususiyatlari):

Diqqat (barqarorlik, konsentratsiya):

Tafakkur (mantiqiylik, sur‘at, xususiyatlar):

Nutq (erkin, sekinlashgan, nutq nuqsonlari mavjudligi):

6. Xulq-atvor xususiyatlari

Uyqu (normal, uyqusizlik, tush ko‘rish):

Ishtaxasi:

Odatlar (chekkish, alkogol, narkotiklar):

Stress holatlaridagi xulq-atvor xususiyatlari:

7. Ijtimoiy moslashuv

Oiladagi munosabatlar:

Ishda / o‘qishdagi munosabatlar:

Ijtimoiy aloqalar (tor doira / keng doira / izolyatsiya):

Hayotdan qoniqish darajasi:

8. Psixolog xulosasi (mutaxassis to‘ldiradi)

Bemor haqida umumiy taassurot:
Tekshiruv paytidagi xulq-atvor xususiyatlari:
Dastlabki gipoteza:
Qo‘shimcha tekshiruv / terapiya bo‘yicha tavsiyalar:

Eslatma: Ushbu anketa **maxsus metodikalar** bilan to‘ldirilishi mumkin (savolnomalar: MMPI, 16PF, Shmishek; testlar: Lyusher, Rorshax; xavotir va depressiya shkalalari va h.k.). Tadqiqot maqsadiga (diagnostika, ekspertiza, dinamik kuzatuv) qarab anketa moslashtiriladi.

TIBBIY-PSIXOLOGIK ANKETA (Z. IBODULLAEV 2009)

Tibbiy psixologlar uchun tibbiy-psixologik anketa. Tomonidan ishlab chiqilgan (Undan psixosomatik tibbiyot bo‘limlari va tibbiy psixolog xonalarida tibbiy-psixologik statusni o‘rganib ma’lumotlar qayd qilib boriladi.

Tibbiy-psixologik statusni tekshirish sxemasi(Z. Ibodullaev)

I. Umumiy ma’lumotlar

Bemorning ismi, sharifi.....
Tibbiy anketa (tarixnoma) raqami.....
Yoshi.....
Jinsi.....
Millati.....
Oilaviy ahvoli.....
Yashash joyi.....
Ma’lumoti va kasbi.....
Mehnatga layoqati.....
Chapaqay, o‘naqay yoki ambidekstr.....
Klinikaga (poliklinikaga) murojaat qilgan kuni.....
Klinikada (poliklinikada) qo‘yilgan tibbiy tashxis (tashxislar)....
Psixologga murojaat qilgan kuni.....
Asosiy shikoyatlari.....

II. Anamnestik ma'lumotlar

Bemorning hayot anamnezi (ilk bolalik davridan boshlab yig'iladi, qanday tarbiyalangan, qanday muhitda o'sgan va h.k.) Bemorning jinsiy hayoti va oilaviy anamnezi. Bemorning tibbiy anamnezi (qanday kasalliklar bilan og'rigan). Bemorning psixologik anamnezi. Bemorning nasliy anamnezi.

III. Yordamchi tekshirishlar va boshqa mutaxassislar xulosalari

Laborator tekshiruvlar.....

Elektroensefalografiya.....

Psixiatr.....

Nevropatolog.....

Patopsixolog.....

Neyropsixolog.....

Terapevt.....

Seksopatolog.....

Boshqa mutaxassislar.....

Psixologik testlar xulosalari.....

IV. Temperamentni tekshirish xulosalari

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

V. Shaxs va xulq-atvorni tekshirish xulosalari

Bemorning yaqinlari yordamida va uning o'zidan ilk bolaligidan boshlab, xulq-atvori xususiyatlari haqida ma'lumot yig'iladi. Yaslida, maktabda, o'spirinlik davri, oila qurgandan keyingi hayoti, ishda va jamoada o'zini tutishi har tomonlama so'rab-surishtirib o'rganiladi. Bu maqsadda psixologik testlardan ham foydalaniladi.

Suhbat va testlar yordamida quyidagi shaxs tiplari ajratib ko'rsatiladi: tsiklotimik, emotsional, distimik, gipertimik, xavotirli, qo'zg'aluvchan, qotma, ekstravert, intravert, xushchaqchaq shaxs. Xulq-atvoriga qarab quyidagi xulosalar beriladi: mehribon, xudbin, mansabparast, toshyurak, kamtar, xotirjam va hokazo.

VI. Hissiyotni tekshirish xulosalari

Suhbat chog'ida bemorning mimikasi, o'zini tutishi, psixolog va atrofda qilargaga bo'lgan munosabatiga e'tibor qaratiladi. Keyin bemorning his-tuyg'ulari va kayfiyatiga quyidagicha ta'rif beriladi: hayajonlangan, g'azablangan, xavotirda, kayfi chog', tushkunlikka tushgan, vahima bosgan. Shu holatlar aniqlangandan so'ng bemorning hissiyoti to'g'risida, eyforiya, disforiya, depressiya, affekt yoki hissiy ambivalent holatida degan xulosa qayd qilinadi. Xulosani yanada oydinlashtirish uchun psixologik test natijalaridan ham foydalaniladi.

VII. Sezgi va idrokni tekshirish xulosalari

Sezgi buzilishlarini tekshirayotganda, uning organik va funksional tusda ekanligi aniqlanadi. Ikkala holda ham sezgining quyidagi buzilishlari farq qilinadi: monoanesteziya, gemianesteziya, giperesteziya, dizesteziya, senestopatiya, kauzalgiya, og'riqlar (boshda, tanada va ichki a'zolar sohasida).

Idrokni tekshirayotganda illyuziya, gallyusinatsiya, anozognoziya, derealizatsiya va depersonalizatsiya bor-yo'qligi e'tiborga olinadi va xulosa o'rnida yozib qo'yiladi.

VIII. Iroda va maylni tekshirish xulosalari

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

IX. Nutqni tekshirish xulosalari

Bemorning nutqidagi nuqson suhbat chog'ida yoki maxsus tekshirishlar orqali aniqlanadi. Nutqni oddiy va murakkab so'zlarni takrorlatib turib ham tekshirish mumkin. Nutq buzilishlari neyropsixologik testlar yordamida ham aniqlanadi. Nutqning quyidagi buzilishlari xulosa o'rnida qayd qilinadi: afferent motor afaziya, efferent motor afaziya, sensor afaziya, akustik-mnestik afaziya, amnestik afaziya, semantik afaziya, dinamik afaziya, soqovlik, duduqlanish, dizartriya, dislaliya.

X. Diqqat va xotirani tekshirish xulosalari

Diqqatning ba'zi xususiyatlari suhbat chog'ida aniqlab olinadi. Shuningdek, diqqatni tekshiruvchi testlar, ya'ni Krepelin, Shulte jadvali va Burdonning

korrektura sinamalaridan foydalaniladi. Diqqati tarqoq, parisonxotir, jamlangan, o'tkir kabi xulosalar yoziladi.

Bemorning diqqati tekshirib bo'lingandan so'ng yoki parallel holda kundalik va bo'lib o'tgan voqealarga bo'lgan xotirasi tekshiriladi: ma'nosiz (gul, qarg'a, oyna) so'zlardan iborat qisqa qator, qisqa va uzun jumlar, matallarni yod olish va qayta esga tushirish. Xuddi shu uslubda ko'rish xotirasi (turli fotosuratlar ko'rsatib, birozdan so'ng qayta tanish so'raladi) va harakat xotirasi tekshiriladi (bemor qo'li bilan turli harakatlarni amalga oshiradi va ularni birozdan so'ng takrorlash so'raladi). Ebbingauz va Luriya tomonidan ishlab chiqilgan "10 ta so'zni yodlab esga tushirish" usulidan ham foydalaniladi.

Xotira buzilishlari darajasi ko'rsatiladi. Shuningdek, amneziya (retrograd, anterograd, anteroretrograd), konfabulyatsiya, psevdoreminissensiya kabi xulosalar qayd etiladi.

XI. Tafakkurni tekshirish xulosalari

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

XII. Ongni tekshirish xulosalari

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

Xulosa. Bemorning tibbiy-psixologik statusi to'la tekshirilgandan so'ng olingan ma'lumotlar psixologik testlar, laboratoriya natijalari va boshqa mutaxassislar xulosalari bilan solishtiriladi. Keyin bemorga tibbiy-psixologik tashxis aniqlab olinadi va tarixnomaga qayd qilinadi.

Tibbiyotda psixoterapiya(Z. Ibodullaev)

Psixoterapiya – qalb va ruhni davolash, degan ma'noni anglatadi. Tibbiyot paydo bo'lgandan beri psixoterapiya usulidan keng foydalanilgan. Psixoterapiya usuli asli Sharqda tarqalgan bo'lib, bemorlarni davolashda u eng samarali hisoblangan.

Abu Ali Ibn Sino, Abu Bakr ar-Roziy, Ismoil Jurjoniy, Al-Karvakiy Xazoraspiy kabi buyuk allomalar o'zlarining davolash usullarida giyohlardan tashqari, psixoterapiya usullarini ham qo'llashgan. Asab va ruhiy xastaliklar bilan yotib qolgan bemorlar ularning tashrifidan va ishlatgan so'zlaridan tuzalib, oyoqqa turib ketganlar.

So'z buyuk kuchdir! Psixoterapiyaning asosiy maqsadi ham so'zni topib ishlata bilishda. So'zni bemorlarni davolashda ishlata olish ham bir san'at. So'z tibbiy psixologning asosiy quroli bo'lib, bemorlarni davolashda undan o'ta ehtiyotkorlik bilan foydalanish kerak. Ozingina ehtiyotsizlik tuzatib bo'lmas oqibatlariga sabab bo'lishi mumkin. Tibbiy psixolog aynan so'z orqali psixodiagnostika o'tkazadi va so'z orqali psixoterapiya olib boradi. Boshqa yo'nalishdagi hech qaysi vrachlik kasbida bunday katta imkoniyat yo'q.

Psixoterapiya usuli Yevropada XVII asrda venalik vrach va olim Mesmer tomonidan keng qo'llanila boshlangan. Tibbiyotda bemorlarni davolashda gipnoz usuli XVIII–XIX asrlarda J. Sharko, J. Bred, Z. Freyd, V.M. Bexterevlar tomonidan keng qo'llanilgan. Nevrologiya fanining rivojlanishiga ulkan hissa qo'shgan fransiyalik olim J. Sharko psixoterapiya usulidan asab kasalliklarini davolashda keng qo'llagan.

Psixoterapiya jarayoni bemor va vrach psixologiyasining asosiy obektidir. Psixoterapiya o'tkazayotgan paytda bemorning ruhiy holati, temperamenti, kasallikni keltirib chiqargan omillar va bemorning umumiy ahvoli albatta e'tiborga olinadi. Psixoterapevtik tajribasi yo'q vrach bemorni davolashda qiynaladi. Har bir vrach psixologik usullardan foydalangan holda bemorni davolashi lozim. Bu ish bilan faqat tibbiy psixolog shug'ullanishi shart emas, albatta. Iloji boricha, bemorni davolaydigan vrachlar soni kam bo'lishi maqsadga muvofiq. Bu haqda mashhur vrach X.F. Gufelyand (1762–1836) shunday degan edi: «Bitta vrach davolasa yaxshi, ikkitasiga ham chidasa bo'ladi, lekin uchtasi – bu dahshat!» Bu bilan u davolovchi vrachlar ko'payishi, bemorning sog'ayib ketishini qiyinlashtiradi, demoqchi. Doktorlarni maslahatga chaqirish mumkin, lekin davolovchi vrach bitta bo'lishi maqsadga muvofiq.

Shu o'rinda yatrogeniya haqida to'xtalib o'tsak. Yatrogeniya deb, vrach yoki boshqa tibbiyot xodimining bexosdan aytib qo'ygan so'zi yoki tibbiy muolajalardan bemorda avval mavjud bo'lmagan kasallik alomatlarining paydo bo'lishiga aytiladi. Buning oqibatida yatropatiya rivojlanadi. Masalan, ukoldan so'ng bemorning qo'li yoki oyog'i «ishlamay» qolishi, noto'g'ri tibbiy xulosalardan so'ng mavjud bo'lmagan yurak kasalidan davolanib yurish va h.k. Yatropatiyaga misollar avvalgi boblarda keltirilgan.

Har qanday psixoterapiya o'ta mohirlik bilan o'tkazilishi zarur. Psixoterapiya bemorning shaxsi, temperamenti va kasallik turiga qarab ishlab chiqilmog'i lozim. Malakali vrachning psixoterapevtik muolajalari natijasi muvaffaqiyatli

o'tadi. Psixoterapiyaning yana bir afzal tomonlaridan biri unga bo'lgan ishonch va ixlosdir. Psixoterapevtik muolajalar bemorning ahvoriga qarab, kasallik anamnezini chuqur o'rgangan holda uzoq yoki qisqa vaqt davom ettirilishi mumkin. Davolash muolajalari cho'zilib ketishi, bir xil bo'lib qolishi yoki «Sizni uzoq vaqt davolashga to'g'ri keladi», qabilidagi gaplar ijobiy natijalarni yo'qqa chiqarishi mumkin.

Fikrimizning tasdig'i sifatida Z. Freydning hanuzgacha bahs va munozaralarga sabab bo'lib kelayotgan so'zlarini keltiramiz: «Natijasi qanday tugashidan qat'i nazar, davolash jarayoni oldindan belgilangan vaqtda tugatilishi kerak». Demak, davolash muddati belgilanishi va buni bemor bilishi zarur.

