

**BOSH MIYA JAROHATI OLGAN SHAXSLARNING IJTIMOIIY-PSIXOLOGIK
ADAPTATSIYASI:SHAXSIY INQIROZLARNI BAHOLASHNING PSIXOLOGIK
MEZONLARI.**

**Dekhkambayeva Zulfiya Abubakirovna
Burkhonova Shoxsanam Xamidovna**

(1-kurs magistr) Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, Uzbekistan

Annotatsiya: *Mazkur tadqiqot bosh miya jarohati (BMJ) olgan shaxslarning jarohatdan keyingi davrda jamiyatga qayta moslashishi, ruhiy holatining barqarorlashishi va bu jarayonda shaxsiy inqirozlarni o'rganishga bag'ishlangan. Bosh miya jarohatlari nafaqat bemorlarning kognitiv va fiziologik holatiga balki, shaxsning o'zligini anglash tizimidagi buzilishlarga ham olib keladi. Maqolada shaxsiy inqirozlarni baholashda ko'p qo'llaniladigan Fyodor Yefimovich Vasilyukning 1984 yilda nashr etilgan "Kechinma psixologiyasi" kitobidagi psixologik mezonlar keltirilgan: subyektiv ruhiy azob chekish mezoni, dezadaptatsiya (moslashuvning buzilishi) mezoni, kognitiv (fikrlash) o'zgarishlar mezoni, vaqt ko'rsatkichi mezoni, psixosomatik belgilar mezoni, ekzistensial mezon (hayot mazmuni), destruktiv (vayronkor) xulq-atvor mezoni. Ushbu maqola orqali bosh miya jarohati olgan shaxslarning, xususan, barcha turdagi ta'lim muassasalarida tahsil olayotgan o'quvchilarning ruhiy holatini chuqur tushunishga ham qaratilgan bo'lib, bunday shaxslarni o'qitishdagi o'ziga xos jihatlar va ijtimoiy muhitga moslashish mexanizmlari bo'yicha tavsiyalar berilgan.*

Kalit so'zlar: *ruhiy holat, emotsional barqarorlik, shaxsiy inqiroz mezonlari, travmadan keyingi stress buzilishlari (TKSB) va uning patogenezi, neyropedagogika, o'quv motivatsiyasi, baholash mezonlari.*

Аннотация: *Данное исследование посвящено социальной реадaptации лиц с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), стабилизации их психического состояния и изучению личностных кризисов в посттравматический период. Черепно-мозговые травмы влияют не только на когнитивное и физиологическое состояние пациентов, но и приводят к нарушениям в системе самосознания личности. В статье приведены психологические критерии, широко используемые при оценке личностных кризисов, описанные в книге Фёдора Ефимовича Василюка «Психология переживания» (1984): критерий субъективного душевного страдания, критерий дезадаптации (нарушения адаптации), критерий когнитивных (мыслительных) изменений, временной критерий, критерий психосоматических признаков, экзистенциальный критерий (смысл жизни) и критерий деструктивного поведения. Данная статья также направлена на глубокое понимание психического состояния лиц с ЧМТ, в частности учащихся образовательных учреждений всех типов; даны рекомендации по особенностям их обучения и механизмам адаптации к социальной среде.*

Ключевые слова: *психическое состояние, эмоциональная стабильность, критерии личностного кризиса, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и его патогенез, нейропедагогика, учебная мотивация, критерии оценки.*

Abstract: *This research is dedicated to the social reintegration and mental stabilization of individuals with traumatic brain injury (TBI) in the post-traumatic period, as well as the study of personal crises within this process. Traumatic brain injuries affect not only the cognitive and physiological state of patients but also lead to disruptions in the system of self-identity. The article presents psychological criteria widely used in assessing personal crises, as outlined in Fyodor Yefimovich Vasilyuk's 1984 book "The Psychology of Experiencing": the criterion of subjective mental suffering, maladaptation (disruption of adaptation), cognitive (thinking) changes, the time factor, psychosomatic signs, the existential criterion (meaning of life), and destructive behavior. This article also aims to provide a deep understanding of the mental state of individuals with TBI, particularly students in all types of educational institutions. It offers recommendations on the specific aspects of teaching such individuals and mechanisms for their adaptation to the social environment.*

Keywords: *mental state, emotional stability, personal crisis criteria, post-traumatic stress disorder (PTSD) and its pathogenesis, neuropedagogics, learning motivation, assessment criteria.*

Mavzuning dolzarbligi: Shiddat bilan o'zgarib borayotgan zamonaviy dunyoda insonning jamiyatda o'z o'rnini topishi tobora murakkablashmoqda. Bu esa har bir shaxsdan zamon bilan hamnafas bo'lishini va o'zgaruvchan sharoitlarga tezkorlik bilan moslashishni talab qiladi. Bosh miya jarohati esa qisqa muddatda tuzalib ketadigan kasallik emasligini va o'zidan keyin uzoq muddatli asoratlar qoldirishini inobatga oladigan bo'lsak, bunday shaxslarni jamiyatga moslashishida birmuncha qiyinchiliklar yuz berishini ko'rishimiz mumkin. Mazkur sharoitda jarohat olgan shaxslarga har tomonlama ko'maklashuvchi mutaxassislarni jalb etish yoki pedagoglarni malakasini oshirish orqali ta'lim jarayonini optimallashtirish hamda pedagogikada kreativ yondashuvlarni shakllantirish maqsadga muvofiqdir.