Tibbiy amaliyotda shunday holatlar bo'ladi, bemor doktoring tajribasiga, bilimiga ishonadi, biroq o'zining sog'ayib ketishiga ishonmaydi, kasalim tuzalmas va dardim og'ir, deb miyasiga singdirib oladi. Bu, ayniqsa, nevroz va ipoxondriya uchun juda xos. Bemorda davom etayotgan surunkali kasallik sababli uning oila a'zolari ham aziyat chekadi. Ko'p hollarda qaysidir bemorda uzoq davom etayotgan nevroz yoki depressiyaning sababi oiladagi, ayniqsa turmush o'rtog'i bilan bo'ladigan kelishmovchiliklar bo'ladi. Bunday paytlarda bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ida turg'un "salbiy dominant o'choq" paydo bo'lgani va uni parchalab yuborish uchun undan-da kuchli "ijobiy dominant o'choq" hosil qilish kerak. Ushbu dominant o'choq shu darajada kuchli bo'lishi kerakki, u har qanday salbiy dominant o'choqni parchalab yuborishi lozim. Bu esa vrach yoki tibbiy psixologning ilmi va mahoratiga ko'p jihatdan bog'liq.

Gipnoterapiya

Gipnoterapiya qadim-qadimdan ma'lum. Uni barcha psixoterapevtik usullardan oldin qo'llay boshlashgan, degan fikrlar mavjud. Gipnoterapiya turlari juda ko'p bo'lib, turli sohalarda keng qo'llaniladi. Tibbiyotda gipnoterapiya juda katta ahamiyatga ega. Ayniqsa, nevroz, depressiya va psixosomatik kasalliklarda gipnoterapiya yuqori darajada samaralidir. Gipnoterapiyani organik kasalliklarda ham qo'llab ijobiy natijalarga erishilmoqda. Allergik dermatozlar, ekzema va bronxial astmani bunga misol qilib ko'rsatish mumkin.

Gipnoterapiya paytida hozirda «bo'rtib» turgan belgilarga, klinik simptomlarga e'tibor qaratiladi va ularni bartaraf etishga kirishiladi. Gipnoz o'tkazayotgan vrach bemorga silash, ko'z va so'z orqali ta'sir qilsa, miya po'stlog'ida joylashgan uch xil, ya'ni sezgi, ko'ruv va eshituv markazlari tormozlanadi va gipnozga tushish osonlashadi.

Gipnoterapiya o'tkaziladigan xona. Gipnoz uchun keng, tinch, osoyishta, ortiqcha tovush va hidlardan holi xona zarur. Past tovushda yengil musiqa yangrab turishi mumkin. Xona devorlarida fikrni chalg'ituvchi kartinalar, ayniqsa, odamlar portreti bo'lmagani ma'qul. Agar devorda yilning to'rt faslini

aks ettiruvchi 4 xil kartina osig'liq tursa, bu insonning ruhiyatiga yaxshi ta'sir ko'rsatadi Xonadagi mebellar orasi ham iloji boricha ochiq bo'lishi lozim. Albatta, yumshoq kreslo va shu kabi boshqa yotoq mebellar albatta bo'lishi kerak.

Gipnoz texnikasi. Turli xil gipnoz o'tkazish texnikalari mavjud. Ulardan birini keltirib o'tamiz. Gipnoterapiya bosqichlari quyidagicha:

1-bosqich. Bemorni yumshoq kresloga o'tkazing. O'zingiz uning ro'parasiga o'tirib oling. Siz stulda shunday joylashingki, ko'zlaringiz uning yuzidan teparoqda bo'lsin. O'ng qo'lingiz bilan bemorning chap qo'lini, ya'ni puls urishini tekshiradigan joydan ohista ushlang. Chap qo'lingizni uning o'ng yelkasiga qo'ying.

2-bosqich. "O'zingizni bo'sh qo'ying! Mening ko'zlarimga qarang" deb, dadil ovoz bilan buyruq bering. Siz esa uning ko'zlariga emas, balki ikkala qoshining o'rtasiga qarang. Aks holda uning nigohi kuchli bo'lsa, sizning ko'zlaringizni charchatib qo'yishi mumkin. Shu holatda 3 daqiqa uning ikkala qoshi o'rtasiga tikilib turing. Bu holat uning ko'zlarini charchatib qo'yadi va transga tushishni osonlashtiradi. Bu paytda yo'talish, ovoz qirib qo'yish yoki bemorning diqqatini chalg'itadigan boshqa harakatlar qilish mumkin emas.

3-bosqich. Shoshilmasdan, ishonchli ovozda uning ko'zlariga tikilib, quyidagilarni so'zlang:

– Butun tanangiz bo'shshagan va uni iliqlik qamrab olgan. Yuqori qovoqlaringiz og'irlashib kelyapti, uxlagingiz kelyapti, bunga qarshilik qilmang. Hozir uyquga ketasiz! Uyqungiz uzoq davom etmaydi va siz uchun o'ta foydali. Siz uyqudan tana va ruhingiz sog'lom bo'lib uyg'onasiz, qushdek yengil bo'lasiz! Dard sizni tark etadi, kayfiyatigiz yuqori bo'ladi.

4-bosqich. Siz faqat mening ovozimni eshityapsiz. Bir necha daqiqadan so'ng siz uyquga ketasiz. Sizda uyquga ketish xohishi ortib bormoqda. Siz bunga qarshilik ko'rsata olmayapsiz. Hozir men o'ngacha sanayman va siz uyquga ketasiz.

5-bosqich. Shoshilmasdan dono-dono qilib birdan o'ngacha sanaladi:

-Bir. Yuqori qovoqlar og'irlashgandan-og'irlashmoqda.

- Ikki. Siz faqat mening ovozimni eshityapsiz.

- Uch. Uyquga ketish xohishi har soniya kuchayib bormoqda.

- To'rt. Tanangiz bo'shshagan. Butun vujudingiz meni tinglamoqda.

-Besh. Ko'zlaringiz yumilgan. Butunlay harakatsiz holatdasiz.

- Olti. Siz uxlayapsiz.
- Yetti. Uxlayapsiz, uxlayapsiz, uxlayapsiz...
- Sakkiz. Sizni butkul uyqu bosgan.
- To‘qqiz. Siz uxlayapsiz, uxlayapsiz, uxlayapsiz.
- O‘n. Siz uxlab qoldingiz.

Eslab qoling: Gipnoz o‘tkazadigan xona talabga javob bersa va gipnoterapiya qoidalariga amal qilinsa, bemor gipnoz holatiga tez tushadi. Bu yerda, albatta gipnozchi mahorati va tajribasi katta ahamiyatga ega. Gipnozchi qanchalik mashhur amaliyotchi bo‘lsa, u haqda odamlar yaxshi fikrda bo‘lsalar, har qanday insonni gipnozga tushirish shuncha oson bo‘ladi. Elga tanilgan kuchli gipnozchilar bir-ikki so‘z va o‘tkir nigohi bilan insonni darrov gipnozga tushirib qo‘yishadi va somnambuliya bosqichiga tez erishadi. Agar gipnozni o‘rganmoqchi bo‘lsangiz, avval bu texnikani o‘smirlarda qo‘llab ko‘rish kerak. Ularni gipnozga tushirish oson.

Bemorning chuqur gipnozga tushganiga ishonch hosil qilmoqchi bo‘lsangiz yoki bunga amin bo‘lsangiz, uning bir qo‘lini biroz ko‘tarib tashlab yuboring yoki “Men hozir chap qo‘lingizni tepaga ko‘taraman va uni shu holatda ushlab turasiz”, deb ayting. Bemor xuddi shunday qiladi ham. Chunki u faqat gipnozchini eshitadi. Mabodo birov xonaga kirib shunday topshiriq bersa, bemor uni bajarmaydi. Chunki u gipnozchiga mutlaq tobe. Gipnozning chuqur bosqichiga somnambuliya deyiladi.. Bunday holatga tushgan odamni qush kabi sayratish, baland musiqa qo‘yib raqsga tushirish, kiyikka o‘xshatib sakratish, chaqaloqqa o‘xshab yig‘latish va uning esidan chiqib ketgan bolalik davrini so‘zlatish mumkin. Gipnozchilarning barisi ham gipnozni somnambuliya darajasiga yetkaza olmaydi. Shu bois aksariyat gipnozchilar odamni trans holatiga tushirib ham ishlashadi. Trans holatida ham yaxshi natijalarga erishish mumkin.

Gipnoz paytida bemor sizning oldingizga qaysi darddan xalos bo‘lish uchun kelgan bo‘lsa, trans yoki somnambuliya paytida o‘sha kasallik haqida so‘zlash kerak. Siz darddan butunlay xalos bo‘lib uyg‘onasiz deyiladi va u qaysi kasallikdan qutulish uchun sizga murojaat qilib kelgan bo‘lsa, albatta, o‘sha kasallik haqida so‘z borishi kerak. Masalan, “Siz endi allergiyadan butunlay xalos bo‘lasiz”. “Endi sizni bosh og‘rig‘i hech qachon bezovta qilmaydi”. “Endi sizning falajlangan chap qo‘lingiz butunlay ishlaydi”. “Endi siz duduqlanishdan mutlaq ozod bo‘lasiz va ravon so‘zlab boshlaysiz”. “Endi siz nafas bo‘g‘ilishidan butunlay qutulasiz va ravon nafas olasiz”. “Endi sizning yo‘qolgan xotirangiz butunlay tiklanadi va siz bo‘lib o‘tgan voqealarni eslay boshlaysiz” va h.k.

Gipnozdan chiqarish texnikasi. Gipnozdan chiqarish ham asta-sekin amalga oshirilishi kerak. “Hozir men sizni gipnoz holatidan chiqara boshlayman. Men 10 dan 1 gacha sanayman”

- O‘n. Siz yengil uyqudan uyg‘onishni xohlayapsiz.
- To‘qqiz. Butun tanangizda iliqlik sezyapsiz.
- Sakkiz. Tanangiz qushdek yengil.
- Yetti. Siz faqat mening ovozimni eshityapsiz va uyg‘onishni istayapsiz.
- Olti. Ko‘zlaringizni ochishni yana va yana istayapsiz.
- Besh. Siz menga quloq solib uyg‘onishda davom etasiz.
- To‘rt. Yuqori qovoqlaringiz juda yengil, ko‘zlaringizni ochgingiz kelyapti.
- Uch. Ha! Ko‘zlaringizni ochgingiz kelyapti.
- Ikki. Siz hozir ularni ochasiz.
- Bir. Oching ko‘zlaringizni!

Ushbu tartibda bemor uyg‘otiladi. U albatta o‘zini juda yengil his qiladi va hali bir oz trans holatida bo‘ladi. U bilan o‘zini qanday his qilgani, nimalarni eshitgani haqida suhbatlashiladi. Gipnoz paytida gapirilgan kasallik haqida u uyg‘ongandan so‘ng eslash shart emas. Birozdan so‘ng bemor tetik holatda uyiga yuboriladi. Zaruratga qarab gipnotik seans 3-5 marotaba o‘tkazilishi mumkin. Biz hozir klassik gipnoz va uning tibbiyotda qo‘llanilishi haqida so‘z yuritdik.

Erikson gipnozi. Milton Erikson (1901–1980) gipnozning boshqa metodini o‘ylab topdi. Uning klassik gipnozdan farqi shundaki, mijoz somnambuliya tushirilmaydi va u bilan trans holatida ishlanadi. Hozirda bu uslub “Erikson gipnozi” deyiladi va tibbiyotda juda keng qo‘llaniladi. Erikson shunday degan edi: “Insonni gipnoz orqali darddan forig‘ etish uchun uni somnambuliya tushirish shart emas, trans holatida ham shunday natijaga erishsa bo‘ladi”.

Erikson gipnozida bemorga to‘g‘ridan-to‘g‘ri buyruqlar berilmaydi, Siz hozir uyquga ketishingiz kerak deyilmaydi. Oddiy so‘z bilan aytganda, mijoz “Men hozir gipnozchining barcha buyruqlarini so‘zsiz bajarishim kerak” degan xayolga bormaydi. Unga juda erkin harakatlarga ruxsat beriladi. Hatto gipnoz paytida unga turib yurish, derazadan tashqariga qarash va hatto gipnoz seansini to‘xtatib chiqib ketishingiz ham mumkin, deb ogohlantirib qo‘yiladi. Bunday uslub, tabiiyki, gipnoterapiyaga “ichki qarshilikni” yo‘qotadi va mijoz o‘zini juda erkin tuta boshlaydi. Shu bois ham klassik gipnozda erishilmagan natijani Erikson

gipnozida bemalol amalga oshirish mumkin. Erikson gipnozini o'rganish albatta oson va uni ushbu metodga qiziqqan har qanday vrach yoki psixolog egallay oladi.

Klassik gipnozda "Eshitasi va bo'ysunasi" qoidasi hukmron bo'lsa, Erikson gipnozida "Eshit va xohlasang bo'ysun" qabilida ish olib boriladi. Bunday erkinlik gipnozdan qo'rqadigan ko'pchilik insonlarga ma'qul keladi va nafaqat mijoz, balki gipnozchi ham erkin va bemalol ishlaydi. Erikson gipnozi paytida mijoz bilan ko'zlari ochiq holatda boshqa narsalar haqida gaplashib ham o'tirishi mumkin va birozdan so'ng unga "Qalay endi asosiy muammoga o'tamizmi" deb gipnoz seansiga qaytiladi.

Erikson gipnozi paytida mijozga tushunarli bo'lgan turli xil metaforalar qo'llaniladi. Maqsad mijozning ichki resurslarini ong darajasiga chiqarish va uni ishga solishdan iboratdir. Erikson seanslari paytida, albatta, ong ostiga ta'sir o'tkaziladi va ruhiy sokinlik, osoyishtalik, go'zallik, o'ziga va insonlarga mehr-muhabbat haqida so'z yuritiladi. Iboralar, albatta, mijozning shaxs tipi va temperamentidan kelib chiqqan holda olib boriladi.

Psixoterapiya bir nechta bemorlarga bir paytda olib borilishi ham mumkin. Bunday paytlarda kollektiv gipnoz haqida so'z boradi. V.M. Bexterev (1915) bemorlarni to'plab, gipnoz o'tkazishning ahamiyati to'g'risida shunday degan edi: "Ko'pchilik bilan seans o'tkazish paytida bemorlar gipnozni bir-biriga yuqtirishadi va uning ta'sir kuchi yanada oshadi. Gipnoz usuli bilan davolamoqchi bo'lgan gipnoterapevt bemor o'z shikoyatlarini aytayotganda, nimalarni ko'p takrorlayotganiga ahamiyat berishi va bundan foydalanishi kerak".