Tadqiqotning maqsadi: Maqolani yozishdan maqsad, bosh miya jarohati olgan shaxslarni psixologik nuqtai nazardan o'rganish, ularni o'qitishdagi o'ziga xosliklarni aniqlash chunki, o'quv muammosiga yechim topilmaganda ba'zan o'qituvchilarning neyro pedagogik muloqati yordam beradi. Neuropedagogika kognitiv va ta'limni psixologiya va psixologik jarayonlar orqali o'rganadi. Raqamli axborot, pedagogik texnologiya va muloqot ko'nikmalarining ortib borishi o'z navbatida yangi pedagogik texnologiyalar va so'ngi ma'lumotlar bilan ishlovchi: sun'iy intellekt, neurotexnologiya, neuropsixologiya kabi sohalarni chuqur o'rganishni taqozo etmoqda. [1;126] Biz ushbu sohalarni o'rganish orqali o'qitish jarayonlarini osonlashtirishimiz mumkin.

Material va metodlar: Tadqiqot nazariy yo'nalishda olib borilib, unda ilmiy pedagogik va psixologik adabiyotlarni tahlil qilish, qiyosiy tahlil va umumlashtirish metodlaridan foydalanildi. Ruhiiy o'zgarishlar BMJning turli bosqichlarida turlicha

namoyon bo'ladi: ya'ni, jarohatdan keyingi dastlabki davrda emotsional beqarorlik ko'proq, uzoq muddatda esa depressiv holatlar va xotira muammolari ko'p uchraydi. Shaxs buzilishlari nafaqat individual psixik holatga, balki shaxsning jamiyatga moslashuvi, ijtimoiy rollarni bajarishi va munosabatlar tizimiga ta'sir ko'rsatadi.[7;86] Bunday bemorlarda shuningdek, ruhiy azob chekish mezoniga (birinchi mezon) mansub bo'lgan: emotsional beqarorlik, yani kayfiyat va emotsiyalarni boshqarishda qiyinchiliklar va depressiya, tashvishlanish kuzatiladi. Ilmiy adabiyotlarda emotsional barqarorlik shaxsning stressli va noaniq vaziyatlarda hissiy muvozanatni saqlay olish, impulsiv reaksiyalarni nazorat qilish hamda konstruktiv xulq-atvorni namoyon etish qobiliyati sifatida talqin etiladi.[4;154] Bemorlarda bunday qobiliyat yo'qoladi va chidab bo'lmas ruhiy og'riq, chorasizlik hissi paydo bo'ladi. Ular to'satdan yig'laydilar, tajovuzkorlik, kuchli qo'rquv va aksincha emotsional "muzlab qolish" yani hech narsani his qilmaslik kabilar kuzatiladi.[2;387] Ikkinchi mezon, dezadaptatsiya (moslashuvning) buzilishi bunda inqirozdagi inson o'zining odatdagi hayotiy vazifalarini bajara olmay qoladi. Ularda ijtimoiy izolyatsiya yani oilasidan, do'stlaridan, jamiyatdan uzoqlashish yuz beradi. Bularning barchasi xulq-atvor rigidligi - shaxsning yangi yoki kutilmagan vaziyatlarga moslashuvchan javob bera olmasligi va qat'iy, moslashuvchan bo'lmagan xulq-atvor strategiyalariga suyanishi bilan tavsiflanadi. Shu sababli, shaxs ijtimoiy muhitga integratsiyalashishda qiyinchiliklarga duch keladi va turli vaziyatlarda moslashish qobiliyati cheklangan bo'ladi. Bu holat, ayniqsa, jamoaviy faoliyatda yoki yangi sharoitlarda sezilarli bo'ladi. Bunday bemorlarda, empatiya yetishmovchiligi yuzaga keladi boshqalarning emotsional holatini tushunish va inobatga olish qobiliyatining pasayishi bilan bog'liq. Empatiya yetishmovchiligi shaxslararo munosabatlarda uzilishlarga olib keladi, do'stlik va ishchi aloqalarning sifatini pasaytiradi hamda shaxsning ijtimoiy qo'llab-quvvatlanish imkoniyatlarini cheklaydi. Bu esa ijtimoiy izolyatsiya, konfliktlar va jamiyatdagi muvaffaqiyatsizlikka olib keladi.[7;87] Uchinchi mezon, kognitiv (fikrlash) o'zgarishlar mezoni bunda inqiroz yuz bergan insonda xotira, diqqat, muammolarni hal qilish va qaror qabul qilish kabi jarayonlarni o'z ichiga oladi. Shuningdek, fikrlash doirasi pasayib qoladi va kognitiv distortsiya - shaxsning atrof-muhitdagi ijtimoiy vaziyatlarni noto'g'ri talqin qilishi va boshqalarning niyatlarini salbiy baholash tendentsiyasi rivojlanadi.[7;87] Qaror qabul qilishda qiyinchilik bo'ladi, hatto oddiy tanlovlarni ham qila olmaydi. O'ziga past baho berish orqali maqsadlarga erishish qiyinlashadi. To'rtinchi mezon, vaqt ko'rsatkichi mezoni inqiroz qancha davom etgani muhim ahamiyatga ega. Surunkali holat- agar inqirozli holat 6 haftadan ortiq davom etsa va inson o'z holatidan chiqa olmasa, bu patologik jarayon boshlanganidan dalolat beradi. Bunda bemorlarda vaqtni uzun yoki qisqa his qilish, ketma-ketlikning buzilishi yani bemorlar qaysi voqea oldin qaysi keyin bo'lganini eslay olmaslik kuzatiladi, joy va makonning yo'qolishi yuz beradi, rejalashtirishning imkonsizligi kuzatiladi. Beshinchi mezon, psixosomatik belgilar mezoni ruhiy omillar tufayli tanada organlar yoki tizimlarda funksional buzilishlar yoki kasalliklar jismoniy belgilar orqali namoyon bo'ladi.[5;204] Bunday belgilarga: uyqusizlik (dahshatli tushlar ko'rish va kunduzgi mudroq bo'ladi) yoki haddan tashqari