Psixodinamik terapiya

Ushbu terapiya psixoanaliz asoschisi Z. Freyd tomonidan tavsiya etilgan. Psixodinamik nazariyaga muvofiq psixoemotsional buzilishlar negizida bolalik davrida olingan kuchli psixologik zarbalar yotadi va ular ong ostida to'planib, yillar mobaynida yashiringan bo'ladi va kuchli ziddiyatlar o'chog'ini yaratadi. Buning oqibatida bemorda nevrotik shaxs shakllanadi va u isteriya, depressiya va psixosomatik buzilishlarga moyil bo'ladi. Shaxs bir tomondan birovlariga qaram bo'lishni xohlamaydi, ikkinchi tomondan boshqalar uni e'tirof etishi va qo'llab-quvvatlashini istaydi. Albatta, buning har doim ham iloji bo'lavermaydi. Natijada bir-biriga zid bo'lgan ushbu holatlar doimiy qoniqmaslik hissini yuzaga keltiradi, ya'ni boshqalarga nisbatan qahr-g'azab va xafagarchilik shaxsning ichki dunyosini qamrab oladi. Shu asnodda shaxsning o'zi boshqalar nazdida mehribon, odamovi va ajoyib inson sifatida tan olinishni xohlaydi. Psixoanalitiklar fikricha, mana shu istaklarning ro'yobga chiqmasligi nevrotik shaxs va keyinchalik depressiya shakllanishiga turtki bo'ladi. Yillar mobaynida ong ostida qo'nim topib, e'tirof etilmagan har bir xohish va istak bora-bora ichki ziddiyatlarni kuchaytirib, odamlarni yomon ko'rishga olib keladi. Shu sababli ular o'zini ham kechirmaydi va suitsidga qo'l uradi. Bunday shaxslarda depressiya rivojlanishi

uchun kuchli stress yoki yoqimsiz atrof-muhitning o'zi kifoya. Albatta, shu o'rinda doimiy psixoemotsional zo'riqlarning ahamiyatini alohida ko'rsatib o'tish lozim.

Psixodinamik terapiyaning asosiy maqsadi – bemorda katarsis, ya'ni ruhiy poklanishni yuzaga keltirish. Buning uchun bolalik davrida boshidan kechirgan ruhiy jarohatlar va kechinmalar mukammal o'rganiladi, ularning hozirgi davrda ro'y berayotgan nevroitik buzilishlar, shu jumladan, depressiya bilan bog'liqlik tomonlari aniqlanadi. Psixoanalitik oldida bemor albatta barcha sir-asror va azobli kechinmalarni yashirmasdan aytib berishi kerak. Bu uslub to'la katarsis ro'y berguncha olib boriladi. Ijobiy natijaga bir necha seans ichida erishiladi.

Bixevioral terapiya

Bixevioral terapiya (ingl. behaviour – “xulq-atvor”). 1913 yili amerikalik psixolog Djon Uotson (1878–1958) bixeviorizm haqida o'zining dastlabki maqolasini chop etadi. U shunday deb yozgan edi: “Odamning fikri va ruhiyatini o'zgartirmoqchi bo'lsangiz, avvalambor uning xulq-atvorini o'zgartiring”. Ushbu g'oya asosida bixevioral psixoterapiya shakllandi va XX asrning 50–60-yillari o'smirlardagi xulq-atvor buzilishlarini korreksiya qilishda keng qo'llanila boshlandi va e'tirof etildi. Ushbu terapiya xulq-atvori o'zgargan o'smirlarda yuqori natija beradi, biroq katta yoshdagilarda samarasi pastroq. Bixevioral terapiya patologik tarzda o'zgargan xulq-atvorni korreksiya qilish va uning uchun to'g'ri bo'lgan uquvlarni shakllantirishni o'z oldiga maqsad qilib qo'yadi. Bixevioral terapiya o'tkazilayotganda o'smirdagi xulq-atvorning har bir ko'rinishi tahlil qilinadi va ular korreksiya qilib boriladi.

Bosqichma-bosqich o'tkazilayotgan psixoterapevtik muolajalar paytida xulq-atvordagi patologik o'zgarishlar sog'lom xulq-atvor sifatleri bilan “almashtiriladi”. Demak, bixevioral terapiya xulq-atvor o'zgarishiga olib kelgan sabablar ustida emas, balki bevosita patologik xulq-atvorni yaxshi tomonga o'zgartirish ustida ish olib boradi. Sog'lom xulq-atvor hamda o'zini o'zi boshqarish uquvlari shakllangan sayin, undagi fikr ham o'zgarib boradi, o'smirda o'ziga ishonch paydo bo'ladi, uning turmush tarzi ham o'zgarib, sotsial adaptatsiyaga erishiladi.

Kognitiv-bixevioral psixoterapiya

Kognitiv-bixevioral psixoterapiya – inson fikri va xulq-atvori bilan bog'liq muammolarini yengib o'tish uchun o'ziga baho berish qobiliyati, strategiyasi va yo'nalishlarini o'zgartirishga qaratilgan psixoterapevtik yondashuv. Bu yo'nalish asoschisi amerikalik psixoterapevt A. Bek (1921 yil tug'ilgan). Kognitiv-bixevioral psixoterapiya kognitiv psixoterapiya (angl. cognitive therapy, 1967) negizida yaratildi. KBP 2 xil maktab, ya'ni kognitiv va bixevioral psixoterapiya negizida shakllanadi:

KBP da quyidagi uch holat farq qiladi:

1. *Kognitsiya* – ma'lumotni esga olish, xayolida qayta ishlash, argumentatsiya qilish va anglab yetish kabi tushunchalardan iborat.
2. *Konatsiya* – maqsadga yo'naltirilgan harakat, motivatsiya, instinkt, xohish va iroda kabi tushunchalardan iborat.
3. *Affekt* – hissiy reaksiyalar va kayfiyatdan iborat.

KBP quyidagi maqsad va vazifalar yechimini izlaydi:

1. Kognitiv xatolar va xulq-atvor buzilishlar sababini izlab topish.
2. Miyaga o'rnashib qolgan patologik fikrlar va shu sababli yuzaga kelgan xulq-atvor buzilishlarini korreksiya qilish.
3. Residiv holatlarining oldini olish.
4. Farmakoterapiya samarasini oshirish.
5. Ijtimoiy-psixologik muammolar yechimini topish.

Kognitiv-bixevioral terapiya, asosan, obsessiv-kompulsiv buzilishlar, xavotirli-fobik buzilishlar, miyadan ketmaydigan fikrlar nevrozi, xulq-atvor buzilishlari, ipoxondrik nevroz, sport tibbiyotida keng qo'llaniladi. KBP avvalambor miyaga o'rnashib olib, bemorga azob berayotgan salbiy fikrlar, ya'ni aybdorlik hissi, o'zini o'zi kamsitish fikrlarini bartaraf etishga qaratilgan. Bemor psixoterapevtik muolaja texnikasini mustaqil bajarishni o'rgangunga qadar psixoterapevt nazoratida bo'ladi.

Psixoterapevtik muolaja texnikasi. Bemorning ko'zlari yumuq holatda bo'ladi. Undan miyasiga o'rnashib qolgan yomon o'y-xayollarning mayda detallarigacha diqqatini qaratish buyuriladi. O'sha negativ tUSDagi fikrlar ahamiyatlimi, ahamiyatsizmi, farqi yo'q. Shu yo'l bilan barcha o'y-xayollar bir joyga jamlanadi. Hamma yomon fikrlar miyada jamlangach, bemor barmog'i bilan psixologga ishora beradi (masalan, ko'rsatkich barmog'ini ko'taradi).

Bemor ishora bergan zaxoti psixoterapevt dadil va jarangdor ovozda "TO'XTANG" deb buyruq beradi. So'ngra psixolog bemordan ushbu so'zdan keyin xayoliga nimalar kelganini so'raydi. Odatda, bu paytda bemorning negativ fikrlari o'chadi va yo'qoladi. Agarda ijobiy natija bo'lmasa, ya'ni miyadan yomon fikrlar ketmasa, mashq bir necha bor qaytariladi. Ushbu mashq uyga vazifa qilib ham beriladi. Bemor o'ziga o'zi buyruq berib shu mashqni uyda yolg'iz takrorlashi mumkin.

Psixologik bo'shliqni to'ldirish texnikasi. Miyaga o'rnashib qolgan fikrlarni o'chirishdan keyingi vazifa – negativ fikrlar o'rnini pozitiv fikrlar bilan to'ldirish. Agar ushbu vazifa bajarilmasa, miyaga yana negativ fikrlar qaytib kelaveradi. Fanda antitsipatiya degan tushuncha bor. Antitsipatiya – vahimali fikrlarning yana qaytib kelishidan qo'rqish. Shu holat kuzatilmasligi uchun har bir seansda psixologik bo'shliqni pozitiv fikrlar bilan to'ldirib borish zarur. Aks holda bemor miyadagi negativ fikrlar orqali “o'zi bilan o'zi gaplashib yuraveradi”. Bu holat esa obsessiyani kuchaytiradi va bemor yana azobli o'y-xayollar iskanjasida qoladi.

Psixoterapevtik muolajadan so'ng bemorga uy vazifasi beriladi. Endi bemor har kuni o'zi bilan o'zi faqat pozitiv fikrlar orqali gaplashib yurishi lozim. Psixoterapevtik mashqlardan avval bemor bilan “Pozitiv suxbat qurish” stsensariysini tuzadi. Buni amalga oshirish uchun turli xil roliklar o'ylab topiladi. Olingan natijalarga qarab, ushbu ssenariy bora-bora takomillashtirib boriladi.

Psixologik bo'shliqni to'ldirish metodi Albert Ellis tomonidan ishlab chiqilgan sxema bo'yicha amalga oshiriladi. Bu maqsadda ABK-metodi qo'llaniladi. A – vaziyatni yuzaga keltirgan omil; V – avtomatik paydo bo'lgan xayol; S – emotsional javob reaksiyasi.

AVS bilan ishlash algoritmi. 1. Muammo haqida so'raladi; 2. Muammoni tarqatishga kirishiladi; 3. S va A larga baho beriladi; 4. V bilan S ning o'zaro bog'liqligi tushuntiriladi; 5. V ga baho beriladi; 6. V bilan S bog'lanadi; 7. Bemorning tushunganlik darajasi o'rganiladi; 8. Uyga vazifa beriladi.

Kognitiv psixoterapiya tarafdorlari insondagi barcha muammolar negativ fikrlash sababli kelib chiqadi, deb hisoblashadi. Muammo tashqi vaziyatlarni inson tomonidan quyidagi sxema bo'yicha interpretatsiya qilishidan boshlanadi: tashqi vaziyat (stimullar) → kognitiv sistema → interpretatsiya (xayollar) → hissiyot yoki xulq-atvor. «Xayollarimiz hissiyotimizda aks etadi, hissiyotimiz xulq-atvorimizni o'zgartiradi, xulq-atvorimiz bizning kimligimizni ko'rsatib turadi va unga qarab o'zgalar bizga baho berishadi”.

“Muammo bu dunyo yomonligida emas, biz uni qanchalar yomon deb bilishimizda”, degan edi A. Bek (1967). A. Bek bo'yicha kognitiv-bixevioral terapiya – bu ma'lum bir tizimga asoslangan fikrlash va xulq-atvorni o'zgartirishga qaratilgan metodlar majmuasi. Ushbu metod asosida bemorni to'g'ri fikrlash va shu asnoda xulq-atvorini o'zgartirishga asoslangan o'rgatish texnikasi yotadi.

Psixoterapevt oldida turgan asosiy vazifalar: 1) sotsiumda yashash uchun insonga azob beruvchi avtomatik fikrlarni aniqlash; 2) mijozga ushbu o'y-xayollardan xalos bo'lishi zarurligini tushuntirish; 3) bemorni pozitiv fikrlar bilan ishlashga o'rgatib, xulq-atvorini ijobiy tomonga o'zgartirish.

Avtomatik fikrlarni aniqlash bosqichlari:

Birinchi qadam. Bemor miyasiga o‘rnashib qolgan, unga har doim azob beradigan va uning xulq-atvorini o‘zgartirib yuborgan avtomatik fikrlarni izlab topishi va bir joyga jamlay olishi kerak.

Ikkinchi qadam. Avtomatik fikrlar aniqlangandan so‘ng bemor ularni psixoterapevtga birin-ketin ovoz chiqarib aytib berishi kerak.

Uchinchi qadam. Psixoterapevt bemorni diqqat bilan tinglaydi, uning ifodalanishiga nazar soladi, bemorning hatti-harakatlarini kuzatadi va azobli fikrlar darajasini qog‘ozga belgilab boradi.

Avtomatik fikrlar – odamni o‘zi bilan o‘zi gaplashib yurishiga majbur qiladigan va to‘satdan paydo bo‘ladigan o‘y-xayollar. Avtomatik fikrlar har bir odamda mavjud bo‘lib, ushbu fikrlarning azobli yoki azobsiz bo‘lishi ularning mazmun-mohiyatiga bog‘liq. Agar sizga negativ fikrlar o‘rnashib olgan bo‘lsa, ular “miyangizni egovlayveradi, aqlingizni chalg‘itaveradi” va og‘ir his-tuyg‘ular manbaiga aylanadi. Buning oqibatida xulq-atvoringiz o‘zgaradi va shunga munosib ravishda odamlarning sizga nisbatan munosabati o‘zgarib, zanjirli reaksiya yuzaga keladi.

Ratsional-emotiv psixoterapiya

Ratsional-emotiv psixoterapiya metodi 1955 yili Albert Ellis tomonidan ilgari surilgan. Uning asosiy mohiyati ham kishining o‘zi, o‘zgalar va jamiyat haqidagi fikrlarini o‘zgartirishga qaratilgan. Bu nazariyaga binoan nevroz, depressiya, xavotir, aybdorlik hissi va shu kabi boshqa psixologik muammolar ruhiy jarohat yetkazuvchi omillar va vaziyatlar sababli emas, balki kishining ushbu omillar va vaziyatlarga nisbatan shaxsiy munosabati va o‘y-xayollari sababli yuzaga keladi. Masalan, sizni kimdir qattiq xafa qildi va bundan kayfiyatingiz tushib ketdi. Bu vaziyatda siz u odamni emas, balki o‘zingizni aybdor deb hisoblaysiz. Demak, siz tanqidga loyiqsizki, u sizni shu ko‘yga soldi. Aslida unday emas. Ayb sizda emas, balki sizni tanqid qilgan odamda yoki tanqid muhiti yaratilgan o‘sha vaziyatda. A.Ellis shunday deb yozadi: “Insonda o‘zi haqidagi bunday noto‘g‘ri tasavvurlar uzoq davom etaversa, unda turli xil ruhiy-hissiy buzilishlar, shu jumladan, depressiya rivojlanadi.”. Ellis shunday qoidani o‘rtaga tashlaydi :

“Aybdor sen emas, balki boshqalar”.

Ellis ishlaridan ba‘zi parchalarni keltirib o‘tamiz. Atrof-muhitda ro‘y berayotgan asabingni buzadigan va hissiy zo‘riqishga majbur qiladigan voqea-hodisalar senga qaratilgan emas, ular o‘z-o‘zicha ro‘y beraveradi. Kim tomonidan ko‘rsatilishidan qat‘i nazar, senga nisbatan bildirilayotgan ayblov va kamsitishlar aslida sening haqiqiy shaxsingni ifodalab bermaydi, bu o‘sha odamning shaxsiy

fikri. U o‘z dunyoqarashi va senga bo‘lgan munosabatidan kelib chiqib, shu fikrda. Aslida unday emas!

Ellis fikricha, quyidagi uch qoidaga qat’iyan amal qilishga urinaverish, kishini har doim xavotirda ushlaydi: 1) o‘ziga hadeb talab qo‘yaverish (“men unday bo‘lishim kerak, bunday bo‘lishim kerak”); 2) boshqalarning unga hadeb talab qo‘yaverishi (“sen unday bo‘lishing kerak, bunday bo‘lishing kerak”); 3) uning boshqalarga hadeb talab qo‘yaverishi (“odamlar unday bo‘lishi kerak, bunday bo‘lishi kerak”). Mana shu “Uchta kerak” tamoyili – xavotir va depressiya manbaidir.

“Uchta kerak” qoidasiga amal qilaverish o‘zingiz haqingizda quyidagi fikrlarni shakllantiradi va xavotirga mezon yaratadi:

1. *Men shunday harakatlar qilishim kerakki, meni boshqalar tan olsin! Aks holda men hech kimman!*

2. *Men qanday xohlasam, atrofdagilar meni shundayligimcha qabul qilishi kerak! Aks holda ular yomon odam va har qanday jazoga mahkum!*

3. *Men nimani, qachon va qaerda xohlasam, shunga ega bo‘lishim kerak! Menga kerak bo‘lmagan narsalarga mening toqatim yo‘q!*

Ratsional-emotiv terapiya o‘zi haqida insonning miyasiga o‘rnashib qolgan stereotip fikrlardan uni ozod etish va shu sababli o‘zgargan xatti-harakatlarni korreksiya qilishga qaratilgan. Ratsional-emotiv terapiya uslubida ham kognitiv-bixevioral terapiyadagi kabi fikr va xulq-atvor parallel tarzda korreksiya qilinadi. Biroq uslub boshqacha. Bu metodda ham uyga vazifalar beriladi, uni bajarishga qiynalgan paytlarda yordam qilinadi, vazifalar to‘la bajarilsa, rag‘batlantiriladi. Biroq psixoterapevtik muolaja paytida psixoterapevtning o‘zi ham “kerak” stilini o‘z mijoziga qo‘llamasligi lozim.

Interpersonal psixoterapiya

Shaxslararo (interpersonal) psixoterapiya insonning kayfiyati bilan uni o‘rab turgan ijtimoiy muhit orasida bog‘liqlik izlaydi. Shaxslararo kelishmovchiliklar, individning ijtimoiy muhitga ko‘nikib ketishiga to‘sqinlik qilayotgan, uni xavotirga solayotgan, kayfiyatini buzayotgan va salbiy hissiy kechinmalarni keltirib chiqarayotgan vaziyatlar birgalikda o‘rganib tahlil qilinadi. Psixoterapevtik muolajalar paytida shaxs o‘zini jamiyatda qanday tutishi, o‘zaro munosabati, qanday vaziyatlar va odamlardan yiroq yurishi yo‘llari tushuntiriladi, o‘rgatiladi. Ayniqsa, bu uslub nevrotik tipdagi shaxslar bilan ishlaganda va distimiyada keng qo‘llaniladi.

Oilaviy psixoterapiya

Oilaviy psixoterapiya avvalambor oila a'zolari bilan psixologik muhitni yaxshilashni o'z oldiga maqsad qilib qo'yadi. Bunda mijozning har bir oila a'zosi bilan bo'ladigan munosabatlari o'rganiladi va tahlil qilinadi. Oiladagi kelishmovchiliklar qanday paytlarda yuzaga keladi, nima uchun kelib chiqadi, qaysi vaziyatlarda u o'zini qanday tutadi kabi savollarga oydinlik kiritiladi, javob izlanadi va bu vaziyatdan chiqish bo'yicha mashqlar qilinadi. Oila a'zolari bilan ham suhbatlar o'tkaziladi. Chunki psixologga murojaat qilib kelgan bemor deyarli har doim o'zini vaziyat qurboni deb biladi. Aslida esa unday bo'lmasligi mumkin. Shuning uchun u haqida oila a'zolarining fikrini bilish ham o'ta muhim.

Oilaviy psixoterapevt mijozning yaqinlariga uning oldida o'zlarini qanday tutish lozimligini tushuntiradi. Bu o'ta muhim. Chunki ba'zan oilada shunday motamsaro muhit yaratiladiki, bu faqat nevroz yoki depressiyadan aziyat chekayotgan odamning ahvolini og'irlashtiradi va suitsidal urinishlarni kuchaytiradi xolos.

Har qanday psixoterapevtik muolajada mijozga hadeb yonbosaverish ham, uning xulq-atvorini tanqid qilaverish ham mumkin emas. Undagi yomon fikrlar depressiya belgisi, bu belgilar vaqt kelib albatta o'tib ketadi, kabi so'zlar bilan taskin beriladi. Suitsidal fikrlar va urinishlar aniqlangan holatda uni yolg'iz qoldirmaslik kerak. Oila a'zolari tomonidan nazorat shunday o'rnatilishi kerakki, mijozning o'zi buni bilmasin. Chunki hadeb bemorni qo'riqlayverish uning joniga tegadi. Bemorning ishonchini qozongan oila a'zolari bilan ko'chaga chiqib aylanib kelish va sayr paytida, asosan, uni so'zlatish va his-tuyg'ulariga hamdard bo'lish o'ta muhim.

Psixoterapevtik muolajalar psixofarmakoterapiya bilan birgalikda olib borilsa, yanada yuqori samaraga erishiladi. Psixotrop dorilar nerv sistemasiga neyromediatorlar orqali ta'sir ko'rsatganligi bois, avval ular haqida qisqacha ma'lumot berib o'tamiz. **Z. Ibodullaev (2019)**

ATAMA VA TA'RIFLAR LUG'ATI(GLOSSARIY)

Abaziya — yurish qobiliyatining buzilishi, biroq yurishni tashkil etuvchi harakatlarni bajarish qobiliyati saqlanib qoladi: bemor yotgan holda zarur harakatlarni yetarli kuch va hajmda bajara oladi. Ko'pincha isteriyada, oyoq quyi qismi harakatlarining buzilishlarida va muvozanat buzilishlarida uchraydi. Ko'pincha **asteziya** bilan birga namoyon bo'ladi. Z. Freydgga ko'ra, abaziya — motor apparatining muayyan bir funksiyasining maxsus buzilishi hisoblanadi.

Abstinensiya — spirtli ichimlik yoki narkotik moddalarni qabul qilish to'satdan to'xtaganda paydo bo'ladigan holat. Abstinensiyaning klinik ko'rinishi va kechishi narkotik moddaning tabiati, dozasi va uni qancha vaqt davomida qabul qilinganiga bog'liq. Ularning belgilari: *bosh og'rig'i, bosh aylanishi, og'iz qurishi, taxikardiya;*

ba'zan ko'ngil aynishi, tushkun kayfiyat; ko'p hollarda o'zini ayblash va afsuslanish hissi; keskin jismoniy kuchsizlik; yuqori darajada ta'sirchanlik, narkogen moddaga ehtiyoj.

Qo'shimcha holatlarda: *uyqusizlik, qo'rquvchanlik, xavotir, o'z joniga qasd qilishga moyillik, **alkogolli epilepsiya rivojlanishi*** ham kuzatilishi mumkin.

Abuliya — psixik harakatlarning boshqarilishida patologik buzilish. Bu psixopatologik sindrom bo'lib, beharakatlik, irodaviy impulsning buzilishi, istak va faoliyatga intilishning yo'qolishi, qaror qabul qila olmaslik va zarur deb bilingan to'g'ri harakatni amalga oshira olmaslik bilan ifodalanadi.

Avtoagressiya (autoagressiya) — agressiv xulq-atvor turi; shaxsning agressiv harakatlari o'z shaxsiga qaratilgan holat. Masalan: o'zini ayblash, tanga og'ir shikast yetkazish, o'zini xurmat qilmaslik, o'z joniga qasd qilishga moyillik.

Avtomatlashgan akt — insonning ongli nazoratsiz, o'zlashtirilgan va mustahkamlangan harakatni bajarish qobiliyati.

Aggravatsiya — mavjud kasallik sindrom(lar)ining og'irligi va namoyon bo'lish darajasini ataylab kuchaytirish yoki ortiqcha ko'rsatish. Aggravatsiyaga isteroid aksentuatsiyaga ega shaxslar, psixopatik kasalliklardan aziyat chekuvchilar, shuningdek, ruhiy o'zgarishlari kuchli bo'lgan keksa odamlar moyil bo'ladi.

Agnoziya — miyaning normal ishlayotgan retseptorlardan kelayotgan ma'lumotni qayta ishlay olmasligi holati; turli xil idrok buzilishlari miyaning zararlanishi natijasida yuzaga keladi. Agnoziya turlari:

ko'ruv agnoziyasi — yetarli ko'rish o'tkirligi saqlangan holda narsalarni tasviridan taniyolmaslik;

taktil agnoziyasi — qo'l bilan ushlab ko'rish orqali narsani taniyolmaslik (astersognoziya), tanasi qismlarini taniyolmaslik (somatoagnoziya), tanasi haqidagi sxemani buzilish;

eshitish agnoziyasi — fonematik eshitish buzilishi, tanish kuylarni, ovozlarni, shovqinlarni taniyolmaslik, asosiy eshitish qobiliyati saqlangan holda.

Ijtimoiy agnoziya — V. Rayx kiritgan atama bo'lib, inson o'z hayotining ijobiy jihatlarini idrok etmasligi va o'z faoliyatini unga qoniqish keltiradigan tarzda tashkil qila olmasligi bilan tavsiflanadi.

Taktil agnoziya — predmetlarni adekvat idrok qilish qobiliyatining buzilishi. Turlari:

Astersognoziya — narsaning shaklini qo‘l bilan ushlab ko‘rish orqali taniyolmaslik;

Anxilognosiya — predmetning tuzilish belgilari (teksturasi)ni yaxlit obrazga birlashtira olmaslik;

Amorfognosiya — narsaning shaklini taniyolmaslik;

Somatognosiya — o‘z tanasining yaxlit obrazini idrok etishning buzilishi.

Agrammatizmlar — nutqning leksik-semantik buzilishlari.

Agrafiya — yozma nutqning buzilishi.

Agressivlik — shaxsning barqaror xususiyati; agressiv xulq-atvoriga tayyorlik (hujumkorlikka, zo‘ravonlikka, ob‘ektga zarar yetkazish yoki uni yo‘q qilishga intilish).

Verbal agressiya — agressiv xulq-atvor shakli bo‘lib, shaxs o‘zining salbiy ehtiyoj va hissiyotlarini ovoz ohangi, nutqning nog‘avdor komponentlari yoki ifoda mazmuni orqali namoyon qiladi.

Instrumental agressiya — muayyan maqsadga erishish uchun qaratilgan agressiv xulq-atvor.

Bilvosita agressiya — ma‘lum shaxs yoki narsaga yo‘naltirilgan agressiv xulq-atvor. Bunda agressiya sub‘ekti tomonidan ongli ravishda anglanmaydi yoki yashiriladi.

To‘g‘ridan-to‘g‘ri agressiya — qasddan amalga oshiriladigan agressiv xulq-atvor.

Reaktiv agressiya — frustratsiyaga javob sifatida vujudga keladigan va kuchli hissiy holatlar bilan namoyon bo‘ladigan agressiya.

Fizik agressiya — boshqa ob‘ekt yoki predmetga nisbatan jismoniy kuch ishlatish bilan ifodalanadigan agressiv xulq-atvor.

Adaptatsiya — insonning tashqi muhitga moslashishi (akkomodatsiya) va tashqi muhitni o‘z ehtiyojlariga moslashtirishi (assimilyatsiya).

Psixologik adaptatsiya — shaxsning jamiyatda mavjud talablar va baholash mezonlariga jamiyat normalari va qadriyatlarini o‘zlashtirish hisobiga moslashishi.

Ijtimoiy adaptatsiya — individ, qatlam yoki guruhning yangi ijtimoiy muhitga, o'zgarib borayotgan yoki o'zgarib bo'lgan jamiyat sharoitlariga faol moslashish jarayoni va natijasi.

Adaptivlik — **noadaptivlik** — faoliyat holati; inson maqsadlari va faoliyat natijalari o'rtasidagi muvofiqlik yoki nomuvofiqlik tendensiyasining tavsifi.