ko'p uxlash. Ishtahaning yo'qolishi yoki me'yoridan ortiq ovqat iste'mol qilish. Astenik sindrom (bu holat emotsional beqarorlik, kuchaygan xavotir, tez-tez paroksizmal jahl chiqish, ichki taranglik, kayfiyatning tez-tez o'zgarib turishi hisobiga og'irlashadi), [6;11] postravmatik bosh og'rig'i (tushunarsiz bosh og'riqlari yani bemorda organik sabab bo'lmasada, bemor stress yoki charchoq fonida kuchli og'riq his qiladi), vegetativ-tomir distoniyasi (yurak sohasidagi og'riqlar, qon bosimining o'ynashi, yurak tez urishi, ko'p terlash va bosh aylanishi kabi simptomlar bilan namoyon bo'ladi.) Oltinchi mezon, ekzistensial mezon (hayot mazmuni) bu inqirozning eng chuqur qatlami insonning qadriyatlari bilan bog'liq. Bunda bemorlar hayot mazmunini yo'qotadi. Ilgari muhim bo'lgan narsalar endi qadrsizlanadi. Bemorlar hayot bilan aloqasini uzadi va izolyatsiyaga tushib qoladi. Yettinchi mezon, destruktiv (vayronkor mezon) xulq atvor mezoni bu eng xavfli mezon bo'lib, o'ziga yoki atrofdagilarga zarar yetkazish ehtimoli bo'ladi. Bu holat autoagressiya yani o'z o'ziga shikast yetkazish bazan zararli odatlarga ruju qo'ya boshlaydi. (alkogol, narkotik) Suisidal fikrlar: hayotdan ko'z yumish haqidagi o'ylar yoki rejalar. Bemorlarda emotsional disfunktsiya rivojlanadi yani shaxsning affektiv reaksiyalarini nazorat qila olmasligi, kayfiyatning keskin o'zgarishi va kuchli hissiy tebranishlar bilan namoyon bo'ladi. Bu xususiyat shaxsning jamiyatdagi barqarorligini pasaytiradi, ijtimoiy konfliktlarni kuchaytiradi va turli ijtimoiy vaziyatlarga moslashuvni qiyinlashtiradi. Masalan, kichik nizolar yoki tanqidiy fikrlar shaxsda kuchli g'azab yoki tushkunlikka olib kelishi mumkin, bu esa munosabatlarni yanada murakkablashtiradi. [7;87] Agar yuqoridagi bir necha inqirozlar birga kelsa, masalan, uyqusizlik+ijtimoiy izolyatsiya+kelajakka ishonchsizlik bu uning chuqur inqirozda ekanligini va professional yordamga muhtojligini anglatadi. Yuqorida keltirilgan psixologik buzilishlardan bo'lgan, psixosomatik belgilar va kognitiv buzilishlar (diqqat, xotira) birgalikda kelganda biologik va psixologik poydevor bo'lib, insonning stressga chidamliligini pasaytiradi. Keyingisi, vaqt ko'rsatkichi va ruhiy azob birgalikda kelganda, jarohat yetkazgan voqeaning "o'tmishda" qolib ketmasligidir yani inson dahshatli lahzani hozirgi zamonda qayta-qayta yashaydi bu esa doimiy ruhiy azobga sabab bo'ladi. Shuningdek, miya jarohati tufayli kognitiv nazorat susaysa, vayronkor mezon (agressiya, o'zini ayblash) bu insonni ijtimoiy muhitga moslashishini cheklaydi. Yakuniy bosqichda ekzistensial mezon yani bemor "dunyo xavfsiz" degan fikrni yo'qotishi natijasida "hayotiy niyat" to'xtab qoladi. Yuqoridagi barcha inqirozlar vaqt davomida travmadan keyingi stress buzilishiga olib keladi. Bu og'ir psixologik zarba yoki hayot uchun xavfli vaziyatdan keyin rivojlanadigan ruhiy kasallik bo'lib, uning klinik belgilari, patogenez jarayonlari va neyrobiologik asoslari keng ko'rib chiqilishi kerak. Klinik kuzatuvlarga ko'ra, TKSB ni 3 ta asosiy huruhga bo'lishimiz mumkin: intruziv belgilar (travmani qayta eslash, jonli tasavvurlar, dahshatli tushlar), qo'rquv va tashvish bilan bog'liq belgilar (doimiy xavotir, hayajon, diqqatni jamlay ololmaslik, yuqori darajadagi hushyorlik) hamda ijtimoiy psixologik buzilishlar (chetlashuv, hissiy befarqlik, ijtimoiy aloqalardan uzilish). Ushbu belgilar birgalikda kelsa insonning adaptatsiya qobiliyatini pasaytiradi, natijada kasbiy faoliyat, o'quv jarayoni, oilaviy munosabatlar va ijtimoiy hayot izdan chiqadi. Tadqiqotlar shuni