Adaptivlik — maqsad va natijalarning muvofiqligi (variantlari: gomeostatik — muvozanatga erishish; gedonistik — barqarorlikni ta'minlash; pragmatik — amaliy foyda, muvaffaqiyat).

Noadaptivlik — maqsad va natijalarning nomuvofiqligi, shaxs rivojlanishini yo'naltiradigan maxsus motiv sifatida namoyon bo'ladi. U quyidagi sohalarda ko'rinadi:

Bilim sohasida — ma'lum va noma'lum o'rtasida;

Ijod sohasida — mumkin va mumkin emas o'rtasida;

Xavf sohasida — farovonlik va hayotga tahdid o'rtasida;

O'yin sohasida — tasavvur va reallik o'rtasida;

Ishonchli munosabatlar sohasida — odamlarga ochiqlik va ulardan himoyalash o'rtasida.

Ajitatsiya — hayotga tahdid, favqulodda vaziyat va boshqa psixogen omillarga javob sifatida paydo bo'ladigan affektiv reaksiya. U bezovtalik, xavotir, harakatlarda maqsadlilikni yo'qotish, beqarorlik, fikrlash buzilishi, narsa va hodisalar o'rtasidagi bog'lanishlarni murakkablashtirish orqali namoyon bo'ladi. Shu bilan birga vegetativ buzilishlar kuzatiladi: yuzning oqarishi, tez-tez nafas olish, yurak urishining kuchayishi, qo'llarning titrashi va h.k.

Akalkuliya — neyropsixologik simptom; hisoblash va hisob-kitob operatsiyalarining buzilishi. Miya qobig'ining turli sohalari shikastlanganda paydo bo'ladi:

visochный sohalari shikastlanganda — og'zaki hisob buziladi;

okspital sohalari shikastlanganda — yozilishiga o'xshash raqamlarni farqlash qobiliyati yo'qoladi;

prefrontal sohalari shikastlanganda — hisob-kitob faoliyatini rejalashtirish va uni nazorat qilishda qiyinchiliklar kelib chiqadi.

Aksentuatsiya — shaxs psixik xususiyati yoki psixik xususiyatlar tizimining ustunlik qilishi.

Aksentuatsiyalangan tur (temperament, xarakter) — psixik xususiyatlar tizimining haddan tashqari ustunligi; bu holat shaxsning moslashish imkoniyatini cheklaydi va uni norma bilan patologiya o‘rtasidagi chegara holatida qo‘yadi.

Alaliya — bolalarda eshitish va aqliy daraja normal bo‘lsa ham nutqning yo‘qligi yoki yetarlicha rivojlanmaganligi.

Motor alaliya — bola umuman gapira olmaydi, ammo unga qaratilgan nutqni tushunadi.

Sensor alaliya — bolada nutq faoliyati o‘z vaqtida paydo bo‘ladi, lekin qaratilgan nutqni tushunmaydi.

Aleksitimiya — shaxsning o‘z yoki boshqalar hissiyotlarini nomlay olmasligi, ya’ni ularni nutq ifodasiga o‘tkaza olmasligi.

Aleksiya — o‘qishning buzilishi; yozuvni bilishga qaramay matnni o‘qiy olmaslik yoki o‘qish jarayonini o‘zlashtira olmaslik.

Alkogolizm — tashqi (ekzogen) omillar bilan bog‘liq ruhiy kasallik; uzoq yoki davriy ravishda davom etganda shaxsning organik psixosindromi va shaxsiy degradatsiyasi shakllanadi.

Ambivalentlik — shaxsning o‘zaro ziddiyatli istaklari, hissiyotlari, munosabatlari bilan tavsiflanadigan ruhiy holat.

Kasallikka nisbatan ambivalentlik — shaxsning kasallik vaziyatidagi psixologik kechinmalari, hayotiy stereotipning buzilishi bilan bog‘liq sub’ektiv hissiyotlar.

Amblioniya — ko‘zda aniq shikastlanishlar bo‘lmasa ham ko‘rish qobiliyatining pasayishi.

Amensiya — ong faoliyatining buzilishi; tashqi muhitda yo‘nalishni to‘liq yo‘qotish, o‘zini anglamaslik, yangi ma’lumotni eslab qololmaslik, harakat qo‘zg‘alishi, gallyusinatsiyalar bilan kechadi. Keyinchalik ushbu holatdagi voqealar yodda qolmaydi. Amentiv ong tumanlanishi — hayrat va tushunmaslik affekti bilan kechadi, voqealarni yaxlit idrok etish imkoniyati yo‘qoladi.

Amimiya — yuz ifodasi (mimika)ning pasayishi yoki susayishi; asab tizimi va ayrim ruhiy kasalliklarda uchraydi.

Amneziya — xotira buzilishi; yangi ma'lumotni eslab qolish yoki qayta yodga olish qobiliyatining qisman yo'qolishi.

Retrograd amneziya — kasallik yoki miya jarohati oldidagi voqealarni eslay olmaslik.

Anterograd amneziya — ong tiklanganidan so'ng yuz bergan voqealarni eslab qololmaslik.

Fiksatsion amneziya — joriy ma'lumotni eslab qololmaslik.

Anteretrograd amneziya — kasallik boshlanishidan yoki jarohatdan keyingi voqealarni eslay olmaslik.

Himoyaviy amneziya — shaxs uchun noxush, og'riqli o'tmish voqealarini unutib qo'yish (вытеснение).

Amok — psixopatologik holat; to'satdan paydo bo'ladigan panika, ongning tumanlanishi va nazoratsiz holda bir yo'nalishda harakat qilish, yo'lidagi barcha narsani vayron qilish va qarshilik ko'rsatganlarni yo'q qilish istagi.

Anakliziya — shaxsning boshqa odamlarga ortiqcha emotsional bog'liqligi.

Analgeziya — og'riq sezgirligining pasayishi yoki butunlay yo'qolishi (dorilar, massaj, musiqa va h.k. ta'siri orqali).

Anozognoziya — shaxsning o'z kasalligini inkor etishi yoki to'g'ri baholay olmasligi.

Anomiya — nutq buzilishi; narsalarni nomlashda qiyinchilik.

Apatiya — hissiy passivlik, befarqlik, qiziqish va ehtiyojlarning susayishi.

Apraksiya — ixtiyoriy maqsadga qaratilgan harakatlarning buzilishi; aqliy va motor-sensor tizimlar normal bo'lishiga qaramay harakatni bajara olmaslik.

Asinxroniya — disgarmoniyalik shaxs rivojlanishi; odatda, hissiy sohaning ijtimoiy jihatdan yetarlicha rivojlanmaganligi va ma'naviy hislar sustligi, ammo aqliy daraja nisbatan normal bo'lishi bilan tavsiflanadi.

Asteziya — miyaning lob va mozolistoelalo shikastlanishi natijasida mushaklar koordinatsiyasi buzilib, to'g'ri turish qobiliyati yo'qolishi.

Asteniya — asab tizimi zaifligi; ortiqcha charchoq, hissiyot bosimining pasayishi, kayfiyatning beqarorligi, uyqu buzilishlari bilan namoyon bo'ladi.

Autoplastik kasallik kartinasi — kasallikning shaxs tomonidan vaqtdagi sub'ektiv idroki.

Afaziya — oldin shakllangan nutqning markaziy nutq analizatorining buzilishi orqali yo'qolishi.

Afoniya — nutq tovushining kuchini yo'qotishi.

Affekt — qisqa muddatli, kuchli hissiy qo'zg'alish; bu holat nafaqat ehtiyoj reaksiyasi, balki butun psixik faoliyat qo'zg'alishi bilan ham kechadi.

Onsiz (bessoznatelnaya) faoliyat — shaxs o'z faoliyatining maqsadini, vazifalarini, jarayoni va oqibatlarini yetarlicha anglamaydigan faoliyat shakllari; avval ongli bo'lgan, keyin avtomatlashgan harakatlar.

Kasallik — individning bio-sotsio-psixologik gomeostazi buzilishi; patologik jarayon tufayli hayotiy faoliyat cheklanishi.

Og'riq — organizmga kuchli yoki yo'q qiluvchi ta'sirlar orqali uning mavjudligi va yaxlitligiga tahdid tug'ilganda paydo bo'ladigan ruhiy holat.

Bred (bemorona ishonch) — haqiqatga to'g'ri kelmaydigan, xato qarashlar va xulosalar; bemor ularning noto'g'ri ekaniga ishonmaydi. Turlari turlicha bo'lishi mumkin: ta'qiblash, zaharlash, hasad, buyuklik breidi va h.k.

Vegetodistoniya (vegetonevroz) — vegetativ asab tizimi nevrozi.

Verbigratsiya — ma'nosiz, ko'p holda ritmli ravishda bir xil so'zlarni takrorlash; kam hollarda — iboralar yoki ularning parchalarini.

Kasallikning ichki manzarasi (KIM) — "faqat mahalliy og'riqlar emas, balki umumiy holat, shaxsning o'z kasalligi va uning sabablari haqidagi tasavvurlari" (A. R. Luriya).

Kasallikning ichki modeli — bemorning klinika, kasallik kechishi, o'zining ijtimoiy, biologik va psixologik imkoniyatlari haqidagi tasavvurlari (R. M. Voytenko).

Ikkilamchi foyda (kasallikdan) — o'zini saqlash instinkti va "Men"-situatsiyadan kelib chiqib, muayyan moddiy yoki psixologik afzalliklarga ega bo'lish. Bemor kasallik orqali o'ziga muayyan imtiyozlar yaratadi yoki shunday deb hisoblaydi.

Yuqori psixik funksiyalar — bilim olish, o'zini nazorat qilish va faoliyat hamda xulq-atvorni o'z-o'zidan boshqarishga qaratilgan ixtiyoriy psixik jarayonlar; hayot davomida shakllanadigan, ijtimoiy kelib chiqishli, tizimli psixik jarayonlar

(ixtiyoriy diqqat, ixtiyoriy xotira, mantiqiy tafakkur va h.k.). Yuqori psixik funksiyalarga o‘qish, yozish, hisob kabilar kiradi.

Gallyusinatsiyalar — bosh miya patologiyasida hosil bo‘ladigan, voqelikda hozir va bu yerda mavjud bo‘lmagan, ammo haqiqiy narsa yoki hodisa sifatida qabul qilinadigan psixik obrazlar.

Ijtimoiy kafolatlar — inson huquqlarini amalga oshirishni ta‘minlaydigan moddiy va ma‘naviy vositalar, huquqiy hujjatlar, ular zamonaviy jamiyatda yoki muayyan mamlakatda amal qiladi.

Gebefreniyalik shizofreniya — shizofreniyaning bir shakli bo‘lib, bunda bemorlar yomon aktyorga o‘xshab, shovqin-suron qilayotgan bolaga o‘xshab o‘zini tutadi. Masxarabozlik, qo‘pol qiltiq-qiltiq harakatlar, jasadlarning jasadsiz qiyofasi, ma‘nosiz xursandchilik atrofdagilarni kulishga emas, balki qo‘rqish va bezovtalikka olib keladi.

Giperkinezlar — mushak tizimining patologik yuqori tonusi natijasida paydo bo‘ladigan ixtiyorsiz harakatlar.

Giperesteziya — his organlari orqali ta‘sir etuvchi fizik stimullarga sezgirlikning ortishi, natijada hissiy tuyug‘ular haddan tashqari kuchli namoyon bo‘ladi, ammo ularning modalligidan (xususiyatidan) farq qilmaydi.

Giperpatiya — sezgirlikning oshishi bo‘lib, odatda bezarar bo‘lgan qo‘zg‘atuvchilarga nisbatan og‘riq yoki boshqa noxush hislar (qichishish, og‘irlik va h.k.) paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi.

Glaukoma — ko‘z ichi bosimining oshishi, odatda ateroskleroz va ko‘z arteriyalarining torayishi bilan bog‘liq holat.

Gnozis — bilish bilan bog‘liq psixik funksiyalar majmuasi.

Gomeostaz — tashqi va ichki omillar ta‘siriga qaramasdan tizimning muvozanatini saqlab qolish jarayoni orqali ta‘minlanadigan harakatchan barqaror holat.

Deavtomatizatsiya (dezavtomatizatsiya) — avval ongsiz ravishda, avtomatik tarzda bajariladigan harakat ko‘nikmalarini ongli nazoratsiz bajara olmaslik holati.

Debillik — aqliy rivojlanishning eng yengil darajasi. Bunday bemorlar maxsus muassasalarda maktab va kasb-hunar ta‘limi olishga qodir. So‘z boyligi kam, qattiq ta‘sirchan va ishonuvchan bo‘ladi. Atrofdagi voqealarni juda cheklangan holda qabul qiladilar. Mustahil yashashlari mumkin, ammo ko‘pincha rahbarlik va qo‘llab-quvvatlashga muhtoj bo‘ladilar.

Dezorientatsiya — atrof-muhitda, vaqtda va shaxsning o'ziga nisbatan yo'nalishni yo'qotish. Vaqtni va voqea joyini to'g'ri baholay olmaslik holati.

Dekompensatsiya — psixopatik xislatlarning kuchayishi, odatda xulq-atvor buzilishlari va ijtimoiy moslashuvning yo'qolishi bilan kechadi.

Delinkventlik — huquqbuzarlikka olib keladigan affektiv (hissiyot bilan bog'liq) reaksiyalarga moyillik.

Deliriy (illyuzor-gallyusinatorli ongning tortishishi) — og'ush holatiga teskari belgilari bilan tavsiflanadi: barcha qo'zg'atuvchilarga sezgirlikning oshishi, psixopatologik simptomatikaning boyligi; ong buzilishi, voqelikning buzib aks etishi, gallyusinatsiyalar, bred, harakatiy hayajonlanish, vaqt va makonda yo'nalishning buzilishi bilan kechadi.

Demensiya — oligofreniyaning og'ir ko'rinishi sifatida emas, balki yuqori psixik funksiyalarning rivojlanmaganligi yoki atrofiyasi oqibatidagi aql zaifligi. Miyaning muayyan tuzilmalari shikastlanishi natijasida, odatda bir yildan uch yilgacha normal rivojlangandan keyin, aqliy faoliyatning buzilishi. Shikastlovchi va degerativ omillar xususiyatiga qarab senil (qarilik), alkogol, epileptik, travmadan keyingi va boshqa turlari ajratiladi.

Depersonalizatsiya — individning o'zini anglash jarayonining buzilishi, shaxsga xos bo'lgan psixologik va xulq-atvor xususiyatlarini yo'qotish, "Men"ni yo'qotish hissi, yaqinlar bilan munosabatlarda, ishda va hayotda emotsional jalb etilmaslikdan aziyat chekish.

Depressiya — affektiv holat; salbiy emotsional fon, motivatsion sohada o'zgarishlar, kognitiv tasavvurlar buzilishi va umumiy xulq passivligi bilan tavsiflanadi.

Deprivatsiya — muhim ehtiyojlarni qondirish imkoniyatidan mahrum bo'lish: sensomotor funksiyalar (perseptiv va kinestetik deprivatsiya), muloqot (kommunikativ deprivatsiya), ijtimoiy yordam (ijtimoiy deprivatsiya) yetishmasligi sababli.

Derealizatsiya — vaqt va makonni idrok etishning buzilishi; tashqi dunyo real emasdek qabul qilinishi.

Diagnoz — bemorning kasalligi va holatini uni to'liq tibbiy tekshiruvi asosida aniqlash.

Psixologik diagnoz — shaxsning individual-psixologik xususiyatlarini tasvirlash va aniqlashga yo'naltirilgan psixolog ishining yakuniy natijasi. Bu natijalar orqali aktual holat baholanadi, rivojlanish prognozi va tekshirish maqsadiga ko'ra tavsiyalar ishlab chiqiladi.

Dizartriya — piramid va ekstrapiramid tizimlari shikastlanganda nutqning noaniq va "skandirlangan" tarzda bo'lishi.

Dizontogenez — bolalikda, morfofunktsional tizimlar hali yetiladigan darajaga yetmagan paytda normal rivojlanishning buzilishi.

Disgrafiya — yozuvning buzilishi: harflarni almashtirish, qoldirish, o'rnini almashtirish, so'zlarni qo'shib yozish kabilar bilan kechadi.

Dislaliya — nutq aniqligining buzilishi.

Dissimulyatsiya — kasallik, uning simptomlari yoki ayrim ko'rinishlarini yashirishga qaratilgan xatti-harakat.

Dissotsiatsiya — psixik jarayonlar bog'liqligining buzilishi.

Distress — stress va stress holatlarining salbiy ta'siri, faoliyatni butunlay yo'qotishgacha olib kelishi.

Disforiya — tushkun kayfiyat, asabiylik, g'azabchanlik, qorong'ulik, atrofdagilar harakatlariga sezgirlikning ortishi, agressiya hurujlariga moyillik.

Yatrogeniya — shifokorning noto'g'ri harakatlari, ehtiyotsiz so'zlari yoki izohlari natijasida bemorda paydo bo'ladigan noxush psixik holatlar va nevrozlarni keltirib chiqaruvchi psixogen reaksiyalar.

Idiotiya — oligofreniyaning eng og'ir shakli. Nutq umuman yo'q, bemorlar faqat noaniq ovozlarni chiqaradi; hissiyot reaksiyalari faqat yo'qoridagi qoniqish yoki noqoniqish bilan ifodalanadi; ko'p hollarda peshob va axlatni tuta olmaslik kuzatiladi; eng oddiy o'z-o'ziga xizmat qilish ko'nikmalari ham rivojlanmaydi.

Illyuziyalar — voqelikda mavjud narsalar va hodisalarni noto'g'ri idrok etish.

Imbesillik — oligofreniyaning o'rtacha darajasi. Bemorlar nutqqa ega bo'ladi, ammo so'z boyligi kam va nutq noaniq. Hissiyot reaksiyalari nisbatan kengroq. O'z-o'ziga xizmat qila oladi, oddiy qo'l mehnat turlarini bajarishga qodir.

Impulsivlik — shaxs xarakterida ongli nazoratsiz, tashqi sharoit yoki hissiyot ta'sirida harakat qilishga moyillik.

Impunitivlik — muvaffaqiyatsizlik sabablarini asosan tashqi sharoit va holatlarga yuklashi.

Invalid — jismoniy yoki ruhiy cheklanishlari bo'lgan shaxs. Ular yoshga (bolalar, yoshlar, qariyalar), sababga (tug'ma, urush, mehnat, umumiy kasallik),

mehnat qobiliyatiga (qobiliyatli, qobiliyatsiz), kasallik xususiyatiga ko'ra (harakatchan, qisman harakatchan, harakatsiz) turlarga bo'linadi.

Invalidlik — insonning tug'ma yoki orttirilgan jismoniy yoki ruhiy cheklanishlari tufayli shaxsiy va ijtimoiy hayot ehtiyojlarini mustaqil qondirolmasligi.

Intellektual yetishmovchilik — umumlashtirish va abstraksiya qilish, to'g'ri xulosa chiqarish, sabab-oqibat bog'lanishlarini aniqlash qobiliyatining susayishi.

Infantilizm — o'sish va rivojlanish kechikishi, katta yoshda ham bolalikka xos xususiyatlarning ustunligi.

Ipxondriya — sog'lig'iga ortiqcha e'tibor berish, davolab bo'lmaydigan kasalliklardan qo'rqish, mavjud bo'lmagan og'ir kasalliklarni o'ziga nisbat berish holati.

Isterik nevroz — turli xil funksional psixik, somatik va nevrologik buzilishlar bilan namoyon bo'ladigan, bemorning kuchli ishonuvchanligi va avtoishonuvchanligi bilan tavsiflanadigan nevroz turi.

Katarakta — ko'z kasalligi; xrustalik yoki uning qobig'i moddasining qisman yoki to'liq xiralashishi, ko'rishning susayishi yoki yo'qolishiga olib keladi.

Katatonik stupor — to'liq harakatsizlik va sukut holati, barcha mushaklarning kuchli tarangligi yoki "mumiyyin egiluvchanlik" bilan kechishi mumkin.

Katatonik hayajonlanish — stereotipik takrorlanadigan, ma'nosiz harakatlar, nemotiv agressiya, behuda qarshilik, negativizm.

Klinik psixologiya — tibbiy psixologiyaning bir sohasi; kasalliklarning paydo bo'lishi va kechishiga ta'sir etuvchi psixik omillarni, kasallikning shaxsga ta'sirini, shifobaxsh ta'sirlarning psixologik jihatlarini o'rganadi.

Koloboma — to'r parda yoki ko'z gavhari to'qimasining yetishmasligi, yorilishi.

Koma — psixik faoliyatning to'liq so'nishi, ko'z qorachig'i va boshqa reflekslarning yo'qolishi, bulbar va toza buzilishlar.

Kompensatsiya — shaxs va organizm tizimiy aloqalarini qayta qurish orqali ayrim tuzilma yoki funktsiya yetishmovchiligini to'ldirish; mikromuhitni (oil, mehnat joyi) o'zgartirish hisobidan psixopatik xususiyatlarning vaqtinchalik yumshashi.

Konfabulyatsiyalar — bemor tomonidan ongsiz ravishda o'ylab topilgan, ehtimolsiz yoki fantastik voqealar, go'yo u ishtirok etgandek tasvirlanadi.

Koping — stress bilan kurashish uchun inson tomonidan ongli ravishda ishlab chiqilgan usullar.

Korsakov sindromi — yaqin vaqtdagi voqealarni eslay olmaslik, biroq o‘tmish voqealari xotirasining nisbatan saqlanib qolishi.

Kriptomneziya — shaxs voqealarning haqiqiy tajribasi bilan boshqalarga tegishli holatlarni eshitgan yoki ko‘rganini farq qila olmaydigan, xotirada chegara yo‘qolgan holat (“yashirin xotira”).

Latent — yashirin, tashqi belgisiz.

Limbik tizim — qadimgi va eski qavat qori (gippokamp, qo‘sh yo‘l qatlami), qo‘shimcha tuzilmalar (mindalina, talamus va gipotalamusning ayrim yadrolari)dan iborat bo‘lib, emotsional-vegetativ funksiyalar va instinktiv ehtiyojlarni boshqaradi.

Logopatiya — nutqning fonematik rivojlanishining kechikishi.

Lokus nazorati — shaxsiy baholash pozitsiyasi; shaxs o‘z va boshqalar xatti-harakatlarining sabablarini qaerga yo‘naltirishini ko‘rsatadi. Tashqi lokus — shaxs muvaffaqiyatsizlik uchun atrofdagilar yoki vaziyatni ayblaydi. Ichki lokus — shaxs o‘z xatti-harakati va taqdiri uchun faqat o‘zi javobgar, deb hisoblaydi.

Maniakal-depressiv psixoz — endogen kasallik; affektiv buzilishlar bilan kechadigan hurujlar yoki fazalar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Xurujlar orasidagi vaqtda shaxs to‘liq sog‘lom bo‘ladi, shaxsiyat o‘zgarishlari kuzatilmaydi.

Maniakal holat — depressiyaga teskari holat; kayfiyatning ko‘tarilishi, tafakkur jarayonlarining tezlashishi, turli assotsiatsiyalar paydo bo‘lishi, psixomotor hayajonlanish bilan kechadi.

Tibbiy psixologiya — qo‘llanma fan; maqsadlari: kasalliklarga ta’sir etuvchi psixik omillarni o‘rganish, ularning profilaktikasi va davolashi; turli kasalliklarning psixikaga ta’sirini o‘rganish; psixikaning turli ko‘rinishlarini dinamikada tadqiq qilish; bemorning tibbiyot xodimlari va mikromuhit bilan munosabatlarini o‘rganish; klinikada psixologik tadqiqot usullarini ishlab chiqish; davolash va profilaktika maqsadida psixologik ta’sir usullarini ishlab chiqish.

Melanxoliya — ruhiy holat; tushkun kayfiyat, harakatning sekinligi, fikr yuritishning qiyinlashishi bilan tavsiflanadi.

Metasimulyatsiya — avval mavjud bo‘lgan kasallik yoki uning og‘irlashuvi simptomlarini qayta namoyish etish.

Miopiya — yaqinni ko‘rish; ko‘rish fokusi setchatkadan oldinda joylashishi.

Mutizm — nutqning yo‘qolishi, biroq ichki va yozma nutq saqlanadi.

Navyazchivost — bu shaxs ruhiyatida xohishi va irodasiga qarshi ravishda paydo bo‘ladigan fikrlar, hislar, qo‘rquvlar yoki harakatlarga moyillik holati. Inson ularni anglaydi, ularning ma‘nosiz yoki ortiqcha ekanligini tushunadi, biroq baribir ulardan qutula olmaydi. Masalan: *doimiy ravishda qo‘l yuvish istagi; muayyan so‘z yoki iboralarni ongsiz takrorlash; muayyan raqam yoki harakatdan qo‘rqish; biron fikrni qayta-qayta o‘ylash*. Psixologiya va klinik psixologiyada **navyazchivost** “obsessiv holatlar” deb ham ataladi va u ko‘pincha **obsessiv-kompulsiv buzilish (OKB)** bilan bog‘lanadi.

Navyazchiv holatlar (obsessiyalar) — inson xohishsiz paydo bo‘ladigan fikrlar, qo‘rquvlar, harakatlar, shubhalar.

Navyazchiv harakatlar — inson xohishiga zid ravishda takrorlanadigan, patologik, simptomatik xatti-harakatlar.

Nevroz — inson ehtiyojlari va ularni qondirish imkoniyatlari o‘rtasidagi hal qilinmagan ichki nizo tufayli paydo bo‘ladigan psixogen nerv-psixik buzilish; psixozga xos ongning og‘ir buzilishsiz, o‘ziga xos klinik simptomlar (shu jumladan, somatik buzilishlar) bilan namoyon bo‘ladi.

Navyazchiv holatlar nevrozi — navyazchiv qo‘rquvlar, tasavvurlar, shubhalar bilan kechadigan nevroz.

Nevrozlar — psixotravmatik omillar ta‘sirida yuzaga keladigan, chegaraviy, qayta tuzaladigan psixik buzilishlar. Bemor o‘z kasalligini anglaydi, voqelikni idrok etish buzilmaydi. Asosan psixogen xarakterdagi emotsional va somatovegetativ buzilishlar bilan kechadi.

Nevrasteniya — uzoq muddatli psixotravmatik omillar ta‘sirida paydo bo‘ladigan nevroz; yuqori qo‘zg‘aluvchanlik, tez charchash va ruhiy- jismoniy holdan toyish bilan tavsiflanadi. Simptomlar: asabiy zaiflik, hissiyot labilligi, kayfiyatning beqarorligi (asosan pasaygan, tushkun), tez charchash, yig‘loqilik, qo‘rquv va xavotir, uyqu buzilishi, bosh og‘riqlari, jinsiy buzilishlar, vegetativ nerv tizimida turli buzilishlar.

Nevrotizm (neyrotizm) — emotsional beqarorlik, xavotirlilik, o‘z-o‘zini past baholash, vegetativ buzilishlar bilan tavsiflanadigan holat.

Nevrotik depressiya — psixogen omillar ta‘sirida paydo bo‘ladigan yengil depressiya; g‘amgin kayfiyat, adinamiya (kuchi yetishmaslik), ko‘pincha navyazchiv fikrlar bilan kechadi.

Neyropsixologiya — klinik psixologiyaning bo‘limi; miya shikastlanishlari materiallari asosida yuqori psixik funksiyalarning miya mexanizmlarini o‘rganadi.

Norma — jamiyat bilimlari va ehtiyojlariga javob beruvchi, kerakli holat me‘yorini belgilaydigan ko‘rsatkich yoki tizim.

Obnubilyatsiya — yengil og‘ush holati (masalan, intoksikatsiya, jarohlarda kuzatiladi).

Hayotiy faoliyat cheklanishi — insonning o‘z-o‘ziga xizmat qilish, mustaqil harakatlanish, yo‘nalish topish, muloqot qilish, o‘z xatti-harakatini nazorat qilish, o‘qish yoki mehnat qilish qobiliyatining to‘liq yoki qisman yo‘qolishi.