ko'rsatadiki, BMJ olgan shaxslarda TKSB rivojlanadi va u quyidagi kasalliklarga sabab bo'ladi: yurak qon tomir, gipertenziya, metabolik sindrom, immun tizim zaiflashuvi va surunkali og'riqlar ko'p uchraydi. BMJ qanchalik erta davrda (bolalikda) yuzaga kelgan bo'lsa, shaxning buzilishlari shunchalik ko'p bo'ladi. Shaxsiy temperament, genetik predispozitsiya, psixologik chidamlilik darajasi va ijtimoiy qo'llab quvvatlashning mavjudligi TKSBning kechishi va og'irligiga bevosita ta'sir ko'rsatadi. TKSBning patogenezi markaziy nerv tizimi, endokrin tizimi va immun tizimi o'rtasidagi murakkab o'zaro aloqalarga asoslanadi. Stress reaksiyasida asosiy o'rin tutuvchi tizimlardan biri bu gipotalamo-gipofizar-buyrak usti bezi (HPA) o'qi hisoblanadi. Kuchli stress ta'sirida gipotalamus kortikotropin-releasing gormon (CRH) ishlab chiqaradi, bu esa gipofizni adrenokortikotrop gormon (ACTH) ajratishga undaydi. Natijada buyrak usti bezlari kortizol gormonini ko'p miqdorda ishlab chiqaradi. Kortizol organizmni stressga moslashtirishda muhim rol o'ynasa-da, uning surunkali darajada yuqoriligi miya tuzilmalarida, xususan gipokampda salbiy o'zgarishlarga olib kelishi mumkin. Gipokamp xotira shakllanishi va stress reaksiyasini tormozlashda asosiy rol o'ynaydi, shuning uchun ushbu tuzilmadagi disfunktsiya TKSB patogenezida muhim o'rin tutadi.[9;57] Bundan tashqari, amigdala faoliyatining kuchayishi xavf va qo'rquvga oid xotiralarni haddan tashqari faollashtiradi, natijada odam travmatik vaziyatni qayta qayta eslash va kuchli emotsional reaksiyalarni boshdan kechirishga moyil bo'ladi. Prefrontal korteks esa normal sharoitda amigdala faoliyatini tormozlaydi, biroq TKSBda uning inhibitiv roli zaiflashadi, bu esa qo'rquv va xavotirni nazorat qilish qobiliyatini pasaytiradi. Shu sababli, TKSB rivojlanishida amigdala, gipokamp va prefrontal korteks o'rtasidagi muvozanatning buzilishi asosiy neyrobiologik mexanizmlardan biri sifatida ko'riladi. Endokrin tizimdagi o'zgarishlar bilan bir qatorda immun tizim ham muhim rol o'ynaydi. Tadqiqotlarda TKSB bilan og'rikan bemorlarda yallig'lanish markerlari, jumladan sitokinlar (IL-6, TNF- α) darajasining oshishi qayd etilgan. Bu esa stressning faqat psixologik emas, balki immunobiologik oqibatlari ham mavjudligini ko'rsatadi. Immun tizimdagi ushbu o'zgarishlar organizmning umumiy reaktivligini kuchaytirib, surunkali yallig'lanish jarayonlarini rag'batlantirishi mumkin. Genetik va epigenetik omillar ham TKSB patogenezida muhim o'rin tutadi. Masalan, FKBP5 geni polimorfizmlari stress gormoni retseptorlariga sezuvchanlikni o'zgartirib, shaxsning travmaga bo'lgan moyilligini belgilab berishi mumkin. Epigenetik darajada esa DNK metilatsiyasi va giston modifikatsiyalari travmadan keyin gen ekspressiyasini o'zgartirib, uzoq muddatli biologik iz qoldiradi. Neyrotransmitterlar tizimidagi o'zgarishlar ham TKSB rivojlanishida muhim rol o'ynaydi. Serotonin darajasining pasayishi kayfiyatni tushkunlashtiradi va xavotirni kuchaytiradi, dopamin tizimidagi buzilishlar motivatsiya va zavq olish qobiliyatining pasayishiga olib keladi, norepinefrin darajasining ortishi esa ortiqcha qo'rquv reaksiyalariga sabab bo'ladi. Bu neyroximik disbalans TKSBning ko'plab klinik belgilarini tushuntirib bera oladi. Genetik va epigenetik omillar ham TKSBga moyillikda muhim ahamiyat kasb etadi. Ba'zi genetik polimorfizmlar, jumladan serotonin tashuvchisi (5-HTTLPR), dopamin retseptorlari (DRD2, DRD4) va FKBP5 genidagi o'zgarishlar shaxsning stressga bo'lgan sezgirligini oshirishi qayd etilgan.

Ushbu genetik xususiyatlar markaziy nerv tizimida neurotransmitterlar balansini o'zgartirishi, stress reaksiyalarining kuchayishiga olib kelishi mumkin. Epigenetik mexanizmlar esa, DNK metillanishi, giston modifikatsiyalari va mikroRNKlarning faollashuvi orqali gen ekspressiyasini tartibga soladi. Masalan, travmadan keyin CRH yoki kortizol reseptorlariga oid genlarning metillanish darajasi o'zgarib, organizmning stressga javob reaksiyasini kuchaytirishi mumkin. Bu jarayonlar uzoq muddatli biologik "iz" qoldirib, insonning keyingi hayotida ruhiy zaiflikni kuchaytiradi.[9;59] Bundan tashqari, ijtimoiy va psixologik omillar TKSB rivojlanish mexanizmlarida hal qiluvchi o'rin tutadi. Kuchli ijtimoiy qo'llab-quvvatlash, oilaviy barqarorlik, yaqin insonlar bilan iliq munosabat va do'stlik tarmog'i himoya omillari sifatida stress oqibatlarini kamaytirishi mumkin. Shu bilan birga, psixologik chidamlilik, ya'ni stressli vaziyatlarga moslashish qobiliyati ham TKSB rivojlanish xavfini kamaytiradi. Aksincha, ijtimoiy izolyatsiya, yolg'izlik hissi, oilaviy ziddiyatlar, ilgari mavjud bo'lgan ruhiy kasalliklar (masalan, depressiya yoki tashvish buzilishlari) va surunkali stress omillari TKSB rivojlanishini tezlashtiradi. Psixologik omillar orasida travmaga nisbatan shaxsiy talqin va kognitiv baholash muhim ahamiyatga ega. Masalan, odam travmatik voqeani "halokatli va nazorat qilib bo'lmaydigan" deb talqin qilsa, TKSB rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi. Aksincha, hodisani "qiyinchilik, ammo yengib o'tiladigan" deb baholash psixologik chidamlilikni oshiradi. Bundan tashqari, bolalik davridagi salbiy tajribalar (childhood trauma) ham TKSBga moyillikni oshiruvchi muhim omillardan biri hisoblanadi. Chunki erta yoshdagi travmalar neyrobiologik tizimlarning shakllanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.[9;59] Endi shu holatlarni barchasini o'quv jarayonida ko'rib chiqiladigan bo'lsa, qaysiki har bir o'qituvchiga qiyinchilik tug'diradi va ma'lum bir vaqt talab qilinadi va katta ehtimollik bilan atrofdagi boshqa talabalarga ham ta'sir qiladi. Bunda o'qituvchidan nafaqat dars berishni, balki psixologik reabilitolog vazifasini bajarishni ham talab qiladi. Ta'lim jarayonida yuzaga keladigan murakkab pedagogik vaziyatlar, shaxslararo ziddiyatlar va kommunikativ qiyinchiliklar pedagogdan yuqori darajadagi emotsional barqarorlikni ham talab etadi.[4;154] Bu holatni bir nechta fanlar kesishmasida ko'rib chiqishimiz kerak. Chunki fanning og'irlik darajasi qarab, talabaning reaksiyasi har xil bo'lishi mumkin. Korreksion pedagogika yoki maxsus pedagogika, odatda jismoniy yoki aqliy nuqsoni borlar bilan ishlasada, hozirda ruhiy inqirozli talabalarni o'qitish usullari ham uning doirasiga kirib bormoqda. Shifobaxsh pedagogika: kasallik yoki og'ir ruhiy holat tufayli o'qishda qiynalayotgan shaxslarga ta'lim berish va ularni ijtimoiy moslashtirish bilan shug'ullanadi. Neyropedagogika: bu neyroilm (nevrologiya), psixologiya va pedagogika chorrahasida vujudga kelgan fan bo'lib, inson miyasining ishlash tamoyillariga asoslangan holda ta'lim jarayonini tashkil etishni o'rganadi. Ushbu sohaning asosiy maqsadi — miya qanday o'rganishi, ma'lumotni qanday qabul qilishi va eslab qolishini tushunish orqali o'qitish usullarini har bir o'quvchining kognitiv imkoniyatlariga moslashtirishdir. Neyropedagogikaning asosiy qoidasi inson miyasining individual qobiliyatlarini ishlatishga asoslangan. Hozirgi neyropedagogika pedagogikaning maxsus sohasi sifatida klassifikatsiyalanishi kerak, qaysiki faqat patologiyani qamrab olmasdan, normal holati ham va miyaning