Oligofaziya — so‘z boyligining kamligi.

Oligofreniya — tug‘ma yoki bolalikning dastlabki (3 yoshgacha) davrida orttirilgan aqliy rivojlanish kamchiligi. Intellektual nuqson ustun bo‘lib, keyingi hayotda og‘irlashmaydi. Emotsionallik, motorika, idrok va diqqatning rivojlanishi ham orqada qoladi.

Oneyroid — ongning tumanlashishi; fantastik, xayaliy-ta‘biri, to‘liq hodisalardan iborat manzaralarning ixtiyorsiz ravishda paydo bo‘lishi.

Otreagirovanie — ruhiy kechinmalarni tashqi tomondan kuchli hissiyot bilan ifoda etish; emotsional razryad, travmatik voqea bilan bog‘liq hissiyotlarni tashqarisiga chiqarish.

Otreshyonnost — voqealarni parchalangan, izchil bo‘lmagan holda idrok etish.

Paramneziyalar (pseudoreminissensiyalar, konfabulyatsiyalar, kriptomneziyalar) — noto‘g‘ri, yolg‘on xotiralar; xotira aldovlari.

Paranoid shizofreniya — shizofreniyaning eng ko‘p tarqalgan shakli; ta‘sir qilish, ta‘qib, munosabatlar haqidagi bred bilan kechadi. Kam hollarda zaharlanish, yuqish, metamorfoza, rashk, buyuklik breidi bilan namoyon bo‘ladi.

Parafaziylar — tovushlar va so‘zlarni ularga yaqin ma‘no yoki talaffuzdagi boshqa so‘zlar bilan almashtirish.

Parez — harakat funksiyasining qisman yo‘qolishi, kuch va harakat amplitudasining cheklanishi.

Paresteziyalar — tanadagi noyoqim hislar (masalan, quruqqon, yonish, murakkabsiz og‘riq, karaxtlik).

Paroksizm — kasallik jarayonining kuchayishi, xuruj ko‘rinishida to‘satdan boshlanishi; kuchli emotsional holat (umidsizlik, g‘azab, qo‘rquv va h.k.).

Patologiya (psixik) — inson emotsional noqulayligi, uning sababi psixik faoliyatni boshqaruvchi biologik mexanizmlarning morfofunktsional buzilishida yotadi.

Patopsixologik eksperiment — psixik faoliyatning turli xususiyatlarini kasallik holatida ochib beruvchi maxsus sharoitlarni yaratish orqali o‘tkaziladigan tadqiqot.

Patopsixologiya — tibbiy psixologiya bo‘limi; kasallikda psixik faoliyat va shaxs xususiyatlari buzilish qonuniyatlarini o‘rganadi.

Perseveratsiya — muayyan harakat, g‘oya yoki hissiyotning ixtiyorsiz ravishda takrorlanishi, doimiyligi, ongli niyatga qarshi takrorlanishi.

Chegaraviy holat — psixik sog‘liq va ifodalangan patologiya o‘rtasidagi shartli chegarada joylashgan yengil, noaniq psixik buzilishlar.

Simptom qidirish — turli xil shikoyatlar (simptomlar)ni ko‘paytirib ko‘rsatish, ular sindromga to‘liq kirmaydi.

Praksis — predmetli faoliyatga qobiliyat.

Presenil demensiyalar — qarishdan oldingi yoshda namoyon bo‘ladigan kasalliklar; bosqichma-bosqich kuchayadigan, to‘xtovsiz aqliy zaiflashuv jarayoni bilan kechadi.

Progredientlik — kasallikning o‘zgarishlari ortib borishi bilan kechishi.

Pseudoreminissensiya — voqealarni xotirada qayta tiklash, ammo boshqa vaqt yoki makonda sodir bo‘lgandek eslash.

Psixik moslashish (adaptatsiya) — insonning shaxsiy qobiliyatlari va moyilliklari orqali ijtimoiy muhitga moslashishi, o‘zini hayotda ro‘yobga chiqarishi.

Psixik xususiyat — shaxs psixik jarayonlari, funksiyalari va holatlarida namoyon bo‘ladigan individual xususiyat.

Psixik holat — muayyan ehtiyojga bog‘liq holat; vaqt bo‘yicha cheklangan, doimiy bo‘lmagan ish qobiliyati sharoitida namoyon bo‘ladigan psixik jarayonlar dinamikasi (P.K. Anoxin ta’rificha).

Psixoasteniya — kasallik; kuchli ikkilanish, qo‘rquvchanlik, shubhachanlik, navyazchiv g‘oyalarga moyillik bilan kechadi.

Psixogeniyalar — qisqa yoki uzoq muddatli psixik travmalar ta‘sirida vujudga keladigan turli xil psixik buzilishlar.

Psixogen — kuchli hissiyot, stress kabi psixik ta‘sirlar natijasida yuzaga keladigan holat.

Psixoz — psixikaning chuqur buzilishi; voqelikni ong va o‘zini anglashda buzib aks ettirishi (bred, gallyusinatsiya va h.k.), shaxsning ijtimoiy moslashuvini yo‘qotishiga olib keladi.

Psixologik himoya — ongsiz ravishda ichki nizolardan, istak va voqelik o‘rtasidagi ziddiyatlardan, distressdan himoya qilishga yo‘nalgan psixik jarayonlar.

Psixologik tip — shaxsning tashqi dunyoga munosabatini belgilaydigan, muayyan psixik xususiyatlar ustunlik qiladigan ustuvor individual tuzilma.

Psixoorganik sindrom — aqliy rivojlanish kechikishi, asab jarayonlarining inertligi, samaradorlikning oshishi bilan kechadi.

Psixopatiyalar — xarakter patologiyasi; shaxsning o‘ziga xos xususiyatlari deyarli qaytmas darajada namoyon bo‘lib, ijtimoiy muhitga moslashuvini qiyinlashtiradi.

Psixopatologiya — psixiatriyaning bir bo‘limi, u psixik kasallik alomatlarini ularning rivojlanish jarayonida tasvirlaydi, kelib chiqish xususiyatlari va boshqa tafakkur buzilishlari bilan klinikadagi bog‘lanishini o‘rganadi.

Psixosomatik buzilish — ichki organlar va tizimlar funksiyalarining buzilishi, ko‘proq hollarda ruhiy omillar, kuchli yoki surunkali travmalar, shaxsning emotsional reaksiya xususiyatlari bilan bog‘liq holat.

Rasteryannost (adashish holati) — keskin ma‘nosizlik holati, voqealarni anglay olmaslik, tushunish qiyinligi, o‘zini yordamsiz his qilish, muhitni izchil idrok eta olmaslik.

Ratsionalizatsiya — insonning o‘z fikr va xatti-harakatlarini, hatto ular irratsional bo‘lsa ham, aqlan asoslashga yo‘naltirilgan ongsiz intilishi.

Reabilitatsiya — tibbiy, yuridik, psixologik va boshqa chora-tadbirlar majmuasi; organizm funksiyalari va mehnat qobiliyatini tiklash yoki kompensatsiya qilish, turli davolash va maxsus choralar bilan bemor yoki nogironning hayotiy faoliyatini tiklash.

Regress — ontogenezdagi ilgarigi bosqichlarga qaytish; ijtimoiy jihatdan puxtalashmagan psixik reaksiya shakllariga vaqtinchalik qaytish.

Rentlik xulq-atvor — shaxsning sog‘lig‘iga muvofiq kelmagan holda moddiy, ijtimoiy yoki psixologik imtiyozlarni olishga yo‘naltirilgan ongli harakati.

Rezidual buzilish — kasallikning og‘ir boshlang‘ich davridan keyin saqlanib qoladigan, lekin kuchayib bormaydigan buzilish.

Rezonyorlik — ma‘nosiz, hech narsaga olib kelmaydigan muhokamalarga moyillik.

Reminissensiya — ma‘lumotni ikkinchi marta eslashda yaxshiroq qayta tiklash.

Retardatsiya — psixik rivojlanishning kechikishi yoki to‘xtashi.

Refleksiya — produktiv tafakkurning muhim mexanizmi; vaziyat va harakatlarni tahlil qilish, muammolarni hal qilish usullarini topish jarayoni; insonning o‘z holati va xatti-harakatlarini hamda boshqalarning harakatlarini anglab, tahlil qilishi.

Rigidlik — yangi talablarga ko‘ra faoliyat dasturini o‘zgartirishda qiynalish yoki umuman o‘zgartira olmaslik.

Sverxsoznanie — ongsiz motivatsiyalar, hislar, ijodiy faoliyatda anglanishga intiladigan ruhiy jarayonlar sohasi.

Simptom — kasallik yoki buzilishning xos belgilari, organizmning normal holatidan chekinishini ko‘rsatuvchi alomatlar.

“Hech qachon ko‘rilmagan” simptomi — yaxshi tanish narsa yot, yangi narsadek qabul qilinadi.

“Allaqachon ko‘rilgan” simptomi — yangi narsa va vaziyatlar oldin ko‘rilgandek qabul qilinadi.

Simultant — axborotni bir vaqtning o‘zida, yaxlit ravishda qamrab olish jarayoni.

Simulyatsiya — bemorga xos bo‘lmagan, mavjud bo‘lmagan simptomlarni ko‘rsatish.

Sindrom — belgilari o‘zaro bog‘langan, yagona simptomokompleksni tashkil etuvchi kasallik holati.

Sinestopatiyalar — g‘alati, gallyusinatsiyaga o‘xshash og‘riq hislari.

Psixik xususiyatlar tizimi — shaxsning muayyan psixik funksiyasini ta'minlovchi barqaror xususiyatlar tizimi.

Skleroz — organning maxsus to'qimasini biriktiruvchi to'qima bilan almashinishi.

Skotoma — ko'rish maydonida ko'rmaydigan nuqta (ko'rish nervi yoki ko'rish analizatorining shikastlanishi natijasida).

Somatogenez — somatik kasalliklar yoki organik o'zgarishlar asosidagi ikkinchi darajali psixik buzilishlar.

Somatopsixologiya — klinik psixologiyaning sohasi; psixik va nevrologik emas, balki somatik kasalliklar bilan og'rikan shaxslarning shaxsiy-psixologik xususiyatlarini o'rganadi.

Sopor — og'ushdan keyingi og'ir holat; oddiy psixik reaksiyalar vaqtinchalik ta'sirlarga saqlanadi.

Sotsiopsixogenez — shaxsning turmush tarzi va shaxs tipi bilan bog'liq somatik buzilishlar.

Spontan — ichki sabablar bilan yuzaga keladigan, ixtiyorsiz jarayon.

Statik yondashuv (kasallikda) — kasallik davrida shaxs uchun paydo bo'ladigan muayyan afzalliklar.

Qarilik slaboumiyasi (senil demensiya) — miya atrofiyasi tufayli rivojlanadigan kasallik; psixik faoliyatning bosqichma-bosqich yemirilishi va shaxsning to'liq yo'qolishiga olib keladi.

Stress tolerantlik — stressga chidamlilik.

Suksessiv — psixik obraz elementlarining izchil, qismma-qism qo'shib borishi.

Qorong'u holat (sumerechnoe sostoyanie) — ongning keskin tortilish holati; inson tashqi voqelikdan faqat bir qismni idrok etadi.

Supersimulyatsiya — haqiqiy bemorning unda yo'q bo'lgan boshqa kasallik simptomlarini ko'rsatishi.

Ustanovochный xulq-atvor — simptomlarni og'irlashtirib ko'rsatish, mavjud kasallik simptomlarini yashirish yoki yo'q simptomlarni ko'rsatishga yo'naltirilgan xatti-harakat.

Faza — vaqt bilan cheklangan psixopatologik holat.

Frustratsiya — shaxsiy muhim maqsad yoki ehtiyoj bajarilmaganida paydo boʻladigan ruhiy holat; ruxiy tushkunlik.

Qadriyat yoʻnalishlari — shaxsning hayot mazmuni, ideallari, ustuvor yoʻnalishlari tizimi. Ular shaxsning ichki faollik manbai hisoblanadi.

Shizofreniya — sabablari aniq boʻlmagan, tafakkur, idrok, affektiv-lichnost sohalarini oʻzgartiruvchi psixik kasalliklar guruhi.

Evstress — ijobiy hissiyotlar bilan bogʻliq stress.

Eyforiya — obʻektiv holatga mos kelmaydigan barqaror koʻtarinki kayfiyat, ortiqcha xursandchilik holati.

Ekzogen — tashqi sabablar bilan yuzaga keluvchi.

Ekspektatsiya — shaxsning ijtimoiy rolini bajarishiga nisbatan kutilmalar va talablar tizimi. Unda ikki jihat mavjud: *atrofdagilarning oʻz rollariga mos harakat qilishini kutmaslik huquqi; shaxsning boshqalar kutganidek harakat qilishi majburiyati.*

Emotsiya — inson va hayvonlarning ichki va tashqi qoʻzgʻatuvchilar taʼsiriga ruhiy reaksiyasi; kuchli subʻektiv rangga ega boʻlib, his-tuygʻular va kechinmalarning barcha turlarini qamrab oladigan holat.

Empatiya — hamdardlik, hamquvonch va hamdardlik qila olish qobiliyati; individning boshqa insonlarning kechinmalariga emotsional javob qaytara olish qobiliyati.

Endogen — ichki sabablar bilan yuzaga keladigan holat.

Epilepsiya — markaziy nerv tizimining shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan surunkali psixik kasallik; turli paroksizmal (xuruj) holatlar va shaxsda tez-tez uchraydigan oʻzgarishlar bilan tavsiflanadi.

Epileptik status — patologik holat, unda talvasa xurujlari ortidan keyingisini, ong toʻliq tiklanmasdan davom etishi.

Etiopatogenez — kasallikning sabablari (etiologiya) va uning rivojlanish mexanizmlari (patogenez).