funksional assimitriyasini ham hisobga olishi kerak.[1;129] A.V.Tsvetkovning “O’qituvchilar uchun neyropedagogika: miya qonunlariga ko’ra qanday o’rgatish kerak” deb nomlangan monografiyasi mavjud. O’zbekiston hududida esa 2022 yilda Toshkent Davlat Pedagogika Universitetida fan sifatida qo’shilgan bo’lib,uning asosiy vazifasi odam nerv sistemasining umumiy fiziologiyasiga asoslangan holda bosh miya funksional tashkil etilishiga oid bilimlarni chuqurlashtirish,o’quvchilarning neyropedagogik xususiyatlarini aniqlash va ularni amaliyotda qo’llash uchun zarur bo’lgan ko’nikmalarni egallashlarini ta’minlash,ta’lim tarbiya jarayonini tashkil etishda o’quvchilar tafakkuri strategiyasiga asoslangan holda bevosita neyropedagogik va sintezlashtirilgan texnologiyalarni qo’llashga yo’naltirishdan iborat. Bu fan quyidagi jihatlarni ham qamrab oladi:chap qo’li yetakchi bolalarda yarimsharlar funksional tashkil etilishining o’ziga xosligi. Chapqo’llikning psixologik jihatlari. Chapaqay o’quvchilarga ta’lim tarbiya berishning o’ziga xosliklari. Yetakchi yarimsharni so’rovnoma asosida aniqlash. Muloqot jarayonida ko’z-harakat reaksiyalari patternlaridan foydalanish. O’quvchi-yoshlarni neyropedagogik xususiyatlarini hisobga olgan holda qadriyatli-motivatsiya va xulq atvorni tuzatish. Neyropedagogik tarbiya va neyropedagogik diagnostika.[10] Inkluziv ta’lim: nafaqat jismoniy imkoniyati cheklangan, balki vaqtincha ruhiy inqirozda bo’lgan talabalarni ham umumiy guruhga moslashtirishni ham nazarda tutadi. Bu metod imkoniyati cheklangan bolalarni ayniqsa yaxshi ta’sir qiladi. Bunda tarbiyalanuvchilar odamlar orasidagi muloqotni o’rganadilar,ularning muhitga moslashish qobiliyati yaxshilanadi. Alohida ehtiyojli bolalarga nisbatan hissiy-qadriyatli va barqaror munosabatni shakllantirish kerak. Bolada tolerant (bag’rikeng) ong va xulq-atvorni shakllantirishda oilaning o’rni alohida ahamiyatga ega. Ko’plab ota-onalar o’zlarining sog’lom farzandlarining alohida ehtiyojli bolalar bilan muloqotini cheklashga harakat qilishadi, ko’pincha ularning bir guruhda bo’lishidan norozi bo’lishadi. Shu sababli, pedagog tarbiyalanuvchilarning ota-onalari bilan maqsadli ish olib borishi, ularga bolalarda tolerant muloqot madaniyatini shakllantirishning muhimligini tushuntirishi zarur.[2;61]Dars jarayonlarida esa kognitiv yuklamani kamaytirish kerak,chunki inqirozdagi talabaning miyasi ma’lumotni qabul qilishga ojiz bo’ladi. Shuningdek, o’quv motivatsiyasiga ham e’tibor berish kerak. Shunga ko’ra,motivatsiya bu harakatni amalga oshirishga turtki bo’lgan aqliy hodisalar,shaxsning faoliyatini va uning rejalashtirilgan natijaga erishishga yo’naltirilganligini belgilaydigan harakat. Motivatsiyaning yo’qligi yani talabada “iroda pasayishi” borligi sababli,topshiriqlarni bajarmasligi mumkin. Ma’lumki,bu o’qishga salbiy yoki befarq munosabat bo’lib,bu talabaning past akademik ko’rsatkichlari yoki kam erishishiga sabab bo’lishi mumkin. Ta’lim faoliyatini rag’batlantirish muammosini hal ahamiyati nuqtayi nazaridan ta’lim motivatsiya deb belgilanadi o’quv jarayonini samarali amalga oshirish uchun muhim ahamiyatga ega. [8;136] Talabning shaxs sifatida rivojlanishi bilan uning potensial imkoniyatlari kengayadi,o’z o’zini takomillashtirishga bo’lgan ehtiyoj hech qachon to’liq qondirilmaydi. Shuning uchun motivatsiyani rivojlantirish jarayoni cheklanmagan.[8;137] Shu bilan birga, talabalarning bilim qiziqishlarini rivojlantirishda mustaqil ish usullari muhim o’rin

tutadi. Bularga darslik, ma'lumotlar bilan ishlash, algoritm bo'yicha vazifalarni bajarish, tajribalar o'tkazish, talabalarga notanish vaziyatlarni tahlil qilish, sub'ektiv ravishda yangi ma'lumotlar yaratish, kurs ishlari va tezislarni yozish usullari kiradi.[8;139] Ta'lim jarayonini tashkil etishda esa, innovatsion texnologiyalardan foydalanishimiz kerak. Bunga misol tariqasida, psixologik treninglar, o'yin texnologiyalari, pedagogik muammoli vaziyatlar, guruhlarda ishlash, juftlikda ishlash va boshqalardan oqilona foydalanish orqali o'quvchilarning ta'lim motivatsiyasini shakllantirishni sezilarli darajada yaxshilashimiz mumkin. [8;140]

Natija: Yuqoridagi psixologik mezonlarni tahlil qilish orqali biz ularni davolash uchun yechimlarni topamiz. Birinchi mezon, ruhiy azob chekish mezonini baholash uchun psixodiagnostik testlar va klinik suhbatlar orqali tekshiramiz. Kessler ruhiy azob shkalasi (K10 yoki K6) bu eng ommabop usul bo'lib, 30 kun ichidagi xavotir va depressiyani aniqlashga yordam beradi. DASS-21 shkalasi: depressiya, xavotir va stress darajasini alohida-alohida o'lchovchi 21 ta savoldan iborat testdir. Psixologik qo'llab quvvatlash, kognitiv xulq-atvor terapiyasi, stressni boshqarish metodlarini bunday bemorlarga o'rgatishimiz mumkin. Bunday bemorlar reabilitatsiyaga muhtoj bo'lib, fizioterapiya, ijtimoiy qo'llab quvvatlash, ish va o'qish jarayoniga qayta moslashishni o'rganishi kerak.[2;388] Ikkinchi mezon: dezadaptatsiya (moslashuvning buzilishi)ni Glazgo koma shkalasi orqali aniqlaymiz, shuningdek, Mayo-Portland moslashuv ko'rsatkichi (MPAI-4) orqali tekshiramiz. Uchinchi mezon, kognitiv (fikrlash) ni baholashimiz uchun, klinik suhbat o'tkazamiz bemordan holatini baholashni so'raymiz, shuningdek, fikrlash tezligini tekshiramiz. Psixodiagnostik testlardan Bek depressiya shkalasi kabi testlardan foydalanamiz. Vaziyatni tahlil qila oladimi yoki yo'qmi bilish uchun, oddiy kundalik vaziyatlarni berib ko'ramiz, qanchalik tez va mustaqil hal qila oladi. Davolashdagi foydasiga keladigan bo'lsak, biz bemorning o'ziga emas uning noto'g'ri "fikrlash qoliplariga" qarshi kurashamiz. Bemor o'z yutuqlarini ko'rmayotgan bo'lsa, biz unga obyektiv ko'zgu qilib ko'rsatamiz. Bundan kutilayotgan natija esa, fikrlashning moslashuvchanligi inson vaziyatni faqat qora rangda emas, balki boshqa muqobil variantlarda ham ko'ra olishi kerak. Insonning o'ziga bo'lgan ishonchi ortgani sari atrofdagilarga qo'shila boshlaydi bu ijtimoiy faollikka olib keladi. Oddiy qarorlarni o'zi qabul qila boshlashi uning hayot ustidan nazoratni qaytadan qo'lga olishiga olib keladi endi bunday shaxslar mustaqil bo'ladi. To'rtinchi mezon, vaqt ko'rsatkichi mezoni bo'lib, vaqtni baholash testi o'tkaziladi yani bemordan so'raladi: "Agar 1 daqiqa o'tganini his qilsangiz, ayting?". Anamnez yig'ish bemordan kundalik tartib, sana va yaqin o'tmishdagi voqealar so'raladi. Neyropsixologik testlar o'tkaziladi. Bu davolash jarayonida juda katta foyda beradi. Bemorlar rejimni shakllantira oladi, dorilarni qachon ichishni, mashqlarni bajarishni va uyqu tartibiga rioya qilish imkoniyati bo'ladi. Vaqt o'qining tiklanishi bemorda hayoti nazorat ostida ekanligini anglashga va bu o'z navbatida xavotirni kamayishiga olib keladi. Bu orqali bemorlarda diqqat va xotira ko'rsatkichlari yaxshilanadi, chunki miya voqealarni vaqt zanjiriga tizishni o'rganadi. Inson ijtimoiy moslashuvga erishadi yani bunda shaxsning jamiyat talablariga moslashishi, ijtimoiy munosabatlar tizimiga muvafaqiyatli