Exolaliya — soʻzlovchi aytgan soʻz yoki iboralarning soʻnggisini takrorlab aytish.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI

1. Abramova G.S., Yudchis Yu.A. Psixologiya v meditsine. M., 1998.
2. Bratus B.S. Anomalii lichnosti. M., 1989.
2. Burlachuk L.F., Morozov S.M. Slovar-spravochnik po psixodiagnostike. SPb., 1999.518 s.
3. Vasserman L.I., Щелkova O.Yu. Meditsinskaya psixodiagnostika: teoriya, praktika, obuchenie. SPb., 2003.
4. Vasserman L.I., Bocharov V.V., Vasserman YeL. i dr. Kompyuternyy psixodiagnosticheskiy instrumentariy v prakticheskoy rabote meditsinskogo psixologa. SPb., 2002.
5. Выготский L.S. Moral insanity // Выготский Л.С. Собр. соч. М., 1983. Т. 5. S. 150-152.
6. Выготский L.S. Diagnostika razvitiya i pedologicheskaya klinika trudnogo detstva // Tam je. S. 257-321.
7. Grof S. Za predelami mozga. Rojdenie, smert i transsendensiya v psixoterapii. M.: Sosvetie, 1992.
8. Zalevskiy G.V. K istorii, sostoyaniyu i problemam sovremennoy klinicheskoy psixologii // Sibirskiy psixologicheskij jurnal. 1999. № 10. S. 53-56.
9. Zalevskiy G.V. Fiksirovannyye formy povedeniya individualnykh i grupponykh sistem (v kulture, obrazovanii, nauke, v norme i patologii). Moskva; Tomsk, 2004.
10. Zalevskiy G.V. Psixologiya zdorovya — problemy obrazovaniya i kulture: Mater. Vseros. konf. (Tomsk, 5-7 oktyabrya 2005 g.) // Sibirskiy psixologicheskij jurnal. 2005. № 22. S. 153-157.
11. Zalevskiy G.V. Osnovy sovremennoy bixevioralno-kognitivnoy psixoterapii. Tomsk: Tom. gos. un-t, 2002,2006.
12. Zalevskiy G.V. Vvedenie v klinicheskuyu psixologiyu: Elektronnyy resurs. Tomsk: IDO TGU, 2006.
13. Zalevskiy G.V. Lichnost i fiksirovannyye formy povedeniya. M.: IP RAN, 2007.
14. Zalevskiy G.V. Fanatizm kak osnovanie i xarakteristika destruksii sistemy sennostey i duxovnogo nezdorovya lichnosti i sotsialnykh soobshchestv // Sennostnye osnovaniya psixologicheskoy nauki i psixologiya sennostey / Pod red. V.V. Znakova, G.V. Zalevskogo. M.: IP RAN, 2008. S. 314-340.
15. Zalevskiy G.V. Ob'yasnenie i ponimanie kak metody psixologii II Teoriya i metodologiya psixologii. M.: IP RAN, 2007. S. 195-222. Rekomenduemaya literatura
16. Zalevskiy G.V. Ot «demonicheskoy» do «biopsixosotsionoeticheskoy» modeli psixicheskogo rasstroystva // Sibirskiy psixologicheskij jurnal. 2009. №31.
17. Zalevskiy G.V., Kuzmina Yu.V. Nekotorye problemy psixologii zdorovya // Sibirskiy psixologicheskij jurnal. 2010. № 35. S. 6-10.

18. Zeygarnik B.V. Patopsixologiya. M., 1986, 1999.
 19. Ibodullayev Z. Asab va ruhiyat., 4-nashr. Ilmiy-ommabop risola. T, 311 b.
 20. Ibodullayev Z. Tibbiyot psixologiyasi. Darslik., 3-nashr., T.; 2019. 494b.
 21. Kabanov M.M. Некоторые методологические и методические вопросы реабилитации больных // Труды Ленинград, научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. 1974. S. 26-40.
 22. Kabanov M.M., Lichno A.E., Smirnov S.V. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. L., 1983.
 23. Karvasarskiy B.D. Клиническая психология. SPb., 2002.
 24. Клиническая психология / Под ред. M. Perre, U. Bauman. 2-ye izd. SPb.; M., 2002.
 25. Korobeynikov I.A. Narushenie razvitiya i sotsialnaya adaptatsiya. M., 2002.
 26. Kuzmina Yu.V. Programma pсихологического сопровождения беременных женщин в контексте биопсихосоциальной модели беременности // Sibirskiy pсихологический журнал. 2008. № 27. S. 113-115.
 27. Krechmer E. Meditsinskaya pсихология. SPb.: Soyuz, 1998.
 28. Kudryavsev I.A. Kompleksnaya sudebno-psixologo-psixiatricheskaya ekspertiza. M., 1996.
 29. Lidere A.G. Osobennosti pozitsii prakticheskogo pсихолога po otnosheniyu k klientu II Журнал практического психолога. 1996. № 3. S. 15-29.
 30. Lichko A.E. Psixopatii i aksentuatsii xaraktera u detey i podrostkov. L., 1983.
 31. Lomov B.F., Tarabrina N.V. Meditsina i pсихологическая наука // Клиническая психология: Xrestomatiya / Sost. N.V. Tarabrina. SPb., 2000.
 32. Luriya R.A. Vnutrennyaya kartina bolezni i patogennyye zabolevaniya. M., 1944.
 33. Luriya A.R. Osnovy neyropsixologii. M., 1973.
 34. Mindell E. Psixoterapiya kak duxovnaya praktika. SPb., 1997.
 35. Myasitshev V.N. Lichnost i nevrozы. L., 1960.
 36. Neznанov N.G., Akimenko M.A., Kosyubinskiy A.P. Shkola V.M. Bextereva: Ot psixonevrologii k biopsixosotsialnoy paradigme. SPb., 2007.
 37. Nikolaeva V.V. Vliyanie xronicheskoy bolezni na psixiku. M., 1987.
 38. Polyakov Yu.F. Novaya spetsialnost - klinicheskaya pсихология // Sibirskiy pсихологический журнал. 1999. № 10. S. 51-53.
 39. Polyakov Yu.F. O metodologicheskix problemax vzaimosvyazi psixiatrii i psixologii (k itogam diskussii) // Журнал невропатологии и psixiatrii im. S.S. Korsakova. 1977. T. 77, вып. 12. S. 1822-1832.
 40. PrevoKlod-M. Клиническая психология. M., 2005.
 41. Psixonevrologiya v sovremennom mire. Yubileynaya nauchnaya sessiya: Materialы (14-18 maya 2007 g.). SPb., 2007. Psixoterapevticheskaya ensiklopediya / Pod red. B.D. Karvasarskiy. SPb., 1998.
-

42. Rogovin M.S. Mejdunarodnyy seminar po voprosu vzaimootnosheniya psixologii i psixiatrii // Jurnal nevropatologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova. 1962. T. 62, vyr. 8. S. 1266-1270.
 43. Rogovin M.S. Vvedenie v psixologiyu. M., 1969.
 44. Rogovin M.S. Nauchnye kriterii psixicheskoy patologii. Yaroslavl: YarGU, 1981.
 45. Rogovin M.S. Osnovnye polozeniya obshchepsixologicheskoy strukturno-urovnevoy teorii // Poznavatelnye protsessy i lichnost v norme i patologii. Yaroslavl, 1995. S. 10-12.
 46. Rogovin M.S., Zalevskiy G.V. Teoreticheskie osnovaniya psixologicheskogo i psixopatologicheskogo issledovaniya. Tomsk: Tom. gos. un-t, 1988.
 47. Rodjers K. Iskusstvo konsultirovaniya i terapii. M., 2002.
 48. Sele G. Stress bez distressa. SPb., 1994.
 49. Txostov A.Sh. Psixologiya telesnosti. M., 2002.
 50. Urvansev L.P. Psixologiya v somaticheskoy klinike. YaGU, 1998.
 51. Frankl V. Chelovek v poiskakh smysla. M.: Progress, 1990.
 52. Frankl V. Skazat jizni «Da». M.: Smysl, 2008.
 53. Freyd 3. Rojdenie psixoanaliza. Parij: PUF, 1956.
 54. Fromm E. Begstvo ot svobody. M., 1998.
 55. Xomskaya YeL. Neyropsixologiya. M., 1977.
 60. Shuls D.P., Shuls S.E. Istoriya sovremennoy psixologii. SPb., 1998. Evolyusiya psixoterapii: V 4 t. M.: Klass, 1998.
 61. Yaspers K. Obshchaya psixopatologiya. M., 1997.
 62. Rogovin M.S. Mejdunarodnyy seminar po voprosu zaimootnosheniya psixologii i psixiatrii // Jurnal nevropatologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova. 1962. T. 62, vyr. 8. S. 1266-1270.
 63. Rogovin M.S. Vvedenie v psixologiyu. M., 1969.
 64. Rogovin M.S. Nauchnye kriterii psixicheskoy patologii. Yaroslavl: YarGU, 1981.
 65. Rogovin M.S. Osnovnye polozeniya obshchepsixologicheskoy strukturno-urovnevoy teorii // Poznavatelnye protsessy i lichnost v norme i patologii. Yaroslavl, 1995. S. 10-12.
 66. Rogovin M.S., Zalevskiy G.V. Teoreticheskie osnovaniya psixologicheskogo i psixopatologicheskogo issledovaniya. Tomsk: Tom. gos. un-t, 1988.
 67. Rodjers K. Iskusstvo konsultirovaniya i terapii. M., 2002.
 68. Sele G. Stress bez distressa. SPb., 1994.
 69. Txostov A.Sh. Psixologiya telesnosti. M., 2002.
 70. Urvansev L.P. Psixologiya v somaticheskoy klinike. YaGU, 1998.
 71. Frankl V. Chelovek v poiskakh smysla. M.: Progress, 1990.
 72. Frankl V. Skazat jizni «Da». M.: Smysl, 2008.
 73. Freyd 3. Rojdenie psixoanaliza. Parij: PUF, 1956.
 74. Fromm E. Begstvo ot svobody. M., 1998.
-

75. Xomskaya YeL. Neyropsixologiya. M., 1977.
76. Shuls D.P., Shuls S.E. Istoriya sovremennoy psixologii. SPb., 1998.
77. Evolyusiya psixoterapii: V 4 t. M.: Klass, 1998.
78. Yaspers K. Obshaya psixopatologiya. M., 1997.

MUNDARIJA

SO‘ZBOSHI

1-mavzu. Klinik psixologiyaning ob’ekti va predmeti	5
1.1. Klinik psixologiyaning ta’riflari	5
1.2. Klinik psixologiyaning ob’ekt maydoni va predmeti	7
1.3. Klinik psixologiyaning psixologiya va tibbiyotga munosabati	10
2-mavzu. Klinik psixologiyaning qisqacha tarixi	16
2.1. Kirish	16
2.2. Klinik psixologiya rivojlanish tarixidagi an’analar	25
2.3. Yaqin xorij va mahalliy olimlarning klinik psixologiya rivojiga qo‘shgan hissi	62
3-mavzu. Klinik psixologiyaning vazifalari va ularni yechish	69
3.1. Tadqiqot	69
3.2. Psixodiagnostika	71
3.3. Ekspertiza - klinik psixologiyaning vazifasi sifatida	74
3.4. Psixointervensiya (psixologik yordam): shakllari va bosqichlari	75
3.4.1. Psixoprofilaktika.	76
3.4.2. Psixoterapiya	76
3.4.3. Psixologik maslahat	78
3.4.4. Psixokorreksiya (ortopsixologiya)	80
3.4.5. Psixoreabilitatsiya	81
4-mavzu. Klinik psixologiya metodologiyasining masalalari	84
4.1. Norma va patologiya, sog‘liq va kasallik (buzilishlar) muammolari	84
4.2. Klinik psixologiyadagi paradigmalar, tadqiqot dasturlari va modellar ..	95
4.2.1. Umumlashtirilgan paradigmalar	96
4.2.2. Aniq klinik-psixologik modellar	109
5-mavzu. Klinik psixologiya tuzilmasi	136
5.1. Umumiy klinik psixologiya	137
5.2. Xususiy klinik psixologiya	139
5.2.1. Patopsixologiya	139
5.2.2. Klinik neyropsixologiya	140
5.2.3. Psixosomatik munosabatlar: psixosomatologiya va somatopsixologiya.	141
5.2.4. Sog‘liq psixologiyasi	145
5.3. Maxsus klinik psixologiya (alohida ruhiy buzilishlar, inqiroz holatlari)	149
5.3.1. Alohida ruhiy buzilishlar psixologiyasi	149
5.3.2. Inqiroz holatlari psixologiyasi	149
6-mavzu. Klinik psixologiyada superviziya	150
6.1. Superviziyaning umumiy ta’rifi	150

6.2. Superviziyaning maqsad va funksiyalari	151
6.3. Superviziya jarayoni (superviziyaning olti qadami)	157

7-mavzu. Klinik psixologlar faoliyatining huquqiy va etik masalalari . 160

7.1. Yaqin kelajakda O‘zbekiston Respublikasida klinik psixologiya va tibbiy psixologiya oid rejalar.....	160
7.2. Psixologlarning axloqiy prinsiplari Umumjahon deklaratsiyasi.....	161
7.3. Gippokrat qasamyodi	166
7.4. Tibbiy psixologiya va klinik psixologiya farqlari va o‘xshashliklari.....	166
7.5. Tibbiy psixolog. kim?.....	169

u

Xulosa o‘rnida

.....	174
Mavzular bo‘yicha nazorat savollari	175
K.B. Murotmusaev tomonidan moslashtirilgan (2025 y.) “Turmush tarzi va sog‘liq darajasi” so‘rovnomasi (R. Straub. , 2002 y.).....	178
Kliniko-psixologik tadqiqot anketaci (K. B. Murotmusaev 2024).....	186
Tibbiy-psixologik anketa (Z. Ibodullaev 2009).....	189
Tibbiy-psixologik statusni tekshirish sxemasi(Z. Ibodullaev 2009).....	189
Tibbiyotda psixoterapiya(Z. Ibodullaev 2009).....	192
Atama va ta’riflar lug‘ati(glossariy).....	204
Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati	223

MUNDARIJA.....	227
-----------------------	------------