integratsiyalashuvi va funksional rollarni bajarish qobiliyatini anglatadi.[7;86] Beshinchi mezon,psixosomatik belgilar mezoni. Psixosomatik kasalliklarni davolash uchun psixoterapiyadan foydalanish kerakligini Helen Flanders Dunbar taklif etdi. U organizmdagi jismoniy alomatlar va ruhiy holatlar o'rtasidagi murakkab munosabatni o'rganib, kasalliklarning ruhiy ildizlarini tushunishga katta hissa qo'shdi. [5;205] Psixosomatik kasalliklar tashxisida ruhiy va jismoniy holat birgalikda baholanadi: Keng qamrovli tibbiy tekshiruv (organlar funksiyasini baholash) ; psixologik maslahat va testlar ; psixoanalitik terapiya – ichki ruhiy konfliktlarni aniqlash va yechishga yo'naltirilgan; stress boshqarish texnikalari – relaksatsiya mashqlari, meditatsiya va nafas olish usullari qo'llaniladi. Psixosomatik kasalliklarni muvaffaqiyatli davolash uchun shifokor, psixolog, psixiatr va boshqa mutaxassislarning hamkorligi zarur. Har bir bemor uchun individual re'ja tuzish, ruhiy va jismoniy muammolarni birgalikda hal qilish muhimdir.[5;208] Oltinchi mezon,ekzistensial mezon (hayot mazmuni). Bu holatni baholash uchun Viktor Frankl metodikasi asosida "Hayot mazmuni testi" (PIL) orqali bemorning yashashdan maqsadi bor-yo'qligi aniqlanadi. Bu testning asosi har qanday vaziyatda ham hayotdan mazmunni topa olishga yordam beradi. Uning ishontirishlari 3 ta narsaga asoslanadi: ijodkorlik yani "Men dunyoga nima berdim?", qadriyatlarni boshdan kechirish yani "Men dunyodan nimani olaman?" (san'at, sevgi, tabiat), azob uqubatlarga munosabat yani "Muqarrar narsalarga duch kelganda o'zimni tutushim qanday?". Subyektiv nazorat darajasi: Bemor o'z hayotini o'zi boshqaryaptimi yoki hamma narsani taqdirdan/shifokorlardan ko'ryaptimi, shu tahlil qilinadi. Davolanishda buni foydasi juda katta,bemor hayotdan mazmun topsa, davolanishda o'ziga kuch topadi. Psixosomatik tiklanish ruhiy xotirjamlik orqali keladi, miyaning neyroplastikligiga (tiklanishiga) olib keladi. Yettinchi mezon,vayronkor. Bemor xavf darajasi baholanadi. Klinik suhbat va testlar o'tkaziladi. Avval o'ziga zarar yetkazish holatlari bo'lganmi yoki yo'qmi, shunga qarab dinamika baholanadi. Maqsadli terapiya yordamida davolanadi. Natijada bemorni remissiyaga olib kelishimiz, zararli odatlardan tiyilish va sog'lom hayotga qaytish mumkin.Shaxs buzilishlarini chuqur o'rganish va ularning ijtimoiy moslashuvga ta'sirini aniqlash nafaqat individual salomatlikni yaxshilashga,balki jamiyatning umumiy barqarorligi va ijtimoiy muhitning sog'lomligi uchun ham muhimdir. Bu sohadagi ilmiy tadqiqotlar,psixodiagnostika va profilaktik yondashuvlar orqali shaxsning ijtimoiy ko'nikmalari mustahkamlanadi, hayot sifati oshadi va ijtimoiy rolini samarali bajarish imkoniyati kengayadi.[7;88]

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

- 1.System of principles of neuropedagogy. Yusupov Davronbek Firnafasovich 1,1 Urgench State Pedagogical Institute, Urgench, Uzbekistan.[129]
- 2.Epilepsiya va bosh miya harohatlarida uchraydigan ruhiy o'zgarishlar. Quva Abu Ali ibn Sino nomidagi Jamoat Salomatligi texnikumi,o'qituvchi.Muallif: Abduhalilova Mohigul Qobiljon qizi.[387]

3. XVII Международный Междисциплинарный Конгресс НЕЙРОНАУКА ДЛЯ МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ.[61]

4.Pedagogik munosabatlarda emotsional barqarorlik tushunchasining nazariy asoslari.Ziyodova Nilufar Shahrizabz davlat pedagogika instituti Ta'lim va tarbiya nazariyasi va metodikasi (boshlang'ich ta'lim) yo'nalishi.[154]

5.Psixosomatik kasalliklar va ularning davolash usullari. TISU Pedagogika va texnologik ta'lim kafedrası o'qituvchisi. Aminova Dilnoza Orifjonovna. [204;205;208]

6.Последствия черепно-мозговой травмы. д.м.н., проф. Л.Б. Лихтерман1 , д.м.н., академик РАН А.А. Потапов 1, д.м.н., проф. В.А. Клевно 2,3 , д.м.н., проф. А.Д. Кравчук 1 , к.м.н., доц. В.А. Охлопков 1.[11]

7.Shaxs buzilishlarining ijtimoiy moslashuvga ta'siri. Sharipova Dilafro'z Botirboy qizi Xorazm viloyati Urganch tumani 17- maktab amaliyotchi psixologi.[86;87;88]

8.Talabalarda o'quv motivatsiyasini shakllantirishning ijtimoiy-psixologik talablari. Toshkent davlat sharqshunislik universiteti,Toshkent,O'zbekiston. R.M.Baxtiyorov.[136;137;139;140]

9.Travmadan keyingi stress buzilishining rivojlanish mexanizmlari. Alfraganus universiteti Tibbiyot fakulteti 5-bosqich talabasi Tursunbayeva Shohida.[57;59]

10.Nizomiy nomidagi Toshkent Davlat Pedagogika Universiteti. Neyropedagogika fanining o'quv dasturi.